

Gazeta Lekarska

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

48 GODZIN I BASTA



STOMATOLOGIA

Tylko w kooperacji z lekarzem dentystą
Na ile samodzielny powinien być zawód
technika dentystycznego?

REPORTAŻ

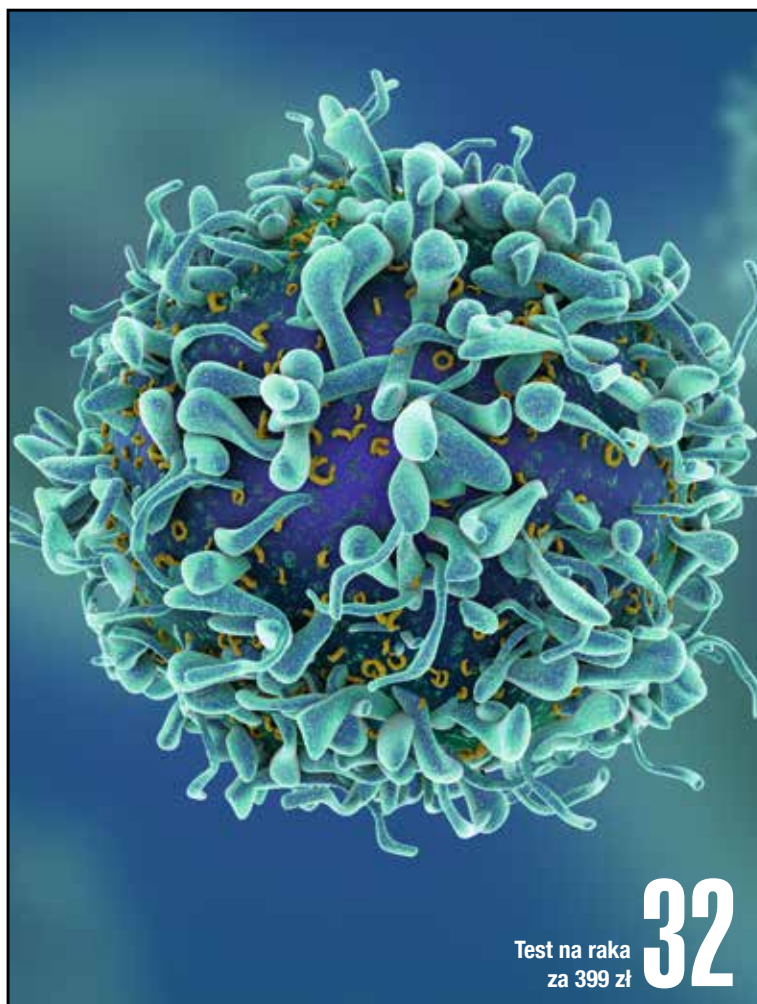
Czasem muszę pisać listy
Ich ciało zaczyna się psuć. Źle wygląda,
nieprzyjemnie pachnie, pojawia się ból

PRAKTYKA LEKARSKA

Nowe zasady ochrony danych pacjenta
25 maja 2018 r. zacznie obowiązywać RODO.
Jak przygotować się do nadchodzących zmian?

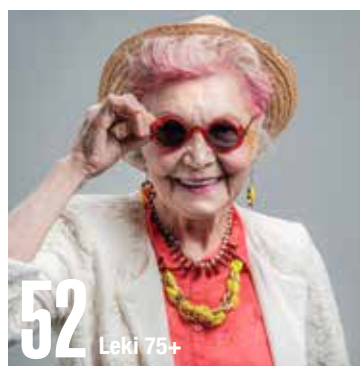
Spis treści

- 4 **Na wstępie** R. Golański: Dzieje się w medycynie
- 6 **Pierwszym głosem** M. Hamankiewicz: Możemy się pogubić lub odnaleźć
- 7 **Skrining**
- 9 **Obserwacje** S. Badurek: Spór o procenty
- 10 **Temat miesiąca:** 48 h i basta!
- 12 **Rozmowa o zdrowiu:** Z jaką prędkością pojedzie POZ
- 16 **Nasi w Europie** A. Lella: Wystąpienie Wielkiej Brytanii z UE
- 18 **Ze świata:** Wolny rynek zdrowia
- 20 **Samorząd:** Dokręć śrubę?
- 24 **Zgryz** L. Dudziński: Czas na podsumowania
- 25 **Stomatologia:** Tylko w kooperacji z lekarzem dentystą
- 28 **Punkt widzenia** J. Małmyga: Z opłatkiem w dłoni
- 29 **Kodeks Etyki Lekarskiej:** Lekarz ukarany 18 razy
- 30 **Lekarskie towarzystwa naukowe:** Za mało ortopedów
- 32 **Nauka w skrócie**
- 33 **Reportaż:** Czasem muszę pisać listy
- 36 **E-Doktor:** Elektroniczna telenowela
- 38 **Praktyka lekarska:** Czy pracując jako lekarze, rzeczywiście skracamy sobie życie?
- 40 **Biuletyn**
- 49 **Polskie innowacje:** Leczą najlepiej w Europie
- 50 **Praktyka lekarska:** Cukrzyca ma różne oblicza
- 52 **Leki 75+**
- 54 **Nowe zasady ochrony danych pacjenta**
- 56 **Interdyscyplinarnie**
- 58 **Ljubljana Statement of the Central and Eastern European Chambers of Physicians**
- 60 **O prewencji w Krakowie**
- 61 **List do redakcji:** Budowa Domu Lekarza Seniora zawsze aktualna
- 62 **Wytyczne praktyki lekarskiej:** Stomatologia oparta na faktach (cz. 1)
- 64 **Historia i medycyna:** Felicjan Sławoj-Składkowski – lekarz, generał i premier
- 66 **Indeks korzyści:** Listy do M.
- 68 **Ze sceny A. Andrus:** Bilirubina Racławicka
- 69 **Kultura**
- 70 **Błąd malarski:** U źródła
- 72 **Sport**
- Nasza czytelnia**
- 74 **Ogłoszenia**
- 84 **Komunikaty**
- 85 **Epikryza [74]** J. Wanecki: „Wybieram medycynę...”
- 86 **Jolka lekarska**



Test na raka
za 399 zł

32



52

Leki 75+



66

Listy do M.



WIĘCEJ NA WWW.GAZETALEKARSKA.PL

PRM

Od 1 stycznia zmieniają się przepisy dotyczące lekarzy systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Kto musi rozpocząć szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny ratunkowej?

SZKOLENIA

Naczelna Izba Lekarska rozpoczyna realizację cyklu bezpłatnych szkoleń „Zdrowa administracja podstawą skuteczności podmiotów leczniczych”. Szczegółowe informacje dostępne będą na www.nil.org.pl.

Dzieje się w medycynie

Tak wiele dzieje się w naszej ochronie zdrowia, że nie wiadomo, który temat powinien mieć priorytet. O kilku ważnych dla nas wszystkich problemach mogą Państwo przeczytać na stronach tego numeru „Gazety Lekarskiej”. Tematem miesiąca jest kontynuacja lekarskiego protestu.



Ryszard Golański
Redaktor naczelny
„Gazety Lekarskiej”

Młodzi lekarze, rezydenci, po zakończeniu protestu głodowego postanowili pracować według europejskiej normy: do 48 godzin tygodniowo. Głosy, że tego typu działanie jest nieetyczne, są moim zdaniem nieporozumieniem. Przywykliśmy do takiej harówki, do takiego kierunku, że próba ucywilizowania czasu pracy lekarza okazuje się być buntem.

Mój kolega, cudzoziemiec, lekarz w jednym z krajów Europy zachodniej, nie był w stanie zrozumieć emocji, które towarzyszą informacjom medialnym o wypowiedzaniu przez lekarzy zgody na pracę więcej niż czterdzieści osiem godzin w tygodniu. To człowiek w średnim wieku, nieznający Polski. Nie wierzył mi, kiedy mówiłem, że u nas lekarz potrafi być w różnych placówkach trzy, cztery doby bez przerwy, bez chwili odpoczynku i wizyty w domu. Zdumiony pytał, dlaczego godzą się na to lekarze, dlaczego godzą się na to właściciele szpitali i dlaczego godzą się na to... pacjenci. Wyjaśnienia o lekarskich dochodach nieco rozjaśniły mu obraz i zmieniły jego ocenę. Ale i tak skwitował to stwierdzeniem: to jest dla wszystkich bardzo niebezpieczne.

Polscy lekarze to wiedzą i dlatego protestują. Umowy wypowiadają nie tylko lekarze rezydenci, choć od nich się to zaczęło. Rezygnują z pracy ponad unijny wymiar czasowy także specjaliści. Testem na lekarską solidarność będzie wypełnianie

miejsz pracy, zwolnionych przez osoby, które wypowiedziały klauzule. Nie powinno się tych braków wypełniać, bo ta forma protestu się nie powiedzie. Do ostatniej chwili przed oddaniem tego numeru do drukarni zbieraliśmy informacje o liczbie wypowiedzeń w poszczególnych województwach i konkretnych szpitalach. Zbieranie takich danych władza zaleciła także urzędowi wojewódzkim. Formą konstruktywnego sprzeciwu społeczeństwa wobec rzeczywistości jest obywatelska inicjatywa ustawodawcza. W całej Polsce zbierane są podpisy pod projektem ustawy. Przyłączamy się do tej akcji. Środkowe strony numeru zawierają projekt ustawy i tabele do zbierania podpisów pod tą inicjatywą. To nasza wspólna sprawa!

Zwracam Państwa uwagę na tekst o RODO o nowych zasadach ochrony danych osobowych. Dobrze jest wiedzieć, co nas czeka w maju 2018 r., i poznać skutki tej nowej regulacji dla lekarzy.

Wszystkim Koleżankom i Kolegom, lekarzom i lekarzom dentystom, składam w ten szczególny czas serdeczne życzenia spokojnych, rodzinnych i beztrudnych Świąt. Poza tradycyjnym polskim biesiadowaniem, proszę pamiętać o aktywności ruchowej. Świąteczny czy noworoczny spacer z rodziną to coś do zapamiętania. Mam nadzieję, że będziemy je odbywać w zimowej scenerii. Życzę, aby przyszedł, 2018 rok, był mniej burzliwy w naszych miejscach pracy i przyniósł nam wszystkim więcej satysfakcji, także materialnej, z wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty. ☺

MIGAWKA

*Kochajcie! Ogień w iskerce!
Do serca droga przez serce.*

[St. Wyspiański, „Wyzwolenie”]

Kolegium Redakcyjne i Redakcja „Gazety Lekarskiej”
wraz ze współpracownikami i autorami składają
lekarzom i lekarzom dentystom świąteczne
i noworoczne życzenia ZDROWIA.
„MĄDROŚĆ MĄDROŚCI, ŚWIATŁO ŚWIATŁOŚCI”

Jarosław Wanecki

Ryszard Golański



Wyrwa w tajemnicy

Organy skarbowe nie złożyły broni. Wciąż poszukują nowych metod weryfikowania przychodów lekarzy prowadzących prywatne praktyki. Niedawno orzekł o tym Naczelny Sąd Administracyjny.

 **JAROSŁAW KLIMEK** Radca prawny OIL w Łodzi

Ponad rok temu pisałem na łamach „Gazety Lekarskiej” o objęciu tajemnicą lekarską danych osobowych pacjentów, jako elementu danych medycznych, w toku postępowania podatkowego. Działo się to w związku z bardzo ważnym dla środowiska lekarskiego wyrokiem Naczelnego Sądu Administracyjnego z 4 marca 2016 r. (II FSK 1452/14). NSA uznał w nim, że organy kontroli skarbowej nie są uprawnione do tego, by w trybie przepisów ordynacji podatkowej żądać od lekarzy danych wynikających z dokumentacji medycznej. Przyjął także, że przepisy ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (art. 26) dające organom władzy publicznej dostęp do dokumentacji medycznej odnoszą się wyłącznie do kontroli i nadzoru w zakresie świadczenia usług medycznych, a nie postępowań podatkowych.

Organy skarbowe nie złożyły jednak broni i poszukują nowych metod weryfikowania przychodów lekarzy prowadzących prywatne praktyki. Jedną z takich metod jest porównywanie liczby wystawionych paragonów z danymi statystycznymi dotyczącymi ilości wystawionych przez lekarza recept. W sytuacji, gdy lekarze ujawniają niewysokie przychody, a wystawiają dużo recept, organy skarbowe kwestionują dane z ewidencji podatkowej, stojąc na stanowisku, że nie na wszystkie udzielone porady wystawione zostały paragony.

Jeszcze inne metody zastosował fiskus do badania rzetelności rozliczeń podatkowych lekarza dentystry z województwa zachodniopomorskiego. Jego sprawa trafiła ostatnio na wokandę Naczelnego Sądu Administracyjnego, który niestety uznał, w wyroku z 10 listopada 2017 r. II FSK 306/16, że postępowanie organów skarbowych było prawidłowe, a uzyskanie przez nie danych z dokumentacji medycznej nastąpiło bez naruszenia przepisów prawa.

Urząd kontroli skarbowej uzyskał dostęp do danych osobowych pacjentów, badając zapisy prowadzonego w prywatnym gabinecie kalendarza, w którym zapisane były wizyty poszczególnych pacjentów, karty pacjentów, formularze zgody na leczenie. Do danych tych organy skarbowe uzyskały dostęp, bo przeciwko lekarzowi prowadzone było postępowanie karne, w którym po zwolnieniu

lekarza z tajemnicy lekarskiej, znalazły się dane z dokumentacji medycznej. Dane te zostały następnie przekazane przez prokuratora kontrolerom skarbowym na ich wniosek. Kontrolerzy zwrócili się do pacjentów przyjmowanych w gabinecie, wykorzystując dane adresowe z dokumentów przekazanych przez prokuraturę, o udzielenie informacji dotyczących zakresu udzielonych świadczeń i wysokości wynagrodzenia zapłaconego za nie lekarzowi dentyście. Część z pacjentów udzieliła konkretnych odpowiedzi, niektórzy nie pamiętali takich szczegółów, byli też pacjenci, którzy nie udzielili odpowiedzi lub nie odebrali wezwań. Ustaleń dokonano też na podstawie samych wpisów w dokumentacji, jeśli wynikało z nich, jakie zabiegi zostały wykonane.

Do oszacowania przychodu osiągniętego przez lekarza posłużono się też danymi z jego rachunków bankowych oraz informacjami uzyskanymi od dostawców implantów stomatologicznych. Wynikało z nich, że – po uwzględnieniu zwrotów – lekarz kupił o 8 implantów więcej niż potem wszczepił pacjentom.

Na podstawie takich danych oraz cen stosowanych przez samego lekarza, jak i inne podmioty świadczące podobne usługi, organy skarbowe oszacowały podstawę opodatkowania.

Wojewódzki Sąd Administracyjny w Szczecinie, w wyroku z 27 października 2015 r. I SA/Sz 700/15, nie dopatrywał się uchybień w postępowaniu podatkowym. Sąd uznał, że gromadzenie danych pacjentów nastąpiło w celu ustalenia wysokości przychodów lekarza, a nie w celu uzyskania informacji o stanie ich zdrowia. Przyjął również, że wykorzystanie danych z postępowania karnego nastąpiło bez naruszenia zarówno praw pacjentów, jak i przepisów regulujących tajemnicę lekarską. Stanowisko to zostało zaakceptowane przez Naczelny Sąd Administracyjny, który w wyroku z 10 listopada 2017 r. II FSK 306/16 oddalił kasację lekarza. Zdaniem sądu pacjenci, których dane teleadresowe uzyskano z postępowania karnego, sami przekazali informacje o leczeniu w kontrolowanym gabinecie fiskusowi, a to oni są ich dysponentami. Przepisy o tajemnicy lekarskiej są natomiast adresowane do lekarzy a nie organów skarbowych, które mogą w swoich postępowaniach wykorzystywać dane z postępowania przygotowawczego.

Tym razem sądy stanęły po stronie organów skarbowych, co może doprowadzić do zachwiania całej instytucji tajemnicy lekarskiej. 

Możemy się pogubić lub odnaleźć



Maciej Hamankiewicz

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Minister Zdrowia powołał nowy zespół. Tym razem do spraw wdrożenia rozwiązań w zakresie uproszczenia regulacji dotyczących wykonywania działalności leczniczej.

Zespół ten ma się prawdopodobnie zająć wdrożeniem rozwiązań zaproponowanych przez poprzedni zespół, którego nazwa była bardzo podobna: do opracowania raportu dotyczącego możliwości uproszczenia regulacji dotyczących wykonywania działalności leczniczej. Poprzedni został powołany w styczniu 2016 r. i prace zakończył w kwietniu 2016 r. Minęło więc 18 miesięcy od powstania raportu do powstania zespołu do spraw wdrożenia. I być może to odczekanie nie byłoby tak absurdalne, gdyby nie drobny szczegół, jaki nastąpił po drodze: wdrożenie sieci szpitali. Zaglądam do definicji szpitala: zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne. Czyli raport mógłby się przydać i to bardzo. Niestety, leżał odłogiem. Wygląda to jak zasiewanie pola, zbieranie plonów, mielenie zboża, produkowanie mąki po to, by nie upiec z niej chleba.

Tym sposobem absurd goni absurd, nie tylko w pracy ministerialnych zespołów, ale przede wszystkim w pracy codziennej lekarzy na oddziałach szpitalnych. Uwikłani w kolejne kody i cyferki możemy się nieźle pogubić lub wręcz przeciwnie – odnaleźć coś, co moglibyśmy wpisać do księgi sieciowych absurdów. Na przykład, jeżeli jesteś kardiologiem lub internistą i wysłuchasz u swojego pacjenta nieokreślony szmer serca, a więc według kodu ICD-10 zastosujesz numer R01.1, oznacza to, że twój szpital rozliczy grupę E77 i otrzyma 3133 punkty. Jeżeli jednak nieopatrznie rozpoznasz, co to za szmer i zdiagnozujesz wadę serca, a więc według kodu ICD-10 wpiszesz numer 34.0, to twój szpital otrzyma mniej, bo 3098 punktów. Kolejny przykład. Jeżeli w trakcie pobytu chorego w szpitalu stwierdzisz u niego podwyższone ciśnienie tętnicze krwi bez rozpoznania nadciśnienia tętniczego i wpiszesz według kodu ICD-10 numer R03.0, oznacza to, że twój szpital rozliczy grupę E77 i otrzyma 3133 punkty. Jeżeli jednak rozpoznasz nadciśnienie tętnicze i według kodu ICD-10 wpiszesz numer I10, to twój szpital otrzyma o połowę punktów mniej, bo 1514. Czyli im lepszym jesteś diagnostą, tym mniej szpital dostanie punktów. Takie przykłady można by mnożyć. Ciekawe, czy zauważy je zespół wdrażający

rozwiązania w zakresie uproszczenia regulacji i czy praca po tym wdrożeniu będzie rzeczywiście uproszczona, czy pełna kolejnych absurdów. Czas pokaże.

Wielu lekarzy wypowiedziało w swoich szpitalach klauzulę opt-out. Dwóch ważnych polityków w państwie – Marszałek Senatu RP i Minister Zdrowia – skomentowało, że jest to postępowanie nieliczące z godnością lekarzy. Oczywiście, jeśli zapytamy obywateli w Polsce, czy godne jest dyżurowanie bez ograniczeń, ile kto wytrzyma, jedni odpowiedzą: jasne, w końcu każdy, kto zdecydował się być lekarzem, wiedział, że to zawód wymagający dyżurowania. Inni sprzeciwiają się, uznając, że to naraża ich na niebezpieczeństwo, bo lekarz powinien być wypoczęty i sprawny. Ja opowiadam się za drugą odpowiedzią. I zadaję kolejne pytanie: czy możemy powiedzieć, że młody lekarz, który otrzymuje dwa tysiące złotych brutto, pracuje za godne wynagrodzenie? Jeden powie tak, bo każdy młody musi zapłacić tzw. frycowe. Inny powie: nie, bo praca z pacjentem jest wyjątkowo odpowiedzialna, inna niż przerzucanie paczek. Ja i w tym przypadku optuję za drugą odpowiedzią. A lekarzom politykom życzę, by wrócili do wykonywania zawodu lekarza prosto na dyżur.

Nie milkną głosy w sprawie błędów elektronicznego Systemu Monitorowania Kształcenia. Problemy do Naczelnej Izby Lekarskiej zgłaszają nie tylko lekarze, ale także jednostki starające się o akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego. Dostaliśmy informację, że składane w systemie dokumenty nie tylko nie są rozpatrywane w terminie, ale brak jest możliwości ich rozpatrzenia, gdyż system nie rejestruje eksperta, który mógłby to ocenić. Dodatkowo wystąpił błąd przy przekazywaniu danych z systemu SMK do urzędów wojewódzkich. Tym samym dane lekarzy trafiły do urzędów naszym zdaniem nieuprawnionych. Zgłosiliśmy to do GİODO. Czekamy na odpowiedź.

Lekarzom i Lekarzom Dentystom składam życzenia, by w czasie Świąt Narodzenia Pańskiego, a następnie w 2018 roku zdrowi byli. ☺

Opt-out

10 listopada odbyło się wspólne spotkanie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, prezesów okręgowych rad lekarskich, przedstawicieli Zarządu Głównego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy i Porozumienia Rezydentów OZZL.

Rozwiązania PR OZZL, będące realizacją apelu NRL mówiącego, że dla bezpiecznego leczenia chorego człowieka jest niezbędne skrócenie czasu pracy lekarza do 48 godzin, uzyskały pełną akceptację samorządu lekarskiego. Izby lekarskie zadeklarowały lekarzom rezydentom pomoc w akcji informacyjnej związanej z wypowiedaniem klauzuli opt-out m.in. wsparcie prawne i pomoc w wysyłce tzw. Opt-Out Pack, czyli pakietu zawierającego materiały związane z wypowiedaniem klauzuli. Zespół Radców Prawnych NIL opracował formularz cofnięcia zgody

na opt-out oraz zbiór pytań i odpowiedzi w tym zakresie. Prezes NRL rozesłał materiały do Prezesów ORL, co spotkało się z reakcją Ministra Zdrowia i pełnym uwag pismem. Prezes NRL Maciej Hamankiewicz odpowiedział Konstantemu Radziwiłłowi. „Samorząd lekarski – jak słusznie Pan Minister przytoczył – ma dbać o należyte wykonywanie zawodu w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Materiały, które stanowiły załącznik do listu, były zgodne z realizacją apelu Naczelnej Rady Lekarskiej mówiącego, że dla bezpiecznego leczenia chorego człowieka jest niezbędne skrócenie czasu pracy lekarza do 48 godzin. To właśnie w interesie publicznym leży bezpieczne wykonywanie zawodu przez środowisko lekarskie” – zaznaczył m.in. Prezes NRL. Pełna treść korespondencji znajduje się na stronie www.nil.org.pl.



Katarzyna Strzałkowska

Rzecznik prasowy
Naczelnej Izby
Lekarskiej

NRL i PNRL w 2018 r.

Posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Prezydium NRL zostały zaplanowane na rok 2018 stosownymi uchwałami w terminach – Naczelna Rada Lekarska: 12 stycznia, 16 lutego, 20 kwietnia, 15 czerwca, 31 sierpnia, 9 listopada, 14 grudnia; Prezydium NRL: 12, 19 i 26 stycznia, 16 lutego, 8 i 22 marca, 6 i 20 kwietnia, 11 i 24 maja, 15 i 29 czerwca, 13 i 27 lipca, 10 i 31 sierpnia, 14 i 28 września, 12 i 26 października, 9 i 23 listopada, 14 grudnia.

Polski lekarz Prezydentem ENYGO

Doktor Kamil Zalewski 15 listopada, podczas XX Zjazdu Europejskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej (ESGO), został wybrany na stanowisko Prezydenta Europejskiej Sieci Młodych Ginekologów Onkologicznych (ENYGO – European Network of Young Gynae Oncologists).

Maciej Hamankiewicz Wiceprezesem CPME

25 listopada Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, został wybrany na stanowisko Pierwszego Wiceprezesa Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich (CPME – Standing Committee of European Doctors).

Naczelna Izba Lekarska początkowo posiadała w CPME status obserwa-

tora, od roku 2000 była członkiem stowarzyszonym, a od 2004 r., po przystąpieniu Polski do UE, posiada pełne członkostwo w CPME, co w znacznym stopniu zwiększyło znaczenie NIL w tej organizacji oraz jej wpływ na podejmowane działania.



Więcej na
www.gazetalekarska.pl

REKLAMA

» O bioetyce w NIL



◀ Konferencja „Rola komisji bioetycznych w opiniowaniu badań klinicznych”.

1 grudnia w Naczelnej Izbie Lekarskiej odbyła się konferencja, na której omawiano temat roli komisji bioetycznych w opiniowaniu badań klinicznych.

Poprowadził ją dr Marek Czarkowski – przewodniczący Ośrodka Bioetyki NIL, który dodatkowo przedstawił temat przygotowany dla Ministerstwa Zdrowia o sieci polskich komisji bioetycznych po wejściu w życie Rozporządzenia UE nr 536/2014. O portalu EMA, jako nowej formie kontaktowania się podmiotów zaangażowanych

w ocenę projektów badań klinicznych produktów leczniczych, mówiła Ewa Ołdak z Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Piotr Iwanowski i Antoni Jędrzejowski ze Stowarzyszenia na Rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce przedstawili branżową propozycję zapisów ustawowych dotyczącą oceny bioetycznej badań klinicznych, a Stanisław Maćkowiak z Federacji Pacjentów Polskich mówił o pacjentach biorących udział w badaniach klinicznych. ☺

▼ Anna Solnicka-Heller i Maciej Hamankiewicz.

» Zjazdy Sprawozdawczo-Wyborcze

Trwają wybory w okręgowych izbach lekarskich do organów izb lekarskich VIII kadencji. 25 listopada 2017 r. odbył się już Sprawozdawczo-Wyborczy Zjazd Lekarzy Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej. Na Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej wybrano lekarza dentystę Pawła Zbigniewa Baruchę, na stanowisko okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej – lekarza Andrzeja Leonarda Matyję. 2 grudnia 2017 r. odbył się Sprawozdawczo-Wyborczy Zjazd Lekarzy OIL w Tarnowie. Prezesem ORL tej izby został Tomasz Kozioł, a okręgowym rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej – Maria Kuźmińska.

Kolejne Zjazdy Sprawozdawczo-Wyborcze w okręgowych izbach lekarskich

odbędą się w następujących terminach 2018 r.: w Białymstoku 24 marca, w Białymstoku-Białej 17 marca, w Bydgoszczy 21 kwietnia, Częstochowie 23 marca, Gdańsku 17 marca, Gorzowie Wielkopolskim (do końca listopada 2017 r. nie ustalono terminu), Katowicach 23-24 marca, Kielcach 24 marca, Krakowie 2-3 marca, Lublinie 24 marca, Łodzi 17 marca, Olsztynie 10 marca, Opolu 3 marca, Płocku 24 marca, Poznaniu 10-11 marca, Rzeszowie 10 marca, Szczecinie 24 marca, Toruniu 17 marca, Warszawie 5-7 kwietnia, Wojskowej IL 15-17 marca, Wrocławiu 7 kwietnia, Zielonej Górze (do końca listopada 2017 r. nie ustalono terminu).

Krajowy Sprawozdawczo-Wyborczy Zjazd Lekarzy odbędzie się w dniach 25-26 maja. ☺



» Lekarze dla artystów

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz spotkał się z Zarządem Fundacji Domu Artystów Weteranów. Omawiano plan spotkań medycznych, które zdaniem obecnej na spotkaniu dyrektorki Domu, Anny Solnickiej-Heller, byłyby największym darem lekarzy dla artystów. ☺



Więcej na www.gazetalekarska.pl


Sławomir Badurek

Diabetolog, publicysta medyczny

Spór o procenty

Gdyby nie protest lekarzy rezydentów, przedstawiony przez ministra Konstantego Radziwiłła w lipcu ubiegłego roku plan wzrostu publicznych nakładów na ochronę zdrowia do 6% PKB pozostałby obietnicą bez pokrycia. Pośrednio przyznał to sam minister, ogłaszając pod koniec października, że rząd właśnie [sic!] zdecydował o stopniowym zwiększaniu finansowania systemu, co ma być zagwarantowane mocą ustawy.

Tym samym pojawiło się światełko w tunelu, po opuszczeniu którego, co ma się stać „już” w 2025 r., mamy szansę dobić do mitycznej szóstki. Dzięki rezydentom światełko rozbiły, ale nadal aktualne jest to, co napisałem na tych łamach latem ubiegłego roku, komentując złożoną wtedy zapowiedź wzrostu nakładów: „Równie dobrze premier Szydło i minister Radziwiłł, prezentując założenia zmian, mogli ogłosić: mamy nadzieję, że któryś z kolejnych rządów zrealizuje nasze zamierzenia”.

Problemem jest nie tylko bardzo odległa perspektywa, ale też powszechna wśród rodzimych polityków niechęć do poprawy finansowania ochrony zdrowia. Oficjalnym usprawiedliwieniem jest zawsze konieczność uszczelnienia systemu, ale nikt nigdy nie wyjaśnia, na czym ten zabieg miałby polegać i jakie dokładnie przynieść korzyści. Ponieważ o owym łataniu dziur rozprawia się już ponad ćwierć wieku, nawet niezbyt bystrzy obserwatorzy powinni zauważyć, że to tylko wybieg. Żaden rząd się do tego nie przyzna, bo groziłoby to znaczącym obniżeniem poparcia, ale ochroną zdrowia zajmować się nie chce. Po pierwsze, wprawdzie kulawo, ale system jakoś funkcjonuje. Po drugie, jak gdzieś coś pójdzie nie tak, zawsze można zwalić winę na lekarzy i pielęgniarki i wskazać np. na brak empatii, a nie pieniędzy na dodatkową kadrę, tudzież badania. Po trzecie, głównie dzięki niskim płacom, utrzymanie systemu stosunkowo mało kosztuje, co pozwala przeznaczyć zaoszczędzone w ten sposób środki na obłaskawianie własnego elektoratu. Wszystkie liczące się partie, to jest takie, które uczestniczyły po 1989 r. w sprawowaniu władzy, są pod tym względem niczym jednojajowe bliźniaki. Dlatego nie było jeszcze takiego rządu, dla którego ochrona zdrowia byłaby priorytetem. Obecny też nie jest wyjątkiem, o czym najlepiej świadczą toczony u progu drugiej połowy kadencji boje o wyrwanie wzrostu nakładów ze świata political fiction.

Jakoś przy tym umyka, jak planowane przez rząd 6%, tudzież postulowane przez lekarzy rezydentów 6,8% PKB,

ma się do rzeczywistych kosztów publicznej ochrony zdrowia. Wiemy, że przy obecnym finansowaniu system jest mocno niewydolny. Wiadomo też, że zadłużenie placówek publicznych jest rekordowo wysokie i wynosi około 11,5 mld zł. Jeszcze więcej, i to w ciągu roku, kosztowałyby zaspokojenie żądań płacowych pracowników sektora, a to przecież ledwie ułamek potrzeb.

6% to wygodne hasło, które w kraju przeznaczającym na zdrowie obywateli nieco ponad 4% PKB robi wrażenie. 6,8% jest natomiast bardzo zbliżone do ubiegłorocznej średniej wydatków publicznych na ochronę zdrowia w krajach OECD, czyli w przybliżeniu dobrze i bardzo dobrze rozwiniętych, ale posiadających bardzo zróżnicowane modele opieki zdrowotnej. Ostatnia uwaga jest niezwykle istotna dla kosztów systemu. Tym, co łączy stosowane w różnych krajach rozwiązania, jest bardzo precyzyjne określenie, co gwarantuje ubezpieczenie. Powszechnie wykorzystuje się też udział pacjentów w kosztach usług, czyli współpłacenie. Tymczasem u nas i jedno, i drugie nie ma zastosowania – obowiązuje stara peerelowska zasada: „wszystko wszystkim należy się za darmo”. Trudno nie zgodzić się z Miltonem Friedmanem, że wydawanie cudzych pieniędzy na cudze potrzeby, a tak decyzją polityków dzieje się w publicznej opiece zdrowotnej w Polsce, to najgorszy, bo najbardziej kosztowny i marnotrawny sposób wydawania pieniędzy. Najwyższy czas powiedzieć „sprawdzam!” i dowiedzieć się, ile trzeba by wydać z budżetu, gdyby państwo zdecydowało się rzeczywiście zrealizować swoje zobowiązania i zapewnić dostęp do wszystkich gwarantowanych świadczeń medycznych bez konieczności czekania w irracjonalnie długich kolejkach. Rzecz jasna należałoby także uwzględnić realizację obietnic wobec pracowników, którzy co exposé słyszą, że powinni zarabiać „dobrze” albo „godnie”, a jak w przypływie zniecierpliwienia zdarzy się im o to zapomnieć, to słyszą, że zachowują się nieetycznie lub nawet haniebnie. Od partii politycznych rzetelnej ekspertyzy na temat kosztów systemu raczej się nie doczekamy. Może warto, by jej przygotowanie zlecił samorząd lekarski? ○

48 h i basta!

Ministerstwo Zdrowia szacuje, że klauzulę opt-out wypowiedziało ok. 1400 rezydentów oraz ponad 1200 innych lekarzy.*

Zdaniem Porozumienia Rezydentów OZZL taką decyzję podjęło jeszcze więcej osób.



Po tym, gdy lekarze skupieni wokół Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy zrezygnowali z prowadzenia głodówki (trwała 4 tygodnie), ogłosili nową formę protestu polegającą na wypowiadaniu klauzuli opt-out.

Kilka dni wcześniej Naczelna Rada Lekarska zwróciła się do lekarzy o ograniczenie do maksymalnie 48 godzin w tygodniu „gotowości do świadczenia pracy i wykonywania świadczeń zdrowotnych”, także w ramach umów cywilnoprawnych. W ocenie samorządu lekarskiego nadmierne obciążenie pracą negatywnie wpływa na jakość leczenia i możliwość regeneracji sił. „Działania protestujących mają na celu realizację tego, czego samorząd lekarski domaga się już od wielu lat” – czytamy w stanowisku podjętym przez NRL.

Wobec tego, że kolejne osoby zaczęły wypowiadać klauzulę opt-out, w czym

▲ Ci, którzy wypowiedzieli klauzulę najpóźniej 30 listopada, skutecznie zrobili to z dniem 1 stycznia 2018 r.

w pełni poparł je samorząd lekarski, do protestu młodych medyków w zupełności nowej odsłonie odniósł się minister zdrowia Konstanty Radziwiłł podczas konferencji prasowej, na której omawiał dwuletnią działalność resortu pod swoim kierownictwem.

– Jestem głęboko przekonany, że bardzo wielu albo może większość lekarzy, zwłaszcza młodych, pracowała, pracuje i będzie pracować więcej niż te minima narzucane przez różnego rodzaju przepisy i nie mam żadnych wątpliwości, że m.in. na tym polega wykonywanie zawodu lekarza. Szczególnie negatywnie odbieram wszystkich tych, którzy nawołują lekarzy, żeby zrezygnowali z dodatkowej pracy, żeby ograniczali swój czas pracy, jednocześnie mówiąc właściwie jednym tchem: „Uwaga: pacjenci będą mieli kłopot”. To nawoływania, które nie licują z godnością lekarzy, także organizacji lekarskich – powiedział minister Konstanty Radziwiłł.

* Dane przekazane przez resort zdrowia 5 grudnia (tj. w dniu oddawania numeru do druku).



Mariusz Tomczak

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

SZPITALA W TARAPATACH?

Przez cały listopad trwało wypowiadanie opt-outów pod hasłem „Stawiamy na jakość”. „Przyjmuje się, że okres tego wypowiedzenia jest liczony analogicznie do okresu wypowiedzenia umów o pracę, co oznacza, że momentem rozpoczęcia biegu wypowiedzenia jest pierwszy dzień kalendarzowy miesiąca następującego po miesiącu, w którym zostało ono złożone, a okres wypowiedzenia kończy się z ostatnim dniem tego miesiąca” – informuje Zespół Radców Prawnych Naczelnej Izby Lekarskiej. Mówiąc prościej: ci, co wypowiedzieli klauzulę najpóźniej 30 listopada, skutecznie zrobili to z dniem 1 stycznia 2018 r.

W drugiej połowie listopada zostały rozesłane dokumenty ułatwiające wypowiadanie umów. Tak zwany Opt-Out Pack (zawierający m.in. gotowy wzór pisma wypowiadającego opt-out, pytania do dyrekcji oraz listę pytań i odpowiedzi natury formalnoprawnej) to wspólna inicjatywa Porozumienia Rezydentów, OZZL i samorządu lekarskiego. – W założeniu chcieliśmy, aby za pośrednictwem ordynatorów informacja ta trafiła do każdego lekarza zatrudnionego w polskim szpitalu – mówi Filip Dąbrowski, przewodniczący Komisji Młodych Lekarzy NRL, który brał udział w przygotowywaniu materiałów.

Skalę protestu klauzulowego monitorował resort zdrowia. Za pośrednictwem urzędów wojewódzkich zbierano dane na temat liczby wypowiedzeń, zapewniając, że nie sporządzano imiennych list. „Dane, o które poprosiliśmy dyrektorów szpitali, dotyczą jedynie liczby wypowiedzeń tej klauzuli składanych przez młodych lekarzy. Sugerowanie, że kierujemy się złą

– OSZUKIWANIE ORGANIZMU KOLEJNYMI ENERGETYKAMI, ZIMNYM PRYSZNICEM CZY KOLEJNĄ MOCNĄ KAWĄ NIE POMOŻE – MÓWI REZYDENT, KTÓRY W LISTOPADZIE WYPOWIEDZIAŁ OPT-OUT.

wola, jest irracjonalne i świadczy o niezrozumieniu podstawowych mechanizmów w służbie zdrowia” – wyjaśniło Ministerstwo Zdrowia w oświadczeniu wydanym po tym, gdy jeden z ogólnopolskich dzienników napisał, że spisuje się „buntowników”.

O faktycznej skali wypowiedzania opt-outów do niedawna mogliśmy tylko spekulować. Nie wszystkie szpitale chciały informować o jej rozmiarach. – 24 listopada, podczas spotkania Komisji Młodych Lekarzy, zebraliśmy prognozy odnośnie wypowiedzania klauzuli opt-out w całym kraju. Spodziewamy się, że w każdym regionie przynajmniej 1-2 duże szpitale staną w obliczu kryzysu kadrowego – szacuje Filip Dąbrowski. Dodaje, że podobnie jak większość rezydentów ze szpitala, w którym pracuje, nie wyraził zgody na pracę powyżej 48 godzin w tygodniu.

Do połowy listopada w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach klauzulę wypowiedziało 90 na ok. 470 zatrudnionych tam lekarzy (57 specjalistów i 33 rezydentów). – Przy tej liczbie wypowiedzianych opt-outów jesteśmy w stanie zapewnić obsługę dyżurową w naszych klinikach. Jest jednak poważne zagrożenie, że zabraknie lekarzy, jeśli do akcji przyłączą się kolejne osoby. Obawiamy się kolejnych tygodni, przed nami okres świąteczny, czas urlopów – przyznaje Anna Mazur-Kałuża, rzecznik prasowy WSZ w Kielcach. Łącznie, jak tłumaczy Diana Głównia, rzecznik prasowy wojewody świętokrzyskiego, w tym województwie klauzulę wypowiedziało 278 lekarzy, w tym 78 lekarzy rezydentów (dane z 1 grudnia). Na terenie Mazowsza od klauzuli opt-out odstąpiło 163 rezydentów (dane wojewody z 30 listopada).

CZAS NIE JEST Z GUMY

Są miejsca, w których sytuacja była trudna zanim rezydenci wezwali do

wypowiedzania opt-outów. W Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie (to jedna z największych placówek pediatrycznych w kraju) zatrudniającym 33 anestezjologów etatowych i dwóch kontraktowych, od początku września klauzulę ma podpisaną tylko 7 z nich. – Pozostali wypowiedzieli klauzulę albo wcześniej jej nie mieli. Ich praca planowana jest w taki sposób, aby nie przekraczać 48 godzin w tygodniu. Zmniejszyła się wydajność bloku operacyjnego oraz zewnętrznych stanowisk, na których wykonywane są znieczulenia – informuje Natalia Adamska-Golińska, rzecznik prasowy USD w Krakowie.

Filip Płużański, 34-letni lekarz rezydent ortopedii z Łodzi, wypowiedział klauzulę opt-out w ostatnich dniach. – Chcę wrócić do normalności, bo czas nie jest z gumy. Medycyna jest moją pasją, ale chciałbym mieć czas na normalne życie, na przeczytanie książki, choćby nawet była to książka naukowa – mówi. Jednego tygodnia, „rekordowego” pod względem czasu pracy, nie zapomni do końca życia. – Kiedyś w ciągu 7 dni dyżurowałem łącznie 6 dni po 24 godziny, a tylko jeden dzień spędziłem w szpitalu przepisowe 7 godzin i 35 minut. Nie wiedziałem, jak się nazywam – wspomina.

W ocenie Filipa Płużańskiego ponadnormatywna, wielogodzinna praca, to dla wielu pracowników medycznych, nie tylko lekarzy, z jednej strony pokusa dodatkowego zarobku, ale z drugiej strony wielka pułapka. – Czasami mówi się: weź dwa dyżury to zarobisz dodatkowe pieniądze, ale przecież ktoś, kto na własne życzenie ciągle urządza takie maratony, oszukuje sam siebie, bo pracuje ponad siły, oszukuje też i naraża pacjentów, gdyż w jego przypadku ryzyko popełnienia błędu jest większe – dodaje Filip Płużański.

GIĘCIE CZASOPRZESTRZENI

Łukasz Jankowski, wiceprzewodniczący z Porozumienia Rezydentów OZZL, zastrzega, że celem zbiorowego wypowiedzania opt-outów nie jest ani sparaliżowanie ochrony zdrowia, ani to, by upadały oddziały szpitalne, a pracujący w nich lekarze tracili pracę. A jeśli tak się stanie? – Środowisko jest przygotowane, by wesprzeć takie osoby. Są zarezerwowane środki na pomoc za utraczone korzyści związane z wypowiedzaniem klauzuli. Szpitale upaść nie mogą – mówi.

Inicjatorzy akcji zapewniali wielokrotnie, że wypowiedzanie opt-outów nie jest wymierzone w pacjentów. – Szpital, w którym lekarz pracuje zgodnie z Kodeksem pracy, to miejsce bezpieczne dla pacjenta. Wolałbym być operowanym przez chirurga, który nie pracuje dłużej niż 48 godzin w tygodniu, a obawiam się, że obecnie takich miejsc jest niewiele – podkreśla Łukasz Jankowski.

– Jesteśmy lekarzami, godzimy się pracować więcej niż przeciętny Polak, ale naszą granicą jest 48 godzin w tygodniu. Nie możemy dłużej utrzymywać systemu kosztem naszego zdrowia i naszych rodzin – mówi Filip Dąbrowski.

Jak dodaje Filip Płużański, obecnie wielu lekarzy, ale również pielęgniarek czy ratowników medycznych, gna z jednego miejsca pracy do drugiego, ale – jak to ujmie – „zakrzywianie czasoprzestrzeni” to droga donikąd. – Moi koledzy, kończąc w piątek 24-godzinny dyżur w jednym szpitalu, od razu jadą do nocnej pomocy lekarskiej, tam spędzają kolejne dwie doby, po czym w poniedziałek wracają do pracy do szpitala – mówi Filip Płużański. Jak dodaje, mówienie, że jakoby wypowiedzanie opt-outów było skierowane przeciwko pacjentom, jest nieuczciwe. – Ten system jest wymierzony przeciwko nim – podkreśla rezydent z Łodzi.

W ostatnich dniach resort ustami Mileny Kruszewskiej, rzecznika prasowego ministra, zaapelował do lekarzy o „niewykorzystywanie bezpieczeństwa pacjentów jako środka przetargowego” w dążeniu do wzrostu nakładów i płac w ochronie zdrowia. Z tymi słowami nie zgadza się Filip Płużański. – Pracujemy zdecydowanie za dużo. Oszukiwanie organizmu kolejnymi energetykami, zimnym prysznicem czy kolejną mocną kawą nie pomoże – podkreśla rezydent z Łodzi. ☺

278

– tyłu lekarzy (nie tylko rezydentów) wypowiedziało klauzulę w Świętokrzyskiem (dane wojewody z 1 grudnia).

Z jaką prędkością pojedzie POZ

Z **Agnieszką Jankowską-Zduńczyk**, konsultantem krajowym w dziedzinie medycyny rodzinnej, rozmawiają **Ryszard Golański** i **Marta Jakubiak**.

GL
ROZMOWA

GL Czy wprowadzenie ustawy o POZ to sukces?

Każda zmiana budzi kontrowersje. Według mnie, ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej była niezbędna. Od bardzo wielu lat środowisko lekarzy rodzinnych mówiło, że należy uporządkować funkcjonowanie podstawowej opieki zdrowotnej pod kątem prawnym, uregulować sposób jej działania w systemie. To pierwszy krok zmierzający do uporządkowania POZ, dzięki któremu możliwa będzie realizacja zadań nałożonych na ten obszar ochrony zdrowia, takich jak wszechstronność, kompleksowość, koordynacja i ciągłość opieki.

GL Kto miał największy wpływ na kształt ustawy o POZ?

Minister Konstanty Radziwiłł rozpoczął urzędowanie od powoływania zespołów ekspertów. Jeden z nich zajął się krytyczną oceną funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej oraz stworzeniem propozycji zmian strategicznych w tym obszarze. Wynikiem prac zespołu był dokument streszczający się w 10 podstawowych punktach, definiujących zasady, których wprowadzenie do polskiego POZ spowoduje zasadniczą poprawę jego funkcjonowania. To tzw. Dekalog dla POZ.

GL Co się w nim znalazło?

Streszczę hasłowo: POZ dla każdego, POZ oparta na medycynie rodzinnej, zespół medycyny rodzinnej, poprawa finansowania, wzmocnienie roli profilaktyki zdrowotnej, integracja wewnątrz- i międzysektorowa, informatyzacja, ograniczenie biurokracji, poprawa jakości.

Chcieliśmy, by każdy pacjent miał zagwarantowaną podstawową opiekę zdrowotną, by czerwone światelko w systemie eWUŚ nie uniemożliwiało udzielania świadczeń. Po drugie, chodziło o wszechstronność POZ. Trzecia rzecz to kwestia koordynacji opieki, czyli m.in. wymiany informacji. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej powinni mieć wiedzę o swoich pacjentach leczonych w specjalistycie: znać rozpoznanie, plan leczenia, wiedzieć, jakie badania zostały wykonane i jakie leki zaordynowano w zakresie terapii. Teraz jedyne informacje, które posiadamy, pochodzą głównie od pacjenta, nawet wtedy, kiedy otrzymujemy druk

„Informacja zwrotna dla lekarza POZ/kierującego”. Zależy nam, by pacjent przestał być nośnikiem informacji o swoim stanie zdrowia, bo nim nie jest albo inaczej – często jest nośnikiem informacji fałszywych. Współpraca powinna bazować na wymianie informacji między specjalistami.

GL O co jeszcze postulowano w „Dekalogu dla POZ”?

O pracę zespołową. Tam, gdzie działały praktyki indywidualne – osobno lekarskie, pielęgniarskie, położnicze – nie było koordynacji opieki zdrowotnej. Lekarz nie wiedział na przykład, czy położna była na patronażu albo co się dzieje z matkami karmiącymi. Założenia są takie jak zawsze, że wszyscy współpracują, jak jest w praktyce, każdy wie. Trzeba było zmienić.

Kolejny postulat to dobra informatyzacja. Moja praktyka obejmuje 1500-2000 osób. Jako lekarz nie potrzebuję w programie funkcji rtg., rehabilitacji, usług specjalistycznych, ale część dotycząca zakresu zadań lekarza rodzinnego powinna być tak rozbudowana i dostosowana, żebym nie musiała lawirować pomiędzy różnymi systemami, tak jak to robię teraz: system profilaktyczny NFZ, kiedy chcę zrobić cytologię profilaktyczną; osobny system NFZ, kiedy zakładam kartę DILO; kiedy chcę sprawdzić refundację, muszę weryfikować ją w jeszcze innym systemie informatycznym; ZUS chce wystawiania zwolnień lekarskich i druków ZLA w jeszcze innym. To pięć różnych systemów informatycznych, które mają hasła zmieniane co miesiąc i swoje loginy. Oprócz tego jest szósty system – ten umożliwiający prowadzenie dokumentacji medycznej.

Potrzebne jest także odbiurokratyzowanie pracy lekarza. Wierzę, że to się uda dzięki dobrej informatyzacji.

GL Czy te postulaty stały się podstawą zapisów ustawy?

Patrząc na zapisy ustawy, widzę, że decydenci zgodzili się z częścią ważnych propozycji zmian strategicznych.

GL Oprócz stawki kapitałowej pojawi się w POZ budżet powierzony, czyli środki przeznaczone na zapewnienie opieki koordynowanej; opłata zadaniowa,

2020

– w tym roku wejdzie w życie obowiązek opieki zintegrowanej



czyli dodatkowe środki przeznaczone na zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej; dodatek motywacyjny za wynik leczenia i jakość sprawowanej opieki. Co to zmieni dla lekarza POZ, pacjenta i placówki?

Stawka kapitacyjna jest do tej pory zasadniczą formą finansowania. Od lat mówiliśmy, że to nie jest mechanizm finansowania, który motywowałby lekarzy do efektywnego działania i skutecznego udzielania świadczeń zdrowotnych, skutecznego pod kątem merytorycznym.

GL Skąd pochodziły głosy krytyczne dotyczące zapisów ustawy?

Środowisko pracodawców oczekiwało znacznie bardziej precyzyjnych zapisów dotyczących sposobu finansowania oraz samego zdefiniowania podstawowej opieki zdrowotnej jako medycyny rodzinnej. Drugi zarzut odnosił się do zapisów określających pracę zespołową w POZ, że są one zbyt ogólne. Trzeci – budżetu powierzonego i obligatoryjności realizacji opieki koordynowanej.

Wiem, że środowisko pracodawców obawia się roku 2020, kiedy wejdzie w życie obowiązek opieki zintegrowanej z budżetem powierzonym. Pełnię funkcję konsultanta w dziedzinie medycyny rodzinnej, dlatego nie będę wypowiadała się w kwestiach pracowniczych. Rozumiem jednak obawy, kiedy ma się kadrę lekarską bez specjalizacji albo lekarzy z konkretną wąską specjalizacją, pracujących w POZ dwie czy trzy godziny w tygodniu, i jednego lekarza rodzinnego przeciążonego pracą.

GL Czy to dobrze, że pediatrzy też będą lekarzami POZ? To budziło kontrowersje, ale przecież nie ma tylu lekarzy rodzinnych, żeby zapewnić opiekę w POZ.

Dlatego przyjęto, że pediatrzy będą mogli pozostać w POZ do 2025 r. Lekarz w podstawowej opiece zdrowotnej zajmuje się zarówno niemowlakami, jak i starszami. Szanujemy pediatrów i współpracujemy z nimi, jednak ołbrzymia część

▲ Agnieszka Jankowska-Zduńczyk:
– Zależy nam, by pacjent przestał być nośnikiem informacji o swoim stanie zdrowia, bo często jest nośnikiem informacji fałszywych.

pracy lekarza rodzinnego to nie tylko leczenie, ale przede wszystkim profilaktyka, promocja zdrowia i rozpoznawanie na czas różnych chorób, także zagrożeń związanych z chorobami przewlekłymi, które będą się rozwijały w ciągu życia dziecka. Duża część lekarzy rodzinnych posiada dwie specjalizacje: pediatrię lub internę oraz medycynę rodzinną. Pediatrzy nie mają w programie specjalizacji tak podanej wiedzy i nabytych kwalifikacji, żeby POZ wypełnić w całości. W toku ich specjalizacji są zaledwie dwa miesiące stażu w POZ w czasie 4-letniego szkolenia. Pediatria to specjalizacja przygotowująca do pracy w specjalistycznej w szpitalu. A jak jest obecnie? Znam szpitale, które borykają się z brakami kadrowymi i w konsekwencji muszą ograniczać swoje możliwości leczenia dzieci.

GL Bo pediatrów jest zbyt mało.

Być może dlatego, że nie pracują tam, gdzie mogliby pracować. Może właśnie tu jest problem. Pamiętajmy, że równoległe do ustawy o POZ wprowadzono zmiany dotyczące specjalistyki, utworzono konsultacyjne poradnie pediatryczne i internistyczne. To, czego mnie jako lekarzowi rodzinnemu brakuje, to możliwość skonsultowania danego przypadku z lekarzem specjalistą, żeby on – korzystając ze swojej wiedzy, kwalifikacji i możliwości diagnostycznych – wskazał mi ścieżkę dalszego postępowania.

GL Przywołała pani rok 2025. Jakie będą najistotniejsze zmiany po tym terminie?

Zmian nie będzie dużo. Podstawowa opieka zdrowotna będzie oparta o medycynę rodzinną. Jeśli do końca 2024 r. lekarz innej specjalności zdecyduje się na pracę w podstawowej opiece zdrowotnej, może podjąć decyzję o rozwoju zawodowym w POZ i ukończyć dodatkowy kurs jedynie uzupełniający zakres tej wiedzy, której nie miał w programie specjalizacyjnym, a który jest specyficzny dla medycyny rodzinnej. Natomiast już w roku 2025 lekarzem, którego pacjent będzie mógł wybrać jako swojego lekarza w POZ, będzie wyłącznie lekarz posiadający specjalizację z medycyny rodzinnej, medycyny ogólnej lub specjalizujący się w medycynie rodzinnej.

GL Jak zmieni się rola pielęgniarek w POZ?

Mam nadzieję, że zasadniczo. Pielęgniarka jest dla nas równoprawnym partnerem w pracy zespołowej. Jest tak wiele świadczeń zdrowotnych, że trzeba podzielić kompetencje lekarskie i pielęgniarskie. Obecnie pielęgniarstwo szybko ewoluuje w kierunku coraz większej samodzielności osób wykonujących ten zawód. Mam tu na myśli kolejne nowelizacje ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. Bardzo się z tego cieszę. Planuje się pozostawienie w gestii pielęgniarki kwalifikowanie pacjentów do szczepienia przeciwko grypie. Jeżeli w programie ich szkolenia podyplomowego i przeddyplomowego znalazło się badanie lekarskie i określenie stanów prawidłowych i nieprawidłowych, to nie widzę przeszkód, by pielęgniarki nie kwalifikowały pacjentów do takich szczepień.

PIELĘGNIARKA JEST DLA NAS RÓWNOPRAWNYM PARTNEREM W PRACY ZESPOŁOWEJ.

GL Czyli samodzielność pielęgniarki, położnej i lekarza rodzinnego, ale działanie skoordynowane?

Dokładnie tak. Kompetencja lekarza to profilaktyka, leczenie chorób albo ich powikłań, natomiast np. w przypadku stabilnego stanu zdrowia pacjenta leżącego główny ciężar postępowania to kompetencja pielęgniarki: pielęgnacja odleżyn, współpraca z pomocą socjalną, rodziną, rehabilitacją.

GL Jakich wniosków spodziewa się pani po dwuletnim okresie pilotażowym w opiece koordynowanej?

Autorem obecnie zaplanowanego jedynego projektu pilotażowego pod nazwą POZ+ jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Nasze doświadczenia wielokrotnie pokazały, że kiedy płatnik przejmuje rolę organizatora albo inicjatora świadczeń, źle się to kończy dla systemu ochrony zdrowia i dla lekarzy. Albo kończy się tak, jak w przypadku dedykowanego podstawowej opiece zdrowotnej programu profilaktyki chorób układu krążenia – realizacją na poziomie 3 proc. I nie wynika to z niechęci lekarzy, tylko z takiego zorganizowania i zdefiniowania programu, że nie można go lepiej zrealizować. Mówię o tym, ponieważ mam duże obawy odnośnie projektu pilotażowego przedstawionego przez NFZ, choćby w odniesieniu do reprezentatywności grupy pilotażowej – to absolutnie nie jest grupa reprezentatywna do badania, gdyż obejmuje około 1 proc. pacjentów, którzy pozostają pod opieką POZ. Koordynacja opieki zdrowotnej zaproponowana w tym projekcie budzi wątpliwości również ze względu na wymogi organizacyjne i merytoryczne.

GL Kim będzie koordynator medyczny?

Moim zdaniem to osoba, do której zadań należeć ma organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych. Wyznacza ją, zgodnie z zapisami ustawy, świadczeniodawca, czyli każdy podmiot. Do zadań koordynatora w moim rozumieniu może należeć m.in. zapisanie pacjenta na wizytę do poradni specjalistycznej, poinformowanie chorego, że pielęgniarka rodzinna będzie przychodziła do domu. Koordynator mógłby organizować też świadczenia profilaktyczne, np. w zakresie edukacji. To jest trochę takie przeniesienie wprost z modelu skandynawskiego, gdzie poza pielęgniarką, lekarzem i położną, w POZ funkcjonuje koordynator, który scala organizacyjnie wszystkie elementy i utrzymuje kontakt z pacjentem.

GL To będzie raczej funkcja administracyjna, a nie medyczna...

Dokładnie tak. Funkcję koordynatora może pełnić np. osoba wykształcona w zakresie zdrowia publicznego.

GL W dużych placówkach łatwo będzie o taką osobę, ale w małych może to stanowić problem.

Ale nikt nie powiedział, że koordynator ma wykonywać te zadania w pełnym wymiarze godzin w jednym podmiocie. Nic nie stoi na przeszkodzie, żeby małe podmioty współpracowały ze sobą – jeden koordynator mógłby obsługiwać kilka placówek.

GL Na ile zmiany w obszarze finansowania POZ poprawią kondycję placówek?

Zmiany zasad finansowania są niezbędne zarówno w celu poprawy

jakości opieki zdrowotnej w POZ, jak i jej organizacji. Przykładem takich zmian jest np. budżet powierzony, który ma służyć motywacji lekarza rodzinnego do wszechstronnej opieki i motywacji lekarza specjalisty do współpracy z lekarzem rodzinnym, a ma opierać się na pracy zespołowej profesjonalistów medycznych. Obecnie zbyt często pacjenci w rzeczywistości niewymagający leczenia specjalistycznego pozostają pod „stałą” opieką AOS, najlepszym tego przykładem jest leczenie pacjentów z ustabilizowaną, bez powikłań, cukrzycą leczoną doustnie. Mam nadzieję, że zmiany te pozwolą pacjentom rzeczywiście wymagać konsultacji specjalistycznej uzyskać ją bez zbędnej zwłoki.

GL Dość idealistyczny pomysł...

Dlaczego?

GL Czy nie jest tak, że ludzie w większości przede wszystkim patrzą na zysk, który mają ze swojej działalności?

Dla mnie to nie jest idealistyczne. Wprowadzenie budżetu powierzonego powinno być z korzyścią dla placówek POZ oraz dla współpracujących z nimi innych specjalistów.

GL Jak jest z organizacją POZ w innych krajach – do kogo nam najbliższej?

Polski model ma elementy zbliżone do tych, które obowiązują w większości krajów, gdzie system ochrony zdrowia oparty jest na POZ, jak: np. wymiana informacji w Holandii, we Francji, w Wielkiej Brytanii, we wszystkich krajach skandynawskich i krajach Beneluksu, a także w Niemczech. To uniwersalna cecha. Element koordynacji to rozwiązanie skandynawskie, ale w naszej sytuacji konieczna jest pomoc pacjentowi w organizacji opieki medycznej. Dzisiaj polski pacjent jest bardzo zdezorientowany, a personel medyczny tak zajęty, że nie może przeprowadzać go przez system. Wszechstronność, kompleksowość, ciągłość opieki, jakość – to elementy uniwersalne i podstawowe cechy prawidłowo zorganizowanego systemu ochrony zdrowia.

GL Czym dla lekarzy pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej jest ta ustawa?

Zapisy ustawowe są bardzo ogólne, ale to ogromny kapitał. Metaforycznie rzecz ujmując, wytyczono autostradę i to, jak i czy się nią pojedzie, zależy od lekarzy, pracodawców, pielęgniarek, położnych – wszystkich uczestników systemu podstawowej opieki zdrowotnej. Można jechać prawym pasem z prędkością 60 km/h albo lewym – bardziej komfortowo i szybciej.

Dzięki tej ustawie można poprawić bardzo dużo. Już teraz 150 podmiotów POZ zgłosiło się do akredytacji jakości. Chcą się poddać certyfikacji i podsumowywać to, co robią, bo mają poczucie, że robią dużo, a mało z tego wynika. Chcą pracować w uzasadniony, zorganizowany sposób, świadczyć usługi bezpieczne i z korzyścią dla pacjentów. Warto ten kapitał wykorzystać.

Jednocześnie chciałabym powiedzieć lekarzom specjalistom pracującym w szpitalach i w AOS, że my, lekarze rodzinni, bardzo potrzebujemy partnerstwa i partnerskiej wymiany informacji, dyskusji, konsultacji, sprzeczek merytorycznych na temat postępowania z pacjentami. Chcemy współpracy. ☺

Wystąpienie Wielkiej Brytanii z UE



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

Od referendum, w którym większość Brytyjczyków opowiedziała się za wystąpieniem z Unii Europejskiej, minęło już ponad 15 miesięcy. Niewiele więcej czasu pozostało do chwili, gdy Wielka Brytania ostatecznie przestanie być członkiem UE. Ma to nastąpić 29 marca 2019 r.

Wszystko to wiąże się ze skomplikowanymi negocjacjami, które mają określić warunki wystąpienia tego kraju z UE, czyli potocznie Brexitu, a także – co może nawet ma większe znaczenie – ustalenie relacji pomiędzy Wielką Brytanią a państwami UE w przyszłości.

To w kontekście ogólnym. Z indywidualnego punktu widzenia istotne będzie, jak zostaną ukształtowane zasady tzw. przepływu osób, czyli uprawnienia obywateli innych państw, którzy korzystając z dotychczasowych regulacji prawa unijnego osiedlili się w Wielkiej Brytanii i pracują tam, oraz tych, którzy chcieliby to zrobić w niedalekiej przyszłości.

Bez wątpienia dość znaczącą grupą migrujących pracowników stanowią lekarze oraz lekarze dentyści, również z Polski. Nasze koleżanki i nasi koledzy, którzy osiedlili się (na stałe bądź czasowo) na Wyspach, na pewno zadają sobie pytanie, jak ich życie będzie wyglądało w tym kraju za kilka lat, czy zachowają dotychczasowe uprawnienia i warunki wykonywania zawodu.

Z dyskusji prowadzonych na różnych forach (także w europejskich organizacjach lekarskich i lekarsko-dentystycznych, których członkiem jest Naczelna Izba Lekarska) można wnioskować, że osoby, które przed datą Brexitu będą legalnie przebywać i pracować w Wielkiej Brytanii, zachowają wszystkie uprawnienia zawodowe i socjalne oraz – co wydaje się być oczywistym – nie będą zmuszane do wyjazdu. Niestety, nie zostało to jeszcze oficjalnie potwierdzone w żadnym dokumencie.

Rozważając te kwestie, należy pamiętać, że brytyjski system ochrony zdrowia jest w dużym stopniu oparty na pracy personelu medycznego pochodzącego z zagranicy. Listopadowy „The Lancet” podaje, że w brytyjskim NHS pracuje ponad 60 000 osób z innych krajów UE, a ponad 90 000 w opiece społecznej dla dorosłych.

Szacuje się, że ok. 10 proc. lekarzy i 17 proc. lekarzy dentyków stanowią w tym kraju cudzoziemcy z innych państw UE. To oznacza, że Brexit może stanowić olbrzymie wyzwanie dla brytyjskiej opieki zdrowotnej – i to brytyjscy koledzy podkreślają.

Wydaje się więc, że lekarze i lekarze dentyści są w znacznie lepszej sytuacji niż pracownicy innych zawodów, gdyż na nich Brytyjczykom po prostu zależy. Pamiętać jednak trzeba, że w Wielkiej Brytanii lekarze często przebywają ze swymi rodzinami, czyli z osobami, które wykonują inne zawody w sektorach mniej „uzależnionych” od zagranicznych pracowników bądź jeszcze się uczą.

Myślę, że w okresie toczących się negocjacji „przedbrexitowych” powinniśmy jako samorząd lekarski upomnieć się o prawa naszych koleżanek i kolegów, którzy zdecydowali się podjąć pracę i zamieszkać w Wielkiej Brytanii. Oczywiście chętnie powitalibyśmy ich wszystkich z powrotem w Polsce.

Poruszając kwestię ewentualnych powrotów, otwartym pozostaje pytanie, jak będzie wyglądać sytuacja w zakresie wzajemnego uznawania kwalifikacji zawodowych – obecny system uznawania automatycznego jest dla większości lekarzy bardzo korzystny i znacznie upraszcza procedury związane z uzyskaniem uprawnień zawodowych. Działa to zresztą w obie strony – rocznie w Polsce izby lekarskie rozpatrują ok. 40 wniosków polskich lekarzy o uznanie specjalizacji uzyskanych w innym państwie UE, głównie w Niemczech i Wielkiej Brytanii. Należy się spodziewać, że w przyszłości już tak prosto nie będzie – brytyjskie urzędy rejestrujące lekarzy będą zapewne miały większą swobodę w zakresie dopuszczania ich do zawodu, co będą musieli brać pod uwagę ci, którzy będą rozważać podjęcie pracy w tym kraju po Brexicie.

Oczywiście z Brexitem wiąże się jeszcze szereg innych zagadnień dotyczących ochrony zdrowia. Niedawno Polska (głównie MZ) ubiegała się, by Warszawa stała się oficjalną siedzibą Europejskiej Agencji Leków, zastępując tym samym Londyn. Niestety, nowa siedziba będzie zlokalizowana w Amsterdamie. Pozostaną też kwestie takie jak rynek farmaceutyczny i wyrobów medycznych oraz możliwość korzystania z leczenia za granicą, np. zniesienie aktualnych ułatwień w zakresie tzw. turystyki leczniczej, z której Brytyjczycy korzystali dość licznie, również w Polsce (szczególnie w zakresie świadczeń stomatologicznych).

Już wkrótce zobaczymy, jak wszystko się ułoży. Niewątpliwie jednak będzie to oznaczało zmiany dla sporej grupy lekarzy i lekarzy dentyków. ☺

Wolny rynek zdrowia

Dlaczego Amerykanie są tak przywiązani do prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych? Jak lekarze i pacjenci oceniają ten system? Cemu prezydent Donald Trump krytykuje reformę Obamacare i co proponuje w zamian? O różnych aspektach ochrony zdrowia w USA z dr **Joanną Niżnik**, pracownikiem naukowym Katedry Finansów Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, rozmawia **Lidia Sulikowska**.



Lidia Sulikowska

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

GL
W Y W I A D

GL **Podejście do finansowania opieki zdrowotnej w USA jest zupełnie inne od tego, w którym osadzeni są Europejczycy. Obowiązuje tu model rezydualny, czyli wolnorynkowy. Jakie są jego wady i zalety?**

W tym systemie znacząco ogranicza się publiczną odpowiedzialność za zapewnienie opieki zdrowotnej. Rolę tę przejmuje sektor prywatny, cenę na usługi zdrowotne kształtuje podaż i popyt, a każdy obywatel sam decyduje o zakresie swojej ochrony ubezpieczeniowej. Nie ma tu państwowego, powszechnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Niemal każdy musi wykupić prywatne ubezpieczenie (indywidualnie lub poprzez zakład pracy). Poza tym polisa nie wyklucza dodatkowego współpłacenia. W przypadku większości pakietów ubezpieczeniowych jest tak, że obowiązują dopiero, gdy w ciągu roku wydaliśmy już określoną kwotę z własnej kieszeni na świadczenia zdrowotne, choć i nawet wówczas mogą obowiązywać dopłaty do wybranych usług. Gdy nie masz polisy zdrowotnej, a zachorujesz, placówka medyczna obciąża cię kosztami usług zdrowotnych.

GL **Jednak państwo nie jest całkiem obojętne wobec zdrowia swoich obywateli. Budżety: federalny i stanowe przeznaczają określoną pulę środków na część świadczeń.**

Tak jest w przypadku finansowania leczenia stanów nagłych, zagrażających życiu. Każdy oddział ratunkowy ma obowiązek przyjąć takiego pacjenta i udzielić mu niezbędnej pomocy. Jeśli okaże się, że osoba była nieubezpieczona, dług w ostateczności jest pokrywany ze środków publicznych. Jest też wsparcie dla osób starszych i najbardziej potrzebujących. Osoby, które ukończyły 65 lat, mogą dołączyć do programu rządowego Medicare i dzięki temu uzyskać ubezpieczenie zdrowotne na dużo korzystniejszych zasadach niż w przypadku polisy komercyjnej. Warunkiem przystąpienia jest udokumentowanie, że w czasie swojego życia zawodowego opłacało się składki zdrowotne. Jest także program Medicaid, służący realizacji pomocy medycznej dla najuboższych.

GL **Czy Amerykanie mogliby przejść na publiczny system ubezpieczeń zdrowotnych?**

Do takiego rozwiązania trudno jest przekonać społeczeństwo, które jest zakorzenione w systemie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Każdy za siebie odpowiada i chce decydować, na co konkretnie idą jego pieniądze. W jakimś sensie jednak zbliżono się do europejskiego systemu solidarności społecznej, dzięki wprowadzeniu w 2014 r. federalnej ustawy o ochronie pacjentów i przystępnej opiece zdrowotnej (The Patient Protection and Affordable Care Act – przyp. red.), czyli tzw. reformie Obamacare. Amerykański wolny rynek zdrowia został bowiem bardziej uregulowany. Dotychczas obywatel sam decydował o zakresie ochrony ubezpieczeniowej. Obecnie, poza nielicznymi wyjątkami (np. określone grupy etniczne, weterani, uczestnicy Medicare i Medicaid), ubezpieczenie jest obowiązkowe, a za jego brak grozi kara. Są też wymogi dla zakładów pracy – te, które zatrudniają powyżej 50 pracowników pełnoetatowych, muszą im zapewniać opiekę zdrowotną. Nałożono też szereg obowiązków na ubezpieczycieli, nie mogą np. odmówić zawarcia umowy osobie chorej, określono też minimalne standardy dla umów ubezpieczenia zdrowotnego. Z drugiej strony wprowadzono różnego rodzaju dotacje finansowe ze środków publicznych dla ubezpieczycieli, niezamożnych obywateli i małych przedsiębiorstw, dzięki którym można obniżyć cenę polisy. Zwiększono dostęp do Medicaid.

GL **Od wprowadzenia Obamacare minęły już prawie trzy lata. Jakie są efekty?**

Znacząco zmalała liczba osób nieubezpieczonych. O ile przed reformą było około 50 mln (ok. 17%) ludzi bez polisy zdrowotnej, to w 2016 r. ta liczba zmalała niemal o połowę. Obecnie ubezpiecza się już ponad 91 proc. społeczeństwa.

GL **To znaczy, że jest lepiej.**

W tym aspekcie tak, ale są inne, mniej korzystne. USA ma najdroższy system ochrony zdrowia na świecie, który po reformie stał się jeszcze bardziej kosztowny. Obecnie Amerykanie

50 mln

– tylu Amerykanów nie miało polisy zdrowotnej przed reformą Obamacare (ok. 17%), w 2016 r. liczba ta zmalała niemal o połowę

wydają około 17,2 proc. PKB na ochronę zdrowia, co oznacza 9892 USD na głowę mieszkańca przy średniej OECD 4 tys. USD. Wzrosły też wydatki publiczne o ponad 1/3 – do 3,2 bln USD. Aby te wydatki w jakiś sposób choć po części zrekompensować, nałożono dodatkowe podatki na bogatych, co nie przysparza zwolenników reformie.

GL Obecny prezydent USA nie zostawia suchej nitki na reformie zdrowotnej wprowadzonej przez swojego poprzednika. Jaka przyszłość rysuje się dla amerykańskich pacjentów?

Jeszcze w kampanii prezydenckiej Donald Trump informował, że jednym z jego priorytetów będzie wycofanie zmian w obszarze ochrony zdrowia, które wprowadził Barack Obama. Jego zdaniem przymuszanie obywateli do posiadania polisy zdrowotnej ogranicza ich swobodę, a dotacje państwa do systemu uważa za marnotrawstwo pieniędzy podatników. Republikański prezydent już po objęciu urzędu zapowiadał rychłą likwidację Obamacare, jednak pomysł ten nie zyskał do dziś aprobaty senatu, bo nie zaproponował nic w zamian. Zmienił więc strategię i stara się rozbierać tę reformę po kawałku, ograniczając państwowe dotacje na ochronę zdrowia. Chce m.in. znieść kary za brak polisy w przypadku zakładów pracy, którzy muszą je wykupywać swoim pracownikom, a także ograniczyć pomoc w ramach Medicaid i dopłaty do polis dla mniej zamożnych, planuje obniżyć minimalne standardy dla umów ubezpieczeń zdrowotnych.

GL Społeczeństwo popiera swojego prezydenta?

Amerykane są podzieleni politycznie i wydaje mi się, że nie oceniają Obamacare przez pryzmat rzeczywistych skutków tego programu, ale właśnie poprzez swoje preferencje polityczne. To widać, analizując różne sondaże na ten temat. Mamy podobną liczbę zwolenników, jak i przeciwników reformy.

GL Co o reformie sądzą lekarze?

Podobnie, np. w badaniu Johns Hopkins School of Medicine 52 proc. ankietowanych oceniało zmiany negatywnie, a 48 proc. pozytywnie.

Jak obywatele oceniają standard opieki medycznej?

W badaniu telefonicznym, przeprowadzonym w 2015 r. przez Szkołę Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Harvarda, świetną ocenę dało 9 proc. badanych, dobrą – 29 proc., średnią – 32 proc., złą – 29 proc. Jednak ten sam ośrodek przeprowadził rok później badania ankietowe, z których wynika, że słabo system oceniło tylko 13 proc., a bardzo dobrze – aż 17 proc. Placówki medyczne muszą trzymać standard opieki, bo społeczeństwo jest bardzo roszczeniowe i gdziekolwiek to możliwe, stara się o odszkodowanie.

GL Jak drogie są polisy?

Ceny kształtują się bardzo różnie, w zależności od zakresu ubezpieczenia. Im pełniejsza ochrona, tym wyższa składka. Cena polisy zależy także m.in. od wieku ubezpieczonego, jego stanu zdrowia, a nawet stylu życia, w tym otyłości czy palenia papierosów. Obamacare wprowadziła tzw. giełdy ubezpieczeń, na których można kupić produkty w najatrakcyjniejszych cenach. Ubezpieczyciele, którzy do nich przystąpili, są dotowani przez budżety stanowe, ale muszą oferować swoje produkty w oparciu o określone plany ubezpieczeniowe.

GL Czy jest problem z brakami kadrowymi personelu medycznego?

Statystycznie przypada 2,6 lekarzy na tysiąc mieszkańców, czyli podobnie jak w Polsce. Jednocześnie jednak jest duże wsparcie ze strony innego personelu medycznego – statystyki mówią o liczbie 11,3 pielęgniarek na tysiąc mieszkańców.

GL Na koniec zapytam o opiekę stomatologiczną. Jest ujęta w polisie?

Zazwyczaj pomoc dentystryczna nie jest objęta standardowym ubezpieczeniem. Trzeba samodzielnie opłacać wizyty u stomatologa. 



Dokręcić śrubę?

Nasz system jest niedofinansowany, ale część środków wydajemy nieefektywnie, pacjenci powinni mieć większy wpływ na jego kształt, a model duński, choć inspiruje, to na razie jest poza naszym zasięgiem.

MARIUSZ TOMCZAK

To najkrótsze podsumowanie konferencji „Inwestycje społeczne Zdrowie+” zorganizowanej 21 listopada przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie.

Zdecydowana większość środków przeznaczanych na ochronę zdrowia w Danii pochodzi z podatków, niemniej pacjenci muszą zapłacić z własnej kieszeni za wiele świadczeń i leków. Przykładowo: o ile leczenie stomatologiczne dzieci i młodzieży do 18. roku życia jest bezpłatne, o tyle dorośli muszą za nie współpłacić w 80 proc. Z ubezpieczeń uzupełniających i dobrowolnych pokrywane są głównie koszty świadczeń towarzyszących leczeniu.

Jak mówił prof. Kjeld Møller Pedersen z University of Southern Denmark, 98 proc. duńskich szpitali to placówki publiczne, a ich filozofia działania opiera się na założeniu, że nie są nastawione na zysk. Duże znaczenie przywiązuje się do zapewnienia koordynowanej opieki nad pacjentem tak, aby pojedyncze procedury nie były „oderwane” od siebie. Szpitale obowiązują zasada, że w ciągu 30 dni muszą postawić diagnozę i wdrożyć leczenie, a jeśli placówka nie dotrzyma tego terminu, pacjent ma prawo skorzystać z leczenia prywatnego, którego koszty zwróci system publiczny. Co do zasady w Danii długie kolejki nie występują, co może być jedną spośród przyczyn, dla których pacjenci

98%

– tyle duńskich szpitali to placówki publiczne (nie są nastawione na zysk)

wysoko oceniają jakość opieki szpitalnej. – Placówki szpitalne odciążają lekarze rodzinni, których można porównać do „strażników” systemu. Ich poradnie są otwarte także w weekendy i święta poprzez grupowanie praktyk i zastępstwa. 100 proc. praktyk lekarzy rodzinnych i lekarzy specjalistów znajduje się w rękach prywatnych – mówił prof. Pedersen. Z zaprezentowanych przez niego danych wynika, że lekarz POZ ma pod opieką ok. 1,6 tys. pacjentów. 90 proc. z nich przynajmniej raz w roku kontaktuje się ze swoim lekarzem, a średnia liczba kontaktów lekarza z pacjentem wynosi 7-8 (co warto podkreślić, nie są to wyłącznie osobiste wizyty w gabinecie, bo z lekarzem można skontaktować się także telefonicznie lub za pośrednictwem internetu). Jak mówił prof. Pedersen, w najbliższym czasie duński system czekają w dużej mierze te same wyzwania co inne europejskie kraje: wydłużająca się przeciętna długość życia prowadzi do starzenia się społeczeństwa oraz rosnącej wielochorobowości populacji. Udział osób w wieku 64+ ma wzrosnąć z 15 proc. (w 2010 r.) do 20 proc. w 2020 r. i do 25 proc. w 2040 r.

PACJENT W CENTRUM

O tym, dlaczego w Polsce rozwiązania z małego i bogatego kraju, jakim jest Dania, raczej się nie sprawdzą, mówił prof.

Romuald Krajewski, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej. W jego opinii oba systemy aż tak bardzo się nie różnią, jednak nasz nie sprawdza się w praktyce. – Jak wynika z badań opinii społecznej, w Polsce pacjenci i pracownicy są jednakowo niezadowoleni z jego funkcjonowania – wyjaśnił, dodając, że kasandryczne opowieści, jakoby nasz system ochrony zdrowia miał zaważyć się, są bardzo mocno przesadzone. – W ocenie europejskich pacjentów w całej Europie systemy ochrony zdrowia poprawiają się, nasz też – stwierdził wiceprezes NRL. Wprawdzie duński system można nazwać publicznym, ale w opinii prof. Krajewskiego zawiera on wiele elementów rynkowych. Z doświadczeń innych krajów można się wiele nauczyć pod warunkiem stosowania właściwej metodologii, a za zdaniem profesora znajduje się m.in. w Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia. – Doświadczenia pacjentów i ich satysfakcja stają się najważniejszym elementem systemów ochrony zdrowia na świecie. Pacjenci powinni mieć duży wpływ na ich funkcjonowanie, tymczasem u nas, poza skargami, w praktyce niewiele mogą, są tylko świadczeniobiorcami – powiedział. W systemach scentralizowanych, takich jak obowiązujący w Polsce, o wydawaniu pieniędzy decydują urzędnicy, a jakość leczenia mierzy się wskaźnikami biomedycznymi i ekonomicznymi. Korelacja między tymi dwoma ostatnimi a satysfakcją pacjentów jest jednak dość słaba. – W krajach OECD wynosi +0,4 – dodał prof. Krajewski. Pacjenci są być może zadowoleni, że rośnie przeciętna długość życia, ale system oceniają w oparciu o to, ile czekają na wizytę w przychodni lub szpitalu, jak się ich traktuje, ile mają czasu na rozmowę z lekarzem czy pielęgniarką, czy samodzielnie mogą wybrać miejsce leczenia. Innymi słowy: pacjent nie patrzy na statystyki, ale na to, czy spotyka się urzędnikiem ochrony zdrowia przebranym w biały fartuch czy też z lekarzem. – W Polsce potrzebne są mechanizmy mogące poprawić satysfakcję pacjentów. System można poprawiać, optymalizować czy racjonalizować, ale to się nie uda bez przekazania wielu decyzji na niższe szczeble tak, by współdecydowali ci, dla których praktyczne aspekty jego funkcjonowania są najważniejsze

w codziennym życiu – powiedział wiceprezes samorządu lekarskiego, dodając, że choć pod względem liczebności czy zajmowanej powierzchni Danię można porównać z jednym polskim województwem, to zarządzanie ochroną zdrowia jest tam bardziej zdecentralizowane niż między Wisłą a Odrą.

SZEF NFZ: „TO ROZPASANIE”

Po wystąpieniu prof. Pedersena i prof. Krajewskiego wywiązała się dyskusja, w czasie której dobitnie podkreślano, że w zachodniej części Europy kwestie związane ze zdrowiem są bardzo mocno uregulowane. Jak przypomniał Piotr

Warczyński, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia w latach 2014-2017, Polska jest częścią Unii Europejskiej, czyli struktury socjalnej, którą trafnie charakteryzuje różnica semantyczna. – W UE mamy do czynienia ze służbą zdrowia, a nie ochroną zdrowia – powiedział eksminister. Zdaniem Andrzeja Jacyny, prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, przez ostatnie kilkanaście lat w naszym kraju nadmiernie rozrosła się część szpitali nastawiona na osiąganie zysku. – W Danii rynek szpitali niepublicznych jest niewielki, wśród świadczeniodawców niepublicznych dominują te nie-nastawione na zysk. W Polsce mamy

GL
PATRONAT

REKLAMA

21

.....
– tylko tyle
szpitali z ostrym
dyżurem działa
w Danii

do czynienia z rozpasanym rynkiem, który za główny cel stawia zysk, co nie tyle zależy od właścicieli, a od sposobu finansowania – powiedział prezes NFZ. W ocenie Andrzeja Mądrali, wiceprezydenta Pracodawców RP, lepszy od duńskiego model proponuje Holandia, gdzie jest silna rola opieki podstawowej. – Holandia to zupełnie inny system, nie mieszajmy tego. Tam jest jeszcze wyższe finansowanie i jeszcze większe dopłaty pacjentów – zaprotestował prof. Piotr Czauderna z Narodowej Rady Rozwoju. – Dania ma pomysł na siebie, u nas tego brakuje. W Polsce, jak coś się nie sprawdza, to tego nie ulepszamy jak Duńczycy, lecz wszystko zmieniamy, negując rozwiązania poprzedników – podsumowała prof. Dorota Karkowska z nowo powołanego Zespołu do spraw studiów strategicznych OIL w Warszawie. – Codziennie pieniądze nam uciekają, bo polscy pacjenci wyjeżdżają leczyć się

za granicą – dodała. Z aprobatą mówiła o pomysle Duńczyków, którzy w zakresie finansowania niejako oddzielają leczenie od następującej po nim opieki, a prywatne ubezpieczenia wykupuje się z myślą o tej ostatniej.

ZA DUŻO CHIRURGII?

– W Danii jest tylko 21 szpitali z ostrym dyżurem na niecałe 6 mln mieszkańców – dziwił się Marek Wesołowski, ekspert rynku medycznego. Gdyby tamtejsze realia ludnościowe przenieść na nasz kraj, w Polsce w trybie ostrym powinno dyżurować 120 placówek, tymczasem w 2016 r. NFZ podpisał ponad 500 umów na hospitalizację w zakresie chirurgii ogólnej. – Oznacza to, że przeciętny obywatel Polski do najbliższego oddziału chirurgicznego ma zaledwie 13 minut, bo odległość wynosi średnio ok. 7 km. Skoro mamy pół tysiąca oddziałów świadczących pełnowartościowe

usługi chirurgiczne, to przeciętny Polak w promieniu 30 km ma 10 oddziałów chirurgicznych. Moim zdaniem Danii nie byłoby stać na tak drogą ochronę zdrowia – powiedział dr Wesołowski. Dodał, że jako chirurg posługuje się tym samym sprzętem, co lekarze w Danii, ale on kosztuje nas tyle samo, a czasami nawet więcej, a mimo to marnujemy potencjał ludzki i sprzętowy m.in. przez nieefektywne rozmieszczenie szpitali. Co do tego, że nie w każdym powiecie musi być lecznica, zgodził się Andrzej Sawoni, prezes OIL w Warszawie, a jednocześnie gospodarz konferencji. – Często o ich powstaniu decydują ambicje władz lokalnych. Dobrze funkcjonująca placówka powiatowa powinna obsługiwać 100 tys. pacjentów, taki jest standard światowy dla szpitala wielospecjalistycznego o charakterze podstawowym – skomentował dyskusję dr Sawoni. (C)

Czas na podsumowania



Leszek Dudziński

Wiceprezes NRL, przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL

Kończy się rok. Dobrą okazją do posumowania naszej działalności jest list Ministra Zdrowia do Naczelnej Rady Lekarskiej, a dokładnie odpowiedzi pana ministra na pytania, które zostały zadane, a na które nie zdążył odpowiedzieć podczas wcześniejszego spotkania.

To dość ciekawa lektura. Minister Radziwiłł stara się wytłumaczyć, dlaczego w ochronie zdrowia zachodzą takie, a nie inne zmiany. W sposób precyzyjny ustosunkowuje się również do zmian i decyzji dotyczących stomatologii. Na pytanie związane z finansowaniem świadczeń stomatologicznych, a dokładnie tak niskiego poziomu finansowania, pada bardzo precyzyjna odpowiedź.

Od 2004 r. nastąpił stały wzrost nakładów i wg tabeli, którą dołączono do listu, wynosi on: 0,9 proc. w latach 2014-2015; 1,4 proc. w latach 2015-2016; 4,7 proc. w latach 2016-2017. Nie można odmówić panu ministrowi bardzo precyzyjnego, socjotechnicznego sformułowania odpowiedzi. Rzeczywiście nakłady rosną, ale prawda jest taka, że wciąż są zbyt małe w stosunku do potrzeb.

Drugie zagadnienie, które w ostatnim czasie nurtowało nasze środowisko i nie zostało rozwiązane, to kwestia związana ze stosowaniem amalgamatu, a dokładnie z rozporządzeniem Rady Europy i Parlamentu Europejskiego. Również w tym temacie odpowiedź jest bardzo precyzyjna. Minister powołuje się na powyższy dokument i stwierdza, że od 1 stycznia 2019 r. gabinety, które stosują amalgamat stomatologiczny lub w których są usuwane wypełnienia zawierające amalgamat lub zęby zawierające takie wypełnienia, będą zobowiązane do posiadania separatorów amalgamatu. Od 1 lipca 2018 r. amalgamatu nie będzie można stosować w leczeniu zębów mlecznych oraz w leczeniu zębów u dzieci do lat 15, a także kobiet ciężarnych. Przygotowywane są rozwiązania prawne określające, które materiały mogłyby zastąpić wypełnienia amalgamatu i padają dwie propozycje: cementy glasonomerowe lub u dzieci i młodzieży do 18. r.ż. materiały światłoutwardzalne. Nie mówi się jednak nic o zmianie wyceny ani o modyfikacji koszyka świadczeń gwarantowanych, oprócz tzw. współczynników korygujących wycenę.

Jeśli chodzi o rekompensatę w związku z koniecznością zakupu separatorów, to pole minister pozostawia do dyskusji. Jest to pewnego rodzaju szansa, którą z pewnością będziemy chcieli wykorzystać. Zwiększenie wyceny świadczeń mogłoby rozwiązać

problem, ale wyłącznie w gabinetach posiadających kontrakt z NFZ, w pozostałych niestety już nie. Trzeba szukać rozwiązań dobrych dla wszystkich.

Na pytania dotyczące zagadnień radiologii stomatologicznej również otrzymaliśmy ciekawą odpowiedź. Wydaje się, że to, co zostało osiągnięte przy tworzeniu przepisów prawa atomowego w dotychczasowych negocjacjach, a w zasadzie dostosowania dyrektywy europejskiej określającej normy bezpieczeństwa, jest punktem granicznym i więcej nie da się już zrobić. Ponieważ jednak wciąż trwają prace nad przepisami, nasi przedstawiciele nadal próbują wynegocjować jak najlepsze zapisy w tym zakresie.

Pan minister wyjaśniał również kwestie dotyczące opieki nad młodzieżą szkolną. Właśnie ukazały się: projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego oraz projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Mamy zaledwie kilka dni na ich zaopiniowanie.

W odpowiedzi na pytanie dotyczące zatrudnienia lekarzy w praktykach, minister poinformował, że podtrzymuje swoje wcześniejsze stanowisko i nie daje zgody na zmianę przepisów zawartych art. 53 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty w tym zakresie. To oznacza, że nie ma co podejmować dyskusji na temat zatrudnienia lekarza przez lekarza w indywidualnej praktyce, stomatologicznej również.

Na koniec kwestia dotycząca powołania w Ministerstwie Zdrowia departamentu poświęconego stomatologii. Tu odpowiedź jest trochę kuziołowa: „W odpowiedzi na pytanie dotyczące departamentu stomatologii wskazuję, że z punktu widzenia spójności realizowania zadań resortu wyodrębnienie departamentu, który dedykowany byłby lekarzom dentystom, jest niezasadne”. Myślę, że to w pełni odzwierciedla niezrozumienie problematyki, o której rozmawiamy od dwóch lat. Zabiegaliśmy o utworzenie departamentu stomatologii, aby rozwiązywać problemy dotyczące opieki stomatologicznej w Polsce. Nigdy nie mówiliśmy o tym, że departament taki miałby być dedykowany lekarzom dentystom. Jeżeli pan minister w ten sposób odczytuje nasze intencje, to nie dziwi mnie, że nasze starania pozostają wciąż nieskuteczne.

W imieniu własnym oraz Komisji Stomatologicznej NRL wszystkim Koleżankom i Kolegom Lekarzom oraz Lekarzom Dentystom życzę spokojnych i zdrowych Świąt oraz wszystkiego najlepszego w Nowym 2018 Roku. ☺

Tylko w kooperacji z lekarzem dentystą

Z prof. **Teresą Sierpińską**, konsultantem krajowym w dziedzinie protetyki stomatologicznej, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

GL Resort zdrowia przedstawił projekt ustawy o zawodzie technika dentystycznego i zawodzie specjalisty ds. techniki dentystycznej. Oznaczałoby to, że zawód ten stałby się samodzielnym zawodem medycznym.

Technik dentystyczny jest zawodem medycznym, który wykonuje osoba posiadająca kwalifikacje do opracowywania uzupełnień protetycznych w pracowni protetycznej i należy do grupy zawodów regulowanych. Z definicji technikiem dentystycznym może więc zostać każdy, kto posiada wykształcenie średnie medyczne, rozumiane jako ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyska tytuł zawodowy technika

dentystycznego lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie technik dentystyczny.

Z kolei zgodnie z interpretacją Ministerstwa Zdrowia specjalista ds. techniki dentystycznej to osoba, która ukończyła studia wyższe w specjalności technika dentystyczna, obejmujące w programie nauczania co najmniej 2184 godziny kształcenia w zakresie niezbędnym do przygotowania do wykonywania zawodu technika dentystycznego i uzyskała tytuł licencjata lub inżyniera. Zatem nawet specjalista ds. techniki dentystycznej nie może być traktowany jako samodzielny zawód medyczny. Propozycje zmian w ustawie są więc w sprzeczności z tymi definicjami.

GL
W Y W I A D

REKLAMA



GL Propozycja ta znacznie poszerza uprawnienia wykonujących zawód techników dentystycznych. Co na to środowisko stomatologów?

Jako krajowy konsultant w dziedzinie protetyki stomatologicznej otrzymałam do zaopiniowania projekt ustawy o zawodzie technika dentystycznego i zawodzie specjalisty ds. techniki dentystycznej i moja opinia jest jednoznacznie negatywna.

Zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem technik dentystyczny nie jest uprawniony do wykonywania żadnych czynności w jamie ustnej pacjenta. Wynika to z faktu, iż program kształcenia przeddyplomowego w zakresie techniki dentystycznej obejmuje wyłącznie czynności wykonywane w laboratorium i ani jedna godzina dydaktyczna w trakcie kształcenia nie jest poświęcona pracy z pacjentem. Studia licencjackie są pożyteczne w kontekście wprowadzania do techniki dentystycznej nowych materiałów i skomplikowanych technologii, lecz w oczywisty sposób nie zastępują studiów medycznych, których ukończenie jest elementarnym warunkiem nabycia uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom.

Dopuszczenie do klinicznych świadczeń zdrowotnych, a w tym czynności zabiegowych wykonywanych bezpośrednio u pacjentów (jak proponuje się w projekcie), techników dentystycznych stwarza zatem bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia pacjentów. Jednostki zajmujące się świadczeniem usług medycznych podlegają kontroli sanepidu, a laboratoria techniki dentystycznej nie podlegają takiej kontroli. Ponieważ ostatecznie za uzupełnienie protetyczne odpowiada lekarz, więc to jego zadaniem jest dbałość o zasady higieny w tym zakresie.

GL Aby wykonywać zawód technika dentystycznego, wystarczy ukończyć dwuletnią szkołę pomaturalną. Czy to znaczy, że technicy dentystyczni mieliby się legitymować wyższymi kwalifikacjami, niż wynika z ich wykształcenia?

No właśnie. Wykształcenie na poziomie szkoły pomaturalnej nie jest najlepszym rozwiązaniem. Obecnie kształcenie w zakresie techniki dentystycznej może się odbywać na poziomie

▲ Prof. Teresa Sierpińska:
– **Dopuszczenie do klinicznych świadczeń zdrowotnych, a w tym czynności zabiegowych wykonywanych bezpośrednio u pacjentów, techników dentystycznych stwarza bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia pacjentów.**

studiów pierwszego stopnia, z reguły prowadzone przez uniwersytety medyczne, w szkołach pomaturalnych i w szkołach policealnych (bez uzyskania matury). Możliwe jest również uzupełnienie wykształcenia do poziomu licencjatu w procedurze potwierdzania efektów uczenia się uzyskanych poza systemem studiów. W ostatnim czasie pojawiła się również możliwość kształcenia zaocznym i niektóre placówki prowadzą je systemem e-learningowym.

GL To znaczy, że zawód technika dentystycznego nie jest zbyt wymagający?

Przeciwnie, jest zawodem bardzo wymagającym, gdyż łączy zdolności manualne z pogłębioną znajomością technologii medycznych. Wymaga też wiedzy technicznej z zakresu materiałoznawstwa i biomechaniki. Technik dentystyczny jest jednak częścią zespołu medycznego, zajmującego się protetycznym leczeniem pacjentów, w skład którego wchodzi lekarz, technik dentystyczny, asystentka lub higienistka stomatologiczna. Zatem powinien posiadać wysokie kwalifikacje, które umożliwią mu świadome wykonywanie swojego zawodu. Dlatego uważam, iż osoba podejmująca szkolenie w tym zawodzie powinna bezwzględnie posiadać maturę. Z pewnością kształcenie nie powinno odbywać się w systemie zaocznym, a już niedopuszczalne jest kształcenie systemem e-learningowym.

GL A co z prawem wglądu w dokumentację medyczną pacjenta?

Dokumentację medyczną prowadzą lekarze lub lekarze dentyści i podlega ona prawu o ochronie danych osobowych oraz zasadom etyki lekarskiej. Zatem technik dentystyczny nie może samodzielnie prowadzić i mieć dostępu do takiej dokumentacji. Ewentualne informacje o zdrowiu pacjenta są udzielane technikowi tylko w zakresie niezbędnym do wykonania uzupełnienia protetycznego w laboratorium techniki dentystycznej.

GL W świetle zapowiadanych zmian technicy dentyści mogliby się zajmować leczeniem schorzeń błon śluzowych jamy ustnej.

Nie mają i wierzę, że nie będą mieli takich uprawnień. To byłoby zatrważające. Schorzenia błony śluzowej jamy ustnej wymagają bardzo szerokiej wiedzy nie tylko z zakresu periodontologii, lecz także medycyny ogólnej, a kształcenie nawet na poziomie studiów pierwszego stopnia nie obejmuje wiadomości z tych dziedzin.

GL Zawód technika dentystycznego zawsze był zawodem pomocniczym, może funkcjonować w kooperacji z lekarzem dentystą, skąd pomysł, aby to zmieniać?

Pewnie dlatego, by zaoszczędzić na procedurach. Jeśli pacjent posiada uzębienie, trzeba tego pacjenta najpierw przygotować do leczenia protetycznego – wyleczyć próchnicę, przeprowadzić leczenie endodontyczne, jeśli pacjent takiego leczenia wymaga, usunąć zęby zgodnie ze wskazaniami, skorygować kształt zębów w celu poprawy utrzymania protezy, usunąć kamień i wykonać wiele innych zabiegów, które warunkują prawidłową funkcję i utrzymanie uzupełnień

protetycznych. Nie wyobrażam sobie, aby choćby niektórzy z tych czynności mógł prowadzić technik dentystyczny.

GL A co z odpowiedzialnością?

Uzupełnienie braków uzębienia protezami ruchomymi jest czynnością z zakresu leczenia stomatologicznego. Leczeniem, zgodnie z obowiązującym prawem, mogą więc zajmować się tylko lekarze i lekarze dentyści. Przy obecnych standardach leczenia protetycznego przed przystąpieniem do wykonania jakiegokolwiek czynności w ustach pacjenta należy wykonać prawidłową diagnostykę, opartą na badaniu klinicznym uzupełnionym badaniami dodatkowymi.

Podstawowym badaniem dodatkowym jest radiologiczne zdjęcie pantomograficzne, które pozwala ocenić podłoże protetyczne. Często też zlecamy wykonanie dodatkowej diagnostyki rtg., jeśli pacjent tego wymaga. Bez zdjęcia pantomograficznego nie należy przystępować do jakichkolwiek zabiegów stomatologicznych, gdyż grozi to popełnieniem licznych błędów.

Wykonanie badania radiologicznego zleca lekarz, a nie technik dentystyczny. Prawidłową ocenę podłoża protetycznego wykonuje się właśnie w oparciu o badanie kliniczne i radiologiczne. Dopiero wtedy planuje się rehabilitację protetyczną. Rehabilitacja protetyczna to nie jest proste wykonanie protezy, gdyż każda proteza wprowadzona do jamy ustnej jest ciałem obcym, a więc działającym potencjalnie szkodliwie na tkanki otaczające. Tylko lekarz jest w stanie

TECHNIK DENTYSTYCZNY ODPOWIADA TYLKO PRZED LEKARZEM.

ocenić, czy proteza będzie spełniała swoją funkcję i jaki rodzaj protezy należy zastosować w określonych warunkach.

Pacjent jest chroniony prawem przed skutkami nieprawidłowego postępowania rehabilitacyjnego, a lekarz odpowiada za skutki swoich decyzji w majestacie prawa. Technik dentystyczny odpowiada tylko przed lekarzem. Zatem prawo nie chroni pacjenta przed skutkami jego działań.

GL Jednak zawód technika dentystycznego należy uregulować, ponieważ zmieniają się technologie i podejście do protetyki.

Właśnie na tym polu powstało wiele nieporozumień. Myślę, że relacje stomatolog – technik dentystyczny powinny być oparte na wzajemnym zrozumieniu i kulturze współpracy. Zdecydowanie lepiej to wygląda w relacji lekarz dentyista specjalista w dziedzinie protetyki stomatologicznej – technik dentystyczny. Nowoczesne technologie w zakresie techniki dentystycznej wymuszają wzajemne zrozumienie. Myślę, że prowadzenie wspólnych szkoleń przeznaczonych zarówno dla lekarzy i techników mogłoby poprawić te relacje bez wchodzenia w kompetencje poszczególnych zawodów. ()

REKLAMA

Z opłatkiem w dłoni



Jolanta Małmyga

Wiceprezes ORL w Gorzowie Wlkp.

*Aby Święta Bożego Narodzenia
były Bliskością i Spokojem,
a Nowy Rok – Dobrym Czasem.*

Konstanty Ildefons Gałczyński

Zbliża się koniec roku, a to oznacza czas podsumowań i oceny tego, co się udało zrealizować, a co pozostało do zrobienia. Zastanawiamy się, czy nasze zamierzenia i postanowienia noworoczne nie były zbyt ambitne i na wyrost. Nie zawsze też mamy możliwość w pełni kontrolować bieżące wydarzenia, gdyż pewne sprawy dzieją się poza nami i bez naszego udziału, ale takie jest życie. Nie wszystko uda się przewidzieć i zaplanować. Zdarzają się sytuacje, które wymagają odwagi i szybkiego podejmowania decyzji, bo życie jest i powinno być dynamiczne, nie pozwalające osiąść na laurach, lecz mobilizujące do ciągłego działania.

Z takimi wyzwaniem codziennie mają do czynienia lekarze i lekarze dentyści podczas wykonywania swego zawodu. Trzeba być silnym i odważnym, aby zmagać się z codziennymi problemami i trzeba nauczyć się tego, aby nigdy się nie poddawać, a postarać się wybrać najbardziej optymalne rozwiązania, które nikogo nie obrażą, a pomogą pozytywnie rozwiązać problemy. Doskonale wiem, że do tego potrzebna jest nie tylko dobra wola zainteresowanych stron, ale także wzajemne poszanowanie i chęć zrozumienia poglądów innych niż własne. Warto posłuchać i postarać się zrozumieć oraz wyjaśnić rozbieżności, wówczas jest szansa na uzyskanie konsensusu, przecież wszystkim nam

zależy na poprawie warunków pracy i życia. Musimy myśleć pozytywnie i wierzyć w pomyślne zakończenie tego, czego się podjęliśmy.

Zbliżają się święta Bożego Narodzenia, które dla wszystkich ludzi są czasem radości i pojednania. Świętowanie zaczynamy od wigilijnej kolacji, którą w Polsce poprzedza symboliczny rytuał dzielenia się opłatkiem będącym symbolem przyjaźni, miłości, pokoju i przebaczenia.

Dzielenie się nim na początku wieczery wigilijnej wyraża chęć bycia razem w gronie najbliższych osób i wzajemnego składania sobie życzeń, jako symbolu wspólnoty. Opłatek wigilijny symbolizuje chęć pojednania i pogodzenia się z ewentualnymi wrogami. Oczywiście wydaje się, że nie chcemy siadać do wigilijnego stołu z kimś, z kim dzieli nas chociażby cienka nić nieporozumienia. Pragniemy, aby ten posiłek był przepełniony rodzinnym ciepłem, miłością i wzajemnym poszanowaniem. Jest też w naszej tradycji zwyczaj pozostawienia wolnego miejsca przy stole dla zbłąkanego gościa, który albo nie ma z kim zasiąść do wigilijnej wieczerzy, albo nie zdążył na czas do swoich najbliższych. Przyjmijmy tych ludzi we własnych domach z życzliwością i podzielmy się opłatkiem, przekażmy im radość tych pięknych świąt. Wysyłając tradycyjne kartki świąteczne z życzeniami do krewnych i znajomych prześlijmy też opłatek jako znak naszej miłości i życzliwości. Z opłatkiem w dłoni życzę wszystkim radosnych i pogodnych Świąt. ☺

Lekarz ukarany 18 razy

Kara pozbawiania prawa wykonywania zawodu została orzeczona przez sądy lekarskie zaledwie 13 razy. Przedstawiamy jeden z nich.

Pacjentka zgłosiła się do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, zarzucając lekarzowi dentyście nieprawidłowe wykonanie mostów. Leczenie rozpoczęto od założenia mostu z 4 zębów przednich górnych.

Po dwóch tygodniach założono most tymczasowo. Po miesiącu pacjentka przyszła na kolejną wizytę. Zarówno skarżąca, jak i obwiniony lekarz nie byli zadowoleni z wykonanej pracy. Pobrano nowe wyciski, a most zniszczono. Lekarz zaproponował uzupełnienie braków całej górnej szczęki, by poprawić funkcję i estetykę. Skarżąca zgodziła się. Wykonano most górnej szczęki – 13 zębów, które oszlifowano. Ponieważ dolne ulegały ścieraniu, wykonano kolejny most na 4 zębach dolnych. Obwiniony lekarz zaproponował wykonanie mostu w zakresie 12 zębów dolnych. Po wykonaniu mostów, założeniu górnych

tymczasowo, a dolnych na stałe, robiono liczne korekty. Pożądanego efektu nie było. Obwiniony lekarz zaproponował więc zrobienie nowych mostów u niemieckiego technika. Gdy założono tymczasowo górę, pacjentka zgłosiła, że mosty uciskają na szczękę i następuje mimowolny wyciek śliny. Kolejne korekty nie przyniosły efektu, a lekarza nie było mimo umówionych wizyt. Pacjentka złożyła skargę.

Po zbadaniu sprawy OROZ uznał, że złamane zostały art. 4 i art. 41 ust. 1 i 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz art. 8 KEL i art. 8 pkt 3 ustawy o izbach lekarskich, i skierował sprawę do okręgowego sądu lekarskiego. OSŁ po zebraniu materiału dowodowego uznał, że leczenie zostało zaplanowane i przeprowadzone nieprawidłowo. Wskazano na: brak planu leczenia, brak informacji o planach alternatywnych oraz zgody na leczenie, brak dokumentacji medycznej,

nieprawidłowe wykonanie pracy protektycznej w aspekcie klinicznym i laboratoryjnym, niedopuszczalny z powodów biomechanicznych projekt uzupełnienia stałego w szczęcie, nieprawidłową kwalifikację zębów filarowych, brak jakiejkolwiek diagnostyki obrazowej przed leczeniem. Stawiając dwa zarzuty, w tym wykonywanie zawodu w okresie prawomocnego orzeczenia zakazu jego wykonywania, orzeczono kary: nagany oraz pozbawienia prawa wykonywania zawodu. Od tego orzeczenia odwołał się pełnomocnik obwinionego. Naczelny Sąd Lekarski utrzymał w mocy orzeczenie sądu I instancji i podkreślił, że wcześniejsze prawomocne orzeczenia sądu lekarskich uznał za okoliczność obciążającą obwinionego.

Sprawa trafiła do Sądu Najwyższego, który oddalił kasację jako bezzasadną i utrzymał w mocy wcześniejsze orzeczenia sądów. (O)



Grzegorz Wrona

Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

) KOMENTARZ

Zgodnie z art. 17 Konstytucji RP, lekarski samorząd zawodowy ma sprawować pieczę nad należyтым wykonywaniem zawodu przez członków naszej korporacji zawodowej. Tę pieczę sprawują m.in. powoływani w wyborach lekarze i lekarze dentyści, rzecznicy odpowiedzialności zawodowej i sędziowie sądów lekarskich. Jesteśmy właśnie w okresie przedwyborczym. Co zatem ma zrobić rzecznik i sąd w sytuacji, kiedy nad lekarzem ciąży szereg orzeczonych (w okresie ostatnich kilku lat osiemnaście) wyroków sądów lekarskich – od upomnienia do kilkakrotnego zawieszenia prawa wykonywania zawodu – uznających zupełny nieprofesjonalizm lekarza, działanie w oczywisty sposób na szkodę chorych, powodowane najprawdopodobniej pobudkami finansowymi, w sytuacji, kiedy lekarz nie przyjmuje do wiadomości błędów w swoim działaniu, kiedy zupełnie lekceważy prawomocne decyzje samorządu, nie okazuje żadnej skruchy, a z zapadłymi orzeczeniami dyskutuje za pośrednictwem prawnika, nie mając ochoty albo odwagi stanąć twarzą w twarz z innymi lekarzami dentydami? Czy samorząd powinien tolerować takie zachowania i nadal próbować docierać do

lekarskiej wiedzy i lekarskiego sumienia? Czy rzecznik odpowiedzialności zawodowej, do którego dociera kolejna informacja o popełnieniu przewinienia zawodowego przez tego lekarza, w ogóle ma prawo do stawiania innego wniosku niż o pozbawienie prawa wykonywania zawodu? I jeszcze jedno pytanie, przy pełnym i oczywistym poszanowaniu bezwzględного uprawnienia do obrony ukaranego takim pozbawieniem prawa lekarza: czy składanie kolejnej kasacji do Sądu Najwyższego może mieć jakieś szanse?

Zastanowienia wymaga także dalszy los tego lekarza pracującego obecnie na terenie Niemiec. Czy pozbawienie (pierwotnego) prawa wykonywania zawodu w Polsce nie wyklucza możliwości wykonywania zawodu u naszych zachodnich sąsiadów? Co zrobi, analizując informację polskiego samorządu w warunkach tzw. mechanizmu ostrzegawczego (IMI), lekarski samorząd zawodowy w Niemczech? Najpewniej polska izba lekarska nie będzie widziała żadnych powodów, aby na wniosek izby niemieckiej nie podzielić się wiedzą o przydatności do wykonywania zadań przez lekarza, który przez nas został dożywotnio zdyskwalifikowany w tym zawodzie. (O)

Za mało ortopedów



Lucyna
Krysiak

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

GL
W Y W I A D

Z prof. **Markiem Synderem**, prezesem Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

GL Historia polskiej ortopedii sięga początków minionego wieku, jak narodziła się ta specjalność?

Dokładnie 3 kwietnia 1913 r. w Poznaniu rozpoczął medyczną działalność Zakład Ortopedyczny im. Bolesława Saturnina Gąsiorowskiego. Dzień ten przyjmujemy za datę powstania ortopedii polskiej jako odrębnej specjalności, a inicjator tego przedsięwzięcia Ireneusz Wierzejewski nazywany jest jej ojcem. Na przestrzeni tych ponad 100 lat działalności towarzystwa zaszły olbrzymie zmiany, począwszy od możliwości diagnostycznych chorób układu narządu ruchu, poprzez nowe techniki ich obrazowania, po nowoczesne techniki operacyjne i nowatorskie rozwiązania materiałowe.

GL Żyjemy coraz dłużej, a to oznacza problemy z układem kostno-stawowym w starszym wieku. Jakież?

Narząd ruchu także się starzeje, a temu procesowi towarzyszy najczęściej osteoporoza i związane z nią złamania patologiczne kości. Stąd kluczowym jest wczesne rozpoznawanie tej choroby, właściwe leczenie, a przede wszystkim działania zapobiegające złamaniom kości. Właśnie kończymy opracowywanie najnowszych zasad profilaktyki, rozpoznawania i leczenia osteoporotycznych złamań. Mam nadzieję, że to podniesie jakość leczenia chorych z osteoporozą.

Problemem starzejącego się społeczeństwa są także zmiany zwyrodnieniowe stawów. Choroby te, zwłaszcza dotyczące dużych stawów oraz kręgosłupa, są przyczyną znacznych dolegliwości bólowych, ograniczenia sprawności i częstej absencji w pracy. Niestety, nadal zbyt wielu chorych zgłasza się do leczenia w bardzo zaawansowanych stadiach choroby, co powoduje, że większość z nich wymaga leczenia operacyjnego. Utrapieniem jest także narastająca liczba urazów narządu ruchu. Dotyczy to ludzi w każdym wieku, niemniej przyczyniają się one także do wcześniejszego rozwoju zmian zwyrodnieniowych.

Schorzenia narządu ruchu to nie tylko nasz rodzimy problem, dotyczy milionów ludzi na całym świecie i dlatego Światowa Organizacja Zdrowia lata 2000-2010 poświęciła temu zagadnieniu, nazywając je Dekadą Kości i Stawów. Głównym celem tego przedsięwzięcia była poprawa jakości życia chorych, chociaż w szerszym znaczeniu chodziło także o lepszą organizację ochrony zdrowia. Nasze towarzystwo aktywnie włączyło się w te międzynarodowe działania.

GL Jednak wciąż na wszczepienie endoprotez czeka się latami, a na wizytę u ortopedy miesiącami. Co na to PTOiTr?

To jest nie do zaakceptowania nie tylko przez pacjentów, ale z medycznego punktu widzenia. Choć w różnych regionach kraju jest różny czas oczekiwania, to nie zmienia faktu, że problem kolejkowy istnieje. Działania PTOiTr idą w kierunku skoordynowania działań oddziałów terenowych NFZ i resortu zdrowia. Pod naciskiem towarzystwa udało się wyegzekwować z kasy funduszu większe pieniądze dla wielu szpitali, dzięki czemu można było zoperować więcej chorych niż w roku ubiegłym, co w wielu regionach Polski istotnie zmniejszyło kolejki oczekujących na taki zabieg.

Niestety, wyceny procedur endoprotezoplastyk stawowych zostały w ubiegłym roku znacznie obniżone, powodując, że niektóre z nich, jak np. zabiegi rewizyjne, obciążają szpitale, gdyż ich wycena nie pokrywa rzeczywistych kosztów implantów. Staramy się wraz z konsultantem krajowym w dziedzinie ortopedii prof. Jarosławem Czuba-kiem naciskać na NFZ oraz MZ w celu poprawy sytuacji. Rozmawiamy też z Senacką Komisją Zdrowia, licząc, że zainteresuje się tematem.

GL A onkologia, w jakim zakresie ortopedia wkracza w tę dziedzinę medycyny?

Nowotwory nie omijają także narządu ruchu i mierzymy się z nimi każdego dnia. Od tych łagodnych, często spotykanych u dzieci, po te najbardziej złośliwe, często wymagające skomplikowanych zabiegów rekonstrukcyjnych. Dla takich przypadków jest zielone światło.

GL Wzrasta też urazowość, jak radzi sobie z nimi współczesna ortopedia i traumatologia?

Praktycznie obecnie nie stosuje się już opatrunków gipsowych, zastępując unieruchomienie kości nowoczesnymi zespoleniami, pozwalającymi na wczesne usprawnianie, poruszanie się i szybki powrót do pracy zawodowej. Tego typu leczenie skraca czas pobytu chorych w oddziale, co przekłada się na zmniejszenie i tak wysokich kosztów leczenia. I podobnie tutaj należy zwrócić uwagę na niedoszacowanie wyceny tych procedur. Chcąc leczyć nowoczesnymi metodami, często stoimy przed dylematem, jaki rodzaj zespolenia wybrać dla danego chorego.

GL Ortopedia i traumatologia nie mogą istnieć bez rehabilitacji.

To prawda, jesteśmy od siebie zależni i dobrze, gdyby ta współpraca była zsynchronizowana. Niestety, liczba łóżek rehabilitacyjnych jest niewystarczająca w stosunku do potrzeb i oczekiwań pacjentów. Lukę tę niejako uzupełnia rehabilitacja ambulatoryjna, która nie zawsze jest dostępna dla każdego pacjenta. Wspieramy naszych kolegów rehabilitantów w ich dążeniach do poprawy tej sytuacji.

Wczesne i nowoczesne leczenie chorego ze schorzeniem narządu ruchu to krótki pobyt w oddziale ortopedyczno-urazowym, który powinien być kontynuowany współpracą z rehabilitantami. Wspólnymi siłami staramy się wpłynąć na skrócenie kolejek oczekujących na leczenie rehabilitacyjne, ale przy obecnym finansowaniu to trudne zadanie.

GL Często słyszy się o nowatorskich zabiegach w ortopedii, czy są to tylko newsy, czy przekładają się na codzienną praktykę?

To nie są newsy, to codzienność. Ortopedia jest dziedziną bardzo dynamicznie rozwijającą się, w której wprowadzane są coraz nowsze, najczęściej małoinwazyjne metody operacyjne. Do przeszłości należą zabiegi z szerokim otwieraniem stawów, zastępuje się je zabiegami artroskopowymi. Obecnie są one wykonywane w większości szpitali w naszym kraju, a chirurdzy ortopedzi mają do dyspozycji nie tylko nowoczesne narzędzia, ale odpowiednie materiały operacyjne. Ten postęp jest widoczny zarówno w ortopedii dorosłych, jak i dziecięcej.

Ortopedzi coraz częściej uciekają się do hodowli tkankowej, przeszczepiając je w miejsce ubytków np. chrząstki stawowej. Myślę, że takich zabiegów będziemy wykonywali w przyszłości coraz więcej. O tych nowoczesnych technikach i metodach leczenia przez trzy dni, 16-18 listopada tego roku, dyskutowaliśmy w Łodzi na Kongresie Towarzystwa Artroskopii organizowanym przez prof. Marcina Domżańskiego, w którym uczestniczyli najbardziej renomowani specjaliści w tej dziedzinie z całego świata.

GL Jak PTOiTr wpływa na kształcenie ortopedów?

Jako prezes uważam edukację za najważniejsze zadanie towarzystwa. Na naszej stronie internetowej www.ptoittr.pl lub na www.ptoittr.pl/edukacja można uzyskać informacje edukacyjne, obejrzeć filmy z zabiegów operacyjnych, przeczytać ciekawe wykłady czy wziąć udział w teście sprawdzającym swoją wiedzę. O zainteresowaniu świadczą fakt, że miesięcznie strona ta ma blisko 20 tys. odsłon.

Dwa razy w miesiącu wydajemy też newsletter, a w tym roku wydaliśmy podręcznik dla studentów medycyny pt. „Ortopedia i Traumatologia dla studentów medycyny”. Jego rozszerzona wersja jest przygotowywana z myślą o rezydentach specjalizujących się w ortopedii i będzie dostępna już we wrześniu 2018 r. Wzrastająca liczba studentów anglojęzycznych skłoniła nas do wydania tego podręcznika w języku angielskim. Mamy też serwis i portal edukacyjny.



**^ Prof. Marek Synder:
– Wczesne i nowoczesne leczenie chorego ze schorzeniem narządu ruchu to krótki pobyt w oddziale ortopedyczno-urazowym, który powinien być kontynuowany współpracą z rehabilitantami.**

GL Ilu jest lekarzy ortopedów, czy młodzi medycy chcą się specjalizować w tej dziedzinie?

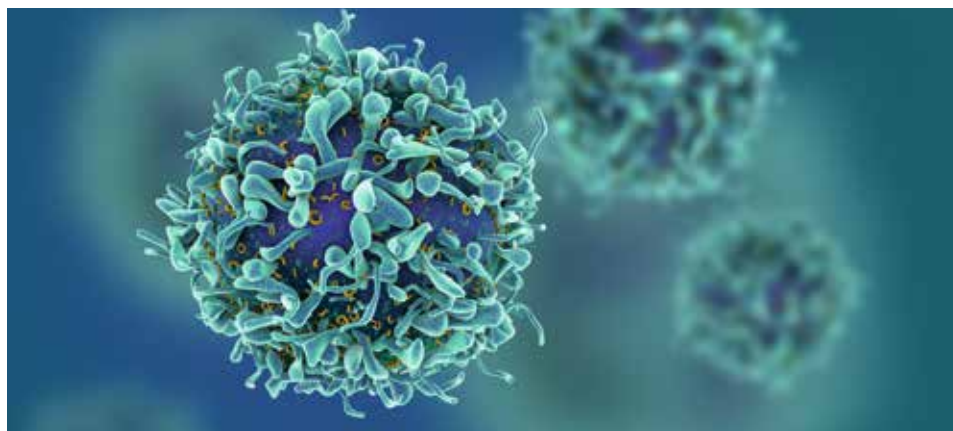
Obecnie towarzystwo zrzesza około 3 600 ortopedów, w tym 300 kobiet. 840 lekarzy pragnie się specjalizować w tej dziedzinie i pracują na etatach rezydenckich. To za mało. Niestety, zapotrzebowanie na usługi medyczne ortopedów są znacznie, znacznie większe.

Z niepokojem obserwuję spadek zainteresowania naszą specjalnością przez specjalizujących się młodych lekarzy. Od dwóch lat co najmniej kilka miejsc rezydenckich pozostaje niewykorzystanych. Wierzę, że w najbliższym czasie to się zmieni za sprawą prężnie działającego Studenckiego Koła Naukowego. W kole tym działa wielu zaangażowanych studentów, którzy są pasjonatami ortopedii i w przyszłości chcą się jej poświęcić.

GL W jakim kierunku zmierza polska ortopedia i czy wytrzymuje konfrontację ze światowymi trendami?

Jeżeli chodzi o poziom fachowego podejścia do naszych pacjentów, to nie odbiegamy w niczym od innych. Dzieje się tak za sprawą częstych wyjazdów szkoleniowych, udziału w kongresach i zjazdach naukowych, stwarzających możliwość wymiany doświadczeń w środowisku autorytetów. Sami też jesteśmy zapraszani jako wykładowcy lub osoby szkolące na kongresy i kursy przez renomowane ośrodki na całym świecie, co świadczy o naszej pozycji. Ortopedia zmierza w kierunku jak najmniej inwazyjnych metod diagnostycznych i leczniczych, skrócenia czasu pobytu chorych w oddziałach, przerzucając ciężar leczenia operacyjnego na opiekę ambulatoryjną. Tak się już dzieje w wielu państwach, gdzie zabiegi np. aloplastyk stawowych wykonuje się w procedurze jednego dnia w warunkach ambulatoryjnych, bez konieczności hospitalizowania chorych. Do tych standardów dążymy i myślę, że wkrótce się do nich zbliżymy. (◊)

Test na raka za 399 zł



Co trzeci Polak zachoruje na raka. W co czwartym przypadku nowotwór będzie mieć podłoże genetyczne. Polacy opracowali test 20 razy tańszy niż podobne badania za granicą, kosztuje 399 zł.

▲ Komórki nowotworowe

Nowatorski program BadamyGeny.pl, stworzony przez zespół Warsaw Genomics działający przy Uniwersytecie Warszawskim, pozwala szybko i wiarygodnie ocenić ryzyko zachorowania m.in. na raka piersi, prostaty i wielu innych nowotworów dziedzicznych. Badanie obejmuje 14 genów, które odpowiadają za powstawanie raka piersi i prostaty, oraz 56 genów odpowiedzialnych za pozostałe nowotwory dziedziczne. Każdy z nich może być uszkodzony w kilku tysiącach miejsc. – Milion Polaków jest narażonych na chorobę nowotworową o podłożu genetycznym. Naszym marzeniem jest uratować ich wszystkich. W przypadku zdiagnozowanego ryzyka zachorowania na raka, udzielimy zaleceń profilaktycznych i zapewnimy dostęp do bezpłatnej konsultacji z lekarzem genetykiem. Oferujemy również wsparcie onkologa i psychologa – mówi prof. Krystian Jażdżewski, inicjator programu. Dzięki metodzie opracowanej

przez zespół Warsaw Genomics można ocenić, czy w którymkolwiek z nich istnieje wada, która zwiększa ryzyko zachorowania na raka. W sumie badanych jest ponad 100 tys. potencjalnych uszkodzeń. Dodatkowo, każda wykryta zmiana chorobotwórcza jest potwierdzana inną metodą badania. Daje to niemal całkowitą pewność, że znaleziony u pacjenta wariant genetyczny jest prawdziwy. – Z dotychczas przeprowadzonych u nas testów wynika, że u 18 proc. zgłaszających się osób jest podwyższone ryzyko nowotworów, a wysokie ryzyko u 5 proc. – mówi dr hab. Anna Wójcicka. – Testom powinny przede wszystkim poddać się osoby młode i w średnim wieku, najlepiej przed 60. rokiem życia – podkreśla prof. Jażdżewski. Do badania wystarczy pobrać próbkę krwi, nie trzeba dostarczać jej osobiście (można to zrobić kurierem w ciągu 48 godzin od pobrania). Doceniając znaczenie wczesnej diagnostyki w skutecznej walce z chorobą, Warszawski Uniwersytet Medyczny dofinansowuje badania swoim studentom, a samorząd Kostrzyna planuje to samo w odniesieniu do wszystkich dorosłych mieszkańców gminy. W programie BadamyGeny.pl zarejestrowało się dotychczas ponad 20 tys. osób, przebadano ponad 6 tys. ○

Źródło: UW, IChF PAN

Czujnik autyzmu

Czy cechy autyzmu będzie można wykryć już u noworodka? W Warszawie powstał czujnik, dzięki któremu zadanie to staje się coraz bardziej realne. W ludzkiej krwi krążą cząsteczki różnych związków chemicznych. Jednym z nich jest oksytocyna, substancja szerzej znana jako „hormon miłości”. Wyraźne zmiany jej stężenia we krwi sugerują potencjalną skłonność pacjenta do autyzmu. Zmiany te będzie można wykrywać za pomocą czujnika chemicznego, zaprojektowanego i skonstruowanego w Instytucie Chemii Fizycznej Polskiej Akademii Nauk, a selektywnie rozpoznającego nawet niewielkie ilości oksytocyny. Opis prac nad przyrządem został właśnie opublikowany w periodyku naukowym „Biosensors and Bioelectronics”. Głównym elementem rozpoznającym nowego przyrządu jest warstwa polimeru o starannie zaprojektowanej strukturze. Rozpoznaje ona cząsteczki oksytocyny, związku uznawanego za jeden z biomarkerów autyzmu. – W urządzeniach powstających w naszym zespole badawczym rolę rozpoznającą pełnią starannie zaprojektowane i równie starannie wykonane warstwy polimerów. Główny pomysł jest tu prosty: za każdym razem staramy się zbudować warstwę z wgłębieniami, czyli lukami molekularnymi, jak najlepiej dopasowanymi pod względem kształtu oraz właściwości fizycznych i chemicznych do cząsteczek związku chemicznego, który chcemy rozpoznać w otoczeniu czujnika – mówi prof. Włodzimierz Kutner. – Nasz chemiczny czujnik do oznaczania oksytocyny jest tak naprawdę tylko pierwszym krokiem ku budowie bardziej zaawansowanego przyrządu medycznego, diagnozującego predyspozycję do autyzmu. Od pewnego czasu pracujemy już nad warstwami polimerów reagującymi na obecność dwóch innych związków kojarzonych z autyzmem: melatoniny oraz kwasu gamma-aminomasłowego – podkreśla kierownik projektu badawczego dr Piyush S. Sharma. Zespół prof. Kutnera opracował już wiele warstw polimerowych selektywnie reagujących na nawet niewielkie stężenia ważnych związków chemicznych. ○



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

Czasem muszę pisać listy

Od tygodni, a niekiedy miesięcy bezskutecznie szukają pomocy. Ich ciało zaczyna się psuć. Źle wygląda, nieprzyjemnie pachnie, pojawia się ból. Sami sobie nie radzą, bezradni bywają również lekarze. Leczenie ran może okazać się poważnym problemem.

📍 MARTA JAKUBIAK, LIDIA SULIKOWSKA



Jedziemy do Ostrołęki oddalonej o nieco ponad 100 km od Warszawy, do Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego im. dra Józefa Psarskiego. Od trzech lat działa tu poradnia leczenia ran przewlekłych. Jedna z pięciu w Polsce. – Dzień dobry, zapraszam za mną – słyszymy za plecami głos doktora Michała Olszewskiego. Przed gabinetem czekają już pacjenci. Wchodzimy do środka.

Gabinet jest przestronny, na środku stoi leżanka dla pacjentów. Pod ścianą przeszklona szafa wypełniona środkami do zaopatrywania ran. Z gabinetu można przejść do sali, gdzie wykonywane jest usg. i badania dopplerowskie, oraz pokoju, gdzie prowadzone są konsultacje chirurgii naczyniowej.

– Pacjentów prowadzimy ambulatoryjnie, ale jeśli zajdzie taka konieczność, włączamy leczenie operacyjne, realizowane przez lekarzy naszego zespołu na tutejszym oddziale chirurgicznym. Zwracamy szczególną uwagę na koordynację

leczenia choroby wyjściowej, będącej pierwotną przyczyną rany – wyjaśnia doktor Olszewski, inicjator stworzenia poradni leczenia ran przewlekłych. Poza nim pracuje tu jeszcze dwóch innych chirurgów naczyniowych i jeden chirurg ogólny. – Nasza poradnia powstała dzięki zaufaniu i dobrej woli dyrekcji szpitala oraz ordynatora oddziału chirurgii dr. Andrzeja Jabłońskiego. To było coś nowego w Polsce. Odważyliśmy się zaryzykować – opowiada. – Rozliczamy się w ramach umowy z NFZ w rodzaju świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie, w zakresie KLPR, czyli Kompleksowe Leczenie Ran Przewlekłych – dodaje. NFZ nie płaci za wizytę. Terapia podzielona jest na etapy i rozliczanie odbywa się po zrealizowaniu każdego z nich. Cały proces leczenia musi być udokumentowany fotograficznie. Zdjęcia są wykonywane na pierwszej wizycie, w trakcie leczenia i na jego zakończenie. Stanowią element dokumentacji medycznej i podstawę do rozliczenia.

Poza lekarzami zatrudnione są tu dwie wyspecjalizowane w zakresie leczenia ran pielęgniarki. – Są bezcenne. Nie tylko

zmieniają opatrunki i zaopatrują rany, ale też potrafią oceniać ogólny stan chorego, prowadzić edukację, jak pielęgnować ranę w domu – informuje doktor Olszewski.

Dotychczas w poradni przyjęto około 700 pacjentów. To ponad 2 tys. wizyt rocznie i 10-12 pacjentów dziennie. Na pierwszą wizytę trzeba czekać około 2 tygodni. Przyjeżdżają tu ludzie z całego województwa. – Pacjent z raną przewlekłą wymaga specjalnego podejścia, musimy mieć dla niego dużo czasu i cierpliwości. Wizyta trwa średnio pół godziny. Na szczęście możemy sobie na taki komfort pozwolić – mówi Michał Olszewski. Trafiają tu przede wszystkim pacjenci z owrzodzeniami żylnymi podudzia, ranami o podłożu niedokrwiennym, a także pacjenci z zespołem stopy cukrzycowej. – Zdarzają się też osoby z odleżynami, aczkolwiek największe doświadczenie mamy w leczeniu pacjentów z ranami o podłożu naczyniowym – wyjaśnia. Do objęcia leczeniem kwalifikują się pacjenci z ranami przewlekłymi bez postępu gojenia od ponad 6 tygodni od pierwszej udokumentowanej wizyty u lekarza, związanej z raną i rozpoczętym

▲1. Grażyna Piątek oczyszcza ranę. 2. Michał Olszewski i Grzegorz Dziwiszek w poradni.



▲ **1. Owrzodzenie żyłne po trzech miesiącach leczenia.**
2. Konsultacja pacjentki z nawrotowym owrzodzeniem żylnym.

procesem jej leczenia. Wyjątek stanowią diabetycy z ranami rozpoznanymi w ramach zespołu stopy cukrzycowej – oni kwalifikują się do leczenia w tej poradni już po 2 tygodniach nieefektywnego leczenia rany. Pacjent musi mieć skierowanie od lekarza POZ lub specjalisty. Takie warunki stawia NFZ.

INNI NIE POMOGLI

Przerywamy rozmowę. Na korytarzu czekają przecież pacjenci. Jeden z nich zaglądał tu już dwa razy. Niecierpliwią się. Lekarz pozwala nam zostać w gabinecie. Również przyjmowani dziś chorzy nie mają nic przeciwko naszej obecności.

Pierwszą pacjentką jest starsza pani, przyjechała tu z Warszawy. Jest z nią córka, która troskliwie patrzy, gdy pani Grażyna Piątek, pielęgniarka, zaczyna zdejmować opatrunek. Jest dobrze. – Teraz już nic mnie boli, wcześniej rana tak mi dokuczała, że nie byłam w stanie normalnie funkcjonować – mówi pani Helena. Zanim trafiła do poradni w Ostrołęce, przez ponad rok szukała pomocy w Warszawie. Najpierw lekarz rodzinny skierował ją do dermatologa, ale zastosowane leczenie było nieskuteczne. Potem szukała pomocy w prywatnej klinice, też bez pożądanego efektu. Rana powiększała się i coraz bardziej utrudniała funkcjonowanie. W końcu trafiła tutaj. Leczenie trwa już 3 miesiące. Rana jest już czysta, ładnie się zabliznia, choć jeszcze wyraźnie widać, jak dużą część podudzia zajmowała.

– To typowe owrzodzenie żyłne, w przypadku którego stosujemy kompresjoterapię oraz, jeżeli to konieczne, oczywiście chirurgiczne leczenie przyczynowe. Bandaż uciskowy musi być założony właściwie, odpowiednio ściśnięty, dlatego lepiej jest, gdy zakłada go wykwalifikowany personel. Pielęgniarki to nasze anioły, profesjonalne

i wykwalifikowane osoby, które niestety nie otrzymują adekwatnego wynagrodzenia za swoją pracę. Od maja szukamy jeszcze jednej pielęgniarki, ale jak na razie bez rezultatu – słyszymy od lekarza.

Wizyta przebiega spokojnie, nie czuć tu presji czasu. Pielęgniarka w skupieniu wykonuje swoje czynności, lekarz w tym czasie rozmawia z pacjentką. Na koniec trzeba jeszcze uzupełnić dokumentację. Pani Helena żegna się z nami z uśmiechem.

Po chwili drzwi otwierają się ponownie, powolutku. Do środka wchodzi starsza pani, mocno zgarbiona, podpira się laską. Pielęgniarka pomaga jej wdrapać się na leżankę. To pacjentka grubo po osiemdziesiątce, u której wystąpiło nawrotowe owrzodzenie żyłne, nasilane dodatkowo poprzez towarzyszącą niewydolność krążenia. Rana nie goi się tak, jakby oczekiwali tego lekarze. To prawdopodobnie efekt ogólnego nie najlepszego stanu zdrowia kobiety, a dodatkowo niestosowania się przez nią do zaleceń lekarzy w domu. – Trochę się pani zagadła z koleżankami i zapomniała, że nogę trzeba trzymać wyżej – żartuje pan doktor. – No, czasem faktycznie nogę w dole trzymam, ale muszę listy pisać do bliskich – odpowiada pani Teresa. Kiedy położył chorego na oddział i stosujemy tę samą terapię pod nadzorem, okazuje się, że jest skuteczna, wszystko pięknie się goi – śmieje się doktor Olszewski.

Kolejnym pacjentem jest pan Bogdan, mężczyzna w średnim wieku, przyjechał z Łomży. Pierwszą wizytę miał tu 1,5 miesiąca temu. Pielęgniarka już na wstępie zwraca mu uwagę, żeby bardziej przykładał się do właściwego zakładania opatrunku. – Panie Bogdanie, pięta musi być zabandażowana, aby stabilizowała opatrunek. Teraz wszystko się przemieszcza – poucza. Pacjent przytakuje ze skrucą, przypatrując się z zaciekawieniem, jak odwija bandaż.

U mężczyzny wystąpiła infekcja skórna na podłożu obrzęków, rana na kończynie to efekt choroby serca. W przypadku tego pacjenta, jak mówi doktor Olszewski, najskuteczniejsze będzie przeszczepienie fragmentu skóry z uda. Taką terapię sugeruje panu Bogdanowi. Pacjent odmawia. – Może po świętach ewentualnie... – mówi wymijająco. – Dzięki operacji dojdzie pan do siebie w dwa tygodnie, zabieg możemy wykonać już za kilka dni. Mamy wolny termin. Przy leczeniu zachowawczym zamknięcie rany potrwa co najmniej trzy miesiące. Po świętach może już nie być wolnych miejsc i nie wiadomo, jak długo będzie musiał pan czekać – przekonuje lekarz. – No dobrze... – pan Bogdan w końcu się zgadza. Jak widać, argument o wypadnięciu z kolejki jest przekonujący.

Pytamy, jak to się stało, że ma tak dużą ranę. – Pewnego dnia dostałem olbrzymiego obrzęku nóg i trafiłem na oddział kardiologiczny jednego z łomżyńskich szpitali. Rana była już wtedy, ale nikt jej nie leczył. Jedynie lekko zmniejszono obrzęk. Po miesiącu zostałem wypisany do domu. Potem trafiłem tu, do szpitala w Ostrołęce, również na kardiologię, gdzie zlikwidowano obrzęki, a na leczenie rany skierowano mnie do tej poradni – opowiada.

TERAPIA NISZOWA

W Polsce, podobnie jak w innych krajach rozwiniętych, problem trudno gojących się ran przewlekłych dotyka około 1,5 proc. społeczeństwa. To około 550 tys. osób. Większość przypadków to powikłania niewłaściwego leczenia żyłaków i cukrzycy, a także odleżyn. Dlaczego leczenie ran stanowi problem i tak często jest prowadzone nieskutecznie? – Lekarze POZ, diabetolodzy, dermatolodzy czy chirurdzy to specjaliści, do których osoby z problemem trudno gojącej się rany zgłaszają się najczęściej. Jednak oni nie zawsze mogą zaopatrzyć chorego tak, jak my to robimy.



◀ **Rana spowodowana infekcją skórą na podłożu obrzęków.**

Ważny jest czas, ale też – a może przede wszystkim – możliwość kompleksowego leczenia, w tym operacyjnego. Zdarza się, że przychodzą do nas ludzie, którzy od lat borykają się z nieskutecznie leczonymi ranami. Tak jest najczęściej w przypadku owrzodzeń żylnych – odpowiada doktor Olszewski. – Przecież żaden lekarz nie chce zaszkodzić. Każdy próbuje leczyć najlepiej jak potrafi, ale może czasem lepiej jest powiedzieć: poddaję się, niech ktoś inny to zobaczy, niż ciągnąć terapię, która nie daje pożądanego efektu. Szkoda, że brakuje wiedzy o takich ośrodkach jak nasz – włącza się doktor Grzegorz Dziwiszek, chirurg naczyniowy, jeden z członków zespołu, który właśnie wszedł do poradni.

Tutejsi specjaliści mają zaplecze szpitalne, wiedzą, jak kwalifikować i leczyć trudno gojące się rany. Dysponują też szeroką gamą opatrunków specjalistycznych, bandaży kompresyjnych, stosują podciśnieniową terapię ran, czasem wykonują też buty gipsowe. Zagojenie rany to jednak w przeważającej większości przypadków konsekwencja włączenia leczenia przyczynowego.

W PRAKTYCE

Na co należy zwrócić uwagę, kiedy ma się przed sobą pacjenta z trudno gojącą się raną? – Po pierwsze, trzeba sprawdzić ukrwienie kończyny: czy wyczuwalne jest tętno i na jakim poziomie. Po drugie, należy dowiedzieć się, czy chory nie ma cukrzycy, a jeśli ma, czy jest ona prawidłowo leczona, czy cukry są wyrównane – wyjaśnia Grzegorz Dziwiszek.

Które rany leczą się najtrudniej? – Te odleżynowe. W ich przypadku najlepiej sprawdza się odciążanie, często również niezbędne staje się leczenie operacyjne. W naszym ośrodku nie wykonujemy takich zabiegów, brak nam doświadczenia oraz zaplecza technicznego, wiodący

jest w tym zakresie ośrodek poznański – informuje doktor Dziwiszek. Doktor Olszewski zwraca z kolei uwagę, że najtrudniejszy pacjent to ten cierpiący na wiele dodatkowych schorzeń. – Aby rana goiła się prawidłowo, pacjent musi stosować się ściśle do zaleceń lekarza. Osoby ciężko chore często nie są w stanie dopilnować właściwej pielęgnacji rany. Dlatego tak istotna jest pomoc rodziny, opiekunów – podkreśla.

Kiedy konieczna jest amputacja? – To ostateczność, której naprawdę w większości przypadków można uniknąć. O ile przy owrzodzeniach żylnych tak drastyczne postępowanie się nie zdarza, to ryzyko jest wysokie w przypadku stopy cukrzycowej i ran o podłożu niedokrwiennym. Tu także walczymy, aby ograniczyć zakres cięcia i wykonać ją w zakresie stopy. Przechylenie szali z dużych amputacji w kierunku małych stanowi poniekąd miarę sukcesu. Trzeba edukować pacjentów i wyczulić ich, na co zwracać uwagę, by jak najszybciej trafili do lekarza, gdy pojawi się ból, gorączka, stan zapalny czy nawet małe owrzodzenie na stopie – to mogą być pierwsze objawy zespołu stopy cukrzycowej. Pamiętajmy, że może się on rozwinąć w ciągu kilku dni – uważliwiają nas rozmówcy.

BYŁO WARTO, A MOŻE NIE WARTO

Zatrudnieni w poradni lekarze nie narzekają. Świadczenia zostały wycenione powyżej świadczeń ogólnych. Do ideału jednak trochę brakuje. – Są problemy, o których rozmawiamy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Chodzi np. o to, że nie jesteśmy rozliczani w ramach wizyty, tylko po zakończeniu określonego przez NFZ etapu leczenia. Problem w tym, że część naszych pacjentów nie przychodzi na ostatnią

wizytę, bo skoro rana się zagoiła, nie czują takiej potrzeby. Niektórzy rezygnują w trakcie leczenia. Tak nie powinno być. Przecież pacjent był na wizytach, wykonano zabiegi pielęgnacyjne ran, przeprowadzono konsultacje, a zapłaty za to nie dostaniemy, bo wyznaczony etap nie został zamknięty. Poza tym leczenie może trwać maksymalnie 8 miesięcy. Po tym czasie pacjent wraca do AOS, a leczenie w ramach świadczenia kontraktowanego odrębnie nie może być kontynuowane, nawet jeśli rana nie została zamknięta. Takie są warunki kontraktu... – wyjaśnia doktor Olszewski.

Czy często zdarza się, że rany nie uda się w tym czasie wyleczyć albo pacjent wraca do poradni, bo po jakimś czasie otworzyła się ona ponownie? – Nawrotowość ran przewlekłych znacząco zmniejsza zastosowanie leczenia operacyjnego i kompresjoterapii – wyjaśnia Grzegorz Dziwiszek. – Należy jednoznacznie podkreślić, że nie zawsze udaje nam się osiągnąć sukces, zamknąć ranę. Problem, dlaczego tak się dzieje, jest złożony, wieloczynnikowy. Również ten, że wiele nauki jeszcze przed nami – dodaje Michał Olszewski.

Co daje największą satysfakcję w tej pracy? – Oczywiście zamknięcie rany, ale radość sprawia nawet jej ograniczenie. Gdy widzimy, że dzięki naszym działaniom eliminujemy ból albo brzydkie zapach, które często takim ranom towarzyszą, poprawiamy komfort życia pacjentów, a to bez wątpienia jest już powód do zadowolenia – mówi Michał Olszewski. Wyjmuje tablet, by pokazać nam kilka naprawdę trudnych przypadków medycznych, z którymi się zetknął. Kobieta, lat 96, wiele ran na całym ciele, efekt końcowy – imponujący! Choć nie udało się zamknąć ran do końca, nastąpiła zdecydowana poprawa. Kolejny przypadek to pacjentka, rocznik 1921, która miała 5 trudnych do wygojenia ran. Leczenie zakończyło się sukcesem. Z kolei doktor Grzegorz najbardziej jest dumny z wyleczenia pacjenta z olbrzymią raną na pięcie. To była wręcz gnijąca stopa. Pokazuje zdjęcia i na jego twarzy widać nie tylko satysfakcję, ale również dumę. – Nikt nie dawał szans temu pacjentowi. W grę wchodziła amputacja, ale ja się zawzięłem i wyleczyłem tę ranę – mówi z uśmiechem.

Czasem warto zaryzykować z nową inicjatywą. Bez tego prawdopodobieństwo poniesienia porażki jest mniejsze, ale też znacznie maleje szansa na zrobienie czegoś wyjątkowego. W Ostrołęce się udało. (O)



Zdjęcia pokazujące poszczególne etapy leczenia na www.gazetalekarska.pl

Elektroniczna telenowela

Realizacja projektu P1, czyli kluczowego elementu informatyzacji ochrony zdrowia, ciągnie się od lat. Jakie są najnowsze ustalenia? Kiedy trzeba będzie wystawiać e-skierowanie i e-receptę? Ile czasu pozostało do obligatoryjnego prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej i które dane EDM obejmie? Czy placówki medyczne zdążą dostosować się do nowych wymogów na czas?

LIDIA SULIKOWSKA

Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (P1) w pierwotnej wersji miała gromadzić i umożliwiać wymianę wielu różnych danych medycznych.

Podczas jej tworzenia okazało się, że plan był nazbyt ambitny. W grudniu 2015 r. resort zdrowia informował, że w związku z niedotrzymaniem terminów obligujących firmy, które tworzyły poszczególne funkcjonalności systemu, podjęto decyzję o zakończeniu z nimi współpracy.

NOWE ROZDANIE

W zaistniałej sytuacji Ministerstwo Zdrowia zdecydowało, że P1 będzie powstawało w nowej formule – w tak zwanym „przyrostowym modelu cyklu wytwórczego”. W praktyce oznacza to skrócenie katalogu zasobów medycznych, które będą miały e-formę. Zrezygnowano m.in. z elektronicznych zwolnień lekarskich (możliwość ich wystawiania uruchomił 1 stycznia 2016 r. ZUS), a także e-zleceń.

Zgodnie z najnowszymi ustaleniami, P1 ma ruszyć z usługami: e-recepty, e-skierowania, a także wytworzenia i implementacji mechanizmów do wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej. Pojęcie EDM reguluje ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, ale w sierpniu br. prezydent podpisał nowelizację tego dokumentu, w którym

je doprecyzowano. Nowela określa, że to dokumenty wytworzone w postaci elektronicznej, opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP, określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Projekt tego rozporządzenia jest obecnie procedowany. Wynika z niego, że EDM stanowią:

- informacja o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach – w przypadku odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala (o której mowa w § 28 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania),
 - informacja dla lekarza kierującego świadczeniobiorcą (o której mowa w § 12 ust. 4 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej),
 - karta informacyjna z leczenia szpitalnego (o której mowa w § 2 ust. 4 pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania).
- Minister Zdrowia będzie mógł w przyszłości rozszerzać ten katalog, dokładając nowe rodzaje elektronicznej dokumentacji medycznej.

P1

ma ruszyć z usługami: e-recepty, e-skierowania, a także wytworzenia i implementacji mechanizmów do wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej

TERMINY

Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia (CSIOZ, agenda resortu zdrowia odpowiedzialna za wdrożenie P1) deklaruje, że uruchomi na platformie P1 funkcjonalność e-recepty w I kwartale 2018 r., e-skierowania w IV kwartale 2018 r., a zdarzenia medyczne i wymianę elektronicznej dokumentacji medycznej w IV kwartale 2019 r.

Kiedy placówki medyczne będą musiały się podłączyć do tego systemu? Dokumentacja medyczna (ta, która jest zaliczana do katalogu EDM, określona w projekcie rozp. MZ – przyp. red.) może być prowadzona w postaci papierowej do 31 grudnia 2018 r. (dane te trzeba udostępniać na platformie P1 od 1 stycznia 2021 r.). Recepty w tradycyjnej, papierowej formie, mogą być wystawiane o rok dłużej (do 31 grudnia 2019 r.), a skierowania do 31 grudnia 2020 r. Warto tutaj doprecyzować, że gotowym do podłączenia się do P1 trzeba być odpowiednio wcześniej (w odniesieniu do recept – do 31 grudnia 2018 r.; w odniesieniu do skierowań – do 30 czerwca 2019 r., w odniesieniu do wymiany EDM – do 31 grudnia 2019 r.). Obowiązek wystawiania e-recepty, e-skierowania i wytworzenia i udostępniania EDM dotyczy wszystkich udzielających świadczenia zdrowotne, zarówno publiczne jak i prywatne podmioty lecznicze, w tym również indywidualne praktyki lekarskie i lekarsko-dentystyczne.

PROBLEMY I WĄTPLIWOŚCI

Teoretycznie wszystko jest jasne, ale diabeł jak zwykle tkwi w szczegółach.

Informatyzacji systemu boi się wielu lekarzy. – To kolejne, kosztowne pod różnymi względami, wyzwanie dla środowiska lekarskiego – mówił Andrzej Cisko, wiceprezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej i członek NRL, w czasie konferencji zorganizowanej przez WIL na temat EDM, która odbyła się w połowie listopada w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej.

Podłączenie do P1 rzeczywiście wiąże się z dodatkowym obciążeniem finansowym dla lekarzy, gdyż będzie wymagało wyposażenia placówki medycznej w odpowiedni program. Sprawa jest trudna nie tylko ze względu na finanse. Obecnie na rynku nie ma żadnego oprogramowania z przeznaczeniem do wykorzystania w ramach P1, bo CSIOZ nie uruchomił jeszcze wszystkich środowisk testowych dla planowanych usług (na razie firmy informatyczne mogą testować tylko funkcjonalność e-recept). Kiedy będą dostępne? Nie wiadomo.

KŁOPOT Z WYBOREM

Kolejny problem to: jak wybrać najlepszy program? Obecni na konferencji lekarze pytali przedstawicieli CSIOZ, czy mogliby rekomendować te programy, które przejdą testy pozytywnie. Trudno zdać się w tej sytuacji na opinię innych użytkowników, bo wszyscy w tym samym czasie będą musieli je kupić. Padło więc zapytanie o rekomendacje CSIOZ lub wręcz certyfikację oprogramowań, które spełnią standardy. – Nie planowaliśmy takiego działania, ale być może trzeba się nad tym zastanowić – odpowiedział Marcin Węgrzyniak, dyrektor CSIOZ.

Rafał Kiełkowski, wiceprezes Śląskiej Izby Lekarskiej zapytał wprost, dlaczego CSIOZ nie udostępni własnego oprogramowania dla praktyk lekarskich, idąc np. śladem ZUS, który daje program do obsługi e-zwolnień. Marcin Węgrzyniak stwierdził, że nie jest do brze, gdy administracja publiczna tworzy tego rodzaju programy, bo znika aspekt konkurencji, co jest niezbędne, by uzyskać wysoką jakość produktu. Zapowiedział jednak, że

planowane jest udostępnienie darmowej aplikacji dla obsługi P1 dla indywidualnych praktyk lekarskich. Zalecił przy tym, aby paść na placówkę medyczną szerzej w kontekście cyfryzacji. Tłumaczył, że najkorzystniej jest, gdy posiadamy jeden program do obsługi wielu informatycznych zadań, zarówno tych wymaganych prawem, jak i innych, których używamy lub które planujemy wdrożyć. W ten sposób unikamy logowania do różnych systemów, co upraszcza i przyspiesza pracę. Trudno się z tymi argumentami nie zgodzić, ale jest warunek: trzeba wybrać dobry program, a z tym bywa różnie.

WYGRAĆ Z CZASEM

Obawy środowiska medycznego budzą też narzucone ustawowo terminy. Czy lekarzom uda się podłączyć do P1 na czas? Jak mówił Paweł Masiarz, zastępca dyrektora ds. teleinformatycznych w CSIOZ, z przeprowadzonych przez nich analiz w 2016 r. wynika, że większość szpitali posiada pewne systemy informatyczne, które już teraz prowadzą różne rodzaje dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. Jednak, jak przyznał, dużo gorzej w tej analizie wypadły placówki AOS i pozostałe. Dodał jednak, że od dawna wiadomo, że będzie EDM, a zbiór, który ma ona obejmować, dzięki noweli ustawy oraz rozporządzeniu MZ i tak zawężono do minimum, co ma ułatwić placówkom medycznym dostosowanie się do nowych wymogów.

Obecny na konferencji Marcin Węgrzyniak, dyrektor CSIOZ, deklarował, że pomóc mogą szkolenia, które są planowane w każdym powiecie. Obawia się jednak o frekwencję. – Poprzednie tego typu kursy cieszyły się niewielkim zainteresowaniem wśród lekarzy – powiedział Marcin Węgrzyniak.

Choć terminy są krótkie, do startu P1 jeszcze trochę czasu pozostało. Aby projekt się powiódł, czas ten muszą dobrze wykorzystać zarówno placówki medyczne, jak i CSIOZ oraz firmy tworzące oprogramowania. 

¹ Nie jest wykluczone, że w przyszłości będą uruchamiane kolejne, ale według nowego podejścia każda następna funkcjonalność będzie realizowana tylko, kiedy zostaną wdrożone te wcześniej zaplanowane.

Podstawowym aktem prawnym regulującym kwestie dokumentacji medycznej jest ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Pojęcie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) wprowadza ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (nowelizowana w tym roku), a obecnie procedowany jest projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej.

UWAGA>>> Dokumentacja medyczna w formie elektronicznej to nie to samo co EDM. Tę pierwszą tworzą wszelkie dokumenty stanowiące dokumentację medyczną, utrwalone w formie elektronicznej. EDM to dokumenty określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (projekt jest w trakcie procedowania).

Czy pracując jako lekarze, rzeczywiście skracamy sobie życie?



Klaudiusz
Komor

Prezes Beskidzkiej
Izby Lekarskiej

Ponadto jego wykonywanie w Polsce, ze względu na niedofinansowanie, zwłaszcza publicznej ochrony zdrowia i niskie wynagrodzenia lekarzy, wiąże się z koniecznością spędzania nadmiernej ilości godzin w pracy.

Z zawodem lekarza związana jest zwykle także konieczność pracy w godzinach nocnych w trybie dyżurowym. Czynniki wywierające niekorzystne działanie na zdrowie lekarza można podzielić na dwie grupy:

1. Obciążające psychiczne:

- codzienne obcowanie ze śmiercią, cierpieniem i bólem – trudno wtedy pozostać obojętnym i nie angażować się emocjonalnie;
- obciążenie nadmierną presją i oczekiwaniami ze strony pacjenta i jego rodziny;
- nieustanne zagrożenie popełnieniem błędu, którego skutki będą nieodwracalne i szkodliwe dla innych – brak w Polsce obowiązujących standardów postępowania w poszczególnych sytuacjach klinicznych;
- konieczność ciągłego aktualizowania wiedzy i używania olbrzymiego jej zasobu w sytuacjach stresowych;
- konieczność bezzwłocznego podejmowania kluczowych decyzji w sytuacjach zagrożenia życia pacjenta;
- ciągłe współzawodnictwo i rywalizacja, często konieczność współpracy w zespołach złożonych z jednostek o różnych temperamentach oraz nadmierne oczekiwania przełożonych;
- nadmiernie rozbudowana biurokracja,

Powszechnie wiadomo, że zawód lekarza jest związany z olbrzymim stresem. W wielu krajach udowodniono, że jest zawodem związanym ze szczególnie wysokim ryzykiem samobójstw.

wymagająca wypełniania licznych dokumentów.

1. Obciążające fizyczne:

- nadmierna liczba godzin pracy w tygodniu;
- deficyt snu spowodowany dyżurami medycznymi oraz związane z nimi nieregularne odżywianie;
- konieczność ciągłego utrzymania pełnego skupienia i koncentracji;
- w przypadku specjalności zabiegowych wielogodzinne zabiegi operacyjne;
- szczególnie w przypadku kobiet lekarek konieczność połączenia pracy zawodowej z prowadzeniem domu i wychowaniem dzieci.

Biorąc pod uwagę tak wiele szkodliwych czynników wpływających na zdrowie lekarza, należałoby się spodziewać, że mogą one powodować również skrócenie życia. Już kilkakrotnie próbowano udowodnić tę hipotezę. Pierwsze wyniki analizy na podstawie lekarzy zmarłych w latach 2001-2006 w okręgu Śląskiej Izby Lekarskiej przedstawił dr Maciej Hamankiewicz, wykazując znaczne skrócenie czasu życia zwłaszcza wśród kobiet lekarek. Podobne wyniki przyniosły później inne badania dotyczące po raz kolejny Śląskiej, a także Dolnośląskiej oraz Beskidzkiej Izby Lekarskiej. We wszystkich przypadkach szczególnie znacząca różnica dotyczyła lekarek, które według uzyskanych wyników żyły znacznie krócej od pozostałych kobiet. Jednak po opublikowaniu wyników, GUS zdecydowanie zaprzeczył tezę przeciwko metodzie w nich użytej.

FAKT

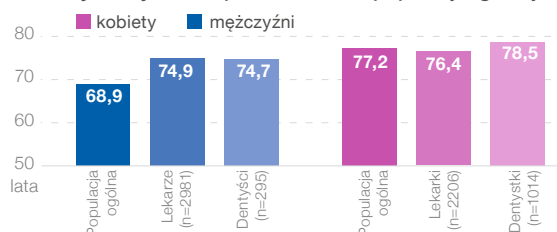
średni wiek kobiet lekarek w momencie zgonu jest niższy niż wiek kobiet w populacji ogólnej

Otóż na podstawie danych z rejestru lekarzy obliczono średni wiek w momencie zgonu dla lekarzy i lekarek, a następnie porównano go z ze średnią długością życia, czyli danymi publikowanymi przez GUS dla ogółu społeczeństwa, jednakże wyliczonymi w bardzo skomplikowany sposób według zupełnie innej metodologii.

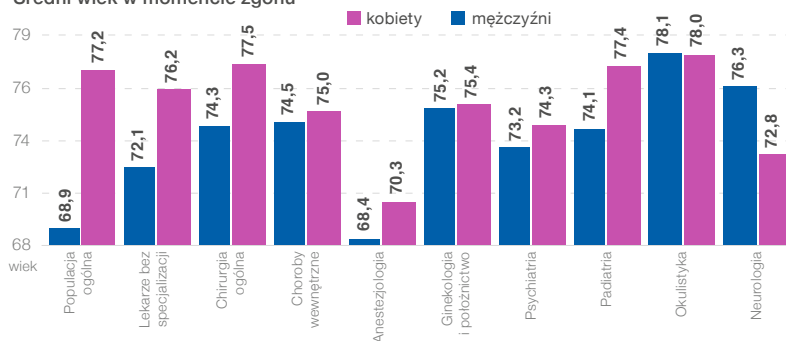
Po pierwsze, GUS publikuje dane w postaci oczekiwanej dalszej długości trwania życia, która jest równa średniej liczbie lat życia, jaka pozostała osobie w danym wieku i z poszczególnych grup. Jedynie dla noworodka, czyli osoby w wieku 0 lat, oczekiwana dalsza długość trwania życia jest równa średniej długości życia w danej populacji – wynika z tego, że taki będzie średni czas trwania życia dla osoby urodzonej obecnie, natomiast dla osób urodzonych w przeszłości (czyli wtedy, kiedy urodzili się analizowani we wspomnianych badaniach zmarli lekarze) średnia oczekiwana długość życia była inna (oczywiście znacznie krótsza).

Po drugie, przy wyliczeniach średniej oczekiwanej długości życia dla ogółu społeczeństwa wykorzystuje się dane

Średni wiek w momencie zgonu lekarzy i lekarzy dentyistów w porównaniu do populacji ogólnej



Średni wiek w momencie zgonu



dla wszystkich grup wiekowych obejmujące również zgony noworodków, dzieci przedшкоlnych i szkolnych, natomiast populacja lekarzy obejmuje wyłącznie osoby po ukończonych studiach medycznych, czyli w wieku powyżej 25 lat. Zdaniem GUS niemożliwe jest zatem obliczenie dokładnego średniego czasu życia dla jednej grupy zawodowej (czyli nie da się porównać, ile lat krócej lub dłużej od reszty populacji przeżyje np. czterdziestoletni lekarz).

Trudno odmówić logiki argumentom GUS – porównywanie danych uzyskanych przy pomocy różnych metod może dawać nieprawdziwe wyniki. Nie można jednak zupełnie nie doceniać ani odrzucać wyniki tych wspomnianych badań – wszystkie bowiem wykazały skrócenie czasu życia, zwłaszcza lekarek. Aby zatem obalić zarzuty GUS i w sposób niezbity stwierdzić, czy bycie lekarzem powoduje skrócenie życia, w kolejnej analizie postanowiono wykorzystać metodę zaproponowaną w Przeglądzie Lekarskim przez doktora Jakuba Zielińskiego. A mianowicie porównać średni wiek w momencie zgonu lekarzy, lekarek, lekarzy dentystów i lekarek dentystek ze średnim wiekiem w momencie zgonu w populacji polskiej. Dane publikowane corocznie przez GUS pozwalają bowiem wyliczyć średni wiek w momencie zgonu dla populacji ogólnej. Do analizy użyto danych prawie 7 tys. lekarzy zmarłych w całej Polsce w latach 2010-2014. W wyniku porównania uzyskano ciekawe wyniki – otóż okazało się, że średni wiek w momencie zgonu lekarzy, lekarzy dentystów i lekarek dentystek jest wyższy od średniego wieku w momencie zgonu w populacji ogólnej. Natomiast prawidłowość ta nie dotyczy lekarek – umierają one średnio w młodszym wieku niż kobiety w populacji ogólnej, a różnica ta jest istotna statystycznie.

Jak widać, wyniki uzyskane tą metodą są zaskakujące w przypadku kobiet wykonujących zawód lekarza. Biorąc pod uwagę wielokrotnie udowodniony fakt, że osoby z wyższym wykształceniem żyją dłużej niż osoby bez takiego wykształcenia (według danych WHO dotyczących Polski w roku 2002 różnica ta wynosiła 13 lat dla mężczyzn i 9 lat dla kobiet), należało się spodziewać, że lekarze oraz lekarze dentyści, czyli osoby z wyższym wykształceniem, powinni żyć zdecydowanie dłużej niż średnia długość życia w społeczeństwie (w którym przeważają ilościowo osoby z niższym wykształceniem). I tak jest w przypadku lekarzy dentystów obojga płci oraz mężczyzn lekarzy. Taka prawidłowość nie sprawdza się jednak w przypadku kobiet lekarek – ich średni wiek w momencie zgonu jest niższy niż wiek kobiet w populacji ogólnej. Przypuszczalnie gdybyśmy mogli porównać lekarzy i lekarki z inną grupą zawodową ludzi z wyższym wykształceniem (np. prawnicy, nauczyciele itp.) wykazana różnica byłaby jeszcze większa na niekorzyść lekarek, a prawdopodobnie okazałaby się niekorzystna również dla lekarzy.

Warto się zatem zastanowić, co powoduje, że lekarki umierają średnio w młodszym wieku niż pozostałe Polki? Dokładnie analizując wszystkie okoliczności, wydaje się, że największe znaczenie ma nadmierna ilość godzin pracy, zwłaszcza w formie dyżurowej (czyli w nocy, związana z permanentnym brakiem snu) oraz praca w warunkach przewlekłego stresu – oczywiście jest to hipoteza trudna do jednoznacznego udowodnienia ze względu na różne inne czynniki wpływające na długość życia (np. styl życia, aktywność fizyczna itp.), ale niepozbawiona podstaw. Wiadomo bowiem, że o ile kobiety lepiej znoszą nagły duży stres, to stres przewlekły bardziej szkodliwie działa na ich zdrowie niż na zdrowie mężczyzn,

a zawód lekarza, jak już wspomniano, należy do zawodów o największym poziomie stresu. To tłumaczyłoby, dlaczego skrócenie życia dotyczy tylko lekarek, a już nie lekarek dentystek, które praktycznie nie pracują w systemie dyżurowym. Poparciem dla tej hipotezy może być również analiza średniego wieku w momencie zgonu przeprowadzona dla poszczególnych specjalizacji. Wykorzystano w niej najczęstsze specjalizacje – choroby wewnętrzne, chirurgię, ginekologię, anestezjologię, neurologię, okulistykę i psychiatrię, ponadto uwzględniono również grupę lekarzy bez specjalizacji.

Wśród mężczyzn lekarze wszystkich analizowanych specjalizacji, poza anestezjologami, umierali średnio w starszym wieku niż mężczyźni w populacji ogólnej – dla anestezjologów nie było natomiast znamiennej różnicy.

W przypadku lekarek dla czterech analizowanych specjalizacji – anestezjologia, choroby wewnętrzne, neurologia i psychiatria – wykazano średni wiek w momencie zgonu niższy niż kobiet w populacji ogólnej, a dla wszystkich pozostałych specjalizacji nie było istotnej statystycznej różnicy. Porównując poszczególne specjalizacje między sobą, okazało się, że zarówno w przypadku lekarzy, jak i lekarek, anestezjologowie żyją krócej niż lekarze i lekarki wszystkich innych specjalizacji, a różnica ta jest znamieną statystycznie. Powszechnie wiadomo, że anestezjologia zarówno przez opinię publiczną, jak i przez samych lekarzy (co pokazały liczne badania ankietowe) jest uważana za specjalizację obciążoną największym stresem, co po raz kolejny wskazuje na stres jako ważny czynnik wpływający na długość życia lekarzy. Ponadto anestezjologowie ze względu na specyfikę pracy oraz ich znaczny niedobór zwykle często dyżurują.

Oczywiście, jak już wspominałem, jednoznaczne określenie przyczyn wpływających na skrócenie średniego czasu życia lekarek nie jest możliwe ze względu na wieloczynnikowy charakter tego zjawiska. Tym bardziej, że w analizie pod względem przynależności do okręgowych izb lekarskich nie udowodniono jednoznacznej zależności średniej długości życia od miejsca zamieszkania oraz natężenia przemysłu i co za tym idzie – zanieczyszczenia powietrza.

Reasumując – w Polsce, decydując się na zawód lekarza, zwłaszcza kobiety muszą pamiętać, że wybór ten może wiązać się ze skróceniem życia. Jest to również bardzo ważny argument w walce o godne wynagrodzenia lekarzy, tak aby nie musieli oni pracować w kilku miejscach i na kilku etatach, cały czas w biegu i nadmiernym stresie. ☹

BIULETYN

NR 6 (178) ROK XXVII

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

WARSZAWA, X 2017

© REDAKTOR NACZELNY: MAREK JODŁOWSKI

Posiedzenie NRL – 27 października 2017 r.

UCHWAŁA NR 19/17/P-VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 27 października 2017 r.

w sprawie przeznaczenia
środków finansowych na ochronę praw lekarzy
biorących udział w proteście

Na podstawie art. 114 ust. 1 i 3 i art. 5 pkt 14, 19 i 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.

Przeznacza się kwotę do 100.000 złotych (słownie: sto tysięcy złotych) na udzielenie pomocy lekarzom biorącym udział w proteście, w szczególności na udzielenie pomocy materialnej i pomocy prawnej w razie naruszenia ich dóbr osobistych albo naruszenia ich praw pracowniczych.

§ 2.

Upoważnia się Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej do określenia form, w jakich może być udzielona pomoc oraz do podejmowania decyzji o uruchomieniu środków finansowych na udzielenie pomocy przewidzianej w § 1.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

Stanowisko Nr 16/17/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 27 października 2017 r.

w sprawie oceny przebiegu
protestu lekarzy

Naczelna Rada Lekarska, po dokonaniu analizy postulatów zgłaszanych przez lekarzy biorących udział w proteście, wskazuje, że działania protestujących mają na celu realizację tego, czego samorząd lekarski domaga się już od wielu lat. Protestujący nie zgłaszają nowych czy wygórowanych

żądań, starają się po prostu uzyskać od władz państwowych wiążące zobowiązanie do realizacji działań, które już dawno powinny zostać podjęte, jeśli państwo odpowiedzialnie podchodziłoby do kwestii bezpieczeństwa zdrowotnego swoich obywateli. Wśród postulatów protestujących lekarzy znajduje się m.in. zwiększenie publicznych nakładów na ochronę zdrowia do poziomu 6,8 % PKB w ciągu najbliższych trzech lat, co pozwoli na znaczącą poprawę obecnego stanu opieki zdrowotnej w Polsce, postuluje się także zwiększenie liczby lekarzy, skrócenie kolejek oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych oraz ukrócenie wszechobecnej biurokracji, która całkowicie zawładnęła służbą zdrowia. Oczekiwania protestujących dotyczą także istotnej poprawy warunków pracy i płacy pracowników wykonujących zawody medyczne. Naczelna Rada Lekarska stwierdza, że żaden z postulatów protestujących nie wykracza poza to, czego od dawna nie tylko pracownicy ochrony zdrowia, ale także wszyscy obywatele powinni wymagać od władz państwowych. Wbrew twierdzeniom Ministra Zdrowia, nie można powiedzieć, że w chwili obecnej ustały już przyczyny prowadzenia protestu.

Zdaniem Naczelnej Rady Lekarskiej pozytywnie wypada także ocena dotychczasowego przebiegu protestu. Postawa lekarzy biorących w nim udział wskazuje, iż nie jest on protestem o charakterze politycznym, wymierzonym przeciwko jakimkolwiek ugrupowaniom. Naczelna Rada Lekarska uważa natomiast, że jeśli ktoś jest celem nieuzasadnionych i niesprawiedliwych ataków, to raczej sami protestujący. Podkreślenia wymaga też, że protest ten jest prowadzony w taki sposób, żeby nie naruszać interesów pacjentów, szczególnie wymagających pomocy medycznej w sytuacjach zagrożenia życia czy zdrowia. Naczelna Rada Lekarska stwierdza, że nie ma podstaw, aby twierdzić, że działania osób biorących udział w proteście naruszają zobowiązania wynikające z zasad etyki lekarskiej.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

Stanowisko Nr 17/17/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 27 października 2017 r.

w sprawie sprzeciwu wobec obniżania
wymogów do uzyskania uprawnień
do wykonywania zawodu lekarza
albo lekarza dentysty na terenie
Rzeczypospolitej Polskiej

W związku z niedawnymi publicznymi wypowiedziami Ministra Zdrowia wskazującymi, iż prowadzone są prace nad zmianami zasad i wymogów uzyskania w Polsce uprawnień do wykonywania zawodu lekarza albo lekarza dentysty przez osoby pochodzące z państw nie należących do Unii Europejskiej (dalej: UE), które miałyby na celu „poluzowanie przepisów w tym zakresie”, Naczelna Rada Lekarska mając na względzie przede wszystkim troskę o zapewnienie polskim pacjentom odpowiedniej jakości opieki zdrowotnej, sprzeciwia się planom obniżania poniżej bezpiecznego poziomu wymogów stawianych wobec osób ubiegających się o przyznanie prawa wykonywania zawodu w Polsce.

UZASADNIENIE

Przepisy związane z trybem nabywania w Polsce kwalifikacji do wykonywania zawodu lekarza albo lekarza dentysty bądź uznawania kwalifikacji nabytych za granicą mają na celu zapewnienie, że osoba uzyskująca w Polsce uprawnienie do wykonywania jednego z tych zawodów jest właściwie przygotowana do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom i daje gwarancje prawidłowego i rzetelnego wykonywania zawodu.

Naczelna Rada Lekarska nie jest w żaden sposób przeciwna przyznawaniu uprawnień zawodowych lekarzom cudzoziemcom pod warunkiem, że spełniają niezbędne ku temu wymogi. Naczelna Rada Lekarska stwierdza, że o ile w przypadku osób, które uzyskały kwalifikacje zawodowe lekarza albo lekarza dentysty w państwach UE obowiązuje system automatycznego

uznawania tych kwalifikacji oparty na wspólnie określonych wymogach kształcenia, o tyle w przypadku osób, które odbyły studia medyczne poza UE, procedura prowadząca do uzyskania w Polsce wymaganych kwalifikacji do wykonywania zawodu odzwierciedla wymogi dotyczące absolwentów polskich uczelni, obejmując:

1. nostryfikację dyplomu przez polską uczelnię medyczną, polegającą na porównaniu programu odbytych studiów medycznych z programem studiów w Polsce,
2. odbycie stażu podyplomowego albo uznanie przez Ministra Zdrowia za równoważny stażu odbytego za granicą bądź nabytego za granicą doświadczenia zawodowego,
3. złożenie z wynikiem pozytywnym egzaminu państwowego – Lekarskiego Egzaminu Końcowego albo Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego.

Naczelna Rada Lekarska zdaje sobie przy tym sprawę, że procedury związane z uznaniem kwalifikacji uzyskanych poza UE mogą być czasochłonne i wiązać się z określonymi kosztami dla wnioskujących lekarzy. Dostrzegając w tym zakresie pole do pewnego usprawnienia tych procedur, Naczelna Rada Lekarska podkreśla, że nie może to skutkować zniesieniem wstępnej oceny przygotowania lekarza, który kształcił się poza UE, do wykonywania w Polsce zawodu zarówno od strony posiadanej wiedzy teoretycznej, jak i umiejętności praktycznych. Jest to jednocześnie zgodne z wymogami prawa unijnego, zgodnie z którym państwa członkowskie UE mogą, zgodnie z własnymi przepisami, uznawać kwalifikacje zawodowe zdobyte poza terytorium UE, jednakże uznawanie tych kwalifikacji powinno być w każdym przypadku uzależnione od spełnienia minimalnych wymogów w zakresie wykształcenia, przewidzianych dla danego zawodu¹.

Naczelna Rada Lekarska zauważa jednocześnie, że oprócz wymogów o charakterze kwalifikacyjnym warunkiem wykonywania w Polsce zawodu lekarza albo lekarza dentysty jest także odpowiednia znajomość języka polskiego, którą potwierdza się złożeniem egzaminu, oraz niebagatelną postawą etyczną, którą należy wykazać zaświadczeniem o niekaralności z państwa pochodzenia. Również te wymogi są niezbędne do prawidłowego wykonywania zawodu.

Powyższe uwarunkowania wynikają ze specyfiki zawodów lekarza i lekarza dentysty i odpowiedzialności wiążącej się z ich wykonywaniem. Należy podkreślić, że wszelkie prace nad przepisami regulującymi wymogi i procedury związane z dostępem do wykonywania w Polsce zawodów lekarza oraz lekarza dentysty, bez względu na to, czy miałyby dotyczyć obywateli polskich, obywateli innych państw członkowskich UE, czy cudzoziemców spoza UE, powinny być prowadzone w ścisłej współpracy z samorządem lekarskim, którego ustawowym zadaniem jest sprawowanie – w granicach

i dla ochrony interesu publicznego – pieczy nad należyty i sumienny wykonywaniem tych zawodów w Polsce, czego przejawem jest m. in. dbałość o to, aby osoby zamierzające te zawody w Polsce wykonywać we właściwy sposób wykazywały spełnianie niezbędnych wymogów, w szczególności wymogów kwalifikacyjnych. Brak takiej współpracy w przeszłości doprowadził m. in. do niczym nieuzasadnionej próby likwidacji stażu podyplomowego, co zostało w ubiegłym roku naprawione, lecz wymagało kolejnych nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Na koniec, Naczelna Rada Lekarska stwierdza, że okres, w którym omawiana kwestia została podniesiona w publicznych wystąpieniach Ministra Zdrowia, jest niefortunny, biorąc pod uwagę aktualną sytuację w ochronie zdrowia – akcję protestacyjną zainicjowaną przez lekarzy rezydentów, szeroką dyskusję publiczną dotyczącą decydowanie niewystarczających nakładów na ochronę zdrowia oraz coraz bardziej odczuwalnego niedoboru personelu medycznego, w szczególności lekarzy. W tym kontekście zapowiedzi tego rodzaju zmiany przepisów, które nie były wcześniej omawiane z samorządem zawodowym lekarzy i lekarzy dentystów, mogą zostać odebrane jako z jednej strony próba nacisku na protestujących pracowników medycznych, z drugiej zaś jako plan uzupełniania niedoborów kadrowych pracownikami z innych, mniej zamożnych państw. Nie byłoby to właściwym rozwiązaniem problemów polskiej służby zdrowia, tym bardziej, że państwo polskie – czego samo się niejednokrotnie domagało – powinno postępować zgodnie z międzynarodowymi zaleceniami dotyczącymi etycznych zasad rekrutowania zagranicznych pracowników ochrony zdrowia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

¹motyw 10. oraz art. 2 ust. 2 dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych.

APEL Nr 7/17/P-VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 27 października 2017 r.
w sprawie lekarzy biorących udział
w proteście

Naczelna Rada Lekarska zwraca się z apelem do pracodawców i kierowników podmiotów leczniczych oraz kierowników specjalizacji, ordynatorów, pracowników środowisk akademickich ochrony zdrowia o stałe i czynne poparcie dla lekarzy rezydentów uczestniczących w akcji protestacyjnej, a także wspierających ich protest innych lekarzy. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej postulaty

protestujących są zasadne i odzwierciedlają oczekiwania środowiska lekarskiego od wielu lat artykułowane w stanowiskach organów samorządu lekarskiego. Naczelna Rada Lekarska, mając na względzie, że postulaty protestujących dotyczą poprawy sytuacji w ochronie zdrowia, apeluje o wykazanie zrozumienia dla protestujących młodych lekarzy i niepodjęcie wobec nich jakichkolwiek działań o charakterze represyjnym.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

APEL Nr 8/17/P-VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 27 października 2017 r.

w sprawie poparcia obywatelskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Naczelna Rada Lekarska zwraca się z apelem do lekarzy i lekarzy dentystów, a za ich pośrednictwem do wszystkich obywateli, o poparcie obywatelskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przygotowanego przez Porozumienie Zawodów Medycznych.

Główne założenia projektu ustawy wychodzą naprzeciw oczekiwaniom całego środowiska lekarskiego szybkiego podwyższenia nakładów na ochronę zdrowia w Polsce, co jest warunkiem koniecznym dla realnej poprawy opieki zdrowotnej obywateli. Naczelna Rada Lekarska apeluje do lekarzy i lekarzy dentystów o włączenie się w akcję zbierania podpisów poparcia pod obywatelskim projektem ustawy.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

APEL Nr 9/17/IV
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 27 października 2017 r.
do lekarzy

Naczelna Rada Lekarska, uwzględniając głosy środowiska lekarzy, którzy słusznie dostrzegają, że nadmierne obciążenie pracą wpływa negatywnie zarówno na jakość udzielanych pacjentom świadczeń zdrowotnych, jak i na możliwość regeneracji sił przez samych lekarzy, zwraca się do lekarzy o ograniczenie w najbliższym czasie gotowości do świadczenia pracy i wykonywania świadczeń zdrowotnych, również w ramach umów cywilnoprawnych, do maksymalnie 48 godzin w tygodniu.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

OBWIESZCZENIA

KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ 27 PAŹDZIERNIKA 2017 R.

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ

z dnia 27 października 2017 r.

o wygaśnięciu mandatu członka Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016, poz. 522) oraz § 45 ust. 3 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., na podstawie uchwały Prezydium Krajowej Komisji Wyborczej z dnia 27 października 2017 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu członka Naczelnej Rady Lekarskiej lekarza Konstantego Radziwiłła, obwieszcza się co następuje:

Wygasa mandat członka Naczelnej Rady Lekarskiej na okres VII kadencji 2014-2017 lekarza Konstantego Radziwiłła.

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ

Ładysław Nekanda-Trepka

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ

z dnia 27 października 2017 r.

o uzyskaniu mandatu członka Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016, poz. 522) oraz § 45 ust. 3 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., na podstawie uchwały Krajowej Komisji Wyborczej z dnia 27 października 2017 r. w sprawie uzyskania mandatu członka Naczelnej Rady Lekarskiej przez lekarza Filipa Dąbrowskiego, obwieszcza się co następuje:

Członkiem Naczelnej Rady Lekarskiej na okres VII kadencji 2014-2017 został lekarz Filip Dąbrowski.

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ

Ładysław Nekanda-Trepka

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy,

trwa akcja zbierania podpisów pod obywatelskim projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jest to ciąg dalszy akcji protestacyjnej lekarzy, mającej na celu zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia w Polsce oraz zwiększenie lekarskich wynagrodzeń. Wiele izb okręgowych koordynuje zbiórkę podpisów wśród swoich członków. „Gazeta Lekarska”, w porozumieniu z prezesem NRL Maciejem Hamankiewiczem, postanowiła umożliwić wszystkim lekarzom włączenie się do zbierania podpisów.

Zamieszczamy tekst projektu ustawy oraz tabelę umożliwiającą zbieranie podpisów poparcia. Podpisy mogą składać lekarze i lekarze dentyści, członkowie ich rodzin i oczywiście pacjenci. Prosimy nie wpisywać liczb porządkowych.

TO NASZA WSPÓLNA SPRAWA!

Ryszard Golański

Listy z podpisami prosimy przesyłać na adres:

Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie
ul. Roentgena 5, 02-781 Warszawa
Zakład Radioterapii I
Regionalno-Ośrodkowe Koło OZZLMR
Monika Mazur

USTAWA

z dnia



o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Art. 1

W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.):
po Dziale V dodaje się Dział Va w brzmieniu:

„Dział Va

Finansowanie ochrony zdrowia

Art. 131c.

1. Na finansowanie ochrony zdrowia przeznaczają się corocznie środki finansowe w wysokości nie niższej niż 6,8% Produktu Krajowego Brutto z roku poprzedniego, z zastrzeżeniem, że wysokość środków finansowych przeznaczonych na finansowanie

ochrony zdrowia w latach 2018–2020 nie może być niższa niż:

- 1) 5,2% Produktu Krajowego Brutto z roku poprzedniego w 2018 r.;
- 2) 5,7% Produktu Krajowego Brutto z roku poprzedniego w 2019 r.;
- 3) 6,2% Produktu Krajowego Brutto z roku poprzedniego w 2020 r.

2. Środki, o których mowa w ust. 1, obejmują wydatki budżetowe w części budżetu państwa „zdrowie” oraz wydatki budżetowe w dziale „ochrona zdrowia” w innych częściach budżetu państwa, z wyłączeniem składki na ubezpieczenia zdrowotne, koszty Funduszu z wyłączeniem środków z budżetu państwa ujęte w planie finansowym Funduszu oraz koszty związane z realizacją staży podyplomowych lekarzy i lekarzy dentyistów oraz specjalizacji lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarek i położnych, ujęte w planie finansowym Funduszu Pracy.

3. Kryteria określone w ust. 1 są uwzględniane przez Radę Ministrów w projektach ustaw budżetowych albo projektach ustaw o prowizorium budżetowym.

Art. 131d.

1. Środki finansowe, o których mowa w art. 131c ust. 1, stanowiące różnicę pomiędzy danym rokiem a rokiem poprzednim, w pierwszej kolejności przeznacza się na finansowanie z budżetu państwa, w formie dotacji przekazywanej do Funduszu, świadczeń gwarantowanych określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 2.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określa corocznie, w drodze rozporządzenia, wykaz świadczeń gwarantowanych finansowanych zgodnie z ust. 1, uwzględniając zasady i sposób wydatkowania środków publicznych oraz konieczność zapewnienia dostępności do tych świadczeń, biorąc pod uwagę listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia, o których mowa w art. 20, a także rodzaj tych świadczeń z uwzględnieniem obowiązku zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom w ciąży, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku oraz mapy potrzeb zdrowotnych."

Art. 2

Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2018 r.

KOMITET INICJATYWY USTAWODAWCZEJ

Ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Wykaz obywateli, którzy udzielają poparcia projektowi ustawy

Projekt: Ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

[illegible]

KOMITET INICJATYWY USTAWODAWCZEJ
Ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Projekt: Ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

BIULETYN

NR 7 (179) ROK XXVII

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

WARSZAWA, XI 2017

© REDAKTOR NACZELNY: MAREK JODŁOWSKI

Posiedzenie NRL – 10 listopada 2017 r.

UCHWAŁA Nr 20/17/VII **NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ** **z dnia 10 listopada 2017 r.**

w sprawie terminów posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej w roku 2018

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 następuje:

§ 1.

Ustala się terminy posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej w roku 2018: 12 stycznia, 16 lutego, 20 kwietnia, 15 czerwca, 31 sierpnia, 9 listopada, 14 grudnia.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO Nr 18/17/VII **NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ** **z dnia 10 listopada 2017 r.**

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz niektórych innych ustaw

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz niektórych innych ustaw, przekazanym przy piśmie Pana Marka Posobkiewicza – Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 30 października 2017r., znak: GIS-PR-LE-020-12/MF,MR/16/25 zgłasza następujące uwagi do przedmiotowego projektu:

1) Nie jest precyzyjne określenie użyte w art. 17a ust. 7 „czas występowania objawów chorobowych, o których mowa w ust. 1”, gdyż sugeruje raczej określenie czasu trwania objawów chorobowych. Zdaniem Naczelnej Rady Lekarskiej ww. określenie winno być zmienione na „okres wystąpienia objawów chorobowych, o których

mowa w ust. 1”, gdyż będzie to oznaczać przedział czasowy, np. 7-21 dni od szczepienia. Analogiczna uwaga dotyczy projektowanego art. 17a ust. 8 pkt 2 ustawy.

2) Rozważenia wymaga kwestia wysokości wpłat na rachunek bankowy Funduszu Kompensacyjnego Narodowego Programu Szczepień Ochronnych, przypadających od podmiotów zawierających umowy na dostawę szczepionek do przeprowadzenia obowiązkowych szczepień ochronnych. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej należałoby sztywno określić wysokość wpłat, bez konieczności każdorazowego określania wysokości tej wpłaty w trybie art. 17b ust. 3 i 4.

3) Naczelna Rada Lekarska uważa za zasadne wprowadzenie możliwości wykluczenia członka Zespołu Opiniodawczego Funduszu Kompensacyjnego Narodowego Programu Szczepień Ochronnych z uwagi na konflikt interesów. Proponuje się dodanie do art. 17d ust. 5 po pkt 5 kolejnego pkt 6 o treści następującej: „6) nie pozostaje w konflikcie interesów w związku z wykonywaną pracą”. Przed powołaniem członka Zespołu Minister będzie miał możliwość sprawdzenia deklaracji korzyści złożonej przez kandydata.

4) Naczelna Rada Lekarska postuluje ponadto umożliwienie udostępnienia jednostkowych danych medycznych, o których mowa w art. 17l ust. 2 projektu do celów naukowych. Przewidziana w projekcie możliwość udostępnienia tych danych „krajowej jednostce specjalistycznej” wydaje się być niewystarczająca do tego celu.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO Nr 19/17/VII **NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ** **z dnia 10 listopada 2017 r.**

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2017

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy

budżetowej na rok 2017, przekazanym przy piśmie Pana Adama Podgórskiego, Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu znak: GMS-WP-173-258/17, nie zgłasza uwag do przedmiotowego projektu ustawy w zakresie, w jakim wprowadza on rozwiązania mające na celu zapewnienie pełnego wykorzystania środków finansowych z budżetu państwa na zadania wynikające z ustawy o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej tj. wyposażenie gabinetów profilaktyki zdrowotnej w szkołach.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO Nr 20/17/VII **NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ** **z dnia 10 listopada 2017 r.**

w sprawie projektu ustawy o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2018

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2018, przekazanym przy piśmie Pana Adama Podgórskiego, Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu, znak: GMS-WP-173-259/17, zgłasza następujące uwagi do przedmiotowego projektu ustawy: W art. 12 przedmiotowego projektu ustawy, jak również w uzasadnieniu na str. 5 w akapicie nr 3 oraz w OSR, w pkt 6 „Wpływ na sektor finansów publicznych” podano, że projekt ustawy przewiduje finansowanie w roku 2018 staży podyplomowych oraz szkoleń specjalizacyjnych lekarzy dentystów oraz specjalizacji pielęgniarek i położnych ze środków Funduszu Pracy. Tak wskazany zakres zadań, które będą finansowane w roku 2018 ze środków Funduszu Pracy nie koreluje ze wszystkimi zadaniami, które mają być finansowane w roku 2018 ze środków Funduszu Pracy, a o których mowa w projekcie ustawy. Zgodnie z art. 29 projektu ustawy w roku 2018 ze środków Funduszu Pracy będzie finansowana, oprócz

stażu podyplomowego oraz szkoleń specjalizacyjnych, również rezydentura. Nie jest jasne, czy kwota podana w OSR oraz w uzasadnieniu do przedmiotowego projektu z przeznaczeniem na ww. zadania obejmuje również rezydenturę. W projekcie ustawy, z wyjątkiem źródła finansowania, nie wskazano wysokości środków finansowych, jakie planuje się przeznaczyć na sfinansowanie rezydentury w roku 2018. Niezależnie od powyższego Naczelna Rada Lekarska oczekuje znacznego wzrostu przewidzianych w roku 2018 nakładów budżetowych na finansowanie rezydentur, w szczególności na zapewnienie środków na postulowany przez specjalizujących się lekarzy wzrost wynagrodzeń za pracę.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO Nr 21/17/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 10 listopada 2017 r.

w sprawie powierzania dyżurów lekarskich
w oddziałach szpitalnych lekarzom
o odpowiednich kwalifikacjach

Naczelna Rada Lekarska stoi na stanowisku, że samodzielnym lekarzem dyżurnym w oddziale szpitalnym może być wyznaczony jedynie ten lekarz, który posiada niezbędną wiedzę specjalistyczną związaną ze specyfiką danego oddziału. Wyznaczenie, w drodze polecenia służbowego, lekarzy nieposiadających wiedzy, kwalifikacji i doświadczenia niezbędnych do pracy w danym oddziale, do pełnienia tam dyżurów jest nie do pogodzenia z postanowieniami Kodeksu Etyki Lekarskiej, który w art. 10 ust. 1 stanowi, że lekarz nie powinien wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzeczniczych.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej pełnienie dyżurów lekarskich w oddziałach szpitalnych przez lekarzy nieposiadających odpowiedniej specjalistycznej wiedzy zgodnej z profilem danego oddziału i kompetencji niezbędnych do pracy w tym oddziale nie może być stałym elementem organizacji pracy podmiotu leczniczego, ponieważ może stwarzać zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów tych oddziałów, o czym Naczelna Rada Lekarska przypominając osobom organizującym pracę oddziału.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO Nr 22/17/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 10 listopada 2017 r.

w sprawie roli lekarzy rezydentów w szpitalach

Samorząd lekarski stwierdza, że znaczna część oddziałów szpitalnych opiera się na pracy lekarzy

rezydentów i to dzięki ich pracy zawierane są przez NFZ kontrakty na pracę tych oddziałów finansowaną ze środków publicznych.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej lekarz w trakcie specjalizacji powinien przede wszystkim doskonalić swe umiejętności, poszerzać wiedzę i zdobywać doświadczenie pod kierunkiem kierownika specjalizacji. Celem szkolenia specjalizacyjnego jest wykształcenie lekarza specjalisty, proces kształcenia lekarza w trakcie specjalizacji i rola tego lekarza w szpitalu nie mogą być sprowadzane do roli taniej siły roboczej pozwalającej pozyskać finansowanie działalności oddziału szpitalnego.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO Nr 23/17/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 10 listopada 2017 r.

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

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z poselskim projektem ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, nadesłanym przy piśmie Pana Adama Podgórskiego, Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 29 października 2017 r., znak: GMS-WP-173-255/17 przedstawia następujące uwagi do projektu.

Naczelna Rada Lekarska w pełni popiera postulat zwiększenia wynagrodzeń lekarzy rezydentów i zagwarantowania tej podwyżki poprzez wprowadzenie regulacji prawnej na poziomie ustawowym. Przedstawiona do zaopiniowania ustawa jest wprawdzie krokiem w dobrym kierunku, nie realizuje jednak w pełni oczekiwań środowiska lekarskiego. Samorząd lekarski od dawna wskazywał, że dla zapewnienia w najbliższych latach ciągłości opieki zdrowotnej dla obywateli konieczne jest zwiększenie liczby młodych lekarzy podnoszących kwalifikacje zawodowe w ramach specjalizacji poprzez zachęcenie ich do odbywania specjalizacji w Polsce oraz zapewnienie im właściwych warunków – w tym finansowych – do wykonywania zawodu w Polsce. Zdaniem Naczelnej Rady Lekarskiej konieczne jest, aby władze państwowe niezwłocznie przystąpiły do realizacji postulatu zawartego w apelu nr 1 VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 6 stycznia 2006 r. w sprawie wynagrodzeń za pracę lekarzy i lekarzy dentystów, przypomnianego następnie w apelu nr 7 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 maja 2016 r. w sprawie minimalnego wynagrodzenia dla lekarza i lekarza dentysty, w którym Krajowy Zjazd Lekarzy określił, że minimalne wynagrodzenie zasadnicze lekarza i lekarza dentysty odbywającego specjalizację w trybie rezydentury powinno być ustalone na poziomie dwukrotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego.

Naczelna Rada Lekarska stoi na stanowisku, że podobna regulacja prawna powinna dotyczyć też lekarzy specjalistów, ponieważ nie można dopuścić do sytuacji, w której lekarz po zdaniu egzaminu specjalizacyjnego będzie miał mniejsze wynagrodzenie niż lekarz rezydent w trakcie specjalizacji.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

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

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Prezesa Rady Ministrów o osobiste zaangażowanie w sprawę ochrony zdrowia.

W ocenie samorządu lekarskiego konieczne jest przeprowadzenie reformy systemu ochrony zdrowia poprzez wzrost w możliwie najkrótszym czasie publicznych nakładów na ochronę zdrowia do 6,8% PKB i zmniejszenie narastających obciążeń biurokratycznych lekarzy tak, aby skrócić kolejki do świadczeń zdrowotnych, zapewnić pacjentom wyższy poziom opieki zdrowotnej a pracownikom medycznym - warunki, w których będą mogli oni lepiej spełniać swą misję pomocy pacjentom. Samorząd lekarski niezmiennie deklaruje chęć współpracy w przeprowadzaniu reform, które będą podnosiły poziom opieki zdrowotnej Polaków, bowiem dotychczasowe oraz aktualnie przygotowywane próby naprawy systemu ochrony zdrowia pozostają bezowocne, a w konsekwencji nie przynoszą poprawy sytuacji pacjentów ani osób wykonujących zawody medyczne.

Naczelna Rada Lekarska, w apelu z dnia 27 października 2017 r., zwróciła się do lekarzy i lekarzy dentystów o ograniczenie gotowości do świadczenia pracy i wykonywania świadczeń zdrowotnych, również w ramach umów cywilnoprawnych, do maksymalnie 48 godzin w tygodniu. Apel ten podyktowany był troską o jakość udzielanych pacjentom świadczeń zdrowotnych, a także o zapewnienie możliwości regeneracji sił przez lekarzy, którzy są nadmiernie obciążeni pracą. Problemy niedostatków i błędów systemu ochrony zdrowia nie mogą być rozwiązywane poprzez oczekiwanie od lekarzy pracy ponad siły, obniża to bowiem bezpieczeństwo pacjentów oraz grozi uszczerbkiem dla zdrowia lekarzy i brakiem czasu dla rodziny. Potrzebne są pilnie inne rozwiązania służące poprawie sytuacji.

Mając powyższe na względzie Naczelna Rada Lekarska apeluje do Pani Premier o osobiste zaangażowanie w sprawę ochrony zdrowia i dialog ze wszystkimi środowiskami zainteresowanymi poprawą jakości ochrony zdrowia w Polsce.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

Leczą najlepiej w Europie



Pięciu polskich lekarzy wygrało konkurs Międzynarodowego Stowarzyszenia do Badań nad Rakiem Płuca [IASLC] na najlepszy zespół opieki nad pacjentem onkologicznym w Europie. Z szefem tej grupy, prof. **Tadeuszem Orłowskim**, kierownikiem Kliniki Chirurgii w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, rozmawia **Lidia Sulikowska**.

GL The IASLC Foundation Cancer Care Team Award w tym roku wręczano po raz pierwszy. Dlaczego wybrano właśnie was?

Nagrody przyznawano multidyscyplinarnym zespołom opieki nad chorym na raka płuca, w podziale na cztery regiony świata, my okazaliśmy się najlepsi na Starym Kontynencie. Jury doceniło nas za pomoc, jaką dajemy pacjentom w wielu obszarach związanych z chorobą.

GL Poza panem, zespół tworzy jeszcze czterech wybitnych specjalistów z warszawskich szpitali: prof. Maciej Krzakowski i prof. Dariusz Kowalski z Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej Centrum Onkologii – Instytutu, prof. Rafał Krenke z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumologii i Alergologii SPCSK oraz prof. Renata Langfort z Zakładu Patomorfologii Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc. Jak na co dzień pomagacie chorym?

Staramy się zapewniać kompleksową i skoordynowaną opiekę. Współpracujemy lokalnie z lekarzami rodzinnymi, którzy kierują do nas osoby z podejrzeniem raka płuca. Pacjent jest umawiany na konkretny termin spotkania ze specjalistą, przeprowadzamy niezbędną diagnostykę, organizujemy konsultacje, zapewniamy terapię, a po zakończeniu leczenia wyznaczamy termin wizyty kontrolnej. Prowadzimy pacjenta za rękę na każdym etapie postępowania. To możliwe dzięki współpracy pomiędzy naszymi ośrodkami. Chciałbym podkreślić, że wyróżniony zespół to w zasadzie koordynatorzy, za którymi stoi wielu innych lekarzy współpracujących z nami. Bez nich taki model opieki nie mógłby za funkcjonować. Działamy w mikroskali, ale marzy mi się, aby podobne grupy powstawały w całym kraju.

GL Podejmujecie inicjatywy także na szerszą skalę.

To prawda. IASLC zauważyło nasze wieloletnie działania w ramach Polskiej Grupy Raka Płuca. Uruchomiliśmy aplikację na smartfon dla pacjentów, która jest bazą wiedzy o chorobie. Prowadzimy też kampanie edukacyjne dla chorych, a także szkolenia dla lekarzy i interdyscyplinarne kongresy naukowe. Poza tym powstał ogólnopolski rejestr raka płuca, rozmawiamy z resortem zdrowia nad stworzeniem ośrodków dedykowanych leczeniu raka płuca.

GL W Polsce choroba ta nadal zbiera śmiertelne żniwo. To nowotwór, przez który najczęściej umieramy. Jak to zmienić?

Mamy leki, które mogłyby uratować wielu pacjentów, są jednak bardzo drogie i nie wszystkie z nich są refundowane. Poza tym w leczeniu operacyjnym znakomite rezultaty można otrzymać dzięki chirurgii małoinwazyjnej, ale to też kosztuje. Kolejnym problemem jest późna wykrywalność tego nowotworu, a największym problemem jest wciąż trudny do zwalczenia nałóg palenia.

GL W przypadku raka piersi udało się znacząco zredukować liczbę zgonów, co jest zasługą w dużej mierze właśnie wczesnej wykrywalności. Z rakiem płuca jest trudniej.

Oczywiście, trzeba jednak wziąć pod uwagę, że w przypadku raka piersi na badania skriningowe wydajemy co roku ponad 30 mln zł, a na przesiewy w kierunku wykrycia nowotworu płuca tylko 1,5 mln zł rocznie. Podobne dysproporcje występują w finansowaniu terapii tych obydwu typów raka. Bez zwiększenia nakładów nic nie zmienimy. ○

GL
W Y W I A D

Cukrzyca ma różne oblicza

Z prof. **Krzysztofem Strojkiem**, konsultantem krajowym w dziedzinie diabetologii, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

GL
WYWIAD

GL Mogłoby się wydawać, że o cukrzycy wiemy prawie wszystko. Jaki jest stan wiedzy na temat tej choroby?

Co roku o cukrzycy dowiadujemy się coraz więcej, w dalszym ciągu jednak ta wiedza jest niepełna. Wiemy na przykład, że w cukrzycy typu 1, wskutek procesu autoimmunologicznego, dochodzi do destrukcji komórek beta wysp Langerhansa, co powoduje wypadnięcie funkcji insuliny, ale nie wiemy, co indukuje ten autoagresyjny proces. Jest pewna predyspozycja, ale wciąż szukamy odpowiedzi na pytanie, co jest mechanizmem spustowym i dlaczego zapadalność na cukrzycę typu 1 rośnie.

Wiemy, że powstawaniu cukrzycy typu 2 sprzyjają czynniki środowiskowe (zła dieta, brak ruchu, otyłość), ale choroba może być też dziedziczona i nie znamy podłoża tej predyspozycji. Odkrycie tego mechanizmu stworzyłoby możliwość prowadzenia działań prewencyjnych. O tym, że w tej chorobie mamy do czynienia z predyspozycją genetyczną, świadczy fakt, że nie wszyscy otyli na nią zapadają, stanowią oni 40 proc. wszystkich chorujących.

GL Ostatnio dyskutuje się nad tym, czy cukrzyca ma płeć.

Cukrzyca jest chorobą egalitarną, dotyczy wszystkich ras, grup etnicznych, nie ma związku ze statusem majątkowym, jednak choć nie są to znaczące różnice, o 6 proc. częściej chorują kobiety. Nie ma jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, dlaczego tak się dzieje. Upatruje się związków z gospodarką hormonalną, zakładając, że w okresie, kiedy obniża się poziom wydzielania estrogenów u kobiet, zagrożenie cukrzycą wzrasta.

GL Cukrzycę wiąże się z chorobami sercowo-naczyniowymi.

Ponieważ u diabetyków dochodzi do neuropatii zarówno układu autonomicznego, jak i układu obwodowego, choroby te mogą przebiegać bezobjawowo. Typowym objawem ze strony chorób sercowo-naczyniowych jest ból za mostkiem, u chorych na cukrzycę ten ból nie musi wystąpić, a mimo to mogą oni przechodzić zawał serca. Jest zalecenie Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, aby prowadzić diagnostykę przesiewową pod kątem chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów z wieloletnią cukrzycą. Należy brać pod uwagę nietypowe bóle za mostkiem, bezbólowe upośledzenie tolerancji wysiłku, uczucia kołatania serca, zasłabnięcia. Mogą

one sugerować, że rozwija się choroba niedokrwienna serca, która współistnieje z cukrzycą.

Dane wskazują, że 30 proc. osób z ostrym zawałem serca ma cukrzycę, a kolejne 30 proc. ma nieprawidłową tolerancję glukozy.

GL A co z cukrzycą u ciężarnych? Ostatnio coraz więcej kobiet w wieku prokreacyjnym ma ten problem.

Często podwyższony poziom glukozy we krwi pojawia się w okresie ciąży, a po narodzinach dziecka mija, co ma związek z działaniem hormonów łożyskowych. Obecnie jednak podwyższone parametry poziomu cukru we krwi to skutek nadwagi i otyłości wśród młodych kobiet. Jeśli w tym czasie cukrzyca pozostaje niewykryta lub jest źle leczona, wywołuje makrosomię płodową, czyli zwiększoną w czasie porodu masę ciała dziecka i większą skłonność do powstawania wad wrodzonych.

Każda ciężarna powinna mieć wykonany test tolerancji glukozy między 24. a 28. tygodniem ciąży, który pozwala wykryć podwyższony poziom cukru we krwi. Dzięki temu można podjąć właściwe leczenie, które niweluje zagrożenie do zera.

GL Cukrzyca ma więc różne oblicza, przykładem jest cukrzyca typu 3c.

Chorzy na cukrzycę, którzy przebyli przewlekłe lub ostre zapalenie trzustki, z reguły są błędnie kwalifikowani do cukrzycy typu 2, czego następstwem jest zbyt długie prowadzenie na doustnych lekach przeciwcukrzycowych. Mimo iż standardowe parametry pomiaru poziomów cukru na to nie wskazują, wymagają oni insulinoterapii. O cukrzycy 3c wiadomo od co najmniej 20 lat, kiedy wprowadzono aktualnie obowiązującą klasyfikację cukrzycy, ale stosowanie jej w praktyce nastrocza problemy. Dzieje się tak, ponieważ podstawą do kwalifikowania cukrzycy są badania poziomów cukru we krwi, a w tym przypadku kluczowym jest wywiad, który powinien wejść do standardów postępowania.

Zawsze należy zapytać pacjenta, czy w przeszłości przeszedł ostre lub przewlekłe zapalenie trzustki, zwrócić uwagę na wyrównanie metaboliczne i nie czekać, aż się poprawi za pomocą restrykcji dietetycznych, ćwiczeń lub doustnych leków. Jeśli przebył zapalenie tego narządu, to oznacza, że ma zniszczony aparat wyspowy i nie będzie produkował insuliny. Oczywiście dla oceny wyrównania metabolicznego należy określić poziom hemoglobiny glikowanej, ale istnieje pojęcie tzw. luki terapeutycznej, kiedy lekarz widzi nieprawidłowy wynik, a nie koryguje leczenia.

Jeśli wiadomo, że chory miał incydent z zapaleniem trzustki, nawet nieznacznie podwyższony poziom hemoglobiny glikowanej jest wskazaniem, że należy rozważyć insulinoterapię. Rozgorzała dyskusja na temat weryfikacji obecnej klasyfikacji cukrzycy. Zakłada się, że wspólnym mianownikiem dla hiperglikemii jest defekt komórki beta, wszystkie dodatkowe czynniki czyli insulinooporność, wątrobowa produkcja glukozy, defekt neurotransmitera, hiperglukagonemia, zwiększona absorpcja zwrotna glukozy, zwiększona lipoliza są wtórne do tego podstawowego zaburzenia. W typie 2 cukrzycy insulinoliterapia jest ostatecznością. Zrewidowano też pogląd, jakoby insulina zapobiegała powikłaniom. To nie insulina, ale wyrównanie glikemii.

GL Kto sobie lepiej radzi z nadwagą i otyłością w cukrzycy typu 2 – kobiety czy mężczyźni?

Jedni i drudzy radzą sobie słabo, chociaż kobiety z natury rzeczy bardziej dbają o siebie. Wymaga to skoordynowanych działań. Oczywiście podstawą jest odpowiednia dieta – jeść mało i częściej, ruch, ale też odpowiednio ustawione leczenie. Mamy dostęp do różnorodnych leków, także tych, których bonusem przy przestrzeganiu diety jest utrata masy ciała. Są to inhibitory transportera sodowo-glukozowego 2, które działają poprzez indukcję cukromoczu, obniżając stężenie glukozy we krwi. Wydalanie glukozy z moczem powoduje deficyt kaloryczny, co pozwala zredukować wagę. Badania prowadzone nad lekami z tej grupy wykazały, że działają one kardioprotekcyjnie, a więc chronią przed zawałem serca, udarem mózgu czy śmiercią sercowo-naczyniową i dodatkowo zmniejszają ryzyko niewydolności serca. Niestety, w Polsce leki z tej grupy nie są refundowane, nie każdy chory na cukrzycę, u którego są wskazania do ich stosowania, ma do nich dostęp.

Nowa grupa leków to agonści receptora glukagonopodobnego peptydu I (GLP I). Są to leki, które obniżają poziom cukru we krwi przez zwiększenie stężenia GLP I – hormonu stymulującego trzustkę do wydzielania insuliny, zanim w otoczeniu tego narządu wzrośnie stężenie glukozy we krwi. Także wpływają na redukcję masy ciała i w większej dawce stosuje się je w leczeniu otyłości. Leki te także działają kardioprotekcyjnie. Niedogodnością jest, że muszą być podawane w iniekcjach i że nie są refundowane. W idealnym świecie wszystkie leki przeciwcukrzycowe powinny być refundowane, ale to utopia. Dostęp do insuliny jest praktycznie pełny, do analogów długo działających z pewnym ograniczeniem (dla chorych, którzy tego leczenia najbardziej potrzebują jest 30 proc. refundacja, koszt miesięczny terapii tymi lekami kształtuje się na poziomie 50 zł), ale gliptyny, flozyny nie są refundowane. Koszt miesięczny kuracji tymi lekami wynosi ponad 100 zł, a agonistą GLP I ponad 300 zł.

GL Jaka jest w Polsce dostępność do leczenia specjalistycznego i szpitalnego w cukrzycy?

Ciążar opieki diabetologicznej spoczywa na specjalistycznym lecnictwie ambulatoryjnym, konieczność hospitalizacji chorego na cukrzycę oznacza porażkę tego ogniwa.



Poradnie diabetologiczne są dobrze zorganizowane, jednak ich liczba jest niewystarczająca. W Polsce praktykuje około 1100 diabetologów, a potrzeba ich ponad 1500. Według zaleceń każdy chory na cukrzycę typu 1 i 2 na insulinie lub z powikłaniami powinien być pod opieką poradni specjalistycznej, a chory, który jest na lekach doustnych, może być prowadzony przez lekarzy POZ i raz w roku konsultowany przez specjalistę. Tymczasem w Polsce są powiaty, gdzie nie ma diabetologa, a przecież jest zależność pomiędzy tym, ile jest w danym województwie zakontraktowanych porad i hospitalizacji. Im mniej porad, tym więcej powikłań w szpitalach.

GL Cukrzyca stała się chorobą społeczną, jak poprawić opiekę nad tak liczną grupą chorych?

Zrodził się pomysł opieki koordynowanej, problemem jest jednak nie system, tylko jego wysycenie i nie chodzi tylko o diabetologów, ale dietetyków, pielęgniarki edukacyjne, ponieważ w cukrzycy to zespół odpowiada za prowadzenie chorego. Pod opieką takich zespołów jest 400 tys. chorych, wobec 800 tys. leczonych insuliną. Z tego wynika, że większość diabetyków może liczyć tylko na lekarza POZ.

Powtarzam jak mantrę, że cukrzyca jest zaburzeniem wieloczynnikowym, które polega nie tylko na wyrównaniu glikemii, ale ciśnienia tętniczego, gospodarki lipidowej i masy ciała. I dopiero wyrównanie tych elementów świadczy o prawidłowym leczeniu cukrzycy. 

Prof. Krzysztof Strojek:
– O cukrzycy 3c wiadomo od co najmniej 20 lat, kiedy wprowadzono aktualnie obowiązującą klasyfikację cukrzycy, ale stosowanie jej w praktyce nastroża problemy.

Leki 75+

Od 15 miesięcy najstarsi pacjenci mogą bezpłatnie otrzymać wybrane leki. Zapytałem 11 osób, nie tylko lekarzy, o to, w jaki sposób oceniają tzw. program 75+.

MARIUSZ TOMCZAK



Prawie 2,3 mln seniorów zrealizowało ponad 19 mln recept z uprawnieniem „S” na prawie 49 mln opakowań bezpłatnych leków – w taki sposób można podsumować liczbowo pierwsze 14 miesięcy (1.09.2016-31.10.2017) obowiązywania tzw. listy 75+.

Premier Beata Szydło podkreśla, że to spełnienie obietnicy zawartej w exposé, minister zdrowia Konstanty Radziwiłł mówi o sukcesie. Jak wspomina Agnieszka Jankowska-Zduńczyk, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej, większość seniorów początkowo z niedowierzaniem, a potem z wielką ulgą przyjęła ten przywilej. – To projekt, który będzie pozytywnie procentował lepszymi efektami leczenia – podkreśla. – To dobre rozwiązanie dla pacjentów finansujących leczenie tylko z własnej emerytury – ocenia ideę bezpłatnych leków dla seniorów dr Agnieszka Pawlak, kierownik Pododdziału Niewydolności Serca Kliniki Kardiologii Inwazyjnej CSK MSWiA w Warszawie. Jak mówi Stanisław Maćkowiak, prezes Federacji Pacjentów Polskich, po wprowadzeniu listy 75+ część najstarszych pacjentów, którzy dotychczas nie wykupywali leków z przyczyn ekonomicznych, teraz pojawia się w aptece. – Pacjenci pozytywnie odbierają każdy pomysł ułatwiający dostęp do leczenia – dodaje Małgorzata Pietrzak, wiceprezes

Naczelnej Rady Aptekarskiej, przypomina, że przez pierwsze tygodnie obowiązywania programu 75+ pacjenci mieli rozbudzone oczekiwania i niektórzy głośno wyrażali swoje rozczarowanie. – Z punktu widzenia pacjenta program jest znakomity, ale gdy wszedł w życie, okazało się, że nie wszystkie leki są bezpłatne, a czasami zdarzało się, że bezpłatne są te tańsze, a droższych, które pacjent zażywa, nie ma w wykazie – mówi prof. dr hab. Piotr Jankowski, sekretarz Polskiego Towarzystwa Kardiologii. – Brakuje pewnych leków często zalecanych pacjentom w starszym wieku, na które nie stać wielu chorych, np. doustnych leków przeciwzakrzepowych i niektórych leków przeciwplatektykowych – dodaje prof. Jankowski, który w zakresie kardiologii listę senioralną w szkolnej skali 1-6 ocenia na 4.

RADOŚĆ Z INSULINY

To, że program 75+ wciąż budzi kontrowersje, dziwi prof. dr hab. Bolesława Samolińskiego, kierownika Zakładu Alergologii CSK WUM, bo seniorzy są i będą grupą zwiększającą się liczebnie, a w istotny sposób korzystającą z leczenia farmakologicznego. – Mam wrażenie, że wśród pracowników związanych z systemem ochrony zdrowia brakuje empatii wobec osób starszych. Każdemu powinno zależeć na poprawie stanu zdrowia naszych „staruszków” – mówi profesor, który

^ Część najstarszych pacjentów nie wykupywała leków, teraz pojawiają się w aptece.

program popiera i postulował wprowadzenie tego typu rozwiązania kilka lat wcześniej, zanim wprowadził je w życie minister Radziwiłł. Co dwa miesiące wykaz leków bezpłatnych dla najstarszych pacjentów jest aktualizowany. Co do zasady: poszerza się, a nie kurczy. – O ile początkowo na liście 75+ dominowały leki o odpłatności 30 proc. i 50 proc., teraz pojawiają się na niej te z odpłatnością ryczałtową. To bardzo dobry kierunek. Osoby w wieku 75+ mają coraz więcej leków dostępnych bezpłatnie, a coraz większa liczba osób realizujących recepty senioralne jest zadowolona – mówi wiceprezes NRA, dodając, że wielu pacjentów ucieszyło się zwłaszcza z obecności w wykazie insuliny. – Choć jako całość lista 75+ nie do końca spełnia oczekiwania pacjentów, bo nie ma na niej niektórych leków, to w zakresie okulistyki oceniam ją bardzo pozytywnie. Są leki jaskrowe stosowane przez chorych przez całe życie, które teraz najstarsi mają za darmo – mówi prof. dr hab. Iwona Grabska-Liberek, prezes Polskiego Towarzystwa Okulistycznego. W skali 1-6, w odniesieniu do chorób oczu, program 75+ ocenia na 5. Prof. dr hab. Joanna Chorostowska-Wynimko, członek zarządu Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc, przyznaje, że listę 75+ można by uzupełnić, niemniej w zakresie leczenia POChP z jej kształtu jest „umiarkowanie zadowolona” (w skali 1-6 ocenia

WYDAJE SIĘ, ŻE ROZWIĄZANIE, W KTÓRYM LEKI MOŻE WYPISYWAĆ LEKARZ POZ, UŁATWIA UTRZYMYWANIE W RYZACH POLIPRAGMAZJI. NA RAZIE RESORT NIE PLANUJE ZMIENIAĆ TYCH PRZEPISÓW.

ją na 4+). – Z jednej strony są tam leki świetnie znane chorym, od lat stosowane w leczeniu POChP. Z drugiej, w coraz większym stopniu pojawiają się również leki nowoczesne, tzn. o długim czasie działania, pozwalające chorym zmniejszyć liczbę dawek w ciągu doby – dodaje.

NIEZADOWOLENI SPECJALIŚCI

Od początku spory wywoływał pomysł, aby recepty na bezpłatne leki mogli wypisywać de facto tylko lekarze POZ (poza nimi mogą to robić pielęgniarki POZ, pod warunkiem, że wcześniej przejdą specjalne kursy, i lekarze, którzy zaprzestali wykonywania zawodu i wystawiają receptę dla siebie albo dla małżonka, wstępnych lub zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa). Specjalista niebędący lekarzem POZ nie ma takiego uprawnienia. – Z punktu widzenia układów koleżeńskich w środowisku lekarskim ten przepis prowadzi do pewnych, niewyrażanych głośno, antagonizmów – zauważa prof. Samoliński, dodając, że coraz częściej rozróżnia się dwie grupy: mających coraz więcej uprawnień lekarzy rodzinnych i specjalistów. – Kilka razy w tygodniu mam poczucie, że nie działam dobrze, ponieważ albo muszę pisać nazwy leków na kartce, albo wypisać receptę i poinformować pacjenta, że jeśli chciałby je otrzymać bezpłatnie, to musi pójść do lekarza POZ. To dziwne. Pacjenci nie rozumieją, że jako geriatra nie mogę wypisać bezpłatnych leków – mówi prof. dr hab. Tomasz Kostka, konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii. W jego ocenie na liście znajduje się sporo leków neurologicznych, mimo że nie wszystkie są odpowiednie dla najstarszych pacjentów. – Nie ma nowoczesnych doustnych koagulantów stosowanych w tzw. niezastawkowym migotaniu przedsionków. Kosztują ok.

100 zł miesięcznie, na co części chorych nie stać, przez co muszą stosować leki wymagające kontroli czasu i pobierania krwi – wylicza prof. Kostka. Dodaje, że w większości leki na liście wybrano zasadnie, choć znajduje się na niej kilka przestarzałych i nie ma niektórych leków stosowanych w otępieniu. – Środowiska geriatrów nie pyta się o zdanie co do obecności konkretnych leków i substancji czynnych na liście 75+ – ubolewa. W skali 1-6 całą listę ocenia na 4. Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej mówi, że pacjenci bacznie pilnują tego, czy na receptce znajduje się odpowiednie oznaczenie, dzięki któremu mogą otrzymać lek za darmo. Nieco inne zdanie w tej kwestii ma dr Aleksandra Karbowniczek, neurolog współpracująca z Fundacją „Życie z chorobą Parkinsona”. Jej pacjenci nie zawsze chętnie korzystają z możliwości bezpłatnego otrzymania leków. – Największą barierą okazuje się fakt, że lekarz POZ potrzebuje zaświadczenia od specjalisty z potwierdzeniem rozpoznania, co obejmuje wskazania do refundacji, a co za tym idzie – stosowania leku z listy 75+. Wymaga to przynajmniej dwóch wizyt lekarskich. Pomijając to, że pacjenci w tym wieku mają wiele chorób współistniejących, wizja oczekiwania w kolejce od godz. 5:00, by zostać przyjętym przez lekarza POZ, ogranicza im dostęp do korzystania z programu – mówi neurolog.

KTO CHWALI MINISTRA?

O to, by nie potępiać w czambuł rozwiązania, że bezpłatne leki wypisuje się w ramach POZ, apeluje Michał Sutkowski, członek zarządu Stowarzyszenia Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. – To pomysł ministerstwa, który ma swoje plusy. Dopóki nie będzie elektronicznej

recepty i elektronicznej weryfikacji tego, co pacjent dostaje w gabinecie, może być pewien bałagan – zauważa. W podobnym duchu wypowiada się prezes Federacji Pacjentów Polskich. – To lekarz POZ dysponuje największą wiedzą o pacjencie. Skoro nie ma elektronicznej kontroli, gdyby bezpłatne leki dla seniorów mógł wypisywać każdy specjalista, mielibyśmy armagedon – mówi. Wydaje się, że rozwiązanie, w którym leki może wypisywać lekarz POZ, ułatwia utrzymywanie w ryzach polipragmazji. Na potwierdzenie tej tezy dr Sutkowski przytacza następujący przykład. – W moim gabinecie pacjent dostawał jeden beta-bloker, u kardiologa drugi beta-bloker, a w szpitalu trzeci. Zażywał wszystkie trzy, myśląc, że to różne leki i że wszyscy lekarze wypisujący mu recepty o tym wiedzieli – tłumaczy przedstawiciel Kolegium Lekarzy Rodzinnych. Jak wynika z informacji otrzymanej od Mileny Kruszewskiej, rzecznika prasowego ministra zdrowia, obecnie nie są prowadzone prace legislacyjne rozszerzające krąg osób uprawnionych do wystawiania recept z kodem uprawnień dodatkowych „S”. To z pewnością cieszy konsultant krajową w dziedzinie medycyny rodzinnej, która przyznaje, że dzięki ograniczeniu możliwości wystawiania recept „S” pacjenci szybciej przychodzą do gabinetu lekarza rodzinnego z informacją od innych lekarzy specjalistów. A czy są przypadki nadużywania przez starszych pacjentów możliwości otrzymywania bezpłatnych leków? – Istotna większość pacjentów postępuje uczciwie – odpowiada dr Jankowska-Zduńczyk. Z danych udostępnionych przez NFZ wynika, że dotychczas największym powodzeniem cieszą się tabletki zawierające substancję czynną Indapamidum, pomagające w nadciśnieniu tętniczym.

Wykaz bezpłatnych leków dla osób w wieku 75+ stanowi część listy leków refundowanych. Jest załącznikiem do obwieszczenia ministra zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. (O)

19 mln

– tyle recept z uprawnieniem „S” zrealizowano w ciągu 14 miesięcy programu 75+.

Nowe zasady ochrony danych pacjenta

25 maja 2018 r. zacznie obowiązywać unijne rozporządzenie o ochronie danych osobowych [tzw. RODO]¹. Nowe przepisy obejmą także placówki ochrony zdrowia. Jak przygotować się do nadchodzących zmian?

● **LIDIA SULIKOWSKA**

Rozporządzenie zmienia zasady przetwarzania, wykorzystywania i przechowywania danych osobowych osób fizycznych, zwiększając ochronę tych danych i nakładając nowe obowiązki na administratorów. RODO dotyczy podmiotów wszystkich branż, w tym także medycznej.

Każda jednostka zajmująca się działalnością leczniczą prowadzi dokumentację medyczną, siłą rzeczy gromadząc i przetwarzając dane osobowe pacjentów, musi więc przestrzegać przepisów prawnych, dotyczących ochrony danych osobowych, w tym zwłaszcza informacji o stanie zdrowia pacjentów. Trzeba działać wedle obowiązującej obecnie ustawy z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, zgodnie z dyrektywą 95/46/WE Parlamentu Europejskiego i Rady WE.

NOWE WYTTCZNE

RODO zastąpi tę dyrektywę, wprowadzając nowe reguły gry. W związku ze zmianą uchylona zostanie nasza krajowa ustawa o ochronie danych osobowych, a w jej miejsce wejdzie nowa, będzie ona jednak tylko uzupełnieniem unijnego rozporządzenia (projekt tej ustawy jest obecnie w trakcie procedowania). Jak bardzo nowe przepisy różnić się będą od obecnie obowiązujących?

INSPEKTOR, ALE NIE WSZĘDZIE

Unijne rozporządzenie nakłada obowiązek powołania inspektora ochrony

danych (IOD) na wszystkich, którzy przetwarzają dane osobowe na szeroką skalę. Nie jest niestety precyzyjnie określone, jak wielka musi być skala przetwarzania danych, by taki inspektor został zatrudniony. Temat ten, jak i wiele innych zagadnień, był poruszany w czasie konferencji, która odbyła się w połowie listopada na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego. Zdaniem obecnego na tym spotkaniu dr. Arwida Mednisa z Wydziału Prawa i Administracji UW, taki inspektor przyda się w każdej placówce medycznej, bo dzięki niemu zwiększy się bezpieczeństwo ochrony danych. Zwrócił także uwagę, że RODO narzuca na administratorów obowiązek polegający na tym, że sami będą musieli oceniać ryzyko przetwarzania danych osobowych, z którymi mają do czynienia, i dopasować, wedle własnego uznania, odpowiednie środki zabezpieczenia. Inspektor może więc im znacząco pomóc w realizacji tego zadania. Rodzą się jednak kolejne pytania. Czy ocenie podlegają tylko czynności przetwarzania danych, które wprowadzone zostaną po wejściu w życie RODO, czy wszystkie, które się w ogóle odbywają w placówce? – Rozporządzenie jest bardzo ogólne i wymaga własnej interpretacji lub doszczegółowienia na gruncie przepisów krajowych, a te są dopiero dostosowywane. Jeśli ten proces miałby objąć całość, to byłby to spory koszt dla placówek medycznych – zauważa dr Mednis.

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

Wprowadzone zostaną też nowe obowiązki w zakresie informowania podmiotu, którego zbierane dane dotyczą. W praktyce oznacza to, że trzeba będzie powiedzieć pacjentowi m.in. o adresie siedziby placówki medycznej i jej pełnej nazwie, określić cel zbierania danych i wytłumaczyć, kto będzie ich odbiorcą, a także poinformować o dobrowolności albo obowiązku podania danych (i z jakiej przesłanki prawnej ten obowiązek wynika). Ponadto pacjent powinien poznać dane kontaktowe inspektora ochrony danych. Lista jest jeszcze dłuższa.

Nasuwa się kolejne pytanie, co z obecnymi zgodami na przetwarzanie danych, które już zostały udzielone przez pacjentów. Czy mogą one pozostać, czy jednak trzeba te osoby od nowa poinformować, zgodnie z nowymi wytycznymi?

20 mln euro

– w razie wykrycia nieprawidłowości Urząd Ochrony Danych Osobowych będzie mógł nałożyć kary do 4 proc. całkowitego rocznego obrotu z poprzedniego roku obrotowego

INNE PROBLEMY

Zmianie ulegnie też m.in. kwestia szczególnych warunków przetwarzania danych osobowych pacjentów. – Pojawia się prawo do ograniczenia przetwarzania danych, w tym prawo do bycia zapomnianym, prawo do przenoszenia danych, prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych czy prawo do niepodlegania zautomatyzowanym decyzjom – mówi Marta Gadomska-Gołąb, radca prawny jednej z warszawskich kancelarii prawnych. RODO to jednym słowem – temat rzeka. Jedno jest pewne,



^ **Jedno jest pewne, dostosowanie się do świata według rozporządzenia RODO będzie kolejnym kosztem dla placówek medycznych.**

dostosowanie się do świata według tego rozporządzenia będzie kolejnym kosztem dla placówek medycznych.

KARY

Organem nadzorującym, czy ochrona danych osobowych jest właściwie realizowana, będzie Urząd Ochrony Danych Osobowych, który ma zastąpić dobrze wszystkim znane GIODO. Urząd ten w razie wykrytych nieprawidłowości będzie mógł nałożyć kary w wysokości do 20 mln euro lub do 4 proc. całkowitego rocznego obrotu z poprzedniego roku obrotowego. – Przedstawione kwoty są jednak karami maksymalnymi, tak więc organ przy ich nakładaniu będzie miarkował wysokość kary do stopnia zawinienia i charakteru podmiotu naruszonego – uspokaja mec. Marta Gadomska-Gołąb. Zapis ten ma być doprecyzowany na gruncie polskich przepisów i w przypadku podmiotów publicznych kara może wynieść maksymalnie 100 tys. euro. W efekcie inne kary będą dla medycznych placówek prywatnych, a inne dla publicznych.

PRZYGOTOWANIA

Co zrobić, by w miarę płynnie przejść w świat według RODO? Roman Radomski z Polskiej Izby Informatyki Medycznej radzi, aby najpierw zrobić audyt wewnętrzny, dzięki któremu ustalimy stan faktyczny, czy obecnie dane są chronione zgodnie z przepisami i co ewentualnie wymaga poprawy. Dopiero wówczas można przejść do analizy, które obszary wymagają zmian w związku z wejściem w życie unijnego rozporządzenia i przeszkolić personel w tym zakresie.

Monika Borgula, administrator bezpieczeństwa informacji Szpitala Wojewódzkiego w Tarnowie zaleca szkolenie całego personelu placówki medycznej, w którym trzeba mówić nawet o najprostszych kwestiach, nie tylko tych związanych z RODO.

W dalszym ciągu bowiem zdarzają się incydenty związane z niewłaściwą ochroną danych osobowych, które nie powinny mieć miejsca zgodnie z obowiązującymi już teraz przepisami. Mówiła m.in. o braku upoważnień dla lekarzy stażystów i studentów na przetwarzanie danych osobowych czy lekceważenie obowiązku niszczenia danych wrażliwych w niszczenie.

Warto też zauważyć, że bezpieczeństwo danych osobowych nie zamyka się na ochronie dokumentacji medycznej, bo przecież mamy odpady medyczne, dane na kropiówkach etc... Czy personel sprząający ma dostęp do biurka lekarza, na którym leży dokumentacja medyczna pacjentów? Do tego dochodzą dylematy od dawna nierozwiązywalne, m.in. sposób wywoływania pacjenta – po nazwisku czy numerze, czy ochrona danych na salach kilkuosobowych.

NA POMOC: KODEKS

Art. 40 unijnego rozporządzenia przewiduje powstanie kodeksów branżowych, które mają ułatwić stosowania nowego

prawa w danej branży. Taki kodeks stworzony jest w naszym kraju w obszarze ochrony zdrowia. Całość ma być gotowa do maja przyszłego roku. Zapisy kodeksu mają być kompatybilne z RODO i regulacjami krajowymi.

Na razie pozostaje wiele znaków zapytania. Nie ma jeszcze gotowej legislacji polskiej na gruncie tego rozporządzenia (na razie Ministerstwo Cyfryzacji udostępniło projekt nowej ustawy o ochronie danych osobowych oraz projekt zmian przepisów sektorowych obejmujący ponad 130 ustaw), już teraz jednak warto studiować poszczególne zapisy RODO, by w maju nie być zaskoczonym. – Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów jest najwyższą wartością wobec innych tworzonych praw. Należy jednak wypracować wewnętrzne procedury, które pozwolą realizować ten cel przy zachowaniu pełnego porządku prawnego – podkreśla dr Beata Jagielska z Centrum Onkologii-Instytutu w Warszawie i prezes Polskiej Koalicji Medycyny Personalizowanej, organizatora konferencji. 

1 Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

Interdyscyplinarnie

Niepełnosprawnym dzieciom można skutecznie pomóc, jeśli odpowiednio wcześnie rozpozna się rodzaj zaburzeń, określi ich skalę i podejmie kompleksową terapię.

● LUCYNA KRYSIAK

Współdziałanie lekarzy, fizjoterapeutów, logopedów, psychologów, pedagogów specjalnych, słowem specjalistów działających w obszarze wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci jest tu priorytetem. – Zajęcia z dzieckiem obejmują usprawnianie ruchowe, mowy, słuchu, wzroku oraz umiejętności samoobsługi i funkcjonowania społecznego, czyli dotyczą stymulacji wielozmysłowej.

Jest to więc praca zespołowa i tego rodzaju postępowanie stało się obecnie standardem obowiązującym w świecie – powiedział Adam Markiewicz, fizjoterapeuta w oddziale neurologii Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Był jednym z kilkudziesięciu uczestników (1-2 grudnia 2017 r.) Międzynarodowej Konferencji Naukowej „Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka w wieku 1-4”, której organizatorem była Fundacja Pomocy Dzieciom „Kolorowy Świat”. Podczas konferencji zaprezentowano najnowsze strategie oraz metody terapeutyczne wykorzystywane do stymulacji rozwoju dzieci z różnymi zaburzeniami rozwojowymi, a ich dopełnieniem były specjalistyczne warsztaty z zakresu analizy chodu, zaburzeń kontroli posturalnej, logopedii i neurologopedii, rozwoju sensomotorycznego, terapii ręki czy zaburzeń dysfagicznych.

SENSOMOTORYKA

Rozpoznanie mózgowego porażenia dziecięcego nie jest łatwe, szczególnie u małych dzieci, co wiąże się z niedojrzałością centralnego układu nerwowego i brakiem charakterystycznych

objawów klinicznych. Pierwsze objawy mogą dotyczyć narządu ruchu, jak również innych narządów lub układów. Do niedawna dostrzegane u małego dziecka niewielkie deficyty czucia i ruchu umykały uwadze rodziców, także lekarzy.

Panowało też przekonanie, że dziecko wraz z wiekiem z nich „wyrośnie” i kiedy trafi w środowisko rówieśnicze zdrowych dzieci, różnice się wyrównają. – Nic bardziej błędnego, każdy dzień zwlekania z rozpoznaniem zaburzeń u tych dzieci nieodwracalnie pozbawia je szansy na wczesną rehabilitację, ale do postawienia właściwej diagnozy niezbędna jest dogłębna znajomość działania systemów sensorycznych i ich wzajemnych interakcji – wyjaśnia Delphini Papazoglou z Grecji, międzynarodowy ekspert w tej dziedzinie, dodając, że układ nerwowy uczy się przez działanie, a możliwością rozwoju jest doświadczenie. Przypomina też że poszczególne zmysły rozwijają się stopniowo, ale dziecko korzysta z nich przez cały czas, a nie dopiero wtedy, gdy całkowicie się rozwinią i będą pracowały prawidłowo. Zaleca więc, aby opracowując plan terapii, zacząć od krytycznego spojrzenia na cel, funkcję i znaczenie systemów sensorycznych dla rozwoju dziecka. Chodzi o to, aby plan terapeutyczny był zindywidualizowany, dostosowany do konkretnego przypadku.

METODA KRAKOWSKA

Zakłócenia rozwoju funkcji poznawczych w wieku niemowlęcym i przedszkolnym często dotyczą mowy. Tu także potrzebna jest trafna diagnoza i szybka interwencja. Bywa, że rodzic

zauważa, że coś jest nie tak, dopiero podczas rozmowy z dzieckiem, a są metody, które pozwalają ten problem zdiagnozować już od 3. miesiąca życia. Prof. Jagoda Cieszyńska-Rożek, psycholog, logopeda z Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie, odwołuje się tu do nowoczesnej metody, jaką jest koncepcja mikrogenetyczna. – Nawet najmniejszy objaw odstępstw od rozwoju neurotypowego u dziecka pozwala stwierdzić zakłócenia rozwoju i rozpocząć postępowanie stymulujące – podkreśla prof. Cieszyńska-Rożek i nadmienia, że w ujęciu mikrogenetycznym wszystko, co nieoczekiwane w zachowaniu dziecka, uważane jest za objaw, a czas pokaże, jakiego rodzaju jest to zakłócenie.

To ważne, ponieważ diagnoza rozwojowa pozwala budować skuteczne programy stymulacji w okresie największej wrażliwości dziecka. Oddziaływania terapeutyczne dotyczą wszystkich funkcji poznawczych, uwzględniając ich linearny i hierarchiczny proces kształtowania. Służy temu Metoda Krakowska, której założenia opracowała prof. Jagoda Cieszyńska-Rożek. Metoda ta nie skupia się na wskazaniu zakłóceń, lecz stara się opisać braki, które pojawiają się podczas rozwoju dziecka. Z założenia jest ono traktowane jako całość, ponieważ wszystkie funkcje rozwojowe jednoczą się ze sobą, lecz z drugiej strony każda z nich to seria następujących po sobie etapów rozwoju. Metoda polega na ćwiczeniach wszelkich stymulantów: wizualne, słuchowe, motoryka, praktyka ustna, relacje między rówieśnikami, zabawa, które sprzęgają się z prawidłowym rozwojem języka.

BIOMECHANIKA RĘKI

Dziecko w rozwoju ruchowym przechodzi od etapu stabilności umożliwiającej kontrolowanie stawu pod obciążeniem, przy rozciąganiu lub w ruchu do mobilności, która jest zdolnością do inicjowania ruchu pozwalającego utrzymać postawę ciała. Tak kształtuje zdolność do wykonywania celowych ruchów oddalonymi częściami ciała przy zachowaniu stabilności tułowia. U dzieci dotkniętych porażeniem

GL
PATRONAT

mózgowym dziecięcym stosunek stabilności do mobilności jest nieprawidłowy, co powoduje nierównowagę mięśniową i prowadzi do zaburzeń sterowania ruchem z powodu obniżonego napięcia mięśniowego (hipotonia), jak i ograniczenia swobody ruchu przez wzmożone napięcie mięśniowe (hipertonia). Gdy stabilność i mobilność nie są harmonijne, układ nerwowy pierwotnie funkcjonującą synchronizację zaangażowanych mięśni zastępuje nieefektywnym wzorcem.

Eddy Mellaerts, ortyk, terapeuta zajęciowy i fizjoterapeuta z Belgii podkreślał, że z powodu podstawowych problemów związanych z napięciem mięśniowym, siłą mięśni, selektywnością, deformacjami kości i problemami sensorycznymi, struktura biomechaniczna ręki u osób dotkniętych mózgowym porażeniem dziecięcym jest inna. – Skutkuje to m.in. problemami postawy, dlatego zaniedbanie dysfunkcyjnej ręki u dzieci z porażeniem mózgowym dziecięcym może spowodować całkowitą utratę mobilności, co przekłada się na trudności w wykonywaniu codziennych czynności – zaznaczył Mellaerts, przekonując do podejmowania zindywidualizowanych i stale aktualizowanych decyzji klinicznych oraz interwencji terapeutycznych i ortopedycznych, bo tylko takie podejście gwarantuje osiągnięcie efektów.

MOTORYKA ORALNA

Dzieci z różnego rodzaju niepełnosprawnością mogą mieć też trudności z przełykaniem, rozdrabnianiem pokarmów, komunikowaniem się, co jest związane z zaburzeniem występujących u nich funkcji oralnych. Neurologopeda kliniczny i konsultantka na oddziałach intensywnej terapii i neonatologii, Aleksandra Łada, zwróciła uwagę na profil problemów klinicznych branych pod uwagę przy diagnozowaniu tych zaburzeń. Obejmuje on czynniki fizyczne (aparaturę elektoralną), motoryczne (GMFCS), funkcjonalne (przebieg odruchowych reakcji oralnych oraz sposobu i jakości podaży pokarmów), czynniki warunkowane rozwojem i stanem funkcjonalnym (stan neurologiczny pacjenta) oraz środowiskowe (procedury medyczne, rodzina).

– Współczesna neurologopedia promuje takie strategie diagnostyczne, które odwołują się do holistycznego postrzegania funkcji oralnych. Kluczowe jest tutaj badanie związków i wzajemnych zależności pomiędzy wzorcami ruchu w GM oraz wzorcami ruchu w motoryce oralnej – tłumaczy A. Łada dodając, że terapia neurologopedyczna nie powinna polegać na odtwarzaniu wzorców rozwoju prawidłowego, lecz na wspomaganiu, co zbliża pacjenta do standardu neurofizjologicznego na miarę jego indywidualnych możliwości rozwojowych.

Liliana Klimont, fizjoterapeuta NDT-Bobath oraz instruktor metody

integracji sensorycznej, wskazała na ryzyko wystąpienia u dzieci z niepełnosprawnością zaburzeń w obrębie wielu układów. – Ograniczenia motoryczne sprzyjają szybkiemu rozwojowi zmian wtórnych w układzie szkieletowym i kompensacyjnych wzorców postawy i ruchu, których tempo jest uzależnione od wielu czynników, dlatego pierwsze lata życia są tu decydujące – podsumowała Klimont, podkreślając jednocześnie, że wczesne podjęcie terapii i jej wieloaspektowość to cel nadrzędny, gdyż chodzi o znaczną poprawę jakości życia niepełnosprawnych dzieci. [O](#)

REKLAMA

Ljubljana Statement of the Central and Eastern European Chambers of Physicians

Na ostatnim posiedzeniu przedstawiciele 15 izb lekarskich przyjęli oświadczenie dotyczące przemocy wobec lekarzy. Jest ono w wersji oryginalnej dostępne pod adresem <http://www.medical-chambers.org/documents/Resolutiononviolence-ZEVA-2017.pdf>.

Dotyczy problemu, o którym już wielokrotnie pisano i mówiono w Polsce. Przemoc wobec pracowników ochrony zdrowia jest powszechna, występuje w każdym kraju i każdego roku dotyczy około 2/3 lekarzy. Amerykanie, którzy mają bardzo dużo dobrych statystyk, wskazują, że praca w zawodzie medycznym jest najbardziej niebezpieczna. Na szczęście w ponad 90% przypadków jest to przemoc słowna.

Dane o częstotliwości przemocy zaskakująco mało różnią się pomiędzy krajami i systemami, ale z tekstu oświadczenia wynika, że w krajach reprezentowanych w ZEVA szczególnie częsty jest problem różnicy pomiędzy oczekiwaniami społeczeństw wobec ochrony zdrowia a możliwościami zapewnienia świadczeń. Wskazano też, że lekarze są często postrzegani jako element nieprzyjaznego pacjentom systemu. Niezadowolenie z kontaktów z pracownikami, długie oczekiwanie, złe traktowanie wynikające z braku personelu i czasu, są wymieniane zawsze jako powody agresji.

Postulaty zawarte w oświadczeniu wskazują jednocześnie powszechnie znane braki zabezpieczeń przed agresją. Administracje i policje nie są aktywne w ściganiu agresorów. Pomieszczenia i organizacja pracy

Izby lekarskie krajów Europy Środkowej od 24 już lat spotykają się raz do roku, aby wymieniać informacje o wspólnych i lokalnych działaniach, wspierać rozwój samorządności lekarzy, korzystać z doświadczeń krajów, w których samorządność zawodowa ma długą tradycję. Konferencja już tradycyjnie nazywa się ZEVA [Zentraleuropäische Vereinigung der Ärztekammern], ponieważ początkowo była zorganizowana przez izby z Austrii i Niemiec.

◉ ROMUALD KRAJEWSKI, WICEPREZES NRL

nie uwzględniają potrzeby zabezpieczenia przed agresją. Pracownicy nie są przygotowani do radzenia sobie z agresją i najczęściej takich przypadków nie zgłaszają.

Bardzo słusznie zwrócono uwagę, że lekarze mają prawo do pracy w bezpiecznym miejscu i potrzeba wielu działań, aby bezpieczeństwo poprawić. Temu między innymi służy polityka „zero tolerancji”, która oznacza, że nad żadnym przypadkiem agresji, nawet jeżeli może on wynikać z choroby, nie należy przechodzić do porządku. Niekoniecznie od razu trzeba karać pacjenta, ale koniecznie trzeba gromadzić wiedzę o agresji i na tej podstawie podejmować działania zapobiegające jej.

W oświadczeniu zwrócono także uwagę na problemy z zapewnieniem dostatecznej liczby lekarzy. To także wspólny problem krajów „nowej” Unii. Agresja w miejscu pracy jest jednym z ważniejszych powodów wypalenia zawodowego, a na trwanie pracowników z jakiegokolwiek powodu na pewno w tych krajach nie można sobie pozwolić. Lekarze, którzy pełnią

AGRESJA

wywoływana jest przez: niezadowolenie z kontaktów z pracownikami, długie oczekiwanie, złe traktowanie wynikające z braku personelu i czasu.

wiele funkcji kierowniczych, powinni także pamiętać, że agresja w jeszcze większym stopniu dotyczy pielęgniarek, których też brakuje.

Oświadczenie jest więc bardzo ważnym dokumentem, który trzeba wykorzystywać w dyskusjach i działaniach poprawiających bezpieczeństwo. Zadbanie o bezpieczeństwo zaczyna się od każdego z nas indywidualnie. Za nas tego nikt nie zrobi. Jeżeli jesteśmy wobec agresji bierni, nie zgłaszamy jej, nie domagamy się poprawy bezpieczeństwa w miejscu pracy, nic się nie zmieni, bo jest to zjawisko w ochronie zdrowia powszechne, do którego przyzwyczailiśmy się i każdy jakoś sobie z nim musi poradzić. W izbach lekarskich, także w ODZ NIL, są dostępne szkolenia o radzeniu sobie z agresją. Mamy MAWOZ – platformę, na której można zgłaszać przypadki agresji. Samorząd na takie przypadki może reagować, ale najpierw musimy się o nich dowiedzieć. A więc nie czekajmy, aż staniemy się ofiarą. Oświadczenie ZEVA bardzo podkreśla konieczność aktywnego działania. ◉

Uchwała w sprawie przemocy wobec lekarzy

**24. Sympozjum Środkowo- i Wschodnioeuropejskich Izby Lekarskich
zorganizowane przez Słoweńską Izbę Lekarską
Lublana, Słowenia 16 września 2017 r.**

„Deklaracja Środkowo- i Wschodnioeuropejskich Izby Lekarskich podjęta w Lublanie”

Biorąc pod uwagę:

- rosnącą rozbieżność między oczekiwaniami populacji europejskiej, związanymi z łatwym dostępem do szerokiej oferty wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych, a zdolnością służby zdrowia do ich zapewnienia; coraz większy wpływ, jaki wywierają siły ekonomiczne i ograniczenia finansowe na świadczenia zdrowotne, skutkując brakiem pracowników w systemach służby zdrowia;
- fakt, że w przypadku pacjentów może być trudne dokonanie odróżnienia między decyzjami politycznymi a zasadami związanymi ze służbą zdrowia z jednej strony a kompetencjami i osobistą odpowiedzialnością pracowników służby zdrowia z drugiej strony;
- fakt, że lekarze jako profesja w wielu krajach w praktyce nie czerpią pożytków z przepisów dotyczących bezpieczeństwa w miejscu pracy;
- wszystko to powoduje, że w państwach członkowskich dochodzi do ataków na pracowników służby zdrowia i utrudnianie im realizacji świadczeń zdrowotnych;
- przedstawiciele Środkowo- i Wschodnioeuropejskich Izby Lekarskich, zgromadzeni w Lublanie, przyjęli następującą deklarację:

- (1) tylko bezpieczne środowisko pracy w służbie zdrowia gwarantuje bezpieczną, profesjonalną i wysokiej jakości opiekę zdrowotną dla pacjentów;
- (2) jak wszyscy pracownicy, lekarze także mają prawo do bezpiecznego miejsca pracy;
- (3) przemoc wobec lekarzy musi być traktowana bardzo poważnie przez zarządzających wszelkimi placówkami służby zdrowia, a policja, prokuratorzy i sędziowie powinni podejmować skuteczne działania;
- (4) należy stworzyć plany zapobiegania przemocy, zarówno na poziomie krajowym, jak i instytucji służby zdrowia;
- (5) przypadki przemocy muszą być systematycznie dokumentowane z użyciem systemu zgłaszania stworzonego przez organy rządowe i instytucje służby zdrowia;
- (6) na wszystkich poziomach sektora służby zdrowia należy wprowadzić przejrzyste i jednoznaczne zasady zerowej tolerancji wobec przemocy i zasady te powinny być publicznie wspierane;
- (7) należy rozszerzyć szkolenie lekarzy, by byli w stanie sobie lepiej radzić w sytuacjach zagrożenia i rozwiązywać je;
- (8) krajowe i europejskie przepisy prawa muszą zapewniać skuteczną ochronę lekarzom, którzy spotykają się z agresją podczas pełnienia obowiązków zawodowych i zwiększać świadomość zagrożeń, na jakie narażeni są lekarze, szczególnie w napiętej sytuacji.

Pamiętając, jak duże znaczenie mają powyższe rozważania dla bezpieczeństwa i dobrostanu lekarzy w dziedzinie ich wpływu na przyszłość pracowników służby zdrowia oraz jakości świadczeń opieki zdrowotnej, sygnatariusze niniejszego dokumentu zwracają się do pracowników służby zdrowia, prawodawców i zarządzających z prośbą o współpracę, wsparcie, promowanie i poszerzanie bezpieczeństwa lekarzy w miejscu pracy.

Izby Lekarskie Krajów Europy Środkowej i Wschodniej uznają bezpieczeństwo lekarzy za zasadniczy czynnik związany z zapewnieniem wysokiej jakości opieki zdrowotnej.

Sygnatariusze:

Stowarzyszenie Lekarzy Albanii
Austriacka Izba Lekarska
Federalna Izba Lekarska BIH
(stowarzyszenie zrzeszające izby z 10 kantonów)
Stowarzyszenie Medyczne Republiki Serbskiej
Bułgarskie Stowarzyszenie Medyczne
Chorwacka Izba Lekarska
Czeska Izba Lekarska

Niemieckie Stowarzyszenie Medyczne
(federacja lekarska 17 krajów związkowych)
Izba Lekarska Kosowa
Izba Lekarska Macedonii
Polska Naczelna Izba Lekarska
Rumuńskie Kolegium Lekarzy
Serbska Izba Lekarska
Słowacka Izba Lekarska
Słoweńska Izba Lekarska

O prewencji w Krakowie

Ponad czterdzieści paneli dyskusyjnych, najlepsi polscy i światowi eksperci, dyskusje, wykłady i warsztaty. Wszystko to podczas X Konferencji „Kardiologia Prewencyjna 2017 – wytyczne, wątpliwości, gorące tematy”, która 17 i 18 listopada odbywała się w Krakowie.

✪ MARTA JAKUBIAK

Wydarzenie to z roku na rok przyciąga coraz więcej uczestników. W tegorocznej edycji wzięło udział ponad pół tysiąca osób. Gościem specjalnym był prof. David Wood, prezydent World Heart Federation, który na podstawie wyników ogólnosiwiatowych badań WHO (Civil Registration and Vital Statistics) przedstawił prognozy epidemiologiczne na 2025 r.

Są one, niestety, pesymistyczne. Liczba przedwczesnych zgonów na świecie będzie dynamicznie wzrastać, jeśli nie dokonano zmian w profilaktyce i leczeniu. Znacząco zwiększy się również liczba osób z chorobami serca i naczyń wieńcowych. Prof. Wood podkreślał, że obecnie ważnym celem jest zmniejszenie przedwczesnej umieralności o 25 proc. do roku 2025. Należy zabiegać o wyższą jakość życia i leczenia pacjentów, co można osiągnąć, wprowadzając odpowiednie zmiany legislacyjne.

O randze tego wydarzenia świadczyć może obecność przedstawicieli władz i ważnych ośrodków związanych z kreowaniem polityki zdrowotnej w kraju. Do Krakowa przyjechali m.in.: Jarosław Pinkas – sekretarz stanu w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, Zbigniew J. Król – podsekretarz stanu w Ministerstwie



▲ Prof. David Wood

Zdrowia, Roman Topór-Mądry – przewodniczący Sekcji Prewencji i Profilaktyki PTK, prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Marian Zembała – dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca, były Minister Zdrowia, Gabriela Sujkowska – dyrektor w Agencji Technologii Medycznych i Taryfikacji. Rozmawiano o jakości w medycynie oraz organizacji opieki nad pacjentami.

(RE)DEFINICJA NADCIŚNIENIA

O ograniczeniach profilaktyki chorób układu krążenia mówił prof. Tomasz Grodzicki, prorektor Uniwersytetu Jagiellońskiego ds. Collegium Medicum. Z dystansem wypowiadał się też o zaproponowanych kilka dni wcześniej przez amerykańskie towarzystwa kardiologiczne zmianach w rozpoznawaniu

nadciśnienia tętniczego, wśród których wskazano m.in., że choroba ta zaczyna się od wartości 130/80 mmHg, a nie, jak przyjmowano dotychczas – 140/90 mmHg. Wśród zagadnień dyskutowanych na konferencji znalazł się również temat miażdżycy. Gorąca dyskusja wywiązała się w związku z zaprezentowaniem wyników badania CANTOS, które mogą stanowić kolejny dowód na zapalne podłoże tej choroby. W badaniu tym wykazano na przykład, że stosowanie nowoczesnego leku o działaniu przeciwzapalnym może zapobiegać zawałom serca czy udarom mózgu.

O DIECIE I RZUCANIU PALENIA

Gdy mówi się o profilaktyce chorób serca i układu krążenia, nie można pominąć zagadnień związanych z dietą i aktywnością fizyczną. Zdrowa dieta oparta jest na warzywach i owocach, chudym nabiale i produktach zbożowych. W tym kontekście przytoczono dane dotyczące efektów menu bogatego w tłuszcze zwierzęce i węglowodany. Zgodnie uznano, że nieuzasadniona byłaby zmiana obecnych zaleceń dotyczących żywienia.

Innym istotnym zagadnieniem w kontekście profilaktyki jest też pozbycie się nałogu tytoniowego. – Ważnym zadaniem każdego lekarza jest pomoc pacjentowi w zaprzestaniu palenia, w tym w ułożeniu planu odzwyczajania od tego nałogu, udzielanie praktycznych wskazówek czy zapewnianie wsparcia ze strony personelu medycznego. Ważnym elementem leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu jest też farmakoterapia – podkreślał prof. Piotr Jankowski, sekretarz Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego i organizator konferencji, która w tym roku zbiegła się w czasie z obchodami Światowego Dnia Rzucania Palenia Tytoniu. Prof. Jankowski podkreślał m.in. skuteczność regularnego (podczas każdej wizyty pacjenta w gabinecie) zalecania zerwania z nałogiem.

W ramach konferencji odbył się IV Bieg dla Serca po Krakowskich Plantach. Na starcie stanęli m.in. prelegenci i uczestnicy konferencji, dając dobry przykład, a także mieszkańcy Krakowa, a wśród nich liczni seniorzy (najstarszy miał 88 lat!).

Budowa Domu Lekarza Seniora zawsze aktualna

Na XXXV Okręgowym Zjeździe Lekarzy w Gdańsku w dniu 18 marca 2017 r. zgłosiłem w imieniu Lekarzy Seniorów Uchwałę w sprawie budowy Domu Lekarza Seniora. Uchwała ta została przez olbrzymią większość Delegatów prawie jednogłośnie odrzucona. Młodzi lekarze [Lekarze Rezydenci] w 100% byli przeciwni budowie Domu Lekarza Seniora i tym samym wyrazili swoje preferencje jako przedstawiciele swojego pokolenia.

◉ SŁAWOMIR ŁABSZ

Trudno się dziwić, jeżeli od początku tzw. transformacji ochrona zdrowia stała się rynkiem zdrowia, z którego można czerpać „niewyobrażalne” korzyści. Młodzi lekarze też chcą być uczestnikami podziału tortu, a najlepiej smakuje przysłowiowa wisienka.

Niedawno otrzymałem od przedstawicieli Komisji do spraw Lekarzy Seniorów książkę „25 lat w samorządowym rejsie” opisującą pracę i inicjatywy członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku od początku istnienia. Zakładka była włożona na stronie 222, gdzie znalazłem pierwszy ślad powstania pomysłu budowy Domu Lekarza Seniora. W roku 1996 dr Swarzyńska uzyskała zgodę Okręgowej Rady Lekarskiej na założenie Fundacji Budowy Domu Lekarza Seniora, która następnie została zarejestrowana. Do roku 2012 konto fundacji było niewystarczające i zmieniono cel fundacji na bezpośrednią pomoc dla Lekarzy Seniorów. Pomysł budowy za zgromadzone środki płatnicze na koncie Fundacji Budowy Domu Lekarza Seniora był skazany od początku na niepowodzenie.

Jedyny Dom Lekarza Seniora im. dr Kazimierza Fritza znajduje się w Warszawie w budynku przejętym pod opiekę Ministerstwa Zdrowia. Pierwszym

fundatorem był dr Kazimierz Fritz, dermatolog, który na budowę Domu Lekarza Seniora przekazał za życia 1 mln zł, a w swoim testamencie zapisał dodatkowo 800 tys. zł. Pieniądze te zostały po latach starań lekarzy zainwestowane zgodnie z wolą darczyńcy. Misją Domu Lekarza Seniora im. dr Kazimierza Fritza jest służyć ludziom starszym, samotnym i chorym, niesienie pomocy każdemu, kto tego potrzebuje, oraz zapewnienie mieszkańcom godziwych warunków życia i odpoczynku.

Obecnie dzięki podwyższonej składce członkowskiej izby lekarskiej w Polsce mogą myśleć nawet o inwestowaniu zgromadzonych środków płatniczych na swoich kontach, np. w nieruchomości. Lekarze Seniorzy nie porzucili swojego pomysłu o potrzebie dla siebie takiego rozwiązania życiowego w razie konieczności. Liczymy tym razem na przychyłność naszych młodszych koleżanek i kolegów, którzy uczyli się od nas i czerpali najlepsze wzorce postaw moralnych i etycznych w trudnym i pełnym poświęceń zawodzie lekarza. Dom Lekarza Seniora jest zawsze pomnikiem i podziękowaniem przepełnionym szcunkiem dla Lekarzy Seniorów od młodszych koleżanek i kolegów za ich ciężką i długą pracę obciążoną największym ryzykiem zawodowym.

Taki dom może pełnić wiele funkcji społecznych: od integracji poczynając, poprzez szkolenia, pracę, rehabilitację, restauratorstwo i hotelarstwo. Opłacalność tej inwestycji można przewidzieć i dostosować jej wielofunkcyjność do potrzeb rynku, co zapewni w pełni samofinansowanie. Wypadało by pomyśleć o szybkiej realizacji choćby budowy jednego nowego Domu Lekarza Seniora jako wspólny wysiłek wszystkich izb lekarskich w Polsce pod patronatem Naczelnej Rady Lekarskiej w Warszawie. ◉

GL
L I S T Y

REKLAMA

Stomatologia oparta na faktach (cz. 1)



**Marta
Cześnikiewicz-Guzik**

Kierownik Zakładu
Profilaktyki i Stom.
Eksperym. Instytut
Stomatologii UJCM

Ostatnie lata przyniosły olbrzymi przełom w rozwoju stomatologii klinicznej. Rozwój technologiczny dostarczył wielu narzędzi i materiałów, bez których współcześnie nie wyobrażamy sobie leczenia pacjenta.

Rozwój nauki i medycyny ogólnej przyniósł również nowe podejście w interpretacji danych klinicznych oraz w podejmowaniu decyzji terapeutycznych – z każdej strony słyszymy o wprowadzaniu i rozwijaniu „stomatologii opartej na faktach” – w angielskim żargonie zwanej EBD – „evidence based dentistry”.

Jak każde nowe pojęcie, również kwestia „stomatologii opartej na faktach” jest związana z pewnym oporem i nieufnością do nowej idei, niesie ze sobą ryzyko depersonifikacji stomatologii i wprowadzenia jej do czystego algorytmu klinicznego, bez indywidualnej interpretacji danych klinicznych. Głównym ograniczeniem EBD jest jednak fakt, iż kojarzy się ono stomatologom z czysto naukową i badawczą aktywnością niemającą nic wspólnego z ich codziennym pacjentem. Dlatego chcielibyśmy poświęcić serię kolejnych artykułów zagadnieniu „stomatologii opartej na faktach”, wyjaśniając podstawy i dyskutując jej zalety oraz wady – bo każde narzędzie kliniczne takie posiada.

Idea rozwoju naukowych obserwacji w celu podejmowania właściwych decyzji klinicznych zaczęła rozwijać się

w połowie XX w. Lekarze coraz częściej obserwowali, iż podejmowanie decyzji leczniczych na podstawie pozytywnych doświadczeń z jednostkowymi pacjentami w przeszłości niesie za sobą wiele niebezpieczeństw i błędów. Organizm ludzki jest złożony, ma indywidualny kod genetyczny, a każdy pacjent podlega innym czynnikom środowiskowym: jak spożywane produkty żywnościowe, tryb życia, miejsce zamieszkania, używki: papierosy, alkohol.

Fakt, iż stan jednego pacjenta polepszył się w czasie zażywania określonego leku, może w ogóle nie mieć nic wspólnego z działaniem powyższej substancji. Dodatkowo, odległe działania niepożądane wielu leków nie były wykrywane. Powyższe problemy dotarły dopiero do świadomości opinii publicznej na szeroką skalę po tragedii, jaka wydarzyła się w latach pięćdziesiątych w Stanach Zjednoczonych. Ponad 10 000 dzieci urodziło się z niedorozwojem kończyn z powodu podawania matkom w ciąży leku przeciwwymiotnego, przeciwbólowego i usypiającego – talidomidu^[1]. Od tego okresu obserwujemy dynamiczny rozwój epidemiologii klinicznej i narzędzi metodologii medycznej pozwalających badać nowe substancje

FAKT

właściwa decyzja kliniczna musi być oparta, jak stabilny stół, na czterech nogach

i terapię w grupie dużych populacji ludzkich, co pozwala na zminimalizowanie roli przypadku w otrzymanych wynikach. Pionierami nowej nauki „medycyny opartej na faktach” byli: Archibald Cochrane w Europie, Alvan Feinstein w Stanach Zjednoczonych oraz David Sackett w Kanadzie^[2-4]. Ci wielcy epidemiolodzy stworzyli podwaliny nowej rzeczywistości klinicznej dla dobra każdego pacjenta oraz narzędzia dla nas klinicystów, które umożliwiają nam korzystanie z dobrodziejstw epidemiologii klinicznej w łatwy i przystępny sposób, jak na przykład Cochrane Collaboration z Cochrane Library i Cochrane Database of Systemic Reviews. Z czasem koncepcja „medycyny opartej na faktach” zaczęła rozszerzać się na inne nauki medyczne: farmację i stomatologię. Pierwszy artykuł używający terminu „evidence based dentistry” został opublikowany przez Richards’a i Lawrence’a w 1995 r.^[5]

A więc czym właściwie jest „stomatologia oparta na faktach”? Aby ją polubić, powinniśmy znać jej pryncypia. „American Dental Association” adaptuje do potrzeb stomatologii oryginalną definicję „medycyny opartej na faktach” stworzoną przez Sacketta, pisząc: stomatologia oparta na faktach to planowanie strategii leczniczej jamy ustnej pacjenta w oparciu o rozsądną interpretację istotnych klinicznych dowodów naukowych w połączeniu z rzetelnym rozpatrzeniem stanu klinicznego jamy ustnej oraz stanu ogólnego pacjenta,

CZYM WŁAŚCIWIE JEST „STOMATOLOGIA OPARTA NA FAKTACH”? ABY JĄ POLUBIĆ, POWINNIŚMY ZNAĆ JEJ PRYNCYPIA.

z doświadczeniem klinicznym lekarza dentysty oraz potrzebami i preferencjami leczniczymi pacjenta^[6,7].

Już sama definicja pokazuje, iż „stomatologia oparta na faktach” nie jest, jak wielu lekarzy dentystów uważa, bezdusznym podporządkowywaniem się epidemiologicznym danym naukowym. Właściwa decyzja kliniczna musi być oparta, jak stabilny stół, na czterech nogach (ryc. 1):

- 1) wyselekcjonowane pod kątem najwyższej jakości i wiarygodności dane naukowe;
- 2) dokładna ocena sytuacji klinicznej;
- 3) wiedza i doświadczenie lekarza;
- 4) preferencje pacjenta odnośnie podejmowanego leczenia uwzględniające jego sytuację społeczną, finansową i światopoglądową.

W odniesieniu do stomatologii oko-liczności kliniczne są często skomplikowane i muszą objąć dodatkowe aspekty.

Pacjent, którego leczymy, nie jest bezdusznym przedmiotem, ma swoje opinie, przekonania i priorytety. Czasami dla najkorzystniejszego efektu estetycznego, pacjent jest w stanie przejść długie, wieloetapowe i drogie leczenie implantoprotetyczne. Niektórzy pacjenci chcą rozwiązania szybkiego i praktycznego. Wiedza i umiejętności stomatologa mają kluczowe znaczenia przy ocenie wyjściowego stanu klinicznego oraz przy realizowaniu leczenia. Nasuwa się jednak pytanie, jak zdobyć i wyselekcjonować wiarygodne dane naukowe z gąszczy zalewających nas codziennie informacji.

Fakty o danej jednostce chorobowej możemy czerpać z przypadków opowiedzianych przez kolegów, z portali internetowych, z piśmiennictwa naukowego publikującego pojedynczy przypadek albo wieloosrodkowe badanie kliniczne, z medycznych baz danych, z podręczników starszych i nowszych. I tu przychodzi



nam z pomocą właśnie „stomatologia oparta na faktach”, dziedzina, która stworzyła narzędzia do oceny skuteczności naszych interwencji medycznych i substancji leczniczych, opracowała ściśle określone reguły badań klinicznych, aby wystandaryzować wyniki oraz opisała hierarchię ważności dowodów, z których czerpiemy wiedzę od najbardziej dokładnych do mniej wiarygodnych. ○

▲ Rycina 1.

1. Gajewski P, J.R., Brożek J., Podstawy EBD. 2008. 1(1).
2. Hill, G.B., Archie Cochrane and his legacy: An internal challenge to physicians' autonomy? J Clin Epidemiol, 2000. 53(12): p. 1189-92.
3. Haynes, R.B., et al., Transferring evidence from research into practice: 1. The role of clinical care research evidence in clinical decisions. ACP J Club, 1996. 125(3): p. A14-6.
4. Knottnerus, J.A., Challenges in diagnostic research. J Epidemiol Community Health, 2002. 56(5): p. 340-1.
5. Richards, D. and A. Lawrence, Evidence based dentistry. Br Dent J, 1995. 179(7): p. 270-3.
6. Sackett, D.L., et al., Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ, 1996. 312(7023): p. 71-2.
7. Brignardello-Petersen, R., et al., A practical approach to evidence-based dentistry: understanding and applying the principles of EBD. J Am Dent Assoc, 2014. 145(11): p. 1105-7.

REKLAMA

Felicjan Sławoj Składkowski

— lekarz, generał i premier

Generał Felicjan Sławoj Składkowski [ur. 9.06.1885 r. w Gąbinie, zm. 31.08.1962 r. w Londynie] był chirurgiem z podspecjalizacją ginekologia zasłużonym dla polskiej urologii, nefrologii i proktologii. Jednakże poza karierą medyczną zainteresował się także polityką. Był premierem, ministrem spraw wewnętrznych, wiernym wykonawcą poleceń marszałka Józefa Piłsudskiego, pomysłodawcą słynnych „sławojek”* [jak mawiał Stanisław Cat Mackiewicz, był „Piotrem Wielkim w klozetowej skali”].

LEK. MED. KRZYSZTOF KRÓLIKOWSKI, OŚRODEK HISTORYCZNY NRL

Urodzony w 1885 r. przyszły Generał początkowo miał dostać na imię Sławoj, ale nie wyraził na to zgody proboszcz rodzinnego Gąbina w zaborze rosyjskim i został ochrzczony jako Felicjan Sławoj. Swoją edukację rozpoczął w Łowiczu, a kontynuował w Gimnazjum w Kielcach.

Po zdaniu matury dostał się na Wydział Lekarski Cesarskiego Uniwersytetu Warszawskiego. Podczas studiów zaangażował się w protest socjalistów na pl. Grzybowskiem w Warszawie, co poskutkowało osadzeniem go w Więzieniu na Pawiaku. Po uwolnieniu został relegowany z uczelni i kontynuował studia na Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w zaborze austriackim. W 1909 r. poślubił Jadwigę Szoll, z którą miał syna Miłosza, zaś dwa lata później, w 1911 r. uzyskał dyplom lekarski ukończenia studiów.

Choć początkowo planował zostać internistą, w ostateczności pod wpływem swojego nauczyciela, prof. Bronisława Kadera, wybrał chirurgię z podspecjalnością z ginekologii i był asystentem w jego Klinice. Praktykował także jako chirurg i ginekolog w Sosnowcu. Od stycznia 1914 r. kierował lecznicą prof. Kadera.



Wraz z wybuchem I wojny światowej zaciągnął się do nowo powstałych Legionów Polskich pod dowództwem Józefa Piłsudskiego i w nich jako lekarz służył do końca wojny, co przetrątiło mu wstęp do polityki. W kolejno tworzących się rządach piastował różne funkcje, w tym szefa sanitarnego struktur wojskowych.

W 1926 r. przeszedł konwersję na kalwinizm i po uzyskaniu rozwodu z Jadwigą Szoll, zawarł związek małżeński z Francuzką Germaine Susanne Coillot,

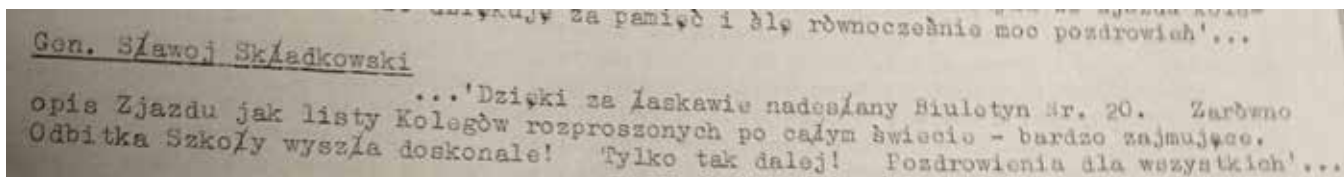
o którą rywalizował z ówczesnym płk. Władysławem Andersem.

Przełomowy dla kariery Sławoja Składkowskiego był okres przewrotu majowego, w którym poparł Marszałka Piłsudskiego i odpowiadał za zaprowadzenie porządku jako Komisarz dla miasta Warszawy, a następnie jako Minister Spraw Wewnętrznych. Zwracał szczególną uwagę na stan administracji państwowej, a zwłaszcza policji. Stworzył specjalne oddziały odwodowe tej formacji, wyspecjalizowane w rozbijaniu zgromadzeń bez użycia broni palnej.

16 maja 1936 r. został powołany na urząd premiera i właśnie jego rząd okazał się najstabilniejszym rządem wśród wszystkich międzywojennych rządów. Doceniał rolę urzędników cywilnych, ale znany był z tego, że wykonując obowiązki szefa rządu starał się przeprowadzać jak największą liczbę inspekcji i wizytacji aparatu państwowego, na równi z inspekcjami w wojsku i policji.

Jego szczególnym zainteresowaniem cieszyły się kwestie medyczne i sanitarne. W roku 1937 uroczystie otworzył w Łodzi IV Okręgowy Szpital Wojskowy swego imienia (obecnie Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 im. Wojskowej Akademii Medycznej – Centralny Szpital Weteranów).

▲ **Uroczystość poświęcenia sztandaru i przysięga od podchorążego Centrum Wyszkolenia Sanitarnego, którą przyjmuje gen. Składkowski.**



Zainicjował też powstawanie drewnianych wychodków, zwłaszcza we wsiach, które na jego cześć otrzymały nazwę „sławojek”.

Zasługi generała dla proktologii, nefrologii i urologii są zgodne ze wszystkimi zaleceniami dotyczącymi zasad prawidłowych wypróżnień: im bardziej komfortowe i higieniczne warunki wypróżnień, tym lepsze samopoczucie i zapewnienie prawidłowego funkcjonowania układu moczowego i przewodu pokarmowego. Zarządzenie budowy drewnianych wychodków poprawiło znacznie poziom higieny w gospodarstwach w Polsce.

Generał mieszkał przy ul. Nowowiejskiej 29, tuż przy Szpitalu Okręgowym nr 1. Mieszkanie przetrwało wojenną pożogę i do dziś na suficie

w dawnym salonie zachowały się malowidła ukazujące tańczącą piękną brunetkę w stroju cyganki, której twarz jest twarzą drugiej żony generała Germaine Składkowskiej.

Po wybuchu II wojny światowej udał się wraz z rządem na emigrację przez Zaleszczyki. Nawet podczas ewakuacji do Rumunii wypisywał mandaty za brak sławojek na obszarach wiejskich.

Pomimo internowania udało mu się przedostać do Londynu, gdzie prowadził skromne życie. Po śmierci Germaine w 1946 r., ożenił się po raz trzeci z Jadwigą Dołęgą Mostowicz – siostrą Tadeusza Dołęgi Mostowicza, autora m.in. „Kariery Nikodema Dyzmy”. Zmarł 31 sierpnia 1962 r. w Londynie i został pochowany na Cmentarzu w Brompton. W 1990 r. jego

zwłoki spoczęły na Cmentarzu Powązkowskim. Wnukiem generała Sławoja Składkowskiego był znany reżyser Krzysztof Kieślowski.

Przez większość życia prowadził pamiętnik, w którym zapisywał w sposób barwny i szczery swoje wspomnienia, w tym z czasów działalności w Legionach, współpracy z Marszałkiem Piłsudskim, a także z czasów sprawowania funkcji ministra spraw wewnętrznych i premiera. Dzisiaj jego zaangażowanie polityczne i niektóre decyzje budzą liczne kontrowersje. Jednakże należy pamiętać o jego znaczącym wkładzie w poprawę warunków sanitarnych, zwłaszcza we wsiach, która znacząco przyczyniła się do poprawy higieny ludności i ograniczeniu transmisji chorób. ☺

▲ **Podziękowania od generała Sławoja Składkowskiego za przesłany biuletyn prowadzony przez absolwentów Centrum Wyszakolenia Sanitarnego w Warszawie.**

* „Sławojka” – toaleta, wychodek, wolnostojąca, drewniana budka zamykana z wykopany dołem na odchody. Nazwa nadana na cześć inicjatora i promotora budowy toalet – Felicjana Sławoja Składkowskiego – premiera Polski. Rozporządzeniem Prezydenta RP z roku 1928 o prawie budowlanym i zabudowaniu osiedli (Dz.U.R.P. 1928, Nr 23, poz. 202) sławojka winna była być w każdym gospodarstwie w Polsce.

REKLAMA

Listy do M.



Joanna
Sokołowska

Lekarz pediatra

Jak Polska długa i szeroka,
wszyscy piszą listy do M.

To efekt zbiorowej halucynacji wywołanej powszechną obecnością ledowo migoczących gwiazdek, sztucznych choinek w metroseksualnych kolorach, wyrastających w każdym kącie tak zwanej przestrzeni publicznej, typiących zza nich styropianowych reniferów przyproszonych styropianowym śniegiem i objuczonych styropianowymi atrapami prezentów.

To pod jej wpływem rodacy gremialnie chwytają za pióra. Trochę przesadziłam, przepraszam – chwytają za nie już naprawdę tylko nieliczni posiadacze piór (tych wiecznych oczywiście). Większość do pisania używa klawiatury, najchętniej zresztą telefonicznej – bo to i limit znaków przyjazny współczesnemu Kowalskiemu, i kleksa trudniej zrobić, i zamiast kłopotliwego ortograficznie słowa można wstawić obrazek zwany „emotikonem”.

A każdy pisze do takiego M., na jakiego sobie zasłużył. Tradycjonaści powołują się na kontakty z cierpiącym wprawdzie na zespół metaboliczny, ale jakże sympatycznym facetem w czerwonej piżamie. Pracownicy korporacji wizualizują spełniającego marzenia cwaniaka o aparycji Tomasza Karolaka. Pozostali zdają się na wychudzone krasnalopodobne kopie M., snujące się od połowy listopada po korytarzach galerii i pasażach handlowych. Czy jednak prezenty przyniesie grubas w czerwonych

butach czy tabloidowy hochsztapler – nie jest takie ważne. Chodź przecież o pragnienia – może nawet nie o ich spełnianie, tylko o samo tych pragnień posiadanie. Bo we współczesnym świecie – nie bójmy się do tego przyznać – nasze pragnienia świadczą o nas! I w związku z tym, pomimo że w pewnym okresie życia, każdy z nas odprawił M. tam, gdzie wcześniej znalazła się Wróżka Zębuszka, wielkanocny Zając i Bocian przynoszący dzieci (zresztą ostatnio publicznie pozbawiony przez Królika rangi prokreacyjnego symbolu) – to znaczy między bajki – teraz nawet najbardziej dorośli, zatwardziali szydercy i racjonalści listy do M. piszą! A gdy już napiszą, świadomi tego, że spełnianiu życzeń trzeba pomagać, rzucają się w wir zakupów.

Niemożliwa do uniknięcia obserwacja uczestnicząca w gronie grudniowych zakupoholików może jednak prowadzić do fałszywych wniosków. Na jej podstawie należałoby bowiem wnioskować, że w centrum marzeń statystycznego Lacha znajduje się krawat w reniferki filuternie korespondujący ze świąteczną

galanterią bielizniarską oraz fajan-sowy kubek kompulsywnie wygrawający „One Horse Open Sleigh”. Nic bardziej mylnego! To tylko pozory, za którymi kryje się cała prawda o nas.

Ze źródeł zbliżonych do M. dowiedziałam się, że mimo powszechnie odrąbionego konsumpcjonizmu, przedmiotami nadwiślańskiej świątecznej epistolografii wcale nie są dobra materialne czy nawet środki trwałej lokaty kapitału. Prośby kierowane do niego z tej szerokości geograficznej mają podobno ścisły związek z wiekiem, miejscem zamieszkania, wykształceniem i wykonywaną profesją, a co ważniejsze – odzwierciedlają emocje, marzenia i lęki suwerena.

I tak na liście tegorocznych „must have” M. zanotował: voucher na skok na bangee dla nauczycieli, jako formę treningu adaptacyjnego w dobie reformy edukacji; pobyt w tunelu aerodynamicznym dla sędziów i prokuratorów, którzy boją się wylecieć oraz weekend w Amsterdamie połączony z rekreacyjnym zażywaniem THC dla dziennikarzy informacyjnych (podobno

^ A każdy pisze do takiego M., na jakiego sobie zasłużył.



PODARUNKOWYM HITEM TEJ ZIMY MA BYĆ JEDNAK POBYT W TAK ZWANYM „ESCAPE ROOMIE”. TO TAKIE MIEJSCE – NAJCZĘŚCIEJ DOŚĆ MROCZNE – W KTÓRYM CZŁOWIEK DAJE SIĘ ZAMKNAĆ Z WŁASNEJ WOLI I ZA WŁASNE PIENIĄDZE.



dzięki temu powstają paski informacyjne w jednej ze stacji telewizyjnych).

Podarunkowym hitem tej zimy ma być jednak pobyt w tak zwanym „escape roomie”. To takie miejsce – najczęściej dość mroczne – w którym człowiek daje się zamknąć z własnej woli i za własne pieniądze. Zabawa polega na tym, by uwolnić się z niego w określonym czasie, nie tracąc zmysłów, zdrowia i sympatii towarzyszących zabawie kolegów. Na podstawie przeprowadzonej analizy rynku, przygotowano podobno szeroką ofertę scenariuszy typu „Ucieczka z płonącego wieżowca”, a marketingową grupą docelową są indywidualne i grupowe praktyki lekarskie, testujące procedurę wypowiedzenia klauzuli opt-out.

Gdy więc zdarzy się w najbliższych dniach, a nie jest to wcale wykluczone, że usłyszycie tubalne „Ho! Ho! Ho!” i stanie przed wami ktoś wyciągający urękawiczoną rękę po korespondencję, bądźcie państwo przygotowani. Wiecie, czego można się spodziewać, prawda? No i podobno można negocjować...

I jeszcze moja prośba. Jako osoba dość sceptycznie nastawiona do zjawiska tak zwanej „magii świąt”, dotychczas dysponowałam raczej homeopatyczną dawką wiary w M.

W trakcie pisania tego felietonu postanowiłam jednak uchylić sobie, z państwa pomocą, furtkę do krainy spełnionych życzeń. Jeśli możecie, przekażcie moją prośbę komu trzeba – niedowiarków podobno nie odwiedza...

Chciałabym zawsze mieć wszystko zrobione na czas i więcej czasu dla siebie. Żeby dało się przeczytać wszystkie książki, zobaczyć wszystkie filmy i zawsze mieć na biurku porządek. I jeszcze, żeby dyżury były spokojne, ale równocześnie ciekawe. Życzliwości bym chciała – w sobie i wokół siebie. I podejmowania tylko dobrych decyzji. I żeby nie trzeba było uciekać z żadnego „escape roomu”...

I wcale nie jest prawdą, że chciałabym być smukłą 25-letnią blondynką! ☺

Bilirubina Racławicka



Artur Andrus
Satyryk

Głośno się zrobiło kilka lat temu, kiedy prof. Vito Franco z Uniwersytetu w Palermo poinformował, że Mona Lisa miała zbyt wysoki poziom cholesterolu i kwasów tłuszczowych. Ale nie był to efekt odnalezienia dokumentacji medycznej z przychodni rejonowej Florencja San Marco z roku 1503.

Naukowiec doszedł do takiego wniosku na podstawie „lekko wypukłych zmian grudkowych w okolicach powiek”, które zauważył podczas oglądania dzieła Leonarda da Vinci. To nie jedyne odkrycie włoskiego profesora. Oglądając fresk „Szkoła Ateńska”, stwierdził, że Michał Anioł cierpiał na kamicy nerkową.

Tak wiernie przedstawiając szczegóły wyglądu swoich bohaterów, artyści – zdaniem profesora Franco – nieświadomie przekazywali informacje o stanie ich zdrowia. Dotyczyło to oczywiście sztuki renesansowej, bo potem pojawiły się takie nurty w sztuce, że na podstawie wyglądu modelu można było pomyśleć, że chorował na wszystko na raz albo stworzyć wykaz nieistniejących jeszcze chorób. Na przykład zaczęto malować ludzi będących jedną wielką „wypukłą zmianą grudkową”. A może to niesprawiedliwa ocena wynikająca z mojego braku wiedzy na temat sztuki nowoczesnej? Może taki sposób przedstawiania człowieka w malarstwie współczesnym to po prostu metoda ukrywania danych wrażliwych? Tak namalować, żeby nikt się nie domyślił, co mu jest.

Wiadomości o odkryciach profesora Franco pochodzą sprzed paru lat. Jakoś nie dotarły do mnie kolejne, które świadczyłyby o tym, że odkrycia włoskiego anatomopatologa zainspirowały innych kolegów po fachu. A to błąd. Ministerstwa zdrowia i kultury w każdym kraju powinny powołać wspólne komisje, których zadaniem byłoby dokładne zbadanie i opisanie narodowych dzieł sztuki pod kątem zdrowia osób na nich przedstawionych. Po co? Chociażby po to, żeby podnosząc stan wiedzy zdrowotnej, równocześnie kulturalnie edukować

pacjentów. Gdyby podczas przeglądania wyników badań lekarz stwierdził: „No, proszę pana, lipidogram jak u Śpiącego Stasia Wyspiańskiego”, po wyjściu z gabinetu pacjent natychmiast sprawdziłby w Internecie, co to takiego ten „Śpiący Staś Wyspiańskiego”. Albo gdyby padło: „Bilirubina całkowita jak u połowy Panoramy Racławickiej”. Intrygujące, prawda?

Wiem, że taka akcja zdrowotnego opisu narodowych dzieł sztuki spotkałaby się z ostrą krytyką. Byłoby wiele osób, które nie spojrzałyby na nią pragmatycznie, ale kierując się emocjami, uznałyby to przedsięwzięcie za szarganie świętości. Niechby tylko ktoś spróbował zwrócić uwagę na czystość stóp bohaterów obrazów Chełmońskiego „Babcie lato” czy „Bociany”! Albo gdyby po przebadaniu wielkiego dzieła Jana Matejki „Bitwa pod Grunwaldem” okazało się, że Zawisza Czarny przypadkowo skaleczył Jana Żiżkę, a umierający wielki komtur Konrad von Liechtenstein był i tak zdrowszy od równie wielkiego księcia Witolda! Skończyłoby się skandalem dyplomatycznym. Pokłócilibyśmy się i z Litwą, i z Czechami, i z Lichtensteinem.

Kłopot mógłby się również pojawić przy analizie tych samych postaci przedstawionych przez różnych artystów. Na przykład Stańczyk namalowany przez Jana Matejkę i Stańczyk Leona Wyczółkowskiego. Co, jeśli dwie komisje wydałyby różne diagnozy? Decyzję podejmowałby Narodowy Fundusz Zdrowia? To wiadomo, że uznałby, że Stańczyk cierpiał na to, czego leczenie jest tańsze. A tak w ogóle, to przykład Stańczyka jest nietrafiony. Wiadomo, że był zdrow jak ryba. I nie damy sobie wmówić, że jego zatroskana mina mogła być wynikiem jakichkolwiek dolegliwości! Po prostu na obu obrazach Stańczyk został utrwalony chwilę po tym, jak się dowiedział, jaki poziom cholesterolu ma Gioconda. ☹

Badanie nad materiałem biologicznym uformowanym na kształt i podobieństwo

(fragmenty)



**Renata
Paliga**

Laureatka w Konkursie Literackim „Przychodzi wena do lekarza”

Wywiad

Matylda ma sześć lat. Mało wie o świecie. Telewizora nie ogląda. Internet dla wszystkich nie istnieje. Jest rok 1972. Matylda nie wie, co będzie ani co było. Dzisiaj najważniejsze jest, by nie pobrudzić się przy jedzeniu. Wtedy zbiera pochwały. Niestety, zazwyczaj coś spada z łyżki lub widelca. Prosto na pierś. Plama namaszcza, a ona słyszy, że królowny nie brudzą się i jedzą ładnie. Ucieka do szafy zaganiana przez zawstydzające spojrzenia. Duszny zapach marynarki ojca uspokaja i kołysze.

Esma ma cztery lata. Mieszka w domu, którego dach jest upstrzony gwiazdami. Kołyszą do snu, zaglądając przez dziury zardzewiałej blachy. Esma mało wie o świecie. W jej wiosce nie ma prądu ani bieżącej wody. Ale to zupełnie bez znaczenia. Idzie czasami do studni i kiedy matka zajmuje się rozmową z innymi kobietami, Esma puszcza jej suknię i staje się odrębną konstelacją. Czuje na policzkach afrykański kurz, odgłosy zwierząt. Oddala się coraz bardziej od znanego dotyku i zapachu. Czeki na nawoływanie. Stoi grzecznie, brudna i bosa wśród innych roześmianych, kudłatych, brudnych i bosych. Słyszy skrzeczące „Esma, Esma”. Napawa się brzmieniem swojego imienia, a głos matki należy tylko do niej. Jest rok 1980.

Na podwórku rośnie drzewo białej morwy. Rodzi największe owoce w okolicy. Rano Matka rozpala ognisko. Dookoła rozkłada cztery cegły i kładzie na nich blachę. Potem piecze płaski chleb. W międzyczasie obchodzi drzewo i nuci tak samo, jak usypiając Esmę. Dotyka i muska korę, liczy kwiaty i zawiązki owoców.

Ojciec przychodzi co jakiś czas. Wtedy Matka czesze włosy i zamyka córkę w komórce. Pokazuje ojcu braci. Wcześniej myje ich i ubiera w czyste koszulki znanych piłkarskich zespołów. Szturcha, by stali prosto i głośno powtarza ich imiona. Esma obserwuje to wszystko zza płotu i czeka na wezwanie przed oblicze ojca, który rzadko sobie o niej przypomina. Bracia czasami wychowują Esmę. Szczególnie wtedy, kiedy matka kolejny raz ma duży brzuch i częściej odpoczywa. Każą myć swoje nogi zmęczone kopaniem piłki. To dla jej dobra. Żeby ją nauczyć życia. Żeby była posłuszna i podobała się mężowi, żeby Bóg ją kochał, bo tylko grzeczne i posłuszne wchodzi do raju.

Matka dzisiaj znowu zdejmuje chustę, czesze swoje długie włosy i szoruje braci. Esma wie, że ojciec razem z nimi zasiądzie po turecku na dywanie i będą jedli to, co matka ukrywała w dole za domem.

Metoda badania: Hodowla tkanek w różnych warunkach

Matylda ma osiem lat. Matka Matyldy zwierza się przyjaciółkom, że Córka nie ma wdzięku, że je za dużo i co by z tym wszystkim zrobić... Matylda słyszy rozmowy, widzi z troską nie matki, ale nie czuje tego z troskowania. Czuje się sprzedana. Chowa się w marynarce ojca, którego nie ma w domu. Jest karmą, deserem dla żarłocznych języków kobiet przy stole.

W ramach nauki wdzięku i urody prowadzą Matyldę na zajęcia tańca. Ubierają w czerwone trzewiki i pasiaste spódnice, zakładają plastikowe korale, wianki. Mówią, że wygląda dobrze, jak prawdziwa góralka, krakowianka etc. Matylda wolałaby chodzić na balet, ale słyszy, że się do tego nie nadaje, poza tym w jej mieście nie ma zajęć z baletu. Tańczy. Najlepiej wychodzi jej figura, w której spleta na krzyż przedramiona, odgina ciało i wiruje, prowadząc do przeciążenia. Partnerzy nie wytrzymują tempa. Wyślizgują się spocione dłonie, a może ona puszcza specjalnie i lądują na ziemi. W tych chwilach czuje się świetnie. Nawet wtedy, kiedy nikt nie chce tańczyć z Matyldą.

Esma ma 10 lat. W jej domu nadal nie ma prądu. Nie rozumie, dlaczego matka wygania ją codziennie do szkoły. Przecież sama nie umie czytać. Esma musi ustępować z drogi, kiedy idą chłopcy. Musi spuścić oczy i stanąć z boku. Poczekać, aż przejdą. Najlepiej się odsunąć, bo mogą mocno szturchnąć albo złośliwie przewrócić. Słyszy, że to dla niej dobre. Że musi wiedzieć, gdzie jej miejsce. Im szybciej się tego nauczy, tym łatwiej będzie jej w życiu. Esma czuje bunt, ale nie może tego okazać. Jeszcze jest za mała, aby zasłonić twarz. Mogłaby wtedy pokazać język albo zrobić szczerą minę. Esma już wie, że udawanie jest męczące.

[...]



Więcej na
www.gazetalekarska.pl



Piotr Piątek, laureat VI edycji Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego im. Profesora Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza” w kategorii „poetka”. Za zamieszczenie niewłaściwego zdjęcia w poprzednim numerze „Gazety Lekarskiej” serdecznie przepraszamy.

U źródła



Agata
Morka

Historyk sztuki

Czasami najlepsze, co można zrobić, to zapomnieć. A przynajmniej wyłączyć się na chwilę. Dzisiaj w tym celu tłumy przepracowanych ludzi sukcesu udają się do spa, gdzie wymazać można stres codzienności, mocząc się w jacuzzi czy dyskretnie podciągając wiotkość policzków. Dawniej w tym celu udawano się do wód.

Bawarski plakat z początku XX w. chwalcący zalety kurortu Wörishofen na południu Niemiec to interesująca mieszanka stylizacji na starożytną Grecję, połączona z płynnością liternictwa Art Nouveau. To bardzo statyczna kompozycja, z centralną figurą już bynajmniej nie młodzieńca, który przyjechał do wód, w nadziei na uzdrowienie. Ten bawarski heros to jegomość nieco cherlawy, z dumą jednak prezentuje klatkę piersiową, poddając ramię leczniczemu działaniu zdrowej źródlanej wody.

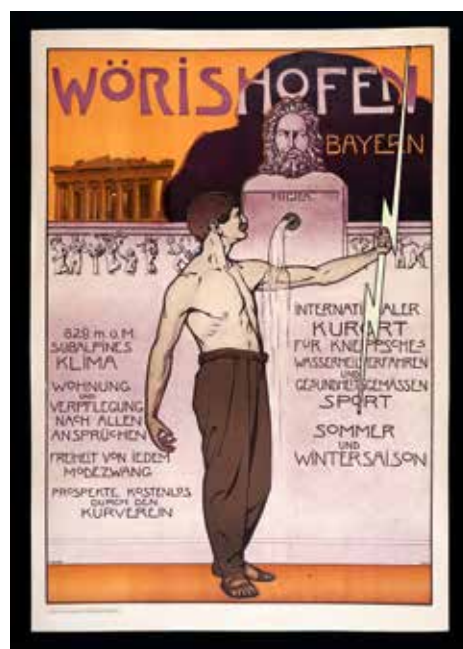
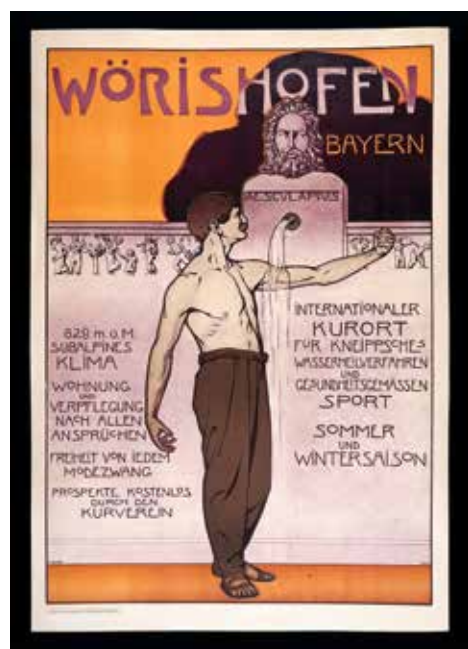
Coś w jego stancji przypomina nieco rzeźby greckich bogów, stoi przecież w zasadzie w kontrapoście, z ciężarem ciała przesuniętym na jedną nogę. Niemiecka wersja greckiego herosa jest jednak dużo bardziej zachowawcza, nie ma tutaj miejsca na nagość, sanatoriusz okrywa nogi spodniami, stopy wkładając w sandały. Zamiast bujnej greckiej brody preferuje ogoloną twarz, pozwalając jednak potężnym wąsom zasłonić mu usta.

Sanatoriusz stoi na tle ściany ozdobionej fryzem, niczym wziętym z greckiej świątyni, jednak zmagania bogów

i herosów zastąpiono tutaj zmaganiem mu współczesnych z własnym ciałem. To fryz godny niejednej współczesnej siłowni: jest tu para z rakietami tenisa, jest i mężczyzna pracujący z hantelkami nad bicipsem. Może najdziwniejsza scena rozgrywa się na samym końcu fryzu, gdzie przykurczony z bólu czy też zmęczenia po fizycznym wysiłku mężczyzna pochyla plecy przed polewającym go konewką kolegą. Bawarska woda zdaje się uzdrawiać wszystko, przekształcając wiotkie ciała sanatoriuszy w te godne greckich mieszkańców Olimpu.

obraz A

obraz B



< Plakat bawarski reklamujący kurort Wörishofen, 1902.



Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na
bladmalarski@gazetalekarska.pl
do 11 stycznia 2018

W temacie maila należy wpisać GL12.
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” 11/2017

OBRAZ ORYGINALNY: B

SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY

1. Dodanie szklanki lemoniady obok łóżka pacjenta.

Morison twierdził, iż zażycie pigułek jego wyrobu przed spaniem i wypicie szklanki lemoniady z raną pozwoliło mu pozbyć się kłopotów z własnym zdrowiem.

2. Dodanie stosu pigułek obok łóżka pacjenta.

Zalecane dawki pigułek Morisona były zastanawiająco wysokie: zazwyczaj pacjenci brać mieli około 20, stąd obecność stosu pigułek obok łóżka chorego byłaby jak najbardziej uzasadniona.

3. Dodanie gazety na kocu.

Popularność pastylek Morisona wzrosła wraz z reklamami jego wyrobu umieszczanymi w gazetach. Produkt był znany nie tylko w większości krajów europejskich, reklamy warzywnych pigułek przetłumaczono nawet na arabski i chiński.

4. Zamiana jednej z nóg pacjenta na drewnianą protezę.

Z cudownych właściwości uzdrawiających tabletek Morisona kpiono sobie w najlepsze, satyryczne rysunki przedstawiały je nawet jako skuteczne lekarstwo na drewniane nogi.



▲ C. J. Grant, „Mężczyzna w łóżku z warzywami wyrastającymi z wszystkich części jego ciała”, 1831, litografia, Wellcome Library, Londyn.



NAGRODZONY Z „GL” 11/2017

Voucher do Hotelu Prezydent***
Medical SPA & Wellness
w Krynicy-Zdroju otrzymuje
Marzena Łukaszczyk z Torunia.
Gratulujemy!

Koszykówka przed kongresem

RYSZARD GOLAŃSKI



Godną do naśladowania inicjatywą wykazali się łódzcy organizatorzy II Kongresu Towarzystwa Artroskopowego. W przeddzień kongresu 15 listopada odbył się mecz koszykarski.

Nie jest tajemnicą, że aktywnym koszykarzem jest prezes towarzystwa prof. Marcin Domżański. Występuje w reprezentacji łódzkiej izby lekarskiej na Igrzyskach Lekarskich w Zakopanem. Ortopedów koszykarzy, uczestniczących w kongresie, podzielono, zgodnie z obyczajem z NBA, na Wschód i Zachód. Trzon drużyny Zachodu stanowili łódzianie, natomiast reprezentacja Wschodu została wzmocniona przez dwóch Amerykanów: Johna Tokisha z Phoenix

w Arizonie i Allstona Stubbsa z North Carolina. Mecz był niezwykle zacięty, choć, w trosce o własne zdrowie, grano niezwykle fair, fauli praktycznie nie było. Ostatecznie Zachód wygrał 62 do 57. Najlepszym rzucającym został Tomasz Borkowski z Warszawy, który zdobył 26 punktów. Nagrody zwycięzcom wręczała Miss Ziemi Łódzkiej i finalistka Miss Polski Marta Ziembakowska, na co dzień studentka III roku Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Licznie zgromadzona publiczność mocno dopingowała inną panią – Agnieszkę Wintrowicz, rezydentkę ortopedii ze szpitala Kopernika w Łodzi, każdy zdobyty przez nią punkt był nagradzany owacją. ○

FOTO: RYSZARD GOLAŃSKI

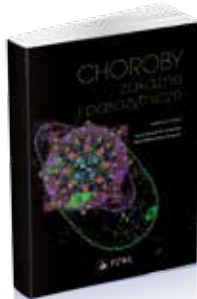
NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ •



Gdy przyjdzie do nas wojna. Niemiecka okupacja gminy Dębno w latach 1939-1945

Piotr Marecik, Szymon Smaga-Kumorek,
Andrzej Chodacki

Autorzy podjęli próbę przedstawienia sytuacji społeczności na terenie gminy Dębno w czasie okupacji niemieckiej podczas II wojny światowej. Zebrana faktografia przeplatana jest miniaturami literackimi autorstwa lekarza i pasjonata pisarstwa – Andrzeja Chodackiego.



Choroby zakaźne i pasożytnicze

Redakcja naukowa:
Anna Boroń-Kaczmarek,
Alicja Wiercińska-Drapała

Podręcznik o aktualnych problemach dotyczących chorób zakaźnych i pasożytniczych. W części ogólnej omówiono epidemiologię, metody diagnostyczne oraz sposoby leczenia. W części szczegółowej przedstawiono poszczególne jednostki chorobowe. Książka zarówno dla studentów, jak i praktykujących lekarzy.

Brydż

Na przełomie października i listopada w Centrum Sportów Umysłowych w Warszawie rywalizowano o medale XXII Mistrzostw Polski Lekarzy w brydżu sportowym oraz w VI Mistrzostwach Polski Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego „Misja”. Wyniki są dostępne w naszym portalu internetowym. 



Sportowcy Roku

Co roku Komisja Sportu i Rekreacji NRL dokonuje wyboru Sportowca Roku. Wśród mężczyzn laureatem został Stefan Madej (ŚIL). Uroczystość wręczenia dyplomu i pucharu odbyła się podczas wrześniowych Igrzysk Lekarskich w Zakopanem. Podczas tych zawodów dr Madej udowodnił swoją klasę sportową, zdobywając 8 złotych medali, najwięcej spośród wszystkich uczestników. Przypominamy, że najlepszym sportowcem w 2016 r. wśród kobiet została Katarzyna Jędrzycka (OIL w Łodzi), za najlepszy debiut uhonorowano Martynę Zajac (WIL), a najlepszą drużyną był zespół piłkarski z Przemyśla. Tegoroczni laureaci zostaną wyłonieni w najbliższych dniach. 



Narciarstwo

W dniach **23-25 lutego** w miejscowości Bystre odbędą się XXI Mistrzostwa Polski Lekarzy w narciarstwie alpejskim. Zgłoszenia przyjmowane są do 10 lutego. 



FOTO: ARCHIWUM PRYWATNE, SHUTTERSTOCK.COM



Więcej na
www.gazetalekarska.pl

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



Wszystko jest w twojej głowie. Opowieści o chorobach psychosomatycznych

Suzanne O'Sullivan

Brytyjska neurolog opowiada o pacjentach, u których występują schorzenia somatyczne bez fizycznej przyczyny takiego stanu, np. jedna z chorych reaguje natychmiast na botoks, odzyskując władzę w rękę, choć zastrzyk nie mógł tak szybko zadziałać. Książka nagrodzona Wellcome Book Prize.



Zdrowie Publiczne. Najważniejsze zagrożenia dla studiujących i zainteresowanych nauką o zdrowiu

Andrzej Wojtczak

Autor w 11 rozdziałach przybliża tematykę dziedziny, której celem jest zapobieganie przedwczesnym zachorowaniom i zgonom oraz poprawa kondycji zdrowotnej społeczeństwa. Tłumaczy, czym właściwie jest zdrowie publiczne i omawia wiele aspektów związanych z tym zagadnieniem.

) Ogłoszenia



UWAGA: Uprzejmie informujemy, że ogłoszenia do „Gazety Lekarskiej” przyjmujemy pod numerem telefonu: (22) 559 13 26. Ostateczny termin przysyłania zamówień do numeru 02/2018 upływa 10.01.2018. Warunkiem zamieszczenia ogłoszenia jest dołączenie do zamówienia dowodu wpłaty.

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

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



REKLAMA







ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO ŚLĄSKIEJ AKADEMII MEDYCZNEJ, ROCZNIK 1988

W 2018 r. mija 30 lat od ukończenia przez nas studiów na Wydziale Lekarskim Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. Z tej okazji organizujemy SPOTKANIE ABSOLWENTÓW! Miejsce: Hotel Jawor w Jaworzu k/Bielska-Białej w dniach 13–15 kwietnia 2018 r. Rezerwacja i wpłaty za noclegi bezpośrednio na konto Hotelu Jawor (www.spahoteljawor.pl), a za pozostałe wydarzenia na konto Komitetu Organizacyjnego do dnia 31 stycznia 2017 r. Szczegóły dotyczące kosztów i terminów wpłat oraz formularz rejestracyjny znajdują się na naszej stronie internetowej <http://www.30lecieislam-katowicelekarSKI.pl>.

70 LAT ŚLĄSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH

JM Rektor Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach i Stowarzyszenie Absolwentów serdecznie zapraszają pracowników, absolwentów i studentów Uniwersytetu na jubileuszowy piknik z okazji 70-lecia Uczelni, który odbędzie się 25 maja 2018 r. w godz. 10.00–22.00 w kampusie Śląskiego Uniwersytetu Medycznego przy ul. Jordana 19 w Zabrze-Rokitnicy.

ŚLĄSKA AKADEMIA MEDYCZNA, ABSOLWENCI 1968

W związku z odnową dyplomu po 50 latach, prosimy absolwentów Wydziału Lekarskiego i Oddziału Stomatologii o zarejestrowanie się w Dziekanacie Wydziału Zabrzeńskiego u pani Julity Prabuckiej, do 30 kwietnia 2018 r. Adres Dziekanatu: 41-800 Zabrze, Plac Traugutta 2, tel. 32 370 52 66, e-mail: kkpzabrze@sum.edu.pl. Uroczystość odbędzie się 26 maja 2018 r. w Zabrze-Rokitnicy. Po części oficjalnej wspólny obiad w cenie 100 zł płatne w dniu uroczystości. O programie uroczystości powiadomimy każdego zarejestrowanego.

ABSOLWENCI AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1983

Serdecznie zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 35-lecia ukończenia Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 25–27 maja 2018 r. Miejsce spotkania będzie PAŁAC WOJANÓW (Wojanów 9, 58-508 Jelenia Góra). Opłata za uczestnictwo w Zjeździe od absolwenta/osoby towarzyszącej wynosi 600 zł. Wpłaty prosimy dokonywać na konto 66 1140 2004 0000 3202 7720 8878 (odbiorca Dariusz Wołowiec) do 31 stycznia 2018 r. z dopiskiem „Zjazd absolwentów rocznika 1983”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: Patrycja Malec, tel. 501 217 204, e-mail: patka.malec@wp.pl.

WYDZIAŁ STOMATOLOGICZNY AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1993

Serdecznie zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 25-lecia ukończenia Wydziału Stomatologicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 1–3 czerwca 2018 r. w Polanicy Zdroju (57-320 Polanica Zdrój, Rybna 9, Pensjonat BE-ATA). Opłata za uczestnictwo w Zjeździe od absolwenta/osoby towarzyszącej wynosi 450 zł. Wpłaty prosimy dokonywać na konto 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 31 stycznia 2018 r. z dopiskiem „Zjazd 1993 S”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Bliższych informacji udziela: Patrycja Malec, tel. 501 217 204, e-mail: patka.malec@wp.pl.

WYDZIAŁ LEKARSKI AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1976

Serdecznie zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 42-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 15–17 czerwca 2018 r. w Polanicy Zdroju (57-320 Polanica Zdrój, Rybna 9, Pensjonat BEATA). Opłata za uczestnictwo w Zjeździe od absolwenta/osoby towarzyszącej wynosi 450 zł. Numer konta, na które prosimy o dokonywanie wpłat, podamy w kolejnym komunikacie. Bliższych informacji udziela: Patrycja Malec, tel. 501-217-204, e-mail: patka.malec@wp.pl.

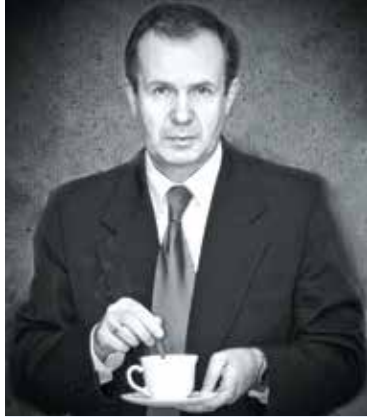
WYDZIAŁ STOMATOLOGICZNY AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1988

Serdecznie zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 30-lecia ukończenia Wydziału Stomatologicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 15–16 września 2018 r. Miejsce spotkania będzie ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu. Opłata za uczestnictwo w Zjeździe od absolwenta/osoby towarzyszącej wynosi 350 zł. Wpłaty prosimy dokonywać na konto 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 31 stycznia 2018 r. z dopiskiem „Zjazd 1988”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Bliższych informacji udziela: Patrycja Malec, tel. 501 217 204, e-mail: patka.malec@wp.pl.

ABSOLWENTCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1988

Serdecznie zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 30-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się 27 października 2018 r. (sobota) w Haston City Hotel. Opłata za uczestnictwo w Zjeździe wynosi 300 zł. Wpłaty prosimy dokonywać na konto 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 31 marca 2018 r. z dopiskiem „Zjazd 1988L”. Koleżanki prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu Bliższych informacji udziela: Patrycja Malec, 501 217 204, e-mail: patka.malec@wp.pl.

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



Jarosław Wanecki

Przewodniczący kolegium
redakcyjnego „Gazety Lekarskiej”

„Wybieram medycynę...”

Od dziecka śpiewała podczas szkolnych uroczystości, rodzinnych spotkań i w sandomierskim chórze katedralnym. W zawiłym splecie powojennej rzeczywistości, mając zaledwie 16 lat, rozpoczęła studia na wydziale lekarskim w Warszawie. Ciepły alt otworzył przed nią drzwi studenckiego zespołu, który kilka lat później został nazwany Teatrzkiem Piosenki Lekarzy „Eskulap”. Razem z założycielem, kompozytorem i szefem Jerzym Woy-Wojciechowskim współtworzyła jego historię od pierwszych chwil, aż do rozwiązania w dniu ogłoszenia stanu wojennego, przez trzy dekady życia!

Zadzwońiłem do Krystyny Wieczorek, emerytowanej okulistki i legendarnej wykonawczynie „Kormoranów”. Pierwszy raz usłyszałem głos pani doktor w Teatrze Roma, podczas niezwyklej gali Ars Medici w 2011 r. Potem rozmawialiśmy przy okazji uroczystości Gloria Medicine w Zamku Królewskim. Przed benefisem Woya w ubiegłym roku pytałem o atmosferę tamtych lat, o początki, podróże, repertuar, negocjowałem sceniczny występ. Podczas koncertu „Śpiewających konsyliarzy” w Teatrze Capitol pokazałem kronikę filmową, zwracając uwagę publiczności, że realizatorzy pominęli występującą w teatrzku kobiety.

Na piątym roku medycyny wzięła udział w I Ogólnopolskim Konkursie Piosenkarskim, dzieląc podium ze Sławą Przybylską i Hanną Rek. Wśród laureatów znalazła się też Halina Kunicka. Nagrodą było roczne, wieczorowe studium nauki piosenki organizowane przez Polskie Radio. Poza podstawami muzycznymi, rodziły się tam nowe przyjaźnie artystyczne. Przez studio przewijali się kompozytorzy i wykonawcy, których nazwiska na zawsze wpisały się w historię polskiej rozrywki. Krystyna Wieczorek miała dobre notowania, była lubiana i dużo nagrywała, ale kiedy dostała dyplom lekarski i nakaz pracy do sanatorium w Śródborzu koło Otwocka, stanęła przed wyborem: scena albo medycyna. Czym innym były występy z koleżankami i kolegami, nawet późniejsze kilkutygodniowe zagraniczne

tournée i weekendowe wypadki do innych miast, a czym innym zawodowe śpiewanie.

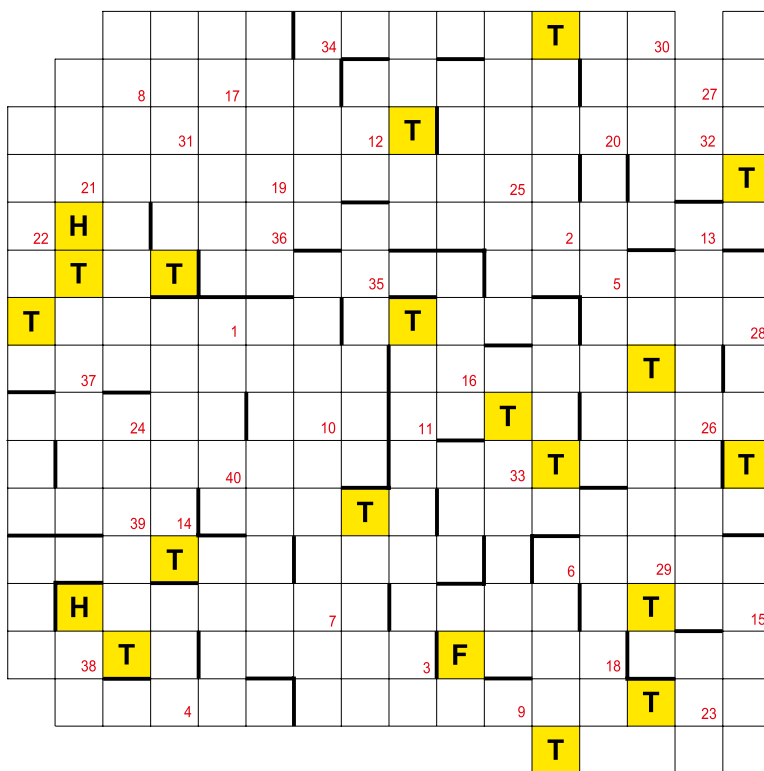
„– Władysław Szpilman wezwał mnie do swojego gabinetu, przeprowadził surową rozmowę i postawił ultimatum – opowiada pani Krystyna. – Nie zgadzałem się na ograniczenie mojej dyspozycyjności dyżurami, stażami, kursami i pracą w przychodni. Zawsze byłem trochę zdziorna, więc poczułam się urażona takim postawieniem sprawy i bez dłuższego namysłu rzuciłam: wybieram medycynę. Kilka lat później, kiedy pracowałam już jako okulistka w szpitalu, Szpilman zadzwonił, zapytał, czy go jeszcze pamiętam i pogratulował odważnej decyzji”.

Obowiązki zawodowe trzeba było dzielić z występami „Eskulapa”. Śpiewanie podopiecznej poznającej jednocześnie tajniki chorób oczu od początku akceptowała ordynator i opiekun specjalizacji pani doktor Halina Hryniewska. Dzięki temu możliwe było koncertowanie w wielu zakątkach Polski, Europy, a przede wszystkim Stanów Zjednoczonych i Kanady. Podczas bezpłatnych urlopów „konsyliarze” byli gwiazdami podwieczorków muzycznych na statku wycieczkowym „Transylwania” pływającym po Morzu Śródziemnym, nagrywali płyty, programy radiowe i telewizyjne, udzielali wywiadów, przede wszystkim jednak służyli pacjentom, pnąc się po szczeblach kariery zawodowej. Kiedy zespół rozwiązano, medycyna została, dając stabilizację i satysfakcję.

„– Śpiewanie było wybawieniem w czasach komuny – mówi na koniec rozmowy pani Krystyna. – Czas każdej odnowy wykorzystywaliśmy do prezentacji odważniejszych tekstów. Pamiętam piosenkę Ryszarda Długockiego z 1956 r. – dzisiaj znanego lekarza i tłumacza dzieł Szekspira – który pisał dla nas w jednej z piosenek: Więc, niech ta odwilż potrwa jak najdłużej / byleby tylko nie przemoczyć nówek / bo katar zgładzi nasz węż polityczny / a wtedy koniec może być tragiczny! Kiedy przyjechałam do Warszawy, miałam długie czarne warcokce do pasa. Wybrałam medycynę, potem ciężko pracowałam na oddziale i podczas kilkuletniego kontraktu w Algierii. W tle była piosenka, w głównym nurcie przyjaciele, wspinały mąż – także lekarz, mój syn, cudowne wspomnienia i refren, którym kończyliśmy koncerty: Grunt, żebyśmy zdrowi byli! Wiwat medycyna!”



Objaśnienia 81 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery F, H i T. Na ponumerowanych polach ukryto 40 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Seneki. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 30 grudnia 2017 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).



Rozwiązanie Jolki Lekarskiej nr 228 („GL” nr 10/2017)

Sukces nigdy nie jest ostateczny.

Nagrody otrzymują:

Karol Klimczak (Poznań),
Karolina Saganian (Kraków),
Aleksandra Szymankiewicz (Ożarów Mazowiecki).

Fundatorem nagród jest

Wydawnictwo Lekarskie PZWL,
www.pzwl.pl. Nagrody
prześlemy pocztą.

* ziarniniak tłuszczowy (łac.) * karma * kraj z Karaczi * stałe stanowisko * mąż Skłodowskiej * oprawca * widowisko z tancerzami * doński lub zaporoski * komosowaty z żelazem * przykopy * kąpielisko na wsch. od Terracina * Barbara Trzetrzelewska * kręci się w oku * poszukiwana Przymierza * gród nad Gwdą * czeka na sędziowską nominację * nieżył nosa * objął meble * kraina złota * Ostateczny * gaz spod Ypres * angielski róż * miasto z kopalnią w Bogdanie * matka Izaaka * wstępująca lub brzuszna * z huzarami * miasto rodzinne św. Pawła * wilkowskie wino * kot amerykański 2 razy krótszy od jaguara * aerol nad kominem * zach. sąsiad NRD * szkoleniowa szalupa żaglowo-wiosłowa * Polska Agencja Prasowa * waciak, fufajka * wyspa Odysa * partnerka zbrodni * udar mózgowy * 1000 mm * płynie w Bernie * czciciel diabła * aminokwas endogenny * czeski pieróg * pierwsze stanowisko Homo z Westfalii * plażowa suknia z chusty * żaba szponiasta * dawna tkanina jedwabna na chusty * nad Sanem, powyżej Stalowej Woli * Olga Jackowska * nie sen * wezwanie, zbiórka * iglasty lub liściasty * angielskie jasne, mocne * zwyrodnialec * muza poezji lirycznej * organizacja harcerska założona w 1989 * dawna nazwa kursywy * tioalkohole lub tiofenole * trofeum z rogów kozicy * paryska grupa z Picasso i Modiglianem * cios * glejak (łac.) * topliwa masa do pieczętowania listów * przed Sadatem * nadawanie tkaninie wyglądu słoików drewna * pszczeli na świecie * grządką * płynie w Węgorzewie * autor „Orlanda szalonego” * EEG lub modre Dunaju * wypełnianie gazą rany w celu opanowania krwawienia * Komitet z Kuroniem i Macierewiczem * latynoska odmiana fokstrotu * imię Amundsena * clitoris * sławne kąpielisko w Guerrero * ukraińska preria * zaburzenie po uszkodzeniu ośrodka mowy * główny kapłan * część spłaty * wieś nad Bugiem z unią polsko-litewską * murmur

Jerzy Badowski

Wydawca:



**Naczelna Rada
Lekarska**

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 172 900 egz.

Kolegium redakcyjne:

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

Redaktor naczelny:

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

Zastępca redaktora naczelnego:

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

Dziennikarze:

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

Lidia Sulikowska

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

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

Redakcja:

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

Stale współpracują:

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

Redaktor portalu internetowego:

Mariusz Tomczak
m.tomczak@gazetalekarska.pl

Adres redakcji:

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

Opracowanie graficzne:

Teresa Urawska

Reklama i marketing:

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

Ogłoszenia:

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

Druk:

Quad/Graphics Europe Sp. z o.o.

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

