

Gazeta Lekarska

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



KRAINA (nie)pamięci

TEMAT MIESIĄCA

Złapani w sieć

Ustawa o sieci szpitali weszła w życie.
Kto zyska, a kto straci?

ZE ŚWIATA

Koordinacja daje oszczędności

Rozmowa z dr. Ignazio Cassisem, członkiem
Parlamentu Konfederacji Szwajcarskiej

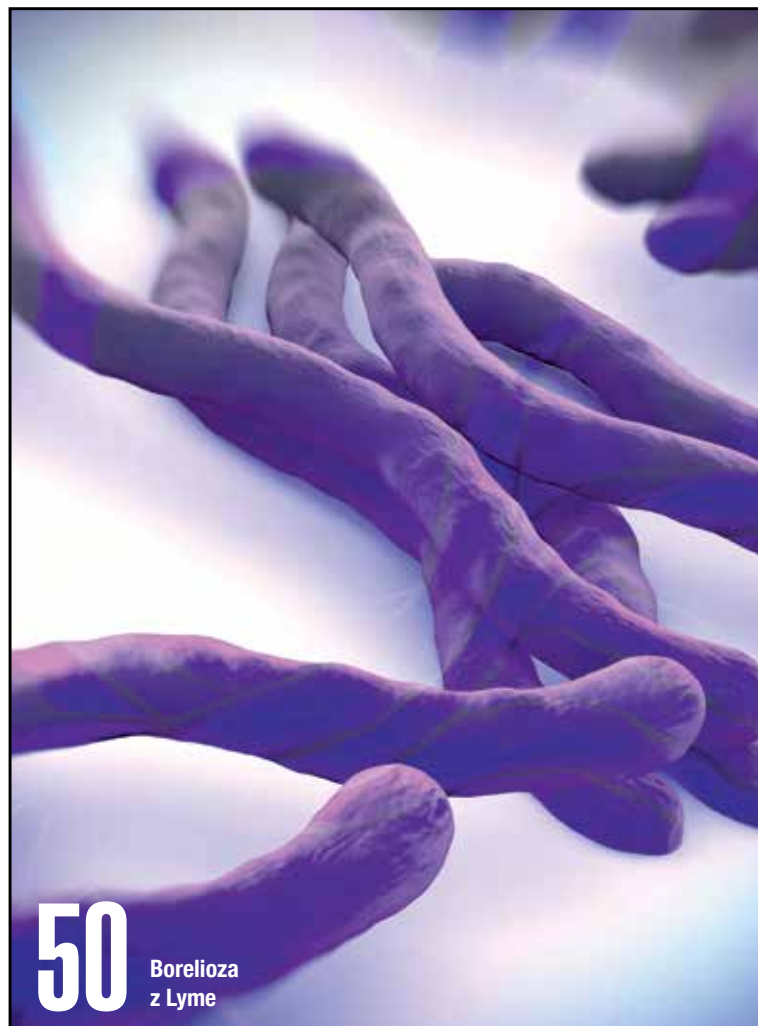
STOMATOLOGIA

Co nowego w radiologii

Dyrektywa Euratom ujednolici standardy,
ale czy ułatwi pracę?

Spis treści

- 4 **Na wstępie** R. Golański: Prokurator czuwa
- 6 **Pierwszym głosem** M. Hamankiewicz: Papuga, dyżury, wybory i e-zdrowie
- 7 **Skryning**
- 10 **Obserwacje** S. Badurek: Białe flagi nad POZ
- 11 **Temat miesiąca:** Złapani w sieć
- 14 **Rozmowa o zdrowiu:** Ideologiczne ukięcie
- 17 **Nasi w Europie** A. Lella: Tylko prawa ręka
- 18 **Ze świata:** Koordynacja daje oszczędności
- 20 **Samorząd:** Meritus Pro Medicis 2007 i 2008
- 22 Nowości w kształceniu podyplomowym
- 24 **Zgryz** L. Dudziński: Porozmawiajmy o zmianach
- 26 **Stomatologia:** Będzie inaczej?
- 28 Nauka i biznes przenikają się
- 30 Co nowego w radiologii
- 32 **Wspomnienie**
- 33 **Punkt widzenia** J. Małmyga: Czy potrafimy czynić dobro?
- 34 **Kodeks Etyki Lekarskiej:** Opinia „zaoczna”
- 36 **Prawo i medycyna:** Nowy regulamin PES
- 38 **Nauka w skrócie**
- 39 **Reportaż:** Kraina (nie)pamięci
- 42 **Biuletyn**
- 44 **Lekarskie towarzystwa naukowe:**
Dążymy do stworzenia nadspecjalizacji
- 46 **Stukot białych trepów:** Wrażliwa materia
- 47 Stukot szkockich trepów
- 48 **Polskie innowacje:** Rozbrajanie bomby
- 49 **Samorząd:** Spotkanie redakcji pism izbowych
- 50 **Praktyka lekarska:** Borelioza z Lyme
- 52 Pigułka czy igła?
- 54 Ograniczyć polipragmazję
- 56 Opinie o jakości w ochronie zdrowia
- 58 Chodzi o prawdę
- 60 **Wytyczne praktyki lekarskiej:** Przegląd systematyczny - coś dla lekarza, coś dla pacjenta
- 62 **Historia i medycyna:**
Bolesław Wieniawa-Długoszowski
- 64 **Indeks korzyści:** Mimo wszystko
- 66 **Ze sceny A. Andrus:** Budynek siada
- 67 **Kultura:** Po drugiej stronie
- 68 **Błąd malarski:** Przed cięciem
- 70 **Recenzja:** Pozytywista do szpiku kości
- Nasza czytelnia**
- 71 **List do redakcji:** Czytelniczce w odpowiedzi
- 72 **Sport**
- 74 **Ogłoszenia**
- 80 **Komunikaty**
- 81 **Epikryza [70]** J. Wanecki: Repetowanie
- 82 **Jolka lekarska**



50 Borelioza z Lyme



Ograniczyć polipragmazję **54**



Po drugiej stronie **67**



WIĘCEJ NA WWW.GAZETALEKARSKA.PL

LAURKA DLA KARDIOLOGÓW

— Kardiologia to wyjątkowa sytuacja w systemie, który nie działa po prostu najlepiej — uważa minister Konstanty Radziwiłł. Zapowiada również zwiększenie liczby karetek pogotowia i nowe ich rozłożenie.

CM UJ ZNOWU WYGRYWA

W najnowszym rankingu „Perspektyw” wśród uczelni medycznych zwyciężyło Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, a Gdański Uniwersytet Medyczny okazał się lepszy od Warszawskiego UM.

Prokurator czuwa

Utworzenie specjalnych wydziałów do spraw błędów medycznych w prokuraturach regionalnych spowodowało, że nastąpił znaczący wzrost liczby prowadzonych spraw. My, lekarze, zostaliśmy „wyróżnieni”, jesteśmy jedyną grupą zawodową, w stosunku do której zostały powołane takie wydziały.



Ryszard Golański

Redaktor naczelny
„Gazety Lekarskiej”

Z danych Prokuratury Krajowej wynika, że w roku 2016 prokuratury w Polsce prowadziły 4963 postępowania dotyczące śmierci pacjenta lub ciężkiego uszkodzenia ciała. To aż o 32 proc. więcej niż w roku 2015. Zwiększenie aktywności organów ścigania lekarze uważają za ruch przeciwko środowisku – celowe szukanie błędów. Mniej można przeczytać i usłyszeć o tym, jak duży jest odsetek spraw, w których prokuratury umorzyły postępowanie. Tylko 6,6 proc. spraw zakończyło się aktem oskarżenia lub wnioskiem o dobrowolne poddanie się karze. Komórki do prowadzenia i nadzorowania spraw błędów medycznych przy prokuraturach regionalnych powstały na razie tylko w pięciu prokuraturach regionalnych: w Gdańsku, Katowicach, Krakowie, Lublinie i Warszawie. Spodziewać się należy, że powstaną kolejne. Mylić się jest rzeczą ludzką, błędy popełniają także lekarze, oby ich było jak najmniej, bo wiemy, jakie mogą być ich skutki. Jednym z zadań samorządu lekarskiego jest dbałość o to, by było ich mniej. Nie chcemy, aby nasze błędy były ukrywane, ale jest rzeczą okropną i – co gorsza – sprzyjającą pomyłkom, pracować pod presją i w atmosferze nagonki.

W anesteziologii – dziedzinie, która jest mi szczególnie bliska z racji jej uprawiania od początku lekarskiej pracy – czekają nas rewolucyjne zmiany. Zgodnie z projektem

rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), w każdym szpitalu, który znajdzie się w sieci, mają powstać poradnie: anesteziologiczna, internistyczna i pediatryczna. Pierwszy kontakt chorego, szykowanego do planowego zabiegu, z anesteziologiem ma nastąpić kilka dni przed operacją, właśnie w poradni. Poradnie anesteziologiczne, popularne na przykład w Niemczech, działają w nielicznych polskich szpitalach. Będą musiały powstać we wszystkich „sieciowych”. Dla wielu będzie to duży wysiłek organizacyjny i finansowy. W wielu zespołach anesteziologicznych obsadzenie tego nowego stanowiska będzie poważnym problemem kadrowym.

Nasz nowy cykl „Stukot białych trepów”, w którym lekarze opisują swoje wrażenia z bycia pacjentem, przyniósł zaskakująco miłe efekty. Po pierwsze, nie spodziewaliśmy się tak dużego odzewu na nasz apel o pisanie w tej sprawie. Do redakcji przychodzi tak wiele tekstów, że nie wszystkie jesteśmy w stanie opublikować. Po drugie, niektóre opisane sytuacje brzmią niewiarygodnie, choć są prawdziwe. Dotyczy to szczególnie stosunku młodych lekarzy do starszych kolegów. Po trzecie – uderz w stół, a nożyce się odezwą: cztery oddziały zareagowały na jeden z tekstów zamieszczonych w tym cyklu z pretensją, że opisałyśmy je na łamach „GL”. Nie było wśród nich oddziału, którego tekst dotyczył. ○

MIGAWKA

➤ Prezydent RP Andrzej Duda rozmawia z prezesem NRL Maciejem Hamankiewiczem podczas uroczystości, która odbyła się 7 czerwca w Zabrzu z okazji Jubileuszu XXX-lecia Inwazyjnego Leczenia Zawału Serca, obchodzonego w ramach XXIV Międzynarodowej Konferencji Kardiologicznej „Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób serca, płuc i naczyń”.



FOTO: KATARZYNA STRZAŁKOWSKA

Gabinet w domu i mieszkaniu

Wielu lekarzy prowadzi lub zamierza prowadzić swoje gabinety w budynkach, które nie są wyłącznie przeznaczone na przychodnie lub gabinety lekarskie, często w lokalach czy domach mieszkalnych.

 **JAROSŁAW KLIMEK** Radca prawny OIL w Łodzi

W Sejmie trwają obecnie prace nad ustawą przekształcającą prawo użytkowania wieczystego gruntów zabudowanych na cele mieszkaniowe w prawo własności tych gruntów. Ponieważ wiele budynków, w których praktyki są rejestrowane, jest wybudowanych na takich gruntach, to projektowane zmiany mogą być dla Państwa bardzo istotne. Szczególnie, jeśli adres domowy służy wyłącznie wskazaniu adresu działalności (przy praktykach na wezwanie czy wyłącznie w siedzibie podmiotu leczniczego), a nie jest ona tam rzeczywiście prowadzona.

Projektowana ustawa zakłada bowiem obowiązek uiszczenia opłaty za przekształcenie. Będzie ona dla lokali mieszkalnych płatna w 20 ratach, każda w wysokości opłaty rocznej za użytkowanie wieczyste. Ale jeśli w mieszkaniu jest zarejestrowana praktyka zawodowa, to opłata taka ma być płacona w ratach tej samej wysokości, ale przez 33 lata. Będzie więc o ponad połowę wyższa. Liczyć ma się stan na moment przekształcenia, które nastąpi z mocy prawa. Warto więc rozważyć szybką zmianę adresu praktyki, jeśli to oczywiście możliwe, bo proces legislacyjny może się niedługo zakończyć.

Warto przybliżyć niektóre wymogi i skutki natury podatkowej czy prawnoadministracyjnej, jakie wiążą się obecnie z prowadzeniem gabinetów w budynkach, które nie są wyłącznie przeznaczone na przychodnie lub gabinety lekarskie. Tym bardziej, że rozluźnienie wymagań formalnych przy rozpoczęciu działalności powoduje obciążenie lekarza skutkami niewłaściwego postępowania przy podejmowaniu działalności w takich miejscach.

Zgodnie z art. 71 ustawy prawo budowlane podjęcie bądź zaniechanie w obiekcie budowlanym lub jego części działalności zmieniającej warunki pracy, zdrowotne, higieniczno-sanitarne, wielkość lub układ obciążeń wymaga zgłoszenia organowi administracji architektoniczno-budowlanej. Sytuacja taka ma miejsce, gdy rozpoczynają Państwo działalność w lokalu, który wcześniej nie był wykorzystywany na takie cele, szczególnie jeśli w decyzji o pozwoleniu na budowę lub na użytkowanie określone

było inne przeznaczenie budynku czy lokalu. Zgłoszenie takie musi określać dotychczasowy i zamierzony sposób użytkowania i muszą być do niego załączone opisy i rysunki o charakterze techniczno-budowlanym, oświadczenie o prawie dysponowania budynkiem (lokałem) na cele budowlane, zaświadczenie o zgodności zamierzonego sposobu użytkowania z miejscowym planem zagospodarowania przestrzennego (warunki zabudowy, jeśli nie ma planu miejscowego). Uchybienie temu obowiązkowi może grozić wydaniem przez nadzór budowlany postanowienia o wstrzymaniu użytkowania obiektu, koniecznością uzupełnienia dokumentacji i nałożeniem opłaty legalizacyjnej.

Zmiana sposobu użytkowania budynku lub lokalu pociąga za sobą również zmianę wysokości stawki podatku od nieruchomości. Jeżeli w trakcie roku podatkowego dochodzi do zmiany sposobu wykorzystywania przedmiotu opodatkowania lub jego części, podatek ulega obniżeniu lub podwyższeniu, poczynając od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło to zdarzenie. Trzeba je zgłosić we właściwej gminie w ciągu 14 dni od wystąpienia. Stawki podatku od nieruchomości dla budynków lub ich części związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, zajętych przez podmioty udzielające tych świadczeń, są niższe niż dla celów związanych z prowadzeniem innej działalności gospodarczej, jednak kilka razy wyższe niż od budynków i lokali mieszkalnych.

W wypadku lokali stanowiących odrębną własność, wydatki i ciężary związane z utrzymaniem nieruchomości wspólnej mogą być – jeśli taką uchwałę podejmie wspólnota mieszkaniowa – w większym stopniu niż to wynika ze stosunku do ich udziału, obciążać właścicieli lokali użytkowych.

Należy też pamiętać, że wynajęcie lokalu znajdującego się w budynku należącym do spółdzielni mieszkaniowej wymaga zgody tej spółdzielni, jeśli wiąże się ze zmianą sposobu korzystania z lokalu lub przeznaczenia lokalu bądź jego części. Rozpoczęcie takiej działalności wymaga też zawiadomienia spółdzielni, bo pociąga za sobą zmianę wysokości opłat na rzecz spółdzielni. 

Papuga, dyżury, wybory i e-zdrowie



Maciej Hamankiewicz

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

„Wygląda to trochę na wykład uniwersytecki. Może papuga mówi o medycynie? W każdym razie nie wierz ani słowu. Wiele jest lekarzy, którzy mają złoty dziób, gdy mówią, lecz gdy przyjdzie do recepty, okazują się Herodami. Potrafią bredzić o cierpieniach, lecz nie potrafią ich leczyć: robią głupców z chorych i napełniają czaszkami cmentarze”.

Tak napisał wybitny malarz Goya o swoim dziele „Złotousty”, przedstawiającym mędrców, powyżej których na pulpicie siedzi papuga. Przeczytałem to i obejrzałem w Muzeum Sztuki w Bydgoszczy, gdzie w ten sam dzień rano podejmowaliśmy kolejne stanowisko w sprawie wynagrodzeń. Natychmiast w swojej głowie przerobiłem to na podejmujących decyzję w sprawie ustalania minimalnego wynagrodzenia, odrzucając interpretację artysty. Dlaczego? Dlatego, że polskich polityków powinien zawstydzić parlament rumuński, bo wyraził zgodę na wprowadzenie podwyżek w sektorze publicznym o 25 proc. od 1 stycznia przyszłego roku, a dla pracowników medycznych dodatkowo o kolejne procenty od 1 marca. Jako powód podano odpływ lekarzy z kraju. A tymczasem u nas przy wyborach złotoustych nie brakowało, ale kiedy przyszło do uchwalania podwyżek, rzucono okrucy, podając powód, że tylko tyle można dać. Rumunia nam pokazuje, że na zdrowie można znaleźć fundusze, jeśli się chce. Dodam tylko, że wg OECD Rumunia ma 2,7 lekarza na 1000 mieszkańców, a my 2,3.

Mija właśnie rok, od kiedy uczestniczyłem w spotkaniu z CSIOZ poświęconym najważniejszemu wyzwaniu prowadzonej informatyzacji służby zdrowia. Już wtedy podkreślałem, że prowadzimy prace, aby elektroniczne prawo wykonywania zawodu w formie karty wyparło niebieską, papierową książeczkę. Deklarowałem wówczas Ministerstwu Zdrowia i CSIOZ podzielenie się dotychczasowym dorobkiem prac, w jakie zaangażowała się Naczelna Izba Lekarska. Podzielenie się nabrało teraz realnego wymiaru w uchwale Naczelnej Rady Lekarskiej, gdzie podajemy szczegółowe rozwiązania. Naszym zamiarem jest, by karta miała szerokie funkcjonalności związane z systemami informatycznymi powstającymi w obszarze e-zdrowia.

Pełnienie dyżurów przez lekarzy stażystów budzi ciągle emocje, szczególnie kiedy lekarzy zaczyna – a zaczyna – na dyżurach bardzo brakować. Największe trudności interpretacyjne może budzić rozróżnienie w kwestii zasad odbywania dyżuru przez lekarzy jako dodatkowych członków zespołu albo pod nadzorem lekarza pełniącego dyżur uprawnionego do samodzielnego dyżurowania w praktyce.

Wątpliwości dotyczą uprawnień i kompetencji lekarza stażysty w trakcie trwającego dyżuru. W przypadku dyżuru pełnionego pod nadzorem wydaje się, że koniecznym jest zapewnienie takiego nadzoru, który będzie nadzorem realnym i faktycznie sprawowanym, a nie jedynie sytuacją, w której stworzy się pozory pełnionego przez lekarza, mającego prawo do samodzielnego dyżurowania, nadzoru. Co więcej, zaznaczyć należy, że powyższe kryterium realizowania dyżuru uzależnione jest od oddziału, na którym lekarz stażysta odbywa dyżur. Na marginesie wskazać należy, że żaden z przepisów rozporządzenia nie określa, co należy rozumieć przez pojęcie oddziałów o specjalności zachowawczej i de facto, które części stażu częstkowego obejmują dyżurowanie pod nadzorem. Oczywiście zdają sobie sprawę, że każdy szpital interpretuje, jak mu wygodniej. Ja tymczasem postanowiłem pomóc młodym stażystom na moim oddziale i powróciłem do dyżurowania.

Zegar wyborczy tyka i w tych miesiącach słyhać go dosyć głośno, bo w całej Polsce odbywają się zebrania wyborcze i wybieramy delegatów na zjazdy okręgowe. Z wyborami w izbach lekarskich ja osobiście mam do czynienia od dwudziestu czterech lat i zawsze wiązały się one z dużymi emocjami. Te emocje powoduje także frekwencja wyborcza. Zachęcam w tym miejscu wszystkich Was, lekarze i lekarze dentyści, do przypilnowania terminu w Waszym rejonie i oddania głosu na tych, których chcielibyście widzieć w reprezentującym Was samorządzie. ○



▲ Posiedzenie organów NIL w Bielsku-Białej.

Wspólnie o odpowiedzialności

Różne aspekty odpowiedzialności zawodowej były omawiane podczas wspólnego posiedzenia organów Naczelnej Izby Lekarskiej, które odbyło się na początku czerwca w Bielsku-Białej. Paulina Tomaszewska, prawnik NIL, przedstawiła zagadnienie odpowiedzialności zawodowej za czyny popełnione poza granicami Polski w oparciu o przykłady. Zaznaczyła, że do organów samorządu lekarskiego dociera coraz więcej informacji z innych państw członkowskich Unii Europejskiej dotyczących lekarzy i lekarzy dentyistów, którym ograniczono uprawnienia zawodowe w tych państwach albo których takich uprawnień pozbawiono czasowo lub na stałe.

Prof. Romuald Krajewski, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, przedstawił działalność organów zajmujących się uprawnianiem do wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentyisty oraz przewinieniami zawodowymi lekarzy i lekarzy dentyistów w wybranych państwach. Wskazał, że wysoka liczba skarg jest charakterystyczna dla krajów o dominującej publicznej ochronie zdrowia. Prof. Michał Królikowski, prawnik, omówił temat postępowania organów samorządu

w sytuacjach ograniczenia, zawieszenia lub pozbawienia, przez uprawnione do tego organy państwa stowarzyszonego, prawa do wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentyisty w tym kraju, wskutek popełnienia przez niego przewinienia zawodowego, które to przewinienie może skutkować również w Polsce w stosunku do członka izby lekarskiej ograniczeniem, zawieszeniem lub pozbawieniem prawa wykonywania zawodu. Doktor Bohdan Woronowicz mówił o problemie uzależnień w kontekście godności zawodu lekarza i reakcji organów izby na informację o ujawnionym uzależnieniu. Przedstawił czynniki ryzyka występujące w zawodzie lekarza, takie jak: wysokie oczekiwania pacjentów, konfrontacja z osobami cierpiącymi, skargi i sprawy sądowe, przemoc, nieumiejętność gospodarowania własnym czasem, zmęczenie. Zaznaczył, że zawód lekarza znajduje się na 9. miejscu wśród 100. najbardziej stresogennych zawodów w Polsce. Organy NIL podjęły także wspólne stanowisko w sprawie „Parlamentarnego Zespołu dla Przywrócenia Zasad Moralnych w Medycynie”. Więcej na stronie www.nil.org.pl.



Katarzyna Strzałkowska

Rzecznik prasowy Naczelnej Izby Lekarskiej

Wynagrodzenia

Prezydium NRL podtrzymało poparcie dla treści obywatelskiego projektu ustawy o warunkach zatrudnienia w ochronie zdrowia podpisanego przez 240 tys. osób i wraz z Prezydium ORL w Bydgoszczy zaapelowało 10 czerwca do polskich parlamentarzystów o wzięcie przykładu z parlamentarzystów w Rumunii, którzy zdecydowali o znaczących podwyżkach dla całego publicznego sektora od 1 stycznia 2018 r. i o dodatkowych podwyżkach dla pracowników medycznych oraz nauczycieli od 1 marca 2018 r. Ponowne stanowisko samorządu lekarskiego w sprawie wynagrodzeń (pierwsze podjęto w kwietniu, zachęcając do składania podpisów pod obywatelskim projektem) zostało podjęte dzień po tym, jak Sejm RP uchwalił przygotowaną przez rząd ustawę o sposobie ustalania najniższego wynagradzania pracowników medycznych.

Lekarze dentyści w MZ

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zaapelowało do Ministra Zdrowia o powołanie w MZ zespołu do spraw opracowania zmian w systemie kształcenia podyplomowego lekarzy dentyistów.

„Specyfika obu zawodów sprawia, że model kształcenia powinien uwzględniać pewne istotne odmienności co do trybu i formy kształcenia, dlatego Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej uważa, że łączne rozpatrywanie zagadnień dotyczących kształcenia w obu tych zawodach może nie w pełni uwzględniać potrzeby środowiska lekarzy dentyistów” – zaznaczono w stanowisku.

Wzór PWZ

✓ **Nowe wzory dokumentu PWZ. Uchwałę NRL w tej sprawie przekazano już Ministerstwu Zdrowia.**

Naczelna Rada Lekarska 19 maja podjęła uchwałę przyjmującą wzór dokumentu „Prawo wykonywania zawodu” wydawanego lekarzom i lekarzom denty stom, zawierający odpowiednie elementy zabezpieczające przed podrobieniem i sfałszowaniem, warstwę graficzną oraz inne stałe elementy nanoszone na kartę w procesie jej produkcji. Zaproponowano kartę z odpowiednim mikroprocesorem z danymi służącymi do składania kwalifikowanego podpisu elektronicznego,

weryfikowanego przy pomocy kwalifikowanego certyfikatu, podpisu elektronicznego, który jest wydany przez kwalifikowanego dostawcę usług zaufania w rozumieniu rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE). Uchwałę przekazano Ministrowi Zdrowia z wnioskiem o uwzględnienie propozycji samorządu lekarskiego w rozporządzeniu w sprawie wzoru dokumentu Prawo wykonywania zawodu lekarza i lekarza denty sty. Więcej na stronie www.nil.org.pl.



Gratulacje dla prof. Chorążego

Delegacja Naczelnej Izby Lekarskiej złożyła osobiste gratulacje prof. Mieczysławowi Chorążemu, który został odznaczony Orderem Orła Białego. Na zdjęciu od lewej: prof. Mieczysław Chorąży, prezes NRL Maciej Hamankiewicz, wiceprezes NRL Zyta Kaźmierczak-Zagórska, NROZ Grzegorz Wrona.



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

Żegnamy

Panią Doktor Małgorzatę Kaczmarską-Banasiak

delegata na Krajowy Zjazd Lekarzy po odrodzeniu samorządu, lekarza denty stę działającego w Naczelnej Radzie Lekarskiej w II, III, IV i V kadencji, przez wiele lat w Komisji Stomatologicznej NRL oraz w Komisji ds. Lekarzy Cudzoziemców NRL.

Rodzinie, Bliskim oraz Współpracownikom Pani Doktor składamy wyrazy szczerego współczucia

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej **Maciej Hamankiewicz**
Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej
i Przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL **Leszek Dudziński**
Przewodniczący Komisji ds. Egzaminów z Języka Polskiego dla Lekarzy Cudzoziemców **Mariusz Janikowski**

Z wielkim żalem przyjąłem wiadomość, że z lekarskiego grona odeszła Nasza Koleżanka,

Pani Doktor Małgorzata Kaczmarska-Banasiak

szanowany lekarz denty sta, ciesząca się w środowisku powszechnym autorytetem, przez wiele lat zaangażowana w działalność Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej i społeczność samorządową.

Rodzinie, Bliskim oraz Współpracownikom Pani Doktor składam wyrazy szczerzego współczucia.

Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej i Przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL **Leszek Dudziński**

Kwas fusydynowy

w miejscowym leczeniu zakażeń skóry

Postępowanie terapeutyczne w chorobach zapalnych skóry takich jak AZS obejmuje stosowanie emolientów (preparatów nawilżająco-natłuszczających), GKS i inhibitorów kalcyneuryny.

W przypadku współistniejących nadkażeń stosuje się miejscowe leczenie za pomocą preparatów złożonych zawierających GKS i lek przeciwbakteryjny¹.

Zastosowanie antybiotyku w lekach dermatologicznych umożliwia szybsze wyleczenie oraz skrócenie czasu terapii glikokortykosteroidem, co ze względu na jego działania niepożądane (m.in. atrofia skóry) jest szczególnie istotne. Antybiotyk stosowany miejscowo powinien charakteryzować się dobrą penetracją skóry (co umożliwia osiągnięcie efektywnych stężeń leku w miejscu zakażenia) oraz minimalnym ryzykiem uczulania i wywoływania innych działań niepożądanych. Lekiem przeciwbakteryjnym, który sprawdza się w leczeniu zakażeń skóry, jest kwas fusydynowy, przedstawiciel fusydanów. Jest to lipofilny, naturalny antybiotyk wytwarzany przez szczep *Fusidium coccineum* o działaniu bakteriostatycznym, a w wysokich stężeniach – bakteriobójczym, o strukturze podobnej do steroidów. Mechanizm działania FA wiąże się z blokowaniem biosyntezy białka. Kwas fusydynowy jest skuteczny w leczeniu zakażeń wywołanych przez *Staphylococcus aureus*, bakterię G(+) odpowiedzialną za większość zakażeń skóry^{2,3}. Antybiotyk ten jest także aktywny wobec innych patogenów, takich jak: *Corynebacteria spp.*, *Neisseria spp.*, niektórych szczepów *Clostridium spp.* i *Bacteroides spp.*². Jednak najważniejszą zaletą kwasu fusydynowego jest wysoka aktywność względem gronkowca złocistego (aż u 90% pacjentów z AZS skóra jest skolonizowana właśnie tym patogenem)¹. *S. aureus* jest z jednej strony komensalem, a z drugiej – istotnym patogenem człowieka, wchodzi bowiem w skład prawidłowej mikroflory skóry i błon śluzowych, ale jest też przyczyną zakażeń u osób z obniżoną odpornością immunologiczną. Patogen ten, posiadając liczne geny oporności na antybiotyki oraz czynniki wirulencji (np. eksfoliatynę A, toksynę odpowiedzialną za objawy gronkowcowego złuszczenia zapalenia skóry) jest szczególnie trudny do eradykacji⁴. Warto

podkreślić także, że FA działa na szczepy MRSA (ang. methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*; oporne na metycylinę szczepy gronkowca), które są niewrażliwe na wszystkie antybiotyki β-laktamowe (penicyliny, cefalosporyny, karbapenemy) oraz na tetracykliny, często na makrolidy, linkozamidy, ciprofloksacynę i aminoglikozydy⁵. Cechą wyróżniającą kwas fusydynowy jest także jego skuteczność w zakażeniach „biofilmowych”, które mają charakter nawrotowy. Wiele bakterii ma zdolność wytwarzania zewnątrzkomórkowego amorficznego śluzu, tworzącego biofilm, w którym obecne drobnoustroje są dużo bardziej oporne na działanie antybiotyków i wymagają terapii wielolekowej⁶. Kwas fusydynowy, ze względu na swój charakter lipofilny, ma zdolność przenikania przez zdrową, jak i uszkodzoną skórę (w odróżnieniu od gentamycyny, neomycyny, mupirocyny, makrolidów, beta-laktamów), co pozwala mu osiągać wysokie stężenia w miejscu zakażenia^{3,7}. W przeciwieństwie do gentamycyny, kanamycyny i neomycyny kwas fusydynowy wykazuje niewielkie ryzyko uczulenia i alergii kontaktowej^{2,7}. Lek ponadto charakteryzuje się minimalną opornością^{3,8,9}.

Dr hab. **EDYTA SZALEK**

Katedra i Zakład Farmacji Klinicznej i Biofarmacji
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

1. Nowicki R. i wsp. *Lekarz POZ*. 2015; 1: 39-50.
2. Girolomoni G., i wsp. *Int J Clin Pract*. 2016; 70 (Suppl. 184), 4–13.
3. Bonamonte D., i wsp. *G Ital Dermatol Venereol*. 2014 Aug;149(4):453-9.
4. Helbin WM. i wsp. *Post Mikrobiol*. 2012; 51(4): 291–298.
5. Błażewicz I. i wsp. *Przegl Dermatol*. 2014; 101: 181–186.
6. Szczuka E. i wsp. *Med Dośw Mikrobiol*. 2011; 63: 15 – 27.
7. Barańska-Rybak W, Nowicki R. *Zakażenia*. 2010; 10 (2):98–102.
8. Bessa GR. i wsp. *An Bras Dermatol*. 2016 Sep-Oct;91(5):604–610.
9. Tang CS. i wsp. *Pediatr Int*. 2011 Jun;53(3):363-7.

REKLAMA

Białe flagi nad POZ



Sławomir Badurek

Diabetolog, publicysta medyczny

Z kim z lekarzy bym nie rozmawiał i kogo bym nie słuchał o zbliżających się zmianach w służbie zdrowia, zawsze słyszę jedno: „nie wiem, co będzie”.

Stopień niepewności jest podobny do tego z przełomu 1998 i 1999 r., kiedy wchodziła w życie reforma premiera Buzka, wprowadzająca kasy chorych. Jest też inne podobieństwo. Tak jak obecnie, filarem forsowanych przez rząd AWS zmian miał być lekarz rodzinny. To w nim widziano kluczowe ogniwo systemu, w którym pieniądź miał iść za pacjentem.

„Sytuacja nie zmienia się z dnia na dzień, ale z czasem zauważą Państwo różnicę” – tak w spotach telewizyjnych reklamował tę reformę warszawski lekarz rodzinny, doktor Konstanty Radziwiłł. Co ciekawe, gdy przyszło do zawierania kontraktów, doktor Radziwiłł umowy z kasą nie podpisał, twierdząc, że przy proponowanych stawkach musiałby dokładać do interesu. Dziś doktor Konstanty Radziwiłł, już jako minister zdrowia, znów zachwala kolejną odsłonę permanentnej reformy systemu. Prawdę mówiąc, mógłby to robić, używając przytoczonego sloganu sprzed prawie dwudziestu lat. Tylko o dokładaniu do interesu na pewno by nie mówił. Bo znów mamy w zdrowiu służbę, a nie ochronę, a służba to, jak wiadomo, żaden biznes. Właśnie taki tytuł – „Służba zdrowia to nie biznes” miał zamieszczony w tygodniku „Do Rzeczy” (nr 19/2017) obszerny wywiad z ministrem. Zdaniem doktora Radziwiłła „tłumy pacjentów w izbach przyjęć i SOR” to, obok kolejek do planowanych zabiegów, podstawowy problem z dostępnością do opieki zdrowotnej. Można by wymienić jeszcze co najmniej kilkanaście równie ważnych symptomów rozdźwięku między tym, co obiecane, a rzeczywistość dane w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Z drugiej strony dobrze rozumiem ministra – skrócenie listy problemów do zaledwie dwóch pozycji pozwala, przy rozwiązaniu jednego z nich, pochwalić się niezłą, 50-procentową skutecznością.

I taką obietnicę minister Radziwiłł składa, zapowiadając po 1 października skrócenie kolejek w SOR-ach i izbach przyjęć. Ma tak się stać po przemieszczeniu do szpitali przychodni nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej. W mojej ocenie ta propozycja to próba leczenia objawowego, którego skuteczność

będzie znacznie mniejsza niż zakłada doktor Radziwiłł. Być może w tych szpitalach, na które nałożono obowiązek utworzenia punktów nocnej pomocy lekarskiej (NPL), kolejki do lekarza izby przyjęć/SOR-u będą mniejsze. Stoi to wszakże pod dużym znakiem zapytania, bo niektórzy pacjenci trafiający do NPL nadal będą otrzymywać skierowanie do szpitala i nic nie wskazuje, by miało ich być mniej tylko z powodu zmiany lokalizacji nocnych poradni. Zakładałbym raczej wzrost odsetka pacjentów kierowanych z NPL na szpitalne oddziały. Mając szpital „za ścianą”, pokusa rozwiewania wątpliwości będzie w NPL większa niż dotąd, tak dla lekarzy, jak i dla pacjentów. Nie tylko z tego powodu raczej nie znikną wspomniane przez ministra tłumy. Znam szpitale, które ze względów lokalowych będą musiały poradnię NPL otworzyć w bezpośrednim sąsiedztwie SOR-u lub izby przyjęć. Zamiast jednej kolejki, będą więc dwie mniejsze. Kłopoty mogą być także z obsadą dyżurów w NPL. Ręk pracujących w szpitalach rezydentów może do realizacji nowego obowiązku nie wystarczyć, a zatrudnienie lekarzy z zewnątrz nie będzie łatwe dla przytłoczonych dodatkowymi obowiązkami dyrektorów lecznic.

Z mojego punktu widzenia, zaproponowana przez ministra zmiana organizacji nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej to nie tylko kolejny powrót do czasów PRL-u, kiedy przy szpitalach lokalizowano ambulatoria pogotowia ratunkowego, ale de facto przyznanie się, że POZ jest dramatycznie niewydolna. Bo jak inaczej rozumieć, że od 1 października świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej przez większość czasu będą udzielane w szpitalach. To marny rezultat po ćwierćwieczu od wprowadzenia instytucji lekarza rodzinnego i nieustannych zapewnień o jej kluczowej roli w systemie. NPL w ramach dużych przychodni, tudzież praktyk grupowych lekarzy rodzinnych, to był dobry kierunek, zgodny z ideą podstawowej opieki zdrowotnej, a medycyny rodzinnej w szczególności. Należało go rozwijać, proponując na przykład system premii motywujących do świadczenia całodobowej opieki przez POZ. Zakładając utrzymanie „darmowej” opieki zdrowotnej, tylko tędy prowadzi droga do faktycznego zmniejszenia kolejek w izbach przyjęć i SOR-ach, a także ograniczenia wyjazdów karet do tych niezbędnych. ○

Złapani w sieć



**Mariusz
Tomczak**

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

Ustawa o sieci szpitali weszła w życie kilka tygodni temu. Przedstawiamy opinie dyrektorów szpitali, którzy oceniają ustawę i mówią m.in. o obawach związanych z wejściem w życie rozporządzeń ministra zdrowia. Czy placówki są przygotowane? Kto zyska, a kto straci?

🔗 **ELŻBIETA SZKLAREK,**
dyrektor Wojewódzkiego
Specjalistycznego Szpitala
w Łodzi

Szpital im. Biegańskiego nie spełnia kryteriów ustawy, dlatego trudno jest planować dostosowanie placówki do wymogów nowych przepisów. Brakuje nam dwóch profili dających prawo bezproblemowego wejścia do III poziomu sieci szpitali, a w naszym przypadku poziom I i II w ogóle nie wchodzi w rachubę. Na szczęście ustawa daje pewną furtkę dla szpitali mających np. strategiczne znaczenie dla regionu. Placówki, które nie spełnią kryteriów wskazanych w ustawie, mogą zostać zakwalifikowane do sieci na podstawie decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra zdrowia. Oznacza to, że także i my moglibyśmy zostać zakwalifikowani do III poziomu. Szpital na przestrzeni ostatnich lat zrealizował wielomilionowe inwestycje, uzyskując znaczącą poprawę warunków lokalowych dla pacjentów hospitalizowanych oraz wyposażenia w sprzęt medyczny, a w konsekwencji wysoką jakość udzielanych usług medycznych, udokumentowaną akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Rocznie przyjmuje 25 tys. pacjentów. Nieprawdopodobne wydaje się pozostawienie naszej placówki poza tworzonym systemem, co w sposób oczywisty uniemożliwiłoby

prawidłowe zabezpieczenie potrzeb pacjentów, zwłaszcza w zakresie leczenia chorób zakaźnych, dermatologicznych, wewnętrznych, a także kompleksowego leczenia schorzeń kardiologicznych. 12 czerwca z inicjatywy dyrektora łódzkiego oddziału NFZ odbyło się spotkanie z udziałem dyrektorów jednostek województwa łódzkiego poświęcone kwalifikacji do poszczególnych poziomów podstawowego systemu zabezpieczenia. Jestem dobrej myśli, bo wszystko ma się zakończyć pomyślnie. Mamy nadzieję, że znajdziemy się na liście szpitali zakwalifikowanych do podstawowego systemu zabezpieczenia świadczeń do III poziomu, która ma zostać opublikowana do 27 czerwca w Biuletynie Informacji Publicznej NFZ.

🔗 **REGINA TOKARZ, dyrektor**
Szpitala Powiatowego
w Zakopanem

Jesteśmy przygotowani do zmian związanych z wprowadzeniem ustawy o sieci szpitali, bo od kilku lat, oprócz podstawowych oddziałów, mamy m.in. oddziały specjalistyczne, opiekę całodobową, SOR, przychodnie przyszpitalne i rehabilitację. Nasza placówka w prawie 100 proc. wejdzie zatem do sieci. Plusem tej ustawy jest, z punktu widzenia pacjenta, wprowadzenie opieki kompleksowej, dzięki której po wyjściu ze szpitala pacjent nie będzie pozostawiony sam sobie. Obecnie, szukając pomocy, często błąka się on po

1400

W przybliżeniu
tyle szpitali
istnieje w naszym
kraju, ale tylko
ok. 700 zabez-
piecza pełno-
profilową opiekę
medyczną.

systemie, szukając możliwości opieki poszpitalnej. Jako dyrektora szpitala cieszy mnie zmiana związana z faktem, że nowe umowy podpisywane będą na cztery lata, co gwarantuje pewną stabilizację. Nadal jednak pozostaje wiele niewiadomych, przede wszystkim tych związanych z finansowaniem, co dla mnie – jako ekonomisty – ma bardzo istotne znaczenie. Nie jest jeszcze znany chociażby wzór na finansowanie świadczeń na następne lata, nie wiadomo, jakie będą przeliczniki i za co przydzielane zostaną dodatkowe punkty. Nie podoba mi się również to, że w pierwszym okresie finansowanie placówek sieci ma być odniesione do 2015 r. Nie wiemy również, jak ma funkcjonować opieka podstawowa, gdyż nie są jeszcze uchwalone akty wykonawcze ministra zdrowia dotyczące podstawowej opieki zdrowotnej. Podsumowując, ustawa o sieci ma jednak sens.

🔗 **ANNA RUSEK, dyrektor**
Szpitala Psychiatrycznego
w Toszku

Ustawa o sieci szpitali bezpośrednio nie dotyczy naszej placówki. Z mojego punktu widzenia wadą jest, że w ogóle pomija ona sprawy tak ważnej dziedziny jak psychiatria, dlatego wejście w życie przepisów nie będzie miało większego znaczenia dla funkcjonowania szpitali psychiatrycznych w naszym kraju. Z tego co wiem, środowisko psychiatrów również czuje się zawiedzione. Głęboko rozczarowani są lekarze pracujący w naszym szpitalu.

Od dwudziestu lat mamy oddział chorób wewnętrznych, który nie tylko służy pomocą oddziałom psychiatrycznym, ale także działa dla dobra mieszkańców miasta i okolicznych gmin. On nie znajduje się jednak w sieci. Choć mamy izbę przyjęć, to ze względu na brak innych oddziałów nie spełniamy niestety kryteriów zapisanych w ustawie.

❖ **BARBARA BULANOWSKA,**
dyrektor Szpitala

Uniwersyteckiego w Krakowie
Jako podmiot leczniczy utworzony przez uczelnię medyczną, już na etapie ustawowym zostaliśmy automatycznie zakwalifikowani do ogólnopolskiego poziomu zabezpieczenia. Siecią nie zostały objęte tylko: jedna poradnia specjalistyczna, dializoterapia, świadczenia psychiatryczne, ambulatoryjne świadczenia rehabilitacyjne, oddział paliatywny oraz świadczenia profilaktyczne. Do grupy wyłączonych z ryczału powinno zostać zaliczonych znacznie więcej świadczeń niż proponuje resort zdrowia. Przede wszystkim te generujące relatywnie wysokie koszty materiałowe, np. procedury z wykorzystaniem pomp insulinowych, implantów usznych, stymulatorów struktur mózgowych czy zwieraczy cewki moczowej. Zależy nam na wyłączeniu do odrębnego finansowania teleradioterapii protonowej. Nasz szpital, jako jedyny w Polsce, realizuje protonoterapię narządów wzroku. Jest to nowe świadczenie, które cały czas się rozwija, a w związku z bardzo wysokimi kosztami szpital nie będzie w stanie sfinansować z własnego budżetu dodatkowych świadczeń. Pozostawienie teleradioterapii protonowej w grupie świadczeń objętych ryczałem byłoby również przejawem niekonsekwencji, bo do odrębnego finansowania wyłączono pozostałe świadczenia związane z teleradioterapią. Wyodrębnione z ryczału powinny być (tak jak to jest obecnie) świadczenia udzielane na rzecz pacjentów z krajów UE i EFTA. W rozporządzeniu powinien

6

Tyle poziomów szpitali wyróżnia ustawa o sieci: I stopień (głównie placówki powiatowe), II stopień (ponadpowiatowe), III stopień (wojewódzkie), onkologiczne lub pulmonologiczne, pediatryczne oraz ogólnopolskie.

się również znaleźć osobny zapis dotyczący niezależnego finansowania centrum urazowego w gotowości. Zgodnie z projektem rozporządzenia ministra zdrowia odrębne finansowanie mają mieć przeszczepy narządów oraz szpiku kostnego, natomiast cała opieka potransplantacyjna nad pacjentami byłaby finansowana w ramach ryczału. Problem polega na tym, że obejmuje ona bardzo kosztowne świadczenia, które są związane z wystąpieniem powikłań, dlatego i one powinny zostać włączone do odrębnego finansowania. Dobrym rozwiązaniem byłoby także wprowadzenie opieki koordynowanej dla tej grupy chorych. Gwarantowałyby ona bowiem ciągłość i kompleksowość świadczeń dla pacjentów po przeszczepach. Niepokojący jest algorytm przedstawiony w przekazanym do konsultacji projekcie rozporządzenia w sprawie sposobu ustalania ryczału. Zgodnie z nim, ryczałt na ostatni kwartał 2017 r. miałby być obliczony na podstawie wykonania kontraktu w 2015 r. Zestawienie wykonanych sprzed dwóch lat z aktualnymi taryfami spowoduje, że ryczałt będzie uwzględniał znacznie niższe nakłady tam, gdzie zmniejszono wyceny w 2016 r. W ten sposób ryczałt zostanie znacząco zaniżony, co w stosunku do stanu aktualnego zmniejszy o 20-30 proc. dostępność do świadczeń realizowanych przez oddziały kliniczne: kardiologii, ortopedii oraz chorób naczyń.

❖ **ANDRZEJ DOMAŃSKI,**
dyrektor Wojewódzkiego
Szpitala Zespolonego
w Kielcach

Na tym etapie trudno szczegółowo odnieść się do zapowiadanych zmian. Stoimy jednak na stanowisku, że ze względu na ogromne braki finansowe w służbie zdrowia, reformy są konieczne. Czy będą korzystne, pokaże przyszłość. Mamy pewność, że WSZ w Kielcach, jako jeden z największych szpitali w Polsce, w strukturach którego działa ok. 40 klinik i oddziałów oraz kilkadziesiąt poradni specjalistycznych, z pew-



nością będzie w sieci. Szpital został poinformowany przez NFZ, że przed 1 października będzie wezwany do podpisania umów. Jak wstępnie zapowiedziano, będą obowiązywać przez najbliższe 4 lata, ale mają być weryfikowane co 3 miesiące i w związku z tym bardzo liczymy, że dzięki temu nadwykonania będą na bieżąco korygowane i płacone, co wpłynie pozytywnie na kondycję finansową szpitala. Jeśli chodzi o minusy, to obawiamy się m.in. tego, jak będzie funkcjonować nocna i świąteczna pomoc medyczna, ponieważ nie jest na razie doprecyzowane, czy będzie finansowana w ramach ryczału, czy dodatkowo. Nie wiemy do końca, jaka będzie przyszłość, ale mamy nadzieję, że na zapowiadanych zmianach skorzystają pacjenci i personel szpitala.

❖ **ADAM MACIEJCZYK,**
dyrektor Dolnośląskiego
Centrum Onkologii we Wrocławiu

Zgodnie z ustawą o sieci szpitali, Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu wejdzie do sieci ośrodków onkologicznych. Do sieci wejdą te zakresy naszej działalności, które mamy zakontraktowane z NFZ nieprzerwanie od 1 stycznia 2015 roku (świadczenia w ramach pakietu). DCO może mieć problem z zakontraktowaniem nowych obszarów, na które – mamy nadzieję – będzie rozpisany przez NFZ konkurs ofert. Dotyczy to np. tomografii pozytonowej (PET-CT). Poza siecią pozostaną także świadczenia związane z opieką paliatywną oraz badania profilaktyczne. Na razie nie wiadomo, jak ostatecznie będzie wyglądał wzór liczenia wartości ryczałtów. Należy jednak pa-



miętać, że duża część świadczeń onkologicznych jest realizowana w ramach pakietu onkologicznego, który nadal będzie obowiązywał. Dlatego też to, czy stracimy, czy zyskamy, zależy przede wszystkim od skutecznej realizacji założeń pakietu. Mamy obawy związane z zapewnieniem środków na nowe, jakże potrzebne inwestycje związane z leczeniem pacjentów. Wartości ryczałtów mają być obliczane na podstawie wykonania z 2015 roku. Pozostałe świadczenia, takie jak: radioterapia, chemioterapia czy programy lekowe nadal będą sprawozdawane do płatnika w podobny sposób jak obecnie. Z pewnym niepokojem przyjmujemy dodatkowe obciążenia związane z prowadzeniem sprawozdawczości w programach lekowych. Dla lepszej koordynacji i zwiększenia dostępności do najnowocześniejszych metod leczenia, niezbędne jest utworzenie sieci szpitali onkologicznych. Stworzenie sieci szpitali onkologicznych opiera się na strukturze, która w Polsce już istnieje. Każdy region posiada na swoim terenie duże centrum onkologii, które w większości przypadków jest w stanie podjąć się koordynacji leczenia onkologicznego w danym regionie.

🔗 **ANDRZEJ PRZYBYSZ,**
zastępca dyrektora
Specjalistycznego Szpitala
Miejskiego w Toruniu

To kolejna próba naprawy systemu bez inwestycji finansowych dająca małe szanse usprawnienia działania całego systemu. Niewątpliwie ustawa jest korzystna dla szpitali publicznych, ale trudno cieszyć się z tego, że prywatnym placówkom

przez lata obiecywano równe traktowanie, a teraz dostaną mocno po głowie. Moje zdziwienie i niepokój budzi przeniesienie nocnej i świątecznej pomocy medycznej z POZ do szpitali. Jest to działanie populistyczne, łamiące podstawowe zasady systemu. Zamiast stworzyć w ramach POZ warunki do sprawnego jej funkcjonowania, obciąża się dodatkowo szpitale. Trzeba mieć świadomość, że zwiększy to sumarycznie koszty systemu. Kolejki raczej się nie zmniejszą. Skoro niepubliczne szpitale, które wykonywały dla pacjentów bezpłatne świadczenia w ramach kontraktu z NFZ, będą miały mniej środków, wielu z nich przejdzie do szpitali, które weszły do sieci. Być może twórcy systemu zakładają, że dzięki bogaceniu się społeczeństwa część chorych pozostanie w placówkach prywatnych, mimo że korzystanie z pewnych świadczeń stanie się odpłatne. Nasz szpital wchodzi do sieci w całości. Nowymi przepisami zostaną objęte wszystkie jednostki: 10 oddziałów i 13 poradni specjalistycznych. Nie mamy ginekologii, położnictwa i pediatrii, więc część koordynowanej opieki poporodowej nas omija. Mamy kardiologię i ortopedię, gdzie robimy endoprotezy, ale czy w tym obszarze pojawi się możliwość uzyskania dodatkowych środków, okaże się dopiero w po wejściu w życie konkretnych przepisów. Nie mamy obaw związanych z naszą placówką i jej obecnością w sieci, bo od strony medycznej funkcjonujemy dobrze. Co prawda, starając się nie obniżać jakości, mamy deficyt, ale na szczęście nasz właściciel to rozumie. Mam nadzieję, że w nowych okolicznościach mimo wszystko przybędzie

▲ **Na zdjęciach od lewej:**
Adam Maciejczyk,
Andrzej Domański,
Barbara Bulanowska,
Andrzej Przybysz,
Marcin Łukasiewicz

26.09

Do tego dnia poznamy wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów dla poszczególnych województw uzupełniony o podmioty lecznicze powstałe w wyniku połączenia.

dzie środków na leczenie pacjentów i nie będziemy musieli zaciskać pasa. To, czy jakość leczenia w szpitalach miejskich wzrośnie, zależy m.in. od przepływu pacjentów i rezerwowych mocy przerobowych. Dla naszego szpitala nawet zniesienie limitów nie spowodowałoby wielkiego przyrostu świadczeń, bo w tej chwili mamy wykorzystanie łóżek na poziomie ok. 80 proc. i długie kolejki. Rocznie leczy się u nas prawie 15 tys. pacjentów. Szpital zatrudnia 135 lekarzy i 261 pielęgniarek.

🔗 **MARCIN ŁUKASIEWICZ,**
dyrektor Szpitala Medcover
w Warszawie

Ewentualna zmiana w kontaktowaniu z publicznym płatnikiem nie wpłynie znacząco na naszą politykę inwestycyjną. Mamy nadzieję, że szpital w Wilanowie pozostanie w systemie finansowanym przez NFZ również po reformie. Nowe przepisy najbardziej odbiją się na kondycji tych szpitali, w których kontrakty z NFZ stanowią ważną część przychodów. W przypadku Medcover stanowi on niewielką część naszych przychodów, jednak dotyczy istotnego obszaru, jakim jest kardiologia i kardiochirurgia. Dlatego istotne jest utrzymanie finansowania w ramach umowy z NFZ, ponieważ jego utrata wpłynie niekorzystnie na zabezpieczenie prawidłowej opieki medycznej pacjentów. Dzięki kadry medycznej oraz zaawansowanym technologiom staliśmy się ośrodkiem zabezpieczającym nie tylko południową część Warszawy, ale także placówką o charakterze ponadregionalnym. 🔗

Ideologiczne uktucie

GL
ROZMOWA

Z prof. **Pawłem Januszewiczem**, kierownikiem Katedry Zdrowia Publicznego, Wydział Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego, rozmawiają **Ryszard Golański i Marta Jakubiak**.

GL Jakie zagrożenia w XXI w. czyhają na zdrowie dzieci?

Zarówno te dla ciała, jak i te dla duszy. Te pierwsze, to przede wszystkim nieprawidłowa dieta. Jeżeli matka, będąc w ciąży, je żywność śmieciową, u dziecka już od urodzenia może kształtować się zły profil lipidów, ulegają też podwyższeniu wskaźniki stanu mikrozapalnego w naczyniach. Należy z całym naciskiem podkreślić, iż przynajmniej do 6. miesiąca życia jedynym i najlepszym pokarmem dla dziecka jest pokarm matki. Jeżeli przez okres wczesnego dzieciństwa do okresu dojrzewania dziecko nie odżywia się prawidłowo, wchodzi w okres dorosłości z początkami miażdżycy, z otyłością.

Dzieci są również nagminnie przekarmiane. Na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat wielkość ich porcji żywieniowej zwiększyła się 7-12-krotnie. Jedzą źle także pod względem jakościowym. Mam na myśli ogromne zagrożenie ze strony intensywnie reklamowanej żywności śmieciowej i napojów gazowanych. Ta żywność ma w sobie ogromny ładunek sodu, tłuszczów trans i cukrów szkodliwych dla zdrowia, a zawiera zbyt mało mikroelementów, witamin i składników niezbędnych do prawidłowego rozwoju i życia.

GL Co jeszcze zagraża prawidłowemu rozwojowi dziecka?

Między innymi niedostatek aktywności fizycznej. Problem ten jest niestety całkowicie niedoceniany i nierozpoznawany, nawet przez lekarzy i samych rodziców. A przecież ruch jest krytycznie ważny dla rozwijającego się organizmu! Problem zaczyna się już w przedszkolu, potem jest obecny w szkole i kiedy młody człowiek idzie na studia nie ma już zdrowego nawyku spontanicznej, systematycznej aktywności. Źródła naukowe pokazują, że godzina aktywności fizycznej „na wolności”, czyli np. w parku czy na boisku, to dla dzieci od trzeciego roku życia jest absolutne minimum.

Nieprawidłowy wzorzec odżywiania i nieprawidłowy wzorzec ruchowy to dwa największe zagrożenia dla ciała.

GL A jakie są zagrożenia dla ducha?

Po pierwsze niesione przez nowoczesne technologie, jak np. blue light pollution, czyli zagrożenie niebieskim światłem emitowanym przez wszechobecne ekrany urządzeń

elektronicznych. Już niemowlę ma dostęp nie tylko do telewizora, ale też do smartfona czy tabletu. W ostatnim roku ukazały się badania naukowe, które dowodzą, że niebieskie światło emitowane przez diody tych urządzeń ma szczególną zdolność aktywacji nerwu wzrokowego, przez co pola kory wzrokowej aktywują sąsiednie znaczne obszary mózgu dziecka. Ale to nie wszystko. Wciąż nie wiemy, jaki wpływ na zdrowie ma emitowana przez te urządzenia energia, ich pola magnetyczne to nadal duży znak zapytania, wciąż oczekujemy na wyniki prowadzonych od paru lat badań nad związkiem pomiędzy guzami ośrodkowego układu nerwowego u dzieci, a nadmiernym używaniem przez nie telefonów.

Producenci takich urządzeń powinni być zobligowani do umieszczania na nich ostrzeżeń, że dziecko nie powinno rozmawiać przez telefon dłużej niż pół godziny dziennie i nie powinno używać go przed snem.

GL A inne zagrożenia dla ducha?

Nowe technologie to zagrożenie dla ducha też w innym sensie – powodują złą jakość snu i wpływają na zły rozwój psychoruchowy dziecka. Amerykańskie Towarzystwo Pediatryczne zaleca, by dzieci do 2. roku życia nie miały dostępu do jakiegokolwiek ekranu – telefonu, smartfona, telewizora czy komputera.

Ogromne zagrożenie dla rozwoju psychicznego dziecka stanowi także dostęp do treści niesionych przez współczesne media. Już na wczesnym etapie rozwoju ma ono do czynienia z kumulacją wzorców pewnych zachowań agresywnych, np. w kreskówkach, filmach i reklamach telewizyjnych. Umysł dziecka nie jest w stanie różnicować jakości takich treści. Należy uświadamiać rodzicom, że dostęp do mediów powinien być ściśle limitowany i prawidłowo objaśniany.

Nowoczesne zagrożenia to oczywiście także internet i jego pochodne. W przypadku starszych dzieci problemem jest mobbing w sieci i toksyczny wpływ wirtualnych kontaktów międzyludzkich w grupach rówieśniczych, które przy braku reakcji rodziców, są wyjątkowo groźne.

GL W jakim sensie?

Najmniejszy problem to pornografia, największy – rówieśnicze zachowania agresywne, które generują stany

WAŻNE

Dzieci są nagminnie przekarmiane. Na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat wielkość ich porcji żywieniowej zwiększyła się 7-12-krotnie.



MUSIMY PAMIĘTAĆ, ŻE IM CZŁOWIEK JEST BARDZIEJ BIEDNY, TYM JEST BARDZIEJ CHORY, A IM BARDZIEJ BOGATY, TYM BARDZIEJ ZDROWY. TO JEST KLASYKA ZDROWIA PUBLICZNEGO.

że ludzie bombardowani nieustannie złymi informacjami mają gorszy stan zdrowia psychicznego. Fala hejtu politycznego albo hejtu indywidualnego ma bezpośredni związek z problemami dzieci.

GL Jak przekazywać dzieciom wiedzę o zachowaniach prozdrowotnych?

Badania naukowe pokazują, że pracownicy służby zdrowia są stosunkowo mało skuteczni w takiej edukacji. Niewiele możemy zrobić, chociaż oczywiście należy próbować. Niewiele również może zrobić szkoła i organy rządowe, takie jak Ministerstwo Edukacji czy Ministerstwo Zdrowia.

GL Dlaczego?

Amerykańskie prace naukowe pokazują, że właściwie wszystkie wielkie akcje uświadamiające skierowane do dzieci i młodzieży, produkowane przez czynniki rządowe, są przyjmowane przez młodzież z nieufnością. Strategie chronienia młodych ludzi przez szkołę przed czymkolwiek, o czym mówiliśmy, także są w dużej części mało skuteczne. W psychologii dzieci i młodzieży już dawno określono, że w grupach rówieśniczych dziecko naśladuje inne dziecko, już w żłobku i w przedszkolu. Kiedy zaczyna dorastać, grupy rówieśnicze stają się wzorcem najsilniejszym. Drugim jest rodzina – ojciec, matka, brat, dziadek. Ostatnio pojawił się w tej przestrzeni jeszcze jeden autorytet. W Stanach Zjednoczonych zauważono, że np. najlepszym edukatorem seksualnym dla młodych ludzi w wieku dojrzewania płciowego jest 17-letnia blogerka, która ma dziesiątki milionów wyświetleń na blogu o treściach związanych z rozwojem płciowym i życiem seksualnym.

GL Jak edukować rodziców?

Przed wszystkim uświadamiać, co jest dobre dla ich dzieci, zachęcać do działań prozdrowotnych.

Musimy pamiętać, że im bardziej człowiek jest biedny, tym jest bardziej chory, a im bardziej bogaty, tym bardziej zdrowy. To jest klasyka zdrowia publicznego, dziesiątków, setek, jeśli nie tysięcy badań naukowych na temat tzw. socjoekonomicznych determinantów zdrowia człowieka. I tu widzę dla rządu pole do prowadzenia działań pozytywnych. Skoro zalecamy, żeby dziecko jadło więcej owoców i warzyw, niech rząd sprawi, by były one tanie i łatwo dostępne. Potrzebny jest wyższy poziom organizacji prozdrowotnej społeczności. Żywność śmieciowa powinna być droga, a żywność zdrowa – tania. Strażnicy miejscy przeganiają babcię sprzedającą truskawki na

depresyjne i myśli samobójcze, zwłaszcza w okresie dojrzewania płciowego, czyli u dzieci między 12. a 15. r.ż.

Treści niesione przez media społecznościowe to sztuczny, zalgorytmizowany świat, kapsuła negatywnych informacji i związków między ludźmi o wyłącznie tych samych poglądach i treściach intelektualnych. To świat dewastujący rozwój intelektualny dziecka. Ogromnym zagrożeniem dla młodego człowieka jest tu „skrzywienie” widzenia świata, zubożenie procesów myślowych i brak możliwości realnych kontaktów międzyludzkich, umiejętności werbalnych, zdolności pojmowania zdobyczy cywilizacyjnych. Spłycony obraz świata, fałszywe, często wyjątkowo toksyczne kontakty w grupach rówieśniczych można porównać do zagrożeń takich jak złe odżywianie czy brak aktywności fizycznej.

GL W Polsce liczba samobójstw wśród dzieci i młodzieży co roku wzrasta o 1,7 raza. Dlaczego?

Mamy pierwsze, najgorsze miejsce w Europie. I tu wracamy znowu do roli rodziny. Wszystkie problemy w rodzinie odciskają piętno na dzieciach.

Na przykład niepewność zatrudnienia rodziców przenosi się na dzieci – nie mogą wybrać zawodu, kierunku swojego rozwoju, bo wydaje im się, że każda decyzja może okazać się zła. W Finlandii wprowadzono „dochód gwarantowany” i tam zauważono, że w grupie objętej tym projektem zmniejsza się poziom stresu i liczba patologii, a zwiększa się kreatywność.

Dodatkowo negatywny wpływ na psychikę dzieci wywierają nowe media. Są ciekawe badania, które pokazują,

▲ **Prof. Paweł Januszewicz:**
– Wszystkie problemy w rodzinie odciskają piętno na dzieciach.

ulicy, a owoce są tam i tanie, i łatwo dostępne. Rodzice mogą tworzyć fora społecznościowe i naciskać, by straż miejska nie walczyła z ulicznymi warzywniakami. Trzeba też dopominać się o niższy podatek na sprzęt sportowy i żywność, na warzywa i na owoce. O zerową stawkę VAT. W zamian należy podwyższyć podatek na żywność śmieciową i słodzone napoje. W Europie jest kilka krajów, które wprowadziły taki podatek na produkty zawierające dużą ilość tłuszczów trans, soli i syropu glukozowo-fruktozowego. W Stanach Zjednoczonych zwiększenie o 10 proc. ceny przesładzanych napojów spowodowało spadek ich spożycia również o 10%. Bo żywność śmieciowa to nie tylko hamburgeri i frytki. To też batoniki i napoje przesładzone, wśród nich te energetyczne, które mogą nawet zabijać. Amerykanie odnotowują ok. 100 zgonów dzieci rocznie z powodu spożycia „energetyków”. Widziałem już w polskiej szkole 7-12-latkę pijącą te napoje przed „nudnymi” lekcjami! To dla nich może być trucizna, bo dla rozwijającego się organizmu tauryna i inne dziwne „dodatki” plus kofeina w stężeniach kilkunastokrotnie większych niż w filiżance kawy wywołuje zabójczą ekscytację ośrodkowego układu nerwowego i układu bodźco-przewodzącego serca, czasem wręcz arytmie. Rodzice powinni wiedzieć, że jeśli dziecko je żywność śmieciową, to naraża swoje życie, skraca je mniej więcej o 10 lat i zdecydowanie pogarsza jego jakość, może mieć cukrzycę typu 2, zawał, wylew.

Pieniądze odgrywają tu główną rolę, dlatego podatek na żywność śmieciową powinien iść do góry, w dół na warzywa, owoce i sprzęt sportowy. To jest moja recepta. Gdybym był ministrem zdrowia, właśnie o to bym walczył.

GL Rząd podejmuje działania, np. wprowadzając do szkół przedmiot „zdrowie”. Czy to dobry pomysł?

To bardzo dobry pomysł, bo im więcej się mówi o zachowaniach prozdrowotnych, tym lepiej. Ale samo mówienie nie wystarczy, lekcje powinny odbywać się w terenie: w sklepie z żywnością śmieciową i z żywnością bio. Trzeba tłumaczyć i pokazywać, czym różni się jedna od drugiej.

GL Czy w szkołach powinna być edukacja seksualna?

Oczywiście tak. Moi koledzy ginekolodzy twierdzą, że połowa przypadków bezpłodności to pokłosie zakażenia np. Chłamydią podczas pierwszych kontaktów płciowych. Można tego uniknąć, uświadamiając młodych ludzi, że prezerwatywy mogą zapobiec zakażeniu, a nie zaklinać rzeczywistość i mówić, że prezerwatywy są wymysłem szatana. Jesteś ortodoksem, to ich nie używaj, zachowaj czystość, ale nie zabraniaj innym. Osobista ideologia lekarza nie powinna być przenoszona na pacjenta.

GL W jakim wieku należałoby rozpocząć taką edukację?

Od przedszkola, już od starszaków, bo wtedy młodzi ludzie, w wieku 5-7 lat, zaczynają się interesować różnicami płciowymi. Przez trzy lata pracowałem w Kanadzie, gdzie już od przedszkola przybliżane są pewne aspekty

fizjologii człowieka, dzięki czemu nie budzą one niezdrowej ciekawości dzieci.

GL Jak zachęcać młodzież do aktywności fizycznej?

Po pierwsze, należy zdemitologizować sport szkolny – ma nie być wyczynowy. Powinien służyć wszystkim, ma być radością, a nie szukaniem geniuszy. Po drugie, warto wykorzystywać przykład rówieśniczy. To działa jak rozchodzące się fale: jeśli jest w grupie ktoś, kto robi coś dobrze, to prędzej czy później wpływ tej osoby rozszerzy się na innych. Trzecia rzecz to dobre wzorce ze sportu ogólnego. Mój wnuk ma 5 lat i gania za piłką, bo chce być jak Lewandowski. Należy też własnym przykładem zachęcać dzieci do ruchu.

GL Jak pan profesor ocenia pomysł przywrócenia stomatologów do szkół?

Jestem za. Uważam, że opieka stomatologiczna to takie minimum cywilizacyjne, jeśli chodzi o dzieci, jak świeża woda w kranie.

GL Jak dużym problemem są dopalacze?

To jest największy problem biednych, z tzw. niskim statusem socjalno-ekonomicznym, choć obecny również w grupach ekstremalnie bogatych. Obecny jest praktycznie w każdej szkole, ale o tym się głośno nie mówi. Na przykład na Podkarpaciu, gdzie jestem konsultantem wojewódzkim w dziedzinie pediatrii, rocznie od kilku do kilkunastu dzieci trafia na izbę przyjęć z powodu zatrucia dopalaczami. Mają zatrzymanie akcji serca, migotanie przedsionków, są w stanie splątania, chcą skakać z okna. Trzeba w końcu skutecznie uderzyć w producentów, transporterów i dilerów tej trucizny, która do Polski dociera głównie z Azji i Rosji.

GL Jaki wpływ na edukację prozdrowotną mogą mieć lekarze, których specjalności największy?

Śledzę badania socjologiczne dotyczące lekarzy i pielęgniarek. Pokazują one, że nasz stan traci zaufanie. Podobnie jest np. w Stanach Zjednoczonych, ale już we Francji lekarze wciąż mają bardzo duże zaufanie społeczne. Rodzi się więc pytanie, czy w ogóle możemy oddziaływać?

Z jednej strony brak zaufania społecznego, ale z drugiej lekarz jest na liście zawodów, co do których odczuwa się respekt. Wydaje się zatem, że jest jeszcze spora rezerwa do odzyskania pola oddziaływania. Jeżeli poświęcimy komuś nawet dwie minuty, by powiedzieć, że powinien przestać palić albo zgubić trzy kilogramy, to uważam, że nie będzie to czas stracony. Myślę, że jest ogromna przestrzeń do takich malutkich kroków. Zamierzam zalecenia tego typu zapisywać pacjentom na blankietach recept: 1/2 porcji to warzywa i owoce, 10 000 kroków w ciągu dnia (na początek 3000 kroków dziennie, za miesiąc 10 000). Dla każdego z nas, niezależnie, czy jest stomatologiem, proktologiem czy pediatrą, jest jakieś pole do ideologicznego ukłucia pacjenta. Wierzę, że możemy zapobiegać, a nie tylko leczyć. ☺


Anna Lella

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

Tylko prawa ręka

Tak samo, jak ma to miejsce na poziomie krajowym, jednym z zagadnień, którymi stale zajmują się międzynarodowe organizacje lekarzy dentystów, jest miejsce opieki stomatologicznej w krajowych systemach opieki zdrowotnej i sposób zapewniania dostępności społeczeństwu do świadczeń stomatologicznych.

W wiadomo, że różne są podglądy na temat, jak szeroki powinien być zakres świadczeń stomatologicznych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, czy w ogóle powinny być one finansowane ze środków publicznych itp. Wiadomo też, że w różny sposób jest to uregulowane w poszczególnych państwach, co dobrze widać nawet w obszarze integrującej się Europy.

Wyobraźmy sobie, że w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce pokrywane są koszty związane z leczeniem tylko jednej ręki – prawej, jako tej zwykle bardziej użytecznej (wypada przy tym także założyć, że osobom leworęcznym daje się możliwość ubiegania się o to, aby w ich przypadku ubezpieczenie, w drodze wyjątku, obejmowało tylko lewą rękę). Brzmi to raczej niedorzecznie czy wręcz śmiesznie.

Tak przecież jednak jest w odniesieniu do stomatologii. Cierpisz? Musisz leczyć ząb kanałowo? NFZ zapłaci tylko za te z przodu, od kła do kła. To zresztą nie jest tylko cecha polskiej ochrony zdrowia i, co więcej, dotyczy nie tylko systemu powszechnego, ale również ubezpieczeń dobrowolnych, prywatnych (zarówno tych, które zastępują system powszechny, jak i tych, które go w określony sposób uzupełniają).

Ochrona zdrowia, w tym opieka stomatologiczna, kosztuje. Odnosnie stomatologii przewagę zyskała koncepcja, iż poczucie własnej odpowiedzialności ma pierwszeństwo przed tzw. solidarnością społeczną, a co za tym idzie, że w zakresie świadczeń gwarantowanych nie ma miejsca na wszystkie świadczenia stomatologiczne, jako że ryzyko zachorowania można przewidzieć i uniknąć poprzez zapobieganie chorobom jamy ustnej i jej następstwom. Krótko mówiąc, nie dbasz odpowiednio – płacisz sam.

Takiej zasady nie stosuje się jednak w sposób konsekwentny, np. do osób narażających swoje zdrowie poprzez

działania, co do których wiadomo, że są nadmiernie ryzykowne (choćby nikotynizm).

To, co zostało przyjęte i jest dość powszechnie akceptowane w stomatologii, byłoby postrzegane jako absurdalne w innych dziedzinach medycyny.

Ciekawą analizę tego stanu rzeczy zawiera wydana w marcu tego roku książka Mary Otto, amerykańskiej dziennikarki zajmującej się od lat medycyną (m.in. w „Washington Post”) zatytułowana „Zęby: opowieść o pięknie, nierówności i walce o zdrowie jamy ustnej w Ameryce” (Teeth: The Story of Beauty, Inequality, and the Struggle for Oral Health in America).

Autorka postrzega obecny stan zdrowia jamy ustnej w Stanach Zjednoczonych w kontekście tego, iż w systemie ochrony zdrowia jamę ustną traktuje się tam odrębnie od reszty organizmu człowieka. Skądś to chyba znamy. Przejawia się to m.in. odrębnym systemem kształcenia, odrębnością zawodów lekarza i lekarza dentysty, rozdzielnością ubezpieczeń zdrowotnych i stomatologicznych. Wskazuje, z czego historycznie taki podział się wywodzi i dlaczego się utrwalił.

Mary Otto zauważa, że na szczęście związek pomiędzy zdrowiem jamy ustnej i zdrowiem ogólnym zaczyna być dostrzegany (choć dzieje się to powoli), co powinno mieć pozytywne konsekwencje. Porusza także takie sprawy jak konkurencja w stomatologii, uprawnienia poszczególnych zawodów, rosnące znaczenie tzw. stomatologii estetycznej. Oczywiście szczegółowe wywody i konkluzje redaktor Otto są osadzone w realiach amerykańskich, różniących się od sytuacji w zakresie systemu ochrony zdrowia w Europie. Chciałoby się, czy aż tak bardzo w coraz bardziej globalnym świecie?

Myślę, że jest to interesujące spojrzenie, uwzględniające różne aspekty dzisiejszej stomatologii, która – jak dobrze wiemy – jest pełnoprawną dziedziną medycyny, mającą związek i wpływ na inne dziedziny zdrowia człowieka. Być może z tej pracy, adresowanej do szerokiego grona czytelników, będzie można wywieść wnioski, które okażą się przydatne w dalszej dyskusji na temat optymalnego kształtu stomatologii i zawodu lekarza dentysty. ○

Koordynacja daje oszczędności



Lidia
Sulikowska

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

GL
ROZMOWA

W Szwajcarii pół wieku temu zaczęto myśleć o wprowadzeniu skoordynowanej ochrony zdrowia. Czy udało się tego dokonać i jakie korzyści przyniosło to rozwiązanie? Z doktorem **Ignazio Cassidem**, członkiem Parlamentu Konfederacji Szwajcarskiej, szefem Komisji Zdrowia i Polityki Społecznej, rozmawia **Lidia Sulikowska**.

GL Jak pan rozumie definicję skoordynowanej opieki zdrowotnej?

Właściwie mówimy o skoordynowanej albo zintegrowanej opiece, co oznacza, że pacjent znajduje w centrum procesu leczenia. To po prostu właściwa opieka, dostarczona w odpowiednim terminie i miejscu. Bez trwonienia pieniędzy i czasu.

GL Jak ona wygląda w Szwajcarii?

Mówiąc o naszym systemie opieki zintegrowanej, najpierw trzeba dobrze zrozumieć, jak funkcjonuje nasz kraj. System opieki zdrowotnej odzwierciedla sposób funkcjonowania państwa. Szwajcaria, inaczej niż Polska, Francja czy choćby Włochy, jest krajem federalnym. Składa się z kantonów, które są bardzo niezależne. W Szwajcarii nie ma jednego, narodowego systemu ochrony zdrowia, który wszystko nadzoruje. Mamy 26 kantonów, tak więc tak naprawdę 26 systemów opieki zdrowotnej. Dodatkowo jest ponad nimi system krajowy, który ogranicza się jednak jedynie do odpowiedzialności państwa z perspektywy ubezpieczenia zdrowotnego. W rzeczywistości każdy kanton decyduje, jak wygląda i działa na jego terenie system ochrony zdrowia. Dlatego też to, jak funkcjonuje skoordynowana opieka zdrowotna, zależy od konkretnego kantonu.

GL Gdzie w takim razie przyjął się model zintegrowanej opieki?

Są kantony, które jakieś rozwiązania w tym zakresie wdrażają, ale są też takie, które nie robią nic. Nasz system ochrony zdrowia, podobnie jak cały kraj, jest

zdecentralizowany. Tradycja, aby dekoncentrować władzę, jest głęboko zakorzeniona w Szwajcarii. Takie podejście wynika z potrzeb społecznych. Wszelkie inicjatywy rodzą się oddolnie. Tak też było z wprowadzaniem skoordynowanej opieki zdrowotnej. Zintegrowane podejście zaczęło się 25 lat temu w najbardziej zurbanizowanych obszarach. Nie była to inicjatywa państwa czy nawet pojedynczego kantonu, ale grupy przedsiębiorczych lekarzy, którzy doszli do wniosku, że funkcjonujący wówczas system ochrony zdrowia jest zbyt skomplikowany i należało go uprościć. Pacjent, który musiał przejść przez ręce nawet 15 lekarzy czy pielęgniarek, w tej ścieżce klinicznej się po prostu gubił. Gubiły się również informacje o pacjencie, choćby jego historia choroby była trudna do zgromadzenia w jednym miejscu. Pierwsze zmiany zaczęto wdrażać w Genewie, potem w Zurychu. Ukonstytuowały się grupy młodych lekarzy gotowych do podjęcia tej zmiany. Oczywiście początki były trudne, pojawiały się liczne problemy i bariery. Kwestia podejścia do zdrowia i choroby jest subiektywna. Wiele zależy od uwarunkowań kulturowych. Szwajcaria to zlepek trzech kultur i trzech języków, czyli w zasadzie trzech różnych podejść do medycyny i życia w ogóle. To decydowało o rozwoju modelu skoordynowanej opieki. Najsilniejszy ruch oddolny zrodził się w Genewie, francuskojęzycznej części kraju, ale ponieważ był pierwszy, nie był popularny w społeczeństwie. Obecnie najwięcej dzieje się w tym temacie w niemieckojęzycznej części Szwajcarii. Z kolei włoskojęzyczna część kraju w ogóle tego modelu nie przyjęła.



GL Dlaczego w jednych regionach udało się, a w innych nie?

Duży wpływ na to, gdzie ten model opieki się rozwinął, miał system ubezpieczeń zdrowotnych. W Szwajcarii finansowanie opieki zdrowotnej funkcjonuje w oparciu o model Bismarcka, inaczej niż np. w Wielkiej Brytanii czy w Polsce, gdzie jest krajowy, państwowy fundusz gromadzący składki zdrowotne. U nas to prywatne firmy pobierają te składki. W Genewie i Zurychu lekarze mieli dobre kontakty z ubezpieczycielami, dzięki czemu mogli uzyskać odpowiednie wsparcie dla swojej inicjatywy. To było kluczem do sukcesu. Państwo było wyłącznie obserwatorem tych działań. Zbudowano pierwsze kontrakty z lekarzami i umowy dla ubezpieczonych, definiując na nowo sposób finansowania systemu ochrony zdrowia. Uczestnicy tego procesu doszli do wniosku, że zaproponowany model będzie najlepszy do opieki nad pacjentem, dając wysoką jakość, a jednocześnie oszczędności. Także wielkość rynku ubezpieczeniowego ma duże znaczenie. W dużych aglomeracjach znacznie łatwiej znaleźć popyt na nowe usługi, dlatego w Zurychu czy Genewie nowe podejście do opieki udało się wdrożyć, a np. w niewielkim Ticino (włoskojęzyczna część Szwajcarii) inicjatywa się nie powiodła.

▲ Dr Ignazio Cassis:
– Pacjenci w zintegrowanej opiece kosztują około 15 proc. mniej niż pozostali.

GL Na czym konkretnie polegały zmiany?

Szwajcarzy muszą wykupić obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne, ale mogą wybrać, jaka firma ich ubezpiecza i na jakich zasadach. W zależności od wyboru wariantu, inna jest cena. Średni koszt to obecnie 300 franków miesięcznie. Jeśli ktoś decyduje się na zakup właśnie zintegrowanej opieki, dostaje de facto dobrej jakości produkt w niższej cenie. Ubezpieczyciel, jest w stanie zaoferować lepszą cenę, bo ten system jest po prostu tańszy. Z czasem koordynowana opieka zaczęła zyskiwać na popularności. Teraz już 25 proc. społeczeństwa szwajcarskiego korzysta z tego modelu opieki. Dalsze 50 proc. mieszkańców również decyduje się na ten wariant ubezpieczenia, ale w tak zwanej wersji light.

GL Jakie są różnice?

W prawdziwie skoordynowanej opiece mówimy o zorganizowanej sieci 20-50 lekarzy (rodzinni i specjaliści), którzy działają w ramach określonej struktury organizacyjnej. Lekarze ponoszą nie tylko odpowiedzialność medyczną, ale też finansową. Koszty są omawiane między ubezpieczycielami a lekarzami. Liderzy spotykają się raz na trzy miesiące i wspólnie rozmawiają na ten temat. Ustalany jest roczny budżet globalny, alokowany na jednego pacjenta. Jest on oczywiście wirtualny i nie oznacza, że jeśli na przykład mam pulę 10 tys. franków do wykorzystania w roku na chorego, to po wydaniu tych środków nie mogę dalej leczyć pacjenta. Oczywiście firma ubezpieczeniowa płaci wszystkie rachunki. Budżet ma jednak uzmysławiać lekarzowi rozmiar kosztów i dawać szacunkową wartość rzeczywistych potrzeb. To duża zmiana kulturowa, wcześniej dla lekarzy koszt nie miał żadnego znaczenia. System skoordynowanej opieki jest tańszy, bo łączymy w nim dwa moduły płatności. Z jednej strony lekarz dostaje więcej za więcej wykonanych czynności, ale z drugiej strony wie, że mając określony budżet na pacjenta, im mniej wykorzysta z tej puli, tym więcej mu zostanie. Zaczyna więc szukać równowagi. Pacjenci w zintegrowanej opiece kosztują około 15 proc. mniej niż pozostali.

GL Czy trudno namówić lekarzy, aby dołączyli do tego systemu?

Oczywiście tworzone były bariery ze strony tych lekarzy, którzy nie chcieli wprowadzenia zintegrowanej opieki. Przez niemal 10 lat robili wszystko, aby powstrzymać innowatorów, którzy chcieli ten system wdrożyć. Specjalistom nie podobało się po prostu zwiększenie kompetencji lekarzy rodzinnych (general practitioners). Chcieli zachować swój bezpośredni dostęp do pacjenta. Obecnie młodzi lekarze chcą leczyć w ramach kompleksowej opieki, starsi ciągle bywają niechętni. ○

Meritus Pro Medicis 2007 i 2008

W 2008 r. pięć osób zostało uhonorowanych odznaczeniem Meritus Pro Medicis. Rok wcześniej zaszczyt ten przypadł trzem osobom, dwie z nich odeszły niestety na wieczny dyżur.

LIDIA SULIKOWSKA



**Wojciech
Grabe**

(Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku)

Specjalista chirurgii stomatologicznej. Współtwórca gdańskiej izby lekarskiej. Były wiceprzewodniczący ORL w Gdańsku i przewodniczący tamtejszych komisji: stomatologicznej i praktyk lekarskich oraz ośrodka szkoleniowego. W przeszłości delegat na OZL i KZL. Aktywny też w NIL (członek NRL i wiceprzewodniczący komisji stomatologicznej). Twórca „Katalogu Wartościowania Pracy Lekarza Stomatologa”. Prowadził „Poradnik dla Lekarzy Stomatologów Prywatnie Praktykujących i Niepublicznych ZOZ”. Uhonorowany m.in. Srebrnym Krzyżem Zasługi. W obecnej kadencji jest sekretarzem komisji stomatologicznej i wiceszefem komisji zajmującej się praktykami lekarskimi – w swojej izbie.



**Jerzy
Jakubiszyn**

(Okręgowa Izba Lekarska w Opolu)

Otolaryngolog. W samorządzie lekarskim działa od II kadencji. Od III kadencji jest delegatem na KZL. Przewodniczący ORL (III, IV) i sekretarz ORL (V). Od VI kadencji jest przewodniczącym Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich i prezesem ORL w Opolu. Doprowadził do realizacji potrzebnego remontu siedziby opolskiej izby. Przeciwnik etatowego zatrudniania działaczy samorządowych w małych izbach. Uważa, że obecnie samorząd lekarski najbardziej potrzebuje przywrócenia wiary w to, że można mieć wpływ na kształt uwarunkowań prawnych, odnoszących się do wykonywania zawodu lekarza. Członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi.



**Aleksander
Kotlicki**

(Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie)

Specjalista chorób wewnętrznych. Po reaktywacji samorządu od razu włączył się w jego działalność. Zaangażowany przede wszystkim w działalność legislacyjną. Wieloletni członek komisji legislacyjnej NIL. Uczestnik prac nad ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Wiceprzewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego II i III kadencji – wspominając tamte doświadczenia mówi, że była to świetna szkoła myślenia prawniczego, bo wówczas w rozprawach brali udział sędziowie Sądu Najwyższego. Obecnie członek Prezydium ORL, przewodniczący komisji legislacyjnej warszawskiej izby. Działa też w komisji ds. praktyk lekarskich. Delegat na wszystkie OZL i KZL – z wyjątkiem IV kadencji.



**Krystyna
Małecka-Kuźawczyk**

(Kujawsko-Pomorska Izba Lekarska/OIL w Warszawie)

Lekarz dentyista. Zwolenniczka reaktywacji samorządu lekarskiego. Zaangażowana działaczka Kujawsko-Pomorskiej Izby Lekarskiej w Toruniu. Wieloletni członek komisji ds. etyki lekarskiej swojej izby i Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej. Zastępca Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej VI kadencji. Ekspert w zakresie prawa medycznego. Odznaczona odznaczeniem Pro Gloria Medici. Obecnie jest członkiem OIL w Warszawie. Na emeryturze.



Ewa Tuszkiewicz-Misztal

(Lubelska Izba Lekarska w Lublinie)

Specjalista pediatrii i reumatologii. Zaangażowana w reaktywację samorządu lekarskiego. Sekretarz NRL I kadencji. Była też m.in. przewodniczącą komisji historycznej naczelnej izby. Najbardziej zajmują ją jednak sprawy bioetyki, etyki i kształcenia. Od lat bierze udział w pracach komisji związanych z tą właśnie tematyką. Odznaczona Pro Gloria Medici. Orędownik pozostania pediatrii w każdej praktyce POZ. Obecnie jest członkiem prezydium ORL, przewodniczącą komisji etyki, a także członkiem komisji bioetyki (wieloletnia przewodnicząca) i komisji kształcenia lubelskiej izby. Jest też członkiem zespołu ds. KEL działającym przy NRL. Ceniony profesor, autorka wielu publikacji naukowych.



Tadeusz Matuszewicz

(Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w Olsztynie)

Specjalista psychiatrii. W samorządzie od I kadencji. Jeden z inicjatorów utworzenia odrębnej izby dla regionu Warmii i Mazur. Aktywnie udzielał się w Komitecie organizacyjnym Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej. Delegat na OZL i KZL. Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej I i II kadencji, w następnych latach przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego. W VI kadencji pełnił funkcję zastępcy przewodniczącego OSL. Odznaczony m.in. Złotym Krzyżem Zasługi, Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, odznaką „Zasłużony Lekarz Warmii i Mazur”. Sumienny, odpowiedzialny, budzący szacunek i zaufanie – tak go wspominają Koledzy i Koleżanki. Odszedł na wieczny dyżur.



Halina Porębska

(Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku)

Specjalista stomatologii zachowawczej. Działała na rzecz reaktywacji izby w rejonie Gdańska. Sędzia OSL I kadencji, w tamtym czasie działała także w Naczelnej Komisji Rewizyjnej i była wiceszefową Komisji Legislacyjnej NRL. Zarówno ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty jak i nowa ustawa o izbach były tworzone z jej udziałem. Potem poświęciła się dalszej pracy na rzecz komisji legislacyjnej i stomatologicznej – zarówno w okręgu, jak i w NIL. Sekretarz, a następnie wiceprezes ORL w Gdańsku. Członek NRL VI i VII kadencji. Członek Akademii Pierra Faucharda – Sekcja Polska. Mądra, pełna ciepła i skromności – tak wspominają ją samorządowcy. Z odpowiedzialnością i pasją pracowała na rzecz samorządu. Tworzyła poezję, była członkiem UPPL. W październiku 2015 r. odeszła na wieczny dyżur.



Krystyna Rowecka-Trzebicka

(Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie)

Specjalista pediatrii. W działalność izb zaangażowana od ich reaktywacji. NROZ III kadencji, pierwsza kobieta w najwyższych władzach samorządu lekarskiego w Polsce. Wcześniej zastępca NROZ. Członek zespołu ekspertów ds. opracowania programu specjalizacji z zakresu pediatrii i zespołu Programu Poprawy Opieki Perinatalnej w Polsce. Była członkiem Komisji Bioetycznej przy Instytucie Pomniku Centrum Zdrowia Dziecka. Odznaczona m.in. Krzyżem Kawalerskim i Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski, odznaczeniem Laudabilis i Pro Gloria Medici oraz Oskarem Pediatrii Polskiej (przez PTP). Profesor z dużym dorobkiem naukowym. Bezpartyjna. Honorowy Członek Światowego Związku Żołnierzy AK odznaczony medalem Pro Memoria.

KOMUNIKAT KAPITUŁY ODZNACZENIA MERITUS PRO MEDICIS

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy

Zapraszamy wszystkich Członków izb lekarskich do zgłaszania kandydatur osób, które w szczególny sposób zasłużyły się dla naszego samorządu i Waszym zdaniem zasługują na Odznaczenie *Meritus Pro Medicis*.

Wnioski o nadanie Odznaczenia mogą składać także organy izb lekarskich.

Zgodnie z Regulaminem nadawania Odznaczenia *Meritus Pro Medicis* może ono być przyznane w danym roku łącznie i maksymalnie 10 lekarzom i lekarzom denty stom lub innym osobom szczególnie zasłużonym dla samorządu lekarskiego.

Wzory dokumentów niezbędnych do złożenia wniosku o przyznanie Odznaczenia *Meritus Pro Medicis* (Wniosek oraz List promocyjny) można pobrać na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej poświęconej działalności Kapituły Odznaczenia *Meritus Pro Medicis*.

Wypełnione wnioski należy nadsyłać na adres: **Naczelna Izba Lekarska, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa** z dopiskiem na kopercie **Meritus Pro Medicis** lub na adres poczty elektronicznej a.seweryniak@hipokrates.org w terminie **do dnia 30 listopada 2017 r.**

Romuald Krajewski,
Kancelarz Kapituły Odznaczenia
Meritus Pro Medicis

Nowości w kształceniu podyplomowym

W połowie maja w siedzibie NIL odbyło się kolejne posiedzenie Konferencji Prezesów Towarzystw Lekarskich z udziałem ministra zdrowia Konstantego Radziwiłła. Rozmawiano głównie o kształceniu podyplomowym.

✎ LIDIA SULIKOWSKA



Wizyta odbyła się w związku z podjętym 10 lutego przez KPTL stanowiskiem, w którym sygnatariusze zwracają uwagę, że propozycje resortu zdrowia na temat wprowadzenia zmian w systemie kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów wymagają „dalejszej, szerokiej dyskusji”.

Co prawda prezesi towarzystw lekarskich popierają rozwiązania, które „zmierzają do uproszczenia procedur administracyjnych, zwłaszcza związanych z rekrutacją na szkolenie specjalizacyjne oraz do poprawy jakości szkolenia”, ale przeciwstawiają się, by obecnie – tj. w okresie wdrażania systemu modułowego, zmian

kształcenia przeddyplomowego i stażu podyplomowego – modyfikować listy specjalizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych oraz tryb odbywania specjalizacji.

PAKIET PROPOZYCJI

Konstanty Radziwiłł już na samym początku swojego wystąpienia deklarował, że jest mocno zmotywowany, aby dokonać modyfikacji w systemie zdobywania specjalizacji. – Wydaje mi się, że wszyscy dojrzewamy do tego, że pewne zmiany są potrzebne. System, w którym funkcjonujemy, jest daleki od ideału – stwierdził minister Radziwiłł, zaznaczając, że nie brakuje różnych opinii co do tego, w jakim kierunku należałoby podążać. W końcu nawet w samym zespole MZ, który

▲ **Spotkanie prezesów towarzystw lekarskich z ministrem Konstantym Radziwiłłem.**

opracował pakiet nowych rozwiązań, były zdania odrębne. Co konkretnie proponuje minister?

UMIĘTNOŚCI OBOK SPECJALIZACJI

Ministerstwo Zdrowia pracuje m.in. nad stworzeniem katalogu umiejętności, czyli węższych niż specjalizacje dziedzin medycyny. Kształcenie w tym zakresie ma trwać nie dłużej niż dwa lata i kończyć się Państwowym Egzaminem Umiejętności. – Czy w związku z tym resort zdrowia planuje skrócenie listy obecnie funkcjonujących specjalizacji i przesunięcie ich na poziom umiejętności? – pytał prof. Leszek Czupryniak, były prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. – Tak, chciałbym to zrobić – odpowiedział minister. Na pytanie przedstawiciela Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego, kiedy katalog umiejętności ma być wprowadzony, nie było konkretnej odpowiedzi.

Katarzyna Chmielewska, dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego MZ, zapowiedziała, że placówki, które zechcą prowadzić szkolenia w zakresie umiejętności, będą musiały uzyskać akredytację w uproszczonej formie. Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej, prof. Juliusz Jakubaszko, spytał z kolei, czy wykaz obejmie umiejętności, które już istnieją w poszczególnych krajach UE i mają odpowiednie certyfikaty (np. tlenoterapia hiperbaryczna, medycyna katastrof itp.). – Najpierw trzeba zastanowić się, które umiejętności są w naszym kraju rzeczywiście potrzebne – odpowiedział minister.

UŁATWIENIA DLA OBCOKRAJOWCÓW

Zmiany mają też objąć lekarzy cudzoziemców. Resort zdrowia chce, aby

mogli oni odbywać szkolenie specjalizacyjne na takich samych zasadach, co Polacy. Ponadto, być może zostanie stworzona możliwość uproszczonego uzyskania prawa wykonywania zawodu dla lekarzy spoza UE: lekarz będzie mógł pracować w określonym miejscu i czasie, po uprzednim uzyskaniu promesy zatrudnienia od pracodawcy. – Co z nostryfikacją dyplomów takich osób? – spytał prof. Piotr Małkowski, prezes Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego. Katarzyna Chmielewska wyjaśniła, że nostryfikacji nie będzie. Planowane jest wprowadzenie automatycznego uznania dyplomu z państwa trzeciego. Dyplom będzie musiał zawierać apostille, potwierdzające ukończenie studiów na kierunku lekarskim, a osoby chcące pracować w Polsce na takich zasadach musiałyby już mieć doświadczenie zawodowe oraz „specjalizację”.

STOMATOLOG – SPECJALISTA

W czasie spotkania poruszono także problem zbyt małej liczby specjalistów wśród lekarzy dentystów. Prof. Romuald Krajewski, koordynator KPTL, przytoczył przy tej okazji dane Ośrodka Studiów, Analiz i Informacji NIL (badanie: „Stomatologia 2016”), z których wynika, że około 60 proc. lekarzy dentystów chciałoby się specjalizować. Niestety brakuje rezydentur. Minister zdrowia odpowiedział, że potrzeby środowiska stomatologicznego i systemu ochrony zdrowia to nie to samo. Zapowiedział jednak, że lekarze dentyści, którzy mają określony dorobek zawodowy w placówkach akredytowanych do prowadzenia specjalizacji (nawet w jednoosobowej praktyce

stomatologicznej), będą mogli przystąpić do PES bez konieczności odbywania stażu. Zazaczył, że chętni będą musieli wykazać się konkretnym doświadczeniem.

GORĄCY TEMAT – REZYDENTURY

Zmiany obejmą także szkolenie specjalizacyjne. Minister Radziwiłł obiecał wprowadzenie ogólnopolskiego naboru na miejsca specjalizacyjne, a także wynagrodzenia dla kierowników specjalizacji, wypłacane po zdaniu przez podopiecznego egzaminu specjalizacyjnego. Kierownik podmiotu leczniczego, w którym odbywa się szkolenie specjalizacyjne, ma brać odpowiedzialność za realizację szkolenia zgodnego z zakresem programu specjalizacji. W planach jest także wprowadzenie Państwowego Egzaminu Modułowego, który ma odbyć się po rozpoczęciu ostatniego roku modułu podstawowego albo trzeciego roku modułu jednolitego. Resort zdrowia chce też zaproponować dodatkowe wynagrodzenie rezydentowi w czasie odbywania stażu specjalizacyjnego w formie umowy lojalnościowej. Dodatek do pensji miałby być przyznany osobom, które zadeklarują, że pozostaną w Polsce i będą tutaj pracować, a jeśli wyjadą do pracy za granicę, będą musieli te pieniądze zwrócić.

Powrócił też temat liczby i rodzaju dostępnych rezydentur. Konstanty Radziwiłł zwracał uwagę, że na rok 2017 zaplanowano nawet nieco więcej miejsc rezydentckich niż liczba lekarzy, którzy ukończą w tym roku staż podyplomowy. Niestety, w wiosennej sesji na ponad 1800 rezydentur obsadzono

PEM

W planach jest wprowadzenie Państwowego Egzaminu Modułowego, który ma odbyć się po rozpoczęciu ostatniego roku modułu podstawowego albo trzeciego roku modułu jednolitego.

tylko 231 miejsc. Stało się tak m.in. dlatego, że zaproponowano wiele szkoleń w priorytetowych dla resortu zdrowia dziedzinach medycyny, takich jak m.in. medycyna rodzinna, geriatria, rehabilitacja medyczna, reumatologia, onkologia kliniczna, radioterapia onkologiczna, patomorfologia, interna, pediatria. Młodzi lekarze nie są zainteresowani specjalizowaniem się w tych kierunkach. Pojawiły się głosy, że wyjeżdżają za granicę, aby realizować się zawodowo. – Dane nie potwierdzają, że wielka liczba młodych opuszcza Polskę. To nie jest exodus – odpowiadał na to Konstanty Radziwiłł, dodając, że minister zdrowia nie finansuje rezydentury każdemu wedle jego życzenia, tylko kształtuje politykę zdrowotną, która będzie odpowiadała na potrzeby zdrowotne społeczeństwa.

Pozostaje pytanie, jak motywować lekarzy, by zainteresowali się dostępną ofertą specjalizacji. – Rozważam znacznie większe zróżnicowanie między wynagrodzeniami na rezydenturach, które są priorytetowe, a pozostałymi. Niewykluczone, że kosztem tego, że nie każdy lekarz dostanie rezydenturę – powiedział minister. Prof. Piotr Majcher, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji, zwrócił uwagę, że nie tylko kwestia finansowa ma znaczenie. – W przypadku naszej specjalności ważne jest właściwe umiejscowienie lekarza w systemie – podkreślił prof. Majcher.

Zmiany w kształceniu podyplomowym mają być wprowadzone w ciągu najbliższych miesięcy. Minister zdrowia poinformował, że nie ma jeszcze ostatecznych zapisów zmian i zapewnił, że nie wprowadzi ich bez rzeczywistych konsultacji społecznych. ○



Młody lekarzu! Wypełnij ankietę

Komisja ds. Młodych Lekarzy NIL, Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland i Komisja Wyższego Szkolnictwa Medycznego Parlamentu Studentów Rzeczypospolitej Polskiej zapraszają do wypełnienia ankiety na temat kształcenia podyplomowego lekarzy. Badanie jest skierowane do studentów medycyny, lekarzy stażystów i lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne.

Ankiety można wypełnić online na stronie internetowej: www.ankieta.ifmsa.pl. Jest anonimowa. Na podstawie wyników tego badania zostanie sformułowane stanowisko i zalecenia dla decydentów co do kształtu zmian w kształceniu podyplomowym lekarzy.

Jak informują organizatorzy tej inicjatywy, to pierwsze tak duże badanie kierowane do studentów medycyny i młodych lekarzy. Podjęto ją, gdyż od lat w środowisku lekarskim podnoszona jest dyskusja nad słusnością obecnej formy szkolenia specjalizacyjnego i jej wpływie na wzrastające tendencje emigracyjne młodych lekarzy.

Porozmawiajmy o zmianach



Leszek Dudziński

Wiceprezes NRL, przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL

Niedawno odbyło się w Bielsku-Białej spotkanie Komisji ds. Młodych Lekarzy NIL, w czasie którego omawiano kwestie związane z europejskim egzaminem specjalizacyjnym. Wcześniej Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej podjęło stanowisko w tej sprawie.

Naczelna Rada Lekarska pod koniec maja odniosła się do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu egzaminów organizowanych przez europejskie towarzystwa naukowe równoważnych z Państwowym Egzaminem Specjalizacyjnym oraz wykazu dokumentów potwierdzających złożenie takich egzaminów. Oczywiście wszyscy jesteśmy za tym, żeby egzaminy europejskie uznawać za równoważne, ale niektóre zapisy projektu budzą kontrowersje. Podczas dyskusji obecni byli konsultanci krajowi i goście z zagranicy. Wiceprezesi NRL: Romuald Krajewski oraz Zyta Kaźmierczak-Zagórska (gospodarz spotkania) przedstawiali stanowisko samorządu w tej sprawie.

Młodzi lekarze mają dużo oczekiwań, jeśli chodzi o możliwość sprawdzenia swoich osiągnięć, chcą wiedzieć, jakie mają umiejętności w porównaniu z kolegami z Europy. I nie są to tylko oczekiwania związane z ewentualnym uznawaniem kwalifikacji, ale również z oceną tego, co robią, w jaki sposób się kształcą.

Druga część spotkania poświęcona była ocenie działalności samorządu. Dyskutowano m.in. o tym, czy jest potrzebny, czy nie nadszedł czas, by go rozwiązać i wyprowadzić sztandar, i co by się wówczas stało. Padło też pytanie, co uczestnicy spotkania chcieliby zmienić. Obniżyć składkę – padło w odpowiedzi. Ciekawe były też spostrzeżenia, że samorząd w różnych okręgowych izbach odbierany jest różnie. W zależności od tego, jakie działania dana OIL podejmuje, tak też jest oceniana.

Wyraźnie widać, że grupa młodych lekarzy, obecna w Bielsku-Białej, jest aktywna i zorganizowana. I chyba przygotowuje się, by na zjazdach okręgowych stworzyć zwarty zespół, który mógłby współdecydować, jak będą wyglądały kadry przyszłej NRL. Po powrocie zacząłem przyglądać się, jak to wygląda na terenie naszej warmińsko-mazurskiej izby. I stwierdzam, że także tu pojawiło się dość wielu młodych delegatów, którzy są zdecydowani, by swój wolny czas poświęcać dla pracy na rzecz

samorządu. To dobrze, bo widać w nich potencjał, jaki dwadzieścia kilka lat temu tkwił w nas.

Ostatnio toczyła się też dyskusja dotycząca projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej, który dopuszcza możliwość udzielania odpłatnych świadczeń przez szpitale publiczne. To dla mnie zaskoczenie, gdyż bardziej spodziewałem się nacjonalizacji tych placówek i finasowania ich wyłącznie z budżetu niż zgody ministra, by wykorzystywały swój potencjał do działalności komercyjnej. Niewątpliwie jest to szansa na uzyskanie przez szpitale dodatkowego przychodu, jednak jednocześnie wprowadzenie zakazu wydzierżawiania pomieszczeń podmiotom prywatnym tworzy dość ciekawą konstrukcję tego pomysłu.

Wywołuję temat, ponieważ znów rodzi się dyskusja, jak zmieniać system opieki zdrowotnej. Do niedawna wydawało się, że odpłatność jest dość akceptowalna w naszym środowisku, jednak coraz częściej słyszę głosy, że może dobrze byłoby połączyć działalność w ramach tzw. procedury refundacyjnej. I znów rodzi się pytanie, czy to dobra zmiana i dla której grupy lekarzy – czy dla tych, którzy mają umowę z NFZ i rozszerzą swoją działalność, czy może dla tych, którzy prowadzą działalność komercyjną. A może po prostu będzie to kolejne zamieszanie, które niczego rozsądnego nie spowoduje. Cały czas pamiętamy, że procent środków przeznaczanych na opiekę stomatologiczną jest obecnie znacznie niższy niż zakładano podczas budowania systemu. Na początku lat dwutysięcznych na stomatologię planowano przeznaczać 5 proc. budżetu z ubezpieczeń, w tej chwili jest to połowa tej kwoty, czyli 2,5 proc. Nic nie wskazuje, żeby mogło się to zmienić. Przyszedł moment, w którym należy porozmawiać, jak powinien wyglądać system opieki stomatologicznej i do tego będę namawiał pana ministra.

Niedawno odbyły się III Mazowieckie Dni Stomatologiczne. Podczas sesji samorządowej prezes Krajewski zwrócił uwagę, że do pewnych rzeczy nie musimy przekonywać się wzajemnie. Istotą jest to, żebyśmy przekonali do nich pacjentów, bo tylko oni mogą mieć realny wpływ na polityków. Zgadza się z tym i wierzę, że jeśli osiągniemy przychylność tych, którym świadczeń udzielamy, będziemy mogli wiele zmienić. ○

Będzie inaczej?

Na konferencji Okrągłego Stołu, zwykle odbywającej się w Nałęczowie, a tym razem [w dniach 24-25 kwietnia] w Warszawie, lekarze dentyści rozmawiali o wszystkim, co ważne w stomatologii.

✎ MARIUSZ TOMCZAK



O czym mówili konsultanci krajowi w dziedzinach stomatologicznych? Jednym z najważniejszych tematów ich wystąpień były propozycje zmian programów specjalizacji opracowane przez zespoły ekspertów.

W periodontologii planowane zmiany nie są za duże. Dotyczą m.in. dostosowania wymagań obowiązujących dla starego trybu specjalizacji do harmonogramu kursów trybu modułowego tak, aby ci, którzy nie zdążyli odbyć kursów, mogli kształcić się wraz z osobami specjalizującymi się w nowej formule tak, aby ci, którzy nie zdążyli odbyć kursów,

mogli kształcić się wraz z osobami specjalizującymi się w nowej formule. Zdaniem prof. Renaty Górskiej, konsultanta krajowego w dziedzinie periodontologii, zasadne byłoby wprowadzenie harmonogramu. – Zespół przygotowujący zmiany sugeruje podział na kursy, które powinny odbyć się w kolejnych latach szkolenia – tłumaczyła. W trakcie I roku specjalizacji miałyby to być: podstawy diagnostyki i leczenia niechirurgicznego w periodontologii, podstawy chirurgii periodontologicznej, choroby błony śluzowej jamy ustnej, radiologia stomatologiczna. Podczas II roku: chirurgia regeneracyjna przyzębia, chirurgia

▲ **Jako główną barierę dostępności do specjalizacji Komisja Stomatologiczna NRL uznaje brak wystarczającej ilości podmiotów szkolących i dlatego konieczne jest wprowadzenie zmian legislacyjnych, które umożliwiłyby specjalistycznym praktykom sprostanie wymogom akredytacji.**

śluzówkowo-dziąsłowa, laseroterapia w periodontologii. W trakcie III roku: implantologia i okluzja w periodontologii, choroby błony śluzowej jamy ustnej i profilaktyka onkologiczna. Proponowane zmiany w programie specjalizacji z ortodoncji sprowadzają się przede wszystkim do ujednolicenia kursów specjalizacyjnych oraz umożliwienia uczestnictwa w nich lekarzom denty stom realizującym program modułowy i dotychczasowy. – Jedynym kursem niemożliwym do wspólnego przeprowadzenia jest „Wprowadzenie do współczesnej ortodoncji”, trwające w trybie modułowym 16 godzin. Natomiast „Zarys ortodoncji – zasady i postępowanie kliniczne” to trzy kursy obejmujące łącznie 90 godzin szkolenia – powiedziała prof. Beata Kawala, konsultant krajowy w dziedzinie ortodoncji. Komisja powołana do opracowania zmian w programie specjalizacji pracuje nad dostosowaniem pozostałych kursów specjalizacyjnych w zakresie: tytułu, czasu trwania i zakresu tematycznego. – Nie chcemy wprowadzać chaosu, bo część osób odbyła szkolenie w ramach nowego trybu – zastrzegła B. Kawala, sugerując potrzebę ujednolicenia listy podręczników w wykazie Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego i Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi zarówno dla nowego, jak i starego trybu.

NOWE KURSY, NOWE STAŻE?

W styczniu funkcję konsultanta krajowego ds. stomatologii zachowawczej objęła dr hab. Agnieszka Mielczarek. – Zespół zajmujący się zmianami został powołany w połowie marca, dlatego nie mieliśmy wielu okazji, by przedyskutować ewentualne zmiany w programie – powiedziała, zwracając uwagę, tak jak jej poprzedniczki, na konieczność dostosowania kursów do osób specjalizujących się starym trybem. Do weryfikacji są różnice godzinowe i niewielki zakres wiadomości przedstawianych podczas kształcenia. W jej ocenie istnieje potrzeba wprowadzenia kursu z zakresu gerostomatologii. – To obszar

interdyscyplinarny. Moim zdaniem to jest niezbędne – podkreśliła A. Mielczarek. Nie zgadza się jednak z opiniami, jakoby szkolenie specjalizacyjne było bezpłatne. – To nieprawda, ono generuje ogromne koszty. Natłok obowiązków dydaktycznych i naukowych ośrodków akademickich, czyli jednostek w największej mierze prowadzących to szkolenie, stwarza problemy. Leczenie endodontyczne, od trójki do trójki, wiąże się z pozyskiwaniem środków, bo trzeba wykonać szereg płatnych procedur – mówiła A. Mielczarek. Weryfikacja programu specjalizacyjnego w dziedzinie stomatologii dziecięcej jest na ukończeniu, ale należy spodziewać się raczej niewielkich zmian. – Dotyczą skrócenia stażu w niektórych zachowawczej, periodontologii i chirurgii stomatologicznej, ze względu na powielanie się treści. Dodatkowo likwidujemy staż z logopedii – powiedziała prof. Dorota Olczak-Kowalczyk, konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej, zastrzegając, że program był świeżo opracowany i nie wymaga gruntownych zmian. Nowością ma być kurs z ortodoncji zawierający treści m.in. z zakresu profilaktyki i wczesnego leczenia ortodontycznego, a także wiedzę związaną z logopedią. Zmieniono listę obowiązujących podręczników (jest już dostępna na stronach CEM i CMKP). Podkreśliła, że nie zgadza się z postulatami dotyczącymi likwidacji stażu z dermatologii. – Być może ci, którzy są w trakcie specjalizacji, nie myślą jeszcze takimi kategoriami, ale ważne jest, by lekarz stomatolog dziecięcy był na oddziale dermatologicznym lub w poradni dermatologicznej, zobaczył je z bliska, wiedział, dokąd odesłać pacjenta i jakie są możliwości diagnostyczne – argumentowała D. Olczak-Kowalczyk. W okresie od czerwca 2014 r. do kwietnia br. zwiększyła się liczba dostępnych miejsc specjalizacyjnych w zakresie chirurgii stomatologicznej z 211 do 279 (wzrost o 32,23 proc.). – To m.in. dzięki pracy konsultantów wojewódzkich – podkreślił

– WAŻNE JEST, BY LEKARZ STOMATOLOG DZIECIĘCY BYŁ NA ODDZIALE DERMATOLOGICZNYM LUB W PORADNI DERMATOLOGICZNEJ, ZOBACZYŁ JE Z BLISKA, WIEDZIAŁ, DOKĄD ODESŁAĆ PACJENTA I JAKIE SĄ MOŻLIWOŚCI DIAGNOSTYCZNE – MÓWI PROF. DOROTA OLCZAK-KOWALCZYK.

prof. Mansur Rahnama, konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii stomatologicznej. Omawiając zmiany w programie kursów specjalizacyjnych, przypomniał, że ma wydłużyć się czas ich trwania. Miałby zostać on zróżnicowany w zależności od posiadanego wykształcenia (np. dla lekarzy dentystów nieposiadających tytułu specjalisty obejmowałby 209 tygodni, dla posiadających specjalizację I stopnia w dziedzinie chirurgii stomatologicznej – 71 tygodni, a dla osób ze specjalizacją II stopnia lub tytułem specjalisty w dziedzinie ortodoncji – 209 tygodni). Istotnie ma się zwiększyć liczba wymaganych procedur (z 291 do 520), przykładowo: liczba ekstrakcji zębów jednokorzeniowych i wielokorzeniowych wzrosła do 100 (w starym programie wystarczyło 50).

OPIS PRZYPADKU?

O propozycjach zmian w programie specjalizacji w dziedzinie protezy stomatologicznej dla systemu modułowego, opracowanych głównie w oparciu o sugestie osób prowadzących specjalizację, mówiła dr hab. Teresa Sierpińska, konsultant krajowy w dziedzinie protezy stomatologicznej. – Część kursów specjalizacyjnych została połączona, ale długość trwania szkoleń, jako całość, generalnie nie uległa zmianom. Pozwoliliśmy sobie zredukować głównie kursy z zakresu protez stałych – mówiła. Zespół zaproponował, by – co byłoby absolutną nowością – w ramach szkolenia obowiązkowo przygotować dwa opisy przypadku i zgłosić się na egzamin z prezentacją multimedialną. – Chcemy zweryfikować, czy ci specjaliści są w stanie

365

Tyłu jest aktywnych zawodowo chirurgów szczękowo-twarzowych w Polsce.

wyleczyć pacjenta – podkreśliła T. Sierpińska. Opis przypadku miałby zawierać m.in. istotne dane z badania podmiotowego i przedmiotowego, dokumentację radiologiczną przed rozpoczęciem leczenia, rozpoznanie, dokumentację fotograficzną stanu jamy ustnej przed rozpoczęciem leczenia i po jego zakończeniu oraz uzasadnienie wyboru metody terapii. Na to, że potrzeby kadrowe w chirurgii szczękowo-twarzowej będą coraz większe w związku ze starzeniem się społeczeństwa, zwrócił uwagę dr Mariusz Szuta, konsultant krajowy w tej dziedzinie. W Polsce aktywnych zawodowo chirurgów szczękowo-twarzowych jest 365 (większość z nich to stomatolodzy). – Realna liczba specjalistów udzielających świadczeń w tej dziedzinie jest mniejsza o ok. 40 proc., gdyż większość pracuje w sektorze prywatnym i realizuje świadczenia w zakresie chirurgii stomatologicznej i implantologii – powiedział. W ocenie dr. Szuty odrębne programy specjalizacyjne oraz tryby modułowe dają możliwość wyszkolenia jednorodnej grupy specjalistów o takich samych uprawnieniach, dlatego nie ma podstaw do dzielenia na „lepszych” bądź „gorszych” w zależności od ukończonego kierunku studiów. Przedstawiając oczekiwania co do zmian w programach specjalizacji, wspominał o uaktualnieniu i urealnieniu rodzajów procedur zabiegowych i ich liczby, modyfikacji tematyki kursów specjalizacyjnych (np. wprowadzenie kursu z chirurgii rekonstrukcyjnej obszaru głowy i szyi), przywrócenia stażu z chirurgii stomatologicznej w wymiarze 6 miesięcy, wprowadzenia stażu z radioterapii. ○

Nauka i biznes przenikają się

GL
ROZMOWA

Z prof. **Marzeną Dominiak**, przewodniczącą Rady Naukowej Kongresu Unii Stomatologii Polskiej, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

GL Towarzyszący tegorocznym targom CEDE Kongres Unii Stomatologii Polskiej otwiera nowy etap w historii tej imprezy. W założeniu ma łączyć naukę, praktykę i biznes. Co się za tym kryje?

Bardziej złożona niż w przeszłości rzeczywistość świata stomatologii. Organizatorzy CEDE uważnie obserwują, jak zmienia się rynek oraz codzienna praktyka lekarza dentysty i w swoich projektach uwzględniają oczekiwania tej grupy zawodowej. Nowe podejście do sprzedaży, dystrybucji produktów, zmiany właścicielskie, pojawienie się nowych, wielkich koncernów w Polsce, uzasadnia decyzję o tym, aby traktować wystawę jako coś więcej niż możliwość zaopatrzenia się w sprzęt i inne produkty stomatologiczne po okazjowych cenach. Poprzez uczestnictwo w CEDE stomatolog odrywa się od pracy, musi więc być przekonany, że to mu się opłaci. Chodzi nie tylko o sferę materialną, ale o podnoszenie kwalifikacji. Czynnikiem motywującym jest wiedza, oczywiście ta na najwyższym poziomie, stąd pomysł na organizację Kongresu Unii Stomatologii Polskiej w takiej formule, która ma zmienić podejście do tego problemu.

GL Wiedza idzie w parze z biznesem?

Nie ma wątpliwości co do tego, że wiedza zarówno pod postacią nauki, jak też praktycznych doświadczeń idzie ramię w ramię z biznesem. Producenci sprzętu, narzędzi czy materiałów czerpią z osiągnięć lekarzy – bez ich uwag nie mają szansy na rozwój czy poszerzanie portfolio. Chcemy o tym głośno mówić. CEDE ma wyznaczać najnowsze trendy w procedurach leczenia, wskazywać takie rozwiązania technologiczne, które służą ich usprawnianiu, pomagają pracować skuteczniej, szybciej i bezpieczniej. Lekarze mają czerpać korzyści z kontaktów z handlowcami największych firm, a ci z możliwości dotarcia do praktyków, świadomych swoich celów, pragnących się rozwijać. Ta wymiana jest więc obustronna, a poprzeczka

zawieszona wysoko. CEDE, a właściwie Kongres Unii Stomatologii Polskiej, chce także integrować samą naukę. Stomatologia jest interdyscyplinarna i nie należy tego traktować jako banał. Lekarze doskonale wiedzą, że nie powinni zamykać się wyłącznie na ulubioną dziedzinę, ponieważ pacjenci są coraz bardziej wymagający, cierpią na wiele schorzeń, które mają związek z higieną jamy ustnej, stanem uzębienia, złymi nawykami żywieniowymi. W myśl integracji naukowej powstał program edukacyjny, który spełnia te założenia, o którym z pewnością nie można powiedzieć, że jest nudny. Zaproszenie do współtworzenia Kongresu przyjęły: Polskie Towarzystwo Stomatologiczne, Polskie Towarzystwo Periodontologiczne, Polskie Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej, Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne, Polskie Towarzystwo Techniki Ortodontycznej, Naczelna Izba Lekarska, Be Active Dentist oraz Izba Gospodarcza Techników Dentystycznych. Zależy nam, aby w kolejnych latach ta lista była jeszcze dłuższa, a integracja pełniejsza.

GL Tego rodzaju standardy organizacyjne i merytoryczne prezentują kongresy FDI czy Association Dentaire Francaise w Paryżu. Polska chce do nich dołączyć?

Jestem pod wrażeniem formuły, w jakiej odbywają się te wydarzenia. Podczas nich nauka i biznes świadomie się przenikają. Polska, organizując FDI 2016 Poznań, już udowodniła, że w kwestiach organizacyjnych czy merytorycznych nie ma powodów do kompleksów. Daliśmy radę, można nawet powiedzieć, że spisaliśmy się, co wyraźnie podkreślał świat stomatologii w pokongresowych komentarzach i nie było w tym cienia kurtuazji. Dla wielu był to najlepiej zorganizowany Kongres FDI od lat. Teraz do takiej formuły trzeba przekonać środowisko stomatologiczne, ale wierzę, że mając mocne karty w dłoni – nie będzie z tym problemów. Warto pamiętać, że Kongresy





FDI, a szczególnie ich programy edukacyjne, są tworzone dla międzynarodowej społeczności, tak aby tematy zainteresowały w równym stopniu lekarza z Azji i Ameryki Południowej. Kongres Unii Stomatologii jest również z założenia wydarzeniem o charakterze światowym, ale program konstruujemy przede wszystkim z myślą o polskich stomatologach. To dla nich zaprosiliśmy do poprowadzenia wykładów i warsztatów najlepszych polskich specjalistów oraz uznanych ekspertów z zagranicy. Lista nazwisk liczy ponad sto.

GL Czego lekarze dentyści uczestniczący w kongresie mogą spodziewać się po ich wystąpieniach?

Przede wszystkim wiedzy zgodnej z aktualnymi trendami, wytycznymi towarzystw naukowych, a także różnorodnych perspektyw leczenia. Aby zrozumieć ideę programu wykładów i warsztatów, musimy wrócić do wspomnianej wcześniej integracji naukowej. Proponowana lista wykładowców i prowadzących warsztaty oraz zakres tematyczny to nie jest koncepcja jednej osoby, ale zespołu kreatywnych i otwartych na potrzeby środowiska stomatologicznego ludzi. Integracja zaowocowała propozycjami tematów oraz wykładowców z konkretnych specjalizacji czy dziedzin. Nikt bowiem lepiej od periodontologów czy stomatologów dziecięcych nie wie, jakie tematy ich interesują, którzy specjaliści są najlepiej oceniani jako prelegenci. Naczelna Izba Lekarska posiada świetne rozeznanie w tematach prawnych, więc i tych nie zabraknie w trakcie sesji NIL. Mogłabym tak wymieniać długo, ale nie o to chodzi. Chcę podkreślić, że program powstał w wyniku dialogu i to jest nasz największy sukces.

GL Jednym słowem burza mózgów?

Kongres Unii Stomatologii Polskiej nie boi się żadnego tematu. Fascynująco zapowiadają się dyskusje o fluorze, o którym obecnie zrobiło się głośno, o antybiotykoterapii

▲ **Prof. Marzena Dominiak:**
– **Kongres Unii Stomatologii Polskiej nie boi się żadnego tematu.**

czy autogennych przeszczepach kości. Potężna dawka wiedzy czeka na fanów stomatologii laserowej, 3D, filozofii Digital Smile Design czy tych, którzy chcą zapewnić sobie oraz pacjentom maksymalny komfort i bezpieczeństwo podczas diagnostyki. Nie zabraknie też praktycznych porad z zakresu stomatologii estetycznej czy protetyki. Nie uciekamy od ważkich tematów, jakimi są nowotwory jamy ustnej oraz HIV. Pragniemy też stać się merytorycznym wsparciem dla lekarzy dentyistów w podejmowaniu trudnych decyzji marketingowych. Pokażemy, jak radzić sobie ze stresem zawodowym czy wypaleniem. To naprawdę dobry program.

GL Będzie też miejsce dla młodych lekarzy dentyistów, którzy wezmą udział w sesji „Naukowy zawrót głowy” – czym mogą zaskoczyć?

Uważam, że CEDE i Kongres Unii Stomatologii Polskiej to dla młodych lekarzy, stażystów i studentów najlepszy poligon doświadczalny. W Kongresie można uczestniczyć biernie – wsłuchując się w głos doświadczonych kolegów, ale także czynnie – jako wykładowca sesji „Naukowy Zawrót Głowy – nowości w nauce”. Podczas sesji oddamy mikrofon i scenę autorom najlepszych prac habilitacyjnych, doktorskich i studenckich z ostatnich dwóch lat. Dlaczego? Aby pokazać, że polska stomatologia się rozwija, że młodzi ludzie są aktywni, prowadzą wiele ciekawych badań, a także żeby docenić ich wysiłki. Kongres może być dla wielu z nich początkiem nowej, interesującej drogi zawodowej. Prof. Tomasz Konopka, autor koncepcji tej sesji, słusznie zauważa, że niektórzy młodzi ludzie już na studiach mają skryształizowane zainteresowania i chęć podzielenia się swoimi pierwszymi przemyśleniami klinicznymi. Wielu z nich w niedalekiej przyszłości będzie realizować ambitne tematy swoich prac doktorskich. Sesja jest dla nich szansą zaprezentowania się na szerokim forum.

GL Stomatologia dynamicznie się zmienia i rozwija. Czy nowa formuła CEDE jest odpowiedzią na ten zmiany?

Targi CEDE i Kongres Unii Stomatologii są przede wszystkim skierowane do określonych ludzi, to nie są wydarzenia, które mają jedynie spiąć budżet. Proszę zwrócić uwagę na liczbę bezpłatnych sesji i wykładów. To nie jest sztucznie pompowany balon, który zaraz pęknie. Nasze ambicje są znacznie większe – chcemy aktywnie przyczyniać się do podnoszenia polskiej stomatologii na wyższy poziom, być platformą do – co podkreślam – świadomego postępu tej dziedziny medycyny. Polscy lekarze dentyści nie stoją w miejscu, wierzę, że oprócz czysto indywidualnych pobudek edukacyjnych czy biznesowych związanych z uczestnictwem w wystawie i wykładach, również chcą dołożyć cegiełkę do tego, aby branża była postrzegana za granicą jako silna i skonsolidowana. Gdzieś na końcu łańcucha wielu zależności jest przecież pacjent i zwykła, ludzka, zawodowa satysfakcja z tego, co się robi. ○

Co nowego w radiologii



Edward Araszkiewicz

Katedra Radiologii i Medycyny Nuklearnej SUM

Od 6 lutego 2018 r. we wszystkich krajach członkowskich Unii Europejskiej będzie obowiązywać Dyrektywa Rady 2013/59 Euratom, która ustanawia jednolite podstawowe normy bezpieczeństwa w celu ochrony przed zagrożeniami wynikającymi z narażenia na działanie promieniowania jonizujące osób poddawanych narażeniu medycznemu i zawodowemu oraz ludności cywilnej.



Aktualnie trwa w Polsce proces legislacyjny, który implementuje zapisy tej dyrektywy do prawa polskiego. Nowelizowana ustawa Prawo atomowe wprowadzi zmiany, które kierownicy jednostek organizacyjnych będą zobowiązani wdrożyć po uprawomocnieniu się przepisów prawa.

W radiologii stomatologicznej proponowane są następujące zmiany.

1. Znosi się nadzór inspektorski w jednostkach ochrony zdrowia prowadzących działalność związaną z narażeniem, polegającą jedynie na wykonywaniu stomatologicznych zdjęć

wewnątrzustnych za pomocą aparatów rentgenowskich służących wyłącznie do tego celu.

W jednostkach organizacyjnych, które stosują inne aparaty rtg. stomatologiczne (pantomografy, cefalometrię, CBCT), wymóg nadzoru inspektora ochrony radiologicznej z właściwymi uprawnieniami pozostaje.

2. Jednostka ochrony zdrowia prowadzi ewidencję urządzeń radiologicznych i aktualizuje ją nie rzadziej niż co 3 miesiące. W przypadku dokonania zmiany w ewidencji, w terminie 14 dni od jej dokonania, należy o tym fakcie poinformować organ, który wydał zezwolenie (PWIS).

^ Po przeprowadzonej kontroli parametrów fizycznych urządzeń radiologicznych urzędów radiologicznych protokoły testów przechowywane przez okres 10 lat.

3. Po przeprowadzonej kontroli parametrów fizycznych urządzeń radiologicznych, protokoły testów przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym testy zostały przeprowadzone.

4. Program zapewnienia jakości w jednostce ochrony zdrowia powinien zawierać wewnętrzny system rejestracji i analizy zdarzeń obejmujących lub potencjalnie obejmujących ekspozycje niezamierzone lub narażenie przypadkowe.

Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, kryteria klasyfikowania ekspozycji niezamierzonych i narażeń przypadkowych, tryb postępowania w przypadku ich wystąpienia, sposób analizy ich przyczyn, a także zakres informacji przekazywanych do rejestru, mając na uwadze konieczność stałego monitorowania stanu ochrony radiologicznej i zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów poddawanych medycznym procedurom radiologicznym oraz mając na uwadze, żeby rejestr ten nie gromadził danych osobowych.

SZKOLENIA W OCHRONIE RADIOLOGICZNEJ PACJENTA

Osoby wykonujące i nadzorujące wykonywanie badań przy użyciu promieniowania jonizującego są obowiązane do ustawicznego podnoszenia swoich

kwalifikacji z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta.

W ciągu kolejnych 5 lat należy uzyskać co najmniej 20 punktów szkoleniowych poprzez:

- 1) ukończenie szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta, zakończonego wewnętrznym egzaminem i uzyskaniem certyfikatu potwierdzającego ukończenie tego szkolenia oraz zdanie egzaminu, lub
- 2) ukończenie innych szkoleń obejmujących tematykę ochrony radiologicznej, bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego w celach medycznych, medycznych zastosowań promieniowania jonizującego oraz metod i procedur badań parametrów technicznych urządzeń radiologicznych i uzyskanie zaświadczeń o ukończeniu każdego z tych szkoleń, lub
- 3) udział w krajowych lub międzynarodowych kongresach, zjazdach, konferencjach lub sympozjach naukowych poświęconych zagadnieniom, o których mowa w pkt 2, lub
- 4) wygłoszenie wykładów lub przedstawienie doniesień w zakresie zagadnień, o których mowa w pkt 2, na krajowym lub międzynarodowym kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym.

ZGODY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych, polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki wymaga zgody państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego.

Zgody nie dotyczą prowadzenia działalności z narażeniem polegającej jedynie na wykonywaniu stomatologicznych zdjęć wewnątrzustnych za pomocą rentgenowskich

aparatów stomatologicznych służących wyłącznie do tego celu.

AUDYTY KLINICZNE

Jednostki ochrony zdrowia wykonujące medyczne procedury radiologiczne podlegają:

- 1) audytom klinicznym wewnętrznym;
- 2) audytom klinicznym zewnętrznym.

Audyty kliniczne zewnętrzne nie stosuje się do jednostek ochrony zdrowia udzielających świadczeń zdrowotnych polegających na wykonywaniu wyłącznie stomatologicznych zdjęć wewnątrzustnych za pomocą aparatów rentgenowskich służących wyłącznie do tego celu.

Audyt kliniczny wewnętrzny jest przeprowadzany co najmniej raz na rok, a także doraźnie, w razie potrzeby, na pisemne polecenie kierownika jednostki ochrony zdrowia.

W jednostkach ochrony zdrowia prowadzących działalność polegającą jedynie na wykonywaniu stomatologicznych zdjęć wewnątrzustnych za pomocą aparatów rentgenowskich służących wyłącznie do tego celu, do przeprowadzenia audytu klinicznego wewnętrznego kierownik jednostki wyznacza co najmniej dwie osoby, które są uprawnione do wykonywania procedur podlegających temu audytowi, z wyjątkiem działalności prowadzonej osobiście, w których audyt wewnętrzny może być przeprowadzony przez jedną osobę, która jest uprawniona do wykonywania procedur podlegających temu audytowi.

Raport z przeprowadzonego audytu klinicznego wewnętrznego jest przekazywany kierownikowi jednostki ochrony zdrowia. Kierownik przekazuje kopię raportu właściwej komisji procedur i audytów. (P)

Szanowne Koleżanki i Szanowni Koledzy,

rozpoczęliśmy 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 Wdrożeniowych”.

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

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

Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, Romuald Krajewski



Małgorzata Kaczmarska-Banasiak

(26.10.1952 – 27.05.2017)

Na początku czerwca pożegnaliśmy doktor Małgorzatę Kaczmarską-Banasiak. Przedwcześnie odeszła na ostatni dyżur. Była szanowanym lekarzem dentystą. Cieszyła się w środowisku powszechnym autorytetem i sympatią.

W IMIENIU KOLEŻANEK I KOLEGÓW: **LESZEK DUDZIŃSKI**, WICEPREZES NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
RYSZARD GOŁAŃSKI, REDAKTOR NACZELNY „GL”

Lek. stom. Małgorzata Kaczmarska-Banasiak przez wiele lat zaangażowana była w działalność na rzecz społeczności samorządowej. Była w nielicznym gronie osób, które od podstaw tworzyły w latach 1989-1990 łódzką okręgową izbę lekarską. Została pierwszą wiceprzewodniczącą rady okręgowej z grona stomatologów.

W ciągu kolejnych lat pełniła liczne funkcje w okręgowej izbie w Łodzi i w Naczelnej Izbie Lekarskiej. W drugiej kadencji była ponownie wiceprzewodniczącą ORL w Łodzi, w trzeciej – sekretarzem rady. W kolejnych dwóch kadencjach ponownie została wiceprzewodniczącą rady. Z zapałem pełniła funkcję przewodniczącej Komisji Stomatologicznej ORL. Była delegatem na okręgowe i krajowe zjazdy lekarzy, członkiem Naczelnej Rady Lekarskiej, w trzeciej kadencji zastępcą sekretarza NRL, wiceprzewodniczącą Komisji Stomatologicznej NRL, a następnie sekretarzem tej komisji oraz przewodniczącą Komisji ds. Lekarzy Cudzoziemców NRL. Była też członkiem honorowej

organizacji Akademii Pierra Faucharda – Sekcja Polska.

Kol. Małgorzata Kaczmarska-Banasiak urodziła się 26.10.1952 r. Ukończyła studia na Wydziale Lekarskim Oddział Stomatologiczny Akademii Medycznej w Łodzi w 1978 r.

Była specjalistą II stopnia stomatologii dziecięcej. Od 1987 r. była kierownikiem Przychodni Stomatologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Zgierzu. Życie zawodowe i społeczne poświęciła dzieciom. Opieka nad najmniejszymi pacjentami była dla Niej nie tylko pracą i specjalizacją, ale także okazją do odważnej i konsekwentnej walki o reorganizację systemu opieki stomatologicznej, który powinien być skierowany na profilaktykę i budowanie postaw prozdrowotnych. Znana z odważnych wystąpień w obronie zawodu lekarza i lekarza dentysty.

W społeczności samorządowej dała się poznać jako bardzo dobry organizator i koleżanka, na którą można liczyć w każdej trudnej sytuacji.

Swoją postawą zyskała w środowisku powszechny autorytet, szacunek i poparcie, a także sympatię.

Odnaczona Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski. Uhonorowana została także odznaczeniem „Meritus Pro Medicis” Naczelnej Izby Lekarskiej oraz złotą odznaką „Zasłużony dla Samorządu Lekarskiego” izby łódzkiej.

Niezwykle ciepła, z ogromnym doświadczeniem w pracy z dziećmi i zawsze z aktualną wiedzą dotyczącą problemów związanych z wykonywaniem praktyki lekarskiej, zarówno z punktu widzenia kierownika dużej poradni, jak i indywidulanego lekarza oraz wieloletniego działacza samorządu lekarskiego.

Nie zapomnimy, że czynnie uczestniczyła zarówno w konstruowaniu katalogu świadczeń stomatologicznych, jak i zmian systemowych w ochronie zdrowia. Była twórcą i współorganizatorem wielu spotkań samorządowych, po wielogodzinnych dyskusjach dążącym do kompromisów.

Dobra koleżanka, wspaniały lekarz, działalność samorządową traktowała z pasją. ○

Spoczywaj w spokoju, Małgosiu.



Jolanta Małmyga

Wiceprezes ORL w Gorzowie Włkp.

Czy potrafimy czynić dobro?

*Dobro to nie jest wiedza,
to jest czyn.*

Romain Rolland

Rozmawiała ze mną pewna lekarka i zadała mi pytanie, czy można powiedzieć o lekarzu, że jest dobry, jeżeli myśli tylko o sobie, własnych potrzebach i sukcesach. Czy będąc dobrym fachowcem, nie powinien być także dobrym człowiekiem dla wszystkich ludzi – zarówno dla pacjentów, jak i dla własnej rodziny?

Moim zdaniem dobry lekarz to nie tylko świetny fachowiec wykonujący perfekcyjnie swoje dzieło, gdyż nie może zabraknąć chociażby odrobiny uczucia i zrozumienia potrzeb i obaw chorego człowieka. Dobry lekarz powinien widzieć nie tylko chory narząd, ale całego człowieka, z jego cierpieniem i obawami o własne zdrowie. Przecież wystarczy chwila zwyczajnej rozmowy, bez używania terminologii medycznej, takiej, w której pokażemy, że nasz pacjent jest dla nas ważny nie jako kolejny przypadek, ale jako człowiek. Często w rozmowach z chorymi słyszę, jak mówią, że ten lekarz jest dobrym fachowcem, ale coraz rzadziej, że jest dobrym lekarzem. Zarówno z jednej, jak i z drugiej strony zabrakło empatii, czyli umiejętności ograniczenia samolubnych potrzeb, wczucia się w potrzeby i oczekiwania drugiej osoby.

We współczesnym świecie zanikają wszelkie ideały, a zasady postępowania zaczynają regulować samolubne popędy hamowane jedynie obawą i strachem przed karą. Dlatego ten świetny fachowiec zawsze wykona starannie swoje dzieło i szybko zajmie się następnym przypadkiem. Czy niesprawiedliwie oceniam takie zachowania? Zapewne częściowo tak, jednak z drugiej strony sami sobie pozwoliliśmy na takie traktowanie, zgadzając się na narzucanie właśnie takich form funkcjonowania opieki lekarskiej. W ciągłym biegu, zestresowaniu i zapracowaniu, zaczyna brakować czasu na wszystko, nawet na odrobinę „luksusu”, jakim jest spędzenie czasu z własną rodziną i bycie dobrym rodzicem.

Zdarza się, że kiedy nawet własne dzieci potrzebują pomocy lekarskiej, nie mamy czasu się nimi zająć. Wiemy przecież, że jest jeszcze drugi rodzic, który często też jest lekarzem, więc on na pewno dopilnuje zdrowia potomka. Nie mamy też obaw przed konsekwencjami, gdyż w tym wypadku nie grozi nam żadna odpowiedzialność zawodowa, przecież staramy się zapewnić naszym rodzinom środki do w miarę wygodnego życia. Kochamy swoje dzieci, bo to krew z naszej krwi.

Moim zdaniem jest to jednak przykład na kolejny brak empatii i prawdziwego uczucia, tym razem dla najbliższych. Oczywiście takie zachowania nie dotyczą jedynie medyków. Obecnie, może nawet częściej, postępują tak również rodzice wykonujący inne zawody, gdy chodzi o zapewnienie bytu na odpowiednim poziomie i nowoczesnych dóbr materialnych, a zdrowiem dzieci interesują się jedynie w przypadkach tragedii i uważają, że skoro wszystko można kupić za pieniądze, to również i zdrowie jest do kupienia. Tyle tylko, że to nie jest żadne usprawiedliwienie dla nikogo, a już zwłaszcza dla lekarzy.

Pytanie, czy potrafimy czynić dobro, odnosi się do wszystkich, bez względu na status społeczny i wykonywany zawód, tyle tylko, że dla nas lekarzy i lekarzy dentyistów największym nakazem etycznym i przestrzeganiem zasad kodeksu etyki lekarskiej jest dobro chorego. Kodeksy etyczne istnieją również w innych zawodach i wynikają one z potrzeb społecznych, jednak etykę lekarską wyróżnia potrzeba i wola czynienia dobra, ale także okazywanie uczucia i współczucia. Medycyna to nie tylko dobre rzemiosło, ale przede wszystkim to niepołączalne i nieprzeliczone na pieniądze czynienie dobra, którego wartość związana jest z wolną wolą i świadomym wyborem w podejmowaniu decyzji. Zawód lekarza nie powinien być zależny od wartości moralnych społeczeństwa, w którym w danym okresie żyjemy. Nauczmy się czynić dobro i bądźmy dobrymi ludźmi. ○

Opinia „zaoczna”

„Wydawanie zaświadczeń lekarskich jest dozwolone jedynie na podstawie aktualnego badania lub odpowiedniej dokumentacji” [art. 40 KEL].

Do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej wpłynęła skarga na postępowanie lekarza specjalisty psychiatrii, który bez przeprowadzenia badania sporządził na temat skarżącego opinię psychiatryczną, tzw. informację typologiczną, zleconą przez osobę trzecią.

Wynikało z niej, że skarżący prezentuje zaburzenia osobowości i zachowania o charakterze paranoicznie-dyssocjalnym. Obwiniony lekarz postawił rozpoznanie na podstawie dostarczonej dokumentacji: korespondencji procesowej, kart informacyjnych, opinii psychologicznych i innej dokumentacji medycznej oraz serii zdjęć sygnowych opisami.

Sąd lekarski uznał, że obwiniony lekarz naruszył art. 40 KEL, wydając zaświadczenie lekarskie, a dokładnie „Informację Typologiczną” o stanie zdrowia psychicznego pacjenta bez przeprowadzenia badania, bez odpowiedniej dokumentacji medycznej, bez wiedzy i zgody pacjenta. Obwiniony został ukarany karą nagany. Odwołanie od tego orzeczenia wniósł pełnomocnik pokrzywdzonego pacjenta i zaskarżył orzeczenie w zakresie dotyczącym kary, zarzucając niewspółmierność wysokości kary do zarzuconego czynu. Orzeczenie OSL zaskarżył również obrońca obwinionego.

Naczelny Sąd Lekarski uznał odwołanie pokrzywdzonego za częściowo zasadne, natomiast odwołanie obwinionego lekarza za niezasadne.

Zmienił zaskarżone orzeczenie sądu pierwszej instancji i wymierzył karę pieniężną w wysokości dwukrotnego przeciętnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw (na podstawie art. 83 ust. 1 pkt 3 ustawy o izbach lekarskich z 2009 r.), płatną na rzecz Fundacji Lekarze Lekarzom. Jednocześnie podkreślił, że wnioskowana przez pokrzywdzonego kara ograniczenia prawa wykonywania zawodu i publikacji orzeczenia byłaby karą zbyt surową w stosunku do popełnionego przez obwinionego przewinienia zawodowego.

Od orzeczenia NSL kasację wniósł obrońca obwinionego. Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej wnioskował o oddalenie kasacji jako bezzasadnej. Sąd Najwyższy oddalił kasację jako oczywiście bezzasadną. ○



Grzegorz Wrona

Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

KOMENTARZ

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Stan prawny na dzień czynu: Art. 42. Lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu, z zastrzeżeniem sytuacji określonych w odrębnych przepisach.

Stan prawny na dzień rozprawy kasacyjnej: Art. 42. 1. Lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego

Art. 11. 1. Orzeczenie o stanie zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi, opinię lub skierowanie do innego lekarza lub psychologa albo podmiotu leczniczego lekarz może wydać wyłącznie na podstawie uprzedniego osobistego zbadania tej osoby. Skierowanie do szpitala psychiatrycznego wydawane jest w dniu badania, a jego ważność wygasa po upływie 14 dni.

Po raz kolejny o przewinieniu popełnionym przez lekarza specjalistę psychiatrii. I choć zarzut rzecznika oparty został tylko o art. 40 KEL, to przecież specjalista w tej szczególnej dziedzinie, opierający swoje postępowanie o ustawę o ochronie

zdrowia psychicznego, nie mógł nie znać przepisu art. 11 tej ustawy. Przecież lekarz specjalista nie może zapominać czy też ignorować przepisu art. 42 „ustawy lekarskiej”. Wszystkie trzy przepisy wyraźnie podkreślają konieczność osobistego badania przed wydaniem orzeczenia. I choć ustawodawca nie był szczególnie staranny i definicji orzeczenia (opinii, zaświadczenia) w żadnej z tych ustaw nie przedstawił, to oczywistym jest dla każdego z nas, że podejmując się oceny stanu zdrowia, w tym w szczególności zdrowia psychicznego, bez względu na sygnalizowaną potrzebę wydania opinii lekarskiej, powinniśmy wykazać się podstawową starannością, jaką jest zbadanie chorego (pacjenta). Niejednokrotnie okazało się, że wydane w zaufaniu do proszącego, „grzecznościowo”, zaświadczenie czy opinia wykorzystywane były w nieprzewidywalnych dla lekarza celach. Próba odmiennego nazywania lekarskiego orzeczenia o stanie zdrowia psychicznego (informacja typologiczna), mimo że mądrze brzmi, nie może przesłaniać faktu, iż nadal pozostaje dokumentem, o którym mowa w KEL i w ustawach.

I na marginesie (patrz art. 42 uozlild) – pewnie czeka nas ciekawa dyskusja, co to znaczy „zbadać za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności” i kiedy takie badanie może zastąpić (a może tylko uzupełnić?) klasyczny, oparty na wzajemnym, dwustronnym zaufaniu, model lekarskiego badania podmiotowego i przedmiotowego. ○

Nowy regulamin PES

Osoby zdające Państwowy Egzamin Specjalizacyjny ucieszy informacja o zakazie stosowania krzyżowego ognia pytań, ale wprowadzenie nowej skali ocen wzbudzi już zapewne mieszane uczucia. Co się zmieniło?

MARIUSZ TOMCZAK

Od 1 maja obowiązuje nowy regulamin przeprowadzania Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego dla lekarzy i lekarzy dentystów.

Jak przyznaje prof. Mariusz Klencki, dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi, dotychczas dokument niezbyt szczegółowo określał zasady zdawania części ustnej. – Trochę wynikało to z faktu, że egzamin ustny różnie wygląda w poszczególnych specjalnościach. Szanując ich odmienność i specyfikę, nie wchodziliśmy drobiazgowo w tę materię, ale wydaje się, że to był błąd. Dlatego wprowadzamy nowe rozwiązania – mówi prof. Klencki. Pierwszą, dla niektórych dość kontrowersyjną zmianę, stanowi nowa skala ocen (dotyczy oceniania zadań częściowych). Obok bardzo dobrej (5), dobrej plus (4,5), dobrej (4), dostatecznej plus (3,5), dostatecznej (3) i niedostatecznej (2) pojawiła się ocena dyskwalifikująca (1). – To początkowo wywołała małe zamieszanie, ale warto ją wprowadzić. To ocena częściowa, którą można otrzymać na egzaminie ustnym. Oceną końcową z egzaminu ustnego nigdy jednak nie będzie „jedyńka”, bo zgodnie z rozporządzeniem najniższą oceną może być „dwójka”, czyli ocena niedostateczna – tłumaczy dyrektor CEM.

OCENA DYSKWALIFIKUJĄCA

Zgodnie z regulaminem PES, ocena dyskwalifikująca za daną odpowiedź może być postawiona, gdy opowie się za tym co najmniej połowa składu zespołu egzaminacyjnego. Gdy osoba zdająca, po zapoznaniu się z treścią pytania egzaminacyjnego, nie udzieli żadnej odpowiedzi, również otrzyma „jedyńkę”. – Z mocy regulaminu – podkreśla prof. Klencki. Uzyskanie przez osobę zdającą oceny dyskwalifikującej za którąkolwiek odpowiedź spowoduje przerwanie egzaminu i zakończenie go wynikiem negatywnym nawet wtedy, gdyby z pozostałych zadań osoba zdająca uzyskała najlepsze noty. – Ta ocena należy się osobie, która odpowiedziała na jakieś pytanie w taki sposób, że wykazała się brakiem wiedzy mogącym stanowić zagrożenie dla zdrowia bądź nawet życia pacjenta i musi egzamin powtórzyć niezależnie od tego, czy jest dobrze przygotowana w innych obszarach. Wprowadzenie „jedyńki” sprawia, że zdejmujemy pewne odium z „dwójki”: teraz będzie można postawić ocenę niedostateczną komuś, kto wykazał się dostateczną wiedzą, ale „dwójka” traci walor, że to koniec, że ktoś nie zdał całego egzaminu. Paradoksalnie spowoduje to zapewne, że członkom komisji łatwiej będzie stawiać „dwójki”, bo nie będzie się to wiązało ze zdyskwalifikowaniem kandydata – wyjaśnia dyrektor CEM. Warto

30.06

upływa termin składania wniosków o przystąpienie do LEK/LDEK.

dodać, że uzyskanie przez osobę zdającą oceny niedostatecznej za dwa albo więcej zadań spowoduje ten sam skutek, co w przypadku oceny dyskwalifikującej, tzn. uzyskanie negatywnego wyniku egzaminu ustnego niezależnie od ocen uzyskanych za pozostałe zadania. Na potwierdzenie tezy, że – jak to ujmuje prof. Klencki – te zmiany nie służą prześladowaniu osoby zdającej egzamin, w protokole indywidualnym PES zamieszcza się uzasadnienie wystawionej oceny za każde zadanie (w szczególności wskazując braki i błędy w odpowiedzi udzielonej przez zdającego w przypadku oceny niedostatecznej albo dyskwalifikującej). – Nie ma na to dużo miejsca, ale takie uzasadnienie jest konieczne. Trzeba wpisać, co zdający powiedział albo czego nie powiedział, a co powinien był powiedzieć, pokazać czy zrobić, bo egzamin ustny nie musi ograniczać się tylko do mówienia – mówi szef CEM. Przewodniczący zespołu egzaminacyjnego może wyznaczyć spośród członków zespołu jedną osobę, która będzie dokonywać wpisów w protokole.

ZADANIE PRAKTYCZNE

Egzamin ustny obejmuje co najmniej cztery i nie więcej niż sześć zadań egzaminacyjnych, a przynajmniej jedno powinno mieć charakter praktyczny (np. w postaci analizy procesu diagnostycznego oraz planowania leczenia w konkretnym przypadku klinicznym). Cel tego przepisu jest jasny: upraktynić PES. – Często słyszę głosy krytyki pod adresem egzaminu specjalizacyjnego, że jest za mało praktyczny. Część praktyczna została zlikwidowana, bo trudno nam

– NIE MA PRZESZKÓD, BY EGZAMIN ODBYWAŁ SIĘ Z UDZIAŁEM PACJENTA. WYOBRAŻAM SOBIE EGZAMIN Z INTERNY POLEGAJĄCY M.IN. NA ZBADANIU PACJENTA I BĘDZIE TO ZGODNE Z PRAWEM – MÓWI DYREKTOR CEM.

przeegzaminować np. chirurga przy stole operacyjnym, bowiem nie pasuje to do wymogów ustaw. Nie ma jednak przeciwwskazań, by egzamin ustny miał w części charakter praktyczny. Ustawa mówi, że część ustna nie może obejmować procedur inwazyjnych, a zatem może obejmować nieinwazyjne. Nie ma przeszkód, by egzamin odbywał się z udziałem pacjenta. Wyobrażam sobie egzamin z interny polegający m.in. na zbadaniu pacjenta i będzie to zgodne z prawem – precyzuje dyrektor CEM. W znowelizowanym regulaminie PES jest zapis mówiący o tym, że zdający odpowiada na zadania egzaminacyjne przekazane przez zespół egzaminacyjny pojedynczo albo w postaci wylosowanego zestawu i w każdym z tych przypadków jest zobowiązany do udzielenia odpowiedzi na wszystkie zadania. Nie dopuszczalne jest wskazywanie przez zdającego zadania, na które może nie udzielić odpowiedzi. – Tutaj zwiększamy rygor – nie ukrywa prof. Klencki, dodając, że słabością egzaminu ustnego jest ograniczona możliwość sprawdzenia całej wiedzy zdającego.

JEDEN NA JEDNEGO

Nowością w regulaminie jest zapis, zgodnie z którym w trakcie udzielania odpowiedzi na konkretne zadanie egzamin jest prowadzony przez jednego członka zespołu egzaminacyjnego, wskazanego przez przewodniczącego zespołu egzaminacyjnego. Tylko on może zadawać pytania uszczegóławiające i egzekwować na nie odpowiedzi. – Żeby chronić zdających, zakazujemy wystawiania osoby egzaminowanej na krzyżowy ogień pytań. Dane zadanie egzaminacyjne odbiera jeden egzaminator, pozostali przysłuchują się, oceniają, ale pytań nie zadają – tłumaczy szef CEM. Każdy z członków komisji egzaminacyjnej ma pełną autonomię w zakresie ustalenia oceny, a udzielenie odpowiedzi na każde zadanie egzaminacyjne nie powinno przekraczać 15 minut. – To przepis instrukcyjny. Chodzi o to, by nie przeciągać egzaminów – mówi prof. Klencki. Dużą zmianą wydaje się możliwość prowadzenia egzaminu w podzespołach. Jak stanowi nowy regulamin, na wniosek przewodniczącego Państwowej Komisji

15 MIN.

nie powinno przekraczać udzielenie odpowiedzi na zadanie egzaminacyjne.

Egzaminacyjnej, w danej sesji egzaminacyjnej odpowiedzi na poszczególne zadania egzaminacyjne mogą być odbierane i oceniane przez dwuosobowe podzespoły członków zespołu egzaminacyjnego. W takim przypadku osoba egzaminowana składa egzamin przed co najmniej dwoma podzespołami. Na czym to polega? – Komisję można, choć nie jest to obligatoryjne, podzielić na dwa podzespoły specjalizujące się w odbieraniu egzaminu z jakiegoś obszaru. W ślad za tym zostaje dostosowany protokół egzaminacyjny. Wcześniejszy protokół był egzaminatorocentryczny, bo każdy egzaminator miał swój arkusz, który wypełniał, oceniając wszystkie pytania. Teraz jest zadaniocentryczny, gdyż każde zadanie ma swój arkusz w protokole i tam jest m.in. uzasadnienie oceny – objaśnia dyrektor CEM. Zmiany regulaminu PES są żywo dyskutowane, zwłaszcza przez osoby mające przystąpić do egzaminu już za kilka miesięcy. – Ciekaw jestem opinii po najbliższej sesji. W praktyce okaże się, jak to będzie funkcjonowało – konkluduje prof. Klencki. 

REKLAMA

Endoskop a rak



Zastosowanie techniki endoskopowej w leczeniu wczesnego stadium raka przewodu pokarmowego pozwala uniknąć obciążających dla pacjenta operacji – podkreślali eksperci podczas warsztatów zorganizowanych w Łodzi z udziałem światowej klasy specjalistów z Japonii.

– W Polsce jest wciąż niewiele ośrodków, które wykonują zabiegi endoskopowe wczesnej postaci nowotworów przewodu pokarmowego na większą skalę. Kilkaset zabiegów rocznie przeprowadzanych jest przede wszystkim w Szczecinie, Warszawie i Brzezinach koło Łodzi. Tymczasem co roku w Polsce operacjom z powodu raka jelita grubego poddaje się blisko 10 tys. pacjentów. Wielu z nich mogłoby przejść leczenie metodą mniej inwazyjną – zaznaczył jeden z niewielu w kraju chirurgów wyspecjalizowanych w metodzie ESD, dr Michał Spychalski. ESD to skrót oznaczający zabiegi i operacje wykonywane metodą endoskopowej dyssekcji podśluzówkowej, stosowane do usuwania wczesnych postaci nowotworów z przewodu pokarmowego. Użycie endoskopu pozwala na operowanie bez

konieczności otwierania jamy brzusznej i z zachowaniem ciągłości przewodu pokarmowego; chirurg dokonuje rozwarstwienia ściany jelita bądź żołądka przy pomocy specjalnego noża, którym steruje zdalnie poprzez kolonoskop lub gastroskop. Można w ten sposób usunąć nowotwór o średnicy kilkunastu centymetrów. – Pacjent nie musi być poddawany rozległemu zabiegowi resekcyjnemu, czyli otwarciu jamy brzusznej, wycięciu dużego fragmentu jelita. W przypadku trojga chorych, którzy są operowani w trakcie warsztatów, zabieg resekcyjny musiałby polegać na amputacji odbytu i wyłonieniu stomii do końca życia. Przy poprawnym wykonaniu zabiegu endoskopowego w tym stadium choroby pacjenci unikają tego typu operacji i następnego dnia wychodzą do domu – wyjaśnił dr Spychalski. W jego opinii niewielu Polaków zdaje sobie sprawę z konieczności przeprowadzenia badania kolonoskopowego, choć jest ono dostępne bezpłatnie w ramach programu profilaktycznego. – Brakuje też świadomości wśród lekarzy, że badanie jelita grubego jest niezbędne – dodał. ○

Co roku w Polsce operacjom z powodu raka jelita grubego poddaje się blisko 10 tys. pacjentów.

Wybudzenie w Olsztynie

W klinice Budzik dla dorosłych w Olsztynie wybudził się pierwszy pacjent. To 49-letni mężczyzna, który pół roku temu doznał ciężkiego urazu głowy podczas jazdy na nartach.

Informację przekazał podczas konferencji prasowej 8 czerwca prorektor Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie neurochirurg prof. Wojciech Maksymowicz. – Pacjent doznał urazu czaszkowo-mózgowego 16 stycznia po wypadku na nartach. W stanie śpiączki został przewieziony z Zakopanego do Olsztyna. Był w ciężkim stanie, po jakimś czasie przeszedł ze śpiączki w stan zwany wegetatywnym, jego stan nie wskazywał nawet na minimalną świadomość. Cały zespół specjalistów podjął bardzo intensywne działania neurorehabilitacyjne – podkreślił prof. Maksymowicz. Komisja terapeutyczna działająca w placówce orzekła, iż terapia doprowadziła do wybudzenia pacjenta. Jak wyjaśniał prof. Maksymowicz, wybudzenie pacjenta ze śpiączki nie przebiega tak, jak się potocznie myśli. – Nie jest tak, że pacjent śpi, potem się budzi i zaczyna opowiadać, co mu się śniło. To jest proces płynny, wielomiesięczny. Bardzo nas cieszy, że dzięki terapii pacjent osiągnął taki poziom, iż mógł się z nami przywitać, podał ręce i postawił pierwsze kroki przy chodzeniu, wypowiedział pierwsze słowa – wyliczał prof. Maksymowicz. Te pierwsze słowa to m.in. imiona osób z najbliższego otoczenia: żony i córki. Olsztyński neurochirurg zaznaczył, że mężczyzna mógł być przez pewien czas po doznaniu urazu niedotleniony. – Po wypadku mężczyzna był poszukiwany. To okres, gdy był bez kontroli, mógł nie mieć możliwości swobodnego oddychania. Niedotlenienie jest dodatkowym ważnym elementem upośledzającym powrót do zdrowia – ocenił prof. Maksymowicz. W Budziku dla dorosłych w Olsztynie jest 8 łóżek. Obecnie przebywa w nim 7 pacjentów, ale wkrótce dotrze jeszcze jeden. Placówka zajmująca się terapią osób dorosłych w śpiączce działa od grudnia 2016 r. Przez pierwsze miesiące, mimo braku finansowania z Narodowego Funduszu Zdrowia, przyjmowała pacjentów, bo działalność placówki finansował szpital uniwersytecki. Od 1 kwietnia br. Budzik otrzymuje środki z NFZ. ○



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

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

Kraina (nie) pamięci

– Proszę zapamiętać i powtórzyć wyrazy: kot, lodówka, auto – mówi pani doktor. – Kot, lodówka, auto – recytuje pacjentka. – Proszę narysować zegar – kontynuuje lekarka. Kobieta rysuje. Po chwili lekarka znów prosi o powtórzenie wyrazów, o których rozmawiały na początku rozmowy. – Ja nic takiego nie miałam zapamiętywać – odpowiada ze zdziwieniem starsza pani...

📍 MARTA JAKUBIAK, LIDIA SULIKOWSKA

Wmózgu odkłada się beta-amyloid i hiperfosforylowane białko tau. Neurony obumierają, co w konsekwencji prowadzi do zaniku ich funkcji. Spada stężenie produkowanego przez neurony neuroprzekaźnika acetylocholiны w układzie cholinergicznym, który jest zaangażowany w funkcje związane z pamięcią i uwagą, a także innych transmiterów mózgowych. Neurodegeneracja mózgu postępuje. Człowiek przestaje być samodzielny, aż w końcu staje się całkowicie zależny od innych. To mroczny świat choroby Alzheimer'a (ang. AD, Alzheimer's disease).



▲ Prof. Maria Barcikowska.

Na różnego typu otępienia (według szacunków World Alzheimer Report 2016) choruje około 47,5 mln ludzi na całym świecie, z czego 28,5-33,3 mln osób zapada na otępienie typu alzheimerowskiego. W Polsce problem może dotyczyć nawet pół miliona osób. To wzorcowy przykład schorzenia, w którym ryzyko zachorowania wzrasta wraz z wiekiem (po ukończeniu 65 lat ulega praktycznie podwojeniu z upływem każdych kolejnych pięciu lat), więc patrząc na prognozy demograficzne, statystyki niestety będą szybować w górę. Mimo to, jak informuje Najwyższa Izba Kontroli w jednym z najnowszych raportów, ani Minister Zdrowia, ani Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej nie mają rzetelnych informacji na temat

skali zjawiska, liczby chorych, kosztów leczenia i opieki. We wspomnianym raporcie NIK czytamy też, że nie stworzono narzędzi dla skutecznego i efektywnego rozwiązywania problemów osób z chorobą Alzheimer'a oraz ich rodzin, a najsłabszą stroną obecnie funkcjonujących rozwiązań jest brak wypracowanego modelu leczenia i opieki nad osobami dotkniętymi tą chorobą, w szczególności rozwiązań organizacyjnych i standardów postępowania diagnostycznego, w tym wczesnej kompleksowej diagnozy, placówek opieki dziennej i całodobowej, kadr medycznych i opiekuńczych. NIK zwraca przy tym uwagę, że niemal cały ciężar opieki nad chorymi przerzucony jest na ich rodziny oraz opiekunów.

ZAGADKA

Dlaczego w mózgu powstają złogi beta-amyloidu i białka tau, prowadzące do choroby Alzheimer'a? Czy pacjentom można w jakikolwiek sposób pomóc? Czy o chorych faktycznie państwo zapomniało? Aby się tego wszystkiego dowiedzieć, idziemy na ul. Wołoską 137 w Warszawie, do Poradni Alzheimerowskiej działającej w ramach Kliniki Neurologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA. Szef tej kliniki i jednocześnie dyrektor Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN, prof. Maria Barcikowska, niemal trzy dekady temu, gdy odbywała praktykę w USA, zetknęła się z pacjentami alzheimerowskimi. W Polsce AD diagnozowano wówczas bardzo rzadko. Wiedziała jednak, że tacy chorzy również tu są, trzeba ich tylko odnaleźć. – Można zaryzykować stwierdzenie, że przywiozłam do Polski chorobę Alzheimer'a, jak Amerykanie stonkę – śmieje się pani profesor.

Dlaczego jedni zachorują, a inni nie? – U większości pacjentów AD daje o sobie znać po 65 r.ż. Dotychczas naukowcom nie udało się ustalić, co powoduje odkładanie się beta-amyloidu i białek tau w mózgu. U niewielkiej grupy pacjentów (1,5 proc.) powodem jest mutacja jednogenu. Wówczas choroba pojawia się u młodych ludzi i ma bardzo gwałtowny przebieg – wyjaśnia prof. Barcikowska. – Jedna z hipotez mówi, że to wirus przenosi chorobę. Czy jest prawdziwa? – dopytujemy. – Na razie nie udało się tej tezy udowodnić, chociaż badania są kontynuowane – odpowiada nasza rozmówczyni.

PARADOKS PORADNI

Za samą poradnię alzheimerowską odpowiada prof. Tomasz Gabryelewicz. Przyjmują tu neurologi, psychiatry, neuropscyholodzy, psychoterapeuci. – Dzięki współpracy wielu specjalistów możemy prawidłowo zdiagnozować pacjenta. Jednostka nie może jednak funkcjonować samodzielnie, bo Narodowy Fundusz

Zdrowia nie przewiduje odrębnej procedury w kierunku rozpoznania AD i innych chorób otępiennych. Taka procedura została zlikwidowana w 2007 r. Aby móc w ogóle rozliczyć nasze usługi z NFZ, musimy działać w obrębie poradni neurologicznej i poradni zdrowia psychicznego, korzystamy też z łóżek kliniki neurologicznej, gdy istnieje potrzeba wykonania badania biomarkerów z płynu rdzeniowo-mózgowego, które daje jednoznaczną odpowiedź, czy chory cierpi na AD – opowiada prof. Barcikowska. Uważa, że gdyby istniała odpowiednia procedura, można by było funkcjonować w ramach jednego ośrodka, co wszystkim ułatwiłoby pracę. – Konsultant krajowy w dziedzinie neurologii zgłaszał ten problem kilka razy w NFZ, ale bez skutku. Rozmawiamy też z Ministerstwem Zdrowia, ale odbijamy się od ściany. Nie rozumiem dlaczego. Efekt jest taki, że niewiele placówek w kraju decyduje się na prowadzenie wielospecjalistycznych jednostek wyspecjalizowanych w diagnozowaniu choroby Alzheimera, a przecież tylko wcześniej postawiona diagnoza może poprawić los chorego – dodaje.

RĘKA W RĘKĘ

Na wizytę w poradni przy ul. Wołoskiej trzeba czekać co najmniej kilka miesięcy. Jest mnóstwo potrzebujących. Świadczonych jest tu 18 tys. wizyt rocznie. Jaka jest właściwa ścieżka diagnozy? Pytamy o to szefa poradni, prof. Tomasza Gabryelewicz, specjalistę neurologii i psychiatrii.

– Lekarz pierwszego kontaktu, jeśli podejrzewa jakąkolwiek formę otępienia, powinien skierować pacjenta do specjalisty, który zajmuje się osobami z chorobami otępiennymi: neurologa, psychiatry lub geriatry. Ten potwierdza lub wyklucza wstępne rozpoznanie. Jeśli stwierdzi otępienie, powinien przeprowadzić diagnostykę różnicową, która da odpowiedź, czy jest ono spowodowane chorobą Alzheimera, Parkinsona, jest naczyniopochodne czy przyczyna tkwi jeszcze gdzie indziej – wyjaśnia prof. Gabryelewicz. Po ustaleniu właściwego rozpoznania specjalista podejmuje decyzję o odpowiednim leczeniu pacjenta, które powinien kontynuować lekarz rodzinny. Okresowo, co 6-12 miesięcy, specjalista powinien oceniać skuteczność i bezpieczeństwo kuracji.



CO Z TEGO, ŻE WIEM

Pacjenci ze zdiagnozowanym AD nie mogą jednak liczyć na wyleczenie choroby. – Niestety istotą, a zarazem dramatem AD jest to, że nawet przez dwie dekady może rozwijać się bezobjawowo. Złogi patologicznie zmienionych białek odkładają się już w mózgu, ale nie powodują jeszcze wypadnięcia funkcji. Niestety, ciągle nie ma leku, który byłby w stanie odwrócić lub choćby zahamować postępujące zmiany patologiczne w mózgu. Pozostaje leczenie objawowe farmaceutykami, dzięki którym można poprawić jakość życia chorego i spowolnić narastanie objawów otępienia. Leki „alzheimerowskie”, czyli inhibitory cholinesteraz i memantyna, zmniejszają ryzyko pojawienia się objawów pozapoznawczych, m.in. zaburzeń psychicznych, hamują lęki, pobudzenie i agresję – wyjaśnia prof. Gabryelewicz. Chory po miesiącu przyjmowania dawki startowej tych leków powinien dostać optymalną dawkę terapeutyczną.

Kiedy pobiera się od pacjenta płyn rdzeniowo-mózgowy do diagnozowania AD? – Zleca się takie badanie u osób, u których obraz kliniczny jest nietypowy, sprawiający duże trudności diagnostyczne – wyjaśnia profesor. A czy można się uchronić przed Alzheimerem? – Niestety nie dysponujemy jeszcze protekcją farmakologiczną, ale wykazano, że ruch, odpowiednia dieta, stymulacja intelektualna wpływają na opóźnienie pojawienia się manifestacji klinicznej choroby – wylicza. Istotne znaczenie ma również propagowanie zachowań prozdrowotnych dotyczących chorób układu krążenia, cukrzycy czy przewodu pokarmowego.

JABŁKA ZAMIAST POMARAŃCZY

W poradni spotykamy się również z doktor Anną Barczak, specjalistką psychologii klinicznej, neuropsychologiem. Z gabinetu właśnie wychodzi



ostatni zapisany na dziś pacjent. – Na czym polega pani praca w ośrodku? – Przy pomocy badawczych metod testowych określę, które deficyty poznawcze są najbardziej dominujące, które są zachowane i jak bardzo zaawansowane są zaburzenia – wyjaśnia. Badanie czasem trwa ponad godzinę.

– Jak to jest nie pamiętać...? – pytamy. – Chorzy na Alzheimera mają zaburzenia pamięci epizodycznej. Nie potrafią zapamiętać tego, co się wokół nich dzieje teraz. Pytają kilka razy o to samo, powtarzają te same informacje jako nowe, wykonują kilkakrotnie te same czynności. Chory nie idzie siódmy raz do kuchni, bo nie wie, po co tam przyszedł. On przyjdzie tam kolejny raz i zauważy, że zrobił już sześć herbat. Ma problemy z orientacją w czasie i nazwaniem miejsca, w którym się znajduje. Wraca z niewłaściwymi zakupami: przynosi jabłka, a nie pomarańcze. Gdy proszę o podanie informacji, które miał zapamiętać, nie potrafi tego zrobić – mówi doktor Barczak.

U chorego pojawia się poczucie bycia w obcym, nieznanym dla niego świecie. Pamięć wydarzeń świeżych jest coraz gorsza, za to tych z przeszłości się wyostreza. – To nie znaczy, że temu człowiekowi wydaje się, że jest na przykład na wojnie. On pamięta każdy z tamtych dni, ale zdaje sobie sprawę, że jest tu, a nie tam. Tylko nie do końca rozumie, czym jest to „tu”. Czasem nie pamięta, że jest we własnym mieszkaniu i może prosić żonę, aby wreszcie poszli do domu, uważając, że rozmawia z własną matką – mówi z kolei prof. Barcikowska. – Dlaczego myli te osoby? – Bo nie pamięta żony, ale rozpoznaje emocje. Skoro ta osoba mu gotuje, ubiera go, przytula, to kojarzy ją emocjonalnie z matką – wyjaśnia. – Pacjent z Alzheimerem nie zgłasza skarg, nie powie, co go boli, dlatego trzeba mu częściej wykonywać różne badania kontrolne. Nawet w ostatnim stadium

▲ **Dr Anna Barczak**
oraz **prof. Tomasz Gabryelewicz.**



choroby może twierdzić, że czuje się dobrze, podczas gdy odczuwa dolegliwości bólowe wywołujące u niego agresję. Takim chorym też trzeba leczyć zęby, znieczulać ich przy zabiegach, co niestety nie dla każdego lekarza jest oczywiste – podkreśla prof. Gabryelewicz.

Profesor Barcikowska zwraca też uwagę, że nawet dwie trzecie chorych jest niezdiagnozowanych, nigdy nie byli u specjalisty i nikt nie wie, że mają AD. – W tych wszystkich wysokich blokach miejskich, w małych domkach gdzieś na wsiach, żyją ludzie zamknięci pod kluczem, z wyłączonym gazem i zakręconą wodą dla ich bezpieczeństwa. Raz dziennie ktoś do nich wpadnie, zostawi obiad i następnego dnia ma pretensję, że nie został zjedzony. A oni nie pamiętają, że trzeba go wyjąć z lodówki i podgrzać. Oni nawet nie pamiętają, że powinni jeść – zauważa.

– Najdramatyczniejsze są zachorowania w młodym wieku. Niedawno zdiagnozowałam AD u 27-latka. Miał już początki manifestacji klinicznej. Atypowe warianty, czyli nieprzypominające klasycznych objawów, są dla mnie najciekawsze. Jednym z nich jest właśnie genetyczna, wczesna, bardzo agresywna postać choroby, ale to nie wszystko. Mamy też m.in. wariant wzrokowy, czyli objawiający się zaburzeniami spostrzegania i funkcji przestrzennych. Przychodzi do mnie kobieta z pociętymi palcami, bo nie odróżnia ich od krojonej żywności. Poobjana, bo ciągle wpada na przedmioty, których nie dostrzega. Interesujący jest też wariant językowy, gdy pacjent rozpoznaje obiekty, ale nie potrafi ich nazwać, często stosuje przeróbki słowne. Te przypadki finalnie przekształcają się w pełnoobjawowego Alzheimera, z zachowaniem dotychczasowych objawów – opowiada dr Barczak.

NA PEWNO JESTEM CHORY

Choroba Alzheimera jest coraz lepiej znana w społeczeństwie. Ma to swoje

plusy, ale też minusy. – Wiele osób jest przeświadczonych, że ma zaburzenia pamięci związane z AD, podczas gdy są to np. zaburzenia depresyjno-lękowe. Skarżą się: zapominam, po co idę do kuchni, nie pamiętam nazwiska aktora, który gra w moim ulubionym serialu, ucieka mi słowo, które chcę powiedzieć. To nie jest AD – podkreśla dr Anna Barczak.

To samo słyszemy od prof. Gabryelewicza. – Dla 5 z 10 pacjentów zgłaszających się do mnie mam dobrą wiadomość. Nie mają AD. Część z nich ma zaburzenia pamięci związane z procesem starzenia się – adekwatne do wieku. Inni mają zaburzenia natury psychicznej, a nie neurodegeneracyjnej, co było przez lekarza rodzinnego błędnie odczytane jako otępienie typu alzheimerowskiego – zauważa prof. Gabryelewicz. – Cieszą się, że to nie Alzheimer? – Niektórzy nie wierzą i idą do innych lekarzy, szukając potwierdzenia. Są przekonani, że nie mam racji. Jest duży lęk w społeczeństwie przed tą chorobą – odpowiada. Tym bardziej osoby z podejrzeniem choroby Alzheimera powinny mieć prawo i możliwość szybkiego uzyskania wiarygodnego rozpoznania i odpowiedniego leczenia.

– Niestety, lekarze POZ bardzo rzadko oceniają pacjentów pod kątem zaburzeń pamięci i nie robią wstępnej, przesiewowej oceny funkcji poznawczych. Lekarz pierwszego kontaktu może wykonać prosty test MINICOOG. Pacjent ma zapamiętać trzy słowa, następnie prosi, aby narysował zegar. Potem ma przypomnieć sobie te słowa, o których rozmawialiśmy na początku. Jeśli nie przypomni sobie żadnego z nich – to znak w kierunku AD. Jeśli zapamiętał 1-2 słowa, oceniamy rysunek zegara. Jeśli jest nieprawidłowy – kierunek: poradnia alzheimerowska – podpowiada dr Barczak.

^ Oczekujący przy rejestracji w poradni alzheimerowskiej.

36 GODZIN NA DOBĘ

W poradni alzheimerowskiej warszawskiego szpitala MSWiA pracują także psychoterapeuci, którzy wspierają opiekunów chorych na Alzheimera. Niezależnie od tego, jak bardzo się kocha tego drugiego człowieka, w opiece nad nim przychodzą momenty bezsilności. – Przychodzi do mnie mąż i mówi, że bił żonę kapciem, bo nie mógł już z nią wytrzymać. Psychoterapeuta uczy, jak radzić sobie z własnymi emocjami. To niesłuchanie istotne działanie. Bez opiekuna pacjent zginie. Pomagając mu, zapewniamy jednocześnie lepszą opiekę choremu. Opiekun, aby właściwie zadbać o swojego podopiecznego, musi go zrozumieć. Poza wsparciem psychologicznym system powinien też zapewniać pomoc ze strony opieki społecznej. W ośrodkach alzheimerowskich na świecie funkcjonują komórki socjalne, które ją świadczą. To model, do którego trzeba dążyć. Tymczasem w Polsce chorzy i ich opiekunowie są pozostawieni sami sobie, a przecież opieka nad osobą z Alzheimem to trudna i ciężka praca, jak liczą Amerykanie – 36 godzin na dobę. I tak nawet przez kilkanaście lat – podkreśla prof. Barcikowska.

Jak kończy się życie z AD? Pacjent nie pamięta, przestaje mówić, nie kontroluje oddawania moczu i stolca, przez ostatnie dwa lata leży przykuty do łóżka. Ma gorsze utlenowanie płuc, co powoduje niewydolność oddechową. Umiera zazwyczaj na zapalenie płuc. Czasem niezbędny jest całodobowy dom opieki, a takich placówek brakuje.

Leczenie choroby Alzheimera idealnie wpisuje się w ideę koordynowanej opieki zdrowotnej, podobnie zresztą jak SM, udaru mózgu, choroby Parkinsona, padaczki. – Tak niestety nie jest. Chciałabym, aby w Polsce w końcu zorganizowano logiczną, mądrą opiekę. Całe życie o to walczyłam, ale niestety mam poczucie, że tę walkę przegrałam – podsumowuje prof. Barcikowska. Poradnia alzheimerowska jest deficytowa dla szpitala. Obecna dyrekcja rozumie jednak potrzebę jej istnienia i pozwala pracującym tu lekarzom leczyć chorych mimo generowania przez poradnię ujemnego wyniku finansowego. Jej przyszłość jest jednak niepewna. Niebawem zmienią się władze szpitala. ○

2/3

Nawet tylu chorych w Polsce jest niezdiagnozowanych, nigdy nie byli u specjalisty i nikt nie wie, że mają AD.

BIULETYN

NR 3 (175) ROK XXVII

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

WARSZAWA, V 2017

© REDAKTOR NACZELNY: MAREK JODŁOWSKI

Posiedzenie NRL – 19 maja 2017 r.

UCHWAŁA Nr 7/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 19 maja 2017 r.

w sprawie upoważnienia do ustanawiania zabezpieczeń wymaganych w związku z realizacją umów o dofinansowanie projektów w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 23 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – Macieja Hamankiewicza oraz Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej – Wojciecha Marquardta do ustanawiania zabezpieczeń wymaganych w związku z realizacją umowy o dofinansowanie projektu pn. „Zdrowa administracja podstawą skuteczności podmiotów leczniczych”, realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, działanie 5.2 Działania pro jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych V Osi priorytetowej – Wsparcie dla obszaru zdrowia, w szczególności do podpisania weksla in blanco oraz deklaracji wystawcy weksla in blanco.

§ 2.

Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – Macieja Hamankiewicza oraz Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej – Wojciecha Marquardta do ustanawiania zabezpieczeń wymaganych w związku z realizacją umowy o dofinansowanie projektu pn. „Podnoszenie kwalifikacji lekarzy poprzez przeprowadzenie ogólnopolskich standaryzowanych szkoleń w zakresie postępowania diagnostycznego, terapii oraz profilaktyki”, realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój,

działanie 5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych V Osi priorytetowej – Wsparcie dla obszaru zdrowia i potwierdza się czynności dokonane przez Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – Macieja Hamankiewicza oraz Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej – Wojciecha Marquardta, polegające na podpisaniu weksla in blanco oraz deklaracji wystawcy weksla in blanco.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 8/17/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 19 maja 2017 r.

w sprawie podpisania porozumienia z Wydziałem Prawa SWPS Uniwersytetu Humanistycznospołecznego

Na podstawie art. 5 pkt 2 i 20 w związku z art. 39 ust. 1 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522, z późn. zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1.

1. Wyraża się zgodę na podpisanie przez Naczelną Izbę Lekarską porozumienia z Wydziałem Prawa SWPS Uniwersytetu Humanistycznospołecznego, którego przedmiotem będzie:

a) współpraca w zakresie tworzenia programu nauczania studentów studiujących na kierunku „Prawo” prowadzonym na Uniwersytecie SWPS w formie jednolitych studiów magisterskich, w szczególności w zakresie modułów nauczania, które znajdują się w obszarze działania samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków

b) umożliwienie studentom kierunku Prawo na Uniwersytecie SWPS odbywania praktyk w organach odpowiedzialności zawodowej samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków

c) umożliwienie osobom wskazanym przez Naczelną Izbę Lekarską wzięcia udziału w pracach dydaktycznych Uniwersytetu SWPS w zakresie modułów studiów, które zostały opracowane we współpracy z Naczelną Izbą Lekarską

d) współpraca Stron przy organizacji konferencji naukowych, szkoleń tematycznych i innych wydarzeń edukacyjnych poświęconych zagadnieniom zasad wykonywania zawodu lekarza, przepisów prawa medycznego i przepisów znajdujących zastosowanie w ochronie zdrowia

e) nieodpłatny udział doradczy kadry naukowo-dydaktycznej Wydziału Prawa Uniwersytetu SWPS w niektórych zagadnieniach pojawiających się w pracy organów Naczelnej Izby Lekarskiej.

2. Porozumienie, o którym mowa w ust. 1, będzie przewidywało możliwość udziału we współpracy stron także zainteresowanych okręgowych izb lekarskich.

§ 2.

Upoważnia się Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, aby w uzgodnieniu z Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej oraz Naczelnym Sądem Lekarskim ustaliło szczegóły porozumienia, o którym mowa w § 1.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Maciej Hamankiewicz

**UCHWAŁA Nr 9/17/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 19 maja 2017 r.**

w sprawie zatwierdzenia wykonania budżetu i przeznaczenia zysku Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 2016

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

§ 1.

1. Zatwierdza się wykonanie budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 2016, które zamyka się sumą bilansu (po stronie aktywów i pasywów) w kwocie 29.322.388,00 PLN.
2. Postanawia się przeznaczyć zysk w kwocie 5.988.440,91 PLN na działalność ustawową Naczelnej Izby Lekarskiej.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Maciej Hamankiewicz

**UCHWAŁA Nr 10/17/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 19 maja 2017 r.**

w sprawie przyjęcia wzoru dokumentu „Prawo wykonywania zawodu” wydawanego lekarzom i lekarzom denty stom

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 16 w związku z art. 39 ust. 1 pkt. 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. z 2016 po. 522, z późn. zm.) oraz w związku z art. 6 ust. 8 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty sty (Dz.U. z 2017 r. poz. 125) uchwala się, co następuje:

§ 1.

1. Przyjmuje się wzór dokumentu „Prawo wykonywania zawodu” wydawany lekarzowi, lekarzowi dentyście, któremu okręgowa rada lekarska przyznała prawo wykonywania zawodu na czas nieokreślony, albo lekarzowi cudzoziemcowi niebędącemu obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej, któremu rada okręgowa przyznała prawo wykonywania zawodu na czas określony.
2. Wzór graficzny dokumentu, o którym mowa w ust. 1, zawierający odpowiednie elementy zabezpieczające przed podrobieniem i fałszowaniem, warstwę graficzną oraz inne stałe elementy nanoszone na kartę w procesie jej produkcji stanowi załącznik nr 1 do uchwały.

§ 2.

1. Przyjmuje się wzór dokumentu „Prawo wykonywania zawodu” wydawany lekarzowi,

lekarzowi dentyście, któremu okręgowa rada lekarska przyznała prawo wykonywania zawodu na czas odbycia stażu podyplomowego na czas odbycia tego stażu (na podstawie art. 5 ust. 7 albo art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty sty) albo na czas określony w celu odbycia stażu adaptacyjnego lub przystąpienia do testu umiejętności (na podstawie art. 5f ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty sty).

2. Wzór graficzny dokumentu, o którym mowa w ust. 1, zawierający odpowiednie elementy zabezpieczające przed podrobieniem i fałszowaniem, warstwę graficzną oraz inne stałe elementy nanoszone na kartę w procesie jej produkcji stanowi załącznik nr 2 do uchwały.

§ 3.

1. Dokumenty „Prawo wykonywania zawodu”, o których mowa w §§ 1 i 2 powinny:

- 1) mieć formę spersonalizowanej karty identyfikacyjnej formatu ID-1 o wymiarach 53,975 mm x 85,595 mm, wykonanej z poliwęglanu, zawierającej mikroprocesor, tzw. chip, zgodnie ze standardem ISO 7816, z napisami przy użyciu wielkich liter;
- 2) zawierać mikroprocesor z danymi służącymi do składania kwalifikowanego podpisu elektronicznego, weryfikowanego przy pomocy kwalifikowanego certyfikatu, podpisu elektronicznego, który jest wydany przez kwalifikowanego dostawcę usług zaufania w rozumieniu rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 910/2014 z dnia 23 lipca 2014 r. w sprawie identyfikacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznej na rynku wewnętrznym oraz uchylające dyrektywę 1999/93/WE;
- 3) zawierać wizerunek orła z koroną;
- 4) zawierać miejsce na fotografię lekarza, lekarza denty sty;
- 5) zawierać miejsce na logo właściwej okręgowej izby lekarskiej lub Wojskowej Izby Lekarskiej;
- 6) zawierać nazwę okręgowej lub Wojskowej Izby Lekarskiej, która przyznała prawo wykonywania zawodu;
- 7) zawierać miejsce na następujące dane lekarza, lekarza denty sty:
 - a) imię i nazwisko lekarza, lekarza denty sty;
 - b) tytuł zawodowy lekarza, lekarza denty sty;
 - c) numer PESEL lekarza, lekarza denty sty;
 - d) data uzyskania prawa wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty sty;
 - e) numer seryjny dokumentu;
 - f) termin ważności dokumentu;
 - g) numer prawa wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty sty.
- 8) zawierać adnotację: „CENTRALNY REJESTR LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW RP <http://rejestr.nil.org.pl>”;
- 9) zawierać następujące elementy

zabezpieczające przed podrobieniem i fałszowaniem:

- a) tło giloszowe pozytywowe;
 - b) gilosze tła nachodzące na pole zdjęcia;
 - c) relief w tle giloszowym;
 - d) tło irysowe;
 - e) element graficzny wydrukowany farbą irydyscentną;
 - f) hologram transparentny nachodzący na pole zdjęcia, zawierający logo Naczelnej Izby Lekarskiej;
 - g) element graficzny w polu zdjęcia niewidoczny i świecący w świetle UV;
 - h) mikrodruki pozytywowe i negatywowe;
 - i) strukturę karty dostosowaną do personalizacji techniką grawerowania laserowego efektem wypukłości wyczuwalnym dotykiem.
2. Szczegółową strukturę budowy dokumentu „Prawo wykonywania zawodu” i zasady dokonywania nadruku na etapie personalizacji dokumentu „Prawo wykonywania zawodu” określa załącznik nr 3.

§ 4.

Wzory dokumentów „Prawo wykonywania zawodu” przyjęte w niniejszej uchwale przekazać Ministrowi Zdrowia z wnioskiem o uwzględnienie ich w rozporządzeniu w sprawie wzoru dokumentu Prawo wykonywania zawodu lekarza i lekarza denty sty.

§ 5.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Maciej Hamankiewicz

Załączniki są dostępne na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej www.nil.org.pl w zakładce „Dokumenty”.

**UCHWAŁA Nr 11/17/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 19 maja 2017 r.**

w sprawie organizacji posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej w Gnieźnie

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

§ 1.

Zorganizować posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 10 listopada 2017 r. w Gnieźnie.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Maciej Hamankiewicz

Dążymy do stworzenia nadspecjalizacji



Lucyna
Krysiak

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

GL
WYWIAD

Z prof. **Wojciechem Golusińskim**,
prezesem Polskiego Towarzystwa Nowotworów
Głowy i Szyi, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

GL Lawinowo rośnie liczba zachorowań na nowotwory głowy i szyi. Dlaczego tak się dzieje?

Do niedawna problem dotyczył osób starszych, palących nałogowo papierosy, nadużywających alkoholu, o niskim statusie ekonomicznym. Zgłaszalność do lekarza w tej grupie była niska. Obecnie dołączyli do nich tzw. młodzi dorośli, czyli osoby przed 45. rokiem życia, aktywni zawodowo, w pełni sił witalnych. U nich główną przyczyną jest wirus brodawczaka ludzkiego – HPV typ 16 i 18. Szacuje się, że do roku 2030 wirus ten będzie odpowiadał za ponad połowę zachorowań, co może mieć związek z ryzykownymi zachowaniami seksualnymi (wczesna inicjacja seksualna, częsta zmiana partnerów, seks oralny). Onkogenny jest również wirus EBV, który powoduje raka części nosowej gardła, oraz wirus HIV. Nie bez znaczenia są nawyki żywieniowe – spożywanie dużej ilości czerwonego mięsa, soli, marynat i zła higiena jamy ustnej, nieleczone stany zapalne, mechaniczne podrażnienia błony śluzowej.

GL W obrębie których okolic głowy i szyi mogą rozwinąć się nowotwory?

Wszędzie powyżej obojczyka, za wyjątkiem ośrodkowego układu nerwowego oraz narządu wzroku. Są to: rak jamy ustnej i wargi, gardła środkowego, dolnego i jamy nosowo-gardłowej, krtani, nosa i zatok przynosowych, podstawy czaszki, ucha i ślinianek, skóry, tarczycy, węzłów chłonnych, czerniak. Definiujemy je jako raki górnego odcinka drogi oddechowo-pokarmowej, odpowiedzialnej za podstawowe funkcje życiowe – oddychanie i połykanie. Głowa i szyja są najbardziej unaczynione i unerwione. W ich obrębie znajduje się wzrok, słuch, równowaga, węch i smak. Każde leczenie tej okolicy jest związane z dużym ryzykiem i ograniczeniem jakości życia.

GL Co powinno zaniepokoić lekarza podczas badania pacjenta?

Objawy są niecharakterystyczne. Jednak 5 z nich należy bezpośrednio wiązać z nowotworami głowy i szyi – pieczenie języka, ból gardła, przewlekła chrypka, ból w trakcie połykania,

guz na szyi, jednostronny krwawy wyciek z nosa. Jeśli występują dłużej niż 3 tygodnie, powinny być sygnałem do pilnego skierowania pacjenta do laryngologa. Na użytek kampanii profilaktycznej powstało hasło: 1 przez 3, które nawiązuje do jednego z wymienionych wyżej objawów, utrzymujących się minimum 3 tygodnie. Powinni je znać lekarze rodzinni.

GL Kto zajmuje się wykrywaniem nowotworów głowy i szyi?

Wszyscy, począwszy od lekarza rodzinnego, a na ośrodkach wysokospecjalistycznych kończąc. Na każdym etapie odpowiednie badanie, a przede wszystkim skrupulatne zebranie wywiadu od pacjenta, ma kluczowe znaczenie. Lekarzem specjalistą, który ma najczęstszy kontakt z potencjalnym chorym na nowotwór głowy i szyi jest laryngolog, chirurg szczękowo-twarzowy oraz stomatolog. Zdecydowanie należy podnieść poziom wykrywalności nowotworów jamy ustnej przez lekarzy dentystów, gdyż to właśnie ta grupa zawodowa najczęściej bada jamę ustną. Podjęliśmy współpracę z Polskim Towarzystwem Stomatologicznym, organizując wspólnie sesje edukacyjne i bardzo nam zależy na jej kontynuowaniu.

GL Na ile nowotwory głowy i szyi można skutecznie leczyć?

Jeśli są wykryte we wczesnym stadium zaawansowania narządowego T1-T2, wówczas wyniki 5-letniego przeżycia są na poziomie 85-90 proc., co nie odbiega od średniej europejskiej. Niestety, ponad 70 proc. pacjentów zgłasza się do leczenia bardzo późno, kiedy stopień zaawansowania choroby uniemożliwia leczenie oszczędzające. Codziennie mam do czynienia z chorymi, którzy pomimo skarg na typowe dla raka głowy i szyi dolegliwości byli kierowani na konsultację laryngologiczną późno, nierzadko po wielu miesiącach, a nawet latach, z powodu mylnie rozpoznanych chorób nienowotworowych.

GL Ostatnio pojawiają się informacje o nowych metodach leczenia tych chorób.

Leczenie nowotworów głowy i szyi, podobnie jak innych,



◀ **Prof. Wojciech Golusiński:**
– **Lekarzem specjalistą, który ma najczęstszy kontakt z potencjalnym chorym na nowotwór głowy i szyi, jest laryngolog, chirurg szczękowo-twarzowy oraz stomatolog.**

opiera się na chirurgii, radioterapii i onkologii klinicznej. Indywidualne podejście do każdego chorego pozwala na wybranie optymalnego sposobu leczenia. W ciągu ostatnich 10 lat pojawiły się techniki małoinwazyjne, które dają szansę na radykalne leczenie przy zachowaniu dobrej jakości życia. Są to chirurgia laserowa oraz chirurgia robotowa. Ta pierwsza dostępna jest w wielu ośrodkach wyspecjalizowanych w tego rodzaju zabiegach. Niestety, systemy chirurgii robotowej – da Vinci lub FlexRobotics, które pozwalają na wizualizację zmiany nowotworowej i precyzyjne jej usunięcie w granicach zdrowych tkanek, zachowując czystość onkologiczną, są niedostępne.

GL A radioterapia?

Technika IMRT (Intensiv-Modulated Radiotherapy – radioterapia wiązką intensywnie modulowaną) jest skuteczna we wczesnym stadium choroby jako metoda samodzielna oraz w zaawansowanych stadiach jako leczenie uzupełniające po leczeniu chirurgicznym. Na świecie obserwuje się rozwój radioterapii protonowej, w której pokładane są wielkie nadzieje na skuteczne leczenie nowotworów, szczególnie u dzieci oraz w trudno dostępnych lokalizacjach, jak np. podstawa czaszki. Przewagą radioterapii protonowej jest maksymalny efekt terapeutyczny, przy oszczędzeniu tkanek sąsiadujących. Czekaliśmy na przełom w chemioterapii. Podstawowy lek – cisplatyna, ma 50 lat. Oczekujemy terapii ukierunkowanych, np. związanych z naskórkowym czynnikiem wzrostu – EGFR oraz immunoterapią, która może całkowicie zmienić los chorych.

GL W tego typu nowotworach istotną rolę odgrywa profilaktyka.

Międzynarodowe badanie ankietowe z 2011 r. – About Face – wykazało niski poziom wiedzy społeczeństw Europy na temat nowotworów głowy i szyi. Ponad 75 proc. ankietowanych nie potrafiło nic powiedzieć na temat objawów tej choroby. Eksperti zrzeszeni w European Head and Neck Society zainicjowali więc medialną kampanię

profilaktyczną – Make Sense Campaign. Jej założenia posłużyły Polskiemu Towarzystwu Nowotworów Głowy i Szyi do opracowania ogólnopolskiego programu profilaktyki, który wprowadziliśmy na zasadach wolontariatu, na terenie całego kraju. Ten innowacyjny program ma 4 filary: edukacja, podniesienie świadomości, platforma współpracy, wsparcie emocjonalne i realizuje go 32 koordynatorów w całej Polsce, tworząc unikalną, wielodyscyplinarną sieć współpracy. W ramach Tygodnia Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi przygotowujemy wykłady i pogadanki dla młodzieży, lekarzy pierwszego kontaktu, pielęgniarek, posiłkując się ponad pół milionem broszur i plakatów i włączając w kampanię media. Przebadaliśmy 3600 pacjentów z województwa wielkopolskiego, u których wykryliśmy 34 wczesne nowotwory. Na tej podstawie powstał mój autorski projekt ogólnopolskiego programu profilaktyki, który będzie realizowało 11 ośrodków specjalistycznych, wyłonionych w ramach konkursu ogłoszonego przez Ministerstwo Zdrowia. To największy sukces Polskiego Towarzystwa Nowotworów Głowy i Szyi i polskiej laryngologii onkologicznej.

GL Polskie Towarzystwo Nowotworów Głowy i Szyi ma specyficzną strukturę.

Skupia specjalistów z zakresu otolaryngologii, chirurgii szczękowo-twarzowej, neurochirurgii, radiologii, patomorfologii, biologii molekularnej, onkologii klinicznej, radioterapii i fizjoterapii. Taka struktura jest gwarancją rozwoju naukowego i wymiany osiągnięć. Przed dwudziestu laty w USA stwierdzono, że nowotwór w obrębie głowy i szyi przekracza granicę poszczególnych specjalności. Przykładowo guz masywu szczękowo-sitowego może być leczony przez laryngologa, chirurga szczękowo-twarzowego, neurochirurga, okulistę. Dlatego na całym świecie powstają ośrodki interdyscyplinarnego leczenia nowotworów głowy i szyi. W Polsce taki status ma Katedra i Klinika Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, w Wielkopolskim Centrum Onkologii, legitymująca się akredytacją międzynarodową – Fellowship in Head and Neck Oncology.

GL Towarzystwo skupiające specjalistów wielu dziedzin musi dbać o integralność swoich działań.

Zaczynaliśmy od grupy „zapaleńców”, która przed dwunastu laty postanowiła stworzyć nową jakość wśród towarzystw naukowych. Dziś PTNGiSz skupia ponad 200 członków, ma swoją pozycję w Europie, należy do European Head and Neck Society i International Federation of Head and Neck Oncology Society, organizuje kursy, tworzy programy edukacyjne, sponsoruje wyjazdy naukowe, realizuje wieloośrodkowe projekty europejskie. Naszym celem jest utworzenie nadspecjalizacji w zakresie leczenia nowotworów głowy i szyi. Zgodnie z nurtem europejskim, współpracujemy ze stowarzyszeniami pacjentów i ich rodzin, organizując wsparcie emocjonalne i rehabilitację na każdym etapie tego trudnego leczenia. ○



Cała rozmowa na
www.gazetalekarska.pl

Wrażliwa materia



**Marta
Jakubiak**

Zastępca redaktora
naczelnego
„Gazety Lekarskiej”

– Wstrząsnęła mną historia doktora Wojciecha, dlatego zdecydowałem się opowiedzieć swoją. Zawsze byłem po stronie czynnej, ale kiedy trafiłem na tę drugą, szpital stał się zupełnie inny – słyszę w słuchawce telefonu.

Doktor Stanisław z Krakowa, kardiolog dziecięcy, posiada ogromne doświadczenie nie tylko jako lekarz, ale zdążył już dość dobrze wcielić się w rolę pacjenta. – Długo zastanawiałem się nad tym wszystkim, co już przeżyłem jako pacjent, przeanalizowałem różne sytuacje, porównując je ze swoim postępowaniem, kiedy leczyłem innych – opowiada. – Dostrzegłem różnicę m.in. w diagnostyce i stawianiu rozpoznania. To coś, co mnie zaniepokoiło. Jeżeli lekarz mówi, że mam boreliozę, kieruje mnie z jednego oddziału na drugi, a jedne wyniki są na granicy ujemności, drugie wskazują na chorobę, i wdraża długotrwałą, obciążającą antybiotykoterapię dożylną, to budzi to niepokój – zauważa. Jak się okazało, boreliozy nie było. Oczywiście przeglądał wyniki swoich badań, ale nie dokonywał chłodnej analizy lekarskiej. Ufał przede wszystkim lekarzowi, który się nim zajmował.

Przez około półtora roku doskwierały mu dolegliwości bólowe kręgosłupa. Zgłaszał się do różnych neurochirurgów, było ich w sumie pięciu. Wiek (82 lata) właściwie odbierał mu szansę na chirurgiczne leczenie. Także zaawansowanie zmian zwyrodnieniowych.

– Zabieg operacyjny trudny, straty krwi duże, długa narkoza – to wszystko może mieć ujemny wpływ na pańskie funkcjonowanie i życie – słyszał. Jeden z nich, najmłodszy, zdecydował się jednak spróbować. Zabieg się udał. – Wiedziałem, że ryzyko jest duże, ale chciałem, by ktoś mi pomógł. Dzięki operacji straciłem reakcje bólowe i chodziłem, ale... po pewnym czasie niestety wróciły i narosły – opowiada doktor Stanisław. Przestał jeździć samochodem, stracił czucie w stopach. – Przyjmuję ponad dwadzieścia leków. Czytając ulotki, mam wrażenie, że część z nich pogłębia moje dolegliwości, jak niepewność chodu i stępu czy zawroty głowy – zauważa.

– Podczas jednego z pobytów w szpitalu tylko raz widziałem panią ordynator. Przychodziła pielęgniarka i mówiła – Dzień dobry. Jak się pan czuje? – Dziękuję, dobrze – odpowiadałem. Zostawiała leki poranne, południowe i wieczorne, i wychodziła. Czasem zaglądał lekarz, ale kontakt z nim był niewielki – opowiada. – Jako lekarz nigdy nie zostawiałem pacjenta samego sobie, choć faktem jest, że moi pacjenci byli szczególnie, bo były to dzieci. Informowałem zawsze o stanie chorego i planach jego leczenia, jakie chcemy osiągnąć efekty, jakie mogą pojawić się

SYSTEM

Jest zły. Na lekarza nakłada się za dużo obowiązków, często niepotrzebnych. Brakuje czasu, żeby przycupnąć na krześle obok pacjenta i porozmawiać z nim i jego rodziną.

zagrożenia. Ale może jestem lekarzem starej daty, może nowoczesna medycyna wygląda już inaczej – zastanawia się ze smutkiem w głosie.

Mówi, że teraz pacjent postrzegany jest jak przypadek medyczny i poddaje się go określonej procedurze. Przestał być człowiekiem. – Ludziom, którzy są chorzy i zmęczeni chorobą potrzeba trochę uwagi i ciepła – apeluje. Uważa, że mimo nawału obowiązków, lekarz powinien znaleźć czas, by zatrzymać się na chwilę i pochylić nad człowiekiem, któremu towarzyszą ogromne emocje i niepewność. – Uśmiech, dobre słowo, dają czasem lepsze efekty terapeutyczne niż zalecony lek – przekonuje.

Wyszkolił wiele pokoleń lekarzy. Praktykował przez 58 lat. Miał możliwość obserwować, jak zmienia się praca lekarza i realia wykonywania tego zawodu. – Myślę, że został gdzieś zgubiony ludzki pierwiastek. System jest zły. Na lekarza nakłada się za dużo obowiązków, często niepotrzebnych. Brakuje czasu, żeby przycupnąć na krześle obok pacjenta i porozmawiać z nim i jego rodziną – zauważa.

Kiedyś prowadził zajęcia ze studentami. Od razu potrafił ocenić, którzy będą wykonywać ten zawód z pasją, a których lepiej byłoby odesłać do innej pracy. Oni jednak także kończyli studia. – Jako pacjent znów ich widziałem, ale już w roli lekarzy. Wiem, że w każdej profesji są lepsi i gorsi specjaliści, tylko że w naszym zawodzie materia jest wyjątkowa i bardzo wrażliwa, a praca z nią niezwykle odpowiedzialna – podsumowuje. ○

WIEM, ŻE W KAŻDEJ PROFESJI SĄ LEPSI I GORSI SPECJALIŚCI,
TYLKO ŻE W NASZYM ZAWODZIE MATERIA JEST
WYJĄTKOWA I BARDZO WRAŻLIWA, A PRACA Z NIĄ
NIEZWYKLE ODPOWIEDZIALNA.

Stukot szkockich trepów

Tytuł powinien być właściwie inny – „Bez stukotu lekarskich, szkockich trepów”. W tytule naszego cyklu „Stukot białych trepów” chodzi wszak o buty lekarskie.

◎ RYSZARD GOLAŃSKI

Edynburg, początek czerwca bieżącego roku, grupka polskich lekarzy na wycieczce w Szkocji. Jedną z atrakcji pobytu w tym pięknym mieście było wejście na Górę Artura, z jej szczytu roztacza się bowiem piękny widok na miasto i zatokę.

Podczas schodzenia z góry, bardzo stromym zejściem, jeden z uczestników eskapady pośliznął się, upadł i doznał urazu prawej dłoni. Ponieważ był już późny wieczór, a następnego dnia rano towarzystwo przenosiło się do innego miasta, działania medyczne ograniczono do zabandażowania dłoni i podania leku przeciwbólowego. Kolejne miasto to Stornoway, „stolica” Hebryd Zewnętrznych, zwanych tutaj Wyspami Zachodnimi, położonych na północno-zachodnim skraju Szkocji. Tam odbyła się wizyta w izbie przyjęć miejscowego szpitala: Western Isles Hospital.

Była sobota, wczesne popołudnie. W izbie przyjęć pusto. Z uśmiechem wita nas dyżurująca pielęgniarka. Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego jest wystarczającą przepustką do udzielenia pomocy. Po wyjaśnieniu przyczyny wizyty zaprasza poszkodowanego do gabinetu zabiegowego, który znajduje się tuż obok pracowni rentgenowskiej,

zbiera wywiad i przeprowadza bardzo staranne badanie. W konkluzji stwierdza stłuczenie, zaopatruje pacjenta w ortezę i leki przeciwbólowe. Informuje, że jeżeli w ciągu następnego dnia nastąpi pogorszenie stanu kontuzjowanej dłoni, należy ponownie zgłosić się do szpitala, w celu konsultacji lekarskiej.

Jak wyjaśnił nam potem dr Jacek Rychter, polski anestezjolog pracujący w tym szpitalu od 12 lat i pełniący także funkcję jego dyrektora klinicznego, taki jest przyjęty w szpitalu standard

postępowania w urazach. W izbie przyjęć nie ma lekarza dyżurnego. Pracują tam doświadczone pielęgniarki, po kursach typu Advanced Trauma Life Support albo European Trauma Course. Takie kursy kończą zarówno lekarze, jak i pielęgniarki. Pielęgniarki postępują zgodnie z obowiązującymi standardami. Ideą przewodnią systemu jest ograniczenie wizyt u lekarza. To pielęgniarka decyduje o konieczności wykonania zdjęcia rentgenowskiego i podejmuje decyzję po opisanii zdjęcia przez radiologa. Jeżeli nie ma dysfunkcji kończyny, ordynuje leki przeciwbólowe. Czasami jest to założenie opatrunku gipsowego. Zdjęcie trafia do wirtualnej kliniki złamań, którą przegląda dyżurujący pod telefonem ortopeda. Rzadko, tylko w razie konieczności, wykonywane są operacje w trybie ostrodyżurowym. Myślą przewodnią schematu postępowania jest to, aby jak najmniej operować w ogóle i jak najmniej w trybie ostrym, na dyżurze. Jeżeli złamanie jest bez przemieszczeń, pacjent będzie zaopatrzony za kilka dni, w trybie planowym.

Dla uzupełnienia informacji o szpitalu, jest to szpital z podstawowymi działami, typu naszego szpitala powiatowego. Ciekawostką zaś być może, że czworo pracujących tu anestezjologów, to Polacy. ◎

▼ Western Isles Hospital.



Rozbrajanie bomby

GL
WYWIAD

Polscy naukowcy budują urządzenie do skutecznej walki z bakteriami opornymi na antybiotyki. To pierwszy aparat, który zbierze pełne dane o wrażliwości bakterii atakujących chorego na wszystkie klinicznie ważne antybiotyki. Z prof. **Piotrem Garsteckim**, kierownikiem projektu, rozmawia **Lidia Sulikowska**.



GL Jak dużym zjawiskiem jest lekooporność bakterii na antybiotyki?

Od lat 80. XX w. obserwujemy na świecie lawinowo rosnącą oporność bakterii na antybiotyki i epidemiologię zakażeń. To tykająca bomba. Przy obserwowanej szybkości szerzenia się opornych patogenów, pesymistyczne przewidywania mówią o nawet 10 mln ofiar rocznie w 2050 roku, co przekłada się na kilkuprocentowy wzrost liczby zakażeń każdego roku. Już teraz w Polsce narasta epidemiologia antybiotykoopornych zakażeń.

GL Aparat, nad którym pracuje pana zespół, pomoże rozwiązać ten problem?

Wierzę, że pojawią się nowe antybiotyki, ale raczej nieprędko. Kiedy już zostaną stworzone, nawet wtedy będziemy musieli ograniczać powstawanie nowych oporności. Podstawową strategią obrony, jak wskazują wszystkie zajmujące się tym problemem organizacje, jest szersza i lepsza diagnostyka. W przypadku hospitalizowanych zakażeń lekoopornych najważniejszy jest możliwie szybki dostęp do pełnej informacji o lekowrażliwości bakterii. W 2016 r. rozpoczęliśmy prace nad systemem do kompleksowego oznaczania antybiogramów, aby ułatwić stosowanie terapii celowanych. Powstaje on w Warszawie i jest efektem

współpracy Instytutu Chemii Fizycznej Polskiej Akademii Nauk i firmy prywatnej. Pozyskaliśmy prestiżowy grant Fundacji na rzecz Nauki Polskiej na ten cel. Grupa Mikroprzepływów w Instytucie będzie w ramach grantu pracować nad systemami mikroprzepływowymi do badań wrażliwości bakterii na kombinacje antybiotyków. Spółka natomiast pracuje nad automatycznym systemem dla diagnostyki medycznej.

GL Czym wyróżnia się ten sprzęt na tle innych tego typu urządzeń?

Tworzymy system, który umożliwia hodowlę wszystkich istotnych klinicznie patogenów poddających się hodowli referencyjnej metodą mikrorozcieńczeń. W odróżnieniu od aparatów dostępnych obecnie na rynku, dzięki zastosowaniu rozwiązań mikroprzepływowych, jednorazowy panel będzie dostarczał informacji o rzeczywistych poziomach MIC względem bardzo szerokiej gamy antybiotyków, tak by lekarz od razu, już w pierwszym badaniu, pozyskał pełną, potrzebną mu wiedzę do zastosowania skutecznej terapii celowanej. System będzie wypełniał z nawiązką wszystkie rekomendacje europejskiej organizacji EUCAST i amerykańskiej CLSI. Planujemy też uwzględnić w panelu oznaczanie mechanizmów oporności na antybiotyki.

GL Jak działa ten przyrząd analityczny?

Dzięki naszym rozwiązaniom mikroprzepływowym na każdym panelu system przeprowadzi równolegle kilkaset hodowli, każdą w innych warunkach, po to by pozyskać pełną wiedzę o lekowrażliwości patogenu.

GL Kiedy lekarze będą mogli z niego korzystać w codziennej praktyce?

Przewidujemy rejestrację urządzenia i wejście na rynek w 2021 roku. Już dzisiaj współpracujemy z lekarzami i zachęcamy do kontaktu z nami. Jesteśmy bardzo otwarci na wsłuchiwanie się w konkretne potrzeby co do szczegółów funkcjonalności systemu, możliwe jest również uczestniczenie w programie wczesnego dostępu, w ramach badań walidacyjnych. ○

Spotkanie redakcji pism izbowych

Doroczne spotkanie redaktorów pism samorządu lekarskiego: „Gazety Lekarskiej” i pism izb okręgowych odbyło się w dniach 8-11 czerwca w Bydgoszczy.

✪ RYSZARD GOLAŃSKI

Jak zwykle w naszym spotkaniu uczestniczyli rzecznicy prasowi izb. Pierwszego dnia odbyło się posiedzenie prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, a drugiego wspólne posiedzenie prezydium NRL i Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

To ostatnie zaowocowało wspólnym apelem do polskich parlamentarzystów w sprawie zwiększenia wynagrodzeń lekarzy. Tekst apelu został opublikowany na stronach internetowych NIL oraz „Gazety Lekarskiej”. To bardzo ważna dla środowiska sprawa, zwłaszcza w kontekście złożenia w Sejmie RP obywatelskiego projektu ustawy w sprawie wynagrodzeń lekarzy.

Gospodarzem wszystkich spotkań był prezes izby bydgoskiej, dr Stanisław Prywiński, gospodynią spotkania redaktorów – Agnieszka Banach, redaktor naczelna „Primum”, pisma tutejszej izby. Pierwszego dnia, podczas wspólnego spotkania wszystkich wymienionych wyżej gremiów, mieliśmy przyjemność spotkać się z doktorem Ryszardem Długotkiewiczem, który jest specjalistą medycyny wysokogórskiej, uczestnikiem wypraw w Himalaje i Karakorum, a jednocześnie tłumaczem Shakespeare’a. Pan doktor opowiadał o swojej przygodzie z tłumaczeniami pisarza ze Stanfordu. Mieliśmy niewątpliwą przyjemność wysłuchania fragmentów Hamleta



i Makbeta oraz kilku sonetów. Brawom po wystąpieniu nie było końca, łącznie z owacją na stojąco. Bardzo interesujące o etyce i odpowiedzialności za słowo pisane mówił dr Marek Rzepa.

Spotkanie redaktorów pism samorządowych i rzeczników prasowych odbyło się już w bardziej kameralnym gronie. Prowadzili je redaktor Agnieszka Banach i redaktor naczelny „Gazety Lekarskiej” Ryszard Golański. W tej części o historii „Primum”, o autorach w nim piszących, a także o swojej współpracy z pismem opowiadał dr Wojciech Szczepny, przewodniczący rady programowej pisma, autor skłaniających do dyskusji i refleksji artykułów.

Gościem naszego spotkania była prof. Katarzyna Kłosińska, językoznawca z Uniwersytetu Warszawskiego, znana z radiowej audycji „Co w mowie piszczy”. Przedstawiła wykład: „Niedobór jodu a chrześcijaństwo, czyli o nieoczywistych oczywistościach w słownictwie

▲ Red. Agnieszka Banach, dr Ryszard Golański, prof. Katarzyna Kłosińska.

medycznym”. Wykład niezwykle ciekawy i momentami zaskakujący – tak jak tytuł, miał częściowo charakter warsztatów, z aktywnym udziałem słuchaczy. Był na tyle interesujący, że postaramy się zaprezentować go w naszym portalu.

O tym „Jak pisać i mówić o nauce” opowiadał dr Marek Jurgowiak, biochemik, laureat nagrody PAP – nauka w Polsce – „Popularyzator nauki”, autor artykułów w „Świecie wiedzy” i „Gazecie wyborczej”, sekretarz rady programowej Centrum Nowoczesności „Młyn wiedzy”, członek rady programowej „Primum”.

„O ochronie wizerunku” mówił dr Marek Stankiewicz, rzecznik prasowy Lubelskiej izby Lekarskiej, redaktor naczelny izbowego „Medicusa”. Z kolei rolę newslettera w polityce informacyjnej izb lekarskich przybliżyła Katarzyna Strzałkowska, rzecznik prasowy Naczelnej Izby Lekarskiej. Redaktorzy „Gazety Lekarskiej”: Ryszard Golański, Marta Jakubiak i Lidia Sulikowska przedstawili zmiany, jakie nastąpiły w naszym piśmie w tym roku. Dotyczą one nowego layoutu, znaczących zmian w stylu okładek, grafice i układzie stron. Zmiany te spotkały się z licznymi pozytywnymi opiniami czytelników. Powstały nowe działy: „Zgryz” – felieton wiceprezesa – stomatologa – NRL, „Ze świata”, „Polskie innowacje”, „Wytyczne praktyki lekarskiej” oraz „Stukot białych trepów” – rubryka, w której lekarze opisują swoje doświadczenia z bycia pacjentem w szpitalu lub bliską osobą pacjenta. Rubryka ta, ku naszej radości, spotkała się z szerokim odzewem wśród lekarzy i nie tylko, o czym pisałem w moim felietonie otwierającym numer.

W końcowej części spotkania piszący te słowa podsumował pierwsze miesiące współpracy z nową firmą realizującą wysyłkę „Gazety Lekarskiej” i pism okręgowych. Nauczyliśmy się już współpracować z nową firmą – Poczta Polska i zatrudnionymi tam osobami. Realizacja konfekcjonowania pism przez tę firmę, wyłonioną w drodze konkursu ofert, przynosi samorządowi lekarskiemu, na poziomie krajowym i okręgowym, oszczędności idące w dziesiątki tysięcy złotych. Jakość wykonywanej usługi jest oceniana pozytywnie. ○

Borelioza z Lyme

Kleszczom przestała już wystarczać krew leśnych i gospodarskich zwierząt, już nawet w miejskich parkach atakują ludzi, zakażając ich boreliozą.

✎ LUCYNA KRYSIAK

Borelioza jest groźną, odzwierzęcą, wielonarządową chorobą zakaźną wywołaną przez krętki *Borrelia burgdorferisensu lato*. W obrębie tego gatunku wyodrębniono genogatunki: *Borrelia burgdorferisensu stricto*, *Borrelia afzelii*, *Borrelia garinii*, *Borrelia spielmanii* oraz *Borrelia valaisiana*.

Rozróżnienie to decyduje o zróżnicowaniu objawów choroby. Przykładowo neuroborelioza jest częściej wynikiem zakażenia *B. garinii*, a postać reumatologiczna boreliozy związana jest z zakażeniem *B. burgdorferisensu stricto*. Niestety, choroba ta dobrze się maskuje i nasz rodzimy system ochrony zdrowia słabo sobie z nią radzi.

KLESZCZE POTRZEBUJĄ KRWI

Rezerwuarem krętków są różne gatunki zwierząt, kleszcze są tylko wektorem przenoszącym z nich zakażenie na człowieka. Tylko i aż, ponieważ borelioza należy do najczęstszych i najgroźniejszych chorób zakaźnych przenoszonych przez kleszcze. Kiedy wprowadzono szczepionkę, wirus wywołujący odkleszczowe zapalenie mózgu przestał być tak groźny. Boreliozę trudno odpowiednio wcześniej wychwycić, a nieleczona może prowadzić do powikłań nawet po latach.

Tak było z Hanną Jankowską, która z rodziną spędzała urlop na Mazurach. – Po powrocie zawsze skrupulatnie sprawdzaliśmy swoje ubrania i ciała, ale jak się później okazało, jeden z pajęczaków wbił mi się z tyłu głowy pod włosami i nie było go widać. Odpadł dopiero podczas kąpieli – wspomina pani Hanna. Ponieważ nic w związku z tym się nie działo, zapomniała o całej sprawie. Dopiero, kiedy kilka lat później trafiła do reumatologa z powodu bólu stawów i lekarka zapytała, czy przypadkiem nie była pokąsana przez kleszcza, przypomniała sobie to zdarzenie. Zlecono jej leczenie antybiotykami i teraz czuje się lepiej, ale wciąż odczuwa drętwienie kończyn, sztywność karku, których wcześniej nie miała.

Pierwsze dane epidemiologiczne na temat boreliozy Państwowy Zakład Higieny opublikował w 1996 r. Zanotowano wówczas 751 przypadków tej choroby. Z roku na rok zakażonych przybywało, w 2014 r. ich liczba wzrosła do 14 tys. Rok 2016 był rekordowy pod tym względem: zarejestrowano ponad 22 tys. zachorowań, a w tym roku – jak wskazuje liczba zgłaszających się do lekarzy po pokąsaniu przez kleszcze – będzie ich jeszcze więcej.

➤ *Borrelia burgdorferi*



NIEŁATWA W DIAGNOSTYCE

Do niedawna za tereny endemiczne dla boreliozy uznawano Podlasie, Warmię i Mazury oraz Dolny Śląsk. Na podstawie najnowszych badań w większym lub mniejszym stopniu są nią zagrożone wszystkie województwa. – Dzieje się tak, ponieważ od kilku lat mamy łagodne zimy, więcej pajęczaków przeżywa tę porę roku i szuka swoich ofiar już nie tylko w lasach, ale także w miastach – tłumaczy dr. n. med. Piotr Kocbach, konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych w Olsztynie.

Borelioza staje się więc coraz większym wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia. Tym większym, że wcale nie jest łatwa w diagnostyce. Opiera się na wykryciu we krwi pacjenta specyficznych przeciwciał anty-Borrelia, ale badanie wykonuje się tylko wtedy, gdy występują niepokojące objawy, inne niż charakterystyczny rumień wędrujący. Badań laboratoryjnych (ELISA oraz Westernblot) nie powtarza się w celu monitorowania skuteczności leczenia, gdyż przeciwciała mogą utrzymywać się wiele lat po zakażeniu. Także wykrywanie DNA bakteryjnego (definiującego daną bakterię ze stawu genów) metodą łańcuchowej reakcji polimerazy (*polymerase chain reaction*, PCR) nie daje jednoznacznej diagnozy.

– Wśród podstawowych metod laboratoryjnych wyróżniamy badania

PODSTAWĄ ROZPOZNANIA BORELIOZY JEST STWIERDZENIE OKREŚLONYCH OBJAWÓW KLINICZNYCH ORAZ POTWIERDZENIE DODATNIEN SWOISTYCH PRZECIWCIAŁ W KLASIE IGM LUB IGG. JEDNAK ICH OBECNOŚĆ BEZ OCENY OBJAWÓW KLINICZNYCH NIE MOŻE BYĆ WSKAZANIEM DO LECZENIA.



bezpośrednie, polegające na ocenie mikroskopowej drobnoustroju chorobotwórczego, hodowli i izolacji, wykrywaniu swoistych dla danych szczepów bakteryjnych. Drugą grupę badań stanowi diagnostyka pośrednia, czyli badania serologiczne przeprowadzane za pomocą metody immunofluorescencji pośredniej, metodą immunoenzymatyczną i techniką Western-blot – tłumaczy doktor Kocbach i zaznacza, że w praktyce klinicznej ogromne znaczenie ma właściwy dobór metod diagnostycznych, sposób przeprowadzania badania oraz odpowiednia interpretacja uzyskanych wyników. Do tej pory bowiem nie został opracowany żaden test, który w stu procentach mógłby potwierdzić lub wykluczyć boreliozę, a wszystkie dostępne mają jedynie charakter wskazujący i pomocniczy.

NIEŁATWA W LECZENIU

Tak więc podstawą rozpoznania boreliozy jest stwierdzenie określonych objawów klinicznych oraz potwierdzenie dodatnich swoistych przeciwciał w klasie IgM lub IgG. Jednak ich obecność bez oceny objawów klinicznych nie może być wskazaniem do leczenia.

Typowym jest rumień wędrujący, jednak objawy kliniczne boreliozy mogą być zróżnicowane i nie pozwalają na postawienie jednoznacznego rozpoznania. Ze względu na ich różnorodność i niespecyficzność

wynikające z uszkodzenia wieloukładowego w późniejszym okresie choroby borelioza może ukrywać się pod maską chorób reumatologicznych, neurologicznych, kardiologicznych, dermatologicznych.

Często pacjenci, zanim trafią do specjalisty chorób zakaźnych, są z różnym skutkiem diagnozowani i leczeni przez lekarzy innych specjalności. Kiedy już lekarz stwierdzi, że ma do czynienia z boreliozą, zleca 21-dniową kurację określonymi antybiotykami – takie są wytyczne Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych. Są one zgodne z wytycznymi Amerykańskiego Towarzystwa Chorób Zakaźnych (IDSA – Infectious Diseases Society of America).

W zależności od postaci klinicznej boreliozy stosuje się doksycyklinę, amoksylicynę, cefuroksym, ceftriaksion lub cefotaksym. – Terapia ta jest powszechnie zalecana, a wdrożona odpowiednio wcześniej (w I lub II fazie choroby) daje szansę na całkowitą remisję objawów – przekonuje doc. Anita Olczak, prezes Oddziału Bydgoskiego PTEiLCHZ. Jedynym dowodem na skuteczność antybiotykoterapii jest zanik objawów.

KONTROWERSYJNA ILADS

Jest jednak grupa lekarzy, która wzorując się na International Lyme and Associated Diseases Society (ILADS), ordynuje długotrwałą,

„Bawole oko”, czyli rumień wędrujący, wywołany przez bakterię *Borrelia*.

22 000

Taką liczbę zachorowań na boreliozę zarejestrowano w 2016 r.

kilkumiesięczną lub dłuższą antybiotykoterapię. Zwolennicy tej kontrowersyjnej metody przekonują, że 21-dniowe leczenie jest skuteczne tylko w I fazie zakażenia (faza rumienia wędrującego). W późniejszych stadiach ILADS zaleca stosowanie leczenia skojarzonego jednocześnie kilkoma antybiotykami, działającymi na różne formy bakterii (cysty i L-formy – postaci bez ściany komórkowej) w odpowiednio długim okresie. – To bardzo wyniszczająca metoda, tak długo podawane antybiotyki, jak każdy lek, mogą powodować efekty niepożądane, przyczynić się do uszkodzeń wątroby, szpiku, nerek – ostrzega Piotr Kocbach.

Antybiotyki nie rozróżniają tzw. dobrych bakterii od złych, dlatego podawane doustnie często niszczą pożyteczną florę przewodu pokarmowego, narażając pacjenta na biegunki, stany zapalne jelit, problemy z wchłanianiem składników odżywczych, a w efekcie niedobory mikro- i makroelementów. Niestety, popularności tej metody sprzyja słaba dostępność do specjalistów w dziedzinie chorób zakaźnych. Na wizytę refundowaną przez NFZ trzeba odstać w kolejce rok. Brakuje też specjalistów w tej dziedzinie, a lekarze niechętnie wybierają tę specjalizację. – W leczeniu boreliozy lekarz, jak i pacjent, powinni kierować się zdrowym rozsądkiem, tym bardziej, że brakuje podstaw naukowych do stosowania wielomiesięcznej antybiotykoterapii lub wielokrotnego powtarzania kuracji – podkreśla Anita Olczak.

Stowarzyszenie Chorych na Boreliozę postrzega problem w jeszcze bardziej drastycznym świetle. Członkowie stowarzyszenia, którzy na sobie doświadczyli skutków tej choroby, są zgodni, że w Polsce borelioza jest zbyt późno rozpoznawana i nieskutecznie leczona. Ponieważ do niedawna była uważana za chorobę stosunkowo rzadko występującą, problem został zaniedbany przez ochronę zdrowia, a w sytuacji, kiedy zachorowalność lawinowo rośnie, obecny system diagnozowania i leczenia tej choroby wymaga daleko idących zmian. ○

Pigułka czy igła?

GL
WYWIAD

MARIUSZ TOMCZAK



Rozmowa z prof. dr. hab. **Piotrem Woźniakiem**, prezesem Polskiego Towarzystwa Akupunktury.

przeprowadzonej diagnostyce i postawieniu rozpoznania. Dopiero wtedy można decydować, czy skłaniamy się w kierunku operacji, farmakoterapii czy innych metod, w tym np. akupunktury. Na takim stanowisku stoi również Polskie Towarzystwo Akupunktury, do którego mogą należeć tylko lekarze. To towarzystwo naukowe, liczące ok. 400 członków zrzeszonych w 4 oddziałach, m.in. krzewiące wiedzę i pomagające w kształceniu.

GL Jakie są wskazania do stosowania akupunktury?

Klasyką jest leczenie bólu, a ponadto migreny, bóle stawowe i kostne. Udowodnione jest działanie przeciwzapalne, przyspieszające procesy naprawcze, np. gojenia. Ponadto akupunktura korzystnie wpływa na zmiany czynnościowe wynikające z zaburzenia układu вегетatywnego. Uważam, że na razie jesteśmy za słabo wykształceni, by leczyć akupunkturą chorobę nowotworową. Istota leczenia raka polega na hamowaniu (tj. usunięciu masy guza i tłumieniu choroby albo chemią, albo radioterapią, albo pochodnymi), a nie jesteśmy w stanie ocenić, na ile hamujemy ten proces i czy przypadkiem nie rozpalamy go od nowa. Moim zdaniem choroby nowotworowe są przeciwwskazane do leczenia akupunkturą. Oczywiście wyjątek stanowi obszar medycyny paliatywnej. Akupunktura to nie siódmy cud świata: jak trzeba zoperować raka czy zrobić cięcie cesarskie, to nie ma dyskusji, ale warto pomyśleć o niej, gdy występuje przewlekły ból migrenowy, przewlekłe zapalenie przydatków czy przewlekły katar. Generalna idea powinna być taka: stosujemy ją tam, gdzie można ominąć farmakologię, choćby ze względu na toksyczne działanie wielu leków dla wątroby.

GL Jak wygląda leczenie akupunkturą w innych krajach?

Jest ono bardzo powszechne np. w Chinach czy w Indiach, gdzie jestem tytularnym profesorem i członkiem Rady Doradców Indyjskiej Akademii Akupunktury. Program kształcenia przyszłych lekarzy w Wietnamie wygląda następująco: przez pierwsze cztery lata studenci mają takie same zajęcia, a potem albo przez dwa lata zajmują się tzw. medycyną zachodnią, albo koncentrują się na medycynie naturalnej opartej m.in. o akupunkturę. W Polsce pierwsze Poradnie Leczenia Akupunkturą powstały w 1978 r. w Warszawie i w Łodzi. Obecnie ich nie ma. ○

GL Czym jest i w jaki sposób działa akupunktura?

Wywodząca się z medycyny starochińskiej akupunktura to jedna z metod leczenia. Dzięki niej można wpływać na układ regulujący przepływ energii w meridianach, składających się z szeregu punktów aktywnych na mapie całego ciała człowieka. Jeżeli ten przepływ nie odbywa się równomiernie, tzn. jest zbyt duży lub za mały, występuje patologia lub choroba w danym narządzie lub obszarze. Dla przykładu: zły przepływ przez meridian wątroby wynika z dolegliwości wątrobowych. Dyskusje na temat tego, czy meridiany istnieją, czy też nie, trwają od wielu lat, natomiast w tej chwili działanie akupunktury wyjaśniamy na podstawie wiedzy o funkcjonowaniu układu nerwowego. Przepływ sygnału nerwowego w systemie pozaneuronalnym jest udowodniony naukowo. W 2004 r. prof. Hélène Langevin-Joliot, wnuczka Marii Skłodowskiej-Curie, opublikowała prace oparte o wykorzystanie mikroskopii elektronowej i m.in. dzięki temu jesteśmy o krok, by potwierdzić to, co Chińczycy zauważyli 5000 lat temu.

GL Czy każdy lekarz może się zająć takim leczeniem?

Jeżeli ma wykształcenie w tej materii, to – przynajmniej z formalnego punktu widzenia – tak, bo ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry nie reguluje aż tak głęboko tej sprawy. Wiadomo, że tak jak internista nie weźmie się za operację, tak i nie wyobrażam sobie, aby stosowaniem akupunktury zajmował się nienależycie wykształcony lekarz. Uważam, że leczeniem akupunkturą powinni zajmować się tylko lekarze, ponieważ stosuje się ją wyłącznie po



Cała rozmowa na
www.gazetalekarska.pl



Rozmowa z dr. **Łukaszem Kmieciakiem**, sekretarzem Polskiego Towarzystwa Akupunktury.

GL Pierwszym Polakiem, który poznał akupunkturę, był Michał Boym. Kiedy ta wiedza dotarła do Europy?

O pionierach akupunktury w XVII stuleciu (Michał Boym) i w XIX w. (Antoni Baranowski i Józef Domaszewski) zapomniano i sądzono, że metoda ta u nas nie ma żadnych tradycji. Michał Boym uważany jest za ojca akupunktury w Europie. Był pierwszym europejskim „sinologiem”. W czasie pobytu w Chinach szczegółowo opisał akupunkturę i ziołolecznictwo chińskie. Najbardziej znanym dziełem Boyma była wydana w Wiedniu w 1656 r. „Flora sinensis” („Flora chińska”). Jest to pierwsza praca na temat roślinności Chin, jaka ukazała się w Europie. Autor kładł w opisach nacisk na ich lecznicze właściwości. W 1991 r. w alpejskich lodowcach znaleziono z mumifikowane ciało „człowieka lodu”. Tatuaże na ciele zmarłego ok. 3300 lat p.n.e. mogą wskazywać na formę leczenia bodźcowego podobnego do akupunktury, a który mógł rozwinąć się niezależnie w Europie.

GL W jaki sposób akupunktura leczy ból?

Uważa się, że akupunktura działa neuromodulująco, tzn. wpływa na przewodzenie impulsów bólowych w drogach czuciowych, choć niektóre badania wskazują, że wpływa na interpretację i odczuwanie bodźców bólowych na poziomie mózgu.

GL Czy igły pomogą na napięciowy ból głowy?

Przy sporadycznych napadach najprostszym sposobem pozbycia się bólu jest połknięcie tabletki. Jeżeli ból nawraca, pacjenci przy każdym epizodzie bólu głowy przyjmują lekarstwa, a z czasem zażywają ich coraz więcej. Kiedy to nie pomaga, dalej zwiększają ilości przyjmowanych leków. W ten sposób powstaje mechanizm błędnego koła: pacjent zażywa leki z powodu bólu głowy, które występują u niego, ponieważ przewlekłe zażywa leki przeciw tym bólom. Do bólu stopniowo dołączają: bezsenność, drażliwość i depresja. Dokładnie nie wiadomo, jaki jest mechanizm tego działania, ale prawdopodobnie leki przeciwbólowe obniżają próg bólu. Jedną z hipotez mówi, że leki przyjmowane w nadmiarze powodują powstawanie przeciwciał dla receptorów tych leków dające działanie odwrotne do zamierzonego. Każda metoda leczenia pozwalająca zmniejszyć ilość przyjmowanych leków jest warta rozważenia. Dokonany przez The Cochrane Library przegląd badań miał ocenić, czy akupunktura zapobiega

bólom głowy typu napięciowego. Autorzy przeglądu przeanalizowali 12 prób przeprowadzonych z udziałem 2349 dorosłych na całym świecie. W przypadku leczenia akupunkturą bólu głowy typu napięciowego obserwowano zmniejszenie nasilenia dolegliwości oraz zmniejszenie liczby dni ich występowania. Autorzy raportu zasugerowali więc, że „akupunktura może być cennym narzędziem w niefarmakologicznym leczeniu pacjentów z częstymi epizodami lub chronicznymi bólami głowy typu napięciowego”. Jeżeli zaś chodzi o migrenę, to autorzy po ocenie badań nad skutecznością akupunktury w profilaktyce napadów migrenowego bólu głowy oceniają, że: „dostępne wyniki badań wskazują, że zastosowanie akupunktury w leczeniu migreny zmniejsza częstotliwość napadów bólu głowy. W przeciwieństwie do wcześniejszych badań, zaktualizowane dowody wskazują, że akupunktura jest skuteczniejsza niż placebo. Jest ona co najmniej równie skuteczna jak leki powszechnie stosowane w profilaktyce migrenowego bólu głowy. Powinna być jedną z opcji leczenia proponowanych pacjentom”.

GL Czym różni się medycyna w Azji Wschodniej od tej uprawianej na Starym Kontynencie?

W czasie praktyk studenckich na Tajwanie w 1997 r., w szpitalu klinicznym Akademii Medycznej w Taipei zaobserwowałem, że akupunktura wykorzystywana była do leczenia bólu pooperacyjnego na oddziałach chirurgii i ortopedii. Dzięki temu zużywano mniej leków przeciwbólowych, notowano mniej powikłań po tych lekach, a pacjenci szybciej opuszczali szpital. W Pekińskim Szpitalu Przyjaźni Chińsko-Japońskiej, gdzie pracowałem na swoim pierwszym stypendium w Chinach, akupunktura była podstawową metodą leczenia pacjentów z bólem, z chorobami gastrycznymi i dermatologicznymi. Była też stosowana w oddziale kardiologii u pacjentów po zawale serca, np. do leczenia opornej czkawki. Podczas drugiego stypendium w szpitalu klinicznym Uniwersytetu Tradycyjnej Medycyny Chińskiej w Tianjin pracowałem w Oddziale Neurologii. Tam akupunktura była również włączona do leczenia pacjentów, zwłaszcza po udarze mózgu. Chory po pełnej diagnostyce, obok farmakoterapii, od chwili przyjęcia miał wykonywane zabiegi akupunktury, często dwa razy dziennie. Równolegle stosowano preparaty ziołowe.

GL Kiedy nie należy stosować akupunktury?

Przed wszystkim akupunktury nie należy stosować, jeżeli nie wykluczylimy przyczyn dolegliwości, które wymagałyby innej, skuteczniejszej, formy terapii. Dopiero po pełnej diagnostyce i wykluczeniu stanów zagrażających życiu, np. ból głowy związany z udarem krwotocznym lub guzem mózgu, możemy rozważać akupunkturę. Jeżeli pacjent trafia do mnie z silnym bólem, uniemożliwiającym funkcjonowanie, w pierwszej kolejności proponuję np. blokadę, żeby ulżyć w bólu, a dopiero potem leczenie akupunkturą. 



Cała rozmowa na
www.gazetalekarska.pl

Ograniczyć polipragmazję

Leczenie kilkoma lub nawet kilkunastoma lekami staje się obecnie powszechne. U wielu osób starszych wzbudza niechęć i rezygnację z terapii.

LUCYNA KRYSIAK

Polipragmazja, czyli wielolekowość, staje się coraz poważniejszym problemem i dotyczy większości krajów, zwłaszcza wysoko rozwiniętych. Naukowcy, lekarze, farmaceuci i organizatorzy systemów ochrony zdrowia dostrzegają konieczność ograniczenia tego zjawiska.

SKOORDYNOWAĆ DZIAŁANIA

Temu celowi mają służyć wnioski płynące z badań uwarunkowań polipragmazji u osób starszych prowadzonych w ramach międzynarodowego projektu SIMPATHY (2015-2017), który właśnie się zakończył. Jego realizacją zajmował się Uniwersytet Medyczny w Łodzi, który na tę okoliczność zorganizował 29 maja 2017 r. międzynarodową konferencję. Jak zaznaczył podczas jej otwarcia kierujący Zakładem Medycyny Rodzinnej UMED i realizacją projektu w Polsce prof. Przemysław Kardas, w sytuacji, kiedy dzięki postępom w medycynie wydłużył się czas życia, osób dotkniętych polipragmazją będzie przybywać, a problem będzie się pogłębiał. – Jeśli leki nie wzmacniają efektu terapeutycznego oraz zwiększają ryzyko polekowych działań niepożądanych, występuje zjawisko polipragmazji. Wówczas stan zdrowia pacjentów pogarsza się, częściej wymagają oni hospitalizacji, a w najgorszym wypadku może u nich dochodzić do zgonu – tłumaczy prof. Kardas. Leczenie wieloma lekami

jednocześnie może więc mieć poważne następstwa. Dostrzegając je, Komisja Europejska zainicjowała działania prowadzące do opracowania strategii poprawy zarządzania politerapią i przestrzeganiem zaleceń terapeutycznych w starszym wieku. Wnioski wynikające z badań prowadzonych w ramach projektu SIMPATHY mają posłużyć opracowaniu kompleksowych działań zmierzających do zapobiegania polipragmazji i poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych wśród osób starszych. W skład konsorcjum realizującego projekt weszły instytucje reprezentujące 10 krajów europejskich, ale zasięg prowadzonych badań objął wszystkie kraje Unii Europejskiej. Uniwersytet Medyczny w Łodzi był jedynym członkiem konsorcjum z Europy Środkowo-Wschodniej.

PROJEKT SIMPATHY

Dr n. med. Paweł Lewek z Zakładu Medycyny Rodzinnej UMED w Łodzi, biorący bezpośredni udział w badaniach, dostrzega konieczność stworzenia systemu informacji na temat polipragmazji, z którą należy wyjść zarówno do lekarzy, głównie internistów, lekarzy rodzinnych, jak i pacjentów i ich rodzin. Omawiając poszczególne kraje, w których realizowany był projekt SIMPATHY, zwrócił uwagę na fakt, że w badanych krajach wiedza na temat polipragmazji była znikoma. W badaniu uczestniczyło 1005 respondentów,

20-30

Nawet tyle tabletek dziennie zażywają osoby starsze.

wśród których byli pacjenci, ich rodziny i opiekunowie. Uczestnikami programu byli także eksperci z Wielkiej Brytanii, Hiszpanii, Holandii, Szwecji, Włoch, Portugalii. Wnioski z tych badań nie nastrajają optymistycznie. W niemal żadnym z badanych krajów nie powołano dotąd programu zarządzania polipragmazją, który działałaby na szeroką skalę. – Tam, gdzie są opracowane wytyczne w tym zakresie, programy działają lepiej, widać większe zaangażowanie w problem, co dobrze rokuje na przyszłość – podkreśla dr Lewek i dodaje, że uwzględnianie wytycznych opracowanych na rzecz ograniczenia polipragmazji ma kluczowe znaczenie. Podsumowując program, jego realizatorzy są zgodni co do tego, że w zarządzaniu polifarmacją istnieje realna potrzeba wprowadzenia innowacyjnych rozwiązań.

SENIOR SIĘ GUBI

Osoby starsze, po 70. roku życia, często leczą się na co najmniej kilka współistniejących ze sobą chorób przewlekłych – np. nadciśnienie tętnicze, cukrzycę typu 2, chorobę wieńcową, bóle zwyrodnieniowe stawów, kręgosłupa, a często też na zaćmę, jaskrę, choroby nowotworowe. Lekarze nazywają to zjawisko wielochorobowością. Najlepiej ich sytuację zdrowotną znają lekarze POZ, do których trafiają po konsultacjach z różnymi specjalistami. Z ich obserwacji wynika, że każdy z tych specjalistów ordynuje leki, których liczba – jeśli je zsumować



– w ciągu doby sięga nawet 20-30, ale trudno im zweryfikować zalecenia specjalistów. O zjawisku polipragmazji wiedzą też aptekarze, którzy realizują recepty i widzą, jak senior wychodzi z apteki z pełną reklamówką medykamentów. Często znajdują się w niej nie tylko leki zalecane przez lekarza, ale reklamowane w mediach suplementy. Po przyjeździe do domu i rozpakowaniu torby z lekami starszy człowiek często czuje się pogubiony. Nie radząc sobie z ich segregacją na poranne, południowe i wieczorne, na zalecane przed, w czasie i po jedzeniu, przestaje je zażywać. Często powodem odstąpienia od regularnego przyjmowania leków jest dyskomfort ze strony układu pokarmowego lub kłopoty z pamięcią. Prof. Tomasz Kostka, prorektor ds. kształcenia UMED i konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii, uważa, że pacjenci zażywający wiele leków potrzebują koordynacji leczenia i taką rolę powinien spełniać geriatra, który jest zawodowo przygotowany do zajmowania się leczeniem osób w wieku starszym i podeszłym. – Osoba starsza powinna być objęta kompleksową opieką medyczną, czego nie może jej zapewnić zarówno lekarz POZ, jak i specjaliści w swoich dziedzinach – podkreśla prof.

Kostka i dodaje, że geriatra potrafi ocenić, czy poszczególne leki nie wchodzą ze sobą w interakcje, a także czy ich terapeutyczna skuteczność jest zgodna z założeniami. Niestety, w Polsce jest zaledwie 400 geriatrów i 800 łóżek geriatrycznych. Dla porównania w liczącej 11 mln mieszkańców Belgii jest 7,5 tys. łóżek geriatrycznych. Również nakłady finansowe na geriatrię są w Polsce bardzo skromne, przez co ta dziedzina nie może się rozwijać.

OPIEKA FARMACEUTYCZNA

W procesie ograniczenia polipragmazji ważną rolę do odegrania mają farmakolodzy kliniczni oraz farmaceuci. Doświadczenia w tej dziedzinie ma prof. Jiri Vlcek, kierownik Katedry Farmacji Społecznej i Klinicznej Uniwersytetu Karola w Pradze, który przedstawił funkcjonujące w Czechach jednostki farmacji klinicznej oparte na współpracy lekarzy i farmaceutów. Współpraca na tym polu pozwala nie tylko ograniczyć polipragmazję i poprawić jakość życia pacjentów, ale ograniczyć koszty z nią związane. – Naszym celem jest osiągać maksymalny efekt, minimalnym kosztem – zaznaczył prof. Vlcek, a Krystyna Walendowicz, dyrektor Wojewódzkiego

Osoba starsza powinna być objęta kompleksową opieką medyczną, czego nie może jej zapewnić zarówno lekarz POZ, jak i specjaliści w swoich dziedzinach.

Szpitala Rehabilitacyjnego w Zakopanem, zgadzając się z tym założeniem, przedstawiła program ograniczenia polipragmazji realizowany w kierowanej przez nią jednostce. – Pobyt w naszym szpitalu jest związany z rehabilitacją i trwa kilka tygodni, mamy więc czas, aby przyjrzeć się pacjentowi, poprawiać zalecenia terapeutyczne i nauczyć go, jak ma ich przestrzegać – tłumaczy Krystyna Walendowicz, dodając, że po wyjściu ze szpitala pacjent powinien być także pod opieką farmaceuty, który pomoże mu kontynuować to, czego się nauczył. Rola opieki farmaceutycznej coraz bardziej zyskuje na znaczeniu, nie tylko w kontekście ograniczenia polipragmazji. Dr hab. Agnieszka Skowron, kierownik Zakładu Farmacji Społecznej UJ CM, twierdzi, że prowadzenie opieki farmaceutycznej wymaga na początku wysiłku, ale procentuje w przyszłości. – Farmaceuta ma możliwość oddziaływania na pacjentów zarówno indywidualnie, kiedy realizuje recepty, jak i grupowo, prowadząc pogadanki edukacyjne w domach seniora czy na uniwersytetach trzeciego wieku – przekonuje dr Skowron. Uważa, że apteka jest jednym z ogniw całego systemu ochrony zdrowia i współpraca farmaceuty i lekarza ordynującego leki powinna się zacieśnić. Ograniczenie polipragmazji wśród osób starszych dotkniętych wielochorobowością wymaga więc działań interdyscyplinarnych. 

JEŚLI LEKI NIE WZMACNIAJĄ EFEKTU TERAPEUTYCZNEGO ORAZ ZWIĘKSZAJĄ RYZYKO POLEKOWYCH DZIAŁAŃ NIEPOŻĄDANYCH, WYSTĘPUJE ZJAWISKO POLIPRAGMAZJI.



**Romuald
Krajewski**

Kierownik Ośrodka
Studiów, Analiz
i Informacji Naczelnej
Izby Lekarskiej



**Teresa
Perendyk**

Biurowisko Ośrodka
Studiów, Analiz
i Informacji Naczelnej
Izby Lekarskiej

Opinie o jakości w ochronie zdrowia

W ramach projektu Razem dla Zdrowia, realizowanego przez Fundację MY Pacjenci w partnerstwie z Naczelną Izbą Lekarską, Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Izbą Aptekarską, Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji NIL przeprowadził sondaż opinii lekarzy i lekarzy dentystów na temat jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwa pacjenta.

Taki sam sondaż partnerzy przeprowadzili wśród pacjentów i pracowników ochrony zdrowia. Uzyskaliśmy 373 kompletne odpowiedzi, była to zdecydowanie największa grupa respondentów i bardzo dziękujemy Koleżankom i Kolegom za udział.

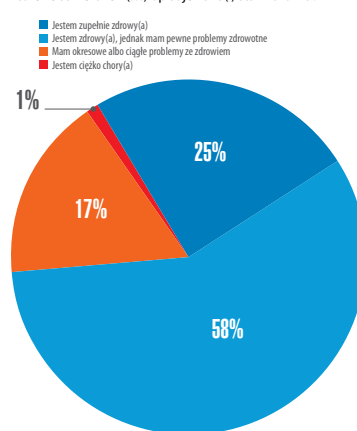
Sondażu nie realizowaliśmy z zamiarem uzyskania wyników reprezentatywnych, ale wyniki zostały poddane procedurze ważenia ze względu na tytuł zawodowy, płeć oraz wiek respondentów i można je traktować jako dość dobrze odzwierciedlające opinie naszego środowiska.

SZPITAL

Na początek pytaliśmy o cechy szpitala, w którym chcieliby się leczyć respondenci. Dla lekarzy i lekarzy dentystów najważniejszymi kryteriami wyboru szpitala jest dobre wyposażenie i nowoczesna aparatura medyczna (100% wskazań, że jest to zdecydowanie albo raczej ważne), skuteczne leczenie (szpital na wysokiej pozycji w rankingu pod tym względem – 94%), czystość (99%), dbanie o bezpieczeństwo pacjenta (pozycja w rankingu szpitali pod tym względem – 91%) oraz zatrudnienie uznanych i cenionych lekarzy (96%).

Zdecydowana większość lekarzy i lekarzy dentystów (81%) zgodziła się z propozycją stworzenia rankingu szpitali (Ryc. 1). Według respondentów pacjenci powinni mieć dostęp

Ryc. 3. Stan zdrowia
Które ze stwierdzeń (...) opisuje Pana(i) stan zdrowia?



do informacji o skuteczności leczenia (88%), natomiast z propozycją uwzględniania w rankingach także ocen dokonywanych przez pacjentów zgadzało się 67%.

Propozycje wprowadzenia obowiązku poprawiania niezadowolających wskaźników jakości i bezpieczeństwa leczenia oraz uwzględnianie sprawdzonych wskaźników jakości w decyzjach o finansowaniu świadczeń uzyskały wyraźną aprobatę respondentów (95%). Na propozycję niefinansowania ze środków publicznych placówek, które nie poprawiają niezadowolających wskaźników, zgadza się 61%. Nieco mniejsze poparcie (57%) uzyskała propozycja, by w skład komisji decydujących o ocenie placówek wchodził przedstawiciel pacjentów.

ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE

Respondenci uważają, że obowiązek informowania o wystąpieniu zdarzenia niepożądanego powinien obejmować wszystkie placówki medyczne (90% opinii) i tylko 28% zgodziło się z propozycją, by taki obowiązek dotyczył wyłącznie szpitali. Propozycje upubliczniania informacji o występowaniu zdarzeń niepożądanych i działaniach naprawczych są popierane odpowiednio przez 32 i 47% (Ryc. 2).

Ochrona pracowników medycznych informujących o zdarzeniach niepożądanych oraz istnienie w szpitalach zespołów analizujących przyczyny takich zdarzeń i wdrażających procedury zapobiegawcze są zdecydowanie akceptowane przez respondentów (92%). Z propozycją, by o zdarzeniach niepożądanych mogli informować zarówno pracownicy medyczni, jak i pacjenci oraz członkowie ich rodzin, zgadza się 80%, a 67% z propozycją zgłaszania zdarzeń niepożądanych online, bezpośrednio do centralnego urzędu prowadzącego rejestr tych zdarzeń.

Tylko 33% zdecydowanie albo raczej zgadza się z opinią, że ważniejsze od ochrony zgłaszających zdarzenie niepożądane jest wskazanie i ukaranie winnych spowodowania takiego zdarzenia. Dobór wskaźników bezpieczeństwa i jakości nie może prowadzić do sytuacji, w której unikano by leczenia ciężkich lub ryzykownych przypadków (97%).

Pomimo trudności w znalezieniu właściwych wskaźników respondenci zgadzają się, że należy monitorować jakość leczenia i bezpieczeństwo pacjentów oraz podejmować działania mające na celu ich poprawę (94%).

WYPADKI MEDYCZNE

Większość respondentów zgadza się, że pacjenci poszkodowani w wyniku wypadków medycznych powinni otrzymywać szybko (z prawem pierwszeństwa) i bezpłatnie specjalistyczną pomoc medyczną w kraju albo za granicą.

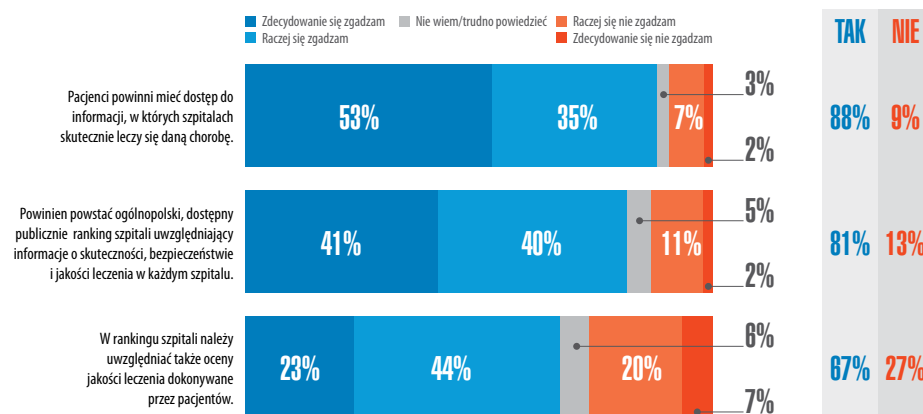
Zdecydowana większość uważa, że odszkodowania za wypadki medyczne powinny umożliwiać m.in. całkowite pokrycie dodatkowych wydatków związanych z leczeniem skutków wypadku medycznego (86%) oraz że powinien istnieć odrębny fundusz wypłacający takie odszkodowania (72%). Połowa zgadza się z propozycją, że odszkodowanie za wypadek medyczny powinno być odpowiednie do uszczerbku na zdrowiu i być wypłacane bez konieczności wskazania winnego za wypadek przed sądem.

STAN ZDROWIA

Osobiste doświadczenia związane z leczeniem oraz stan zdrowia mogą wpływać na opinie o zagadnieniach będących przedmiotem sondażu. Zapytaliśmy więc respondentów o stan ich zdrowia. Za zupełnie zdrowych uważa się tylko 25%, a 18% za chorych (Ryc. 3). Wypadki medyczne zdarzają się także

Ryc. 1. Ranking szpitali

Prosimy o zaznaczenie przy każdej propozycji, na ile zgadza się Pan(i) z nią albo nie zgadza.



w środowisku lekarzy i lekarzy dentyistów. 5% respondentów podało, że ulegli wypadkowi medycznemu osobiście, a 11% ma w najbliższej rodzinie osobę, która takiego wypadku doświadczyła.

PODSUMOWANIE

Sondaż był częścią projektu dotyczącego dialogu społecznego, którego celem jest stworzenie forum dialogu i konsultacji pomiędzy pracownikami medycznymi i pacjentami. Temat jakości i bezpieczeństwa leczenia jest bardzo aktualny, ponieważ prowadzone są prace legislacyjne nad projektem ustawy o jakości w ochronie zdrowia. Opinie naszego środowiska w tej sprawie świadczą, że propozycje monitorowania i analizy zdarzeń niepożądanych, poprawy jakości leczenia, pomocy ofiarom wypadków medycznych są bardzo

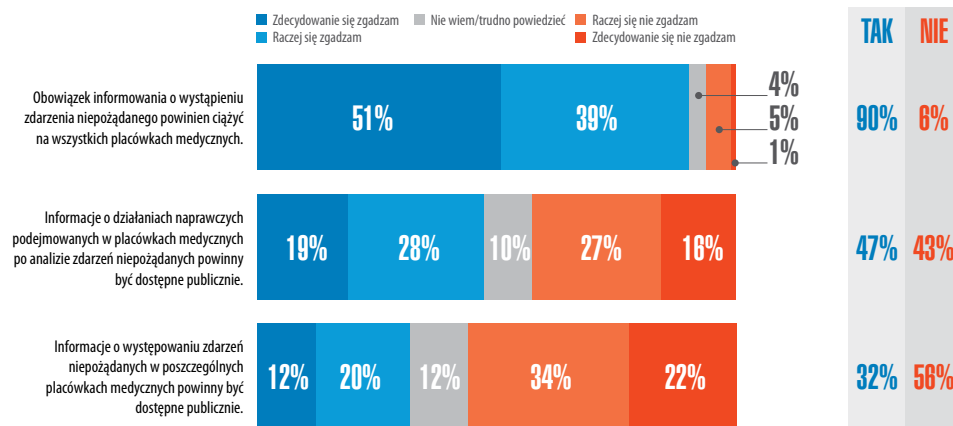
popierane. Lekarze i lekarze dentyści zdają sobie jednak sprawę, jak trudne i skomplikowane jest przełożenie tego na konkretne działania. Zastosowanie niewłaściwych wskaźników, sprawozdawczość i połączenie kiepskich wskaźników z finansowaniem mogą łatwo wypaczyć praktykę i utrudnić rzeczywistą poprawę jakości.

Jednym z warunków poprawy bezpieczeństwa jest zapewnienie pacjentom rzeczywistej możliwości uzyskania odszkodowania za uszczerbek na zdrowiu spowodowany wypadkiem medycznym bez konieczności przechodzenia przez procedury sądowe albo udowadniania, że ktoś popełnił błąd. Ten sposób sprawdził się już w licznych krajach i propozycję wprowadzenia go w Polsce poparła połowa respondentów, wskazując jednocześnie, że odszkodowania takie powinny być wypłacane z odrębnego funduszu.

Informacje o stanie zdrowia i problemach związanych z leczeniem w naszym środowisku są niepokojące. Dlaczego tylko 25% uważa się za w pełni zdrowych lekarzy i lekarzy dentyistów? Z innych badań OSAI NIL wiemy, że lekarze pracują za dużo, że praca jest stresująca i wyczerpująca, że prawie połowa dotyczy wypalenie zawodowe, że styl ich życia na pewno zdrowy nie jest. Stan zdrowia i jakość życia naszych Koleżanek i Kolegów to bardzo ważny temat dla nas wszystkich. Musimy o tym wiedzieć więcej. Po wakacjach w OSAI zajmijmy się tym zagadnieniem. Już teraz zapraszamy do udziału w ogólnopolskim badaniu. [O](#)

Ryc. 2 Rejestr zdarzeń niepożądanych

Prosimy o zaznaczenie przy każdej propozycji, na ile zgadza się Pan(i) z nią albo nie zgadza.



Chodzi o prawdę

GL
WYWIAD

Z **Pawłem Reszką**, dziennikarzem „Newsweek Polska”, autorem książki „Mali Bogowie”, rozmawia **Lucyna Krysiak**.



GL Co Pana skłoniło, aby zatrudnić się w szpitalu jako sanitariusz?

Tradycją dobrego reportażu jest wcielać się w różne role i nie ma w tym niczego odkrywczego. Tylko my zapominamy o tym, że takie rzeczy się robi, ponieważ dziennikarstwo stało się coraz szybsze, coraz płytsze, coraz głębsze. Robiłbym to częściej, ale pracuję w kilku miejscach i aby żyć, muszę dostosować się do wymogów określonych przez wydawców.

GL Jak to jest być w centrum zdarzeń, nie będąc pacjentem czy lekarzem?

Ta książka opowiada o tym, o czym wiemy i nic z tym nie robimy. Pierwsza tego typu, którą napisałem – „Chciwość” – traktuje o systemie bankowym. Nie chciałem pokazywać problemu wyłącznie od strony ludzi poszkodowanych, ale od środka, czyli tych, którzy zajmują się bankowością. Zatrudniając się jako sanitariusz, miałem nadzieję zrozumieć, dlaczego jest tyle pretensji do lekarzy, skarg na ich pracę, brak empatii. Jak człowiek ubiera się w ten biały fartuch, pcha te wózki, a pacjent mówi do niego „wio”, to zmienia mu się optyka. Nie spotkałem w tej pracy lekarza, który byłby źle wykształcony, mało zaangażowany, ale jak się pracuje którąś dobę pod rząd, dostaje 1600 zł wypłaty i ledwo stoi na nogach, to trudno wszystkim odpowiadać na „dzień dobry”, uśmiechać się, być empatycznym. Lekarze są introwertyczni, nie zwracają się, nie opowiadają o swoich problemach, uczuciach, emocjach, a ja

chciałem, żeby rozmawiali ze mną jak ze swoimi bliskimi lub kolegami przy piwie i to mi się udało.

GL Co było najbardziej szokujące w tym doświadczeniu?

Podejmując pracę sanitariusza, zapytałem siebie – kiedy ja stracę empatię? Jestem reporterem od wielu lat i byłem w różnych sytuacjach, widziałem ludzi cierpiących, rannych, rozpaczających po stracie bliskich. W ten zawód jest wpisane, by z nimi rozmawiać, spróbować spojrzeć na świat ich oczami. Myślałem, że po tych doświadczeniach będzie mi trudno stracić empatię, ale po dwóch tygodniach zachowałem się tak, że sam byłem tym zszokowany. A przecież ja tylko pchałem wózki, nie ponosiłem za nic odpowiedzialności. Lekarz ma w swoich rękach ludzkie życie i nie zamyka za sobą drzwi, kiedy wychodzi ze szpitala. To wszystko, co działo się na dyżurze, zostaje w nim. Tak wygląda codzienność ludzi, którzy nas leczą.

GL Jednak podtytuł książki „o znieczulicy polskich lekarzy” sugerowałby coś innego.

Jest przewrotny, ale obnaża wady systemu, który jest demoralizujący. Rozmawia pani z sanitariuszem z krótkim stażem pracy, któremu nie chodziło o zmianę systemu. Pozostawiam to znawcom problemu. Chciałem tylko poznać prawdę i podzielić się nią z innymi. Zresztą uważam, że w dziennikarstwie jest to wartość niepodważalna. Kiedy zaczynałem pisać książkę i rezydenci wyszli na ulice protestować przeciwko niskim płacom, pomyślałem, że chyba im się w głowach poprzewracało. Kiedy skończyłem zbierać materiały do książki, rozumiałem już, o co im chodzi i podziwiałem, że mają w sobie tyle determinacji, że im się chce przekonywać ludzi do swoich racji, że pragną normalnego życia, lepszego niż wiodą ich starsi koledzy lekarze.

GL Wiele osób uważa, że ta książka powinna stać się lekturą obowiązkową dla posłów, senatorów. Mam nadzieję, że tak będzie, samorząd lekarski chce podarować ją parlamentarzystom. Dla mnie to honor. Nie ukrywam, że mam tremę, bohaterowie mojej książki otworzyli się, rozmawiali ze mną szczerze i zależy mi na ich opinii. Nie chciałbym, aby ktoś potraktował tę książkę osobiście i kiedyś nie odebrał ode mnie telefonu. ○



^ „Mali Bogowie”

Szczyt Zdrowie 2017

W związku z końcowymi pracami nad projektem ustawy o działalności leczniczej pojawiło się wiele dyskusji. W myśl proponowanych przepisów pacjenci mogliby korzystać z odpłatnych świadczeń zdrowotnych w publicznej placówce ochrony zdrowia, o ile ta będzie świadczyła takie usługi, a pacjent zechce z nich skorzystać.

Jednak, jak zapewnia resort zdrowia, rozwiązanie to w żaden sposób nie ograniczy uprawnień pacjentów do nieodpłatnych świadczeń (będą udzielane na dotychczasowych zasadach). Dyskusyjna jest również planowana zmiana zasad korzystania z usług zewnętrznych w zakresie dializ i diagnostyki. – To nie rewolucja, to poprawa systemu – zapewniła wiceminister zdrowia Katarzyna Głowska podczas Szczytu Zdrowie, który 19 czerwca odbył się w siedzibie NIZP-PZH. Dodała, że dojście do 6 proc. PKB na ochronę zdrowia planowane jest w 2025 r. Jak przypomniał



wiceprezes NRL Romuald Krajewski, samorząd lekarski od dawna postuluje zwiększenie środków na ochronę zdrowia. – Ważne jest jednak nie tylko to, ile pieniędzy mamy, ale również, w jaki sposób je wydajemy. Nasz postulat brzmi: pieniądze powinni iść z pacjentem. Wówczas ten, kto udziela świadczeń i ten, kto leczy, nie interesuje się, skąd pochodzą środki, bo one mogą pochodzić z różnych źródeł. W krajach, w których istnieją takie mechanizmy, systemy ochrony zdrowia są zwykle dobrze oceniane – podkreślił wiceprezes NRL.

▲ Spotkanie odbyło się 19 czerwca w siedzibie NIZP-PZH.

Przegląd systematyczny — coś dla lekarza, coś dla pacjenta



Miłosz
Jankowski

Cochrane Polska,
OPS UJ CM*



Wiktoria
Leśniak

Cochrane Polska,
OPS UJ CM*

ARTYKUŁ INFORMACYJNY OŚRODKA DS. WYTYCZNYCH W PRAKTYCE MEDYCZNEJ NIL

W „Gazecie Lekarskiej” nr 04/2017 opisano, na czym polegają przeglądy systematyczne, jak powstają i dlaczego są uważane za źródło wiarygodnej informacji medycznej. Przeglądy te mogą wykorzystać z pożytkiem dla pacjentów lekarze w codziennej praktyce i decydenci w opiece zdrowotnej.



Organizacja Cochrane stara się upowszechniać wyniki przeglądów nie tylko wśród osób związanych zawodowo z medycyną. Dzięki temu ma podnieść się świadomość społeczna na temat zdrowia.

JAK PRZEGŁĄDY SYSTEMATYCZNE WPŁYWAJĄ NA PRAKTYKĘ MEDYCZNĄ?

Przeglądy systematyczne są stałym i niezbędnym elementem wykorzystywanym przy tworzeniu wytycznych praktyki klinicznej. Każde zalecenie w wytycznych, będące odpowiedzią na pytanie kliniczne (opisana populacja, interwencja, z czym porównujemy i w jaki sposób mierzymy wyniki), powinno być sformułowane w oparciu o przegląd systematyczny, a nie wyniki pojedynczych badań czy przekonania ekspertów nieoparte przeszukaniem dostępnych danych naukowych. Dzięki temu wytyczne są bardziej wiarygodne, niemniej proces ich tworzenia jest bardzo czasochłonny. Aby wyjść naprzeciw potrzebom autorów wytycznych, grupa GRADE (ang. The Grading of Recommendations Assessment,

Development and Evaluation working group), zajmująca się ich metodologią, zaproponowała przedstawianie wyników przeglądu (skutków zdrowotnych interwencji) i oceny jakości danych w postaci charakterystycznej tabeli. Takie tabele od pewnego czasu umieszczane są w każdym przeglądzie Cochrane i mają usprawnić proces opracowania wytycznych.

Przeglądy systematyczne są też elementem analiz farmakoekonomicznych, wykorzystywanych w podejmowaniu decyzji o polityce zdrowotnej. Z przeglądów mogą jednak także korzystać pojedynczy lekarze w swojej codziennej praktyce, zwłaszcza gdy nowe dane naukowe wyprzedzają znacząco aktualizację wytycznych albo gdy wytyczne nie rozstrzygają problemu, który trzeba rozwiązać. Na przykład na oddziały intensywnej terapii nierzadko, zwłaszcza w okresie zimowo-wiosennym, przyjmowani są chorzy z zespołem ostrej niewydolności oddechowej (ang. acute respiratory distress syndrome, ARDS), związanym z zakażeniem wirusem grypy. Coraz więcej danych świadczy o korzyściach ze stosowania glikokortykosteroidów w pozaszpitalnym zapaleniu

płuc i ARDS, niemniej – zwłaszcza w drugim przypadku – budzi to kontrowersje. Opublikowany w 2016 r. przegląd Cochrane wskazuje na zwiększenie ryzyka zgonu, związane z podawaniem steroidów chorym na grypę, choć dane pochodzą z badań obserwacyjnych i wyniki mogą być obarczone błędem.

Opublikowanie przeglądu może też mobilizować do szybkiej zmiany obowiązujących rekomendacji. Przykładem jest przegląd Cochrane dotyczący wymiany kaniuli naczyniowych u chorych wymagających dożylnego podawania leków. Wykazano w nim, że nie ma żadnych danych naukowych przemawiających za rutynową wymianą „wenflonu” co 3 do 4 dni. Jego autorzy zasugerowali rozważenie, czy nie wprowadzić do praktyki klinicznej zasady, że „wenflony” wymieniane są tylko, gdy występują wskazania kliniczne, np. objawy zakażenia lub zapalenia. Wynikami tego przeglądu zainteresował się brytyjski National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) i umieścił w wytycznych dotyczących zapobiegania zakażeniom w angielskich szpitalach funkcjonujących w ramach National Health Service (NHS) zalecenie,

aby kaniule dożylnie wymieniać nie rutynowo, ale kiedy są ku temu wskazania kliniczne. Ta zmiana praktyki klinicznej może mieć poważne skutki ekonomiczne. Oszacowano, że jeśli nowa strategia postępowania z kaniulami dożylnymi zostałaby w pełni wdrożona we wszystkich szpitalach NHS w Anglii, to oszczędności wyniosłyby około 40 mln funtów w ciągu pięciu lat.

A CO DLA PACJENTÓW?

Pacjent poszukujący informacji dotyczących problemów medycznych często sięga do internetu. Brak fachowej wiedzy jest przyczyną podatności na reklamy i na wpływ osób wypowiadających się na forach internetowych, które często nie są ekspertami z zakresu zdrowia. Lekarz prowadzący zwykle ma kontrolę nad lekami na receptę przyjmowanymi przez pacjenta, ale na rynku znajduje się wiele innych preparatów, które mają wspomagać zdrowie. Na ich wybór lekarz często nie ma wpływu, stąd niezwykle istotna jest edukacja pacjentów oraz możliwość odesłania ich do wiarygodnego źródła informacji. Ponad 30 proc. pacjentów poszukuje informacji z ciekawości i chęci pogłębienia swojej wiedzy, często jednak język, który jest zbyt fachowy lub obcy, uniemożliwia wyjście w poszukiwaniach poza krąg łatwo dostępnych, sponsorowanych źródeł. Od wielu lat znaczącym problemem jest brak rzetelnej informacji naukowej podanej prostym, niespecjalistycznym i zrozumiałym dla pacjentów językiem.

Organizacja Cochrane wychodzi naprzeciw tym potrzebom, dołączając do wszystkich przeglądów

OPUBLIKOWANIE PRZEGLĄDU MOŻE TEŻ MOBILIZOWAĆ DO SZYBKIEJ ZMIANY OBOWIĄZUJĄCYCH REKOMENDACJI. PRZYKŁADEM JEST PRZEGLĄD COCHRANE DOTYCZĄCY WYMIANY KANIULI NACZYNIOWYCH U CHORYCH WYMAGAJĄCYCH DOŻYLNIEGO PODAWANIA LEKÓW.

streszczenia przedstawione prostym językiem (ang. plain language summary, PLS). Przeznaczone są one dla osób, które nie posiadają fachowej wiedzy medycznej – w jasny i zwięzły sposób przedstawiają najważniejsze informacje. Na polskiej stronie internetowej organizacji Cochrane (<http://www.cochrane.org/pl/>) znajduje się wyszukiwarka (w prawym, górnym rogu strony). Wprowadzając np. hasło „zielona herbata”, można odnaleźć 3 PLS dotyczące roli tego napoju w profilaktyce chorób sercowo-naczyniowych oraz nowotworów, a także w walce z nadwagą i otyłością. Można się z nich dowiedzieć m.in., że utrata masy ciała u osób dorosłych, którym podawano preparaty na bazie zielonej herbaty, była podobna jak w grupie kontrolnej, a niewielkie różnice najprawdopodobniej nie były istotne klinicznie. W innych streszczeniach można przeczytać np., że dawka kofeiny równoważna kubkowi kawy dodana do standardowej dawki leków przeciwbólowych, takich jak paracetamol lub ibuprofen, nasila ich działanie uśmierzające ból albo iż karmienie piersią przed szczepieniem i w jego trakcie pomaga w łagodzeniu bólu u większości niemowląt, natomiast stosowanie suplementów z koenzymem Q10 nie

wpływa na ciśnienie tętnicze, a suplementacja wielonienasyconych kwasów tłuszczowych nie zmienia ryzyka występowania alergii, astmy, zapalenia skóry i alergii pokarmowej u dzieci do 10. roku życia. Dla osób, które znają język angielski, dostępna jest także strona www.cochrane.org, gdzie można znaleźć znacznie większą liczbę streszczeń. PLS mogą być zatem pomocą zarówno dla chorego, jak i dla lekarza, który może odesłać swojego pacjenta do wiarygodnego źródła informacji, wolnego od reklam. Organizacja Cochrane (w tym jej polska filia) stara się promować te streszczenia w portalach społecznościowych oraz poprzez kontakty z organizacjami zrzeszającymi chorych.

PODSUMOWANIE

Przeglądy systematyczne stanowią nie tylko niezbędne narzędzie dla autorów wytycznych praktyki klinicznej i decydentów polityki zdrowotnej. Dostarczają one także wiarygodnych informacji bezpośrednio lekarzom i pacjentom, pomagając w świadomym podejmowaniu decyzji dotyczących zdrowia w sposób niezależny od sponsorowanych i niesprawdzonych opinii. (O)

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

Bolesław Wieniawa-Długoszowski (1881-1942)

— adiutant marszałka i Prezydent RP

Bolesław Wieniawa-Długoszowski to bez wątpienia jedna z najbarwniejszych i zarazem najszlachetniejszych postaci II Rzeczypospolitej. Pomimo ukończonych studiów medycznych, życie poświęcił głównie swoim największym pasjom: wojsku i sztuce.

✉ **ANDRZEJ GRZYBOWSKI** PROF. DR HAB. MED., KIEROWNIK OŚRODKA HISTORYCZNEGO NIL

✉ **ALEKSANDRA PIĘTA**, ODDZIAŁ OKULISTYKI, SZPITAL MIEJSKI W POZNANIU, WYDZIAŁ NAUK MEDYCZNYCH, UNIWERSYTET WARMIŃSKO-MAZURSKI W OLSZTYNIE

Zapisał się w historii Polski nie jako lekarz, lecz jako patriota, dzielny żołnierz, brawurowy ułan, adiutant i przyjaciel Józefa Piłsudskiego, dyplomata i wreszcie nominowany przez Ignacego Mościckiego do zajęcia stanowiska Prezydenta II Rzeczypospolitej we wrześniu 1939 r.

Bolesław Ignacy Florian Wieniawa-Długoszowski urodził się 22 lipca 1881 r. we wsi Bobowa na ziemi sądeckiej. Pochodził z inteligenckiej rodziny o szlacheckich i patriotycznych tradycjach. Zarówno dziadek, jak i ojciec Wieniawy walczyli w powstaniach, odpowiednio listopadowym i styczniowym, zatem opowieści o zniwoloniej ojczyźnie i walce o jej dobro były nieodłącznym elementem wychowania chłopca, kształtując nie tylko jego wyobraźnię, ale

przede wszystkim postawę patriotyczną i obowiązek służby narodowi.

Długoszowscy od początku dbali o zapewnienie dzieciom jak najlepszej edukacji. Bolesław był jednak niepokornym i niezwykle żywym uczniem, nudziła go nauka greki, łaciny, algebry, z tego powodu często zmieniał szkoły. Na własną prośbę trafił nawet do słynącego z wyjątkowej dyscypliny Zakładu Naukowo-Wychowawczego Ojców Jezuitów w Chyrowie, jednak uciekł stamtąd, ponieważ nie mógł znieść szkolnej atmosfery.

Z uwagi na rozległe zainteresowania młodzieńca, zwłaszcza literackie, decyzja co do dalszego kierunku kształcenia nie była łatwa. Studium artystycznym stanowczo sprzeciwiał się jego ojciec, absolwent Politechniki Lwowskiej, który znał wartość posiadania praktycznego zawodu.

Ostatecznie, ku zadowoleniu rodziców, rozpoczął studia medyczne na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu we Lwowie. Długoszowski był zdolnym i pilnym studentem, jednak mimo licznych obowiązków związanych z nauką, znajdował czas na inne zainteresowania: z umiłowaniem towarzyszył lwowskiej bohemicznej artystycznej, a zawód literata wymieniał jako ważny element własnej tożsamości. W tym czasie zetknął się z wybitnymi ludźmi – Stanisławem Przybyszewskim i Kornelam Makuszyńskim – to pod ich wpływem stopniowo odkrywał drzemający w sobie talent satyryczno-literacki. W marcu 1906 r. otrzymał tytuł doktora wszech nauk lekarskich, jednak w zawodzie pozostał na krótko.

W tym samym roku poślubił Stefanię Calvas, artystkę marzącą o karierze śpiewaczki operowej, i wraz z nią wyjechał do Berlina, aby studiować na Akademii Sztuk Pięknych. Po roku przeniósł się do Paryża, gdzie w 1911 r. został jednym ze współzałożycieli Towarzystwa Artystów Polskich i ostatecznie rozstał się z medycyną. Włączył się w działalność powstającego

W MARCU 1906 R. OTRZYMAŁ TYTUŁ DOKTORA
WSZECH NAUK LEKARSKICH, JEDNAK
W ZAWODZIE POZOSTAŁ NA KRÓTKO.



◀ Bolesław Wieniawa- Długoszowski.

września 1939 r., a urząd ostatecznie powierzono Władysławowi Raczkiewiczowi. Powodem były ówczesne nastroje polityczne: nominacji Wieniawy-Długoszowskiego na prezydenta zdecydowanie sprzeciwiali się antypiłsudczycy formujący rząd emigracyjny, między innymi generał Władysław Sikorski. Sprzeciw wyraził także francuski rząd, co ostatecznie doprowadziło Wieniawę do rezygnacji ze stanowiska. Oba dokumenty, zarówno nominację, jak i jej odwołanie, wystawiono ze wsteczną datą 17 września 1939 r.

Wieniawa powrócił do Włoch, gdzie pozostawał polskim przedstawicielem dyplomatycznym do 13 czerwca 1940 r. Zwolniony ze służby udał się do Portugalii, a następnie do Stanów Zjednoczonych. Ze względu na trudną sytuację finansową podjął pracę jako introligator, redagował także „Dziennik Polski”. Jednocześnie wciąż podejmował próby włączenia się w działalność wojskową lub polityczną, niestety bezskutecznie. W lipcu 1942 r. został mianowany posłem RP na Kubie, dokąd miał się udać wraz z rodziną. Funkcji tej jednak nigdy nie objął.

W przeddzień wyjazdu, 1 lipca 1942 r., Bolesław Wieniawa-Długoszowski popełnił samobójstwo, skacząc z okna swojego apartamentu w Nowym Jorku. Za oficjalny motyw tego czynu przyjęto odizolowanie generała od spraw polskich i odsunięcie go od polityki, jednak okoliczności jego tragicznej śmierci do dziś pozostają tematem dyskusji wśród historyków. ☹

W 1916 R. WRÓCIŁ JESZCZE NA KRÓTKO DO MEDYCyny – ZOSTAŁ PRZYMUSOWO WCIELONY DO ARMII AUSTRIACKIEJ I SKIEROWANY DO PRACY W SZPITALU WOJSKOWYM W CIESZYNIE, GDZIE PEŁNIŁ OBOWIĄZKI ORDYNATORA ODDZIAŁU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH.

Związku Strzeleckiego, gdzie po raz pierwszy spotkał Józefa Piłsudskiego. Jesienią 1914 r. został dowódcą 1. plutonu w 1. szwadronie 1. Pułku Ułanów Legionów Polskich. Uczestniczył w walkach w latach 1914-1915, za co otrzymał po wojnie Krzyż Virtuti Militari. W niedługim czasie został osobistym adiutantem Józefa Piłsudskiego oraz jednym z jego najbardziej zaufanych współpracowników.

W 1916 r. wrócił jeszcze na krótko do medycyny – został przymusowo wcielony do armii austriackiej i skierowany do pracy w szpitalu wojskowym

w Cieszynie, gdzie pełnił obowiązki ordynatora oddziału chorób wewnętrznych. Jak sam później żartobliwie wspominał, miał na tym polu same sukcesy, bowiem „chorym aplikował: od pępka w górę – aspirynę, od pępka w dół – rycynę”.

Od maja 1938 r. sprawował urząd ambasadora RP w Rzymie. Tuż po wybuchu II wojny światowej, 25 września 1939 r., został mianowany przez Ignacego Mościckiego na następcę Prezydenta RP na wypadek opróżnienia się urzędu przed zawarciem pokoju. Jednak decyzja ta została cofnięta już 26

Bibliografia:

1. Polak A., Grzybowski A., Rękas M., Rejdak R.: Emanuel Emeryk Machek (1852-1930) – twórca Kliniki Okulistycznej Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Lwowskiego. *Klinika Oczna* 2015, 117 (1): 61-62
2. Żurawska B.: „Bolesław Wieniawa-Długoszowski. Literat. Ułan. Dyplomata”, „Historic”, nr 5, październik 2009, Dostępne: https://www.ur.edu.pl/file/3553/Historic_nr5.pdf [dostęp: 31 października 2016]
3. „Bolesław Wieniawa-Długoszowski w anegdocie”. Dostępne: <http://pilsudski.org/wieniawa-dlugoszowski-w-anegdocie/item/2355-wieniawa-lekarzem> [dostęp: 31 października 2016]

SPROSTOWANIE Autorem artykułu o Konradzie Dobrskim, który ukazał się w numerze „GL” 04/2017, był **Andrzej Kierzek**, a nie – jak błędnie podano – **Kazimierz Janicki**. Oba panów przepraszamy.

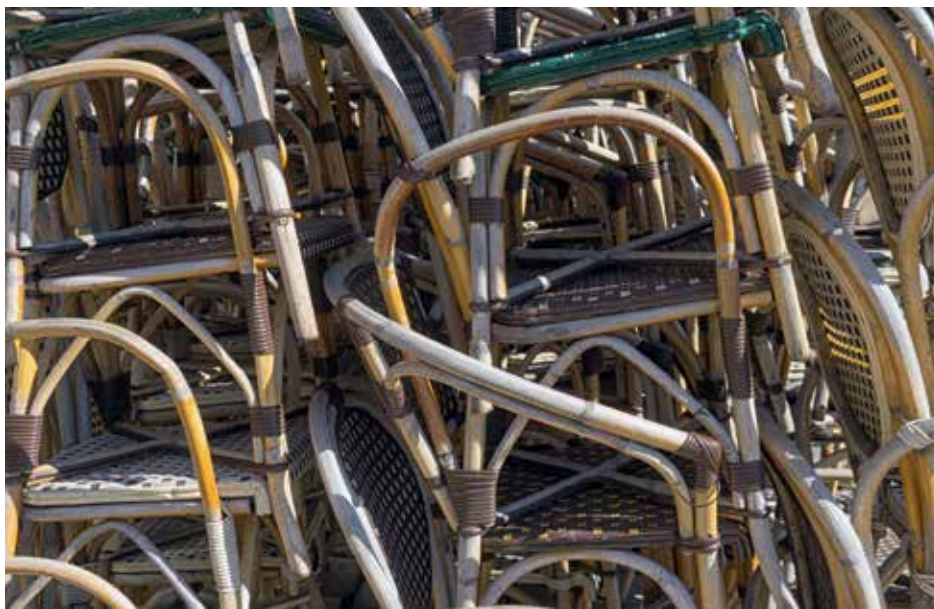
Mimo wszystko

Cieszę się, mimo wszystko...



Joanna
Sokołowska

Lekarz pediatra



W pracy – tyle pracy, że nie wiadomo, w co włożyć lekarskie ręce, których jakby z dnia na dzień coraz mniej. Bo jedne wyjechały już na zasłużony urlop, inne są załamane losem właścicielki – chwilowo pacjentki, a jeszcze inne wzięły swój los w garść i wywozły tam, gdzie podobno lepiej płacą. Te, które zostały, są już wszystkie „na pokładzie”, choć zliczyć je można na palcach jednej ręki.

Z redakcji „Gazety Lekarskiej” płyną delikatne sugestie o terminowym oddawaniu tekstów, a ja już wiem, że będę prosić o wyrozumiałość dla mojego „przetęganowania” i o łagodny wymiar kary. W ramach pokuty noszę laptop, jak włosienicę, na każdy dyżur, choć rzadko kiedy udaje mi się wyjąć go z torby.

W domu – entropia narasta, podobno zgodnie z drugą zasadą dynamiki, ale zupełnie wbrew moim staraniom. Sarta rzeczy do wyprasowania zaczęła żyć własnym życiem i wypiętrza się jak Himalaje, szyby w oknach zmatowiały po ostatnich ulewach, a w promieniach słońca wirują miliardy drobinek kurzu. Żeby tylko wirowały... Jak tylko przestają wirować, osiadają na gładkich powierzchniach mebli w kolorze wenge i jednoznacznie dają mi do zrozumienia, jak daleką od perfekcji jestem panią domu.

Więc jak to tak?! Człowiek niedospany, kolejka pacjentów bez końca, historie chorób niedokończone, przyjaciele nieodwiedzeni, pies niewyglaskany, książki niedoczytane, gary niepomyte. „Ech, żyj...!” – wypadaloby westchnąć i strzelić sobie w łeb, a nie się szczerzyć – na wszystkich frontach zawałone, niedopracowane,

▲ – **Widzisz – mówię do psa, który przede wszystkim jest jamnikiem i do strzelających zaślepkami mebli odnosi się z lekceważeniem.**

prowizorycznie załatane i rządzi zasada: „jakoś to będzie”. Rzeczywistość skrzeczy, jakby miała obrzęk krtani, a ja się cieszę, jak wioskowy głupek? Choć wiem, że nie wypada tu – gdzie wszyscy narzekają, i teraz – gdy powodów do narzekania nie brakuje – spróbuję się jednak wytłumaczyć.

Kupiłam komplet mebli na balkon – wygodne fotele plus stolik kawowy. „Technorattan” – powiedział z emfazą sprzedawca w markecie budowlanym, zachwalając materiał. Wprawdzie ani z rattanem nie ma to wiele wspólnego, ani to zbyt „techno”, ale ładnie udaje plecionkę z indonezyjskiej palmy. Już widziałam siebie ułożoną niedbale na nowo zakupionym „technorattanowym” szeszlunku, pisząc kolejny felieton – wystarczy tylko zapłacić, przywieźć, ustawić i zalec w malowniczej pozie na słonecznym balkonie...

Meble spakowane były do pudła. Widocznie ich producenci (lub producenci pudła) obserwowali moje wcześniejsze doświadczenia w transportowaniu niewielkim miejskim samochodem osobowym kolejno: dywanu o wymiarach boiska do siatkówki, dwóch rowerów, jodły alpejskiej i oleandra w okresie wegetacji. Działając w porozumieniu z marketem budowlanym (tego jestem pewna), wymiary pudła dobrano tak, by przy jakiegokolwiek próbie zapakowania do samochodu, wystawał z którejś strony choćby jeden centymetr pakunku, uniemożliwiając skutecznie zamknięcie drzwi. Nie było wyjścia, zamówiłam transport, zapłaciłam. Poprosiłam o wniesienie do domu – zapłaciłam raz jeszcze. Rozpakowałam pudło. W środku były „technorattanowe”

puzzle oraz średniej grubości książeczka formatu A4, zatytułowana „Łatwy montaż”. Nad tym, co było dalej, nie ma co się zbyt długo rozwodzić – po kilku godzinach, przy udziale męża obdarzonego zmysłem konstruktorskim i uzdolnionego manualnie syna, przy użyciu paru nieprzewidzianych w instrukcji „łatwego montażu” narzędzi oraz bogatego arsenału niecenzuralnych przymiotników i epitetów – osiągnęliśmy efekt końcowy: dwa fotele, stolik bez nóżek i około trzydziestu elementów, dla których nie znaleźliśmy przeznaczenia. Chociaż nie – znaleźliśmy! Te nadliczbowe śrubki, nakrętki i zaślepki wymieniłam następnego dnia w sklepie na brakujące nóżki do stolika. Mojej uwadze nie uszedł fakt, że miły pracownik marketu wydobył je dla mnie, dekompletując inny zestaw mebli ogrodowych do samodzielnego montażu... No cóż, jednak mniej boli cudze nie-szczęście... Przewornie zostawiłam sobie kilka elementów robiących „klik”

WIĘC JAK TO TAK?! CZŁOWIEK NIEDOSPANY, KOLEJKA PACJENTÓW BEZ KOŃCA, HISTORIE CHOROÓB NIEDOKOŃCZONE, PRZYJACIELE NIEODWIEDZENI, PIES NIEWYGŁASKANY, KSIĄŻKI NIEDOCZYTANE, GARY NIEPOMYTE. „ECH, ŻYŻŃ...”

o nieznanym mi zastosowaniu, więc gdyby ktoś ich potrzebował – służę pomocą.

Siedzę więc teraz w wygodnym, prawie rattanowym, fotelu i piszę. Cieszę się – choć wiem, że tu i teraz – nie bardzo wypada.

Jest ciepło, świeci czerwcowe słońce. W oświetlonych przez nie drobinach kurzu wirują skórożarłoczki skryte – ktoś o wybitnym poczuciu humoru tak przetłumaczył łacińską nazwę *Dermatophagoides pteronyssinus*. Nie będę sprzątać, szkoda mi skórożarłoczków... Od czasu do czasu z oparcia fotela wyskakuje niespodziewanie element, który nie poddał się regułom łatwego montażu i nie zrobił „klik” wtedy, gdy zaplanowano.

Można by go przykleić „Kropelką” na zawsze, ale niech tam (!) – niech sobie czasami wyskakuje – dysydent buntujący się przeciwko systemowi... Niech przypomina, że jeszcze można!

– Widzisz – mówię do psa, który przede wszystkim jest jamnikiem i do strzelających zaślepkami mebli odnosi się z lekceważeniem – czasem, coś się człowiekowi uda!

Obserwuję geologiczną aktywność sterty niewyprasowanego prania – wydobyłam z niej jakiś potrzebny element garderoby, ale dołożyłam kolejną porcję wypłatę przez pralkę – wschodnia ściana masywu zaczęła grozić zawaleniem. Jutro przecież znów pójdę na dyżur, nie będę świadkiem katastrofy.

I jak tu się nie ucieszyć?! ○

REKLAMA

Budynek siada



Artur Andrus

Dziennikarz radiowej „Trójki”,
konferansjer i satyryk

Marta remontowała mieszkanie. Postanowiła skorzystać z usług kuzyna, który rzekomo jest malarzem. Być może u obcych rzeczywiście maluje, u swoich głównie biesiaduje.

Zanosilo się na najdłuższy remont dwupokojowego mieszkania w historii budownictwa mieszkaniowego. Niewiele dłużej budowano pałac w Wilanowie. Marta musiała przywołać do porządku męża, który czuł się w obowiązku dotrzymywania kuzynowi towarzystwa „w remoncie”. I wtedy robota jakoś ruszyła. Słowo „jakoś” precyzyjnie opisuje efekty pracy kuzyna. Marta zobaczyła świeżo pomalowaną ścianę. U góry, dwadzieścia centymetrów pod sufitem, przez całe mieszkanie miał iść pasek. I siedł. Tyle, że krzywo. Marta powiedziała:

– Jurek! Ale ten pasek jest krzywo!

– Yhmryzy... Jak wyschnie, będzie prosto – odpowiedział i poszedł.

Oczywiście pasek sam się nie wyrównał. Musiał przyjść całkiem obcy, dużo droższy, ale przynajmniej malujący proste paski fachowiec. A mnie sytuacja z remontu u Marty zachęciła do spisania innych tego typu tłumaczeń. Uważam, że kuzyn Jurek użył i tak najbardziej abstrakcyjnego, a przez to nie tak denerwującego sformułowania. Mógł powiedzieć:

– A po co patrzeć tak wysoko?

Albo:

– Idzie się przyzwyczaić.

Albo:

– Było prosto. Budynek siada.

Ciekawe, że pałac w Wilanowie jakoś nie siadał, a teraz wszystko siada. Ale, żeby nie było, że czepiam się tylko budowlanców – akustycy nagłaśniający koncerty, kiedy zwraca się uwagę, że dźwięk jakoś dziwnie rozchodzi się po sali, zawsze mówią:

– Przyjdą ludzie, to wytłumia.

W domyśle – samo się poprawi, będzie lepiej. Czasem jest. Ale zazwyczaj nie. A kiedy po koncercie ktoś skarży się, że nie rozumiał słów artysty występującego na scenie, słyszy:

– Na próbie było dobrze, tylko ludzie przyszli i wytłumili.

Oczywiście są zawody, w których tego typu zachowania mogą mieć dużo gorsze skutki niż krzywy pasek pod sufitem czy nieudany koncert. Domyślają się Państwo, do jakiej grupy kieruję tę uwagę? Żeby mówić nie tak wprost, posłużę się dowcipem opowiedzianym mi przez znajomego lekarza. Otóż w piątkowy wieczór doktorowi zepsuła się spłuczka w toalecie. Dzwoni do pana Henia, zaprzyjaźnionej „złotej rączki”. Pan Henio jasno wyraża niechęć do naprawiania toalety w piątkowy wieczór:

– Ale panie doktorze, piątek jest, koledzy czekają pod blokiem, idziemy do baru.

– Panie Heniu, ale zostawi mnie pan tak na weekend z zepsutą spłuczką? Jak ktoś u pana zachoruje, to ja zawsze przyjeżdżam – stara się przekonać pan doktor.

– No dobrze. Zaraz będę.

I rzeczywiście. Pół godziny potem zjawia się pan Henio. Bez narzędzi, w wyjściowym ubranku, pod drzwiami słychać kompanów, którzy prosto „z roboty” zabiorą go do baru. Henio trzyma w ręku dwie białe tabletki, podchodzi do zepsutej spłuczki, pastylki wrzuca do środka, a zdziwionemu lekarzowi mówi:

– I teraz, panie doktorze, proszę obserwować. Jak się nie poprawi, to proszę zadzwonić w poniedziałek.

Zjawisko stosowania usprawiedliwień, tłumaczeń, uspokojień, nie jest u nas czymś nowym. W piosence „Przyjdzie walec i wyrówna”, utrwalił je Wojciech Młynarski. Więc po co o tym znowu piszę? Otóż ta piosenka jest moją rówieśniczką. Powstała dokładnie w roku mojego urodzenia. I tak mi się marzy, żeby stała się już tylko archiwalnym zapisem nieistniejącego zjawiska społecznego. Ale jakoś nie widać zbyt wielu sygnałów świadczących o tym, że nagle przestaniemy „odwalać partaninę, powołując się na walec”.

PS. Prawidłowa odpowiedź na pytanie: „Po co pan Henio w piątkowy wieczór idzie z kolegami do baru?” brzmi: „Idzie się przyzwyczaić”. ○

Po drugiej stronie

Przychodzi wena do lekarza – VI edycja

© JAROSŁAW WANECKI



Po raz pierwszy miałem okazję nie tylko oglądać Galę Konkursu Literackiego im. Profesora Andrzeja Szczekliki, ale także uczestniczyć we wszystkich etapach prowadzących do wyłonienia laureatów. Stało się tak za sprawą współfinansowania wydawnictwa przez Komisję Kultury Naczelnej Rady Lekarskiej. Współpraca z „Medycyną Praktyczną” ułożyła się znakomicie, a „Gazeta Lekarska”, już jako oficjalny patron medialny, będzie sukcesywnie prezentować dziewięciu tegorocznych najlepszych pisarzy i poetów spośród nas.

Wybory konkursowe nie były łatwe. Sprawne przygotowanie uroczystości rozdania statuetek autorstwa zaskapniańskiego rzeźbiarza Karola Gąsienicy-Szostaka, okazało się jeszcze

trudniejsze. Teatr im. Juliusza Słowackiego w Krakowie postawił przede mną jedno z najbardziej emocjonujących zadań realizacyjnych, w którym główne role artystyczne powierzyliśmy: wspaniałej aktorce Annie Dymnej (czytanie fragmentów nagrodzonych prac), Aleksandrowi Fabisiakowi z Narodowego Starego Teatru (prezentacja opinii o Andrzeju Szczekliki napisanych przez Andrzeja Wajdę, Jerzego Ilga, Czesława Miłosza i Adama Zagajewskiego), studentowi V roku wydziału lekarskiego WUM Bartoszowi Zwolanowi (wykonanie fortepianowe utworów Komedy i Chopina), Bronisławowi Majowi (niedoścignionemu w recytacji apoteozy zmarłego pięć lat temu patrona konkursu) oraz Annie Marii Jopek, która z zespołem Krzysztofa Herdzina udowodniła, że muzyka jest jej najwspanialszym żywiołem.

▲ Gala Konkursu Literackiego im. Profesora Andrzeja Szczekliki



Więcej na
www.gazetalekarska.pl

Za kurtyną Siemiradzkiego ustawiliśmy honorowe krzesła jurorów i laureatów. Waldemar Hładki, prezes Unii Polskich Pisarzy Lekarzy prezentował kategorię „proza non-fiction”, w której zwyciężyła Renata Paliga utworem „Badania nad materiałem biologicznym uformowanym na kształt i podobieństwo” (II miejsce – Karolina Kociszewska „Kardiochirurgia”, III miejsce – Katarzyna Lewicka „Oko w oko”). Poetka Ewa Lipska prezentowała kategorię „opowieść lekarza – opowieść pacjenta”. Wygrał Jarosław Paśnik („Garstka słów od Wiktora”), a na podium znaleźli się Adam Bełda „Uporczywa terapia” (II) i Małgorzata Nowaczyk „Którzy zostali”. Lekarzem poetą 2017 r. został Piotr Piątek („Bezdech”). Miejsce drugie przypadło w udziale Kazimierzowi Pichlakowi („Być twą kobietą”), a trzecie – Jerzemu Bezeceńemu („Rozmowa z wnukiem”). Kategorię prezentował Bronisław Maj. Wszyscy otrzymali nagrody z rąk pani Marii Szczekliki i Piotra Gajewskiego.

Stałem za kurtyną w krakowskim Teatrze Słowackiego, malowaną olejem na wielkim płótnie i odznaczałem kolejne punkty scenariusza. Po raz pierwszy nie mogłem przygotować recenzji. Byłem po drugiej stronie. Kiedy światła widowni zapaliły się finalnie, premierę miała książka „Zobaczyć człowieka w człowieku” z zapisem słów szóstej edycji konkursu. W garderobie Anna Dymna opowiedziała mi scenariusz swojego kolejnego wielkiego festiwalu dla osób niepełnosprawnych. Z saloniku Solńskiego jurorzy i organizatorzy przenieśli się do foyer. Tymczasem „Medycyna Praktyczna” szykowała się już do otwarcia Kongresu Internistów, gdzie kontynuowano długą rozmowę o kondycji człowieka, który niezmiennie czeka na „dobre lekarskie słowo”. ○

Przed cięciem



Agata
Morka

Historyk sztuki

Jest taka postać w historii sztuki, której było mi zawsze trochę żal. Już, już prawie miał stać się jednym z bohaterów najślawniejszego obrazu sztuki współczesnej, a tu nic.

Dwudziestopięcioletni Picasso, po wykonaniu tysięcy szkiców do „Pani z Awinionu”, po prostu wyciął z ostatecznej wersji stojących tam wcześniej dwóch mężczyzn. O tego pierwszego Pana z Awinionu, marynarza, nie dbam, bo był raczej tanim dodatkiem do całości sceny. Ale ten drugi nie daje mi spokoju.

„Panny z Awinionu”, pokazane pierwszy raz wąskiemu gronu w pracowni Picassa, wywołały skandal. Ogromne płótno, przedstawiające wnętrze domu publicznego w Barcelonie,

wzbudziło mocne emocje: uznano je za obraźliwy żart pod adresem całej tradycji historii sztuki i wielkich aktów. Po „Pannach” nic nie było już jak wcześniej. I o to właśnie chodziło młodemu malarzowi. Po fазie niebieskiej i różowej, smutnych arlekinach i cyrkach, Picasso rozpoczął swoją własną rewolucję w sztuce. Była to rewolucja starannie zresztą przygotowana.

Ilość szkiców, które Picasso wykonał do obrazu, jest co najmniej zastanawiająca. Tysiące przeróbek, studiów, szczegółów świadczy o tym, jak bardzo zaangażowany był w projekt.

To fascynująca dokumentacja procesu twórczego, tego, co odrzuca i tego, co ocala. Jednym z odrzutów była postać początkowo umieszczona po lewej stronie obrazu. To mężczyzna stojący na pograniczu, odsłaniający kurtykę, spajający to, co na zewnątrz i co w środku. Z twarzą-maską w niektórych szkicach trzymający książkę, w innych czaszkę, interpretowany jest jako student medycyny. Lubię go właśnie za tę chłodną medyczną ciekawość, za pozycję obserwatora, która pozwala mu zobaczyć scenę z innej perspektywy. I szkoda mi tego Picassowskiego cięcia. ☹

obraz A



obraz B



◀ Pablo Picasso,
„Głowa studenta
medycyny”, 1907



Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na
bladmalarski@gazetalekarska.pl
do 18 sierpnia 2017 r.

W temacie maila należy wpisać GL07/08.
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” 05-06/2017

SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY

1. Zmiana wzoru na sukni Higiei na czarne prostokąty.

Stroje malowane przez Klimta odznaczają bogactwo koloru i wzorów. Czarne i złote kwadraty często pojawiały się na sukniach portretowanych przez niego osób, zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Wzór z czarnych prostokątów pojawił się na przykład na szacie mężczyzny ze sławnego „Pocałunku”.

2. Usunięcie węża z rąk Higiei.

Wąż był nieodłącznym atrybutem tej greckiej bogini, symbolizować miał odradzanie się do nowego życia, zatem jego brak byłby tutaj nieuzasadniony.

3. Usunięcie czaszki ze szkieletu u góry obrazu.

Klimt wplótł w historię o medycynie obecność śmierci, stąd u góry obrazu czai się szkielet.

4. Usunięcie rąk kobiety po lewej stronie obrazu i mężczyzny poniżej.

Wyciągnięte ręce postaci, tej kobiecej, dającej życie i tej męskiej, wplecionej w korowód postaci ze śmiercią na czele sugerują bliski ich związek. Poprzez gest tych wyciągniętych rąk Klimt tworzy most między początkiem życia, jego wewnętrznym poplątaniem i wreszcie śmiercią.

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



obraz oryginalny: a



NAGRODZONY Z „GL” 05-06/2017

Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Iwona Liszewska-Kapica z Ostródy**. Gratulujemy!

Pozytywista do szpiku kości

➤ RYSZARD GOLAŃSKI

„Mam zawód, który polega między innymi na tym, że muszę konfrontować się z nieszczęściem”. To słowa Profesora Wiesława Jędrzejczaka, którego nie trzeba przedstawiać polskim lekarzom. Jest postacią powszechnie znaną i szanowaną. Był także aktywny w samorządzie lekarskim podczas jego reaktywacji. Ze stron książki, której okładkę widzją Państwo obok, poznajemy Profesora, jakiego nie znaliśmy.

Justyna Wojteczek przeprowadziła z Profesorem wiele rozmów na bardzo różne tematy. Możemy poznać rodzinę, w tym dziadka, który był działaczem polskim w zaborze niemieckim i jednym z przywódców powstania na Pomorzu. Ojca, żołnierza wojny w roku 1939 i matkę, dyplomowaną księgową, której pasją było... szycie. Pod jej okiem Profesor nauczył się szyc spodnie.

Dla lekarza najważniejsze są oczywiście te fragmenty, które dotyczą działań, z których bohatera książki zna cała medycyna i nie tylko medycyna Polska – przeszczepiania szpiku. Była to idea bliska Profesorowi jeszcze przed studiami. W podaniu o przyjęcie na Wojskową Akademię Medyczną jako motywację podał: po studiach chcę się zająć przeszczepianiem szpiku. Inspiracją były działania Francuza, prof. Georges Mathe, przeszczepiającego szpik ofiarom awarii jądrowej w Jugosławii.

Nie brakowało w życiu Profesora momentów dramatycznych. Wspaniale rozwijająca się międzynarodowa kariera naukowa przerwana została wprowadzeniem stanu wojennego, dwukrotne rozwiązanie

stworzonych przez niego zespołów transplantacji szpiku, publikacje prasowe związane ze śmiercią dwudziestoletniego pacjenta, który był leczony z powodu białaczki nową, eksperymentalną metodą – przeszczepieniem krwi pępowinowej od dwóch dawców. Istotą eksperymentu było to, że chory otrzymał dwie porcje krwi pępowinowej. Pacjent zmarł z powodu grzybicy mózgu. W tym ostatnim przypadku prof. Jędrzejczak został ostatecznie oczyszczony ze wszystkich postawionych mu zarzutów.

Dla mnie najbardziej interesującym fragmentem książki jest rozdział poświęcony przygotowaniom zespołu, kierowanego przez Profesora, do pierwszego przeszczepienia szpiku. Lata 1984-85. Czyta się ten rozdział prawie jak powieść sensacyjną. Własnoręcznie wykonywany, z pomocą „Pana Złotej Rączki”, sprzęt potrzebny do pobierania szpiku. Ćwiczenia współpracy lekarzy, mających niebawem przeszczepiać szpik, na zabawkach. Pokonywanie najrozmaitszych przeszkód związanych z przygotowaniem miejsca transplantacji. Osobiste remontowanie przez lekarzy pomieszczeń przyszłej pracowni. Determinacja szefa i członków zespołu. Młodzi ludzie, także młodzi lekarze, mogą odnosić się do tej relacji z niedowierzaniem. Nie zmienia to faktu, że wszystkim, także osobom młodym, rekomenduję przeczytanie tej książki. Życiorys Pana Profesora Wiesława Jędrzejczaka udowadnia, że medycyna, zwłaszcza zaś nauka w medycynie, to zajęcie dla ludzi z powołaniem i pasją. ○



^ „Pozytywista do szpiku kości”

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

Medyczne skutki terroryzmu

Przemysław Guła, Kuba Jałoszyński,
Paweł Tarnawski

Praktyczny przewodnik, jak służby ratownicze powinny reagować na następstwa zamachów – od etapu dysponowania, kierowania akcją ratowniczą, pracą szpitali aż do roli medycyny sądowej w kontekście identyfikacji ofiar i oceny mechanizmów urazu. Publikacja powstała na bazie doświadczeń samych autorów.



Gen. Ukryta historia

Siddhartha Mukherjee

Autorka opowiada, skąd wzięła się genetyka i jak przez lata rozwijała się ta dziedzina medycyny. Geny z jednej strony dały odpowiedź na przyczyny wielu chorób, z drugiej – odkryły eugenikę. Jaka będzie przyszłość genetyki? Publikacja nominowana do wielu prestiżowych nagród, w tym słynnej Baillie Gifford Prize.



Czytelniczce w odpowiedzi

❶ SŁAWOMIR BADUREK

To prawda, wizyta w prywatnym gabinecie ordynatora oddziału / kierownika kliniki potrafi nieraz zdecydowanie skrócić czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala. Jednak nie nazwałbym tej ścieżki „patologią”, bo byłoby to zbyt daleko idące i w większości przypadków krzywdzące uogólnienie. Co najistotniejsze, w obowiązującym u nas z woli polityków systemie, kierowanie do szpitala z gabinetu prywatnego jest legalne.

Zapomnieli o tym reporterzy Telewizji Republika, a Pani doktor Luiza Greczko, której list został zamieszczony w „GL”, nr 5-6/2017, najwyraźniej kwestionuje taką możliwość, ulegając argumentowi, że „wszyscy przecież wiedzą, o co chodzi”. Na tej zasadzie, głównie za sprawą

nierzetelnych dziennikarzy, nieustannie robi się z nas nieuków, łapowników i oszustów.

Mnie się to nie podoba, bo od domysłów wolę twarde dowody, a tych w materiale reporterów Telewizji Republika zabrakło. Zamiast nich mieliśmy merytorycznie zasadne, zgodne z prawem postępowanie lekarza, które miało posłużyć za dowód kryminalnego procederu w warszawskim szpitalu.

Jeśli do mojego gabinetu zgłosiłby się pacjent, demonstrujący objawy mocno sugerujące nowotwór złośliwy przewodu pokarmowego (a za takiego chorego „przebrał się” dziennikarz-prowokator), zaproponowałbym mu jak najszybszą diagnostykę, podobnie jak zrobił to profesor Wardyn. Nie chce mi się wierzyć, że pacjenci Pani doktor „ze znacznie pilniejszymi wskazaniem do

hospitalizacji są odsyłani z izby przyjęć z kwitkiem”. Po pierwsze trudno sobie wyobrazić pilniejsze wskazania do badań diagnostycznych. Po drugie, w takich przypadkach, jak pokazany w programie, lekarze POZ wystawiają pacjentom karty DILO, co oznacza szybką diagnostykę w szpitalu w ramach powszechnego ubezpieczenia. Na przykładzie szpitala, w którym pracuję, wiem, że ta ścieżka działa. Nie wszyscy pacjenci z niej korzystają, bo są wśród nich i tacy, którzy wolą nawet najbardziej oczywistą diagnozę usłyszeć z ust ordynatora lub profesora.

Jeśli dziennikarzom chodziło o pokazanie patologii, to realizacja okazała się trafieniem kulą w płot. I o tym, a nie bronienu jakiegoś patologicznego układu w imię złe pojętej solidarności zawodowej, traktował mój felieton. 



▲ List Czytelniczki ukazał się w nr. 5-6/2017 „Gazety Lekarskiej”

GL
LISTY

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



Sepsa

Andrzej Kübler

Kompendium wiedzy o sepsie. Od historii, przez epidemiologię, etiologię, patogenezę, po rozpoznanie i terapię. Autor zajmuje się leczeniem pacjentów z sepsą od wczesnych lat 70. XX wieku. Choć wiemy o tej chorobie coraz więcej, to w dalszym ciągu jest ona jednym z wielkich wyzwań współczesnej medycyny. Jaka będzie jej przyszłość?



Słownik medyczny angielsko-polski i polsko-angielski

Maciej Ganczar, Olga Kwiatkowska

Publikacja zawiera około 60 tysięcy haseł z wielu dziedzin medycyny – m.in. anatomii, fizjologii, embriologii, położnictwa, patologii, mikrobiologii, biochemii, psychologii, elektroradiologii, a nawet logopedii i pielęgniarstwa. Nie zabrakło także wyrazów związanych z diagnostyką.



Nietypowo

W dniach **6-7 maja** w Sopocie odbyły się 14. Mistrzostwa Polski Weteranów w Rzutach Nietypowych. Wśród startujących znalazło się czworo lekarzy (Beata Warzecha, Konrad Bońda, Włodzimierz Dłużyński i Zenon Krukowski), którzy zdobyli w sumie 18 medali. Przypominamy, że kolejne zawody to: Mistrzostwa Polski Weteranów i Lekarzy w Lekkiej Atletyce (Kraków **1-2 lipca**), Medigames (Marsylia **1-8 lipca**), Mistrzostwa Europy Weteranów w Aarhus (**od 27 lipca do 6 sierpnia**), Mistrzostwa Świata w Rzutach Nietypowych w węgierskim Tata (**18-20 sierpnia**), a na koniec sezonu Igrzyska Lekarskie (**6-10 września**). ○

Golf

W dniach **27-28 maja** na polach niedaleko Otwocka i w Lublinie rozegrano serię turniejów w ramach X Mistrzostw Izby Lekarskich w Golfie. Jubileuszowa impreza, zaplanowana jako zawody sportowe i piknik rodzinny, odbyła się dzięki współfinansowaniu przez OIL w Lublinie i NIL. W ciągu dwóch dni mistrzostw ponad 50 osób ze środowiska lekarskiego wzięło udział w turniejach głównych oraz w zawodach dla początkujących. ○



MTB

W tym roku Mistrzostwa Polski MTB Lekarzy w Kolarstwie Górskim odbędą się **2 września** w Istebnej. To już dwudziesta edycja tej imprezy. ○



Więcej na
www.gazetalekarska.pl

Wszystkie ręce na pokład

Żaglowiec Pogoria, biorący udział w regatach Tall Ship Races, zawita do Kołobrzegu, gdzie w dniach **9-10 sierpnia** odbędzie się Piknik Profilaktyki Nowotworowej. Projekt jest objęty patronatem Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej. Zaplanowano trzy etapy: **1-5 sierpnia**: rejs Pogorią w ostatnim etapie regat Tall Ship Races z Kłajpedy do Szczecina. **8-9 sierpnia**: drugi etap rejsu Pogorią na trasie Szczecin-Kołobrzeg (załogę Pogorii będą wspierać znani i lubiani lekarze). **9-10 sierpnia**: odbędzie się Piknik Profilaktyki Nowotworowej w Kołobrzegu w pobliżu latarni morskiej. (O)



Rajd konny

Klub Jeździecki, działający przy Komisji Sportu i Rekreacji ORL w Łodzi, zorganizował Ogólnopolski Rajd Konny Lekarzy im. Majora Hubala. (O)



Regaty

W dniach **1-3 września** odbędą się XXVII Żeglarskie Mistrzostwa Polski Lekarzy. Zakwaterowanie, tak jak w poprzednich latach, w Imionku koło Pizsa. Startują załogi czteroosobowe, w tym minimum dwoje lekarzy, przy czym sternikiem jachtu musi być lekarz. Regaty odbędą się na 30 łodziach typu Delphia 21 w systemie przesiadkowym – po każdym dniu pływania ponowne losowanie jachtu. Osoba osobiście obsługująca urządzenie sterowe musi posiadać stopień żeglarski (minimum żeglarsza jachtowego). Zgłoszenia osobiste, telefoniczne, faksem lub pocztą elektroniczną w terminie do 21 lipca należy składać w Biurze Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie. (O)



Więcej na
www.gazetalekarska.pl

SPROSTOWANIE Panią doktor **Annę Piaszczyńską** przepraszamy za podanie błędnego nazwiska w poprzednim numerze w relacji z Mistrzostw Świata Lekarzy i Farmaceutów.



) Ogłoszenia

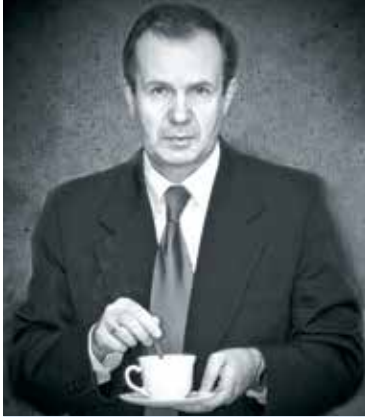








) Komunikaty



Jarosław Wanecki

Przewodniczący kolegium
redakcyjnego „Gazety Lekarskiej”

Repetowanie

„Historia się wprawdzie nie powtarza, ale udziela lekcji”
– pisze Timothy Snyder w książce „O tyranii”, odkrywając wizje polityczne ubiegłego wieku i ich współczesne analogie: populistyczne hasła, chwytły wyborcze, zarządzanie strachem i pośpieszne zmiany prawa w imię wolności i bezpieczeństwa.

Wolne zawody mogą wykształcić formy dialogu etycznego, który nie jest możliwy między odosobnioną jednostką a odległym rządem. Jeżeli wykonujący te zawody myślą o sobie jako o grupach posiadających wspólne interesy i zobowiązanych do nieustannego przestrzegania pewnych norm i zasad, daje im to pewność siebie, a w pewnym zakresie także i władzę. Etyki zawodowej musimy przestrzegać właśnie wtedy, gdy słyszymy, że sytuacja jest wyjątkową. Wówczas nie ma mowy o czymś takim jak „tylko wykonywanie rozkazów”. Jeżeli jednak przedstawiciele wolnych zawodów pomyślą zasady obowiązującej ich etyki z emocjami bieżącej chwili, mogą mówić i robić rzeczy, które wcześniej wydawały im się niewyobrażalne”.

Amerykański historyk kieruje swój tekst z grudnia 2016 r. do obywateli USA, pisząc, że warto czerpać naukę z historii w krytycznych momentach. Swoje rady zamyka w dwudziestu lekcjach, z których każda mogłaby stać się odrębnym tematem nie tylko felietonu, ale całej debaty. Przekonuje, że rozwój handlu światowego XIX w. i globalizacja schyłku wieku XX rodziły wielkie nadzieje na postęp. „U zarania poprzedniego stulecia – tak jak na początku naszego – nadziejom tym zagroziły jednak nowe wizje polityki masowej: pojawili się przywódcy i partie twierdzące, że wyrażają bezpośrednią wolę narodu. W latach 20. i 30. XX wieku demokracje europejskie stoczyły się w otchłań prawicowego autorytaryzmu i faszyzmu”. Komunizm w latach 40. poszerzył swoje wpływy ustrojowe (także na terenie Polski), a „historia dowodzi, że społeczeństwa mogą się rozpaść, demokracje – upaść, etyka może się załamać, a zwykli ludzie mogą stanąć nad dołem śmierci z bronią w ręku (...). Przekonanie, że nasze demokratyczne dziedzictwo automatycznie chroni nas przed takimi zagrożeniami, może być kuszące”, co autor, strona po stronie, opisuje jako „błędny odruch”. Mimo przekonania, że jesteśmy mądrzejsi, mogący wyciągać wnioski z doświadczeń naszych przodków, moja nadzieja gasła z każdym rozdziałem.

Szczególnie zainteresowała mnie fragment opisujący genezę sztuki teatralnej „Nosorożec” napisanej przez Eugene Ionesco.

Dramaturg wspominał: „Profesorowie uniwersyteccy, studenci, intelektualiści stawali się jeden po drugim nazistami i wstępowali do Żelaznej Gwardii. Z początku na pewno nie byli nazistami. Spotykaliśmy się w gronie mniej więcej piętnastu osób, żeby rozmawiać i próbować szukać argumentów przeciw ich retoryce. To nie było łatwe (...). Od czasu do czasu jeden z przyjaciół mówił: Oczywiście nie zgadzam się z nimi, ale w pewnych kwestiach muszę jednak przyznać – na przykład jeżeli chodzi o Żydów...” itp. To właśnie był objaw. Trzy tygodnie później ktoś taki stawał się nazistą. Maszyna go wciągała, przyjmował wszystko, zostawał nosorożcem”.

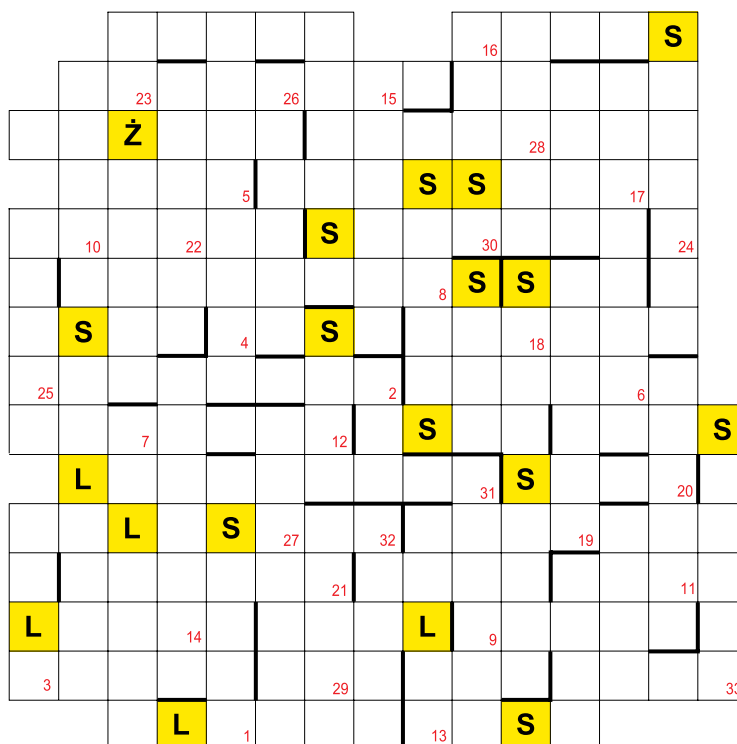
„Być oszukanym w polityce nie jest usprawiedliwieniem” – pisał Leszek Kołakowski, a Snyder namawia: „Nie bądź z góry posłuszny; Broń instytucji – to one pozwalają zachować przyzwoitość; Strzeż się państwa jednopartyjnego; Weź odpowiedzialność za oblicze świata; Pamiętaj o etyce zawodowej; Miej się na baczności przed organizacjami paramilitarnymi; Jeżeli musisz nosić broń, bądź rozważny; Wyróżniaj się; Dbaj o język – unikaj fraz, które słyszysz od wszystkich innych; Wierz w prawdę; Bądź dociekliwy; Nawiązuj kontakt wzrokowy; Chroni swoje życie prywatne – wysyłając e-mail, piszesz na niebie; Wspieraj słusze sprawy; Ucz się od ludzi z innych krajów; Nasłuchuj niebezpiecznych słów, gdy ktoś podstępnie sięga do patriotycznego leksykonu; Gdy nadejdzie niewyobrażalne, zachowaj spokój; Bądź patriotą (...) tak odważnym, jak potrafisz”.

Podczas spotkania z redaktorami pism izb lekarskich w Bydgoszczy Ryszard Długolecki, chirurg i tłumacz, zaprezentował fragmenty swojej translacyjnej pracy nad dziełami Szekspira. Spojrzałem na koniec pierwszego aktu „Hamleta” i słowa wypowiedziane przez duńskiego królewicza: „... Kaleki stał się kształt naszego świata... Że też przeklęty los musiał to sprawić, że mnie zrodzono, bym miał to naprawić!... Dalej, idziemy...”.

Czy potrafimy iść dalej? „W świecie, z którego wyparowało zaufanie, a przestrzeń międzyludzką wypełnia strach, prawda faktów traci znaczenie, liczy się prawda emocji”. Odczytajmy nauki amerykańskiego historyka poprzez swoje zawody. Coraz trudniej opanować emocje i nie ulec przemianom w plemię nosorożców, rezygnujących w wybranych sferach ze szkiełka i oka. Coraz trudniej patrzeć w oczy tym, którzy wyprzedzają posłuszeństwo w przekraczaniu kolejnych granic przyzwoitości. ○



Objaśnienia 68 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: L, S i Ż. Na ponumerowanych polach ukryto 33 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to mądrość arabska. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 15 sierpnia 2017 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).



Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 224 („GL” nr 04/2017)

Odważ się być mądrym.

Nagrody otrzymują:

Joanna Marzec (Sosnowiec), **Ligia Matysiak** (Rabka Zdrój), **Mikołaj Statkiewicz** (Wrocław). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

*lithiasis * drugie jezioro Europy * nasza chabeta * biodrowa (łac.) * Michaił, poeta romantyczny * zespół skał okruchowych i ilastych * szeroka włoska aleja * skorzonera * wypływa z jeziora Pajanne * świadome śnienie * najbliższy pierwiastek * miasto w pd. części powiatu wrzesińskiego * zwierzęco brzmiące osiedla Bemowa * nabywanie produktów rolnych * zwłoki * stan i prawy dopływ Amazonki * narodowy demokrat * nocny strój pacjenta * statki kosmiczne USA (1964-66) * obecny koalicjant CDU-CSU * przełożony klasztoru franciszkanów * budowlany rodzaj tkanki kostnej zęba * płynie w Ciechanowcu * na prochy lub głosy * vulva * minerał dwutlenku krzemu * Irlandia * obiekt stary i chroniony * udomowiony dzik * gminny węzeł kolejowy na wschód od Łodzi * kostium sportowców i łobuzów * italska Demeter * starożytna Toskania * nietykalna świętość * stolica Epiru * manubrium * Wlkp. nad Wartą * prawy ojciec rodu w „Starej baśni” * białko kurczliwe włókien mięśniowych * „narkotyczny” stan Birmy * nocna podróż Mohameta na grzbiecie Al-Buraka * satelitarna odmiana gry w bilard * wątrobowce i mchy * pd. ramię delty Renu * przynęty * uzdrowienie * gatunki przeważające, np. świerk w reglu * wyspa Odysa * streszczenie dokumentu (łac.) * oliwkowoszarą z rodziny pokrzewek * w Irkucku wpada do Angary * syn Ela, wróg Baala * Gram-ujemne ziarenkowce (łac.) * rym niedokładny * stolica Alzacji * krzywa * rezus lub magot * chorwacka wyspa ze spółgłosek * gród przy ujściu Wieprzy do Wisły * nauka o małych pałeczkach Gram-ujemnych * organizacja USA do badań kosmicznych * Wiślany lub Szczeciński * Karol z Wadowic * zapis pracy serca * słone jezioro, 3-cie w Australii * pieśń w operze * dekret cara * Variola

Jerzy Badowski

Wydawca:



Naczelna Rada Lekarska

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 170 200 tegz.

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

Redaktor naczelny:
Ryszard Golański
Tel. 600 909 382
naczelny@gazetalekarska.pl

Zastępca redaktora naczelnego:

Marta Jakubiak
Tel. 608 316 248
m.jakubiak@gazetalekarska.pl

Dziennikarze:
Lucyna Krysiak
Tel. 696 48 70 48
l.krysiak@gazetalekarska.pl

Lidia Sulikowska
Tel. 668 854 344
l.sulikowska@gazetalekarska.pl

W celu zmiany adresu wysyłki „Gazety Lekarskiej” prosimy kontaktować się z właściwą okręgową izbą lekarską.

Redakcja:
Tel. (22) 558 80 40
Fax (22) 558 80 42
redakcja@gazetalekarska.pl

Stale współpracują:

Artur Andrus (Warszawa)
Jerzy Badowski (Olsztyn)
Sławomir Badurek (Toruń)
Jarosław Klimek (Łódź)
Anna Lella (Olsztyn)
Agata Morka (Berlin)
Małgorzata Serwach (Łódź)
Joanna Sokołowska (Płock)

Redaktor portalu internetowego:

Mariusz Tomczak
m.tomczak@gazetalekarska.pl

Adres redakcji:
00-764 Warszawa,
ul. Jana III Sobieskiego 110
www.gazetalekarska.pl

Opracowanie graficzne:
Teresa Urawska

Reklama i marketing:

Elżbieta Tarczyńska
Tel. (22) 559 13 26
Fax (22) 558 80 42
Tel. 606 699 830
e.tarczyńska@gazetalekarska.pl

Ogłoszenia:
Michał Ostaszewski
Tel. (22) 559 13 26
Fax (22) 558 80 42
m.ostaszewski@gazetalekarska.pl

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

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

