

Gazeta Lekarska

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

MISTERNE heklowanie



ZE ŚWIATA

Jakość i dyscyplina

Rozmowa z Ellen Trane Nørby, minister zdrowia Danii

TEMAT MIESIĄCA

Coś więcej niż zęby

O kondycji jamy ustnej Polaków i znaczeniu witaminy D dla zdrowia pacjentów

SAMORZĄD

Wydawać racjonalnie

Nakłady na ochronę zdrowia, sieć szpitali, wyceny, POZ i specjalistyka

Spis treści

- 4 **Na wstępie** R. Golański: Jest sieć
- 6 **Pierwszym głosem** M. Hamankiewicz:
Stało się
- 8 **Skrining**
- 10 **Obserwacje** S. Badurek: Nowe klocki albo
zmiana obrazka
- 11 **Temat miesiąca:** Coś więcej niż zęby
- 14 **Rozmowa o zdrowiu:** Współpraca i partnerstwo
- 17 **Nasi w Europie** A. Lella: Blaski i cienie
zawodu lekarza dentysty
- 18 **Ze świata:** Jakość i dyscyplina
- 22 **Samorząd:** Meritus Pro Medicis 2010
- 24 Wydawać racjonalnie
- 26 Wybory 2017/2018 w toku
- 27 **Zgryz** L. Dudziński: O stomatologii codziennie
- 28 **Stomatologia:** E-dokumentacja w gabinecie
- 30 Perio 2017
- 31 **Punkt widzenia** J. Małmyga:
Miejmy odwagę zaufać sobie i innym
- 32 **Prawo i medycyna:** IMI - mechanizm
ostrzegania
- 34 **Kodeks Etyki Lekarskiej:** SOR: odmowa przyjęcia
- 35 **Biuletyn**
- 39 **Nauka w skrócie**
- 40 **Polskie innowacje:** Jak udało się pokonać SM
- 41 **Reportaż:** Misterne heklowanie
- 44 **Lekarskie towarzystwa naukowe:**
Endokrynologia to specjalność złożona
- 45 **Stukot białych tępów:** Poleż sobie
- 48 **Praktyka lekarska:** Dyplom i płeć a zdrowie
- 50 **Padaczka** pod kontrolą wirtualnej kliniki
- 52 **Wytyczne praktyki lekarskiej:** Przegląd
systematyczny - solidna wiedza
- 54 **Listy do redakcji**
- 56 **Historia i medycyna:** Konrad Dobrski (1849-1915)
- 58 **Indeks korzyści:** Pacjent w Całości
Zaopiekowany
- 60 **Ze sceny** A. Andrus: Spadła z konia?
- 61 **Kultura:** Małość
- 62 **Błąd malarski:** Na zakręcie
- 63 **Kultura:** XVII Biesiada Literacka
i VIII Kabaret Lekarski „Bąk”
- 64 **Kultura**
Nasza czytelnia
- 65 **Sport**
- 67 **Ogłoszenia**
- 72 **Komunikaty**
- 73 **Epikryza [68]** J. Wanecki: Wiosenny przekrój
- 74 **Jolka lekarska**



11

Coś więcej
niż zęby

50

Padaczka
pod kontrolą

58

Pacjent
ZaopiekowanyWIĘCEJ NA WWW.GAZETALEKARSKA.PL

PAKIET ONKOLOGICZNY

Prezydent Andrzej Duda podpisał nowelizację ustawy, na mocy której m.in. uproszczona zostanie karta diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO).

SIEĆ SZPITALI

W naszym portalu na bieżąco śledzimy to, co będzie działo się w służbie zdrowia w związku z wejściem w życie przepisów wprowadzających sieć szpitali.

Jest sieć

Mamy ustawę o „sieci szpitali”. Uchwalona w pośpiechu, z pominięciem licznych głosów zgłaszających poprawki, z krótkim terminem do wprowadzenia. Jej zapisy budzą w lekarzach wiele obaw.



Ryszard Golański

Redaktor naczelny
„Gazety Lekarskiej”

O projekcie ustawy i związanych z nim wątpliwościach oraz kontrowersjach wiele pisaliśmy na naszych łamach. W tym numerze także znajda Państwo opinie w tej sprawie. Być może nie wszystkie obawy związane z wdrożeniem przepisów ustawy okażą się zasadne. Jednym ze spodziewanych zagrożeń są zapowiedzi likwidacji niektórych oddziałów specjalistycznych w szpitalach powiatowych, bo zostały przypisane wyższemu stopniowi referencyjności. Znany mi przykład to zapowiadany ruch w stosunku do oddziałów pneumonologiczno-ftyzjatrycznych. Mam nadzieję, że te zapowiedzi się nie potwierdzą i oddziały specjalistyczne, z wysoko wyspecjalizowaną grupą doświadczonych lekarzy, będą mogły nadal służyć pomocą mieszkającym w pobliżu pacjentom, bez konieczności odsyłania ich do szpitali wojewódzkich czy uniwersyteckich.

W ostatnich dnia przeczytałem w kilku miejscach informacje o tym, że coraz częściej sądy wydają wyroki skazujące wobec rodziców, którzy nie pozwalają szczepić swoich dzieci. Ta wiadomość powinna mnie ucieszyć, jako przekonanego zwolennika i propagatora szczepień profilaktycznych, ale to jednocześnie smutna konstatacja. Nie potrafimy jednoznacznie przekonać społeczeństwa o korzyściach i konieczności szczepień, a ruchy „przeciwszczepieniowe” są bardzo głośne, zdeterminowane i niestety często skuteczne w swojej propagandzie.

Ostatnie weekendy to czas licznych zjazdów okręgowych. To ostatnie zjazdy w kończącej się VII kadencji samorządu lekarzy i lekarzy dentystów. Przed nami – od czerwca do września – wybory delegatów na nową kadencję. W niektórych izbach zdecydowanie „ożywili” się młodzi lekarze, głównie za sprawą rezydentów. To bardzo dobra wiadomość. Czas, aby w samorządzie zaczęli aktywnie działać młodszy koledzy. Tematy, które ich głównie interesują, to oczywiście kształcenie, ale także kultura, sport i rekreacja. Na wielu zjazdach panowały nastroje minorowe co do dnia dzisiejszego i przyszłości ochrony zdrowia w Polsce. Wielu wystąpieniem towarzyszyło poczucie niepewności jutra. Niepewności osobistej lekarzy i dotyczącej placówki, w której się pracuje. Dokucza nam nadmierne i niesłuszne obciążenie lekarzy czynnościami administracyjnymi. Część z tych obowiązków wydaje się być zbędna albo potrzebna tylko urzędnikom.

Zmian w „Gazecie Lekarskiej” ciąg dalszy. Pojawia się rubryka przedstawiająca opiekę zdrowotną kraju ustami ministra zdrowia – na początek Dania. Inny nowy cykl będzie poświęcony wytycznym w medycynie. W tym numerze publikujemy artykuł poświęcony Cochrane Polska, organizacji działającej na Wydziale Lekarskim Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Jej celem jest wspieranie decyzji dotyczących zdrowia i opieki zdrowotnej opartych o wiarygodne i aktualne dane naukowe.

Życzę wszystkim Koleżankom i Kolegom, aby dni Świąt były czasem poświęconym osobom najbliższym, chwilą zapomnienia o codziennych problemach zawodowych i okрем zwiększonej aktywności ruchowej. ☺

MIGAWKA

Czas ucieka. Wieczność czeka...

Jan Paweł II

W imieniu Kolegium Redakcyjnego,
Redakcji oraz autorów
i współpracowników „Gazety Lekarskiej”
życzymy zdrowych Świąt Wielkanocnych.

Ryszard Golański

Jarosław Wanecki



Nowe prawa pacjenta, nowe obowiązki lekarzy

23 marca 2017 r. Sejm przyjął, po rozpatrzeniu poprawek Senatu, ustawę o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw.

 **JAROSŁAW KLIMEK** Radca prawny OIL w Łodzi

ZMIANY W ZAKRESIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wprowadzone zostają definicje ustawowe – wyciągu, odpisu, kopii dokumentacji medycznej.

Osoby wykonujące zawód medyczny będą uprawnione do przetwarzania dokumentacji z mocy ustawy, a osoby wykonujące czynności pomocnicze (rejestratorzy, informatycy) na podstawie upoważnienia administratora danych.

Zgłoszenia alarmowe nie będą traktowane jako część dokumentacji medycznej.

Wprost dopuszcza się udostępnienie dokumentacji w celach dydaktycznych.

Wprowadzone zostają zmiany w regulacjach dotyczących udostępniania dokumentacji medycznej. W oryginale dokumentacja udostępniana będzie tylko na żądanie organów władzy publicznej, sądów i gdy zwłoka powodowałaby zagrożenie dla zdrowia lub życia. Wyłączona zostaje możliwość wydania pacjentowi oryginałów dokumentacji na każde jego żądanie.

Dopuszcza się możliwość udostępniania dokumentacji przez jej skanowanie i przekazywanie za pomocą transmisji elektronicznej lub na nośniku informatycznym, jeśli podmiot przewidzi taką możliwość w swoim regulaminie organizacyjnym.

Konieczne będzie prowadzenie wykazów dotyczących udostępnianej dokumentacji. Będą one zawierały dane pacjenta, którego dotyczy udostępnianie dokumentacji, a także sposób i zakres jej udostępnienia, dane podmiotu, któremu udostępniono dokumentację.

Ustalone zostają nowe stawki opłat za udostępnianie dokumentacji, różnicowane ze względu na sposób udostępnienia.

Jedną z istotnych zmian jest uregulowanie sposobu postępowania z dokumentacją medyczną po zaprzestaniu wykonywania działalności przez podmiot udzielający świadczeń, w tym lekarza wykonującego zawód w formie praktyki zawodowej. W przypadku zakończenia prowadzenia praktyki dokumentacja może zostać przekazana podmiotowi przejmującemu jej prowadzenie. Jeśli nie nastąpi przejęcie prowadzenia praktyki albo jej

zaprzestanie związane jest ze śmiercią lekarza, dokumentacja ma być przekazywana właściwej okręgowej izbie lekarskiej. Dokumentacja musi zostać przekazana w sposób zapewniający jej zabezpieczenie przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą oraz dostępem osób nieuprawnionych. Jeśli lekarz nie przekaze dokumentacji w sposób zgodny z ustawą, okręgowa rada lekarska może na niego nałożyć karę pieniężną do trzykrotności przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale. Podobne kary nakładane mogą być na szefów podmiotów leczniczych, którzy nie wykonają tych obowiązków. W przypadku gdy podmiot wykonujący działalność leczniczą jest z urzędu wykreślany z rejestru, organ rejestrowy wzywa go do wskazania podmiotu przechowującego dokumentację, a gdy nie odniesie to skutku, określa sposób postępowania z dokumentacją na koszt wykreślanego podmiotu.

Zmieniona została również ustawa o izbach lekarskich i na organy samorządu nałożono obowiązek archiwizowania dokumentacji w takich przypadkach, na co mają otrzymać środki budżetowe.

ZMIANY W ZAKRESIE PRAW PACJENTA

Ustawa wprowadza prawo do uzyskania przez pacjenta informacji o stanie zdrowia także od innych niż lekarz osób wykonujących zawód medyczny.

Zgoda pacjenta na badanie lub udzielenie świadczenia zdrowotnego dotyczyć będzie nie tylko czynności proponowanych przez lekarza, ale również proponowanych przez inne osoby wykonujące zawód medyczny.

Nowe przepisy przewidują prawo każdego pacjenta (a nie tylko w stanach terminalnych) do leczenia bólu, a na podmioty udzielające świadczeń nakładają obowiązek podejmowania działań określających stopień natężenia bólu, leczenia bólu, monitorowania skuteczności tego leczenia, bez względu na źródło bólu, wiek pacjenta czy miejsce jego pobytu. Obecność osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zależeć będzie od życzenia pacjenta, dotychczas obowiązujące przepisy mówiły tylko, że osoba taka może być obecna, nie uzależniając jej od woli pacjenta. 

Stało się

Ustawę o sieci szpitali przyjął Sejm RP i Senat RP, i pewnie podpisze ją niebawem Prezydent RP.



Maciej Hamankiewicz

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Sprawy toczą się wyjątkowo szybko i każdy pewnie zastanawia się, dlaczego minister zdrowia Konstanty Radziwiłł tak pędzi, bez pilotażu i bez dodatkowych pieniędzy, bo przecież ani poziom PKB na zdrowie nie wzrósł, ani nie zapowiedziano zabrania puli środków z innej szuflady. Biuro Legislacyjne Senatu też chciało się

dowiedzieć, skąd ten pośpiech, zgłaszając na posiedzeniu Senackiej Komisji Zdrowia, że termin wejścia w życie ustawy i terminy na dostosowanie się podmiotów leczniczych do nowych warunków są nadzwyczaj krótkie. I minister Radziwiłł odpowiedział, że terminy są podyktowane „ważnym interesem państwa”. Dowiedzieliśmy się więc, że to ważny interes państwa, a nie pacjenta, nie lekarza, nie pielęgniarki przemawia za wprowadzeniem ustawy o sieci. Ja bym raczej się spodziewał, że ważnym interesem państwa na pierwszym miejscu będzie zwiększenie poziomu PKB na zdrowie po to, by zadbać o ważne interesy pacjentów i pracowników medycznych. Ponadto, co jest dla mnie wyrazem zupełnego ignorowania stron społecznych, z 325 zgłoszonych poprawek do projektu ustawy uwzględniono tylko 29. Aż kusi, by zakląć, ale nie wypada.

Do Naczelnej Izby Lekarskiej, na moje biurko, napłynęły fotografie. Przedstawiają skutki wykonywania świadczeń medycznych przez osoby nieuprawnione, w tym przypadku zabiegów estetycznych przez kosmetyczki. Efekty takich działań obserwują nasze Koleżanki i Koledzy dermatolodzy, którym najczęściej przypada zmaganie się z powikłaniami. Przychodzą do nich osoby chore, które wymagają nie tylko leczenia w zakresie zmian fizycznych, ale przede wszystkim leczenia skutków psychicznych. Co więcej, zdarza się, że kosmetyczka posługując się dokumentem wydanym przez np. radcę prawnego, który zaświadcza, że wykonując zabiegi w celach estetycznych z użyciem toksyny botulinowej czy kwasu hialuronowego, wykonuje je zgodnie z prawem!

Samorząd lekarski już kilkakrotnie zwracał na to uwagę. Przed kilkoma laty, ale i w grudniu ubiegłego roku, Naczelna Rada Lekarska apelowała do ministra zdrowia o podjęcie prac legislacyjnych mających na celu uregulowanie tych kwestii. Ufam, że coś drgnie w tym zakresie, bo jeśli nie, to spraw, które wpłyną do prokuratury, będzie coraz więcej.

A ja do składania tych spraw namawiam wszystkich, którzy spotkali się z krzywdą ludzką. Piszcie, nie ustawajcie w apelach, powiadamiajcie prokuraturę, izbę lekarską, samorząd radców prawnych. Może to zmobilizuje ministerstwo do reakcji.

Doczekaliśmy się natomiast sprawozdania z wykonania ustawy refundacyjnej, o które wielokrotnie apelowaliśmy do ministra zdrowia, gdyż obliguje go do tego jeden z paragrafów tej ustawy. Pełną analizę tego dokumentu przeprowadzi Naczelna Rada Lekarska i przedstawi w maju, ale już widać, że starano się wskazać pozytywne skutki obowiązującej ustawy, ale nie pominęto też skutków negatywnych. Negatywnie oceniono dialog społeczny na etapie procedowania projektu ustawy refundacyjnej doprowadzający m.in. do naszych protestów, utrzymujący się wysoki poziom współpłacenia pacjenta, o czym nie raz mówiliśmy, czy temat braku przeznaczenia – wbrew składanym obietnicom – oszczędności płatnika na finansowanie nowych leków. Mnie zabrakło najistotniejszego negatywnego skutku: odebranie lekarzom czasu przeznaczonego na leczenie i przeznaczenie na biurokratyczne procedury ustalania odpłatności. Pozytywy? Czytamy, że to m.in. zrationalizowanie rosnących wydatków płatnika. To ja pytam: na co poszło zaoszczędzenie tych wydatków?

Na posiedzeniu Zarządu Towarzystwa Internistów Polskich prof. Ryszard Gellert, dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, przedstawił bardzo ciekawy problem, stanowiący wyzwanie dla Ośrodka Badań, Studiów i Analiz Naczelnej Izby Lekarskiej, a mianowicie akredytacje w świetle sieci szpitali. Czy będzie tak, że utracimy 20 proc. podmiotów uprawnionych do posiadania miejsc szkoleniowych? Czy za chwilę nie będzie miał kto lekarzy uczyć, a potem nie będzie miał kto pacjentów leczyć? Mam wrażenie, że to się może zdarzyć.

W tym czasie niepokoju o to, jak będzie wyglądała nasza praca przy nowych zmianach prawa, życzę Wszystkim Koleżankom i Kolegom spokoju w nadchodzące Święta Zmartwychwstania Pańskiego. Życzę, byście zaczerpnęli z tego czasu nadzieję i radość. ○



^ W siedzibie NIL w Warszawie.

Wsparli OSAI NIL

Naczelna Rada Lekarska podziękowała Koleżankom i Kolegom, którzy wzięli udział w badaniu środowiska lekarzy i lekarzy dentystów dotyczącym czasu i miejsc pracy lekarzy. Wzięło w nim udział 1775 osób. Wśród tych, które w badaniach opinii środowiska lekarskiego prowadzonych przez Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji NIL brały udział dwa lub więcej razy, wylosowano atrakcyjne nagrody. Wyniki badania zostaną opublikowane

przez Naczelną Izbę Lekarską po zakończeniu całego projektu i przekazaniu raportów do Ministerstwa Zdrowia, które to badanie finansuje.

Na zdjęciu: podziękowanie za aktywność w badaniach otrzymali lekarze (od lewej): dr Piotr Pacholec, dr Łukasz Nazaruk, dr Łukasz Chałupka, dr Joanna Biegajło i dr Krzysztof Kuchta (pierwszy z prawej). Dziękowali wiceprezesi NRL: prof. Romuald Krajewski i dr Leszek Dudziński. ○

Szczepienia — prośba do TVN

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej dr Maciej Hamankiewicz, Główny Inspektor Sanitarny dr Marek Posobkiewicz oraz Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny prof. Mirosław Wysocki wystosowali do Prezesa TVN pismo dotyczące zapowiadanej w stacji TVN7 emisji filmu, którego twórca został pozbawiony prawa wykonywania zawodu lekarza w Wielkiej Brytanii. Film dotyczy domniemane- go powiązania pomiędzy szczepionką

MMR przeciw odrze, śwince i różyczce a autyzmem.

„Nie wiemy, jakie skutki zdrowotne wśród polskiego społeczeństwa może przynieść emisja tego kontrowersyjnego filmu i ile osób zrezygnuje ze szczepień MMR, ale mając na uwadze dane dotyczące oglądalności TVN7 (średnia widownia 181 827 osób wg Nielsen Audience Measurement z czerwca 2016 r.), możemy obawiać się o zdrowie bardzo wielu Polaków” – czytamy w liście do Prezesa TVN. ○



Katarzyna Strzałkowska

Rzecznik prasowy
Naczelnej Izby
Lekarskiej

Zatrudnianie lekarza przez lekarza

Naczelna Rada Lekarska proponowała Ministrowi Zdrowia zmianę ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty dotyczącą umożliwienia lekarzowi, lekarzowi dentyście wykonującemu indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, zatrudnienie w tej praktyce, w wyraźnie wskazanych okolicznościach, innego lekarza, lekarza dentystry. Projekt mówi o zatrudnieniu w celu odbycia przez zatrudnionych stażu podyplomowego, szkolenia specjalizacyjnego lub szkolenia w celu uzyskania umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonego świadczenia zdrowotnego. Według projektu istniałaby również możliwość zatrudnienia innego lekarza przez lekarza będącego emerytem lub jeżeli brakuje mu nie więcej niż 4 lata do osiągnięcia wieku emerytalnego, jeżeli spełnia warunki do uzyskania prawa do emerytury z osiągnięciem tego wieku. Proponuje się też możliwość zatrudnienia, jeśli lekarzem, lekarzem dentystą, który ma być zatrudniony, jest małżonek, wstępny, zstępny lekarza, lekarza dentystry wykonującego praktykę lub jeżeli okres zatrudnienia ma obejmować okres przemijającej niemożności osobistego udzielania świadczeń zdrowotnych lub niektórych świadczeń zdrowotnych. Zatrudniający byłby obowiązany do poinformowania o tym organu prowadzącym rejestr. ○

» Egzaminy ponownie w TK

Pod koniec marca br. został złożony do Trybunału Konstytucyjnego kolejny wniosek Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie jawności pytań testowych z LEK, LDEK i PES.

Pierwsza sprawa w TK zakończyła się wygraną NRL – wówczas sądzono, że lekarze i lekarze dentyści wreszcie uzyskają nieograniczoną możliwość dostępu do pytań z lat ubiegłych. Tymczasem ustawodawca uchwalił nowe przepisy, które ograniczają dostęp do pytań. W dniu 21 października 2016 r. uchwalono ustawę o zmianie ustawy

o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw, w której wprowadzono nowe ograniczenia w jawności pytań: po pierwsze, uchwalono, że udostępnienie pytań w trybie dostępu do informacji publicznej jest możliwe dopiero po upływie 5 lat od dnia przeprowadzenia egzaminu. Po drugie, przed upływem 5 lat od daty egzaminu zezwolono na dostęp do pytań wyłącznie osobie przystępującej do tego egzaminu, tylko w siedzibie Centrum Egzaminów Medycznych. Więcej na www.nil.org.pl. 

» Nie dla kryteriów

Prezydium NRL wniosło o wstrzymanie ogłaszania postępowań w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami w rodzaju leczenia stomatologiczne. Prezydium NRL uznało, że kryteria wskazane w rozporządzeniu MZ dotyczące świadczeń stomatologicznych są określone niewłaściwie i jako takie nie powinny stanowić podstawy przeprowadzania przez NFZ postępowań konkursowych. W ocenie Prezydium NRL, określone w załączniku do rozporządzenia kryteria wyboru ofert preferują duże podmioty (punkotowanie ilości wykonywanych procedur, praca w dni wolne, świadczenie usług z kilku zakresów), co w konsekwencji czyni niemożliwym dotrzymanie przez NFZ obowiązku równego traktowania oferentów. Ponadto preferowanie dużych pomiotów przy wyborze ofert w konsekwencji prowadzi do ograniczenia pacjentowi wyboru lekarza.

Samorząd lekarski zwrócił także uwagę na nieuwzględnienie w rozporządzeniu istotnych problemów opieki stomatologicznej, w tym zwłaszcza kwestii systemowej opieki nad dziećmi i osobami niepełnosprawnymi. 



Etyka lekarska na Kongresie

Na odbywającym się w Katowicach w marcu br. II Kongresie Wyzwań Zdrowotnych czynny udział w sesji „Etyka i jej znaczenie w pracy personelu medycznego” wzięli (na zdjęciu od lewej): dr Maciej Hamankiewicz, dr Zyta Kaźmierczak-Zagórska, mec. Gabriela Morawska-Stanecka, prof. Jerzy Sobczak, prof. Jędrzej Skrzypczak, dr Grzegorz Wrona.



➤ **Sesja etyczna podczas II Kongresu Wyzwań Zdrowotnych.**



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

Nowe klocki albo zmiana obrazka



Sławomir Badurek

Diabetolog, publicysta medyczny

Przysłuchując się dyskusjom na temat reformatorskich planów ministra Radziwiłła, ostatnio bardzo ożywionych za sprawą koncepcji sieci szpitali, przyszła mi na myśl „Układanka” Wojciecha Młynarskiego.

Nieodżałowany mistrz śpiewanych felietonów napisał ją w czasach głębokiego PRL-u. Z telewizorów, radioodbiorników i gazet, zgodnie wyłaniał się wówczas obraz mocno podkolorowanej Polski. „Było zboże świeżo ścięte, piernikowa chatka w lasku i krasnalki z transparentem. W krąg się wiła rzeka mleczna, kłós się złocił, kwiat zakwitał. Słowem, była to bajeczna kwintesencja dobrobytu”. Tylko dzieci z piosenki, które miały ów sielski obrazek ułożyć z dołączonych klocków, nijak nie mogły poradzić sobie z zadaniem. Bo „choć wyteżały oczka, zniechęcając się po troszku, choć się jęła zbliżać nocka, układanka była w proszku. No ale co tu się dziwić, jeśli Jurek znalazł ćwierć komina i na tym koniec – kropka”.

W opowieściach pani premier i naszego ministra o narodowej służbie zdrowia, tej z niedalekiej przyszłości, też wszystko jest sielskie i anielskie. Nie ma zniechęconego NFZ-u i kolejek, są za to zadowoleni pacjenci, których szpitale i przychodnie otaczają kompleksową opieką. Obrazek piękny, tylko klocki jakby z innego zestawu. Bo jak by nie układać, elementy nie chcą do siebie pasować, a wielu – i to tych z centrum kadru – po prostu brakuje. Dlatego już niejednego Jasio „ścisnął w piąstki małe dłonie” i przytomnie zauważył: „ktoś nas tutaj robi w konia! Ja mam dość tych dyrdymałów, spójrzcie same, jeśli łaska, przecież żaden z tych kawałków nie pasuje do obrazka!”.

Weźmy sieć szpitali, która jest teraz na tapecie. Mniej placówek będzie za chwilę miało wykonać więcej zadań, dysponując tym samym co dziś budżetem. Najistotniejsza różnica – pieniądze otrzymają w formie z góry określonego ryczałtu. Taki system od lat funkcjonuje w podstawowej opiece zdrowotnej. Z ekonomicznego punktu widzenia najlepszy pacjent to ten, który w ogóle nie korzysta z usług przychodni. Każdy inny oznacza koszty. Największe generują wymagający systematycznych badań diagnostycznych. Nie ma dnia, bym nie słyszał, czego to oni tam w rejonie nie chcą robić. Najczęściej chodzi o podstawowe i uzasadnione stanem zdrowia chorego analizy laboratoryjne. Ale nie dziwię

się koleżankom i kolegom z przychodni. To nie oni wymyślili taki system. Po wprowadzeniu budżetowania szpitali, także i tam, pacjent – w jeszcze większym niż dotąd stopniu – stanie się przede wszystkim kosztem. Każdy! Zwłaszcza zaś ten obciążony wieloma chorobami. Będzie z pewnością wywierany nacisk, by od chorych nie stronić. Minister już zapowiada wprowadzenie motywujących wskaźników, opartych na metodzie kija i marchewki. Tylko co z tego, skoro pieniędzy w systemie w najbliższych latach nie przybędzie. Szpitale, by zasłużyć na ryczałt, będą leczyły łżej chorych, co z pewnością kolejek nie skróci. Deklaracje nie rozwiążą problemu tzw. nieopłacalnych pacjentów. A trzeba będzie jeszcze znaleźć środki na opiekę specjalisty i rehabilitację, rozwiązać wzbierające konflikty płacowe. Tak czy owak, układanka w proszku. Pytam więc, w ślad za mistrzem Młynarskim: „Po co my tu główkujemy, wyteżamy się od nowa, po co dopasowujemy, jak się nie da dopasować?!”.

W 2003 r. rząd SLD-PSL też reformował system, likwidując kasy chorych i tworząc NFZ. Wtedy uzasadniano konieczność zmian „utrąć poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, przesunięciem świadczeń medycznych do sektora prywatnego i ograniczeniem ich dostępności”. Te współcześnie brzmiące argumenty to urywek z programu gospodarczego i społecznego SLD, powstałego przed spektakularnym zwycięstwem tej partii w wyborach parlamentarnych jesienią 2001 r. Zasadniczy efekt zmian, wprowadzonych przez rząd Leszka Millera, to zastąpienie jednych struktur administracyjnych – drugimi. Należałoby doprecyzować – nie tyle drugimi, co swoimi i dla swoich. Wykorzystano złą sławę, jaką cieszyły się wśród pacjentów kasy chorych, kojarzone z ograniczeniem dostępu do świadczeń i rozmaitymi nadużyciami. Od tego czasu, w przeciwieństwie do spektakularnej poprawy bytu obdarowanych synekurami, systemowi naprawić się nie udało. Dlatego rząd PiS, uzasadniając zmiany, może czerpać garściami z eseldowskich mądrości sprzed 15 lat. Obrazki z rządowych układanek też są bardzo podobne. Nas, lekarzy, także nikt o zdanie nie pyta, tylko wręcza klocki i każe układać. Trafności pointy to jednak nie zmienia: „Ja bym mógł do ciemnej nocki tak układać z wami razem, ale dajcie nowe klocki albo zmieńcie ten obrazek!”. ○

Coś więcej niż zęby



Zdrowa starość zaczyna się w dzieciństwie, a niektórzy twierdzą, że już w łonie matki. Jaka jest kondycja jamy ustnej Polaków? Jakie znaczenie ma poziom witaminy D? Co dzieje się w głowie z bezzębiem? Między innymi o tym mówiono podczas obchodzonego niedawno Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej.

✪ MARTA JAKUBIAK

O holistycznym podejściu do zdrowia jamy ustnej lekarze dentyści przypominają zawsze, ponieważ wciąż pokutuje myślenie, że jama ustna to tylko zęby. To znacznie więcej: bezzębie prowadzi do niedożywienia, zakażenie okołozębowe zwiększa ryzyko zapalenia płuc, bakterie znajdujące się w jamie ustnej mogą odpowiadać za powstawanie wrzodów żołądka, a także zapalenie stawów i bakteryjne zapalenie wsierdza.

– O znaczeniu zdrowia jamy ustnej dla zdrowia ogólnego człowieka powinniśmy mówić na co dzień, edukować pacjentów i uświadamiać społeczeństwo. Zdrowa jama ustna to nie tylko kwestia

80%

kosztów leczenia stomatologicznego w Polsce pokrywane jest ze środków własnych pacjentów.

dobrostanu fizycznego, braku dolegliwości, ale również sfera emocjonalna i jakość funkcjonowania w społeczeństwie – mówi dr Anna Lella, przewodnicząca Komisji ds. Współpracy Międzynarodowej NRL, prezydent ERO-FDI.

20 marca w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej zorganizowano konferencję „Żyj rozsądnie – dbaj o zdrowie jamy ustnej”. – Zależy nam, by budować zasady odpowiedzialności za własne zdrowie. W inicjatywę tę włączyły się również komisje stomatologiczne w całej Polsce – podkreśla dr Leszek Dudziński, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej i przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL. – W propagowanie zdrowego stylu życia, nie tylko zasad właściwej dbałości o zdrowie jamy ustnej,

powinniśmy zaangażować się wszyscy: nie tylko lekarze dentyści, ale także wychowawcy, lekarze rodzinni i pediatrzy, pielęgniarki, położne. Profilaktyka w odniesieniu do próchnicy zębów mlecznych powinna rozpoczynać się już w okresie ciąży, aby później, kiedy będziemy już seniorami, mieć swoje własne uzębienie i dobre zdrowie – apeluje prof. Dorota Olczak-Kowalczyk z Zakładu Stomatologii Dziecięcej WUM, konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej.

– Niedawno zakończyliśmy szwajcarsko-polski projekt „Edukacja, promocja i profilaktyka w kierunku zdrowia jamy ustnej skierowana do małych dzieci, ich rodziców, opiekunów i wychowawców” (krócej „Dzieciństwo bez próchnicy”). Był on zogniskowany na najmłodszej grupie naszego społeczeństwa i na osobach dorosłych, które mają wpływ na kształtowanie zachowań prozdrowotnych u dzieci. Pozytywny odbiór i zainteresowanie tym projektem pozwala mieć nadzieję, że przyniesie on wymierne zyski w latach późniejszych – mówi prof. dr hab. Maria Borysewicz-Lewicka z Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, przewodnicząca rady programowej projektu.

– Nie ma zdrowia ogólnego bez zdrowia jamy ustnej i zdrowia jamy ustnej bez zdrowia ogólnego – o szerokie spojrzenie na problem apeluje prof. dr hab. Marzena Dominiak z Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. – Wysiłki na rzecz zdrowego stylu życia warto podjąć w każdym wieku – dodaje prof. dr hab. Honorata Shaw, wiceprezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego. – Zdrowie jamy ustnej nie ogranicza się tylko do zdolności mówienia, uśmiechania się, smakowania, dotykania, żucia, przelatywania i wyrażania poprzez mimikę różnych emocji, bez odczuwania bólu lub jakichkolwiek innych dolegliwości i chorób zespołu twarzoczaszki. Jest podstawowym składnikiem zdrowia fizycznego oraz psychicznego, na który wpływają indywidualne oraz społeczne wartości i podejście do spraw zdrowia – dr Lella przypomina przyjętą w ubiegłym roku przez FDI definicję zdrowia jamy ustnej. Wpisuje się w nią również koncepcja WHO.

ŚWIATOWE TRENDY

Myj zęby przez dwie minuty dwa razy dziennie. Nie płucz ich wodą po szczotkowaniu, jedynie wypłuj nadmiar pasty. Stosuj zdrową dietę, z ograniczoną ilością przekąsek i napojów o wysokiej zawartości cukru. Rzuć palenie. Ogranicz spożycie alkoholu. Noś ochraniacz na zębach, gdy uprawiasz sporty kontaktowe. Lekarza/dentystę odwiedzaj regularnie – co najmniej dwa razy w roku. To najważniejsze postulaty środowiska stomatologicznego kierowane do pacjentów na całym świecie.

Motto Światowej Federacji Dentystycznej, która stawia sobie za cel doprowadzić świat do optymalnego zdrowia, brzmi: „Myśl globalnie – działaj lokalnie”. – Każdy z nas, nawet drobnymi czynnościami, które na co dzień wykonuje w gabinecie, a także poprzez edukowanie pacjentów, może wpływać na zdrowie całej populacji – mówi dr Anna Lella. Problemy opieki stomatologicznej na świecie są stale monitorowane. Obciążenia chorobami jamy ustnej zmieniają się na przestrzeni lat, m.in. zmniejsza się problem próchnicy u dzieci (ale nie w Polsce!) oraz utraty zębów u dorosłych. Groźna jest nie tylko próchnica, inne choroby i stany chorobowe w tym obszarze również stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia pacjentów. – Coraz częściej mówi się o tym, że lekarz/dentysta jest lekarzem pierwszego kontaktu, który ma szansę wykryć pierwsze symptomy chorób ogólnych, manifestujące się w jamie ustnej – informuje dr Lella.

Optymalna opieka stomatologiczna to jednak wyzwania ekonomiczne, a koszty związane z leczeniem stanów chorobowych w tym zakresie zajmują czwarte miejsce na świecie pod względem wszystkich kosztów leczenia. W Polsce leczenie stomatologiczne w blisko 80 proc. pokrywane jest ze środków własnych pacjentów, refundacja pokrywa zaledwie nieco ponad 20 proc. Mamy około 36 tys. lekarzy/dentystów. Ich rozmieszczenie jest jednak nierównomierne, np. w woj. mazowieckim jest 6 tys. stomatologów, ale już w woj. opolskim zaledwie 600. Różna jest też dostępność do świadczeń. – Nie brakuje nam kadry, nie brakuje nam bazy. Brakuje nam publicznych środków finansowych, żeby realizować założenia polityki zdrowotnej niezbędne do osiągnięcia celów – dodaje prezes Dudziński.



▲ Prof. Maria Borysewicz-Lewicka i prof. Marzena Dominiak, dr Leszek Dudziński

CHORE POKOLENIA

– Jak smutno słyszeć, że problem próchnicy u dzieci zmniejsza się na całym świecie, tylko nie w Polsce – mówi prof. Dorota Olczak-Kowalczyk. W ramach programu „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016-2020” przeprowadzono badania, które pomogłyby zrozumieć, dlaczego tak się dzieje. Są już wyniki. – Ponad 50 proc. trzylatków ma ubytki próchnicowe. Myślę, że tych z chorobą próchnicową jest o wiele więcej. Odsetek dzieci z ubytkami próchnicowymi wzrasta wraz z wiekiem: ponad 90 proc. 18-latków ma próchnicę. Polski trzylatek ma średnio ponad dwa zęby z ubytkami próchnicowymi. U osiemnastolatka próchnica dotyczy aż 7 zębów. Częstość występowania próchnicy w zębach stałych u dzieci w wieku 5 lat to 6,41 proc., u 7-latków – 29,7 proc. – wylicza.

Próchnica jest uwarunkowana wieloczynnikowo. Są wśród nich także czynniki socjodemograficzne. Dlaczego między miastem a wsią różnica w częstości i intensywności występowania choroby próchnicowej jest tak duża? Prof. Olczak-Kowalczyk twierdzi, że zgodnie z wynikami badań ankietowych świadomość prozdrowotna i wiedza dotycząca zdrowia jamy ustnej są na bardzo podobnym poziomie, ale już zachowania higieniczne – nie. Dzieci na wsi rzadziej szczotkują zęby dwa razy w ciągu dnia, zwłaszcza z pomocą rodziców. Brak dobrych nawyków nie zmienia się znacząco także w przypadku młodzieży.

Dlaczego u trzyletnich dzieci tak często występuje choroba próchnicowa i jest tak intensywna? Ważnym czynnikiem przyczynowym okazał się m.in. sposób karmienia dziecka w drugim roku życia, kiedy obecne są już pierwsze zęby. Najczęściej popełniano błędy polegające na tym, że zasypiało ono z piersią lub



butelką, a co za tym idzie – zęby nie były oczyszczane przed snem. Podawanie słodzonych napojów i pokarmów w pierwszych dwóch latach życia (otrzymuje je ponad 80 proc. dzieci) dwukrotnie zwiększało wystąpienie choroby próchnicowej. Dużym problemem w polskim społeczeństwie jest też zwyczaj słodzenia herbaty. Wg WHO nie powinniśmy spożywać więcej niż 20 kg cukru rocznie. W Polsce w rekordowym 2014 r. odnotowano konsumpcję cukru na poziomie ponad 44 kg na osobę.

Stomatolodzy z problemem próchnicy walczą od lat. By wspomóc ich w tej walce, w latach 2012-2016 prowadzono projekt „Dzieciństwo bez próchnicy”. W 85 proc. został on sfinansowany przez Szwajcarię, w 15 proc. przez polskie Ministerstwo Zdrowia (łącznie pochłonął ponad 6 mln CHF!). Realizował go Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, przy współudziale ośmiu uczelni medycznych w kraju. Jednym z jego owoców jest aplikacja na komórkę „Pamięć – zębowa przygoda”, którą od grudnia pobrało ponad 20 tys. użytkowników. – Z programem dotarliśmy łącznie do 360 tys. dzieci. Nasze akcje edukacyjne spotkały się z dużym zainteresowaniem i wiązały z aktywnym udziałem osób, do których były skierowane. Teraz czekamy na efekty. Wierzę, że będą bardzo dobre – podsumowuje prof. Maria Borysewicz-Lewicka.

WITAMINA D

– Wiemy już, że jednym z czynników odpowiedzialnych za wystąpienie i przebieg chorób jamy ustnej jest powszechny w naszym kraju niedobór witaminy D. To bardzo ważny czynnik ryzyka, zwłaszcza w okresie rozwojowym dzieci – zauważa prof. Olczak-Kowalczyk. – Witamina D oddziałuje na cały organizm i poszczególne jego układy



▲ Poradnik dobrych praktyk do pobrania na www.zebymalegodziecka.pl.



poprzez wiązanie z receptorem witaminy D (VDR) lub receptorem kalcytriolowym, obecnym w ponad 30 tkankach i narządach – wyjaśnia prof. Marzena Dominiak. – Jej działanie jest pleiotropowe, a niedobór może przyczyniać się do rozwoju procesu zapalnego po zabiegach chirurgicznej ekstrakcji zębów, zwłaszcza zębów zatrzymanych. Utrudnione może być również leczenie ortodontyczne – wylicza prof. Dominiak. Niedobór w przypadku witaminy D to stężenie <30 ng/ml (75 nmol/ml) w surowicy krwi. W Polsce u 70 proc. populacji notuje się stężenie <20 ng/ml (50 nmol/ml). – Polacy są na granicy wpływu witaminy D na stan zdrowia ogólny: poziom poniżej 17 ng/ml to niezależny czynnik śmiertelności ogólnej – wyjaśnia.

Witamina D uczestniczy w metabolizmie kostnym i jednocześnie czuwa nad prawidłową proporcją stężeń wapnia i fosforanów w obrębie kości. Także w przypadku zaawansowanej periodontopatii jej poziom nie jest bez znaczenia, bowiem ma ona wpływ przeciwzapalny, przeciwbakteryjny oraz stymulujący tworzenie kości. – Wspólnie z instytutem PAN przeprowadziliśmy badania na losowo wybranej grupie 65 pacjentów, wykorzystując metodologię spektrometrii mas: nie tylko do oznaczenia poziomu witaminy D, ale także parathormonu, wapnia i fosforu. U 57 respondentów, czyli u około 90 proc. badanej grupy, odnotowaliśmy obniżony poziom witaminy D – średnio poniżej 20

ng/ml. U 51 proc. był on poniżej wartości krytycznej, czyli <15 ng/ml, u 30 proc. <30 ng/ml, co oznacza, że u około 80 proc. respondentów poziom witaminy D był poniżej normy – przybliży wyniki prof. Dominiak i wyjaśnia, że jeżeli obniża się poziom witaminy D, wzrasta poziom parathormonu, co może implikować wtórną nadczynność przytarczyc, która manifestuje się zdecydowanie gorszym obrazem struktury kostnej. – Choroba przyzębia wystąpiła u 42 proc. respondentów z poziomem witaminy D <15 ng/ml i u 34 proc. z poziomem <30 ng/ml. Średnia w grupie badanej wynosiła 22,8 ng/ml. Poziom poniżej dolnej granicy normy <30 ng/ml występował u 84 proc. pacjentów. Zaobserwowano też, że im starszy pacjent, tym wyższy poziom niedoboru witaminy D, w grupie pacjentów powyżej 51 lat występował niedobór skrajny – podkreśla.

W następstwie niedoboru witaminy D dochodzi do utraty blaszki zewnętrznej kości wyrostka zębodołowego. Wtórnie do utraty objętości kości gąbczastej i do powstawania tzw. kraterów, czyli ubytków, które przypominają obraz choroby przyzębia lub choroby nowotworowej, tzw. ziarniniaka kwasochłonnego. – To bardzo ważny problem, gdyż złe rozpoznanie i podjęcie niewłaściwego leczenia spowoduje jedynie usunięcie objawu, a nie przyczyny choroby. Ma to przełożenie również na możliwość prowadzenia leczenia implantologicznego. U pacjentów, u których jest znaczący niedobór witaminy D, nie

ma możliwości wprowadzenia implantów, gdyż nie ulegną one osteointegracji w kości. Zdecydowanie utrudnia też prowadzenie leczenia ortodontycznego – ostrzega prof. Dominiak.

JESIEŃ Z ZĘBEM

Wśród głównych problemów jamy ustnej u osób w wieku starszym wymienia się, podobnie jak w pozostałych grupach wiekowych, próchnicę (szczególnie korzeni), ale także choroby przyzębia, suchость błony śluzowej (70 proc. leków przyjmowanych przez seniorów redukuje wydzielanie śliny) oraz nowotwory. Bezzębność jest jednak największym problemem. – Utrata uzębienia jest inwalidztwem, trwałym uszkodzeniem zdrowia. Powoduje nie tylko zaburzenie żucia, dysfunkcję stawu skroniowo-żuchwowego, upośledzenie mowy i zaburzenia estetyczne w wyglądzie twarzy, ale też głęboki uraz psychiczny, często prowadzący do wykluczenia – zwraca uwagę prof. Honorata Shaw. W Polsce bezzębność wzrasta: w 1998 r. dotyczyła 34,5 proc. populacji, w 2002 – 41,6 proc., a w 2009 – już 43,9 proc.

Zespół ekspertów Koalicji na Rzecz Zdrowego Starzenia opracował Białą Księgę dotyczącą profilaktyki i promocji zdrowia oraz ekonomicznych i społecznych uwarunkowań jakości życia seniorów. Jak szacuje inicjator tego przedsięwzięcia, prof. Bolesław Samoliński, pozytywnych zmian w sytuacji seniorów można oczekiwać nie wcześniej jak za 20-30 lat. – W niektórych uniwersytetach medycznych wprowadzono już nauczanie przedmiotu gerostomatologia zajmującego się problemami zdrowia jamy ustnej osób starszych, co napawa optymizmem. Jednak to, co warto zapamiętać, to hasło WHO mówiące, że „zdrowa starość zaczyna się w dzieciństwie” – podsumowuje prof. Shaw. ○

▲ Dr Anna Lella,
prof. Dorota
Olczak-
Kowalczyk,
prof. Honorata
Shaw

**JEŻELI OBNIŻA SIĘ POZIOM WITAMINY D, WZRASTA
POZIOM PARATHORMONU, CO MOŻE IMPLIKOWAĆ
WTÓRNĄ NADCZYNNOŚĆ PRZYTARCZYC, KTÓRA
MANIFESTUJE SIĘ GORSZYM OBRAZEM STRUKTURY KOSTNEJ.**



Przypominamy, że z pełnym raportem „Stomatologia 2016” można zapoznać się na stronie OSAI NIL: www.osai.nil.org.pl

Współpraca i partnerstwo



Z prof. **Romualdem Krajewskim**, wiceprezesem NRL, prezydentem Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS), rozmawiają **Ryszard Golański** i **Lucyna Krysiak**.

GL Europejska Unia Lekarzy Specjalistów (UEMS) to organizacja non-profit, a tam, gdzie nie ma nacisków, najtrudniej o zaangażowanie i sukcesy...

UEMS to najstarsza (liczy 59 lat) i największa w Europie międzynarodowa organizacja reprezentująca lekarzy specjalistów. Należą do niej organizacje skupiające tę grupę lekarzy ze wszystkich krajów UE, krajów znajdujących się w Europejskim Obszarze Gospodarczym (Szwajcaria, Islandia, Norwegia) oraz krajów stowarzyszonych oczekujących na wejście do UE (Serbia). W części państw są to izby lekarskie, w innych, np. w Niemczech, we Francji czy Wielkiej Brytanii, są to najbardziej reprezentatywne stowarzyszenia lekarzy specjalistów w tych krajach. Zainteresowanie przynależnością do UEMS wciąż rośnie, ponieważ wszystkim, bez względu na różnice systemowe w ochronie zdrowia, zależy na wysokiej jakości kształcenia lekarzy specjalistów i na niwelowaniu różnic w poziomie ich wykształcenia. Świadczy o tym rosnąca liczba członków obserwatorów UEMS, wśród których są Gruzja, Liban, Irak, Maroko. Im też zależy, aby lekarz specjalista posiadał wiedzę i umiejętności praktyczne w swojej dziedzinie na jak najwyższym poziomie.

GL Medycyna dynamicznie rozwija się i dzieli na coraz węższe specjalności. Czy kształcenie lekarzy specjalistów także podlega tej dynamice?

Na pewno tak. Celem UEMS jest dbałość o jakość specjalistycznej praktyki lekarskiej. Liczba specjalizacji jest zróżnicowana w poszczególnych krajach. Przykładowo we Włoszech jest większa niż w Polsce, ale są też kraje, gdzie jest ich mniej. Ostatnio dyskutuje się nad nadaniem statusu specjalizacji medycynie rodzinnej. Nie ma wątpliwości co do tego, że lekarz rodzinny (w Europie nazywany lekarzem ogólnie praktykującym) jest specjalistą. Głęboko zakorzeniona tradycja samodzielności sprawia jednak, że lekarze rodzinni nie kwapią się, by dołączyć do

grona innych specjalistów, a UEMS chętnie by ich w tym gronie widziała.

GL Państw członkowskich przybywa czy ubywa?

Przybywa, ale zdarzają się przypadki przejściowego wyłączenia z Unii. Tak było z Islandią, która w czasie kryzysu przeżywała ciężkie chwile i Islandzkie Towarzystwo Lekarskie opuściło UEMS. Jednak po kilku latach znów dołączyło do naszego grona. Podobne, przejściowe problemy miała Bułgaria. Tamtejsze stowarzyszenie lekarzy specjalistów przestało istnieć i nie wiadomo było, czy zostanie reaktywowane. W efekcie to bułgarska izba lekarska zgłosiła akces do UEMS. To przykład, że w zależności od sytuacji nasza struktura może się zmieniać, jednak nie na tyle, aby naruszyć stabilność unii i przysłonić zasadnicze cele. Bardzo zależy nam na pozyskiwaniu nowych członków obserwatorów, szczególnie z Bliskiego Wschodu, gdzie lekarze specjaliści są głodni kontaktów ze specjalistami z innych krajów. Najbardziej spektakularnym tego przykładem było przystąpienie do UEMS lekarzy z Iraku, kraju, gdzie toczy się wojna. To było poruszające, jak bardzo tamtejsi koledzy pragnęli zaistnieć w normalnej rzeczywistości.

GL Trzeba spełnić jakieś szczególne kryteria, aby znaleźć się w UEMS?

Tak naprawdę jedynym kryterium jest wytypowanie najbardziej reprezentatywnej organizacji lekarzy specjalistów w swoim kraju. Jednak status członka UEMS jest zróżnicowany. Pełnym członkiem są tylko organizacje z krajów należących do UE, co daje im prawo decydowania. Członkowie stowarzyszeni są uprawnieni do uczestnictwa w pracach sekcji, ale nie mogą podejmować decyzji, a obserwatorzy – jak sama nazwa wskazuje – są obserwatorami. Choć nie mają prawa głosu, mogą zdobywać wiedzę i doświadczenie, i dla tego przywileju zabiegają o przynależność w unii.

UEMS

To najstarsza i największa w Europie międzynarodowa organizacja reprezentująca lekarzy specjalistów.



KAŻDY EGZAMIN EUROPEJSKI MUSI BYĆ ZAAKCEPTOWANY PRZEZ KOMISJĘ SKŁADAJĄCĄ SIĘ Z EKSPERTÓW NA CO DZIEŃ ZAJMUJĄCYCH SIĘ EDUKACJĄ MEDYCZNĄ.

kształcenia specjalizacyjnego. W większości – w ponad 40 spośród 54 specjalizacji europejskich (są one wyszczególnione w dyrektywie i uznawane automatycznie) – istnieją dokumenty UEMS, które nazywamy europejskimi wymaganiami w kształceniu podyplomowym. W UEMS dokumenty te są konsultowane między poszczególnymi specjalnościami, co jest kluczowe dla ich ostatecznej wersji.

GL Jak to się przekłada na praktykę medyczną?

Praktyka medyczna staje się obecnie coraz bardziej interdyscyplinarna. Poprzez nasze działania ten element interdyscyplinarności znalazł się w europejskich programach kształcenia lekarzy specjalistów. Posługiwanie się tymi dokumentami nie jest wprawdzie obowiązkowe, nie mają one żadnej mocy prawnej, ale są cenną wskazówką dla opracowujących programy specjalizacyjne w poszczególnych krajach i ich autorzy często do nich sięgają. Programom lokalnym nadaje to wymiar międzynarodowy, co pozwala wyzwoić się z izolacji i zbliżyć do dobrego wzoru. Umożliwia też lekarzom – i to jest korzyść indywidualna – zdawanie europejskich egzaminów specjalizacyjnych. Są one organizowane w ponad 30 specjalnościach i polscy lekarze coraz częściej do nich przystępują. Warunkiem jest ukończenie szkolenia specjalizacyjnego w swoim kraju. Zaliczenie EES nie jest obowiązkowe, ale otwiera przed lekarzem nowe rynki pracy, jest atutem dla konkurencji. W Polsce mamy już doświadczenia w tej dziedzinie z urologią i anestezjologią, a za chwilę dołączy do nich radiologia.

GL UEMS, choć działa na zasadzie dobrowolności, potrafi też dbać o jakość...

Dbanie o jakość podejmowanych dobrowolnie działań jest konieczna. Każdy egzamin europejski musi być zaakceptowany przez komisję składającą się z ekspertów na co dzień zajmujących się edukacją medyczną, którzy pilnują, aby był przeprowadzony zgodnie z wytycznymi, aby nie doszło do nadużyć. Jeśli organizatorzy takiego egzaminu nie zyskają ich akceptacji, nie mają prawa tego egzaminu nazywać europejskim. To jest nasza gwarancja jakości i bardzo tego przestrzegamy.

GL A jaki jest nasz rodzimy specjalizacyjny system egzaminacyjny (PES)?

Nie jest zły, ale na pewno, przynajmniej w części specjalności wymaga poprawy, o czym świadczą wyniki ankiety

GL Członkostwo w UEMS to kwestia prestiżu czy wymiernych korzyści?

Jedno i drugie. Prestiż to przebywanie w dobrym towarzystwie, bo nie trzeba przekonywać, że są to osoby z ogromnym dorobkiem naukowym i klinicznym, którym chcą się dzielić. Jeśli wśród nich nie ma reprezentacji któregoś z krajów, to znaczy, że ten kraj jest mało zainteresowany rozwojem zawodowym lekarzy. W medycynie wartość współpracy międzynarodowej jest doceniana od wieków, a w związku z rozwojem nauk medycznych stała się niezbędna. Współpraca nie dotyczy wyłącznie umiejętności, wiedzy, metod leczenia czy organizacji systemu kształcenia lekarzy specjalistów. Są one zróżnicowane, co jest związane z lokalnymi warunkami. Poprzez konfrontację różnych opinii i doświadczeń, UEMS stwarza możliwości wyrównania tych różnic. Jednocześnie pozwala ocenić, co jeszcze można osiągnąć w ramach Unii Europejskiej i określić, co jest i powinno być standardem w opiece specjalistycznej. Jednak najbardziej wymierną korzyścią jest wspólne z towarzystwami naukowymi opracowywanie i udoskonalanie programów

▲ Prof. Romuald Krajewski:
– W medycynie wartość współpracy międzynarodowej jest doceniana od wieków, a w związku z rozwojem nauk medycznych stała się niezbędna.

skierowanej do młodych lekarzy przez NIL. Mają oni wiele zastrzeżeń m.in. do sposobu formułowania pytań czy zakresu materiału, jakich one dotyczą. Dlatego UEMS od dawna sugeruje, by w swoich krajach wdrażać rozwiązania wypracowane na forum międzynarodowym i tych wdrożeń notujemy coraz więcej, ale są też kraje, które uważają, że ich programy są najlepsze. Niestety, na razie w Europie w ochronie zdrowia dominuje zasada subsydiarności ze szkodą zarówno dla lekarzy, jak i pacjentów. Oczywiście kształcenie to jeden z wielu elementów. Na różnice składają się także kontrasty w dostępności do usług medycznych, finansowanie.

GL Jakie zmiany wprowadziła UEMS w europejskiej akredytacji doskonalenia zawodowego?

Rozwój zawodowy lekarza dotyczy pogłębiania na odpowiednim poziomie wiedzy i umiejętności w czasie jego całej drogi zawodowej, a więc od momentu uzyskania prawa wykonywania zawodu do zaprzestania praktyki lekarskiej. Obecnie prawie każdy lekarz stara się uzyskać status specjalisty i to jest najważniejszy krok w jego karierze. Jeśli go uzyska, zaczyna doskonalić się w swojej dziedzinie i tutaj jest wiele do zrobienia. Jest taki termin polityczny – podtrzymywanie kompetencji zawodowych – i niektóre kraje zrobiły z tego coś, co się nazywa rewalidacją, ale UEMS tego nie „kupiła”, uważając, że wiązałoby się to z nadmierną rozbudową biurokracji i sprawozdawczości. Tym bardziej, że nie wykazano, by rewalidacja przynosiła efekty. Stoimy mocno na stanowisku, że to, co nazywamy doskonaleniem zawodowym, czyli uczestnictwo w kursach, sympozjach, konferencjach, zjazdach, jest wystarczającym dowodem na to, że lekarz podtrzymuje swoje kompetencje, dba o swój rozwój zawodowy. To doskonalenie powinno jednak podlegać akredytacji, którą UEMS prowadzi od 2000 r. Dotąd dotyczyła ona wydarzeń edukacyjnych, w których lekarze brali bezpośredni udział. Obecnie możliwość uzyskiwania akredytacji rozbudowaliśmy o wiele innych form, upraszczając jednocześnie procedury akredytacyjne, chcąc zainteresować tym tematem uczelnie medyczne i różne grupy ekspertów. Dzięki szerszemu spojrzeniu łatwiej będzie wychwytać stroniczość czy wpływy marketingowe. I znów zaznaczam, że to są działania dobrowolne. Wskazujemy tylko kierunek i najbardziej praktyczne rozwiązania. Są kraje, które wolą iść swoją drogą, i np. organizują państwową administrację doskonalenia zawodowego, jak np. we Włoszech.

GL A co z uznawaniem punktów edukacyjnych i certyfikatów?

UEMS chce wzajemnego uznawania punktów edukacyjnych oraz respektowania uzyskiwanych za granicą certyfikatów. W wielu krajach bywa z tym różnie. Bardzo ważne dla europejskich i północnoamerykańskich lekarzy jest zawarte w tej sprawie porozumienie z American Medical Association i z Royal College of Physicians and

OBECNIE PRAWIE KAŻDY LEKARZ STARA SIĘ UZYSKAĆ STATUS SPECJALISTY I TO JEST NAJWAŻNIEJSZY KROK W JEGO KARIERZE. JEŚLI GO UZYSKA, ZACZYNA DOSKONAŁIĆ SIĘ W SWOJEJ DZIEDZINIE I TUTAJ JEST WIELE DO ZROBIENIA.

Surgeons, które jednocześnie otworzyło dyskusję nad modelem akredytacji. W Europie obowiązuje akredytacja poszczególnych zdarzeń, w USA większość akredytacji to akredytowanie organizatorów, którzy sami odpowiadają za jakość tworzonego przez nich doskonalenia zawodowego. Europejscy lekarze uważają, że – co stwierdzili we wspólnym oświadczeniu europejskich organizacji lekarzy – rozwój zawodowy, w tym i doskonalenie zawodowe, powinny pozostawać w rękach środowiska. Chcemy, aby nasza działalność była nie tylko pożyteczna, ale była dowodem na to, że środowisko lekarzy specjalistów chce dobrowolnie, bez żadnych nacisków, dbać o jakość kształcenia specjalizacyjnego i doskonalenia zawodowego. Jest to przejawem świadomości i odpowiedzialności za własny rozwój zawodowy i podejmowane decyzje. Na całym świecie obserwuje się biurokratyzację zawodu lekarza i nasz pogląd w tej sprawie jest odpowiedzią na te trendy. Lekarz powinien pomagać każdemu, niezależnie od statusu społecznego, narodowości, zamożności, ale to wymaga autonomii. Jeśli realizuje zamierzenia systemów czy polityków, zawsze jakaś część pacjentów na tym ucierpi. Autonomia zawodu lekarza jest gwarancją, że takie skrzywienia nie będą miały miejsca. Oczywiście u nas te wybory nie są tak dramatyczne, jak w czasach wojny czy terroru, ale wciąż istnieją.

GL Polska ma silną pozycję w unii, o czym świadczy wybór pana osoby na prezydenta tej organizacji. Czy to się przekłada na codzienność?

To, że prezydentem UEMS jest lekarz z Polski, jest nobilitujące dla naszego środowiska lekarskiego, opinie dotyczące mojej osoby są przenoszone na innych lekarzy i to jest ta codzienność.

GL Pełni pan wiele funkcji. Czy te aktywności się przenikają?

Na każdym kroku. Wsluchując się w głosy lekarzy tu na miejscu, na posiedzeniach Prezydium NRL czy Rady, staram się je uwzględnić w pracach UEMS. I odwrotnie, kiedy zajmuję się sprawami specjalizacji lekarskich w wymiarze międzynarodowym, te najlepsze rozwiązania pragnę zaszczepiać na rodzimym gruncie. Niezależnie od tego, jaką aktualnie funkcję pełnię, staram się zawsze mieć na uwadze dobro lekarza i pacjenta, których interesy od zawsze się splecają. ○

WAŻNE

Lekarz powinien pomagać każdemu, niezależnie od statusu społecznego, narodowości, zamożności, ale to wymaga autonomii.



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

Blaski i cienie zawodu lekarza dentysty

Kolejny raz zawód lekarza dentysty jest na szczycie klasyfikacji najbardziej atrakcyjnych profesji: U.S. News' list of the 100 Best Jobs of 2017.

Już 4 lata temu w felietonie z cyklu „Nasi w Europie” wskazywałam na podstawie rankingu „Best Jobs of 2013” opracowanego przez portal „U.S. News & World Report”, że za najbardziej pożądaną zawód w Stanach Zjednoczonych jest uważany zawód lekarza dentysty.

W kolejnych latach stomatolodzy, ortodondzi utrzymywali się wciąż w czołówce. Jak wynika z analizy, ta wymarzona praca to nie tylko wysokość zarobków, ale inne istotne wskaźniki jak: perspektywa rozwoju zawodowego, poziom bezrobocia w zawodzie, dziesięcioletni indeks wzrostu zarobków (procentowo i nominalnie), poziom stresu w zawodzie oraz możliwość zachowania równowagi pomiędzy obowiązkami zawodowymi a życiem osobistym.

Atrakcyjność naszego zawodu – z różnych względów – jest zauważalna także w Europie, nie wyłączając Polski, na co wskazują choćby rosnące liczby kandydatów na studia stomatologiczne.

Niedawno, na podstawie danych amerykańskiego Departamentu Pracy, opracowano ranking 27 zawodów mogących najbardziej zagrażać zdrowiu osób je wykonujących. Niestety, również w tym zestawieniu pierwsze miejsce przypadło lekarzom stomatologom i współpracującym z nimi asystentkom oraz higienistkom.

Indukcja potencjalnego wpływu zawodu na zdrowie różnych grup zawodowych objęła kilka rodzajów obciążeń, jak narażenie na działanie zanieczyszczeń, na choroby i zakażenie, na niebezpieczne warunki, ekspozycja na promieniowanie jonizujące, ryzyko drobnych oparzeń, cięć, ukąszeń i uderzeń, a także czas spędzany w pozycji siedzącej. Każde ryzyko oceniano w skali 1-100, a im

wyższy wynik, tym bardziej „niezdrowa” praca. Analiza objęła 974 zawody. Średni wynik dla naszego zawodu wyniósł 65,4 pkt.

Jak dobrze wiadomo, każdy kij ma dwa końce, i nie inaczej jest w naszym zawodzie. Satysfakcja lekarzy dentystów z wykonywanej pracy często może być zniweczona utratą zdrowia. Przede wszystkim powinniśmy więc zdawać sobie sprawę z tych zagrożeń i starać się je eliminować, a przynajmniej ograniczać na tyle, na ile się da, od pierwszych chwil naszej pracy zawodowej.

W 1925 r. Sekcja Stomatologiczna XII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich opublikowała „Kodeks Deontologii Dentystycznej”, w tych esencjonalnych dziesięciu przykazaniach zawarto też niezwykle cenną radę dotyczącą dbałości o własne zdrowie: „(9.) Otaczaj się higieną i komfortem. Nie nadużywaj swych sił. Przemęczenie szkodzi zarówno temu, który je wywołuje, jak i temu, który mu się oddaje”.

Uczestnicząc w dyskusjach dotyczących stomatologii i przedstawiając nasze uzasadnione wnioski i oczekiwania – zarówno na poziomie krajowym, jak i międzynarodowym – mamy pełne prawo wskazywać, że wykonywanie naszego zawodu wiąże się z określonymi negatywnymi konsekwencjami i że powinno to być dostrzegane przy tworzeniu regulacji dotyczących systemu opieki stomatologicznej, jak i systemu rekompensat ubezpieczeniowych.

Ryzyka, które my ponosimy, także muszą być odpowiednio uwzględniane – nie może być tak, że to na nas tylko nakłada się różnego rodzaju obowiązki w celu zmniejszenia zagrożeń dla pacjentów, środowiska naturalnego itp., a w zamian trudno uzyskać choćby uznanie chorób zawodowych, na które narażeni są stomatolodzy. ○

Jakość i dyscyplina



Lidia
Sulikowska

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

GL
ROZMOWA

Opieka zdrowotna w Danii jest na wysokim poziomie, co potwierdza m.in. pozycja tego kraju w rankingach oceniających systemy ochrony zdrowia na świecie, np. w Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia [EHCI], plasując ten kraj w pierwszej dziesiątce.

Jak postrzegają go sami Duńczycy? Z Minister Zdrowia tego kraju, **Ellen Trane Nørby**, rozmawia **Lidia Sulikowska**.

GL Duński system ochrony zdrowia oceniany jest jako jeden z najlepszych na świecie. Dlaczego?

Myślę, że mamy dobry system ochrony zdrowia w Danii. W dużym stopniu można to przypisać podstawowym prawom pacjenta, które ustanowiliśmy. Nasz system jest powszechny i oparty na zasadach bezpłatnego i równego dostępu do opieki zdrowotnej dla wszystkich obywateli. Oferowane usługi są wysokiej jakości i finansowane, tylko z nielicznymi wyjątkami, z podatków. Wszelkie usługi świadczone przez lekarza ogólnego (GP), specjalistów (na podstawie skierowania od GP), leczenie szpitalne, w tym leki i kompleksowa pomoc udzielana w szpitalu, są bezpłatne. Dopłaty pacjentów wymagane są m.in. za opiekę dentystyczną (oprócz dzieci i młodzieży w wieku poniżej 18 lat, którzy mają prawo do bezpłatnej profilaktycznej opieki stomatologicznej) czy leki pozaszpitalne. Ustawodawstwo krajowe zapewnia, że diagnozowanie i leczenie mają się odbywać w określonych terminach i gwarantuje pacjentom swobodny wybór szpitala. Bacznie zwracamy też uwagę na tzw. upodmiotowienie pacjenta, którego celem jest zwiększanie zdolności pacjenta w radzeniu sobie z chorobą i współdecydowanie o procesie leczenia.

GL Które elementy systemu wymagają poprawy, a z czego Dania może być dumna?

Jestem dumna, że w naszej ochronie zdrowia to pacjent jest w centrum uwagi. Udało się tego dokonać dzięki obowiązującym prawom pacjenta i promowaniu idei pacjenta upodmiotowionego. Także zasady bezpłatnego i równego dostępu do opieki zdrowotnej dla każdego obywatela są ważne – nie tylko w odniesieniu do zdrowia, ale też w szerszej perspektywie. Zasady te są gwarancją zarówno bezpieczeństwa społecznego, jak i wolności osobistej, i odzwierciedlają, jak duńskie społeczeństwo jest zorganizowane.

Niemniej, są jeszcze elementy do poprawienia. Mimo że Dania to mały kraj, widzimy różnice w jakości opieki i terminach dostępu do świadczeń w poszczególnych geograficznych regionach. Jestem zaangażowana w poprawę tej sytuacji, tak aby obywatele, niezależnie od tego, gdzie mieszkają, otrzymywali leczenie wysokiej jakości w obowiązujących terminach.

GL Czy Duńczycy są zadowoleni z opieki zdrowotnej w swoim kraju? Na co narzekają?

Ważne, aby słuchać ludzi i lepiej rozumieć ich potrzeby i pomysły. Dlatego regularnie przeprowadzamy badania satysfakcji pacjenta, dzięki którym systematycznie otrzymujemy opinie w różnych kwestiach, takich jak świadczenia kliniczne, bezpieczeństwo czy współpraca międzysektorowa. Cieszę się, że około 80 proc. pacjentów w Danii jest zadowolonych z leczenia, które otrzymują. Jednak są obszary wymagające poprawy – szczególnie, jeśli chodzi o większe zaangażowanie chorych w ich proces leczenia.

GL Jak długie są listy oczekujących?

Od 2001 r. skrócenie czasu oczekiwania jest dla duńskiego rządu sprawą priorytetową. W październiku ubiegłego roku ustanowiono prawo do diagnozowania i leczenia w ciągu 30 dni. Jeśli leczenie w tym czasie się nie rozpocznie w sektorze publicznym, pacjent może się zgłosić do szpitala prywatnego w Danii albo publicznego lub prywatnego szpitala za granicą. Określiśmy też maksymalny czas oczekiwania dla chorych na raka i cierpiących na pewne choroby serca zagrażające życiu.

Cieszę się, że średnio pacjenci w naszym kraju czekają obecnie 40 dni mniej niż w 2001 r. 16 lat temu czas oczekiwania na zabieg chirurgiczny wynosił 90 dni, a w 2015 r. – już 48 dni.

80%

około tylu pacjentów w Danii jest zadowolonych z leczenia, które otrzymują.



DLA MNIE, JAKO MINISTRA ZDROWIA, BARDZO WAŻNE JEST ZAPEWNIENIE, BY POLITYKA ZDROWOTNA OPIERAŁA SIĘ NA STABILNYM FINANSOWANIU PRZY JEDNOCZESNYM EFEKTYWNYM WYKORZYSTANIU ZASOBÓW.

wymagany w przypadku niektórych specjalistów, np. okulistów, otologów, stomatologów.

Ubezpieczeniem pierwszej grupy objętych jest ponad 99 proc. pacjentów. Ci, którzy zdecydują się na drugi wariant ubezpieczenia, mają prawo uzyskać pomoc medyczną od któregośkolwiek GP, a do specjalistów z prywatnych praktyk nie jest potrzebne skierowanie, ale usługi te mogą wiązać się już ze współpłaceniem.

Podstawowa opieka zdrowotna obejmuje także świadczenia udzielane przez wielu innych pracowników opieki zdrowotnej, takich jak stomatolodzy, fizjoterapeuci, psychologowie. W tym przypadku leczenie zazwyczaj wymaga dopłat od pacjentów, choć w szczególnych okolicznościach mogą być dostępne dotacje publiczne.

GL Wielu polskich lekarzy i wiele pielęgniarek emigruje za lepszą pracą z Polski do krajów Europy Zachodniej, w tym do Danii. Jak są oceniani w waszym kraju?

Od 2004 r. [przystąpienie Polski do UE – przyp. red.] Dania przyjęła znaczną liczbę polskich lekarzy specjalistów, wielu z nich dzięki dobrej znajomości języka mogło od razu podjąć pracę. Ponieważ brakuje nam specjalistów, polscy lekarze są u nas doceniani. Polskich pielęgniarek przybyłych do Danii nie było tak wiele, a część z nich nie była w pełni wyszkolona zgodnie ze standardami UE. Niektóre zostały zobowiązane do odbycia okresu próbnego lub przystąpienia do testu umiejętności.

GL Pod koniec listopada 2016 r. w Ministerstwie Zdrowia Danii powołano odrębne stanowisko do spraw osób starszych. Czym podyktowana jest ta zmiana?

Obecnie sprawujący władzę rząd wierzy, że silny system opieki zdrowotnej i godna pomoc osobom w podeszłym wieku to kamienie węgielne naszego państwa opiekuńczego. Podobnie jak w wielu innych krajach, populacja ludzi starszych w Danii rośnie. Aktualny rząd, obejmując władzę w 2015 r., już wówczas nadał wysoki priorytet wzmacnianiu starań na rzecz seniorów. Dlatego zdecydowaliśmy się powołać stanowisko Ministra ds. Osób Starszych, który ma stworzyć spójną politykę wsparcia osób w podeszłym wieku w zakresie profilaktyki, rehabilitacji i opieki.

GL Czy duńscy lekarze są zadowoleni z warunków pracy i wysokości płac? Co chcieliby poprawić?

Podstawowe miejsce w systemie zajmują lekarze ogólni (GP), których jest 3,5 tysiąca. Stanowią oni dla pacjenta podstawowy punkt dostępu do systemu opieki zdrowotnej. Obywatele kontaktują się ze swoim GP we wszystkich sprawach związanych ze zdrowiem. Pełnią ważną rolę tzw. gatekeepera pomiędzy opieką podstawową a specjalistyczną. W razie potrzeby kierują pacjentów do specjalistów, opieki szpitalnej czy opieki oferowanej przez gminy. Są objęci układem zbiorowym z publicznym sektorem zdrowia, który w tym roku jest negocjowany. Jednym z istotnych tematów rozmów będzie nierównomierne rozmieszczenie lekarzy w poszczególnych regionach kraju.

GL Czy w Danii ubezpieczony może wybrać rozszerzoną wersję ubezpieczenia?

Można wybierać pomiędzy dwiema grupami ubezpieczeń zdrowotnych. Ci, którzy wybiorą pierwszy wariant, są zarejestrowani u konkretnego GP. Mają prawo do bezpłatnej opieki medycznej u tego lekarza ogólnego, a także do specjalistów prowadzących prywatne praktyki, o ile GP wystawi do nich skierowanie. Dokument ten nie jest

^ Ellen
Trane Nørby:
– Jestem dumna,
że w naszej
ochronie zdrowia
to pacjent jest
w centrum uwagi.

NASZ RZĄD JEST W PEŁNI SKONCENTROWANY NA TYM, ABY ZAPEWNIĆ WYSOKIEJ JAKOŚCI, DOSTĘPNĄ DLA KAŻDEGO, OPIEKĘ ZDROWOTNĄ, ALE JEDNOCZEŚNIE ZARZĄDZAĆ NIĄ W WYDAJNY I ZRÓWNOWAŻONY SPOSÓB.

GL Społeczeństwa krajów wysokorozwiniętych starzeją się. Z takimi wyzwaniem nawet najlepszy system opieki zdrowotnej może sobie nie poradzić. Co trzeba zmienić, aby w takich warunkach opieka zdrowotna była sprawna i skuteczna?

Rozwój demograficzny to w istocie palący problem – także w naszym systemie opieki zdrowotnej. To kwestia, która bardzo skupia naszą uwagę. Niektóre z naszych głównych celów i projektów wiążących się z wyzwaniami demograficznymi to: praca nad bardziej spójnym sektorem opieki zdrowotnej, transfer osób z chorobami przewlekłymi ze szpitali do opieki domowej przy wsparciu lekarzy ogólnych. Trzeba też docenić wartość pieniądza w ochronie zdrowia, unikając marnotrawstwa i niepotrzebnego leczenia.

GL W Danii na opiekę zdrowotną przeznaczają się około 10 proc. PKB, a w Polsce połowę mniej. Jak ważne jest finansowanie w ochronie zdrowia?

Dla mnie, jako Ministra Zdrowia, bardzo ważne jest zapewnienie, by polityka zdrowotna opierała się na stabilnym finansowaniu przy jednoczesnym efektywnym wykorzystaniu zasobów.

Nasz rząd jest w pełni skoncentrowany na tym, aby zapewniać wysokiej jakości, dostępną dla każdego, opiekę zdrowotną, ale jednocześnie zarządzać nią w wydajny i zrównoważony sposób. Skupienie uwagi na „wartości odpowiadającej kosztom” jest kluczowe w obliczu nadchodzących wyzwań, takich jak problemy demograficzne czy rosnące oczekiwania wobec usług medycznych.

GL Na koniec zapytam o proces informatyzacji. Polska dopiero próbuje działać w tym kierunku. Na jakim etapie są Duńczycy?

Jesteśmy światowym liderem w zakresie informatyzacji ochrony zdrowia. W pełni wdrożyliśmy system technologii

teleinformatycznych (ICT) w szpitalach i w podstawowej opiece zdrowotnej. Wszyscy lekarze ogólni i szpitale używają elektronicznej dokumentacji medycznej i mogą wymieniać się danymi z podmiotami w innych częściach systemu. Zdecydowana większość wyników badań laboratoryjnych jest przekazywana online, poza tym wszystkie recepty są dostarczane elektronicznie do aptek. Komunikacja pomiędzy obywatelami i sektorem ochrony zdrowia również odbywa się tą samą drogą, włączając skierowania, pisma formalne i umawianie wizyt u GP oraz w niektórych szpitalach.

Jako że świadczenia zdrowotne podzielone są na wiele sektorów, rozwiązania z zakresu e-zdrowia pomagają połączyć system opieki zdrowotnej w jedną całość. Na przykład, dzięki e-rozwiazaniom, jak eHealth Portal i portalowi z informacjami o zdrowiu pacjenta, pracownicy ochrony zdrowia w całym kraju mają szybki i prosty dostęp do istotnych informacji o pacjencie, włączając dane o tym, jakie jest aktualne zapotrzebowanie na leczenie medyczne.

I odwrotnie, dane mogą być dostępne dla obywateli. Portal sundhed.dk zapewnia dostęp wszystkim obywatelom do ich własnych danych medycznych z krajowych rejestrów zdrowotnych, elektronicznych kart zdrowia, danych o lekach i tym podobne. Celem na przyszłość jest stworzenie spójnego systemu opieki zdrowotnej, w którym rozwiązania cyfrowe zapewnią ciągłość opieki pomiędzy lekarzami rodzinnymi, szpitalami i pomocą medyczną w domu.

E-rozwiazania, jak telemedycyna i portal z informacjami o zdrowiu danego pacjenta, pozwalają sytuować pacjenta w centrum uwagi i traktować go podmiotowo. Przy pomocy narzędzi z zakresu telemedycyny do 2019 r. zamierzamy uruchomić opiekę domową dla pacjentów z POChP. Widzimy ogromny potencjał w metodach telezdrowia, a w szczególności korzyści dla pacjenta i obniżenie kosztów dla systemu. ○

FAKT

Podstawowe miejsce w systemie zajmują lekarze ogólni (GP), których jest 3,5 tysiąca.

Minister Zdrowia Ellen Trane Nørby jest obecnie na urlopie macierzyńskim. Jej obowiązki pełni Karen Ellemann, Minister Równych Szans i Współpracy Krajów Nordyckich, która 24 kwietnia odwiedzi Polskę z oficjalną wizytą.



Serdeczne podziękowania dla wszystkich naszych Fundatorów! Wsparcie, nawet symboliczną kwotą, jest bardzo potrzebne. Fundacja Lekarze Lekarzom pomaga Koleżankom i Kolegom, którzy znaleźli się w trudnej życiowej sytuacji.

Szczególnie dziękuję Darczyńcom z: Czarnkowa, Gdańska, Grodziska Mazowieckiego, Inowrocławia, Kluczborka, Legnicy, Lublina, Łodzi, Mielca, Poznania, Siedlec, Swarzędza, Warszawy, a także lekarzom i lekarzom dentystom z Okręgowej Izby Lekarskiej w Płocku, którzy udzielają corocznego wsparcia finansowego Fundacji.

Lekarzu, lekarzu dentysto, jeśli potrzebujesz pomocy, zwróć się do Fundacji o udzielenie zapomogi lub innej formy wsparcia.

**Mariusz Janikowski,
PRZEZES ZARZĄDU
Fundacji Lekarze Lekarzom**

GKS w dermatologii

Glikokortykosteroidy (GKS) stosowane miejscowo należą do najskuteczniejszych preparatów w leczeniu wielu zapalnych chorób skóry. Można powiedzieć, że obecnie glikokortykosteroidy to leki najczęściej stosowane w dermatologii, a jednocześnie najlepiej poznane pod względem działań niepożądanych oraz osiągniętych korzyści terapeutycznych.

Ze względu na dostępność na rynku farmaceutycznym wielu związków o zróżnicowanych stężeniach i sile działania miejscowego wybór właściwego preparatu jest trudny i wymaga prawidłowej diagnozy i często dużego doświadczenia lekarza. Leki te są podstawą leczenia wszystkich zapalnych chorób skóry, m.in. atopowego zapalenia skóry, wyprysku, łuszczycy. Mechanizm działania GKS jest coraz lepiej poznany. Wykorzystujemy działanie przeciwzapalne, antyproliferacyjne oraz immunosupresyjne preparatów mGKS. Działanie terapeutyczne mGKS zależy od: ich budowy chemicznej; rodzaju podłoża; obecności w preparacie dodatkowych substancji; sposobu aplikacji; powierzchni i okolicy ciała, na którą się je stosuje; charakteru zmian skórnych. Rodzaj zastosowanego podłoża warunkuje zdolność do pokonania bariery, jaką stanowi skóra lub błony śluzowe. Maści i podłoża bogate w składniki lipidowe zwiększają uwodnienie warstwy rogowej, a tym samym i penetrację, są stosowane na ogniska suche i łuszczące. Kremy i emulsje słabiej przechodzą przez skórę i są zalecane w przypadkach dużego rumienia z tendencją do sączenia. Lotiony i roztwory działają bardziej powierzchownie i wykorzystuje się je na zmiany sączące oraz na okolice owłosione. Należy jednocześnie podkreślić, że obecnie podłoża – vehiculum, w preparatach mGKS mają na celu odbudowę bariery lipidowej i wpływają korzystnie na absorpcję substancji czynnej zawartej w produkcie. Wiele z nich ma również dużo mniejszy potencjał drażniący i alergizujący.

Miejscowe preparaty glikokortykosteroidowe zawierające maślan hydrokortyzonu (Locoid®) występują w postaci kremu, lipokremu, emulsji Crelo oraz roztworu. Zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego, maślan hydrokortyzonu jest zarejestrowany do leczenia stanów zapalnych skóry odpowiadających na leczenie

kortykosteroidami w przypadku, gdy leczenie miejscowe słabiej działającymi kortykosteroidami nie przynosi oczekiwanych wyników, a także jako kontynuacja leczenia lub leczenie podtrzymujące w przypadku, gdy wcześniejsze stosowanie silniej działających miejscowych kortykosteroidów dawało dobre wyniki. Możliwość bezpiecznego stosowania tego preparatu w terapii przewlekłej chorób skóry ma szczególne znaczenie dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, który często kontynuuje terapię rozpoczętą przez dermatologa.

Maślan hydrokortyzonu znajduje szerokie zastosowanie w gabinecie dermatologa praktyka. Jest bezpiecznym i skutecznym preparatem do leczenia dzieci i dorosłych z atopowym zapaleniem skóry, jak również w terapii wyprysku, łuszczycy czy łojotokowego zapalenia skóry. Na zmiany suche najkorzystniejszą postacią farmaceutyczną jest lipokrem zawierający znacząco więcej składników lipidowych niż klasyczny krem, natomiast na zmiany sączące zalecany jest preparat w postaci emulsji (Crelo). Występowanie zmian chorobowych w obrębie skóry owłosionej głowy jest wskazaniem do aplikacji maślanu hydrokortyzonu w postaci Crelo bądź roztworu. Na podstawie wielu badań klinicznych przeprowadzonych w grupach pacjentów z wypryskiem, atopowym zapaleniem skóry czy łuszczycy wykazano, że maślan hydrokortyzonu jest równie skuteczny jak mGKS o wyższej sile działania, np. walerianian betametazonu, przy jednocześnie lepszym profilu bezpieczeństwa. Te tak istotne właściwości maślanu hydrokortyzonu są niezwykle cenne w gabinecie lekarza praktyka, ponieważ pozwalają na stosowanie skutecznego klinicznie mGKS o średniej sile działania, który jednocześnie charakteryzuje się mniejszym ryzykiem działań niepożądanych.

Dr hab., prof. nadzw. **ALEKSANDRA LESIAK**
Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej
UM w Łodzi

Meritus Pro Medicis 2010

W 2010 r. dziesięć osób [sześciu lekarzy i czterech lekarzy dentystów] uhonorowano odznaczeniami Meritus Pro Medicis. Czym zasłużyli się dla samorządu lekarskiego?

LIDIA SULIKOWSKA



Barbara Baranowicz

(Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie)

Specjalista chirurgii dziecięcej. Działa w samorządzie lekarskim od czasu jego reaktywacji – początkowo w roli zastępcy okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, a od następnej kadencji jako zastępca NROZ. Pełni tę funkcję nieprzerwanie do dziś. Uważa, że działalność ta jest konieczna i ważna dla środowiska lekarskiego, bo musi istnieć instytucja, która z jednej strony będzie występowała przeciw błędom lekarskim, a z drugiej – broniła niesłusznie oskarżonych przez pacjentów lekarzy. Choć ta praca jest niewdzięczna, jak mówi, to nie trzeba się jej bać, tylko robić swoje, tym bardziej że zespół rzeczników jest zgrany i wspiera się nawzajem.



Teresa Bujko

(Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu)

Specjalista stomatologii zachowawczej. Delegat na OZL i KZL wszystkich kadencji. Bardzo zaangażowana w swoim okręgu – była m.in. wiceprzewodniczącą DRL i zastępcą przewodniczącego prezydium, pracowała też w wielu komisjach problemowych. Pomysłodawczyni utworzenia Komisji Socjalnej (I przewodnicząca). Dzięki niej powstało pierwsze w kraju Koło Lekarzy Seniorów, zorganizowała też zespół, a następnie Koło Lekarzy Prywatnie Praktykujących. Aktywna także w NIL. Inicjatorka I Ogólnopolskiego Forum Praktyk Prywatnych. Walczyła m.in. o poprawę jakości opieki stomatologicznej dla uczniów wrocławskich szkół podstawowych. Organizator szkoleń.



Roman Hajzik

(Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu)

Specjalista pediatrii i medycyny sportowej. Przez wiele lat przewodniczył Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rentistów NIL. Zaangażowany w działalność swojej OIL. Przewodniczący i wiceprzewodniczący Klubu Seniorów DIL. Patriotą, społecznikiem, ceniony lekarz, nagrodzony Srebrnym Krzyżem Zasługi, a także m.in. Złotą Odznaką „Zasłużony dla Wrocławia i Województwa Wrocławskiego” i Złotą Odznaką „Zasłużony dla Sportu Polskiego”. Odszedł na wieczny dyżur w 2013 r. „Jest wielu ludzi obdarzonych inteligencją, interesującą osobowością, talentami. Roman miał coś więcej; miał to, co nazywamy formatem” – tak wspominał go w moim pogrzebowej.



Małgorzata Kaczmarska-Banasiak

(Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi)

Specjalista stomatologii dziecięcej. W samorządzie lekarskim od I do V kadencji. Aktywna w NIL – w komisji stomatologicznej i komisji ds. lekarzy cudzoziemców, członek prezydium i zastępca sekretarza NRL. Zaangażowana także w swoją izbę – jako wiceprezes i sekretarz ORL, a także wieloletnia przewodnicząca komisji stomatologicznej. Z sukcesem walczyła m.in. o możliwość specjalizowania się lekarzy dentystów w ramach etatów rezydentów. Wizytowała lekarzki praktyki dentystyczne w okręgu w poszukiwaniu placówek, które chciałyby umożliwić szkolenia specjalizacyjne. Przewodniczyła komisji egzaminacyjnej z języka polskiego dla lekarzy cudzoziemców.



Marianna Kawa-Kiesner

(Świętokrzyska Izba Lekarska w Kielcach)

Specjalista stomatologii zachowawczej. W samorządzie lekarskim od początku jego reaktywacji. Delegat na OZL i KZL. Wieloletnia wiceprzewodnicząca ORL i przewodnicząca komisji stomatologicznej swojej izby lekarskiej. Członek także innych komisji problemowych – komisji bioetycznej, komisji prawa wykonywania zawodu, komisji ds. stażu podyplomowego, komisji ds. rejestracji praktyk prywatnych i prywatyzacji, zespołu ds. kształcenia i nauki. Udzielała się także w Naczelnej Izbie Lekarskiej – jako członek Naczelnego Sądu Lekarskiego i komisji etyki lekarskiej.



Jerzy Kruszewski

(Wojskowa Izba Lekarska w Warszawie)

Specjalista chorób wewnętrznych, alergolog. Współtworzył Wojskową Izbę Lekarską. Wiceprzewodniczący WIL w dwóch pierwszych kadencjach, a w następnej – przewodniczący. Równolegle działał też w NIL – najpierw w komisji legislacyjnej, a potem w składzie prezydium i jako zastępca sekretarza NRL. Od IV kadencji kieruje Komisją Kształcenia Medycznego NRL. Współtwórca modułowego systemu kształcenia specjalizacyjnego. W jego ocenie jednym z najpilniejszych zadań jest działanie w zakresie tworzenia umiejętności w węższych dziedzinach medycyny. Chce, aby kształcenie podyplomowe w całości podlegało samorządowi lekarskiemu, podobnie jak jest w Niemczech.



Stefan Pojda

(Śląska Izba Lekarska w Katowicach)

Był członkiem KKW, OSŁ w Katowicach i wielu komisji problemowych w ŚIL. Propagator głosowania korespondencyjnego. Zastępca NROZ (2006-2009). Członek Zespołu ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii NRL (2002-2005, 2006-2009, 2010-2013). Delegat na KZL. Uczestniczył w opracowaniu KEL. Obecnie członek komisji ds. lekarzy emerytów i rencistów i rady programowej Ośrodka Dokumentacji Historycznej ŚIL. Uhonorowany m.in. Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski, Krzyżem Kawalerskim OOP, Złotym i Srebrnym Krzyżem Zasługi, Medalem Komisji Edukacji Narodowej, Honorową Odznaką ŚIL „Zasłużony dla lekarzy” Pro Medico. Członek Honorowy Polskiego Towarzystwa Okulistycznego (2007).



Antoni Stopa

(Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie)

Specjalista chirurgii stomatologicznej. Delegat na OZL i KZL. Był aktywny w NIL, m.in. w komisji stomatologicznej, a także w okręgu – jako wiceprezes ORL (II kadencja), wieloletni przewodniczący komisji stomatologicznej i komisji etyki lekarskiej. Już trzecią kadencję jest sędzią NSL. Obecnie bierze też udział w pracach komisji bioetycznej swojej izby. Jako jeden z pierwszych w samorządzie dostrzegł potrzebę umożliwienia lekarzom zawierania ubezpieczeń od odpowiedzialności cywilnej (OC) za pośrednictwem izby lekarskiej, dzięki czemu umowy mogły być wynegocjowane na korzystniejszych warunkach. Pracował też w zespole do spraw nowelizacji KEL. Odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi.



Paweł Susłowski

(Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi)

Lekarz chorób wewnętrznych. W samorządzie lekarskim od II kadencji. Wieloletni członek Krajowej Komisji Organizacyjnej. Zaangażowany w prace Krajowej Komisji Wyborczej od jej powstania aż do poprzedniej kadencji (przez wiele lat jako zastępca przewodniczącego, w VI kadencji jako przewodniczący). Jak mówi, to praca wymagająca, momentami niewdzięczna, ale bardzo potrzebna. Działa również na szczeblu okręgowym. Zastępca sekretarza ORL IV kadencji, był też członkiem komisji bioetyki, przez długi czas kierował pracami komisji wyborczej. Przez 16 lat był Komandorem klubu żeglarskiego „Szkwał” przy OIL w Łodzi. Obecnie jest członkiem NRL (już 3. kadencję) i ORL w Łodzi (od III kadencji).



Stanisław Wencelis

(Śląska Izba Lekarska w Katowicach)

Specjalista psychiatrii. Członek NRL i Komisji ds. Etyki NRL w pierwszych czterech kadencjach. Współtwórca Kodeksu Etyki Lekarskiej. Przewodniczył też zespołowi, a następnie komisji ds. AIDS, która zajmowała się przezwyciężaniem obecnego w tamtych czasach strachu wśród lekarzy i pielęgniarek przed osobami zakażonymi. Aktywny także w ŚIL – jako sędzia okręgowego sądu lekarskiego (I kadencja), wieloletni przewodniczący komisji ds. etyki (w latach 1993-2005), a następnie jej wiceprzewodniczący (w V i VI kadencji), obecnie jest członkiem tej komisji. Przez trzy kadencje był też w składzie prezydium ORL. Uhonorowany m.in. odznaczeniem Pro Gloria Medici.

Wydawać racjonalnie

Nakłady na ochronę zdrowia, sieć szpitali, wyceny świadczeń, funkcjonowanie POZ i AOS, przyszłość medycyny ratunkowej – to tylko część tematów poruszonych podczas Konferencji Prezesów Towarzystw Lekarskich.

MARIUSZ TOMCZAK



Spotkanie z udziałem ministra zdrowia Konstantego Radziwiła, które prowadził prof. Romuald Krajewski, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, odbyło się 13 marca w siedzibie samorządu lekarskiego w Warszawie.

W podjętym stanowisku Konferencja Prezesów Towarzystw Lekarskich zaapelowała do wszystkich osób odpowiedzialnych za kształtowanie polityki zdrowotnej m.in. o szybkie zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia do ponad 6 proc. PKB. „Powinno to nastąpić w ciągu paru lat i musi być kontynuowane w kolejnych latach, ponieważ już w kilkuletniej perspektywie czasowej nakłady na poziomie 6 proc. będą niewystarczające” – czytamy w dokumencie przekazanym ministrowi zdrowia. Zaapelowano również o wprowadzenie

zasad finansowania świadczeń, które umożliwią diagnostykę i leczenie dobrej jakości bez zadłużania podmiotów leczniczych. W ocenie KPTL zmiany powinny polegać przede wszystkim na lepszym finansowaniu niedostatecznie wycenionych świadczeń.

PRZESZACOWANE ŚWIADCZENIA

Odnosząc się do postulatu dotyczącego zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia do ponad 6 proc. produktu krajowego brutto, minister zdrowia powiedział, że wita go z... radością. – O tym nie można dyskutować tylko w zaciszach gabinetów. Z zewnątrz takie działania mogą być postrzegane jako „więcej pieniędzy dla nas”. Rzeczą fundamentalną byłoby uzyskanie wsparcia wszystkich obywateli na rzecz zwiększenia finansowania służby zdrowia – zauważył. Jeżeli ziści się plan zwiększania nakładów o 0,2 proc.

▲ W ocenie KPTL wprowadzenie kolejnych zmian utrudni rozwój zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów.

PKB rocznie przez 10 lat, to już w przyszłym roku oznaczałoby to dodatkowe środki rzędu 2 mld zł. – Do 6 proc. PKB brakuje nam 40 mld zł, których nie da się nagle znaleźć w budżecie – tłumaczył Konstanty Radziwił. Wiele uwagi w swoim wystąpieniu poświęcił zagadnieniom finansowym. – Próbuje stworzyć narzędzie, które pomogłoby zadłużonym placówkom, np. szpitalom – mówił minister. Nie chciał zdradzać jednak więcej szczegółów na ten temat. Zdaniem ministra jest 200-300 świadczeń przeszacowanych i to powinno ulec zmianie. – Nie chodzi o to, by oszczędzać, lecz racjonalnie wydawać środki, które mamy – zaznaczył. Zwrócił uwagę na trudności w pozyskiwaniu danych do tworzenia tych wycen ze strony Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. W jego ocenie szacowania świadczeń medycznych nie można wykonać bez współpracy ze świadczeniodawcami, dlatego w Sejmie czeka już nowelizacja jednej z ustaw, na mocy której jednostki będą zobowiązane do udzielania informacji o ponoszonych kosztach. Minister dodał, że niebawem powiększy się obsada personalna AOTMiT aż o 100 osób, co powinno przyspieszyć prace związane m.in. z wyceną procedur medycznych.

SZPITALE, KOLEJKI

Odnosząc się do planowanego wprowadzenia sieci szpitali, wyjaśniał, że przy ustalaniu wysokości ryczałtu na dany okres za podstawę ma być uznana aktywność szpitala w poprzednim okresie rozliczeniowym. Ryczałt zakładu możliwość przesunąć środków, choć w pewnych ramach, będzie też zależał od wielu wskaźników, więc – w ocenie ministra – trudno zgodzić się z zarzutem, że wpływ nie on na placówkę demotywująco. – Są szpitale mające zaledwie kilka łóżek i jeśli one znikną, wydaje się, że nie będzie to znacząca strata dla systemu – podkreślił.

Dodał, że nie ma uprzedzeń wobec prywatnych placówek, ale w opinii rządu publiczny system musi się opierać głównie o placówki gotowe przyjąć pacjenta w każdych warunkach, w każdym stanie. – Tak to wygląda w krajach, na które patrzymy z zazdrością. Na Zachodzie fragment służby zdrowia nastawiony na zysk jest raczej poza systemem, a u nas nie, które jednostki skomercjalizowane, nie tylko sprywatyzowane, wypłacają nawet dywidendy powiatom. To kompletne pomieszanie pojęć – mówił szef resortu zdrowia. Zdaniem ministra Radziwiłła duża część kolejek do specjalistów jest wykreowana w sposób niemający nic wspólnego z medycyną. Przykładowo: 10 mln osób z nadciśnieniem tętniczym, zwłaszcza niezaawansowanym, nie musi leczyć się u hipertensjologów ani nawet u kardiologów, tak jak jest to zresztą w innych krajach. – To sytuacja patologiczna. Moim zdaniem to nie jest dobre dla chorych, bo owocuje polipragmazją – tłumaczył. W jego opinii zmiana tej sytuacji nie jest łatwa, bo wszyscy

się do niej przyzwyczaili: lekarz rodzinny szybko odsyła pacjenta do lekarza specjalisty, specjalista dostaje „łatwych” pacjentów, a pacjent wydaje się też zadowolony, bo leczy go specjalista, a nie „zwykły” lekarz. – Musimy dokonywać zmian, nawet tych, które są w jakimś sensie bolesne – dodał. Po wystąpieniu ministra nastąpiła dyskusja. Jako pierwszy głos zabrał prof. Krzysztof Paśnik, prezes Towarzystwa Chirurgów Polskich, który sceptycznie odniósł się do proponowanego rocznego wzrostu nakładów na ochronę zdrowia powiązanego ze wzrostem gospodarczym. – Jaką mamy gwarancję, że będzie wzrost PKB? – pytał. Zgodził się jednak, że wycena niektórych procedur medycznych jest zawyżona, pytając ministra, kto faktycznie i w oparciu o jakie kryteria decyduje o ich obniżeniu. – Mam wrażenie, że obniżane są następująco: im bardziej wzrasta liczba przeprowadzanych procedur, tym ich wycena bardziej spada w następnym roku lub kolejnych latach, czyli sami wpędzamy się w problemy – powiedział

FAKT

Zdaniem ministra
przeszacowanych
jest 200-300
świadczeń
i to powinno ulec
zmianie.

prof. Paśnik. Na sytuację patomorfologii zwrócił uwagę dr Jarosław Wejman, sekretarz Polskiego Towarzystwa Patologów. – Do tej pory funkcjonowaliśmy jako tzw. procedury kliniczne. Przez lata nikt nie pokusił się o wyodrębnienie patomorfologii i stworzenie cennika badań – powiedział, dodając, że te zaniebdania prowadzą do poruszania się po omacku w zakresie rzeczywistej wyceny badań histopatologicznych czy cytologicznych.

KARETKI POGOTOWIA, NZOZ-Y

Wiele cierpkich słów padło ze strony prof. Juliusza Jakubaszko, prezesa Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej. W jego ocenie procedowanie projektu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym odbywa się poza PTMR, które nie jest zapraszane na spotkania odbywające się w resorcie. – Projekt nie spełnia nawet w ułamku naszych postulatów. Myli się pojęcie ratownictwa medycznego z medycyną ratunkową, to tak jakby mylić

REKLAMA

gastrologię z gastronomią – wyliczał prof. Jakubaszko. – Jako zarząd towarzystwa chcielibyśmy się z panem spotkać – zaapelował. W odpowiedzi minister zadeklarował, że jest gotów do takiej rozmowy, po czym wszedł w dłuższą polemikę z szefem PTMR. Konstanty Radziwiłł zauważył, że skoro w wielu krajach świata (np. w USA) standardem są karetki jeżdżące bez lekarza, a w niektórych państwach to ratownik medyczny rozpoznaje zgon, to nie widzi powodu, dla którego u nas miałyby być inaczej. – To nie znaczy, że medycyna ratunkowa znika z SOR-ów, bo właśnie tam jest miejsce dla medycyny ratunkowej, a nie w karetkach – powiedział. Minister zdrowia dodał też, że system Państwowego Ratownictwa Medycznego powinien być, jak sama nazwa wskazuje, państwowy, aby w sytuacjach kryzysowych, zdarzeń masowych czy katastrof, działał tak jak inne służby (np. wojsko czy policja). – Nie rozumiem pana ostrego sądu, panie profesorze. Nie chcemy, by przetargi na działania PRM wygrywali ci, którzy dają niższą cenę – dodał. – Przez 20

FAKT

Dyskusja KPTL z ministrem o sprawach kształcenia odbędzie się na kolejnym spotkaniu.

lat, w dużej mierze wbrew swojej woli, lekarze POZ zostali ograniczeni do roli wypisywaczy recept – zauważył z kolei prof. Leszek Czupryniak, do niedawna prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. – Cała zachodnia Polska to prywatna specjalistyka. Właściciele NZO-ów, dysponujących czasami jedyną poradnią diabetologiczną w powiecie, boją się, że nastąpi likwidacja ich miejsca pracy, bo całość pieniędzy przejmie POZ – mówił. Dyskutanci zwrócili uwagę również na nadmiar regulacji towarzyszących codziennej pracy lekarzy. – Nie widzę chęci zmniejszenia biurokracji. Historia choroby tworzona jest dla pacjenta, a nie, jak kiedyś, dla porozumiewania się między lekarzami – powiedział prof. Jerzy Kruszewski, przewodniczący Komisji Kształcenia NRL.

KSZTAŁCENIE, MŁODZI LEKARZE

Wystąpienie ministra i dyskusja zdominowały dwugodzinne posiedzenie Konferencji Prezesów Towarzystw Lekarskich na tyle, że nie udało się szczególnie omówić stanowiska

dotyczącego zmian w systemie kształcenia specjalizacyjnego lekarzy i lekarzy dentystów. Zdaniem KPTL wprowadzenie kolejnych zmian systemu specjalizacji w okresie wprowadzania systemu modułowego, zmian kształcenia przeddyplomowego i stażu poddyplomowego spowoduje trudności w ocenie efektów nowych rozwiązań, w weryfikacji osiągnięcia zakładanych celów i utrudni rozwój zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów. Dlatego – jak podkreślono w stanowisku – należy pozostawić bez zmian listy specjalizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych oraz tryb odbywania specjalizacji. „Zapewnienie młodym lekarzom dobrych warunków szkolenia specjalizacyjnego w Polsce jest jednym z najpotrzebniejszych działań mających na celu zapewnienie Polakom fachowej opieki medycznej w przyszłości” – uważa KPTL, dodając, że brak lekarzy (zwłaszcza specjalistów w licznych dziedzinach) stanowi duży problem polskiej ochrony zdrowia, a doraźne działania nie rozwiążą tego problemu. ○

Wybory 2017/2018 w toku

Okręgowe komisje wyborcze ustaliły wstępne listy członków rejonów wyborczych.



**Ładysław
Nekanda-Trepka**

Przewodniczący
Krajowej Komisji
Wyborczej

Zgodnie z proponowanym przez Krajową Komisję Wyborczą kalendarzem do 14 kwietnia 2017 r. w okręgowych izbach lekarskich powinno zakończyć się ostateczne ustalanie list członków rejonów wyborczych. Rozpocznie się wówczas procedura zgłaszania kandydatów na delegata na okręgowy zjazd lekarzy. Ordynacja wyborcza stanowi o powszechności wyborów i jej demokratycznym charakterze.

Liczba kandydatów ubiegających się o mandat delegata jest nieograniczona. Każdy członek rejonu wyborczego może zgłosić innego lekarza / lekarza dentystę wpisanego na listę danego rejonu

wyborczego, posiadającego bierne prawo wyborcze, jako kandydata na delegata na zjazd. Może również zgłosić swoją kandydaturę. W tym celu należy wypełnić wniosek „KARTA ZGŁOSZENIA KANDYDATA NA DELEGATA NA OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY”, na którym składa się oświadczenie o niekaralności oraz zgodę na publikację swoich danych osobowych (standardowy druk zgłoszenia jest dostępny na stronach internetowych poszczególnych izb lekarskich oraz w większości biuletynów).

Okręgowe komisje wyborcze do 15 maja 2017 r. powinny uchwalić zamknięcie ostatecznych list kandydatów i do 31 maja 2017 r. opublikować ich nazwiska w Biuletynie Informacji Publicznej, w odniesieniu do każdego rejonu wyborczego, w którym

lekarz / lekarz dentysta kandyduje. Kandydaci w porządku alfabetycznym zostaną wpisani na kartę do głosowania. Głosowania w rejonach wyborczych mogą rozpocząć się już od 1 czerwca. Decyzję o kalendarzu głosowań podejmuje właściwa okręgowa komisja wyborcza, a informacja o czasie odesłania koperty z wypełnioną kartą w drodze głosowania korespondencyjnego oraz miejscu i czasie zgromadzenia wyborczego powinna zostać przesłana do każdego lekarza / lekarza dentysty na wskazany w rejestrze adres do korespondencji.

Jeżeli chcemy poprawić lub zmienić działanie naszych władz, uczestniczymy aktywnie w wyborach delegatów na zjazd. ○




Leszek Dudziński

Wiceprezes NRL, przewodniczący
Komisji Stomatologicznej NRL

0 stomatologii codziennie

Po konferencji naukowej „Żyj rozsądnie – dbaj o zdrowie jamy ustnej”, zorganizowanej w Naczelnej Izbie Lekarskiej z okazji Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej, jest wiele do przemyślenia. Dziękuję wszystkim, którzy zdecydowali się wziąć w niej udział osobiście i tym, którzy śledzili ją za pośrednictwem mediów.

Cieszę się, że informowanie o problemach jamy ustnej jest stałą inicjatywą i odbywa się nie tylko przy okazji święta 20 marca. Tak jak wspomniała dr Anna Lella, jest to temat, który powinien być propagowany przez lekarzy dentystów wszędzie i codziennie. Uczestnicząc w konferencji, można było zobaczyć, jak wiele wiedzy dotyczącej tych zagadnień jest do uzupełnienia. Ich przekrój mieliśmy możliwość zobaczyć w trakcie wystąpień prelegentów. Mogliśmy dowiedzieć się, jak w najnowszych badaniach wypada zainteresowanie problemami zdrowia jamy ustnej, jak często pacjenci decydują się na odwiedzenie gabinetów stomatologicznych, jakie są ostatnie wyniki badań dotyczących monitoringu stanu zdrowia jamy ustnej – jedynego wiarygodnego źródła wiedzy o tym, jaka jest sytuacja epidemiologiczna w Polsce.

Choroba próchnicowa dotyczy małych dzieci, praktycznie od trzeciego roku życia, ze szczególnym wzrostem intensywności około piątego roku życia. Dane te wskazują, że konieczne jest skupienie działań profilaktycznych na tym problemie – zarówno osób odpowiedzialnych za politykę zdrowotną, jak i wszystkich lekarzy, którzy w jakimś stopniu tę politykę zdrowotną realizują w swoich gabinetach – podkreślała prof. Dorota Olczak-Kowalczyk. Z kolei o projekcie „Dzieciństwo bez próchnicy” opowiadała prof. Maria Borysewicz-Lewicka.

Drugim, niezwykle ważnym zagadnieniem, był temat niedoboru witaminy D, omówiony podczas wykładu prof. Marzeny Dominiak z Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. Wyniki badań prowadzonych przez ten ośrodek dowodzą, że znacząca część Polaków ma problem z prawidłowym poziomem witaminy D. Często ma to związek ze świadomością, że jej niedobór należy uzupełniać za pośrednictwem środków farmakologicznych lub

ekspozycji na słońce. Zauważono jednak, że nieprzestrzeganie pewnych zasad, jak dostarczanie fosforanów czy spożywanie posiłków wysoko przetworzonych i konserwowanych, przyczynia się do powstawania jej niedoboru. On z kolei przekłada się na gospodarkę hormonalną, a gospodarka hormonalna przekłada się w sposób ewidentny na gospodarkę wapniem. Pojawia się więc nowe spojrzenie na problemy związane nie tylko z samą próchnicą, ale także z chorobami przyzębia i ze zmianami związanymi z zaburzeniami gospodarki hormonalnej.

Bardzo ciekawa była też dyskusja na temat wpływu zdrowia jamy ustnej na schorzenia ogólne, jak choroby układu krążenia czy zaburzenia związane z cukrzycą, a także zmiany w obrębie błony śluzowej jamy ustnej i gwałtownego wzrostu zapadalności na chorobę nowotworową, także w tym obszarze. Prof. Honorata Shaw przedstawiała nowe podejścia do zagadnień starzejącego się społeczeństwa i zauważania problemów związanych z opieką stomatologiczną oraz zdrowiem jamy ustnej osób w wieku starszym. To sprawa istotna nie tylko z punktu widzenia demograficznego i kwestii związanych ze starzeniem się społeczeństwa w Polsce, ale również z punktu widzenia ekonomicznego. Liczba osób, które wymagają leczenia uzupełniającego za pomocą przywrócenia prawidłowej funkcji narządu żucia poprzez protezowanie, czyli eliminację inwalidztwa, bo bezzębie jest pewną formą inwalidztwa, to są wymierne koszty, które państwo lub obywatele muszą ponieść.

Nasze środowisko jest czasem podzielone, bo patrzymy na wykonywanie naszego zawodu z dwóch perspektyw: dla jednych istotne są kwestie związane z wykonywaniem zawodu we współpracy z publicznym płatnikiem, dla drugih te odnoszące się do pracy w prywatnych praktykach. Nie ulega jednak wątpliwości, że mimo tych różnic, zawsze najważniejsze pozostaje dla nas dobro pacjenta, o czym świadczy m.in. ta naukowa debata, skupiona na holistycznym podejściu do leczenia i dobrostanie psychicznym każdego chorego. ○

E-dokumentacja w gabinecie



**Mirosław
Przastek**

Pełnomocnik
dyrektora CSiOZ*
ds. współpracy
z interesariuszami

Zbliża się termin 1 stycznia 2018 r., od którego zacznie obowiązywać stosowanie elektronicznej dokumentacji medycznej.

Nie ma jednego, idealnego rozwiązania systemu IT dla gabinetu lekarskiego czy dentystycznego, który można by było wskazać.

Z wielu powodów – np. różne mogą być nakłady finansowe na ten cel, wynikające m.in. z zastosowanych wybranych technologii: sprzętu, systemów operacyjnych, baz danych, aplikacji itd. Instytucje zaangażowane w informatyzację służby zdrowia wskazują i promują kierunki informatyzacji oraz opracowują i wyznaczają standardy. To z kolei sprawia, że na rynku dostawców rozwiązań IT tworzone są warunki konkurencji.

CZY INFORMATYZOWAĆ PLACÓWKĘ, KIEDY I JAK?

Odpowiedź na pierwsze dwa pytania jest łatwa: tak, i to jak najszybciej. Pacjent w XXI w. oczekuje nowoczesnych form komunikacji (60 proc. ruchu w internecie pochodzi dzisiaj z urządzeń mobilnych). Będzie więc oczekiwał, oprócz możliwości zdalnego (nawet transgranicznego) umówienia wizyty, również dostępu do swojej dokumentacji medycznej oraz że jego dokumentacja będzie „dostępna w systemie”. W praktyce oznacza to, że (uprawniony) specjalista będzie mieć dostęp do dokumentacji pacjenta przechowywanej w dowolnej

placówce, w której dla tego pacjenta dokumentację wytworzono. Jest to ujęcie znacznie uproszczone, bo pomijające kwestie różnego rodzaju wymaganych zgód pacjenta. Placówka medyczna, gabinet będą musiały niebawem sprostać (oprócz wymogów ustawowych) oczekiwaniom pacjentów, o ile nie zamierza „wykluczyć się cyfrowo” z rynku.

DLACZEGO WARTO JAK NAJSZYBCIEJ INFORMATYZOWAĆ GABINET?

Wszystkie systemy informatyczne, w zależności przede wszystkim od stopnia komplikacji, wymagają okresu stabilizacji, dojrzewania, poprawienia nieuchronnych błędów oprogramowania, optymalnej konfiguracji itp. Dzisiaj np. dobre drukarki są wytwarzane w wielu, nawet egzotycznych krajach, ale oprogramowanie do nich jest poprawiane i udoskonalane przez lata. Ważniejszy jest tu jednak czynnik ludzki, ponieważ informatyzacja to często zmiana procedur, procesów, a zawsze – przyzwyczajęń. Nierzadko wymusza ona podjęcie rozstrzygnięć. Często niedookreślone, nieformalne praktyki wymagają na etapie wdrożenia konkretnych wyborów, gdyż sensowna informatyzacja ma szansę powodzenia tylko w dobrze zorganizowanej i opisananej organizacji. Dlatego im wcześniej podjęte zostaną decyzje, tym więcej

60%

Tyle ruchu w internecie pochodzi dzisiaj z urządzeń mobilnych. Pacjent w XXI w. oczekuje nowoczesnych form komunikacji.

będzie czasu, aby przygotować się do nadejścia dnia D i ewentualne korekty oraz dojście do dojrzałych rozwiązań.

JAK ZINFORMATYZOWAĆ GABINET?

Proponowałbym w pierwszej kolejności skompletować niezbędne zasoby specjalistycznej wiedzy w osobach: informatyka, prawnika oraz przedstawicieli użytkowników przyszłego systemu (systemu jeszcze niedookreślonego w tym momencie). Chyba że dysponujemy osobiście takimi kompetencjami. Użytkownikiem w tym kontekście jest zarówno lekarz dentysta, jak i pracownik rejestracji, informatyk. Również księgowa i inni pracownicy, którzy będą system obsługiwać.

JAK DOKONAĆ WYBORU SYSTEMU INFORMATYCZNEGO?

Pierwszym zadaniem byłoby wstępne zebranie oferowanych na rynku rozwiązań informatycznych zbliżonych „rozmiarowo” do naszych oczekiwań. Nie ma raczej potrzeby pochylać się nad ofertą giganta informatycznego, którego głównym biznesem jest informatyzowanie sieci szpitali. Uważam, że informatyzowanie gabinetu dentystycznego jest zadaniem dla średniej wielkości, sprawnej firmy. Za pomocą wyszukiwarki internetowej łatwo znaleźć wiele atrakcyjnych propozycji, z których można wybrać tę docelową, według określonych kryteriów. Kryteria te będą różne w zależności od optyki – dla informatyka będą inne niż dla lekarza dentysty i inne niż dla pracownika rejestracji. Naturalnie czynnik finansowy jest też bardzo ważny.

* Centrum Systemów
Informatycznych Ochrony
Zdrowia (www.csioz.gov.pl)



Przejrzenie ofert może być też dodatkowo inspirujące – może się zdarzyć, że w ofercie jest przedstawiony pomysł, który nie był dotychczas brany pod uwagę (np. powiadamianie SMS-owe pacjentów, wielojęzyczne menu na stronie internetowej gabinetu). Konkurencja na rynku wymusza innowacyjność rozwiązań, więc zawsze można trafić na jakiś ciekawy pomysł gabinetowego rozwiązania IT, na który warto zwrócić uwagę.

Po zebraniu ofert należy przeanalizować następujące kwestie:

1. Oferowane funkcjonalności systemu i wygodę pracy głównego użytkownika, lekarza, dentysty. Jakie możliwości daje system przy założeniu, że mamy do czynienia z dokumentacją medyczną, tyle że w formie elektronicznej? Czy system przetwarza wszystkie dane, czy są one łatwe, szybko i ergonomicznie dostępne? Czy przyszłe ewentualne rozszerzenie działalności gabinetu wpisuje się w oferowane rozwiązanie informatyczne?

2. Rolą informatyka byłaby ocena techniczna rozwiązania. Czy zastosowano odpowiednie technologie, rokujące – a nie zmierzchowe, czy nie ma pułapek licencyjnych w ofercie, np. czy baza danych jest bezpłatna czy płatna, czy nie ma ryzyka, że ta bezpłatna będzie wnet płatna itp.? Niektórzy dostawcy rozwiązań proponują przetestowanie oprogramowania przez okres próbny i jeśli jest taka praktyczna możliwość, to warto z niej skorzystać, nawet jeśli testowanie jest możliwe w ograniczonym

zakresie funkcjonalnym.

3. Kwestie finansowe można sprowadzić zasadniczo do ceny i modelu zakupu: czy jest to jednorazowy zakup czy opłata abonamentowa lub kombinacja obu.

4. Początkowo rolą prawnika byłoby przeanalizowanie propozycji umowy w celu zidentyfikowania ryzyk oraz sprawdzenia zgodności jej zapisów z literą prawa.

Niektóre rozstrzygnięcia mogą wymagać współpracy informatyka i prawnika, np. kwestie licencji czy gwarancji. Może się naturalnie zdarzyć wiele różnych kombinacji opinii: oferta finansowo atrakcyjna może być nie do przyjęcia w sensie funkcjonalnym dla pracownika rejestracji.

Po wstępnej selekcji prowadzącej do wyboru 3-5 ofert proponowałbym skorzystać z listy referencyjnej obowiązująco wymaganej od oferentów. Nikt bowiem lepiej niż użytkownik nie zna zalet, ale co ważniejsze – wad konkretnego rozwiązania. I tutaj radzę nie szukać skrótów – solidny producent dobrego rozwiązania ma powód do dumy i chętnie pomoże nawiązać kontakt z (zadowolonymi) użytkownikami systemu swojego autorstwa.

Ostateczna decyzja wyboru oferty i rozwiązania jest decyzją strategiczną, którą później jest bardzo trudno, z wielu powodów, zmienić. Ale podejmując ją, warto zwrócić uwagę na:

1. Skalowalność rozwiązania – każdy system informatyczny może osiągnąć pułap wydajności. Nie ma dysku twardego, którego nie można do

▲ **Konkurencja na rynku wymusza innowacyjność rozwiązań, więc zawsze można trafić na jakiś ciekawy pomysł gabinetowego rozwiązania IT, na który warto zwrócić uwagę.**

WAŻNE

Ostateczna decyzja wyboru oferty i rozwiązania jest decyzją strategiczną, którą później jest bardzo trudno, z wielu powodów, zmienić.

końca zapisać danymi. Trzeba przeanalizować parametry techniczne i kupić rozwiązanie na miarę. Trzeba mieć też pewność, że przechowanie dokumentacji będzie możliwe również w dłuższej perspektywie czasowej.

2. Modułowość – jeśli dzisiaj jakaś funkcjonalność systemu wydaje się zbędna, to może ona się zmienić na potrzebną lub nawet niezbędną (wymagania pacjentów, przepisy prawa). Warto mieć opcję dokupienia modułu czy funkcjonalności.

3. Kardynalny wymóg zgodności rozwiązania z obowiązującym prawem – przede wszystkim w kwestiach standardów elektronicznej dokumentacji medycznej (standardy sankcjonowane przepisami!). Spełnienie tych wymagań zagwarantuje realizację reguły interoperacyjności, tj. możliwości wysyłania i odbierania elektronicznej dokumentacji pacjentów, wystawiania recept czy zwolnień lekarskich.

4. Gwarantowane w umowie solidne wsparcie techniczne dostawcy (telefoniczna pomoc, czas reakcji na awarie).

5. Aktualizowana na bieżąco dokumentacja użytkownika i administratora systemu.

6. Sposób wdrożenia rozwiązania (harmonogram wdrożenia, odpowiednia liczba szkoleń).

7. Wymagania adaptacji rozwiązania według potrzeb i oczekiwań kupującego.

8. Zawarcie umowy z dostawcą po ostatecznych konsultacjach z całym zespołem eksperckim, aby – o ile to możliwe – był to świadomy wybór w trybie wypracowanego wspólnie konsensusu.

Poza dyskusją pozostaje, że zapewnienie w placówce szerokopasmowego internetu jest koniecznością. Pamiętajmy, że od 2015 r. przepisy zezwalają na rozwiązania chmurowe, słusznie lansowane przez środowisko informatyczne – to nieuchronny postęp w architekturze systemów IT w służbie zdrowia.

Komputer służy do tego, aby ułatwić pracę, której bez niego w ogóle byś nie miał. ☺

Perio 2017

GL
PATRONAT

Odsetek osób z chorobą przyzębia wzrasta wraz z wiekiem, szczególnie pacjentów po 65. r.ż., podobnie jak rośnie zapadalność na cukrzycę, choroby serca, Alzheimer'a czy Parkinsona.

✪ MARTA JAKUBIAK

O interdyscyplinarnym leczeniu chorób przyzębia, wspomaganych właściwą dietą, oraz o współpracy lekarza z pacjentem mówiono podczas seminarium periodontologiczno-protetycznego Perio 2017*, które pod koniec marca odbyło się w Warszawie.

Współczesna periodontologia umożliwia nie tylko odbudowę utraconych w przebiegu choroby tkanek przyzębia, ale również rehabilitację narządu żucia pod względem funkcjonalnym i estetycznym. – Czasem choroba jest tak zaawansowana, że zmuszeni jesteśmy wdrożyć leczenie zespołowe – mówi prof. Renata Górka, prezes Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego. – Taki proces terapeutyczny przewiduje różne fazy leczenia periodontologicznego, które przeplatają się z leczeniem protetycznym i chirurgicznym – dodaje dr Attilio Bedendo, specjalista protetyki, członek Włoskiego Towarzystwa Protetyki Stomatologicznej. W niektórych przypadkach wymagane jest także leczenie ortodontyczne, nie wspominając już o podstawowym leczeniu stomatologicznym.

– Nie osiągniemy sukcesu w leczeniu, jeśli od pacjenta nie wyegzekwujemy odpowiedniej higieny jamy ustnej – ostrzega prof. Górka. Taki pogląd podziela prof. Mario Aimetti, prezes elekt Włoskiego Towarzystwa Periodontologicznego. – Nie tylko zaawansowane techniki chirurgicznego leczenia periodontologicznego stanowią klucz do sukcesu, lecz przede wszystkim właściwa domowa higiena jamy ustnej, a stosowanie szczoteczek elektrycznych współdziałających



z aplikacjami na smartfony może ułatwić osiągnięcie celu, uatrakcyjniając pacjentom szczotkowanie – dodaje.

▲ Prof. Renata Górka i prof. Mario Aimetti.

WAŻNA ODPOWIEDŹ

Choroba przyzębia rozwija się w wyniku interakcji zachodzących pomiędzy bakteriami znajdującymi się w płytce nazębnej a odpowiedzią immunologiczną organizmu. I choć bakterie inicjują proces zapalny, to w głównej mierze układ immunologiczny jest odpowiedzialny za niszczenie w przebiegu zapalenia przyzębia tkanek otaczających ząb. – Pomiedzy bakteriami a odpowiedzią gospodarza, która odgrywa niezwykle ważną rolę w powstaniu choroby, jej przebiegu i leczeniu, musi być zachowana równowaga – przypomina prof. Górka. Na odpowiedź gospodarza wpływają określone czynniki ryzyka. Jeśli ktoś ma predyspozycje genetyczne do zapadalności na choroby przyzębia, pali papierosy i nie przestrzega właściwej higieny jamy ustnej, progresja periodontitis będzie u niego dużo większa, a leczenie nieprzewidywalne. Ma on sześciokrotnie większe

ryzyko utraty uzębienia niż ktoś, u kogo wspomniane czynniki nie występują.

Istnieje udowodniona zależność przyczynowo-skutkowa pomiędzy przewlekłym procesem zapalnym w tkankach przyzębia, a miażdżycą, ostrym zespołem wieńcowym, udarami OUN, cukrzycą, chorobami nowotworowymi, przedwczesnymi porodami i niską wagą urodzeniową dzieci oraz otyłością.

DIETA

W marcu Włoskie Towarzystwo Periodontologiczne nagrodziło pracę badawczą zespołu prof. Filippo Grazianiego z Pizy, dotyczącą zastosowania kiwi w leczeniu periodontologicznym. – Okazuje się, że spożywanie dwóch owoców dziennie wpływa nie tylko na redukcję stanu zapalnego dziąseł, ale też zmniejsza ciśnienie rozkurczowe i powoduje zwiększenie poziomu dobrego cholesterolu – informuje prezes PTP. Z kolei sok żurawinowy może hamować sekrecję interleukiny 6, 8 i prostaglandyny. Zielona herbata działa bakteriobójczo na bakterie Gram-ujemne, redukuje aktywność kolagenazy, a tym samym destrukcję tkanek przyzębia. Dobroczynnymi modyfikatorami są również wapń i witamina D. Kobiety z osteoporozą kości biodrowej mają trzy razy większą resorpcję tkanki kostnej w obrębie zębów trzonowych niż te, które osteoporozy nie mają. Witamina D hamuje uwalnianie cytokin prozapalnych i podnosi ekspresję tych przeciwzapalnych. Z kolei niedobór witamina C przyczynia się do szybszej utraty przyczepu łącznotkankowego, zwłaszcza u osób palących. Witamina B compositum po zabiegach chirurgicznych wspomaga proces gojenia ran i powoduje lepsze odbudowywanie się przyczepu łącznotkankowego. Nienasycone kwasy tłuszczowe, których źródłem są ryby, warzywa i orzechy, hamują rozwój prostaglandyny, a w połączeniu z niskimi dawkami kwasów acetylosalicylowych redukują poziom krwawienia i głębokość kieszonek przyzębnych. Podobnie jak niesteroidowe leki przeciwzapalne, mogą przeciwdziałać utracie kości w zapaleniach przewlekłych, jak reumatoidalne zapalenie stawów czy zapalenie przyzębia. ○

* Seminarium zostało zorganizowane przez Polskie Towarzystwo Periodontologiczne.



Fotorelacja na
www.gazetalekarska.pl



Jolanta Małmyga

Wiceprezes ORL w Gorzowie Wlkp.

Miejmy odwagę zaufać sobie i innym

*Nigdy nie wzniesiesz się ponad to,
czemu nie chcesz spojrzeć w oczy.*

Anthony de Mello

Kto z nas jest na tyle odważny, aby spojrzeć prosto w oczy sobie samemu i otaczającej rzeczywistości? Ciągłe coś organizujemy, poprawiamy i zmieniamy, gdyż chcemy wprowadzić własne idee w życie. Stale też krytykujemy i oceniamy innych, przypinamy wszystkim etykiety z naszą aprobatą lub dezaprobatą. Pytam tylko po co? To samo w sobie ogranicza możliwość wyciągania właściwych wniosków i zaburza zdolność obserwacji bez ingerencji z naszej strony. Pragnienie zmian, dobrych w naszym mniemaniu, istnieje w każdym człowieku, tylko czy zawsze rozumiemy właściwie ich potrzebę?

Organizowanie nowej rzeczywistości wymaga umiejętności podejmowania właściwych decyzji, a z tym w parze idzie mądrość, niezawisłość i przede wszystkim odwaga. A kiedy nasze wizje i wybory się nie spełniają, jesteśmy rozczarowani, ale nie potrafimy przyznać się do porażki i obwiniać siebie za zły wybór. Tak naprawdę jesteśmy egoistami i za wszelką cenę staramy się chronić dobre mniemanie o sobie, przecież łatwiej jest obwiniać innych za to, że nie potrafiliśmy wyciągnąć właściwych wniosków. Niewielu z nas potrafi ocenić własne możliwości, a to powoduje, że stajemy się chorzy z zawiści, ale i tak nie robimy nic. Boimy się i ze strachu, aby się nie narażać, siedzimy cicho, a potem pierwsi zaczynamy oskarżać za złe decyzje tych, których wybraliśmy do ich podejmowania, ale sami wielokrotnie przez naszą beczynność pozwalamy to robić.

A życie i tak toczy się dalej, tylko czy chcemy być jedynie biernymi obserwatorami takiego biegu rzeczy, a potem narzekać na wszystko i wszystkich?

Niewielu z nas potrafi także wybaczać błędy i to nie tylko innym, ale i sobie, a tak niewiele potrzeba, aby zmienić negatywne nastawienie, przecież potrzeba tylko odrobiny dobrej woli i zrozumienia ludzkich słabości, których sami nie jesteśmy pozbawieni. We współczesnym świecie zdominowanym przez wyścig szczurów brakuje życzliwości

i zrozumienia potrzeb drugiego człowieka, gdyż liczy się tylko własne ja.

W autobusie usiadł koło mnie starszy pan poruszający się przy pomocy kul i spytał, czy może porozmawiać, gdyż jest zadowolony, że po kilku miesiącach mógł wyjść samodzielnie na spacer, co prawda przy pomocy kul, ale był szczęśliwy, że mógł pospacerować nad rzeką. Chciał jeszcze pójść do parku, ale zabrakło mu sił. Powiedział, że zrobi to następnego dnia. Spytał mnie, dlaczego tak mało ludzi się uśmiecha, a przecież świeci słońce i jest taka ładna pogoda, dlaczego ludzie nie potrafią się cieszyć z życia. Nawet dzieci są zbyt poważne, nie potrafią się cieszyć otaczającym światem, a jedynie są zafascynowane ekranami komórek i innych gadżetów, żyją w wirtualnym świecie. I co miałam no to odpowiedzieć? Po prostu uśmiechnęłam się do mojego rozmówcy, mówiąc, że dobrze, iż są jeszcze tacy ludzie jak on, którzy potrafią docenić uroki życia.

Moim zdaniem zaczynamy tracić kontrolę nad rzeczywistością. Nikt nikomu nie ufa, a przekazywane informacje dotyczące tych samych spraw wzajemnie się wykluczają, o wiele łatwiej jest więc poruszać się w wyimaginowanym świecie. Tak jest prościej, gdyż nie potrzeba się denerwować problemami codzienności, niech inni się tym martwią. Tylko że kiedyś trzeba wrócić do realnego świata, w którym nie zawsze można się odnaleźć i wówczas zaczynają się załamania nerwowe i depresje. Winimy za to innych, ale nie siebie. Myślę, że już najwyższy czas na otrzeźwienie. Zbliżają się Święta Wielkanocne, które są symbolem odrodzenia i nadziei. Otrząsnijmy się i uśmiechnijmy do ludzi, porozmawiajmy z nimi ze zrozumieniem i bez złośliwości. Wysłuchajmy tego, co mają nam do przekazania i postarajmy się wspólnie w zgodzie rozwiązać problemy, bez narzucania własnej woli, ośmieszania innych i stałego mącenia wody, przecież najlepsza i najzdrowsza jest czysta.

Wielkanoc to czas przebaczenia, więc wybaczymy naszym wrogom, ale przede wszystkim sobie własne zaniedbania i cieszymy się życiem. Wesołych Świąt! 

IMI – mechanizm ostrzegania

W poprzednim numerze przedstawiliśmy niektóre funkcje Systemu Wymiany Informacji IMI ze szczególnym uwzględnieniem modułu związanego z uznawaniem kwalifikacji zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów. Od stycznia 2016 r. w systemie tym funkcjonuje tzw. mechanizm ostrzegania, który obejmuje m.in. lekarzy i lekarzy dentystów pracujących w państwach członkowskich UE.

Zakres informacji, które należy przekazywać w systemie IMI w ramach mechanizmu ostrzegania, określa dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych. Właściwe organy danego państwa informują organy wszystkich pozostałych państw członkowskich UE, które sprawują nadzór nad wykonywaniem danego zawodu, o lekarzu albo lekarzu dentyście, wobec którego uprawnione instytucje lub sądy wydały zakaz lub ograniczenie prowadzenia działalności zawodowej na terytorium danego kraju (czasowo bądź na stałe). Ostrzeżenie ogranicza się do podania tożsamości i zawodu, informacji o organie lub sądzie wydającym decyzję, o zakresie ograniczenia lub zakazu oraz okresie jego obowiązywania.

Ponadto ostrzeżenia obejmują także informacje o przypadkach posługiwania się fałszywymi dokumentami potwierdzającymi kwalifikacje zawodowe (o ile zostało to stwierdzone przez sąd).

OSTRZEŻENIA WPŁYWAJĄCE DO POLSKI

Ostrzeżenia dotyczące lekarzy i lekarzy dentystów są w Polsce kierowane do izb lekarskich – NIL, jako swego rodzaju pośrednika, i okręgowych – jako ostatecznych odbiorców. Napływają one do systemu niemalże codziennie i są na tyle liczne, że z organizacyjnego punktu widzenia właściwe ich monitorowanie staje się już problemem. Wiele z nich dotyczy uchybień o charakterze administracyjnym lub wynikających ze „specyfiki” danego państwa, dlatego w gąszczu takich informacji coraz trudniejsze staje się dotarcie do tych alertów, które odnoszą się do lekarzy posiadających jednocześnie polskie uprawnienia zawodowe i są konsekwencją czynów mogących mieć wpływ na wykonywanie przez tych lekarzy zawodu także w Polsce.

Ostrzeżenia wpływające do systemu IMI obejmują zarówno sankcje o charakterze typowo dyscyplinarnym, jak również decyzje podejmowane po stwierdzeniu nieodpowiedniego przygotowania zawodowego czy niezdolności do wykonywania zawodu ze względu na stan zdrowia lekarza,



Marek Szewczyński

Radca prawny,
Naczelna Izba Lekarska



Paulina Tomaszewska

Prawnik,
Biuro NROZ

a także o charakterze administracyjnym (wydawane np. z powodu założeń finansowych). Niekiedy przyczyny określonych decyzji mają charakter związany ściśle z miejscem wykonywania zawodu, np. niedostateczna znajomość języka angielskiego przez lekarza wykonującego zawód w Wielkiej Brytanii.

Jak pokazują dane z tabeli 1, zdecydowanie najwięcej ostrzeżeń zostało wysłanych przez Wielką Brytanię. Także w odniesieniu do innych zawodów najwięcej ostrzeżeń wysłano z tego kraju, co może świadczyć o specyficznym podejściu w tym państwie do odpowiedzialności zawodowej.

Zaskoczeniem może być liczba ostrzeżeń wysłanych przez Litwę – większość z nich dotyczy jednak decyzji wydanych z przyczyn czysto

Państwo	Liczba ostrzeżeń
Wielka Brytania	1 169
Litwa	755
Dania	45
Szwecja	44
Finlandia	23
pozostałe państwa łącznie	62

Tabela 1. Ostrzeżenia z ostatniego półrocza (01.09.2016 – 28.02.2017) z wyszczególnieniem państw, które wysłały ich najwięcej.

	Orzeczenie sądu lekarskiego	Uchwała okręgowej rady lekarskiej	Orzeczenie sądu karnego	Postanowienie prokuratora
zawieszenie PWZ	7	11	11	3
ograniczenie czynności zawodowych	11	–	5	–
pozbawienie PWZ	2	–	–	–
łącznie	20	11	16	3

Tabela 2. Liczba ostrzeżeń wysłanych przez ORL w okresie od lutego 2016 r. do lutego 2017 r., ze wskazaniem rodzajów decyzji stanowiących podstawę ostrzeżenia i organów je wydających (w stosunku do 50 lekarzy i lekarzy dentyków decyzje stały się prawomocne bądź wykonalne).

administracyjnych, które są zwykle uchylane po kilku dniach. Naszym zdaniem takie nadmiernie skrupulatne podejście obniża skuteczność całego systemu i nie służy celom, dla których go wprowadzono.

OSTRZEŻENIA WYSYŁANE Z POLSKI

Z jednej strony polskie izby lekarskie otrzymują informacje o lekarzach i lekarzach dentykach, którym poza granicami Polski ograniczono prawo wykonywanie zawodu albo na których nałożono zakaz jego wykonywania, z drugiej zaś strony same wysyłają informacje o takich przypadkach w Polsce – z chwilą uprawomocnienia się albo wykonalności danej decyzji. Zgodnie z ustawą o izbach lekarskich, okręgowe rady lekarskie (ORL) informują w trybie ostrzeżenia w systemie IMI o lekarzu lub lekarzu dentyście, wobec którego:

FAKT

Zdecydowanie najwięcej ostrzeżeń zostało wysłanych przez Wielką Brytanię.

- rada lekarska podjęła uchwałę o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu (PWZ) lub ograniczeniu w wykonywaniu zawodu,
- sąd lekarski wydał orzeczenie o ograniczeniu zakresu czynności w wykonywaniu zawodu, zawieszeniu albo pozbawieniu PWZ,
- sąd powszechny orzekł zakaz wykonywania zawodu jako tzw. środek karny bądź sąd powszechny albo prokurator tytułem środka zapobiegawczego zastosował zawieszenie w wykonywaniu zawodu.

DLA KOGO I PO CO?

Podsumowując, należałoby zadać sobie pytanie, czemu system ostrzegania ma służyć i w jaki sposób przekazywane informacje mogą być wykorzystywane przez instytucje w poszczególnych państwach. Dzięki informacjom przekazywanym w trybie ostrzeżenia organy izb

lekarskich w Polsce mogą dowiedzieć się, że lekarz, który posiada PWZ w Polsce, wykonując zawód w innym państwie, dopuścił się czynu, za który organ sprawujący nadzór nad wykonywaniem zawodu lekarza (np. General Medical Council w Wlk. Brytanii) nałożył na niego ograniczenia w wykonywaniu zawodu bądź zakazał mu czasowo albo na stałe wykonywania zawodu w tym państwie.

W przypadku poważnych naruszeń prawa może to być podstawą do rozważenia, czy taki lekarz daje gwarancję prawidłowego wykonywania zawodu w przypadku powrotu do Polski i czy nie należałoby w stosunku do niego podjąć określonych działań również w ramach przepisów obowiązujących w Polsce. Są to niewątpliwie trudne do rozstrzygnięcia zagadnienia, także z uwagi na nie w pełni jasne przepisy obowiązującego prawa. Można powiedzieć, że system IMI jest źródłem informacji o określonych zdarzeniach dotyczących lekarzy i lekarzy dentyków, którzy korzystając z unijnej swobody przepływu osób pracującą za granicą, a jego celem jest zapewnienie większego bezpieczeństwa pacjentów. To jednak, czy i w jaki sposób otrzymywane informacje mogą być wykorzystywane, zależy od krajowych przepisów prawa.

Należy także zdawać sobie sprawę, że zdarzenia mające miejsce w Polsce i decyzje będące ich konsekwencją mogą mieć dla lekarza negatywne konsekwencje w razie zamiaru podjęcia pracy w innych państwach UE. (C)

REKLAMA

SOR: odmowa przyjęcia

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

W 2014 r. 8-letni chłopiec został trzykrotnie potrącony przez samochód. Dziecko było nieprzytomne, bez tętna, bez oddechu, z szerokimi niereaktywnymi źrenicami.

Przybyły na miejsce zespół pogotowia ratunkowego podjął reanimację. Wykonano zewnętrzny masaż serca wraz z wentylacją i dokonano stabilizacji kręgosłupa szyjnego. W karetce monitorowano podstawowe funkcje życiowe, wykonano intubację. Odesłano dużą ilość krwi z jamy ustnej i gardła, a także z rurki intubacyjnej. W związku z ciężkością i rozległością obrażeń na miejsce wezwano Lotnicze Pogotowie Ratunkowe. Koordynator w Centrum Zarządzania Kryzysowego wskazał placówkę, do której LPR miał przetransportować chłopca. W końcowej fazie lotu,

tuż przed podejściem do lądowania, ratownik LPR-u otrzymał od personelu wskazanego szpitala informację, aby śmigłowiec wraz z pacjentem udał się do innej, wskazanej placówki. Śmigłowiec wylądował, m.in. ze względu na fakt, że decyzje o wyznaczeniu miejsca transportu docelowego podejmowane są bądź przez dyspozytora medycznego kierującego akcją, bądź przez lekarza koordynatora, a nie przez osoby zatrudnione w jednostce mającej przyjąć pacjenta. Obwiniony lekarz, wówczas kierownik SOR-u, podjął decyzję o odmowie przyjęcia chłopca i odesłaniu zespołu LPR do szpitala, w którym sprawowany był dyżur neurochirurgiczny. Kiedy śmigłowiec dotarł na miejsce, u dziecka doszło do kolejnego już zatrzymania krążenia i mimo reanimacji, zgonu.

Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej wszczął w tej sprawie postępowanie wyjaśniające. Zgromadzono obszerny materiał dowodowy. Po jego przeanalizowaniu OROZ złożył do okręgowego sądu lekarskiego wniosek o ukaranie lekarza kierującego tego dnia pracą SOR-u. Sąd po przeanalizowaniu sprawy uznał, że lekarz dopuścił się przewinienia zawodowego, naruszając art. 4 w związku z art. 30 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, art. 33 ust. 1 ustawy z 8 września 2006 r. o PRM i art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej. Wymierzył mu karę nagany. Obwiniony lekarz odwołał się od tego orzeczenia. Naczelny Sąd Lekarski przeanalizował sprawę i zmienił wymiar orzeczonej kary przez sąd I instancji na karę upomnienia.



Grzegorz Wrona

Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

KOMENTARZ

Należyta staranność i niezbędny czas – to wymagania stawiane lekarzowi, które przy innych zachowaniach, uznanych przez lekarskie sądy za zawodowe przewinienia, już w tym miejscu poddawaliśmy analizie. W opisanej sytuacji rzecznicy i sądy spotkały się z koniecznością oceny wielowątkowej sytuacji, sytuacji nadzwyczajnej. Szczególny był pacjent – dziecko, które zawsze jest dla lekarza chorym bardzo trudnym, wymagającym i odmiennym od „typowego” dorosłego – w dodatku dziecko w szczególnie ciężkim, nagłym i zagrażającym życiu stanie. Szczególny był środek transportu sanitarnego – tak ze względu na czas dotarcia do szpitala, jak i specyfikę kontaktu między lekarzem śmigłowca i lekarzem SOR. Szczególny był szpital – wieloprofilowy, specjalistyczny, kliniczny, ale bez wszystkich, niezbędnych zdaniem przyjmującego zadanie, profili dla leczenia tego pacjenta. Szczególny był (jest) wymóg prawa – SOR nie może odmówić przyjęcia pacjenta w stanie nagłym. Szczególne było zainteresowanie mediów, które jak zwykle dokonały osądu, zanim postępowania karne

i w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej wszczęto. Już na pierwszy rzut oka można było domniemywać, że „niezbędnego czasu” lekarz nie miał. Zapewne podejmowanej decyzji towarzyszyły emocje. Zapewne także poszukiwane było w pośpiechu najlepsze dla chorego rozwiązanie; nie można przecież zakładać niechęci do udzielenia pomocy. Należyta staranność była zatem podstawowym elementem badanym przez sądy obu instancji. Za niewłaściwe sądy uznały próby badania chorego przez lekarza SOR na pokładzie śmigłowca. Trudno byłoby zarzucić niestaranność, gdyby badanie ratunkowe i adekwatne do stanu chorego czynności lekarz podjął w obszarze triage i następnie w obszarze resuscytacyjno-zabiegowym. Nawet jeśli czynności te nie doprowadziłyby do uratowania życia dziecka, co z wysokim prawdopodobieństwem stwierdziły sądy. W tym przypadku standard postępowania nie został dotrzymany i to właśnie uznano za brak należytej staranności. Rozważając natomiast argumenty podane w odwołaniu, NSL uznał, że orzeczenie kary nagany, w świetle dyrektyw ustalania jej wymiaru, nie jest celowe i że realizacja celu wymierzonej kary zostanie spełniona przez orzeczenie kary łagodniejszej, tj. upomnienia.

BIULETYN

NR 2 (174) ROK XXVII

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

WARSZAWA, III 2017

© REDAKTOR NACZELNY: MAREK JODŁOWSKI

Posiedzenie NRL – 10 marca 2017 r.

UCHWAŁA Nr 5/17/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 10 marca 2017 r.

w sprawie przyjęcia informacji o działalności samorządu lekarzy i lekarzy dentystów w 2016 r.

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

§ 1.

Przyjmuje się informację o działalności samorządu lekarzy i lekarzy dentystów w 2016 r., stanowiącą załącznik do uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

WICEPREZES

Romuald Krajewski

Informacja o działalności samorządu lekarzy i lekarzy dentystów w 2016 r.

1. Struktura i zadania samorządu

Samorząd lekarzy i lekarzy dentystów reprezentowany jest przez Naczelną Izbę Lekarską, 23 okręgowe izby lekarskie oraz Wojskową Izbę Lekarską. Izby lekarskie realizują zadania wyznaczone wspólnie dla całego samorządu zawodowego. Ustawa o izbach lekarskich powierza Naczelnej Radzie Lekarskiej prawo do działania jako organ wyższego stopnia w stosunku do okręgowych rad lekarskich w sprawach związanych z przyznawaniem prawa wykonywania zawodu, stwierdzaniem niezdolności do wykonywania zawodu, dokonywaniem wpisu do rejestru organizatorów kształcenia podyplomowego lekarzy oraz innych sprawach, do których zastosowanie znajdują przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego. Organy samorządu lekarskiego stanowią:

- w Naczelnej Izbie Lekarskiej: Krajowy Zjazd Lekarzy, Naczelna Rada Lekarska, Naczelny Sąd Lekarski, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej oraz Naczelna Komisja Rewizyjna,
- w okręgowych izbach: okręgowy zjazd lekarzy, okręgowa rada lekarska, okręgowy sąd lekarski, okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej i okręgowa komisja rewizyjna.

Od 1 stycznia 2010 roku działalność samorządu lekarskiego reguluje ustawa o izbach lekarskich z dnia 2 grudnia 2009 roku.

Ustawa o izbach lekarskich z dnia 2 grudnia 2009 roku określa zadania samorządu lekarskiego, a za najważniejsze z nich należy uznać:

- sprawowanie pieczy nad należyty i sumienny wykonywaniem zawodów lekarza i lekarza dentysty,
- ustanawianie obowiązujących wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów zasad etyki lekarskiej oraz dbanie o ich przestrzeganie,

- reprezentowanie i ochrona zawodów lekarza i lekarza dentysty,

- zajmowanie stanowiska w sprawach stanu zdrowotności społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia,

- opiniowanie projektów ustaw dotyczących ochrony zdrowia i wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentysty,

- prowadzenie lub udział w organizowaniu doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów.

2. Liczba członków samorządu

Na koniec 2016 roku samorząd lekarski w Polsce zrzeszał 144.309 lekarzy, 40.813 lekarzy dentystów oraz 609 osób z podwójnym prawem wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty, co łącznie stanowi 186.731 osób zrzeszonych w 23 izbach okręgowych i Wojskowej Izbie Lekarskiej.

Łączna liczba osób wykonujących zawód lekarza i lekarza dentysty wynosiła na dzień 31 grudnia 2015 r. 169.763 osób.

3. Organy Naczelnej Izby Lekarskiej VII kadencji

W roku 2016 r. Naczelna Izba Lekarska działała poprzez swoje organy wybrane na okres VII kadencji na XII Krajowym Zjeździe Lekarzy w dniach 20–22 marca 2014 r.

4. Nadzwyczajny XIII Krajowy Zjazd Lekarzy

W dniach 13–14 maja 2016 r. obradował Nadzwyczajny XIII Krajowy Zjazd Lekarzy. Najważniejsze spośród postanowień Krajowego Zjazdu Lekarzy to:

- zobowiązanie Naczelnej Rady Lekarskiej do powołania interdyscyplinarnego zespołu ekspertów, który dokona całościowej oceny przepisów Kodeksu Etyki Lekarskiej pod kątem jego ewentualnej nowelizacji,
- uchwalenie nowego regulaminu Krajowego Zjazdu Lekarzy,
- uchwalenie nowego regulaminu wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich,
- uchwalenie nowego regulaminu wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej,
- uchwalenie zmiany regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej,
- uchwalenie zmiany regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych,
- wezwanie rektorów do stosowania tekstu przyrzeczenia lekarskiego tożsamego

- z zawartym w preambule Kodeksu Etyki Lekarskiej,
- apel o uproszczenie przepisów dotyczących wpisu na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego lekarzy i lekarzy dentystów,
- apel o wprowadzenie możliwości składania przez lekarzy i lekarzy dentystów Państwowego Egzaminu

Specjalizacyjnego w trakcie trwania ostatniego roku szkolenia specjalizacyjnego,

- apel o uproszczenie zasad wystawiania recept lekarskich poprzez zniesienie obowiązku dokonywania przez lekarzy ustalania poziomu odpłatności leku,
- apel do Prezesa Rady Ministrów o utrzymanie prawa podmiotów prywatnych do ubiegania się, na równych prawach z podmiotami publicznymi, o środki publiczne przeznaczone na finansowanie świadczeń zdrowotnych,
- apel w sprawie ograniczenia sprawozdawczości w zakresie list oczekujących świadczeniobiorców,
- apel w sprawie zwiększenia nakładów finansowych na ochronę zdrowia.

- apel w sprawie zwiększenia nakładów finansowych na ochronę zdrowia.

- apel w sprawie zwiększenia nakładów finansowych na ochronę zdrowia.

Uchwały, apele i stanowiska podjęte w czasie Krajowego Zjazdu Lekarzy zostały wysłane do adresatów, w tym m. in. Prezydenta RP, Prezesa Rady Ministrów, Ministra Zdrowia.

5. Realizacja zadań przejętych od administracji państwowej

Samorząd lekarski wykonuje obowiązki przejęte od administracji państwowej w sprawach:

- przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty,
- przyznawania prawa wykonywania zawodu felczera i prowadzenia rejestru felczerów,
- prowadzenia postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów,
- prowadzenia postępowania w przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu lekarza lub w przedmiocie niedostatecznego przygotowania do wykonywania zawodu,
- prowadzenia rejestrów lekarzy, rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie praktyk lekarskich na zasadach określonych w przepisach o działalności leczniczej, rejestrów podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy oraz rejestrów lekarzy tymczasowo i okazjonalnie wykonujących zawód lekarza.

Wydatki ponoszone przez samorząd lekarski na realizację zadań przejętych od administracji państwowej zgodnie z art. 115 ustawy o izbach lekarskich powinny być w całości pokrywane przez budżet państwa. Przez wiele ostatnich lat środki finansowe przekazywane przez Ministra Zdrowia na wykonanie obowiązków przejętych od administracji państwowej stanowiły mniej niż 30% rzeczywistych poniesionych kosztów, co powodowało konieczność wydatkowania przez izby lekarskie na ten cel środków pochodzących ze składek lekarskich. Znaczna część izb lekarskich, w tym Naczelna Izba Lekarska, złożyła z tego tytułu pozwy o zapłatę przeciwko Skarbowi Państwa. W roku 2016 r. samorząd lekarski i Ministerstwo Zdrowia podjęły rozmowy na temat zawarcia umowy

w sprawie wyrównania kosztów, jakie samorząd lekarski ponosił w latach ubiegłych na realizację zadań przejętych od administracji państwowej, które nie zostały pokryte dotacjami z Ministerstwa Zdrowia za ten okres. W rezultacie w maju 2016 r. okręgowe izby lekarskie i Naczelna Izba Lekarska zawarły porozumienia z Ministerstwem Zdrowia, które zobowiązywały Ministerstwo Zdrowia do zapłaty części zaległych kosztów poniesionych przez samorząd lekarski na realizację zadań publicznych przejętych od administracji w zamian za co izby lekarskie zobowiązały się wycofać powództwa sądowe i zrzec się dalszych należności. Naczelna Izba Lekarska oraz okręgowe izby lekarskie zawarły z Ministerstwem Zdrowia także umowy dotyczące przekazania dotacji na realizację zadań przejętych od administracji publicznej na rok 2016.

6. Opiniowanie projektów aktów prawnych

W roku 2016 funkcję Ministra Zdrowia pełnił nieprzerwanie Pan Konstanty Radziwiłł. Założenia Ministra Zdrowia dotyczące reformy systemu opieki zdrowotnej zaowocowały zmianą wizji funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce, co przełożyło się na znaczącą liczbę aktów prawnych, które zostały przekazane Naczelnej Radzie Lekarskiej do zaopiniowania w ramach konsultacji społecznych.

Samorząd lekarski przykłada dużą wagę do opiniowania projektów aktów prawnych dotyczących ochrony zdrowia. W roku 2016 do Naczelnej Rady Lekarskiej trafiło do zaopiniowania aż 197 projektów aktów prawnych dotyczących ochrony zdrowia. W przeważającej większości projektodawcą był Minister Zdrowia – wykaz stanowisk Naczelnej Rady Lekarskiej i Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej stanowią załączniki nr 1 i 2.

Samorząd lekarski jest zdania, że w dziedzinie prawa dotyczącego ochrony zdrowia uchwalana jest nadmiernie duża liczba aktów prawnych, a ściślej dochodzi do ciągłego nowelizowania uchwalonych wcześniej przepisów, co nie sprzyja stabilności prawa i sprawia dużą trudność w funkcjonowaniu wszystkim uczestnikom systemu opieki zdrowotnej, w tym podmiotom leczniczym, pracownikom ochrony zdrowia i pacjentom. Samorząd lekarski wskazuje również, że – mimo pewnej poprawy w tym zakresie – wciąż terminy wyznaczone na zgłoszenie stanowisk do projektów aktów prawnych nie są wystarczające. Szczególnie istotne jest to w przypadku opiniowania aktów prawnych, które w sposób znaczący zmieniają funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej.

W roku 2016 Ministerstwo Zdrowia przedstawiło szereg projektów aktów prawnych, które mają duże znaczenie dla wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry i funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej.

Przez ostatnie lata duży niepokój samorządu lekarskiego budziła zbliżająca się likwidacja stażu podyplomowego jako modelu dostępu do zawodu lekarza i zastąpienie stażu podyplomowego dwusemestralnym praktycznym nauczaniem na ostatnim roku studiów medycznych. W roku 2016 Ministerstwo Zdrowia wysłuchało wielokrotnych apeli samorządu lekarskiego o przywrócenie stażu podyplomowego jako najwłaściwszej metody nabywania uprawnień do samodzielnego wykonywania zawodu i przedstawiło projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw. Ustawa ta została uchwalona 16 października 2016 r.

Naczelna Rada lekarska opiniowała też projekt ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz o zmianie niektórych innych ustaw dotyczący zmiany nazewnictwa, który odstępował od stosowania pojęcia „przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego” na rzecz „zakładu leczniczego”.

Samorząd lekarski zdecydowanie negatywnie zaopiniował projekt ustawy o zmianie ustawy – Kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw

w zakresie w jakim ogranicza ochronę tajemnicy lekarskiej poprzez umożliwienie osobom bliskim zmarłego pacjenta zwalnianie lekarzy z tajemnicy lekarskiej. Mimo sprzeciwu samorządu lekarskiego, Sądu Najwyższego i Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych ustawa ta została uchwalona i weszła w życie. Przedmiotem opiniowania Naczelnej Rady Lekarskiej w roku 2016 był także projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przysługujących lekarzom ambulatoryjnej opieki specjalistycznej prawo do kierowania pacjentów na szybką ścieżkę leczenia w sytuacji podejrzenia nowotworu złośliwego albo miejscowo złośliwego i likwidujący współczynnik rozpoznawania nowotworów przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz konsekwencji, jakie wiązały się z nieosiągnięciem tego współczynnika w postaci czasowego zakazu wydawania kart diagnostyki i leczenia onkologicznego. Ten projekt zyskał pozytywną opinię samorządu lekarskiego jako niezbędny do poprawienia regulacji prawnej dotyczącej tzw. pakietu onkologicznego.

W 2016 r. opiniowany przez samorząd lekarski był również projekt ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta określający m.in. zasady przechowywania dokumentacji medycznej po śmierci lekarza wykonującego zawód w formie praktyki lekarskiej.

Samorząd lekarski opiniował również założenia do ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej.

Analizie poddano projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wraz z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia profili charakteryzujących poziomy systemu zabezpieczenia oraz kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do tych poziomów. Samorząd lekarski w swoim stanowisku krytycznie ocenił niektóre rozwiązania przewidziane w tym projekcie tworzącym tzw. sieć szpitali. Naczelna Rada Lekarska zwróciła uwagę, że zmiany systemu finansowania świadczeń zdrowotnych wymagają zachowania prawa podmiotów prywatnych do ubiegania się, na równych prawach z podmiotami publicznymi, o środki publiczne przeznaczone na finansowanie świadczeń zdrowotnych oraz zachowania konkurencyjności polegającej na możliwości wyboru podmiotu leczniczego przez pacjentów. Podkreśliła, że zmiany systemu finansowania opieki zdrowotnej nie mogą prowadzić do zaniechania konkurencyjności podmiotów publicznych i prywatnych, która miała istotny wpływ na znaczące zwiększenie liczby udzielanych świadczeń, poprawę ich jakości oraz poprawę efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w ostatnich kilkunastu latach. Naczelna Rada Lekarska zgłosiła swoje stanowisko do projektu ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej ta regulacja dalece odbiega od oczekiwań środowiska lekarskiego wyartkułowanych w apelu Nr 7 z dnia 14 maja 2016 r. Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy, a także nie przystaje do warunków rynku pracy.

Naczelna Rada Lekarska uczestniczyła w konsultacjach społecznych ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw, wskazując, że proponowane rozwiązania budzą zaniepokojenie środowiska lekarskiego, w szczególności dotyczy to likwidacji specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego i przyznania kierownikom zespołów ratownictwa medycznego, czyli ratownikom medycznym, prawa do stwierdzenia zgonu pacjenta. Przedmiotem opiniowania był także szereg przepisów wykonawczych wydawanych przez odpowiednich ministrów oraz zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

7. Sytuacja w ochronie zdrowia

W roku 2016 r., podobnie jak w latach poprzednich, samorząd lekarski wielokrotnie zwracał uwagę na problemy systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Wśród nich można wskazać na niedostateczne finansowanie systemu opieki zdrowotnej, niewłaściwy dostęp do niektórych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, brak przyjaznego dla lekarzy i dla jednostek szkolących systemu kształcenia przed- i podyplomowego, nadmierne zbiurokratyzowanie pracy lekarzy i lekarzy dentystry oraz pozostałego personelu medycznego.

8. Sprawy w Trybunale Konstytucyjnym i postępowania sądowe

W roku 2016 r. Trybunał Konstytucyjny rozpoznał wniosek Naczelnej Rady Lekarskiej o zbadanie zgodności:

- 1) art. 16r ust. 12 zdanie 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry w brzmieniu nadanym przez art. 1 pkt 13 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry z art. 61 ust. 3 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP,
- 2) art. 14a ust. 11 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry w brzmieniu nadanym przez art. 1 pkt 9 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry z art. 61 ust. 3 w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP.

Wyrokiem z dnia 7 czerwca 2016 r. sygn. akt K 8/15 Trybunał Konstytucyjny uwzględnił wniosek Naczelnej Rady Lekarskiej i orzekł, że oba zaskarżone przepisy, w zakresie, w jakim dotyczą testów i pytań testowych z Lekarskiego Egzaminu Końcowego, Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego i Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, które już się odbyły, są niezgodne z art. 61 ust. 3 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Oceniając wynikające z art. 14a ust. 11 i art. 16r ust. 12 zd. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry ograniczenie w dostępie do pytań z egzaminów z LEK, LDEK i PES, które już się odbyły, Trybunał Konstytucyjny uznał, że ograniczenie przez ustawodawcę prawa do dostępu do tych pytań jako informacji publicznej nie znajduje usprawiedliwienia w art. 61 ust. 3 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji. W ocenie Trybunału Konstytucyjnego ograniczenie dostępu do pytań nie narusza wolności i praw innych osób i podmiotów gospodarczych, nie zagraża porządkowi publicznemu, bezpieczeństwu lub ważnemu interesowi gospodarstwu państwa.

Trybunał wyjaśnił, że nie stanowią dostatecznego uzasadnienia dla ograniczenia w dostępie do pytań egzaminacyjnych twierdzenia, że w przypadku ujawnienia pytań egzaminacyjnych w niektórych dziedzinach medycyny po pewnym czasie wyczerpałyby się możliwości opracowywania całkowicie nowych pytań. Trybunał Konstytucyjny wyraźnie stwierdził, że jest to argument pozaprawny, który nie wytrzymuje konfrontacji z przesłankami ograniczenia prawa do informacji publicznej, sformułowanymi w art. 61 ust. 3 Konstytucji.

Trybunał wskazał, że nawet gdyby powiązać ustawowe ograniczenie dostępu do testów z którąkolwiek wartością wyrażoną w art. 61 ust. 3 Konstytucji (co, jak wiadomo, Trybunał zanegował), to wcale nie przesądzałyby o zgodności zaskarżonych przepisów z Konstytucją. Wskazano bowiem, że możliwości egzaminowania wiedzy lekarzy przestępujących do LEK, LDEK i PES nie ograniczają się wyłącznie do wykorzystywania w tym celu testów, jeśli jednak ustawodawca uznał, że ta forma sprawdzania wiedzy jest najwygodniejsza, to Centrum Egzaminów Medycznych powinno przygotować testy, które wymuszają na osobach składających egzamin opanowanie materiału niezbędnego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry lub do pełnienia obowiązków specjalisty.

Trybunał zgodził się również ze stanowiskiem Naczelnej Rady Lekarskiej, że ujawnienie pytań egzaminacyjnych pozwala uniknąć sytuacji, w której dobrze przygotowany lekarz ma problem ze zdaniem egzaminu z uwagi na nieznaną technikę stawiania pytań.

Trybunał wyjaśnił, że znajomość pytań z egzaminów, które już się odbyły, powinna być odbierana nie jako zagrożenie dla poziomu nauczania, a wręcz przeciwnie – jako korzystny element procesu nauczania. Samo zapoznanie się z pytaniami z lat ubiegłych także sięgnąć do źródeł wiedzy, książek, podręczników, co jest formą pogłębiania wiedzy przez osoby, które zamierzają przystąpić do egzaminu.

Na rozpatrzenie przez Trybunał Konstytucyjny czeka także skierowany przez Naczelną Radę Lekarską w 2015 r. wniosek o zbadanie zgodności z Konstytucją przepisów tzw. pakietu onkologicznego.

9. Współpraca międzynarodowa

W 2016 roku Naczelna Izba Lekarska kontynuowała aktywną działalność w zakresie współpracy międzynarodowej.

Naczelna Izba Lekarska jest członkiem następujących głównych międzynarodowych organizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych na świecie i w Europie:

- Światowego Stowarzyszenia Lekarskiego (WMA)
- Światowej Federacji Dentystycznej (FDI)
- Europejskiej Regionalnej Organizacji Światowej Federacji Dentystycznej (ERO/FDI)
- Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich (CPME)
- Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS)
- Rady Europejskich Lekarzy Dentystów (CED)

Naczelna Izba Lekarska współpracuje z organizacjami lekarzy i lekarzy dentystów w innych państwach, ze szczególnym uwzględnieniem samorządów lekarskich i lekarsko-dentystycznych z państw sąsiadujących z Polską.

Naczelna Izba Lekarska współpracuje z instytucjami Unii Europejskiej oraz właściwymi urzędami w innych państwach UE w zakresie spraw związanych z uznawaniem kwalifikacji zawodowych oraz wykonywaniem zawodów lekarza i lekarza dentysty.

W roku 2016 przedstawiciele samorządu lekarskiego brali udział w posiedzeniach plenarnych organizacji międzynarodowych, których Naczelna Izba Lekarska jest członkiem, jak również w spotkaniach wielu grup roboczych funkcjonujących w tych organizacjach, czynnie uczestnicząc w pracach nad stanowiskami i uchwałami dotyczącymi szeregu spraw związanych z ochroną zdrowia i wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz kształceniem przed i podyplomowym.

Utrzymywano stały kontakt z biurami organizacji, do których należy NIL, na bieżąco analizując prowadzone prace, przygotowując i przekazując stanowiska NRL w poszczególnych sprawach, opracowując różnego rodzaju materiały i ankiety.

Potwierdzeniem rosnącego zaangażowania polskich lekarzy w prace światowych i europejskich organizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych oraz znaczenia samorządu lekarskiego na arenie międzynarodowej jest m.in. fakt, że przedstawiciele NIL pełnili w poprzednich latach i nadal pełnią najważniejsze kierownicze funkcje w europejskich organizacjach (Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów, Europejskiej Regionalnej Organizacji Światowej Federacji Dentystycznej), na które zostali wybrani przez delegatów z innych państw.

Ponadto przedstawiciele samorządu brali udział w zjazdach zagranicznych izb lekarskich i lekarsko-dentystycznych oraz innych konferencjach dotyczących zawodów lekarza i lekarza dentysty.

Naczelna Izba Lekarska aktywnie wspierała Doroczny Światowy Kongres Dentystyczny FDI, który po raz pierwszy w historii odbył się w Polsce – we wrześniu 2016 r. w Poznaniu, którego organizatorem było Polskie Towarzystwo Stomatologiczne we współpracy

z firmą Exactus. Jednym z patronów medialnych Kongresu była „Gazeta Lekarska”.

Ponadto w czerwcu 2016 r. zarząd ERO-FDI odbył swoje robocze posiedzenie w Warszawie.

Naczelna Izba Lekarska we współpracy z Senatem RP zorganizowała konferencję na temat zaufania społecznego do zawodu lekarza w Polsce, która odbyła się w dniu 3 marca 2016 r. Naczelna Izba Lekarska zaprosiła do wystąpienia w charakterze prelegentów gości zagranicznych – dr Jacques de Hallera, Prezesa CPME, oraz dr Patricia Hescota, Prezesa FDI World Dental Federation.

Naczelna Izba Lekarska kontynuując kontakty z lekarzami z Ukrainy oraz deklarując pomoc polskiego samorządu lekarskiego w tworzeniu samorządu zawodowego lekarzy na Ukrainie, kontynuowała współpracę z Ukraińskim Stowarzyszeniem Lekarskim, m.in. organizując wizytę studyjną przedstawicieli tego stowarzyszenia w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej w sierpniu 2016 r.

Sprawozdania przygotowywane przed osoby uczestniczące w posiedzeniach międzynarodowych organizacji lekarskich oraz lekarsko-dentystycznych są na bieżąco publikowane na stronie NIL w części poświęconej współpracy zagranicznej i z materiałów tych nierzadko korzystają w swych serwisach informacyjnych niektóre portale medyczne.

10. System Wymiany Informacji na Rynku Wewnętrznym (IMI)

Samorząd lekarski uczestniczy także w systemie Wymiany Informacji na Rynku Wewnętrznym (IMI). Pierwszą grupą zagadnień, które były obsługiwane w ramach systemu IMI, były kwestie związane z uznawaniem kwalifikacji zawodowych. Lekarze i lekarze dentyści korzystają z ułatwień w podejmowaniu pracy w innych państwach UE wynikających z unijnego systemu (automatycznego) uznawania kwalifikacji zawodowych. Jako użytkownicy systemu IMI, izby lekarskie, mają możliwość przekazywania i uzyskiwania różnego rodzaju informacji związanych z procedurą uznawania kwalifikacji zawodowych lekarza i lekarzy dentystów:

- z jednej strony w przypadku lekarzy, którzy kształcili się za granicą i ubiegają się o przyznanie uprawnień zawodowych w Polsce albo ubiegają się o uznanie w Polsce specjalizacji uzyskanej za granicą,
- z drugiej strony w przypadku lekarzy z Polski zamierzających podjąć pracę w innym państwie w oparciu o uznanie kwalifikacji zawodowych uzyskanych w Polsce.

Możliwość wymiany informacji w systemie IMI pomiędzy właściwymi urzędami nie zastępuje konieczności składania przez lekarza odpowiedniej dokumentacji potwierdzającej uzyskanie kwalifikacje.

System IMI obejmuje także inne dziedziny prawodawstwa regulującego rynek wewnętrzny UE, w tym ma zastosowanie w zakresie realizacji praw pacjentów korzystających z transgranicznej opieki zdrowotnej, którzy ubiegają się w swoim państwie o zwrot kosztów takiego leczenia. System IMI pozwala sprawdzić, czy lekarz, który w innym kraju udzielał danego świadczenia, był do tego uprawniony. W przypadku świadczeń udzielanych w Polsce takie zapytania w ramach systemu IMI napływają do jednostek samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów przede wszystkim ze Szwecji. Od stycznia 2016 r. system IMI obsługuje kolejnych modułów mających związek z wykonywaniem zawodów lekarza i lekarza dentysty i mogący mieć wpływ na możliwość ich wykonywania w innym państwie. W ramach tego systemu okręgowe rady lekarskie są zobowiązane do zgłaszania właściwym organom wszystkich pozostałych państw członkowskich informacji o wskazanych w dyrektywie pracownikach ochrony zdrowia, którym organ publiczny lub sąd zakazał wykonywania zawodu lub ograniczył jego zakres (czasowo lub na stałe). Samorząd lekarski zgłasza, że

obecnie funkcjonowanie tego modułu systemu IMI stwarza w praktyce pewne wątpliwości co do zakresu przypadków, które powinny być przekazywane – praktyka przyjęta w poszczególnych państwach unijnych wykazuje tu daleko idące odmienności, które prowadzą do niewystarczającej operatywności tego systemu przekazywania informacji.

11. Uroczyste obchody 1050. rocznicy Chrztu Polski

W dniach 7–8 października 2016 roku w Gnieźnie odbyło się uroczyste posiedzenie organów Naczelnej Izby Lekarskiej, upamiętniające 1050. rocznicę Chrztu Polski. W dniu 7 października 2016 r. oficjalnym uroczystościom rocznicowym towarzyszyła konferencja naukowa pt. „Kodeks Etyki Lekarskiej wobec wyzwań współczesności”. W konferencji uczestniczyło ponad 300 osób, wśród nich autorytety w dziedzinie medycyny, prawa i filozofii, a także przedstawiciele lekarskiego samorządu. Zaproszenie na Konferencję przyjęli także: m.in. Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł, Prymas Polski Ks. Abp Wojciech Polak, przedstawiciel Wojewody Wielkopolskiego, przedstawiciel Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego, Prorektor Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Uczestnicy konferencji zwracali uwagę na uniwersalność oraz powszechność norm etycznych zapisanych w zbiorze lekarskich praw i obowiązków, a także zgłaszały problemy interpretacyjne niektórych artykułów Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Dzień 8 października 2016 r. był przeznaczony na wykłady, warsztaty i szkolenia dla organów odpowiedzialności zawodowej.

12. Kształcenie lekarzy i lekarzy dentystów

W roku 2016 Naczelna Izba Lekarska poprzez działającą w jej strukturach Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów zorganizowała 87 kursów, w których uczestniczyło łącznie 957 uczestników. Zorganizowane kursy dotyczyły kompetencji miękkich, prawa medycznego oraz zarządzania.

Ponadto Naczelna Rada Lekarska zorganizowała szkolenia z zakresu radiologii dla lekarzy dentystów:

- „Ochrona radiologiczna dla lekarzy dentystów wykonujących medyczne procedury radiologiczne” – 6 kursów,
 - „Kurs dla osób ubiegających się o nadanie uprawnień inspektora ochrony radiologicznej typu S” – 1 kurs.
- Łącznie w kursach z zakresu radiologii wzięło udział 508 lekarzy dentystów. Wszyscy uczestnicy mieli możliwość przystąpienia do egzaminu przed Komisją Egzaminacyjną powołaną przez Główny Inspektorat Sanitarny.

Naczelna Izba Lekarska dofinansowuje także szkolenia organizowane dla lekarzy przez okręgowe izby lekarskie.

Znaczną liczbę szkoleń dla lekarzy i lekarzy dentystów organizują także okręgowe izby lekarskie, ułatwiając lekarzom dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego.

13. Utworzenie ośrodka ds. Wytycznych Postępowania w Praktyce Medycznej

W styczniu 2016 r. Naczelna Rada Lekarska utworzyła Ośrodek Naczelnej Izby Lekarskiej ds. Wytycznych Postępowania w Praktyce Medycznej. Zadaniem Ośrodka jest rozpowszechnianie wytycznych postępowania medycznego opierających się na aktualnej wiedzy medycznej oraz zasadach *evidence based medicine*, a w szczególności:

- 1) gromadzenie, publikowanie i rozpowszechnianie wytycznych;
- 2) organizowanie i promowanie współpracy interdyscyplinarnej w ich tworzeniu;
- 3) promowanie i wspieranie ich stosowania w praktyce medycznej;
- 4) opracowywanie i publikowanie zaleceń dotyczących ich struktury i sposobu opracowywania;

- 5) monitorowanie działań podejmowanych w Polsce i za granicą w zakresie ich opracowywania i stosowania oraz publikowanie informacji o tych działaniach;
- 6) prowadzenie portalu internetowego Ośrodka służącego publikacji zaakceptowanych standardów i wytycznych;
- 7) opracowywanie aplikacji informatycznych i innych narzędzi ułatwiających ich stosowanie w praktyce lekarzy i lekarzy dentystów;
- 8) pozyskiwanie z zewnętrznych źródeł środków wspierających realizację zadań.

14. Działalność wydawnicza

Izby lekarskie posiadają swoje wydawnictwa. Naczelna Izba Lekarska jest wydawcą „Gazety Lekarskiej” – miesięcznika wysyłanego bezpłatnie do każdego członka samorządu lekarskiego oraz „Medycznej Wokandy” – czasopisma naukowego. Okręgowe izby lekarskie wydają biuletyny, które również wysyłane są bezpłatnie do każdego członka danej izby. Czasopisma wydawane przez samorząd lekarski informują m. in. o bieżących sprawach dotyczących lekarzy i lekarzy dentystów, zawierają informacje o zmieniających się przepisach prawa i o działalności samorządu. Do niniejszego sprawozdania dołączono także sprawozdania z pracy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Naczelnego Sądu Lekarskiego (zał. 3 i 4), a także sprawozdania okręgowych rad lekarskich (zał. 5).

Załączniki: 1) wykaz stanowisk podjętych przez NRL; 2) wykaz stanowisk podjętych przez PNRL; 3) sprawozdanie roczne NROZ; 4) sprawozdanie roczne NSL; 5) sprawozdania okręgowych rad lekarskich.

UCHWAŁA Nr 6/17/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 10 marca 2017 r.

w sprawie przyjęcia projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

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

§ 1.

Przyjmuje się projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty dotyczący umożliwienia lekarzowi, lekarzowi dentyście wykonującemu indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską zatrudnienie w tej praktyce, w wyraźnie wskazanych okolicznościach, innego lekarza, lekarza dentyście. Projekt ustawy stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.
SEKRETARZ WICEPREZES
Marek Jodłowski Romuald Krajewski

Załącznik do uchwały Nr 6/17/VII Naczelnego Rady Lekarskiej z dnia 10 marca 2017 r.

Ustawa z dnia o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Art. 1. W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2017 r. poz. 125) art. 53 otrzymuje brzmienie:

„Art. 53
1. Lekarz, lekarz dentysta wykonujący indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, może zatrudniać innych lekarzy, lekarzy dentystów w celu odbycia przez zatrudnionych stażu podyplomowego, szkolenia specjalizacyjnego lub szkolenia w celu uzyskania umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonego świadczenia zdrowotnego.

2. Lekarz, lekarz dentysta wykonujący indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, niezatrudniający innego lekarza na warunkach wskazanych w ust. 1, może zatrudniać jednego lekarza, lekarza dentyście gdy:

- 1) lekarz, lekarz dentysta, który ma być zatrudniony jest emerytem lub brakuje mu nie więcej niż 4 lata do osiągnięcia wieku emerytalnego, jeżeli spełnia warunki do uzyskania prawa do emerytury z osiągnięciem tego wieku, albo
- 2) lekarzowi, lekarzowi dentyście wykonującemu indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską brakuje nie więcej niż 4 lata do osiągnięcia wieku emerytalnego, jeżeli spełnia warunki do uzyskania prawa do emerytury z osiągnięciem tego wieku, albo
- 3) lekarzem, lekarzem dentyście, który ma być zatrudniony jest małżonek, wstępny, zstępny, lekarz, lekarza dentysty wykonującego praktykę, albo
- 4) okres zatrudnienia ma obejmować okres przemijającej niemożności osobistego udzielania świadczeń zdrowotnych lub niektórych świadczeń zdrowotnych przez lekarza, lekarza dentyście wykonującego indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską.

3. Lekarz, lekarz dentysta zatrudniający innego lekarza, lekarza dentyście jest obowiązany do poinformowania organu prowadzącego rejestr o zatrudnieniu oraz o rozwiązaniu stosunku pracy, wskazując imię i nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu zatrudnionego lekarza, lekarza dentyście oraz okoliczność z ust. 1 lub 2 uzasadniającą zatrudnienie w praktyce.”
Art. 2. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

APEL Nr 5/17/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 10 marca 2017 r. do Rady Ministrów

o podjęcie działań związanych z właściwym wdrożeniem spodziewanych regulacji w zakresie stosowania amalgamatu stomatologicznego

Mając na uwadze zaawansowane prace legislacyjne nad projektem rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie rtęci oraz uchylającego rozporządzenie (WE) nr 1102/2008PE, które będzie określać warunki stosowania w państwach członkowskich Unii Europejskiej rtęci oraz produktów z jej dodatkiem, w tym amalgamatu stomatologicznego, **dostrzegając**, iż z przebiegu dotychczasowych prac legislacyjnych należy wnioskować, iż stosowanie amalgamatu stomatologicznego zostanie poddane daleko idącemu ograniczeniu, mającym bezpośredni wpływ na warunki wykonywania zawodu lekarza dentyście, a także na koszty świadczeń stomatologicznych, w szczególności świadczeń finansowanych ze środków publicznych,

uznając, że przewidywane regulacje prawa unijnego powinny skutkować przyjęciem odpowiednich regulacji na poziomie krajowym, które umożliwią wdrożenie w Polsce nowych zasad wiążących się ze stosowaniem amalgamatu w taki sposób, aby nie stało się to wyłącznie obciążeniem dla podmiotów udzielających świadczeń stomatologicznych oraz ich pacjentów, Naczelna Rada Lekarska apeluje do Rady Ministrów o podjęcie wieloresortowych, skoordynowanych działań w celu zapewnienia, aby spodziewane regulacje prawa unijnego w zakresie stosowania amalgamatu stomatologicznego zostały wdrożone w Polsce we właściwy sposób, uwzględniający uzasadnione potrzeby lekarzy dentyście oraz ich pacjentów.

Należy podkreślić, że koszty ponoszone przez praktyki stomatologiczne na zapewnienie prawidłowego funkcjonowania sprzętu, serwisowanie i utrzymywanie skutecznych środków w zakresie ochrony środowiska są znaczne, a w przypadku zmian, o których mowa,

należy się spodziewać dalszego ich wzrostu. Celem stosowania separatorów amalgamatu jest zaś wyłącznie ochrona środowiska, która jest zadaniem należącym do władz państwowych oraz samorządu terytorialnego. Stosowanie separatorów amalgamatu nie służy ani zapewnieniu lepszej jakości świadczeń stomatologicznych, ani ułatwieniu pracy lekarzy dentyście. Naczelna Rada Lekarska uważa wobec tego, że władze państwowe, w szczególności resort zdrowia i resort ochrony środowiska, powinny zapewnić, iż:

- obowiązek stosowania separatorów amalgamatu w gabinetach stomatologicznych w Polsce znajdzie odzwierciedlenie w regulacjach umożliwiających świadczeniodawcom uzyskanie pokrycia kosztów z tym związanych, poprzez sfinansowanie kosztów dostosowania gabinetów stomatologicznych do wymogów, które będą wynikać z rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie rtęci (np. w drodze refundacji poniesionych kosztów ze środków publicznych bądź umożliwienia odliczenia takich kosztów od podatku);
- spodziewane ograniczenia w stosowaniu amalgamatu, a docelowo odstąpienie od jego stosowania, zostaną z odpowiednim wyprzedzeniem uwzględnione w ramach regulacji dotyczących zasad udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych (wyeliminowanie amalgamatu z użytku jako wypełnienia standardowego na rzecz wypełnień alternatywnych np. kompozytowych) oraz ich właściwej wyceny;
- zmiany w zakresie stosowania amalgamatu stomatologicznego zostaną we właściwy sposób uwzględnione w programach kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy dentyście.

Naczelna Rada Lekarska podtrzymuje przy tym dotychczasowy pogląd samorządu lekarskiego, wyrażony w stanowisku Prezydium Naczelnego Rady Lekarskiej Nr 6/16/P-VII z dnia 23 lutego 2016 r. w sprawie projektu rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie rtęci oraz uchylającego rozporządzenie (WE) nr 1102/2008, zgodnie z którym:

- warunki stosowania amalgamatu stomatologicznego nie powinny być regulowane na poziomie unijnym – każde państwo członkowskie powinno we własnym zakresie, uwzględniając własne krajowe potrzeby, podejmować decyzje co do środków, jakie zamierza wdrażać; art. 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej stanowi, że „działania Unii są prowadzone w poszanowaniu obowiązków Państw Członkowskich w zakresie określania ich polityki dotyczącej zdrowia, jak również organizacji i świadczenia usług zdrowotnych i opieki medycznej”;
- samorząd lekarski jest przeciwny wprowadzeniu obowiązku wyposażenia wszystkich gabinetów stomatologicznych w separatory amalgamatu;
- zakaz stosowania amalgamatu stomatologicznego nie jest uzasadniony medycznie i na chwilę obecną korzyści wynikające z jego stosowania są nadal duże;
- najskuteczniejszą metodą redukcji stosowania amalgamatu stomatologicznego, a co za tym idzie zawartej w nim rtęci, jest wzmocnienie działań, w szczególności działań profilaktycznych, w celu redukcji występowania choroby próchniczej. Samorząd lekarski popiera wszelkie inicjatywy, które odnoszą się do strategii profilaktyki. Skuteczne środki profilaktyczne są konieczne dla zmniejszenia potrzeby interwencji naprawczej. Inwestowanie w promocję zdrowia jamy ustnej i rozwijanie programów profilaktyki próchnicy zębów, to nie tylko najlepsze rozwiązanie w interesie ochrony środowiska, ale również społeczno-ekonomicznych korzyści zdrowotnych dla kraju i pacjentów.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

WICEPREZES
Romuald Krajewski

Dzięki Polakom

Wystarczy jeden dzień – a nie, jak do tej pory, tydzień – aby zdiagnozować, czy ktoś otrzymał groźną dla życia dawkę promieniowania i jakie są jego szanse przeżycia.

Załóżmy, że dochodzi do tragicznej sytuacji: ma miejsce wybuch bomby atomowej, awaria elektrowni jądrowej czy nawet awaria urządzenia do radioterapii. Pewna grupa osób mogła otrzymać groźną dla życia dawkę promieniowania jonizującego i trzeba szybko sprawdzić, kim należy zająć się w pierwszej kolejności, a kto może być o swoje życie spokojny. – Do tej pory, w ciągu pierwszego tygodnia od zdarzenia, niemożliwe było określenie, kto został napromieniony śmiertelną dawką, a kto dawką niegroźną dla życia. My opracowaliśmy test, który da miarodajne wyniki już w ciągu 24 godzin od napromienienia. Podarujemy więc pacjentowi czas na leczenie – opowiada dr Wojciech Fendler z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.



Badania, których był pierwszym autorem, ukazały się w „Science Translational Medicine”. Odkrycie markerów we krwi, które odpowiadają za chorobę popromienną, sprawia, że w sytuacji masowego zagrożenia będzie można przebadać szybko dużą populację osób. Badania krwi pozwolą odebrać część osób do domu, wydzielić grupy, które powinny zostać pod ścisłą obserwacją, a także wskazać osoby o największym ryzyku zgonu i zapewnić im szybką terapię. ○

▲ **Test da miarodajne wyniki już w ciągu 24 godzin od napromienienia.**

Jak trwoga...

Wiara i religijne przekonania pomagają w przejściu przez trudne życiowe chwile m.in. dzięki temu, że zmniejszają lęk.

Dowody na to, że takie postępowanie faktycznie przynosi korzyści, znaleźli ostatnio naukowcy z Instytutu Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego. W ramach grantu Narodowego Centrum Nauki, zespół kierowany przez prof. Małgorzatę Kossowską zbadał blisko 40 osób, deklarujących, że są chrześcijanami – katolikami. Naukowcy badali działanie jednej z części mózgu (przedniej części zakrętu obręczy). Wyszli z założenia, że znaczenie ma nie tylko sama wiara, ale przede wszystkim sposób jej przejawiania: silny i dogmatyczny.

W trakcie całej procedury naukowcy rejestrowali przebieg fal mózgowych osób badanych (sygnał EEG). – W warunkach komfortu silniejszą reakcję mózgową przejawiały osoby o silniejszych przekonaniach fundamentalistycznych. Efekt ten był jednak bardzo nieznaczny. Natomiast w warunkach niepewności i konfliktu pokazaliśmy, że silny fundamentalizm wiąże się ze słabszą reakcją mózgową, a słabszy fundamentalizm z silniejszą reakcją – informuje prof. Kossowska. – Wyniki pozwalają wnioskować, że silna religijność rzeczywiście stanowi bufor zabezpieczający przed lękiem, a osoby o silnych, dogmatycznych przekonaniach religijnych reagują spokojniej w sytuacji niepewności i dyskomfortu, w porównaniu do badanych o słabszej i niedogmatycznej wierze – mówi badaczka. ○

Tak upośledza smog

Smog upośledza rozwój płuc u dzieci przed urodzeniem i po ich narodzinach, zaostrza choroby przewlekłe, pogarszając komfort życia i skracając je – alarmowali lekarze podczas II Kongresu Wyzwań Zdrowotnych w Katowicach.

Aneta Ciślak z III Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego przytoczyła wyniki badania, które wskazują, że w aglomeracji górnośląskiej podczas występowania smogu o 12 proc. wzrasta w szpitalach liczba chorych z zawałem, a o 16 proc. z udarem. Jedną z głównych składowych zanieczyszczeń powietrza, pył zawieszony, powoduje spadek wentylacji i opóźnienie wzrostu płuc, nie tylko u dzieci urodzonych. – Im gorzej i wolniej rozwijają się płuca dziecka w łonie matki, tym jego szansa na długie życie jest mniejsza, a ryzyko zachorowania w przyszłości rośnie. To opóźnienie wzrostu płuc oznacza więc, że będziemy wcześniej umierać – powiedział prof. Władysław Pierzchała, pulmonolog, wicedyrektor ds. medycznych UCK SUM w Katowicach. Inna składowa zanieczyszczeń, tlenki azotu, powodują nadreaktywność oskrzeli, co może się przyczynić do rozwoju astmy oskrzelowej. Prof. Jerzy Kozielski z Kliniki Chorób Płuc i Gruźlicy SUM podkreślił, że spadek wentylacji na skutek zwężenia oskrzeli doprowadza też do spadku ilości tlenu w pęcherzykach płucnych. To wpływa na powstanie nadciśnienia w krążeniu płucnym, którego efektem jest z kolei obciążenie pracy serca. – Smog powoduje zaostrzenia przewlekłych chorób płuc, a trzeba pamiętać, że 10 proc. dorosłych powyżej 40. roku życia ma przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, zaś astmę – 4 proc. dorosłych. Tymczasem wzrost stężenia ozonu powoduje u 30 proc. astmatyków świszczący oddech, a u 47 proc. uczucie ciasnoty w klatce piersiowej – powiedział prof. Kozielski. ○

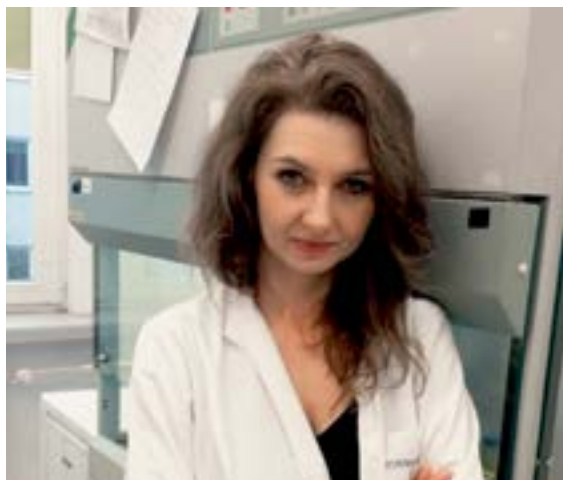


Najnowsze doniesienia ze świata nauki i medycyny na www.gazetalekarska.pl

Jak udało się pokonać SM

GL
ROZMOWA

Doktor Katarzyna Donskow-Łysoniewska, adiunkt Wydziału Biologii Uniwersytetu Warszawskiego i kierownik Samodzielnej Pracowni Parazytologii Wojskowego Instytutu Higieny i Epidemiologii w Warszawie, w dziewięć dni całkowicie wyleczyła myszy ze stwardnienia rozsianego. Odkryty mechanizm być może okaże się skuteczny u ludzi, i to w przypadku leczenia także innych chorób autoimmunizacyjnych. Z autorką obiecującej metody rozmawia **Lidia Sulikowska**.



GL W jaki sposób myszy zostały wyleczone?

Badania opierają się na założeniach tzw. helminterapii, czyli terapii chorób autoimmunizacyjnych przy użyciu żywych robaków, głównie nicieni jelitowych. Wiemy, że nicienie, aby utrzymać się w żywicielu, modulują reakcje układu odpornościowego, m.in. aktywnie hamują reakcje zapalne nie tylko w miejscu/tkance, w której przebywają, ale także ogólnoustrojowo – wobec antygenów niezwiązanych z zarażeniem. Tym samym u żywicieli z chorobami autoimmunizacyjnymi w czasie zarażeń nicieniami obserwuje się zahamowanie objawów choroby. Podejmuje się, co prawda, próby kliniczne leczenia żywymi nicieniami, jednak jest to terapia kontrowersyjna. Pomijając aspekt etyczny, helminterapia ma szereg ograniczeń, m.in. larwy żywych nicieni, zanim osiedlą się w jelicie pacjenta, wędrują przez różne tkanki organizmu, gdzie mogą wzbudzać reakcję zapalną. W związku z tym, na podstawie wyników naszych badań, zaproponowaliśmy inne rozwiązanie z wykorzystaniem czynników pochodzenia pasożytniczego.

GL Jakież?

W badaniach na myszach ze wzbudzonym autoimmunizacyjnym zapaleniem mózgu i rdzenia kręgowego – mysim modelem stwardnienia rozsianego (SM) – zidentyfikowaliśmy populację leukocytów, która w okresie remisji SM u myszy pod wpływem obecności pasożyta zwiększa swoją liczebność ponad dziesięciokrotnie i komórki te aktywnie naciekają tkankę nerwową. W kolejnym eksperymencie przenieśliśmy, w iniekcji dożylniej, wskazane komórki do zwierząt chorych wolnych od nicieni. Objawy choroby zmniejszały się już od drugiego dnia po transferze komórek, a od dziewiątego dnia nie obserwowaliśmy objawów choroby i obecności plak demielinizacyjnych w mózgu. Wykazaliśmy, że komórki te przekraczają barierę krew-mózg, naciekają mózg, intensywnie proliferują i ograniczają aktywność limfocytów T CD4+ odpowiedzialnych za niszczenie osłonki mielinowej.

GL Jednak w dalszym ciągu najpierw trzeba zarażać żywy organizm, żeby wyprodukować lecznicze komórki...

Na szczęście nie musi tak być. Przeprowadziliśmy eksperymenty, które wykazały możliwość indukowania i namnożenia tej populacji komórek ex vivo. Pobraliśmy krew od myszy chorych i pod wpływem ekstraktu z pasożyta, w warunkach hodowli komórkowej, otrzymaliśmy wskazane leukocyty.

GL Opracowana metoda zadziała na ludziach?

Odpowiedź na to pytanie będzie możliwa po przeprowadzeniu zaplanowanych badań, a to, jak szybko uda się je przeprowadzić, zależy od dostępnych funduszy.

GL Czy odkryty mechanizm można zastosować w leczeniu innych chorób autoimmunizacyjnych?

Wiele wskazuje na to, że tak. Te same komórki zidentyfikowaliśmy u zwierząt zarażonych pasożytem w okresie remisji wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. 

Misterne heklowanie



Średnia grubość 0,535 mm, średnica około 11 mm. Mówi się, że wygląda jak szkiełko w zegarku. Oto rogówka.

🔴 MARTA JAKUBIAK, LIDIA SULIKOWSKA

Może pęknąć, zmętnieć lub zostać zainfekowana, co skutkuje nawet ślepotą. Odkładające się w niej złogi depozytów-hialinowe potrafią wyglądać jak pokruszony kamień. To dystrofia ziarnista. Czasem jest jak obrzucona kulami śnieżnymi (dystrofia plamkowata), innym razem jak tafła lodu po pierwszej tercji hokeja (dystrofia siateczkowata).

Jeśli wierzyć danym Światowej Organizacji Zdrowia, na całym świecie jedna czwarta wszystkich niewidomych to osoby, które utraciły wzrok właśnie z powodu schorzeń rogówki. Dla wielu chorych jedyną szansą na odzyskanie widzenia jest przeszczepienie tej małej, przezroczystej tkanki. W Polsce taki zabieg wykonuje kilkanaście ośrodków transplantacyjnych.

KIERUNEK: GÓRNY ŚLĄSK

Jedziemy do Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach, gdzie w ubiegłym roku przeprowadzono najwięcej transplantacji rogówek w naszym kraju. Co więcej, placówka ta, jako jedna z nielicznych w Polsce, wykonuje ten zabieg u dzieci poniżej 3. roku życia. Na czwartym piętrze Oddziału Klinicznego Okulistyki Śląskiego Uniwersytetu Medycznego przedzieramy się przez gęsty tłum. Tłoczno jest tu nie tylko w poradniach i przy rejestracji, ale także na samym oddziale. Sale wypełnione są po brzegi, więc część pacjentów musi wracać do zdrowia na korytarzu. Nikt się jednak nie skarży. Przyjeżdżają tu ludzie z całej Polski.

Docieramy do gabinetu prof. Edwarda Wylęgały, który w 2000 r. znalazł sponsorów i pozyskał granty, dzięki którym stworzył tu wszystko od podstaw.

^ **Profesor konsultuje pacjentkę z dystrofią Avelino.**

Tuż przy wejściu wisi portret Rozalii Celakówny, pielęgniarki prof. Wincentego Majewskiego. To właśnie on w 1926 r. po raz pierwszy w Polsce przeszczepił rogówkę (21 lat po pierwszej transplantacji na świecie, wykonanej w Ołomuńcu przez Eduarda Konrada Zirmę). – W ubiegłym roku zrobiliśmy 205 przeszczepień rogówki. Od lat ukształtowała się ścisła czołówka ośrodków, które robią ponad sto przeszczepień rocznie, rzadko jednak udaje się przekroczyć 200 – mówi prof. Edward Wylęgała, który 26 lat temu u boku prof. Szaflika pierwszy raz transplantował rogówkę. Obecnie ma na koncie około 2,5 tys. takich zabiegów.

Katowicki oddział to jednak nie tylko rogówki. Leczy się tu wiele innych chorób oczu. To jeden z najlepiej wyposażonych ośrodków w Europie.

PRZESZCZEP GOTOWY

Nie za bardzo jest czas na dłuższą rozmowę. Profesor musi iść na oddział. Na szczęście zabiera nas ze sobą. Konsultuje m.in. pacjentkę z dystrofią Avelino, chorego

po mechanicznym uszkodzeniu rogówki, jeszcze innego ze stożkiem rogówki. – Zdrowa rogówka jest przezroczysta, uszkodzona mętnieje, ma ubytki i blizny. Pacjentowi dramatycznie pogarsza się widzenie. Czasem jedynym ratunkiem jest transplantacja nowej tkanki – tłumaczy prof. Wylęgała. Jak chirurgia rogówkowa się zmienia? – Idziemy w kierunku minimalizacji przeszczepianej tkanki. Nie wszystkie warstwy muszą być zajęte procesem chorobowym. Na przykład w przypadku dystrofii Fuchsa niewydolna jest tylko jedna warstwa rogówki grubości 0,020 mm. 15 lat temu przy takim schorzeniu wymieniano całą rogówkę, dziś tylko tę jedną dysfunkcyjną warstwę. Dzięki temu jedna rogówka może posłużyć nawet trzem biorcom – opowiada.

Jak to możliwe? – Tak precyzyjne cięcia wykonujemy specjalnym laserem. Na szczęście mamy świetny sprzęt. Dysponujemy też nowoczesnymi mikroskopami operacyjnymi, które wyposażone są w unikalny w skali kraju system nawigacji za pomocą rzeczywistego obrazu przekroju tkanki uzyskanego na drodze skanowania optyczną tomografią koherentną. Dzięki nim po raz pierwszy w Polsce wykonaliśmy przeszczepienie warstwowe rogówki przednie, a następnie – warstwowe tylne, a także przeszczepienia rąbkowych komórek macierzystych oraz wszczepienia sztucznej rogówki – wylicza prof. Wylęgała. A kiedy przeszczepimy całe oko? Profesor uśmiecha się, słysząc nasze pytanie. – Półtoramilimetrowej grubości nerw wzrokowy ma 1 mln 200 tys. włókien nerwowych. Jeszcze długa droga przed nami. Choć, patrząc na to, co medycyna już osiągnęła, kto wie, kiedy nadejdzie ten dzień – mówi. – Panie profesorze, przeszczep gotowy! – dogania nas na korytarzu jedna z pielęgniarek. Czas iść na blok.

Okuliści mają do dyspozycji dwie sale operacyjne. Na jednej z nich właśnie operuje prof. Dorota Tarnawska. Prof. Wylęgała będzie przeszczepiał rogówkę u pacjenta, którego obecna wygląda jak lód po pierwszej tercji hokeja. Dodatkowo usunie też zaćmę. To nie pierwsza operacja tego chorego. Wcześniej został poddany takiej samej na drugim oku. Dzięki niej zaczął widzieć.

Pacjent jest już gotowy. Cały zespół

też. Stajemy z boku, żeby nie przeszkadzać.

PRECYZJA I SPOKÓJ

– Cięcie jest trudne. Pacjent, którego operuję, nie nadawał się do lasera, a szkoda, bo laser to cudowna rzecz. Używam okrągłego noża do wycięcia starej rogówki. Czterdzieści mikronów to jedna czwarta obrotu. Trzeba wszystko dobrze wymierzyć i wyliczyć, żeby nie nacisnąć zbyt głęboko – wyjaśnia profesor. Stara rogówka jest już usunięta. Teraz trzeba zaimplantować nową, dzięki której pacjent zacznie widzieć. – Moja babcia robiła kiedyś koronki koniakowskie. Szef, który robię, zakładając implant, wygląda mniej więcej tak jak koniakowskie heklowanie – tłumaczy prof. Wylęgała. To faktycznie bardzo precyzyjna i długotrwała praca. Wygląda imponująco!

Na salę wchodzi grupa studentów. Profesor opowiada im o zabiegu, tłumaczy kolejne etapy. – Mamy bardzo dużo dydaktyki. Cieszę się, bo jest tu dobry sprzęt i znakomity zespół. Dziś asystuje mi dr Ewa Wróblewska-Czajka, moja bardzo dobra uczennica, która samodzielnie wykonała już kilkaset przeszczepień – mówi. Jest także zespół instrumentariuszy i zespół anestezyjologiczny – w sumie osiem osób. – To już jest uwertura. Zanim znajdziemy się na bloku i będziemy mogli przeszczepić tkanki, wcześniej kilka osób musi je dla nas pozyskać i przygotować. Ewa dyktuje pod telefonem przez całą dobę, bo w każdej chwili może ktoś zadzwonić z informacją, że jest dawca. To nie jest takie proste – zaznacza.

Zabieg się udał. Pacjent za kilka dni zgłosi się na kontrolę. Potem w trybie ambulatoryjnym zostaną zdjęte szwy. W Polsce przeszczepia się rocznie ponad tysiąc rogówek, ale chętnych jest o wiele więcej. Na zabieg trzeba czekać ponad trzy lata. Myliłby się jednak ten, kto myśli, że to z powodu braku pieniędzy. To świadczenia nielimitowane, więc fundusze są. Są też wspaniałe ośrodki i doskonali specjaliści wykonujący tę procedurę. Dlaczego więc trzeba czekać tak długo? Problemem jest brak rogówek. – Każdy bank tkanek to jądro aktywizacji myśli transplantologicznej, bo jeśli mamy bank, to musimy zadbać o to,



▲ Okuliści mają do dyspozycji dwie sale operacyjne. Na jednej z nich właśnie operuje prof. Dorota Tarnawska.

by były w nim rogówki – zauważa profesor. Na przykład Czesi mają mały kraj i jeden bank tkanek, z kolei Niemcy mają ich około pięćdziesięciu.

GDZIE JEST DAWCA?

Idziemy na piąte piętro, a właściwie na strych szpitala zaadaptowany na potrzeby oddziału, z salą wykładową dla studentów, w której mogą na żywo śledzić odbywające się operacje. W głębi korytarza niewielki pokój. Na drzwiach tabliczka: „Bank Tkanek”. Jeden z siedmiu w Polsce. Przechowują tu rogówki, które potem trafiają do chorych wpisanych na prowadzoną przez POLTRANSPLANT Krajową Listę Oczekujących, według kolejności.

Wchodzimy do środka. Przy wejściu walizki ze spakowanym sprzętem niezbędnym do pobrania. W głębi dwie lodówki. Jak pozyskujecie rogówki? – Zebrań wielonarządowych. Oprócz tego kontaktujemy się ze szpitalami i prosimy, aby w razie zgonu pacjenta informowali nas, że jest dawca. Niestety chęć współpracy ciągle jest zbyt mała. Potrzebujemy więcej zgłoszeń. Rogówka to tkanka, którą można pobrać nawet do 16 godzin po zgonie, jeśli zwłoki są nieschłodzone, a do 20 godzin – gdy były chłodzone. Jest czas, aby to zrobić. Realia są jednak takie, że w lodówce mamy obecnie zaledwie 4 pary rogówek. We Włoszech taki bank jak nasz ma ich 150, dlatego tam na zabieg czeka się zaledwie

FAKT

Ile maksymalnie lat może mieć dawca rogówki? Nie ma takiej granicy.



miesiąc. W Niemczech duża liczba zgłoszonych dawców to dla szpitala powód do dumy. W Polsce strach i dodatkowy kłopot, więc lepiej tego nie robić – tłumaczy dr Ewa Wróblewska-Czajka, kierownik Banku Tkanek, z którą udaje nam się porozmawiać już po zakończonym zabiegu. Dlaczego w Polsce to taki problem? – Nie wiem. Może dlatego, że musimy rozmawiać o pobraniu z rodziną albo nie chcą mieć dodatkowej pracy i zajętej sali operacyjnej... Spotkałam się nawet z zarzutem, że sprzedajemy rogówki. W Polsce tkanki i narządy są bezpłatne, refundowane przez NFZ są tylko koszty przygotowania przeszczepu. Myślę, że dopóki wymóg informowania o dawcach nie będzie uregulowany prawnie, nic się w tej kwestii nie zmienia – uważa. A jeśli rodzina zmarłego nie chce się zgodzić na pobranie? – Zgodnie z prawem nie musimy o to pytać, choć oczywiście jeśli jest opór, nie naciskamy. To jednak rzadkie przypadki. Zazwyczaj rozmowa i wytłumaczenie, co robimy i dlaczego, wystarczają – wyjaśnia.

Czy banki tkanek rywalizują między sobą o rogówki? – Jest alokacja pobrań, więc nie ma na tym polu rywalizacji. Każdy działa na swoim obszarze, choć oczywiście jeśli na przykład z Warszawy nie są w stanie przyjechać do Radomia, wtedy jedziemy pobrać rogówki, by nie poszły do piachu – odpowiada prof. Wylęgała, który ponownie dołącza do rozmowy. W miesiącu pozyskują około 16-20

rogówek. Trzeba je wykorzystać w ciągu dwóch tygodni, ale z tym nie ma problemu. Gdy dr Wróblewska-Czajka dostaje informację, że jest dawca, najpierw sprawdza, czy nie został on zarejestrowany w Krajowym Rejestrze Sprzeciwów. Jeśli nie i dawca spełnia wszystkie kryteria kwalifikacji, natychmiast wysyła na pobranie jednego z rezydentów. Nieważne, o której godzinie zadzwoni telefon. Po materiał jeździ m.in. Edyta Chlasta-Twardzik. – Myję pole operacyjne, warunki muszą być sterylne, i oglądam tkankę makroskopowo. Jeśli jest w porządku, do specjalnej butelki pobieram płatek rogówkowo-twardówkowy, która zostanie otwarta dopiero na bloku operacyjnym, w momencie przeszczepienia. Zanim jednak tu trafi, badana jest w naszym banku w systemie zamkniętym, za pomocą lampy szczelinowej i urządzenia do analizy śródbłonna. Decydujące są też wyniki badań serologicznych dawcy. Około 30 proc. pobrań jest odrzucanych, bo nie przechodzi pomyślnie tych testów – wyjaśnia. Ile maksymalnie lat może mieć dawca rogówki? – Nie ma takiej granicy. Niektórzy twierdzą, że nawet rogówka stulatka może być pełnowartościowym materiałem do przeszczepienia – odpowiada.

SPŁACIĆ DŁUG MISTRZÓW

Dr Wróblewska-Czajka pierwsze przeszczepienie rogówki wykonała 10 lat

▲ 1. Na drugiej sali zepół prof. Edwarda Wylęgały przeszczepia rogówkę. Zabieg się udał. Za kilka dni pacjent zgłosi się na kontrolę.
 > 2. Ze studentami.
 > 3. dr Ewa Wróblewska-Czajka.
 > 4. lek. Edyta Chlasta-Twardzik.

temu. Mówi, że emocje były tak duże, że nic z tamtego dnia nie pamięta. – Zabieg jest trudny, łatwo o powikłania. Najważniejsza jest właściwa kwalifikacja: najpierw musimy ocenić, czy po zabiegu pacjent rokuje polepszeniem widzenia. Trzeba mu wszystko dokładnie wytłumaczyć, uwzględnić wszelkie za i przeciw, w tym sytuację chorego, jego zawód – wyjaśnia. Jak reagują pacjenci, gdy w końcu dzwoni telefon z informacją, że jest rogówka? – Bardzo różnie. Często słyszę: „To już? Właśnie córka przyjechała... Nie mogę iść teraz do szpitala”. Albo że właśnie trzeba lepić pierogi, bo święta idą... Tak długo czekają, że przestają wierzyć, że ten dzień nadejdzie. A kiedy nadchodzi, najzwyczajniej pojawia się strach przed zabiegiem – tłumaczy dr Wróblewska-Czajka.

To był wyjątkowy i bardzo intensywny dzień. Niezwykłe miejsce i wyjątkowi ludzie. Prof. Wylęgała odprowadza nas jeszcze do windy. Nie martwi się pan, co będzie po wejściu ustawy o tzw. sieci szpitali? – pytamy. – Pewnie, że się martwię. Szkoda by było, żeby zmarnował się ten wysiłek stworzenia takiego zespołu i oddziału. Zobaczmy, co życie przyniesie – odpowiada. – Dla mnie najważniejsi są ludzie, bo najtrudniej jest stworzyć dobry zespół. Jeśli się to uda, wszystko jest możliwe. Trzeba uczyć młodych, umieć dzielić się swoją wiedzą. W ten sposób możemy spłacić dług, który zaciągnęliśmy u swoich mistrzów – dodaje. ○

Endokrynologia to specjalność złożona

GL
W Y W I A D

Z prof. **Markiem Ruchałą**, prezesem Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego, rozmawia **Lucyna Krysiak**.



**Lucyna
Krysiak**

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

GL 13 oddziałów regionalnych i 16 sekcji tematycznych. Czemu ma służyć tak rozbudowana struktura PTE?

Skupiamy nie tylko lekarzy klinicystów, ale także przedstawicieli nauk podstawowych, w tym biologów, biotechnologów, patologów, genetyków, histologów, fizjologów i reprezentantów innych dziedzin medycyny. Współpracujemy z nimi na polu naukowym, a jednocześnie prowadzimy szeroką działalność edukacyjną. Podział na oddziały i sekcje wynika więc z potrzeby. PTE skupia 1100 członków (aktywnie działających ponad 800) i łatwiej jest nam spotykać się w mniejszych grupach, w oddziałach regionalnych. Co cztery lata PTE organizuje Zjazd Naukowy i na tym forum spotykają się już wszyscy członkowie towarzystwa. Uczestniczy w nim 1500 osób zainteresowanych tematyką endokrynologiczną. Dwa razy w roku organizujemy kursy szkoleniowe, które gromadzą ponad 400 osób. Sekcje współpracują w tworzeniu programów naukowych i promują działy endokrynologii, które reprezentują. To ułatwia lekarzom dostęp do wiedzy.

GL Endokrynologia odpowiada za leczenie zaburzeń funkcjonowania gruczołów wydzielania wewnętrznego, m.in. tarczycy, przysadki, nadnerczy, jajników – czy tylko?

Zakres zainteresowania endokrynologów jest o wiele szerszy. Zajmujemy się podwzgórzem, jądrami, trzustką, przytarczycami, jak również grasicą i szyszynką. W jakimś sensie także sercem, płucami i nerkami. Do niedawna nikt nie przypuszczał, i dla wielu jest zaskoczeniem, że do organów dokrewnych zalicza się tkanka tłuszczowa, zresztą bardzo aktywna hormonalnie. Każdego roku wykrywane są nowe substancje o działaniu endokrynnym – peptydy takie jak ghrelin czy obestatyna produkowane w żołądku, irisiną w mięśniach i wiele hormonów występujących w obrębie jelit. Jeśli dodamy, że receptory dla hormonów są obecne w każdym narządzie, to właściwie endokrynologia dotyczy całego organizmu. Najlepszym przykładem jej złożoności i różnorodności są guzy neuroendokrynne, które mogą lokalizować się w wielu miejscach.

GL Jaka jest epidemiologia chorób pochodzenia endokrynologicznego?

Dominują choroby tarczycy. Głównie przewlekłe autoimmunizacyjne zapalenie tarczycy z następową niedoczynnością gruczołu i wole guzkowe obojętne oraz nadczynność tarczycy o różnym tle. Także powszechna obecnie cukrzyca zaliczana jest do chorób pochodzenia endokrynologicznego (w programie specjalizacji z endokrynologii jest elementem szkolenia), jednak w Polsce cukrzycą zajmują się głównie diabetolodzy.

GL A nowotwory?

Najczęstszymi nowotworami układu endokrynnego są nowotwory tarczycy. Stanowią one 0,5 proc. u mężczyzn i 2,6 proc. u kobiet. Od lat 90. XX w. notuje się ich wyraźny wzrost. Podobnie jest na świecie. Po części to wynik wprowadzenia na szeroką skalę badań USG, diagnostyki biochemicznej, cytologicznej i histopatologicznej, ale też niekorzystnego wpływu zanieczyszczenia środowiska i tzw. *endocrine disruptors* na indukcję procesu nowotworowego. Jednak dzięki wczesnemu wykrywaniu wskaźniki przeżyć w tych chorobach rosną, a umieralność spada. Rzadko spotykanymi są raki nadnercza i raki neuroendokrynne, raki przytarczyc i przysadki.

GL Towarzystwo powołało Krajowy Rejestr Guzów Neuroendokrynnych i Krajowy Rejestr Guzów Przysadki...

Wprawdzie są one schorzeniami rzadkimi, ale dzięki stworzonym rejestrom można określić ich epidemiologię, metody i skuteczność leczenia. Liczymy, że dzięki temu uda się opracować własny algorytm postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w tych chorobach, a stworzenie kohorty ogólnonarodowej pozwoli na powstanie pracy naukowej, która wnieśli nowe elementy do wiedzy w tym zakresie.

GL Jaka jest dostępność do endokrynologów?

Aktualnie mamy 1200 endokrynologów, a co roku zdobywa specjalizację kilkudziesięciu nowych. Sądzę więc, że ilość specjalistów jest wystarczająca. Dla porównania w USA na

320 mln mieszkańców zarejestrowanych jest około 7 tys. endokrynologów. W Hiszpanii jeden endokrynolog przypada na 50 tys. osób, a w tych krajach nie ma odrębnej specjalizacji diabetologicznej, która zajmuje się chorymi na cukrzycę. Myślę, że w Polsce problem wynika ze złego rozmieszczenia poradni endokrynologicznych w różnych rejonach kraju i niewystarczającej ilości kontraktów z NFZ. Jednocześnie lepsza wykrywalność chorób gruczołów dokrewnych wymaga bardziej szczegółowej, kosztownej diagnostyki i te sprawy nie są uregulowane.

GL Czy poziomem leczenia i umiejętnościami dorównujemy światu?

Poziom leczenia jest zbliżony do standardów światowych, ale nadal istnieją problemy z dostępnością do niektórych nowoczesnych terapii, np. leczenia inhibitorami kinazy tyrozynowej w raku tarczycy. Problemem jest też zmiana wymogów dotyczących specjalizacji z endokrynologii, nad czym ubolewam jako członek komisji ds. specjalizacji. Do tej pory specjalizację z endokrynologii można było uzyskać po drugim stopniu specjalizacji z interny, ginekologii, chirurgii lub pediatrii. Obecnie specjalizacja ta została zaliczona do podstawowych, co niekorzystnie odbiło się na programie specjalizacyjnym w endokrynologii. PTE razem z konsultantem krajowym czyni starania, aby go dostosować do wymogów europejskich.

GL Czy młodzi lekarze są zainteresowani specjalizowaniem się w endokrynologii?

W mojej ocenie chętnie wybierają endokrynologię jako swoją drogę zawodową. W ramach PTE działa klub młodych endokrynologów skupiający studentów, lekarzy i naukowców. Staramy się promować młodzież – prezes tego klubu uczestniczy w pracach szerokiego zarządu PTE. W 2013 r. zorganizowaliśmy międzynarodowe spotkanie młodych naukowców z Europy uznane przez władze Europejskiego Towarzystwa Endokrynologicznego (ESE) za sukces PTE. Jego miarą był udział najwybitniejszych postaci europejskiej endokrynologii z prezesem ESE włącznie. Było ono impulsem do rozwijania tej aktywności i już w 2018 r. ponownie będziemy gościć w Polsce młodych endokrynologów z Europy.

GL Endokrynologia to jedna z najbardziej rozwijających się specjalności. Czego ten rozwój dotyczy?

Zarówno diagnostyki, leków, jak i technik operacyjnych. Dzięki wykryciu nowych peptydów i poznaniu wzajemnych powiązań hormonalnych, coraz częściej, łatwiej i szybciej rozpoznajemy choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego. Do diagnostyki wprowadza się genetykę pozwalającą wcześniej rozpoznać niektóre raki tarczycy. W przypadku raka rdzenia tego umożliwia to wyłonienie osób wymagających, czasami prewencyjnego, usunięcia tarczycy. Wprowadza się rekombinowane TSH do diagnostyki i leczenia zróżnicowanych raków tarczycy i chorzy z ZRT nie muszą przez wiele tygodni pozostawać bez lewotyroksyny. Dzięki kohortowym badaniom naukowym uzyskujemy wiedzę o najbardziej skutecznych



▲ Prof. Marek Ruchała:
– PTE promuje wprowadzenie nowatorskich terapii, chce zmieniać i modyfikować program specjalizacji z endokrynologii i wspierać młodych endokrynologów.

metodach operacyjnych i zachowawczych. W endokrynologii pojawia się coraz więcej nowych leków, np. w leczeniu raków tarczycy, choroby Cushinga i akromegalii.

GL W jakim kierunku powinna ewoluować polska endokrynologia?

Rozwój endokrynologii musi być wielokierunkowy. W tym celu zacieśniamy relacje z europejskim i amerykańskim środowiskiem endokrynologicznym. Jednym z zadań jest tworzenie grup zajmujących się wybranymi schorzeniami. Taka współpraca zaowocuje wspólnymi projektami badawczymi, nowymi możliwościami leczenia. Warunkiem jest podnoszenie umiejętności praktycznych poprzez organizację warsztatów w ramach kursów doskonalących. Niebywale istotna jest edukacja lekarzy rodzinnych, bo wpływa na wcześniejsze rozpoznanie chorób gruczołowych. PTE promuje wprowadzenie nowatorskich terapii, chce zmieniać i modyfikować program specjalizacji z endokrynologii i wspierać młodych endokrynologów.

GL PTE wydaje czasopismo naukowe „Endokrynologia Polska”.

Dzięki wysiłkom zespołu czasopismo znalazło się w bazie PubMed i w gronie czasopism z tzw. listy filadelfijskiej posiadających współczynnik oddziaływania IF i to także jest nasz wielki sukces. „Endokrynologia Polska” spełnia zasadniczo dwa zadania – naukowe, ponieważ publikuje doniesienia naukowe dotyczące endokrynologii, i edukacyjne, ponieważ zamieszcza w języku polskim materiały szkoleniowe dla lekarzy endokrynologów. ○

Poleż sobie



**Marta
Jakubiak**

Zastępca redaktora
naczelnego
„Gazety Lekarskiej”

Doktor Krzysztof, anestezjolog, w zawodzie od ponad 40 lat. Nigdy nie miał poważnych kłopotów ze zdrowiem. Na co dzień to on pomagał innym. Przyszedł jednak dzień, kiedy stał się pacjentem jednego z warszawskich szpitali.

Wróciliśmy z żoną z zakupów, zjedliśmy kolację i usiedliśmy przed telewizorem. W pewnej chwili poczułem się strasznie pełny. Pomyślałem, że to zwykła niestrawność, która niedługo ustąpi. Wypiłem gorącą herbatę i położyłem się do łóżka – wspomina. Z każdą godziną czuł się jednak coraz gorzej. Wzdęcie brzucha stawało się coraz silniejsze, zaczęła męczyć go czkawka, a nad ranem pojawiły się wymioty. Skoro świt pojechał do swojego lekarza rodzinnego. – Pani doktor zbadała mnie i powiedziała, że to prawdopodobnie niedrożność przewodu pokarmowego i trzeba jak najszybciej przewieźć mnie do szpitala. Zadzwoiła do najbliższego – powiatowego, w którym znajomy lekarz zasugerował, że może lepiej wysłać mnie do szpitala w Warszawie, takiego lepszego – opowiada doktor Krzysztof. Ponieważ na co dzień współpracuje z lekarzem zatrudnionym w jednym z warszawskich szpitali, zatelefonował do niego, żeby powiedzieć, że właśnie jedzie tam transportem medycznym z prawdopodobną niedrożnością układu pokarmowego. – Zadzwoiłem do kolegi, żeby go uprzedzić i poprosić, by się tobą zaopiekowali – usłyszał w odpowiedzi.

GODZINY PŁYNĄ

Kiedy trafili na SOR, kierowca karetki przekazał rejestracji dokumenty chorego. Potem lekarz dyżurny został poproszony o konsultację. – Pierwsze pytanie, które mi zadał, było o to, dlaczego

szef KOiOM-u tak się mną interesuje. Powiedziałem, że jestem lekarzem, a teraz znalazłem się tu jako pacjent. Dopytywał dalej, kim jestem i dlaczego przyjechałem właśnie do tego szpitala – wspomina doktor Krzysztof. Żona, która mu wówczas towarzyszyła, była bardzo zdenerwowana jego stanem zdrowia, a dodatkowo zaistniałą sytuacją. – Panie doktorze, może zajmie się pan moim mężem, a nie dopytuje się o takie rzeczy – zwróciła się do lekarza dyżurnego. – Proszę wyjść. Ja panią stąd wyrzucam – usłyszała w odpowiedzi. – Mam prawo być tu z mężem, nigdzie nie pójdę – zaprotestowała stanowczo. – Daj spokój – doktor Krzysztof starał się łagodzić sytuację.

Kiedy emocje nieco opadły, pacjent w końcu został zbadany. – No tak, ma pan niedrożność – stwierdził lekarz. Podłączono kroplówkę. – Kiedy zaczął mnie badać, pomyślałem, że jakoś źle zaczął, ale może coś z tego będzie. Byłem już wtedy półprzytomny, wyczerpany dolegliwościami. I bezradny. Bałem się, co będzie dalej. Wiedziałem, że rozpoznanie niedrożności przewodu pokarmowego oznacza operację, jeśli w krótkim czasie dolegliwości nie ustąpią. I że trzeba jak najszybciej ustalić, jaka jest jej przyczyna – tłumaczy. Został przeniesiony na dziesięciolokową zieloną salę ogólną. Potem do izolatki. I czekał. – Lekarz zajrzał do mnie dwa albo trzy razy. Zapytał, jak się czuję. Żle, panie doktorze – odpowiedziałem. Jeżeli ma się uporczywą czkawkę od godz. 23.00 dnia poprzedniego, a jest godzina 9.00 rano, to można być zmęczonym. Czkawka nie pozwalała mi wypowiedzieć płynnie

STRACH

– Kiedy zaczął mnie badać, pomyślałem, że jakoś źle zaczął, ale może coś z tego będzie. Byłem już wtedy półprzytomny, wyczerpany dolegliwościami. I bezradny. Bałem się, co będzie dalej.

nawet dwóch słów. Wszystko mnie bolało. Czekałem na pomoc. Dowiedziałem się jednak, że nie można wykonać najprostszego badania, które służy do ustalenia przyczyny niedrożności, czyli zwykłego przeswietlenia jamy brzusznej na stojąco, bo jest awaria systemu. Nie pojmuję tego do dzisiaj. Taki duży szpital, który dysponuje najnowocześniejszym sprzętem, nie może wykonać zwykłego rtg., bo jest awaria systemu? Pięćset metrów obok jest drugi szpital. Przecież niedrożność przewodu pokarmowego to bezpośrednie zagrożenie życia pacjenta, więc skoro wysiadł system, można mnie przewieźć karetką do sąsiedniego szpitala. Leżałem w tej izolatce do godz. 17.00. Nic się nie działo – wspomina.

SYSTEM ODPUSCIŁ

Pierwsze badanie, czyli rtg. jamy brzusznej, wykonano koło godz. 17.00, zaraz potem usg. Potwierdzono niedrożność. Wtedy sprawy potoczyły się już szybko. – Zostałem przeniesiony do kliniki chirurgii, gdzie zrobiono tomografię komputerową. Po godz. 19.00 trafiłem na oddział. Był już wówczas tylko zespół dyżurny, a nie pełna obsada dziennej. Gdyby na SOR-ze potraktowali mnie tak, jak powinno się potraktować pacjenta, pewnie w południe zostałbym zoperowany, a nie w trybie dyżurowym – zauważa doktor Krzysztof. Dlaczego tak długo musiał pan czekać? – Nie mam pojęcia. Zrozumiałbym, gdyby w tym dniu była nawała pacjentów, jakiś wypadek, i wszyscy mieliby pracy po uszy, ale przez SOR tego dnia przeszły może cztery osoby. Nie chcę myśleć źle, więc wolę nie odpowiadać na

to pytanie. W to, że zostałem potraktowany życzliwie, jak kolega lekarz, na pewno nie uwierzę. Gdybym nie miał za sobą tylu doświadczeń zawodowych w szpitalach, pewnie mniej świadomie oceniałbym tę sytuację. Jednak z bagażem przepracowanych 40 lat wiem, co w takiej sytuacji można zrobić, jeśli się chce. Czy zdjęć śródoperacyjnych w tym dniu także nie wykonywano? – pyta retorycznie.

Doktor Krzysztof jest lekarzem woj-skowym, uczniem szpitala, do którego po latach trafił jako pacjent. – W naglej potrzebie trafiać właśnie w to miejsce, gdzie uczyłem się anestezjologii i zaczynałem przygodę z medycyną. Spotykam lekarza, który jest moim młodszym kolegą zawodowym, który kończył tę samą uczelnię, którą ja kończyłem, pracuje w szpitalu, gdzie wcześniej ja pobierałem nauki, i jestem traktowany w ten sposób? To bardzo przykre – wyznaje. Do dziś nie potrafi zrozumieć, dlaczego tak się stało. Gdyby sytuacja miała miejsce 50 lat temu, do dyspozycji byłby o wiele mniejszy arsenał środków i urządzeń. Tłumaczenie, że tak długie oczekiwanie na SOR-ze spowodowała

awaria systemu, nie przekonuje doktora Krzysztofa. Szpital nie dysponuje przecież jednym urządzeniem diagnostycznym, są tu także urządzenia mobilne, które można wykorzystywać.

CZAS UCIEKAŁ

– Jest takie stare powiedzenie lekarskie, że niedrożność nie może ujrzeć wschodu słońca. To znaczy, że pacjenta z niedrożnością nie można przetrzymać więcej niż dobę. Chirurdzy nie mogli więc odłożyć operacji na rano. Przeprowadzili ją najszybciej, jak to było możliwe, czyli o godz. 22.00. Trwała trzy godziny. Wycięto mi kawałek jelita i zespolono je. Po pięciu dniach trzeba było otworzyć mnie ponownie, ponieważ wykonane wcześniej zespolenie było niewydolne. To był koszmar. Od 28 stycznia do 5 lutego schudłem dziesięć kilo – wspomina z rozgoryczeniem, choć na oddziale już czuł się bezpiecznie. Wiedział, że pracujący tam lekarze chcą mu pomóc. To byli inni ludzie. Kiedy ważyły się jego losy, starali się go wspierać. Decyzji o drugiej operacji nie podejmuje się łatwo, zwłaszcza gdy nie wiadomo, czy organizm ją wytrzyma.

▼ **Dobra, zrobiłem swoje, chcesz się tu leczyć, to musisz poczekać, poleż sobie, przyjdzie czas, to się tobą zajmemy.**

– Wiem, że w czasie operacji wszystko może się zdarzyć. Zawsze mówię, że medycyna to nie jest fabryka gwoździ. Medycyna to nauka, w której czasami dwa dodać dwa to cztery, innym razem pięć, a czasem trzy i pół. Jeden pacjent na leczenie zareaguje doskonale, inny może nie zareagować wcale. Byłbym podłym człowiekiem, gdybym miał żal do kogokolwiek o konieczność przeprowadzenia drugiej operacji. To ryzyko wpisane w nasz zawód. Lekarz, który mnie operował, zrobił wszystko, co w danym momencie mógł zrobić. Inna sprawa, że został postawiony pod ścianą, bo musiał operować w warunkach dosyć niekomfortowych, w trybie dyżurowym, pod presją czasu, późnym wieczorem, dostał pacjenta wymęczonego dolegliwościami – wylicza doktor Krzysztof.

– Mam żal, nie pretensje, podkreślam – żal, o te pierwsze godziny stracone na SOR-ze. Myślę, że wszystko mogło przebiec tam inaczej. Nie jestem człowiekiem roszczeniowym. Przeraża mnie jednak, że taka postawa lekarza może dotknąć innych, bogu ducha winnych ludzi. Kogoś, kto nie będzie miał tyle szczęścia i energii, żeby przeżyć. Mnie się udało – uśmiecha się. Mówi, że lekceważenie i ignorowanie to chyba najlepsze słowa, by oddać to, czego doświadczył. – Pewnych ludzi określa się, mówiąc: „ten typ tak ma”. Miałem wrażenie, że dla tamtego lekarza byłem niegodny, by tak wielki człowiek zajmował się mną. Mniej więcej tak można opisać postawę tamtego lekarza i bieg spraw: „dobra, zrobiłem swoje, chcesz się tu leczyć, to musisz poczekać, poleż sobie, przyjdzie czas, to się tobą zajmemy”. Widywałem takie zachowania, ale tylko wtedy, gdy było strasznie dużo pracy. W sytuacji, kiedy jest jej naprawdę niewiele, nie potrafię zrozumieć takiego zachowania – ocenia.

– Gdy jest kilkunastu pacjentów, robi się selekcję i podejmuje decyzję, którym trzeba się zająć natychmiast, a który musi poczekać. Jak dokonać takiej selekcji, kiedy jest jeden pacjent? Oczywiście można wytyczyć czerwone i zielone szlaki, ale nie o to chodzi... – podsumowuje. ○



SPOTYKAM LEKARZA, KTÓRY JEST MOIM MŁODSZYM KOLEGĄ ZAWODOWYM, KTÓRY KOŃCZYŁ TĘ SAMĄ UCZELNIĘ, KTÓRĄ JA KOŃCZYŁEM, PRACUJE W SZPITALU, GDZIE WCZEŚNIEJ JA POBIERAŁEM NAUKI, I JESTEM TRAKTOWANY W TEN SPOSÓB?

Dyplom i płeć a zdrowie



Mariusz
Tomczak

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

Stan zdrowia wykształconych Polaków tylko nieznacznie odbiega od kondycji ich rówieśników z Europy Zachodniej.

Przepaść dzieli osoby z niższym wykształceniem – twierdzi prof. Bogdan Wojtyniak z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, współautor najnowszego raportu o stanie zdrowia Polaków*. Taki dokument powstaje raz na cztery lata. Jakie są jego najważniejsze ustalenia? Polki żyją prawie 82 lata, czyli tylko 1,7 roku krócej niż wynosi średnia europejska (ponad 83). Najbardziej długowieczne są Hiszpanki żyjące średnio ponad 86 lat. Natomiast Polacy przeciętnie dożywają 73,8 roku życia – to ponad 4 lata mniej niż wynosi przeciętna długość życia mieszkańców Unii Europejskiej i prawie 7 lat mniej niż Szwedzi.

W ŁÓDZKIEM ŻYJE SIĘ KRÓTKO

Statystyki są mało przyjazne dla woj. łódzkiego – to najgorsze miejsce do zamieszkania dla panów (przeciętna długość trwania życia wynosi tam nieco ponad 70 lat), a najlepsze dla nich jest woj. małopolskie i woj. podkarpackie (odpowiednio: 75,1 i 74,9 lat). Zależność między długością życia i wykształceniem wydaje się bezdyskusyjna, a niezwykle widoczne jest to w krajach dawnego bloku wschodniego. 30-letni Czesi z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym przeżyją prawdopodobnie aż ponad 15 lat krócej od ich rówieśników legitymujących się dyplomem wyższej uczelni. W przypadku Polaków ta różnica też jest bardzo

30-letni Polak po studiach przeżyje jeszcze prawie 50 lat [ten po zawodówce tylko 38]. 30-latka z wyższym wykształceniem ma przed sobą 54 lata życia [to o 5 lat więcej niż kobiety najslabiej wyedukowane].



^ **Żyjemy w 38-milionowym kraju, w którym odnotowuje się 395 tys. zgonów.**

widoczna, bo wynosi niemal 12 lat. – Im człowiek bardziej wykształcony, tym bardziej zdaje sobie sprawę z ryzyka narażającego na choroby. Wśród osób lepiej wykształconych mniej jest palaczy, mniej jest patologicznie grubych, mniej choruje na cukrzycę typu 2. Jeśli już na coś chorują, to nie protestują, tylko biorą leki i, jak już poczują się lepiej, to ich nie odstawiają. Często modyfikują też tryb życia (dieta, ruch) – mówi prof. Artur Mamcarz, kierownik III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Szpitalu na Solcu. W 2015 r., pierwszy

raz po drugiej wojnie światowej, zanotowano ujemny przyrost naturalny (zarówno w miastach, jak i na wsi). Żyjemy w 38-milionowym kraju, w którym odnotowuje się 395 tys. zgonów. – To ok. 1880 zgonów dziennie, z czego 45 proc. przypada na choroby układu krążenia, 25 proc. na nowotwory złośliwe, 6–7 proc. powodują urazy i zatrucia, a 7 proc. to zgony nieokreślone – w ten sposób prof. Mirosław Wysocki, dyrektor NIZP-PZH, określa naszych „głównych zabójców”. Do najbardziej inwalidyzujących (czyli uniemożliwiających pracę zawodową i samodzielność) zalicza się głównie choroby psychiczne,

przewlekłe nieswoiste choroby układu oddechowego i nieurazowe choroby układu ruchu.

ON UMIERA NA CHUK, ONA NA RAKA

Z raportu wynika, że Polacy przedwcześnie umierają na choroby układu krążenia, a Polki na nowotwory. Te pierwsze są główną przyczyną przedwczesnej śmierci mężczyzn w wieku 25–64 i, choć ich liczba systematycznie spada od końca lat 90. zeszłego stulecia, na tle średniej UE wciąż wypadamy niekorzystnie (panowie dwukrotnie częściej niż statystyczny Europejczyk umierają na choroby układu krążenia). O ile nowotwory złośliwe są najważniejszą przyczyną przedwczesnej śmierci kobiet (115,9 przypadków na 100 tys.), na tle Unii nie wypadamy tak źle (93 na 100 tys.). Niestety w ostatniej dekadzie wyleczalność nowotworów złośliwych nie poprawiła się. W Polsce i na Łotwie wynosi ona zaledwie 43 proc., gorzej jest tylko w Bułgarii (40 proc.), podczas gdy średnia europejska to 55 proc. Wyleczalność raka prostaty wynosi u nas 74 proc. (dla porównania: w Finlandii sięga 93 proc.), a raka szyjki macicy 53 proc. (w Islandii 73 proc.). W 2014 r. papierosy paliło 28,8 proc. mężczyzn i 17,2 proc. kobiet. Wśród najczęściej palących co do zasady są osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym (najrzadziej palą osoby z wykształceniem wyższym). Rak płuc najczęściej diagnozowany jest w woj. warmińsko-mazurskim i kujawsko-pomorskim, gdzie notuje się najwyższy odsetek osób palących papierosy, a najmniej zachorowań jest na Podkarpaciu. – Powinniśmy wszyscy wykazywać „czujność onkologiczną” i pamiętać o złotej zasadzie 2-3 tygodni. Jeśli jakieś objawy lub dolegliwości leczone standardowymi środkami nie ustępują po tym czasie, należy zrobić badania w kierunku nowotworu – apeluje dr Janusz Meder, prezes Polskiej Unii Onkologii. W jego ocenie aż 40–50 proc. nowotworów można by uniknąć dzięki zmianie stylu życia i przyzwyczajęń. Podstawą w przypadku walki

z rakiem jest prewencja, tymczasem badania przesiewowe zbyt często są ignorowane. – 70 proc. chorych onkologicznie przychodzi do lekarza zbyt późno – dodaje. W raporcie podkreślono, że w Polsce systematycznie obniża się umieralność niemowląt. – Kiedy wychodziliśmy z komuny, w latach 80., notowaliśmy 16 zgonów dzieci do 1. roku życia na 1000 urodzeń żywych, teraz jest 4, czyli mamy 400 proc. spadku – mówi prof. Wysocki. Występują znaczne różnice pomiędzy województwami: w 2015 r. w małopolskim wskaźnik zgonów niemowląt wyniósł 2,8 na 1000 żywych urodzeń, w łódzkim – 4,8.

MIASTO WOLI OWOCE, WIEŚ – WARZYWA

Ok. 1,5 mln Polaków (5,4 proc.) wykazuje ogólne objawy depresji, a 2 proc. cierpi z powodu najbardziej nasilonych jej objawów. We wszystkich krajach UE powtarza się prawidłowość, że kobiety są bardziej podatne na tę chorobę od mężczyzn. Z depresją częściej zmagają się osoby z niższym wykształceniem. – Należy zająć się grupami zwiększonego ryzyka: kobietami w okresie okołoporodowym, młodzieżą pod koniec gimnazjum czy na początku liceum, osobami, u których już odnotowano wcześniej epizody depresyjne, ludźmi starszymi, z rozmaitego typu innymi schorzeniami – podpowiada prof. Łukasz Świącicki, kierownik II Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Natomiast samobójstwo popełnia więcej mężczyzn w naszym kraju niż w innych krajach UE (w taki sposób więcej Polaków traci życie niż ginie w wypadkach komunikacyjnych). Nadwaga to jeden najpoważniejszych czynników łącznego obciążenia chorobami dla mieszkańców każdej części Europy. Co prawda nie należymy do grupy pięciu krajów, w których otyłość i nadwaga stanowią największy problem, ale nie mamy z czego się cieszyć: za dużo waży 68,2 proc. mężczyzn powyżej 18. roku życia i 60,5 proc. pełnoletnich kobiet. Jednym z winowajców jest zła dieta. Warzywa i owoce częściej jedzą osoby lepiej wykształcone. Wydaje się, że to nie jest kwestia

FAKT

Rak płuc najczęściej diagnozowany jest w woj. warmińsko-mazurskim i kujawsko-pomorskim, gdzie notuje się najwyższy odsetek osób palących papierosy.

dochodów, lecz świadomości. – Owoce, np. polskie jabłka, nie są aż tak drogie – mówi prof. Wojtyniak. Mieszkańcy miast jedzą więcej owoców niż osoby zamieszkałe na terenach wiejskich, natomiast w przypadku warzyw sytuacja jest odwrotna. Większość ludności polskich miast oddycha powietrzem bardzo zanieczyszczonym, przekraczającym normy zalecane przez Światową Organizację Zdrowia i UE, przez co rośnie zachorowalność m.in. na raka płuc oraz choroby układu oddechowego i układu krążenia. – Narażenie przez kilka lat na drobne pyły może prowadzić do skrócenia oczekiwanego okresu życia o kilka miesięcy lub nawet kilka lat – alarmuje dr Piotr Dąbrowiecki z Kliniki Chorób Infekcyjnych i Alergologii w Wojskowym Instytucie Medycznym w Warszawie. Problem zanieczyszczenia powietrza, od niedawna tak nagłaśniany, nie jest nowy, jednak należy pamiętać o tym, że to nie smog stanowi dla nas największe zagrożenie. – Główny czynnik wpływający na stan zdrowia społeczeństwa stanowi styl życia: na ile jesteśmy aktywni fizycznie, czy nie palimy papierosów i w jaki sposób dbamy o właściwą dietę. To silniej oddziałuje niż sama opieka zdrowotna – podsumowuje prof. Wojtyniak.

40 LAT DOŚWIADCZEŃ

Raporty o sytuacji zdrowotnej ludności NIZP-PZH wydaje od 1977 r. (ten ostatni to już 17 edycja). – Kiedyś kazano nam je chować do szuflady, dopiero od lat 90. są używane przez osoby chcące prowadzić politykę zdrowotną opartą na faktach. To jedyne wydawnictwo, które zbiera dane z prawie wszystkich ważnych dziedzin związanych ze zdrowiem – mówi prof. Wysocki. Dokument opiera się na twardych danych, ale nie można zapominać, że statystyki nie uchwycają wszystkiego. Cała populacja nie jest przecież dostatecznie przebadana, czego doskonały przykład stanowi zakażenie HCV prowadzące do wirusowego zapalenia wątroby typu C (to jeden z najważniejszych problemów zdrowotnych w obszarze chorób zakaźnych w naszym kraju). Ocenia się, że tylko 20 proc. zakażonych HCV może o tym wiedzieć. ○



▲ Bogdan Wojtyniak, Paweł Goryński, „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”, NIZP-PZH, Warszawa 2016*.

* Raport został sfinansowany ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 i będzie stanowił jedno z najważniejszych narzędzi do wyznaczania priorytetów państwa w zakresie ochrony zdrowia obywateli. W artykule wykorzystano wypowiedzi z serwisu www.zdrowie.pap.pl.

Padaczka pod kontrolą wirtualnej kliniki

Opracowano nowatorski, całodobowy system monitorowania, diagnozowania, leczenia i konsultowania chorych na padaczkę, który ma poprawić opiekę lekarską w tej chorobie i jakość życia osób cierpiących na epilepsję.

✶ LUCYNA KRYSIAK

System nazywa się QNeuro i jego pomysłodawcą jest polski lekarz epileptolog z 25-letnim doświadczeniem klinicznym, dr n.med. Piotr Zwoliński z Warszawy.

W projekt zaangażowani są specjaliści związani z Wojskową Akademią Techniczną i innymi ośrodkami naukowymi, a jest on współfinansowany przez Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Operacyjnego Inteligentny Rozwój na lata 2014-2020. Chorym na epilepsję, szczególnie lekooporną, ma stworzyć szansę na dobór skuteczniejszych metod leczenia i poprawę komfortu życia. Badania EEG za pomocą specjalnego czepka oraz e-konsultacje z lekarzem będą przeprowadzane w domu chorego. Jego poradnia specjalistyczna będzie miała charakter wirtualny. Pacjent będzie miał kontakt z lekarzem za pomocą systemu telemedycznego. Zastosowane rozwiązania pozwolą na jego prowadzenie od A do Z (z historią choroby, danymi medycznymi i zdalną pomocą; w diagnostyce, terapii i nagłych wypadkach). Nie wyeliminuje to tradycyjnych form opieki (wizyta twarzą w twarz z lekarzem), ale będą one uzupełniane.

OŚRODKI REFERENCYJNE

W Polsce jest blisko 400 tys. chorych na padaczkę, stanowi to poważny problem epidemiologiczny, diagnostyczny, terapeutyczny, społeczny i wreszcie ekonomiczny. Wskaźnik występowania nowych zachorowań wynosi 50-70 chorych na 100 tys. w ciągu roku. Jest największy u małych dzieci i osób starszych po 65. roku życia. Oznacza to, że w Polsce każdego roku przybywa 20-28 tys. nowych przypadków tej choroby. Padaczka jest złożonym zespołem chorobowym wymagającym doświadczenia ze strony lekarza i indywidualnego podejścia do pacjenta. Proces diagnozowania napadów padaczkowych i padaczki w grupie 70-80 proc. chorych nie powinien przedstawiać szczególnych trudności. Oddziały neurologiczne mogą korzystać z odpowiednich metod diagnostycznych takich jak EEG, neuroobrazowanie strukturalne mózgu, badania analityczne. U większości chorych (ok. 70 proc.) po wprowadzeniu odpowiedniego leczenia pierwszego rzutu uzyskuje się kontrolę napadów. Problem dotyczy pacjentów, u których ta kontrola jest niezadowolająca oraz pacjentów ze współistnieniem innych chorób. Może to dotyczyć zarówno grupy

chorych z rzekomą lekoopornością, jak i lekoopornością biologiczną. Jak informuje dr hab. n. med. Joanna Jędrzejczak, prof. CMKP, prezes Polskiego Towarzystwa Epileptologii, w Polsce brak jest ponadregionalnych ośrodków wysoko referencyjnych, z wielodyscyplinarną kadrą biegłą w zakresie diagnostyki padaczki, zasad jej leczenia, z rehabilitacją, pomocą psychologiczną i doradztwem zawodowym, gdzie chory byłby pod opieką wielodyscyplinarnego zespołu lekarzy: neurologa, epileptologa, neuropsychologa, neurochirurga, neurofizjologa i farmakologa. W innych krajach europejskich funkcjonowanie takich placówek jest normą. W centrach tych przygotowuje się pacjentów z padaczką także do leczenia operacyjnego, między innymi z zastosowaniem diagnostyki inwazyjnej (montowanie elektrod do zapisu EEG na powierzchni mózgu lub głębinowych). W Polsce nadal wykonuje się zbyt mało zabiegów operacyjnych u chorych z epilepsją.

NEUROLOG EPILEPTOLOG

W Polsce diagnozę i wybór metody leczenia padaczki pozostawia się neurologom. Profesor Joanna Jędrzejczak uważa, że jest to prawidłowa droga.

UWAGA

Badania EEG za pomocą specjalnego czepka oraz e-konsultacje z lekarzem będą przeprowadzane w domu chorego.



W POLSCE NADAL WYKONUJE SIĘ ZBYT MAŁO ZABIEGÓW OPERACYJNYCH U CHORYCH Z EPILEPSJĄ.

choroby oraz aktualną wiedzę na temat epileptologii, EpiEngine będzie wsparciem dla lekarza w zakresie diagnostyki i terapii padaczki, a także umożliwi pacjentom e-konsultacje z dowolnie wybranym specjalistą zarejestrowanym w systemie. Trwają prace nad uruchomieniem projektu. – Jego osią jest cybernetyczny system będący rodzajem platformy służącej do porozumienia lekarza z pacjentem. To taki wirtualny gabinet lekarski połączony z kliniką plus bezprzewodowe EEG, które pacjent będzie miał w domu, podobnie jak chory na nadciśnienie ma ciśnieniomierz, a chory na cukrzycę glukometr – tłumaczy autor projektu doktor Piotr Zwoliński. Jego wdrożeniem jest zainteresowanych coraz więcej lekarzy epileptologów.

WYSTARCZY KOMÓRKA Z DOSTĘPEM DO INTERNETU

Mówi się o przełomie, ale czy przeszkodą mogą być pieniądze? Czy tego rodzaju opiekę może zrefundować NFZ? Niestety, ponieważ to pionierski system, na razie nie ma możliwości refundacji kosztów. Pacjent będzie mógł skorzystać z niego, wykupując abonament z dostępem do specjalnej aplikacji. – Nie będą to koszty, które mogłyby być barierą dla pacjentów – zapewnia doktor Zwoliński i dodaje, że docelowo kompleksową opieką objętych zostanie około 100 tys. osób z padaczką lekooporną. Zawsze pierwsza wizyta będzie musiała odbyć się w przychodni, ponieważ konieczny jest bezpośredni kontakt z chorym. Kolejne konsultacje będą już miały charakter wirtualny, mogą odbywać się za pomocą telemedycyny, wykorzystując do kontaktu komputer, tablet, smartfon. – W ramach abonamentu chory będzie mógł skorzystać z pomocy o każdej porze dnia i nocy – podsumowuje doktor Zwoliński. ○

Inaczej jest np. w Wielkiej Brytanii, gdzie padaczką zajmują się lekarze rodzinni, a dopiero, kiedy nie radzą sobie z danym przypadkiem, kierują pacjenta do specjalisty. Tam jednak istnieją referencyjne centra leczenia padaczki, w których pacjent znajdzie odpowiednią pomoc. W Polsce lekarz POZ może jedynie wystawiać recepty na leki przeciwpadaczkowe, które przedłużają leczenie zaordynowane przez specjalistę. Neurologów w Polsce jest około 3 tys. To dużo w porównaniu do innych krajów europejskich. Lekarzy zainteresowanych padaczką jest 250 i są oni zrzeszeni w PTE. – Wierzę, że z czasem epileptologia stanie się autonomiczną specjalizacją, o co zabiegamy w naszym towarzystwie, ponieważ chorych z epilepsją przybywa, z lekoopornością także i potrzebne są nowe rozwiązania w leczeniu tej choroby – mówi dr n. med. Piotr Zwoliński, a prezes PTE Joanna Jędrzejczak dodaje, że u pacjentów, u których wyspecjalizowany lekarz neurolog właściwie rozpozna rodzaj napadu i włączy właściwe leczenie, uzyskuje się zmniejszenie kosztów wynikające z mniejszej liczby stosowanych leków, spadku liczby hospitalizacji w związku z lepszą kontrolą napadów i rzadszych wizyt

ambulatoryjnych.

Warto podkreślić, że padaczka jest chorobą, którą można i powinno się leczyć ambulatoryjnie. Prawdłowo postawiona diagnoza nie wymaga rutynowych kontroli w szpitalu. Hospitalizacje są konieczne jedynie w przypadkach ostrych lub wymagających modyfikacji diagnozy.

TELEMEDYCYN I E-MEDYCYN

System QNeuro ma przynajmniej w części wypełnić lukę w ambulatoryjnej opiece nad chorującymi na padaczkę. Epileptolodzy podkreślają, że najważniejsza w tej chorobie jest dobra diagnostyka, która powinna być oparta na szczegółowym, bardzo precyzyjnie przeprowadzonym wywiadzie. Badania EEG i rezonans magnetyczny, choć są bardzo ważne dla kompleksowej diagnostyki i nie należy ich pomijać, mają przede wszystkim znaczenie weryfikujące. System QNeuro składa się z bazy mEngine – portalu chmurowego do prowadzenia chorych, urządzeń diagnostycznych homeEEG i homeVEEG do samodzielnego wykonywania badań elektroencefalograficznych w warunkach domowych oraz EpiEngine. Poza gromadzeniem danych, historią

▲ **Padaczka jest złożonym zespołem chorobowym wymagającym doświadczenia ze strony lekarza i indywidualnego podejścia do pacjenta.**

Przegląd systematyczny — solidna wiedza



ARTYKUŁ INFORMACYJNY OŚRODKA DS. WYTYCZNYCH W PRAKTYCE MEDYCZNEJ NIL

Wśród różnego rodzaju doniesień o wynikach badań publikowanych w czasopismach i portalach medycznych, podczas prezentacji konferencyjnych i wykładów lekarze mogą spotkać się z wynikami zarówno badań pierwotnych (przeprowadzonych bezpośrednio u pacjentów), jak i artykułami przeglądowymi oraz przeglądami systematycznymi.

Zarówno artykuły przeglądowe, jak i przeglądy systematyczne powstają na bazie wyników badań pierwotnych. Jednakże to przeglądy systematyczne uważa się za źródło wiarygodnych informacji, m.in. ze względu na to, że zawierają podsumowanie wyników wszystkich badań na dany temat wraz z oceną ich wiarygodności. Dlatego też powinny być podstawą np. do opracowania wytycznych postępowania w praktyce klinicznej.

PRZEGLĄDY COCHRANE – ZŁOTY STANDARD

Prof. Archibald Cochrane, brytyjski epidemiolog, już w latach 70. ubiegłego wieku zwrócił uwagę na ograniczone

zasoby opieki zdrowotnej i w związku z tym konieczność stosowania w praktyce medycznej takich form opieki, których skuteczność wykazano w odpowiednio zaprojektowanych badaniach naukowych, szczególną wagę przykładając do badań z randomizacją (badania, w których uczestników losowo przydziela się do grupy badanej i grupy kontrolnej). Organizacja Cochrane powstała w odpowiedzi na wyzwanie rzucone kilka lat później przez prof. Cochrane'a, który zwrócił uwagę na brak podsumowań badań z randomizacją poddanych krytycznej ocenie i regularnie uaktualnianych.

Cochrane to międzynarodowa sieć osób zaangażowanych w opiekę zdrowotną, współpracujących przy

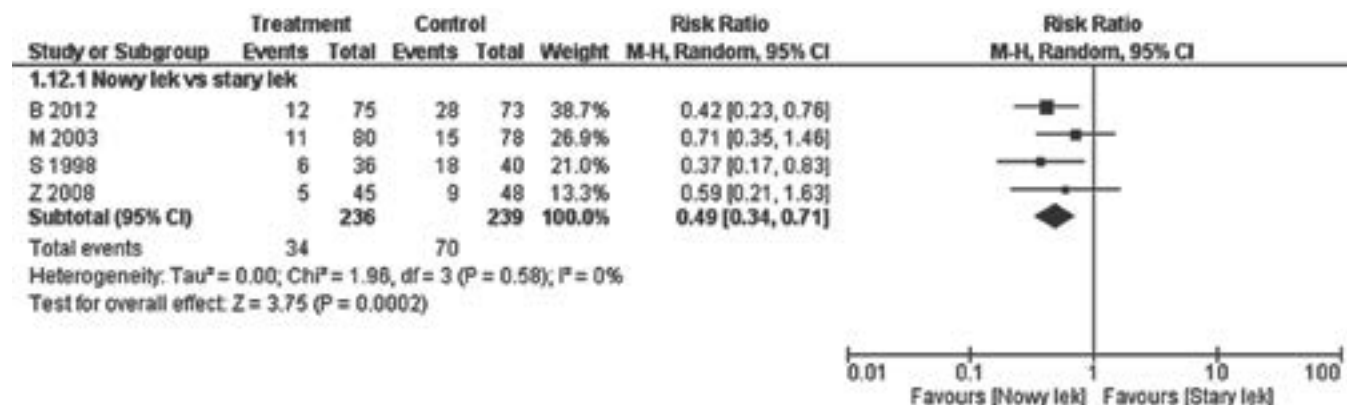


Logo organizacji obrazuje wyniki jednego z przeglądów Cochrane (o tym, jak czytać taki rysunek – poniżej).

▼ Wykres 1. Metaanaliza.

opracowywaniu i rozpowszechnianiu przeglądów systematycznych Cochrane, w których ocenia się skuteczność różnych interwencji w opiece zdrowotnej. Celem organizacji jest wspieranie decyzji dotyczących zdrowia i opieki zdrowotnej opartych o wiarygodne i aktualne dane naukowe. Cochrane prowadzi przejrzystą politykę w zakresie konfliktu interesów i finansowania – nie ma możliwości finansowania przeglądów i działalności jednostek Cochrane ze źródeł komercyjnych. Od 2014 r. działa polska filia organizacji – Cochrane Polska – funkcjonując w ramach Ośrodka Przeglądów Systematycznych – Polskiej Filii Cochrane na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum (poland.cochrane.org).

Logo organizacji obrazuje wyniki jednego z przeglądów Cochrane (o tym, jak czytać taki rysunek – poniżej), oceniającego krótkotrwałe podawanie glikokortykosteroidów kobietom w ciąży zagrożonym porodem przedwczesnym w celu zapobiegania powikłaniom u noworodków. Obrazuje także korzystny efekt tej interwencji, co przyczyniło się do rozpowszechnienia jej stosowania.



PRZEGŁĄD SYSTEMATYCZNY – NA CZYM TO POLEGA?

Celem przeglądu systematycznego jest znalezienie odpowiedzi na precyzyjne pytanie kliniczne (opisana populacja, interwencja, z czym porównujemy i w jaki sposób mierzymy wyniki) w sposób jak najbardziej obiektywny i niezafałszowany. Aby móc to zrobić, autorzy przeglądu starają się zidentyfikować wszystkie istniejące badania zarówno publikowane, jak i niepublikowane, odpowiadające na to pytanie i opracowują przegląd zgodnie z uprzednio przygotowanym planem postępowania – protokołem – tak, aby proces był jak najbardziej wiarygodny.

Bardzo duże znaczenie ma właściwe zidentyfikowanie badań, które odpowiadają na to pytanie kliniczne. Jest to związane z tym, że zaobserwowano uzależnianie publikacji badania od jego wyników. Blisko czterokrotnie większą szansę na opublikowanie miały badania, których wyniki jednoznacznie wskazywały na korzyść ze stosowania badanej interwencji lub były opisane przez autorów jako ważne, w porównaniu z badaniami, w których efekt nie był jednoznaczny albo wskazywały na efekt niekorzystny lub były opisane jako mało istotne. Dlatego identyfikacja badań do przeglądu nieuwzględniająca takiego błędu (tzw. błędu systematycznego związanego z wybiórczym publikowaniem wyników) może spowodować, że zaobserwowany po połączeniu wyników badań efekt interwencji może być zafałszowany.

Obecnie czyni się wysiłki, aby wszystkie badania kliniczne, które są prowadzone, były zarejestrowane. Dlatego, aby dotrzeć do jak największej liczby badań, przygotowujący przegląd systematyczny przeszukują nie tylko co najmniej dwie bazy piśmiennictwa naukowego, lecz także rejestry, doniesienia z konferencji naukowych i spisy piśmiennictwa zamieszczone we wcześniej odnalezionych pracach. W razie potrzeby nawiązuje się też kontakt z autorami prac naukowych i protokołów nieopublikowanych badań oraz ekspertami w danej dziedzinie. Nie eliminuje to jednak całkowicie ryzyka popełnienia błędu związanego z wybiórczym publikowaniem wyników.

Kolejny element, który ma znaczenie dla wiarygodności przeglądu, to sposób kwalifikowania do niego badań. Jeśli osoba oceniająca przydatność danego badania będzie robiła to w sposób całkowicie uznaniowy, to

znów wynik łączny tych badań może być zafałszowany. Dlatego, aby zobiektywizować ten proces, badania do przeglądu kwalifikują dwie osoby niezależnie, na podstawie jasno określonych kryteriów włączenia i wykluczenia (podobnie jak w przypadku badania klinicznego, gdy to pacjentów kwalifikuje się na podstawie takich kryteriów).

Nie wszystkie badania, które ostatecznie zostaną włączone do przeglądu, zostały zaplanowane i przeprowadzone w sposób idealny, a jakiegokolwiek błędy w tym zakresie wiążą się z otrzymaniem zafałszowanych wyników. Dlatego kolejnym bardzo istotnym elementem przeglądu systematycznego jest ocena, na ile wiarygodne są badania do niego włączone oraz uwzględnienie tej oceny we wnioskach z przeglądu, gdyż mała wiarygodność podważa naszą pewność co do tego, że efekt leczenia, który widzimy, jest prawdziwy. Wiarygodność badań również oceniają niezależnie dwie osoby według jasno opisanych kryteriów tak, aby zapewnić powtarzalność i przejrzystość tej oceny.

METAANALIZA

Jeśli badania są wystarczająco podobne (co do populacji, interwencji, sposobów pomiaru efektu), to można ich wyniki zsumować za pomocą metody, która nazywa się metaanalizą i można je przedstawić na wykresie (wykres 1).

Jak czytać taki wykres (tzw. wykres drzewkowy)? W środku wykresu znajduje się pionowa linia, tzw. linia braku efektu, a linie poziome obrazują wyniki pojedynczych badań z przedziałami ufności. Jeśli linia pozioma przecina linię pionową, oznacza to, że w tym badaniu podobna była częstość badanego przez nas skutku zdrowotnego (np. zgonu) w grupie badanej i grupie kontrolnej. Jeśli dla takiego efektu linia znajduje się po lewej stronie od linii braku efektu, to oznacza, że w badaniu tym stwierdzono rzadsze występowanie skutku zdrowotnego (np. zgonu) w grupie badanej niż w grupie kontrolnej. Zsumowany wynik dla wszystkich badań przedstawia się na dole wykresu w postaci rombu i jego interpretacja jest taka sama jak dla wyników pojedynczych badań.

W jednym z kolejnych numerów więcej na temat wpływu przeglądów na praktykę medyczną i czy mogą być one źródłem informacji dla pacjentów. 

* Ośrodek Przeglądów Systematycznych – Polska Filia Cochrane, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum.

Pro familia i pro familiae

W „Gazecie Lekarskiej” [nr 02/2017], na stronie 46, w artykule „Miliony za leki 75+” przeczytałem, że recepty na leki bezpłatne należy oznaczać dopiskiem „pro auctore” i „pro familiae”.

🗨 JERZY REKUCKI



^ Artykuł
w nr 02/2017
Gazety Lekarskiej

Jako lekarz emeryt korzystam z tego przywileju, umieszczając zalecany dopisek dla autora lub dla rodziny oczywiście w języku łacińskim. I w tym właśnie tkwi powód, dla którego piszę do Redakcji.

Otóż pozwolę sobie przypomnieć, że przymek „pro” rządzi 6. przypadkiem. Rzeczownik „autor” odmienia się wg III deklinacji i w 6. przypadku ma końcówkę „e”, stąd poprawny

zwrot „pro auctore”, jak podano we wspomnianym artykule.

Przy zwrocie „pro familiae” – myśle, że przez nieuwagę – zapomniało o tej zasadzie. Rzeczownik „familia” odmienia się wg I deklinacji i w 6. przypadku ma końcówkę „a” (jak w 1.), stąd powinno być „pro familia”, a nie jak błędnie napisano – „pro familiae”.

Piszę o tym bez żadnego ukrytego podtekstu, a jedynie gwoli sprostowania tego błędu na łamach „Gazety

Lekarskiej”, tym bardziej, że dotąd ten powtarza się wielokrotnie także w Biuletynach Informacyjnych mojego województwa.

Skoro na wypisywanych receptach dla siebie lub dla rodziny zalecana jest wzmianka o tym fakcie w języku łacińskim, to powinna być poprawna, zgodna z zasadami gramatyki łacińskiej.

Pozostawiając sposób sprostowania Redakcji, łączę lekarskie pozdrowienie. 🗨

ODPOWIEDŹ

🗨 MONIKA BALA, filolog klasyczny

Uzasadniony niepokój naszego Czytelnika wzbudziło wyrażenie „pro familiae”, które pojawia się w dokumentach sygnowanych przez Prezesa NFZ albo Ministra Zdrowia. Zgodnie z powszechnie stosowanymi regułami gramatycznymi formuła „dla rodziny” powinna po łacinie wybrzmiewać „pro familia”. Łaciński przymek „pro”, oznaczający tutaj „dla, na korzyść”, łączy się z Ablativem (czyli właśnie „familia”, z końcówką – „a”).

Wątpliwości pojawią się jednak, gdy zaczniemy szukać usprawiedliwienia dla sformułowania „pro familiae”. Być może pierwotnie używano wyrażenia rozszerzonego, przykładowo „pro bono familiae” (dla dobra/korzyści rodziny) albo „pro salute familiae” (dla zdrowia rodziny). Użycie Genetivu, dopełniacza, „familiae” jest naturalne w obydwu

tych przypadkach. Można by założyć, że takie rozbudowane wyrażenie uproszczono, do pary z „pro auctore”, eliminując cząstkę, której obecność dla każdego była oczywista. Tak, po redukcji z wyrażenia słowa „bono”, „salute” bądź innego usprawiedliwiającego użycie dopełniacza „familiae”, mogło pozostać kłopotliwe dla nas „pro... familiae”. W dokumentach, nazwach własnych szpitali, przychodni, fundacji i stowarzyszeń, w prasie oraz internecie odnajdujemy zarówno „pro familia”, jak i „pro familiae”. Bezpieczniej i zasadnie używać pierwszego z zapisów. Można się również pokusić o drugi, byleby ze świadomością tego, że niesie on za sobą wieki językowych świadectw i go dziny rozmyślań.

🗨 REDAKCJA

Wyrażenie „pro familiae” stosuje się w rozporządzeniu MZ w sprawie recept i dlatego posłużyliśmy się właśnie takim zapisem. Aptekarz może odmówić realizacji recepty „pro familia”.

Hasła i certyfikaty

W związku z poruszeniem na łamach „Gazety Lekarskiej” tematu bycia pacjentem lub jego najbliższą rodziną, chciałbym podzielić się z Państwem moim doświadczeniem w tej kwestii.

PIOTR SŁAWIŃSKI

Z powodu zasłabnięcia zespół pogotowia zabrał moją 87-letnią babcię na SOR jednego z warszawskich szpitali. W ciągu kilku godzin od momentu zarejestrowania babci w owym SOR absolutnie nikt się nią nie zainteresował.

Według mojej wiedzy, nie została ona nawet wstępnie zbadała przez lekarza. Co więcej, kiedy po osobistym przybyciu próbowałem uzyskać jakiegokolwiek informacji na temat orientacyjnego czasu oczekiwania na badanie lekarskie, zostałem potraktowany niemalże jak intruz. Za to praktycznie na każdej ścianie poczekalni zobaczyć mogłem przyciągające wzrok różnego rodzaju certyfikaty oraz wzniosłe hasła mówiące o tym, jakie to wysrubowane normy jakości panują w tymże szpitalu i jaki to szczytny cel przyświeca jego pracownikom. Muszę przyznać, iż owe hasła i certyfikaty przepływały mnie wówczas jedynie o pusty śmiech.

Za to, gdy udało mi się na własną rękę zorganizować dla babci transport sanitarny do innej placówki, jak z podziemi wyrósł koło nas zbulwersowany pracownik SOR. Niemalże wymusił on na babci złożenie kilku podpisów pod drukami formalnymi stwierdzającymi, iż babcia, świadoma swojego stanu zdrowia, opuszcza teren SOR na własną

prośbę. I nieistotnym okazał się fakt, iż w sposób jasny i zrozumiały oświadczyłem, iż sam jestem lekarzem i udało mi się umówić babci konsultację lekarską w innej placówce. Co więcej, zorganizowałem nawet stosowny transport sanitarny. Cóż, podpis jest podpis. Procedura jest procedurą. Szkoda tylko, że owo ścisłe przestrzeganie procedur ma miejsce jedynie w wybranych sytuacjach.

Osobiście zdecydowanie wolałbym, aby zamiast obwieszać się tymi wszystkimi wzniosłymi hasłami czy tak naprawdę niewiele znaczącymi certyfikatami szpital zatrudnił dodatkowy personel pielęgniarski (i ewentualnie lekarski).

W opisywanej sytuacji wystarczyłoby, aby pielęgniarka co kilkanaście minut zrobiła krótki obchód SOR, zagadując dosłownie kilka ciepłych słów do każdego pacjenta, jednocześnie sprawdzając, czy stan któregoś z nich nie uległ nagłemu pogorszeniu. Niby to nic wielkiego, ale moim zdaniem zmieniłoby bardzo wiele. Na lepsze.

Rozumiem, że w „systemie” nie ma pieniędzy. Rozumiem, że pewne regulacje prawne muszą być zachowane. Rozumiem, że na SOR zgłasza się dziennie nawet po kilkuset pacjentów. Jednakże nie zmienia to faktu, że powoli w tym całym zamieszaniu przestaje liczyć się człowiek, a coraz bardziej liczy się tak zwana procedura. ○

REKLAMA

Konrad Dobrski (1849–1915)

Jak warszawski lekarz pomógł Sienkiewiczowi w jego literackim debiucie?

✪ KAZIMIERZ JANICKI, OŚRODEK HISTORYCZNY NIL

Podczas wakacji w Bielicach pod Warszawą w 1869 r. Henryk Sienkiewicz jeszcze jako student wydziału filologiczno-historycznego Szkoły Głównej Warszawskiej rozpoczął pierwszą swoją powieść „Na marne”. Bywał wtedy u swoich krewnych Woronieckich.

Od trzeciej klasy gimnazjum realnego w Warszawie Sienkiewicz i Konrad Dobrski zostali dobrymi kolegami. Tak dobrymi, że wraz z kilkoma innymi kolegami przenieśli się w 1864 r. do IV gimnazjum im. Wielopolskiego. Na życie Sienkiewicz zarabiał korepetycjami. Musiał jednak przerwać naukę, obejmując posadę guwernera w ziemiańskim domu nb. u znajomych Dobrskiego w Poświętnem pod Płońskiem. Szukał sobie miejsca w życiu i nie znajdował go. Kordianizował: „mogłem być czymś, jestem niczym”. Zastanawiał się nad wyborem zawodu, „wahając się między wojskiem, ekonomstwem a... samobójstwem”, ostatecznie zaczął tworzyć. Tu, w Poświętnem, obudził się w nim pociąg do pióra.

Ulubionym zajęciem Sienkiewicza było jednak korespondowanie z kolegami, przede wszystkim z Dobrskim, „chłopcem z tych samych klas, tyle że młodszym o trzy lata”. Pisywał do kolegi listy o banalnej niekiedy treści, ozdabiane śmiesznymi rysunkami.

Listy te, stanowiące barwny, a zarazem intymny pamiętnik, rzucając znamienne światło na charakter i umysłowość autora, zaczynały się w taki mniej więcej sposób: „Kochany Konradzie!”, „Konradiol!”. Pisał: „Chciałbym się zakochać, tylko dlatego, że bym mógł... donosić o kolejach mojej miłości”, donosił, że zbiera fotografie „szyków”, tj. znajomych warszawskich panien. Informował bez żenady o swoich kłopotach: „Mój bracie, jeżeli tylko możesz, bądź łaskaw pożyczyć mi pieniędzy, jak będziesz mógł najwięcej – jestem teraz w potrzebie”. Dobrski został więc powiernikiem najintymniejszym.

KTO ZACZ TEN DOBRSKI?

Urodził się w 1849 r., studia ukończył w Cesarskim Uniwersytecie Warszawskim, potem uczestniczył w wojnie francusko-pruskiej. Rok 1871 spędził w Wiedniu, poświęcając się studiom laryngologicznym. W roku następnym mianowany został asystentem kliniki terapeutycznej (w dzisiejszym pojęciu – chorób wewnętrznych) prof. Ignacego Baranowskiego. Ceniono go przede wszystkim jako lekarza chorób górnych i dolnych dróg oddechowych, eksperta w sprawach higieny i epidemiologii. Żonaty był z Anną Tomaszewiczówną (1854–1918), pierwszą na ziemiach polskich kobietą uprawiającą zawód lekarza. Zmarł w 1915 r.

WRACAJMY DO OBU PRZYJACIÓŁ

Po nieudanej powieści „Ofiara”, którą wsadzony na Pegaza młodzieniec tworzył przez trzy miesiące w 1865 r., a po skończeniu zniszczył, Sienkiewicz pisał do kolegi z rozbrajającą szczerością: „... pióro skrzypi, ja mam minę niezmiernie przejętą własną wielkością i słowo daję, zdaje mi się, że nie wiem, jakie arcydzieła tworzę – ósmy cud świata” [...] „Nie wiem jak przejąć z dialogu do opisu, z opisu do rozumowania, słowem, jestem czasem, jak tabaka w rogu”.

Jesienią 1866 r. Sienkiewicz wrócił do Warszawy, zdał maturę, przyjęty został na wydział prawny, z którego przeniósł się na lekarski, a potem ostatecznie na wydział filologiczno-historyczny.

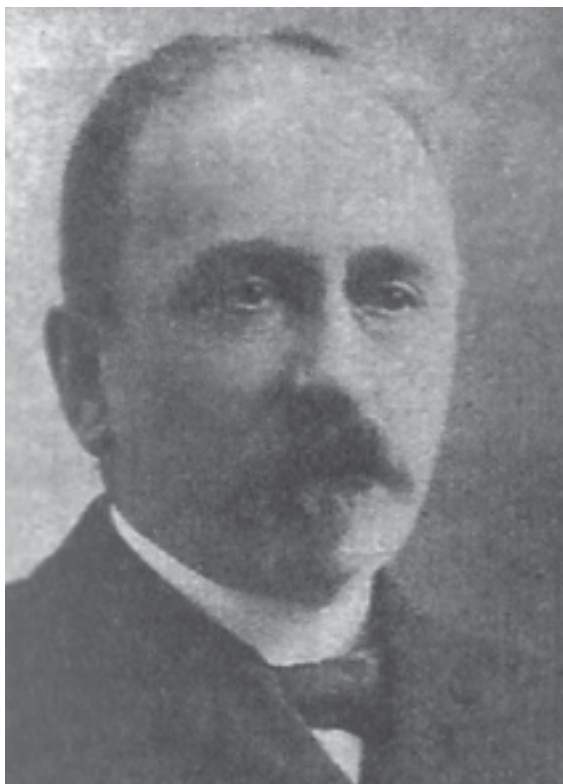
Powieść „Na marne” osnuta była na kanwie życia młodzieży uniwersyteckiej w Kijowie. Krytyk Józef Szczublewski określił tę pozycję tak: „Raczej duża nowela niż powieść. Ani dobra, ani zła, pełna migotliwego ruchu”. Początkowo młody pisarz nie miał zamiaru ogłaszania powieści drukiem, dopiero po usilnych namowach Dobrskiego, a zwłaszcza obietnicy, że wyda powieść własnym kosztem, zmienił zdanie. Korespondencja między Warszawą a Wiedniem, gdzie edukował się Dobrski, była znacznie ożywiona. Pisarz prosił: „... Jeszcze jedna rzecz – przejrzyj interpunkcję; czasem się gdzie za dużo nakładzie znaków, a czasem zapomni” [...]. Czuł się niezbyt dowartościowany: „Z obawy krytyki wołałbym może pseudonim, zwłaszcza że i moje nazwisko znaczy tyle, co pseudonim”.

➤ Konrad Dobrski (1849–1915) żonaty był z Anną Tomaszewiczówną (1854–1918), pierwszą na ziemiach polskich kobietą uprawiającą zawód lekarza.



Wiceminister kultury i dziedzictwa narodowego odznaczyła dyrektora Muzeum Historii Medycyny, prof. Edwarda Towpikę, medalem „Zasłużony Kulturze – Gloria Artis”. Więcej w dziale Kultura na www.gazetalekarska.pl.

PRZEKOMARZAJĄC SIĘ SAM ZE SOBĄ, SIENKIEWICZ DONOSIŁ DOBRSKIEMU: „>>NA MARNE<< NIE PÓJDZIE NA MARNE, BO JE ZANIOSE DO PIERWSZEJ LEPSZEJ REDAKCYI I KAŻĘ... Z GÓRY SOBIE ZAPŁACIĆ”.



Warszawski medyk postanowił zwrócić się z prośbą do samego Józefa Ignacego Kraszewskiego o przeczytanie, ocenę i ewentualne wydrukowanie rękopisu kolegi; pisał: „Henryk Sienkiewicz był od lat dziecinnych moim szkolnym kolegą.[...] W młodym wieku rozwijał niepospolite zdolności i zamiłowanie do historii i literatury. [...] Sam bardzo ograniczone środki posiadam, ale spodziewam się, że przy względnoci Sz. Pana uda mi się podać rękę przyjacielowi, co może na jego przyszłość wywrzeć wpływ bardziej stanowczy”.

Odpowiedź nadeszła natychmiast. Satysfakcjonująca obu młodzieńców. Kraszewski oznajmił: „Z wielką przyjemnością śpieszę [...] odpowiedzieć naprzód tem zapewnieniem, że się również żywo zajmę pracą przyjaciela Pańskiego, [...] że pomożemy zdolnemu młodzieńcowi do dalszego uprawiania tej biednej niwy naszej wiedzy

i talentu, jaki mu Bóg dał”. Następny list był bardziej entuzjastyczny: „Powieść »Na marne« pisana jest wybornie. [...] rzadko pierwsza praca jest tak dojrzałą”. Przekomarzając się sam ze sobą, Sienkiewicz donosił Dobrskiemu: „»Na marne« nie pójdzie na marne, bo je zaniósę do pierwszej lepszej redakcyi i każę... z góry sobie zapłacić”. Ostatecznie powieść ukazała się w odcinkach w periodyku „Wieniec” w 1872 r., a w wydaniu książkowym cztery lata później.

Jako najbliższy przyjaciel Henryka Sienkiewicza, Konrad Dobrski miał wpływ na jego wszelkie młodzieńcze poczynania. Usilne starania warszawskiego lekarza w celu nawiązania kontaktu z Józefem I. Kraszewskim, uwieńczone powodzeniem – musiały wytworzyć w Sienkiewiczu pewien psychiczny komfort, tak bardzo potrzebny dla dalszego rozwoju jego literackiej kariery¹. ○

¹ Szerzej: A. Kierzek: „Jak warszawski lekarz pomógł Sienkiewiczowi w jego literackim debiucie?”. „Przegląd Lekarski” 1999, t. LVI, nr 10, s. 688-690.

Pacjent w Całości Zaopiekowany



Joanna
Sokołowska

Lekarz pediatra

Powiedzmy to sobie nareszcie jasno – lekarzowi do życia tak naprawdę niezbędny jest jedynie pacjent – zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia – taki ktoś, kto korzysta ze świadczeń opieki zdrowotnej niezależnie od tego, czy jest chory, czy zdrowy.

Pacjentem może więc być w zasadzie każdy, niezależnie od kondycji fizycznej, samopoczucia, stanu ducha, zasobności kieszeni, płci, wieku i wykształcenia. No bo lekarzem to już chyba nie każdy może zostać – a przynajmniej miło jest tak sobie pomyśleć w naszym lekarskim gronie... I choć jeden trochę z musu, a drugi raczej z wyboru – uzasadniają wzajemnie sens swego istnienia, pokusiłabym się nawet o śmiałość (mam nadzieję, że nie samobójczo śmiałość) twierdzenie, że jaki pacjent – taki lekarz. I nie odwrotnie.

A pacjent, jaki jest, każdy widzi. Wystarczy wystawić głowę z gabinetu, albo sprytnie wymknąć się z lekarskiego pokoju – wprawne oko w mig rozpozna go w ciżbie ludzkiej, a lata doświadczenia pozwolą na błyskawiczne zakwalifikowanie go do jednej z kategorii, stworzonych na potrzeby naszego, skołatanego reformami systemu opieki zdrowotnej, umysłu.

Najprostsze, choć oczywiście całkowicie pozbawione wdzięku, są podziały „specjalizacyjne”. Ja mam na przykład wyjątkowo, wręcz dziecinnie

prostą sytuację – moi pacjenci są „pediatryczni” – tacy nieduży albo wręcz „mikropediatryczni” – jeszcze mniejsi. Stąd pewnie koledzy innych specjalności patrzą na mnie jak na takiego małego doktora albo wręcz... mikrodoktora. Taka karma... Pacjentów ortopedycznych, psychiatrycznych czy ginekologicznych (podobnie zresztą, jak opiekujących się nimi medyków) pomylić zresztą też nie sposób.

Ponad wszelkimi podziałami, powszechnie znany, budzący trwogę jest Pacjent Roszczeniowy. To typ rozpoznawalny na pierwszy rzut oka. Taki pacjent może się zresztą rzucać nie tylko w oczy, ale i do innych części anatomii – na przykład do lekarskiego gardła. Zanim poinformuje całą poczekalnię o tym, co sprowadza go w gościnne progi naszej poradni, przedstawi listę swoich praw i oczekiwań, wypunktuje słabe strony służby zdrowia i przedstawi listę żądań, czasem trudnych, choć nie niemożliwych, do spełnienia. Jest skuteczny – po krótszej lub dłuższej chwili (to zależy w dużej mierze od umiejętności negocjacyjnych obu stron) każdy lekarz, bez wyjątku – albo zapewni Roszczeniowemu

Pacjentowi dostęp do opieki medycznej na światowym poziomie albo zyska status „niedouczzonego konowala”.

Pacjenta Roszczeniowego nie wolno pomylić z Pacjentem Trudnym. Ten ostatni bowiem wcale nie musi, przynajmniej w pierwszym momencie, budzić lęku w lekarskim sercu. Bywa cierpliwy, choć cierpiący i zazwyczaj udaje mu się dość skutecznie ukryć w tłumie. To ten, który „ma ostatni numer” w piątek tuż przed osiemnastą, a podczas obchodu lekarskiego raczej nie narzeka. Tylko, że nie zdrowieje, ma nietypowe dolegliwości, choruje po swojemu, niezgodnie z podręcznikiem, ma powikłania, odczynny i skutki uboczne. I choć staramy się zapewnić mu leczenie na światowym poziomie, w swoich, lekarskich oczach wciąż wychodzimy na „niedouczzonego konowala”. Leczenie tego chorego – przez jednych zwanego Trudnym, przez innych Ciekawym Pacjentem, daje jednak największą zawodową satysfakcję. Zwłaszcza, gdy zakończy się sukcesem... Wówczas może się zdarzyć, że po latach spotkacie go na ulicy i okaże się, że to Pacjent Wdzięczny – endemiczny, wymierający gatunek, o którego spotkaniu marzy każdy adept lekarskiej sztuki...

Ponieważ jednak lekarskie życie pełne jest niespodzianek, na które nie sposób się przygotować, gdy już to wszystko sobie poukładałam w mikropediatrycznej główce, zaskoczył mnie On – wyłaniający się z odmetów

▲ Koledzy innych specjalności patrzą na mnie jak na takiego małego doktora albo wręcz... mikrodoktora.

UWAGA!

Choć staramy się zapewnić mu leczenie na światowym poziomie, w swoich, lekarskich oczach wciąż wychodzimy na „niedouczzonego konowala”.

**PACJENTA ROSZCZENIOWEGO NIE WOLNO
POMYLIĆ Z PACJENTEM TRUDNYM. TEN OSTATNI
WCALE NIE MUSI, PRZYNAJMNIJ W PIERWSZYM
MOMENCIE, BUDZIĆ LĘKU W LEKARSKIM SERCU.**



medialnej dyskusji nad ustawą reformującą funkcjonowanie polskich szpitali – zupełnie nieznamy mi rodzaj pacjenta. Wskoczył na mnie, jak nieopatrznie uwolniony przez Ministra Zdrowia zły dżin – Pacjent w Całości Zaopiekowany. Przez chwilę myślałam, że to językowy lapsus, powtarzany przez złośliwych i nieżyczliwych Ministrowi dziennikarzy. Wszak na lekcjach języka polskiego w ośmioklasowej, nie dotkniętej jeszcze gimnazjalną zarazą, szkole podstawowej Pani wbijała małej Asi do głowy, że od czasownika „zaopiekować się” nie tworzy się imiesłowu przymiotnikowego biernego. A jak wbijała – to tak skutecznie, że Asia pamięta do dziś... Szybka lektura zniechęconego, ale jakże przydatnego w takich okolicznościach słownika, potwierdziła skuteczność metod pedagogicznych Pani od polskiego – pacjent może, a nawet powinien być jedynie otoczony opieką, choćby nawet przez zapracowanego (od czasownika „zapracować się”) lekarza.

Gdy jednak odnalazłam Pacjenta w Całości Zaopiekowanego na oficjalnej stronie rządowego projektu informującego o sieci szpitali (siecszpitali.mz.gov.pl), zrozumiałam, że to nie językowy błąd – to zupełnie nowa jakość, niekoniecznie wcale związana z otaczaniem kogokolwiek czymkolwiek! Zaraz też, w mojej głowie, obciążonej nadmiarem przeczytanych książek i obejrzanych filmów, powstał obraz: Minister Zdrowia wołający, jak demoniczny Wiktor Frankenstein z powieści Mary Shelley: „Żyj!” do powoływanej w blasku piorunów na świat istoty.

I zobaczyłam go – hybrydę wszystkich dotychczas znanych mi rodzajów pacjentów – przypadek skomplikowany, zagubiony w nowym gąszczu prawnymedycznych rozwiązań, niesamodzielny, zdany na łaskę wszechpotężnej szpitalnej maszyny i żądający spełnienia danej ustawą obietnicy, że będzie mu lepiej. I zadrżałam – bo jako się rzekło: jaki pacjent, taki lekarz – Straszny... 

Spadła z konia?



Artur Andrus

Dziennikarz radiowej „Trójki”,
konferansjer i satyryk

Znajomy ortopeda wymyślił sobie wiosenny żart. Każdego pacjenta, który przekracza próg jego gabinetu [oczywiście to zwyczajowe sformułowanie, jeszcze by tego brakowało, żeby w gabinecie ortopedy były progi], zamiast tradycyjnym: „Co pani/panu dolega?”, wita zwrotem: „I znów księżniczka Anna spadła z konia?”.

Reakcje są różne. Ucieczki, odpowiedzi typu: „Ale ja Kazimierz jestem”, zgłoszenia w rejestracji, że z panem doktorem coś nie najlepiej. Najbardziej zaskakująca była odpowiedź: „Nie, z Biedronki”. Tak powiedziała mama Ani – ślicznej dziewczynki, która razem z koleżankami wdrapała się na dach pobliskiego hipermarketu i schodząc z niego, troszkę się poturbowała. Ale ta zabawa to nie jest przejaw zdziwienia mojego znajomego ortopedy. On po prostu w ten sposób szuka bratniej duszy. I wpada w zachwyt, kiedy pojawia się ktoś, kto na jego hasło reaguje odzewem: „To znak, że przybył nasz kolega Maj”. Nawet, jeśli Maj jeszcze formalnie nie przybył, taki pacjent jest zwiastunem nadejścia lepszego czasu. Kolega szuka ludzi, którzy znają jeszcze takie piosenki, posługują się tym samym kodem kulturowym. A jak znajdzie, odzyskuje nadzieję.

Z zazdrością patrzę na ludzi szczupłych, wysportowanych. Ktoś życzliwy powinien zakrzyknąć: „A czego panu niby brakuje?!”. No właśnie nie brakuje niczego, jest nawet tego trochę za dużo. A ktoś nieżyczliwy powie: „To niech pan tyle nie je i się rusza”. I nieżyczliwy ma niestety rację. Zazdrość jest z każdym rokiem coraz większa, bo z wiekiem coraz bardziej oddalam się od smukłej sylwetki. I teraz ktoś życzliwy powie: „Przecież jeszcze jest pan młody, całe życie przed panem”. A nieżyczliwy: „Zamiast gadać, weź się pan do roboty”. W tym przypadku obaj mają rację.

A skąd te rozważania? Powinienem skłamać, że słuchając mądrych ludzi, zrozumiałem, jak ważne są w życiu człowieka odpowiednie odżywianie i ruch, i że chodzi

tylko o zdrowie. A tak naprawdę – wiosna przyszła i chciałbym być jeszcze trochę ładniejszy. I tutaj życzliwy i nieżyczliwy westchnęliby: „No tak, czyli to, co zwykle”.

Najbardziej zazdroścę ludziom, którzy nie dość, że są szczupli, wysportowani i śliczni, publicznie opowiadają, jakie to łatwe i że każdy może taki być. Zobaczyłem w telewizji panią, która pokazywała, jak można ćwiczyć przy zwykłych domowych czynnościach. Odkurza – po każdym przejechaniu rurą po dywanie robi skłon. Wieszka pranie – po zawieszeniu każdej części garderoby robi przysiad. Spróbowałem i ja.

Po napisaniu każdego zdania robię jedną pompkę. I dlatego ten krótki tekst piszę już szósty dzień. Po każdej pompce muszę się położyć. A teraz wyobraźmy sobie, że lekarz postanowi połączyć pożyteczne z pożytecznym i dbając o swoją sylwetkę, będzie robił szpagat po wypisaniu każdej recepty albo po każdym cięciu przy stole operacyjnym. Sędzia, w trakcie rozprawy, każde pytanie będzie zadawał dopiero po tym, jak zrobi przysiad. Oj, nie! Słowo „przysiad” za bardzo może się kojarzyć z potoczną nazwą kary pozbawienia wolności (a może nawet w slangu prawniczym „przysiad” już oznacza areszt tymczasowy?).

A wracając do księżniczki Anny. Podobno jak się spadnie z konia, trzeba jak najszybciej ponownie na niego wsiąść. Żeby pokonać strach przed ponownym upadkiem. Muszę zapytać jakiegoś psychologa, czy ta metoda działa także w przypadku innych ludzkich nieprzyjemności. Na przykład, czy kiedy wyrwa człowiekowi ząb, trzeba jak najszybciej dać sobie usunąć następny, żeby pokonać tamtą traumę? A może ta zasada dotyczy tylko konia? I po wyrwaniu zęba, trzeba jak najszybciej wsiąść na takiego, z którego ktoś wcześniej spadł? ○

Małość

Przegadane życie, przemielony próżno czas
Niesłyszające uszy duszy
Zasłonięte oczy uczuć
Nie pozwolą chłonąć tego co nam daje dobry świat
Nie pozwolą się wznieść wyżej ponad małość własnych spraw

Pogmatwane myśli, kręty potok wzniosłych słów
Wiara w to że wie się lepiej, tonąc w mętnej rzece bzdur

Mowa kwiecista która szybko wędnie
Słowa o sprawach nie wartych uczucia
Ale i słowa mogące zabijać
Chwycone przez uszy zasnute zasłoną
Łaskawą dla mędrków gadających brednie

Wsluchaj się w szepty ust, które nie krzyczą
Pozwól się unieść ich skrzydłom mądrości
Które powiodą cię tam, gdzie doświadczysz
Tego co muska, a jednak ma siłę
Skraść ogień bogom nie tracąc wolności.



**Jacek
Świętochowski**

Laureat konkursu
„Przychodzi wena
do lekarza” (2016)

XVII Biesiada Literacka i VIII Kabaret Lekarski „Bąk”

◉ JAROSŁAW WANECKI



W pierwszy piątek marca w łódzkim Klubie Lekarsza odbyła się Biesiada Literacka. Prozaicy i poeci poddali się osądowi krytyka, który serdecznym palcem wskazywał błędy warsztatowe, chwalił zamiary i wzruszał się frazami.

Na zakończenie odbył się tradycyjny konkurs o kielich ambrozji, w którym publiczność głosowała na autora wieczoru. Spotkanie zorganizowała Magda Człapińska – sekretarz Unii Polskich Pisarzy Lekarzy.

Po przerwie kabaret „Bąk” zaprosił na swój najnowszy program zatytułowany „Drobna zmiana”. Łatwo się domyślić, że znalazły się w nim akcenty bieżącej polityki. Widziałem, jak starszym widzom śmiech zamarzał przez chwilę na ustach. Mistrzem podtekstu i kontekstu był Jerzy Andrzejczak. Kabaretowe numery przeplatały piosenki Adama Madeja. Ozdobą programu, jak zawsze zresztą, był taniec Teresy Sadleckiej, Małgorzaty Wilczyńskiej i debutującej Beaty Wrodyckiej-Żytkowskiej. W finale na scenę zaproszono

^ Spotkanie
w łódzkim
Klubie Lekarsza.



Więcej w dziale Kultura
na www.gazetalekarska.pl

pomysłodawczynię satyrycznego zespołu lekarskiego Barbarę Szeffer-Marcinkowską. Całością zaopiekował się jedyny profesjonalista Janusz Wiśnioch, który konferansjerkę łączył z obowiązkami brygadiera sceny. ◉

w niedzielę wczesnym rankiem
wszystkie miasta
wyglądają podobnie

niedobudzone
pokryte szarością
opuszczonych rolet
pustych chodników
nieruchomych gołębi

stojąc na przystanku
bez niedosytu ani niepewności
czekam
aż tramwaj
czerwienią
rozbije kadr
czarno-białego zdjęcia

Joanna Czajkowska
– laureatka I nagrody plebiscytu
XVII Biesiady literackiej UPPL

Na zakręcie



Agata
Morka

Historyk sztuki

W roku 1789, pod soczystym słońcem Tuluzy, Jean-Louis Alibert doświadczył czegoś, co w obecnym języku korporacyjnym nazwano by zapewne nieoczekiwanym zakrętem na ścieżce kariery zawodowej. Jego nowicjat przerwały rewolucyjne zmiany, z sekularyzacją dóbr kościelnych i zmianą organizacji kleru. Jean-Louis musiał się zatem przekwalifikować. Księdzem nie został. Zapisał się za to w historii jako pierwszy wielki francuski dermatolog.

Alibert pracował z najważniejszymi i dla najważniejszych. Praktykował u najlepszych paryskich lekarzy końca XVIII w. Pinel, Desault, Bichat byli jego mistrzami.

Był osobistym lekarzem królewskim, najpierw dla Ludwika XVIII, potem Karola X. Na co dzień leczył jednak w położonym wówczas na obrzeżach Paryża Hôpital Saint Louis, miejscu,

do którego przyjmowano chorych z chronicznymi chorobami, a o którym sam mawiał „kloaka”. Nie tylko leczył, ale i uczył. Sława jego wykładów była tak duża, że musiał je dawać na świeżym powietrzu na terenie szpitala, bo nie było sali wystarczającej, by pomieścić zjeżdżającą się z całego świata widownię. W Saint Louis skrupulatnie księgował przypadki chorób skórnych, starając się stworzyć system ich klasyfikacji. Owocem tych

▼ **Obraz: Nosologie naturelle, Jean-Louis Alibert, 1806**

badania było kilka publikacji z rysunkami doktora.

Ilustracje te pokazują chorych i symptomy ich chorób z zegarmi-strzowską precyzją, dbałością o detal i ujęcie całościowe pacjenta. Na jednej z nich widać młodego chłopca, z twarzą cherubina, okoloną wieńcem loków. Ta anielsko spokojna twarz kontrastuje z resztą ciała młodzieńca: jego ręka i nogi zaatakowane zostały przez chorobę. Lewa noga straciła naturalny kolor, udo jest całe czerwone, zaś łydka i stopa wręcz czarne. Drastyczność tego wysięgu przykuwa uwagę widza na tyle, że umykać zdaje się mu nawet fakt, iż chłopcu brakuje lewej dłoni.

Książki Alibertego były jedyne w swoim rodzaju, publikowane w dużym formacie, nie po łacinie, ale po francusku, z ilustracjami przypominającymi niemalże albumy, a nie podręczniki medycyny. Studentów zresztą nie było na nie stać, zatem Alibert produkował także skromniejsze wydania, z mniejszą ilością ilustracji. Dermatologia stała się jego pasją. Na wydania albumowe przepuścił ponoć cały posag swojej żony.

Z czasów przed zakrętem pozostał mu południowy akcent i umiejętności oratorskie godne dobrego kaznodziei. Ale to droga po zakręcie okazała się tą, której szukał. ○

obraz A



obraz B





Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na
bladmalarski@gazetalekarska.pl
do 8 maja 2017 r.

W temacie maila należy wpisać GL04.
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” 03/2017

SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY

1. Usunięcie książek z obrazu.

Powstały dwie wersje portretu doktora Gacheta. W tej drugiej, której autorstwo jest zresztą poddawane w wątpliwość, wiszącej w Musee d'Orsay nie ma ani książek, ani wazonu. Kwiaty naparstnicy leżą bezpośrednio na czerwonym obrusie.

2. Zamiana kwiatu w wazonie na gałązkę kwitnącego migdałowca.

Na portrecie Gacheta van Gogh umieszcza kwiat naparstnicy. Vincent namalował kwitnące gałęzie migdałowca dla swojego nowo narodzonego bratanka, któremu jego brat Theo i szwagierka Johanna nadali imię po wuju. Na błękitnym tle van Gogh umieścił tutaj rozkwitające gałęzie. Jest to bodaj jeden z najbardziej delikatnych i spokojnych obrazów malarza.

3. Dodanie gwiazd na niebie.

Van Gogh był mistrzem w malowaniu

gwiazd i słońca. „Gwiazdzista noc” to jeden z jego najbardziej znanych obrazów. Na nim niebo wiruje w kręgach gwiazd, rozbłyskujących w koncentrycznych pociągnięciach pędzla. Podobnie Vincent traktuje słońce; ono także na wielu jego obrazach okolo-
ne jest złocistymi impastami.

4. Zamiana części tła za głową doktora na jednolity niebieski pas.

Van Gogh rzadko operuje w swoich obrazach dużymi płaskimi płaszczyznami kolorów. Jego rękę rozpoznać można po widocznych pociągnięciach pędzla, wibrujących kreskach, które składają się na jego pulsujący świat. W pierwszej wersji portretu doktora Gacheta niebo jest dość wyciszone, jednak nadal usiane pociągnięciami pędzla. W drugiej wersji portretu tło jest dużo spokojniejsze, bez rozbicia niebieskości kreskami turkus i bieli.



▲ Obraz: Vincent van Gogh, *Portret doktora Gacheta*, 1890, kolekcja prywatna



NAGRODZONY Z „GL” 03/2017

Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness
w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Mateusz Kaniewski z Bydgoszczy**. Gratulujemy!

Ceramika

IV Ogólnopolski Plener Ceramiki Artystycznej dla Lekarzy odbędzie się od 27 sierpnia do 2 września na Wyspie Sobieszewskiej w Gdańsku. Wpłaty przyjmowane są do **1 czerwca**. ○



Malarstwo

Komisja Kultury OIL w Łodzi zaprasza po raz piętnasty na Ogólnopolską Wystawę Malarstwa Lekarzy, kontynuując tym samym tradycję wiosennych wernisaży. Zaplanowano ją w dniach 21-26 maja. Organizatorzy proszą o dostarczenie prac konkursowych do **8 maja**. ○



Więcej w dziale Kultura na www.gazetalekarska.pl

Fotografia

Śląska Izba Lekarska w Katowicach zaprasza lekarzy i lekarzy dentystów do udziału w V edycji Ogólnopolskiego Konkursu Fotograficznego „Okiem Eskulapa”. Prace konkursowe przyjmowane będą do **30 września**. ○

Proza i poezja

Ogłoszono VIII Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Prozatorski dla lekarzy i lekarzy dentystów „Puls Słowa”. Prace należy nadsyłać do **30 czerwca**. ○

Śpiew

Zarząd Chóru Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku ma zaszczyt zaprosić wszystkich jego byłych i obecnych członków na uroczyste obchody jubileuszu 65-lecia działalności artystycznej zespołu, które odbędą się w dniach **9-10 czerwca** w Białymstoku. ○



FOTO: WRONAART.PL, FOTOLIA.COM

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



Błędy medyczne – odpowiedzialność lekarza i placówki medycznej. Jak w 2017 roku uniknąć kosztownych pułapek

Agnieszka Sienko

Porady na temat ochrony przed roszczeniami wskutek błędów medycznych. Informacje o prawach pacjenta, a także wskazówki dla lekarzy i placówek medycznych, jak bezpiecznie funkcjonować w środowisku objętym tymi regulacjami.



Człowiek o 24 twarzach

Daniel Keyes

Opis jednego z najstraszniejszych i najtrudniejszych w historii przypadków rozszczepienia osobowości. Pod koniec lat 80. XX w. Billy Milligan zostaje ujęty przez policję jako sprawca serii gwałtów. W toku postępowania wychodzi na jaw jego choroba. Człowiek o 24 osobowościach czy aktor, który chce uniknąć kary?



Narty

Od kilkunastu lat Komisja Sportu i Rekreacji OIL w Łodzi organizuje wyjazdy dla lekarzy narciarzy, ich rodzin i przyjaciół. Od lat kliku biorą w nich udział również lekarze z innych izb, głównie warszawskiej. Tym razem odwiedzili region Ski Civetta. 

Triathlon

18 lutego po raz kolejny Sandomierz gościł koleżanki i kolegów z całej Polski, którzy przybyli rywalizować w jednej z najtrudniejszych dyscyplin sportowych. W szranki X Zimowych Mistrzostw Polski Lekarzy w Triathlonie stanęły dwie kobiety i 12 mężczyzn. 



FOTO: RYSZARD GOLĄŃSKI, ARCHIWUM PRYWATNE, FOTOLIA.COM



Więcej w dziale Sport
na www.gazetalekarska.pl



Tenis

W dniach 10-12 marca w Stalowej Woli po raz siódmy rozegrano Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie. Zgromadziły 68 lekarzy z całego kraju. Organizatorami imprezy byli m.in. NIL i OIL w Rzeszowie. 

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



Prawna ochrona zdrowia pacjenta

Redakcja naukowa: Jolanta Pacian

Zbiór obejmujący wiele różnorodnych zagadnień związanych z ochroną pacjenta. Kilkanaście rozdziałów wprowadza czytelnika w specjalistyczną, prawną tematykę, ale napisaną w prosty, przystępny i zrozumiały sposób. Przydatna w codziennej praktyce lekarskiej.



Stany nagłe w geriatrici

Iona Murdoch, Sarah Turpin, Bree Johnston, Alasdair MacLulich, Eve Losman, [red. wyd. polskiego: Tomasz Kostka]

Publikacja poruszająca kwestie właściwej opieki nad osobami starszymi w stanach nagłych. Jak bezpiecznie badać seniorów? Jak skutecznie pomagać tej specyficznej grupie pacjentów? Nie tylko dla praktykujących na SOR-ach.



Jazda konna

Klub Jeździecki, działający przy Komisji Sportu i Rekreacji ORL w Łodzi, zaprasza do udziału w XI Ogólnopolskim Rajdzie Konnym Lekarzy im. Majora Hubala zaplanowanym w dniach **2-4 czerwca**.

Góry

Komisja Turystyki i Sportu ORL w Rzeszowie zaprasza do udziału w Rajdzie Górskim Służby Zdrowia „Bieszczady 2017”, który odbędzie się w dniach **29 lipca – 6 sierpnia**.

Piłka nożna

OIL w Częstochowie zaprasza na X Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Nożnej 6-osobowej i II Mistrzostwa Polski Lekarzy Oldboys (45+), które odbędą się w dniach **9-10 czerwca** na stadionie częstochowskiego RKS Raków.

Szachy

VI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Szachach odbędą się w dniach **28 września – 1 października** w Masłowie koło Kielc.



Więcej w dziale Sport
na www.gazetalekarska.pl

Bieganie

28 maja w Bielsku-Białej, w ramach XXV Biegu Fiata, odbędą się XIX Mistrzostwa Polski Lekarzy w biegu na 10 km.



Badminton

VI Medyczny Puchar Badmintonu i V Mistrzostwa Polski Lekarzy w Badmintonie „Zdążyć przed lotką 2017” odbędą się pod patronatem NIL i OIL w Łodzi w dniach **27-28 maja**.

FOTO: FOTOLIA.COM

IV OTWARTE MISTRZOSTWA MAZOWSZA LEKARZY W PÓLMARATONIE



w ramach
V Półmaratonu Radomskiego
Czerwca '76
25.06.2017 RADOM



Informacja o biegu,
regulamin, zapisy
na stronach:
polmaratonradom.pl
sportmaniacs.com/pl

Organizator:
Delegatura Radomska OIL w Warszawie
Kontakt: tel. 603-589-632,
e-mail: timdor@poczta.onet.pl

) Ogłoszenia



UWAGA: Uprzejmie informujemy, że ogłoszenia do „Gazety Lekarskiej” przyjmujemy pod numerem telefonu: (22) 559 13 26. Ostateczny termin przysyłania zamówień do numeru 05-06/2016 upływa 11.05. Warunkiem zamieszczenia ogłoszenia jest dołączenie do zamówienia dowodu wpłaty.

Cennik ogłoszeniowy: Konkurs na ordynatora 1800 PLN+ VAT 23%. Zatrudnię lekarza, drobne: 18 PLN za słowo + VAT 23%.

Konto Nr IBAN: PL 47 1240 1109 1111 0000 0516 2660. Wpłaty dokonane na inne konto niż podane nie będą uwzględniane. Bez dołączonego dowodu wpłaty zamówienie nie będzie zakwalifikowane do druku. Przyjmujemy także ogłoszenia przesyłane drogą elektroniczną: m.ostaszewski@gazetalekarska.pl



REKLAMA



) Komunikaty

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



Jarosław Wanecki

Przewodniczący kolegium
redakcyjnego „Gazety Lekarskiej”

Wiosenny przekrój

Globalne ocieplenie według prezydenta Donalda Trumpa jest spiskiem Chińczyków, w związku z czym Stany Zjednoczone nie podejmą wysiłków na rzecz ograniczenia emisji gazów cieplarnianych. Przed nami coraz gorętsze dni. W Brukseli było już plus 27, ale wbrew logice zwyciężył minus. Jeden minus wiosny jednak nie uczynił.

Wiosna, mimo politycznych przepychanek, przyszła. Jeszcze się Sejm z Senatem do kalendarza nie dorwały. Marzanna spalona. Pisanki malują się w barwach narodowych. Śmigus-dyngus leje wodą z telewizora. Różgą po łapach obrywa niesprawiedliwy sędzia, a w kolejce do batów stoi już lekarz-zabójca. Kolejki, zgodnie z oficjalnym komunikatem, niebawem będą znacznie krótsze!

Przesilenie czuje się w powietrzu coraz bardziej. Smog z pieca rodem zastąpiłada chwila dym prosto z grilla. Odważnie odechniemy, gdy zniknie problem zanieczyszczonego węglem środowiska naturalnego, problem, którego zgodnie z ogólnym przekazem medialnym nie ma. Ludzie w maskach, pozamykane szkoły, nerwowe dopytywanie młodych matek o możliwość wyjścia z dzieckiem na spacer, nasilenie astmatycznych tchnień, poranny ból głowy i wieczorny ucisk w piersiach, to tylko złudzenie w oparach tytoniowego nałogu. Antyskuteczna propaganda odwracania kota ogonem wkładła się niespodziewanie do komnat pałacu przy Miodowej.

Przed siedzibą plockiej izby wycięto dwa drzewa. Zasłaniały słońce i przeszkadzały w osi jezdni. Plan stworzenia dodatkowo odpłatnych miejsc parkingowych został wykonany przez pilarzy bardzo sprawnie. Żaden muzułmanin nie skryje się już w konarach. Od razu widać zmianę. Kilkaset pieńków na terenie przemysłowego miasta robi wrażenie. Twarde prawo, ale prawo!

Po kilkuletniej przerwie na rynku prasowym ukazał się „Przekrój” – tym razem jako kwartalnik pół roku. Pierwszy egzemplarz był zimowy, z Mikołajem wydmuchującym mydlaną bańkę w kształcie ziemskiego globu na okładce. „Sensacja: nikt nie może wyjść z podziwu, jaki to ciekawy numer”. Wrócił Wacusz, Filutek i humor nie tylko z zeszytów. Satyryczny dystans wysmakowanego dziennikarstwa intelektualnego to kąsek w sam raz dla lekarzy. Zalecenie:

czytać bez wahania w przerwie między wzajemnym zarzucaniem sobie sieci na szyję.

„Wiosna, cieplejszy wieje wiatr”. W 2016 r. temperatura powierzchni Ziemi po raz kolejny osiągnęła najwyższy poziom. W ciągu 3 lat słupek rtęci podniósł się o 0,25 stopnia Celsjusza. Kolejne lata z rekordową temperaturą zaprzeczają poglądom garstki naukowców, według których globalne ocieplenie skończyło się po 1998 r. Mimo pomiarów, fałszywe tezy znalazły posłuch w Kongresie USA i ochocho były popularyzowane w prezydenckiej kampanii. Dla sondażowego słupka politycy na całym świecie są w stanie powiedzieć wszystko.

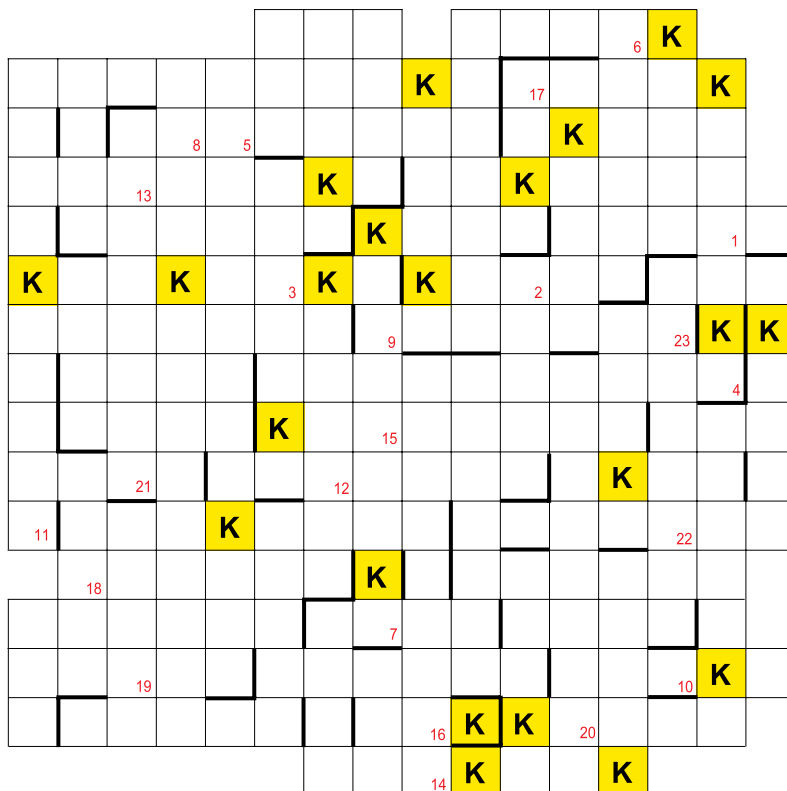
Wiosna przywitała niezliczony tłum żałobników na Cmentarzu Powązkowskim w Warszawie. Nie było przemówień. Wojciech Młynarski, nawet pośmiertnie, nie pozwolił sobie, by „byle drań” niezłomnie recytował „Róbmy swoje”. Wszyscy wspominali, nucili, dedykowali piosenki i interpretowali wbrew ostrzeżeniu, „że gdy to samo śpiewa dwóch, to nie to samo znaczy”. Mknąc przez zatłoczoną stolicę, wypatrywałem leszczyn ze zwisającymi kotkami i słuchałem refrenu: „Wirują, wirują tysiące szprych w wozie Fortuny Matuli, ta ballada jest o tych, co się za pewno poczułi... I choć wspaniały był start, nim koniec uwieńczy dzieło, może zamienić się w czarny żart to, co się pięknie zaczęło...”.

„Przekrój” zadał sobie trud, nie tylko zapytał, ale także odpowiedział wiosennych. Zaintrygowała mnie recepta na odwiecznie stawiane w gabinetach lekarskich zagadnienie z działu profilaktyka: „Jak uchronić się przed przeziębieniem?”. Rada jest oczywista: „Przed falą wiosennych przeziębień należy zainfekować się niebezpiecznym wirusem. Całą wiosnę spędzimy w łóżku obłożnie chorzy, nieraz słysząc od przyjaciół: – Ale przynajmniej nie martwisz się przeziębieniem! Inny sposób to wytworzyć w miejscu zamieszkania stan próżni i żyć w nim bez przerwy”.

2/3 mieszkańców Ziemi nigdy nie widziało śniegu, a my „jeszcze w zielone gramy...”.



Objaśnienia 75 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: K. Na ponumerowanych polach ukryto 23 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 30 maja 2017 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).



Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 222 („GL” nr 02/2017)

Zły to lekarz który traci nadzieję że wyleczy chorego.

Nagrody otrzymują:

Robert Wiraszka (Radom),
Agnieszka Karczmarsz (Warszawa),
Magdalena Jaksik (Sosnowiec).

Fundatorem nagród jest
Wydawnictwo Lekarskie PZWL,
www.pzwl.pl.

Nagrody przesyłamy pocztą.

* thrombus * kraj z Pretoria * kolor niebielonego płótna * mech lub wątrobowiec * ogon bobra * węgierski Bogusławski * list z komórki * glikozyd z naparstnicy wełnistej * Zygmunt III i Jan Kazimierz * płynie w Bernie * antylopowiec z długimi rogami * grecki portyk kolumnowy * biskup Jan, wróg Łokietka * wejściowe do domu * czuciowa, ruchowa lub amnestyczna * broń Dawida na Goliata * uroczy potok * stekowce i łożyskowce * pieśń w operze * galilejska Góra Przemienienia Pańskiego * gminna niesie * bezzakrętowość (łac.) * eksponat * mówka szmatka * skorzonera * rajstopy z dużymi oczkami * Franz, węgierski kompozytor operetki * czerwone na Monte Cassino * beznoga jaszczurka * urząd ds. zwalczania korupcji * ceremoniał dworski * chirurgiczne kleszczyki do języka * turecka kanapa * cementownia pod Cmielowem * tempo, takt * żona byka * twórca inspektora Maigretta * zarośla, krzewy * nadmierne rogowacenie skóry * zły duch * Chinka lub Hinduska * fabryka aut z Uljanowska * Equisatum, polny, leśny lub błotny * policja w PRL * kiel dzika * indyjska bogini śmierci * ebonit, szkło lub porcelana * Johann Georg, wywarł wpływ na Sturm und Drang * zmierzch * karmi pierś cudze dzieci * dawny zeszyt * wieś nad Liwcem z masowymi niemieckimi egzekucjami * relacja jednostki z otoczeniem * nocne mrzonki * najpopularniejsza na grilla * czyni złodzieja * budka, damski kapelusz sprzed 200 lat * Rumex, z żelazem * japońska bogini pożywienia * centum * cysticercosis * willa Szymanowskiego w Zakopanem * motyl rusalka * kwiatów lub przekleństw * między Baranem a Bliźniętami * złośnia, gwałtownica * linia siły ciężkości * mięśnie dwugłowe ramion * ruch, działanie * argentyński autor „Pocałunku kobiety pająka” * grządką * malwa * Kierownictwo Dywersji AK * startuje w gigancie i specjalnym * embolia

Jerzy Badowski

Wydawca:



**Naczelna Rada
Lekarska**

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 169 000 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. 668 854 334
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

Opracowanie graficzne:
Teresa Urawska

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

