

Gazeta Lekarska

) P I S M O I Z B L E K A R S K I C H

USTAWA O
POZ
NADCHODZI



STOMATOLOGIA

Fakty i mity o fluorze

Czy dzieci mogą korzystać z fluoryzacji?
Należy oprzeć się na dowodach.

REPORTAŻ

Półtorej tony gipsu

Gdy zima w pełni, do Zakopanego
ściągają ludzie z całej Polski.

STUKOT BIAŁYCH TREPÓW

Nie zgubić człowieka

Jak zmienia się perspektywa, kiedy
fartuch lekarza zamienia się na piżamę?

Spis treści

- 4 **Na wstępie** R. Golański: Zmieniamy się!
- 6 **Pierwszym głosem** M. Hamankiewicz:
Daleki kosmos i sieci
- 7 **Skrining**
- 10 **Obserwacje** S. Badurek: Dziennikarstwo
czy maskarada?
- 12 **Temat miesiąca:** Ustawa o POZ już wkrótce
- 15 **Nasi w Europie** R. Krajewski: Co nowego
w UEMS?
- 16 **Rozmowa o zdrowiu:** Tropiciele onkologicznych
genów
- 20 **Samorząd:** Meritus Pro Medicis 2012
- 21 WYBORY 2017/2018 Kalendarz
- 22 Benefis prof. Jerzego Woya-Wojciechowskiego
- 24 KEL to Bielsko-Biała
- 26 **Kodeks Etyki Lekarskiej:** Nieetyczna protetyka
- 27 **Zgryz** Leszek Dudziński: Platforma do dyskusji
- 28 **Stomatologia:** Fakty i mity o fluorze
- 30 **Punkt widzenia** J. Małmyga: Zdrowie musi być
apolityczne
- 31 **Reportaż:** Półtorej tony gipsu
- 34 **Lekarskie towarzystwa naukowe:**
Stawiamy na psychiatrię środowiskową
- 36 **Biuletyn**
- 38 **Nauka w skrócie**
- 39 **Polskie innowacje:** Rak płuca precyzyjnie
wykryty
- 40 **Praktyka lekarska:** Leki biopodobne
alternatywą?
- 42 Nie przenośmy katastrofy do szpitala (część 2)
- 44 Lekarze w badaniach opinii społecznej 2016
- 46 Miliony na leki 75+
- 47 **List do redakcji:** Handlowanie demokracją
- 48 Opieka hospicyjna nie leży
- 50 **Stukot białych trepów:** Nie zgubić człowieka
- 52 **Historia i medycyna:** Krzysztof Komeda-Trzeciński
- 54 **Indeks korzyści:** Strachy na Lachy
- 56 **Ze sceny** A. Andrus: Lekkie smyranie
Nasza czytelnia
- 57 **Kultura:** Wiersze wybrane
- 58 **Błąd malarski:** Bez sił
- 60 **Kultura**
- 61 **Sport**
- 63 **Kalendarz wydarzeń kulturalnych
i sportowych 2017**
- 66 **Ogłoszenia**
- 72 **Komunikaty**
- 73 **Epikryza [66]** J. Wanecki: W poszukiwaniu weny
- 74 **Jolka lekarska**



22 Benefis
prof. Jerzego Woya-
Wojciechowskiego



40 Leki
biopodobne
alternatywą?



42 Nie przenośmy
katastrofy
do szpitala



WIĘCEJ NA WWW.GAZETALEKARSKA.PL

KONIEC NFZ

Minister Konstanty Radziwiłł przedstawił premier Beacie Szydło „roboczą wersję” projektu dotyczącego likwidacji Narodowego Funduszu Zdrowia.

SIEĆ SZPITALI

W połowie tego roku może wejść w życie ustawa o sieci szpitali. Jakie są konsekwencje dla lekarzy, wynikające z planowanych przepisów?

Zmieniamy się!

Oddajemy do Państwa rąk zmienioną „Gazetę Lekarską”. Nowości to inna szata graficzna, nowe rubryki i nowi autorzy. Mam nadzieję, że nasze pismo będzie dla swych Czytelników, lekarzy i lekarzy dentystów, bardziej atrakcyjne.



Ryszard Golański
Redaktor naczelny
„Gazety Lekarskiej”

Część stomatologiczną „Gazety” otwierać będzie felieton wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Leszka Dudzińskiego. Tytuł tego felietonu: „Zgryz”, jak się łatwo Państwo domyślają, nie jest przypadkowy. Od dłuższego czasu trwa burzliwa dyskusja o miejsce stomatologów w samorządzie lekarskim i możliwość ekspresji poglądów przedstawicieli tego zawodu. Istota sporów to formuła samorządności.

Osoba nowego przewodniczącego Komisji Stomatologicznej NRL i jego sposób bycia tonizuje emocje, ale dyskusje nie ustają. „Gazeta Lekarska” była i jest otwarta na przedstawianie różnych opinii i propozycji.

Nową propozycją jest cykl: „Tupot białych trepów”. Chcemy w nim przedstawiać doświadczenia i wrażenia koleżanek i kolegów lekarzy, którzy musieli stać się pacjentami. Szpital z pozycji osoby leżącej w jednym ze szpitalnych łóżek wygląda zupełnie inaczej niż z pozycji osoby stojącej przy tym łóżku w białym kitlu. Mam nadzieję, że lektura pierwszego tekstu z tego cyklu zachęci Państwa do opisanego swoich przeżyć i wynikających z nich emocji oraz wniosków. Może być to relacja z własnego pobytu w szpitalu czy leczenia ambulatoryjnego albo opis zdarzeń, jakie miały miejsce podczas towarzy-

szenia osobie bliskiej w cyklu leczenia. Jeśli ktoś nie czuje się na siłach, aby osobiście rzecz opisać, może to zrobić dziennikarz „GL”, po wysłuchaniu relacji. Serdecznie zachęcam do współtworzenia tej rubryki.

Zmiany w ochronie zdrowia trwają od czasu objęcia ministerialnej teki przez Kolegę Konstantego Radziwiłła. Tematem tego numeru są zmiany planowane w podstawowej opiece zdrowotnej. Jedną z ważniejszych będzie konieczność posiadania specjalizacji z medycyny rodzinnej, co może oznaczać wyeliminowanie z POZ pediatrów i specjalistów chorób wewnętrznych. Kolejna, fundamentalna, zmiana to powstanie sieci szpitali. Zakłada się, że szpital, przyjmując pacjenta na leczenie w oddziale, powinien być przygotowany do leczenia ambulatoryjnego po zakończeniu pobytu. Niektóre zmiany w opiece zdrowotnej można już oceniać. Na kolejnych stronach znajdzie Państwo tekst o skutkach programu bezpłatnych leków dla osób powyżej 75. roku życia. Seniorzy płacą mniej za leki, ale ktoś będzie musiał za to zapłacić. A ten „ktoś” to my wszyscy.

Nie ustają starania o ustanowienie minimalnej płacy lekarza. Trwa zbieranie podpisów pod obywatelskim projektem ustawy w tej sprawie. Podpisy zbierają głównie Koleżanki i Koledzy z OZZL. Pomóżmy im! Postulat jest oczywisty i powtarzany od lat przez samorząd lekarski: 3 średnie krajowe dla lekarza specjalisty. Rząd proponuje 1,7. ○

MIGAWKA

➤ Najlepiej zdali LEK i LDEK:
lek. Łukasz Dziurkowski
– OIL Gdańsk, uzyskał 178 pkt.
na 196 (90,8%),
lek. dent. Marcin Stasiak
– OIL Warszawa,
uzyskał 174 pkt.
na 192 (90,6%).



FOTO: KATARZYNA STRZAŁKOWSKA

Recepty i odmowa leczenia

O zmianie terminu składania wniosków o utrzymanie uprawnień do pobierania numerów recept oraz aktualizacji danych osobowych w Portalu NFZ, a także kwestiach związanych z odmową podjęcia leczenia pacjenta lub odstąpienia od jego leczenia.

 **JAROSŁAW KLIMEK** Radca prawny OIL w Łodzi

Niedawno pisałem o częstym przesuwaniu terminów wprowadzenia nowych rozwiązań prawnych dotyczących wykonywania zawodu lekarza. Tuż po zamknięciu ostatniego numeru „Gazety Lekarskiej” nieco zmieniły się uregulowania, o których była mowa w przygotowanym do niego artykule. Chciałbym poruszyć także kwestie związane z odmową podjęcia leczenia pacjenta czy odstąpienia od jego leczenia.

Znów odsunięto w czasie, z korzyścią dla Państwa, termin składania wniosków o utrzymanie uprawnień do pobierania numerów recept oraz aktualizację danych osobowych w Portalu NFZ. Według opisywanego na połowę listopada stanu prawnego, 31 grudnia 2016 r. był ostatnim dniem na składanie takich wniosków. Został on jednak przesunięty do 30 czerwca 2017 r. zarządzeniem Prezesa NFZ 114/2016/DGL z dnia 16 listopada 2016 r.

Coraz częściej mają Państwo do czynienia z kłopotliwymi, roszczeniowymi pacjentami, stąd pojawiają się pytania o dopuszczalne zachowania lekarza wobec takich osób. Zgodnie z art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. W takich wypadkach nie ma jakichkolwiek podstaw do odmowy podjęcia leczenia pacjenta czy odstąpienia od jego leczenia. Jeśli nie zachodzą takie sytuacje, lekarz ma prawo nie podjąć leczenia lub odstąpić od leczenia pacjenta. Przyznaje je lekarzowi art. 38 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Ustawa stawia jednak pewne wymagania, które muszą być spełnione, żeby lekarz mógł z tego prawa skorzystać:

1. pacjent (jego przedstawiciel) musi być odpowiednio wcześniej uprzedzony o takim zamiarze,
2. należy mu wskazać inną realną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej,
3. odmowa lub odstąpienie od leczenia wymaga uzasadnienia i musi być to odnotowane w dokumentacji medycznej.

Są to wymogi wiążące wszystkich lekarzy, niezależnie od formy wykonywania zawodu.

Art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty zobowiązuje Państwa do wykonywania zawodu zgodnie z zasada-

mi etyki zawodowej. Kodeks Etyki Lekarskiej – w art. 7 – stawia surowsze wymagania w tym zakresie. Pozwala na niepodjęcie lub odstąpienie od leczenia chorego tylko w szczególnie uzasadnionych przypadkach. Zatem brak takich szczególnie uzasadnionych podstaw stanowił będzie naruszenie zasad wykonywania zawodu niezależnie od formy jego wykonywania. Analogiczne wymagania stawia ustawa lekarzom, którzy wykonują zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby. Mogą oni skorzystać z tego prawa, jeżeli istnieją poważne ku temu powody, po uzyskaniu uprzedniej zgody swojego przełożonego.

Uregulowania w tym zakresie zawierają również umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych zawierane z NFZ. Dla odmowy lub odstąpienia od leczenia wymagają one ważnych powodów, dostatecznie wczesnego uprzedzenia świadczeniobiorcy, odnotowania tego faktu również w deklaracji wyboru (z uzasadnieniem) oraz zgłoszenia takiego przypadku (z uzasadnieniem) oddziałowi NFZ. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta również przyznaje pacjentom – w art. 10 – prawo do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia pacjenta. Pamiętać trzeba, że w razie naruszenia tego prawa sąd może przyznać pacjentowi zadośćuczynienie pieniężne (art. 4 ust. 1 tej ustawy).

Powody skorzystania z omawianego prawa mogą leżeć po stronie pacjenta (agresywne, obraźliwe zachowanie wobec lekarza, uporczywe niestosowanie się do zaleceń), po stronie lekarza (zły stan zdrowia, wyczerpanie, tragiczne zdarzenie życiowe, zmiana miejsca zamieszkania, przekonanie o braku wystarczającej wiedzy), mogą też dotyczyć relacji lekarz-pacjent (utrata zaufania na skutek konfliktu) czy osób trzecich (agresja ze strony rodziny pacjenta). Przyczyny te nie mogą być błahe. Nie mogą również stanowić dyskryminacji pacjenta ze względu na orientację seksualną, narodowość, rasę (art. 3 KEL) czy też nosicielstwo wirusa HIV. Uzasadnienie skorzystania przez lekarza z omawianego prawa musi być na tyle precyzyjne, wyczerpujące i jednoznaczne, by nie pozwoliło na podważenie decyzji lekarza. Powinno opisywać wszystkie okoliczności podjęcia takiej decyzji. Uprzedzenie pacjenta o takiej decyzji powinno być odpowiednio wczesne, tj. takie, by mógł on kontynuować leczenie bez zakłóceń, przy uwzględnieniu sytuacji na rynku świadczeń zdrowotnych.

W razie odmowy wykonania zabiegu leczniczego szkodę pacjenta stanowi nie tylko pogorszenie jego stanu zdrowia, lecz również utrzymywanie się rozstroju zdrowia, jeśli w wyniku zabiegu mógł on zostać wyeliminowany (wyrok SN z 11.12.2002 r., I KKN 1386/00). 

Daleki kosmos i sieci

Pomysł utworzenia sieci szpitali już był, miały go w swoim zamyśle różne ekipy rządowe, i znowu wrócił. Obecnie pomysłodawcy reform podają, że szpitale sieciowe otrzymają odpowiednie finansowanie, a chorzy będą mieli właściwe warunki leczenia.



Maciej Hamankiewicz

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Problem w tym, że przedstawiony do dyskusji projekt odbiega od tych założeń w daleki kosmos. To pomysł wyeliminowania 40 proc. szpitali i błędna wiara, że poprawi się dostępność w tych, które pozostaną, i skróci w nich kolejki. Również w błędzie jest ten, który sądzi, że poprzedzono dogłębnymi analizami utworzenie takiej sieci. Projekt nie został oparty o plany potrzeb zdrowotnych i nawet nikt specjalnie się nie zastanawia, jak wyeliminowanie tego czy innego podmiotu leczniczego utrudni możliwości pomocy pacjentowi. Oczywiście dyrektorzy zaczęli się zastanawiać, jak to zrobić, by dostać się do sieci. Zapadają decyzje o łączeniu szpitali. Zaczął też zastanawiać się sam minister i projekt ewoluje, wciągając oddziały NFZ, czyli te, które w zamierzeniach miały zniknąć.

Siec i łączenia to dla naszego środowiska dodatkowe kłopoty, bo zapewne nowo utworzone podmioty będą na nowo zawierać umowy o pracę czy umowy cywilnoprawne. Dyrektorzy, zanim ustalą finanse szpitala w sieci, będą chcieli sobie odpowiedzieć na pytanie, czy finanse z tych szpitali, które nie znajdują się w sieci, przepłyną do tych sieciowych. Na razie nic na to nie wskazuje. Tak więc nie dość, że budżet tych szpitali będzie historyczny, to koszty ich funkcjonowania dramatycznie wzrosną poprzez fakt podniesienia od nowego roku stawek minimalnego wynagrodzenia na 2 tys. zł lub 13 zł na godzinę dla pracowników zajmujących się ochroną budynków, żywieniem, sprzątaniem itd. To poważny cios w finansowanie szpitali, szczególnie tych mniejszych. Cios kolejny, bo nadal najpoważniejszym jest aktualność wezwania: „Pani Premier, Panie Ministrze, środki na ochronę zdrowia w Polsce są dramatycznie niewystarczające i nie osiągnęliśmy jeszcze publicznych środków 6% PKB na zdrowie”.

Czekam na moment, kiedy w opiece nad pacjentem zostanie zauważona rola lekarzy chorób wewnętrznych i specjalistów pediatrii. Póki co, coraz mniej z nich chce pracować na oddziałach, doceniani za wiedzę i doświadczenie bez trudu zdobywają prace poza granicami naszego kraju. Wykluczenie możliwości wykorzystania tych dwóch grup zawodowych w systemie POZ tę sytuację jeszcze pogarsza. Już dzisiaj dyrektorzy szpitali z braku personelu zmuszani są redukować łóżka, ograniczać liczbę dyżurnych, a niekiedy wręcz zawieszają całkowicie prace tych oddziałów. Zaczynają konkurować między sobą o specjalistów i zamiast ucywilizować wynagrodzenia w kraju, dostosowując minimalne wynagrodzenie do zasad, które ustalił samorząd le-

karski, zaczyna się telefoniczna giełda, kto ma ochotę zapłacić więcej za dyżur, by utrzymać tych lekarzy w swojej placówce i pacjent nie musiał zostać odesłany. Pewnym wyjściem dla blakających się chorych kierowanych przez lekarzy rodzinnych do AOS lub szpitali byłoby utworzenie sieci poradni internistycznych i pediatrycznych jako miejsca konsultacji przed podjęciem decyzji, do której wąkospecjalistycznej poradni bądź na który oddział szpitala pacjenta należy odesłać.

Ze wzruszeniem słuchałem twórców Kodeksu Etyki Lekarskiej, których zaprosiliśmy na uroczyste posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej w 25 lat po uchwaleniu tego dokumentu, wyznaczającego postępowanie każdego lekarza. Chciałbym podziękować damie polskiej ochrony zdrowia – Wandzie Terleckiej, pani doktor, która wróciła do Polski – Annie Łastowskiej, bliskiemu mi miłośnikowi etyki – Staszko Wiencelisiowi oraz profesorowi Zbigniewowi Chłapowi, który nie tylko podzielił się z nami wspomnieniami z tamtego czasu, ale również dokumentami, które przekazał na potrzebę krzewienia przez samorząd historii Kodeksu. Bardzo żałowałem, że nie mógł do nas dojechać Jerzy Umiastowski.

W stomatologii źle się dzieje – można pomyśleć, przysłuchując się wypowiedzi p.o. Prezesa NFZ, który na styczniowym posiedzeniu mówił o planach na jej finansowanie. A kiedy przyjrzymy się stanowiskom NRL dotyczącym kształcenia przed- i podyplomowego, podjętym na tymże posiedzeniu, widzimy, jak wiele w stomatologii trzeba poprawić. Ale w stomatologii też dobrze się dzieje, jeśli zajrzymy na niektóre uczelnie, gdzie zajęcia dla lekarzy z propedeutyki stomatologii przesuwają się na wcześniejsze lata edukacji. To przecież wiedza niezbędna każdemu lekarzowi – zarówno rodzinemu, jak i pozostałym. Przecież tak wiele chorób ogólnoustrojowych zaczyna się w jamie ustnej. Jeśli student zapamięta, że choroba Leśniowskiego-Crohna widoczna w jamie ustnej niekiedy wyprzedza jej postać brzuszną lub jest jej jedyną postacią, to pracując w POZ, wyprzedzi diagnozujących ją gastroenterologów, którzy dla tego samego rozpoznania przygotowują cały arsenał wyrafinowanych badań. A wiedza z zakresu chirurgii szczękowej – ileż to razy, dyżurując w pogotowiu ratunkowym, korzystałem z mądrości uzyskanej na zajęciach w ramach tych ćwiczeń! Przygotowujemy się do konferencji naukowej związanej ze zdrowiem jamy ustnej. Już dzisiaj na nią zapraszam. ☺



▲ Konferencje naukowa i prasowa w NIL – temat marihuany.

O marihuanie w NIL

„Marihuana – lek czy zagrożenie?” – taki tytuł nadano dwóm konferencjom: konferencji naukowej dla lekarzy i lekarzy dentystów, a także prasowej – dla dziennikarzy, które odbyły się w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej. Podczas konferencji naukowej, relacjonowanej przez portal „Gazety Lekarskiej” zaproszeni eksperci przedstawili polskie doświadczenia w stosowaniu kannabinoidów, opowiedzieli o roli marihuany w nowych lekach, a także poruszyli aspekty kontaktów z marihuaną dzieci i młodzieży. Gościli w NIL: prof. Stanisław Czuczwar z Katedry i Zakładu Patofizjologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, prof. Barbara Steinborn z Katedry i Kliniki Neurologii Wieku Rozwojowego Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu,

prof. Joanna Jędrzejczak z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, dr Jerzy Jarosz z Fundacji Hospicjum Onkologiczne św. Krzysztofa, dr Jarosław Pinkas z Zakładu Organizacji Opieki Zdrowotnej i Orzecznictwa Lekarskiego, Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego oraz Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, dr Adam Przybyłkowski z Kliniki Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych Centralnego Szpitala Klinicznego WUM. W imieniu gospodarzy konferencję prowadzili dr Maciej Hamankiewicz, prezes NRL oraz dr Zyta Kaźmierczak-Zagórska, wiceprezes NRL. Zapraszamy do relacji na portalu www.gazetalekarska.pl oraz filmu z konferencji w zakładce Biuro Prasowe na stronie www.nil.org.pl.

NRL o POZ

Samorząd lekarski dwukrotnie zajmował się nowym projektem ustawy związanej z podstawową opieką zdrowotną. Pierwsze stanowisko (prezydium NRL) dotyczyło założeń do ustawy, drugie (NRL) – projektu ustawy. Jak zaznaczyła NRL na wstępie swojego stanowiska, projekt

ustawy w styczniu br. nie uwzględnił uwag samorządu lekarskiego z października ub.r. Zdaniem NRL projekt nie zapewnia spójności rozwiązań dotyczących projektowanego systemu podstawowej opieki zdrowotnej z innymi obszarami systemu opieki zdrowotnej, w szczególności ambulatoryjną opieką specjalistyczną oraz opieką szpitalną.



Katarzyna Strzałkowska

Rzecznik prasowy
Naczelnej Izby
Lekarskiej

Jawność egzaminów ponownie w TK

13 stycznia 2017 r. Naczelna Rada Lekarska zdecydowała o złożeniu wniosku do Trybunału Konstytucyjnego o zbadanie konstytucyjności nowych, wprowadzonych w grudniu 2016 r. przepisów, regulujących dostęp do pytań z już przeprowadzonych egzaminów LEK, LDEK i PES. Przepisy te, przeciwko którym występuje samorząd lekarski, wprowadzają następujące formy ograniczenia dostępu do testów egzaminacyjnych: 1) w okresie pierwszych 5 lat od egzaminu pytania testowe LEK, LDEK i PES mogą być udostępniane wyłącznie tej osobie, która przystępuje do egzaminu. Inne osoby nie mają w tym czasie prawa dostępu do testów; 2) w okresie pierwszych 5 lat od egzaminu pytania testowe można tylko oglądać, nie wolno ich kopiować w żadnej możliwej technice (zabronione jest również odręczne przepisywanie), pytania będą udostępniane wyłącznie w siedzibie Centrum Egzaminów Medycznych i nie można ich wynosić poza nią; 3) dopiero po upływie 5 lat od egzaminu pytania testowe stają się dostępne wszystkim na zasadach określonych w ustawie o dostępie do informacji publicznej. NRL zabiegała o udostępnienie pytań egzaminacyjnych od 2012 r. W czerwcu 2016 r. Trybunał Konstytucyjny rozpatrzył wniosek NRL i orzekł, że treść zestawów egzaminacyjnych z testów, które już się odbyły, jest informacją publiczną i nie ma powodów, aby dostęp do nich był ograniczany.

Wygrana z „Newsweekiem”

Wyrokiem z 14 grudnia 2016 r. Sąd Apelacyjny w Warszawie zobowiązał Tomasza Lisa, redaktora naczelnego tygodnika „Newsweek Polska” do zamieszczenia sprostowania, którego domagała się Naczelna Izba Lekarska.

Wyrok jest prawomocny z chwilą ogłoszenia. Naczelna Izba Lekarska złożyła do sądu pozew przeciwko Tomaszowi Lisowi w związku z nieprawdziwymi informacjami dotyczącymi wysokości dotacji otrzymanej przez Naczelną Izbę Lekarską z Ministerstwa Zdrowia, które ukazały

się na łamach tygodnika „Newsweek Polska” w artykule pt. „Książę”, opublikowanym w wydaniu z 2-8 maja 2016 r. Nieprawdziwość materiału prasowego polegała na zawyżeniu kwoty dotacji przekazanej Naczelnej Izbie Lekarskiej o prawie 15 mln zł. Sprawa była rozpatrywana przez dwie instancje sądowe – Sąd Okręgowy w Warszawie w pierwszej instancji i – na skutek apelacji wniesionej przez Tomasza Lisa – także przez Sąd Apelacyjny w Warszawie – w drugiej instancji. W obu sądach zapadły wyroki korzystne dla Naczelnej Izby Lekarskiej, uznające, że Naczelna Izba Lekarska ma prawo żądać, aby redaktor naczelny tygodnika, w którym ukazała się nieprawdziwa informacja, zamieścił stosowne sprostowanie. ○

Eksperci na NRL

Naczelna Rada Lekarska na styczniowym posiedzeniu gościła ekspertów z Sekcji Ochrony Zdrowia Narodowej Rady Rozwoju przy Prezydencie RP z koordynatorem

prof. Piotrem Czauderną na czele, p.o. prezesa NFZ Andrzeja Jacynę, prezesa Polskiej Fundacji Opieki Zintegrowanej, dra Andrzeja Zapaśnika oraz Adama Kozierkiewicza w tematach finansowania ochrony zdrowia oraz opieki koordynowanej. Kolejni goście: dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa



II Kongres Wyzwań Zdrowotnych

W dniach 9-11 marca 2017 r. w Międzynarodowym Centrum Kongresowym w Katowicach odbędzie się II Kongres Wyzwań Zdrowotnych. Zapowiedział go m.in. prezes NRL Maciej Hamankiewicz, który uczestniczył w posiedzeniu Rady Naukowej oraz w konferencji prasowej organizowanej 16 stycznia br. Zaproponował sesję poświęconą etyce lekarskiej, która wpisze się w jedną z pięciu ścieżek tematycznych. Jak poinformował Wojciech Kuta, redaktor naczelny „Rynku Zdrowia”, ścieżkami tymi będą: polityka zdrowotna; finanse i zarządzanie; terapie; nowe technologie; edukacja. Nowością będzie cykl warsztatów prowadzonych przez specjalistów dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Zaznaczył, że zaplanowano też sesje, których tematyka bardzo rzadko gości na takich kongresach, np. dotyczące pacjentów niepełnosprawnych w gabinecie lekarskim. „Gazeta Lekarska” została poproszona o objęcie patronatem medialnym tego wydarzenia.

Lekarze i lekarze dentyści mogą rejestrować się na stronie: www.hccongress.pl. Udział w kongresie jest bezpłatny.

Wyższego w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Chmielewska oraz pełnomocnik dyrektora Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia ds. Kontaktów z Interesariuszami Mirosław Przastek przedstawiali projekt Elektronicznego Systemu Monitorowania Kształcenia dla lekarzy i lekarzy dentyistów. ○

Z głębokim smutkiem informujemy, że odszedł od nas nagle
prof. zw. dr hab. n. med. Krzysztof Linke

twórca i wieloletni redaktor naczelny „Medycznej Wokandy”, pisma wydawanego przez Naczelną Izbę Lekarską i Wielkopolską Izbę Lekarską, nieodżałowany przyjaciel i mistrz, autorytet moralny dla wielu pokoleń lekarzy, współtwórca Kodeksu Etyki Lekarskiej, Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w latach 1997-2005.

Żegnamy wybitnego lekarza i nauczyciela akademickiego, autora wielu ważnych publikacji i podręczników, Kierownika Katedry i Kliniki Gastroenterologii, Żywienia Człowieka i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, bez reszty oddanego idei samorządu lekarskiego.

Koleżanki i Koledzy z Naczelnej Izby Lekarskiej i Wielkopolskiej Izby Lekarskiej





Medyczna wokanda

Prof. Jerzy Sowiński został powołany na stanowisko redaktora naczelnego pisma „Medyczna wokanda” wydawanego przez izby lekarskie Naczelną i Wielkopolską. Powołanie na to stanowisko miało związek ze śmiercią śp. prof. Krzysztofa Linke – poprzedniego redaktora naczelnego tego pisma. ☺

Zespół ds. Kodeksu Etyki Lekarskiej

W nawiązaniu do decyzji Krajowego Zjazdu Lekarzy, powołano uchwałą NRL Zespół Roboczy ds. Kodeksu Etyki Lekarskiej w składzie: Włodzimierz Gajewski, Andrzej Krawczyk, Gabriela Muś, prof. Ewa Tuszkiewicz-Misztal, prof. Andrzej Wojnar. Zespół wspierają ustanowieni zarządzeniem Prezesa NRL eksperci:

Stefan Bednarz, prof. Zbigniew Chłap, Marek Czarkowski, Tomasz Gorczyński, prof. Dorota Karkowska, prof. Michał Królikowski, Andrzej Kunkel, prof. Paweł Łuków, Krzysztof Marchewka, Fabian Objejt, Jolanta Orłowska-Heitzman, Brygida Piotrowska-Wróbel, Artur Płachta, prof. Jacek Sobczak, Marek Stachowicz. ☺

^ **NRL podejmuje uroczyste twórców Kodeksu Etyki Lekarskiej.**

Odznaczenia państwowe

14 grudnia 1991 r. uchwalono Kodeks Etyki Lekarskiej, obowiązujący każdego lekarza i lekarza dentystę w Polsce. Z okazji jubileuszu w Naczelnej Izbie Lekarskiej w dniach 9-10 grudnia 2016 r. odbywały się uroczyste spotkania. W jednym ze spotkań uczestniczył minister zdrowia Konstanty Radziwiłł, który wręczył odznaczenia państwowe osobom związanym z odpowiedzialnością zawodową. Odznaczenia otrzymali: Złoty Krzyż Zasługi lekarz Grzegorz Wrona; Srebrne Krzyże Zasługi lekarze: Mirosława Kozłowska,

Wojciech Łącki, Urszula Mikołajczak-Mejer; Brązowy Krzyż Zasługi lekarz Stanisław Schneider; Medal Złoty za Długoletnią Służbę lekarz dentysta Marta Rodziewicz-Kabarowska; Odznakę Honorową „Za Zasługi dla Ochrony Zdrowia” lekarz Barbara Baranowicz. Po ceremonii wręczenia odznaczeń Przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego doktor Wojciech Łącki zadeedykował swoje odznaczenie tym wszystkim, od których uczy i uczyl się samorządności, a także tym, od których uczy i uczyl się zawodu lekarza. ☺



^ **Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł wręczył odznaczenia państwowe osobom związanym z odpowiedzialnością zawodową.**



Więcej na
www.gazetalekarska.pl
www.nil.org.pl

Dziennikarstwo czy maskarada?



Sławomir Badurek

Diabetolog, publicysta medyczny

Telewizja Republika pokazała na początku grudnia siódmy odcinek programu Doroty Kani „Koniec systemu”. Tytuł „Lekarska sitwa”, będący połączeniem diagnozy i wyroku, to mocna autorska sugestia dla widzów, by oglądali i nie tracili czasu na oceny, bo sprawa jest oczywista.

Tym bardziej, że redaktor Kania zapowiadała materiał jako „wyjątkowy”, powstały w wyniku prowokacji dziennikarskiej. Odtworzony w programie zapis fragmentów rozmowy dziennikarza Wojciecha Kamińskiego („Gazeta Polska Codziennie”) z prof. Kazimierzem Wardynem obejrzałem z wielką uwagą. Szczerze mówiąc, inaczej się nie dało. Jakość nagrania, poszatowanego podczas postprodukcji, była fatalna i trzeba było wyciągać słuch, by wyłapać, o co chodziło.

Podsumowując, do prywatnego gabinetu prof. Wardyna zgłosił się około 50-letni mężczyzna z zaburzeniami rytmu wypróżnień („czasami zatwardzenia, czasami biegunka”) oraz obciążonym wywiadem rodzinnym („moja babka zmarła na raka odbytu”). Profesor zaproponował pacjentowi wykonanie w trybie pilnym badań diagnostycznych w kierowanym przez siebie oddziale w Szpitalu Czerniakowskim. Reporter, zgodnie z zaleceniem lekarza, zgłosił się do szpitalnego oddziału ratunkowego. Jako bulwersujący przedstawiono w programie fakt, że „nikt naszego dziennikarza nawet nie bada”, mimo odnotowania w dokumentacji, „że na SOR-ze udzielono mu porady lekarskiej”. Napięcie rosło i nie ukrywam, że czekałem na jakiś mocny akcent na koniec. Ergo, pokazanie jak prof. Wardyn domaga się od przebranego za pacjenta dziennikarza sowitej gratyfikacji za przeprowadzenie szybkiej diagnostyki w komfortowych warunkach „lawendowej doliny”, jak nazwano „wzorcowy pododdział chorób wewnętrznych, otwarty z wielką pompą przez władze Warszawy w 2014 r.”. Z uwagi na sympatie polityczne twórców programu, jak również podsumowanie materiału przez Dorotę Kanię mianem „wstrząsający”, można sobie nawet było wyobrazić komentarz ministra sprawiedliwości, zaczynający się od słów „już nikt, nigdy, przez tego pana...”.

Nic z tych rzeczy. Dziennikarski zamysł wykreowania się na pionierów, piętnujących patologię, o „której wszyscy mówią, a nikt nie pokazuje”, zaowocował niegodziwym kuriozum, a w najlepszym razie błazenadą, w postaci ukazania uratowa-

nia komuś życia niczym odrażającego przestępstwa. Przeanalizujmy. Naprężenie zaparcia i biegunki u mężczyzny w piątej lub szóstej dekadzie życia, obciążonego rodzinnie rakiem jelita grubego, to książkowe wskazania do szybkiej diagnostyki onkologicznej. Dla klinicystów to oczywiste, ale w prawie 40-minutowym programie Doroty Kani, adresowanym do medycznych laików, nie padło nawet słowo wyjaśnienia, że w prezentowanym przypadku skierowanie na pilną diagnostykę było ze wszelkich miar zasadne. Gdyby profesor usilnie domagał się od pacjenta, by ten, zamiast w publicznym szpitalu, diagnozował się prywatnie we współpracujących z jego gabinetem pracowniach, można by było mieć wątpliwości natury etycznej. Trudno ich się dopatrywać li tylko na podstawie „kilkusztosowego” honorarium za konsultację. Jestem ciekawy, ile zdaniem twórców programu powinna kosztować porada „światowej sławy lekarza”, jak przedstawiono profesora. Jedyne efekty dziennikarskiego śledztwa, prowadzonego – nie mam wątpliwości – z poduszczenia i zgodnie z fachowymi instrukcjami ze środowiska lekarskiego, który można traktować jako twardy punkt końcowy, to sprawa rzekomo sfałszowanej dokumentacji z SOR-u. Znając organizację pracy w szpitalu, nie dopatrywałbym się tu działania „lekarskiej sitwy”. Wszyscy pacjenci trafiający na szpitalne oddziały muszą najpierw przejść przez SOR, tudzież przez izbę przyjęć. Tam jest im zakładana dokumentacja i z formalnego punktu widzenia udzielona porada, choć pacjentów przyjmowanych planowo, czyli takich jak pan Kamiński, lekarz dyżurny zazwyczaj nie ogląda. I nie ma się czemu dziwić, skoro musi on zajmować się nawałem tzw. przypadków i odpierać szturm tych, którzy przyszedli do szpitala, by wymusić wykonanie badań i konsultacji zleconych przez lekarza POZ albo zasugerowanych przez doktora Google.

Nie mam nic przeciwko dziennikarstwu śledczemu, bo to w mojej ocenie clou zawodu dziennikarza. Nie może to jednak być amatorszczyzna, a trafiająca w punkt dziennikarska robota na najwyższym poziomie. Tym bardziej, jeśli prowokacja polega na udawaniu chorego i tym samym zmniejszaniu komuś rzeczywiście potrzebującemu szansy na szybką diagnostykę i skuteczne leczenie. ○

Zadośćuczynienie z tytułu naruszenia praw pacjenta

Pacjentka w wieku 48 lat została poddana operacji zamknięcia żyły odpiszczelowej lewej techniką EVLT. Następnego dnia po zabiegu, podczas kontrolnego badania USG, stwierdzono: „zakrzep na poziomie ujścia. Pień niedrożny [...]. Opisane naturalne skutki zabiegu metodą EVLT będą ustępowały samoistnie z czasem”.



🟢 **JACEK BAJAK** Dyrektor Biura Odszkodowań, TU INTER Polska S.A.

W kolejnych dniach pacjentka czuła się źle, odczuwała ból, nie mogła chodzić. Wbrew zapewnieniom lekarzy jej stan nie ulegał poprawie. Prowadzący leczenie chirurg potwierdził, że rekonwalescencja przebiega prawidłowo, polecił dalsze przyjmowanie leków przeciwpadaczkowych i przeciwbólowych.

Po powrocie do pracy pacjentka nadal okresowo czuła się źle, co skłoniło ją do konsultacji u innych lekarzy. Dopiero 8 miesięcy po zabiegu, w wyniku przeprowadzonego badania USG stwierdzono w lewej pachwinie ciała obcego: „w lewej pachwinie w VSMD plastikowa rurka/wenflon/ długości 7 cm. Koniec opiera się o płatek zastawki ujścia VSMD do VFC”. Następnego dnia przeprowadzono zabieg usunięcia ciała obcego. Dolegliwości ustąpiły.

Roszczenie: 150 000 PLN zadośćuczynienia i 15 000 PLN odszkodowania.

W oparciu o dokumentację medyczną i wyniki obrazowe badań, ekspert – specjalista chirurgii naczyniowej i angiologii – wydał opinię, zgodnie z którą pozostawienie fragmentu cewnika jest działaniem niepożądanym i ma charakter błędu. W wyniku tego błędu nie doszło u poszkodowanej do pogorszenia stanu zdrowia, ani wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu. Szkada pozostająca w związku przyczynowym z opisanym błędem ograniczała się do konieczności przeprowadzenia zabiegu naprawczego – usunięcia pozostawionego ciała obcego. Przedłużające się dolegliwości i długotrwała rekonwalescencja były – zdaniem eksperta – bez związku z pozostawieniem cewnika w ciele pacjentki.

Zdaniem biegłego fakt, że podczas dalszego procesu leczenia nie zdiagnozowano ciała obcego, nie ma cech błędu, było to bowiem niemożliwe podczas zwykłego badania fizykalnego ani badania USG we wczesnym etapie po zabiegu.

Stwierdzono brak podstaw do przyznania zadośćuczynienia wobec braku jakichkolwiek trwałych skutków popełnionego błędu. Tym niemniej pacjentka w procesie likwidacji szkody uzyskała zadośćuczynienie w związku z naruszeniem prawa pacjenta, o jakim mowa w art. 6 i 8 ustawy z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Wysokość zadośćuczynienia to 10 000 PLN.

Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych

Art. 6. 1. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (...).

Art. 8. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym (...).

Opisana powyżej sytuacja wskazuje na możliwość uznania roszczenia pacjenta, a co za tym idzie wypłaty zadośćuczynienia, nawet w sytuacji, kiedy w wyniku zdarzenia niepożądanego nie dochodzi do trwałego uszczerbku na zdrowiu. Coraz częściej podstawą do wypłaty odszkodowania nie jest sam błąd lub zdarzenie, ale złamanie praw pacjenta. Takie roszczenia mogą być sformułowane nawet bez związku z udzielaniem świadczeń medycznych, na przykład przez osobę, która dopiero podejmuje decyzję o poddaniu się leczeniu. ○

inter
UBEZPIECZENIA

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

Ustawa o POZ już wkrótce



Mariusz
Tomczak

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”



Czy lekarz POZ zostanie „strażnikiem” systemu ochrony zdrowia i „przewodnikiem” pacjenta? Przychodnie czekają istotne zmiany. Część lekarzy, w tym pediatrzy, nie kryje obaw.

Kluczowa rola podstawowej opieki zdrowotnej w systemie ochrony zdrowia wydaje się bezdyskusyjna. Sprawność i skuteczność POZ przekłada się na jego efektywność, dlatego znaczenie tej opieki w Europie rośnie. W wielu krajach istnieją publiczne strategie czy też szczegółowe plany określające ścieżkę jej rozwoju.

Silne zarządzanie tym obszarem ochrony zdrowia widzimy w takich krajach jak: Holandia, Hiszpania, Wielka Brytania, Portugalia, Włochy, Dania, Norwegia, Słowenia, Rumunia, Estonia i Litwa. Z najsłabszym zarządzaniem POZ mamy do czynienia w Szwajcarii, Luksemburgu, Islandii, Słowacji, Irlandii, a także na Cyprze, Węgrzech i Malcie.

Polska należy do tej ostatniej grupy. Aktualnie regulacje dotyczące POZ znajdują się w wielu aktach prawnych o różnicowanej randze. Ministerstwo Zdrowia chce to zmienić. Od początku objęcia teki ministra zdrowia Konstanty Radziwiłł zapowiadał przygotowanie ustawy mającej skoordynować POZ z innymi częściami systemu opieki zdrowotnej i stawiającej lekarza rodzinnego w jej centrum.

Obecny system finansowania lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ nie motywuje do skoordynowanej opieki nad pacjentem, przy

realizacji świadczenia POZ nie ma współpracy na poziomie świadczeniodawców, nie ma też przepływu informacji o leczeniu chorego w pozostałych zakresach świadczeń, a pacjenci są przyzwyczajeni do leczenia specjalistycznego – tak w ocenie skutków regulacji dołączonej do projektu ustawy o POZ definiuje się główne bolączki w jej funkcjonowaniu. Nowe przepisy mają je zmienić. – Jakość opieki zdrowotnej i bezpieczeństwo pacjentów to wartości najwyższe – podkreśla minister Radziwiłł.

MEDYCYNĄ RODZINNĄ PONAD WSZYSTKO

„Podstawowa opieka zdrowotna jest częścią systemu ochrony zdrowia, w ramach której zapewniany jest dostęp do finansowanych ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej profilaktycznych, w tym profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz pielęgnacyjnych, udzielanych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej” – tak brzmi art. 2 projektu ustawy o POZ, który trafił do konsultacji społecznych.

O ile projektowane przepisy wejdą w życie, fundamentem POZ stanie się medycyna rodzinna. Docelowo lekarzem POZ ma być lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie

medycyny rodzinnej lub odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej albo posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej. Wychodząc naprzeciwko zjawisku niedoboru kadry ze specjalizacją w dziedzinie medycyny rodzinnej, w projekcie ustawy przyjęto, iż lekarzem POZ może być także lekarz ze specjalizacją I stopnia lub specjalizacją inną niż medycyna rodzinna bądź specjalizacją II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, który nieprzerwanie przez okres nie krótszy niż trzy lata udzielał świadczeń zdrowotnych w POZ, posiadający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz tzw. listę aktywną pacjentów. Lekarze, którzy w dniu wejścia ustawy będą udzielali świadczeń zdrowotnych w POZ przez okres krótszy niż trzy lata, popracują nie dłużej niż do 31 grudnia 2025 r. (potem tylko pod warunkiem rozpoczęcia specjalizacji w dziedzinie medycyny rodzinnej).

Zaniepokojone tym jest m.in. środowisko lekarzy pediatrów, obawiające się utraty uprawnień przyznanych na mocy ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. W opinii Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, po wejściu w życie ustawy o POZ

▲ – Jakość opieki zdrowotnej i bezpieczeństwo pacjentów to wartości najwyższe – podkreśla minister Radziwiłł.



DOCELOWO LEKARZEM POZ MA BYĆ LEKARZ POSIADAJĄCY TYTUŁ SPECJALISTY W DZIEDZINIE MEDYCYNY RODZINNEJ LUB ODBYWAJĄCY SZKOLENIE SPECJALIZACYJNE W DZIEDZINIE MEDYCYNY RODZINNEJ ALBO POSIADAJĄCY SPECJALIZACJĘ II STOPNIA W DZIEDZINIE MEDYCYNY OGÓLNEJ.

„rozpocznie się stopniowy proces ograniczania udziału lekarzy pediatrów” zmierzający do ich „całkowitego wyeliminowania z systemu”, bowiem po 2025 r. specjaliści pediatrii nie będą mogli być lekarzami POZ. „Proponowane w ustawie zmiany spowodują całkowitą stopniową blokadę w zakresie dostępności do pediatry, którego nie będzie w POZ i AOS” – czytamy w stanowisku PTP. Resort uspokaja: „Dzieci nie zostaną pozbawione opieki lekarzy pediatrów”.

Podobne rozwiązania jak w przypadku lekarzy przyjęto wobec pielęgniarek POZ, określając, jako docelowe kwalifikacje, ukończenie lub odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, internistycznego lub opieki długoterminowej, lub posiadanie tytułu zawodowego magistra. Z uwagi na niedobór kadry pielęgniarskiej projekt ustawy przewiduje szereg wyjątków. Analogicznie postąpiono z położnymi POZ. Na potrzeby kształcenia personelu medycznego w zakresie

medycyny rodzinnej zaplanowano reorganizację Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie.

GRA ZESPOŁOWA: LEKARZ, PIELĘGNIARKA I POŁOŻNA

Koordinatorem pacjenta w całym systemie ochrony zdrowia zostanie lekarz POZ. Jego zasadniczym zadaniem, jako przewodnika pacjenta po systemie, stanie się zapewnienie pacjentowi ciągłości i kompleksowości opieki we współpracy z pielęgniarką POZ i położną POZ.

Każdy pacjent zostanie objęty opieką zespołu POZ złożonego z lekarza, pielęgniarki i położnej. To zupełnie nowa instytucja, która ma działać w oparciu o zasadę niezależności zawodowej swoich członków, ze wskazaniem podziału środków na ich działania i wynagrodzenia. Zostanie utrzymana możliwość prowadzenia działalności w ramach POZ różnych podmiotów leczniczych (przedsiębiorcy: osoby fizyczne lub prawne, organizacje pozarządowe, samodzielne

publiczne zakłady opieki zdrowotnej) oraz praktyk zawodowych (indywidualne i grupowe, lekarskie, pielęgniarskie lub położne).

Podczas udzielania świadczeń opieki zdrowotnej członkowie zespołu POZ mają ze sobą ściśle współpracować. „W ramach koordynacji leczenia pacjenta przez POZ konieczne będzie uzyskiwanie informacji o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych w innych zakresach świadczeń (ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne)” – czytamy w uzasadnieniu projektu ustawy. NRL zwraca uwagę na to, że jeżeli zespół POZ ma zapewniać ciągłość i kompleksowość świadczeń, to wchodzący w jego skład lekarz, pielęgniarka i położna powinni udzielać pomocy u tego samego świadczeniodawcy. „Dopuszczenie możliwości tworzenia zespołu przez personel udzielający świadczeń w różnych miejscach u różnych świadczeniodawców uniemożliwia realne zapewnienie ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń POZ” – uważa samorząd lekarski.

W ramach profilaktycznej opieki zdrowotnej zespół POZ ma współpracować z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania, a w ramach udzielania świadczeń również z osobami udzielającymi pacjentowi specjalistycznej pomocy (m.in. w ramach AOS, leczenia szpitalnego, opieki długoterminowej), ze specjalistami z obszaru zdrowia publicznego (np. dietetykiem, fizjoterapeutą, psychologiem), a także przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia czy dyrektorami szkół.

Nie zmieniają się zasady dotyczące prawa wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu POZ. Ważność zachowają także oświadczenia woli pacjentów o wyborze świadczeniodawcy, lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ, złożone przed dniem wejścia w życie ustawy.

1.07

Tego dnia ma wejść w życie ustawa o POZ (z dwoma wyjątkami).



NAJPIERW PILOTAŻ, POTEM OPIEKA ZINTEGROWANA

Wobec pacjentów z wybranymi chorobami przewlekłymi (zostaną one określone w rozporządzeniu ministra zdrowia) planuje się wyodrębnić opiekę zintegrowaną finansowaną w ramach budżetu powierzonego. Ma ona polegać na współpracy lekarza POZ z lekarzami AOS. Istotą będzie zapewnienie przez świadczeniodawcę szerszego katalogu badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych (w tym inicjowanie wizyt pacjenta w AOS i umożliwienie konsultacji lekarz-lekarz) u świadczeniodawców, z którymi NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. – Planowany model należy postrzegać jako strategię zmierzającą do stworzenia systemu ukierunkowanego na pacjenta, w którym kładzie się większy nacisk na działania zapobiegawcze – mówi Milena Kruszewska, rzecznik ministra zdrowia.

W ocenie NRL ograniczenie możliwości podpisywania przez lekarza POZ umów na badania diagnostyczne oraz konsultacje specjalistyczne tylko z lekarzami mającymi podpisane umowy z NFZ i udzielającymi świadczeń w ramach publicznej opieki zdrowia nie skróci czasu oczekiwania pacjenta na poradę specjalistyczną. „Zwiększenie dostępności konsultacji specjalistycznych będzie realnie możliwe poprzez umożliwienie podpisywania takich umów również ze specjalistami, którzy nie mają zwartych umów o udzie-

lanie świadczeń zdrowotnych z NFZ” – uważa NRL. W projekcie ustawy nie ma zasad współpracy POZ z innymi świadczeniodawcami działającymi w ramach systemu ochrony zdrowia, pozostawiając je do określenia w formie rozporządzenia.

Opieka zintegrowana powinna odbywać się na podstawie indywidualnego planu leczenia zgodnie z zaleceniami postępowania medycznego (tzw. ścieżki postępowania) w wybranych chorobach przewlekłych. Objęci nią pacjenci zachowają prawo wyboru sposobu leczenia (opieka zintegrowana lub opieka lekarza specjalisty na dotychczasowych zasadach). Na objęcie opieką zintegrowaną pacjent ma wyrazić zgodę, co będzie równoznaczne z jego rezygnacją z możliwości wyboru lekarza specjalisty w zakresie objętym tą opieką. – Jej wprowadzenie zostanie poprzedzone rocznym programem pilotażowym od 1 stycznia do 31 grudnia 2018 r. – informuje rzecznik ministra zdrowia.

Zgodnie z projektem ustawy źródłami finansowania POZ będą: NFZ i budżet państwa. W umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej planuje się wyodrębnić środki przeznaczone na zapewnienie opieki zintegrowanej (budżet powierzony). Planowane jest również wyodrębnienie środków przeznaczonych na zapewnienie opieki profilaktycznej i edukacji zdrowotnej oraz opiekę nad pacjentem przewlekle chorym (dodatek zadaniowy). W umowie w części dotyczącej bu-

▲ W projekcie ustawy nie ma zasad współpracy POZ z innymi świadczeniodawcami działającymi w ramach systemu ochrony zdrowia.

12.01

W tym dniu weszły w życie zmiany w dostępie do POZ wprowadzające m.in. możliwość zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.

dżetu powierzonego ma zostać określony procent udziału środków stanowiący przychód świadczeniodawców realizujących opiekę zintegrowaną. „Zakładany sposób finansowania ma być systemem motywacyjnym, który powinien zagwarantować optymalne wykorzystanie środków przeznaczonych na świadczenia zdrowotne” – czytamy w OSR.

Resort zakłada systematyczną poprawę jakości oraz skuteczności opieki w POZ i wdrożenie „zestawu działań monitorujących-oceńających”, jak i to, że nowe regulacje mają pośrednio promować rozwijanie „wewnętrznych systemów poprawy jakości”. Na razie nie do końca wiadomo, co to oznacza w praktyce. Świadczeniodawcy zostaną zobowiązani do monitorowania jakości udzielanych świadczeń (m.in. dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz zarządzania i organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej), a kryteria określi rozporządzenie ministra zdrowia. Ustawa (z dwoma wyjątkami) miałaby wejść w życie 1 lipca br. (jednym z nich jest termin wprowadzenia opieki zintegrowanej zaplanowany na 1 lipca 2019 r.).

Tymczasem 12 stycznia weszły zmiany w dostępie do POZ. Ci, którzy mają – choćby potencjalnie – prawo do świadczeń, nie muszą już obawiać się, że poniosą koszty, kiedy eWUŚ nie potwierdzi ich uprawnień. Jest to rozwiązanie przejściowe, a planowane zmiany systemowe zmierzają do odejścia od zasady ubezpieczenia zdrowotnego już w przyszłym roku wraz z likwidacją NFZ.

Przepisy, które weszły w życie, mają m.in. wyeliminować sytuacje, w których pacjenci mający teoretycznie prawo do świadczeń nie korzystają z opieki z obawy przed poniesieniem kosztów. Obowiązujące dotychczas przepisy rodziły problemy m.in. w przypadku studentów, którzy podejmując pracę, uzyskiwali prawo do ubezpieczenia, ale nie wiedzieli, że po rozwiązaniu umowy muszą ponownie zostać zgłoszeni do systemu przez ubezpieczonych członków rodziny. Nowe przepisy wprowadziły również możliwość wstępnego zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego. ○


Romuald Krajewski

 Prezydent Europejskiej
Unii Lekarzy Specjalistów

Co nowego w UEMS?

Tym razem trochę sprawozdań,
bo koniec roku obfitował w wydarzenia.

W październiku odbyło się kolejne posiedzenie Rady UEMS. Najciekawsze były dyskusje o nowej strukturze, których efektem było przyjęcie wytycznych dla Zarządu w sprawie przygotowania zmian w regulaminie uwzględniających nowe role sekcji specjalistycznych w zarządzaniu organizacją. Statut UEMS pozostanie niezmieniony, a więc charakter organizacji (międzynarodowe stowarzyszenie non-profit) i członkostwo nie ulegną zmianie. Zmiany zostaną wprowadzone do regulaminu w kwietniu 2017 r. Największym sukcesem jest doskonała atmosfera współpracy i wspólnego rozwiązywania zadań, dobrze rokująca na przyszłość.

Rada UEMS podjęła też uchwałę o przyjęciu 4 nowych członków. Dotychczasowy członek UEMS, reprezentujący specjalistów niemieckich, Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände, został zastąpiony przez Spitzenverband Fachärzte Deutschlands. W miejsce stowarzyszenia specjalistów Bułgarię reprezentuje obecnie Bułgarskie Towarzystwo Lekarskie, które pełni funkcję izby lekarskiej. Serbska izba lekarska została członkiem stowarzyszonym. Mamy więc nadal w UEMS reprezentację wszystkich krajów UE i coraz liczniejszych członków stowarzyszonych oraz obserwatorów.

Od paru lat o status członka obserwatora ubiegała się Arabska Rada Specjalistów Medycznych w Iraku. Dzięki pomocy Kolegów z Wielkiej Brytanii udało się ustalić, że jest to prawdopodobnie najbardziej reprezentatywna

i niezależna organizacja lekarzy specjalistów w tym kraju. Przedstawiciela ABHS na posiedzeniu Rady pytano o prawa kobiet w organizacji, o aktywność na terenie Iraku, o problemy lekarzy specjalistów. W głosowaniu Rada była jednomyślnie za przyjęciem ABHS jako członka obserwatora. Najbardziej poruszyło wszystkich niezwykle emocjonalne przyjęcie wiadomości o tej decyzji i o możliwości udziału w pracach międzynarodowej organizacji. Zdaliśmy sobie sprawę, jak ważne może być to, co my już uważamy za normalne i oczywiste. Rada zatwierdziła także propozycje zmian w europejskiej akredytacji doskonalenia zawodowego. Parę tygodni później odbyła się w Amsterdamie kolejna konferencja UEMS poświęcona tej aktywności i od początku 2017 r. zmiany są już wprowadzane w praktyce.

Na początku grudnia odbyło się w Paryżu posiedzenie konferencji izb lekarskich. Przedstawiciele izb lekarskich i podobnych organizacji z krajów europejskich zajmują się zagadnieniami etyki lekarskiej, demografią, współpracą z innymi zawodami. Przewodniczący obecnie konferencji przedstawiciel FNOMCeO (izby włoskiej) już po raz kolejny zachęcał, aby Polska była ponownie reprezentowana na tych ważnych spotkaniach.

Przy okazji konferencji odbyło się spotkanie przewodniczących europejskich organizacji lekarzy poświęcone głównie dalszym działaniom Europejskiego Komitetu Normalizacji, który nie ustaje w wysiłkach ustanawiania standardów medycznych. Wszystkie organizacje europejskich lekarzy są jednoznacznie temu przeciwne i na wiele sposobów starają się przekonywać polityków i Komitet, że wytyczne praktyki medycznej muszą pozostać w rękach lekarzy. ○



W imieniu Fundacji Lekarzy Lekarzom pragnę podziękować wszystkim Darczyńcom, którzy za pośrednictwem Fundacji wspierają Koleżanki i Kolegów w trudnych życiowych sytuacjach. Każda, nawet symboliczna, kwota jest bardzo cenna. Chciałbym szczególnie podziękować za stałe i pojedyncze wpłaty Darczyńcom z: Białego Błota, Czarnkowa, Gdańska, Grodziska Mazowieckiego, Inowrocławia, Katowic, Legnicy, Lublina, Łodzi, Mielca, Poznania, Szczecina, Warszawy. Szczególne podziękowania pragnę złożyć tym z Państwa, którzy zdecydowali się wesprzeć organizowaną przez Fundację akcję prosczępienną.

Mariusz Janikowski,
PRZEZES ZARZĄDU
Fundacji Lekarzy Lekarzom

Tropiciele onkologicznych genów

GL
ROZMOWA

Z **prof. Wojciechem Młynarskim**, kierownikiem Kliniki Pediatrii, Onkologii, Hematologii i Diabetologii w Centralnym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi rozmawiają:
Ryszard Golański i Lucyna Krysiak.

GL W CSK Uniwersytetu Medycznego w Łodzi otwarto Centralne Laboratorium Badań Genetycznych w Onkologii Dziecięcej ONCOLAB im. Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy. Co nowego wnosi ta placówka w leczenie nowotworów u dzieci?

W onkologii dziecięcej dzieje się ostatnio dużo dobrego i choć pojawiają się informacje o niedoinwestowaniu tej specjalności, o trudnościach w dostępie do nowoczesnych terapii, zapewniam, że poziom i wyniki leczenia chorych nie odbiegają od rozwiniętych krajów Europy Zachodniej. Wyleczalność nowotworów u dzieci sięga obecnie 80 proc. Należy podkreślić, że najczęstszy nowotwór to ostra białaczka limfoblastyczna, a na drugim miejscu są guzy mózgu, czyli nowotwory złośliwe trudne do leczenia. Na te wyniki leczeniałożyło się głównie doświadczenie ośrodków leczących i poprawa warunków sanitarnych, w jakich leczone są dzieci. Wiele zgonów było spowodowanych powikłaniami, np. posoczniciami. Dziecięce nowotwory, w przeciwieństwie do nowotworów dorosłych, są leczone bardzo agresywnie, co doprowadza do aplazji szpiku i narażenia na infekcje. Jednak dzięki tak intensywnemu leczeniu, np. ostra białaczka limfoblastyczna, jest wyleczalna u 90 proc., a guzy mózgu u 50-60 proc. chorych. Na poprawę wskaźnika wyleczalności miało także wpływ stosowanie się do wytycznych zawartych w coraz to nowszych europejskich monitorowanych protokołach terapeutycznych, a więc również we wprowadzeniu nowych metod leczniczych. Dzieci w przeszłości niedolecane są przesuwane do grupy wysokiego ryzyka i bardziej intensywnie leczone z dobrym efektem. W Polsce jest kilkanaście dziecięcych ośrodków onkologicznych, w każdym jest taki sam standard postępowania. Co istotne, obowiązują one także np. w Niemczech, Austrii czy we Włoszech, a polski konsultant krajowy w hematologii i onkologii dziecięcej – prof. Jerzy Kowalczyk – odpowiada za stworzenie standardów opieki w ramach UE.

To sukces polskiej onkologii dziecięcej przy tak niskich nakładach finansowych na ochronę zdrowia w naszym kraju. Jeśli w czymś odbiegamy to w sprzeczcie, np. do zabiegów neurochirurgicznych.

GL Czy badania genetyczne wykonywane w nowo-powstałym laboratorium jeszcze bardziej przybliżą nas do Europy?

Jak zaznaczyłem, nasze wyniki nie odbiegają od europejskich, leczymy jednak, posługując się nieco innymi protokołami. W Polsce w ocenie choroby resztkowej w ostrych białaczkach posługujemy się cytometrią przepływową, a w niektórych krajach, np. w Niemczech, od dłuższego czasu prowadzi się już leczenie w oparciu o biologię molekularną, czego wymaga oryginalny niemiecko-włoski protokół terapeutyczny. Obecnie będzie tworzony nowy międzynarodowy protokół terapeutyczny, by Polska była partnerem w tym protokole, musimy oceniać chorobę resztkową w oparciu o biologię molekularną. Ponadto w nowych algorytmach stratyfikujących grupy ryzyka pacjentów pediatrycznych niezbędna będzie precyzyjna i wiarygodna identyfikacja wielu defektów genetycznych w komórkach nowotworowych. Przykładowo, w ostrej białaczce limfoblastycznej będzie konieczna analiza około 30 genów różnymi metodami genetyki molekularnej, po to, aby móc wykorzystać terapię celowaną. ONCOLAB nam to właśnie umożliwi i służy w tym celu dzieciom z całej Polski. W nowych międzynarodowych protokołach terapeutycznych jesteśmy więc pełnoprawnym partnerem.

GL Dlaczego laboratorium powstało akurat w Łodzi?

W strukturach naszej kliniki znajdują się obecnie dwa laboratoria naukowo-diagnostyczne, jedno – istniejące od lat – to Pracownia Immunopatologii i Genetyki (kierowana przez dr Katarzynę Bąbol-Pokorę), która ma charakter naukowo-badawczy, drugie laboratorium to

90%

Na takim poziomie kształtuje się wyleczalność ostrej białaczki limfoblastycznej u dzieci.



BĘDZIE TWORZONY NOWY MIĘDZYNARODOWY PROTOKÓŁ TERAPEUTYCZNY, BY POLSKA BYŁA PARTNEREM W TYM PROTOKOLE, MUSIMY OCENIAĆ CHOROBE RESZTKOWĄ W OPARCIU O BIOLOGIE MOLEKULARNA.

GL Jakie możliwości kryją badania molekularne u dzieci z chorobą nowotworową?

W tej chwili o białaczkach u dzieci (najczęstszy nowotwór) stanowią trzy grupy ryzyka – standardowe, pośrednie i wysokie w zależności głównie od tzw. choroby resztkowej i trzech zaburzeń genetycznych, które dotyczą około 10 proc. chorych. W nowym protokole znajdzie się kilkadziesiąt defektów genetycznych, które trzeba będzie zdiagnozować różnymi technikami, począwszy od cytogenetyki klasycznej, FISH, po badanie sekwencjonowania DNA czy mikromacierze SNP i ekspresyjne. Trzeba się liczyć z faktem, że tych grup ryzyka będzie bardzo dużo i w zależności od tego, jaki defekt genetyczny będzie wykryty, tak dziecko będzie leczone. ONCOLAB otworzy nam więc drzwi do takiej terapii. W onkologii protokoły lecznicze obowiązujące w Polsce ustala międzynarodowa grupa InternationalBFM. Nazwa pochodzi od trzech miast: Berlin, Frankfurt, Munster, gdzie powstał pierwszy protokół leczenia białaczki u dzieci, stanowiący punkt wyjścia dla tworzenia kolejnych obowiązujących w Europie. Polska jest pełnoprawnym uczestnikiem grupy IBFM. Spotykamy się dwa razy w roku w celu uaktualniania treści zawartych w protokołach.

GL Czy te dobre doświadczenia w leczeniu dzieci z nowotworami przekładają się na leczenie dorosłych?

Nie ma takiego bezpośredniego przełożenia. Każde dziecko ma szansę być wyleczone nawet w czwartym stopniu zaawansowania choroby nowotworowej, dlatego zakładając taki scenariusz, podejmujemy bardzo agresywne i indywidualizowane leczenie. U dorosłych często pozostaje leczenie paliatywne. Dziecko, np. 6-letnie, z chorobą nowotworową, jest ogólnie zdrowe, dorosły pacjent z nowotworem w starszym wieku (70 lat) jest obciążony wieloma innymi chorobami (miażdżyca, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze), co uniemożliwia prowadzenie terapii tak intensywnej jak u dzieci.

GL W ochronie zdrowia wciąż toczy się batalia o pieniądze. Czy są gwarancje, że nie dojdzie do limitowania badań?

Pomieszczenia dla ONCOLAB zostały udostępnione przez nasz Szpital CSK, sprzęt sfinansowała Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy i Uniwersytet Medyczny w Łodzi, pieniądze na działalność laboratorium na najbliższe trzy

właśnie ONCOLAB, które prowadzi działalność usługową i ma służyć dzieciom z całej Polski z ukrytą chorobą nowotworową. Kierownikiem ONCOLABU jest dr Joanna Taha. Mamy więc nie tylko bazę, ale odpowiednie zaplecze kadrowe. Część osób z laboratorium działającego przy klinice została przeniesiona do ONCOLAB-u, by służyć wiedzą i doświadczeniem młodszym kolegom. W onkologii dziecięcej to prawdziwa rewolucja, ponieważ dzięki badaniom genetycznym na taką skalę lekarze z całego kraju zyskali możliwość indywidualnego podejścia terapeutycznego do każdego dziecka z nowotworem. Dzięki temu można zastosować najnowsze metody, często indywidualizowane terapie ukierunkowane molekularnie.

GL Laboratorium jest wyposażone w sprzęt, jakim dysponują najlepsze laboratoria genetyczne w świecie...

Są to najnowszej generacji aparaty do sekwencjonowania całego genomu, sekwenatory DNA służące do sekwencjonowania pojedynczych genów, analizatory mikromacierzy do oceny ekspresji genów w genomie, a także regionów, które mogą ulec delecji w jego obrębie. ONCOLAB dysponuje też zapleczem służącym do biobankowania. Jesteśmy jedyną tego rodzaju placówką w Polsce i jedną z niewielu w Europie. To dla nas nobilitacja.

▲ Prof. Wojciech Młynarski:

– W onkologii dziecięcej niewątpliwie jesteśmy pionierami, dopiero przecieramy szlaki.

lata otrzymaliśmy z Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych i są to środki zabezpieczające nasze potrzeby, a więc przeprowadzanie badań diagnostycznych i wynagrodzenia dla personelu. Pochodzą one bezpośrednio z Ministerstwa Zdrowia. Otrzymaliśmy też 20 mln zł z Narodowego Centrum Badań i Rozwoju w ramach projektu badawczego o wdzięcznej i wiele mówiącej nazwie PERSON-ALL. Projekt ten jest realizowany przez wszystkie ośrodki onkologii dziecięcej, a koordynowany przez ośrodek prof. Tomasza Szczepańskiego z Zabrza. Jego założeniem jest indywidualizacja leczenia pacjentów pediatrycznych z białaczką.

GL A jak technicznie odbywa się kwalifikacja do badań genetycznych dzieci z nowotworami?

Od września, a więc od momentu uruchomienia laboratorium, do Łodzi przesyłany jest szpik lub inny materiał biologiczny dzieci z ośrodków onkologicznych w całej Polsce ze stwierdzeniem lub podejrzeniem choroby nowotworowej. Obecnie dysponujemy zamrożonym materiałem do badań pobranym od ponad tysiąca dzieci. Takim zapleczem badawczym dysponuje niewiele laboratoriów genetycznych na świecie. W ośrodkach onkologicznych lekarze dokonują oceny, który pacjent kwalifikuje się do badania genetycznego. Większość rozpoznanych tam nowotworów wymaga terapii z wykorzystaniem badań diagnostycznych opartych

OBECNIE DYSPONUJEMY ZAMROŻONYM MATERIAŁEM DO BADAŃ POBRANYM OD PONAD TYSIĄCĄ DZIECI. TAKIM ZAPLECZEM BADAWCZYM DYSPONUJE NIEWIELE LABORATORIÓW GENETYCZNYCH NA ŚWIECIE.

właśnie o metody biologii molekularnej. Także jeśli dziecko nie wchodzi w remisję choroby, widać, że komórki są odporne na leczenie, to poza protokołem możemy na podstawie badań genetycznych jego szpiku zaproponować dodatkowe ukierunkowane terapie. Przebadaliśmy geny już dwojga takich dzieci. Ustaliliśmy, jakie leki są dla nich odpowiednie i po ich zastosowaniu doszło do remisji choroby. Do standardowego postępowania po badaniu genetycznym dołącza się konkretny, indywidualnie dopasowany lek.

GL W Polsce rocznie wykrywa się wśród dzieci ponad 1100 nowych przypadków zachorowania na nowotwory. To dużo czy mało?

Na tle ogromnej liczby dorosłych z rozpoznaniem choroby nowotworowej to mniej niż 1 proc., ale wnikając w szczegóły, to niemało. Około 200 dzieci w Polsce ma co roku rozpoznaną ostrą białaczkę limfoblastyczną i od każdego pacjenta z takim rozpoznaniem szpik musi trafić do naszego labora-

200

Okolo tylu dzieci w Polsce ma co roku rozpoznana ostrą białaczkę limfoblastyczną i od każdego pacjenta z takim rozpoznaniem szpik musi trafić do laboratorium w Łodzi.

torium. Chorych poddaje się chemioterapii, a w przypadku słabej reakcji na chemię można dobrać na podstawie badania genetycznego odpowiedni dodatkowy lek. Prognozujemy, że ten sposób leczenia powinien podnieść wyleczalność białaczek do 95 proc. Najczęstszym nowotworem mózgu u dzieci (150 dzieci rocznie) jest medulloblastoma. W przypadku tych nowotworów łączy się operację z chemioterapią, którą powinno się rozpocząć jak najszybciej od zabiegu operacyjnego, i radioterapię. W tych nowotworach wyleczalność sięga nawet 60 proc. Tu też diagnostyka oparta o badania genetyczne może poprawić wyleczalność, ale też diametralnie zmienić podejście do leczenia nowotworów. Wchodzi w medycynę spersonalizowaną i diagnostyka oparta o badania genetyczne ma tu kluczowe znaczenie.

GL Ale czy łódzkie laboratorium nie jest przypadkiem tylko oazą na pustyni?

W onkologii dziecięcej niewątpliwie jesteśmy pionierami, dopiero przecieramy szlaki. W onkologii dorosłych skala zachorowania na nowotwory jest wielka i badania molekularne na tak wysublimowanym poziomie, jaki oferujemy, są obecnie niewykonalne. W onkologii dziecięcej możemy na podstawie badań molekularnych podzielić wszystkich chorych z Polski na kilkanaście czy kilkadziesiąt grup i w każdej będzie wskazanie do innej terapii, tak jak w najnowszym międzynarodowym protokole.

GL Czy ośrodki onkologii dziecięcej w kraju są zdolne podjąć leczenie na podstawie wytycznych określonych badaniami genetycznymi?

W onkologii dziecięcej wszystkie ośrodki leczą tak samo niezależnie od tego, czy jest to Frankfurt, Poznań czy Łódź. Jednak terapia ukierunkowana molekularnie jest pewnym problemem, ponieważ najczęściej nie jest refundowana. Tak było w przypadku jednego z naszych dwóch małych pacjentów, u których brak remisji po chemioterapii spowodował przebadanie ich pod kątem genetycznym i zalecenie terapii celowanej. Tym razem dostaliśmy lek od firmy farmaceutycznej, ale może się zdarzyć, że jakiś lek będzie nieosiągalny. Na szczęście przy każdej klinice onkologii dziecięcej istnieją fundacje, które w razie konieczności wspomagają finansowo rodziny chorych dzieci. Jednak ten problem w przyszłości wymaga rozwiązań ogólnych. Nie ma w Polsce ścieżki legislacyjnej i finansowej dla niekomercyjnych badań klinicznych.

GL Nikt o tym dotąd nie pomyślał?

W Polsce nie, a np. w Niemczech 30 proc. badań zarejestrowanych w centralnym rejestrze to badania niekomercyjne; w Polsce stanowią one tylko 4 proc. Według dyrektywy unijnej nie ma podziału na badania komercyjne i niekomercyjne. Wymogiem jest, aby w badaniu klinicznym uczestniczył sponsor, który bierze za nie odpowiedzialność, i nie jest to firma farmaceutyczna, ale np. Uniwersytet Medyczny. Koszt rejestracji niekomercyjnego badania w Polsce to 2 tys. zł, i pytanie – kto ma je wyłożyć? A to dopiero początek. Każdy pacjent podlegający badaniu musi być ubezpieczony, a ba-



danie musi być monitorowane – szacowany koszt udziału jednego pacjenta to ok. 2-3 tys. zł. Źródła finansowania badań w Polsce są dwa – Narodowe Centrum Nauki i Narodowe Centrum Badań i Rozwoju. NCN finansuje wyłącznie badania podstawowe, a NCBiR nie prowadzi konkursów na badania kliniczne. W Polsce jest 1100 dzieci z chorobą nowotworową, każde z nich obligatoryjnie jest w badaniu klinicznym, ponieważ tak mówi obowiązujący w Europie protokół leczenia. Zgodnie z wymogami, takie badanie powinno się w Polsce rejestrować, ubezpieczyć pacjenta i monitorować wyniki, a przecież często my tego nie robimy, bo nie mamy na to pieniędzy. Aby obejść ten wymóg w białaczkę limfoblastyczną, zastosowaliśmy kombinację, wybraliśmy z protokołu ramiona leczenia i uznaliśmy je za standard terapii tej choroby w Polsce. Co więcej, tu nie chodzi o jakieś supernowe leki, ale o standardowo stosowane chemioterapeutyki, które są dostępne i przeważnie refundowane. Nie ma jednak finansowana samej procedury terapii celowanej opartej o badania genetyczne. W niektórych krajach unijnych, np. we Włoszech, jest konkretny podatek, który płacą firmy farmaceutyczne na badania niekomercyjne. W ramach tego podatku można rejestrować takie badanie jak leczenie dziecka z białaczką, chłoniakiem, z każdym innym nowotworem. Podjęliśmy rozmowy z resortem zdrowia, że taka ścieżka powinna się pojawić. I to nie są wielkie pieniądze, to maksymalnie 20-30 mln zł w ciągu 5 lat. Dzięki temu wszystkie dzieci w Polsce mogłyby być leczone zgodnie z najnowszymi protokołami bezproblemowo i bez niepotrzebnej zwłoki. Mam nadzieję, że uda się nam przekonać resort zdrowia. ○

▲ Centralne Laboratorium Badań Genetycznych ONCOLAB otwarto dzięki wsparciu finansowemu Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy, która ofiarowała 2,5 mln zł na jego wyposażenie. Wydarzenie to upamiętniono, nadając placówce imię WOŚP.

Meritus Pro Medicis 2012

W 2012 r. Kapituła odznaczenia Meritus Pro Medicis przyznała to najcenniejsze odznaczenie w samorządzie lekarskim dwóm osobom. Co zrobili dla środowiska? Czemu samorząd jest dla nich ważny?

LIDIA SULIKOWSKA



**Marek
Zasadny**

(Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie)



**Wojciech
Ratajczak**

(Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku)

Specjalista chorób wewnętrznych i chorób płuc. Zaangażował się w działalność samorządową, bo w solidarności zawodowej widział szansę na poprawę kondycji materialnej lekarzy, która – jak sam mówi – była żenująca. Brał udział jako negocjator i udało się dojść do porozumienia w kwestii wynagrodzeń pomiędzy strajkującymi lekarzami i dyrekcją szpitala w jego rodzinnym Przemyślu w 2007 r. (obszar strajków obejmował szpitale podkarpackie). Bliskie są mu też ideały pomocy lekarzom, którzy znaleźli się w trudnej sytuacji finansowej, dlatego od trzeciej kadencji działa w komisji socjalno-bytowej krakowskiej izby. Wieloletni członek Prezydium ORL, już drugą kadencję jest wiceprezesem swojej izby. Chciałby sfinalizować plany budowy siedziby Delegatury OIL w Przemyślu, której od lat jest pełnomocnikiem. Chciałby też rozwijać pomoc finansową izby dla lekarzy, między innymi w kwestii wspomagania rozpoczęcia działalności w zawodzie.

Specjalista chirurgii stomatologicznej. Do pracy w samorządzie namówili go koledzy, którzy organizowali siedzibę gdańskiej izby w Szpitalu na Zaspie, gdzie wówczas pracował. Zaczynał od pracy w OSL i NSL. Wieloletni członek Prezydium ORL, był też wiceprezesem swojej okręgowej izby. Związany z Komisją Stomatologiczną i Komisją ds. Praktyk Lekarskich OIL w Gdańsku, a w NRL – także działa w Komisji Stomatologicznej i Zespole ds. Praktyk Lekarskich. Opiniuje projekty aktów prawnych Ministerstwa Zdrowia związane z działalnością lekarzy dentystów. Jak mówi, czasem udaje się skłonić resort zdrowia do wycofania się z błędnych pomysłów. Przypomina chociażby batalię o uproszczenie procedur radiologicznych dla stomatologów. Teraz, wspólnie z członkami Zespołu ds. Praktyk Lekarskich NRL i Biurem Prawnym NIL, pracuje m.in. nad propozycją zmiany przepisów, która umożliwiłaby zatrudnianie lekarzy w indywidualnej praktyce lekarskiej.



Fundacja Lekarze Lekarzom znajduje się w wykazie organizacji pożytku publicznego uprawnionych do otrzymania 1% podatku dochodowego od osób fizycznych za rok 2016.

Procedura przekazania 1% podatku jest wyjątkowo prosta, wystarczy że w składanym zeznaniu rocznym wskażemy organizację pożytku publicznego, którą chcemy wesprzeć. Należy tylko wpisać w konkretnej rubryce numer KRS oraz kwotę, jaką przekazujemy Fundacji.

Prezes Fundacji
Mariusz Janikowski

ul. Sobieskiego 110; 00-764 Warszawa
e-mail: fundacja@hipokrates.org
www.fll.nil.org.pl

Nr KRS Fundacji Lekarze Lekarzom: 0000409693
Przeznacz 1% podatku Fundacji Lekarze Lekarzom

WYBORY 2017/2018

Kalendarz wyborczy. START.



Ładysław
Nekanda-Trepka

Przewodniczący
Krajowej Komisji
Wyborczej

Rok 2017 jest rokiem wyborów do samorządu lekarskiego VIII kadencji. Krajowa Komisja Wyborcza ustaliła kalendarz wyborczy, w którym zaplanowano następujące po sobie fazy przygotowania i przeprowadzenia wyborów w trybie korespondencyjnym oraz podczas spotkań w rejonach wyborczych.



Pierwsze decyzje organizacyjne zostały już podjęte w izbach lekarskich, a polegały na określeniu przez okręgowe rady lekarskie jednolitej liczby członków rejonu wyborczego uprawnionych do wyboru jednego delegata oraz minimalnej i maksymalnej liczby członków rejonu.



Do końca lutego zostaną ustalone i opublikowane w BIP rejon wyborczy wraz z imiennymi listami członków rejonów wyborczych, które obejmować będą lekarzy i lekarzy dentystów mających czynne prawo wyborcze na dzień **31 grudnia 2016 r.** Do **14 kwietnia 2017 r.** będzie można zgłosić indywidualny wniosek o przeniesienie do innego rejonu wyborczego, do tego czasu powinno również nastąpić ustalenie i opublikowanie ostatecznej listy członków rejonów wyborczych. W tym czasie powinna zostać ustalona również liczba mandatów na zjazd okręgowy. Natomiast kandydatów na delegatów można zgłaszać najpóźniej do **15 maja 2017 r.** Ostateczne listy kandydatów okręgowe komisje wyborcze opublikują do końca maja 2017 r. To bardzo krótki czas na zgłoszenie kandydatów. Członek rejonu wyborczego może również zgłosić własną osobę jako kandydata. Od czasu publikacji



list rozpoczyna się czas głosowania w rejonach wyborczych, które powinno zakończyć się **w październiku 2017 r.**

Informacje o terminie, miejscu i okresie głosowania oraz możliwości głosowania drogą korespondencyjną członkowie rejonu wyborczego otrzymają listownie. List będzie zawierał informację na temat terminu, miejsca i sposobu głosowania, kartę do głosowania w trybie korespondencyjnym oraz kopertę zwrotną do odesłania głosu. Jednocześnie obok głosowania korespondencyjnego ordynacja przewiduje możliwość głosowania osobistego (do urny), a miejsce i termin głosowania zostaną podane do wiadomości we wskazanym liście.

Opublikowanie wyników wyborów powinno nastąpić do **15 listopada 2017 r.**, natomiast obwieszczenie o wynikach wyborów, po rozpatrzeniu ewentualnych protestów wyborczych, powinno nastąpić najpóźniej do **15 grudnia 2017 r.** Kalendarz wyborczy oprócz rozpatrzenia protestów wyborczych przewiduje również możliwość organizacji kolejnych tur wyborów, w przypadku wybrania niedostatecznej liczby delegatów, obwieszczenie o wynikach II i ewentualnej kolejnej tury wyborów powinno nastąpić najpóźniej do **31 stycznia 2018 r.** Okręgowe zjazdy spr-

wozdawczo-wyborcze odbędą się do **31 marca 2018 r.** Wybierzemy wówczas nowych prezesów, rzeczników odpowiedzialności zawodowej i ich zastępców, składy organów: rady, sądu lekarskiego, komisji rewizyjnej oraz nowe okręgowe komisje wyborcze. Zjazdy wybiorą również delegatów na XIV Krajowy Zjazd Lekarzy, który odbędzie się w Warszawie w dniach **25-26 maja 2018 r.** Wówczas rozpocznie się VIII kadencja odrodzonego samorządu lekarskiego w Polsce. ()



Benefis prof. Jerzego Woya-Wojciechowskiego



Benefisy honorują nie tylko osobę i dorobek beneficjenta, ale tworzą szczególną przestrzeń, którą wypełniają ludzie z nim związani.

❖ LUCYNA KRYSIAK

W przypadku prof. Jerzego Woya-Wojciechowskiego (ur. w 1933 r. w Inowrocławiu) ta przestrzeń sięga daleko poza stan lekarski, który od 60 lat godnie wykonuje jako ortopeda i specjalista medycyny nuklearnej.

Sięga poza jego rodzinny dom, poza Warszawę – miasto, z którym związał swoje zawodowe oraz prywatne życie i Polskę. Przez 5 lat stał na czele Polskiego Komitetu Narodowego UNESCO i na rzecz tej organizacji nie tylko aktywnie działał, ale skomponował hymn „Duże różowe słońce”, który na benefisie zaśpiewała Marysia, córka Joanny Maślankowskiej, lekarza den-

tysty, sekretarza Komisji Kultury NRL. Tę przestrzeń wypełniają też wszyscy, z którymi profesor zetknął się przy powstawaniu odrodzonych izb lekarskich, w działalności naukowej (był członkiem Rady Towarzystw Naukowych PAN) czy w Warszawskim, później Polskim Towarzystwie Lekarskim, któremu prezesował przez siedem kadencji. Trudno pominąć funkcję prezesa Fundacji im. Jakuba Potockiego, która wysyła setki lekarzy na światowe kongresy, pomagając im się rozwijać zawodowo i poszerzać horyzonty. O jego społecznikostwie świadczy tytuł Konsyliarza Roku, który otrzymał w uznaniu za wkład i zaangażowanie w integrację polskiego środowiska le-

^ Benefis odbywał się w scenerii biblioteki z fortepianem, tak aby profesor czuł się jak w domu. 400 gości ze świata medycyny i kultury przyjęło zaproszenie organizatora.

karskiego. Lista tytułów i odznaczeń honorujących działalność profesora jest długa, nie sposób jej przytoczyć w całości. Ale przecież nie o to chodzi, benefisy są po to, aby oddać atmosferę tych działań.

KOMPOZYTOR, KABARECIARZ, LITERAT

Profesor to również kompozytor, kabareciarz, literat. Posiada talent, charyzmę i poczucie humoru – przymioty artystów. W młodości ukończył szkoły gry na fortepianie, który stał się jego narzędziem do tworzenia piosenek i pieśni, a skomponował ich około 200, w tym „Hymn Lekarzy”, który podarował samorządowi. Równoległe z me-

dycyną dzielnie więc kroczy artystyczną drogą, wspólnie ze swoją żoną Alicją Woy-Wojciechowską, autorką wielu tekstów jego utworów. Skomponował szlagiery „Goniąc Kormorany”, „Wyznania najcichsze”, „Weselny walc”, które śpiewali zawodowi wykonawcy: Piotr Szczepanik, Waldemar Kocor, Ewa Śnieżanka... Mało kto dziś pamięta, że pierwsze wykonanie „Kormoranów” należy do okulistki Krystyny Wieczorek, lekarki o wielkim talencie wokalnym. Przez 30 lat profesor społecznie prowadził Teatrzyk Piosenki Lekarzy „Eskulap”, który przeszedł do historii, a dziś śpiewane tam utwory wykonuje najmłodsze pokolenie uzdolnionych artystycznie lekarzy. Każdy kontakt z profesorem był twórczy, powodował wymianę dobrej energii. Wybitny tenor Jose Carreras na koncertach wciąż śpiewa skomponowaną dla niego przez Woya pieśń „Senza ritorno”.

RODZINA I PRZYJACIELE

15 stycznia 2017 r. w niedzielne, śnieżne popołudnie do Teatru Capitol w Warszawie zjechali przyjaciele prof. Jerzego Woya-Wojciechowskiego. Każdy z zaproszonych gości miał coś wspólnego z beneficjentem i jego rodziną. To „coś” dotyczyło zarówno sfery zawodowej, prywatnej, jak i artystycznej. Dom profesorstwa był otwarty, a jego gospodarze zawsze chętni do pomocy, te kontakty przetrwały się więc w przyjaźnie. Większość z nich przetrwała do dziś – Wiesław Gołas, Piotr Fronczewski, Natalia Kukulska. Profesor z rozrzewnieniem wspomina, kiedy z Marcinem Wolskim, obecnie dyrektorem Programu 2 TVP, napisali ponad 100 utworów do kabaretu „60 minut na godzinę” i momenty, kiedy cenzura zawieszala program na wniosek Ambasady Radzieckiej. – Mimo trudów podróży przyjechaliscie tu z Krakowa, Poznania, Śremu, Częstochowy, Litwy i USA, ofiarowując rzecz najcenniejszą – przyjaźń,

bez której moje życie byłoby uboższe – zaznaczył prof. Woy-Wojciechowski. Podkreślił w nim udział żony Alicji, która zawsze podzielała jego artystyczne zaangażowanie. Była kierownikiem literackim klubu „Stodoła” ale – jak profesor zażartował – kiedy ją przeciągnął ze stodoły na salony, tworzyła co roku program dla „Eskulapa” i zajmowała się konferansjerką. – To Alicja praktycznie wychowywała nasze córki, odkąd bowiem zostałem prezesem PTL, odwiedziłem wszystkie oddziały, a było ich wówczas 49. Spędziłem więc w tym czasie aż... pięć weekendów z rodziną, ale gdyby jeszcze raz przyszło mi przeżyć życie i tak wybrałbym medycynę – zapewnił. Uważa, że medycyna łączy w sobie wiele wartości – jest profesją, sztuką, powołaniem, służbą, pasją i choć wymaga dyspozycyjności przez całą dobę i ogromnego wysiłku w ciągłym kształceniu się, daje wiele satysfakcji. – Hinduska maksyma mówi, jeśli nie możesz zostać królem, zostań lekarzem, wtedy za leczenie będą ci winni, a za okazanie serca wdzięczni i będzie to królewski dar – spuentował profesor.

WOYA WINA

Benefis odbywał się w scenerii biblioteki z fortepianem, zaprojektowanej przez Ewę Strzelecką, tak aby profesor czuł się jak w domu. Nad fotelem wisiał portret beneficjenta autorstwa Mieczysława Chruściela ze Szczecina, lekarza malującego osobistości ze świata medycyny. Dzięki temu – jak powiedział prowadzący koncert organizator uroczystości, przewodniczący Komisji Kultury Naczelnej Rady Lekarskiej, Jarosław Wanecki – muzyczno-sentymentalnej podróży przez lekarskie i artystyczne życie Woya-Wojciechowskiego towarzyszą jego książki, w tym najnowsza „Piosenki w dobrym tonie”, którą każdy z gości otrzymał w prezencie. Trafio-

ny był pomysł, by występy na żywo połączyć i poprzeplatać z materiałami archiwalnymi z różnych okresów życia beneficjenta. – Nie ukrywam, że dotarcie do tych materiałów wymagało wielomiesięcznej pracy, wręcz karkołomnych wysiłków, tym bardziej cieszę się z efektu – powiedział Wanecki, autor projektu i jego realizator. Koncert składał się z 5 części – rodzina, „Eskulap”, 26 lat PTL i jego wpływ na odrodzenie samorządu lekarskiego, głosy gości, finał. – Ten koncert to dla mnie niespodzianka, nie pozwolono mi nawet zajrzeć do scenariusza, czuję się więc jakbym zdawał egzamin z biochemii, który obiewała co druga osoba – z humorem i swadą opowiada profesor, dodając, że to wszystko jego, czyli WOYA WINA i prosi o lekką pokutę. Benefis był wydarzeniem kulturalnym, którego patronat honorowy objęło PTL a medialny TVP 2 i „Gazeta Lekarska”. Części dalsze benefisu poprowadzili: aktor Piotr Fronczewski i dziennikarka Joanna Racewicz. O muzyczną oprawę wieczoru za dbał zespół Andrzeja Mikulskiego z Uniwersytetu Muzycznego Fryderyka Chopina. Piosenki z profesorskiego repertuaru przypomnieli m.in. lekarze: Antoni Sydor, wiceprezes ZG PTL, Zofia Małas, Hanna Zajackiewicz, Ewelina Sielska-Badurek, Dorota Wrona, Anna Kutkowska-Kass. „Gaudeamus” wykonał chór „Medicantus” pod batutą Beaty Herman, działający przy OIL w Warszawie. Specjalny utwór przygotował student Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Bartosz Zwołan. Prezes NRL Maciej Hamankiewicz zaznaczył, jak wielki wpływ profesor wywarł na lekarzy młodszego pokolenia w relacjach mistrz-uczeń. Prezes PTL, prof. Waldemar Kostewicz, zwrócił uwagę na wyjątkowość i rozpoznawalność jego postaci zarówno w środowisku lekarskim, jak i w świecie kultury, co przekłada się na podnoszenie prestiżu zawodu lekarza. Wiceminister zdrowia, Jarosław Pinkas, podkreślił, że profesor przekazuje środowisku coś tak nadzwyczajnego jak klasa, o którą dzisiaj tak trudno. No i finał „Grunt, żebyśmy zdrowi byli”... ○

**PROFESOR TO RÓWNIEŻ KOMPOZYTOR,
KABARECIARZ, LITERAT. POSIADA TALENT,
CHARYZMĘ I POCZUCIE HUMORU
– PRZYMIOTY ARTYSTÓW.**

KEL to Bielsko-Biała

14 grudnia w Hali Sportowej Włókniarz w Bielsku-Białej obchodzono jubileusz 25-lecia Kodeksu Etyki Lekarskiej. Miejsce spotkania było nieprzypadkowe – to właśnie tu ćwierć wieku temu uchwalono KEL. Uroczystość poprzedzono kilka dni wcześniej podniosłym spotkaniem Naczelnej Rady Lekarskiej z twórcami kodeksu w siedzibie NIL w Warszawie.

✪ MARTA JAKUBIAK, LIDIA SULIKOWSKA

Kodeks Etyki Lekarskiej powstawał w trudnym, ale niezwykle ważnym dla Polski okresie transformacji ustrojowej. W atmosferze burzliwych dyskusji i protestów społecznych. Dokument przyjęto podczas II Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy.

Ten wspólny sukces to zasługa bardzo wielu osób, ale przede wszystkim zespołu roboczego, który tworzyli: prof. Zbigniew Chłap, dr Jerzy Umiaśkowski, dr Maria Anna Łastowska, dr Wanda Terlecka, dr Stanisław Wencelis. – To ojcowie i matki KEL – powiedział Klaudiusz Komor, prezes ORL Beskidzkiej Izby Lekarskiej, gospodarz spotkania.

Z jak skomplikowaną materią przyszło im się zmierzyć? – Kodeks tworzyliśmy w szalonym tempie, czuć było ducha pozytywnej energii. W ciągu roku



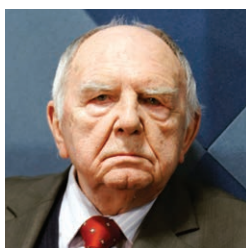
KEL

Dokument przyjęto ćwierć wieku temu w Bielsku-Białej podczas II Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy. Dotychczas przeszedł on dwie nowelizacje.

powstał dokument, który jest efektem mądrości zbiorowej wszystkich lekarzy – wspominała dr Maria Anna Łastowska. Z kolei dr Stanisław Wencelis zwrócił uwagę, że dla odrodzonego samorządu lekarskiego powstającego na gruzach ustroju totalitarnego był potrzebny jasny drogowskaz – zbiór zasad postępowania i zachowania, który byłby jednocześnie wyrazem tożsamości środowiska. – Opierając się na wartościach etycznych wypracowanych przez wieki – od Hipokratesa począwszy – udało się w nim jednocześnie zawrzeć wszystkie najważniejsze problemy współczesnej medycyny, co sprawiło, że mimo upływu 25 lat kodeks jest stale aktualny. Jest to m.in. efekt szerokiej konsultacji środowiskowej, jakiej został poddany projekt. Zbudowany na fundamencie personalistycznej etyki chrześcijańskiej z jej

niewzruszoną zasadą obrony życia kodeks stał się od razu „na wejściu” obiektem ostrych ataków, ale, jak widać, upływający czas potwierdził jego wartość – konkluduje dr Wencelis. Samorządowcy zgromadzeni w bielskim Włókniarzu nie skupili się jednak wyłącznie na historii. Dyskutowano również nad przyszłością KEL i ewentualną potrzebą wprowadzenia zmian w treści zapisów kodeksu. Dotychczas przeszedł on dwie nowelizacje, ostatnią 13 lat temu. W samorządzie coraz częściej słychać głosy, że wiele spraw wymaga uporządkowania. Zdaniem prof. Romualda Krajewskiego, wiceprezesa NRL, potrzebujemy m.in. nowocześniejszych przepisów odnoszących się do eksperymentu medycznego, które warto dostosować do postępu medycyny oraz sformułowania bardziej wyraźnie obowiązku

Jak było 25 lat temu i jak obecnie KEL postrzegają jego twórcy.



prof.
Zbigniew Chłap

Przyjęcie Kodeksu Etyki Lekarskiej przez II Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Lekarzy w 1991 r. było wydarzeniem o istotnym znaczeniu dla naszego środowiska. Kodeks, oparty o ogólne normy etyki, wprowadził jednak wiele nowych zapisów związanych z rozwojem medycyny. Jego uniwersalny charakter sprawił, iż stał się on wzorem dla szeregu opracowywanych kodeksów, zwłaszcza w krajach sąsiednich, o postkomunistycznej przeszłości. Obecny Kodeks mógł powstać dzięki współpracy Koleżanek i Kolegów z wielu okręgowych izb lekarskich i do nich kieruję słowa podziękowania.



dr Maria Anna
Łastowska

Zawód lekarza ma najwyższy etos ze wszystkich zawodów. Ma to swoje korzenie w czasach przedhipokratesowych, w czasach starożytnego Egiptu. Tworząc Kodeks Etyki Lekarskiej, wkraczaliśmy z jednego systemu w drugi i było dla nas oczywiste, że musi powstać w Polsce przewodnik etyczny nawiązujący do tego etosu. Byliśmy pięcioosobowym zespołem redakcyjnym, ale KEL jest efektem mądrości zbiorowej polskich lekarzy. Po ponad 40 latach komunizmu dokument ten zaaprobowало 76,6 proc. delegatów obecnych na II Nadzwyczajnym Krajowym Zjeździe Lekarzy.

zapobiegania dyskryminacji i przemocy. – Pewne kwestie wymagają korekty, ale kościół winien trwać – uważa dr Wanda Terlecka. Niektórzy chcą jednak rewolucji, dążącej do sprowadzenia KEL do deontologii, czegoś w rodzaju 10 ogólnych przykazań, a nie zbioru szczegółowych zapisów. – KEL jest niezbędny w praktyce lekarskiej. To opoka, na której możemy się wesprzeć. Nie mam recepty na to, jak i czy w ogóle nowelizować KEL, dlatego NRL powołała zespół roboczy, który ma pochylić się nad tą kwestią – przypomniał Maciej Hamankiewicz, prezes NRL. Rekomendacje mają być gotowe najpóźniej na 30 dni przed najbliższym KZL, który odbędzie się w połowie 2018 r.

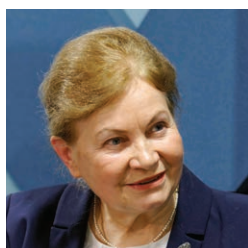
Pojawiają się też pytania, jak mają postępować lekarze – zgodnie z KEL czy w zgodzie z normami prawnymi, które czasem nakazują postępować wbrew zapisom tego pierwszego? Andrzej Wojnar, przewodniczący Komisji Etyki NRL, jest zdania, że to przepisy prawa nie mogą naruszać zasad etyki. O taki stan rzeczy powinien dbać samorząd lekarski, co z resztą robi, skutecznie występując przed Trybunałem Konstytucyjnym, jak na przykład w sprawie dotyczącej klauzuli sumienia. – Etyka nie wymaga legitymacji legalistycznej – przypominała Wanda Terlecka za postanowieniem Trybunału Konstytucyjnego w sprawie KEL z 1992 r. ○

▲ **Klaudiusz Komor, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Bielsku-Białej**



dr Stanisław Wencelis

Wolą naszego środowiska zawodowego było, by jak najszybciej stworzyć Kodeks Etyki Lekarskiej – zbiór sposobów postępowania i zachowań związanych z wykonywaniem pracy lekarza. Dla nowopowstającego, odrodzonego samorządu lekarskiego stał się on fundamentem jego rozwoju i wyraźnym znakiem tożsamości. To była ciężka praca wykonywana pod presją czasu, bo NRL dla uchwalenia Kodeksu zdecydowała o zwołaniu już w połowie I kadencji władz Izby II Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy w Bielsku-Białej. Mielśmy więc nieco ponad rok na opracowanie tego dokumentu. Mimo to udało nam się jeszcze przed zjazdem poddać go szerokiej konsultacji środowiskowej, co stanowi o jego sile i odporności na upływ czasu.



dr Wanda Terlecka

Tworząc Kodeks Etyki Lekarskiej, chcieliśmy zawrzeć w nim ponadczasowe wartości uniwersalne. Moralność stanowi bowiem istotę człowieczeństwa, etos jest też trzonem pracy zawodowej każdego lekarza. Wobec lekarza stawiane są wymogi maksymalistyczne, głównie te moralne. Lekarz dotyka najwyższych wartości: życia i zdrowia ludzkiego. Nie można być dobrym lekarzem, jeśli się nie jest dobrym człowiekiem. Obiektywna wrodzona godność człowieka i prawo naturalne: czynić dobro, nie czynić zła – zawsze muszą być uszanowane. Trzeba coraz głośniejszym głosem mówić, że etyka to jeden z najważniejszych filarów życia ludzkiego.



dr Jerzy Umiastowski

Polski Kodeks Etyki Lekarskiej zaistniał, kiedy Polska stała się wolnym krajem i wyzwoliła się od totalitarnego komunizmu. KEL nie jest dokumentem administracyjnym – jest zaleceniem etycznym. Opiera się na Przysiędze i Przykazaniu Hipokratesa. Wskazuje wolny zawód lekarza. Zaleca staranie się o czynienie dobra i nieczynienie zła. Kodeks opiera się na zasadzie, że dobro i zło istnieją obiektywnie.

Nieetyczna protetyka

„Lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas” [art. 8 KEL].

W wrześniu 2014 r. do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej (OROZ) wpłynęła skarga na lekarza dentystę, w której pacjentka wskazuje na złe wykonanie pracy protetycznej oraz nieetyczne i nachalne namawianie do wykonania mostów.

Po zbadaniu sprawy OROZ skierował do okręgowego sądu lekarskiego (OSL) wniosek o ukaranie lekarza, obwiniającego o nieprzewodzenie dokumentacji medycznej pacjentki; nieprawidłowe postępowanie diagnostyczno-lecznicze (biegły stwierdził: brak planu leczenia oraz niepoinformowanie pacjentki o alternatywnych metodach leczenia; brak zgody pacjentki na leczenie; nieprawidłowe zaplanowanie leczenia poprzez zastosowanie uzupełnienia stałego w szczęce, niedo-

puszczalne z powodów biochemicznych oraz nieprawidłową kwalifikację zębów filarowych i brak diagnostyki obrazowej przed rozpoczęciem leczenia; niezgodne z aktualną wiedzą medyczną wykonanie pracy protetycznej – zarówno pod względem klinicznym, jak i laboratoryjnym); a także wykonywanie zawodu lekarza w dziedzinie protetyki stomatologicznej pomimo decyzji okręgowego sądu lekarskiego ograniczającej prawo wykonywania zawodu lekarza w tym zakresie.

W marcu 2016 r. OSL uznał winę lekarza, wskazując na naruszenie przez niego art. 41 ust. 1 i ust. 2, a także art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej i art. 8 pkt 3 ustawy o izbach lekarskich. Wymierzył mu karę nagany oraz pozbawił go prawa wykonywania zawodu. Pełnomocnik

obwinionego złożył do Naczelnego Sądu Lekarskiego (NSL) odwołanie, które po rozpatrzeniu sprawy NSL odrzucił jako niezasadne. Z okoliczności sprawy jednoznacznie wynikało, iż pacjentka, która zgłosiła się w celu wykonania wypełnienia w jednym zębie, po kilku miesiącach miała oszlifowane i okoronowane wszystkie zęby, przy czym korony te nie spełniały swojej funkcji, a wręcz przeciwnie – powodowały ból i stany zapalne przyzębia. Obwiniony nie przedkładał organom odpowiedzialności zawodowej dokumentacji medycznej, nie zgłaszał się na wezwania, był nieobecny na rozprawach przed sądami lekarskimi, co uznano za jednoznacznie naganną postawę. Ponadto praktykował, mimo ograniczonego prawa wykonywania zawodu. ○



Krzysztof Lubecki

Zastępca
Naczelnego
Rzecznika
Odpowiedzialności
Zawodowej

KOMENTARZ

Pozbawienie prawa wykonywania zawodu jest najwyższym wymiarem kary w lekarskiej odpowiedzialności zawodowej. Nazywane jest czasami „śmiercią zawodową” lekarza. Karę taką wymierzyć może jedynie Sąd Lekarski (w postępowaniu karnym najwyższą sankcją jest pozbawienie prawa wykonywania zawodu na lat 10). Nie jest ona orzekana ani często, ani pochopnie. Od czasu reaktywowania izb lekarskich wymierzono ją 8 razy. W żadnym z 7 uprzednich wyroków nie orzeczono jej w sytuacji tzw. wielokrotnej recydywy. Dotyczyły one zawsze szczególnie drastycznych zdarzeń i osób (lekarzy), których wspólnym mianownikiem było to, iż były niegodne zawodu lekarza. W opisanym powyżej przypadku po raz pierwszy mamy do czynienia z karą dotyczącą (co do samego przewinienia) „złego leczenia”, a nie „złego człowieka”. Co zatem zadecydowało o wymierzeniu przez OSL i podtrzymaniu przez NSL tak wysokiej kary? Tym czymś była właśnie wielokrotna recydywa. Pojęcie to dotyczy nie tyle wielokrotnych przestępstw, co osób wielokrotnie popełniających

podobne do swego charakteru przestępstwa umyślne, pomimo wielokrotnego ukarania za nie. We wszystkich systemach prawnych wywodzących się z prawa rzymskiego fakt uprzedniej wielokrotnej karalności jest okolicznością szczególnie obciążającą. Wielokrotna recydywa uważana jest też za swego rodzaju dowód porażki wymiaru sprawiedliwości, gdyż orzekane uprzednio kary nie spełniły swej roli wobec skazanego, czyli roli tzw. prewencji szczególnej. Lekarz wykonujący zawód w czasie obowiązywania jednocześnie dwóch prawomocnych wyroków, zawieszających mu prawo wykonywania zawodu, dowiódł swego skrajnego lekceważenia dla całej społeczności lekarskiej, stanowiącej izby lekarskie. Do czasu omawianego orzeczenia lekarz ten zdołał „zgrupować” 5 kar nagany, dwie kary pieniężne, ograniczenie zakresu czynności zawodowych na 2 lata, dwukrotne zawieszenie prawa wykonywania zawodu na 2 lata i dwukrotne – na 5 lat! Daleko mu zatem do XVII-wiecznego Imć Pana Samuela Łaszcza, który miał 236 wyroków banicji i 47 – infamii. Przedmiotem zaś głębszej refleksji winno być pytanie, co powoduje, iż niektórzy z nas lekarzy (na szczęście bardzo nieliczni) tak uparcie i wielokrotnie naruszają prawo i zasady etyki? ○



Leszek Dudziński

Wiceprezes NRL, przewodniczący
Komisji Stomatologicznej NRL

Platforma do dyskusji

Chcemy budować atmosferę współpracy ze wszystkimi, którzy mogą wnieść coś istotnego do dyskusji na temat stomatologii.

Nie jest to rozpoczęcie nowej ery, ale powrót do debaty, w której każdy reprezentant środowiska może przedstawić swoje poglądy w sprawach ważkich dla naszej grupy zawodowej. Bardzo zależy mi, aby włączyć do dyskusji wszystkich, którzy mają coś istotnego do powiedzenia, coś wartościowego do zaoferowania.

Stwórzmy platformę, by rozmawiać o stomatologii z reprezentantami towarzystw naukowych, przedstawicielami świata nauki, samorządu oraz wszystkimi, którzy być może nie identyfikują się z samorządem, ale mogą wnieść coś cennego do tej dyskusji.

Doświadczenia ostatnich miesięcy pokazują, że stomatologia nie jest priorytetem resortu zdrowia i na pewno w najbliższych latach łatwo nam nie będzie. Dlatego powinniśmy działać wspólnie i skupiać się na rzeczach najbardziej istotnych. Z ankiety przeprowadzonej przez Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji NRL oraz z dyskusji kulaarowych wynika, że to kwestie związane z kształceniem są tym elementem, który będzie stale istotny oraz na który – jak się wydaje – możemy mieć jakikolwiek wpływ w toczącym się procesie tworzenia uregulowań prawnych.

Podjęliśmy już pierwsze działania. 16 grudnia w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej odbyło się spotkanie z udziałem przedstawicieli nadzoru krajowego, reprezentantów uczelni medycznych, członków Komisji Kształcenia oraz Komisji Stomatologicznej NRL. Zaprosiliśmy na nie wszystkich konsultantów krajowych w dziedzinach stomatologii i – co budujące – prawie wszyscy przybyli. Swoją obecnością zaszczylił nas także prof. Marek Ziętek, rektor Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz zaccni profesorowie o niepodważalnym doświadczeniu dydaktycznym, jak prof. Teresa Bachanek czy reprezentujący PTS prof. Bartłomiej Loster. Obecni byli także prof. Romuald Krajewski, prof. Jerzy Kruszewski oraz wiceprezes NRL Zyta Kaźmierczak-Zagórska odpowiedzialna za kwestie kształcenia. Byli też nasi koledzy wchodzący w skład zespołu ds. kształcenia przeddyplomowego, powołanego przez Ministra Zdrowia.

Odbyła się szeroka dyskusja, w jaki sposób powinniśmy ustosunkować się do opracowania systemu kształcenia, by był satysfakcjonujący dla lekarzy, a także znacząco podnosił jakość w stomatologii, która jest przecież dziedziną medycyny od samego początku nastawioną na bezpośredni kontakt z pacjen-

tem. Od tego, w jaki sposób lekarz jest przygotowany do wykonywania zawodu, jak ukształtowane zostanie jego podejście do rozwoju zawodowego albo rozwoju naukowego, zależy jego sukces w kontaktach z pacjentami i dalsza droga zawodowa.

W trakcie dyskusji poruszane były niezwykle istotne sprawy, jak ilość kształconych absolwentów uczelni medycznych, programy nauczania czy sposoby finansowania tego kształcenia. Ten wątek dyskusji zaowocował wystosowaniem przez Komisję Stomatologiczną NRL apelu dotyczącego kształcenia przeddyplomowego, który na ostatnim posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej został przyjęty. Wskazuje on m.in. na konieczność zmiany sposobu finansowania w ten sposób, aby państwo odpowiadało w całości za finansowanie kształcenia w czasie studiów, łącznie z ponoszeniem kosztów przygotowania praktycznego, by wydziały stomatologiczne nie musiały pozyskiwać środków finansowych z innych źródeł. Gdyby ten problem został rozwiązany, można byłoby dyskutować również o dostosowaniu ilości absolwentów do możliwości kształcenia poszczególnych uczelni, a także sytuacji demograficznej i epidemiologicznej Polski.

Drugą część dyskusji poświęcono kształceniu podyplomowemu oraz konieczności wprowadzenia zmian w tym obszarze. Prezentowane były zarówno stanowiska ministerialnego zespołu ds. kształcenia podyplomowego, jak również lekarzy dentyistów wchodzących w skład tego zespołu, których postulaty ze względu na bycie w przytłaczającej mniejszości są, praktycznie rzecz biorąc, nie do przevorsowania wewnątrz tego ciała. Z kolei prof. Loster przedstawił stanowisko Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, które opowiada się za modułowym systemem kształcenia, ale również za kształceniem w systemie całkowicie odpłatnym. To dość ciekawa propozycja, która również w środowisku stomatologów ma swoich zwolenników. Ta część także została podsumowana sformułowaniem apelu, przyjętym następnie przez NRL.

To było niezwykle cenne spotkanie, w szerokim gronie, z udziałem wielu zainteresowanych. Wstępnie zaplanowaliśmy już kolejne, z włączeniem do dyskusji dziekanów wydziałów stomatologicznych uczelni medycznych. Będzie ono w formule podobne do odbywających się w poprzednich latach Konferencji „Okrągłego Stołu” w Nałęczowie. Organizacji podjął się samorząd wraz z Komisją Stomatologiczną NRL. Myślę, że spotkamy się już w kwietniu. ○

Fakty i mity o fluorze

Po fali negacji szczepień ochronnych przyszedł czas na podobnie negatywne opinie o profilaktyce fluorkowej. Na stronach internetowych nośne hasła: „Fluor to trucizna, która niszczy twój mózg!”, „Fluor – cichy zabójca ludzkości”, „Toksyczny fluor”. Pacjent ma prawo być skonfundowany po lekturze takich hitów.



Dorota Olczak-Kowalczyk

Prezes Polskiego
Towarzystwa
Stomatologii
Dziecięcej



Anna Jurczak

Konsultant krajowy
w dziedzinie
stomatologii
dziecięcej

Każdego z nas w gabinecie czy w poradni może zapytać zagubiony pacjent: jak jest faktycznie? Czy poszukiwać past bez fluoru, czy dzieci powinny korzystać z fluoryzacji w szkole? Lekarze, udzielając odpowiedzi, powinni swoją wiedzę oprzeć na dowodach naukowych. Czy to faktycznie niebezpieczny dodatek do past do zębów? Wprowadzenie przed laty past do zębów zawierających związki fluoru zostało uznane za jedno z największych osiągnięć zdrowia publicznego. Do dziś metody profilaktyczne oparte na stosowaniu środków zawierających związki fluoru stanowią jeden z filarów zapobiegania próchnicy zębów.

Profilaktyka fluorkowa jest szczególnie ważna w populacjach z wysoką częstością i intensywnością występowania próchnicy zębów oraz u osób z wysokim ryzykiem wystąpienia tej choroby.

Wysoce niepokojącym zjawiskiem jest więc szerzenie się informacji o negatywnym wpływie profilaktyki fluorkowej na zdrowie ogólne człowieka. Mogą one skłonić niektórych rodziców do rezygnacji z jej stosowania u dzieci i młodzieży i w konsekwencji zwiększenia ryzyka rozwoju próchnicy zębów i jej intensywności. Należy więc podkreślić brak naukowych dowodów, że dawki fluoru stosowane w profilaktyce przeciwpróchnicowej



^ Podstawową metodą zapobiegania próchnicy jest dwukrotne w ciągu dnia szczotkowanie zębów pastą z fluorem.

są związane z zachorowaniami na osteosarkomę, pojawianiem się objawów neurotoksyczności lub chorób tarczycy, obniżeniem ilorazu inteligencji (IQ) czy osłabianiem zdolności rozrodczej.

W oparciu o przegląd aktualnego piśmiennictwa dotyczącego skuteczności i bezpieczeństwa stosowania środków profilaktycznych zawierających związki fluoru oraz zaleceń i rekomendacji towarzystw naukowych (m.in. The American Academy of Pediatric Dentistry, AAPD, the European Academy of Paediatric Dentistry, EAPD), Światowej Organizacji

Zdrowia (WHO) i Światowej Federacji Dentystycznej (FDI), Komitetu Naukowego ds. Zagrożeń dla Zdrowia i Środowiska (SCHER) opracowano „Stanowisko polskich ekspertów dotyczące indywidualnej profilaktyki fluorkowej choroby próchnicowej u dzieci i młodzieży” autorstwa D. Olczak-Kowalczyk, M. Borysewicz-Lewickiej, B. Adamowicz-Klepalskiej, T. Jackowskiej, U. Kaczmarek („Nowa Stomatologia”, 2016; 1:47-73). Dokument ten zawiera zalecenia pozwalające na bezpieczne stosowanie profilaktyki fluorkowej u osób w wieku rozwojowym.

PRZED WSZYSTKIM EGZOGENNIE

Współcześnie wiadomo, że efekt przeciwróchnicowy fluoru jest wynikiem jego działania egzogenne – miejscowego. Ważne jest więc stałe dostarczanie jego niewielkich ilości do środowiska jamy ustnej po wyrznięciu zębów (głównie przez używanie past do zębów z fluorem). Stosowanie endogenne fluoru, przed wyrznięciem się zębów, nie zmniejsza w istotny sposób ryzyka rozwoju choroby próchnicowej, natomiast jego nadmierna podaż może być przyczyną fluorozę zębów. Dlatego współcześnie obowiązującymi zasadami są:

1) unikanie nadmiernego endogennego przyjęcia fluoru w okresie ryzyka rozwoju fluorozę zębów, zwłaszcza poniżej 6. roku życia poprzez:

- ograniczenie ilości pasty do zębów nakładanej na szczoteczkę dziecka i stosowanie jej u dzieci do 8. roku życia pod kontrolą rodziców,
- wprowadzenie płukanek, żeli i pianek fluorkowych dopiero po ukończeniu 6. roku życia (bez ograniczeń wiekowych mogą być stosowane lakiery fluorkowe),
- stosowanie środków zawierających wysokie stężenia fluorków (np. żeli fluorkowych) wyłącznie w gabinecie stomatologicznym,
- ograniczenie stosowania endogennych metod profilaktyki fluorkowej,

2) indywidualny dobór metod profilaktyki fluorkowej uwzględniający wiek i masę ciała dziecka, jego stan zdrowia, ekspozycję na fluor pochodzący z różnych źródeł (woda pitna, pożywienie – głównie ryby morskie, herbata) oraz poziom ryzyka próchnicy zębów.

Podstawową metodą zapobiegania próchnicy, zalecaną wszystkim bez względu na wiek, jest dwukrotne w ciągu dnia szczotkowanie zębów pastą z fluorem (po oczyszczeniu zębów nie należy płukać jamy ustnej wodą lecz wypłukać nadmiar pasty), skuteczne usuwanie płytki nazębnej i kariesostatyczne nawyki dietetyczne (unikanie cukru).



ŻELE I PIANKI FLUORKOWE ORAZ PŁYNY DO PŁUKANIA JAMY USTNEJ ZAWIERAJĄCE ZWIĄZKI FLUORU SĄ DLA OSÓB PO UKOŃCZENIU 6. ROKU ŻYCIA.

STĘŻENIE, NIE ILOŚĆ

Skuteczne w zapobieganiu próchnicy zębów są pasty do zębów zawierające co najmniej 1000 ppmF. Aby zmniejszyć ekspozycję dziecka na fluor, należy ograniczyć ilość pasty do zębów nakładanej na szczoteczkę, ponieważ skuteczność profilaktyczna zależy od stężenia fluoru w paście, a nie od jej ilości. Stosując dwukrotnie w ciągu dnia śladową ilość pasty do zębów (0,2 g dziennie) zawierającej 1000 ppmF, nawet w przypadku połknięcia przez dziecko w wieku do 3. roku życia całej ilości pasty nie dochodzi do przekroczenia optymalnej dawki fluorku, tj. 0,05 mg F/kg masy ciała/dzień. W przypadku dziecka dwuletniego nie dojdzie do przekroczenia dawki optymalnej, nawet gdy będzie stosowana większa ilość pasty, np. ziarna grochu. Dlatego na terenach z zawartością w wodzie pitnej ≤ 1 mg F/l zaleca się używanie pasty zawierającej 1000 ppmF w ilości śladowej od wyrznięcia pierwszego zęba do wieku 3 lat, a następnie w wieku 3-6 lat w ilości ziarna groszku. Dzieci powyżej 6. roku życia, podobnie jak młodzież i dorośli, powinny stosować pastę zawierającą 1450 ppmF. Pasty do zębów z wysoką zawartością fluorku (5000 ppmF) mogą być używane u osób z wysokim ryzykiem próchnicy wyłącznie po ukończeniu 16. roku życia.

U osób z wysokim i umiarkowanym ryzykiem próchnicy, co dotyczy większości pacjentów w wieku rozwojo-

wym, wskazane jest „wzmocnienie” miejscowej profilaktyki fluorkowej – domowej i/lub profesjonalnej. U dzieci w wieku poniżej 6. roku życia jedyną zalecaną metodą jest aplikacja co 3-6 miesięcy lakieru fluorkowego. Żele i pianki fluorkowe oraz płyny do płukania jamy ustnej zawierające związki fluorku, zarówno te z mniejszą zawartością przeznaczone do codziennego stosowania, jak i z większą zawartością do stosowania co tydzień, są przeznaczone dla osób po ukończeniu 6. roku życia. Należy podkreślić, że żele i pianki z wysoką zawartością fluorków mogą być stosowane u dzieci i młodzieży wyłącznie w warunkach gabinetu stomatologicznego.

Redukcja próchnicy przy używaniu past zawierających 1000-1250 ppmF wynosi od 19 proc. do 27 proc. (pasty zawierające 440/500/550 ppmF nie powodują istotnie większej redukcji próchnicy niż pasty placebo). Skuteczność żeli fluorkowych w redukcji próchnicy zębów stałych szacowana jest na 28 proc., a lakierów fluorkowych zawierających 5 proc. NaF (22 600 ppm) na ok. 33 proc. dla zębów mlecznych i ok. 46 proc. dla zębów stałych.

Skuteczność profilaktyki fluorkowej w zapobieganiu próchnicy zębów jest więc bezsporna, a stosowanie poszczególnych metod zgodnie z zaleceniami zapewnia jej bezpieczeństwo. (C)



1000

Skuteczne
w zapobieganiu
próchnicy są
pasty do zębów
zawierające
co najmniej
1000 ppmF.

Zdrowie musi być apolityczne



Jolanta Małmyga

Wiceprezes ORL w Gorzowie Wlkp.

Odważ się być mądrym!

Horacy

Od 25 lat gra WOŚP i z wielkim powodzeniem zbiera pieniądze na sprzęt medyczny dla polskich dzieci, ostatnio także dla seniorów. Dzięki niej możliwe było uratowanie zdrowia i życia wielu maluchom oraz poprawienie życia chorym seniorom. Nie obeszło się bez krytyki tych, którzy byli i są odpowiedzialni za opiekę i ochronę zdrowia oraz posądzeń o malwersację pieniędzy. I chociaż nikt się nie spodziewał, że akcja przetrwa tyle lat – orkiestra gra dalej, już nie tylko w Polsce, ale na całym świecie. To nie decydentom, ale orkiestrze udało się obudzić w Polakach społeczną potrzebę pomocy innym. To fakt, że potrafimy czynić wiele dobrych rzeczy i przekazać nawet ostatni grosz na szczytny cel, ale potrzebny jest ktoś, kto potrafi przekonać i zachęcić do takiego działania. Od lat jest na szczęście wśród nas dyrygent czerwonego serduszka.

Świat się zmienia i idzie do przodu z postępem. Pojawiają się nowe metody leczenia, nowe leki i coraz lepsze urządzenia medyczne, które pomagają nowoczesnymi metodami leczyć wiele chorób. Na zakup takiego sprzętu oraz wyszkolenie i zapewnienie wymaganej liczby kadr medycznych potrzeba odpowiednich środków finansowych. Zastanawiam się, dlaczego tak trudno rządzącym przyjąć do wiadomości, że bez pieniędzy nie dokonają cudownych zmian. Rzucanie populistycznych haseł i prezentowanie własnych wizji bez konkretnych propozycji ich realizacji czyni więcej szkody niż pożytku, gdyż niszczy to, co już udało się osiągnąć.

Każdy nowy rząd zaczyna od reformatorskich pomysłów w opiece zdrowotnej, bo to chwytliwy temat. Najprościej jest głosić hasła o nadchodzącej, zdecydowanej poprawie i zmieniać wszystko, choćby na zasadzie powrotu do starych, dobrych czasów, a w razie czego i tak znajdują się dzieci do bicia, czyli w pierwszej kolejności lekarze. Za sprawą przygotowania rewolucyjnej reformy, szybko i bez konsultowania jej z tymi, którzy zajmują

się opieką zdrowotną, jakoś nikomu się nie udało do tej pory osiągnąć wielkich sukcesów. Wprowadzano jedynie zamieszanie i chaos.

Szybkość legalizowania nowych ustaw i rozporządzeń jest imponująca. Nawet po nocach ich twórcy nie odpoczywają, uchwalając przepisy dla dobra swoich wyborców. W tym pędzie zapominają o ludziach. Medycyna jest nauką, a leczenie sztuką, przecież nawet malarze i pisarze potrzebują do tworzenia sprzętu oraz środków – jak farby, pędzle, papier czy długopis. Jest już wielu takich, którzy stosują nowoczesne technologie, by zapisać swoje myśli. W naszym kraju nowoczesność w medycynie błyskawicznie rozwinęła się do pisania raportów, sprawozdań i rozliczeń za wykonane usługi. Informatyzacja wkracza dużymi krokami do dokumentacji medycznej i nie jest ważne, czy to zgodne z etyką i tajemnicą lekarską. Zasady deontologiczne w zawodach zaufania publicznego nie należą przecież do zadań państwa. Państwo stworzy sieć szpitali i skoordynowaną opiekę medyczną u lekarzy rodzinnych. Czy to da oszczędności finansowe i czy to zmniejszy kolejki do lekarzy specjalistów i lekarzy rodzinnych? A co z prawem pacjenta do wolnego wyboru lekarza i szpitala?

Moim zdaniem, takie pseudooszczędności w opiece medycznej, o przepraszam – w służbie zdrowia – nadal powodują wzrost zadłużenia szpitali i utrzymują fikcję, że wszystkim wszystko należy się w pełnym zakresie i za darmo. No i jeszcze jedna działka, o której całkowicie zapomniano we wszystkich planach reform i programów zdrowotnych – to opieka stomatologiczna. Stomatologia to nie tylko zęby i próchnica, ale również inne schorzenia jamy ustnej. Czyżby w naszym kraju pojawił się nowy typ ludzi pozbawionych jamy ustnej? Zgodnie z wynikami ostatnich badań monitoringowych niedługo nasze społeczeństwo będzie bezzębne. Jakoś trudno dociera do polityków, że w sprawach zdrowia warto zasięgnąć opinii osób znających się na leczeniu. Zamiast serwować rewolucję, zmieniać system małymi krokami, ale dobrze przemyślanymi, gdyż nawet w świecie polityki takie rewelacje w dłuższej perspektywie się nie sprawdzają. ☹

Półtorej tony gipsu



Gdy sezon zimowy w pełni, do Zakopanego ściągają ludzie z całej Polski. Jest tu także wielu obcokrajowców. Największe obłożenie zaczyna się w święta Bożego Narodzenia i trwa aż do kwietnia. Jedziemy zobaczyć, jak wygląda praca w Szpitalu Powiatowym im. dra Tytusa Chałubińskiego.

📍 MARTA JAKUBIAK, LIDIA SULIKOWSKA

Zimowa stolica Polski tętni życiem, wypełniona jest turystami niemal po brzegi. Wszędzie mnóstwo ludzi. Nic dziwnego, atrakcji nie brakuje. W dzień wypad na narty, snowboard, piesze wycieczki na łatwe szlaki albo w dolinki, a wieczorem niezapomniane chwile w przytulnych góralskich knajpkach, niestety zbyt często przy grzańcu albo herbach z prądem.

O wypadki jest więcej niż łatwo. Jeszcze nie weszliśmy na szpitalny oddział ratunkowy, a już widać, że zakopiańscy lekarze nie mogą się nudzić. Przed bu-

^ Na pierwszym planie: Małgorzata Czaplińska, zastępca dyrektora ds. leczenia zakopiańskiego szpitala.

dynkiem szpitala mija nas pani z nogą w gipsie, za nią podąża pan z usztywnionym barkiem. Młody lekarz szybkim krokiem mknie z jednego budynku do drugiego, nawet nie zakładając kurtki. – Nie za zimno? – pytamy. – Złego diabła nie biorą – odpowiada z uśmiechem i biegnie dalej.

GÓRSKIE KLIMATY

Szpitalny oddział ratunkowy. Jest tu znacznie cieplej niż na zewnątrz, i to nie tylko z powodu ogrzewania. W poczekalni spory tłum, choć dziś i tak jest podobno w miarę spokojnie. – Czasem w korytarzu jest tak ciasno, że trudno się przecisnąć – mówi Włodzimierz

Rebeś, który jako lekarz ortopeda pracuje tu już 37 lat. Liczba zgłaszających się na SOR nie dziwi, jesteśmy przecież w specyficznej placówce. Tutaj nigdy nie jest spokojnie. W sezonie zimowym, w czasie świąt i sylwestra do Zakopanego i okolic przyjeżdża nawet kilkaset tysięcy turystów. I większość pacjentów tej placówki to w tym okresie właśnie przyjezdni, którzy doznają urazów typowych dla sportów zimowych i turystyki górskiej. Zimą odnotowuje się nawet trzy tysiące wypadków spowodowanych tymi aktywnościami. – Dlatego nasz SOR jest podzielony na część internistyczną i chirurgiczno-ortopedyczną, w której pracują nawet

trzej lekarze jednocześnie. Na miejscu mamy pracownię RTG, tomograf i gipsownię. Urazy kończyn, tułowia i głowy, aż po wielonarządowe obrażenia to nasza codzienność. Jest też grupa pacjentów zgłaszających się tu tylko po to, by sprawdzić, czy nic im nie dolega. Dziennie w tym okresie w samym tylko ambulatorium chirurgicznym przyjmujemy nawet 120 osób – informuje doktor Rebeś.

Zresztą nie tylko zimą jest tutaj jak w ulu. Latem też jest mnóstwo pacjentów. Zgłaszają się z urazami związanymi z turystyką górską, ukąszeniami, czasem ktoś spotka niedźwiedzia na szlaku, choć to incydentalne przypadki, czy zostaje porażony piorunem. Mimo to, jak się dowiadujemy, sprawność w obsłudze poszkodowanych jest wysoka. SOR jest mały, ale działa bardzo sprawnie. Na pierwszy kontakt z lekarzem czeka się tu do dwóch godzin, ale i tak niektórzy pacjenci się awanturują.

TEGO NIE LECZYMY

– Im zdrowszy, tym ma większe pretensje, ale nie zwracamy uwagi na humory pacjentów. Robimy swoje. Kocham swój zawód. Każdego trzeba traktować tak, jakbyśmy sami chcieli być potraktowani – mówi Dorota Stoch, pielęgniarka. Pracuje tu od 25 lat. Turyści dają się we znaki bardziej niż miejscowi? – Nie narzekam ani na jednych, ani na drugich. Wszystko zależy od człowieka – odpowiada doktor Rebeś. No może nie zawsze. Zdarza się, że ktoś wpada do gabinetu poza kolejką i pierwsze co mówi to... że jest z War-

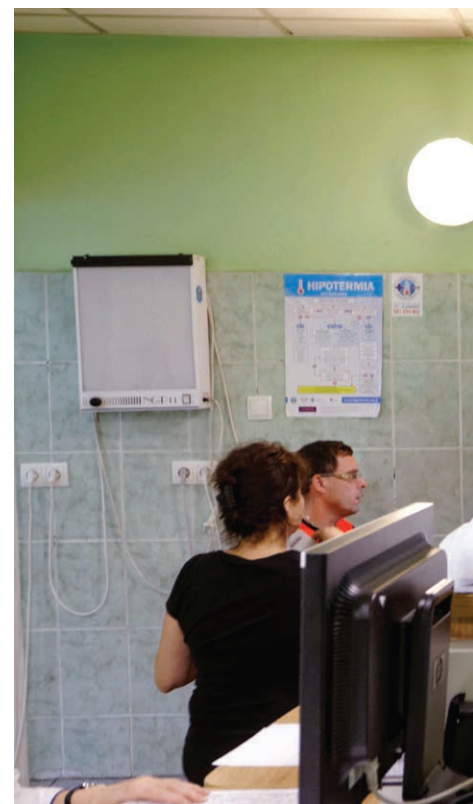
szawy. Lekarze grzecznie odpowiadają wówczas, że na to nie leczą. – Jak okazuje się po chwili rozmowy, wcale nie jest z Warszawy, tylko gdzieś z okolic albo w Warszawie jedynie pracuje. To najbardziej roszczeniowi pacjenci – dodaje doktor Marian Papież, ortopeda z 23-letnim stażem w zakopiańskim szpitalu, z którym spotykamy się na oddziale ortopedii.

POD WPLYWEM

Zwykle punktem obowiązkowym jest gipsownia. – Zużywamy tu około 1,5 tony gipsu w ciągu roku – mówi Jan Marusarz, sanitariusz, który na zmianę ze swoim kolegą zaopatruje poszkodowanych. – Pacjenci lubią opowiadać, jak doszło do wypadku. Z ich relacji jakoś zawsze wynika, że doznali urazu nie ze swojej winy. Zawsze ktoś zajeżdża im drogę – śmieje się Jan Marusarz.

Niestety, często nie są trzeźwi. – Zarzekają się, że nie było alkoholu, a ewidentnie czuć, że są po spożyciu. Zdarza się, że przy gipsowaniu chwieją się tak mocno, że ledwo utrzymują się na nogach. To przykre. Są zagrożeniem dla siebie i innych. Prawda jest taka, że gdyby nie było alkoholu, to mielibyśmy o 30 proc. mniej pacjentów – zauważa. Jego słowa potwierdzają inni. – Narciarze od rana jeżdżą, robią sobie przerwę na posiłek i piwo, a potem znowu idą na narty. Powinni płacić za nieodpowiedzialność – uważa doktor Rebeś. – System ubezpieczeń powinien być zorganizowany tak, by osoby świadomie narażające się na urazy i zachowujące nieodpowiedzialnie partycypowały w kosztach swojego leczenia

> Każdy, kto tu trochę popracuje, wie, kiedy będzie trudny dyżur.



– podkreśla doktor Andrzej Kalandyk, chirurg, który zszedł właśnie na SOR poproszony o skonsultowanie jednego z pacjentów.

Każdy, kto tu trochę popracuje, wie, kiedy będzie gorszy dyżur. – Gdy jest ładna pogoda w górach, u nas będzie dużo pracy. Najwięcej pacjentów jest też przed halnym. Od razu trzeba się przygotować na zawały serca, porody, udary, próby samobójcze, szczególnie powieszenia – wyjaśnia Dorota Stoch. – Nawet pogryzienia przez psy zdarzają się wtedy częściej – dodaje doktor Kalandyk.

W zakopiańskim oddziale ratunkowym mają nie tylko pracowite, ale też naprawdę trudne dni. Jak na przykład ten, gdy w środku nocy w grudniu zeszłego roku TOPR-owcy helikopterem przetransportowali pacjenta w głębokiej hipotermii (17 st. C). Miał wypadek w wysokich Tatrach i odnaleziono go dopiero po kilku godzinach poszukiwań. Krążenie pozaustrojowe udało się wdrożyć w ciągu godziny od wylądowania śmigłowca. Pomagali specjaliści z ośrodka hipotermii w Krakowie, którzy w takich przypadkach przyjeżdżają do Zakopanego, by wesprzeć miejscowy zespół lekarzy. Niestety, mężczyzna zmarł z powodu urazu wielonarządowego. – Personel wkłada maksimum wysiłku,



< Od lewej: chirurg Andrzej Kalandyk, sanitariusz Jan Marusarz i pielęgniarka Dorota Stoch.



▲ **Włodzimierz Rebeś, ortopeda. W szpitalu powiatowym w Zakopanem pracuje od 37 lat.**

SOR JEST MAŁY, ALE DZIAŁA SPRAWNIE. NA PIERWSZY KONTAKT Z LEKARZEM CZEKA SIĘ TU DO DWÓCH GODZIN, ALE I TAK NIEKTÓRZY PACJENCI SIĘ AWANTURUJĄ.

by pomóc każdemu pacjentowi, ale przy tego typu wypadkach walka jest szczególna. Pamiętam, jak poważny był stan tego młodego człowieka i jak bardzo wszyscy chcieliśmy mu pomóc. Pojawiło się światło w tunelu, które jednak zgasło... – wspomina jedna z pielęgniarek, która była wtedy na dyżurze. – W tamtym roku w grudniu było łącznie 14 wypadków śmiertelnych po obu stronach Tatr – mówi doktor Małgorzata Czaplińska, zastępca dyrektora ds. leczenia, specjalista chorób wewnętrznych. I dodaje, że kiedy schodzi lawina, wszyscy poszkodowani trafiają do tego szpitala. Dzięki dobrej organizacji pracy i sprawnemu działaniu kadry medycznej udaje się sprostać takim wyzwaniom.

NIE DADZĄ SIĘ ODESŁAĆ

Około 10 proc. pacjentów ze szpitalnego oddziału ratunkowego trafia na oddział ortopedii. Jest tu 25 łóżek. W ciągu roku hospitalizowanych jest około 1,5 tys. pacjentów, w tym niemal

tysiąc jest operowanych. – Poza sezonem trafiają do nas głównie okoliczni mieszkańcy, a to z urazem rolniczym, a to po upadku z dachu albo po wypadku w lesie. To raczej spokojny czas. Wszyscy jesteśmy w strachu, gdy zbliżają się święta Bożego Narodzenia. To początek trudnego sezonu. Potem są święta prawosławne, a następnie ferie. W tym okresie nawet 70 proc. naszego oddziału zajmują turyści. Pracujemy bardzo intensywnie i ciężko – opowiada doktor Papież. Korzystamy z okazji, że ma wolną chwilę i drążymy temat.

Jakich urazów amatorzy białego szaleństwa doznają najczęściej? – Kiedyś łamali sobie podudzia, teraz łamią stawy skokowe i szyjki kości udowej. Sprzęt narciarski pozwala na dużo szybszą jazdę, więc i urazy są poważniejsze. Wiele wypadków to efekt zderzeń na stokach, które z roku na rok są coraz bardziej oblegane – odpowiada. – Operujecie każdego, kto tego potrzebuje, czy bywa też tak, że nie jesteście w stanie wszystkim pomóc? – Staramy

się wykonywać operacje na bieżąco. Wiadomo, w sezonie robi się korek, wówczas po wcześniejszym zaopatrzeniu pacjentów z lżejszymi urazami staramy się odsyłać na dalsze leczenie w miejscu ich zamieszkania, ale często protestują. Nasz oddział cieszy się dobrą opinią i wiele osób chce tu pozostać na leczenie. Szczególnie widać to po chorych rosyjskojęzycznych. Za nic nie daliby się odesłać – śmieje się doktor Papież. A jest ich niemało, bo Zakopane zrobiło się bardzo popularne wśród Rosjan. W czasie świąt prawosławnych osiem łóżek na oddziale ortopedycznym zajmują właśnie pacjenci mówiący po rosyjsku.

I TAK JEST FAJNIE

Pomimo dużego obciążenia pracą nietrudno znaleźć lekarzy chętnych do pracy w tym szpitalu. – Rzeczywiście, muszę przyznać, że region ten przyciąga jak magnes. Czasami lekarze sami zgłaszają się do nas, pytając o możliwość podjęcia tu pracy. Spracują tu lekarze z całej Polski, m.in. z Warszawy, Poznania, Katowic. W najbliższym czasie planujemy zatrudnić psychiatrę, anestezjologa, chirurga i neonatologa. Mam nadzieję, że nie będziemy długo czekać na zainteresowanych. Dysponujemy mieszkaniami do wynajęcia tuż przy szpitalu, co ułatwia decyzję o podjęciu pracy w Zakopanem – wyjaśnia dyrektor Czaplińska. Choć sama 18 lat mieszkała, studiowała i praktykowała w Niemczech, wróciła do Zakopanego, skąd pochodzi. – Mamy bardzo dobry zespół, który pracuje z pełnym zaangażowaniem i w dobrej atmosferze. To ludzie, którzy wykonują swój zawód z pasją i kochają góry. Wielu jeździ na nartach, a latem chodzi po górskich szlakach. To doskonały sposób na wyciszenie się i odstressowanie po intensywnej pracy – dodaje. ○

Stawiamy na psychiatrię środowiskową

GL
W Y W I A D

Z **prof. Agatą Szulc**, prezesem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, rozmawia **Lucyna Krysiak**.



**Lucyna
Krysiak**

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

GL W polskiej psychiatrii nie dzieje się dobrze. Zmiany na lepsze miały przynieść zapisy zawarte w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego. Co przeszkodziło, by je wdrożyć?

Czekaliśmy na ten program, pokładaliśmy w nim wielkie nadzieje i wciąż czekamy na jego kolejną edycję, ale problem jest złożony. Polska psychiatria potrzebuje daleko idących przeobrażeń, od których nie może być odwrotu. Wymaga to jednak wielu zmian nie tylko organizacyjnych, ale światopoglądowych, a przede wszystkim poprawy finansowania tej dziedziny. Reforma musi łączyć się z zagwarantowaniem środków na jej funkcjonowanie w nowym systemie i tego zabrakło w pierwszej edycji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Aktualnie Polskie Towarzystwo Psychiatryczne pracuje nad nową edycją programu, ale uwzględnienie w nim realnych oczekiwań środowiska będzie bardzo trudne. Mimo to, cały czas przypominamy osobom odpowiedzialnym za politykę zdrowotną kraju o tym, że psychiatrię trzeba reformować i naciskamy, by przeprowadzono ją zgodnie z założeniami programu, który będzie odnosił się do rzeczywistej sytuacji. Chodzi o to, aby projekty resortowe nie rozminęły się z naszymi oczekiwaniami.

GL Czego, oprócz gwarancji finansowych, one dotyczą?

Ukierunkowania na rozwój psychiatrii środowiskowej. Chodzi o to, żeby powoli i stopniowo „demontować” system oparty na dużych szpitalach psychiatrycznych umiejscowionych najczęściej poza centrami większych miast. Wprawdzie szpitale te z reguły zapewniają chorym podstawową pomoc psychiatryczną, ale są tak zatłoczone, przeciążone i niedoinwestowane, że odbywa się to w fatalnych warunkach. Staramy się, aby opieka lekarska i pielęgnarska oraz metody leczenia farmakologiczne i nie tylko (psychoterapia, rehabilitacja) były w tych szpitalach naprawdę na dobrym poziomie. Jednak na warunki, w jakich odbywa się to leczenie, nie mamy wpływu. W Polsce istnieje też sieć poradni

zdrowia psychicznego, dość duża, ale nadal niewystarczająca, a także niezbyt liczne oddziały dzienne, zespoły leczenia środowiskowego itd. NPOZP zakładał stworzenie sieci centrów zdrowia psychicznego, które obejmowałyby swoim zasięgiem obszar, np. powiatu (ok. 50 tys. mieszkańców), zapewniając dostęp (24 godz. na dobę) do pomocy psychiatrycznej – poradni interwencji kryzysowej, oddziału dziennego, zespołu leczenia środowiskowego, a w razie potrzeby – łóżek stacjonarnych. Takie centra byłyby blisko miejsca zamieszkania pacjenta, zapewniałyby szybką pomoc, a także opiekę w przypadku schorzeń przewlekłych, co znacznie ograniczyłoby konieczność hospitalizacji. Przede wszystkim pozwoliłyby na taki proces leczniczy, w którym pacjent nie byłby oderwany od swojego środowiska: rodziny, szkoły, pracy – aby jak najszybciej mógł wrócić do normalnego funkcjonowania.

GL To brzmi sensownie, ale czy jest realne?

W roku 2017 miał się rozpocząć pilotaż, w którym planowano uruchomić kilka takich centrów w nowym systemie finansowania. NFZ (lub inny płatnik w przyszłości) wypłacałby określoną sumę rocznie na pacjenta, który by się do takiego centrum zapisał. Na razie czekamy na wdrożenie pilotażu. W niektórych miejscowościach, szczególnie w większych ośrodkach, funkcjonują już takie centra, ale sposób ich finansowania jest podzielony, np. porada ambulatoryjna oddzielnie, pobyt w oddziale dziennym oddzielnie itd. Nie ma odwrotu od reformy i nie napotykamy tutaj na jakiś opór, ale bez znaczącego zwiększenia nakładów na psychiatrię, jej wprowadzenie jest wręcz niemożliwe i stracimy tylko czas. Naturalnie psychiatria się zmienia, ale jak dotąd, tempo tych zmian jest zbyt wolne. Wciąż zbyt długo czeka się w kolejkach na miejsce w szpitalu i na poradę w przychodni.

GL Czy w projektach jest uwzględniona psychiatria dziecięca i młodzież?

Niestety, sytuacja psychiatrii dzieci i młodzieży jest jeszcze bardziej dramatyczna. W NPOZP są tylko ogólne zapisy o możliwości tworzenia centrów dla dzieci i młodzieży, ale na dziś ich powołanie jest nierealne. Brakuje psychiatrów dziecięcych i jest bardzo ograniczona liczba miejsc, w których pacjenci i ich rodziny mogliby uzyskać bezpłatną pomoc. Szukamy rozwiązań tego trudnego problemu, ale tu znowu wszystko rozbija się o pieniądze. Opieka nad dzieckiem z zaburzeniami psychicznymi powinna być kompleksowa i wymaga współpracy całego zespołu terapeutycznego – lekarza, psychologa, terapeuty, nauczyciela itd., dlatego jest to „usługa” droga, a finansowanie NFZ zbyt niskie, co powoduje, że nawet te nieliczne istniejące placówki się likwiduje, ponieważ są deficytowe.

GL A co z profilaktyką?

Z danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie wynika, że w ciągu ostatnich 15 lat aż o 131 proc. wzrosła liczba osób wymagających pomocy psychiatry bądź psychologa, zaś wskaźnik leczonych w szpitalach z tego samego powodu wzrósł o 45 proc. Profilaktyka powinna się więc zaczynać już we wczesnym okresie i dotyczyć przede wszystkim osób młodych. Bezwzględnie należy edukować nauczycieli, pedagogów szkolnych, rodziców, lekarzy POZ, pracowników socjalnych w takim zakresie, aby mogli wcześniej zaobserwować moment, że z psychiką dziecka dzieje się coś niepokojącego. Jako Polskie Towarzystwo Psychiatryczne będziemy się starali rozwijać ten kierunek, czyli prowadzić szeroką edukację społeczeństwa, a także konkretnych grup profesjonalistów. Ministerstwo Zdrowia ogłasza konkursy np. na programy zapobiegania depresji i samobójstwom, co – mam nadzieję – także przełoży się na poprawę sytuacji. Czekamy jednak, kiedy te projekty wejdą w życie, ale też, jak wspomniałam, będziemy się starali stworzyć własne.

GL Gorzej już chyba być nie może.

Nie chciałabym, aby nasze środowisko było kojarzone z ciągłym narzekaniem, ale fakt, że przy obecnej mizerii finansowej jesteśmy w stanie zabezpieczyć podstawowe potrzeby chorych trafiających do naszych placówek w dużej mierze zawdzięczamy oddaniu personelu medycznego. Wciąż też poszukujemy różnych możliwości poprawy sytuacji, zmieniamy organizację funkcjonowania ośrodków leczenia zaburzeń psychicznych, myślenie, mamy już w zasadzie pełny dostęp do różnych form farmakoterapii (oprócz nielicznych leków tzw. długodziałających). Te zmiany na lepsze są odczuwalne, widzimy też chęć współpracy ze strony decydentów i mamy w związku z tym nadzieję, że w końcu reforma się powiedzie.

GL Czy mamy wystarczającą liczbę psychiatrów?

W Polsce pracuje 2700 psychiatrów, a potrzeba przynajmniej 4 tys. lekarzy tej specjalności. Specjalistów jest więc za mało. Według założeń NPOZP, sieć centrów w całej Polsce wymagałaby zwiększenia liczby psychiatrów, ale też innych profesjonalistów z zakresu opieki psychiatrycznej. Młodzi lekarze niestety nie garną się do robienia specjalizacji z psychiatrii



POLSKIE TOWARZYSTWO PSYCHIATRYCZNE PRACUJE NAD NOWĄ EDYCJĄ PROGRAMU, ALE UWZGLĘDNIENIE W NIM REALNYCH OCZEKIWAŃ ŚRODOWISKA JEST BARDZO TRUDNE.

tak chętnie, jak jeszcze kilka lat temu. PTP we współpracy z rezydentami pracuje nad programem zachęcającym do wyboru tej specjalizacji – m.in. poprzez organizację różnego rodzaju bezpłatnych szkoleń i kursów, pomoc w uzyskaniu dostępu do nowoczesnego fachowego piśmiennictwa, poprzez finansowanie uczestnictwa w konferencjach itp. Planujemy też organizację specjalnej „szkoły” PTP dla młodych lekarzy. Chcemy w ten sposób zachęcać ich do specjalizowania się w psychiatrii i pomagać w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych.

GL PTP wielokrotnie sygnalizowało, że pora zmienić wizerunek polskiej psychiatrii i obrazu osób chorych psychicznie.

Jest to jeden z naszych głównych celów. Staramy się prezentować bardziej przyjazne oblicze psychiatrii. Chcielibyśmy też pokazać społeczeństwu, że chorzy psychicznie to tacy sami ludzie jak my, że nie należy się ich bać, nie należy ich stygmatyzować. Chcemy zerwać z „opresyjnym” wizerunkiem psychiatrii. Wymaga to cierpliwości i pracy oraz ciągłego edukowania, ponieważ zmiana mentalności społeczeństwa to proces. Uczestniczymy w różnych kampaniach medialnych na ten temat. Potrzeba jednak koordynacji tych projektów – aktualnie nad tym pracujemy, planujemy także stworzenie własnej kampanii medialnej. To jedno z wyzwań na ten rok. ○

BIULETYN

NR 7 (172) ROK XXVII

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

WARSZAWA, XII 2016

© REDAKTOR NACZELNY: MAREK JODŁOWSKI

Posiedzenie NRL – 9 grudnia 2016 r.

UCHWAŁA Nr 24/16/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 9 grudnia 2016 r. w sprawie budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej na rok 2017

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 14 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Ustala się budżet Naczelnej Izby Lekarskiej na rok 2017 stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.
SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 25/16/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 9 grudnia 2016 r. w sprawie zwołania XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy

Na podstawie art. 37 ust. 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Zwołuje się XIV Krajowy Zjazd Lekarzy, zwany dalej „Zjazdem”, w dniach 25-26 maja 2018 r. w Warszawie.

§ 2.

Zorganizowanie Zjazdu powierza się Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.
SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 26/16/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 9 grudnia 2016 r. w sprawie powołania Zespołu ekspertów do analizy przepisów Kodeksu Etyki 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), § 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 i § 3 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.

Powołuje się Zespół ekspertów do analizy przepisów Kodeksu Etyki Lekarskiej, zwany dalej Zespołem, w składzie:

- 1) kol. Włodzimierz Gajewski
- 2) kol. Andrzej Krawczyk
- 3) kol. Gabriela Muś
- 4) kol. Ewa Tuszkiewicz-Misztal
- 5) kol. Andrzej Wojnar

§ 2.

Powierza się Zespołowi wykonanie zadań określonych uchwałą nr 1 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 13 maja 2016 r. w sprawie zobowiązania Naczelnej Rady Lekarskiej do powołania zespołu ekspertów do dokonania analizy przepisów Kodeksu Etyki Lekarskiej pod kątem jego nowelizacji.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.
SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO Nr 20/16/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 9 grudnia 2016 r. w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o broni i amunicji

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o broni i amunicji, przekazanym przy piśmie pana Adama Podgórskiego – Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 10 listopada 2016 r., znak: GMS-WP-173-304/16 uważa, iż zapis art. 13 ust. 4 pkt 2 projektu ustawy, wskazujący na możliwość zasięgnięcia przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej wydającego zaświadczenie opinii psychologa lub lekarzy specjalistów z dziedziny neurologii lub psychiatrii, ogranicza prawa lekarza podstawowej opieki zdrowotnej do uzyskiwania konsultacji lekarzy specjalistów wszystkich specjalizacji.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO Nr 21/16/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 9 grudnia 2016 r. w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, przekazanym przy piśmie pana Piotra Gryzy – Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z dnia 29 listopada 2016 r., znak: UZ-PR.0212.3.2016. KM zgłasza następujące uwagi:

1. Naczelna Rada Lekarska popiera wpro-

wadzenie możliwości prowadzenia programów pilotażowych. Samorząd lekarski wielokrotnie wskazywał na potrzebę wdrażania rozwiązań systemowych po uprzednim sprawdzeniu proponowanych zmian w praktyce, aby wyeliminować ewentualne pogorszenie dostępności świadczeń.

2. Na poparcie zasługuje również uproszczenie postępowania w sprawie programów polityki zdrowotnej. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej w przypadku podobieństwa nowych programów do programów już realizowanych dopuszczalne byłoby skorzystanie z możliwości mniej sformalizowanych procedur.

3. Naczelna Rada Lekarska postuluje skreślenie projektowanego art. 48a ust. 4 pkt 4, zaś w art. 48a ust. 4 pkt 5 proponuje wprowadzenie regulacji określającej sprawdzenie zgodności projektu z wydaną rekomendacją Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Zdaniem Naczelnej Rady Lekarskiej o tym, czy projekt jest zgodny z rekomendacją Prezesa Agencji dotyczącą problemu zdrowotnego nie powinien decydować sam projektodawca. Samo wydanie rekomendacji nie gwarantuje wcale, że program będzie z nią zgodny. Ponieważ projekty obejmujące choroby lub problem zdrowotny, dla którego zostały wydane rekomendacje Prezesa, nie będą kierowane do Agencji powstaje pytanie, czy w jakikolwiek sposób ich zgodność z rekomendacjami będzie weryfikowana i na jakim etapie. Zasadne wydaje się ustalenie uproszczonych procedur ocen przez Agencję, bez wydawania rekomendacji Prezesa czy Rady Przejrzystości. Dopiero w razie stwierdzenia niezgodności mógłby być uruchamiany pełny mechanizm oceny.

SEKRETARZ

PREZES

Marek Jodłowski

Maciej Hamankiewicz

Stanowisko 22/16/VII

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

z dnia 9 grudnia 2016 r.

w sprawie projektu ustawy o ustanowieniu „programu modernizacji Służby Więziennej w latach 2017-2020”

Naczelna Rada Lekarska, po rozpatrzeniu projektu ustawy o ustanowieniu „programu modernizacji Służby Więziennej w latach 2017-2020” przekazanego przy piśmie pana Adama Podgórskiego, Zastępcę Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 28 listopada 2016 r., znak: GMS-WP-173-327/16, przekazuje następujące uwagi:

Samorząd lekarski pozytywnie opiniuje fakt, że w ramach programu modernizacji Służby

Więziennej w latach 2017-2020 przewiduje się zarówno finansowanie przedsięwzięć z zakresu modernizacji podmiotów leczniczych dla osób pozbawionych wolności, jak i przeznaczenie środków na zmianę systemu zatrudniania personelu medycznego w podmiotach leczniczych dla osób pozbawionych wolności. Z doświadczenia samorządu lekarskiego wynika, że obszar opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności jest przedmiotem licznych skarg kierowanych do instytucji krajowych jak i międzynarodowych. Liczba wpływających skarg wskazuje, że więzienna opieka zdrowotna powinna ulec poprawie. Potrzeba pozyskania dodatkowych kadr medycznych oraz poprawy warunków działania podmiotów leczniczych poprzez modernizację pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia zdrowotne i zakup sprzętu medycznego dla osób pozbawionych wolności nie budzi wątpliwości.

W związku z przedstawionym projektem ustawy Naczelna Rada Lekarska wnosi o rozważenie zmiany zasad nadzoru nad opieką zdrowotną dla osób pozbawionych wolności poprzez przekazanie tego do kompetencji Ministra Zdrowia.

SEKRETARZ

PREZES

Marek Jodłowski

Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO Nr 23/16/VII

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

z dnia 9 grudnia 2016 r.

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw przekazanych przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, pana Marcina Zielenieckiego z dnia 26 października 2016 r., znak: DUS.III.02100.4.2016.ES, nie zgłasza uwag do projektu.

SEKRETARZ

PREZES

Marek Jodłowski

Maciej Hamankiewicz

APEL 7/16/VII

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

z dnia 9 grudnia 2016 r.

do Ministra Zdrowia

Mając na względzie bezpieczeństwo pacjentów i ich ochronę przed groźnymi następstwami zabiegów medycyny estetycznej, wykonywanych przez osoby nieposiadające odpowiednich kwalifikacji, Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o podjęcie prac legislacyjnych mających na celu uregulowanie zasad udzielania świadczeń z zakresu medycyny estetycznej poprzez umożliwienie udzielania tych świadczeń wyłącznie przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje (tj. lekarzy i lekarzy dentystów), dające rękojmię wysokiego poziomu jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń.

Wzrost zainteresowania zabiegami medycyny estetycznej oraz brak odpowiednich regulacji prawnych ich udzielania skutkuje zwiększającą się liczbą osób pokrzywdzonych przez nieumiejętne udzielanie takich świadczeń przez osoby nieposiadające ku temu odpowiednich kwalifikacji. Wykonywanie zabiegów medycyny estetycznej przez osoby nieposiadające wykształcenia medycznego, bardzo często z wykorzystaniem produktów zarejestrowanych wyłącznie do użytku przez lekarzy, w miejscach nie spełniających odpowiednich warunków sanitarnych, stanowi realne zagrożenie dla życia i zdrowia pacjentów.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej uznanie zabiegów medycyny estetycznej za działalność, która może być wykonywana tylko przez osoby posiadające prawo wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentyści zapewni pacjentom możliwość korzystania z bezpiecznych i opartych na aktualnej wiedzy medycznej świadczeń medycyny estetycznej. Lekarze i lekarze dentyści wykonują swe zawody w miejscach spełniających odpowiednie warunki i podlegających kontroli właściwych instytucji. Postulowane zmiany w istotny sposób ograniczą konieczność leczenia skutków niewłaściwego wykonania zabiegów medycyny estetycznej przez osoby niekompetentne, w nieodpowiednich warunkach, lub przy wykorzystaniu nieodpowiednich narzędzi.

SEKRETARZ

PREZES

Marek Jodłowski

Maciej Hamankiewicz

Brudne powietrze a ciąża



Narażenie ciężarnej matki na zanieczyszczenie atmosferyczne powoduje, że dzieci rodzą się mniejsze, a ich iloraz inteligencji jest niższy – wynika z wieloletnich badań naukowców z Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Zespół dr hab. Agnieszki Pac z Katedry Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej kontynuuje pracę zmarłego prof. Wiesława Jędrzychowskiego.

Badacze od 2000 r. monitorowali ponad 500 kobiet w ciąży, a następnie również ich dzieci pod kątem ekspozycji na pyły (w postaci cząstek o średnicy 2,5 mikrometrów i mniejszych). Tego typu zanieczyszczenia są szczególnie niebezpieczne dla zdrowia, gdyż wnikają bezpośrednio do płuc.

Noworodki, których matki w czasie ciąży narażone były na wyższe zanieczyszczenie powietrza, ważyły mniej (średnio o 128 g) od dzieci narażonych na mniejsze zanieczyszczenie. W tej grupie dzieci częściej występował tzw. świszczący oddech w późniejszych okresach życia, co związane jest często

z pojawieniem się w dalszych latach astmy. Nawet stosunkowo niskie stężenie pyłu PM_{2,5} zwiększało podatność na nawracające zapalenie oskrzeli i zapalenie płuc.

z pojawieniem się w dalszych latach astmy.

Iloraz inteligencji dzieci, których matki były narażone w drugim trymestrze ciąży na wyższe stężenie wielopierścieniowych węglowodórów aromatycznych (powyżej 18 nanogramów na m³), jest niższy o blisko 4 pkt (testy wykonano, gdy dzieci osiągnęły 5 lat).

Z badań wynika też, że noworodki z grupy, która była narażona na wyższe zanieczyszczenie w okresie płodowym, częściej zapadały na choroby płuc. Nawet stosunkowo niskie stężenie pyłu PM_{2,5} zwiększało podatność na nawracające zapalenie oskrzeli i zapalenie płuc zarówno u dzieci astmatycznych, jak u tych, u których astmy nie stwierdzono.

Naukowcy z UJ CM regularnie badali grupę tych samych dzieci w kolejnych latach ich życia. Przykładowo, badania spirometryczne u pięcioletników wykazały, że całkowita wartość objętości wydechowej płuc jest niższa o ok. 100 ml, jeśli były one narażone na wyższe stężenie pyłu w okresie życia płodowego.

Szczepionki pod lupą

Wpływ zamrażania na jakość i właściwości szczepionek zbadają chemicy z Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Prace rozpoczną się w najbliższych tygodniach w ramach grantu WHO.

Możliwość realizacji projektu stwarza wyposażone w najnowocześniejszy sprzęt centralne laboratorium. Do przeprowadzenia badań naukowcom posłuży skaningowy mikroskop elektronowy sprzężony z detektorem rentgenowskim. – U nas wykonane będą badania metodą SEM-EDX, czyli skaningową mikroskopią elektronową z analizą pierwiastków – mówi dr Grzegorz Trykowski z Wydziału Chemii UMK. Toruńskie badania są częścią projektu realizowanego przez prof. Wiesława Kurzątkowskiego z NIZP-PZH. Wizyta przedstawicieli WHO była także okazją do rozmów dotyczących dalszych możliwości współpracy naukowej toruńskiej uczelni z tą organizacją.

Żel czy tłuszcz?

Żel wytworzony z alg morskich zamiast tłuszczu? Nad takim rozwiązaniem pracują naukowcy, którzy chcą zmniejszyć kaloryczność produktów spożywczych.

Zamiennik tłuszczu w smaku ma przypominać ten prawdziwy (w pierwszej kolejności będzie stosowany np. w margarynie i majonezie). – Na rynku mamy dużo produktów o obniżonej zawartości tłuszczu. Jednak okazuje się, że kiedy odejmujemy z nich tłuszcz, to znika m.in. ta kremowa konsystencja, którą on zapewnia. Dobrym przykładem może być jogurt pełnotłusty, który ma charakterystyczny posmak i konsystencję. Jednak jego wersja z mniejszą ilością tłuszczu i kalorii cieszy się dużo mniejszą popularnością m.in. dlatego, że jest wodnista i nie smakuje tak samo – mówi dr Izabela Gładkowska-Balewicz z brytyjskich University of Leicester i University of Birmingham. Zespół, w którym pracuje dr Gładkowska-Balewicz, tłuszcz zawarty w produktach spożywczych chce zastąpić żelem, ale takiej postaci, która nada smak i charakterystyczną teksturę. Taki żelowy „tłuszcz” pozwoliłby na prawdziwą oszczędność kalorii. Jego kaloryczność zbliżona byłaby do zera.



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

Źródło: Serwis Nauka w Polsce www.naukawpolsce.pap.pl

Rak płuca precyzyjnie wykryty

GL
WYWIAD



Podczas ubiegłorocznych targów innowacji w Brukseli, prof. Marek Godlewski i dr Jarosław Kaszewski z Instytutu Fizyki PAN oraz dr hab. Michał Godlewski, dr Paula Kielbik, dr Anna Słońska-Zielonka i mgr Jarosław Olszewski z SGGW otrzymali złoty medal za znaczniki fluorescencyjne, które dokładnie lokalizują zmiany nowotworowe w płucach. Z **prof. Markiem Godlewskim** rozmawia **Lidia Sulikowska**.

GL Na świecie temat znaczników pokazujących komórki raka jest bardzo gorący. Na czym polega innowacyjność państwa pomysłu?

Wiele znaczników już powstało, ale są to produkty organiczne, z wieloma wadami. Świecą, ale krótko i w podobnym odcieniu do tkanek zdrowych, więc nie tak łatwo je zlokalizować. Nasze znaczniki są tworzone z materiałów nieorganicznych, ponadto poprzez odpowiednie domieszkowanie uzyskujemy ostre linie świecenia, a efekt fluorescencji, w zależności od zastosowanej matrycy, może trwać wiele tygodni. Poza tym nasze znaczniki wprowadzamy do organizmu przez żołądek, a nie – jak robi cały świat – bezpośrednio do krwiobiegu. To bezpieczniejsze dla pacjenta, bo nie powoduje ryzyka powstawania ich akumulacji i blokowania krwiobiegu.

GL Na czym dokładnie polega nagrodzona przez pana zespół metoda?

Znaczniki wnikają do krwiobiegu, głównie poprzez dwunastnicę, a następnie do płuc, ale tylko w te miejsca, gdzie są zmiany chorobowe. Po podświetlaniu wyraźnie widać, który obszar jest zainfekowany. Po pobraniu wycinka można szybko ocenić, czy występują zmiany nowotworowe. Ta metoda może być przydatna także podczas operacji usunięcia zainfekowanych tkanek. Lekarz po otwarciu klatki piersiowej i zaświeceniu laserem będzie dokładnie wiedział, gdzie są komórki rakowe, dzięki czemu będzie mógł je usunąć z dużą precyzją.

GL Widać je tylko przy bezpośrednim kontakcie z tkanką?

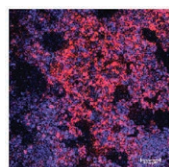
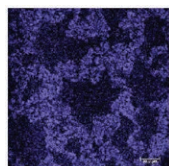
W ten sposób je testowaliśmy, ale to nie jest jedyna możliwość. Po podaniu odpowiedniego kontrastu będzie je można obserwować również przy zastosowaniu promieniowania przenikliwego. Celem na przyszłość jest połączenie znacznika z lekiem, który by trafiał bezpośrednio tam, gdzie powinien. Docelowo otwiera się więc szansa profilaktyki i terapii nieinwazyjnej.

GL Czy będzie można je stosować także w przypadku innych chorób nowotworowych?

Skupiliśmy się na badaniach dotyczących raka płuca, bo to rak słabo rozpoznawalny we wczesnej fazie rozwoju. Poza tym określenie zakresu zmian, za pomocą obecnie stosowanych metod, w takim narządzie, jak płuca, jest utrudnione. Nie zatrzymujemy się jednak na tym sukcesie. Jest wiele nowotworów, które trudno rozpoznać, na przykład rak trzustki. Będziemy robić kolejne próby.

GL Na jakim etapie są badania?

Nad opracowaniem tej metody pracowaliśmy około 5 lat. W tym czasie mojej grupie z IF PAN udało się stworzyć bezpieczne i skuteczne znaczniki, które potem były testowane na zwierzętach przez grupę badaczy z warszawskiej Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego. Aby mogły być użyte w praktyce medycznej, muszą przejść badania kliniczne na ludziach, ale na to są potrzebne duże środki. Do realizacji jest nam potrzebny zewnętrzny partner. (O)



▲ Wycinki z płuc myszy – obrazek u góry: zdrowa tkanka, obrazek dolny: obszar zaatakowany nowotworem. Na czerwono świeci znacznik, który wniknął do tkanek ze zmianami nowotworowymi.

Leki biopodobne alternatywą?

Grzegorz Rychwalski, wiceprezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego, uważa, że tak. Jednak zastępowanie oryginalnych leków biologicznych lekami biopodobnymi musi być potwierdzone badaniami klinicznymi i przedklinicznymi, a następnie weryfikowane w trakcie skomplikowanej procedury rejestracyjnej.

Podkreśla jednocześnie, że oryginalne i następne leki biologiczne stanowią tę samą klasę produktów i tak powinny być traktowane przez system ochrony zdrowia. – Rola leków biopodobnych w kształtowaniu wartości i konkurencyjności krajowego przemysłu farmaceutycznego mogłaby być niebagatelna – przekonuje Grzegorz Rychwalski. Również analizy Instytutu Arcana sugerują, że objęcie refundacją nowych produktów biopodobnych, szczególnie stosowanych w reumatologii, przyniosłoby znaczące oszczędności.

KOSZTOWNE TERAPIE

Leki biologiczne najczęściej ordynuje się np. w reumatoidalnym zapaleniu stawów, łuszczycowym zapaleniu stawów, nieswoistym zapaleniu jelit, chorobie Leśniowskiego-Crohna, chorobach nowotworowych. Terapie biologiczne są bardzo skuteczne. Dzieje się tak, ponieważ substancje aktywne tych leków, w odróżnieniu od klasycznych leków chemicznych, pozyskiwane są od żywych organizmów z zastosowaniem metod biotechnologicznych. Mogą to być zarówno mało skomplikowane struktury, takie jak hormon wzrostu lub insulina, po

Leki biologiczne otworzyły przed medycyną nowe możliwości leczenia. Są jednak drogie, co ogranicza ich dostępność. Czy alternatywą mogą być tańsze od nich leki biopodobne?

LUCYNA KRYSIAK

bardziej złożone, jak przeciwciała monoklonalne, hormony czy wektory genowe, których zastosowanie jest wskazane w terapii wielu chorób opornych na standardowe leczenie farmaceutykami. Ich wysokie koszty sprawiają jednak, że na całym świecie dostęp do nich jest ograniczony. I tu pojawia się możliwość zastąpienia ich lekami biopodobnymi. Jak każdy lek innowacyjny, oryginalne leki biologiczne chronione są prawem patentowym. Po wygaśnięciu patentu danego preparatu, firmy biofarmaceutyczne opracowują na ich podobieństwo leki biopodobne. Zastępowanie leków oryginalnych lekami biopodobnymi staje się więc coraz bardziej opłacalne zarówno z punktu widzenia ponoszonych kosztów, jak i dostępności. Takim spektakularnym przykładem są schorzenia reumatologiczne. Zdaniem lekarzy w grupie pacjentów dotkniętych tymi schorzeniami wprowadzenie do systemu leków biopodobnych pozwoliłoby zapewnić dostęp do terapii biologicznych dla znacząco większej niż obecnie liczby chorych i nanieść niezbędne zmiany w zapisach kwalifikujących ich do programów lekowych. Prof. Brygida Kwiatkowska, wicedyrektor ds. klinicznych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, na konfe-

rencji poświęconej potencjałowi leków biopodobnych zorganizowanej przez PZ PPF powiedziała, że dałoby to lekarzom szansę na stosowanie w Polsce leczenia biologicznego zgodnie z zaleceniami European League Against Rheumatism (EULAR), tak w zakresie kwalifikacji do leczenia zgodnie ze wskazaniami medycznymi, jak i kontynuacji leczenia zgodnie z potrzebami klinicznymi.

Obecnie z uwagi na ograniczony budżet lekarze są zmuszeni wyłączać z tego rodzaju leczenia pacjentów z remisją choroby. Prof. Kwiatkowska zwróciła także uwagę, że na schorzenia reumatologiczne o podłożu immunologicznym zapadają coraz młodsze osoby. Dla nich terapie biologiczne są szansą na normalne życie, ale innowacyjne leki stosowane w reumatologii należą w Polsce do najdroższych preparatów. Zastępowanie ich lekami biopodobnymi staje się więc uzasadnione. Ale...

CZY BEZPIECZNE?

Opinie na temat bezpieczeństwa zastępowania leków biologicznych lekami biopodobnymi nie są jednoznaczne. Ministerstwo Zdrowia zapewnia, że nie ma między nimi różnicy, jeśli chodzi o skuteczność i bezpieczeństwo. Na

FAKT

Łatwiej jest wytworzyć „generyk” związku chemicznego leku niż kopię leku biologicznego.





pewno jednak takiej zamiany nie można traktować jak zamiany oryginalnych medykamentów na leki generyczne. Lek biologiczny składa się z blisko miliona substancji (izoform) białkowych. Proces jego wytwarzania jest złożony. Wystarczy, że jest produkowany w różnym czasie i już nie zawsze składa się dokładnie z tych samych białek. Ustala się więc określone parametry brzegowe, które musi spełniać, aby był skuteczny. Producenci leków biopodobnych starają się dopasować je do cech określonych w procesach rejestracyjnych dla leków referencyjnych. Na ile jednak jest to możliwe. Leczenie biologiczne ma stymulować lub odbudowywać zdolności systemu odpornościowego. Zakłada wykorzystywanie substancji zwanych modyfikatorami odpowiedzi immunologicznej. Organizm produkuje niewielkie ich ilości w odpowiedzi na infekcję lub chorobę, która toczy się w organizmie. W schorzeniach autoimmunologicznych jest zbyt mało tych substancji, by je pokonać. Wówczas wchodzi lek biologiczny, który może także pomóc w zmniejszeniu dawek innych stosowanych leków (na przykład glikokortykosteroidów), wpłynąć na przedłużenie remisji choroby, skrócić czas hospitalizacji czy nawet zapobiec leczeniu operacyjne-

mu (poprzez modyfikację przebiegu choroby, np. zapobiegając deformacji stawów). Leki biologiczne znane są od dawna – insulina (cukrzyca), heparyna (zawały, zakrzepica), hormon wzrostu (niskorosłość) czy erytropoetyna (anemia). W wyniku zaawansowanych technologii (procesów biotechnologicznych) uzyskano kolejne leki – hormony, cytokiny, komórki macierzyste, komórki autologiczne, allogeniczne, szczepionki DNA, geny terapeutyczne itd. Czy można bezpiecznie przedstawiać pacjentów leczonych lekami biologicznymi na leki biopodobne? Lekarze są ostrożni. Uważają, że wybór leku tylko ze względu na jego cenę jest niebezpieczny, bo może być obciążony nieznanych reakcjami niepożądanymi. Ważne jest, aby rozpoczynając leczenie, chory otrzymywał zawsze ten sam lek. Oznacza to, że jeżeli kuracja zaczyna się lekiem referencyjnym, takim powinna być ukończona. Jeśli pacjent jest przedstawiany na lek biopodobny w sytuacji, kiedy źle znosi terapię, lekarz nie ma pewności, czy jest to reakcja na substancję czynną czy też na dodatki.

BIOPODOBNE TO OSZCZĘDNOŚĆ

Leki biopodobne nigdy nie będą wierną kopią leków biologicznych, ale w kontekście wzrostu zachorowa-

▲ **Czy można bezpiecznie przedstawiać pacjentów leczonych lekami biologicznymi na leki biopodobne? Lekarze są ostrożni.**

ności na schorzenia o podłożu autoimmunologicznym mają przyszłość. Mariusz Janikowski, przewodniczący Zespołu ds. Farmakologii i Farmakoterapii przy Naczelnej Radzie Lekarskiej, uważa jednak, że wygasanie terminowej ochrony patentowej na ich oryginalne wersje jest faktem i bez leków biopodobnych, które mogą je zastąpić, terapie biologiczne utknęłyby w martwym punkcie. Wiele firm farmaceutycznych stawia więc na badania kliniczne produktów biopodobnych. – Łatwiej jest wytworzyć „generyk” związku chemicznego leku niż kopię leku biologicznego, tym bardziej, że instytucje nadzorujące wprowadzanie produktów do sprzedaży nałożyły rygory dotyczące oceny ich jakości i bezpieczeństwa – zauważa Mariusz Janikowski i dodaje, że biosymilary to dla systemu ochrony zdrowia oszczędność szacowana na ok. 20-30 proc., a jeśli rozważy się, że dotyczy to szczególnie kosztownych dziedzin medycyny jak onkologia, hematologia, reumatologia, diabetologia itp., to rzeczywiście są to wielkie kwoty. Wyliczono, że w obrębie UE to roczne oszczędności rzędu 1,4 bln euro. W hematologii z powodzeniem stosuje się obecnie EPO, G-CSF. W trakcie rejestracji jest Rituximab, który pozytywnie przebiegł proces badań klinicznych.

Jak podkreślają badacze, głównym problemem biosymilarów jest ich immunogenność i należy zwracać na to szczególną uwagę podczas terapii. W odróżnieniu od generyków, leki biopodobne były i są badane w próbach klinicznych, wprowadzając nie tak wszechstronnie jak oryginał, ale wyniki się ekstrapulują. W reumatologii już stosuje się biosymilary. Mają niższą cenę, więc za tę samą kwotę można leczyć większą liczbę pacjentów. Dzięki pojawieniu się biosymilarów, również firmy farmaceutyczne obniżyły ceny na oryginalne leki biologiczne. Powołując się na badania head-to-head: oryginał vs. biosymilar, lekarze mający na co dzień do czynienia z terapiami lekami biologicznymi, są zdania, że skuteczność oraz bezpieczeństwo oryginałów i biosymilarów jest porównywalna. ○

Nie przenośmy katastrofy do szpitala

(część 2)



Lidia
Sulikowska

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

W poprzednim numerze pisaliśmy o problemach związanych z udzielaniem pomocy medycznej w miejscu zdarzenia masowego. Teraz przyjrzymy się bliżej organizacji pracy szpitali, do których trafiają ranni z takiego wypadku.

Opanowanie chaosu tam, gdzie doszło do katastrofy, to nie koniec kłopotów służb medycznych. Poszkodowanych trzeba przetransportować – szybko i do odpowiednich miejsc – co w warunkach zdarzenia masowego może być szczególnie trudne. Po pierwsze, jest ich wielu, po drugie – znaczna ich część ma ciężkie urazy.

WŁAŚCIWA ALOKACJA

Centrum Urazowe w Wojskowym Instytucie Medycznym. Wysokospecjalistyczna jednostka, która jest znakomicie przygotowana na pomoc osobom z zagrażającymi życiu obrażeniami ciała. Na pewnym dyżurze, niemal jednocześnie, przyjeżdżają cztery zespoły ratownictwa medycznego. Każdy z pacjentem z urazami wielonarządowymi. Kilku tak ciężko rannych to maksimum, które mogą przyjąć. Nietrudno się domyślić, że możliwości oddziału ratunkowego w zwykłym szpitalu powiatowym są znacznie bardziej ograniczone.

– Dlatego przy wypadku masowym ogromnie ważna jest odpowiednia koordynacja transportem poszkodowanych. Tak, aby żadna z placówek nie była nadmiernie obciążona napływem rannych. To



▲ **Nie wystarczy pracować więcej i szybciej. Bez odpowiedniej procedury nie uda się sprawnie przeprowadzić akcji.**

niestety nie działa w praktyce, i to wcale nie w warunkach zdarzenia masowego, a na co dzień. Jestem na dyżurze. Mam trzech pacjentów w bardzo ciężkim stanie, dzwonię do dyspozytorni, że nie damy rady przyjąć więcej osób, ale i tak nam przywożą kolejnych. Samo dostarczenie pacjenta do bram szpitala nie spowoduje, że będzie uratowany. To jest niestety codzienność. Apeluję o większy rozsądek w tej sprawie – mówi Krzysztof Karwan, specjalista medycyny ratunkowej, zastępca kierownika SOR-u, który jest częścią Centrum Urazowego WIM.

Pewnie byłoby lepiej, gdyby udało się usprawnić system raportowania szpitali na temat dostępnych łóżek na OIOM-ie czy innych oddziałach, o wolnych salach operacyjnych. – Jest problem z przepływem tych informacji. Szpitale aktualizują dane co kilka godzin. To zbyt rzadko, przez co nie ma rzetelnego obrazu, gdzie w danej chwili najlepiej przewieźć pacjenta. Paradoksalnie, robiąc zakupy w sklepie internetowym wiemy od razu, ile jest produktów dostępnych, a w służbie zdrowia nie potrafimy takiego prostego efektu uzyskać. Dopóki tego nie naprawimy, nie

będziemy w stanie skutecznie działać – uważa Krzysztof Karwan.

PO PIERWSZE: PROCEDURA

Dyżur, w czasie którego dojdzie do katastrofy lotniczej, zderzenia samochodu czy innego wypadku z udziałem wielu poszkodowanych, może zdarzyć się każdemu. Szpital, w tym przede wszystkim szpitalny oddział ratunkowy, w warunkach masowego napływu rannych działa w sposób szczególny. Nie jesteśmy w stanie pomóc wszystkim rannym w zdarzeniu. – Mamy ograniczoną ilość stanowisk resuscytacyjno-zabiegowych i personelu medycznego. Ogranicza nas liczba stanowisk operacyjnych i miejsc na oddziale intensywnej terapii, przepustowość działu laboratoryjnego, dostępność do preparatów krwiopochodnych. Do tego jeszcze długi ogonek „codziennych” pacjentów, którzy z powodu przeróżnych dolegliwości obiegają SOR. Nie wystarczy pracować więcej i szybciej. Bez wdrożenia odpowiedniej procedury nie mamy szans na sprawne przeprowadzenie akcji ratunkowej – wylicza doktor Karwan.

– Praca zaczyna się w chwili otrzymania informacji o wystąpieniu katastrofy i możliwym masowym napływie rannych. Starszy lekarz aktualnie dyżurujący w SOR musi ustalić, ile „czerwonych” jest w stanie przyjąć. Nie przenośmy katastrofy do szpitala. Po to kontaktujemy się z dyspozytorem, aby mu powiedzieć, ile i jakich rannych możemy zaopatrzyć. Trzeba też zabezpieczyć miejsca na salach operacyjnych i OIOM-ie, przygotować swój oddział na przybycie rannych, w tym obsadzić stanowiska resuscytacyjne i zabezpieczyć odpowiednią ilość leków, opatrunków i mobilnej aparatury do diagnostyki obrażeń ciała. Warto przejść na maksymalnie uproszczoną dokumentację papierową – wymienia Maciej Błaszczyszyn, lekarz szpitalnego oddziału ratunkowego WIM. I następna ważna rzecz – wyznaczyć osoby do kontaktu z mediami i rodzinami poszkodowanych. – Koniecznie ustalmy też koordynatora, który będzie zarządzał przepływem poszkodowanych i decydował o sposobie ich zabezpieczania. Przygo-

PROCEDURA NA WYPADEK MASOWEGO NAPŁYWU RANNYCH OZNACZA TYLE, ŻE PACJENCI NIE BĘDĄ ZAOPATRYWANI W SPOSÓB STANDARDOWY. CZĘŚĆ Z NICH ZGINIE, MIMO ŻE W NORMALNYCH WARUNKACH BYLIBY RATOWANI.

tujmy też szpitalny punkt segregacji medycznej, najlepiej poza obszarem SOR-u. Podział jest prosty: natychmiastowi i pozostali – odpowiada z kolei Krzysztof Karwan.

NIE JESTEŚMY SAMI

Zaistniała sytuacja to nie problem wyłącznie SOR-u, ale całego szpitala. Trzeba poinformować kierownictwo placówki i pozostałe oddziały o masowym napływie rannych. Być może na którymś z oddziałów jest przyłóżkowe RTG, którego potrzebujemy? Na pewno za to są ludzie, których nam brakuje. – Nie jesteśmy sami. Na misji wojskowej w Afganistanie, w polskim szpitalu w Ghazni, działaliśmy według procedur amerykańskich. Cały personel wiedział, gdzie ma się kierować i co robić. Brakuje mi tego w polskim szpitalu. Podczas gdy na dole, w SOR-ze, dzieje się piekło, to na górze, czyli innych oddziałach, lekarze o niczym nie wiedzą i spokojnie piją kawę – zauważa Robert Brzozowski, chirurg, kierownik Zakładu Medycyny Pola Walki Wojskowego Instytutu Medycznego.

Jak optymalnie wzmocnić personel SOR-u? – Nie chodzi o uzupełnienie kadry na pierwszej linii, czyli na stanowiskach resuscytacyjno-zabiegowych. Oni są zgrani i dokooptowanie nowych ludzi może tylko wprowadzić zamieszanie. Lekarze, pielęgniarki i inny personel przydadzą się za to do realizowania pozostałych czynności, np. zabezpieczenia transportu wewnątrzszpitalnego czy obsługi pacjentów niezwiązanych ze zdarzeniem masowym, którzy tak jak co dzień, obiegają SOR – wyjaśnia Maciej Błaszczyszyn.

W GOTOWOŚCI

Gdy wjeżdża pierwszy poszkodowany, trzeba być w pełni gotowym. – Koncentrujemy się na czynnościach ratujących życie i podstawowej, minimalnej diagnostyce. Pamiętajmy o jednokierunkowym przepływie pa-

cientów. Pacjent, który opuszcza SOR, nie ma prawa tam trafić z powrotem. Nie ma czasu na wysyłanie chorego na tomograf, korzystamy tylko z przyłóżkowej aparatury. Oceniamy obrażenia i kwalifikujemy do zabiegów ratujących życie. Procedura na wypadek masowego napływu rannych oznacza tyle, że pacjenci nie będą zaopatrywani w sposób standardowy. Część z nich zginie, mimo że w normalnych warunkach byliby ratowani. Musimy się z tym pogodzić – tłumaczy Robert Brzozowski. Każdy w zespole ma określone role do spełnienia. Jeżeli wszystko zadziała, to pacjent trafia na OIOM. Czasem trzeba jednak powiedzieć: dość.

Procedury wydają się proste, ale żeby zadziałały, trzeba je regularnie ćwiczyć. – W medycynie ratunkowej nie ma miejsca na pomyłki, a popełnione błędy często kończą się tragicznie. Dlatego w WIM aktualnie budujemy Centrum Symulacji Medycznej, w którym będziemy doskonalić umiejętności praktyczne w maksymalnie zbliżonych do realistycznych warunkach – mówi Krzysztof Karwan. W 2014 r. w Centrum Urazowym WIM odbyły się również ćwiczenia związane z zabezpieczeniem poszkodowanych w wypadku masowym. – Mieliliśmy zająć się sześcioma rannymi. Akcja się udała, choć nie uniknęliśmy problemów, głównie komunikacyjnych, zarówno pomiędzy poszczególnymi strukturami naszego szpitala, jak i dyspozytornią. Był też problem z zapewnieniem dodatkowego personelu, segregacją chorych i miejscami na stanowiskach resuscytacyjnych i OIOM-ie. Takie ćwiczenia są bezcenne, bo dzięki nim można wyłapać słabe punkty, co pozwoli szlifować procedury, według których pracujemy. A ta musi być konkretna, w prosty sposób napisana. Każdy SOR powinien o taką instrukcję działania zadbać – zachęca doktor Karwan. ○

SOR

Szpital, w tym przede wszystkim szpitalny oddział ratunkowy, w warunkach masowego napływu rannych działa w sposób szczególny. Nie jest w stanie pomóc wszystkim rannym w zdarzeniu.



Anna Sitek

Ekonomista,
socjolog, Ośrodek
Doskonalenia
Zawodowego NIL



Joanna Turkiewicz

Socjolog, prawnik,
Ośrodek
Doskonalenia
Zawodowego NIL

Lekarze w badaniach opinii społecznej 2016

Lekarze wykonują zawód zaufania publicznego i bardzo często są obiektem komentarzy i ocen pacjentów. Rokrocznie publikowane są raporty na temat opinii o lekarzach, jak również elementach je kształtujących, takich jak zaufanie do lekarzy, satysfakcja z kontaktów z lekarzami oraz komunikacja.

Niniejszy artykuł jest próbą syntetycznego zestawienia raportów dotyczących opinii społecznej na temat lekarzy, które ukazały się w 2016 r.

Odnosząc się do wyników badań, należy wspomnieć, iż pacjenci mimo często krótkiego czasu poświęcanego im przez lekarzy, pozytywnie oceniają ich kompetencje w kontekście świadczeń otrzymywanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (pozytywny stosunek do kompetencji lekarzy wyraziło 2/3 badanych). Niemniej jednak warto zaznaczyć, iż w przeciągu dwóch lat odsetek pozytywnie oceniających kompetencje lekarzy spadł o 9% [Omyła-Rudzka, 2016].

Podobny obraz wyłania się z badań realizowanych przez Centrum Badania Opinii Społecznej, których celem była ocena kompetencji lekarzy. Ponad 60% badanych uznało, że lekarze nie tylko znają się na tym, co robią, ale także angażują się w swoją pracę, gdyż zależy im na okazaniu pomocy pacjentom.

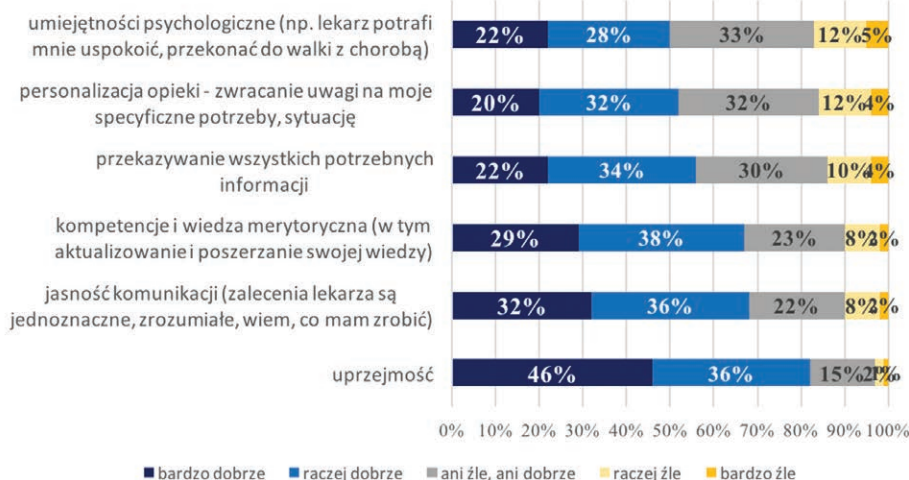
W badaniu Maison & Partners realizowanym wśród chorych na SM także poproszono pacjentów o dokonanie oceny kompetencji i wiedzy merytorycznej lekarzy. Pozytywnej odpowiedzi udzieliło 67% respondentów. Zdecydowanie najlepiej ocenione zostały uprzejmość oraz jasność komunikacji (odpowiednio 82% i 68% pozytywnych wskazań). Najniżej zostały ocenione

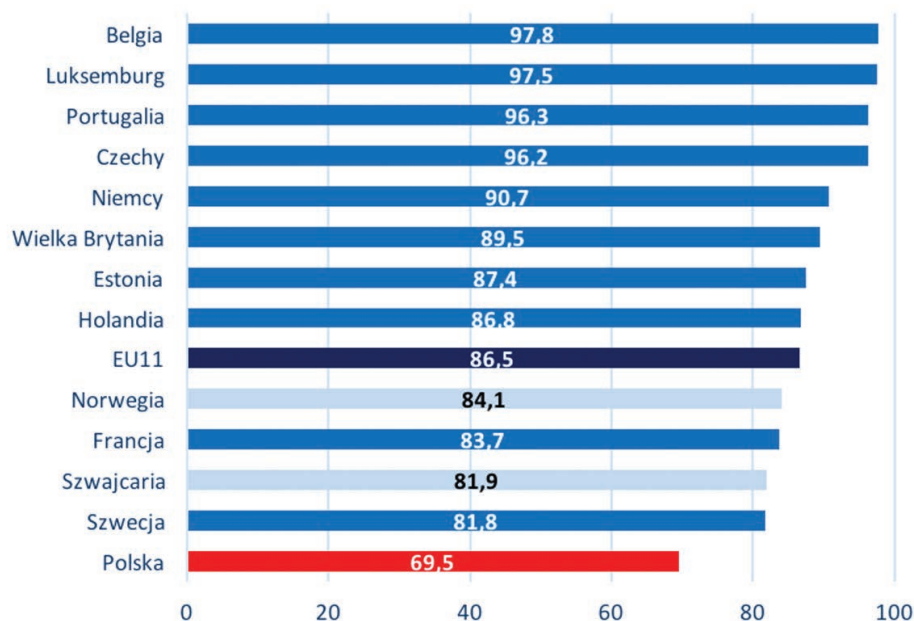
umiejętności psychologiczne lekarzy – tylko co drugi z badanych ocenił je pozytywnie.

W zakresie oceny kompetencji lekarzy interesujące dane opracował Regionalny Ośrodek Badania Opinii Publicznej Dobra Opinia. W raporcie „Przyjazny Szpital 2016” zawarta jest wieloaspektowa ocena Świętokrzyskiego Centrum Pediatrii im. W. Buszkowskiego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach, w której ocenie 200 pacjentów poddano kompetencje lekarzy oraz sposób udzielania przez nich informacji. Analizując dane z tego badania, można stwierdzić, że kompetencje lekarzy ŚCP oceniane są wysoko (81,3% respondentów oceniło je na 5 lub 6 w 6-stopniowej skali).

Jak wynika z ogólnopolskich badań, pacjenci wysoko oceniają uczciwość i rzetelność personelu medycznego. Zarówno w stosunku do lekarzy, jak i lekarzy dentystów oceny pozytywne przeważają nad ocenami negatywnymi [CBOS, 2016]. Mimo iż niemal połowa badanych pozytywnie oceniła uczciwość i rzetelność lekarzy dentystów (46%), a lekarzy co trzeci z badanych (36%), to należy podkreślić, iż Polacy te grupy zawodowe darzą dość ograniczonym zaufaniem, na co wskazuje odsetek przeciętnych ocen. Najwięcej pozytywnych ocen w 2016 r. uzyskały pielęgniarki (59%). Zaufanie do zawodu lekarza, jak pokazuje raport z badań „Zaufanie do zawodów 2016”, pozostaje dość wysokie, ale spadło najbardziej.

▼ Wykres 1.
Poszczególne kompetencje lekarza





◀ Wykres 2. Lekarze udzielają zrozumiałych wyjaśnień pacjentom

(osiągając wyniki powyżej 90%). Kilka pozycji za nimi znajdują się Czesi z wynikiem około 82%, natomiast Polska ponownie jest na końcu stawki z rezultatem 48%.

Zaprezentowane powyżej dane z badań pokazują, iż w badaniach opinii społecznej lekarze w Polsce jako grupa zawodowa są oceniani dosyć nisko, szczególnie w porównaniu z innymi krajami OECD. Natomiast pacjenci, którzy zostali poproszeni o ocenę lekarza, który ich leczy, mają o nim zazwyczaj pozytywne zdanie i mu ufają.

Mimo względnie niskiej oceny w badaniach opinii publicznej, lekarze są obdarzani dużym zaufaniem przez swoich pacjentów. Coraz częściej przedmiotem oceny jest porozumiewanie się z pacjentami i niskie wyniki w porównaniu z innymi krajami, co wskazuje na potrzebę szkolenia tych umiejętności na wszystkich etapach rozwoju zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów. ()

W tym samym badaniu sprzed dwóch lat lekarzom ufało 8 na 10 respondentów. Dzisiaj wskaźnik zaufania wynosi 74% [GFK, 2016]. Podobny obraz wyłania się z badania realizowanego przez Fundację MY Pacjenci w 2016 r. Wynika z niego, iż 20% respondentów nie ufa lekarzom. Powodem takiego stanu rzeczy, jak wskazywali respondenci, jest m.in. schematyczny sposób działania lekarzy oraz brak indywidualnego podejścia do pacjenta i jego choroby [Borek, 2016].

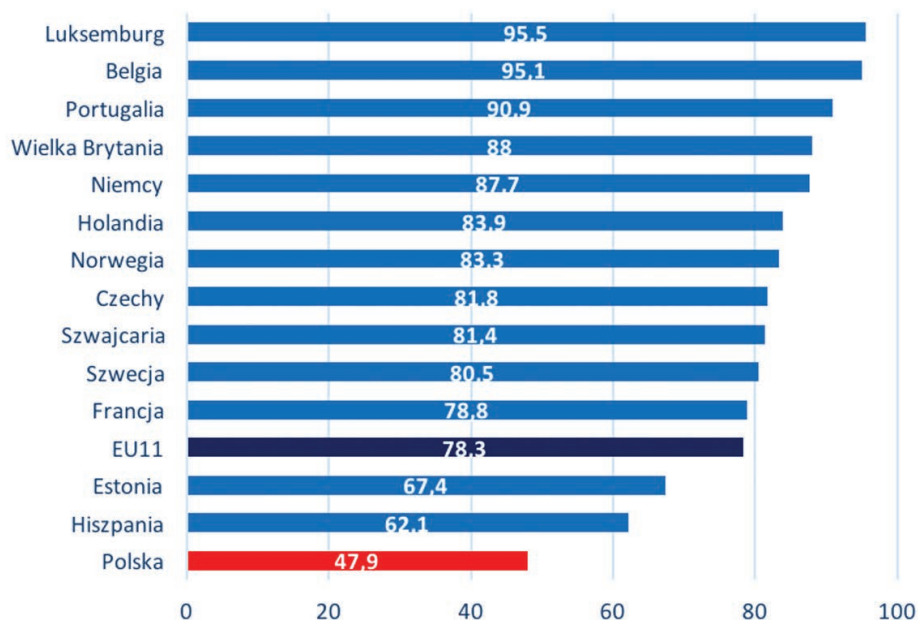
Badania mające na celu określenie poziomu zaufania pacjentów do lekarzy zostały przeprowadzone również wśród pacjentów z SM. Pacjenci z chorobami przewlekłymi, którzy ze względu na swoją chorobę mają częstszy kontakt z lekarzem, mają wyższy poziom zaufania do tej grupy zawodów medycznych. Większość pacjentów chorych na stwardnienie rozsiane ufa swojemu lekarzowi (68%), a 19% określa zaufanie jako pełne [Maison & Partners, 2016].

W raporcie „Health at Glance 2016: Europe” respondentów zapytano o to, czy lekarze udzielają zrozumiałych wyjaśnień pacjentom. W tej kategorii najlepiej wypadli Belgowie (97,8%), Luksemburczycy (97,5%) i Portugalczycy (96,3%).

Bardzo wysoko, bo już na 4. pozycji z wynikiem 96,2%, plasują się w tej kategorii Czesi, przy wyniku dla Polski 69,5%.

Pacjenci również coraz częściej oceniają od lekarzy, że zostaną włączeni w proces podejmowania decyzji terapeutycznych. W raporcie OECD najlepiej pod tym kątem są oceniani lekarze w Luksemburgu, Belgii i Portugalii

▼ Wykres 3. Lekarze angażują pacjentów w podejmowanie decyzji dotyczących leczenia



Borek, Ewa i inni. 2016. „Lekarze i pacjenci w Polsce – model relacji w gabinecie lekarskim AD 2016”. Warszawa: Fundacja MY Pacjenci, dostępny: http://mypacjenci.org/images/raporty/Empowerment_RAPORT.pdf (10.12.2016). CBOS. 2016. „Społeczne oceny uczciwości i rzetelności zawodowej”, Warszawa, dostępny: www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_034_16.PDF (14.08.2016). GFK. 2016. „Zaufanie do zawodów 2016 – Raport z badań”, dostępny: <http://www.gfk.com/pl/aktualnosci/press-release/najwiekszym-zaufaniem-darzymy-strazakow-najmniejszym-politykow/> (30.11.2016). Maison & Partners. 2016. „Badanie opinii osób chorych na SM w zakresie relacji z lekarzem i wyboru terapii”, dostępny: http://www.sm-walczysebie.pl/wp-content/uploads/2016/10/MP_dla_Telescope_raport_06102016.pdf (30.11.2016). OECD/European Union. 2016. „Health at a Glance: Europe 2016. State of Health in the EU Cycle”, dostępny: http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016_9789264265592-en#WE2qZ3eBt8page3 (10.11.2016). Omyła-Rudzka, Małgorzata. 2016. „Opinie o funkcjonowaniu opieki zdrowotnej”, CBOS, Warszawa. Regionalny Ośrodek Badania Opinii Publicznej Dobra Opinia. 2016. „Przyjazny Szpital 2016”, na zlecenie: Świętokrzyskiego Centrum Pediatrii im. W. Buszkowskiego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach, dostępny: <http://wszkielce.pl/wp-content/uploads/2016/04/raport-szpital-kielce.pdf> (30.11.2016).

Miliony na leki 75+

Wystawiono już ponad 4,2 mln recept na bezpłatne leki dla ponad 1,6 mln seniorów na przeszło 9,8 mln opakowań medykamentów – to efekt tzw. projektu 75+*.

MARIUSZ TOMCZAK

Od 1 września ubiegłego roku dostęp do wybranych bezpłatnych leków mają osoby, które ukończyły 75 lat. Jedyne kryterium to wiek pacjenta (weryfikowany na podstawie numeru PESEL lub daty urodzenia). Na tzw. listę 75+ trafiły głównie leki, do których pacjenci znacząco dopłacali (tj. głównie te stosowane przewlekłe o poziomie dopłat 30 proc. i 50 proc.).

W celu ograniczenia ryzyka braku jakiegoś preparatu w aptece przyjęto zasadę, że substancje czynne obecne w ministerialnym wykazie powinny być powszechnie dostępne. Natomiast, aby uniknąć zarzutów o sprzyjanie któremuś z koncernów farmaceutycznych oparto go nie o konkretne produkty, lecz właśnie o substancje czynne stosowane w danej jednostce chorobowej. Preparaty z listy 75+ w większości pokrywają zapotrzebowanie seniorów na leki z odpłatnością 30 proc. (na podstawie danych NFZ).

Jak podaje Ministerstwo Zdrowia, w 2015 r. seniorzy po 75. roku życia zakupili leki refundowane za łączną kwotę ok. 860 mln zł. Dzięki tzw. projektowi 75+ wydatki tej grupy pacjentów na leki refundowane od 1 września 2016 r. miały zmniejszyć się o 40 proc., a w kolejnych latach – przynajmniej zdaniem resortu – spadną o ponad 60 proc. – Projekt bezpłatnych leków dla seniorów jest sukcesem – mówi minister zdrowia Konstanty Radziwiłł i dodaje, że było to spełnienie obietnicy zawartej w exposé premier Beaty Szydło. Na tle innych krajów europejskich poziom współpłacenia za leki w naszym kraju jest bowiem relatywnie wysoki. – Na



▲ Od 1 stycznia lista leków 75+ została rozszerzona m.in. o insuliny ludzkie i krótkodziałające analogi insulin ludzkich.

listę leków refundowanych trafiło 30 nowych substancji czynnych, te leki były oczekiwane przez pacjentów – dodaje. Osoby krytykujące powstanie wykazu bezpłatnych leków dla osób najstarszych twierdzą, że seniorzy zostali nabici w fiolkę, bo bezpłatne są tylko wybrane leki i w dodatku nie na wszystkie schorzenia. Z czysto medycznego punktu widzenia podnosi się argument o możliwości wystąpienia lub nasilenia zjawiska polipragmatyzacji, przynajmniej u niektórych spośród ok. 2,7 mln pacjentów, którzy są adresatami projektu 75+. Nie można zapomnieć i o tym, że jego faktycznymi „sponsarami” są wszyscy podatnicy, co w obliczu wielkości jawnego długu publicznego (zaciąganego przez polskie rządy i władze samorządowe), który dokładnie 10 stycznia przekroczył magiczną kwotę 1 bln zł, wydaje się nie bez znaczenia. W latach 2016-2025 maksymalny limit wydatków z budżetu państwa z tytułu sfinansowania lekarstw dla seniorów 75+ wyniesie prawie 8,3 mld zł.

Lista bezpłatnych leków stanowi część obwieszczenia refundacyjnego

ogłaszanego w formie rozporządzenia ministra zdrowia. Obecnie znajduje się na niej 1167 pozycji (tj. 1167 preparatów) obejmujących 78 substancji czynnych. Są tam leki stosowane w leczeniu chorób wieku podeszłego (m.in. chorób serca i układu krążenia, choroby Parkinsona, osteoporozy), a także środki przeciwbólowe. Wykaz leków 75+ jest aktualizowany co dwa miesiące wraz z obwieszczeniem refundacyjnym. Od 1 stycznia 2017 r. lista leków 75+ została rozszerzona o insuliny ludzkie i krótkodziałające analogi insulin ludzkich, leki zawierające substancję czynną pramipexolum do stosowania w leczeniu pacjentów z objawami idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych oraz leki zawierające umeclidynii bromidum stosowane przy leczeniu POChP. Następna zmiana ma nastąpić z dniem 1 marca.

Recepty na bezpłatne leki dla pacjentów 75+ wystawiają lekarze POZ udzielający świadczeń POZ u danego świadczeniodawcy, pielęgniarki POZ oraz lekarze wypisujący recepty pro auctore i pro familiae. Pojawiły się jednak wątpliwości co do możliwości wystawiania tych ostatnich przez lekarzy dentystów, którzy zaprzestali wykonywania zawodu – w tej sprawie na początku stycznia NRL zwróciła się do ministra zdrowia z apelem o zmianę przepisów. W dalszym ciągu leków 75+ nie mogą przepisywać geriatry, choć minister Konstanty Radziwiłł wielokrotnie deklarował, że w przyszłości chciałby umożliwić to lekarzom specjalistom. To melodia przyszłości, pewne jest za to coś innego: już za kilka tygodni na posiedzenie Rady Ministrów może trafić projekt długo oczekiwanej nowelizacji ustawy refundacyjnej. **O**

* Według stanu na dzień 14 grudnia 2016 r.

Handlowanie demokracją

Do Pana Doktora Sławomira Badurka

GL
L I S T Y

Sam nie wiem, czy mam się wkurzać na Pana naiwność, czy nie. Już raz zżymałem się, kiedy nabijał się Pan z podskakiwania przeciwników „dobrej zmiany” i labidził nad zadłużeniem spowodowanym rządami Platformy.

 KRZYSZTOF WIEWIOROWSKI

Nawiasem mówiąc, PiS już tak ma – co za-uważyl Giertych, a pewnie wie, co mówi – że to, co PiS mówi, należy rozumieć opacznie albo odnosić do nich samych, nie uważa Pan? Teraz zamiast dobrej – sam Pan widzi – ma Pan nie tylko złą zmianę, ale burdel na kółkach i to w każdej dziedzinie: od koni do broni. Przepraszam za kolokwializmy, ale nawet Tym nie wytrzymuje ostatnio w swoich felietonach i używa takiego języka. Co Radziwiłł [...] opowiadał, kiedy nie poszedł jeszcze w ministry, to jedno, a co po awansie – to drugie. Czy doprawdy tak krótko Pan żyje, żeby jeszcze w cokolwiek z tego, co te nasze ministry opowiadają, uwierzyć? Jeśli tak, to zazdroścę. [...]

Czy którykolwiek z wielce szanownych ministrów lekarzy, poza gadaniem, zrobił coś zgodnie z interesem naszego środowiska, ba, interesem pacjentów? Raczej naszym kosztem chciał się przypodobać elektoratowi. Wszelkie ustępstwa, jakie pamiętam, zostały wymuszone strajkami, protestami i malejącą liczbą starzejących się lekarzy i innego personelu. Toż to zwykli figuranci! Poleźli robić kariery w rządzie, to i muszą dąć we wspólną trąbkę. Jak nie – to do widzenia. A że dla rządu (tego i innych) wydatki na zdrowie to wydatki wyrzucone w błoto, to i dobra wola ministra na nic. Oczywiście wszyscy wiemy, że to oszczędności pozorne, ale zyski wynikające ze zdrowia liczy się w dekadach, a wybory – co cztery tylko lata. Cóż się więc dziwić, że PiS planuje wzrost wydatków na zdrowie na 2025 r., kiedy już prezesa nie będzie na świecie, a reszta ekipy będzie chodzić o lasce. Jak będą mieli szczęście dożyć. Czemu nie mają mieć, w końcu po to idą rządzić, żeby się życiowo ustawić i mieć na późniejsze leczenie? No więc wracając do mojej tezy na wstępie: niech nikt nie oczekuje od jakiegokolwiek ministra zdrowia ani od rządu niczego dobrego w tym względzie. Ro-

bią tylko to, co absolutnie konieczne i to pod naciskiem, a w gruncie rzeczy chodzi o to, żeby jak najmniej wydać kasy, którą i tak trzyma Ministerstwo Finansów, które da albo nie.

W przypadku PiS-u lekką rączką wydaje się na przepuststwo polityczne 18 mld zł rocznie, licząc nie bez racji, że wyborcy przehandlują demokrację za 500+ i inne +, a wzrost wydatków na zdrowie – raptem 30 zł – rozkłada na 8-9 lat, skutki tych decyzji zaś podrzuca się kolejnemu rządowi. [...]

Dlatego nie rozumiem, czemu Pana dziwi kolejne mieszanie w herbacie; to taki modus operandi: namieszać, natrudzić się przy tym cudzymi rękoma, odtrąbić propagandowy sukces, opluć przy tym opozycję, uszczknąć trochę pieniędzy, żeby wrócić do punktu wyjścia. Co rząd i uczestniczącego w nim ministra obchodzi los prywatnych szpitali i mniejszych klinik w ramach usieciowiania szpitali? Że nie dostaną funduszy? Jak się pobudowali, to z pewnością na to ukradli, dobrze im tak! Co ich obchodzą kolejki pacjentów, chaos, jaki powstanie przy tych gwałtownych deformach i co nieuchronne niepotrzebne zgony? Tak samo, jak ze szkołami. Co ich obchodzi, że za te same pieniądze albo mniejsze (sam Pan podaje 85 proc. dotychczasowego budżetu dla szpitali nieklinicznych) trzeba będzie ich niedoważone pomysły realizować. Po latach przyjdzie jakiś kolejny geniusz, doktor-minister od innego natchnionego partyjnego szefa i będą burzyć to, co poprzednie pokolenia z trudem, mozołem, kląć na swoich ministrów, w tamtym czasie budowały. Ludzie, jak słyszę o kolejnych „reformach”, nóż mi się w kieszeni otwiera! Toż to tylko mydlenie oczu ciemnemu ludowi z nadzieją, że to kupi. Reformy to mieliśmy i miały jako taki sens w latach 90. Teraz to tylko wyciskanie suchej cytryny. Zwłaszcza w opiece zdrowotnej. Pyta Pan, czy minister wierzy w to, co mówi i czy można mu wierzyć. A ja nie wierzę, że Pan pyta! 

Opieka hospicyjna nie leży

GL
LISTY

W nawiązaniu do reportażu „Každy ma prawo do godnego odchodzenia”, zamieszczonego w „Gazecie Lekarskiej” nr 10/2016, chciałabym podzielić się własnymi spostrzeżeniami dotyczącymi opieki hospicyjnej.

 **MAGDALENA KWIATKOWSKA** Konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej na Mazowszu

Mam wielki szacunek dla ludzi, którzy bezinteresownie niosą pomoc innym i podziwiam pielęgniarki, lekarzy i wolontariuszy pracujących w hospicjum domowym pw. św. Alojzego Orione w Warszawie. Z doświadczeń własnego zespołu hospicyjnego wiem, jak ciężka jest praca z pacjentem u kresu życia. Znam trud rozmów z rodzinami, których bliscy odchodzą, doświadczając codziennie cierpienia fizycznego i duchowego.

Jednak nawet najbardziej wzniosłe idee, jakie realizujemy, opiekując się chorymi, nie powinny zwalniać nas od obiektywizmu w ocenie stanu opieki paliatywnej w Polsce. Nie zgadzam się z opinią wyrażoną w tekście reportażu, gdzie na pytanie: „Jak się miewa opieka hospicyjna w naszym kraju?” odpowiedź jednego z lekarzy brzmi: „leży”, „jest jej za mało, wielu pacjentów nie dożywa wizyty lekarza z hospicjum domowego czy miejsca w placówce stacjonarnej”. Otóż „nie leży”. W województwie mazowieckim w 2015 r., w ramach umowy z NFZ działały: 54 hospicja domowe dla dorosłych, 11 hospicjów stacjonarnych, 6 oddziałów medycyny paliatywnej, 2 poradnie medycyny paliatywnej, 7 hospicjów domowych dla dzieci.

Rzeczywiście zdarza się, że pacjenci oczekiwali w kolejce do objęcia opieką różnie długo w różnych placówkach

(od kilku dni do kilku tygodni), ale jednocześnie funkcjonują takie hospicja, gdzie chorzy znajdują pomoc z dnia na dzień. Teza, że opieka „leży”, a „o tych ludziach zapomina się”, jest krzywdząca dla personelu (pielęgniarek, lekarzy, psychologów, fizjoterapeutów i wolontariuszy) pracujących w hospicjach i oddziałach opieki paliatywnej. Zapewniam, że ludzie ci działają dla dobra pacjenta z takim samym poświęceniem jak Państwo opiekujący się chorymi w ramach Waszego wolontaryjnego hospicjum.

Napotykanne problemy w zabezpieczeniu optymalnej opieki wiążą się wciąż ze zbyt małymi nakładami finansowymi na tę formę działalności medycznej. Pragnę podkreślić, że miarą troski o chorego jest również ciągłe podnoszenie kwalifikacji zawodowych w tym zakresie. Obecnie, w województwie mazowieckim, w trakcie specjalizacji z medycyny paliatywnej jest 12 lekarzy. Na terenie 3 izb lekarskich działających na Mazowszu w 2015 r. było zarejestrowanych 33 specjalistów medycyny paliatywnej, pozostali lekarze mają ukończone kursy uprawniające do pracy w opiece hospicyjnej. Pielęgniarki podnoszą umiejętności zawodowe w ramach kursów kwalifikacyjnych, doskonalących oraz robiąc specjalizację z opieki paliatywnej.

Nie zgadzam się również ze stwierdzeniem „wiele bardzo skutecznych leków przeciwbólowych nie jest refundowanych, a pacjentów zwyczajnie na nie nie stać przy pełnej odpłatności”. Otóż refundacji podlegają tzw. „słabe

✓ Wejście do hospicjum domowego
pw. św. Alojzego Orione w Warszawie,
wykorzystane w reportażu, do którego
odwołuje się autorka listu.



opioidy”, tj. tramadol i jego połączenia z paracetamolem. Znaczna większość tych preparatów dla pacjentów z chorobą nowotworową jest bezpłatna. Refundowane są również preparaty „silnych opioidów” – morfiny, fentanylu, buprenorfiny i oksykodonu. Staranny przegląd list refundacyjnych pozwala dobrać preparaty w cenie, którą każdy pacjent jest w stanie zapłacić. Refundacji podlegają także preparaty pregabaliny i gabapentyny stosowane w leczeniu bólu neuropatycznego.

Na zakończenie pragnę podkreślić, że środowisko ludzi pracujących w opiece paliatywnej – zarówno lekarze, jak i pielęgniarki, a także stowarzyszenia pacjentów – intensywnie pracują nad tym, aby pomoc chorym u kresu życia była bardziej dostępna, na coraz wyższym poziomie. Podejmowane są działania i inicjatywy – zarówno na poziomie Ministerstwa Zdrowia, NFZ jak i „wychodząc do społeczeństwa” poprzez media. Informujemy nie tylko o nurtujących nas bolączkach, ale również prowadzimy działalność edukacyjno-szkoleniową. Przykładem tego jest „Medycyna Paliatywna” – kwartalnik Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej, do którego czytania serdecznie zachęcam. Znajdziecie tam Państwo wiele informacji na temat aktualnego stanu opieki paliatywnej w Polsce, zapoznacie się z najświeższymi zaleceniami dotyczącymi sposobów walki z bólem i innymi objawami występującymi u pacjentów leczonych przez nas. ○



^ Reportaż
w nr 10/2016
„Gazety Lekarskiej”

Nie zgubić człowieka

Jak zmienia się perspektywa postrzegania szpitala i pracujących w nim ludzi, kiedy fartuch lekarza zamienia się na piżamę, a lekarskie trepy na kapcie? Co czuje człowiek, który na co dzień pomagając innym, znajdzie się w sytuacji, kiedy sam potrzebuje pomocy?



Marta
Jakubiak

Zastępca redaktora
naczelnego
„Gazety Lekarskiej”

Pewnego dnia doktor Wojciech, specjalista chorób wewnętrznych z 38-letnim stażem, praktykujący w jednym ze szpitali w Katowicach, podczas badania pacjenta w izbie przyjęć okazał się bardziej chory od niego. – To był moment. Poczułem tak ogromny ból, że nie mogłem złapać oddechu – opowiada. Przez lata cieszył się dobrym zdrowiem i nic nie zapowiadało, że dopadnie go jakaś choroba. Podobnie jak przed laty, gdy jako młody lekarz trafił na oddział zakaźny. To było trudne, ale zarazem bardzo pouczające doświadczenie. Jak mówi, wszystko wygląda inaczej z perspektywy łóżka szpitalnego, inny jest też kontakt z personelem medycznym.

– Pacjent w szpitalu nie może się na przykład spokojnie wyspać, bo o piątej rano ktoś zapala światło, tłucze trepami, nie zwraca uwagi, że zachowuje się głośno. Nie ma mowy o odrobinie prywatności, bo personel wchodzi do sali bez pukania. Często nawet nie przywita się miłym „dzień dobry”. Kiedy samego, będąc na dyżurze, robi się te wszystkie rzeczy, nawet się ich nie dostrzega – opowiada. Nie widzi się, że takie sytuacje mogą być niemiłe dla pacjenta. – Kiedy pozna się tę pacjenczką perspektywę, po powrocie do pracy jest się bardziej wrażliwym na takie sprawy i na chorego – zauważa. Są kraje, w których młodzi lekarze spędzają jako pacjenci kilka dni na oddziale, zanim rozpoczną



^ Przez lata cieszył się dobrym zdrowiem i nic nie zapowiadało, że dopadnie go jakaś choroba.

staż. – Myślę, że to bardzo mądre. Młodych ludzi, którzy dopiero wkraczają w zawód, trzeba wychować i wykształcić tak, żeby byli w stanie uratować nam życie, ale także godnie leczyć, traktować jak odczuwających ból i strach ludzi, a nie tylko przypadki medyczne – dodaje.

NIEPEWNOŚĆ

To był ważny moment, ale jednocześnie straszne przeżycie. – To, co mnie uderzyło jako młodego człowieka, to fakt, że otrzymywałem bardzo mało informacji medycznych od lekarza prowadzącego i ordynatora. Nie wiedziałem, jakie mam wyniki, jaki jest mój stan. Chciałem znać parametry, bo czułem się coraz gorzej i podejrzewałem, że nie mówią mi całej prawdy. Nikt nie chciał mi ich podać. Myślałem, że umieram. To było okropne – wspomina. Taka niepewność utrzymywała się przez

miesiąc. Dopiero po tym czasie samopoczucie zaczęło się poprawiać. Jednak przez długie tygodnie strach i wątpliwości były tak wielkie, że młodemu doktorowi przeszło nawet przez myśl, by wkraść się do dyżurki i sprawdzić swoje wyniki. Dlaczego dostęp do informacji miał tak ograniczony? Nie potrafił odpowiedzieć na to pytanie, ale przyznaje, że wcześniej sam jako lekarz raczej nie przywiązywał wagi do sposobu komunikacji z pacjentem. Teraz już wie, jak jest to ważne. – Dłuższa rozmowa z chorym, uspokojenie go i stworzenie poczucia bezpieczeństwa, przekazanie wyczerpujących informacji w przystępnej formie to rzeczy niezwykle ważne – podkreśla.

ZNAK CZASÓW

Kiedyś były trepy, które w środku nocy stawiały pacjentów na rów-

ne nogi. A co teraz doskwiera pacjentom? – To, że personel zajęty jest przede wszystkim tą częścią profesjonalną i zapomina o człowieku – podłącza kroplówkę, robi zastrzyk, podaje leki, mierzy temperaturę i wychodzi. Traktuje pacjenta przedmiotowo. Nie ma człowieka, jest dany przypadek i procedura do wykonania – zauważa mój rozmówca. Personel pochłonięty biurokracją unika częstszych spotkań z chorym, nawet krótkiej rozmowy, bo nie ma czasu. – Wypełnianie papierów to zhora dzisiejszych medyków – stwierdza. Brakuje czasu, dlatego poświęca się go tak mało pacjentowi. Pielęgniarka przyjdzie, zrobi, co trzeba, i wychodzi. Nawet nie zapyta, jak się pacjent czuje. Techniczna strona jest najważniejsza. Trzeba przewieźć na badania, ale czy pacjent czeka na nie godzinę albo dwie, tym już nikt się nie interesuje. – Na szczęście mnie się to nie zdarzyło, ale wiem, że tak się dzieje. Podwożą pacjenta i zostawiają. Muszą wrócić na oddział, bo mają pracę do wykonania. Jest za mało ludzi. Pacjent pod drzwiami czeka, czasem pół dnia, i nikt w gabinecie diagnostycznym nawet o tym nie wie. Wszyscy o nim zapominają. Jest pozostawiony sam sobie. Tak być nie powinno – dodaje. – To znak naszych czasów. Kiedyś nie było problemu z takim obłożeniem pracą i taką biurokracją. Ona nas zabija – mówi.

JAK W DOMU?

– Kiedy leży się u siebie na oddziale, jest trochę inaczej. Pielęgniarkom trochę trzęsły się ręce, gdy zakładały szefowi wenflon. Podchodziły jednak do mnie z dużą troską i zaangażowaniem, ale nie takim podległym, lecz

KIEDY JEST SIĘ W KIERACIE
OBOWIĄZKÓW, NIE ZAUWAŻA
SIĘ TEGO, ŻE MOŻLIWOŚĆ
ZACZERPNIĘCIA POWIETRZA,
SWOBODNE ODDYCHANIE I ŻYCIE BEZ
BÓLU JEST SAMO W SOBIE WARTOŚCIĄ
NIEPRAWDOPODOBNIIE WIELKĄ.

1-2h

Pielęgniarka przyjdzie, zrobi, co trzeba, i wychodzi. Nawet nie zapyta, jak się pacjent czuje. Techniczna strona jest najważniejsza. Trzeba przewieźć na badania, ale czy pacjent czeka na nie godzinę albo dwie, tym już nikt się nie interesuje.

ludzkim, z uwagą pełną serdeczności. To było bardzo miłe, że widzą we mnie cierpiącego człowieka, a nie szefa, a co gorsza, jakiś medyczny przypadek – wspomina doktor Wojciech. Zauważa jednak, że podejście do pacjentów było różne w zależności od tego, kto z pracowników jakim jest człowiekiem. To dobre doświadczenie móc zobaczyć, jak reagują współpracownicy i czy w ogóle reagują. Pojawiali się też ci, z którymi na co dzień rzadziej miał do czynienia, osoby z innych oddziałów.

Przyznaje, że znalezienie się na wózku i przejazd nim na badania, gdy nie był w stanie o własnych siłach tam dotrzeć, to było trudne doświadczenie. Okazanie słabości, kiedy było się tym najsilniejszym, nie jest łatwe. – Nigdy nie spodziewałbym się takiej historii i to jeszcze w pracy – mówi. W pierwszym momencie nic się jednak nie liczyło. Był ogromny ból i jedyna myśl, aby wreszcie ustąpił. Zażenowanie przyszło później. – Najpierw leżałem w swoim gabinecie, bo nie było miejsca na oddziale. Kiedy się zwolniło, zostałem przeniesiony na salę – wspomina.

Kiedy środki przeciwbólowe zaczęły działać, nieco odetchnął. Udało się zebrać myśli, a co za tym idzie – wyobraźnia medyczna mocno zaczęła pracować. Rozpoczęła się procedura diagnostyki, bardziej szczegółowej. Wykonano szereg badań. Wyniki były uspokajające, ale znowu nieadekwatne do samopoczucia. – Parametry były dobre, a ja się czułem okropnie... – wspomina. Tym razem o informację medyczną było już łatwiej. Postawiono diagnozę. Musiałem przygotowywać się do zabiegu, znaleźć miejsce, w którym zostanie przeprowadzony.

DOBRY WYBÓR

– Zadzwoiłem do kolegi ze studiów i zapytałem, czy na jego oddziale takie zabiegi są wykonywane i czy ewentualnie mogliby mnie tam zoperować. Byłem nieco skrupowany, że robię koledze kłopot i dokładam pracy. Usłyszałem jednak, że mam się zgłosić jak najszybciej – wspomina.

– To dla mnie zaszczyt. Bo jeśli mój oddział wybiera lekarz, to dla moich kompetencji zawodowych nie może być lepszego komplementu – usłyszał w odpowiedzi na swoje wątpliwości. Wcześniej zdarzało się już, że szukał szpitala dla swoich pacjentów, bliskich, rodziny i przyznaje, że po raz pierwszy spotkał się z podejściem, że inny lekarz się cieszy, iż jego oddział został wybrany przez kolegę lekarza.

CENNE I WAŻNE

Leżąc w szpitalu, ma się sporo czasu na przemyślenia. – Choroba uświadomiła mi, że człowiek nie jest maszyną, a wstawanie każdego dnia o piątej rano i praca do późnych godzin nie są normalne. Wydawało mi się, że jestem niezastąpiony, że w pracy muszę być zawsze. Zachorowałem i okazało się, że praca funkcjonuje bez mnie. Szpital się nie zawalił – zauważa z nutą zadumy w głosie. – Mogłem wcześniej zająć się swoim zdrowiem, wówczas nie doszłoby do sytuacji, że choroba powala mnie przy łóżku pacjenta. Nigdy nie miałem czasu dla siebie – mówi. Jak jest teraz? Dużo się zmieniło. Doktor Wojciech zdał sobie sprawę, że po prostu można umrzeć, że każdy moment życia jest cenny, bo życie może zgasnąć w jednej minucie. – Już mnie dawno mogło nie być – dodaje. I podkreśla, że trzeba sobie uświadomić, iż jesteśmy śmiertelni i w każdej chwili możemy znaleźć się na miejscu swoich pacjentów. Kiedy jest się w kieracie obowiązków, nie zauważa się tego, że możliwość zaczerpnięcia powietrza, swobodne oddychanie i życie bez bólu jest samo w sobie wartością nieprawdopodobnie wielką.

Po swoich doświadczeniach i oglądaniu szpitala z perspektywy łóżka pacjenta doktor Wojciech wie lepiej, czego chory oczekuje, że informacja oraz sposób jej przekazywania, uspokojenie pacjenta mają kolosalne znaczenie. Poza profesjonalizmem ważne jest jeszcze to czysto ludzkie podejście, zainteresowanie człowiekiem, a nie tylko procedurą, którą dobrze się wykonało. Bardzo ważne, by w nawałe obowiązków nie zgubić człowieka. ☺

Krzysztof Komeda-Trzciński

86 lat temu, 27 kwietnia 1931 r., w Poznaniu urodził się Krzysztof Komeda-Trzciński, wybitny kompozytor i muzyk jazzowy. Komeda należy do pionierów powojennego jazzu w Polsce, ale jest też artystą, który zdobył sławę międzynarodową. W jego ogromnym dorobku szczególne miejsce zajmuje muzyka filmowa.

◉ KAZIMIERZ JANICKI, OŚRODEK HISTORYCZNY NRL

W ciągu zaledwie jedenastu lat skomponował muzykę do 71 filmów. Pierwszym obrazem zilustrowanym muzycznie przez Komedę była etiuda filmowa Romana Polańskiego „Dwaj ludzie z szafą” (1958), ostatnim zaś również film tego reżysera – „Dziecko Rosemary” (USA, 1968). Ścieżka dźwiękowa zawierała słynną „Kotyłankę”, jeden z najbardziej popularnych wówczas utworów muzycznych w Stanach Zjednoczonych. Współpracował także z Andrzejem Wajdą i Jerzym Skolimowskim.

Według znawców przedmiotu, Komeda wywarł istotny wpływ na ukształtowanie się oryginalnego stylu, określonego jako polska szkoła jazzu, co miało wpływ na rozwój międzynarodowej sceny jazzowej. Był idolem pokolenia, postacią tworzącą klimat tamtych cza-

sów. Spełnił także swój sen o wielkiej światowej karierze. Pracował przecież w Hollywood. To było wielkie osiągnięcie, szczególnie dla kompozytora z żelaznej kurtyny.

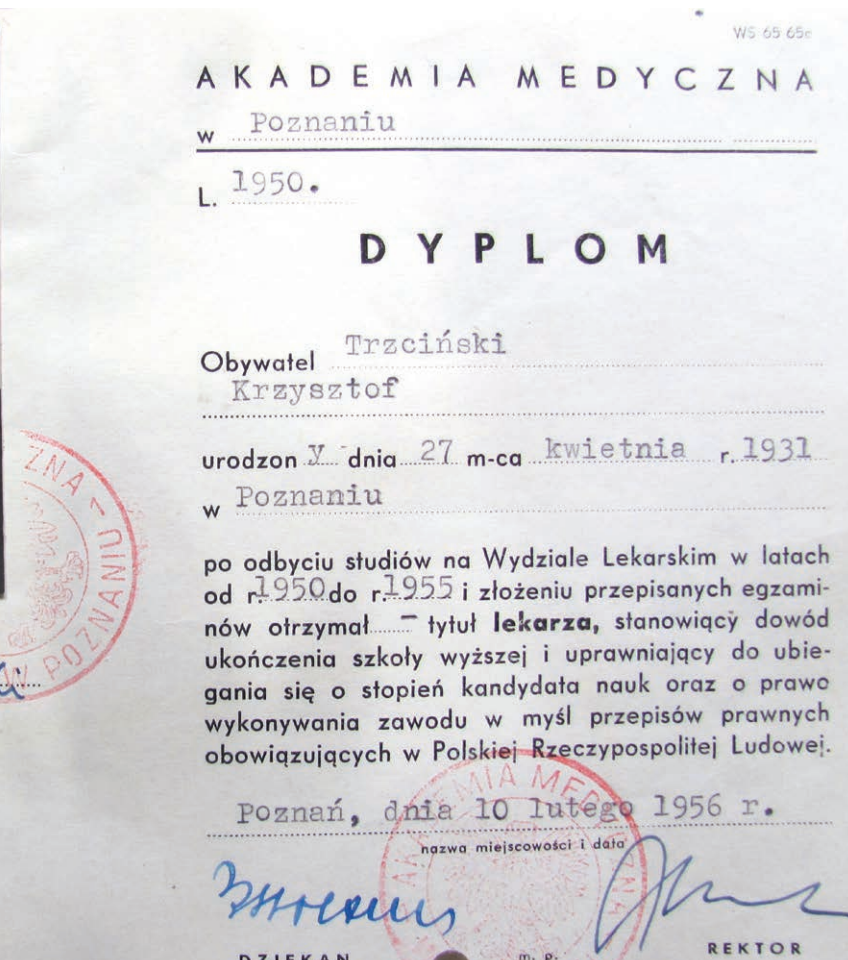
Niewiele osób słuchających muzyki Komedy wie, iż z wykształcenia był on lekarzem laryngologiem. Po zdaniu matury w Gimnazjum Męskim w Ostrowie Wielkopolskim w 1950 r. rozpoczął studia w Akademii Medycznej w Poznaniu na Wydziale Lekarskim. Praktyki odbywał m.in. na oddziale internistycznym i chirurgicznym w szpitalu powiatowym w Drezdenu i w klinice przy ul. Polnej w Poznaniu. Po pięciu latach studiów i zdaniu wszystkich egzaminów, otrzymał 10 lutego 1956 r. tytuł lekarza. Następnie rozpoczął pracę w Klinice Laryngologii Akademii Medycznej przy ul. Przybyszewskiego w Poznaniu, gdzie m.in. samodzielnie wykonał 26 operacji, a w wielu uczestniczył jako asystent.

PO RAZ PIERWSZY KRZYSZTOF TRZCIŃSKI UŻYŁ PSEUDONIMU „KOMEDA”, GDY DZIAŁAJĄC JUŻ JAKO JAZZMAN, CIAĞLE PRACOWAŁ W KLINICE LARYNGOLOGICZNEJ. CHCIAŁ UKRYĆ SWOJĄ FASCYNACJĘ JAZZEM PRZED PRZEŁOŻONYMI I WSPÓŁPRACOWNIKAMI.



Już jako student medycyny nawiązał współpracę z Dixieland Band Jerzego Grzewińskiego, w latach 1952-1954 grał z zespołem Melomani, którego filarami byli Jerzy „Duduś” Matuszkiewicz, Andrzej Trzaskowski i Witold Kujawski. Po raz pierwszy Krzysztof Trzciński użył pseudonimu „Komeda”, gdy działając już jako jazzman, ciągle pracował w klinice laryngologicznej. Chciał ukryć swoją fascynację jazzem przed przełożonymi i współpracownikami. Miał ku temu powody: jazz dopiero rozpoczął swoją walkę o obywatelstwo w Polsce i wciąż postrzegany był jako tania, podejrzana muzyka z nocnych klubów.

Fascynacja jazzem i przyjaźń ze znanymi muzykami wzmocniły związek Krzysztofa Trzcińskiego z muzyką, co było przyczyną rezygnacji z pracy w klinice pod koniec 1957 r. i poświęceniu się pracy muzycznej. Wyboru tego dokonał wbrew woli rodziców i swojego pracodawcy. Można sobie wyobrazić, na jaką reakcję statecznej, mieszczańskiej rodziny musiał się



◀ Po pięciu latach studiów i zdaniu wszystkich egzaminów, otrzymał 10 lutego 1956 r. tytuł lekarza. Następnie rozpoczął pracę w Klinice Laryngologii Akademii Medycznej przy ul. Przybyszewskiego w Poznaniu.

miesięcznika „Jazz” zdobył tytuł Jazzmana Roku.

Koncertował w kraju i za granicą, m.in. w Szwajcarii, NRD, RFN, Czechosłowacji i Jugosławii. W 1960 r. wyjechał po raz pierwszy do Skandynawii. Jego występy w Sztokholmie i Kopenhadze okazały się sporym sukcesem. Dokonał wielu nagrań radiowych i fonograficznych. W 1965 r. wziął udział w prestiżowym projekcie niemieckiego promotora jazzu i krytyka muzycznego Joachima Berendta.

Od grudnia 1967 r. Trzeciński przebywał w Los Angeles, gdzie pracował nad muzyką do filmów: Polańskiego „Dziecko Rosemary” i Kulika „The Riot”. W grudniu 1968 r. w Los Angeles uległ tragicznemu wypadkowi, upadł ze skały i zranił się poważnie w głowę. Stwierdzono krwiaka mózgu. Przewieziony przez żonę Zofię (1929-2009) do kraju – zmarł 23 kwietnia 1969 r. w Warszawie. Został pochowany na Cmentarzu Powązkowskim.

Pamięć o Komedzie trwa. Jej przejawem są ulice noszące jego imię oraz tablice pamiątkowe. Został także uhonorowany pomnikiem zlokalizowanym w Poznaniu przy ul. Przybyszewskiego, przed Centrum Kongresowo-Dydaktycznym Uniwersytetu Medycznego. Pomnik odsłonięto 19 listopada 2010 r. w ramach obchodów 90-lecia Uniwersytetu Medycznego, w obecności m.in. Ireny Orłowskiej, siostry Komedy. Podczas uroczystości odsłonięcia pomnika rektor Uniwersytetu Medycznego prof. Jacek Wysocki, powiedział: „W historii naszej uczelni pozostała pamięć o Komedzie jako absolwencie wydziału lekarskiego. Jednak miłość do muzyki była silniejsza i to jej poświęcił życie. Odsłaniamy pomnik, który niech przypomina wszystkim, że medycyna i sztuka są ze sobą powiązane. Tak jak wrażliwość na piękno ma wiele wspólnego z wrażliwością na cierpienie człowieka. Niech pamiętają o tym nasi studenci, którzy każdego dnia będą przechodzić obok tego miejsca”. ◯

Źródła: Archiwum Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, sygn. DWL I 4210/360 „Fakty UMP”, nr 5-6, wrzesień-grudzień 2010.

Bibliografia: Batura E., „Komedzie – Księżycowy chłopiec”, Poznań 2010. Hendrykowski M., „Komedzie”, Poznań 2009. Radliński J., „Obywatel Jazz”, Kraków 1967.

W GRUDNIU 1968 R. W LOS ANGELES ULEGŁ TRAGICZNEMU WYPADKOWI, UPADŁ ZE SKAŁY I ZRANIŁ SIĘ POWAŻNIE W GŁOWĘ. STWIERDZONO KRWIAKA MÓZGU.

narazić, rzucając pomyślnie rozpoczętą karierę lekarską i odrzucając propozycję 3-letniego stypendium w Pradze. W latach 50. to musiała być – także dla niego samego – szczególnie dramatyczna decyzja.

W 1956 r. założył Sekstet Komedy. Pierwsze próby odbywały się w budynku Akademii Medycznej przy ul. Fredry. Zespół zadebiutował podczas otwarcia Oddziału Telewizji w Poznaniu. Pierwszy znaczący sukces grupa, grająca w składzie: Komedzie, Jerzy Milian, Stanisław Pludra, Józef Stolarz, Jan Wróblewski, Jan Zylber, odniosła na 1. Festiwalu Muzyki Jazzowej w Sopocie w 1956 r. W roku następnym zespół otrzymał srebrny medal na 6. Międzynarodowym Festiwalu Młodzi

w Moskwie. W 1958 r. Komedzie przeniósł się do Krakowa. Został członkiem zespołu Jazz Believers i w tym samym roku wystąpił na 1. Festiwalu Jazz Jam-boree (brał udział w jego kolejnych edycjach do 1967 r.).

Założył też własne Trio z często zmieniającym się składem – grali w nim: Jan Byrczek, Roman Dyląg, Adam Skorupka, Tadeusz Federowski, Adam Jędrzejowski, Andrzej „Fats” Zieliński, Zylber oraz Rune Carlsson. Prowadził jednocześnie Kwintet (Komedzie, Czesław Bartkowski, Tomasz Stańko, Maciej Suzin lub Janusz Kozłowski i Michał Urbaniak) oraz Kwartet (Komedzie, Carlsson, Stańko, Dyląg). W 1962 r. Krakowski Jazz Club przyznał mu „Złotego Helikona”, a w ankiecie czytelników

Strachy na Lachy

Polski pacjenci się boją. Strach w Lachach budzi wiele zjawisk oraz rzeczy na niebie i ziemi, o których nie śniło się lekarzom.

Boją się badań profilaktycznych. Bo jak mówi porzekadło: czasem lepiej nie wiedzieć, a na coś umrzeć trzeba. Boją się szpitala (ja też się boję). I ciężkiej choroby, i niepełnosprawności. I operacji, i tego, że trzeba będzie na nią czekać latami. I jeszcze kolejek do specjalisty, i że nie wystarczy na leki. I glutenu się boją, laktozy i benzoesanu sodu.

I jeszcze ostatnio smogu. Proporcje tych lęków są przypadkowe i niewytłumaczalne.

Boją się antybiotyków – bo strach nie brać, ale brać – jeszcze straszniej.

W „Internecie” pisali przecież, że można dostać posocznicy, ale sąsiadka mówiła, że córka w Irlandii to tylko paracetamolem się leczy z infekcji. W reklamie coś było o „leku na odporność”, a pani w aptece proponowała zioła, które przecież nie szkodzą. Sąsiadka, co z niejednego szpitalnego talerza już jadła, ta od córki w Irlandii – swoje wie, a przebiegły łapiduch pierwszego kontaktu dla zmylenia przeciwnika: raz nie chce dać recepty, a raz przekonuje, że bez antybiotyku, to nomen omen – kaplica. Najpierw mówi, że na gorączkę nie pomoże, a potem coś o bakteriach jelitowych opowiada – że jedno dobre, a drugie wręcz przeciwnie... Jakby ktoś taką bakterię, za przepro-

szeniem w... jelicie, mógł zobaczyć! Więc może brać, ale nie tak często, jak ten z przychodni kazał?

Ponieważ Natura nie lubi próżni, a o błonicy, odrze i chorobie Heinego-Medina nie pamiętają już nawet górale w średnim wieku, lęk przed tymi chorobami zastąpiła obawa przed szczepionkami. Rodacy szczepień boją się jeszcze bardziej niż antybiotyków. I to rodacy tacy – nie byle jacy. Nie szczepi piosenkarka, która jest nowoczesną matką, jedna pani doktor, co napisała o tym książkę, i nawet niektórzy parlamentarzyści. Widocznie coś wiedzą! A skoro na szczepienie trzeba się zgodzić, to widocznie można też zgody z jakiegoś powodu nie wyrażać! Słowa klucze – autyzm i r tęć – powinny wystarczyć. Jeśli nie, argumentem ostatecznie kończącym sprawę zawsze może być zarzut korupcji, rzucony, jak rękawica prosto w twarz, mafii lekarskiej będącej na usługach koncernu farmaceutycznego.

Lęk budzi nawet tak z pozoru dobroczynna procedura, jak gwarantowane każdemu noworodkowi przesiewowe badanie krwi w kierunku chorób metabolicznych. Jej kropla utoczona z pięty świeżo urodzonego potomka, pobrana na bibułę i wysłana w nieznane, może się przecież stać źródłem wiedzy o jego kodzie genetycznym – jakże przydatnej ob-



Joanna Sokołowska

Lekarz pediatra

cym wywiadam, handlarzom narządów, a może i obcym cywilizacjom (nie wymyśliłam tego, przysięgam, usłyszałam od pacjentów!).

Najbardziej jednak na świecie to chorzy boją się... lekarzy, niestety. Tak mi się wydaje, bo ja osobiście to, mam wrażenie, w nikim specjalnego strachu nie budzę. Bo jak tu się bać dzieciennego lekarza, co to nawet białego fartucha unika w tak zwanym lecznictwie otwartym, szpatułki do gardła bez potrzeby nie pcha, zastrzyki zaleca tylko niegrzecznym rodzicom i jeszcze rozdaje naklejki?

Co innego Koledzy... Ci, którzy swoje szpatułki i inne, nieco bardziej skomplikowane i/lub zaostrome narzędzia w różne otwory ludzkiego ciała pchać umieją – lęk budzą ogromny. To nieprzyjemne uczucie, co nawet wydaje się dość uzasadnione, jest wprost proporcjonalne do tego, jak głęboko w pacjenta ośmielają się Koledzy zaglądać i czy zaglądają przez otwór naturalny, czy wydrążony posiadanym narzędziem. Pewien wyjątek stanowią tu lekarze dentyści – choć niestety nie chodzi o to, że nikt się ich nie boi. Chociaż bowiem nie robią dużych dziur w człowieku, a w większości przypadków, w końcowym rezultacie, wręcz powyższe skrupulatnie likwidują – budzą strach wprost paniczny, przynajmniej u połowy po-



^ Najbardziej jednak na świecie to chorzy boją się... Lekarzy, niestety.

STRACH

jedną z podstawowych cech pierwotnych (nie tylko ludzka) mających swe źródło w instynkcie przetrwania



**NAJGORSZY W POLSKIEJ MEDYCYNIE, BO
NAJBARDZIEJ DESTRUKCYJNY, JEST JEDNAK INNY
STRACH. TO ROSNĄCY PO CICHU, Z ROKU NA ROK,
STRACH LEKARZA PRZED PACJENTEM.**

pulacji (nie piszę, u której połowy, bo to i niepoprawne politycznie, i mąż – pierwszy czytelnik i korektor – może się obrazić).

Ci, którzy umieją grzebać najgłębiej, w samej duszy chorego Lacha i znają lekarstwa na jej bólączki, to w ogóle budzą respekt godny Gandalfa Białego, choć oczywiście nie pozbawiony pewnej dozy naznaczonego ludowym poczuciem humoru nadwiślańskiego krytycyzmu – bo przecież kto z kim przestaje, takim w końcu się staje...

Najgorszy w polskiej medycynie, bo najbardziej destrukcyjny, jest jednak inny strach. To rosnący po cichu, z roku na rok, strach lekarza przed pacjentem. Fotografowani i nagrywani ukradkiem przez chorych i ich podejrzliwe rodziny, staramy się ograniczyć kontakt z nimi do niezbędnego minimum. Priorytetem

staje się uzyskanie pisemnej zgody i potwierdzenie wykonanej procedury na druku zaleconym przez pracodawcę, a nie leczenie i wyleczenie. Uczymy młodszych kolegów starannego prowadzenia dokumentacji medycznej, nie dla wzajemnego poszanowania, a z potrzeby udokumentowania swoich działań w ewentualnym postępowaniu sądowym. Ten strach utrudnia rozmowę, buduje mur nieporozumienia, staje się wreszcie źródłem dochodu dla szarlatanów i prawników. Winna jest cicha zgoda kolejnych szefów resortu zdrowia na medialne kompromitowanie środowiska lekarskiego, podważanie autorytetów i kwestionowanie kompetencji w imię fałszywej troski o pacjenta. Kto tego nie zrozumie i nie zmieni, nie poprawi sytuacji przestraszonych chorych Lachów. Za żadne pieniądze... ☹

Lekkie smyranie

Pani doktor albo pani aktor udająca panią doktor w telewizyjnej reklamie syropu, mówi że pacjenci często mają problem z rozpoznaniem kaszlu. Czy jest mokry, czy suchy. I w związku z tym pani doktor aktor poleca taki syrop, który jest i na mokry, i na suchy.

Nieumiejętność wskazania rodzaju kaszlu jest nie tylko problemem medycznym. Precyzyjnie rozpoznany kaszel znalazł się nawet w pewnej piosence. Jej autor (Andrzej Poniedziałki) wymienia kaszel w zestawie kilku zjawisk, które są symbolem przeżyć dojrzałego mężczyzny: „Ciepła wódka, zimne kobiety, papierosy mokre, kaszel suchy”. I tak ma być! „Papierosy suche, kaszel mokry” to nie to samo! Nie tylko dlatego, że nie rymuje się z występującym w dalszej części tekstu zwrotem „jesieni poduchy”, ale to po prostu inny ciężar gatunkowy.

Można wprowadzać różne modyfikacje – a to, że dojrzały mężczyzna niekoniecznie musi mieć do czynienia z zimnymi kobietami, że może w ogóle nie pić wódki, tylko wino w temperaturze pokojowej. Proszę bardzo. Ale kaszel ma być precyzyjnie określony!

Często przedstawiam dowody na to, że sztuka i medycyna mogą się nawzajem wspierać. Nie tylko wprost, to znaczy wtedy, kiedy śpiewaczka potrzebuje nagłej pomocy foniatry, a obchodząca jubileusz Katedra Chirurgii Klatki Piersiowej Uniwersytetu Medycznego chce zamówić hymn u poety i kompozytora. Na marginesie – gdyby taki był potrzebny – służę pomocą. Już wymyśliłem początek tekstu: „Jak spadające śniegu płatki/ Jak rosną wiosną trawa i kwiat/ Katedra Chirurgii Piersiowej Klatki/ Ma siedemdziesiąt lat”. Za mało patosu? Proszę bardzo: „I cichną dźwięki, i błędną słowa/ Lat siedemdziesiąt jak rwąca rzeka/ Klatka Piersiowa, Klatka Piersiowa/ To samo sedno człowieka/”.

Literatura mogłaby pomóc medycynie w przygotowaniu społeczeństwa do udzielania precyzyjnych odpowiedzi na pytanie: „Co panu/pani dolega?”. Tak, żeby pacjent odróżniał nie tylko kaszel mokry od suchego, ale też konkretnie nazywał wszelkie inne dolegliwości. Takie próby literatura już zresztą podejmowała. W jednej z humoresek Stefani Grodzieńskiej znalazłem taki oto fragment: „Bolało mnie serce (choć lekarze nie wierzą, że z czyjegós powodu może boleć serce) – ale już mnie nie boli. Już tylko swędzi”. Gdyby pisarze i poeci częściej stosowali takie opisy, potencjalni pacjenci potrafiliby rozróżniać ból serca od zaledwie jego swędzenia. A może jeszcze ustaliliby się kolejne stopnie:

– Panie doktorze, jakoś tak mnie smyra przy wątrobie.

– Od dawna?

– Tak od pół roku. Wcześniej mnie ćmiło.

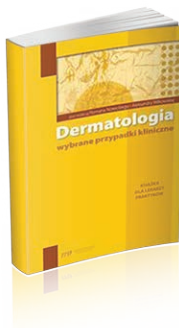
Albo:

– Pani doktor, coś mnie dźiąsło mizia. To znaczy rano mizia, a wieczorem, przed snem, tak łechce. Może to dziedziczne? Bo pamiętam, że babcię też dźiąsło miziało, tylko ona nie potrafiła tego tak nazwać, mówiła że „coś jej u zęba psoci”.

Należy powołać komisję lekarsko-artystyczną, która opublikuje precyzyjny wykaz i kolejność takich zjawisk, na przykład: mizianie, łechtanie, ćmienie, smyranie, swędzenie, ból. Każde ze zjawisk powinno być jeszcze doprecyzowane przez określenie intensywności: ledwo mizia, lekko łechta, ciutkę ćmi, średnio smyra, mocno swędzi, cholernie boli itp. Zresztą kaszel też trzeba dookreślać na przykład jako lekko suchy (czyli suchawy) albo szalenie mokry.

Sztuka może pomóc lekarzowi nie tylko w kontakcie z pacjentem. Może być także motorem jego własnego rozwoju, źródłem autorefleksji. Każdy medyk zrozumie, że chcąc leczyć innych, trzeba najpierw zadbać o siebie, że w procesie leczenia istotna jest kwestia wiarygodności. Wystarczy, że przypomni sobie ludową piosenkę: „We wszystko wierzyć się nie da/ Bo, jak mówi babcia Hania/ Jak kuśtyka ortope-da/ To nie wzbudza zaufania/ Hej”. ○

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



Dermatologia – wybrane przypadki kliniczne

Redakcja: Roman Nowicki, Aleksandra Witkowska

Repetitorium, które stworzył zespół pracowników naukowo-dydaktycznych Katedry i Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii GUMed. W książce przedstawiono 94 przypadki chorób skóry, każdy wzbogacony o zdjęcia kliniczne w kolorze.



Artur Andrus

Dziennikarz radiowej „Trójki”, konferansjer i satyryk

Wiersze wybrane



**Barbara
Rysz-Postawa**

Lauratka w Konkursie
Literackim „Przychodzi
wena do lekarza”
(2016)

nikt mnie nie uczył pisać
wierszy
nikt mnie nie uczył
rozumieć motyla
jestem jak siewca wiatru, co
się schyla
pod ciężarem chmur
i przypadku

ROZWIĄZANIE

a gdyby tak zwariować
tak pełnoprawnie
z przypisanym kodem
rozpoznania
można by wreszcie z kimś
dorosłym
tak na odmianę
porozmawiać
o krasnoludkach

TO NIC

pogasły już modrzewie
i buki
zgasły iskry na dnie
strumieni
to nic
trzeba czekać, aż wszystko
się zmieni
wróci światło
i tętno
i oddech

STARA KOBIETA

Mogłabym już być babcią.
Taką w okularach
w złoconej oprawie,
co czyta wnukom bajki.
Albo starszą panią
w bucikach na
klepsydrowym obcasie,
z włosami utkanymi ze
srebra.
Albo nawet staruszką
z nadmiernie szczupłymi
dłońmi,
ozdobionymi plamami
zamiast pierścieni.
Ale NIGDY NIE BĘDĘ
starą kobietą.



Więcej wierszy
w dziale „Kultura”
na www.gazetalekarska.pl

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



Dzieje szpitalnictwa wojskowego w Poznaniu

Kazimierz Janicki

Monografia na temat wojskowej służby zdrowia w stolicy Wielkopolski. Autor, absolwent WAM, przez kolejnych pięć rozdziałów opowiada o losach szpitalnictwa wojskowego, m.in. w okresie walk o niepodległość Polski i późniejszej wojny polsko-rosyjskiej, aż po najnowszą historię.



Dzieje medycyny w Polsce. Tom 3

Redakcja naukowa: Wojciech Noszczyk

Trzeci tom znakomitej serii, której pomysłodawcą i współautorem jest prof. Wojciech Noszczyk. Tym razem autorzy przybliżają nam dzieje medycyny w latach 1944-1989. Świetne teksty, wzbogacone oryginalnymi ilustracjami, zamknięte w eleganckiej, twardej oprawie.

Bez sił



„Maluję autoportrety, bo tak często jestem sama, bo jestem tematem, który znam najlepiej” – mawiała najsłynniejsza bodaj meksykańska malarka Frida Kahlo.

Jej twarzy się nie zapomina: **bujne włosy, pełne usta i spojrzenie ciemnych oczu spod mocnej kreski brwi. Frida patrzy prosto w oczy. I trudno oderwać od niej wzrok.**

Autoportrety Fridy to w dużej mierze zapis jej choroby, jej dni lepszych i gorszych, tych spędzonych w szpitalu czy w domu. Wypadek, któremu uległa, gdy miała zaledwie 18 lat, położył się cieniem na jej całe życie. Większą część 1951 r. spędziła w szpitalu, poddawana kolejnym operacjom. Zajmował się nią wtedy doktor Farill. Z nim Frida dzieli swój ostatni znany autoportret. Na obrazie tym Frida siedzi na wózku inwalid-

kim, w kącie pustego pokoju, który zdaje się być szpitalną salą. A jednak to nadal dumna Frida malarka. W ręku trzyma atrybuty swego fachu: w jednej bukiet pędzli, w drugiej paletę. Na niej jednak, zamiast zmieszanych farb, widać serce. Obok niej stoi sztaluga z portretem doktora Farilla.

To portret dość szczególny, niemalże ex voto. Frida decyduje się pokazać swojego lekarza w bardzo ciasnym kadrze. Widać tu tylko jego skupioną twarz, podpiętą krawatem. Doktor patrzy w stronę swojej pacjentki, jakby nawet w tej dziwnej konfiguracji nadal uważnie obserwował Fridę, tropiąc symptomy choroby czy też obmyślając szczegóły kolejnej operacji.

To autoportret, jak na Fridę, bardzo cichy, bez zdobień. Kompozycja całości, z dwiema ścianami zbiegającymi się za plecami Fridy, wzmacnia jeszcze poczucie pewnego wycofania czy odcięcia. Frida wyznacza tu intymną przestrzeń, do której wstępu nie broni jedynie Farillowi. To fascynujący zapis relacji lekarz-pacjent, z jej bólem, brakiem sił, ale i z rodzącą się gdzieś ponad nimi, pomimo nich, siłą.

W tym roku zapraszamy czytelników do wskazywania oryginalnych obrazów oraz różnic wprowadzonych do fałszywej wersji. Odchodzimy od diagnozowania, by otworzyć się na szerszą selekcję obrazów na różne, czasem nieoczywiste sposoby powiązania z medycyną. ○

▼ **Obraz: Frida Kahlo, *Autoportret z portretem doktora Farilla*, 1951.**





Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na
bladmalarski@gazetalekarska.pl
do 13 lutego 2017 r.

W temacie maila należy wpisać GL02.
Proszę nie zapomnieć o podaniu danych kontaktowych
(imię i nazwisko, adres, telefon).

UWAGA - jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

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

Rozwiązanie zagadki z „GL” 12/2016-01/2017

DIAGNOZA

Zapalenie płuc. Lizzie Siddal pozowała do obrazu, leżąc w wannie. Millais podgrzewał wodę lampami znajdującymi się dookoła. Ponoć był tak zaabsorbowany malowaniem, że nie zauważył, gdy jedna z nich zgasła. Lizzie pozostała w wannie, nie wspominając ani słowem, że woda zrobiła się zimna. Modelka nabawiła się po tej przygodzie zapalenia płuc. Niektórzy badacze twierdzą, że symptomów rozwijającej się choroby dopatrzyć się można już na obrazie.

SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY

1. Zmiana koloru włosów modelki na blond. Lizzie słynęła ze swoich ogniste rudy włosów i z takimi zawsze przedstawiali ją prerafaelici.

2. Dodanie rumieńca na twarzy modelki. Lizzie jako modelkę odkrył Walter Deverell, gdy dziewczyna pracowała przy kapeluszach. To między innymi niezwykła błądź jej skóry przyciągnęła jego uwagę.

3. Dodanie łabędzia czającego się za roślinami po lewej stronie obrazu. Millais malował część obrazu w plenerze i w jednym z listów pisał, że najbardziej przeszkadzały mu dwa łabędzie, nieustająco wchodzące mu w kadr.

4. Usunięcie zdobień z sukienki Ofelii. Millais kupił specjalną sukienkę dla Lizzie, w której dziewczyna miała pozować. Była to niezwykle bogato zdobiona srebrem i złotem szata, a Millais oddał jej piękno na obrazie, dbając o najmniejsze szczegóły.



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



NAGRODZONY Z „GL” 12/2016-01/2017

Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Krzysztof Borski z Poznania** Gratulujemy!

Literacko i fotograficznie w Lublinie



10 grudnia 2016 r. w lubelskiej Galerii Sztuki Nieprofesjonalnej „U Lekarzy” wybrano najlepszych medyków fotografików oraz lekarzy piszących utwory dla dzieci. Patronat medialny nad obydwoma konkursami objęła „Gazeta Lekarska”.

© LIDIA SULIKOWSKA

I Ogólnopolski Konkurs Poetycko – Literacki „Lekarze dzieciom” wyłonił najlepsze prace napisane specjalnie dla najmłodszych czytelników. W kategorii proza zwyciężyła Liliana Machoń z Kawęczynka za „Marzenie czarnej kredki”.

Pierwszą nagrodę w kategorii wiersz przyznano Marcie Sienkiewicz ze Stalowej Woli za utwór „Krokodyl i dentysta”. Dodatkowo w tej kategorii przyznano dwa wyróżnienia. Otrzymali je: Renata Paliga ze Szczecina za utwór „Osiołek” oraz Jan Stanisław Kamyk Kamiński z Kraśnika za „Bajkę o leśnej orkiestrze”. – Miałam

ogromną przyjemność i wielką satysfakcję czytać państwa teksty. Nie miałam pojęcia, że to będą utwory na tak wysokim poziomie – skomentowała wyniki przewodnicząca jury, Katarzyna Jóźwik, polonistka. Utwory dostępne są na stronie internetowej Komisji Kultury Lubelskiej Izby Lekarskiej (www.kultura.oil.lublin.pl) oraz na www.gazetalekarska.pl w dziale Kultura.

W ramach VI Ogólnopolskiego Konkursu Fotograficznego Lekarzy i Studentów nadesłano 167 prac. W kilku kategoriach, odrębnie dla lekarzy i studentów, przyznano też kilka wyróżnień specjalnych. Nagrodę Grand Prix przyznano Barbarze Kubinowskiej,

^ Na zdjęciu: laureaci konkursów. Serdecznie gratulujemy!



Więcej w dziale „Kultura” na www.gazetalekarska.pl

która zdobyła także I miejsce w kategorii „Medycyna” wśród studentów. Trzy nagrody wśród lekarzy przypadły Anecie Borkowskiej (w tym Nagroda Specjalna Prezesa Lubelskiej Izby Lekarskiej). Laureatami zostali też: Michał Gałań (student), Joanna Borowik (student), Marta Kurzeja (lekarz). Nagrodę Przewodniczącego Komisji Kultury ORL w Lublinie wręczono Ryszardowi Markowi, a nagrodę Związku Polskich Artystów Fotografików Okręg Lubelski – Wojciechowi Dykowi. Nagrodę Lubelskiego Towarzystwa Fotograficznego zdobył Maciej Jóźwiak. W kategorii „Medycyna” wśród lekarzy nie przyznano nagrody. Następną edycja już za rok. ○



) „O miłości to i owo”

OIL w Łodzi, na wniosek Literackiej Grupy Nieformalnej, działającej przy łódzkim Klubie Lekarza, ogłasza VII Ogólnopolski Konkurs Literacki „O miłości to i owo”. Każdy uczestnik może zgłosić na konkurs 3 wiersze albo utwór prozatorski, nieprzekraczający 3 stron arkusza formatu A4 (wydruk z interlinią i marginesami). Teksty należy przysyłać do 24 marca. ○

) Poplenerowa wystawa

Do końca marca we wspinających wnętrzach „Kunciewiczówki” w Kazimierzu Dolnym nad Wisłą można oglądać wystawę poplenerową IV Ogólnopolskiego Pleneru Fotograficznego Lekarzy „Kazimierz Dolny 2016”. Plener został zorganizowany przez Lubelską Izbę Lekarską przy wsparciu NRL. ○

) XVII Biesiada Literacka

Tradycyjnie w pierwszy piątek marca (3.03) w Klubie Lekarza w Łodzi odbędzie się głośne czytanie utworów poetyckich i prozatorskich, które zostaną ocenione przez krytyka. Organizatorzy zapraszają Autorów – Lekarzy z całej Polski – do przysyłania swoich prac na adres biuro@oil.lodz.pl do 10 lutego 2017 r. Czas indywidualnej prezentacji nie powinien przekroczyć 5 min. Biesiadę zakończy głosowanie w konkursie publiczności i ósma premiera kabaretu literackiego BAK. Początek o godz. 17:00. Więcej informacji na stronie: www.uppl.pl. ○



Więcej w dziale „Kultura”
na www.gazetalekarska.pl

) SPORT



VII Podkarpackie Mistrzostwa Lekarzy w NA

W dniach 3-5 marca 2017 r. odbędą się VII Podkarpackie Mistrzostwa Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim. Organizatorami imprezy są: Okręgowa Izba Lekarska w Rzeszowie, Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie, Naczelna Izba Lekarska. ○

Wrocław zaprasza na mistrzostwa w squashu

1 kwietnia 2017 r. we Wrocławiu odbędą się IV Ogólnopolskie Mistrzostwa Dolnego Śląska Lekarzy w Squashu. Rozgrywki zaplanowano w następujących kategoriach: open, +45, kobiety. Kategoria zostanie rozegrana przy minimum 8 uczestnikach. Mistrzostwa odbywają się pod patronatem Dolnośląskiej Izby Lekarskiej i sponsorowane są ze środków Naczelnej Izby Lekarskiej, DIL i własnych lekarzy/uczestników. Główną nagrodą jest Puchar Prezesa Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. ○



Więcej w dziale „Sport”
na www.gazetalekarska.pl



XIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu

W dniach **20-22 kwietnia 2017 r.** odbędą się XIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu w Dębicy. W zawodach prawo startu mają lekarze i lekarze dentyści. Organizatorzy zapraszają do zawodów także członków rodzin uczestników w tzw. pływackiej sztafecie rodzinnej. Patronatem honorowym zawody objęli m.in. prezes NRL Maciej Hamankiewicz oraz prezes ORL w Rzeszowie Wojciech Domek. 

Turnieje Tenisowe
Lekarzy w 2017 roku
z akredytacją PSTL

www.pstl.org



09.03 – 12.03.2017 Stalowa Wola

XX Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie

12.05 – 14.05.2017 Częstochowa

XVI Ogólnopolski Turniej Lekarzy w Tenisie

15.06 – 18.06.2017 Warszawa

**XXVII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie
„Lexus Cup 2017”**

14.07 – 16.07.2017 Tychy

VI Otwarte Mistrzostwa Śląska Lekarzy w Tenisie

04.08 – 06.08.2017 Opole

I Ogólnopolski Turniej Lekarzy w Tenisie

20.08 – 26.08.2017 Pilzno, Czechy

**47 Mistrzostwa Świata Lekarzy w Tenisie
47th Congress & Championship WMTS**

08.09 – 10.09.2017 Zielona Góra

**VII Ogólnopolski Turniej Lekarzy w Tenisie
„Winobranie 2017”**

10.11 – 12.11.2017 Pabianice

**XV Halowy Ogólnopolski Turniej Lekarzy w Tenisie
Memoriał dr. Andrzeja Jasińskiego**



Niech Rok 2017 będzie dla wszystkich lekarzy - tenisistów rokiem szczęśliwym, pełnym zdrowia i sukcesów.

prezes PSTL
dr n. med. Marcin A. Wroński
wraz z Zarządem

Narty dla okulistów

XIX Ogólnopolskie Zawody Narciarskie Okulistów odbędą się w Kalnicy koło Wetliny w dniach **24-26 lutego**. Rozpoczęcie kolacją koleżeńską w piątek od godz. 19.00 w Ośrodku Wypoczynkowym Bogdanka w Kalnicy (200 m od stoku narciarskiego). 



Mistrzostwach w piłce siatkowej w Wieluniu

W dniach **31.03.-01.04.2017 r.** w hali sportowej WOSIR w Wieluniu przy ul. Częstochowskiej 35 zostaną rozegrane Mistrzostwa Polski Lekarzy w piłce siatkowej. Organizatorem wydarzenia jest Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi. Prawo startu w Mistrzostwach Polski Lekarzy mają tylko lekarze medycyny i lekarze dentyści. Mistrzostwa rozgrywane będą systemem turniejowym, zgodnie z „Oficjalnymi przepisami gry w piłkę siatkową” wydanymi przez PZPS. Dodatkowych informacji udzielają: Bogna Kanicka (tel. 604 94 74 86, e-mail: bognakanicka@wp.pl) oraz Mirosław Kanicki (tel. 602 516 139, e-mail: miewma@wp.pl). 

Kalendarz wydarzeń KULTURALNYCH i SPORTOWYCH 2017

15 STYCZNIA

**Benefis Jerzego Woya-
Wojciechowskiego
Komisja Kultury NRL**
Jarosław Wanecki
603 110 978

3 MARCA

**XVII Ogólnopolska Biesiada Literacka
wraz z premierą ósmego programu
Kabaretu OIL – BĄK**
OIL w Łodzi
Maria Człapińska
42 683 17 01

23 KWIEŚNIA

VII Ogólnopolski Konkurs Literacki
OIL w Łodzi
Barbara Szeffer-Marcinkowska
42 683 17 01

12-14 MAJA

**VII Międzynarodowy Konkurs
Lekarzy Śpiewających „Musica mores
confirmat”**
OIL w Szczecinie
Grzegorz Czajkowski
606 246 446
91 487 49 36

19-20 MAJA

Festiwal AVE MARIA
ŚiL w Katowicach
Grzegorz Góról
668 285 173

21-26 MAJA

**XV Ogólnopolska Wystawa Malarstwa
Lekarzy z Konkursem**
OIL w Łodzi
Andrzej Świąs
42 683 17 01

25 MAJA

**Gala VI Ogólnopolskiego Konkursu
Literackiego „Przychodzi wena do
lekarza” w Krakowie**
Medycyna Praktyczna i Komisja Kultury
NRL
Anna Wierzbowska - Woźniak
663 430 268
Jarosław Wanecki
603 110 978

10 CZERWCA

**Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny
„Okiem Eskulapa”**
ŚiL w Katowicach
Stanisław Mysiak
605 256 335

14-18 CZERWCA

**Ogólnopolski Plener Fotograficzny –
Opolszczyzna 2017**
OIL w Opolu
Jolanta Smerkowska-Mokrzycka
604 915 876

19-29 CZERWCA

**XVII Ogólnopolski Plener Malujących
Lekarzy, Gliczarów Górny (woj.
małopolskie)**
Komisja Kultury NRL
Włodzimierz Cerański
602 121 084

21 WRZEŚNIA – 1 PAŹDZIERNIKA

**Tony Zdrowia 2017. III Spotkania
Medycyny i Muzyki**
OIL w Opolu
Marek Kania
604 977 229

23 WRZEŚNIA

**FINAŁ – V Międzynarodowe Warsztaty
Fotograficzne Lekarzy Photo Art
Medica 2017**
OIL w Częstochowie
Krzysztof Muskalski
601 919 619
34 368 18 88

4-8 PAŹDZIERNIKA

**V Ogólnopolski Plener Fotograficzny
Lekarzy Kazimierz Dolny 2017**
LIL w Lublinie
Dariusz Hankiewicz
602 465 578
81 536 04 50

6-8 PAŹDZIERNIKA

**Jubileusz 50-lecia Unii Polskich
Pisarzy Lekarzy Unia Polskich Pisarzy
Lekarzy**
OIL w Krakowie
Waldemar Hładki
506 140 505

8 PAŹDZIERNIKA

**XII Charytatywny Koncert Polskiej
Orkiestry Lekarzy w Poznaniu**
Polska Orkiestra Lekarzy
Elżbieta Czechowska
608 292 023

14 PAŹDZIERNIKA

**FINAŁ VIII Ogólnopolskiego Konkursu
Poetycko-Prozatorskiego Puls Słowa**
OIL w Warszawie
Maria Żywicka-Luckner
604 286 324

21 PAŹDZIERNIKA

**V Międzynarodowy Salon Fotografii
Artystycznej Photo Art Medica 2017**
OIL w Częstochowie
Krzysztof Muskalski
601 919 619
34 368 18 88

22-27 PAŹDZIERNIKA

**Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna
„Świat w obiektywie lekarskim”
z Konkursem**
OIL w Łodzi
Andrzej Świąs
42 683 17 01

9 GRUDNIA

**Gala II Ogólnopolskiego Konkursu
Poetycko-Literackiego „Lekarze
dzieciom”**
LIL w Lublinie
Michał Dudziński
506 807 456
81 536 04 50

9 GRUDNIA

**VII Ogólnopolski Konkurs
Fotograficzny Lekarzy i Studentów
Medycyny 2017**
LIL w Lublinie
Krzysztof Sak
505 465 653
81 536 04 50

GRUDZIEŃ

**III Ogólnopolski Festiwal Chórów
Lekarskich w Gnieźnie**
WIL w Poznaniu
Justyna Chelmińska
507 086 865

6 STYCZNIA

**VI Halowe Mistrzostwa Lekarzy
Pomorza i Kujaw w Tenisie**
[Bydgoszcz]
Bydgoska Izba Lekarska
Zbigniew Kula
606 464 455
Aleksander Skop
604 267 343

7-8 STYCZNIA

(termin zastępczy: 14-15 stycznia)
**III Ogólnopolskie Mistrzostwa Lekarzy
i Prawników w Szachach**
[Kazimierz Dolny]
LIL w Lublinie
Marek Gogacz

502 114 898
Tomasz Wójcicki
504 190 494

12-13 STYCZNIA

**Mistrzostwa Dermatologów
w Narciarstwie Alpejskim – Krynica
2017**
[Krynica]
Monika Kapińska-Morawiecka

21 STYCZNIA

(termin zastępczy: 28 stycznia)
**XV Ogólnopolskie Mistrzostwa
Beskidów Lekarzy w Narciarstwie
Alpejskim**
[Wisła]
BiL w Bielsku-Białej
Janusz Lewandowski
606 235 361
janlewdoctor@interia.pl

3-5 LUTEGO

**IV SKIM@L CUP, Narciarski Puchar
Lekarzy, Farmaceutów i Radców
Prawnych**
[Szczyrk]
ŚiL w Katowicach
Mariusz Smolik
504 045 609

5 LUTEGO

„Rajd Świętej Apolonii”
[Słupno-Mikoszewko]
OIL w Płocku
Leokadia Pielaszkiewicz-Kobyłska
24 262 64 25

17-19 LUTEGO

(termin zastępczy: 3-5 marca)
**VII Podkarpackie Mistrzostwa Lekarzy
w Narciarstwie Alpejskim**
[Bystre lub Lesko-Weremień]
OIL w Rzeszowie
OIL w Krakowie
Maria Szuber
607 365 537
Jacek Tętnowski

18 LUTEGO

**X Zimowe Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Triathlonie**
[Sandomierz]
ŚiL w Kielcach
Jacek Łabudzki
603 914 107
drdjl@op.pl

19 LUTEGO

**II Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy
Lubuskich w Tenisie**

[Drzonków]
OIL w Zielonej Górze
Józef Safian
601 511 361

24-26 LUTEGO

XX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim „Kluszkowce 2017”
[Kluszkowce]
OIL w Krakowie
Jarosław Paja
602 245 137
Mpl2017alp@yahoo.com

25 LUTEGO

Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie Stołowym
[Nowy Targ]
OIL w Krakowie
Maciej Jachymiak
www.igrzyskalekarskie.org

3-11 MARCA

Festiwal Zimowy „SNOWMED”
[Gerlitz – Austria]
OIL w Łodzi
Joanna Kosielska
501 587 874

10-12 MARCA

XX Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie
[Stalowa Wola]
OIL w Rzeszowie
Alfred Micał

11 MARCA

(termin zastępczy: 18 marca)
II Mistrzostwa Polski Lekarzy i Lekarek w Bowlingu (turniej towarzyszący dla dzieci)
[Bydgoszcz]
Bydgoska Izba Lekarska
Marcin Gierach
506 180 304

24 MARCA – 2 KWIEŹNIA

Ski for medic – Mistrzostwa Polski Lekarzy i Medyków w Narciarstwie Alpejskim
[Val di Sole/Marilleva/Włochy]
OIL w Łodzi
Jakub Skowroński
692 042 933
medskowron@gmail.com

31 MARCA – 1 KWIEŹNIA

XVII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Siatkowej w Wieluniu
[Wieluń]
OIL w Łodzi
Mirosław Kanicki

MARZEC

(termin zastępczy: luty)
Ogólnopolski Primaaprilisowy Bieg Lekarzy
[Polana Jakuszycka]
DIL we Wrocławiu
Zbigniew Markiewicz
508 269 901

MARZEC

XXI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Narciarstwie Biegowym
BIL w Bielsku-Białej

Maciej Pająkowski
602 177 857
www.mp60.pl

MARZEC

(termin zastępczy: maj)
VI Mistrzostwa Polski Samorządów Zaufania Publicznego w Brydżu Sportowym „Misja”
[Warszawa]
OIL w Warszawie
Krzysztof Makuch
608 200 190
krzysztofmakuch@hipokrates.org

1 KWIEŹNIA

IV Ogólnopolskie Mistrzostwa Dolnego Śląska Lekarzy w Squasha
[Wrocław]
DIL we Wrocławiu
Piotr Musik
666 843 614

2 KWIEŹNIA

20. Mistrzostwa Polski Lekarzy w biegu na 15 km (w ramach biegu Sokoła)
[Bukowiec Górny]
Leszek Walczak
601 754 720

20-22 KWIEŹNIA

XIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu „Dębica 2017”
[Dębica]
OIL w Rzeszowie
Janusz Bieniasz
604 090 587
Lesław Ciepiela
602 758 441

21-23 KWIEŹNIA

X Ogólnopolski Jurajski Złot Lekarzy Motocyklistów – Poraj 2017, Ogólnopolskie Otwarcie Sezonu Motocyklowego w Częstochowie na Jasnej Górze
[Częstochowa]
OIL w Częstochowie
Mariusz Malicki
600 064 818
Paweł Rakus
34 368 1888
czestochowa@hipokrates.org

6 MAJA

III Mistrzostwa Polski Lekarzy w Cross-Duathlonie
[Sandomierz]
ŚIL w Kielcach
Jacek Łabudzki
603 914 107
drdjl@op.pl

6-7 MAJA

(termin zastępczy: 24-25 czerwca)
X Mistrzostwa Izby Lekarskich w Golfie
[Sobienie Królewskie k/Otwocka]
LIL w Lublinie
Artur Czekierdowski
606 118 922
a.czekierdowski@gmail.com

11-14 MAJA

Złot Otwarcia Motocyklowego Klubu Lekarzy „Doctor Riders”
[Zamość]

LIL w Lublinie
Jan Zydlewski
602 172 465

12-14 MAJA

XVI Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy w Częstochowie
[Częstochowa]
OIL w Częstochowie
Lesław Rudziński
601 913 381
Rita Idziak
34 368 1888
czestochowa@hipokrates.org

12-14 MAJA

(termin zastępczy: 26-28 maja)
XVI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Szachach i Turniej Rodzin Lekarskich
[Ustroń]
ŚIL w Katowicach
Jerzy Pabis
605 569 065

13 MAJA

(termin zastępczy: 14 maja)
Gdański Bieg Lekarzy
[Gdańsk]
OIL w Gdańsku
Łukasz Skorupa
502 890 284
skori@gumed.edu.pl

19-21 MAJA

VII Memoriał Szachowy im. Prof. Romana Bugalskiego
[Bydgoszcz]
Bydgoska Izba Lekarska
Maciej Borowiecki
882 114 610

19-21 MAJA

(termin zastępczy: 2-4 czerwca)
XI Ogólnopolski Rajd Konny im. Majora Hubala
OIL w Łodzi
Wojciech Sędzicki
722 282 750

26-28 MAJA

VIII Ogólnopolskie Regaty Lekarzy w klasie Puck
[Puck]
OIL w Gdańsku
Marcin Szcześniak
603 696 160
mordent@autograf.pl

27 MAJA

VI Medyczny Puchar Badmintonu „Zdążyć przed Iotką 2017”
[Łódź]
OIL w Łodzi
Robert Bibik
695 864 973

28 MAJA

V Mistrzostwa Polski Lekarzy w Badmintonie 2017
[Łódź]
OIL w Łodzi
Robert Bibik
695 864 973

28 MAJA

XIX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Biegu na 10 km

BIL w Bielsku-Białej
Maciej Pająkowski
602 177 857

2-3 CZERWCA

(termin zastępczy: 9-10 czerwca)
14 Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Szosowym
[Bychawa]
Krzysztof Matras
605 084 016
Mariusz Trus
697 111 238

3 CZERWCA

(termin zastępczy: 8 lipca)
“MEDICUP” – Festiwal Rowerowy
[Zgierz, Malinka]
OIL w Łodzi
Piotr Kosielski
535 003 002
piotr.kosielski@gmail.com

3-4 CZERWCA

(termin zastępczy: 24-25 czerwca)
XV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wędkarstwie Splawikowym
[Cieszyn-Gułdowy]
BIL w Bielsku-Białej
Grzegorz Kołodziej
501 503 435

3-4 CZERWCA

XVII Jurajski Rajd Rowerowo-Kajakowy Lekarzy w Hucisku
[Hucisko]
OIL w Częstochowie
Tomasz Klimza
691 488 383
Rita Idziak
34 368 1888
czestochowa@hipokrates.org

3-10 CZERWCA

XI Ogólnopolski Motocyklowy Rajd Lekarzy z cyklu PSK czyli “Poznaj Swój Kraj”
[Kotlina Kłodzka]
DIL we Wrocławiu
Mirosław Bobrecki
602 131 649
bobrecki@poczta.onet.pl

9-10 CZERWCA

X Jubileuszowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w piłce nożnej 6-osobowej w Częstochowie
[Częstochowa]
OIL w Częstochowie
Piotr Janik
602 380 957
Przemysław Klimas
604 792 574
Rita Idziak
34 368 1888
czestochowa@hipokrates.org

9-10 CZERWCA

II Mistrzostwa Polski Lekarzy OLDBOYS 45+ w piłce nożnej 6-osobowej w Częstochowie
[Częstochowa]
OIL w Częstochowie
Piotr Janik
602 380 957
Przemysław Klimas
604 792 574

Rita Idziak
34 3681888
czestochowa@hipokrates.org

10-11 CZERWCA
(termin zastępczy: 24-25 czerwca)
Ogólnopolski Turniej Tenisa Lekarzy Gdańsk 2017

[Gdańsk]
OIL w Gdańsku
Mateusz Koberda
www.sportlekarzy.pl

15-18 CZERWCA
XI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Siatkówce Piłkowej

[Niechorze]
OIL w Szczecinie
Maciej Mroźewski
693 543 211
Cezary Sierant
605 575 499

15-18 CZERWCA
XXVII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie „Lexus Cup 2017”

[Warszawa]
OIL w Warszawie
Andrzej Semczuk
Bożenna Kędzierska
Marcin Wroński

16-17 CZERWCA
XVII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Golfie

[Modry Las]
OIL w Szczecinie
Jerzy Szymczak
501 161 191

16-18 CZERWCA
(termin zastępczy: 23-25 czerwca)
XIII Ogólnopolskie Mistrzostwa Izb Lekarskich w Żeglarskiej Klasie Omega o Puchar Prezesa NRL

[Jezioro Miedwie Morzyczyn]
OIL w Szczecinie
Halina Teodorczyk
91 487 49 36 wew. 116

17 CZERWCA
I Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wielobojach LA

[Toruń]
Kujawsko-Pomorska IL w Toruniu
Julian Pelka
504 101 375
julek@onet.pl

17-18 CZERWCA
(termin zastępczy: 24-25 czerwca)
VII Ogólnopolski Grand Prix w Strzelectwie Myśliwskim dla Lekarzy „Złoty Eskulap”

[Puławy]
LIL w Lublinie
Marek Gogacz
502 114 898
Tomasz Wójcicki
504 190 494

25 CZERWCA
Mistrzostwa Polski Lekarzy w Triathlonie – Dystans Olimpijski

[Frydman]
OIL w Krakowie
Lucjan Habieda

665 515 600
www.frydmantriathlon.pl

1 LIPCA
(termin zastępczy: wrzesień)
XVI Mistrzostwa Polski Lekarzy i innych profesji Ochrony Zdrowia w Ringo

[Poznań]
OIL w Warszawie
Krystyna Aniol-Strzyżewska
600 362 792
krystynaaniol@upcpoczta.pl

1-2 LIPCA
VI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce

[Kraków]
OIL w Krakowie
Julian Pelka
504 101 375
julek@onet.pl

14-16 LIPCA
Otwarte Mistrzostwa Śląska Lekarzy w Tenisie

[Tychy]
ŚIL w Katowicach
Adam Dyrda

20-23 LIPCA
MotoBridge

[Chelmo]
Bydgoska Izba Lekarska, Kujawsko-Pomorska IL w Toruniu
Hanna Śliwińska
502 585 343
Bożena i Stanisław Leks

29 LIPCA – 6 SIERPNIA
Rajd Górski Służby Zdrowia „Bieszczady 2017”

OIL w Rzeszowie
Maria Szuber
607 365 537

4-6 SIERPNIA
I Ogólnopolski Turniej Tenisa Lekarzy w Opolu

[Zawada]
OIL w Opolu
Natalia Pelczar
504 576 665
Natalia.pelczar@gmail.com

19 SIERPNIA
IX Letnie Mistrzostwa Polski Lekarzy w Triathlonie-sprint

[Sandomierz]
ŚIL w Kielcach
Jacek Łabudzki
603 914 107
drdjl@op.pl

20-26 SIERPNIA
47 Mistrzostwa Świata Lekarzy w Tenisie

[Pilzno – Czechy]

24-27 SIERPNIA
XIII Ogólnopolski Motocyklowy Zlot Lekarzy i Lekarzy Dentystów „DoctorRiders”

[Ślók k/Belchatowa]
OIL w Łodzi
Grzegorz Krzyżanowski
601 979 724

1-3 WRZEŚNIA
(termin zastępczy: 8-10 września)
XXVII Żeglarskie Mistrzostwa Polski Lekarzy

Warmińsko-Mazurska IL
Joanna Gniadek

2 WRZEŚNIA
XX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Górskim

[Istebna]
BIL w Bielsku-Białej
ŚIL w Katowicach
Janusz Lewandowski
606 235 361
janlewdoctor@interia.pl

6-10 WRZEŚNIA
XV Igrzyska Lekarskie

[Zakopane]
OIL w Krakowie
Maciej Jachymiak
www.igrzyskalekarskie.org

8-10 WRZEŚNIA
Zlot Motocyklowy „U Mannixa VIII”

OIL w Krakowie
Mariusz Janikowski
601 406 830

8-10 WRZEŚNIA
(termin zastępczy: 15-17 września)
VII Turniej Ogólnopolski Lekarzy w Tenisie „Winobranie 2017”

[Zielona Góra]
OIL w Zielonej Górze
Józef Safian
601 511 361

16-17 WRZEŚNIA
II Podkarpackie Mistrzostwa Lekarzy w MTB

[Lubenia-Straszydło k. Rzeszowa]
OIL w Rzeszowie
Grzegorz Siteń
607 365 537

17 WRZEŚNIA
XIX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Półmaratonie w Gnieźnie

[Gnieźno]
WIL w Poznaniu
Wojciech Łącki
602 244 817
wojciechlacki@poczta.onet.pl

23 WRZEŚNIA
XIV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Maratonie MTB

[Michałki]
WIL w Poznaniu
Tomasz Kaczmarek
672 561 550

23 WRZEŚNIA
XVII Mistrzostwa Lekarzy Pomorza i Kujaw w Tenisie

[Toruń]
Kujawsko-Pomorska IL w Toruniu
Aleksander Skop
604 267 343
skalek@poczta.onet.pl

8 PAŹDZIERNIKA
XVI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Maratonie

[Poznań]

WIL w Poznaniu
Wojciech Łącki
602 244 817
wojciechlacki@poczta.onet.pl

14-15 PAŹDZIERNIKA
(termin zastępczy: 21-22 października)
VI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Squashu

[Gliwice]
ŚIL w Katowicach
Tomasz Romańczyk
501 464 891

20-21 PAŹDZIERNIKA
(termin zastępczy: 27-28 października)
XXIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Brydżu Sportowym

[Warszawa]
Krzysztof Makuch
608 200 190
krzysztofmakuch@hipokrates.org
Aleksander Skop
604 267 343

PAŹDZIERNIK
Mistrzostwa Polski Lekarzy w Nordic Walking w Lubinie, Impreza przy Międzynarodowych Mistrzostwach Polski w NW

[Lubin]
DIL we Wrocławiu
Leszek Pałka

10-12 LISTOPADA
(termin zastępczy: 8-10 grudnia)
Mistrzostwa Polski Lekarzy w Koszykówce

[Łódź]
OIL w Łodzi
Piotr Kosielski
535 003 002
piotr.kosielski@gmail.com
Sebastian Żabierek
601 245 868
logan-x@o2.pl

10-12 LISTOPADA
XV Ogólnopolski Turniej Lekarzy w Tenisie

[Pabianice]
OIL w Łodzi
Bogusław Rataj
602 574 099
Adam Jakubowski
604 121 360

LISTOPAD
XXIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Halowej Piłce Nożnej „Mielec 2017”

[Mielec]
OIL w Rzeszowie
Zbigniew Bober
508 202 626

GRUDZIEŃ
VII Podkarpackie Mistrzostwa Lekarzy w Tenisie o Puchar Prezesa

[Nowa Wieś k/Rzeszowa]
OIL w Rzeszowie
Aleksander Micał
Jacek Kowa

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej

zaprasza lekarzy dentystów z całego kraju na szkolenie:

Szkolenie akredytowane, uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne.

„Ochrona radiologiczna pacjenta dla lekarzy dentystów”

Szkolenie zakończone egzaminem

(egzamin płatny zgodnie ze stawkami określonymi w obowiązujących Rozporządzeniach MZ).

Terminy:

27.02.2017

28.02.2017

20.03.2017

21.03.2017



zapisy: www.odz.nil.org.pl

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

Komunikaty

I WYDZIAŁ LEKARSKI AM W WARSZAWIE, ROCZNIK 1986-92

Zjazd 25 lat po rozdaniu dyplomów lekarskich odbędzie się 22 kwietnia 2017 r. w Warszawie. Więcej informacji na blogu <http://iam92plus25.blogspot.com/> lub po wysłaniu maila na iam92.25lat@gmail.com Zapraszam w imieniu komitetu organizacyjnego, Paweł Białek, Starosta roku.

WYDZIAŁ LEKARSKI (1977) I STOMATOLOGICZNY (1976) PAM W SZCZECINIE

W dniach 19-21.05.2017 organizujemy zjazd absolwentów 40-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego 1977 i Stomatologicznego 1976 Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie /obecnie PUM/. Zjazd odbędzie się w Międzyzdrojach w Hotelu Aurora. Zgłoszenia uczestnictwa na mail: miroslawklukowski1@wp.pl, tel. 502 627 950. Zapraszam koleżanki i kolegów.

WYDZIAŁ LEKARSKI I STOMATOLOGICZNY PAM W SZCZECINIE, ABSOLWENCI 1961-1967

Zapraszamy na uroczystości związane z 50-leciem uzyskania dyplomu, które odbędą się w dniu 22-23.09.2017 w Szczecinie. Opłatę za uczestnictwo 350 zł prosimy

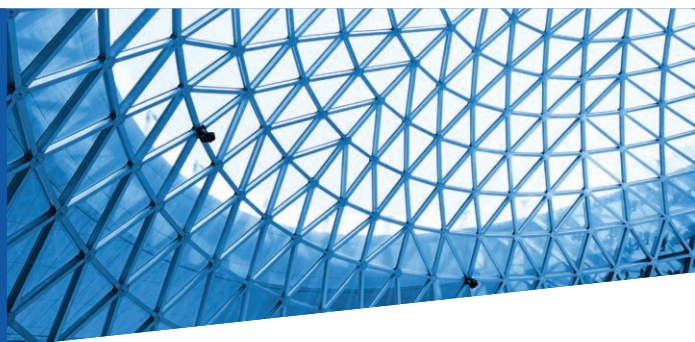
wpłacić na konto OIL w Szczecinie do 31.05.2017 r. ING Bank Śląski : 981050 1559 1000 0022 1716 8034 Hasło: Zjazd 50-lecia. Zakwaterowanie we własnym zakresie. Proponujemy: Hotel Rycerski tel. 091 814 66 01 Hasło Zjazd 50-lecia, Hotel Słowiański tel. 091 81 25 461. Zgłoszenia z imieniem i nazwiskiem z okresu studiów prosimy kierować na adres organizatorów: Marta Pacuła-Kołodziej: 91 422 82 42, 662 244 750, Krystyna Kotowska-Honczarenko, e-mail: khonczar@pum.edu.pl Prosimy o możliwie szybkie zgłoszenia i dokonanie wpłat.

ŚLĄSKA AKADEMIA MEDYCZNA, ABSOLWENCI 1967

W związku z odnową dyplomu po 50 latach, prosimy absolwentów Wydziału Lekarskiego i Oddziału Stomatologii o zarejestrowanie się w Dziekanacie Wydziału Zabrzeńskiego u pani Julity Prabuckiej, do 30 czerwca 2017 r. Adres Dziekanatu: 41-800 Zabrze, Plac Traugutta 2, tel. 32 370 52 66, e-mail: kkpzabrze@sum.edu.pl. Uroczystość odbędzie się w dniu inauguracji roku akademickiego 2016/2017. Po części oficjalnej wspólny obiad w cenie 100 zł płatne w dniu uroczystości. O dokładnym terminie i programie uroczystości powiadomimy każdego zarejestrowanego. Stowarzyszenie Wychowanków ŚUM, Prezes Maria Gajeczka-Bożek.

UWAGA! PROSIMY O NADSYŁANIE KOMUNIKATÓW NIE DŁUŻSZYCH NIŻ 800 ZNAKÓW (ZE SPACJAMI).

**EBM i wytyczne
praktyki klinicznej
we współczesnej
opiece zdrowotnej**
Konferencja i warsztaty



**Centrum Kongresowe
ICE Kraków
11 maja 2017**

Organizator:

Polski Instytut Evidence Based Medicine

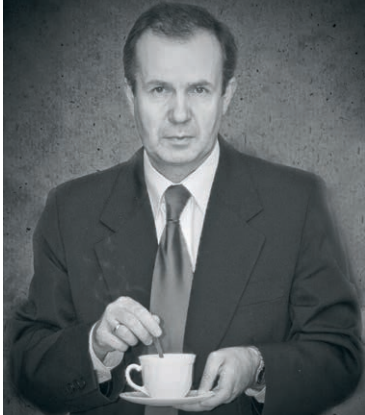
Współorganizatorzy:

McMaster University
Naczelna Izba Lekarska
Medycyna Praktyczna
Wykłady i dyskusje w języku angielskim, tłumaczone symultanicznie na język polski.
Warsztaty wyłącznie w języku angielskim.

Wykładowcy i prowadzący:

prof. Gordon Guyatt
(McMaster University, Kanada),
Przewodniczący Konferencji
prof. Waleed Alhazzani
(McMaster University, Kanada)
prof. P.J. Devereaux
(McMaster University, Kanada)
prof. Roman Jaeschke
(McMaster University, Kanada)
prof. Maureen Meade
(McMaster University, Kanada)
prof. Victor M. Montori
(Mayo Clinic, USA)

WIĘCEJ NA WWW.GAZETALEKARSKA.PL ORAZ WWW.MIRCIM.EU/EBM


Jarosław Wanecki

Przewodniczący kolegium
redakcyjnego „Gazety Lekarskiej”

W poszukiwaniu weny

Tłum pacjentów kłębił się tego ranka pod drzwiami gabinetu lekarskiego. Grypa dopadła wielu. Kaszel przemawiał do wyobraźni z różnych stron, wydając niepokojące tchnienia, poświstywania i szczeknięcia... Rozgorączkowanie, kichające przerywniki, bezgłosy przy okienku rejestracji. Wstrząsane dreszczem ciała okryte warstwami cebulowego ubrania prześcigały się w drodze po pomoc z rozchełstanymi warami.

Miedzy Płockiem a Krakowem dzwonił telefon. Samochód wypełniały głosy przyjaciół, którzy wspominali Benefis Woya*, gratulowali, dopytując o szczegóły całego przedsięwzięcia z jednoczesnym recenzowaniem każdej z części. Naprzemiennie odzywali się pacjenci nieświadomi artystycznych ambicji swojego lekarza, cierpliwie udzielającego rad najprostszych. Ars Medici – sztuka lekarska w dwóch wymiarach mieszała się w głosach rozmówców. Jechałem szukać nowych inspiracji do miasta piwnicznych śpiewów „w ten szczególny czas”.

Przy restauracyjnym stoliku zamówienia składali: pani Maria – żona zmarłego przed pięciu laty lekarza, naukowca, pianisty i pisarza – Andrzeja Szczeklika; poetka Ewa Lipska, której „Egzamin” recytowałem w licealnych konkursach; aktorka Anna Dymna – wierząca w ludzi mimo wszystko, Ania Wierchowska-Woźniak z Medycyny Praktycznej, próbująca zebrać myśli i słowa rozproszone w artystycznym przekrzykiwaniu, wybuchach śmiechu i wzruszających wspomnieniach oraz jej szef Piotr Gajewski tłumaczący Internę z chińskiego na nasze; Waldek Hładki z Unii Polskich Pisarzy Lekarzy; literaturoznawca Bronisław Maj poszukujący ósmego widoku w drodze do Krakowa i poeta Adam Zagajewski z „absolutnym słuchem milczenia”.

Szosta edycja konkursu literackiego „Przychodzi wena do lekarza”, chciałaby nie popaść w rutynę, o którą tak łatwo

w cykliczności zdarzeń. Czesław Miłosz pisał we wstępie do „Katharsis”: „Doktor Andrzej Szczekliki jest lekarzem humanistą i poeci oraz artyści wyczuwają w nim umysł nieco pokrewny, chociaż wsparty nieznaną im wiedzą z zakresu mikrobiologii, chemii i genetyki. Teraz, kiedy tak ważna jest dyskusja o granicach moralnych, narzucana nam przez postęp nauki, książka lekarza humanisty wrażliwego na tę problematykę jest interesująca i bardzo potrzebna”.

Medycyna praktyczna czeka na głos lekarzy humanistów!

Czyż ten reklamowy slogan nie jest wspaniałą? Czyż nie jesteśmy środowiskiem, które ze słów anamnezy czerpie pełnymi garściami i prostymi słowami leczy, mimo coraz nowocześniejszych technologii obrazowania ludzkiego wnętrza i doskonalszych z minuty na minutę terapii? „Medycyna i sztuka wywodzą się z jednego pnia. Obie biorą początek w magii – systemie opartym na wszechmocy słowa” – pisał Andrzej Szczekliki w rozdziale o konstelacjach.

Kolacja dobiegała końca. Anna Dymna wspominała jeszcze Czesława Miłosza i Gustawa Holoubka, opowiadała o pracy z Jerzym Radziwiłowiczem. Przez chwilę przeniesiśmy się do Doliny Słońca. Ustalono wykonawców podczas uroczystej gali 25 maja w Teatrze Miejskim im. Juliusza Słowackiego. Konkursowe jury, żegnając serdecznie, rozeszło się w różnych kierunkach mroźnego Krakowa zasnutego gęstym smogiem. Wena to synonim natchnienia i twórczego zapału, ale także łacińskie słowo określające „żyłę”, którą krew mozolnie powraca do serca. Mimo tłumy pacjentów odnajdźmy na powrót inspirację słowa. ☉

„PRZYCHODZI WENA DO LEKARZA” OGÓLNOPOLSKI KONKURS LITERACKI IM. PROFESORA ANDRZEJA SZCZEKLIKA EDYCJA VI

W konkursie może wziąć udział każda osoba mająca tytuł lekarza lub lekarza dentysty.

Prace konkursowe będą przyjmowane w 3 kategoriach:

• Poezja • Proza non-fiction • Opowieść pacjenta – opowieść lekarza

• Termin nadsyłania prac konkursowych do 5 marca 2017 r. pocztą elektroniczną pod adresem wena@mp.pl

• Prosimy o zapoznanie się z regulaminem konkursu dostępnym na stronie internetowej: www.mp.pl/wena

Informacji udziela: Anna Wierchowska-Woźniak, Medycyna Praktyczna, ul. Gazowa 14A, Budynek C 31-060 Kraków, tel. 12 293 42 68, e-mail: wena@mp.pl



Mimo Wszystko
Fundacja Anny Dymnej



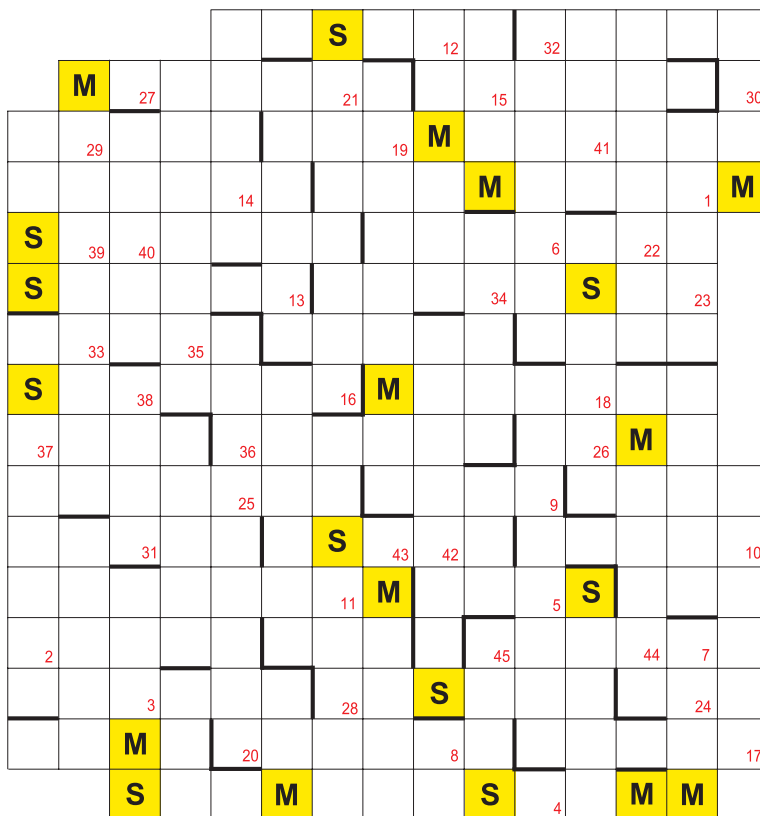
Gazeta
Lekarska

medycyna praktyczna





Objaśnienia 77 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery M i S. Na ponumerowanych polach ukryto 45 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Seneki. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 25 lutego 2017 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).



Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 220 („GL” nr 11/2016)

Ludzie odczuwają rzeczy dobre wolniej niż złe.

Nagrody otrzymują: **Aneta Kuriata** (Kraków), **Magdalena Burgielska-Bzdulska** (Tarnów), **Joanna Szydełko** (Markowa). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

* zły sławy teratogeny lek uspokajający * niewierny, zwłaszcza chrześcijanin * gród z cementownią między Wisłą a Ćmielowem * żydowska sobota * miodna z żądłówek * wieża dla muezzina * szwedzki super zespół * kopia, powielacz * pisemna interpretacja badania * prześladowania *... Ir Sen * stopień na klatce * podgatunek kułana * noc i dzień * półwysep z Pulą * ojciec Jakuba i Ezawa * metal o liczbie atomowej 23 * dreszcze * powieść poleska Kraszewskiego * wspólnota * gutty * męski element rozrodczy w pylniku * krewny w linii męskiej * kameruński dopływ Konga * wygodne wejście na samolot * szpara (łac.) * żółty kwiat na stawie * imię Kwiatkowskiej * wieńczy mur * kwas rybonukleinowy * epipaleolit * holenderski gród ze sławnym serem * Lionel, premier Francji od 1997 r. * płaskolista i wspaniała przyprawa z Ameryki Śr. * druga żona Mieszka I * polityka ekonomiczna ZSRR (1921-29) * pogląd świętych Augustyna i Bonawentury * gumma * mowca * góra z Arką Noego * elektroda ujemna * dusiciel lub szal * pokojówka w haremie * świątynia grecka z posągami bóstwa * asumpt, przyczyna * vulva * błąha wiadomość * kraina z Saragossą * gorąco * napad * dochód * atrybut Pandory * marmolada * przyprawa na kraterze * trybuna w kościele * stolica Jiangsu * odwozi auto do majstra * antrum * syntetyczne polimery krzemorganiczne * badacz malarii (nagroda Nobla w 1902) * nienaruszona część skały * wielocukier z 32 reszt fruktozy * symbol, emblemat * poprzednicy Szwabów * istota żywa * wysuszony owoc biedrzeńca * zakaz dla towarów * tarcza słoneczna boga Re * żydowska gmina wyznaniowa * wymarły rodzaj moa * imię Chaczaturiana * stado koni * ostroga (łac.) * Feliks, sławny trener naszych bokserów * ludzki samiec * zamek lub uniwersytet w USA * Franciszek, ortopeda, zginął w getcie

BJER

Wydawca:



Naczelna Rada Lekarska

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 170 200 tegz.

Kolegium redakcyjne:
Jarosław Wanecki (przewodniczący)
Ryszard Golański
Marek Jodłowski
Jolanta Małmyga
Wojciech Marquardt
Katarzyna Strzałkowska

Redaktor naczelny:
Ryszard Golański
Tel. 600 909 382
naczelny@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)
Małgorzata Serwach (Łódź)
Joanna Sokołowska (Płock)

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:
Magdalena Skoniecka

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: **Quad/Graphics Europe Sp. z o.o.**

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

