

Gazeta Lekarska

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



POROZUMIENIE NA DWA LATA?

STOMATOLOGIA

Radiologia po nowemu

Prof. Ingrid Różyto-Kalinowska
o zmianach w Prawie atomowym

STUKOT BIAŁYCH TREPÓW

Przytyje pani, to się wyrówna
Nie przypuszczała, że może stać się
ofiara pychy w medycynie

PRAKTYKA LEKARSKA

Piramida dla seniora

Jak dożyć 100 lat w dobrym zdrowiu
i bez Alzheimer'a

Spis treści

- 4 **Na wstępie** R. Golański: Sukces czy kompromis?
- 6 **Pierwszym głosem** M. Hamankiewicz: New York, New York
- 7 **Skrining**
- 9 **Obserwacje** S. Badurek: Przyzwyczajeni do rozczarowań
- 10 **Temat miesiąca** Porozumienie na dwa lata?
- 14 **Rozmowa o zdrowiu** Czekają nas trudna przyszłość
- 17 **Nasi w Europie** A. Lella: Klasyfikowanie zawodów sektora ochrony zdrowia
- 18 **Ze świata** Tak leczy się w Belgii
- 20 Na przekór samotności
- 22 **Samorząd**
- 26 **Zgryz** L. Dudziński: Idzie nowe
- 27 **Stomatologia** Zwierciadło - ŚDZJU 2018
- 28 Radiologia stomatologiczna po nowemu
- 30 **List do redakcji** Dentobusy?
- 31 **Punkt widzenia** J. Małmyga: Zmiana pokolenia
- 32 **Lekarskie towarzystwa naukowe**
Odporność to układ
- 34 **Prawo i medycyna** Badanie żywej kropli krwi... i inne czary
- 36 **Kodeks Etyki Lekarskiej** Błędne rozpoznanie
- 37 **Reportaż** To mój ząb, proszę rwać!
- 40 **Stukot białych tępów** Przytyje pani, to się wyrówna
- 42 **Nauka w skrócie**
- 43 **Polskie innowacje** Pionierskie podanie leku do guza mózgu
- 44 **Praktyka lekarska** Mała wielka specjalizacja
- 45 Polska Platforma Medyczna
- 46 Męski problem
- 48 Czekając na model środowiskowy
- 50 Polowanie na grelinę
- 52 Piramida dla seniora
- 54 **Historia i medycyna** Tadeusz „Boy” Żeleński
- 56 Śmierć w białym kitlu
- 58 **Indeks korzyści** Klikanie
- 60 **Ze sceny** A. Andrus: Wiązanki żywe w środku
- 61 **Kultura** Edgar
- 62 **Błąd malarski** Czterech wspaniałych
- 64 **Kultura**
Nasza czytelnia
- 65 **Sport**
- 66 **Ogłoszenia**
- 72 **Komunikaty**
- 73 **Epikryza (76)** J. Wanecki: Nowe rozdanie
- 74 **Jolka lekarska**



34 Badanie żywej kropli krwi... i inne czary



Przytyje pani, to się wyrówna



58 Klikanie



WIĘCEJ NA WWW.GAZETALEKARSKA.PL

E-ZWOLNIENIA

Od 1 lipca papierowe zwolnienia lekarskie całkowicie znikną z obiegu. Zastąpią je elektroniczne zwolnienia lekarskie (tzw. e-ZLA). Co się zmieni?

STUDIA MEDYCZNE

Rektorzy dwóch uczelni podpisali porozumienie w sprawie współpracy przy kształceniu przyszłych studentów na UKSW.

Sukces czy kompromis?

Powyższy tytuł nadałem mojemu felietonowi, zanim przeczytałem tekst Kolegi Prezesa. Ta zbieżność jest dowodem, że porozumienie, zawarte przez ministra zdrowia i przedstawicieli Porozumienia Rezydentów OZZL 8 lutego, w wielu z nas budzi podobne wątpliwości i pytania.



Ryszard Golański

Redaktor naczelny
„Gazety Lekarskiej”

Dlaczego dopiero podczas protestu młodych lekarzy do powszechnej świadomości społecznej dotarły informacje o tym, jak dużo i ciężko lekarze w Polsce pracują, jak część z nich mało zarabia i że pieniądze na ochronę zdrowia jest zdecydowanie za mało? Młodzi ludzie, bardzo sensownie występujący w przychylnych im od początku mediach, budzili sympatię i zaufanie.

Przedstawiane przez nich postulaty często były powtarzaniem tego, o czym mówił i czego żądał samorząd lekarski od wielu lat. Nasze wysiłki, nawet wielotysięczne marsze, nie przyniosły takiego efektu medialnego jak protest rezydentów. Pod tym względem oczywiście odnieśli sukces, którego należy im szczerze gratulować. Wszyscy wiemy, że zapisy porozumienia to obietnice i zapowiedź zmian. Aby je wprowadzić w życie, trzeba znowelizować kilka ustaw i dziesiątki rozporządzeń oraz zarządzeń. To wymaga czasu. Szczerze intencji ministra i jego skuteczność w realizacji zobowiązań będziemy mogli ocenić dopiero za kilka miesięcy.

Powszechny sprzeciw budzi wśród lekarzy obowiązek wystawiania zwolnień lekarskich jedynie w formie elektronicznej (e-ZLA). Zapisy ustawy narzucają go od 1 lipca 2018 r. Samorząd lekarski apeluje o możliwość równoległego funkcjonowania

dotychczasowej formy – papierowej, i nowej – elektronicznej. Przedstawiciele ZUS na spotkaniach z lekarzami mówią, że na ich instytucję ten obowiązek także został narzucony bez ich akceptacji. Przez takie arbitralne rozwiązanie część lekarzy, zwłaszcza starszych, nie będzie mogła kontynuować pracy. To dramat nie tylko dla nich, ale także dla pacjentów. Więcej na ten temat mogą państwo przeczytać na dalszych stronach.

Problemy związane z chorobami i ich leczeniem to temat przyciągający widzów. Dowodem jest popularność seriali telewizyjnych pokazujących pracę lekarzy i placówek medycznych. Oburzenie wśród części koleżanek i kolegów wywołał film, którego tytułu oczywiście nie przytoczę, który przedstawiał naszą grupę zawodową w najgorszym możliwym świetle, a przyciągnął do kin tysiące widzów. Dostałem od jednego z naszych czytelników informację o naborze do nowego teleturnieju. Według założeń mają w nim rywalizować dwie drużyny: lekarzy i pacjentów. Na podstawie zgłaszanych przez pacjenta objawów obie drużyny mają rozpoznać chorobę. W programie ma się pojawić także profesjonalny, medyczny komentarz. Pomyśl budzi zdziwienie, u niektórych osób, którym go przedstawiałem, oburzenie. Zastanawiające jest przesłanie projektu: warto radzić się lekarzy, a nie czerpać wiedzę z internetu. Dla uczestników teleturnieju przewidziane jest wynagrodzenie. Chętnie poznam opinię Państwa na temat tego projektu. ☺

MIGAWKA

➤ Jedną z ulic na warszawskiej Ochocie została nazwana imieniem prof. Jana Nielubowicza (1915-2000). Prowadzi ona od ul. Księcia Trojdena do ul. Banacha. 26 stycznia minęły 52 lata od pierwszej w Polsce udanej transplantacji nerki, której dokonał właśnie prof. Nielubowicz.



FOTO: ARCHIWUM WUM

Zakaz konkurencji a rezydentura

Jakiś czas temu zaczęto wymagać od zatrudnianych lekarzy zawarcia odrębnych umów o zakazie konkurencji. Budziło to znaczne emocje, bo ograniczało lekarzy w udzielaniu świadczeń, wolności wykonywania zawodu i przekładało się wprost na ich przychody.

🟢 JAROSŁAW KLIMEK, RADCA PRAWNY OIL W ŁODZI

Takie wymagania znajdowały w pewnym stopniu uzasadnienie w przepisach prawa (czy to prawa pracy, czy przez stosowanie zasady swobody umów). Doszło też do wypracowania pewnych kompromisowych rozwiązań zadowalających obie strony, poprzez ograniczenie zakresu objętego zakazem podejmowania działalności choćby terytorialnego czy też obejmującego świadczeniodawców finansowanych ze środków publicznych.

Niedawno jednak z pytaniem o zasadność żądania zawarcia umowy o zakazie konkurencji zwrócił się do mnie lekarz rozpoczynający specjalizację w ramach rezydentury. Zbiegło się ono w czasie z protestem lekarzy rezydentów, co dodatkowo skłaniało do pogłębionej analizy problemu, a nie do odwołania się do dotychczasowych doświadczeń z umowami, jakie zawierali lekarze specjaliści.

Zacząć trzeba od, banalnego może, stwierdzenia, że umowa lekarza rezydenta z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne nie jest zwykłą umową o pracę, a umową zawieraną w celu przygotowania zawodowego. Pracodawca nie tyle daje rezydentowi pracę i ma za nią zapłacić, co przede wszystkim zobowiązuje się przeprowadzić szkolenie specjalizacyjne lekarza zgodnie z programem specjalizacji. Zawiera bowiem do tego umowę z Ministrem Zdrowia, która nakłada na niego obowiązek przeprowadzenia szkolenia.

Celem umowy zawieranej z rezydentem jest zatem przyjęcie obowiązku przekazania mu określonego zakresu wiedzy i umiejętności, które będą potem niezbędne w wykonywaniu zawodu w określonej specjalizacji. W obecnym stanie prawnym nie ma też obowiązku „odrobienia” specjalizacji i lekarz po jej ukończeniu nie jest zobowiązany do pracy w jednostce szkolącej czy jakiegokolwiek innej wskazanej przez finansującego szkolenie. Założenia zatem szkoli się kogoś, kto może konkurować z prowadzącym szkolenie.

Zasadnym celem zawarcia umowy o rezydenturę jest odpowiednie przygotowanie do wykonywania zawodu

lekarza o konkretnej specjalizacji, a nie świadczenie pracy jako takiej. Korzystanie z pracy rezydenta dla osiągnięcia przez jego pracodawcę celu gospodarczego prowadzonej działalności pozostaje przy tym na drugim planie (o czym jednak bardzo łatwo pracodawcy zapominają). Do tego podmiot szkolący nie kształci lekarza na własne potrzeby, a dla zrealizowania celów publicznych określanych przez Ministra Zdrowia i na koszt Ministra Zdrowia.

Już to daje podstawę do podważenia prawa pracodawcy do żądania od rezydenta zawarcia umowy o zakazie konkurencji, ale wskazać można jeszcze inne argumenty wzmacniające taki wniosek. Choćby to, że podmiot zatrudniający rezydenta nie decyduje o tym, kogo zatrudnia, bo jest to zależne od wyniku postępowania kwalifikacyjnego, a potem przydziału do jednostki prowadzącej specjalizację niezależnego od jej woli. Nie ma również co do zasady wpływu (przynajmniej zgodnie z literą prawa) na to, co robi rezydent, bo to wyznacza program specjalizacji, i ile na to może poświęcić czasu. Wreszcie nie ustala nawet wynagrodzenia rezydenta, bo ono określone jest rozporządzeniem Ministra Zdrowia. Pracodawca nie ma też – nawet ograniczonej przepisami prawa pracy – swobody w rozwiązaniu umowy o pracę, bo przyczyny ewentualnego rozwiązania umowy o pracę z rezydentem określa w art. 16o ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Skoro pracodawca nie ma wpływu na tak istotne elementy umowy o pracę, to trudno przyznać mu prawo żądania od rezydenta zawarcia umowy o zakazie konkurencji. Nie można się go dopatrzyć również w treści umów zawieranych z Ministrem Zdrowia, których wzory publikowane są na stronie internetowej ministerstwa.

Do tego rezydenci – do pewnego momentu odbywania specjalizacji – pozostają niejako „przezroczyści” dla NFZ, bo nie są brani pod uwagę jako lekarze spełniający wymagania kadrowe stawiane podmiotom udzielającym świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Na obalenie tych argumentów za słabe jest twierdzenie, że możliwość żądania zawarcia takiej umowy opiera się na przepisach prawa pracy, tak jak obowiązek odbywania szkoleń bhp czy poddania się badaniom profilaktycznym. 🟢

New York, New York



Maciej Hamankiewicz

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Kiedy podczas karnawału byłem na 22. plesie, czyli balu lekarzy czeskich, widziałem, jak prezes czeskiej izby lekarskiej i przewodniczący czeskiego związku zawodowego lekarzy tańczą, jak minister im zagra.

W trakcie balu prowadząca koncert poprosiła na scenę ministra zdrowia, a minister poprosił, by zespół muzyczny mu akompaniował i zaśpiewał dwie piosenki z musicalu „New York, New York”. Wykonanie piosenek musicalowych przez czeskiego ministra zdrowia było przewspaniałe. Odezwwał się pięknym barytonem. Być może to jest część odpowiedzi na pytanie, jak to się stało, że czeska ochrona zdrowia w europejskim rankingu wyprzedziła takie potęgi jak Francja i uzyskała szóstą pozycję zadowolenia społecznego z ochrony zdrowia. Być może jest to też przyczynek do określenia, jak szef izby lekarskiej w Polsce i szef Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy w Polsce postrzegają działania polskiego ministra zdrowia.

Moim zdaniem minister zdrowia odniósł sukces, bo w obliczu kamer z grupą lekarzy z OZZL, czyli Porozumieniem Rezydentów OZZL, zawarł kompromis, jak to określił, trudny i bardzo potrzebny. Zażegnał konflikt, który mógł odbić się już na początku drogi ministerialnej na jego wizerunku. Zanim to uczynił, pokazał, że priorytetem jest dialog, bo porozumienie z młodymi lekarzami poprzedził spotkaniem z nami, czyli samorządem lekarskim, następnie z przedstawicielami wielu zawodów medycznych. Mówił, że zamierza zająć się odbiurokratyzowaniem zawodu lekarza. Obiecał młodym wynagrodzenia. Zapowiedział spotkanie z nimi w roku 2020. Czy spowoduje, że zobaczymy obietnice w konkretnych zapisach prawa? Życzę nam wszystkim, byśmy mieli jak w Czechach. Baryton i zadowolenie społeczne.

Przypominam też o stanowiskach samorządu lekarskiego dotyczących: wzrostu nakładów na ochronę zdrowia, minimalnego wynagrodzenia lekarzy, limitów przyjęć na studia medyczne, pracy do 48 godzin tygodniowo, łączenia dyżurów medycznych, urlopu szkoleniowego, do określenia koszyka świadczeń gwarantowanych, wprowadzenia kryteriów jakościowych, zdjęcia z lekarzy i lekarzy dentyków obowiązku określenia na recepcie poziomu

odpłatności leku i wielu innych. Są aktualne i dotyczą całego środowiska lekarskiego.

Tym, którzy dotrwali do tego akapitu, czegoś brakuje. Wiem. Brakuje pochwały dla lekarzy rezydentów. A więc chwałę za przemówienie do świadomości społecznej, że 6,8 proc. PKB na zdrowie to warunek dobrego prowadzenia ochrony zdrowia. Za determinację podczas protestu i poruszenie mediów społecznościowych – tak ważnego komunikatora w dzisiejszej rzeczywistości. Nie powstrzymam się jednak przed wskazaniem największej, moim zdaniem, niewłaściwości w treści porozumienia, na którą parę godzin po podpisaniu powoływał się w mediach minister – że „rezydenci zobowiązują się do zaapelowania do lekarzy o wykonywanie pracy w zwiększonym wymiarze godzin”. Jak to się ma do bezpiecznego dla pacjenta wykonywania naszego zawodu? To teraz już rezydenci uważają, że lekarze mogą być zmęczeni i nie mieć czasu dla rodziny?

W obliczu dyskusji o pracy personelu medycznego w szpitalach zapoznałem się z warunkami szczegółowymi, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej. Otóż na przykład w chirurgii ogólnej przy hospitalizacji mamy zapis wymagalnego minimum dla NFZ: 2 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) specjalisty albo 1 etat – specjalisty i 1 etat – lekarza z I stopniem specjalizacji z doświadczeniem. Ma to zapewnić całodobową opiekę lekarską we wszystkie dni tygodnia (może być łączona z innymi oddziałami o profilu zabiegowym). No i mamy: w szpitalach minimum dla NFZ i brak aktualizacji potrzeb zdrowotnych. Tych ostatnich – nie żeby nie było, bo są w postaci map, tylko nie wiadomo, dlaczego leżą w szufladzie Ministerstwa Zdrowia. Kiedy chcieliśmy pokazać wyniki analizy sytuacji kadrowej lekarzy specjalistów wykonanej dla MZ w tym celu – otrzymaliśmy odpowiedź odmowną. I zapewnienie, że przewidywany termin opublikowania to maj. Tylko, że w maju to już będzie ponad rok od naszych badań... ()

» O kształceniu na NRL

Naczelna Rada Lekarska 16 lutego spotkała się z wiceministrem zdrowia Markiem Tombarkiewiczem, dyrektorem Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego prof. Ryszardem Gellertem, dyrektorem Centrum Egzaminów Medycznych prof. Mariuszem Klenckim i dyrektorem Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia Katarzyną Chmielewską. Rozmawiano między innymi o: programach specjalizacyjnych; szkoleniu specjalizacyjnym w dziedzinach zabiegowych; dodatkowych centrach symulacji; przeglądzie koszty świadczeń gwarantowanych w różnych specjalizacjach; kursach

obowiązkowych do specjalizacji realizowanych przez okręgowe izby lekarskie; problemach medycyny ratunkowej; ustawie o szkolnictwie wyższym i finansowaniu uczelni medycznych; specjalizacjach w stomatologii; implikacjach wynikających z porozumienia ministra zdrowia z Porozumieniem Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, w tym wynagrodzeniach lekarzy specjalistów.

NRL po raz ostatni spotkała się w obecnym składzie. W kwietniu, po wyborach w okręgowych izbach lekarskich, skład będzie zmieniony w zakresie prezesów okręgowych rad lekarskich. ☺



Katarzyna Strzałkowska

Rzecznik prasowy
Naczelnej Izby
Lekarskiej

» XIV KZL

Na stronie internetowej www.nil.org.pl została stworzona zakładka informacyjna Sprawozdawczo-Wyborczego XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy, który odbędzie się 25-26 maja. ☺

» Dostęp do pytań

Wiceminister zdrowia Marek Tombarkiewicz poinformował Naczelną Radę Lekarską, że minister zdrowia Łukasz Szumowski jest zwolennikiem jawności pytań z przeprowadzonych egzaminów: Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego oraz Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego. Prezes NRL Maciej Hamankiewicz zapewnił, że w przypadku, kiedy zostaną wprowadzone odpowiednie uregulowania prawne, Naczelna Rada Lekarska rozważy wycofanie skargi z Trybunału Konstytucyjnego. NRL od dawna domaga się jawności pytań testowych z LEK, LDEK i PES. Pierwsza sprawa w Trybunale Konstytucyjnym z czerwca 2016 r. zakończyła się wygraną NRL. TK uznał za niezgodne z Konstytucją poprzednio obowiązujące ograniczenia dostępu do pytań. Wówczas sądzono, że lekarze i lekarze dentyści wreszcie uzyskają nieograniczoną możliwość dostępu do pytań z lat ubiegłych. Tak się nie stało i w marcu ubiegłego roku NRL po raz drugi złożyła wniosek do Trybunału Konstytucyjnego. ☺



^ Ostatnie posiedzenie NRL w takim składzie.

» Nie tylko e-ZLA

Prezydium NRL zaapelowało o niewprowadzanie obowiązku wystawiania zwolnień lekarskich (e-ZLA) jedynie w formie elektronicznej i równoległe funkcjonowanie obu form wystawiania zwolnień.

Zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, po 1 lipca 2018 r. zwolnienia lekarskie mają być wystawiane wyłącznie w formie elektronicznej. Prezydium

NRL przypomniało, że samorząd lekarski zgłosił szereg zastrzeżeń do przedmiotowej regulacji, m.in. biorąc pod uwagę trudności w korzystaniu z tego systemu przez lekarzy w wieku emerytalnym, w wystawianiu e-zwolnień na obszarach, w których brak jest dostępu do internetu, czy też w zakresie wystawiania e-zwolnień w czasie wizyt w domu pacjenta. Ponadto problemy z wystawianiem e-ZLA mogą się pojawić w przypadku awarii sieci. ☺

» Oświadczenia majątkowe

Projekt ustawy o jawności życia publicznego przewiduje, że obowiązkiem składania oświadczeń majątkowych objęci będą m.in.: konsultant krajowy w ochronie zdrowia, konsultant wojewódzki w ochronie zdrowia, członek wojewódzkiego albo powiatowego zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności, główny lekarz orzecznik ZUS i jego zastępca, lekarz orzecznik ZUS, lekarz rzeczoznawca KRUS, przewodniczący komisji lekarskiej KRUS i członek komisji lekarskiej ZUS albo KRUS oraz inspektor kontroli ZUS, jednakże ich oświadczenia mają być niejawne. Pierwotny projekt ustawy przewidywał jawność oświadczeń majątkowych składanych przez wszystkich zobowiązanych, a dodatkowo przewidywał obowiązek wskazania w oświadczeniu dochodu uzyskanego również przez małżonka osoby zobowiązanej do złożenia oświadczenia, w roku poprzedzającym złożenie oświadczenia, wraz z podaniem stron umowy oraz każdym innym przysporzeniu majątkowym o wartości powyżej 1000 zł. Obecne brzmienie projektu przewiduje obowiązek wykazania przysporzeń o wartości powyżej 1000 zł wraz z podaniem strony umowy, lecz dotyczy tylko osoby zobowiązanej do złożenia oświadczenia. Projekt przewiduje termin wejścia w życie ustawy z dniem 1 marca 2018 r. Więcej na www.nil.org.pl w zakładce „ZRP informuje”. ☺

» Dla Seniorów

15 lutego Mariusz Malicki z Prezydium NRL stworzył cykl spotkań: „Lekarze Seniorom”, odwiedzając ich w Domu Artysty Weterana w Skolimowie. Rozmawiano o zdrowym i chorym sercu. ☺



◀ Briefing cieszył się dużym zainteresowaniem mediów.

» Briefing w NIL

Lekarzy w Polsce jest za mało. Według Centralnego Rejestru Lekarzy na 135 tys. lekarzy wykonujących zawód 35 tys. to osoby, które ukończyły już 60. rok życia. Polski system kształcenia lekarzy jest pełen utrudnień i komplikacji. Obserwujemy chaos i doraźne regulowanie płac dla wybranych grup. Zbyt dużo czasu lekarze poświęcają na biurokrację. Te i inne dane przekazane zostały mediom na briefingu prasowym, który odbył się 1 lutego

w siedzibie NIL. Oczekiwania środowiska lekarskiego związane z obecną sytuacją w ochronie zdrowia w oparciu o wyniki badań Ośrodka Studiów, Analiz i Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej, przeprowadzonych w środowisku lekarzy i lekarzy dentyistów w momencie oczekiwania na propozycje rządu w zakresie warunków leczenia i jakości udzielanych świadczeń przekazali prezes NRL Maciej Hamankiewicz i wiceprezes NRL Romuald Krajewski. ☺



II Kongres Wyzwań Zdrowotnych

Wydarzenie to odbędzie się w dniach 8-9 marca br. w Katowicach. Lekarze i lekarze dentyści mogą bezpłatnie rejestrować się na stronie: www.hcongress.pl.

Zapraszamy szczególnie do udziału w sesji „Reforma ochrony zdrowia – perspektywa szpitala” (9 marca, godz. 9.30-11.00), w czasie której będzie mowa m.in. o zasobach kadrowych w szpitalach. ☺

GL
PATRONAT

» Samorząd lekarski na Liście 100

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz znalazł się na 5. miejscu wśród 100 najbardziej wpływowych osób w polskim systemie ochrony zdrowia. Wiceprezes NRL Romuald Krajewski w kategorii tej zajął 10. miejsce. Spośród prezesów okręgowych rad lekarskich na miejscu 78. znalazł się Andrzej Sawoni – prezes ORL

w Warszawie, a na miejscu 97. Andrzej Matyja – prezes ORL w Krakowie.

Lista 100. jest ogłaszana corocznie przez pismo „Puls Medycyny” w dwóch kategoriach: 100 najbardziej wpływowych osób w polskiej medycynie i 100 najbardziej wpływowych osób w polskim systemie ochrony zdrowia. ☺



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



Sławomir Badurek

Diabetolog, publicysta medyczny

Przyzwyczajeni do rozczarowań

Ktoś powiedział, że spośród wszystkich ministrów zdrowia, Konstanty Radziwiłł zawiódł najbardziej. Trafne podsumowanie, biorąc pod uwagę nadzieje, jakie budziło objęcie przez niego resortu na Miodowej.

Sam prof. Religa, zostając jesienią 2005 r. ministrem zdrowia w rządzie Kazimierza Marcinkiewicza, nie miał tak szerokiego poparcia w środowisku medycznym jak Konstanty Radziwiłł. Nawet przeciwnicy PiS mogli liczyć, że doktor Radziwiłł jako właściciel dobrze prosperującej prywatnej praktyki lekarskiej, a także jego zastępca, znany z prorynkowych poglądów Krzysztof Łanda, będą w stanie być przeciwwagą dla silnego prosocjalnego odchylenia partii rządzącej i zaproponują rozwiązania, które uwolnią system od niemożliwego do realizacji, acz stale obowiązującego mitu założycielskiego: „wszystko wszystkim należy się za darmo”.

Można by długo rozpisywać się o ekspertach, z którymi minister Radziwiłł się konsultował, prawie stu zespołach od „tego i owego”, zmianach organizacyjnych ze sławną siecią szpitali na czele, jak i wyparciu się przez niego głoszonych przez lata poglądów, choćby w kwestii lekarskich wynagrodzeń, a także o więcej niż przykładowym wypełnianiu linii partii, co – o polityczny paradoks! – doprowadziło go najpierw do zerwania mostów z samorządem lekarskim, a w niespełna dwa miesiące później do dymisji z zajmowanego stanowiska.

Summa summarum mamy nowego ministra. I nowe nadzieje. Zdecydowanie jednak mniejsze niż w przypadku poprzednika. Przez szerokie wizje doktora Radziwiłła, roztaczane przez niego tuż po objęciu ministerialnego stanowiska, chyba zapomnieliśmy, że z pustego to nawet mądry i szczodry król Salomon nie naleje. Tymczasem prof. Szumowski o wiele ostrożniej dawkuje obietnice. Jest przy tym postrzegany jako ktoś, kto „więcej robi, mniej mówi”. Nie jest to bynajmniej poza na potrzeby zajmowanego stanowiska, bo gdyby było inaczej, Łukasz Szumowski nie opublikowałby ponad 150 prac naukowych i nie zostałby profesorem medycyny w wieku zaledwie 44 lat. Szkopuł w tym, że robiący wrażenie dorobek naukowy, jak i wspomniany styl pracusia, to za mało, by w służbie (a może znów ochronie?)

zdrowia dokonać rzeczywiście dobrej zmiany. Podstawowe pytanie – czy nowemu ministrowi uda się wyjść poza obietnice i rzeczywiście dofinansować system, zapobiegając kadrowej katastrofie i poprawiając dostępność do świadczeń?

Już nie raz przypominałem, że funkcjonowanie ochrony zdrowia w Polsce jest możliwe tylko przez pracę ponad etat kluczowych pracowników, przede wszystkim lekarzy. O tym, jak krucha panuje tu równowaga, przekonał protest rezydentów. Okazało się, że gdyby kilkanaście tysięcy lekarzy bez specjalizacji, czyli teoretycznie, ale tylko teoretycznie (!), łatwych do zastąpienia, ograniczyło czas pracy do 48 godzin tygodniowo, zabrakłoby dyżurnych w szpitalach, trzeba byłoby jeszcze bardziej odwlekać planowane operacje i diagnostykę oraz zamknąć wiele punktów NPL.

Propozycja Konstantego Radziwiłła, by obsadzać kilka oddziałów jednym lekarzem dyżurnym, to nic innego jak czary-mary, bo największe braki kadrowe są na oddziałach specjalności podstawowych, takich jak internia, pediatria i chirurgia, a nie tam, gdzie dyżurant mógłby pojawiać się jedynie w trybie interwencyjnym. Dobrze się zatem stało, że minister Szumowski porozumiał się z rezydentami, zadeklarował odrobinę szybsze osiągnięcie pułapu 6 proc. nakładów na publiczną opiekę zdrowotną i już teraz chce szukać pieniędzy, uszczelniając system. O owym uszczelnianiu mówi się od ćwierć wieku. Niestety, jak dotąd był to wyłącznie słowny wytrych, pozwalający kolejnym rządowym ekipom wymigiwać się od dofinansowania systemu, a dyrektorom ciąć etaty bez liczenia się z bezpieczeństwem pacjentów i pracowników. Prof. Szumowski jest najwyraźniej tego świadomy, bo zaproponował konkretne rozwiązania w postaci centralnych przetargów na sprzęt i leki. Wprawdzie premier Morawiecki, na przykładzie walki z karuzelami vatowskimi, pokazał, jak skuteczne może być wyhamowanie wycieku pieniędzy z budżetu, ale systemu ochrony zdrowia w ten sposób naprawić się nie da. Są to bowiem usługi, gdzie z założenia gros kosztów stanowią wynagrodzenia. Te z kolei są ciągle na tyle niskie, że nie zapobiegają odpływowi kadr za granicę. Tak oto nowy minister staje oko w oko ze starym problemem pustych kieszeni. ()

Porozumienie na dwa lata?



Mariusz Tomczak

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

9 stron, 21 paragrafów – tyle, łącznie z podpisami sygnatariuszy, liczy porozumienie podpisane między Porozumieniem Rezydentów OZZL i ministrem zdrowia. Pojawia się jednak coraz więcej pytań, w jaki sposób zostanie ono „skonsumowane”.

Po 2,5 roku naszych działań doszło do porozumienia z rządem. Porozumienia trudnego, podpisywanego drżącą ręką, ale zdecydowanie nie zgniłego – uważa Jarosław Biliński, wiceprzewodniczący Porozumienia Rezydentów OZZL, bodaj najbardziej rozpoznawalna twarz protestu.

Do momentu rozpoczęcia głodówki przez kilkunastu lekarzy w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Warszawie w pierwszy poniedziałek października ubiegłego roku, odbyło się kilkanaście spotkań przedstawicieli resortu zdrowia z działaczami PR OZZL. Po wybuchu protestu głodowego oraz wezwaniu do wypowiadania klauzuli opt-out, młodzi medycy także wielokrotnie spotykali się z ministrem Konstantym Radziwiłłem. Jednak wydaje się, że w dużym stopniu dopiero zmiana głównego sternika w resorcie na Łukasza Szumowskiego doprowadziła do podpisania porozumienia 8 lutego. Rezydenci zmobilizowali część środowiska lekarskiego. Dla niektórych młodych lekarzy, a z całą pewnością dla niejednego studenta medycyny, którzy jesienią manifestowali na ulicach na znak solidarności z głodującymi koleżankami i kolegami, przygotowywali transparenty czy wywieszali własnoręcznie przygotowane plakaty w miejscu pracy lub na uczelni, był

to pierwszy spektakularny przejaw aktywności w życiu publicznym, wynikającej z bycia lekarzem.

6 PROC. PKB

Główny postulat, od którego rozpoczęła się głodówka, nie został spełniony (jak mówią niektórzy) albo nie został spełniony w pełni (jak chcą inni). Początkowo protestujący rezydenci żądali wzrostu nakładów publicznych na ochronę zdrowia do 6,8 proc. PKB już w 2021 r., w porozumieniu przystali na 6 proc. PKB nie później niż do 1 stycznia 2024 r. Zawarte porozumienie przewiduje podwyżki wynagrodzeń, niemniej nie w wysokościach, o które apelował Krajowy Zjazd Lekarzy. Minister zdrowia zobowiązał się w nim m.in. do: podjęcia „niezbędnych działań”, by przestała obowiązywać klauzula opt-out (od 2028 r.), przygotowania przepisów umożliwiających wprowadzenie „całkowicie lub częściowo finansowanych ze środków publicznych, stanowiska sekretarki-asystenta medycznego, której zadaniem będzie przejęcie biurokratycznych obowiązków lekarzy i pielęgniarek”, przygotowania projektu zmieniającego ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentysty w taki sposób, aby lekarzowi pracującemu w publicznej służbie zdrowia, w czasie udzielania przez niego świadczeń zdrowotnych przysługiwała ochrona właściwa dla

funkcjonariusza publicznego. W porozumieniu jest mowa o planowanej nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w zakresie kształcenia podyplomowego (wprowadzenie centralnego naboru na specjalizacje lekarskie, przywrócenie możliwości zmiany specjalizacji, uproszczenie dokumentowania procedur medycznych). „Strony zgodziły się co do faktu, że lekarz rezydent posiadający zawartą umowę o pracę z podmiotem leczniczym, będzie otrzymywał wynagrodzenie z tytułu pełnienia dyżurów medycznych na podstawie umowy o pracę, zgodnie z zasadami określonymi w Kodeksie Pracy. Dodatkowo, godziny pełnionych dyżurów medycznych nie powinny być uzupełnieniem podstawowego wymiaru czasu pracy w sytuacji, gdy lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne nie przepracuje w miesiącu podstawowego czasu pracy wymaganego programem specjalizacji. Odpoczynek lekarza po dyżurze nie powinien powodować przedłużenia odbywania specjalizacji i powinien być zaliczony do czasu jej trwania” – czytamy w dokumencie.

STYCZEŃ 2020 R.

Do końca br. minister ma przedłożyć rządowi projekty aktów prawnych zdejmujących z lekarza konieczność określania poziomu refundacji leku na receptę (powinny wejść w życie wraz



Pełna treść porozumienia na www.gazetalekarska.pl

z przejściem na wystawianie recept w trybie elektronicznym nie później niż do końca 2019 r.). Do 1 stycznia 2019 r. szef resortu „podejmie niezbędne działania” w celu zagwarantowania rezydentom dodatkowych 6 dni płatnego urlopu naukowego rocznie przeznaczonego na udział w konferencjach, szkoleniach i kursach naukowych oraz ma zaprezentować propozycję zmian w koszyku świadczeń gwarantowanych mających dostosować je do „realiów obecnego

W POROZUMIENIU JEST MOWA M.IN. O PLANOWANEJ NOWELIZACJI USTAWY O ZAWODACH LEKARZA I LEKARZA DENTYSTY W ZAKRESIE KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO

systemu”. To tylko przykłady deklaracji i zapewnień potwierdzonych własnoręcznym podpisem przez ministra Szumowskiego. Na styczeń 2020 r. zaplanowano spotkania robocze mające z jednej strony podsumować

realizację zobowiązań objętych porozumieniem, a z drugiej – jak to ujęto w dokumencie – „zrewalutować” możliwość dalszego przyspieszenia wzrostu nakładów na ochronę zdrowia. ○



KRZYSZTOF BUKIEL, PRZEWODNICZĄCY OZZL

Jedna strona ufa drugiej – to najważniejsze przesłanie płynące z porozumienia zawartego z ministrem zdrowia. Mam zaufanie do Porozumienia Rezydentów, dlatego wiem, że pod-

pisali to, co w ich ocenie było w danej chwili możliwe do osiągnięcia. Jest oczywiste, że porozumienie nie spełnia wszystkich oczekiwań, ale widocznie w tym momencie nie było lepszego wyjścia. Nie wiem, czy po podpisaniu porozumienia większość lekarzy, którzy wypowiedzieli opt-out, wróci do pracy ponad 48 godzin w tygodniu. Część tak, część nie, czas pokaże... W naszym kraju można spowodować, aby popyt na usługi szpitalne był mniejszy, np. poprzez odpowiednią wycenę świadczeń i wykonywanie części z nich ambulatoryjnie oraz by nie wszystkie oddziały w jednym mieście prowadziły ostry dyżur. Na różne sposoby można zorganizować system tak, aby polscy lekarze będący w tej liczbie, co obecnie, nie pracowali ponad miarę. To nie od rezydentów zależało, ile Produktu Krajowego Brutto będzie przeznaczone na ochronę zdrowia. Zgoda z ich strony na 6 proc. PKB to nie zmiana postulatu, a przyjęcie do wiadomości, że rząd nie chce dać więcej. Zresztą pierwotny postulat rezydentów (6,8 proc. PKB w trzy lata) był w pewnym sensie nieprecyzyjny. Wszystko zależy przecież od tego, na co te pieniądze mają zostać przeznaczone. Są państwa jak Singapur, gdzie z dodatków na ochronę zdrowia wydaje się ok. 4,5 proc. PKB, ale obywatele są zmuszeni do bardziej racjonalnego korzystania z systemu, większość z nich to akceptuje i nie ma tam takich kolejek jak w Polsce. Mam wielkie oczekiwania związane z zapowiedzią złożoną przez ministra Łukasza Szumowskiego dotyczącą otwarcia nowej dyskusji nad systemem opieki zdrowotnej. Minister bardzo wyraźnie zaznaczał, że w tej dyskusji każda dotychczas wykluczana koncepcja ma być dopuszczalna, nie będzie ograniczeń, że służba zdrowia powinna być państwowa, budżetowa czy narodowa albo że musi istnieć sieć szpitali czy że rezygnujemy z prywatyzacji. ○



ROMUALD KRAJEWSKI, WICEPREZES NRL

Podpisanie porozumienia to krok we właściwym kierunku. Lepiej, że ono jest, bo nierozwiązany spór mógłby doprowadzić do nieprzewidzianych skutków, także politycznych. Zawsze lepiej spokojnie dyskutować, niż spierać się w atmosferze protestów, strajków czy ulicznego i medialnego pokrzykiwania. Naczelna Rada Lekarska nie była stroną negocjacji. Jako obserwator służyliśmy jednak pomocą zawsze, gdy było to potrzebne. Strony sporu, tzn. rezydenci i Ministerstwo Zdrowia, traktują zawarcie porozumienia jako wyraz dobrej woli. To ważne, bo tylko przy dobrej woli rządzących, lekarzy i innych zwodów medycznych można rozwiązać problemy, których – na skutek wieloletnich zaniedbań – jest tak ogromna liczba, że praktycznie żadnego z nich nie uda się rozwiązać jednym podpisem ministra. W porozumieniu są zapisy zgodne z ogólnymi kierunkami działań od dawna wskazywanymi przez samorząd lekarski jako niezbędne, by polepszyć sytuację w ochronie zdrowia. 6 proc. PKB zostanie osiągnięte w 2024 r. To oczywiście wciąż będzie za mało w stosunku do potrzeb, gdyż w kolejnych latach potrzeby będą rosły dużo szybciej ze względu na większe zapotrzebowanie na świadczenia wynikające choćby ze zmian demograficznych i rosnące oczekiwania społeczeństwa. Nie przypadkiem średnie wydatki w Europie na ochronę zdrowia wynoszą ok. 10 proc. PKB. Dlaczego potrzeby Polaków miałyby być mniejsze? Dobrze, że zadeklarowano podwyżki wynagrodzeń dla rezydentów i dla specjalistów. Te i pozostałe zapisy muszą teraz zostać przełożone na ustawy, rozporządzenia, zarządzenia płatnika. Diabeł tkwi w szczegółach, od których zależy czy np. obiecane podwyżki wynagrodzeń nie pozostaną tylko na papierze. Samorząd lekarski będzie starannie się przyglądać realizacji porozumienia i w razie potrzeby wskazywać pożądane rozwiązania. ○



**ŁUKASZ JANKOWSKI,
WICEPRZEWODNICZĄCY
PR OZZL**

Wyobraźmy sobie, że nasi negocjatorzy odrzucają porozumienie w tym kształcie, w którym podpisaliśmy je 8 lutego, argumentując, że jest dalekie od naszego pierwotnego postulatu 6,8 proc. PKB. Rząd publikuje tekst. Co wtedy? Nie ma skumulowanego wzrostu nakładów na ochronę zdrowia o 16 mld zł, nie ma żadnych podwyżek, nie ma pakietu zmian, nie ma mowy o ochronie jak dla funkcjonariusza publicznego, za to jest dalej opt-out, a opinia publiczna widzi, że odrzuciliśmy ponad 1,5-krotne podwyżki dla specjalistów na etatach, a także kolejne podwyżki dla rezydentów (przed protestem rezydenci na specjalizacjach niedeficytowych otrzymywali 3150 zł brutto, obecnie dostają 4000 zł, a jeśli ktoś chce pracować w Polsce, to w wyniku porozumienia może liczyć na 4600 zł, czyli nastąpi wzrost o ponad 1400 zł brutto). Analizowaliśmy wszystkie scenariusze. Uznaliśmy, że podpisane porozumienie jest kompromisem trudnym, ale akceptowalnym dla obu stron. Trudniej byłoby wytłumaczyć środowisku lekarskiemu i pacjentom, dlaczego je odrzuciliśmy niż to, z jakich powodów je przyjęliśmy. Mamy świadomość, że nie jest doskonałe i że to nie koniec, tylko początek dokonywania potrzebnych zmian. Z punktu widzenia środowiska lekarskiego zależało nam, żeby rozwiązania zawarte w porozumieniu były fakultatywne, żeby nie pojawiły się „lojaliki dla wszystkich” ani „dodatki za lojaliki” oraz aby specjaliści zarabiali 6750 zł brutto w podstawie, a nie w dodatkach. ○



**MARIA LIBURA,
EKSPERT CENTRUM ANALIZ
KLUBU JAGIELLOŃSKIEGO**

Trwający przez ostatnie miesiące kryzys w służbie zdrowia w Polsce to skutek zmiany pokoleniowej. Niesłusznie został uznany za protest dotyczący przede wszystkim podwyżek wynagrodzeń. Nie jest też wcale protestem o charakterze lokalnym. Wskazują na to podobne protesty w innych krajach. W ciągu ostatnich tygodni z analogicznymi co w Polsce postulatami wyszli na ulicę młodzi lekarze na Litwie, a wcześniej z powodu niskich płac, problemów ze spłatą kredytów zaciągniętych na sfinansowanie studiów oraz dużej liczby nadgodzin, na ulicach Londynu manifestowały młode kadry brytyjskiej ochrony zdrowia. Młodzi lekarze sprzeciwiają się złożonej i mało elastycznej ścieżce kariery, a także temu, że długie lata po uzyskaniu dyplomu lekarza nadal pozostają niesamodzielnymi, pomimo obciążenia dużą odpowiedzialnością. Podpisane 8 lutego porozumienie jest raczej przystankiem w drodze do znalezienia rozwiązania niż końcem problemu. Wyższe płace nie spowodują bowiem nagle, że zniknie niedobór kadr, który wymusza pracę w ponadwymiarowym czasie. Zbliżenie się wynagrodzenia lekarza rezydenta do specjalisty jest zaś gotowym przepisem na kolejny kryzys kadrowy. ○



**MIROSŁAW WIELGOŚ,
REKTOR WUM**

Przedstawiciele Porozumienia Rezydentów zrobili pierwszy duży krok na drodze do prawdziwych reform, są konkretne ustalenia, które będą poprawiać naszą rzeczywistość. Jesienno-zimowa kulminacja działań Porozumienia Rezydentów zmieniła w mojej ocenie także myślenie polityków i Polaków o systemie ochrony zdrowia, jako o wyzwaniu nas wszystkich: lekarzy, polityków i pacjentów. Zdecydowana większość kolegów lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia to ideowcy, którzy dobro pacjentów przedkładają nad własne, zatem uważam, że bardzo wielu z nich nadal będzie pracowało ponad 48 godzin, jak przewidują przepisy. ○



**ANNA BŁAŻEJCZYK,
LEKARZ REZIDENT**

Moim zdaniem to porozumienie jest sukcesem. Przez wiele lat nikomu nie udało się aż tyle wywalczyć i to pomimo że wypowiedzeń klauzuli opt-out w skali kraju nie było aż tak wiele. Na początku domagaliśmy się wzrostu nakładów na ochronę zdrowia do 6,8 proc. PKB, udało się wynegocjować 6 proc. I choć jest to mniej, niż oczekiwaliśmy, ten wzrost jest znaczący w stosunku do tego, co mamy teraz. Mam nadzieję, że strona rządowa dotrzyma złożonych obietnic. Nasze pensje będą większe, ma nastąpić poprawa warunków pracy, udało się wywalczyć dodatkowy urlop szkoleniowy. Dzięki temu może uda mi się wreszcie wyjechać na kurs USG, w którym od pewnego czasu planowałam wziąć udział i z tą myślą odkładałam pieniądze. Poza tym udało nam się zjednoczyć lekarzy i zmienić postrzeganie naszej grupy zawodowej przez społeczeństwo. Widzę, że w szpitalu, w którym pracuję, inaczej podchodzi się do lekarzy, niż to było jeszcze kilka miesięcy temu. W wyniku protestu jesteśmy bardziej świadomi swoich praw, wiemy, że po dyżurach nie powinniśmy zostawać w pracy, bo należy nam się odpoczynek. Ja do opt-outu na pewno nie wrócę, bo wolę poświęcić czas dwóm moim córkom. Zresztą dyżurowanie nie bardzo mi się kalkuloowało, bo za dyżur zarabiałam tyle, że czasami wystarczało tylko na opłacenie niani i na paliwo. Nie mam możliwości zostawienia dzieci u dziadka. Wśród moich najbliższych znajomych do opt-outu wróci najwyżej połowa. Teraz są zadowoleni, bo mają więcej czasu dla rodziny i dla współmałżonka, co jest ważne szczególnie w przypadku małżeństw lekarskich. Gdy brali po kilka, a czasem kilkanaście dyżurów w miesiącu, często się mijali. Niektórzy nie wrócą do opt-outu z tych samych powodów co ja. Jeden z moich kolegów wypowiedział klauzulę akurat wtedy, gdy urodziło mu się dziecko. Powiedział szefowi wprost, że dalej nie może tak dużo pracować, bo chce, aby dziecko go znało. ○



Więcej na
www.gazetalekarska.pl

Czeka nas trudna przyszłość

GL
ROZMOWA

Z prof. **Romualdem Krajewskim**, wiceprezesem Naczelnej Rady Lekarskiej, prezydentem Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów, rozmawiają **Ryszard Golański i Marta Jakubiak**.

GL Dlaczego Prezydium NRL wydało 31 stycznia oświadczenie, w którym poparło koleżanki i kolegów z Tureckiego Stowarzyszenia Lekarskiego?

Lekarze na całym świecie, pełniąc swoją misję, mogą narazić się na represje. To część naszego powołania. Koledzy w Turcji znaleźli się właśnie w takiej sytuacji. Już podczas trwania protestów społecznych alarmowali, że medycy udzielający pomocy demonstrantom są prześladowani. Poparcia udzieliły im wówczas europejskie i światowe stowarzyszenia lekarzy. Sprawa trochę ucichła, ale znów powróciła, ponieważ lekarze mieli odwagę przypomnieć, że każdy konflikt powoduje ogromne cierpienia i jest problemem zdrowia publicznego, co okazało się niezgodne z oficjalną linią polityczną.

W przyrzeczeniu lekarskim wyraźnie mówimy, że lekarz musi udzielić pomocy choremu, jeśli ten jej potrzebuje, niezależnie od tego, jakiej jest narodowości, jakie ma poglądy. Lekarz ma obowiązek działać zgodnie z zasadami etyki, które są bardzo podobne na całym świecie.

Koledzy z Turcji zwrócili uwagę na cierpienie ludzi, ofiary działań wojennych i choroby, które z nich wynikają. Mówienie o takich problemach jest prawem i obowiązkiem lekarzy. Dlatego europejskie i światowe organizacje apelowały do władz tureckich, a także przedstawicieli Unii Europejskiej, WHO i ONZ o interwencję w sprawie prześladowań lekarzy, aresztowania większości kierownictwa organizacji lekarskich, przeprowadzania rewizji w domach i biurach, zabierania sprzętu. To bardzo przykra sytuacja, która ulega eskalacji. I można się spodziewać, że szczyt tak szybko się nie zakończy.

GL Dotychczas chyba żaden z rządów europejskich nie postąpił tak wobec lekarzy...

Kiedy pojawia się jedyna słuszna polityka, niektóre działania lekarzy mogą być traktowane jako wrogie. W Turcji lekarze są szikanowani za postępowanie, które nie tylko

jest dobre, ale wręcz wymagane. Wynika z etyki naszego zawodu. Są karani za to, co powinni robić.

GL Już drugą kadencję jest pan prezydentem najstarszej i największej organizacji lekarskiej w Europie, czyli Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (Union of European Medical Specialists). Jak w UEMS postrzegany jest polski lekarz i polski samorząd?

Jako lekarze jesteśmy postrzegani bardzo pozytywnie, a nasz samorząd jako solidna i silna organizacja. Uważa się też, i słusznie, że Polacy to ludzie, którzy pracują dobrze i rzetelnie. Polska to kraj, który może wnieść do wspólnej Europy dużo dobrego. Potwierdza to fakt, że pierwszym wiceprezesem w Standing Committee of European Doctors (CPME), drugiej dużej organizacji lekarzy europejskich, został prezes NRL Maciej Hamankiewicz. UEMS skupia wszystkie kraje europejskie, CPME prawie wszystkie, a więc wybór polskich lekarzy na tak ważne stanowiska świadczy o uznaniu dla naszego kraju.

GL Często słyszy się, po co nam ten samorząd. Jak ważne jest istnienie samorządów lekarskich?

Nie ma na świecie kraju, w którym zawód lekarza byłby nieregulowany. Nadzór, i to bardzo ścisły, jest wszędzie. Pytanie tylko, czy będzie pełnił go samorząd, czy rząd? W Europie zdecydowana większość krajów odpowiada: samorząd, w postaci izb lekarskich. To element demokratycznego porządku prawnego i podziału władzy. Kraje dawnej Europy Wschodniej zdecydowanie idą w tym kierunku. Izby lekarskie zazwyczaj mają bardzo mocną pozycję. W niektórych krajach z mocy prawa biorą udział w wielu działaniach systemu ochrony zdrowia, np. zajmują się kształceniem i jego organizacją, w innych – tylko tym, co jest podstawą działania samorządu, czyli wydawaniem prawa wykonywania zawodu i prowadzeniem rejestru. W większości krajów w rękach samorządu jest również

OSAI

Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji
NIL służy tzw. evidence-based policy, badając opinie środowiska lekarzy.



odpowiedzialność zawodowa. Tam, gdzie istnieją izby lekarskie, istnieje też przekonanie, że tylko ci, którzy wykonują zawód lekarza, mogą określić, jak powinien być on wykonywany i są w stanie ocenić, czy jest wykonywany właściwie.

GL A w przypadku nadzoru rządu?

W Europie model nadzoru państwowego istnieje w krajach skandynawskich, ale one mają ogromną kulturę dialogu społecznego, kulturę prawną i liberalną tradycję demokratyczną. Część zadań izby pełni tam stowarzyszenia lekarzy.

Uważam jednak, że generalnie model samorządowego nadzoru jest zdecydowanie lepszy niż administracyjny. Zadania samorządu określają akty prawne i działa on dla dobra publicznego. Nie jest organizacją interesu, jak związki zawodowe czy stowarzyszenia, których zadaniem jest walka o różne dobra ich członków, działanie w ich interesie.

GL To niepopularna teza wśród lekarzy... W polskiej ustawie o izbach lekarskich zapisane jest, że izba ma dbać o warunki, w jakich lekarz pracuje i jakie za swoją pracę otrzymuje wynagrodzenie.

Porządek prawa oznacza, że nadrzędne są zapisy Konstytucji, a dopiero potem te ustawowe. Konstytucja mówi, że samorządy zawodów zaufania publicznego mogą na tworzyć w granicach interesu publicznego i dla jego

▲ **Prof. Romuald Krajewski:**
– Nie ma na świecie kraju, w którym zawód lekarza byłby nieregulowany. Nadzór, i to bardzo ścisły, jest wszędzie.

ochrony. Każde z 24 zadań, które zapisano w ustawie, należy rozumieć w ten sposób, że dbamy o warunki wykonywania zawodu tak, by interes publiczny polegający na korzystaniu z dobrej jakości usług zdrowotnych był gwarantowany. To dyskretna, ale ważna różnica. Dbając o interes publiczny mówimy na przykład, ile lekarze powinni zarabiać aby ich wynagrodzenia zapewniały wysoką jakość pracy i bezpieczne leczenie.

GL Koordynuje pan pracę Ośrodka Studiów, Analiz i Informacji NIL. Po co w samorządzie lekarskim taka komórka?

Potrzebna jest w każdej organizacji, ponieważ służy tzw. evidence-based policy. Podejmując różnego rodzaju decyzje, można mieć o czymś silne osobiste przekonanie, ale należy sprawdzić, czy jest to również przekonanie tych, których reprezentujemy. Służą temu badania opinii środowiska. Mamy już sporo wiedzy na ten temat, co pozwala nam mówić o faktach. W naszych badaniach współpracujemy z Instytutem Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk.

GL Które z dotychczas przeprowadzonych badań przyniosło najbardziej zaskakujące wyniki?

Chyba to dotyczące „Gazety Lekarskiej”. Słyszysz się, że nikt jej nie czyta, że jest wyrzucana do kosza. Badanie przeprowadzone na dużej grupie respondentów pokazało, że jest zupełnie inaczej: ponad 90 proc. lekarzy ją czyta. Zaskakujące bywają też wyniki badań, w których pytamy o obraz ochrony zdrowia. Mniej niż połowa, ale istotna część naszego środowiska dobrze ocenia warunki swojej pracy, większość pozytywnie określa relacje z pacjentami, mniej więcej jedna trzecia nie narzeka na dochody.

GL Które analizy miały przełożenie na realne działania samorządu?

Na przykład te dotyczące opinii młodych lekarzy i kształcenia specjalistycznego. Dzięki wynikom tych badań zwrócono uwagę na wiele aktualnych problemów, co potem znalazło odzwierciedlenie w postulatach zgłoszonych przez NRL do MZ w formie zdania odrębnego. Przyjemną niespodzianką było, że jedynym elementem systemu kształcenia podyplomowego, który został pozytywnie oceniony w badaniu opartym na opinii 2700 respondentów, okazali się kierownicy specjalizacji. Mimo że nie są premiowani za pracę z odbywającymi specjalizację, to nadal poświęcają młodym lekarzom bardzo dużo czasu, a ci to doceniają. Myślę, że ten cenny fakt mógłby nam umknąć, gdyby takiego badania nie było.

„Stomatologia 2016” to również bardzo ważne badanie. Uzyskaliśmy wiele cennych informacji o tym, jakie lekarze dentyści mają warunki pracy i na jakie trudności napotykają. Kiedy toczyła się dyskusja o aparatach rtg. w gabinetach stomatologicznych i tworzone były przepisy regulujące ich stosowanie, mogliśmy oprzeć się na konkretnych danych, które wcześniej zebraliśmy.

ZAPEWNE JESZCZE WIELOKROTNIĘ BĘDZIEMY MIELI ODMIENNE ZDANIE NIŻ RZĄD CZY PŁATNICY, BO WIEMY, JAK PROPONOWANE ROZWIĄZANIA PRZEKŁADAJĄ SIĘ NA CODZIENNĄ PRAKTYKĘ LEKARSKĄ I SYTUACJĘ PACJENTA. CHCEMY JEDNAK, BY TEN WAŻNY I NIEUNIKNIONY SPÓR ODBYWAŁ SIĘ W SPOSÓB CYWILIZOWANY.

GL Jakie badania planowane są w najbliższej przyszłości?

Przed wszystkim dotyczące zdrowia lekarzy. Wiemy już, że wypalenie zawodowe dotyczy co najmniej 40 proc. lekarzy, a także że tylko jedna czwarta lekarzy i lekarzy dentyistów ocenia stan swojego zdrowia jako dobry. Musimy poznać więcej szczegółów dotyczących tej kwestii, aby lepiej zorganizować pomoc w problemach zdrowotnych naszych koleżanek i kolegów.

GL Jest pan koordynatorem Konferencji Prezesów Towarzystw Lekarskich. Jakie działania podejmowane są przez KPTL i czemu służą?

Konferencja została powołana dziesięć lat temu, by rozmawiać o sprawach związanych z kształceniem lekarzy, ale też dyskutujemy o sprawach bieżących, istotnych dla naszego środowiska, jak np. finansowanie ochrony zdrowia. Do tej pory do KPTL przystąpiło 91 towarzystw naukowych. Spotykamy się cyklicznie w siedzibie NIL.

KPTL jest nieformalną grupą bardzo wpływowych osób, która wypowiada się z nadzieją, że w cywilizowanym kraju, jakim Polska niewątpliwie jest, jej głos będzie wzięty pod uwagę w dyskusjach na tematy dotyczące ochrony zdrowia. W naszych spotkaniach wielokrotnie uczestniczył minister zdrowia, spotykaliśmy się też m.in. z przedstawicielami Narodowego Centrum Nauki czy Centrum Badań i Rozwoju, CMKP, CEM, z młodymi lekarzami. Wiemy, że nasze opinie są bardzo ważne i powinny mieć duży wpływ na podejmowane rozwiązania legislacyjne.

GL Niedawno w NIL powstał Ośrodek ds. Wytycznych Postępowania w Praktyce Medycznej. Czym się zajmuje i jakie ma cele do realizacji w najbliższym czasie?

Po wielu latach doczekaliśmy się oficjalnego uznania faktu, że tworzenie wytycznych postępowania w praktyce medycznej to działalność naukowa, która musi być prowadzona w oparciu o wyniki badań naukowych. Nie jest to zadanie ani administracyjne, ani prawne.

Wytyczne postępowania w praktyce to aktualne, opracowane na najwyższym aktualnie możliwym poziomie podsumowania tego, co wiemy o postępowaniu w danym problemie klinicznym. Lekarze otrzymują gotowe wnioski. Nie mogą być one jednak traktowane jako nakaz postępowania, bo istnieje indywidualna zmienność, a sytuacje medyczne są niezwykle skomplikowane. Lekarz musi umieć rozpoznać, kiedy ma do czynienia z sytuacją typową i zastosować wytyczne, a kiedy ma do czynienia z sytuacją

nietypową i ich zastosowanie byłoby błędem. Na tym polega urok i trudność naszego zawodu.

GL Jak ma się praca ośrodka do wytycznych, które opracowują polskie i międzynarodowe lekarskie towarzystwa naukowe?

Nie mamy zbyt wielu funduszy na tworzenie wytycznych w Polsce, dlatego zwykle opieramy się na tych stworzonych za granicą, czasami są one formalnie adaptowane. Zadaniem ośrodka nie jest opracowywanie wytycznych ani nawet ich adaptacja, bo to wymaga ogromnej wiedzy fachowej i dużych nakładów. Mamy po prostu wspierać działania towarzystw naukowych, by polskich wytycznych było jak najwięcej i żeby były jak najlepszej jakości.

GL Jest pan lekarzem czynnie wykonującym zawód – neurochirurgiem w Klinice Nowotworów Głowy i Szyi Centrum Onkologii-Instytutu w Warszawie. Jak te dwie sfery – lekarza i samorządowca – udało się pogodzić?

Przychodzi taki moment, kiedy trzeba następnemu pokoleniu przekazać to, co się umie i oddać mu pole do działania. Jestem na takim etapie rozwoju zawodowego, że mogę mniej czasu spędzać w klinice, co mam nadzieję, czują i doceniają moi młodszy koledzy, bo mają więcej samodzielności i odpowiedzialności. Wciąż koordynuję pracę zespołu w klinice, ale praktycznie zrezygnowałem z operowania. Dzięki temu mogę więcej czasu poświęcić pracy dla naszego środowiska i polityce zdrowotnej.

GL Jaka przyszłość czeka polską ochronę zdrowia i jak wpisuje się w tę wizję samorząd lekarski?

Myślę, że to będzie trudna przyszłość. Dzięki zawartemu niedawno porozumieniu lekarzy rezydentów z ministrem zdrowia zobaczyliśmy światło w tunelu, ale ten tunel jest bardzo długi. Samorząd lekarski nieraz będzie na pierwszej linii. Zapewne jeszcze wielokrotnie będziemy mieli odmienne zdanie niż rząd czy płatnicy, bo wiemy, jak proponowane rozwiązania przekładają się na codzienną praktykę lekarską i sytuację pacjenta. Chcemy jednak, by ten ważny i nieunikniony spór odbywał się w sposób cywilizowany. Spierajmy się, ale słuchajmy siebie nawzajem, starajmy się znajdować wspólne cele. Ochrona zdrowia musi istnieć, bo w każdym społeczeństwie żyją chorzy ludzie wymagający pomocy. Pacjenci zawsze będą potrzebowali lekarzy, a lekarze zawsze będą im pomagać, ale to, w jakich warunkach będzie realizowana opieka zdrowotna, w dużym stopniu zależy od jakości dialogu z decydentami i wzajemnego zrozumienia. (C)

KPTL

Konferencja Prezesów Towarzystw Lekarskich to nieformalna grupa bardzo wpływowych osób, która wypowiada się z nadzieją, że jej głos będzie wzięty pod uwagę w dyskusjach na tematy dotyczące ochrony zdrowia.


Anna Lella

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

Klasyfikowanie zawodów z sektora ochrony zdrowia

Nie od dziś prowadzone są na forum krajowym oraz międzynarodowym dyskusje na temat klasyfikowania i definiowania zawodów w ochronie zdrowia¹ – począwszy od samych nazw tych zawodów, poprzez kwalifikacje zawodowe wymagane do ich wykonywania, kończąc na zakresie uprawnień zawodowych poszczególnych pracowników ochrony zdrowia, stopnia ich samodzielności oraz relacji z osobami wykonującymi inne zawody z sektora zdrowia.

Szybki rozwój wiedzy i technologii w medycynie prowadzi m.in. do coraz dalej idącej specjalizacji zawodowej osób zajmujących się opieką medyczną. Kształcenie jest coraz bardziej zaawansowane merytorycznie oraz organizacyjnie, przechodząc czasem z poziomu szkolnictwa średniego na poziom szkolnictwa wyższego, wyodrębiają się nowe zawody, pojawiają się kolejne formalnie uznawane specjalizacje.

Tym bardziej na znaczeniu nabierają kwestie właściwego ustalenia, czasem wręcz rozgraniczenia kompetencji zawodowych, wzajemnych relacji pomiędzy profesjami oraz stopnia ich niezależności oraz odpowiedzialności. Nie jest to proste.

Warto sobie zdawać sprawę, że wraz z rozwojem systemu kształcenia zawodowego rosną także „oczekiwania” niektórych zawodów co do ich pozycji w systemie ochrony zdrowia i zakresu ich kompetencji oraz niezależności. Oczekiwania, co trzeba podkreślić, nie zawsze znajdują odzwierciedlenie w rzeczywistym poziomie kwalifikacji.

Niedobory lekarzy występujące w wielu państwach prowadzą do sankcjonowania, a czasem wręcz promowania tego, aby czynności dotychczas wykonywane tylko przez lekarzy były samodzielnie realizowane przez innych pracowników. O tym aspekcie pisał w poprzednim numerze „Gazety Lekarskiej” prof. Romuald Krajewski, wskazując na konieczność zapewnienia centralnej roli lekarzy w procesie leczenia i koordynowania przez nich działań innych osób.

Brak lekarzy jest jednym z argumentów, drugim (co raz częściej) kwestia kosztów leczenia. Powierzenie samodzielnego wykonywania kolejnych czynności medycznych przedstawicielom innych zawodów ma, zdaniem zwolenników takiego podejścia, obniżyć koszty świadczeń. Argument ten, w zasadzie nigdy nie dowiedziony, pozostawia na boku odpowiedni poziom jakości leczenia i bezpieczeństwa pacjentów.

W nie mniejszym stopniu dotyczy to stomatologii. W „GL” nr 11/2017 przedstawiłam jeden z niedawnych wyroków Trybunału Sprawiedliwości UE w sprawie dotyczącej rejestracji oraz uprawnień zawodowych techników dentystycznych na Malcie, która dobrze obrazuje omawiane tendencje, różnice zachodzące pomiędzy państwami UE oraz ich możliwy wpływ na sytuację w innych państwach.

Właściwe określenie kompetencji zawodowych i relacji pomiędzy zawodami w ochronie zdrowia jest oczywiście kluczowe, ale istotne znaczenie ma także sama terminologia, która jest niejednolita i różnie rozumiana.

W celu ujednolicenia tego stanu rzeczy tworzone są przez instytucje międzynarodowe klasyfikacje zawodów, jak Międzynarodowy Standard Klasyfikacji Zawodów ISCO-08 opracowany przez Międzynarodową Organizację Pracy oraz Europejska Klasyfikacja Umiejętności, Kompetencji, Kwalifikacji i Zawodów ESCO stworzona w ramach strategii „Europa 2020”. Przyjęte tam nazewnictwo oraz definicje budzą jednak kontrowersje.

Rada Europejskich Lekarzy Dentystów (CED) odniosła się do klasyfikacji ESCO, wskazując, że niektóre definicje różnią się od tego, co było wcześniej przedmiotem dyskusji i konsultacji z partnerami społecznymi. Zastrzeżenia dotyczą proponowanej terminologii odnośnie asystentek (oraz tzw. terapeutów) stomatologicznych i techników dentystycznych.

Myszę, że środowisko lekarzy i lekarzy dentystów powinno zagadnienia te na bieżąco śledzić i zabierać co do nich głos, jako że są to sprawy mające nie tylko wymiar teoretyczny, ale także wpływający na wykonywanie naszych zawodów. ○

¹ W ramach niniejszego tekstu pojęcie to odnosi się do tych zawodów w sektorze ochrony zdrowia, które biorą udział w działaniach o charakterze medycznym, w szczególności udzielają świadczeń zdrowotnych bądź w nich współuczestniczą.

Tak leczy się w Belgii

GL
WYWIAD

O belgijskim systemie ochrony zdrowia z **Xavierem Brenezem**, dyrektorem naczelnym Les Mutualités Libres, trzeciej pod względem wielkości kasy chorych w Belgii, zrzeczającej ok. 20 proc. mieszkańców tego kraju, rozmawia **Iwona Darquenne**.

GL Kto i w jaki sposób może nabyć w Belgii prawo do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego?

Aby mieć prawo do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, trzeba odprowadzać składki na ubezpieczenie społeczne. 99 proc. rezydentów Belgii oraz obcokrajowców tu pracujących posiada ten typ ubezpieczenia.

W Belgii funkcjonują dwa sposoby płacenia składek. Pierwszy dotyczy pracowników fizycznych, umysłowych i funkcjonariuszy, za których składki są płacone automatycznie przez ONSS, czyli Narodowe Biuro Ubezpieczeń Społecznych. W drugiej grupie znajdują się prowadzący własną działalność gospodarczą, którzy najpierw muszą zapisać się do kasy dla samozatrudnionych, a następnie opłacać składki socjalne raz na kwartał.

Ujmując więc rzecz najogólniej, można powiedzieć, że wszyscy, którzy mają status pracownika fizycznego, umysłowego, funkcjonariusza, bezrobotnego z prawem do zasiłku lub osoby zamieszkujące pod jednym dachem z osobą ubezpieczoną i będące na utrzymaniu ubezpieczonego, posiadają obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne. Oczywiście istnieje kilka wyjątków od tej zasady. Przykładem są rentierzy, którzy utrzymują się z posiadanych dóbr. W takim przypadku muszą oni opłacać inny rodzaj składki, aby być ubezpieczonym.

Trzeba pamiętać, że niezbędnym warunkiem jest również zapisanie się do jednej z kas chorych. Dopełnienie formalności jest proste: wystarczy zadzwonić do jednego z oddziałów wybranej kasy chorych i poprosić o przesłanie stosownych dokumentów, które należy wypełnić i odesłać. Można również zapisać się przez internet. W Belgii istnieje pięć dużych kas chorych i dwie małe. Ja stoję na czele Les Mutualités Libres, która jest trzecią pod względem wielkości i zrzesza ok. 20 proc. mieszkańców Belgii.

GL Jak kształtują się składki w systemie ochrony zdrowia w Belgii i w jakim stopniu obciążają one pracownika, a w jakim pracodawcę?

Od 2018 r., pracownik pokrywa 25 proc. składki na ubezpieczenie społeczne, pracodawca – 45 proc., a pozostałe 30 proc. jest finansowane z innych źródeł, takich jak dotacje z urzędu państwa czy podatki.

GL Na terenie Belgii istnieje kilka Mutualités, które są odpowiednikami dawnych polskich kas chorych. Jak one funkcjonują?

Kasy chorych są finansowane przez budżet państwa. Na obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne przeznaczamy rocznie ok. miliard euro. Oczywiście ta kwota zmienia się co roku. Zazwyczaj jest indeksowana, ale rząd może również zaprzestać indeksacji i właśnie taka sytuacja ma miejsce od 2012 r. Kasy chorych posiadają także inne źródła finansowania w postaci dodatkowych ubezpieczeń, jak chociażby dentystycznego zwanego Dentalia Plus czy szpitalnego określanego mianem Hospitalia Plus. Ale trzeba zdać sobie sprawę, że oba źródła finansowania (obowiązkowe i dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne) działają zupełnie niezależnie. Oprócz środków finansowych przeznaczonych na kasy chorych dysponujemy również budżetem ok. 24 mld euro, który wykorzystuje się m.in. na utrzymanie szpitali i domów spokojnej starości.

GL System opieki zdrowotnej w Belgii cechują: wolny wybór świadczeniodawcy i współfinansowanie. Co to w rzeczywistości oznacza?

System opieki zdrowotnej w Belgii jest naprawdę dobry. Przeprowadzone sondaże wykazują wysoki poziom zadowolenia obywateli belgijskich, wynikający w szczególności ze swobody wyboru lekarza i szpitala, w którym pacjent chce się leczyć oraz jakości opieki medycznej. Jakkolwiek chcielibyśmy wdrożyć pewne obostrzenia. Naszym celem jest zmniejszenie liczby szpitali oferujących ten sam zakres usług medycznych na rzecz szpitali specjalistycznych. Każdy pacjent otrzymuje zwrot w wysokości 70 proc. poniesionych kosztów. Tak się dzieje w przypadku korzystania z usług lekarzy, którzy mają podpisane umowy z kasami chorych. W razie decyzji o wizycie u lekarza, który nie współpracuje z kasami chorych, zwiększone koszty może pokryć jedynie dodatkowe ubezpieczenie, jeżeli pacjent takowe posiada.

GL Jak odbywa się zwrot kosztów leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego oraz w jakiej wysokości?

Na ogół w ciągu dwóch tygodni od wysłania stosownych dokumentów do kasy chorych na konto pacjenta wpływa zwrot poniesionych kosztów. Za leczenie ambulatoryjne i szpitalne

25%

– taki odsetek składki na ubezpieczenie społeczne pokrywa pracownik, pracodawca 45 proc., a pozostałe 30 proc. jest finansowane z innych źródeł, takich jak dotacje z urzędu państwa czy podatki.



pacjent płaci 30 proc. Ale trzeba pamiętać, że istnieją usługi medyczne, które są refundowane w niewielkim stopniu, jak chociażby protezy dentystyczne, mosty czy implanty. Dlatego w Belgii są popularne dodatkowe ubezpieczenia, jak Dentalia Plus czy Hospitalia Plus, aby zabezpieczyć się na wypadek takiej potrzeby.

GL Wiadomo, że oprócz obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego istnieją też dodatkowe, prywatne ubezpieczenia. Jak one funkcjonują w odniesieniu zarówno do zatrudnionych, jaki i samozatrudnionych?

O ile obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne zarówno w przypadku pracowników fizycznych i umysłowych, funkcjonariuszy, jak i samozatrudnionych obowiązuje od następnego dnia po zawarciu umowy z kasą chorych, o tyle ubezpieczenia dodatkowe są często obwarowane kilkumiesięcznym stażem. W rzeczywistości oznacza to, że ubezpieczony nabywa prawo do zwrotu części poniesionych kosztów leczenia po sześciu, a w niektórych przypadkach – po dziewięciu miesiącach opłacania składek.

GL Nie od dziś znana jest zasada: „Lepiej zapobiegać niż leczyć”. Jakie działania promuje belgijska służba zdrowia w tym zakresie?

Szczerze powiedziawszy, w tym zakresie jest jeszcze wiele do zrobienia. Na cele prewencyjne przeznaczają się mniej niż 3 proc.

^ **Xavier Brenez:**
– **System opieki zdrowotnej w Belgii jest naprawdę dobry. Przeprowadzone sondaż wykazują wysoki poziom zadowolenia obywateli belgijskich, wynikający w szczególności ze swobody wyboru lekarza i szpitala.**

środków, co bez wątpienia jest niewystarczające. W głównej mierze podejmowane są działania mające na celu walkę z uzależnieniem od alkoholu i tytoniu, choć wspiera się także zdrowy styl życia. Widać to chociażby we współfinansowaniu abonamentów do fitness klubów czy konsultacji dietetycznych mających na celu walkę z otyłością, która stała się już epidemią XXI w.

GL Powszechną tendencją jest starzenie się społeczeństw w Europie. Jak funkcjonują w Belgii tzw. domy spokojnej starości?

Pobyty w domach spokojnej starości w Belgii jest bardzo drogi. Zryczałtowane koszty medyczne pokrywane są z budżetu państwa, natomiast za koszty zakwaterowania płaci pensjonariusz. Ceny są zróżnicowane i wynoszą od 30-120 euro dziennie w zależności od statusu domu spokojnej starości (państwowy czy prywatny) i wysokości emerytury pensjonariusza. Dochody przebywających w placówce są brane pod uwagę jedynie w publicznych placówkach tego typu, które są współfinansowane z budżetu państwa. W Belgii brakuje domów spokojnej starości i aby wyjść naprzeciw oczekiwaniom, należałoby podwoić ich liczbę. W związku z trudnością w znalezieniu w nich wolnych miejsc, belgijski system opieki zdrowotnej oferuje alternatywne rozwiązania dla ludzi w podeszłym wieku (pielęgniarki środowiskowe, różnorakie udogodnienia w domu, jak chociażby krzeselka schodowe). To pozwala emerytom pozostać jak najdłużej we własnym domu, a takie rozwiązanie jest tańsze zarówno dla zainteresowanych, jak i dla budżetu państwa. Cały czas pracujemy nad usprawnieniem systemu i dlatego we Flandrii od chwili rozpoczęcia kariery zawodowej wszyscy są zobowiązani uiszczać składkę w wysokości 50 euro rocznie na poczet przyszłych kosztów opieki nad emerytami.

GL Belgia była pionierem w zakresie centralnej dokumentacji medycznej pacjentów. Czy jako dyrektor naczelny Les Mutualités Libres uważa pan, że to rozwiązanie powinno być zastosowane we wszystkich państwach europejskich?

Zorganizowanie sprawnie działającego systemu centralnej dokumentacji medycznej pacjentów jest ogromnym wyzwaniem. Baza i stosowne narzędzia zostały stworzone, ale nie zawsze są używane przez lekarzy i szpitale. Żeby całość funkcjonowała w Belgii na najwyższym poziomie, potrzeba jeszcze kilku lat wyteżonej pracy. Bez wątpienia jest to rewolucja, szczególnie dla lekarzy, ale ponieważ system centralnej dokumentacji medycznej służy dobru pacjenta, inne kraje europejskie mogą śmiało wziąć przykład z naszych rozwiązań.

GL A co Pan myśli o turystyce medycznej? Dla pacjenta koszty leczenia odgrywają niebagatelną rolę.

Nie mam nic przeciwko turystyce medycznej, pod warunkiem, że zachowana jest najwyższa jakość oferowanych usług i pełen profesjonalizm. Swobodny przepływ osób i usług to przecież podstawowa zasada w Unii Europejskiej. Można więc leczyć się wszędzie, ale najważniejsze jest, aby pacjent miał łatwy kontakt z lekarzem, który przeprowadzał zabieg oraz dostęp do właściwej opieki medycznej w razie powikłań pooperacyjnych. ○

ZORGANIZOWANIE SPRAWNIE DZIAŁAJĄCEGO SYSTEMU CENTRALNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTÓW JEST OGROMNYM WYZWANIEM.

Na przekór samotności



Lidia
Sulikowska

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

Premier Wielkiej Brytanii Theresa May w połowie stycznia utworzyła stanowisko rządowego pełnomocnika do walki z samotnością. Według danych Office of National Statistics, Zjednoczone Królestwo (UK) jest jednym z najbardziej samotnych miejsc do życia w Europie.

Na czele międzyresortowej grupy w rządzie Theresy May, mającej przeciwdziałać samotności, stanęła Tracey Crouch, parlamentarna podsekretarz stanu ds. sportu i społeczeństwa obywatelskiego w Ministerstwie Cyfryzacji, Kultury, Mediów i Sportu.

CO MÓWI RAPORT?

Pomysł, aby powołać pierwszego w historii UK ministra ds. samotności pojawił się w rekomendacjach zawartych w raporcie opublikowanym w grudniu 2017 r. przez parlamentarną komisję zajmującą się problemem samotności w brytyjskim społeczeństwie (komisję utworzyła posłanka Partii Pracy Jo Cox, która w czerwcu 2016 r. – na kilka dni przed referendum w sprawie Brexitu, została zamordowana – przyp. red.). Autorzy tego dokumentu podkreślają, że potrzebna jest narodowa strategia do walki z tym zjawiskiem, a zaangażować się w nią musi nie tylko rząd, ale także pracodawcy, środowiska biznesowe, organizacje pozarządowe i zwykli obywatele – jednym słowem – całe społeczeństwo.

W raporcie komisji czytamy m.in., że samotność jest szkodliwa tak samo jak wypalenie 15 papierosów dziennie, a problem izolacji społecznej dotyczy około 9 mln obywateli Wielkiej Brytanii. Istotnie, naukowcy na całym świecie coraz częściej zwracają uwagę na fakt, że izolacja społeczna ma wpływ na kondycję psychiczną

i fizyczną człowieka, i może doprowadzać m.in. do depresji, udaru mózgu czy raka.

Władze UK przyznają, że problem samotności narasta. Rząd opublikował dane, z których wynika, że około 200 tys. osób starszych nie rozmawiało z nikim bliskim od co najmniej miesiąca, a nawet 85 proc. osób w wieku 18-34 lata czuje się samotnie.

SAM RZĄD NIE POMOŻE

W połowie stycznia premier Theresa May oficjalnie zapowiedziała, że przyjmie szereg rekomendacji zawartych w raporcie przygotowanym przez komisję Jo Cox i zamierza wcielić je w życie. Jedną z nich jest powołanie ministra ds. samotności. W działania ma włączyć się cały rząd, bo – jak tłumaczy May – samotność to problem nie tylko służby zdrowia.

– Jo Cox podjęła starania, dzięki którym udało się oszacować skalę samotności w całym kraju i robiła wszystko, co w jej mocy, by pomóc osobom dotkniętym izolacją społeczną. Minister ds. samotności będzie kontynuował tę pracę, współpracując zarówno z komisją, jak i sektorem prywatnym i organizacjami pozarządowymi – tłumaczyła swoją decyzję Theresa May, dodając, że zostaną zebrane wszystkie siły w rządzie, aby stworzyć pierwszą w historii Wielkiej Brytanii strategię walki z samotnością. Ma ona powstać jeszcze przed końcem tego roku. Tym samym Tracey Crouch ma działać wielokierunkowo

i kompleksowo, a wszelkie podejmowane inicjatywy mają być dopasowane w zależności do wieku i struktury społecznej, w której funkcjonuje osoba cierpiąca na samotność.

Jo Cox zwykła mówić: „młody lub stary, samotność nikogo nie dyskryminuje”. Istotnie, problem ten dotyczy nie tylko seniorów, ale też m.in. młodych rodziców, dzieci czy osób niepełnosprawnych. Rząd już wcześniej starał się inicjować programy przeciw samotności, m.in. przekształcał nieużytkowane tereny publiczne w obszary zielone, budując w ten sposób przestrzeń dla osób samotnych, gdzie mają okazję do spotkań z grupami wsparcia.

KTO PÓJDZIE TYM ŚLADEM?

Czy Tracey Crouch uda się stworzyć świat choć trochę mniej samotny? Czas pokaże, jednak już widać, że działania władz UK i zwrócenie uwagi na problem samotności stały się inspiracją dla innych. Powołanie ministra ds. samotności w Wielkiej Brytanii zainspirowało np. niemieckich polityków do podjęcia podobnej inicjatywy także w swoim kraju. Z informacji opublikowanych przez „Deutsche Welle” wynika, że powołania pełnomocnika do walki z samotnością w Niemczech domaga się ekspert ds. zdrowia z partii SPD Karl Lauterbach, a wtóruje mu w tym pomysłu polityk CDU Markus Weinberg. ○

Źródło: www.gov.uk, BBC, Sky News, Mental Health Foundation, „Deutsche Welle”

9 MLN

– tylu obywateli Wielkiej Brytanii dotyczy problem izolacji społecznej.

))) Cerebrum Medici 2018

Lek. dent. Halina Domańska-Midura i dr n. med. Piotr Jarzemski zostali laureatami najnowszej edycji odznaczenia Cerebrum Medici Bydgoskiej Izby Lekarskiej, przyznawanego raz w roku lekarzowi i lekarzowi dentyście za działalność na rzecz środowiska lekarskiego. Halinę Domańską-Midurę uhonorowano za całokształt działalności na rzecz środowiska lekarskiego. Drugi z odznaczonych, Piotr Jarzemski, otrzymał statuetkę za wybitne osiągnięcia na polu naukowym i dydaktycznym. ☺



▲ Statuetki wręczono w lutym br. podczas „Medycznej nocy w operze” w Bydgoszczy.

➤ Urządzenie dostępne jest dla członków Śląskiej Izby Lekarskiej.

))) Apel o społeczny dyżur w przychodni dla ubogich

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie prosi w imieniu Stowarzyszenia Lekarzy Nadziei o pomoc w obsadzeniu społecznych dyżurów lekarskich w Przychodni Lekarskiej dla Ludzi Bezdomnych i Ubogich w Krakowie, nawet na 2 godziny raz w tygodniu. Stowarzyszenie od niemal 30 lat niesie pomoc medyczną osobom bezdomnym i znajdującym się w dramatycznej sytuacji życiowej. Przychodnia posiada podstawową aparaturę, własną aptekę i kwalifikowany zespół pielęgniarski, brakuje jednak lekarzy. ☺

))) O RODO w Warszawie

5 marca w Warszawie odbędzie się Konferencja „Tajemnica Medyczna. Praktyczne Dylematy Ochrony Danych Pacjentów”. Wydarzenie organizuje Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie wspólnie z NIL, NIPiP, OIPIP w Warszawie, OIPIP w Radomiu oraz Instytutem Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. Konferencję zaprojektował pod względem merytorycznym Zespół ds. Studiów Strategicznych OIL w Warszawie z dr Dorotą Karkowską, prof. Uczelni Łazarskiego na czele. Dyskusja obejmie problematykę ochrony danych pacjentów, bezpieczeństwa danych osobowych w kontekście wdrożenia Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych (RODO) oraz granic ochrony tajemnicy medycznej. Patronat honorowy objęło GIODO. ☺



))) Fantom do testów aparatów RTG

Śląska Izba Lekarska, dzięki inicjatywie podjętej przez tamtejszą komisję stomatologiczną, została wyposażona w fantom do wykonywania testów podstawowych aparatów RTG punktowych. Z urządzenia mogą korzystać bezpłatnie członkowie śląskiej izby, którzy mają aparat RTG. Fantom dostępny jest w siedzibie izby na piątym piętrze, w pokoju nr 500 (tel. 32 60 40 262). ☺

REKLAMA

»»» Pomoc gdańskim seniorom

Fundacja Pomocy Lekarzom Seniorom, działająca przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Gdańsku, podsumowała swoją działalność w 2017 r. Udało się wesprzeć finansowo 12 lekarzy seniorów w łącznej kwocie 33 tys. zł. Celem organizacji jest opieka i pomoc materialna lekarzom seniorom, emerytom oraz rencistom niewykonującym zawodu, którzy są członkami OIL w Gdańsku. Fundacja udziela wsparcia finansowego w formie bezzwrotnych i zwrotnych zapomóg, dopłat do kosztów leczenia, pobytu w sanatorium lub w domu stałej opieki. Fundacja posiada status organizacji pożytku publicznego i apeluje do ludzi dobrej woli o wpłaty oraz dokonanie odpisu 1 proc. podatku od dochodów osobistych (FUNDACJA POMOCY LEKARZOM SENIOROM, KRS 0000069804 Bank Zachodni WBK 73 1090 1102 0000 0000 1001 3748). 

»»» Rewitalizacja ogrodu w Toruniu

Pod koniec 2017 r. zakończono rewitalizację zabytkowego ogrodu tarasowego, zlokalizowanego na terenie Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu. Realizacja inwestycji trwała prawie 5 lat, prace przebiegły zgodnie z przyjętym harmonogramem. Wykonano alejki spacerowe, odmulono i oczyszczono oczko wodne, odtworzono roślinność krzewiastą, zamontowano budki lęgowe dla ptaków i zwierząt parkowych, zamontowano ławki parkowe oraz oświetlenie. Inwestycję sfinansowano dzięki środkom własnym izby oraz dotacji z Wojewódzkiego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej w Toruniu. 

Ważne i ciekawe

W dniach **1-2 marca** w Warszawie odbędzie się konferencja Transcatheter Heart Team. W dniach **24-26 maja** w Poznaniu zaplanowano IV Kongres Polskiego Towarzystwa Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej, Chirurgii Stomatologicznej i Implantologii, a **28 maja** w Gdańsku będzie jubileusz 70-lecia gdańskiej stomatologii oraz Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Onkologia we współczesnej stomatologii”. Więcej na www.gazetalekarska.pl.

GL
PATRONAT

REKLAMA



Święto krakowskiej OIL — jubileusz izby i forum radców prawnych

JGH „GALICYJSKA GAZETA LEKARSKA”



^ Prezesi ORL
i NRL

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie obchodziła uroczyste 125-lecie swego istnienia oraz 80-lecie samorządności lekarzy dentystów. W tych samych dniach odbyło się V Krakowskie i XVI Ogólnopolskie Forum Radców Prawnych i Adwokatów Izb Lekarskich.

Dokładnie 125 lat temu zaczęła działać utworzona w zaborze austriackim Zachodnio-Galiczyjska Izba Lekarska z siedzibą w Krakowie, na której czele stanął wówczas prof. Maciej Leon Jakubowski, wybitny pediatra, późniejszy rektor Uniwersytetu Jagiellońskiego. Z kolei pierwszą Izbę Lekarsko-Dentystyczną powołano w styczniu 1938 r., w okręgu krakowskim przewodniczył jej prof.

Kazimierz Dominik. Niestety, reaktywacja samorządu w 1989 r. nie przywróciła dentystom niezależności. Przypomniano o tym podczas jubileuszowego spotkania, na które 19 stycznia do krakowskiego Teatru STU prezes OIL w Krakowie prof. Andrzej Matyja zaprosił uczestników Forum, przedstawicieli wszystkich izb lekarskich z prezesem NRL Maciejem Hamankiewiczem na czele, krakowskich władz, uczelni, Kościoła i wielu innych znamienitych gości. Było to jednocześnie pożegnanie prof. Matyi, który zakończył właśnie drugą i ostatnią kadencję na stanowisku szefa OIL, czyli też uroczyste zakończenie VII kadencji samorządu. Nie brakowało więc podziękowań i słów uznania. Dodatkowym prezentem

dla wszystkich była możliwość obejrzenia przedpremiery spektaklu „Wiedźmy” na podstawie dzieł Szekspira, przygotowanego w Teatrze STU przez Krzysztofa Jasińskiego.

Historia spotkań „izbowych” prawników jest zbyt krótka, by obchodzić jubileusze, dlatego Forum miało wyłącznie merytoryczny charakter. Konferencja radców prawnych i adwokatów, zorganizowana przez krakowską Izbę w dniach 18-20 stycznia br., zgromadziła przedstawicieli wszystkich izb. Dyskutowano o bieżących problemach prawników współpracujących ze środowiskiem lekarskim i o konieczności prezentowania jednolitego stanowiska w sprawach tożsamy. ○

FOTO: JERZY SAWICZ

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy

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

Wnioski o nadanie odznaczenia mogą składać także organy izb lekarskich.

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

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

Wypełnione wnioski należy nadsyłać na adres: **Naczelna Izba Lekarska, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa** z dopiskiem na kopercie **Meritus Pro Medicis** lub na adres poczty elektronicznej a.seweryniak@hipokrates.org w terminie **do 4 kwietnia 2018 r.**

Romuald Krajewski
Kanclerz Kapituły Odznaczenia *Meritus Pro Medicis*

Idzie nowe

Komisja Stomatologiczna NRL na bieżąco dyskutuje i stara się rozstrzygać kwestie ważne dla naszego środowiska. Problemy były zawsze, są i będą także w przyszłej kadencji. Trzeba je rozwiązywać.



Leszek Dudziński

Wiceprezes NRL, przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL

Baner informujący o tym, że lekarze dentyści popierają lekarzy rezydentów, pojawił się już podczas pierwszych doniesień medialnych z protestu młodych lekarzy. I nigdy nie stracili naszego poparcia. Obecnie toczy się dyskusja, czy podpisanie porozumienia z ministrem zdrowia było sukcesem, czy klęską, ale pozostawiam to pytanie bez odpowiedzi. Gratuluję młodemu kolegom.

Na ostatnim posiedzeniu Komisji Stomatologicznej rozmawialiśmy o wielu ważnych sprawach, m.in. o interpretacji zapisów określających rozliczanie leczenia protetycznego, ze względu na wątpliwości, jak kwalifikować zęby ósme w leczeniu protetycznym – uwzględniać je czy nie. W spotkaniu wzięła udział prof. Teresa Sierpińska, konsultant krajowa w dziedzinie protetyki. Przedstawiała własną interpretację tych zapisów, którą przygotowała na prośbę Ministerstwa Zdrowia. Jednocześnie zapowiedziała, że zamierza wystąpić do resortu z propozycją dokonania zmian w istniejących zapisach określających koszyk świadczeń, aby w przyszłości nie było już tego typu wątpliwości.

To działanie w dobrym kierunku, jednak nie wystarczy. Każdy z konsultantów próbuje udoskonalać koszyk, ale robi to w interesie własnej dyscypliny. Potrzebne jest wspólne działanie. Wyrwykowe poprawianie koszyka przez lata spowodowało, że się rozsypał. Konsultanci wszystkich dziedzin stomatologicznych, przedstawiciele samorządu, a także lekarze dentyści powinni spotkać się przy jednym stole i wspólnie określić, jak kompleksowo zmienić koszyk, jaki nadać mu kształt. Ale to już zadanie dla członków samorządu przyszłej kadencji. Teraz wystosujemy prośbę do ministra zdrowia, by do czasu nowych regulacji NFZ nie egzekwował zwrotu pieniędzy od kolegów dentystów, którzy na skutek wątpliwości interpretacyjnych niewłaściwie rozliczyli takie świadczenia.

Ponieważ pojawiły się również wątpliwości dotyczące programów kształcenia higienistek i asystentek stomatologicznych, zaprosiliśmy do rozmów Katarzynę Chmielewską, dyrektorkę Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego w Ministerstwie Zdrowia, oraz Monikę Sobotkę zajmującą się zawodami pomocniczymi w tej jednostce. Przekazaliśmy materiał porządkujący kwestie kompetencji zawodów

pomocniczych, przygotowany przez nasz zespół pod kierownictwem doktor Jolanty Smerkowskiej-Mokrzyckiej. Musimy stać na straży, by regulacje prawne jasno i jednoznacznie określały, jakie są uprawnienia lekarzy, a jakie tych, którzy lekarzom pomagają. Przedstawicielki resortu zdrowia przyjęły nasze opracowanie w całości.

Spotkaliśmy się też z przedstawicielami Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia: Jakubem Adamskim, zastępcą dyrektora, oraz Dominikiem Żabińskim, głównym specjalistą, a także z doktor Małgorzatą Nater z zespołu ekspertów opracowujących mapy potrzeb zdrowotnych w stomatologii. Wielokrotnie uczestniczyłem w spotkaniach poświęconych mapom potrzeb zdrowotnych i rozumiem, dlaczego minister Radziwiłł mówił, że stomatologia nie jest priorytetem. Nie jest, bo nie zapisano tego w rozporządzeniu, nie została wymieniona jako priorytet. Są tam jednak dwa zagadnienia – dotyczące opieki nad dziećmi w wieku szkolnym i kobietami ciężarnymi – dzięki którym można o stomatologię powalczyć. Można ją uwzględniać w dokumentach na poziomie województw, sprawić, by wojewodowie, planując zakup świadczeń zdrowotnych, uwzględniali leczenie dentystyczne. Zachęcamy kolegów, by przekonywali do tego konsultantów wojewódzkich lub osobiście włączali się w te działania. To zagadnienie niezwykle istotne i myślę, że powrócimy jeszcze do niego.

Rzecz, która budzi nasze ogromne wątpliwości, to kwestia e-dokumentacji. Rozmawialiśmy na ten temat z Mirosławem Przastkiem z Wydziału Rozwoju Systemów Teleinformatycznych CSIOZ. Determinacja ZUS jest ogromna i od e-zwolnień nie ma odwrotu – zaczną obowiązywać już od 1 lipca tego roku. Zachęcam do zgłębiania tego tematu i odbywania szkoleń. Kolejne będą e-recepty, pilotaż w dwóch miastach Polski niebawem się rozpocznie. Mamy sporo wątpliwości i pytań, bo nikt tak do końca nie wie, jak proces ten przebiegnie. Jako samorząd będziemy zabiegać, aby określono okres przejściowy dla systemu elektronicznego i papierowego, by jeszcze przez jakiś czas funkcjonowały równolegle.

W marcu odbędą się większe zjazdy okręgowych, na których zostaną wybrani delegaci na zjazd krajowy. Będziemy też wybierać prezesa okręgowych izb lekarskich. Wiemy, że w kilku z nich o fotel prezesa walczyć będą lekarze dentyści. To bardzo dobrze. Sukcesem będzie, gdy funkcję tę obejmie minimum 5-6 stomatologów. Tego im z całego serca życzę. ☺

Zwierciadło — ŚDZJU 2018

Jama ustna jest zwierciadłem ciała człowieka i przedstawia jego ogólne zdrowie i dobre samopoczucie. Wiadomo o tym od czasów Hipokratesa, a w tym roku znalazło to odzwierciedlenie w materiałach promujących Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej [20 marca] ustanowiony przez Światową Federację Stomatologiczną FDI.

🌸 **ANNA LELLA**, PREZYDENT EUROPEJSKIEJ REGIONALNEJ ORGANIZACJI ŚWIATOWEJ FEDERACJI DENTYSTYCZNEJ (ERO-FDI)

Kampania „Powiedz Aaaa: Myśl – Buzia, Myśl – Zdrowie” promuje zachować zdrowe zęby, a co za tym idzie – utrzymać ogólne zdrowie i dobre samopoczucie. Autorzy kampanii podkreślają, że nigdy nie jest za wcześnie ani za późno, aby zacząć dbać o jamę ustną. Twoje ciało ci podziękuje.

Utrzymywanie zdrowego stanu jamy ustnej ma kluczowe znaczenie dla prawidłowego funkcjonowania organizmu, utrzymania ogólnego stanu zdrowia i zachowania dobrej jakości życia. Należy unikać czynników ryzyka, mieć właściwe nawyki higieny jamy ustnej oraz pamiętać o regularnych wizytach u stomatologa. To takie proste jak 2x2x2: szczotkuj zęby 2x dziennie przez 2 minuty i odwiedzaj stomatologa 2x w roku.

Zdrowie jamy ustnej to znacznie więcej niż ładny uśmiech. Jej choroby mogą mieć wpływ na każdy aspekt życia, od relacji osobistych i pewności siebie po naukę, pracę i przyjemność jedzenia. Ponieważ może ujawniać niedobory żywieniowe organizmu i odzwierciedlać oznaki chorób – w tym kierunku podążają nowe badania naukowe.

INTELIĞENTNA SZCZOTECZKA

Przywykliśmy, że to lekarz dentysta zawsze przypomina, aby regularnie myć zęby. Wkrótce mogą o tym mówić także kardiolog i lekarze rodzinni. Obecnie trwają prace nad stworzeniem inteligentnej szczoteczki, która dzięki monitorowaniu parametrów biochemicznych śliny będzie wykrywać oznaki poważnych chorób, m.in. problemy z sercem. Hiszpańscy badacze wierzą,

że szczoteczka ta będzie prostym narzędziem do kontroli zdrowia pacjentów przy okazji ich codziennych zabiegów higienicznych.

Naukowcy ze szpitala Ramon y Cajal w Madrycie, prowadzący badania nad tym wynalazkiem, są przekonani, że szczoteczka może alarmować o zbliżającym się problemie. Sprawdzają też, w jakim stopniu możliwe będzie monitorowanie dzięki niej ciśnienia krwi i jej utlenowania. – Poprzez informacje dotyczące tętna, ciśnienia i biologicznej próbki śliny pacjentów możliwe jest wykonanie kilku poprawek, które powinny pomóc pacjentowi pozostać w jak najlepszym zdrowiu – mówi kardiolog Alvaro Marco dla „The Time”. Twierdzi ponadto, że szczoteczka może pomóc pacjentom samodzielnie kontrolować stan zdrowia, bez konieczności oczekiwania na ocenę medyczną. – Jeżeli zauważamy wysokie tętno lub wysokie ciśnienie, dobieramy terapię stosownie do tych parametrów życiowych – dodaje.



▲ Plakat promujący kampanię „Powiedz Aaaa...”

– Współpracuję z firmą specjalizującą się w najwyższej klasy technologii, która stara się utrzymać nowe urządzenie w tajemnicy w takim stopniu, w jakim to tylko możliwe, podczas gdy trwa jeszcze faza inżynierska i projektowa – wyjaśnia doktor Marco. Warto śledzić dalszy rozwój i postęp tych badań.

KOSZULKA NA MIARĘ

Ten sam zespół badaczy opracował koszulkę, która podczas jej noszenia monitoruje stan zdrowia. Rewolucja technologiczna już wkrótce może włączyć przedmioty codziennego użytku w obszar medycyny. Lekarze zaprezentowali wyniki inteligentnej koszulki, która monitorowała osoby z podejrzeniem nieprawidłowej pracy serca. Dotychczas pacjenci byli odsyłani do domu z niewygodnymi kablami i plastrami, które nosili co najmniej dzień, zgłaszali ból i dyskomfort oraz ogólne zakłócanie codziennego życia i mobilności. Już wkrótce może się to zmienić. – Pacjenci są w stanie chodzić i uprawiać sport, prowadzą normalny tryb życia podczas monitorowania. Jest to ważne dla ich wygody, ale oznacza także, że otrzymujemy bardziej spójny obraz – powiedział David del Val, autor tych badań.

Profilaktyka to najlepsze rozwiązanie i pacjenci powinni mieć świadomość, że wczesne wykrywanie i leczenie mają kluczowe znaczenie w walce z chorobami jamy ustnej i problemami zdrowotnymi, jakie choroby te wywołują.

W trosce o zdrowie jamy ustnej wspieramy pozytywne inicjatywy poprzez promocję kampanii i informacji o Światowym Dniu Zdrowia Jamy Ustnej. 🌸

Radiologia stomatologiczna po nowemu

GL
W Y W I A D

Z prof. **Ingrid Różyło-Kalinowską**, prezydentem-elektem European Academy of Dentomaxillofacial Radiology [EADMFR], rozmawia **Lucyna Krysiak**.

GL Szykują się zmiany w ustawie Prawo atomowe. Czego należy się po nich spodziewać?

Zmiany te są związane z wejściem w życie dyrektywy Euratom z 2013 r., która od 6 lutego tego roku zaczęła obowiązywać w krajach Unii Europejskiej. Ustawa ta ma dostosować nasze prawo do wymogów tej unijnej dyrektywy. Dotyczy wszystkiego, co wiąże się z promieniowaniem jonizującym i promieniowaniem gamma. Ustawa ta ureguluje też sprawy dotyczące emisji radonu.

Do niedawna mało kto w Polsce wiedział, że ponad połowa średniego rocznego narażenia na promieniowanie jonizujące ze źródeł naturalnych wiąże się właśnie z radonem. Ten radioaktywny gaz przedostaje się do pomieszczeń przez fundamenty i jest wszechobecny, ale dotąd nikt nie badał powszechnie, w jakim stężeniu. Teraz będzie ustalane średnie roczne stężenie radonu w miejscach pracy i w innych pomieszczeniach, gdzie przebywają ludzie. Będą prowadzone kampanie promujące środki zapobiegające przenikaniu radonu do nowych budynków, a nawet najemca czy kupiec będzie mógł poprosić o dokument określający poziom tego radioaktywnego gazu w wynajmowanym czy nabywanym lokalu. W obawie przed napromieniowaniem w społeczeństwie jest zakorzeniony paniczny strach przed wielokrotnym wykonywaniem zdjęcia rentgenowskiego, np. w trakcie leczenia endodontycznego, a mało kto wie, że jesteśmy nim bombardowani poza pracowniami rentgenowskimi.

GL Stomatolodzy aktywnie włączyli się w prace legislacyjne nad nowelizacją tej ustawy.

Nowelizacja ustawy Prawo atomowe uwzględniła większość ich postulatów. Najbardziej nowe przepisy ulżą tym stomatologom, którzy w swoich gabinetach mają aparaty wewnętrzne, ponieważ zalecenia dotyczące aparatów takich jak pantomografy z przystawkami cefalometrycznymi i coraz powszechniej stosowane tomografy stożkowe pozostają takie same jak dla radiologii ogólnolekarskiej. W przypadku radiologii stomatologicznej, wykorzystującej nowoczesne aparaty cyfrowe, ta dawka promieniowania jest liczona w tysięcznych

częściach milisiwerta, a wymagania były przy tym bardzo wyrównane. Zatem stomatologów ucieszy, że wraz z nowelizacją Prawa atomowego, nie będzie już wymagane zgłoszenie do sanepidu działalności polegającej na wykonywaniu stomatologicznych zdjęć wewnątrzustnych.

GL A audyty?

Dla osób posiadających wyłącznie aparaty wewnątrzustne zostanie zniesiony obowiązek uzyskania audytów zewnętrznych, co jest po trochu związane z logistyką. Ponad połowa aparatów rentgenowskich jako źródeł promieniowania w Polsce jest w rękach stomatologów, więc gdyby realnie chciano przeprowadzać kliniczne audyty zewnętrzne, tak jak to jest zapisane w ustawie, czyli przez zespoły audytorskie, w skład których wchodzi lekarz radiolog, fizyk lub inżynier medyczny, technik elektroradiologii, także lekarz dentysta, i taki audyt miałby być przeprowadzany raz na pięć lat, to trudno byłoby o rekrutację tylu zespołów audytorskich. Jeżeli chodzi o audyty wewnętrzne, to ten obowiązek jest utrzymany, natomiast dla osób prowadzących jednoosobową działalność w uławniej formule to będzie go można przeprowadzić jednoosobowo.

Audyt sam w sobie nie jest złym pomysłem, ponieważ pomaga zwrócić uwagę na błędy, które zdarzają się, kiedy popadamy w rutynę, jednak audyt zewnętrzny jest utrudnieniem tym większym, że w ustawie znalazł się zapis, że koszty jego przeprowadzenia ponosi osoba audytowana, czyli stomatolog. Jest jeszcze kwestia nadzoru inspektora ochrony radiologicznej. Jeśli chodzi o gabinety, w których są zainstalowane wyłącznie aparaty wewnątrzustne, taki nadzór zostaje zniesiony, pozostaje on tylko w stosunku do pantomografów i tomografów stożkowych.

GL Prawo atomowe w nowym kształcie spowoduje rewolucję w szkoleniach z ochrony radiologicznej pacjenta.

Już rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2011 r. zmieniło szkolenia z ochrony radiologicznej na mniej obciążające dla stomatologów, ale obecne wymagania przyniosą jeszcze więcej

10

– tyle punktów szkoleniowych można będzie uzyskać za wygłoszenie wykładu o ochronie radiologicznej.

pozytywnych zmian. Oprócz standardowych szkoleń, za które będzie można uzyskać 20 punktów szkoleniowych, stworzono możliwość otrzymania punktów także za inne szkolenia czy udział w zjazdach, kongresach poświęconych ochronie radiologicznej. Będzie też można otrzymać 10 punktów szkoleniowych za wygłoszenie wykładu na ten temat.

Na posiedzeniu Zarządu Głównego Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego wystosowaliśmy apel, aby w programach kursów, szkoleń, konferencji uwzględniać zagadnienia dotyczące ochrony radiologicznej, aby lekarze radiolodzy i lekarze dentyści także, niejako przy okazji, mogli zdobywać punkty edukacyjne. Przykładowo w przyszłym roku odbędzie się kolejny 41. Zjazd PLTR w Gdańsku i już wiemy, że będzie sesja poświęcona ochronie radiologicznej, aby lekarze radiolodzy i lekarze dentyści mogli zdobyć te dodatkowe punkty.

GL Czy te szkolenia będą również służyły zdobywaniu umiejętności opisywania zdjęć rentgenowskich jamy ustnej?

Zdobywanie umiejętności opisywania zdjęć rentgenowskich nie wpisuje się w ten rodzaj szkoleń. Zostało natomiast podpisane porozumienie pomiędzy Naczelną Radą Lekarską i Polskim Towarzystwem Stomatologicznym dotyczące wspólnie organizowanych szkoleń i w pierwszej kolejności będą one poświęcone tomografii stożkowej.

Planujemy w najbliższym czasie zorganizowanie dwudniowego intensywnego kursu z tomografią stożkowej, który z założenia będzie miał charakter praktyczny. Jego uczestnicy wcześniej otrzymają materiały, dzięki którym będą mogli zapoznać się z teorią przed kursem, a przez dwa dni kursu będą odbywać się zajęcia praktyczne z radiologii stomatologicznej i szczególnie twarzowej. Liczymy, że wykłady będą interaktywne, będziemy omawiać konkretne przypadki i na nich uczyć się opisywać badania rentgenowskie. Część kursu będzie poświęcona samodzielnej analizie przypadków na stacjach diagnostycznych, lekarze dentyści będą sami interpretować obrazy z tomografii stożkowej, a prowadzący będą im w tym pomagać. Współprowadzącym kursu będzie prof. Kanan Orhan z Ankara Üniversitesi, Immediate Past President European Academy of Dentomaxillofacial Radiology, autorytet w dziedzinie radiologii stomatologicznej, szczególnie obszarów głowy i szyi, które są piętą achillesową lekarzy dentystów.

GL Czy instalując aparat rentgenowski, stomatolodzy będą musieli wykonać specjalistyczny test adaptacyjny?

Testy dzielimy na odbiorcze i eksploatacyjne. Testy odbiorcze stomatolodzy będą musieli wykonać bezpośrednio po instalacji urządzenia lub po większej naprawie, której zakres może mieć wpływ na jakość diagnostyczną uzyskanego obrazu lub dawkę promieniowania. Testy eksploatacyjne z kolei dzielą się na podstawowe i specjalistyczne. Te o charakterze podstawowym przeprowadzają osoby upoważnione przez kierownika jednostki ochrony zdrowia, a testy specjalistyczne przez firmy zewnętrzne lub specjalistę w dziedzinie fizyki



^ Prof. Ingrid Różyło-Kalinowska: Dla osób posiadających wyłącznie aparaty wewnętrzne zostanie zniesiony obowiązek uzyskania audytów zewnętrznych.

czy inżynierii medycznej. Jednak takich specjalistów zatrudniają duże zakłady radiologii. Dla gabinetów stomatologicznych testującymi pozostaną laboratoria zewnętrzne. Łatwiej będzie więc dużym zakładom radiologii, a gabinety stomatologiczne za test specjalistyczny będą musiały zapłacić.

GL Jak EADMFR odnosi się do zapowiadanych zmian w ochronie radiologicznej w Polsce?

Dojdzie do dostosowania prawa w tym zakresie do dyrektywy europejskiej, a to oznacza, że będziemy stanowić pod tym względem spójną całość. Co dwa lata towarzystwo organizuje kongresy europejskie. W tym roku kongres odbędzie się w Lucernie, a za cztery lata zagości na rodzimym podwórku w Lublinie. Corocznie towarzystwo organizuje też spotkania juniorskie przeznaczone dla małej grupy uczestników (30-35 osób z Europy i świata), których celem jest nie tylko edukacja, ale integracja młodych stomatologów i innych osób związanych z radiologią stomatologiczną – nawiązywanie znajomości, zbudowanie sieci, która w przyszłości umożliwi im wspólne prowadzenie badań naukowych w dziedzinie radiologii stomatologicznej.

Szczególny nacisk kładziemy na stronę praktyczną. Prowadzę warsztaty z ultrasonografii części twarzowej czaszki, ale są też warsztaty z interpretacji wyników badań z tomografii stożkowej, z obrazowania zaburzeń połykania. Towarzystwo EADMFR aktualnie mocno skupia się na szkoleniu ogólnoeuropejskim. Działa obecnie grupa (Task Force), której zadaniem jest opracowanie zasad wydawania przez towarzystwo certyfikatu osobom związanym z radiologią stomatologiczną, kiedy uzyskają punkty edukacyjne za akredytowane kursy i szkolenia. Warunkiem uzyskania punktów towarzystwa jest podanie tematyki obok języka polskiego w języku angielskim, a także oprócz określenia celu szkolenia, opracowanie efektów kształcenia (learning outcomes). (P)

Dentobusy?

JAN ZUCHOWSKI, STOMATOLOG

Kilka uwag odnośnie „Dentobusów” opisanych w poprzednim numerze „Gazety Lekarskiej”.

Stomatologia w XXI w. powinna opierać się na regeneracji tkanek:

1. Miazgi – od stanu zapalnego (stopień?) – do powrotu do fizjologii – wymaga to ok. 3-4 tyg. leczenia...
2. Zębiny – od próchnicowej – do twardej blizny zębinowej – czas leczenia ok. 3-4 miesiące.
3. Zębiny – przy szczycie korzenia (zęba bez żywej miazgi) – czas leczenia ok. 3-4 miesiące.
4. Cementu – korzenia zęba – czas leczenia ok. 3-4 miesiące.
5. Ozębnej – postępuje ona wraz z regeneracją cementu korzenia zęba – czas leczenia też 3-4 miesiące.
6. Kości – dookoła szczytu korzenia zęba – narasta zawsze kość gąbczasta (ponieważ stan zapalny zniszczył ciekłą warstwę kości zbitą), a czas wyleczenia to 4-5 miesięcy.

Regeneracja tkanek jest procesem fizjologicznie indywidualnym, na pewno na 1 wizycie w ciągu 1 dnia w dentobusie osiągnąć ją jest niemożliwe!

Regeneracja natomiast możliwa jest praktycznie w każdym wieku, moja najstarsza pacjentka miała 92 lata i goje nie się ran w jamie ustnej następowało rychłozrostem. Było tak po 4 ekstrakcjach.

Praw fizjologii (czy fizyki) nikt z nas zmienić nie może.

Na 1 wizycie natomiast możliwa jest tylko mechaniczna (choćby nawet bardzo precyzyjna czy estetyczna) wymiana materiałów w zębach.

Cena – skoro 1 dentobus kosztuje 1,5 mln zł, to za tę sumę (po 100 tys.) można wyposażyć kompletnie 15 gabinetów, a w całej Polsce: $15 \times 16 = 240$ nowoczesnych gabinetów stomatologicznych (!!!) w szkołach na stałe otwartych np. co drugi dzień, w których można prowadzić leczenie oparte na regeneracji tkanek rok za rokiem. Dojeżdżać mogą lekarze, sam dojeżdżałem. A jeżeli dentobus „złapie gumę”, to gabinet będzie czynny?

Pytanie – jak Minister Zdrowia ma o tym wiedzieć, skoro w ministerstwie nie ma wiceministra od spraw stomatologii? Departamentu Stomatologii też nie ma. 



Artykuł w nr. 2/2018 „Gazety Lekarskiej”

REKLAMA



Jolanta Małmyga

Wiceprezes ORL w Gorzowie Wlkp.

Zmiana pokolenia

Te same tematy, przekształcone przez czas i okoliczności, w kolejnych epokach powracają pod innymi postaciami.

Jean D'Ormesson

Mam wrażenie że dopadła nas głupawka ogólnonarodowa we wszystkich dziedzinach życia w naszym pięknym kraju. To, że politycy od lat w zależności od wygranej partii rządzącej próbują robić nam wodę z mózgow, narzucając własne poglądy i ideologie, to mnie nie dziwi. Co prawda budzi moje przerażenie autokratyczny sposób wprowadzania wielu zmian w prawie i brak zdecydowanej reakcji tych inaczej myślących. Za wszelką cenę każdy stara się zrealizować swój sen o sławie, ale niestety sny należy urzeczywistniać, a nie rzeczywistość zmieniać w sen.

Wielkie sukcesy naszych dyplomatów w ostatnich miesiącach są tego świetnym przykładem, że już nie wspomnę o Escobarze i pogorszeniu opinii o Polsce na całym świecie po ostatnich nowelizacjach ustawy o sądownictwie i IPN prostującej nazwę obozów koncentracyjnych. Dokonali tego starsi, ponoć bardziej obeznani z zasadami rządzenia i negocjacji, którzy narzucili własne pomysły młodym. Śledzę dyskusję dotyczącą protestu rezydentów i mam nieodparte wrażenie, że również i nasz samorząd dopadła taka sama głupawka.

Bardzo dobrze, że młodzi zdobyli się na odwagę i wykazali dużą determinację do walki o poprawę nie tylko swego bytu i leczonych pacjentów, a także o godziwe warunki wykonywania zawodu lekarza. Walczyli nie tylko o pieniądze dla siebie, ale także o wzrost nakładów na całą służbę zdrowia i stworzenie dobrych warunków pracy, czyli miejsc, w których będą się szkolić i to zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną. Szkolenia wymagają również wyjazdów na staże nie tylko do polskich, ale i zagranicznych ośrodków medycznych

i chcą z tego korzystać i opłacać z własnych pensji bez potrzeby szukania sponsorów. Pieniądze są potrzebne wszystkim, jednak nie każdy potrafi w uczciwy sposób zdobyć fortunę. Tych, którzy mają takie umiejętności, podziwiam, sama nie umiałam tego dokonać, zapewne zależy to od predyspozycji i wychowania oraz wykonywanej pracy.

Wszyscy wiemy, że kształcenie jest drogie i trudno w dzisiejszym skomercjalizowanym świecie za niewielką pensję podołać takim wydatkom. Zdobywanie funduszy pracą ponad siły kosztem własnego zdrowia i niejednokrotnie życia nie jest dobrym pomysłem. Moim zdaniem to właśnie protest młodych uświadomił również pacjentom, jak wygląda polska służba zdrowia.

Każdy z nas chciałby być leczony przez lekarza wyspanego i mogącego dobrze ocenić stan zdrowia badanego pacjenta, dotyczy to również nas, kolegów po fachu, gdyż nie jesteśmy nieśmiertelni i zdarza się nam chorować. Młodzi zrobili to po swojemu pełni wiary i ufności, że potrafią zaważać o ważne sprawy. Czy wypada nam starym działaczom samorządu mieć o to pretensje i krytykować ich za to, że nie osiągnęli (według niektórych) sukcesu, gdyż nie prosili o wskazówki i opinie doświadczonych lekarzy? Tak naprawdę to przyglądaliśmy się ich poczynaniom, wielu z nas wyrażało swoje poparcie i staraliśmy się pomagać, gdy o taką pomoc poprosili, ale w rzeczywistości zachowywaliśmy się jak kulturalni kibice na meczu. Przeszłość w miarę, jak się oddala, wydaje się być lepsza, piękniejsza i mądrzejsza, ale każde pokolenie ma swój czas, własne poglądy i metody postępowania, do wielu spraw i osiągnięcia sukcesu dochodzi się małymi krokami. Najlepiej uczyć się na własnych błędach, warto też posłuchać starszych, tych bardziej doświadczonych, jednak wprawę i umiejętności nabywa się z czasem. 

Odporność to układ



Lucyna
Krysiak

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

GL
W Y W I A D

Z prof. **Jackiem Witkowskim**, prezesem Polskiego Towarzystwa Immunologii Doświadczalnej i Klinicznej oraz przewodniczącym Komitetu Immunologii i Etiologii Zakażeń Człowieka PAN, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

GL Czym zajmuje się immunologia?

Wszystkimi aspektami procesów odpornościowych, a więc tych, które dzięki działaniu licznych typów komórek odpornościowych (limfocytów, granulocytów i innych) oraz ich produktów bronią nas przed patogenami. Należą do nich chorobotwórcze bakterie, wirusy, grzyby, pierwotniaki, a także własne zmienione nowotworowo komórki. Chorobotwórcze mikroorganizmy są w powietrzu, w wodzie, w pożywieniu, przez co nasz układ odpornościowy pracuje przez całe życie, wykrywając je i neutralizując. Rozpoznaje też i niszczy powstające w organizmie komórki nowotworowe.

GL Kiedy mówimy o niedoborach odporności?

Niedobory odporności występują, gdy układ odpornościowy nie jest w stanie rozpoznać czy też zneutralizować patogenów, zanim ich rozwój doprowadzi do klinicznie istotnych i potencjalnie niebezpiecznych objawów chorobowych. Badania z zakresu tzw. biologii systemów (ang. systems biology) wykazują, że w prawidłowym przebiegu wszystkich etapów procesów odpornościowych u człowieka uczestniczy około 6000 genów. Każdy z nich może ulec mniej lub bardziej szkodliwej mutacji prowadzącej do wrodzonego niedoboru odporności. Na przykład mutacja inaktywująca enzym deaminazę adenozy (ADA) praktycznie wyłącza układ odpornościowy; dzieci z tą – na szczęście rzadką – mutacją muszą żyć „pod kłosem”, oddychając jałowym powietrzem, jedząc i pijąc autoklawowane produkty. Inna mutacja, prowadząca do delekcji (usunięcia fragmentu) chromosomu 22, prowadzi do zespołu DiGeorge’a, w którym oprócz poważnych wad wrodzonych upośledzony jest prawidłowy rozwój grasicy, kluczowego organu produkującego tzw. limfocyty T. Skutek – brak odporności przeciwko infekcjom wirusowym, bakteryjnym i grzybiczym, ale także około 150-krotny wzrost ryzyka wystąpienia niektórych chorób autoimmunologicznych, w których układ odpornościowy atakuje własne tkanki. Mutacja w genie tzw. łańcucha ciężkiego dla jednej z klas immunoglobuliny IgG może z kolei prowadzić do zwiększonej częstości zachorowań na infekcje wywołane przez określone typy bakterii.

Spektrum tych zależnych od mutacji zmian w funkcjonowaniu układu odpornościowego jest szerokie i co roku dodawane są do tej listy nowe choroby o charakterze wrodzonego niedoboru odporności.

GL A nabyte niedobory odporności?

Są to stany, w których prawidłowo funkcjonujący układ odpornościowy (dziecka lub dorosłego) przestaje chronić organizm przed patogenami. Może to być spowodowane rozwojem nowotworu hematologicznego, np. ostrej białaczki limfoblastycznej czy szpikowej, w której dochodzi do wyparcia prawidłowo rozwijających się komórek odpornościowych ze szpiku kostnego.

Przyczyną nabytego niedoboru odporności może być niedożywienie, zwłaszcza niedobór białek czy ważnych mikroelementów, np. cynku, szczególnie u osób w starszym wieku. Wykazano istotny związek właściwego stężenia cynku z prawidłowym działaniem układu odpornościowego. Nabyty niedobór odporności może być także wywołany przez leki immunosupresyjne (tu ich działanie na układ odpornościowy jest pożądane), statyny, niektóre antybiotyki czy inhibitory kanałów wapniowych stosowane w chorobach sercowo-naczyniowych. Odporność hamują też toksyny, np. jony metali ciężkich czy ftalany używane w produkcji farb i tworzyw sztucznych. Nabytym niedoborem odporności jest także AIDS, czyli wirusowa infekcja uderzająca w tzw. pomocnicze limfocyty T.

GL Które z chorób o podłożu immunologicznym najtrudniej leczyć?

Najtrudniejsze jest leczenie niedoborów wrodzonych, gdyż wymaga interwencji w genom pacjenta. Podjęto takie próby i tylko niektóre poprawiły odporność. Nadzieje pokłada się w stworzeniu nowego narzędzia molekularnego CRISPR-Cas, które pozwala na edycję wadliwych genów i wprowadzanie poprawek w miejsce ich zmutowanych fragmentów. Bardzo trudne jest także przyczynowe leczenie chorób autoimmunologicznych, np. reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS), twardziny układowej czy toczenia. Wprawdzie istnieją dla tych chorób standardy terapeutyczne, ale np. w RZS pacjent, który może zostać zakwalifikowany do leczenia lekami modyfikującymi chorobę, w tym biologicznymi, np. przeciwciałami monoklonalnymi, musi spełnić kryteria ustanowione przez europejskie i amerykańskie gremia naukowe. To tylko pozornie słuszne, ponieważ zgłaszając się do lekarza POZ czy nawet reumatologa, pacjent z dolegliwościami stawowymi o charakterze zapalnym otrzyma jedynie NLPZ, a nie właściwą terapię. Spełnienie kryteriów może trwać miesiącami, w tym czasie proces

6000

– mniej więcej
tyle genów
uczestniczy
w prawidłowym
przebiegu
wszystkich
etapów procesów
odpornościowych
u człowieka.

WAŻNE JEST, ABY PRZYSZŁY IMMUNOLOG KLINICZNY NIE TRAKTOWAŁ SVOJEJ SPECJALIZACJI W ODERWANIU OD INNYCH DZIEDZIN MEDYCYNY, ALE PRZECIWNIE, JAKO ICH POSZERZENIE I DOPEŁNIENIE.

immunologiczny niszczący chrząstki stawowe i kość postępuje, a lekarz ma ręce związane standardami. Prowadzimy – a także inne zespoły na świecie – badania, które mają doprowadzić do znalezienia markerów predykcyjnych tej choroby, co umożliwiłoby jej wczesne swoiste leczenie.

GL Immunologia jest ściśle powiązana z innymi specjalnościami. Jakimi?

Trudno znaleźć specjalność, która w żaden sposób nie wiąże się z immunologią. Może specjalności zabiegowe na etapie interwencji chirurgicznej będą z nią mało powiązane, ale nawet tu przyczynami etiopatogenetycznymi bywają problemy immunologiczne. Każda choroba zapalna to nadmierna aktywność układu odporności wrodzonej, a chorobą zapalną jest każda infekcja, ale też miażdżyca z jej powikłaniami (zawał serca czy udar mózgu), każda choroba autoimmunologiczna, urazy uszkadzające tkanki, choroby serca i naczyń (z wyjątkiem wad wrodzonych), w jakimś sensie nowotwory, kiedy niedobór odporności doprowadza do ich rozrostu. Oczywiście będą alergologia czy pediatria, ale też endokrynologia, jeśli weźmie się pod uwagę, że np. limfocyty T mają receptory dla wszystkich biologicznie aktywnych substancji, także dla hormonów, dzięki którym reagują zarówno na nadczynność, jak i niedoczynność danego gruczołu.

Powstała nowa dyscyplina, psycho-neuro-immuno-endokrynologia, która próbuje połączyć w całość funkcje tych trzech układów w celu wyjaśnienia podłoża chorób psychicznych. Udowodniono już zaburzenia odpornościowe w schizofrenii, depresji czy chorobie dwubiegunowej. Badacze ustalają, czy są one przyczyną czy skutkiem zaburzeń w ośrodkowym układzie nerwowym. Także chorobom neurodegeneracyjnym, np. chorobie Alzheimera czy Parkinsona, towarzyszą zaburzenia działania układu odpornościowego, a choroba Alzheimera jest coraz częściej uważana za wynik nawracających infekcji układu nerwowego.

GL Kiedy powinno się kierować pacjenta do immunologa?

Jeśli dziecko zapada na często powtarzające się infekcje bakteryjne, wirusowe czy grzybicze, które są trudne do opanowania farmakologicznego, jeśli w rodzinie występowały przypadki rozpoznanego wrodzonego niedoboru odporności, można podejrzewać niedobór wrodzony. Jeśli takie objawy pojawiają się u osoby uprzednio zdrowej, można podejrzewać jakąś formę nabytego niedoboru odporności. Jeśli u pacjenta wystąpią objawy endokrynologiczne, np. cechy nadczynności czy niedoczynności tarczycy, np. w postaci choroby Gravesa-Basedowa lub Hashimoto, to oprócz endokrynologa, powinien on być pod opieką immunologa klinicznego. Taka współpraca specjalistów byłaby pożądana (i zaczyna istnieć) w przypadku chorych na choroby reumatyczne (tkanki łącznej) i przynajmniej niektóre

► **Prof. Jacek Witkowski:**
– **Przyczyną nabytego niedoboru odporności może być niedożywienie, zwłaszcza niedobór białek czy ważnych mikroelementów, np. cynku, szczególnie u osób w starszym wieku.**



neurologiczne, np. stwardnienie rozsiane, chorobę o poznany podłożu autoimmunologicznym.

GL Czy trudno zostać immunologiem?

Szkolenie specjalizacyjne z immunologii klinicznej trwa 5 lat, a dla specjalistów z chorób wewnętrznych lub pediatrii – dwa lata. Wydaje mi się, że jest za mało miejsc specjalizacyjnych dla immunologów klinicznych, a w konsekwencji jest za mało specjalistów w tej dziedzinie. Zasób wiedzy, który muszą przyswoić, jest potężny, ale to można powiedzieć o każdej specjalizacji. Moim zdaniem ważne jest, aby przyszły immunolog kliniczny nie traktował swojej specjalizacji w oderwaniu od innych dziedzin medycyny, ale przeciwnie, jako ich poszerzenie i dopełnienie.

GL Jak PTiDiK wpisuje się w opracowywanie standardów postępowania w leczeniu chorób o podłożu immunologicznym?

Towarzystwo opracowuje takie standardy przy ścisłej współpracy z innymi towarzystwami lekarskimi. Są one konfrontowane ze światowymi trendami i dotyczą zarówno diagnostyki, jak i leczenia chorób immunologicznych. W wyjątkowych przypadkach mogą być modyfikowane, jeśli specyfika danej choroby w populacji polskiej odbiega od średniej światowej, co zdarza się rzadko.

Zarówno podstawowa, jak i kliniczna immunologia bardzo szybko się rozwijają, co wymusza zmianę paradygmatu w odniesieniu do zrozumienia patomechanizmów danej choroby immunologicznej, a w konsekwencji jej diagnostyki i leczenia. Obecnie większość – jeżeli nie wszyscy – aktywnie zajmujący się immunologią doświadczalną i kliniczną są skupieni w PTiDiK. Towarzystwo poprzez spotkania, konferencje, zjazdy, a także mniej formalne fora jest miejscem wymiany doświadczeń. Mam nadzieję, że ta interakcja zarówno wewnątrz towarzystwa, jak też z innymi gremiami, będzie coraz intensywniejsza i skuteczniejsza dla dobra pacjentów. ☺

Badanie żywej kropli krwi... i inne czary



Krzysztof
Lubecki

Zastępca Naczelnego
Rzecznika
Odpowiedzialności
Zawodowej

Pomysłowość osób próbujących naciągać i oszukiwać ludzi naiwnych nie zna granic. Obok już znanej bioenergoterapii, biorezonansu, hydrokolonoterapii, różnej maści „detoksykacji organizmu”, „ozonowania krwi” – w ostatnich kilku latach popularność zyskało tak zwane badanie żywej kropli krwi.

Cóż to takiego? – zapyta ktoś nieznający tematu, nieczęsto buszujący w internecie, a jeśli nawet – to nieodwiedzający stron internetowych związanych z tzw. medycyną alternatywną.

Otóż badanie krwi żywej to po pierwsze nie jest badanie krwi martwej, czyli takiej, jaką bada medycyna zwana w środowiskach znachorsko-bioenergoterapeutyczno-uzdrowicielskich „medycyną konwencjonalną”.

To badanie jest lepsze, bo tu bada się po pierwsze krew żywą, po drugie tylko jej kroplę! Jakaż to różnica w porównaniu z ilościami krwi pobieranymi przy zwykłych jej badaniach! Wystarczy kropla, ale tylko tej prawidłowej, żywej, z opuszki palca, a nie litrami utaczonej w laboratoriach z naszych żył. A tak w rzeczywistości – to faktycznie nasz badacz kropli krwi żywej pobiera z użyciem nakłuwacza/ nożyka stosowanego do glukometru kroplę z opuszki palca i umieszcza ją bez antykoagulantu i bez barwienia na szkiełku podstawowym, przykrywa szkiełkiem nakrywkowym i ogląda pod mikroskopem w tzw. jasnym i ciemnym polu widzenia (fajnie i naukowo brzmiące sformułowanie!), z reguły w obecności pacjenta, prezentując oglądany obraz na podłączonym monitorze.

Krew ta – jak się nasi czytelnicy już zapewne orientują – po prostu krzepnie!

Na monitorze widać więc w rzeczywistości erytrocyty, krwinki białe, ale i tworzące się agregaty erytrocytów, formujące się skrzepy i wreszcie artefakty – czyli drobiny zanieczyszczeń na szkiełkach – bo cóż innego mogłoby tam być? Ale opis naszego badacza kropli żywej jest nieporównanie bogatszy! Podaję cytaty z opisów tych „badań”, już bez cudzysłowu. Mamy więc objawy zakwaszenia organizmu (niemal zawsze), jaja i żywe larwy pasożytów/robaków (często), objawy zaburzeń flory jelitowej, drożdżaki – candida (bardzo często) i inne grzyby (często, zależnie od inwencji naszego badacza), zaburzenia cholesterolu, złoży kwasu moczowego.

Opisy często silą się na pseudonaukowe brzmienie, poprzez użycie sformułowań skądinąd znanych medycynie (rulonizacja erytrocytów, sferocytoza, anizocytoza). I cóż z tego, że struktury ukazywane pacjentowi przez naszego badacza jako grzyby czy larwy robaków nie są nimi w rzeczywistości, że objawy tzw. zakwaszenia organizmu nie mają nic wspólnego z rzeczywistą kwasicą – pacjent je naocznie widzi! Można się domyślić, że po uzyskaniu tak dogłębnej diagnozy – pacjent otrzyma też propozycję terapii. Nie będą to jednak leki przeciwpasożytnicze ani przeciugrzybicze (co np. sepsa, jako ostry stan bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta związany z tak masowym pojawem drożdżaków we krwi w pełni by usprawiedliwiała) – będą to „preparaty

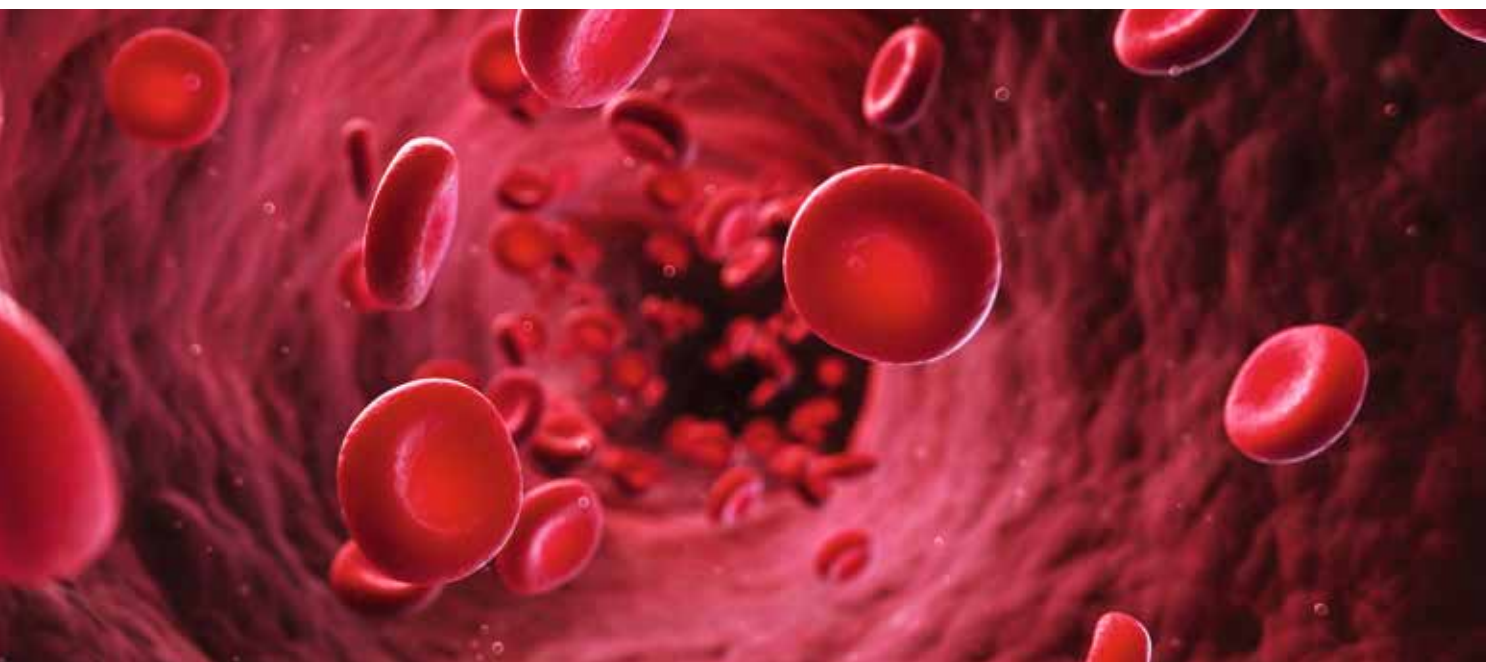
biologiczne”, produkty homeopatyczne, różne zioła czy probiotyki.

Fakt, że z reguły tego typu pseudodiagnostyką zajmują się nie lekarze, lecz naturopaci, bioenergoterapeuci i inni „specjaliści” po szkołach o wątpliwej reputacji – nie powinien być usprawiedliwieniem dla naszego milczenia w tej sprawie. Niestety bywa, że to lekarze, co prawda bardzo nieliczni, firmują swymi nazwiskami szkolenia z tej hochsztaplerskiej, pseudonaukowej i noszącej wszelkie znamiona oszustwa „działalności diagnostyczno-terapeutycznej”. Można by zadać sobie pytanie, skąd biorą się w nas, lekarzach, tak nieskończone bogate pokłady tolerancji dla pseudonaukowej, pseudomedycznej, pseudodiagnostycznej działalności służącej w rzeczywistości promowaniu sprzedaży po pierwsze samego badania (koszt 130-150 zł), po drugie sprzedawaniu preparatów na wykryte dzięki temu badaniu schorzenia (tu ceny potrafią być znacząco wyższe!). Może dlatego, że czasami metodami medycyny naukowej nie możemy pomóc naszym pacjentom? To fakt, nie jesteśmy wszechmocni... Może – co bardzo prawdopodobne – jest to skutek dotychczasowych naszych niepowodzeń w zwalczaniu hochsztaplerstwa i oszustw tzw. medycyny alternatywnej?

Spółczesność, a zwłaszcza jego hejterska część, odczytywać też może takie działania lekarzy jako próbę obrony swoich interesów (sic!). Może uważamy,

KEL

Art. 57 ust. 1. stanowi, że „Lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub niezawierające naukowego. Nie wolno mu także współpracować z osobami zajmującymi się leczeniem, a nieposiadającymi do tego uprawnień”.



że większość osób parających się taką diagnostyką to nie lekarze, a jeśli nawet posługują się tytułem lekarza, to w rzeczywistości nie posiadają prawa do wykonywania zawodu lekarza na terenie Polski (tak bywa!) i pozostają poza jurysdykcją naszego samorządu.

Część z nas sądzi wreszcie, dla świętego spokoju, że badanie żywej kropli krwi jest co prawda bezwartościowe, ale „w końcu nie szkodzi pacjentowi”, a zapotrzebowanie na usługi znachorów było, jest i będzie, gdyż jak powiedział Einstein, dwie rzeczy są nieskończone – Wszechświat i ludzka głupota, przy czym co do Wszechświata – to nie ma pewności. Zatem „niech się pacjenci badają – to im nie zaszkodzi, nawet jeśli nie pomoże”. W rzeczywistości jednak pojawiające się w ogłoszeniach „klinik” stosujących badanie kropli żywej krwi obietnice wykrycia wczesnych stadiów nowotworów (!) brzmią już poważnie i nie pozwalają przejść obojętnie obok tego problemu.

Dla mnie, jako rzecznika odpowiedzialności zawodowej, najważniejsza jest odpowiedź na pytanie, jak ma się ewentualne współuczestniczenie lekarza/lekarzy w takim procederze do obowiązków, jakie nakłada na nas Kodeks Etyki Lekarskiej (KEL). A odpowiedź ta niestety nie jest pocieszająca dla zwolenników tolerowania diagnostyki i leczenia metodami nieskutecznymi, ale też „nieszkodzącymi”. Nasz Kodeks wymaga więcej!

Nie wystarczy, że jakieś postępowanie nie szkodzi. Wartykule 57 ust. 1. KEL stanowi, że „Lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub niezwyfikowane naukowo. Nie wolno mu także współpracować z osobami zajmującymi się leczeniem, a nieposiadającymi do tego uprawnień”. Co ważne – w ust. 2 tegoż artykułu KEL stawia wymóg: „Wybierając formę diagnostyki lub terapii, lekarz ma obowiązek kierować się przede wszystkim kryterium skuteczności i bezpieczeństwa chorego oraz nie narażać go na dodatkowe koszty”. Wreszcie ust. 3 KEL mówi: „Lekarz nie powinien dokonywać wyboru i rekomendacji środka leczniczego oraz metody diagnostyki ze względu na własne korzyści”. Nic dodać, nic ująć. Ewentualne uczestnictwo lekarza w „badaniu żywej kropli krwi” w jakiegokolwiek formie – czy to szkolenia adeptów tej „metody diagnostycznej”, czy choćby firmowania takowego szkolenia swym nazwiskiem i tytułem naukowym, czy posługiwania się wynikami takich badań we własnej pracy, czy w końcu ich wykonywanie przez lekarza – jest objęte w KEL zakazami kategorycznymi i nakazami imperatywnymi, stąd sformułowania „nie wolno” i „ma obowiązek”.

Gdyby w przyszłości jako rzecznik odpowiedzialności zawodowej miał prowadzić postępowanie wyjaśniające w sprawie lekarza, związane z posługiwaniem się przez niego „badaniem

▲ Komórki krwi w 3D.

krwi żywej”, nie pominąłbym też zapisów art. 6 KEL, nakazującego lekarzowi „ograniczenie czynności medycznych do rzeczywiście potrzebnych choremu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy”. Badanie krwi żywej nie jest w oczywisty sposób ani rzeczywiście potrzebne choremu, ani zgodne z aktualnym stanem wiedzy! Zauważyłbym też kontekst art. 1 KEL stanowiącego, że naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu. Dla mnie, a sądzę, że dla wszystkich lekarzy szanujących własną profesję, udział w czarach-marach typu badanie żywej krwi jest i powinien być poniżej godności naszego zawodu i niewątpliwie podważa zaufanie do niego.

Na koniec pragnę z całą mocą podkreślić, że jeśli jakiś zwolennik i propagator „badania żywej krwi” poczuł się dotknięty czy urażony ostrym i bezkompromisowym dla głupoty i bezcelności szarlatanów tonem mego artykułu – to był on moim świadomym działaniem, był zamierzony. Rzucam mu rękawicę, niech udowodni mi, że badanie jest wartościowe, że jest naukowo uzasadnione, że powtarzalne są jego wyniki, że ułatwia stawianie właściwych rozpoznań, że pozwala wreszcie na wyciąganie właściwych wniosków i wskazań terapeutycznych. Oczekuję rzetelnej analizy jego skuteczności w oparciu o zasady EBM. Jeśli tak – pochylę w pokorze me czoło i przyznam, iż się myliłem. ☺

Błędne rozpoznanie

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

Do chorej skarżącej się na duszności, drętwienie kończyn górnych i dolnych, bóle w klatce piersiowej oraz uczucie tzw. kłuski w gardle zostało wezwane pogotowie.

Na miejsce przybył zespół ratownictwa medycznego składający się z lekarza oraz dwóch ratowników medycznych. Po przeprowadzeniu wywiadu i wykonaniu zapisu EKG z defibrylatora (zmiany sugerujące OZW) lekarz stwierdził nerwicę wegetatywną i podał chorej lek. Na tym udzielanie pomocy zostało

zakończone. Po około pół godzinie, w związku z brakiem poprawy stanu chorej, ponownie wezwano pogotowie. Przyjechało ono w takim samym składzie jak za pierwszym razem. Podjęto resuscytację, która okazała się jednak nieskuteczna. Jako przyczynę zgonu podano zachłyśnięcie.

W związku z zaistniałą sytuacją do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej wpłynęła skarga na lekarza udzielającego wówczas pomocy. OROZ uznał skargę za zasadną i skierował sprawę do rozpatrzenia przez okręgowy sąd

lekarski. OSL orzekł, że obwiniony lekarz niewłaściwie ocenił wynik badania EKG, czego skutkiem był brak decyzji o hospitalizacji, mimo istniejących do tego wskazań. Sąd uznał, że lekarz dopuścił się przewinienia zawodowego polegającego na naruszeniu art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w związku z art. 8 KEL i wymierzył mu karę nagany. Pełnomocnik obwinionego lekarza odwołał się od tego orzeczenia do Naczelnego Sądu Lekarskiego. Po przeanalizowaniu sprawy NSL utrzymał w mocy zaskarżone orzeczenie sądu pierwszej instancji. ○



Grzegorz Wrona

Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

) KOMENTARZ

Powyższe orzeczenie NSL, na skutek kasacji złożonej przez obrońcę lekarza, zostało poddane ocenie Sądu Najwyższego, który oddalił tę kasację jako oczywiście bezzasadną. Postanowienie takie sąd wydał po wysłuchaniu obrońców – adwokata i lekarza. Do kasacji odniósł się także rzecznik. I pewnie nie byłoby wystarczającego powodu do zajmowania uwagi czytelników, gdyby nie równoległe prowadzone przed NSL postępowanie dotyczące podobnego działania tego samego lekarza z sierpnia 2013 r., również zakończone

zgonem chorego. Posiadając tę wiedzę, rzecznik skierował sprawę do rady lekarskiej celem oceny istnienia niedostatecznego przygotowania zawodowego lekarza, lekarza posiadającego wieloletni staż pracy i stopień naukowy doktora nauk medycznych. Rada lekarska uznała podejrzenie rzecznika za zasadne, ustalając zakres koniecznego przeszkolenia. Jakby i tego było mało, okazało się, że sąd karny orzekł zakaz wykonywania zawodu na okres dwóch lat, za kolejny, podobny czyn z kwietnia 2012 r. ○

To mój ząb, proszę rwać!



W poczekalni kilkoro pacjentów. Z gabinetu wychodzi mężczyzna wyraźnie niezadowolony z przebiegu wizyty. – Dał tylko receptę na antybiotyk – rzuca zdenerwowany. Następuje poruszenie. – Trzeba było mówić, że wyjeżdżasz daleko, jedziesz za granicę, że nie masz pieniędzy... – poucza go starszy kolega. – Bajer musi być, bez bajeru nie załatwisz nic! – radzi.

📍 MARTA JAKUBIAK, LIDIA SULIKOWSKA

Przysłuchujemy się tej dyskusji w poczekalni w niedzielny dyżurze nocnej i świątecznej pomocy stomatologicznej w Przychodni Portowej przy ul. Energetyków 2 w Szczecinie. Lekarze pełnią go w tygodniu od 19.00 do 7.00 rano oraz całodobowo w dni wolne od pracy. Świadczenia finansuje NFZ, rozliczając je na zasadzie ryczałtu, który obejmuje gotowość do udzielania świadczeń oraz świadczenia udzielane w czasie 12-godzinnego dyżuru. Spotykamy się z lekarzem dentystą Adamem Kulą, który dzisiaj przyjmuje pacjentów.

BLOMBA NA NFZ

W poczekalni czekają na razie trzy osoby, wśród nich młody człowiek, który

przyszedł na zdjęcie szwów. Co chwilę odbiera telefon, i relacjonując komuś, jak wygląda sytuacja i ile prawdopodobnie będzie musiał jeszcze czekać. Dołącza kolejny pacjent, i kolejny... Zaczyna robić się tłoczno, a rozmowy korytarzowe stają się coraz bardziej ożywione. Może to sposób na rozładowanie stresu przed wizytą?

Wśród oczekujących jest zniecierpliwiona i zmęczona kobieta w średnim wieku. Była już dziś na chirurgii szczękowo-twarzowej w szpitalu przy placu Unii Lubelskiej. Nie została przyjęta bez skierowania, dlatego przyjechała tutaj. Jak mówi, z bólu nie mogła spać w nocy. – Lekarze myślą, że przychodzi się do nich dla heczy. Z jednego szpitala do drugiego odsyłają – komentuje partner

kobiety. – Tak to jest – odpowiada mu ktoś inny i zaczyna opowiadać swoją historię. – Byłem jakiś czas temu u dentystry, nie tu, ale w innej przychodni. Chciałem, żeby mi wyrwali bolący ząb od razu, a nie jak kiedyś, że leczyli mi pół roku, a na koniec i tak usunęli. Po co mi dodatkowe koszty? Lekarz na to, że to on decyduje, co powinno się zrobić. A ja do niego, że to mój ząb, więc niech rwie i już. A jak mi kiedyś założyli blombę na NFZ, to po trzech dniach mi wypadła. A doktorka jeszcze miała pretensje, że ta blomba mi wyleciała. Słaba była i tyle. Lepiej zapłacić i mieć lepszą, niż brać na refundację – mówi i kieruje wzrok w naszą stronę. – Panie też czekają? – pyta zniecierpliwiony. – Pan na pewno wejdzie przed nami – uspokajamy. – A pan?

▲ **Przychodnia Portowa przy ul. Energetyków 2 w Szczecinie oraz zarządzającą nią dyrektorka Karol Wasilewski.**

– pyta siedzącego naprzeciw mężczyznę.
– Ja nie, moja żona czeka – odpowiada.
Jest wyraźnie zadowolony, że tak zma-
łała kolejka.

NA FOTELU

W poczekalni mniej więcej po godzinie zrobiło się luźniej. Asystentka stomatologiczna, pani Marta, zaprasza nas do środka. – Zawsze tu taki ruch? – pytamy. – Zazwyczaj tak, od rana przyjąłem już 21 pacjentów. Jest czternasta. Często trzeba czekać. Na moim ostatnim świątecznym dyżurze pacjenci przychodzili ciurkiem do czwartej nad ranem – opowiada doktor Adam Kula, który w pogotowiu stomatologicznym dyżuruje średnio 10 razy w miesiącu. Pytamy o recepty na antybiotyki, z których pacjenci są raczej niezadowoleni. – Faktycznie, ludzie bywają sfrustrowani, ale ja ich rozumiem, ból zęba potrafi dać w kość. Tłumaczę im, że kiedy w jamie ustnej jest stan zapalny, najpierw trzeba go wyeliminować, a dopiero potem można leczyć ząb – wyjaśnia.

Z doraźnej pomocy stomatologicznej można korzystać tylko w nagłych przypadkach. – W zdecydowanej większości są to przypadki bólowe. Pacjenci zazwyczaj sami doprowadzają się do takiego stanu. Nie dbają o zęby, nie leczą próchnicy na czas. Część z nich nie chodzi do dentysty ze strachu, innym się nie chce, jeszcze inni nie mają pieniędzy na stomatologa, a NFZ refunduje przecież leczenie w niepełnym zakresie – wyjaśnia nasz rozmówca.

Czy przychodzą pacjenci, którzy chcą leczyć się na dyżurze, mimo iż ich stan tego nie wymaga? – Oczywiście tacy sprytni też się zdarzają, ale tych szybko

identyfikujemy i tłumaczymy, że nie możemy im leczyć zębów, gdyż świadczymy jedynie pomoc doraźną. Często też wracają do nas osoby, którym pomogliśmy wcześniej i chcą kontynuować u nas leczenie. Nie rozumiem, że działamy doraźnie, a leczenie planowe powinni kontynuować u swojego lekarza dentysty – wyjaśnia doktor Kula. Mówimy, że pacjenci w poczekalni narzekali, że plomby wypadają. – NFZ refunduje wypełnienia chemoutwardzalne, które w przeciwieństwie do tych światłoutwardzalnych, muszą mieć więcej czasu, aby materiał uległ związaniu. Pacjent musi pilnować, by przez jakiś czas nie jeść i nie pić, a jeśli się nie stosuje do tych założeń, wypełnienie może się rozszczelnić i wypaść lub się ukruszyć – odpowiada.

Nie przytłaczają pana te pretensje? – To fakt, że pacjenci, których przyjmuję w prywatnej praktyce, są nieco inni, lepiej współpracują, bardziej dbają o zęby. Tu dużo częściej mam do czynienia z pacjentami roszczeniowymi, czasem bywają agresywni, zdarza się, że są pod wpływem alkoholu. Większość z nich to jednak mili ludzie, którzy nie dbali właściwie o jamę ustną i dlatego mają problemy, przez które muszą korzystać z doraźnej pomocy stomatologicznej. Cieszę się, że mogę im ulżyć w cierpieniu. Dla mnie jako lekarza jest to też bardzo cenne doświadczenie, gdyż mam do czynienia z ciekawymi przypadkami medycznymi, np. z krwotokiem po usunięciu zęba. Czekają tu na mnie różne wyzwania. Lubię je podejmować – tłumaczy doktor Kula. Na dyżurze lekarze wykonują m.in. proste ekstrakcje, ale jeśli wymagana jest interwencja chirurga szczękowo-twarzowego, odsyłają pacjentów do szpitala.

100 km

– tyle niektórzy pacjenci muszą dojeżdżać do Szczecina położonego na krańcu województwa.

STRACH

Ktoś puka. To mama z dziewczynką, którą boli ząb. Trzeba jej pomóc jak najszybciej. Przerywamy rozmowę i wychodzimy. Niedługo po tym, jak zamykają się drzwi, dobiega zza nich głośny krzyk dziecka. Robi na tyle duże wrażenie, że czekający tu na przyjęcie mężczyzna wstaje i zaczyna nerwowo chodzić. – To koszmarnie! Czy to biedne dziecko nie dostało znieczulenia? Taką wizytę to stres nawet dla dorosłego... – mruczy pod nosem. Chwila ciszy, ale zaraz po niej zza drzwi gabinetu znów dobiega krzyk. Mężczyzna blednie i przyspiesza kroku. Widać, że to pacjent, który boi się stomatologa. Kiedy mała pacjentka z uśmiechem opuszcza gabinet, chwytając za klamkę i wchodzi do środka. Drzwi się zamykają.

Wychodzi po kilkunastu minutach – jakby mniej błady i trochę dumny, że dał radę, jest zadowolony z siebie i faktu, że to spotkanie ma już za sobą. – Czy strach często towarzyszy pacjentom? – pytamy pana doktora. – Przeważnie boją się dzieci, choć i dorosłym to uczucie też nie jest obce – odpowiada. – Dobrze, że ten ostatni pacjent nie trafił na dyżur tydzień temu, kiedy mieliśmy tu mężczyznę z rozerwaną tętnicą. Krew była w całym gabinecie. Albo kiedy przyjmowaliśmy 10-latkę, która miała taką dentofobię, że już na sam widok lusterka wrzeszczała tak, że dwie osoby siedzące w poczekalni zrezygnowały z wizyty – opowiada pani Marta, która dziś asystuje doktorowi Kuli.

Jak ten strach przezwyciężać? – Trzeba rozmawiać. Wyjaśniać pacjentom w sposób zrozumiały, prostym językiem, co będziemy robić. Namawiać ich, by systematycznie odwiedzali lekarza dentystę. Gdy podjąłem decyzję, by być stomatologiem, najbardziej obawiałem się, że nie będę umiał porozumieć się z pacjentami. Nie żałuję swojego wyboru, radzę sobie z tym, a pacjenci chętnie ze mną współpracują – mówi pan doktor.

DLA WYTRWAŁYCH

Przychodnia Portowa jest jedyną placówką w Zachodniopomorskiem, która ma kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej, a że Szczecin jest położony praktycznie na



< Z doraźnej pomocy stomatologicznej można korzystać tylko w nagłych przypadkach.



północno-zachodnim krańcu województwa, niektórzy muszą dojeżdżać nawet ponad 100 km, by uzyskać pomoc.

Rzecznik prasowy zachodniopomorskiego oddziału NFZ wyjaśnia, że przez wiele lat trwały starania, by zakontraktować świadczenia w drugim podmiocie – w subregionie koszalińskim. Kilkanaście razy ogłaszano konkurs, ale świadczeniodawcy nie byli nim zainteresowani. Pogotowie stomatologiczne udało się tam zakontraktować dopiero w maju 2015 r., po siedmioletniej przerwie. Umowa miała obowiązywać do 30 czerwca 2019 r., jednak w maju 2016 r. spółka wystąpiła z wnioskiem o jej rozwiązanie. Pacjentom pozostaje więc tylko Szczecin. Podobna sytuacja jest w kilku innych województwach. Jeden świadczeniodawca jest na całe województwo małopolskie, i to nie w Krakowie, a Tarnowie. W całym Warmińsko-Mazurskiem stomatologiczna pomoc doraźna działa też w jednej placówce, w Olsztynie. – Oddział systematycznie ogłasza konkursy ofert w tym zakresie, niestety dotychczas nie zgłosił się ani jeden podmiot leczniczy zainteresowany podpisaniem umowy. Ponowny konkurs zostanie ogłoszony

w najbliższym możliwym czasie. Jesteśmy otwarci na rozmowy ze stomatologami, którzy byliby chętni zabezpieczyć opiekę doraźną mieszkańcom pozostałych regionów województwa – informuje Aleksandra Kuczek z Warmińsko-Mazurskiego OW NFZ w Olsztynie. Chętnych jak na razie brak.

Na całe woj. śląskie nocną pomoc z zakresu stomatologii realizują tylko trzy placówki, żadna w Katowicach (brak chętnych). W Wielkopolsce świadczeń w zakresie stomatologicznej pomocy doraźnej także udzielają trzy podmioty – w Poznaniu, Koninie i Kościanie. – Niestety, w głównym postępowaniu konkursowym, jak i w ogłaszanych przez nasz oddział co jakiś czas konkursach uzupełniających, nie było zainteresowania wśród placówek z innych rejonów naszego województwa do składania ofert. Planujemy w najbliższym czasie ogłosić kolejne konkursy uzupełniające – wyjaśnia Magdalena Rozumek z Wielkopolskiego OW NFZ. W Łódzkim kontrakty mają dwa podmioty. Jak informuje Magdalena Góralczyk z łódzkiego NFZ, stawka za ryczałt jest tu najwyższa w Polsce i wynosi 800 zł za 12-godzinny dyżur, mimo to brak jest więcej chętnych.

▲ **Adam Kula:**
– **Czekają tu na mnie różne wyzwania. Lubię je podejmować.**

Według rzecznika prasowego zachodniopomorskiego oddziału NFZ stomatolodzy nie są zainteresowani pracą w nocy, bo według nich jest obciążona zbyt dużym ryzykiem, a ponadto nie wynika z ważnych przyczyn ratowania życia, bo ból zęba jest konsekwencją zaniedbań, których łatwo można uniknąć. Co więcej, na pogotowie stomatologiczne trafiają pacjenci, którzy przy okazji chcą się tu leczyć i nie rozumieją, że zakres świadczeń ogranicza się do pomocy doraźnej, czasami trafiają tu osoby roszczeniowe, agresywne, a nawet pod wpływem alkoholu. – Lekarze są zdania, że dostęp do bezpłatnych przeglądów stomatologicznych jest na tyle szeroki, by każdy chociaż raz w roku z nich skorzystał, unikając w ten sposób konsekwencji oczywistego niedbalstwa. W woj. zachodniopomorskim jest 350 gabinetów ogólnostomatologicznych. Dostęp do tych świadczeń jest zatem niemal taki, jak do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Każdy może chociaż raz w roku kalendarzowym skorzystać z bezpłatnego badania lekarskiego stomatologicznego z instruktorem higieny jamy ustnej. To podstawa, by dokonać przeglądu stanu uzębienia, zaplanować leczenie i profilaktykę – wyjaśnia Małgorzata Koszur.

To wszystko prawda. Niektórzy jednak decydują się podjąć to wyzwanie. Pytamy szefa Przychodni Portowej, dlaczego zdecydował się na kontrakt z NFZ. – Dobre pytanie. Fakt, nie jest to zbyt dochodowa działalność i trudno znaleźć lekarzy dentystów do takiej pracy, bo w tym zawodzie dyżurowanie w nocy i w weekendy to raczej rzadkość, a pacjenci są dość specyficzni. Uważam jednak, że taka doraźna pomoc jest potrzebna. Sam jestem stomatologiem i wiem, że ból to pojęcie względne, ale większość ze zgłaszających się do nas pacjentów to osoby naprawdę cierpiące i trzeba im szybko pomóc – wyjaśnia Karol Wasilewski, prezes zarządu Przychodni Portowej. – Mogliśmy zorganizować pogotowie stomatologiczne, ponieważ mamy dobre zaplecze, jeśli chodzi o kadre i sprzęt. Podpisaliśmy największy kontrakt na udzielanie świadczeń ogólnostomatologicznych, więc podjęcie tego wyzwania wydawało się możliwe do realizacji. Łatwo nie było, ale udaje się – podsumowuje. ☺

**PRZYCHODNIA PORTOWA JEST JEDYNĄ PLACÓWKĄ
W ZACHODNIOPOMORSKIM, KTÓRA MA KONTRAKT
Z NARODOWYM FUNDUSZEM ZDROWIA NA REALIZACJĘ
ŚWIADCZEŃ STOMATOLOGICZNEJ POMOCY DORAŻNEJ.**

Przytyje pani, to się wyrówna



**Marta
Jakubiak**

Zastępca redaktora
naczelnego
„Gazety Lekarskiej”

Bała się choroby, wierzyła w lekarzy. Ufała, że będą ją leczyć najlepiej, jak można. Nie przypuszczała, że może stać się ofiarą pychy w medycynie.

Rak piersi. Takiego rozpoznania nie chciałyby usłyszeć żadna kobieta. Pamiętam, kiedy w 2004 r. do Warszawy przyjechała Terry Lorient z wystawą „Odzyskana kobiecość”. To było poruszające wydarzenie. Zaprezentowała wówczas serię czarno-białych fotografii – portretów kobiet po mastektomii i rekonstrukcji piersi. Prezentacja w Polsce jej prac, które wcześniej ukazały się w albumie „Reconstructing Aphrodite”, to była ich prapremiera w powiększonym formacie. Jak mówiła, uznała, że trzeba je pokazać polskim kobietom, lekarzom, dziennikarzom, politykom, by uświadamiać, że dzięki chirurgii rekonstrukcyjnej można jeszcze lepiej leczyć raka, pomóc kobietom odzyskać dawny wygląd, wiarę w siebie i radość życia.

CZTERNAŚCIE LAT PÓŹNIEJ

– Moja choroba została wykryta dość szybko. Podczas konsultacji onkologicznej pani doktor w pierwszym zdaniu poinformowała mnie, że mam raka, a w drugim, co mnie czeka. Zrobiła to w niespełna minutę, mówiąc podniesionym głosem – opowiada doktor Iwona, lekarz dermatolog, u której kilka lat temu zdiagnozowano raka piersi. – Stałam wtedy grzecznie jak uczeń, a po wyjściu z gabinetu poryczałam się jak



dziecko. Szukałam jakiegoś miejsca, żeby usiąść, bo miałam miękkie nogi. Już w gabinecie myślałam, że się przewrócę – wspomina. Była przestraszona, osamotniona, czuła się winna, że jest chora. Do tej pory, kiedy przywołuje tamte wspomnienia, ma w oczach łzy. – Ale to chyba tak jest z chorobami onkologicznymi...

▲ **Zdjęcie
autorstwa
Terry Lorient
z wystawy
„Odzyskana
Kobiecość”.**

– zamyśla się na chwilę. – Kiedy zapytałam, czy trzeba usuwać całą pierś, natychmiast dostałam odpowiedź karcącym tonem: „co pani sobie wyobraża, przecież to duże” – opowiada.

Rozmawiając później z innymi pacjentkami, dowiedziała się, że sposób komunikowania się pani doktor chirurg onkolog jest właśnie taki. – Taki ma styl pracy – mówiły jedne. – Ma taki sposób reakcji i taką zmienność emocjonalną – komentowały inne. Z czego wynikała taka agresja? – Nie wiem. Większość pacjentek uważała, że ma taki styl bycia – odpowiada doktor Iwona. Wszystkie w ten sposób były informowane o chorobie i planach leczenia.

Czy miała pani jeszcze kontakt z tą lekarką? – Na szczęście nie. Udało się zmienić datę zabiegu i operował mnie ktoś inny – wyjaśnia. Nie miała pani odwagi zapytać, dlaczego pani doktor mówi podniesionym głosem? – Nie, stałam tam przestraszona i bezsilna. Nie byłam w stanie się bronić. Dla mnie to był wyrok oznaczający koniec życia. I jeszcze ogłoszony w tak okrutny sposób... – mówi, a do oczu napływają łzy. – Kiedy dowiedziałam się o chorobie, zapomniałam, że jestem lekarzem. Stałam się pacjentem – przestraszonym, oczekującym wsparcia i pomocy – opowiada.

Z SZEREGU WYSTĄP

– Specyfiką niektórych oddziałów, także tego, na którym byłam leczona, jest praktykowanie pewnych procedur, które według mnie upokarzają pacjenta – uważa doktor Iwona. I opisuje jedną z nich. Raz w tygodniu pan profesor bada wszystkie pacjentki. O jednej, wyznaczonej godzinie kobiety stawiają się przed gabinetem zabiegowym. I kolejno, po kilka, wchodzą do środka. Obnażają się do pasa i czekają. Naprzeciwko stoi zespół piętnastu chirurgów, na środku pan profesor. Wywołana pacjentka podchodzi do niego, a on wykonuje kilka uciśnień dłonią i bada pierś. – To było bardzo upokarzające. Długo unikałam wejścia do gabinetu i udało mi się przeczekać do samego końca, by nie wchodzić tam w większej grupie. Stałam przed szeregiem jedynie z pacjentką, z którą dzieliłam salę – opowiada. I dodaje, że tak nie powinno być. Przebrnęła przez tę procedurę, z nadzieją czekając na leczenie.

W końcu nadszedł dzień operacji. Wykonano mastektomię. Potem założono ekspanderoprotezę. – Była trochę za duża w stosunku do wielkości mojej piersi, więc na wizytach kontrolnych cały czas o tym mówiłam i prosiłam, żeby docelowa proteza była odpowiednio mniejsza – opowiada. Pojawił się też problem nieszczelności, wyciekało wypełnienie, więc co tydzień jeździła na uzupełnienia. – Poszłam też na konsultację do chirurga plastyka, by ocenił, czy obie piersi są równe. Chciałam mieć pewność, że nie przesadzam, nie panikuję. Potwierdził moje obawy, że ekspander rzeczywiście jest za duży, ale tak się często praktykuje, aby wytworzyć odpowiednią kieszeń między mięśniem a żebrami, jednocześnie uspokoił mnie, że na pewno proteza docelowa będzie w odpowiednim rozmiarze – wspomina.

MISTRZ REKONSTRUKCJI

Przed drugą operacją lekarz prowadzący dokładnie wymierzył pierś

RAZ W TYGODNIU PAN PROFESOR BADA WSZYSTKIE PACJENTKI. O JEDNEJ GODZINIE KOBIETY STAWIAJĄ SIĘ PRZED GABINETEM. I KOLEJNO, PO KILKA, WCHODZĄ DO ŚRODKA. OBNAŻAJĄ SIĘ DO PASA I CZEKAJĄ. NAPRZECIWKO STOI ZESPÓŁ PIĘTNASTU CHIRURGÓW, NA ŚRODKU PAN PROFESOR.

i określił rozmiar protezy. – Robił to w dużym skupieniu, widać było, że zależy mu na dobrym efekcie końcowym. Ale do zabiegowego wpadł lekarz operator, który w pół minuty dopasował jej docelowy rozmiar. Machał rękami i uciszał mnie, kiedy próbowałam powiedzieć, że ta wybrana przez niego proteza będzie za duża. „Cicho, cicho, cicho” – mówił. I wybiegł. Widziałam skonfundowanie prowadzącego, ale widocznie uznał operatora za lekarza lepszego i bardziej doświadczonego, więc przystał na jego wybór – opowiada doktor Iwona.

Wykonano operację. – Pierwsze, co usłyszała od pielęgniarek i lekarza dyżurnego przy zmianie opatrunku, to... „co on pani założył?”. Dostałam protezę, która jest dwa numery za duża... – wspomina.

Chirurgicznie rekonstrukcję wykonano w zakresie normy. Nic się nie wikało, wszystko się wgoiło. – Ale jest, tylko i aż, źle dobrana proteza. Rekonstrukcję wykonuje się po to, żeby kobieta, która w wyniku choroby onkologicznej straciła pierś, nie czuła się okaleczona, zdeformowana. Kiedy rekonstrukcja jest zrobiona tak jak u mnie, to leczenie nie jest dobre – ocenia.

Kiedy poszła do lekarza operatora, żeby powiedzieć, że czuje się przez niego poszkodowana i uważa, że popełnił błąd w sztuce, odpowiedział: – Jak pani przytyje, to się wyrówna i będzie wszystko dobrze. Usłyszała też, że wymiana protezy na mniejszą to już dużo prostsza operacja i może się jej poddać, jeśli tak bardzo przeszkadza jej to, co ma obecnie. I znowu poczuła tę ogromną bezsilność i straszne osamotnienie w walce z chorobą. – Czułam się tak skrzywdzona, że nie miałam siły na pretensje

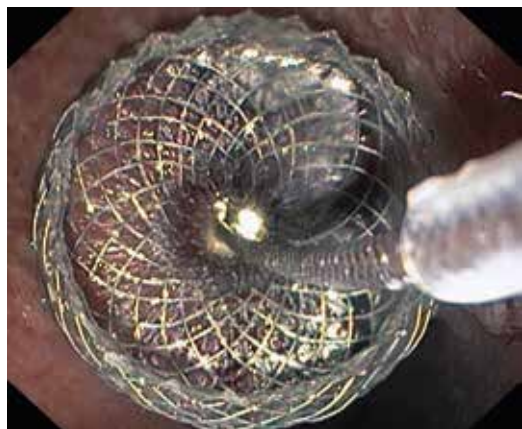
czy jakkolwiek walkę. Wysłam z gabinetu z wielkim żalem i poczuciem krzywdy. Tym większym, gdyż wiem, że można było tego uniknąć – zaznacza.

PYSZNA MEDYCYNĄ

Doktor Iwona ma poczucie krzywdy, ale – jak sama mówi – musi jakoś z tym żyć. To wszystko zdarzyło się już jakiś czas temu, ale kiedy opowiada o tych wydarzeniach, nie jest w stanie powstrzymać łez. – Pan doktor nie słuchał moich wątpliwości, zrobił, co chciał. Pacjent onkologiczny jest tak przestraszony i zagubiony, że nie myśli racjonalnie. Poddaje się decyzjom lekarzy, ufając, że wiedzą najlepiej. Nie pracuję od wczoraj w zawodzie i widziałam już różne zachowania. Zdaję sobie sprawę, że człowiek czasem zachowuje się różnie. Ale na takich oddziałach jest taśma, a lekarze przy niej pracują. Wiem, że pan doktor jest doświadczony i uchodzi za utalentowanego operatora, ale niestety sam siebie chyba nie weryfikuje. Efekt tego widzę codziennie: kiedy rano szykuję się do pracy i każdego wieczoru, kiedy kładę się spać. Jest we mnie bardzo dużo żalu i złości. Mam poczucie krzywdy. Moje leczenie zakończyło się asymetrią – mówi.

Czy przyjdzie taki dzień, kiedy złe emocje miną? – Mam nadzieję, bardzo bym tego chciała. Starałam się zapomnieć, nie chcę żyć z poczuciem krzywdy, ale to wraca... Do głowy mi nie przyszło, że ktoś mi założy o dwa numery za dużą protezę. Jako lekarz ufałam swoim kolegom lekarzom – dodaje, ocierając łzy. – Jestem ofiarą pychy w medycynie i to mnie bardzo boli. Myślałam, że dzięki rekonstrukcji zamknę ten trudny rozdział w moim życiu. Rany się zabiły, ale ta we mnie wciąż jest otwarta – dodaje na zakończenie naszej rozmowy. ☹

Pierwszy w Europie



Prof. Anna Wiechowska-Kozłowska ze Szpitala MSWiA w Szczecinie i dr Sławomir Kozieł z Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby WUM przeprowadzili nowatorski zabieg endoskopowego zespolenia esicy z odbytnicą.

To pierwszy tego typu zabieg w Polsce i Europie (dotychczas opisano dwa podobne w Stanach Zjednoczonych). Jego strategię opracowano przy udziale dr. Jana Pertkiewicza. – Zabieg wykonano w technice rendez-vous, pod kontrolą fluoroskopii, EUS i enteroskopu, które wprowadzono równocześnie do odbytnicy oraz jelita grubego przez ileostomię. Po identyfikacji endosonograficznej i radiologicznej odpowiednich pętli jelitowych, dokonano zespolenia, wykorzystując specjalistyczny stent – wyjaśnia dr Sławomir Kozieł z Pracowni Endoskopowej Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby WUM, który od wielu lat specjalizuje się w endoskopii zabiegowej przewodu pokarmowego (głównie u pacjentów ze schorzeniami dróg żółciowych i nadciśnieniem wrotnym). Wkrótce po zabiegu i wykonaniu badań kontrolnych pacjentka wróciła do domu w bardzo dobrym

stanie ogólnym i ze sprawnie działającym zespoleniem. – Z uwagi na masywne zrosty i „zamurowanie” miednicy mniejszej na skutek powikłań leczenia ginekologicznego i chirurgicznego, operacyjne przywrócenie ciągłości przewodu pokarmowego było niemożliwe. Jedyną szansę odtworzenia ciągłości jelit umożliwiał zabieg endoluminalny, do przeprowadzenia którego konieczne było równoległe użycie dwóch torów wizyjnych z endosonografem i enteroskopem – dodaje dr Kozieł. Endoskopię zabiegową w coraz większym stopniu wykorzystuje się przede wszystkim w pomaganiu pacjentom, których z różnych powodów nie kwalifikuje się do leczenia operacyjnego. Dotychczas była to domena zarezerwowana dla chirurgii. Z czego wynika ta zmiana? Wśród najważniejszych powodów wymieniana jest stałe podnoszenie umiejętności endoskopistów, wprowadzanie nowoczesnych narzędzi oraz rozwój nowych technik obrazowania endoskopowego. – Zastosowanie endosonografii jako techniki zabiegowej otworzyło nowe horyzonty i możliwości leczenia, które dotychczas, bez odpowiedniej wizualizacji, były niemożliwe – podkreśla dr Kozieł. ○

▲ Endoskopię zabiegową wykorzystuje się w coraz większym stopniu także w Polsce.

Rola klimatu

Życie w ekstremalnych warunkach klimatycznych sprzyja rozwojowi raka – tak w największym skrócie można podsumować wyniki badania mającego wyjaśnić przyczynę geograficznego zróżnicowania zachorowalności na nowotwory.

Opublikowano je kilka tygodni temu w „Molecular Biology and Evolution”. Testowaną hipotezą była antagonistyczna pleiotropia – teoria opisana po raz pierwszy przez George'a C. Williamsa, jako wytłumaczenie procesu starzenia się. Według niej, selekcja naturalna genów dających korzyść w przeżyciach może prowadzić do jednoczesowej predyspozycji do rozwoju pewnych chorób. W cytowanej pracy założono istnienie korelacji pomiędzy genami adaptującymi do ekstremalnych warunków klimatycznych (zimno, wysokość) a zwiększonym ryzykiem rozwoju nowotworów. Na podstawie danych epidemiologicznych zidentyfikowano dwie populacje z wyjątkowo wysokim współczynnikiem zachorowalności na nowotwory (głównie płuca, piersi i jelita grubego): Inuitów (rdzennych mieszkańców obszarów arktycznych i subarktycznych Grenlandii, Alaski i Kanady) oraz Atabasków (rodowitych Amerykanów zamieszkujących głównie Alaskę). Aby potwierdzić stawianą hipotezę, zebrano również dane odnośnie m.in. ich materiału genetycznego. Porównanie tych danych z dostępnymi bibliotekami genów związanych z rozwojem nowotworów wykazało selekcję w obrębie tzw. genów supresorowych, czyli odpowiedzialnych za hamowanie rozwoju nowotworów. Potwierdzenie hipotezy w populacjach żyjących na ekstremalnych wysokościach okazało się niemożliwe, ze względu na niepełne rejestry onkologiczne. Wydaje się, że u ludzi żyjących w ekstremalnych warunkach selekcja genów supresorowych pozwala unikać śmierci komórek w niesprzyjającym środowisku. Przystosowanie ułatwiające przeżycie zdrowym komórkom ma wpływ również na komórki nowotworowe, wyciszając naturalne mechanizmy obronne organizmu i pozwalając na wzrost i namnażanie nowotworu. ○



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

Źródło: www.bp.wum.edu.pl, www.academic.oup.com

FOTO: WUM

Pionierskie podanie leku do guza mózgu



W Zakładzie Diagnostyki Radiologicznej Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie wykonano pierwszą na świecie wewnątrznaczyniową operację podania leku do złośliwego guza mózgu pod kontrolą rezonansu magnetycznego. Z dr. **Michałem Zawadzkim** [CSK MSWiA], który wspólnie z prof. Mirosławem Janowskim [Johns Hopkins University, USA] podjął się tego zadania, rozmawia **Lidia Sulikowska**.

GL W jakich okolicznościach doszło do wykonania zabiegu?

Do Kliniki Neurochirurgii naszego szpitala przyjęto 39-letnią kobietę ze wznową glejaka wielopostaciowego. Wszelkie dostępne obecnie w praktyce klinicznej terapie, które można było u niej zastosować, nie pomogły. Guz mimo operacji, radio- i chemioterapii ponownie przyrastał. W ciągu 11 dni od wykrycia wznowy jego objętość wzrosła o 25 proc., a stan pacjentki się pogarszał. Podjęliśmy więc decyzję o przeprowadzeniu eksperymentalnej terapii polegającej na wstrzyknięciu leku bezpośrednio do tętnic guza pod kontrolą rezonansu magnetycznego MRI.

GL Aplikacje leków do tętnic guzów mózgu wykonywano już wcześniej, ale nigdy pod kontrolą rezonansu magnetycznego. Skąd pomysł na jego zastosowanie?

Istotnie, pierwsze próby podejmowano już w latach 60. XX w. Idea była słuszną, bo podając lek w taki sposób, uzyskujemy wielokrotnie większe jego stężenie w samym guzie niż gdybyśmy aplikowali tę samą substancję dożylnie. Niestety było wiele powikłań, bo nie było możliwe precyzyjne podanie leku do guza. Początkowo podawano leki do tętnicy szyjnej, później, w dobie rozkwitu radiologii interwencyjnej stosowano mikrocewniki umieszczane w tętnicach mózgowych. Obecnie wiemy, że nawet niewielka zmiana pozycji mikrocewnika czy prędkości podania może znacząco zmienić obszar perfuzji leku, a tym samym zadziałać toksycznie na inne części mózgu. Polscy profesorowie Mirosław Janowski i Piotr Walczak, a także dr Monika Pearl z Johns Hopkins University w USA opracowali metodę wykorzystania w czasie zabiegu rezonansu magnetycznego,

tak aby dokładnie, w czasie rzeczywistym widzieć miejsce podania leku. Wraz z prof. Walczakiem testowałem tę metodę w badaniach przedklinicznych na zwierzętach. Gdy pacjentka pojawiła się w CSK MSWiA i nie było dla niej ratunku, postanowiliśmy spróbować. Uzyskaliśmy na ten eksperyment medyczny zgodę od komisji bioetycznej.

GL Jak przebiegała operacja?

Zabieg trwał w sumie 6 godzin, z czego 40 minut chora znajdowała się pod kontrolą MRI. Najpierw podaliśmy mannitol w celu rozszczelnienia bariery krew-mózg, a następnie właściwy lek. Było trudno, gdyż guz był zaopatrywany aż przez cztery naczynia, ale udało się. Sam guz zmniejszył się około 30 proc., ale wiadomo, że znowu odrośnie. Niestety nie wiemy jeszcze, ile leku dotarło finalnie do guza. Myślimy więc nad ulepszeniem tej metody, korzystając z PET i MRI jednocześnie. Rokowania pacjentki jednak nie są najlepsze, bo to typ nowotworu, który wyjątkowo agresywnie przyrasta. Niemniej, dzięki operacji, udało się go wyciszyć na jakiś czas i poprawić codzienne funkcjonowanie chorej.

GL Czy ta metoda może zrewolucjonizować leczenie guzów mózgu?

Chcemy rozwijać tę naszą naprawdę dobrze rokującą polsko-amerykańską współpracę, planujemy przeprowadzić badania kliniczne tej metody leczenia glejaka. Na razie jako terapii stosowanej we wznowie glejaka po leczeniu standardowym, a w przyszłości – nawet przed operacją. Warto jednak zauważyć, że to dopiero początek. Ta metoda może być przyszłością dla leczenia nie tylko złośliwych guzów mózgu, ale także innych zmian ogniskowych oraz chorób neurodegeneracyjnych. (O)

GL
WYWIAD

Mała wielka specjalizacja



**Filip
Dąbrowski**

Przewodniczący
Komisji ds. Młodych
Lekarzy NRL

Liczba możliwych kierunków kształcenia dla lekarzy po raz kolejny wzrosła, licząc 78 pozycji. Dużą grupę nowych ścieżek rozwoju stanowiły podspecjalności pediatryczne. Powstały takie kierunki jak pediatria metaboliczna, nefrologia dziecięca czy gastroenterologia dziecięca.

Wprowadzenie szkolenia modułowego jest dobrze odbierane przez młodych lekarzy. Po 3 latach (a nie minimum 5) pozyskiwania podstawowej wiedzy z pediatrii, chirurgii czy interny mogą płynnie rozpocząć moduł specjalistyczny. Cenne jest też ominięcie kolejnej kwalifikacji na specjalizację szczegółową – biorąc pod uwagę wszystkie procedury, to kolejny rok do przodu. Nowy system ma jednak wady. Nie raz można usłyszeć od rezydenta pracującego w Klinice Chorób Wewnętrznych i „XYZ” – kaszel? Ja się na tym nie znam, jestem przecież nefrologiem! Z całym szacunkiem dla szczegółowych dziedzin medycyny, nie możemy zgubić sensu medycyny – obrazu pacjenta jako całości. Z szacunku do chorego nie możemy pozwolić na kształcenie „specjalisty od lewego ucha”.

O problemach specjalizacji z interny napisano już wiele. Najwięcej o braku chętnych do podejmowania szkolenia w tej dziedzinie, najmniej o znalezieniu nowego miejsca internisty w systemie ochrony zdrowia – pomiędzy lekarzem rodzinnym, geriatrą i wąskim specjalistą. W chirurgii i pediatrii ogromnie alarmująca jest luka pokoleniowa. Tymczasem, jak wynika z raportu Ośrodka Studiów, Analiz i Informacji NIL (Demografia lekarzy i specjalistów 2015), niemal 75 proc. pediatrów przekroczyło 50. rok życia, a za

1 października 2014 r. wprowadzono nowy program szkolenia oparty o moduły – podstawowy i specjalistyczny. W założeniach miało to stworzyć bardziej elastyczne warunki kształcenia, przede wszystkim poprzez możliwość szybkiego uzyskania nadspecjalizacji.



◀ Spotkanie przedstawicieli Komisji ds. Młodych Lekarzy z prof. Teresą Jackowską.

20 lat ich liczba spadnie z niecałych 16000 do 7000-8000 osób.

Co zrobić, aby zachęcić lekarzy do specjalizacji z pediatrii? Członkowie Komisji ds. Młodych Lekarzy postanowili zapytać rezydentów pediatrii o ich postrzeganie problemu. Dzięki dobrej współpracy z konsultant krajową prof. Teresą Jackowską powstał pomysł spotkania i omówienia bieżących problemów. Do spotkania doszło w porozumieniu z wiceprezesem Naczelnej Rady Lekarskiej, prof. Romualdem Krajewskim, w siedzibie Naczelnej Rady Lekarskiej 9 lutego 2018 r.

Przez trzy godziny dyskutowaliśmy o zmianach w programie szkolenia – począwszy od harmonogramu kursów, po możliwości kwalifikacji do szczepień przez rezydentów. Pani profesor przedstawiła propozycję organizacji kursów z interpretacji zapisu EKG oraz wykonywania USG dla rezydentów, którzy dyżurują na izbach przyjęć lub w SOR-ach. Pomysł ten zyskał dużą aprobatę osób uczestniczących w spotkaniu. Uczestnicy spotkania poprosili prof. Jackowską o wydanie rekomendacji dotyczących m.in.:

– sposobu odbywania dyżurów w SOR

i stażu w poradni lekarza rodzinnego przez rezydentów z zaznaczeniem, że pacjentami powinny być jedynie dzieci przyjmowane w trybie pilnym, z zachowaną opieką lekarza specjalisty w placówkach, które mają odpowiednią akredytację;

– podziału godzin pracy osób zatrudnionych w równoważnym czasie pracy na część etatową, tj. ok. 160 godz., oraz dyżurową do 40 godz. i 20 min.

Prof. Jackowska podzieliła opinię, że równoważny czas pracy utrudnia ciągłość opieki nad pacjentem i nie jest rekomendowanym, choć dopuszczalnym sposobem realizacji szkolenia. Przychyliła się do zmniejszenia ogólnej liczby procedur, ale z dodaniem otoskopii.

Ogromne podziękowania należą się młodym pediatrom: Annie Zajączkowskiej (sekretnarz KML NRL), Katarzynie Jungiewicz-Janusz i Łukaszowi Szmyglowi (członkom KML NRL) oraz Urszuli Dziedzic, Dagmarze Smektale i Dorocie Sokalli za przygotowanie i udział w spotkaniu.

Prezes Romuald Krajewski zapewnił nas, że NIL będzie wspierała w organizacji tego typu spotkań z przedstawicielami innych specjalizacji, nie jest to więc nasze ostatnie słowo. ☺

Polska Platforma Medyczna

Powstaje informatyczna Polska Platforma Medyczna, która ma służyć gromadzeniu w jednym miejscu i popularyzowaniu dorobku rodzimej nauki w dziedzinie medycyny.

👤 LUCYNA KRYSIAK

PPM tworzy siedem uczelni medycznych – w Białymstoku, Wrocławiu, Gdańsku, Szczecinie, Warszawie, Katowicach, Lublinie oraz Instytut Medycyny Pracy w Łodzi. Liderem projektu jest UM we Wrocławiu, jego koordynatorami są dyrektorzy bibliotek działających przy uczelniach medycznych w tych miastach, ale jego pomysł zrodził się na UM w Białymstoku.

– Chodziło nam o to, aby zebrać w jedną całość prace, które dotąd były rozproszone na stronach internetowych różnych uczelni, a także by ujednolicić narzędzia ich opracowywania – wyjaśnia Danuta Dąbrowska-Charytoniuk, dyrektor Biblioteki Głównej UMB, dodając, że jest to przedsięwzięcie nowatorskie i bezprecedensowe, ponieważ użytkowanie zbiorów platformy będzie ogólnie dostępne i nieodpłatne, co ma znaczenie szczególnie dla lekarzy i lekarzy dentystów oraz innych osób prywatnych pragnących z nich korzystać.

Dotychczas wiele portali udostępniało prace naukowe za opłatą,

a posługiwanie się nimi było obwarowane różnymi przepisami, przez co trudno było się do nich dostać przez wyszukiwarki. Portal ma być uruchomiony w 2020 r., na początku zgromadzi 20 tys. dokumentów badawczych w pełnym tekście (np. rozprawy doktorskie, monografie naukowe, publikacje czasopism naukowych itp.), ponad 200 tys. informacji na temat dostępnej aparatury badawczej, prowadzonych na uczelniach badań, zdobytych patentach, nagrodach, wyróżnieniach, opisach publikacji. Ma też zawierać ok. 6 tys. profili naukowców, ze szczegółowymi opracowaniami ich dorobku, uwzględniając specjalizacje, aktualnie prowadzone i zakończone badania, zdobyte granty, publikacje czy inne osiągnięcia. Sukcesywnie zasoby portalu będą wzbogacane o nowe pozycje.

TRANSFER WIEDZY

Projekt wpisuje się w realizację zaleceń Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 2015 r., sformułowanych w „Kierunkach rozwoju otwartego dostępu do publikacji i wyników badań

naukowych w Polsce” oraz wymagania Unii Europejskiej dotyczące otwartego dostępu do nauki. Obliguje to jednostki naukowe do tworzenia przez szkoły wyższe repozytoriów, w których dane byłyby gromadzone i powszechnie udostępniane. PPM ma realizować te cele jako ich główny depozytariusz, którego zadaniem jest stworzenie wspólnej platformy typu Current Research Information System (CRIS), łączącej wiele elementów, a więc prezentującej i promującej osiągnięcia naukowe oraz potencjał badawczy wszystkich jednostek uczestniczących, zarówno łącznie, jak i indywidualnie.

Na jednej platformie będą prezentowane nie tylko profile pracowników naukowych i publikacje ich autorstwa, ale także uzyskane patenty, a nawet surowe dane będące wynikiem prowadzonych badań, dane o posiadanej unikatowej aparaturze, realizowanych projektach naukowych, pozyskanych grantach itp., a także stworzone zostaną instytucjonalne repozytoria publikacji i danych badawczych. Polska Platforma Medyczna zdecydowanie więc ułatwi transfer wiedzy zarówno pomiędzy poszczególnymi ośrodkami badawczymi, jak i instytucjami publicznymi oraz obywatelami, będzie stymulować nowe powiązania i współpracę pomiędzy placówkami i zespołami naukowymi oraz promować ich dorobek w Polsce oraz na arenie międzynarodowej.

Renata Sławińska, dyrektor Biblioteki Głównej UM we Wrocławiu, jako lider projektu podkreśla, że jest to pierwsza w Polsce próba kompleksowego podejścia do tematu otwartego dostępu do nauki oraz pokazania potencjału polskich naukowców. Projekt jest także kierowany do przedsiębiorców, może stać się dla nich szansą praktycznego wykorzystania publikacji naukowych, realizowanych badań, uzyskanych patentów, informacji o posiadanym sprzęcie badawczym i profilu samych naukowców w biznesie. – Projekt jest rozwojowy, o przystąpienie do niego starają się drogą konkursową kolejne medyczne uczelnie, np. Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – konkluduje Renata Sławińska. 🕒

NA JEDNEJ PLATFORMIE BĘDĄ PREZENTOWANE NIE TYLKO PROFILE PRACOWNIKÓW NAUKOWYCH I PUBLIKACJE ICH AUTORSTWA, ALE TAKŻE UZYSKANE PATENTY, A NAWET SUROWE DANE BĘDĄCE WYNIKIEM PROWADZONYCH BADAŃ, DANE O POSIADANEJ UNIKATOWEJ APARATURZE, REALIZOWANYCH PROJEKTACH NAUKOWYCH, POZYSKANYCH GRANTACH ITP.

Męski problem

Rak gruczołu krokowego [stercza] to drugi najczęściej występujący nowotwór u mężczyzn w Polsce [po raku płuca]. Nie zawsze oznacza jednak wyrok śmierci. Pierwszych objawów nigdy nie należy lekceważyć, choć mogą być niezbyt dokuczliwe.

✪ **MARIUSZ TOMCZAK**



Lubelskie, łódzkie, mazowieckie, podkarpackie, podlaskie – w tych województwach nowotwór złośliwy gruczołu krokowego jest najczęstszym nowotworem u mężczyzn, a najbardziej zagrożeni zgonem z jego powodu są mieszkańcy woj. warmińsko-mazurskiego (dane Krajowego Rejestru Nowotworów z 2015 r.). Przewidywany wzrost zachorowalności na nowotwór gruczołu krokowego w 2029 r. szacuje się na 29 proc. (według prognoz opracowanych przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia).

Gruczoł krokowy powiększa się z wiekiem, osiągając prawidłową wielkość w wieku ok. 30 lat, a jego

nieprawidłowe rozmiary mogą wynikać z niekontrolowanego wzrostu zmienionych nowotworowo komórek. – Rak gruczołu krokowego, rak pęcherza moczowego i rak nerki stanowią mniej więcej 1/4 nowotworów złośliwych u mężczyzn w Polsce – mówi dr hab. Jakub Dobruch z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, dodając, że pierwszy z nich stanowi najczęstszy nowotwór urologiczny wśród Polaków.

Istotną rolę we wczesnym wykrywaniu raka gruczołu krokowego ma podstawowa opieka zdrowotna. – Rola lekarza rodzinnego polega na zebraniu wywiadu, badaniu fizykalnym stercza chorego oraz wysłaniu próbki krwi na oznaczenie PSA – mówi dr

hab. Dobruch. Trzeba jednak pamiętać, że stwierdzenie podwyższonego poziomu PSA (ang. prostate-specific antigen, swoisty antygen sterczowy) nie musi być jednoznaczne z postawieniem diagnozy raka, bo występuje ono także u osób z łagodnym rozrostem gruczołu krokowego lub z zapaleniem tego narządu.

OBJAWY, CZYNNIKI RYZYKA

Ten rodzaj nowotworu przez długi czas może rozwijać się bezobjawowo bądź powodować objawy przypominające dolegliwości typowe dla łagodnego rozrostu gruczołu krokowego, jak np. częstomocz (nie tylko w ciągu dnia), słaby lub przerywany strumień moczu, trudności w rozpoczęciu jego oddawania, nagłe parcie na pęcherz moczowy czy wrażenie niepełnego opróżnienia pęcherza. W bardziej zaawansowanych przypadkach może występować krwimocz, ból w okolicy kręgosłupa lędźwiowego albo uczucie pieczenia przy oddawaniu moczu. Część ekspertów zwraca uwagę, że dokładne przyczyny powstawania raka stercza nie są znane. Nie do końca zgadza się z tym dr hab. Dobruch. – Znamy kancerogeny oraz wiemy, dlaczego pojawiają się nowotwory: dochodzi do uszkodzenia materiału genetycznego, co jest powielane w kolejnych komórkach – podkreśla ekspert.

Wśród najczęściej wymienianych czynników ryzyka wystąpienia wszystkich nowotworów układu moczowo-płciowego jest starzenie się organizmu. – Inne czynniki też są istotne, ale przez to, że jest coraz więcej starszych mężczyzn, będziemy mieć coraz większą

▲ **W Centrum Onkologii w Warszawie niedawno świętowano 15-lecie Stowarzyszenia Mężczyzn z Chorobami Prostaty „Gladiator”. Pacjenci nagrodzili lekarzy statuetkami.**

ISTOTNĄ ROLĘ WE WCZESNYM WYKRYWANIU RAKA GRUCZOŁU KROKOWEGO MA PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA.

liczbę pacjentów z rozpoznaniem rakiem gruczołu krokowego – mówi dr Roman Sosnowski z Centrum Onkologii – Instytutu w Warszawie. Większość zgonów z powodu nowotworów złośliwych gruczołu krokowego odnotowuje się po 75. roku życia. Występowanie tego nowotworu wiąże się również z czynnikami genetycznymi (zidentyfikowano kilka miejsc w ludzkim genomie, w obszarze których mutacje mogą sprzyjać jego powstaniu), z zanieczyszczeniem środowiska oraz, czego nie należy bagatelizować, ze stylem życia, np. paleniem papierosów i nieprawidłową dietą.

SPERSONALIZOWANE LECZENIE

Trzy główne sposoby leczenia nowotworu stercza obejmują: radykalną prostatektomię (tzn. chirurgiczne usunięcie gruczołu krokowego), radioterapię i leczenie systemowe (terapia hormonalna albo klasyczna chemioterapia czy nowoczesne leczenie celowane). Od dawna wiadomo, że grupy chorych odmiennie reagują na różny przebieg leczenia, nie inaczej jest w przypadku raka stercza. – To choroba niejednorodna. Wybieramy postępowanie dedykowane dla danego chorego – przyznaje dr Sosnowski, dodając, że leczenie raka to indywidualna, spersonalizowana terapia, angażująca wielu specjalistów, ale wymagająca także współpracy i zaangażowania ze strony pacjenta.

Wybór metody leczenia w dużej mierze zależy od złośliwości choroby określonej przez specjalistów. Inaczej postępuje się w przypadku raka niskiego ryzyka, inaczej w przypadku ryzyka pośredniego, a jeszcze inaczej wtedy, gdy jest ryzyka wysokiego. Wpływ na wybór metody leczenia ma również decyzja pacjenta. – Coraz częściej pacjenci przychodzący do mojego gabinetu mówią, że nie tylko chcą zostać wyleczeni, ale również chcieliby cieszyć się dobrą jakością życia w trakcie leczenia i po jego zakończeniu – przyznaje dr Sosnowski. Nie każdy chce poddać się postępowaniu chirurgicznemu nieopozbawionemu przecież działań niepożądanych. Warto podkreślić, że obecnie w niektórych krajach zaczyna dominować technika robotowa, ze względu na możliwość wykonania zabiegu



z jak największą precyzją. – Doświadczenie operatora jest kluczem do sukcesu w terapii chirurgicznej – podkreśla dr Sosnowski.

Jak mówi prof. Piotr Chłosta, prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego, o ile do niedawna pacjenci otrzymywali wyłącznie toksyczne leczenie chemiczne, o tyle obecnie w ramach wielu programów lekowych istnieje szansa na otrzymanie zarówno leczenia przed chemioterapią, jak i po niej. Wydłuża to okresy przeżycia wolnego od progresji choroby oraz poprawia jakość życia. – Jesteśmy w stanie wydłużyć życie pacjentów nie o dwa-trzy miesiące, ale o kilkadziesiąt miesięcy i tym samym opóźnić czas do leczenia drugiego rzutu opartego na chemioterapii – podkreśla prof. Chłosta, zastrzegając, że nie wszystkie leki są dostępne w polskim systemie ochrony zdrowia. Niemniej od listopada 2017 r. refundowane są terapie pozwalające na dobór spersonalizowanego leczenia w różnych stadiach zaawansowania nowotworu. – Jest to niewątpliwie przełom – komentuje Beata Ambroziewicz, prezes Fundacji Wygrajmy Zdrowie.

CHOROBA ŚMIERTELNA CZY PRZEWLEKŁA?

Nowotwór ten nie zawsze jest agresywny i nie w każdym przypadku prowadzi do progresji choroby, a w konsekwencji do śmierci pacjenta. – Każdy lekarz

▲ Większość zgonów z powodu nowotworów złośliwych gruczołu krokowego odnotowuje się po 75. roku życia.

1/4

– tylu pacjentów, u których dokonano operacji i wycięto gruczoł krokowy, doznaje wznowy biochemicznej, czyli rośnie u nich stężenie PSA.

rodzinny powinien to powiedzieć osobie wybierającej się po raz pierwszy na oznaczenie PSA – podkreśla dr hab. Dobruch, dodając, że z jednej strony nowotwór ten zabija w Polsce 4-5 tys. mężczyzn rocznie, ale z drugiej wykrywa się go u 13-14 tys. osób. Ta różnica nie jest konsekwencją wyłącznie opieki, na jaką mogą liczyć chorzy. – Rak stercza uogólniony może być chorobą przewlekłą. Jeżeli odpowiednio ją kontrolujemy, stosując dostępne leki w odpowiednich sekwencjach, to możemy sprawić, że pacjent będzie długo i dobrze funkcjonować – mówi dr Jakub Kucharz z COI w Warszawie.

Nie można zapominać i o tym, że rak stercza rozwija się na ogół bardzo powoli. – Mniej więcej 1/4 pacjentów, u których dokonano operacji i wycięto gruczoł krokowy, doznaje wznowy biochemicznej, czyli rośnie u nich stężenie PSA, choć mężczyźni ci są w bardzo dobrej formie. Tylko 5-6 proc. z nich umiera z powodu raka, zwykle dzieje się to po upływie kilkunastu lat. Jeżeli wykryjemy raka małego ryzyka, to 98-99 proc. chorych przeżywa 10 lat – mówi dr hab. Dobruch. – Są grupy chorych, które można bacznie monitorować, a nie agresywnie leczyć. To tzw. aktywna obserwacja – dodaje dr Sosnowski.

W opublikowanym pod koniec zeszłego roku raporcie „Poprawa efektywności profilaktyki, diagnostyki i skuteczności leczenia nowotworu gruczołu krokowego” (jego autorami są m.in. prof. Chłosta, dr Iwona Skoneczna ze Szpitala św. Elżbiety w Warszawie i dr Wojciech Rogowski, konsultant ds. naukowych jednego z niepublicznych szpitali) wskazano na konieczność m.in. wdrożenia powszechnych badań profilaktycznych w zakresie wykrywania nowotworu gruczołu krokowego dla mężczyzn w wieku 55-69 lat realizowanych w ramach Programów Polityki Zdrowotnej (finansowanych ze środków samorządu terytorialnego, Narodowego Funduszu Zdrowia i resortu zdrowia), wprowadzenia w ramach planowanych bilansów 65-latków (realizowanych przez lekarzy POZ) obowiązkowego badania per rectum i badania PSA oraz utworzenia krajowego rejestru pacjentów z tym nowotworem. ○

Czekając na model środowiskowy

Ministerstwo Zdrowia zamierza jeszcze w tym roku uruchomić pilotażowy program psychiatrii środowiskowej. Czy dzięki temu pacjent z zaburzeniami psychicznymi w końcu otrzyma realną szansę terapii poza murami szpitala? Czy zapowiedzi te to zwiastun oczekiwanej od lat reformy?

• LIDIA SULIKOWSKA



Otym, że leczenie psychiatryczne powinno odbywać się wśród społeczeństwa, mówi się od dziesięcioleci. – Obecnie w większości krajów europejskich odchodzi się od szpitalnego modelu opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na rzecz modelu środowiskowego – mówiła na łamach „Gazety Lekarskiej” (nr 2/2017) prof. Silvana Galderisi, prezes Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

Eksperci na całym świecie podkreślają, że odejście od modelu izolacyjnego na rzecz terapii jak najbliżej środowiska,

w którym żyje pacjent, daje wiele korzyści. Jest bardziej przyjazne, łatwiej dostępne, skuteczniejsze oraz tańsze. Dominuje w nim leczenie ambulatoryjne, a izolacja w szpitalu psychiatrycznym jest ostatecznością.

Wiedzą to także polscy psychiatry, którzy już całe dekady apelują o przemodelowanie opieki w naszym kraju. – Od 20 lat mówię swoim studentom, że szpitale psychiatryczne będą zamykane. Psychiatria powinna być oparta na leczeniu środowiskowym. W Polsce jednak nadal zbyt często stosowana jest hospitalizacja. Należałoby ją ograniczyć wyłącznie do najpoważniejszych przypadków.

^ **Odejście od modelu izolacyjnego na rzecz terapii jak najbliżej środowiska, w którym żyje pacjent, daje wiele korzyści.**

Szpitala są potrzebne, ale w dużo mniejszym zakresie niż teraz – wyjaśnia prof. Agata Szulc, prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. – Zwróćmy uwagę, że dzięki postępowi medycyny i farmakoterapii pacjenci zmagający się z chorobami psychicznymi są w stanie normalnie funkcjonować w społeczeństwie. Tworzenie jakichkolwiek barier nie ma racji bytu – podkreśla z kolei dr Sławomir Murawiec, także z PTP.

NIEUDANE PRÓBY

Niestety jednak ciągle opieramy się na leczeniu chorych w odseparowanych od reszty społeczeństwa placówkach, na dodatek często w zaniedbanych, ponad stuletnich budynkach, niedostosowanych do tego rodzaju świadczeń. Tkwimy w starym modelu, bo dotychczasowe działania na rzecz zmian kończyły się fiaskiem. Model środowiskowy miał być wdrażany w latach 2011-2015, zgodnie z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego. Jego filarem miały być centra zdrowia psychicznego (CZP), niestety celów zawartych w programie nie udało się wprowadzić w życie. Najwyższa Izba Kontroli mocno skrytykowała realizację tego programu, wskazując, że zawińczyły zarówno samorządy, jak i Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia. – Powstały pojedyncze centra

w dużych miastach, ale nie funkcjonują w pełnym zakresie. NFZ nie stworzył dla nich odrębnego finansowania – wyjaśnia prof. Piotr Gałęcki, konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii.

Na szczęście pomysł nie upadł. Z początkiem 2017 r. przyjęto w końcu NPOZP na lata 2017-2022. Jednym z jego strategicznych celów jest upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej opartej na sieci CZP.

TYM RAZEM SIĘ POWIEDZIE?

Krokiem ku zmianie ma być wprowadzenie pilotażowego programu modelu psychiatrii środowiskowej. Resort zdrowia przygotował projekt tzw. „rozporządzenia pilotażowego”, które zawiera szczegółowe informacje dotyczące organizacji i finansowania tego pilotażu. Celem jest przetestowanie modelu psychiatrycznej opieki opartej na centrach zdrowia psychicznego. – Planuje się, aby pilotaż rozpoczął się nie później niż 1 lipca 2018 r., a czas trwania wyniósł 36 miesięcy. Pilotaż finansowany będzie ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia – poinformowała nas Milena Kruszewska, dyrektor Biura Prasy i Promocji w Ministerstwie Zdrowia.

– Wdrożenie przez Ministerstwo Zdrowia programu centrów zdrowia psychicznego może być ratunkiem dla psychiatrii, na który my psychiatrzy i pacjenci czekamy od wielu lat – ocenia prof. Agata Szulc.

Pilotaż obejmie kilkadziesiąt placówek. Docelowo każde centrum zdrowia psychicznego powinno działać na obszarze zamieszkałym przez nie więcej niż 200 tys. mieszkańców. Centra mają udzielać pomocy długoterminowej (osobom przewlekle chorym psychicznie), krótkoterminowej (osobom z zaburzeniami epizodycznymi lub nawracającymi), konsultacji oraz zapewniać pomoc doraźną – natychmiast w przypadkach nagłych, a w pilnych – w czasie

KROKIEM KU ZMIANIE MA BYĆ WPROWADZENIE PILOTAŻOWEGO PROGRAMU MODELU PSYCHIATRII ŚRODOWISKOWEJ.

do 72 godzin. Każda taka placówka powinna posiadać zespół ambulatoryjny (przychodnia, gdzie udziela się porad lekarskich, psychologicznych, psychoterapii itp.), mobilny (m.in. wizyty domowe, praca z rodziną, rehabilitacja), dzienny (hospitalizacja dzienna) i szpitalny (całodobowa opieka szpitalna w oddziale psychiatrycznym w lokalnym szpitalu ogólnym). CZP mają działać przez całą dobę.

PROBLEMY I WĄTPLIWOŚCI

Oczywiście, by model środowiskowy mógł zadziałać, nie wystarczy przeprowadzenie pilotażu, następnym krokiem musi być uruchomienie sieci CZP w całej Polsce i dalsze zmiany systemowe. Polska psychiatria od lat boryka się z niedofinansowaniem i niedostateczną liczbą specjalistów. Co prawda źródła nakładów na sfinansowanie działalności centrów zdrowia psychicznego, jak i innych celów zawartych w NPOZP, wskazano w samym programie, jednak w opinii prof. Piotra Gałęckiego są one mało precyzyjne. Szczegóły ma dopiero opracować NFZ. Ponadto nie do końca wiadomo, skąd fundusz pozyska środki. Czy będą to dodatkowe pieniądze, czy też te już dostępne w ramach finansowania psychiatrii? Przypomnijmy, że obecnie 3,4 proc. globalnego budżetu na zdrowie przeznacza się na psychiatrię. Średnia w UE to 6 proc.

– Jest za mało funduszy, zarówno na opiekę, jak i poprawę infrastruktury. Mamy np. wyszkolonych terapeutów, ale nie można ich włączyć do procesu leczenia, bo nie ma na to pieniędzy. Psychoterapia nawet na oddziałach jest trudnodostępna. Brakuje kompleksowego leczenia – alarmuje prof. Gałęcki.

Są też niedobory kadrowe. – W Polsce pracuje nieco ponad 4 tys. psychiatrów,

w Niemczech jest ich 18 200, a we Francji – 15 200 – zwraca uwagę prof. Agata Szulc. W tym obszarze jest jednak nadzieja na poprawę. Jak informuje prof. Gałęcki, znacząco wzrosła dostępność miejsc rezydenckich na psychiatrię osób dorosłych, jest też zainteresowanie tą specjalizacją.

CO Z DZIEĆMI?

Dużo większy problem występuje w przypadku psychiatrii dziecięcej. Pomimo dostępnych rezydentur brakuje chętnych do odbywania specjalizacji, a obecnie jest zaledwie 402 psychiatrów leczących dzieci i młodzież. Zdaniem PTP finansowanie jest na poziomie 70-80 proc. realnych potrzeb, a dzieci leczone są na przeludnionych, nieprofilowanych oddziałach.

Niestety pilotaż centrów zdrowia psychicznego będzie obejmował jedynie populację dorosłych mieszkańców Polski. Niemniej Ministerstwo Zdrowia wyjaśnia, że dostrzega brak systemowych rozwiązań związanych z zagadnieniem wspomagania zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. – W związku z powyższym przy ministrze zdrowia została powołana grupa robocza, której zadaniem jest wypracowanie wieloaspektowych rozwiązań skierowanych do dziecka i jego rodziny, a także środowiska szkolnego w kontekście profilaktyki i przeciwdziałania zaburzeniom w sferze psychicznej. Obecnie trwają prace nad skonstruowaniem optymalnego modelu pomocy dziecku i jego rodzinie, a także rozwoju zasobów kadr w systemie ochrony zdrowia współpracujących ze specjalistami w szkolnictwie i systemie opieki społecznej – zapowiada Milena Kruszewska z resortu zdrowia. ○

72 h

– w tym czasie centrum zdrowia psychicznego będzie musiało zająć się przypadkiem pilnym.

Polowanie na grelinę

GL
W Y W I A D

Z dr. hab. **Mariuszem Wyleżołem**, specjalizującym się w chirurgii bariatrycznej z Kliniki Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

GL Co roku rośnie odsetek chorujących na otyłość. Czy to znaczy, że medycyna nie radzi sobie z tą chorobą?

Ocenia się, że obecnie co czwarty dorosły Polak choruje na otyłość, natomiast za 20 lat choroba ta będzie dotyczyła co trzeciego obywatela naszego kraju. Podobnie jest wśród dzieci i młodzieży, w tej grupie u 20 proc. stwierdza się nadmierną masę ciała i wątpię, czy uda się powstrzymać ten trend.

GL Jakie są przyczyny tej zatrważającej sytuacji?

Nadmierne nagromadzenie tkanki tłuszczowej to skutek braku równowagi pomiędzy kumulowaniem energii i jej wydatkowaniem w wyniku zaburzeń w neurohormonalnej regulacji spożycia pokarmów. Otyłość to choroba sama w sobie, taka jak każda inna, np. nadciśnienie lub niedoczynność tarczycy, czy nadczynność kory nadnerczy. Powstaje, kiedy coś się zaczyna w prawidłowym funkcjonowaniu organizmu, kiedy trybiki homeostazy zacierają się, dochodzi do nadmiernego nagromadzenia energii, co przekłada się na dodatkowe kilogramy. To może być wynik wzrostu produkcji greliny przez organizm. Nie można więc tej choroby traktować jako zaburzenia łaknienia spowodowanego brakiem silnej woli. Za chorobę odpowiadają skomplikowane procesy biochemiczne.

GL Czym jest grelina?

Grelina jest hormonem wydzielanym przez niektóre obszary żołądka. W dużym uproszczeniu można powiedzieć, że im więcej organizm jej produkuje, tym większe jest doznanie uczucia głodu i pomimo podejmowanych prób racjonalizacji naszego postępowania nie da się zwalczyć tego bodźca. Niestety, zapominając o tych mechanizmach rozwoju choroby, krzywdzimy chorych, domagając się od nich niejako „samowyleczenia”. Ponieważ nie rozumiemy tego mechanizmu, to dodatkowo swoim działaniem potęgujemy frustrację chorych. Skutek tego jest odwrotny od zamierzonego, ponieważ chorzy prawdopodobnie nie będą podejmowali leczenia tej niebezpiecznej choroby prowadzącej do rozwoju licznych powikłań, inwalidztwa i przyspieszonej śmierci.

Proszę jednocześnie zwrócić uwagę na fakt, że w otyłości nie dysponujemy narzędziem, które pozwalałoby

na określenie charakteru biologicznego otyłości. Co mam na myśli? Przykładowo w onkologii na podstawie badania histopatologicznego jesteśmy w stanie ocenić, czy mamy do czynienia z nowotworem łagodnym, czy też złośliwym. Pozwala to nam na zaplanowanie dalszego leczenia niezależnie od wielkości guza. W obesitologii nie wiemy, czy mamy do czynienia z łagodną, czy też agresywną postacią otyłości, w przypadku której niezależnie od zaleceń dietetycznych i behawioralnych będziemy obserwować postęp choroby, a masa ciała chorego będzie rosła z roku na rok.

GL Jak można przywrócić prawidłową regulację spożycia pokarmów?

Obecnie w najbardziej zaawansowanych postaciach choroby tylko poprzez operację bariatryczną. Należy pamiętać, że o istnieniu greliny wiadomo dopiero od roku 2000. Stąd też we wcześniejszym okresie wydawało nam się, że wykonując operację bariatryczną zmniejszamy objętość żołądka, by ograniczyć spożycie pokarmów, a w ślad za tym doprowadzić do redukcji masy ciała.

Badania sprzed około 10 lat wykazały, że u chorych poddanych operacji rękawowej resekcji żołądka obserwuje się istotny spadek stężenia greliny w surowicy krwi, który utrzymuje się przez wiele lat po operacji. Ponieważ spadło stężenie greliny, pacjenci po tego rodzaju zabiegach po prostu nie odczuwają już wzmożonego głodu. Trzeba pamiętać także o roli chirurgii bariatrycznej w przywracaniu poposiłkowego wydzielania GLP-1, którego brak u chorych na otyłość olbrzymią. Przywrócenie powyższego fizjologicznego mechanizmu powoduje, że przywracamy operowanym uczucie sytości po spożytym posiłku. Oczywiście nie wszystkie mechanizmy zarówno rozwoju choroby, jak i jej leczenia na drodze chirurgicznej są znane. Co chwilę pojawiają się nowe informacje na ten temat, np. podnosi się zmienność wydatkowania energii przez organizm w zależności od składu bakteryjnej flory jelitowej, na który chirurgii bariatryczna także ma wpływ.

GL A co z leczeniem zachowawczym otyłości?

Niewątpliwie w przypadku wielu chorych na otyłość udałoby się uniknąć leczenia chirurgicznego, gdyby ich wcześniejsze leczenie zachowawcze było prowadzone



◀ **Dr hab. Mariusz Wyleżół:**
– **W ostatnich latach pojawiły się leki nowej generacji stosowane w leczeniu otyłości.**

we właściwy sposób. Niestety, żadna dieta cud nie pomoże osobie, u której rozwija się ta choroba. Wymaga ona leczenia specjalistycznego, którego celem jest właściwe zdiagnozowanie ewentualnych przyczyn choroby, na przykład zaburzeń odżywiania na podłożu psychologicznym, stopnia zaawansowania, powikłań i chorób towarzyszących, a wreszcie włączenia adekwatnego leczenia.

Warto zaznaczyć, że w ostatnich latach pojawiły się leki nowej generacji stosowane w leczeniu otyłości. Leczenie zachowawcze tej choroby powinno się jednak odbywać pod nadzorem specjalisty obesitologa, ale w Polsce nie ma takiej specjalności. Wprawdzie od kilku lat podejmujemy jako Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością starania, aby stworzyć taką specjalizację, póki co nie znalazły one zrozumienia wśród osób kierujących opieką zdrowotną w naszym kraju.

GL Olbrzymią popularnością wśród otyłych cieszą się dietetycy i to właśnie do nich kierują oni pierwsze kroki licząc, że pomogą im uporać się ze zbędnymi kilogramami.

Uważam, że leczenie otyłości powinno być prowadzone przez lekarzy. Wynika to z faktu, że otyłość jest chorobą, która przyczynia się do rozwoju licznych powikłań, co w konsekwencji prowadzi do sytuacji, kiedy mamy do czynienia z zespołem wielochorobowym, z którym dietetyk po prostu sobie nie poradzi. Dietetyk nie ma wiedzy i umiejętności, jak poprowadzić leczenie cukrzycy typu 2, nadciśnienia tętniczego, czy też innych schorzeń związanych z otyłością, kiedy przykładowo redukcja masy ciała będzie

wymagała modyfikacji rodzaju i liczby stosowanych leków. Rola dietetyka w całym procesie leczniczym jest niewątpliwie bardzo istotna, ale jako edukatora żywieniowego będącego członkiem zespołu terapeutycznego.

GL Jak zatem rozwiązać obecną trudną sytuację chorych na otyłość?

Największym problemem jest, że otyłości wciąż nie traktujemy jako choroby. Niejednokrotnie pacjent leczony z powodu jej powikłań nie jest ważony podczas kontrolnych wizyt lekarskich, a tym samym nie dokonuje się oceny prawidłowości stopnia jego odżywienia. Robimy to wielokrotnie „na oko”.

Owszem, rozpoznanie otyłości wydaje się stosunkowo prostym zadaniem, nawet bez ważenia chorego, jednak monitorowanie przebiegu choroby, ocena, czy nie dochodzi do jej dalszego postępu wymaga już zobiektywizowania, a to możemy osiągnąć jedynie poprzez regularne pomiary masy ciała. Warto także w tym miejscu zaznaczyć, że zostały opracowane standardy leczenia chorych na otyłość, wydane między innymi przez Kolegium Lekarzy Rodzinnych we współpracy z Polskim Towarzystwem Badań nad Otyłością, ale mam wrażenie, że niewielu lekarzy rodzinnych się do nich stosuje. Co więcej, zdarza się niejednokrotnie, że ani lekarze POZ, ani lekarze innych specjalności, nie informują chorych o wskazaniach do leczenia chirurgicznego pomimo tego, że zgodnie z tymi standardami wymagałoby oni tego rodzaju postępowania terapeutycznego.

GL Co oprócz redukcji masy ciała daje chirurgia bariatryczna?

Badania naukowe przeprowadzone i opublikowane w ostatnich latach wykazały, że chirurgia bariatryczna blisko dwukrotnie zmniejsza ryzyko zgonu chorych w obserwacji odległej, prowadzi do ustępowania licznych powikłań, pozwala na odstawienie leków podawanych w związku z tymi powikłaniami. Dzięki tym korzystnym skutkom obserwuje się też oszczędności w kosztach ponoszonych na opiekę zdrowotną tej grupy chorych. Jednocześnie z badań przeprowadzonych przed kilkoma laty w naszym kraju wynika, że zaledwie co dwunasty lekarz rodzinny posiadał podstawową wiedzę dotyczącą chirurgii bariatrycznej. Powiedzmy sobie jednak szczerze – skąd lekarze mają posiadać taką wiedzę, skoro podczas studiów chyba na żadnej uczelni medycznej nie ma obowiązkowego przedmiotu „Otyłość”, choroby, która dotyczy 27 proc. naszego społeczeństwa. Biorąc pod uwagę te i wiele innych aspektów, w połowie stycznia tego roku podjęliśmy wraz z prof. Mariuszem Frączkiem, kierownikiem kliniki, w której pracuję, inicjatywę powołania przez rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, prof. Mirosława Wielgosia, zespołu badawczego POL-WAGA. Jest to wielospecjalistyczny zespół skupiający wybitnych badaczy, a zarazem klinicystów działający przy wsparciu przedstawicieli innych uczelni i we współpracy z towarzystwami naukowymi. Jego celem jest opracowanie strategii działań, które pozwolą na skuteczne leczenie osób chorujących na otyłość w oparciu o wyniki najnowszych badań naukowych. (O)

**CHIRURGIA BARIATRYCZNA BLISKO DWUKROTNI
ZMNIEJSZA RYZYKO ZGONU CHORYCH
W OBSERWACJI ODLEGŁEJ, PROWADZI DO
USTĘPOWANIA LICZNYCH POWIKŁAŃ, POZWALA
NA ODSZCZEPNIENIE LEKÓW PODAWANYCH W ZWIĄZKU
Z TYMI POWIKŁANIAM.**

Piramida dla seniora

Przybywa dowodów naukowych, że dieta i aktywność fizyczna są istotne nie tylko w zapobieganiu chorobom, ale wpływają również na dłuższe życie w zdrowiu. W obliczu starzenia się społeczeństwa ma to jeszcze większe znaczenie.

❶ **MARIUSZ TOMCZAK**

Pod koniec stycznia na temat wpływu diety na zdrowie eksperci różnych specjalności rozmawiali podczas Narodowego Kongresu Żywnościowego w Warszawie, który zgromadził ok. 1000 uczestników (w tym lekarzy). Kongres odbył się po raz trzeci, ale pierwszy raz zaprezentowano Piramidę Zdrowego Żywności i Aktywności Fizycznej dla osób w wieku starszym.

Wcześniej opracowane w formie piramid zalecenia dotyczące zdrowego żywienia i aktywności fizycznej kierowane były do osób dorosłych oraz dzieci i młodzieży. Specyficzne potrzeby seniorów i konsekwencje wynikające ze starzenia się organizmu skłoniły ekspertów z Instytutu Żywności i Żywności do przygotowania wskazówek dedykowanych najstarszej części populacji. – Piramida kierowana jest do osób w wieku starszym. Może się jednak okazać, że zawarte w niej zalecenia muszą być nieco zmodyfikowane w porozumieniu z lekarzem i dietetykiem u osób z chorobami przewlekłymi, takimi jak otyłość, cukrzyca typu 2, choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie czy osteoporoza – tłumaczył prof. Mirosław Jarosz.

Prof. Longina Kłosiewicz-Latoszek podkreślała, że rozpoczynającemu się

między 30. i 40. r.ż. procesowi starzenia się towarzyszy pogorszenie funkcji narządów, a zachodzące w nich zmiany mogą wynikać nie tylko z upływu czasu, ale również ze współistniejących schorzeń. Z kolei prof. Tomasz Brzozowski ostrzegał, że mała aktywność ruchowa i niewłaściwa dieta, w połączeniu z pojawiającymi się coraz częściej w starszym wieku chorobami ogólnoustrojowymi, nadmiernym zażywaniem leków i zmianami zachodzącymi w przewodzie pokarmowym, mogą prowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych. Zdrowy styl życia może spowolnić proces starzenia i ryzyko pojawienia się wielu chorób. – Starzenie tylko w 25 proc. zależy od genów, a w 75 proc. od stylu życia – podkreślił prof. Jarosz.

PÓŁ TALERZA: WARZYWA I OWOCE

U podstawy żywieniowej części piramidy dla seniorów znajdują się nie tylko warzywa i owoce, które należy spożywać w odpowiednich ilościach (co najmniej połowę tego, co trafia na talerz), posiłki spożywane z odpowiednią częstotliwością (5-6 co 2-3 godziny), ale również woda, co ma zwrócić szczególną uwagę na regularne picie odpowiedniej ilości płynów (w podeszłym wieku często odczuwa się mniejsze pragnienie). W zaleceniach wskazano,



Graficzna wersja piramidy dla osób w wieku starszym na www.gazetalekarska.pl

że osoby starsze powinny uwzględnić w swojej diecie herbatę i kawę (uzależnione jednak od indywidualnej tolerancji i samopoczucia po ich spożyciu). Wprawdzie większość ludzi intuicyjnie chyba wie, że warzywa i owoce to samo zdrowie, warto przypominać, że są źródłem polifenoli, witamin i składników mineralnych. – O ile po transformacji ustrojowej ich spożycie znacznie wzrosło, o tyle w ostatnich kilku latach obserwujemy spadek ich konsumpcji – alarmował prof. Jarosz. Co do zasady lepiej jeść świeże produkty, ale u seniorów częściowo (1-2 porcje warzyw i owoców) można zastąpić sokami (m.in. z uwagi na problemy z przełykaniem, brak apetytu czy brak uzębienia). Jak podkreślił dr hab. Dariusz Włodarek, stosunkowo niewiele badań ocenia wpływ soków na zdrowie seniorów, ale ich konsumpcja może korzystnie wpływać na układ krążenia czy zmniejszenie ryzyka demencji. Umiarkowane spożycie soków nie wpływa na zwiększenie masy ciała, niemniej osoby zmagające się z nadwagą czy otyłością albo diabetycy powinni zachować ostrożność.

MNIEJ MIĘSA, WIĘCEJ NABIAŁU

Starsi ludzie powinni spożywać więcej produktów mlecznych, głównie fermentowanych (jogurty, kefiry, maślan-ka) ze względu na mniejszą zawartość laktozy oraz wystrzegać się alkoholu (m.in. ze względu na możliwość wystąpienia interakcji z lekami). – W diecie osób w wieku starszym z produktów będących cennym źródłem białka, obok produktów mlecznych, powinny



**WŚRÓD CZYNNIKÓW NASILAJĄCYCH LUB PRAWDOPODOBNIE
NASILAJĄCYCH RYZYKO WYSTĄPIENIA ZABURZEŃ
POZNAWCZYCH WYMIENIA SIĘ M.IN. NADMIERNE SPOŻYCIE
NASYCONYCH KWASÓW TŁUSZCZOWYCH.**



JAK ŻYĆ 100 LAT BEZ ALZHEIMERA?

W dodatkowych zaleceniach skierowanych do osób starszych zawarto rekomendację angażowania się w działalność społeczną i aktywne włączenie się w życie rodzinne, co pomaga m.in. w utrzymywaniu aktywności oraz sprzyja ograniczeniu stresu i samotności. Od dawna nie jest tajemnicą, że samotność uznaje się za jedną z przyczyn depresji u osób starszych, niemniej przybywa badań wskazujących na pozytywny wpływ niektórych składników żywności i produktów spożywczych w zapobieganiu i leczeniu tej choroby. – Chodzi m.in. o wielonienasycone kwasy tłuszczowe omega-3, witaminy z grupy B, magnez, witaminę D i kawę – wyliczała mgr inż. Magdalena Siuba-Strzeleńska.

– Do pewnego stopnia można zapobiegać powstawaniu zaburzeń poznawczych, demencji czy rozwiniętej postaci choroby Alzheimera, dlatego w ostatnich latach duży nacisk kładzie się na odpowiedni skład diety – mówiła dr Dorota Szostak-Węgierek. Wśród czynników nasilających lub prawdopodobnie nasilających ryzyko wystąpienia tej choroby, jak również innych rodzajów zaburzeń poznawczych, wymienia się m.in. nadmierne spożycie nasyconych kwasów tłuszczowych (zawarte są głównie w tłuszczach zwierzęcych), izomerów trans (w dużej ilości występują w utwardzanych przetworach tłuszczach, np. twardych margarynach, oraz tłuszczach cukierniczych używanych do wyrobu ciast, krakersów czy czekolad), sacharozy, fruktozy i alkoholu.

Natomiast czynnikami wydającymi się działać ochronnie są: kwasy tłuszczowe omega-3 (są w tłustych rybach morskich), foliany, witamina B12 i B6, antyoksydanty oraz warzywa, owoce jagodowe, orzechy, które są bogatym źródłem flawonoidów i innych aktywnych bioaktywnych składników. – Należy również kontrolować spożycie energii – dodała dr Szostak-Węgierek. 

znaleźć się ryby, jaja, chude mięso oraz nasiona roślin strączkowych – wyliczał prof. Jarosz, apelując o ograniczenie spożycia czerwonego mięsa i przetworów mięsnych. Zgodnie z zaleceniami Agencji Badań nad Rakiem działającej w strukturach WHO, nie należy spożywać więcej niż 0,5 kg przetworzonego mięsa czerwonego tygodniowo, co przekłada się na ok. 700-750 g mięsa przed przygotowaniem.

Zważywszy na mniejszą zdolność organizmu w wieku starszym do produkcji witaminy D w skórze, po raz pierwszy w zaleceniach znalazło się wskazanie dotyczące jej suplementacji, na co – jak tłumaczyła dr Regina Wierzejska – wpływ mają wyniki badań naukowych. – W ostatnich 10 latach witamina D stała się obszernie dyskutowanym zagadnieniem w światowej literaturze naukowej – mówiła ekspertka. Ryzyko niedoboru tej witaminy w Polsce dotyczy ok. 90 proc. osób powyżej 60. roku życia, a sprawa jest poważna, bo według niektórych badań niedobory zwiększają nawet dwukrotnie ryzyko wystąpienia demencji i trzykrotnie ryzyko wystąpienia choroby Alzheimera. Zgodnie z aktualnymi poglądami, osoby mające więcej niż 65 lat powinny stosować suplementację witaminą D (2000 j.m./dobę) przez cały rok, bo ekspozycja na słońce nie wystarcza do jej skórnej syntezy nawet w znacznie bardziej słonecznych krajach niż Polska.

SPORT A NOWOTWORY

Podstawę piramidy stanowi aktywność fizyczna, na którą należy

przeznaczyć przynajmniej 150 minut tygodniowo. Ruch nie tylko poprawia ogólny stan zdrowia i jakość życia, ale również wpływa na jego wydłużenie. – Nowotwory piersi i nowotwory okrężnicy rzadziej występują u osób aktywnych fizycznie – mówił prof. Tomasz Kostka, dodając, że ruch odgrywa dużą rolę w przeciwdziałaniu niepełnosprawności, a regularny trening korzystnie wpływa m.in. na obniżenie ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia, otyłości czy częstotliwość występowania infekcji.

– 60- czy 65-latek prowadzący aktywny fizycznie tryb życia może być bardziej wydolny fizycznie od 35-latek prowadzącego siedzący tryb życia – podkreślał prof. Andrzej Ziembka. Każda forma ruchu jest ważna w obliczu obniżających się z biegiem lat zdolności organizmu do wysiłku (w szóstej dekadzie życia maksymalna wentylacja płuc podczas maksymalnego wysiłku fizycznego może być ponad połowę mniejsza niż u osób młodych, a siła w niektórych grupach mięśni między 30. a 80. rokiem życia zmniejsza się nawet o 30-40 proc.). Aktywności ruchowej nie powinny eliminować problemy z poruszaniem się (eksperti podkreślają, że nawet gimnastyka na krześle czy w obrębie łóżka ma sens). Oczywiście trening powinien być odpowiednio dobrany dla możliwości danej osoby, bo senior z reguły ma skumulowany szereg zmian fizjologicznych związanych z wiekiem, ale również wynikających z występujących chorób.

▲ III Narodowy Kongres Żywnościowy odbył się w ostatni weekend stycznia.

150

– przynajmniej tyle minut w tygodniu należy przeznaczyć na aktywność fizyczną.

Tadeusz „Boy” Źeleński

Tadeusz Źeleński [ur. 21.12.1874 r. w Warszawie, zm. 4.07.1941 r. we Lwowie], znany później w kręgach literackich jako „Boy”, pochodził z szanowanej krakowskiej rodziny. Był synem kompozytora Władysława Źeleńskiego oraz Wandy z Grabowskich. Miał dwóch braci – Edwarda i Stanisława.



◉ KRZYSZTOF KRÓLIKOWSKI, OŚRODEK HISTORYCZNY NIL

W roku 1892 podjął studia medyczne na Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, gdzie poza nauką prowadził hulastyczny tryb życia, nie stroniąc od alkoholu i gry w karty. Zwłaszcza ta druga rozrywka szybko przerodziła się w nałóg, którego konsekwencją było przerwanie nauki i zaciągnięcie pożyczki wojskowej na pokrycie długów.

Ową pożyczkę Tadeusz Źeleński musiał odłużyć w armii cesarsko-królewskiej. Po przerwie i podróżach po Europie, dzięki pomocy przyjaciela rodziny, prof. Stanisława Pareńskiego, ostatecznie w 1901 r. otrzymał dyplom lekarski i rozpoczął pracę w Szpitalu św. Ludwika w Krakowie. Pomimo swoich upodobań do rozrywkowego życia, został uczniem prof. Leona Jakubowskiego, który stał się jego mentorem w pracy naukowej i społecznej. Źeleński w szczególności

skupił się na popularyzowaniu wiedzy na temat karmienia niemowląt, świadomego macierzyństwa, antykoncepcji, a także na walce o prawa dzieci pochodzących z nieprawego łoża. W trakcie swojej pracy lekarskiej opublikował 23 prace z zakresu medycyny, w tym dotyczące hematologii ze swoim późniejszym oponentem, dr. Teodorem Cybulskim.

Istotnym momentem kariery medycznej Źeleńskiego był staż w Paryżu, z którego wrócił z zakupionym za pieniądze ze stypendium aparatem do pasteryzacji mleka oraz pomysłem na „Kroplę mleka”, czyli program sztucznego żywienia niemowląt. Po powrocie z Paryża rozpoczął przewód habilitacyjny, jednakże wówczas rozpoczął się niewyjaśniony spór z dr. Teodorem Cybulskim, a także z Kliniki odszedł prof. Jakubowski. W rezultacie Źeleński zrezygnował z asystentury w szpitalu i wycofał gotową pracę habilitacyjną pod tytułem

▲ Głowa Tadeusza Źeleńskiego dłuta Alfonsa Karnego ze zbiorów Muzeum Rzeźby Alfonsa Karnego w Białymstoku.

„Z nowszych zagadnień hematologii klinicznej”.

W 1906 r. rozpoczął współpracę z Kabaretem „Zielony balonik”, który występował w Jamie Michalikowej, jednej z najświetniejszych kawiarni krakowskich znajdującej się do dziś przy ul. Floriańskiej. Porzucił ścieżkę naukową, która zapewne szybko doprowadziłaby go do profesury i skupił się na pracy satyryczno-literackiej, powodując zawód wśród rodziny. Wprawdzie jeszcze praktykował jako lekarz, ale każdy grosz otrzymany z leczenia przeznaczal na zakup dzieł francuskiej klasyki, tłumacząc że: „Kto nie tłumaczył Rabelais’a, nie wie, co to radość życia”. Pracował jako lekarz kolejowy, co wspominał w późniejszych latach jego syn: „Ciekawe, że będąc lekarzem kolejowym i z konieczności stykając się z różnego rodzaju przypadkami, był tak niesłychanie wrażliwy, że nie mógł słuchać opowiadań o ranach itp. Gdy kiedyś opowiadałem Mu, że wbił mi się gwóźdź w oponę rowerową, Ojciec skrzywił się i zatkał sobie uszy”.

Przybrał pseudonim „Boy” (od angielskiego słowa oznaczającego „chłopiec” – tak bowiem zwracała się do niego nauczycielka języka angielskiego w gimnazjum), by całkowicie oddzielić praktykę lekarską od pracy literackiej. Pod

ISTOTNYM MOMENTEM KARIERY MEDYCZNEJ ŹELEŃSKIEGO BYŁ STAŻ W PARYŻU, Z KTÓREGO WRÓCIŁ Z ZAKUPIONYM ZA PIENIĄDZE ZE STYPENDIUM APARATEM DO PASTERYZACJI MLEKA ORAZ POMYSŁEM NA „KROPLĘ MLEKA”, CZYLI PROGRAM SZTUCZNEGO ŻYWIENIA NIEMOWŁĄT.

ŻELEŃSKI W SZCZEGÓLNOŚCI SKUPIŁ SIĘ NA POPULARYZOWANIU WIEDZY NA TEMAT KARMIENTA NIEMOWLĄT, ŚWIADOMEGO MACIERZYŃSTWA, ANTYKONCEPCJI, A TAKŻE NA WALCE O PRAWA DZIECI POCHODZĄCYCH Z NIEPRAWEGO ŁOŻA.

tym pseudonimem publikował autorskie tomiki (w tym pierwszy, wydany w 1908 r. nakładem własnym), a także satyry i tłumaczenia z języka francuskiego. Za przekład dzieł Moliere otrzymał w 1914 r. Palmę Akademii Francuskiej.

Wyuczony zawód schodził na coraz to dalszy plan, o czym świadczyć mogą powtarzane anegdoty: „Mała Inka zachorowała. Doktor Żeleński, początkujący pediatra, opukał, wysłuchał i według opowieści rodzinnej – zapytał z wahaniem: »Może zjadła nieświeżą rybę?«. »Panie Tadeuszu – rybę? Niemowlę?« Pan Żeleński pomyślał i poradził: »Trzeba wezwać doktora«.

Był bardzo kochliwy. Jego pierwszą wielką miłością była Dagny Przybyszewska, norweska pisarka, tłumaczka i pianistka, prywatnie żona Stanisława Przybyszewskiego. Po jej samobójczej śmierci oświadczył się Zofii Pareńskiej, którą znał jeszcze z czasów praktyk studenckich u jej ojca, prof. Stanisława Pareńskiego, wybitnego internisty i kolekcjonera dzieł sztuki, przyjaciela rodziny Żeleńskich. Ślub odbył się w 1904 r., a młodzi zamieszkali w Krakowie, przy ul. Karmelickiej 6. W 1905 r. na świat przyszedł ich syn, Stanisław Żeleński, późniejszy aktor teatru Ateneum, Teatru Wojska Polskiego w Łodzi i Teatru Polskiego w Warszawie.

Młode małżeństwo przyjaźniło się ze Stanisławem Wyspiańskim. Zofia stała się pierwowzorem Zosi w „Weselu”, a także była jego muzą, którą wielokrotnie portretował, w tym podczas karmienia piersią trzymiesięcznego synka na najśłynniejszym chyba obrazie „Macierzyństwo”. Żeleńscy ponadto powierzyli Wyspiańskiemu aranżację swojego mieszkania, o czym później pisał „Boy”: „surowość była najwybitniejszą cechą tych mebli dużych, ciężkich, z ogromną przewagą kłoców drzewa, o chudo

wypchanym siedzeniu, zbudowanych z samych linii prostych, bez jednej fałistości, bez jednego wgłębienia”. Małżonkowie nie byli zachwyceni tym projektem, dlatego po śmierci Wyspiańskiego meble sprzedali dr. Andrzejowi Chramcowi, który umeblował nimi sanatorium w Zakopanem. W 1922 r. rodzina Żeleńskich przeniosła się do Warszawy, gdzie najbardziej kojarzonym z nimi stanie się adres Smolna 11. „Boy” stopniowo zyskiwał coraz większą popularność i zainteresowanie, o czym świadczy artykuł z 16 sierpnia 1937 r. w „Gazecie Lwowskiej” donoszący o przebytej przez niego operacji usunięcia wyrostka robaczkowego. Zabieg odbył się w warszawskiej Klinice Omega, której pozostałości niszczyją dziś w kamienicy przy Al. Jerozolimskich.

Małżeństwo Żeleńskich było trwałe mimo nieustannych romansów obu małżonków. Plotkowano o wielkiej namiętności między nimi, ale także o ich niedopasowaniu wynikającym z kilkunastoletniej różnicy wieku. Faktem jest, że Zofia była wierną przyjaciółką swojego męża, wspólnie z nim tłumaczyła literaturę francuską i do końca życia dbała o spuściznę po nim. Tolerowała zdrady męża, wypracowując układ, w którym sama również miała licznych adoratorów. Początkowo nawiązała romans z dziennikarzem Rudolfem Starzyńskim, którego znała od dziecka. Mężczyzna sportretowany jako Dziennikarz w „Weselu” Wyspiańskiego trwał przy niej wiele lat, promując przy tym Żeleńskiego na jednego z najwybitniejszych krytyków tamtych czasów, zaś jego samobójcza śmierć wiązana jest z odrąceniem przez Zofię, która w tym czasie związała się z Witkacym.

„Okres Warszawski” „Boya”, do roku 1939, był poświęcony publikacjom, tłumaczeniom i recenzjom teatralnym. Po ewakuacji do Lwowa w 1939 r. pracował

w Klinice Dziecięcej prof. Franciszka Groera, wykładał literaturę na Lwowskim Uniwersytecie Państwowym im. Iwana Franki, aż do wejścia Niemców do Lwowa w 1941 r. 3 lipca odwiedził rodzinę siostry swojej żony, prof. Jana Greka i Marię z Pareńskich. Prof. Grek był szanowanym histologiem, internistą i nauczycielem akademickim Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. Tego dnia profesor wraz z rodziną i przebywającym u nich „Boyem” został aresztowany. Akcję koordynował Hans Kruger z Einsatzkommando zur besonderen Verwendung – niemieckiej jednostki policyjnej „specjalnego przeznaczenia”, utworzonej w 1941 przed atakiem Niemiec na ZSRR, w celu oczyszczenia terenu ze szczególnie niebezpiecznych osób. W nocy z 3 na 4 lipca 1941 r. wszyscy zostali zamordowani przez Niemców na Wzgórzach Wuleckich we Lwowie. Istnieje również wersja, iż „Boy” został rozstrzelany z trzema innymi osobami na podwórzu Bursy*, zwłoki zaś wrzucono na ciężarówkę i wywieziono za miasto.

Po jego śmierci Zofia Żeleńska została strażniczką spuścizny męża. Porządkowała i przepisywała jego rękopisy, z których wiele później spłonęło w czasie Powstania Warszawskiego, wraz z obrazami Wyspiańskiego czy Witkacego oraz setkami książek słynnej Biblioteki „Boya”. „Słówka” i poglądy Żeleńskiego, a także temat świadomego macierzyństwa wciąż pozostają aktualne, a powiedzenia „W tym największy jest ambaras, żeby dwoje chciało naraz” czy „Kiedy człowiek sobie podje, dziwnie tkliw jest na melodie” są powtarzane do tej pory. Po wojnie Zofia Żeleńska wraz z synem Stanisławem zabiegała o wznowienia i publikacje dzieł męża, dzięki czemu tak wiele z nich się zachowało.

Jak mawiał o sobie: „Nie jestem ani satyrykiem, ani humorystą, te etykiety są mi bardzo nieprzyjemne, jestem (...) czystej krwi błaznem i nie widzę innego odcienia na wyrażenie swego temperamentu literackiego” i słowa te stawały swoiste podsumowanie jego pracy literackiej. ○

*Bibliografia: Batura E., „Komeda – Księżycowy chłopiec”, Poznań 2010. Hendrykowski M., „Komeda”, Poznań 2009. Radliński J., „Obywatel Jazz”, Kraków 1967.

Śmierć w białym kitlu

Rozmowa z prof. **Zdzisławem Rynem**, lekarzem psychiatrą, dyplomatą, autorem kilkudziesięciu publikacji oraz książki „Medycyna za drutami obozu”.

✪ **LUCYNA KRYSIAK**

GL Panie profesorze, jaki jest stan wiedzy na temat medycyny w obozie w Auschwitz?

Mimo od lat prowadzonych wielu interdyscyplinarnych badań, ciągle przybywa wiedzy na temat tego, co działo się w niemieckich obozach koncentracyjnych i jaki był los więźniów wtłoczonych w maszynę śmierci. Jednak tą wiedzę trzeba się dzielić ze światem, dlatego w wydawnictwie „Medycyna Praktyczna” realizujemy projekt przekładu na język angielski 31 tomów „Przeglądu Lekarskiego – Oświęcim”.

Rysuje się tu obraz niewyobrażalnego cierpienia zadawanego zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i zbiorowym. Relacje byłych więźniów ukazały prawdziwe oblicze obozowego piekła. Głównym motywem polityki nazistowskiej było całkowite wyniszczenie więźniów jako istot „niegodnych życia”, również poprzez eksperymenty medyczne. Ofiarami stali się głównie Polacy i Żydzi. Więźniowie Auschwitz-Birkenau byli poddani śmiertelnemu stresowi biologicznemu i psychologicznemu, który pozostawił trwały ślad. Większość więźniów nie była w stanie przystosować się do obozowej rzeczywistości. Niektórzy wybierali śmierć samobójczą.

Choroba obozowa rozwijała się już po kilku miesiącach pobytu za drutami i przyjmowała wielonarządowy obraz uszkodzeń. Z definicji tzw. KZ-syndrom ma charakter postępujący oraz dotyczący nie tylko samego chorego, ale drugie pokolenie jego bliskich. Okazuje się bowiem, że nie zniknie wraz ze śmiercią ostatnich byłych więźniów. Dzisiaj żyje już niewiele ofiar bezpośrednich, tych, którym los pozwolił przeżyć obóz. Po wojnie nie zaszali oni należytej opieki medycznej ani rehabilitacyjnej, rekompensaty materialnej były symboliczne, ale zabrakło też, a może przede wszystkim, rekompensaty moralnej.

GL W tej, jak pan powiedział, fabryce śmierci funkcjonowały obozowe szpitale (rewiry). Co tam się działo?

To wielki paradoks, gdyż szpital w obozie, zamiast leczyć, zajmował się tym, jak skutecznie doprowadzać do śmierci w sposób masowy i „ekonomiczny”. Lekarz w białym kitlu był tym, który przynosił śmierć zamiast uzdrowienia.

Masowość śmierci, jej wszechobecność, prowadziła stopniowo do znieczulenia i obojętności, deformowała osobowość.

Obozowe szpitale i przychodnie lekarskie były przede wszystkim miejscami selekcji. To tu chorym więźniom serwowano śmiertelną iniekcję fenolu w serce, to tu przeprowadzano także wyrafinowane doświadczenia pseudolekarskie – eksperymenty sterylizacyjne, kastracje, sztuczne zapłodnienia, oparzenia środkami żrącymi, badania antropologiczne, badania na bliźniętach jednojajowych, sztuczne zakażenia, badania nad rakiem, niepotrzebne operacje itd.

Niektóre zwłoki kierowano do muzeów anatomii lub przeznaczano do celów przemysłowych. W obozowym szpitalu w Auschwitz, a potem także w Birkenau, izolowano chorych na choroby zakaźne nie po to, żeby ich leczyć, ale żeby chronić przed nimi obozową załogę. Wielu przywożonych do obozu więźniów musiało przechodzić tzw. kwarantannę, podczas której słabsi zarażali się chorobami i w ten sposób byli poddawani „naturalnej” selekcji. Tych, którzy przeżyli, przenoszono do ogólnej części obozu.

GL Polscy lekarze nieśli więźniom pomoc, mimo że płacili za to życiem. Jak radzili sobie w tych ekstremalnych warunkach?

Lekarze niemieccy traktowali więźniów jak króliki doświadczalne. Wielu umierało w trakcie lub w wyniku doświadczeń. Spośród nich warto przypomnieć doświadczenia nad wychłodzeniem organizmu czy działaniem niskiego ciśnienia atmosferycznego. Wyniki tych nieludzkich eksperymentów publikowano w pismach medycznych w Niemczech jeszcze po wojnie. Medycyna w obozie miała jednak „dwie twarze”. Twarz lekarza więźnia i twarz lekarza obozowego.

Lekarz-więzień wykorzystywał wszelkie sposoby niesienia pomocy, aby chociaż symbolicznie przynieść ulgę w cierpieniu. Nawet w tak ekstremalnych warunkach traktował swój zawód jako misję. Najbardziej wymownym przykładem lekarskiej misji było uratowanie około dwóch tysięcy noworodków urodzonych w obozie. Niewielu z nich przeżyło. Szpital obozowy pełnił też funkcje konspiracyjne, dostarczał leków i środków sanitarnych.

7,5 tys.

Szacuje się, że podczas wojny i okupacji zginęło co najmniej 5 tys. polskich lekarzy i 2,5 tys. lekarzy dentystów.



W historii obozów odnotowano wiele przykładów postaw heroicznych. W materiałach źródłowych przytacza się przykłady ukazujące zachowania i reakcje altruistyczne. Istotną rolę w podtrzymywaniu ducha odgrywali księża i osoby duchowne.

GL Z czasem polscy lekarze zdominowali szpital w Auschwitz. W jaki sposób?

To było działanie stopniowe. Najpierw polscy lekarze i pielęgniarze przejmowali ambulatorium, laboratorium szpitalne, pracownię rentgenowską, w której pojawiła się dodatkowa możliwość „fałszowania” wyników badań na korzyść chorych, oraz szpital obozowy. Prawie wszystkie stanowiska zostały obsadzone przez więźniów politycznych, w tym w 90 proc. przez Polaków.

Jak wspomina dr Stanisław Kłodziński, było to działanie świadome, w którym chodziło o to, aby niweczyć plany SS dotyczące ludobójstwa i eksperymentów prowadzonych na więźniach i łagodzić ich skutki zdrowotne. Lekarze z obozowego szpitala nawiązali w tym czasie kontakty z kuchnią obozową, warsztatami, więźniami z oddziału politycznego, oddziałem zatrudnienia, a nawet blokiem 11. – blokiem śmierci.

GL Szpital obozowy w Auschwitz stał się centralą oświęcimskiego ruchu oporu. To wymagało zmysłu organizacyjnego, odwagi i męstwa ze strony polskich lekarzy.

Powołując się na „Komentarze historyczne”, warto przytoczyć postać Władysława Fejkiela, który w 1944 r. został lekarzem obozowym. Mając poparcie współwięźniów i dobre rozeznanie w strukturze obozowej, skupił wokół siebie

^ Prof.
Zdzisław Ryn:
– Choroba obozowa rozwijała się już po kilku miesiącach pobytu za drutami.

grono zaufanych lekarzy i pielęgniarzy. Od tego czasu Polacy pracujący w szpitalu mogli swobodniej przekazywać wiadomości na zewnątrz obozu. Współpracował też z apteką obozową oraz osobami poza obozem, dzięki czemu udawało mu się pozyskiwać potrzebne leki.

Z czasem szpital zaczął spełniać swoje właściwe funkcje, czyli leczyć i chronić więźniów. Doszło nawet do tego, że niektórzy funkcyjni SS leczyli się potajemnie u doświadczonych polskich lekarzy. W końcu szpital stał się centralą Oświęcimskiego Ruchu Oporu. Stąd organizowano ucieczki, przekazywano wiadomości na zewnątrz, do radia, alarmowano wolny świat, odsłaniając prawdę o obozie. W okresie, kiedy szpital obozowy był w rękach polskiego personelu, zanikły selekcje chorych do gazu i na fenol. W tej pracy nadzwyczajne zasługi posiada wymieniany już dr Stanisław Kłodziński, który należą do obozowej konspiracji, utrzymywał kontakty ze światem zewnętrznym, sprowadzał żywność i leki, wysyłał grypsy.

GL Wielokrotnie nawiązuje pan do wspomnień doktora Stanisława Kłodzińskiego i podkreśla ich szczególne znaczenie.

Ponieważ był jednym z nielicznych lekarzy, którzy przeżyli Auschwitz i stał się żywym świadectwem tych wydarzeń. Swoją humanitarną postawą w czasie uwięzienia, jak również po uwolnieniu z obozu zapisał się na stałe na kartach historii holokaustu. Należał do tych lekarzy, którzy po wojnie poświęcili się leczeniu i rehabilitacji osób, którym udało się przeżyć ten koszmar. Szacuje się, że podczas wojny i okupacji zginęło co najmniej 5 tys. polskich lekarzy, 2,5 tys. stomatologów i ok. 3 tys. lekarskiego personelu pomocniczego – pielęgniarek, farmaceutów, sanitariuszy i innych. Lecz, jak pisał Stanisław Kłodziński, „wśród mogił polskich lekarzy rozsiąanych po całym świecie, największe skupisko spopielenych prochów stanowią bagniście pola obozu koncentracyjnego Auschwitz”.

GL Książka „Medycyna za drutami obozu”, jak informuje podtytuł, jest podręcznikiem dla studentów medycyny i lekarzy. Co chciał pan im przekazać?

Moim celem było na prawdziwych przykładach, a więc na żywym organizmie pokazać, do czego w ekstremalnych warunkach, skażonych zbrodniczą ideologią może doprowadzić niekontrolowana praktyka medyczna. Lekarze, tak jak inni ludzie, mogą ulec indoktrynacji sprzecznej z ogólnymi zasadami współistnienia między ludźmi. Wówczas relacje lekarz – pacjent, w szczególności relacje empatii, zaufania, podmiotowości i współczucia, przestają istnieć. Jak napisał we wstępie do tej książki ówczesny prorektor UJ prof. Wojciech Nowak, przedstawia ona dwa bardzo ważne problemy – działalność niemieckich lekarzy na terenie obozu w Auschwitz oraz pracę lekarzy-więźniów. Ci pierwsi – prowadząc eksperymenty na więźniach i wybierając najbardziej chorych do komór gazowych – nieśli śmierć. Ci drudzy starali się otaczać opieką lekarską współwięźniów w obozowym szpitalu. Pierwsi odzierali z człowieczeństwa, drudzy sami zostali z niego odarci, a jednak nieśli pomoc. I jedni, i drudzy byli lekarzami. ○

Z CZASEM SZPITAL ZACZAŁ SPEŁNIAĆ SVOJE
WŁAŚCIWE FUNKCJE, CZYLI LECZYĆ I CHRONIĆ
WIĘŹNIÓW. DOSZŁO NAWET DO TEGO, ŻE
NIEKTÓRZY FUNKCYJNI SS LECZYLI SIĘ POTAJEMNIE
U DOŚWIADCZONYCH POLSKICH LEKARZY.

Klikanie



Joanna
Sokołowska

Lekarz pediatra

To nie jest scenariusz kolejnego odcinka „Black mirror” Charliego Brookera. To się dzieje teraz. Czy się to komuś podoba, czy nie, do lekarskich utensyliów – obok białego fartucha i stetoskopu – dołączył komputer.

Żeby zostać pacjentem, nie wystarczy już być po ludzku chorym – pacjent istnieje bowiem dopiero, gdy pojawi się w komputerowym Systemie. Sama obecność chorym ciałem i duchem w lekarskim gabinecie to za mało.

Oprócz dolegliwości, która boli, opisanej tajemniczą łacińską formułą lub dosadnym, polsko brzmiącym rozpoznaniem, trzeba zostać oznaczonym, już na wstępie, kodem Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10. Wszystko to po to, by zostać wprowadzonym do Systemu. Rytuału inicjacyjnego dokonują najczęściej rejestratorki lub sekretarki medyczne. Mała literka „e” czyni wtedy z chorego e-pacjenta, któremu e-zdrowie za pomocą leku wypisanego na e-receptę poprawi... No właśnie! Najślabszym ogniwem Systemu wydaje się e-doktor – wciąż jeszcze skory do popełniania błędów czynnik ludzki. Czarne lustra szpitalnych monitorów pochłaniają więc codziennie

w swoich, nie do końca zbadanych cyfrowych trzewiach, setki ludzkich istnień. Jeżeli bowiem wirtualnej rzeczywistości nie ma po człowieku cyfrowego śladu, nie można mu nic zrobić. Ani nic złego, ani – co gorsza – nic dobrego...

Po godzinie piętnastej z większości szpitalnych oddziałów znikają jednak kapłanki Rejestracji w Systemie, a tym samym ten doniosły obowiązek spada na barki pielęgniarek i lekarzy. Zgodnie więc z duchem czasu, do tradycyjnych filarów lekarskiego badania fizykalnego: oglądania (obductio), obmacywania (palpatio), ostukiwania (percussio) i osłuchiwania (auscultatio), epoka internetu dołożyła jeszcze jeden element – klikanie (clavicatio?). Przeciętny doktor klika więc na potęgę – przed przyjęciem pacjenta, po jego przyjęciu, a nawet – choć to może się osobom nieobitym ze szpitalnymi zwyczajami wydać nieco frywolne – klika nawet podczas lekarskiego badania. Chyba nawet częściej klika niż ostukuje...

Oczywiście to klikanie odbywa się na wszystkich etapach szpitalnej procedury. System jest pod tym względem egalitarny – klikają pielęgniarki, lekarze, laborantki, aptekarze i diagnostycy radiologiczni. Pacjent, za przeproszeniem, kliknięty na izbie przyjęć, powinien zostać przyjęty do oddziału. Musi jednak zostać „przesłany” i „zaakceptowany” (taka szpitalna nowomowa, która zasługuje na odrębny felieton). To z kolei wymaga kilku kliknięć i wygenerowania kilkunastu stron pocziwiej, papierowej dokumentacji. Wprawdzie wszystkie te strony w formie elektronicznej krążą gdzieś w wirtualnej przestrzeni, ale widocznie na tym etapie rozwoju technologicznego, nawet sami twórcy Systemu, nie do końca mu ufają. A wiadomo: papier – to papier!

Zlecenie jakiegokolwiek procedury diagnostycznej wymaga kilku kliknięć lekarskich, kilku kliknięć pielęgniarskich i kolejnych – w szpitalnych pracowniach. Problem pojawia się, gdy wszystkie ręce, obecne na dyżurze, są zajęte ratowaniem i klikanie – siłą rzeczy – trzeba odłożyć na później. Dochodzi do sytuacji, w której, aby zlecić badanie, lekarz (wspominałam już, że to najślabsze ogniwo Systemu?) ma dwa wyjścia: albo przerwie ratowanie, żeby sobie kliknąć, albo udostępni swoje unikalne, niezbędne do aktu kliknięcia hasła, komuś mniej zajętemu. Oba

^ Słynna skalna formacja, uwieczniona na zdjęciu, rozpadła się w 2016 r. Nie daje mi spokoju myśl, że któregoś dnia i na moim ekranie powitalnym rozsypie się w nieforemną stertę kamieni.



KLIKAMY MIMO ZASTRZEŻENI I POCZUCIA DEHUMANIZOWANIA NASZEGO ZAWODU CORAZ SPRAWNIEJ. WTŁOCZENI W WIRTUALNĄ DOKUMENTACJĘ, UWIERZYLIŚMY, ŻE TO DROGA, Z KTÓREJ NIE MA ODWROTU.



sposoby wydają się równie haniebne, więc ze wstydem przyznaję się do tego, że zdarzyło mi się skorzystać z obu rozwiązań...

Pozostaje jeszcze kwestia tożsamości chorego, aplikującego do roli pacjenta. Nie jest to sprawa tak oczywista, jak mogło się wydawać całym pokoleniom pacjentów i lekarzy.

System, chroniąc wrażliwe dane pacjenta, nadaje mu numer i oznacza kodem kreskowym – dla mnie to wciąż trochę makabryczne rozwiązanie... Wystarczy chwila nieuwagi i już na szpitalną salę wkracza zupełnie nie ten człowiek, który stoi przed nami w dostojności swojego szpitalnego szlafroka. Wiem, bo sama doświadczyłam tego, nieświadomie podszywając się jako pacjent pod zupełnie inną Joannę Sokołowską. Zbieżność nazwisk, podobieństwo numerów PESEL – do tej pory mam wątpliwości, czy System wie, której z nas spenetrowano wówczas, na szczęście mało inwazyjnie, wewnątrz człowieka.

Klikamy mimo zastrzeżeń i poczucia dehumanizowania naszego zawodu coraz sprawniej. Wtłoczeni w wirtualną dokumentację, uwierzyliśmy,

że to droga, z której nie ma odwrotu. Ponieważ używamy do obsługi komputerowej klawiatury, z pokolenia na pokolenie, coraz większej ilości palców, czasem udaje nam się oderwać oczy od monitora, by spojrzeć prosto w twarz pacjenta. Trochę nas dziwi, że ten ostatni bardziej ufa uzdrowicielowi i homeopacie. Może to właśnie dlatego, że ci ostatni nie korzystają z komputera tak ostentacyjnie...

Jutro znów pierwszą rzeczą, jaką zrobię po wejściu do pracy, będzie uruchomienie komputera. Potem logowanie do szpitalnego Systemu. Zanim zobaczę na powitalnym ekranie, poddane brutalnej obróbce fotograficznej, zdjęcie skalnego łuku z marokańskiej plaży Legzira, minie kilka chwil. Z pewnym niepokojem śledzę mozolny postęp instalujących się aktualizacji. „To może potrwać” – lojalnie uprzedza System. Słynna skalna formacja, uwieczniona na zdjęciu, rozpadła się w 2016 r. Nie daje mi spokoju myśl, że któregoś dnia i na moim ekranie powitalnym rozsypie się w nieforemną stertę kamieni. Symbolicznie. Na razie, stwierdzam jednak z pewną ulgą – jakoś się trzyma. ☺

Wiązanki żywe w środku



Artur Andrus
Satyryk

W kolejnych raportach analizujących poziom czytelnictwa w naszym kraju przedstawiane są coraz smutniejsze wnioski. Prognozy też nie są optymistyczne.

W ubiegłym roku 63 proc. badanych nie przeczytało żadnej książki. Nie czytamy gazet, bo nie jesteśmy w stanie przyswoić długiego tekstu. Należałoby też sprawdzić, ile Polaków przeczytało kiedykolwiek raport o stanie czytelnictwa. Bo jeśli na przykład tylko 9 proc. z tych 63 proc. czytających cokolwiek? To szalu nie ma. I czy potrafimy z tego wyciągnąć jakieś wnioski? A może przestańmy narzekać i zacznijmy coś robić? Dając komuś nieprzywykłemu do czytania książkę, której samo podniesienie zastępuje pół godziny ćwiczeń na siłowni, w dodatku napisaną językiem nieużywany od trzystu lat, nie liczymy na sukces. Tak nie zachęcimy.

Najskuteczniejsza jest metoda drobnych kroczków. Najpierw podsuńmy do poczytania znak „Stop”, potem ostrzeżenie „Uwaga wykopy”, napis na etykiecie butelki, baner reklamowy, plakat, ulotkę o możliwości uzyskania kredytu bez zaświadczeń, gazetkę reklamową z marketu, gazetę, książkę. Stopniowo zwiększając dawkę czytanego tekstu. Taka reedukacja w przypadku osób, które ostatnio, i to nie z własnej woli, trzydzieści lat temu przeczytały „W pustyni i w puszczy”, może trochę potrwać. Ale warto. Sprawdzanie skuteczności tej metody zacząłem od siebie samego. Czytam wywieszki. Staram się czytać ze zrozumieniem. Na szybko kwaciarni przy Cmentarzu Osobowickim we Wrocławiu zobaczyłem kartkę z napisem: „Wiązanki żywe w środku”. Nie od razu dotarło do mnie, że może chodzić o to, żeby ze względu na niską temperaturę chronić żywe kwiaty, przetrzymując je w ciepłym pomieszczeniu i pani kwaciarka informuje, że przed budką są tylko sztuczne. Zastanawiałem

się przez chwilę, po co komu wiązańki żywe tylko na zewnątrz, a martwe w środku? Po takiej wiązance powinno być widać, że jest żywa cała. A może gdybym więcej czytał w dzieciństwie, znałbym bajkę „O dolnośląskim podlotku, którego sprzedawał wiązańki żywe w środku”, czyli polską odpowiedź na duńską baśń o dziewczynce z zapalkami.

Plakaty też czytam. Na budynku filharmonii w Rzeszowie wisiał taki zapraszający na „Wielki Turniej Pięciu Tenorów”. Pięciu to już wielki? To jak nazywałby się taki, w którym wystąpiłoby trzydziestu? Wiem, że „wielkość” nie musi się wiązać wyłącznie z dużą liczbą uczestników. Może chodzić o wielkość repertuaru, rozmiar Sali, w której turniej się odbywa, poziom artystyczny występu. Ale u takich jak ja, starających się ze zrozumieniem czytać plakaty, zaczyna to wzbudzać pewne obawy. Czy w związku z tym nie okaże się kiedyś, że wybiorę się na koncert, a tu Wielka Orkiestra Symfoniczna będzie się składać z perkusisty i skrzypaczki? Jeśli z kolei miał to być zabieg marketingowy, podkreślający rangę wydarzenia, to trzeba było pójść po całości i zatytułować: „Wielki Turniej Pięciu Światowych Tenorów”. Wprawdzie występują tylko artyści związani z polskimi teatrami, ale co to – Polska nie jest częścią świata?

Szczęśliwie trafiam też na dowody precyzyjnego i świadomego używania tego typu określeń. Na moim osiedlu jest przychodnia pediatryczna o wdzięcznej nazwie „Eskulapek”. Nie korzystałem, ale domyślam się, że można tam dostać skierowanko na badanka. Zdrobnienie w nazwie przychodni zwraca uwagę nie tylko na specjalizację w leczeniu choróbek najmłodszych pacjentów, ale również przypomina, że antyczny bóg sztuki lekarskiej też był kiedyś dzieckiem. I biegał sobie po podwórku z laseczką, wokół której owinięty był wężyk. ☺

Edgar

(fragmenty)



**Adam
Belda**

Laureat konkursu
„Przychodzi wena
do lekarza” (2017)

Fala uderzeniowa rzuciła Edgarem w tył, jakby był beużyteczną zabawką. Pióropusz ognia rozświetlił okolicę, dotychczas zalaną nieprzeniknionym mrokiem. Płomień przez chwilę wił się i skręcał, otwierając co jakiś czas swoje przepastne brzuszyisko, dzięki czemu dało się dostrzec fioletowe przebliski, przywodzące na myśl niestałą w swej strukturze bestię, spoglądającą ciemnym, mrocznym i lśniącym okiem, po czym zgasł tak szybko, jak się pojawił, pozostawiając po sobie jedynie kłęby dymu. Edgar zdążył uchwycić to całe upiorne, piekielnie spektakularne przedstawienie tylko kątem oka, w podziwianiu eksplozji przeszkodziło mu bowiem uderzenie o podłoże. Kiedyś pewnie związałby się z bólu, ale teraz nawet nie zwrócił na to uwagi – to były jedyne plusy metalowego ciała. „Rubid? Cez?” – próbował przypomnieć sobie, jaki pierwiastek nadaje językom ognia odcień dojrzałej śliwki, ale pamięć znów go zawiodła. Powitał to bez specjalnego zaniepokojenia – taka była kolej rzeczy. Jego mózg powoli obumierał.

Edgar podniósł się i spróbował rozejrzeć się po okolicy. Przez pierwsze sekundy obraz falował, tworząc abstrakcyjną mozaikę, przypominającą wzburzone morze, przelewające swe wody pomiędzy dwoma prądami splecionymi w widmowym uścisku. Po chwili jednak przedmioty zaczęły wracać na miejsce – piana rozszałego sztormu wzroku uformowała się w nagie, pokryte pyłem skały, sterczące pod ciemnym, zasnutym duszącymi, trującymi oparami niebem. Wszystko wyglądałoby tak, jak przed wybuchem, gdyby nie pokaznych rozmiarów wyrwa w podłożu, ukazująca pustkę podziemnych korytarzy.

Spoglądający na tę rozpadlinę Edgar, na chwilę stracił kontakt z rzeczywistością, jakby utopił się we własnych myślach. Coraz częściej mu się to zdarzało – zdania płaczące się po jego mózgu nagle gdzieś zniknęły, odbiegały w jakąś daleką, mroczną, nieskończoną pustkę, pozostawiając tylko elektryczne błyski słabnących neuronów. Z tego nieprzyjemnego odrętwienia wyrwał go głos jego towarzysza, Tomasza, jedyne go osobnika, na którego mógł liczyć. Jedyny ludzki mózg w promieniu milionów, jeśli nie miliardów kilometrów.

– Co to było? Takich fajerwerków nie widziałem nawet na sylwestrze w Sydney, a wtedy niebo zapłonęło... Chyba jakiś gaz. Pod powierzchnią jest chłodniej. Gdy wydostał się tutaj, mógł ulec samozapłonowi – stwierdził Edgar beznamietnie, kierując swoje mechaniczne oczy w stronę manipulatorów zastępujących mu ręce.

Sprawdzał, czy nie ma tam jakichś szczególnie groźnych uszkodzeń albo czy przewody się nie przepalają. Prawda, zawsze zostawało sterowanie zdalne, ale ono wciąż pozostawiało wiele do życzenia. Póki co najlepiej było kontrolować ciało za pomocą tradycyjnych przewodników. Jak w średniowieczu.

Był teraz tylko maszyną, podobnie jak Tomasz, i musiał to zaakceptować. Stalowym robotem kroczącym, kryjącym mózg – jedyną organiczną część swojego ciała – w stalowej puszcze wlutowanej w korpus. Czasem tęsknił za swoimi słabymi i łatwopalnymi, ale jednak żywymi rękami. Momentami wręcz pragnął znienawidzonego przez większość ludzi uczucia bólu, chciał, by zarysowania powłoki były sygnalizowane bardziej dobitnie niż przez delikatne pikanie, które mógł w każdej chwili wyłączyć. Wystarczyła jedna myśl. Właściwie już nawet nie chodziło o myśli, tylko sygnały elektryczne. To przecież one rządziły teraz wszystkim – ruchem sztucznych kończyn, odczuwaniem ciepła, zimna, a nawet przepływem syntetycznej krwi w ocalonych przez lekarzy naczyniach krwionośnych.

Pomyśleć, że to wszystko przez jeden durny wypadek. Absurdalnie nieistotne mrugnięcie, które nie pozwoliło zauważyć zbliżającego się mężczyzny. Ten zaś, jegomość o figurze zapaśnika sumo, też nie zwracał uwagi na to, czy ktoś stoi przed nim i rozgląda się, szukając jakiejś osoby na przystanku. Nie przejmował się wcale, że właśnie zepchnął zupełnie niewinnego i przypadkowego przechodnia na tory, prosto pod koła pociągu metro. A potem były światła karetki, smutne miny lekarzy i smród mięsa palonego w szpitalnym krematorium. Udało się uratować tylko mózg. Ten cholerny mózg, który teraz zarządza całym metalowym szkieletem, a cuda techniki interpretują język neuronów na ciąg bitów zrozumiwały dla kończyn robota. [...]



^ „Edgar”
Adam Belda

Czterech wspaniałych



Agata
Morka

Historyk sztuki

Któż z nas nie uległ urokowi niewyparzonego języka i niebieskich oczu doktora House'a? Kto nie wzdychał nad bujnymi włosami lekarzy z „Chirurgów” lub uśmiechem doktor Zosi z „Na dobre i na złe”? Jest w lekarzach coś nieodmiennie pociągającego. Wiedzą o tym tak pacjenci, jak i twórcy „Ostrego dyżuru”. Wiedział o tym i John Singer Sargent.

John Singer Sargent wielkim portrecistą był. A przynajmniej jednym z najbardziej rozchwytywanych amerykańskich portrecistów przełomu XIX i XX w. Każda amerykańska panna z wyższych sfer chciała być przez niego malowana, każdy szanujący się, dobrze prosperujący dżentelmen chciał usiąść przed jego sztalugą.

Nie inaczej rzecz się miała w przypadku czterech medyków, którzy by

zostać uwiecznieni przez Sargenta, przyjechali z Ameryki do jego londyńskiego studia. Ten kwiat amerykańskiej medycyny początku XIX w. przedstawiony został przez malarza w sposób dość zachowawczy.

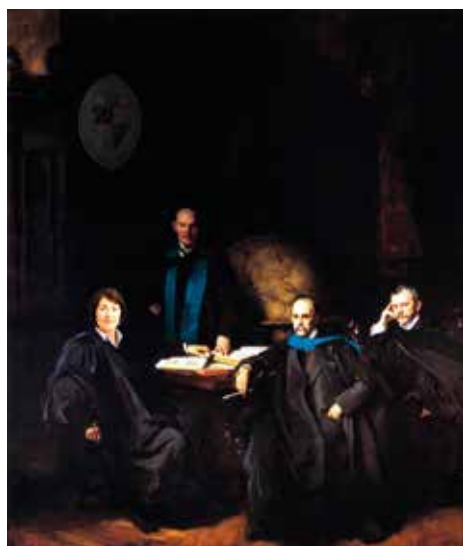
Portretowanych lekarzy posadził wokół stołu, aranżując harmonijną grupę. Trzy osoby siedzą, równoważone przez pion sylwetki stojącego medyka. Wszyscy w pozach tak otwartych, jak sugerujących skupienie. Kilka łysych głów, parę

bród i intensywnych spojrzeń być może wystarczyłoby jako poprawny portret.

Ale Sargentowi czegoś w tej kompozycji brakowało. Postanowił zatem dodać w tle ogromny globus. Legenda głosi, że by wnieść potężnych rozmiarów glob do pracowni, Sargent musiał zburzyć część otworu drzwiowego. Dopiero jednak po wprowadzeniu globusa mistrz poczuł, że obraz nareszcie scala się pod jego pędzlem. Czterej wspaniali wpatrują się w widza z intensywnością godną spojrzenia dzisiejszego doktora House'a. I zapewne na swoich współczesnych robili podobnie piorunujące wrażenie. ()

▼ John Singer Sargent, **Czterej doktorzy**, 1907.

obraz A



obraz B





Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

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

W temacie maila należy wpisać GL03.
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” 02/2018

OBRAZ ORYGINALNY: A

SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY

1. Zastąpienie kolan mężczyzny tak, że wydaje się, że ma na sobie spodnie.

Peter ma na sobie tradycyjny szkocki kilt, na który składa się spódniczka oraz peleryna. Szkot w spodniach w XVIII w. byłby nie lada wybrzykiem natury.

2. Dodanie ziemniaków ukrytych w połach peleryny.

Jedna z teorii starająca się wyjaśnić długowieczność mężczyzny wskazuje na lepsze żywienie. Ziemniaki oraz warzywa korzeniowe były podstawą diety w czasach Petera.

3. Włożenie do ręki starca szklanki whisky.

Być może jednak za jego dobre zdrowie odpowiedzialna była szklaneczka whisky, typowego trunku Szkotów.

4. Usunięcie części wzoru na kilcie mężczyzny, tak by wyglądał jakby był w paski, a nie w kratę.

Na oryginalnej rycinie kilt Petera ma oczywiście wzór szkockiej kraty czy też raczej tartanu klanowego, typowej tkaniny pochodzącej ze Szkocji.



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



NAGRODZONY Z „GL” 02/2018

Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Maja Guner z Czerwonaka**. Gratulujemy!

Ceramika

W dniach **16-22 września** w Centrum Rzeźby Polskiej w Orońsku odbędzie się V Ogólnopolski Plener Ceramiki Artystycznej dla Lekarzy „Orońsk 2018”. Zapisy przyjmowane są do 31 maja. 



Karnawałowo

Zabawa karnawałowa może być okazją do działalności charytatywnej. 10 lutego w Warszawie, w czasie XI Charytatywnej Gali Przyjaciół Fundacji Pro Seniore, organizatorzy zapewnili nie tylko wieczór pełen atrakcji. Licytowano m.in. broszkę przekazaną przez małżonkę prezydenta RP i ręcznie malowaną porcelanę podarowaną przez premiera. 



Więcej na
www.gazetalekarska.pl

FOTO: TADEUSZ BIELSKI

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

Zaburzenia nerwicowe w praktyce lekarza POZ

Redakcja naukowa: Marek Jarema

To kolejna z cyklu publikacja w zakresie problemów psychicznych, będąca wsparciem dla lekarza pierwszego kontaktu w jego codziennej pracy. Tym razem opisano zaburzenia nerwicowe. W książce znajdziemy m.in. informacje o etiologii i patogenezie schorzeń oraz opis objawów i obrazu klinicznego.



Wakcynologia Praktyczna

(wydanie VII, 2018)

Dorota Mrozek-Budzyn

Kompleksowe, uaktualnione kompendium wiedzy na temat szczepień i szczepionek. Zawiera szereg niezbędnych informacji, a także Program Szczepień Ochronnych obowiązujący na dzień 1 stycznia 2018 r. oraz dane o nowych, zarejestrowanych w ostatnim czasie szczepionkach.



Więcej na
www.gazetalekarska.pl

FOTO: SHUTTERSTOCK.COM



) Narciarstwo

Za nami 16. edycja Mistrzostw Beskidów Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim. Tegoroczna kapryśna zima sprawiła, że zawody odbyły się w drugim terminie – **3 lutego**. ☺

) Siatkówka

W dniach **23-24 marca** w Wieluniu odbędą się XVIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Siatkowej i I Mistrzostwa Lekarzy Oldboyów w Piłce Siatkowej. Zgłoszenia są przyjmowane do 28 lutego. Organizatorem obu imprez jest OIL w Łodzi. ☺

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



Ospa 1963. **Alarm dla Wrocławia** Jerzy Bogdan Kos

Wznowienie publikacji „Epitafium dla ospy” (1991), zaktualizowanej i poszerzonej o nowe fakty, a także przegląd literatury poświęconej temu zagadnieniu. W jak trudnej sytuacji znalazło się miasto i ówczesna służba zdrowia w obliczu epidemii? Mecenasem wydania książki jest Dolnośląska Izba Lekarska.



Eksperyment Luke Dittrich

Jak daleko można pójść w imię nauki? Autor przywołuje historię chorego na epilepsję „Pacjenta H.M.”, którego poddano eksperymentalnej terapii, w wyniku której niestety utracił wspomnienia i możliwość zapamiętywania. Do końca życia był pod obserwacją lekarzy, którzy zgłębiali wiedzę o neurologii, a sekcja jego mózgu była transmitowana w sieci.



) Ogłoszenia









Komunikaty

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU STOMATOLOGICZNEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1973

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 45-lecia uzyskania absolutorium, które odbędzie się 2 czerwca 2018 r. we Wrocławiu. Program Zjazdu dostępny na stronie www.dilnet.wroc.pl w zakładce społeczność. Wpłaty prosimy dokonywać na konto 19 1940 1076 4964 9526 0000 0000 do 31 marca 2018 r. z dopiskiem Zjazd 45-lecia. Bliższych informacji udziela Elżbieta Rutańska, tel. 508 353 246, e-mail: betarutanska@wp.pl

ABSOLWENCI AKADEMII MEDYCZNEJ W BIAŁYMSTOKU, ROCZNIK 1962-1968

We wrześniu 2018 r. odbędzie się spotkanie po 50-ci latach po dyplomie. Zgłoszenia proszę kierować do 30

czerwca br. na adres: w.niczyporuk@gmail.com. lub Bogumiła Melke, 15-207 Białystok, ul. Piastowska 17 m. 28, tel. 500 454 904. Z góry dziękujemy – organizatorzy.

ABSOLWENCI AM W ZABRZU I KATOWICACH, ROCZNIK 1972-1978

Spotkanie z okazji 40-lecia ukończenia Akademii Medycznej, termin: 2-4 listopada 2018 r. Hotel Kotarż w Brennej. Opłata za trzydniowy pobyt z wyżywieniem i uroczystą kolacją wynosi 360 zł, a za dwudniowy (3-4.11) – 260 zł. W cenie hotelu można skorzystać z basenów i saun. Wpłaty na konto 85105013861000000204357990. Termin płatności do 30 sierpnia 2018 r. z dopiskiem "Zjazd 78". Bliższych informacji udziela Adam Tiszler tiszler@gmail.com tel. 602 312 636.

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



Jarosław Wanecki

Przewodniczący kolegium
redakcyjnego „Gazety Lekarskiej”

Nowe rozdanie

Za nami wybory w rejonach i dwóch izbach lekarskich. W marcu i kwietniu odbędą się kadencyjne zjazdy w pozostałych okręgach, a potem majowa „krajówka” w Warszawie. Po raz ósmy delegaci z całej Polski wybiorą nowego Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, którego twarz, głos, postawa etyczna, wiedza i umiejętność rozmowy zaważą na nadszarpywanym wciąż z wielu stron wizerunku naszego środowiska. Czy odbierając kolejne mandaty zaufania, wiemy, skąd i dokąd idziemy?

W kuluarach zbierających się poze-
gnalnie i podsumowujących cze-
roletnią pracę gremiów najbardziej
zaangażowane rozmowy dotyczą
ewentualnych kandydatów i szans
wyborczych. Jak to bywa w takich razach, co bar-
dziej bezkrytyczni „dzielą skórę na niedźwiedziu”.
Inni tylko sondują, słuchają, zawieszają głos, gwał-
townie zaprzeczają albo skromnie nie potwierdzają
swoich zamiarów. Nazwiska rozbudzają emocje, da-
ją możliwość liczenia poparcia, odtwarzają politycz-
ne wzorce walki o władzę.

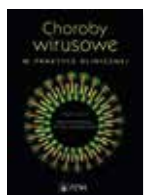
Tymczasem, tylko co trzeci lekarz i lekarz dentyista sko-
rzystał z głosu wyborczego wysłanego korespondencyjnie
lub wrzuconego do urny na zebraniu w rejonie. Sześćdzie-
siąt sześć procent, czyli w przybliżeniu sto osiemnaście ty-
sięcy ludzi z prawem wykonywania dwóch zawodów lekar-
skich, postawiło na NAS krzyżyk nieobecności. Nie jest to
powód do dumy i niewielkim pocieszeniem jest tutaj fre-
kwencja prowadzonej przeze mnie plockiej izby, która się-
gnęła rekordowych ponad czterdziestu sześciu procent.

Deбата o potrzebie istnienia samorządu lekarskiego i je-
go roli odbywa się od niepamiętnych czasów. Najczęściej,
nie znając wytyczonych ustawą zadań i obowiązków, ocze-
kujemy od reprezentantów izb interwencji na każdym polu,
gdzie próbuje się ograniczyć wolność zawodową i gospodar-
czą. Jako opresyjne traktujemy wezwanie do przyzwoitości,
złą opinię chorych i krytykę mediów. Przesłuchania przed
rzecznikami odpowiedzialności zawodowej, rozprawy są-
du lekarskiego i kontrole praktyk prywatnych dają w wielu
wypadkach poczucie krzywdy, bezdusznosci koleżeńskej,
a przecież realizują konieczne i społecznie oczekiwane czyn-
ności. Nagadujemy na innych, ale swoich wad nie zauważa-
my. Izba jest dobrym „chłopcem do bicia”, którego nie raz,
nie dwa, wzywano już na ratunek, kiedy władza państwo-
wa wprowadzała absurdalne zmiany.

Powszechne poczucie, że samorząd jest niepotrzebny, pod-
cina skrzydła. Jesteśmy nierówno podzieleni: na zwolenni-
ków i przeciwników, na tych, co rozumieją zapisy ustawy,
i takich, którzy się na niej zawiedli lub nie wiedzą, czemu
to wszystko służy i w dodatku obarczone jest obowiązkową
daniną pieniężną. Redystrybucja środków w postaci: kon-
ferencji naukowych; zasiłków; wspierania akcji protesta-
cyjnych; darmowych porad prawnych; rozsyłania okręgo-
wych biuletynów, maili i esemesów; wspomagania sportu
czy kultury; wręczania nagród i medali oraz dedykowanych
koncertów gwiazd, nie przekłada się na aplauz wyborczy. Co
ciekawe, w każdym pokoleniu powstają kolejne struktury
działające obok izb: stowarzyszenia, związki, porozumie-
nia, które nie zmieściły się ze swoją programową propo-
zycją w obszarze zainteresowań władz samorządu lekarskie-
go lub krótszą ścieżką postanowiły promować czasem tylko
pozornie odmienne idee i nowe nazwiska. Dwadzieścia lat
temu sam współtworzyłem takie towarzystwo, które chia-
ło mieć zdanie odrębne – swoje separatum.

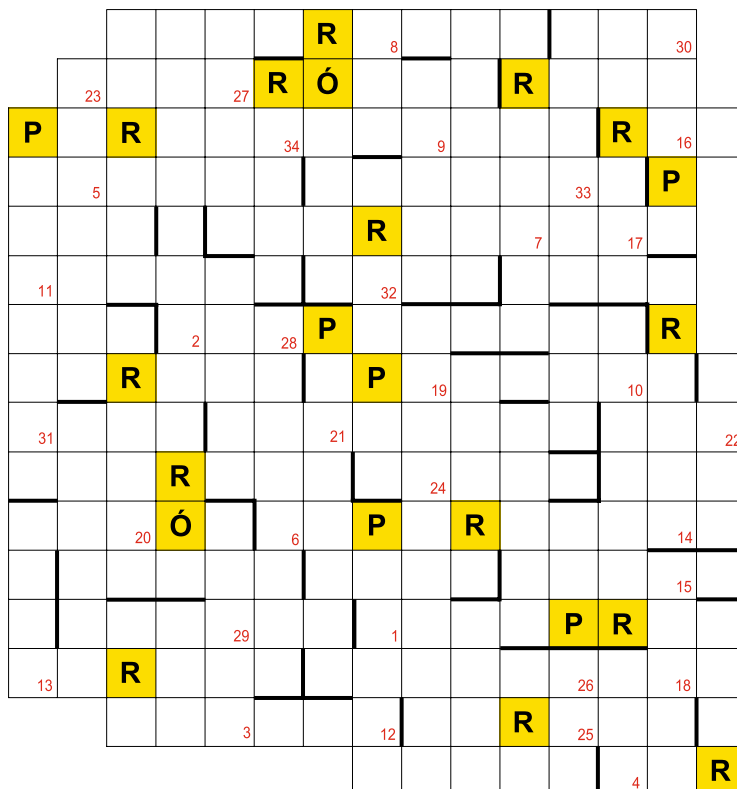
Plotkowanie o personaliach jest ludzkie jak świat świa-
tem. To nic złego. Lista kandydatów to jednak za mało.
Chciałbym wiedzieć, co mają do zaproponowania, poza
doświadczeniem organizacyjnym i znajomościami. Jaką
chcą realizować politykę skupienia większej liczby osób
wokół spraw istotnych w codziennej pracy? Czy ich pro-
gram to prosty populizm, czy bolesny racjonalizm? Kon-
tynuacja? A może rewolucja pokoleniowa?

Projekt samorządu lekarskiego wymaga świeżego spoj-
rzenia – odważnego kroku naprzód. Wybory podczas okrę-
gowych zjazdów lekarskich powinny stać się wstępem do
pokazania kierunku zmiany, także personalnej. Mimo że
ambicje ludzkie potrafią popsuć nawet najlepiej zorgani-
zowane instytucje, mogą również podnosić poprzeczkę.
Zaryzykujemy rozsądę w czasie kiedy ewidentnie wyczer-
pał się potencjał dotychczasowych rozwiązań. Może w ten
sposób spełni się oczekiwane przełamanie środowiskowe-
go marazmu. Stać nas na to! ○



Objaśnienia 75 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery Ó, P i R.

Na ponumerowanych polach ukryto 34 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Pabla Picassa. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 25 marca 2018 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).



Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 230 („GL” nr 12/2017-01/2018)
Cudze błędy mamy przed oczami, własne za plecami.

Nagrody otrzymują:
Gabriela Rusin (Rzeszów),
Przemysław Beška (Zabrze),
Małgorzata Jaworowicz (Książ Wielkopolski). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl.
Nagrody prześlemy pocztą.

* wieś Stocha * nowe ugrupowanie Gowina * miasto nad Szczarą * główne zboże chlebowe * rzymski bóg świata zmarłych * dłuższa podniosła wypowiedź * Putumayo * tlenek węgla * anglosaskie 0.4 ha * Gaja * produkty * krzyżówkowa papuga * strumienica z aparatury chłodniczej * średnicomierz * Leonardo z Oscarami * uraz (łac.) * płynie przez Jakuck * języki Indian znad Amazonki i Orinoko * płynie w Goleniowie * wejście (łac.) * Bohdan, piosenkarz i aktor * imię od twórcy roli Doktora Żywago * irańska złotówka * tłuste śledzie z Morza Północnego * między Płońskiem a Nidzią * Miki, założycielka jap. sekty tenrikyo * Obwód z Błagowieszczeńskiem * włoska altówka * np. aceton * wydanie * szerokie schody na scenie * samica ryby gotowa do tarła * część Wersalu, miejsce paktu z Węgrami * brat Lecha i Czecha * cel karawany * psychomotoryczny zespół poniedziałkowy * Zachodni z przełomem Jeniseju * lotka w siatce * spodnie Levi Straussa (ang.) * długa, bezłuska, jadowita ryba * BZ ..., poprzednie miejsce pracy premiera * w rękach szofera * nożyk * nowotwór językowy * matka Kaina * odwołanie od wyroku * warunek * mieczyki i molinezje * mieszkanka Bangkoku * strój sędziów i profesorów * wyjście w brydżu * ventriculus * sławny architekt z Barcelony * tył konia * mała Wiesława * anastomosis * miasto na zachód od Gdyni * identyfikuje podatnika * kandydatka na jakieś stanowisko * linka dla dziewczynki * pierwiosnek * płynie w Miliczu * dowódca Armii „Łódź” i „Warszawa” * kraj z Nanga Parbat * krewny z odległej biocenozy, np. karibu wobec renifera * imię dyktatora Amina * stolica Asyrii pod Mosulem * wzroku, słuchu i węchu * ateńska rada starców * słodki na patyku * guz z komórek Leydiga * partner rzymskiego grodu Napoca * szef juhasa * ukochana Filona * uzdrowisko pod Krosnem

Jerzy Badowski

Wydawca:



**Naczelna Rada
Lekarska**

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 171 500 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. 668 854 344
l.sulikowska@gazetalekarska.pl

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

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

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

Redaktor portalu internetowego:
Mariusz Tomczak
m.tomczak@gazetalekarska.pl

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

Opracowanie graficzne:
Teresa Urawska

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

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

Druk:
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).

