

Gazeta Lekarska

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

**CZEKAJĄC
NA CUD**



STOMATOLOGIA

Przyszłością są implanty hybrydowe

Rozmowa z prof. Andrzejem
Wojtowiczem, prezesem OSIS

REPORTAŻ

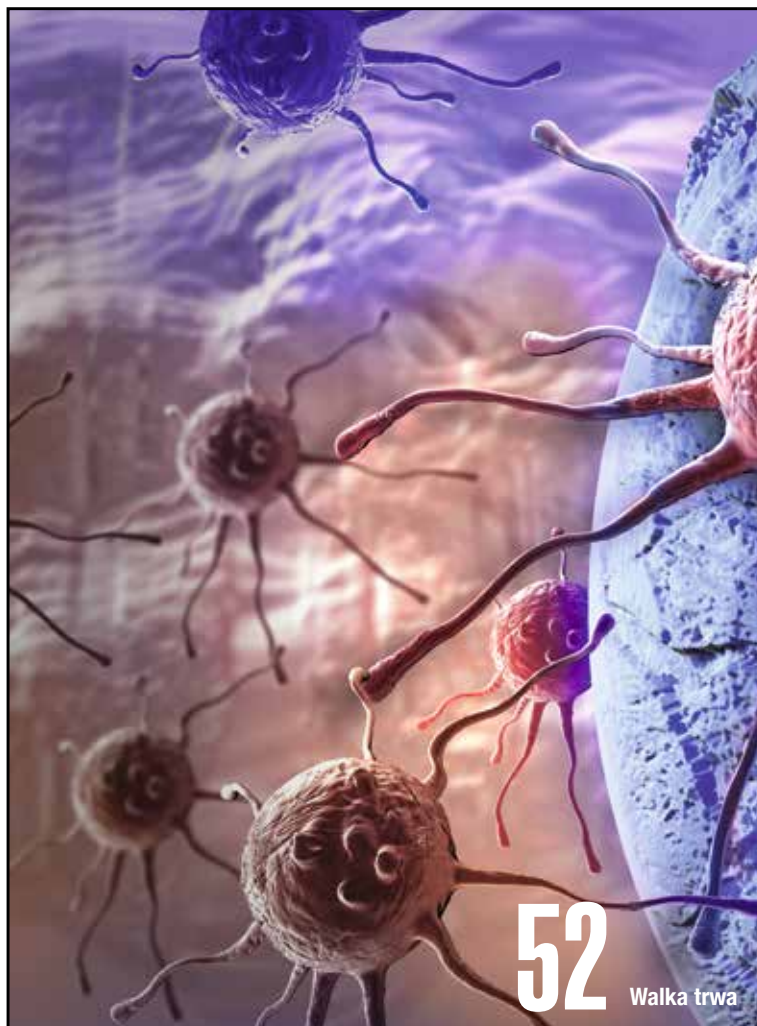
To nie jest dodatek do leczenia
Kolejki są długie, świadczenia udzielane
zbyt późno. Coś tu kuleje

E-DOKTOR

Wkrótce pieczętki nie będą potrzebne
Jak poliwęglanowa karta z mikroprocesorem
odmieni zawodowe życie lekarzy?

Spis treści

- 4 **Na wstępie** R. Golański: Słowo roku - rezydent
- 6 **Pierwszym głosem** M. Hamankiewicz: Psychologia umysłu i ratowanie szpitali
- 7 **Skrining**
- 9 **Obserwacje** S. Badurek: Prostowanie fałszywych mitów
- 10 **Temat miesiąca:** Czekać na cud
- 12 W pułapce opt-out
- 13 Jesteśmy optymistami
- 14 **Rozmowa o zdrowiu:** Tu nie chodzi o upór pediatrów
- 17 **Nasi w Europie** R. Krajewski: Praca zespołowa
- 18 **Ze świata:** Stawiamy na model środowiskowy
- 20 **Samorząd:** Nowy minister w NIL
- 22 Setne urodziny
- 23 Pomóżcie nam pomagać
- 24 **Zgryz** L. Dudziński: Ważne spotkania
- 25 **Stomatologia:** Przyszłością są implanty hybrydowe
- 27 Dentobusy
- 29 **Punkt widzenia** J. Małmyga: Nadszedł już czas
- 30 **Lekarskie towarzystwa naukowe:** Łóżka życia
- 32 **Prawo i medycyna:** Izba Dyscyplinarna Sądu Najwyższego nie dla lekarza?
- 34 **Kodeks Etyki Lekarskiej:** Problemy z dokumentacją
- 35 **Reportaż:** To nie jest dodatek do leczenia
- 38 **Stukot białych trepów:** Tak po ludzku
- 40 **Nauka w skrócie**
- 41 **Biuletyn**
- 45 **Polskie innowacje:** W poszukiwaniu tolerancji immunologicznej
- 46 **E-doktor:** Wkrótce pieczętki nie będą potrzebne
- 48 **Deбата:** Wartością jest efekt
- 50 O autorytetach
- 51 **Praktyka lekarska:** Innowacyjne terapie raka nerki
- 52 **Walka trwa**
- 54 Mózg jest ślepy
- 56 **Wytyczne praktyki lekarskiej:** Stomatologia oparta na faktach (cz. 2)
- 58 **Historia i medycyna:** Stanisław Lem - czego Wam nie powiem
- 60 **Indeks korzyści:** Zamarzamy
- 62 **Ze sceny A. Andrus:** Ząznamnik zdravotnika
- 63 **Kultura:** Kardiochirurgia (fragmenty)
- 64 **Błąd malarski:** Na dłużej
- 66 **Kultura**
- Nasza czytelnia**
- 67 **Sport**
- 68 **Kalendarz wydarzeń kulturalnych i sportowych 2018**
- 71 **Ogłoszenia**
- 76 **Komunikaty**
- 77 **Epikryza (75)** J. Wanecki: Królik z kapelusza
- 78 **Jolka lekarska**



WIĘCEJ NA WWW.GAZETALEKARSKA.PL

KOMU PWZ?

Czy lekarze spoza UE (Ukraina, Białoruś) uzyskają ograniczone prawo wykonywania zawodu w Polsce, a weryfikację ich kompetencji zajmą się dyrektorzy szpitali?

ZMIANA PRZEPISÓW

Obowiązują nowe wzory karty urodzenia i karty martwego urodzenia, zmieniły się też m.in. wymagania w zakresie endoprotezoplastyki stawu kolanowego i biodrowego.

Słowo roku – rezydent

Uniwersytet Warszawski corocznie organizuje internetowy plebiscyt na słowo roku. Pomysłodawcy podkreślają, że słowo roku nie musi być tym najpopularniejszym albo pojawiającym się najczęściej. Poszukiwane jest wyrażenie, które można uznać za najważniejsze.



Ryszard Golański

Redaktor naczelny
„Gazety Lekarskiej”

Językoznawcy wybrali „puszczę”, za to w głosowaniu internautów wygrał „rezydent”. Słowo „rezydent” popularność zaczęło zyskiwać od października, gdy rozpoczął się protest młodych medyków. Choć słowo to w obecnym znaczeniu opisuje tylko jedną grupę zawodową – młodych lekarzy – dotyczy problemów właściwie wszystkich pracowników w Polsce: przepracowania (nierazko skrajnego), braku życia pozazawodowego, przeciążenia obowiązkami, możemy przeczytać w uzasadnieniu wyniku na stronie organizatora. „Rezydent” otrzymał 25 proc. głosów oddanych przez internautów, na drugim miejscu uplasował się „smog” z wynikiem 18 proc.

Wynik tego plebiscytu dobitnie świadczy o tym, jak ogromne znaczenie społeczne ma protest młodych lekarzy. Dzięki niemu, szczególnie zaś dzięki mądrze postawionym postulatом zmian – umieszczeniu na pierwszym miejscu konieczności zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia w Polsce – do świadomości społecznej dotarły informacje o przyczynach zapaści w tej sferze życia publicznego. Z pewnością sympatię do protestujących lekarzy powoduje ich młody wiek i bardzo wyważony ton wypowiedzi medialnych, daleki od kontekstów politycznych.

Skutki niektórych, wprowadzonych na skutek protestu, regulacji są kontrowersyjne. Lekarz rozpoczynający rezydenturę otrzymuje wynagrodzenie wyższe niż jego kolega,

który zaczął lekarskie kształcenie w tej formie rok wcześniej. Paradoxem jest, a tak zdarza się w niektórych szpitalach, że czasami obaj otrzymują pensję wyższą niż lekarz specjalista, który nadzoruje ich specjalizowanie się. W chwili, kiedy piszę te słowa, głośno mówi się o kolejnym etapie rekonstrukcji rządu, wymienia się nazwiska ministrów, którzy rozstaną się ze swoimi stanowiskami. Oczywiście jest wśród nich minister zdrowia. Z przeprowadzonych przeze mnie rozmów wynika, że znacząca część środowiska lekarskiego oczekuje tej zmiany, czasami wyrażając przy okazji bardzo niepochlebne opinie o „dokonaniach” ministra Radziwiłła. Niektórzy moi rozmówcy tonowali te nadzieje, stwierdzając, że ministra broni umowa koalicyjna i z tego powodu zmiany nie będzie.

Mamy nowego Ministra Zdrowia. Dobrze jednak wiemy, że sama zmiana personalna to za mało, żeby poprawić, dramatyczną (to słowo jest w pełni uzasadnione) sytuację w tak ważnej społecznie dziedzinie, jaką jest ochrona zdrowia. Tu powinno paść określenie – wytrych, powtarzane nie od lat, a od dziesięcioleci: „konieczne są zmiany systemowe”. Wszyscy wiedzą, dzięki rezydentom także tak zwana opinia publiczna, czyli przeciętny Polak, że jedną z najważniejszych i koniecznych zmian jest zwiększenie nakładów na opiekę zdrowotną. Samorząd lekarski postuluje to od początku swojej działalności. Dramatyczne są braki kadrowe na wielu oddziałach. W tym zakresie poprawy szybko niestety nie będzie. Zmiana ministra nie wystarczy. ☹

) MIGAWKA

➤ Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej Andrzej Duda, na wniosek Prezesa Rady Ministrów Mateusza Morawieckiego, 9 stycznia powołał prof. Łukasza Szumowskiego na urząd Ministra Zdrowia.



FOTO: KRZYSZTOF SITKOWSKI/ KPRM

Koniec, ale nie całkiem

Początek roku to zwykle okres, w którym informuje się o nowych regulacjach prawnych. Tym razem jednak warto przypomnieć o przepisach, które z końcem 2017 r. kończyły swój żywot.

 **JAROSŁAW KLIMEK** Radca prawny OIL w Łodzi

Kiedy w roku 2011 wchodziła w życie ustawa z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej, wprowadzone zostały nowe normy dotyczące szczególnych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Przepisy przejściowe zawarte w tej ustawie nałożyły na podmioty wykonujące działalność leczniczą, które nie spełniały w dniu wejścia w życie ustawy tych wymagań, obowiązek dostosowania się do nich, wyznaczając graniczną datę na spełnienie nowych standardów na 31.12.2017 r. Prywatne praktyki, których przepis ten dotyczył, były zobowiązane przedstawić izbie lekarskiej, w której są zarejestrowane (województwie w przypadku podmiotów leczniczych – dawnych NZO-ów) program dostosowawczy, w terminie do 31.12.2012 r. Musiał on być zaopiniowany przez właściwy organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej w drodze decyzji administracyjnej. Od 1.07.2012 r. te nowe standardy określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26.06.2012 r. w sprawie szczególnych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2012 r., poz. 239).

31.12.2017 r. minął zatem czas na dostosowanie pomieszczeń i urządzeń, w których udzielacie Państwo świadczeń, do nowych przepisów. Jednak nie wszystkie podmioty były w stanie go dotrzymać. Dlatego 29.09.2017 r. uchwalona została ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, która weszła w życie 30.11.2017 r. Wprowadziła ona do art. 207 ustawy o działalności leczniczej dwa nowe ustępy – 3 i 4. Zgodnie z nimi podmiot wykonujący działalność leczniczą, który co najmniej częściowo nie wykona programu dostosowawczego, może wystąpić do właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej z wnioskiem o wydanie opinii o wpływie niespełniania wymagań na bezpieczeństwo pacjentów. Sanepid wydaje w tym przedmiocie postanowienie, które przekazywane jest organowi prowadzącemu rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą. W zamierzeniach ustawodawcy ma umożliwiać

dalsze funkcjonowanie podmiotom, które nie spełniają wszystkich wymagań dotyczących pomieszczeń i urządzeń służących udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Jednak, jak to często bywa w przepisach „systemu” ochrony zdrowia, redakcja tego przepisu jest niefortunna. Czy z regulacji tej może skorzystać podmiot, który nie zrealizował programu dostosowawczego w całości? Dodanie zwrotu „co najmniej w części” pozwala wnioskować, że również on może z takiej łaskawości ustawodawcy skorzystać. Ustawodawca nie napisał również wprost, że prawo dalszego prowadzenia działalności daje wyłącznie pozytywna opinia Sanepidu, czyli taka, w której inspekcja stwierdzi, że niespełnienie wymagań nie ma wpływu na bezpieczeństwo pacjentów. Nie ma też wyraźnych podstaw do nałożenia na podmiot obowiązku wypełnienia wymagań w określonym terminie. Oznaczać to może, że podmiot, który nie spełnia wymagań ustawy o działalności leczniczej, ma szansę na uzyskanie „odpustu zupełnego” i darowanie uchybień w prowadzonej działalności po wsze czasy. Wydaje się, że kwestie te można było uregulować znacznie prościej i w sposób bardziej jednoznaczny.

Warto też przypomnieć przy okazji, że nowe wymagania stawiane podmiotom wykonującym działalność leczniczą zostały ujednolicone. Nie ma już różnicowania wymagań dla prywatnych praktyk i podmiotów leczniczych (NZO-ów). Jedyne różnice są korzystne dla praktyk prywatnych. Mogą one być prowadzone – o czym stanowi § 14 ust. 3 rozporządzenia z 29.06.2012 r. – w lokalu mieszkalnym, pod warunkiem zapewnienia wyodrębnienia pomieszczenia, w którym prowadzone jest praktyka, od pomieszczeń innych użytkowników lokalu mieszkalnego. Jeśli lekarz prowadzi praktykę w lokalu mieszkalnym spełniającym takie wymagania, to w tym samym pomieszczeniu może wydzielić miejsca na bieliznę czystą, brudną i odpady (§ 25 ust. 2 przywołanego rozporządzenia). Gabinety ginekologiczne, urologiczne lub w których udzielane są świadczenia o charakterze inwazyjnym w zakresie dolnego odcinka przewodu pokarmowego nie muszą mieć też pomieszczenia higieniczno-sanitarnego połączonego bezpośrednio z gabinetem. 



Maciej Hamankiewicz

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Psychologia umysłu i ratowanie szpitali

Dzień po nowym roku opublikowano ustawę o Sądzie Najwyższym. Z uwagą przeanalizowaliśmy ją w aspekcie prawa pacjentów i nas, lekarzy, do uczciwego i bezstronnego procesu rozstrzygającego już ostatecznie winę lub niewinność lekarza, przeciwko któremu prowadzono postępowanie w zakresie odpowiedzialności zawodowej.

Dlaczego chcieliśmy to uczynić jako samorząd zawodowy?

Dlatego, że do tej pory, gdy po wyczerpaniu możliwości proceduralnych w pierwszej i drugiej instancji sądu lekarskiego nadal rozdziły się wątpliwości prawne, uprawnieni do składania skarg kasacyjnych mogli skorzystać z możliwości skierowania jej do Sądu Najwyższego. Co dała ta analiza? Wielką niewiadomą, gdyż konstrukcja zapisów ustawy wprost nie pokazuje, czy droga kasacyjna w przypadku postępowania z zakresu odpowiedzialności zawodowej nadal jest możliwa. Poprosiliśmy więc sędziego Sądu Najwyższego w stanie spoczynku, prof. Jacka Sobczaka, by spróbował nam zapisy nowej ustawy przybliżyć – sam z zainteresowaniem przeczytam artykuł opublikowany w tym numerze „GL”.

Mamy nowego Ministra Zdrowia i stare problemy, w tym domaganie się 6 proc. PKB na zdrowie. Na spotkaniu Naczelnej Rady Lekarskiej z Łukaszem Szumowskim 12 stycznia br. nie uzyskaliśmy odpowiedzi na pytanie, przy jakim procencie PKB planuje organizować ochronę zdrowia. Zapewniał natomiast o dialogu, więc liczymy, że nas posłucha.

Ciekawa jest psychologia naszego umysłu. Gdy w Bundeslidze gola strzela Lewandowski, jesteśmy dumni jak pawie – prawie tak, jak byśmy sami wbili gola FC Kolnowi czy Freiburgowi. Gdy słyszymy, że gdzieś na świecie grają mazurka Chopina, od razu się uśmiechamy. W osobie kogoś spotkanego przypadkowo, kto okazał się w przeszłości chodzić do tej samej szkoły, znajdujemy przyjaciela. Jeśli ktoś taki jak ja ukończył liceum w Zagłębiu, studiował na Śląsku, a pracował w Warszawie, to będzie czuł jakąś więź z każdą osobą, która miała związek z jednym z tych trzech miejsc.

Poruszyło mnie ostatnio wydarzenie mianowania biskupem Paryża Michela Christiana Alaina Aupetiego. Przypomniało mi się bowiem, jak dumą napawał mnie fakt, kiedy biskupem Paryża został mój kraj z Będzina, sąsiad z ulicy Kołłątaja, kardynał Jean-Marie Lustiger. Może właśnie dlatego, przez tę psychologię umysłu, tak trudno się pogodzić z faktem, że nasz kolega,

lekarz, samorządowiec, Konstanty Radziwiłł jako minister zdrowia w pewnym momencie odgrodził się od naszego środowiska i nawet przestał słuchać, co mamy do powiedzenia.

A do powiedzenia trochę mieliśmy, szczególnie kiedy zobaczyliśmy nowe pomysły ratowania trudnej sytuacji szpitali kosztem personelu medycznego,

bo tak trzeba nazywać projekty rozporządzeń pozwalających na łączenie dyżurów. Oczywiście mówiliśmy głównie o liczbie lekarzy, w ruch poszły statystyki i pytania o wiek. Odpowiadaliśmy. Na ponad 135 tys. lekarzy wykonujących zawód przeszło 35 tys. ma powyżej 60 lat. Zaświadczenia o postawie etycznej potrzebne lekarzom do ubiegania się o pracę w innych krajach UE odebrało w ubiegłym roku ponad 700 lekarzy. U dentystów na 36 tys. wykonujących zawód 7 tys. jest po sześćdziesiątce, zaświadczenia odebrało ponad 130 osób. W porównaniu do innych krajów w raportach OECD jesteśmy na szarym końcu pod względem liczby lekarzy na tysiąc mieszkańców.

Na dzień przed rekonstrukcją rządu otrzymaliśmy projekt zmiany rozporządzenia dotyczącego ogólnych warunków umów.

Projekt wpłynął ósmego dnia stycznia, z terminem zgłaszania uwag do tegoż samego ósmego dnia stycznia, więc dostaliśmy kilka godzin na analizę jednego z najważniejszych dokumentów regulujących naszą pracę. I zdanie, które pozostało długo w mojej pamięci: „Brak uwag w podanym terminie uznany zostanie za rezygnację z przedstawienia stanowiska”. A w samym projekcie? Zapewnianie całodobowej opieki lekarskiej w poszczególnych komórkach organizacyjnych, warunki zmian w harmonogramie, wskazywanie personelowi jednoznaczne udzielanie świadczeń w innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego w tej samej lokalizacji i inne kwestie. Aż wypieków można dostać. Tylko co z tego, skoro na szybko i bez rzetelnych konsultacji. Jednak pojawiają się nie wypieki, tylko jakiś dziwny, przenikający chłód. ☹

Najlepszy LEK i LDEK



➤ Natalia Hirszt
i Patrycja
Markulak

Lekarz Natalia Hirszt oraz lekarz dentysta Patrycja Markulak otrzymały od Naczelnej Rady Lekarskiej dyplomy i nagrody za najlepiej zdany Lekarski Egzamin Końcowy i Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy w 2017 r. Natalia Hirszt, członkini Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, zdobyła 183 punkty, a Patrycja Markulak, członkini Dolnośląskiej Izby Lekarskiej – 174 punkty. Nagrody wręczali prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz oraz dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego Ryszard Gellert, który był gościem grudniowego posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej. ☺



Katarzyna Strzałkowska
Rzecznik prasowy
Naczelnej Izby
Lekarskiej

NIE łączeniu pracy

Prezydium NRL w ciągu trzech tygodni zaopiniowało trzy projekty zmiany rozporządzeń dotyczących pracy personelu medycznego łączonej w różnych komórkach organizacyjnych. Były to projekty rozporządzeń Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenia: 1) w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej; 2) w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego; 3) w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Prezydium NRL sprzeciwiło się temu, że świadczeniodawca będzie mógł łączyć realizację udzielania świadczeń ambulatoryjnych przez personel lekarski między poszczególnymi komórkami organizacyjnymi oraz temu, że świadczeniodawca będzie mógł łączyć udzielanie świadczeń ambulatoryjnych z realizacją świadczeń udzielanych w trybie hospitalizacji lub hospitalizacji planowej w innych komórkach organizacyjnych. Prezydium NRL sprzeciwiło się ustalaniu przez dyrektorów harmonogramu dyżurów określającego łączenie w czasie dyżuru medycznego realizacji świadczeń w ramach różnych komórek organizacyjnych szpitala dla świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej. Negatywnie odniosło się do tego, że personel medyczny wykazany w harmonogramie zgłoszonym do NFZ będzie mógł zostać jednocześnie wskazany do udzielania świadczeń w innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego w tej samej lokalizacji lub w innej jednostce, lub komórce organizacyjnej podmiotu leczniczego w tej samej lokalizacji. ☺

Wynagrodzenia do TK

Naczelna Rada Lekarska 15 grudnia 2017 r. podjęła decyzję o wystąpieniu do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o zbadanie zgodności z Konstytucją RP i Kodeksem Pracy rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację w ramach rezydentury.

Zdaniem Naczelnej Rady Lekarskiej dokonane na mocy tego rozporządzenia różnicowanie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację w ramach rezydentury w zależności od postępowania kwalifikacyjnego, w którym lekarz został zakwalifikowany do odbywania specjalizacji, jest niezgodne z art. 32 ust. 1 Konstytucji RP i art. 18 § 1 i art. 18 § 3 Kodeksu pracy. ☺

Rzecznicy wspólnie

Zaskarżenie przez właściwego ministra uchwał organów samorządów zawodowych, uznawanie kwalifikacji zawodowych i funkcjonowanie mechanizmu ostrzegania w ramach stworzonego przez Komisję Europejską Systemu IMI, definicja przewinienia zawodowego, pojęcie godności wykonywania zawodu, wykorzystanie instytucji mediacji – to tylko niektóre z tematów omawianych podczas wspólnego posiedzenia rzeczników odpowiedzialności

zawodowej samorządów zawodowych, które odbyło się 14 grudnia w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej z inicjatywy Grzegorza Wrócy – Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej NIL. Udział w spotkaniu wzięli rzecznicy odpowiedzialności zawodowej samorządów: lekarzy i lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych, aptekarzy, fizjoterapeutów, diagnostów laboratoryjnych, lekarzy weterynarii, radców prawnych. ☺



◀ W siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej 15 grudnia odbyła się uroczystość nadania jednej z sal imienia prof. Stanisława Leszczyńskiego.

» Sala im. S. Leszczyńskiego

Prof. Stanisław Leszczyński, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej I kadencji samorządu lekarskiego, specjalista radiolog, działacz m.in. Polskiego Towarzystwa Radiologicznego; wykładowca na uniwersytetach w USA, w Europie, Kanadzie, Meksyku i Australii; współautor „Encyklopedii Radiologii” (z prof. Zawadowskim); więzień zespołu obozów Mauthausen-Gusen; odznaczony m.in. Krzyżem

Oficerskim Orderem Odrodzenia Polski i odznaczeniem samorządowym „Meritus pro Medicis” zmarł w kwietniu 2017 r. W grudniu 2017 r. jego imieniem nazwano jedną z sal Naczelnej Izby Lekarskiej. W uroczystościach uczestniczyli poprzedni Naczelni Rzecznicy Odpowiedzialności Zawodowej i obecny NROZ, rzecznicy odpowiedzialności zawodowej z całej Polski oraz rodzina pana profesora. Relacja na portalu „GL”.

» Zjazdy Sprawozdawczo-Wyborcze — cd.

Trwają wybory w okręgowych izb lekarskich do organów izb lekarskich VIII kadencji.

Zjazdy: Sprawozdawczo-Wyborczy w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Gorzowie Wielkopolskim oraz

Sprawozdawczo-Wyborczy w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Zielonej Górze odbędą się 7 kwietnia 2018 r. Pozostałe terminy zjazdów – w skryningu w poprzednim numerze „GL”.

» Meritus Pro Medicis

Decyzją Kapituły z dnia 14 grudnia 2017 r. Odznaczenia Meritus Pro Medicis, przyznawane co-rocennie osobom szczególnie zasłużonym dla samorządu lekarskiego, otrzymują: Halina Borgiel-Marek, Grzegorz Mazur, Andrzej Podolecki, Jolanta Smerkowska-Mokrzycka, Anna Śpiałek, Tadeusz Wencel (pośmiertnie), Zygmunt Ziółkiewicz. Odznaczenia zostaną wręczone podczas Sprawozdawczo-Wyborczego Krajowego Zjazdu Lekarzy, który odbędzie się 25-26 maja 2018 r.



◀ W rocznicę wydarzeń w Kopalni Wujek w Katowicach.

» Lekarzom w 36. rocznicę

W rocznicę wydarzeń w Kopalni Wujek w Katowicach prezes NRL Maciej Hamankiewicz złożył hołd pod pomnikiem poległych bohaterów oraz lekarzom, pielęgniarkom i wszystkim, którzy nieśli pomoc podczas wydarzeń 16 grudnia 1981 r., w tym w Centralnym Szpitalu Klinicznym, gdzie we wrześniu 1980 r. zrodziła się Solidarność Śląskiej Akademii Medycznej i zorganizowano pomoc rannym górnikom.

Panu Doktorowi

Pawłowi Wróblewskiemu

Naszemu Koledze, Członkowi Naczelnej Rady Lekarskiej
i Prezesowi Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
składamy wyrazy szczerzego współczucia z powodu
straty

Syna

Maciej Hamankiewicz
wraz z Naczelną Radą Lekarską

*Śmierć stawia nas w obliczu bezsilności,
która obezwładnia i zabiera w nieznane.
A kiedy pojawia się kradnąc ukochaną osobę, przeszływa serce
nieuleczalnym bólem i odznacza w nim swoje piętno.*

Prezesowi Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
dr. n. med. Pawłowi Wróblewskiemu,
lek. Annie Wróblewskiej
oraz Rodzinie i Bliskim
w związku z tragiczną śmiercią

Syna Piotra

z niewypowiedzianym żalem składamy wyrazy głębokiego współczucia.

Dolnośląska Rada Lekarska,
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej DIL i zastępcy OROZ DIL,
przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego DIL i członkowie OSŁ DIL
oraz dyrektor i pracownicy Biura DIL



Sławomir Badurek

Diabetolog, publicysta medyczny

Prostowanie fałszywych mitów

„Wiara naukowców, że nauka obroni się sama, jest złudna, potrzebny jest dobry PR” – stwierdził w „Dzienniku Gazecie Prawnej” Piotr Stanisławski, współtwórca najpopularniejszego bloga popularnonaukowego w Polsce „Crazy Nauka”.

Sam dwa miesiące wcześniej pisałem na łamach „GL”, że medycyna oparta na faktach musi zacząć propagować swoje zdobycze drogą najpopularniejszych form przekazu, bo to jest droga, która prowadzi pod współczesne strzechy.

Telewizyjny spot reklamowy, wielokrotnie emitowany w porach największej oglądalności, to dobry sposób, by przyciągnąć uwagę wielu. Dlatego nie przyłączę się do chóru krytykującego Ministerstwo Zdrowia za kampanię społeczną, propagującą zachowania prozdrowotne. Nie zmienię swojego zdania pod warunkiem, że kolejne odsłony akcji będą bardziej prowokowały do myślenia, a nie kpin. Z marketingowego punktu widzenia spoty z królikami, namawiającymi do prokreacji i zdrowego stylu życia, a następnie z koniem, zachęcającym do profilaktyki, były strzałem w dziesiątkę, bo wzbudziły bardzo duże zainteresowanie. Pora przesunąć akcenty w kierunku merytoryki.

Co mi się marzy? Na przykład temat grypy, bo mamy właśnie sezon, w którym liczba zachorowań jest największa od kilku lat. Tymczasem z danych PZH wynika, że w latach 2006-2015 liczba zaszczepionych na gripę była największa w roku 2009, po czym zaczęła wyraźnie spadać, by dwa lata temu niemal dotknąć dna, bo zaszczepiło się wtedy dwa razy mniej osób niż sześć lat wcześniej.

Co takiego stało się w 2009 r.? Wiosną, począwszy od Meksyku, zaczął się rozprzestrzeniać wirus oznaczony jako A/H1N1/2009 lub A/H1N1v, powodujący tzw. świńską gripę. W czerwcu zachorowania występowały już na wszystkich kontynentach, a ciężkie, kończące się zgonem z powodu niewydolności oddechowej przebiegi, dotyczyły o wiele więcej młodych chorych niż w poprzednich latach. Wtedy WHO ogłosiła pandemię. Rządy wielu krajów, obawiające się nowej „hiszpanki”, zaczęły naciskać na koncerny farmaceutyczne, by te jak najszybciej wyprodukowały odpowiednią szczepionkę, co nie było zadaniem łatwym (stąd w wielu krajach zawierano umowy przewidujące podział odpowiedzialności za działania niepożądane na producenta i państwo).

Podczas zachorowań na szeroką skalę (poza Polską!) stosowano leki przeciwwirusowe, wyjątkowo skuteczne właśnie w tej odmianie grypy przy podaniu do 48 godzin od początku objawów. W Meksyku były one dostępne bez recepty, a w Anglii otrzymało je za darmo ponad milion chorych, u których rozpoznano „świńską gripę”, w oparciu o dane zebrane za pomocą specjalnie uruchomionej infolinii.

W Polsce sytuacja epidemiologiczna nie była inna niż w krajach ościennych. Według danych PZH i GIS już w lipcu i sierpniu nowy wirus był stwierdzany w 97 proc. badań genetycznych. Mimo to przez całą jesień minister Ewa Kopacz utwierdzała nas w przekonaniu, że problemem jest grypa sezonowa. Przekaz płynący z mainstreamu był taki: należy zaszczepić się na gripę sezonową, nowe szczepionki to złoty interes dla big farmy, a ich bezpieczeństwo budzi poważne wątpliwości. W rezultacie byliśmy na mapie świata „zieloną wyspą”, gdzie wzrosła sprzedaż starych, nieadekwatnych do sytuacji epidemiologicznej szczepionek, notabene zalegających w magazynach producentów. Nowych minister Ewa Kopacz nie kupiła. Jako że pandemia już w styczniu zaczęła niespodziewanie wygasać i w wielu krajach nie wykorzystano zakupionych wcześniej szczepionek na „świńską gripę”, nawet polityczni przeciwnicy zaczęli wychwalać panią minister za stanowczość w negocjacjach z pazernymi koncernami, dbałość o zdrowie Polaków i budżet państwa. Ów dobry PR utrwalił się wbrew faktom. Po pierwsze, nowe szczepionki okazały się bezpieczne. Po drugie, w sezonie 2009/2010 nastąpił w Polsce 10-krotny(!) wzrost liczby hospitalizowanych z powodu grypy, a śmiertelność spowodowana przez ostrą niewydolność oddechową zwiększyła się prawie trzykrotnie w porównaniu z sytuacją sprzed roku. O błędach, popełnionych wówczas przez minister Kopacz i jej współpracowników, powstała doskonale udokumentowana książka („Afera grypowa” Artura Dmochowskiego).

Co można naprawić? Nie tylko można, ale i trzeba odwrócić trwający do dziś spadek zaufania do szczepień na gripę. Ale uwaga! Tu nie wystarczy jeden spot, a kampania informacyjna powinna objąć dodatkowo inne niż telewizja środki przekazu. ○

Czekając na cud



Mariusz Tomczak

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

W nowy rok weszliśmy z nowym premierem, a stare problemy w ochronie zdrowia ma rozwiązać nowy minister. Wiemy, jakie skutki przyniosło wypowiedzanie przez lekarzy klauzuli opt-out.

W związku z ogólnopolską akcją protestacyjną lekarzy rezydentów Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 1 w Rzeszowie informuje, że w dniach: 1.01.2018, 7.01.2018, 8.01.2018, 15.01.2018, 16.01.2018, 22.01.2018, 29.01.2018, 30.01.2018 świadczenia w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej nie będą realizowane”.

Na informację o takiej treści natknęli się pacjenci w stolicy Podkarpacia na przełomie starego i nowego roku. Problemy pojawiły się także w innej dużej placówce w tym mieście, w Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim nr 2, gdzie jedną z konsekwencji wypowiedzenia klauzuli opt-out przez część lekarzy było przesunięcie terminów niektórych zabiegów. Rzeszowscy pacjenci twierdzą, że byli odsyłani przez pracowników obu szpitali wojewódzkich od Annasza do Kajfasza, bez możliwości uzyskania pomocy lekarskiej, dlatego poskarżyli się Rzecznikowi Praw Pacjenta. Pełniący tę funkcję od kilku tygodni Bartłomiej Chmielowiec wystąpił z wnioskiem o przekazanie wyjaśnień dotyczących działań podjętych w zakresie zabezpieczenia udzielania świadczeń zdrowotnych od 1 stycznia br. A jak było gdzie indziej? Już na samym początku roku zawieszono działanie oddziałów w kilku szpitalach, te przypadki mocno nagłośniły ogólnopolskie media. Na oddziale chirurgii ogólnej Szpitala Wojewódzkiego w Opolu wstrzymano planowe przyjęcia pacjentów na kilkadziesiąt godzin (w wyniku spotkania szefowej szpitala



z wicewojewodą przyjęcia planowe przywrócono, ale wymagało to zmiany organizacji pracy oddziału). Ryzyko, że trzeba będzie przesunąć wcześniej zaplanowane operacje, a pacjenci dłużej zaczekają na diagnostykę, pojawiło się m.in. w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 4 w Bydgoszczy, gdzie spośród 235 lekarzy klauzulę wypowiedziały 72 osoby. Nie zabrakło jednak placówek, zarówno tych małych, jak i dużych, w których protest nie przybrał poważniejszych rozmiarów, przez co nie wpłynął na ich bieżące funkcjonowanie. W Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie opt-out wypowiedziało 23 rezydentów i tylko jeden specjalista spośród ok. 1000 pracujących tam lekarzy (w tym prawie 400 rezydentów). W Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku, największej placówce medycznej na Wybrzeżu, klauzulę wypowiedziało 40 rezydentów. – Zatrudniamy ponad 300 rezydentów i ponad 600 lekarzy specjalistów. Szpital

▲ **Liderzy Porozumienia Rezydentów OZZL (od lewej):** Łukasz Jankowski, Jarosław Biliński, Krzysztof Ostaszewski.

pracuje normalnie – zapewnia Jakub Kraszewski, dyrektor naczelny UCK.

3,5 TYS. CZY 5 TYS.?

3 stycznia, w trakcie posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia, minister zdrowia Konstanty Radziwiłł przedstawił informację o sytuacji w szpitalach. Przekonywał, że protest nie zagraża pacjentom. Z przedstawionych przez byłego już ministra danych wynika, że spośród pracujących w polskich szpitalach ponad 88 tys. lekarzy klauzulę opt-out wypowiedziało 3546 lekarzy, w tym 1889 rezydentów (na ok. 16 tys. rezydentów). Co ciekawe, kilkanaście godzin później wiceminister zdrowia Józefa Szczurek-Zelazko poinformowała, że liczba wypowiedzeń klauzuli opt-out spadła z dnia na dzień o 150, bo jej zdaniem dzięki zwiększonemu budżetowi na ochronę zdrowia dyrektorzy szpitali mogą negocjować nowe warunki wynagrodzeń. Z tymi wyliczeniami nie zgadza się Porozumienie Rezydentów

– PODWYŻKI NIE SĄ NAJWAŻNIEJSZE. PUNKTEM PIERWSZYM JEST WZROST NAKŁADÓW NA OCHRONĘ ZDROWIA I BEZ TEGO NIE MAMY O CZYM DALEJ ROZMAWIAĆ – MÓWI JAROSŁAW BILIŃSKI, WICEPRZEWODNICZĄCY POROZUMIENIA REZYDENTÓW.

Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, szacując, że klauzulę wypowiedziało łącznie ponad 5 tys. lekarzy. Przez ostatnie tygodnie resort zdrowia uspokajał. Zapewniano, że system zmianowy i praca w systemie równoważnym, pozwalająca na przesuwanie dyżurów lekarskich w ramach jednego okresu rozliczeniowego, ułatwi pracę dyrektorom. – Mamy świadomość, że istnieje taka możliwość – mówi Barbara Bulanowska, dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, dodając, że w kierowanej przez nią placówce obecnie nie ma potrzeby wprowadzenia takich kroków. System równoważnego czasu pracy od kilku lat funkcjonuje w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie, gdzie pomimo trudności spowodowanych protestem, udało się rozpisnąć grafik na styczeń. W ocenie Natalii Adamskiej-Golińskiej, rzecznika prasowego tej placówki, wprowadzenie systemu zmianowego przy obecnej liczbie lekarzy spowodowałoby zmniejszenie obecności kadry medycznej w godzinach popołudniowych. Wprowadzenie systemu równoważnego rozważa dyrekcja Beskidzkiego Centrum Onkologii – Szpitala Miejskiego w Bielsku-Białej, która na początku tego roku planowała zastąpić izbę przyjęć działem obsługi pacjenta. Klauzulę wypowiedziało tam 41 specjalistów i 10 rezydentów.

6 CZY 6,8 PROC. PKB?

Duże emocje wciąż budzi kwestia wzrostu wynagrodzeń. Minister Konstanty Radziwiłł nieustannie podkreślał, że w minionym roku rezydenci otrzymali pierwsze od 8 lat podwyżki, że ich obecne wynagrodzenia zasadnicze są o 0,5-1,7 tys. zł wyższe od tych, które otrzymywali jeszcze pół roku temu (te słowa za każdym razem mocno oprotostowywała duża część środowiska lekarskiego) i że na mocy obowiązujących przepisów rezydentkie płace będą rosły także w kolejnych latach. – Podwyżki nie są najważniejsze. Nie damy wmówić sobie

i opinii publicznej, że lekarze przychodzą po pieniądze dla siebie. Punktem pierwszym jest wzrost nakładów na ochronę zdrowia i bez tego nie mamy o czym dalej rozmawiać – zapewnia Jarosław Biliński, wiceprzewodniczący Porozumienia Rezydentów OZZL. Te słowa celnie podsumowują fiasco pierwszego w tym roku, a jednocześnie pierwszego od kilku tygodni spotkania ministra zdrowia z protestującymi rezydentami. Do rozmów z ministrem Konstantym Radziwiłłem doszło 5 stycznia, czyli na kilkadziesiąt godzin przed jego niespodziewanym odwołaniem, tym razem w siedzibie Rzecznika Praw Pacjenta. Jak mówi jeden z uczestników tego spotkania, Jarosław Biliński, ze strony młodych lekarzy padła „daleko idąca i kompromisowa” propozycja, by odsetek 6 proc. PKB nakładów publicznych na ochronę zdrowia osiągnąć w 2023 r. (przez kilka tygodni żelaznym postulatem rezydentów było 6,8 proc. PKB w 2021 r., natomiast w niedawno uchwalonej nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest zapis mówiący o tym, że poziom 6 proc. PKB będzie osiągnięty w 2025 r.). Gdy zapytano Marka Suskiego, szefa gabinetu politycznego premiera, który towarzyszył Konstantemu Radziwiłłowi, o to, co musiałoby się stać, aby osiągnąć 6 proc. PKB w 2023 r., ten miał wskazać na „cud”. – To niesamowita odpowiedź. Jeżeli minister konstytucyjny mówi, że musiałby stać się cud i że państwo polskie dzisiaj na to nie stać, że budżet nie jest z gumy i się nie rozciągnie, oznacza to jedno: rząd nie traktuje priorytetowo ochrony zdrowia – uważa Jarosław Biliński.

PROTESTUJĄ I ROZMAWIAJĄ

9 stycznia nastąpiła zmiana na stanowisku szefa resortu zdrowia. Z protestem musi zmierzyć się teraz nowy minister, Łukasz Szumowski. „Drodzy Rezydenci, dialog i spotkanie z Wami są dla mnie bardzo ważne. Proszę o kilka dni cierpliwości” – napisał na swoim profilu na

Twitterze kilka dni później. Kilka tygodni wcześniej premierem został Mateusz Morawiecki, z którym chcieliby spotkać się lekarze rezydenci skupieni wokół OZZL. Protestujący oczekują, by za zmianą na stanowisku prezesa Rady Ministrów poszło inne postrzeganie sytuacji w ochronie zdrowia zgodnie z zapowiedzią złożoną w exposé. – Premier mówił, że Polacy powinni pracować mniej, bardziej wydajnie, za lepszą stawkę, po to, by mieć więcej czasu dla rodzin. Ucieszyły nas te słowa – mówi Łukasz Jankowski z Porozumienia Rezydentów. Premier Mateusz Morawiecki wymienił służbę zdrowia na pierwszym miejscu wśród kluczowych obszarów rozwoju Polski na najbliższe lata. – Nie można rozmawiać o naprawianiu sytuacji w ochronie zdrowia bez powiedzenia w pierwszym zdaniu, że potrzebne są większe nakłady. Kryzys trwa od kilkunastu lat – podkreśla Krzysztof Ostaszewski z Porozumienia Rezydentów. Niezależnie od zmian w rządzie, w niektórych szpitalach trwają rozmowy dyrektorów szpitali z osobami, które wypowiedziały klauzulę opt-out. – Odbyło się kilka spotkań z lekarzami rezydentami lub ich przedstawicielami. Celem rozmów były kwestie wysokości stawek godzinowych za dyżur medyczny – mówi Krzysztof Bałata, dyrektor KSW nr 2 w Rzeszowie. Zatrudnionych jest tam 440 lekarzy, na koniec roku klauzule wypowiedziało 184 z nich (w tym 98 rezydentów), ale w pierwszych dniach stycznia wypowiedzenia cofnęło 21 lekarzy specjalistów. – W najbliższych dniach ma zostać powołany zespół mediacyjny, w skład którego wejdą przedstawiciele poszczególnych oddziałów: rezydent, specjalista i ordynator – mówi Iwona Wronka, rzecznik WSS nr 4 w Bytomiu. Rozmowy z protestującymi lekarzami prowadziła także m.in. dyrekcja Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 2 w Szczecinie. Zdaniem rzecznika USD w Krakowie, na poziomie pojedynczej placówki nie ma możliwości rozwiązania problemu. – Przepisy prawa pracy w tej szczególnej sytuacji stoją w sprzeczności z oczekiwaniami rodziców i opiekunów naszych pacjentów – mówi Natalia Adamska-Golińska. (O)

106

– tylu lekarzy (na ok. 370) zrezygnowało od października z opt-out w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie. W innej placówce w tym samym mieście, w Szpitalu Uniwersyteckim, klauzulę wypowiedziało 24 (spośród ok. 1000) pracujących tam lekarzy.

W pułapce opt-out

GL
W Y W I A D

Z **Małgorzatą Zatke-Witkowską**
z Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego
Związku Zawodowego Lekarzy
rozmawia **Lucyna Krysiak**.



GL Jak OZZL ocenia sytuację w szpitalach i przychodniach powstałą wskutek wypowiedzenia klauzuli opt-out?

Sytuacja jest bardzo trudna, ponieważ dochodzi do zamykania oddziałów, ale zawsze była trudna z powodu niedofinansowania placówek ochrony zdrowia. Jednak nie można tym w żaden sposób obciążyć lekarzy, którzy zdecydowali się na wypowiedzenie klauzuli opt-out, czyli pracę do 48 godzin w tygodniu. W połowie grudnia 2008 r. delegacja OZZL pojechała do Strasburga, aby razem z kolegami z Europejskiej Federacji Lekarskich Związków Zawodowych protestować przed Parlamentem Europejskim przeciwko zmianom, jakie chciano wprowadzić w zapisach dotyczących czasu pracy lekarzy. Chodziło o podział dyżuru na część aktywną i nieaktywną. Propozycja nie przeszła i pozostał 48-godzinny tydzień pracy, a klauzula opt-out miała obowiązywać przejściowo trzy lata. W ciągu trzech lat rządy państw UE miały zorganizować system pracy tak, aby lekarz pracował maksymalnie 48 godzin w tygodniu.

Czas pracy lekarza 48 godzin w tygodniu zawiera w sobie 10 godzin i 5 minut dyżuru medycznego i jest dłuższy niż innych pracowników zatrudnionych na umowę o pracę.

GL Co się od tego czasu zmieniło?

W 2011 r. rozpoczęto przekształcanie szpitali w spółki prawa handlowego i zaczęły pojawiać się inne formy zatrudnienia lekarzy: umowy cywilnoprawne całościowe, umowy o pracę łączące z umowami cywilnoprawnymi. Wszystko po to, aby ominąć zapisy w kodeksie pracy o czasie pracy. Umowy cywilnoprawne i umowy o pracę z popisaną klauzulą opt-out maskowały deficyt lekarzy. Niskie wynagrodzenia zasadnicze lekarzy zatrudnionych na umowę o pracę musiały podpisywanie klauzul opt-out i zawieranie umów cywilnoprawnych z innymi podmiotami leczniczymi.

GL Co na to OZZL, czy była reakcja ze strony związku?

Występowaliśmy w sprawie ograniczenia czasu pracy lekarzy do maksymalnie 48 godzin w tygodniu zarówno do Bartosza Arłukowicza, jak i do Konstantego Radziwiłła, którzy pełnili funkcję ministra zdrowia. Praca po 200-300 godzin w miesiącu, bo tyle czasu spędzali w pracy lekarze, którzy podpisali klauzulę opt-out, powoduje przemęczenie, przewlekły stres i zagraża życiu.

GL Rezydentom to się nie spodobało. Jak bardzo?

Młodzi lekarze widząc, że są kolejnym pokoleniem uwikłanym w klauzulę opt-out z powodu niskich wynagrodzeń i konieczności pokrycia deficytu kadr lekarskich, zwrócili się w 2015 r. do OZZL o reaktywację Porozumienia Rezydentów działającego przy tym związku. W 2016 r. wspólnie zorganizowaliśmy dwa protesty w Warszawie, rezydenci podjęli też rozmowy z Ministrem Zdrowia, postulując zmiany w systemie ochrony zdrowia. Bez skutku. Zdesperowani przystąpili do protestu głodowego. Znow bez skutku. Postawili więc na jakość – jeden lekarz, jeden etat, i zaczęli wypowiadać klauzulę opt-out. Ich śladem poszło wielu lekarzy specjalistów.

GL Protest odniósł jakiś skutek, prezydent podpisał ustawę gwarantującą, że w 2025 r. nastąpi wzrost PKB do 6 proc. Jednak czy to nie jest zbyt odległa perspektywa?

Żeby zmienić system ochrony zdrowia, potrzeba zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia jak najszybciej. Jesteśmy jedynym krajem, w którym nakłady na ochronę zdrowia w ostatnich 10 latach kształtowały się na tym samym poziomie – około 4,5 proc. PKB, a przejściowe rozwiązanie (opt-out), stało się normą. Biorąc pod uwagę obecną sytuację gospodarczą w Polsce, postulaty lekarzy nie są nierealne. Jest to jednak kwestia priorytetów rządu. ○

200-300

– tyle godzin w miesiącu spędzali w pracy lekarze, którzy podpisali klauzulę opt-out.



Jesteśmy optymistami

Z **Janem Czarneckim**, lekarzem z Porozumienia Rezydentów OZZL, koordynatorem akcji redukcji czasu pracy poprzez wypowiadanie klauzuli opt-out, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

GL
W Y W I A D

GL Dlaczego rezydenci protestują akurat poprzez wypowiadanie umów opt-out?

To nie jest protest, tak jak to było w przypadku marszy protestacyjnych czy głódówek rezydentów. Jest to redukcja czasu pracy do godzin, które zgodnie z kodeksem pracy lekarz powinien przepracować. W ramach umowy o pracę pracuje od godz. 8.00 do 15.35, przypisane mu jest dodatkowo 25 minut dziennie na doksztalcanie. Dotychczas te dodatkowe 25 minut przeznaczał na przemieszczanie się do drugiego i trzeciego miejsca pracy.

Praca w dotychczasowym systemie na kilku etatach wyniszcza, ogranicza rozwój zawodowy lekarza i to musi się zmienić. My tylko podnieśliśmy dywan i pokazaliśmy, co było pod niego zamiatane przez ostatnie 20 lat, a to, co się dzieje, jest tego skutkiem.

GL Ale lekarz to nie urzędnik, który pracuje odtąd dotąd, jego zawód to misja.

To prawda. Obecnie jednak medycyna jest na takim poziomie rozwoju technologicznego i podziału na wąskie specjalizacje, które wymagają od lekarza wiedzy, umiejętności i ustawicznego kształcenia. Tylko wtedy jest w stanie zapewnić pacjentowi leczenie zgodne z zasadami najnowszej sztuki lekarskiej i opiekę na odpowiednim poziomie, a sobie warunki, które pozwolą mu dobrze wykonywać te zadania. Lekarz przemęczony i sfrustrowany pogonią za dodatkowym wynagrodzeniem nie będzie ani profesjonalistą, ani Judymem. Nie ma co ukrywać, że głównym celem naszych działań jest zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia, bo w tym zawiera się praktycznie wszystko – nowoczesny sprzęt, leczenie na odpowiednim poziomie, wynagrodzenia, ale równie istotny jest sposób podziału tych pieniędzy i dysponowania czasem lekarza. Gdyby wzorem modelu niemieckiego wprowadzono do systemu sekretarki medyczne, lekarz byłby odciążony od tej całej papierologii, co skróciłoby kolejki i przyspieszyło okres oczekiwania na wyniki badań, które obecnie lekarz sam musi segregować.

GL Jakie są nastroje wśród lekarzy wypowiadających umowy w ramach klauzuli opt-out?

Mimo że nie doszło do porozumienia z władzami, jesteśmy optymistami i wierzymy, że ktoś wreszcie nas wysłucha,

pochyli się nie tylko nad sytuacją, w jakiej znaleźli się lekarze, ale nad dramatyczną sytuacją całej ochrony zdrowia. Natomiast generalnie środowisko lekarskie jest sceptyczne, niełatwo je ruszyć. To są zaszłości minionych 20 lat – ciągłych porażek, nietrafionych decyzji reformujących system, prowizorycznego łatania dziur w systemie, rozczarowań. Kiedy jednak zobaczą cel – nawet jeśli na razie jest on abstrakcyjny, ale za 10 lat będzie realny – dadzą się przekonać do naszych racji. To, co mamy, to skutek masowego wyjeżdżania lekarzy za granicę, braku rozwiązań, aby ich zatrzymać i wielu innych wcześniej popełnionych błędów.

GL Mamy nowego ministra zdrowia. Czy jest możliwy konsensus?

Nowy minister zdrowia przejmuje resort w określonym miejscu i czasie, na pewno ma doskonałe rozeznanie sytuacji. Liczymy na rozmowy, liczymy na zrozumienie i mam w sobie głębokie przekonanie, że coś dobrego z nich wyniknie.

GL Czy może być gorzej niż jest?

Myślę, że nie. Wypowiadanie klauzuli opt-out uświadomiło lekarzom, jak daleko sprawy zaszły. Protest głódowy podziałał jak zapalnik, wyzwolił temat i dodał wiary, że należy i można coś zmienić. W wielu placówkach w Polsce lekarze nie tylko wypowiadają klauzulę opt-out, ale zwalniają się z pracy, ponieważ coraz trudniej im pracować w takich warunkach, co prowadzi do konfliktów z dyrektorami. Coś pękło, mówi się w środowisku, że dziś ochrona zdrowia dzieli się na tę przed głódówką i po głódówce, co w praktyce oznacza przebudzenie. Działalność związkowa polega m.in. na uświadamianiu, ale nie namawianiu do podejmowania decyzji, jednak jeżdżąc po szpitalach i wyjaśniając lekarzom znaczenie redukcji czasu pracy, zauważyłem, że z satysfakcją wypowiadają klauzulę opt-out. Dotąd nie mieli odwagi tego zrobić.

GL Jednak to oznacza utrudnienia dla pacjentów. Lekarze mają ich poparcie, ale zamyka się oddziały, odsyła chorych, co będzie, jeśli je stracą?

Stany zagrożenia życia będą zawsze przyjmowane, a to tylko potwierdzi, jak bardzo dramatyczna jest sytuacja i że należy ją jak najszybciej rozwiązać. ○

Wierzmy,

że ktoś nas wreszcie wysłucha, pochyli się nie tylko nad sytuacją, w jakiej znaleźli się lekarze, ale nad dramatyczną sytuacją całej ochrony zdrowia.

Tu nie chodzi o upór pediatrów

GL
ROZMOWA

Z prof. **Teresą Jackowską**, konsultantem krajowym w dziedzinie pediatrii, członkiem Zarządu Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, ordynatorem Klinicznego Oddziału Pediatrycznego Szpitala Bielańskiego w Warszawie i kierownikiem Kliniki Pediatrii CMKP, rozmawiają **Marta Jakubiak** i **Lidia Sulikowska**.

GL Coraz więcej lekarzy wypowiada klauzulę opt-out. Jak wygląda sytuacja w oddziale, którym pani kieruje?

W oddziale pediatrycznym Szpitala Bielańskiego w Warszawie opt-out wypowiedzieli wszyscy dyżurujący rezydenci i niektórzy lekarze specjaliści. Z tego powodu musieliśmy przejść na równoważny czas pracy. Styczeń jakoś przetrwamy, ale jak będzie dalej, zobaczymy.

Problem z kadrą lekarską na oddziałach pediatrycznych jest jednak bardziej złożony. Większość pediatrów to kobiety. Częściej decydują się pracować w poradniach, w tym w lecznictwie komercyjnym, a nie w szpitalu, gdyż pensja jest tu niższa, a na dodatek trzeba dyżurować. W wielu szpitalach pediatrzy otrzymują niższe wynagrodzenie zasadnicze niż rezydenci, więc trudno się dziwić, że wolą etat w przychodni. Jako konsultant krajowy dostaję sygnały z różnych regionów Polski, że w szpitalach brakuje rąk do pracy w godzinach popołudniowych i nocnych, stąd najlepszym wyjściem zarówno dla dzieci, jak i doskonalenia zawodowego lekarza byłoby łączenie pracy w POZ z pracą w oddziale, np. w ramach dyżurów.

GL SOR-y od lat są przeciążone. Czy ten problem dotyczy też przyjęć dzieci?

Rodzice nagminnie zgłaszają się do szpitali z dziećmi, nawet w godzinach pracy POZ, twierdząc, że w swojej przychodni nie mogli dostać się do pediatry. Nierzadko jest to jedyny argument, dlaczego w godzinach pracy poradni rodzice zgłaszają się z dzieckiem bezpośrednio na SOR. W roku 2014 w SOR przyjęliśmy 31 proc. dzieci bez skierowania. Podobne dane wykazują szpitale z innych rejonów Polski. O tym, że większość wizyt w SOR to pacjenci ambulatoryjni, świadczy fakt, że tylko 36,8 proc. pacjentów wymagała hospitalizacji.

Jest też grupa rodziców, która leczy swoje dziecko tylko doraźnie, poza poradnią, zgłaszając się tylko w stanach nagłych do szpitala – na SOR czy do nocnej pomocy lekarskiej. Dziecko powinno być pod opieką lekarza w przychodni, bo tylko tam może być realizowana ciągłość opieki profilaktycznej i interwencyjnej w czasie choroby. Niestety część rodziców tego nie rozumie, albo nie zostało to im dobrze przekazane.

GL Czy oddziały pediatryczne także są przepełnione?

Na podstawie codziennych obserwacji mogę powiedzieć, że część rodziców wręcz jest zadowolona, że ich dziecko przyjęte na oddział. Często nawet nalegają na hospitalizację, choć tak naprawdę nie jest ona niezbędna. Od razu zakładają, że nie poradzą sobie z podaniem antybiotyku doustnie lub że nie będą umieli nawodnić dziecka w domu.

GL 1 grudnia weszła w życie ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej. Na etapie legislacyjnym zawierała ona zapisy, które miały eliminować pediatrów z POZ, potem je złagodzano, wprowadzając regulację, dzięki której od 2025 r. pediatrzy mieli nadal udzielać świadczeń, ale tylko dzieciom do 7. r.ż. Ostatecznie jednak także z tego ograniczenia zrezygnowano.

Zgodnie z uchwalonymi zapisami ustawy, pediatrzy mogą leczyć dzieci i młodzież do 18. r.ż., pod warunkiem ukończenia do końca 2024 r. kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej. Szczegóły dotyczące kursu ma określić minister zdrowia w drodze rozporządzenia. Prawdopodobnie będzie to kilkudniowe szkolenie. W czasie prac nad zmianami programu specjalizacji możemy te elementy kształcenia włączyć także do programu specjalizacji z pediatrii, dzięki czemu przyszli specjaliści, którzy chcą pracować w POZ,

FAKT

Pediatrzy mogą leczyć dzieci i młodzież do 18. r.ż. w POZ, pod warunkiem ukończenia do końca 2024 r. kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej.

nie będą musieli kończyć kursu, o którym mówi ustawa.

GL Dlaczego pediatrom tak zależało na pozostaniu w POZ?

Tu nie chodzi o upór pediatrów. Patrzymy z punktu widzenia dobra małego pacjenta. Rodzice chcą, aby ich dziećmi opiekowali się odpowiednio przeszkoleni lekarze. Nam również zależy na jak najlepszej opiece nad dziećmi. Specjalizacja z medycyny rodzinnej trwa 4 lata, w tym staż pediatryczny tylko 5 miesięcy, który może być realizowany w szpitalu lub poradni, kurs „opieka nad dziećmi i młodzieżą” trwa 5 dni, a na 29-dniowym kursie „wybrane problemy kliniczne” omawiane są przez internistów problemy medyczne. Pediatra w czasie swojego 5-letniego szkolenia specjalizacyjnego zdobywa wielospecjalistyczną wiedzę na temat diagnostyki i leczenia chorób u dzieci na wielu stażach i kursach. Zdobywa także niezbędną wiedzę w zakresie szczepień i profilaktyki dzieci. W czasie szkolenia ma także staż w poradni.

GL Czy istnieje problem zgłaszania się na SOR w szpitalach dziecięcych osób dorosłych?

To zależy od specyfiki miasta i funkcjonującej w nim społeczności. Chciałam jednak zwrócić uwagę na inny aspekt tej sprawy. W wielu mniejszych miejscowościach, gdzie nie ma szpitala dziecięcego, a jest tylko oddział, dzieci zgłaszane są na SOR czy izbę przyjęć w szpitalu wielospecjalistycznym, gdzie większość oddziałów jest dla osób dorosłych. W SOR/IP często nie ma lekarza pediatry. Lekarze tam pracujący, interniści czy innych specjalizacji, często boją się leczyć dzieci, przez co od razu przekierowują dziecko na oddział pediatryczny, gdzie nie zawsze lekarz pediatra od razu może zająć się pacjentem ambulatoryjnym. Takie działania mogą doprowadzać do niebezpiecznych sytuacji, ze śmiercią dziecka włącznie. Być może w małych szpitalach to rozwiązanie jest do przyjęcia, ale w większej placówce rodzi ogromne problemy i stwarza zagrożenie dla bezpieczeństwa dzieci i lekarza.

GL Lekarze niemal każdej specjalności mówią, że ich dziedzina jest niedofinansowana. Nie inaczej jest w przypadku pediatrii.

Po wejściu w życie ustawy o sieci szpitali w pediatrii jest jeszcze gorzej, bo aby otrzymać za określone świadczenia na oddziale te same pieniądze, co przed reformą, musimy hospitalizować dziecko aż trzy doby, a więc aby oddział się zbilansował, konieczne jest wydłużenie hospitalizacji, w przeciwnym wypadku będzie to 65 proc. kosztów. Problemem jest też słabe wyposażenie i przestarzała infrastruktura oddziałów pediatrycznych, a także transport

▲ **Prof. Teresa Jackowska:**
– **W niektórych przychodniach nawet 50 proc. zarejestrowanych dzieci jest niezaszczepionych. Trzeba monitorować to zjawisko.**

w trybie nagłym (dyżurowym) ciężko chorego dziecka między szpitalami. Brakuje karettek z lekarzem, który musi w takim przewozie uczestniczyć. Ostatnio mieliśmy taką sytuację w województwie łódzkim.

GL Czy rodzice naciskają lekarzy na wypisanie antybiotyków?

Jeśli rodzice czy opiekun dziecka ma zaufanie do pediatry, a ten potrafi wytłumaczyć, że 70 proc. infekcji spowodowanych jest przez wirusy i lepiej dziecko poobserwować 2-3 dni niż od razu aplikować antybiotyk, to takiego problemu nie ma. Najlepszym rozwiązaniem jest wykonanie diagnostyki za pomocą szybkich testów w kierunku grypy, wirusa RSV, a także anginy paciorkowcowej czy badania CRP. Dzięki temu w wielu przypadkach można uniknąć niepotrzebnej antybiotykoterapii. W naszym oddziale lekarze mają dostęp do takich testów i chętnie z nich korzystają.

GL Lekarze sygnalizują problem z płynnym przejściem pacjentów z chorobą przewlekłą z systemu pediatrycznego do systemu opieki nad osobami dorosłymi.

Na problem ten zwraca uwagę wielu specjalistów pediatrycznych, w tym nefrologów, immunologów, onkologów i hematologów dziecięcych oraz pediatrów. Postulują, aby stworzyć specjalne zespoły medyczne, z pediatrą i specjalistą odpowiedniej dziedziny dla osób dorosłych, który wzięłyby pod opiekę pacjenta w wieku np. 16-25 lat. W tym okresie prowadzona byłaby kompleksowa opieka pediatry i internisty. Nie może w przewlekłych chorobach decydować PESEL, czy pacjent ma być przyjęty na pediatrię czy internę,



JAKO KONSULTANT KRAJOWY DOSTAJĘ SYGNAŁY Z RÓŻNYCH REGIONÓW POLSKI, ŻE W SZPITALACH BRAKUJE RĄK DO PRACY W GODZINACH POPOŁUDNIOWYCH I NOCNYCH.

tylko specyfika danej choroby. Obecnie ogromnym problemem jest też opieka psychiatryczna nad dziećmi. Jest coraz więcej depresji, samobójstw, uzależnień wśród nieletnich, a stale brakuje miejsc na dziecięcych oddziałach psychiatrycznych.

GL Wyszczepialność dzieci utrzymuje się w naszym kraju na wysokim poziomie. Czy problem przeciwników szczepień nie jest przesadzony?

Rodzice chętnie zgłaszają się ze swoimi dziećmi na szczepienia. Na jednej z międzynarodowych konferencji medycznych nie chciano mi uwierzyć, że w Polsce aż 98 proc. dzieci jest zaszczepionych zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych. Nie można jednak nie zauważać, że liczba niezaszczepionych dzieci z roku na rok wzrasta, obecnie 40 tys. rodziców odmówiło szczepień swoich dzieci, to już „ostatni dzwonek”, aby bić na alarm.

GL Skąd się bierze to zjawisko?

Zawsze znajdują się radykalni antyszczepionkowcy, ale w kształtowaniu postawy proszczepiennej ogromną rolę odgrywa cały personel medyczny. Od recepcjonistki, przez pielęgniarkę, po lekarza. Rodzicom trzeba dać pełną wiedzę o wskazaniach i przeciwwskazaniach do szczepień, uprzedzić o możliwych działaniach niepożądanych. Nie wolno jedynie straszyć wypisaniem z poradni, ale konsekwentnie i w zrozumiały sposób tłumaczyć potrzebę szczepień. Dobrym rozwiązaniem jest stosowanie specjalnych formularzy kwalifikacji na szczepienie, dzięki którym lekarzowi łatwiej ocenić, czy dziecko może być zaszczepione, a rodzic czuje, że został o wszystko zapytany. Myślę, że warto byłoby podnieść taki dokument do rangi rekomendacji i obowiązkowych zaleceń. Cały czas staram się o przywrócenie poradni konsultacyjnych ds. szczepień dla dzieci, u których ze względu na stan zdrowia trzeba skomponować indywidualny kalendarz szczepień, co jest dość trudnym zadaniem dla lekarza w poradni. Powinny tam być też kierowane dzieci, których rodzice odmawiają szczepień.

GL Czy przeciwnicy szczepień są również wśród lekarzy?

Niestety tak. W niektórych przychodniach nawet 50 proc. zarejestrowanych dzieci jest niezaszczepionych. Uważam, że w takich placówkach lekarze nie rekomendują szczepień. Trzeba monitorować to zjawisko. Wiem, że Ministerstwo Zdrowia promuje postawę zgłaszania takich lekarzy do izb lekarskich. Powinniśmy iść tym śladem.

GL Przeciwnicy szczepień podkreślają, że szczepionki mogą wywoływać wiele chorób, w tym autyzm u dzieci.

Szczepionki rekomendowane w Programie Szczepień Ochronnych są bezpieczne i skuteczne. Nie ma naukowych dowodów, że którakolwiek z nich mogłaby wywołać choroby metaboliczne, neurologiczne czy immunologiczne. W ostatnich latach dokonał się ogromny postęp

medyczny we wczesnym rozpoznawaniu tych chorób i to w pierwszych miesiącach czy latach życia, dlatego wielu rodziców wiąże zachorowanie ze szczepieniem. Oczywiście po zaszczepieniu mogą wystąpić niepożądane odczyn poszczepienne (NOP), ale nie mają one z tymi chorobami nic wspólnego. Również nie wszystkie NOP-y muszą być związane bezpośrednio z podaną szczepionką. Może je wywołać samo ukłucie czy wrażliwość na jakiś składnik szczepionki, który może być obecny także w innych lekach.

GL Czy obecny kalendarz szczepień wymaga modyfikacji?

Dzięki staraniom Pediatrycznego Zespołu Ekspertów ds. PSO, działającego przy ministrze zdrowia, dzieci urodzone od 1 stycznia 2017 r. mają zapewnioną bezpłatnie szczepionkę 10-ciowalentną przeciw pneumokokom. Są też refundowane szczepionki 13-walentne, ale niestety tylko dla dzieci z grup ryzyka, a dla wcześniaków tylko urodzonych do 27. tygodnia życia. Oczywiście obydwie szczepionki są bezpieczne i skuteczne w stosunku do antygenów, które zawierają, stąd bezwzględnie szczepionka PCV13 powinna być dostępna dla wszystkich dzieci z grup ryzyka do 19 r.ż., w tym wszystkich dzieci urodzonych poniżej 37. tygodnia ciąży. Powinniśmy też wprowadzić do PSO szczepionki pięcio- lub sześciowalentne, gdzie przy jednym ukłuciu zabezpieczamy przed pięcioma lub sześcioma chorobami (błonica, tężec, krztusiec, poliomyelitis, Hib, WZW typu B).

GL Czy któreś z obecnie obowiązkowych szczepionek mogą wypaść z kalendarza lub mieć rekomendację do podania w późniejszym okresie?

Rekomendowałam do PSO na 2018 r., aby szczepienie przeciw gruźlicy i WZW B odbywało się nie w ciągu 24 godzin po urodzeniu, ale przed wypisem ze szpitala, wyłączając oczywiście te dzieci, których matki mają dodatni antygen HBs, jednak w PSO nadal jest zapis, aby szczepienie wykonywać w pierwszych 24 godzinach życia noworodka. Podkreślam jednak, że ostateczną decyzję o tym, kiedy szczepić, i to w przypadku każdej szczepionki, podejmuje lekarz, a najważniejszym dokumentem dla lekarza jest charakterystyka produktu leczniczego.

Wracając do tematu szczepień przeciw WZW B, myślimy wręcz, aby całkiem z nich zrezygnować. Na razie jest jeszcze zbyt wcześnie, gdyż musimy mieć pewność, że monitorowanie w czasie ciąży nosicielstwa WZW typu B jest pełne i prawidłowe, ale na pewno w ciągu najbliższych kilku lat jest to do rozważenia. Kalendarz szczepień musi być dopasowany do epidemiologii świata oraz kraju, w którym ma obowiązywać, stąd w Polsce mamy szczepienia przy urodzeniu przeciw WZW i gruźlicy. O tym, że epidemiologia chorób jest niezwykle ważna, świadczy fakt, że Światowa Organizacja Zdrowia w 1980 r. uznała ospę prawdziwą za całkowicie wyeradykowaną i już nie szczepimy przeciw tej chorobie. Myślę, wkrótce podobnie będzie ze szczepieniami przeciw poliomyelitis – nie będą już potrzebne. (C)

98%

– tyle dzieci w Polsce jest zaszczepionych zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych.



Romuald Krajewski
Prezydent Europejskiej
Unii Lekarzy Specjalistów

Praca zespołowa

Współczesna medycyna jest działalnością zespołową. Większość czynności wymaga udziału, równocześnie lub po kolei, pracowników medycznych z różnych zawodów.

Właściwy podział zadań w złożonym działaniu, takim jak opieka zdrowotna, jest też sprawą bardzo złożoną i bardzo dużo mówi się obecnie o potrzebie koordynacji, podkreślając jednocześnie wynikające z koordynacji korzyści, jak unikanie działań szkodliwych lub zbędnych, kontrola jakości, jednolita i zrozumiała, spójna informacja dla pacjenta.

Znane trudności z zapewnieniem dostatecznej liczby lekarzy, które występują wszędzie (nawet koleżdy z Grecji, która ma największy w UE wskaźnik liczby lekarzy, mówią o dużych problemach z dostępem do lekarzy w wielu regionach), sprawiają, że pacjenci nie mają możliwości wizyty u lekarza w każdej potrzebie medycznej, a tych potrzeb z kolei stale przybywa ze względu na wiek i choroby przewlekłe. Czynności wykonywane dawniej tylko przez lekarzy są coraz częściej wykonywane przez inne zawody.

Nie oznacza to jednak, że każdy z zawodów medycznych może mieć jednakową i niezależną rolę w procesie opieki. Dlatego przełożenie ogólnej zasady współpracy na praktykę bywa trudne i efektem podziału zadań bywa fragmentacja opieki na niezależnie wykonywane, niekoordynowane działania różnych zawodów.

Zdaniem europejskich lekarzy specjalistów trudności systemów ochrony zdrowia nie mogą usprawiedliwiać ograniczania centralnej roli lekarzy w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji.

Działania zespołów powinny koordynować osoby mające najlepszą wiedzę i najbardziej wszechstronne przygotowanie do zajmowania się problemami medycznymi. Tylko w ten sposób można zapewnić zgodną z wiedzą medyczną i efektywną praktykę. Rezygnacja z tej podstawowej zasady podyktowana zaniedbaniami organizacyjnymi, niedofinansowaniem czy doraźnymi problemami prowadzi do praktyki rozproszonej, w której ani cele działań, ani odpowiedzialność nie są jasno określone. Rozwiązania wprowadzane pod hasłem ułatwień i obniżenia kosztów w rzeczywistości bardzo często powodują utrudnienie i opóźnienie właściwego postępowania, a cała opieka staje się bardziej kosztowna.

Na temat podziału ról pomiędzy zawodami medycznymi organizacje europejskich lekarzy wypowiedziały się już wielokrotnie. Wynikająca z ciągle rosnącego obciążenia systemów ochrony zdrowia tendencja do zastępowania właściwego medycznego rozpoznania wynikiem badania dodatkowego, promowania jako leczenia działań niemających udowodnionej skuteczności lub szkodliwych czy stosowania leczenia bez konsultacji lekarza stały się powodem ponownej dyskusji o najbardziej podstawowych zasadach organizacji opieki medycznej i podjęcia prac nad wspólnym stanowiskiem w tej sprawie. Zdajemy sobie sprawę z potrzeb i trudności systemów, ale ze względu na jakość opieki właściwym rozwiązaniem nie jest zapewnienie „każdemu czegoś”, lecz poprawa dostępu do opieki medycznej koordynowanej przez lekarzy. 

Stawiamy na model środowiskowy



Lidia Sulikowska

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

GL
WYWIAD

Rozmowa z **Silvaną Galderisi**, profesor psychiatrii na Uniwersytecie Campania Luigi Vanvitelli oraz prezesem Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

GL Jak powinno się realizować opiekę psychiatryczną? Który z modeli organizacyjnych jest najbardziej efektywny?

Obecnie w większości krajów europejskich odchodzi się od szpitalnego modelu opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na rzecz modelu środowiskowego. Istnieją dowody wskazujące, że jest on skuteczniejszy, pod warunkiem, że opieka jest dobrze zorganizowana i dostępna dla wszystkich, którzy jej potrzebują.

GL Jak zapewnić odpowiedni poziom tej opieki?

Zdecydowanie nie wystarczą tu same deklaracje. Należy odpowiednio mierzyć efektywność realizowanych świadczeń, kładąc przy tym nacisk na zdolność pacjenta do funkcjonowania w codziennym życiu, a nie tylko na redukcję objawów. Aby zapewnić odpowiedni standard opieki, potrzebne są zasoby strukturalne, finansowe i wreszcie ludzkie. W systemie pozbawionym wystarczających zasobów dochodzi do wypalenia zawodowego personelu, a jednocześnie zbyt duży ciężar spoczywa na bliskich osoby chorej, a sam pacjent otrzymuje opiekę na niewystarczającym poziomie.

GL Jak mierzy się dziś w Europie jakość opieki psychiatrycznej?

Dostępne są zróżnicowane wskaźniki. We Włoszech, gdzie system opieki środowiskowej wprowadzono blisko 40 lat temu, stosuje się takie mierniki jak: stosunek liczby personelu do liczby pacjentów dla różnych kategorii personelu oddziałów psychiatrycznych; liczba i różnorodność struktur oraz łóżek dostępnych dla pacjentów z problemami psychicznymi; liczba pacjentów objętych opieką na oddziałach psychiatrycznych; liczba kontaktów pacjenta z oddziałem szpitalnym w przeliczeniu na rok; dostępność programów leczenia zintegrowanego, w tym między innymi programów psychospołecznych;

realizowanie z pacjentami planów terapii indywidualnej; liczba pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami przeciwpsychotycznymi lub lekami benzodiazepinowymi; badanie przedmiotowe podczas przyjęcia na oddział intensywnej opieki; przebieg, częstotliwość i dokładny opis ograniczeń psychicznych; wczesna identyfikacja i interwencje w przypadku psychoz; procedury dostosowania opieki do poszczególnych grup wiekowych – od dzieci przez młodzież aż po osoby dorosłe; dostępność mediatorów kulturowych.

GL Z jakimi wyzwaniami powinny zmierzyć się europejskie systemy opieki psychiatrycznej?

Najważniejsze z nich to między innymi brak zasobów, niedostateczny poziom kwalifikacji personelu w zakresie interwencji psychospołecznych oraz kwestii międzykulturowych, a także stygmatyzacja psychiatrii, lekarzy psychiatrów oraz osób z problemami psychiatrycznymi, jak również niski poziom dialogu z innym gałęziami medycyny, zmiany społeczne pociągające za sobą kryzys tradycyjnych modeli rodzin i społeczności, które wymagają nowych rozwiązań, masowe migracje czy problemy wynikające z korzystania z internetu.

GL Jak polska psychiatria postrzegana jest w Europie?

Z uznaniem na pewno spotka się przejście do modelu opieki środowiskowej. Mamy nadzieję, że wszystko potoczy się w dobrym kierunku w kontekście zasobów, kwalifikacji personelu i długofalowej stabilności wybranych rozwiązań.

GL Jakie problemy psychiczne najczęściej dotyczą Europejczyków?

Przed wszystkim warto mieć na uwadze, że zaburzenia psychiczne występują często i plasują się bardzo

FAKT

Ponad 1/3 dorosłej populacji doświadcza przynajmniej jednego typu zaburzeń psychicznych.



NALEŻY UJEDNOLICIĆ PROCES KSZTAŁCENIA PSYCHIATRÓW W CAŁEJ EUROPIE. NIE OZNACZA TO KONIECZNOŚCI REZYGNACJI Z OKREŚLONYCH TRADYCJI CZY ODRZUCENIA SPECYFIKI KULTUROWEJ. JEDNAK WYMAGA PRZYJĘCIA WSPÓLNYCH STANDARDÓW.

neurobiologii i psychiatrii transkulturowej. Okres kształcenia nie powinien trwać krócej niż 4 lata, a optymalnie 5 lat, aby umożliwić lekarzom opanowanie pełnego spektrum kompetencji i umiejętności niezbędnych, żeby być dobrym psychiatrą.

GL Jakie cele stawia sobie na najbliższą przyszłość Europejskie Towarzystwo Psychiatryczne?

Misją Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (EPA) jest podnoszenie standardów psychiatrii i opieki w zakresie zdrowia psychicznego na terenie Europy. Dążąc do realizacji swojego celu, EPA buduje pozycję wiodącej europejskiej organizacji z dziedziny zdrowia psychicznego, zacieśniając współpracę z innymi ważnymi interesariuszami, np. krajowymi towarzystwami psychiatrycznymi, stowarzyszeniami pacjentów i ich rodzin, innymi organizacjami naukowymi i zawodowymi, a także z decydentami na szczeblu krajowym i europejskim. Po to, by wspólnie działać na rzecz zwiększenia nakładów na badania i opiekę, upowszechniania najlepszych modeli kształcenia psychiatrów i profilaktyki zdrowia psychicznego, poszanowania praw człowieka oraz przeciwdziałania stygmatyzacji i dyskryminacji. ◯

wysoko na liście przyczyn niepełnosprawności. Ponad 1/3 dorosłej populacji doświadcza przynajmniej jednego typu zaburzeń psychicznych, są to między innymi problemy wynikające z zażywania substancji psychoaktywnych, psychozy, depresja, zaburzenia lękowe i zaburzenia żywienia. Bardzo częste są zaburzenia lękowe i zaburzenia nastroju – w okresie 12 miesięcy szacowana częstotliwość ich występowania wynosi odpowiednio 8 proc. i 14 proc. Często spotyka się także zaburzenia związane z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych, przy czym bada się i leczy obecnie także nowe uzależnienia, np. od gier czy seksu, które często powiązane są z uzależnieniem od internetu.

GL Czy można mówić o „złotym standardzie” w kształceniu podyplomowym z dziedziny psychiatrii? Na co należy kłaść nacisk?

Należy ujednolicić proces kształcenia psychiatrów w całej Europie. Nie oznacza to konieczności rezygnacji z określonych tradycji czy odrzucenia specyfiki kulturowej, jednak wymaga przyjęcia wspólnych standardów, których celem jest zapewnienie odpowiednich kwalifikacji medycznych, znakomitych umiejętności komunikacyjnych i psychoterapeutycznych oraz aktualnej wiedzy z zakresu psychopatologii, psychofarmakologii, nauk społecznych,

^ Prof. Silvana Galderisi

Silvana Galderisi jest profesorem psychiatrii i dyrektorem Instytutu Psychiatrii na Uniwersytecie Campania Luigi Vanvitelli. Kieruje oddziałem ratunkowym Kliniki Zdrowia Psychicznego na tym samym uniwersytecie, a także koordynuje pracę poradni zaburzeń lękowych i psychotycznych oraz program rehabilitacji pacjentów z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi w ramach tej kliniki. Ponadto pełni funkcję prezesa Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (EPA), a także przewodniczącej sekcji EPA ds. schizofrenii, zespołu ds. schizofrenii Europejskiego Kolegium Neuropsychofarmakologii (ECNP) oraz sekcji ds. neuroobrazowania Światowego Towarzystwa Psychiatrycznego. Jest założycielem i członkiem Rady Dyrektorów Europejskiej Fundacji Badań nad Schizofrenią EGRIS, zasiada również w zarządzie Międzynarodowego Towarzystwa Badań nad Schizofrenią (SIRS), Europejskiego Stowarzyszenia Naukowego Schizofrenii, Włoskiego Towarzystwa Psychopatologii oraz Włoskiego Towarzystwa Psychiatrii Biologicznej. W swojej działalności badawczej koncentruje się na patofizjologii, terapii i wynikach leczenia schizofrenii, ze szczególnym uwzględnieniem objawów negatywnych i poznawczych oraz ich wpływu na aspekty psychospołeczne. Jest autorką/współautorką ponad 200 artykułów naukowych, zasiada również w kolegiach redakcyjnych szeregu międzynarodowych czasopism psychiatrycznych. Prof. Silvana Galderisi uczestniczyła w konferencji „Central European Schizophrenia Meeting – Advances in early course schizophrenia management – quo vadimus?”, która odbyła się w dniach 13-14 października 2017 r. w Warszawie.

Nowy minister w NIL

Bardzo liczę na pomoc, bo możemy różnić się w poglądach, ale musimy rozmawiać i sprawić, by system ochrony zdrowia dobrze działał. O dialog proszę nie tylko młodych lekarzy, ale również specjalistów – zaapelował nowy szef resortu zdrowia, dodając, że to na ich barkach spoczywa główny ciężar opieki nad pacjentem.

MARIUSZ TOMCZAK

Mam nadzieję, że uda nam się konstruktywnie rozmawiać – podkreślił. Te słowa padły podczas spotkania ministra Łukasza Szumowskiego z kilkudziesięcioosobowym gronem Naczelnej Rady Lekarskiej, do którego doszło w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie w piątek 12 stycznia, tj. czwarte go dnia jego urzędowania w gmachu przy ulicy Miodowej.

Na samym początku spotkania przypomniano postulaty samorządu lekarskiego dotyczące najważniejszych rozwiązań systemowych. Niektóre są aktualne od co najmniej kilku lat. – Wiele jeszcze nie udało się zrealizować – powiedział prezes NRL Maciej Hamankiewicz, wyrażając nadzieję na owocny dialog z następcą ministra Konstantego Radziwiłła. – Samorząd lekarski intensywnie pracuje nad rozwiązaniami mającymi ułatwić pracę lekarzom i lekarzom dentystom. Liczymy na dobrą współpracę – podkreślił prezes NRL. – Swoje pierwsze kroki jako minister skierowałem do Naczelnej Rady Lekarskiej, bo, jako lekarz jestem członkiem tego samorządu. To niezwykle ważna instytucja nie tylko z punktu widzenia wykonywania naszego zawodu, ale również traktowania jej jako głosu środowiska, ponieważ jesteście państwo wybierani w wyborach i reprezentujecie swoich wyborców, lekarzy i lekarzy dentystów – powiedział nowy szef resortu zdrowia. Zapowiedział, że jednym z jego priorytetów w czasie urzędowania ma być dialog społeczny. – Minister zdrowia jest odpowiedzialny nie tylko za lekarzy i lekarzy dentystów, ale również



za inne zawody medyczne, w tym m.in. pielęgniarki, położne, ratowników medycznych, rehabilitantów i diagnostów, ale przede wszystkim za pacjentów i za zapewnienie polskiemu społeczeństwu ciągłości opieki medycznej – podkreślił.

DEBATA, FINANSOWANIE

W opinii ministra Łukasza Szumowskiego należy zapoczątkować poważną dyskusję nad kształtem systemu opieki zdrowotnej w Polsce, nad tym, co Polacy chcieliby uzyskać od publicznej służby zdrowia w zamian za swoje składki i podatki oraz o tym, co jest dla pacjentów najważniejsze (jakość, bezpieczeństwo i szybkość dostępu do świadczeń). Jak przyznał, na świecie nie ma rozwiązań idealnych, każdy z systemów istniejących w różnych krajach ma swoje zalety, jak i wady, ale warto być otwartym na debatę, w którą stronę powinien pójść

◀ Łukasz Szumowski:
– Swoje pierwsze kroki jako minister skierowałem do Naczelnej Rady Lekarskiej, bo jako lekarz jestem członkiem tego samorządu.

nasz kraj i w tym obszarze liczy na współpracę z samorządem lekarskim. – Jak sobie pościelesz, tak się wyśpisz. Wszyscy jesteśmy albo będziemy pacjentami. Stwórzmy system tak, byśmy mogli z niego bezpiecznie korzystać. Kto zna go lepiej, jak nie ci, którzy aktywnie w nim uczestniczą? – pytał retorycznie. Z uwagi na liczbę obowiązków, jaka czeka nowego członka rządu, minister Łukasz Szumowski zapowiedział, że spotkanie potrwa tylko pół godziny, jednak ostatecznie spędził w siedzibie NIL prawie godzinę. Dodał, że to jego pierwsze, ale z pewnością nie ostatnie spotkanie z samorządem lekarskim. – Na razie nie będę wypowiadał się szczegółowo o moich zamierzeniach, bo najpierw chciałbym zapoznać się z tym, co zastałem w ministerstwie. Chcę m.in. zapoznać się z wszystkimi aktami prawnymi znajdującymi się na różnych etapach legislacyjnych, a jest ich bardzo dużo – dodał. Na pytanie prezesa NRL o to, jaki powinien być optymalny poziom finansowania opieki zdrowotnej w naszym kraju i jaki procent Produktu Krajowego Brutto chciałby przeznaczać na cele związane ze zdrowiem, minister podkreślił, że potrzebne jest zwiększenie nakładów na opiekę zdrowotną, ale finansowanie opieki zdrowotnej stanowi „element szerszej układanki”, w której ten czy inny minister zdrowia jest przypisany tylko do części budżetu. – Wiele pracowników sektora ochrony zdrowia wciąż wykonuje nieprawdopodobną robotę za zdecydowanie zbyt małe pieniądze. Będę się starał, aby finansowanie ochrony zdrowia było większe – zapewnił. Zostawiając na boku kwestię podniesienia nakładów,

WAŻNE

Minister zapowiedział, że jednym z jego priorytetów w czasie urzędowania ma być dialog społeczny.

minister przypomniał, że warto z rozsądkiem szukać oszczędności. W jego opinii mogą je przynieść m.in. zmiany organizacyjne, „ewaluacja” koszyka świadczeń gwarantowanych oraz dokonanie, jak zastrzegł, „ostrożnej optymalizacji” istniejących wydatków. – Jest wiele obszarów, w których można by wydawać pieniądze lepiej, bardziej racjonalnie, zarówno w odniesieniu do infrastruktury i materiałów, jak i ludzi. Nie mam absolutnie na myśli czyjejś złej woli czy świadomego marnotrawstwa – zastrzegł.

WYNAGRODZENIA, SZPITALA

Minister zdrowia pytany przez prezesa NRL o to, czy zamierza dokonać rewizji ustaw o sieci szpitali i o podstawowej opiece zdrowotnej, odpowiedział, że wnikliwie przegląda wszystkie akty prawne, także te obowiązujące od niedawna. – To oczywiste, że pewne rzeczy w każdej ustawie można poprawić. Jestem otwarty na sugestie – podkreślił. Dodał, że należałoby pochylić się nad odmienną rolą różnych jednostek w systemie. – Szpital powiatowy, szpital akademicki czy instytut badawczy – każdy z nich jest ważny i niezbędny, ale nie pełnią tych samych funkcji. Wydaje się, że potrzebne jest dostrzeżenie potrzeb i specyfiki wszystkich uczestników systemu – powiedział. – Obejmuje pan stanowisko w trudnym momencie dla naszej ochrony zdrowia, gdy 3,5 tys. lekarzy czeka na dialog. Wierzę, że ten dialog nastąpi szybko – mówił prezes ORL w Łodzi Grzegorz Mazur. Minister deklarował, że chciałby rozmawiać nie tylko ze środowiskiem lekarskim, ale także z pacjentami, co jest ważne m.in. z punktu widzenia zdrowia publicznego i coraz silniejszej aktywności tzw. ruchów antyszczepionkowych. – Musimy rozmawiać ze społeczeństwem za pomocą współczesnych kanałów komunikacji. Zamykając się w wieżach z kości słoniowej, nic nie osiągniemy. Trzeba mówić nie za pomocą cyfr, tabel i skomplikowanych formuł, ale językiem zrozumiałym dla każdego Polaka nie będącego ekspertem z zakresu zdrowia – podkreślił



nowy szef resortu. Na problem podniesiony przez członka Prezydium NRL Stefana Sobczyńskiego, czyli dużej liczby seniorów w ogólnej liczbie lekarzy w Polsce, minister odpowiedział, że zdaje sobie sprawę z tego zjawiska. – Jeśli nie zrobimy czegoś, co spowoduje, że więcej młodych ludzi wejdzie do systemu, czeka nas katastrofa. Zabezpieczenie ciągłości pokoleniowej to jeden z moich priorytetów. Trudno sobie wyobrazić sytuację, aby ciężar opieki spoczął tylko na barkach starszych osób – powiedział minister. Dodał, że na mapy potrzeb zdrowotnych chciałby spojrzeć z innej strony, dokonując analizy populacyjno-epidemiologiczno-geograficznej. W podobnym duchu, co dr Sobczyński, wypowiedziała się Jolanta Orłowska-Heitzman z ORL w Krakowie, wskazując na środowisko patomorfologów, którzy w większości osiągnęli już wiek emerytalny.

KONKURENCJA, E-MEDYCYNĄ

Tomasz Romańczyk ze Śląskiej Izby Lekarskiej prosił nowego szefa resortu o przywrócenie się bólącym służby zdrowia z punktu widzenia bezpieczeństwa lekarza i pacjenta, a nie tylko przez pryzmat zmian strukturalnych. Mieczysław Dziedzic, przedstawiciel tej samej izby, wspominał o niedostatecznym, w jego ocenie, wynagradzaniu najbardziej doświadczonych lekarzy. – Jak poradzić sobie z patologią, że specjalista torakochirurg w klinice zarabia ponad 1000 zł mniej niż jego syn rezydent radiologii? – zapytał. Podobny wątek podniósł także prezes ORL w Białymstoku Janusz Kłoczko. Z kolei Rzecznik Praw Lekarza Zbigniew

Brzezina zwrócił uwagę na to, że w ministerialnych szufladach od wielu miesięcy leży projekt ustawy o pozasądowym dochodzeniu roszczeń z tytułu wypadków medycznych i zaapelował o „ucywilizowanie” górnej odpowiedzialności w ochronie zdrowia. O to, aby opiekę stomatologiczną traktować jako integralną część medycyny, apelował Robert Stępień z ORL w Krakowie. – „Cudowne” pomysły, takie jak dentobusy, nie uzdrowią sytuacji – podkreślił. Prezes NRL i prezes ORL w Kielcach Paweł Barucha dodali, że samorząd lekarski zabiega, aby sprawami stomatologii w resorcie zajmował się odrębny departament. – W niektórych wysoko rozwiniętych krajach na świecie są choroby serca wynikające z infekcji jamy ustnej niespotykane w krajach europejskich, spowodowane tym, że obywateli nie stać na opiekę stomatologiczną. Tego modelu nie chcielibyśmy w Polsce – powiedział szef resortu zdrowia. Marek Stankiewicz z Lubelskiej Izby Lekarskiej pytał o udział prywatnego sektora w realizacji zadań publicznych. – Najważniejsze, by konkurencja między jednostkami publicznymi i prywatnymi była uczciwa i współmierna, oraz żeby podmioty prywatne grały fair z publicznymi i na odwrót – odpowiedział Łukasz Szumowski. Na pytanie prezesa ORL w Krakowie Andrzeja Matyi, czy jest zwolennikiem systemu budżetowego, czy ubezpieczeniowego, minister odparł, że nie opowiada się „w szczególny sposób” za żadnym z nich, podsumowując, że najważniejsze jest, by pieniądze było wystarczająco na zabezpieczenie pacjentów i godne życie pracowników ochrony zdrowia. Wiceprezes NRL Zyta Kaźmierczak-Zagórska dopytywała o przyszłość e-medycyny. – Bez informatyzacji ochrona zdrowia nie będzie funkcjonować. Jestem zdecydowany utrzymać wszystkie terminy, a najchętniej je przyspieszyć – odpowiedział minister. ○

▲ **Maciej Hamankiewicz, Łukasz Szumowski, Zyta Kaźmierczak-Zagórska.**

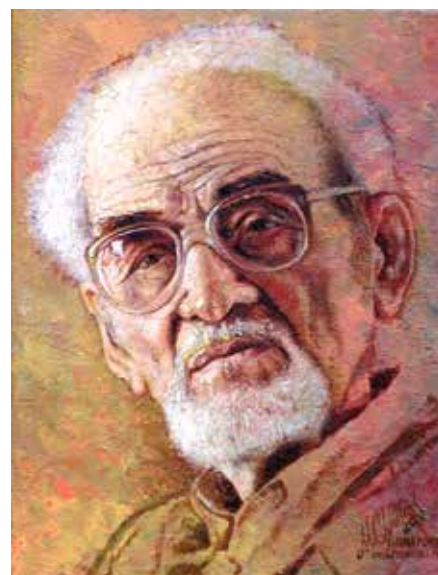
FAKT

Jeśli nie zrobimy czegoś, co spowoduje, że więcej młodych ludzi wejdzie do systemu, czeka nas katastrofa.

TRZEBA MÓWIĆ NIE ZA POMOCĄ CYFR, TABEL I SKOMPLIKOWANYCH FORMUŁ, ALE JĘZYKIEM ZROZUMIAŁYM DLA KAŻDEGO POLAKA.

Setne urodziny

Nie co dzień możemy świętować jubileusz setnych urodzin. W czwartkowe popołudnie 7 grudnia 2017 r. w Klubie Remedium Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie przy dużych, okrągłych i suto zastawionych stołach zasiedli zaproszeni goście. Gromkimi brawami powitali czcigodnego jubilata, doktora medycyny Franciszka Fudalę.



✪ MIECZYSLAW CHRUSCIEL

F Franciszek Fudala urodził się 5 grudnia 1917 r. w Machowie (powiat Tarnobrzeg), w zaborze austriackim. Wychowywał się w politycznym i społecznym tyglu wczesnego okresu międzywojnia.

Zgodnie z wolą rodziny udał się do Lwowa, gdzie rozpoczął studia medyczne. We wrześniu 1939 r., kiedy bolszewicy wkroczyli do Lwowa, Franciszek wrócił do domu rodzinnego. Dwa lata później ożenił się. Kiedy nadeszła okupacja, był już na tyle przygotowany zawodowo, że samodzielnie mógł udzielać pomocy. Ratował zarówno Polaków, jak Rosjan i Niemców. Tragedia wojny dosięgła także bezpośrednio rodzinę Franciszka. Jego młodszy brat został uwięziony i skazany na śmierć wraz z innymi w odwecie za zastrzelenie przez komunistów niemieckiego pracownika. Brat zginął w czasie ucieczki.

Po zakończeniu wojny rodzina Franciszka w wyniku zasiedlania Ziemi Odzyskanych udała się do Szczecina, a on sam pojechał do Lublina w celu ukończenia studiów. W grudniu 1946 r. Franciszek Fudala zdał ostatni egzamin na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu im. Marii Skłodowskiej-Curie i został lekarzem. W roku 1947 rozpoczął roczną praktykę w szpitalu przy ul. Unii Lubelskiej w Szczecinie. W następnym roku utworzono tutaj klinikę pediatriczną w nowo powstałej Akademii Lekarskiej. Od razu po zakończeniu praktyki doktor Fudala został jej adiunktem. W roku 1953 uzyskał specjalizację II stopnia

z pediatrii, a w 1959 r. specjalizację II stopnia z ftyzjatrii dziecięcej. W roku 1962 obronił pracę doktorską. Był to trudny okres w historii Polski. Doktor Franciszek Fudala był daleki od konformizmu, leczył dzieci i choć otwarcie nie przeciwstawiał się władzy, to jak wielu Polaków nie zgadzał się z obcą ideologią, nie zgadzał się na kompromis.

Na oddziale gruźlicy szczecińskiego szpitala przy ul. Unii Lubelskiej pracował przez prawie 25 lat. W latach pięćdziesiątych lekarze zbierali pokłosie niedawno zakończonej wojny: niedożywienie, choroby płuc, gruźlica. Operowali straszliwe skutki choroby Heinego-Medina. Brakowało lekarzy w przychodniach, a istniało wielkie zapotrzebowanie na leczenie ambulatoryjne. W klinice rozpoczynali pracę studenci doktora Fudali. Sam został szefem Oddziału Szpitalnego Wojewódzkiej Przychodni Przeciwgruźliczej. Jego praca w znakomitym stopniu przyczyniła się do likwidacji gruźlicy, szczególnie gruźlicy u dzieci. Gdyby nie wojna, inaczej mogłyby się potoczyć losy doktora Franciszka Fudali. Ponieważ w latach wczesnopowojennych nie należał do żadnej lewicowej partii, nie mógł liczyć na awans. Nie przeszkodziło to doktorowi w praktycznym rozwoju kariery medycznej. Zdobył ogromny autorytet w środowisku.

Setna rocznica urodzin doktora Franciszka Fudali zbiega się z rozpoczęciem obchodów setnej rocznicy niepodległości Polski. Sędziwy jubilat obecnie prowadzi spokojne życie. Znają go prawie wszyscy powojenni szczecinianie.

Byliśmy jego pacjentami jako dzieci i młodzież, niektórzy z nas mieli szczęście być jego studentami lub współpracownikami i mogli podziwiać go jako mentora i mistrza. Zawsze wykazywał niezwykle zainteresowania humanistyczne, zwłaszcza historią polityczną XIX i XX w. Do niedawna jeszcze pisywał artykuły językoznawcze. Jest znawcą staropolszczyzny. Był zaangażowany w działalność dobroczynną. Wiosną 1989 r. zasiadł w gronie członków założycieli Rotary Club Szczecin. Doktor Fudala jest fanem sportu. Jego córka Ilona, najmłodsza z trojga rodzeństwa, była przed laty mistrzynią Polski w tenisie. Starsi synowie Konrad i Ryszard są elektronikami. Doczekał się czworga wnucząt i trojga prawnucząt.

Dr med. Franciszek Fudala, lekarz specjalista pediatra i ftyzjatra. Członek Polskiego Towarzystwa Pediatricznego, Ftyzjopneumonologicznego, Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Wielokrotnie otrzymywał wysokie odznaczenia, w tym Krzyż Polonia Restituta, nadany 11 listopada 1989 r. przez Prezydenta Rzeczypospolitej na Uchodźctwie. Jest pierwszym Honorowym Członkiem Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie.

Nasz czcigodny jubilat, doktor Franciszek Fudala, zawsze wykazywał najwyższą troskę o zawodową solidarność i pielęgnowanie etosu pracy lekarza. Jesteśmy panu doktorowi wdzięczni za to, że przykład jego życia i pracy jest wzorem dla kilku pokoleń lekarzy. Plurimos annos, Panie Doktorze! Plurimos annos! ☺

▲ Franciszek Fudala (portret olejny namalowany przez Mieczysława Chrusciela).

Pomóżcie nam pomagać



Z **Mariuszem Janikowskim**, prezesem Zarządu Fundacji „Lekarze Lekarzom”, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

GL Panuje przekonanie, że lekarze z gruntu są zamożni i nie potrzebują materialnego wsparcia?

Niestety zdarzają się wypadki losowe, które zaburzają ten porządek. Przecież lekarze i lekarze dentyści także chorują, stają się ofiarami wypadków komunikacyjnych lub innych dramatycznych zdarzeń dotyczących także ich bliskich. Z myślą o takich sytuacjach powstała Fundacja „Lekarze Lekarzom”. Pomocy potrzebują osoby, którym z dnia na dzień świat się zawalił i tym osobom głównie pomagamy.

GL Na co liczone, powołując Fundację „Lekarze Lekarzom” i czy te oczekiwania się spełniły?

Fundacja powstała po powodzi w 2010 roku. Zrodziły się wówczas pomysły przeróżnych zbiórek i wraz z nimi rodziły się problemy fiskalne. Wtedy właśnie postanowiłem zrealizować swój pomysł powołania fundacji. Jej nazwa wybitnie określa pochodzenie pieniędzy – rzeczywiście są to pieniądze od lekarzy i lekarzy dentyistów z dobrowolnych datków i im w razie potrzeby mają służyć. Mamy już nawet kilku lekarzy wpłacających systematycznie, comiesięcznie. Zamysłem było też wpłacanie choćby raz w roku 1 zł od każdego lekarza przez okręgowe izby lekarskie. Oczekiwania te spełniło kilka OIL i proszę o wpłaty również te, które jeszcze z obietnicy się nie wywiązały.

GL Czy środowisko lekarskie wie, że za pośrednictwem Fundacji może skutecznie pomagać swoim kolegom?

Myślę, że wiedza o istnieniu Fundacji jest jeszcze za mała, dlatego czynię wszystko, aby informację o możliwościach tej formy pomocy rozpowszechniać. Z doświadczenia Fundacji wiem, że o możliwościach pomocy nie wiedzą nawet lekarze i lekarze dentyści działający w komisjach bytowych okręgowych izb. Często o tym fakcie dowiadują się od nas.

GL Ile pieniędzy zebrano dotychczas i czy pomoc ta jest regularna czy okazjonalna?

Obecnie na koncie mamy ponad 200 tys. zł. Jak już wspominałem, konto jest sukcesywnie zasilane. Pragnę im serdecznie podziękować i honoruję przynajmniej publikacją nazwy miasta zamieszkania naszych darczyńców. Sporadycznie są to duże kwoty – kilkutyśne nawet, ale cieszą nas także liczne

kilkudziesięciozłotowe wpłaty. Z tych pieniędzy są udzielane zapomogi. W każdym przypadku kontaktujemy się z izbami okręgowymi, pragnąc tą drogą zweryfikować prośbę o zapomogę. Na ogół jest to pomoc doraźna w postaci jednorazowej zapomogi, choć w niedługiej historii naszej Fundacji powtarzamy pomoc finansową dla „stałych” beneficjentów.

GL Jak reagują osoby, które za pośrednictwem Fundacji otrzymały wsparcie i skąd uzyskujecie informacje, że taka pomoc właśnie im była potrzebna?

Na podstawie trafiających do Fundacji wniosków. Staramy się zrozumieć każdy przypadek, który zmusił lekarza o zwrócenie się do nas z prośbą o udzielenie pomocy. Wiem, że nie jest to łatwa decyzja w walce z własną godnością, dlatego zakładamy, że faktycznie osoba ta znalazła się w niezwykle trudnej sytuacji życiowej. Z pomocą przychodzi „Gazeta Lekarska”, w której staramy się zamieszczać informacje o Fundacji w postaci comiesięcznych podziękowań, czasami informacje takie przekazują okręgowe izby, które same już wcześniej udzieliły finansowego wsparcia lekarzowi. Współpracujemy z komisjami bytowymi okręgowych izb lekarskich, w których weryfikujemy informacje o osobach wnioskujących o pomoc.

GL Początek roku to czas rozliczeń podatkowych. Jaki to byłby zastrzyk pieniędzy dla Fundacji, gdyby większość lekarzy przekazała na jej konto ustawowy 1 proc.?

Fundacja liczy na każdy, nawet drobny datek. Okres rozliczeń podatkowych to rzeczywiście okres optymistycznych oczekiwań. Ten 1 proc. to kwota, którą można przekierować do naszej wspólnej kasy, jaką jest Fundacja. Te pieniądze są dla nas, gdyż nigdy nie wiadomo, kiedy ktoś z nas będzie w potrzebie. Dzięki odpisom 1 proc. Fundacja zyskała w 2017 r. ponad 60 tys. zł. Pamiętajmy jednak – jest nas ok. 180 tys. 1 zł od każdego z nas to 180 tys. zł. Zachęcam wszystkich do wpłat na rzecz Fundacji – nawet tych drobnych. Pomóżcie nam pomagać innym.

W Nowym Roku życzę Wszystkim zdrowia i samych radości w życiu. Życzę też, aby pomoc Fundacji nie była nikomu potrzebna. ○

GL
WYWIAD

Ważne spotkania

Ostatnio mieliśmy bardzo ciekawy czas. Resort zdrowia ma nowego ministra, zmiany zaszły również w Polskim Towarzystwie Stomatologicznym. Działo się wiele. Kolejne miesiące również przyniosą interesujące wydarzenia.



Leszek Dudziński

Wiceprezes NRL, przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL

Nowym prezydentem Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego została prof. Marzena Dominiak. Spotkaliśmy się 8 stycznia i robczo omówiliśmy płaszczyzny współdziałania na przyszłe lata.

Najbardziej istotnym tematem była sprawa odnowienia współpracy w ramach Komitetu Narodowego, który ma być utworzony przez przedstawicieli Naczelnej Izby Lekarskiej oraz Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego. Komitet Narodowy będzie reprezentował nasze interesy we wszystkich organizacjach międzynarodowych, w tym w FDI. Umowa o współpracy zostanie podpisana już 26 stycznia, podczas posiedzenia Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.

Bardzo interesującym tematem był również ten dotyczący nawiązania współpracy pomiędzy NIL a PTS w ramach działalności Ośrodka Doskonalenia Zawodowego NIL. Uzgodniliśmy, że rozpoczniemy wspólne szkolenia, m.in. w obszarze zagadnień dotyczących interpretacji badań radiologicznych, szczególnie tych bardziej zaawansowanych, a także stosowania w stomatologii laseroterapii. Mamy w planach zorganizowanie spotkania z przewodniczącymi towarzystw, które zajmują się tymi zagadnieniami i podpisanie z nimi umowy o współpracy już w pierwszym półroczu tego roku.

Rozmawialiśmy również o przyszłości Środkowoeuropejskiej Wystawy Produktów Stomatologicznych CEDE, której 27. edycja odbędzie się w tym roku. Będzie towarzyszyć jej II Kongres Unii Stomatologii Polskiej, współorganizowany przez naukowe towarzystwa stomatologiczne, Naczelną Izbę Lekarską oraz Polskie Towarzystwo Stomatologiczne. Ustalono już wiodące tematy, dyskusja o szczegółach programu zapowiada się niezwykle ciekawie.

W kwietniu odbędzie się XX Konferencja Okrągłego Stołu. Tym razem w Lublinie. Naczelna Izba Lekarska jest współorganizatorem tego wydarzenia. Zaplanowano już szereg interesujących dyskusji na temat kształcenia przed- i podyplomowego. Ponownie spotkamy się z przedstawicielami środowiska akademickiego i wymienimy poglądy na temat spraw, które wciąż żywo interesują nasze środowisko.

Spotkaliśmy się ze Zbigniewem Królem, podsekretarzem stanu w Ministerstwie Zdrowia. To kontynuacja wcześniejszych rozmów odnośnie interpretacji rozporządzenia

dotyczącego separatorów amalgamatu. Temat jest gorący i niezwykle interesujący, ponieważ rozporządzenie ogranicza możliwości stosowania amalgamatu u dzieci i kobiet w ciąży już w tym roku. Budzi też wątpliwości, przede wszystkim co do zakresu wyposażenia gabinetów w separatory i ewentualnych wysokich kosztów z tym związanych. Uzgodniono, że obowiązek stosowania separatorów będzie dotyczył tylko i wyłącznie tych praktyk, które zajmują się usuwaniem wypełnień amalgamatowych i mają je w zakresie świadczeń, a w przypadku, gdy takie praktyki są wielostanowiskowe, wystarczającym rozwiązaniem będzie, by przynajmniej jedno ze stanowisk było wyposażone w separator. Mówiliśmy też o możliwości rozłożenia takiego obowiązku w czasie, żeby już w grudniu tego roku nie okazało się, że 20 tys. unitów musi być wyposażonych w separatory, gdyż może to pociągnąć konkretne konsekwencje finansowe. Etapowanie tego obowiązku jest rozwiązaniem kompromisowym. Minister Król z dużą przychylnością odniósł się do naszych pomysłów.

Drugim istotnym tematem była kwestia związana z pracami nad ustawą prawo atomowe. Zawiera ona bowiem szereg nowych zapisów, które dotyczą urządzeń radiologicznych stosowanych w stomatologii. Chcielibyśmy, aby nasze sugestie, szczególnie te dotyczące aparatów zewnątrzustnych stomatologicznych oraz aparatów pantomograficznych, zostały wzięte pod uwagę, aby nie były one traktowane tak rygorystycznie jak aparaty w pracowniach radiologicznych. Uzgodniliśmy również, że na najbliższe posiedzenie Komisji Stomatologicznej, które odbędzie się 9 lutego, zostaną oddelegowani przedstawiciele Departamentu Analiz i Strategii. Chcemy porozmawiać o danych, które posłużyły do mapowania potrzeb zdrowotnych w zakresie stomatologii. Oczywiście są one obciążone pewnego rodzaju błędem, ponieważ dotyczą wyłącznie podmiotów publicznych, ale z pewnością jest tam szereg ciekawych spostrzeżeń i wniosków, dlatego chcielibyśmy, jako Komisja Stomatologiczna, się z nimi zapoznać.

12 stycznia na posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej pojawił się Łukasz Szumowski, nowy Minister Zdrowia. Mieliśmy możliwość spotkać się z nim na ubiegłorocznej Konferencji Okrągłego Stołu Warszawa-Nałęczów. Wiemy, że zna zagadnienia związane z kształceniem. Ponieważ z postulatów przedstawionych dwa lata temu ministrowi Radziwiłłowi jedynie nieznaczna część została zrealizowana, szczególnie w zakresie interesującym stomatologów, dlatego nie ukrywam, że teraz liczymy na lepszą współpracę z resortem zdrowia. ☺

Przyszłością są implanty hybrydowe

Z prof. **Andrzejem Wojtowiczem**, prezesem Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Implantologii Stomatologicznej [OSIS], rozmawia **Lucyna Krysiak**.

GL Dzięki implantologii to, co w stomatologii było niemożliwe, stało się realne. Jak rozwijała się ta specjalność?

Implantologia jest młodą dziedziną. Jeden z jej pionierów, prof. Ingvar Branemark – Szwed, ortopeda, naukowiec, potem chirurg stomatolog, pozostanie twórcą implantów śródkostnych śrubowych. Prof. Garbacio – twórcą implantów cienkich śrub biokortykalnych, prof. Linkow – implantów podokostnowych, a prof. Sandhaus – implantów cyrkonowych. Wszystkie je wymyślono 50-70 lat temu. Wyparły je nowoczesne implanty Branemarka. Potem pojawiło się wiele nowych koncepcji, np. tzw. implanty z szorstką powierzchnią przyspieszającą osteointegrację, czyli zakotwiczenie implantu w kości.

20 lat temu powstało w Polsce OSIS, które zaczęło zapraszać wykładowców z zagranicy, uczestniczyć w realizacji wielu nowatorskich projektów naukowych, dzięki czemu mogło zaistnieć w świecie i wspomagać rozwój implantologii w kraju. Protoplaści stowarzyszenia to prof. Leszek Kryst, prof. Eugeniusz Spiechowicz, obaj nadal aktywni w życiu naukowym i kongresowym OSIS. Pierwszym jego prezesem był prof. Stanisław Majewski, współtwórca i organizator wielu kongresów implantologicznych.

GL Co się zmieniło w implantologii przez te 20 lat?

Zmieniła się koncepcja dotycząca połączeń implantów z tkanką kostną, czyli obrastania kości na powierzchni implantu. W osteointegracji nastąpił powrót do tych najstarszych metod. Pierwsze implanty zaproponowane przez prof. Branemarka miały cylindryczny kształt śruby o tzw. maszynowej powierzchni, czyli takiej, jaka wychodzi po obróbce skrawaniem z obrabiarki. Po wszczepieniu przetrwały one bez zaniku kości u jego najdłużej żyjącego pacjenta ponad 50 lat. Wyniki te potwierdziły inne autorytety w tej dziedzinie z młodsze pokolenia: prof. Massimo Simeon (Mediolan), prof. Ron Nevins (Boston, Harvard) i prowadzący badania kliniczne dr hab. Piotr Majewski oraz dr Krzysztof Awiłło.

Okazało się, że wprowadzenie tzw. szorstkich powierzchni z jednej strony zwiększało siłę osteointegracji, z drugiej jednak z czasem powodowało kolonizację bakterii prowadząc do zaniku tkanki kostnej wokół implantu – periimplantitis, zanik i zapalenie tkanek. Z czasem będą więc dominować implanty hybrydowe, w których poszczególne tkanki, a więc kość gąbczasta wraz z jamą szpikową i szpikiem, kość zbita, okostna i błona śluzowa, będą miały kontakt z dedykowanymi powierzchniami implantów o różnej gładkości czy też szorstkości. Badania kości wokół implantów gładkich i maszynowych potwierdzają, że stosując je, można uniknąć tak dramatycznego zaniku kości, jak wokół implantów z szorstkimi powierzchniami.

GL To metoda leczenia obciążona dużym ryzykiem zarówno dla lekarza, jak i pacjenta.

Na początku każdy pacjent był wyzwaniem w sensie logistycznym, chirurgicznym, planowania odbudowy. Wtedy obawiano się przede wszystkim porażenia nerwu związanego z umieszczeniem implantu w niewłaściwym położeniu – zbyt przedśionkowo lub zbyt podniebiennie. Dzisiaj problemem jest wszechobecna, pojawiająca się zwykle po wielu latach, tzw. periimplantitis, czyli zapalenie tkanek okołowszczepowych. To powikłanie nie zależy od lekarza, ale podatności pacjenta na reakcję organizmu na ciało obce, jakim jest implant, oraz na kolonizację bakteryjną. Te reakcje tkankowe wokół implantów są uwarunkowane genetycznie. Jesteśmy w stanie ograniczyć u nich periimplantitis, ale nie zahamować, ponieważ dochodzi do wzajemnych modyfikacji bakterii, komórek monocytarnych, makrofagów w przestrzeni wokół implantów i czasami dramatycznych zaników tkanki kostnej w kształcie,

**MAMY PONAD 1500 IMPLANTOLOGÓW. JEST DUŻE
ZAINTERESOWANIE TĄ SPECJALNOŚCIĄ, O CZYM
ŚWIADCZY FREKWENCJA NA KONGRESACH I KURSACH.**

GL
WYWIAD

który nazywamy tulipanem. Jeżeli proces ten trwa wiele lat, jest usprawiedliwiony, jeżeli zanik kości rozwija się po dwóch latach, jest to dramat dla pacjenta i dla lekarza.

GL Czy każdy pacjent kwalifikuje się do wszczepiania implantów?

Każdy, jeśli nie ma bezwzględnych przeciwwskazań. Są to niektóre choroby krwi, białaczki, obniżona odporność, przeszczepienia szpiku, metaboliczne choroby tkanki kostnej, zawały, udary, osteoporoza, osteopenia oraz zaburzenia psychiczne.

Znam przypadki usuwania zintegrowanych implantów w wyniku kancerofobii pacjentki. Ostatnio lista osób, u których można zastosować leczenie implantoprotetyczne wydaje się rozszerzać, np. o pacjentów z łuszczycą, przewlekłym obturacyjnym zapaleniem płuc, u których leczenie małymi dawkami steroidów nie tylko nie jest przeciwwskazaniem, ale wydaje się zmniejszać reakcje organizmu. Nie oznacza to, że leczeniu implantoprotetycznemu powinna towarzyszyć jakaś terapia immunosupresyjna, ale jednorazowe zastosowanie dożylnego bolusa steroidowego w trakcie instalacji implantów może zmniejszyć obrzęk pooperacyjny tkanek jamy ustnej.

GL Jakich umiejętności oczekuje się od lekarza dentysty zajmującego się leczeniem implantologicznym?

Terapia implantoprotetyczna, jak każda metoda inwazyjna, jest zarezerwowana dla lekarzy, którzy wiedzą, co robią, znają jej aspekty biologiczne, medyczne oraz potrafią leczyć powikłania. Takich lekarzy jest 99 proc.

Jako biegły sądowy miałem nieprzyjemność oceniać działania lekarza, który swoje powikłanie usprawiedliwiał tym, że mieści się w zakresie danych podawanych w fachowej literaturze. Często opiniuję w sprawach roszczeń z tytułu powikłań i potrafię odróżnić nieuzasadnione roszczenia od działań, które mają niewiele wspólnego ze sztuką lekarską. Na szczęście te ostatnie są rzadkie i dotyczą początkujących lekarzy, u których pewność siebie nie idzie w parze z umiejętnościami. Nie dotyczy to specjalistów, którzy je nabyli w czasie 4-letniego szkolenia.

OSIS powołał kapitułę ds. edukacji i certyfikacji w implantologii, która wytypowała 10 miejsc w Polsce legitymujących się Certyfikowanymi Ośrodkami Edukacyjnymi w Implantologii. Są w nich organizowane kursy teoretyczne i praktyczne. Po dwóch latach, zaliczeniu 12 modułów edukacyjnych, lekarz może podejść do egzaminu praktycznego oraz egzaminu teoretycznego przed komisją w celu uzyskania Certyfikatu umiejętności w dziedzinie implantologii OSIS. Z myślą o tych, którzy chcą edukować się w ośrodkach europejskich i światowych nawiązaliśmy współpracę z autorskim międzynarodowym projektem edukacyjnym Implant-Continuum-Education NYU-OSIS-CEIA, dr. hab. Piotra Majewskiego, który jest wykładowcą NYU i członkiem zarządu OSIS.

GL Ilu mamy w Polsce lekarzy dentyistów zajmujących się implantologią?

Mamy ponad 1500 implantologów. Jest duże zainteresowanie tą umiejętnością, o czym świadczy frekwencja na

➤ Prof. Andrzej Wojtowicz:
– Przyszłością są implanty hybrydowe, pokrywane kowalencyjnie kwasem hialuronowym z dedykowaną dla tkanek powierzchnią.



kongresach i kursach. Zdobywa się tam jednak wiedzę teoretyczną. Wszczepianie implantów obciążone jest powikłaniami, np. periimplantitis, prowadzącymi do utraty implantu, albo przewlekłego stanu zapalnego uniemożliwiającego dalszą rekonstrukcję uzębienia.

W OSIS zrzeszamy 560 członków, którym oferujemy transfer wiedzy do praktyki, aby była zgodna ze standardami oraz wymianę informacji klinicznej. Funkcja edukacyjna jest najważniejszym celem naszego stowarzyszenia. Należy do Europejskiej Asocjacji Lekarzy Implantologów (EDI, European Dental Implantology), co pozwala nam współtworzyć standardy obowiązujące w implantologii. Mam przyjemność i zaszczyt uczestniczyć w tych spotkaniach wraz z dr. Witoldem Tomkiewiczem, dyrektorem ds. edukacji oraz współpracą zagraniczną OSIS-EDI. Ważną funkcją edukacyjną jest prowadzenie badań z lekarzami z zagranicy. Daje to możliwości wymiany opinii oraz promocji Polski. W lutym odbędzie się 13. spotkanie europejskich opinii-liderów w Kolonii, gdzie po raz kolejny będę reprezentował Polskę.

GL Czy kiedyś implanty wyeliminują protezy ruchome?

Nie, w większości protezy są wsparte na implantach, jednak są wyjmowane. Natomiast głównym celem leczenia implantoprotetycznego jest stworzenie najdoskonalszej stabilnej i estetycznej protezy czynnościowej utraconego uzębienia. Celem jest podniesienie jakości życia leczonych implantami bez konieczności szlifowania zdrowych zębów, co wraz z rozwojem implantologii może być wkrótce przeciwwskazaniem z uwagi na bezpowrotne usunięcie fragmentu tkanek zęba.

GL W jakim kierunku zmierza implantologia?

Implantologia czy implantoprotetyka to najbardziej biologiczna metoda leczenia braków zębowych oraz bezzębia i dlatego należy objąć nią znaczną część populacji. Chodzi też o skrócenie czasu osteointegracji, która zależy od stanu tkanki kostnej kontrolowanej genetycznie oraz rodzaju powierzchni implantu, na którą mamy wpływ technologiczny. Przyszłością są implanty hybrydowe, pokrywane kowalencyjnie kwasem hialuronowym z dedykowaną dla tkanek powierzchnią. Wyzwaniem jest przeciwdziałanie zapaleniu tkanek wokół implantów. Bardzo ważna jest czystość techniczna i technologiczna, co oznacza, że implant musi być wolny od zanieczyszczeń biologicznych, chemicznych oraz technologicznych. To nadal pozostaje w sferze badań. (P)

Dentobusy

Niecałe 1,5 mln zł to cena jednego z 16 dentobusów [z wyposażeniem], które wkrótce zobaczymy na polskich drogach. Dlaczego nie każde dziecko skorzysta z porady stomatologicznej w tym mobilnym gabinecie?

✶ MARIUSZ TOMCZAK



Od niedawna wszyscy już wiemy, jak wyglądają dentobusy, czyli minigabinety stomatologiczne na kółkach. Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł odebrał je od producenta w błysku fleszy przed świętami Bożego Narodzenia, niecałe trzy tygodnie przed zakończeniem swojej rządowej misji.

– Tych 16 samochodów to początek walki z próchnicą u dzieci, którą będziemy realizować także w najmniejszych miejscowościach i najmniejszych szkołach, w których nie ma miejsca i możliwości zorganizowania gabinetu szkolnego. Dentobusy to także działania profilaktyczne i uświadamiające, bo próchnica to choroba mająca ogromny wpływ na nasze zdrowie w przyszłości – zapewniał minister Konstanty Radziwiłł. Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowska podkreśla, że w dentobusie

zostaną spełnione najwyższe standardy i każdy z nich przejdzie kontrolę sanepidu. – Nadzoruję mobilne punkty poboru krwi. Mogę powiedzieć, że zarówno w takich punktach, jak i mammobusach i cytobusach jest zachowana czystość na bardzo wysokim poziomie – mówiła. Zgodnie z zapowiedziami przedstawicieli partii rządzącej sprzed kilku miesięcy, dentobusy miałyby dojeżdżać do placówek, w których uczy się mniej niż 100 uczniów. – Przyjadą tam, gdzie nie ma gabinetów – przyznaje zastępca przewodniczącego sejmowej Komisji Zdrowia Tomasz Latos. Jak mówi sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Zelazko, podstawowym miejscem udzielania świadczeń stomatologicznych dzieciom i młodzieży ma pozostać gabinet stomatologiczny. – Mamy w pełni świadomość tego, że w Polsce są małe szkoły w dużej odległości od gabinetów stomatologicznych i tam nie do

▲ **Na razie dentobusów jest tyle samo, co województw.**

100

– **prawdopodobnie dentobusy będą dojeżdżać tylko do szkół, w których liczba uczniów nie przekroczy tej granicy.**

końca ta dostępność jest gwarantowana. Dentobusy mają właśnie uzupełniać ten panel różnego rodzaju świadczeniodawców po to, żeby rzeczywiście ta dostępność, szczególnie świadczeń profilaktycznych, ale również tych zabiegowych, była zwiększana – tłumaczy wiceminister.

LEKARSKIE WĄTPLIWOŚCI

Optymizmu byłego już ministra co do roli, jaką będą one pełnić w polityce zdrowotnej państwa, nie podzielają członkowie Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej. Sceptycyzm wynika nie tylko z ilości dentobusów (jest ich tyle samo, co województw, więc na tle „stacjonarnych” gabinetów wydaje się to kroplą w morzu), ich wyposażenia, jak również ilości pytań, na które wciąż nie ma odpowiedzi. – To małe busiki o wielkości dostawczego mercedesa przystosowane do udzielania świadczeń, z silnikiem o wielkości 1.2 – mówi wiceprezes NRL Leszek Dudziński, dodając, że nie wiadomo, w jaki sposób taki pojazd powinien być podłączony do bieżącej wody, kto ma odpowiadać za odprowadzenie nieczystości czy jak spełnić wymagania dotyczące wyposażenia go w aparat rtg. A w jaki sposób poradzić sobie z odpadami biologicznymi? Jakie będą zasady przechowywania dokumentacji medycznej? Co wreszcie ma zrobić stomatolog z dentobusa, jeśli dziecku nie da się wyliczyć zęba (bądź zębów) podczas jednej wizyty? Powszechnie wiadomo, że w gabinetach realizujących świadczenia ze środków publicznych są długie kolejki, więc pacjent skierowany z dentobusu może długo oczekiwać na kontynuację leczenia. W grudniu Prezydium NRL zwracało uwagę na brak równej dostępności dzieci i młodzieży do świadczeń udzielanych w dentobusie. Skoro jeden pojazd został przydzielony na jedno województwo to jeden dentobus będzie miało najliczniejsze (ok. 5,5 mln mieszkańców) i największe pod względem zajmowanej powierzchni (ok. 35,5 tys. mkw.) mazowieckie, jak i opolskie (gdzie mieszka prawie 1 mln osób na 9,4 tys. mkw.). Zastrzeżenia samorządu lekarskiego budzi niewyłączenie świadczeń udzielanych w dentobusie z określonego w obowiązującym rozporządzeniu ministra zdrowia kryterium posiadania odrębnej aplikacji

służącej do bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu. „Jednocześnie nie wydaje się zasadne premiowanie – w ramach kryterium kompleksowości – świadczeniodawców udzielających świadczeń w dentobusie, za realizację umowy w zakresie świadczenia ortodoncji, świadczenia stomatologicznej pomocy doraźnej czy świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży” – czytamy w stanowisku Prezydium NRL podjętym kilka tygodni temu.

CO ZROBI NOWY MINISTER?

Wątpliwości nie rozwiąło spotkanie z przedstawicielami Narodowego Funduszu Zdrowia, w którym niedawno uczestniczyli trzej przedstawiciele samorządu lekarskiego: Leszek Dudziński, Marta Klimkowska-Misiak i Anita Pacholec. – Po krótkiej rozmowie okazało się, że państwo z NFZ wiedzą w zasadzie tyle samo, co my – mówi wiceprezes Leszek Dudziński. Pewne jest, że mobilne gabinety

stomatologiczne zostaną przekazane wojewodom, a ci udostępnią je podmiotom wybranym do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danych dentobusach. To właśnie wojewoda udostępni nieodpłatnie dentobus świadczeniodawcy wybranemu do udzielania świadczeń w zakresie leczenia stomatologicznego wykonywanego w tym pojeździe, w postępowaniu określonym w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wszelkie koszty związane z utrzymaniem i korzystaniem z dentobusu (w tym koszty ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w związku z ruchem tego pojazdu) ma ponosić świadczeniodawca. „Po zakończeniu obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniodawca zwraca wojewodzie dentobus w stanie niepogorszonym, z tym że nie ponosi odpowiedzialności za jego zużycie będące następstwem prawidłowego korzystania” – czytamy w ustawie z 15 września 2017 r. o szczegó-
 1

poprawę jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Z informacji, jakie uzyskałem w resorcie zdrowia, zanim na jego czele stanął Łukasz Szumowski, wynika, że koszty świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia stomatologicznego udzielanych w dentobusach będą pokrywane od 2018 r. w ramach środków NFZ. „Obecnie pracujemy nad szczegółowym sposobem organizacji i finansowania tych świadczeń. Chcemy, żeby w przyszłym roku została przyjęta ustawa o medycynie szkolnej i żeby powstały nowe gabinety stomatologiczne w szkołach” – informował resort. – Chcemy stopniowo wprowadzać zakup dentobusów – przyznaje wiceminister Katarzyna Głowala pytana o to, czy planuje się rozpiścić kolejny przetarg na takie pojazdy. Czy nowy minister zdrowia wszystkie te zapowiedzi podtrzyma, na razie nie wiadomo, gdyż w pierwszych dniach urzędowania skupił się przede wszystkim na analizie stanu dotychczasowych prac legislacyjnych i nie chciał komentować żadnych planowanych zmian, także w zakresie stomatologii. (P)

REKLAMA



Jolanta Małmyga

Wiceprezes ORL w Gorzowie Wlkp.

Nadszedł już czas

*Dziwny jest ten świat,
gdzie jeszcze wciąż mieści się wiele zł
I dziwne jest to, że od tylu lat
człowiekiem gardzi człowiek*

Czesław Niemen-Wydrzycki

Tak wiele lat temu i w innych realiach ustrojowych śpiewał Czesław Niemen, ale okazuje się, że te słowa są nadal bardzo aktualne. Może teraz w naszym kraju i sytuacji, w jaką nas wmanewrowali politycy, nawet bardziej. Kłamstwa i manipulacje wszelkimi możliwymi sposobami, mówienie półprawd i przekręcanie wypowiedzi innych na własną modłę, jest na porządku dziennym.

Obarczanie winą wszystkich, tylko nie siebie, poprzez budzenie najgorszych instynktów i ciągle szukanie winnych złej sytuacji, jaka istnieje od lat w opiece zdrowotnej, o przepraszam, w służbie zdrowia, jest chyba najbardziej spektakularnym przykładem ogłupiania własnego społeczeństwa, którego zdrowie powinno być priorytetem państwa. Zawsze było źle, ale teraz to jest krach, gdyż żyjemy już w innych czasach, w których nastąpił olbrzymi rozwój nauk, a medycyny w szczególności.

Sugerowanie obywatelom przez szefa Ministerstwa Zdrowia – lekarza z wykształcenia – powrotu do czasów sprzed 50 lat i tworzenie przepisów nakazujących lekarzowi pracę na kilku oddziałach szpitalnych jednocześnie oraz bycie superspecjalistą we wszystkich specjalnościach lekarskich i to bez wyposażenia chociażby we wrotki umożliwiające szybkie przemieszczanie się pomiędzy oddziałami – jest, moim zdaniem, bardzo nieetyczne. Narzucanie własnych poglądów na życie bez jakiegokolwiek próby rozmowy

i chociażby wysłuchania zdania drugiej strony to nie tylko dowód byty i arogancji oraz lekceważenia wobec wszystkich pracowników medycznych, ale przede wszystkim tych, którym oni winni pomagać – wobec ludzi chorych i potrzebujących pomocy medycznej.

Zarządzanie opieką zdrowotną jest naprawdę trudną sztuką dla wszystkich rządów, które od lat łamią sobie na niej zęby i to nie tylko w Polsce. Nie da się naprawić wieloletnich zaniedbań jednym zarządzeniem, gdyż to wymaga współpracy wszystkich zainteresowanych stron, bez oglądania się na poglądy polityczne, jak już wcześniej pisałam – zdrowie musi być apolityczne.

Chyba już najwyższy czas uderzyć się w piersi i nauczyć się rozmawiać ze sobą i wspólnie spróbować dokonać zmian dobrych dla nas wszystkich. Wykażmy dobrą wolę i porozmawiajmy poważnie o kluczowych problemach i możliwościach ich rozwiązania – zarówno rządzący (bez prezentowania lekceważących spotów o rozmnażających się królikach), jak i my – odpowiedzialni za ich wykonanie. Właśnie teraz, gdy piszę ten felieton, dokonano zmiany na stanowisku ministra zdrowia. Czy nowy przedstawiciel rządu zechce rozmawiać i słuchać tego, co mamy do powiedzenia nie tylko my, medycy, ale i pacjenci? Mam nadzieję, że tak, bo nadszedł już chyba najwyższy czas, aby wspólnie i poważnie podejść do rozwiązania narosłych od lat problemów, bez obwiniania innych i głoszenia populistycznych haseł. 

Łóżka życia



Lucyna
Krysiak

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

GL
W Y W I A D

Z prof. **Krzysztofem Kuszą**, prezesem Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

GL Czy PTAiIT ma wpływ na organizację anestezjologii i intensywnej terapii w Polsce?

Ochronę zdrowia organizują odpowiednie instytucje (na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia o standardzie organizacyjnym w anestezjologii i intensywnej terapii – przyp. red.), jednak nasze towarzystwo, choć ma charakter naukowy i edukacyjny, nie jest oderwane od rzeczywistości i tworzy wytyczne dla swoich członków, którzy wdrażają je w oddziałach, a zobowiązuje ich do tego ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty. Naszą dyscyplinę często dzieli się na tę, która ma związek ze znieczuleniem – nie przez wszystkich traktowane jako świadczenie terapeutyczne – i na intensywną terapię, zapominając o uśmierzaniu bólu i resuscytacji, które są także naszą rolą.

Podkreślam, że anestezjologia i intensywna terapia jest jedyną dziedziną, która zgodnie z powszechnie przyjętą na świecie definicją i doktryną realizuje intensywną terapię w Polsce. Zbudowaliśmy od podstaw dyscyplinę odpowiedzialną za leczenie chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia oraz potężny potencjał intelektualny i technologiczny zajmujący się szeroko rozumianym znieczuleniem. 60 lat temu powołaliśmy do życia stanowiska intensywnej terapii na wzór skandynawski, brytyjski i niemiecki. Aktualnie leczymy chorych w około 460 (dane sprzed kilku lat) oddziałach o tym profilu.

GL Statystycznie anestezjolodzy żyją 5 lat krócej niż lekarze innych specjalności.

To dowód na to, jak obciążająca jest praca w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii. Przyczyną jest stres, z jakim zmagamy się na co dzień. W oddziale, gdzie leczy się najcięższe stany, gdzie toczy się walka o życie chorego, gdzie zgon są wpisane w codzienność, lekarz pracuje przez lata. Ten rodzaj stresu ma charakter przewlekły. Inny jawi się podczas pracy na stanowiskach znieczulenia. A skutki wynikające z powikłań podczas znieczulenia są tylko dwa. Zgon lub nieodwracalne uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego. W innych dyscyplinach powikłania rozciągają się w czasie, w anestezjologii następują natychmiast.

Praca lekarzy tej specjalności polega na leczeniu krytycznie chorych pochodzących z innych oddziałów szpitala i tych z zewnątrz, którzy są ofiarami wypadków, zawałów, udarów, nagłego zatrzymania krążenia. Ci bezpośrednio trafiają do OAiIT. Te oddziały są jedynymi w szpitalach

stwarzającymi chorym w stanie krytycznym szansę na przeżycie i powrót do społeczeństwa.

GL Ilu mamy anestezjologów i czy są chętni, by specjalizować się w tej dziedzinie?

PTAiIT zrzesza około 1 tys. członków, ale analizując listy lekarzy i szkolących się, jest nas około 6,5 tys. W Polsce przypada 12 specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii na 100 tys. mieszkańców, a np. w Niemczech jest ich 22 na 100 tys. Czy jest nas za mało? Trudno powiedzieć, gdyż wiele zależy od tego, jak zorganizowana jest ochrona zdrowia w danym kraju, czy wykorzystuje się racjonalnie zasoby kadrowe. Młodzi lekarze są nadal chętni, by specjalizować się w anestezjologii i intensywnej terapii. Droga do uzyskania tytułu specjalisty w tej dziedzinie to 6 lat podstawowego szkolenia specjalizacyjnego, które jest podzielone na dwie kluczowe części: 4 lata anestezjologii, 2 lata intensywnej terapii. To poważne wyzwanie intelektualne i technologiczne.

GL Jaki udział ma towarzystwo w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych anestezjologów?

Nasze zadania określa statut. Zapisane jest w nim prowadzenie i rozwijanie działalności naukowej w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, terapii bólu i resuscytacji, współdziałanie w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych, dbanie o etykę zawodową, szerzenie wiedzy z zakresu anestezjologii, intensywnej terapii, resuscytacji i leczenia bólu, udział w planowaniu i organizowaniu ochrony zdrowia w zakresie anestezjologii, intensywnej terapii, resuscytacji i leczenia bólu, inicjowanie i wspieranie krajowej i międzynarodowej wymiany naukowej. Przykładem jest ostatni międzynarodowy kongres PTAiIT, który odbył się w Bydgoszczy. Frekwencja spełniła nasze oczekiwania. Zaprosiliśmy ponad 50 wykładowców z zagranicy. Były to niekwestionowane autorytety w naszej dyscyplinie. Towarzystwo opiniuje też nowe rozporządzenia i projekty ustaw oraz zajmuje się wydawaniem zaleceń w sprawach takich jak uśmierzanie bólu ostrego, przewlekłego, porodowego, zastoso-

GL Co jest najbardziej bolesnym problemem anestezjologii i intensywnej terapii?

Polska ma jeden z najniższych wskaźników, jeśli chodzi o nakłady na ochronę zdrowia w Europie, reszta jest tego

ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA TO DZIEDZINA DROGA, WYMAGAJĄCA ZASTOSOWANIA SKOMPLIKOWANYCH TECHNOLOGII, KOSZTOWNYCH LEKÓW.

konsekwencją. Przeznaczamy na lecznictwo dwukrotnie mniej niż wynosi średnia unijna. Anestezjologia i intensywna terapia to dziedzina droga, wymagająca zastosowania skomplikowanych technologii, kosztownych leków. Koszt pierwszej doby chorego wentylowanego mechanicznie w USA przekracza 10 tys. dolarów, w Polsce sięga 3-4,5 tys. zł. Ten sam chory, ten sam sprzęt, ta sama kadra, takie samo łóżko, te same leki, tylko cena dziesięciokrotnie niższa.

W Polsce świadczenia intensywnej terapii są wadliwie wycenione. Refunduje się 50 proc. wartości poniesionych kosztów leczenia, reszta to strata szpitala. Toteż dyrektorzy szpitali realizują je w zakresie wymaganego przez płatnika minimum. Im mniej jest stanowisk do intensywnej terapii, tym lepiej dla budżetu szpitala. Najlepiej byłoby się ich pozbyć, tak jak ma to miejsce w prywatnej ochronie zdrowia. Ustawodawca postawił jednak warunek – NFZ podpisze kontrakt ze szpitalem, jeśli będzie tam anestezjologia i intensywna terapia lub – i tutaj ukłon w stronę prywatnego świadczeniodawcy – gdy podpisze on umowę na takie świadczenia ze szpitalem publicznym. Zaznaczam, że procedura znieczulenia wg płatnika jest nieodpłatna i mieści się w koszcie zabiegu. Fenomen na skalę światową?

Zgodnie ze standardem organizacyjnym Ministerstwa Zdrowia, stanowisk do intensywnej terapii w szpitalach nie powinno być mniej niż 2 proc. wszystkich łóżek szpitalnych, a jest ich 1,76 proc. To właśnie skutek wadliwej polityki finansowania tych świadczeń. Zatem minimalny wskaźnik nie został osiągnięty, mimo że jest trzykrotnie niższy niż wymagany w krajach UE. To oznacza, że w Polsce łóżka życia są permanentnie niedostępne. Trzeba wybierać spośród stanów zagrożenia życia, kogo na nich położyć. W USA łóżka do intensywnej terapii stanowią 20 proc. wszystkich szpitalnych łóżek.

GL Rośnie urazowość, liczba zabiegów, żyjemy coraz dłużej, zapotrzebowanie na tego rodzaju świadczenia będzie więc coraz większe.

Jeśli nie będziemy inwestowali w rozwój intensywnej terapii, wkrótce nie będziemy mieli gdzie leczyć tych chorych. Logistyka systemu organizacji ochrony zdrowia na świecie rozwija właśnie ten kierunek. To jest system np. PSH (peroperative surgical home), który polega na budowaniu struktur kompleksowej organizacji pracy szpitala w oparciu o anestezjologów. Dotyczy okresu przedoperacyjnego, śródoperacyjnego i pooperacyjnego, aż do 30 dni od wypisania chorego. Na razie w Polsce nie ma gotowości, aby taki system zbudować. Brakuje nam zespołów szybkiego reagowania i standardowo wdrażanej koncepcji ERAS (enhanced recovery after surgery).



➤ **Prof. Krzysztof Kusza:**

– Anestezjologia i intensywna terapia jest jedyną dziedziną, która zgodnie z powszechnie przyjętą na świecie definicją i doktryną realizuje intensywną terapię w Polsce.

GL Czy podobną rolę miały pełnić poradnie anestezjologiczne?

W obecnych realiach poradnie anestezjologiczne funkcjonują tam, gdzie jest na to przyzwolenie dyrektora szpitala i w większości dużych szpitali działają. Gorzej ze szpitalami powiatowymi. Powołano je wiele lat temu, nie jest to więc żadna nowość, ale tak naprawdę funkcjonują przeważnie na papierze. Stworzono je, by poprawić bezpieczeństwo chorych. Anestezjolog z poradni kwalifikuje ich do znieczulenia, poszukuje możliwych czynników ryzyka i stara się je eliminować przez konsultacje. Taka poradnia to dobre rozwiązanie i w przyszłości mogłaby być małą częścią wspomnianego systemu PSH.

GL W jakim kierunku zmierza rozwój anestezjologii i intensywnej terapii?

W kierunku zmiany koncepcji znieczulania chorych do zabiegów, również zmieniającej się diagnostyki okołoperacyjnej. To niesie nowe rozwiązania w pracy na stanowiskach znieczulenia, które przeobrażają się w stanowiska, na których jednocześnie stosuje się znieczulanie i techniki intensywnej terapii.

Nie spodziewamy się wprowadzenia „cudownego” anestetyku albo robota, który wykona za lekarza znieczulenie. Skupiamy się na analizie zjawisk wpływających na wczesną i późną okołoperacyjną śmiertelność, która ma związek ze znieczuleniem. Zdarzenia medyczne, np. śródoperacyjna hipotonia, skutkują znamiennym wzrostem śmiertelności po roku od znieczulenia. Poszukuje się obecnie odległych skutków działania zastosowanych leków. W rozwoju intensywnej terapii znaczenie mają badania genetyczne, zastępowanie funkcji niewydolnych narządów ich pozaustrojowo realizowaną funkcją (płuca, wątroba, nerki, serce) oraz poszukiwanie technologii medycznych opartych o biologiczne substytuty niewydolnych narządów. ○

Izba Dyscyplinarna Sądu Najwyższego nie dla lekarza?

W myśl art. 95 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich [jednolity tekst Dz. U. 2016 poz. 522] od prawomocnego orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego, kończącego postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, stronom, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia i prezesowi Naczelnej Rady Lekarskiej, przysługuje kasacja do Sądu Najwyższego w terminie dwóch miesięcy od dnia doręczenia orzeczenia.

JACEK SOBCZAK PRODZIEKAN WYDZIAŁU PRAWA, SWPS UH

Kasacja może być wniesiona z powodu uchybień wymienionych w treści art. 439 § 1 ustawy z 6 czerwca 1997 r. kodeks postępowania karnego lub innego rażącego naruszenia prawa. Przypomnieć należy, że w myśl art. 96 ust. 1 wspomnianej ustawy o izbach lekarskich, kasacja może być wniesiona również z powodu niewspółmierności kary.

Niedopuszczalne jest przy tym uwzględnienie kasacji na niekorzyść obwinionego, wniesionej po upływie 6 miesięcy od dnia uprawomocnienia się orzeczenia. W myśl postanowienia Sądu Najwyższego z 17 grudnia 2013 r. (sygn. akt SDI 49/13, LEX nr 1403914), taka kasacja podlega rozpoznaniu, ale nie może być uwzględniona. Może natomiast wywołać orzeczenie na korzyść obwinionego, a gdy nie wchodzi to w rachubę – powinna być oddalona.

Podmioty uprawnione do wniesienia kasacji, wnosząc je do Sądu Najwyższego za pośrednictwem Naczelnego Sądu Lekarskiego. Zauważyć przy tym

należy, że kasacja przysługuje jedynie od orzeczeń, ale nie od postanowień wydanych przez sądy lekarskie. Stanowisko takie wyraził Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 25 lutego 2011 r. (sygn. akt SDI 4/11, LEX nr 1223730). W uzasadnieniu wspomnianego postanowienia Sąd Najwyższy stanął na stanowisku, że przy klasyfikowaniu rozstrzygnięć zapadających w toku postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy nie mają, w tym zakresie, zastosowania przepisy kodeksu postępowania karnego, które pojęciem orzeczenia obejmują zarówno wyroki, jak i postanowienia. Podniesiono, że na gruncie rozdziału V ustawy o izbach lekarskich, orzeczenia wyrażnie stanowią odpowiednik wyroków, natomiast postanowień nie można utożsamiać z orzeczeniami w rozumieniu ustawy o izbach lekarskich.

WAŻNE

Z mocy art. 24 ustawy o Sądzie Najwyższym do właściwości Izby Karnej należą sprawy rozpoznawane na podstawie kodeksu postępowania karnego.

Przytoczone stanowisko zostało potwierdzone w postanowieniu Sądu Najwyższego z 12 marca 2013 r. (sygn. akt VI KZ 1/13, LEX nr 1289082).

Wejście w życie ustawy z dnia 8 grudnia 2017 r. o Sądzie Najwyższym może wywołać pewien niepokój w środowisku lekarskim, chociaż w gruncie rzeczy nie tylko. W myśl art. 122 ustawy o SN, do postępowań dyscyplinarnych prowadzonych na podstawie szeregu ustaw, w tym także na podstawie ustawy o izbach lekarskich, stosuje się przepisy dotychczasowe do zakończenia postępowania wyjaśniającego lub postępowania w instancji, w której się toczy. Zamieszczenie tego przepisu w ustawie o SN, dotyczącego szeregu zawodów, a więc m.in. adwokatów, radców prawnych, notariuszy, lekarzy weterynarii, rzeczników patentowych, pielęgniarek i położnych,

WEJŚCIE W ŻYCIE USTAWY Z DNIA 8 GRUDNIA 2017 R. O SĄDZIE NAJWYŻSZYM MOŻE WYWOŁAĆ PEWIEN NIEPOKÓJ W ŚRODOWISKU LEKARSKIM, CHOCIAŻ W GRUNCIE RZECZY NIE TYLKO.

fizykoterapeutów i, oczywiście, lekarzy – wydaje się dość wątpliwe, zważywszy, że przecież przed Sądem Najwyższym nie będzie toczyło się postępowanie wyjaśniające lub jakiegokolwiek postępowanie instancyjne, gdyż Sąd Najwyższy w stosunku do lekarzy jest sądem kasacyjnym.

To oczywiście drobiazg, ale nader istotny, zważywszy na tle treści ustawy z 8 grudnia 2017 r. o Sądzie Najwyższym pojawić się mogą wątpliwości co do tego, która z izb Sądu Najwyższego będzie właściwa do rozpoznania kasacji od prawomocnego orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego, kończącego postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. W szczególności, czy takie sprawy kasacyjne nie należą do właściwości Izby Dyscyplinarnej.

Stanowisko takie prezentowane na gorąco w kularowych dyskusjach pozbawione jest jakichkolwiek podstaw wobec wyraźnej treści art. 27 § 1 pkt 1 ppkt b), w którym wskazano w sposób

WAŻNE

Z mocy art. 96 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich, ustawa z 6 czerwca 1997 r. kodeks postępowania karnego ma zastosowanie w stosunku do postępowania kasacyjnego dotyczącego lekarzy.

enumeratywny, że do Izby Dyscyplinarnej należą sprawy rozpatrywane przez Sąd Najwyższy w związku z postępowaniami dyscyplinarnymi, prowadzonymi na podstawie ustaw: prawo o adwokaturze, o radcach prawnych, o notariacie, prawo o ustroju sądów wojskowych, o Instytucie Pamięci Narodowej – Komisji Ścigania Zbrodni Przeciwko Narodowi Polskiemu, prawo o ustroju sądów powszechnych, prawo o prokuraturze. Tak więc do właściwości Izby Dyscyplinarnej Sądu Najwyższego nie należą sprawy dotyczące rozpatrywania kasacji od prawomocnych orzeczeń Naczelnego Sądu Lekarskiego, kończące postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Właściwą dla rozpoznawania tego typu kasacji jest Izba Karna Sądu Najwyższego, gdyż z mocy art. 24 ustawy o Sądzie Najwyższym do właściwości Izby Karnej należą sprawy rozpoznawane na podstawie kodeksu postępowania karnego, a przecież właśnie z mocy art. 96 ust. 1 ustawy

o izbach lekarskich, ustawa z 6 czerwca 1997 r. kodeks postępowania karnego ma zastosowanie w stosunku do postępowania kasacyjnego dotyczącego lekarzy.

Pewien niepokój dla tego dość klarownego, przecież, obrazu wprowadzić może treść art. 27 § 4 pkt 2 ustawy o Sądzie Najwyższym, w którym stwierdzono, że powołany z mocy ustawy Wydział II Izby Dyscyplinarnej rozpatruje kasacje od orzeczeń dyscyplinarnych, jednak jedynie niezbyt uważny czytelnik mógłby mniemać, iż w treści tego ostatniego przepisu chodziło ustawodawcy o kasacje od wszelkich orzeczeń dyscyplinarnych. Ewentualne konstatacja taka pozbawiona jest racji wobec wyraźnej treści art. 27 § 1 pkt 1 ppkt b), w którym wyraźnie stwierdzono, jakie sprawy dyscyplinarne należą do właściwości Izby Dyscyplinarnej. W tym stanie rzeczy kasacje od prawomocnych orzeczeń Naczelnego Sądu Lekarskiego powinny być nadal rozpoznawane w Izbie Karnej Sądu Najwyższego. ○

REKLAMA

Problemy z dokumentacją

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

Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej wszczął postępowanie wyjaśniające na okoliczność odmowy przez obwinionego lekarza wydania na wniosek pacjenta dokumentacji medycznej dotyczącej czteroletniego leczenia ortodontycznego.

W toku postępowania wyjaśniającego OROZ wezwał obwinionego do jej przedłożenia, jednak do dnia postanowienia o przedstawieniu zarzutów, jak również później, dokumentacji nie otrzymano. Dodatkowo lekarz nie stał się (prawidłowo powiadamiany)

na przesłuchaniu przed rzecznikiem zarówno w charakterze świadka, jak również w charakterze obwinionego. OROZ uznał za zasadne wystąpić do okręgowego sądu lekarskiego z wnioskiem o ukaranie lekarza.

OSL zapoznał się z aktami sprawy i w toku rozprawy przesłuchał strony. Przeanalizował zebrany materiał i uznał, że obwiniony lekarz dopuścił się przewinienia zawodowego w rozumieniu przepisów art. 53 ustawy o izbach lekarskich z dnia 2 grudnia 2009 r. (Dz. U. nr 219, poz. 1708 ze zm.) w związku z naruszeniem art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej, art. 41 ustawy z dnia 5 grudnia

1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz art. 23 i 24 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, nie dołączając należytej staranności w prowadzeniu dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia ortodontycznego pacjentki. Na mocy art. 83 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich OSL orzekł w stosunku do obwinionego karę nagany.

Lekarz odwołał się od postanowienia OSL do Naczelnego Sądu Lekarskiego. Po rozpatrzeniu sprawy NSL utrzymał w mocy zaskarżone orzeczenie sądu I instancji. (O)



Grzegorz Wrona

Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

KOMENTARZ

O dostępie chorego do dokumentacji medycznej wytworzonej przez lekarza, a dotyczącej tego chorego pisaliśmy już wielokrotnie. I wydawałoby się, że sprawa tak znana w środowisku lekarskim nie powinna trafiać na wokandy sądów. Wnioskować można, iż nadal jednak nie przywiązujemy właściwej uwagi do obowiązku tworzenia dokumentacji, a potem nie mamy czego udostępniać lub wstydzimy się udostępnić to, co wytworzyliśmy. W tym przypadku działania NROZ i NSL ograniczyły się jedynie do potwierdzenia prawidłowości i kompletności ustaleń organów pierwszej instancji, po potwierdzeniu pełności tych ustaleń pozostało jedynie utrzymać w mocy orzeczenie OSL. Orzeczenie jest prawomocne, pozostaje jeszcze obwinionemu prawo do złożenia kasacji do Sądu Najwyższego. Podobne kasacje dotychczas nie znajdowały uznania w ocenach Sądu i były oddalane. Nie byłoby w tej sprawie nic nowego gdyby...

Otóż z marca 2017 r. w systemie IMI (europejski mechanizm ostrzegawczy) ukazała się informacja, a za nią dotarła do NIL szersza dokumentacja postępowania prowadzonego przez General Dental Council o ukaraniu tego lekarza przez brytyjskiego odpowiednika naszego sądu lekarskiego karą pozbawienia prawa wykonywania zawodu za m.in. nienależyte wykonane badanie lekarskie, nienależyte przeprowadzenie wywiadu lekarskiego, nienależyte sformułowanie planu leczenia, aroganckie i nieuprzejme zwracanie się do pacjenta, udzielanie świadczeń lekarskich w Wielkiej Brytanii mimo nieposiadania obowiązkowego ubezpieczenia, „nieuczciwe zachowanie umotywowane chęcią zysku”. Jak widać, przed niewłaściwymi zachowaniami niektórych z nas nie chronią żadne granice. Warto chyba prowadzić dyskusję nad konstytucyjną powinnością samorządu właściwego sprawowania pieczy nad należytym wykonywaniem zawodu zaufania publicznego bez względu na to, gdzie nastąpiło przewinienie zawodowe. I zadać sobie pytanie, gdzie leży granica ochrony przed szkodą naszych pacjentów? (O)

To nie jest dodatek do leczenia



Kolejki są długie, świadczenia udzielane zazwyczaj zbyt późno, a ośrodki rehabilitacyjne przeciążone pracą. Coś tu kuleje.

📍 MARTA JAKUBIAK, LIDIA SULIKOWSKA

Szpital, które znalazły się w sieci, mają obowiązek zapewnić kontynuację leczenia rehabilitacyjnego w zależności od potrzeb: albo w zakresie leczenia stacjonarnego, albo w oddziale dziennym, lub w innych formach finansowanych ze środków publicznych.

Wprowadzona przez ustawodawcę zmiana ma sprawić, by dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych uległa poprawie. Dodatkowo Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji pracuje nad rekomendacjami dla resortu zdrowia odnośnie przeorganizowania opieki rehabilitacyjnej i zmian w wycenie procedur. I dobrze, bo w medycynie niemal każda dziedzina kliniczna musi być wsparta rehabilitacją, a obecnie często jest to niemożliwe. Jej brak, zwłaszcza w początkowej fazie terapii, ma bardzo niekorzystny wpływ na efekty prowadzonego leczenia. Niestety, od lat nikt nie może poradzić sobie z problemem

niewystarczającej dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych. Ekspert są zgodni, że w obszarze tym potrzeba zwiększenia finansowania i ułatwień w kontraktowaniu świadczeń.

Sprawdzamy, jak radzi sobie największy ośrodek rehabilitacyjny na Mazowszu. Jedziemy do podwarszawskiego Konstancina, gdzie 40 lat temu z inicjatywy prof. Mariana Weissa, współtwórcy Polskiej Szkoły Rehabilitacji, powstał Zakład Pracy Chronionej z zasadniczą szkołą zawodową i internatem. Edukowano tu i rehabilitowano osoby niepełnosprawne. – Pod koniec lat 90. XX w. nasz ośrodek zaczął świadczyć usługi rehabilitacyjne na szeroką skalę. Obecnie działa tu szpital z oddziałami ortopedii i chirurgii kręgosłupa, rehabilitacji ogólnoustrojowej narządu ruchu, rehabilitacji neurologicznej, a także sanatorium i przychodnia rehabilitacyjna. 80 proc. świadczeń wykonujemy w ramach NFZ – mówi dr Leszek Krzyżosiak, wiceprezes zarządu ds. leczniczo-rehabilitacyjnych Centrum Kompleksowej Rehabilitacji w Konstancinie.

▲ **Dr Leszek Krzyżosiak:**
– **Kostek jest bardzo pomocny, bo można obrazowo tłumaczyć pacjentom, dlaczego coś boli.**

POLSKA SZKOŁA

O tym, że zapotrzebowanie na świadczenia rehabilitacyjne jest olbrzymie, daje się dostrzec już po wejściu do budynku. W korytarzach tłoczno, pacjenci czekają na zabiegi, inni przemieszczają się, żeby z nich skorzystać, przy rejestracji trudno się przecisnąć. Są tu ludzie w różnym wieku i z różnym stopniem niepełnosprawności. Na leczenie tutaj czeka się nawet 4 lata.

W tym roku kontrakt na działalność ambulatoryjną zmniejszono o ok. 35 proc. w stosunku do roku ubiegłego. Nasuwa się pytanie dlaczego, skoro tak dużo mówi się o konieczności poprawienia dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych, a decydenci wprowadzają zmiany legislacyjne, które mają to ułatwić. – Mówi się dużo, ale niestety, gdy dzielone są środki finansowe, niewielka ich ilość przypada na świadczenia rehabilitacyjne. To smutne, bo przecież tę dziedzinę medycyny tworzyli, jako jedni z pierwszych na świecie, wybitni polscy lekarze. W latach 70. XX w. polski model usprawniania pacjentów został zaakceptowany przez Światową Organizację Zdrowia i rekomendowany jako wzór do naśladowania. Przez lata ta ważna dziedzina medycyny była niedoceniana. Następuje ciągły, dynamiczny jej rozwój, musi być traktowana

na równi z innymi specjalizacjami. Mam jednak wrażenie, że wśród decydentów nadal pokutuje przekonanie, że rehabilitacja to tylko dodatek do leczenia, a nie jej bardzo ważny element, a przecież bezwzględnie powinna być wdrażana równocześnie z terapią zasadniczą – podkreśla doktor Leszek Krzyżosiak.

DOBRA PRAKTYKA

W CKR pacjenci są rehabilitowani jeszcze przed operacją, a tuż po niej rozpoczyna się ich usprawnianie. Po zakończeniu hospitalizacji, w razie potrzeby, mogą odbywać rehabilitację w domu. Po 4-8 tygodniach większość pacjentów po leczeniu operacyjnym wraca, by kontynuować leczenie stacjonarnie. – Rozpoczęcie rehabilitacji w późniejszym niż początkowy okres pooperacyjny wpływa niekorzystnie na proces terapeutyczny. Chirurg ortopeda może doskonale wykonać swoją pracę, ale jeśli nie będzie kontynuacji leczenia w postaci odpowiedniego usprawniania pacjenta, wysiłek operatora zostanie zaprzepaszczone. Niestety w większości szpitali nie ma możliwości zachowania ciągłości leczenia – zauważa doktor Krzyżosiak.

– Wielu pacjentów operowanych w innych ośrodkach zgłasza się do nas. Staramy się przyjmować tych chorych w trybie pilnym, czyli najpóźniej do 12 tygodni po zabiegu. Nie zawsze jest to jednak możliwe. Przyjęcia w trybie pilnym dotyczą także osób po urazach i w ostrych zespołach bólowych. Przypadki bardziej stabilne czekają w kolejce nawet kilka lat, choć jako lekarz mam świadomość, że również potrzebują pomocy. Niestety, nasze możliwości są ograniczone – zauważa doktor Krzyżosiak i podkreśla, że trzeba zmienić organizację, że niezbędna jest opieka koordynowana, dzięki której pacjent będzie kierowany przez lekarza w konkretne miejsce, gdzie może skorzystać ze świadczeń.

– NFZ musi to w końcu zauważyć. Oddziały, na które trafiają pacjenci po urazach albo są leczeni operacyjnie, powinny zapewnić im rehabilitację w takim terminie, który gwarantuje ciągłość leczenia. Jeśli nie są w stanie tego zrobić, powinny mieć możliwość współpracy z innymi placówkami. Jest to do zrobienia, ale

oczywiście tylko wtedy, gdy możliwość taką zapewni im kontrakt z Funduszem. Wstępne umowy na taką współpracę podpisaliśmy już z czterema szpitalami, ale wciąż czekamy na decyzję NFZ, która umożliwi nam jej rozpoczęcie – informuje.

NIE MA, ŻE NIE ROKUJE

Idziemy zobaczyć ośrodek. To kilka połączonych ze sobą jednopiętrowych budynków. Przechodzimy obok gabinetów lekarskich i pracowni diagnostyki obrazowej. Docieramy do skrzydła, w którym na parterze znajduje się oddział wczesnej rehabilitacji neurologicznej. Rocznie przyjmuje się tu ok. 400 pacjentów: w stanie ciężkim, pilne przypadki po udarach mózgu, po uszkodzeniach kręgosłupa, z uszkodzeniami nerwów obwodowych, po świeżym rzucie SM. Czas pobytu jest nie dłuższy niż 40 dni, chyba, że NFZ zgodzi się wydłużyć ten limit na wniosek ordynatora oddziału. – Pacjenci neurologiczni są przyjmowani zazwyczaj wprost ze szpitali po ostrym incydencie neurologicznym. Lekarze sami szukają dla nich miejsca, bo w terapii tych chorób bardzo liczy się czas. Duże ośrodki znają naszą placówkę, dlatego często dzwonią, prosząc o przyjęcie chorego. Współpracujemy na zasadzie dobrych praktyk, ale podkreślam raz jeszcze, że to powinien być proces skoordynowany. To samo dotyczy rehabilitacji ogólnoustrojowej – zauważa doktor Leszek Krzyżosiak.

Mijamy dyżurkę pielęgniarek. Po obu stronach korytarza pokoje chorych, zazwyczaj trzyosobowe, na końcu sale do ćwiczeń, m.in. do terapii zajęciowej, kinetyterapii i fizjoterapii, a także gabinet neuropsychologiczny. Wchodzimy do środka. Jedna z pacjentek przed monitorem komputera wykonuje zadania uwagowe, druga ćwiczy mówienie. Wszystko pod okiem mgr Ewy Paprot, neuropsychologa. Po krótkiej rozmowie wychodzimy, nie chcemy przeszkadzać. Na korytarzu spotykamy mgr Urszulę Kęsicką, zastępcę koordynatora rehabilitacji neurologicznej. – Mamy świetną kadrę. Pracujący tu fizjoterapeuci są doskonale wykształceni, otwarci i cierpliwi. Czasem sami wymyślają narzędzia usprawniające, to ich autorskie projekty. Rodziny pacjentów zachęcamy do wspólnej pracy z chorym, by po powrocie do domu łatwiej im było



^ Pracujący tu fizjoterapeuci czasem sami wymyślają narzędzia usprawniające, to ich autorskie projekty.

kontynuować ćwiczenia. Nigdy nie oceniamy, czy ktoś rokuje albo nie. Robimy swoje i obserwujemy efekty – podkreśla Urszula Kęsicka. – Przez wiele lat pracowałam na oddziale ostrych urazów kręgosłupa i rdzenia kręgowego. Pamiętam wielu pacjentów w bardzo ciężkim stanie, którym raczej nie dawano szans, że wstaną z łóżka. To ogromna satysfakcja, gdy wychodzą ze szpitala o własnych siłach. Kluczem do sukcesu jest szybko podjęta, w pierwszej dobie po urazie, interwencja chirurgiczna, i rozpoczęta odpowiednio wcześniej rehabilitacja. Nie można nikomu odbierać nadziei. Miałem pacjentów, którzy odzyskiwali czucie i poprawę funkcji ruchowych, a po kilku miesiącach zaczęli chodzić. Te osoby pamięta się do końca życia – dodaje pan doktor.

PACJENCI

Przechodzimy obok zatłoczonej rejestracji na oddział rehabilitacji ogólnoustrojowej. Rocznie leczy się tu około 2600 osób. Średni czas pobytu to 4 tygodnie. 40 proc. stanowią pacjenci z chorobami przewlekłymi, pozostali to przypadki pilne. Pukamy i zaglądamy do jednej z sal. – Opieka medyczna jest super, mogło być jedynie mniej osób w pokoju,

▼ Ćwiczenia usprawniające ręki na oddziale wczesnej rehabilitacji neurologicznej.



ale to naprawdę niewielka niedogodność, w końcu potrzebujących jest bardzo dużo, a na przyjęcie czeka wielu chorych – mówi z uśmiechem pacjentka.

Pukamy do kolejnej sali. Dwaj panowie zajęci rozmową. – Trudne dają wam ćwiczenia? – pytamy. – Zależy jak dla kogo – odpowiada z uśmiechem jeden z nich. – Najbardziej męczą nas na tych zajęciach indywidualnych – wyjaśnia. Życzymy szybkiego powrotu do zdrowia i idziemy dalej. W kolejnym skrzydle budynku znajduje się chirurgia ortopedyczna. – Jestem po operacji. To już mój czwarty raz tutaj. Miałam robione dwa biodra i dwa kolana. Jak wyjdę ze szpitala, będzie rehabilitacja domowa, a za kilka tygodni wrócę tu na rehabilitację stacjonarną – chwali się kobieta. Zauważamy stojący na jej szafce trenażer oddechu. – Zalecamy pacjentom, by jeszcze przed operacją ćwiczyli oddech i porwali tym samym wentylację płuc. Jest to również element rehabilitacji pooperacyjnej – wyjaśnia doktor Leszek Krzyżosiak. W szpitalu wykonuje się również rozległe i skomplikowane operacje kręgosłupa. Czas oczekiwania na zabieg to około dwa lata. Takie terminy warunkują limity wyznaczane przez kontrakt z NFZ.

Wracając, mijamy pomieszczenie wypełnione regałami, z tematycznie i kolorystycznie poustawianymi segregatorami dokumentacji medycznej pacjentów. To archiwum szpitalne, o które dba pani Eugenia Nowakowska. – Zajmuję się też sprawami socjalnymi. Właśnie jestem w trakcie organizowania wycieczki dla naszych pracowników. Chętnych jest sporo, tym razem będzie chyba ponad sto osób. Takie wyjazdy są dofinansowywane przez CKR. Uczestniczą w nich fizjoterapeuci, lekarze, pielęgniarki, a także pracownicy biurowi – wyjaśnia.

KOSTEK POMAGA

Schodzimy na parter, na dużą salę do kinezyterapii, gdzie odbywają się zajęcia

grupowe. Uczestniczą w nich pacjenci, którzy odbyli już lub są tuż przed zajęciami terapii indywidualnej. Na razie nikt nie ćwiczy. Wszyscy grzecznie czekają, aż prowadząca wczyta do systemu elektronicznego wszystkie kody kreskowe z kart zabiegowych pacjentów. Czuć małe napięcie i widać ogromny pośpiech fizjoterapeutki. Uwija się jak w ukropie. Cóż, procedury trzeba wypełnić.

Na koniec idziemy do kriokomory. Znajduje się ona w budynku nieopodal kompleksu głównego. Codziennie korzysta z niej ponad stu pacjentów. Przechodząc, zauważamy na dachach solary i ogniwa fotowoltaiczne. – Staramy się dbać o ekologię, dlatego sami wytwarzamy energię elektryczną, która w pełni pokrywa zapotrzebowanie Centrum – wyjaśnia doktor Krzyżosiak.

Wracamy do gabinetu. Dopiero teraz dostrzegamy, że w głębi jest coś jeszcze... Drugi gabinet – lekarski. A w nim w rogu model ludzkiego szkieletu. – To Kostek – informuje nasz rozmówca. – Bardzo pomocny, bo można obrazowo tłumaczyć pacjentom, dlaczego coś boli i na czym będzie polegać operacja. Kiedy pacjenci rozumieją, łatwiej jest z nimi współpracować – wyjaśnia pan doktor.

WAŻNY JEST ZESPÓŁ

Czy są problemy kadrowe? – Na szczęście przez lata udało nam się skompletować zgrany zespół ludzi, którzy wiążą z nami swoją przyszłość – odpowiada doktor Krzyżosiak. We wszystkich jednostkach CKR personel medyczny to ok. 550 osób, w tym 60 lekarzy specjalistów, chirurgów ortopedów, lekarzy rehabilitacji, neurologów, balneologów, anestezjologów, internistów, neurologopedów, logopedów, psychologów i terapeutów zajęciowych. Fizjoterapeuci to najliczniejsza grupa – jest ich 270. Dlaczego aż tylu? Bo w CKR na zajęciach

4 LATA

– nawet tyle trzeba czekać w kolejce na rehabilitację, jeśli nie jest się przypadkiem pilnym.

z kinezyterapii stosuje się model rehabilitacji 1 na 1. Każdy pacjent odbywa średnio dwutygodniowe indywidualne ćwiczenia z fizjoterapeutą. – To kosztowne, ale daje najlepsze efekty. Pacjent musi nauczyć się prawidłowo wykonywać zalecone ćwiczenia, a tego nie da się osiągnąć, uczestnicząc tylko w zajęciach grupowych – wyjaśnia.

Jak układa się współpraca lekarzy z fizjoterapeutami, czy nie ma konfliktu i wchodzenia sobie w kompetencje? – Nie musimy tworzyć szpital, tylko ludzie. Jako chirurg ortopeda, a także specjalista rehabilitacji medycznej, nie mam żadnych oporów przed konsultowaniem się z rehabilitantami, w drugą stronę również jest tak samo. Współpracujemy. Wymieniamy się doświadczeniami i wiedzą, ale kierownikiem zespołu zawsze pozostaje lekarz. Myślę, że konflikty rodzą się tam, gdzie takiej współpracy nie ma – wyjaśnia doktor Krzyżosiak i dodaje, że dobrze wykształcony zespół to podstawa udanej rehabilitacji. Dlatego dyrekcja CKR dofinansowuje różne kursy dla lekarzy i fizjoterapeutów. Niektóre z nich są bardzo drogie, np. szkolenie z osteopatii (jednej z metod neurofizjologicznych) kosztuje 10 tys. zł rocznie i trwa 5 lat. – Raz w roku organizujemy także sympozjum naukowe, podczas którego odbywa się debata ekspercka na temat nowych trendów w rehabilitacji. To spotkanie interdyscyplinarne, bo rehabilitacja dotyczy niemal każdej specjalności medycznej. Chciałbym w przyszłości uruchomić, pierwszą w Polsce, rehabilitację schorzeń naczyń obwodowych. To bardzo trudna dziedzina, ale niezwykle potrzebna – zdradza nam doktor Krzyżosiak.

Co stanowi największą trudność w usprawnianiu pacjenta? – To, że nie zawsze możemy przyjąć go na rehabilitację, kiedy powinien ją rozpocząć. Bardzo trudno powiedzieć, że musi czekać, bo to bezpowrotnie utracony czas – podsumowuje.

Opuszczamy szpital. Na korytarzu znów mijamy ludzi na wózkach, o kulach, przygarbionych, z niedowładem, z wyraźnie widocznymi dysfunkcjami narządu ruchu. Są wśród nich seniorzy, są też osoby młode. Oni wszyscy należą do grona wybrańców. To jakaś ironia. Dotknięci chorobą, złamaniami bólem, ograniczeni niepełnosprawnością mogą czuć się szczęściarzami, bo gdzieś są tacy, którym na rehabilitację jeszcze nie udało się dostać. ○

▼ 1. Gabinet neuropsychologiczny.
2. Wejście do kriokomory.



Tak po ludzku

Wszyscy mówili jej: zobaczysz, zdejmiesz fartuch, pójdziesz tam, gdzie nikt cię nie zna i będzie źle... A ona, że trzeba, chociaż nie jest to kolega w białym fartuchu, po prostu mu pomóc.



Moi rodzice są w takim wieku, że już nie raz znalazłam się z nimi w wielu sytuacjach medycznych. Stawaliśmy wobec różnych rozpoznań i zdarzeń, w których trzeba było im pomóc i udzielić wsparcia. Raz bywało lepiej, innym razem tak sobie – opowiada doktor Joanna, lekarz pediatra z 24-letnim stażem. Tym razem zachorował tata. – Ponieważ miał niepokojące objawy, zaczęliśmy drążyć. Przypuszczaliśmy, że przyczyną dolegliwości może być nowotwór – wspomina.

Wstępne rozpoznanie trzeba było jednak potwierdzić bardziej szczegółowymi badaniami. Część z nich przeprowadzono w ramach poradni specjalistycznej, gdzie okazało się że... szybką ścieżką onkologiczną rzeczywiście jest szybko! – Po pierwszych wynikach miałam niemal pewność, że rozpoznanie będzie zgodne z moimi przypuszczeniami, ale nie bałam się ostatecznej diagnozy ani związanego z nią procesu leczenia. Wiedziałam, że jest to choroba, która wykryta

na wczesnym etapie, może być skutecznie leczona. Rozmowa z kolegą specjalistą utwierdziła mnie w przekonaniu, że tak jest w przypadku mojego taty. Byłam spokojna i swój spokój mogłam przekazać rodzicom. Ojciec podejrzewał, że sprawa może być poważna, bo chcemy mu robić scyntygrafię, tomografię i jakieś inne badania, ale sposób, w jaki lekarz przekazał mu informację o diagnozie, był na tyle przystępny i empatyczny, że nawet on – ku mojemu zaskoczeniu – przyjął ją bardzo spokojnie. Nie udawaliśmy, że nic się nie dzieje, ale też nie było rwania włosów z głowy, wielkiego dramatu. Wszyscy, włącznie z mamą, która jest osobą o delikatnej konstrukcji psychicznej, zdołaliśmy przez to wszystko przejść z dużym spokojem

KIEDY PATrzyŁAM NA SPOSÓB FUNKCJONOWANIA TEJ KLINIKI, TO POMYŚLAŁAM SOBIE, ŻE TRZEBA TAK ROBIĆ, WŁAŚNIE TAK PRACOWAĆ. CHYBA DLA WSZYSTKICH LUDZI, KTÓRZY SIĘ TAM ZNALEŻLI, BARDZO WAŻNE BYŁO, ŻE CZULI SIĘ W JAKIŚ SPOSÓB ZAUWAŻENI.



Marta Jakubiak

Zastępca redaktora naczelnego „Gazety Lekarskiej”

i wiarą, że chorobę uda się wyleczyć – opowiada doktor Joanna.

Mogła też liczyć na wsparcie innych. – Nie po raz pierwszy ktoś mi pomógł, odpowiedział, do kogo należy się zwrócić, jakie pytania zadać, lekarz rozmawiał z nami w taki sposób, żeby tata czuł się ważny i bezpieczny – ocenia. I jak podkreśla, to bezpieczeństwo było bardzo ważne, bo takiego rozpoznania nikt nie chce usłyszeć. Przekazano je jednak w sposób bardzo delikatny, a ostateczna nazwa choroby padła dopiero wtedy, kiedy wszyscy byli już na to bardzo dobrze przygotowani.

W SYSTEMIE BEZ FARTUCHA

Jak odnalazła się w systemie, będąc po drugiej stronie? – W mieście, w którym pracuję, oczywiście było mi łatwo, bo znałam placówki i ludzi. To są rzeczy, które sobie cenię. To pewna wartość dodana do naszej lekarskiej pracy. Potem się to jednak skończyło, bo na dalszą diagnostykę i leczenie trzeba było pojechać w Polskę. Wszyscy mi mówili: zobaczysz, zdejmiesz fartuch, pójdziesz tam, gdzie nikt cię nie zna i będzie źle... – opowiada. Czy bała się tego, co będzie w Polsce? – Nie, nie miałam obaw. Dla mnie to miało być po prostu jakieś kolejne nieznanne miejsce. Myślę, że jeśli człowiek się uśmiecha do drugiego człowieka i mówi do niego ludzkim głosem, to dostaje w zamian to samo – zauważa.

Czy miała rację? Najpierw wyjazd na badania do Warszawy na scyntygrafię. Mieli się stawić określonego dnia, o konkretnej godzinie. Zostali też poinformowani, że wcześniej trzeba się zarejestrować, a następnie dopełnić procedury przyjmowania znacznika, nawadniania się i odczekać określony czas. Wszystko odbywało się zgodnie z planem. Pacjent miał wejść na badanie o godz. 13.00, miało ono trwać 45 minut i tak było. Wszystko w zaplanowanym trybie, bez opóźnień. – To było dla mnie zaskoczenie, ponieważ w szpitalu, w którym pracuję, tak dobrze to niestety nie funkcjonuje. Mimo że pacjent ma wyznaczoną godzinę, ktoś się spóźnia, ktoś wchodzi za wcześnie, coś się nie udaje. Oczywiście zawsze coś może się popsuć, ktoś może zachorować, ale to byłyby jedynie incydentalne przypadki, a nie codzienność – zauważa. Odkryła, że są miejsca, których nie trzeba znać, żeby móc się w nich odnaleźć, które sprawnie i dobrze funkcjonują, gdzie po wyznaczeniu terminu nie czeka się w kolejce i nie traci niepotrzebnie czasu.

Ale specjalistyczna diagnostyka w Warszawie to był dopiero początek drogi przez system. Na leczenie trzeba było jechać do jeszcze innego miasta, do wielkiego ośrodka klinicznego na Śląsku. Tu miała rozpocząć się radioterapia. – Ojciec spędził tam dwa miesiące. Miałam wrażenie, że żyję w jakiejś ułudzie. Wszyscy byli niesłuchanie kompetentni, profesjonaliści, mili i życzliwi, mimo że na pewno byli bardzo zmęczeni, bo pracowali w trybach ogromnej maszyny. Ciągłe mówimy, że w ochronie zdrowia jest tak źle, że normalnie pracować się nie da. W klinice tej rozumiałam, że wszystko można zorganizować tak, żeby funkcjonowało dobrze – opowiada. I dodaje, że to było trudne doświadczenie, ale bardzo pozytywne i cenne. – Powszechna opinia jest taka, że służba zdrowia w Polsce ogarnięta jest chaosem i pogrążona w biurokracji, że nie rządzą tu żadne prawa. Dzięki chorobie ojca zobaczyłam, że są miejsca, w których pacjent czuje się ważny, mimo że jest jednym

z tysięcy przechodzących przez szpitalny korytarz i poddawanych tym samym procedurom co inni chorzy od rana do wieczora – zauważa doktor Joanna. Tu wszystko było przygotowane i czekało na chorych. Z dużym spokojem i życzliwością podchodzili do nich wszyscy – od rejestratorki po profesora.

MA PAN RAKA

– Kiedy czekaliśmy na badanie, pielęgniarka przywiozła z oddziału pacjentkę na wózku inwalidzkim. To była starsza kobieta. Za bardzo nie umiała poprosić, żeby po badaniu odtransportowano ją na oddział. A sama na pewno by tam nie trafiła, nawet nie próbowała, bo w tym ogromnym szpitalu każdy by się zgubił. Podeszłam do rejestratorki i powiedziałam: proszę pani, tu taka starsza pacjentka siedzi i nie potrafię się od niej dowiedzieć, z którego jest oddziału, ale chyba ktoś mógłby już ją zabrać. Rejestratorka, która miała mnóstwo pracy, natychmiast interweniowała w sposób skuteczny – z zadowoleniem opowiada doktor Joanna.

Pozytywnie wspomina też wizytę w gabinecie profesorskim. – Pan profesor powiedział tak: proszę pana, ma pan raka, mam dla pana propozycję, leczenie będzie wyglądało w taki i taki sposób; czy pan się na to zgadza? To nie była zimna, obcesowa rozmowa, tylko wiadomość pełna treści i niepozostawiająca marginesu na wątpliwość: wiemy, na czym stoimy, i wiemy, co będziemy robić – ocenia.

– Kiedy patrzyłam na sposób funkcjonowania tej kliniki, to pomyślałam sobie, że trzeba tak robić, właśnie tak pracować. Chyba dla wszystkich ludzi, którzy się tam znaleźli, pacjentów i ich rodzin, bardzo ważne było, że czuli się w jakiś sposób zauważeni w tym molochu – dzieli się refleksją. – Wróciłam do pracy i pomyślałam, że trzeba coś zmienić, zacząć robić tak po ludzku. Jeśli widzisz, że w szpitalu ktoś się płacze po korytarzu i nie za bardzo wie, co ze sobą zrobić, to trzeba, chociaż nie jest to kolega w białym fartuchu, po prostu mu pomóc – podsumowuje. ○

Dializa inaczej



Nowa metoda dializy, która pozwala oczyszczać krew z toksycznych związków w stopniu zbliżonym do ludzkiej nerki, trafiła w połowie grudnia do Polski. Może ona poprawić stan zdrowia i jakość życia pacjentów z niewydolnością nerek.

Obecnie stosowane metody dializy (zarówno hemodializa konwencjonalna, jak i dializa otrzewnowa, wykorzystująca jako filtrującą błonę półprzepuszczalną otrzewną pacjenta) dobrze usuwają z krwi małe i mniejsze średnie cząsteczki, ale mają ograniczone możliwości usuwania większych średnich cząsteczek. Tymczasem obecność tych substancji w organizmie może powodować wiele szkód (np. rozwój stanów zapalnych i zwiększenie ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych). Poza tym, utrzymywanie się we krwi dużych średnich cząstek powiązane z wyższą śmiertelnością pacjentów z przewlekłą chorobą nerek. Nowa hemodializa jest określana jako rozszerzona, ponieważ wykorzystany w niej dializator posiada innowacyjną błonę, pozwalającą skutecznie usuwać z krwi duże średnie cząstki oraz toksyny mocznicowe, co dotychczas nie było

osiągalne przy zastosowaniu konwencjonalnej hemodializy. – To oznacza, że nowa technologia umożliwia oczyszczenie krwi z toksycznych związków w stopniu zbliżonym do pracy ludzkiej nerki – komentuje prof. Michał Nowicki, prezes Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego. Co ważne, dializator jest kompatybilny ze sprzętem stosowanym powszechnie do hemodializy. – Pozwoli to stacjom dializ stosować skuteczniejszą terapię bez konieczności inwestowania w dodatkowy specjalistyczny sprzęt – podkreśla prof. Ryszard Gellert, konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii. Z danych podawanych przez prof. Gellerta wynika, że na przewlekłą chorobę nerek, której ostatnim stadium jest schyłkowa niewydolność nerek, cierpi ponad 4 mln Polaków, ale 95 proc. z nich o tym nie wie i nie robi nic, by spowolnić rozwój choroby. Do najczęstszych przyczyn przewlekłej choroby nerek zalicza się: cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, przewlekłe zakażenia układu moczowego czy kłębuszkowe zapalenie nerek. W Polsce rocznie dializowanych jest ok. 20 tys. pacjentów, z czego 19 tys. poddawanych jest hemodializie, a ok. 1 tys. dializie otrzewnowej (określanej też mianem dializy domowej). ○

▲ W Polsce rocznie dializowanych jest ok. 20 tys. pacjentów.

Geny a cholina

Naukowcy zajmujący się epigenetyką, czyli dziedziczeniem poza genami, dowodzą, że geny otrzymywane od rodziców w niewielkim stopniu mają wpływ na to, jak zdrowe będzie ich dziecko.

Znacznie ważniejsze są czynniki zewnętrzne: stan zdrowia obojga rodziców, ich styl życia, narażenie na kontakt z toksynami środowiskowymi, a przede wszystkim sposób odżywiania przyszłej mamy. Doświadczenia naukowców wskazują, że niedożywienie matki w różnych okresach ciąży skutkuje różnymi zaburzeniami u jej dziecka, także w jego dorosłym życiu. Na rozwój organizmu wpływa szereg istotnych składników odżywczych. Należą do nich kwas foliowy, witaminy z grupy B, także cholina. Cholina jest bardzo ważną substancją. Dostarcza tzw. grupę metylową, a jej brak zmienia permanentnie oznakowanie kodu genetycznego czy sieci DNA. Zmienia także procesy metaboliczne zachodzące w ciele ludzkim do końca naszego życia – mówi prof. Steven Zeisel z Uniwersytetu Karoliny Północnej. Niedobory choliny mogą m.in. zwiększać ryzyko przedwczesnego porodu. – Gdybyśmy upowszechnili wiedzę, że za pomocą suplementacji choliny można ośmiokrotnie zmniejszyć ryzyko występowania zespołu Downa, byłaby to jedna z najważniejszych rzeczy w profilaktyce perinatologicznej, którą moglibyśmy w najbliższym czasie osiągnąć – przekonuje prof. Romuald Dębski, położnik i ginekolog. – Do 1998 r. nie wiedzieliśmy o tym, że cholina jest niezbędnym składnikiem odżywczym. Dopiero później moja grupa badawcza oraz inni badacze udowodnili, że brak tego składnika w diecie uniemożliwia prawidłowy rozwój dzieci oraz ma poważne, negatywne konsekwencje zdrowotne u osób dorosłych – mówi prof. Zeisel. – Sukcesem położniczym nie jest ciąża i 10 punktów w momencie urodzenia, tylko to, że dziecko przychodzi do domu z piątką z matematyki – mówi prof. Dębski. W jego opinii na tę piątkę musi zapracować wiele osób: nie tylko lekarz leczący niepłodność czy prowadzący ciążę, a przede wszystkim pediatry i neonatolodzy. – Zgranie tego wszystkiego daje ten sukces – dodaje położnik. ○



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

Źródło: Serwis PAP Nauka w Polsce naukawpolsce.pap.pl, agencja Newseria newseria.pl

BIULETYN

NR 8 (180) ROK XXVII

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

WARSZAWA, XII 2017

© REDAKTOR NACZELNY: MAREK JODŁOWSKI

Posiedzenie NRL – 15 grudnia 2017 r.

UCHWAŁA Nr 21/17/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 15 grudnia 2017 r.

w sprawie budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej
na rok 2018

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

§ 1.

Ustala się budżet Naczelnej Izby Lekarskiej na rok 2018 stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 22/17/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 15 grudnia 2017 r.

w sprawie wystąpienia do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o zbadanie zgodności z Konstytucją i ustawą przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2017 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację w ramach rezydentury

Na podstawie art. 191 ust. 1 pkt 4 i ust. 2 w związku z art. 188 pkt 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm., dalej „Konstytucja”) oraz art. 17 ust. 1 Konstytucji i art. 39 ust. 1 pkt 3 i art. 39 ust. 1 pkt 4 w związku z art. 5 pkt 12 i 14 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2016 r., poz. 522 z późn. zm.) Naczelna Rada Lekarska uchwala, co następuje:

§ 1.

Wystąpić do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o zbadanie zgodności § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2017 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację w ramach rezydentury

(Dz.U. poz. 2017, dalej „Rozporządzenie”) wraz z załącznikami nr 1 do Rozporządzenia oraz § 2 Rozporządzenia wraz z załącznikiem nr 2 do Rozporządzenia, w zakresie w jakim przepisy te różnicują wysokość zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację w ramach rezydentury w zależności od postępowania kwalifikacyjnego, w którym lekarz został zakwalifikowany do odbywania specjalizacji – z art. 32 ust. 1 Konstytucji i art. 18^{3c} § 1 i § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (t.j. Dz.U. z 2016 r., poz. 1666 ze zm.).

§ 2.

Upoważnić Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Macieja Hamankiewicza do sporządzenia, podpisania i złożenia do Trybunału Konstytucyjnego wniosku, o którym mowa w § 1, oraz reprezentowania Naczelnej Rady Lekarskiej w postępowaniu przed Trybunałem Konstytucyjnym w sprawie wniosku, o którym mowa w § 1, z prawem do udzielania dalszych pełnomocnictw.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 23/17/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 15 grudnia 2017 r.

w sprawie wyboru firmy audytorskiej do przeprowadzenia badania sprawozdania finansowego Naczelnej Izby Lekarskiej

Na podstawie art. 66 ust. 4 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz.U. z 2016 r., poz. 1047, z późn. zm.) oraz art. 114 ust. 1 i 3 i art. 40 ust. 4 z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. 2016, poz. 522, z późn. zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Dokonać wyboru firmy: „Kancelaria Biegłego Rewidenta Anna Małyńska” do przeprowadzenia badania sprawozdania finansowego Naczelnej Izby Lekarskiej za lata 2017 i 2018.

§ 2.

Upoważnić Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – Macieja Hamankiewicza i Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej – Wojciecha Marquardta do zawarcia umowy z firmą, o której mowa w § 1.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 24/17/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 15 grudnia 2017 r.

w sprawie przyjęcia zbioru zasad dotyczących zasad przechowywania i udostępniania przez izby lekarskie dokumentacji medycznej

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

§ 1.

Przyjmuje się zbiór zasad przechowywania i udostępniania przez izby lekarskie dokumentacji medycznej przygotowany przez Zespół roboczy powołany uchwałą Nr 16/17/VII z dnia 23 czerwca 2017 r. stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

Załącznik do uchwały NRL Nr 24/17/VII z 15.12.2017 r.

Zbiór zasad przechowywania i udostępniania przez izby lekarskie dokumentacji medycznej

Powołany uchwałą Naczelnej Rady Lekarskiej Nr 16/17/VII z dnia 23 czerwca 2017 r. Zespół zebrał informacje z okręgowych izb lekarskich dotyczące sposobu przygotowania tych izb do realizacji ustawowego obowiązku przechowywania i udostępniania przez izby lekarskie dokumentacji medycznej po zmarłym lekarzu. Na podstawie zebranych

informacji, analizy stanu prawnego przyjęto poniższe zasady dotyczące zasad przechowywania i udostępniania przez izby lekarskie dokumentacji medycznej.

Zakres podstawowych obowiązków okręgowych izb lekarskich

1) okręgowa izba lekarska ma obowiązek przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej prowadzonej przez lekarza w ramach praktyki zawodowej, o której mowa w art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, po śmierci tego lekarza;

2) obowiązek okręgowej izby lekarskiej aktualizuje się z chwilą przekazania dokumentacji medycznej prowadzonej przez zmarłego lekarza lub powzięcia informacji o miejscu jej przechowywania i gotowości jej przekazania przez osobę, w której dyspozycji dokumentacja pozostaje;

3) ustawa nie nakłada na okręgową izbę lekarską obowiązku poszukiwania dokumentacji medycznej prowadzonej przez zmarłego lekarza;

4) ustawa nie daje okręgowej izbie lekarskiej prawa do żądania wydania dokumentacji medycznej prowadzonej przez zmarłego lekarza od osób, w których posiadaniu znajduje się lub może się znajdować dokumentacja;

5) okręgowa izba lekarska może ww. obowiązek realizować samodzielnie lub za pomocą podmiotu, któremu powierzy, na podstawie odrębnej umowy, przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej;

6) ustawa nie nakłada na okręgową izbę lekarską obowiązku przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej w przypadku gdy do wykreślenia praktyki zawodowej lekarza dochodzi z innych powodów niż śmierć lekarza;

7) ustawa nie pozwala okręgowej izbie lekarskiej na przyjęcie dokumentacji medycznej do przechowywania i udostępniania w sytuacji, o której mowa w pkt 6 powyżej;

8) w przypadku gdy lekarz zaprzestaje prowadzenia praktyki zawodowej to na nim spoczywa obowiązek zapewnienia bezpiecznych warunków przechowywania dokumentacji medycznej, który może być zrealizowany poprzez:

a) przejęcie dokumentacji medycznej likwidowanej praktyki zawodowej przez inny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych (inna praktyka zawodowa lub podmiot leczniczy), który przejmie wykonywanie zadań likwidowanej praktyki zawodowej;

b) w pozostałych przypadkach lekarz, który zaprzestaje prowadzenia praktyki zawodowej, ma obowiązek zawarcia z podmiotem prowadzącym działalność leczniczą umowy o powierzenie przechowywania dokumentacji medycznej.

Przejmowanie dokumentacji przez okręgową izbę lekarską

1) okręgowa izba lekarska, przejmując dokumentację prowadzoną przez zmarłego lekarza w ramach praktyki lekarskiej, powinna ustalić jej zawartość, w szczególności ustalić dane pacjentów oraz zawartość ich dokumentacji medycznej (np. poprzez wskazanie

liczby kart) oraz ustalić datę końcową okresu przechowywania danej dokumentacji medycznej;

2) ustalanie zawartości przyjmowanej dokumentacji medycznej powinno być dokonane przez upoważnioną i zobowiązaną do zachowania tajemnicy osobę (lekarz lub pracownik izby);

3) dokumentacja medyczna powinna być przechowywana w sposób zapewniający zabezpieczenie przed jej zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą oraz dostępem osób nieuprawnionych;

4) okręgowa izba lekarska ma obowiązek udostępniać dokumentację medyczną, krąg podmiotów uprawnionych do dostępu, sposoby udostępnienia oraz szczegółowy tryb określa ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;

5) okręgowa izba lekarska przechowuje dokumentację przez okresy wynikające z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta a po ich upływie niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta. Dokumentacja medyczna przeznaczona do zniszczenia może być wydana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.

Działania okręgowej izby lekarskiej w przypadku wykreślenia praktyki z rejestru z innego powodu niż śmierć lekarza

1) okręgowa rada lekarska wzywa lekarza do wskazania, w wyznaczonym terminie, nazwy (firmy) i adresu podmiotu, z którym lekarz zawarł umowę o przechowywanie dokumentacji medycznej;

2) w razie bezskutecznego upływu terminu okręgowa rada lekarska określa sposób postępowania z dokumentacją medyczną, na koszt lekarza. Do kosztów tych stosuje się przepisy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Określenie sposobu postępowania z dokumentacją może nastąpić poprzez przyjęcie jej do przechowywania i udostępniania przez okręgową izbę lekarską lub powierzenie tych czynności podmiotowi trzeciemu;

3) pomimo braku regulacji ustawowych zasadnym wydaje się obciążenie lekarza kosztami przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej za pełny okres przechowywania tej dokumentacji wynikający z przepisów ustawy.

Powierzenie przez okręgową izbę lekarską przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej innemu podmiotowi

1) w umowie z podmiotem, któremu powierzono zostanie przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej należy zapewnić ochronę danych osobowych oraz prawo do kontroli zgodności przetwarzania danych osobowych przez podmiot przyjmujący te dane;

2) realizacja umowy powierzenia nie może powodować zakłócenia udzielania pacjentowi świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie zapewnienia, bez zbędnej zwłoki, dostępu do danych zawartych w dokumentacji medycznej;

3) w umowie powierzenia należy zapewnić możliwość udostępnienia dokumentacji medycznej na żądanie uprawnionego podmiotu w rozsądnym terminie.

Rekomenduje się, aby szczegółowe zasady przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej, uwzględniające przyjęty model przechowywania i udostępniania dokumentacji, zostały opracowane i przyjęte w formie wewnętrznych regulacji w każdej okręgowej izbie lekarskiej.

STANOWISKO Nr 24/17/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 15 grudnia 2017 r.

w sprawie obywatelskiego projektu ustawy
o prawach kobiet i świadomym rodzicielstwie

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z obywatelskim projektem ustawy o prawach kobiet i świadomym rodzicielstwie, nadesłanym przy piśmie Pana Adama Podgórskiego – Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 21 listopada 2017 r., znak: GMS-WP-173-291/17 zgłasza następujące uwagi do przedmiotowego projektu:

1) Negatywnie należy ocenić regulacje odnoszące się do korzystania przez lekarzy z klauzuli sumienia. Należy zaznaczyć, iż niemożliwe jest ograniczenie korzystania z takiego uprawnienia jedynie do sytuacji, w których lekarz dokonał uprzedniego zgłoszenia zamiaru korzystania z tej klauzuli w podmiocie leczniczym, w którym udziela świadczeń. Zaznaczenia wymaga, iż skorzystanie z klauzuli sumienia niejednokrotnie zależy od indywidualnych okoliczności w konkretnym przypadku, np. wskazań do wykonania zabiegu przerwania ciąży. Sama istota klauzuli sumienia polega bowiem na możliwości postąpienia przez lekarza zgodnie z jego wewnętrznymi odczuciami w danym przypadku, dlatego trudno wymagać tego typu zgeneralizowanych deklaracji składanych in abstracto. Ponadto w ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej niedopuszczalne jest doprowadzenie do publicznego ujawniania list lekarzy korzystających z klauzuli sumienia. Wysoce prawdopodobne jest, iż skutkiem takich działań będzie szykanowanie lekarzy przez osoby o przeciwnym światopoglądzie. Dotyczy to zarówno lekarzy znajdujących się na ww. listach, jak również lekarzy, których nazwisk nie będzie na tych listach. Niezrozumiałe i nieakceptowalne jest ponadto projektowane wyłączenie możliwości korzystania z klauzuli sumienia w określonych przez projektowaną ustawę przypadkach (świadczenia zdrowotne w zakresie zapobiegania ciąży i badań prenatalnych). Niezależnie bowiem od siły argumentów przemawiających za koniecznością dążenia do „świadomego rodzicielstwa”, sumienie lekarza pozostaje sferą emocjonalną, w którą ustawodawca nie powinien ingerować.

2) Wątpliwości budzi również proponowana w projekcie zmiana art. 26 ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Zgodnie z obecnym brzmieniem ww. przepisu dzieci poczęte, osoby ubezwłasnowolnione, żołnierze służby zasadniczej oraz osoby pozbawione wolności nie mogą uczestniczyć w eksperymentach badawczych. Zmiana miałyby zdaniem projektodawców polegać na eliminacji z ww. przepisu słów „dzieci poczętych”. Powyższe oznaczałoby dopuszczenie do prowadzenia eksperymentów badawczych na płodach w łonie matki.

Nie jest jasne, czy taka była intencja projektodawcy. Tego rodzaju zabieg legislacyjny, a w konsekwencji wprowadzenie nieograniczonej możliwości prowadzenia eksperymentów badawczych na dzieciach poczętych (płodach w łonie matki) należy uznać za niedopuszczalny. Nawet bowiem zakładając dopuszczalność prowadzenia takich eksperymentów, należałoby szczegółowo określić warunki i zakres ich przeprowadzania.

3) Krytyce należy poddać również projektowane uchylenie art. 157a Kodeksu karnego. Omawiany przepis penalizuje spowodowanie uszkodzenia ciała dziecka poczętego lub rozstrój zdrowia zagrażający jego życiu. Przy czym § 2 ww. przepisu stanowi, iż nie popełnia przestępstwa lekarz, jeżeli uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia dziecka poczętego są następstwem działań leczniczych, koniecznych dla uchylenia niebezpieczeństwa grożącego zdrowiu lub życiu kobiety ciężarnej albo dziecka poczętego. Obecnie nie ma również wątpliwości, iż przeprowadzenie zabiegu legalnego przerwania ciąży nie stanowi popełnienia czynu, o którym mowa powyżej, stąd też zupełnie niezrozumiałe jest pozbawianie odrębnej ochrony prawnej dziecka (płodu) znajdującego się w łonie matki.

4) Podobnie trudno jest znaleźć argumentację przemawiającą za projektowanym uchyleniem art. 2 ustawy o Rzeczniku Praw Dziecka. Zgodnie z ust. 1 ww. przepisu, w rozumieniu ustawy dzieckiem jest każda istota ludzka od poczęcia do osiągnięcia pełnoletności. Na podstawie ust. 2 ww. przepisu, uzyskanie pełnoletności określają odrębne przepisy. Należy zaznaczyć, iż sporny przepis wprowadza definicję dziecka jedynie na potrzeby tej konkretnej ustawy, której celem jest w końcu ochrona praw dziecka. Istnieją przypadki, iż interwencja Rzecznika Praw Dziecka może okazać się niezbędna również w przypadku płodu, w stosunku do którego nie został wykonany legalny zabieg przerwania ciąży, gdyż jego byt może być zagrożony nielegalnymi działaniami osób trzecich, stąd też proponowany zabieg legislacyjny należy uznać za zbyt daleko idący.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO Nr 25/17/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 15 grudnia 2017 r.**

w sprawie projektu ustawy Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo przedsiębiorców oraz inne ustawy dotyczące działalności gospodarczej

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z rządowym projektem ustawy – Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo przedsiębiorców oraz inne ustawy dotyczące działalności gospodarczej, nadesłanym przy piśmie Pana Adama Podgórskiego, Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 24 listopada 2017 r., znak: GMS-WP-173-302/17 przedstawia następujące uwagi do projektu:

1. Zastrzeżenia budzi art. 40 projektu ustawy,

który w ramach zmian w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty przewiduje wprowadzenie nowego art. 19cb ust. 1, zgodnie z którym organ prowadzący rejestr podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów (właściwa dla siedziby organizatora prowadzenia kształcenia okręgowa rada lekarska, a w przypadku okręgowej izby lekarskiej będącej organizatorem kształcenia Naczelna Rada Lekarska) będzie obowiązany dokonać wpisu wnioskodawcy do rejestru w terminie 7 dni od dnia wpływu do niego wniosku o wpis. Należy zaznaczyć, iż zarówno okręgowe rady lekarskie, jak i Naczelna Rada Lekarska są organami kolegialnymi, które podejmują rozstrzygnięcia (w tym te dotyczące wpisu podmiotu do ww. rejestru) w formie uchwał na posiedzeniach odbywających się w z góry zaplanowanych terminach. W wielu okręgowych izbach lekarskich posiedzenia okręgowych rad lekarskich odbywają się raz w miesiącu. W takiej sytuacji niemożliwe będzie sprostanie 7-dniowemu terminowi, przewidzianemu w projektowanym przepisie. Z tych względów zasadna jest zmiana terminu z 7-dniowego na 21-dniowy.

Powyższa zmiana skutkować będzie koniecznością dokonania zmian w projektowanym art. 19c ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Zgodnie z jego treścią, w przypadkach, gdy organ prowadzący rejestr nie dokona wpisu w terminie 7 dni, a od dnia wpływu wniosku do tego organu upłynęło 14 dni, wnioskodawca może rozpocząć działalność. Nie dotyczy to przypadku, gdy organ wezwał wnioskodawcę do uzupełnienia wniosku o wpis nie później niż przed upływem 7 dni od dnia jego otrzymania. W takiej sytuacji termin, o którym mowa w zdaniu pierwszym, biegnie odpowiednio od dnia wpływu wniosku o wpis. Proponuje się, aby ww. termin tzw. milczącej zgody określić na 30 dni od daty wpływu wniosku do organu.

2. Wątpliwości budzi także brzmienie projektowanego art. 19d ust. 3a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zgodnie z którym w przypadku podjęcia uchwały, o której mowa w ust. 3 (tj. uchwały o zakazie wykonywania działalności objętej wpisem do rejestru), jeżeli organizator kształcenia wykonuje działalność gospodarczą objętą wpisem także na podstawie wpisów do innych rejestrów działalności regulowanej w tym samym zakresie działalności regulowanej, z urzędu wykreśla się organizatora kształcenia także z tych rejestrów działalności regulowanej. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej przepis ten nie został sformułowany w sposób jednoznaczny. Trudno bowiem jednoznacznie stwierdzić, jakie rodzaje działalności gospodarczej będą mieściły się w „tym samym zakresie” działalności co organizacja kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów. W szczególności taki zapis nie rozstrzyga, czy działalność polegająca na organizacji kształcenia podyplomowego pielęgniarów i położnych będzie można uznać za działalność gospodarczą z tego samego zakresu co działalność polegająca na kształceniu podyplomowym lekarzy i dentystów, czy też w projektowanym przepisie chodzi jedynie o rejestry podmiotów organizujących kształcenie podyplomowe

lekarzy i lekarzy dentystów prowadzone przez pozostałe izby lekarskie. O ile w tej drugiej sytuacji można zrozumieć ratio legis projektowanego przepisu, o tyle w przypadku pierwszej z opisanych sytuacji projektowana regulacja byłaby nie do przyjęcia. Z tych względów powyższy przepis należałoby doprecyzować.

3. Ponadto zasadnym jest odniesienie się do projektowanych zmian do ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Projekt zakłada dodanie ust. 3 do art. 104, o następującym brzmieniu: „Organ prowadzący rejestr wydaje z urzędu zaświadczenie o dokonaniu wpisu do rejestru.” Powyższe rozwiązanie należy ocenić negatywnie. Należy wskazać, iż na podstawie § 16 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreślenia z tego rejestru, zaświadczenie o wpisie podmiotu wykonującego działalność leczniczą do rejestru wystawiane jest w postaci elektronicznej i generowane z systemu teleinformatycznego w sposób umożliwiający jego wydruk. Nie wymaga podpisu ani pieczęci. Stąd też projektowana regulacja jest zbędna, a jej wprowadzenie spowoduje wątpliwości interpretacyjne, co do obowiązku równoległego wydawania takiego zaświadczenia w formie papierowej.

4. Należy również wskazać, że proponowany w art. 144 projektu ustawy przepis art. 108 ust. 3a ustawy o działalności leczniczej jest nieprecyzyjny, co biorąc pod uwagę dotkliwe konsekwencje jego zastosowania w postaci wykreślenia wpisu ze wszystkich rejestrów budzi poważne wątpliwości. Przepis ten przewiduje bowiem wykreślenie wpisu, gdy podmiot wykonuje działalność leczniczą objętą wpisem także na podstawie wpisów do innych rejestrów działalności regulowanej w tym samym zakresie działalności. Pojęcie prowadzenia działalności regulowanej w tym samym zakresie jest niejednoznaczne i będzie budziło trudności interpretacyjne. Podobne wątpliwości będzie rodziło użyte w projektowanym art. 108 ust. 3a ustawy o działalności leczniczej sformułowanie „stosuje się odpowiednio”.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO Nr 26/17/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 15 grudnia 2017 r.**

w sprawie projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z rozwojem płatności elektronicznych

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z rozwojem płatności elektronicznych, nadesłanym przy piśmie pana Tadeusza Kościńskiego – Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Rozwoju z dnia 24 listopada 2017 r., znak: DGE-I.4314.77.2017.JK IK-541485, zgłasza następujące uwagi do przedmiotowego projektu ustawy:

W art. 4 przedmiotowego projektu ustawy proponuje się zmianę w ustawie o usługach płatniczych, w wyniku której przedsiębiorca przyjmujący zapłatę w lokalu przedsiębiorstwa lub pojeździe wykorzystywanym do świadczenia usług transportu pasażerskiego, zobowiązany będzie do zapewnienia możliwości dokonywania zapłaty w tym lokalu lub pojeździe przy użyciu co najmniej jednego powszechnie akceptowanego instrumentu płatniczego w formie elektronicznej.

Oznacza to, że przedsiębiorca, którego rodzaj wykonywanej działalności znajdzie się w wykazie zawartym w rozporządzeniu wydanym na podstawie projektowanej ustawy, jak i przedsiębiorca, który jest objęty obowiązkiem ewidencji obrotu przy zastosowaniu kas rejestrujących wynikającym z ustawy o podatku od towaru i usług, będzie obligatornie zobowiązany do zapewnienia możliwości dokonywania zapłaty przy użyciu co najmniej jednego powszechnie akceptowanego instrumentu płatniczego w formie elektronicznej.

Mając na uwadze, iż usługi świadczone przez lekarzy i lekarzy dentystów są objęte – niezależnie od wysokości obrotu – obowiązkiem prowadzenia ewidencji obrotu przy zastosowaniu kas rejestrujących oraz uwzględniając sytuację, iż prowadzona przez niektórych lekarzy i lekarzy dentystów działalność jest niewielkich rozmiarów, zasadne jest wprowadzenie do projektu ustawy zapisu, który będzie uzależniał obowiązek przyjmowania płatności przy pomocy instrumentów płatniczych w formie elektronicznej od osiągnięcia pewnego pułapu przychodów z tytułu sprzedaży towarów i usług na rzecz osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej. Projekt ustawy w obecnym kształcie może doprowadzić do sytuacji, w której koszt umożliwienia dokonania płatności za pomocą instrumentów płatniczych, może być nieproporcjonalnie wysoki w stosunku do przychodu, jaki osiąga praktyka lekarska.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**Stanowisko Nr 27/17/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 15 grudnia 2017 r.**

w sprawie zmiany przepisów dotyczących dostosowania podmiotów leczniczych do wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, o których mowa w art. 22 ustawy o działalności leczniczej

Naczelna Rada Lekarska po dokonaniu analizy przepisów ustawy z dnia 29 września 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2017 r. poz. 2110), która weszła w życie dnia 30 listopada 2017 r. stwierdza, że dokonana na mocy tej ustawy zmiana zasad dostosowania podmiotów leczniczych do wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, o których mowa w art. 22 ustawy o działalności leczniczej, budzi szereg poważnych wątpliwości.

Znowelizowany art. 207 ust. 3 i 4 ustawy o działalności leczniczej przewiduje, że podmiot, który nie zrealizował programu dostosowawczego, powinien wystąpić do Państwowej Inspekcji Sanitarnej z wnioskiem o wydanie opinii o wpływie niespełniania wymagań na bezpieczeństwo pacjentów. Zastrzeżenia budzi po pierwsze to, że tak ważna dla funkcjonowania całej ochrony zdrowia w Polsce ustawa została uchwalona bez konsultacji społecznych, omawiane zapisy pojawiły się w projekcie ustawy dopiero na etapie prac w Sejmie zgłoszone jako poprawka poselska. Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę, że problem niespełniania niektórych wymogów w zakresie pomieszczeń i urządzeń dotyczy ogromnej liczby podmiotów leczniczych funkcjonujących w Polsce. Rozwiązania ustawowe zapisane w nowym art. 207 ust. 3 i 4 ustawy o działalności leczniczej niosą potencjalne zagrożenie dla dalszego istnienia tych placówek ochrony zdrowia, które nie spełniają wszystkich wymogów w zakresie pomieszczeń czy urządzeń i w rezultacie mogą skutkować ograniczeniem dostępności pacjentów do świadczeń. Zastrzeżenia budzi fakt, że ustawodawca nie określił, jakimi kryteriami ma się kierować Państwowa Inspekcja Sanitarna przy wydawaniu opinii o wpływie niespełniania wymagań na bezpieczeństwo pacjentów. Rodzi to duże ryzyko arbitralności decyzji w tym zakresie i ich niejednolitego stosowania w poszczególnych rejonach kraju. Po drugie, ustawodawca nie przewidział wyraźnie możliwości wniesienia przez podmiot leczniczy środka odwoławczego od tego rodzaju opinii Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydanej w formie postanowienia, co oznacza, że kwestia zaskarżenia niekorzystnego stanowiska będzie dyskusyjna. Po trzecie, ustawodawca nie wskazał, czy wystąpienie z wnioskiem do Państwowej Inspekcji Sanitarnej o wydanie opinii o wpływie niespełniania wymagań na bezpieczeństwo pacjentów jest obligatoryjne czy fakultatywne.

Po czwarte – i z punktu widzenia praktycznego najważniejsze – ustawodawca nie określił, jakie skutki będzie miało ewentualne wydanie przez Państwową Inspekcję Sanitarną negatywnej opinii co do wpływu niespełnienia wszystkich wymogów pomieszczeń i urządzeń na bezpieczeństwo pacjentów, w szczególności, czy będzie to skutkowało wykreśleniem z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Naczelna Rada Lekarska uważa, że Minister Zdrowia powinien zainicjować pilną nowelizację i doprecyzowanie wskazanych przepisów.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO Nr 28/17/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 15 grudnia 2017 r.**

w sprawie podwyższenia stawki podatku VAT na niektóre wyroby medyczne

Naczelna Rada Lekarska negatywnie ocenia podwyższenie stawki podatku VAT na niektóre wyroby

medyczne wynikające z treści ustawy o zmianie ustawy o podatku od towarów i usług uchwalonej przez Sejm Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 14 grudnia 2017 r.

Podwyższenie stawki podatku VAT na niektóre wyroby medyczne ze stawki 8% do stawki podstawowej 23% będzie miało istotne konsekwencje dla wysokości wydatków pacjentów na wyroby medyczne. Naczelna Rada Lekarska negatywnie ocenia przewidziany w przedmiotowej ustawie 7-dniowy termin wejścia w życie. Podatnicy, w tym również prowadzący działalność gospodarczą płatnicy podatku VAT, nie powinni być zaskakiwani zmianami obciążeń fiskalnych. Zwiększenie obciążeń fiskalnych powinno być dokonywane z zastosowaniem odpowiednio długiego okresu vacatio legis, umożliwiającego przedsiębiorcom dokonanie niezbędnych korekt planów finansowych.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**APEL Nr 11/17/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 15 grudnia 2017 r.**

do Ministra Zdrowia w sprawie zasad kwalifikacji do udziału w kursach objętych programem specjalizacji realizowanych przez okręgowe izby lekarskie

Naczelna Rada Lekarska zwraca się z apelem do Ministra Zdrowia o podjęcie pilnych działań legislacyjnych zmierzających do nowelizacji przepisów dotyczących przydziału miejsc na kursach szkoleniowych objętych programem specjalizacji, tak aby okręgowe izby lekarskie, które – ze środków finansowych pochodzących ze składek lekarzy członków danej okręgowej izby lekarskiej – organizują nieodpłatnie kursy objęte programem specjalizacji, miały prawo prowadzić rekrutację na te kursy z uwzględnieniem zasady pierwszeństwa członków danej izby lekarskiej.

Znowelizowane przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (art. 19g ust. 4a) przewidują, że zgłoszenia do uczestnictwa w kursach szkoleniowych objętych programem danej specjalizacji są realizowane wyłącznie za pomocą SMK. Konwent Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich wskazał, że te przepisy mogą całkowicie pozbawić okręgowe izby lekarskie wpływu na to, kto zostanie zakwalifikowany do udziału w kursach organizowanych przez daną izbę. Zdaniem Naczelnej Rady Lekarskiej w pełni uzasadniony jest postulat, aby okręgowa rada lekarska, która zorganizowała i sfinansowała kurs objęty programem specjalizacji, miała prawo prowadzić rekrutację z uwzględnieniem pierwszeństwa członków danej izby lekarskiej. Rada zwraca uwagę, że pozbawienie okręgowych izb lekarskich realnego wpływu na rekrutację doprowadzi do ograniczenia dostępności do tych szkoleń po dniu 1 stycznia 2018 r.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

W poszukiwaniu tolerancji immunologicznej



Prof. **Piotr Trzonkowski**, kierownik Zakładu Immunologii Klinicznej i Transplantologii z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, został laureatem Nagrody Fundacji na rzecz Nauki Polskiej 2017. Z naukowcem rozmawia **Lidia Sulikowska**.

GL
W Y W I A D

GL Doceniono pana za wykorzystanie, po raz pierwszy na świecie u człowieka, limfocytów T regulacyjnych (Treg) w walce z chorobami autoimmunologicznymi.

Faktycznie byliśmy pierwsi, choć nie tylko my o tym myśleliśmy. Od dawna wiadomo, że supresyjne komórki Treg chronią organizm przed wystąpieniem autoagresji. Gdy jest ich zbyt mało, układ odpornościowy zaczyna atakować i niszczyć własne tkanki i narządy. Mechanizm ten jest jednym z czynników wywołujących choroby autoimmunologiczne, m.in. cukrzycę typu 1, chorobę Hashimoto, stwardnienie rozsiane, a także chorobę przeszczep przeciw gospodarzowi po przeszczepieniu szpiku. Pomyślałem, że gdyby udało się choremu dostarczyć odpowiednią dawkę limfocytów Treg, osłabiłoby to działanie układu odpornościowego, a tym samym przywróciło jego właściwe funkcjonowanie. Wraz z zespołem opracowałem metodę pobrania tych komórek, namnożenia ich w warunkach laboratoryjnych i podania choremu. Następnie podjąłem współpracę z hematologami szpitala, w którym pracuję, by spróbować pomóc osobom w ciężkim stanie po transplantacji szpiku, u których wystąpiła choroba przeszczep przeciw gospodarzowi.

GL W 2008 r. odbyły się próby. Jaki był efekt?

Pobraliśmy komórki Treg z krwi dawcy, wyizolowaliśmy i namnażaliśmy przez 2 tygodnie, następnie zagęściliśmy hodowlę i za pomocą wlewu dożylnego zaaplikowaliśmy pacjentom. Najważniejszym celem takiej wstępnej fazy badań klinicznych jest udowodnienie, że testowana terapia nie szkodzi, i to się udało. Poza tym zredukowaliśmy objawy choroby przeciw gospodarzowi u pacjentów z przewlekłą postacią tego schorzenia.

GL Dzięki temu osiągnięciu komórkami Treg zaczął interesować się świat. Jakie obecnie badania są prowadzone w tym zakresie?

Dziś wiele ośrodków na całym świecie testuje wykorzystanie tych komórek, m.in. w terapii cukrzycy, nieswoistego zapalenia jelit, po przeszczepieniu nerki, wątroby i płuca, w autoimmunologicznych chorobach oczu, ciężkiej astmie, dystrofii mięśniowej. W sumie prowadzonych jest około 30-40 różnych badań klinicznych w wielu zakątkach globu.

Pan także nadal interesuje się tym zagadnieniem.

Niestety coraz mniej, ale rzeczywiście zajmuję się wykorzystaniem tych komórek w leczeniu cukrzycy typu 1 i stwardnienia rozsianego. Pierwsze badanie dotyczące cukrzycy, zakończone w 2012 r. wykazało, że dzięki podaniu komórek Treg pacjenci potrzebują mniejszych dawek insuliny i nawet kilka lat po podaniu nadal wytwarzają własną insulinę. Teraz prowadzimy kolejne badanie kliniczne, w którym testujemy udoskonaloną metodę dawkowania. Kończymy też rekrutację do badania klinicznego u chorych na stwardnienie rozsiane. Koncentrujemy się też nad ulepszeniem metody namnażania, ostatnio np. zauważyliśmy, że wystarczy obniżyć temperaturę hodowli Treg do 33 st. C, aby przyspieszyć ten proces.

GL Kiedy terapia komórkami Treg wejdzie do praktyki klinicznej?

Naukowcy i lekarze z całego świata są zainteresowani tym tematem, ale to dopiero etap prowadzenia badań klinicznych. Od naukowego dowodu skuteczności do rutynowego stosowania droga często jest długa. Jest też kwestia kosztów. To niestety nadal bardzo droga terapia, co także oddala perspektywę jej stosowania u każdego chorego, który tego potrzebuje. ○

Wkrótce pieczętki nie będą potrzebne



Z **Zyłą Kaźmierczak-Zagórską**, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, przewodniczącą zespołu ds. koordynacji działań związanych z wydawaniem prawa wykonywania zawodu, rozmawia **Marta Jakubiak**.

GL Po co lekarzom nowe prawo wykonywania zawodu, czyli ePWZ?

Praca zawodowa lekarza i lekarza dentysty w cyfrowym XXI w. wymaga współczesnych narzędzi. Jednym z nich będzie elektroniczne Prawo Wykonywania Zawodu, które z jednej strony pozwoli go zidentyfikować podczas wykonywania pracy, np. podpisywania dokumentacji medycznej, a z drugiej da mu dostęp do szeroko pojętych cyfrowych zasobów, w tym – dokumentacji medycznej pacjenta, spisów leków, systemu wystawiania recept czy zwolnień. To wymóg ustawy. W Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia od kilku lat trwają prace nad wyposażeniem wszystkich pracowników zawodów medycznych – lekarzy i lekarzy dentystów, farmaceutów, pielęgniarek, diagnostów laboratoryjnych i fizjoterapeutów – w narzędzie zwane kartą specjalisty medycznego.

Konieczność jej wprowadzenia wynika z obowiązku narzuconego przez Ustawę z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Karta specjalisty medycznego miała ułatwiać i umożliwiać dostęp do systemu informacji medycznej, przede wszystkim do tworzonej Platformy P1 czyli platformy rejestracji zdarzeń medycznych, oraz do elektronicznej dokumentacji medycznej w miejscu pracy.

W marcu ubiegłego roku Ministerstwo Zdrowia zdecydowało, że dla lekarzy i lekarzy dentystów powstanie jeden dokument – elektroniczne Prawo Wykonywania Zawodu, w którym oprócz danych zawartych w dotychczasowym papierowym prawie wykonywania zawodu będą dodatkowo podpis elektroniczny oraz „klucz” umożliwiający dostęp do systemów informatycznych ochrony zdrowia.

Decyzja ta pociągała za sobą konieczność nowelizacji Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zgodnie z którą izby lekarskie mają obowiązek wydawania prawa wykonywania zawodu. Izby wypełniają go, ale opracowanie nowego PWZ to zupełnie inna jakość. Będzie ono miało zdecydowanie inną formę, a przygotowanie i wydanie go będzie wiązało się ze znacznie wyższymi kosztami.

GL Jak będzie wyglądał ten dokument?

Będzie to karta poliwęglanowa z mikroprocesorem, bardzo zbliżona wyglądem do karty bankomatowej. Oprócz podstawowych danych osobowych i biometrycznego zdjęcia w warstwie graficznej, w części elektronicznej znajdować się będą narzędzia do składania przez lekarza podpisu elektronicznego oraz certyfikat dostępu do systemów informacji w ochronie zdrowia, np. Platformy P1, czy systemów informatycznych w placówce medycznej.

GL Co w sytuacji, kiedy taki dokument zagubi się albo zniszczy?

Wciąż pracujemy nad rozwiązaniami na wypadek takich sytuacji. Bezdyskusyjna jest konieczność umożliwienia lekarzowi pracy po utracie karty – właśnie w trybie awaryjnym. Rozpoczęliśmy już współpracę z instytucją, która będzie takie dokumenty produkowała. Jest wstępny projekt, opracowano logistykę wydawania i autoryzacji ePWZ. Muszą być zachowane wszelkie względy bezpieczeństwa. Będzie to dokument pierwszej kategorii, jak np. dowód osobisty. Jego ranga w cyfrowym świecie jest niepodważalna – lekarz swoim podpisem złożonym za pomocą karty może np. uruchamiać znaczne środki publiczne.

GL Jakie środki ministerstwo przeznaczy na ten cel?

W znowelizowanej ustawie Minister Zdrowia zaproponował środki wysokości ok. 40 mln zł na okres dziesięciu lat, bo zgodnie z prawem na tyle lat można je zaplanować w budżecie. Pieniądze te mają być przeznaczone m.in. na opracowanie i wydanie kart oraz utrzymanie systemu działającego 24 godziny na dobę przez cały rok.

Jaka będzie rola izb lekarskich w procesie zmiany i wydawania nowego PWZ?

Nad projektem pracuje obecnie Naczelna Rada Lekarska i członkowie powołanego przez nią zespołu ds. koordynacji działań związanych z wydawaniem prawa wykonywania zawodu.



Wydawanie ePWZ nakłada na izby przede wszystkim szczególne wymagania w zakresie bezpieczeństwa procedur. Definiują to zasady, ale też przepisy, dotyczące bezpieczeństwa systemów informatycznych i szeroko rozumianych tzw. polityk bezpieczeństwa.

W okręgowych izbach lekarskich zostaną przygotowane punkty rejestracji, w których pracować będą odpowiednio przeszkolone osoby. Izby będą musiały skoordynować cały proces aktualizowania danych, koordynowania prac i wydawania nowych dokumentów. Karty ePWZ będą wydawane sukcesywnie.

GL Jaki będzie udział lekarzy w wydawaniu nowego ePWZ?

Każdy lekarz będzie musiał przynajmniej jeden raz zgłosić się do swojej okręgowej izby lekarskiej, aby odebrać ePWZ. Ale pod warunkiem, że jego dane w okręgowym rejestrze lekarzy są aktualne. Jeśli nie – powinien te dane zaktualizować wcześniej, w normalnym obowiązującym chociażby dzisiaj trybie. Jeśli dane nie będą właściwe, tzn. nieaktualne, to te niezgodności ujawnią się przy wydaniu karty.

Blankiety ePWZ zostaną przygotowane przez producenta. Po otrzymaniu danych producent dokona personalizacji i taki spersonalizowany dokument wróci do odpowiedniej okręgowej izby. Wówczas lekarz zostanie o tym powiadomiony, np. mailem, i będzie musiał raz jeszcze udać się do swojej izby, aby podpisać umowę o świadczenie usług certyfikacyjnych. Dopiero wtedy zostanie wygenerowany certyfikat kwalifikowany, osadzony na karcie. Po zakończeniu tego procesu lekarz otrzyma ePWZ.

Podpis elektroniczny i certyfikaty dostępu będą wydawane na czas określony i odnawiane, gdyż tego wymaga m.in. tzw. polityka bezpieczeństwa.

GL Od kiedy ePWZ będą obowiązywać?

Trudno mówić o terminie „obowiązywania” ePWZ. Należy raczej zapytać, kiedy będą warunki do korzystania z ePWZ? Pojawiają się wtedy, kiedy systemy informatyczne,

^ **Zyta
Kaźmierczak-
Zagórska:**
– **Kiedy zacznie
obowiązywać
dokumenta-
cja w formie
elektronicznej,
pieczętka
odejdzie do
przeszłości.**

te szpitalne i te gabinetowe, będą przystosowane do współpracy z ePWZ, kiedy lekarz będzie mieć możliwość podpisania cyfrowo dokumentu medycznego lub kiedy będzie chciał się uwierzytelnić w systemie informatycznym jako uprawniony pracownik medyczny.

Terminy narzuca ustawa o informacji w ochronie zdrowia. Ministerstwo Zdrowia zakłada, że od 1 października 2018 r. rozpocznie się wydawanie ePWZ, a zakończy po piętnastu miesiącach.

GL Czy to jest możliwe?

W styczniu rozmawialiśmy z minister cyfryzacji Anną Stężyńską i sugerowaliśmy, by wprowadzenie e-recepty i e-skierowania było zsynchronizowane z wprowadzeniem ePWZ, by nie wyprzedzały go, żeby lekarz te dwa dokumenty wystawiał dopiero po otrzymaniu przez lekarzy ePWZ. Dyskusja była bardzo merytoryczna i dostrześliśmy zrozumienie dla naszego postulatu. Jak rozmowy na ten temat potoczą się w przyszłości, trudno przewidzieć, bo zmienia się szef tego resortu.

GL Czy planowane zmiany spowodują, że pieczętka nie będzie już lekarzowi potrzebna?

Tak, w pewnym momencie przestanie ona funkcjonować. Zastąpi ją ePWZ z podpisem elektronicznym.

GL A co z receptami pro familia i pro auctore? Bez dostępu do systemu w miejscu pracy lekarze nie będą mieli możliwości ich wystawiania?

Oczywiście przewidujemy działanie lekarzy w świecie papieru w określonych sytuacjach, m.in. w skrajnych, awaryjnych i wyjątkowych. Życie ludzkie nie może przecież do końca zależeć od niezawodności systemów informatycznych, ciągłości zasilania energią elektryczną czy dostępu do internetu. Lekarz bez swojego numeru telefonu może dzisiaj nadal praktykować – jest pytanie, czy praktykuje w systemie, czy obok...

Na pewno wszyscy lekarze nie otrzymają ePWZ jednoczowo. Wydawanie tego dokumentu będzie trwało około półtora roku, może nieco dłużej. Rozważamy też, co zrobić, kiedy dokument się zagubi lub zostanie uszkodzony. Nie może być tak, że brak ePWZ uniemożliwi lekarzowi pracę. W systemie musi być jakiś wariant awaryjny, jakiś inny sposób autoryzacji przez lekarza dokumentacji medycznej.

To bardzo poważne przedsięwzięcie, które trzeba szczegółowo i mądrze zaplanować. Dokument ten ma ułatwić lekarzowi pracę, a nie utrudniać lub wręcz uniemożliwiać. Wdrożenie systemu nie całkiem dopracowanego może spowodować wiele komplikacji, a na to nie możemy pozwolić. Nie wolno doprowadzić do sytuacji, w której chociażby jeden lekarz w Polsce nie będzie mógł pracować i korzystać z praw, które mu zostały nadane, tylko dlatego że w systemie tworzy się jakaś nowa jakość. Wielu lekarzy i lekarzy dentyistów obawia się wchodzenia w życie elektronicznej dokumentacji medycznej. Trzeba dać im czas. Nie może być też mowy o e-wykluczeniu, np. seniorów. Przed nami duże wyzwanie. ○

Wartością jest efekt

Co dalej ze wzrostem nakładów publicznych na ochronę zdrowia? Jaką rolę odgrywają instytucje? Jak komunikować idee zdrowia publicznego w mediach? Gdzie są granice wolności w kształtowaniu polityki zdrowotnej państwa? Na te i wiele innych pytań próbowali odpowiedzieć uczestnicy Kongresu Zdrowia Publicznego, który kilka tygodni temu odbył się na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym.

➤ **MARIUSZ TOMCZAK**



◀ Od prawej:
prof. Jerzy Żyżyński,
dr Jarosław Pinkas,
dr Marek Woch,
Robert Dzierzgwa,
dr Mariusz Gujski
(moderator debaty).

DR JAROSŁAW PINKAS

(Kancelaria Prezesa Rady Ministrów):

Kapitał ludzki jest związany ze zdrowiem i jakością życia. Nie ma rozwoju gospodarczego bez zdrowia, opiera się on na człowieku sprawnym somatycznie i intelektualnie. To najważniejsze, by mówić o jakimkolwiek sukcesie, ale dość często tego się nie zauważa.

Zdrowie nie jest kosztem, lecz inwestycją i to wyłącznie długoterminową, w związku z czym nie widać szybko efektów działań czy nakładów, a politycy kochają szybkie efekty. W naszym kraju były wieloletnie zaniedbania w zakresie podnoszenia nakładów na ochronę zdrowia, ale warto pamiętać, że pieniądze to tylko jeden z elementów uzyskania czy utrzymania zdrowia. Nie można zapominać o nakładach stricte socjalnych, bo zdrowie to także m.in. poczucie bezpieczeństwa i to, co obywatel ma w kieszeni, a w tej chwili dostaje masę pieniędzy, które są pośrednio związane ze zdrowiem, bo może je sobie kupić w sklepie – nabywając odpowiednią ilość warzyw i owoców.

ROBERT DZIERZGWA (Ministerstwo Rozwoju):

Rząd zdaje sobie sprawę, że zwiększone nakłady na służbę zdrowia są konieczne. Tempo wzrostu gospodarczego nie nadążało za wzrostem realnych nakładów wartości per capita czy nawet w wartościach nominalnych, co powodowało, że ta luka się powiększała. Nie należy postrzegać służby zdrowia wyłącznie przez pryzmat pieniądza, nakładów inwestycyjnych czy wydatków finansowych, ponieważ są z nią powiązane różne obszary.

Dostrzegamy, że jedną ze specjalizacji Polski może być przemysł farmaceutyczny, telemedycyna czy produkty biomedyczne. W przyjętej w lutym Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju w większości obszarów kwestie związane ze zdrowiem pojawiają się w kontekście m.in. profilaktyki, edukacji czy rozwoju kultury fizycznej. Polska jest jednym z najszybciej starzejących się społeczeństw i bez zwiększenia nakładów na służbę zdrowia będziemy mieli duży problem nie tylko w opiece zdrowotnej, ale

również z opieką nad ludźmi w wieku przedemerytalnym. Jakość kapitału ludzkiego ma wymierne skutki dla przedsiębiorców w postaci wydłużonego okresu nieobecności w pracy czy zwiększonych nakładów na leczenie.

PROF. JERZY ŻYŻYŃSKI
(Rada Polityki Pieniężnej):

W 1990 r. weszliśmy w system oparty na zasadach gospodarki rynkowej, gdzie wszystko podlega mechanice obiegu pieniądza. Jego istota polega na tym, że by coś osiągnąć, najpierw trzeba wyłożyć odpowiednie pieniądze, bo każdy efekt kosztuje. Podobnie jest ze zdrowiem traktowanym jako jeden z elementów naszego dobrobytu i bogactwa. Nakłady pieniężne to w szerokim rozumieniu nie koszt, tylko inwestycja. Nie pieniądze są wartością, wartością jest efekt, a by go osiągnąć, trzeba wyłożyć odpowiednie pieniądze.

Ważne jest nie tylko to, ile przeznacza się na ochronę zdrowia, ale również w jaki sposób pieniądze trafiają do systemu. U nas są one przekazywane w formie pewnego rodzaju składki ubezpieczeniowej stanowiącej określony koszt dla każdego pracownika.

Rząd nie może nic dać, bo tylko organizuje system, w ramach którego pieniądze na ochronę zdrowia przeznaczają ludzie: część dochodu musi zostać zabrana jednym i przekazana drugim. System opiera się na cyrkulacji tego pieniądza. Niestety politycy są pod presją pewnego rodzaju propagandy, zgodnie z którą rząd zabierający ludziom pieniądze, jest zły.

DR MAREK WOCH
(Narodowy Fundusz Zdrowia):

Mówiąc o służbie zdrowia, o systemie ochrony zdrowia czy o systemie opieki zdrowotnej, automatycznie myślimy o świadczeniach opieki zdrowotnej i finansowaniu, natomiast dla mnie to tylko jeden z wielu elementów funkcjonowania państwa poprzez inne instytucje. Skoro w 1999 r. rozdzieliśmy Ministerstwo Zdrowia od opieki społecznej, ideologicznie zmieniliśmy język i zamieniliśmy „opiekę” na „politykę”, stwierdzając, że nikt nie będzie się nikim opiekował tylko świadczył usługi, nie dziwmy się, że dzisiaj mamy to, co mamy. Terminologia wprowadzona w aktach prawnych kształtuje świadomość. Pozwolę sobie zacytować Einsteina: szaleństwem jest robienie tego samego i oczekiwanie innych efektów.

To jest proces, że w pewnym momencie mamy do czynienia z profilaktyką, w innym z zabezpieczeniem medycznym poprzez świadczenia, ale z czasem pomoc, przy całym zaangażowaniu zawodów medycznych, kończy się i potrzebny jest etap opieki w ramach innych instytucji. W Holandii jest jeden resort sportu, zdrowia i opieki społecznej, w naszym kraju stworzyliśmy kilkanaście instytucji odpowiedzialnych

za rehabilitację. Jeżeli w tym roku z budżetu PFRON wydamy 5 mld zł na rehabilitację społeczną i zawodową, to czy będziemy wliczali je w koszty globalne rządu, czy nie?

DR KRZYSZTOF CHLEBUS
(Gdański Uniwersytet Medyczny):

Powinniśmy zmierzać do tego, by w debacie dominiowały fakty ekonomiczne. Prawie połowa zgonów wiąże się z chorobami sercowo-naczyniowymi, a choroby nowotworowe, niezwykle nośne, odpowiadają za zaledwie 26 proc. zgonów. Ponad 60 proc. dorosłych Polaków ma hipercholesterolemię, a powyżej 32 proc. nadciśnienie tętnicze. Te dane są doskonale znane środowisku medycznemu i epidemiologom, jednak nie przebijają się skutecznie w debacie publicznej.

Prognozowany wzrost ilości zawałów serca w liczbach bezwzględnych do 2030 r. to przynajmniej 44 proc. dla kobiet i 37 proc. dla mężczyzn. Nie wydolność serca jest właściwie pandemią dotyczącą wszystkich rozwiniętych społeczeństw i nie omija ona również naszego kraju. Dysponujemy danymi, które pokazują, że to są pacjenci często rokujący znacznie gorzej niż niejedna choroba nowotworowa.

PROF. BOLESŁAW SAMOLIŃSKI
(Warszawski Uniwersytet Medyczny):

W przestrzeni publicznej spotykamy negatywne zjawiska wokół zdrowia publicznego. Media zrobiły dużą krzywdę, zapraszając do telewizji osoby reprezentujące ruchy antyszczepionkowe. Byłem świadkiem debaty: po jednej stronie egzaltowane przedstawicielki ruchu antyszczepionkowego, po drugiej lekarz, któremu nie dano dojść do głosu. Z punktu widzenia zdrowia publicznego to niedopuszczalne. W tym momencie media złamały zasadę misji, którą pełnią wobec obywatela.

Dziś ich oddziaływanie na populację jest nieprawdopodobnie duże. Moja świadomość jest kształtowana poprzez media, gdybym już nigdy więcej nie oglądał telewizji i nie czytał gazet, moja rzeczywistość wyglądałaby zupełnie inaczej.

Zgadzam się z tym, że w debacie powinna być równowaga, ale w odniesieniu do ruchów antyszczepionkowych jej nie obserwujemy. Jako lekarze uważamy, że media przedstawiają je w fałszywym świetle. Dziennikarz powinien przyjąć, że dzięki szczepieniom mamy zupełnie inną populację. Ruchy antyszczepionkowe idą w stronę wielkich nieszcześć, które nas będą czekały, gdy poziom wyszczepialności spadnie poniżej 70 proc., ponieważ naukowo udowodniono, że w tym momencie tworzy się łańcuch zakażeń. My przecież ratujemy ludzkie życia i dajemy szczęście życia w zdrowiu. 



Fotorelacja na
www.gazetalekarska.pl

O autorytetach

W rankingu prestiżu zawodowego lekarz wciąż zajmuje dość wysoką pozycję. Najgorzej wypadają ksiądz, minister i makler giełdowy. Podczas Kongresu Zdrowia Publicznego wykład inauguracyjny „Jak bronić prawdy w dobie kryzysu autorytetów” wygłosił ks. Adam Boniecki.

✪ MARTA JAKUBIAK

Wobec lekarzy czuję timor reverentialis – strach wynikający z szacunku. Wyrosłem z takiego pokolenia, które uważało, że lekarza należy czcić – mówił w auli Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego ks. Adam Boniecki. – Moje pokolenie miało autorytety. Teraz zwykło się mówić, że ich nie ma i zadaje się pytanie, co się z nimi stało. Żyjemy w czasach, kiedy jest dużo trudniej niż kiedyś, kiedy jeszcze nie istniały elektroniczne narzędzia do szybkiej komunikacji, zbudować autorytet – zauważył.

Elektroniczne media zmieniają kulturę i relacje międzyludzkie. Są powszechne i ogólnodostępne, każdy może być redaktorem stron internetowych i wdrzeć się na pole opinii publicznej. Internet to narzędzie, które może służyć zarówno do kreowania autorytetów, jak i do ich niszczenia.

Z jednej strony jest autorytet lekarza i prawda naukowa, którą głosi, z drugiej internetowe wpisy i tzw. Doktor Google. To problem, z którym zmagają się lekarze w indywidualnym wymiarze kontaktu z pacjentem, z jego rodziną, ale również ci, którzy tworzą politykę zdrowotną. Z jednej strony rozumiemy, jak działają media, które w dużej mierze są oparte na emocjach, często trywializując swój przekaz. Z drugiej strony są ludzie, którzy znają prawdy naukowe, ale w zderzeniu z emocjonalnym przekazem ich prawdy przepadają, nie mają szans, by zmierzyć się z emocjonalnymi, często niedorzecznymi argumentami.

– Każdy z nas, laików, wychodząc od lekarza, zapamięta, na co jest chory. Wielu po powrocie do domu weźmie recepty

i sprawdzi, co im dolega, co zawiera się w lekarstwie, które przepisał lekarz. Trzeba brać pod uwagę to silne oddziaływanie dostępne dla każdego medium. Lektura stron poświęconych szczepieniom jest wstrząsająca – zauważa ks. Adam Boniecki. Rodzice piszą m.in. o powikłaniach poszczepiennych dzieci. Czy uspokoi ich informacja, że powikłania poszczepienne to promil przypadków? Nie mogą mieć przecie pewności, że powikłania nie dotkną akurat ich dziecka. – Znam lekarzkę pracującą w zakaźnym szpitalu dziecięcym. Wiem, co oznacza nieszczepienie dzieci, choćby od niej. Ona biłaby i wsadzała do więzienia rodziców odmawiających szczepień, bo trafiają do niej dzieci będące ofiarami takiego postępowania. Konfrontacja z tymi rodzicami to na pewno bitwa o autorytet lekarza – podkreślał.

Argumenty naukowe są bazą, na której stoi lekarz i może wyjść do ludzi pewny, że to właśnie ona przemawia na jego korzyść. Ale z takiej sfery jak zdrowie i życie, zwłaszcza dziecka, nie wyłączy się uczuć. – Dla bardzo wielu rodziców lekarz zajmujący się ich dzieckiem jest autorytetem. To człowiek, któremu ufają. Są jednak też tacy, którzy wątpią i to z myślą o nich trzeba budować autorytet lekarza. Jak to robić? Nie tylko przekonująco mówić, ale także słuchać. Nie zakładać z góry, że protestujący przeciwko szczepieniom na pewno się mylą. Niektórzy rodzice po prostu chcą się wyróżnić w tłumie, być potraktowani indywidualnie, a zwłaszcza ich dziecko, twierdząc, że szczepienia wykonuje się z automatu, nie biorąc pod uwagę personalnych uwarunkowań. Do człowieka o odmiennych poglądach trzeba podchodzić z szacunkiem,

na pewno nie można go ośmieszać, deptać. Przez łomotanie nikogo się nie przyciągnie i nie przekona. Można zmusić do milczenia na jakiś czas, ale przekonać można tylko przez rozmowę. W rozmowie tej szalenie ważną jest osoba lekarza. To szczególnie zawód. Na forach internetowych argumenty naukowe znalazłem, ale tych ludzkich nie. One również muszą się znaleźć – mówił.

Autorytet to jest dar swobodny, spontaniczny. Sztucznie się go nie stworzy. Z autorytetem mamy do czynienia, gdy jakaś społeczność z własnej woli uzna kogoś za autorytet. Domaganie się autorytetu świadczy tylko o tym, że się go nie posiada. Oczywiście można stworzyć autorytet medialnie, ale na krótką metę.

W sondażu przeprowadzonym dla jednego z portali internetowych w listopadzie 2016 r. z osób żyjących za autorytet najczęściej uznawany był przez Polaków papież Franciszek (11,6%), rodzice (6,5%), Lech Wałęsa (4,2%). Wśród autorytetów znaleźli się także Aleksander Kwaśniewski (3,7%), Robert Lewandowski (3,4%), Justyna Kowalczyk (2,8), Robert Biedroń (2,5%) oraz Jarosław Kaczyński (2,3%). Największe autorytety spośród osób nieżyjących to Jan Paweł II i marszałek Józef Piłsudski. 50 proc. badanych twierdziło, że nie ma żadnego autorytetu albo trudno jest im wskazać kogoś konkretnego.

– Autorytety są bardzo potrzebne. Każdy potrzebuje kogoś, kto pomoże mu odnaleźć się w świecie, kogo będzie mógł się poradzić i posłuchać. Czy można zniszczyć czyjś autorytet? Na pewno można niszczyć, ale autorytet sam w sobie jest chyba niezniszczalny – podsumował ks. Adam Boniecki. ○



▲ Ks. Adam Boniecki:
– Wobec lekarzy czuję timor reverentialis – strach wynikający z szacunku.

Innowacyjne terapie raka nerki

Dzięki nowoczesnym lekom rak nerki może stać się chorobą przewlekłą, ale w Polsce z powodu braku refundacji dostęp do nich jest ograniczony.

✪ LUCYNA KRYSIAK

W Polsce co roku rozpoznaje się ok. 4,5 tys. nowych zachorowań na raka nerki – głównie u mężczyzn po 60. roku życia. Jeśli został rozpoznany późno, a jest to choroba, która długo może być niezauważona, szanse na przeżycie najbliższych 5 lat są niewielkie.

Byłoby to możliwe, gdyby zastosowano nowoczesne leki, skuteczne nawet wówczas, kiedy rak osiągnął stadium uogólnienia i doszło do przerzutów. Organizacje pacjenckie i lekarze zabiegają o poszerzenie listy preparatów refundowanych w leczeniu rozsianego raka nerki o te najnowszej generacji w Ministerstwie Zdrowia i w NFZ. Niedawno zarejestrowano dwa nowe leki istotnie wydłużające czas przeżycia chorych, które w większości krajów Europy i w USA stosuje się standardowo. W Polsce, z powodu braku refundacji, pozostają nieosiągalne.

MOGLIBY ŻYĆ DŁUŻEJ

W ciągu ostatnich 10 lat dokonał się postęp w leczeniu raka nerki. Czas przeżycia pacjentów z rozsianą postacią tej choroby wydłużył się 3-4-krotnie. Światowa medycyna dysponuje ponad dziesięcioma lekami stosowanymi w kilku liniach terapeutycznych, przedłużającymi życie chorych nawet o kilka lat. W nowych terapiach stosuje się m.in. inhibitory mTOR oraz tzw. inhibitory kinaz tyrozynowych. Dominują

te ostatnie, a ich mechanizm działania polega na hamowaniu powstawania nowych naczyń krwionośnych zaopatrujących guz. Pozbawiony ich nowotwór traci możliwość rozrastania się, a jego komórki, przynajmniej w części, ulegają martwicy, co hamuje chorobę w już istniejących lokalizacjach oraz zmniejsza ryzyko tworzenia nowych przerzutów.

Specjalista w dziedzinie onkologii, hematologii i chorób wewnętrznych, prof. Cezary Szczylik, zapowiedział, że już wkrótce do praktyki klinicznej mogą wejść kolejne leki – doskonalsze inhibitory kinaz tyrozynowych oraz leki biologiczne stosowane jako immunoterapia. Dr Jakub Żołnerek, onkolog kliniczny z Centrum Onkologii – Instytutu Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, członek Zarządu Stowarzyszenia Polska Grupa Raka Nerki, wyjaśnia, że pomimo znacznego postępu, jaki dokonał się w diagnostyce onkologicznej, nadal u znacznej części chorych rak nerki rozpoznawany jest w stadium uogólnienia. U kolejnych 30 proc. – leczonych pierwotnie z założeniem radykalnym – dochodzi do nawrotu i rozsiewu choroby. Na tym etapie nowotwór daje zwykle objawy, a ich charakter zależny jest od lokalizacji przerzutów (np. w mózgu, w kościach, płucach). Dlatego kwestia dostępności do leków, szczególnie w leczeniu postaci jasnokomórkowego raka nerki, jest kluczowa. Stanowi on bowiem blisko 85 proc. rozpoznań.

85%

ropoznać raka nerki stanowi ten jasnokomórkowy.

LECZENIE SYSTEMOWE

Leczenie systemowe rozsianego raka nerki ma swoje ograniczenia. Całkowite remisje są rzadkie (1 proc.), a efekt hamowania wzrostu guza jest przejściowy. Dla najbardziej aktywnych leków podawanych w I linii leczenia systemowego, mediana czasu wolnego od progresji choroby wynosi ok. 11 miesięcy, w II linii – już tylko 5 miesięcy.

Prędzej czy później dochodzi do kolejnych progresji i sięga się po kolejne leki, o podobnym lub całkowicie odmiennym mechanizmie działania, stosując je tak długo, dopóki są dobrze tolerowane i skutecznie kontrolują proces nowotworowy. Jednak NFZ refunduje zaledwie połowę spośród zarejestrowanych leków, stosowanych tylko w dwóch liniach leczenia systemowego. Tymczasem wielu chorych pomimo niepowodzenia uprzedniej terapii jest w dobrym bądź bardzo dobrym stanie ogólnym i trudno im pogodzić się ze świadomością, że na tym etapie leczenie musi się zakończyć.

– Na świecie leczenie III linii jest już standardem, a kilka leków udowodniło swoją skuteczność w tym wskazaniu w ramach kontrolowanych prospektywnych wielośrodkowych badań klinicznych oraz programów rozszerzonego dostępu – tłumaczy dr Żołnerek. Chodzi tu o kabozyntynib – inhibitor kinaz tyrozynowych nowej generacji o unikalnym mechanizmie działania, pozwalającym na przełamanie oporności raka nerki na wcześniej stosowane leki, oraz niwolumab zaliczany do tzw. inhibitorów PD1/ PDL1 (nowej generacji immunoterapii), odblokowujących hamowany przez guz układ odpornościowy, co u znacznej części chorych, także tych z niekorzystnym rokowaniem, daje spektakularne efekty. – Większa świadomość pacjentów i ich rodzin, większa czujność onkologiczna potencjalnych pacjentów i lekarzy, doskonalsze i coraz szerzej dostępne techniki diagnostyczne, leczenie operacyjne oraz coraz skuteczniejsze leczenie farmakologiczne sprawiają, że rośnie populacja „zdrowych chorych”, dla których ograniczanie dostępu do nowoczesnych leków jest wyrokiem – podsumowuje dr Żołnerek. ○

Walka trwa

Statystycznie co czwarty z nas zachoruje na raka, a co piąty umrze właśnie z tego powodu. Oznacza to, że w naszych najbliższych rodzinach prędzej czy później każdego dotkną skutki choroby nowotworowej.

❶ **MARIUSZ TOMCZAK**

W minionym roku po raz kolejny byliśmy świadkami wielkiego postępu w zakresie immunoterapii nowotworów. Dobitnie pokazują to wyniki badań naukowych opublikowane w renomowanych czasopismach naukowych i prezentowane w trakcie kongresów skupiających śmietankę światowych i europejskich lekarzy onkologów.

– Ten postęp polega, mówiąc w uproszczeniu, na odkryciu nowych sposobów przywracania aktywnego funkcjonowania układu immunologicznego u chorego na raka. Mamy środki lecznicze powodujące odblokowanie własnego układu immunologicznego trzymanego w szachu przez nowotwór i skierowanie komórek na szlak śmierci komórkowej, czyli doprowadzenie z powrotem do apoptozy – mówi dr Janusz Meder, prezes Polskiej Unii Onkologii. Apoptoza to naturalny proces zaprogramowanej śmierci komórki zachodzący w organizmie, dzięki któremu usuwane są z niego komórki zużyte lub uszkodzone. Czasami przyrównuje się ją do zaplanowanego „samobójstwa” komórki o dobroczynnych skutkach dla organizmu, bo w przeciwieństwie do martwicy, jest zjawiskiem naturalnym i ze wszech miar pożądanym. Jak tłumaczy

dr Meder, przedstawione w ostatnich miesiącach wyniki badań w zakresie wspierania farmakoterapią mechanizmu apoptozy mają zastosowanie w leczeniu nowotworów występujących w II i III fazie klinicznej. – Są wielkie nadzieje, że to może być rewolucja w szczególności dla pacjentów o wyższych stopniach zaawansowania choroby nowotworowej – przewiduje. Postęp zaczynają odczuwać pierwsi pacjenci. Jak mówi prof. Ewa Lech-Marańda z Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, na rynku pojawił się już unikalny lek powodujący apoptozę komórek.

WOLĄ DOKTORA GOOGLE

W połowie ubiegłego roku w Barcelonie, w czasie odbywającego się światowego kongresu poświęconego nowotworom przewodu pokarmowego, podkreślano, że dla coraz większej liczby pacjentów przerzutowy rak jelita grubego przestaje być chorobą śmiertelną, a staje się przewlekłą. – To dobra wiadomość, bo u wielu pacjentów dochodzi do przerzutów – uważa prof. Dirk Arnold z Instituto CUF de Oncologia w Lizbonie. Nieustannie obserwuje zmianę na lepsze w leczeniu raka piersi mierzoną choćby czasem życia pacjentek. – W Polsce również mamy z tym do czynienia, ale zawsze zależy to od stopnia zaawansowania choroby. Im wcześniej rak piersi

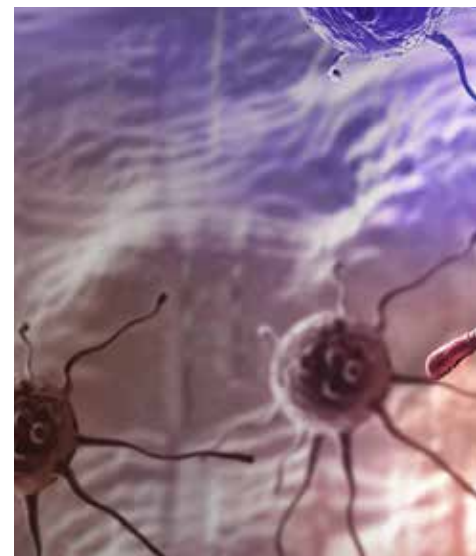
2,1 mln

– łącznie tyle osób zachorowało na nowotwory w Polsce w latach 1999-2014.

zostanie wykryty, tym większa szansa na jego całkowite wyleczenie. Podejrzewam, że w najbliższych latach to się nie zmieni – komentuje dr Agnieszka Jagiełło-Gruszfeld z Centrum Onkologii – Instytutu w Warszawie. Eksperti są zgodni, że ten rodzaj raka można stosunkowo łatwo wykryć. Z brytyjskich danych jednoznacznie wynika, że wykrycie nowotworu piersi w I stopniu zaawansowania klinicznego to „szczęście w nieszczęściu”, bo praktycznie każda pacjentka przeżywa kolejne 5 lat, ale po rozpoczęciu leczenia w IV stopniu tylko niecałe 20 proc. kobiet przeżyje 5 lat. W naszym kraju za mało kobiet uczestniczy w skriningu mammograficznym (spośród województw najsłabiej wypadają mazowieckie), wciąż dużo przypadków raka piersi wykrywa się w II stopniu zaawansowania klinicznego. – Przez to wyniki leczenia w Polsce są dużo gorsze – mówi dr Jagiełło-Gruszfeld. Nie brakuje pań trafiających do centrum onkologii dopiero w IV stopniu zaawansowania choroby z powodu wyboru tzw. leczenia niekonwencjonalnego, pod wpływem lektury dostępnej przede wszystkim w internecie. – Moim zdaniem to narasta, zwłaszcza w młodym pokoleniu – podkreśla.

GDZIE JEST PRZEŁOM?

Opóźnienie leczenia to błąd, bo współczesna medycyna coraz lepiej radzi sobie z leczeniem nowotworów. Miniony rok stanowi kontynuację kolejnego milowego kroku w onkologii, który rozpoczął się przed 2-3 laty, ponieważ zebrano jeszcze więcej wyników leczenia nowoczesnymi sposobami, dołączono kolejne



PROBLEM POLSKI POLEGA NA ZŁEJ ALOKACJI ŚRODKÓW I ZŁEJ DYSTRYBUCJI PUNKTÓW, W KTÓRYCH CHORZY SĄ LECZENI. PŁATNIK NIE POWINIEN PŁAĆ ZA ZŁĄ ROBOTĘ – MÓWI PROF. PIOTR RUTKOWSKI.



rozpoznania do nowego sposobu postępowania, jak również zakończono badania, w których z dotychczas używanymi lekami kojarzono te z grupy ukierunkowanej na cele molekularne i klasyczne chemioterapeutyki będące w użyciu od dość dawna. – Doskonałym przykładem postępu jeszcze bardziej widocznym w 2017 r. są osoby z rozpoznaniem bardzo złośliwego nowotworu skóry, czerniaka, w wyższych stopniach zaawansowania. Nowe terapie wydłużyły im życie liczone nie w miesiącach, lecz w latach. Są grupy pacjentów, u których po zastosowaniu nowych leków zaobserwowano całkowite wycofanie się rozległych przerzutów choroby rozsianej. Kiedyś było to marzeniem – podkreśla dr Meder. Innym spektakularnym przykładem może być niedrobnokomórkowy rak płuca. Postęp w jego leczeniu nastąpił dzięki wprowadzeniu leków o zdefiniowanych celach molekularnych. Mutacje genów wykrywa się dzięki metodzie tzw. płynnej biopsji, badając DNA krążące we krwi pacjenta. Jak wyjaśnia prof. Dariusz Kowalski z COI w Warszawie, obecne badania skoncentrowane są na opracowaniu sekwencji, w jakiej nowe leki powinny być stosowane w celu osiągnięcia największej skuteczności. Wynika z nich, że chemioterapia przesuwana jest na dalszy plan. Sukcesów zatem nie brakuje, ale przed badaczami wiele onkologicznych zagadek do rozwiązania. – Optymalny czas trwania leczenia szpiczaka plazmocytowego nie został jeszcze określony – w taki sposób jedną z nich określa dr Grzegorz Charliński ze Specjalistycznego Szpitala Miejskiego w Toruniu. Co roku odnotowuje

się 1,8 tys. nowych zachorowań na szpiczaka, a nadzieje dla tej grupy pacjentów wzrosły dzięki nowym przeciwciałom monoklonalnym i inhibitorom proteasomu. Wysiłki naukowców, także zagranicznych, ważne są dla Polaków. Jak wynika z ubiegłorocznego raportu Fundacji Onkologicznej Alivia, między rokiem 1999 a 2014 roczna zachorowalność na nowotwory w naszym kraju zwiększyła się o 42 proc. (wzrost liczby zachorowań częściej wystąpił u kobiet), a przez te 16 lat łącznie zachorowało ok. 2,1 mln osób. W grupie osób poniżej 35. roku życia liczba nowych zachorowań w 2014 r. była o 22 proc. wyższa niż w 1999 r. Wydatki państwa na innowacyjne leki onkologiczne stanowią 2 proc. budżetu na leki ogółem (ok. 230 mln zł), a straty spowodowane przedwczesną śmiercią w wyniku nowotworów tylko w ciągu jednego roku szacuje się na 900 mln zł. Mimo że w minionym roku refundacją objęto nowe innowacyjne leki onkologiczne, w dalszym ciągu Polacy mają dostęp tylko do mniej więcej połowy leków zarejestrowanych w Unii Europejskiej (łącznie z tymi najnowszej generacji). – Nie nadążamy, bo ciągle dochodzą nowe leki, a my mamy zaległości w udostępnieniu tych starszych, bardzo skutecznych – przyznaje dr Meder. Przykładem może być rak jelita grubego, choć jego leczenie poprawiło się dzięki obowiązyjącym od 1 lipca zmianom w wykazie leków refundowanych. – W porównaniu do Europy i świata brakuje nam III linii terapii – podkreśla prof. Marek Wojtukiewicz z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

▲ Komórki nowotworowe.

17

– w tylu pełnoprofilowych szpitalach onkologicznych leczy się ponad połowa pacjentów (kontrakt na pakiet onkologiczny ma ok. 2650 świadczeniodawców).

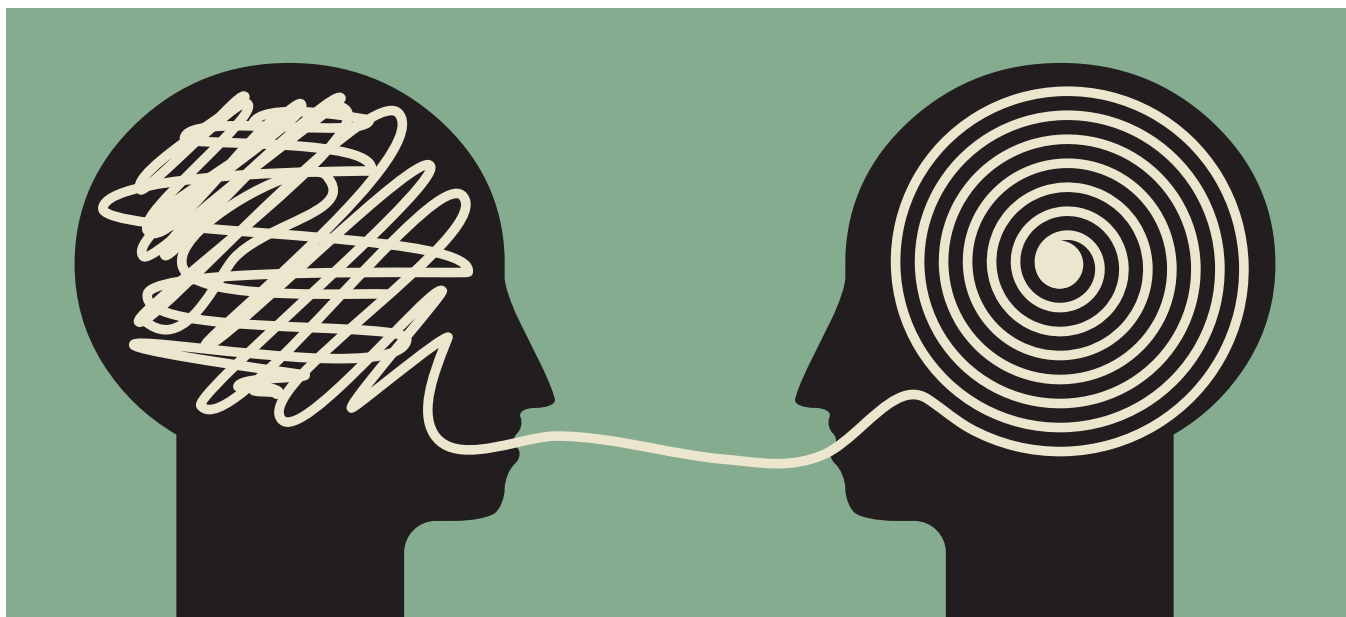
WYDAJEMY FATALNIE

W opinii wielu ekspertów samo zwiększenie nakładów na onkologię i szybszy dostęp do innowacyjnych technologii to za mało. – Problem Polski polega na złej alokacji środków i złej dystrybucji punktów, w których chorzy są leczeni – mówi prof. Piotr Rutkowski z COI w Warszawie. Jeszcze krytyczniej to zjawisko ocenia dr hab. Adam Maciejczyk, dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii, mówiąc wprost o nieprzejrzystym wydawaniu środków na onkologię, braku koordynacji w finansowaniu świadczeń i rozproszeniu środków przeznaczanych na leczenie pacjentów z nowotworami. Te liczby zdają się przemawiać do wyobraźni: o ile kontrakt na pakiet onkologiczny ma ok. 2650 świadczeniodawców, o tyle ponad połowa pacjentów leczy się w ramach tego pakietu zaledwie w 17 podmiotach (są nimi pełnoprofilowe szpitale onkologiczne). W ramach międzynarodowej inicjatywy All.Can (włączyli się do niej m.in. polscy onkolodzy i przedstawiciele środowisk pacjenckich) wypracowano priorytetowe rekomendacje na rok 2018. Wśród nich są m.in.: wprowadzenie mechanizmów kontroli jakości oraz określenie przez Ministerstwo Zdrowia wskaźników jakości, metodologii oceny i efektywnego mierzenia rezultatów leczenia. Jak przyznaje prof. Rutkowski, obecnie żaden z polskich pacjentów onkologicznych nie jest w stanie dowiedzieć się, gdzie najlepiej się leczyć, a obiektywne wskaźniki zastępuje szepcany marketing. – Płatnik nie powinien płacić za złą robotę. W wielu szpitalach na Zachodzie jest monitorowanie jakości i jeżeli spada ona poniżej pewnego pułapu, to placówka nie ma przedłużonego kontraktu – dodaje. Na to, że mamy lekcję do odrobienia w zakresie marnowania potencjału, wskazują również programy polityki zdrowotnej w zakresie onkologii, o których dofinansowanie zabiega część samorządów lokalnych. Jak zwraca uwagę dr Jerzy Gryglewicz z Uczelni Łazarskiego, raporty Najwyższej Izby Kontroli jednoznacznie wskazują, że problemem w ich realizacji jest nie tyle brak środków finansowych, bo pieniądze często są, lecz to, że adresuje się je do osób zdrowych, niemających objawów, czasami niebędących nawet w grupie ryzyka. ○

Mózg jest ślepy

Anglik powie: spóźniłem się na pociąg. Polak tę samą sytuację opíše takimi słowami: pociąg mi uciekł. „You did it!” – mówi matka do syna, który pierwszy raz w życiu wdrapał się na zjeżdżalnię, a polski lektor tłumaczy: „Udało ci się!”. Sposób myślenia odwzorowuje się w języku.

✎ MARTA JAKUBIAK



Polacy tak formułują wypowiedzi, że pozbawiają się sprawstwa: na świecie ludzie spóźniają się na pociąg, nam pociąg ucieka – mówił Zbigniew Kowalski z Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej podczas II Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Komunikacja w medycynie”, która odbyła się na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym.

Motywacja jest często mylona z napędem, chęcią, a nie o to chodzi. Motywacją do przestrzegania zaleceń terapeutycznych to stan gotowości – pacjent nie tylko chce, ale jest gotowy do działania. Samo zrozumienie nie

wystarczy (który z pacjentów nie słyszał, że palenie szkodzi), komunikat musi być bardziej wyrazisty: „albo pan to zrobi, albo pan umrze”. Ale strach jest dobry tu i teraz. Czy da się pacjenta nastraszyć tak, żeby go zmotywować do działania? Bez kontaktu człowiek-człowiek bardzo trudno wpływać na przestrzeganie zaleceń. Efekt terapeutyczny w dużej mierze zależy od umiejętności podzielenia się odpowiedzialnością. – Które rozwiązania są najlepsze? Proste. Ale są jeszcze lepsze. Moje! – tłumaczył Zbigniew Kowalski. O tym także należy pamiętać, motywując chorego. Jego własne rozwiązania mogą być dla niego znacznie atrakcyjniejsze, dlatego powinien współuczestniczyć w leczeniu

^ Skąd się biorą emocje? Z umysłu.

i współdecydować o jego kształcie. Dobrze, żeby lekarz umiał stworzyć dla pacjenta taką przestrzeń. Powinien też pamiętać o hiperboli odroczonych wartości: torebka jest ładna pod warunkiem, że mogę ją mieć.

NADZIEJA

„Jeżeli wiesz, że pacjent na pewno umrze, to go zoperuj, bo może się uda. Zawsze to dla niego szansa na przeżycie” – cytował prof. Tadeusza Paliwę prof. Zbigniew Szawarski – filozof i etyk z Uniwersytetu Warszawskiego. Czy celem jest przedłużanie życia w nieskończoność, czy walka o jego jakość? – pytał. Odpowiedź nie jest prosta, a problem złożony. Medycyna

jest sztuką prawdopodobieństwa. Każdy patrzy inaczej: lekarz, pacjent, jego rodzina. Kto decyduje, co jest, a co nie jest najlepsze dla pacjenta? Jak zachować się w sytuacji konfliktu interesów? Niepewność i konflikt moralny to istota położenia lekarza, który nigdy nie może mieć pewności, że nie popełni błędu. W tym zawodzie potrzebna jest więc pokora.

Prof. Szawarski próbował też odpowiedzieć na pytanie, czym jest nadzieja. Nie ma jednoznacznej odpowiedzi. Na pewno jest silnym motywatorem. Ale staje się fałszywa, kiedy lekarz odmawia pocieszenia lub ofiarowuje pocieszenie fałszywe, gdy poprzez unikanie lub nieumiejętność rozmowy prowadzi do zakłamania prawdy. Podstawą sztuki nadziei jest zaufanie do wiedzy, umiejętności, kompetencji i mądrości lekarza. Nadzieja może być dobra lub zła, ale nigdy nie wolno jej odbierać.

KOMUNIKACJA W OPIECE PALIATYWNEJ

Jak zauważył dr Jerzy Jarosz z Fundacji Hospicjum Onkologiczne, pomiędzy dobrą i złą nadzieją czasami jest coś – to medycyna paliatywna, która zaczyna się od komunikacji i na komunikacji kończy. Tu afirmuje się życie, szanując śmierć jako proces naturalny i nieuchronny. Komunikacja służy do poprowadzenia pacjenta i rodziny do akceptacji śmierci. Pacjent z nią pogodzony jest gotowy na przyjęcie pomocy. Niezwykle ważna jest też osobista akceptacja śmierci przez personel medyczny. To dobrze, że zajęcia z medycyny paliatywnej wprowadzono w tym roku akademickim na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Jak podkreśla dr Jarosz, dobra kontrola objawów, ale brak akceptacji śmierci i lęki to zła śmierć.

– Wysyłacie nas do rodziców chorych dzieci, a nikt nam nie mówi, jak mamy z nimi rozmawiać – takie słowa

MÓWI SIĘ GŁÓWNIEM O TYM, ŻEBY PACJENT BYŁ ZAOPIEKOWANY. NIEWIELE MÓWI SIĘ O LEKARZU. A UMIEJĘTNOŚĆ KOMUNIKACJI W MEDYCYNIE PALIATYWNEJ, KTÓREJ MŁODYM LUDZIOM CZĘSTO BRAKUJE, JEST DLA NICH JAK DLA INNYCH LEKARZY SKALPEL CZY STETOSKOP.

usłyszała od swoich studentów Katarzyna Jankowska, onkolog dziecięca z Collegium Medicum UMK w Toruniu. Zajęcia z komunikacji powinny być obowiązkowe. Nie każdy ma dobre wzorce i potrafi rozmawiać o tak trudnych sprawach. Uczelnia medyczna powinna nauczyć, jak radzić sobie w takich sytuacjach. Nie wolno mówić: nic już nie możemy zrobić. Taki komunikat może wywołać większą traumę niż o 30-40 proc. gorsze rokowania.

Na problemy, z jakimi zmagają się lekarze w opiece paliatywnej, zwróciła uwagę mgr Magdalena Mikulska z Puckiego Hospicjum. – Przyjechałam tu zainspirowana rozmowami z młodymi lekarzami – powiedziała na wstępie. Mówi się głównie o tym, żeby pacjent był zaopiekowany. Niewiele mówi się o lekarzu. A umiejętność komunikacji w medycynie paliatywnej, której młodym ludziom często brakuje, jest dla nich jak dla innych lekarzy skalpel czy stetoskop. Nikt nie zastanawia się, co czuje lekarz przed wejściem do gabinetu, gdy ma przed sobą kilka trudnych rozmów. Przekazując złą diagnozę, jest katem czy przewodnikiem? W zależności od tego, jak odpowie sobie na to pytanie, przebiegać będzie rozmowa z pacjentem. A kiedy jest przeciążony pracą i od sześciu godzin nie jadł ani nie był w toalecie – o czym myśli? Niezaspokojone potrzeby mogą mieć realny wpływ na kontakt z chorym. Również nieuświadomione emocje. Małżeństwa lekarzy przodują w statystykach rozwodów.

EMOCJE I WYPALENIE

Skąd się biorą emocje? Z umysłu. Jest fakt/sytuacja – potem myśl – następnie emocja – a po niej zachowanie. Mózg jest ślepy, tworzy wyobrażenia na podstawie języka, którym człowiek się posługuje. – Zdrowy mózg nie odróżnia rzeczywistości od tego, co się dzieje w języku – wyjaśniała mgr Marta Banout z Zakładu Psychologii Zdrowia i Jakości Życia Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach. Według niej nie ma złej nadziei. – Nadzieja nie jest przekonaniem, że coś się zdarzy, ale że może się zdarzyć – podkreśliła. Trudne emocje w kontakcie z pacjentem są czymś naturalnym. Jeżeli zaangażowanie lekarza nie idzie w parze z dbałością o siebie, prowadzi go do odcięcia się, wypalenia. Lekarz musi pamiętać, że wpływa na wiele rzeczy, ale nie nad wszystkim ma kontrolę. Nieprzywiązywanie się do wyniku to zdrowa nadzieja, a świadomość własnych emocji sprawia, że łatwiej sobie z nimi poradzić.

Dr Martyna Borowczyk z Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu przywołuje studentów, którzy na pytanie „dlaczego medycyna?”, odpowiadają – „żeby nadać życiu sens”. Są pełni ideałów, empatyczni, oddani, wymagający od siebie. – Obyśmy nigdy tego w nich nie zgubili, a jedynie wzmocnili, dali narzędzia i siłę. To ważne zadanie nauczycieli akademickich i całego procesu kształcenia – uważyli. I zauważa, że przed studentami i młodymi lekarzami sporo wyzwań i systemowych zagrożeń. A przecież wypalić mogą się tylko ci, którzy płoną. 

Serdecznie dziękuję za wszelkie wpłaty, dzięki którym możemy pomagać naszym podopiecznym – Koleżankom i Kolegom, którzy znaleźli się w trudnej sytuacji życiowej. Prosimy o wsparcie nawet bardzo symboliczną kwotą – razem możemy sprawić, że czyjś los choć trochę się odmieni.

Ogromnie dziękuję za datki, które do nas napływają z całej Polski: Lublina, Warszawy, Mielca, Legnicy, Grodziska Mazowieckiego, Inowrocławia, Gdańska.

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

Stomatologia oparta na faktach (cz. 2)



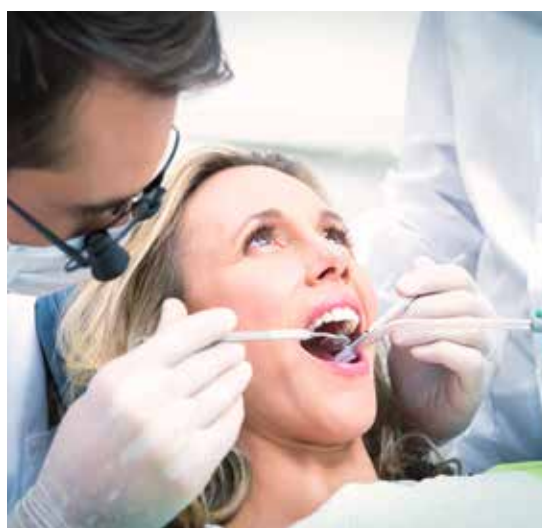
**Marta
Cześnikiewicz-Guzik**
Kierownik Zakładu
Profilaktyki i Stom.
Eksperyment. Instytut
Stomatologii UJCM

Dlaczego musimy zadać sobie tyle trudu, aby zaufać wynikom naszej obserwacji, czy dane leczenie jest korzystne dla pacjenta, czy dany lek działa i nie ma poważnych skutków ubocznych? Wiedza oparta na obserwacji jednostkowych przypadków jest obciążona błędami.

Aby uczynić medycynę bardziej bezpieczną, a wyniki wiarygodnymi, potrzebujemy wyeliminować z naszych obserwacji tak zwane czynniki zakłócające (confounding factors) – które działają jednocześnie na zjawisko, które obserwujemy i które działają jednocześnie na obserwowane zjawisko i mogą wpłynąć na wyniki naszej obserwacji, niezależnie od badanego aspektu.

I tak przykładowo testujemy nowy lakier do zębów z substancją chroniącą przed próchnicą, nadwrażliwością i erozją szkliwa. Jeśli grupę badaną będą stanowić studenci stomatologii, a grupa kontrolna pacjentów będzie rekrutowana spośród pracowników okolicznej fabryki, to fakt, iż grupy te różnią się wiekiem oraz wiedzą na temat zapobiegania próchnicy i erozji zębów, może istotnie wpłynąć na wynik obserwacji.

Może się zdarzyć, że testowany lakier nie zmniejsza ryzyka próchnicy, lecz



inne czynniki powodują, że w obserwowanej grupie znajdujemy mniej próchnicy. Powyższy przykład obrazuje, iż nierównowaga czynników zakłócających w porównywanych grupach wypacza obserwację – gdyby w żadnej z grup nie stosować leczenia, to i tak moglibyśmy zaobserwować różnicę w występowaniu określonego stanu klinicznego^[1].

Aby zminimalizować wpływ czynników zakłócających na naszą obserwację, musimy przydzielać pacjentów do grupy badawczej i kontrolnej, opierając się na kompletnym przypadku – najczęściej losując kartkę z nazwą grupy lub korzystając z programu komputerowego – co nazywamy procesem randomizacji pacjentów do grup – od angielskiego słowa „random” – przypadkowy. Jeśli dokonali byśmy randomizacji pacjentów w badaniu naszego lakieru – istnieje małe prawdopodobieństwo, że w jednej grupie znaleźli się tylko studenci stomatologii, a w drugiej pracownicy fabryki. Możemy jednak tę ewentualność całkowicie wykluczyć, włączając do badania większą liczbę pacjentów. Jeśli w badaniu lakieru będzie uczestniczyło czterech pacjentów – dwóch studentów, dwóch pracowników fabryki – to może się zdarzyć, że przypadkowo wylosujemy ich przydział do grup tak, że studenci będą stanowili jedną, a pracownicy drugą grupę. Jeśli do badania zrekrutujemy 100 studentów i 100 pracowników fabryki – to z rachunku prawdopodobieństwa wynika, że jest niemożliwe, aby studenci i pracownicy nie byli przemieszani w grupach.

Drugim ważnym aspektem prowadzenia randomizowanych badań klinicznych jest sprawdzenie, czy

TYLKO STOMATOLODZY MOGĄ POSTAWIĆ ISTOTNE DLA NAS PYTANIA KLINICZNE, A NASTĘPNIE ZEBRAĆ WIARYGODNE DANE, KTÓRE MOGŁYBY NAM JEDNOZNACZNIE NA NIE ODPOWIEDZIEĆ. NIKT NAS W TEJ DRODZE DO PRAWDY NIE ZASTĄPI ANI NIE WYRĘCZY.

wnioski o funkcjonowaniu danego systemu biologicznego, na którym opiera się działanie nowego leku lub interwencji medycznej, nie są obarczone błędem. Organizm ludzki jest bardzo złożonym mechanizmem – rozumowanie, że tak jak w sztucznych warunkach laboratorium substancja A będzie metabolizowana do substancji B, nie jest zawsze prawdą, ponieważ w skutek innych procesów może przemienić się w substancję C. Doskonałym przykładem na to jest historia witaminy E. Jest to szeroko dostępna substancja antyoksydacyjna, zmiatająca wolne rodniki, które są szkodliwe dla naszego organizmu, szczególnie dla układu sercowo-naczyniowego. Dlatego sformułowano hipotezę, iż wysoka suplementacja pacjentów witaminą E powinna mieć ochronny skutek i zapobiegać rozwojowi chorób sercowo-naczyniowych. Rozumowanie to było tak oczywiste, iż przez długi okres nie prowadzono żadnego badania klinicznego, potwierdzającego korzystny wpływ witaminy E na układ sercowo-naczyniowy. Z czasem duże badania kliniczne (HOPE, SPACE) pokazały brak ochrony, a nawet znamieny wzrost śmiertelności w grupie pacjentów suplementowanych wysokimi dawkami witaminy E^[2]. Po głębszej analizie wykazano, iż witamina E przekształca się pod wpływem działania wolnych rodników w bardzo aktywny rodnik tokoferolowy, który dodatkowo zwiększa stres oksydacyjny w naszym organizmie, zamiast go zmniejszać. Hipoteza, która wydawała się oczywista w teorii, dzięki EBD została zweryfikowana jako błędna.

Rozumiemy więc konieczność poszukiwania „dowodów” w naszej pracy klinicyści. Jednak problemem jest, na których danych się oprzeć, które badania są lepszej, a które gorszej jakości. I tu znowu przychodzi nam z pomocą evidence based medicine, opisująca hierarchię ważności badań, ze względu na sposób ich

ROZUMIEMY KONIECZNOŚĆ POSZUKIWANIA „DOWODÓW” W PRACY KLINICYSTY. PROBLEMEM JEST JEDNAK, NA KTÓRYCH DANYCH SIĘ OPRZEĆ, KTÓRE BADANIA SĄ LEPSZEJ, A KTÓRE GORSZEJ JAKOŚCI.

prowadzenia. Jak wcześniej pisałam, najsilniejsze dowody pochodzą z randomizowanych badań klinicznych prowadzonych na dużej liczbie pacjentów, aby zminimalizować działanie czynników zakłócających. Jeśli takie badania nie są dostępne, możemy się oprzeć na badaniach obserwacyjnych: kohortowych lub kliniczno-kontrolnych. W wypadku braku tego rodzaju analiz, pozostają nam opisy przypadków i opinie ekspertów w danej dziedzinie^[3].

W stomatologii ciągle borykamy się z małą liczbą randomizowanych badań klinicznych. Wynika to z wielu aspektów naszej dziedziny: leczenie przebiega zazwyczaj w małych, rozsianych, prywatnych ośrodkach, badania kliniczne w stomatologii są w niewielkim stopniu finansowane z wydatków na służbę zdrowia, ale również z braku aktywności samych stomatologów w uczestniczeniu czy organizowaniu badań klinicznych. Dlatego musimy uświadomić sobie, że rozwój stomatologii opartej na faktach jest w naszych rękach. Tylko stomatolodzy mogą postawić istotne dla nas klinicznie pytania, a następnie zebrać wiarygodne dane, które mogłyby jednoznacznie na nie odpowiedzieć. Nikt nas w tej drodze do prawdy nie zastąpi ani nie wyręczy.

Można się jednak zastanowić, nawet jeśli rzesze stomatologów ruszą do pracy i przeprowadzą wiele żmudnych badań klinicznych odpowiadających na istotne pytania i dylematy każdego klinicysty, kto z nas ma czas po długim dniu ciężkiej pracy, spędzać godziny, przeszukując medyczne bazy danych, ocenić jakość dostępnych artykułów i wyników, po czym wysuwać ostateczne konkluzje?

Na to również stomatologia oparta na faktach znalazła rozwiązanie. Istnieją instytucje, które zatrudniają ekspertów z dziedziny badań klinicznych, aby śledzili publikowaną literaturę i sporządzali opracowania wyników w dostępny dla nas sposób – przykładem takim jest Cochrane Database of Systematic Reviews. Działają specjalnie zaprojektowane dla klinicystów wyszukiwarki, które w dostępny sposób selekcjonują i pokazują dane na temat interesującego nas zagadnienia klinicznego, np. TRIP (turning research into practice). Opracowania wyników są też dostępne w poświęconych EBD czasopismach stomatologicznych, np. „Evidence Based Dentistry”. Na terenie Polski zaczynają się rozwijać podobne inicjatywy, jak program „Choosing Wisely”, które w oparciu o dostępne badania kliniczne i zespoły ekspertów próbuje stworzyć pierwsze ogólnopolskie rekomendacje postępowania klinicznego.

Jak widzimy, stomatologia oparta na faktach rozwija się dynamicznie i wnosi wiele pozytywnych aspektów do naszej pracy klinicznej. Co więcej, w przeciwieństwie do opinii wielu, nie jest to dziedzina, która odciąga nas od człowieczeństwa naszego pacjenta, zmieniając naszą pracę w algorytm danych, ale pożyteczne narzędzie, pomocne w diagnostyce i leczeniu. Dodatkowo, nie jest to narzędzie czasochłonne, ze względu na dostępność skrótowych opracowań najnowszych wyników. W chwili obecnej najważniejsze jest otwarcie się samych stomatologów na tę dziedzinę, aby zrozumieć konieczność jej rozwoju oraz korzystać z jej dobrodziejstw. ☺

FAKT

W stomatologii ciągle borykamy się z małą liczbą randomizowanych badań klinicznych.

1. Gajewski P., J.R., Brożek J., Podstawy EBD. 2008. 1(1).

2. Lonn, E., et al., Effect long-term vitamin E supplementation on cardiovascular events and cancer: a randomized controlled trial. JAMA. 2005. 293(11): p. 1338-47.

3. 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.

Stanisław Lem

— czego Wam nie powiem

Wydawało by się, że biografia Stanisława Lema – najczęściej tłumaczonego polskiego pisarza science fiction, futurologa i filozofa – nie skrywa już żadnych zagadek, od kiedy udzielił dwóch wywiadów rzek, napisał książkę autobiograficzną, opublikowano kilka tomów jego korespondencji oraz ukazały się wspomnienia jego syna – Tomasza Lema.

✪ **MARIA CIESIELSKA** PRZEWODNICZĄCA SEKCJI HISTORYCZNEJ OIL W WARSZAWIE

Jednak w 2016 r. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza wydało monografię Agnieszki Gajewskiej „Zagłada i gwiazdy. Przyszłość w prozie Stanisława Lema”, a w 2017 r. Wydawnictwo Czarne – książkę Wojciecha Orlińskiego „Lem. Życie nie z tej ziemi”.

Dzięki obydwu pozycjom wydawniczym prywatne życie tego wybitnego pisarza po raz kolejny zostało odkryte dla czytelników, mimo że główny bohater zawsze bardzo chronił swoją prywatność i sam decydował, co chciał ujawniać. Dla nas interesujący jest fakt, że Lem studiował medycynę i niewiele brakowało, aby został lekarzem – tak jak jego ojciec dr Samuel Lehm czy wuj dr Gecel Wolner.

Stanisław Lem urodził się 12 września 1921 r. we Lwowie, w żydowskiej rodzinie lekarza Samuela Lehma



▲ Stanisław Herman Lem w 1966 r.

STANISŁAW LEM BYŁ, ZDANIEM KOMISJI BADAJĄCEJ ILORAZ INTELIGENCJI U ÓWCZESNYCH GIMNAZJALISTÓW, NAJINTELIGENTNIEJSZYM DZIECKIEM W POŁUDNIOWEJ POLSCE. PRAGNAŁ STUDIOWAĆ BUDOWĘ MASZYN NA POLITECHNICE LWOWSKIEJ.

i Sabiny Wolner. Samuel Lehm był laryngologiem, sekretarzem Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego we Lwowie oraz członkiem Towarzystwa Rygorystów – pierwszej na ziemiach polskich żydowskiej organizacji studenckiej o charakterze samopomocowym. Ojciec Lema był asystentem prof. Antoniego Jurasza prowadzącego uniwersytecką Klinikę Otolaryngologiczną. Leczył i pracował naukowo. W „Polskiej Bibliografii Lekarskiej” Konopki odnaleźć można wiele artykułów jego autorstwa, ale moją uwagę zwrócił szczególnie ten napisany w 1928 r. wspólnie z Ludwikiem Fleckiem i opublikowany w „Wiadomościach Lekarskich”. Dziś jego tytuł brzmi raczej niezrozumiale – „Rzadki przypadek wtórnej wakcyny na języku”, ale wówczas powikłania po szczepieniu ospy prawdziwej były zapewne codziennością. I chociaż kontakty dr. Samuela Lehma z dr. Ludwikiem Fleckiem miały, jak mówił Stanisław Lem, raczej „charakter oficjalno-medyczny”, to warto wiedzieć, że Fleck chociaż znany dziś głównie jako filozof nauki, to podczas wojny opracował alternatywną szczepionkę przeciw tyfusowi plamistemu, pozyskiwaną z moczu ozdrowieńców.

Stanisław Lem był, zdaniem komisji badającej iloraz inteligencji u ówczesnych gimnazjalistów, najinteligentniejszym dzieckiem w południowej Polsce. Pragnął studiować budowę maszyn na Politechnice Lwowskiej. Już po wybuchu wojny wstąpił pod wpływem rodziców na Wydział Medyczny Uniwersytetu Lwowskiego, i podobnie jak wcześniej jego starszy kuzyn Jan Marian Heschel – znany po wojnie jako Hemar – studiów medycznych nie ukończył. W 1941 r. Niemcy zajęli Lwów, co zmusiło rodzinę Lehmów do ukrywania się na tzw. aryjskich papierach i było równoznaczne z porzuceniem nauki.

Początkowo Lem nosił opaskę z gwiazdą Dawida, ale stosunkowo szybko, dzięki znajomościom ojca, udało im się zdobyć fałszywe dokumenty. Od tego momentu Stanisław był do końca okupacji Janem Donabidowiczem, spawaczem w firmie

Dr STAN SŁAW LEM

OBECNY STAN WALKI Z CHOROBYMI NOWOTWOROWYMI

W

CIĄGU ostatnich stu kilkudziesięciu lat medycyna przemieniła się ze sztuki, jaką była przez wieki, w naukę. Badanie chorób trapiących człowieka opuszczało magiczno-mistyczne podporządkowywanie różnych narządów ciała ruchom gwiazd i planet czy też różnokolorowym zórciom i zaczęło opierać się na zasadzie przyczynowości.

Praca uczonych nad nowotworami nie ustaje. Możemy — na podstawie osiągnięć lat ostatnich — sądzić, że zagadnienie to dojrzało już do ostatecznego rozwiązania i że może nawet żyjące dziś pokolenie pokona tę chorobę, tak tragiczną w skutkach dla jednostki i mającą tak wielkie znaczenie społeczne. Być może niedaleki jest dzień, w którym każdy „bunt komórek” przeciw ustrojowi zakodczy się upragnionym zwycięstwem człowieka.

Rohstofffassung. Do jego obowiązków należało odzyskiwanie surowców wtórnych z rozbitych radzieckich czołgów i samolotów, które Niemcy zwozili na teren lwowskich Targów Wschodnich. Z biegiem czasu narastający we Lwowie terror zmusił Stanisława Lema do ukrycia rodziców, a potem także siebie.

Niemal wszyscy członkowie rodziny Lehmów, Heschelesów i Wolnerów zginęli bądź w trakcie pogromów, bądź akcji w getcie. Ci, którzy dotrwali do wiosny 1942 r., zostali w większości zamordowani w obozie zagłady w Bełżcu. Jak powiedział sam Lem, w filmie dokumentalnym Jerzego Janickiego „A potem zaczęli znikać moi najbliżsi” – wujowie, ciotki, kuzyni...

Sam Lem ukrywał się u państwa Podłuskich w mieszkaniu przy ulicy Zielonej. Z książki Orlińskiego dowiedziałam się, że Lem opuszczał czasem swoją kryjówkę i dzięki temu, że nie wyglądał jak typowy Żyd – przywilej ten był określany mianem tzw. dobrego wyglądu, chadzał do bibliotek, gdzie być może po raz pierwszy zetknął się z amerykańską fantastyką naukową tłumaczoną na język niemiecki.

Gdy cudem ocaleni Lehmowie zamieszkali w 1945 r. w Krakowie, Stanisław podjął rozpoczęte studia medyczne na Uniwersytecie Jagiellońskim. Jak sam mówił, ostatniego egzaminu z ginekologii i położnictwa nie zdawał celowo, aby uniknąć przymusowej służby wojskowej, jaka czekała go po zakończeniu studiów. Ile było w tym prawdy, trudno dziś ocenić. Dr Samuel Lehm nie oponował zbyt. W młodości sam pisywał

wiersze, zatem doskonale rozumiał swojego syna. W rozmowach „Świat na krawędzi” Stanisław Lem opowiadał o karierze medycznej ojca następująco: „... studiował medycynę lat dziesięć... Po piątym czy szóstym roku studiów dziadek zawezwał go i powiedział: Skoro już zacząłeś studia, trzeba je skończyć, potem możesz robić, co chcesz. Ojciec posłuchał...”.

Po dziesięciu latach nauki dr Samuel Lehm uzyskał ostatecznie tytuł doktora wszech nauk lekarskich Uniwersytetu Jana Kazimierza. Stanisław Lem – słynący z zamiłowania do słodczy – tak opisuje w „Wysockim Zamku” dyplom lekarski ojca: „Na dole leżała długa rura blaszana z szerszym zakończeniem, w niej zaś tkwił rulon nadzwyczaj grubego papieru żółtawej barwy, od którego szedł spleciony, czarno-żółty sznur do płaskiej puszczyki, zawierającej jak gdyby maleńki torcik jasnoczerwony, z wypukłościami i napisami. Był to dyplom lekarski ojca, na pergaminie, zaczynający się wzniośle od ogromnym drukiem rozstrzelonych słów SUMMIS AUSPICIIS IMPERATORIS AC REGIS FRANCISCI JOSEPHI..., torcik zaś, który delikatnie raz i drugi napocząłem, ale dalej nie próbowałem, był bowiem niesmaczny, przedstawiał wielką pieczęć woskową uniwersytetu lwowskiego”.

Dzięki przychylności ojca i wbrew woli matki Lem już w trakcie studiów publikował swoje utwory. W 1946 r. w piśmie „Nowy Świat Przyszłość” ukazała się pierwsza nowela pt. „Człowiek z Marsa”, napisana prawdopodobnie jeszcze w okresie, gdy ukrywał się we Lwowie. W trakcie

▲ Zdjęcie z czasopisma „Problemy”, 1952, nr. 1, s. 37. Odnalezione zostało w artykule pt. „Doktor Lem. Anegdoty” Wiktora Jaźniewicza.

studiów napisał publikowane w „Tygodniku Powszechnym” opowiadania oraz słynny „Szpital Przemienienia”, w którym główny bohater Stefan Trzyniecki jest alter ego pisarza. Powieść spodobała się ojcu, który próbował pomóc w jej publikacji, wykorzystując swoje znajomości w świecie wydawców. Niestety, z powodów ideologicznych powieść ukazała się dopiero w 1955 r., czego dr Lehm już nie doczekał. Zmarł rok wcześniej na zawał serca w trakcie załatwiania spraw na poczekaniu.

Lem nie chciał opowiadać o swojej lwowskiej przeszłości wprost. Gdy Stanisław Beres przeprowadzał z nim wywiad rzekę „Tako rzecze Lem”, na pytania o przeszłość okupacyjną pisarz reagował ostentacyjnym zdejściowaniem aparatu słuchowego. Gdy Tadeusz Fijałkowski próbował go o to pytać, wówczas żona pisarza, dr Barbara Lem, poprosiła go, aby nigdy już z mężem na te tematy nie rozmawiał, ponieważ „Staszek nie może po tym spać”. Czynił to zatem nie wprost w swoich książkach, głównie w „Głosie Pana” i „Wśród umarłych”, które są zasyfrowanymi autobiografiami.

Los sprawił, że w 1998 r. Stanisław Lem został wyróżniony tytułem doktora honoris causa na Lwowskim Uniwersytecie Medycznym, w tym samym mieście, w którym doktoryzował się jego ojciec w 1909 r. Choć Lem nazywał Lwów swoją „ojczyzną” i deklarował, iż pozostanie lwowianinem aż do śmierci, rozmyślnie nigdy więcej nie odwiedził rodzinnego miasta. Całe powojenne życie był związany z Krakowem, gdzie został pochowany. Nie wiem, jak bardzo dr Samuel Lehm wierzył w talent pisarski swojego syna i jak mocno go wspierał ani też czy bardzo się gniewał, gdy tamten porzucił studia „tuż przed metą”. Dziś trudno sobie wyobrazić, ile straciłobyśmy, gdyby Stanisław zdecydował się na zdawanie egzaminu z ginekologii i położnictwa... ○

Źródła:

Agnieszka Gajewska, „Zagłada i gwiazdy. Przeszłość w prozie Stanisława Lema”.

Wojciech Orliński, „Tajemnice Stanisława Lema. Co o przeszłości genialnego pisarza mówią jego książki?” Gazeta Wyborcza 31.10.2017.

Wojciech Orliński, „Lem. Życie nie z tej ziemi”, Wydawnictwo Czarne 2017.

Wiktor Jaźniewicz, „Doktor Lem. Anegdoty”, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, 2016.

Zamarzamy



Joanna
Sokołowska

Lekarz pediatra

Beduin podróżował na swoim wielbłądzie. Było bardzo gorąco. Jeździec zauważył jednak, że tym milej chłodzi go ruch pustynnego powietrza, im wielbłąd szybciej biegnie. Zadowolony ze swojego pomysłu, poganiał więc zwierzę coraz bardziej, uzyskując pożądany efekt – szum wiatru w uszach i komfort termiczny. Jednak w samo południe, pod palącym słońcem pustyni, wycieńczony morderczym wysiłkiem dromader padł.

Na Allacha! – załamał nad truchłem ręce Beduin. – Zamarzł!?

Tę anegdotę podarował mi ktoś kilka lat temu. Dziękuję za nią Darczyńcy, bo to i miejsce na to, i czas! A ponieważ dobrem trzeba się dzielić, daję ją Państwu wraz z autorskim komentarzem. Jak żadna inna, oddaje sytuację w polskiej służbie zdrowia. A służba, wiadomo, nie drużba – nikt nie obiecywał, że będzie klimatyzacja, pakiet socjalny i karnet do spa...

Odkąd pamiętam (a pamięć mam jak słoń, nie wielbłąd), wygląda to tak, że jest gorąco, kresu drogi nie widać lub jest on mglistą fatamorganą. Tak zwany „system” lekarze ciągną na swoich barkach

i podpierają różnymi innymi częściami lekarskiego ciała. Poganiacze różnych proveniencji wymyślają tymczasem sposoby, jak zwiększyć ich (lekarzy – Boże broń! – nie poganiaczy), efektywność.

Dywagacje na temat tego, kim są innowacyjnie uzdolnieni Beduini, pozostawiam Państwu na długie zimowe wieczory. Zapewniam – możliwości jest co najmniej kilka, w zależności od tego, na jaką formę zatrudnienia w rodzimym sektorze zdrowia się zdecydowaliśmy. Do rozwiązań ekstremalnych, a godnych podkreślenia, zaliczyłabym oczywiście sytuację samozatrudnienia. Wydaje się, że arsenał środków przymusu – gdy sami dla siebie jesteśmy i wielbłądem, i poganiaczem – to prawdziwe „niedole cnoty”.

Jak świat światem, powszechnie wiadomo, że sposoby perswazji są zasadniczo dwa – metoda marchewki i metoda kija.

Ta pierwsza, stosunkowo prosta do zastosowania, ma jednak słabe strony. Nie jest niczym odkrywczym, że do wytężonej pracy mobilizuje najlepiej obietnica sowitej zapłaty lub obietnica zapłaty w ogóle. Perspektywa zaś zaspokojenia najbardziej perwersyjnych, konsumpcyjnych pragnień, może skusić każdego (nie tylko pazernego łapiducha) do wykrzesania najgłębiej skrywanych pokładów energii. Jest jednak pułapka... Istnieje ryzyko, bardzo wprawdzie teoretyczne, że nastąpi taki moment, że nawet tym najbardziej pazyrnym już niczego więcej nie będzie potrzeba.

Dzięki rozsądnej polityce finansowej w resorcie ochrony zdrowia przez ostatnie dwadzieścia pięć lat nigdy do tego nie dopuszczono!

Poganiacze opowiadali jednocześnie na lewo i prawo (raz zresztą z lewa, a raz z prawa) o swojej szczodrości – ba wręcz rozrzutności! – sprytnie podsycając nastroje lechickiej zawiści o to, co sąsiad (z oddziału za miedzą lub ościennego NZOZ-u) ma, a czego nie chce pokazać. Działało!

^ Nabieraliśmy tempa, nie zważając na to, że jest nas coraz mniej i jesteśmy coraz starsi.

NA SYTUACJE PODBRAMKOWE ZACHOWANO NASZ NADWIŚLAŃSKI WYNALAZEK – WYSTARCZYŁO DO DEFINICJI PRACY SPRYTNIE WPLEŚĆ WSPÓŁCZYNNIK ETOSU, HONORU, OJCZYZNY I/LUB UŁAŃSKIEJ FANTAZJI, BY JEJ WARTOŚĆ PRZESTAŁA PODLEGAĆ JAKIMKOLWIEK PRAWOM FIZYKI I EKONOMII.

BAT

– używano go sporadycznie, z rozmysłem i raczej w celach dydaktycznych.



Jeśli nie pieniądze, to może zaszczyty! Podtrzymywana przez lata wiara w to, że tylko wybitne jednostki mogą unieść na swoich barkach taką odpowiedzialność, czyni cuda. Szlachetne zdrowie, nad które nie masz nic lepszego ani droższego, spija z ust wieszczka każde polskie pacholę. A gdy tylko spije, nie marzy o niczym innym niż o tym, by w przyszłości stać się tego zdrowia szafarzem. Marzenia te są zaś przekazywane z pokolenia na pokolenie, a jak mawiał klasyk, „gena nie wyrwiesz!”. Taki medyczny fenomen...

Na sytuację podbramkową zachowano nasz nadwiślański wynalazek – wystarczyło do definicji pracy sprytnie wpleść współczynnik etosu, honoru, ojczyzny i/lub ułańskiej fantazji, by jej wartość przestała podlegać jakimkolwiek prawom fizyki i ekonomii. Wiadomo – bogowie...

Gdy tak się nad tym zastanowić, kijem machano nam przed nosem często, ale mało dotkliwie. Bata używano sporadycznie, z rozmysłem i raczej w celach dydaktycznych. Wiadomo, wielbłąd ukarany nie za bardzo nadaje się do dalszej podróży. Ważne jednak, żeby nie poczuł się w swej roli zbyt pewnie. Kontrakt, umowa, wykonania i nadwykonania, kontrole, certyfikaty, warunki i katalogi kar

– jakże mobilizująco przez lata działały te słowa!

W poczuciu – z jednej strony – misji, a z drugiej, dość niewygodnej opresji, nasza niewielka lekarska karawana mknęła dotychczas, popędzana ku mglistym celom. Nabieraliśmy tempa, nie zważając na to, że jest nas coraz mniej i jesteśmy coraz starsi. Furda granice rozsądku i wydolności! Doba ma 24 godziny, a tydzień 7 dni. Dla forsy i/lub w imię wielbłądziej solidarności!

Aż stało się coś, czego poganiacze nie przewidzieli.

Stare wielbłądy opadły z sił, młodych jest za mało i nie chcą biec do utraty własnego życia lub zdrowia. Uciekną. Te, które nie mają już sił uciekać – no cóż...

Ktoś zawołał ostrzegawczo, że chyba zamarzamy...

I jak w przytoczonej na wstępie dykteryjce, choć rozpoznanie może nie jest zbyt trafne – w ostatecznej ostateczności trzeba będzie napisać: „niewydolność wielonarządowa”.

Od 9 stycznia mamy nowego poganiacza. Wszyscy liczymy na to, że usłyszał wołanie i – zważwszy na swoją specjalność lekarską – będzie umiał resuscytować wielbłąda. ☺

Záznamník zdravotníka



Artur Andrus

Satyryk

Teraz można mieć wszystko, co się tylko zamarzy.
Nie ma takiej rzeczy, której by się w internecie nie dało
kupić ukochanej osobie na Gwiazdkę czy urodziny.

Czołg? Proszę bardzo! Chce mieć dzie-
więtnastowieczny austriacki wózek
dziecięcy dla trojaczków? Nie ma sprawy!
Podczas jakiegoś rodzinnego spo-
tkania, z zachwytem opowiadałem
o starym czeskim aucie. I stało się. Pod choin-
ką znalazłem... czechosłowacką apteczkę samo-
chodową z lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku.

W środku jest już niewiele: agrałki, pinceta (na część pewnego rządowego programu społecznego nazywana w moim domu „pińcsetą”), dwie chusty trójkątne (Šátek trojčipý), ustnik do wykonywania sztucznego oddychania (Rouška pro dýchání z plic do plic) i coś, co mnie wzruszyło najbardziej – mała książeczka „Záznamník zdravotníka Československého červeného kříže” („Notatnik ratownika Czechosłowackiego Czerwonego Krzyża”). Przejrzałem. Okazuje się, że każdy udzielający pomocy przy pomocy tej apteczki musiał po jej udzieleniu (bo mam nadzieję, że nie przed albo w trakcie) wpisać dokładnie: gdzie ratował, kogo, jak, ile i jakie środki zużyto podczas akcji. I podpisać się. Taki porządek pannał! Dlaczego tak mnie wzruszył „Záznamník...”? W tym moim nie było żadnych wpisów, ale wyobraziłem sobie, że dokładnie taki sam wypełniał, ratując kogoś na drodze, doktor Sova, bohater serialu „Szpital na peryferiach”. Że rouška pro dýchání z plic do plic na pewno wielokrotnie mu się przydawała. Może i pinceta (niepodpisana, nie mogę powiedzieć, jak się nazywa po czesku) pomogła komuś wyjść z opresji?

Wywołane czechosłowacką apteczką samochodową wspomnienie telewizyjnego serialu, który z zapartym tchem oglądałem w dzieciństwie, zachęciło mnie do wyciągnięcia wniosków na przyszłość. Pamiętam, że my, mieszkańcy bieszczadzskich wsi, z zachwytem

patrzyliśmy wtedy na wyposażenie tamtego szpitala. Nasze, ten w Lesku czy Ustrzykach Dolnych, mimo że też na peryferiach, wcale tak nie wyglądały. Od przyjaciół Czechów i Słowaków dowiedziałem się później, że oni też patrzyli z zachwytem, nie wierząc, że takie szpitale istnieją w ich kraju. A co my wszyscy, obywatele tak zwanego bloku wschodniego, musieliśmy czuć, oglądając „Klinikę w Schwarzwaldzie”? Nie wiem, czy emisja tego serialu w jakimś stopniu nie przyczyniła się do upadku komunizmu w tej części świata. Byliśmy przekonani, że wystarczy pogonić to całe towarzystwo i będziemy mieli tak samo.

W celach badawczych obejrzałem jeden odcinek współczesnego polskiego serialu, którego akcja rozgrywa się w szpitalu. Oj, chyba też coś za ładnie. Ale może tego typu produkcje telewizyjne powinny dawać nadzieję? No to produkujmy filmy pokazujące, że jest coraz lepiej – na przykład przez porównanie do stanu medycyny w czasach schyłkowego Władysława Łokietka. A jeżeli ma być współcześnie, to żeby nie powodować niepotrzebnej frustracji, odnośmy się do innych krajów. I wymieniamy się. Niech polska telewizja wyświetla serial, którego bohaterami będą lekarze pracujący w małym litewskim szpitalu. A nasi, luksusowym wyposażeniem powiatowych szpitali, niech zachwycają widzów telewizji słowackiej. Wtedy każdy będzie mógł sobie spokojnie westchnąć: „Ech, kiedyś też tak będziemy mieli”. Tylko warto ostrzec wszystkich najważniejszych, że jak będzie to trwało za długo, to się naoglądamy jakiegoś szwajcarskiego serialu i wtedy... Swoją drogą, ciekawe, czy kiedykolwiek dojdziemy do takiego stanu, że Szwed wzruszy się, zaglądając do wnętrza starej polskiej apteczki samochodowej i uśmiechnie się, łamiąc język podczas czytania nazwy: ustnik do sztucznego oddychania? ☺

Kardiochirurgia

(fragmenty)



**Karolina
Kociszewska**

Laureatka konkursu
„Przychodzi wena
do lekarza” (2017)

„Bo gdy mówi serce, muzyka milknie, a słowa błędą...”

Nina Reichter

Listopad. 6.00 rano. Świdrujący dźwięk budzika wybudzający ze snu. Na granicy świadomości włączam ekspres i zapach świeżo palonej kawy przywraca mnie do rzeczywistości. Rano zastawka aortalna i wymiana aorty wstępującej, po południu bypasy. Myślę intensywnie o przebiegu dnia. Jadę do szpitala, wokół jeszcze panuje półmrok, ale ja podniekscytowana tym, co mnie czeka, nie zwracam na nic uwagi. Wkraczam na oddział. To taki magiczny moment przekroczenia literalnie i metaforycznie przeszklonych drzwi, za którymi czekają pacjenci. Przepelnieni strachem, niepewnością, a równocześnie ufni i oddający istotę swego życia w nasze ręce. Zabieram dokumentację z konsoli pielęgniarskiej, sala 611, 80-letni staruszek niepewnie siedzi na brzegu łóżka i z ewidentną niecierpliwością czeka. „Pani doktor, boję się, może nie powinienem się zgadzać na ten zabieg. Mam 80 lat, żonę, która jest porażona od pasa w dół, nie mamy dzieci, nikt nie jest w stanie nam pomóc, czy właściwie robię, godząc się na ten zabieg?”. Natłok pytań, wypowiedzianych jednym tchem i wpatrzone we mnie lekko przeszklone oczy. Mam świadomość, że od mojej odpowiedzi bardzo wiele zależy. Jak trudnym jest znaleźć właściwe rozwiązanie. Jak sędziwy staruszek po przecięciu mostka i wielkiej operacji kardiochirurgicznej będzie w stanie pomagać żonie z paraplegią? Równocześnie wiem, że choroba sieje mnóstwem symptomów, a aorta jest na granicy perforacji. Staram się znaleźć słowa otuchy. Jednak to wszystko wydaje się błahe i niestosowne. Staruszek podpisuje zgodę. Jest uśmiechnięty i pełen nadziei.

Godzina 9.00: otwieram szafirowe drzwi śluzu, ubieram codzienny zielony strój operacyjny, wchodzę na blok. Blok operacyjny ma w sobie coś nieuchwytnego, specyficzną atmosferę, która uzależnia. Kto raz tego zakosztuje, już nigdy nie przestanie próbować. Dzisiaj sala nr II. Staruszek leży na łóżku operacyjnym, anestezjolog powoli wstrzykuje biały płyn – propofol. Słyszę ich rozmowę i pierwszy raz muszę wyjść z sali, bo łyzy same napływają mi do oczu. Czekam aż staruszek zaśnie.

Myjemy się do zabiegu. To ostatni moment na przemyślenie przebiegu operacji, skupienie.

Patrzę na swoje odbicie w lustrze, mierzę się sama ze sobą. Wielu chirurgów twierdzi, że ten moment to obrazowanie samego siebie, wejście w głąb swojej duszy. Prozaiczne zmywanie drobnoustrojów z dłoni i przedramion stanowi swoiste katharsis – oczyszczenie ciała i ducha, zanim dotkniemy istoty życia pacjenta. Nasze ciała i umysły winny być czyste, wolne od zbędnych myśli, problemów, spraw dnia codziennego. Skalpel poproszę. Nacinam od wcięcia szyjnego mostka, aż do końca wyrostka mieczykowatego. Koaguluję krwawiące naczynia. Biorę piłę, przecinam mostek. Nacinam worek osierdziowy i moim oczom ukazuje się serce. Biję mocno, miarowo, jest jak jego właściciel, pełen siły i determinacji mimo przeciwności losu. Każdy najmniejszy kardiomiocyt wykonuje heroiczną pracę, jony wapnia harmonijnie wypływają z retikulum endoplazmatycznego. Włókna aktywności i miozyny rytmicznie przesuwają się względem siebie. Skurcz. I kolejny. Impuls elektryczny biegnie od węzła zatokowo-predsionkowego trzema szlakami: Bachmana, Wenckebacha i Thorela. Kolejna stacja – w prawym przedsionku w obrębie tzw. trójkąta Kocha węzeł przedsionkowo-komorowy. Potem jeszcze pęczek Hisa, jego dwie odnogi, wreszcie włókna Purkiniego. I od początku. Ad infinitum. Wydaje się to być syzyfową pracą, a właściwie jest sensem istnienia. Dzięki temu krew wyrzucana jest na obwód, dociera do najdrobniejszych kapilar mózgu, nerek, wątroby, jelit.

Kaniulujemy. Jedna kaniula tkwi w aorcie, druga poprzez uszko prawego przedsionka penetruje jego wnętrze. Przemyka pomiędzy beleczkami. Zakładamy kaniulę do kardioplegii. Nią podajemy roztwór krwi z potasem, którym zatrzymujemy serce w diastole na czas zabiegu. Gdy pierwszy raz jeszcze jako studentka 3. roku medycyny trafiłam na kardiochirurgię, byłam niezwykle zafascynowana faktem zatrzymania serca, literalnie, przez kardiochirurga, aby następnie wznieść w nim ogień pracy i przywrócić je do rytmicznego, jeszcze bardziej żywotnego bicia. Niczym pan życia i śmierci.

[...]



Więcej na w
www.gazetalekarska.pl

Na dłużej



Agata
Morka

Historyk sztuki

Recept na długowieczność jest wiele: niektórzy zrywają się bladym świtem, by pobiegać po parku, inni przed spaniem raczą się kieliszkiem dobrego czerwonego wina. Wszyscy chcemy zostać tu na dłużej. Bo jeszcze jeden rok, jedno święta, bo jeszcze tyle do zobaczenia i przeżycia.

Niewielu przekracza magiczną granicę setki, tym bardziej w dobrym zdrowiu. Jednym z takich fenomenów był Peter Garden z Aberdeenshire w Szkocji. Zmarł 12 stycznia 1775 r., przeżywszy na szkockich łąkach 131 lat. Nie wiele wiadomo o jego życiu. Wiemy na pewno, że był nadzwyczaj wysoki. Najprawdopodobniej parał się rolnictwem. Ponoć wyglądał tak młodo, że jego syna brano za starszego od niego. Peter do końca swoich lat cieszył się dobrym zdrowiem.

Powstało kilka jego portretów, niektóre z nich przedstawiają samą twarz, inne, jak ta rycina, pokazują pełną postać wśród szkockiego pejzażu. Rycina przedstawia Petera w kwiecie wieku, prawdopodobnie gdy miał około czterdziestu lat. Potężny mężczyzna siedzi na kamieniu, w pozycji tak pewnej, jak i zrelaksowanej. Długie włosy okalają dość młodą jeszcze twarz. Peter ze śmiałością patrzy prosto w oczy widza.

Nie ma medycznych rejestrów, które wytłumaczyłyby jego długo-

▼ Rycina: Peter Garden, lat 131. Wellcome Collection.

wieczność. Czy była to aktywność fizyczna związana z ciężką pracą, czy szczególna dieta, czy też rześkie szkockie powietrze? Patrząc na jego twarz na rycinie, lubię zatrzymać się na jego uśmiechu, unoszącym zmarszczone policzki i zmieniającym oczy w dwie szparki. I lubię myśleć, że może to właśnie ten uśmiech, jakby nieco zawadiacki, ta jego ciepła pogoda może być jego sekretem. Śmiech bowiem, bardziej niż jogging czy najlepsze czerwone wino, pomaga przeżyć wszystko. ☺

obraz A



obraz B





Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na
bladmalarski@gazetalekarska.pl
do 12 lutego 2018 r.

W temacie maila należy wpisać GL02.
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” 12/2017

OBRAZ ORYGINALNY: A

SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY

1. Zmiana nazwy fontanny Eskulapa na fontannę Higiea.

Higiea była jedną z córek Eskulapa i często pokazywani są razem, jako uzupełniająca się para symbolizująca zdrowie. Umieszczenie jej na plakacie jako patronki leczniczego źródła nie byłoby zatem nieuzasadnione.

2. Dodanie sylwetki Partenonu na górze w tle.

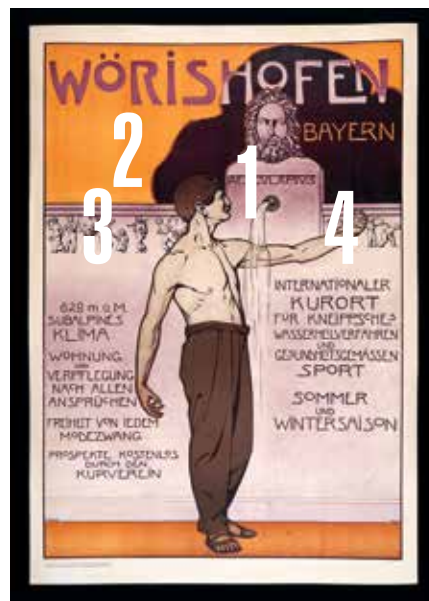
Sylwetka tej świątyni w tle sugerowałaby, że scena, zamiast w Bawarii, rozgrywa się w Atenach, u podnóża Akropolu.

3. Dodanie hełmu na głowie kobiety na fryzie pochylającej się ku dziecku.

Fryz umieszczony w tle plakatu przypomina te ze starożytnej Grecji. Dodanie hełmu na głowie kobiety sugerowałoby, iż mogłaby być ona Ateną, córką Zeusa, boginią mądrości i sztuki wojennej.

4. Dodanie włóczni wyglądającej jak piorun w lewej ręce mężczyzny.

Gdyby mężczyzna trzymał w ręku piorun, stylizacja na starożytną Grecję osiągnęłaby bardzo dosłowny wymiar, piorun bowiem był atrybutem władcy Olimpu, Zeusa.



^ Plakat bawarski reklamujący kurort
Wörishofen, 1902.



NAGRODZONY Z „GL” 12/2017

Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju
otrzymuje **Jolanta Ozdoba-Rot ze Skarżyska-Kamiennej**. Gratulujemy!

XVIII Biesiada Literacka

Tradycyjnie w piątek, 2 marca, w Klubie Lekarza w Łodzi, odbędzie się głośne czytanie utworów poetyckich i prozatorskich napisanych przez lekarzy i lekarzy dentystów, które zostaną ocenione przez krytyka literackiego. Organizatorzy zapraszają Autorów z całej Polski do przysyłania swoich prac na adres biuro@oil.lodz.pl do **12 lutego 2018 r.** Czas indywidualnej prezentacji nie powinien przekroczyć 5 minut. Biesiadę zakończy głosowanie w konkursie publiczności i dziewiąta premiera kabaretu literackiego BĄK. Początek o 17:00.

Więcej informacji na stronie:
www.uppl.pl



Więcej na
www.gazetalekarska.pl

Przychodzi wena do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Profesora Andrzeja Szczeklika
Edycja VII

Jury: Anna Dymna, Waldemar Hładki, Ewa Ułska, Bronisław Maj, Maria Szczeklika, Jarosław Wanecki

W konkursie może wziąć udział każda osoba mająca tytuł lekarza lub lekarza dentysty.

Prace konkursowe będą przyjmowane w 3 kategoriach:

- Poezja
- Proza
- Felieton (kategoria dla biuletynów Okręgowych Izb Lekarskich)

Termin nadsyłania prac konkursowych w kategoriach Poezja i Proza do 28 lutego 2018 roku wyłącznie pocztą elektroniczną na adres: wena@mp.pl. Kategoria Felieton ma odrębny regulamin.

Prosimy o zapoznanie się z regulaminem konkursu dostępnym na stronie internetowej:
www.mp.pl/wena

Informacji udziela:
Anna Wierchowiska-Woźniak
tel. 12 293 42 68, e-mail: wena@mp.pl



PARTNERZY



PATRON MEDALNY

ORGANIZATORZY



medycyna praktyczna

NASZA CZYTELNI • NASZA CZYTELNI • NASZA CZYTELNI • NASZA CZYTELNI • NASZA CZYTELNI • NASZA CZYTELNI • NASZA CZYTELNI • NASZA CZYTELNI • NASZA CZYTELNI •

Opowiadania

Maria Magdalena Człapińska

Tom „Opowiadania” to zbiór kilku utworów podejmujących problematykę egzystencjalną, rozmyślań nad sensem życia, a także odpowiedzialności ze podejmowane decyzje. Autorka, lekarz dentysta ze Zduńskiej Woli, od wielu lat pisze wiersze, opowiadania i teksty krytyczne. Jest laureatką wielu konkursów literackich.



Diabetologia wieku rozwojowego

Redakcja naukowa: Małgorzata Myśliwiec, Przemysław Jarosz-Chobot

Cukrzyca to jedna z najczęstszych chorób przewlekłych u dzieci i młodzieży. Książka zawiera najnowsze wiadomości dotyczące etiopatogenezy, objawów klinicznych, diagnostyki oraz postępowania w poszczególnych typach tej choroby.



Pływanie

XIV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu odbędą się w dniach **26-28 kwietnia** w Dębicy. (O)

Lekka atletyka

24 lutego w Hali Sportowo-Widowskiej „Arena” w Toruniu odbędą się 1. Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkoatletyce. Organizowane będą równolegle z 27. Halowymi Mistrzostwami Polski Weteranów w Lekkiej Atletyce.

Osoby chętne do udziału w mistrzostwach proszone są o kontakt z organizatorem mistrzostw: Julian Pełka, tel. 504 101 375 lub e-mail julekp@onet.pl. (O)



Piłka nożna

W dniach **25-26 listopada** odbyła się XXIII edycja Mistrzostw Polski Lekarzy w Halowej Piłce Nożnej „Mielec 2017”. Zwyciężyła drużyna ZZL Pabianice. (O)



Narty

W dniach **23-25 lutego** w Kalnicy koło Wetliny odbędą się zawody narciarskie okulistów. Impreza będzie się już po raz dwudziesty. Potwierdzeniem udziału jest wpłata w wysokości 250 zł (od osoby) na konto organizatora (94 8642 1155 2015 1509 4737 0001) w nieprzekraczalnym terminie do **15 lutego**. Liczba miejsc ograniczona. (O)

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

Przygody Dzielnego Niedźwiadka Szczepana

Izabela Filc-Redlińska

Warta polecenia rodzicom najmłodszych pacjentów, gdyż pomaga zrozumieć, jak działają szczepienia i dlaczego nie trzeba się ich bać. Bajka powstała w ramach kampanii „Zaszczep się wiedzą”. „Gazeta Lekarska” objęła patronatem tę publikację. Audiobook na stronie www.zaszczepsiewiedza.pl.



Poradnik dyżuranta – pediatria

Redakcja: Piotr Buda, Ryszard Grenda

Ponad 40 tematów dotyczących nagłych problemów klinicznych. Od udzielenia pierwszej pomocy, poprzez wskazania do hospitalizacji po podanie nazw leków i ich dawek w poszczególnych stanach chorobowych, dostosowanych do wieku pacjenta. Książka zawiera też kategoryczne zakazy oraz ostrzeżenia.



Kalendarz wydarzeń KULTURALNYCH i SPORTOWYCH

2018

2 MARCA

XVIII Ogólnopolska
Biesiada Literacka wraz
z premierą ósmego
programu Kabaretu OIL
– BĄK

OIL w Łodzi
Maria Człapińska (42 683 17 01)

KULTURA

18 MARCA

I Ogólnopolska Wystawa
Fotografii Reportażowej
dla Lekarzy „Wywołane
z przeszłości – naświetlone
dla przyszłości” wraz
z Konkursem

OIL w Łodzi
Bogumiła Kempieńska-Miroslawska
(42 683 17 01)

KWIECIEŃ

VIII Ogólnopolski Konkurs
Literacki

OIL w Łodzi
Barbara Szeffer-Marcinkowska
(42 683 17 01)

1–7 MAJA

VI Międzynarodowe
Warsztaty Fotograficzne
Lekarzy Photo Art Medica
2018

OIL w Częstochowie
Krzysztof Muskalski (601 919
619, 34 368 18 88)

17 MAJA

Gala Ogólnopolskiego
Konkursu Literackiego
„Przychodzi wena do
lekarza”

Komisja Kultury NRL i „Medycyna
Praktyczna”
Jarosław Wanecki
Anna Wierchowska-Woźniak
(603 110 978, 663 430 268)

18–20 MAJA

VIII Międzynarodowy
Konkurs Lekarzy
Śpiewających „Musica
mores confirmat”

OIL w Szczecinie
Grzegorz Czajkowski
(91 487 49 36)

20–26 MAJA

XVI Ogólnopolska
Wystawa Malarstwa
Lekarzy z Konkursem

OIL w Łodzi
Andrzej Świąs (42 683 17 01)

26–27 MAJA

Festiwal AVE MARIA

ŚIL w Katowicach
Grzegorz Góral (668 285 173)

20–30 CZERWCA

XVIII Ogólnopolski Plener
Malujących Lekarzy

Komisja Kultury NRL
Włodzimierz Cerański
(602 121 084)

WRZESIEŃ

Tony Zdrowia 2018.
III Spotkania Medycyny
i Muzyki

OIL w Opolu
Marek Kania (604 977 229)

WRZESIEŃ

Gala III Ogólnopolskiego
Konkursu Poetycko-
Literackiego „Lekarze
dzieciom”

LIL w Lublinie
Michał Dudziński (506 807 456)

16–23 WRZEŚNIA

V Ogólnopolski Plener
Ceramiki Artystycznej dla
Lekarzy ORONSK 2018

ŚIL w Katowicach
Stanisław Mysiak (605 256 335)

PAŹDZIERNIK

100 lat Niepodległej
„Chwała Sztuki Lekarskiej”
– koncert

Komisja Kultury NRL
Jarosław Wanecki (603 110 978)

PAŹDZIERNIK

VI Ogólnopolski Plener
Fotograficzny Lekarzy
Kazimierz Dolny 2018

LIL w Lublinie
Dariusz Hankiewicz
(602 465 578, 81 536 04 50)

14 PAŹDZIERNIKA

Spektakl poetycko-
muzyczny „Molekuły
wrażliwości”

OIL w Krakowie i Unia Polskich
Pisarzy Lekarzy
Waldemar Hładki (506 140 505)

14 PAŹDZIERNIKA

Gala IX Ogólnopolskiego
Konkursu Poetycko-
Prozatorskiego „Puls
Słowa”

OIL w Warszawie
Maria Żywicka-Luckner
(604 286 324)

20 PAŹDZIERNIKA

Wernisaż VI
Międzynarodowego
Salonu Fotografii
Artystycznej Photo Art
Medica 2018

OIL w Częstochowie
Krzysztof Muskalski
(601 919 619, 34 368 18 88)

20–21 PAŹDZIERNIKA

XIII i XIV Charytatywny
Koncert Polskiej Orkiestry
Lekarzy w Białogardzie
oraz Koszalinie

Polska Orkiestra Lekarzy
Elżbieta Czechowska
(608 292 023)

21–26 PAŹDZIERNIKA

Ogólnopolska Wystawa
Fotograficzna „Świat
w obiektywie lekarskim”
z Konkursem

OIL w Łodzi
Andrzej Świąs (42 683 17 01)

LISTOPAD

VIII Ogólnopolski Konkurs
Fotograficzny Lekarzy
i Studentów Medycyny
2018

LIL w Lublinie
Krzysztof Sak (505 465 653,
81 536 04 50)

17 LISTOPADA

IV Ogólnopolski Festiwal
Lekarskich Zespołów
Rockowo-Bluesowych
„ESCU LAP ROCK 2018”

W-MIL w Olsztynie
Beata Januszko-Giergielewicz
(609 690 466)

SPORT

6 STYCZNIA

VII Halowe Mistrzostwa
Lekarzy Pomorza i Kujaw
w Tenisie

Bydgoszcz • Bydgoska IL
Zbigniew Kula (606 464 455),
Aleksander Skop (604 267 343)

6–7 STYCZNIA

III Ogólnopolskie
Mistrzostwa Lekarzy
i Prawników w Szachach

Kazimierz Dolny n. Wisłą
• Lubelska IL
Marek Gogacz (502 114 898),
Tomasz Wójcicki (504 114 898)

7 STYCZNIA

XVI Ogólnopolskie
Mistrzostwa Beskidów
Lekarzy w Narciarstwie
Alpejskim

Wisła • Beskidzka IL
Janusz Lewandowski
(606 235 361,
janlewdactor@interia.pl)

18–21 STYCZNIA

I Mistrzostwa Europy
Lekarzy w Narciarstwie
Alpejskim

Szczyrk • Śląska IL
Polskie Stowarzyszenie
Narciarskie Lekarzy
Mariusz Smolik (504 045 609,
mariuszsmolik@gmail.com)

4 LUTY

ZASTĘPCY: 11 LUTY

Rajd Świętej Apolonii

Łąck k. Płocka • OIL w Płocku
Leokadia Pielaszkiewicz-Kobyłska
(24 264 56 46, oilplock@plocman.pl)

23–25 LUTEGO XXI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim „Bystre 2018” <i>Bystre k. Baligrodu • OIL w Rzeszowie</i> <i>Maria Szuher, Krystyna Cyran, Grzegorz Siteń (17 71 77 717, 515 170 815)</i>	24 LUTEGO XI Zimowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Triathlonie <i>Sandomierz • Świętokrzyska IL</i> <i>Jacek Łabudzki (603 914 107, drdjl@op.pl)</i>	24 LUTEGO VII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce (przy XXVII Halowych Mistrzostwach Polski Weteranów LA) <i>Toruń • Kujawsko-Pomorska IL</i> <i>Julian Pełka (504 101 375, julek@onet.pl)</i>	24 LUTEGO I Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce (przy XXVII Halowych Mistrzostwach Polski Weteranów LA) <i>Toruń • Kujawsko-Pomorska IL</i> <i>Julian Pełka (504 101 375, julek@onet.pl)</i>	LUTY <i>(szczegóły na www.mp60.pl)</i> XXII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Narciarstwie Biegowym (CT) <i>Beskidzka IL</i> <i>Maciej Pająkowski (602 177 857)</i>
LUTY ZASTĘPCZY: MARZEC Primaaprilisowy Bieg Lekarzy <i>Jakuszyce • Dolnośląska IL</i> <i>Zbigniew Markiewicz (508 269 901)</i>	2–11 MARCA SNOWMED – Festiwal ZimowySłalom Gigant Lekarzy <i>Austria • OIL w Łodzi</i> <i>Joanna Kosielska (501 587 874)</i>	3–4 MARCA Mistrzostwa Polski Lekarzy w Biegach Narciarskich – dystanse 25 i 50 km (zawody w ramach 42. Biegu Piastów) <i>Jakuszyce • Mirosława Przyłuska (601 784 543)</i>	9–11 MARCA IX Zimowe Igrzyska Lekarskie <i>Zakopane • OIL w Krakowie</i> <i>Maciej Jachymiak (www.igrzyskalekarskie.org)</i>	10 MARCA III Mistrzostwa Polski Lekarzy w Bowlingu <i>Bydgoszcz • Bydgoska IL</i> <i>Marcin Gierach (marcin_gierach@wp.pl)</i>
10 MARCA Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie Stołowym <i>Nowy Targ • OIL w Krakowie</i> <i>Maciej Jachymiak (www.igrzyskalekarskie.org)</i>	23–24 MARCA XVIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Siatkowej w Wieluniu <i>Wieluń • OIL w Łodzi</i> <i>Bogna Kanicka (604 947 486), Mirosław Kanicki (602 516 139)</i>	23–24 MARCA I Mistrzostwa Oldbojów Lekarzy w Piłkę Siatkową <i>Wieluń • OIL w Łodzi</i> <i>Bogna Kanicka, Mirosław Kanicki (602 516 139)</i>	1 KWIETNIA XXI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Biegu na 15 km (w ramach 33. Biegu Sokoła) <i>Bukowiec Górny • Wielkopolska IL</i> <i>Leszek Walczak (601 754 720)</i>	1 KWIETNIA V Ogólnopolskie Mistrzostwa Dolnego Śląska Lekarzy w Squashu <i>Wrocław • Dolnośląska IL</i> <i>Piotr Musik (666 843 614)</i>
14–15 KWIETNIA ZASTĘPCZY: 28–29 KWIETNIA VI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Badmintonie VII Puchar Medyczny „Zdążyć przed lotką 2018” <i>Łódź • OIL w Łodzi</i> <i>Robert Bibik (695 864 973)</i>	20–21 KWIETNIA ZASTĘPCZY: 29–30 CZERWCA XI Mistrzostwa Okręgowych Izb Lekarskich w Golfie <i>Sobienie • Lubelska IL</i> <i>Artur Czekierdowski (606 118 922)</i>	26–28 KWIETNIA XIV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu „Dębica 2018” <i>Dębica • OIL w Rzeszowie</i> <i>Janusz Bieniasz (604 090 587, bienjan@op.pl)</i>	11–13 MAJA XVII Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy w Częstochowie <i>Korty MOSiR Częstochowa • OIL w Częstochowie</i> <i>Lesław Rudziński (601 913 381), Rita Idziak (34 368 18 88), czestochowa@hipokrates.org</i>	11–13 MAJA ZASTĘPCZY: 8–10 CZERWCA XII Ogólnopolski Rajd Konny Lekarzy im. Majora Hubala <i>OIL w Łodzi</i> <i>Wojciech Sędzicki (722 282 750)</i>
17–20 MAJA Oficjalny Złot Otwarcia Sezonu Ogólnopolskiego Klubu Motocyklowego Lekarzy DoctorRiders <i>Sopot • OIL w Gdańsku</i> <i>Bartosz Sławiński (697 067 585, bartosz.slawinski@interia.pl)</i>	19 MAJA Gdański Bieg Lekarzy <i>Gdańsk • OIL w Gdańsku</i> <i>Łukasz Skorupa (502 890 284, skor@umed.edu.pl)</i>	19–20 MAJA XVIII Jurajski Rajd Rowerowo – Kajakowy Lekarzy w Hucisku <i>Orle Gniazdo - Hucisko • OIL w Częstochowie</i> <i>Tomasz Klimza (691 488 383), Rita Idziak (34 368 18 88), czestochowa@hipokrates.org</i>	25–27 MAJA IX Ogólnopolskie Regaty Lekarzy w klasie Puck <i>Puck • OIL w Gdańsku</i> <i>Marcin Szczęśniak (603 696 160), mardent@autograf.pl</i>	27 MAJA XX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Biegu na 10 km (jubileuszowa XX edycja) <i>Bielsko-Biała • Beskidzka IL</i> <i>Maciej Pająkowski (602 177 857)</i>
31 MAJA – 3 CZERWCA XXVIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie „Lexus Cup 2018” <i>OIL w Zielonej Górze</i> <i>Józef Safian (601 511 361)</i>	MAJ Puchar Brazylijskiego Ju-Jitsu Lekarzy <i>Wrocław • Dolnośląska IL</i> <i>Michał Głuszek (606 768 467)</i>	MAJ VII Memoriał Szachowy im. Prof. Romana Bugalskiego w Bydgoszczy <i>Bydgoszcz • Bydgoska IL</i> <i>Maciej Borowiecki (882 114 610, Marbor19@wp.pl)</i>	1–2 CZERWCA ZASTĘPCZY: 8–9 CZERWCA XV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Szosowym <i>Bychawa • Lubelska IL</i> <i>Krzysztof Matras (605 084 016), Mariusz Trus (697 111 238)</i>	1–2 CZERWCA XVIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Golfie <i>OIL w Szczecinie</i> <i>Jerzy Szymczak (501 161 191)</i>
8–9 CZERWCA XI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Nożnej 6-osobowej <i>Częstochowa • OIL w Częstochowie</i> <i>Piotr Janik (602 380 957), Przemysław Klimas (604 792 574), Rita Idziak (34 368 18 88), czestochowa@hipokrates.org</i>	8–9 CZERWCA III Mistrzostwa Polski Lekarzy OLDBOYS 45+ w Piłce Nożnej 6-osobowej <i>Częstochowa • OIL w Częstochowie</i> <i>Piotr Janik (602 380 957), Przemysław Klimas (604 792 574), Rita Idziak (34 368 18 88), czestochowa@hipokrates.org</i>	9 CZERWCA II Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wielobojach LA (przy Mistrzostwach Polski Weteranów LA) <i>Toruń • Kujawsko-Pomorska IL</i> <i>Julian Pełka (504 101 375), julek@onet.pl</i>	9–10 CZERWCA Ogólnopolski Turniej Tenisa <i>Gdańsk • OIL w Gdańsku</i> <i>Mateusz Koberda, www.sportlekarzy.pl</i>	14–17 CZERWCA XII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Siatkówce Piłkowej <i>Niechorze • OIL w Szczecinie</i> <i>Cezary Sierant (605 575 499)</i>

15–17 CZERWCA XIII Ogólnopolskie Mistrzostwa Izby Lekarskich w Żeglarskiej klasie Omega <i>OIL w Szczecinie</i> <i>Halina Teodorczyk (517 905 224)</i>	16 CZERWCA ZASTĘPCZY: 23 CZERWCA VI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Triathlonie MTB <i>Zalew Sobótka w Płocku • OIL w Płocku</i> <i>Grzegorz Augustyniak (501 675 548, oilplock@plocman.pl)</i>	16–17 CZERWCA ZASTĘPCZY: 23–24 CZERWCA VII Ogólnopolski Grand Prix w Strzelectwie Myśliwskim dla Lekarzy „Złoty Eskulap” <i>Puławy • Lubelska IL</i> <i>Marek Gogacz (502 114 898), Tomasz Wójcicki (502 190 494)</i>	23–30 CZERWCA XII rajd motocyklowy Ogólnopolskiego Klubu Motocyklowego Lekarzy DoctorRiders z cyklu Poznaj Swoj Kraj <i>Płock • Paweł Dylewski (602 628 817, ortopedadylewski@wp.pl)</i>	24 CZERWCA Mistrzostwa Polski Lekarzy w Triathlonie – Dystans Olimpijski <i>Frydman • OIL w Krakowie</i> <i>Lucjan Habieda (665 515 600)</i>
24 CZERWCA V Otwarte Mistrzostwa Mazowsza w Półmaratonie <i>Radom • Delegatura w Radomiu (OIL w Warszawie)</i> <i>Dariusz Orczykowski (603 589 632)</i>	CZERWIEC XVII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wędkarstwie Muchowym i Spinningowym <i>OIL w Krakowie</i> <i>Maciej Fortuna (600 423 488)</i>	CZERWIEC ZASTĘPCZY: LIPIEC XVII Mistrzostwa Polski Lekarzy i Innych Profesji Ochrony Zdrowia w Ringo <i>OIL w Warszawie</i> <i>Krystyna Anioł-Strzyżewska (600 362 792, Krystynaaniol27@gmail.com)</i>	6–8 LIPCA VIII Ogólnopolski Turniej Lekarzy w Tenisie – Memoriał dr. Tomasza Teresińskiego <i>Zamość • Lubelska IL</i> <i>Andrzej Semczuk (601 715 700)</i>	26–29 LIPCA Złot Motocyklowy MotoBridge Baby 2018 <i>Bydgoska IL • Kujawsko-Pomorska IL</i> <i>Hanna Śliwińska (502 585 343), Stanisław Leks (606 887 104)</i>
28 LIPCA – 5 SIERPNIA Rajd Górski Służby Zdrowia „Bieszczady 2018” <i>Zatwarnica • OIL w Rzeszowie</i> <i>Maria Szuber (17 717 77 17, 515 170 815)</i>	3–5 SIERPNIA VI Mistrzostwa Śląska w Tenisie <i>Tychy • Śląska IL</i> <i>Adam Dyrda (601 447 521)</i>	12 SIERPNIA II Mistrzostwa Polski Lekarzy w Biegu Górskim (w ramach 9. Biegu na Wielką Sowę) <i>Ludwikowice Kłodzkie • Dolnośląska IL</i> <i>Jerzy Słobodzian (602 486 406, jertzyslobodzian@gmail.com)</i>	23–26 SIERPNIA XIV Złot Motocyklowy „DoctorRiders” <i>Stok koło Belchatowa • OIL w Łodzi</i> <i>Grzegorz Krzyżanowski</i>	25 SIERPNIA X Letnie Mistrzostwa Polski Lekarzy w Triathlonie - sprint <i>Sandomierz • Świętokrzyska IL</i> <i>Jacek Łabudzki (603 914 107, drdjl@op.pl)</i>
31 SIERPNIA – 2 WRZEŚNIA Vital Medic Cup II Ogólnopolski Turniej Tenisa Lekarzy w Opolu <i>Zawada koło Opola • OIL w Opolu</i> <i>Natalia Pelczar (natalia.pelczar@gmail.com), Daria Śmiechowska (d.smiechowska@vitalmedic.pl)</i>	1 WRZEŚNIA XXI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Górskim <i>Istebna • Beskidzka IL</i> <i>Janusz Lewandowski (606 235 361, janlewdactor@interia.pl)</i>	5–9 WRZEŚNIA XVI Igrzyska Lekarskie Zakopane • OIL w Krakowie <i>Maciej Jachymiak (www.igrzyskalekarskie.org)</i>	7–9 WRZEŚNIA XXVIII Żeglarskie Mistrzostwa Polski Lekarzy <i>Warmińsko-Mazurska IL w Olsztynie</i> <i>olsztyn@hipokrates.org</i>	14–16 WRZEŚNIA IX Złot Motocyklowy u Mannixa <i>Baranów Sandomierski • OIL w Krakowie</i> <i>Mariusz Janikowski (601 406 830)</i>
15 WRZEŚNIA ZASTĘPCZY: 16 WRZEŚNIA MEDICUP – Ogólnopolski Piknik Rowerowo – Biegowy <i>OIL w Łodzi</i> <i>Piotr Kosielski (535 003 002, piotr.kosielski@gmail.com)</i>	16 WRZEŚNIA XXI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Półmaratonie w Gnieźnie <i>Gniezno • Wielkopolska IL</i> <i>Wojciech Łęcki (602 244 817, wojciechlacki@poczta.onet.pl)</i>	22 WRZEŚNIA ZASTĘPCZY: 29 WRZEŚNIA XVIII Mistrzostwa Lekarzy Pomorza i Kujaw w Tenisie <i>Toruń • Kujawsko-Pomorska IL</i> <i>Aleksander Skop (604 267 343, skalek@poczta.onet.pl)</i>	22 WRZEŚNIA ZASTĘPCZY: 29 WRZEŚNIA XV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Maratonie MTB Michałki 2018 <i>Michałki • Wielkopolska IL</i> <i>Tomasz Kaczmarek (602 215 001)</i>	27–30 WRZEŚNIA ZASTĘPCZY: 24–25 MAJA XVII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Szachach <i>Mąchoć Kapitulne k. Kielc • Świętokrzyska IL</i> <i>Ryszard Pietras (604 411 604)</i>
29 WRZEŚNIA – 5 PAŹDZIERNIKA XLVIII Mistrzostwa Świata Lekarzy w Tenisie <i>Malta Valetta</i>	WRZESIEŃ III Podkarpackie Mistrzostwa Lekarzy w MTB <i>Lubienia-Straszynka k. Rzeszowa • OIL w Rzeszowie</i> <i>Grzegorz Siteń (604 351 970)</i>	6–7 PAŹDZIERNIKA VII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Squashu <i>Gliwice • Śląska IL</i> <i>Tomasz Romańczyk (501 464 891)</i>	21 PAŹDZIERNIKA XVII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Maratonie <i>Poznań • Wielkopolska IL</i> <i>Wojciech Łęcki (602 244 817, wojciechlacki@poczta.onet.pl)</i>	26–27 PAŹDZIERNIKA XXIV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Brydżu Sportowym <i>Warszawa • OIL w Warszawie</i> <i>Krzysztof Makuch (608 200 190), Aleksander Skop (604 267 343), skalek@poczta.onet.pl</i>
26–28 PAŹDZIERNIKA XXIV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Halowej Piłce Nożnej „Mielec 2018” <i>Mielec • OIL w Rzeszowie</i> <i>Zbigniew Bober (508 202 626)</i>	PAŹDZIERNIK ZASTĘPCZY: LISTOPAD VII Mistrzostwa Polski Samorządów w Brydżu Sportowym „Misja” <i>Warszawa • OIL w Warszawie</i> <i>Krzysztof Makuch (608 200 190)</i>	PAŹDZIERNIK/LISTOPAD Międzynarodowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Nordic Walking (impresa przy Międzynarodowych Mistrzostwach Polski w NW) <i>Lubin • Dolnośląska IL</i> <i>Leszek Pałka (601 718 899)</i>	8–11 LISTOPADA XXI Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie Memoriał dr. Andrzeja Jasińskiego <i>Pabianice • OIL w Łodzi</i> <i>Bogusław Rataj (602 574 099)</i>	GRUDZIEŃ VIII Podkarpackie Mistrzostwa Lekarzy w Tenisie o Puchar Prezesa <i>Nowa Wieś k. Rzeszowa • OIL w Rzeszowie</i> <i>Alek Micał (603 927 870), Jacek Kowal</i>

) Ogłoszenia

Ogłoszenia



UWAGA: Uprzejmie informujemy, że ogłoszenia do „Gazety Lekarskiej” przyjmujemy pod numerem telefonu: (22) 559 13 26. Ostateczny termin przysyłania zamówień do numeru 03/2018 upływa 14.02.2018. 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









Komunikaty

ODDZIAŁ STOMATOLOGII WYDZIAŁU LEKARSKIEGO W POZNANIU, ROCZNIK 1972-1977

40 lat minęło jak jeden dzień... a my spotkaliśmy się ostatniego dnia Targów CEDE, w lokalu Cocorico przy ul. Świętosławskiej w Poznaniu. Każdy z nas przedstawił krótką prezentację swojej osoby: trochę o drodze zawodowej, rodzinie, wakacjach i planach na przyszłość. Zastanawialiśmy się, gdzie i kiedy spotkamy się za rok. A może ktoś ma pomysł na następne spotkanie? Zachowajmy w pamięci Ewę Bylkę, Wiesława Bilińskiego, Lucynę Michno... i spotkajmy się za rok w większym gronie. Na pewno warto! Anna Blumska, email: anna-blumska@interia.pl, tel. 601 725 713; Elżbieta Marciniak, email: elm-marc@wp.pl, tel. 500 120 722.

WYDZIAŁ LEKARSKI AM W POZNANIU, ROCZNIK 1967-1973

Zapraszamy na spotkanie w dniu 2 czerwca 2018 r. w Park Hotelu nad Maltą, ul. Arcybiskupa Baraniaka 77. Opłatę 370 zł za udział w spotkaniu (300 zł osoba towarzysząca) prosimy wpłacić na konto: PKO Bank Polski Maria Babst Krystyna Nater-Dworzecka 81 1020 4027 0000 1202 1435 6523 tytułem: 45-lecie dyplomatorium do dnia 1 maja 2018 r. Rezerwację noclegu w Hotelu HPPARK proszę dokonać osobiście: email hppoznan@hotelpark.pl hasło: zjazd 45-lecie AM, tel. 61 8 741 100 (pokój 2-os. 240 zł, pokój 1-os. 195 zł, parking 35 zł za dobę). ORGANIZATORZY SPOTKANIA: Krystyna Nater-Dworzecka krystynanaterdworzecka@interia.pl tel. 61 8 789 477, 505 107 642; Maria Babst, tel. 601 727 564; Grażyna Drygalska-Hantz tel. 606 979 110.

WYDZIAŁ LEKARSKI COLLEGIUM MEDICUM UJ KRAKÓW, ROCZNIK 1987-1993

Spotkanie po 25 latach, termin: 9/6/2018 r., miejsce: Kraków. Rejestracja: pwlod@interia.pl lub poprzez facebook: "CMUJ 1993 25 lecie".

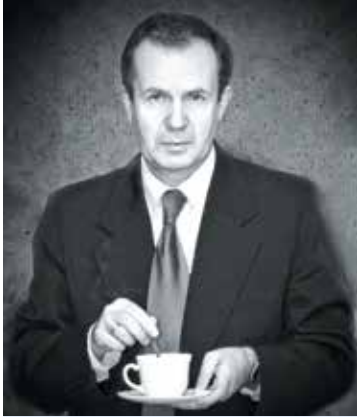
ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO ROCZNIK 1977-1983 I ODDZIAŁU STOMATOLOGII ROCZNIK 1977-1982 AM W KRAKOWIE

Z okazji 35-tej rocznicy ukończenia studiów zapraszamy na Zjazd Koleżeński, który odbędzie się 9 czerwca 2018 r. w Krakowie. Chętnych prosimy o kontakt z komitetem organizacyjnym: Ryszard Anielski, tel. 604 093 556, e-mail: msaniels@mp.pl; Krzysztof Bederski, tel. 504 299 309, e-mail: kbederski@poczta.onet.pl; Grażyna Umińska, tel. 609 611 871, e-mail: uminska@cmp.krakow.pl. Szczegółowe informacje (numer konta bankowego) dla osób, które zgłoszą chęć udziału w Zjeździe, będą wysyłane tylko na adres mailowy.

WYDZIAŁ LEKARSKI AKADEMII MEDYCZNEJ W LUBLINIE, ROCZNIK 1971

Serdecznie zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 47-lecia ukończenia studiów. Spotkanie odbędzie się w dniach 15-17 czerwca 2018 r. w hotelu Artis Spa w Zamościu, Sitaniec 1. Potwierdzeniem uczestnictwa jest wpłata 540 zł do 15 kwietnia 2018 r. na konto: Elżbieta Bocheńska-Nowacka, 20-016 Lublin, ul. Narutowicza 51/1, nr konta: PKO BP 14 1020 3176 0000 5902 0197 4922. Informacje: Anna Jach, tel. 608 749 854; Elżbieta Bocheńska, tel. 508 316 888.

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



Jarosław Wanecki

Przewodniczący kolegium
redakcyjnego „Gazety Lekarskiej”

Królik z kapelusza

Uczestniczyłem kilka dni temu w radiowej rozmowie o kondycji ochrony zdrowia. Takich debat w ostatnich latach odbyłem bardzo wiele. Najczęstszym ich powodem były protesty środowisk medycznych lub planowane reformy i związane z nimi obawy, zarówno pacjentów, jak i białego personelu. Audycję rozpoczęła sonda, w której niemal wszyscy zapytani stwierdzili, że rosza na stanowisku ministra zdrowia to nareszcie „dobra zmiana”.

12 stycznia Naczelna Rada Lekarska odnotowała w swojej kronice, skrupulatnym protokole i na stronach internetowych kurtuazyjne spotkanie z najnowszym, 23. ministrem polskiego rządu odpowiedzialnym za zdrowie Polaków po roku 1989. „Kłątwa Miodowej” zawisła tym razem nad głową Łukasza Szumowskiego.

Nikomu bliżej nieznanemu nominat nie ukrywał za kolorowymi prezentacjami swojej niewiedzy ani nie opowiadał o planach resortu, sprawiając wrażenie zagubionego w nowej roli. Deklaracja profesora, że priorytetem jego działań będzie dialog społeczny, zabrzmiała jak reklamowy slogan. Odroczenie ogłoszenia strategii wyjaśnił koniecznością lektury dokumentów i zapoznania z sytuacją legislacyjną. Powszechne przekonanie środowiska, że chętnych do objęcia teki nie było, potwierdziło się w miłej i do niczego niezobowiązującej atmosferze.

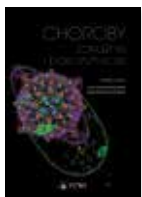
Jedno z pytań na Sobieskiego 110 poprzedzono stwierdzeniem, że „nie mieliśmy szczęścia do ministrów zdrowia”. Nowy pryncypał z rozbijającą spontaniczną szczerością potwierdził, że „on też nie miał”. Takie niby nic, a jednak pomyślałem, że warto, choćby w telegraficznym skrócie, przypomnieć twarze tych co ministra przez ostatnie ćwierć wieku nie uszczęśliwili, chociaż zawsze chcieli jak najlepiej.

Andrzeja Kosiniaka-Kamysza powołał pierwszy niekomunistyczny premier Tadeusz Mazowiecki (syn lekarza), Władysława Sidorowicza Jan Krzysztof Bielecki, Mariana Miśkiewicza Jan Olszewski, Andrzej Wojtyłę Hanna Suchocka. Jacek Żochowski pracował dla Waldemara Pawłaka, Józefa Oleksego i Włodzimierza Cimoszewicza. Wojciech Maksymowicz wprowadzał jedną z czterech wielkich reform w rządzie Jerzego Buzka. Zderzakami byli: Franciszka Cegielska (pierwszym nie lekarz na tym stanowisku) i Zbigniew

Opala. Mariusz Łapiński zamienił kasy chorych w Narodowy Fundusz Zdrowia za czasów Leszka Millera, który dawał też szansę Markowi Balickiemu i Leszkowi Sikorskiemu. Marek Belka współpracował z czterema ministrami: Wojciechem Rudnickim, wicepremierem Jerzym Hausnerem, który czasowo pełnił obowiązki ministra, w popłochu szukając chętnego do pracy i okazał się nim Marian Czekalski, wymieniony szybko na Marka Balickiego. Zbigniew Religa otrzymał rekomendację od Kazimierza Marcinkiewicza i Jarosława Kaczyńskiego, a Ewa Kopacz i Bartosz Arłukowicz od Donalda Tuska, który przez chwilę osobiście nadzorował resortem. Ewa Kopacz (premier lekarz) postawiła na Mariana Zembalę, który po krótkim biegu z uszanowaniem przekazał pałeczkę Konstantemu Radziwiłłowi powołanemu z rekomendacji Beaty Szydło i Mateusza Morawieckiego.

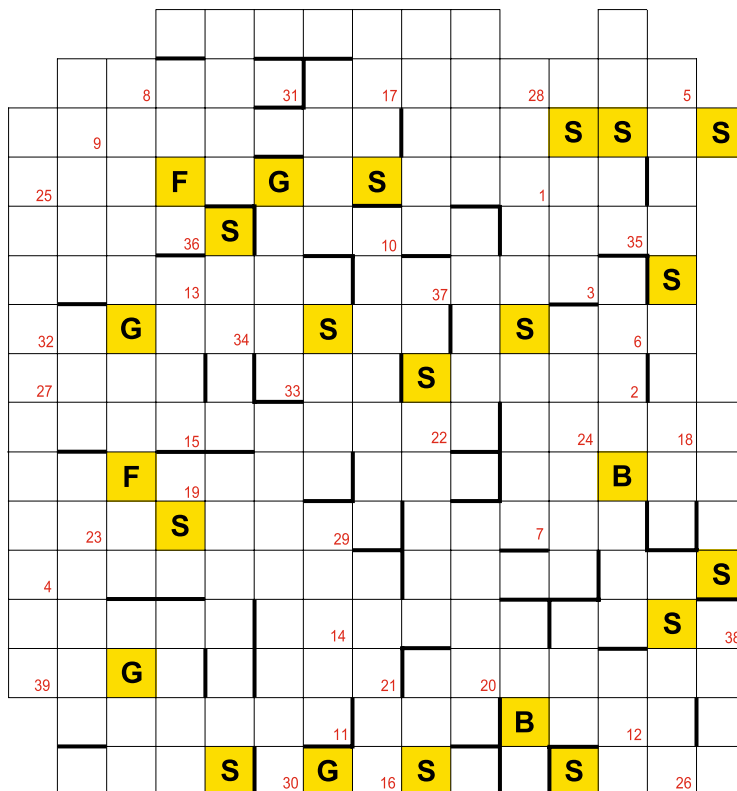
Poszedłem do teatru. Grali „Magika” Jarosława Jakubowskiego. Cyrkowa muzyka rozpoczęła pokaz kieszonkowego iluzjonisty, który wyczarowywał bukiet kwiatów z kolorowych chust. Stary smoking, brudny biały szal, lśniący cylinder i czarodziejska pałeczka. Abrakadabra. Dorosli jak dzieci klaskali z zachwytem. Tasowanie kart skupiło uwagę nawet największych malkontentów. Zręczność żonglowania piłeczkami nie była udawana. Z pustego dotąd kapelusza wyskoczył biały królik, zapraszając do krainy czarów, po drugiej stronie lustra. Brawo! Punktem kulminacyjnym występu było zniknięcie bohatera z oczu publiczności, co zapowiedziano jako ostateczne rozwiązanie problemów, które targały magikiem. Pstryk! Zabawa skończona.

Dostojny gość Naczelnej Rady Lekarskiej odjechał rządową limuzyną w dal. Zniknął za stertą tysięcy stron do przeanalizowania, aby móc uściślić zmodyfikowane przez siebie przysłowie: „jak sobie pościelesz, tak się wypisiesz, wszak wszyscy jesteśmy pacjentami”. Pstryk! 23. sezon czarów rozpoczął! Życzymy sobie szczęścia. ○



Objaśnienia 77 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery B, F, G i S.

Na ponumerowanych polach ukryto 39 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Johna Maxwella. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 25 lutego 2018 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).



Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 229 („GL” nr 11/2017)

Szczęście to dobre zdrowie i słaba pamięć.

Nagrody otrzymują:

Lech Badek (Rawa Mazowiecka),

Dorota Tukaj (Istebna),

Angelina Wujciuk (Radom).

Fundatorem nagród jest

Wydawnictwo Lekarskie PZWL,

www.pzwl.pl.

Nagrody prześlemy pocztą.

* saturnizm * port na pn. od Hajfy * wykład, elaborat * naturalny podkład do pożywek bakteryjnych * zwiczny szal * imię następcy Nasera * tybetański wołowaty * obrazy z cerkwi * kontynuarka Nidy i Działdówki * Baskonia i Wolność * zmieszany z nordykiem daje typ subnordyczny * imię Klossa * mąż wdowy po JFK * zdrowy partner czosnku i cebuli * stolica Łazurowego Wybrzeża * gawra dla misia * manewr lub chwyt, np. Heimlicha * indyjski i perski instrument ludowy * równouprawnienie * pono nasi w nie biją * natury, ojczyzny lub Abrahama * góra z arką Noego * zabawne zdarzenie, niezwykła historia * antylopa *Tragelaphus* * imię Kwiatkowskiej * majtki * partnerka Geigy * smakołyk * miasto w widłach Rodanu i Saony * pora z karnawałem * ischias * miś z Yellowstone * pojedynkują się w westernach * topola drżąca * święty papież (366-384) * mazak * kręci się w oku * mieszkanki Moskwy i Irkucka * słomiany w „Weselu” * lato bez szkoły * do wachania i kręcenia * dzielny słowiański wojownik lub barwny motyl * pazucha, zapas * wymarły nietop nowozelandzki * proces rozpuszczania skał * najdłuższy dopływ Donu * szpara (łac.) * analiza, definicja * grecki Mars * ratowniczy Charliego * mały gryzoń laboratoryjny * matka Izaaka * tekst poboczny dramatu * nodus * ugrupowanie Krzaklewskiego * obóz przed szczytem * zapis pracy serca * japońskie bóstwo płodności * magiczne cuda * siwe konie * właściciel blaszanego bębna * dziedzina zajmująca się dziełami plastycznymi * kwas rybonukleinowy * skalista podpora * rzymska Afrodyta * szczmiel biały * między renem a osmem * odbił Klitajmestrę Agamemnonowi * zaatakowane przez Don Kichota * twarożek sojowy * mech lub wątrobowiec * pruski przodek Estończyka * fragment filmu * Digitalis * ojciec Wandy * np. ja, mój, tam, tyle * badanie przełyku

Jerzy Badowski

Wydawca:



**Naczelna Rada
Lekarska**

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 172 500 tegz.

Kolegium redakcyjne:

Jarosław Wanecki (przewodniczący)

Ryszard Golański

Marek Jodłowski

Jolanta Małmyga

Wojciech Marquardt

Katarzyna Strzałkowska

Redaktor naczelny:

Ryszard Golański

Tel. 600 909 382

naczelny@gazetalekarska.pl

Zastępca redaktora naczelnego:

Marta Jakubiak

Tel. 608 316 248

m.jakubiak@gazetalekarska.pl

Dziennikarze:

Lucyna Krysiak

Tel. 696 48 70 48

l.krysiak@gazetalekarska.pl

Lidia Sulikowska

Tel. 668 854 304

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:

LSC Communications Poland Sp. z o.o.

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

