

Gazeta Lekarska

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



TYCIE
skraca
ŻYCIE

STOMATOLOGIA

Obrady okrągłego stołu

Fantomy, praktyki wakacyjne, standardy kształcenia, EBM, wymogi akredytacyjne

PRAWO I MEDYCYNĄ

Kosmetolog to nie lekarz

Inwazyjne zabiegi estetyczne coraz częściej wykonują kosmetyczki i kosmetolodzy

REPORTAŻ

Choroba matka

Sytuacja wymyka się spod kontroli. Jedyną szansą na życie jest operacja

Spis treści

- 4 **Na wstępie** R. Golański: Głosujmy!
- 6 **Pierwszym głosem** M. Hamankiewicz: POZ, SMK, słuch, czas pracy i order
- 7 **Skrining**
- 10 **Obserwacje** S. Badurek: System nas wynaturza
- 11 **Temat miesiąca:** Tycie skraca życie
- 14 **Rozmowa o zdrowiu:** Epidemia New Delhi
- 18 **Nasi w Europie** R. Krajewski: Przejrzystość i jeszcze szersza współpraca
- 19 **Ze świata:** Francuski plan na raka
- 20 **Samorząd:** Meritus Pro Medicis 2009
- 22 Obracamy miliardami
- 24 **Zgryz** L. Dudziński: Kształcenie, nowe technologie i kontrakty
- 25 **Stomatologia:** Obrady okrągłego stołu
- 28 Zepchnąć próchnicę na margines
- 30 **Punkt widzenia** J. Małmyga: Jak w krzywym zwierciadle
- 31 **Kodeks Etyki Lekarskiej:** Kasacja bez rozpoznania
- 32 **Prawo i medycyna:** Kosmetolog to nie lekarz
- 34 **Lekarskie towarzystwa naukowe:** Niedofinansowani i niedoceniani
- 36 **List otwarty:** Choroby nerek w POZ
- 38 **Nauka w skrócie**
- 39 **Reportaż:** Choroba matka
- 42 **Polskie innowacje:** Elektronami w raka
- 43 Medycyna przyszłości
- 44 **Stukot białych tępów:** Ból i cierpienie
- 46 **Praktyka lekarska:** Wirus HCV okiełznany
- 48 Sport a rak
- 50 Muraho! Witajcie!
- 52 Elektroniczna kula czy system z potencjałem?
- 54 **Wytyczne praktyki lekarskiej:** Każdy jest inny
- 56 **Praktyka lekarska:** Sieć szpitali
- 57 Interna na Mazowszu
- 58 **Listy do redakcji**
- 60 **Wspomnienie:** Prof. dr hab. Stanisław Leszczyński
- 61 Prof. dr hab. Halina Pilawska
- 62 **Historia i medycyna:** 2017 Rokiem Władysława Biegańskiego
- 64 **Indeks korzyści:** Nie da się poprawić...
- 66 **Ze sceny** A. Andrus: Dzień „dobry” :)
- 67 **Kultura:** Róża
- 68 **Błąd malarski:** Zbyt wiele
- 70 **Kultura**
- Nasza czytelnia
- 71 **Sport**
- 73 **Ogłoszenia**
- 80 **Komunikaty**
- 81 **Epikryza [69]** J. Wanecki: Wybory 2017 plus
- 82 **Jolka lekarska**



46 Wirus HCV okiełznany



Nie da się poprawić...

64



48 Sport a rak



WIĘCEJ NA WWW.GAZETALEKARSKA.PL

USTAWA O POZ

Znane są zmiany w projekcie ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej. W kwestii dotyczącej definicji lekarza POZ resort zdrowia uwzględnił tylko część postulatów środowiska lekarskiego.

E-ZWOLNIENIA

Sejm uchwalił zmiany w prawie, które ułatwiają wystawianie e-zwolnień lekarskich. Jednocześnie posłowie zdecydowali, że papierowe zwolnienia będą w obiegu do połowy 2018 r.

Głosujmy!

Czas pędzi nieubłaganie, czujemy to wszyscy. Dziwnie skraca się dystans pomiędzy świętami Bożego Narodzenia a Wielką Nocą, coraz szybciej mija czas pomiędzy letnimi urlopami. W samorządzie lekarskim nadszedł czas wyborów na ósmą kadencję.



Ryszard Golański

Redaktor naczelny
„Gazety Lekarskiej”

Koniec jednej kadencji i perspektywa kolejnej to czas podsumowań, wyciągania wniosków, ale także okres snucia planów. W demokratycznych organizacjach, a taką z pewnością jest izba lekarska, to także czas wyborów. Zgodnie z kalendarzem wyborczym lekarze w każdej z okręgowych izb lekarskich zostali przypisani do konkretnego rejonu wyborczego, mogli też wskazać rejon przez siebie wybrany. W niektórych izbach powstały rejon organizowane przez Koła Młodych Lekarzy. W ten sposób nasi młodzi koledzy chcieli sobie zapewnić reprezentację na okręgowym zjeździe lekarzy, a przez to realny wpływ na decyzje personalne: skład okręgowej rady lekarskiej i to, co dla wielu najważniejsze – wybór Prezesa. Należy cieszyć się z aktywności młodych kolegów. W łódzkiej izbie korzystamy z tej aktywności w kilku komisjach rady okręgowej. W chwili, kiedy czytają Państwo ten numer naszego pisma, są już zgłoszeni kandydaci do ubiegania się o mandat delegata na okręgowy zjazd lekarzy, który jest najwyższą władzą samorządu lekarskiego na poziomie okręgu. Mam nadzieję, że wśród kandydatów jest sporo nowych twarzy i wielu młodych lekarzy. Jeśli ktoś ma uwagi na temat funkcjonowania izby i pomysły, jak to działanie zmienić i usprawnić – najlepszym sposobem jest wzięcie udziału w wyborach i wskazanie tych kandydatów, którzy potencjalnie spełnią nasze oczekiwania, albo kandydowanie samemu i wzięcie udziału w zarządzaniu strukturami samorządu.

Jak Państwo wiedzą, po raz drugi wybory będą korespondencyjne. Stosowne dokumenty otrzymamy listownie od naszej okręgowej komisji wyborczej. Dla tych osób, które nie zgłoszą korespondencyjnie, w naszych miejscach pracy lub w izbie lekarskiej, w określonym terminie będzie dostępna urna wyborcza. Mamy wiele uwag krytycznych co do zaspokojenia oczekiwań lekarzy przez izbę, ale to jest NASZ SAMORZĄD. Zachęcam Koleżanki i Kolegów do wzięcia udziału w wyborach! Wypełnijmy kartę do głosowania i wrzucmy ją do skrzynki pocztowej.

Nieczęsto się zdarza, że Senat RP patronem roku czyni lekarza. Rok 2017 to rok doktora Władysława Biegańskiego. Stało się tak dzięki inicjatywie Towarzystwa Lekarskiego Częstochowskiego, wspieranego przez Polskie Towarzystwo Lekarskie, i dzięki Okręgowej Izbie Lekarskiej w Częstochowie. Mija właśnie 100. rocznica śmierci tego wybitnego lekarza praktyka, teoretyka medycyny, organizatora opieki zdrowotnej, przede wszystkim zaś filozofa i etyka. Uroczyste obchody odbyły się w Częstochowie 7 kwietnia. Więcej na ten temat przeczytają Państwo na stronach 62-63.

Ważne są wybory, ważny jest jubileusz, ale najważniejsze, dla naszego codziennego lekarskiego życia, są zmiany, które przynoszą nowe regulacje ustawowe. Zarówno w tym numerze „Gazety Lekarskiej”, jak i w kolejnych, piszemy i będziemy dużo pisać o tym, czego możemy się spodziewać. Nie zmienia to faktu, że pozostaje wiele znaków zapytania... ☹

MIGAWKA

> 15 maja Porozumienie Zawodów Medycznych złożyło w Sejmie RP obywatelski projekt ustawy w sprawie warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia, podpisany przez niemal 240 tys. osób (na zdjęciu). Więcej na str. 8 i 53.



FOTO: MARIUSZ TOMCZAK

ZUS oskładkowuje dyżury

Szpitala od lat starają się obniżyć koszty prowadzonej działalności. W pierwszej kolejności celem takich działań są koszty osobowe, szczególnie wynagrodzenia pracowników.

 **JAROSŁAW KLIMEK** Radca prawny OIL w Łodzi

Zastępowanie umów o pracę umowami cywilnoprawnymi (popularnymi „kontraktami”) stało się normą. Placówki te starają się również „racjonalizować” koszty dyżurów medycznych. Działania te mają za cel uniknięcie wypłacania dodatków za godziny nadliczbowe za czas dyżuru medycznego, ale też uniknięcie oskładkowania wynagrodzeń wypłacanych dyżurującym lekarzom.

Kolejne zmiany przepisów regulujących zarówno działalność leczniczą, jak system ubezpieczeń społecznych, doprecyzowują zagadnienia czasu pracy lekarzy i oskładkowania ich wynagrodzeń, „uszczelniając” pobór składek ZUS. Z końcem 1999 r. w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych pojawił się art. 8 ust. 2a, który stanowi, że za pracownika uznaje się osobę wykonującą pracę na podstawie umowy cywilnoprawnej na rzecz pracodawcy, z którym pozostaje w stosunku pracy, a także art. 18 ust. 1a, zgodnie z którym wynagrodzenie z takiej umowy uwzględnia się u pracodawcy w podstawie wymiaru składek na ZUS.

Na podstawie tych przepisów Sąd Najwyższy, w uchwale z 2 września 2009 r., sygn. akt II UZP 6/09, uznał że pracodawca, którego pracownik wykonuje na jego rzecz pracę w ramach umowy o dzieło zawartej z osobą trzecią, jest płatnikiem składek na ubezpieczenie emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe z tytułu tej umowy (podobnie orzeczono w wyroku z 11 z maja 2012 r., sygn. akt I UK 5/12). Sąd Najwyższy wyjaśnił, że art. 8 ust. 2a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych rozszerza pojęcie pracownika dla celów ubezpieczeń społecznych poza sferę stosunku pracy. W wyroku z 14 stycznia 2010 r., sygn. akt I UK 252/09, Sąd Najwyższy konsekwentnie uznał, że stanowisko to jest aktualne także w stosunku do pracowników wykonujących taką pracę na podstawie umowy zlecenia. Do takich samych wniosków doszedł Sąd Najwyższy w wyroku z 18 października 2011 r., sygn. akt

III UK 22/11. W tym wypadku rozważania sądu dotyczyły sytuacji lekarek, które były pracownicami szpitala zatrudnionymi na umowy o pracę i jednocześnie na zlecenie w „NZOZ-ie” obsługującym na podstawie umowy o świadczenia zdrowotne dział pomocy doraźnej tegoż szpitala.

W uzasadnieniu kolejnego orzeczenia – wyroku z 7 lutego 2017 r., sygn. akt II UK 693/15, Sąd Najwyższy wskazał, że ustawowe pojęcie „praca wykonywana na rzecz pracodawcy” to praca, której rzeczywistym beneficjentem jest pracodawca, niezależnie od formalnej więzi prawnej łączącej pracownika z osobą trzecią. Nie ma przy tym znaczenia rodzaj wykonywanych przez pracownika czynności czy rodzaj działalności prowadzonej przez pracodawcę i osobę trzecią (ich tożsamość czy brak takiej tożsamości). Wystarczy, żeby pracodawca korzystał z wymiernych rezultatów pracy swojego pracownika, które wynagradzane są przez osobę trzecią ze środków pozyskanych od pracodawcy na podstawie umowy łączącej pracodawcę z osobą trzecią, także poprzez obniżenie kosztów zatrudnienia wynikające z zastąpienia „oskładkowanego” wynagrodzenia za pracę „nieoskładkowanym” wynagrodzeniem za wykonanie dzieła lub za wykonanie usług.

27 kwietnia 2017 r. zapadł kolejny wyrok Sądu Najwyższego, w sprawie pod sygn. akt I UK 182/16. Sąd Najwyższy rozstrzygał na podstawie stanu faktycznego, w którym lekarze będący pracownikami szpitala udzielali świadczeń zdrowotnych u swojego pracodawcy, wykonując umowy zawarte z innym podmiotem leczniczym („nzo-ziem”) w ramach prowadzonej przez siebie praktyki zawodowej (gabinetu). Również w takim wypadku uznano, że to szpital ma płacić składki od wynagrodzeń lekarzy, bo to, że świadczenia udzielane są w ramach działalności gospodarczej lekarza, pozostaje, w zakresie ubezpieczeń społecznych, bez znaczenia. Orzeczenie to nie ma jeszcze uzasadnienia. Z informacji, jakie udało się uzyskać w Biurze Prasowym Sądu Najwyższego, wynika, że na wokandę trafia niedługo sprawy z bardzo podobnymi stanami faktycznymi. 

POZ, SMK, słuch, czas pracy i order



Maciej Hamankiewicz

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Triumfalnie ogłoszono wejście w życie tzw. ustawy o sieci, a tymczasem swój proces legislacyjny przechodzi projekt ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej.

To przechodzenie odbywa się w trybie, wydawałoby się, jak należy, bo konsultacji społecznych z ponad pięćdziesięcioma podmiotami i konferencją uzgodnieniową. Problem w tym, że inaczej o wysłuchiwanie stron społecznych myślą same strony, a inaczej ten, który powinien posłuchać. O prezentowaniu wszystkich uwag można tylko pomarzyć, podobnie jak o udostępnieniu poprawionego projektu ustawy. Na konferencji uzgodnieniowej jedyne, na co można było liczyć, to informacja przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia o pewnych zmianach, w wielkim skrócie. Wobec pytań stron, do czego mają się odnosić, skoro obecna treść projektu nie jest im znana, a są podmioty, które zgłosiły po kilkanaście stron uwag, otrzymano odpowiedź, że pracownicy ministerstwa nie mieli obowiązku organizować tej konferencji. Już wtedy pomyślałem, że byłoby może lepiej nie nazywać tego spotkania „konferencją uzgodnieniową”, skoro nie było czego uzgadniać. Niecały miesiąc później dowiedziałem się o spotkaniu z udziałem Ministra Zdrowia Konstantego Radziwiłła na temat optymalizacji zadań lekarzy POZ w celu zwiększenia efektywności POZ w Polsce. Poprzedzone hasłem „Policy dialogue” i zorganizowane przez Biuro WHO w Centrum Partnerstwa Społecznego Dialog. Kolejne dwa tygodnie później uczestniczyłem w spotkaniu Konferencji Towarzystw Lekarskich z udziałem Pana Ministra. I był dialog. Tak więc kiedy Minister Zdrowia jest – dialog jest możliwy. Na uzgodnieniach tej obecności zabrakło.

Trochę liczb. W maju minęła kolejna, trzynasta już, rocznica wstąpienia Polski do Unii Europejskiej. A w sierpniu minie sześć lat od zakończenia siedmioletniego okresu przejściowego zapisanego w dyrektywie Parlamentu Europejskiego i Rady dotyczącej niektórych aspektów organizacji czasu pracy. Dyrektywa z 2003 r., dostrzegając, że w branży medycznej wielu krajów unijnych norma 48 godz. pracy tygodniowo nie może być zapewniona z dnia na dzień, dała państwom członkowskim okres przejściowy wynoszący siedem lat – liczonych od 1 sierpnia 2004 r. – na stopniowe dostosowanie norm krajowego czasu pracy do normy 48 godz. Polska powinna więc już co najmniej od siedmiu lat mieć stworzone właściwe warunki do tego, aby pojedynczy lekarz nie był zobowiązany do pracy ponad

48 godz. tygodniowo. Tak się jednak nie stało. Ostatnio wiele Koleżanek i Kolegów zdecydowało się wyręczyć nasz rząd i sami wycofali się z klauzuli opt-out, chcąc zapewnić sobie bezpieczne warunki pracy. Gratuluję im tej decyzji.

I jeszcze o maju, który przyniósł ze sobą nowość w postaci Systemu Monitorowania Kształcenia i nowe zadania dla izb lekarskich. Każdy absolwent, który składa wniosek o przystąpienie do egzaminu LEK i LDEK, a także do odbywania specjalizacji, musi stawić się w izbie lekarskiej w celu potwierdzenia tożsamości. Chciałbym uspokoić zaniepokojonych tą nowością, że robimy wszystko, co w naszej mocy, aby w tej sytuacji nagłego informatycznego zalewu informacji pracownicy w okręgowych izbach lekarskich byli poinformowani o obsłudze SMK. We współpracy z Ministerstwem Zdrowia i CSiOZ prowadzimy dla nich szkolenia i mam nadzieję, że każdy odnajdzie się sprawnie w tym zalewie loginów, haseł i aplikacji.

Z inicjatywy Pana Prof. Henryka Skarżyńskiego, rozpoczęła się w zeszłym roku, prowadzona razem z „Jedynką” Polskiego Radia, akcja „Po pierwsze zdrowie”. Gabinet laryngologiczny przeznaczony do badania słuchu objechał kilka zakątków Polski. Ta akcja pozwoliła wielu osobom dopiero zauważyć, jak piękny jest świat, gdy go słyszać. Muszę w tym miejscu wyrazić wdzięczność Panu Profesorowi Skarżyńskiemu, który zaproponował, by do grona laryngologów dołączyła grupa pasjonatów innej dziedziny medycyny. Może byłoby dobrze, gdybyśmy niektórym pozwolili również zobaczyć piękno tego świata, przeprowadzając razem z zespołem laryngologów badania przesiewowe w kierunku jaskry. Co prawda Pan Profesor sam jest wulkanem pomysłów, ale oczekuję tym razem pomysłów i chęci społecznikowskiej od innych. ○

W ostatnim czasie Pan Profesor Mieczysław Chorząży został odznaczony przez Prezydenta RP Orderem Orła Białego. Wspaniały człowiek, członek Śląskiej Izby Lekarskiej, związany z Centrum Onkologii w Gliwicach, naukowiec i badacz. Dla mnie i dla całego środowiska lekarskiego to powód do radości i dumy. Dziękuję i gratuluję, Panie Profesorze!



^ Skarbnik
NRL Wojciech
Marquardt
odbiera tytuł
Srebrnego
Lidera Ochrony
Zdrowia.

Poradnik z tytułem

Dzięki poradnikowi „Jak skutecznie poruszać się w systemie ochrony zdrowia?” podmioty, które uczestniczyły w jego opracowaniu otrzymały tytuł Srebrnego Lidera Ochrony Zdrowia przyznanego przez Radę Naukową Ogólnopolskiego Systemu Ochrony

Zdrowia. Poradnik wydały wspólnie: Naczelna Izba Lekarska, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Naczelna Izba Aptekarska i Fundacja „My Pacjenci”. Zachęcamy do polecania poradnika pacjentom. Można go znaleźć na stronie: www.nil.org.pl.

Komentarze do pytań egzaminacyjnych

Przyjmując obecny stan rzeczy polegający na publikowaniu przez Centrum Egzaminów Medycznych pytań z egzaminów odbytych w ciągu pięciu lat z LEK, LDEK i PES, prezes NRL wyraził Ministrowi Zdrowia gotowość do publikacji pytań sprzed pięciu lat razem z odpowiedziami na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej wraz z komentarzami do pytań, które budziły wątpliwości lekarzy i lekarzy dentystów. W ocenie samorządu lekarskiego komentarze ekspertów mogłyby stanowić niezwykle wartościowe objaśnienie problematyki poruszonej w pytaniu, a całość opracowania

stanowiłaby z całą pewnością istotną pomoc w procesie kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów. Samorząd lekarski już od lat krytycznie odnosi się do wprowadzenia ograniczenia dostępu do testów z LEK, LDEK i PES, uznając, że jest to nieuzasadniony wyłom w obowiązujących w nowoczesnym państwie zasadach przeprowadzania egzaminów oraz narusza konstytucyjną zasadę dostępu do informacji o sprawach publicznych. Zgodnie z decyzją podjętą 13 stycznia br. Naczelna Rada Lekarska złożyła w tej sprawie kolejny wniosek do Trybunału Konstytucyjnego.



Katarzyna
Strzałkowska

Rzecznik prasowy
Naczelnej Izby
Lekarskiej

» Prawidłowe żywienie

Prezydium NRL wsparło rekomendacje Instytutu Żywności i Żywienia, dotyczące racjonalnego żywienia oraz jego wpływu na zdrowie. 10 zasad prawidłowego żywienia to: 1) regularne spożywanie posiłków – 5 posiłków co 3-4 godziny; 2) jedzenie warzyw i owoców – powinny one stanowić co najmniej połowę ilości spożywanego jedzenia (w proporcji: 3/4 warzywa, 1/4 owoce); 3) produkty zbożowe, zwłaszcza pełnoziarniste, powinny być składnikiem większości posiłków; 4) codzienne picie co najmniej 2 szklanek mleka, ewentualnie jogurtu, kefiru; 5) ograniczenie spożycia mięsa (zwłaszcza czerwonego i przetworzonych produktów mięsnych do 0,5 kg tygodniowo na rzecz jedzenia ryb, nasion roślin strączkowych i jaj); 6) ograniczenie spożycia tłuszczów zwierzęcych, zastąpienie ich olejami roślinnymi; 7) unikanie spożywania cukru i słodczy, zastąpienie ich owocami i orzechami; 8) ograniczenie soli w diecie, używanie ziół; 9) picie wody – co najmniej 1,5 l dziennie; 10) ograniczenie spożycia alkoholu oraz aktywność fizyczna.



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



◀ Prezydent RP Andrzej Duda odznaczył prof. Mieczysława Chorażego Orderem Orła Białego.

Wynagrodzenia

Prezydium NRL zaapelowało do okręgowych zjazdów lekarzy, okręgowych izb lekarskich oraz lekarzy i lekarzy dentystów o poparcie przygotowanego przez Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy Obywatelskiego projektu ustawy o warunkach zatrudnienia w ochronie zdrowia. W projekcie najniższe wynagrodzenie ustala się jako iloczyn współczynnika pracy i kwoty przeciętnego wynagrodzenia w rozumieniu ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę w roku poprzedzającym ustalenie. Dla lekarza i lekarza dentysty bez specjalizacji, w tym lekarza rezydenta proponuje się dwukrotność wynagrodzenia, a dla lekarza i lekarza dentysty ze specjalizacją trzykrotność.

Order Orła Białego dla lekarza

3 maja br. prof. Mieczysław Choraży został odznaczony przez Prezydenta RP Andrzeja Dudę najwyższym odznaczeniem Rzeczypospolitej Polskiej Orderem Orła Białego w uznaniu znamienitych zasług dla rozwoju polskiej medycyny, za osiągnięcia w pracy

naukowo-badawczej. To trzeci lekarz, który w ostatnim dziesięcioleciu otrzymał to odznaczenie. W styczniu br. Orderem Orła Białego został odznaczony prof. Ryszard Gryglewski, w 2008 r. wręczono je prof. Zbigniewowi Relidze. ☺

System Monitorowania Kształcenia

Od 1 maja br. wprowadzono System Monitorowania Kształcenia (SMK), czyli elektroniczną obsługę procesów związanych z kształceniem podyplomowym lekarzy i lekarzy dentystów. Informatyzacja procesów związanych z kształceniem wymagać będzie korzystania m.in. z tzw. profilu zaufanego, umiejętności

logowania się do systemu, składania różnego rodzaju wniosków, jak i wielu innych czynności realizowanych dotychczas za pomocą dokumentów papierowych. Izby lekarskie przeprowadzają w tym zakresie szkolenia dla pracowników, a także dla lekarzy i lekarzy dentystów. ☺

Spotkanie KPTL z MZ

15 maja br. w Naczelnej Izbie Lekarskiej Konferencja Polskich Towarzystw Lekarskich z ponad trzydziestoma przedstawicielami spotkała się z ministrem zdrowia Konstantym Radziwiłłem oraz dyrektorem Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego MZ Katarzyną Chmielewską. Rozmawiano o kształceniu lekarzy i lekarzy dentystów, w tym m.in. o wprowadzeniu

umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny, o postulacie wprowadzenia wynagrodzeń dla kierowników specjalizacji, braku pielęgniarek, postulatach zmiany systemu przyznawania rezydentur, kształceniu lekarzy z zagranicy. Szczegółowa relacja – w kolejnym numerze „Gazety Lekarskiej”. ☺

Wyszukiwarka szkoleń

Na stronie www.nil.org.pl od maja br. każdy lekarz i lekarz dentysta ma możliwość sprawdzenia szkoleń, które aktualnie trwają lub są zaplanowane na najbliższą przyszłość. W połowie maja br. na stronie widniało 338 takich zdarzeń. W wyszukiwarce dostępne są zarówno szkolenia związane ze sprecyzowanym miejscem zdarzenia edukacyjnego, jak również szkolenia eksterytorialne prowadzone w sposób ciągły, np. przez internet. Posługiwanie się wyszukiwarką polega na zadaniu odpowiednich kryteriów takich jak: termin, forma, dziedzina, izba, na której terenie organizowane jest szkolenie. ☺

Szanowne Koleżanki i Szanowni Koledzy

Rozpoczynamy drugą fazę niezmiernie ciekawego i ważnego badania poświęconego poznaniu czasu pracy lekarzy i lekarzy dentystów oraz Waszych oczekiwań. Wyniki wykorzystamy także do projektu realizowanego na zlecenie Ministerstwa Zdrowia pn. „Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych”.

Bardzo prosimy wszystkie osoby, które otrzymają zaproszenie, do wzięcia udziału w badaniu opinii.

Zaproszenie do udziału w badaniu będzie wysłane przez Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej.

Prof. Romuald Krajewski

System nas wynaturza



Sławomir Badurek

Diabetolog, publicysta medyczny

Do lektury książki Pawła Reszki „Mali bogowie. O znieczulicy polskich lekarzy” podchodziłem z rezerwą. Pomyślałem, że pewnie znów ktoś, w tym wypadku doświadczony dziennikarz śledczy „Newsweeka”, postanowił zarobić, wylewając na nas kubły pompy.

Również niektóre z komentarzy na forach internetowych, z którymi zapoznałem się, zanim jeszcze książka trafiła do mojego czytelnika, zapowiadała kolejną próbę rozliczenia z naszym środowiskiem – jak wieść gminna niesie – pozbawionym empatii, pełnym nieuków, łapówkarzy, alkoholików i zwolenników złej połączonej solidarności zawodowej. Jeśli ktoś tak uważa, to najprawdopodobniej zakończył czytanie reportażu Pawła Reszki na tytule. Dziennikarz nie atakuje bowiem lekarzy, a dokonuje rzetelnej wiwisekcji systemu. Co jest na scenie, wszyscy widzą. Jak to wygląda zza kulis, wiedzą tylko ci, którzy w opiece zdrowotnej, a dziś na powrót w służbie zdrowia, pracują. Najwięcej widać w dużych publicznych szpitalach. Pomysł autora „Małych bogów”, by zatrudnić się jako sanitariusz w jednej z warszawskich lecznic, był więc bardzo trafny. W ten sposób udało się Pawłowi Reszce nawiązać kontakty z wieloma lekarzami, których zwierzenia na temat pracy są esencją książki. Wśród rozmówców autora dominują ludzie młodzi – rezydenci, stażyści, studenci. Jest też kilku doświadczonych, można powiedzieć, dobrze w systemie usadowionych, lekarzy. Nie ma ordynatorów i szefów klinik. To jednak nie dziwi, bo praktycznie się nie zdarza – głównie z braku zawodowej potrzeby – by ktoś ze szpitalnej wierchuszki wdawał się w rozmowy z prostym sanitariuszem. Poza tym, nie jest to opowieść o „Bogach”, znanych z filmu o Zbigniewie Relidze, ale o „małych bogach”, którzy z jednej strony, przez swoją pracę, mają często w swoich rękach ludzki los, a z drugiej, są takimi samymi ludźmi jak wszyscy.

„Jak to się dzieje, że system zmienia ludzi – sympatycznych studentów medycyny, czekających na to, aż złożą przysięgę Hipokratesa – w bezduszne maszyny do zarabiania pieniędzy?” – pyta na wstępie Paweł Reszka. Takie podejście to niestety rzadkość u kogoś spoza środowiska lekarskiego. Jeśli ktoś w systemie nie pracuje lub nie musi się z nim stykać w roli doświadczanego poważną chorobą (swoją lub kogoś bliskiego),

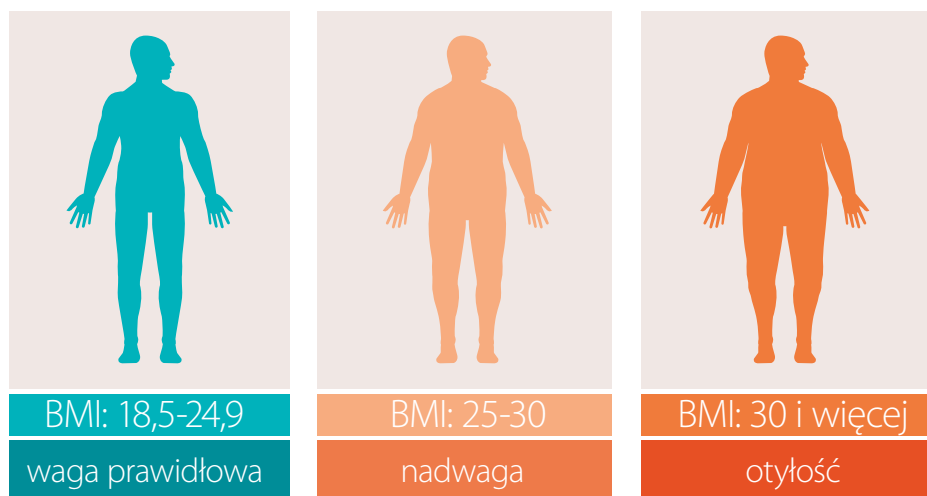
zazwyczaj bezrefleksyjnie kupuje przekaz, że najważniejszy jest pacjent, a problemy są przejściowe i takie jak wszędzie, a wielu z nich w ogóle by nie było, gdyby lekarze byli bardziej empatyczni. To oczywiście bzdura. Jeśli system dotąd się nie zawalił, to jest tak tylko dlatego, że lekarze posłusznie pracują w wymiarze godzin grubo przekraczającym etat. A dlaczego dużo pracują? Wyjaśnia to rezydent anestezjologii: „Ludzie funkcjonują w taki sposób, bo chcą żyć na określonym poziomie. Wychodzą z założenia, że jeśli tego poziomu nie daje im społeczeństwo, płacąc podatki na ochronę zdrowia, to oni te pieniądze sobie zarobią. Będą brać tyle dyżurów, aż kasa się zgodzi”. Rozmówcy Pawła Reszki zwracają uwagę na czasochłonne i zarazem frustrujące obciążenia związane z pracą administracyjną. „W moim szpitalu obowiązkiem lekarzy jest na przykład numerowanie stron w historii choroby. Nie mogłaby tego robić sekretarka? – pyta chirurg. Nie wszyscy mają ochotę pytać. Niektórzy się pogodzili. Niektórzy stają się bukami, mówi stażystka. To nie są ludzie empatyczni. To są ludzie automatyczni. Wyćwiczeni w konkretnych czynnościach” – relacjonuje córka lekarzy.

Czytając, ciśnie się do głowy pytanie: kogo to wszystko obchodzi? Oficjalnie wszystkich ważnych, strojących się w szaty obrońców dobra pacjenta. W rzeczywistości trudno „na górze” znaleźć zainteresowanych zmianami. Szefowie klinik i ordynatorzy? O ich protestach nie słyszano, choć wielu z tych ostatnich zostało zdegradowanych do roli koordynatorów i kierowników, którzy pod groźbą natychmiastowej utraty funkcji muszą przykładnie wykonywać polecenia dyrekcji, łącznie z tymi najgłupszymi. Dyrekcje? – Mój szpital? Przetarte linoleum na podłodze. Lekarze sfrustrowani i pani dyrektor, znajoma posła, która bierze 15 tys. miesięcznie i ma szofera wożącego ją do pracy – mówi młoda pani doktor. Minister? Premier? Im to pasuje, niezależnie od opcji politycznej. Wieloletowość rozwiązuje problem rażącego braku lekarzy. Skoro w Europie jest ich średnio półtora raza więcej, to niech pracują za dwóch i kłopot z głowy. I nie trzeba, a wręcz nie wolno, im więcej płacić, bo tylko jeśli będą mało zarabiać, będą chętni do łatania dziur w różnych miejscach systemu. W ten sposób system ciągle działa. I wynaturza tych, którzy się w nim poruszają. ○

Tycie skraca życie

Do 2030 r. jedna na trzy osoby dorosłe w Polsce ma być otyła. Koszty leczenia otyłości i jej powikłań szacuje się na 20-30 proc. ogółu wydatków na naszą służbę zdrowia.

✪ **MARIUSZ TOMCZAK**



Kto może być otyły? Najkrótsza odpowiedź brzmi: każdy, niezależnie od płci, wykształcenia, statusu społecznego czy miejsca zamieszkania. Żeby skutecznie leczyć tę chorobę, należy dokładnie poznać jej przyczyny.

Prof. Maciej Michalik, prezes Sekcji Chirurgii Metabolicznej i Bariatrycznej Towarzystwa Chirurgów Polskich, zwraca uwagę na konieczność zmiany świadomości postrzegania otyłości nie tylko wśród społeczeństwa, ale i wśród lekarzy, a szczególnie tych, którzy na co dzień jej nie leczą. Traktuje się ją jako wyraz słabej woli, łakomstwa i złego trybu życia, a to choroba jak każda inna. – Ona nie rozwija się tylko u osób o słabej woli. To choroba wieloczynnikowa, wynikająca z mechanizmów odpowiedzialnych za przyjmowanie energii do organizmu, jej rozkład i zużycie – tłumaczy prof. Michalik (więcej na s. 37). Bodaj najczęściej stosowanym

wskaźnikiem pozwalającym określić występowanie otyłości jest BMI (Body Mass Index), czyli stosunek masy ciała (wyrażony w kilogramach) do wzrostu (mierzonego w metrach) podniesionego do kwadratu. U osób dorosłych prawidłowy BMI waha się pomiędzy 18,5-24,9. Na nadwagę wskazuje BMI równy 25, ale mniejszy niż 30, zaś równy 30 albo większy oznacza otyłość.

SMUTNE STATYSTYKI

Od kilku dekad ilość zachorowań na otyłość rośnie w każdym zakątku kuli ziemskiej. W ciągu ostatnich 40 lat na świecie przybyło 0,5 mld otyłych. Dane epidemiologiczne wskazują, że globalnie w latach 1975-2014 trzykrotnie wzrósł odsetek mężczyzn chorujących na otyłość (do 10,8 proc.), a w przypadku kobiet ponad dwukrotnie (do 14,9 proc.). – Mamy do czynienia z pandemią – ostrzega prof. dr hab. Bolesław Samoliński z Koalicji na rzecz Walki z Otyłością, która zainaugurowała działalność

▲ **BMI (Body Mass Index) to stosunek masy ciała (wyrażony w kilogramach) do wzrostu (mierzonego w metrach) podniesionego do kwadratu**

we wrześniu ubiegłego roku w resorcie zdrowia. Koalicja ma charakter międzynarodowy i międzysektorowy, a jej celem jest podjęcie szerokich działań na rzecz wprowadzenia narodowych systemów profilaktyki i leczenia otyłości oraz wprowadzenie standardów opieki nad pacjentem chorym na otyłość w Europie Środkowo-Wschodniej. Najnowszy raport NIZP-PZH poświęcony sytuacji zdrowotnej ludności Polski podaje, że największe kłopoty ze zbędnymi kilogramami mają Czesi (72,8 proc. dorosłych mężczyzn i 61,8 proc. kobiet). Choć nie należymy do grupy pięciu krajów, w których otyłość i nadwaga stanowią największy problem, nie mamy powodów do radości. Wśród osób powyżej 18. roku życia zbyt wiele waży 68,2 proc. Polaków i 60,5 proc. Polek. Z badania WOBASZ II wynika, że na 100 kobiet średnio co 25. jest otyła, a dwie mają otyłość chorobliwą (BMI powyżej 40). Tym samym z tą ostatnią zmagają się ok. 282 tys. kobiet w Polsce. Dotychczas problem zbędnych kilogramów był raczej cechą kobiet niż mężczyzn, ale ta sytuacja powoli zmienia się: na 100 mężczyzn 24 jest otyłych, a jeden to osoba z otyłością chorobliwą (łącznie ok. 192 tys. osób). – Odsetek chorych na otyłość zwiększa się systematycznie, w Polsce o prawie jeden procent na rok. Problem w tym, że otyłość jest chorobą przewlekłą, bez tendencji do samodzielnego ustępowania – podkreśla prof. dr hab. Magdalena Olszanecka-Glinianowicz, prezes Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością.

BANALNE PRZYZCZYNY?

Prof. Olszanecka-Glinianowicz przestrzega przed bagatelizowaniem tej choroby, bo ona nie minie niczym przeziębienie. – Otyłość wymaga właściwego diagnozowania i leczenia. Kluczem jest rozpoznanie przyczyny, np. zespołu kompulsywnego jedzenia czy zaburzeń emocjonalnych, ale również wielu innych złożonych czynników – dodaje. Krytycznym okresem w rozwoju choroby jest już okres płodowy (rozwojowi otyłości sprzyja m.in. zarówno niska, jak i wysoka masa urodzeniowa, cukrzyca matki oraz jej niedożywienie w dwóch pierwszych trymestrach

cięży). Wśród przyczyn otyłości mogą być zaburzenia genetyczne (np. zespoły: Downa, Cushinga, Pradera-Williego). Co prawda w rozwoju otyłości znaczenie może mieć wiele genów odpowiedzialnych m.in. za produkcję białek kontrolujących łaknienie, ale całej winy na nie zrzucić nie można. Czynniki sprzyjającymi zachorowaniu na otyłość mogą być leki przyjmowane w leczeniu niektórych schorzeń (np. antydepresyjne i hormonalne), zmiany hormonalne w organizmie wywołane przez pewne choroby, a ponadto depresja, problemy emocjonalne i fobie. Współczesny styl życia nie pomaga w byciu szczupłym. Niski poziom aktywności fizycznej i siedzący tryb życia sprzyjają zyskiwaniu dodatkowych kilogramów podobnie jak większe tempo życia i obciążenie stresem (prowadzą m.in. do zespołu kompulsywnego jedzenia) czy niewłaściwe odżywianie (wzrost spożycia produktów wysokoenergetycznych, bogatych w tłuszcze pochodzenia zwierzęcego i cukry proste). Przyjmuje się, że dla utrzymania swojej masy ciała dorosła kobieta powinna spożywać dziennie średnio 2000 kcal, a mężczyzna – 2500 kcal. Tymczasem, o ile w 1961 r. dzienna ilość spożywanych kalorii na osobę wynosiła 2300, niecałe 40 lat później wzrosła do 2800. Potrzebne jest kształtowanie prawidłowych nawyków żywieniowych oraz zmiana społecznego modelu konsumpcji, zgodnie z którym „dobre jedzenie” oznacza znaczną ilość mięsa i produktów wysokokalorycznych na talerzu, zaś „modnymi” przekąskami są chipsy i batoniki a nie marchew czy seler. Z danych GUS wynika, że w latach 2002-2012 spożycie owoców spadło z 4 do 3,4 kg miesięcznie, a warzyw (wliczając ziemniaki) z 13 do 9 kg, zaś konsumpcja warzyw liczonych bez ziemniaków zmniejszyła się z 5,5 do 5 kg. – Wielu rodziców uważa, że zdrowe dziecko musi być pulchne – zauważa

prof. Samoliński. Z jednej strony dorośli często nie dostrzegają problemów z wagą u swojego potomstwa i nie są świadomi konsekwencji tego dla zdrowia, a z drugiej – często sami ważą za dużo. Z obserwacji naukowców wynika, że kiedy rodzice są otyli, to ich dziecko ma aż 70 proc. szans na to, aby być takim, jak oni, natomiast gdy oboje rodzice są szczupli, ryzyko otyłości u ich dziecka spada do 10 proc.

STRASZNE SKUTKI

Obecność nadmiarowych kilogramów zwiększa ryzyko wystąpienia rozmaitych chorób. Wśród powikłań wynikających z otyłości wymienia się m.in. niealkoholową stłuszczeniową chorobę wątroby, cukrzycę typu 2, zaburzenia lipidowe, nadciśnienie tętnicze, wcześniejszy rozwój miażdżycy i jej konsekwencje (np. choroba niedokrwienna serca i udar mózgu), zaburzenia płodności i nowotwory (m.in. endometrium, piersi i pęcherzyka żółciowego). Otyłość może prowadzić do problemów ortopedycznych (np. zmian zwyrodnieniowych stawów kolanowych), żyłaków nóg, przepukliny rozworu przełykowego. Wraz z tym rośnie ryzyko przedwczesnego zgonu. Ocenia się, że wśród mężczyzn mających BMI większe niż 40 rośnie ono siedmiokrotnie, a wśród kobiet dwukrotnie. Ryzyko rozwoju niepełnosprawności ruchowej u kobiet otyłych jest 3-6 razy większe niż u pań z prawidłową masą ciała. Zaobserwowano, że jeśli BMI przekracza 35, to przedwczesne ryzyko zgonu wzrasta już wśród populacji przed 50. rokiem życia. Szacuje się, że otyłość może odpowiadać nawet za 10-13 proc. zgonów w Europie. Co ważne, problemy zdrowotne wynikające z posiadania za dużej wagi pojawiają się już u osób najmłodszych (np. u dzieci otyłych częściej niż u tych z normalną wagą występuje podwyższone ciśnienie tętnicze i rośnie częstotliwość

występowania cukrzycy typu 2, a bezdech senny sześciokrotnie częściej występują u otyłych niż u szczupłych dzieci). Nie sposób również pominąć konsekwencji psychologicznych objawiających się u chorych w każdym wieku (m.in. obniżona samoocena, depresja, lęk). Reasumując, otyłość to z całą pewnością nie jest wyłącznie kwestia estetyki, lecz również, a może przede wszystkim, zdrowia i jakości życia, a jej skutki są groźniejsze niż do niedawna się wydawało.

LECZENIE: CO SIĘ OPLACA?

W związku z kosztami generowanymi przez otyłość i jej powikłania należy odpowiedzieć sobie na pytanie nie tyle o to, czy ją leczyć, ale czy stać nas na to, aby jej nie przeciwdziałać w makroskali. Ponieważ staje się ona jednym z największych problemów zdrowia publicznego na całym świecie, coraz więcej specjalistów apeluje o przyjęcie rozwiązań organizacyjnych, prawnych i finansowych, gwarantujących kompleksową opiekę nad pacjentami z otyłością (w tym również znacznie większą dostępność do leczenia). – Ona nie tylko sama w sobie jest poważną chorobą, ale także leży u podstaw szeregu innych schorzeń. Ważne jest podjęcie leczenia jeszcze na wczesnym etapie, zanim dojdzie do powikłań oraz wczesne ich diagnozowanie (np. przez regularne kontrole ciśnienia tętniczego, stężenia lipidów i glukozy) – mówi prof. dr hab. Krzysztof Paśnik, kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Torakochirurgii CSK MON WIM. W zależności od indywidualnej sytuacji pacjenta, w leczeniu otyłości wykorzystuje się dietę, ruch, terapię behawioralną, psychoterapię, farmakoterapię, ale – jak podkreśla prof. dr hab. Wiesław Tarnowski, kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Przewodu Pokarmowego CMKP – metodą najbardziej efektywną (także pod względem ekonomicznym) jest leczenie chirurgiczne. Takie operacje prowadzą do trwałego obniżenia masy ciała oraz poprawy lub ustąpienia metabolicznych powikłań (np. cukrzycy), a ponadto wiążą się z mniejszą zapadalnością na inne schorzenia (udary, choroby układu

➤ Otyłość to nie jest wyłącznie kwestia estetyki, lecz również, a może przede wszystkim, zdrowia i jakości życia, a jej skutki są groźniejsze niż do niedawna się wydawało.

JEŚLI BMI PRZEKRACZA 35, TO PRZEDWCZESNE RYZYKO ZGONU WZRASTA JUŻ WŚRÓD POPULACJI PRZED 50. ROKIEM ŻYCIA. SZACUJE SIĘ, ŻE OTYŁOŚĆ MOŻE ODPOWIEDAĆ ZA 10-13 PROC. ZGONÓW W EUROPIE.





sercowo-naczyniowego, nowotwory). Wtórąją mu inni specjaliści. Prof. dr hab. Mariusz Wyleżół, prezes Sekcji Chirurgii Metabolicznej i Bariatrycznej Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, za najskuteczniejszą metodę leczenia otyłości olbrzymiej uważa właśnie chirurgię bariatryczną. – W badaniach nie znalazłem drugiej tak opłacalnej metody w żadnej innej dziedzinie medycyny – mówi, dodając, że operacje bariatryczne nie tylko prowadzą do ustępowania cukrzycy typu 2, ale również zapobiegają jej rozwojowi. – Po 36 miesiącach od operacji zapotrzebowanie na leki przeciwcukrzycowe zmniejsza się o 90 proc. – wylicza naukowiec. Biorąc pod uwagę powszechność cukrzycy i wynikające z tego koszty, można zaryzykować tezę, że gra toczy się o spore pieniądze. Zachwyt nad tą metodą wydaje się uzasadniony, bo potwierdzają go także inne obserwacje u zoperowanych pacjentów. Badania kliniczne wskazują na kilka głównych wniosków odnośnie leczenia bariatrycznego: po dwóch latach od zabiegu następuje 20-32-proc. spadek masy ciała (w zależności od zabiegu) i jest on nie tylko większy, ale i dłużej utrzymujący się w porównaniu do leczenia zachowawczego, o 89 proc. zmniejsza się względne ryzyko zgonu, przy czym wskaźniki śmiertelności w chirurgii bariatrycznej i innych dziedzinach chirurgii są porównywalne. – Nie jest problemem schudnąć, ale utrzymać tę wagę. Zaledwie 2 proc. osób po leczeniu zachowawczym w perspektywie dwuletniej jest w stanie utrzymać masę ciała – przekonuje prof. Tarnowski. Tymczasem w naszym kraju dostęp do leczenia bariatrycznego jest kilkakrotnie mniejszy niż w krajach UE (w Polsce rocznie

operowanych jest 2-3 tys. osób z otyłością olbrzymią, co stanowi zaledwie niecały 1 proc. zmagających się z nią osób). – Kwalifikacje do operacji bariatrycznej ma przynajmniej 300 tys. ludzi. Jeżeli zostaniemy na obecnym poziomie operacji, czeka nas 150 lat pracy – gorzko żartuje prof. Tarnowski. W ostatnich latach procedury medyczne związane z chirurgicznym leczeniem otyłości (leczenie szpitalne) były finansowane przez NFZ w ramach grup JGP F11 „Kompleksowe zabiegi żołądka i dwunastnicy” oraz F12 „Duże zabiegi żołądka i dwunastnicy”. W 2015 r. Fundusz zapłacił 59,5 mln zł za wykonanie kompleksowych zabiegów żołądka (rok później ok. 32 mln zł) i 40,3 mln za wykonanie dużych zabiegów żołądka i dwunastnicy (w 2016 r. prawie tyle samo). Od 1 stycznia br. NFZ finansuje procedury związane z leczeniem otyłości w ramach grupy JGP F14 „Chirurgiczne leczenie otyłości” (w przypadku otyłości patologicznej dużego stopnia u chorych o BMI większym niż 40). Niedawno AOTMiT zmieniła wyceń kilku świadczeń w dziedzinie bariatrii (pod koniec grudnia prezes NFZ wydał rozporządzenie w tej sprawie), a 3 lutego pozytywnie zaopiniowała nowe procedury bariatryczne. Obecnie procedowane są zmiany w rozporządzeniach koszykowych dotyczące rękawowej resekcji żołądka, wyłączenia żołądkowego metodą Roux-en bypass i wyłączenia żołądkowego metodą mini gastric bypass.

KOSZTY: DUŻE I CIĄGŁE ROSNĄ
Ile kosztuje otyłość? Dokładnych wyliczeń nie ma, ale szacunków nie brakuje. Koszty leczenia otyłości w Polsce ocenia się na 20-30 mld zł. Osobna kwestia

22.05

obchodzimy
Europejski Dzień
Walki z Otyłością.

to wydatki związane z występowaniem licznych schorzeń, którym sprzyja obecność tej choroby. Znaczne obciążenie dla budżetu stanowią wydatki na zwolnienia lekarskie, renty czy przedwczesne emerytury. Koszty utraconej produktywności wynikającej z otyłości to ok. 42 mld zł (wg danych GUS z 2008 r.). Utrata wydajności wzrasta ze wzrostem wagi, a w przypadku otyłości III stopnia może sięgać nawet 62 proc. Jest od dawna oczywiste, że otyłość może prowadzić do niepełnosprawności. W polskim systemie prawnym otyłość nie jest za nią uznawana, dlatego żaden otyły nie dostanie orzeczenia o niepełnosprawności (są wydawane przez Powiatowe lub Miejskie Zespoły ds. Orzekania o Niepełnosprawności) uprawniające go do korzystania z różnych form zabezpieczenia społecznego czy też niezdolności do pracy (wydawane przez ZUS i KRUS) z powodu swojej choroby. Taki dokument można otrzymać ze względu na schorzenia współwystępujące. Wielkie wyzwanie, także finansowe, stanowi dostosowanie placówek służby zdrowia do opieki nad pacjentami z otyłością. Przykładowo: stoły operacyjne mają z reguły udźwig do 140 kg. W drugiej połowie zeszłego roku Rzecznik Praw Pacjenta, na podstawie danych uzyskanych od wojewodów i marszałków województw, zebrał dane o sprzęcie medycznym o zwiększonej nośności przeznaczonym dla osób z otyłością III stopnia. Co się okazało? W woj. świętokrzyskim w dwóch placówkach są cztery tomografy komputerowe o nośności od 200 kg do 225 kg i dwa tomografy o nośności do 227 kg, w zachodniopomorskim tylko jeden (do 230 kg), podobnie jak w podkarpackim (do 220 kg), w podlaskim takie urządzenia posiada 7 placówek. Łóżka przystosowane dla pacjentów z otyłością III stopnia mają po dwie placówki w woj. opolskim, łódzkim, śląskim i wielkopolskim, trzy placówki w dolnośląskim i lubelskim. W niedawno otwartym z wielką pompą niepublicznym szpitalu onkologicznym w Warszawie nie ma ani jednego łóżka przystosowanego dla pacjenta ważącego więcej niż 140 kg, a przecież związek między otyłością a zachorowaniem na raka jest znany. ☺

Epidemia New Delhi

GL
ROZMOWA

Z dr. n. med. **Tomaszem Ozorowskim**, prezesem Stowarzyszenia Epidemiologii Szpitalnej, mikrobiologiem, ekspertem Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków, rozmawiają **Ryszard Golański i Marta Jakubiak**.

GL Jak groźna i dlaczego jest *Klebsiella pneumoniae* New Delhi?

Klebsiella pneumoniae to drobnoustroj występujący powszechnie. Szacuje się, że jego nosicielami w obrębie przewodu pokarmowego jest około 30 proc. naszej populacji. Do niedawna większość szczepów *Klebsiella pneumoniae* była wrażliwa na wiele antybiotyków, ale też często ten gatunek bakterii produkuje tzw. betalaktamazy o rozszerzonym spektrum działania (ESBL) i w tych sytuacjach lekarze byli zmuszani do sięgania po antybiotyki tzw. ostatniej szansy, czyli karbapenemy. Szczepy bakteryjne *Klebsiella pneumoniae* New Delhi produkują enzymy tzw. metalokarbapenemazy, które mają zdolność niszczenia karbapenemów i wiele z nich jest wrażliwa jedynie na kolistynę. Zostały zidentyfikowane jednak także szczepy, które charakteryzują się skrajną opornością na wszystkie dostępne antybiotyki. Zakażenia wywołane przez ten drobnoustroj obarczone są dużo większą śmiertelnością. W wielu przypadkach zakażeń, powodowanych przez ten drobnoustroj, nie mamy do dyspozycji skutecznego antybiotyku. Nie mamy czym leczyć.

New Delhi rozprzestrzenia się między pacjentami w szpitalach, rezerwuarem tego drobnoustroju jest przewód pokarmowy pacjenta, a personel medyczny stanowi wektor jego transmisji. Dodatkowo cechą unikalną tego szczepu jest to, że materiał genetyczny, który powoduje oporność na antybiotyki, jest umieszczony na ruchomych elementach genetycznych, tzw. transpozonach, co sprawia, że może „sprzedawać” geny oporności innym drobnoustrojom powszechnie występującym, jak np. *Escherichia coli*.

GL Jakie narządy atakuje New Delhi? Nazwa wskazywałaby, że głównie układ oddechowy.

Wbrew temu, co sugeruje nazwa, *Klebsiella pneumoniae* najczęściej wywołuje zakażenie układu moczowego, m.in. ze względu na bliskość z przewodem pokarmowym, czyli miejscem, gdzie bakteria bytuje najczęściej. Dopiero na drugim i trzecim miejscu są zapalenia płuc i zakażenia krwi albo też zakażenia miejsca operowanego.

GL Ile osób w Polsce jest zakażonych New Delhi i w których częściach kraju najwięcej?

Pierwszy szczep *Klebsiella pneumoniae* New Delhi został wykryty pod koniec 2012 r. w jednym z poznańskich szpitali. W ciągu dwóch lat doszło do zakażeń bądź kolonizacji u ok. 150 pacjentów hospitalizowanych na terenie wielkopolski. Wielkopolska zatrzymała rozprzestrzenianie się New Delhi w 2014 r., głównie poprzez wdrożenie szybkich i skoordynowanych działań. W roku 2013 pacjent z niewykrytym nosicielstwem w przewodzie pokarmowym został przeniesiony do warszawskiego szpitala i od połowy 2013 r. nastąpiło lawinowe rozprzestrzenianie się drobnoustroju na terenie stołecznych szpitali. Obecnie nosicielstwo lub zachorowania odnotowano u ok. 3 tys. pacjentów. Są to zakażenia i kolonizacje potwierdzone przez Krajowy Ośrodek Referencyjny ds. Lekowrażliwości Drobnoustrojów.

W ubiegłym roku poważny problem zaistniał również na terenie Białegostoku i woj. podlaskiego. New Delhi stwierdzono tam u kilkuset pacjentów. To zagadnienie wtórne do Warszawy, związane z migracjami chorych. Na szczęście na terenie innych województw drobnoustroj ten występuje jeszcze dość sporadycznie.

GL Czy możemy mówić o epidemii? Sanepid uspokaja, że nie ma powodów do paniki.

W odniesieniu do woj. mazowieckiego i podlaskiego możemy użyć terminu epidemia, definiując zgodnie z kryteriami określonymi w ustawie o chorobach zakaźnych. Pojawił się drobnoustroj, którego nie było. Odnotowano wzrost liczby zachorowań lub kolonizacji średnio o 300 proc. rocznie. Rozprzestrzenienie się jeden szczep, co zostało potwierdzone badaniami genetycznymi prowadzonymi na bieżąco przez Krajowy Ośrodek ds. Lekowrażliwości Drobnoustrojów. Z jednego pacjenta w 2012 r. drobnoustroj przeniósł się na co najmniej 3 tys. osób. Mówię to z pełnym przekonaniem: tak, jest epidemia na terenie tych dwóch województw. Używam tego słowa świadomie, również po wielu konsultacjach ze specjalistami w dziedzinie epidemiologii.

GL Jak ją zatrzymać?

W grupie ekspertów zajmujących się problemem zakażeń szpitalnych oraz w gronie epidemiologów staraliśmy się przeprowadzić symulację, jak sytuacja może się zmienić

3 TYS.

U tyłu pacjentów obecnie odnotowano nosicielstwo lub zachorowania *Klebsiella pneumoniae* New Delhi. Tak wrosła ich liczba od 2013 r., kiedy to pacjent z niewykrytym nosicielstwem został przeniesiony do warszawskiego szpitala.



KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRZENOSI SIĘ PRZEDĘ WSZYSTKIM DROGĄ KONTAKTOWĄ. WEKTOREM JEST ZAZWYCZAJ PERSONEL MEDYCZNY I JEGO RĘCE.

GL Jak na informację o epidemii reagują szpitale – ich dyrekcje i pracownicy? Czy są zainteresowani współpracą?

Różnica jest bardzo duża. W niektórych placówkach dyrekcja i personel są bardzo mocno zmotywowani, żeby rzetelnie badać pacjentów i przestrzegać zasad higieny. Są jednak też takie, które w sposób wręcz skandaliczny bagatelizują problem. I niestety te szpitale są odpowiedzialne za szybkie pogarszanie sytuacji epidemiologicznej w całym regionie.

GL Z czego wynika ignorowanie problemu?

Myszę, że niestety jedną z przyczyn jest sposób przekazywania informacji przez inspekcję sanitarną i ministra zdrowia, który ocenił, że sytuacja jest pod kontrolą, że taki sam problem jak w Warszawie jest też w innych krajach świata i Unii, że w pewnym sensie jest to zjawisko normalne. Muszę stanowczo zaprzeczyć. To, co w ciągu ostatnich dwóch lat stało się na terenie warszawskich szpitali, jest sytuacją bez precedensu we Wspólnocie europejskiej – takiej szybkości i lawinowości transmisji jednego szczepu New Delhi nie wykazano w żadnym innym kraju UE.

GL Dlaczego drobnoustroj ten rozprzestrzenia się na terenie szpitali, dlaczego nie można go powstrzymać?

Klebsiella pneumoniae przenosi się przede wszystkim drogą kontaktową. Wektorem jest zazwyczaj personel medyczny i jego ręce. Z powodu zaniedbań w zakresie przestrzegania podstawowych procedur profilaktyki zakażeń, jak odpowiednia higiena rąk, drobnoustroj rozprzestrzenia się szybko. Ponadto nasze szpitale mają bardzo mało możliwości izolacji pacjentów. Warto przypomnieć, że w Polsce ok. 10-14 proc. sal chorych to sale jednoosobowe, podczas gdy średnia w krajach Unii Europejskiej to ok. 50 proc. Konieczne jest ustalenie priorytetów do izolacji chorych. Analizując aktualną sytuację polskich szpitali, najwyższym priorytetem jest New Delhi (oraz inne karbapenemazy u *Enterobacteriaceae*) oraz *Clostridium difficile*. Może być prowadzona kohortacja pacjentów z New Delhi w wyznaczonych miejscach szpitala z dedykowanym personelem pielęgniarskim. Ekspert Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej i Epidemiologicznej w Warszawie przyznają, że jedynie 30 proc. pacjentów z New Delhi jest poddanych właściwej izolacji. Należy mocno podkreślić, że przy takim podejściu do problemu, lekarze stołecznych szpitali będą niebawem nagminnie musieli tłumaczyć pacjentom z zakażeniami, dlaczego nie mają możliwości zastosowania skutecznego

w kilku wariantach w zależności od efektywności podjętych działań prewencyjnych. Wydaje się, że w ciągu najbliższych 5-10 lat, w przypadku dalszego, niekontrolowanego rozprzestrzeniania się tego drobnoustroju, ok. 15 proc. hospitalizowanych pacjentów na terenie woj. mazowieckiego może być kolonizowanych lub zakażonych szczepem *Klebsiella pneumoniae* New Delhi. To wariant pesymistyczny, który może zdarzyć się, jeżeli działania zapobiegawcze nie będą skuteczne. Na podstawie wstępnych danych za pierwsze miesiące tego roku wydaje się, że raczej niestety zmierzamy w tym kierunku.

Szpitale muszą przestrzegać zaleceń Ministerstwa Zdrowia, opracowanych w 2012 r., które określają, jak postępować, jak badać pacjentów, jak i u kogo wykonywać mikrobiologiczne badania przesiewowe, jak przerywać drogę transmisji tego drobnoustroju. Jeżeli zasady te nie będą wprowadzone w życie, to sytuacji nie da się skutecznie opanować.

Bardzo ważna jest regionalna koordynacja działań zapobiegających transmisji New Delhi. Szpitale każdego z województw stanowią pewien system połączonych naczyń tzn. problemy epidemiologiczne jednego szpitala przenoszą się łatwo na inne szpitale w regionie ze względu na częste wędrowki pacjentów między placówkami.

Obecnie eksperci Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków pracują nad przygotowaniem kolejnych województw do zatrzymania New Delhi na bardzo wczesnym etapie, żeby nie doszło do tyłu transmisji, do ilu doszło na terenie Mazowsza.

▲ Dr Tomasz Ozorowski:
– Wydaje się, że w ciągu najbliższych 5-10 lat około 15 proc. hospitalizowanych pacjentów na terenie województwa mazowieckiego może być kolonizowanych lub zakażonych szczepem *Klebsiella pneumoniae* New Delhi.

NPOA

Najważniejszy cel Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków to skuteczna współpraca z personelem medycznym w zakresie wdrażania metod, które spowolnią tempo narastania lekooporności na terenie polskich szpitali i POZ. Więcej na ten temat na www.gazetalekarska.pl.

antybiotyku. Nie ulega też wątpliwości, że zauważalne będzie przemieszczanie problemu ze szpitali do praktyk ambulatoryjnych. Współpracując w ramach Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków z regionami, w których również problem New Delhi wystąpił, nie spotkałem tak rażącego nieprzestrzegania podstawowych działań zapobiegających transmisji tego drobnoustroju. Szpitale warszawskie podjęły bardzo duży wysiłek, aby prowadzić na szeroką skalę badania przesiewowe w celu wykrycia nosicieli, ale jeżeli nie będzie im towarzyszyć właściwa izolacja pacjentów oraz rygorystyczne przestrzeganie podstawowych zasad, takich jak higiena rąk, nie uda się zatrzymać fali New Delhi.

GL Ile osób zmarło z powodu zakażenia tą bakterią?

Nie dysponujemy takimi danymi. W Polsce lekarze jako przyczynę zgonu najczęściej podają niewydolność oddechowo-krążeniową, podczas gdy de facto przyczyną mogło być zapalenie płuc spowodowane *Klebsiella pneumoniae*. Dane z literatury wskazują, że śmiertelność w przypadku zakażeń krwi powodowanych przez pokrewny drobnoustroj, tzw. KPC, waha się w przedziale 33-50 proc. Dane dla New Delhi są jeszcze nierozpoznane, gdyż w USA i krajach europejskich nie zaistniał taki problem jak w Polsce, w związku z tym brakuje rzetelnie przeprowadzonych badań odpowiadających na to pytanie.

GL Czy personel szpitalny jest bezpieczny?

Nie ma doniesień, by drobnoustroj ten wywołał zachorowania u personelu. Jeśli są, to skrajnie rzadkie przypadki nosicielstwa. To bakteria, która prawie wyłącznie zagraża pacjentom z wrotami do powstania zakażeń.

GL Na jakie zakażenia szpitalne lekarze, pielęgniarki oraz pacjenci narażeni są najczęściej?

U pacjentów zakażenia szpitalne wywołują najczęściej takie patogeny jak *Escherichia coli*, gronkowiec złocisty, *Klebsiella pneumoniae*. Personel medyczny w trakcie pracy może ulec przede wszystkim zakażeniom o etiologii wirusowej, jak wirus grypy, norowirus, rotawirus i niezwykle rzadko także wirusom krwiopochodnym: WZW typu B, C czy HIV.

GL Czy liczba szczepów bakterii antybiotykoopornych wzrasta?

Kilka miesięcy temu WHO opublikowała raport pokazujący, oporność których drobnoustrojów ma szczególne znaczenie kliniczne. Są wśród nich m.in. *Pseudomonas aeruginosa* i *Acinetobacter baumannii*. *Klebsiella pneumoniae* New Delhi jest szczególnym drobnoustrojem, gdyż ma dużo większy potencjał do rozprzestrzeniania niż inne bakterie, które powodują zakażenia raczej w pewnych grupach chorych – na oddziałach intensywnej terapii, oddziałach hematologicznych czy u pacjentów z przewlekłymi zmianami skórnymi, przewlekłe cewnikowanymi. *Klebsiella pneumoniae* jest w stanie rozprzestrzenić się bardzo szybko na terenie każdego oddziału.

GL Kiedy antybiotyki nadużywane są najczęściej?

Inne przyczyny są w lecnictwie otwartym, a inne w szpitalach. W POZ najczęstszą przyczyną nadużywania antybiotyków jest ich przepisywanie na typowe zakażenia wirusowe, najczęściej układu oddechowego. Często pojawia się problem ze zróżnicowaniem grypy i infekcji bakteryjnej. Myślę, że to główny powód. Drugi, być może mniejszy, to podawanie antybiotyków na tzw. wszelki wypadek. Trzeci to presja pacjenta, głównie rodziców dziecka, by antybiotyki zastosować.

Na podstawie danych z NPOA, uzyskanych na próbie ponad 30 szpitali, szacujemy, że około 8 proc. hospitalizowanych pacjentów dostaje antybiotyki z niejasnych, niepotrzebnych przyczyn. Sytuacje, w których nadużywa się antybiotyków w szpitalach, to podawanie ich na wszelki wypadek ze względu na obecność czynników ryzyka wystąpienia zakażenia, np. obecności ciał obcych takich jak linie naczyniowe centralne, cewniki moczowe. To problem niewłaściwej interpretacji tzw. markerów zapalnych typu CRP. W gronie osób zajmujących się racjonalną antybiotykoterapią określiliśmy nową jednostkę chorobową: tzw. CRP-itis, czyli leczenie antybiotykami podwyższonego CRP. Ponadto jest to wydłużanie czasu leczenia zakażeń często ze względu na niepotrzebne wykonywanie lub niewłaściwą interpretację badań kontrolnych.

GL Jaka będzie przyszłość, jeśli chodzi o szerzenie się zakażeń szpitalnych i walkę z nimi?

Jeżeli chodzi o profilaktykę zakażeń szpitalnych, z problemem tym będziemy radzić sobie coraz lepiej. Mamy co raz więcej specjalistów, którzy mogą wspierać szpitale w tym zakresie. Pojawia się też wiele nowych inicjatyw i są dowody, że walka ta może być skuteczna. Niestety, jestem też przekonany, że będą one wywoływane dużo częściej przez drobnoustroje bardziej odporne na antybiotyki albo te odporne całkowicie.

GL O czym nie wolno zapominać?

O przestrzeganiu pięciu podstawowych zasad, które mają uchronić naszych pacjentów przed wystąpieniem zakażeń i pomóc w ograniczeniu problemu antybiotykoodporności. Po pierwsze, drogi kolego lekarzu, zawsze przed i po kontakcie z chorym i jego środowiskiem dezynfekuj ręce. Po drugie, stosuj zasadę „nic poniżej łokci” – noś czyste ubrania z krótkimi rękawami (rękawy są siedliskiem bakterii), zdejmuj biżuterię przed przystąpieniem do pracy. Po trzecie, nie korzystaj w trakcie kontaktu z pacjentem z przedmiotów podręcznych, które nie służą do badania chorego. W wielu badaniach wykazano kontaminację bakteriami chorobotwórczymi przedmiotów, które nosimy w kieszeni (telefony komórkowe, długopisy, pieczętki). Po czwarte, usuwaj wrota zakażenia tak szybko, jak to tylko możliwe: jeżeli pacjent nie potrzebuje linii naczyniowej centralnej, usuń ją, jeżeli nie potrzebuje cewnika do pęcherza moczowego, niezwłocznie go usuń. Po piąte, w profilaktyce, diagnostyce i terapii zakażeń korzystaj z wytycznych opracowanych na podstawie zasad medycyny opartej na faktach. ○

Przejrzystość i jeszcze szersza współpraca



Romuald Krajewski
Prezydent Europejskiej
Unii Lekarzy Specjalistów

Tak można by w paru słowach podsumować postanowienia wiosennej sesji Rady UEMS, która odbyła się w Tel Avivie.

Izraelskie Stowarzyszenie Lekarzy, które było gospodarzem tych spotkań, jest od dawna członkiem stowarzyszonym UEMS. Do ISL należy większość lekarzy w Izraelu i spełnia ono także funkcje towarzystw naukowych i związku zawodowego. Koledzy ze Stowarzyszenia zapewnili bardzo dobre warunki obrad, co było dużą pomocą w sprawnym przeprowadzeniu wszystkich zaplanowanych posiedzeń wypełniających od rana do wieczora trzy kolejne dni.

Najważniejszym punktem obrad były zmiany w regulaminie UEMS. Dyskusje i konsultacje trwały już dwa lata, projekt był dobrze przygotowany i został prawie jednomyślnie przyjęty. Struktura organizacji, którą określa statut, pozostaje niezmieniona, ale w codziennym funkcjonowaniu i podejmowaniu decyzji większy udział będą miały sekcje specjalistyczne. W UEMS jest ich 43 i są podzielone na trzy grupy. Chociaż sekcje są wewnętrznymi strukturami UEMS, część z nich to bardzo duże i funkcjonujące prawie samodzielnie organizacje. Przewodniczący każdej z trzech grup sekcji będą od października uczestniczyli w pracach poszerzonego zarządu UEMS. Będą też koordynowali prace Komitetu Doradczego składającego się z prezesów wszystkich sekcji. Komitet będzie wypowiadał się w sprawach będących przedmiotem obrad Rady i jeżeli opinie Komitetu i Rady będą rozbieżne, zadaniem Zarządu będzie znalezienie konsensusu. Gdyby to się nie udawało, a sprawa była pilna, Rada nadal będzie mogła podjąć własną decyzję, ale mamy nadzieję, że takie sytuacje pojawiają się tylko wyjątkowo.

Udział w codziennym zarządzaniu organizacją oraz formalna możliwość wyrażenia opinii sekcji powinny bardzo poprawić wewnętrzny przepływ informacji, co w organizacji tak złożonej i licznej jak UEMS jest zawsze trudne. Poprawi się też przejrzystość działania oraz łatwiej będzie przeprowadzić działania dotyczące wszystkich struktur UEMS, jak np. zmiany w organizacji zarządzania finansami.

Wszyscy byli bardzo zadowoleni, że udało się osiągnąć kompromis pomiędzy członkami UEMS a sekcjami. Nie znaczy to, że wszyscy są zadowoleni z rozwiązań. Dla części członków, szczególnie krajów skandynawskich, większe uprawnienia sekcji mogą zmniejszyć znaczenie organizacji krajowych. Dla części sekcji bardziej zadowalające byłyby zmiany dające im takie same uprawnienia jak członkom. Dlatego postanowiono, że nowe reguły funkcjonowania będą regularnie oceniane przez Komisję, która opracowała zmiany w regulaminie i będzie ona dalej pracować oraz regularnie przedstawiać Radzie i Komitetowi uwagi i propozycje.

Przyjęcie nowego regulaminu jest dużym sukcesem, ponieważ przez parę lat dyskusja pomiędzy reprezentacją organizacji członkowskich a sekcjami była bardzo trudna i napięcia mogły bardzo utrudnić pracę albo wręcz doprowadzić do podziału organizacji. Wydaje mi się, że te trudności są już poza nami, że współpraca przy realizacji wspólnych celów będzie bardzo dobra. Dla mnie i dla Zarządu dyskusja nad zmianami była trudnym zadaniem i dodatkowo przypadła na okres licznych problemów związanych z przebudową siedziby. Przyjęcie zmian oznacza więcej wysiłku, jeszcze więcej telekonferencji, konsultacji i spotkań, ale korzyści powinny zdecydowanie przeważać. ○

Francuski plan na raka



Lidia
Sulikowska

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

Choroby nowotworowe to jedno z największych wyzwań systemów opieki zdrowotnej na całym świecie. Pacjentów przybywa, rosną też koszty leczenia. Jak skutecznie pomagać, by nie zbankrutować?

Niedawno w Ambasadzie Francji w Warszawie odbyło się spotkanie, w czasie którego specjaliści rozmawiali na temat działań i trendów w sektorze onkologii. Mówili m.in. o tym, jak w kraju nad Sekwaną pomaga się chorym na raka. Na co tamtejsi eksperci zwracają szczególną uwagę i do jakiego modelu opieki dążą?

WYZWANIA I MOŻLIWOŚCI

We Francji mieszka ponad 66 mln ludzi. Co roku diagnozuje się tu chorobę nowotworową u setek tysięcy pacjentów (współczynnik zachorowań na 100 tys. mieszkańców wyższy niż w Polsce). Opieka onkologiczna dla obywateli jest w całości bezpłatna. 120 tys. chorych onkologicznie jest hospitalizowanych w prywatnych, niekomercyjnych instytutach onkologii stowarzyszonych w ramach UNICANCER – jednej z największych europejskich organizacji badawczych zajmujących się rakiem. To tzw. Centra Walki z Nowotworami, które poza świadczeniem opieki onkologicznej prowadzą także badania naukowe i kształcą kadrę lekarską, szefami tych placówek są osoby mianowane przez Ministra Spraw Społecznych i Zdrowia.

Francuzi leczeni są wielodyscyplinarnie. Co to oznacza w praktyce? – Nie leczymy raka, ale kompleksowo pacjenta. Eliminujemy ból, dajemy wsparcie psychologiczne, równie ważna jest opieka socjalna – wymieniał prof. Eric Lartigau, dyrektor Centrum

Oscar Lambret w Lille, wiceprezes UNICANCER.

Jak podkreślił, na naszych oczach dokonuje się rewolucja w podejściu do opieki nad pacjentem onkologicznym. Chory musi być w centrum uwagi i powinien mieć prawo oceny swojego leczenia. Pacjenci w różny sposób dowiadują się o nowych metodach leczenia, lekarze muszą więc za nimi nadążyć, bo w przeciwnym razie pojawią się pretensje i brak zrozumienia. – Leczenie onkologiczne będzie zmierzać w kierunku medycyny spersonalizowanej, wzrośnie też waga immunoterapii i na te zmiany trzeba być przygotowanym. Trzeba będzie znacząco wzmocnić kadrę patomorfologów, a także zatrudniać onkogenetyków – uważa prof. Lartigau i dodaje, że o tym należy myśleć już teraz, bo są to trendy, które będą się upowszechniać w ciągu najbliższej dekady.

EKONOMIA WYZNACZA STANDARDY

Systemy opieki zdrowotnej funkcjonują w określonej rzeczywistości ekonomicznej. Koszty rosną, więc trzeba pracować skutecznie i w sposób zrównoważony wydawać pieniądze. Jak to robią we Francji? – Tam, gdzie to możliwe, staramy się redukować czas pobytu pacjenta w szpitalu. Na przykład w placówce, którą kieruję, w przypadku raka piersi chirurgia jednego dnia wdrażana jest już u 23 proc. chorych, podczas gdy w 2013 r. było to zaledwie

WAŻNE

Co roku u setek tysięcy pacjentów diagnozuje się we Francji chorobę nowotworową.

13 proc. Docelowo chcemy osiągnąć poziom 50 proc. Z kolei w kwestii radioterapii dążymy do redukcji liczby naświetleń na rzecz ich intensywności. Na przykład u 50 proc. chorych na raka płuca w przyszłości będzie zmniejszona liczba sesji z 30 do pięciu. Chcemy ograniczyć liczbę łóżek na oddziałach onkologicznych, by nie wydawać niepotrzebnie pieniędzy tam, gdzie są bardziej potrzebne na leczenie – tłumaczył prof. Lartigau.

A jak wiceprezes UNICANCER zapatruje się na wykorzystywanie, dopiero pojawiającej się Polsce, robotyki w onkologii? – To skomplikowana, trudna sprawa. Tego typu sprzęt, ze względu na brak konkurencji, jest bardzo drogi. Trzeba zatem rozważyć, czy jego zakup jest rzeczywiście potrzebny. Robot musi rzeczywiście mieć przydatność medyczną w placówce, do której trafi. W Centrum Oscar Lambret w Lille posiadamy taki manipulator. Zdecydowaliśmy się na jego zakup, ponieważ leczymy wiele starszych pacjentek z rakiem macicy, które dodatkowo cierpią na cukrzycę, nadciśnienie, są otyłe. Operacja przy użyciu robota jest dla nich mniej obciążająca niż ta tradycyjna, co w ich przypadku jest szczególnie ważne. Poza tym jesteśmy ośrodkiem kształcącym lekarzy, więc robot wykorzystywany jest także do szkoleń. Posiadamy też robota do radioterapii, ze względu na znaczącą liczbę chorych z rakiem oskrzeli – wyjaśnia prof. Lartigau. ○

Meritus Pro Medicis 2009

W 2009 roku ośmiu lekarzom i dwóm stomatologom przyznano odznaczenie Meritus Pro Medicis. Co zrobili, działając w samorządzie lekarskim?

LIDIA SULIKOWSKA



**Zdzisław
Annusewicz**

(Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie)

Specjalista stomatologii zachowawczej. Najpierw działał w warszawskiej izbie (wiceprzewodniczący ORL, członek Prezydium i różnych komisji, m.in. stomatologicznej i bioetycznej), później aktywny także w NIL, gdzie zajmował się sprawami stomatologów i etyką zawodu. Pracował w zespole przygotowującym nowelizację KEL z 2007 r. Brał udział w sesjach Rady Europejskich Lekarzy Dentystów. Orędownik powstania ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. – Połączenie obydwu zawodów wspólnym aktem prawnym było ogromną nobilitacją dla środowiska stomatologicznego – mówi Zdzisław Annusewicz. Uhonorowany m.in. Złotym Krzyżem Zasługi.



**Zbigniew
Brzezina**

(Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie)

Specjalista chirurgii dziecięcej. Od 1989 r. nieprzerwanie w Naczelnej Radzie Lekarskiej, członek Prezydium NRL, przewodniczący Komisji Legislacyjnej, obecnie – Rzecznik Praw Lekarza NRL. Uczestnik wielu komisji i zespołów NRL, w tym ds. kas chorych, zmian systemowych, ubezpieczeń społecznych. Działacz ORL w Łodzi, wiceprzewodniczący II kadencji. Współtwórca i wieloletni przewodniczący ORL w Częstochowie. Współorganizator Kongresów Polonii Medycznej w Częstochowie. Wieloletni redaktor naczelny „Częstochowskiej Gazety Lekarskiej”, obecnie – prezes ORL. Odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi i Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, laureat wielu innych odznaczeń.



**Zbigniew
Hamerlak**

(Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie)

Lekarz dentysta. Wieloletni działacz samorządu lekarskiego. Był wiceprezesem ORL w Szczecinie i szefem tamtejszej komisji stomatologicznej. Sprawami lekarzy dentystów zajmował się także w Naczelnej Izbie Lekarskiej. Wspólnie z innymi samorządowcami działał na rzecz lekarzy dentystów w trudnym okresie prywatyzacji stomatologii, zmian związanych z wejściem do Unii Europejskiej czy pojawieniem się Narodowego Funduszu Zdrowia. Brał udział w kształtowaniu nadzoru nad kształceniem podyplomowym. W swojej okręgowej izbie realizował ideę szkolenia ustawicznego dla lekarzy dentystów, organizując liczne szkolenia. Honorowy Członek OIL w Szczecinie.



**Mariusz
Janikowski**

(Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie)

Specjalista chorób wewnętrznych. Sekretarz ORL (3, 4) i NRL (5, 6). Zaangażowany w uporządkowanie spraw organizacyjnych i wyborczych w samorządzie. Organizator obchodów 15-lecia i 20-lecia samorządu oraz krajowych zjazdów. Obecnie jest wiceprezesem swojej okręgowej izby i przewodniczy tamtejszej komisji bioetycznej, a w NIL wchodzi w skład prezydium NRL, jest wiceprzewodniczącym komisji organizacyjnej i KKW oraz przewodniczy komisji, która organizuje egzaminy z jęz. polskiego dla lekarzy cudzoziemców, jest także szefem zespołu ds. polityki lekowej i farmakoterapii. Założyciel i prezes zarządu Fundacji Lekarze Lekarzom. Organizator zlotów motocyklowych lekarzy – członek zarządu klubu DoctoRRiders.



Marek Jodłowski

(Świętokrzyska Izba Lekarska w Kielcach)

Lekarz pediatra. Działa w samorządzie lekarskim od momentu jego reaktywacji. Delegat na OZL i KZL. Od wielu lat zaangażowany w prace komisji organizacyjnych i wyborczych - zarówno w swojej okręgowej izbie, jak i w Naczelnej Izbie Lekarskiej. Przewodniczący ORL Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej IV i V kadencji, zastępca sekretarza NRL VI kadencji. Sekretarz NRL w obecnej kadencji, a w izbie świętokrzyskiej przewodniczy komisji legislacyjnej i komisji do spraw prawa medycznego. Zasiada także w Radzie Fundacji Lekarzy Lekarzom, zajmującej się wsparciem lekarzy, którzy znaleźli się w trudnej życiowej sytuacji.



Romuald Krajewski

(Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie)

Specjalista neurochirurgii. Zaangażowany zarówno w okręgu (obecnie zastępca prezesa ORL, szef komisji zajmującej się doskonaleniem zawodowym lekarzy), jak i NIL. Od V kadencji jest wiceprezesem NRL (wcześniej był m.in. przewodniczącym NSL, przez lata pracował też w komisji kształcenia medycznego). Zajmuje go sprawy międzynarodowe (członek komisji ds. współpracy międzynarodowej w NIL), od 2012 r. jest prezydentem Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS). Obecnie kieruje ośrodkami: doskonalenia zawodowego oraz studiów, analiz i informacji NIL, zaangażowany też w prace komisji, która organizuje egzaminy z jęz. polskiego dla lekarzy cudzoziemców.



Wojciech Maksymowicz

(Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w Olsztynie)

Specjalista neurochirurgii i neurotraumatologii. Był przewodniczącym Sekcji Służby Zdrowia Regionu Mazowsze NSZZ „Solidarność” – związku zawodowego, który nadawał ton budzącej się myśli o reaktywacji samorządu lekarskiego. Odpowiedzialny za organizację kampanii wyborczej do pierwszych wyborów do NRL. Sekretarz NRL w I kadencji. Uczestniczył w przygotowaniu projektu KEL i regulacji niezbędnych dla funkcjonowania NIL. Kierował „Gazetą Lekarską”. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w rządzie Jerzego Buzka. Obecnie kierownik Katedry Neurologii i Neurochirurgii Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego i prorektor UWM ds. uczelni medycznej. Odznaczony m.in. Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski.



Wojciech Marquardt

(Śląska Izba Lekarska w Katowicach)

Specjalista chorób wewnętrznych. W latach 1980–1993 działał w NSZZ „Solidarność” Służby Zdrowia. Jeden z organizatorów izby lekarskiej w Katowicach. Członek NRL i ORL w Katowicach wszystkich kadencji, wiceprezes NRL (IV kadencja), przewodniczący śląskiej izby (II, III kadencja, następnie zastępca przewodniczącego). Uczestniczył w pracach wielu komisji problemowych. Obecnie jest Skarbnikiem NRL, wiceprzewodniczącym Krajowych Zjazdów Lekarzy, członkiem Rady Ośrodka Współpracy z Polonią Medyczną, Rady Ośrodka Doskonalenia Zawodowego NRL, kolegium „Gazety Lekarskiej”, a także działa w komisji etyki lekarskiej i komisji finansowo-budżetowej naczelnej izby. Działa też w ŚIL. Współorganizator kilku Kongresów Polonii Medycznej.



Andrzej Sawoni

(Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie)

Specjalista chirurgii ogólnej. Uczestniczył w procesie reaktywacji samorządu lekarskiego (członek Komitetu Organizacyjnego Izby Lekarskich). Zastępca przewodniczącego ORL w Warszawie I kadencji, w następnych latach pełnił m.in. funkcję skarbnika izby. Obecnie jest prezesem warszawskiej izby. Wcześniej działał też w NIL (skarbnik NRL, wiceprezes NRL, szef komisji finansowo-budżetowej). Przewodził w 2003 r. w Toruniu VII NKZL, na którym znowelizowano KEL. – To było trudne, a jednocześnie bardzo ważny czas – wspomina Andrzej Sawoni. Uważa, że warto działać w samorządzie, bo dzięki temu można mieć realny wpływ na kształt zawodu lekarza.



Krystyna Szyrocka-Kowalczyk

(Beskidzka Izba Lekarska w Bielsku-Białej)

Specjalista chirurgii dziecięcej. Działa głównie w swoim okręgu. Przewodnicząca ORL III i IV kadencji (wówczas beskidzka izba była gospodarzem pierwszego wyjazdowego posiedzenia Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich), a w następnych dwóch kadencjach była skarbnikiem swojej izby. Obecnie jest członkiem prezydium swojej izby. Zainicjowała utworzenie w 1999 roku ośrodka kształcenia medycznego przy beskidzkiej izbie. Uważa, że najważniejszą rolą samorządu jest integracja środowiska lekarskiego, dlatego w jej okręgu izba jest areną spotkań dla wszystkich medyków. Przez lata angażowała swój autorytet w NIL w walce o utrzymanie tzw. małych i średnich izb lekarskich. 

Obracamy miliardami

W swojej codziennej pracy lekarskiej zapewne nie zdajemy sobie sprawy, że zwykłe wystawienie recepty ma taki wpływ na rynek farmaceutyczny w Polsce – przekładając się na miliardy złotych. Podobnie jak w roku ubiegłym, przedstawiam analizę tego rynku udostępnioną dzięki firmie QuintilesIMS.



Obraz rynku aptecznego w 2016 r. był wynikiem wielokierunkowych zmian, związanych m.in. z wprowadzeniem ustawy refundacyjnej w 2012 r. Ustawa zapoczątkowała zjawisko renegocjacji, których kolejny cykl miał miejsce w drugiej połowie 2015 r. i których wynik przełożył się na niższy poziom cen detalicznych i spadek wartości rynku leków refundowanych.

Podobnie jak poprzednio, największą część rynku należała do leków i produktów dostępnych bez recepty. Nasilenie infekcji w I kwartale i związana z nią sprzedaż leków stosowanych

w przebiegu spowodowały wzrost sprzedaży tego segmentu.

Warto zwrócić uwagę na dynamicznie rozwijający się kanał sprzedaży wysyłkowej e-aptek, który przyniósł dodatkowy wzrost tego rynku na poziomie 100 mln zł. Istotne znaczenie, głównie z punktu widzenia pacjenta powyżej 75. r.ż., miało wejście w życie projektu „Leki 75+”, w ramach którego pacjenci otrzymali bezpłatny dostęp do leków ujętych w ramach tzw. listy S. Od stycznia 2017 r. lista bezpłatnych leków została rozszerzona o kolejne substancje czynne, w tym również insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej.

▲ **Całkowita wartość rynku aptek otwartych (leków na Rp. i bez Rp.), liczona w cenach detalicznych, w 2016 r. wyniosła 30,8 mld zł.**



Mariusz Janikowski

Przewodniczący Zespołu ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii NRL

Jak w tej rzeczywistości wyglądał tzw. rynek aptek otwartych? Całkowita wartość rynku aptek otwartych (segmenty Rx. i SM – czyli leków na Rp. i bez Rp.), liczona w cenach detalicznych, w 2016 r. wyniosła 30,8 mld zł, co oznacza wzrost o 3,2%, czyli o blisko 959 mln zł więcej niż w 2015 r.

Rynek aptek otwartych – segment leków dostępnych na receptę, to właśnie ten rynek, który jest kształtowany naszymi receptami.

Wartość rynku Rx. wyniosła 18 mld zł. Segment sprzedaży leków na receptę odnotował wzrost na poziomie 1,8%, czyli o ponad 324 mln zł więcej niż w 2015 r. Na wzrost wartości rynku Rx. największy wpływ miały następujące grupy leków: B – krew i układ krwiotwórczy (+279 mln), N – ośrodkowy układ nerwowy (+37,8 mln), M – układ mięśniowo-szkieletowy (+35,3 mln).

Klasy, które zanotowały największy spadek wartości w 2016 r. to: L – leki przeciwnowotworowe i wpływające na układ odpornościowy (–75,1 mln), J – leki do stosowania ogólnego w zakażeniach (–47,8 mln) oraz C – układ sercowo-naczyniowy (–19,8 mln).

Wartość rynku leków refundowanych wyniosła 12,2 mld zł i spadła o 0,3%, czyli o blisko 38,7 mln zł. Wartość rynku leków nierefundowanych wyniosła 5,8 mld zł i wzrosła o 6,6%, czyli o ponad 363 mln zł.

Rok 2016 przyniósł niski wzrost wartości w segmencie leków na receptę – inaczej niż w poprzednich dwóch latach, kiedy wzrost tego segmentu był porównywalny lub wyższy od wzrostu segmentu leków i produktów bez recepty. Po raz pierwszy od 2013 r. zanotowano spadek wartości rynku leków refundowanych.

Co było tego przyczyną? Złożyło się na to kilka czynników, takich jak renegocjacje decyzji refundacyjnych i w konsekwencji niższe ceny leków, wprowadzenie tańszych odpowiedników do danej grupy limitowej oraz przeniesienie do rynku szpitalnego niektórych leków zawierających czynniki stymulujące granulopoezę, stosowanych w chorobach onkologicznych.

Rynek aptek otwartych – segment leków i produktów dostępnych bez recepty. Wartość rynku SM wyniosła 12,9 mld zł. Segment sprzedaży leków i produktów bez recepty odnotował tempo wzrostu na poziomie 5,2%, czyli o ponad 641 mln zł więcej niż w 2015 r. W segmencie tym duży wpływ na wartość wzrostu miały produkty znajdujące się w klasach: 04 – witaminy, minerały (+182 mln), 02 – preparaty przeciwbólowe (+75 mln), 03 – trawienie, układ pokarmowy (+62 mln).

Klasy te przyniosły łącznie ponad 320 mln wzrostu – stanowi to 50% całkowitego wzrostu na rynku aptecznym SM. Segment leków i produktów bez recepty był w 2016 r. głównym źródłem wzrostu rynku aptecznego. Ostatnie zmiany w statusie dostępności takich molekuł jak levodropropizine, sildenafil, cholecalciferol + witamina K2, desloratadine i trimebutine przyniosły blisko 50 mln zł (8% udziału w całkowitym wzroście).

I jeszcze kilka danych statystycznych o polskich aptekach. Na koniec grudnia 2016 r. w Polsce funkcjonowało 14 716 aptek. Całkowita ich liczba wzrosła o 147 podmiotów w stosunku do grudnia 2015 r. Na przestrzeni tego okresu zmieniła się liczba aptek sieciowych. W grudniu 2016 r. było ich 5 882 (+513 aptek). Zmniejszyła się o 366 liczba aptek niezależnych, które w grudniu 2016 r. stanowiły 60% całkowitej liczby aptek i odpowiadały za 42,4% wartości sprzedaży na rynku aptecznym.

14 716

Tyle aptek funkcjonowało w Polsce na koniec grudnia 2016 r. Całkowita ich liczba wzrosła o 147 podmiotów w stosunku do grudnia 2015 r.

Średni obrót apteki w grudniu 2016 r. wyniósł 190 tys. zł (+3,8%). Segment sprzedaży leków Rx. refundowanych stanowił w aptece blisko 35% całkowitego obrotu apteki i wynosił 66 tys. zł. (-1%).

Analizując rynek leków na receptę, warto odnieść się do całkowitej liczby pojedynczych ordynacji lekarskich, czyli do ilości wystawianych recept.

W 2016 roku wyniosła ona 474,7 mln zł i w niewielkim stopniu zmieniła się w stosunku do 2015 r.

Najbardziej dynamiczny wzrost To rynek sprzedaży wysyłkowych e-aptek. Całkowita wartość rynku sprzedaży wysyłkowych e-aptek, liczona w cenach detalicznych, w 2016 r. wyniosła blisko 340 mln zł, co oznacza wzrost o prawie 42%, czyli o 100 mln zł więcej niż w roku 2015. Z wyjątkiem jednej klasy – preparatów stosowanych w odchudzaniu – wszystkie klasy zanotowały wzrost. ☺

REKLAMA

Kształcenie, nowe technologie i kontrakty



Leszek Dudziński
Wiceprezes NRL, przewodniczący
Komisji Stomatologicznej NRL

Ostatnie wydarzenia pokazują, że powszechne odczucie o braku problemów w stomatologii jest błędne. Wiele kwestii musimy przedyskutować, jednak nie tylko między sobą, ale też z przedstawicielami administracji rządowej.

Dobrym przykładem takiego wydarzenia jest tegoroczna edycja nałęczowskiej Konferencji Okrągłego Stołu. Rozmawialiśmy tam m.in. o problemach dotyczących poprawy jakości kształcenia, co wiąże się ze zmianą finansowania uczelni medycznych, a także samych zajęć praktycznych w trakcie kształcenia stomatologicznego. Wprawdzie bezpośrednio takie pytanie nie padło, ale dyskusja wyraźnie szła w kierunku postawienia kwestii, czy nie powinno się rozważyć odpłatności przez studentów i lekarzy podnoszących swoje kwalifikacje za niektóre czynności wykonywane w procesie kształcenia.

To jeden aspekt. Drugi dotyczył kontrowersyjnej wypowiedzi Pana Ministra, że wszyscy lekarze powinni specjalizować się, ale stomatolodzy już nie. Obecnie mamy ponad 70 proc. lekarzy ze specjalizacją i tylko 20 proc. lekarzy dentystów kształcących się w różnej formie podyplomowo. Czy chodzi nam o prawne umocowanie tego stanu rzeczy? Co z coraz większymi potrzebami społecznymi, zwłaszcza w kontekście zagrożeń demograficznych?

Na konferencji mówiono też o rozwoju. Byliśmy zbudowani postawą konsultantów, którzy dostrzegają konieczność wprowadzania nowych technologii i metod terapeutycznych. W programach specjalizacji coraz częściej uwzględnia się stosowanie nowoczesnych technik, na przykład w chirurgii poprzez stosowanie metod sterowania wzrostem kości czy rozwiązania oparte o 3D. Pojawiające się możliwości dają zupełnie nowe podejście do wykonywania zawodu, ale niosą też zagrożenia.

Chciałbym też nawiązać do spotkania zorganizowanego przez Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie i Polskie Towarzystwo Chirurgii Jamy Ustnej

i Chirurgii Szczękowo-Twarzowej pod przewodnictwem dra S. Starościaka. Jego uczestnicy dzielili się doświadczeniami w zakresie profilaktyki, diagnostyki i możliwości terapeutycznych przypadków onkologicznych jamy ustnej i tkanek okolicznych. To, czym kiedyś zajmował się chirurg szczękowo-twarzowy, obecnie jest polem współpracy także m.in. laryngologa czy neurochirurga, o czym wspominał prof. Romuald Krajewski w swoim doskonałym wystąpieniu. Kolejny, znakomity wykład dotyczył wpływu wirusa HPV na wystąpienie nowotworów, w tym w obrębie głowy szyi.

Odbyła się ciekawa dyskusja dotycząca kierunku zmian w leczeniu chirurgicznym w onkologii klinicznej. Ewidentnie widać, że przeszliśmy przez etap rekonstrukcji z użyciem okolicznych płatów, wchodząc w erę rekonstrukcji mikrochirurgicznej. Prof. Andrzej Wojtowicz mówił z kolei o nowych opcjach diagnostycznych stanów przednowotworowych. Myślę, że trzeba tę wiedzę szeroko rozpowszechniać. Niezwykle budujące było, że na konferencji pojawiło się duże grono młodych kolegów z różnych ośrodków w całej Polsce. Mimo trudności w dostępie do specjalizacji chirurgicznej, jest grupa, która pozwoli na pokoleniowe zmiany i godne zastępstwo obecnych specjalistów.

Jesteśmy w trakcie kontraktowania świadczeń stomatologicznych. Proces ten budzi wiele emocji. Po pierwsze, nie do końca satysfakcjonują nas rozwiązania prawne zarówno w postaci rozporządzenia Ministra Zdrowia, jak i zarządzeń Prezesa NFZ. Ponadto w niektórych miejscach w Polsce zaczyna się proponować w kontraktach stawki niższe niż w latach poprzednich. To jest bardzo niepokojące zjawisko, zwłaszcza że wcześniej zapewniano nas, że zostanie utrzymana wycena punktu co najmniej na podobnym poziomie jak w latach poprzednich. To dla naszego środowiska kolejny sygnał, że nie ma co oczekiwać nagłej poprawy finansowania stomatologii. Wystąpiliśmy z zapytaniem do Prezesa NFZ, o ile zwiększy się finansowanie w drugiej połowie 2017 r. Czekamy na odpowiedź. ○

Obrady okrągłego stołu



Marta Jakubiak

Zastępca redaktora
naczelnego
„Gazety Lekarskiej”

Fantomy, praktyki wakacyjne, standardy kształcenia, EBM, wymogi akredytacyjne, limity przyjęć na studia, odpowiedzialność studenta i niedobory kadrowe.

W dniach 24-25 kwietnia dziękani wydziałów lekarsko-dentystycznych, kierownicy klinik, katedr i zakładów uniwersytetów medycznych z całej Polski, konsultanci krajowi, członkowie KS NRL spotkali się w stolicy, by podczas XIX Konferencji Okrągłego Stołu Nałęczów–Warszawa rozmawiać o sprawach ważnych dla stomatologii. Omawiano kwestie związane z przed- i podyplomowym kształceniem lekarzy dentystów oraz zagadnienia prawne mające wpływ na codzienną pracę w gabinetach stomatologicznych.

Konferencję otworzyli prof. Teresa Bachanek, prezydent Polskiego Towarzystwa Edukacji Medyczno-Dentystycznej „Sapientia”, oraz Leszek Dudziński, wiceprezes NRL. – Konferencja jest wyjątkowa z różnych względów. Ze względu na obecność dostojnych gości oraz jej uczestników. I podwójny awans: stolica awansowała do miana uzdrowiska, a uzdrowisko przeniosło się do Warszawy – tak powitała gości prof. Bachanek. Kontynuując ideę debat toczących się od blisko 20 lat w Nałęczowie, w tym roku obrady okrągłego stołu wyjątkowo odbywały się w Warszawie.

Podczas wykładu inauguracyjnego minister zdrowia Konstanty Radziwiłł zaznaczył, że przywracając staż podyplomowy, nie zrezygnowano z kształcenia praktycznego na ostatnim roku studiów. Mówił m.in. o planach zmniejszenia o 5 proc. przyjęć na kierunek



lekarsko-dentystyczny w roku akademickim 2017/2018, a także o systematycznym zwiększaniu dotacji dydaktycznych w latach 2015-2017, tworzeniu nowych centrów symulacji medycznej (na pięciu uczelniach powstaną te dedykowane kształceniu przyszłych stomatologów), o planach wprowadzenia w systemie kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów standaryzacji wg zasad równości, przejrzystości i jawności, zgodnych z Evidence Based Medicine. Wspomniał też o planach stworzenia centralnego, ogólnopolskiego systemu naboru na specjalizację, w którym CMKP będzie organem koordynującym postępowanie kwalifikacyjne. Ministerstwo planuje przywrócenie możliwości jednokrotnej zmiany rezydentury bez podawania przyczyny. Jeśli zaś chodzi o doskonalenie zawodowe i konieczność zdobywania punktów edukacyjnych, wymogi w tym

▲ **Prof. Marek Ziętek zabiera głos podczas jednej z dyskusji.**

zakresie zostały złagodzone, zniesiono bowiem ograniczenia i limity punktów edukacyjnych w poszczególnych zakresach doskonalenia. Minister podkreślił jednocześnie, że wywiązywanie się z tego obowiązku przez lekarzy powinno być na poziomie 95 proc. i ma nadzieję, że dzięki wprowadzonej zmianie obecny odsetek ulegnie zwiększeniu. – Bardzo dużo się zmienia i żeby móc rozmawiać, musimy mieć konkrety do tej dyskusji, a tych brakuje. O niektórych sprawach planowanych przez pana ministra dowiadujemy się z prasy. Dobrze by było, gdybyśmy otrzymywali informacje z resortu – zwrócił się do ministra Radziwiłła prezes Dudziński.

Planowane zmiany na uczelniach medycznych przedstawił prof. Łukasz Szumowski, podsekretarz stanu w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego. – Chcemy, by ci wybitni byli jak najszybciej w krwiobiegu samodzielnych



Fotorelacja na
www.gazetalekarska.pl

pracowników nauki – deklarował. Resort zamierza m.in. ograniczyć liczbę dziedzin i dyscyplin naukowych, np. tych reprezentowanych przez zaledwie jedną albo dwie osoby. Prezes NRL, Maciej Hamankiewicz, po raz kolejny przypomniał postulat o powołanie przy ministrze zdrowia stanowiska Naczelnego Lekarza Dentysty. – Poprzez zmniejszenie limitu przyjęć na stomatologię, zaoszczędzone zostaną pewne środki, dzięki którym można byłoby poprawić dramatyczną sytuację braku lekarzy w innych dziedzinach – podkreślił prezes Hamankiewicz. I wyraził nadzieję, że zostaną one przeznaczone na ten właśnie cel. Prof. Marek Ziętek, rektor Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, mówił o przyszłości szkolnictwa wyższego w Polsce. Jak zauważył, w najbliższych latach problemem może być brak chętnych na asystentury, m.in. ze względu na niskie płace czy konieczność pracy klinicznej w wymiarze wymuszonym przez pracodawcę, a także brak możliwości uzyskania specjalizacji poza systemem ogólnopolskim. Kontrowersyjne mogą okazać się też kwestie rozliczania usług wykonanych przez studentów oraz „ozusowanie” podmiotów klinicznych za usługi świadczone w ramach dydaktyki.

ASPEKTY PRAWNE

Omawiając – w świetle wymogów wynikających z przepisów prawa polskiego i europejskiego – kwestie związane z określeniem profilu kształcenia na kierunku lekarsko-dentystycznym, Marek Szewczyński, radca prawny NIL, wskazał, że argumenty, którymi resort zdrowia uzasadniał niedawną decyzję o zmianie profilu studiów na kierunku lekarskim z profilu praktycznego na profil ogólnoakademicki, można odnosić także do studiów stomatologicznych. Z kolei przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego, dr Wojciech Łącki, omówił najczęstsze przewinienia zawodowe lekarzy dentystów w świetle orzecznictwa NSL. – Sprawy stomatologiczne są zaliczane do bardzo trudnych – zauważył. Skąd taka kwalifikacja? – Między innymi ze względu na skomplikowany proces



▲ Otwarcie konferencji.

diagnostyczno-leczniczy. W czasie jego wystąpienia sala wrzała, na bieżąco podnosząc omawiane przez dra Łąckiego kwestie.

O możliwościach i ograniczeniach prawnych wykonywania zabiegów stomatologicznych mówili: Katarzyna Chmielewska, dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego w Ministerstwie Zdrowia, oraz Michał Kozik, radca prawny NIL. – Dlaczego zastanawiamy się nad dopuszczeniem studentów do pacjenta? Ponieważ wszystko, czym zajmuje się lekarz i lekarz dentysta, co do zasady jest bezprawne. Tylko działanie w granicach dozwolonej prawem ingerencji w cudzy organizm przez osobę do tego uprawnioną na mocy przepisu ustawowego uchyla bezprawność działania – wyjaśniał mec. Kozik. Kwestiami nierozstrzygniętymi nadal pozostaje, czy praktyki wakacyjne mogą prowadzić także indywidualne praktyki stomatologiczne lekarza dentysty oraz jakich umiejętności w czasie tych praktyk wakacyjnych powinni nauczyć się studenci.

WIEDZA I SYMULACJE

Zagadnienia związane z kształceniem praktycznym, z uwzględnieniem nauczania przedklinicznego na symulatorach oraz wymiaru godzinowego tych zajęć, przybliżył prof. Mariusz Lipski z Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. Jak zauważył, dużym problemem dla środowiska akademickiego jest kwestia praktyk wakacyjnych jako części nauczania praktycznego studentów, które zostało

zapisane w standardach kształcenia. Zresztą wszyscy zgodzili się z tym, że brak aktu prawnego, który określałby ramy działania studentów w czasie realizacji klinicznego nauczania praktycznego, w tym praktyk wakacyjnych, dlatego konieczne jest podjęcie działań legislacyjnych zmierzających do kompleksowego uregulowania tej kwestii.

Dr Bożena Czarkowska-Pączek, przewodnicząca Zespołu Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu oraz Nauk o Kulturze Fizycznej Polskiej Komisji Akredytacyjnej, omówiła wymagania państwowej komisji akredytacyjnej wobec wydziałów stomatologii. – W latach 2002-2015 PKA rozpatrzyła 6502 wnioski, wydała 6242 oceny jakości kształcenia, w tym 170 wyróżniających, 4775 pozytywnych, 629 warunkowych, 192 negatywne i odstąpiła od wydania w 476 przypadkach – podsumowała dr Czarkowska-Pączek. PKA czuwa nad tym, by praktyki odbywały się w jednostkach gwarantujących realizację efektów kształcenia.

W związku z prognozami demograficznymi i danymi epidemiologicznymi wskazano na konieczność zapewnienia właściwej opieki stomatologicznej starzejącemu się społeczeństwu. O miejscu gerostomatologii w kształceniu przeddyplomowym studentów oraz o wymaganiach ministerstwa w tym zakresie mówiła dr hab. Agnieszka Mielczarek, konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją. Postulowała, aby zwiększyć liczbę godzin przeznaczonych na nauczanie tego przedmiotu

WAŻNE

Nie ma aktu prawnego, który określałby ramy działania studentów w czasie realizacji klinicznego nauczania praktycznego, w tym praktyk wakacyjnych. Konieczne jest podjęcie działań legislacyjnych zmierzających do kompleksowego uregulowania tej kwestii.



(obecnie prowadzone na V roku studiów praktyczne nauczanie kliniczne to zaledwie 45 godz.), a także o rozszerzenie zakresu nauczania gerostomatologii na specjalności higieny stomatologicznej oraz możliwość odbywania praktyk studenckich w domach opieki i placówkach szpitalnych.

KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE

Drugi dzień konferencji rozpoczęło wystąpienie prof. Mariusza Klenckiego, dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi, poświęcone przede wszystkim analizie wyników Państwowego Egzaminu Specjalistycznego z poszczególnych specjalności lekarsko-dentystycznych. W sesji egzaminacyjnej jesiennej 2016 r. były 164 zgłoszenia (ostatecznie wydano 106 dyplomów), a w wiosennej 2017 r. – 127 (dyplomy uzyskały 71 osoby). – Średnie z testu były wysokie, wyższe niż przeciętnie z PES. Najlepsze wyniki z testu osiągnęli zdający egzamin z periodontologii – wliczał szef CEM. W dalszej części wystąpienia omówił zmiany w regulaminie przeprowadzania PES, które weszły w życie z początkiem maja. Nowością jest wprowadzenie oceny dyskwalifikującej. W przypadku, gdy osoba zdająca nie udzieli żadnej odpowiedzi, otrzyma za to zadanie właśnie taką notę, co spowoduje przerwanie egzaminu i uzyskanie negatywnego wyniku egzaminu ustnego. Jego negatywny wynik spowoduje również uzyskanie przez osobę zdającą oceny niedostatecznej za dwa albo więcej zadań (niezależnie od ocen uzyskanych

▲ **Prof. Elżbieta Mierzwińska-Nastalska i prof. Teresa Bachanek.**

45 H

Tyle trwa obecnie prowadzone na V roku studiów praktyczne nauczanie kliniczne stomatologii zachowawczej z endodoncją.

DLACZEGO ZASTANAWIAMY SIĘ NAD DOPUSZCZENIEM STUDENTÓW DO PACJENTA? PONIEWAŻ WSZYSTKO, CZYM ZAJMUJE SIĘ LEKARZ I LEKARZ DENTYSTA, CO DO ZASADY JEST BEZPRAWNE.

za pozostałe). Nowa skala ocen wywołała żywą dyskusję stomatologów zebranych na sali.

Najważniejsze problemy dotyczące specjalizacji widziane oczyma samorządu lekarskiego przedstawiła Alicja Marchyć-Felba, przewodnicząca Zespołu Komisji Stomatologicznej NRL ds. Kształcenia Lekarzy Dentystów. Przypomniała najważniejsze postulaty sformułowane w formie apeli i stanowisk przekazane do Ministerstwa Zdrowia. To m.in. potrzeba stworzenia jasnych ram prawnych do wykonywania przez studentów zabiegów diagnostyczno-leczniczych i związanych z tym zobowiązań wynikających z relacji pacjent-lekarz zarówno w toku realizacji studiów, jak i w czasie praktyk wakacyjnych. Dr Felba mówiła o potrzebie rozpoczęcia dyskusji nad wprowadzeniem opłaty za szkolenie specjalizacyjne, co – w jej ocenie – doprowadziłoby do większego zainteresowania akredytacjami ze strony praktyk lekarskich. – To częste postulaty młodych lekarzy – podkreśliła, dodając, że zgodnie z wynikami raportu OSAI NIL „Lekarze stomatolodzy 2016”, płatnym szkoleniem specjalizacyjnym zainteresowana jest ponad połowa (54 proc.) nieposiadających specjalizacji oraz co trzeci respondent ze specjalizacją (34 proc.). Przypomniała również o tym, że Komisja Stomatologiczna NRL proponuje rozszerzenie katalogu specjalizacji lekarsko-dentystycznych o specjalizacje z dziedziny mikrobiologii oraz medycyny pracy.

Po południu konsultanci krajowi w dziedzinach stomatologicznych (prof. Renata Górka, prof. Beata Kawala, dr hab. Agnieszka Mielczarek, prof. Dorota Olczak-Kolwaczyk, prof. Mansur Rahnama-Hezevah, dr hab. Teresa Sierpińska i dr Mariusz Siuta) – omówili zmiany w programie specjalizacji (szerzej na ten temat w następnym numerze).

PODSUMOWANIE

Zebrani byli zgodni, że konieczne jest przeprowadzenie szczegółowej analizy potrzeb w zakresie zdrowia jamy ustnej Polaków w celu obliczenia normy lekarzy dentystów, jaka powinna przypadać na określoną liczbę mieszkańców. W nawiązaniu do tego powinna zostać określona liczba kandydatów przyjmowanych na studia lekarsko-dentystyczne. W każdej dziedzinie stomatologii należałoby ustalić minimalną liczbę osób, które należy szkolić w ramach poszczególnych specjalizacji. Uczestnicy konferencji zwrócili uwagę na potrzebę podjęcia działań w celu zwiększenia liczby miejsc i jednostek akredytowanych do prowadzenia kształcenia specjalizacyjnego. Zdaniem stomatologów biorących udział w konferencji należy również wprowadzić godne wynagrodzenia dla kierowników specjalizacji. Pojawiły się ponadto postulaty dotyczące wprowadzenia możliwości odbywania specjalizacji dla pracowników uczelni medycznych poza limitem wyznaczonym przez ministra zdrowia oraz, w związku z wejściem w życie ustawy o sieci szpitali, konieczności zabezpieczenia finansowania dla ośrodków akredytowanych do szkolenia w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej (zwłaszcza tych prowadzących je poza uniwersytetami).

– Konferencja była doskonałym przykładem, że ilość zagadnień, z którymi spotykamy się, rozmawiając o kształceniu zarówno przed-, jak i podyplomowym, skłania nas, by jeszcze raz zwrócić się do ministra zdrowia, aby rozważył możliwość powołania oddzielnego zespołu, który doradzałby panu ministrowi w sprawie ewentualnych zmian dotyczących kształcenia w stomatologii. Ponadto konferencja potwierdziła, że istnieje wiele rozbieżności w systemie kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów – podsumowuje prezes Dudziński. ○

Zepchnąć próchnicę na margines



Z prof. **Marią Borysewicz-Lewicką**, kierownikiem Katedry i Kliniki Stomatologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

GL O próchnicy u dzieci nieustannie mówi się, pisze, wdraża coraz to nowsze programy prewencyjne, a wciąż mamy z nią problem. Dlaczego?

Próchnica zębów to choroba, z którą ludzkość zmaga się od zarania dziejów. Nasze działania całkowicie jej nie wyeliminują, są obliczone na ograniczenie zagrożenia do minimum, a doświadczenia w walce z tą chorobą utwierdzają nas tylko w przekonaniu, że im bardziej jesteśmy cywilizowani, tym trudniej się z nią uporać.

Szczotka do zębów i pasta, choć są niezbędne, okazują się być niewystarczającym orężem. Problem próchnicy staje się coraz bardziej złożony i w dużym, a może w największym stopniu uzależniony od trybu życia, jaki prowadzimy. Mam na myśli nasze upodobania żywieniowe, które są bardzo próchnicogenne. W przeszłości takim zagrożeniem stała się biała mąka i cukier.

Był taki czas, że dostrzegając to zagrożenie, rezygnowało się ze słodzenia kawy czy herbaty. Obecnie wszystko, co kupujemy, jest dosładzane, można więc powiedzieć, że cukier jest wszędzie, nie tylko w słodczych – w napojach, chlebie, jogurtach, keczupie, wędlinach. Nie wystarczy więc dbać o higienę jamy ustnej, choć to podstawa, ale zmienić nawyki żywieniowe.

GL To zalecenie dotyczy większości chorób cywilizacyjnych i staje się pustym sloganem. Co robić, aby tak nie było?

Postawić na edukację, którą należy zacząć już od dzieci w wieku przedszkolnym. Jednak efekty tej edukacji nie są widoczne od razu, trzeba na nie czekać wiele lat. Jeśli jednak codziennie kładzie się do głowy dzieciom, jak unikać próchnicy, z czasem ta wiedza się utrwała i diametralnie zmienia podejście do spraw związanych ze zdrowym żywieniem. Dzieci dorastają i wpajają ją swoim dzieciom, a one swoim. Edukacja nie jest więc jednorazowym działaniem, ale procesem.

Nie można zakazać dzieciom jedzenia słodczych, bo skutek będzie odwrotny, ale nauczyć je, w jakim momencie i w jakich ilościach można je spożywać.

GL Co w związku z próchnicą powinniśmy wiedzieć o zdrowym żywieniu?

To, że należy robić przerwy między posiłkami. Podjadanie to główny czynnik stwarzający warunki do rozwoju bakterii sprzyjających powstawaniu choroby próchnicznej zębów. Ślina tworzy naturalny obronny system organizmu przed mnożeniem się bakterii w jamie ustnej. Chroni tym samym szkliwo zębów przed drobnoustrojami. Jedno grono, ciasteczko, pół szklanki soku, a nawet to zdrowe jabłuszko zjedzone pomiędzy jednym głównym posiłkiem a drugim, już stwarza warunki dla rozwoju bakterii. One są wykryte, nazwane, opisane, wiemy więc, z czym mamy do czynienia. Niestety, nie zawsze uwzględniają to dietetycy ustalający różne diety redukujące masę ciała, diety cukrzycowe, obniżające poziom cholesterolu i inne.

Uważam, że każda z tych diet powinna być komponowana z uwzględnieniem ochrony zębów. Próchnica to problem populacyjny, społeczny, którego nie da się całkowicie wyeliminować, ale można zminimalizować zagrożenie i zepchnąć chorobę na margines. Poza więc, aby potraktować ją w szerszym kontekście. Dotąd jednak nie potrafiliśmy z dietetykami stworzyć wspólnego frontu.

GL A co wniósł największy 4-letni ogólnopolski program profilaktyczno-edukacyjny „Dzieciństwo bez próchnicy”?

Program zakończył się w 2016 r. Objęto nim 360 tys. dzieci w wieku przedszkolnym, ale tak naprawdę ich opiekunów, a więc rodziców, dziadków, wychowawców w przedszkolach, ponieważ dzieci same o sobie nie stanowią. To od tych, którzy je wychowują, zależy, jak nasze działania edukacyjne zostaną przyswojone przez dzieci, prozdrowotne zachowania staną się ich nawykami, codziennością, choćby zasada, że zęby myje się dwa razy dziennie.

Wieczorne szczotkowanie powinno odbywać się po

ostatnim posiłku, a później jest embargo na jakiegokolwiek jedzenie i picie oprócz wody. Edukacja wymaga więc zaangażowania całego środowiska. Najważniejsze w tym programie było to, że rodzice z wielką determinacją realizowali jego założenia.

Mamy dowody na to, że materiały opracowane na potrzeby programu dzieci przynosiły z przedszkola do domu i same stawały się przewodnikami w propagowaniu założeń programowych. To, czego się nauczyły, przekazywały rodzeństwu i innym członkom rodziny. Inspirowali rodziców do zadawania pytań ekspertom za pośrednictwem internetu i temat stał się ważny.

GL Gdzie w tych programach edukacyjnych jest miejsce dla stomatologów?

Stomatologia dziecięca to dziedzina, która kontroluje prawidłowy rozwój układu szczękowo-zębowego oraz wykrywa i ocenia wszelkie patologie występujące w jamie ustnej, w tym chorobę próchnicową. Stomatolog dziecięcy jest więc jak pediatra. Cały czas powinien sprawować pieczę nad rozwojem dziecka, już od momentu pierwszego ząbkowania, a także korygować nawyki wpływające na powstawanie wad zgryzu i zachowania przyczyniające się do rozwoju choroby próchnicowej.

Te działania profilaktyczne są zresztą uwzględnione w koszyku świadczeń stomatologii dziecięcej. Instruktaż higieny jamy ustnej jest finansowany przez NFZ. Ale znów – sam stomatolog niewiele zdziała, jeśli rodzice nie zaprowadzą dziecka do jego gabinetu, jeśli nie współpracują.

GL W tych projektach mamy do czynienia z edukacją pośrednią i bezpośrednią. Która z nich jest bardziej skuteczna?

Zawsze najbardziej skuteczna jest edukacja bezpośrednia, czyli spotkanie twarzą w twarz. Ale nie jest możliwe, aby z taką formą edukacji dotrzeć do wszystkich dzieci w Polsce, szczególnie tych małych. Nie wszystkie dzieci chodzą do przedszkoli, a do żłobków jeszcze mniej. Można dotrzeć do nich przez rodziców, pod warunkiem, że się zgłoszą do lekarza dentysty, lub przez media, ale jest to już forma edukacji pośredniej. Edukujemy też nauczycieli, wychowawców, mając nadzieję, że tę wiedzę przekażą dalej. Do tej grupy należą też położne ze szkoły rodzenia, pielęgniarki, higienistki.

GL Czy można powiedzieć, że wraz z zakończeniem projektu „Dzieciństwo bez próchnicy” walka z tą chorobą wkroczyła w nowy etap?

Z pewnością tak, wnioski wypływające z podsumowania tego programu posłużą do tworzenia nowych, jeszcze bardziej precyzyjnych, skutecznych projektów. Można przyjąć, że ten program zaledwie dotknął problemu, ponieważ był skierowany do 360 tys. dzieci, a więc wycinka populacji. Jednak udowodnił, że tego



▲ **Prof. Maria Borysewicz-Lewicka:**
– Stomatolog dziecięcy jest jak pediatra. Cały czas powinien sprawować pieczę nad rozwojem dziecka.

rodzaju edukacja ma sens, przedstawia problem przyczynowo-skutkowo, ze wskazaniem podziału ról dla każdego uczestnika programu. Zaowocował też wydaniem „Podręcznika dobrych praktyk”, książeczki zaadresowanej do tych, którzy chcą tworzyć nowe programy edukacyjne zwalczające chorobę próchnicową. Książeczka ta może stać się inspiracją dla administracji państwowej, samorządów, stowarzyszeń, które mają środki, by działać na rzecz większej populacji.

Program „Dzieciństwo bez próchnicy” był realizowany w ramach współpracy polsko-szwajcarskiej. O jego sukcesie świadczy fakt, że Szwajcarzy zaproponowali dodatkowo sfinansowanie realizacji podprogramu opieki stomatologicznej dla dzieci niepełnosprawnych i przewlekle chorych. Jako realizatorzy tego projektu, którym był Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, na jego podstawie opracowaliśmy zasady postępowania w tej grupie pacjentów.

GL Czy można zaryzykować twierdzenie, że dzięki programom edukacyjnym wzrosła świadomość Polaków na temat zagrożeń związanych z próchnicą?

Na pewno tak, szczególnie rodziców, których postawa, zaangażowanie w problem to klucze do sukcesu. Nie ma w Polsce takich służb, które zdjęłyby z barków stomatologów i rodziców ciężar odpowiedzialności za chorobę próchnicową. Pozostaje więc ten problem rozwiązywać we własnym zakresie. ○

Jak w krzywym zwierciadle



Jolanta Małmyga

Wiceprezes ORL w Gorzowie Wlkp.

*Zawsze bierz pod uwagę fakt,
że możesz się mylić.*

Terry Pratchett

Obserwuję to, co się dzieje w naszym pięknym kraju i nie wiem, czy się śmiać, czy płakać. Mam wrażenie, że nasi rządzący spoglądają na efekty i skutki swoich decyzji przez różowe okulary. I nie wiem, kto widzi realny świat, a kto ogląda obraz rzeczywistości odbity w różnych lustrach, pod różnymi kątami. Zgodnie z głoszonymi hasłami wszystko robią dla dobra zwykłych ludzi, aby żyło im się wygodniej, bezpieczniej i zdrowiej. Jednym z ostatnich przykładów niech będzie nowa lista leków refundowanych, z której wykluczono leki immunosupresyjne dla osób po przeszczepach, zastępując je generykami, których cena pozostaje bez zmian, czyli 3,20 zł, a tych sprawdzonych wzrosła o co najmniej 1000 zł – w zależności od specyfiku. Oszczędność duża i byłoby pięknie, gdyby nie dotyczyło to dzieci. Nie zostały przeprowadzone badania nad skutecznością podawania u małych pacjentów generyków, których stosowanie u najmłodszych jest – zdaniem znawców terapii – ryzykowne. Słuchałam wypowiedzi przerażonych rodziców, których po tych zmianach nie będzie stać na leczenie dzieci. Włos mi się jeżył na głowie, gdyż ja, podobnie jak przerażeni rodzice, nie mam różowych okularów i rzeczywistość oglądam w płaskich lustrach. Ale przecież brak refundacji leków stosowanych w terapii standardowej to problem dla pacjentów, a nie dla rządzących. Ale co tam, ważne jest zdanie i dobre samopoczucie rządzących, podejmujących decyzje zgodnie z przekonaniem o słuszności podejmowanych decyzji, gdyż mają wiedzę idealną we wszystkich dziedzinach, która pozwala ponadto uzyskać duże oszczędności finansowe dla budżetu państwa.

Zawsze też jest wyjście w przypadku, gdy nowe leki nie przyniosą oczekiwanych efektów dla małych pacjentów – ich rodzice pogodzą się ze stratą i postarają się o drugie, zdrowe dziecko i może nie tylko jedno, ale i następne, przecież jest pomoc w formie 500 plus.

Rządzący reformatorzy nie widzą potrzeby wspierania pacjenta i jego rodziny. Zarówno młodzi, jak i starzy ze swoimi problemami w walce o zdrowie i życie są pozostawieni sami sobie. Jakoś nikt nie chce im zafundować i zrefundować różowych okularów.

Następnym przykładem dobrych decyzji jest likwidacja oddziałów geriatrycznych i włączenia tego leczenia do oddziałów internistycznych. Tylko że geriatrya to nie interna i zastanawiam się, w ilu szpitalach są zatrudnieni lekarze geriatry, których jest w naszym kraju bardzo mało. W szpitalach włączonych do sieci będzie finansowanie ryczałtowe, nie będzie płaćnia za procedury. Możliwe, że na oddziałach wewnętrznych leczenie geriatryczne będzie bardziej opłacalne – jeśli tak, to kto zajmie się leczeniem przypadków internistycznych? Tłumaczenia i odpowiedzialność spadnie na pracowników służby zdrowia, ale nawet najlepiej wyszkoleni i oddani swoim pacjentom lekarze i pielęgniarki nie będą w stanie im pomóc, gdyż nie są bogami i milionerami. Dla rządzących najważniejsze jest, aby zgadzała się sprawozdawczość i możliwość głoszenia sukcesów. Nie chcą i nie potrafią słuchać ludzi, mimo zapewnień przedwyborczych o wsłuchiwanie się w głos obywateli. Zapewne, kiedyś będą musieli zdjąć różowe okulary i zobaczyć prawdziwy świat. Czy zaakceptują fakt, że jednak się przynajmniej w części swoich decyzji pomylili?

Zbliżają się wakacje i najwyższy czas odpocząć od problemów, zrelaksować się i cieszyć się życiem. Życzę dobrego wypoczynku. ☺

Kasacja bez rozpoznania

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

W 2011 r. do OROZ wpłynęło zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przewinienia zawodowego przez lekarza ginekologa. Pacjentka zarzucała mu, że nie dochował należytej staranności w badaniu i stawianych diagnozach, czego konsekwencją było niewykrycie ciąży. Po rozpoznaniu sprawy OROZ złożył do okręgowego sądu lekarskiego wniosek o ukaranie lekarza, w związku z naruszeniem art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Pacjentka zgłosiła się do poradni ginekologiczno-położniczej, by powtórzyć badanie cytologiczne z powodu występującego stanu zapalnego w uprzednio wykonanym badaniu. W trakcie wizyty obwiniony lekarz stwierdził krwawe plamienie, powiększenie macicy i odstąpił od pobierania kolejnego wymazu. Zlecił lek

hemostatyczny oraz wizytę kontrolną. Nie miał możliwości wykonania badania ultrasonograficznego, gdyż aparat był serwisowany. Po dwóch tygodniach pacjentka trafiła z krwotokiem do szpitala, gdzie stwierdzono ciążę 14-tygodniową (+/-6 dni), zagrażające poronienie przechodzące w poronienie samoistne, które się dokonało. OROZ podkreślił, że postępowanie lekarza nie miało wpływu na poronienie. Wnioskował o wymierzenie kary upomnienia.

Okręgowy sąd lekarski uznał lekarza za winnego i wymierzył mu karę upomnienia. Od tego orzeczenia odwołał się pełnomocnik pacjentki. Naczelny Sąd Lekarski uchylił zaskarżone orzeczenie i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania przez OSL, uznając zarzut braku dowodu z opinii biegłego na okoliczność istnienia związku pomiędzy nierozpoznanie ciąży

u pokrzywdzonej a poronieniem. OSL dopuścił taki dowód. OROZ zapoznał się z nim i wniósł o uniewinnienie obwinionego. Jednak zgodnie z § 25 ust. 2 Regulaminu wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich, odstąpienie OROZ od oskarżenia i cofnięcie wniosku o ukaranie nie wiąże sądu. OSL orzekł karę upomnienia. Od orzeczenia tego odwołał się OROZ. NSL zmienił zaskarżone orzeczenie sądu I instancji i uniewinnił obwinionego lekarza od zarzutu postawionego we wniosku o ukaranie. Pełnomocnik pacjentki wniósł kasację od powyższego orzeczenia do Sądu Najwyższego, który orzekł, że zgodnie z art. 64 § 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich karalność przewinienia zawodowego ustaje, jeżeli od czasu jego popełnienia upłynęło 5 lat, pozostawiając kasację bez rozpoznania.



Grzegorz Wrona

Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

KOMENTARZ

Po raz kolejny zajmujemy się potencjalnym naruszeniem zasady określonej w art. 8 KEL. Ale w tej sprawie nie jest najistotniejszą analiza tego artykułu. Po pierwsze warto zwrócić uwagę, że rzecznik odpowiedzialności zawodowej, który prowadzi postępowanie wyjaśniające, w jego przebiegu zbiera dowody przemawiające na korzyść i na niekorzyść lekarza, opierając się o swoją wiedzę, wiedzę specjalną, dowody te analizuje i wielokrotnie, będąc oskarżycielem, konstruuje wniosek o ukaranie. Nadal jednak w postępowaniu uczestniczy, zapoznaje się z gromadzonymi kolejnymi dowodami i swoją wiedzę uzupełnia. Nie pierwszy raz zdarzyło się, że biorąc pod uwagę materiał dowodowy przedstawiany przez obwinionego lekarza na etapie postępowania przed sądem, rzecznik jest gotowy wycofać się z oskarżenia. Rzeczywiście nie wiąże to sądu pierwszej instancji (OSL), ale wielokrotnie stanowi bardzo znamienne dla sądu czynnik podczas sędziowskiej narady. W tym przypadku sąd nie podzielił stanowiska rzecznika, ale też

rzecznik nie zrezygnował ze swojego prawa do złożenia odwołania od niesprawiedliwego, jego zdaniem, orzeczenia, uznającego winę lekarza. Być może zauważymy swoiste odwrócenie ról, być może uznamy, że jest to próba naprawienia błędu wcześniejszego etapu. Ja patrząc na to w kategorii poszukiwania obiektywnej prawdy, obiektywnej na podstawie dostępnej w chwili podejmowania decyzji wiedzy. Ludzką rzeczą błędzić, cywilną odwagą przyznawać się do błędu, lekarską powinnością naprawiać stwierdzony błąd własny lub kolegi.

I druga okoliczność – trochę bardziej skomplikowana. Przypomnę: NSL uniewinnił lekarza, między orzeczeniem NSL a kasacją upłynął 5-letni okres przedawnienia karalności i nie toczy się w tej samej sprawie postępowanie karne. Otóż w opisanej sytuacji, zgodnie z przepisami kodeksu postępowania karnego, Sąd Najwyższy mógłby rozpatrywać tylko kasację złożoną na korzyść obwinionego. Kasację, na niekorzyść obwinionego, złożył pełnomocnik pokrzywdzonej. Zauważył to przede wszystkim Sąd Najwyższy, ale też spostrzegł to NROZ, wnosząc o pozostawienie kasacji bez rozpoznania, co też SN postanowił.

Kosmetolog to nie lekarz

Inwazyjne zabiegi estetyczne zarezerwowane dla lekarzy, coraz częściej wykonują kosmetyczki i kosmetolodzy. Co na to przepisy, czy można grubą kreską oddzielić uprawnienia jednych i drugich w tym zakresie?

● LUCYNA KRYSIAK

Okazuje się, że nie. Nie ma prawa, które określałoby, jakie zabiegi może wykonywać kosmetolog, a których nie. Gabinet kosmetyczny może prowadzić każdy, wystarczy otworzyć działalność gospodarczą. Od właściciela zależy, kogo zatrudnia, jakie ta osoba ma kwalifikacje i co może zaoferować klientom. Wiadomo, że taki gabinet musi być rentowny, a więc wachlarz usług też jest szeroki.

NIE TYLKO MANICURE

Tu już nie chodzi tylko o manicure i pedicure, o depilację, zabiegi złuszczone naskórka czy maseczki wygładzające zmarszczki lub odmładzające wygląd. W takich gabinetach wykonuje się powiększanie ust, wypełnienia kwasem hialuronowym, ostrykiwanie toksyną botulinową, zabiegi laserowe na laserach dużej mocy, a więc zabiegi inwazyjne. Niestety, mogą się one skończyć dramatycznie – zatkanie naczyń i w konsekwencji martwica obszaru niedokrwionego, poparzenie laserowym, a późne powikłania to także ziarniniaki.

Są osoby, które stały się ofiarami inwazyjnych zabiegów estetycznych, ponieważ powikłania te mają charakter medyczny, a nie estetyczny. Kosmetolog nie jest w stanie przewidzieć i ocenić, co będzie się działo ze skórą po

latach. Wprawdzie powikłania zdarzają się także lekarzom, ale oni jako wykonujący ten zawód ponoszą za nie odpowiedzialność. Dysponując też pełną dokumentacją medyczną pacjenta, są w stanie temu zaradzić. Dermatolodzy alarmują, że tego rodzaju zdarzenia są coraz częstsze i chcą prawnego uregulowania spraw związanych z kosmetologią. Zaznaczają jednocześnie, że pośrednio przyczyniają się do tego sami lekarze, którzy szkolą kosmetologów w zabiegach inwazyjnych na różnych kursach, wystawiają im certyfikaty, nawet unijne, oraz udostępniają im preparaty i leki, których kosmetolog nie mógłby kupić, gdyż są one zarejestrowane na listach leków, które może ordynować tylko lekarz. Dr n. med. Ewa Kaniowska, wiceprezes Stowarzyszenia Lekarzy Dermatologów Estetycznych, w imieniu środowiska, zwróciła się niedawno w tej sprawie o interwencję do Naczelnej Izby Lekarskiej.

W grudniu 2016 r. Naczelna Rada Lekarska wystosowała apel do ministra zdrowia, w którym sygnalizuje problem i zwraca uwagę na potrzebę podjęcia prac legislacyjnych, mających na celu

SKÓRA

jest narządem immunologicznym, reakcja na implantowane preparaty nie musi ujawnić się od razu, może przyjść po latach.

uregulowanie zasad udzielania świadczeń z zakresu medycyny estetycznej. W opinii członków NRL, powinni ich udzielać wyłącznie osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje (tj. lekarze i lekarze dentyści), co jest gwarancją wysokiego poziomu, jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń.

KIM JEST KOSMETOLOG

Zawód kosmetyczki znany jest od dawna, ale kosmetolodzy to stosunkowo nowa grupa zawodowa. Wiele z nich ma solidne wykształcenie na kierunkach funkcjonujących na uniwersytetach medycznych oraz innych wyższych uczelniach zarówno państwowych, jak i prywatnych. Kilka lat temu uruchomiono studia magisterskie na kosmetologii. Wśród kosmetologów są więc magistrowie w swojej dziedzinie, a nawet osoby, które legitymują się doktoratami. Im bardziej wykształceni, tym mają większą świadomość zagrożeń i w trosce o dobre imię środowiska w sytuacjach, kiedy w grę wchodzi zabieg z wypełniaczami lub – co ostatnio coraz częściej ma miejsce – na osoczu bogatopłytkowym, odsyłają do lekarzy. Doktor Kaniowska tłumaczy, że te ostatnie zabiegi wymagają pobierania krwi od pacjenta, odwirowywania, a w tego rodzaju czynnościach należy przestrzegać odpowiednich procedur, którymi posługują się

SA OSOBY, KTÓRE
STAŁY SIĘ OFIARAMI INWAZYJNYCH
ZABIEGÓW ESTETYCZNYCH.



stacje krwiodawstwa. Znowu mamy tu do czynienia z ostrą medycyną. Większość kosmetologów to osoby po różnych, kilkudniowych kursach, np. stylizacji paznokci, a także technikach usług kosmetycznych. Gabinety kosmetyczne świadczące usługi upiększające są więc na różnym poziomie, a zatrudnieni w nich kosmetolodzy różnią się umiejętnościami. Samo środowisko podkreśla, że zarówno poziom wykształcenia, jak i kompetencje są skrajnie zróżnicowane. Wyznacznikiem ich profesjonalizmu jest... zadowolenie klientów. Jeśli w związku z zabiegiem klient poniesie szkodę, właściciel gabinetu musi się liczyć z roszczeniem o odszkodowanie, ale rzadko udaje się je wyegzekwować. Zdaniem lekarzy stowarzyszonych w SLDE, niezależnie od kwalifikacji i umiejętności kosmetyczka czy kosmetolog nie powinien wykonywać zabiegów inwazyjnych. – Skóra jest narządem immunologicznym, reakcja na implantowane w skórę preparaty nie musi ujawnić się od razu, może przyjść po latach, z pozoru proste zabiegi wymagają więc medycznej

wiedzy na ten temat – przekonuje doktor Kaniowska. Wzrost zainteresowania zabiegami z zakresu dermatologii estetycznej przyczynił się do rozwoju medycyny estetycznej, ale w Polsce nie ma takiej specjalizacji, a specjalizacja dermatologia obejmuje również dermatologię estetyczną. Nazywanie siebie specjalistą medycyny estetycznej przez lekarzy, którzy są np. pediatrami lub psychiatrami, ale postanowili działać na tym polu, jest – jak podkreślają członkowie SLDE – nadużyciem. Lekarze ci mają prawo wykonywać zabiegi w zakresie medycyny estetycznej, ale swoje umiejętności nabyli w ramach kształcenia podyplomowego i nie są specjalistami w tej dziedzinie.

TRZEBA REAGOWAĆ

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej uznanie zabiegów medycyny estetycznej za działalność, która może być wykonywana tylko przez osoby posiadające prawo wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty, zapewni pacjentom możliwość korzystania z bezpiecznych i opartych na aktualnej

► Dermatolodzy alarmują, że tego rodzaju zdarzenia są coraz częstsze i chcą prawnego uregulowania spraw związanych z kosmetologią.

wiedzy medycznej świadczeń medycyny estetycznej. Lekarze i lekarze dentyści wykonują swoje zawody w miejscach spełniających odpowiednie warunki i podlegających kontroli właściwych instytucji. Postulowane zmiany w istotny sposób ograniczą konieczność leczenia skutków niewłaściwego wykonania zabiegów medycyny estetycznej przez osoby niekompetentne, w nieodpowiednich warunkach lub przy wykorzystaniu nieodpowiednich narzędzi. Mecenasa Michał Kozik, kierujący zespołem radców prawnych w Naczelnej Izbie Lekarskiej, także jest zdania, że sprawy te wymagają prawnego uregulowania. Te uregulowania powinny być jasne, czytelne i jednoznaczne, by nie podlegało dyskusji, że świadczenia z zakresu medycyny estetycznej są zarezerwowane dla lekarzy z uprawnieniami. Dostrzega jednak inny problem. – Pojęcie „świadczenie zdrowotne” jest na tyle nieostre, że wprowadza wiele zamętu. Jak je odróżnić od świadczenia poprawiającego stan zdrowia czy świadczenia z zakresu medycyny estetycznej? – To także wymaga uregulowań prawnych – zaznacza mecenas Kozik. W sprawie sporu kosmetologów o to, czy mogą wykonywać inwazyjne zabiegi estetyczne, włączyli się niektórzy prawnicy, wydając im zaświadczenia, że działają zgodnie z prawem, co zdaniem zarówno doktor Kaniowskiej, jak i mecenasa Kozika, jest kuriozalne. ○

JEŚLI W ZWIĄZKU Z ZABIEGIEM KLIENT PONIESIE SZKODĘ, WŁAŚCICIEL GABINETU MUSI SIĘ LICZYĆ Z ROSZCZENIEM O ODSZKODOWANIE, ALE RZADKO UDAJE SIĘ JE WYEGZEKWOWAĆ.

Niedofinansowani i niedoceniani



Lucyna
Krysiak

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

Z prof. **Michałem Pawłem Nowickim**, prezesem Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

GL

ROZMOWA

GL Coraz więcej Polaków ma problemy z nerkami. Co się do tego przyczynia?

Choroby nerek są następstwem nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, otyłości, hipercholesterolemii, a wraz z postępowaniem cywilizacyjnym mamy epidemię tych chorób. Winny jest niezdrowy styl życia – złe odżywianie oparte na produktach z dużą zawartością soli i cukru, brak ruchu oraz palenie papierosów. Właśnie opublikowano tzw. atlas chorób nerek na świecie, który przedstawia te czynniki ryzyka, ale równie interesujące są dane na temat nakładów, jakie przeznaczają się na ich leczenie w poszczególnych krajach. Okazuje się, że prawie wszędzie zdecydowanie za mało. Większość środków pochłaniają dializy, którym poddaje się pacjentów z tzw. schyłkową chorobą nerek. Leczenie na etapie, kiedy nefrolog jest jeszcze w stanie pomóc chorym na tyle, by opóźnić konieczność dializoterapii, jest zaniedbywane. Nefrologia jako całość jest więc niedofinansowana, a rola nefrologów w systemie często niedoceniana. Dzieje się tak, ponieważ lekarzy tej specjalności zatrudniają głównie stacje dializ. Co do częstości zachorowań dane są jedynie szacunkowe. Badania prowadzone na Kaszubach wskazują jednak, że kilkanaście procent mieszkańców tego regionu, a więc zapewne też całej Polski, cierpi na przewlekłą chorobę nerek. Wspomniany już światowy atlas chorób nerek podaje, że Polska po Belgii i Arabii Saudyjskiej, gdzie zachorowalność wynosi 24 proc., ma wskaźnik wynoszący 18 proc. i jest na drugim miejscu. Dla porównania, u Niemców wynosi on 17 proc., a w USA 16 proc. Dane te są niepokojące, tym bardziej że w USA mieszka wielu Afroamerykanów, genetycznie predystynowanych do zachorowania na nerki.

GL Czy trudno wykryć, że z nerkami dzieje się coś złego?

Bardzo prosto i aż trudno uwierzyć, że tego powszechnie nie robimy. Procedura polega na ustaleniu wysokości ciśnienia tętniczego, ponieważ nadciśnienie tętnicze prawie zawsze ma związek z chorobą nerek i jest to ważny, wczesny sygnał. Niezbędne jest też badanie ogólne moczu, by wychwycić zmiany, np. obecność białka, która może sugerować, że toczy się

jakiś proces chorobowy, a także określić stężenie kreatyniny w surowicy i wyliczyć na tej podstawie przesączanie kłębuszkowe. W niewielu województwach są wdrożone takie programy badań przesiewowych, ale w większości trzeba zdać się na czujność lekarzy POZ. Jednak powszechne wprowadzanie programów badań przesiewowych jest mało efektywne w ogólnej populacji, ale zdecydowanie są one potrzebne w grupach ryzyka, czyli u chorych na cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, otyłość czy obciążonych rodzinnie chorobami nerek.

GL Jakie są najczęstsze i najcięższe choroby nerek?

W nefrologii posługujemy się pojęciem przewlekłej choroby nerek, w którym zawiera się całe spektrum uszkodzeń tego narządu. Począwszy od stanu, kiedy nerki jeszcze dobrze filtrują, ale są już uszkodzone, a skończywszy na stanach, kiedy filtracja jest upośledzona lub nieobecna. Najwięcej spustoszeń, jeśli chodzi o nerki, sieje cukrzyca typu 2 i nadciśnienie tętnicze, a takie przyczyny jak kłębuszkowe choroby nerek czy torbielowatość są na dalszych miejscach.

GL Kiedy pacjent trafia do nefrologa?

Najczęściej za późno. Takich pacjentów nazywamy „spadochroniarzami”, ponieważ im już nie może pomóc nic oprócz dializoterapii, a w szczęśliwej perspektywie przeszczepienie nerki. Moment, kiedy chory powinien znaleźć się u nefrologa jest określany przez filtrację kłębuszkową. Przyjmuje się, że jeśli filtracja spada poniżej 45 ml/min, potrzebny jest specjalista. Prawidłowa wartość zazwyczaj jest większa bądź równa 90 ml/min. W oparciu o wielkość GFR i wydalanie albuminy w moczu ocenia się i klasyfikuje zmiany chorobowe w nerkach. Niekoniecznie pacjent musi być pod stałą opieką nefrologa, ale powinien być przez niego konsultowany. We wcześniejszych stadiach choroby nerek lub u osób starszych, które mają zaburzenia filtracji związane z wiekiem, nefrolog nie zawsze jest niezbędny. Jednak osoby poniżej 45. roku życia, z białkomoczem, krwimoczem czy szybko postępującą niewydolnością nerek wymagają jego porady. Celem naszego działania nie jest wyleczenie choroby nerek, bo to jest rzadka możliwość, ale zatrzymanie czy spowolnienie

procesu chorobowego. Wiąże się to ze ścisłą kontrolą nadciśnienia tętniczego, glikemii, gospodarki lipidowej, a także np. zaprzestaniem palenia tytoniu.

GL W Polsce mamy 120 stacji dializ. Czy to wystarcza?

To komfortowa sytuacja, ponieważ nikt już nie czeka na dializy, nie ma też problemów z dotarciem do stacji. Sieć stacji dializ jest na tyle gęsta, że chorzy nie muszą pokonywać dużych odległości, by tam dotrzeć. Jeszcze we wczesnych latach 90. chory na cukrzycę w wieku 50 lat nie miał szans, aby korzystać z hemodializy. Obecnie każdy, niezależnie od wieku i zaawansowania choroby nerek, ma zapewniony dostęp do tej metody leczenia. Jednak nefrologia to nie tylko dializy. Wprawdzie dializowanych pacjentów jest w Polsce 21 tys., ale tych z chorobami nerek jest parę milionów. Tymczasem dializoterapia to najbardziej kosztowna forma pomocy w niewydolności nerek. Koszty liczy się w miliardach złotych, pochłaniają 80 proc. środków przeznaczanych na całą nefrologię, dlatego ważne jest, aby nie zapominać o profilaktyce i badaniach pozwalających wcześniej wykryć choroby nerek.

GL Nefrologia jest nierozłączna z transplantologią.

No właśnie, sprawa dostępności do stacji dializ została rozwiązana, ale przeszczepianie nerek wciąż nie spełnia naszych oczekiwań. W Polsce przeszczepia się ponad 1000 nerek rocznie, a oczekujących jest znacznie więcej. Były lata boomu, 2004 i 2014 r., ale to przeszłość. Cały czas walczymy o propagowanie dawstwa rodzinnego. O ile w przeszczepianiu nerek od zmarłych sytuujemy się na średnim poziomie europejskim, o tyle w dawstwie rodzinnym jesteśmy na końcu Europy. W wielu krajach przeszczepienia od dawców spokrewnionych wynoszą nawet 40 proc., a w Polsce to zaledwie kilka procent. To wynik braku wiedzy, czym jest dawstwo rodzinne, jakie nieścisłości dla biorcy i że jest bezpieczne dla dawcy. Stawiamy na edukację młodzieży w tej dziedzinie, sam od kilku lat odwiedzam 1-2 razy w miesiącu szkoły średnie, rozmawiając o tych trudnych problemach z młodzieżą, ale na efekty trzeba będzie poczekać.

GL Jak zdobywa się specjalizację z nefrologii?

W Polsce mamy ponad 1000 nefrologów, w PTN jest zrzeszonych 1100 członków. To niewielka część lekarzy wszystkich specjalności, ale na tle takich krajów jak np. Tanzania, gdzie nefrologów jest 11, jesteśmy potęgą. Według starych zasad specjalizowania się wymagana była podstawowa specjalizacja z interny lub pediatrii i nefrologia była specjalnością szczegółową. W nowym systemie można się specjalizować w nefrologii już po zdaniu Lekarskiego Egzaminu Końcowego (LEK) w trybie zwykłym lub rezydentur, ale rezydentur w nefrologii jest bardzo mało. Niedawno wydzielono też nefrologię dziecięcą. Nefrologów nam nie brakuje, ale skupiają się oni w dużych ośrodkach, zwłaszcza akademickich, a w mniejszych miejscowościach o lekarza tej specjalności jest trudno, np. deficyt nefrologów notujemy na pograniczu województw łódzkiego i mazowieckiego. To skutek likwidacji mniejszych oddziałów i poradni nefrologicznych.

**> Prof. Michał Paweł Nowicki:
– Dializoterapia to najbardziej kosztowna forma pomocy w niewydolności nerek. Koszty liczy się w miliardach złotych, pochłaniają 80 proc. środków przeznaczanych na całą nefrologię.**



GL A standardy, czy jesteśmy na równi w Zachodzie?

Jeśli chodzi o dostępność do nowych technik dializacyjnych, leków stosowanych przy dializie, np. pobudzających erytropoetę czy wiążących fosfor lub hamujących czynność przytarczyc, jesteśmy na przeciętnym poziomie. Bardziej wysublimowane techniki leczenia nerkozastępczego, np. hemodiafiltracja, stosowane u chorych z powikłaniami, są droższe i w Polsce nie podlegają refundacji. Od świata różni nas także brak tzw. dializy domowej. Wprawdzie chorych potrzebujących tego rodzaju dializy nie ma tak wielu, jednak byłoby to cenne uzupełnienie. Coraz mniej pacjentów decyduje się także na dializę otrzewnową. Technika ta jest trudniejsza, wymaga zaangażowania personelu medycznego i samego pacjenta. Ponieważ jest wykonywana w domu, uwalnia chorego od konieczności jeżdżenia do ośrodka dializ 3 razy w tygodniu. Dializowani otrzewnowo są też lepszymi kandydatami do przeszczepienia nerki. Pacjenci, i to jest widoczny trend, obawiają się jednak zaangażowania i odpowiedzialności za cały ten proces.

GL Panie profesorze, dopiero co objął pan funkcję prezesa PTN, jak pan widzi przyszłość polskiej nefrologii?

Nefrologia jako specjalność pojawiła się w latach 70. ubiegłego stulecia, a nasze towarzystwo powołano w Bydgoszczy w 1983 r., więc zaledwie dekadę później. Wcześniej było ono sekcją nefrologiczną internistów. Powiedziałbym więc, że nefrologia jest w rozkwicie. PTN co trzy lata organizuje zjazdy, co roku konferencje i sympozja edukacyjne. Jesteśmy bardzo aktywni. Obejmując fotel prezesa, przyjąłem dwa kierunki rozwoju – promowanie młodych lekarzy pragnących specjalizować się w nefrologii, ponieważ starzejemy się i chcemy odmłodzić nasze szeregi, oraz zacieśnianie więzi z organizacjami pacjentów skupiającymi dializowanych, po przeszczepieniach nerek i z chorobami rzadkimi. PTN od dawna opracowuje i wydaje własne stanowiska oraz wytyczne albo adaptuje światowe do polskich warunków. O naszym zaangażowaniu w działalność międzynarodową świadczy choćby fakt, że prof. Andrzej Więcek kieruje pracami Europejskiego Towarzystwa Nefrologicznego – Europejskiego Towarzystwa Dializ i Transplantacji (ERA-EDTA), a wielu innych polskich nefrologów działa na forach międzynarodowych organizacji. 

21 TYS.

Tytuł jest w Polsce dializowanych pacjentów. Tych z chorobami nerek jest parę milionów.

Choroby nerek w POZ

To w rękach lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, do których pacjenci zwracają się w pierwszej kolejności, spoczywa los chorych. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych apeluje o zwracanie uwagi na objawy, jakie pojawiają się u ich pacjentów i wykluczanie chorób nerek jako ich przyczyn.

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz objął honorowym patronatem ogólnopolską kampanię poświęconą wczesnemu diagnozowaniu chorób nerek. „Jestem przekonany, że Państwa inicjatywa, skierowana do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, to doskonała okazja do zwrócenia uwagi na problem chorób nerek i do promowania badań diagnostycznych” – napisał w piśmie do Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Dializowanych.

Wiosną, z okazji Światowego Dnia Nerek, prezes Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego prof. n. med. Michał Nowicki, prezes Nefron Sekcji Nefrologicznej IGMP dr n. med. Dariusz Aksamit i prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Dializowanych Iwona Mazur wystosowali do wszystkich lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej list otwarty. Warto przypomnieć jego najważniejsze fragmenty.

„(...) O chorobach nerek mówi się rzadko, a na pewno niewystarczająco, o czym świadczy ciągły brak świadomości naszego społeczeństwa na temat istniejącego zagrożenia. (...) 4,5 miliona osób w Polsce choruje na nerki, jednak jedynie co 10. chory wie, że jest chory. 95% ludzi z chorymi nerkami umiera przedwcześnie z powodu zbyt późnej, bądź niewłaściwej diagnozy. Wiele z tych osób leczy się na nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, czy z powodu niewydolności serca, jednak nikt nie podejrzewa, że przyczyną tych dolegliwości są właśnie choroby nerek.

Choroby nerek to cisi zabójcy – rozwijają się przez wiele lat, długo nie dając żadnych objawów, podczas gdy ich rozwój zwiększa ryzyko śmierci z przyczyn sercowo-naczyniowych. Choroby nerek są rozpoznawane zbyt późno, bądź w ogóle, mimo że wykrycie ich jest tak proste – badanie ogólne moczu oraz badanie poziomu stężenia kreatyniny we krwi z wyliczeniem wskaźnika eGFR to prosta droga pozwalająca ocenić funkcję nerek, jednak niewielu chorych z tej drogi korzysta, ponieważ nie wie, że ona istnieje. (...)

Również w tym roku podkreślamy, że opieka nad osobami, które są nieświadome choroby swoich nerek, wymaga poprawy. Zależy nam, aby te osoby były odpowiednio wcześniej diagnozowane właśnie przez lekarzy rodzinnych, ponieważ poprawa leczenia ambulatoryjnego jest jedynym

sposobem powstrzymania wciąż wzrastającej liczby osób wymagających leczenia nerkozastępczego, które choć ratuje życie i je podtrzymuje, nigdy nie dorówna funkcjonowaniu własnych nerek.

Na choroby nerek może zachorować każdy, w każdym wieku. Apelujemy zatem do Państwa o zlecenie przynajmniej raz w roku swoim pacjentom wykonania profilaktycznych badań: ogólne badanie moczu oraz badanie poziomu stężenia kreatyniny we krwi z wyliczeniem wskaźnika eGFR. (...) Choroby nerek szczególnie często dotyczą osób:

- chorych na cukrzycę,
- chorych na nadciśnienie,
- z chorobami serca, po zawałach, udarach,
- nadużywających środków przeciwbólowych,
- otyłych i palących papierosy,
- mających chorych na nerki braci, siostry, dzieci bądź rodziców,
- z niską wagą urodzeniową, również dzieci matek z niską wagą urodzeniową,
- po 60. roku życia.

Apelujemy o zwracanie szczególnej uwagi na pacjentów z grupy ryzyka i podejmowanie działań prowadzących do wykluczenia choroby nerek jako przyczyny pojawiających się u nich dolegliwości. Prosimy o zwrócenie uwagi na występowanie takich objawów jak:

- uczucie ciągłego zmęczenia,
- trudności z koncentracją,
- słabszy apetyt,
- bezsenność,
- skurcze mięśni, szczególnie występujące w nocy,
- obrzęki nóg, twarzy, rąk,
- suchość i swędzenie skóry,
- wymioty,
- częste oddawanie moczu, szczególnie w nocy.

Choć są one typowe dla wielu schorzeń, prosimy aby były sygnałem, zwłaszcza w przypadku pacjentów z grupy ryzyka, że przyczyna leżeć może właśnie w chorobach nerek. Chcemy, aby osoby, które chorują na nerki, otrzymały właściwą pomoc zanim ich narząd całkowicie przestanie działać, dając im tym samym szansę na normalne i długie życie. W tym pomóc może jedynie wczesna diagnoza.”

Co drugi z alergią?

Wzrasta zachorowalność na alergię. Za 15 lat z tego powodu problemy będzie miał już co drugi Europejczyk.

Na naszym kontynencie jedynie na alergię pokarmowe cierpi 7 mln mieszkańców – alarmują eksperci, przedstawiając najnowsze dane. Wynika z nich, że najbardziej są one rozpowszechnione w krajach uprzemysłowionych, w tym również w Polsce. Dr Lucyna Pachocka, kierownik Ogólnopolskiego Centrum Dietetyki Instytutu Żywności i Żywnienia w Warszawie, mówi że choroby alergiczne zajmują 4-5. miejsce pod względem częstości występowania (zaraz po chorobach układu krążenia, schorzeniach układu oddechowego i nowotworach). Na całym świecie alergię dotykają co najmniej 20-30 proc. populacji, a liczba chorych z tego powodu podwaja się co 10 lat. Najtrudniejsza sytuacja jest w obu Amerykach. W USA stwierdzono, że w co trzeciej rodzinie przynajmniej u jednej osoby występują działania niepożądane po spożyciu posiłku (wiele z nich może być związanych z alergiami pokarmowymi). Badania przeprowadzone w 2008 r. na 23 tys. Polaków sugerują,



że w naszym kraju 40 proc. osób wykazuje objawy alergii (tyle osób je zadeklarowało). Wykazały one, że prawie 40 proc. Polaków miało dodatni wynik testów skórnych na powszechnie występujące alergeny (głównie roztocza, trawy i brzoze). – Większość dzieci, bo aż 85 proc., wraz z wiekiem wyrasta z najczęściej występujących uczuleń, takich jak na mleko krowie i kurze jaja. Gorzej jest z uczuleniem na pozostałe alergeny pokarmowe, które rzadziej występują, ale tylko 20 proc. maluchów po jakimś czasie przestaje na nie reagować – wyjaśnia prof. dr hab. Maciej Kaczmarski z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. ○

▲ Na całym świecie alergię dotykają co najmniej 20-30 proc. populacji, a liczba chorych z tego powodu podwaja się co 10 lat.

Zaskakujące!

Z prac naukowych Polaków wynika, że stetoskop działa trochę inaczej niż do tej pory tłumaczono w podręcznikach. Akustyk dr inż. Łukasz Nowak z Instytutu Podstawowych Problemów Techniki PAN pracuje nad nowoczesnym cyfrowym stetoskopem. Przy okazji jego zespół zbadał właściwości tradycyjnych akustycznych stetoskopów, używanych na co dzień przez lekarzy. Wyniki okazały się zaskakujące. – Mówiąc bardzo ogólnie, wszystkie podręczniki medyczne

powinno się pod tym kątem poprawić, bo wprowadzają lekarzy w błąd – uważa akustyk. Dlaczego? – Poddajemy w wątpliwość, czy podwójne głowice w stetoskopach są zasadne. Z naszych badań wynikało, że ani końcówka z lejkiem, ani z membraną nie mają właściwości filtracyjnych, a lejek po prostu przenosi trochę cichsze sygnały, bo ma mniejszą powierzchnię – komentuje. Badania na ten temat ukazały się w „The Journal of the Acoustical Society of America”. ○

Najzdrowsi Polacy

Baza genomowa Polgenom, oparta na genomach 126 Polek i Polaków, którzy przeżyli średnio ponad 96 lat, ma pomóc w diagnostyce i profilaktyce chorób uwarunkowanych genetycznie.

Jest oparta na pełnych genomach zdrowych seniorów. To unikalne połączenie danych klinicznych, biochemicznych i genomowych, a zarazem genetyczny wzorzec osoby długowiecznej, w dobrej kondycji. Jak mówi dr hab. Małgorzata Mossakowska z Instytutu Biologii Komórkowej i Molekularnej, do badania wybrano łącznie osoby w wieku powyżej 90 lat. – Osoby długowieczne, których starzenie nie jest powikłane chorobami, mają lepsze niż osoby chorujące parametry morfologii krwi oraz gospodarki wapniowej – wyjaśnia prof. dr hab. Monika Puzianowska-Kuźnicka z Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN. Mają też wyższe poziomy lipidów we krwi (inaczej niż u młodszych, u starszych osób wyższy poziom lipidów wiąże się z lepszym stanem zdrowia). Nie stwierdzono związku pomiędzy stanem zdrowia a średnim poziomem sodu i potasu, glukozy czy cytokin sprzyjających zapaleniu (poziom cytokin był jednak dwa razy większy niż u osób młodych). W porównaniu z nieco młodszymi seniorami (65-74 lata), osoby w wieku 90+ mają nieco gorsze parametry wątroby i nerek oraz wyższe wskaźniki stanu zapalnego. Dzięki bazie ułatwiony zostanie rozwój diagnostyki i medycyny spersonalizowanej. Chodzi zarówno o poszukiwanie „genów długowieczności” i „białek młodości”, jak i materiał do populacyjnych badań genetycznych, punkt odniesienia dla badań diagnostycznych i naukowych oraz swego rodzaju „kapsułę czasu” (zapis genomu najzdrowszych Polaków z początku XXI w.). To także swego rodzaju filtr wiarygodności informacji naukowej, bo będzie można skuteczniej przewidzieć, jakie problemy zdrowotne się pojawiają, czy mogą pojawić u pacjenta lub jego potomstwa i jak można im zapobiec. Dzięki bazie można zorientować się, na ile niebezpieczne są wykryte u nowo diagnozowanego pacjenta warianty genów, także te będące jednocześnie szkodliwe i korzystne dla organizmu. ○



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

Choroba matka



Ciężar ciała się zwiększa, a jakość życia dramatycznie się pogarsza. Sytuacja wymyka się spod kontroli. Dieta i ruch przestają wystarczać. Otyłość narasta, a z nią pojawia się cukrzyca, nadciśnienie, bezdech senny... Ryzyko zgonu rośnie. Jedyną szansą na życie jest operacja.

☛ MARTA JAKUBIAK, LIDIA SULIKOWSKA

Ulica Niepodległości 44, Olsztyn. Stoimy przed budynkiem Miejskiego Szpitala Zespołowego im. Mikołaja Kopernika. Mieści się tu Klinika Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Wieku Podeszłego. Jednostka ta specjalizuje się w leczeniu bariatrycznym, czyli wykonywaniu operacji sleeve-resection czy gastric by-pass, takich jak zmniejszenie objętości żołądka czy zmiana drogi pokarmowej. Dzięki takim zabiegom upośledzone zostaje wchłanianie pokarmu, a co za tym idzie – otyli pacjenci chudną i wracają do zdrowia.

Jeszcze do niedawna Polska była jedynym krajem w Europie, który w katalogu refundowanych świadczeń medycznych nie miał procedury „Chirurgiczne

leczenie otyłości”. Dzięki staraniom Sekcji Chirurgii Bariatrycznej i Metabolicznej Towarzystwa Chirurgów Polskich od 1 stycznia 2017 r. procedurę tę wpisano i objęto refundacją. Wcześniej zabiegi takie rozliczano pod innymi nazwami, więc nie było żadnych statystyk dotyczących leczenia bariatrycznego.

GRELINA W NATARCIU

Idziemy na drugie piętro. Tam mieści się gabinet szefa kliniki, prof. Macieja Michalika. Swoją pierwszą operację bariatryczną wykonał on w 1999 r. Warto przypomnieć, że współczesną bariatrię w naszym kraju rozwijali prof. Mariusz Wyleżoł, obecnie przewodniczący Sekcji Chirurgii Metabolicznej i Bariatrycznej Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, oraz prof. Krzysztof Paśnik, kierownik największego w Polsce

▲ **Sala operacyjna nie jest bardzo duża, sam stół również, choć może utrzymać pacjentów ważących nawet 450 kg.**

ośrodka bariatrycznego, który działa w ramach Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie.

Najcięższy pacjent prof. Michalika ważył 248 kg, ale to nie on miał najwyższe BMI (84). Rekord ten należy do 19-latki, która cierpiała na tak olbrzymią otyłość, że nie mogła przejść o własnych siłach nawet 15 kroków. Podała się zabiegowi i schudła. Pukamy do gabinetu. – Dzień dobry – mówimy nieco zdyszane. – Osobie otyłej pewnie nie jest łatwo wdrapać się tutaj po schodach... – zaczynamy rozmowę. – Rzeczywiście, to nie lada wyzwanie. Można nawet powiedzieć, że to taki pierwszy test wydolnościowy dla naszych pacjentów. Jeśli dadzą radę, wiemy, że poradzą sobie też z operacją – odpowiada profesor.

Jak to jest tak naprawdę z otyłością Polaków? – Niestety, ma się świetnie. Oczywiście nie każdy nadprogramowy kilogram to otyłość, ale każdy szkodzi zdrowiu i skraca życie. Lepiej jest mieć kilogram mniej, niż kilogram więcej. Przekroczenie 30 BMI oznacza wejście w bardzo niebezpieczną krainę otyłości, gdzie nadmiar ciała nie jest już konsekwencją łakomstwa czy małej aktywności fizycznej pacjenta. To

LECZENIE BARIATRYCZNE TO NIE JEST „PRZERABIANIE GRUBYCH BAB NA MODELKI”. ALE LECZENIE CHOROÓB TOWARZYSZĄCYCH.

bardziej złożony proces. Może mieć podłoże genetyczne, wynikać z zaburzeń przemiany lipidów czy nieprawidłowego poziomu wydzielania różnych substancji. Niestety, nawet wśród lekarzy nie ma świadomości, że otyłość to choroba. Niektórzy np. zamiennie używają terminów „nadwaga” i „otyłość”, podczas gdy są to dwa różne stany i wymagają innych ścieżek terapeutycznych – zauważa prof. Michałik. Osoby otyłe dużo jedzą, ponieważ są otyłe, a nie dlatego są otyłe, bo dużo jedzą. Punkt wyrównania w ich przypadku jest dużo wyższy, np. 2500 kcal (i z upływem czasu oraz wzrostem wagi ciała zwiększa się), podczas gdy dla osoby o prawidłowej masie ciała wynosi on około 1800 kcal. Jak twierdzi nasz rozmówca, dla osób otyłych jedynym ratunkiem jest operacja. Dlaczego dieta i ruch nie wystarczą?

– W organizmie osoby otyłej uruchamiane zostają mechanizmy, które każą jej jeść, np. zwiększone wydzielanie greliny, leptyny, GLP-1, neuropeptydów Y. Nauka nie zna jeszcze dokładnych relacji pomiędzy poszczególnymi peptydami, a jest ich kilkaset, więc na razie nie umie wytłumaczyć przebiegu tych procesów. Zna się natomiast ich skutki. Być może za jakieś 20-40 lat otyłość będzie leczona farmakologicznie, na razie jednak jedyną skuteczną terapią jest operacja. Leczenie zachowawcze nie działa. Nawet jeśli komuś, kto przekroczył poziom 30 BMI, uda się schudnąć, przytyje ponownie. Leczyliśmy już pacjentów, którzy przed operacją próbowali zachowawczo walczyć z otyłością, średnio przeszli 18 terapii odchudzających. Nie pomogły. Oczywiście zawsze prosimy pacjentów, by zrzucili 5-10 kg przed operacją, ale jest to przygotowanie do zabiegu, a nie leczenie – wyjaśnia profesor. – Rady w rodzaju „mniej jeść, więcej się ruszać” są genialne, tyle że w przypadku osób, które przekroczyły 30 BMI, nie do realizacji – ostrzega.

ŚMIERTELNE ZAGROŻENIE

Olsztyńska placówka pod względem ilości wykonywanych operacji bariatrycznych zajmuje czasem trzecie, niekiedy drugie miejsce w kraju (średnio 176 operacji rocznie), wymieniając się miejscem z Kliniką Chirurgii Ogólnej Endokrynologicznej i Transplantacyjnej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku. Tuż za nimi jest Zabrze. Największy ośrodek, który każdego roku wykonuje najwięcej zabiegów, to klinika prof. Krzysztofa Paśnika w Warszawie. – To od lat wiodący ośrodek w kraju. Warto podkreślić, że im więcej zabiegów wykonywanych jest w jednym miejscu, tym lepiej, bo operacje bariatryczne powinny być przeprowadzane wyłącznie w wyspecjalizowanych jednostkach. A poradnie bariatryczne powinny być szeroko dostępne, bo dzięki nim chory przed operacją i po zabiegu ma zapewnioną profesjonalną opiekę w miejscu zamieszkania. Chciałbym, żeby we wszystkich 16 województwach w Polsce udało się zbudować sieć poradni bariatrycznych. Chcemy stworzyć Akademię Chirurgii Bariatrycznej i Metabolicznej, która będzie szkolić specjalistów według standardów opartych na potężnym doświadczeniu Amerykanów. Już teraz zainteresowanie tym tematem jest duże. Uruchomiliśmy już „Rejestr polskich operacji bariatrycznych” i system akredytacji – informuje prof. Michałik.

Wciąż jednak niewielu chorych w Polsce decyduje się na interwencję chirurgiczną. Dlaczego? – Szacuję, że około 0,5 proc. osób otyłych poddaje się zabiegowi, z czego 75-80 proc. to kobiety. One są bardziej świadome i chcą się leczyć, mężczyźni nie widzą problemu – wyjaśnia. Ponadto wśród pacjentów wciąż pokutuje przekonanie, że to zabieg niebezpieczny. – Niestety niektórzy lekarze ich w tym utwierdzają, a tymczasem śmiertelność okołoperacyjna jest nieznacznie niska i wynosi 0,2-0,5 proc., czyli niewiele więcej niż w przypadku operacji wyrostka robaczkowego – zauważa

nasz rozmówca. Powszechnie myśli się też, że operacja bariatryczna to zabieg kosmetyczny, dzięki któremu można stać się szczuplejszym. – Leczenie bariatryczne to nie jest „przerabianie grubych bab na modelki”, ale leczenie chorób towarzyszących – podkreśla prof. Michałik. Dzięki operacji zmniejsza się wchłanianie pokarmów i zachodzą zmiany biochemiczne, które hamują łaknienie, dzięki czemu pacjenci chudną. U wielu z nich obserwujemy cofanie się lub nawet zanik chorób towarzyszących, takich jak cukrzyca, nadciśnienie, zwiększa się wydolność seksualna mężczyzn i to niemal z dnia na dzień, niezależnie od utraty masy ciała – wylicza prof. Michałik i dodaje, że otyłość to choroba matka, która generuje inne schorzenia, prowadzi do powikłań zagrażających życiu i skraca je nawet o 8-20 lat. Jest także odpowiedzialna za niską jakość życia chorych, występowanie depresji, wykluczenia społeczne. – Im wcześniej będziemy ją leczyć, tym mniejsze spustoszenie w organizmie spowoduje. Kanadyjczycy przeprowadzili badania, porównując grupę 5 tys. osób otyłych po operacji bariatrycznej z grupą chorych, która operacji się nie poddała. Okazało się, że u osób nieoperowanych śmiertelność była wyższa o 89 proc. niż u tych, które zdecydowały się na zabieg. Wszyscy wiemy, że raka trzeba leczyć. Z otyłością sprawa nie jest już taka oczywista – nie postrzegamy jej jak choroby. Ludzie umierają na otyłość, tak jak umierają na raka. Chciałbym skończyć z myśleniem, że pacjent onkologiczny to chory, a ten otyły to „grubas”, który się obżera i nie chce się ruszać. Często zdarza się, że dzwoni rodzina pacjenta zapisanego na zabieg, by odwołać operację, bo panna lat 35 już nie ma. Wcześniej dostawała tabletki na nadciśnienie, cukier, zmiany zwyrodnieniowe w stawach, leczono zachłystowe zapalenie płuc, ale nie pomyślano o otyłości. – zauważa profesor i dodaje, że leczenie bariatryczne to nie tylko chirurg. Po także mentalne przygotowanie pacjenta przed zabiegiem. Musi wiedzieć, że jego życie się zmieni. Kompulsywne obżarstwo to jedna z najczęstszych przyczyn zgonów po operacjach. Druga to brak specjalistycznej opieki spowodowany koniecznością

^ Olsztyńska placówka pod względem ilości wykonywanych operacji bariatrycznych zajmuje czasem trzecie, niekiedy drugie miejsce w kraju (średnio 176 operacji rocznie).

30 BMI

Trzeba sobie uświadomić, że jest taka granica – 30 BMI – zza której nie ma powrotu, nie ma leczenia zachowawczego.





podejmowania wędrowni pacjentów po Polsce. – Założmy, że operujemy pacjenta z Zielonej Góry. Po operacji wraca do domu. Pojawiają się komplikacje. Nie mamy gwarancji, że w placówce medycznej, do której trafi, będzie mógł skorzystać z pomocy bariatry. A prawdopodobieństwo popełnienia błędu przy udzielaniu pomocy takiemu pacjentowi jest bardzo duże – zauważa profesor. To pacjent trudny do badania, gdyż przez tak znaczną warstwę tkanki tłuszczowej nikt nie jest w stanie wyczuć oporu mięśniowego. Tacy chorzy wymagają pomocy specjalistycznej i specjalnego podejścia, a – jak zauważa nasz rozmówca – leczenie otyłości jest mocno marginalizowane zarówno na studiach, jak i w kształceniu podyplomowym.

Przerywamy rozmowę. Profesor musi iść na seminarium, studenci czekają. Mamy chwilę, by ochłonać, przemyśleć to, co usłyszeliśmy. Wciąż nie daje nam spokoju teza, że za pomocą diety i aktywności nie można skutecznie pozbyć się nadmiaru kilogramów... Po godzinie wracamy na II piętro kliniki.

LIMITY I OGRANICZENIA

Niewielka liczba pacjentów poddawanych chirurgicznemu leczeniu otyłości to także wysokie kryteria kwalifikacyjne stawiane przez NFZ. Fundusz zrefunduje zabieg, jeśli wskaźnik BMI wynosi 40 lub więcej albo co najmniej 35 i otyłości towarzyszy choć jedna choroba, np. nadciśnienie albo cukrzyca. – W wielu krajach kryteria są mniej restrykcyjne, a przecież im ostrzejsze wymogi kwalifikacyjne, tym większe koszty leczenia powikłań. Trzeba sobie uświadomić, że jest taka granica – 30 BMI – zza której nie ma powrotu, nie ma leczenia zachowawczego – tłumaczy prof. Michalik. Są

też kryteria dodatkowe: brak uzależnień od alkoholu, narkotyków i leków, niewystępowanie poważnych chorób psychicznych. Jeżeli pacjent leczy się z powodu depresji, musi ustalić ze swoim psychiatrą konkretny plan postępowania w okresie okołoperacyjnym. Poza tym nie może mieć takich chorób jak toczeń rumieniowaty, reumatoidalne zapalenie stawów oraz inne kolagenozy. Sprawdza się też, czy zaburzenia endokrynologiczne i genetyczne nie są podłożem problemu. Dzwoni telefon. Profesor rozmawia przez dłuższą chwilę z mamą pacjenta z zespołem Pradera-Williego. – To choroba genetyczna, która charakteryzuje się trudnym do opanowania, wręcz wilczym apetytem, który prowadzi do nadwagi, a następnie otyłości. Nie jest przeciwskazaniem do wykonania operacji bariatrycznej, podczas gdy np. zespół Downa już tak – wyjaśnia prof. Michalik. Generalnie zasada jest taka: trzeba ustalić, jaka jest przyczyna otyłości, bo tylko wówczas lekarze będą wiedzieć, czy operacja w przypadku danego chorego ma sens, czy będzie skuteczna i pozwoli mu wrócić do zdrowia.

W klinice nie ma obecnie pacjentów bariatrycznych, ponieważ placówka przekroczyła już limity przyznane przez NFZ. – W ubiegłym roku byłem w Rotterdamie i Oslo, gdzie wykonuje się około tysiąca operacji rocznie. Uczyliśmy się tam chirurgii szybkiej ścieżki. Wcześniej u siebie byliśmy w stanie zrobić jedną operację dziennie, podczas gdy norwescy i holenderscy lekarze wykonywali ich po osiem. Poznałem ich system i miesiąc temu wdrożyliśmy go w naszej placówce. Dzisiaj panuje tu cisza i spokój, bo kontrakt zrealizowaliśmy do końca czerwca. NFZ nie zapłaci za nadwykonania. Nikogo nie interesuje, że 99,5

proc. ludzi otyłych jest nieleczonych – zauważa. Na czym polega szybka ścieżka? To schemat postępowania możliwy do zrealizowania przy najbliższej opcji operacji, czyli resekcji rękawowej. Gdy chirurg zakłada ostatni szew, anestezjolog wybudza pacjenta. Chory po godzinie siada, a po dwóch musi przejść co najmniej 20 kroków. Po dobie wychodzi ze szpitala.

POTRZEBNA WSPÓŁPRACA

Co lub kto sprawia, że pacjenci zgłaszają się do klinik wykonujących operacje bariatryczne? – Chcą się poddać zabiegowi najczęściej dzięki innym pacjentom, którzy zostali w ten sposób wyleczeni z sukcesem, są po operacji i mogą podzielić się pozytywnymi doświadczeniami. Także dzięki stowarzyszeniom pacjenckim, które publikują w internecie informacje na ten temat. Świadomość własna osób otyłych również przyczynia się do tego, że szukają wszelkich możliwych sposobów, by wyleczyć się z choroby. Niestety, wciąż zbyt mało lekarzy rekomenduje ten sposób leczenia, a przecież do gabinetów lekarzy wszystkich specjalności trafiają pacjenci otyli. Z jednej strony trudno się dziwić, bo wiedza o chirurgicznym leczeniu otyłości jest skąpo dozowana podczas kształcenia medycznego i świadomość, że to choroba matka innych schorzeń, nawet w naszym środowisku nie jest powszechna. Z drugiej, jest to temat wstydliwy. Wiem, że trudno jest powiedzieć pacjentowi wprost, że ma problem z wagą, ale najwyższy czas, by przełamać to tabu. Nie chcąc urazić chorego, nie reagujemy i pogarszamy jego sytuację. Nie powinniśmy się na to godzić – apeluje prof. Michalik. Jednocześnie zauważa, że jednak coś zaczyna się zmieniać na korzyść. Lekarze powoli zmieniają swoje podejście do bariatrii i na mapie Polski pojawiają się np. wyspy światłej diabetologii czy kardiologii. Także w innych specjalnościach podejście do otyłości i chirurgicznego jej leczenia zaczyna być weryfikowane. Jak mówi, dowodów, że leczenie bariatryczne jest skuteczne i potrzebne, nie brakuje. Otyłość to choroba przewlekła, śmiertelna, ale można ją skutecznie leczyć, zapobiegając innym. ○

FAKT

Gdy chirurg zakłada ostatni szew, anestezjolog wybudza pacjenta. Chory po godzinie siada, a po dwóch musi przejść co najmniej 20 kroków. Po dobie wychodzi ze szpitala.

Elektronami w raka

GL
ROZMOWA

Polscy badacze z Narodowego Centrum Badań Jądrowych przy współpracy Wielkopolskiego Centrum Onkologii i partnerów prywatnych opracowali akcelerator elektronów do radioterapii śródoperacyjnej. Z kierownikiem tego projektu, dr **Agnieszka Syntfeld-Każuch**, rozmawia **Lidia Sulikowska**.



GL Jak akcelerator elektronów działa w praktyce?

Radioterapia śródoperacyjna, do której to urządzenie jest wykorzystywane, polega na zogniskowanym napromienianiu wokół łoży powstałej po wycięciu guza nowotworowego i marginesu otaczających zdrowych tkanek. Chore, pozostałe po wycięciu guza, komórki napromieniane są jeszcze w trakcie operacji. Akcelerator elektronów ma tę zaletę, że naświetlanie odbywa się za pomocą precyzyjnie dobranej wiązki elektronów i dzięki temu kontrolujemy ich zasięg w ciele pacjenta. Elektrony, w przeciwieństwie do fotonów, nie przenikają przez całe ciało. Dobierając odpowiednio ich energię umiemy je zatrzymać w tkance na konkretnej głębokości i dzięki temu ryzyko uszkodzenia zdrowych tkanek jest zredukowane do minimum.

GL Czym wyróżnia się polska maszyna na tle akceleratorów, które obecnie są użytkowane?

Dotychczas tylko dwie firmy, amerykańska i włoska, oferowały tego typu urządzenia. W Polsce działa kilka takich maszyn. My opracowaliśmy własny, polski sprzęt. Przy jego tworzeniu pracowało ponad 50 osób – fizyków, inżynierów i onkologów. Nasze urządzenie ma szeroki zakres ustawienia energii elektronów, od 6 do 12 MeV (megaelektronowoltów). Wyższa energia oznacza głębsze wnikięcie wiązki promieniowania do ciała. Poza tym, zastosowany w urządzeniu aplikator może mieć różną średnicę w zakresie od 3 cm do 10 cm, którą dopasowuje się do rozmiarów łoży powstałej po wyciętym guzie. Głowica wraz z aplikatorem posiada dużą swobodę ruchów, dzięki czemu można ją łatwo i optymalnie do kształtu łoży spozycjonować w ciele pacjenta. Myślę, że będziemy też konkurencyjni, jeśli chodzi o cenę naszego aparatu.

GL Przy jakiego typu nowotworach można go wykorzystać?

Akcelerator zoptymalizowaliśmy pod śródoperacyjną radioterapię raka sutka. Trzeba mieć jednak na uwadze, że szeroki zakres ustawienia energii elektronów pozwala na leczenie innych nowotworów. Z kolei duży zakres zmienności średnicy aplikatora daje możliwość działania w przypadku naprawdę dużych guzów. To kwestia praktyki klinicznej. Przy okazji realizacji tego projektu powstał zespół, który opracował krajowe zalecenia dotyczące radioterapii śródoperacyjnej elektronami. Mają być one opiniowane przez Ministerstwo Zdrowia. Opisało w nich szczegółowo, kiedy warto stosować tę terapię.

GL Czy jest zainteresowanie tym urządzeniem ze strony innych placówek medycznych?

Płyną do nas zapytania z różnych ośrodków onkologicznych. Urządzenie jest w pełni przygotowane do pracy w warunkach szpitalnych. Najpierw jednak musi przejść badania certyfikujące, a zaraz potem sprzęt trafi do naszego partnera – Wielkopolskiego Centrum Onkologii – gdzie będzie testowany przez lekarzy. 

Medycyna przyszłości

Nowoczesne technologie medyczne i ich wpływ na codzienną praktykę kliniczną w polskiej służbie zdrowia to temat konferencji, która na początku maja odbyła się w Senacie RP.

📍 MARTA JAKUBIAK

W tym roku po raz kolejny przedstawiciele środowisk medycznych, parlamentarzyści i dziennikarze spotkali się w Senacie RP, by rozmawiać o najnowszych trendach oraz osiągnięciach w polskiej nauce i medycynie. To wydarzenie cykliczne, którego inicjatorem jest prof. Henryk Skarżyński, współorganizowane przez Marszałka Senatu RP – dra Stanisława Karczewskiego, a także Komitet Nauk Klinicznych PAN, Radę Główną Instytutów Badawczych oraz Światowe Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu.

Tegoroczne spotkanie było nieco inne niż poprzednie. Profesorowie oddali głos młodemu, wśród których byli ich asystenci, rozpoczynający dopiero drogę zawodową, a jedną z prelekcji wygłosił student. To dowód, że polska nauka jest otwarta na młodość i zaufania do polskiego systemu kształcenia. – Dzięki wszystkim mentorom, wielkim naukowcom, za to, że przedstawiciele ich szkół wystąpią tu dzisiaj i przedstawią to, czym się zajmują. To świadectwo ciągłości pracy w polskiej nauce i medycynie, często współpracy wielopokoleniowej – mówił prof. Henryk Skarżyński. Po każdym wystąpieniu prelegenta kilka minut przeznaczono na komentarz wybranego przedstawiciela mediów.

Laboratorium Cyfrowej Patologii, nowoczesne osobiste pompy insulinowe oraz systemy do ciągłego monitorowania glikemii, radioterapia protonowa wiążką skanującą, nowo odkryty objaw zaburzeń ruchów gałek ocznych u pacjentów chorych na schizofrenię, program zdalnej opieki nad pacjentami z mechanicznym



wspomaganiem serca, możliwość zastosowania perfuzji wątroby pobranej od zmarłego dawcy, chirurgia robotowa w onkologii, trendy w diagnostyce i chirurgii jaskry, model prognostyczny utraty masy ciała u pacjentów z otyłością olbrzymią poddawanych zabiegom bariatrycznym, test skriningowy na obecność onkogennych typów wirusów HPV, heteroprzeszczepy nowotworów pacjentów i mysie awatary, program identyfikacji osób z wysokim ryzykiem zachorowania na raka – to tylko niektóre z omówionych tematów.

– Liczba osób, które żyją z migotaniem przedsionków rośnie. Mimo rozwoju kardiologii, także elektrokardiologii, u wielu osób nie udaje się utrzymać prawidłowego rytmu zatokowego. Niekiedy farmakoterapia zawodzi, nie wszystkim jesteśmy w stanie pomóc ablacją. Pacjent po udarze to choroba całej rodziny, czasem jej wieloletnia niepełnosprawność. Należy wyrazić radość, że przeznaczyniowe zamknięcie uszka lewego przedsionka w prewencji udaru mózgu u chorych z migotaniem przedsionków weszło w zakres kardiologii inwazyjnej. Do tej pory zamknięcie uszka lewego przedsionka było wykonywane podczas operacji kardiochirurgicznej.

Należy teraz zadbać jedynie o to, by była to metoda jak najszerzej dostępna dla pacjentów – mówił dr Ryszard Golański, redaktor naczelny „GL”, odnosząc się do wystąpienia lek. med. Radosława Pracownia z Instytutu Kardiologii w Warszawie. Z kolei metodę zastosowania rozszerzonej rzeczywistości w planowaniu kardiologii interwencyjnej, którą przedstawił dr Maksymilian Opolski, dr Golański nazwał technologią kosmiczną. Chodzi m.in. o komputerowe rozszerzenie obrazu, dzięki wykorzystaniu inteligentnych okularów. Są całkowicie transparentne i pozwalają na jednoczesowe obrazowanie tego, co lekarz widzi przed sobą, z jednoczesnym nakładaniem elementów graficznych i dźwiękowych, co może niezwykle usprawnić wykonywanie różnych czynności terapeutycznych, szczególnie procedur chirurgicznych.

Wśród prelegentów znaleźli się także: prof. P. Juszczyński, dr P. Litwiński, dr inż. L. Stolarczyk, dr H. Kośeła-Paterczyk, prof. T. Klupa, lek. med. A. Chrobak, lek. med. M. Szewczyk, dr K. Sklinda, dr M. Krasnodębski, dr P. Skarżyński, dr A. Byszewska, lek. med. M. Janik, dr K. Kokoszyńska-Brejnakowska, dr M. Cybulska, mgr K. Prajzendanc oraz student J. Jankowski. 📄

^ Uczestnicy konferencji.



Fotorelacja na
www.gazetalekarska.pl

Ból i cierpienie

Czy wykonywane przez personel medyczny procedury mogą być jak tortury?

Pewien anestezjolog w wieku początkującego emeryta 10 grudnia 2011 r. wracał z Krynicy Górskiej z konferencji naukowej na Podhalę przez Słowacki Spisz, słuchając fado w wykonaniu Amali Rodriges. Niedaleko Starej Lubovni doznał napadu kaszlu, po którym rozboleła go głowa po stronie prawej i stracił czucie w lewej ręce.

Zatrzymał się w miasteczku. Pospacerował nieco i po kilkunastu minutach dolegliwości znikły, więc je zbagatelizował, bo nazajutrz, tj. w niedzielę, miał dyżur. Praktycznie o tym zapomniał. Ale choroba była mu wierna i po 14 dniach tuż przed wigilią doznał udaru mózgowego z porażeniem lewostronnym od twarzy do nogi oraz zaburzeniami mowy i połykania. Najpierw trafił do szpitala w Nowym Targu, a stąd został odesłany do jednego ze szpitali specjalistycznych. Już na wstępie stał się numerem z kodem kreskowym na lewym nadgarstku, co kojarzyło mu się z towarem w markecie na koniec podsumowywanym w kasie. Tu po precyzyjnej diagnozie, „naukach” pani docent, jak to się źle prowadził – chociaż nigdy papierosów nie palił, alkohol używał mniej niż okazjonalnie, a raczej zbyt dużo nocy spędził na dyżurach i wiele lat w niewentylowanej sali operacyjnej,

znieczulając głównie zakazanym już halotanem – został zakwalifikowany do jednoczasowej operacji udrożnienia tętnic szyjnych zewnętrznej i wewnętrznej oraz pomostowania aortalno-wieńcowego. I został zoperowany.

Dwa pierwsze dni przebywał na intensywnej terapii, skąd przekazany został do specjalistycznej kliniki. Na wózku czekał w jakiejś poczekalni czy korytarzu kilka godzin i nikt się nim nie zainteresował, mimo że cierpiał z powodu bólu pooperacyjnego i biegunki, jako powikłania po szerokospektralnej antybiotykoterapii profilaktycznej. Po wwiezieniu do sześciuosobowej sali los jego niewiele się zmienił. Owszem ktoś zmieniał mu kroplówki, w których był jakiś lek przeciwbólowy, bo ta dolegliwość nieco zmalowała, ale sprawy zabrudzenia biegunkowego od pach do pięt czekały do porannej wizyty lekarskiej, gdy przed wizytującym domagał się pilnej interwencji w tej sprawie. Na polecenie lekarskie został z onegoż wózka energicznie pod pachy podniesiony i podtrzymywany przez dwie rosłe sanitariuszki na środku sali, rozebrany do naga i obmyty przy gromadce różnych osób spokojnie wizytującej pozostałych chorych. Ból po sternotomii spowodował, że nieco dołożył do tej treści biegunkowej. Następnie wjechała wózką do sali osoba z tytułem



Edward Charczuk

Lekarz anestezjolog

magistra pielęgniarstwa i zabrała się do zmieniania opatrunków. Zaczęła od „weteranów” leżących już kilkanaście dni, bo im zropiały rany po sternotomiach. Następnie zajęła się tymi jej mniej znanymi. Ale sprawiedliwie trzeba przyznać, że zmieniała rękawiczki.

Podeszła też do niego zamaszycie zdarła przylepcę, co spowodowało, że nieco zajęczał, bo ból sięgał chyba 8 punktów. Gdy zamierzała zrobić to nazajutrz, poprosił, aby zmoczyła solą fizjologiczną plastry, bo wiedział, że wówczas schodzą prawie bezboleśnie, ale natychmiast dowiedział się od niej, że jest po operacji, to musi boleć! A to w szpitalu z certyfikatem: „szpital bez bólu”.

Innej przedstawicielce personelu średniego zmieniającej kroplówkę zwrócił uwagę, że kranik przy porcie do żyły głównej jest zabrudzony, ciągną się z niego skrzepy i cały jest oblepiony starą zakrzepłą krwią, ale skrupulatnie go zakręciła ponownie. Gdy w nadmiarze odwagi zasugerował, że powinna go wyrzucić albo przynajmniej zdezynfekować, to szybko usłyszał, że ona wie, co ma robić!

Za dwa dni wieczorem przywieziono do tej sali 72-letniego chorego z drenami ssącymi z klatki piersiowej po operacji i został podłączony do monitora. A że ww. „weterani” do północy oglądali telewizję o głośności około 50 decybeli, bo bulgotały drewny pooperacyjne u tego i innych chorych, więc wyłączone zostały alarmy w monitorze. W nocy do około godziny drugiej zajął go dwukrotnie ktoś z personelu, a dyżurowało 6 osób, głównie w pokoju socjalnym.

POPROSIŁ, ABY ZMOCZYŁA SOLĄ FIZJOLOGICZNĄ PLASTRY, BO WIEDZIAŁ, ŻE WÓWCZAS SCHODZĄ PRAWIE BEZBOLEŚNIE, ALE NATYCHMIAST DOWIEDZIAŁ SIĘ OD NIEJ, ŻE JEST PO OPERACJI, TO MUSI BOLEĆ! A TO W SZPITALU Z CERTYFIKATEM: „SZPITAL BEZ BÓLU”.

Rano o godzinie 5.25 po włączeniu wszystkich światel jak codziennie zaczęła się ceremonia mierzenia temperatury termometrem bezręciowym. Ale ten pan nie miał już normalnej temperatury, więc po kilkunastominutowym zamieszaniu został dyskretnie wywieziony. Około 7.15 do sali wjechał wózek z ranną porcją tabletek przedstawiciel średniego personelu medycznego i na wstępie w ostrych słowach z wulgarnym wstępem nakrzyczał na pierwszego przy drzwiach chorego, bo uznał, że ten leży na łóżku nie tak, jak mu się podoba. Następnie wywoływał wszystkich po nazwisku łącznie z tym, którego dyskretnie około godzinę wcześniej wywieziono. Ale on jako nieobecny milczał, więc wezwanie zostało ponowione trzykrotnie i zakończone dyscyplinującym wulgaryzmem. Wyjaśniliśmy temu nerwowemu panu, że chory może i metafizycznie to słyszy, ale mu jego tabletki już niepotrzebne. Wszak nie spowodowało to żadnej reakcji, a tym bardziej konsternacji z powodu wewnątrz oddziałowego bałaganu i niedoinformowania.

Jakiegolwiek, nawet banalne wejście personelu medycznego w nocy do sali chorych wiązało się z zaświeceniem wszystkich światel, chociaż nie było to praktycznie konieczne. Gdy poprosił o korzystanie ze światła bocznych, bo inaczej wszyscy są

budzeni, otrzymał dwukrotnie w takich sytuacjach odpowiedź, że nie jest w hotelu, więc niech nie marudzi.

Średnio na dobę miał wykonywanych około 16 wkłuc diagnostycznych i leczniczych. Każde było oczywiście dodatkowym bólem. A przynajmniej połowy z nich można było uniknąć, gdyby personel chciał i umiał korzystać z wielokanałowego portu do żyły głównej oraz kaniuli w tętnicy promieniowej.

Na koniec, na około dwie godziny przed opuszczeniem Kliniki, podeszły do niego dwie młode panie, przedstawiając się, że są profesji psychologicznej, chociaż strój jednej nawet niezakrywający miejsca na alweys, z inną kojarzył się profesją. Zadały pytanie o poziom odczuwanego bólu. Gdy odpowiedział, że chce bardziej rozmawiać na temat cierpienia w tym miejscu, a nie tylko o bólu, spowodowało to panikę w oczach i manipulację słowną, że tylko o ból chodzi i to w tym momencie, bo one i tak nie mają na nic wpływu, a tym bardziej nie czują się kompetentne do przekazywania „kierownictwu” jakichkolwiek sugestii czy spostrzeżeń. Ostatecznie chciały tak zmanipulować rozmowę, aby zadeklarowany poziom bólu nie przekraczał 2 punktów. Nie udało im się to i ostatecznie odeszły nadąsane.

Po opuszczeniu Kliniki, w której pobyt kojarzy mu się nadal z ciągłym

▼ Średnio na dobę miał wykonywanych około 16 wkłuc diagnostycznych i leczniczych.

bólem, nieustannym hałasem, brakiem snu – w sumie udawało mu się nie tyle spać, co przedzierać maksymalnie cztery godziny na dobę, oraz stałym zagrożeniem nawet co do życia, doznał ulgi fizycznej i psychicznej. W miejscu tym ani w stosunku do siebie, ani współtowarzyszy nie doli nie usłyszał żadnego życzliwego słowa, za to wiele arogancji. Nikt nigdy nie zapytał go, czy jest w stanie sam się najeść mimo porażenia, poprawić poduszkę czy pościel. Dopytywanie się tych przysług natrafiało na próżnię lub uwagę, że nie są siostrami tylko panami magister! Siostry to były w średniowieczu!

Na pamiątkę tego pobytu ma też dodatkową bliznę nad lewym łukiem brwiowym, bo nazajutrz po przyjęciu do sali wbiegła jak instruktorka fitnessu rehabilitantka z okrzykiem: co to panowie za wylegiwanie się! Wstawać! Ćwiczymy! Oporniejszych poszturchując, poszarpując, wyciągała z łóżek. Jego też, ale zachłysnął się własną śliną, zakrztusił i stracił równowagę, uderzając głową w śrubę zdezelowanego stolika przyłóżkowego. Rozciął sobie łuk brwiowy. Wnet pojawiło się przy nim sporo personelu średniego głównie z wymówkami: Co robi? Dlaczego się tak zachowuje? Itp. Oraz dlaczego nie wezwał pomocy? Ale jak miał to zrobić, skoro był z porażeniem, a i tak jedyny sprawny sygnalizator był przy chorym leżącym koło drzwi, a on miał miejsce przy oknie. Jednak trzeba przyznać, że dość szybko, sprawnie i bez znieczulenia został zeszyty przez wezwanego chirurga.

Czy i jak było możliwe przeżycie w tak niesprzyjającym środowisku i do tego bez psychozy? Było możliwe, ale tylko przy troskliwej opiece kochającej osoby – w tym przypadku żony, która, gdy tylko miejscowe zarządzenia pozwalały, była przy nim, karmiła go, pomagała przy myciu i pocieszała oraz przekazywała bardzo liczne wyrazy sympatii od wielu bliskich, znajomych, współpracowników i przyjaciół, którzy zapewniali o pamięci, inni o modlitwie, a jeszcze inni, bliżsi praktycznemu okultyzmowi, „trzymali kciuki”. ☹



Wirus HCV okiełznany

W Polsce wirusa HCV rozpoznano u 50 tys. osób dorosłych, ale ilu nierozpoznanych zakażonych chodzi po ulicach? Trudno to ocenić, choć szacuje się, że nawet 150 tys.

❶ LUCYNA KRYSIAK

Wirus HCV wywołuje wirusowe zapalenie wątroby typu C, ale u znacznej większości zakażonych nie obserwuje się uchwytanych objawów tej choroby. Dlatego najczęściej rozpoznawana jest ona przy okazji innych badań lub kiedy już doprowadziła do marskości wątroby i pojawiają się objawy niewydolności tego narządu. Jednak ta straszna, wyniszczająca i najczęściej prowadząca do śmierci choroba, za sprawą leków nowej generacji, została okiełznana.

WALKA O ŻYCIE

Ewa Stańczyk mieszkająca w okolicach Łodzi, jak większość zakażonych o chorobie dowiedziała się przez przypadek. Przy okazji badań okresowych coś w wynikach zaniepokoiło lekarza i zaordynował bardziej szczegółową diagnostykę. – Przeżyłam szok, nie miałam pojęcia, gdzie mogłam się zarazić, u fryzjera, kosmetyczki, a może w szpitalu, gdzie operowano mnie z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego – zastanawia się pani Ewa. Wie, że już nie dojdzie prawdy. Jeszcze trudniejsza do przyjęcia była diagnoza, że część wątroby jest objęta marskością. Leczenie interferonem nie przyniosło oczekiwanej poprawy, przeciwnie, czuła się coraz gorzej, chudła w zastraszającym tempie, w krytycznym okresie ważyła 34 kg. – To trwało



▲ Marskość wątroby

ponad 10 lat, dopiero kiedy dwa lata temu wprowadzono leki przeciwwirusowe nowej generacji i lekarz powiedział, że jestem zakwalifikowana do terapii, wstąpiła we mnie nadzieja – wspomina Ewa Stańczyk. Dziś jest zdrowa, leki wyeliminowały wirusa, może normalnie żyć. Współczesna medycyna daje szansę na wyleczenie większości chorych. Wciąż jednak na wejście do programu terapeutycznego czeka się zbyt długo. Zdaniem prof. Roberta Flisiaka, kierownika Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii w Białymstoku, kolejka to spuścizna po tym, jak chorych leczono głównie interferonami. To była droga terapia, trwała rok, środki były ograniczone i chorzy musieli ustawiać się w długiej kolejce. Obecnie większość chorych poddaje się

terapii lekami przeciwwirusowymi w postaci tabletek, terapia jest mniej uciążliwa, bardziej dostępna i skuteczna, ponieważ udaje się wyeliminować wirusa u znacznie większej liczby chorych, niż leczonych interferonem. U chorych z najczęstszym w Polsce genotypem wirusa 1 poprawa po interferonie następowała u 50 proc. Można więc mówić o przełomie w leczeniu wirusowego zapalenia wątroby typu C i, jak zapewnia prof. Flisiak, wkrótce kolejki samoistnie znikną, a chorzy będą trafić do leczenia na bieżąco.

JEST CORAZ LEPIEJ

Zakażenie wirusem HCV rozpoznano u ok. 50 tys. osób, a co roku notuje się od 3,5 tys. do 5 tys. nowo zdiagnozowanych. Jeśli chodzi o genotypy wirusa, różnią się one między sobą i w zależności od rodzaju genotypu dobiera się właściwy lek. Blisko 80 proc. chorych ma genotyp 1, na drugim miejscu jest genotyp 3, które z powodzeniem poddają się terapii lekami dostępnymi w Polsce. Nie ma wiedzy, jak wiele osób jest naprawdę zakażonych, ponieważ nie mając świadomości swojej choroby, nie zgłaszają się do lekarzy. Badania diagnostyczne, w których sprawdza się przeciwciała anti-HCV, pokazały, że najczęściej na WZW typu C chorują ludzie starsi. To pokłosie masowych zakażeń tym wirusem, do których dochodziło w latach 70. Jako że wirus był przenoszony drogą krwi, pacjentów zakażano właśnie przetaczając im krew. Wirus był wówczas nieznan, nie można więc było się przed nim bronić, a krew przetaczano powszechnie. Była świeża, niepreparowana i zawierała wszystkie możliwe czynniki infekcyjne. Obecnie nie stosuje się tego rodzaju metod. – System opieki medycznej nad osobami zakażonymi wirusem HCV jest w Polsce bardzo dobrze zorganizowany i nikt z zakażonych nie zostaje bez leczenia – zapewnia prof. Andrzej Horban, konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych. Dodaje, że WZW typu C przestało już być postrachem, najczęściej ma charakter przewlekły, ale daje się wyleczyć. Ostra postać występuje tylko u 20 proc. chorych, ma dynamiczny przebieg i na ogół układ immunologiczny jest sobie w stanie sam poradzić z wirusem. Z tej grupy 2-4 proc. chorych zdrowieje bez

interwencji lekarza, ale u 20 proc. choroba się rozwija i uszkadza wątrobę, prowadząc do marskości i zgonu.

IDZIE NOWE

Nowa generacja leków przeciwwirusowych podawanych w WZW typu C jest w Polsce stosowana dopiero od dwóch lat. Są to leki bezpośrednio działające na replikację wirusa. Interferony działały pośrednio. Tych leków jest co najmniej kilka i lekarz ma wybór w ich doborze. Ich stosowanie nie jest też obciążające dla pacjenta, ponieważ nie powoduje skutków ubocznych. Stosowanie interferonów wiązało się z ogromnymi obciążeniami. Także efektywność nowych leków jest relatywnie wyższa, ponieważ odsetek wyleczeń sięga 95 proc. – Wadą tych leków jest ich cena, są one bardzo drogie, w jedna USA kuracja kosztuje blisko 60 tys. dolarów, Polsce udało się wynegocjować z producentami cenę 40-60 tys. zł.

Pierwsza grupa otrzymała te leki dwa lata temu i byli to chorzy w zaawansowanym stadium choroby lub pacjenci z marskością wątroby – tłumaczy prof. Horban i zaznacza, że stanowili oni 20 proc. oczekujących na leczenie (ok. 4 tys. osób). Wszyscy z tej grupy zostali wyleczeni. Obecnie ośrodki chorób zakaźnych w całym kraju przystępują do leczenia kolejnej grupy chorych, w której znajdują się osoby, które replikują wirusa, a więc mają chorobę wątroby, ale w znacznie mniej zaawansowanym stadium. – Jesteśmy na etapie diagnozowania tych chorych i ustawiania ich w kolejce. Jak dobrze pójdzie, w tym roku wyleczymy następne 4 tys., a może 6 tys. osób – podkreśla prof. Horban.

Na rynku są obecnie 4 kombinacje leków zwalczających wirusa HCV, produkowanych przez 4 firmy i lekarze chorób zakaźnych liczą, że zgodnie z zasadą konkurencji ich cena będzie spadać (leczenie WZW typu C w minionym roku pochłonęło 400 mln zł) i wówczas otworzy się możliwość leczenia większej liczby pacjentów. To oznacza, że za kilka



lat, jeśli nie będzie przyływu nowych pacjentów, wszyscy zakażeni zostaną wyleczeni. To nie wyeliminuje całkowicie choroby, ale radykalnie zmniejszy zagrożenie, ograniczając źródła zakażenia.

TO MOŻE BYĆ WIRUS

Najczęściej obserwowanymi dolegliwościami mającymi związek z wirusowym zapaleniem wątroby typu C może być osłabienie, przewlekłe zmęczenie, nadmierna senność, objawy podobne do grypy, bóle mięśni, bóle stawów, stany podgorączkowe, spadek apetytu, nudności, wymioty, wzdęcia, spadek wagi, powiększenie wątroby i śledziony, świąd, zażółcenie białkówek i skóry. Jednak jest szereg innych chorób, na które mogą te objawy wskazywać. Jak zatem zorientować się, że gorsze samopoczucie ma związek z rozwijającym się WZW typu C?

Lekarze radzą, aby po prostu się przebadać. Należy wykonać w pierwszej kolejności badanie krwi mające na celu wykrycie przeciwciał anti-HCV. Jeżeli wynik badania przeciwciał anti-HCV jest dodatni, oznacza to, że pacjent miał kontakt z wirusem, jednak nie zawsze dodatni wynik świadczy o aktualnym zakażeniu wirusem HCV. Dlatego, by potwierdzić zakażenie wirusem HCV, powinno się wykonać dodatkowe badanie krwi w celu wykrycia obecności

^ Wirus HCV

wirusa. Takim badaniem jest test molekularny na obecność materiału genetycznego wirusa HCV (HCV RNA). Jeżeli jego wynik jest dodatni (tzn. we krwi wykazana została obecność materiału genetycznego wirusa HCV), oznacza to, że pacjent jest zakażony wirusem HCV. Wynik ujemny badania HCV RNA (tzn. we krwi nie wykazano obecności materiału genetycznego wirusa HCV) najczęściej świadczy o tym, że badana osoba nie jest zakażona wirusem HCV, nawet gdy wcześniej we krwi tej osoby stwierdzono obecność przeciwciał anti-HCV. Wykonanie badania krwi w kierunku wykrycia przeciwciał anti-HCV jest wskazane u osób, które mają podwyższoną aktywność enzymów aminotransferazy alaninowej (ALT) i aminotransferazy asparaginianowej (AST) we krwi, które kiedykolwiek przyjmowały narkotyki drogą dożylną, są przewlekłe dializowane, są dziećmi matek, u których wykryto zakażenie wirusem HCV w czasie ciąży, miały przetaczaną krew lub były biorcami narządów przed lipcem 1992 r., chorują na hemofilie i urodziły się przed 1991 r., wykonują prace związane z narażeniem na zakażenie po zawodowej ekspozycji na patogeny krwiopochodne (w tym lekarze i pielęgniarki zabiegowe, ratownicy medyczni, pracownicy laboratoriów diagnostycznych), są zakażone wirusem HIV. Szybkie wykrywanie i skuteczne leczenie osób zakażonych zapobiega zakażeniu kolejnych osób i jest również uznawane za formę profilaktyki, a w tej, jak w każdej zakaźnej chorobie, ma ona szczególne znaczenie. (O)

ZAKAŻENIE WIRUSEM HCV ROZPOZNANO U OK. 50 TYS. OSÓB, A CO ROKU NOTUJE SIĘ OD 3,5 TYS. DO 5 TYS. NOWO ZDIAGNOZOWANYCH.

Sport a rak



**Mariusz
Tomczak**

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

Na nasze zdrowie wpływ ma przede wszystkim styl życia. Aktywność fizyczna, będąca jego ważną częścią, powinna stać się nieodłącznym elementem każdego dnia.

Jej niski poziom uznaje się za silny, niezależny czynnik predykcji umieralności ogólnej, a analizy wskazują, że wysoka aktywność fizyczna zmniejsza nawet o połowę ryzyko przedwczesnej śmierci – mówi prof. Marek Woźniwski, kierownik Katedry Rehabilitacji w Chorobach Wewnętrznych Wydziału Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu.

Wydolność fizyczna, silnie związana z ruchem, ma istotne znaczenie w prewencji chorób cywilizacyjnych, będących jednym z największych problemów zdrowotnych państw wysoko rozwiniętych i krajów szybko rozwijających się. Do chorób cywilizacyjnych zalicza się m.in. nowotwory. – Aktywność fizyczna ma znaczenie zarówno w prewencji pierwotnej, zmniejszając o 50 proc. zachorowania na nowotwory, jak i w prewencji wtórnej, zmniejszając nawet o 45 proc. ryzyko nawrotu raka piersi czy przedwczesnej śmierci – podkreśla prof. Woźniwski. Ważny jest każdy rodzaj ruchu, nie tylko bieganie, gra w piłkę czy jazda na rowerze, ale również spacer czy wchodzenie po schodach. – Liczy się każda aktywność, zarówno ta codzienna, jak i ta zaplanowana w czasie wolnym. Najważniejsze, aby wysiłek fizyczny był regularny i by ograniczać

30 minut – to minimalna dawka aktywności fizycznej na dobę. Im dłużej siedzimy, tym większe ryzyko, że dopadnie nas choroba, także ta nowotworowa.

ilość czasu spędzanego w pozycji siedzącej lub leżącej (oglądanie telewizji, praca przy komputerze czy jazda samochodem) – mówi mgr inż. Iwona Sajór, kierownik Pracowni Prewencji i Leczenia Żywnościowego Nowotworów Instytutu Żywności i Żywnienia.

WARTO BYĆ AKTYWNYM

Korzyści wynikające z aktywności fizycznej są różnorodne. Jej następstwa nie są obojętne ani dla osób zdrowych, ani dla zmagających się z nowotworami: poza zmianą składu ciała zwiększa się sprawność układu ruchu, a zwłaszcza mięśni (decydujących o naszej samodzielności) i czynność płuc oraz rośnie wydolność fizyczna. Ruch, regulując przemianę materii, przyspiesza pasaż treści jelitowej. Oznacza to, że organizm szybciej pozbywa się szkodliwych substancji pozostałych po strawieniu żywności, m.in. tych odpowiedzialnych za inicjowanie zmian nowotworowych w przewodzie pokarmowym. Część badań dostarcza dowodów, że aktywność fizyczna oddziałuje również w sposób bardziej wyrafinowany na organizm człowieka, m.in. hamując wydzielanie hormonów, których nadmiar jest odpowiedzialny za wystąpienie niektórych nowotworów (np. zmniejsza wyrzut progesteronu i estrogenów). Zwiększana jest także ekspresja genów supresorowych, chroniących przed chorobą nowotworową. Z badań prowadzonych w Wielkiej Brytanii wynika, że siedzący tryb życia odpowiada za kilka procent wszystkich przypadków



raka jelita grubego, piersi i trzonu macicy. Natomiast badania prowadzone w Szwecji z udziałem ponad 40 tys. mężczyzn wskazują, że osoby przyjmujące lub jeżdżące na rowerze mają o 34 proc. niższe ryzyko zgonu z powodu choroby nowotworowej i o 33 proc. większe szanse na pokonanie raka niż te, które spędzają czas głównie w pozycji siedzącej. Mężczyźni aktywni fizycznie godzinę dziennie mieli o 16 proc. niższe ryzyko zachorowania na nowotwór.

ZANIM ZACHORUJEMY...

Już w latach 20. ubiegłego stulecia dwie niezależne grupy badaczy zwróciły uwagę na niższą umieralność z powodu chorób nowotworowych mężczyzn pracujących ciężko fizycznie. Mniej więcej 60 lat później te wyniki potwierdzono w dużej grupie amerykańskich studentek, wykazując wyższy wskaźnik zachorowań na raka piersi u tych, które nie uprawiały sportu. Badania wskazują, że najważniejszym parametrem w ochronie przed chorobą nowotworową nie jest częstotliwość treningów czy ich czas, lecz intensywność wysiłku fizycznego. – Oczywiście do pewnej granicy, bo zbyt intensywny wysiłek powoduje zwiększony wyrzut hormonów stresu, a one działają karcynogennie – mówi prof. Woźniwski. Najwięcej dowodów naukowych istnieje na związek braku ruchu ze wzrostem zachorowania na nowotwór jelita grubego. Jak podaje Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów COI w Warszawie, nowotworom piersi najskuteczniej przeciwodziła sport uprawiany w okresie młodości, aczkolwiek zmiana trybu życia nawet po 50.

FAKT

Najważniejszym parametrem w ochronie przed chorobą nowotworową jest intensywność wysiłku fizycznego.



◀ Wysiłek fizyczny musi być regularny.

roku życia jest równoznaczna z obniżeniem tego ryzyka. Długie godziny w pozycji siedzącej podwyższają ryzyko zachorowania na raka trzonu macicy. Są jednak i takie nowotwory, w przypadku których taki związek nie występuje, a przynajmniej naukowo jeszcze go nie wykazano.

KIEDY WALCZYMY...

Przez wiele lat istniały obawy związane z aktywnością fizyczną osób chorych na nowotwory złośliwe. Wynikały one z przekonania, że uprawianie sportu, zwłaszcza intensywnie, obniża sprawność układu odpornościowego i może prowadzić do uszkodzenia serca osłabionego leczeniem przeciwnowotworowym. Obecnie naukowcy pogląd ten dość mocno zrewidowali (znane są nawet przykłady zawodników powracających do intensywnego wysiłku fizycznego i zawodowego uprawiania sportu po pokonaniu raka). Regularne wykonywanie ćwiczeń, choćby tych najprostszych, u osób mających rozpoznaną chorobę nowotworową,

zapobiega zanikowi mięśni oraz przykurczom ścięgien i odleżynom. Jak tłumaczy prof. Woźniewski, podczas leczenia i w okresie następującym po jego zakończeniu aktywność fizyczna powinna być umiarkowana (3-5 razy w tygodniu po 30-60 minut). Wskazane są naturalne formy ruchu (np. marsz), choć – w zależności od stanu zdrowia – różny może być poziom jego intensywności (od bardzo powolnego po trochę szybszy, w tym także z kijami do nordic walking). Taki trening może mieć charakter ciągły albo interwałowy (tj. dzielony na części) bądź mieszany, łączący trening tlenowy z siłowym. Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Żywności Klinicznego i Metabolizmu z 2016 r. wskazują na potrzebę zwiększenia poziomu aktywności fizycznej u pacjentów chorych na nowotwory, aby zapobiegać utracie masy mięśniowej i zwiększać wydolność organizmu. W oparciu o wyniki dotychczasowych badań sugerują indywidualizację rodzaju i natężenia wysiłku fizycznego u tych osób. Kilka lat temu naukowcy z Holenderskiego Instytutu

Onkologicznego w Amsterdamie dowiedli, że nawet niewielka aktywność fizyczna łagodzi objawy uboczne chemioterapii. Pacjentki wykonujące ćwiczenia o umiarkowanej intensywności lepiej ją znosiły oraz rzadziej skarżyły się na zmęczenie, nudności czy ból. Tylko 12 proc. z nich wymagało korekty leczenia, podczas gdy w grupie biernej liczba ta sięgała 34 proc. – Badania aktywności fizycznej kobiet mierzonej dzienną liczbą kroków w czasie chemioterapii z powodu raka piersi wykazały jej niski poziom, co może przyczyniać się do gorszego ich samopoczucia i gorszych wyników leczenia nowotworu – podkreśla naukowiec z AWF. Należy jednak pamiętać, że lepsza tolerancja chemioterapii nie świadczy o podwyższonej skuteczności tej formy leczenia nowotworu. Natomiast z badań realizowanych ze środków Narodowego Centrum Nauki analizujących wpływ treningu fizycznego na proces karcynogenezy i rozwoju raka piersi u szczurów wynika, że zarówno podczas rozwoju nowotworu, jak i w przypadku już zaobserwowanych guzów nowotworowych, trening fizyczny powodował zmniejszenie liczby tych ostatnich (w przeliczeniu na jednego szczura) w stosunku do grupy kontrolnej. Jak przypomina prof. Mirosław Jarosz, dyrektor IŻŻ, to właśnie różne formy aktywności fizycznej, a nie konkretne produkty spożywcze, stanowią podstawę nowej piramidy zdrowego żywienia. – Z tego powodu zmieniliśmy jej nazwę, teraz jest to „piramida zdrowego żywienia i aktywności fizycznej” – podsumowuje. ○



Iwona Sajór
Instytut Żywności
i Żywnienia

– Dowody naukowe wyraźnie wskazują, że regularna aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko zachorowania na raka jelita grubego (okrężnicy), macicy i piersi (zwłaszcza w wieku pomenopauzalnym). Co ważne, zmniejszenie ryzyka rozwoju tych nowotworów jest tym wyraźniejsze, im częściej i dłużej ćwiczymy. Korzyści zdrowotnych płynących z systematycznych ćwiczeń fizycznych jest bardzo wiele. Po pierwsze, pomagają one utrzymać prawidłową masę ciała, zapobiegają nadwadze i otyłości, które są niezależnymi czynnikami zwiększającymi ryzyko rozwoju nowotworów złośliwych. Kolejna kwestia to wpływ ruchu na przyspieszenie perystaltyki jelit, dzięki czemu skraca się czas kontaktu błony śluzowej z czynnikami pokarmowymi, produktami przemiany materii (np. kwasami żółciowymi) oraz innymi karcynogenami dostającymi się do przewodu pokarmowego wraz ze spożywanym pokarmem.

Od dawna znany jest także dobroczynny wpływ regularnego, umiarkowanego wysiłku fizycznego na funkcjonowanie układu odpornościowego. Udowodniono, że ma on właściwości przeciwapalne i immunomodulujące, choć nie są znane dokładne mechanizmy tego wpływu. Systematyczne ćwiczenia zmniejszają udział tkanki tłuszczowej w organizmie oraz modyfikują i łagodzą działanie pochodzących z niej estrogenów. Jest to szczególnie ważne w odniesieniu do nowotworów hormonalnie zależnych piersi i macicy. Ponadto, aktywność fizyczna reguluje stężenie insuliny i glukozy we krwi, zapobiegając insulinooporności i cukrzycy typu 2, które sprzyjają przewlekłym stanom zapalnym i rozwojowi nowotworów, szczególnie jelita grubego. Znane są także doniesienia naukowe dotyczące roli aktywności fizycznej w zapobieganiu depresji i wspomaganiu pracy układu nerwowego. ○

Muraho! Witajcie!

> Świetnie układała mi się praca z tamtejszym personelem. Początkowo musiałam dużo pracować nad zdobyciem ich zaufania.



„Umuganga Marguerite” – tak nazywano mnie w ostatnim czasie. W polskim tłumaczeniu „lekarz Małgorzata”. Przywrócona Polsce po powrocie z serca Afryki – Rwandy, gdzie spędziłam na misji medycznej cztery miesiące. Najpiękniejszy i najtrudniejszy czas w moim życiu.

MAŁGORZATA OSMOLA (MISJA GOCHA)

Jak wygląda ten świat w oczach Europejki, która nigdy wcześniej nie była na czarnym lądzie? Jak żyje się na rwandyjskiej wsi? Jakich pacjentów spotykałam w szpitalu? Dajcie się porwać w krótką podróż do Rwandy...

„Rwanda” – w miejscowym języku „kinyarwanda” – oznacza kraj tysiąca wzgórz. Krajobraz tego małego państwa nie przypomina obrazu Afryki znanego z filmów. Nie ma rozłożystych drzew akacjowych ani spalonych słońcem traw. Po horyzoncie widać zielone wzgórza, usiane poletkami uprawnymi i bananowcami. Na ulicach gwar, kobiety w barwnych sukniach, z dziećmi na plecach, koszącymi owocami na głowie...

W tym barwnym świecie spędziłam cztery miesiące swojego życia. Pracując jako wolontariuszka w szpitalu w Nemba, na północy kraju, obserwowałam

z bliska prawdziwe życie Rwandyjczyków. Afrykańska codzienność nie jest tak bajeczna jak otaczający krajobraz. Nie można zapomnieć, że Rwanda to jeden z najbiedniejszych krajów na świecie, w którym niedawno zakończył się krwawy konflikt na tle plemiennym. Bieda jest wszechogarniająca, warunki życia miejscowych dla nas nie do pojęcia, niedożywione dzieci... Czy to odpowiednie miejsce na pierwszy wolontariat dla młodej lekarki? Przede wszystkim jest tam bezpiecznie, a w całej nędzy dostrzegłam światło w tunelu! W szpitalu byliśmy w stanie zapewnić chorym podstawową opiekę, w całym kraju sprawnie funkcjonuje system ubezpieczeń zdrowotnych.

Mój szpital znajdował się w małej wsi Nemba, w północnej Rwandzie. Służył populacji blisko ćwierć miliona osób. Powstał dzięki pomocy organizacji Medicus Mundi International. Przez 40 lat

jego istnienia utworzono 170 łóżek dla najbardziej potrzebujących pacjentów oraz przyszpitalną przychodnię, do której codziennie zgłaszała się około setka chorych. Jest oddział internistyczny, pediatriczny, chirurgiczny, ginekologiczny, neonatologiczny oraz intensywna terapia. Pracuje tam garstka lekarzy ogólnych, nie ma ani jednego specjalisty. Oznacza to, że ten sam lekarz przyjmuje w przychodni, robi cięcia cesarskie, operuje, samodzielnie analizuje wszystkie badania diagnostyczne.

ŁĄDOWANIE NA INTERNIE

W udziale przypadło mi zajęcie się oddziałem chorób wewnętrznych. Codziennie widziałam od 40 do 80 chorych. I tak właśnie ja – 25-letni medyk z niespełna półtorarocznym stażem pracy, stałam się lekarzem prowadzącym dla całej interny. Czy dawałam sobie radę? Musiałam! Zlecałam badania,

leczenie. Jak znaleźć czas na taką liczbę chorych? 10 godzin, które spędzałam codziennie w szpitalu, w stu procentach poświęcałam pacjentom. Nie ograniczała mnie biurokracja, tak jak się to często zdarza w Polsce.

TAK JAK U NAS

Z czym przychodzili pacjenci? Połowa trafiała na oddział z powodu chorób zakaźnych – głównie z tyfusem, amebią, czasem zdarzała się malaria. Druga połowa z tym, co nazywamy chorobami przewlekłymi: niewydolnością serca, nadciśnieniem, astmą, cukrzycą. Czyli w zasadzie to, z czym spotkamy się w szpitalach w Polsce. Wiedza o tych chorobach była w Rwandzie niewielka, więc na tym temacie skupiała się moja praca edukacyjna.

KOSZMARNY TYFUS

Z chorób zakaźnych dominuje tyfus. Ta choroba spędzała sen z powiek zarówno mnie, jak i moim pacjentom. Ma bardzo ciężki przebieg, chorego trawi taka gorączka, że brakuje skali na termometrze i utrzymuje się ponad tydzień, pomimo antybiotykoterapii. Pacjent zwija się od silnych bólów brzucha. Infekcja niestety często wikła się perforacją przewodu pokarmowego i wymaga interwencji chirurgicznej.

Malaria to przy tyfusie „pikuś”. Miejscowi lekarze i pielęgniarki mieli z nią dużo styczności, dzięki czemu diagnozowali ją i leczyli bardzo sprawnie.

USG Z YOUTUBA

A co dotyczy się możliwości diagnostycznych – oprócz rąk i stetoskopu, miałam do dyspozycji RTG, EKG i całkiem niezły aparat USG. Cała moja wiedza, dotycząca tego ostatniego, to dwugodzinny kurs na studiach. Głupio by było nie wykorzystać możliwości, pomyślałam, patrzeć, jak aparat stoi w kącie i się kurzy. Otworzyłam Youtuba, odszukałam w internecie pdfy książek i sama nauczyłam się robić USG. Kilka wykonanych badań dziennie i powiem wam, że zaczynałam „coś widzieć”!

Praca na misji medycznej to bycie zdany tylko na siebie i na własne umiejętności. Te warunki sprawiają, że uczymy się bardzo szybko. Trzeba działać i samodzielnie podejmować decyzje!

KOMUNIKACJA, A RACZEJ JEJ BRAK

Pacjenci trochę się mnie wstydzieli. Przez barierę językową nie jest łatwo nawiązać kontakt. Zawsze musiałam mieć przy sobie kogoś, kto tłumaczył z kinyarwanda na francuski lub angielski. Uczylałam się miejscowego języka, ale z marnym efektem... Choć nawet tych kilka słów, które znam, pozwalało mi zbliżyć się do pacjenta i zdobyć jego zaufanie. Podśmiewali się z moich nieudolnych prób pytania, jak się mają: „Amakuru? Umeze ute?”. Ale najważniejsze, że pierwsze lody przełamane.

Z dziećmi jest inaczej. Najczęściej na mój widok płakały, bo to pierwszy raz, kiedy widzą białego człowieka – „umuzungu”. Gdy na wizycie zastawałam małych pacjentów śpiących, starałam się badać ich przez sen. Modliłam się tylko, żeby się nie przebudzili. Bo gdy zobaczyły nad sobą białą zjawę, to wrzask i płacz rozdzierał mi bębenki. Tym większym dzieciom przedstawiałam się i dawałam kolorowe naklejki „Dzielny pacjent”, czym udawało mi się zaskarbić ich sympatię.

SZAMAN NAJLEPSZY NA WSZYSTKO

Największym problemem medycznym jest stosowanie „medycyny tradycyjnej”. Dzieci po podaniu przez szamana ziół niewiadomego pochodzenia trafiają do szpitala zatrute, z uszkodzoną wątrobą. Wielu nie udało się uratować...

Drugą praktyką jest coś, co nazywa się „ręczną ekstrakcją”. Wierzy się, że gdy dziecko jest chore, to całe zło zlokalizowane jest w migdałkach. Więc najprostszym rozwiązaniem jest ich usunięcie. Szaman wyrывa je palcami, na żywca, bez znieczulenia. Albo dziecko przeżyje, albo umrze z wykrwawienia lub ciężkiego zakażenia. Jeśli nastąpi zgon, to przecież nie wina szamana, tylko matki, bo zgłosiła się za późno, a zło opanowało już całe ciało... Te praktyki są przez rwandyjski rząd zakazane, jednak na terenach wiejskich w dalszym ciągu praktykowane.

DZIĘKUJĘ INNE NIŻ ZWYKLE

Najpiękniejszym momentem jest wyzdrowienie pacjenta i wyjście ze szpitala. Satysfakcja, że zrobiło się dobrą robotę.

Usłyszeć na do widzenia szczere „mura-koze”, czyli dziękuję, to coś cudownego, co daje siłę do dalszej pracy. Istnieje tu zwyczaj, że w podzięce za opiekę, pacjent zaprasza lekarza do domu rodzinnego na wspólny posiłek. To wzruszające i piękne, że relacja nie jest ograniczona do suchego kontaktu w szpitalu, lecz lekarz staje się niejako częścią rodziny.

MÓJ TEAM

Świetnie układała mi się praca z tamtejszym personelem. Początkowo musiałam dużo pracować nad zdobyciem ich zaufania, lecz już po pierwszych tygodniach razem z pielęgniarkami i stażystami stworzyliśmy bardzo zgrany zespół, wspólnie pracowaliśmy nad poprawą jakości opieki nad pacjentem. Porównując funkcjonowanie oddziału, który zastałam po przyjeździe, a który zostawiałam, wyjeżdżając, to niebo a ziemia! To był bardzo intensywny czas, który spędziliśmy z korzyścią dla obu stron.

CO DALEJ?

Decyzja o wyjeździe do Rwandy była jedną z lepszych w moim życiu. To niesamowite doświadczenie dla mnie, nie tylko jako lekarza, ale przede wszystkim – człowieka. Tym artykułem chcę zachęcić wszystkich, którym gdzieś po głowie krąży myśl o wyjeździe na misję, do podjęcia wyzwania i wyjazdu w celu pomocy tym najbardziej potrzebującym. My się uczymy, jednocześnie ucząc innych. Czy to nie wspaniałe? Nie można się bać, że sobie nie poradzimy. W krajach rozwijających się każde ręce do pomocy są potrzebne. Zapewniam, że wiedza zdobyta podczas pracy w Polsce doskonale znajdzie swoje zastosowanie.

Planuję już kolejny wyjazd na moją małą misję medyczną do Rwandy, kraju, który stał się moim drugim domem. W tym celu zbieram środki. Jeśli wierzyacie, że mój cel jest szczytny, wesprzyjcie mnie, wpłacając na:

Fundacja Promyk Nadziei

KRS: 0000208927

Konto bankowe:

Bank PKO SA O/Częstochowa
44 12401213 1111 0010 0246 8847

W tytule przelewu wpisując:

Rwanda 

MISJE

Praca na misji medycznej to bycie zdany tylko na siebie i na własne umiejętności. Te warunki sprawiają, że uczymy się bardzo szybko. Trzeba działać i samodzielnie podejmować decyzje.

Elektroniczna kula czy system z potencjałem?



Filip
Dąbrowski

Przewodniczący
Komisji ds. Młodych
Lekarzy NIL

Krok po kroku, kliknięcie po kliknięciu.
Rewolucja czy e-ewolucja w kształceniu
podyplomowym?

Medycyna nieustannie się rozwija. Dzięki postępom techniki i nauk podstawowych co kilka miesięcy słyszymy o nowej terapii całkowicie zmieniającej nasze poglądy na leczenie.

Niestety system ochrony zdrowia, a dokładniej „państwowa administracja medyczna” ewoluuje w tradycyjnym tempie wszystkich urzędów – tak wolno, że aż niedostrzegalnie. Minister Radziwiłł postanowił nas jednak zaskoczyć obietnicami wielkich reform: likwidacją NFZ, odejściem od systemu ubezpieczeniowego i stworzeniem sieci szpitali. Niestety jedyną zmianą, jaką te projekty niosą dla młodych lekarzy, jest potencjalna utrata miejsc szkoleniowych w szpitalach, które do sieci nie wejdą. Rezydent wciąż ma zarabiać tyle, co kasjer w supermarkecie.

Ministerstwo ma także niespodziankę specjalnie dla nas, od 1 maja ruszył System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK). Według zapowiedzi projekt ten ma usprawnić szkolenie podyplomowe wszystkich grup zawodowych związanych z ochroną zdrowia, od lekarzy i lekarzy dentystów po diagnostów laboratoryjnych. System umożliwi elektroniczne wnioskowanie o rozpoczęcie szkolenia, prowadzenie Elektronicznej Karty Specjalizacji czy zgłaszanie się na LEK/LDEK i PES. Kierownicy specjalizacji będą musieli tworzyć roczne plany szkoleniowe oraz regularnie potwierdzać procedury, kursy i staże kierunkowe zrealizowane przez swoich podopiecznych. Brzmi jak z bajki, jednak drobny okrucieństwo utkwił w oku planującego ten projekt. Informatycy właśnie kończą wystawiać faktury za

nadgodziny, jakie poświęcili, aby SMK ruszyło w tym roku, ministerstwo milczy jednak o wynagrodzeniu za dodatkowy czas, jaki kierownicy specjalizacji będą musieli poświęcić na jego obsługę.

Administracja rządowa w podobny sposób postanowiła „uszcześliwić” Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Według założeń systemu, CMKP zyska dostęp do elektronicznej obsługi procesu akredytacji jednostek szkolących i e-zarządzania szkoleniami i kursami. Kto pokryje koszty dodatkowego sprzętu komputerowego i szkoleń personelu? To jedno z pytań, których MZ nie chce słyszeć. Od zeszłego roku CMKP znacznie usprawniło swoją stronę internetową, ułatwiając wysłanie zgłoszenia na kurs. Obecnie odbywa się to za pomocą e-formularza z funkcją autouzupełniania powtarzających się danych. Ta ważna zmiana pojawiła się po ostatnim spotkaniu dyrektora CMKP, prof. Ryszarda Gellerta, z Komisją ds. Młodych Lekarzy. Pomimo dobrej woli i dialogu wszystkich stron wiele kwestii wciąż wymaga poprawy. Na kursach wciąż brakuje miejsc, a lekarze rezydenci czatują przed komputerami w oczekiwaniu na otwarcie naboru na kursy

FAKT

01.05.17
ruszył System
Monitorowania
Kształcenia
Pracowników
Medycznych
(SMK). Według
zapowiedzi
projekt ten
ma usprawnić
szkolenie
podyplomowe
wszystkich grup
zawodowych
związanych
z ochroną
zdrowia.

SYSTEM UMOŻLIWI ELEKTRONICZNE
WNOSKOWANIE O ROZPOCZĘCIE SZKOLENIA,
PROWADZENIE ELEKTRONICZNEJ KARTY
SPECJALIZACJI CZY ZGŁASZANIE SIĘ
NA LEK/LDEK I PES.



z prawa medycznego, ratownictwa czy zdrowia publicznego.

CMKP widzi ten problem i chce nam pomóc – jednak bez zwiększenia finansowania nie jest w stanie znaleźć chętnych do poprowadzenia szkoleń. Kłopoty z prawem, zdrowiem publicznym i ratownictwem można łatwo rozwiązać, zwiększając wymiar tych tematów w stażu podyplomowym i usuwając z programów specjalizacji. Co jednak zrobić

w sytuacji, kiedy nie ma chętnych, aby organizować kursy w wąskich dziedzinach medycyny? Dyrekcja CMKP, będąca odpowiedzialną za organizację szkoleń, nie ma mechanizmów prawnych zmuszających wykonawcę do przeprowadzenia takiego kursu. O tym, że nie ma pieniędzy, aby nie zmuszać, a zachęcać, wspominałem już wcześniej. Pozostaje nam mieć nadzieję, że wraz z elektronicznym systemem zapisów,

▲ **Pozostaje nam mieć nadzieję, że wraz z elektronicznym systemem pojawi się też większa przychyłność względem e-learningu.**

kontroli i akredytacji pojawi się też większa przychyłność względem e-learningu. Niektóre rzeczy w medycynie trzeba zobaczyć i dotknąć, wiele przekazać jednak można za pośrednictwem komputera. Już dziś CMKP udało się wprowadzić kilka takich kursów, m.in. z kardiologii. Prosimy o więcej! Rozwiązałyby to problem kosztów, jakie lekarze ponoszą na wyjazd i utrzymanie podczas kilku tygodni kursu w obcym mieście, a dyrektorzy szpitali chętniej godziłoby się na udział młodego lekarza w szkoleniu, po którym wyłączałby komputer i wracał na dyżur.

Rewolucja związana z wprowadzeniem SMK niesie ze sobą wiele niewiadomych. Na pozytywny przełom składa się wiele drobnych kroków w etapie przygotowania. Jeżeli system będzie wprowadzany całościowo i z uwzględnieniem potrzeb zarówno szkolonych, jak i szkolących, może stać się ogromnym pożytkiem dla nas wszystkich, jednak jeśli pominie zostaną drobne kroki na etapie konsultacji, to będzie tylko kolejnym loginem i hasłem do zapamiętania – elektroniczną kulą u nogi spowalniającą nas w drodze do leczenia pacjentów. ○

Chcą podwyżek

Trzykrotność przeciętnego wynagrodzenia dla lekarzy ze specjalizacją, dwukrotność dla lekarzy bez specjalizacji – to propozycja Porozumienia Zawodów Medycznych skupiającego największe związki zawodowe w służbie zdrowia. 15 maja przedstawiciele PZM złożyli w Sejmie RP obywatelski projekt ustawy w sprawie warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia. Zebrali pod nim prawie 240 tys. podpisów. – My nie chcemy strajku. Ten obywatelski projekt to nasze zaproszenie do negocjacji – powiedział Krzysztof Bukiel, przewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy. W jego ocenie propozycję ministra zdrowia Konstantego Radziwiłła są nie do zaakceptowania. – Chciałbym leczyć w Polsce – podkreślił Kacper Gajda, sekretarz Porozumienia Rezydentów OZZL (na zdjęciu).



Na początku maja rząd przyjął projekt, zgodnie z którym minimalne wynagrodzenie lekarzy specjalistów docelowo miałoby wynosić 1,27 średniej krajowej (według prognoz: ok. 6,4 tys. zł brutto), lekarzy z I stopniem specjalizacji 1,17 (ok. 5,9 tys. zł brutto), lekarza bez specjalizacji 1,05 (ok. 5,3 tys. zł brutto), stażysty 0,73 (prawie 3,7 tys. zł brutto).

Każdy jest inny

Pod hasłem „EBM i wytyczne praktyki klinicznej we współczesnej opiece zdrowotnej” odbyła się konferencja i warsztaty Polskiego Instytutu Evidence Based Medicine, współorganizowane przez Naczelną Izbę Lekarską.



MARIUSZ TOMCZAK

Evidence Based Medicine jest współczesną sztuką lekarską. Termin ten trudno przełożyć na język polski, dlatego mówi się o „medycynie opartej na dowodach”, „medycynie opartej na faktach” czy też „praktyce medycznej opartej na wiarygodnych i aktualnych publikacjach”. 11 maja do Krakowa przyjechali światowej sławy eksperci, głównie z kanadyjskiego McMaster University (kolebki EBM), na czele z prof. Gordonem Guyattem.

To on jako pierwszy użył tego określenia w 1991 r. Prof. Guyatt otworzył krakowską konferencję i był pierwszym prelegentem przedstawiającym przykłady działania „zwoźniczego umysłu” ekspertów, którzy popełniają błędy i formułują sprzeczne rekomendacje. Przekonywał o konieczności stałego dążenia ku racjonalnemu rozumowaniu w medycynie. Jednak badania kliniczne i obserwacyjne nie są jedyną podstawą podejmowania decyzji w konkretnej sytuacji. – Same dowody naukowe nigdy nie wystarczą, potrzebujemy też wartości – powiedział, po czym zwrócił się do lekarzy zgromadzonych na sali o opinię w sprawie stosowania antybiotyków w razie zapalenia pneumokokowego. Większość była zgodna, że w tej sytuacji antybiotyki pomogą. – A gdy u 95-letniego pacjenta z demencją pojawiłoby się pneumokokowe zapalenie płuc? Ilu z was myśli, że teraz również należy zastosować antybiotyki? – zapytał. Zebrani podnieśli ręce: sala podzieliła się mniej więcej pół na pół. – Kiedy pytałem o to w USA,

większość uznała, że jest to nienajlepszy pomysł, ale gdy zadałem to pytanie Peruwiańczykom, 60 proc. było za zastosowaniem antybiotyku. Wyjaśnienie warunkuje kultura – powiedział prof. Guyatt. – Nie chodzi o to, że nie zgadzamy się co do dowodów, ale mamy inne wartości i preferencje, a te różnią się między kulturami. Klinicysta powinien być świadomy także własnych wartości i preferencji leżących u podłoża podejmowania decyzji – skłonił do.

LEKARSKIE INTENCJE

Podstawowy język stosowany w EBM przybliżył prof. Roman Jaeschke. Mówił m.in. o metaanalizie (tj. ilościowej syntezie wyników badań dotyczących tego samego pytania klinicznego przy wykorzystaniu odpowiednio dobranych metod statystycznych) i ryzyku względnym (tzn. stosunku prawdopodobieństw wystąpienia określonego punktu końcowego w grupach eksperymentalnej i kontrolnej). Zwrócił uwagę na znaczenie języka, jakim się posługujemy oraz na to, że intencje badacza mogą wpływać na końcowy rezultat jego pracy nawet mimo szczerzej chęci dochowania zasad naukowego obiektywizmu. – Rezultat badań często zależy od tego, jakiego wyniku poszukujemy. Cała metodologia badawcza ma na celu wyeliminowanie tego rodzaju czynników zaburzających – podkreślił prof. Jaeschke. Pojęcia stosowane w EBM definiował prof. P.J. Devereaux, wyjaśniając m.in., co oznacza ją podstawowe skróty takie jak NNT czy CI. NNT (number needed to treat) to liczba pacjentów, których należy poddać

interwencji w określonym czasie w celu uzyskania spodziewanego wyniku, np. uniknięcia zgonu. Z kolei CI (confidence interval) określa stopień precyzji danego oszacowania. Zaproponował także stosowanie wskaźnika wrażliwości (fragility index), który wskazuje jak duża musiałaby być zmiana uzyskanych wyników, aby stały się one nieistotne statystycznie. Zasady EBM dotyczą się indywidualnej praktyki lekarskiej, ale również całego systemu opieki zdrowotnej. Powinny je poznać i zrozumieć osoby podejmujące decyzje w zakresie jego organizacji, funkcjonowania i finansowania. Wydaje się, że dzięki temu można by łatwiej osiągać wyższą jakość opieki zdrowotnej. Te wątki podjął prof. Guyatt w swoim drugim wystąpieniu dotyczącym oceny jakości, prezentując przykład dwóch szpitali: jednego ze śmiertelnością na poziomie 10 proc., drugiego – 15 proc. – Skąd ta różnica? Gorsza opieka w pierwszym czy raczej obecność „ciężkich” pacjentów w drugim? – pytał. Odpowiedź nie musi być wcale taka oczywista, i wymaga szczegółowej analizy, m.in. w oparciu o bazy danych. Jak wyjaśnił prof. Guyatt, szpitale mają pod opieką różnych pacjentów, ale trzeba wyrównać warunki gry i analizować wyniki w porównywalnych grupach. – Możemy patrzeć na osoby starsze z chorobami współistniejącymi, na starszych bez chorób współistniejących – wyliczał. Mimo że, w jego opinii, bazy danych często są niedokładne, to umiejętność znalezienia, zrozumienia, zinterpretowania i zastosowania w praktyce zgromadzonych danych jest kluczowa do zapewnienia optymalnej opieki medycznej. Należy jednak

▲ Prof. Roman Jaeschke.



zawsze pamiętać, że jeżeli bazy zawierają złej jakości dane, wyniki analiz też będą złe. Wskazał ponadto, jak łatwo o błędne wnioski. W USA niektóre szpitale zaczęły publikować dane o śmiertelności i stwierdzono, że obniżyła się ona o 40 proc. Byłby to bardzo dobry wynik i silny argument za publikowaniem takich informacji, gdyby nie fakt, że w tym samym czasie śmiertelność w innych szpitalach, niepublikujących takich zestawień, też zmniejszyła się w podobnym stopniu. Prof. Guyatt mówił o konieczności włączania do badań wielu tysięcy pacjentów, podkreślając, że w wielu przypadkach środowisko lekarskie nie dochodzi za szybko do konsensusu, jak skutecznie leczyć. – Czasami upływa wiele lat pomimo istnienia dobrych dowodów na to, jakie leczenie jest najlepsze – dodał.

TYLKO PODRĘCZNIK?

Na wyzwania, jakie dla EBM i wytycznych praktyki klinicznej niosą współcześni pacjenci, zwracał uwagę prof. Victor M. Montori z Mayo Clinic. – Pacjent, który do nas przychodzi, nie przypomina tego, którego znamy z podręczników interny. Większość osób zgłaszających się do lekarza ma wiele chorób. Pacjent z cukrzycą często ma także nadciśnienie tętnicze i zmagają się z bólem. Ktoś, kto ma cukrzycę, ma mniejsze ryzyko niż ten, kto dodatkowo ma nadciśnienie i depresję – wyliczał. Wcale nie chodzi tylko o wielochorobowość czy ryzyko wystąpienia polipragmazji. Należy uwzględnić inną „wrażliwość na bodźce” u każdego pacjenta stojącego w obliczu choroby. Na ukowiec zwrócił uwagę, że nie zawsze

pacjent dostatecznie współpracuje z lekarzem dlatego, że po prostu lekceważy zalecenia tego ostatniego. – Bywa, że lekarskie dyspozycje są trudne do spełnienia ze względu na bariery psychiczne, fizyczne, materialne czy brak osób bliskich w otoczeniu, które mogłyby pomóc pacjentowi. Każdy jest inny – podkreślił prof. Montori. W jego ocenie warto proponować zalecenia ostrożnie, z uwzględnieniem alternatywnego postępowania, biorąc pod uwagę rozmaite ograniczenia występujące w życiu pacjenta. Poza tym trzeba próbować aktywnie wciągać chorych w realizację wytycznych, a przy ich wydawaniu dla konkretnego pacjenta uwzględniać cały kontekst towarzyszący chorobie i nie stosować wytycznych w sposób, jak to sam ujął, „ślepy”. – Jeśli wytyczne wydano dla Marii Luizy, to one są przeznaczone tylko i wyłącznie dla niej. Wobec innych pacjentów nie wolno stosować wytycznych takich jak dla tej pacjentki – mówił prof. Montori, podkreślając, że EBM opiera się na założeniu, że lekarzowi do podjęcia decyzji nie mogą służyć wyłącznie „twarde” dane naukowe.

KONFLIKT INTERESÓW

Naszpikowane wieloma konkretnymi wskazówkami było wystąpienie prof. Waleeda Alhazzaniego, który próbował przybliżyć odpowiedź na pytanie, jak stworzyć wiarygodne wytyczne praktyki klinicznej. Można je przygotować np. w oparciu o analityczną pracę grupy ekspertów, jednak nie wystarczy po prostu rozdzielić pracę wśród choćby najwybitniejszych medyków. – Należy

▲ **Prof. Romuald Krajewski (drugi z prawej).**

zwrócić uwagę na konflikt interesów, nie tylko finansowy – powiedział prof. Alhazzani. Ktoś, kto w przeszłości prowadził badania kliniczne w danej dziedzinie, może być bardziej niż inni skłonny do patrzenia na dane zjawisko w specyficzny sposób. – Wszystkie rekomendacje winny być oparte o najlepsze bieżące badania i aktualne informacje. Może się okazać, że to, co opracowano w 2008 r., dziś jest już przestarzałe – podkreślił. To, że ocena dowodów powinna być dokładna, przejrzysta i przekonująca, brzmi jak banał, ale – o czym zdają się nie zawsze pamiętać ludzie nauki – nie należy zapominać o prostocie języka. – Rekomendacje muszą być łatwe do zrozumienia. Unikajcie długich zdań – zaapelował prof. Alhazzani. Spotkanie z liderami wytyczającymi ścieżki w EBM zostało zakończone dwugodzinny warsztatami klinicznymi, które odbyły się po południu w mniejszych grupach. W ich trakcie lekarze szlifowali zdolność krytycznej oceny badania randomizowanego i przeglądu systematycznego oraz umiejętność identyfikowania wiarygodnych wytycznych – wszystko to ma bowiem kluczowe znaczenie dla praktyki opartej na EBM. Dla członków okręgowych izb lekarskich, po wcześniejszej rejestracji, wstęp na konferencję był bezpłatny, a na warsztaty z dużą zniżką. W Komitecie organizacyjnym tego wyjątkowego wydarzenia byli m.in. dr Maciej Hamankiewicz, prof. Romuald Krajewski, prof. Jerzy Kruszewski, dr Piotr Gajewski i dr Wiktoria Leśniak. Warto dodać, że konferencja i warsztaty poprzedziły dwudniowy kurs doskonalący z chorób wewnętrznych McMaster International Review Course Internal Medicine zorganizowany pod auspicjami International Society of Internal Medicine i European Federation of Internal Medicines. Odbył się on w dniach 12-13 maja, także w Krakowie, z udziałem przedstawicieli ponad 30 różnych krajów (od Kanady po Koreę Południową i Nową Zelandię). Wykłady wygłosiło ponad 30 ekspertów z Ameryki Północnej i Europy, przybliżając tematykę m.in. chorób: płuc, układu krążenia i układu pokarmowego, schorzeń onkologicznych czy cukrzycy. MIRCIM został objęty patronatem honorowym marszałka Senatu, ministra zdrowia oraz ministra nauki i szkolnictwa wyższego. ○

1991

W tym roku po raz pierwszy użyto określenia EBM.

Sieć szpitali

Wiele kontrowersji towarzyszy dyskusjom nad wprowadzeniem sieci szpitali. Krytykowany jest nie tylko kształt planowanych przepisów, ale i tryb prac nad ustawą.

✪ **MARIUSZ TOMCZAK**

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł dopiął swego. 4 maja weszła w życie ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadzająca duże zmiany w funkcjonowaniu placówek szpitalnych. To właśnie ona tworzy sieć szpitali.

Kilka tygodni wcześniej za nowelizacją głosowali posłowie: 230 było za, 209 przeciw, 5 wstrzymało się od głosu. Do systemu opieki zdrowotnej wprowadzono zupełnie nową instytucję prawną w postaci systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. W intencji resortu zdrowia system ten ma być główną formą zabezpieczenia dostępu do świadczeń: z zakresu leczenia szpitalnego, wysokospecjalistycznych, AOS udzielanej w przychodniach przyszpitalnych, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

POZIOMY ZABEZPIECZENIA

W ustawie wyróżnia się sześć poziomów szpitali: I stopnia (to głównie placówki powiatowe), II stopnia (ponadpowiatowe), III stopnia (wojewódzkie), onkologiczne lub pulmonologiczne, pediatryczne oraz ogólnopolskie. Poziomy są wyznaczane przez rodzaje udzielanych świadczeń i określane

przez wskazanie profili lub rodzaje komórek organizacyjnych, w których są one udzielane w trybie hospitalizacji (określone w przepisach tzw. rozporządzeń koszykowych). I tak, przykładowo, poziom szpitali I stopnia obejmuje świadczenia z zakresu: chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych, położnictwa i ginekologii (jeden z poziomów referencyjnych), neonatologii (jeden z poziomów referencyjnych), pediatrii. Do sieci mogą przystąpić placówki, które nie tylko od co najmniej dwóch lat mają zawartą umowę z NFZ, ale również – choć ten warunek nie dotyczy szpitali ogólnopolskich, onkologicznych i pulmonologicznych – w których funkcjonuje izba przyjęć albo SOR.

DO 27 CZERWCA WYKAZ

Zgodnie z przepisami, świadczeniodawca zakwalifikowany do danego poziomu będzie miał zagwarantowane zawarcie umowy z NFZ, a na zakres tej umowy wpłynie przynależność do poziomu zakwalifikowania. Wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów dla poszczególnych województw ma sporządzać dyrektor wojewódzkiego oddziału NFZ do 27 marca i będzie obowiązywał od 1 lipca przez cztery lata. W tym roku będzie jednak inaczej – pierwsze takie wykazy poznamy do 27 czerwca (mają obowiązywać od 1 października br. do 30 czerwca 2021 r.), a do 26 września zostaną uzupełnione o podmioty lecznicze powstałe



W kolejnym numerze m.in. opinie dyrektorów placówek medycznych. Więcej na www.gazetalekarska.pl.

w wyniku połączenia. Świadczenia udzielane na podstawie umów zawartych ze świadczeniodawcami zakwalifikowanymi do poszczególnych poziomów będą finansowane w sposób ryczałtowy. Wysokość ryczałtu ustalana zostanie za okres rozliczeniowy określony w umowie, ale nie dłuższy niż rok kalendarzowy. Ma uwzględniać m.in. wskaźniki dotyczące struktury udzielanych świadczeń. Ustawa wprowadza ponadto nowe regulacje dotyczące nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Świadczeń z tego zakresu w pierwszej kolejności udzieli świadczeniodawcy zakwalifikowani do systemu zabezpieczenia, a jedynie uzupełniająco będą kontraktowane na zasadach konkursowych.

9 PROC. NA KONKURSY

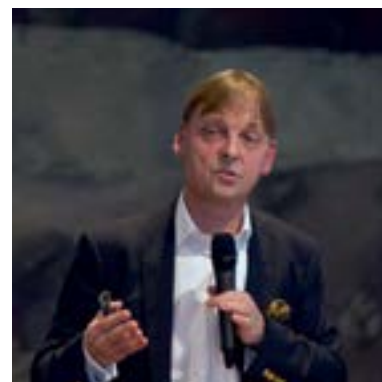
Około 91 proc. środków, z których obecnie finansowane jest leczenie szpitalne, pochłonie funkcjonowanie sieci, a reszta trafi na konkursy świadczeń. Do konkursów będą mogły przystąpić zarówno szpitale niezakwalifikowane do sieci, jak i placówki sieciowe chcące otrzymać finansowanie (np. na funkcjonowanie dodatkowych oddziałów). W naszym kraju istnieje ok. 1400 szpitali, ale tylko ok. 700 zabezpiecza pełnoprofilową opiekę medyczną. Jak szacuje resort, w ogólnej liczbie sieci szpitali 4 proc. będą stanowiły placówki niepubliczne. Ministerstwo nie ukrywa, że na zarządzających szpitalami ustawa ma wymusić optymalizację liczby oddziałów specjalistycznych oraz doprowadzić do przenoszenia wąskospecjalistycznych profili do szpitali specjalistycznych wieloprofilowych. Ministerstwo Zdrowia zapowiada, że po zmianie przepisów dostęp pacjentów do świadczeń specjalistycznych poprawi się w szczególności poprzez zapewnienie kompleksowości i koordynacji świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych (posiadanie przez pacjenta skierowania do szpitala ma mu umożliwić skorzystanie ze świadczeń, w zależności od oceny specjalisty, albo w szpitalu, albo w formie ambulatoryjnej, a także z rehabilitacji). Celem ustawy jest również eliminacja zjawiska oferowania pojedynczych, „oderwanych” od siebie procedur medycznych. ○

W POLSCE JEST OK. 1400 SZPITALI, ALE TYLKO OK. 700 ZABEZPIECZA PEŁNOPROFILOWĄ OPIEKĘ MEDYCZNĄ.

Interna na Mazowszu

Raz do roku spotykają się w Radziejowicach osoby, którym, z różnych powodów, bliskie są problemy oddziałów internistycznych w mazowieckich szpitalach. Tegoroczna konferencja, organizowana jak zwykle przez Oddział Warszawski Towarzystwa Internistów Polskich i konsultanta wojewódzkiego ds. chorób wewnętrznych, dr. Marka Stopińskiego, która odbyła się w dniach 21-22 kwietnia, była ósmą z kolei.

RYSZARD GOLAŃSKI



Towarzyszyło jej spotkanie poświęcone hematologii dla internistów. Mimo że w tytule tego wydarzenia jest Mazowsze, to wiadomo, że omawiane problemy dotyczą oddziałów wewnętrznych w całej Polsce i wszystkich lekarzy tej specjalności.

O problemach interny w Polsce mówił prof. Jacek Imiela, konsultant krajowy ds. chorób wewnętrznych. Interniści się starzeją, średnia wieku jest powyżej 55 lat, a chętnych do specjalizowania się brakuje. Wykorzystywane jest tylko 60 proc. miejsc specjalizacyjnych. Wielu internistów wyjechało za granicę, bo są tam chętnie zatrudniani. Zmniejsza się liczba łóżek internistycznych, co roku o około 500. Oddział wewnętrzny jest zwykle deficytowy dla szpitala, bo specyfiką jego pacjentów jest podeszły wiek i wielochorobowość, a to zwiększa koszty terapii. Niezwykle istotne jest to, jak w świetle nowych regulacji prawnych będą wyglądały relacje między POZ a oddziałami internistycznymi. Obecnie dominuje

wrażenie, że POZ nie diagnozuje pacjentów, tylko odsyła na internę.

Dr Marek Stopiński, konsultant wojewódzki ds. chorób wewnętrznych na Mazowszu, zwracał uwagę, że leczenie w oddziałach wewnętrznych często jest wysokospecjalistyczne, a przez to kosztowne. 30 proc. chorych to osoby powyżej 80. roku życia, pośród 131 418 chorych leczonych w mazowieckich oddziałach internistycznych, 7500 miało powyżej 90 lat. Prawie 12 proc. hospitalizowanych było z powodu niewydolności krążenia. Od pięciu lat interna finansowana jest na podobnym poziomie, a koszty rosną. Nominalnie w mazowieckich oddziałach jest 3200 łóżek, faktycznie jest ich 3500. Ponadto chorzy internistyczni leżą na wszystkich możliwych oddziałach, bo łóżek codziennie brakuje, a dyrekcje nie godzą się na łóżka na korytarzu i dostawki. Taką sytuacją powoduje pobyt chorego w SOR powyżej 48 godzin. Ogromnym problemem jest brak oddziałów „R” na internach. Wiadomo, że są to oddziały bardzo kosztowne co do wyposażenia

i utrzymania. Cytował wypowiedź ministra Radziwiłła, który mówiąc o sieci szpitali stwierdził, że jednym z celów zmiany jest wzmocnienie roli interny. Dr Stopiński za najważniejsze uznał: poprawę finansowania procedur internistycznych, utrzymanie liczby łóżek na oddziałach wewnętrznych, zapewnienie odpowiedniej liczby rezydentur dla chcących się specjalizować i znalezienie chętnych na te miejsca.

Dyrektor Mazowieckiego Oddziału NFZ Filip Nowak i jego zastępca Michał Dziegielewski wystąpili razem i na bieżąco uzupełniali swoje wypowiedzi. Potwierdzili, że plan sieci szpitali był robiony pod kątem interny i że każdy szpital, który ma w swojej strukturze oddział wewnętrzny – wejdzie do sieci. Zapowiedzieli wspieranie interny konsultantami geriatrycznymi i zwiększenie od 1 lipca br. wyceny punktu do 54 zł, czyli o 2 zł. Dyrektor Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim, Krystyna Płukis, stwierdziła, że kierowany przez nią szpital jest przygotowany do regulacji, które przyniesie nowa ustawa. (

▲ Dr Marek Stopiński i uczestnicy konferencji w Radziejowicach.



Fotorelacja na
www.gazetalekarska.pl

O felietonie dra Badurka

Pozwalam sobie napisać do Redakcji, ponieważ odczuwam duży niesmak w związku z tekstem pana dr. Badurka zamieszczonym w numerze 2/2017 „GL”.

👤 **LUIZA GRECZKO**, lekarz chorób wewnętrznych, specjalista medycyny rodzinnej

Długo zastanawiałam się, czy nań zareagować, nie spodziewam się bowiem żadnej konkretnej odpowiedzi, jednak parzy mnie ten numer gazety na moim biurku. Otóż – uważam, że wspomniany tekst jest klasycznym zaciemnianiem i zamywaniem obrazu ukazanego przez wspomnianą prowokację dziennikarską.

Tak, wszyscy wiemy, że w naszym systemie świetnie ma się układ powiązań między prywatnymi gabinetami ordynatorów oddziałów a przyjęciami na kierowany przez nich oddział. W mojej opinii jest to jeden z powodów, dla których nasze środowisko nie jest solidarne w próbach zmiany choro-ego systemu, w którym funkcjonujemy.

Dr Badurek w swoim tekście bierze w obronę ten układ, posługując się przy tym naprawdę argumentami z niższej

półki – vide: kamyczek do ogródka lekarza POZ czy też fałszywe pochylenie się nad losem hipotetycznego pacjenta, któremu dziennikarz rzekomo odebrał miejsce.

Naprawdę musimy udawać, że skrócenie ścieżki do diagnostyki szpitalnej przez wizytę w gabinecie prywatnym ordynatora oddziału nie funkcjonuje w naszej rzeczywistości? Że pacjent skierowany przez pana ordynatora będzie potraktowany tak samo, jak ten ze skierowaniem z jakże niekompetentnego POZ? Że lekarz dyżurny izby przyjęć ośmieli się podważyć skierowanie szefa i zweryfikować je badaniem takiego chorego przed jego przyjęciem?

Jestem rozczarowana i rozgoryczona takim podejściem. Moi pacjenci ze znacznie pilniejszymi wskazaniami do hospitalizacji są odsyłani z izby przyjęć z kwitkiem. Obawiam się, że tak pojmowana solidarność zawodowa jest mi obca. Nie podobą mi się, że zagadujemy patologię i udajemy, że to norma. ○



^ Artykuł
w nr 02/2017
„Gazety Lekarskiej”

Jolka

👤 **KAZIMIERZ MAJ**, dr n. med.

Jestem lekarzem emerytem po W.A.M., rocznik 1964. Czytam „Gazetę Lekarską” od A do Z. Daje mi to dość szeroką wiedzę o ochronie zdrowia, o profilaktyce, o strukturze służby zdrowia, o niedociągnięciach i brakach tak finansowych, jak i kadrowych, jak również o perspektywach rozwoju lecznictwa w Polsce.

Ostatnia strona gazety jest przeznaczona na Jolkę lekarską, czyli rozrywkę umysłową dla lekarzy na dyżurach (jeśli czas pozwoli) oraz dla mających więcej wolnego czasu lekarzy emerytów. Ta Jolka jest bardzo dobrą rozrywką uczącą o historii medycyny, historii powszechnej, geografii, fizyce, chemii, biologii, medycynie, mitologii – jednym słowem o świecie.

Hasła są trudne, wyszukane, ale zrozumiałe i dojące dużo satysfakcji, jeśli się je wyszuka przez tzw. szare komórki, których jest coraz mniej, i przez

to stają się „bielsze” proporcjonalnie do wieku. Przez samodzielne rozwiązywanie Jolki lekarskiej czujemy się jakby młodsi, z większą energią i chęcią do życia.

Tu ogromna zasługa konstruktora Jolek lekarskich, Pana Doktora Jerzego Badowskiego. Dlatego pragnę serdecznie podziękować autorowi Jolek i wiem, że to samo uczyniliby inni lekarze.

Kończąc, przesyłam serdeczne pozdrowienia dla całej Redakcji „Gazety Lekarskiej”. ○

Lekarz, honor, etyka i....

 **KRZYSZTOF DUMAŃSKI**, lekarz anestezjolog

Moje studia to lata sześćsiate i siedemdziesiąte ubiegłego wieku.

W czasie nauki trwającej sześć lat wpajano nam, że jedną z najważniejszych spraw w życiu lekarza jest przestrzeganie zasad etyki i honoru zawodu. Mój nauczyciel deontologii i etyki lekarskiej powtarzał, że honor, godność, prawdomówność i uczciwość zawodowa to cechy lekarza. Niestety w dzisiejszych czasach poziom standardów moralnych i etycznych wyraźnie spada. Nie wiem, czy jest to znakiem czasu, czy też w procesie kształcenia adeptów szuki lekarskiej mniejszy nacisk kładzie się na te zagadnienia.

Ostatnie lata przyniosły bardzo duże rozpowszechnienie reklam w środkach masowego przekazu, zwłaszcza reklam produktów związanych z ochroną zdrowia. Początkowo były to głównie środki higieniczne, odżywki. Z biegiem czasu reklamowano coraz więcej leków i to leków silnie

działających, dotychczas dostępnych tylko w aptekach. Jest to proceder powodujący wiele złego. Kilka razy miałem do czynienia z przypadkami zatrucia lekami dostępnymi w sklepach, kioskach czy na stacjach benzynowych. Przerazenie ogarnia, gdy ludzie bez żadnej kontroli kupują, zachęceni reklamami, leki z grupy NLPZ. Dorośli i dzieci bez ograniczeń i kontroli przyjmują preparaty, które nie są obojętne dla organizmu, zwłaszcza ludzi młodych i dzieci. Być może dawniej zbyt rygorystycznie kontrolowano dystrybucję wielu farmaceutyków, ale wolna sprzedaż chociażby takiego leku, z którego w bardzo łatwy sposób można uzyskać czystą kołdeinę, świadczy o lekceważącym stosunku decydentów. Mogę zrozumieć firmy farmaceutyczne walczące o rynek zbytu, ale nie mogę zrozumieć instytucji i urzędów odpowiedzialnych za ochronę zdrowia, że wyrażają na to zgodę, akceptując to i pozwalając na taki proceder.

Jeszcze bardziej ohydne jest uczestniczenie w tych reklamach osób wykonujących zawody medyczne, lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów. Przepisy wyraźnie zakazują tego rodzaju praktyk, ale cóż, to tylko przepisy. Lecz jak się to ma do wspomnianych na początku honoru, etyki lekarskiej, godności zawodowej, uczciwości. Czy warto to sprzedawać za jakiegokolwiek pieniądze? 

GL
LISTY

WYJAZD DO FATIMY

Z okazji setnej rocznicy objawień fatimskich Duszpasterz Służby Zdrowia w Archidiecezji Warszawskiej ks. prof. dr Stanisław Warzeszak zaprasza polskich lekarzy z całego świata na pielgrzymkę do Fatimy, którą poprowadzi duszpastersko od 24 czerwca do 1 lipca. Wylot samolotem z Warszawy, ale istnieje możliwość własnego dojazdu do Madrytu.



Więcej na
www.gazetalekarska.pl

Z ogromnym żalem i smutkiem przyjąłem wiadomość o śmierci

Pani Profesor Haliny Piławskiej,

lekarza, członka Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów NRL VI kadencji.

Rodzinie, Bliskim oraz Koleżankom i Kolegom, którzy mieli zaszczyt spotkać Panią Profesor na swej drodze, składam wyrazy szczerzego współczucia.

Maciej Hamankiewicz
Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej
wraz z Naczelną Radą Lekarską

Z niewysłowionym żalem odebraliśmy wiadomość o śmierci lekarza dentysty

ś.p. **Anny Makowskiej**

delegata na Krajowy Zjazd Lekarzy oraz działacza Naczelnego Sądu Lekarskiego pierwszej i drugiej kadencji.

Łączymy się w smutku z Rodziną i Najbliższymi Pani Doktor.

dr Maciej Hamankiewicz
Prezes NRL wraz z Naczelną Radą Lekarską
dr Wojciech Łącki
Przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego z zespołem

Prof. dr hab. Halina Pilawska

(09.05.1924 – 11.04.2017)

W dniu 11 kwietnia 2017 r. odeszła na wieczny dyżur.

✎ **MIECZYŚLAW CHRUSCIEL**, dr n. med., sekretarz RO PTL w Szczecinie

Pani Profesor była dobrym i życzliwym człowiekiem. Niewiele jest osób tak kulturalnych, ciepłych i uczynnych, jak była Pani Profesor Pilawska. Zawsze cechowała ją skromność, pracowitość, empatia i wrażliwość. Troszczyła się o zawodową solidarność środowiska i pielęgnowała etos pracy lekarza. [...]

Jako żołnierz AK walczyła w Powstaniu Warszawskim. Została ciężko ranna i cudem wydobyta spod gruzów. Po upadku powstania przebywała w obozie w Pruszkowie. Wspomnienia z lat okupacji zdeponowała w Muzeum Powstania Warszawskiego i opublikowała w II tomie „Pamiętników Lekarzy”. W 1945 r. rozpoczęła studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Wrocławskiego. W 1948 r. przeniosła się na IV rok studiów do nowo otwartej Akademii Lekarskiej w Szczecinie. W 1951 r. otrzymała dyplom lekarza. Od czasów studenckich pracowała w uczelni – po dyplomie jako asystentka w Klinice Ginekologii i w Zakładzie Higieny. Obroniła doktorat i uzyskała specjalizację z pediatrii i z zakresu higieny. Została kierownikiem Zakładu Propedeutyki Pediatrii. W 1972 r. uzyskała habilitację i została zatrudniona na stanowisku kierownika Zakładu Medycyny Społecznej i Zakładu Epidemiologii PAM. W 1983 r. otrzymała tytuł profesora nadzwyczajnego, a w 1993 r. zwyczajnego. [...] Jako naukowiec przewodniczyła wielu komisjom, radom i zespołom, głównie w macierzystej PAM. [...] Była organizatorką i uczestniczką licznych zjazdów naukowych i autorką wielu prac opublikowanych w piśmiennictwie

polskim i zagranicznym. Wypromowała kilku doktorantów, była opiekunką habilitacji oraz recenzentem nominacji profesorskich.

Została wyróżniona wieloma medalami i wysokimi odznaczeniami państwowymi, między innymi: Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi, Warszawskim Krzyżem Powstańczym, Medalem Komisji Edukacji Narodowej, Odznaką za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia. Została nagrodzona Kryształowym Sercem PCK oraz Honorowym Członkostwem Polskiego Towarzystwa Higienicznego.

W szczególny sposób zasłużyła się sprawie reaktywacji samorządu lekarskiego i powołania w Szczecinie Okręgowej Izby Lekarskiej. Była jej pierwszym Prezesem – Założycielką. Przewodnicząc Komisji Socjalnej w OIL, roztaczała opiekę nad seniorami, zabiegając o zapomogi dla tych w złej sytuacji materialnej. Osobiście odwiedzała seniorów chorych i osamotnionych. Pracowała społecznie w hospicjum. Organizowała wiele imprez rekreacyjno-sportowych, wycieczek, propagowała kulturę i wartości humanistyczne w środowisku lekarskim. Przez wiele lat, niemal do ostatnich chwil życia, zasiadała w gronie kolegów prowadzących samorząd. Potrafiła uważnie słuchać innych, ale zawsze Jej głos był niezwykle ważny w podejmowaniu istotnych decyzji. Cieszyła się szacunkiem i uznaniem. Była niekwestionowanym autorytetem w środowisku. Dużo pisała. Była redaktorem naczelnym biuletynu OIL pt. „Vox Medici”. Jej artykuły pojawiały się niemal w każdym



▲ Prof. Halina Pilawska. Portret olejny namalowany przez dra med. Mieczysława Chrusciela.

numerze do ostatnich lat życia. Relacjonowała spotkania i wyjazdy z seniorami, olimpiady sportowe, których była nieustraszoną organizatorką, propagowała szlachetną ideę budowy Domu Seniora Lekarza w Warszawie itp. Została przewodniczącą rady szkół promujących zdrowie w Pomorskim Konsorcjum Zdrowia. Była jedną z założycieli Uniwersytetu III Wieku, którego była również opiekunką i wykładowcą. Pełniła funkcję organizatora i koordynatora Szkoły Zdrowia w Zamku Książąt Pomorskich. Przez lata była przewodniczącą, a następnie Honorową Przewodniczącą Koła Seniorów OIL. Została Honorowym Członkiem Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie.

Od początków działalności zawodowej była członkiem Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Przez wiele lat przewodniczyła szczecińskiemu Oddziałowi PTL i była członkiem Zarządu Głównego. [...]

Żegnamy dzisiaj wspaniałego człowieka – najwyższej próby lekarkę, nauczycielkę, wielki autorytet i społecznie oddaną liderkę środowiska lekarskiego. Jej zaangażowanie w pracę zaowocowało najwyższymi odznaczeniami lekarskimi. Otrzymała Odznakę „Zasłużony dla Polskiego Towarzystwa Lekarskiego”. Prof. Halina Pilawska była Honorowym Członkiem Polskiego Towarzystwa Lekarskiego i Damą Medalu Gloria Medici-nae. W roku 2012 udekorowana została na Zamku Królewskim w Warszawie Medalem i Pierścieniem Medicus Nobilis (Lekarz Szlachetny).

Cześć Jej Pamięci!

Prof. dr hab. Stanisław Leszczyński

(29.05.1922 – 24.04.2017)

Cała radiologia i członkowie Naczelnej Izby Lekarskiej zasmucili się z powodu śmierci Współtwórcy Polskiej Radiologii i Polskiej Izby Lekarskiej.

🔗 **ZYGFRYD WAWRZYNEK**, dr n. med., Prezes ORL w Katowicach I kadencji

Syn patriotycznej polskiej rodziny. Ojciec zginął w Powstaniu Warszawskim, matka – ze swoją córką, więźniarką obozu Auschwitz-Birkenau, była tam położną, ratowała rodzące się w obozie noworodki skazane na śmierć – jest błogosławioną. Stanisław z młodszym bratem był w obozie koncentracyjnym Mauthausen i Güsen.

Wielki Lekarz, Człowiek o ogromnych talentach, rzadko spotykanej pracowitości i błyskotliwości. Przyjaciół ludzi, oddany swojemu zawodowi, kochał chorych i muzykę. Był człowiekiem niezmiernie skromnym, wymagającym od siebie i współpracowników, nagradzający mądrość, szlachetność i odpowiedzialność.

Jako nauczyciel akademicki i kompetentny przełożony był przebiegłym Przyjacielem i Kolegą. Był współautorem „Leksykonu Radiologii”, redaktorem 3-tomowego podręcznika

„Radiologii”, trzech monografii publikowanych w USA i redaktorem epokowego dzieła „Historia radiologii polskiej na tle radiologii światowej”.

Na Zjeździe Krajowym Izby Lekarskiej w Warszawie w dniu 10 grudnia 1989 r. wybraliśmy Go na Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i funkcję tę pełnił przez 8 lat.

Był członkiem wielu towarzystw naukowych krajowych i zagranicznych, w których pełnił ważne funkcje. Można wyliczać jego zasługi, ale człowiek to więcej niż jego osiągnięcia. Żył według łańskiejskiej maksymy: „Nam maximum ornamentum amicitiae tollit qui ex ea tollit verecundiam” – jeżeli dla kogoś moralność nie stanowi największego ideału, ten nie zasługiwał na Jego przyjaźń i dlatego tak bardzo ją sobie ceniliśmy.

Odszedł Człowiek wielce zasłużony dla Polski. Należał do elity intelektualnej i naukowej naszego kraju, Europy.



Niech mi będzie wolno w imieniu wszystkich przyjaciół, którzy Go znali, złożyć wyrazy głębokiego współczucia najbliższemu. Po Jego śmierci wszyscy jesteśmy ubożsi, pożegnaliśmy bowiem perłę wyjątkowej wartości, Lekarza największego formatu, skarb narodowy. Odszedł – Bene de Patria et Medicinae Polonorum Meriti – Dobrze Zasłużony Ojczyźnie i Medycynie Polskiej!

Żegnaj, Drogi Przyjacielu!

Z głębokim żalem i smutkiem żegnamy Naszego
Kolegę i Przyjaciela

Śp. prof. dr. hab. n.med. Stanisława Leszczyńskiego

Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
w I i II kadencji (1989-1997)

współtwórcę odrodzonego samorządu lekarskiego
wieloletniego Kierownika Zakładu Radiologii
Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie
wspaniałego lekarza i naukowca

Rodzinie i Bliskim Zmarłego wyrazy głębokiego współczucia składają

Grzegorz Wrona

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Naczelnej Izby Lekarskiej
wraz z zespołem Zastępców i pracownikami Biura

Z ogromnym żalem i smutkiem
żegnamy

Śp. prof. dr. hab. n.med. Stanisława Leszczyńskiego

Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
w I i II kadencji (1989-1997)

cenionego i szanowanego lekarza, wspaniałego Człowieka
Rodzinie oraz Najbliższym
składamy wyrazy szczerzego współczucia i wsparcia
w tych trudnych chwilach.

Maciej Hamankiewicz

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej
wraz z Naczelną Radą Lekarską

2017 Rokiem Władysława Biegańskiego

W stulecie śmierci



**Beata
Zawadowicz**

Prezes Towarzystwa
Lekarskiego
Częstochowskiego*

Medycyna urodziła się z niedoli, a jej rodzicami chrzestnymi były miłosierdzie i współczucie. Bez pierwiastka filantropijnego medycyna byłaby najpospolitszym, a może wstrętnym nawet rzemiosłem.

„Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej”, 1899

W roku 2017 obchodzimy stulecie śmierci doktora Władysława Biegańskiego – postaci mądrej i pięknej, wybitnego lekarza, naukowca, filozofa, etyka i społecznika, Częstochowianina Stulecia, patrona współczesnych lekarzy. Jest jedną z najwybitniejszych postaci w dziejach Częstochowy oraz historii polskiej i europejskiej medycyny.

Częstochowa – miasto, w którym dr Biegański spędził całe swoje twórcze życie – już od 2015 r. prowadziła przygotowania do uroczystych obchodów, które odbyły się w kwietniu 2017 r. Ich organizatorami i współorganizatorami byli: Urząd Miasta Częstochowy, Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie, Okręgowe Izby Lekarskie w Częstochowie, Katowicach i Warszawie, Muzeum Częstochowskie, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie oraz Filharmonia Częstochowska.

Z inicjatywy Towarzystwa Lekarskiego Częstochowskiego, Polskiego Towarzystwa Lekarskiego i Okręgowej Izby Lekarskiej w Częstochowie 4 listopada 2016 r. Senat Rzeczypospolitej Polskiej ustanowił rok 2017 Rokiem Władysława Biegańskiego. W setną rocznicę jego śmierci senatorowie postanowili oddać należny hołd temu zasłużonemu lekarzowi, który swoje życie poświęcił dobru wspólnemu. Dzięki Towarzystwu

Lekarskiemu Częstochowskiemu od kwietnia do grudnia 2016 r. przeprowadzono remont i konserwację zażytkowego grobu dra Władysława Biegańskiego na Cmentarzu Kule, sfinansowany z budżetu miasta Częstochowy. Prace wykonał konserwator z Krakowa, Dominik Synowiec.

Obchody poświęcone uhonorowaniu tego wybitnego lekarza zorganizowane zostały w salach Filharmonii Częstochowskiej i Ratusza Miejskiego, a ich uroczyste akcenty miały miejsce na Jasnej Górze i Cmentarzu Kule w Częstochowie. Rozpoczęliśmy 6 kwietnia otwarciem wystawy o dr. Biegańskim w sali reprezentacyjnej Ratusza Miejskiego na Placu Biegańskiego. Później goście i uczestnicy obchodów zwiedzali Bibliotekę Jasnogórską i uczestniczyli w Apelu Jasnogórskim, w Kaplicy Matki Bożej. Wzruszający Apel poprowadził Arcybiskup Metropolita Częstochowski Wacław Depo. Wśród uczestników była też duża grupa Polonii Medycznej z Mołdawii, Ukrainy, Rosji, Białorusi, Litwy, Czech, Niemiec i Austrii. Główne uroczystości rozpoczęły się 7 kwietnia 2017 r. O godz. 13:00 złożono wieńce przy odrestaurowanym grobie dra Biegańskiego w asyście pocztów sztandarowych Prezydenta Miasta Częstochowy oraz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. Przemówienia wygłosili wiceprezydent miasta Częstochowy Andrzej Szewiński, prezes Towarzystwa



▲ **Studentom i lekarzom szczególnie warto polecić jego dzieło z 1899 r. „Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej”, którego kolejny pamiątkowy reprint ukazał się w tym roku.**

Lekarskiego Częstochowskiego Beata Zawadowicz, modlitwę poprowadził arcybiskup metropolita częstochowski Wacław Depo. Uroczysta inauguracja obchodów odbyła się o godz. 17:00 w Filharmonii Częstochowskiej. Podczas inauguracji przypomniałam uczestnikom słowa prof. Władysława Tatarkiewicza, którego życie łączy epokę Biegańskiego i czasy nam współczesne. Już w rok po śmierci Biegańskiego, w 1918 r., napisał we wstępie do ostatniego jego dzieła „Etyka ogólna”: „Niewątpliwie długo przetrwa pamięć o tej pięknej postaci polskiego uczonego, postaci mężkiej i pogodnej, o uosobieniu równem i wytrwałem, człowieka surowego dla siebie i wyrozumiałego dla innych, nie ubiegającego się o zaszczyty, a szukającego uczciwie i bez zastrzeżeń prawdy, człowieka tytanicznej pracy” – i dalej prof. Tatarkiewicz pisze: „Powiedziano o nim: Dumą lekarza prowincjonalnego był i otuchą. Można powiedzieć szerzej: Jest otuchą polskiego pracownika naukowego”. Później wystąpił prof. Marian Zembala z lekarzem fotografikiem Łukaszem Kulakiem w prezentacji „Światło w medycynie”, wręczono zasłużonemu osobom ze służby zdrowia doroczną Nagrodę Prezydenta im. Władysława Biegańskiego, odbył się wykład inauguracyjny towarzyszący obchodom konferencji naukowej „Pierwiastki etyczne przysięgi Hipokratesa i jej aktualność w Roku Biegańskiego”, który wygłosił



prof. Jerzy Woy-Wojciechowski. Na zakończenie wysłuchano koncertu „Świat walca” z udziałem Orkiestry Filharmonii Częstochowskiej i gwiazdy – solistki Katarzyny Dondalskiej – sopran koloraturowy.

Dla upamiętnienia postaci dra Biegańskiego, 8 kwietnia, także w Filharmonii Częstochowskiej, odbyła się niezwykle ciekawa konferencja naukowa „Doktor Władysław Biegański. Biegański i jego epoka. Filozofia i etyka w medycynie wczoraj i dziś” z udziałem wybitnych wykładowców. Wykłady wygłosili między innymi profesorowie: Marian Zembala z Zabrze, Jerzy Woy-Wojciechowski, Jerzy Jurkiewicz, Magdalena Durlik i Romuald Krajewski z Warszawy, Andrzej Wojnar i Andrzej Kierzek z Wrocławia, Tadeusz Biesaga, Ryszard Gryglewski i Janusz Skalski z Krakowa, Bolesław Lichterman z Moskwy, Urszula Cierniak z Częstochowy, Grzegorz Opala z Katowic oraz doktorzy: Monika Zamachowska z Krakowa, Kazimierz Szałata z Warszawy, Michał Skoczylas ze Szczecina, Wanda Terlecka i Jolanta Warzycha z Częstochowy, pielęgniarka Hanna Paszko oraz historycy z Częstochowy. Przed konferencją wręczono 25 laureatom 2017 r. Honorowe Statuetki Biegańskiego, które są najwyższym odznaczeniem Towarzystwa Lekarskiego Częstochowskiego.

Dzięki wysiłkom organizatorów oraz udziałowi znakomitych wykładowców, moderatorów i członków Komitetu Honorowego, z kraju i zagranicy, uczciliśmy pamięć dra Władysława Biegańskiego – tak ważnej postaci dla współczesnych, w sposób dostojny, godny, mądry i piękny. Jak napisał prof. Grzegorz Opala: „Wszystkie części miały

swoją wartość i odzwierciedlały bogactwo postaci doktora Władysława Biegańskiego, jego twórczości i dokonań”.

Nasze obchody zostały nazwane przez redaktor Annę Wyszyńską Festiwalem Doktora Władysława Biegańskiego. Bardzo się cieszę, że ten festiwal nie zakończył się, trwa nadal. Po raz pierwszy hołd dr. Biegańskiemu oddaje cała Polska. Uroczystości i konferencje odbyły się już w Częstochowie, Warszawie, Grabowie, Grudziądzu i Zabrzu, a odbędą się jeszcze do końca Roku Władysława Biegańskiego na uczelniach wyższych, uniwersytetach medycznych, w okręgowych izbach lekarskich w całej Polsce.

Podobnie nasza jubileuszowa wystawa o dr. Biegańskim, była już zaprezentowana w Warszawie, także w Senacie RP, w Częstochowie, Grudziądzu i Grabowie. Będzie przewożona do innych miast zgodnie z zaplanowanym harmonogramem.

Na naszej konferencji towarzyszącej obchodom podkreślano szczególne znaczenie, w dzisiejszych czasach, powrotu do przysięgi Hipokratesa o jednolitym brzmieniu we wszystkich uczelniach medycznych i konieczności przypominania zasad etyki Władysława Biegańskiego, „naszego polskiego Hipokratesa” – jak nazwał go prof. Andrzej Wojnar, przewodniczący Komisji Etyki NRL, moderator i wykładowca naszej konferencji.

Całe życie dra Biegańskiego jest wzorem postawy lekarza. Studentom i lekarzom szczególnie warto polecić jego dzieło z 1899 r. „Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej”, którego kolejny pamiątkowy reprint ukazał się w związku z Rokiem Władysława Biegańskiego. Myśli tam

▲ Uhonorowani w Częstochowie Nagrodą im. Władysława Biegańskiego

zawarte są ponadczasowe i powinny być stale przypominane. Dr Biegański upowszechniał współczujące podejście do pacjentów, pełne troski i empatii. Był mistrzem w nawiązywaniu serdecznego kontaktu z ludźmi, z chorym człowiekiem, podkreślał, by nie pozbawiać chorego nadziei, by walczyć o zdrowie i życie pacjenta do samego końca, nie poddawać się. Stąd zresztą nasza kolejna inicjatywa, by każdy młody lekarz wraz z prawem wykonywania zawodu otrzymywał reprint książki „Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej”. Okręgowe Izby Lekarskie, które będą realizować ten pomysł, zakupiły w roku Władysława Biegańskiego 7 tys. egzemplarzy tego dzieła. Pomysł ten został uznany podczas jubileuszowej konferencji za doskonały. Mam nadzieję, że akcja ta będzie kontynuowana, że lekarze będą zastanawiali się, o czym pisał i mówił dr Biegański, jakim człowiekiem powinien być lekarz czy raczej jaki człowiek powinien być lekarzem i czy potrafią odróżnić „medycynę od rzemiosła”. ○



Źródła: Biegański W. „Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej”, Warszawa 1899
Biegański W. „Etyka ogólna”, Warszawa 1918

* Oddział Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego 100-lecia Śmierci Doktora Władysława Biegańskiego

Nie da się poprawić...



Joanna
Sokołowska

Lekarz pediatra

Wychowałam się wśród stert, sprawdzanych przez rodziców – nauczycieli, wypracowań i klasówek.



Niemal codziennie widziałam, jak z benedyktyńską skrupulatnością korygowali błędy ortograficzne, interpunkcyjne, styl i układ logiczny literackich prób swoich podopiecznych. I choć mojemu nieco impulsywnemu ojcu zdarzało się czasem przekreślić zamasytym ruchem duży fragment tekstu, opatrując go niezbyt pochlebnym komentarzem: „Bzdura!”, a perfekcyjnie podchodząca do swej pracy matka potrafiła zużyć więcej czerwonego długopisu niż autor rozprawki niebieskiego, upewniałam się z dnia na dzień, że nie ma takiej rzeczy na świecie, której nie dałoby się poprawić. Ani takiej, która by poprawek nie wymagała...

Z taką wyssaną, nomen omen, z mlekiem matki wiedzą przekroczyłam próg warszawskiego Collegium Anatomicum. To tu Profesor Stefan Kruś nauczył mnie, na swoich niezapomnianych wykładach z anatomii patologicznej, że nie ma ludzi zupełnie zdrowych, a jedynie tacy, których niedokładnie zdiagnozowano. Zawsze znajdzie się coś do poprawki – wykłady profesora potwierdzały wyniesione z domu przekonanie! Pacjenci Profesora należeli do tych zdiagnozowanych najdokładniej i ostatecznie. I choć o ich leczeniu już mowy być nie mogło, utwierdzało to jedynie moją wiarę w sens codziennego poprawiania ludzkich ułomności i błędów nieomylniej podobno natury.

▲ Są takie opowieści, które raz usłyszane zapadają w pamięć na zawsze, choćby wbrew woli, i wracają w najmniej oczekiwanym momencie.

Poprawialiśmy więc – ja i moi koledzy, już jako absolwenci medycyny, z roku na rok coraz śміiej i z większą wprawą – powierzane naszym rękom ludzkie zdrowie. Jedni – zamasytym ruchem usuwając chorujące tkanki, inni – z mniśią cierpliwością dobierając kolejne kroki terapii. Z namaszczeniem oczekiwaliśmy na efekty. Leczyliśmy to, co sprawiało dolegliwości, wierząc, że zawsze jest coś, co jeszcze da się poprawić – choćby to była tylko isierka życia lub chwila bez bólu. Z dumą i pewnym zadufaniem wierzyliśmy (i pewnie wierzymy nadal, choć wstyd się przyznać), że dzieło jest wspólnym efektem pracy autora i korektora.

Zawodowe życie, rozpięte pomiędzy poprawianiem a byciem nieustannie sprawdzanym ze swojej wiedzy i umiejętności, dopisało ciąg dalszy reguły – można poprawiać (choć nie zawsze poprawić) wszystko – granice określają tylko możliwości finansowe.

Pacjenci zaczęli domagać się bowiem nie tylko leczenia dolegliwości, ale i poprawiania swego ciała tak, by odpowiadało tabloidowemu wzorcowi piękna. Poprawione nosy i uszy, równy zgryz, wygładzone zmarszczki, ukształtowane ręką specjalisty medycyny estetycznej dumnie wypięte biusty – stały się symbolem dostatku i wysokiej pozycji finansowej. Nie ma w ludzkim ciele takiej części, której nie dałoby się poprawić – przekonują chirurdzy plastyczni i elastycznie dostosowują się do pragnień swoich podopiecznych...

Równocześnie z tym renesansem korekt i korekcji, jak noworoczne fajerwerki, i niemalże z podobną regularnością, wybuchały reformy systemu opieki zdrowotnej, naprzemiennie

zwanego służbą lub ochroną zdrowia. Powstawały nowe instytucje i ustawy, zgodnie z heraklitowym „panta rhei” poprawiane, zanim ktokolwiek zdążył zrozumieć ich sens. To może nie jest doskonałe rozwiązanie – przekonywali ich autorzy – ale przy odrobinie cierpliwości da się je poprawić... Eksperci i menadżerowie płynnie przechodzili z Kas Chorych do oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia. Trochę dłużej zajęło im przekonanie lekarskiej braci, że medycyna to gałąź gospodarki taka sama jak przemysł i handel, a lekarz to zawód jak każdy inny. Potem zresztą wypomnieli skołowanym medykom, że w biznesowym ferworze zgubili gdzieś etos powołania. Nie ma w systemie ochrony zdrowia takiej rzeczy, której nie dałoby się jednak poprawić – przekonywali jednak pojednawczo, zwłaszcza w przedwyborczych okresach.

I gdy już wszyscy – nie tylko ja – uwierzyli w konieczność i nieuchronność ciągłych poprawek, okazało się, że... nic się nie da zrobić.

POPRAWIONE NOSY I USZY, RÓWNY ZGRYZ, WYGŁADZONE ZMARSZCZKI, UKSZTAŁTOWANE RĘKĄ SPECJALISTY MEDYCyny ESTETYCZNEJ DUMNIE WYPIĘTE BIUSTY – STAŁY SIĘ SYMBOLEM DOSTATKU I WYSOKIEJ POZYCJI FINANSOWEJ. NIE MA W LUDZKIM CIELE TAKIEJ CZĘŚCI, KTÓREJ NIE DAŁOBY SIĘ POPRAWIĆ.

Są takie opowieści, które raz usłysza-
ne zapadają w pamięć na zawsze, choć-
by wbrew woli, i wracają w najmniej
oczekiwanym momencie. Ta wróciła do
mnie w pierwszych dniach majowego
weekendu, wraz z plotką o rządowym
projekcie likwidacji Ministerstwa Zdro-
wia. To anegdota o góralu, który pro-
sił znajomego chirurga medycyny es-
tetycznej o poprawienie urody żony.
Cena operacji okazała się dla górala
zaporowa. Gdy jednak lekarz zobaczył
wyjątkowo brzydką gaźdżinę, zapropo-
nował zaprzyjaźnionemu bacy, że wy-
kona zabieg, rezygnując z własnego
honorarium. Bacia grzecznie odmówił
– leśniczy zgodził się odstrzelić szpetną
babę za darmo... Analogia nasuwa się

sama przez się – rząd rozważa likwidację
resortu od lat zaniedbywanego i trak-
towanego po macoszemu przez kolej-
ne ekipy. Można by go pewnie jeszcze
poprawiać, jak niejednoznaczną urodę
góralki z powyższej anegdoty. Wyma-
ga to jednak nie tylko woli i umiejęt-
ności, ale i pieniędzy. A że forsy jak zwy-
kle brak, a efekt operacji jest mocno
niepewny, może faktycznie, lepiej bie-
daczkę – polską służbę zdrowia – usu-
nąć z widoku. Bez wdawania się w dy-
wagacje, kto jest zdolnym chirurgiem,
kto bacią, a kto leśniczym, pozostaje
nam, lekarzom i pacjentom, którymi
przecież również bywamy, wierzyć, że
to będzie terapia naprawcza, a nie od-
strzał sanitarny. (O)

REKLAMA

Dzień „dobry” :)



Artur Andrus

Dziennikarz radiowej „Trójki”,
konferansjer i satyryk

Coraz trudniej stwierdzić, co wokół nas jest żartem, a co nie. Młódzież znalazła sobie na to sposób. Wysyłając jakąś wiadomość, zaznacza żart odpowiednim znaczkiem :]. I już.

Pomysł świetny. Proponowałbym wprowadzenie powszechnego obowiązku zaznaczania żartu w każdej publikacji. Bo ja się gubię. Na przykład kiedy czytam, że grupa posłów zawiadamia prokuraturę, że ministerstwo prawdopodobnie popełniło przestępstwo, a następnie ministerstwo zawiadamia prokuraturę, że grupa posłów prawdopodobnie popełniła przestępstwo, zawiadamiając prokuraturę, bo wiedziała, że ministerstwo prawdopodobnie przestępstwa nie popełniło, to przypuszczam, że tu gdzieś jest żart. Ale w związku z tym, że żadna ze stron nie postawiła odpowiedniego znaczka :) przy swoim doniesieniu, nie wiem, w którym momencie się zaczął. Chyba, że na tym etapie to jeszcze poważne, a dowcip będzie dopiero wtedy, kiedy znowu ta grupa posłów zawiadomi prokuraturę, że ministerstwo prawdopodobnie popełniło przestępstwo, zawiadamiając prokuraturę o tym, że to posłowie prawdopodobnie popełnili przestępstwo, zawiadamiając prokuraturę, że ministerstwo popełni... Dajmy spokój.

Ktoś, kto wie, że zbieram takie rzeczy podarował mi wydawnictwo promujące powiat kielecki. Piękny album, zdjęcia atrakcji turystycznych, ale przede wszystkim reklamy firm działających na tym terenie. I oto na stronie 78 promuje się ubojnia drobiu. Jest informacja o tym, że jakość świetna, a ceny niskie, adres, telefon i hasło: „Zaufały nam miliony kurczaków...”. I też bez odpowiedniego znaczka. To zdanie w tym wydawnictwie nie jest nawet wzięte w cudzysłów, to ja go tutaj dodałem. Bo gdyby było, sugerowałoby chociaż możliwość istnienia żartu w tym tekście. Cudzysłów ostrzega.

Kupiłem bilet na pociąg. Przez internet. Dostałem mailem potwierdzenie z wszelkimi danymi – cena, godzina, miejsce. A na dole dopisek: Życzymy „Dobrej podróży” Zespół PKP Intercity. I ten cudzysłów od razu wywołał moje obawy. Coś knują! Gdyby tu nie było żadnego podstępny, cudzysłów zacząłby się przed Życzymy, albo nie byłoby go wcale. I co teraz? Jechać?

Podobne podejrzenie żartu odnalazłem w samolocie. W kieszonce przede mną były: instrukcja postępowania w przypadku awaryjnego lądowania, magazyn pokładowy linii lotniczych i papierowy worek na wypadek, gdybym miał jakieś sensacje i nienajlepiej znosił podróż. I właśnie na tym worku, dokładnie na jego dnie wydrukowano hasło: „Witamy na pokładzie”. To żart podobny do tego, który ładnych parę lat temu życzliwi koledzy przygotowali pewnemu znanemu piosenkarzowi na festiwalu w Opolu. Znany jest nie tylko z wielu przebojów, ale i z niechęci do uczenia się nowych tekstów. To nawet nie niechęć, tylko paniczny strach przed zapomnieniem fragmentu. A tu koncert transmitowany w telewizji, miliony widzów. Byłby wstyd. Znany piosenkarz wypisał więc dużymi literami tekst nowej piosenki i umieścił dużą ściągę w zasięgu swojego wzroku, ale w niewidocznym dla kamer miejscu sceny. Tak zrobił podczas próby, ale kiedy wyszedł w czasie koncertu, w miejscu swojej kartki z tekstem świeżej piosenki zastał nową, przygotowaną przez kolegów z napisem: „Rysiek! Trzymaj się!”.

Artyści, kolej, linie lotnicze, nawet ubojnie drobiu niech sobie tak żartują. Ale Państwa proszę o szczególną powściągliwość. Waszemu pacjentowi może nie wystarczyć poczucia humoru, kiedy nad drzwiami wejściowymi do przychodni zobaczy hasło: Życzymy „dobrego zdrowia”. Albo w swojej dokumentacji medycznej trafi na taki wpis: rozerwanie więzozrostu puszczelowo-strzałkowego :). ☺

Róża

(fragmenty)



Janusz Stanisław Czarnecki

Laureat w Konkursie Literackim „Przychodzi wena do lekarza”

Była wiosna. Przyroda jakby obudziła się zgodnie ze swoim cyklem pór roku. Z ziemi wyrastała trawa, zazieleniły się krzewy, drzewa wypuszczały pączki. Podziwiałem świat i pragnąłem zrobić coś ciekawego, żeby wyrwać się z mojego smutku, chandry, depresji, a może odejścia z tego świata. W ostatnim czasie wiele spraw w mojej egzystencji było nieudanych, nawet tragicznych. Postanowiłem odbić się od psychicznego dna i podjąć decyzję, która wniosłaby coś nowego w moje życie.

Pomysł i decyzja przyszły szybko i właśnie tego radosnego dnia postanowiłem napisać reportaż o dziewięcioletniej dziewczynce imieniem Róża. Z rana wykonałem telefon do rodziców dziecka i już na wczesne popołudnie byłem z nimi umówiony. Mieszkali na obrzeżach miasta w murowanej plombie, która przylegała do parku z wysokimi drzewami, klombami, ławeczkami i niedużą fontanną.

Była godzina czwarta, kiedy przyjechałem na parking i wysiadłem z samochodu. Podeszedłem do frontowych drzwi budynku, gdzie mieszkała dziewczynka z rodzicami. Zadzwoiłem. Serce biło mi mocniej i szybko, a różne myśli pojawiały się szybko, jedna po drugiej. Dziecko z rodzicami widziałem kilka lat temu. Drzwi otworzyły się i powitała mnie piękna kobieta, ubrana w obcisłą sukienkę w drobne kwiaty z długimi jasnoblond włosami i niebieskimi jak chabry oczyma, którą pamiętałem jako matkę dziewczynki.

– Niech pan wejdzie – powiedziała z uśmiechem.

– Dziękuję, że wyraziła pani zgodę na wywiad i napisanie reportażu.

– To ja dziękuję. Róża to jest takie wyjątkowe, a zarazem cudowne dziecko. Człowiek jak nie ma czegoś jednego, to ma coś drugie. Rozumie pan?

– Tak – odrzekłem krótko, ale nie wiedziałem, czy mówiła o dziecku, czy o sobie.

Wszedłem do pokoju, w którym siedziała przy stole dziewczynka i rysowała, nie odrywając wzroku od kartki.

Matka popatrzyła na mnie i jakby chciała usprawiedliwić córkę, rzekła:

– Ona tak zawsze. Kiedy poświęci się swojej czynności, to nie można jej od niej oderwać.

Popatrzyłem uważnie na dziewczynkę.

Siedziała z pochyloną głową. Jasnoblond włosy zwisały swobodnie, sięgały ramion i były równo przycięte. Zrobiłem dwa kroki w bok i zobaczyłem, że z tyłu głowy jej włosy rosną nisko, w linii prostej poprzez kark, sięgają prawie grzbietu. Teraz wyczuła moją obecność i podniosła głowę, która była nieco wydłużona i skośnie ustawiona. Pierwsze

wrażenie było zaskakujące, mimo że dziewczynkę znałem. Miała zniekształconą, asymetryczną twarz. Ta asymetria dotyczyła przesunięcia prawego oka ku dołowi, a właściwie nie oka, bo nie było tam gałki ocznej. Wąska szpara powiekowa przebiegała skośnie, ku dołowi. Nos o szerokiej podstawie skrzywiony był w stronę prawą i ta jego część nie miała nozdrzy. Blizna z lekkim zniekształceniem skóry na górnej wardze była wynikiem operacji rozszczepienia podniebienia. Oko lewe przesunięte nieco w bok ku uchu, przy braku prawego oka robiło wrażenie oka Cyklopa. Uszy osadzone były nisko, bliżej ramion niż czubka głowy, a kształt małżowin niesymetryczny.

Przypomniało mi się coś z początków mojej opieki nad nią, kiedy była jeszcze niemowlęciem, a mianowicie to, że rozpoznano u niej zespół genetyczny Goldenhara. Utrata krótkiego ramienia chromosomu pięć w każdej komórce dziecka powodowała jej defekty twarzy i reszty ciała. W krótkiej chwili uświadomiłem sobie, co oznacza piękno symetrii w budowie każdego zdrowego człowieka. Częstą cechą zespołu było opóźnienie psychoruchowe.

Nagle dziewczynka uśmiechnęła się do mnie, symetrycznie rozciągając usta, a w jej lewym oku dostrzegłem isierkę zainteresowania moją osobą i radości. Chwilę mi się przypatrywała, następnie ponownie opuściła głowę, aby patrzeć na obrus z wzorami kolorowych kwiatów.

– Niech pan doktor siada. Pamięta pan jaka ona była mała, kiedy się urodziła?

– Tak. Pamiętam – odpowiedziałem zdecydowanym głosem.

– Zaraz przyniosę album zdjęć fotograficznych Róży – powiedziała kobieta.

Podeszła do komody i wyciągnęła podłużny album z jasną okładką, fotografią słońca, plaży i morza. Spojrzałem na dziewczynkę. Nadal siedziała z pochyloną głową. Nie wiedziałem zupełnie, jaki jest jej rozwój psychiczny. Bałem się niekorzystnej oceny. Pochyliłem również głowę, aby matka nie zauważyła, że przyglądam się małej.

Kobieta przyniosła prostokątne album. Położyła go na stole i otworzyła.

– O! To jest zdjęcie usg., kiedy Róża żyła jeszcze w moim brzuchu. Rozpoznawano wady u dziecka, a było to na 4 tygodnie przed porodem.

Kobieta przewróciła stronę w albumie. Dziewczynka uniosła głowę i patrzyła na matkę.

– A to jest Róża po urodzeniu, kiedy była noworodkiem.

Kiwnąłem głową.

[...]



Więcej w dziale Kultura
na www.gazetalekarska.pl

Zbyt wiele



Agata
Morka

Historyk sztuki

Czasem patrząc na obrazy Klimta, zastanawiam się, czy malarz ten cierpiał na dwudziestowieczną wersję *horror vacui*.

Uniego zawsze wszystkiego jest pełno, a może zbyt wiele. A to fikuśne arabeski na ubraniach, a to tłumy splecionych ze sobą postaci, a to tło nawet wypełnione kreską czy plamką, jakby konkurujące ze splecioną w jego słynnym „Pocałunku” parą. Ze swoim złotym pyłem i natrętnym niemal zdobieniem, Klimt zawsze jest tak bardzo obecny. Tak bardzo jest. Ale dziś o jednym jego obrazie, którego nie ma.

Przez siedem pierwszych lat XX w. Klimt pracował nad cyklem trzech malowideł dla Uniwersytetu Wiedeńskiego. Przedstawiać one miały

„Filozofię”, „Medycynę” i „Prawo”, a zdobić miały sufit uniwersyteckiej auli. Gotowe malowidła wywołały niemały skandal, tak wśród krytyków, jaki i profesorów uniwersytetu, którzy aktywnie głosowali za ich usunięciem. Klimta oskarżano o perwersję, wyuzdanie i ogólną nieadekwatność.

No bo jak to tak? Wiedzieć, z jego tradycją badań medycznych, taki ośrodek postępu, a tu Klimt maluje „Medycynę”: na środku figura Higiei z kwiatami we włosach, u góry naga kobieta, po prawej splecione ze sobą ciała, ni to ludzkie, ni zwierzęce.

Wszystko razem sprawia wrażenie potężnego, zupełnie niekontrolowanego chaosu. Nie ma tu ani

stetoskopu, ani klasyfikacji chorób, ani tym bardziej przezwyciężenia śmierci. Medycynie Klimta daleko do heroicznej narracji postępu i oświecenia. Zamiast tego daje widzowi nagość, niepewność i bardzo cielesny bałagan. Tego było jego współczesnym zbyt wiele.

Obrazy nigdy nie zagościły na stałe w murach uczelni. „Medycynę” kupił najpierw przyjaciel Klimta, potem obraz skonfiskowano, by wreszcie przenieść go do Austrii do pałacu Immenhof. Obraz tam spłonął w 1945 r., gdy wycofujące się siły SS podpaliły zamek. „Medycyna” Klimta dziś nie istnieje, zachował się tylko szkic do niej i jedna fotografia całości.

Patrząc na nią, myślę sobie, że to może jeden z niewielu obrazów Klimta, które cenię, który ucieka etykietę: „zbyt wiele”. Gdzieś w tym przepychu teatralnych gestów bowiem, czai się bardzo ludzka bezbronność wobec przemijalności ciała, której zaradzić nie może nawet współczesna medycyna. ○

obraz A



obraz B



◀ Gustav Klimt, „Medycyna”, 1900–1907, fotografia obrazu zniszczonego w 1945 r.



Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na
bladmalarski@gazetalekarska.pl
do 9 czerwca 2017 r.

W temacie maila należy wpisać GL05/06.
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” 04/2017

SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY

1. Zmiana podpisu pod ilustracją na Hydrocephalie interne.

Każda z ilustracji opatrzona była podpisem przedstawionej choroby. W tym przypadku napis głosił: Ecchymome congenial, portretowany cierpiał bowiem na małopłytkowość.

2. Dodanie krost na twarzy chłopca.

Alibert specjalizował się w dermatologii, duża część jego ilustracji zatem pokazuje różnorodne wykwity skórne w rejonie twarzy.

3. Dodanie małego drzewa w ręku chłopca.

Alibert stworzył klasyfikację chorób dermatologicznych, organizując je w tak zwane Drzewo Dermatoz, stąd jego obecność w ręku chłopca nie byłaby nieuzasadniona.

4. Zmiana koloru pościeli na intensywny niebieski:

ilustracje lekarskie nie miały być artystycznymi portretami, służyły raczej za dokumentację symptomów choroby, stąd Alibert ograniczał się do pokazywania otoczenia pacjenta w bardzo neutralny sposób, nie podkreślając go kolorem.

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



NAGRODZONY Z „GL” 04/2017

Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness
w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Piotr Stanisław Bąk z Brzeziej Łąki**. Gratulujemy!

Uporczywa terapia



^ „Uporczywa terapia we współczesnej medycynie”

📖 RYSZARD GOLAŃSKI

Książkę „Uporczywa terapia we współczesnej medycynie” będącą owocem II Gdańskich Debat Lekarskich przeczytałem kilka miesięcy temu, zaraz po jej otrzymaniu z rąk dra Romana Budzińskiego, Prezesa OIL w Gdańsku, organizatora Debat i zarazem redaktora książki. Jest to problematyka, która interesuje mnie od dawna, wiąże się bowiem z moją pracą zawodową – anestezjologa w oddziale intensywnej terapii kliniki kardiologii. Musiałem jednak odczekać po lekturze czas jakiś, aby przystąpić do napisania informacji po ponownym przeczytaniu. Pośród wielu materiałów, które czytałem na ten trudny temat, ta mała książeczka jawi się jako zbiór przemyśleń bardzo zróżnicowanych i dojrzałych zarazem. Autorami są: dr. R. Budziński, prof. K. de Walden-Gałuszko, psychiatra z Olsztyna, prof. J. Suchorzewska, anestezjolog z Gdańska, prof. K. Szewczyk, etyk z Łodzi, adwokat D. Konieczny z OIL Gdańsk oraz ksiądz Jan Kaczowski, bioetyk, prezes Fundacji Hospicjum im. Św. Ojca Pio w Pucku. Podsumowanie napisał prof. R. Krajewski, neurochirurg, wiceprezes NRL. Książkę Kaczowski przywołuje definicję terapii uporczywej czy daremnej, jako każde działanie medyczne, które jest pozbawione sensu u chorych umierających i w agonii, ale jednocześnie mówi o swoich doświadczeniach w hospicjum, gdzie przekonywał chorych, że zakończenie leczenia przyczynowego nie oznacza końca terapii. Pozostaje walka o jakość życia w ostatnim okresie. Staranie o zachowanie godności umierającego człowieka. Najtrudniejsze bywa w sytuacjach terminalnych wyznaczenie granicy medycznych działań. W naszej rzeczywistości, kiedy nie ma jednoznacznych wytycznych, czasami taką granicą bywa godzina kończąca lekarski dyżur – żeby pacjent nie umarł na moim dyżurze. Zalecam przeczytanie tej książki każdemu lekarzowi, nie tylko tym, którzy w swej pracy zawodowej spotykają się z dylematem ograniczenia lub zaprzestania terapii. ○

ski, bioetyk, prezes Fundacji Hospicjum im. Św. Ojca Pio w Pucku. Podsumowanie napisał prof. R. Krajewski, neurochirurg, wiceprezes NRL. Książkę Kaczowski przywołuje definicję terapii uporczywej czy daremnej, jako każde działanie medyczne, które jest pozbawione sensu u chorych umierających i w agonii, ale jednocześnie mówi o swoich doświadczeniach w hospicjum, gdzie przekonywał chorych, że zakończenie leczenia przyczynowego nie oznacza końca terapii. Pozostaje walka o jakość życia w ostatnim okresie. Staranie o zachowanie godności umierającego człowieka. Najtrudniejsze bywa w sytuacjach terminalnych wyznaczenie granicy medycznych działań. W naszej rzeczywistości, kiedy nie ma jednoznacznych wytycznych, czasami taką granicą bywa godzina kończąca lekarski dyżur – żeby pacjent nie umarł na moim dyżurze. Zalecam przeczytanie tej książki każdemu lekarzowi, nie tylko tym, którzy w swej pracy zawodowej spotykają się z dylematem ograniczenia lub zaprzestania terapii. ○

) Lekarze dzieciom

Komisja Kultury Okręgowej Rady Lekarskiej w Lublinie ogłasza II Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Literacki „Lekarze dzieciom”. Patronat honorowy nad konkursem objął prezes NRL Maciej Hamankiewicz oraz prezes Lubelskiej Izby Lekarskiej Janusz Spustek. ○

) W szpitalnej galerii

Ilustrator, projektant graficzny książki, jest twórcą równorzędnym autorowi tekstu. Galeria Zmienna Szpitala Śląskiego w Cieszynie zaprasza na majową ekspozycję prac Iwony Klimaszewskiej. Wstęp bezpłatny. ○



Więcej w dziale Kultura na www.gazetalekarska.pl

NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 •



Wielka Encyklopedia Prawa. Tom X – Prawo Medyczne

Redakcja naukowa: Ewa Bagińska

„Prawo medyczne to dziedzina interdyscyplinarna, pozostająca w fazie nieprzerwanego rozwoju. Nie ma swojego kodeksu, ani jednej ustawy, która regulowałaby jakąś część ogólną, trudno też mówić o zasadach prawa medycznego” (z Wprowadzenia). Wydana pod honorowym patronatem Prezydenta RP.



Hipoglikemia

Redakcja naukowa: Waldemar Karnafel

W prezentowanej monografii autorzy przedstawili aktualny stan wiedzy na temat patofizjologii, epidemiologii, obrazów klinicznych, leczenia i zapobiegania hipoglikemii zarówno u dorosłych jak i u dzieci i młodzieży. Książka przydatna dla lekarzy praktyków wszystkich specjalności.

Drużynowe Mistrzostwo Świata

AGNIESZKA KANIA



Mistrzostwa Świata Lekarzy i Farmaceutów zaczęto organizować w 1973 r., ale wtedy nie było na nich Polaków. Żaden wysportowany ginekolog nie wystarał się o paszport, ani jeden chirurg – specjalista od giganta nie ustawił się w kolejce po wizę, chyba nikt nie wysłał listu do I Sekretarza PZPR Edwarda Gierka z prośbą o pozwolenie na wyjazd w Alpy.

A przecież szal szusowania nas nie ominął. Ścigano się od Bieszczad po Karkonosze, od świtu do zmierzchu, w słońce i niepogodę. Ileż to razy lekarze narciarze wspinali się na szczyty, taszcząc na ramionach ciężkie alu albo polsporty, by chociaż raz śmignąć w dół. W tamtych czasach wyciągi co rusz się psuły, wystarczył silniejszy podmuch wiatru i już zamykano krzeselka. Nawet jeśli na ścianach pod wierchami chodziły orczyki i wyrwiraczki, trzeba się było do nich dostać. Nie to co



Więcej w dziale Sport
na www.gazetalekarska.pl

dziś – sypie śnieg, duje halny, świszczy zawierucha, a gondole i doppelmajery kursują jakby nigdy nic.

Tegoroczne Mistrzostwa Świata Lekarzy i Farmaceutów odbyły się w pobliżu Canazei, w rejonie Val di Fassa, czyli w Eleganckiej Dolinie. W zawodach brało udział 141 osób, z Polski przyjechało 12 lekarek, 17 lekarzy i jeden farmaceuta. Spora grupa, to chyba odwet za lata, kiedy można było tylko pomarzyć o zagranicznych wояażach. Liczniejszą reprezentację wystawili tylko gospodarze (na starcie pojawili się: Bruna, Giorgia, Anna, Luigia, Laura, Anna Maria i 31 Włochów). Chociaż Niemcy ścigali się w czarcich gumach, Austriacy mieli wśród swoich zawodników z Pucharu Świata, Słowenci wzmacniali się pomarańczą z imbir, Szwedzi liczyli na indywidualność – pannę Svenningsson (przyszła prosto od Bergmana), a Norwedzy trenowali na tyczkach również w lecie, to i tak nikomu nie udało się nas pokonać. Zdobyliśmy drużynowe mistrzostwo świata! Narciarki i narciarze walczyli do utraty tchu, rzucali się na dzidę w slalomie, szli piecem w gigancie, zapominali o strachu na trasie supergiganta. Przywieźliśmy 28 medali (w tym 11 złotych), do tego jeszcze mnóstwo punktowanych miejsc. Za rok będziemy bronić tytułu w Kitzbuehel. Ubrani w kombinezony z orłem w koronie pewnie znów rozwinie skrzydła.

Zdobywczynie medali: Julitta Sołecka, Katarzyna Smolik, Agnieszka Kania, Małgorzata Salomonowicz, Karolina Miodek, Agata Wykrota, Anna Piszcz. Zawodnicy, którzy stanęli na podium: Daniel Najdzonek, Jakub Gałaszek i Wojciech Gwóźdź. Ponadto na stokach Belwederu o Mistrzostwo Świata walczyli: Teresa Zasacka, Bogna Kubica, Maria Mitus-Kenig, Patrycja Hartwich, Katarzyna Wojcieszyn, Andrzej Golec, Wiktor Napióra, Grzegorz Siteń, Mariusz Smolik, Jacek Sroczyński, Zbigniew Smyła, Michał Wojcieszyn, Adam Dyrda, Przemysław Nowak, Grzegorz Dzikowski, Bartosz Suliborski, Szymon Skoczyski, Michał Dyrda i Michał Smyła. (O

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



Empatia pracowników medycznych

Ewa Wilczek-Rużyczka

Publikacja o różnych aspektach empatii związanej z pracą lekarzy i pielęgniarek. Poruszono m.in. takie zagadnienia, jak: podnoszenie jakości opieki poprzez rozwijanie empatii metodą treningową, wpływ empatii na zapobieganie wypaleniu zawodowemu i metody jej pomiaru.



Wszystkie dzieci Louisa

Kamil Bałuk

Reportaż o skandalu nazywanym „spermoszustwem”. Jak to możliwe, że w latach 80. XX w. w Holandii dzieci rodzą się o skórze ciemniejszej, niż miało być? Jakim cudem jeden człowiek stał się dawcą nasienia dla 200 dzieci? Czemu w klinice nie podawano prawdziwych informacji o dawcy i zezwalało na cały proceder?



Bieg górski

Delegatura Wałbrzyska Dolnośląskiej Izby Lekarskiej zaprasza na Mistrzostwa Polski Lekarzy w Biegach Górskich, które odbędą się **13 sierpnia** w Ludwikowicach Kłodzkich w ramach VIII Biegu na Wielką Sowę.

Kolarstwo

17. edycja Mistrzostw Polski Lekarzy w Kolarstwie Szosowym odbędzie się w dniach **2-3 czerwca** w Bychawie na Lubelszczyźnie.



Półmaraton

III Półmaraton Piotrkowski, będący jednocześnie mistrzostwami OIL w Łodzi w półmaratonie, rozpocznie się **23 czerwca**. Długość trasy: 21,0975 km. Zapisy do **19 czerwca**.

Strzelectwo

VII Ogólnopolskie Grand Prix w Strzelectwie Myśliwskim dla Lekarzy „Złoty Eskulap” odbędzie się **11 czerwca** w Puławach. W przeddzień zawodów jest plenerowe spotkanie integracyjne.



Więcej w dziale Sport
na www.gazetalekarska.pl



Lekkoatletyka

W dniach **1-2 lipca** na Stadionie AWF w Krakowie odbędą się 6. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkoatletyce, organizowane równoległe z 27. Mistrzostwami Polski Weteranów w Lekkiej Atletyce.

Pentathlon

Na **17 czerwca** zaplanowano 2. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wielobojach Rzutowych i Pentathlonie w Toruniu. Zawody organizowane będą równoległe z Mistrzostwami Polski Weteranów w Pięcioboju Lekkoatletycznym i Mistrzostwami Polski Weteranów w Wielobojach Rzutowych.

Siatkówka

© RYSZARD GOLAŃSKI

Po raz trzeci Wieluń, a przez to Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi, byli organizatorami Mistrzostw Polski Lekarzy w Piłce Siatkowej, które w tym roku odbyły się od 31 marca do 1 kwietnia.

Kibice lekarskiej siatkówki przywykli do tego, że Mistrzostwa Polski są zawodami międzynarodowymi, podobnie jak rywalizacja podczas Igrzysk Lekarskich w Zakopanem. Oprócz dziewięciu polskich drużyn (dwóch reprezentujących łódzką izbę, dwóch ze Śląska oraz lekarzy z Bielska-Białej, Częstochowy z Poznaniem, Gdańska, ze Szczecina i Warszawy), były zespoły z Mińska Białoruskiego: Polonia Medyczna i Centrum Onkologii. Jak widać, są takie regiony, gdzie siatkówka jest wśród lekarzy na tyle popularna, że organizowane są dwie drużyny.

Miejszem zawodów była nowoczesna hala MOSiR w Wieluniu, której zaletą jest to, że mogą odbywać się trzy mecze jednocześnie. Zgodnie z regulaminem najpierw odbywała się rywalizacja w dwóch grupach, potem dwie najlepsze drużyny z każdej grupy walczyły w półfinałach, ich zwycięzcy walczyli o mistrzostwo Polski, przegrani o brązowy medal.



O perfekcyjną organizację mistrzostw zadbało niezawodne rodzeństwo: przede wszystkim Bogna Kanicka z pomocą brata doktora Mirosława Kanickiego.

W półfinałach spotkały się drużyna z Łodzi z zespołem o nazwie Silesia oraz Polonia Medyczna z Gdańskiem. W pierwszym meczu było 2:0 dla zespołu ze Śląska, w drugim 2:1 dla lekarzy z Białorusi. W meczu o trzecie miejsce górą była Łódź pokonując Gdańsk 2:0, złoty medal i Mistrzostwo Polski wywalczyła drużyna Polonii, po pokonaniu 2:1 Silesii. Uczestnicy zawodów byli pod wrażeniem sprawnej organizacji mistrzostw i bardzo rodzinnej atmosfery. Nic dziwnego, że z aplauzem przyjęto informację, że kolejne Mistrzostwa Polski Lekarzy odbędą się w przyszłym roku również w Wieluniu. ○



Więcej w dziale Sport
na www.gazetalekarska.pl

REKLAMA








Jarosław Wanecki

Przewodniczący kolegium
redakcyjnego „Gazety Lekarskiej”

Wybory 2017 plus

Weszliśmy w czas lekarsko i lekarsko-dentystycznej kampanii wyborczej. Bieg do ósmej kadencji w poszczególnych okręgach przybrał różne tempo. Jedni zaczynają powoli, mają czas, inni nie mogą się doczekać, kiedy odnowionymi mandatami czynnie lub biernie posłużą się w głosowaniach decydujących o następnych szczeblach kariery izbowego działacza.

Część koleżanek i kolegów, zadaje sobie pytanie, po co to wszystko, odnawiając ponadćwierćwieczną dyskusję o potrzebie istnienia dwuzawodowego samorządu? Większość nie zaprzęta sobie jednak głowy żadnymi dywagacjami. Są i tacy, dla których jakieś zasady etyki i nadzór nad ich wypełnianiem to hasła przeszkadzające w niepohamowanym dążeniu do dobrobytu lub po prostu czcze slogany złotych poborców składek.

Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej postanowił porozmawiać z Obywatelami o nowej Konstytucji. Rozmowa, jeśli nie jest wyłącznie wiecowym zawołaniem, odbędzie się przy okazji stulecia odzyskania niepodległości. Majowa zapowiedź ograniczyła możliwości tworzenia podstawowych praw przez prawników, którzy w ocenie głowy państwa, źle napisali obowiązujące ustawy, uchwały i rozporządzenia, a zwłaszcza źle je dotychczas stosowali. Skoro tak łatwo podważyć autorytet prawników, jakże chętnie to wszyscy robimy, to i na lekarzy może się coś znaleźć. Wiadomo przecież, zgodnie z medialnym przekazem, że lekarze są niedouczeni, niegrzeczni, układają się z przemysłem farmaceutycznym, chronią się wzajemnie i bardzo się cenią. Ukrócenie tych praktyk spodoba się w każdym sondażu.

Art. 17 pkt 1 Konstytucji RP z 2 kwietnia 1997 r. mówi: „W drodze ustawy można tworzyć samorządy zawodowe, reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczęć nad należytych wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony”. Czy taki zapis w nowym rozdziale ma prawo zostać zachowany? Pokusa likwidacji izb lekarskich pojawiała się wielokrotnie, a pomysł nie powinien być przypisywany obecnej opcji politycznej. Za samorząd zawodowy żadna partia nie polegnie, a jeśli w zamian za

upokorzenie kolejnej „korporacji” można zdobyć poklask, to w szerokiej dyskusji taki wątek się pojawi i artykuł uchyli, majątek znacionalizuje, a sprawy dyscyplinarne przejmą ludowe kolegia. Strachy na lachy? Możliwe, ale czekam na odważną polemikę, że taki scenariusz jest nierealny.

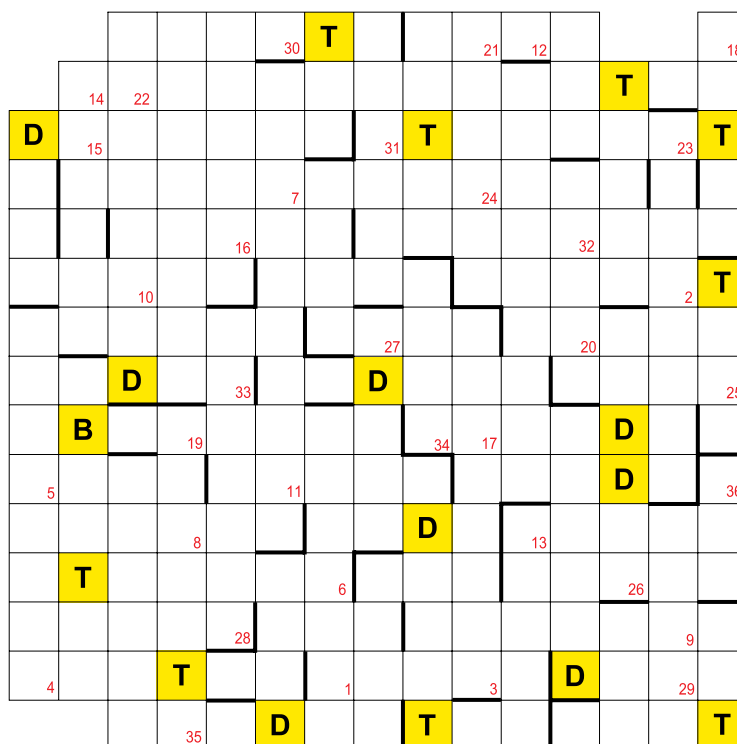
W gruncie rzeczy sami się o taki audyt nad naszym losem od wielu lat prosimy, tocząc niekończące się jałowe spory, zajmując się personalnymi gierkami na wzór dużej polityki, urządzając wzajemne wyścigi koterii, oskarżając bezpodstawnie lub nie robiąc nic, gdy podstawy do działania są ewidentne. Lubimy się popisować oratorsko, strozyć piórka, wiedzieć lepiej, zarzucać innym beczynność, sami niewiele czyniąc na rzecz zwykłego wizerunku budowanego uczciwą i żmudną ordynacją wobec ludzi chorych. Zadziwiające są czasami prywatne animozje, nielojalność i niedotrzymywanie słowa.

Wybory ogłoszone przez okręgowe komisje izb są okazją do nowej selekcji reprezentacji, występującej we wspólnym, lekarsko-dentystycznym, imieniu. Wybory to czas zadawania pytań kandydatom i wyrażanie opinii na przyszłość, dyskusja, trzeźwa ocena działalności delegatów. Wybory nie są poszukiwaniem jeleni do roboty ani tym bardziej koronowaniem szaleńców, realizujących chore ambicje. Wybory to postawienie siebie przed dylematem, czy potrafię szanować mandat zaufania, ograniczając własne widzimisię i nie użyć pleców koleżanek i kolegów jako trampoliny do synekur. Wybory to poszukiwanie potencjału do wykonywania zadań, a nie podział stanowisk. Pozyskiwanie posad poprzez prezentację wyniku wyborczego jest żalosnym nadużyciem.

Nade wszystko wybory powinny być masowe. Wysoka frekwencja daje poczucie sensu pracy. Może także stać się kartą przetargową w konstytucyjnym umocowaniu samorządów zawodów zaufania publicznego. Formuła głosowania korespondencyjnego nie znajduje żadnego usprawiedliwienia dla jakiegokolwiek absencji. Skorzystajmy z tego narzędzia i postawmy swój plus. ○



Objaśnienia 74 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery B, D i T. Na ponumerowanych polach ukryto 36 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Konfucjusza. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 30 czerwca 2017 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).



Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 223 („GL” nr 03/2017)

Zły język zdradza złe serce.

Nagrody otrzymują:

Barbara Karasińska-Gruszka (Bochnia), **Marta Pawlak** (Kraków), **Agnieszka Zagroba** (Rzeszów).

Fundatorem nagród jest

Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl.

Nagrody przesyłamy pocztą.

* nimfa beznadziejnie zakochana w Narcyzie * imię pani Le Pen * gród nad Wełną i Wartą * Panie, zmiłuj się (gr.) * kwas rybonukleinowy * czas służby marynarza * syn Dymitra Dońskiego * najjaśniejsza w gwiazdozbiornie Lutni * wilczyca * lingwistyka * kraj z Mosulem * parcie do celu * jednostka dziedziczenia * inkaust * czynny wulkan, najwyższy szczyt Sumatry * najwęższe majtki * palec u stopy (ang.) * gniazdo owadów Formicidae * blokowanie ciosów w boksie * bzdura * groźna ryba spodoust * Johann, rozwinął teorię absolutu * twórca szkoły glosatorów w nauce prawa rzymskiego * opad z bryłek lodu * p/gorączkowy z Cleveland * komputerowe wejście * imię Husajna * bohaterka „Chaty za wsią” * między azotem a fluorem * spadają przy czystce * filozof z Królewca * tymczasowe uwięzienie * motyl nocny * kamień zdobiony reliefem wypukłym * stolica prowincji we Friuli-Wenecja Julijska * waluta Grecji * ostroga (łac.) * sygnał ostrzegawczy * przydomek Augusta II * miejsce dla aktorów * nad oczami * ulepszenie, komfort * największe jezioro Australii * popisy kowbojów * Francesco, odkrył larwy przywr * japońska gorzała * kąpielisko w pd.-wsch. Cyprze * kredyt, zaległość * skorzonera * płas * Indianin z Kanady i USA * flirt, pieszczota * dar życia * część sztuki * szkoła filozoficzna z Diogenesem z Synopy * domena Radwańskiej * tkanina na bandaże * dziki oberek * mieszkają w Baku * kosmiczna lub tenisowa * leśna świnka * autentyk * Północna z Władysławem * poziomica * między renem a irydem * Szalony u Ariosto * kultura epoki kamienia z Nowego Meksyku * kumak australijski * eland * Stefan, znawca powstania styczniowego * cierpi na spazmofemii * różnecznik * córka Alkinoosa * między argonem a wapniem

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. 668 854 340
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 skrótnych, 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).

