

Gazeta Lekarska

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



BEZ
BÓLU
I LĘKU

SAMORZĄD

Różne pory roku

Wywiad z dr. Maciejem Hamankiewiczem,
prezesem NRL VI i VII kadencji

REPORTAŻ

Szyte na miarę

Implanty typu custom-made, kiedy
tradycyjne metody leczenia nie pomagają

E-DOKTOR

Medycyn@ jak nitrogliceryna

Czy w przyszłości pacjent nadal będzie
przychodził do lekarza i spoglądał mu w oczy?

Spis treści

- 4 **Na wstępie** R. Golański: Do kolejki
- 6 **Samorząd** M. Hamankiewicz: Różne pory roku
- 9 **Skrining**
- 11 **Obserwacje** S. Badurek: Jak poprawić wizerunek lekarzy?
- 12 **Temat miesiąca:** Bez bólu i lęku
- 16 **Rozmowa o zdrowiu:** Fascynujące prowokacje
- 19 **Nasi w Europie** A. Lella: Czy wolność zawodu lekarza dentysty jest zagrożona?
- 20 **Ze świata:** Jak minister, to nie lekarz?
- 22 **Samorząd**
- 24 Izbowi dziennikarze w Płocku
- 27 **Zgryz** L. Dudziński: Między Płońskiem a Głinojeckiem
- 28 **Stomatologia:** Bez impactu nie ma faktu
- 30 **Punkt widzenia** J. Małmyga: Już czas na wiosenne przebudzenie
- 32 **Lekarskie towarzystwa naukowe:** Być przygotowanym
- 34 **Prawo i medycyna:** Prawnicy lekarzom
- 36 Psychiatria sądowa - wyzwania i oczekiwania
- 38 **Kodeks Etyki Lekarskiej:** Lekarz kontra lekarz
- 39 **Reportaż:** Szyte na miarę
- 42 **Stukot białych trepów:** Jak zakończy się operacja?
- 44 **Nauka w skrócie**
- 45 **Polskie innowacje:** Mobilna diagnostyka
- 46 **Praktyka lekarska:** Medycyna oparta na wartości
- 48 Nowa era edukacji
- 50 Nie tak rzadkie, jak je malują
- 52 Bez zbędnych cięć
- 54 **E-doktor:** Medycyn@ jak nitrogliceryna
- 56 **Indeks korzyści:** Felieton e-sceptyczny
- 58 **Ze sceny** A. Andrus: W niesamowitych kolorach
- 59 **Recenzja** Nasza czytelnia
- 60 **Błąd malarski:** W środku
- 62 **Kultura** Nasza czytelnia
- 63 **Sport**
- 64 **Ogłoszenia**
- 72 **Komunikaty**
- 73 **Epikryza (78)** J. Wanecki: Prze - pustka?
- 74 **Jolka lekarska**



WIĘCEJ NA WWW.GAZETALEKARSKA.PL

RODO

25 maja zacznie być stosowane unijne rozporządzenie o ochronie danych osobowych. Jak do zmian powinny przygotować się placówki medyczne?

LIMIT MIEJSC

Resort zdrowia zakłada, że limit przyjęć na medycynę w roku akademickim 2018/2019 wyniesie 9211 (7816 na kierunku lekarskim, 1395 na lekarsko-dentystycznym).

Do kolejki

Podczas rozmowy w lekarskim gronie o sytuacji w ochronie zdrowia usłyszałem z ust jednej z koleżanek: „Minister zdrowia powinien stać się anonimowym pacjentem i poznać «uroki» systemu”. Ten pomysł szybko rozszerzono na parlamentarzystów.



Ryszard Golański

Redaktor naczelny
„Gazety Lekarskiej”

Nie można być pewnym, że takie doświadczenie miałoby wpływ na decyzje Pana Ministra, posłów i senatorów, ale wiemy wszyscy, że nie znają oni realiów. Rozliczne znajomości powodują, że zarówno oni, jak i ich rodziny omijają kolejki. Leczenie są w wybranych placówkach, albo na specjalnych warunkach w innych.

Oczywiście nie życzymy wymienionym wyżej osobom choroby. Otrzymujemy jednak liczne sygnały, że ponura rzeczywistość w publicznych poradniach i szpitalach większości osób decydujących o kształcie i poziomie finansowania opieki zdrowotnej jest nieznana. Istnieje również taka możliwość, że z powodów politycznych osoby te udają, że nie wiedzą. Tak jest wygodniej. Tymczasem codziennie rano, w drodze do pracy, widzimy przed godziną ósmą kolejki osób czekających na otwarcie poradni. Taki widok, grupy często starszych i zapewne schorowanych ludzi, zobaczyć można zarówno przed placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, zwłaszcza zaś przed poradniami specjalistycznymi. W pewnej audycji radiowej słuchacz-pacjent z uśmiechem dzielił się uzyskaną przed chwilą informacją, że wyznaczony mu termin operacji to listopad roku 2019. Mówił to z uśmiechem, bo rozpacz i złość nic tu nie zmieni. Jeśli będzie go stać, operacja odbędzie się w klinice prywatnej. Wiadomo jednak, że większość pacjentów nie ma takiej możliwości, a poza tym

nie wszystkie operacje są wykonywane w placówkach niepublicznych. Druga strona medalu to obciążenie pracą pracowników medycznych. Jest nas za mało, jesteśmy ponad miarę obciążeni działaniami administracyjnymi. Lekarze i pielęgniarki więcej czasu spędzają przed komputerem niż przy pacjencie. Nie piszę tego tylko po to, aby włączyć się w powszechne lekarskie utyskiwanie, ale dlatego, że mimo złożonych obietnic, mimo podpisanego porozumienia, nie dostajemy do tej pory żadnych sygnałów zmiany na lepsze. Chciałbym wierzyć, że dzieje się tak dlatego, że zmiany są przygotowywane starannie, aby uniknąć błędów. Czy ktoś z Państwa wie o zatrudnieniu na jakimś oddziale sekretarki medycznej?

Zakończyły się w izbach okręgowych wybory władz na VIII kadencję samorządu. Nazwiska nowo wybranych prezesów i okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej podawaliśmy Państwu w kolejnych skryningach. Podsumowanie wyborów okręgowych Krajowa Komisja Wyborcza przedstawi w następnym numerze, po rozpatrzeniu przez sądy protestów. Zmiana pokoleniowa nastąpiła w Warszawie, gdzie prezesem został rezydent Łukasz Jankowski. Nie jest on jednak nowicjuszem w samorządzie, przez cztery lata był członkiem okręgowej rady lekarskiej. Odmłodzeniu uległy liczne rady okręgowe. W większości z nich jest kilkoro młodych lekarzy, rezydentów. Należy mieć nadzieję, że swój wyborczy zapał przełożą teraz na rzetelną pracę przez najbliższe cztery lata. Przed nami 25-26 maja Krajowy Zjazd Lekarzy, podczas którego wybierzemy władze naczelne. ○

) MIGAWKA

➤ W dniach 13-15 kwietnia odbyło się doroczne spotkanie dziennikarzy pism samorządu lekarskiego, których w tym roku gościła Okręgowa Izba Lekarska w Płocku. Więcej na str. 24.



FOTO: MARTA JAKUBIAK

Roszczenia pacjentów

Stale wzrasta liczba roszczeń pacjentów wobec lekarzy. Pojawiło się wiele firm oferujących dochodzenie odszkodowań za tzw. błędy medyczne.

 **JAROSŁAW KLIMEK**, RADCA PRAWNY OIL W ŁODZI

W internecie można znaleźć całe mnóstwo porad dla niezadowolonych pacjentów, wzory pozwów i pism. „Dr Google” dostarcza nie tylko informacji o sposobie dochodzenia roszczeń wobec lekarzy, ale również, jak powinien przebiegać cały proces diagnostyki i leczenia.

Lekarze i lekarze dentyści prowadzący praktyki podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej od szkody będącej następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych. Szczegółowy zakres tego ubezpieczenia określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22.12.2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2011 r., Nr 293, poz. 1729). Warto przy tym wskazać, że zgodnie z §2 ust. 3 tego rozporządzenia ubezpieczenie OC obejmuje szkody będące następstwem zabiegów chirurgii plastycznej lub zabiegów kosmetycznych, jeśli są udzielane w przypadkach będących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstwem jej leczenia. Wobec tego lekarze i lekarze dentyści wykonujący zabiegi o charakterze estetycznym nie będą objęci ochroną z tego ubezpieczenia.

Dochodzenie roszczeń wobec lekarza najczęściej rozpoczyna się od żądania udostępnienia dokumentacji medycznej, a potem pisma z żądaniem zapłaty. O tym, że pacjent domaga się od lekarza naprawienia wyrządzonej mu rzekomo szkody, należy niezwłocznie zawiadomić ubezpieczyciela, z którym zawarta została umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Prowadzenie jakichkolwiek rozmów czy korespondencji z pacjentem nie leży w interesie lekarza, bo raczej nie doprowadzi do tego, że pacjent odstąpi od swoich roszczeń. Jedyn sens ma zawarcie ugody na piśmie, w której pacjent za zapłatą umówionej kwoty zrzeknie się wszelkich roszczeń wobec lekarza związanych z udzieleniem świadczenia. Najlepiej ograniczyć się do poinformowania pacjenta o zakładzie ubezpieczeń udzielającym ochrony ze wskazaniem numeru polisy.

Ustawa z 22.05.2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (tj. Dz.U. z 2018 r., poz. 473) stanowi, że zarówno pacjent, jak i lekarz zobowiązani są przedstawić zakładowi ubezpieczeń posiadane dowody dotyczące zdarzenia i szkody oraz ułatwić im ustalenie okoliczności zdarzenia i rozmiaru szkód (art. 16 ust. 3). Ścierają się w tym miejscu poglądy, czy pozwany lekarz jest związany tajemnicą lekarską. Jeden zakłada, że jest do tego konieczna zgoda pacjenta. Drugi, że lekarz nie jest związany tajemnicą, bo musi się skutecznie bronić i samo dochodzenie roszczeń przez pacjenta oznacza zgodę na ujawnienie tajemnicy w postępowaniu likwidacyjnym ubezpieczyciela czy w procesie sądowym. Wątpliwości takich nie ma w postępowaniach karnych i dyscyplinarnych.

Ubezpieczyciel jest autonomiczny w swojej decyzji co do roszczeń pacjenta. Zdarza się, że jego ocena zdarzenia jest odmienna od tej, jaką ma lekarz. Może więc wypłacić odszkodowanie wbrew stanowisku ubezpieczonego lekarza. Jeśli pacjent skieruje roszczenia bezpośrednio do ubezpieczyciela, musi on zawiadomić ubezpieczonego lekarza. W postępowaniu sądowym o naprawienie szkody objętej ubezpieczeniem obowiązkowym odpowiedzialności cywilnej jest niezbędne przypozwanie zakładu ubezpieczeń, jest on zawiadamiany o procesie i może w nim brać udział jako tzw. interwenient uboczny po stronie lekarza (art. 20 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych). Ubezpieczyciel ma obowiązek zwrócić ubezpieczonemu, uzasadnione okolicznościami zdarzenia, koszty poniesione w celu zapobieżenia zwiększeniu szkody. Ma też obowiązek zwrotu niezbędnych kosztów obrony w postępowaniu karnym i koszty zastępstwa prawnego w postępowaniu cywilnym, podjętych na polecenie lub za zgodą zakładu ubezpieczeń (art. 15 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych).

Kluczowe znaczenie w procesie sądowym mają opinie biegłych lekarzy, którzy zwykle określają uszczerbek na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 18.12.2002 r. w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania (tj. Dz.U. z 2013 r., poz. 954). 

Różne pory roku

Z **Maciejem Hamankiewiczem**, prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej w latach 2010-2018, rozmawiają **Ryszard Golański** i **Marta Jakubiak**.

GL
WYWIAD

GL Jaki był samorząd, kiedy pan zaczynał?

Pierwszą kadencję, którą obserwowałem jako lekarz nie działający jeszcze w strukturach samorządu, odbierałem jako przemianę dziejową, powiew wolności, wybuch demokracji. Miało się ochotę w tym uczestniczyć. Dlatego, kiedy wybrano mnie w drugiej kadencji do prezydium okręgowej rady lekarskiej, a potem na stanowisko skarbnika, byłem usatysfakcjonowany i poczułem świetlaną przyszłość samorządową.

GL Potwierdziło się. Minęły cztery kadencje, dwie z nich był pan prezesem okręgowej rady lekarskiej, potem prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej. Jak samorząd zmienił się przez te lata?

O ile ta pierwsza kadencja była przeznaczona na tworzenie się pewnych struktur, o tyle później, co zostało narzucone przez ustawę o izbach lekarskich z 17 maja 1989 r. – czy chcieliśmy tego, czy nie – rozwój szedł bardziej w kierunku izby jako organu administracji państwowej. Zaznaczyła się tendencja do przeobrażania samorządu w instytucję. Obejmując stanowisko prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, uważałem, że powinniśmy zbudować mocną pozycję w strukturach demokratycznego państwa, natomiast powinniśmy się bronić przez zbyt mocnym biurokratyzowaniem, zurędniczeniem.

GL Udało się?

Przez tych osiem lat Naczelna Rada Lekarska zyskała stałą i solidną pozycję społeczną. Jednocześnie postaraliśmy się o to, by środowisko lekarskie czuło, że po coś ma tę izbę. Duży nacisk położyliśmy na doskonalenie zawodowe i walkę o warunki wykonywania zawodu lekarza.

GL Wsparł pan protest rezydentów. Dlaczego?

Tak, wiem do czego państwo zmierzacie. Nie raz mi zarzucano, że jestem bardziej związkowy niż najzagorzalsi związkowcy. Usłyszałem to nawet na zjeździe OZZL. Wsparłem protest, ale w formie, na jaką pozwala działalność samorządu. Bo, choć umiem pójść na barykady, uważam, że samorząd nie powinien iść w kierunku związku zawodowego.

GL Jeden z przywódców protestu stanął na czele największej izby okręgowej w Polsce. I mówi, że trzeba odejść od roli lekarskiego urzędu, a powrócić do

idei samorządu. Czyli mówi tak jak pan, a jednocześnie jest to przecież zapowiedź czegoś nowego. System demokratycznych zmian sprzyja odnawianiu się. Po to Pan Bóg wymyślił różne pory roku, by co jakiś czas następowała nowa. Tak samo jest z życiem, które się kończy i powstaje nowe. Uważam, że to dobrze.

Dobrze też, że w izbach lekarskich istnieje system maksymalnie dwukadencyjności na stanowiskach. Tam, gdzie jej nie ma, np. w Niemczech, Austrii czy w Czechach, nie ma mechanizmu samooczyszczania. Ja jestem za kadencyjnością, choć wiem, że temu, który wiele dokonał, łatwiej jest wygrywać wybory. I gdybym dzisiaj mógł startować na kolejną kadencję prezesowania Naczelnej Radzie, miałbym dużo łatwiej.

GL Jak pan widzi swoją przyszłą rolę w samorządzie?

Chciałbym się nadal dzielić moją wiedzą, ale oczywiście swoje miejsce w strukturach naczelnych pozostawiam do decyzji delegatów na zjazd krajowy. Jednocześnie chciałbym podziękować delegatom zjazdu Śląskiej Izby Lekarskiej, gdyż to oni zdecydowali, bym zasiadał w okręgowej radzielekarskiej, a następnie członkom nowej ORL, którzy podjęli decyzję, bym działał w jej Prezydium.

GL Jakimi cechami powinien być obdarzony dobry prezes NRL?

Powinien być człowiekiem, który szanuje swoje słowo, nie rozmienia go na drobne i nie dostosowuje do potrzeb sytuacji czy uzależnia od rozmówcy. W samorządzie nie powinno być miejsca na politykierstwo, prowadzenie nieczystego dialogu. Prezes powinien umieć współpracować z innymi, być osobą dostępną dla środowiska lekarskiego, niewynoszącą się ponad innych.

Dobrego lekarza poznaje się po umiejętności rozwiązywania trudnych problemów diagnostycznych. Dobrego prezesa poznaje się po umiejętności znalezienia się w sytuacjach trudnych, gdzie trzeba poprowadzić innych do satysfakcjonujących rozwiązań.

GL Czy ma pan na myśli walkę z Ministerstwem Zdrowia?

Samorząd z definicji nie jest opozycją ministerstwa, ale niewątpliwie siłą rzeczy musi stać na straży prawa zarówno swoich pacjentów, jak i lekarzy i lekarzy dentystów. Ministerstwo



NAJWIĘKSZE WYZWANIE, KTÓREMU SAMORZĄD MUSI STAWIĆ CZOŁA, I MA TAKĄ MOŻLIWOŚĆ, TO ZMIANA SYSTEMU SPECJALIZACYJNEGO.

GL A czego nie udało się zrobić?

Zobowiązać państwa do zorganizowania świadczeń tak, aby były one możliwe, skutecznie dostępne i zorganizowane przez administrację publiczną. Państwo nie może odwoływać się do sumienia, bo sumienie ma człowiek, a nie państwo. Niestety, wydaje się, że metoda Piłata jest chętnie przyjmowana przez kolejne ekipy ministerialne. Administracja publiczna nie nadaje ani za prawem, ani za etyką, ani za wyrokami Trybunału. Kobieta, która ma prawo do terminacji ciąży, jest w Polsce bezradna. Czy to ona ma chodzić od lekarza do lekarza i pytać: „jakie pan ma sumienie, doktorze?”. No nie, tak być nie powinno.

GL Naczelna Rada Lekarska mijających kadencji będzie się kojarzyła także z bojem o pakiet onkologiczny.

To fakt, bo w pierwotnej wersji został on wprowadzony nie dla pacjentów, ale na potrzeby ówczesnego ministra zdrowia, żeby mógł utrzymać się na tym stanowisku kilka miesięcy dłużej. Musieliśmy zaprotestować. Dzięki naszej walce pierwotna wersja została zmieniona i obecnie ma on już taki kształt, jaki powinien mieć w momencie wprowadzania. Jest przydatny i dla pacjentów, i dla lekarzy. Niepotrzebnie przechodziliśmy tę drogę pełną mąk i łez, ale najważniejsze, że się udało.

GL Udało się zlikwidować kolejki?

Kolejki znikną tam, gdzie będzie właściwe finansowanie, jak np. w przypadku leczenia ostrych zespołów wieńcowych. Jak dodatkowe środki przyczyniły się do skrócenia kolejek, widać to też na przykładzie oczekiwania na operacje zaćmy czy endoprotez stawu biodrowego, na które ostatnio minister dał więcej pieniędzy. Dlatego po raz kolejny apeluję do rządzących o zwiększenie nakładów finansowych na zdrowie do 6 proc. PKB.

GL Znamy już wyniki wyborów w większości okręgowych izb lekarskich. Czy były jakieś niespodzianki?

Z wielką satysfakcją przyjąłem, że w sześciu izbach prezesami zostali lekarze dentyści. To pokazuje, że jesteśmy wspólną izbą, a wcześniejsze głosy o tym, że stomatolodzy chcą odejść z naszego samorządu, wydają się zupełnie bezasadne. Jeśli ktoś jest dynamiczny, dobry w tym, co robi, środowisko go dostrzeże.

Druga rzecz to liczniejsze grono pań wśród delegatów. Do niedawna w samorządzie nie było widać, że ponad

natomiast realizuje zapotrzebowania polityków i tu jest rozbieżność. To właśnie z tej rozbieżności wynika rola opozycyjna, której się nie wypieramy, ale nie mówimy „nie, bo nie”, tylko podchodzimy do sprawy konstruktywnie – mówimy „nie, bo to spowoduje to i to”, i pokazujemy, dlaczego dobrze byłoby zrobić coś inaczej. Nie chodzi o to, by blokować nowe rozwiązania, ale o to, by je wprowadzać z jak najmniejszym bólem dla lekarzy i ich pacjentów.

GL Z czego jest pan najbardziej dumny?

Jednym z największych sukcesów było wyjaśnienie kontrowersji wokół klauzuli sumienia. Zarzucano lekarzom, że wykorzystują ją do odmowy wykonania zadań, które są im narzucane. Nie mam wątpliwości, że wyrok Trybunału Konstytucyjnego mówiący o tym, że lekarz ma obowiązek działania zgodnie z własnym sumieniem, rozwiewa te wątpliwości i jest ogromnym krokiem budującym pozycję lekarza w społeczeństwie. Sprawa przybrała taki kształt, jaki był oczekiwany przez Naczelną Radę Lekarską. Wyrok Trybunału umacnia znaczenie wolności zawodu lekarza, a zaufanie publiczne do lekarza musi wynikać z wolności tego lekarza.

Ważnym elementem tej sprawy było uznanie Kodeksu Etyki Lekarskiej za pełnoprawny akt w obrocie prawnym. Możemy być dumni, że orzeczenie Trybunału i późniejsze wyroki Sądu Najwyższego uwzględniają zapisy KEL jako odnośnika prawa do etyki. Przekonanie, że leczę zgodnie z sumieniem i to sumienie jest oparte na prawie, jest dla wielu lekarzy bardzo ważne.

▲ **Maciej Hamankiewicz:**
– **Prezes powinien umieć współpracować z innymi, być osobą dostępną dla środowiska lekarskiego, niewynoszącą się ponad innych.**

75 proc. wykonujących zawód lekarza i lekarza dentystry to kobiety. W mijającej kadencji prezesem ORL była zaledwie jedna kobieta, teraz mamy ich już sześć. To bardzo dobrze. Wierzę, że dzięki nim pojawi się nowa jakość w dyskusji i działaniu.

Cieszy też tak liczny udział w wyborach młodych lekarzy. Dobrze, że chcieli wejść do samorządu, bo to pokazuje, że samorząd lekarski jest ostoją, na której można budować wielkie sprawy. Związek zawodowy umożliwił im zaistnienie, ale wiedzą, że prawdziwe istnienie jest możliwe dopiero w samorządzie. Jeżeli będą mądrze sprawowali swoje funkcje w izbach lekarskich, a jestem przekonany, że tak będzie, i jednocześnie zechcą podzielić się swoją energią młodości, opierając się równocześnie na radach osób doświadczonych, to popłynie z tego samo dobro.

GL Jakie wyzwania stoją teraz przed lekarzami, jakie przed samorządem?

Największe wyzwanie, któremu samorząd musi stawić czoła, i ma taką możliwość, to zmiana systemu specjalizacyjnego. Trzeba ułatwić zdobywanie specjalizacji, ale jednocześnie nie można obniżyć jakości kształcenia i wymagań. W najbliższych miesiącach, a może nawet tygodniach, będzie się toczył rozstrzygający bój w tej sprawie. I niewątpliwie wygrana samorządu w Trybunale Konstytucyjnym, dotycząca jawności pytań z egzaminów już odbytych, przyjęta przez nas z wielką satysfakcją, jest krokiem w kierunku pozytywnych zmian. Deklaracja publiczna ministra Szumowskiego, że pytania od razu będą jawne dla wszystkich, także dla społeczeństwa, stworzy możliwość przyjrzenia się, czy egzaminy są układane w sposób racjonalny.

Duże wyzwanie stawia przed naszym środowiskiem także Ministerstwo Zdrowia, a dotyczy ono zmiany zasad nostryfikowania dyplomów i dopuszczania do wykonywania zawodu lekarzy spoza Unii Europejskiej. Pamiętajmy, że jakość kształcenia w różnych krajach jest różna. Trzeba dopuszczać jak największą liczbę nowych lekarzy, bo bez wątpienia są oni potrzebni, ale poprzeczkę ustawić na tyle wysoko, by pacjenci byli bezpieczni. Chcemy wiedzieć, na jakiej wysokości planuje zawiesić ją resort. Powinniśmy pilnować, by nie została zawieszona zbyt nisko.

GL Czy zwiększenie limitów przyjęć na studia to dobry pomysł?

Trzeba kształcić więcej lekarzy, ale przede wszystkim trzeba sprawić, żeby chcieli zostać w Polsce i tu pracować. Należy poprawić warunki pracy tych, którzy zawód już wykonują. Jeśli się tego nie zrobi, będą wyjeżdżać.

GL Jak ocenia pan pracę samorządowców ostatniej kadencji?

Ci, którzy tworzyli Naczelną Radę Lekarską, sprawdzili się znakomicie. Oczywiście nigdy nie jest idealnie, np. pojawiły się pewne problemy dotyczące środowiska lekarzy dentystrów, ale swoją pracowitością i wielką osobowością prezes Leszek Dudziński spowodował, że udało się je

skutecznie rozwiązać. Współpraca z wiceprezesami VI i VII kadencji była wymieniona. Myślę, że zrobiliśmy wiele dobrego dla środowiska.

Kiedy obejmowałem stanowisko prezesa, mój poprzednik protestował przeciwko pomysłowi odtworzenia Komisji Legislacyjnej. Z perspektywy ostatnich lat widać, że kiedy właściwie zdefiniuje się zadania dla danej komisji, to zaczyna być ona bardzo skuteczna. Nie chodziło nam tylko o opiniowanie przez komisję przesyłanych do izby projektów aktów prawnych, jak to było w latach poprzednich, ale chcieliśmy, by wypracowywała ona propozycje nowych rozwiązań i współuczestniczyła w tworzeniu zmian ustawowych. Jak wygląda opiniowanie w Polsce, doskonale wiemy: dokument wpływa we wtorek z terminem na miniony poniedziałek, przez co nie ma nawet szansy na zebranie się członków komisji. Chcieliśmy być krok przed ustawodawcą.

Olbrzymią pracę wykonała też Komisja Kształcenia Medycznego, która stworzyła propozycje nowych rozwiązań w zakresie szkoleń podyplomowych, w tym specjalizacji. Dziś stoją one u podstaw tego, co za chwilę zostanie zaprezentowane przez Ministerstwo Zdrowia w postaci projektu zmian ustawowych.

GL Za pana kadencji udało się wyegzekwować zwrot kosztów poniesionych przez samorząd na czynności przejęte od administracji. Ale nie były to jedyne środki finansowe, które dodatkowo zasiły działalność samorządu.

Podstawowym źródłem finansowania są lekarskie składki i kiedy przeznaczaliśmy je na zadania narzucone przez państwo, to było to po prostu niesprawiedliwe. Dlatego zawalczyliśmy o zwrot.

W kwestii dodatkowych środków około 20 mln zł pozyskaliśmy z programów unijnych na szkolenia lekarzy. To olbrzymia kwota. Przygotowywanie projektów unijnych to trudna praca, zarówno jeśli chodzi o pozyskanie środków, jak i prowadzenie projektów oraz ich rozliczanie, ale było warto. Mojemu następcy zostawiam wiele z nich w trakcie realizacji. Będzie miał też o co walczyć, gdyż la-da dzień pojawi się siedem nowych konkursów, a do rozdysonowania przewidzianych jest 80 mln zł. Wierzę, że będzie skutecznie zabiegać o te pieniądze.

Samorząd planuje też podpisać list o współpracy z instytucją przygotowującą w Brukseli nowe rozwiązania finansowania projektów unijnych. Trzeba iść o krok dalej – już nie tylko zabiegać o fundusze, ale również wskazywać, na jakie cele w Polsce warto je przeznaczać.

Zostawiam Naczelną Izbę Lekarską w dobrej kondycji finansowej. Przypominam, że o ile składka w całym samorządzie wzrosła, o tyle dla Naczelnej Izby Lekarskiej zmalała, bo otrzymuje ona teraz 15 proc. od składki zebranej, a nie jak było wcześniej – od składki należnej. Dzięki temu, że potrafiłmy pozyskać finansowanie zewnętrzne, po ośmiu latach na kontach i w kasie jest więcej środków, niż zastaliśmy. Nie zjadaliśmy własnego ogona. 

6%

– po raz kolejny apeluję do rządzących o zwiększenie nakładów finansowych na zdrowie do tego poziomu.

» XIV KZL

Na sprawozdawczo-wyborczym, XIV Krajowym Zjeździe Lekarzy, który odbędzie się 25-26 maja 2018 r. wybrani zostaną na kadencję 2018-2022 prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej oraz składy organów Naczelnej Izby Lekarskiej, m.in. Naczelnej Rady Lekarskiej, która reprezentuje najwyższą władzę samorządu pomiędzy zjazdami. Wyborów dokonają delegaci z całej Polski wybierani na okręgowych zjazdach sprawozdawczo-wyborczych w liczbie 466. ○

» Kadencja 2018-2022

Wybory na VIII kadencję okręgowych izb lekarskich dobiegają końca. Do pełnego składu wybranych brakuje jeszcze delegatów Okręgowej Izby Lekarskiej w Bydgoszczy, której zjazd sprawozdawczo-wyborczy zaplanowano na 21 kwietnia 2018 r.

W poprzednich numerach „GL” publikowaliśmy nazwiska wybranych już prezesów okręgowych rad lekarskich i okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej do 17 marca br.

23 marca odbył się zjazd sprawozdawczo-wyborczy Okręgowej Izby Lekarskiej w Częstochowie. Na prezesa ORL wybrano lekarza **Zbigniewa Brzezina**, na okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej – lekarza **Janusza Kapusteckiego**.

23-24 marca odbył się zjazd sprawozdawczo-wyborczy Śląskiej Izby Lekarskiej. Na prezesa ORL wybrano lekarza **Tadeusza Urbana**, na OROZ – lekarza **Stefana Kopocza**.

24 marca odbyły się zjazdy sprawozdawczo-wyborcze w okręgowych izbach lekarskich w Białymstoku, Koszalinie, Lublinie, Płocku i Szczecinie. W OIL w Białymstoku prezesem ORL został lekarz **Henryk Grzesiak**, OROZ – lekarz dentysta **Romuald Knaś**. W OIL w Koszalinie prezesem ORL została lekarz

Katarzyna Krystosik-Łasecka, OROZ – lekarz **Marek Makowski**. W Lubelskiej Izbie Lekarskiej prezesem ORL został lekarz **Leszek Buk**, OROZ – lekarz **Jacek Niezabitowski**. W OIL w Płocku prezesem ORL został lekarz **Ryszard Mońdział**, OROZ – lekarz dentysta **Leokadia Pielaszkiewicz-Kobyłska**. W OIL w Szczecinie prezesem ORL została lekarz **Magda Wiśniewska**, OROZ – lekarz **Jacek Różański**.

5-7 kwietnia odbył się zjazd sprawozdawczo-wyborczy OIL w Warszawie. Prezesem ORL został lekarz **Łukasz Jankowski**, OROZ – lekarz **Ewelina Bobek-Pstrucha**.

7 kwietnia odbyły się zjazdy sprawozdawczo-wyborcze w okręgowych izbach lekarskich w Gorzowie Wielkopolskim, Wrocławiu i Zielonej Górze. W OIL w Gorzowie Wielkopolskim prezesem ORL została lekarz **Ewa Joniec**, OROZ – lekarz **Jacek Zajązek**. W Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej prezesem ORL został lekarz **Paweł Wróblewski**, OROZ – lekarz **Piotr Piszko**. W OIL w Zielonej Górze prezesem ORL została lekarz **Marzena Plucińska**, OROZ – lekarz **Piotr Dorocki**. ○



Katarzyna Strzałkowska

Rzecznik prasowy
Naczelnej Izby
Lekarskiej

» Dokumentacja elektroniczna

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej od dnia 1 stycznia 2019 r. świadczeniodawca będzie obowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. W przepisie mówi się o: 1) historii choroby – w przypadku świadczeniodawcy wykonującego działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne; 2) historii zdrowia i choroby – w przypadku świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem świadczeniodawcy realizującego umowę w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, wykonującego działalność leczniczą w formie praktyki indywidualnej. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zaapelowało do Ministra Zdrowia o uchylenie tych przepisów i wprowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej w drodze rozważnych zapisów szczególnej ustawy, np. ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, a nie rozporządzenia, które jest dedykowane dla tych podmiotów, które świadczą usługi zdrowotne w ramach kontraktu z NFZ. Niezależnie od tego środowisko lekarzy dentystów zgłasza, że jeśli o obowiązku wyłączeni są świadczeniodawcy realizujący umowę w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, wykonujący działalność leczniczą w formie praktyki indywidualnej – to tym bardziej z wyłączenia powinni korzystać świadczeniodawcy udzielający świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia stomatologicznego. ○



ZUS ZLA — cd. interwencji

W ślad za apelem Nr 1/18/P-VII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 6 lutego 2018 r.

oraz w związku ze stanowiskiem Porozumienia Organizacji Lekarskich w sprawie elektronicznych zwolnień lekarskich 4 kwietnia br. wiceprezes NRL Zyta Kaźmierczak-Zagórska wystosowała do Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Elżbiety Rafalskiej pismo z wnioskiem o podjęcie działań zmierzających do odroczenia obowiązku wystawiania zwolnień lekarskich wyłącznie w formie elektronicznej.

Przypominała zdanie samorządu lekarskiego, że wprowadzenie

obowiązku wystawiania zwolnień lekarskich wyłącznie w formie elektronicznej znacząco utrudni lub wręcz uniemożliwi wykonywanie zawodu licznej grupie lekarzy w wieku emerytalnym, spowoduje również trudności w wystawianiu zwolnień na obszarach, w których brak jest dostępu do internetu i ograniczy wystawianie zwolnień w czasie wizyt w domu pacjenta. Powtórzyła, że problemy z wystawianiem e-ZLA mogą się pojawić w przypadku konieczności konserwacji czy usuwania awarii systemu, co – jak informują lekarze – miało już miejsce. 

Dyżury lekarzy rezydentów — nieprawidłowości

Państwowa Inspekcja Pracy wnikliwie przeanalizowała zgłoszoną przez Naczelną Izbę Lekarską sprawę, która dotyczyła sytuacji lekarzy rezydentów zatrudnionych w Wojewódzkim Szpitalu Podkarpackim im. Jana Pawła II w Krośnie. Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej prosił o interwencję w sprawie zgód, o które byli proszeni przez pracodawcę lekarze rezydenci na podjęcie dodatkowych dyżurów lekarskich ponad liczbę wynikającą z programu specjalizacji na zasadach określonych przez pracodawcę. PIP potwierdził nieprawidłowości związane ze sposobem i okolicznościami związanymi z rekrutacją i zatrudnianiem lekarzy rezydentów i zaznaczył, że trudna sytuacja ekonomiczna i kadrowa powszechnej służby zdrowia nie może naruszać jednostkowych praw osób zawodowo świadczących opiekę zdrowotną. 



Więcej na
www.nil.org.pl



Z wielkim smutkiem przyjęliśmy wiadomość,
 że z lekarskiego grona odszedł

Doktor Krzysztof Dawidowski

sekretarz Okręgowej Rady Lekarskiej w Białymstoku,
 przez wiele lat delegat na Krajowy Zjazd Lekarzy,
 lekarz dentysta aktywnie wspierający działania samorządu.

Rodzinie, Bliskim oraz Współpracownikom Pana Doktora
 składamy wyrazy szczerzego współczucia.

Maciej Hamankiewicz
 prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Leszek Dudziński
 wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej,
 przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL

Uroczystości pogrzebowe odbyły się 4 kwietnia 2018 r. w Kościele św. Kazimierza w Białymstoku.


Sławomir Badurek

Diabetolog, publicysta medyczny

Jak poprawić wizerunek lekarzy?

Protest lekarzy rezydentów pokazał, jak wielkie znaczenie ma dobry pijar. Chociaż działające w służbie rządzących publiczne media długo, pracowicie i nie stroniąc od chwytów poniżej pasa, budowały wizerunek „rozkapryśzonej młodzieży, której w głowach się poprzewracało”, protestujący zaskarbili sobie społeczną sympatię, co skłoniło władze do podjęcia poważnych negocjacji.

Wizerunkowy sukces rezydentów ożywił trwającą od lat w środowisku lekarskim dyskusję nad sensem zaangażowania profesjonalnych pijarowców, których zadaniem byłoby dbanie o przyjazny image całej grupy zawodowej. Jak łatwo się domysłu, przybyło zwolenników takiego rozwiązania.

Zanim nowe władze naszego samorządu, właśnie wybrane w izbach okręgowych, a za chwilę także na szczęblu centralnym, sięgną po składkowe, z pewnością niemałe pieniądze (tego typu usługi do tanich nie należą!), warto sobie uświadomić, co stało za sukcesem lekarzy rezydentów. W mojej ocenie zdecydował spłot sprzyjających okoliczności. Poparcie TVN24 oraz „Gazety Wyborczej”, przyjmujących za dobrą monetę każde wydarzenie, które ma choćby mgliste szanse zachwiać pisowskim rządem, dostali lekarze rezydenci gratis. Oznaczało to silną i przyjazną kampanię informacyjną. Zupełnie inaczej zachowały się media prorządowe, ale im bardziej usiłowały one protest lekarzy rezydentów przemilczeć, zbagatelizować i zakłamać, tym częściej informowały o nim pozostałe środki przekazu, łącznie z tymi, które nie krytykują wszystkiego, co wymyśli PiS. Dlatego nie zaszkodził, a wręcz przysłużył się lekarzom rezydentom, Ziemowit Piast Kossakowski z TVP Info, publikując materiał szkalujący doktor Katarzynę Pikulską, jedną z twarzy protestu. Nie chcący pomóc też protestującym Magdalena Ogórek, drwiąc z nich, że niby tacy biedni, a stać ich na rozgrzewanie się przed protestem kawą latte w kawiarni. Być może była w tym jakaś zasługa jesiennych chłódów, ale widzowie nie kupili przekazu zaserwowanego im przez byłą kandydatkę na prezydenta z ramienia SLD, występującą obecnie w roli pravicowej dziennikarki.

Co niezwykle istotne, rezydenci nie ulegli pokusie wsparcia ich akcji przez będących w opozycji do rządu polityków i celebrytów. Publiczna telewizja tylko na to czekała, a najbardziej rozgrzani spośród jej dziennikarzy i stałych komentatorów, nie zważając na fakty, serwowali swoim odbiorcom kłamliwe informacje

na ten temat. Mocne zaangażowanie polityczne współ z ewidentnymi wpadkami w przekazie, jak słowa o nadzwyczajnej kaście, tudzież dziesięciu tysiącach brutto, za które rzekomo można dobrze żyć tylko na prowincji, znacznie osłabiło społeczne sympatie dla protestujących sędziów. Lekarze rezydenci nie popełnili błędów przedstawicieli temidy, stawiając na prosty, przejrzysty i nie budzący kontrowersji przekaz. Tak było m.in. w przypadku kampanii informacyjnej w szpitalach. W większości z nich (w praktyce wszędzie tam, gdzie dyrektorzy nie są związani z PiS) na drzwiach gabinetów lekarskich przez kilka miesięcy wisiały informacje objaśniające, kto to taki ten rezydent, ile godzin w miesiącu pracuje i ile zarabia. Last but not least ważne było silne poparcie ze strony samorządu lekarskiego, który nie zawahał się stanąć w kontrze do byłego prezesa NRL Konstantego Radziwiłła.

Gdzie w tym wszystkim jest rola agencji PR? Można także zadać inne pytanie: w czym agencja PR pomogłaby lekarzom, regularnie flekowanym za czasów rządów PO-PSL przez te same media, które tak ochoczo wyciągnęły dłoń do rezydentów? Skuteczna kapania pijarowska musiałaby oznaczać wsparcie przynajmniej części z najbardziej wpływowych stacji telewizyjnych i gazet. Czy stać nas na taką kampanię? To kolejne pytanie retoryczne. Zaryzykuję stwierdzenie, że bardzo silny, pozytywny przekaz płynie z tego, co na co dzień robimy. Wizyta w przychodni, badanie diagnostyczne, drobny zabieg albo poważna operacja. Wszystko to są w zdecydowanej większości dobre i bardzo dobre „akcje pijarowskie” o dużej sile oddziaływania. Problem w tym, że (dez)organizatorzy systemu robią wiele, by do tych naszych działań dodać budzącą wrogość otoczkę w postaci kolejek, wyjątkowo nieudolnych rozwiązań organizacyjnych i utrudnionego dostępu do nowoczesnych metod leczenia. Z oczywistych względów nie pomagają nam braki kadrowe, także w szeregach innych zawodów medycznych, bo to sprzyja popełnianiu błędów, a w najlepszym razie pośpiechowi, niemile widzianemu przez pacjentów.

Jak zatem poprawić wizerunek lekarzy? Zdać sobie sprawę, że może to wzbudzić zawód wśród oczekujących szybkich i efektywnych rozwiązań, ale klucz tkwi w poprawie funkcjonowania systemu. I o to powinniśmy walczyć! ☺

Bez bólu i lęku

Według zaleceń Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej z 2011 r. na 100 tys. mieszkańców powinno przypadać 10 łóżek opieki paliatywnej [obecnie uważa się, że 12]. W Polsce jest ich tylko 6,5. Na opiekę stacjonarną, w zależności od regionu kraju, trzeba więc czekać nawet trzy miesiące.

● LUCYNA KRYSIAK

Według danych GUS oraz PTMP z 2016 r., w Polsce finansowanych ze środków publicznych było 159 oddziałów stacjonarnej opieki paliatywnej (oddziały medycyny paliatywnej plus hospicja stacjonarne), 436 hospicjów domowych dla dorosłych oraz 60 hospicjów domowych dla dzieci i 137 poradni medycyny paliatywnej.

Działało też kilka jednostek nieposiadających kontraktów z NFZ. Liczba oddziałów stacjonarnych oraz poradni jest dalece niewystarczająca, a zapotrzebowanie na tego rodzaju świadczenia wciąż rośnie, co ma związek ze starzeniem się społeczeństwa, wzrostem liczby zachorowań na raka i innych przewlekłych i nieuleczalnych chorób. Organizacja i finansowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej czekają więc zmiany.

Na odbywającym się w marcu posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia wiceminister zdrowia Zbigniew Król przekonywał, że zmiany te już zostały zapoczątkowane. W ciągu ostatnich kilku lat notuje się wzrost zarówno liczby świadczeniodawców, jak i pacjentów, a także wartości rozliczonych usług. Ich kontynuacją ma być nowelizacja rozporządzenia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Projekt – jak zapowiada resort zdrowia – porządkuje proces kwalifikacji dorosłych pacjentów do opieki paliatywnej dzięki wprowadzeniu karty kwalifikacji. Jednocześnie stwarza możliwość realizacji świadczeń opiekuńczych przez osoby o kompetencjach opiekuna medycznego. Projekt był w lutym przekazany do konsultacji społecznych, m.in. Polskiemu Towarzystwu Medycyny Paliatywnej, krajowemu

konsultantowi ds. medycyny paliatywnej, samorządowi lekarskiemu.

CZAS NA PORZĄDKI

W 2017 r. ze świadczeń w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej skorzystało 92 tys. chorych. Ich ogólna wartość wynosiła 415 mln zł. Analizując ostatnie 5 lat, nakłady na opiekę paliatywną wzrosły. Ale wzrosły też potrzeby. – To prawda, że finansowanie opieki paliatywnej się poprawiło, głównie dzięki temu, że przed rokiem zostały wprowadzone nowe taryfy świadczeń, ale za finansowaniem powinny pójść nowe rozwiązania proceduralne pozwalające lepiej organizować pracę zarówno w hospicjach stacjonarnych, jak i domowych oraz zapisy jasno określające zasady objęcia chorych opieką paliatywną – zastrzega dr Aleksandra Ciałkowska-Rysz, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej. W projekcie nie ma zapisów, które rozwiązywałyby te problemy.

Środowisko lekarzy od wielu lat postuluje, aby jasno określić, jakimi kwalifikacjami powinni się legitymować lekarze pracujący w hospicjach oraz wyznaczyć nadzór specjalistyczny nad jednostkami medycyny paliatywnej. – Takie obietnice resort zdrowia składał od dawna, ale tego

2,6

– tyle łóżek hospicyjnych przypada na 100 tys. mieszkańców w Zachodniopomorskiem.

ŚRODOWISKO LEKARZY OD WIELU LAT
POSTULUJE, ABY JASNO OKREŚLIĆ, JAKIMI
KWALIFIKACJAMI POWINNI SIĘ LEGITYMOWAĆ
LEKARZE PRACUJĄCY W HOSPICJACH
ORAZ WYZNACZYĆ NADZÓR SPECJALISTYCZNY
NAD JEDNOSTKAMI MEDYCYN PALIATYWNEJ.



rodzaju zapisów nie ma w projekcie nowelizującym rozporządzenie z 2013 r. – ubolewa dr Ciałkowska-Rysz. Obecnie świadczenia w takich jednostkach może sprawować lekarz specjalista, lekarz w trakcie specjalizacji i lekarz, który ukończył tygodniowy kurs. W związku z tym jakość opieki w różnych placówkach jest zróżnicowana. Towarzystwo chce, aby w znowelizowanym rozporządzeniu znalazł się zapis, że lekarz po kursie może pracować tylko pod nadzorem specjalisty. Tego rodzaju zapisy regulują kwestie wymaganych kwalifikacji w każdej innej dziedzinie medycznej oprócz medycyny paliatywnej.

Dużo uwag zostało zgłoszonych do zawartej w projekcie karty kwalifikacji pacjenta, która – zdaniem członków PTMP – jest niedopracowana i w formule zaproponowanej przez resort zdrowia nie do przyjęcia. – Obecnie może być jedynie narzędziem dodatkowym wspomagającym kwalifikację do objęcia chorego opieką paliatywną, ale nie obowiązującym – zastrzega dr Ciałkowska-Rysz. Z zapisów w projekcie nie wynika jasno, jak ma takie narzędzie funkcjonować. – Wielokrotnie dostajemy skierowania pacjentów, którzy nie spełniają klinicznych kryteriów przyjęcia, choć zgodnie z załącznikiem do obowiązującego

rozporządzenia to kryterium jest spełnione. To frustrujące zarówno dla chorych, ich rodzin, jak i dla nas, lekarzy. Dobrze opracowane narzędzie kwalifikacji pacjenta rozwiązałoby ten problem – podkreśla prezes PTMP i dodaje, że opieka paliatywna wciąż jest mylona z opieką długoterminową, co wprowadza wiele zamieszania. Uważa, że narzędzie kwalifikacji przed wprowadzeniem powinno być przetestowane na różnych grupach pacjentów, dopiero wtedy można wypełnić je treścią odpowiadającą realnym potrzebom chorych.

SUMOWANIE PROCEDUR

Rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych w opiece paliatywnej to – zdaniem lekarzy – bardzo ważny dokument, ponieważ określa, komu i w jakim wymiarze należy się ta opieka. Ale też – jak twierdzą – powinno ono zawierać zapisy regulujące funkcjonowanie hospicjów stacjonarnych i domowych. Takim zapisem jest sumowanie procedur. Do finansowania osobodnia można by dołączyć finansowanie procedury. To stwarza np. możliwość przetaczania krwi w hospicjum. Obecnie pacjenta wymagającego tego rodzaju zabiegu trzeba transportować do szpitala specjalistycznego. Dr Artur Pakosz,

dyrektor Hospicjum Miłosierdzia Bożego w Gliwicach, podkreśla, że hospicjom najbardziej potrzeba narzędzia, które pozwoli lepiej kwalifikować albo dyskwalifikować pacjentów kierowanych do opieki paliatywnej. Obecnie jednostki posługują się katalogiem rozpoznaw ICD-10 znajdującym się w załączniku do rozporządzenia, które wylicza, z jakimi chorobami pacjenci mogą korzystać z opieki paliatywnej. Na tej liście są oczywiście nowotwory złośliwe, ale wielu chorób tam nie ma, np. AIDS czy chorób neurodegeneracyjnych, które są zaliczane do chorób przewlekłych nieuleczalnych, a nie śmiertelnych.

– Chodzi nam o to, aby o przyjęciu do hospicjum decydował stan kliniczny pacjenta i fakt, że choroba jest przewlekła i nieuleczalna, a nie nazwa choroby. Rozpoznanie ICD-10 powinny natomiast spełniać funkcję pomocniczą – wyjaśnia dyrektor Pakosz i dodaje, że środowisko opracowało własną kartę kwalifikacyjną, która określa duże i małe kryteria przyjęć, której wzorzec został przekazany resortowi zdrowia. Jako argument przemawiający za jej wprowadzeniem przytacza przykład chorego, który ma jeden przerzut do wątroby i chociaż jest w stanie ogólnym dobrym, został zakwalifikowany jako

▲ Rozporządzenie ws. świadczeń gwarantowanych w opiece paliatywnej to – zdaniem lekarzy – bardzo ważny dokument, ponieważ określa, komu i w jakim wymiarze należy się ta opieka.

DR WIESŁAWA POKROPSKA, KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE MEDYCYNY PALIATYWNEJ, PODCZAS SEJMOWEJ KOMISJI ZDROWIA POTWIERDZIŁA, ŻE W NIEKTÓRYCH WOJEWÓDZTWACH SĄ NAWET TRZYMIESIĘCZNE TERMINY PRZYJĘCIA DO HOSPICJÓW.

Ostatni dzień

Eksperci
zwracają uwagę,
że istotnym
problemem jest
brak płatności
za ostatni dzień
opieki.

chory z chorobą rozsianą i może skorzystać z poradni opieki paliatywnej, a pacjent z reumatoidalnym zapaleniem stawów, z ciężkim bólem, już nie. Zdaniem dra Pakosza problemem jest także limitowanie świadczeń, co przyczynia się do tworzenia kolejek, ostatnio w opiece domowej, czego wcześniej nie było.

NIERÓWNY DOSTĘP

Z danych PTMP wynika, że w rozwinętych krajach europejskich, takich jak np. Wielka Brytania, Holandia czy Niemcy, zalecana liczba łóżek hospicyjnych wynosi 12 na 100 tys. mieszkańców. W Polsce jest 6,5 łóżek na 100 tys. mieszkańców, a są województwa, np. zachodniopomorskie, gdzie na 100 tys. mieszkańców przypada tylko 2,6 łóżka. W województwie mazowieckim wskaźnik ten wynosi 4,7, a w samej Warszawie jeszcze mniej. To sprawia, że dostęp do stacjonarnej opieki paliatywnej w poszczególnych regionach kraju jest nierówny.

Dr Wiesława Pokropska, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej, podczas sejmowej Komisji Zdrowia potwierdziła, że w niektórych województwach są nawet trzymiesięczne terminy przyjęcia do hospicjów (dane te pochodzą od konsultantów wojewódzkich). Uważa, że problem leży nie tylko w zbyt małej liczbie łóżek, ale w tym, że niektóre hospicja, nawet jeśli są w stanie objąć opieką większą liczbę osób, muszą się trzymać limitów. Obawiają się, że przyjęcia ponad limit nie zostaną zrefundowane. Dr Tomasz Dzierżanowski, adiunkt Pracowni Medycyny Paliatywnej UM w Łodzi, dyrektor medyczny Caritas Diecezji Warszawsko-Praskiej, podkreśla, że nowelizacja rozporządzenia z 2013 r. regulującego dostęp do świadczeń

gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej jest niezbędna, ponieważ obecnie obowiązujący dokument ma szereg mankamentów, a największą jego wadą jest sama definicja opieki paliatywnej. – Wymienia raptem kilka wskazań objętych międzynarodową klasyfikacją chorób ICD-10, podczas gdy to nie rozpoznanie choroby jest kwalifikujące, ale stan pacjenta, w którym choroba jest nieuleczalna, progresywna i wiodąca do śmierci – tłumaczy dyrektor.

Zwraca też uwagę, że równie istotnym problemem jest brak płatności za ostatni dzień opieki. – W opiece paliatywnej większość pacjentów umiera. Koszty opieki w ostatnim dniu są trzy-, czterokrotnie wyższe niż w inne dni. Już od wielu lat apelujemy, aby rozliczać ostatni dzień jako pełny, żeby nie był to dzień zerowy, ponieważ generuje olbrzymie straty – wyjaśnia dr Dzierżanowski.

W OCENIE SAMORZĄDU

W sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej krytyczne stanowisko zajęło też Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej. Przede wszystkim wyraziło zaniepokojenie zamiarem wprowadzenia zapisu ograniczającego leczenie bólu jedynie przy użyciu leków dostępnych w Polsce. Zwrócono uwagę, że tego rodzaju zapis może blokować dostęp do nowoczesnych terapii leczenia bólu. Analizując zakres katalogu rozpoznań ICD-10, samorząd lekarski postuluje uwzględnienie w nim pacjentów z silnym bólem przewlekłym, którzy aktualnie nie otrzymują odpowiedniego leczenia, oraz pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek czy schyłkową niewydolnością serca w przypadku

udokumentowanego zakończenia leczenia przyczynowego.

NRL postulowała też o ujednolicenie wymagań lekarskich dla wszystkich podmiotów, aby uniknąć sytuacji, że w warunkach stacjonarnych i w warunkach domowych świadczenia może realizować lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej lub w trakcie specjalizacji, lub lekarz po kursie zgodnym z programem specjalizacji, natomiast w warunkach ambulatoryjnych – lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej lub w trakcie specjalizacji (nie może tu pracować lekarz po kursie), a wizyty domowe w ramach poradni może realizować lekarz po kursie. Stanowisko w tej sprawie jest zgodne z opinią Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej.

Zapelowano także o rozważenie dodatkowego finansowania wykonywanych procedur, np. przetaczania krwi, punkcji otrzewnej, zakładania cewników zewnątrzoponowych celem przewlekłego leczenia bólu, wykonywania blokad (nawet lizy) nerwów, splotów, zakładania wkłucia centralnego, portów naczyniowych. Zwrócono też uwagę, że nie ma uzasadnienia dla proponowanego w projekcie obowiązku wypełniania karty przez dwóch lekarzy, gdyż generuje to dodatkowe obowiązki formalne i może wymagać od pacjenta lub jego rodziny zbędnych czynności, a jednocześnie utrudniać i opóźniać objęcie opieką paliatywną. Wystarczające wydaje się wypełnienie karty przez lekarza zatrudnionego w jednostce opieki paliatywnej. Pozostaje czekać, czy w ministerialnym projekcie zostaną uwzględnione uwagi środowiska, gdyż od tego będzie zależała kondycja opieki paliatywnej w Polsce i warunki, na jakich będą pracować lekarze. (O)

Maślan hydrokortyzonu w leczeniu chorób zapalnych skóry

W lecznictwie dermatologicznym szeroko wykorzystuje się miejscowe preparaty glikokortykosteroidowe (GKS). Leki te są podstawą leczenia wszystkich zapalnych chorób skóry o podłożu immunologicznym, do których zalicza się m.in. atopowe zapalenie skóry, wyprysk, łuszczycę.

Wykorzystujemy działanie przeciwzapalne, antyproliferacyjne oraz immunosupresyjne tych preparatów. Na podstawie testu wazokonstrykcji naczyń podzielono miejscowe preparaty GKS na 7 grup w zależności od siły ich działania. Do GKS o największej sile zalicza się propionian klobetazolu i dwupropionian betametazonu, o średniej – m.in. propionian flutikazonu, aceponian metylprednizolonu, pirośluzan mometazonu i maślan hydrokortyzonu, natomiast do najsłabszej – m.in. octan hydrokortyzonu i hydrokortyzon.

MAŚLAN HYDROKORTYZONU

Produkty lecznicze zawierające maślan hydrokortyzonu występują w stężeniu 0,1% i dostępne są w wielu podłożach. Unikatową właściwością maślanu hydrokortyzonu jest fakt, że w miejscu aplikacji pozostaje on w niezmienionej formie, co w konsekwencji odpowiada za jego wysoką skuteczność kliniczną porównywalną z GKS o wyższej sile działania. Informacja ta jest niezwykle ważna dla klinicysty, gdyż pozwala na stosowanie słabszego preparatu sterydowego, co związane jest z mniejszą liczbą działań niepożądanych, równocześnie umożliwiając uzyskanie bardzo dobrego efektu klinicznego. Jest to szczególnie istotne przy prowadzeniu terapii w atopowym zapaleniu skóry, które najczęściej dotyczy dzieci.

W przeprowadzonym teście wazokonstrykcji naczyń, wskazującym na siłę działania przeciwzapalnego wykazano, że

maślan hydrokortyzonu jest istotnie silniejszy niż hydrokortyzon i porównywalny do walerianu betametazonu. W prowadzonych badaniach eksperymentalnych i na podstawie doświadczeń klinicznych stwierdzono, że maślan hydrokortyzonu, silnie i skutecznie działając przeciwzapalnie w miejscu toczącego się procesu chorobowego, nie daje żadnych systemowych działań niepożądanych. W kolejnych badaniach, analizujących miejscowe działania niepożądane maślanu hydrokortyzonu, stwierdzono, że substancja ta nie powoduje miejscowego podrażnienia i jest dobrze tolerowana. W badaniach prowadzonych na zwierzętach wykazano też bardzo niski potencjał atrofogeny tej substancji. Wysoką skuteczność kliniczną i dobrą tolerancję wykazano w wielu badaniach klinicznych u pacjentów z wypryskiem, atopowym zapaleniem skóry czy łuszczycą.

Na podstawie przytoczonych danych, a także doświadczeń własnych można stwierdzić, że maślan hydrokortyzonu jest preparatem steroidowym, zakwalifikowanym do grupy o średniej mocy działania, porównywalnym m.in. z walerianem betametazonu, jednakże wykazuje istotnie wyższy profil bezpieczeństwa. (O)

Prof. dr hab. n. med. **JOANNA NARBUTT**

Klinika i Katedra Dermatologii i Wenerologii UM w Łodzi

Piśmiennictwo: • Hoetenecker W. i wsp., J. Invest. Dermatol. 2004, 122: 673–684. • Belvisi M.G. i wsp., J. Immunol. 2001, 166: 1975–1982.
• Woźniacka A. i wsp., Pediatria Polska 2003, LXXVIII: 53–61. • Takeda K. (1982), Jap J Dermatol 92: 503–513.
• Brazzini B, Pimpinelli N (2002), Am J Clin Dermatol 3: 47–58. • Folster-Holst R. i wsp., Pharmazie 2016; 71: 115–121.

Fascynujące prowokacje

GL
ROZMOWA

Z prof. **Janem Lubińskim**, genetykiem, kierownikiem Zakładu Genetyki i Patomorfologii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie oraz założycielem Międzynarodowego Centrum Nowotworów Dziedzicznych, rozmawiają **Ryszard Golański** i **Marta Jakubiak**.

GL Dlaczego tylu ludzi choruje na raka?

Problem jest złożony. Po pierwsze, żyjemy coraz dłużej, a bardzo istotnym czynnikiem ryzyka rozwoju choroby nowotworowej jest wiek. Po drugie, lepiej diagnozujemy. Po trzecie, środowisko, w którym funkcjonujemy, bardzo niekorzystnie się zmienia. Niemal poradziłyśmy sobie z papierosami, ale wiele innych toksycznych substancji przyczynia się do rozwoju nowotworów, np. polskie kobiety są wyjątkowo wrażliwe na podwyższone stężenie arsenu. Jeśli poziom tego pierwiastka jest niski, nie ma raków, jeśli wysoki, to są. Geny są w głównej mierze odpowiedzialne za ok. 10 proc. wszystkich nowotworów.

GL Dlaczego arsen jest tak niebezpieczny?

Badania przeprowadzone w naszym ośrodku dowiodły, że występuje silna asocjacja pomiędzy stężeniem arsenu a ryzykiem wystąpienia nowotworów. Przebadaliśmy ok. 1500 kobiet, u blisko 400 z nich – tych, u których w organizmie odnotowaliśmy najniższy poziom arsenu – nie rozwinęła się choroba nowotworowa przez trzy lata, zaś w grupie 1100 osób z wyższym poziomem tego pierwiastka było blisko 100 zachorowań.

Nie wiemy jeszcze, czy to sam arsen jest czynnikiem przyczynowym, czy też towarzyszące mu inne substancje rakotwórcze. Na przykład u pacjentów w woj. zachodniopomorskim z podwyższonym poziomem arsenu odnotowaliśmy także wysoki poziom rtęci. Zakładam, że arsen działa jako czynnik kancerogenny, ale nie musi być kancerogenem wiodącym.

GL Jaka jest norma arsenu?

Dla mnie normą dla kobiet jest taki poziom, przy którym nie ma zachorowań na raka, czyli poniżej 0,6 µg/l krwi.

GL Jak pierwiastek ten trafia do organizmu człowieka?

Z powietrza, a także poprzez glebę, produkty spożywcze oraz wodę. Możemy go wdychać, gdy trafia do atmosfery z instalacji przemysłowych, ale myślę, że przyswajamy go głównie z pożywieniem, choć w tej postaci jest uznawany za mniej szkodliwy.

GL Jako pierwsi na świecie pokazaliście, że czynniki środowiskowe, które są niezbędne, by nowotwór powstał, muszą paść na podatny grunt, czyli trafić na geny, które predestynują do powstania raka. Jak odkrycie to zmieniło onkologię?

Badania, o których wcześniej wspomniałem, były prowadzone na kohorcie kobiet z mutacją genu BRCA1. Ryzyko zachorowania na raka piersi i raka jajnika w tej grupie kobiet wynosi około 80 proc. Zauważyliśmy jednak, że panie nie chorowały, gdy miały niski poziom arsenu, a także niski poziom kadmu lub selenu. Jeżeli w kolejnych badaniach obserwacja ta się potwierdzi, będziemy mieć niezwykle istotny czynnik prognostyczny.

Od ponad 20 lat prowadzimy badania i w świetle zgromadzonych w tym czasie danych wyraźnie widać, że redukcja ryzyka wystąpienia raka może być ogromna. Nie ma jednak gwarancji, że jeśli kobieta była zatruta arsenem, to po jej odtruciu ryzyko zachorowania spadnie. Trzeba to jeszcze sprawdzić. Tworzymy kolejne projekty badawcze, aby to weryfikować na większej liczbie kobiet i w innych populacjach, także poza Polską. To jednak tylko jeden aspekt badań. Interesuje nas też wpływ mutacji i poziomu tych pierwiastków na prognozę przeżycia. Nie potrafimy jeszcze powiedzieć, jak stężenie arsenu wpływa na przeżycia u chorych onkologicznie, ale będziemy to wiedzieć już wkrótce. Zapraszam do kontaktu za kilka miesięcy.

GL Jakie znaczenie ma poziom selenu?

Mamy dwie publikacje o selenie w surowicy: jedna dotyczy pacjentów z rakiem piersi, druga – z rakiem krtani. Śledziliśmy prospektywnie co do pięcioletnich przeżyć blisko 300 chorych z rakiem krtani. Okazało się, że ryzyko zgonu u tych, którzy mieli niski poziom selenu, było dużo większe, a różnica, biorąc pod uwagę przeżycia pięcioletnie, była ponad pięciokrotna w stosunku do chorych z wysokim stężeniem selenu we krwi. Ta sama sytuacja dotyczy kobiet z rakiem piersi. Monitorowaliśmy ok. 500 pacjentek. U 25 proc. z nich odnotowaliśmy najniższe stężenia selenu. Ryzyko zgonu w ciągu pięciu lat było w tej grupie trzykrotnie wyższe.

97%

– taki odsetek przeżyć dziesięcioletnich jest wśród kobiet z rakiem piersi i mutacją BRCA1 leczonych cisplatiną.



GL Arsen, selen, kadm – czy w każdym laboratorium można sprawdzić poziom tych pierwiastków?

Na razie wszystkie te testy wykonywane są wyłącznie w laboratorium naszego ośrodka, ale jesteśmy w trakcie rozmów z jedną z sieci laboratoriów diagnostycznych, by można je było przeprowadzać na terenie całego kraju. Jeszcze do niedawna poziom arsenu sprawdzano wyłącznie w moczu. My badamy jego stężenie we krwi. Jakość swoich pomiarów sprawdzaliśmy w referencyjnych światowych ośrodkach diagnostycznych, jak np. w amerykańskim NIST, czyli National Institute of Standards and Technology. Przez pięć lat opracowywaliśmy testy na oznaczanie poziomu selenu.

Problemem nie jest dziś jednak brak laboratoriów, a edukacji. Lekarze nie wiedzą albo nie wierzą w wyniki naszych badań i odrzucają tę wiedzę. Nie wszyscy, ale bardzo wielu. Jest kilka ośrodków medycznych w Polsce, które podjęły z nami współpracę, jednak to nadal zbyt mało. Od lat pokazuję dane, które przemawiają za tym, że bez sprawdzenia mutacji BRCA1 nie można skutecznie leczyć pacjentek z rakiem piersi.

GL Dlaczego pacjenci nie są wysyłani na takie badania?

Bo nie ma takiego punktu w zaleceniach Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej. Staram się przekonać moich kolegów lekarzy, żeby wprowadzili taką rekomendację do zaleceń, ale wciąż uważają, że nie ma do tego podstaw.

**▲ Prof. Jan Lubinski:
– Od ponad 20 lat prowadzimy badania i w świetle zgromadzonych w tym czasie danych wyraźnie widać, że redukcja ryzyka wystąpienia raka może być ogromna.**

A przecież, jeżeli kobieta ma stwierdzoną mutację w genie BRCA1, są trzy odstępstwa od klasyki: powinna mieć inną chemioterapię – cisplatyną, a także wykonaną adnektomię jako element leczenia, bo o 70 proc. zmniejszy to ryzyko zgonu w ciągu 10 lat, i trzecia rzecz – należy podać jej tamoxifen nawet w przypadku receptora estrogenowego ujemnego, żeby o 50 proc. zmniejszyć ryzyko wystąpienia raka w drugiej piersi.

GL Co wiemy obecnie o skuteczności cisplatyny w leczeniu raka piersi?

Na początku zarzucano nam, że robimy eksperyment medyczny na ludziach. Cisplatyna to stary lek stosowany od lat i wiadomo, czy zabija, czy nie. Brytyjczycy opisali, że komórki nowotworów piersi z mutacją BRCA1 są odporne na taksany, a reagują bardzo mocno na platynę, zwłaszcza na cisplatynę. My tylko przenieśliśmy te obserwacje do naszej kohorty.

Mamy już 127 pacjentek po leczeniu cisplatyną. 70 proc. z nich reaguje na leczenie kompletną reemisją patologiczną, co oznacza, że guzy piersi znikają niezależnie od ich wielkości, a przeżycie dziesięcioletnie jest na poziomie 97 proc. W przypadku 30 proc. kobiet, które nie odpowiedziały pozytywnie na cisplatynę, wynik leczenia jest taki sam, jak w przypadku terapii standardowej, która daje dziesięcioletnie przeżycia na poziomie 65 proc.

Problem w tym, że cisplatyna nie jest zarejestrowana do przedoperacyjnego leczenia raka piersi. Takie leczenie nie jest skuteczne i tanie, ampułka kosztuje 5 euro. Bardzo bym chciał, żeby taka opcja terapeutyczna znalazła się w zaleceniach. Dopóki jej nie ma, nadal będziemy leczyć cisplatyną w ramach projektu naukowego. Niektórzy koledzy uważają, że trzeba mieć jeszcze więcej danych, żeby móc podejmować decyzje o zastosowaniu tego leku w terapii raka piersi. Ja uważam, że to, co już mamy, wystarczy, żeby dać pacjentce wybór – niech sama zdecyduje, jakiej chce się poddać terapii.

GL O jakich mutacjach już wiemy i których nowotworów dotyczą?

W Polsce wyjątkowo często występuje wspomniana już mutacja BRCA1 – dotyczy ona ok. 200 tys. Polaków, w tym 100 tys. kobiet i tej samej liczby mężczyzn, u których zwiększa ona nieznacznie ryzyko zachorowania na raka prostaty i innych nowotworów, a znaczenie pierwszoplanowe ma tu nosicielstwo tej mutacji i przekazywanie jej dzieciom. Inaczej jest w przypadku kobiet z BRCA1. One powinny wykonywać rezonans magnetyczny piersi, bo samo usg i mammografia nie wystarczą. Bardzo ważne jest też, by nie stosowały hormonalnej antykoncepcji przed 20. r.ż., bo to zwiększa o 50 proc. ryzyko zachorowania. Z kolei kobiety po 30-35 r.ż. na takiej antykoncepcji powinny być przez rok, gdyż w ich przypadku nie zwiększa ona ryzyka wystąpienia raka piersi, zaś zmniejsza ryzyko wystąpienia raka jajnika. Uważam, że każda kobieta powinna sprawdzić, czy ma mutację w genie BRCA1.

GL Jakże jeszcze?

Dużo rzadziej w Polsce występuje mutacja w BRCA2, według moich szacunkowych danych może to dotyczyć kilkudziesięciu tysięcy osób. Predestynuje do wystąpienia nowotworów piersi i jajnika u kobiet, natomiast u mężczyzn daje wysokie ryzyko zachorowania na raka prostaty, który powinien w takim przypadku być leczony cytostatykami.

Kolejny, niezwykle ważny gen to CHEK2. Zmutowany występuje u ok. 400 tys. osób. Zwiększa ryzyko wystąpienia raka piersi, ale też raka tarczycy, żołądka, a także prostaty. Z kolei mutacja w PALB2 występuje trzy razy rzadziej niż BRCA1, czyli dotyczy 30 tys. kobiet i 30 tys. mężczyzn, i u pań oznacza wysokie ryzyko wystąpienia raka piersi, bardzo agresywnego i złośliwego. Jeśli prześledzimy pierwszą fazę rozwoju, czyli guza wielkości do 2 cm, ryzyko zgonu w ciągu 10 lat będzie na poziomie aż 70 proc., dlatego czasami rozważa się profilaktyczną mastektomię. Mutacja ta u mężczyzn oznacza prawdopodobnie zwiększone ryzyko raka trzustki, ale nie jest to jeszcze dobrze udokumentowane.

Z kolei mutacja genu NBS1 dotyczy ok. 250 tys. mężczyzn i związana jest z wysokim ryzykiem zachorowania na bardzo złośliwego raka prostaty. Dodatkowo oznacza też wysokie, czterokrotnie zwiększone ryzyko wystąpienia raka trzustki. Odkryliśmy też gen RECQL, którego mutacje powodują wysokie ryzyko zachorowania na raka piersi. Jest dziesięć razy rzadszy niż BRCA1, dotyczy ok. 10 tys. kobiet.

To są najczęściej występujące mutacje w naszej populacji.

GL Które są rzadsze, ale równie istotne?

Bardzo rzadko wykrywamy mutacje RAD51C i D, ale te wiążą się z bardzo wysokim ryzykiem wystąpienia raka jajnika po 50 r.ż. Wskazane jest, aby kobietom z taką mutacją wykonywać profilaktyczne usunięcie jajników. Z kolei mutacje w genie TP53 występują, według najnowszych badań molekularnych, częściej, niż jeszcze do niedawna przypuszczaliśmy. 10 proc. raków piersi u kobiet przed 30. r.ż. ma właśnie taką mutację – to dane światowe, które nasze badania zdają się potwierdzać. Mutacja w TP53 stanowi wskazanie do bezwzględniego unikania promieniowania rentgenowskiego i w związku z tym jest przeciwwskazana radioterapia oraz platyny, gdyż jako radiomimetyk uszkodzają DNA. Często kobiety te poddawane są radioterapii, a bezwzględnie nie powinny. Rzadko w formie zmutowanej występuje gen STK11. Oznacza ona bardzo wysokie ryzyko wystąpienia raka piersi – ponad 50 proc., a raka trzustki – jeszcze wyższe. Zastanawialiśmy się nawet, czy nie należałoby pomyśleć o profilaktycznym usunięciu trzustki u naszego pacjenta, gdyż wiemy, że nie będzie miał szans, jeśli rozwinie się u niego rak – przeżycie będzie wówczas najpewniej sześciomiesięczne.

GL A nowotwory jelita grubego?

To rzadkie zespoły, jak np. polipowatość, związane z mutacjami w różnych genach. Relatywnie częsty jest zespół Lynch'a z mutacją w genie HNPCC i dotyczy ok. 100 tys. osób w Polsce. Ludzi tych można skutecznie uchronić przed rakiem mimo

wysokiego wyjściowego ryzyka zachorowania, ale pod jednym warunkiem – że od 25. r.ż. będą robić co 2 lata kolonoskopię. To daje szansę na wychwycenie polipów jako bardzo wczesnych stanów przedrakowych.

Generalnie, zespołów chorobowych, które można rozpoznać na podstawie danych rodowodowo- klinicznych, jest ok. 300.

GL Jak można sprawdzić, czy odziedziczyło się gen nowotworowy?

Każdy pacjent, u którego w rodzinie był nowotwór, powinien udać się do lekarza POZ i wziąć skierowanie do onkologicznej poradni genetycznej. Podkreślam raz jeszcze: nie można dobrze leczyć raka piersi bez wykonania testów na BRCA1. Każdy powinien też sprawdzić, jaki ma poziom selenu, cynku i arsenu. Pacjenci onkologiczni również powinni to sprawdzić, przynajmniej znać status BRCA1, a także TP53. Informacja płynąca z genów jest w bardzo wielu przypadkach kluczowa, np. leczenie mężczyzn przy zdiagnozowanym raku prostaty jest różnicowane w zależności od tego, w jakim genie wystąpiła mutacja.

GL Kiedy będziemy umieli zapobiegać chorobom nowotworowym i skutecznie je leczyć?

Głęboko wierzę, że nowotwory zostaną opanowane, jednak planowanie tempa jest szalenie ryzykowne.

GL Jak to się stało, że od badania preparatów przeszedł pan do badania genów?

Patomorfologia to przede wszystkim diagnostyka raka. Zająłem się nią, bo interesowały mnie nowotwory. Jako młody człowiek szukałem na uczelni ciekawego miejsca i tak wyładowałem w zespole prof. Stanisława Woyke i prof. Wenancjusza Domagały, którzy wyjątkowo intensywnie działali w obszarze walki z nowotworami.

Dla mnie frustrujące było to, że diagnozuję nowotwór, i nic więcej z tego nie wynika. Chciałem, żeby raka nie było albo żeby można było go skutecznie zniszczyć. Profilaktyka i leczenie to były dla mnie bardzo fascynujące prowokacje. W onkologii wyjątkowo mocno.

GL Nad czym pan obecnie pracuje?

Wiem, że przy istniejących technologiach prawdopodobieństwo wykrycia drugiego BRCA1 jest bliskie zeru. Teraz musimy wyszukiwać igielki w stogu siana. Z pokorą przyjmujemy, że postęp będzie bardzo powolny, ale w końcu nastąpi. Cały czas intensywnie pracujemy nad genetyką kliniczną nowotworów. I choć od 25 lat pracowałem nad nowotworami rodzinnymi, wszystkie moje starania zmierzały także do rozwijania chemoprewencji. Prowadzimy obecnie duży projekt, w którym bierze udział 7 tys. kobiet z nieprawidłowymi stężeniami selenu. Analogiczny projekt, dotyczący kadmu i arsenu, jest już w przygotowaniu. Życie pokaże, co uda się odkryć. Na pewno chciałbym pozostawić po sobie panel projektów, które – mam nadzieję – moi znakomici współpracownicy w przyszłości doprowadzą do końca. ○



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

Czy wolność zawodu lekarza dentysty jest zagrożona?

W dnach 13-14 kwietnia w Salzburgu odbyła się Sesja Plenarna Europejskiej Regionalnej Organizacji [ERO] funkcjonującej w ramach Światowej Federacji Dentystycznej [FDI], której pracom mam zaszczyt i przyjemność przewodniczyć.

Oprócz regularnych punktów porządku obrad, w ramach omawiania efektów prac grup roboczych funkcjonujących w strukturze ERO mieliśmy okazję zapoznać się z dość długo już wyczekiwanym przez nas raportem grupy roboczej ds. wolnej praktyki stomatologicznej w Europie na temat zachodzących w ostatnich latach zmian w zakresie form wykonywania zawodu lekarza dentysty.

Przedstawiony raport opiera się przede wszystkim na informacjach przekazanych przez krajowe organizacje stomatologiczne z 33 państw. Grupa robocza opracowała dość obszerną ankietę z pytaniami dotyczącymi uczelni kształcących stomatologów, przepisów regulujących dostęp do zawodu i jego wykonywanie, organizacji zawodowych, struktury właścicielskiej stomatologicznych podmiotów leczniczych oraz form, w jakich lekarze dentyści w poszczególnych państwach wykonują zawód.

Autorzy raportu podjęli próbę dokonania analizy uzyskanych danych pod kątem tego, czy aktualna sytuacja może być uznana za przejaw zmian co do charakteru naszego zawodu. Zawodu, który w Europie tradycyjnie był uznawany za jeden z klasycznych przykładów tzw. wolnego zawodu – wykonywanego przez wysoko wykwalifikowanych profesjonalistów w formie własnej, samodzielnej działalności zawodowej, czyli w przeważającej większości w formie indywidualnej praktyki lekarsko-dentystycznej.

W raporcie wskazano, że taka forma wykonywania naszego zawodu jest nadal przeważająca w Europie, jednak proporcje pomiędzy liczbą lekarzy dentystów indywidualnie praktykujących a tych, którzy są zatrudnieni w podmiotach niebędących ich własnością (bez względu na to, czy odbywa się to na podstawie umowy o pracę, czy tzw. kontraktu), znacznie się w ostatnich latach zmieniły. Stosunek ten, w ocenie autorów raportu, zbliża się już do 50:50. Oczywiście, takie wnioski – mające oparcie jedynie o dane przekazywane w ramach ankiety – mogą nie w pełni odpowiadać rzeczywistości, jednak niewątpliwie pewien trend w tym kierunku można w Europie zaobserwować.

Obecność na sesji plenarnej ERO zaproszonych reprezentantów EDSA (Europejskie Stowarzyszenie Studentów Stomatologii) wniosła wiele ciekawych wątków w żywą dyskusję nad tym zagadnieniem.

Napływ „zewnętrznego” kapitału do stomatologii, zakładanie sieci gabinetów stomatologicznych, trochę odmienne spojrzenie na pracę zawodową młodych stomatologów oraz studentów, trudności i ryzyko gospodarcze wiążące się z utworzeniem i prowadzeniem własnej praktyki są faktem i powinniśmy się temu przyglądać oraz odpowiednio na to reagować.

Koledzy dzielili się spostrzeżeniami, że młodzi absolwenci często nie dążą do otwierania własnych praktyk, nie tylko z powodu obciążeń finansowych, nie tylko dlatego, że nie chcą podejmować tego ryzyka, ale jeszcze bardziej odstrasza ich działają wszystkie obciążenia biurokratyczne, konieczne do spełnienia wymogi formalnoprawne, nakładane w każdym kraju na nawet małe podmioty gospodarcze.

Podkreślano, że młodzi stomatolodzy dlatego właśnie częściej wybierają pracę w dużych klinikach i innych centrach medycznych. Myślę, że jest to na tyle istotne i interesujące zagadnienie, że należy tego rodzaju analizy kontynuować, być może nawet w jakiś bardziej zorganizowany sposób, z wykorzystaniem szerszych źródeł danych, z profesjonalną metodologią.

Co istotne, dostrzegając powyższe przemiany, raport wyraża nie podkreśla, że niezależnie od formy i miejsca wykonywania zawodu, stopnia jego „komercjalizacji”, nadal kluczowe jest zapewnienie, aby każdy lekarz dentysta przestrzegał zasad etyki zawodowej, był nieskrępowany w podejmowaniu decyzji dotyczących udzielanej swym pacjentom opieki stomatologicznej i kierował się przede wszystkim dobrem i bezpieczeństwem pacjenta. Innymi słowy, coraz bardziej dotykające nas uwarunkowania finansowe czy gospodarcze nie mogą przesłaniać nam wyżej wymienionych kluczowych dla naszego zawodu kwestii, niezależności w podejmowaniu decyzji terapeutycznych, właściwych relacji lekarz-pacjent.

Samorząd lekarski w Polsce od zawsze to podkreśla, zdając sobie jednocześnie sprawę, że staje się to coraz trudniejsze. ☺

Jak minister, to nie lekarz?



Lidia
Sulikowska

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

Jak wynika z zestawienia opracowanego przez Instytut Zdrowia i Demokracji, w większości krajów Unii Europejskiej ministrowie zdrowia nie kończyli studiów medycznych. Kto więc stoi za sterami resortów zajmujących się opieką zdrowotną i czy w ogóle wykształcenie w danym kierunku przy obsadzaniu tego stanowiska ma znaczenie?



Według danych zebranych przez IZiD na 28 aktualnie urzędujących ministrów zdrowia państw członkowskich UE¹, tylko dziewięciu jest lekarzami. Co więcej, dodając do tego zestawienia inne kraje – powiązane z Unią Europejską w ramach Europejskiego Obszaru Gospodarczego lub posiadające umowy o współpracy (Norwegię, Islandię, Szwajcarię) – to dysproporcja ta jest jeszcze większa.

PRAWNIK, EKONOMISTA, TEOLOG
Studia medyczne na wydziale lekarskim ukończyli ministrowie: Belgii (Maggie De Block), Chorwacji (Milan Kujundžić), Francji (Agnès Buzyn), Grecji (Andreas Xanthos), Litwy (Aurelius Veryga), Łotwy (Anda Čakša), Malt (Chris Fearn), Portugalii (Adalberto Campos Fernandes) i Polski (Łukasz Szumowski). Pozostali posiadają wykształcenie w innych dziedzinach. Spośród zawodów niemedycznych najczęściej ministrowie zdrowia to absolwenci

zarządzania, ekonomii, finansów, handlu, prawa i politologii. Warto przy tym zauważyć, że większość z nich posiada wykształcenie wielokierunkowe, np. dodatkowo w obszarze hotelarstwa, filozofii, medioznawstwa, a nawet informatyki czy historii sztuki. I tak, Beate Hartinger-Klein (Austria) jest socjologiem, ekonomistą i dodatkowo posiada wykształcenie z zakresu handlu. Alain Berset ze Szwajcarii jest politologiem i ekonomistą, Jeremy Hunt z Wielkiej Brytanii to absolwent filozofii,

9

– tylu ministrów zdrowia w UE jest z wykształcenia lekarzami.

¹ Instytut Zdrowia i Demokracji, stan na dzień 17.03.2018 r. Uwaga – w wielu krajach ministerstwa właściwe do spraw zdrowia nie zajmują się jedynie opieką zdrowotną, np. sprawując pieczę także nad opieką społeczną lub zajmując się jeszcze szerszym zakresem. Dla przykładu, na Węgrzech zdrowiem zarządza Ministerstwo Zasobów Ludzkich, a w Szwajcarii – Federalny Departament Spraw Wewnętrznych.

– LEKARZE WŚRÓD MINISTRÓW ZDROWIA UNII EUROPEJSKIEJ SĄ W MNIEJSZOŚCI. PRZYJMUJĘ, ŻE NIE JEST TO KWESTIA PRZYPADKU. WYNIKA TO Z WYZWAŃ, Z JAKIMI NASZE I INNE SPOŁECZEŃSTWA MIERZĄ SIĘ, ORAZ KOMPETENCJI NIEZBĘDNYCH DO ZBUDOWANIA W TYCH WARUNKACH OPTYMALNYCH ROZWIĄZAŃ – UWAŻA ROBERT MOŁDACH, EKSPERT INSTYTUTU ZDROWIA I DEMOKRACJI.

politolonii i ekonomii. Bent Høie (Norwegia) ukończył prawo, handel i hotelarstwo, Lydia Mutsch (Luksemburg) – politologię i socjologię, a Tomáš Drucker (Słowacja) – prawo i informatykę. Minister zdrowia Finlandii Pirkko Mattila ukończyła pielęgniarstwo. Na czele resortów zdrowia Niemiec (Hermann Gröhe), Hiszpanii (Dolors Montserrat) i Rumunii (Vlad Voiculescu) stoją prawnicy, ten kierunek studiów rozpoczęła też, ale nie ukończyła, minister zdrowia Włoch Beatrice Lorenzin. Także minister zdrowia Irlandii Simon Harris nie zrealizował studiów wyższych w pełnym zakresie.

Za sterami resortów zajmujących się opieką zdrowotną stoją też przedstawiciele mniej oczywistych specjalności. Na Węgrzech funkcję tę pełni teolog, który jest ekspertem kultury antycznej Grecji, z kolei Islandczycy mają językoznawcę i specjalistę filologii islandzkiej, a Holendrzy – specjalistę do spraw nauczania początkowego. Co ciekawe, w Holandii w 1986 r. rodziła się, uznawana dziś za wzorcową w świecie, koncepcja organizacji i finansowania systemu ochrony zdrowia, opracowana przez komisję, na czele której stał nie lekarz, a biznesmen dr Wisse Dekker (w komisji zasiadali jednak też przedstawiciele zawodów medycznych, w tym zastępca przewodniczącego Arend Jan Dunning, profesor kardiologii na Uniwersytecie w Amsterdamie).

CZY WYKSZTAŁCENIE SIĘ LICZY?

Przekrój dotyczący wykształcenia ministrów zajmujących się ochroną zdrowia jest więc spory, nie da się jednak nie zauważyć, że wśród ministrów zdrowia w UE proporcja lekarzy do przedstawicieli innych zawodów nie wychodzi najlepiej. Dlaczego tak się dzieje? Jakże właściwie wykształcenie powinno

być preferowane przy wyborze na ten urząd? Czy ukończony kierunek studiów ma w ogóle znaczenie przy wyborze kandydatów na tego typu stanowiska? Czy tutaj jednak decyduje przede wszystkim pozycja polityczna osoby desygnowanej, a może do tychczasowe doświadczenie? Każdy z przypadków wymagałby zapewne oddzielnej, wnikliwej analizy, jednak zdaniem niektórych ekspertów wybór na to stanowisko lekarza nie jest trafiony. Dlaczego?

– Lekarze wśród ministrów zdrowia Unii Europejskiej są w mniejszości. Przyjmuję, że nie jest to kwestia przypadku. Wynika to z wyzwań, z jakimi nasze i inne społeczeństwa mierzą się, oraz kompetencji niezbędnych do zbudowania w tych warunkach optymalnych rozwiązań – uważa Robert Mołdach, ekspert Instytutu Zdrowia i Demokracji. Jego zdaniem zasady ładu organizacyjnego uczą nas, że szczególnie tam, gdzie angażuje się środki publiczne oraz decyduje o zdrowiu i bezpieczeństwie obywateli, należy dążyć w maksymalnym stopniu do unikania nawet potencjalnego konfliktu interesu. – Oczywiście można i należy ufać w bezstronność osób pełniących funkcje publiczne, jednak zapobieganie wszelkim formom, podkreślam, potencjalnego konfliktu interesu, jest zasadą nadrzędną w kształtowaniu ładu publicznego. Takie postępowanie jest po prostu zdrowe dla systemu.

W przypadku konstytucyjnego ministra do spraw zdrowia, niebędącego lekarzem, są zdecydowanie mniejsze szanse na wystąpienie potencjalnego konfliktu interesów niż w przypadku lekarza – podkreśla Robert Mołdach, zwracając jednocześnie uwagę, że przy wyborze lidera resortu zdrowia ważna jest też kwestia przygotowania merytorycznego i kompetencji, a ochrona zdrowia to dziedzina życia, w której spletają się ze sobą zagadnienia z obszarów finansów, organizacji i zarządzania, prawa, polityki społecznej i medycyny.

Podobnego zdania jest Wojciech Bociański, ekspert ds. służby zdrowia BCC. – Uważam, iż podobnie jak w Ministerstwie Obrony Narodowej, gdzie to nie wojskowy jest ministrem, tak w Ministerstwie Zdrowia minister nie powinien wywodzić się ze środowiska medycznego. Przynależność do grupy zawodowej stygmatyzuje określone zachowanie. Ministrem się bywa, a lekarzem czy pielęgniarką się jest i będzie. Gdzieś w tyle głowy pozostaje świadomość, że po odejściu z ministerstwa trzeba wrócić do zawodu i opinia środowiskowa będzie ważna. Resortem zdrowia powinien kierować sprawny organizator, mając mądrego lekarza, najlepiej epidemiologa, za doradcę. Oczywiście dotyczy to scentralizowanej opieki zdrowotnej, gdyż przy zdecentralizowaniu Ministerstwo Zdrowia jako koordynator systemu jest niepotrzebne – uważa Wojciech Bociański. ○

=====

W Polsce, licząc od czasów transformacji w 1989 r. do dzisiaj – tylko trzech ministrów zdrowia nie było lekarzami. Wśród nich najbardziej w pamięci zapisała się Franciszka Cegielska, absolwentka Politechniki Szczecińskiej i Politechniki Gdańskiej, minister zdrowia w rządzie Jerzego Buzka (od 26 marca 1999 r. do 22 października 2000 r. – ostatniego dnia swojego życia). Pozostali szefowie resortu zdrowia niebędący lekarzami to: Wojciech Rudnicki (prawnik, minister zdrowia w pierwszym rządzie Marka Belki, pełnił tę funkcję przez 17 dni, zrezygnował ze względu na stan zdrowia) oraz Marian Czeakański (ekonomista, minister zdrowia w drugim rządzie Marka Belki, pełnił tę funkcję przez 34 dni).

» W Łodzi o bezpieczeństwie pacjentów

Łódzki okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych wspólnie z okręgowym rzecznikiem odpowiedzialności lekarskiej, okręgowym rzecznikiem odpowiedzialności aptekarskiej i krajowym rzecznikiem odpowiedzialności diagnostów laboratoryjnych zapraszają pielęgniarki, położne, lekarzy, diagnostów laboratoryjnych i aptekarzy na konferencję „Rzecznicy Odpowiedzialności Zawodowej Zawodów Medycznych w trosce

o dobro i bezpieczeństwo pacjenta”. Spotkanie odbędzie się 17 maja w Urzędzie Miasta Łodzi, udział w konferencji jest bezpłatny. Uczestnicy będą rozmawiać m.in. o zasadach etyki w medycznych zawodach zaufania publicznego, komunikacji w zespole terapeutycznym pielęgniarek i położnych oraz lekarzy, diagnostów laboratoryjnych oraz aptekarzy, a także o ochronie danych osobowych pacjentów w świetle nowych przepisów RODO. ○



» 50- lecie pracy w zawodzie

Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska honoruje lekarzy i lekarzy dentystów z okazji 50-lecia uzyskania dyplomu lekarza. Do 2018 r. przyznano 131 powyższych wyróżnień. To szczególnie wzruszająca chwila dla odznaczonych. Wielu z nich w świetnej formie

osobiście odbiera gratulacje na dorocznym zjeździe delegatów. Odznaczeni otrzymują sygnowaną replikę obrazu olsztyńskiego artysty Roberta Listwana zamówioną specjalnie na tę okoliczność, oryginał obrazu dekoruje sekretariat izby. ○

Źródło: strony internetowe i biuletyn okręgowych izb lekarskich



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

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

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

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

» Konkurs dla dbających o doskonalenie zawodowe

Z inicjatywy Komisji ds. Doskonalenia Zawodowego ORL w Warszawie zorganizowano konkurs dla lekarzy i lekarzy dentystów warszawskiej izby, którzy w okresie od 6 listopada 2008 r. do 31 grudnia 2017 r. przynajmniej w jednym czteroletnim okresie rozliczeniowym dopełnili obowiązku doskonalenia zawodowego. Losowanie nagród odbyło się w marcu, w czasie posiedzenia Prezydium ORL. Wzięło w nim udział 2624 lekarzy i lekarzy dentystów, wśród których rozlosowano 15 nagród finansowych. Jak mówią autorzy tej inicjatywy, konkurs zorganizowano, by docenić te osoby, które rzetelnie wypełniają obowiązków doskonalenia zawodowego, a także by zmotywować medyków do zwiększenia aktywności szkoleniowej oraz dokumentowania odbytych szkoleń w rejestrze okręgowej izby lekarskiej. Konkurs będzie przeprowadzany cyklicznie – w I kwartale każdego roku. Do losowania będą kwalifikowane osoby, które w poprzednim roku kalendarzowym dostarczyły do ośrodka doskonalenia zawodowego warszawskiej izby potwierdzenia uzyskania obowiązkowych punktów edukacyjnych (wcześniej nieweryfikowane) i dopełnili obowiązku doskonalenia zawodowego, uzyskując więcej niż 200 punktów przynajmniej w jednym zakończonym okresie rozliczeniowym. 

» Zajrzyj do e-booka

Na platformie internetowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej zamieszczono pierwszą część e-booka dr Magdaleny Szumskiej zatytułowanego „Komunikacja z wymagającym pacjentem”. Publikacja powstała na zlecenie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. To pierwsza część z serii planowanych e-booków na temat codziennych relacji lekarzy z pacjentami. 

» Pomagali w wyborze specjalizacji

Śląska Izba Lekarska zorganizowała dla studentów medycyny i stażystów konferencję „Wszystko, co chcieliście wiedzieć na temat specjalizacji, ale baliście się zapytać”. Jak nietrudno się domyślić, spotkanie miało na celu pomóc w wyborze właściwej specjalizacji. – Młody lekarz pracuje podczas stażu podyplomowego na kilku wyznaczonych oddziałach, aby zapoznać się z pracą w szpitalu. Specjalizację, która determinuje jego całe zawodowe życie, musi wybrać z przeszło 30 możliwych do realizacji. Poza pocztą pantoflową nie ma innego sposobu, żeby poznać szczegóły i realia pozostałych działów medycyny – tłumaczy pomysłodawca konferencji dr Krzysztof Musialik. Spotkanie odbyło się 14 kwietnia, uczestnicy otrzymali wiele cennych informacji o warunkach i organizacji pracy na poszczególnych oddziałach. Informacje o charakterze pracy w ramach różnych dziedzin medycyny, zarówno zabiegowych jak i niezabiegowych, przekazywali lekarze, którzy są w trakcie odbywania specjalizacji lub niedawno ją ukończyli. 

» Konsultacje w sprawie RODO

W siedzibie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu w każdy wtorek w godz. 14.00–18.00 odbywają się **bezpłatne konsultacje dotyczące unijnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO)** w kontekście działalności leczniczej. Inicjatywa jest skierowana dla członków WIL (aby skorzystać z porad, trzeba podać numer PWZ i nie zalegać z opłacaniem składek członkowskich). – Konsultacje będziemy prowadzić do końca maja – informuje Marek Saj, Administrator Bezpieczeństwa Informacji WIL. Przypominamy – RODO zaczyna obowiązywać 25 maja. Rozporządzenie zmienia zasady przetwarzania, wykorzystywania i przechowywania danych osobowych osób fizycznych, zwiększając ochronę tych danych i nakładając nowe obowiązki na administratorów. RODO dotyczy podmiotów wszystkich branż, w tym także medycznej. 

UWAGA – BADANIE OPINII!

Szanowne Koleżanki i Koledzy,

W naszej pracy i w polityce zdrowotnej dużo się dzieje. Co dziś sądzimy o warunkach naszej pracy w nieustannie reformowanej ochronie zdrowia? Co sądzimy o głośnych wydarzeniach? O nadchodzących zmianach w wystawianiu zwolnień i recept? Rozpoczęliśmy badanie opinii o tych problemach i gorąco prosimy o wzięcie w nim udziału. Zajmie to około 10 minut. Za każdą wypełnioną ankietę prześlemy Fundacji Lekarze Lekarzom symboliczną złotówkę. Mamy więc nadzieję, że będzie ich bardzo dużo. Nasze oczekiwania i propozycje zmian w ochronie zdrowia powinniśmy opierać na dobrej znajomości opinii naszego bardzo zróżnicowanego środowiska. Bardzo dziękujemy ponad kilku tysiącom Koleżanek i Kolegów biorących udział w badaniach OSaI. Bywały one trudne i czasochłonne. Teraz planujemy kilka krótkich badań i liczymy na Państwa aktywność i udział.

Prof. Romuald Krajewski, wiceprezes NRL

Izbowi dziennikarze w Płocku



Raz do roku dziennikarze pism samorządu lekarskiego spotykają się, aby porozmawiać o problemach związanych z naszymi mediami i czegoś się nauczyć.

RYSZARD GOLAŃSKI

Osiem lat temu spotkaliśmy się w Płocku. To miasto o wielowiekowej tradycji i uroczej, choć niewielkiej starówce, w tym roku gościło nas ponownie.

Mało kto wie, że w XII wieku Płock pełnił rolę stolicy Polski. Dowodami na to są groby naszych władców z tamtych czasów: Władysława Hermana i Bolesława Krzywoustego, którzy spoczywają w płockiej katedrze.

RYWALIZACJA

Gospodarzami naszego spotkania byli: wybrany niedawno nowy prezes okręgowej rady lekarskiej Ryszard Mońdział, były prezes, a także przewodniczący Kolegium Redakcyjnego „Gazety Lekarskiej” Jarosław Wanecki oraz sekretarz

rady okręgowej w VIII kadencji i redaktor naczelna izbowego biuletynu Joanna Sokołowska. W spotkaniu tradycyjnie brali udział lekarze-dziennikarze i dziennikarze z „Gazety Lekarskiej” oraz pism izb okręgowych.

Tegoroczne spotkanie rozpoczęło się od głosowania w konkursie „Przychodzi wena do lekarza”. Ten literacki konkurs, noszący imię prof. Andrzeja Szczeklika, zainaugurowany przez tego wybitnego lekarza i pisarza, wspólnie z wydawnictwem „Medycyna Praktyczna”, ma wieloletnią tradycję. W tym roku po raz pierwszy, z inicjatywą jury konkursu (jako przewodniczący Komisji Kultury Naczelnej Rady Lekarskiej), została wprowadzona nowa kategoria: konkurs na najlepszy felieton w piśmie izby lekarskiej.

Założeniem tej kategorii było promowanie wydawnictw samorządu lekarskiego. Każda redakcja miała prawo wskazać swojego kandydata – najlepszego felietonistę-lekarza i jego najlepszy felieton, opublikowany w roku 2017. Korespondencyjnie lub na miejscu w Płocku przedstawiciele każdej redakcji mogli przyznawać punkty pięciu felietonom, oczywiście poza tym zgłoszonym przez siebie.

Felietonom punkty będzie przyznawać także jury konkursu „Przychodzi Wena do Lekarza” w późniejszym terminie. O tym, który felieton i autor zwycięży, zdecyduje suma punktów. Ogłoszenie wyników nastąpi podczas uroczystej gali w Teatrze im. Juliusza Słowackiego w Krakowie w dniu 17 maja tego roku.

W spotkaniu tradycyjnie brali udział lekarze-dziennikarze i dziennikarze z „Gazety Lekarskiej” oraz pism izb okręgowych.

Wielka szkoda, że nie wszystkie redakcje chciały skorzystać z tej doskonałej okazji do promowania siebie i swojej okręgowej izby lekarskiej. Być może należy popracować jeszcze nad regulaminem konkursu, bo zgłoszonych było do niego wiele uwag, ale uważam, że powinna mieć miejsce kolejna edycja takiej rywalizacji.

NAUKA

Kolejnym punktem spotkania były warsztaty przeprowadzone przez Katarzynę Kubisiowską, dziennikarkę, felietonistkę „Tygodnika Powszechnego”, autorkę książki „Rak po polsku”. Ulubioną formą dziennikarską naszego gościa jest wywiad. Nic więc dziwnego, że znacząca część zajęć była poświęcona omawianiu tego, jak dziennikarz powinien przygotować się do przeprowadzenia wywiadu, w jaki sposób go realizować i jak sprawić, by rozmówca „się otworzył”. Uczestniczący w warsztatach dziennikarze

DYSKUTOWANO O TYM, W JAKIM STOPNIU DZIENNIKARZ POWINIEN W SWOIM TEKŚCIE WIERNIE ZACHOWAĆ SŁOWNICTWO ROZMÓWCY, A W JAKIM DOKONAĆ KOREKT REDAKCYJNYCH, ZGODNIE Z KANONAMI.

dzielili się swoimi doświadczeniami w tej kwestii i zadawali wiele pytań.

Wiele mówiono także o felietonie i felietonistach. To było oczywiście, w kontekście przeprowadzonego wcześniej głosowania w tej kategorii. Według prowadzącej warsztaty felieton to najtrudniejsza forma dziennikarska.

Sporo czasu poświęcono dyskusji o tym, co kryje się za słowami: „felieton” i „felietonista”. Okazało się, że ogłoszony przez nas konkurs, po pierwsze, dotyczy tak trudnej formy wypowiedzi, po drugie – jest pierwszym konkursem tego typu w Polsce.

Wiele mówiono także o języku

polskim, o następujących w nim zmianach i przełożeniu tych zmian na język, w jakim pisane są w tej chwili powieści i opowiadania. Język używany przez dziennikarzy różni się od tego potocznego (ulicznego) i tego używanego przez pisarzy. Dyskutowano o tym, w jakim stopniu dziennikarz powinien w swoim tekście wiernie zachować słownictwo rozmówcy, a w jakim dokonać korekt redakcyjnych, zgodnie z kanonami.

Kolejna część spotkania dotyczyła spraw organizacyjnych. Wymieniano się informacjami co do liczby wydań poszczególnych pism okręgowych w roku 2019. Wiele jest jeszcze znaków

REKLAMA



zapytania, bowiem wiele nowo wybranych rad okręgowych jeszcze się nie ukonstytuowało.

Nie dyskutowano w izbach nad kształtem pism w rozpoczynającej się kadencji. W kadencji minionej mogłem usłyszeć od kolegów redaktorów o tym, że dla rady okręgowej, czasami także dla prezesa, pismo jawi się wyłącznie jako znaczący koszt w budżecie. Takich izb jest na szczęście niewiele i miejmy nadzieję, że ich liczba się jeszcze zmniejszy.

▲ **Dzieliliśmy się m.in. doświadczeniami w prowadzeniu stron internetowych pism izbowych, niezależnych od witryny samej izby.**

Podczas niektórych zjazdów okręgowych wróciła dyskusja nad formą komunikowania się samorządu z lekarzami. Wydawnictwa papierowe są dla większości najlepszą formą przekazywania informacji, o ich likwidacji już się nie mówi, ale zgłaszane są postulaty komunikacji bardziej nowoczesnymi środkami przekazu. Dzieliliśmy się doświadczeniami w prowadzeniu stron internetowych pism izbowych, niezależnych od witryny samej izby. Ale takich stron jest niewiele. Ich zaletą jest to, że często bywają bardziej aktualne niż strona OIL. „Gazeta Lekarska” prowadzi aktualizowany codziennie portal, z udziałem czytelników, czyli komentarzami lekarzy. Liczba wejść na www.gazetalekarska.pl pozostawia jeszcze wiele do życzenia, choć stale odnotowujemy wzrost czytelnictwa i staramy się uatrakcyjnić formę oraz publikowane treści.

Trudno w to uwierzyć, ale dokumenty jasno dowodzą, że szkoła ta nieprzerwanie działa w tym samym miejscu od roku 1180! W XVII wieku szkołą kierował św. Andrzej Bobola. W korytarzach wiszą portrety wybitnych absolwentów tej szkoły. Poważnie patrzył na mnie prezydent Ignacy Mościcki. Zaskoczyła mnie podobizna Jana Zumbacha, słynnego polskiego lotnika z czasów II wojny światowej. Nasza przewodnicząca na chwilę zatrzymała nas przy portrecie Tadeusza Mazowieckiego, pierwszego premiera odrodzonej Polski. Imponujące jest podziemne muzeum, urządzone dzięki dotacjom z Unii Europejskiej. W nowoczesnej formie pokazuje ono architektoniczne dzieje szkoły. Można zobaczyć romańskie i gotyckie fragmenty murów. Miejsca, gdzie przez stulecia funkcjonował cmentarz.

Wieczór zakończyliśmy w przepięknej auli szkoły, z odrestaurowanymi polichromiami, które cudem, dzięki staraniom dyrektorki szkoły, ocalały. Prawdziwym przeżyciem był koncert chóru lekarskiego z Olsztyna, „Medici Pro Musica”, który zaprezentował program oparty na piosenkach „Kabaretu Starszych Panów”. Wiele piosenek widownia śpiewała wspólnie z artystami, rozkoszując się piękną polszczyzną i inteligentnym dowcipem Jeremiego Przybory oraz muzyką Jerzego Wasowskiego. Pewną niespodziankę sprawili koleżankom i kolegom Jarosław Waneczki oraz piszący te słowa, śpiewając z chórem piosenkę „Jeżeli kochać, to nie indywidualnie”. Refren śpiewała cała sala. ○



◀ **Sporo czasu zajęło omawianie spraw organizacyjnych.**

▼ **Była też rozmowa o kosztach wydawania biuletynów.**

POZNAWANIE

Organizatorzy zapewнили uczestnikom dziennikarskiego spotkania dodatkowe atrakcje. Pierwszego dnia osoby chętne mogły zwiedzić Orlen Arenę, czyli halę widowiskową. Jest ona głównie widownią zmagañ jednej z najlepszych w Polsce drużyn piłki ręcznej mężczyzn – Wisły Płock. Ten nowoczesny obiekt, mogący pomieścić 5500 widzów, zrobił na zwiedzających duże wrażenie, szczególnie te miejsca, które dla kibica sportowego czy widza koncertu nie są dostępne.

Drugiego dnia mogliśmy zwiedzić najstarszą szkołę w Polsce, czyli słynną „Małachowiankę” – liceum imienia Marszałka Stanisława Małachowskiego.




Leszek Dudziński

Wiceprezes NRL, przewodniczący
Komisji Stomatologicznej NRL

Między Płońskiem a Głinojeckiem

Kończy się obecna kadencja, wybierane są nowe władze. Przyszedł więc czas na podsumowania.

W najmielszych wyobrażeniach nie przypuszczałem, mówiąc jakiś czas temu, że przyszła pora na zmiany pokoleniowe, że wydarzy się coś, co dotknie mnie w sposób szczególnie, śmierć mojego wielkiego przyjaciela, kolegi ze studiów, Krzysia Dawidowskiego. Nasza przyjaźń trwała przez lata, aż do ubiegłego tygodnia.

Poznaliśmy się już pierwszego dnia, w Pałacu Branickich, przed ćwiczeniami z anatomii. Byliśmy w jednej małej grupie, razem z Krzysiem, Elą, Ewą. Tworzyliśmy bardzo zgraną paczkę, pomagając sobie wzajemnie. Wspieraliśmy się nie tylko w walce o przebrnięcie przez niełatwe studia, ale również wtedy, gdy ktoś z nas miał jakieś problemy albo trudności życiowe.

Krzysiek był samorządowcem od samego początku, takim z przekonania. Jako człowiek pozytywnie nastawiony do ludzi, zawsze starał się wszystkim pomagać (niezależnie, czy było to związane z działalnością w izbach lekarskich, czy poza nimi). Najpierw walczył o reaktywację i tworzenie samorządu lekarskiego, potem przez wiele lat pracował z nami w Komisji Stomatologicznej NRL, współtworząc koncepcję ubezpieczeń czy katalogu świadczeń gwarantowanych w stomatologii. Był wieloletnim sekretarzem i prezesem OIL w Białymstoku. Sprawy zawodowe postrzegał przez pryzmat lekarza praktyka.

W trudnych chwilach staraliśmy się mu pomóc, ale nie spodziewaliśmy się, że przed rozpoczęciem kolejnej kadencji dotrze do nas informacja, że Krzysio odszedł tak nagle, przecież jeszcze tak niedawno namawialiśmy naszą koleżankę, by jako kolejny lekarz dentysta kandydowała na stanowisko prezesa ORL. To dla mnie bardzo smutne zakończenie VII kadencji.

Podczas ostatniego spotkania Komisji Stomatologicznej podsumowywaliśmy cztery lata pracy. Była to trudna kadencja, ale chyba długo nie powtórzy się podobna. Przede wszystkim dlatego, że miniona była niezwykle pozytywna, jeśli chodzi o kwestie finansowe. To, co się udało, naprawdę napawa optymizmem. Wreszcie są podstawy finansowe, żeby myśleć o nowej siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej, a potrzeba, żeby się nad tym tematem zastanowić, była już przecież od dawna.

Jeśli chodzi o sprawę stomatologii, chyba najistotniejszym wydarzeniem ostatnich lat był Światowy Kongres Dentystyczny (FDI), który odbył się w Poznaniu. Zauważony został zarówno

przez media, jak i przez międzynarodową społeczność stomatologiczną. Był szczególny, nie tylko ze względu na liczbę uczestników, ale też na wysoki poziom merytoryczny. Doświadczenia tam zdobyte zaowocowały zorganizowaniem w Polsce Kongresu Unii Lekarzy Dentystów oraz obecnością polskich przedstawicieli w światowych strukturach stomatologicznych, dr Anny Lelli i prof. Marzeny Dominiak.

Jeśli chodzi o działalność samej Komisji Stomatologicznej NRL, udało się nam zrealizować wiele przedsięwzięć, szczególnie w sprawach kształcenia. To niewątpliwie sukces oparty na współpracy z Ośrodkiem Doskonalenia Zawodowego NIL. Liczba szkoleń, jak i szeroka ich tematyka oraz liczba osób w nich uczestniczących, świadczy o tym, że to jeden z najistotniejszych kierunków działania samorządu, także na poziomie izb okręgowych. Musimy tworzyć struktury zaangażowane w upowszechnianie wiedzy wśród lekarzy, a także umożliwianie im kształcenia w obszarze tych najbardziej interesujących środowisko tematów.

Mniej sukcesów możemy odnotować, jeśli chodzi o współpracę z Ministerstwem Zdrowia. Nie udało się utworzyć struktury organizacyjnej poświęconej stomatologom ani nie utworzono w resorcie tym stanowiska dla osoby, która byłaby odpowiedzialna za sprawę stomatologii. Małym sukcesem było wydanie komunikatu ministerstwa odnoszącego się do dyrektywy związanej z ochroną środowiska i amalgamatem, dzięki któremu gabinety, gdzie nie usuwa się wypełnień amalgamatowych, nie muszą mieć separatorów oraz uznano interpretację, która dopuszcza w praktykach i podmiotach wielostanowiskowych montowanie separatorów tylko na jednym stanowisku.

Ministerstwo Zdrowia przedstawiło projekt zwiększenia limitu przyjęć na kierunek lekarsko-dentystyczny, mimo że Komisja Stomatologiczna wielokrotnie postulowała, żeby dostosować liczbę kształconych lekarzy do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych Polaków.

Ponadto KS podjęła stanowisko, w którym skierowała apel do Naczelnej Rady Lekarskiej, ażeby ta rozważyła możliwość utworzenia dodatkowego miejsca w NRL przyszłej kadencji ponad pułę przewidzianą dotychczas dla lekarzy dentystów. Na ostatnim spotkaniu Komisji obecnych było wielu lekarzy dentystów, którzy zostali wybrani na zjazdach okręgowych i są już delegatami na zjazd krajowy, a także znaleźli się w strukturach organizacyjnych VIII kadencji. Już widać napięcie przedwyborcze i pewien niepokój, a szczególnie w sytuacji, kiedy spośród około stu lekarzy dentystów delegatów trzeba wybrać dziesięciu lub jedenastu do Naczelnej Rady Lekarskiej. ○

Bez impactu nie ma faktu

Z prof. **Tomaszem Konopką**, wiceprezesem Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego i przewodniczącym Komitetu Nauki Akademii Wiedzy i Praktyki PTS, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

GL
W Y W I A D

GL Powierzono panu funkcję redaktora prowadzącego czasopism stomatologicznych. Na czym ta rola polega?

O dawna stomatolodzy akademicy postulowali, aby polskie czasopismo naukowe o tematyce stomatologicznej znalazło się na tzw. liście A – ministerialnej, co jest równoznaczne z wejściem na tzw. listę filadelfijską, prowadzoną przez Thomson Reuters Scientific. To ważny element rozwoju każdej dyscypliny naukowej, w tym wypadku stomatologii. Powszechnie mówi się, że bez impactu nie ma faktu, co oznacza, że w dorobku pracowników naukowych, ale również wydziałów rozpoznawalne są de facto tylko prace zamieszczane w czasopismach rangowanych na tej liście. Wychodząc naprzeciw tym wymogom i realizując swoje cele statutowe, PTS powinno podjąć wszystkie możliwe działania w kierunku zamieszczenia na liście filadelfijskiej przynajmniej jednego z takich polskich czasopism. Oczywiście nie mielibyśmy nic przeciwko temu, aby znalazło się ich więcej w tym elitarnym gronie, ale bądźmy realistami.

GL A może właśnie należałoby mierzyć wysoko.

Obecnie lista filadelfijska liczy zaledwie 90 czasopism z całego świata i do tej absolutnej elity trafia się po spełnieniu wielu warunków. Ale jeśli już to nastąpi, oprócz nobilitacji dla kraju, z którego czasopismo pochodzi, otwiera się droga dla awansu publikujących naukowców, co przekłada się na rozwój całej stomatologii, wydziałów, zaplecza naukowego i klinicznego. Jest zatem o co walczyć i z taką intencją PTS powołało Komitet Nauki Akademii Wiedzy i Praktyki. Od 2000 r. jestem redaktorem jednego z czasopism – „Dental and Medical Problems”, kwartalnika, który – być może – w przyszłości ma szansę trafić na tę listę. To będzie wyzwanie, ponieważ wiele krajów aplikuje, by dołączyć do tego grona. W Polsce na rynku jest 18 czasopism stomatologicznych, w tym 10 o tematyce ogólnostomatologicznej i 8 specjalistycznych (2 ortodontyczne, 1 protetyczne, 3 implantologiczne, 1 endodontyczne oraz 1 dotyczące stomatologii estetycznej). Wszystkie znajdują się na tzw. liście ministerialnej B, mają od 3 do 12 punktów i moim zdaniem zabezpieczają potrzeby klinicznych lekarzy dentystów, którzy w gabinetach korzystają z zawartej tam wiedzy. Jednak publikacje te są z reguły w języku polskim i z założenia mają

możliwie praktyczny charakter. W tym kontekście spełniają swoją rolę. Uważam, że z tych 18 czasopism przynajmniej jedno powinno się różnić od innych, mieć charakter stricte naukowy, by móc pretendować do listy filadelfijskiej.

GL A kryteria, które trzeba spełnić?

Przed wszystkim należy zadbać o poziom publikacji, które oprócz tego, że powinny być nienaganne metodologicznie, muszą być nowatorskie, a najlepiej odkrywcze. Taka publikacja nie zawsze musi być bezpośrednio przydatna dla praktykującego lekarza dentysty, ale jest istotna dla rozwoju stomatologii wspartej dowodami naukowymi. Oczywiście osiągnięcia naukowe w perspektywie powinny służyć praktyce, ale nie zawsze zależności te są takie spektakularne. Wymogiem jest także, aby każdy taki artykuł był napisany w perfekcyjnym medycznym języku angielskim, ponieważ musi być w pełni zrozumiały dla odbiorców na całym świecie. Powinien też zawierać treści, które będą interesujące dla innych badaczy i mogą być przez nich zacytowane, a więc muszą mieścić się w najbardziej dyskutowanych obecnie zagadnieniach w poszczególnych specjalizacjach stomatologicznych.

Kryterium podstawowym decydującym o przyjęciu na listę filadelfijską jest stosunek prac cytowanych w czasopismach znajdujących się na tej liście do liczby prac zamieszczonych w roku w danym czasopiśmie. Zatem nie chodzi o zapełnianie szpalt badaniami przyczynkarskimi, problemami dawno już wyjaśnionymi czy opisami przypadków. Oprócz listy Thomson Reuters jest jeszcze europejska baza czasopism naukowych SKOPUS, zawierająca około 22 600 tytułów, w tym dwa tytuły polskich czasopism stomatologicznych: rangowany od 2009 r. „Dental and Medical Problems” oraz od 2011 r. „Journal of Stomatology”. Są to czasopisma, które mają największą szansę dołączyć do listy filadelfijskiej. Trzeba jednak wypracować model, który pozwoli spełnić te wszystkie kryteria.

GL Jak daleko jest nauce do fotela dentystycznego?

Spośród nauk medycznych stomatologia jest uprzejmiej jak żadna inna. Dlatego nawet w najbardziej spekulatywnych koncepcjach naukowych dotyczących tej dziedziny trudno abstrahować od fotela dentystycznego, od podejmowanej decyzji klinicznej. Przy wyborze opracowania każdego

zagadnienia naukowego w stomatologii należy zawsze pamiętać o jego wymiarze utylitarnym. Oczywiście nie każdy temat, np. wykorzystanie MES, musi zainteresować lekarza praktyka, ale badania takie wspierają stomatologię dowodem naukowym, a nie spekulacją pracownika tej czy innej firmy.

Przy nieprawdopodobnym postępie w medycynie, nie da się z niego wyłączyć stomatologii, która jest jej nierozdzielną częścią. I tu jest właśnie miejsce na naukę – np. genetyka, mikrobiologia, immunologia, nanotechnologie zmieniają i jeszcze zmienią współczesną stomatologię. Jeśli stomatologia nie chce być wyłącznie rzemiosłem, powinna pełnymi garściami czerpać ze współczesnej nauki. Przykładowo „Dental and Medical Problems” już w samym tytule ma zawarty motyw przewodni, że nie ma do końca zagadnień tylko stomatologicznych, że są one zawsze umedycznione, a XX-wieczna koncepcja dentystyczna fill and drill musi być pogłębianą.

GL Kiedy patrzy się na geografie czasopism z listy filadelfijskiej, które kraje dominują?

Wyraźnie widać dominację Ameryki Północnej, głównie USA – na liście filadelfijskiej mają 32 tytuły i „wyrabiają” około 41 proc. światowego impactu stomatologicznego. Na drugim miejscu jest Europa – też ma 32 tytuły i przypada na nie ok. 35 proc. impactu, a na trzecim rozwijająca się w tym zakresie dynamicznie Azja, która ma 20 tytułów i przypada na nie około 19 proc. światowego impactu. Ameryka Południowa ma tylko 2 tytuły.

Bardzo interesujący jest udział krajów europejskich w wydawaniu czasopism o tematyce stomatologicznej rangowanych na tej liście. W Europie te 32 wspomniane czasopisma są wydawane w 10 krajach. Najwięcej, bo aż 14, wydaje Wielka Brytania, Niemcy – 7 czasopism, a reszta to są już pojedyncze czasopisma: Dania, Szwajcaria, Szwecja – po 2; Norwegia, Finlandia, Holandia, Włochy i Hiszpania – po 1. Proszę zauważyć, że wśród tych krajów nie ma np. Francji, Austrii, Belgii, Holandii oraz żadnego z krajów Europy Wschodniej. Zestawienie to pokazuje, jak trudno znaleźć się w tym gronie. Ale, jak mawiali Jack Canfield i Mark Hansen, „wytyczenie sobie wielkich celów nie kosztuje ani odrobinę więcej, niż wytyczenie sobie celów małych”.

GL Jak technicznie podejść do problemu, aby znaleźć się wśród tych liderów?

Nie sposób opowiadać o didaskaliach, są to działania wieloprofilowe, bacznie obserwowane przez konkurencję. Na pewno jednak czasopismo pretendujące do znalezienia się na liście filadelfijskiej musi mieć międzynarodowy skład komitetu redakcyjnego, być prowadzone na platformie

▲ **Prof. Tomasz Konopka:**

– Jeśli stomatologia nie chce być wyłącznie rzemiosłem, powinna pełnymi garściami czerpać ze współczesnej nauki.



elektronicznej i mieć dostęp do najlepiej kilku programów antyplagiatowych. Zasadą jest tutaj błyskawiczny przepływ informacji.

Posługując się formułą open access, każda praca po kwalifikacji i przyznaniu numeru powinna być w ogólnosiętnym zasobie internetowym. Wersja papierowa czasopisma to bardzo miły, ale jednak przeżytek, multiplikujący koszty wydawania czasopisma. Tu nie chodzi o nakład, ale o błyskawiczną dostępność, co zapewnia obieg elektroniczny. To oczywiście wymaga od nas zmiany sposobu myślenia i działania.

GL Skąd czerpać wzorce?

No właśnie od tych, którzy już na tej liście filadelfijskiej są. Aby dołączyć do tego elitarnego klubu, należy przyjąć ich rozwiązania. Narzucanie własnych prowadzi do marnotrawstwa ludzkiej energii i kosztów. Możemy się zżymać, że my tutaj piszemy świetne prace, a tam ich się nie zauważa, ale takie są realia. Poza tym za chwilę wchodzi reforma Gowina, która zakłada premiowanie innowacyjności, a to oznacza podniesienie poprzeczki zarówno tym, którzy chcą awansować naukowo, jak i tym, którzy chcą zaistnieć na forum międzynarodowym i sprzedać polską myśl naukową. To umiędzynarodowienie stało się więc wymogiem chwili.

Jako środowisko musimy dokonać wyboru tytułu czasopisma, które będzie promowane. Bardzo ważne jest, aby cytować prace publikowane w takim czasopiśmie i to powinno być priorytetem stomatologicznego środowiska naukowego w naszym kraju. Moim zdaniem o sile naukowej czasopisma w największym stopniu decydują: jakość nadsyłanych prac do redakcji oraz opinie recenzentów, dla których jednym z najważniejszych kryteriów powinna być realna ocena szansy na cytowanie. Wypracowanie takiego postrzegania prac przez całe grono recenzentów jest naprawdę trudne. ○

PRZY WYBORZE OPRACOWANIA KAŻDEGO ZAGADNIENIA NAUKOWEGO W STOMATOLOGII NALEŻY ZAWSZE PAMIĘTAĆ O JEGO WYMIARZE UTYLITARNYM.

Już czas na wiosenne przebudzenie



Jolanta Małmyga

Sekretarz kolegium redakcyjnego „Gazety Lekarskiej”

„Dmuchawce, latawce, wiatr daleko z betonu świat”

Tekst: Marek Dutkiewicz

To taki piękny tekst piosenki śpiewanej przez Urszulę, myślę, że będzie dobrym mottem dla nas wszystkich. Jesteśmy zmęczeni przedłużoną zimą, która zagościła w niezbyt odpowiednim momencie, gdyż zamiast święconych wiosennych pisanek mieliśmy śnieg i sanki, ale takie zawirowania pogodowe się zdarzają. Teraz mamy wiosnę z jej wszystkimi urokami.

Kwitną wiosenne kwiaty, zielenią się drzewa, a ptaki śpiewają swoje godowe arie. Świecące słońce ładuje baterie naszych organizmów i zaraz robi się cieplej i napływają jaśniejsze myśli rozpraszające mroki zimy, i to nie tylko w przyrodzie, ale i w naszym codziennym życiu osobistym, ale także w samorządowym.

Wybraliśmy nowe władze w izbach okręgowych, w których po raz pierwszy od istnienia samorządu lekarskiego prezesami sześciu izb zostali wybrani lekarze dentyści. Dla mnie osobiście jest to duża satysfakcja, że doceniono przedstawicieli mojej profesji, mimo że stanowimy mniejszość liczbową w samorządzie lekarskim, jednak pokazaliśmy, że potrafimy znaleźć czas i chęci do pracy na rzecz dobra całej braci lekarskiej.

Wszystkim nowo wybranym koleżankom i kolegom serdecznie gratuluję i życzę dużo siły do zrealizowania założeń dla dobra nas wszystkich. W dzisiejszym skomercjalizowanym świecie coraz trudniej przychodzi wielu z nas poświęcić się dla pracy społecznej, gdyż czy warto narażać się dla idei, nie czerpiąc z tego żadnych korzyści? W dzisiejszych czasach priorytetami są: nieprzeżożna chęć zaistnienia (nawet jak niewiele mogą zaproponować nowego, ale potrafią krytykować i wytykać błędy innym) oraz pieniądź: jak mam coś robić, to muszę mieć z tego również korzyść materialną. Przykładem jest nasz rząd, który przyznał sobie duże nagrody z pieniędzy podatników, za ponoć ciężką pracę, której notabene nikt

poza nagrodzonymi nie dostrzegł, a w kampanii wyborczej głoszone piękne hasła zapewniające o stworzeniu krainy mlekiem i miodem płynącej. A jak wyszło, widać to na każdym kroku.

Szumnie zapowiadane reformy w służbie zdrowia wprowadziły więcej chaosu i zamieszania niż poprawy, podobnie jak zmiany przepisów prawa, które ośmieszyły i skłótkowały nasz kraj nie tylko w Europie, ale i na świecie. Taki jest efekt podejmowanych na szybko ustaw, bez wysłuchania oponentów. To z kolei spowodowało, że teraz również szybko zamierza się nowelizować zapisy i wprowadzać zmiany.

Całe szczęście, że nasi koledzy działający w samorządzie, z racji wykonywanych zawodów są bardziej odpowiedzialni i potrafiący przewidywać następstwa podejmowanych decyzji, gdyż takiej rozważa wymaga od nas dbanie o zdrowie i życie pacjentów. Za nawet niezamierzone błędy przychodzi ciężko płacić zarówno leczącym, jak i leczonym. Z wielkim niepokojem obserwujemy przecież wzrost agresji i nieuzasadnionych pretensji do lekarzy ze strony pacjentów. Moim zdaniem dzieje się tak dlatego, że obiecano naszemu społeczeństwu pełen dostatek i spełnianie wszelkich potrzeb zdrowotnych bez zapoznania się ze stanem kadry medycznej i zapewnienia odpowiednich warunków dla finansowania tych potrzeb, a jak zwykle to bywa, za całe zło zostają obciążeni lekarze, czyli osoby z pierwszej i najbliższej linii kontaktu. Jest to wynikiem wieloletnich zaniedbań zarówno w organizacji służby zdrowia, jak i szkoleniu kadr medycznych. W nowej kadencji samorządu to będą zapewne najważniejsze sprawy do rozwiązania.

Ale, póki co, mamy wiosnę i dla nabrania sił zachęcam do wybrania się na majówkę. Na łonie przyrody bez zgłębku i gwaru miasta łatwiej odpocząć, zregenerować siły i odetchnąć pełną piersią w niezanieczyszczonym smogiem powietrzu. ☺

Być przygotowanym

Z prof. **Małgorzatą Pawłowską**, prezesem Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, rozmawia **Lucyna Krysiak**.



Lucyna
Krysiak

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

GL
W Y W I A D

GL Medycyna dysponuje antybiotykami, sterydami, szczepionkami, a choroby zakaźne wciąż zabijają.

Leki te dają ogromne możliwości wyleczenia wielu chorób zakaźnych. Należy jednak pamiętać o narastającej lekooporności drobnoustrojów na wiele antybiotyków czy leków przeciwwirusowych oraz reaktywacji zakażeń przewlekłych przy stosowaniu nowoczesnych terapii immunosupresyjnych, biologicznych, chemioterapii czy sterydoterapii.

Od kilku lat systematycznie wzrasta liczba zakażeń *Clostridium difficile* pozostających w ścisłym związku z leczeniem antybiotykami. Zakażenia te cechują nawroty wymagające hospitalizacji, nierzadko zmuszają do zamykania oddziałów niezakaźnych. Dzięki postępom biologii molekularnej potrafimy już oznaczać szczepy odporne na określone leki, wykrywać warianty lekooporności, ale czasem drobnoustroje wygrywają. Ryzyko reaktywacji zakażeń przewlekłych, np. zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu B (HBV), cytomegalii (CMV) czy ospy wietrznej i półpaśca (VZV), niosą też wspomniane już nowoczesne terapie.

GL A szczepienia, które ostatnio budzą tyle złych emocji?

Szczepienia należą do najbardziej ekonomicznych i skutecznych interwencji medycznych. Historia medycyny dostarcza niepodważalnych dowodów na ich rolę w eliminacji chorób zakaźnych. W 1980 r. ogłoszono eradykację ospy prawdziwej, a coraz bliższa jest eradykacja polioomyelitis (choroby Heinego-Medina), odrzy i różyczki wrodzonej. Masowe szczepienia Polaków doprowadziły do znacznego ograniczenia zachorowań na błonicę, wirusowe zapalenie wątroby typu B i innych.

U dzieci bardzo niebezpieczne są zakażenia wywoływane bakteriami otoczkowymi, prowadzące do uogólnionej reakcji zapalnej (SIRS) i posocznicy. I tu znowu kłaniają się szczepienia. Wprowadzenie obowiązkowych szczepień niemowląt przeciw *Haemophilus influenzae* istotnie zmniejszyło liczbę SIRS i posocznicy wskutek zakażeń tym patogenem u dzieci do 5. roku życia. W ubiegłym roku w Polsce wprowadzono obowiązkowe szczepienia niemowląt przeciwko pneumokokom, zaleca się szczepienia przeciw meningokokom. To minimalizuje ryzyko wystąpienia inwazyjnej choroby pneumokokowej czy inwazyjnej choroby meningokokowej.

GL Do lekarza specjalisty chorób zakaźnych trudno się dostać, podobnie jak do oddziału zakaźnego.

Specjalistów chorób zakaźnych jest około 1100. To za mało w stosunku do potrzeb. Dodatkowo zmniejszono liczbę łóżek w oddziałach zakaźnych. Oddziały są przepełnione, co świadczy o tym, że są potrzebne. Na to przepełnienie wpływa także przyjmowanie do oddziałów obserwacyjno-zakaźnych pacjentów wymagających opieki internistycznej czy geriatrycznej. Z kolei dziecięce oddziały zakaźne są często jedynymi przyjmującymi pacjentów z biegunką, szczególnie w sezonie rotawirusowym. Zmienność wirusa i niska wyszczepialność niemowląt (szczepienie jest zalecanym, nie obowiązkowym) także przyczyniają się do zatłoczenia oddziałów, co z kolei zwiększa ryzyko zakażeń szpitalnych. W oddziałach zakaźnych zakładano kiedyś istnienie rezerwy łóżkowej na wypadek epidemii, wzrostu zachorowań itd., ale to przeszłość.

GL Czy są chętni, aby się specjalizować w chorobach zakaźnych?

Miejsca specjalizacyjne, w tym rezydentur, są niewykorzystane. W 2017 r. szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie chorób zakaźnych odbywało 81 lekarzy w trybie rezydentur i 58 lekarzy w trybie pozarezydentur. Jako towarzystwo zabiegamy o to, aby choroby zakaźne zostały uznane jako specjalizacja priorytetowa, co zwykle łączy się z większym zainteresowaniem przy wyborze specjalizacji. Ale jeszcze bardziej boli nas niskie wyszacowanie procedur w katalogu „choroby zakaźne”, utrudniające pracę w oparciu o nowoczesne standardy.

Problemem są także różnice pomiędzy rekomendacjami PTEiLChZ, a Programami Terapeutycznymi Leczenia przewlekłych zapaleń wątroby typu B i typu C, finansowanymi przez NFZ. Niepokoi nas umieszczenie chorób zakaźnych w dziale „Nauka o zdrowiu” w wykazie dziedzin nauki i techniki według klasyfikacji OECD w projekcie nowej Ustawy o Szkolnictwie Wyższym. Obawiamy się, że to spowoduje choroby zakaźne do dziedziny nieklinicznej, co może odbić się na kształceniu studentów i lekarzy.

1100

– tylu jest w Polsce specjalistów chorób zakaźnych.

GL Towarzystwo wytycza standardy postępowania w chorobach zakaźnych. Czy są one przestrzegane?

Rekomendacje czy standardy postępowania w zakażeniach i chorobach zakaźnych są zamieszczone na stronie PTEiChZ (www.pteilchz.pl) oraz opublikowane w „Przeglądzie Epidemiologicznym”. Są systematycznie aktualizowane w oparciu o najnowsze osiągnięcia naukowe.

Spektakularnym przykładem są rekomendacje postępowania z zakażonymi wirusem zapalenia wątroby typu C, które w ostatnich kilku latach zmieniły się diametralnie zarówno w kontekście diagnostyki (zastąpienie biopsji wątroby nieinwazyjną oceną zaawansowania choroby wątroby przy pomocy elastografii), jak i leczenia (zastąpienie 12-miesięcznych terapii pegylowanym interferonem i rybawiryną skutecznymi u ok. 50 proc. chorych, terapiami bezinterferonowymi o wysokiej 98 proc. skuteczności, doskonałej tolerancji i krótszym, 8-12-tygodniowym okresie stosowania). Rekomendacje zawierają też zalecenia dotyczące profilaktyki reaktywacji HBV u pacjentów poddawanych chemioterapii, immunosupresji czy leczeniu biologicznemu. Zakładam, że lekarze wielu różnych specjalności je wykorzystują, problem w tym, że nie zawsze korespondują one z zasadami realizacji programów terapeutycznych finansowanych przez NFZ.

GL W chorobach zakaźnych ważna jest profilaktyka.

Realizacja obowiązkowych szczepień ochronnych w Polsce wynosi 92-95 proc., ale ostatnio coraz więcej rodziców odmawia zaszczepienia dziecka. NIZP-PZH podaje, że w 2010 r. odnotowano 3437 odmów, a w ciągu następnych 7 lat liczba ta wzrosła 10-krotnie (w 2017 r. – 30 089 odmów). A przecież profilaktyka to głównie szczepienia. Ich unikanie może skutkować powrotem wielu groźnych chorób. W krajach, gdzie wyszczepialność jest niższa niż w Polsce, np. w Rumunii, Niemczech, Belgii, Serbii, zaobserwowano wzrost zachorowań na choroby zakaźne, m.in. na odrę i krztusiec. Kluczową rolę spełnia tutaj edukacja.

GL Jak towarzystwo realizuje swoje statutowe cele?

PTEiChZ jest organizatorem corocznych konferencji naukowych, poświęconych aktualnym problemom zakaźnictwa. Materiały naukowe z tych konferencji przedstawiane są na łamach „Przeglądu Epidemiologicznego”. Co trzy lata odbywają się zjazdy towarzystwa (najbliższy XXI, odbędzie się we wrześniu w Bydgoszczy). Swoje konferencje organizują też oddziały terenowe PTEiChZ (Krakowskie Konferencje Naukowo-Szkoleniowe, Poznańskie Spotkania Infekcjologiczne, konferencje dotyczące Neuroinfekcji czy Medycyny Podróży). Nową tradycją są spotkania interdyscyplinarne: „Problemy Infekcyjne w różnych specjalnościach medycznych: hematologia i nefrologia”.

Członkowie towarzystwa zasiadają w komitetach naukowych i organizacyjnych konferencji Wirokop, Forum Zakażeń, Warsztatów Hepatologicznych czy Akademii Nowoczesnej Hepatologii. PTEiChZ realizuje dwa granty naukowe: EPIGENES dotyczący badania genotypów HBV i stężenia HBsAg w populacji polskiej oraz EPiTer poświęcony gromadzeniu

> Prof. Małgorzata Pawłowska: – W interakcjach człowiek – drobnoustroj istnieje dynamiczna równowaga. Sukces z zasady wyprzedza na krótko pojawienie się nowego zagrożenia.



i opracowywaniu danych dotyczących terapii osób zakażonych HCV w okresie dynamicznych zmian opcji terapeutycznych. Efektem są już dwie publikacje, które ukazały się na łamach „J. Viral Hepat. i J. Interferon Cytokine Research”. Wspieramy też aktywność naukową lekarzy zakaźników z ośrodków pozaakademickich, doktoryzujących się w interesującej nas dziedzinie, finansując im stypendia.

GL Czy kiedyś uda się pokonać choroby zakaźne?

Nie wydaje mi się. W interakcjach człowiek – drobnoustroj istnieje dynamiczna równowaga. Sukces z zasady wyprzedza na krótko pojawienie się nowego zagrożenia. W miejscu klasycznych chorób zakaźnych, z którymi sobie poradzono, pojawiły się nowe. Trudno przewidzieć, co czeka nas w przyszłości. Równoległe do postępu biologii molekularnej, technik diagnostycznych, nowych leków i nowych szczepionek, drobnoustroje wytwarzają coraz to nowe mechanizmy „omijania” układu immunologicznego, zapewniające im przetrwanie. Naszą rolą jest do tego nie dopuścić, wyprzedzić, być przygotowanym.

Postęp będzie związany z wykorzystaniem własnej flory bakteryjnej – tu należałoby przywołać poglądy na temat szerokiej roli mikrobiomu, ale także z nowymi technikami diagnostycznymi, jeszcze głębiej wnikającymi w struktury drobnoustrojów i mechanizmy ich działania, z dalszym poznawaniem zawiłości układu immunologicznego i genomu człowieka, wreszcie z opracowaniem jak najmniej inwazyjnych metod diagnostycznych (każda inwazyjna diagnostyka niesie ryzyko zakażeń) oraz produkcją skutecznych, bezpiecznych, pozabawionych działań niepożądanych leków i szczepionek. Prawdopodobnie drobnoustroje odpowiadają za wiele chorób dotychczas uważanych za niezakaźne. Tak było z chorobą wrzodową żołądka, której etiologia bakteryjna została odkryta dopiero po kilkudziesięciu latach badań. ○

Prawnicy lekarzom

80 prawników z całego kraju zadeklarowało chęć niesienia pomocy pro bono lekarzom potrzebującym porady prawnej w sprawach zatrudnienia – warunków płacy i pracy.

● LUCYNA KRYSIAK



Deficyt lekarzy w publicznym sektorze ochrony zdrowia od lat sprzyjał naginaniu prawa pracy, a wypowiedanie przez wielu z nich klauzuli opt-out na przełomie roku uwidoczniło liczne patologie dotyczące przestrzegania prawa pracy przez pracodawców.

Kwestia dyżurów, o których za sprawą protestu rezydentów znów stało się głośno, okazała się wierzchołkiem góry lodowej. Wyszło na jaw stosowanie przez dyrektorów różnorodnych form mobbingu, a także naginanie przepisów prawa pracy na niekorzyść zatrudnionych. Widząc, że lekarze nie

są w stanie dochodzić swoich praw, ponieważ nie znają przepisów (szczegółów zawieranych umów, zakresu obowiązków, czasu pracy), prawnicy postanowili im pomóc. Jak podkreśla jedna z inicjatorek akcji, mecenas Sylwia Gregorczyk-Abram, chodzi o to, aby dać lekarzom narzędzia chroniące ich prawa pracownicze, by samodzielnie mogli podejmować decyzje dotyczące warunków ich zatrudnienia.

Z nieodpłatnej pomocy prawnej w ramach inicjatywy „Prawnicy lekarzom” będą mogli skorzystać medycy zatrudnieni na podstawie umowy o pracę w publicznym szpitalu lub w innej publicznej jednostce ochrony zdrowia.

PRO BONO

Filip Dąbrowski, przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy Naczelnej Izby Lekarskiej, uważa, że intencje zadeklarowanej przez prawników pomocy są czyste. Można ją porównać do pomocy niesionej przez lekarzy chorym, którzy nie mają środków na leczenie. W niektórych okręgowych izbach lekarskich podjęto już takie próby, ale obecna inicjatywa obejmuje cały kraj.

Wielu lekarzy na starcie drogi zawodowej, czyli rezydentów, ale też specjalistów w wieku przedemerytalnym lub po prostu dotkniętych chorobą potrzebuje porady prawnej pro bono. – Pamiętajmy, że szpital ma swoich prawników, którzy reprezentują ich interesy, pojedynczy lekarz bez prawnika jest praktycznie bezradny – tłumaczy Filip Dąbrowski i dodaje, że ta inicjatywa jest warta propagowania, dowodzi bowiem, że wbrew obiegowym opiniom prawnicy mają duszę i sumienie.

Nieodpłatne wsparcie prawne potrzebującym nie podoba się części palestry, dlatego – zdaniem Filipa Dąbrowskiego – podejmujący się tego zadania zasługują na szczególne uznanie środowiska lekarskiego. Wielu prawników ma w rodzinie lekarzy i wie, jak trudno im się poruszać bez profesjonalnego przewodnictwa w gąszczu paragrafów.

TECHNICZNIE UZYSKANIE POMOCY PRAWNEJ JEST PROSTE. WYSTARCZY WYŚŁAĆ WIADOMOŚĆ POD ADRES PRawnICYLEKARZOM@GMAIL.COM. [W TEMACIE E-MAILA: S.O.S.], WSKAZUJĄC MIASTO I WOJEWÓDZTWO, W KTÓRYM LEKARZ WYKONUJE ZAWÓD, DOŁĄCZYĆ KRÓTKI OPIS PROBLEMU ORAZ PRZEDSTAWIĆ OCZEKIWANY TERMIN I SPOSÓB KONTAKTU PRAWNIKA.

Z NIEODPŁATNEJ POMOCY PRAWNEJ W RAMACH INICJATYWY „PRAWNICY LEKARZOM” BĘDĄ MOGLI SKORZYSTAĆ MEDYCY ZATRUDNIENI NA PODSTAWIE UMOWY O PRACĘ W PUBLICZNYM SZPITALU LUB W INNEJ PUBLICZNEJ JEDNOSTCE OCHRONY ZDROWIA.

Dzięki wsparciu prawników poznanie prawdy o prawie doda lekarzom pewności siebie w rozmowach z pracodawcą. Technicznie uzyskanie pomocy prawnej jest proste. Wystarczy wysłać wiadomość pod adres prawnicylekarzom@gmail.com (w temacie e-maila: S.O.S.), wskazując miasto i województwo, w którym lekarz wykonuje zawód, dołączyć krótki opis problemu oraz przedstawić oczekiwany termin i sposób kontaktu prawnika (mail lub kontakt telefoniczny – zaleca się też podanie numeru telefonu lekarza). Jest również link na Facebooku dotyczący akcji. Wiadomość zostanie przekierowana do jednego z prawników działających najbliżej miejsca wykonywania zawodu przez lekarza. Lekarz otrzyma kontakt telefoniczny i mailowy do prawnika, który skontaktuje się z nim w sposób i w terminie oczekiwanym przez lekarza. Prawnicy proszą o przesyłanie możliwie krótkich opisów problemu, dokładniejsze omówienie sprawy nastąpi w trakcie bezpośredniego kontaktu.

MACHINA RUSZYŁA

Pomoc w ramach akcji „Prawnicy lekarzom” dotyczy tylko spraw związanych z wykonywaniem zawodu lekarza na podstawie umowy o pracę. Katarzyna Pikulska, rzeczniczka prasowa akcji, informuje że akcja już ruszyła. Jeden z jej inicjatorów, mecenas Tomasz Popiołek-Janiec, już od stycznia wspiera lekarzy telefonicznie i otrzymał taką ilość zgłoszeń, że nie był w stanie osobiście na nie odpowiedzieć.

Do udziału w akcji (po facebookowym i twitterowym apelu) zgłosiło się 80 mecenasów z całego kraju gotowych pro bono wspierać lekarzy w kwestiach prawa pracy i umów o pracę, także telefonicznie, a jeśli zajdzie potrzeba,

reprezentowania ich osobiście w szpitalach. Od połowy lutego akcja przybrała na sile i pokazała, z jak wieloma problemami przychodzi się mierzyć lekarzom. W jednym ze szpitali w Gdańsku, wykorzystując niewiedzę z zakresu prawa pracy, zmuszano ich do podpisywania w ramach umów rezydencjonalnych jednocześnie klauzuli opt-out z zażyciem konkurencji, uniemożliwiając bez tej dodatkowej umowy rozpoczęcie specjalizacji. Niektórzy lekarze, np. w Poznaniu, usłyszeli, że dostaną podwyżki, jeśli wezmą 16 dyżurów w miesiącu. W Lublinie dodatek dyżurowy jest obciążony odpowiedzialnością zbiorową – jeśli jeden lekarz z oddziału przekroczy opt-out, to reszta lekarzy również dodatku nie dostaje, a rzeczywny lekarz jest zmuszany do podpisania wstecznie umowy opt-out.

Takich i podobnych sytuacji w całym kraju jest bardzo wiele. – Nie tylko lekarze rezydenci, ale również specjaliści są zmuszani do podpisywania paradoksalnych umów o pracę, a ich nieznanomość prawa pracy oraz brak dostępu do drogiego usług prawniczych powoduje, że często zostają z problemem sami – przekonuje Katarzyna Pikulska i zaznacza, że nie ma żadnych aktów prawnych, które ogólnie ustalałyby, jak ma wyglądać umowa, co ma być w niej zawarte, a co nie powinno się w niej znaleźć. Pomoc prawników lekarzom w tym względzie daje szansę na zmianę tej sytuacji i na uniknięcie wielu pułapek, na które są narażeni codziennie. Mecenasi liczą na to, że uda im się przywrócić równowagę między lekarzami a ich pracodawcami i doprowadzić również do zmian systemowych w tym zakresie. ○



Psychiatria sądowa

— wyzwania i oczekiwania

Blisko 80 proc. spraw karnych wymaga wydania opinii psychiatrycznej, ale trzeba na nią czekać tygodniami, a w przypadku seksuologii nawet dłużej, ponieważ brakuje lekarzy specjalistów w tej dziedzinie.

LUCYNA KRYSIAK

Osób z zaburzeniami psychicznymi popadającymi w konflikt z prawem jest coraz więcej. Szczególnie dotyczy to uzależnień, zaburzeń lękowych i afektywnych. Zatem w psychiatrii sądowej specjalistyczna wiedza lekarzy psychiatrów, seksuologów, psychologów ściśle łączy się z wykładnią prawa.

Bez tej współpracy orzekanie i opinowanie w sprawach dotyczących zdrowia psychicznego oskarżonych o popełnienie czynów przestępczych nie byłoby możliwe. 6-7 kwietnia w Łodzi na IV Międzynarodowym Kongresie Psychiatrii Sądowej spotkało się 350 specjalistów w dziedzinie psychiatrii oraz sędziów, adwokatów, prokuratorów. Dyskutowali oni o wyzwaniach współczesnej psychiatrii sądowej i o tym, jak im sprostać.

Jak podkreślił prof. Piotr Gałęcki, kierownik Kliniki Psychiatrii Dorosłych UM w Łodzi i konsultant krajowy ds. psychiatrii, tych wyzwań jest wiele i dotyczą one zarówno uregulowań proceduralnych, jak i kłopotów kadrowych, a także niedofinansowania psychiatrii przez płatnika. Tymczasem – jak zaznaczył sędzia Sądu Apelacyjnego w Łodzi dr Krzysztof Eichstaedt, oczekiwania sądów wobec psychiatrów, seksuologów i wspomagających ich często w przygotowywaniu opinii psychologów będą rosły, ponieważ spraw



wymagających tego rodzaju opinii przybiera i obecnie stanowią one blisko 80 proc. wszystkich spraw karnych.

Prof. Małgorzata Manowska, dyrektor Krajowej Szkoły Sądownictwa i Prokuratury w Krakowie, powiedziała, że wychodząc naprzeciw tym rosnącym oczekiwaniom dwa lata temu w szkole tej zapoczątkowany został program przeznaczony dla sędziów i prokuratorów, którego celem jest wzmocnienie tzw. kompetencji miękkich. Warsztaty cieszą się zainteresowaniem i od tego roku zostały wprowadzone na stałe do programu aplikacji sędziowskiej i prokuratorskiej.

POD WPŁYWEM ALKOHOLU

Wiele przestępstw jest popełnianych pod wpływem alkoholu. Zarówno te dotyczące szeroko pojętej przemocy,

wypadków komunikacyjnych, jak i na tle seksualnym. Zjawisko to także przybiera na sile. Tryb postępowania wobec osób, które orzeczeniem sądu mają nakaz leczenia odwykowego, reguluje ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z 1982 r., która w wielu punktach nie przystaje już do rzeczywistości.

W terapiach uzależnień dyskutuje się, czy redukować poziom picia u uzależnionych, czy preferować całkowitą abstynencję, czy bardziej skuteczne jest leczenie farmakologiczne, czy psychoterapia? Jednak – jak zastrzega prof. Jerzy Samochowiec, prorektor Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie i prezes elekt Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, to są dylematy dotyczące metod, wprowadzić wymagają zmiany sposobu myślenia o odwyku, jednak nie to

80 %

– taki odsetek spraw wymaga opinii psychiatrów, seksuologów i wspomagających ich psychologów.

jest największą barierą do pokonania. – Brakuje miejsc, gdzie można by takie osoby leczyć, zarówno w trybie ambulatoryjnym, jak i zamkniętym. Czas oczekiwania na leczenie trwa około dwóch lat, a rekordzista czekał 4 lata – ubolewa profesor i powołuje się na wyniki kontroli NIK, która potwierdza, że czas trwania procedury umieszczania w ośrodkach odwykowych jest zbyt długi, a działania regulowane przez ustawę są mało skuteczne. Oznacza to, że osoby w czasie oczekiwania na leczenie orzeczone przez sąd nadal tkwią w nałogu i swoimi patologicznymi zachowaniami stanowią zagrożenie. Kontrole NIK przeprowadzono w 41 placówkach i objęły one 7,5 tys. osób, które z mocy ustawy były skierowane do przymusowego leczenia odwykowego. We wnioskach pokontrolnych NIK zarekomendował ministrowi zdrowia skrócenie czasu trwania procedury umieszczania na przymusowym leczeniu poprzez ograniczenie tego trybu do sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia bądź sprawców przestępstw, a to oznacza konieczność wprowadzenia zmian w ustawie.

OPINIE BIEGŁYCH

Jeśli zachodzi wątpliwość co do stanu zdrowia psychicznego osoby, która popełniła czyn zabroniony, prokurator i sąd występują o wydanie w tej sprawie opinii sądowo-psychiatrycznej. Wobec narastającej liczby różnego rodzaju zaburzeń psychicznych sądy coraz częściej zwracają się o wystawienie opinii przez biegłych. Jakie są oczekiwania organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości wobec biegłych psychiatrów, seksuologów w sprawach dotyczących przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności? Odpowiadając na to pytanie, dr Krzysztof Eichstaedt podkreślił, że polski kodeks karny reguluje obecnie 10 rodzajów przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności. Są to: zgwałcenie i wymuszenie czynności seksualnej, seksualne wykorzystanie niepełnoletniości lub bezradności, zaleźności, seksualne wykorzystanie małoletniego, wykorzystanie systemu teleinformatycznego w celu popełnienia przestępstwa, propagowanie zachowań pedofilskich, kazirodztwo,

JEŚLI ZACHODZI WĄTPLIWOŚĆ CO DO STANU ZDROWIA PSYCHICZNEGO OSOBY, KTÓRA POPEŁNIŁA CZYN ZABRONIONY, PROKURATOR I SĄD WYSTĘPUJĄ O WYDANIE W TEJ SPRAWIE OPINII SĄDOWO-PSYCHIATRYCZNEJ.

rozpowszechnianie pornografii, zmuszenie do uprawiania prostytucji.

– Wśród przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności do najczęstszych zaliczają się zgwałcenia, w tym osób poniżej 15. r.ż., a więc jeszcze dzieci, a to pociąga za sobą wątpliwość co do stanu zdrowia psychicznego podejrzanych – tłumaczy dr Eichstaedt. W takich przypadkach standardowo powołuje się dwóch biegłych psychiatrów, którzy w wydaniu opinii posiłkują się przeważnie opinią psychologa i – jeśli zachodzi konieczność – seksuologa. – Ich opinie mają kluczowe znaczenie, ponieważ tego rodzaju procesy są oparte na słowie przeciwko słowu. To dzięki opiniom biegłych poznajemy mechanizmy działania przestępcy, motywy i jego skłonności do pedofilii, a w konsekwencji możemy zastosować adekwatny do popełnionego czynu wymiar kary – podkreśla sędzia. Zatem wydanie opinii przez biegłego to wielka odpowiedzialność, za którą stoją odpowiednie paragrafy.

Prof. Dariusz Świecki, sędzia Sądu Najwyższego, przypomniał, że w świetle obowiązującego prawa biegły sądowy, w tym biegły psychiatra, za sporządzenie fałszywej opinii może narazić się na pociągnięcie do odpowiedzialności karnej. Omawiając różne sytuacje, w których biegłemu lekarzowi psychiatrze grozi zarzut przestępstwa sporządzenia fałszywej opinii, powiedział, że zdarza się, że inni powołani w sprawie biegli wydają odmienną opinię psychiatryczną, chodzi jednak o nieumyślne, a nie zamierzone działanie biegłego.

AURELIUSZE

Podczas Kongresu Psychiatrii Sądowej wręczono Nagrody Aureliusza, przyznawane osobom i instytucjom, które przyczyniły się do poprawy sytuacji osób chorych psychicznie, przeciwdziałając stygmatyzacji oraz ich wykluczeniu społecznemu. Nagroda odwołuje się

do zasady wprowadzonej przez cesarza Marka Aureliusza i Commodusa „satis furore ipso punitur” (nieszczęście losu szalonego sprawia, że nie można go winić, gdyż wystarczająco ukarało go już własne szaleństwo).

Nagrodę przyznano w trzech kategoriach. W kategorii „prawa pacjenta” Nagrodę Aureliusza otrzymało Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich. Jak zapewnił kierujący biurem Adam Bodnar, nagroda będzie inspiracją, by jeszcze bliżej przyjrzeć się psychiatrii sądowej. Uważa on, że wciąż są osoby, które zamiast w szpitalach psychiatrycznych znajdują się w aresztach i zakładach karnych. Przyjrzeniu się wymaga także funkcjonowanie wielu zakładów psychiatrycznych, w tym Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Gostyninie, co do którego jest coraz więcej skarg i wątpliwości prawnych.

Aureliusza w kategorii „postać” – za zbliżenie prawa i medycyny – otrzymał były prezes i założyciel Polskiego Towarzystwa Psychiatrii Sądowej prof. Józef Kocur, autor ponad 420 prac naukowych, współpracujący m.in. z Uniwersytetem Medycznym w Łodzi i Uniwersytetem Łódzkim. Na kongresie przedstawił on zagadnienia związane z opiniowaniem spraw dotyczących świadczeń rentowych i odszkodowawczych. W kategorii „publikacja” Nagrodę Aureliusza odebrała red. Justyna Wojteczek z Polskiej Agencji Prasowej – pomysłodawczyni zakładki poświęconej zdrowiu psychicznemu i autorka licznych publikacji z tej dziedziny.

IV Kongres Psychiatrii Sądowej dowiódł, że integracja dyscyplin, w tym wypadku medycyny i prawa, jest wymogiem czasów, podobnie jak ciągła potrzeba pogłębiania kontaktów między sędziami, prokuratorami, adwokatami i lekarzami, którzy są w prowadzonych przez nich sprawach biegłymi sądowymi. 

Lekarz kontra lekarz

W myśl art. 52 KEL lekarze powinni okazywać sobie wzajemny szacunek.

Dyrekcja jednego ze szpitali podjęła decyzję o połączeniu oddziału chorób wewnętrznych z oddziałem internistyczno-kardiologicznym, które wcześniej zlokalizowane były na różnych piętrach szpitala. Takiemu rozwiązaniu sprzeciwili się zatrudnieni tam lekarze i złożyli wypowiedzenia umów o pracę. Ich postawę skrytykował inny lekarz.

W związku z opublikowanymi przez niego wypowiedziami na stronach internetowych, w których lekarz zarzucał skarżącym niekompetencję, nieprawidłowe wykonywanie swoich obowiązków służbowych, brak kultury osobistej, przekupstwo, lekarze złożyli skargę na obwinionego. Uznali, że treść publikacji jest kłamliwa, obraźliwa, dotyczy specjalistów lub lekarzy w tracie szkolenia specjalizacyjnego,

narusza ich dobre imię, godność osobistą i zawodową oraz powoduje utratę zaufania pacjentów. Skarżący podali, że obwiniony lekarz, pracując jednocześnie w starostwie, działa na szkodę środowiska lekarskiego.

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej wskazał właściwego okręgowego rzecznika do prowadzenia postępowania wyjaśniającego. OROZ umorzył postępowanie, uznając, że nie doszło do naruszenia KEL. Postanowienie to zaskarżyli zażalenie skarżący, a także obwiniony lekarz w części obejmującej uzasadnienie. Naczelny Sąd Lekarski wyznaczył właściwy okręgowy sąd lekarski do rozpoznania zażalenia. Po ponownym rozpoznaniu sprawy, OROZ skierował do OSL wnioski o ukaranie obwinionego lekarza, zarzucając mu naruszenie art. 52 pkt 2 i 3 KEL w zw. z art. 12

kk w zw. art. 53 i art. 112 pkt 2 ustawy z 2.12.2009 r. o izbach lekarskich.

Sąd uznał, że niektóre określenia użyte w środkach masowego przekazu, poddające w wątpliwość kompetencje lekarzy, były obraźliwe, stanowiły publiczną dyskredytację kolegów, naruszały godność lekarzy i podważyły zaufanie lokalnej społeczności do środowiska lekarskiego. Sąd uznał obwinionego za winnego postawionego mu zarzutu i wymierzył mu karę pieniężną w wysokości półtorakrotnego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku ogłoszonego przez Prezesa GUS w dn. 17.10.2017 r. (do przekazania na cel charytatywny). Od orzeczenia tego obwiniony lekarz odwołał się do NSL, który po rozpatrzeniu sprawy utrzymał w mocy zaskarżone orzeczenie sądu pierwszej instancji.



Grzegorz Wrona

Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

KOMENTARZ

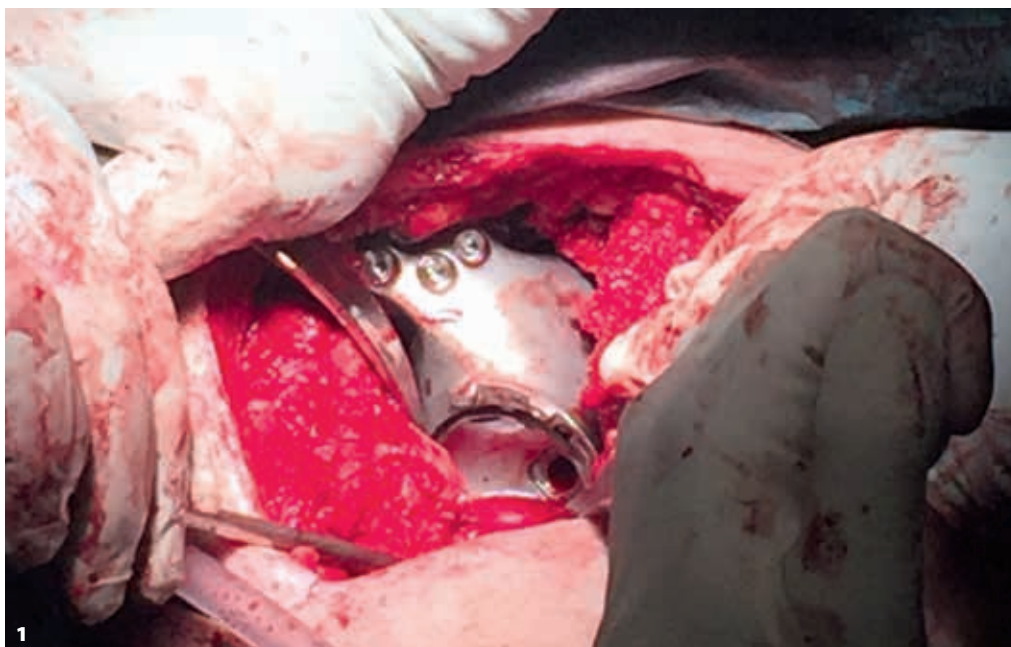
Warto przypomnieć na kanwie opisanej sprawy, że pierwotnym przepisem art. 52 KEL, zmodyfikowanym po długiej dyskusji podczas obrad Krajowego Zjazdu Lekarzy w Toruniu w 2003 r., zajmował się Trybunał Konstytucyjny. I choć Trybunał orzeka o konstytucyjności przepisów prawa powszechnego, ze względu na szczególny charakter naszego Kodeksu uznał swoją właściwość do wyrokowania w tej istotnej kwestii. Przypomnieć więc należy, iż lekarzowi wolno krytykować innego lekarza. Nie wolno natomiast go dyskredytować.

Na pewno należy umieć odróżnić krytykę opartą na faktach i na obiektywnej prawdzie od obrażającej, naruszającej osobiste dobra, dyskredytacji opartej na

pomówieniach lub wręcz kłamstwie czy manipulacji. Warto też analizować przymiot dyskredytacji publicznej, czyli nieprawdziwej informacji przekazywanej lub udostępnianej nieokreślonej liczbie odbiorców. W tym zakresie wypowiadał się także Sąd Najwyższy.

Nie ulega natomiast kwestii, że tego rodzaju międzylekarskie konflikty są bardzo trudne do rozstrzygnięcia. Stanowią chyba największe wyzwanie dla rzeczników, sądów, czasami komisji etyki lub prezesów izb lekarskich. Może warto częściej rozmawiać o możliwościach mediacji, mediacji prowadzonej przez powołanych przez okręgowe rady lekarskie mediatorów-lekarzy, przygotowanych do umiejętnego zbliżania stanowisk skonfliktowanych stron, dostrzegających wartość starego przysłowia: zgoda buduje, niezgoda rujnuje. ○

Szyte na miarę



Procesy degeneracyjne w stawach i kościach doprowadzają czasem do sytuacji, kiedy niezbędne jest leczenie operacyjne i wymiana zużytych elementów. Niekiedy ubytki są na tyle rozległe, że standardowe protezy nie są w stanie ich uzupełnić.

✎ MARTA JAKUBIAK, LIDIA SULIKOWSKA

Umawiamy się na spotkanie z drem Pawłem Łęgoszem, zastępcą Kierownika Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Doktor właśnie zszedł z bloku. Jest już po godz. 15.00. Wygląda na to, że miał pracowity dzień.

– Ostatnio sporo operujemy, ponieważ Ministerstwo Zdrowia zwiększyło kontrakty na endoprotezowanie stawu biodrowego. Dzięki temu kolejka w naszym szpitalu skróciła się i pacjenci nie muszą już czekać na operację ponad trzy lata, ale zaledwie około trzech

miesięcy – wyjaśnia doktor Łęgosz. Po zwiększeniu finansowania robiono tu nawet siedem zabiegów dziennie, teraz wykonuje się średnio cztery.

Są duże potrzeby na zabiegi tego typu, a problem dotyczy zarówno kobiet, jak i mężczyzn, choć panowie częściej wymagają interwencji chirurgicznej. – Nie znamy przyczyn powstawania ubytków, to schorzenia o podłożu idiopatycznym, nie licząc destrukcji kostnych powstałych po urazach, w wyniku dysplazji czy spowodowanych chorobą onkologiczną. Ostatnio byłem w Japonii i zaobserwowałem, że tam takiego problemu właściwie nie ma. Zupełnie inaczej niż w USA i Polsce, gdzie ludzie mają

olbrzymie problemy ze stawami. Myślę, że może to mieć jakiś związek ze sposobem odżywiania się – zauważa dr Łęgosz.

Szpital Dzieciątka Jezus to jedna z nielicznych placówek w Polsce, która stosuje implanty typu custom-made, czyli zaprojektowane i wykonane specjalnie dla danego pacjenta. Można nimi zastąpić duże ubytki, nawet całą miednicę.

CHORY TO ZAWSZE WYZWANIE

Dwa lata temu do tej warszawskiej kliniki zgłosił się pacjent, który cierpi na RZS. Choroba spowodowała spore spustoszenie w układzie kostnym. Mężczyzna miał już za sobą pierwotny, a następnie rewizyjny zabieg endoprotezoplastyki stawu biodrowego. Niestety, z powodu infekcji doszło do rozległego ubytku w panewce i nie można było mu pomóc konwencjonalnym implantem. Inne ośrodki, do których się zgłaszał, rozkładały ręce. Groziło mu kalectwo.

– Po przeanalizowaniu problemu stwierdziłem, wspólnie z moim szefem prof. Pawłem Małdykiem, że możemy

▲ 1. Najtrudniejszym elementem operacji jest dokładne oczyszczenie z tkanek miękkich łoża kostnej miednicy.

2. Doktor Paweł Łęgosz i model endoprotezy typu custom-made.

mu pomóc. Podjęliśmy decyzję o operacji wszczepienia implantu typu custom-made. Klasyczne endoprotezy mają uśredniony kształt, pasują tak mniej więcej i dobrze sprawdzają się przy mniejszych ubytkach kostnych, natomiast w przypadku ubytków rozleglejszych, tak jak u tego pacjenta, nie spełniłyby swojej funkcji. Umocowanie standardowej protezy w obszarze nietypowej luki kostnej nic by nie dało – opowiada dr Łęgosz. I dodaje, że leczenia tak dużych ubytków kostnych uczył się w Stanach Zjednoczonych, gdzie stosowano protezy zaprojektowane specjalnie dla danego pacjenta, na potrzeby uzupełnienia konkretnego ubytku. – Pomyślałem, że może warto tę technikę zaimplementować u nas – mówi. W Polsce pierwszy zabieg tego typu wykonał w listopadzie 2016 r. Wszystkie przebiegło zgodnie z planem, pacjent czuje się świetnie.

Które placówki w Polsce wykorzystują tę technikę? – To zdecydowanie nowa metoda w polskiej praktyce klinicznej. Na pewno podejmuje to wyzwanie ośrodek onkologiczny w Szczecinie, ponieważ choroby nowotworowe wiążą się czasem z koniecznością usunięcia znacznych obszarów kostnych i wręcz wymagane jest zastąpienie całego segmentu kostnego implantem. W takich przypadkach protezy „szyte na miarę” są często jedynym ratunkiem – tłumaczy nasz rozmówca.

INNOWACJA KOSZTUJE

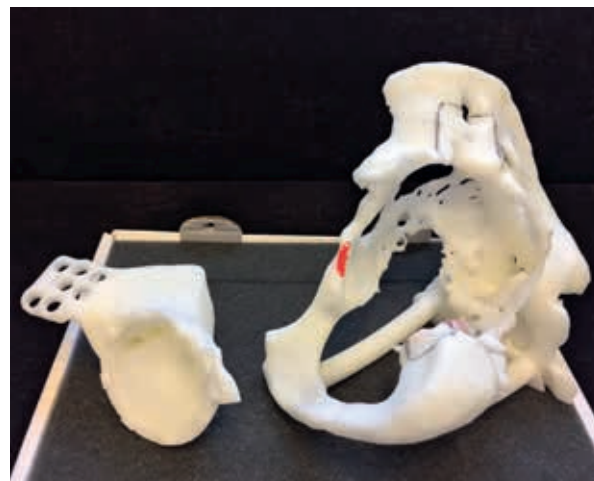
Doświadczenia z zastosowaniem tej techniki ma także m.in. Wojewódzki Szpital Zespolony w Toruniu (endoproteza stawu biodrowego), Klinika Chirurgii Endoskopowej w Żorach (endoproteza stawu kolanowego) czy Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej w Piekarach Śląskich (endoproteza kolana i biodra). W Szpitalu Klinicznym Dzieciątka Jezus dotychczas wykonano trzy takie operacje. Na ten rok zaplanowano kolejne cztery u pacjentów po odbytych wcześniej operacjach rewizyjnych, które nie przyniosły spodziewanego efektu. Doszło u nich do znacznego ubytku tkanki kostnej w panewce stawu

biodrowego, a kość udowa pogłębiała degradację w takim stopniu, że klasyczny implant przestał wystarczać.

– Nie możemy zaproponować operacji z wykorzystaniem implantu typu custom-made większej liczbie chorych, ponieważ problemem są finanse. Co prawda NFZ refunduje koszty, ale procedura ta rozliczana jest w ramach kontraktu szpitala na zabiegi endoprotezoplastyki i pochłania znaczącą część pieniędzy z tej puli. Taki personalizowany implant kosztuje ok. 80 tys. zł. Gdybyśmy wszczepiali więcej implantów custom-made, zabrakłoby funduszy na standardowe zabiegi, zwłaszcza pierwotne endoprotezoplastyki, na które wciąż jest ogromne zapotrzebowanie. Musimy szukać złotego środka. To kosztowna inwestycja, dlatego do zabiegu kwalifikujemy pacjentów, którzy nie tylko mają znaczny ubytek kostny, ale także bardzo dobrze rokują, jeśli chodzi o przyjęcie się implantu. Chorych, u których wystąpiła wcześniej infekcja po standardowym implantowaniu, raczej dyskwalifikujemy, bo istnieje u nich duże ryzyko odrzucenia nowego implantu. Trzeba być bardzo rozważnym, żeby pieniądze wydawać racjonalnie – wyjaśnia dr Łęgosz.

KROK PO KROKU

Do zaprojektowania implantu typu custom-made niezbędne jest wykonanie tomografii komputerowej obrazującej ubytek. TK wysła się do firmy zajmującej się produkcją takich protez. Doświadczeni inżynierowie na podstawie obrazu z tomografii, w specjalnym programie komputerowym oczyszczają kość z tkanek miękkich i projektują implant. Będzie on idealnie dopasowany pod konkretny ubytek i funkcjonalny również pod względem mechanicznym. Inżynier otrzymuje też dane



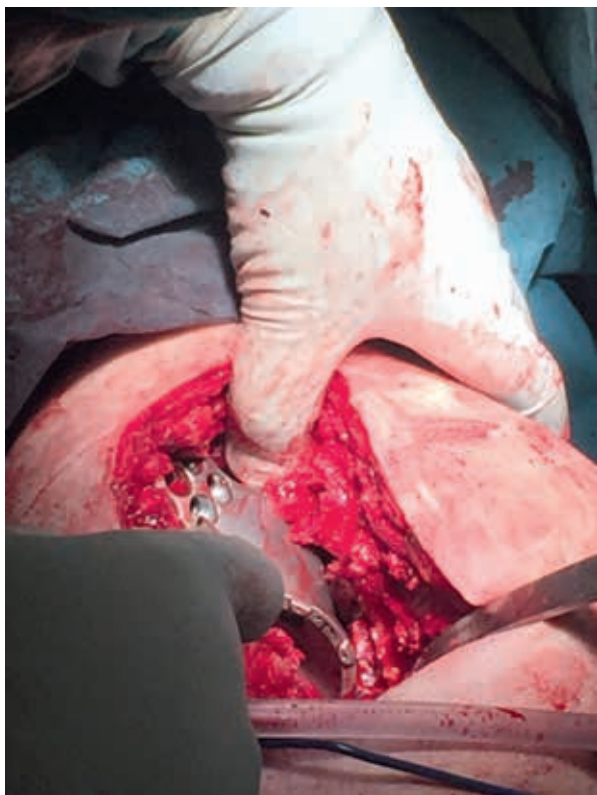
na temat wagi i wzrostu pacjenta, dzięki czemu może dokładnie przełożyć siły nacisku i dopasować liczbę mocowań implantu i ich lokalizację.

– Dostaję gotowy model do akceptacji. Na tym etapie mogę jeszcze zgłosić ewentualne poprawki. Po zatwierdzeniu projektu rozpoczyna się produkcja implantu docelowego. Tworzony jest on z tantalu o właściwościach osteoindukcyjnych, dzięki czemu dobrze integruje się z kością. Na rynku jest dużo firm, które oferują tego typu endoprotezy, my korzystamy z oferty jednego z amerykańskich producentów. Znam już inżyniera, który wykonuje dla nas projekty. Ścisła współpraca i wzajemne zaufanie są bardzo ważne, bo od tego zależy końcowy sukces w leczeniu – wyjaśnia dr Łęgosz.

Poza przygotowaniem projektu, inżynier pisze też lekarzowi zalecenia dotyczące danej endoprotezy i zastosowania jej w konkretnym przypadku, np. na co należy uważać, jak frezować do osiągnięcia właściwego kształtu panewki, kiedy zastrzymać się po pierwszym przebiściu tkanki kostnej. Podpowiedzi te są bardzo precyzyjne i pomocne. Inżynier widzi wcześniej i więcej,

▲ Obok implantu właściwego doktor otrzymuje też plastikowy model protezy w 3D, na podstawie którego przygotowuje się do zabiegu.

GDYBYŚMY WSZCZEPIALI WIĘCEJ IMPLANTÓW CUSTOM-MADE, ZABRAKŁOBY FUNDUSZY NA STANDARDOWE ZABIEGI, ZWŁASZCZA PIERWOTNE ENDOPROTEZOPLASTYKI, NA KTÓRE WCIAŻ JEST OGROMNE ZAPOTRZEBOWANIE. MUSIMY SZUKAĆ ZŁOTEGO ŚRODKA.



▲ Implant typu custom-made pasuje idealnie do ubytku.

w komputerze oczyszczając tkankę i dzięki takiej symulacji może przewidzieć, co może się wydarzyć w trakcie rzeczywistej operacji.

Lekarz otrzymuje też identyczny, plastikowy model protezy wykonany w technologii 3D. Dzięki temu, zanim otworzy pacjenta, może dokładnie zapoznać się z kształtem protezy i systemem mocowań.

– Zabiegi te są skomplikowane, a największa trudność polega na precyzyjnym, dokładnym oczyszczeniu z tkanek miękkich łoży kostnej miednicy. Jeśli się tego nie zrobi dobrze, implant nie będzie pasował. W czasie operacji nie ma jednak momentu zaskoczenia, bo wcześniej możemy obejrzeć plastikowy model, zobaczyć poszczególne miejsca, w których trzeba będzie wykonać nawiercenia do umocowania śrub – opowiada. Każda śruba ma swoje imię i podaną długość, więc od razu wiadomo, jak nawiercać kość. – To niesamowite, że po oczyszczeniu przykładamy implant, który idealnie pasuje – zauważa nasz rozmówca.

Pacjenci po takim zabiegu wracają do zdrowia w podobnym tempie, co po zabiegu pierwotnej

JEŚLI PACJENT PRZYCHODZI DO MNIE Z TRUDNYM TEMATEM I STAWIA MI WYZWANIE, TO JAKO LEKARZ BĘDĘ STARAŁ SIĘ ROBIĆ CO W MOJEJ MOCY, ABY MU POMÓC. MYŚLĘ, ŻE WŁAŚNIE TAK RODZI SIĘ POSTĘP.

endoprotezoplastyki, a kończyna może być od razu obciążana do granicy bólu. – Mamy świetną grupę rehabilitantów, którzy usprawniają chorych na oddziale, do dnia wypisu pacjenta – mówi dr Łęgosz. Czy to nie za mało, nie za krótko? – Po zabiegach endoprotezoplastyki stawu biodrowego to zazwyczaj wystarcza. Nie każdy wymaga dalszej rehabilitacji. Niejednokrotnie widziałem pacjentów z powikłaniami, bo rehabilitant zbyt agresywnie podchodził do usprawniania, czego następstwem były np. zwichnięcia endoprotezy albo złamanie okoloartrozowe – wyjaśnia.

MEDYCYNĄ PRZYSZŁOŚCI

Kiedy implanty typu custom-made zastąpią klasyczne protezy? – Moim zdaniem jeszcze długo to nie nastąpi. Powodem są oczywiście koszty związane z ich wyprodukowaniem. Dla mnie jako lekarza ideałem byłoby, gdyby każdy chory mógł dostać taki właśnie implant, niezależnie od wielkości ubytku. Dzięki właściwościom tego implantu szansa, że będzie on docelowym, jest większa, a ryzyko operacji rewizyjnych ograniczone jest do minimum – wyjaśnia dr Łęgosz. Jednocześnie zaznacza, że klasyczne implanty to też dobre produkty. Ortopedzi mają obecnie spory wybór i możliwość doboru konkretnego modelu do anatomii pacjenta.

Pytamy, co mogłoby być tańszą alternatywą dla implantów typu custom-made? – Przeszczepienia kości ze zwłok. Już podejmowane są takie próby, ale są one niestety obciążone ryzykiem odrzutu przeszczepu – wyjaśnia.

Czy kiedyś będziemy w stanie leczyć ludzi inaczej niż poprzez wszczepianie implantów? – Jeśli znajdziemy przyczynę tych ubytków, to jest szansa na wdrożenie leczenia przyczynowo-objawowego. Póki co, proteza jest

złotym standardem. Naukowcy myślą też o regeneracji, np. dzięki wykorzystaniu komórek macierzystych, ale to odległa przyszłość – odpowiada.

TRZEBA PODEJMOWAĆ WYZWANIA

Ortopedia w szpitalu Dzieciątka Jezus ma wieloletnie, dobre tradycje. To klinika prof. Gruzy – jednego z pionierów ortopedii polskiej. To ośrodek, w którym pracują ludzie z pasją, poszukujący nowych, bardziej skutecznych metod leczenia. – Musimy iść do przodu. Na razie wykonywanie operacji z wykorzystaniem implantów typu custom-made zaspakaja moje ambicje, ale tak naprawdę to pacjent otwiera nową historię. Jeśli przychodzi do mnie z trudnym tematem i stawia mi wyzwanie, to jako lekarz będę starał się robić co w mojej mocy, aby mu pomóc. Myślę, że właśnie tak rodzi się postęp – mówi dr Łęgosz.

Co jest największym wyzwaniem w tej pracy? – Ludzie. Nie każdy rozumie istotę swojej choroby. Pacjenci nie zawsze współpracują. Często nie rozumieją, że nie będzie cudownego wyleczenia, gdy przez lata o sobie nie dbali. Dziś chory przychodzi do mnie nie z chorobą, ale ze sprawą i oczekuje jej załatwienia. Przestaję czuć się wtedy lekarzem. Zaczynam być urzędnikiem? – pyta retorycznie.

Zmieniają się pacjenci, a także ich podejście do lekarzy. Zmienia się też współczesna medycyna. Implanty typu custom-made to medycyna personalizowana XXI w. i bez wątpienia cieszy, że takie nowatorskie rozwiązania wprowadzone są również w Polsce. Co prawda w bardzo niewielkiej skali, ale zawsze to już krok naprzód – mały, jeśli chodzi o liczbę wykonywanych zabiegów, ale wielki, jeśli chodzi o skuteczność leczenia choroby. ○

Jak zakończy się operacja?

Pytanie: co może zrobić kobieta po czterdziestce z wieloletnią endometriozą w wywiadzie? Odpowiedź: histerektomię.

👩 **DOKTOR ANNA**, OKULISTKA

Bardzo trudno jest mi od razu pogodzić się z tak radykalnym rozwiązaniem. W końcu chodzi o narząd bardzo istotny dla kobiety. Po wielu analizach, godzinach rozmów z osobami, które przez to przeszły, dramatycznych przemyśleniach, podejmuję decyzję na tak. Nie ma na co czekać. Chcę to zrobić jak najszybciej.

W niespełna miesiąc trafiaam na oddział ginekologiczny. Chętnie rozmawiam z pacjentkami o „mojej” chorobie i przekonuję się, że albo w ogóle nie słyszały o niej (o zgrozo!), albo dobrze wiedzą, o co chodzi, gdyż przeszły jej wszystkie etapy dokładnie tak jak ja. Comiesięczna walka z bólem, osłabienie, obfite krwawienie, stres, dysfunkcyjność, w końcu anemia i to przerażenie, że za mniej więcej cztery tygodnie znowu będzie powtórka. I te zapewnienia, że jak się urodzi dziecko, wszystko się unormuje. Jeżeli po pierwszym nie, to po drugim na pewno. No niestety. Tak to nie działa. I przychodzi taki moment, kiedy doprowadzone do kresu wytrzymałości zaczynamy wierzyć już tylko intuicji. A intuicja podpowiada nam, że żeby przeżyć, musimy dokonać wyboru: albo ja, albo moja macica.

Idąc dobrowolnie na stół, bezgranicznie ufamy, że ręce operatora zapewnią nam spokojną dalszą część życia.

OPERACJA

W szpitalu wszystko przebiega bez zarzutu. No może tylko drobny niepokój budzi problem z założeniem wenflonu. Trzeci, czwarty, piąty raz. Dalej nie liczę. Podobno mam dziwnie zakręcone żyły. Grunt, że się w końcu udało. Z operacji pamiętam tylko, jak



^ Idąc dobrowolnie na stół, bezgranicznie ufamy, że ręce operatora zapewnią nam spokojną dalszą część życia.

najpiękniejszy głos na świecie oznajmił mi, że budzimy się i że już po wszystkim.

Po dwóch dniach jestem w domu. Hurraaa!

I tu pojawia się pierwszy problem. Nigdzie nie można kupić leku przeciwzapalnego, przepisanego na receptę, którą dostałam wraz z wypisem ze szpitala. Sytuacja jest dosyć trudna: sobota, po godzinie 16. Większość aptek jest zamknięta. Czy z zasztytami czterema dziurami w brzuchu powinnam jeździć po mieście? Ostatecznie decyduję się na zamiennik (niechętnie).

Drugi problem. Ku mojemu wielkiemu przerażeniu kompletnie przestał działać końcowy odcinek mojego przewodu pokarmowego. Wiem, że go mam, bo bardzo boli. Nie wiem, co się dzieje. Nikt podczas nie tak dawnego pobytu w szpitalu nie poinformował mnie, że przez kilka tygodni tak właśnie może być (przydałyby się chociaż jakieś ułotki, broszurki informacyjne na ten temat).

Trzeci problem. Do ręki dostaję wyniki badania histopatologicznego. Pani sekretarka pociesza mnie i radzi, żebym się za

bardzo w nie niewczytywała i nie szukała wyjaśnień „po internetach”. Drżącym głosem czytam kilka razy: „rak gruczołowy trzonu macicy”. „Konsultacja onkologiczna za siedem dni”... Że co? Że ja?

Siedem dni czekania? Następnego dnia umawiam się na prywatną wizytę do onkologa. Zaczyna robić się poważnie. Czuję, jak moje życie przeskakuje na inne tory. Dowiaduję się, że za pięć tygodni kolejna operacja, gdyż muszę jak najszybciej usunąć jajniki, pobrać okoliczne węzły chłonne. Potem radioterapia, bo przed usunięciem macica poddana została morcelacji i nie wiadomo, czy nie doszło do rozsiania komórek rakowych. Na zakres radioterapii będzie miał wpływ wynik badania histopatologicznego.

KONSULTACJA

Z taką wiedzą idę na wyznaczoną przez szpital konsultację onkologiczną. Jestem umówiona na czternastą. Jak się okazuje, nie tylko ja. Razem jest nas siedem, a kolejne panie cały czas przybywają. Wszystkie na tę

JESTEM LEKKO OSZOŁOMIONA. W CIĄGU 12, MOŻE 14 MINUT PANI DOKTOR ZDAŹYŁA ZAPOZNAĆ SIĘ Z MOJĄ HISTORIĄ CHOROBY, OPISEM OPERACJI, POROZMAWIAĆ PRZEZ TELEFON Z INNĄ PACJENTKĄ I CHWILĘ ZE MNĄ.

samą godzinę. Powoli zaczyna brakować miejsc siedzących. Trudno się stoi, wszystkie jesteśmy dopiero co po zabiegach. Nareszcie moja kolej. Jestem tak stremowana i zestresowana, że nawet nie wiem, o co zapytać. Słucham i poddaję się bezwolnie decyzjom lekarza jak zwykły uczeń.

– Najpierw usunięcie jajników, a potem zobaczymy.

Nieśmiało pytam, czy mój organizm wytrzyma dwie narkozy w tak krótkim czasie.

– A czym się pani martwi? Przecież jest pani młoda i zdrowa!

– W moim przypadku pozory mylą – odpowiadam.

– No tak...

Jestem lekko oszołomiona. W ciągu 12, może 14 minut pani doktor zdażyła zapoznać się z moją historią choroby, opisem operacji, porozmawiać przez telefon z inną pacjentką i chwilę ze mną. Nie dowiedziałam się niczego na temat mojej nowej choroby. Żadnych rokowań. Żadnego wsparcia. Jak na pierwszą konsultację onkologiczną to trochę słabo. Pozostaje spory niedosyt.

Wychodzę z gabinetu i czuję na sobie pytający wzrok kilkunastu oczekujących zdenerwowanych kobiet. Mijając je bez słowa, zaczynam się zastanawiać, czy jesteśmy jeszcze pacjentami/ludźmi, czy stajemy się właśnie bezosobowymi numerami kart DILO. Boję się tego. Boję się takiego leczenia. Tak nie chcę. Podejmuję decyzję o zmianie szpitala.

INNA PLACÓWKA

– INNE REGUŁY

Na dzień dobry: konsylium, czyli pełna, wyczerpująca informacja o planowanym zabiegu i dalszym leczeniu. Potem obserwacja pacjenta i efektów wszystkich zastosowanych działań medycznych. Profesjonalizm i wysoka kultura osobista. Jest tak, jak chciałam.

Co więcej, już przy pierwszym podejściu pani pielęgniarka udaje się założyć

wenflon. Chyba jednak nie mam takich zakręconych żył.

Wpadki też są. Wieczorem, dzień przed zabiegiem poprosiłam o czopek glicerynowy, żeby z pustymi jelitami położyć się na stół. Dostałam, zaaplikowałam i czekałam. Kiedy po upływie godziny nie wystąpiło kompletnie nic, zaniepokojona postanowiłam odśzukać opakowanie i przekonać się, czy nie doszło do pomyłki. Okazało się, że zamiast na przeczyszczenie dostałam czopek rozkurczający, który skutecznie zatrzymał perystaltykę. Kiedy opowiedziałam o tym dyżurnej pielęgniarce, obydwie nie potrafiłyśmy powstrzymać się ze śmiechu. Taki peszek.

E-MEDYCYNĄ

Operacja przebiegła prawidłowo, dostałam dobre gazy. Gojenie też prawidłowe. I znowu mogę opuszczać oddział. Jeszcze tylko wypis i e-zwolnienie. W ogóle e-medycyna robi na mnie olbrzymie wrażenie. Zapomniemy o druczkach L4. Idzie nowe, lepsze, łatwiejsze. Szpital wystawia zwolnienie drogą elektroniczną, wysyła drogą elektroniczną i skucha, bo Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie otrzymuje takiegoż drogą elektroniczną. Gdyby nie moja księgowa, pewnie do tej pory nikt by nie wiedział, że jestem na zwolnieniu. Pracownik ZUS-u poinformował mnie, że muszę ponownie udać się do szpitala w celu odebrania zwolnienia, tym razem w wersji papierowej. Ponieważ przez całe to zamieszanie upłynęło sporo czasu, z jednego zwolnienia zrobiły się trzy – tak generuje system, kiedy wystawiamy dokumenty z wsteczną datą.

Kolejny krok to ePUAP. Każde z trzech zwolnień ma przypisany oddzielny kod, który po autoryzacji szybko muszę odebrać do ZUS-u za pomocą esemesa. Tak też czynię. Poszło!

Po kilku dniach otwieram pismo z ZUS-u z formularzami do wypełnienia

i obowiązkiem ich dostarczenia do wyznaczonego oddziału. Czyli poszło, ale nie dotarło. Jeżeli nie dostarczę ww. druczków w wyznaczonym terminie, zasiłek chorobowy nie będzie mi przysługiwał. Oczywiście biegiem dostarczam.

Efekt jest taki: tradycyjne L4 i po czterech tygodniach pieniądze są na koncie. E-zwolnienie: po pięciu tygodniach na koncie nie ma nic.

Wygląda na to, że moja walka o zdrowie toczy się już na dwóch frontach. Jak zakończy się operacja z ZUS-em, tego nie wiem. Mam wrażenie, że jestem pionierem i przecieram szlaki, po to, aby wszyscy po mnie mieli łatwiej. Tylko szkoda mi tej energii i czasu poświęcanego na sprawy, które nie powinny mnie obchodzić. Znowu powraca do mnie natrętna myśl, że jestem tylko pe-selem, numerem choroby, niezdolnością do pracy od-do. Znowu przestaję być pacjentem/człowiekiem.

ŻYCZENIOWO

W natłoku przepisów regulujących funkcjonowanie ochrony zdrowia łatwo zgubić istotę rzeczy. Gdzieś nam się zapodziewa pacjent i jego choroba. Na własnym przykładzie widzę, jak szybko wpadamy w pułapkę licznych procedur. Lekarz ma leczyć i ma mieć na to odpowiednią ilość czasu!

Na własnym przykładzie widzę, jak niepostrzeżenie endometrioza przekształciła się w chorobę onkologiczną. Uważam, że za mało wiedziałam na jej temat i za mało byłam wyczulona na skutki nieleczenia tej choroby. Mój pierwszy operator powiedział, że nie można było niczego więcej zrobić, że rozpoznanie raka przed zabiegiem było niemożliwe. Życzyłabym sobie, żeby udało się wkrótce wypełnić tę lukę diagnostyczną. Aby prawidłowe rozpoznanie pomogło lekarzowi wybrać najodpowiedniejszą metodę chirurgiczną, która nie tylko skutecznie wyleczy, ale jak najmniej okaleczy kobietę. ☹

Sztuczna ślina



Sztuczną ślinę opatentowali naukowcy z Politechniki Białostockiej, Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku we współpracy z jedną z firm. Suchość jamy ustnej może dotyczyć nawet 40 proc. społeczeństwa (głównie osób starszych przyjmujących leki).

– Przede wszystkim zależało nam, żeby naśladować naturalną ślinę – mówi prof. Halina Car, dodając, że pełni ona funkcje nawilżające, ale też trawienne oraz chroni organizm przed szkodliwymi drobnoustrojami. – Udało nam się stworzyć preparat, który łączy cztery, pięć właściwości śliny naturalnej. To jest ewenement – dodaje. – Nasza sztuczna ślina składa się z bazy, którą jest mucyna. Dodatkowo, który nadaje właściwości biofunkcjonalne, głównie w aspekcie biologicznym, są nanocząstki złota – mówi dr inż. Joanna Mystkowska. – Nowością jest wykorzystanie koloidalnego złota w nanoformie. To nie tylko nadało preparatowi właściwości przeciwdrobnoustrojowe, nie dopuszczając do wzrostu biofilmu, czyli płytki nazębnej, a wręcz ją niszcząc. Złoto niejako za pacjenta dba o higienę jamy

Preparat nie powoduje zużycia mechanicznych elementów ortodontycznych czy protetycznych.

ustnej, ale może też wpłynąć na regenerację nabłonka – wyjaśnia dr Katarzyna Niemirowicz. Preparat nie powoduje zużycia mechanicznych elementów ortodontycznych czy protetycznych, przez co mogą one dłużej służyć pacjentom. Właśnie to zużywanie, jak tłumaczy dr inż. Mystkowska, stanowiło inspirację do prac nad sztuczną śliną, gdy badano tempo i sposób zużywania się elementów protetyki stomatologicznej. – Przy zaburzeniu wydzielania śliny nie jesteśmy w stanie mówić, jeść, przełykać, obniżone są właściwości trawienne, oczyszczające, remineralizacyjne – mówi dr inż. Mystkowska. Problemy mają też osoby chore na raka, pacjenci z uszkodzonymi śliniankami na skutek ciężkich terapii w onkologii, pacjenci diabetologiczni. – Stąd liczba osób, którym jest potrzebny preparat sztucznej śliny, jest wzrastająca – dodaje prof. Car. Obecny patent jest trzecim Politechniki Białostockiej związanym ze sztuczną śliną, dwa z nich są wspólne z Uniwersyteciem Medycznym. Prace nad sztuczną śliną na tamtejszej politechnice rozpoczęły się 10 lat temu.

Autorytet lekarza

Onkolodzy zbyt rzadko zachęcają wyleczonych z choroby nowotworowej do aktywności fizycznej.

Uważa się, że aktywność fizyczna u osób wyleczonych z choroby nowotworowej może zmniejszać ryzyko wznowy. Niedawno opublikowany w czasopiśmie „Journal of Clinical Oncology” artykuł zwraca uwagę na zbyt mały udział onkologów w zachęcaniu osób wyleczonych z nowotworów do ćwiczeń fizycznych. Autorzy podkreślają, że po zakończonym skutecznym leczeniu onkologicznym chorzy jeszcze przez wiele lat pozostają pod opieką onkologa, który może mieć istotny wpływ na prozdrowotne zachowania swoich pacjentów. Istnieją badania wskazujące, że chorzy częściej stosują się do zaleceń lekarskich, jeżeli dostają je od prowadzącego onkologa, a nie od lekarzy innych specjalności.

Telefon a rak

Normy dotyczące promieniowania elektromagnetycznego emitowanego z telefonów komórkowych wydają się akceptowalne.

Centrum Urządzeń i Bezpieczeństwa Radiologicznego (komórka Amerykańskiej Agencji ds. Żywności i Leków) skomentowało raport powstały w ramach Narodowego Programu Toksykologicznego dotyczący ryzyka rozwoju nowotworów pod wpływem promieniowania elektromagnetycznego. Przedstawiono w nim wnioski z badań na szczurach i myszach narażonych na działanie promieniowania elektromagnetycznego. Stwierdzono zwiększoną częstość występowania nowotworów wywodzących się z nerwów okolicy serca wśród szczurów płci męskiej. Efektu tego nie odnotowano wśród samic ani wśród myszy. Wśród wszystkich zwierząt badacze zauważyli istotnie zwiększoną liczbę nowotworów innych narządów (m.in. mózgu, gruczołu krokowego, przysadki mózgowej, nadnerczy, wątroby). Nie wiadomo, czy ich wystąpienie miało związek z promieniowaniem. Użyte natężenie promieniowania elektromagnetycznego oraz czas ekspozycji zdecydowanie przekraczały poziom, którego doświadczają osoby nawet bardzo często korzystające z telefonów komórkowych, a promieniowaniu poddawano całość organizmów badanych zwierząt.



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

Źródło: Serwis PAP Nauka w Polsce naukawpolsce.pap.pl, pb.edu.pl, ascopubs.org, cancernetwork.com

Mobilna diagnostyka



Wrocławscy naukowcy tworzą przenośne urządzenie, które umożliwi wykonywanie badań molekularnych w dowolnym miejscu, w 20 minut. Z **Mironem Tokarskim**, współtwórcą tej technologii, rozmawia **Lidia Sulikowska**.

GL O pracach nad analizatorem wielkości smatfona, dzięki któremu łatwo i szybko będzie można wykonywać diagnostykę molekularną, informował pan już w połowie ubiegłego roku. Na jakim etapie jesteście obecnie?

Gotowy jest prototyp urządzenia sterującego, obecnie opracowujemy karty reakcyjne, za pomocą których będzie można przeprowadzać testy. Współpracujemy w tym zakresie z Uniwersytetem Medycznym we Wrocławiu i Politechniką Wrocławską. Karta jest sercem analizatora, to na niej zachodzi izolacja, amplifikacja i detekcja patogenów. Na początek chcemy stworzyć panel do wykrywania chorób wenerycznych, a także zakażeń górnych dróg oddechowych. Mamy już testy wykrywające obecność bakterii wywołujących boreliozę oraz zakażenie onkogennymi szczepami wirusa HPV, ten ostatni właśnie przeszedł do fazy testów na materiale klinicznym. Z czasem będziemy się rozwijać, dodając nowe badania. Myślimy też nad diagnostyką patogenów wywołujących zapalenie opon mózgowych, a także nad opracowaniem kart pod kątem wykrycia konkretnego nowotworu. Diagnostyka w tym przypadku opierać się będzie o tzw. ciekłą biopsję.

GL Czy będzie można wyjść poza diagnostykę molekularną, np. w kierunku badań biochemicznych? Teoretycznie jest możliwość wykonania takiej karty reakcyjnej, choć przyznam, że nie jest to obszar naszych zainteresowań. Skupiamy się na biologii molekularnej.

GL Podobne analizatory już pojawiają się na rynku. Czym chcecie się wyróżniać?

Istotnie, przenośne analizatory już są dostępne, ale żaden z nich nie posiada odpowiedniej certyfikacji, która da gwarancję, że wynik jest diagnostyczny. Obecnie certyfikaty

posiadają wyłącznie urządzenia na prąd, wykorzystujące odczynniki wymagane do analizy danych, które muszą być przechowywane w zamrażarce lub lodówce. To nie są mobilne laboratoria. Nasz sprzęt będzie posiadał wbudowaną baterię, karty reakcyjne mogą być przechowywane w temperaturze pokojowej, a opracowana technologia zapewni uzyskanie odpowiednich certyfikatów. Chcemy, aby nasze wyniki były diagnostyczne, a poszczególne parametry jakościowe były przynajmniej tak dobre, jak obecnie wykorzystywanych testów genetycznych. Ma w tym pomóc wbudowany do analizatora system sterujący temperaturą, który ogrzeje odpowiednie fragmenty karty tak, jak wymaga tego konkretny patogen.

GL Jak wygląda proces przygotowania próbki do użycia w waszym analizatorze?

Pobieramy materiał biologiczny, np. mocz, krew czy wymaz. Od razu, bez wcześniejszego przygotowania, możemy aplikować próbkę na kartę reakcyjną. Kartę umieszczamy w urządzeniu. Po około 20 minutach mamy gotowy wynik.

GL Kiedy ten sprzęt będzie dostępny i jakie będą koszty użycia tej technologii?

Planujemy wdrożenie na II połowę 2020 r. Pierwszy wydatek to zakup samego urządzenia, drugi – kart reakcyjnych, które są oczywiście jednorazowego użytku. Ich cena będzie się wahać od kilkudziesięciu złotych, ale będą też droższe, w zależności od konkretnego testu. Nasz sprzęt może okazać się bardzo pomocny, gdy będzie trzeba wykonać szybką diagnostykę. Diagnostę będzie można postawić już na pierwszej wizycie u lekarza, a także o każdej porze dnia i nocy na oddziale, bez konieczności długiego oczekiwania na wyniki badań w tradycyjnych laboratoriach diagnostycznych. ☺

GL
WYWIAD

Medycyna oparta na wartości

Żadne wydatki nie rosną w nieskończoność. Prędzej czy później w każdej dziedzinie zaczyna szukać się sposobów ich optymalizacji. Im efektywniej wydaje się pieniądze, tym więcej celów można zrealizować.

MARIUSZ TOMCZAK

Przez ostatnie miesiące w debacie publicznej poświęconej sytuacji w ochronie zdrowia w Polsce rozmawiano prawie wyłącznie o zwiększeniu nakładów publicznych na ten cel.

Tymczasem w Stanach Zjednoczonych i w zachodniej Europie od dawna toczy się dyskusja o konieczności jeszcze bardziej efektywnego wydawania pieniędzy. Nie omija ona Holandii, kraju najlepiej ocenianego w Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia, czy Wielkiej Brytanii.

WALIA: LECZĄ, ALE LICZĄ

– W Walii rozpoczęliśmy debatę, w jaki sposób zoptymalizować skuteczność usług i zapewnić pacjentom jak najlepsze rozwiązania przy optymalnym wykorzystaniu posiadanych środków – mówi Rebecca Richards, dyrektor National Health Service Wales Finance Academy. W jej ocenie, stale wzrastającym potrzebom zdrowotnym i oczekiwaniom społecznym w zakresie ochrony zdrowia musi towarzyszyć wdrażanie polityki zorientowanej na mierzenie kosztów w odniesieniu do posiadanych zasobów (finansowych, kadrowych, materialnych).

Jednym z przykładów takiego podejścia są zakupy endoprotez. – Myślimy o kosztach w perspektywie długoterminowej. Nie chodzi tylko o umieszczenie implantu tak, aby było

to najkorzystniejsze dla pacjenta, ale również o to, by długo mu służył – dodaje Rebecca Richards. Kluczową rolę mają dane pozwalające monitorować rzeczywiste skutki podejmowanych decyzji. – Tworzymy ustandaryzowane bazy danych, pokazujące skuteczność leczenia. Tą drogą staramy się znaleźć rozwiązania, aby posiadane środki wykorzystać w sposób najlepszy z możliwych – podkreśla dyrektor Richards.

W podejściu medycyny opartej na wartości (ang. value based medicine, VBM) chodzi nie tylko o porównanie wydatków z wynikami leczenia, ale również, a może przede wszystkim, o zestawianie rzetelnych danych z badań i analiz z korzyściami, jakie osiągają pacjenci dzięki podjęciu interwencji medycznej. – To zupełnie inne myślenie o systemie i zarządzaniu niż to, z którym obecnie mamy do czynienia w Polsce – mówi dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, dyrektor Centrum Kształcenia Podyplomowego Uczelni Łązarskiego.

EFEKTY ZDROWOTNE WAŻNIEJSZE OD LICZBY PROCEDUR

Jak mówi dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, u podstawy tworzenia wartości zdrowotnej leżą takie słowa-klucze jak m.in. powtarzalność, wydajność, porównywalność, koordynacja, jasno zdefiniowane cele. Tymczasem w debacie publicznej w Polsce przyjęto dogmat

tworzenia „taniego państwa”, co w konsekwencji prowadzi do istnienia nieefektywnego płatnika i funkcjonowania taniego, ale niezbyt efektywnego systemu opieki zdrowotnej.

– Nie jesteśmy nastawieni na wartość choćby poprzez zarządzanie wiedzą gromadzoną przez Narodowy Fundusz Zdrowia. To konsekwencja zarządzania planem finansowym, a nie wynikami. Sprawozdanie płatnika z kolejnych lat funkcjonowania opiera się na danych pokazujących liczbę procedur, a nie efekty zdrowotne. W NFZ problemem nie jest brak danych, ale brak zdolności do ich analizy i weryfikacji oraz nieuwzględnianie ich w procesie decyzyjnym – mówi dr Gałązka-Sobotka.

W jej opinii rządzący od lat konsekwentnie uciekają od tego, by stworzyć system ochrony zdrowia funkcjonujący w oparciu o rzetelne analizy, ale nie brakuje polityków deklarujących wsparcie dla idei medycyny opartej na wartości. Jak mówi Andrzej Sośnierz, wiceprzewodniczący sejmowej Komisji Zdrowia, niegdyś prezes NFZ, taki model zarządzania pozwoliłby oddzielić faktyczne potrzeby zdrowotne od intencji politycznych, a ustawy byłyby przygotowywane lepiej niż obecnie. – Środki należy wydawać na podstawie wiedzy i rozumu. Obecnie decyzje nie są podejmowane z intencją, że chcemy osiągnąć jakiś efekt zdrowotny. Trzeba mierzyć stan wyjściowy i określać cel – mówi poseł Sośnierz.

Zdaniem Jakuba Szulca, byłego sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia, a obecnie dyrektora w jednej z firm doradczych, od tej koncepcji nie ma odwrotu. – Musimy być coraz bardziej oświadczeni, a także mierzyć efektywność interwencji w ochronie zdrowia, lokując je tam, gdzie wartość zwrotu jest najwyższa – mówi Jakub Szulc. Wprawdzie, jak dodaje, personel medyczny nie zawsze przyjmie z aprobatą to, że baczniej będzie spoglądało mu się na ręce, ale sytuacja wymusi to wreszcie na decydentach.

CZY WIĘKSZE NAKŁADY POPRAWIAJĄ WYNIKI LECZENIA?

Sztuką nie jest wydać pieniądze, ale to, by realnie wyleczyć jak najwięcej pacjentów za pomocą możliwie najniższych nakładów. Takich głosów pojawia się coraz więcej ze względu na prognozy demograficzne. W ciągu najbliższych dwudziestu lat Polska może stać się drugą najstarszą gospodarką w Europie. – NFZ, w przeliczeniu na pacjenta, na populację do 50. roku życia wydaje trzy razy mniej środków niż na populację w wieku 50+ – mówi Jakub Szulc. – Value based medicine to nie szansa, lecz konieczność dla polskiego systemu ochrony zdrowia – podkreśla dr Gałązka-Sobotka.

Te opinie podziela Andrzej Sośnierz, podkreślając, że pełne wykorzystanie danych zgromadzonych w NFZ stanowiłoby podstawę do tworzenia sensownej polityki zdrowotnej i efektywnej dystrybucji środków. Dodaje, że płatnik powinien publikować wyniki leczenia w poszczególnych szpitalach. – To tworzyłoby presję, można by porównywać placówki i mierzyć efekty – mówi poseł. I retorycznie pyta: dlaczego po przeznaczeniu w ostatnich latach większych środków na onkologię, nie poprawiły się wyniki leczenia, a jeśli wydano je bezskutecznie, to co właściwie się stało?

W środowisku lekarskim są osoby, by otwarcie mówiące o konieczności



wydawania pieniędzy w oparciu o jakość i efekty w znacznie większym stopniu, niż mamy z tym do czynienia. Zdaniem prof. Pawła Buszmana, prezesa American Heart of Poland, wydatki muszą przekładać się m.in. na wydłużenie okresu życia i wydłużenie życia w zdrowiu, a Ministerstwo Zdrowia powinno rozliczać środki w oparciu o kluczowe wskaźniki efektywności (ang. key performance indicators, KPI).

W jego opinii kardiologia inwazyjna w naszym kraju już teraz w dużej mierze opiera się na koncepcji medycyny opartej na wartości. Od lat, poprzez rejestry, mierzy się wyniki wczesne i odległe, co pozwala porównywać je z tymi uzyskiwanymi w innych krajach Europy. Dzięki temu wiadomo, jak np. środki przeznaczane na leczenie chorób układu krążenia przekładają się na jakość usług oraz wpływają na długość życia Polaków po przebytych incydentach sercowo-naczyniowych.

IM MNIEJ ZAWAŁÓW, TYM WYŻSZY PKB

Z jednej strony – jak mówi prof. Paweł Buszman – wydatki NFZ na kardiologię wzrosły z ok. 2 mld zł w 2004 r. do ok. 3 mld zł w 2015 r., a z drugiej

– w ciągu ostatnich 18 lat obniżyła się umieralność w zawałach serca o 50 proc., zmniejszyła się umieralność w chorobie wieńcowej o 33 proc., a m.in. dzięki spadkowi umieralności z powodu chorób układu krążenia w tym samym okresie wydłużył się czas życia o 7-8 lat u kobiet i o 3-4 lata u mężczyzn.

– Kardiologia była jedną z nielicznych dziedzin w medycynie, która zmniejszyła umieralność w kraju, co w istotny sposób przekłada się na wskaźniki gospodarcze. Kardiologia prezentuje bardzo korzystny wskaźnik kosztowo-efektywny, co widać na przykładzie wyników leczenia np. zawałów serca czy niestabilnej dławicy piersiowej. Koszt uzyskania jednego roku życia w niestabilnej dławicy piersiowej to ok. 25-30 tys. zł, czyli poniżej połowy PKB per capita, co świadczy o wyjątkowo kosztowej efektywności tej procedury – mówi profesor, dodając, że największy problem zdrowotny w Polsce pokazują liczby: 5 mln osób chorych na serce, 10 mln z nadciśnieniem tętniczym i szacowana na od 800 tys. do 1 mln rzesza pacjentów zmagających się z niewydolnością serca.

Zgodnie z przywoływanymi przez prof. Buszmana badaniami, w krajach wysoko rozwiniętych zmniejszenie śmiertelności sercowo-naczyniowej o 5 proc. może zwiększyć PKB per capita o 1 proc. To wszystko, jego zdaniem, stanowi dowód na to, że w medycynie sercowo-naczyniowej należy inwestować, bo pieniądze trafiające do kardiologów i kardiochirurgów zwracają się z nawiązką. 

W ŚRODOWISKU LEKARSKIM SĄ OSOBY OTWARCIE MÓWIĄCE O KONIECZNOŚCI WYDAWANIA PIENIĘDZY W OPARCIU O JAKOŚĆ I EFEKTY W ZNACZNIE WIĘKSZYM STOPNIU, NIŻ MAMY Z TYM DO CZYNIEŃIA.

Nowa era edukacji

Żyjemy w czasach szybkiego rozwoju nowoczesnych technologii, dzięki którym można przekazywać wiedzę w zupełnie inny sposób niż kiedyś. Czy polskie placówki zajmujące się kształceniem przed- i podyplomowym lekarzy nadążają za tym trendem?

● LIDIA SULIKOWSKA



Obecnie student nie rozstaje się ze swoim smartfonem, aktywnie uczestniczy w mediach społecznościowych, coraz częściej na zajęcia przychodzi z laptopem, nie chce też marnować czasu na stacjonarnych wykładach, woli zaliczyć kurs online.

Może korzystać z niezliczonej liczby aplikacji medycznych, które pokażą mu np. układ kostny w trójwymiarze, skomplikowane zabiegi operacyjne, zaprezentują najnowsze doniesienia naukowe czy wiedzę z danej dziedziny medycyny w przystępny sposób. Rynek oferuje szeroką gamę fantomów i symulatorów urządzeń medycznych.

Na ile jednak innowacyjne technologie są powszechne na polskich uczelniach? Czy nauczyciele akademicki, którzy sami uczyli się w czasach, gdy dominowała książka i zeszyt do notowania, chcą je

wykorzystywać w pracy dydaktycznej? I co ważne – czy nowości te spełniają oczekiwania edukacyjne? Na to pytanie próbowali odpowiedzieć uczestnicy konferencji poświęconej nowoczesnym rozwiązaniom w edukacji medycznej, zorganizowanej na początku kwietnia w Warszawie przez MEDtube.

WIEDZA Z TELEFONU

– Nasi studenci chętnie wykorzystują do nauki nowe technologie, choć niejedyn młody człowiek dalej woli kartkę i ołówek. Nowoczesna edukacja nie może wykluczać osób, które cenią tradycyjny styl uczenia się – mówiła dr Antonina Doroszevska z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Na tej uczelni już działa centrum symulacji medycznej (będzie rozbudowywane), platforma e-learningowa (kursy obowiązkowe i fakultatywne), a w niedalekiej przyszłości będą realizowane egzaminy OSCE.

▲ **W obecnych czasach trudno wyobrazić sobie naukę bez wykorzystania symulacji medycznej.**

Studenci Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu mają np. dostęp do wielu medycznych e-booków, w tym ponad 600 w ramach Cambridge Core. Prof. Marzena Dominiak, prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, członek Komitetu Edukacyjnego Światowej Federacji Dentystycznej FDI, ale też kierownik Katedry i Zakładu Chirurgii Stomatologicznej UM we Wrocławiu, podkreśla, że ceni też wartość aplikacji medycznych, a także filmy szkoleniowe, ważne jednak, aby przekazywane treści były recenzowane, bo tylko wówczas mamy pewność, że są rzetelnym źródłem informacji. – Medycyna na smartfonie i tablecie spełnia swoje zadanie. Dostarcza fachową wiedzę, a nauka jest łatwiejsza i przyjemniejsza. Technologie pozwalają wyjść z tradycyjnego nauczania i skoncentrować się wokół problem-based learning – przekonywała zgromadzonych uczestników.

– Kończyłem studia w latach, gdy edukacja była całkowicie analogowa, co najwyżej mogliśmy skorzystać z dyktafonu czy ksero – mówił z kolei prof. Marcin Gruchała, rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, zwracając uwagę, że obecnie młodzi ludzie funkcjonują w zupełnie innej rzeczywistości i nie należy z tym zjawiskiem walczyć, ale to wykorzystać.

– Niestety panuje przekonanie, że telefon komórkowy służy nam do rozrywki, a to ważne narzędzie edukacyjne – przekonywał Jacek Dziedzic, prezes Studenckiego Towarzystwa Naukowego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Narzekał też, że polskie uczelnie medyczne toczy choroba zwana „seminariozą”, która jest katalizatorem wypalenia wśród studentów. – Dobrze, że wzrasta możliwość odbycia kursów online, zapisy na takie zajęcia rozchodzą się błyskawicznie, bo to oszczędność czasu – mówił. Dodał jednak, że ceni wykłady, które są interaktywne i realizowane z pomysłem, a nie po prostu odczytywaniem tego, co jest zapisane w podręczniku. Na uczelniach medycznych w całej Polsce powstają lub już działają kolejne centra symulacji medycznej, które znacząco poprawiają efekty kształcenia.

Jakie są główne bariery we wdrażaniu nowych technologii do procesu nauczania? W czasie konferencji przeprowadzono wśród uczestników ankietę, w której zapytano o tę kwestię. Badani najczęściej wskazywali na ograniczenia finansowe, niewiele mniej jednak odpowiedziało, że problemem jest strach przed zmianą. W końcu innowacje to coś nowego, pewnego rodzaju ryzyko, dlatego tak niechętnie je podejmujemy. Niebagatelnym czynnikiem może też być brak motywacji wśród nauczycieli akademickich. Zdaniem Mateusza Marynowskiego z IFMSA-Poland, wynagrodzenia dla dydaktyków są niewystarczające, żeby mogli się maksymalnie angażować w pracę ze studentami. – Bardziej opłaca się napisać artykuł, a nauczanie to po prostu wyrabianie godzin – stwierdził. – W Polsce problemem jest to, że nie ma trzech ścieżek kariery – naukowej, klinicznej i nauczania. W USA jest wybór, w jakim obszarze chcemy się realizować – ocenił prof. Michael Czekajło, dyrektor medyczny centrum symulacyjnego w Hunter Holmes McGuire VA Medical Center w Richmond, USA.

CO PO STUDIACH?

Nowego podejścia wymaga też kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentyków. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego rozwija powoli platformę e-learningową, posiada centrum symulacji ratownictwa medycznego i neonatologiczne, tworzone jest też endoskopowe centrum symulacji. Prof. Ryszard Gellert, dyrektor CMKP, podkreślał, że nauczanie poprzez symulację jest po prostu konieczne. Technologia daje jednak o wiele więcej, m.in. szkolenia na ludzkich preparatach, wykorzystanie drukowanych modeli narządów 3D, telemedycynę, symulację wysokiej wierności – z pacjentem, który krzyczy, płacze, krwawi, ma wysokie ciśnienie i inne funkcje. To wszystko jednak kosztuje.

DOBRE WYKORZYSTAĆ MOŻLIWOŚCI

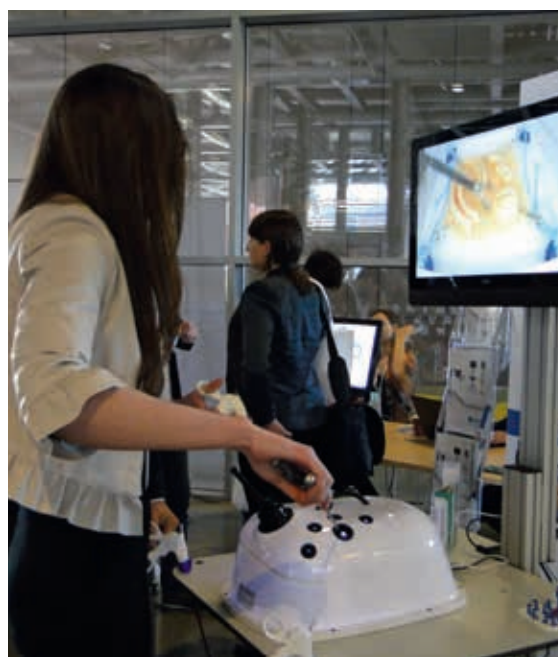
Niewątpliwie najistotniejszym ogniwem udanej implementacji nowoczesnych rozwiązań w procesie kształcenia

MEDYCyna NA SMARTFONIE I TABLECIE SPEŁNIA SWOJE ZADANIE. DOSTARCZA FACHOWĄ WIEDZĘ, A NAUKA JEST ŁATWIEJSZA I PRZYJEMNIEJSZA. TECHNOLOGIE POZWALAJĄ WYIŚĆ Z TRADYCYJNEGO NAUCZANIA I SKONCENTROWAĆ SIĘ WOKÓŁ PROBLEM-BASED LEARNING.

są sami wykładowcy. To od nich zależy, czy w ogóle będą modyfikować swoje zajęcia pod tym kątem, a jeśli tak, to jak to zadanie zrealizują. Eksperti podkreślają, że trzeba ich kształcić w tym temacie, np. jak budować ciekawe i praktyczne scenariusze zajęć w centrach symulacyjnych czy tworzyć kurs e-learningowy. – 150 stron slajdów prezentacji w Power Point, będących przepisaniem podręczników, nie jest e-learningiem. Muszą być zdjęcia, schematy, a także filmy, gdzie prowadzący mówi do nas, podkreślając zarazem to, co najistotniejsze – mówił Jacek Dziadziak, prezes STN WUM.

Trzeba też umieć wybierać z ogromu treści dostępnych w internecie te, które są wartościowe i zweryfikowane. – Studenci są przeładowani informacją dostępną w internecie, ale nie wiedzą, jak wybrać wartościowe dane. To rola nauczyciela akademickiego – mówiła Natalie Lafferty, kierownik Centrum Technologii i Innowacji w Nauce na Uniwersytecie w Dundee, Szkocja.

▼ Ćwiczenia na symulatorze do treningu laparoskopowego.



Ważna jest też współpraca pomiędzy zawodami medycznymi, niestety uczelnie uczą każdej profesji osobno. – W badaniu z 2016 r. zapytaliśmy grupę studentów z 12 uczelni medycznych, czy uczestniczyli w zajęciach z innymi zawodami medycznymi, tylko 7 proc. odpowiedziało, że tak. To niepokoi, biorąc pod uwagę, że medycyna jest dziedziną zespołową – stwierdził Mateusz Marynowski z IFMSA-Poland. – Nasi studenci sami zorganizowali wspólne zajęcia różnych zawodów medycznych w centrum symulacji, bo czuli, że tego potrzebują. Należy iść w tym kierunku – powiedział prof. Marcin Gruchała.

NAJWAŻNIEJSZY JEST CZŁOWIEK

Patrząc na możliwości związane z wykorzystaniem nowoczesnych rozwiązań w procesie kształcenia, nie można też zapominać o fundamentach nauczania. Obecna na konferencji prof. Madalena Patrício, była prezydent w International Association for Medical Education (AMEE), podkreślała, że nie da się nauczać tak, jak 40 lat temu, bo żyjemy w zupełnie innych czasach, ale technologię trzeba pogodzić z kształceniem w duchu humanizacji. Do pomocy w nauce kompetencji miękkich może jednak służyć technika, jak choćby oglądanie filmów podejmujących temat empatii do pacjenta. Prof. Patrício wymieniała choćby takie hity światowej filmoteki jak legendarny już „Patch Adams” czy „Motyl Still Alice”, gdzie główna bohaterka, lekarka, odkrywa, że ma wczesne objawy choroby Alzheimera.

Nowoczesne technologie na pewno nie zastąpią dotychczasowego nauczania, ale mogą poprawić efektywność edukacji. Pieniądże, ale też czas i chęci wykładowców są tu chyba kluczem do sukcesu. Może więc warto na początek zamieścić kod QR w książce, który po przeskanowaniu przekieruje do filmu uzupełniającego opisywane zagadnienie. (O)

Nie tak rzadkie, jak je malują

Szacunkowo 2,5-3 mln Polek i Polaków ma jedną z chorób rzadkich (to mniej więcej tyle, ile w naszym kraju choruje na cukrzycę). Choroby rzadkie dotyczą ok. 6-8 proc. populacji, dlatego należałoby poświęcić im więcej uwagi.

MARIUSZ TOMCZAK

Szacuje się, że co 25. dziecko rodzi się z chorobą rzadką. 80 proc. chorób rzadkich ma podłoże genetyczne, a połowa nowych rozpoznań dotyczy dzieci.

Do tej pory rozpoznano ok. 8 tys. chorób rzadkich, czyli – zgodnie z definicją przyjętą w Unii Europejskiej – ciężkich, często zagrażających życiu schorzeń, które dotyczą mniej niż 5 na 10 tys. osób i których leczenie wymaga skoordynowanego wysiłku wielu specjalistów. Często wiążą się one z niepełnosprawnością.

Do chorób rzadkich należy m.in. mukowiscydoza, hemofilia, chłoniak, fenylketonuria, stwardnienie guzowate czy rdzeniowy zanik mięśni. To również zespoły: Williama, Niemann-Picka czy Leigha, choroby: Huntingtona, Leśniowskiego-Crohna, Pradera-Williego, Fabry'ego, Pompego, Wilsona.

CHOROBA GAUCHERA: 65 TYS. ZŁ/MIESIĄC

W przypadku choroby Gauchera polscy pacjenci mają dostęp do refundowanego leczenia. Pomimo że żyją w rytmie podań leku, to funkcjonują w zasadzie tak jak reszta społeczeństwa. Mogą być aktywni zawodowo, choć jeszcze 30 lat temu ta choroba odbierała im najpierw sprawność,

a potem życie z powodu wyniszczenia m.in. śledziony, wątroby i szpiku kostnego.

Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że w ubiegłym roku średni miesięczny koszt terapii jednego pacjenta z chorobą Gauchera wyniósł ok. 65,4 tys. zł (takiemu leczeniu poddano 66 osób), a średni miesięczny koszt terapii pacjenta z zespołem Gauchera typu I – ok. 44,5 tys. zł (skorzystało z niego 9 osób).

Liczba schorzeń określanych jako choroba rzadka stale rośnie ze względu na nieustający postęp w medycynie. Jednak mimo wykorzystywania coraz nowocześniejszych technologii i poszerzania wiedzy z zakresu genetyki, pacjenci przez długi czas odwiedzają różnych specjalistów, zanim dowiedzą się, co naprawdę im dolega. W naszym kraju na postawienie właściwej diagnozy czasem trzeba czekać 3-4 lata, ale nie jesteśmy pod tym względem wyjątkiem.

MUKOPOLISACHARYDOZA: 3,3 MLN ZŁ/ROK

Nie ma pełnego rejestru chorych na choroby rzadkie. Tylko nieliczni mają szczęście skorzystania z leczenia farmakologicznego i to z dwóch powodów: ze względu na ograniczoną dostępność leków oraz ich cenę. Te

ostatnie bywają isticie zawrotne. Średni miesięczny koszt terapii jednego pacjenta leczonego w ramach programu lekowego „Leczenie mukopolisacharydozy typu II (zespół Huntera)” wynosi ok. 122,4 tys. zł.

W zeszłym roku najwyższy roczny koszt terapii jednego pacjenta wyniósł ponad 3,3 mln zł (w programie lekowym „Leczenie mukopolisacharydozy typu VI”). Jak podaje NFZ, koszt leczenia pacjentów z chorobami ultrarzadkimi w ramach programów lekowych w 2016 r. wyniósł ponad 137,1 mln zł, a w 2017 r. wzrósł do prawie 142,5 mln zł.

– W przypadku 1-3 proc. chorób rzadkich jesteśmy w stanie skutecznie wspomagać farmakoterapię – mówi Marcin Czech, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia. Większość chorych musi zadowolić się leczeniem objawowym i rehabilitacją. Możliwości skutecznego pomagania tej grupie pacjentów poszerzają się. Jedną z renomowanych firm doradczych szacuje, że za pięć lat rynek leków na choroby rzadkie wzrośnie niemal dwukrotnie.

PRZEŁOM W TYM ROKU?

W naszym kraju pacjenci zmagający się z chorobami sierocymi mają dostęp do 26 refundowanych terapii (w krajach UE dopuszczono do obrotu ponad

8 TYS.
– tyle chorób
rzadkich rozpoznano do tej pory.

DO CHOROÓB RZADKICH NALEŻY M.IN. MUKOWISCYDOZA, HEMOFILIA, CHŁONIAK, FENYLOKETONURIA, STWARDNIENIE GUZOWATE, RDZENIOWY ZANIK MIĘŚNI CZY CHOROBY: HUNTINGTONA I LEŚNIEWSKIEGO-CROHNA.

220 takich leków). Zgodnie z aktualnie obowiązującym obwieszczeniem refundacyjnym, ze środków publicznych finansowane są takie programy lekowe jak: „Leczenie niskorosłych dzieci z ciężkim pierwotnym niedoborem IGF-1”, „Leczenie ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii”, „Leczenie do-
ustne stanów nadmiaru żelaza w organizmie”, „Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc”, „Leczenie wrodzonych zespołów autozapalnych”. – Realizując politykę zdrowotną państwa, minister zdrowia kieruje się zasadami medycyny opartej na dowodach naukowych (EBM) oraz oceny technologii medycznych (HTA), co zapewnia

przejrzystość i racjonalność podejmowanych decyzji o alokacji środków publicznych – tłumaczy Krzysztof Jakubiak, rzecznik prasowy ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego.

Sytuacja polskich pacjentów i ich rodzin ma się zmienić dzięki przyjęciu Narodowego Planu dla Chorób Rzadkich (Ministerstwo Zdrowia zapowiada, że nastąpi to jeszcze w tym roku) oraz poprawie dostępności do leczenia w wyniku nowelizacji ustawy refundacyjnej. Jak mówi rzecznik szefa resortu zdrowia, projekt wewnętrznego dokumentu pn. „Plan dla chorób rzadkich. Działania operacyjne na lata 2018-2020” jest już przygotowany. To w oparciu

o niego ma powstać system monitorowania epidemiologii, diagnostyki i terapii chorób rzadkich oraz zostaną określone warunki realizacji świadczeń (w tym w ośrodkach referencyjnych i centrach wiedzy eksperckiej) zapewniających opiekę medyczną pacjentom z tymi schorzeniami. Szczegółów zdradzać na razie nie chce.

Pacjenci i ich bliscy nie mogą się tego doczekać. – Ważna jest także opieka socjalna – podkreśla Mirosław Zieliński, prezes Krajowego Forum na rzecz terapii chorób rzadkich Orphan, dodając, że część dorosłych pacjentów nie jest w stanie podjąć stałej pracy z powodów zdrowotnych. ☺

REKLAMA

Bez zbędnych cięć



Chirurgia małoinwazyjna lata temu zrewolucjonizowała podejście do wykonywania wielu zabiegów, z powodzeniem zastępując rozległe operacje. Rozwój technologii pozwala na zastosowanie jej w coraz szerszym zakresie. Czy w przyszłości standardem będzie operacja bez blizn?

◉ LIDIA SULIKOWSKA

Pierwsze zabiegi minimalnie inwazyjne (operacje cholecysektomii metodą laparoskopową) zaczęto wykonywać pod koniec lat 80. XX w. Nowa opcja leczenia interwencyjnego nie wzbudziła jednak dużego zainteresowania.

Przestawienie się z bezpośredniej obserwacji pola operacyjnego na obraz wyświetlany na monitorze, a także zamiana skalpela na laparoskop, nie było proste, szczególnie dla specjalistów od lat posługujących się metodą tradycyjną.

– Dopiero, gdy w USA uruchomiono na szeroką skalę program nauczania

laparoskopii, metoda ta zyskała na popularności i zaczęła rozprzestrzeniać się w wielu dziedzinach medycznych na całym świecie. Obecnie techniki minimalnie inwazyjne są powszechnie stosowane w urologii, ginekologii, neurochirurgii, ortopedii, laryngologii, torakochirurgii, chirurgii naczyniowej, kardiochirurgii, chirurgii piersi oraz leczeniu otyłości. Usunięcie śledziony, pęcherzyka żółciowego i wyrostka robaczkowego, operacje tarczycy, resekcje jelit, odbytnicy i żołądka czy operacje choroby refluksowej poprzez małe cięcia to w zasadzie standard. Obecnie stosowana technologia, z wizją w 4K czy

3D włącznie, pozwala zoperować prawie wszystko małoinwazyjnie, poza usuwaniem dużych guzów, niedrożności i wszędzie tam, gdzie nie ma przestrzeni do operacji lub jest problem ze zdefiniowaniem anatomii operowanego narządu – mówi prof. Krzysztof Paśnik, prezes Towarzystwa Chirurgów Polskich. I tak się dzieje również w naszym kraju, choć postęp następuje powoli.

PRZEZ DZIURKĘ OD KLUCZA

Pobranie nerki do przeszczepienia od żywego dawcy metodą laparoskopową po raz pierwszy wykonano na świecie już w 1995 r. (nefrektomia

▲ Techniki małoinwazyjne zmieniają oblicze chirurgii.

ŚWIAT CORAZ ŚMIELEJ PATRZY W STRONĘ ROBOTÓW
CHIRURGICZNYCH, ZAINTERESOWANIE BUDZI TEŻ WYKONYWANIE
ZABIEGÓW CHIRURGICZNYCH PRZEZ NATURALNE OTWORY CIAŁA.

laparoskopowa pojawiła się w praktyce klinicznej jeszcze wcześniej). W Polsce wyzwanie to podjęli w 2008 r. specjaliści z Katedry i Kliniki Urologii Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. W 2012 r. tę metodę z wykorzystaniem obrazowania 3D zastosowała Klinika Chirurgii Gastroenterologicznej i Transplantologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie. Obecnie laparoskopowe pobranie nerki od żywego dawcy jest szczególnie chętnie wykonywane przez Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu.

Niektóre polskie ośrodki od kilku lat podejmują się usunięcia guza płuca techniką małoinwazyjną. Jak podkreślają jednak eksperci, warunkiem zastosowania tej metody jest wykrycie raka we wczesnej fazie rozwoju. Znacząco rozwija się też kardiologia miniinwazyjna. Przykładem są m.in. zabiegi przeskórnego zamknięcia przecieku okołozastawkowego. Na świecie ta metoda znana jest od dawna, w Polsce stosuje się ją od kilku lat, choć jak na razie wykonuje się tylko do kilkunastu takich procedur rocznie.

Polscy lekarze chętnie podejmują też nowe wyzwania. W lutym tego roku zespół I Katedry i Kliniki Kardiologii i Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego dokonał pierwszego w Polsce udanego zabiegu redukcji stopnia niedomykalności zastawki trójdzielnej serca za pomocą przeskórnej techniki brzeg do brzegu. Z kolei lekarze Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej WUM w grudniu 2016 r. wykonali pierwsze w kraju całkowicie wewnątrz-naczyniowe zabiegi leczenia tętniaka w łuku aorty. Natomiast zespół I Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa WUM we wrześniu 2017 r. przeprowadził pionierską fetoskopową operację rozszczepu kręgosłupa u 25-tygodniowego płodu. Polscy specjaliści szkolili się do tego zabiegu pod okiem prof. Thomasa Kohla w niemieckiej Klinice w Giessen.

W kwietniu ubiegłego roku w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie odbyła się nowatorska w Polsce operacja usunięcia węzłów chłonnych w nowotworze męskich zewnętrznych narządów płciowych z dostępem przez kończynę dolną. Metoda ta stosowana jest na świecie dopiero od 2016 r. Mamy też polski wkład w rozwój technik małoinwazyjnych na świecie. Warto wspomnieć choćby braci Marcina i Macieja Misiów z USK we Wrocławiu, którzy opracowali innowacyjną, małoinwazyjną metodę operacji skomplikowanego tętniaka usytuowanego w miejscu podziału tętnicy środkowej mózgu. „Teddy Bear Technique” zdobyła uznanie w środowisku międzynarodowym.

BEZ CIĘCIA, BEZ BLIZNY

Choć w dalszym ciągu najpopularniejszą małoinwazyjną techniką chirurgiczną pozostaje laparoscopia, jednak postęp technologiczny umożliwia zastosowanie także innych metod. Coraz śміeliej świat patrzy w stronę robotów chirurgicznych, choć koszty zakupu i eksploatacji takich urządzeń jak na razie blokują ich szerokie zastosowanie. Zainteresowanie budzi też wykonywanie zabiegów chirurgicznych z wykorzystaniem technik endoluminalnych przez naturalne otwory ciała (ang. Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery, NOTES). – Dla chorego ta metoda to ogromny zysk, bo operacja odbywa się całkowicie bez blizn. NOTES dynamicznie rozwija się w Azji. Technika ta jest tam wykorzystywana coraz powszechniej w przypadku resekcji jelita grubego, wycinania pęcherzyków żółciowych i wyrostków robaczkowych, a także chirurgicznego leczenia otyłości. Uważam jednak, że metoda ta jest jeszcze zbyt mało rozwinięta. Brakuje na rynku sprzętu, który świetnie się sprawdza, a jednocześnie jest wygodny dla operatora – uważa Krzysztof Paśnik.

W Polsce pierwszy zabieg operacyjny w tej technice został wykonany w 2009 r. przez zespół prof. Macieja Michalika

z Oddziału Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej Szpitala Specjalistycznego w Wejherowie. Z kolei pod koniec 2016 r. zespół neurochirurgów Dolnośląskiego Centrum Małoinwazyjnej Neurochirurgii Kręgosłupa KCM Clinic, jako pierwszy ośrodek w Europie Środkowo-Wschodniej, wprowadził usuwanie dyskopatii szyjnej metodą endoskopową w odcinku szyjnym kręgosłupa (CESS). Mniej więcej w tym samym czasie lekarze ze szpitala MSWiA w Szczecinie wykonali pionierski w kraju zabieg zaprzeczowania trzustkowych zbiorników płynowych z wykorzystaniem endoskopowej ultrasonografii (EUS).

Z kolei we wrześniu 2017 r. w Szpitalu Miejskim im. Franciszka Raszei w Poznaniu wykonano pierwsze w kraju operacje zmniejszenia żołądka metodą przezustną (placówka ta jest jedną z wiodących w kraju, jeśli chodzi o wykonywanie zabiegów małoinwazyjnych). W styczniu tego roku zespół Pracowni Endoskopowej Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby WUM wykonał pierwszy w Polsce i Europie zabieg endoskopowego odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego przy użyciu samorozprężalnej protezy, którą zespolono odbytnicę i esicę. Zabieg wymagał równoległego użycia dwóch torów wizyjnych z endosonoграфem i enteroskopem.

KAŻDA METODA MA SWOJE WADY

Zabiegi małoinwazyjne to minimalne blizny lub ich brak, mniejsze dolegliwości bólowe pooperacyjne, zdecydowanie mniejsza utrata krwi, krótszy pobyt w szpitalu, szybsza rekonwalescencja pacjenta. Czasem to jedyna deska ratunku dla chorego, u którego, z różnych przyczyn, tradycyjna chirurgia nie może być zastosowana. Nie są jednak pozbawione wad. – To cały czas przede wszystkim chirurgia zabiegów planowych. Czy będziemy operować tradycyjnie, czy małoinwazyjnie, zależy od wielu czynników. Najważniejszym z nich jest określona sytuacja kliniczna pacjenta. Poza tym ograniczają nas koszty związane z koniecznością zakupienia specjalistycznego sprzętu. Dużą rolę odgrywają też umiejętności operatora. Jeśli chirurg nie jest odpowiednio wyszkolony, można bardziej zaszkodzić, niż pomóc – ocenia prezes Towarzystwa Chirurgów Polskich. ○

NOTES

Metoda ta budzi coraz większe zainteresowanie, szczególnie w Azji.

Medycyn@ jak nitrogliceryna

Prawie połowa ludności na ziemi korzysta z internetu. Czy w przyszłości pacjent nadal będzie przychodził do lekarza i spoglądał mu w oczy, czy też medyków zastąpią bezduszne maszyny?

📍 **MARIUSZ TOMCZAK**



Prawie 82 proc. gospodarstw domowych w Polsce posiada przynajmniej jeden komputer, a 78 proc. dostęp do internetu szerokopasmowego – podaje Główny Urząd Statystyczny.

Upowszechnienie komputerów z dostępem do sieci i częste korzystanie z wyszukiwarek internetowych zmieniło relację lekarz-pacjent. – Lekarz przestał być jedynym dysponentem wiedzy medycznej – mówi Ewa Borek, prezes Fundacji My Pacjenci.

Tę opinię potwierdza dr Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, od czterech dekad pracujący w zawodzie lekarza. – Obecnie mamy do czynienia z zupełnie innym pacjentem, często przychodzi do

gabinetu wyposażony w konkretną wiedzę, przez co lekarz musi być gotowy do udzielenia odpowiedzi na pytania, które kiedyś nie przyszłyby do głowy żadnemu choremu – uważa.

ANTYSZCZEPIONKOWCY A POZYCJONOWANIE STRON

Z wyszukiwarkami internetowymi jest tak samo jak z każdym innym wynalazkiem czy odkryciem: nitrogliceryna czy energia jądrowa pomagają człowiekowi, mogą też siać strach i spustoszenie na masową skalę. – Ruchy antyszczepionkowe skorzystały z rewolucji internetowej. Nie byłoby tyle niepotrzebnych śmierci z powodu chorób zakaźnych w Europie Zachodniej, gdyby nie pseudowiedza, która rozpanoszyła się w wirtualnym świecie – mówi prezes NRL.

^ O tym, kto nas będzie leczył w przyszłości, dyskutowano na początku marca w czasie Kongresu Wyzwań Zdrowotnych w Katowicach.

Prawdą jest, że w internecie znajdują się nieprzebrane zasoby wiedzy oraz morze półprawd i oczywistego fałszu. W świecie wirtualnym, tak samo jak „w realu”, każdy może rozsiewać plotki, rozpowszechniać kłamstwa, podważać wyniki badań.

Zdaniem prof. Mariusza Gąsiora, kierownika III Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, zjawisko komputeryzacji i informatyzacji społeczeństwa, o ile zostanie odpowiednio potraktowane przez świat lekarski, może pomóc w upowszechnieniu wiedzy medycznej. W jego ocenie strony internetowe towarzystw naukowych czy profesjonalnych serwisów medycznych należy dobrze spozycjonować, aby to właśnie one pojawiały się na samej górze monitora po wpisaniu, dajmy na to, nazwy choroby.

PACJENT + INTERNET = EKSPERT?

– W oparciu o wiedzę z internetu część pacjentów buduje swoje kompetencje zdrowotne, ale część nie umie odróżnić wiedzy wartościowej od pozabawionej wartości – przyznaje Ewa Borek. W jej ocenie nieocenionym sprzymierzeńcem pacjentów okazał się Facebook, czyli najpopularniejszy serwis społecznościowy na świecie. Umożliwiając tworzenie grup zainteresowanych wiedzą związaną

LEPIEJ, BY PACJENT KORZYSTAŁ Z PROFESJONALNEJ APLIKACJI POLECONEJ PRZEZ LEKARZA, NIŻ SZUKAŁ CZEGOŚ NA WŁASNĄ RĘKĘ.

z konkretnym problemem zdrowotnym, pacjenci mogą łatwiej wymieniać się fachowymi informacjami dotyczącymi schorzeń, na które cierpią oni lub ich bliscy (dzieci, rodzice).

W tym kontekście coraz częściej pojawia się pytanie: czy środowisko lekarskie jest gotowe, żeby w pacjencie dostrzec eksperta? Czy jest możliwe, aby osoba o wykształceniu niemedycznym wiedziała sporo o „swojej” jednostce chorobowej, włącznie z najnowszymi doniesieniami naukowymi, które są dostępne po kilku kliknięciach nie tylko dla medyków? Prezes NRL nie kryje sceptycyzmu. – W obszarze kardiologii bardzo trudno byłoby mi uznać za eksperta pacjenta, a nie profesora, który zajmuje się chorobami serca i układu krążenia – mówi dr Maciej Hamankiewicz.

Część lekarzy, także tych z tytułami profesorskimi, podchodzi do pytań zadanych powyżej mniej krytycznie. – Wiele chorób w kardiologii rozpoznaje się na podstawie objawów zgłaszanych przez pacjenta. To, co powie, jest bezcenne w kilku jednostkach chorobowych. Niestabilną chorobę wieńcową, czyli stan bezpośredniego zagrożenia zawałem serca i nagłym zgonem, rozpoznaje się na podstawie rozmowy z pacjentem. Nie potrzeba do tego wielkich technologii, tylko rzetelnej rozmowy z chorym – uważa prof. Mariusz Gąsior.

WARTO, BY LEKARZ ZNAŁ APLIKACJE MOBILNE

W jego opinii wyedukowany pacjent może stać się ekspertem w odniesieniu do swojego stanu zdrowia. – Od prof. Pasyka, z którym pracowałem na początku swojej kariery, nauczyłem się nie tylko tego, że podstawą jest wywiad i badanie, ale i tego, że pacjent ma zawsze rację – podkreśla kardiolog z SUM, dodając, że to nie przypadek, iż od pewnego czasu lwia część pacjentów, kiedy tylko zaobserwuje niepokojące objawy, szuka dodatkowych informacji w internecie. Znanie są również wyniki

badania, zgodnie z którymi duża część pacjentów po powrocie do domu od lekarza sprawdza, czy ma dobrze postawione rozpoznanie. – Na doktora Google nie ma co się obrażać, to rzeczywistość, której nie zmienimy – dodaje prof. Mariusz Gąsior.

Wtórą mu inny naukowiec. – Pacjenci już korzystają z wyszukiwarek, musimy być na to przygotowani, nie możemy się bać – mówi dr hab. Piotr Buszman, wicedyrektor ds. badań przedklinicznych Centrum Badawczo-Rozwojowego American Heart of Poland. W jego ocenie lekarz, wypisując pacjenta ze szpitala, może mu doradzić korzystanie ze sprawdzonej aplikacji mobilnej. Na rynku nie brakuje darmowego oprogramowania na telefony komórkowe, smartfony czy tablety, które pomagają w zachowaniu zdrowego trybu życia czy w rekonwalescencji. – Lepiej, by pacjent korzystał z profesjonalnej aplikacji polecanej przez lekarza, niż szukał czegoś na własną rękę – mówi badacz z AHP.

Korzystanie z pomocy wirtualnego doktora Google przez rzeszę pacjentów odcisnęło mocne piętno na wykonywaniu zawodu lekarza, ale na horyzoncie rysuje się coś, co – jak się wydaje – może dokonać równie brzemiennej w skutkach zmiany. Chodzi o przetwarzanie dużych zbiorów danych. Część ekspertów uważa, że przyszłością są nie tyle algorytmy tworzone na podstawie skomplikowanych wzorów matematycznych czy statystycznych, co próba przewidywania rokowania po wypisie ze szpitala w oparciu o poszukiwanie bliźniaczych pacjentów w dużych bazach.

SZTUCZNA INTELIGENCJA PRAWDĘ CI POWIE

Jak mówi dr hab. Piotr Buszman, pacjenci nie są zbyt zainteresowani skalami ryzyka opracowywanymi w oparciu o wyniki leczenia w innych krajach, bo chcieliby wiedzieć, jak oni będą rokować po operacji w danym szpitalu

w rękach konkretnego doktora. Są już pierwsze polskie doświadczenia. – Zebrałiśmy wyniki leczenia w różnych jednostkach chorobowych, na to nałożyliśmy dane NFZ odnośnie losów odległych chorych i stworzyliśmy coś, co obecnie testujemy: wypisując pacjenta, system szuka bliźniaczych chorych, a jak ich znajdzie, to pokazuje, jakie są rokowania i jakie czeka go ryzyko – wyjaśnia. W sytuacji, gdy lekarze mają do czynienia z chorym wysokiego ryzyka (z baz danych wynika, że w tle czai się zawał serca), wiedzą, że muszą zalecić m.in. częstsze kontrole u specjalisty.

Niektórzy lekarze, zwłaszcza szpitalnicy, pokładają duże nadzieje w takich rozwiązaniach. – Prognoza na przyszłość ma kapitalne znaczenie. Narzędzia informatyczne mogą stanowić doskonałą pomoc w naszej pracy, zwłaszcza w obliczu niedoboru lekarzy – mówi prezes NRL. Pokolenie, które dopiero w najbliższych latach zacznie leczyć pacjentów, widzi potencjał tkwiący w nowoczesnych technologiach, ale nie wierzy, że bezduszne urządzenia całkowicie wyeliminują człowieka z placówek ochrony zdrowia. – Maszyną nie zastąpimy kontaktów międzyludzkich. Wiele osób przychodzi do przychodni nie tyle z problemem somatycznym, co psychosomatycznym – podkreśla Aleksandra Kurek, prezydent IFMSA-Poland Oddział Warszawa, studentka medycyny.

Jak dodaje dr hab. Piotr Buszman, dzięki nowoczesnym technologiom coraz śmielej wchodzącym pod medyczne strzechy pojawi się szansa zapewnienia opieki tam, gdzie jej nie ma lub dostęp do niej jest utrudniony, a w przyszłości żaden lekarz nie poradzi sobie z pacjentem bez wykorzystania nieznanych jeszcze dziś wytworów ludzkiego geniuszu. – Sztuczna inteligencja wspomogła nasze procesy decyzyjne, terapeutyczne i diagnostyczne zwłaszcza tam, gdzie – jak np. w podstawowej opiece zdrowotnej – do lekarza trafiają pacjenci z dużą liczbą różnych chorób – podkreśla naukowiec. – Nie da się przyswoić wszystkich ostatnio opublikowanych abstraktów, a maszyny mają taką możliwość – dodaje przedstawicielka IFMSA-Poland. 

2 TYS.

– tylu internautów było w Polsce w styczniu 1992 r., a już wkrótce ich liczba może wzrosnąć do 30 mln.

Felieton e-sceptyczny



Joanna
Sokołowska

Lekarz pediatra



Zdrowie, jak powszechnie wiadomo, potrzebne jest przede wszystkim do tego, by obywatel z entuzjazmem od poniedziałku aż do handlowej niedzieli brał aktywny udział w tworzeniu PKB. I prawie każdy chciałby być zawsze zdrowy, a co za tym idzie, i bogaty.

Choćby się jednak lekarz czy lekarz dentysta starał ze wszystkich sił, wkładał całą swą wiedzę medyczną, dobrą wolę, talent i paranormalne umiejętności – nie ma siły! Nie każdego chorego da się uleczyć w czasie, jakże przecież krótkiej porady lekarskiej, zagwarantowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Jednorazowy dotyk rąk, dobre słowo czy nawet recepta na lekarstwo przepisane zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego może okazać się niewystarczające. Czasem nie pomoże nawet radykalne cięcie magicznym lekarskim skalpelem czy wywiercenie dziurki przy użyciu większego lub zupełnie malutkiego wiertłka. Nic z tego! Nie każdy chory wprost z naszego gabinetu z zapalaniem i pełną wydajnością rzuci się w wir swoich zawodowych obowiązków. Bolejemy nad tym my – uzdrowiacze, boleją złożeni niemocą pracoholicy, boleją ich pracodawcy, ale przede wszystkim boleją Zakład Ubezpieczeń Społecznych, którzy za to całe chorowanie płaci.

Czasem choremu do powrotu do zdrowia potrzeba po prostu więcej czasu... Przepustką do jego rekonwalescencji staje się wtedy druk

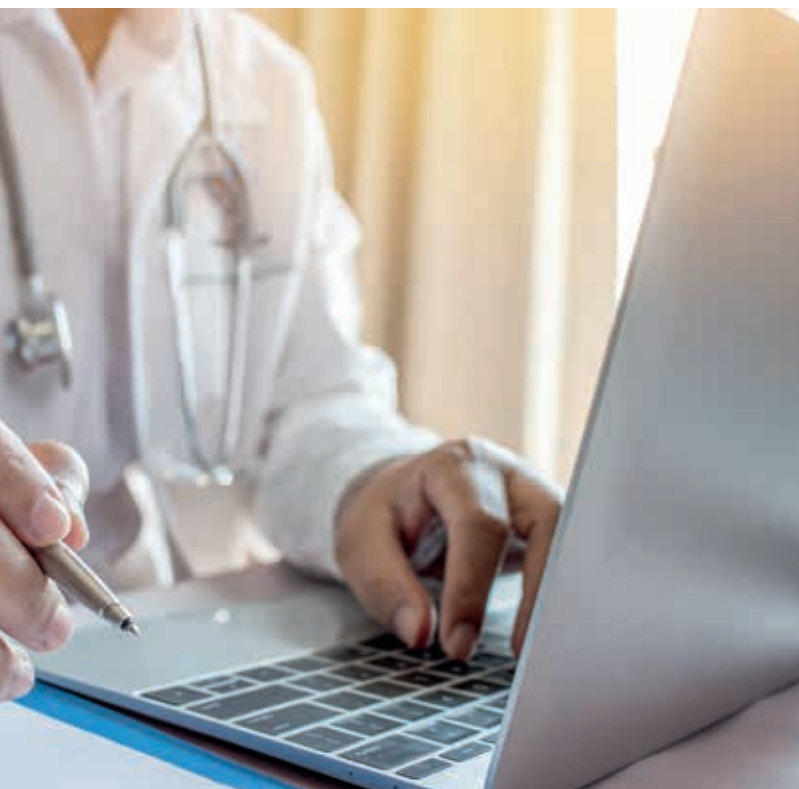
oznaczony tajemniczym symbolem ZUS – ZLA. (Przy okazji ogłaszam konkurs na rozszyfrowanie skrótu. Będą nagrody! Liczy się kreatywność na miarę urzędnika, zwłaszcza w odniesieniu do tajemniczej literki „A”).

Dzięki temu drukowi, chwilowo nie-domagający krajani, zamiast pracować może spokojnie i bez zbędnego uszczerbku w swoich finansach, skwapliwie wypełnić nasze lekarskie zalecenia, a po upływie wyznaczonego czasu przyznać, że nad szlachetne zdrowie nie ma nic ani lepszego, ani droższego. Dotychczas druk ZUS ZLA wypełniał lekarz, jak cyrograf: własnym długopisem, poświadczając go własną pieczęcią oraz pieczęcią swego gabinetu. Procedura wymagała chwili czasu, odrobiny skupienia i kropli inkaustu. Gwarantowała pacjentowi chorobowe dolce far niente. Tak było, jest i będzie do końca czerwca tego roku. Potem – kto wie, jak będzie? Znikną z lekarskich gabinetów

wszystkie białe książeczki z drukami. Zastąpi je aplikacja, z pomocą której pacjent uzyska w formie elektronicznej przepustkę do zdrowia i oby to było zdrowie jak najbardziej analogowe... Już nie cierpliwy papier, jak za Króla Ćwiczka, a wirtualna chmura danych zapewni natychmiast, bez zbędnych ceregieli, czas i środki na powrót do zdrowia tym, którzy tego naprawdę potrzebują. Jak zapewniają pracownicy ZUS-u i jak pokazują liczne barwne publikacje oraz filmy instruktażowe, wystawienie takiego e-dokumentu będzie łatwe, szybkie i sprawi swą nowoczesną formą obu stronom – lekarzowi i pacjentowi – dużo satysfakcji. Mało tego! E-druk w zasadzie cały wypełni się sam, sam się wyśle i sam się dostarczy do wszystkich adresatów! Rola lekarza sprowadzi się jedynie do potwierdzenia jego autentyczności elektronicznym podpisem. No, chyba że pacjent będzie się domagał tradycyjnej formy druku

^ Czasem nie pomoże nawet radykalne cięcie magicznym lekarskim skalpelem czy wywiercenie dziurki przy użyciu większego lub zupełnie malutkiego wiertłka. Nic z tego!

ZNIKNĄ Z LEKARSKICH GABINETÓW WSZYSTKIE BIAŁE KSIĄŻECZKI Z DRUKAMI. ZASTĄPI JE APLIKACJA, Z POMOCĄ KTÓREJ PACJENT UZYSKA W FORMIE ELEKTRONICZNEJ PRZEPUSTKĘ DO ZDROWIA I OBY TO BYŁO ZDROWIE JAK NAJBARDZIEJ ANALOGOWE...



– to się mu wydrukuje! Pozostanie mu już tylko błyskawiczny powrót do zdrowia i pomnażania wspólnych dóbr, z wirtualnym błogosławieństwem płatnika składek!

Perspektywa wydaje się kusząca, kierunek słuszny, choć jak pisał klasyk, wiodąca do niego „droga wyboista”. Skąd więc trwający od kilku tygodni medialny raban wokół elektronicznych zwolnień lekarskich i obowiązku ich wystawiania? Dlaczego lekarze nie chcą, by było im łatwiej? Odpowiedzi szukałam w codziennej prasie, radiu i telewizji, szukałam też wśród moich kolegów, dotychczasowych wypełniaczy analogowych dokumentów.

Medialne fakty są następujące: po pierwsze – lekarze bronią się przed nowoczesnością, jak nie przymierzając dziadek Kaziuka Bartoszewicza z „Konopielki” Edwarda Redlińskiego przed używaniem sztuczków. Choć przecież już słycać doniesienia o e-recepcie, i o samej e-poradzie lekarskiej, która będzie się mogła odbyć w dowolnym czasie i przestrzeni wirtualnej rzeczywistości, oni wciąż swoje – e-tam! Ale czy trwanie przy papierowej dokumentacji to tylko lęk przed nowym? Czy może uzasadniona obawa przed wdrażaniem niesprawdzonych dotychczas narzędzi?

Po drugie, jak mantra pojawia się przekaz o tak zwanym „uszczelnianiu systemu zwolnień”. No cóż! Tym sposobem urzędnicy bez ogródek przypominają, że żyjemy – ni mniej, ni więcej – w kraju oszustów, a każdy pacjent – uparciuch, proszący o usprawiedliwienie swojej pracowniczkiej absencji, jest symulantem... Zresztą co do lekarskiej uczciwości, też urzędnicy nie mają wątpliwości.

Mniej medialna jest szara rzeczywistość naszych gabinetów. Nie wszędzie odpowiednio wyposażonych, nie zawsze z niezawodnym dostępem do internetu, nie zawsze z lekarzem obsługującym smartfon tak sprawnie, jak statystyczny kalkulator.

Ci zaś, którzy choć raz doświadczili zawieszenia w medycznej wirtualnej pseudonowoczesności wiedzą, że w pierwszych dniach lipca 2018 może się okazać, że nie zostanie wystawione żadne e-zaświadczenie, co niestety nie będzie dowodem na to, że Polacy są najzdrowszym narodem Europy... 

W niesamowitych kolorach



Artur Andrus

Satyryk

I niby wiem, że nigdy nie zrozumieć, a jednak się dziwię. Zresztą nie muszę rozumieć. Ważne, że rozumieją spece od reklamy i promocji. Trafiłem na reklamę przyrządu do czyszczenia podłóg. Oprócz tego, że czyści najlepiej na świecie, to jeszcze „występuje w trzech niesamowitych kolorach: zielonym, czerwonym i niebieskim”. I to mnie dziwi.

Co tak niesamowitego jest w tych trzech kolorach, że powinno mnie zachęcić do zakupu przyrządu? A najlepiej trzech, bo przecież jeśli każdy z tych kolorów jest niesamowity, to jak zrezygnować z któregośkolwiek?

Po okresie zachwyty szybkim jedzeniem amerykańskim, a potem nieco wolniejszą kuchnią orientálną, wróciła w gastronomii moda na naszą rodzimą. I teraz za najlepsze uznawane jest jedzenie reklamowane jako „domowa kuchnia polska”. Zdarza się, że czasem ktoś doda, że „dobra” albo „smaczna”, ale zazwyczaj „domowa” i „polska” już świadczą o tym, że najlepsza. Otóż nie do końca. Są domy, w których nie gotuje się dobrze. Wujek Tadek od dnia ślubu woli jeść na mieście. I wpada w popłoch, kiedy ciocia Danusia (na szczęście rzadko) wzbudza w sobie poczucie winy, że mąż ciągle je poza domem, a powinien w domu. Tłumaczy jej, że wszystko jest w porządku, że kocha ją też za to, że nie przejmując się takimi drobiazgami jak jedzenie. Ale nie ma odwrotu. Ciocia gotuje. A potem siedzi i patrzy, jak mąż je. Jak mąż nie je, też patrzy. I to tak, że mąż woli już jeść. Jeśli ktoś chce być precyzyjny, powinien swój lokal reklamować hasłem: „kuchnia polska, chociaż z elementami kuchni innych krajów i narodów, domowa, ale z domów, w których ktoś potrafi naprawdę smacznie gotować”. Tylko kto wywiesi taki szyld na swojej restauracji?

Pomiędzy reklamami przyrządów do czyszczenia podłóg pojawiają się jeszcze programy telewizyjne. I też zauważyłem pewien trend. Bardzo popularne są teraz dwa

typy twórczości: programy, w których się gotuje i urządza wnętrza. Jest tego tak dużo w różnych telewizjach, że jako sposób na odreagowanie wymyśliłem tytuł audycji, którą chciałbym poprowadzić w radiu: „Spokój z kuchnią, czyli rozmowy o wszystkim, byle nie o gotowaniu i urządzaniu wnętrza”. Na razie oba tematy traktuje się jeszcze oddzielnie, ale przypuszczam, że już wkrótce producenci poszukujący nowych pomysłów zaczną nagrywać takie, w których ktoś pichci w remontowanej właśnie kuchni albo architekt urządza wnętrze salonu zainspirowany tym, co mu ugotuje właścicielka mieszkania. Coś typu „Mieszkasz jak gotujesz”. Przepraszam, to że ja nie gotuję i nie urządza wnętrza, nie upoważnia mnie do żartów z cudzych pasji. A wiem, że to prawdziwie ludzkie emocje. Zauważyłem na przykład, że ludzie gotujący albo wyżywający się w pieczeniu ciast, niechętnie zdradzają tajniki przepisów na potrawy, które uważają za swoją specjalność. Niedawno dostałem w prezencie nalewkę. Pani, która mi ją wręczała, od razu zaznaczyła: „Ale przepisu panu nie zdradzę”. Widocznie wyglądam na takiego, który jeździ po kraju i wrywa przepisy na nalewki, ciasta i mięsa. Swoją drogą, gdyby stworzyć w internecie portal: „Przepisy, których nie chcieli zdradzić” – byłby sukces. Należy tylko zorganizować sieć hakerów (w tym również takich analogowych, bo pewnie część przepisów trzeba wykraść babciom z różnych kajetów) i publikować.

Nalewkę podarowałem wujkowi Tadekowi. Wypił sam, w tajemnicy przed rodziną. I pokarało. Następnego dnia wujek Tadek strasznie cierpiał i miał twarz w niesamowitych kolorach. Trafił do szpitala. Kiedy go odwiedziłem, powiedział, że opieka jest bardzo dobra, tylko niestety mają tu domową kuchnię. ☹



FOTO: ARCHIWUM PRYWATNE

Benefis

Benefis dr. Macieja Andrzeja Zarębskiego, prezesa Świętokrzyskiego Towarzystwa Regionalnego oraz Świętokrzyskich Mateczników Patriotyzmu i Kultury w Zagnańsku, był wielkim wydarzeniem dla kultury świętokrzyskiej. 20 marca aula Wojewódzkiej Biblioteki Publicznej im. W. Gombrowicza w Kielcach z trudem pomieściła znakomitości kultury, nauki i sztuki. ○

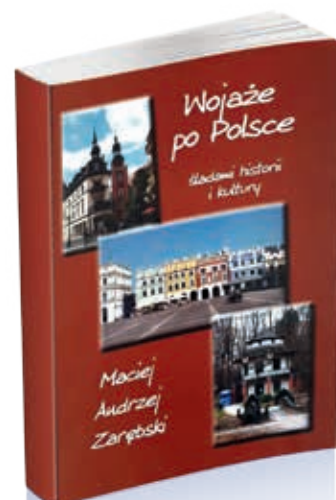
Doktora Zarębskiego przewodnik po Polsce

⊕ RYSZARD GOLAŃSKI

Maciej Zarębski to postać znana wśród lekarzy zajmujących się literaturą. Autor 50 pozycji książkowych, historycznych, biograficznych, reportaży, także z podróży po świecie. Znamy jego dokonania fotograficzne, prezentowane i podziwiane na wielu wystawach.

Z przyjemnością oddawałem się lekturze jego książek, ciekawie opisujących egzotyczne podróże po kilku kontynentach. Tym razem przeczytałem zbiór 25 reportaży z wyjazdów w różne regiony Polski. Zabrałem się za tę lekturę tym chętniej, że sam bardzo lubię odbywać podróże, które pozwalają poznać mniej znane, a warte odwiedzenia miejsca w naszym kraju. Podziwiam przygotowanie merytoryczne dra Zarębskiego. W każdym raporcie czytelnik znajdzie szczegółowe informacje o opisywanym regionie i miejscowościach. Dzięki nim możemy poznawać historię poszczególnych miejsc, walory architektoniczne odwiedzanych zabytków.

Nie brakuje też opisów spotkań z ciekawymi osobami, ważnymi dla danego regionu. Sporo miejsc opisywanych w książce odwiedziłem. Moje przygotowanie do wycieczki było jednak daleko skromniejsze niż autora. Dlatego każdy, kto przeczyta to wydawnictwo, z pewnością dowie się nowych rzeczy o miejscu, które uznaje za dobrze sobie znane. Można tę książkę używać jako profesjonalnie przygotowanego przewodnika turystycznego. Lektura inspirowała, ja z pewnością wybiorę się do Jeżowa Sudeckiego i okolic. ○



W środku



Agata
Morka

Historyk sztuki

Od Leonarda po Rembrandta, wielkich malarzy zawsze zastanawiało, co kryje się pod skórą. Ludzkie ciało, z jego skomplikowanymi mechanizmami, arteriami, porządkiem mięśni i naczyń to zagadka nie tylko naukowa, ale i estetyczna. Mało kto tak jak Gautier waży się bezkompromisowo rozplatać modela. I mało kto z równą delikatnością zagląda do jego środka.

Grafika Gautiera „Anatomia kobiecego kręgosłupa” to jedna z tablic pochodząca z albumu obrazującego ludzką anatomię. Ale gdyby spojrzeć na nią wyjętą z kontekstu i pozbawioną tytułu, to nagle widać zupełnie co innego. Kiedy widz decyduje się na to czyste spojrzenie, wtedy właśnie Gautier zabiera go w niezwykłą podróż.

Młoda kobieta o ciemnych włosach przytrzymanych opaską zwraca się do widza plecami. Jej delikatny profil, z lekko pochyloną głową i spuszczonej oczami, sugeruje lekkie zawstydzenie. Na policzki wystąpił jej rumieniec, którego czerwień powtarza Gautier na przedziwnej niby-sukni, która wysokim kołnierzem pną się po jej karku. Złote pasy podkreślają strukturę sukni, jednak nie ujarzmiają

całkowicie jej czerwonego materiału, który niby skrzydło wystrzela z lewego ramienia dziewczyny.

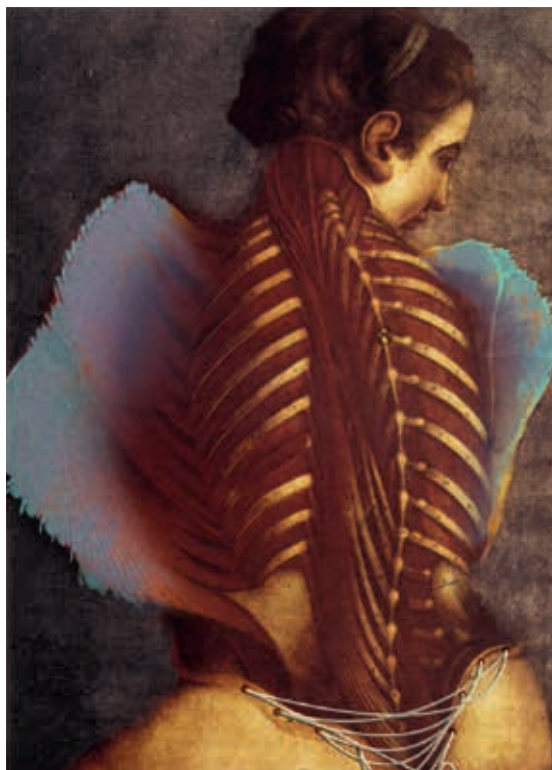
Gdy spojrzeć bliżej, to suknia zamienia się w rozplataną ciało. Ale nie ma tutaj mięsa i krwi czy brutalnych wnętrzności. To ciało bezlitośnie obnażone i w swej bezbronności zapierające dech. Jest tu ciekawość i piękno odkrywania tego, co najgłębiej, w samym środku. ○

▼ Jacques Fabien Gautier d'Agoty, „Anatomia kobiecego kręgosłupa”, około 1745.

obraz A



obraz B





**Wskaż oryginał i znajdź cztery
szczegóły różniące obrazy.**

Odpowiedź prześlij na
bladmalarski@gazetalekarska.pl
do 21 maja 2018 r.

W temacie maila należy wpisać GL05.
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” 04/2018



OBRAZ ORYGINALNY: B

SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY

1. Dodanie białych elementów.

Wiele z obrazów Pollocka charakteryzuje się monochromatyczną paletą, złożoną z bieli, czerni i szarości.

2. Przerobienie jednego z czarnych zawijasów na postać kobiecą à la Picasso.

Picasso bardzo istotnie wpłynął na rozwój twórczy Pollocka, postacie podobne do tych z dzieł hiszpańskiego

mistrza pojawiały się we wcześniejszych pracach Pollocka.

3. Dodanie odcisku buta w rogu obrazu.

Ponieważ Pollock dosłownie chodził po swoich płótnach, na niektórych z nich nadal widać ślady jego butów.

4. Usunięcie jednego czarnego zawijasa z początku i końca obrazu.

Obrazy Pollocka posiadają wewnętrzny rytm. Niektórzy badacze analizowali je w świetle tak zwanych fraktali, twierdząc, że powtarzające się geometryczne wzory leżą u sedna malarstwa Pollocka. Badanie na obecność fraktali było nawet jedną z metod zastosowanych do odróżniania prawdziwych dzieł Pollocka od falsyfikatów.

^ Jackson
Pollock, „Lato,
numer 9 A”, 1948,
Tate, Londyn



NAGRODZONY Z „GL” 04/2018

Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju
otrzymuje xxxxxxxx. Gratulujemy!



Mistrzyni świata

Sukces dr Katarzyny Luterek, adiunkta w I Katedrze i Klinice Położnictwa i Ginekologii WUM, która została mistrzynią świata w slalomie gigancie, wice-mistrzynią świata w super gigancie i zdobywczynią brązowego medalu w slalomie specjalnym podczas marcowych Mistrzostw Świata Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim w Bad Gastein w Austrii.



Jiu-Jitsu

Dolnośląska Izba Lekarska organizuje I Mistrzostwa Polski Brazylijskiego Jiu-Jitsu, które odbędą się **12 maja** w Wielofunkcyjnej Hali Sportowej AWF we Wrocławiu.



Bowling

10 marca w Bydgoszczy, pod patronatem NIL, odbyły się 3. Mistrzostwa Polski w bowlingu. W tym roku na starcie pojawiła się rekordowa grupa zawodników i zawodniczek.

FOTO: ARCHIWUM PRYWATNE, SHUTTERSTOCK.COM

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



W cieniu afery. Dzienniki więzienne

Majka Maria Żywicka-Luckner

Lekarka w areszcie. Co przeżywa? Zapiski dnia codziennego z celi. Niby ta sama rzeczywistość, a jednak więzienne życie to zupełnie inny świat. Twoja historia nikogo tu nie obchodzi. Upodlenie, odarcie z człowieczeństwa, tęsknota za bliskością, brak tego wszystkiego, co poza kratami jest na wyciągnięcie ręki.



Niepłodność – najczęstsze problemy

Redakcja naukowa: Piotr Laudański

W książce omówiono m.in. diagnostykę niepłodności, w tym zwrócono uwagę na możliwość wykonywania określonych badań diagnostycznych w zakresie podstawowej opieki ginekologicznej bez konieczności konsultacji z ośrodkiem wspomaganego rozrodu. Opisano też podstawy patofizjologicznych zaburzeń fazy lutealnej, a także problem poronień nawracających.



Siatkówka

W dniach **23-25 marca** w Wieluniu odbyły się XVIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Siatkowej. Jednocześnie zainaugurowano zmagania kolegów po 40. roku życia w ramach I Mistrzostw Old-boy'ów. 🟢

◀ Mistrz Polski Lekarzy Silesia
Katowice: Mateusz Patkowski,
Adam Kabierz, Jan Franke, Wojciech
Luboń, Tomasz Dunaj, Jakub Michalski

Półmaraton

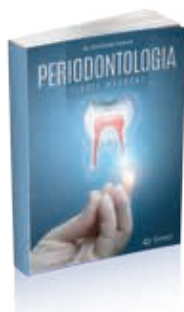
IV Piotrkowski Nocny Półmaraton Wielu Kulturowy wystartuje **22 czerwca** (piątek), o godz. 21.00. W ramach tej imprezy odbędą się też Otwarte Mistrzostwa OIL w Łodzi w Półmaratonie. 🟢



Więcej na
www.gazetalekarska.pl



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



Periodontologia. Teksty wybrane

Redakcja: Beata Wierucka-Młynarczyk

Jak sklasyfikować ciężowe zapalenie dziąseł? Jak właściwie wykorzystać możliwości terapii fotodynamicznej? W jaki sposób diagnozować zmiany rakowe w jamie ustnej? Na te i inne pytania odpowiadają autorzy tego poradnika. Publikacja zawiera aż 71 specjalistycznych artykułów, wzbogaconych tabelami i zdjęciami.



Choroba Alzheimer'a. Podręcznik dla lekarzy medycyny rodzinnej i lekarzy innych specjalności

Redakcja: Jerzy Leszek

Opieka nad chorymi w tej jednostce chorobowej ma charakter wielowymiarowy, taką jest również ta monografia. Od diagnostyki klinicznej, poprzez leczenie choroby Alzheimer'a, łącznie z omówieniem zaburzeń zachowania i objawów psychiatrycznych, aż po aspekty medyczno-społeczno-prawne oteplenia.



) Ogłoszenia











Komunikaty

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO ŚLAM W ZABRZU, ROCZNIK 1988

Zjazd z okazji 30-lecia uzyskania dyplomów odbędzie się 27.10.2018 r. w hotelu STOK w Wiśle. Opłatę zjazdową w wysokości 200 zł proszę wnieść na konto: Bodeko Hotele Sp. z o.o. w Wiśle, 97 1050 1096 1000 0001 0108 6080 do 15.09.2018 r. Rezerwacja miejsc noclegowych: tel. 33 856 40 47 lub e-mail: b.omezik@hotelstok.pl. Do zobaczenia, Robert Bukalski, robertbukalski@pro.onet.pl, telefon 691 668 454.

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO I ODDZIAŁU STOMATOLOGII AKADEMII MEDYCZNEJ W POZNANIU, ROCZNIK 1962-68

Komitet organizacyjny Zjazdu Absolwentów zaprasza na „Uroczystość odnowienia dyplomów lekarskich po 50 latach”, która odbędzie się 20.10.2018 r. w Auli UAM w Poznaniu o 14.00. Koszty uczestnictwa: Absolwenci – 350 zł (część oficjalna 200 zł, bankiet 150 zł), osoba towarzysząca – 150 zł (udział w bankiecie). Zgłoszenie należy przesłać do 15.05.2018 r.: Biuro Organizacji Konferencji CKD Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, ul. Przybyszewskiego 37a, 63-356 POZNAŃ, e-mail: konferencje@ump.edu.pl. Ostateczny termin wpłat – 30.06.2018 r. na konto UM: 49 1030 1247 0000 0000 4771 8708 z dopiskiem: Odnowienie 2018, imię i nazwisko uczestnika. Komitet Organizacyjny

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



Jarosław Wanecki

Przewodniczący kolegium
redakcyjnego „Gazety Lekarskiej”

Prze – pustka?

Przyznanie się do porażki jest trudne i wymaga odwagi cywilnej, na którą stać tylko wybitne jednostki. Sukces daje wygodę, ale bardzo szybko przemija w pamięci obserwatorów, na stałe wzmagając nadzieję skoku w górę i strach przed samotnością spadania w dół.

Konstanty Radziwiłł udzielił wywiadu miesięcznikowi „Świat Lekarza”, stwierdzając, że „nie pozostawił po sobie pustki”. Lista wymienionych zasług, przygotowanych zmian, retoryka wizji, są naprawdę imponujące. Problem naszego samorządowego kolegi sprzed „miodowych lat” polega jednak na tym, że w żaden sposób jego działania legislacyjne nie przełożyły się na postrzeganie systemu ochrony zdrowia. Mimo realnie większych nakładów, programu dla seniorów, „sieci szpitali”, która kupiła pozorny spokój partyjnych dyrektorów, trwamy w chocholim tańcu niemocy, uzależnienia politycznego i co najważniejsze, niespełnionej obietnicy 6 proc. PKB natychmiast.

Sposób prezentacji tej porażki, jako największego w historii Polski sukcesu, jest żenujący. Muszę tu dorzucić gorycz pediatrów, którzy w wyniku majstrowania przy podstawowej opiece zdrowotnej zostali z niej po prostu wyrzuceni. Dziwna to polityka w czas „anarchii szczepionkowej”, enigmatycznych haseł przywracania medycyny szkolnej i wbrew strategii opracowanej w czasie ministerialnych prac nad ustawą. Podobnie myślą stomatolodzy, traktowani przez kolejnych ministrów jak piąte koło dentobusu i ciągle pomijani w poważnej rozmowie o zdrowiu jamy ustnej. Wystarczyło przecież posłuchać głosu koleżanek i kolegów z własnej izby.

Oderwanie się od rzeczywistości nie dotyczy wyłącznie polityków. Niektórzy działacze samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów przecierają ze zdziwienia oczy, dlaczego ich programy nie znalazły poklasku elektorów. Obejmujący prezesurę największej polskiej izby, Łukasz Jankowski, pokazał podczas prezentacji slajd „o utracie zaufania”, a dalej mówił, że negocjując z ministrem zdrowia, czuł wielostronne wsparcie, ale nie było ono bezwzględne, a jedynie warunkowe. Młody lekarz, rezydent, jeden z nas – jak kalka sprzed lat, porównał izbę do urzędu (którym przecież w dużej części

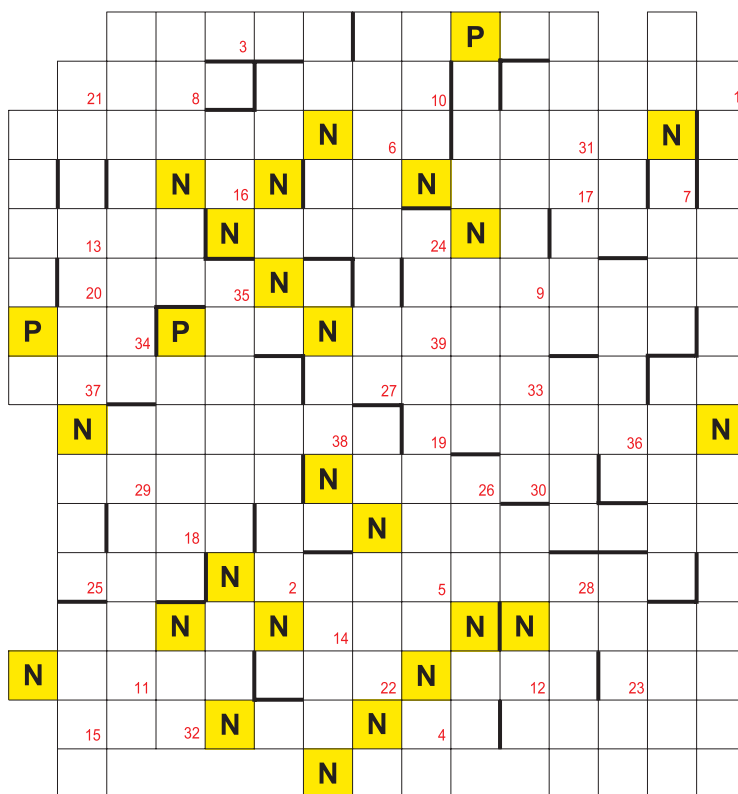
jest), stawiając tezę powtarzaną oddolnie od trzech dekad, że nie tak miało być! Jakby wbrew opinii o najmłodszym pokoleniu, moderator „protestu głodowego” sprzed kilku miesięcy, udanego skądinąd dzięki portalom społecznościowym, wezwał do szczerej rozmowy i wsłuchania się w problemy zwykłego lekarza, który chce mieć czas nie tylko na pracę, ale też naukę i wypoczynek. Epoka cyborgów nieudolnie naprawianego i niedofinansowanego systemu ochrony zdrowia powinna pójść w zapomnienie.

Większość okręgów wybrała prezesów i rzeczników odpowiedzialności zawodowej na kolejne 4 lata. Delegaci 14. Krajowego Zjazdu Lekarzy przygotowują się do warszawskiej majówki wyborczej, która wyłoni lidera Naczelnej Rady Lekarskiej. Mam nadzieję, niestety naiwną, że nie będziemy powtarzać wzorców podglądanych w politycznej walce o władzę za wszelką cenę i bez poszanowania godności kontrkandydatów, co niestety miało już swoje niechlubne precedensy w tegorocznym rozdaniu.

Porozumienie Rezydentów OZZL nie zagłębia się w historyczne niuanse. Nie raz, nie dwa patrzyłem na znużone młode twarze, skrywające przeciągłe ziewnięcia, gdy „kombatanci” opowiadali o walce z ministrami zdrowia, białych marszach i głodówkach. To wszystko nie ma znaczenia dla spraw, które toczą się teraz! Przed nami blokada głupot, którymi terroryzujemy się wzajemnie w biurokratycznej bufonadzie i wyścigu z czasem. Sami sobie nakładamy odpowiedzialność za RODO, e-ZUS, kolejne platformy wirtualnego zdrowia i kwalifikowane podpisy. Przed nami skrupulatne odnotowywanie realizacji „porozumienia” i rozmowa o nowej roli samorządu, któremu zaufa więcej niż 15 proc. głosujących z okręgu warszawskiego. Przed nami stojący w kolejce chory człowiek, któremu PKB nie zapewnia ciągłości opieki, mimo że politycy obiecują niemożliwe do spełnienia warunki diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Przed nami atak populistycznej władzy na lekarzy i lekarzy dentystów, przypisującej nam porażkę tych, po których została nie pustka, ale głęboka wyrwa zawiedzonej nadziei. ○



Objaśnienia 70 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: N i P. Na ponumerowanych polach ukryto 39 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Władysława Biegańskiego. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 25 maja 2018 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).



Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 232 („GL” nr 03/2018)

Działanie jest kluczem każdego sukcesu.

Nagrody otrzymują:

Justyna Wrodawska (Słubice),
Marta Kowalczyk (Tarnów Opolski), **Justyna Janeczko** (Sandomierz). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody przesyłamy pocztą.

* polifagia * Asuańska * nielot lub chiński agrest * nizaryci * miasto węgla kamiennego w Kazachstanie * mąż Fatimy czczony przez szyitów * mleko po porodzie * sumeryjski bóg mądrości * jałowcówka (ang.) * Gmin lub lekarska * mieszkanka stolicy Litwy * bułgarski koniak i miasto * flagowy statek Kolumba * rozwiłtka * tor F1 w Lombardii * kierunek pokoju między różnymi grupami chrześcijan * kwas nikotynowy * szlachcic rosyjski * dzielnica Kórnik * kierował atakiem na Pearl Harbor * siła, moc * związki pokrewieństwa * imię Fallaci * rysunek na ciele * stolica Lazurowego Wybrzeża * starożytna władczyni Palmiry * geometria figur płaskich * nocny motyl * Lutra, przeciw odpustom * grecka Ceres * zarośnięcie (łac.) * piwny lub szybkiej obsługi * najdłuższy dopływ Konga * różanecznik * imię reżysera „Noża w wodzie” * beduiński płaszcz bez rękawów * nasz Czerwony Krzyż * górnicze święto * zagadkowy płaskowyż w Peru * Kerowpe, ormiański autor zbioru „Nywakyk” * rzęski (łac.) * pustelnicy * szeregowiec Spielberga * chorobliwy lęk przed ciemnością * zakazany temat * najślawniejszy wodospad * pierwiastki przewidziane przez Mendelejewa * Krystyna w „Człowieku z marmuru” * sprowadził Madziarów na Niz. Panońską * łapie fale RTV * wrocławski odkrywca zarasków rzeźączki * platana lub śmieszka * stolica Epiru * moherowy najślawniejszy * od niego odczepiane są kininy * przyjaciółka Stasia * umywalnia z klozetem * jednostka dawki promieniowania ekspozycyjnego * gród nad Dnieprem, miejsce 3 zwycięstw w XVII wieku * iluminator * przywódczenie (łac.) * święta księga islamu * uczy się pilnie i w Afryce mieszka * między przeodymem a prometem * kardynał, od 1642 rządził Francją * przełamuje się w Pieninach * rakieta sygnalizacyjna * kamień nerkowy lub żółciowy * tkanina ubraniowa w pasy lub kratę * toksyny

Jerzy Badowski

Wydawca:



**Naczelna Rada
Lekarska**

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 170 600 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)
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 skrótności, 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).

