

Gazeta Lekarska

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

o zdrowiu
NA SZCZYCIE



SAMORZĄD

Wspólna sprawa

Ponad sto podmiotów podpisało apel o zwiększenie finansowania ochrony zdrowia

REPORTAŻ

Odejść w spokoju

Jedziemy do Saarlandu, regionu położonego w zachodniej części Niemiec

PRAKTYKA LEKARSKA

Pilotaż POZ Plus

W styczniu ruszy pilotaż, placówki otrzymają dodatkowe pieniądze

Spis treści

- 4 **Na wstępie** R. Golański: Inne wakacje i... wybory
- 6 **Pierwszym głosem** M. Hamankiewicz:
Być lekarzem
- 7 **Skrining**
- 9 **Obserwacje** S. Badurek: Urlop od telewizora
- 10 **Temat miesiąca:** O zdrowiu na szczycie
- 14 **Rozmowa o zdrowiu:** Chirurgia to moje życie
- 17 **Nasi w Europie** R. Krajewski: Recertyfikacja?
- 18 **Ze świata:** Sukces kosztuje
- 20 Precyzyjna diagnoza
- 21 **Samorząd:** Meritus Pro Medicis 2006
- 22 Wspólna sprawa
- 24 Zaświadczenia o szczepieniu
- 26 **Zgryz:** Pieniądze, rtęć i rokowania
- 28 **Stomatologia:** Sesja NIL na CEDE
- 30 Zgoda bywa uciążliwa
- 32 **Punkt widzenia** J. Małmyga:
Czas na przebudzenie
- 34 **Kodeks Etyki Lekarskiej:** Recydywista
- 35 **Reportaż:** Odejść w spokoju
- 38 **Lekarskie towarzystwa naukowe:**
Mamy epidemię alergii
- 40 **Nauka w skrócie**
- 41 **Biuletyn**
- 44 **Stukot białych trepów:**
Odległość 3 km, a pomiędzy przepaść
- 46 **Polskie innowacje:** Przełomowa
terapia w angioplastyce
- 47 **Praktyka lekarska:** Estetycznie i mądrze
- 48 Mamy sieć i...?
- 50 Pod parasolem PUOP
- 52 Pilotaż POZ Plus
- 54 **Dwugłos:** Polipragmazja
- 56 **Praktyka lekarska:** Pacjenci,
o których zapomniał świat
- 58 **List do redakcji**
- 62 **Historia i medycyna:** Czas to życie
- 64 **Indeks korzyści:** Cała Polska czyta
- 66 **Ze sceny** A. Andrus: Istotne wstrząśnienie
- 68 **Kultura:** Nad chmurami
- 70 **Kultura**
Nasza czytelnia
- 72 **Sport**
- 74 **Ogłoszenia**
- 80 **Komunikaty**
- 81 **Epikryza (71)** J. Wanecki: Lekarze kobietom
- 82 **Jolka lekarska**



Zgoda bywa
uciążliwa

30



40

SM a komórki
macierzyste



Estetycznie
i mądrze

47



WIĘCEJ NA WWW.GAZETALEKARSKA.PL

WOLNY RYNEK A SZPITALA

„Gra rynkowa” w systemie ochrony zdrowia to zjawisko obecne przede wszystkim w krajach trzeciego świata – mówi rzecznik resortu zdrowia pytany o sieć szpitali. Co ma na myśli?

MŁODZI LEKARZE

Ministerstwo Zdrowia zaprosiło przedstawicieli Komisji Młodych Lekarzy NRL do współpracy przy tworzeniu projektu nowej ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Inne wakacje i... wybory

Mimo że wiele lat minęło od ukończenia przez nas szkół, chętnie używamy w stosunku do lipca i sierpnia określenia: wakacje. Z jednej strony jest to rodzaj powrotu do czasu młodości, z drugiej – wakacje mają nasze dzieci lub wnuki.



Ryszard Golański

Redaktor naczelny
„Gazety Lekarskiej”

Należy z żalem ogłosić: koniec wakacji. Tylko studenci jeszcze mogą skorzystać z uroków czasu wolnego, chyba że czeka ich sesja poprawkowa lub praca. W tytule napisałem: inne wakacje. Mam na myśli wakacje, a właściwie urlopy lekarskie. Dlaczego są, moim zdaniem, inne?

Przed wszystkim dlatego, że niewielu spośród nas pozwala sobie na urlop dłuższy niż dwa tygodnie, często jest to tydzień. Starsi z nas pamiętają zapewne, że kiedyś powszechne było branie urlopu na cały miesiąc i dzielenie go na wyjazd w góry i nad morze czy jeziora albo za granicę. Do tych rozważań skłoniło mnie planowanie urlopu, który przede mną. Z trudem przypominałem sobie, kiedy poprzednio byłem na urlopie czternaście dni. A przecież naukowcy, którzy zajmują się efektywnym wypoczynkiem, mówią i piszą o tym, że aby dobrze wypocząć i zregenerować się fizycznie, a co ostatnio bardzo istotne, szczególnie psychicznie, potrzebujemy więcej niż siedem dni. Znakiem czasu jest to, że o terminach lekarskich urlopów decyduje liczba osób, które z danej placówki mogą jednocześnie skorzystać z przysługującego im wolnego oraz wykonanie kontraktu z NFZ. Usłyszałem ostatnio od jednego z kolegów, że będzie mógł pójść na urlop w grudniu, bo jego oddział do tego czasu „wyrobi” wszystkie punkty przydzielone na ten rok i większość lekarzy nie będzie miała

co robić. Sytuacja ekonomiczna naszych koleżanek i kolegów jest bardzo zróżnicowana. Są wśród nas osoby, których status finansowy jest na przyzwoitym poziomie. Dlatego słyszymy po urlopach opowiadania o niezwykle egzotycznych miejscach. Ale jest również duża grupa lekarzy, szczególnie młodych, dla których finanse są znaczącym ograniczeniem możliwości urlopowych, zarówno co do czasu jego trwania, jak i miejsca jego spędzania. Młodzi ludzie potrafią być na szczęście bardzo przedsiębiorczy i zorganizować sobie urlop w bardzo ciekawych miejscach za nieduże pieniądze. Chętnie zamieścimy w „Gazecie Lekarskiej” relacje z takich wyjazdów. Czekam na Państwa listy.

Lekarze pełniący funkcje kierownicze nie myśleli o wypoczynku, bo weszła w życie ustawa o sieci szpitali i trzeba było czekać na jej konsekwencje odnośnie placówki, którą się kieruje. O skutkach wejścia w życie ustawy piszemy na str. 48. Kolejna zmiana w prawie medycznym to projekt ustawy o POZ. Prace nad nim trwały mimo okresu urlopowego. Trudno przewidzieć skutki tej nowej regulacji dla poradni, ich właścicieli i pracujących w nich lekarzy i dla pacjentów. Według założeń ministerstwa ma być lepiej, ale czy będzie i komu będzie lepiej? Pewne dane przyniesie planowany w tej sprawie pilotaż. Więcej na str. 52. W wielu izbach okręgowych wrzesień będzie miesiącem wyborów delegatów na zjazd okręgowy. Zatem wysyłajcie swoje głosy, Koleżanki i Koledzy, aby mieć wpływ na to, co się dzieje w naszym samorządzie. ☺

MIGAWKA

➤ Sekretarz stanu
w Ministerstwie Zdrowia,
Józefa Szczurek-Żelazko,
gościła w Naczelnej Izbie Lekarskiej.
Podczas spotkania omówiono kwestie
dotyczące ochrony zdrowia
i pracy lekarzy w systemie,
w tym kwestie dotyczące
funkcjonowania szpitali
powiatowych.



FOTO: KATARZYNA STRZAŁKOWSKA

Za życiem

1 stycznia 2017 r. weszła w życie ustawa z 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” [Dz.U. 2016 r., poz. 1860]. Przyznaje ona pewne uprawnienia pacjentom i nakłada na lekarzy nowe obowiązki z nimi związane. Mimo że przewiduje prowadzenie akcji informacyjnej wśród pacjentów i lekarzy, to działania te okazują się nie do końca skuteczne.

 **JAROSŁAW KLIMEK** Radca prawny OIL w Łodzi

Ustawa przewiduje wsparcie kobiet w ciąży i rodzin w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej. Uprawnienia te przysługują świadczeniobiorcom oraz osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wsparcia udzielać mają m.in. świadczeniodawcy w rozumieniu tej samej ustawy.

Wsparcie, którego udzielają świadczeniodawcy, polega na zapewnieniu:

1. dostępu do diagnostyki prenatalnej kobietom w ciąży,
 2. odpowiednich świadczeń opieki zdrowotnej dla kobiety w okresie ciąży, porodu i porodu, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet w ciąży powikłanej oraz w sytuacji niepowodzeń położniczych (które poinformowano, że dziecko może umrzeć w trakcie ciąży lub porodu, których dziecko zmarło bezpośrednio po porodzie na skutek wad wrodzonych, które po porodzie nie zabiorą do domu dziecka z powodu: urodzenia dziecka martwego, urodzenia dziecka niezdolnego do życia, urodzenia dziecka obciążonego wadami wrodzonymi albo śmiertelnymi schorzeniami, w razie poronienia),
 3. odpowiednich świadczeń zdrowotnych oraz dostępu do usług koordynacyjno-opiekuńczo-rehabilitacyjnych dla dziecka, ze szczególnym uwzględnieniem dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu,
 4. możliwości przeprowadzenia porodu w szpitalu III poziomu referencyjnego.
- Ustawa wymienia w tym zakresie świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego (w tym zabiegi wewnątrznaczyniowe), rehabilitację leczniczą, opiekę paliatywną i hospicyjną, poradnictwo laktacyjne.

Zdiagnozowanie ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia albo nieuleczalnej choroby zagrażającej życiu,

które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, musi zostać potwierdzone zaświadczeniem, które zobowiązany jest wydać lekarz ubezpieczenia zdrowotnego posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty z położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii. Uprawnia ono do przewidzianych ustawą świadczeń.

Lekarze POZ oraz lekarz ubezpieczenia zdrowotnego posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty z położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii lub pediatrii zobowiązani są do wydawania zaświadczeń potwierdzających uprawnienie świadczeniobiorcy do 18. roku życia, u którego stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, do korzystania z wyrobów medycznych bez uwzględnienia okresów użytkowania. Osoby legitymujące się takim zaświadczeniem mają też prawo do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez skierowania.

Kobiety w ciąży i świadczeniobiorcy do 18. roku życia, którzy legitymują się opisanymi zaświadczeniami, mają także prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych w aptekach, co oznacza, że świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i świadczenia szpitalne powinny być im udzielone w dniu zgłoszenia, a jeśli nie jest to możliwe, w innym terminie, poza kolejnością wynikającą z prowadzonej listy oczekujących, zaś świadczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej powinny zostać im udzielone nie później niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia.

Minister Zdrowia zobligowany został ustawą do zamieszczenia na stronie internetowej ministerstwa informatora o uprawnieniach przysługujących zgodnie z omawianą ustawą, a podmioty udzielające świadczeń mają obowiązek udzielania w takim samym zakresie informacji w miejscu udzielania świadczeń. 

Być lekarzem

Postanowiłem zalogować się do systemu monitorowania kształcenia, co powinien uczynić każdy lekarz i lekarz dentysta w Polsce.



Maciej Hamankiewicz

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Zacząłem szukać odpowiedniej zakładki na stronie internetowej Centrum Medycznego Kształcenia Podypłomowego, ale tam niczego nie znalazłem.

W wyszukiwarce Google wpisałem więc hasło „system monitorowania kształcenia” i wyskoczyła strona smk.ezdrowie.gov.pl, a po wejściu – hasło logowania z trzema podhasłami, z których wybrałem opcję „załóż konto”. Tutaj natrafiłem na różnego rodzaju rubryki do wypełnienia, w tym na rubrykę „imię w dopełniaczu” i szereg różnych zgód. Po długim wpisywaniu i kliknięciu „złóż wniosek” myślałem, że to koniec, ale nie. Nie byłem nawet w połowie, o czym poinformował mnie – nie system – a pan informatyk, który testował wcześniej procedurę. „Otrzyma pan teraz e-maila z aktywacją tożsamości” – zaznaczył. Otrzymałem hasło tymczasowe, dość skomplikowane, i opcję „nowe hasło”. System nie podpowiedział, co zrobiłem źle, wpisując moje nowe hasło, ale poinformował, że nie spełnia ono wymagań bezpieczeństwa. Dokonałem więc próby zmiany jednej z liter na dużą i... już spełniało. Przeszedłem dalej, ponownie odhaczając wszystkie zgody, bo system tamtej akceptacji nie zapamiętał. „Teraz systemowi trzeba powiedzieć, kim pan jest” – poinformował mnie pan informatyk. Jak? Złożyć nowy wniosek o modyfikację uprawnień. Kliknąłem. Pojawiła się rubryka „grupa biznesowa”. Ja myślałem, że jestem lekarzem, a nie biznesmem. Uspokoiłem się dopiero po rozwinięciu zakładki: miałem być „osobą decyzyjną” lub „kierownikiem”, lub „kierownikiem specjalizacji”, lub „użytkownikiem”. Przeszedłem rubrykę z wpisaniem izby lekarskiej, ominąłem rubrykę „podmiot” i doszedłem do „numeru seryjnego PWZ”. To numer z dokumentu Prawo Wykonywania Zawodu, czyli niebieskiej książeczki trzymanej zazwyczaj w którejś domowej szufladzie. Znalazłem, wpisałem. Parę rubryk z dokumentu. I kolejne niespodzianki, w tym „numer rejestracyjny” czy „średnia arytmetyczna z egzaminu” i wiele innych. Na końcu pojawiła się możliwość złożenia wniosku papierowego, ale znalezienie opcji „drukuj” – dla wytrwałych. Po wydrukowaniu zostałem pocieszony: „Teraz może pan złożyć wniosek w izbie lekarskiej, ale jeśli zostanie odrzucony przy błędzie, nie ma możliwości edycji. Całość musi pan przejść od początku”.

Jesień to czas, kiedy do izb lekarskich dołączają absolwenci akademii medycznych. W całej Polsce odbywają się uroczystości wręczenia praw wykonywania zawodu i Kodeksów Etyki Lekarskiej wydawanych przez Naczelną Izbę Lekarską w formie małej książeczki, która mieści się do kieszeni

lekarskiego fartucha. Wszystkim, a szczególnie tym, którzy niedawno opuścili mury uczelni, dziękuję za uważną lekturę naszego Kodeksu. Dla mnie, jak i dla wielu z nas od wielu lat uprawiających naszą sztukę medyczną, pozostaje on źródłem nieustającej refleksji. XIII Krajowy Zjazd Lekarzy polecił dokonać przeglądu Kodeksu, by sprawdzić, czy nie wymaga on uaktualnienia. Proszę, byśmy wszyscy wzięli w tej debacie udział. Nie ulega wątpliwości, że ta mała książeczka to dorobek etyczny wynikły z wieloletnich doświadczeń lekarzy, poczynając od Hipokratesa, jednak być może nowe wyzwania współczesnego świata i zmieniający się język skłonią kolejny nadzwyczajny zjazd do zmian. Zachęcam również do lektury komentarzy do KEL publikowanych w „Gazecie Lekarskiej”.

Jak w każdym numerze – apeluję o 6% PKB na zdrowie.

Wielokrotnie byłem pytany o to, czy samorząd lekarski stosuje najsurowszą z katalogu kar orzekanych przez sądy, czyli pozbawienie prawa wykonywania zawodu. Oczywiście zazwyczaj pytanie padało z ust dziennikarzy w kontekście oczyszczania się naszego środowiska z osób, które swoim postępowaniem zasłużyły na to, by już nigdy nie wykonywać zawodu lekarza. W ostatnim czasie wątpliwość w tym zakresie zgłosił Rzecznik Praw Obywatelskich. Obserwując drastyczność przypadków odebrania prawa wykonywania zawodu, uważam, że są osoby poddane karze ze względu na swoje postępowanie nigdy więcej nie powinny zajmować się leczeniem. Prawo pacjenta do otrzymania właściwej pomocy medycznej osoby budzącej zaufanie co do kwalifikacji etycznych należy stawiać wyżej niż wolność jednostki do wyboru zawodu. Natomiast wszystkich tych, którzy mogliby obawiać się nadmiernej represji ze strony sądów lekarskich, uspokajam, że kary są orzekane z dostateczną rozważą, a możliwość składania kasacji do Sądu Najwyższego przez ministra zdrowia i prezesa NRL zapewnia szeroką możliwość poddania orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego weryfikacji przez najwyższą instancję sądowniczą.

Na dyżurze odeszli na wieczny dyżur. W sierpniu spotkaliśmy się z kolejnymi przypadkami śmierci lekarki i lekarza podczas wykonywania pracy. I choć przyczyna ich śmierci nie jest nam jeszcze znana, to fakt, że zdarzyło się to na dyżurze, zawsze powoduje rozważania, czy aby nie pracowali zbyt dużo, czy nie zabił ich stres, czy żyliby teraz, gdyby wykonywali inny zawód. Najbliższym składam wyrazy współczucia. ☹

» Lekarze i szczepienia

Lekarze i lekarze dentyści z Naczelnej Izby Lekarskiej po raz kolejny zadbały o profilaktykę i we wrześniu zaszczepią się przeciwko grypie. Wszystko pod hasłem „Lekarze dają przykład”. W ubiegłym roku członkowie organów NIL publicznie zaszczepili się przeciwko pneumokokom, do akcji przyłączyli się także niektórzy lekarze parlamentarzyści. Z apelem o podejmowanie działań proszczepiennych do lekarzy i lekarzy dentyistów Naczelna Rada Lekarska zwróciła się w listopadzie ubiegłego roku.

Na początku lipca tego roku Prezydium NRL zaapelowało do Ministra Zdrowia o podjęcie prac legislacyjnych

zmierzających do wprowadzenia obowiązku przedstawienia przed przyjęciem do żłobka, przedszkola oraz szkoły zaświadczenia potwierdzającego wykonanie u dziecka szczepień obowiązkowych. Jak zaznaczyło Prezydium NRL, decyzja rodziców o niepoddaniu dziecka obowiązkowym szczepieniom stwarza zagrożenie dla zdrowia nie tylko tego dziecka, ale również dla innych dzieci mających z nimi kontakt, a skoro w ostatnim czasie zwiększa się liczba dzieci, które nie są poddawane obowiązkowym szczepieniom, to oznacza, że istniejące ramy prawne egzekwowania tego ustawowego obowiązku są niewystarczające. Więcej na str. 24. 



Katarzyna Strzałkowska

Rzecznik prasowy
Naczelnej Izby
Lekarskiej

» Podatek

Prezydium NRL wniosło o zwolnienie z podatku dochodowego od osób fizycznych świadczeń z tytułu uczestnictwa członków samorządu lekarskiego w nieodpłatnych szkoleniach organizowanych przez samorząd lekarski w ramach realizacji ustawowego obowiązku doskonalenia zawodowego, bez względu na tematykę odbywanych szkoleń. Wniosek ten został sformułowany w związku z przygotowaniem projektem ustawy o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych oraz ustawy o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne. 

» Cel IOWISZa

W uzasadnieniu projektu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z lipca 2016 r. podano, że celem działania Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ) jest uniknięcie nadpodaży na lokalnym rynku usług zdrowotnych przez tworzenie zasobów nieadekwatnych w stosunku do potrzeb świadczeniobiorców na danym obszarze. W nadesłanym w sierpniu kolejnym projekcie ustawy nie doprecyzowano tego celu, co zdaniem Prezydium NRL może rodzić obawy, że system może być wykorzystywany w inny sposób, np. w celu instrumentalnego ograniczania wydatków publicznych na ochronę zdrowia czy też ingerowania w warunki prowadzenia działalności gospodarczej w ochronie zdrowia poprzez różnicowanie sytuacji przedsiębiorców prowadzących lub zamierzających prowadzić taką działalność. 

➤ Przedstawiciele Porozumienia Rezydentów OZZL na posiedzeniu Prezydium NRL: Krzysztof Hałabuz – wiceprzewodniczący, Agnieszka Serwan – członek zarządu, Damian Patecki – wiceprzewodniczący.



» Spotkanie z rezydentami

Lekarze z Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy byli gośćmi Prezydium NRL 24 sierpnia. Rozmawiano m.in. o najistotniejszych dla młodych lekarzy postulatach, które wciąż nie zostały spełnione przez rządzących oraz o planowanych działaniach związkowych. Obszary, które wskazali, dotyczą przede wszystkim zwiększenia poziomu finansowania ochrony zdrowia oraz urealnienia poziomu wynagrodzeń.

7 sierpnia Prezydium NRL, opiniując projekt rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia, zmieniającego rozporządzenie w sprawie warunków wynagradzania za pracę pracowników podmiotów leczniczych działających w formie

jednostki budżetowej, wniosło o ustalenie wysokości minimalnego wynagrodzenia dla lekarza i lekarza dentyisty bez specjalizacji oraz lekarza rezydenta na poziomie dwukrotnej średniej krajowej, dla lekarza i lekarza dentyisty ze specjalizacją na poziomie trzykrotnej średniej krajowej, dla lekarza i lekarza dentyisty z pierwszym stopniem specjalizacji na poziomie dwuipółkrotności średniej krajowej i dla lekarza i lekarza dentyisty stażysty na poziomie średniej krajowej. To postulat związany z apelem do Ministra Zdrowia nr 7 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z 14 maja 2016 r. w sprawie minimalnego wynagrodzenia dla lekarza i lekarza dentyisty. 

» Prawo w obliczu zmian

8 września 2017 r. w Uniwersytecie Humanistycznospołecznym SWPS w Warszawie (ul. Chodakowskiej 19/31) odbędzie się konferencja naukowa „Prawo medyczne w obliczu zmian”, współorganizowana przez Naczelną Izbę Lekarską oraz Wydział Prawa Uniwersytetu Humanistycznospołecznego SWPS. Celem konferencji jest propagowanie wiedzy z zakresu polskiego prawa medycznego, orzecznictwa sądowego związanego z wykonywaniem zawodu lekarza w Polsce oraz za granicą, etyki, odpowiedzialności zawodowej, zdrowia publicznego. Konferencja ma być spotkaniem lekarzy, prawników oraz studentów tych profesji.

Organizatorzy zaprosili na konferencję ministra zdrowia Konstantego Radziwiłła i zwrócili się z prośbą o wygłoszenie wykładu inauguracyjnego. Jako prelegenci wystąpią m.in.: ks. dr hab. Krzysztof Orzeszyna, prof. KUL; dr hab. Teresa Gardocka, prof. SWPS; dr hab. Michał Królikowski, prof. UW – w temacie klauzuli sumienia; prof. dr hab. Marek Chmaj z SWPS z rozważaniami w zakresie art. 17. Konstytucji RP; prof. dr hab. Jacek Sobczak z SWPS o tajemnicy lekarskiej; dr hab. Monika Lewandowicz-Machnikowska SWPS w temacie ograniczenia dodatkowego zatrudnienia w zawodzie lekarza, w kontekście czasu pracy lekarzy

obowiązującego w podmiotach leczniczych; dr hab. Romuald Krajewski z wynikami badania przeprowadzonego przez Ośrodek Studiów i Analiz NIL pokazującego, jak lekarze i lekarze dentyści oceniają warunki swojej pracy; dr hab. Monika Urbaniak UMP z kwestią odmowy i zaniechania leczenia; dr hab. Jędrzej Skrzypczak, prof. UAM o bezpieczeństwie prawnym lekarza w wielu aspektach; dr Paweł Kowalski z SWPS z analizą przypadków w zakresie pozbawienia prawa wykonywania zawodu lekarza przez sądy karne i sądy lekarskie w oparciu o orzeczenia wydane za granicą; dr Agnieszka Fiutak z SWPS o odpowiedzialności przedstawiciela ustawowego za niewykonanie szczerzenia obowiązku; mgr Paulina Tomaszewska z NIL z wnioskami płynącymi z analizy postępowań zakończonych i toczących się w organach odpowiedzialności zawodowej lekarzy dotyczących nadużyć seksualnych i ich kwalifikacji w praktyce sądów lekarskich. Na zakończenie zaplanowano dyskusję wykładowców z uczestnikami konferencji. Konferencję podsumują dr hab. Teresa Gardocka, prof. SWPS, oraz prezes NRL Maciej Hamankiewicz i Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Grzegorz Wrona. Wydarzenie będzie relacjonowała on-line „Gazeta Lekarska” na www.gazetalekarska.pl.

» Ryczałt

Sposób obliczania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej został określony w projekcie rozporządzenia do ustawy „o sieci szpitali”. Zdaniem Prezydium NRL taki model powinien być sprawdzony w praktyce w niewielkiej skali i dopiero po analizie i korektach zastosowany do całego systemu. Jak zaznaczyło Prezydium w swoim stanowisku, projekt rozporządzenia i jego uzasadnienie nie przedstawiają wystarczających informacji o szczegółach sprawozdawczości, aby można było ocenić, czy na przykład nie wystąpi negatywne zjawisko selekcji procedur albo zawyżanie kategorii procedur. ○



Więcej na
www.gazetalekarska.pl.

Z wielkim bólem przyjęliśmy wiadomość o śmierci
Naszego Kolegi, Mistrza i Nauczyciela

Śp.

prof. dr. hab. n. med. Tadeusza Wencła

Przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego I kadencji,
członka Naczelnego Sądu Lekarskiego IV, V, i VI kadencji,
twórcę i wieloletniego kierownika Katedry i Kliniki Neurochirurgii
Śląskiej Akademii Medycznej.

Rodzinie i Najbliższym składamy wyrazy głębokiego współczucia
Maciej Hamankiewicz – Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej
Wojciech Łącki – Przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego
Grzegorz Wrona – Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
wraz z zespołem Zastępców i pracownikami Biura

Z głębokim smutkiem i żalem
żegnamy naszego Kolegę

Śp.

dr. Stanisława Litwina

wieloletniego działacza samorządu lekarskiego
pełniącego funkcję
Członka Naczelnego Sądu Lekarskiego III, IV i V kadencji,
wspaniałego i serdecznego Człowieka.

Rodzinie i Bliskim Zmarłego
wyrazy głębokiego współczucia składa
Przewodniczący oraz Zespół
Naczelnego Sądu Lekarskiego
wraz z zespołem Zastępców i pracownikami Biura



Sławomir Badurek

Diabetolog, publicysta medyczny

Urlop od telewizora

Wracam do sprawdzonego przed laty modelu letniego wypoczynku. Kilka dni wolnego na przełomie maja i czerwca, potem dokładka we wrześniu, a środek, czyli lipcowo-sierpniowy szczyt urlopowy – w pracy.

Ma ten model wiele oczywistych plusów. Planując wyjazd do chętnie odwiedzanych przez turystów miejsc, unika się największych tłumów i najwyższych cen. Szczególnie spokój jest czymś, co z każdym rokiem cenę bardziej. Jeśli jedzie się tam, gdzie upały, to z reguły są one mniej dokuczliwe niż w środku lata. W dodatku, gdy u nas dają już się we znaki jesienne słoty, nadal można cieszyć się letnią aurą. A w pełni sezonu ma się zawsze uczucie, że wprowadzie jest się już po, ale za to jeszcze przed urlopem. No i deszczowy, chłodny lipiec, jak ten miniony, też specjalnie nie przeszkadza, gdy trzeba chodzić do pracy. Podstawowy z mojej perspektywy warunek takiego pozasezonnego urlopowania to życie w rytmie, którego nie wyznacza szkoła.

Po kilkunastu latach (jak ten czas szybko leci!) znów mogę docenić, jaką zaletą jest rzucenie więzów związanych z obowiązkiem szkolnym syna. U progu odzyskanej na nowo swobody, śledzę wyniki rekrutacji na medycynę. Od lat nic się nie zmienia – mimo zwiększenia liczby uczelni, kandydatów jest o wiele więcej niż miejsc. Ilu dokładnie – tego nie wie nikt, bo zdecydowana większość maturzystów aplikuje na przynajmniej kilka uczelni. Budujące, że na lekarski i stomatologię dostają się wyłącznie bardzo dobrzy maturzyści. Wiem, że wyśrubowany wynik na maturze to nie wszystko, ale jakiś obiektywny, równy dla wszystkich, egzamin wstępny być musi. Zastanawiam się, co dziś najsilniej przyciąga do medycyny rzesze młodych i zdolnych ludzi. Zawód, który nie zna granic? Perspektywa pewnego zatrudnienia? Brak konieczności babrzenia sobie rąk polityką? Prestiż mimo medialnego ujadania? A może wymarzona zawartość garażu? Część z tych różnobarwnych wizji rozprysnie się wraz z widokiem pierwszej wypłaty. Dwa tysiące złotych brutto dla stażysty. Panie Ministrze, czy w jakimkolwiek poza Polską cywilizowanym kraju płaci się tak lekarzom? Za chwilę zdystansuje nas Rumunia, bo tamtejszy parlament zdecydował w czerwcu, że płace lekarzy wzrosną

dwukrotnie. I to nie na raty, w jakiejś odległej perspektywie, ale już od przyszłego roku! Nie wiem nawet, czy o tym rumuńskim cudzie płacowym mówili w telewizji. Jeśli tak, to gdzieś na marginesie. Bo jakże miałyby być inaczej. Rządowa tv nie będzie takich newsów eksponować, bo obecny rząd nie jest zainteresowany ucywilizowaniem płac lekarzy. Stacje kojarzone z totalną opozycją też nie będą krzyczeć, że jednak można, bo poprzedni rząd nie zrobił nic dla realizacji postulatów środowiska lekarskiego, choć przez kilkanaście miesięcy na jego czele stała lekarka.

Z tą telewizją to tylko moje przypuszczenia. Latem postanowiłem zrobić sobie urlop od telewizora. Zamiast prostokątnego czasopożeracza wolę przesiadywać z książką na tarasie lub pośród zieleni ogrodu. To znacznie przyjemniejsze i pożyteczniejsze. Ze względu na specjalizację, bardzo interesują mnie książki na temat żywienia. Właśnie rozsmakowuję się w „Dzikiej fermentacji” Sandora Ellixa Katza. Nie mam wątpliwości, że dzięki temu Amerykaninowi tysiące ludzi na Zachodzie przestaną patrzeć na kiszony ogórek i kapustę jak na zepsute jedzenie. Wcześniej przeczytałem między innymi polecaną na łamach „GL” biografię profesora Wiesława Jędrzejczaka, na którego zwróciłem uwagę, gdy wiele lat temu, jako student medycyny, pochłonąłem świetnie napisaną „Zagadkę tworzenia krwi”. W „Pozytywieście do szpiku kości” utkwiał mi w pamięci przepis profesora na habilitację. Może być pociechą albo znakiem stop dla tych, co chcą, a nie bardzo mogą. „Habilitację zrobić jest łatwo, jeśli ma się dorobek naukowy. Wystarczy wziąć swoją publikację w „Science”, ze dwie w „Journal of Biological Chemistry”, jeszcze dwie w czymś słabszym, napisać kilka stron wstępu po polsku, spiąć to spinaczem i przedłożyć uprawnionej Radzie. Problem jest, gdy ma się tylko spinacz”.

W przerwach pomiędzy bieżącymi lekturami, bo zawsze dzielę czas na przynajmniej dwie lub trzy, na nowo odkrywam zmarłą niedawno Julię Hartwig, nawiasem mówiąc, siostrę znakomitego endokrynologa, profesora Walentego Hartwiga. Zmęczony po ciężkim dyżurze powtarzam za poetką: „Trzeba mi teraz dużo spokoju. On na pewno potrafi zamknąć światu drzwi przed nosem i zaryglować je starannie”. ☺

O zdrowiu na szczycie



Mariusz Tomczak

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”



Podczas organizowanego od pięciu lat Szczytu Zdrowie omawiane są najważniejsze tematy dotyczące lekarzy. W tym roku, w siedzibie NIZP-PZH, skoncentrowano się m.in. na stanie kadr medycznych, finansowaniu ochrony zdrowia, starzeniu się społeczeństwa i onkologicznym tsunami.

Spopoglądając na liczbę kandydatów ubiegających się o miejsca na uczelniach medycznych, nie ma wątpliwości, że zawody lekarza i lekarza dentystry wciąż są atrakcyjne, przynajmniej dla świeżo upieczonych absolwentów szkół średnich.

Przykładem może być Uniwersytet Rzeszowski, gdzie o 90 miejsc na kierunku lekarskim na studiach stacjonarnych ubiegało się ponad 3 tys. kandydatów, a kolejne pół tysiąca zarejestrowało się na studia niestacjonarne (do obsadzenia było 60 miejsc). Na Uniwersytecie Jana Kochanowskiego w Kielcach na kierunek lekarski zgłosiło się również ponad 3 tys. kandydatów (o jedno miejsce ubiegało się 40 osób). – Liczbę miejsc na uczelniach medycznych zaczęto zmniejszać w latach 90. W 2004 r. liczba absolwentów była o ok. 1 tys. osób mniejsza niż w latach poprzednich. Ta fala będzie przesuwana się przez nasze środowisko. Z perspektywy pacjenta sytuacja poprawi się za ok. 10 lat, bo tyle mniej więcej trwa cykl kształcenia lekarza, który może samodzielnie pomagać chorym – mówił prof. Romuald Krajewski, wiceprezes NRL. Warto przypomnieć, że według ostatniego raportu KE i OECD, w Polsce na 1 tys. mieszkańców przypada 2,3 lekarza. To najgorszy wskaźnik

w UE (średnio w całej Unii liczba lekarzy zwiększyła się z 2,9 w 2000 r. do 3,5 lekarza w 2014 r. w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców).

Bardziej czarny scenariusz nakreślił Andrzej Jacyna, p.o. prezesa NFZ, zwracając uwagę, że w zakresie kadr medycznych czeka nas duży kryzys. Choć przyznał, że kształci się w tym kierunku coraz więcej osób, to w jego ocenie w najbliższych latach nie ma co liczyć na poprawę sytuacji. – W wiek emerytalny wejdzie niebawem duża grupa lekarzy. Na szczęście wielu emerytów nadal pracuje, w wielu specjalnościach stanowią oni 20 proc. Gdyby nie oni, polski system rozpadłby się. Myślę, że jesteśmy dopiero przed dołem kadrowym. Najtrudniej będzie za 5-10 lat, wtedy pracownik będzie dyktował poziom wynagrodzeń – powiedział. Potrzebne są gruntowne zmiany w kształceniu znacznie bardziej wykraczające poza modyfikacje programów kształcenia czy też to, co wynika ze wspierania dziedzin medycyny uznanych za priorytetowe. Zdaniem prof. Ryszarda Gellerta z CMKP pewne specjalności straciły perspektywę dobrego finansowania. Za przykład podał internistów, dla których nie przewidziano zatrudnienia poza szpitalami, oraz specjalistów medycyny rodzinnej, niemających w jego opinii możliwości dalszego rozwoju. – W Polsce system

ustawiony jest tak, że lekarz kończący studia i staż, mający prawo wykonywania zawodu, może robić wszystko, co zechce, ale na własną rękę. Z chwilą wejścia do publicznej służby zdrowia musi stać się specjalistą albo być lekarzem zależnym. Jeśli ta sytuacja nie ulegnie zmianie, dalej będzie presja na szkolenie specjalistów w różnych dziedzinach – mówił prof. Gellert. W jego ocenie w Polsce jest najwięcej specjalizacji w Europie, a dziedzin, w których specjalizuje się mniej niż 60 osób, jest ponad 20. Wbrew pozorom nie zawsze są to dziedziny błahe. – W intensywnej terapii specjalizują się 2 osoby, w diagnostyce laboratoryjnej – 6, w medycynie sądowej – 28. Strasznie trudno i drogo szkolić lekarzy w tak niewielkiej liczbie, bo wymagają indywidualnego podejścia i nie wpisują się w system – dodał.

TELEMEDYCyna, PROFILAKTYKA

Zmiany nie mogą ominąć poprawy finansowania, bo – jak podkreślano w czasie dyskusji – od samego mieszanina herbata nie staje się słodsza. Katarzyna Głowala, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, odpowiedzialna za resortowy budżet, zapewniła o determinacji do stopniowego zwiększania nakładów na ochronę zdrowia. Dojście do 6 proc. PKB ma nastąpić w 2025 r.

^ Zdaniem dr. hab. Adama Maciejczyka, dyrektora DCO we Wrocławiu (pierwszy z prawej), środki na leczenie raka nie są dzielone adekwatnie do roli, jaką odgrywają duże ośrodki onkologiczne.



W ubiegłym roku wykonanie budżetu w części Zdrowie było o 950 mln zł wyższe w porównaniu do 2015 r. (najwięcej wydano na bezpłatne leki dla seniorów w ramach Programu 75+, szczepienia i programy lekowe), co samo w sobie można uznać za pojawienie się większej puli środków w systemie. – Rozumiem potrzebę zwiększenia nakładów, ale dorzucenie środków do systemu bez efektywniejszego wydatkowania niczego nie poprawi – powiedziała, podkreślając, że z wykształcenia jest ekonomistką. W obliczu niewystarczających środków budżetowych niesłuchanie ważnego znaczenia nabiera promocja zachowań sprzyjających zdrowiu i prewencja chorób. – To warunki konieczne, żeby bardziej ekonomicznie zajmować się naszym zdrowiem – zauważył prof. Mirosław Wysocki, dyrektor NIZP-PZH. Człowiek w pełni sił nie korzysta przecież w takim samym stopniu z publicznych świadczeń co chory. Dobrze się stało, kontynuował prof. Wysocki, że istnieje dokument strategiczny w postaci Narodowego Programu Zdrowia i że na jego realizację przeznaczono 140 mln zł, choć w dyskusji pojawiły się głosy, że to za mało.

Wiceminister Głowała podkreśliła, że oprócz NPZ istnieją również programy polityki zdrowotnej. Co prawda potrzeby są większe, ale kropka drąży skałę.

8 LAT

– średnio o tyle wydłużyło się życie mężczyzn w Polsce przez ostatnie dwie dekady.

Zupełnie innym sposobem na poprawę efektywności leczenia i szansą na uzyskanie dodatkowych oszczędności, które inaczej można by przeznaczyć dla dobra pacjentów, jest informatyzacja. W naszym kraju telemedycyna stawia swoje pierwsze kroki. Jak dodała, resort jest zdeterminowany do pilotażowego wprowadzenia e-recepty na platformie P1 na początku 2018 r. Osobnym wyzwaniem i autentycznym krokiem milowym w obsłudze polskiego pacjenta będzie dopiero włączenie wszystkich podmiotów do systemu, ale to dopiero melodia przyszłości.

OPIEKA KOORDYNOWANA

Z tym, żeby przyznać, że nakłady na opiekę zdrowotną są mocno zaniżone, nie miał najmniejszych oporów szef NFZ. – Jesteśmy jedynym krajem w Europie, który próbuje stworzyć system opieki zdrowotnej za 9 proc. dochodu indywidualnego obywatela. To nie przypadek, że wszyscy wokół wydają na to 13-15 proc. Kraje takie jak Estonia, Słowacja i Węgry uznały, że taki poziom finansowania jest niezbędny, by optymalizować wydatki związane z chorobami – mówił prezes Jacyna. Polską odpowiedzią na szczupłość środków jest wprowadzenie opieki koordynowanej, co uznał za próbę przyspieszenia dostępu do

niektórych świadczeń, by miały one sens.

Pacjent nie skorzysta bowiem na dostępie do pojedynczych procedur medycznych, które są udzielane albo za późno, albo są od siebie „oderwane”. Przypomniał o kosztach związanych z finansowaniem zwolnień lekarskich pracowników czy wypłacaniem świadczeń rentowych. – Na to wydajemy z budżetu najwięcej w Europie. To rezultaty sztucznego zaniżenia nakładów na zdrowie – powiedział szef Funduszu, dodając, że obniżanie kosztów bezpośrednich oznacza wzrost kosztów pośrednich oraz stratę wpływów z podatków do budżetu państwa, bo ten, kto jest na zwolnieniu lub rencie, pobiera przecież świadczenia. Co do tego, że w systemie brakuje pieniędzy, nie miał wątpliwości także prof. Krajewski.

Nadal aktualnym postulatem samorządu lekarskiego jest wprowadzenie zasady, by pieniądze „szły” za pacjentem tak, żeby świadczeniodawca koncentrował się na leczeniu, nie interesując się źródłem pochodzenia środków na ten cel. – Kraje europejskie, w których obowiązują takie mechanizmy, zazwyczaj mają bardzo dobrą ocenę systemu ochrony zdrowia – powiedział przedstawiciel samorządu lekarskiego. Pacjent może mieć bowiem środki na leczenie pochodzące z różnych źródeł: z budżetu, z własnej kieszeni, od ubezpieczyciela.

WYNAGRODZENIA A DEMOGRAFIA

Odrębną kwestią są wynagrodzenia lekarzy. – Sama дума z bycia lekarzem to w codziennym życiu za mało, o czym głośno mówią m.in. młodzi lekarze. Warunki pracy powinny być zadowalające. Świadczy o tym poparcie społeczne dla obywatelskiego projektu ustawy w sprawie warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia, będącego powtórzeniem postulatów zgłaszanych od lat przez samorząd lekarski – przypomniał wiceprezes NRL. Przytoczył powiedzenie brytyjskich medyków, że bycie lekarzem to wspaniały zawód, ale byle jaka praca.

A wracając na nasze krajowe podwórko: wcale nie jest tak, że lekarze zawsze mogą liczyć na lepsze zarobki w niepublicznej służbie zdrowia. Jak przyznała Anna Rulkiewicz, prezes zarządu spółki Lux Med, w wielu przypadkach sektor

W WIEK EMERYTALNY WEJDZIE NIEBAWEM DUŻA GRUPA LEKARZY. GDYBY NIE ONI, POLSKI SYSTEM ROZPADŁBY SIĘ – MÓWIŁ ANDRZEJ JACYNA, P.O. PREZESA NFZ.

prywatny płaci lekarzom gorzej niż placówki publiczne. Prezes Rulkiewicz krytykowała kierunek zmian nadany przez obecne kierownictwo Ministerstwa Zdrowia. W jej ocenie w sytuacji, kiedy państwo bierze pełną odpowiedzialność za zdrowie obywateli, usypia się ich czujność jako pacjentów. – Sama edukacja nie pomoże – powiedziała, dodając, że współpłacenie za świadczenia, choćby w minimalnej wysokości, to dobry bodziec do dyskusji nad stanem zdrowia pacjenta już na etapie wizyty w gabinecie lekarskim. Pieniądże to oczywiście nie wszystko. O tym, że polscy lekarze będą mieć ręce pełne roboty, niewątpliwie świadczą zmiany demograficzne. – Obecnie mamy ok. 6 mln osób powyżej 65. roku życia, w 2030 r. będzie ich ok. 8 mln, a w 2050 r. już ok. 11 mln, czyli 1/3 społeczeństwa – wyliczał dr Jakub Gierczyński z NIZP-PZH, podkreślając, że należy to potraktować jako wielkie cywilizacyjne osiągnięcie. Ludzie żyją dłużej, ponieważ zmienia się ich styl życia i mają dostęp do innowacyjnej medycyny (kadry, ośrodki, technologie lekowe). Przytoczył dane, zgodnie z którymi przez ostatnie dwie dekady życie mężczyzn wydłużyło się średnio o 8 lat, a kobiet średnio o 6,5 roku, a do 2050 r. szacuje się wydłużenie życia Polaków o kolejne 8 lat, a w przypadku Polek o 6 lat (obecnie panowie żyją w naszym kraju średnio 74 lata, a panie 82). W kontekście dyskusji o finansowaniu służby zdrowia to pewien fenomen. – Osiągnęliśmy to przy jednych z najniższych nakładów w systemie ochrony zdrowia, porównując Polskę do innych

krajów OECD. W tej chwili wydajemy 4,5 proc. PKB pieniędzy publicznych, co stanowi 1200 dolarów według parytetu siły nabywczej, gdzie średnia OECD wynosi 6,6 proc., tj. 2800 dolarów – powiedział dr Gierczyński.

KTO POWINIEN LECZYĆ RAKA?

Starzejące się społeczeństwo to wyzwanie w obliczu częstotliwości występowania schorzeń onkologicznych, a szczególnie nowotworów krwi. Już teraz więcej niż połowa pacjentów zmagających się z tymi ostatnimi stanowią osoby powyżej 65. roku życia. Częstość tych chorób zwiększa się z wiekiem pacjentów, a niektóre (np. najczęstszy nowotwór krwi, przewlekła białaczka limfocytowa) dotyczą głównie osób starszych. – Z tego punktu widzenia hematologię można traktować jako małą wypustkę geriatry – mówił nieco z przymrużeniem oka prof. Wiesław Jędrzejczak, krajowy konsultant w dziedzinie hematologii.

Wyzwanie dla wszystkich lekarzy opiekujących się pacjentami onkologicznymi stanowi m.in. wielochorobowość, gdyż o ile u osób młodszych jakikolwiek nowotwór pojawia się zwykle jako pojedyncza choroba, o tyle u seniorów występuje on równolegle z innymi schorzeniami towarzyszącymi. – W praktyce wygląda to tak, że chcemy np. stosować lek kardiotoksyczny, ale chory jest po dwóch zawałach – powiedział prof. Jędrzejczak. W czasie dyskusji jak bumerang powracał problem alokacji środków finansowych. Ważne jest nie tylko, ile wydawać, ale również w jaki sposób to robić: co uczynić priorytetem,

kto powinien otrzymać więcej funduszy, a kto mniej? O ile prawdą jest, że jedne kraje lepiej radzą sobie z finansowaniem służby zdrowia, o tyle nie ma kraju na świecie, który nie zmagalby się z syndromem krótkiej koldry. Podział pieniędzy zawsze budzi wielkie emocje, nie inaczej jest w naszym kraju. Dr hab. Adam Maciejczyk, dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu, nie ma wątpliwości, że w zakresie opieki onkologicznej wydajemy sporo, choć za mało. Co się dzieje z tymi pieniędzmi? Gdzie trafiają i czy do tych świadczeniodawców, co powinny? Wreszcie na ile efektywnie są wydawane?

W jego ocenie pacjentom onkologicznym nie służy nadmierne rozproszenie placówek. W woj. dolnośląskim ponad 50 świadczeniodawców twierdzi, że potrafi realizować pakiet onkologiczny, podczas gdy w tym regionie nie ma nawet tylu specjalistów w zakresie chirurgii onkologicznej. – Ponad 60-70 proc. zabiegów chirurgicznych odbywa się w naszym Centrum, a w przypadku chemio- czy radioterapii jeszcze więcej – wyliczał. Jego zdaniem w Polsce środki na leczenie raka nie są dzielone adekwatnie do roli, jaką odgrywają duże ośrodki onkologiczne. Analizując wydawanie pieniędzy na ten cel, okazuje się, że centra onkologii konsumują ponad 3 mld zł, ale dokładnie nie wiadomo, co dzieje się z pozostałymi 3 mld. Skutkuje to rosnącym zadłużeniem, które w 2016 r. w przypadku 20 największych centrów onkologii doszło do prawie 0,5 mld zł. – Jeśli chcemy lepszych wyników leczenia, to musimy to leczenie powierzyć specjalistom – podsumował szef DCO, dodając, że jednostką koordynującą leczenie w województwie powinna być ta, która realizuje najlepiej i najwięcej procedur. ○

6%

– dojdzie do tego poziomu wydatków PKB na ochronę zdrowia ma nastąpić w 2025 r.

**Fundacja
Lekarze
Lekarzom**

Serdecznie dziękuję za wszelkie wpłaty, dzięki którym możemy pomagać naszym podopiecznym – Koleżankom i Kolegom, którzy znaleźli się w ciężkiej sytuacji życiowej. Prosimy o wsparcie nawet bardzo symboliczną kwotą – razem możemy sprawić, że czyjś los choć trochę się odmieni. Ogromnie dziękuję za datki, które do nas napływają z całej Polski: Czarnkowa, Gdańsk, Grodzisk Mazowiecki, Inowrocław, Legnica, Lublin, Mielca, Pruszków, Swarzędz i Warszawy.

Szczególne podziękowania kieruję także do wszystkich, którzy przekazali swój 1% podatku na rzecz naszej Fundacji.

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

Chirurgia to moje życie

Z prof. **Wojciechem Noszczykiem**, chirurgiem, autorem książek z zakresu chirurgii i historii medycyny, oraz jego żoną **Grażyną Staniszewską**, aktorką, rozmawiają **Ryszard Golański** i **Marta Jakubiak**.

GL

ROZMOWA

GL Podczas IX Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Polskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej sesję „Mistrz i jego uczniowie” poświęcono Wojciechowi Noszczykowi. Czym dla pana profesora było to wydarzenie?

Olbrzymim zaskoczeniem i wielką radością. Tym większą, kiedy zobaczyłem, co przygotowali moi byli współpracownicy. Wiedziałem, że coś planują. W styczniu przyszedł do mnie prof. Piotr Szopiński i zapytał, czy zgodzę się na nagranie krótkiego wywiadu. O to samo poproszono też moje dzieci i wnuki. Wtedy dowiedziałem się, że robią o mnie film, ale o samej konferencji nic mi nie powiedzieli. Dowiedziałem się o niej dopiero, gdy otrzymałem zaproszenie.

GL Dlaczego chirurgii poświęcił pan swoje życie?

Byłem nią przesiąknięty od najmłodszych lat. Mój ojciec był chirurgiem. Wychowywałem się w środowisku chirurgów. Całą okupację wokół mnie byli chirurdzy, koledzy mojego ojca. W czasie powstania warszawskiego jako ośmioletni chłopak stałem w piwnicy i patrzyłem jak zahipnotyzowany, gdy chirurdzy zaopatrywali rannych. Ogromnie mi imponowali. Chciałem być taki jak oni. Nie wyobrażałem sobie innego życia. Chirurg był dla mnie królem medycyny, a chirurgia marzeniem i zaszczycem. Była najważniejsza.

GL Miał pan profesor zaledwie 4 lata, kiedy ojciec pojechał na wojnę i nigdy nie wrócił. Jakie piętno odcisnął na panu Katyń? Był pan tam kiedyś?

Byłem raz. Pojechałem z delegacją kancelarii premiera Buzka. To było olbrzymie przeżycie. Wśród tysięcy innych odnalazłem tabliczkę z imieniem i nazwiskiem mojego ojca. Potem przez wiele dni śnił mi się Katyń. Nie mogę o tym myśleć. Nie mogłbym tam wrócić. Moja mama nigdy nie odwiedziła tego miejsca, nie była w stanie. Jeszcze w 1945 r. wierzyła, że ojciec żyje, że wróci, choć nie dostała od niego żadnej kartki, żadnego znaku życia. Jak przez mgłę pamiętam, co się działo, kiedy Niemcy opublikowali listy katyńskie. To było dla nas straszne przeżycie.

GL Czy mama także była lekarzem?

Była bibliotekarką i niezwykle energiczną kobietą. Kiedy w 1939 r. ojca wezwano do wojska, uruchomiła jedną z jego dwóch lecznic. To była „Alfa” na rogu Poznańskiej

i Al. Jerozolimskich. Działała przez całą okupację i pierwsze lata powojenne. Tej drugiej, na Nowym Świecie 21, nie pozwolono jej otworzyć.

GL Które wydarzenie z życia zawodowego utkwiło panu w pamięci najmocniej?

Operacja księdza prymasa Józefa Glempa. To było nieprawdopodobne przeżycie. Kiedy w styczniu 1990 r. kardynała przywieziono do Szpitala Bródnowskiego, okazało się, że musimy pilnie operować. Opinię tę podzielał internista prof. Jan Dzieniszewski, od lat czuwający nad zdrowiem prymasa. Wieczorem po operacji wystąpiły powikłania. Do szpitala przyjechali liczni księża, w tym członkowie Episkopatu, profesorowie chirurgii, ministrowie: zdrowia prof. Jacek Żochowski i spraw wewnętrznych Czesław Kiszczak oraz prezydent Wojciech Jaruzelski. Ten ostatni w sposób taktowny zaproponował, że jeśli wyrażę taką wolę, ściągnie do pomocy każdego chirurga. Odmówiłem, nie było czasu. W nocy operowaliśmy kolejny raz. Aż do zakończenia operacji wszyscy czekali w napięciu. Nazajutrz znów zjawił się generał Jaruzelski i zapytał, czy może odwiedzić prymasa. Przyjeżdżał tak codziennie. Po czterech dniach prymas zgodził się go przyjąć. Zanim jednak Jaruzelski wszedł do sali, stał przed drzwiami zamyślony jeszcze dłuższą chwilę. Również Czesław Kiszczak był żywo zainteresowany stanem zdrowia pacjenta. Przesłał do mnie list z podziękowaniem za opiekę nad prymasem.

GL Co uznalby pan za swój największy sukces, a co za największą porażkę?

Największy sukces to współpracownicy i stworzenie zespołu oraz rozwój ludzi go tworzących. Miałem możliwość wybierania wśród absolwentów Warszawskiej Akademii, zdolnych i inteligentnych, młodych mężczyzn. W ciągu czterech-siedmiu lat prawie wszystkich doktoryzowałem, siedmiu z nich zostało profesorami. Kilkunastu wyjechało za granicę, większość do krajów zachodnich, gdzie pracują nawet na kierowniczych stanowiskach w oddziałach chirurgicznych. Sądzę, że gdybym potrzebował ich pomocy, na pewno by mi nie odmówili. Ja też im nie odmawiam. Czasami proszą mnie o konsultację, ale bardziej chyba po to, by mi sprawić przyjemność. Częściej doradzam im w sprawach administracyjnych i naukowych. Cieszę się z ich sukcesów. Wiem, że teraz spytają mnie państwo o kobiety?

SUKCES

To współpracownicy i stworzenie zespołu oraz rozwój ludzi go tworzących.



GL Tak.

Początkowo byłem przeciwny zatrudnianiu kobiet w oddziałach chirurgicznych. Uważałem, że to dla nich zbyt ciężka praca. Później, obserwując przez wiele lat pracę mojej koleżanki dr Hanny Bielskiej, przekonałem się, że kobiety mogą być również świetnymi chirurgami i nie protestowałem, gdy moi współpracownicy proponowali zatrudnienie pracujących u nas wolontariuszek. Nigdy nie zawiodłem się na nich.

GL A największa porażka?

Naukowo powinienem osiągnąć więcej. Żałuję, że zaniechałem badań doświadczalnych, które przez lata prowadziłem w pracowni PAN.

GL A czy nie było tak, że swój własny rozwój naukowy poświęcił pan na rzecz nauczania innych?

Może rzeczywiście tak było. Kiedy w 1980 r. zostałem profesorem, całkowicie poświęciłem się dydaktyce. Każda praca doktorska czy habilitacyjna była jak moja własna. Pisałem bardzo dużo recenzji, zwłaszcza prac doktorskich i habilitacyjnych oraz opinii o osiągnięciach chirurgów ubiegających się o stanowisko lub tytuł profesora. W tym czasie zacząłem pisać i redagować książkę „Zarys dziejów chirurgii polskiej” oraz podręcznik „Chirurgia”. Pisałem również wydany wiele lat później podręcznik „Repetitorium z chirurgii”. Z książki tej korzystają nie tylko

^ Wojciech

Noszczyk:

– Zawsze coś ciekawego działo się i dzieje wokół nas.

Grażyna Staniszevska:

– Okazało się, że nasze zawody pomagały nam być razem.

studenci medycyny, ale również i lekarze specjalizujący się w chirurgii, robiąc „powtórkę” przed egzaminem, oraz studenci wydziałów pielęgniarstwa, nauki o zdrowiu i ratownictwa.

GL Czym kierował się pan w życiu?

Wierzyłem, że młodzińcze marzenia się spełniają, tylko trzeba im pomóc. Ja miałem dwa. Pragnąłem zostać chirurgiem, dobrym chirurgiem. Jako młody chłopak wielokrotnie wyobrażałem sobie, że operuję. Szczytem marzeń było dla mnie zostać ordynatorem oddziału chirurgicznego. Drugim marzeniem było poślubić mądrą i ładną kobietę. Oba się spełniły. Miałem jeszcze trzecie, żeby dobrze grać w piłkę, ale zostałem tylko kibicem.

GL Nie obawiał się pan, że małżeństwo zapracowanego chirurga ze znaną i uwielbianą aktorką może się nie udać? Poślubił pan kobietę, w której kochały się miliony Polaków.

Poznaliśmy się, zanim Grażyna Staniszevska stała się „Danuską z Krzyżaków”. Moja matka nie była zachwycona, kiedy powiedziałem jej, że mamy zamiar się pobrać. Później przekonała się do Grażyny. Jesteśmy małżeństwem już 55 lat. Przez te lata wiele osób pytało mnie, kiedy rozwód. Odpowiadałem: „mamy jeszcze czas”.

Grażyna Staniszevska: Moi koledzy aktorzy też nam wrócili jak najgorzej.

GL Co trzeba robić albo czego nie wolno robić, by miłość przetrwała?

GS: Ważny jest wzajemny szacunek i zaufanie. Nie może być nudy. Jak w małżeństwie jest nudno, ono umiera. Zawsze trzeba mieć sobie coś do powiedzenia, najlepiej coś ważnego i ciekawego. Często niestety jest tak, że ludzie ze sobą nie rozmawiają, nie wiedzą, że to jest ważne. Dopiero potem zaczynają dostrzegać, najczęściej kiedy jest już za późno. A my ciągle jeszcze rozmawiamy. Kładziemy się spać koło północy i długo nie zasypiamy, bo nie możemy skończyć rozmowy. Nie nudzimy się w swoim towarzystwie, nigdy się nie nudziliśmy, przynajmniej ja takiego momentu nie pamiętam.

WN: Zawsze coś ciekawego działo się i dzieje wokół nas.

GS: Okazało się, że nasze zawody pomagały nam być razem. Często przebywaliśmy wśród moich kolegów, którzy szybko polubili Wojtkę. Z wieloma się zaprzyjaźnił. Wielu leczył. Ja bardzo cenię jego przyjaźń – lekarzy, zwłaszcza chirurgów. Podziwiam ich wiedzę, umiejętności i pracowitość. Lubię i szanuję ich żony. Z kilkoma się zaprzyjaźniłam.

GL Jak się państwo poznali?

WN: Po skończeniu studiów poszliśmy z kuzynem do kina na film „Krzyż Walecznych”. Wtedy na ekranie zobaczyłem Grażynę po raz pierwszy. Założyliśmy się, że umówię się z nią i wieczorem przyprowadzę do modnej kawiarni. Szukałem jej przez cały dzień. W końcu się udało. Była w kinie na premierze jakiegoś filmu, otoczona wianuszkami wielbicielek. Podeszedłem, przedstawiłem się i zapytałem, czy umówię się ze mną na kawę.

WAŻNY JEST WZAJEMNY SZACUNEK I ZAUFANIE. NIE MOŻE BYĆ NUDNO. JAK W MAŁŻEŃSTWIE JEST NUDNO, ONO UMIERA. ZAWSZE TRZEBA MIEĆ SOBIE COŚ DO POWIEDZENIA, NAJLEPIEJ COŚ WAŻNEGO I CIEKAWEGO.

GL Dlaczego się pani zgodziła?

GS: Zgodziłam się dopiero po tygodniu rozmów telefonicznych. Był tak przystojny i interesujący, że nie mogłam odmówić.

GL Tęskni pan za pracą w szpitalu?

GS: Ma tak wypełnione życie pisaniem, że nie ma na to czasu. Nawet kiedyś poirytowana ciągłym siedzeniem Wojtki w papierach powiedziałam mu, że zamienia się w grafomanę, ale kiedy przeczytałam to, co napisał, zmieniłam zdanie. On naprawdę świetnie pisze.

WN: Sądzę, że wciąż mógłbym operować, ale mam jednocześnie świadomość, że pacjent czułby się bezpieczniej pod opieką kogoś młodsze- go.

GL Stworzył pan trzytomowe „Dzieje medycyny w Polsce”. Jakby pan jednym zdaniem określił polską powojenną medycynę?

To była wielka pogoń za osiągnięciami medycyny światowej, przerywana przez władzę w okresie stalinizmu, po „polskim październiku” i w okresie stanu wojennego.

GL Jak zmieniała się chirurgia?

Zmieniły się zarówno metody rozpoznawania, jak i leczenia. W latach pięćdziesiątych ubiegłego wieku, kiedy studiowa- łem i zacząłem pracować, doświadczeni lekarze bezbłędnie rozpoznawali większość chorób na podstawie wywiadu i badania przedmiotowego, które potwierdzali podstawowymi badaniami krwi i moczu oraz skopią lub zdjęciami rentgenowskimi. Obecnie bezpośredni kontakt z chorym jest ograniczony do krótkiej rozmowy i wypełnienia wielu formularzy, a o rozpoznaniu decydują badania obrazowe. W latach pięćdziesiątych w klinikach chirurgicznych wykonywano operacje z zakresu chirurgii jamy brzusznej, klatki piersio- wej, ortopedyczne i urologiczne. Obecnie mamy oddziały i kliniki specjalistyczne lub nawet superspecjalistyczne zaj- mujące się leczeniem tylko jednego narządu.

GL Polska chirurgia naczyniowa a chirurgia na zachodzie – jak jest teraz?

Chirurgia naczyniowa, zwłaszcza wewnątrznaczyniowa, na- leży do tych specjalizacji zabiegowych, które z powodzeniem nadążają za chirurgią światową. Świadczą o tym publikacje w prestiżowych pismach zachodnich oraz opinie specjali- stów zagranicznych. Chirurdzy polscy mają wiele doskona- łych pomysłów, w tym kilka już zrealizowanych dotyczących nie tylko techniki operacyjnej, ale również projektowania no- wych cewników, stentów i przyrządów ułatwiających opera- cje wewnątrznaczyniowe na tętnicach i żyłach. Szybki rozwój tej specjalizacji w Polsce stał się możliwy dzięki doskonałej współpracy chirurgów i radiologów interwencyjnych.

GL Czy postępy dotyczą również chirurgii w szpi- talach powiatowych?

Oczywiście. Istotną przeszkodą jest jednak brak drogiej apa- ratury i sprzętu. Wysoko oceniam wiedzę i umiejętności

chirurgów pracujących w tych szpitalach. Mimo że pracu- ją ponad siły, często pełniąc nawet cztery dyżury tygodnio- wo, znajdują czas na zapoznanie się z postęпами medy- cyny. Skarżą się tylko na brak następców, młodych lekarzy pragnących poświęcić się chirurgii.

GL Co znaczy być dobrym lekarzem?

Dobry lekarz oprócz rozległej wiedzy i umiejętności powinien lubić i szanować ludzi oraz umieć z nimi rozmawiać. Trzeba dotrzeć do chorego i pokonać jego lęk przed chorobą, zwłasz- cza przed operacją. A jeśli zdobędziemy jego zaufanie, należy starać się, by nie stracić go w miarę niepowodzeń mogących wystąpić w procesie leczenia. Chorego trzeba przygotować na różne ewentualności. Obecnie jest to szczególnie trudne, bo dla pacjenta lekarz przeciążony obowiązkami administra- cyjnymi ma za mało czasu. Tak być nie powinno.

GS: Pacjenci, którzy przychodzili do męża, po wizycie wy- chodzili szczęśliwi. Ale on im poświęcał dużo czasu, często ponad godzinę. Przed wyjściem zatrzymywali się jeszcze, by mi powiedzieć, że wierzą, że wszystko będzie dobrze, że będą zdrowi.

WN: To nie jest dobre porównanie, bo to były wizyty prywatne.

GL A jak było w szpitalu?

W młodości obserwując swoich nauczycieli, profesorów Jó- zefa Dryjskiego i Henryka Rykowskiego, przekonałem się, że uśmiech, przyjazny gest i życzliwe słowo mają bardzo duży, korzystny wpływ na przebieg i wynik leczenia. Starałem się ich naśladować. Czasami wchodząc do sali, w której leżeli starsi mężczyźni, mówiłem „cześć chłopaki”, a oni uśmiechali się do mnie. Kobięcie w wieku podeszłym ośmielałem się po- wiedzieć: „chyba zmieniła pani fryzurę, świetnie pani w tym uczesaniu” i widziałem, że sprawiam jej tym przyjemność. Czasami siadałem przy łóżku ciężko chorego i rozmawiając z nim, głaskałem go po rękę. Zachowania takie nie zawsze są akceptowane przez lekarzy, ale z własnego doświadcze- nia wiem, że mogą poprawić nastrój chorych.

GL Jakie ma pan profesor plany na przyszłość?

Chciałbym uaktualnić „Kompedium z chirurgii”. Niedawno też zapytano mnie o zgodę na wznowienie „Lekcji Anato- mii. Czyli spotkania z chirurgią”, książki, w której czterdzie- ści znanych osób, m.in. Bronisław Geremek, Tadeusz Kon- wicki, Jan Nielubowicz, Andrzej Szczepkowski, opowiada o zetknięciu się z tą dziedziną medycyny. Przed laty sprze- dawała się błyskawicznie. Miałem napisać wstęp do nowo- go wydania, ale ostatecznie zrezygnowano z pomysłu, bo ankieta przeprowadzona na ulicach wykazała, że o współ- autorach tej książki już zapomniano. Kilka osób kojarzyło jeszcze tylko Wojciecha Młynarskiego, ale nikt z ankietowa- nych nie wiedział już nic o ks. Józefie Tischnerze.

GS: Jeśli media o nich nie mówią, to ich nie ma. Taka jest prawda.

GL Będzie czwarty tom „Dziejów medycyny w Polsce”, czyli medycyna polska po 1990 r.?

Tę część historii pozostawiam do opisanie innym. 


Romuald Krajewski

 Prezydent Europejskiej
Unii Lekarzy Specjalistów

Recertyfikacja?

W czasie wakacji zwykle jest trochę więcej czasu na dyskusje o ogólnych kierunkach działalności lekarzy w Europie, bo sprawy codzienne są mniej zajmujące. Ciekawymi tematami są stanowisko i propozycje środowiska lekarskiego w sprawie podtrzymywania sprawności zawodowej, czyli wiedzy, umiejętności praktycznych i umiejętności społecznych.

Większości krajów systemy ochrony zdrowia są przeciążone i zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne przekracza możliwości ich dostarczenia lub finansowania. Problemem staje się także rosnące oczekiwanie, że ochrona zdrowia powinna bez jakichkolwiek zdarzeń niepożądanych skutecznie leczyć każdą chorobę. Co bardziej zapalczywi mówią o epidemii błędów i pokazują statystyki wykazujące, że pomimo wielkich nakładów i licznych działań z bezpieczeństwem leczenia jest coraz gorzej. Dla polityków i administracji, które przecież muszą „coś” zrobić, aby system był tańszy, efektywniejszy, szczelny, bezpieczniejszy, lepszy, są to mocne powody do działania.

Efektom tej aktywności są różne systemy mające na celu stałe potwierdzanie utrzymywania kwalifikacji zawodowych. W rozwiniętej formie opierają się one na złożonych procedurach, sprawozdaniach, ocenie przez współpracowników i przez pacjentów, powtarzanych coraz częściej egzaminach i mogą bardzo dotkliwie utrudnić pracę i tak już obciążonym biurokracją lekarzom. W USA te uzdrawiające zapęły spowodowały już otwarty protest coraz większej liczby lekarzy, którzy wskazują, że egzekwowane procedury stały się celem samym w sobie i ich wpływ na poprawę praktyki lekarskiej nie jest pozytywny. W Europie najbardziej zaawansowany, oparty na sprawozdawczości system posiada brytyjski General Medical Council.

Organizacje europejskich lekarzy w stanowisku z grudnia 2015 r. wskazały, że zasadność i celowość procedur rewalidacji czy recertyfikacji są wątpliwe, ponieważ nie wykazano, aby poprawiały one jakość praktyki czy bezpieczeństwo chorych. Wskazały też, że wystarczającą formą wykazania spełnienia etycznego obowiązku lekarzy kształcenia się przez cały okres pracy zawodowej jest udział w doskonaleniu zawodowym, które może być zorganizowane na różne sposoby funkcjonujące obecnie w Europie.

Te spostrzeżenia i zasadę chcemy w UEMS przełożyć na konkretne działania i zachęcić europejskie towarzystwa naukowe oraz organizacje profesjonalne do wspólnego działania w celu ustalania zasad i tworzenia europejskiej platformy umożliwiającej potwierdzanie udziału w doskonaleniu zawodowym, a także utrzymywanie kompetencji zawodowej. W połowie października spotykamy się z przedstawicielami licznych europejskich towarzystw, aby ten projekt rozpocząć. Zarówno ustalanie zasad, jak i potwierdzanie kwalifikacji powinny być w rękach lekarzy. Mamy nadzieję, że zapobiegnie to biurokratycznym ekscesom i działaniom, których efektem jest rosnące obciążanie lekarzy niesłużącymi pacjentom zajęciami.

Mamy też świadomość, że takie działania powinniśmy podejmować. Wykonywanie naszego zawodu, podobnie zresztą jak innych, jest pod coraz większym nadzorem i same deklaracje dobrych chęci już nie wystarczą. Jesteśmy jednak przekonani, że lekarze sami potrafią zadbać o swoje kwalifikacje i zrobić to lepiej oraz taniej niż administracja, z korzyścią dla swoich pacjentów. ○

Sukces kosztuje

Wprowadzenie opieki koordynowanej sprawiło, że lekarz rodzinny jest jak kontroler ruchu – takiego porównania używają sami Holendrzy pytani o to, czym różni się ich model opieki od innych. Rynek jest silnie regulowany, ale zdecentralizowany.

MARIUSZ TOMCZAK



Nasz system jest jednym z najdroższych – przyznaje **Raphaël Varga van Kibéd**, wiceambasador Królestwa Niderlandów w Polsce.

W Holandii każdy ubezpieczony powyżej 18. roku życia opłaca składkę ubezpieczeniową (ok. 1200 euro rocznie) i obowiązkową nadwyżkę polisy (385 euro), a pracodawcy odprowadzają równowartość rocznej składki opłacanej przez osoby prywatne. Wszystkie te środki kumulują się z pieniędzmi budżetowymi, czyli pochodzącymi w lwiej części z podatków. Za brak ubezpieczenia grozi grzywna, a na dłuższą metę i tak nie sposób uniknąć jego wykupienia, bowiem istnieje prawna możliwość przymusowej rejestracji takiej osoby i potrącenia za to opłat z pensji

czy zasiłku. Składką pacjenta zarządza jeden z 24 ubezpieczycieli działających głównie na zasadzie non-profit. – Nasz rynek jest mocno regulowany przez państwo, ale jednocześnie zdecentralizowany – mówi Erik Pentinga, program manager z Task Force Health Care (dużej, holenderskiej organizacji publiczno-prywatnej aktywnie wpływającej na kształtowanie tamtejszej służby zdrowia). Nawet pacjentowi najbardziej schorowanemu z niewielkimi dochodami, czyli generującemu wysokie koszty, nie wolno odmówić wykupienia polisy. Składkę za niepełnoletnich opłaca się z podatków, a osoby zarabiające najmniej mają możliwość uzyskania dofinansowania. Podstawowa składka zapewnia m.in. opiekę ze strony lekarzy, lekarzy specjalistów, pielęgniarek i położnych, pobyt w szpitalu, świadczenia

▲ **Od lewej: Erik Pentinga z Task Force Health Care, prof. Mirosław Wysocki, dyrektor NIZP-PZH, Guido Danen z Task Force Health Care**

w zakresie zdrowia psychicznego, dostęp do karet i transportu medycznego. Gwarantuje także opiekę terapeutów, fizjoterapeutów, logopedów i terapeutów zajęciowych, opiekę dietetyczną, rehabilitację dla osób z chorobami przewlekłymi oraz opiekę stomatologiczną, ale tylko do 18. roku życia. Niektóre usługi z podstawowego pakietu ubezpieczeniowego są odpłatne. Co więcej, część ubezpieczonych dopłaca nadwyżkę przekraczającą kwotę wynikającą z polisy (m.in. za aparaty słuchowe czy specjalistyczne buty ortopedyczne). Dostęp do usług stomatologicznych spoza podstawowej puli i wybranych świadczeń (np. tych z zakresu medycyny alternatywnej) zapewnia wykupienie dodatkowego pakietu ubezpieczeniowego, na co decyduje się obecnie ok. 90 proc. Holendrów. Można więc pokusić się o tezę, że oferta na poziomie elementarnym nie spełnia oczekiwań zdecydowanej większości obywateli.

SZPITAL TO OSTATECZNOŚĆ

– Holenderska opieka zdrowotna jest łatwo dostępna. To efekt systemu, w którym lekarz rodzinny jest kimś w rodzaju kontrolera ruchu – mówi prof. Nick Guldemonnd z Instytutu Polityki Zdrowotnej i Zarządzania Erasmus University. Podstawą tamtejszego systemu ochrony zdrowia jest POZ. Od wielu lat kładzie się nacisk na to, aby pacjent miał udzielaną pomoc przede wszystkim blisko miejsca zamieszkania i, co warto podkreślić, nie tylko ze strony lekarza rodzinnego. To dlatego nielekarski



personel medyczny posiada dość szerokie uprawnienia. Sam lekarz POZ ma jednak duże możliwości diagnostyczne, aby pacjent z, dajmy na to, bardziej nieskomplikowanym problemem natury diabetologicznej nie blokował miejsca w kolejce innym, dla których cukrzyca stanowi zaawansowane schorzenie wymagające pogłębionej wiedzy ze strony specjalisty. Lekarz rodzinny nie jest co prawda dostępny na każde skiniecie pacjenta, ale stał się jego przewodnikiem po systemie i koordynatorem leczenia. – Koordynacja polega na tym, że pacjent jest płynnie kierowany ze szpitala do opieki poszpitalnej i od lekarza POZ do specjalistów. To nie pacjent to wszystko załatwia, nie on czeka i stoi w kolejkach – dodaje prof. Mirosław Wysocki, dyrektor NIZP-PZH. Po przeniesieniu ciężaru opieki ze szpitali na POZ i opiekę realizowaną w miejscu zamieszkania oraz na opiekę koordynowaną, okazało się, że ilość hospitalizacji zmniejszyła się. – Nasz kraj coraz więcej wydaje na opiekę nad osobami starszymi, ale w porównaniu z innymi państwami mniej na leki czy leczenie szpitalne – mówi Peninga. Jak zauważa prof. Jarosław Fedorowski, prezes Polskiej Federacji Szpitali, w holenderskim systemie rola pielęgniarek jest duża, a czas pracy lekarza jest efektywnie wykorzystany. Tę opinię potwierdza dr Zbigniew Król, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, który na początku lat 90. pracował w Holandii. – Rola pielęgniarki w promocji profilaktyki jest tam nieporównywalnie większa niż u nas

▲ **Od lewej:**
prof. Nick Guldemond
z Instytutu Polityki Zdrowotnej i Zarządzania Erasmus University,
Zbigniew Król,
podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia

– dodaje wiceminister. Wydaje się, że ten kierunek będzie kontynuowany w dającej się przewidzieć przyszłości. – Czekamy nas jeszcze mocniejszy nacisk na leczenie w ramach pierwszego kontaktu oraz opieki środowiskowej. Specjaliści będą pomagać tylko w ostateczności – przepowiada Guido Danen, project manager z Task Force Health Care. Już teraz można dostrzec ewolucję holenderskiego systemu w kierunku odchodzenia od świadczenia realizowanego w ramach tradycyjnie rozumianej opieki medycznej na rzecz udzielania szeroko rozumianego wsparcia społecznego. W centrum uwagi ma znajdować się nie tyle pomoc w chorobie czy niepełnosprawności, lecz zapewnienie obywatelowi możliwości samodzielnego życia w swojej społeczności. Tym samym zmiana systemu ochrony zdrowia znacznie wykracza poza to, czym zajmuje się holenderskie Ministerstwo Zdrowia, Opieki Społecznej i Sportu. – Pacjenci otrzymują taką opiekę, jakiej naprawdę potrzebują, nie tylko szpitalną, lecz także psychologiczną i społeczną – mówi prof. Guldemond.

PACJENT TO PARTNER I KLIENT

Jak podkreśla prof. Wysocki, w Holandii opieka jest ukierunkowana na pacjenta, który w procesie leczenia występuje w potrójnej roli: jako partner, jako człowiek i jako klient. – Organizacje pacjenckie mają bardzo silny głos – przyznaje ambasador Varga van Kibéd. To zapewne nie jedyne powody, dla których holenderski system

opieki zdrowotnej jest od kilku lat bardzo dobrze oceniany przez pacjentów, a w ubiegłym roku kraj słynący z tulipanów ponownie zajął pierwszą lokatę w prestiżowym Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia. – W Holandii system scentralizowany przekształcono w zdecentralizowany, bardziej networkingowy, z wysokimi nakładami na ochronę zdrowia w przeliczeniu na mieszkańca czy w odniesieniu do PKB – w taki sposób charakteryzuje go prof. Fedorowski. Według ostatniego raportu KE i OECD, w 2015 r. wydatki na ochronę zdrowia w Holandii wyniosły 10,6 proc. (dla porównania: w Polsce niecałe 4,5 proc.). W opinii prof. Wysockiego porównanie tych proporcji stanowi jaskrawy dowód na to, że pomiędzy naszymi krajami po prostu muszą występować różnice. – Służby zdrowia nie da się budować za darmo – podkreśla szef NIZP-PZH. Myli się jednak ten, kto myśli, że w Holandii nie ma problemów. – U nas też są niezadowoleni pacjenci – przyznaje Varga van Kibéd. Holendrzy coraz głośniej mówią o potrzebie zmian. – Koszty leczenia rosną – nie kryje ambasador. Wydatki na ochronę zdrowia są duże, co wynika m.in. z obecności innowacyjnych technologii, ale i digitalizacji zauważalnej niemal na każdym kroku w placówkach medycznych. Nie chodzi tylko o e-dokumentację, ale także o coraz nowocześniejsze rozwiązania w zakresie diagnostyki, obrazowania, farmakologii czy rehabilitacji. To słono kosztuje, ale umożliwia indywidualizację leczenia i lepsze skoordynowanie wszystkich procedur medycznych. Przekłada się to na rosnącą długość życia i wzrost jego jakości. Choć Holendrzy na zdrowie przeznaczają sporo, są dziedziny, w których nie mają powodów do dumy. Procentowy udział wydatków na obronność w PKB jest znacznie mniejszy niż w Polsce. Po zestrzeleniu w 2014 r. nad Ukrainą samolotu pasażerskiego z blisko 200 obywatelami Holandii powoli zaczęło ulegać zmianie i nie należy wykluczyć, że wzrost nakładów na cele wojskowe odbije się m.in. na wielkości budżetu przeznaczanego na zdrowie. 🟢

Precyzyjna diagnoza



Lidia
Sulikowska

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

GL
ROZMOWA

W poprzednim numerze „Gazety Lekarskiej” dr Ignazio Cassis, szef Komisji Zdrowia i Polityki Społecznej Parlamentu Konfederacji Szwajcarskiej, opowiadał o rozwoju skoordynowanej ochrony zdrowia w Szwajcarii. Jak wygląda praktyka lekarska w tym zakresie? Z prof. **Gregorem Zündem**, chirurgiem, przewodniczącym Komitetu Wykonawczego Szpitala Uniwersyteckiego w Zurychu, rozmawia **Lidia Sulikowska**.



GL Jak skoordynowana i skoncentrowana na pacjencie opieka zdrowotna przekłada się na codzienną praktykę?

Wierzmy, że dziś najważniejsze jest takie podejście w medycynie, które można by określić zwrotem: najpierw pacjent. W związku z tą filozofią musimy tworzyć system opieki zdrowotnej wokół chorego. Staramy się zrozumieć jego potrzeby. To prowadzi nas do działania w oparciu o medycynę spersonalizowaną. Należy koncentrować się na rzeczywistych potrzebach naszego pacjenta. Nie każdy człowiek z danym schorzeniem ma ten sam problem. To z kolei powoduje, że w medycynie potrzeba coraz większej specjalizacji. Wszystko po to, żeby postawić bardzo precyzyjną diagnozę. Dzięki temu można odnieść stuprocentowy efekt terapeutyczny. Wytlumaczę to na przykładzie. Przy leczeniu raka sutka trzeba zdiagnozować nie tylko sam typ nowotworu, ale także jego podtyp i dopiero wtedy dobrać właściwe leczenie. Tak rozumiem medycynę spersonalizowaną. Trzeba indywidualnie podchodzić do każdego pacjenta, precyzyjnie go zdiagnozować i dobrać terapię najlepszą w danym przypadku.

GL Czy lekarze są gotowi na zmianę perspektywy spojrzenia na pacjenta?

Lekarze muszą po prostu inaczej myśleć o medycynie. Jesteśmy odpowiedzialni za postawienie właściwej diagnozy.

Aby to zrobić, należy zrozumieć drogę dochodzenia do choroby, czyli tzw. trendy chorobowe. Zobrazuję to na przykładzie leczenia astmy. Jeśli wiemy, że u pacjenta nadszły atak za sześć godzin, to należy już teraz wziąć lek. Nie powinniśmy czekać, aż coś złego stanie się z pacjentem, tylko odpowiednio wcześniej zareagować. To zupełnie nowa medycyna. Dziś uczymy studentów, jak stawiać diagnozę, gdy pacjentowi już coś dolega. To nie jest przyszłość. Musimy umieć rozpoznać drogę prowadzącą do choroby kogoś, kto dziś jest jeszcze zdrowy, ale za pięć lat zachoruje. Myśląc o medycynie „po nowemu”, możemy zacząć leczyć wcześniej. Dzięki temu obniżymy też koszty samej terapii.

GL Czy to podejście jest już obecne na szwajcarskich uniwersytetach medycznych?

Dziś obowiązkiem szpitali uniwersyteckich jest, aby je odnaleźć. Wszystko po to, aby medycyna mogła wejść na wyższy poziom. W latach 60., 70. i 80. ubiegłego wieku opracowywano nowe techniki operacyjne. Dziś to nie wystarcza. Czas na kolejny krok. Musimy zastanowić się, jak umiejętnie wykorzystywać wszystkie dostępne dane i narzędzia, żeby wcześniej diagnozować pacjenta.

GL Jak implementować skoordynowaną opiekę do szpitali?

To trudne. Szwajcaria to złożony organizm. W Polsce zorganizowanie takiej opieki jest łatwiejsze, bo macie scentralizowany system ochrony zdrowia. U nas każdy kanton działa po swojemu, co generuje dodatkowe koszty. Chciałbym też zwrócić uwagę, że w przyszłości coraz większą wagę w ramach opieki skoordynowanej odgrywać będą e-technologie. U nas niestety jest to drogi proces, właśnie poprzez decentralizację. W Polsce macie wspaniałych lekarzy, bardzo inteligentnych inżynierów i scentralizowany system. Trzeba połączyć te siły. Opieka skoordynowana jest tańsza, a przy tym atrakcyjna dla całego społeczeństwa. 

Meritus Pro Medicis 2006

W 2006 r. dwóm lekarzom przyznano najważniejsze odznaczenie w samorządzie lekarskim – Meritus Pro Medicis. Jeden z nich związany jest z Kujawsko-Pomorską Izbą Lekarską, a drugi – z OIL w Gdańsku. Czym zasłużyli się samorządowi?

• LIDIA SULIKOWSKA



Maciej Czerwiński

(Kujawsko-Pomorska Izba Lekarska)

Specjalista psychiatra. Założyciel Komitetu Organizacyjnego Izby Lekarskich. Wieloletni przewodniczący ORL w Toruniu (1989-1997, 2005-2009), był także sekretarzem swojej izby i uczestniczył w pracach komisji ds. praktyk lekarskich, komisji historycznej oraz komisji kształcenia. Założyciel i pierwszy Kanclerz Kapituły Tytułu i Odznaczenia „Pro Gloria Medici” Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu. W przeszłości zaangażowany też w NIL – m.in. jako członek Prezydium NRL i przewodniczący zespołu ds. nowelizacji ustawy o izbach lekarskich. W latach 2001-2005 kierował Kujawsko-Pomorską ORL. Najważniejsze dla niego było uregulowanie spraw kształcenia lekarzy i zbudowanie takiej korporacji zawodowej, w której każdy czuje się dobrze i zachowuje autonomię.



Jerzy Umiastowski

(Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku)

Internista, specjalista analityki lekarskiej. Delegat na OZL i KZL. Pierwszy przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej w Gdańsku (1989-1993). Wieloletni członek Prezydium ORL. Współtwórca Kodeksu Etyki Lekarskiej – jako członek zespołu roboczego do opracowania KEL powołanego przez Naczelną Radę Lekarską. „KEL nie jest dokumentem administracyjnym – jest zaleceniem etycznym (...) Wskazuje wolny zawód lekarza” – mówił na łamach „Gazety Lekarskiej” (2/2017), wspominając czas prac nad niebieską książeczką. Wieloletni przewodniczący Komisji Bioetycznej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Gdańsku powołanej w grudniu 1999 r. Od kwietnia 2016 r. jest członkiem komisji bioetycznej swojej izby.

Meritus 2008

W poprzednim numerze „GL” opublikowaliśmy błędną informację o Krystynie Małeckiej-Kuźawczyk. Poniżej zamieszczamy właściwy tekst. Za pomyłkę przepraszamy.



Krystyna Małecka-Kuźawczyk

(Kujawsko-Pomorska Izba Lekarska/OIL w Warszawie)

Specjalista chorób wewnętrznych. W samorządzie lekarskim działa od II kadencji. Od III kadencji jest delegatem na KZL. Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Kujawsko-Pomorskiej Izby Lekarskiej w Toruniu i członek tamtejszej komisji ds. etyki lekarskiej (III i IV kadencja). Zastępca Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej od V kadencji do chwili obecnej. W tej kadencji jest też zastępcą Rzecznika Praw Lekarza OIL w Warszawie i członkiem tamtejszej komisji ds. etyki. Odznaczona „Pro Gloria Medici”. Aktywnie praktykuje jako lekarz internista. Ekspert w zakresie prawa medycznego. Od 2010 r. jest lekarzem sądowym przy SO w Warszawie.

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 naszym 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

Wspólna sprawa

Towarzystwa lekarskie, samorządy zawodów medycznych, organizacje pacjentów – w sumie ponad sto podmiotów podpisało się pod apelem wzywającym najwyższe władze w państwie do natychmiastowego zwiększenia finansowania ochrony zdrowia w Polsce do 6 proc. PKB. Czy rząd wsłucha się w głos ekspertów? Skąd wziąć pieniądze na ten cel?

LIDIA SULIKOWSKA



Obecnie pod względem przeznaczania środków publicznych na ochronę zdrowia (w relacji do PKB) nasz kraj znajduje się na jednym z ostatnich miejsc w Unii Europejskiej. Znacznie odbiegamy w tej kwestii nie tylko w stosunku do bogatych krajów Europy Zachodniej, ale też choćby do Czech czy Słowacji.

Generalnie słabo wypadamy na tle państw OECD. Nieomal przestaliśmy wierzyć, że sytuacja kiedykolwiek ulegnie poprawie. W lipcu ubiegłego roku minister zdrowia Konstanty Radziwiłł zapalił światełko nadziei. Zapowiedział systematyczne zwiększanie nakładów finansowych na zdrowie, niestety studząc od razu entuzjazm, bo

wzrost ten będzie posuwał się bardzo ślimaczym tempem. Słynne już 6 proc. PKB do 2025 r. nie było radosną informacją. Problem niedofinansowania ma się świetnie i jest doskonale widoczny dla personelu medycznego. Co pozytywne, zaczynają go dostrzegać również pacjenci.

KONSOLIDACJA SIŁ

26 czerwca tego roku w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej ponad sto organizacji – towarzystwa lekarskie skupione wokół Konferencji Prezesów Towarzystw Lekarskich (KPTL), samorządy zawodów medycznych i stowarzyszenia zrzeszające pacjentów podpisały się pod wezwaniem w sprawie poprawy finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Na przełomie lipca i sierpnia

Pod apelem o natychmiastowe zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia podpisało się 107 podmiotów.

WYWIAD

z Beatą Ambroziewicz, prezes Polskiej Unii Organizacji Pacjentów, na str. 50.

tekst tego apelu przesłano do prezydenta, pani premier, marszałków sejmu i senatu, ministra zdrowia oraz wszystkich posłów i senatorów.

Wśród sygnatariuszy znalazły się organizacje skupiające chorych – m.in. Polska Unia Organizacji Pacjentów, NeuroPozytywni czy Światło dla Życia. Nie zabrakło też podpisów Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, Krajowej Izby Fizjoterapeutów, Naczelnej Izby Aptekarskiej, Naczelnej Izby Lekarskiej, Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. Apel wsparło też Porozumienie Rezydentów OZZL, Stowarzyszenie Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Polski Związek Niewidomych, Polska Unia Onkologii i wiele innych – w sumie 107 podmiotów. Czego domagają się od najwyższych władz w państwie?

„W trosce o zabezpieczenie prawa pacjentów do korzystania z wysokiej jakości opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, a także zważając na interes społeczeństwa w zapewnieniu sprawnego funkcjonowania opieki zdrowotnej w nadchodzących latach, sygnatariusze (...) zwracają się do Rządu, polityków i wszystkich osób odpowiedzialnych za ochronę zdrowia i kształtowanie polityki zdrowotnej o pilne zwiększenie nakładów publicznych na ochronę zdrowia do ponad 6 proc. PKB oraz dokonanie koniecznych zmian służących poprawie działania systemu opieki zdrowotnej w Polsce” – napisali apelujący do decydentów.

Sygnatariusze zwrócili uwagę na trwające od lat niedofinansowanie



systemu, przez co, mimo starań pracowników i zarządzających placówkami medycznymi, nie da się funkcjonować według oczekiwań pacjentów i wykorzystując możliwości współczesnej medycyny. Podkreślają też potrzebę odbudowania w społeczeństwie zaufania do systemu ochrony zdrowia. Jak tego dokonać? Proponuje się m.in. realistyczne (w stosunku do posiadanych środków) określanie oczekiwań i celów oraz inicjację zmian w systemie poprzez dialog pacjentów i pracowników ochrony zdrowia. „Zalecamy także daleko idącą ostrożność we wprowadzaniu zmian systemowych w ochronie zdrowia. Powinny one uwzględniać realne możliwości wynikające z poziomu finansowania oraz być poprzedzone działaniami pilotażowymi” – przestrzegają sygnatariusze. Chcą, by poprawa finansowania nastąpiła jak najszybciej.

PIENIĄDZE, DIALOG I ZAUFANIE

Na zorganizowanej w czerwcu konferencji prof. Romuald Krajewski, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej i koordynator KPTL, podkreślał, że walka o właściwe finansowanie opieki zdrowotnej to sprawa wszystkich Polaków. Dodał, że trzeba jednocześnie poprawiać i reorganizować system, by był on bardziej efektywny¹, ale takie działania będą skuteczne tylko wówczas, gdy zapewnione jest dostateczne wsparcie finansowe. – 6 proc. PKB to niezbędne minimum. Problem jest palący. Niemal 10 lat, aby to osiągnąć, jak deklaruje minister, to zbyt długi okres. W 2025 r. finansowanie powinno być już na poziomie 9-10 proc. PKB. Obecne nakłady (ok. 4,5 proc. PKB – przyp. red.) są mniejsze od

wydatków ponoszonych przez placówki medyczne i niewystarczające w stosunku do oczekiwań pacjentów. Można pozostawić je na obecnym poziomie, ale rząd powinien uczciwie wytłumaczyć Polakom, na co to faktycznie wystarcza – powiedział prof. Krajewski.

Ewa Borek, prezes Fundacji „My Pacjenci”, zwracała uwagę na brak dialogu z Polakami na temat ustalania priorytetów w finansowaniu ochrony zdrowia. – Czy ktoś społeczeństwo o to zapytał? – pytała retorycznie. Beata Ambroziewicz, prezes Polskiej Unii Organizacji Pacjentów, dodała natomiast, że dialog z decydentami nie powinien odbywać się tylko na zasadzie konsultacji gotowych projektów prawnych. – To my powinniśmy inicjować ich powstawanie – mówiła. Zwróciła też uwagę, że dotychczas zbyt rzadko udawało się w tak szerokim gronie – przedstawicieli różnych zawodów medycznych i pacjentów – spotkać i wspólnie debatować. – Myślę, że dorosiliśmy do wspólnego dialogu – powiedziała. Zofia Małas, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, mówiła z kolei o zbyt niskich wynagrodzeniach wśród pielęgniarek, co powoduje duże niedobory kadrowe w tym zawodzie i zagrożenie bezpieczeństwa pacjentów. Ten problem dotyczy zresztą pozostałych zawodów medycznych. Elżbieta Piotrowska-Rutkowska, prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej, stwierdziła, że gdyby w naszym kraju istniała umocowana prawnie opieka farmaceutyczna, dałoby to spore oszczędności dla budżetu. – Dzięki bezpłatnym poradom w aptekach Finlandia oszczędza około 1 mld euro rocznie – powiedziała.

11.09

w siedzibie
NIL w ramach
projektu „Razem
dla Zdrowia”
odbędzie
się debata
o finansowaniu
ochrony zdrowia
i współpracy
w badaniu opinii
na ten temat.

„ZA”, ALE WARUNKOWO

Organizacje mówią jednym głosem – trzeba zwiększać nakłady na ochronę zdrowia i to szybko. Czy Polacy faktycznie popierają tę ideę? Jak wynika z sondażu (lipiec 2017) opracowanego na zlecenie Pracodawców RP na reprezentatywnej grupie osób, 77 proc. ankietowanych zgadza się, że obecne nakłady nie wystarczają do tego, aby pacjenci byli zadowoleni. Jednak już na pytanie, skąd pozyskać dodatkowe środki, większość uważa, że najlepiej byłoby przesunąć kwoty wewnątrz budżetu. Nie jest jednak aż tak źle. Całkiem spora grupa respondentów (39 proc.) jest skłonna zmniejszyć swoje dochody w celu zwiększania składki zdrowotnej, a kolejne 18 proc. zgodziłoby się na zwiększenie podatków, pod warunkiem, że takie działanie przyniesie dla nich jakąś korzyść, np. w postaci skrócenia kolejek do lekarza. – Wzrost nakładów zawsze powinien iść w parze z mądrym i efektywnym wydawaniem pieniędzy – komentuje wyniki badań Anna Rulkiewicz, wiceprezydent Pracodawców RP.

Czym owo mądre wydawanie pieniędzy powinno być w praktyce? Ważne jest racjonalne planowanie zmian, uszczelnienie i racjonalizacja wydatków z bieżącym monitorowaniem ich efektywności. O tym wszystkim mówi się od lat, niestety dotychczas na mówieniu się zazwyczaj kończyło. Obecny minister zdrowia próbuje reformować system. O sukces jednak trudno bez wspólnego dialogu i, co oczywiste, rzeczonych 6 proc. PKB. ○



Treść apelu oraz lista
sygnatariuszy na
www.gazetalekarska.pl

¹ OECD (raport „Tackling Wasteful Spending on Health”) szacuje, że w Europie nawet 20 proc. środków w ochronie zdrowia może być marnotrawionych.

Zaświadczenia o szczepieniu

Zaniepokojony szkodliwością ruchów antyszczepionkowych i związaną z tym spadającą liczbą zaszczepionych dzieci, samorząd lekarski włączył się w działania na rzecz zmiany tej sytuacji.

● LUCYNA KRYSIAK

Ruchy antyszczepionkowe przybrały na sile. Już nie tylko internet jest narzędziem ich aktywności, przenikają do telewizji, prasy. Tymczasem eksperci w dziedzinie chorób zakaźnych są zgodni, że rezygnowanie ze szczepień ochronnych zagraża zdrowiu dzieci i młodzieży.

7 lipca na wyjazdowym posiedzeniu Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w Łodzi wystosowano w tej sprawie apel do Ministra Zdrowia, w którym uznaje się za konieczne podjęcie prac legislacyjnych zmierzających do wprowadzenia obowiązku przedstawienia przed przyjęciem do żłobka, przedszkola lub szkoły zaświadczenia potwierdzającego, że dziecko jest zaszczepione zgodnie z aktualnie obowiązującym kalendarzem szczepień.

– Obecne prawo wprowadza nakład na rodziców obowiązek doprowadzenia dzieci na szczepienia, ale jest ono słabo egzekwowane, jeśli warunkiem przyjęcia do żłobka, przedszkola lub szkoły będzie przedstawienie zaświadczenia o szczepieniu, trudno będzie się od niego uchylić – tłumaczył Maciej Hamankiewicz, prezes NRL. Argumentując przyjęcie apelu, podkreślano, że spadek liczby zaszczepionych stwarza zagrożenie nie tylko dla

niezaszczepionych, ale dla innych osób mających z nimi kontakt.

DAWAĆ PRZYKŁAD

Temat szczepień samorząd lekarski podejmował wielokrotnie – w listopadzie 2016 r. NRL wystosowała apel do lekarzy i lekarzy dentyistów, by w trosce o zdrowie pacjentów i własne podejmowali działania proszczepienne w swoich praktykach. Chodzi nie tylko o propagowanie szczepień wśród pacjentów, ale o zaszczepienie siebie i swoich bliskich, pamiętając, że osoby wykonujące zawody medyczne w przypadku zachorowania na choroby zakaźne stanowią źródło zakażenia dla innych.

Stomatolodzy, obok lekarzy POZ, spełniają rolę lekarzy pierwszego kontaktu i mają wpływ na kształtowanie zachowań prozdrowotnych nie tylko dzieci i młodzieży, ale chorych przewlekłe, osób starszych, kobiet w wieku rozrodczym, osób podróżujących za granicę. Przykładem działań samorządu lekarskiego propagujących szczepienia była także szybka reakcja po emisji programów antyszczepionkowych

23 TYS.

Tyle odmów
szczepienia
dziecka
odnotowano
w 2016 r.

**76 PROC. POLAKÓW UWAŻA
SZCZEPIONKI ZA BEZPIECZNE DLA
DZIECI, NATOMIAST 24 PROC. JEST
PRZEKONANYCH O ICH SZKODLIWOŚCI.**

w telewizji publicznej (prezes NRL Maciej Hamankiewicz dwukrotnie interweniował i wypowiadał się w sprawie zasadności i konieczności szczepień) i zaangażowanie się w przygotowanie filmu promującego szczepienia przeciwko grypie. Aby nie być gołosłownym, w grudniu minionego roku lekarze i lekarze dentyści publicznie zaszczepili się przeciwko pneumokokom, a we wrześniu tego roku będą się szczepić przeciwko grypie.

KONSEKWENCJE PRAWNE

W Polsce szczepienia ochronne są ustawowym obowiązkiem. Jednak rodzice lub inni ustanowieni opiekunowie mają prawo po konsultacji z lekarzem wyrazić zgodę na szczepienie lub nie. W sytuacji, gdy takiej zgody nie ma, ZOZ powinien zawiadomić o tym Państwową Inspekcję Sanitarną, a ta sąd opiekuńczy o uchyleniu się od szczepień.

Jeżeli dobro dziecka jest zagrożone, sąd opiekuńczy może zobowiązać rodziców oraz małoletniego do określonego postępowania, np. przydzielić stały nadzór kuratora sądowego, skierować go do placówki sprawującej częściową pieczę nad dziećmi, a nawet zlecić umieszczenie w rodzinie zastępczej. Jednak uchylenie się od szczepień dotąd nie trafiło na wokandę sądu. Z raportu CBOS wynika, że 76 proc. Polaków uważa szczepionki za bezpieczne dla dzieci, natomiast 24 proc. jest przekonanych o ich różnych skutkach ubocznych. Dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny sygnalizują, że odsetek nieufnych rośnie. O ile w latach 2006-2010 odnotowano 4 tys. odmów zaszczepienia dziecka, w 2016 r. było ich już 23 tys.

Prof. Mirosław Wysocki, dyrektor NIZP-PZH, wierzy, że postulowana przez samorząd lekarski zmiana prawa w zakresie zasad szczepień ochronnych dzieci i młodzieży zmieni te statystyki. – Jeśli będą wymagane zaświadczenia o szczepieniu przy przyjęciu do żłobków, przedszkoli i szkół, wielu rodziców będzie musiało zweryfikować swoje poglądy na ten temat – tłumaczy prof. Wysocki i dodaje, że tego rodzaju rozwiązania pomogłyby też lekarzom w rozmowach z rodzicami dzieci. ●

Pieniądze, rękę i rokowania



Leszek Dudziński

Wiceprezes NRL, przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL

Narodowy Fundusz Zdrowia podał dane dotyczące propozycji budżetu na rok 2018. Choć spodziewaliśmy się pewnego wzrostu nakładów przeznaczonych na stomatologię, zostaliśmy zaskoczeni kwotą.

Jest ona wyższa niż w roku ubiegłym i wynosi 103,4 proc. w porównaniu do roku ubiegłego, co oznacza wzrost o 3,4 proc. Planowany wzrost budżetu na świadczenia ogółem w różnych oddziałach będzie się wahał między 6 a 8 proc., więc w przypadku stomatologii odsetek ten jest niemal o połowę niższy. Przypomnę tylko, że w planie na 2017 r. zakładano udział środków budżetowych wysokości prawie 1,8 mld zł, natomiast w planie po uruchomieniu rezerwy migracyjnej na rok 2018 znalazła się kwota ponad 1,9 mld zł, a dokładnie wyższa o 62 mln zł, czyli akurat tyle, ile przeznaczono na opiekę stomatologiczną w roku 2009. Po dziesięciu latach, w czasie których obserwowaliśmy spadek nakładów na tę dziedzinę medycyny, zrównujemy się z tymi sprzed lat. Wzrost związany jest z potrzebą sfinansowania nowych procedur w zakresie stomatologii dziecięcej.

Znamy wyniki badania „Rynek usług dentystycznych w Polsce 2015. Prognozy rozwoju na lata 2015-2020” przeprowadzonego przez ośrodek badawczy PMR. Według szacunków w najbliższych latach nastąpi wzrost nakładów na świadczenia stomatologiczne na poziomie średnio 7 proc. rocznie i będzie się on utrzymywał, aż do osiągnięcia wartości 12,6 mld zł. Udział w tym rynku środków publicznych to niecałe 2 mld zł, na pozostałą kwotę składają się nakłady prywatne.

W 2014 r. udział we wszystkich świadczeniach rynku usług dentystycznych 21 proc. stanowiły pieniądze publiczne. Obecnie szacuje się, że w 2020 r. będzie to już tylko 14 proc. i o blisko 7 proc. wzrośnie udział w rynku świadczeń komercyjnych finansowanych bezpośrednio przez pacjentów. Na podstawie wyników badań PMR przewiduje, że Ministerstwo Zdrowia nadal nie będzie uznawać potrzeb stomatologicznych za priorytetowe, licząc, że zwiększone zapotrzebowanie na świadczenia w tym zakresie zostanie sfinansowane przez pacjentów ze środków własnych. To sygnał o zamierzonej polityce w tym obszarze.

Wypowiedzi przedstawicieli resortu zdrowia, które docierają do nas poprzez media, świadczą o tym, że problemy opieki nad dziećmi i młodzieżą planuje się rozwiązać przede wszystkim poprzez wprowadzenie dentobusów, licząc, że w ten sposób zwiększy się dostępność do świadczeń stomatologicznych w małych miejscowościach. Komisja Stomatologiczna NRL uważa, i przyjęła już stanowisko w tej sprawie, że dentobusy nie będą panaceum. Bez wzrostu nakładów finansowych i bez rozsądnego rozszerzenia koszyka świadczeń oraz zwiększenia liczby kontraktów w stomatologii dziecięcej, nie uda się poprawić dostępności do usług dentystycznych w Polsce.

Kolejna ważna sprawa to planowane zmiany legislacyjne. Niedawno otrzymaliśmy odpowiedź Ministerstwa Zdrowia na pismo przesłane przez prezesa NRL Macieja Hamankiewicza do premier Beaty Szydło w sprawie zaskarżenia przez Polskę przepisów dotyczących rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE w sprawie ręki oraz uchylającego rozporządzenie WE nr 1102/2008. Podsekretarz stanu Zbigniew Król poinformował prezesa NRL, że Ministerstwo Zdrowia nie widzi podstaw do zaskarżenia wspomnianego dokumentu. Niezwłocznie przesłaliśmy więc prośbę do resortu o pilne spotkanie celem uszczegółowienia dalszych zasad realizacji tego rozporządzenia, ponieważ jest to niezwykle istotna kwestia dla praktyki dentystycznej.

Na ostatnim posiedzeniu Komisji Stomatologicznej omówiliśmy także kwestię związaną z udzielaniem świadczeń komercyjnych w trakcie trwania umowy na świadczenia stomatologiczne z NFZ. Po wysłuchaniu opinii radców prawnych NIL, na wniosek przewodniczącej Zespołu ds. Współpracy z NFZ, Komisja postanowiła zwrócić się z prośbą o opinię w tej sprawie również do kancelarii zewnętrznej.

We wrześniu ważnym wydarzeniem będą targi CEDE oraz Kongres Unii Stomatologii Polskiej, w czasie których odbędzie się m.in. ciekawa debata na temat, czy polskie dzieci muszą być skazane na próchnicę, a także sesja naukowa NIL. Serdecznie zapraszam. ☺

Sesja NIL na CEDE

W ramach Kongresu Unii Stomatologii Polskiej, odbywającego się równolegle z targami sprzętu i produktów stomatologicznych CEDE 2017 w Poznaniu, Naczelna Izba Lekarska przygotowała całodniową sesję naukową.

LUCYNA KRYSIAK

W 26-letniej historii Środkowo-europejskiej Wystawy Produktów Stomatologicznych CEDE po raz pierwszy samorząd lekarski w tak znacznym stopniu włączył się merytorycznie w tę imprezę.

– Nasze kontakty z organizatorami targów zaowocowały współpracą, która przełożyła się na zorganizowanie całodniowej sesji Naczelnej Izby Lekarskiej. To dla nas wyzwanie. Od tego, jak wypadnie nasz debiut, będzie bowiem zależała dalsza współpraca, a mamy już pomysły na lata przyszłe – zaznaczył Leszek Dudziński, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej i przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL.

Te pomysły dotyczą zebrania i zaprezentowania najbardziej interesujących przypadków medycznych, co pokrywa się z nową formułą targów, które prezentując nowości, chcą być jak najbliższej praktyki, ale też tego, co dzieje się w kształceniu stomatologów, ich osiągnięć naukowych, dylematów prawnych związanych z wprowadzaniem nowych technologii. Po raz pierwszy na CEDE będą więc prezentowane najciekawsze prace doktorskie i habilitacyjne w stomatologii – głównie podczas sesji „Naukowy zawrót głowy”. Można więc powiedzieć, że formuła targów wykracza poza dotychczasowe ramy, chce

nie tylko pokazywać nowe technologie, ale rozwiązywać problemy związane z ich wprowadzaniem. Są one często sygnalizowane podczas posiedzeń Komisji Stomatologicznej NRL. Chodzi o technologie odtwórcze z możliwością wykorzystania techniki przenoszenia obrazu przestrzennego z zastosowaniem skanerów, drukarek 3D.

– Wśród naszych kolegów stomatologów w Europie pojawiły się już wątpliwości, czy mając do dyspozycji tego rodzaju narzędzia, technicy dentyści mogą używać ich bez udziału lekarza – tłumaczy prezes Dudziński i dodaje, że problem ten nie jest uregulowany prawnie. Ponieważ w Polsce także już tego rodzaju zjawiska występują, może należałoby go uregulować?

TECHNOLOGIE 3D

Na początku samorządowa sesja NIL na CEDE w Poznaniu miała się nazywać „Innowacyjne technologie w stomatologii” i po części tematycznie spełnia to założenie. Przykładem jest wykład prof. Jerzego Gieleckiego, kierownika Katedry Anatomii UWM w Olsztynie, który przekazuje wiedzę na ten temat w zupełnie inny sposób, niż to robiono dotychczas. Wykorzystuje w tym celu okulary 3D i aplikacje, które każdy student ma w swoim domu, z możliwością automatycznego odpytania w systemach komputerowych, ale

też pokazuje, w jaki sposób te modele anatomiczne zastosować w praktyce do planowania chirurgicznego. Równie nowatorskie rozwiązania prezentuje na sesji NIL prof. Andrzej Kukwa, kierownik Katedry Otolaryngologii oraz Chorób Głowy i Szyi UWM, który zakłada, że można dokonać oceny drożności górnych dróg oddechowych przy współpracy laryngologiczno-ortodontyczno-chirurgicznej. Ten ogromny interdyscyplinarny problem związany jest z bezdechem, który wpływa na ogólny stan zdrowia pacjenta, jego samopoczucie i sprawność. Profesor stworzył autorski model postępowania w tym zaburzeniu, wykorzystując aparaturę i analizy własnej konstrukcji, m.in. analizy, z których dotychczas korzystali ortodondzi w celu określenia drożności dróg oddechowych i planowaniu zabiegów operacyjnych.

Dr Anna Dudzińska-Filkiewicz postanowiła pokazać, w jaki sposób obraz radiologiczny przełożony na drukarkę 3D można wykorzystać do planowania rekonstrukcji porosekcyjnej ubytku dna oczodołu (implant indywidualny na podstawie lustrzanego odbicia zdrowej strony i wydruku 3D). Sesja NIL dowodzi, że w coraz większym stopniu współczesna stomatologia przenika się z innymi dziedzinami. Mgr inż. Tomasz Stefańczyk z Częstochowy od blisko 20 lat zajmuje się zastosowaniem technologii 3D w ortodontacji, chirurgii, implantologii i jest współautorem programów, po które lekarze dentyści sięgają w codziennej praktyce. – Korzystanie z technologii 3D usprawnia przepływ informacji między lekarzami, konsultacje, a jednocześnie pomaga osiągnąć precyzję w diagnozowaniu problemu, planowaniu i przeprowadzaniu zabiegów – mówi Tomasz Stefańczyk. Stworzone oprogramowania pozwalają planować i prowadzić leczenie najpierw w wirtualnej rzeczywistości, by później przenieść je do realu.

DYLEMATY PRAWNE I NIE TYLKO

Podczas różnych konferencji wielokrotnie podkreślano, że w dzisiejszych czasach stomatolog jest zmuszony nie tylko zajmować się stanem zdrowia jamy ustnej swoich pacjentów. Prowadząc własną praktykę, powinien nadążać

2017

Od tego roku decyzją GIODO są prowadzone kontrole placówek opieki zdrowotnej pod kątem przestrzegania przepisów dotyczących ochrony danych osobowych.

za wiedzą związaną z informatyzacją ochrony zdrowia, a także poznać wiele aspektów prawnych dotyczących wykonywanego przez siebie zawodu.

Koordynator radców prawnych NIL, mecenas Michał Kozik, na sesję do Poznania przygotował wykład na temat ochrony danych osobowych w praktyce stomatologicznej. Dlaczego to takie ważne? – Choćby dlatego, że od 2017 r. decyzją Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych są prowadzone kontrole placówek opieki zdrowotnej pod kątem przestrzegania przepisów dotyczących ochrony tych danych – wyjaśnia mecenas Kozik. Zaznacza jednocześnie, że zbyt rzadko uświadamiamy sobie, jak wiele danych osobowych jest przetwarzanych w codziennym życiu, jakie są z tym związane niebezpieczeństwa i jakie to nakłada obowiązki na lekarzy. Przykładem jest powszechne stosowanie zasady wyczytywania w rejestracji nazwisk pacjentów oczekujących na wizytę u lekarza. Według GIO-DO jest to naruszenie prawa o ochronie danych osobowych.

Nowe zagadnienie przedstawione na sesji NIL, którym dotychczas niewiele osób się zajmowało, to włączenie logopedy do rehabilitacji osób po destrukcyjnych zabiegach onkologicznych. Wykład neurologopedy Edyty Zomkowskiej dotyczący etiologii fonacyjno-artykulacyjnych pacjentów z nowotworem dna jamy ustnej ma pomóc stomatologom przywracać pacjentom po takich operacjach funkcję mowy. W programie sesji znalazł się także temat „System monitorowania kształcenia SMK” oraz aspekty informatyzacji w ochronie zdrowia (Mirosław Przastek).

Gorącym obecnie tematem jest naświetlanie na promieniowanie jonizujące w stomatologii, który postanowił omówić dr inż. Dariusz Kluszczyński, dyrektor Krajowego Centrum Ochrony Radiologicznej w Ochronie Zdrowia. O przedstawienie modelu polskiej praktyki stomatologicznej na podstawie badań Ośrodka Studiów, Analiz i Informatyki NIL pokuszają się dr Agnieszka Ruchała-Tyszler i dr Łukasz Tyszler,

członkowie Komisji Stomatologicznej NRL. Prof. Marzena Dominiak, przewodnicząca Rady Naukowej Kongresu Unii Stomatologii Polskiej podkreśla, że sesja Naczelnej Izby Lekarskiej zaplanowana w ramach tego wydarzenia jest naturalną realizacją integracji naukowej, jaka mu przyświeca i konsekwencją udanej współpracy przy organizacji ubiegłorocznego Kongresu FDI. – Doskonale wiadomo, że samorząd lekarski dysponuje ogromną wiedzą w zakresie przepisów dotyczących zarządzania praktyką stomatologiczną. Kogo, jak nie ekspertów NIL, pytać o ochronę danych osobowych, informatyzację placówek czy kształcenie podyplomowe i specjalizacyjne? – pyta prof. Dominiak i zaznacza, że także pozostałe tematy sesji wskazują na znakomitą orientację w merytorycznych potrzebach edukacyjnych stomatologów. Tym bardziej, że diagnostyka oraz interdyscyplinarna współpraca lekarzy różnych specjalności to – bez wątpienia – zagadnienia, które aktualnie żywo interesują lekarzy dentystów. 

REKLAMA

Zgoda bywa uciążliwa

Lekarze dentyści mogą podejmować leczenie małoletnich pacjentów tylko wtedy, jeśli ich rodzice wyrażą na to stosowną zgodę, a jej pozyskanie może stać się uciążliwe dla obu stron.

✪ LUCYNA KRYSIAK

Przepisy dotyczące wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza reguluje ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a także ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Wprawdzie stworzono je po to, aby chroniły dzieci przed zaniedbaniami zdrowotnymi, czyniąc rodziców odpowiedzialnymi za m.in. stan ich uzębienia, jednak w codziennej praktyce stomatologicznej nastręczają wiele trudności.

Zarówno lekarze dentyści, jak i rodzice dzieci uważają, że przepisy te są zbyt restrykcyjne, ponieważ nie wystarczy jednorazowo przedstawić na piśmie, że rodzic lub opiekun prawny zgadza się na czynności prowadzone przez stomatologa w obrębie jamy ustnej dziecka. Wymagane jest pisemne oświadczenie, z którego wynika, jakie konkretne świadczenie zdrowotne ta zgoda ma obejmować. Przykładowo, jeśli lekarz podejmuje u dziecka leczenie endodontyczne, zgoda musi precyzyjnie określić, którego zęba to leczenie dotyczy i jakie czynności będą w związku z tym prowadzone. To samo odnosi się np. do usunięcia złogów nazębnych, resekcji, czynności higienicznych i profilaktycznych związanych np. z fluoryzacją lub lakowaniem zębów czy też leczenia ortodontycznego.

UTRUDNIA LECZENIE

W tym ostatnim wypadku pojawia się najwięcej kontrowersji, ponieważ leczenie ortodontyczne trwa blisko dwa lata.



^ **Zdaniem stomatologów wymagania, jakie stawia prawo w związku z przedstawieniem każdorazowej zgody na leczenie ortodontyczne zębów, są zbyt wygórowane.**

W jego trakcie zdarza się, że trzeba korygować plan leczenia, dostosowywać go do potrzeb dziecka i uzyskanie za każdym razem zgody na wprowadzenie zmian opóźnia leczenie.

Zdaniem stomatologów wymagania, jakie stawia prawo w związku z przedstawieniem każdorazowej zgody na leczenie ortodontyczne zębów, są zbyt wygórowane. – Utrudniają życie zarówno lekarzom, jak i rodzicom, szczególnie teraz, kiedy wiele osób pracuje za granicą, uzyskanie zgody na każdorazową korektę leczenia ortodontycznego dziecka jest naprawdę obciążające – przekonuje Katarzyna Miśków, ortodontka z Olsztyna prowadząca praktykę indywidualną. Często rodzice zostawiają podpisany dokument dziadkom, ale

to też nie rozwiązuje problemu, ponieważ dotyczy on jednorazowej wizyty, tymczasem ustawowo każda dodatkowa czynność prowadzona przez lekarza dentystrę wymaga kolejnej zgody.

Formularze zgody świadomej zawierające też informacje dla pacjenta, którymi posługują się ortodonta, są opracowane przez Polskie Towarzystwo Ortodontyczne. Podobne formularze przygotowały dla stomatologów pozostałe towarzystwa (na leczenie endodontyczne, chirurgiczne, protetyczne). Znajduje się w nich opis, z czym wiąże się leczenie stomatologiczne, jakie przewidywane są efekty tego leczenia, możliwe powikłania i alternatywne metody postępowania oraz podpis rodzica, lekarza i świadka, którym zwykle jest

asystentka stomatologiczna. Do 16. roku życia zgodę na leczenie muszą wyrazić rodzice, po 16. roku życia taka zgoda wymagana jest także od małoletniego pacjenta. Oryginał jest dołączany do karty pacjenta, a kopię dostaje rodzic lub opiekun. – Problemy pojawiają się także wtedy, kiedy rodzice są rozwiedzeni, jeden z nich podpisuje zgodę na leczenie ortodontyczne dziecka, a drugi nie ma o tym pojęcia. Leczenie ortodontyczne nie jest refundowane przez NFZ, rodzice muszą więc za nie zapłacić, w rodzinach rozwiedzionych kwestia płatności często opiera się o sąd, a jest to koszt blisko 5 tys. zł – tłumaczy Katarzyna Miśków.

POTRZEBNE NOWE REGULACJE

Zgodnie z przepisami wspomnianych już ustaw lekarz udzielający świadczenia nie powinien mieć wątpliwości co do zakresu wyrażonej zgody przez osobę, która złożyła oświadczenie woli i opatrzyła je własnoręcznym podpisem. Przepisy te wyraźnie mówią, że niedopuszczalnym jest akceptowanie przez lekarza zgody, która nie wskazuje szczegółowo jej przedmiotu. Oświadczenie typu – wyrażam zgodę na wszelkie zabiegi lecznicze lub ogólnie rozumiane leczenie stomatologiczne, jest nie do przyjęcia, co jest kontrowersyjne, podobnie jak leczenie małoletniego pacjenta pod nieobecność któregoś z rodziców. Zgodnie z ustawą taka obecność jest niezbędna, niezależnie od tego, czy pacjent ma 5, 10 czy 17 lat.

– Czasem dochodzi do absurdów, zwłaszcza kiedy zgłasza się do nas nastolatek z bólem zęba albo z urazem w obrębie jamy ustnej, a my nie możemy mu pomóc, ponieważ bez zgody i obecności rodziców mamy to ustawowo zabronione – tłumaczy prof. Dorota Olczak-Kowalczyk, konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej. Zakładając, że ustawodawca wymaga zgody na wypadek, gdyby zabieg był ryzykowny, wymagał znieczulenia, np. przy ekstrakcji zęba, stomatolodzy stosują się do tych wymogów. Ale... – Zabiegaliśmy w Ministerstwie Zdrowia o urealnienie przepisów, nadanie im ludzkiej twarzy, przecież leczenie stomatologiczne to nie operacja serca, ale odpowiedź w tej sprawie była

jednoznaczna – bezwzględnie należy się stosować do zaleceń ustawowych – powiedziała prof. Olczak-Kowalczyk. W jej ocenie, z którą identyfikują się stomatolodzy, procedury powinny być rozdzielone. Wymagając zgody na leczenie, nie powinno się jednakowo traktować procedur chirurgicznych, endodontycznych, proteptycznych czy profilaktycznych, potrzebne są więc nowe regulacje prawne w tym zakresie, uwzględniające te różnice.

E-PODPIS

Skoro nie dało się zmienić zapisów ustawy o wyrażaniu zgody na leczenie, to może podpisy elektroniczne ułatwią życie stomatologom i rodzicom? E-podpis od dawna funkcjonuje w krajach europejskich. W Polsce od kilkunastu lat i jest równoważny pod względem skutków prawnych z podpisem własnoręcznym. Czy ma szansę zafunkcjonować w stomatologii?

Tego rodzaju praktyki są już wprawdzie dopuszczalne, ale rzadko stosowane w tym dziale medycyny, ponieważ wymagają specjalnego oprogramowania komputerowego, a tego stomatolodzy nie mają. Jak podaje na swoich stronach internetowych Ministerstwo Gospodarki, e-podpisu można używać do elektronicznego podpisywania umów i dokumentów, w korespondencji z urzędami, do podpisywania pism i decyzji administracyjnych, podpisywania faktur elektronicznych, zarejestrowania działalności gospodarczej (CEIDG), składania deklaracji celnych i podatkowych, zgłoszeń ubezpieczenia społecznego, podpisywania wniosków do Krajowego Rejestru Sądowego, raportów dla Generalnego Inspektora Informacji Finansowej, korespondencji z Generalnym Inspektorem Ochrony Danych Osobowych i... podpisywania dokumentacji medycznej. Aby jednak móc składać na dokumentach bezpieczny podpis elektroniczny, należy liczyć się ze stałymi, rocznymi kosztami. Najpierw trzeba kupić zestaw z odpowiednim urządzeniem, a w kolejnych latach odnawiać abonament, dokładnie tak, jak w przypadku np. domeny internetowej. – W przypadku zgody na leczenie stomatologiczne małoletnich taki e-podpis to na razie wirtualna rzeczywistość – konkluduje prof. Dorota Olczak-Kowalczyk. ☺

Czas na przebudzenie



Jolanta Małmyga

Wiceprezes ORL w Gorzowie Wlkp.

Dobro ludu najwyższym prawem.

Cycon

Dla większości z nas skończyły się wakacje, niezbyt udane, jeśli chodzi o pogodę. Gwałtowne zmiany aury, burze, deszcze i trąby powietrzne niszczące domy i życie. Zapewne takie zmiany pogody wpływają na nasze zachowania i sposoby rozwiązywania różnych problemów.

Dla polskich parlamentarzystów lipiec, chociaż spokojniejszy pogodowo, był bardzo pracowity. Dzień i noc trwały intensywne obrady nad przeforsowaniem własnych wizji nowej Polski prezentowanej, a raczej narzucanej przez przedstawicieli wiodącej partii, oczywiście dla dobra ludu. Lud jednak postanowił zaprotestować, ale czy to tylko chwilowe przebudzenie czy będzie kontynuacja tego sprzeciwu i jaki będzie tego skutek, zobaczymy, gdyż parlament ma wakacje.

A jak jest w naszych szeregach korporacyjnych? Zbliżają się wybory nowych władz, walki i wojenki podjazdowe toczą się na górze, zwykli członkowie w większości nie są tym zainteresowani, gdyż nie mają czasu i ochoty zapoznać się ze wszystkimi problemami, jakie dotyczą samorządu i możliwości jego działania, a już na pewno nie ma mowy o włączeniu się w pracę dla wspólnego dobra. A to przecież nasza przyszłość i ustalenie zasad prawidłowego wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry zgodnie z najnowszymi osiągnięciami nauk medycznych, bez cofania się do zamierzchłych czasów, a także potrzeba otrzymywania godnej zapłaty za ciężką i odpowiedzialną pracę.

Jednak do działań społecznych potrzeba zaangażowania i poświęcenia prywatnego czasu i nie można spodziewać się uznania i podziękowań, a wielokrotnie słyszy się wiele przykrych słów. O wiele łatwiej jest wypowiadać negatywne opinie o działalności przedstawicieli, których sami wybraliśmy, aby w naszym imieniu o to zabiegali. Łatwiej krytykować i winą obarczać innych, nic z siebie nie dając.

W rozmowach z lekarzami, zwłaszcza starszymi, słyszę,

jak bardzo są zaniepokojeni takim tumiwizmem, brakiem szacunku i wzajemnej życzliwości u większości pracujących koleżanek i kolegów. Co się z nami stało? Zapominamy o składanej podczas wręczania dyplomów przysiędze, a rozpoczynamy pogoń za sukcesami i pieniędzmi bez oglądania się na innych, gdyż ważne jest tylko wszystko to, co dotyczy mnie osobiście. Tylko jak długo można tak żyć w pełnej izolacji od otaczającego świata i ludzi?

Zapewne kiedyś przyjdzie przebudzenie, ale czy nie będzie za późno na reakcję? Ponoć na dobre zmiany nigdy nie jest za późno, jednak czy nie lepiej działać odpowiednio wcześniej, przecież doskonale wiemy, że lepiej zapobiegać, niż leczyć, gdyż skutki zaniedbań powodujących rozwój choroby wymagają później długotrwałej terapii. Pojawiają się iskierki nadziei i byłoby niesprawiedliwe, żeby nie zauważyć przebudzenia pośród części młodych adeptów sztuki lekarskiej.

Młodzi, którzy nie idą na łatwiznę i nie zamierzają szukać lepszego jutra na obczyźnie, zaczynają działać i walczyć o lepszą przyszłość dla siebie oraz możliwości kształcenia i pracy w swoim kraju. Potrzebna jest jednak zdecydowana pomoc i wsparcie wszystkich medyków, dla wspólnego dobra, przecież niedługo obecnie zapracowani staniami się ich pacjentami. Zaangażujmy się również w przekazywanie zasad etyki i szacunku dla ludzi chorych i kolegów, przekazujemy naszą wiedzę i doświadczenie młodym bez oporów i obaw, a to na pewno zapoczątkuje w najbliższej przyszłości. Tylko róbmy to z empatią i wyczuciem, bez narzucania naszym zdaniem idealnych rozwiązań. Mamy przepisy i kodeks etyki, który określa zasady postępowania, nie podążajmy za nierealnymi pomysłami i chociaż przykłady takiego postępowania dają nam nasi rządzący, to jakoś nie widzę oszałamiających efektów ich działań dla dobra ludu. Bądźmy mądrzejsi i zróbmy wszystko, aby nam żyło się lepiej, wtedy i lud będzie nam wdzięczny i doceni nasze działania, a my będziemy zadowoleni z wykonywanej pracy. 

Recydywista

Naruszenie art. 1 pkt 3, art. 40, 41 i 65 Kodeksu Etyki Lekarskiej*.

W 2011 r. okręgowy sąd lekarski ograniczył prawo wykonywania zawodu obwinionego lekarza w zakresie sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami, w szczególności badań wstępnych, okresowych i kontrolnych, na okres dwóch lat.

Ponieważ w czasie obowiązywania tego orzeczenia lekarz wystawił co najmniej 108 orzeczeń i zaświadczeń lekarskich o braku przeciwwskazań zdrowotnych osób ubiegających się o wydanie licencji pracownika do wykonania pracy, w 2014 r. okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej złożył wniosek o ukaranie

obwinionego. Ponadto lekarz ten nie był zatrudniony w jednostce uprawnionej do przeprowadzania badań profilaktycznych, a orzeczenia i zaświadczenia były przez niego wystawione wyłącznie na podstawie badania ogólnego stanu zdrowia pacjenta, bez uprzedniego skierowania na właściwe badania i konsultacje specjalistyczne. OROZ uznał, że obwiniony podważył zaufanie do wykonywanego zawodu lekarza, czym naruszył: art. 1 pkt. 3, art. 40, 41 i 65 KEL, art. 9 ust. 1 i art. 10 ustawy z dnia 17 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy, oraz § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 23 marca 1999 r. w sprawie badań lekarskich i psychologicznych osób

ubiegających się o wydanie licencji oraz posiadających licencję pracownika ochrony fizycznej.

Po rozpatrzeniu wniosku rzecznika okręgowy sąd lekarski uznał lekarza winnym zarzucanego mu czynu i ukarał zawieszeniem PWZ na okres dwóch lat. Od orzeczenia OSL odwołał się obrońca obwinionego. Naczelny Sąd Lekarski utrzymał w mocy orzeczenie sądu I instancji. Obrońca wniósł kasację, zarzucając, że „orzeczenie zostało wydane pomimo tego, że postępowanie karne, co do tego samego czynu tej samej osoby zostało już prawomocnie zakończone”. Sąd Najwyższy oddalił kasację jako oczywiście bezzasadną.



Grzegorz Wrona

Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

KOMENTARZ

W kasacji próbowano zarzucić naruszenie zasady *ne bis in idem*. Zarzut ten, rzecz jasna, okazał się całkowicie chybiony. Sąd Najwyższy potwierdził, że aby uznać, iż ukarano dwukrotnie za ten sam czyn, lekarz musiałby zostać dwukrotnie skazany w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej albo dwukrotnie skazany w postępowaniu karnym. Takiej sytuacji oczywiście nie było. Deontologia w postępowaniu dyscyplinarnym jest nieco inna niż w postępowaniu karnym. Przecież poprzez postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej dba się o dobro wykonywanego zawodu. Dlatego może być tak, że czyn w naszym postępowaniu będzie przewinieniem zawodowym, a nie będzie przestępstwem w świetle prawa karnego.

Odpowiednie, jak stanowi ustawa o izbach lekarskich, stosowanie przepisów kodeksu postępowania

karnego nie oznacza w żadnej mierze, że postępowanie dyscyplinarne staje się postępowaniem karnym czy też że je zastępuje. Nie oznacza również, że postępowanie karne tamuje bieg odpowiedzialności korporacyjnej. Należy przypomnieć, iż w 2010 r. Trybunał Konstytucyjny badał, czy ukształtowanie odpowiedzialności zawodowej w systemie prawa polskiego jest właściwe i nie dopatrywał się wątpliwości. Postanowienie w tej sprawie utrzymuje tzw. linię orzecniczą od wielu lat stosowaną przez nasze, lekarskie, sądy. Niestety nie wszyscy profesjonalści prawni tę zasadę zauważyli, a przecież obowiązują ją również w odpowiedzialności korporacyjnej adwokatów i radców prawnych. Zlecając (i płacąc za) sporządzenie kasacji naszemu obrońcy, warto o tej zasadzie pamiętać. ○

* KEL, art. 1 pkt 3: „Naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu”; art. 40: „Wydawanie zaświadczeń lekarskich jest dozwolone jedynie na podstawie aktualnego badania lub odpowiedniej dokumentacji”; art. 41: „Każde zaświadczenie lekarskie lub inny dokument medyczny powinien umożliwiać identyfikację lekarza, który go wystawił. Treść dokumentu powinna być zgodna z wiedzą i sumieniem lekarza. Nie może być ona formułowana przez lekarza pod presją lub w oczekiwaniu osobistych korzyści”; art. 65: „Lekarzowi nie wolno narzucać swych usług chorym, lub pozyskiwać pacjentów w sposób niezgodny z zasadami etyki i deontologii lekarskiej oraz lojalności wobec kolegów”.

Odejść w spokoju

Jedziemy do Saarlandu, regionu położonego w zachodniej części Niemiec, by sprawdzić, jak wygląda tam opieka nad pacjentami terminalnymi.

📍 MARTA JAKUBIAK, LIDIA SULIKOWSKA



Naszym celem jest Saarlouis, gdzie mieszka doktor Jacek Knytel, anestezjolog, który kilka lat temu zrobił podspecjalizację z medycyny paliatywnej, by pomagać chorym z zaawansowanymi i prowadzącymi do śmierci chorobami, u których tzw. leczenie przyczynowe nie jest możliwe. Skoro świt wyruszamy z Warszawy. Mamy do pokonania niemal 1300 km. W drodze rozmawiamy niewiele. Obie wiemy, że poznamy inną rzeczywistość, pytanie tylko – którego żadna z nas nie zadaje głośno – jak bardzo.

Po wielogodzinnej podróży docieramy w końcu na miejsce. Spotykamy się z doktorem Knytlem, by porozmawiać o jego pracy i dowiedzieć się, jak opieka paliatywna jest realizowana u naszych zachodnich sąsiadów. – Specjalizację z medycyny paliatywnej w Niemczech ma około 9 tys. lekarzy. By ją zdobyć, trzeba skończyć 180-godzinny kurs specjalizacyjny.

Może go odbyć każdy lekarz, nawet ten, który nie posiada jeszcze żadnej specjalizacji. Na opiekę paliatywną składa się ta realizowana w szpitalach oraz ambulatoryjna – obejmująca pacjenta przebywającego w domu. Są też stacjonarne hospicja, do których trafiają chorzy, gdy ich bliscy z różnych względów, np. podeszły wiek, choroba, sytuacja socjalna, nie są w stanie się nimi opiekować – mówi dr Knytel.

Nasz przewodnik pracuje w specjalistycznej opiece paliatywnej w ramach AOS, tzw. SAPV (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung). Ta forma pomocy działa w Niemczech od kwietnia 2007 r. i przysługuje osobie terminalnie chorej, cierpiącej na różne dolegliwości, jak ból, problemy z oddychaniem, brak apetytu, nudności, trudności z połykaniem, halucynacje, niepokój ruchowy. Każdy pacjent posiadający podstawową wersję ubezpieczenia zdrowotnego ma prawo z takiej opieki korzystać, jednak jeśli chodzi o dostępność, bywa różnie. – Landy w poszczególnych częściach kraju są

▲ **Tatiana stara się, by w planie dobowym lekarza i pielęgniarki nie było więcej niż czterech wizyt dziennie, niechętnie odmawia zgłaszającym się do SAPV chorym i czasem wpisuje ich ponad limit.**

dość autonomiczne, jeśli chodzi o organizację opieki zdrowotnej. Tu, gdzie mieszkam, czyli w Saarlandzie, ambulatoryjna specjalistyczna opieka paliatywna funkcjonuje bardzo dobrze. Mamy 4 grupy SAPV działające w ramach Sankt Jakobus Hospiz, duchowej organizacji zarządzanej przez różne organizacje kościelne. To wystarcza. Wszystkie mają podpisane umowy z kasą chorych. W ubiegłym roku opiekowaliśmy się 983 pacjentami. Skrupulatnie rozliczamy się ze swojej pracy, a środki finansowe przeznaczone na naszą działalność są wystarczające – informuje dr Knytel. I dodaje, że nie wszędzie opieka paliatywna jest wystarczająco zorganizowana. W niektórych landach jest zbyt mało lekarzy medycyny paliatywnej i nie wszędzie są placówki, które chciałyby realizować świadczenia w ramach SAPV.

Czy model działania SAPV się sprawdza? – Kiedyś uważano, że opiekę paliatywną może zapewnić lekarz rodzinny i nadal takiego zdania jest starsze pokolenie lekarzy pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej, trochę ignorując funkcjonowanie SAPV. Młodszy jednak wie, że jeśli nie dają sobie rady z pacjentem, warto przekazać go pod naszą opiekę – wyjaśnia dr Knytel. SAPV zapewnia pomoc 24 godziny na dobę. Aby mieć do niej dostęp, potrzebne jest skierowanie. Może je wystawić szpital, lekarz pierwszego kontaktu (Hausarzt) albo lekarz specjalista. Dokument nie trafia jednak do rąk chorego ani jego rodziny, ale od razu jest przysyłany do grupy SAPV odpowiadającej za dany region. Lekarz koordynujący jej prace musi w ciągu 3 dni odbyć wizytę u chorego i przed upływem 7 dni złożyć wniosek w kasie chorych o konieczność dalszej intensywnej opieki paliatywnej. Lekarz rodzinny od razu otrzymuje informację o przyjęciu lub odmowie.

Na jaką pomoc chory może liczyć? – Nie wykonujemy badań diagnostycznych i nie prowadzimy terapii choroby podstawowej. Celem naszych działań jest łagodzenie dolegliwości, aby pacjent aż do śmierci mógł być w domu. W przypadku bardzo silnych i niepoddających się leczeniu dolegliwości istnieje możliwość wprowadzenia pacjenta w stan śpiączki. Oczywiście, o ile jest na to zgoda

chorego, z którym wcześniej dokładnie ustalamy przebieg leczenia – tłumaczy dr Knytel. – Naszym obowiązkiem jest, aby dokładnie się dowiedzieć, czy chory wie, w jakiej znalazł się sytuacji. Musimy znać jego wolę dotyczącą przebiegu leczenia, gdy jego stan się pogorszy i będzie z nim utrudniony kontakt. Tłumaczymy, jak będzie postępowała choroba. Pytamy, czy chce terapii maksymalnej, czy w przypadku zawału serca ma być poddany reanimacji, czy mamy podłączyć go do aparatury, gdy samodzielnie nie będzie mógł oddychać. Dysponujemy specjalnymi formularzami, które muszą zostać wypełnione i podpisane przez pacjenta i jego przedstawiciela. Pytamy ponadto, czy chory zrobił testament i upoważnił kogoś do decydowania o nim. W naszych rozmowach z chorymi uczestniczą ich bliscy, by byli świadomi woli pacjenta. Podpisane dokumenty znajdują się w segregatorze, który zostaje w domu chorego – opowiada Jacek Knytel.

Pacjenci mogą liczyć nie tylko na pomoc personelu medycznego, ale też na udostępnienie im niezbędnego sprzętu, m.in. łóżek do pielęgnacji czy aparatów tlenowych. Tego typu wsparcie kasa chorych zapewnia w ramach ubezpieczenia. Lekarz wystawia zlecenie, a sprzęt dostarczany jest do domu. – Doradzamy, co może być potrzebne. Nie tylko leczymy, ale zapewniamy wsparcie rodzinie, dzięki któremu można poprawić jakość życia pacjenta. A jeśli nie ma on bliskich lub nie są oni w stanie udzielić pomocy, zawiadamiamy służby socjalne lub organizujemy przyjęcie do hospicjum stacjonarnego. Doradzamy i koordynujemy działania poszczególnych osób i służb odpowiedzialnych za pomoc takim chorym – wyjaśnia dr Knytel.

Tyle na dziś. Jutro czeka nas bardzo intensywny dzień – odwiedzimy kilka placówek, które współtworzą tutejszy, lokalny system opieki paliatywnej.

W CENTRALI

Wstajemy wcześniej rano. Pierwszym celem jest Saarbrücken, gdzie mieści się centrala jednostek SAPV należących do Sankt Jakobus Hospiz. Jacek Knytel pracuje w tej z siedzibą w Homburgu, który odwiedzimy nieco później. Jest na etacie, dodatkowo pełni dyżury domowe pod telefonem. Gdy zachodzi taka konieczność, jedzie do

pacjenta, ale zazwyczaj, tak jak pozostali lekarze, pomocy udziela telefonicznie.

– Pierwsza wizyta to zawsze bezpośredni kontakt z pacjentem i obecność w jego domu. Kolejne najczęściej realizują pielęgniarki – wyjaśnia nam w drodze do centrali Sankt Jakobus Hospiz. Obowiązkowo muszą one raz w tygodniu odwiedzić swoich podopiecznych, ale są i takie sytuacje, że bywają codziennie. Kontrolują dolegliwości, sprawdzają, jak działają leki i w razie potrzeby zmieniają opatrunki. Jeśli mają problem, dzwonią do lekarza, np. z prośbą o pozwolenie na zwiększenie dawki leku. Nie wykonują podstawowej pielęgnacji – za to odpowiadają służby pielęgnacyjne.

Kiedy jesteśmy już na miejscu, przed wejściem spotykamy Reginę, jedną z pracujących tu pielęgniarek. – Po każdej wizycie sporządzamy raport na temat aktualnego stanu zdrowia pacjenta. Na jego podstawie lekarz wystawia dalsze zalecenia – opowiada, ale na dłuższą rozmowę nie ma czasu, bo właśnie jedzie do chorego. Lekarze współpracują z pielęgniarkami, nie są ich szefami. Każdy ma tu jasno określony zakres kompetencji. Podstawą jest zaufanie.

W samej centrali działają dwie grupy SAPV, odwiedzamy je po kolei. Na kogo by nie spojrzeć, jest pogodny. Widać, że pracują tu ludzie z pasją. A jak jest w Homburgu, gdzie pracuje dr Knytel? Nietrudno zgadnąć – podobnie. Tutaj szefem organizacyjnym oraz szefem zespołu pielęgniarek jest Tatiana. W opiece paliatywnej pracuje już od 8 lat. Pytamy, jak wygląda jej zwykły dzień pracy. – Odbieram dużo telefonów. Zazwyczaj dzwonią opiekunowie, że lekarstwa się kończą albo że potrzebne jest łóżko ortopedyczne lub że nie mogą sobie poradzić z bólem. Najpierw staramy się udzielić pierwszej pomocy przez telefon, jeśli to nie wystarcza, jedziemy do chorego lub prosimy o wsparcie lekarza. Codziennie pielęgniarki realizują też planowe wizyty domowe. Do domu chorego jedziemy również wtedy, gdy dostajemy informację o jego śmierci. Pomagamy jego bliskim przejść przez ten trudny moment. Po kilku dniach wracamy, by zabrać niepotrzebny już sprzęt i leki – opowiada Tatiana. – Cieszę się, że tu pracuję. Dzięki nam ludzie mogą odejść w domu, bez cierpienia – zaznacza. To ona jest odpowiedzialna za organizację przyjęć pacjentów, kontakty z kasami chorych i służbami socjalnymi.

Choć stara się, by w planie dobowym lekarza i pielęgniarki nie było więcej niż czterech wizyt dziennie, niechętnie odmawia zgłaszającym się do SAPV chorym i czasem wpisuje ich ponad limit.

Przechodzimy obok stolika, na którym leży księga pamięci. – Tutaj znajdują się krótkie wspomnienia o naszych zmarłych podopiecznych. Co sześć miesięcy odbywa się ekumeniczna msza za tych, którzy w tym czasie odeszli. Uczestniczą w niej rodziny, pracownicy SAPV i innych służb opiekujących się pacjentami – wyjaśnia dr Knytel. Jak długo pacjenci są pod waszą opieką? – Może to trwać miesiącami, większość odchodzi po kilku tygodniach. Nigdy nie mówimy, ile czasu jeszcze pozostało, choć zdarza się, że jesteśmy o to pytani. Na takie pytania nie ma dobrej odpowiedzi, bo nikt tak naprawdę nie wie, kiedy czyjeś życie zgaśnie – odpowiada.

Z WIZYTĄ U WINTERÓW

Pacjenci objęci opieką grupy SAPV, której prace koordynuje dr Knytel, są zaopatrywani we wszelkiego rodzaju asortyment medyczny przez aptekę z Lebach, którą prowadzi małżeństwo Winterów. Jest ona w stanie dostarczyć do domu pacjenta wszystko – od strzykawki po worki do żywienia pozajelitowego i automatyczne pompy do leczenia bólu. – Dzwonię i mówię, czego brakuje danemu pacjentowi, a apteka przygotowuje zamówienie i dostarcza do jego domu. Pacjenta nie interesuje recepta, wszystko jest zorganizowane tak, aby go w ten proces nie angażować – wyjaśnia dr Knytel. Winterowie samodzielnie przygotowują mieszanki do żywienia pozajelitowego. Mają sterylne laboratorium, gdzie dobierają odpowiednie składniki wg wieku, wagi, choroby i wskazań lekarza. Koszt jednego worka to około 120-200 euro. Czy

▼ **Apteka Winterów jest w stanie dostarczyć do domu pacjenta wszystko – od strzykawki po worki do żywienia pozajelitowego i automatyczne pompy do leczenia bólu.**





nie jest to droższe rozwiązanie niż zamawianie gotowych produktów? – My robimy pojedyncze porcje, firmy standardowo dostarczyłyby 30-40 sztuk. Jeśli w tym czasie pacjent umrze, nie zdąży ich wykorzystać, więc się zmarnują. Ponadto dzięki takim indywidualnym zamówieniom możemy precyzyjnie dobrać np. odżywianie wg konkretnych wskazań lekarza – wyjaśnia pan Winter.

Pacjenci paliatywni nie są ograniczani w kwestii dostępu do leków. Lekarze mogą zlecać wszystko, co oferuje współczesna medycyna. Do niektórych chorzy muszą dopłacić, ale stać na nie również tych najuboższych, bo dla nich przewidziano specjalne ulgi. Rodzina otrzymuje dokładną rozpiskę leków i sposób ich podawania. Po odpowiednim szkoleniu opiekunowie mają możliwość podskórnego podania np. leku przeciwbólowego, który w postaci małych strzykawek leży przygotowany w lodówce. Wszystko to służy udzieleniu jak najszybszej pomocy cierpiącemu człowiekowi. – Jeśli bliscy pacjenta nie radzą sobie z opieką, staramy się włączyć do pomocy odpowiednie służby socjalne. Jest też możliwość umieszczenia chorego w domu opieki na jakiś czas, by rodzina mogła złapać oddech – wyjaśnia dr Knytel.

POWRÓT DO SAARBRÜCKEN

Przechodzimy na kolejny poziom opieki, czyli ten, kiedy stan chorego pogarsza się na tyle, że SAPV nie jest w stanie pomóc. W takich sytuacjach chory zostaje skierowany do szpitala na oddział paliatywny. Jedziemy do CaritasKlinikum Saarbrücken St. Theresia. To, co od razu daje się zauważyć po wejściu do budynku, to brak zapachu charakterystycznego dla szpitali, a ludzie są tu jakby bardziej spokojni i uśmiechnięci. Naszą uwagę przykuwają wiszące na ścianach tabliczki ze zdjęciami personelu medycznego i informacjami o pełnionych przez poszczególne osoby funkcjach oraz godzinach dyżurów. To ciekawe rozwiązanie, ułatwiające choremu odnalezienie się

w realiach szpitala. Wchodzimy na oddział. – To nie jest miejsce do odchodzenia. Zadaniem oddziału paliatywnego jest stabilizacja stanu ogólnego pacjenta i lepsza kontrola jego dolegliwości. Celem jest możliwość powrotu pacjenta do domu. Również i my natrafiamy w warunkach domowych na granice naszych możliwości terapeutycznych i współpraca z oddziałem paliatywnym jest niezbędnym elementem w opiece nad pacjentem terminalnym – tłumaczy dr Knytel.

Jak długo pacjent czeka na przyjęcie? – Wszystko zależy od jego stanu. Zazwyczaj jest tak, że dzwoniemy do oddziałów paliatywnych w okolicy i pytamy, czy mogą przyjąć chorego. Jeśli nie mają miejsca, zostanie on zapisany na listę oczekujących, a gdy tylko zwolni się łóżko, jesteśmy o tym informowani. Jeśli pacjent jest w stanie ostrym, zostaje przyjęty szybciej, na inny oddział, np. na onkologię. Nie może być zbyt wielu łóżek, trzeba balansować na granicy dostępności, by można było finansować działanie takich placówek. Tu każdy rozumie kompromis między potrzebą a ekonomią – odpowiada.

Na tym oddziale nie ma określonych godzin odwiedzin, rodziny mogą przyjść o każdej porze, mogą też spędzić noc przy chorym – wówczas personel dostawia dla nich łóżko. Są pod opieką psychologa, jeśli jej potrzebują. Jest też pokój z książkami, telewizorem, kanapą, fotelami i aneksem kuchennym, by poczuć namiastkę domu. To właśnie tu mamy się spotkać z dr Helgą-Marią Knieling, lekarką pracującą na oddziale paliatywnym. – Na naszym oddziale maksymalnie może przebywać 16 pacjentów, aby dotrzymać standardów opieki, które mówią o 1 pielęgniarce na 1,2 chorego. Większość sal jest jednoosobowa, jeśli łączymy pacjentów w jednym pokoju, to tylko wówczas, gdy są w podobnym stanie i gdy się na to zgodzą – od razu po przyjęściu zaczyna opowiadać. Czy obecność rodziny w 24-godzinny zakres nie jest dla was obciążeniem? – Absolutnie nie. Bliscy są częścią leczenia paliatywnego. Taki

- ▲ 1. Dr Jacek Knytel i Regina
- 2. Dr Helga-Maria Knieling
- 3. Tatiana

partner jest dla nas bezcenny. Są ważnym czynnikiem terapeutycznym – wyjaśnia dr Knieling. Jak długo trwa hospitalizacja? – Staramy się przyjmować maksymalnie na 14 dni, ale często zdarza się, że pacjenci nie chcą opuszczać oddziału, bo jest tu dobra opieka, czują się bezpiecznie. Najtrudniej jest wypisać osoby, które nie mogą już wrócić do domu, a na miejsce w hospicjum czasem trzeba czekać. Najlepiej jest jednak wówczas, gdy pacjent umiera w domu, ale do tego potrzebujemy partnera w postaci jego bliskich. Nasza pomoc, choćby była najlepsza, nie wystarczy – podkreśla.

Czy często rodziny nie decydują się na opiekę nad chorym w domu? – Zazwyczaj podejmują się takiego wyzwania. Ale nawet jeśli odmówią, pacjent nigdy nie jest pozostawiony sam sobie. Personel medyczny – czy to w szpitalu, czy w SAPV – zawsze rozmawia z bliskimi chorego, przeprowadzany jest wywiad środowiskowy i wszystkie służby wiedzą, jaka jest sytuacja. Jesteśmy odpowiedzialni za pacjentów – wyjaśnia lekarka. I dodaje: – Ta praca daje mi mnóstwo satysfakcji, bo mogę ulżyć chorym w cierpieniu. Poprawiam zarówno jakość ich życia, jak i ich rodzin. Sprawiamy, że czas odchodzenia mogą przeżyć godnie – mówi na zakończenie.

W Niemczech opieka nad pacjentem terminalnym jest zaplanowana tak, by o chorego dbano systemowo. Wszystkie placówki, które odwiedziliśmy, są w stałym kontakcie ze sobą. – To logiczne, spójne i sensowne rozwiązanie. Jesteśmy skazani na współpracę, bo tylko dzięki niej możemy zapewnić właściwą opiekę – podsumowuje dr Knytel. Co ciekawe, wszystkim z naszych rozmówców zadaliśmy pytanie, co w ich pracy należałoby zmienić lub poprawić. Zapadała cisza, a znalezienie odpowiedzi było kłopotliwe. Dlaczego? Bo pracujący w tym systemie ludzie są zadowoleni z organizacji swojej pracy, bo wszystko działa, jak należy. Śmierć jest tu bardziej częścią życia niż samotnym odchodzeniem. ○

Mamy epidemię alergii

GL
ROZMOWA

Z prof. **Zbigniewem Bartuzim**, prezydentem Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, rozmawia **Lucyna Krysiak**.



**Lucyna
Krysiak**

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

GL Prognozuje się, że wkrótce co drugi Europejczyk będzie cierpiał na jakiś rodzaj alergii.

Są na to twarde dowody w postaci badań epidemiologicznych. Doniesienia Europejskiej Akademii Alergologii i Immunologii Klinicznej wskazują, że u ponad 220 mln Europejczyków notuje się różne postaci chorób alergicznych, a w roku 2025 problem ten będzie dotyczył ponad połowy populacji. W ciągu ostatnich 10 lat liczba tzw. alergików pokarmowych zwiększyła się dwukrotnie, a liczba chorych trafiających na SOR-y z powodu objawów różnego rodzaju nadwrażliwości wzrosła 7-krotnie.

GL Jakie są przyczyny tego zjawiska?

Poza predyspozycjami genetycznymi jedną z przyczyn jest urbanizacja środowiska naturalnego. Wiele badań epidemiologicznych prowadzonych niezależnie w różnych krajach potwierdza występowanie alergii pokarmowych kilkakrotnie częściej w miastach niż na wsi. Wysoko uprzemysłowione środowisko, a co za tym idzie zanieczyszczenie powietrza, gleby, wody, żywności, zaburza funkcjonowanie układu immunologicznego. Spożywamy coraz mniej naturalnych pokarmów, z ogromną ilością dodatków – barwników, konserwantów, polepszaczy smaku. W Europie i USA dopuszczonych jest do stosowania ponad 5 tys. tego typu substancji. Mogą one, niestety, działać jako kofaktory, czyli inicjować reakcje alergiczne, w tym anafilaksje.

Nie bez znaczenia jest również sposób produkcji żywności i jej pakowanie, np. żywność foliowana ma większy potencjał wyzwalania reakcji niepożądanych z uwagi na gromadzenie się amin katecholowych. Także leki, w tym antybiotyki czy leki zmniejszające sekrecję kwasu żołądkowego, mogą torować drogę alergii. Nadwrażliwość ma również związek ze zmianą flory bakteryjnej człowieka będącą konsekwencją zmieniającego się stylu życia. Do ekspansji alergii pokarmowych przyczynia się nawet rozwiązanie ciąży cesarskim cięciem czy ekspozycja na dym tytoniowy. Tych czynników jest znacznie więcej, ich weryfikacja otwiera nowe możliwości w opracowywaniu standardów postępowania prewencyjnego.

Są poważne wątpliwości, czy zalecenia dietetyczne przyjęte w wielu krajach zamiast zapobiegać, torują drogę alergii. Badania sugerują, że wprowadzenie do diety dziecka we

wczesnym okresie życia pokarmów o dużym potencjale alergizującym działa protekcyjnie przed wystąpieniem alergii. Zmieniają one nasze podejście do profilaktyki u osób zagrożonych wystąpieniem nadwrażliwości typu alergicznego – wymagają jednak dalszych potwierdzeń.

GL Na jakie alergeny jesteśmy szczególnie narażeni?

Na alergeny kurzu domowego, w którym żyją roztocza. Są one najczęstszą przyczyną astmy oskrzelowej, przewlekłego nieżyty nosa i zmian skórnych. Żyją w materacach, dywanach, zasłonach. Ich obecności sprzyja też szczelność mieszkań. Jednym z kanonów postępowania jest eliminacja alergenu, ale w przypadku roztoczy to trudne. Podobnie jak w przypadku pyłków roślin, które są przyczyną alergicznego nieżyty nosa i też torują drogę do rozwoju astmy oskrzelowej. Szczególnie alergizują pyłki brzozy, traw, chwastów i pleśni. U małych dzieci reakcje alergiczne wywołuje często mleko krowie i białko jaja. U dorosłych są to ryby, orzeszki ziemne i laskowe, skorupki i alergeny pokarmowe pochodzenia roślinnego – pszenica, soja, kukurydza, seler, nasiona sezamu. Z owoców są to najczęściej truskawki i cytrusy.

Częstość występowania nadwrażliwości na alergeny pokarmowe zależy też od nawyków żywieniowych, np. alergia na ryby w krajach skandynawskich jest uwarunkowana ich powszechnym spożywaniem. Jednym z największych problemów są jednak tzw. alergeny ukryte, których obecności się nie spodziewamy, np. kazeina mleka wykorzystywana jako emulgator tłuszczu w wytwarzaniu wędlin, chipsów itd. Pojawiać się mogą także w daniach, do których dodaje się mieszanki przypraw, gotuje się w naczyniach „zanieczyszczonych” alergenami lub pojawiają się przypadkowo. Nie można też pominąć reakcji krzyżowych między pokarmami a pyłkami roślin, które są coraz częstsze.

GL Jak unikać alergenów, skoro są wszędzie?

Wymaga to wiedzy i szeroko prowadzonej działalności edukacyjnej – pacjentów, nauczycieli, pracowników gastronomii itd. Należy pamiętać, że zwłaszcza w przypadku alergii pokarmowej mamy do czynienia z najpoważniejszym zagrożeniem, jakim jest nagły zgon, co notujemy w Polsce corocznie. W prewencji podkreśla się rolę słońca, a co za tym idzie stężenia witaminy

D3, czystego powietrza, aktywnego wypoczynku i higieny, które wzmacniają układ immunologiczny. Znaczenie ma także witamina A, która wpływa na prawidłowe dojrzewanie i funkcjonowanie nabłonków przewodu pokarmowego oraz działanie modulujące na struktury układu immunologicznego umiejscowione w przewodzie pokarmowym. Ważne są też tzw. antyoksydanty w diecie, których niskie stężenie może promować rozwój alergii. W profilaktyce zaleca się witaminę C, cynk i flawonoidy występujące w warzywach i owocach.

Alergie dzieli się na wziewne, pokarmowe i kontaktowe. Czy coś się w tej kwestii zmieniło?

Podział ten nadal obowiązuje, lecz ma charakter edukacyjny. Alergolodzy na potencjalne źródło alergenu patrzą zupełnie inaczej, np. orzech arachidowy składa się z setek molekuł, z których kilkanaście komponent wywołuje często odmienne reakcje alergiczne, od tych niewielkich, np. skórnych do anafilaksji włącznie. Dlatego w ośrodkach zajmujących się diagnostyką molekularną stosuje się określenia np. nie alergii na orzeszki ziemne, tylko alergii na komponentę Ara h1 lub Ara h8 czy inną. Oznacza to, że mamy do czynienia albo z chorym, u którego mogą co najwyżej wystąpić reakcje skórne, albo z chorym zagrożonym śmiertelnym wstrząsem. Pozwala to nie tylko scharakteryzować zagrożenie, przewidzieć reakcje krzyżowe, ale odpowiedzieć na pytanie, czy istnieje szansa nabycia tzw. immunotolerancji.

Alergologia zahacza o inne specjalności medyczne.

Wśród członków PTA są interniści, laryngolodzy, pulmonolodzy, dermatolodzy, gastroenterolodzy, pediatri. Sam jestem alergologiem i gastroenterologiem, i wiem, jak wiedza z zakresu alergologii jest przydatna w tej drugiej specjalności. Dlatego angażujemy się w działalność innych towarzystw naukowych, które mają potrzebę jej uzupełnienia.

Aktualnie w Polsce jest ponad 1000 alergologów, zwykle też internistów, pediatrów, dermatologów, laryngologów, ale zapotrzebowanie na profesjonalną opiekę alergologiczną wzrasta. Są rejony w kraju, gdzie dostęp do alergologa jest trudny i wymaga długiego czekania.

Czy można mówić o postępie w leczeniu chorób alergicznych?

Szczególnie w zakresie farmakoterapii, ale należy pamiętać, że jest to leczenie objawowe, choć pozwala chorym lepiej funkcjonować. Jego podstawą jest immunoterapia, jednak nie we wszystkich postaciach alergii może być zastosowana. Osiągnięciem jest wprowadzenie leków biologicznych, które stwarzają nowe szanse dla chorych z ciężką astmą. Od kilku lat leczymy nimi w kilkunastu ośrodkach w Polsce, dzięki czemu chorzy, którzy wiele tygodni spędzali w szpitalach, teraz mogą tego uniknąć.

W przyszłym roku PTA będzie obchodzić jubileusz 35-lecia.

I jest uważane za jedno z najprężniej działających towarzystw naukowych w Polsce i w Europie. Skupia ponad 1300 lekarzy



Prof. Zbigniew Bartuzi:

– Badania sugerują, że wprowadzenie do diety dziecka we wczesnym okresie życia pokarmów o dużym potencjale alergizującym działa protekcyjnie przed wystąpieniem alergii.

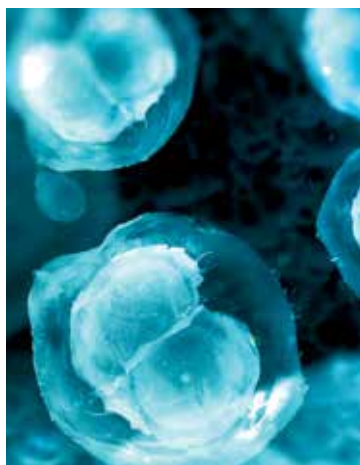
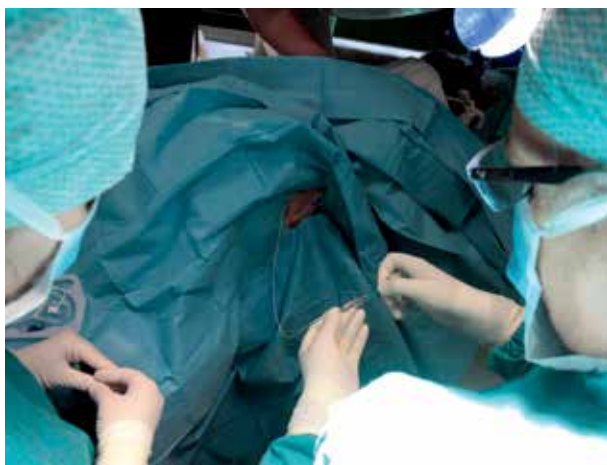
zorganizowanych w sekcjach problemowych i grupach zainteresowań. Siłą towarzystwa jest aktywność na wielu polach – edukacja, upowszechnianie najnowszych trendów w profilaktyce i leczeniu, a także kontakty z organizacjami pacjentami. W moim przekonaniu organizacja opieki nad chorymi wymaga wspólnych działań, zależy nam na współpracy z resortem zdrowia, konsultantem krajowym w zakresie alergologii. Podstawowym celem towarzystwa jest jednak działalność naukowa. Wspieramy młodych naukowców, przydzielając im granty, nagradzając za najlepsze prace i dysertacje doktorskie. Jesteśmy obecni na kongresach zagranicznych, bierzemy udział w pracach sekcji problemowych Europejskiej Akademii Alergologii i Immunologii Klinicznej. Publikujemy na bieżąco standardy i stanowiska.

Postęp technik molekularnych, rozwój inżynierii genetycznej i wdrażanie nowych terapii skłania nas do ciągłego doskonalenia się. Stąd tak wysoka frekwencja na konferencjach alergologicznych, tych ogólnotematycznych i tych specjalistycznych, jak odbywające się co roku Międzynarodowe Sympozjum Alergii na Pokarmy w Bydgoszczy.

Głos polskich alergologów liczy się w Europie i na świecie. PTA było organizatorem Kongresu Europejskiej Akademii Alergologii i Immunologii Klinicznej, w którym uczestniczyło 8 tys. lekarzy z całego świata. Nasi członkowie zajmują eksponowane stanowiska w sekcjach tej organizacji, a także w Światowej Organizacji Alergologicznej. Na ostatnim Kongresie EAACI w Helsinkach, który zgromadził 8 tys. osób, polscy lekarze stanowili trzecią pod względem liczebności grupę, co korespondowało z liczbą prezentowanych wykładów i prac oryginalnych. ○

SM a komórki macierzyste

Płodność a rak



Terapię komórkami macierzystymi pacjentów z zaawansowaną postacią stwardnienia rozsianego rozpoczęli naukowcy z Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie. Cel: spowolnić przebieg choroby i poprawić jakość życia pacjentów.

– Stwardnienie rozsiane ma kilka postaci klinicznych. Najczęściej występująca to rzutowo-remisyjna, a pacjenci będący w tej fazie choroby mają możliwości leczenia – mówi dr Tomasz Siwek z Katedry Neurologii i Neurochirurgii Wydziału Nauk Medycznych UWM. – Kiedy faza rzutów i remisji ustąpi, choroba przechodzi w postać wtórnie postępującą. Wówczas choroba powoli, ale nieubłaganie postępuje. Objawia się w pogłębiającej niesprawności w wyniku zaniku mózgu. W zasadzie nie ma żadnego leczenia dla tych pacjentów poza leczeniem objawowym – wyjaśnia dr Siwek. Aby pomóc pacjentom w zaawansowanej fazie SM, naukowcy wdружи eksperyment, który sprawdzi bezpieczeństwo i skuteczność leczenia komórkami macierzystymi. Program eksperymentalny zaczął się w lipcu. Jest finansowany ze środków UWM. Dla

▲ Komórki macierzyste podawane są do kanału kręgowego drogą nakłucia lędźwiowego.

30 pacjentów będzie całkowicie bezpłatny. – Komórki macierzyste podawane są do kanału kręgowego drogą nakłucia lędźwiowego. Liczymy, że pierwsi chorzy, którzy przystąpili do programu, ukończą go w tym roku. Niektórzy przyjęli już początkowe dawki komórek macierzystych – informuje dr Siwek. Badanie jest skonstruowane tak, by przyniosło dowody weryfikujące przydatność metody w leczeniu SM. Część pacjentów początkowo otrzyma w trakcie projektu naukowego placebo, ale ostatecznie wszyscy uczestnicy badania przejdą terapię komórkami macierzystymi. Pacjentom podawane są komórki macierzyste mezenchymalne, które mają potencjał immunomodulacyjny oraz regeneracyjny, czyli przyczyniają się do ograniczania procesów zanikowych. – Oczekujemy obu tych efektów, które są możliwe. Natomiast jakie będą wyniki, będę w stanie opowiedzieć o tym za rok – dodaje. To kolejny projekt dotyczący podawania komórek macierzystych pacjentom z chorobami neurologicznymi. Wcześniej naukowcy z Katedry Neurologii i Neurochirurgii Wydziału Nauk Medycznych UWM wszczepiali je pacjentom chorym na stwardnienie zanikowe boczne SLA. ○

Związkom ludzkiej reprodukcji i zdrowia przyjrzał się międzynarodowy zespół koordynowany przez prof. Grażynę Jasieńską, kierującą Zakładem Zdrowia i Środowiska na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Wyniki opublikowano na łamach czasopisma „Lancet”. Im organizm ma więcej energii, tym wyższy jest poziom hormonów płciowych. Rośnie szansa posiadania potomstwa, ale jednocześnie zwiększa się ryzyko zachorowania na nowotwór. Bardzo dobrze odżywione kobiety zamieszkujące USA mają prawie dwa razy więcej progesteronu niż te żyjące w ubogiej Demokratycznej Republice Konga. – Intensywna praca fizyczna obniża stężenia hormonów płciowych – podkreśla badaczka z UJ. Szanse na urodzenie i wychowanie potomka zależą od zmagazynowanych w ciele kobiety zasobów. U człowieka potrzeba ich szczególnie wiele: ze względu na duży mózg, powolny wzrost i dojrzewanie. Nic dziwnego, że niedobory zasobów obniżają płodność, a także poziom hormonów płciowych. Przy ograniczonych zasobach energii narodziny dziecka są bowiem ryzykownym przedsięwzięciem. Jak potwierdzają liczne badania, hormony płciowe, a zwłaszcza estrogen, przyczyniają się do rozwoju nowotworów (np. raka piersi). Wchodzą w specyficzne relacje z innymi czynnikami, związanymi z przetwarzaniem energii (choćby insuliną, leptyną, czynnikami stanu zapalnego). Bardzo prawdopodobne wydaje się to, że za wzrost zachorowalności na raka piersi w społeczeństwach zamożnych można w pewnym stopniu winić wysokie poziomy estrogeny i progesteronu. We współczesnych, zamożnych społeczeństwach narażenie na długotrwałe działanie hormonów płciowych jest większe niż było w dawnych czasach. Kobiety miesiączkują we wcześniejszym wieku, a menopauzę przechodzą później, rzadziej zachodzą w ciążę i krócej karmią piersią. Wszystko to sprawia, że mają w sumie więcej cykli menstruacyjnych. Ponieważ współczesne kobiety w każdej fazie życia mają znacznie większe zasoby energetyczne, w każdym cyklu miesięcznym wyższy niż kiedyś jest u nich poziom hormonów płciowych. ○



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

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

BIULETYN

NR 4 (176) ROK XXVII

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

WARSZAWA, VI 2017

REDAKTOR NACZELNY: MAREK JODŁOWSKI

Posiedzenie NRL – 23 czerwca 2017 r.

UCHWAŁA Nr 12/17/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 23 czerwca 2017 r.

w sprawie ustanowienia Medalu im.
Dr. Władysława Biegańskiego „Hominem
Inveni” i ustalenia regulaminu jego
przyznawania

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

§ 1.

Ustanawia się Medal im. Dr. Władysława Biegańskiego „Hominem Inveni”, zwany dalej „Medalem”,

§ 2.

Ustanawia się regulamin nadawania Medalu im. Dr. Władysława Biegańskiego „Hominem Inveni” stanowiący załącznik nr 1 do uchwały.

§ 3.

Graficzny wzór Medalu stanowi załącznik nr 2 do uchwały.

§ 4.

Koszty nadawania Medalu, w tym koszty Medalu i koszty działalności Kapituły pokrywane są ze środków Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 5.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

PREZES

Marek Jodłowski

Maciej Hamankiewicz

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

UCHWAŁA Nr 13/17/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 23 czerwca 2017 r.

zmieniająca uchwałę w sprawie regulaminu
przyznawania lekarzom i lekarzom
dentystom pochodzenia polskiego
pomocy finansowej w celu doskonalenia
zawodowego

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 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.

W uchwale nr 12/13/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 25 października 2013 r. w sprawie regulaminu przyznawania lekarzom i lekarzom dentystom pochodzenia polskiego pomocy finansowej w celu doskonalenia zawodowego załącznikowi do uchwały nadaje się brzmienie jak w załączniku do niniejszej uchwały.

§ 2.

1. Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 września 2017 r.
2. Wnioski o udzielenie pomocy finansowej w celu doskonalenia zawodowego złożone przed wejściem w życie uchwały będą rozpatrywane na zasadach dotychczasowych.

SEKRETARZ

PREZES

Marek Jodłowski

Maciej Hamankiewicz

Załącznik do uchwały Nr 13/17/VII NRL z dnia 23 czerwca 2017 r.

**Regulamin
przyznawania lekarzom i lekarzom
dentystom pochodzenia polskiego pomocy
finansowej w celu doskonalenia
zawodowego**

§ 1.

1. Lekarzom i lekarzom dentystom, pochodzenia polskiego, mieszkającym stale poza granicami Polski, może być przyznana pomoc finansowa w celu doskonalenia zawodowego.
2. Pomoc finansową przyznaje Rada Ośrodka Współpracy z Polonią Medyczną.
3. Pomoc finansowa może być przyznana w formie:
1. stypendium;
2. pokrycia kosztów opłaty za udział w kursie, zjeździe, kongresie, konferencji lub symposium.

§ 2.

1. Stypendium może być przyznane w celu doskonalenia zawodowego.
2. Stypendium wypłacane jest w wysokości odpowiedniej do czasu trwania szkolenia.
3. Stypendium wypłacane jest w kwocie równej minimalnej miesięcznej stawce wynagrodzenia zasadniczego, przewidzianej dla stanowiska

starszego asystenta w podmiocie leczniczym, prowadzonym w formie jednostki budżetowej.

4. Stypendium może być przyznane na okres nie dłuższy niż 2 miesiące; stypendium może otrzymać lekarz (lekarz dentysta), który nie ukończył 60. roku życia.

5. Stypendium nie może być przyznane częściej niż raz na 3 lata.

§ 3.

1. W celu uzyskania stypendium lub innej pomocy finansowej zainteresowany lekarz (lekarz dentysta) obowiązany jest przedłożyć następujące dokumenty:

- 1/ wniosek stanowiący załącznik do Regulaminu,
 - 2/ oryginał dyplomu lekarza (lekarza dentysty), lub jego uwierzytelnioną kopię, a w razie gdy wymagają tego przepisy - także dowód nostryfikacji dyplomu,
 - 3/ zaświadczenie o odbyciu stażu podyplomowego, o ile jest wymagany w państwie, z którego lekarz (lekarz dentysta) przybywa,
 - 4/ oryginał dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu lekarza (lekarza dentysty) lub jego uwierzytelnioną kopię,
 - 5/ zaświadczenie o przebiegu pracy zawodowej oraz uzyskanych kwalifikacjach,
 - 6/ świadectwo o stanie zdrowia,
 - 7/ rekomendację właściwego dla miejsca zamieszkania lekarza (lekarza dentysty) stowarzyszenia Polaków - najlepiej medycznego, z listy organizacji rekomendowanych przez konsulaty Rzeczypospolitej Polskiej, znajdującej się na stronie internetowej Ośrodka Współpracy z Polonią Medyczną. W przypadku uczestnictwa w konferencjach wnioskodawca zobowiązany jest przedstawić dokument potwierdzający polskie pochodzenie.
2. Do dokumentów, o których mowa w ust. 1 pkt 2-6 należy dołączyć także ich tłumaczenie na język polski, dokonane przez tłumacza przysięgłego.
3. Lekarz (lekarz dentysta) odbywający praktykę kliniczną nie jest uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych i nie musi posiadać prawa wykonywania zawodu lekarza (lekarza dentysty) na terenie Polski.
4. Lekarz (lekarz dentysta), któremu przyznano stypendium, obowiązany jest przed przyjazdem do Polski ubezpieczyć się od nagłego wypadku i zachorowania (lub kosztów leczenia i NW), oraz posiadać wykupioną polisę OC

na okres odbywania stażu dokształcającego.
5. Lekarz (lekarz dentysta) nie posiadający do-
vodu ubezpieczenia nie otrzyma stypendium.

§ 4.

1. Lekarzowi (lekarzowi dentyście), o którym
mowa w § 1 pkt 1, może być przyznana nie czę-
ściej niż raz na rok, inna niż stypendium pomoc
finansowa w celu udziału w kursie medycznym,
zeździe naukowym, kongresie, konferencji lub
sympozjum naukowym obejmująca koszty opła-
ty wpisowej, zwrot kosztów podróży i koszty
noclegów, w kwocie nieprzekraczającej 1.000,00
złotych na osobę. W szczególnie uzasadnio-
nych przypadkach Kierownik Ośrodka Współ-
pracy z Polonią Medyczną i jeden członek Rady
Ośrodka mogą wyrazić zgodę na zwiększenie tej
kwoty o 50%. Zwrot kosztów przejazdu trans-
portem lotniczym następuje wyłącznie w sytu-
acji, gdy podróż innym środkiem transportu by-
łaby nadmiernie uciążliwa lub jest najtańsza.

2. Lekarz (lekarz dentysta), któremu przyznano
pomoc finansową w formie stypendium, może
ponadto otrzymać ryczałt za noclegi w okre-
sie odbywania praktyki klinicznej, o ile zakwa-
terowania nie zapewniła Naczelna Izba Le-
karska, w wysokości określonej w odrębnych
przepisach dotyczących podróży służbowych
na obszarze kraju pracowników zatrudnio-
nych w państwowej lub samorządowej jedno-
stce sfery budżetowej.

§ 5.

Czynności, związane z uzyskaniem zgody wła-
ściwego podmiotu leczniczego na odbycie prak-
tyki klinicznej lub kursu medycznego oraz re-
zerwację zakwaterowania, dokonuje Ośrodek
Współpracy z Polonią Medyczną.

§ 6.

W terminie miesiąca po zakończeniu każdej formy
doskonalenia zawodowego lekarz (lekarz dentysta)
składa Kierownikowi Ośrodka odpowiednio pisemne
sprawozdanie z przebiegu doskonalenia zawodowe-
go oraz kopię zaświadczenia o odbytych szkoleniach.

Załącznik do Regulaminu jest dostępny na stro-
nie Naczelnej Izby Lekarskiej www.nil.org.pl
w zakładce „Dokumenty”.

**UCHWAŁA Nr 14/17/P-VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 23 czerwca 2017 r.**

**w sprawie konferencji poświęconej
tematyce
dokumentacji medycznej prowadzonej
w wersji elektronicznej**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. art. 5 pkt
14 i 15 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach
lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522, z późn.
zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Powierza się Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej or-
ganizację ogólnopolskiej konferencji poświęco-
nej tematyce dokumentacji medycznej prowa-
dzonej w formie elektronicznej.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

PREZES

Marek Jodłowski

Maciej Hamankiewicz

**UCHWAŁA Nr 15/17/P-VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 23 czerwca 2017 r.
w sprawie zasilenia funduszu
celowego na zakup lub budowę
nowej siedziby Naczelnej
Izby Lekarskiej**

Na podstawie art. 114 ust. 1 i 3 i art. 5 pkt
23 w zw. z art. 39 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia
2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U.
z 2016 r., poz. 522, z późn. zm.) uchwala się,
co następuje:

§ 1.

Zasiłić fundusz celowy na zakup lub budowę
nowej siedziby Naczelnej Izby Lekarskiej środ-
kami zgromadzonymi przez Naczelną Izbę Le-
karską tytułem zysku z lat ubiegłych w kwocie
12.950.000 złotych.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

PREZES

Marek Jodłowski

Maciej Hamankiewicz

**UCHWAŁA Nr 16/17/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 23 czerwca 2017 r.
w sprawie powołania Zespołu
roboczego do opracowania
projektu zasad przechowywania
i udostępniania przez izby
lekarskie dokumentacji
medycznej**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 5 i 6 ustawy
z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich
(Dz. U. z 2016 r. poz. 522), § 6 ust. 1 i § 4 ust. 2
Regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej i sta-
nowiącego załącznik do uchwały Nr 14 X Kra-
jowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010
r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekar-
skiej i § 3 załącznika do uchwały nr 18/16/VII
Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 września
2016 r. w sprawie zasad i trybu powoływania
komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej
oraz regulaminu ich działania uchwala się, co
następuje:

§ 1.

Powołuje się Zespół roboczy do opracowania
projektu zasad przechowywania i udostępnia-
nia przez izby lekarskie dokumentacji medycz-
nej w przypadku śmierci lekarza wykonującego
zawód w formie praktyki zawodowej, zwany da-
lej Zespołem, w składzie:

- 1) kol. Grzegorz Mazur – Przewodniczący
- 2) kol. Paweł Czekalski,
- 3) kol. Leszek Dudziński,
- 4) kol. Andrzej Sawoni,
- 5) mec. Wojciech Idaszak.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

PREZES

Marek Jodłowski

Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO Nr 10/17/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 23 czerwca 2017 r.
w sprawie określania
nazw zdarzeń edukacyjnych
dedykowanych lekarzom i lekarzom
dentystom**

Zważywszy na konieczność zagwarantowania
lekarzom i lekarzom dentystom dostępu do naj-
wyższej jakości zdarzeń edukacyjnych w celu
stałego podnoszenia jakości opieki medycznej
nad pacjentami,
mając też na względzie, iż język polski jest ję-
zykiem urzędowym instytucji i organów samo-
rządów zawodowych powołanych do realizacji
zadań publicznych oraz podstawowym języ-
kiem nauczania, egzaminów i prac dyplomo-
wych w edukacji i rozwoju zawodowym pracow-
ników medycznych,
Naczelna Rada Lekarska przypomina organi-
zatorom doskonalenia zawodowego o obowiąz-
ku stosowania nazw zdarzeń edukacyjnych de-
dykowanych lekarzom i lekarzom dentystom
w zgodzie z ustawą z dnia 7 października 1999
r. o języku polskim (Dz. U. z 2011r. Nr 43, poz.
224 z późn. zm.).

Naczelna Rada Lekarska wskazuje również,
że nazwy nadawane poszczególnym formom
kształcenia podyplomowego powinny być for-
mułowane z użyciem naukowej terminologii
i powinny odnosić się do tematu omawianego
w programie kształcenia, aby na podstawie ty-
tułu można było poznać przedmiot i zakres zda-
rzenia edukacyjnego.

Ponadto, Naczelna Rada Lekarska podkreśla
konieczność zapewnienia przez organizatorów
kształcenia zgodności nazwy zdarzenia eduka-
cyjnego i jego deklarowanego programu z rze-
czywistym przebiegiem i treścią tego zdarzenia.

SEKRETARZ

PREZES

Marek Jodłowski

Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO Nr 11/17/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 23 czerwca 2017 r.
w sprawie kodeksów etyki
tworzonych
w szpitalach**

Naczelna Rada Lekarska, w związku z uzyska-
nymi informacjami o tworzeniu w niektórych
szpitalach tzw. kodeksów etyki obowiązujących
pracowników szpitala, sprzeciwia się ustana-
wianiu przez podmioty do tego nieupoważnio-
ne zasad etyki odnoszących się do wykonywa-
nia zawodu lekarza.

W świetle obowiązującej ustawy z dnia 2 gru-
dnia 2009 r. o izbach lekarskich kompetencję do
określania zasad etyki zawodowej lekarzy po-
siada wyłącznie Krajowy Zjazd Lekarzy jako or-
gan samorządu lekarskiego.

W związku z powyższym, zasady określone w do-
kumentach tworzonych na potrzeby szpitali nie

powinny być nazywane normami etycznymi. Lekarze nie powinni być stawiani w sytuacji konfliktu ogólnych i lokalnych norm etycznych. Dokumenty takie są aktami wewnętrznymi, mającymi charakter zarządzenia czy regulaminu obowiązującego pracowników danego zakładu leczniczego i odnoszą się do szeroko pojętych właściwych zachowań pracowniczych. Przy tworzeniu takich wewnętrznych dokumentów należy bardzo starannie zadbać o ich zgodność z ogólnie obowiązującymi normami zawartymi w kodeksach etyki zawodów zaufania publicznego.

Naczelna Rada Lekarska podkreśla, że zasady etyczne odnoszące się do wykonywania zawodu lekarza są jednolite, a źródłem tych zasad jest Kodeks Etyki Lekarskiej, uchwalony przez Krajowy Zjazd Lekarzy.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO Nr 12/17/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 23 czerwca 2017 r.
w sprawie obywatelskiego
projektu ustawy w sprawie
warunków zatrudnienia
w ochronie zdrowia**

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z obywatelskim projektem ustawy w sprawie warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia, przekazany przy piśmie Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu Pana Adama Podgórskiego z dnia 6 czerwca 2017 r., znak: GMS-WP-173-147/17, zgłasza następujące uwagi do przedmiotowego projektu.

Naczelna Rada Lekarska pozytywnie ocenia projekt, uznając że przewidziane w jego treści rozwiązania są w stanie realnie poprawić warunki pracy pracowników wykonujących zawody medyczne, zatrzymać ich emigrację oraz zachęcić do wykonywania tych zawodów, zapewniając polskim pacjentom dostępność do wykwalifikowanych pracowników wykonujących zawody medyczne na bezpiecznym, europejskim poziomie.

Projekt powinien zostać uzupełniony o postanowienia określające wysokość minimalnego wynagrodzenia dla osób wykonujących zawody medyczne w formie przyjmowania zleceń lub świadczenia usług w ramach prowadzonej działalności gospodarczej. Rozwiązanie takie powinno przyjąć formę przewidzianą w ustawie z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę poprzez określenie minimalnej stawki godzinowej wynagrodzenia osoby przyjmującego zlecenie lub świadczącej usługi.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO Nr 13/17/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 23 czerwca 2017 r.
w sprawie prezydenckiego
projektu ustawy o ochronie zdrowia
przed następstwami korzystania
z solarium**

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z prezydenckim projektem ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami korzystania z solarium, przekazany przy piśmie Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu Pana Adama Podgórskiego z dnia 31 maja 2017 r., znak: GMS-WP-173-137/17, pozytywnie opiniuje regulację zawartą w przedmiotowym projekcie.

Jednocześnie, w ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej, regulacje te powinny być zamieszczone w ustawie o zdrowiu publicznym, a nie w odrębnej ustawie.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO Nr 14/17/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 23 czerwca 2017 r.
w sprawie projektu ustawy o zmianie
ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku
Praw Pacjenta oraz ustawy o zawodzie
lekarza i lekarza dentysty**

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, przekazany przy piśmie pana Adama Podgórskiego – Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 3 czerwca 2017 r., znak: GMS-WP-173-143/17 popiera co do zasady proponowane zmiany.

Ponadto Naczelna Rada Lekarska zgłasza następujące uwagi:

1)w tytule projektu oraz art. 2 projektu ustawy wystąpił błąd dotyczący nazwy zmienianej ustawy; prawidłowa nazwa ustawy to ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2017r. poz. 125),

2)art. 17 ust. 1a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (art. 1 pkt 1 projektu ustawy) proponuje się nadać następujące brzmienie: „1a.Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 15 lat, ma prawo do wyrażenia samodzielnej zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych z zakresu ginekologii, urologii lub dermatologii.”,

3)w art. 32 ust. 2a w zdaniu pierwszym ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (art. 2 pkt 1b projektu) proponuje się skrócić wyraz „dziedziny”.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Maciej Hamankiewicz

**APEL Nr 6/17/P-VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 23 czerwca 2017 r.
do Prezes Rady Ministrów
w sprawie rozporządzenia
Parlamentu Europejskiego
i Rady w sprawie rtęci
oraz uchylającego rozporządzenie
(WE) nr 1102/2008**

Naczelna Rada Lekarska zwraca się z apelem o zaskarżenie przez Polskę, w trybie art. 263 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, do Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej przepisów rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/852 z dnia 17 maja 2017 r. w sprawie rtęci oraz uchylającego rozporządzenie (WE) nr 1102/2008 (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 137 z 24.5.2017, str. 1), w szczególności art. 10 tego rozporządzenia, który określa warunki stosowania amalgamatu stomatologicznego, m. in. nakładając od dnia 1 stycznia 2019 r. na podmioty prowadzące gabinety stomatologiczne, w których stosowany jest amalgamat stomatologiczny lub w których usuwane są wypełnienia z amalgamatu stomatologicznego lub zęby zawierające takie wypełnienia, obowiązek wyposażenia gabinetów w separatory amalgamatu, w zakresie, w jakim przepis ten nie przewiduje odpowiedniej vacatio legis, co czyni art. 10 ust. 4 rozporządzenia niewykonalnym.

Jak można wnosić z pisma Ministra Zdrowia z dnia 22 maja br. (znak MDL.0762.1.2016), rząd polski nie popierał wprowadzenia obowiązku instalacji separatorów amalgamatu, a w szczególności wnioskował o wyznaczenie znacznie późniejszego terminu wprowadzenia takiego obowiązku.

W Unii Europejskiej pracuje ok. 300 000 lekarzy dentystów. Niezależnie od tego, jaka część gabinetów ma już zainstalowane separatory amalgamatu, liczba stanowisk, w których należałoby w terminie 18 miesięcy zainstalować te urządzenia, liczona winna być w setkach tysięcy.

Pozbawia to placówki medyczne zupełnie możliwości należytego rozeznania oferty rynkowej, zmusza do działania pod presją czasu i rynku producenta. Sytuację pod względem technicznym komplikuje różnorodność konstrukcji unitów stomatologicznych. Tak krótki okres wdrażania tak szeroko zakreślonego projektu uniemożliwia też potencjalnym nowym producentom uzyskanie niezbędnych pozwoleń i homologacji.

Samorząd lekarski zgłasza ponadto wątpliwości, czy przepis ten został wprowadzony z należytych rozważań samej jego racjonalności, w szczególności pod kątem proporcjonalności obciążeń do spodziewanych efektów dla ochrony środowiska.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Maciej Hamankiewicz

Odległość 3 km, a pomiędzy przepaść

Bohaterkę opisanych poniżej zdarzeń do opowiedzenia mi swojej historii skłoniła lektura relacji o sytuacjach, w których lekarz staje się pacjentem, wcześniej publikowanych w „Gazecie Lekarskiej”.

👁 RYSZARD GOLAŃSKI

Jestem lekarką z ponad trzydziestoletnim stażem zawodowym, pracowałam w trzech szpitalach klinicznych Uniwersytetu Medycznego w moim mieście. W jednym z nich nadal pracuję. Boleśnie przekonałam się, że zdrowie to podstawa naszego funkcjonowania w rodzinie i pracy zawodowej. Choroba osobista lub kogoś bliskiego przewraca do góry nogami plany i harmonogramy.

Tak się niestety zdarzyło, że w ciągu ostatniego roku musiałam być pacjentką dwóch różnych szpitali klinicznych. Trzeba dodać, że żaden z nich nie jest szpitalem, w którym pracowałam czy pracuję. Tytułowa odległość dzieli te szpitale od siebie. Natomiast moje doświadczenia jako pacjentki są diametralnie, a nawet drastycznie różne. Nieprzypadkowo użyłam określenia: przepaść. Różnice zaczynają się już w izbie przyjęć.

W szpitalu X bałagan nie do opamiętania, wszyscy: personel lekarski i pielęgniarski oraz pacjenci porzytowani i mówiący podniesionym

głosem. Pielęgniarki mają do pacjentów pretensje o dokumenty, które im pokazują w związku z przyjęciem do szpitala, głośno i złośliwie komentują to, co napisał lekarz kierujący, poddając w wątpliwość jego kompetencje. Lekarz izby przyjęć, znacznie młodszy ode mnie, ale na pieczęcie specjalista, poproszony o rozstrzygnięcie wątpliwości, wyraźnie zdenerwowany liczbą pacjentów, którzy chcą być leczeni w „jego” szpitalu, zamiast tonować atmosferę, „dolewa oliwy do ognia”. Kiedy przychodzi kolej na mnie, w naturalny, według mnie, sposób przedstawiam się jako lekarka. Na pielęgniarkę nie robi to żadnego wrażenia, nie wywołuje żadnej reakcji. Inaczej z doktorem. Kiedy wróciłam z przebiegalni, przypadkowo usłyszałam głos pana doktora skierowany do pielęgniarki: „Nie znoszę, kiedy ktoś się obnosi z tym, że jest lekarzem i od tego zaczyna wizytę w szpitalu. Nie będę się nią zajmował, poproś któregoś z rezydentów”.

W izbie przyjęć byłam, zgodnie z zaleceniem, o 7:30. Na oddział trafiłam około 12:00. Usłyszałam tam

niewybredne komentarze pielęgniarek o pracownikach izby przyjęć, którzy przysyłają tyłu pacjentów. Mimo że termin przyjęcia na oddział był uzgodniony miesiąc wcześniej przez lekarza pracującego na tym oddziale, kwalifikację do przyjęcia musiał potwierdzić lekarz dyżurny. W kolejce do niego czekało około 10 osób, także w ramach ostrego dyżuru. Nieśmiało wspominam, że jestem lekarzem, zmęczona oczekiwaniem w izbie przyjęć jestem bliska decyzji o rezygnacji z przyjęcia, ale przecież na jutro jest uzgodniony termin operacji. Informacja o moim zawodzie ponownie nie robi wrażenia ani na pielęgniarkę, ani na lekarza.

Dwie godziny oczekiwania i szczęśliwie potwierdzone wskazania do przyjęcia. Poczucie ulgi okazało się przedwczesne. Na oddziale okazuje się, że nie ma dla mnie wolnego łóżka. – Musi pani poczekać – słyszę od pielęgniarki. Trudno, rzeczywiście muszę! Kłopot w tym, że na korytarzu nie ma krzesła, na którym mogę usiąść, wszystkie zajęte przez osoby czekające do lekarza dyżurnego. Wolne krzesło znalazłam na sąsiednim oddziale. Tam przeczekałam kolejną godzinę.

Kolejny dzień był dla mnie wyjątkowo przychylny, byłam jedyną pacjentką z mojej pięćosobowej sali, która była operowana tego dnia – wcześniej

DWIE GODZINY OCZEKIWANIA I SZCZĘŚLIWIE POTWIERDZONE WSKAZANIA DO PRZYJĘCIA. POCZUCIE ULGI OKAZAŁO SIĘ PRZEDWCZESNE. NA ODDZIALE OKAZUJE SIĘ, ŻE NIE MA DLA MNIE WOLNEGO ŁÓŻKA.

wyznaczonego. Inne panie czekały od piątku, aby być operowane we wtorek, osoby z wtorku były operowane w środę i w czwartek. Z ulgą opuściłam oddział. Na szczęście operacja przebiegła bez powikłań. Nie kryję, że szybki termin wypisu wymusiłam. Oczywiście w wyznaczonym dniu wypis do 15:00 nie był gotowy, opuściłam zatem szpital, a dokumenty odebrał mąż następnego dnia. Młoda lekarka wręczając mu dokumenty złośliwie skomentowała mój upór co do „wyjścia”.

W tym samym szpitalu, kilka miesięcy wcześniej byłam z moim 87-letnim ojcem jako pacjentem. Razem przeżywaliśmy podobny sposób traktowania pacjenta i jego rodziny. Kiedy odbierałam ojca po gastrofiberoskopii i kolonoskopii, wszystkie pielęgniarki z oddziału były w pokoju socjalnym, przez dwie godziny mojego pobytu w oddziale żadna z nich nie pojawiła się w sali chorych ani na korytarzu. Kiedy odważyłam się wejść

i zapytać, czy mogę tatę zabrać, nie patrząc na mnie jedna z pań burknęła: „Można”, nie pytając o nazwisko pacjenta, którego zabieram. Na moje pytanie, czy lekarz dyżurny będzie chciał zobaczyć pacjenta przed wyjściem, usłyszałam, że pan doktor jest zajęty i nie ma na to czasu.

Mniej więcej rok po tych wydarzeniach byliśmy oboje z ojcem w niewielkim odstępie czasowym pacjentami innego szpitala klinicznego w tym samym mieście. W szpitalu Y żadne z nas nie spędziło w izbie przyjęć więcej niż 20 minut. Na oddziale czekało gotowe łóżko. Traf chciał, że były to ponownie oddziały zabiegowe. Plan operacyjny był realizowany precyzyjnie, przez tydzień mojego pobytu nie zdarzyło się, aby osoba wyznaczona na dany dzień do operacji nie była tego dnia operowana. Pracy było dużo, ale była ona i przez lekarzy i przez pielęgniarki wykonywana bez atmosfery

bałaganu i nieuzasadnionego pośpiechu. Podstawową różnicą między tymi dwiema placówkami, która była widoczna od przekroczenia drzwi izby przyjęć, był uśmiech na twarzach pielęgniarek w szpitalu Y. Uśmiech towarzyszył życzliwemu i sympatycznemu podejściu do pacjenta i osoby mu towarzyszącej, nie tylko w izbie przyjęć, ale także później na oddziale.

Paradoks opisanych sytuacji polega na tym, że dyrekcja szpitala X szczeni się wysokimi miejscami w rankingach polskich szpitali. Nie wolno nikomu życzyć choroby, ale myślę, że panu dyrektorowi szpitala X dobrze by zrobiło, gdyby stał się, na próbę, anonimowym pacjentem w „swojej” placówce, a potem w szpitalu Y. Tłumaczenie opisanych zjawisk i różnic trudnymi warunkami pracy i takim, a nie innym kontraktem z NFZ, jest bezzasadne. Wszystko zależy od ludzi. Także od nas, lekarzy. Z trudem to przyjmujemy do wiadomości. ☹

REKLAMA

Przełomowa terapia w angioplastyce

GL
WYWIAD



Polscy naukowcy i kardiolodzy z American Heart of Poland oraz firmy Balton opracowali innowacyjną technologię angioplastyki tętnic udowych balonem lekowym nowej generacji. Międzynarodowe środowiska kardiologów mówią o przełomie. Z dr. hab. **Piotrem Buszmanem**, kierownikiem zespołu, który pracował nad polskim cewnikiem, rozmawia **Lidia Sulikowska**.

GL Czym różni się wasz balon lekowy od dotychczas dostępnych?

Balony lekowe powstały około 10 lat temu. Nasz cewnik to technologia drugiej generacji. Zawiera mikrokryształki paklitakselu ze specjalnym polimerem. Dzięki takiej konstrukcji transfer leku do ściany tętnicy jest bardziej efektywny, a jednocześnie zapewnia lepsze gojenie. Lek pozostaje w ścianie naczynia nawet do pół roku. Nikt do tej pory podobnego rozwiązania nie zastosował. Warto przy okazji nadmienić, że cały proces technologiczny opracowano w Polsce, dzięki umiejętnościom polskich specjalistów.

GL Przedstawił pan badania kliniczne dotyczące tej technologii podczas ostatniego kongresu EuroPCR. Uznano je za przełomowe. Dlaczego świat kardiologiczny tak się zachwycił?

Testy kliniczne wyraźnie wykazały, że nasz balon daje trwalszy efekt zabiegu niż przy zastosowaniu bezlekowych balonów. Okazuje się bowiem, że znacząco ogranicza restenozę (nawrót zwężenia) w leczonym naczyniu, a co za tym idzie, konieczność kolejnych operacji. W badaniu klinicznym udowodniliśmy, że restenoza była prawie trzykrotnie mniejsza w porównaniu ze zwykłym cewnikiem, a konieczność ponownej rewaskularyzacji dwukrotnie mniejsza.

GL A jaka jest jego skuteczność w porównaniu do innych, obecnych na rynku, balonów lekowych?

Ten etap testów jest jeszcze przed nami. Już dziś mogę jednak powiedzieć, że skonstruowany przez nas cewnik będzie konkurować ceną z obecnie dostępnymi balonami lekowymi.

GL Nadal dużo tańsze będą cewniki zwykłe, niezawierające leku. Obecnie w Polsce większość zabiegów poszerzania tętnic udowych wykonuje się za ich pomocą.

Uważam, że w przypadku angioplastyki tętnic udowych powinno się używać wyłącznie balonów lekowych, bo dzięki nim procedura będzie bardziej trwała, a pacjent rzadziej będzie trafił na kolejny zabieg. Niestety NFZ całą procedurę wycenia na zaledwie 5 tys. zł, a tyle kosztuje sam balon lekowy. Używane są więc zazwyczaj zwykłe cewniki, inaczej niż w większości krajów UE. Paradoksalnie, w dłuższej perspektywie wydamy na takiego chorego więcej pieniędzy. 60-70 proc. pacjentów po angioplastyce zwykłym balonem musi przejść ten zabieg ponownie, a z tej grupy – kolejne 80 proc. raz jeszcze. I tak w kółko. To po prostu nieetyczne. Tego decydenci zdają się jednak nie zauważać. Moim zdaniem lepiej zrobić coś raz, a dobrze, a nie powtarzać nieskuteczny zabieg co pół roku, co w konsekwencji prowadzić może do dalszych powikłań, z amputacją nogi włącznie. Ilość wykonywanych angioplastyk w naszym kraju rośnie lawinowo, tylko ich efektywność pozostawia wiele do życzenia.

GL Czy są jakieś przeciwwskazania do stosowania waszego cewnika?

Nie powinno się go używać w krytycznych niedokrwieniach kończyn dolnych, gdy jest wysokie ryzyko amputacji i generalnie w tętnicach powyżej kolana.

GL Jakie są szanse na wdrożenie tej technologii do stałej praktyki klinicznej?

Balon jest już dopuszczony do aplikacji klinicznej w całej Europie, będziemy starać się o rozszerzenie na inne części świata. W Polsce będziemy starać się o pozytywną ocenę i wycenę przez AOTMiT, a następnie refundację przez NFZ. ○

Estetycznie i mądrze

O wróżce robiącej iniekcje, „króliczym uśmiechu”, problemach „pink and think” oraz o odpowiedzialności i ignorancji.

◎ MARTA JAKUBIAK

Dermatologia Estetyczna – nauka czy rzemiosło” – pod takim hasłem odbyła się IX Konferencja Sekcji Dermatologii Estetycznej PTD. Wątkiem, który powracał w ciągu dwudniowych obrad, była sprawa błędów popełnianych podczas wykonywania zabiegów estetycznych, a także odpowiedzialności za nie i konsekwencji, które najczęściej ponoszą niestety lekarze, poprawiając to, co ktoś wcześniej zepsuł.

O powikłaniach po zabiegach wykonywanych przez osoby niebędące lekarzami mówili m.in. dr Piotr Sznalewski z Kliniki Dermatologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSW w Warszawie oraz dr Krzysztof Łuksza, certyfikowany lekarz medycyny estetycznej. Podkreślali, że nie wystarczy dobrze znać anatomię, by wykonywać zabiegi, ale trzeba umieć poradzić sobie z ewentualnym powikłaniem od razu, w gabinecie. Kosmetyczki, pielęgniarki czy nawet wróżki nie są w stanie tego zrobić. W konsekwencji pacjenci trafiają do lekarzy, którzy muszą naprawiać popełnione wcześniej błędy. Pokazano i omówiono m.in. przykłady powikłań po zabiegach iniekcji wypełniaczy oraz światłoterapii wysokoenergetycznej. Leczenie jest długotrwałe, często pozostają trwałe ślady na ciele i w psychice pacjentów. Niestety, wciąż rośnie grupa nielekarzy podejmujących się wykonywania zabiegów z obszaru dermatologii estetycznej, wciąż są pacjenci chętni, by skorzystać z ich usług. Dopóki ten rynek nie zostanie prawnie uregulowany, lekarze będą obarczani leczeniem powikłań po zabiegach wykonanych przez osoby nieprzygotowane do pracy z pacjentami.



Niestety, także w środowisku medycznym, podejście do wykonywania zabiegów z obszaru dermatologii estetycznej nie do końca jest odpowiedzialne. Przywołano przykład lekarza, który wykonywał zabiegi laseroterapii jedynie po przeszkoleniu przez producenta urządzenia i obejrzeniu filmu instruktażowego w internecie. Taka ignorancja musiała się skończyć wystąpieniem powikłań. Za laserem musi stać dobrze przygotowany, mądry człowiek – trzeba zastosować odpowiednio mocną wiązkę, by był efekt i jednocześnie odpowiednio słabą, żeby nie zaszkodzić. W dokumentacji medycznej zawsze należy odnotować parametry lasera zastosowane podczas zabiegu.

O aspektach odpowiedzialności prawnej mówili dr. hab. Justyna Zajdel oraz prof. Rafał Kubiak z Zakładu Prawa Medycznego Katedry Nauk Humanistycznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Oboje prelegenci zauważyli, że w Polsce kwestie prawne dotyczące wykonywania zabiegów z zakresu medycyny estetycznej nie są jasno uregulowane, dlatego mogą pojawiać się

▲ Wykład i prezentacja 3D prof. Jerzego Gieleckiego z Katedry Anatomii Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

kontrowersje w przypadku roszczeń. Ogromne znaczenie ma więc utrwalenie wizerunku pacjenta przed wykonaniem i po wykonaniu zabiegu. To może stanowić ważny element dowodowy w procesie dochodzenia zadośćuczynienia i odszkodowania majątkowego. – Zdjęcia wykonane podczas wizyty lekarskiej muszą zostać dołączone do indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta i być archiwizowane przez 20 lat – mówiła Justyna Zajdel.

Podczas dwudniowej konferencji toczyła się niemal akademicka dyskusja. Lekarze różnych specjalności, którzy z całej Polski przyjechali do Gdyni, by rozmawiać o dermatologii estetycznej, nie omawiali najnowszych trendów związanych poprawianiem urody, ale poruszali ważne, medyczne aspekty leczenia następstw starzenia się organizmu oraz chorób powodujących defekty wyglądu pacjentów, a także wątpliwości diagnostyczne i dylematy terapeutyczne towarzyszące leczeniu. Wystarczy wspomnieć choćby wykład dr n. med. Jolanty Maciejewskiej z Wojewódzkiego Szpitala Obserwacyjno-Zakaźnego im. T. Browicza w Bydgoszczy, która apelowała o czujność. – Kiedy zobaczymy różową zmianę, zastanówmy się, czy nie jest to czerniak bezbarwnikowy – pamiętajmy: pink and think – podkreślała. Z kolei dr n. med. Joanna Czuwara z Katedry i Kliniki Dermatologicznej, UM w Warszawie, mówiła o tym, jakie są realne możliwości wykorzystania technik zabiegowych w leczeniu defektów dolnej części twarzy (toksyna botulinowa, wypełniacze z kwasem hialuronowym, lipoliza iniekcyjna, nici, ultradźwięki i prądy wysokich częstotliwości). Jak podkreślała, to medycyna korekcyjna, dzięki której można leczyć np. defekty „króliczego uśmiechu”. – Uwzględnienie fizjonomii danego pacjenta i kształtu ust istotnie przekłada się na to, czy efekty, które uzyskamy, będą fizjologiczne i prawidłowe, czy też związane z pogorszeniem wyglądu – podkreślała, omawiając zabiegi wykonywane w okolicach warg.

Jak łatwo stracić równowagę i zdrowy rozsądek, dowodzą przykłady z życia. Każdemu lekarzowi powinna przyswiecać zasada – przede wszystkim nie szkodzić. ○

Mamy sieć i...?

Znamy listę szpitali sieciowych. Nie obyło się bez niespodzianek. U jednych emocje opadły, nawet jeśli mieli niespokojne wakacje z powodu złożenia protestu czy odwołania do NFZ, ale inni nadal są niepewni o przyszłość swoich placówek.

✎ MARIUSZ TOMCZAK



Na sieć należy patrzeć przede wszystkim z perspektywy pacjentów, a nie tych, którzy te jednostki prowadzą czy mają interesy w obszarze służby zdrowia – mówi Konstanty Radziwiłł, minister zdrowia.

Kryteria zawarte w ostatniej nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych (to ona stworzyła prawne fundamenty pod sieć szpitali) ze środków publicznych spełniło dokładnie 566 placówek. Pod

koniec czerwca ogłoszono, że na liście znalazło się blisko 600 szpitali. Różnica wynika stąd, że dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ podjęli decyzję o włączeniu do sieci niemal 30 placówek szczególnie ważnych dla danego regionu, ale niespełniających ustawowych kryteriów. Przepisy dawały taką możliwość pod warunkiem uzyskania pozytywnej opinii ministra zdrowia. Dzięki temu w sieci znalazły się m.in. Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr. W. Biegańskiego w Łodzi, Szpital Geriatryczny

▲ **Wejście w życie sieci szpitali postawiło duży znak zapytania nad przyszłością nowo powstających placówek.**

w Katowicach, Wojewódzkie Centrum Pediatrii „Kubalonka” w Istebnej, Radomskie Centrum Onkologii czy Dolnośląskie Centrum Chorób Serca Medinet z Wrocławia. To ostatnie rozpoczęło działalność 15 lat temu jako pierwszy w Polsce niepubliczny szpital o profilu kardiochirurgicznym. Z systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej nie zostały bowiem wyeliminowane placówki niepubliczne (w sieci znalazło się ich ok. 80). Szpitale sieciowe zostały podzielone na sześć różnych poziomów zabezpieczenia: I stopień (głównie placówki powiatowe), II stopień (ponadpowiatowe), III stopień (wojewódzkie), onkologiczne lub pulmonologiczne, pediatryczne oraz ogólnopolskie. Najliczniejszą grupę stanowią te I stopnia (jest ich ponad 280).

PROTESTY I ODWOŁANIA

Poza siecią znalazło się ok. 320 placówek mających zawarte kontrakty z NFZ, przede wszystkim te małe oraz jednoprofilowe. Wobec niemal 600 placówek sieciowych wydaje się to dość sporą liczbą. Nic dziwnego, że pojawiły się obawy o wydłużenie kolejek. Ministerstwo Zdrowia odpiara te zarzuty, twierdząc, że część szpitali poza systemem podstawowego zabezpieczenia to te jednołóżkowe, a sieć objęła 95 proc. łóżek szpitalnych. – Szpitale, które weszły do systemu, mają łącznie ponad 145 tys. łóżek, a te, co się w nim nie znalazły, ok. 7,7 tys. łóżek łącznie z oddziałami, które nie znalazły się w tym systemie. To zupełnie inna skala – uspokaja Piotr Gryza, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia. Nie wszystkich przekonują te tłumaczenia. Sytuacja w województwach jest różna, np. w Śląskiem w rządowej sieci znalazło się ponad 17,1 tys. łóżek szpitalnych, a poza nią ok. 370 (tj. ok. 2 proc.). Z możliwości wniesienia protestu do wojewódzkich szefów NFZ skorzystało dokładnie 107 placówek, a w razie niezgody na ich decyzję można było złożyć odwołanie do prezesa Funduszu. – Na 107 protestów, które trafiły do dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ w sprawie

kwalifikacji do sieci szpitali, 6 decyzji uwzględniło protest, a 2 uwzględniły je tylko w części – informuje Sylwia Wądrzyk, rzecznik prasowy Funduszu. – Do prezesa NFZ wniesiono 48 odwołań – dodaje Magdalena Szefernaker z centrali publicznego płatnika, z tym że 2 podmioty odwołały się „powtórnie” od decyzji dyrektorów wojewódzkich Funduszu wydanych po ponownym rozpatrzeniu sprawy w związku z ich uchynieniem (jednej w części, drugiej w całości). Od decyzji prezesa NFZ przysługuje prawo wniesienia skargi do WSA w Warszawie w terminie 30 dni od dnia doręczenia decyzji. Dopiero 26 września poznamy wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów dla poszczególnych województw uzupełniony o placówki powstałe w wyniku połączenia dwóch lub więcej podmiotów leczniczych. Jeżeli ktoś z lecznic przestanie w całości lub w części spełniać kryteria kwalifikacji, może zostać usunięta z listy. Protest zaliczonego do III poziomu Szpitala Wojewódzkiego im. Prymasa St. Wyszyńskiego w Sieradzu dotyczył niezakwalifikowania do sieci oddziału okulistycznego. – Protest nie mógł zostać uwzględniony. Świadczenia okulistyczne realizowane są przez szpital w trybie hospitalizacji planowej, która nie jest profilem zabezpieczenia i jako taka nie podlega rozpatrywaniu przy kwalifikacji do PSZ – wyjaśnia Anna Leder, rzecznik prasowy łódzkiego NFZ. Tak jak dotychczas, placówka będzie mogła wziąć udział w planowanych konkursach na świadczenia okulistyczne w trybie planowym. Protest złożył również Wojewódzki Szpital Zespolony im. St. Rybickiego w Skierniewicach, a po negatywnej decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ odwołał się do prezesa Funduszu. Prezes NFZ nie przychylił się do stanowiska placówki.

FINANSOWANIE ŚWIADCZEŃ

Szpitaly będące w sieci mają zapewnione 4-letnie finansowanie w ramach ryczału obliczanego na podstawie liczby i struktury sprawozdanych w poprzednim okresie

POZA SIECIĄ ZNALAZŁO SIĘ OK. 320 PLACÓWEK MAJĄCYCH ZAWARTE KONTRAKTY Z NFZ (PRZED WSZYSTKIM MAŁE ORAZ JEDNOPROFILOWE). SIEĆ OBJĘŁA PRAWIE 600 PLACÓWEK I OK. 95 PROC. ŁÓŻEK SZPITALNYCH.

świadczeń. W I kwartale funkcjonowania sieci pod uwagę zostaną wzięte świadczenia wykonane przez szpital w 2015 r. (według ceny obowiązującej w dniu wejścia w życie sieci). Wzór ryczału określiło rozporządzenie, jest on taki sam dla wszystkich placówek. Mimo że ryczałt ma być podstawą finansowania, odrębne finansowanie czeka 24 świadczenia z zakresu leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego w oparciu o wykaz wskazany w rozporządzeniu ministra zdrowia. – Nie zamierzamy w najmniejszym stopniu zmniejszać liczby zamawianych świadczeń, wręcz odwrotnie – zapewnia minister Radziwiłł. Odrębnie finansowane będzie leczenie onkologiczne oraz m.in. odbieranie porodów i udzielanie pomocy w przypadku zawałów serca, podobnie ma być z endoprotezami stawu biodrowego i kolanowego. Istotnym elementem systemu zabezpieczenia jest to, że jedna umowa obejmuje: leczenie szpitalne, AOS realizowaną w przychodniach przy szpitalnych, rehabilitację leczniczą w warunkach stacjonarnych lub oddziału dziennego, nocną i świąteczną opiekę zdrowotną w przypadkach, kiedy szpital miał kontrakt, a więc kiedy w wykazie są umieszczone izba przyjęć albo SOR. W ocenie wiceministra Gryzy powinno to poprawić koordynację, ciągłość i kompleksowość opieki nad pacjentem. – Można również oczekiwać, że w wielu wypadkach przyczyni się to do skrócenia czasu oczekiwania do poradni specjalistycznej oraz do leczenia szpitalnego w związku z tym, że ryczałtowa forma finansowania świadczeń pozwoli świadczeniodawcom na bardziej elastyczne dostosowanie struktury organizacyjnej i prowadzonej działalności do rzeczywistych potrzeb swoich pacjentów. Istniejący obecnie model kontraktowania

świadczeń promuje zachowania polegające na dostosowaniu wewnętrznej struktury organizacyjnej szpitali przede wszystkim w oparciu o produkty rozliczeniowe kupowane przez płatnika – mówi wiceszef resortu.

NFZ ROZPISUJE KONKURSY

Niezakwalifikowanie danego szpitala albo profilu do systemu zabezpieczenia nie przekreśla możliwości leczenia w ramach kontraktu z Funduszem. – Wszędzie tam, gdzie świadczenia będą konieczne, a nie są zabezpieczone przez jednostki z sieci, NFZ rozpisze konkurs. Wygrają najlepsi – mówi minister Radziwiłł. Na konkursy ma trafić ok. 7 proc. środków NFZ przeznaczanych na leczenie szpitalne (spośród ok. 33 mld zł) wobec ok. 93 proc. adresowanych dla placówek sieciowych. Takie proporcje, jak podkreśla resort, odpowiadają aktualnemu udziałowi środków przypadającemu na te podmioty. Tym samym pula pieniędzy płatnika dedykowanych placówkom niespełniającym kryteriów wejścia do sieci ma pozostać na niezmienionym poziomie. W konkursach mogą uczestniczyć również placówki z sieci chcące otrzymać finansowanie np. na funkcjonowanie dodatkowych oddziałów. Wejście w życie sieci szpitali postawiło duży znak zapytania nad przyszłością nowo powstających placówek, przynajmniej w odniesieniu do źródeł ich finansowania. Przykładem może być stołeczny Szpital Południowy, pod który kamień węgielny wmurowano zaledwie kilka tygodni temu. Ma mieć 309 łóżek, a jego powierzchnia użytkowa przekroczy ponad 42 tys. m². – Kiedy planowano, a nawet rozpoczęto budowę szpitala, nie było jeszcze mowy o sieci szpitali. Gdy placówka powstanie, będziemy się starali, aby do niej weszła – zapowiada Anna Łań z Urzędu m.st. Warszawy. ○

93%

– tyle środków NFZ przeznaczanych na leczenie szpitalne ma trafić do szpitali będących w sieci

Pod parasolem PUOP



Z **Beatą Ambroziewicz**, prezesem Zarządu Polskiej Unii Organizacji Pacjentów, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

GL Powołano Polską Unię Organizacji Pacjentów. Jaka jest idea stworzenia tej organizacji?

Naszym głównym celem jest integrowanie środowisk pacjentek. Wierzymy, że dzięki temu ich głos będzie bardziej słyszalny w systemie ochrony zdrowia, że będzie możliwe zbudowanie dialogu między decydentami a pacjentami. To także forma walki z dyskryminacją i wykluczeniem społecznym, z jakim spotykają się chorzy i ich rodziny. PUOP chce również prowadzić rzetelne rzecznictwo w kontaktach z rezydentem zdrowia. Jednym słowem: łącząc siły, będziemy w stanie osiągnąć więcej.

GL Więcej, to znaczy ile?

Dotąd poszczególne organizacje pacjenckie zabiegały dla swoich członków o lepsze warunki leczenia, o refundację nowoczesnych leków, o sfinansowanie rzadkich terapii. Zresztą nadal będą to robić. Często za pośrednictwem mediów organizują zbiórki pieniędzy na leczenie chorych znajdujących się w dramatycznej sytuacji. Nam jednak nie o to chodzi. PUOP zamierza skupić się na rozwiązaniach prawnych, systemowych, które pomogą wszystkim pacjentom, a nie pojedynczym osobom. Myślę, że dorosiliśmy do tego, aby być społeczeństwem obywatelskim, biorącym odpowiedzialność za to, co się wokół dzieje i współtworzyć rzeczywistość. Organizacje pacjenckie w naszym kraju coraz bardziej się profesjonalizują i wzorem państw zachodnich starają się być w swoim środowisku rzetelne i przejrzyste.

GL Grupą założycielską było siedem organizacji pacjenckich, a co z innymi?

Z powołaniem PUOP nosiliśmy się co najmniej kilka lat. Na początku był to ruch nieformalny. Po prostu spotykaliśmy się i rozmawialiśmy o najważniejszych potrzebach, co w pewnym momencie przerodziło się w projekt unijny, na który jako Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych razem z Ogólnopolską Federacją Organizacji Pozarządowych udało się pozyskać środki. Ponieważ temat jest ogromny, zaprosiliśmy do współpracy inne organizacje. Wciąż dołączają do nas nowe, niektóre z nich dopiero poznajemy, jeżdżąc po Polsce i prowadząc szkolenia. Wstępując do PUOP, zachowują one swoją autonomię, ale za pośrednictwem naszej unii

będą mogły uczestniczyć w procesie zmian systemowych, które wykraczają poza poziom poszczególnych chorób czy sposobów leczenia.

GL Jakim grupom chorych jest najtrudniej przebić się ze swoimi postulatami?

Najtrudniej było się przebić najmniejszym organizacjom, które liczą kilka lub kilkanaście osób, lub skupiają pacjentów z chorobami rzadkimi. Niewiele też dzieje się w opiece geriatrycznej, potrzeby pacjentów zaliczających się do tej grupy są marginalizowane. To są dla nas wyzwania i tematy niezagospodarowane. Społeczeństwo się starzeje, a to oznacza, że ci ludzie będą chorować, tymczasem system opieki zdrowotnej nie jest na to przygotowany.

GL Skąd czerpalicie wzorce?

Tego rodzaju parasolowe stowarzyszenia funkcjonują już za granicą. W krajach Europy Zachodniej, Skandynawii, USA i Kanadzie, a więc wszędzie tam, gdzie jest wysoki poziom opieki socjalnej. Mają wsparcie rządów, które dostrzegają, jak ogromną pracę wykonują. Docenia się tam ich doświadczenie i sposób działania, szczególnie w prowadzeniu na szeroką skalę kampanii edukacyjnych na rzecz pacjentów, co wiąże się z profilaktyką i rehabilitacją. Nawiazaliśmy współpracę z Europejskim Forum Pacjentów, które zrzesza organizacje pacjenckie z krajów europejskich, dołączyliśmy do projektu, który będziemy wspólnie realizować. Na forum międzynarodowym działa też IAPO (International Alliance of Patient's Organizations), która skupia 250 organizacji z 66 krajów. Ich działalność nie polega wprawdzie na tym, aby pokazać, jak funkcjonują systemy opieki zdrowotnej, ale jak budować potencjał organizacji, wzmacniać je szkoleniowo, szerzyć wiedzę na temat badań klinicznych, procesów terapeutycznych, a to bardzo bliskie nam klimaty.

GL Co najbardziej boli polskich pacjentów?

Kolejki, w których czeka się na leczenie nawet po kilka lat. Tak jest z wszczepianiem endoprotez, soczewek w zaćmie. Podobnie wygląda sytuacja z oczekiwaniem na wizytę u specjalistów. Trzeba sobie zdawać sprawę, że całkowicie kolejki nigdy nie znikną. Nawet w najlepiej prosperujących systemach opieki zdrowotnej pacjent umawia się na wizytę



czy zabieg z kilkutygodniowym wyprzedzeniem, ale w Polsce problem ten przybrał monstrualne rozmiary. Jeśli starszy człowiek nie może wychodzić z domu, bo latami musi czekać na soczewkę lub jest skazany na ból i cztery ściany, bo na zabieg wszczepienia endoprotezy musi czekać kilka lat, to jest wykluczony i mamy tu do czynienia z łamaniem prawa pacjenta do leczenia. Na co dzień widzimy, jak starsi ludzie ze względu na wiek są wielokrotnie odsyłani od jednej placówki do innej. Jednak tych problemów nie rozwiąże się jedną ustawą, ponieważ są one wynikiem wieloletnich zaniedbań. Musimy coś z tym zrobić, nie możemy stać z założonymi rękoma.

GL **Wszyscy wiemy, że tak jest, ale jak to zmienić, jeśli nakłady na opiekę zdrowotną są niskie, brakuje lekarzy, a ci, którzy pracują, są przeciążeni.**

To prawda, ale przede wszystkim sam system jest źle zorganizowany. Inwestuje się w medycynę naprawczą i leczenie, dopiero kiedy stan zaawansowania choroby zagraża życiu. Tymczasem należałoby skierować środki tam, gdzie zaczyna się proces chorobowy, aby go spowolnić, zapobiec powikłaniom i stanom zagrażającym życiu. Ci chorzy przestali być obciążeniem dla państwa, rodzin, mogliby pracować, płacić podatki, jednym słowem normalnie żyć. Cały czas nie spełniamy wskaźników badań przesiewowych, jest bardzo niska zgłaszalność na te badania. Od lat zabiegamy, aby koordynować kampanie edukacyjne, aby wzmocnić ich siłę oddziaływania, co przełożyłoby się na profilaktykę. Lekarz może pacjentowi poświęcić parę minut. To zrozumiałe, ale to od jego siły przekonywania zależy, czy pacjent podejmie właściwe decyzje dotyczące dalszego leczenia.

▲ **Beata Ambroziewicz:**
– **Pacjent, będąc w szoku, często nie pamięta, co lekarz do niego mówił. Rozmawiamy więc z pacjentem, nie bójmy się konfrontacji z jego oczekiwaniami.**

GL **Jakie są mechanizmy oceny placówek medycznych i lekarzy?**

Będziemy je dopiero opracowywać, posilając się ekspertami z warszawskich uniwersytetów. Dotychczas był on oparty na opiniach chorych, bez wnikania bezpośrednio w funkcjonowanie placówek, ponieważ nie chciały one wpuszczać ankietatorów z organizacji pacjentów na swój teren. PUOP pracuje obecnie nad dwiema ankietami – jedna dotyczy potrzeb i funkcjonowania poszczególnych organizacji pacjenckich, druga oceny funkcjonowania ochrony zdrowia przez pacjentów. Zdajemy sobie sprawę, że wiele negatywnych zjawisk w opiece zdrowotnej nie wynika ze złej woli lekarzy, nie mamy więc ani pretensji, ani roszczeń do tej grupy zawodowej. Oczywiście za wyjątkiem zdarzających się incydentów, ale to są sprawy marginalne, a ponieważ są nagłaśniane przez media, skupiają uwagę obywateli. PUOP chce współpracować z lekarzami, dyskutować, wyjaśniać, gdzie leży problem, a nie wskazywać pojedyncze przypadki. Jeśli zdarzają się uchybienia wśród lekarzy, powinni o tym rozstrzygać rzecznicy odpowiedzialności zawodowej i sądy zawodowe. Tylko takie podejście, rzetelne i merytoryczne, ma szansę zmienić obecną sytuację i przynieść korzyść wszystkim. Musimy przełamać stereotyp dotyczący paternalistycznego podejścia lekarza, który z góry narzuca pacjentowi swoje racje. Chodzi o komunikację, o partnerstwo. Lekarz musi dostrzec, że po drugiej stronie stoi chory człowiek, który ma swoje potrzeby i nikt lepiej nie zrozumie tego chorego niż on sam.

GL **Wielokrotnie diagnoza jest dla pacjenta szokiem, szczególnie dotyczy to pacjentów onkologicznych.**

Pacjent, będąc w szoku, często nie pamięta, co lekarz do niego mówił. Rozmawiamy więc z pacjentem, nie bójmy się konfrontacji z jego oczekiwaniami. Weźmy na przykład cukrzycę, która stała się dziś chorobą powszechną, pacjenci nawet jeśli biorą leki, często nie przestrzegają zaleceń lekarskich, bo coś usłyszeli w gabinecie, ale nie potrafili tego zinterpretować. Skutkiem czego mamy w Polsce największy odsetek amputacji stóp w Europie. PUOP zamierza włączyć się w edukację chorych na cukrzycę i uświadomić im, że też biorą odpowiedzialność za swoje leczenie. 30 proc. pacjentów zapisanych w kolejkach do specjalistów i zabiegów operacyjnych z nich rezygnuje, nie zawiadamiając o tym przychodni czy szpitala. Blokują w ten sposób miejsce, na które czekają inni chorzy. To też musi się zmienić. To wskazówka, jak potrzebna jest edukacja środowisk pacjenckich i PUOP zamierza się w nią włączyć.

GL **Czy pacjenci wierzą, że izby lekarskie dbają także o ich interesy, a nie tylko lekarzy?**

Pokutuje utrwalana przez lata opinia, że izba zawsze stanie po stronie lekarza, nawet jeśli ewidentnie zawinił. Nie ma poczucia wśród pacjentów, że mogą tam uzyskać jakąś pomoc. Mamy nadzieję, że będzie się to zmieniać. Zamierzamy współpracować z samorządem lekarskim i zwiastuny tej współpracy już są. Ta współpraca, wzajemna edukacja, pozwoli nam unikać wielu absurdalnych sytuacji. ○

Pilotaż POZ Plus

W styczniu ruszy pilotaż w POZ. W planach m.in.: większy pakiet badań diagnostycznych, realizacja części konsultacji specjalistycznych na poziomie POZ oraz wykorzystanie telemedycyny. Placówki otrzymają dodatkowe pieniądze.

❶ MARIUSZ TOMCZAK

W ramach przebudowy systemu opieki zdrowotnej minister Konstanty Radziwiłł wielokrotnie zapowiadał nowe rozwiązania dla podstawowej opieki zdrowotnej.

To ona, niezależnie od rodzaju choroby, powinna być filarem systemu, a zmiany miałyby ustanowić lekarza rodzinnego jako instytucję w centrum POZ, składającej się z zespołu specjalistów medycznych. – Ministerstwo stawia na to, by lekarz POZ stał się faktycznie lekarzem pierwszego kontaktu znającym pacjenta od podszewki – podkreśla Katarzyna Głowala, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia. Na początku wakacji resort przekazał projekt ustawy o POZ do rozpatrzenia przez Stały Komitet Rady Ministrów. Rząd przyjął projekt pod koniec sierpnia, wkrótce ma trafić do Sejmu. – To kolejny element zmian systemowych, które wprowadza minister Konstanty Radziwiłł. Po sieci szpitali teraz wprowadzamy zmiany w POZ – mówi premier Beata Szydło. Jego wejście w życie nie oznacza jednak końca zmian w tym obszarze. Kolejne nastąpią po zakończeniu programu pilotażowego POZ Plus. – Nie chcemy wprowadzać nagle tak dużej zmiany. Najpierw ją przetestujemy, następnie



zaprezentujemy wyniki ministrowi zdrowia, a dopiero potem nastąpi wdrożenie na szerszą skalę sprawdzonego modelu – tłumaczy Katarzyna Wiktorzak, naczelnik Wydziału ds. Strategii i Projektów Rozwojowych NFZ. Celem pilotażu jest sprawdzenie założeń modelu opieki koordynowanej. Jej istotą, jak czytamy w dokumentach NFZ, ma być koncentracja „na rzeczywistych potrzebach zdrowotnych pacjentów” pozostających pod opieką lekarza POZ, ich realizacja „w sposób kompleksowy, planowany, ciągły i zintegrowany” oraz prowadzenie „aktywnej opieki nad pacjentem

▲ Katarzyna Wiktorzak, naczelnik Wydziału ds. Strategii i Projektów Rozwojowych NFZ.

w zdrowiu i chorobie”. Pacjent stanie się „aktywnym partnerem we wspólnym podejmowaniu decyzji” w oparciu o wypracowany w dialogu indywidualny plan opieki medycznej. – Nie chcemy, by wszystko spoczywało na barkach lekarza czy pielęgniarki, ale żeby grupa współpracująca z pacjentem była szeroka – deklaruje Katarzyna Wiktorzak, dodając, że w realizacji planu opieki pacjent otrzyma wsparcie zespołu złożonego nie tylko z lekarza i pielęgniarki, ale również dietetyka, edukatora zdrowotnego czy fizjoterapeuty. – Chcielibyśmy zatrzymać pacjentów na poziomie POZ, by tylko ciężkie przypadki trafiały do specjalistów lub do szpitali – nie ukrywa przedstawicielka NFZ. W wyniku pilotażu ma zostać wprowadzony taki sposób kontraktowania i finansowania świadczeń POZ, który zapewni realizację postawionych celów. Pilotaż ma rozpocząć się w styczniu 2018 r., potrwa dwa lata.

LEKARZ SPECJALISTA ONLINE

Podmioty objęte pilotażem zobowiązują się do spełnienia określonych warunków. Pacjentom objętym programem zarządzania chorobą muszą zapewnić dostęp m.in. do konsultacji specjalisty w określonych dziedzinach (diabetologia, endokrynologia, kardiologia, neurologia, pulmonologia, ortopedia) oraz do świadczeń rehabilitacyjnych w zespołach bólowych kręgosłupa i zmian zwyrodnieniowych stawów obwodowych. – Nie chcielibyśmy stawiać sztywnych warunków, że lekarz specjalista z danej dziedziny musi być dostępny 3 razy w tygodniu. Raczej chcielibyśmy, by było to uzgodnione i dostosowane do potrzeb danej placówki oraz do populacji, którą placówka się opiekuje – wyjaśnia Katarzyna Wiktorzak. Należy również opracować regulamin organizacyjny zgodny ze wskazaniami płatnika. Co ważne, do pilotażu można zgłosić kilka miejsc udzielania świadczeń pod warunkiem, że dla każdego z nich są spełnione wymagania. Udział w pilotażu równoznaczny jest ze zgodą na wzięcie udziału w procesie aplikowania o granty na dofinansowanie ze środków EFS, którymi zarządzać będzie NFZ. – Trzeba będzie zmierzyć się

PLACÓWKA POZ OTRZYMA M.IN. GRANT NA DOSTOSOWANIE SYSTEMÓW INFORMATYCZNYCH I NA ZATRUDNIENIE ASYSTENTA KOORDYNUJĄCEGO OPIEKĘ W RAMACH MODELU.

trochę z biurokracją – mówi naczelnik Wydziału ds. Strategii i Projektów Rozwojowych NFZ.

PROGRAM ZARZĄDZANIA CHOROBA

Czym ma się różnić obecna opieka nad pacjentem od tej w POZ Plus? – Przede wszystkim chcielibyśmy, żeby opieka była wykonywana przez zespół ludzi, nie tylko przez lekarza, oraz wprowadzenia możliwości szybkich konsultacji z wybranymi specjalistami również z wykorzystaniem telemedycyny – dodaje. Te zmiany mogą być najbardziej widoczne z punktu widzenia pacjenta. W nowym modelu opieki leczenie ma być udzielane zgodnie z obecnie obowiązującym zakresem świadczeń realizowanych przez lekarza POZ, niemniej powiększy się zakres i liczba działań profilaktycznych i edukacyjnych, dodatkowych usług dla pacjentów z chorobami przewlekłymi, usług diagnostycznych i rehabilitacyjnych. Ważną funkcję ma pełnić koordynator. – Będzie wspierał pacjenta, m.in. prowadząc terminarz wizyt (umawianie badań diagnostycznych, wizyt kontrolnych, konsultacji specjalistycznych w ramach programu zarządzania chorobą), zapraszając na bilanse zdrowia, przypominając o terminie wizyty, koordynując przepływ informacji czy pełniąc funkcję łącznika pomiędzy pacjentem a zespołem POZ – wylicza Sylwia Wądrzyk, rzecznik prasowy NFZ. Badania bilansowe będą wykonywane co pięć lat. Ten termin ma być liczony w oparciu o upływ czasu od ostatniej wizyty. Po przeprowadzeniu badań pacjent otrzyma status: zdrowy bez

czynników ryzyka, zdrowy ze stwierdzonymi czynnikami ryzyka zachorowania na choroby przewlekłe, chory z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby przewlekłej. W oparciu o badanie bilansowe lub na podstawie dotychczasowej, udokumentowanej historii choroby, pacjent może zostać zakwalifikowany do udziału w programie zarządzania chorobą.

W ramach pilotażu program ten obejmie pacjentów zmagających się co najmniej z jedną z 11 chorób przewlekłych (nadciśnienie tętnicze samoistne, cukrzyca typu 2, przewlekła choroba wieńcowa, utrwalone migotanie przedsionków, przewlekła niewydolność serca, astma oskrzelowa, POChP, wołe mięśniowe i guzowate tarczycy, niedoczynność tarczycy, choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych, zespoły bólowe kręgosłupa). Tym, co ma wyróżniać program zarządzania chorobą, będzie (cytaty za dokumentami NFZ): „planowanie kolejnych zdarzeń zdrowotnych z wyprzedzeniem”, „aktywny nadzór ze strony świadczeniodawcy nad realizacją zaleceń przez pacjenta i monitorowanie jakości opieki” oraz okresowe (np. raz w roku) wykonywanie pogłębionego badania stanu zdrowia w ramach tzw. porady kompleksowej.

NIE TYLKO STAWKA KAPITACYJNA

To, że dzięki opiece skoordynowanej ma zyskać pacjent, wydaje się oczywiste. A co zyskają świadczeniodawcy uczestniczący w pilotażu? Jak mówi Milena Kruszewska, rzecznik prasowy ministra zdrowia, otrzymają

środki finansowe na usprawnienie systemu informatycznego (wsparcie technologiczne) oraz na zatrudnienie osoby koordynującej opiekę medyczną w ramach modelu (pielęgniarkę lub absolwenta kierunku zdrowie publiczne). – Placówka POZ otrzyma, tak jak dotychczas, stawkę kapitałową, ale dodatkowo także budżet powierzony na badania profilaktyczne, budżet powierzony na zarządzanie chorobą w 11 najpopularniejszych niezakaźnych chorobach przewlekłych oraz grant na dostosowanie systemów informatycznych i na zatrudnienie asystenta procesu leczniczego koordynującego opiekę medyczną w ramach modelu – wylicza Milena Kruszewska. Pod koniec czerwca ogłoszono preselekcję świadczeniodawców do realizacji opieki koordynowanej w ramach pilotażu POZ Plus.

Wśród wymagań znalazło się m.in. posiadanie umowy z Funduszem na realizację świadczeń POZ, obecność od 2,5 do 10 tys. pacjentów zadeklarowanych do lekarzy POZ w miejscu udzielania świadczeń, istnienie elektronicznej rejestracji wykonanych świadczeń czy prowadzenie terminarza wizyt w wersji elektronicznej. Wyniki ogłoszono 24 lipca.

Spośród 620 świadczeniodawców, którzy zgłosili 874 miejsca udzielania świadczeń (łącznie liczba osób objętych opieką przez te placówki przekroczyła 5,6 mln), warunki preselekcji spełniło 713 zgłoszonych miejsc. Przedstawiciele tych ostatnich zostaną zaproszeni na spotkanie informacyjno-szkoleniowe organizowane przez centralę płatnika. Jak podaje rzecznik prasowy NFZ, nabór do zawarcia umów na realizację pilotażu wraz z podpisywaniem umów grantowych zaplanowano na IV kwartał br. ○

2 LATA

.....
tyle potrwa pilotaż
w podstawowej
opiece zdrowotnej.

Polipragmazja

Okiem lekarza

PROF. PRZEMYSŁAW KARDAS,
KIEROWNIK ZAKŁADU MEDYCyny
RODZINNEJ UMED



PRZYCZYNY

Wraz z wiekiem przybywa schorzeń przewlekłych, co w starszym wieku wiedzie do charakterystycznej wielochorobowości. Współczesna medycyna niemal na każde schorzenie ma skuteczną odpowiedź, pozwalającą zwolnić przebieg choroby i uniknąć jej następstw. Ta odpowiedź to przede wszystkim leki. Zgodnie z wytycznymi postępowania, lekarze w dobrej wierze przepisują więc pacjentowi kolejne medykamenty, gdyż badania kliniczne i oparta na ich wynikach Evidence Based Medicine jednoznacznie wskazują na ich korzystne działania. W efekcie osoba starsza ma zazwyczaj przepisanych co najmniej kilka, a niekiedy i kilkanaście leków, choć rekordziści dochodzą do kilkudziesięciu.

JAK OGRANICZYĆ TO ZJAWISKO?

Nie jest łatwo uniknąć polipragmazji u osób starszych, a jeszcze trudniej z niej zrezygnować, jeśli pacjent jest już ustawiony na wielu lekach. Wymaga to od lekarza sporego determinacji, a nawet odwagi, a w zamian wcale nie czeka go wdzięczność pacjenta ani nagroda ze strony systemu. Jak już wspomniano, wytyczne kliniczne, tworzone z myślą o pacjentach obarczonych tylko jednym schorzeniem, nie wspierają lekarza w próbach redukcji liczby leków stosowanych równocześnie u osoby starszej. Idąc w tym kierunku, lekarz może się obawiać zarzutu inercji terapeutycznej. To nic, że pacjenci często odstawiają niektóre leki sami, obawiając się np. o ich szkodliwy wpływ na wątrobę. Niełatwo jest do nich dotrzeć z informacją, że leczenie mniejszą liczbą leków nie oznacza leczenia „słabszego”.

WAGA OPIEKI KOORDYNOWANEJ

Jednym z ważnych powodów polipragmazji w naszym kraju jest brak opieki koordynowanej. Brak jest obecnie

profesjonalisty, który miałby baczenie na całość terapii indywidualnego pacjenta. Zamiast tego pacjent odwiedza nierzadko wielu specjalistów, z których każdy dopisuje do listy jego leków leki ze swojej dziedziny, nie zadając sobie trudu sprawdzenia, czy nie kolidują one z lekami używanymi już przez pacjenta. Czasem dochodzi więc do dublowania się leków z tej samej klasy, a nawet leków zawierających tę samą substancję czynną, tyle że pod inną nazwą handlową. Nieświadomy tego wszystkiego pacjent jest wystawiony na ryzyko wszystkich niekorzystnych następstw polipragmazji. I trudno tego uniknąć, jeśli nie zostaną stworzone warunki, w których ktoś będzie w stanie dokonać przeglądu wszystkich leków. Takie rozwiązania wchodziły w skład tego, co kryje się pod pojęciem opieki koordynowanej. A kto ma się tego zadania podjąć w praktyce? Najpełniejszy dostęp do informacji o pacjencie ma lekarz POZ, to na jego poziomie będzie się odbywać pilotaż opieki koordynowanej. Wcale to jednak nie oznacza, że wiedza lekarza POZ na temat niuansów farmakoterapii jest pełna. Dlatego w Szkocji, która może służyć za wzór kraju wprowadzającego praktyczne rozwiązania zapobiegające polipragmazji, do pracy w POZ zatrudniono wykwalifikowanych farmaceutów klinicznych. To oni dokonują przeglądów leków i doradzają, z jakich leków bez straty, a nawet z korzyścią dla pacjenta, można zrezygnować.

POLIPRAGMAZJA A E-TECHNOLOGIE

Trudno wyobrazić sobie skuteczne zapobieganie polipragmazji, a w szczególności wykonanie przeglądu lekowego, bez rozwiązań informatycznych. Elektroniczna recepta, a zwłaszcza elektroniczne konto pacjenta mogłoby ten proces znacznie usprawnić, a dzięki temu wprowadzić na szeroką skalę. Szkoda więc, że niedawno ogłoszono kolejne opóźnienie realizacji tych programów – e-recepta będzie funkcjonować dopiero od 1 stycznia 2020 r. Być może w międzyczasie powstaną więc inne rozwiązania informatyczne, które ułatwią lekarzom ograniczenie polipragmazji.

CO MOŻE DZIŚ ZROBIĆ LEKARZ POZ?

Nawet przy braku stosownych rozwiązań informatycznych lekarz POZ może zrobić dla pacjenta wiele dobrego, zapobiegając polipragmazji, i zwalczając ją w miarę jej wystąpienia. Unikanie przepisywania leków, które nie przynoszą pacjentowi korzyści, i okresowe przeglądy lekowe (można poprosić osobę starszą o przyniesienie wszystkich swoich leków do poradni raz do roku lub zorganizować w tym celu wizytę pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej w domu pacjenta) należą do prostych, a skutecznych interwencji. ○

Okiem farmaceuty

DR. HAB. AGNIESZKA SKOWRON,
KIEROWNIK ZAKŁADU FARMACJI SPOŁECZNEJ UJ CM

ŹRÓDŁA POLIPRAGMAZJI

Wszechobecna reklama leków bez recepty i suplementów diety zachęca do ich zakupu, sugerując, że ich stosowanie poprawi jakość życia, przywróci sprawność i wyeliminuje wszelkie problemy zdrowotne. Badania wskazują, że nawet jeśli pacjenci są świadomi tego, iż jedynym celem reklamy jest zachęcenie do zakupu, to i tak w sposób często nieświadomy sięgają po produkty, których reklamy widzieli. Ponadto w Polsce tylko pacjent jest jedynym źródłem informacji o lekach i produktach, które stosuje, w systemie brakuje miejsca, w którym gromadzone byłyby informacje o wszystkich kupowanych przez chorego lekach, brak więc możliwości kontroli tego zjawiska. Pacjent często nie jest w stanie sam uświadomić sobie, że stosuje „dużo leków”, a jeśli nawet sobie to uświadomi, to nie wie, do kogo może zwrócić się z tym problemem.

CZY OGRANICZENIE POLIPRAGMAZJI MA SENS?

Czasem słyszy się głosy, że farmaceutom zależy na sprzedaży kolejnych leków, bo dzięki temu ich apteki mają szansę utrzymać się na rynku. Nic bardziej błędnego. Farmaceuci są świadomi negatywnych skutków, jakie niesie ze sobą stosowanie leków, więc jedyne, na czym im zależy, to aby leki były stosowane w sposób bezpieczny, co daje szansę na skuteczne leczenie. Ograniczenie polipragmazji stanowi dziś jedno z podstawowych wyzwań, w szczególności w opiece nad osobami starszymi, i wydaje się, że farmaceuci są główną grupą zawodową, która może podjąć to wyzwanie w naszym systemie zdrowotnym. Ograniczenie polipragmazji daje szansę na bezpieczną i skuteczną farmakoterapię. A zwiększenie zaangażowania farmaceutów w tego rodzaju działania pozwala na realizację w praktyce idei opieki farmaceutycznej.

MIEJSCE DLA FARMACEUTY W OPIECE KOORDYNOWANEJ

Trudno dziś wyobrazić sobie system opieki zdrowotnej bez farmaceutów, tym bardziej trudno jest przyjąć, że można wprowadzać opiekę koordynowaną, nie wyznaczając w jej strukturach roli dla farmaceuty. Wydaje się, że w opiece ambulatoryjnej farmaceuta ma do odegrania rolę strażnika farmakoterapii, który wspólnie z lekarzem POZ będzie monitorował i nadzorował ten proces. Farmaceuta ma bowiem wiedzę nie tylko na temat działania leków, zasad stosowania czy przygotowania, ale może także przy wyborze leku uwzględnić kwestie związane z kosztami farmakoterapii czy dostępności, w danym momencie, konkretnych produktów. W większości krajów,



w których opieka farmaceutyczna stała się już jedną z podstawowych usług farmaceutycznych, farmaceuci wykonują okresowe przeglądy lekowe pacjentom, których wyniki pomagają lekarzom w ocenie skuteczności własnych działań oraz w wyborze leków, a pacjentom ułatwiają prawidłowe stosowanie leków.

FARMACEUTA A E-TECHNOLOGIE

Farmaceuci już dziś powszechnie korzystają z technologii informatycznych w codziennej pracy. Problemem jest raczej brak rozwiązań systemowych, a w szczególności brak e-recepty, która w wielu krajach jest jednym z głównych rozwiązań technologicznych wspomagających walkę z polipragmazją.

CO MOŻE DZIŚ ZROBIĆ FARMACEUTA, BY OGRANICZYĆ POLIPRAGMAZJĘ?

Dziś przede wszystkim może zaoferować pacjentom pomoc w stosowaniu leków, w szczególności w wyeliminowaniu niepotrzebnych suplementów diety i leków OTC używanych w sposób przewlekły, bez jasnych wskazań do ich stosowania. Pacjenci czasem podczas wizyty w aptecce zwracają uwagę na dużą ilość leków, skarżąc się np. na duże wydatki ponoszone z tego tytułu. Nad każdą taką skargą farmaceuta powinien się pochylić, oferując pomoc w przeanalizowaniu chociażby tego, co pacjent w danym momencie stosuje lub zamierza zakupić. Każdorazowo, szczególnie gdy zakupu leków OTC lub suplementów dokonuje osoba starsza, należy przeprowadzić szczegółowy wywiad, oceniając przede wszystkim wskazania do stosowania kolejnego preparatu. ○

**OGRANICZENIE POLIPRAGMAZJI STANOWI
DZIŚ JEDNO Z PODSTAWOWYCH WYZWAŃ,
W SZCZEGÓLNOŚCI W OPIECE NAD
OSOBAMI STARSZYMI.**

Pacjenci, o których zapomniiał świat

Kość piszczelowa, mięśnie, ścięgna – zupełnie odkryte na pozbawionych skóry kończynach. Nawet pod lekkim dotknięciem dłoni operatorów na powierzchnię wydobywa się żółto-zielonkawa, gęsta wydzielina. Wszystko się rusza. Niemalże rozpływa.

Chwytam za stopę i unoszę do góry, aby kolega mógł oczyścić pole operacyjne przed zabiegiem. Jeszcze przez dłuższą chwilę po zwolnieniu ucisku ropna masa pozostaje wzburzona przez wydobywające się spomiędzy głębszych warstw cząsteczki gazu. Pęcherzyki zepsutego powietrza przemieszczają się ku powierzchni, po czym niespiesznie pękają, uwalniając swoją zawartość. Odruchowo, na ile to możliwe, odsuwam twarz. Śwąd utrudnia łapanie oddechu. Odnoszę wrażenie, że wypiera tlen z pomieszczenia. Teoretycznie pod sufitem wisi klimatyzator, ale albo jest popsuty, albo nie działa wystarczająco sprawnie. Personel jest jednak przygotowany na takie sytuacje. Jedna z pielęgniarek maszeruje do magazynku. Za chwilę wraca, trzymając kolorową puszkę w dłoni. Zaczyna krążyć dookoła stołu, rozpylając lawendowy aromat wprost z odświeżacza do toalet. Zastanawiałabym się, jak to się ma do zasad antyseptyki, czy i na ile bezpieczne jest dla odsłoniętych tkanek pacjenta. Ale jestem zbyt skupiona na czerpaniu tych resztek tlenu, którymi jeszcze można karmić płuca.

W dwuosobowych zespołach przystępujemy do amputacji obu podudzi jednocześnie. Jest ciasno. Sala

Stoimy za stołem operacyjnym. Ja i trzech chirurgów. Przed nami leży pacjent. Mężczyzna w średnim wieku. Obie kończyny dolne spalone. Oparzenie czwartego stopnia z martwicą od kolan w dół. Na jego podudziach można by studiować anatomię.

ANNA KOŁODZIEJSKA, LEKARZ STAŻYSTA

operacyjna nie jest duża. Trzeba uważać, żeby się nie zbrudzić. Nie jest to łatwe, zwłaszcza że jałowe serwety nie okrywają chorego w całości, a w pomieszczeniu jest tłoczno. Pielęgniarka z odświeżaczem w spreju nadal krąży dookoła, ale teraz jeszcze dołączyła kolejna osoba. Kobieta z czerwoną kropką na czole i mopem w rękach macha nam szczotą pomiędzy nogami i wyciera krew spływającą ze stołu. Tutaj liczy się czas. Kolejni pacjenci czekają w kolejce. I nie można sobie pozwolić na wielogodzinną zabawę i dłubanie w tkankach. Chirurgzy tną szybko. Jeden rozcina mięśnie, uważając, by nie uszkodzić większych naczyń. Z mniejszych posoka wypływa pulsującymi strumykami. Dopiero, kiedy operator przesunie się ze skalpelem dalej, asysta zajmuje się koagulowaniem tętniczek. Jest tylko pewien szkopał. Amputujemy oba podudzia jednocześnie, a dysponujemy tylko jedną diatermią. Pierwszy zawołał o nią kolega, więc ja muszę czekać, aż zwolni się narzędzie. Tymczasem operatorzy nie czekają. Tną. Krew w dużych ilościach spływa na ziemię i stopy w najwykleszych

klapkach zupełnie pozbawione izolacji. Kiedy skończymy, trzeba będzie je wyszorować, chociaż... nie, ja swoje wyszoruję, nie ważne, jeśli innym zaschnięta krew nie przeszkadza.

Wypadek, na skutek którego pacjent trafił do szpitala, miał miejsce przed trzema tygodniami. Nie potrafię zrozumieć, dlaczego nie przyjechał do nas od razu. Tymczasem chirurgzy dziwią się, że nie jest to dla mnie jasne. W wielu miejscach w Nepalu ludzie nie mają dostępu do opieki medycznej. A jeśli nawet, to w wiejskich placówkach lekarze często nie dysponują ani wystarczającymi umiejętnościami, ani sprzętem, by leczyć skomplikowane przypadki. Nierzadko chorzy próbują opatrywać rany samodzielnie. Mężczyzna był przekonany, że skoro nogi są na swoim miejscu, to przecież się zagoją i wkrótce odzyska możliwość ruchu. Na podróż do szpitala zdecydował się dopiero wtedy, kiedy martwe tkanki przegniły tak mocno, że ani on, ani rodzina, nie mogli już znieść odoru. Droga do stolicy zajęła mu około trzynastu godzin. Przyjechał najwykleszym, tłoczonym i ciasnym, miejscowym autobusem...

^ Z każdym dniem pracy w Centrum Leczenia Rozszczepów Podniebienia i Oparzeń w Kirtipur pod Katmandu mierzę się z tutejszą rzeczywistością. Zaczynam się coraz mocniej przyzwyczajać, aż w końcu się w nią wtapiam.



Więcej na
www.gazetalekarska.pl





CODZIENNOŚĆ

Z każdym dniem pracy w Centrum Leczenia Rozszczepów Podniebienia i Oparzeń w Kirtipur pod Katmandu mierzę się z tutejszą rzeczywistością. Zaczynam się coraz mocniej przyzwyczajać, aż w końcu się w nią wtapiam. Przestaję zwracać uwagę na rzeczy, które wcześniej mroziły krew w żyłach lub wyciskały łzy z oczu. Jeszcze tylko czasem łapię się na tym, że mocniej zaciskam zęby. Zwłaszcza, jeśli chodzi o dzieci. Chociażby jedenastoletnią, radosną dziewczynkę, która wdrapywała się na stół operacyjny z szerokim uśmiechem i wzrokiem pełnym ufności. Nie wiem, na ile rozumiała słowo „amputacja” i czy zdawała sobie sprawę, jak bardzo jej życie zmieni się, kiedy zostanie pozbawiona obu przedramion oparzonych prądem elektrycznym. Przed kilkoma dniami, niepilnowana przez rodziców wspięła się na dach domu i złapała obiema rączkami kabel. Pełni nadziei czekaliśmy, aż wytworzy się linia demarkacyjna. Niestety, zbyt wysoko by można było nie pozbawiać jej dłoni.

Inny przypadek. Siedmiomiesięczne niemowlę. Płomień z ogniska zajął śpiochy, w które opatulono malucha do snu. Rodzice zbyt późno zauważyli, co się dzieje. Kończyn nie dało się już uratować. Dziewczynka nigdy nie będzie chodzić. Nie ma się co łudzić, że rodzinę stać będzie na protezy. Będzie dobrze, jeśli będą w stanie pozwolić

sobie na zakup wózka inwalidzkiego. Widziałam dostatecznie wielu kalekich Nepalczyków, którzy czołgali się po chodnikach, by w ten sposób wy dostać się na ulice i żebraniem walczyć o uniknięcie śmierci z głodu.

Po siedmiu tygodniach, które spędziłam na wolontariacie w Nepalu, mogłabym przytaczać takich przypadków dziesiątki. Wystarczyłoby na książkę, którą zresztą piszę. Nikt tam nie dba o bezpieczeństwo. Nawet w stolicy głównym źródłem ciepła jest ogień. Życie toczy się wokół ogniska, które pozwala przygotować gorący posiłek, oświetla pomieszczenia i otula do snu. Miałam szczęście, że wynajmując pokój u nepalskiej rodziny, trafiłam na przynależącą do jednej z wyższych kast. Chociaż pierwszego dnia bawiła mnie dziura w oknie, którą w ramach naprawy przysłonięto gazetą, pralka typu „Frania”, która po włączeniu zalewała wodą całą łazienkę, czy karaluchy wielkości pięści biegające nocą po tarasie. Z czasem zaczęło mi się wydawać, że to mieszkanie i tak jest luksusem. Choćby dlatego, że mieliśmy kuchenkę gazową i ciepłą wodę pod prysznicem bez elektrycznego pieca zawieszonego tuż obok. Tylko podczas tych dwóch miesięcy do szpitala trafiło trzech poszkodowanych w wyniku wybuchu podobnego ustrojstwa. Nepalscy lekarze nie byli zdziwieni. Sprowadza się te piece zza granicy, a potem eksploatuje i samodzielnie naprawia tak długo, jak długo da się nimi podgrzać wodę. Albo,

^ **Ktoś nieumiejętnie opatrzył rany. Dłoń ustabilizowano w pozycji grzbietowego przygięcia do przedramienia, skóra się zbliźniła, w rezultacie czego kończyna pozostała trwale zdeformowana.**

DIATERMIA

Disponujemy tylko jedną, a amputujemy oba podudzia jednocześnie. Pierwszy zawołał o nią kolega, więc ja muszę czekać, aż zwolni się narzędzie.

dopóki nie wybuchną... Takie przypadki to i tak marginalny problem.

O wiele częściej trafiają do szpitala pacjenci z obrażeniami po kontakcie z liniami wysokiego napięcia. Nie było to dla mnie zaskoczeniem, zważywszy na fakt, że powykrzywane słupy energetyczne stoją przy chodnikach, a zwoje kabli wiją się między nimi, przeważnie na wyciągnięcie ręki przechodniów. Nikomu też nie przeszkadza, jeśli zwisają jeszcze niżej i trzeba pochyłać się, by przechodząc pod nimi nie zahaczyć głową. Mam wrażenie, że w tym kraju trzeba być ciągle czujnym i mieć oczy z tyłu głowy. Kable są naprawdę wszędzie. Nietrudno na nie nadepnąć albo na nich przysiąść. Tacy pacjenci – z głębokimi oparzeniami na stopach czy pośladkach – również do nas trafiali. Nikt nie podejmuje starań, by zatroszczyć się o bezpieczeństwo na ulicach. Religia nie ułatwia zadania. Każdego roku z początkiem maja nastaje czas festiwalu. Wtedy w całym państwie mieszkańcy świętują, pchając ulicami miast gigantyczne, drewniane wozy symbolizujące bogów. Zgodnie z tradycją muszą one sięgać wysokością dachów budynków. I nikomu nie przeszkadza, że przemieszczając te maszyny, ściągają się wszystkie linie energetyczne stojące na drodze. Wprawdzie specjalnie na tę okoliczność odcina się dopływ prądu, ale w platanienie kabli niетrudno się pomylić. W istocie, efekty zabawy widać kolejnego dnia na bloku operacyjnym. ○

Quo vadis medice?

GL
LISTY

Jestem lekarzem z prawie 35-letnim stażem w tzw. państwowej służbie zdrowia. Trochę w życiu doświadczyłem, zarówno jako lekarz, jako pacjent i jako tzw. rodzina pacjenta. Mam też trochę własnych przemyśleń, na temat życia w ogóle i medycyny w szczególności.

👤 IMIĘ I NAZWISKO AUTORA DO WIADOMOŚCI REDAKCJI

Chciałbym serdecznie podziękować za znakomity artykuł Pana Doktora Edwarda Charczuka (Stukot białych trepów – „Ból i cierpienie”), a jednocześnie pogratulować odwagi. Od bardzo wielu lat czytam „Gazetę Lekarską”, ale takiego tekstu jeszcze nie widziałem.

Podziękować, bo podobne doświadczenia i odczucia są udziałem wielu pacjentów i tych z nas, którzy w roli pacjenta musieli korzystać z państwowych placówek medycznych w Polsce. Wtedy dość boleśnie przekonujemy się, jak ważne jest to, po której stronie fartucha się jest. Stąd m.in. bierze się ogólna niechęć do pracowników medycznych w społeczeństwie, zresztą podsycana systematycznie i pracowicie przez media, niezależnie od aktualnie rządzącej opcji.

Pogratulować odwagi, bo generalnie środowisko lekarskie bardzo niechętnie zwraca uwagę na „te sprawy”, a w „GL” po raz pierwszy (jak mi się wydaje) poruszono tę tematykę. Wolimy skupić się na skądinąd ważnych doniesieniach z posiedzeń różnych gremiów lekarskich, najnowszej klasyfikacji nowotworów mózgu w oparciu o stwierdzone mutacje genowe albo poruszać dyżurny temat niedofinansowania ochrony (służby?) zdrowia. Nie interesują nas odczucia pacjenta, gdy naburmuszony doktor zakomunikuje, że czegoś tam nie robi, bo jest po godzinach, albo pielęgniarka dyżurna nie dopoi ewidentnie odwodnionego noworodka, „bo nie ma takiego zlecenia od lekarza”, a o poinformowaniu lekarza dyżurnego o problemie oczywiście nie ma mowy. O takim drobiazgu, jak rozmowa pana docenta odwróconego plecami z pacjentką-lekarką, świadczącym o zupełnym braku manier, nawet nie warto wspominać. Każdy jest tak wspaniałym profesjonalistą w swojej dziedzinie i wszystko, co robi, jest tak doskonałe, że każda, nawet wyrażana w najlepszej wierze życliwa krytyka czy propozycja zmiany wyuczonych stereotypów jest odbierana jako frontalny atak na dobra osobiste.

Na poczekaniu można by wymienić wiele takich sytuacji. Na szczęście jest wielu (większość?) oddanych swojej pracy lekarzy i pielęgniarek, starannych i uprzejmych dla kolegów i pacjentów, i dzięki nim tak naprawdę ochrona zdrowia w tym

kraju funkcjonuje, wbrew pozorom często nawet lepiej niż na ogólnie podziwianym Zachodzie. Kilku moich znajomych, którzy wyjechali za tzw. chlebem, mając rzeczywisty problem zdrowotny (wada serca albo nowotwór mózgu u własnego dziecka), wracają do Polski, bo zdają sobie doskonale sprawę, że takiego serwisu jak tu, tam nie uzyskają. Niestety, odnoszę wrażenie, że ci dobrzy lekarze to zwykle osoby ze starego pokolenia, wychowane w nieco innych realiach albo bardzo młode, jeszcze niezdemoralizowane. Często wbrew systemowi, standardom i wytycznym starają się po prostu pomóc pacjentowi. W najlepszym razie są postrzegani przez kolegów i koleżanki jako „Judymowie” czy następczynie Florence Nightingale, nieszkodliwi dziwacy, nieprzystosowani, a czasem niestety jako wrogowie kolektywu i systemu, niepotrzebnie podnoszący standardy, rozpieszczający i demoralizujący pacjentów, przyzwyczajający ich do nienależnych przywilejów i niepotrzebnie generujący koszty.

Problem jest złożony i ma wiele aspektów. W dużym stopniu jest spuścizną poprzedniego ustroju, gdzie za cenę niezbyt wysokiej pensji miało się poczucie bezpieczeństwa zatrudnienia i bezkarności. Dotyczyło to właściwie każdego zawodu i każdego stanowiska, od dyrektora fabryki do pani w sklepie mięsny i hydraulika ze spółdzielni, a także lekarzy i pielęgniarek. Każdy miał swój mały wycinek rzeczywistości, gdzie mógł porządzić i odreagować swoje frustracje. Przy mało atrakcyjnych zarobkach i braku tłumy chętnych na dane stanowisko, każdy „menadżer” zastanowi się kilka razy, zanim zwolni nieuprzejmego i niestaranego pracownika, lekarza czy pielęgniarkę, bo skąd weźmie nowego na ich miejsce. Toleruje się chamstwo i lenistwo, wtórny alfabetyzm medyczny, nie mówiąc o innych, mniej wyraźnych, ale równie dokuczliwych dla pacjentów przywarach. Inna rzecz, że może takie, a nie inne zachowania wynikają ze stworzonych warunków pracy, złej organizacji, przemęczenia, frustracji niskimi dochodami itp.

Gdyby opisane przez autora sytuacje miały miejsce w placówce prywatnej, osoby dopuszczające się nieprawidłowości w ciągu godziny zasyliłyby grono bezrobotnych. W placówce państwowej, przy obiektywnym niedofinansowaniu, brakach kadrowych i sprzętowych, a także nieprawidłowej



➤ Artykuł ukazał się w nr. 5-6 „Gazety Lekarskiej”

organizacji, toleruje się (oczywiście za cichą zgodą kierownictwa) nieprawidłowe zachowania w imię spokoju i dopięcia budżetu. Mimo obecności działów organizacji pracy klinicznej w większości dużych instytutów i szpitali, tak naprawdę organizacja pracy decydentów nie interesuje – nie oni wypełniają formularze i nie oni walczą z zawieszającym się komputerem czy psującą drukarką. Mnoży się tylko druki do wypełniania i rozbudowuje do absurdu procedura, a zgłoszenie pacjenta do pilnego badania czy pilnej operacji trwa w nieskończoność. Rodzi to oczywiście napięcia, co odbija się na jakości pracy i kontaktach międzyludzkich. Braki finansowe są zjawiskiem obiektywnym. Z nich wynikają braki kadrowe i sprzętowe, a organizacja pracy i właściwy podział obowiązków (i ich przestrzeganie) nigdy nie były naszą mocną stroną. Generalnie jest tak, że albo system kompensuje niedostatki jednostki, albo jednostka musi kompensować niedostatki systemu. Cały nowoczesny świat poszedł raczej pierwszą drogą, my idziemy drugą. Jesteśmy mistrzami w improwizacji i to nas ratowało i ratuje, ale właściwie nie ma się czym chwalić.

Trzeba też pamiętać, że człowiek chory (nieważne laik czy lekarz) odbiera otoczenie przez pryzmat swojej choroby, ograniczeń, cierpienia i zagrożeń z nią związanych. Dotyczy to także rodziny chorego, a szczególnie rodziców chorego dziecka. Wszelkie zachowania lekarzy i pielęgniarek, nieopatrznie wypowiedziane słowo, czyn albo zaniechanie, często dziejące się w pośpiechu i zmęczeniu, są przez pacjentów i ich rodziny odbierane znacznie ostrzej i boleśniej. Lęk i brak wiedzy medycznej dodatkowo nasilają stres. A człowiek w stresie reaguje różnie, często nieadekwatnie, czasem agresją. Przy panującej modzie na spontaniczność i nieumiejętności panowania nad emocjami, roszczeniowym nastawieniu pacjentów podsycanym przez media, przekonaniu o własnych prawach i braku jakichkolwiek obowiązków, politycznej poprawności zakazującej nazywania rzeczy po imieniu, akceptacji dla „siłowych” rozwiązań, ogólnym braku zainteresowania faktami medycznymi, a skupianiu się na płytkiej sensacji i emocjach, wcale nierzadkie są przypadki agresji słownej i fizycznej pacjentów i rodzin w stosunku do lekarzy i pielęgniarek albo lepiej lub gorzej uzasadnione ataki mediów na poszczególnych lekarzy i całe środowisko.

Zastanawia w tym kontekście całkowicie bierna postawa towarzystw naukowych, korporacji zawodowej i tzw. autorytetów, którzy powinni zabierać głos, obiektywnie i rzeczowo wyjaśniać problem na gruncie tzw. medycyny opartej na danych naukowych. Oczywiście winni zaniedbań powinni być piętnowani, ale bezzasadnie skalujący środowisko dziennikarz czy polityk powinien liczyć się z procesem sądowym (jak to ma miejsce w innych krajach, gdzie nie do pomyślenia jest bezpodstawne szkolenie lekarzy czy szpitali).

Zaryzykuję tezę, że prawdziwa medycyna ukierunkowana na ratowanie zdrowia i życia w miarę dostępnych środków, gdzie lekarz z powołania cieszył się pełnym zaufaniem ze strony pacjenta, skończyła się w Polsce wraz z przemianą

ustrojową, gdy ten pierwszy stał się wysoce wykwalifikowanym, emocjonalnie neutralnym usługodawcą, pacjent – roszczeniowym usługobiorcą, a szpital – instytucją rozliczaną z wyników finansowych bardziej niż z wyników leczenia i atmosfery w niej panującej. Lekarz więcej czasu spędza przed komputerem, „wklepując” numery PESEL, NIP, kody chorób i procedur, niż badając pacjenta i nawiązując z nim korzystną dla obu stron relację. Obecnie uczy się studentów medycyny (mój syn kończy właśnie studia medyczne) o chorobach i sprawach tak rzadkich i wyrafinowanych, że prawdopodobnie wiedza ta nigdy im się w życiu zawodowym nie przyda, a zupełnie pomija aspekty etyczne zawodu z nadrzędnym nakazem pomagania ludziom.

Przysięga Hipokratesa i takie pojęcia jak honor, uczciwość i tzw. prawość, odeszły do lamusa i wywołują ogólną wezulość. Zamiast tego mamy ustawy, standardy i procedury. Jeśli młodzi kandydaci na lekarzy nie wynieśli z domu pewnych wartości, to ani szkoła, ani uniwersytety medyczne im tych wartości nie wpoją. Pojawiła się luka pokoleniowa, bo obecni 30-40-latkowie (asystenci szkolący studentów) już takich niemodnych wartości nie wyznają, skupiając się na swoim smartfonie i osiągnięciach naukowych. Gdy zaczynałem studia w 1977 r., na swoim pierwszym wykładzie z anatomii, prof. Aleksandrowicz powiedział: „Macie mówić «dzień dobry» portierowi. Wiedzę medyczną zdobędziecie z książek i wykładów, ale bycia porządnym człowiekiem i lekarzem z książek się nie nauczycie”. Dziś nikt nie uczy młodzieży bycia porządnym, nikt nie wymaga dobrego wychowania i szacunku dla drugiego człowieka, nawet stojącego niżej w hierarchii społecznej i zawodowej, a dostępne wzorce są, oględnie mówiąc, wątpliwej wartości. Oczywiście są (na szczęście) chlubne wyjątki.

To samo dotyczy pielęgniarek od czasu likwidacji liceów i zawodowych szkół pielęgniarskich. Zdarza się, że pokolenie kończące studia pielęgniarskie nawiązuje (prawie) równorzędną dyskusję z lekarzem nt. dawkowania leków i wskazań do badań obrazowych, ale nie wykazuje gotowości zmiany na czas zabrudzonej pieluchy.

Wypadałoby zakończyć receptą na zmianę sytuacji zastanej. Nasuwa się zupełnie niepoprawna politycznie myśl: zwolnić wszystkich i zadać im jedno proste pytanie: czy w ogóle chcą pracować czy nie, a następnie zatrudnić tych, co chcą. Inna myśl: sprywatyzować całą ochronę zdrowia i wprowadzić wyższe wymagania (merytoryczne i etyczne) i wyższe (znacznie) wynagrodzenia. Ale wówczas nikt nie będzie chciał leczyć chorób generujących duże koszty i – jak zwykle – zdrowi i bogaci będą mieli gdzie się leczyć, a naprawdę chorzy i biedni – nie.

Już zupełnie na koniec warto chyba zapytać: „quo vadis medice?”. Mogę sobie wyobrazić, że za kilkanaście lat człowiek zgłaszający się do szpitala zamiast lekarza napotka ekran dotykowy z kolejno pojawiającymi się pytaniami i opcjami, dotyczącymi dolegliwości, ale także statusu ubezpieczenia i płacenia składek. Jak znam życie, w którymś momencie proces się „zawiesi”. Pomoc nie będzie dostępna, o żadnej empatii czy normalnym ludzkim odruchu nie będzie mowy. Ale wówczas może już nikt niczego takiego nawet nie będzie oczekiwał. ☹

Czas to życie

Zabrzański model leczenia zawału serca w oparciu o 24-godzinny dyżur hemodynamiczny i Karetkę Kardiologiczną.

✎ ANDRZEJ LEKSTON, PAWEŁ BUSZMAN

Oddział kardiologiczny w Zabrzu przy ul. M. Curie-Skłodowskiej 10 był kierowany początkowo przez doc. Adama Wolańskiego (1972-1976), a następnie przez doc. Stanisława Pasyka. Leczenie zawału serca w owym czasie było ograniczone możliwościami kardiologii i w pewnym sensie pokazywało bezsilność lekarzy wobec toczącego się procesu związanego z zamknięciem tętnicy wieńcowej. Chorych unieruchamiano na okres 2 tygodni, a hospitalizacja trwała 3-4 tygodnie. Obecnie, po wprowadzeniu interwencji w zawałe, pobyt ten średnio wynosi nie więcej niż 4-5 dni.

Ból w klatce piersiowej można było opłacać farmakologicznie, zaburzenia rytmu serca towarzyszące zawałowi były nieprzewidywalne i trudne do opanowania. Chorzy wymagali stałego monitorowania elektrokardiograficznego, a mimo to wstrząs kardiogeny wnikający zawał kończył się zgonem w 80-90 proc. przypadków.

We wszystkich wytycznych postępowania w kardiologii podkreśla się kluczowy element czasu, jaki mija od wystąpienia objawów zawału serca do pierwszego kontaktu medycznego. Im wcześniej zostanie wdrożone leczenie, tym większa szansa na mniejsze uszkodzenie serca,

obniżenie śmiertelności, poprawę funkcji lewej komory, rzadsze występowanie zaburzeń rytmu serca i lepsze rokowanie odległe. Większość chorych w pierwszych godzinach zawału umiera z powodu migotania komór. Można by tych chorych uratować, gdyby w momencie wystąpienia arytmii znajdowali się w szpitalu czy w karetkce kardiologicznej.

Zabrzański model leczenia zawału serca w oparciu o 24-godzinny dyżur hemodynamiczny i Karetkę Kardiologiczną można podzielić na 3 etapy.

Pierwszym krokiem, poprzedzającym wprowadzenie 24-godzinnych dyżurów hemodynamicznych, było powołanie do życia w 1977 r., z inicjatywy doc. Stanisława Pasyka, Karetki Kardiologicznej. Jej kierownikiem został Andrzej Lekston.

Ideą działania karetki było skrócenie czasu od wystąpienia dolegliwości do ustalenia rozpoznania i wdrożenia leczenia u chorego. Później, wzorując się na Zabrzu, również inne miasta w Polsce wprowadziły tę formę szybkiej fachowej pomocy chorym. Czym to zaowocowało? Jakie były z tego korzyści? Skrócenie czasu opieki przedszpitalnej dawało choremu z zawałem większe szanse nie tylko przeżycia, ale przeżycia w znacznie lepszej kondycji w związku z większym prawdopodobieństwem szybszego uzyskania reperfuzji i ograniczeniem strefy zawału, nasze wieloletnie



doświadczenia pozwalają pozytywnie ocenić to przedsięwzięcie.

W 1985 r., w Wojewódzkim Ośrodku Kardiologii przy ul. Szpitalnej 2, uruchomiono nowoczesnie wyposażony oddział intensywnej opieki kardiologicznej, centralny monitoring EKG, ciśnienia krwi, saturacji, rzutu serca u każdego chorego, nowoczesne defibrylatory i kardiowertery, urządzenia do wspomaganego krążenia, w tym IABP. Jednocześnie wprowadzono leczenie trombolityczne. Był to drugi krok w kierunku poprawy wyników leczenia i rokowania pacjentów ze świeżym zawałem serca.

2 września 1985 r. otwarto na terenie nowego obiektu Wojewódzkiego Ośrodka Kardiologii Pracownię Hemodynamiki. Jej pierwszym kierownikiem został Władysław Pluta. Bardo szybko poza diagnostyką chorych planowych rozpoczęto diagnozowanie chorych z zawałem serca, rozpoczęto stosowanie selektywnej dowieńcowej trombolizy.

Niestety, podobnie jak wszystkie inne pracownie radiologiczne, Pracownia Hemodynamiki była czynna od godz. 8:00 do 15:00, pozbawiając możliwości inwazyjnego leczenia chorych ze świeżym zawałem serca w godzinach późniejszych.

Po pierwszych doświadczeniach w inwazyjnym leczeniu zawału serca

Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne dąży do tego, żeby w całej Europie pacjenci z zawałem serca trafiali bezpośrednio do ośrodków, które wykonują zabiegi udrażniania tętnic. Wysoki poziom interwencji to powyżej 600 pierwotnych angioplastyk na milion mieszkańców w ciągu roku. Polska należy do krajów, w których ten cel osiągnięto. Tak więc leczymy OZW na najwyższym europejskim poziomie.



◀ **Karetka
Kardiologiczna
(drugi od prawej
dr Andrzej Lekston)**

poszerzono współpracę naukowo-szkoleniową z szeregiem ośrodków kardiologicznych w kraju i za granicą. Wynikiem tej współpracy były pierwsze zabiegi przeszłokórnej śródnacyniowej plastyki tętnic wieńcowych (PTCA) wykonane w listopadzie 1985 r. (Andrzej Lekston, Bogdan Borkowski, Pluta), pod nadzorem Waldemara J. Wajszczuka z Sinai Hospital Detroit, USA, brata żony prof. Zbigniewa Religi.

Szybko do zespołu wykonującego zabiegi PTCA dołączyli Krzysztof Bara, Paweł Kopeć i Paweł Buszman, a następnie Sylwia Puchrowicz i Hubert Krupa, Arkadiusz Derkacz, Roman Twardowski, Klaudiusz Kokot. W pierwszej fazie wszystkie zabiegi angioplastyki wykonywane były w zabezpieczeniu kardiochirurgicznym. Z biegiem czasu nasze zabiegi w Pracowni Hemodynamiki były dla kardiochirurgów bardziej, w pozytywnym tego słowa znaczeniu, przewidywalne i te nadzory były coraz luźniejsze. Było to w pewnym sensie hartowanie zespołu hemodynamiki.

Należy w tym miejscu serdecznie podziękować profesorom: Zbigniewowi Relidze, Andrzejowi Bochenkow i Marianowi Zembali wraz z zespołem kardiochirurgów i anestezjologów, za wsparcie, parasol ochronny,

w tym jakże trudnym okresie dla początkujących hemodynamistów w nowatorskich dla wszystkich zabiegach. Równolegle z rozwojem metod przeszłokórnych zastosowano reperfuzję chirurgiczną. Marian Zembala i Zbigniew Religa przeprowadzili pierwsze zabiegi pomostowania aortalno-wieńcowego u chorych w ostrej fazie zawału serca.

Wprowadzono nowe metody postępowania: balony perfuzyjne (tzw. temporary stents – Mariusz Gąsior), stenty wieńcowe. W wyniku nawiązania współpracy z Catharina Hospital w Eindhoven, przeprowadzenia szkoleń w Zabrzu i w Eindhoven implantowano pierwsze stenty do naczyń wieńcowych (Hans Bonnier, Hubert Krupa, Paweł Buszman, Andrzej Lekston), a następnie technikę bezpośredniego stentowania (direct stenting) u chorych z zawałem serca z uniesieniem

odcinka ST (Mariusz Gąsior), trombektoię i cewnikowanie z dojścia przez tętnicę promieniową (Piotr Chodór). Do rutynowej praktyki klinicznej wprowadzono wspomaganie krążenia przy zastosowaniu kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej i przeszłokórne krążenie pozaustrojowe (ECMO) (Paweł Buszman, Andrzej Lekston).

W 1987 r. z inicjatywy Stanisława Pasyka 24-godzinny dyżur zawałowy został uruchomiony, co było innowacją na skalę światową i pierwszym tego typu dyżurem w Polsce.

Jakie były tego początki? W Polsce w 1985 r. w Instytucie Kardiologii w Warszawie pierwszy zabieg angioplastyki wieńcowej w zawałe serca wykonali Marek Dąbrowski, Jan Jodkowski, Marynika Woroszyńska w zespole prof. Witolda Rużyłło. W 1986 r. pierwszy zabieg angioplastyki w świeżym zawałe serca wykonany został w Zabrzu przez Andrzeja Lekstona i Bogdana Borkowskiego, a w kolejnym roku – 1987 – przez ten sam zespół został wykonany pierwszy w Polsce zabieg angioplastyki w trybie dyżurowym.

Były to małe kroki, ale uruchomiły w przyszłości całą lawinę dalszych działań, zarówno organizacyjnych, jak i wpłynęły na zmianę opcji terapeutycznych, niemal całkowicie eliminując fibrynolizę.

Chory i lekarz przestali być bezbronni w obliczu zawału serca przez całą dobę.

Przez wiele lat 24-godzinny dyżur zawałowy w Zabrzu był unikatem na skalę Polski, bo aż do 1999 r. Dopiero po kilkunastu latach zabrzański model leczenia zawału serca zaczął rozpowszechniać się na kolejne ośrodki w kraju.

Pierwsze po Zabrzu wdrożenie systemowe w kraju zabrzańskiego modelu dokonał prof. Wacław Kochman z zespołem hemodynamistów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku w 1999 r., a kolejne w województwie małopolskim, organizowane było przez zespół prof. prof. Jacka Dubiela i Dariusza Dudka (od 2001 r.).

Świadectwem skuteczności tego rozwiązania są rezultaty takiego postępowania, które pokazały, iż na przestrzeni ostatnich 15 lat śmiertelność wewnątrzszpitalna w zawałe serca spadła poniżej 10 proc. ○

▼ **Zespół lekarski
hemodynamiki
prof. Stanisława
Pasyka.**



Cała Polska czyta



Joanna
Sokołowska

Lekarz pediatra

Przyznają się do tego ze wstydem – jak do palenia papierosów. Albo rzucają wyznanie, jak rękawicę w lekarską twarz. Zdanie: „Pani doktor, bo ja czytałem w internecie...” niemal codziennie szybuje przez przestrzenie gabinetu lekarskiego. Jest jak pocisk z „Matrixu” braci Wachowskich, wystrzelony w kierunku Neo przez jedno z tysięcy zwielokrotnionych wcieleni agenta Smitha.

Po tej deklaracji następuje zazwyczaj chwila zatrzymania w czasie – irracjonalnie długa, również jak kadr z tego filmu. Zupełnie podobnie akcja przyspiesza jednak, gdy z aprobatą przyjmujemy płynące z ust pacjentów wyznanie wiary w słowo pisane (Neo niespodziewanie uchyla się przed pociskiem albo chwyta go zręcznie w palce – można dalej zbawiać świat; czytaj: nieść kaganek medycznej oświaty). Napisano przecież: *qui rogat, non errat* – a czytać, to prawie jak pytać – choćby nawet w internecie!

I chociaż propagowane przez media deklaracje, że „cała Polska czyta dzieciom”, wydają się grubo przesadzone i wciąż pozostają raczej w sferze utopijnych marzeń sfrustrowanych bibliotekarzy i wydawców – wizjonerów, lata spędzone na obserwacji uczestniczącej w przychodniach i oddziałach szpitalnych utwierdziły mnie w przekonaniu – pacjenci czytają... Może nie zawsze to, co powinni, często – bez wprawy usprawiedliwionej przecież błędami i wypaczeniami gimnazjalnej edukacji. Ale jednak – czytają!

Nam – może nie bogom, ale przecież medycznym herosom

– pozostaje zadać sobie pytanie: co i dlaczego czytają, a zwłaszcza czego NIE czytają nasi pacjenci. Potem zbawianie świata powinno pójść nam jak z płatka...

Na pewno więc nie czytają kart informacyjnych, które otrzymują w chwili opuszczenia szpitalnego oddziału, a zwłaszcza wieńczących je zaleceń lekarskich. Im zaś chory jest bardziej chory, pobyt w szpitalu staje się dłuższy, a karta informacyjna – grubsza. Tym samym szansa na to, że czytelnik przebrnie przez wszelkie meandry rozpoznań, wyników badań i epikryzy, szczęśliwie dobijając do portu zaleceń lekarskich – maleje. Może więc należałoby pisać po prostu: „Jest pan chory; bez tych dwóch różowych tabletek rano i jednej białej dużej wieczorem będzie jeszcze gorzej; wtedy proszę przyjść!”; albo: „Nie ma pan już tego chorego narządu, bo go wycięliśmy. Pana organizm funkcjonuje

jednak w trybie awaryjnym i proszę uważać na wszelkie niepokojące sygnały”. I od razu odpieram zarzuty, że z kogoś drwię czy deprecjonuję czyjeś umiejętności. Bynajmniej! To przecież podobny mechanizm, jak w przypadku lektury podręcznika obsługi dowolnego urządzenia AGD (każdy widział, niewielu przeczytało).

Po odnalezieniu stron w języku, który nie jest nam zupełnie obcy, gdy przebrniemy już przez rozdziały o przeznaczeniu produktu, warunkach jego użytkowania, parametrach technicznych i polityce ochrony środowiska naturalnego propagowanej przez producenta (tak około 180. strony publikacji) – do reszty podchodzimy raczej intuicyjnie – wiadomo: guziczek z kreską w kółku to magiczny przycisk „on/off”, a jak zapali się czerwona lampka, trzeba będzie jednak przeczytać albo zapytać fachowca. Kto

^ Anonimowy,
o wielu twarzach,
od nikogo
niezależny,
demokratyczny,
zrozumiały
– czy warto
z nim walczyć?
Pamiętajcie –
można być lisem
i można być
lwem...

**JEST TYLKO JEDEN SPOSÓB, BY KONSUMENT SPECYFIKU
OPISANEGO W TYM DOKUMENCIE ZDOBYŁ SIĘ NA
TYTANICZNY WYSIŁEK PRZECZYTANIA GO. TRZEBA GO
PRZESTRZEC PRZED TYM, BY POD ŻADNYM POZOREM NIE
CZYTAŁ ULOTKI – JA PO TAKIEJ INFORMACJI, Z WYPIEKAMI
CZYTAM NAWET DANE TELEADRESOWE PRODUCENTA!**



tak nie robi? Ja – zawsze... I dodam, że uważam się za osobę posiadającą cenną umiejętność czytania ze zrozumieniem. Apeluję więc o odrobinę empatii i zrozumienia dla tych, którzy zobligowani zostają do wgrzania się w zawiloci naszego medycznego języka – oni też szukają tylko informacji o guziku „on/off” i numeru telefonu do fachowca...

Trochę podobnie wygląda sprawa z ulotkami przepisywanych leków. Wiadomo, ulotki – rzecz ulotna i kto by tam przejmował się koniecznością ich rozszyfrowania. Zwłaszcza, jeśli po wydobyciu z pudełka rozwijamy origami o powierzchni średniej wielkości stołu kuchennego, wypełnione tak uwielbianą przez autorów aneksów umów bankowych czcionką w rozmiarze 6 (to ten, który dla czytelników 50+ jest już niewidoczny gołym okiem). Jest tylko jeden sposób, by konsument specyfiku opisanego w tym dokumencie zdobył się na tytaniczny wysiłek przeczytania go. Trzeba go przestrzec przed tym, by pod żadnym pozorem nie czytał ulotki – ja po takiej informacji, z wypiekami czytam nawet dane teleadresowe producenta!

Jeśli chodzi o tak zwane materiały edukacyjne, zalegające wielobarwnymi warstwami w poczekalniach przychodni,

budzą one zainteresowanie – raczej zresztą swoją kolorystyką niż treścią – jedynie wśród najmłodszych pacjentów. Pełnoletni odbiorca – także przecież reklam telewizyjnych i radiowych, w których zachwalane są specyfiki na wszelkie braki i nadmiary – do każdego druku reklamowego podchodzi z dużą dozą nieufności. Jeśli więc – w chwili słabości – sięgnie do trisosowych pokładów przychodnianych informatorów, odnajdując publikację na przykład o profilaktyce raka jelita grubego, z dużym prawdopodobieństwem podda je raczej krytycznej ocenie pod kątem przysłowiowego „wciskania kitu”... Wiadomo: sto dwadzieścia trzy lata zaborów, okupacja, komunizm i wolny rynek – nie z nami takie numery! Więc może lepiej, niech już nie czytają...

Na koniec pozostawiam tak drażliwą dla wielu z nas kwestię konkurowania z podstępnyim doktorem Google. Anonimowy, o wielu twarzach, od nikogo niezależny, demokratyczny, zrozumiały – czy warto z nim walczyć? Pamiętajcie – można być lisem i można być lwem... Można też przecież zostać Wallenrodem medycznego internetu. I zbawiać świat. Na serio! 

Istotne wstrząśnienie



Artur Andrus

Dziennikarz radiowej „Trójki”,
konferansjer i satyryk

„Organ najwyższej rady zdrowia wykazuje, że w obec wielkiego wzmożenia się frekwencji na wszechnicach w ogólności udział w tej frekwencji medyków stosunkowo znacznie zmalał, a nie ma nawet widoku, ażeby w tym kierunku nastąpiła zmiana na lepsze. Grozi więc w niedalekiej przyszłości brak lekarzy! Przyczyną tego smutnego zjawiska upatruje rzeczony organ w tej okoliczności, że stan lekarski, przedtem tak zaszczytny i w wielostronne korzyści wyposażony wskutek różnych okoliczności doznał istotnego wstrząśnienia. Wskutek tego też nie dziwota, że młodzież akademicka już nie tak ochoczo i licznie oddaje się zawodowi lekarskiemu, którego etyczne znaczenie i realną wartość tak bardzo obniżono”¹.

Gdyby artykuły dla „Gazety Lekarskiej” pisała Eliza Orzeszkowa, wyglądałyby mniej więcej tak. No może pojawiłby się jeszcze jakiś opis przyrody, wspomnienie o krzakach malin „... z których piją spragnione ptaki”. Ale to nie jest próba stylizacji. Tekst jest prawdziwy. Ukazał się w tygodniku „Rzeszowianin” w 1903 r. Minęło sto czternaście lat, a w gazetach pojawiają się artykuły identycznej treści.

Pisane innym językiem, ale z takim samym ostrzeżeniem. A jeśli tak było na początku XX w. i tak jest nadal, to może należy uznać to zjawisko za naszą narodową tradycję? Tak po prostu ma być i tyle. Może trzeba by wreszcie ustanowić jakieś święto? „Dzień istotnego wstrząśnienia stanu lekarskiego i obniżenia jego realnej wartości”. Na przykład 23 października. Bo za oknem jest już wystarczająco ponuro i tworzyłyby to odpowiedni nastrój obchodów, a poza tym byłoby to nawiązanie do dnia, w którym cesarzem zachodniorzymskim został sześciolatek Walentynian III. A władcą był tak nieudolnym, że dużą część cesarstwa zniszczyli mu wandalowie... Czy Wandalowie. Taka subtelna aluzja.

Tradycja tradycja, ale może warto też poszukać przyczyn tego problemu? Na przykład w szkolnictwie medycznym? I na przyszłość wyciągnąć wnioski z przeszłości? Zajrzałem do pracy „Dzieje Uniwersytetu Warszawskiego 1816-1915”. Trafiłem na fragmenty „księgi zapisów”

Szkoły Lekarskiej, a wśród nich powody przerywania studiów medycznych: „słabo pojmujący”, „nie miał ochoty do nauk”, „złajdaczyszy się, opuścił Wydział” czy „nieregularnie przychodził na lekcje, na koniec opuścił się zupełnie i został kupcem”. Ale podobno najczęściej pojawiała się adnotacja: „poszedł do wojska”². Biorąc pod uwagę fakt, że armia ostatnio nie wyrывa studentów z uczelni medycznych, zastanowiłbym się, czy któryś z pozostałych powodów nie nabrał przypadkiem większego znaczenia? A może to sposób podejścia kadry pedagogicznej wpływa na to, że na wszechnicach udział frekwencji medyków stosunkowo znacznie zmalał? W cytowanej pracy znajdują się wspomnienia studentów o nauczycielach. O Marcinie Roślińskim, który dziekanem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Królewskiego został w roku 1824, jeden z uczniów pisze: „... zapytał, czym się dobrze namyślił, zapisując się na wydział lekarski, bo to nie żarty i wiele pracować trzeba, a jeżeli panu pstro w głowie, bo coś jeszcze bardzo młodo wyglądasz, to idź sobie z Bogiem i zapisz się na prawo”. Ciekaw jestem, czy profesorowie prawa zdawali sobie sprawę, że część kandydatów była im podsyłana tylko dlatego, że miała jeszcze zbyt pstro w głowie żeby studiować medycynę? No i czy skończyli? Czy też złajdaczyszy się, jako te spragnione ptaki pijące z krzaku malin, na koniec opuścili prawo i zostali kupcami? ☹

1 „Silva rerum resoviensium”, WiMBP Rzeszów, 2015, str. 98.

2 „Dzieje Uniwersytetu Warszawskiego 1816-1915”, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, 2016, str. 60.



25 lat temu prof. Henryk Skarżyński jako pierwszy w naszym kraju wszczepił osobie niesłyszącej implant ślimakowy oraz wykonał taką operację u pierwszego w Polsce dziecka. Z okazji tego jubileuszu **14 lipca** w Kajetanach odbył się niezwykle koncert galowy uczestników warsztatów, którzy osiągnęli najlepsze wyniki w rehabilitacji słuchu. Wykonali utwór, nad którym pracowali podczas trwania warsztatów pod okiem muzycznych mistrzów. ○

GL
PATRONAT

) PhotoArtMedica

Do **23 września** przyjmowane są zgłoszenia do udziału w V Międzynarodowym Salonie Fotografii Artystycznej Lekarzy „PhotoArtMedica 2017”, który organizowany jest przez OIL w Częstochowie. Tematem wiodącym tegorocznej edycji, obok „Tematu wolnego”, jest „Natura”. Ponadto istnieje możliwość organizacji wystawy (na terenie izby lub zaprzyjaźnionej galerii) składającej się z ok. 50 fotografii uczestników ubiegłorocznej edycji Salonu. – Gdyby byli Państwo zainteresowani, prosimy o kontakt – mówi dr Krzysztof Muskalski z ORL w Częstochowie. ○



Więcej na
www.gazetalekarska.pl

Nad chmurami



Agata
Morka

Historyk sztuki

Caspar David Friedrich wielkim romantykiem był. Ciemne lasy, tajemnicze ruiny, samotnicy na szczytach gór. Niech mówią, co chcą, może to obrazy lekko naiwne, może wręcz trąące kiczem, ale coś ujmuje we Friedrichowskim wędrowcu patrzącym na morze mgły. Jest coś leczniczego w tej ciszy i zapatrzeniu.

Friedrich jak mało kto uchwycić potrafił coś, co teoretycy romantyzmu zwali wzniosłością: więcej niż piękno to to uczucie, którego tłumaczyć chyba nie trzeba. Miał je każdy, patrząc na rozległe doliny ze szczytu góry czy na bezkres oceanu.

Friedrich jest w swych romantycznych obrazach mimo wszystko bardzo subtelny. Jego wędrowiec stoi na skale, z jedną nogą wyżej, z jedną

ręką opartą na udzie. Stoi pewnie, ale nie jest to pozycja zdobywcy. Bardziej niż o podbój, chodzi tutaj o współbucie z naturą. Wędrowiec niemalże wtapia się w pejzaż, jego płaszcz jest tego samego koloru co skała, a zmierzwione włosy przypominają poszarpane obłoki w oddali. Umieszczony został centralnie, ale jednak to nie on jest bohaterem obrazu, jego najważniejsza porcja rozgrywa się bowiem tuż przed nim: to góry spowite mgłą. Twarzy wędrowcy nie widać,

Friedrich pokazuje tylko jego plecy i tym samym zaprasza widza do spojrzenia dokładnie tam, gdzie patrzy wędrowiec. Zaprasza do uzdrwiającego spektaklu.

Ponoć doświadczanie piękna czy wzniosłości wpływa na obniżenie poziomu cytokin w organizmie. Piękno, czy to zamknięte w doskonałych proporcjach Tempietta Bramante'go, czy w bezkresie mgły nad górami, jest lekarstwem. I może leczyć: tak duszę, jak i ciało. ☺

obraz A



obraz B



◀ Caspar David Friedrich, „Wędrowiec nad morzem mgły”, 1818.



Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na
bladmalarski@gazetalekarska.pl
do 20 września 2017

W temacie maila należy wpisać GL09.
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” 07-08/2017

OBRAZ ORYGINALNY: B

SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY

1. Zmiana koloru twarzy na różowy.

W końcowej wersji obrazu „Panny z Awinionu” twarze postaci mają różowy odcień, kolor ten mógłby zatem również znaleźć się w tym studium.

2. Dodanie dużej czarnej źrenicy w pustym oku.

Fascynacja afrykańskimi maskami ujawnia się w obrazach Picassa, m.in. poprzez obecność charakterystycznych przeskalowanych otwartych oczu.

3. Zamalowanie części tła na czerwono tak, jakby tworzyła kurtynę.

Początkowo postać studenta medycyny miała stać właśnie koło zastony, którą odchyłał, wchodząc do przybytku rozkoszy.

4. Dodanie czaszki.

Wiele rysunków przygotowawczych do obrazu pokazuje młodzieńca z czaszką w dłoni, skąd zresztą wysnuto interpretację, że miał on być studentem medycyny.



► Pablo Picasso,
„Głowa studenta
medycyny”, 1907



NAGRODZONY Z „GL” 07-08/2017

Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju
otrzymuje **Barbara Tarczoń-Beczek z Raciążka**. Gratulujemy!



Malarstwo

W Gliczarowie Górnym odbył się XVII Ogólnopolski Plener Malujących Lekarzy. Wzięło w nim udział 16 osób, które mogły się spotkać i tworzyć dzięki środkom przekazanych przez Komisję Kultury NRL. 



Więcej na
www.gazetalekarska.pl

Wystawa

W październiku w Klubie Lekarza w Łodzi odbędzie się, tradycyjnie jak co roku, Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna Lekarzy. Tym razem pod hasłem: „Uchwycone obiektywem lekarza”. Termin dostarczania fotografii upływa **6 października**. 



FOTO: ARCHIWUM PRYWATNE

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



Neurologia wieku rozwojowego

Redakcja naukowa: Barbara Steinborn

Kompedium stworzone przez neurologów dziecięcych, neurologów i pediatrów. W książce zawarto m.in. takie zagadnienia jak: prawidłowy rozwój dziecka, specyfika badania neurologicznego w różnych przedziałach wiekowych, charakterystyka zespołów chorobowych i chorób wieku rozwojowego i metody postępowania.



Atlas elektroencefalografii

Magdalena Bosak

Publikacja zawiera 300 starannie wybranych zapisów EEG, w tym pacjentów z rzadkimi chorobami neurologicznymi i ogólnoustrojowymi oraz chorych w stanie zagrożenia życia. Autorka od lat prowadzi Pracownię Elektroencefalografii i Poradnię Przeciwpadaczkową w Katedrze Neurologii CM UJ i Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie.

DoctorRiders

Otwarcie sezonu motocyklowego Klubu DoctorRiders odbyło się na Roztoczu, a urlop z cyklu „Poznaj swój kraj” w Kotlinie Kłodzkiej. Natomiast na koniec sierpnia zaplanowano Ogólnopolski Motocyklowy Zlot Lekarzy w Słoku koło Bełchatowa. (O)



Więcej na
www.gazetalekarska.pl

Lekka atletyka

W dniach **1-2 lipca** na Stadionie KS AZS AWF w Krakowie odbyły się XXVII Mistrzostwa Polski Weteranów i VI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce. Uczestniczyło w nich łącznie 415 zawodników. (O)

FOTO: SHUTTERSTOCK.COM, ARCHIWUM PRYWATNE

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



Dawna medycyna. Jej tajemnice i potęga. Egipt, Babilonia, Indie, Chiny, Meksyk, Peru

Jürgen Thorwald

Słynna opowieść o wielkich cywilizacjach i ich wkładzie w rozwój medycyny znowu w języku polskim! Autor wprowadza czytelnika po tajemnicach starożytnych lekarzy, dla których nie były obce antybiotyki, trepanacje czaszki, cesarskie cięcia czy przeszczepy skóry.



Pourazowe uszkodzenie mózgu

Pieter E. Vos, Ramon Diaz-Arrastia, red. wyd. pol. Mirosław Ząbek

„Naszym celem było dokładne omówienie licznych faz, przez które przechodzą pacjenci po urazowych uszkodzeniach mózgu od chwili wypadku aż do reintegracji społecznej, z podkreśleniem aspektów ostrych, podostrych i przewlekłych stadiów” – piszą autorzy w „Przedmowie”.



Squash

Na **14-15 października** zaplanowano VI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Squashu w Gliwicach. W turnieju mogą wziąć udział wszystkie lekarki/lekarze i lekarki/lekarze dentyści posiadający PWZ.

Tenis

OIL w Łodzi przy współudziale NIL oraz Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy zaprasza na XV Halowy Ogólnopolski Turniej Lekarzy w Tenisie Memoriał Andrzeja Jasińskiego. Rozegrany zostanie w dniach **10-12 listopada** w Pabianicach.



Kolarstwo

W dniach **1-8 lipca** odbyły się 38th World Medical & Health Games w Marsylii we Francji. Mistrzem Świata Medyków w kolarstwie górskim oraz szosowym został Barnaba Pustelniak.



Rajd

Na przełomie lipca i sierpnia odbył się Rajd Górski Służby Zdrowia „Bieszczady”. Za rok, w pierwszym tygodniu sierpnia, kolejna edycja imprezy.

Narty

Do zimy daleko, ale Polskie Stowarzyszenie Narciarskie Lekarzy PolSkiMed już teraz zaprasza do udziału w I Mistrzostwach Europy Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim 1st European Medical SkiCup, które zaplanowano w dniach **18-21 stycznia** w Szczyrku.



Więcej na
www.gazetalekarska.pl



) Ogłoszenia







REKLAMA

Komunikaty

ABSOLWENCI ODDZIAŁU STOMATOLOGII WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM W POZNANIU

Zapraszamy podczas CEDE – MULTIDENTAL, hala 8 stoisko 8A, kontakt dr Wiesław Kieroński – zgłoszenia udziału w jubileuszu uzyskania dyplomu, tel. 500 120 722. Dziękuję i pozdrawiam lek dent. Elżbieta Marciniak

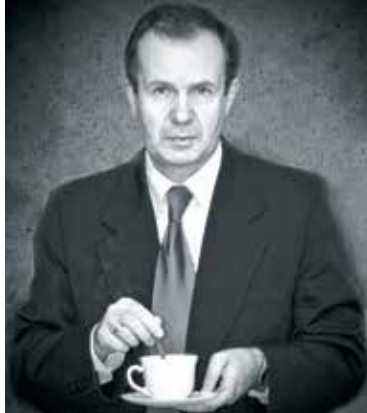
ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM W BIAŁYMSTOKU, ROCZNIK 1987

Zapraszamy na jubileuszowy zjazd z okazji 30-lecia ukończenia studiów. Termin i miejsce spotkania: 7-8.10.2017 Uniwersytet Medyczny w Białymstoku i Hotel Royal w Białymstoku, ul. Rynek Kosciuszki 11. Szczegółowe informacje: www.ab-solwenci1987.netmz.net

SPOTKANIE SZKOLENIOWO-INTEGRACYJNE. IV ANDRZEJKI STOMATOLOGICZNE 2017

Komisja Stomatologiczna Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach zaprasza do wzięcia udziału w konferencji IV Andrzejk Stomatologiczne 2017. Konferencja odbędzie się w dniach 24-26 listopada 2017 w Hotelu Stok w Wiśle. Temat przewodni konferencji „Co każdy stomatolog wiedzieć powinien”. Zaproponowaną tematykę pragniemy rozwinąć w ramach planowanych wykładów oraz warsztatów. Na spotkania integracyjne zapraszamy w ramach wieczornych atrakcji artystycznych. Koszty udziału, szczegółowy plan oraz pozostałe informacje wraz z elektronicznym formularzem rejestracyjnym dostępne na stronie internetowej Śląskiej Izby Lekarskiej, www.izba-lekarska.org.pl

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


Jarosław Wanecki

Przewodniczący kolegium
redakcyjnego „Gazety Lekarskiej”

Lekarze kobietom

Zadzwoniła do mnie znajoma dziennikarka, aby wypytać o grupę „Lekarze Kobietom”. Usłyszałem, że redakcja planuje stworzenie mapy gabinetów prywatnych, które proponują awaryjną antykoncepcję ordynowaną w wyniku darmowej porady.

Niewiele miałem do powiedzenia. Czytałem zaledwie trzy artykuły na temat lipcowej inicjatywy doktor Aleksandry Krasowskiej. W środowiskowych rozmowach, przynajmniej w moim otoczeniu, problem nie istnieje. Odłożyłem słuchawkę i pomyślałem o pancerzu konformizmu chroniącym mnie przed zajmowaniem stanowiska wobec decyzji administracyjnych o zabarwieniu ideologicznym lub wręcz religijnym. Dla świętego spokoju schodzę z linii rażenia, także wówczas, gdy samorządowe spotkania oprawione są w wynoszony ponad prywatność akt wiary. Stąd już krok do szafowania „klauzulą sumienia”. Krok, by rozpocząć ocenę moralną zgłaszanych przez pacjentów potrzeb zdrowotnych.

Próbując zdjąć, choćby na chwilę, uwierającą skórę nosorożca, przypomniałem sobie prowokacyjny tekst przypowieści z „Ewangelii świętego Łukasza”, lekarza: „Pewien człowiek schodził z Jeruzalem do Jerycha i wpadł w ręce bandytów. Oni go obrabowali, pobili i zostawiając ledwie żywego, odeszli. Przypadkiem schodził tą drogą pewien kapłan. Gdy go zobaczył, ominął go z daleka. Podobnie i lewita, gdy przyszedł na to miejsce i zobaczył go, ominął z daleka. Pewien zaś Samarytanin, będąc w drodze, przechodził obok niego. A gdy go ujrzał, ulitował się. Podeszedł i opatrzył jego rany, zalewając je oliwą i winem. Potem wsadził go na swoje juczne zwierzę, zawiązał do gospody i opiekował się nim. Nazajutrz wyjął dwa denary, dał gospodarzowi i powiedział: Opiekuj się nim, a jeśli wydasz więcej, oddam ci, gdy będę wracał”.

Nie rozstrzygając o potrzebie dostępu pacjenta do danego leku za zgodą lekarza, mam dyskomfort toczącej się wokół dyskusji profesjonalistów, którzy pozwolili, aby naukowe definicje zastąpiono prywatnymi poglądami, mieszając wiedzę z propagandą. Koniunkturalizm decyzji w walce z „grzeszną pigułką” jest nazbyt jawny. Prawdopodobnie jest testowanie możliwości zawrócenia do tychczas stosowanych rozwiązań prawnych i zawartych

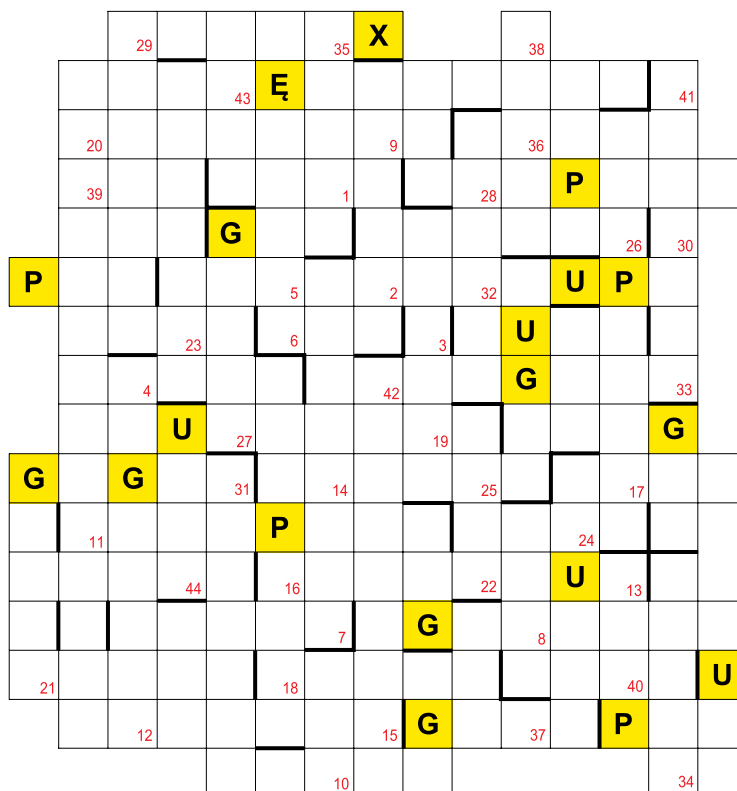
kompromisów. Natarczywa staje się myśl, że to kolejna próba skłócenia środowiska lekarskiego, które w ideologicznym zacietrzewieniu stanie się zakładnikiem politycznych stronnictw, a nie słuszności rozwiązań w imię dobra pacjenta. Rozpoczyna się niebezpieczny proces omijania „pewnych ludzi, którzy schodząc z Jeruzalem do Jerycha, wpadli w ręce bandytów”. Kapłan, lewita czy Samarytanin, który z nas zatrzyma się i odczyta przepis Kodeksu Etyki Lekarskiej: „Lekarz powinien udzielać zgodnych z wiedzą medyczną informacji dotyczących procesów zapładniania oraz metod regulacji poczęć, uwzględniając ich skuteczność, mechanizm działania i ryzyko”. Kto z nas porozmawia w zaciszu gabinetu o możliwych rozwiązaniach, gdy pacjentka poprosi o pomoc, a kto ogłosi przez radio i telewizję, że „klauzula sumienia” stawia dobro lekarza ponad dobrem kobiety, które nie jest już wówczas najwyższym nakazem?

Przeżywam swojeiste déjà vu. Przygotowując przez lata publikacje historyczne, poczynawszy od zjazdu w Bielsku-Białej, napotykałem na ciągle powroty do debaty o prokreacji. Uładzone relacje po latach nie pasują do pełnej, wielowątkowej opowieści delegatów. Jednomyslności nigdy wśród lekarzy nie było! Świadczą o tym apele części koleżanek i kolegów, organizacji, czasem rad lekarskich z lat dziewięćdziesiątych, które wzywały do weryfikacji Kodeksu Etyki Lekarskiej. Toruńska uchwała z 2003 r. okupiona była najazdem dziennikarzy i ogromnym zainteresowaniem społeczeństwa, które za każdym razem bacznie i nieufnie przygląda się naszym wewnętrznym regulacjom. Kiedy dotykamy spraw „procesu przekazywania życia ludzkiego”, w większości chowamy głowę w piasek, oddając pole wojownikom i stronnikom pozbawionym dystansu i wyruszającym na ideologiczną wojnę. Niestety wszyscy tracimy z oczu tych, na których „napadli bandyci”.

„Dwa denary” doktor Aleksandry Krasowskiej stają się w moich oczach nowym symbolem batalii o prawa pacjenta, w której po raz kolejny tak słabo słyszę jednoznaczny głos „lewitujących ginekologów”. ○



Objaśnienia 71 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery E, G, P, U i X. Na ponumerowanych polach ukryto 44 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Eurypidesa. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 25 września 2017 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).



Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 225 („GL” nr 05-06/2017)

Człowiek kochający pracę nie musi harować.

Nagrody otrzymują:

Piotr Biały (Oleśnica),
Adam Garkowski (Kuznica),
Anastazja Szlauer-Stefańska (Cieszyn).

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

Nagrody prześlemy pocztą.

* przekwitanie (łac.) * postportugalski stan Indii * Mosze, generał z przepaską na oku * gościec przewlekły postępujący * ma Wielką Krokiew * reprezentacyjna sala wykładowa * motyl nocny * świątynia Marduka w Babilonie * sztuka (łac.) * łagodne nowotwory kości * prowincja w pn. części Sumatry * żona Piasta * śledziona (łac.) * rumieniec * okrągły mebel * piesiec lub korsak * wyspa pierwszego zesłania Napoleona * okrąg jasnie pana * niedomoga lub brak woli * brunatna ochra żelazowa * przed podrzutem * zapis potencjałów mózgowych * hala i grzbiet z Siwymi Skałami * leży na półkach * sprowadzone przez Bonę * Hanka Sawicka * okulary narciarza * niekurząca fajek * i pół Felliniego * Urszula dla kolegów * samcza dzielność * ze Sfinksem, pod Kairem * Ludwik, zesłaniec, pierwszy polski opis Syberii * kobyła * jezioro rynnowe z Pasłęką * vocativus * lekarska lub skarbowa * twórca szkoły glosatorów * zboża lub światła * jednostka dziedziczenia * w Beskidach, z dużą przetwórną owoców i warzyw * hak na końcu podkowy * skorupiasty porost * Tyberia * słup dla Azji * synchondrosis * autor „Solaris” * letni wiatr nad wsch. częścią Morza Śródziemnego * acinus * płynie z Tianszanu do jeziora Bałchasz * Ryszard dla kolegów * okres największego rozkwitu umysłu starożytnego Greka * harmonijka ustna * francuska czapka wojskowa * nasus * miasto nad Ołobokiem * upadły anioł * dychawica * wend * tatarak * Powązkowski * wyspa z Sassnitz * uniwersytet katolicki * zbieżny * pierwszy sakrament * grał Tomusia pancerniaka * pierwiastek o l. at. 41 * dawne pudełko na szpilki i nici * samo ja * kraj z Tyrem * szkielety

Jerzy Badowski

Wydawca:



**Naczelna Rada
Lekarska**

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 170 850 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 skrótnych, adjustacji, zmiany tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń. Autorów prosimy o przysyłanie tekstów zapisanych na CD, e-mail w edytorze pracującym w środowisku Windows. Publikacja ta przeznaczona jest tylko dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy z 6 września 2011 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. nr 126, poz. 1381, z późn. zmianami i rozporządzeniami).

