

SAMORZĄD: Prezesi okręgowych rad lekarskich o priorytetach



GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB
LEKARSKICH

2 | 2019

KTOŚ NAGRAŁ ROZMOWĘ

PRAWNIK RADZI,
JAK SIĘ ZACHOWAĆ

Badanie opinii społecznej

JAK POSTRZEGANI SĄ LEKARZE

JESTEŚMY KOMPETENTNI,
ALE BRAK NAM CZASU

Neurochirurgia

PRZYSZŁOŚCIĄ SĄ
TECHNIKI MAŁOINWAZYJNE

Choroba w systemie

POTYKAMY SIĘ
O DROBIAZGI

Pacjent w strachu, ale dentysta też

Temat numeru

2019: SZANSE I ZAGROŻENIA

LEKARZE W BOJOWYCH NASTROJACH



KRZYSZTOF MADEJ

wiceprezes NRL

Zapisany mam terminarz

SIEDZĘ WŁAŚNIE NAD KALENDARZEM PLANSZOWYM

i przy pomocy znaczników oraz flamastrów nanoszę nań zaplanowane na rok 2019 wydarzenia, a „usząmi wyobraźni” słyszę „Ja dla pana czasu nie mam” Hanny Banaszak i... „Zapisany mam terminarz, jakby go obsypał mak, tak, tak, tak...” I leż to będzie posiedzeń organów samorządu; organizacji rządowych i pozarządowych; kongresów; konferencji; dyskusji panelowych; posiedzeń sejmowych i senackich komisji; zjazdów naukowych; sesji uczelnianych; ileż jubileuszów, gal, koncertów i celebrazji...

Gdy wzrokiem ogarniam ten kalendarz, mam wrażenie chaosu, widzę obraz jakby zaczerpnięty z abstrakcjonizmu ekspresyjnego. W gęstwinie kolorowych plamek uwagę przykuwa jedna rzecz: znaczny odsetek wydarzeń to konferencje poświęcone przyszłości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce. Takiego funkcjonowania, które nie będzie kontestowane przez społeczeństwo i klasę polityczną, by nie stało się przyczyną lęków społecznych i powodem kłopotów politycznych. Mam nieodparte wrażenie, że liczba tak właśnie pomyślanych konferencji i kongresów z roku na rok się zwiększa. By mieć pewność, za rok porównam dwa kalendarze.

W dyskusjach panelowych na ogół zabierają głos od lat ci sami ludzie, ciesząc się statusem ekspertów. Ci, co to wiedzą, co powinno się zmienić w polskim systemie ochrony zdrowia, aby był elementem równowagi w państwie i „minu” społecznego. To najczęściej byli wysocy urzędnicy, których czas polityczny i kadencyjny już minął. Wśród nich są też obecni dygnitarze. Służą im domniemanie kompetencji, wynikające raczej z zajmowanych stołków niż dokonani. Są też teoretycy, od których wymaga się jedynie, by byli zdolni poruszyć do czynu serca i umysłu decydentów. To, że jedni wiele nie zmienili, a drudzy jeszcze nie zdążyli nie zmienić, wcale ich domniemania nie osłabia. Są też trzeci, którzy mają domniemanie kompetencji z definicji. Ta niebawoma erupcja debat „reformatorskich” świadczy o istotnych niedoborach w głównej idei dotyczącej przyszłości systemu ochrony zdrowia i w wynikowych do niej programach organizacyjnych i legislacyjnych. Takie zagadywanie kłopotu i nadzieja, a nuż ktoś, kto wie, coś genialnego wymyśli; a ktoś, kto może, zrobi z tego użytek.

Tak więc, Drodzy Czytelnicy, będziemy chodzić na te konferencje, snuć, jak nas poproszą, głębinowe rozważania i refleksje, i wszystko to Wam relacjonować, bo i na tym też polega rola samorządu lekarskiego. ■

Witamy
Was w nowej
odśwież!

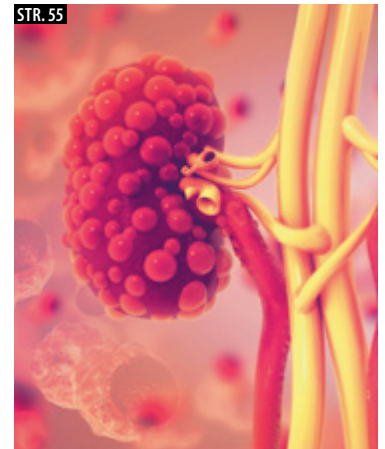
STR. 22



STR. 60



STR. 55



Spis treści

Luty 2019

SAMORZĄD

- 4 | Ciężki nie za swoje winy
- 7 | Wyróżnieni liderzy
- 8 | Nowe powołania
- 12 | 2019 rok w izbach

TEMAT NUMERU

- 16 | Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w Polsce na tle innych państw OECD
- 17 | Zagadkowy rok

PRAWO I MEDYCYNA

- 22 | Ośmiorniczki i szumidla
- 24 | Brak należytej staranności

PRAKTYKA LEKARSKA

- 25 | nil.org.pl/amalgamat
- 26 | „Będzie bolało”, czyli o strachu (u) dentysty
- 29 | Agresja to nie tylko wulgarność
- 30 | AGREE w pracy lekarza
- 32 | Lekarze w 2018 roku
- 35 | Miałem własny plan
- 36 | Biuletyn
- 46 | Złota kaczka

ZE ŚWIATA

- 50 | Zdrowie dookoła globu

NAUKA

- 53 | Zrobotyzowana apteka
- 54 | Pionierski zabieg urologiczny
- 56 | Lekarze dobrzy, gorzej z finansami
- 58 | Chirurgobusy. I co jeszcze?

STUKOT BIAŁYCH TREPÓW

- 60 | Choroba w systemie

PO GODZINACH

- 62 | Listy do redakcji
- 64 | Problem nie tylko od święta
- 65 | Lokaut
- 66 | Lekarze w walce o Niepodległą
- 68 | O rany!
- 70 | Kultura
- 72 | Wiersze
- 73 | Sport
- 75 | Zjazdy koleżeńskie
- 76 | Ogłoszenia



ANDRZEJ MATYJA

prezes NRL

Cięgi nie za swoje winy

Lekarz jest dla pacjenta twarzą systemu ochrony zdrowia, a mimo to brak kadr stał się tematem dopiero czwartej konferencji w toczącej się od wielu miesięcy z inicjatywy ministra Łukasza Szumowskiego społecznej debacie „Wspólnie dla Zdrowia”. Może to przypadek, ale symboliczny.

Najpierw skupiono się na pacjencie i systemie ochrony zdrowia. Potem finansach i gospodarce. Trzecia odsłona poświęcona była własności, zarządzaniu i odpowiedzialności. Dopiero czwarta w kolejności konferencja zajęła się problemem kadr. Zorganizowana w Lublinie dyskusja toczyła się wokół podstawowych pytań: jak wykształcić dobrych pracowników medycznych, skąd wziąć pieniądze na ich wypłaty i co zrobić, żeby nie wyjeżdżali?

Nasze środowisko już dwadzieścia lat temu ostrzegało przed kadrową zapaścią w medycynie, ale wtedy nie doceniono problemu. Wówczas finanse skupiały uwagę, co w czasach ogólnej mizერიi było może i zrozumiałe, ale od polityków i decydentów trzeba wymagać więcej – myślenia długofalowego, strategicznego. Dobrze więc, że dziś pochylamy się nad tym tematem, choć szkoda, że tak późno. Nawet, jeśli dopracujemy się doskonałych rozwiązań, to i tak przyniosą one efekty co najmniej po dekadzie.

Ochrona zdrowia jest ofiarą myślenia i działania polityków pod dyktando kalendarza wyborczego, braku jasnej koncepcji i umiejętności prowadzenia dialogu z różnymi grupami od pacjentów po lekarzy. Nie można się więc dziwić frustracji wielu koleżanek i kolegów, którzy kolejne zadania nakładane na lekarzy

interpretują jako przerzucanie na ich barki problemów wynikających z niedoborów finansowych, organizacyjnych, kadrowych, a w istocie z niekonsekwencji i częstych zmian autorstwa kolejnych ekip rządowych. Koniec końców, każdy z nas, lekarzy, zbiera ciężki za słabości systemu ochrony zdrowia.

Do społeczeństwa decydenci kierują – skądinąd słuszny – komunikat, że system ochrony zdrowia ma być skoncentrowany na pacjencie. Rosną więc oczekiwania niewspółmierne do możliwości. To prosta droga do konfliktów w relacjach z pacjentami czy wypalenia zawodowego po stronie medyków.

Jeśli pacjent ma być w centrum uwagi, a więc ma się czuć zaopiekowany i bezpieczny, to i ci, którzy mają mu to zapewnić, powinni czuć się podobnie, czyli mieć oparcie w systemie. Fakt, że debata poświęcona kadrom w cyklu wydarzeń znalazła się na czwartym miejscu, mógł być odebrany wręcz symbolicznie. Pozostaje mieć nadzieję, że to tylko przypadek, a dokument podsumowujący efekty rocznej społecznej dyskusji poważnie i konstruktywnie odniesie się do różnych aspektów przyszłości kadry medycznej w Polsce.

Jako samorząd lekarski widzimy system ochrony zdrowia w jego wszystkich wymiarach. Dlatego – m.in. podczas debaty w Lublinie, a wcześniej w Warszawie na konferencji „Priorytety w ochronie zdrowia” apelowałem, aby o kadrze rozmawiać w kontekście całego systemu zarówno w perspektywie krótko-, jak i długoterminowej, bo to rzutuje na pokolenia. Na to nakłada się cyfryzacja, która nieubłaganie wkracza do medycyny. Musimy więc pracować nad rozwiązaniami, które sprawdzą się nie tylko teraz, ale i w nowej rzeczywistości. Nie możemy więc być jak generałowie, którzy przygotowują się na poprzednią wojnę.

Uczestniczymy i uczestniczyć będziemy w dyskusjach o przyszłości, ale nie zadowolą nas ogólnie słuszne postulaty. Chcemy sięgać głębiej i przyglądać się proponowanym rozwiązaniom z perspektywy praktyków, mając na naszym radarze różne obszary systemu ochrony zdrowia. W większym niż dotychczas stopniu będziemy w to angażować nasze NIL-owskie media, w tym „Gazetę Lekarską”, co dostrzegał jest już w obecnym wydaniu. ■

“

Jako samorząd lekarski widzimy system ochrony zdrowia w jego wszystkich wymiarach.

SKRINING

Finanse a zdrowie

Nie wolno manipulować statystykami – zaapelował prezes NRL Andrzej Matyja podczas konferencji „Priorytety w Ochronie Zdrowia”, która odbyła się 10 stycznia na Zamku Królewskim w Warszawie. Takimi słowami odniósł się do wypowiedzi jednego z byłych mi-



Od lewej: Konstanty Radziwiłł, Andrzej Matyja, Jarosław Fedorowski.

“

Zdaniem prezesa NRL brak lekarzy jest odczuwalny we wszystkich specjalizacjach.

nistrów zdrowia, jakoby pod względem liczby lekarzy sytuacja w Polsce nie wymagała radykalnej poprawy. Zdaniem prezesa NRL brak lekarzy jest odczuwalny we wszystkich specjalizacjach, nie tylko tych deficytowych, a nakłada się na to szybkie starzenie się całej grupy zawodowej. – Duży odsetek lekarzy

z prawem wykonywania zawodu stanowią emeryci – przypominał prezes NRL, dodając, że ci ostatni najczęściej pracują w niepełnym wymiarze godzin i bez obciążeń dyżurami. Nawiązując m.in. do polityki ukierunkowanej na wspieranie finansowe przede wszystkim rezydentów tzw. specjalizacji deficytowych, podkreślił, że deficytowa jest tak naprawdę każda specjalizacja. Lekarz, decydując się na wybór specjalizacji, nie kieruje się tylko tym, że przez kilka lat rezydentury

będzie zarabiał więcej, lecz patrzy przede wszystkim na to, ile będzie zarabiał i w jakich warunkach będzie pracował przez kolejne kilka dekad swego życia. Parafrazując słowa prof. Józefa Dietla, twórcy polskiej balneologii, wybitnego XIX-wiecznego lekarza, prezydenta miasta Krakowa, jednego z rektorów UJ, prezes NRL powiedział, że to, co wyłożymy na zdrowie, nie jest wydane, lecz pożyczone, a zdrowie jest najrzetelniejszym pożyczkobiorcą. ■

Biją na alarm



Konferencja prasowa OZPSP w NIL.

Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych ostrzega, że Ministerstwo Zdrowia nakłada na placówki kolejne obowiązki bez pokrycia finansowego na ich realizację. Aby zwrócić uwagę na ten problem, 18 grudnia, tuż po rozmowach w resorcie zdrowia, w siedzibie NIL odbyła się konferencja prasowa z udziałem przedstawicieli OZPSP. Jerzy Friediger, członek Prezydium NRL, rozpoczynając spotkanie

z dziennikarzami, zwrócił uwagę na wysokie obciążenie pracą personelu szpitalnego. – Lekarze i pielęgniarki nie są w stanie więcej pracować. Muszą wzrosnąć ceny świadczeń – powiedział. Zdaniem prezesa OZPSP Waldemara Malinowskiego placówki stanęły pod ścianą. – Czujemy się podrzuconym kulką kamieniem, którym nikt się nie zajmuje – dodał Andrzej Bujnowski z zarządu OZPSP. O sytuacji szpitali szerzej na s. 17-21. ■

Więcej praktyki

Kształcenie przeddyplomowe wymaga niewielkich korekt, ale podyplomowe i ustawiczne fundamentalnych zmian – powiedział prezes NRL Andrzej Matyja podczas czwartej konferencji w ramach debaty „Wspólnie dla Zdrowia”. Odbyła się ona 17 stycznia w Lublinie pod hasłem „Kadry w ochronie zdrowia: wyzwania i rozwój”. Całodniowy dzień paneli dyskusyjnych otworzył minister Łukasz Szumowski. – Na uczelniach medycznych od dwóch lat obowiązuje akademicki profil kształcenia. Ten szczytny zapis często staje w kolizji z uprządkowaniem zajęć. Uczelnia musi przygotowywać studenta nie tylko do prowadzenia badań naukowych, ale przede wszystkim do tego, by po zakończeniu studiów był przygotowany do profesjonalnego wykonywania zawodu – podkreślił prezes NRL. Zdaniem prezesa Matyi podstawowe umiejętności lekarze powinni nabywać w toku studiów nie tylko pod okiem nauczycieli akademickich, a uprządkowanie nauki zawodu wymaga m.in. wyjścia poza mury szpitali uniwersyteckich do szpitali powiatowych i zakładów lecznictwa otwartego. Zniwelowanie luki pokoleniowej nie może nastąpić kosztem obniżenia jakości kształcenia. ■

SKRINING

Umowy rezydenckie



WWW.GAZETALEKARSKA.PL

Prezes NRL Andrzej Matyja, w ślad za odpowiedzialnością otrzymaną od ministra zdrowia, wystosował pismo do dyrektorów podmiotów leczniczych w Polsce w sprawie interpretacji i realizacji umów rezydenckich. Przypominamy, że minister zdrowia Łukasz Szumowski w przesłanej odpowiedzi

w jednoznaczny sposób wskazał, że w sytuacji „zejścia” lekarza rezydenta po zakończonym dyżurze, w związku z koniecznością zachowania norm należnego czasu odpoczynku, lekarz ten zachowuje prawo do wynagrodzenia, a czas odpoczynku po dyżurze nie powoduje przedłużania specjalizacji i jest zaliczany do czasu jej trwania. Jak podkreśla prezes NRL, samorząd lekarski podziela to stanowisko i będzie domagał się większego nadzoru ministra zdrowia nad realizacją postanowień umów rezydenckich. ■

Pamiętamy!

Mimo że od 37. rocznicy pacyfikacji kopalni „Wujek” w Katowicach minęło kilka tygodni, warto przypomnieć, że w naszym portalu dostępny jest film „Samarytanie” nakręcony na zlecenie Śląskiej Izby Lekarskiej, który pokazuje postawę lekarzy w grudniu 1981 r. – Jako rodzina lekarska jesteśmy dumni, że w wielkich chwilach polskiej, trudnej historii lekarze zawsze zachowywali się, jak trzeba – powiedział wiceprezes NRL Jacek Kozakiewicz podczas grudniowych obchodów tragicznych wydarzeń w Katowicach. Ich inicjatorem był prof. Grzegorz Opala. Obecny na tych uroczystościach wiceminister zdrowia Janusz Cieszyński przekazał odznaczenia resortowe zasłużonemu w ratowaniu górników personelowi medycznemu. ■

Dialog w Naczelnej Izbie Lekarskiej



Prof. Romuald Krajewski z NRL był zaangażowany w projekt od samego początku.

11 warsztatów, 10 badań, 10 raportów – to tylko część dorobku projektu „Razem dla Zdrowia”, który przez kilka lat realizowała Fundacja My Pacjenci. Partnerami projektu były trzy samorządy zaufania publicznego: NIL, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelna Izba Aptekarska. 17 grudnia w siedzibie NIL odbyła się konferencja podsumowująca. – W spotkaniach uczestniczyły osoby mające duży

wpływ na funkcjonowanie ochrony zdrowia. Tematy, którymi się zajmowaliśmy, trafiły m.in. do Narodowej Rady Rozwoju – powiedział prof. Romuald Krajewski, który z ramienia samorządu lekarskiego zaangażowany był w realizację projektu od samego początku. Jego głównym celem było rozwijanie dialogu społecznego oraz społecznej idei odpowiedzialności instytucji systemu ochrony zdrowia. ■

FOTO: Mariusz Tomczak

Z wielkim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci
Kolegi lek. Zygmunta Ziółkiewicza,

zasłużonego członka samorządu lekarskiego, inicjatora jego reaktywacji i utworzenia Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie. Pełnił liczne funkcje: Wiceprzewodniczącego ORL w Olsztynie II kadencji, Sekretarza ORL w Olsztynie III kadencji, OROZ IV, V kadencji, Przewodniczącego OSŁ VII kadencji, Wiceprzewodniczącego OSŁ VIII kadencji, Zastępcy NZOZ I kadencji, Członka NRL, Komisji Organizacyjnej NRL, Krajowej Komisji Wyborczej IV kadencji. Został uhonorowany odznaczeniami: „Meritus Pro Medicis” przez Kapitułę NIL, „Zasłużony Lekarz Warmii i Mazur” przez Kapitułę W-MIL.

Rodzinie, Bliskim i Współpracownikom składamy wyrazy głębokiego współczucia

Prezes NRL A. Matyja

NZOZ G. Wrona

Przewodniczący NSL J. Miarka wraz z zespołem Sędziów

Koledze Pawłowi Susłowskiemu,

Przewodniczącemu Krajowej Komisji Wyborczej NIL,

wyrazy szczerzego współczucia

z powodu śmierci Ojca
składają

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzej Matyja

Członkowie Krajowej Komisji Wyborczej

OŚRODKI NRL

Wyróżnieni liderzy

Doceniono efekty szkoleń w zakresie kompetencji psychospołecznych oraz warsztatów „Zdrowa administracja podstawą skuteczności podmiotów leczniczych”, prowadzonych przez ODZ NIL.

TEKST MARTA JAKUBIAK

10 stycznia na Zamku Królewskim w Warszawie wręczono nagrody w konkursie „Sukces Roku 2018 w Ochronie Zdrowia – Liderzy Medycyny”. Wśród laureatów znalazł się Ośrodek Doskonalenia Zawodowego NIL, kierowany przez prof. Romualda Krajewskiego. Wyróżnienie otrzymał za „działalność edukacyjno-szkoleniową”. W imieniu profesora nagrodę odebrała dr Anna Lella.

– O osiągnięciach ośrodka świadczą liczby. Od jego powstania, czyli od roku 2009 r., w szkoleniach ODZ wzięło udział w sumie ponad 13 tys. osób. Bardzo intensywnie pracowaliśmy przez ten czas, bo nasz zespół liczy zaledwie parę osób – komentuje prof. Romuald Krajewski, kierownik Ośrodka Doskonalenia Zawodowego od początku jego powstania, który będzie tę funkcję sprawował



Wyróżnienie dla ODZ NIL odebrała dr Anna Lella (w środku).

nadal, bo 14 grudnia 2018 r. na posiedzeniu NRL został powołany na kierownika ODZ po raz kolejny.

– Pracy mamy mnóstwo, ale cieszy, bo liczba uczestników szkoleń jest duża, a ich oceny i opinie na temat organizowanych przez ODZ kursów bardzo dobre. Zrealizowaliśmy już kilka projektów europejskich. Naszą ofertę edukacyjną staramy się dostosowywać na bieżąco do oczekiwań i potrzeb lekarzy – wyjaśnia. ODZ prowadzi szkolenia m.in. z zakresu umiejętności społecznych, nazywanych kompetencjami miękkimi. – Kiedy rozpoczynaliśmy działalność, była to nowość. Być może również to zostało docenione przez jurorów konkursu. Obecnie powszechnie uznaje się, że ten rodzaj kompetencji jest niezbędny, począwszy od studiów poprzez całe zawodowe życie lekarza – dodaje.

PLANY NA PRZYSZŁOŚĆ

Największe zapotrzebowanie jest na szkolenia z zakresu prawa

medycznego, a także organizacji ochrony zdrowia i prowadzenia własnej praktyki, w tym organizacji i zarządzania. Na trzecim miejscu – umiejętności społeczne. – W pierwszej kolejności chcemy realizować te szkolenia, na które jest największe zapotrzebowanie. Tak robimy od początku. Staramy się też współpracować z prowadzącymi szkolenia, którzy są cenieni w środowisku – wyjaśnia prof. Krajewski i deklaruje, że zmieniające się otoczenie i potrzeby środowiska będą uważnie śledzone. – Nie tylko w Polsce, ale i na świecie szkolenia on-line stają się coraz bardziej popularne. To działalność, którą na pewno powinniśmy rozwijać w ODZ. Kolejną są seminaria internetowe, tzw. webinary. NIL jest przygotowana technicznie do prowadzenia tego rodzaju działalności. Jeżeli będą środki finansowe oraz chęci, to z pewnością dołożymy wszelkich starań, by tego rodzaju kursy poprowadzić – deklaruje. W seminariach ODZ można byłoby wziąć udział z każdego zakątka Polski, dzięki transmisji internetowej. – To kolejna ważna rzecz do zrobienia, czyli stopniowe przenoszenie szkoleń do Internetu. Zapotrzebowanie na nie w środowisku nie jest jeszcze duże, ale już teraz musimy pomyśleć o rozwijaniu działalności w sieci, to przyszłość – podsumowuje prof. Krajewski.

Gratulujemy i życzymy dalszych sukcesów. ■

13 359

Tyłu łącznie lekarzy i lekarzy dentyistów z całej Polski w latach 2009-2018 wzięło udział w szkoleniach ODZ NIL (m.in. szkolenia z zakresu kompetencji miękkich, prawa medycznego, zarządzania, ochrony radiologicznej).



Od lewej: Teresa Perendy i Kinga Wojtaszczyk z ODZ NIL

OŚRODKI NRL

Nowe powołania

Na posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej 14 grudnia 2018 r. powołano kierowników ośrodków na kolejną kadencję. Jaką wizję działania mają ich szefowie?

TEKST **LUCYNA KRYSIAK**



**WOJCIECH
DOMKA**

kierownik Ośrodka
Współpracy
Zagranicznej NRL

GL Na czym skupi się uwaga OWZ?

Problemy lekarzy i lekarzy dentyków w większości krajów są bardzo podobne. Przekonujemy się o tym, spotykając za granicą kolegów wykonujących ten zawód i dyskutując z nimi o systemach opieki zdrowotnej. Z tych rozmów przeważnie wynika, że nawet w państwach, w których przeznaczają się na zdrowie kilkakrotnie więcej środków niż w Polsce, nie wszystko funkcjonuje zgodnie z oczekiwaniami białego personelu. Napotykamy więc na podobne jak u nas trudności i możemy je wspólnie rozwiązywać. Ośrodek powinien zdecydowanie zacieśnić współpracę z bliźniaczymi organizacjami, szczególnie w krajach europejskich. Dotychczasowa współpraca dawała często bardzo dobre efekty. Kilku kolegów zajmowało bądź wciąż zajmuje ważne funkcje w zarządach wielu międzynarodowych organizacji.

GL Ale przynależność do nich budziła też kontrowersje...

Dlatego w tym roku chciałbym zweryfikować nasze członkostwo w kilku organizacjach, zastanowić się nad jego celowością, analizując wynikające z tego członkostwa korzyści. Należy również rozważyć zasadność przynależenia do innych struktur. Chciałbym zacieśnić współpracę z Polonią

medyczną. Trzeba wykorzystać pozytywne nastawienie i oferowaną nam czasem pomoc przez lekarzy z krajów bardziej zamożnych. Musimy też wesprzeć naszych kolegów z krajów biedniejszych, w których dopiero planuje się ustawowe zmiany tworzące samorząd lekarski, który sprawowałby pieczę nad wykonywanym przez nich zawodem.

GL Czy polscy lekarze mają niedosyt kontaktów ze środowiskami medycznymi za granicą?

Myślę, że wielu kolegów ma doskonałe kontakty z lekarzami z zagranicy. Organizowane są wspólne konferencje, kursy itp. Ośrodek będzie wspierał oczywiście wszelkie merytoryczne formy współpracy, niemniej jednak powinien skupić się na kontaktach z organizacjami, które działają w obszarze organizacji i poprawy warunków pracy czy szkoleń służących podnoszeniu kwalifikacji zawodowych.

GL Czego lekarze oczekują od samorządu lekarskiego w tym zakresie?

Chcemy to ustalić. Mam nadzieję, że niebawem będziemy podzielić się swymi oczekiwaniami, które postaramy się spełnić. ■

GL Jak samorząd lekarski dba o pamięć o polskich lekarzach i lekarzach dentykach?

Ośrodek Historyczny NRL to nie izba pamięci. To jedno z narzędzi promocji dokonania polskich medyków w tworzeniu zrębów nowoczesnego państwa obywatelskiego. W internecie roi się od publikacji z historii medycyny, ale niekoniecznie z ostatnich dekad. Chciałbym wyłowić w naszym środowisku pasjonatów historii odrodzonych izb lekarskich, jak również najstarszych żyjących świadków tamtej „gorącej jesieni” 1989 r., która była również moim osobistym udziałem i niezwykłym przeżyciem. Wtedy umacniały się pierwsze izbowe struktury. Wkraczamy teraz w rok 30-lecia samorządu lekarskiego. Będzie więc wiele okazji, aby o tym przypominać. W przyszłym roku chcemy pokazać dorobek 100-lecia izb lekarskich.

GL Gromadzenie pamiątek, danych, opracowań to trudna i żmudna praca. Kto będzie się tym zajmował?

Może i żmudna, ale i wdzięczna, bo do tego zadania

zaangażuję wyłącznie entuzjastów. Przecież owocem ich pracy będzie ocalenie od zapomnienia świadectwa czasu, w których żyliśmy, pracowaliśmy i służyliśmy ludziom. Trzech lekarzy i dwie lekarki dentyści wkrótce utworzą Radę Ośrodka. Wszyscy mają poczucie misji. I to krzepi! Mam nadzieję, że ich autorytet przyciągnie osoby, które posiadają w prywatnych zbiorach zdjęcia, ulotki, plakaty i zechcą się nimi podzielić. Wyszukanie tych pamiątek-perłek może być najtrudniejsze. Ale wierzę, że uda nam się stworzyć historyczny portret środowiska lekarskiego po przełomie solidarnościowym.

GL Młodzi lekarze żyją współczesnością...

Każde pokolenie ma własny czas. Młodzi lekarze właśnie zapisują kolejne złote karty historii. Proszę pamiętać, że wielu z nich pochodzi z lekarskich rodzin i było naocznyymi świadkami dziś już historycznych zdarzeń. Moje lekarskie pokolenie też pragnęło oddychać pełną piersią, mieć własne mieszkanie, pralkę automatyczną, kolorowy



**MAREK
STANKIEWICZ**

kierownik Ośrodka
Historycznego NRL

telewizor, „malucha” i spędzić urlop w Bułgarii. Wiele tysięcy lekarzy emigrowało wtedy z kraju. Czy wspomnienie tamtego mrocznego czasu zainspiruje do większej pokory naszych następców? Nie mam pojęcia!

❗ Czy historia pomaga tworzyć relacje mistrz-uczeń?

Relacja mistrz-uczeń jest wpisana w nasz zawód od zawsze. Bo medycyna to nie instrukcja obsługi kuchenki mikrofalowej. To tajemna wiedza – trochę sztuki, trochę

rzemiosła. Mamy dziś upadek autorytetów. Coraz częściej autorytet w medycynie kojarzy się z panowaniem i manipulacyjną władzą, zamiast dobrowolnie przyjmowanym przez innych wpływem. To m.in. z tego powodu wybuchł ostatni bunt lekarskiej młodzieży. Jednak wyrzucanie elit na śmietnik historii i poddanie się dyktatowi kultury masowej, premiującej trywialność i swojskość wszelkich inicjatyw, grozi skomercjalizowaniem naszych zawodów. ■



RYSZARD SZOZDA

kierownik Ośrodka
ds. Opiniowania
Sądowo-Lekarskiego
i Orzecznictwa NRL

❗ Ten ośrodek to nowy twór w strukturach Naczelnej Rady Lekarskiej. Dlaczego powstał?

Zasady funkcjonowania ośrodka ustala uchwała NRL z grudnia 2018 r. Chodzi o opracowanie standardów edukacji kandydatów na biegłych i biegłych lekarzy sądowych i zaszczepienie ich na grunt izb okręgowych. Z powodu dramatycznego deficytu biegłych i niestety niechęci lekarzy do kontaktów z szeroko rozumianym wymiarem sprawiedliwości, okręgowe izby lekarskie podejmują inicjatywy szkoleń na własną rękę. Niektóre z tych inicjatyw, np. Śląskiej Izby Lekarskiej, przejęły inne OIL, np. w Gdańsku. Zależy nam jednak, aby zasady opiniowania oraz zakres wiedzy niezbędnej do wydawania opinii przez biegłego były jasno określone i ujednolicone. Szkolenia muszą uwzględniać podstawową wiedzę prawną przydatną biegłemu (zasady pisania opinii, wystawiania rachunków itp.), aby nie czuł się zagubiony w kontaktach ze zlecającymi wydanie opinii. Problemem jest bowiem sposób ich wydawania, a tej wiedzy nikt lekarzowi na żadnym etapie kształcenia podyplomowego nie przekazuje.

❗ Jak to będzie wyglądać w praktyce?

Nie ma wątpliwości co do tego, że biegli sądowi – jak wszyscy lekarze – muszą się doskonalić zawodowo. Standardy posłużyłyby więc do stworzenia jednolitych zasad przeprowadzania szkoleń, nie tylko „wstępnych”, we wszystkich OIL. Ośrodek zamierza ściśle współpracować z okręgami i sprawować pieczę nad tym, aby biegli lekarze byli właściwie wykorzystywani. Sporządzają oni bowiem opinie nie tylko dla sądów, ale i dla samorządu lekarskiego – okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej i sądów lekarskich.

❗ Jaki jest status biegłych lekarzy sądowych?

Ich praca jest wciąż niedoceniana i źle opłacana, mimo że pod naciskiem samorządu lekarskiego Ministerstwo Sprawiedliwości odeszło od obowiązujących „taryf” i wprowadziło godzinowe stawki wynagradzania biegłych. Potrzebne są jednak kolejne zmiany przepisów prawnych regulujących ich status i warunki wynagradzania. Chcemy wspólne z izbami okręgowymi opracować projekt zmian i przedstawić go wymiarowi sprawiedliwości w trakcie prac nad ustawą o biegłych sądowych. Jej uchwalenie będzie jednym z priorytetów. ■

❗ To pana kolejna kadencja jako szefa. Czy należy się spodziewać zmian?

Zasady działania pozostają takie same, ale zmieniają się priorytety, co jest związane z transformacją, którą przechodzą komisje bioetyczne w Polsce za sprawą obowiązującego rozporządzenia unijnego, dotyczącego badań klinicznych produktów leczniczych. Nasz ośrodek musi działać, uwzględniając ruchy administracji państwowej. Czekamy na przepisy krajowe do tego rozporządzenia, które określą rolę izbowych komisji bioetycznych. Mam nadzieję, że te komisje będą nadal uczestniczyć w opiniowaniu badań klinicznych, gdyż planujemy szkolenia dla ich członków i pracowników. Prowadzimy i aktualizujemy listę wszystkich komisji bioetycznych w Polsce, do której lekarze mają dostęp poprzez naszą stronę internetową bioetyka.net.

❗ Na co w tej kadencji będzie położony nacisk?

Przymierzamy się do przeprowadzenia badania ankietowego, które pozwoli ocenić, czy istnieje potrzeba korzystania z konsultacji etycznych w polskim społeczeństwie. Tego rodzaju badania prowadzimy od kilku miesięcy wśród lekarzy i jesteśmy na finiszu.

Ale chcielibyśmy też poznać zdanie społeczeństwa na ten temat.

❗ Czy ośrodek wychodzi z działalnością poza samorząd?

Na ostatniej Konferencji Komisji Bioetycznych w NIL przyjęliśmy zobowiązanie, że Ośrodek Bioetyki NRL przeprowadzi w tym roku szkolenie dla członków komisji bioetycznej z etyki badań ludzkiego materiału biologicznego. Współpracujemy z europejskimi i światowymi ośrodkami oraz instytucjami zajmującymi się zagadnieniami etycznymi i prawnymi związanymi z badaniami na ludziach, aby udostępniać wiedzę o polskich przepisach i stanowiskach oraz uczestniczyć w wymianie poglądów.

❗ A jak pan postrzega polskie prawo regulujące bezpieczeństwo badań klinicznych?

Prawo dotyczące badań klinicznych produktów leczniczych w Polsce wymaga szybkich zmian. Dotąd nie dostosowano krajowych przepisów wykonawczych do obowiązującego unijnego rozporządzenia w sprawie badań klinicznych. Zmiany powinny być wprowadzone jak najszybciej. ■



**MAREK
CZARKOWSKI**

kierownik Ośrodka
Bioetyki NRL

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Choroby Zakaźne – Oni Pamiętają!



“

Przypominam sobie taką dziewczynkę, która miała pójść do komunii, cieszyła się, że mama kupiła jej piękną, białą sukienkę (...). Niestety tę sukienkę ubrała na ostatnią drogę

dr Tadeusz Krawecki

Śląska Izba Lekarska wyprodukowała film, w którym doświadczeni lekarze opowiadają o czasach, zanim szczepienia stały się powszechne i obowiązkowe. Swoimi wspomnieniami podzielili się pediatra prof. dr hab. n. med. Krystyna Karczewska i specjalista chorób zakaźnych dr Tadeusz Krawecki. Lekarze w przejmujący sposób mówią o chorobach zakaźnych i przypominają

swoich małych pacjentów, którym niejednokrotnie nie byli w stanie pomóc. Oni pamiętają świat bez szczepionek i w ich odczuciu szczepienia to wielkie dobro, z którego należy korzystać. Film to element kampanii promującej szczepienia ochronne, w którą aktywnie włączyła się śląska izba. Cały dokument można zobaczyć na kanale ŚIL na YouTube, stronie internetowej i FB izby. ■



WWW.GAZETALEKARSKA.PL

Honorowy Członek Gdańskiej Izby Lekarskiej

Józef Dobrecki, internista ze Słupska, został pierwszym w historii Honorowym Członkiem Gdańskiej Izby Lekarskiej. Tytuł nadano lekarzowi podczas dorocznego święta gdańskiej izby, czyli uroczystości rozdawania prawa wykonywania zawodu.

Józef Dobrecki to m.in. współzałożyciel Towarzystwa Pomocy im. św. Brata Alberta oraz schroniska dla bezdomnych

w Słupsku, bardzo zaangażowany w działalność samorządu lekarskiego, i to od momentu reaktywacji izb lekarskich w Polsce. Uhonorowany wieloma odznaczeniami, w tym Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski, a także izbowymi medalami: „Pro Bono Societatis Medicorum Pomeraniae” i „Meritus Pro Medicis”. ■

Grupa Balinta w Warszawie

WOIL w Warszawie w styczniu 2019 r. wystartował grupowy trening balintowski. Uczestnictwo w zajęciach pozwala na trafniejsze rozpoznanie emocji – swoich i pacjenta, uczy, jak lepiej radzić sobie ze stresem w pracy i przeciwdziała wypaleniu zawodowemu. Spotkania odbywają się raz w miesiącu, a zapisy na kolejne spotkania będą przyjmowane pierwszego (roboczego) dnia danego miesiąca (telefoniczny kontakt w sprawie zajęć: 22 54 28 380). ■

Historia oddziału noworodków



Beskidzka Izba Lekarska wydała książkę „Oddział Noworodkowy Wczoraj i Dzisiaj” autorstwa dr Ireny Grudzieckiej. Publikacja opisuje historię powstania i funkcjonowania w kolejnych dekadach oddziału noworodkowego w Szpitalu Miejskim w Bielsku-Białej. Na jakie problemy napotykali w tamtych czasach lekarze i położne? Jak dokonywał się postęp w leczeniu najmłodszych pacjentów? Zapraszamy do lektury.

Osoby zainteresowane publikacją proszone są o kontakt z BIL, redakcja „Gazety Lekarskiej” także posiada kilka egzemplarzy książki do rozdysponowania – prosimy o kontakt: l.sulikowska@gazetalekarska.pl. ■

Porady na temat RODO i elektronicznej dokumentacji

Dolnośląska Izba Lekarska wspiera swoich członków w zdobywaniu wiedzy na temat RODO i elektronicznej dokumentacji medycznej. Jeśli masz pytanie dotyczące tych zagadnień i jesteś lekarzem lub lekarzem dentystą DIL, możesz skorzystać z porad eksperta izby. Szczegółowe informacje są dostępne na profilu dolnośląskiej izby na Facebooku. Dyżury telefoniczne odbywają się w każdy drugi i czwarty wtorek miesiąca w godzinach 14.00-18.00. ■

„Szczepimy, bo myślimy” – trwa zbiórka podpisów

Trwa zbieranie podpisów pod poparciem projektu ustawy w ramach inicjatywy obywatelskiej „Szczepimy, bo myślimy”. Chodzi o projekt ustawy o zmianie ustawy Prawo oświatowe oraz niektórych innych ustaw, który wprowadza obowiązek przedstawienia zaświadczenia o posiadaniu przez dziecko obowiązkowych szczepień ochronnych przy przyjęciu dziecka do publicznego przedszkola, oddziału przedszkolnego w publicznej szkole pod-

stawowej lub innej publicznej formy wychowania przedszkolnego. Dokument poparli Prezydium NRL i Konwent Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich, a w zbieranie podpisów pod wsparciem tej inicjatywy zaangażowały się okręgowe izby lekarskie, a także NIL. Izby rozpowszechniają informacje o projekcie, udostępniają wzór tabeli do zbierania podpisów, przyjmują wypełnione listy. Można też złożyć podpis osobiście w siedzibach izb. ■

Być na bieżąco, czyli Newsletter WIL



Lekarze Wielkopolskiej Izby Lekarskiej otrzymują bieżące informacje o wydarzeniach szkoleniowych, integracyjnych oraz o zmianach w prawie medycznym poprzez utworzony w tym celu Newsletter WIL połączony z e-informatorem prawnym. To „narzędzie”, wysyłane co dwa tygodnie do lekarzy i lekarzy dentystów WIL, ma już prawie 6 tys. subskrybentów. ■

Konkurs „Moje 30 lat z Izbą”

Komisja Historyczna Dolnośląskiej Rady Lekarskiej zaprasza do wzięcia udziału w konkursie „Moje 30 lat z Izbą”. Organizatorzy czekają na prace (maksymalnie 5 stron maszynopisu) dotyczące osobistych wspomnień związanych z izbą. Można je nadsyłać na adres DIL do 29 maja. Dla najlepszych przewidziano nagrody. ■

PREZESI DEKLARUJĄ

2019 rok w izbach

W całej Polsce okręgowe izby lekarskie przystąpiły do realizacji swoich celów. Zapytaliśmy prezesów okręgowych rad lekarskich, co jest dla nich priorytetem w tym roku.

TEKST LUCYNA KRYSIAK

24

OKRĘGOWE IZBY
LEKARSKIE191 678
liczba wszystkich
członków izb

175 334

LICZBA LEKARZY
I LEKARZY DENTYSTÓW
WYKONUJĄCYCH ZAWÓD137 581
lekarzy37 315
lekarzy dentystów447
liczba lekarzy i lekarzy
dentystów z podwójnym
PWZ

PAWEŁ BARUCHA

prezes ORL ŚiL w Kielcach

Mnie jako prezesa cały czas najbardziej interesuje ochrona prawna lekarzy i lekarzy dentystów, łącznie z reprezentowaniem ich w sądzie, jeśli oczywiście sprawy dotyczą wykonywania przez nich zawodu. Ten kierunek aktywności będziemy w tym roku rozwijać, ponieważ nasilają się ataki na osoby udzielające świadczeń zdrowotnych, szczególnie w publicznych placówkach lecznictwa. ■

Wbieżącym roku wyzwaniem jest dla nas przeprowadzka do własnej siedziby. Obecna znajduje się w bloku mieszkalnym, jest za ciasna i zbyt kosztowna w utrzymaniu. Podjęliśmy już decyzję w tej sprawie, chcemy zaadaptować duży obiekt po firmie komputerowej z istniejącym okablowaniem, wentylacją i klimatyzacją, przez co jego remont będzie mniej obciążający finansowo. ■



MAREK BRONISZ

prezes ORL w Bydgoszczy



LESZEK BUK

prezes ORL LiL w Lublinie

Chcemy w tym roku zakończyć rozbudowę opieki prawnej dla lekarzy i lekarzy dentystów. Rozszerzyć zakres szkoleń, głównie w obszarze kursów Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Stworzyć szereg nowych inicjatyw mających na celu integrację środowiska. ■

Dla nas głównym celem jest dbałość o warunki wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty w szerokim pojęciu znaczeniu. Zawiera się w tym zarówno zmniejszenie biurokracji pracy lekarza, jak i próba niwelowania wypalenia zawodowego. Nie bez znaczenia jest wprowadzenie ustawy o pozasądowym dochodzeniu roszczeń w ochronie zdrowia. To cele samorządu, na których chcielibyśmy się skupić. ■



ZBIGNIEW BRZEZIN

prezes ORL w Częstochowie

ŹRÓDŁO: CRL NIL, stan na 31.12.2018 r.

FOTO: archiwum



PAWEŁ R. CZEKAŁSKI

prezes ORL w Łodzi

Dla naszej izby rok 2019 będzie rokiem realizacji zobowiązań podjętych na Zjeździe. Jednym z nich, niezwykle ważnym, a może najważniejszym jest praca nad poprawą wizerunku lekarza i samorządu lekarskiego w środowisku oraz społeczeństwie. Nadto będziemy rozwijać wsparcie prawne dla lekarzy i pracować nad informatyzacją izby także w przestrzeni zewnętrznej. ■

Jesteśmy izbą posiadającą pięć rozproszonych na rozległym terenie delegatur. Dlatego chcemy przede wszystkim realizować w praktyce hasło: „Do WIL-u bliżej” i docierać z osobistym przekazem i informacją do wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów w terenie, by mieli poczucie wspólnoty. ■



ARTUR DE ROSIER

prezes ORL WIL w Poznaniu



WOJCIECH DOMKA

prezes ORL w Rzeszowie

W roku 2013 izba została właścicielem pięknego, ale – niestety – zniszczonego Pałacu Lubomirskich. Po kilku latach intensywnych i kosztownych prac remontowych jesteśmy na finiszu. Mając możliwość wskazania tylko jednego celu na ten rok, uważam, że sukcesem będzie definitywne zakończenie remontu naszej siedziby. ■

Moi poprzednicy 25 lat temu wybudowali na wsi pod Białymstokiem Dom Lekarza Seniora, ale nie spełniał on swojej roli i przynosił tylko straty, chcemy więc – i to jest priorytet na ten rok – część budynków sprzedać na hospicjum, a pieniądze zainwestować w rozbudowę naszej siedziby, która stała się już dla nas za mała. ■



HENRYK GRZESIAK

prezes ORL w Białymstoku



ŁUKASZ JANKOWSKI

prezes ORL w Warszawie

W tym roku kluczowe dla nas będzie wzmocnienie głosu samorządu w przestrzeni publicznej, by w ten sposób zbudować zaufanie lekarzy do izby, która jest dla nich miejscem wsparcia. Jej powołaniem jest m.in. egzekwowanie przestrzegania prawa względem lekarzy. ■

Skupiając się na własnym podwórku, najbardziej w chwili obecnej zależy nam na integracji środowiska i w tym celu będziemy starali się pomagać lekarzom nie tylko w pracy zawodowej, ale i sprawach prywatnych. Pracuje nam się coraz trudniej i jako izba nie możemy stać z boku. Jeśli zajdzie konieczność – będziemy reagować. ■



EWA JONIEC

prezes ORL w Gorzowie Wlkp.



WOJCIECH KAATZ

prezes ORL K-POIL w Toruniu

Największym wyzwaniem i celem będzie aktywizacja i integracja środowiska lekarskiego wokół i poprzez samorząd lekarski. Duży nacisk położymy na organizację szkoleń i kursów, zapewniając wsparcie finansowe, ale też np. udostępniając pomieszczenia izby non-profit celem spotkań dydaktycznych, edukacyjnych i integracyjnych. Chcielibyśmy w ten sposób na Kujawy i Pomorze przyciągnąć więcej stażystów i młodych lekarzy. ■

Jesteśmy u progu budowy nowej siedziby, najważniejszym celem w bieżącym roku będzie więc rozpoczęcie tej długo wyczekiwanej inwestycji. Mamy już pozwolenie na budowę, jesteśmy w trakcie dogrywania szczegółów i wierzę, że wreszcie po latach starań uda nam się zrealizować te plany. ■



KLAUDIUSZ KOMOR

prezes ORL BIL w Bielsku-Białej



TOMASZ KOZIÓŁ

prezes ORL w Tarnowie

W tym roku będziemy kontynuować działania w zakresie obsługi administracyjnej, ubezpieczeniowej (zmiana brokera) i socjalnej, a także organizacji szkoleń, zakładając, że nasze działania przyczynią się do aktywizacji i integracji środowiska lekarskiego izby. ■

Jesteśmy izbą niedużą, nie mamy też dużego środowiska akademickiego, większość naszych członków prowadzi własne praktyki, co sprawia, że jesteśmy słabo zintegrowani. Moim celem na ten rok jest ożywienie kontaktów okręgowej rady lekarskiej z lekarzami i lekarzami dentystami, aby poczuili, że izba to miejsce, gdzie można się dokształcać, uzyskać pomoc czy po prostu się spotkać. ■



KATARZYNA KRYSIOSIK-LASECKA

prezes ORL w Koszalinie



DARIUSZ KUTELLA

prezes ORL w Gdańsku

W tym roku odbędzie się w Gdańsku Kongres Polonii Medycznej, którego jesteśmy organizatorem i to jest nasz priorytet. Wszyscy jesteśmy zmobilizowani do pracy przy tej imprezie, która ma wymiar międzynarodowy i zależy nam, aby zarówno merytorycznie, jak i organizacyjne stanąć na wysokości zadania. ■



RYSZARD MOŃDZIAŁ

prezes ORL w Płocku

Dla naszej izby zadaniem na ten rok jest utworzyć prawdziwą sztafetę pokoleń, rozumianą jako zacieśnienie kontaktów młodych lekarzy z seniorami. Ma działać w dwie strony – doświadczeni zawodowo lekarze będą przekazywać lekarskiej młodzieży swoją wiedzę, nie tylko medyczną, a młodzież będzie się z nimi dzielić tym, co najnowsze w medycynie oraz pomagać się w tym odnaleźć. To jedna z form budowania relacji mistrz-uczeń. ■



MARZENA PLUCIŃSKA

prezes ORL w Zielonej Górze

W tym roku naszym priorytetem będzie budowanie historycznego lubuskiego portretu naszej izby. Z jednej strony chcemy uhonorować naszych protoplastów i seniorów, którzy tworzyli lubuską medycynę oraz tutejszy samorząd lekarski, z drugiej zachować ich czyny w pamięci dla potomnych, wydając publikację na ten temat, co będzie się łączyło z obchodami 30-lecia naszej izby. ■



ROBERT STĘPIEŃ

prezes ORL w Krakowie

Wiodącym celem na ten rok jest wprowadzenie się z powrotem do własnej siedziby po kapitalnym remoncie, który trwa od zeszłego roku. To dla nas sprawa kluczowa, ponieważ otwiera nowe możliwości prowadzenia kształcenia podyplomowego, działalności kulturalnej, Klubu Lekarza i innych aktywności. W wynajętych pomieszczeniach działamy w ograniczonym zakresie. ■



MAGDA WIŚNIEWSKA

prezes ORL w Szczecinie

Izba ma być dla lekarzy i taką ideę realizujemy. Od paru lat w Szczecinie zmieniło się pojmowanie samorządu przez lekarzy i lekarzy dentystów. Wiedzą już, że jesteśmy dla nich. Do niedawna wielu uważało, że izba to taki twór, na który tylko i wyłącznie trzeba płacić, nie zdając sobie sprawy, jak bardzo może być pomocna – szkolenia, pomoc prawna. Zawsze nam to doskwierało, teraz to się zmieniło. ■

R

ok 2019 będzie kolejnym rokiem realizacji bieżących zadań samorządu – ułatwiania dostępności do pomocy prawnej, informatycznej, działań integrujących środowisko, szkoleń z zaangażowaniem nowych technologii, a także rozbudową oferty kursów praktycznych. ■



ANNA LELLA

prezes ORL W-MIL w Olsztynie

N

aszym celem jest, aby składka opłacana przez lekarzy w różnych formach wróciła do wpłacających (ubezpieczenie OC dla wszystkich spełniających kryteria lekarzy, opłacanie kształcenia ustawicznego, dofinansowanie do turnusów rehabilitacyjnych dla seniorów oraz spotkań koleżeńskich, które lekarze wojskowi wraz z likwidacją Wojskowej Akademii Medycznej traktują jako swój obowiązek). ■

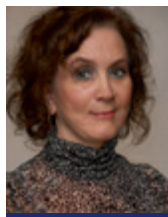


ARTUR PŁACHTA

prezes ORL WIL w Warszawie

P

riorytetem jest dla nas pomoc lekarzom i lekarzom dentystom prowadzącym własne praktyki, ale też pracującym w publicznych i niepublicznych placówkach opieki zdrowotnej w przejściu z formy papierowej na elektroniczną. Weszły e-zwolnienia, ale za chwilę wejdzie obowiązek prowadzenia dokumentacji elektronicznej i obawiamy się problemów, zwłaszcza wśród lekarzy starszych wiekiem. ■



JOLANTA SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

prezes ORL w Opolu

N

ajważniejsze w tym roku będzie dla nas promowanie i rozwijanie kształcenia podyplomowego. Zależy mi, aby stworzony przez nas ośrodek działał sprawnie, by jak najwięcej kolegów mogło we własnej izbie skorzystać z kursów i szkoleń, bez konieczności jeżdżenia do ośrodków oddalonych wiele kilometrów od miejsca zamieszkania i pracy. Chcemy im tym ułatwić dostęp do edukacji. ■



TADEUSZ URBAN

prezes ORL ŚIL w Katowicach

R

ozbudowa siedziby naszej izby będzie najważniejszym zadaniem na ten rok. Zaczęło już nam brakować przestrzeni, dokupiliśmy więc stojący obok budynek, który po zaadaptowaniu zwiększy nasz zasób lokalowy, a zarazem stworzy możliwości dalszego rozwoju działalności statutowej. Przeniesiemy tam m.in. archiwum i sąd lekarski. ■

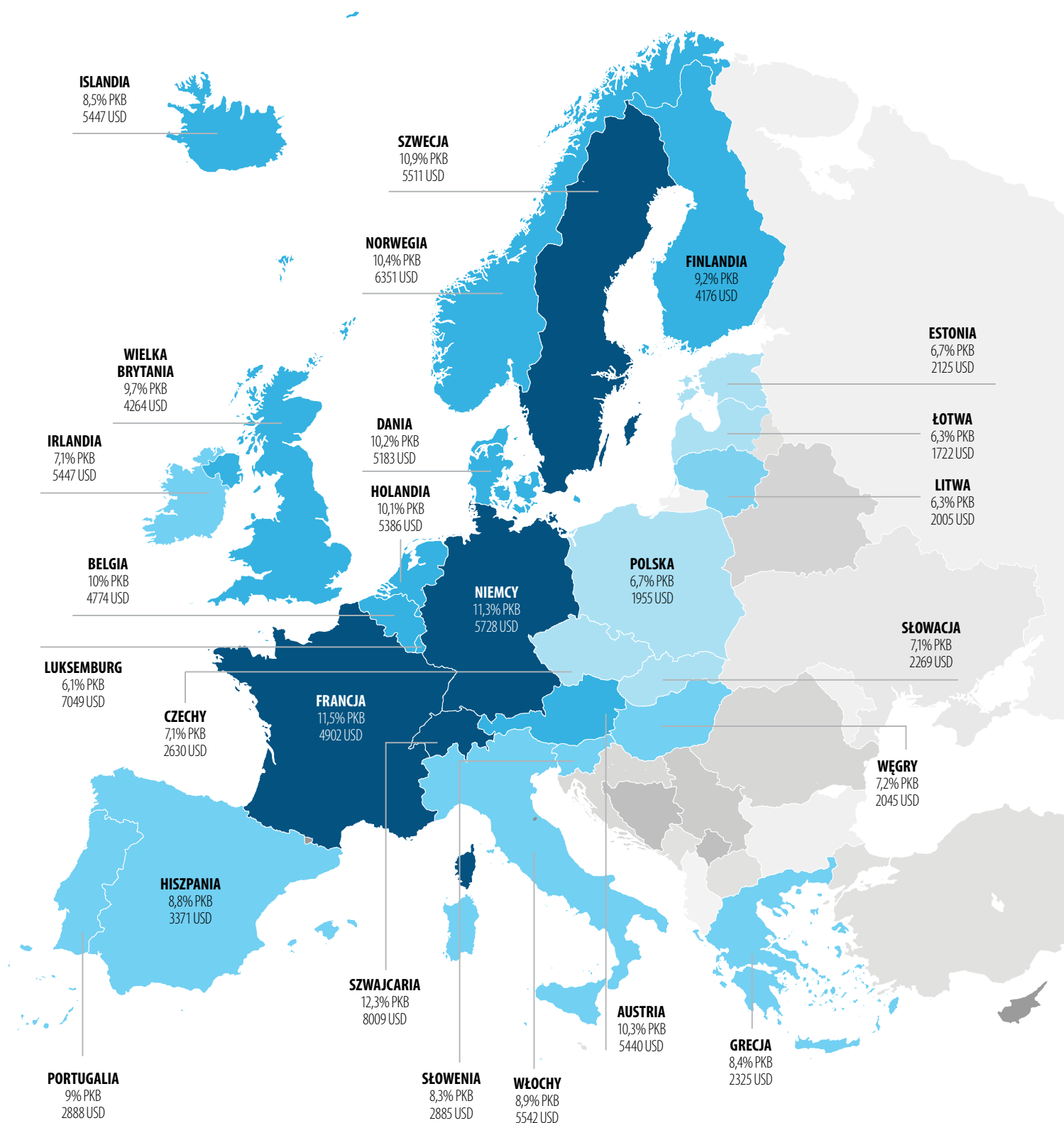


PAWEŁ WRÓBLEWSKI

prezes ORL DIL we Wrocławiu

Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w Polsce na tle innych państw OECD

(jako procent PKB i w przeliczeniu na mieszkańca w USD, dane za 2017 r.)



Wydatki bieżące ogółem na ochronę zdrowia w Polsce w 2017 r. stanowiły 6,7% PKB, z tego bieżące wydatki publiczne (w tym wydatki NFZ) 4,6% PKB.



MARIUSZ
TOMCZAK

dziennikarz

ANALIZA

Zagadkowy rok

To raczej nie będzie rok wielkich zmian, ale niektóre decyzje doprowadzą do poważnych skutków w kolejnych latach. Samorząd lekarski nie odpuści, a wśród lekarzy są bojowe nastroje.

© M.TOMCZAK@GAZETALEKARSKA.PL

W tym roku nakłady na ochronę zdrowia z budżetu państwa osiągną minimum 4,86 proc. PKB. Poziomu 6 proc. PKB doczekamy w 2024 r. To daleko od 6,8 proc. PKB, co było jednym ze sztandarowych haseł podczas niedawnego protestu lekarzy rezydentów. Z jednej strony powiększenie puli pieniędzy nawet o ułamek procenta stanowi zastrzyk finansowy, ale z drugiej trudno oczekiwać spektakularnych zmian na lepsze, skoro za sprawą NIK w ostatnich tygodniach dowiedzieliśmy się, że na koniec 2017 r., mimo zwiększenia nakładów na świadczenia o 5,4 mld zł w porównaniu z poprzednim rokiem, w przypadku 1/3 świadczeń czas oczekiwania się wydłużył, a w pozostałych skrócił się lub pozostał na niezmiennym poziomie.

O ZDROWIU PRZY URNACH

Myśląc o ochronie zdrowia, trzeba myśleć i o polityce zdrowotnej, a skoro tak to nie uciekniemy od „wielkiej polityki” choćby dlatego, że o poziomie nakładów na ochronę zdrowia decydują osoby wyłaniane przy urnach, a postaci wybierane z politycznego klucza pełnią szereg ważnych stanowisk. Ten rok upłynie w cieniu dwóch ważnych politycznych starć. W maju wybierzemy posłów do Parlamentu Europejskiego, a w październiku lub listopadzie, o ile nie zostaną rozpisane przyspieszone wybory, posłów na sejm

i senatorów. W obu kampaniach wyborczych swoje piętno może odcisnąć tematyka związana z ochroną zdrowia. Miliony Polek i Polaków wiedzą, ile trzeba czekać na wizytę u specjalisty lub zabieg ratujący zdrowie czy nawet życie, o której godzinie trzeba wstać, aby nie zabrakło numerków do lekarza rodzinnego, bo nawet w Warszawie ich czasami brakuje. Kilku miesięczny protest lekarzy rezydentów zapoczątkowany spektakularną głodówką sprawił, że coś „pękło” nie tylko w umysłach wielu lekarzy. I lekarze, i pacjenci nabrali większej odwagi w wyrażaniu niezadowolenia wobec tego, co widzą, a najbardziej opiniotwórcze media częściowo zmieniły narrację w przedstawianiu problemów, z którymi na co dzień stykają się lekarze.

SZPITALA „TNA” ŁÓŻKA

W niektórych szpitalach nowy rok zaczął się nieciekawie, bo dyrektorzy kazali wstawić część łóżek do magazynów. Obowiązujące od 1 stycznia normy zatrudnienia pielęgniarek, wprowadzone w drodze zmiany rozporządzenia dotyczącego lecznictwa szpitalnego, zależą nie od liczby przyjętych pacjentów, ale od liczby łóżek (0,6 na łóżko dla oddziałów o profilu zachowawczym, 0,7 dla zabiegowych). W wielu regionach nie ma możliwości zatrudnienia dodatkowego personelu pielęgniarskiego, bo osób o takich kwalifikacjach po prostu brakuje, a dodatkowo nakłada się na to mizeria finansowa. Samorząd lekarski jak mantrę powtarza, że jesteśmy u progu katastrofy. W każdej placówce, poza personelem medycznym, pracuje wiele osób, a w niektórych szpitalach wynagrodzenia pochłaniają czasami nawet 80 proc. budżetu. W 2019 r. na kondycję finansową szpitali mocno wpłynie ustawa o wynagrodzeniach zasadniczych w ochronie zdrowia i ustawa o minimalnym wynagrodzeniu za pracę. Obie pociągają za sobą konieczność wzrostu wydatków zarówno dla zatrudnianych pracowników, jak i dla firm outsourcingowych. Inna ze znowelizowanych kilka miesięcy temu ustaw gwarantuje lekarzom specjalistom wzrost pensji, ale NFZ zwraca tylko część



To będzie kolejny rok walki o postulaty płacowe Krajowego Zjazdu Lekarzy. I pacjenci, i lekarze nabrali większej odwagi w wyrażaniu niezadowolenia wobec tego, co widzą.

kosztów z tego tytułu (szpital sam musi znaleźć pieniądze na pochodne od zwiększonego wynagrodzenia).

PENSJE NIEZGODY

To będzie kolejny rok walki o postulaty płacowe Krajowego Zjazdu Lekarzy. Zgodnie z tzw. ustawą 6 procent, lekarz specjalista może liczyć na wzrost wynagrodzenia zasadniczego do 6750 zł brutto, o ile zobowiąże się do nieudzielania tożsamyh świadczeń w innej placówce finansowanej ze środków publicznych i złoży „lojalkę”. Zgodnie z niedawnym rozporządzeniem ministra zdrowia, wzrosły też wynagrodzenia lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację w ramach rezydentury, a dodatkowo ci pierwsi mogą ubiegać się o „bon patriotyczny” w wysokości 600-700 zł. W związku z tym, że u niektórych lekarzy ta sama liczba przepracowanych godzin wyceniona jest teraz wyżej nawet o 50 proc. niż jeszcze kilka miesięcy temu, zróżnicowanie płacowe wzrosło skokowo. Nie jest tajemnicą, że część najmłodszych lekarzy niemal z miesiąca na miesiąc zbliżyła się w wysokości zarobków do koleżanek i kolegów mających znacznie dłuższy staż pracy, przez co mogą nasilać się napięcia na tle płacowym. Takie spory może potęgować także sytuacja na pozamedycznym rynku pracy. Kilka miesięcy temu rząd chwalił się, że jesteśmy w czołówce krajów z najniższym wskaźnikiem bezrobocia w UE, a skoro zaczyna brakować

rąk do pracy, to rosną wynagrodzenia. Od 1 stycznia minimalne wynagrodzenie za pracę wynosi 2250 zł brutto (to o 150 zł więcej niż w roku poprzednim i o 500 zł więcej niż w 2015 r.). Lekarze to wiedzą i są sfrustrowani, że czasami ich stawka godzinowa niewiele różni się od przedstawicieli zawodów niewymagających wieloletniego kształcenia. Ci młodszy z rozgoryczeniem wklejają na swoje profile w mediach społecznościowych zdjęcia np. ogłoszeń rekrutacyjnych z supermarketów lub piszą, ile zarabiają ich rówieśnicy, którzy wybrali zupełnie inną drogę zawodową.

KOMPUTER WYPIERA PAPIER

Można przypuszczać, że w nadchodzących miesiącach cyfryzacja nie spowolni. Po zmuszeniu lekarzy do wystawiania zwolnień lekarskich wyłącznie w formie elektronicznej znaleźliśmy się w nowej rzeczywistości. Od stycznia wybrane elementy dokumentacji medycznej muszą być tworzone w postaci elektronicznej (m.in. karta informacyjna z leczenia szpitalnego czy informacja dla lekarza kierującego pacjenta do poradni specjalistycznej), a w październiku ma pojawić się ogólnopolski mechanizm wymiany takich danych między placówkami. Wprawdzie w tym roku nadal można używać papierowych recept, to trzeba pamiętać, że od 1 stycznia 2020 r. wchodzi w życie obowiązek wystawiania e-recept, a od początku tego roku

wszystkie apteki w Polsce zobowiązano do podłączenia do platformy e-zdrowie (P1). Środowisko lekarskie od lat skarży się na nadmiar obowiązków biurokratycznych i niewiele wskazuje, by w tym roku dokonała się tutaj jakaś rewolucja. Widać pewne jaskółki zmian. Od jesieni asystenci medyczni dostają od ZUS upoważnienia do wypisywania zwolnień lekarskich w imieniu lekarza, co w praktyce oznacza przejmowanie z tych ostatnich niektórych obowiązków administracyjnych. Oczywiście nie każdy lekarz będzie miał takiego asystenta, ale jak mówi znane powiedzenie, kropla drąży skałę.

TO BRUKSELA ZDECYDUJE

W tym roku spodziewane są korekty w zakresie dyżurów oraz nocnej i świątecznej opieki lekarskiej w sieci szpitali. Dokręcając śrubę regulacjami, można wymusić znaczne zmiany, czego świadkami byliśmy nie tak dawno przy okazji jej wprowadzenia. Nie brakuje opinii, że nie ucieknie się od optymalizacji liczby oddziałów szpitalnych, a rząd, nie chcąc wywoływać niepokojów społecznych, zacznie stopniowo podnosić wymagania. Wielu zarządzających placówkami medycznymi nieustannie skarży się na wycenę świadczeń zdrowotnych nieodpowiadającą rzeczywistości ponoszonym wydatkom. Do końca tego roku taryfikacji ma zostać poddana większość procedur medycznych z koszyka świadczeń gwarantowanych, co może okazać się przysłowiową beczką z prochem. Nie trzeba być prorokiem, aby wiedzieć, że po zebraniu danych jedni mogą zyskać, a inni stracić, ale wiążące decyzje będą podejmowane raczej w nowej sytuacji politycznej. Nie zapominajmy o inflacji (jest niewielka, ale jest) oraz o tym, że wcześniej czy później w placówce uderzą ceny prądu, bo choć można spodziewać się, że w roku wyborczym rząd zrobi wiele, by do nich nie doszło, trudno oczekiwać, że koszty wytwarzania energii elektrycznej pozostaną na niezmiennym poziomie. Nie jest pewne,

6 DNI

przystępuje lekarzowi odbywającemu kształcenie specjalizacyjne na samokształcenie od 1 stycznia (rocznie).

że rachunki za prąd nie wzrosną za kilka miesięcy, bo jeszcze nie wiemy, co powie Bruksela na pomysł wypłat rekompensat firmom energetycznym ogłoszony przez premiera Mateusza Morawieckiego.

MNIEJ SPECJALIZACJI

Od początku roku lekarzowi odbywającemu kształcenie specjalizacyjne przysługuje 6 dni rocznie na samokształcenie (to czas przeznaczony na udział w konferencjach, kursach naukowych, kursach doskonalących i innych szkoleniach, związanych bezpośrednio z realizowaną dziedziną szkolenia specjalizacyjnego). To ważna informacja dla młodych lekarzy, ale wkrótce mogą zostać wprowadzone znacznie poważniejsze zmiany przy okazji planowanej nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Ministerialny zespół na czele z członkiem NRL dr. Jarosławem Bilińskim przygotował kompleksową propozycję zmian w zakresie m.in. kształcenia i prawa pracy. Zakłada ona m.in. redukcję liczby specjalizacji, które można by odbywać po stażu podyplomowym oraz likwidację kilku z nich, które stałyby się umiejętnościami. Co ważne, te postulaty popiera minister Szumowski. Zespół chce wprowadzenia podziału stażu podyplomowego na moduły (stały i 12-tygodniowy personalizowany), ogólnopolskiego naboru na specjalizacje w oparciu o listę rankingową i Państwowego Egzaminu Modułowego, po

2,2 MLD ZŁ

zagwarantowano
w ustawie
budżetowej
na kształcenie
podyplomowe
lekarzy, lekarzy
dentystów,
pielęgniarek
i położnych

którym lekarz mógłby na siebie kontraktować świadczenia. Ponadto zespół proponuje uregulowanie kwestii wynagrodzeń dla wszystkich grup lekarzy. Nie wiadomo, które propozycje zaakceptuje minister, na którego ręce trafi efekt wielomiesięcznych prac zespołu, ale pewne jest, że zgodnie z ustaleniami zawartymi dokładnie rok temu z Porozumieniem Rezydentów OZZL, szef resortu ma przekazać projekt nowelizacji ustawy radzie ministrów do końca marca. Co potem zrobi rząd, a co parlamentarzyści, okaże się.

ZWIASTUNY WAŻNYCH ZMIAN

Od kwietnia Państwowe Ratownictwo Publiczne znajdzie się wyłącznie w rękach podmiotów publicznych. Rozpoczęły się przygotowania do wprowadzenia modelu opieki koordynowanej w POZ (w grudniu zakończy się program pilotażowy POZ Plus). Niedawno ruszył dwuletni pilotaż Kompleksowej Opieki Nad Osobami z Niewydolnością Serca przygotowany we współpracy z Polskim Towarzystwem Kardiologicznym, mający pomóc w redukcji śmiertelności wśród pacjentów (to nie lada wyzwanie, skoro polskie wskaźniki hospitalizacji pacjentów z niewydolnością serca są dwukrotnie wyższe niż w krajach OECD i pięciokrotnie wyższe niż w Wielkiej Brytanii). Zmiany strukturalne zaczynają pukać do drzwi onkologii. 8 stycznia prezydent podpisał projekt ustawy o Narodowej Strategii Onkologicznej. Przewiduje on stworzenie spójnego programu walki z rakiem, który do końca września minister zdrowia ma przedstawić rządowi. Pewną niewiadomą jest 18-miesięczny pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej, początkowo zaplanowany w Dolnośląskim i Świętokrzyskim (ma zostać poszerzony o dwa kolejne województwa). Cel: zastosować i przetestować nowe rozwiązania organizacyjne i w zakresie koordynacji opieki nad pacjentem na poziomie województw. Minister chce, by w 2020 r. sieć onkologiczna objęła cały kraj. Szykując się zmiany

Ambicje pchają do VBHC



Na początku roku opozycja zapowiedziała złożenie wniosku o wotum nieufności wobec ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego w związku z rzekomymi nieprawidłowościami przy refundacji leków. Minister z pewnością zechce dobrze wykorzystać kolejne miesiące, tak aby jak najlepiej zapisać się w pamięci, bo przecież nie wiadomo, kto obejmie ten urząd po wyborach nawet wtedy, gdy większość w parlamencie przypadnie PiS i ich sojusznikom. Jedną z nieskrywanych ambicji ministra Szumowskiego jest zapoczątkowanie zmiany modelu systemu ochrony zdrowia w kierunku płacenia za efekty, by co do zasady pieniądze podążały za efektem terapii, a nie – jak obecnie – za pacjentem, placówką czy świadczeniem. Koncepcja value based healthcare (VBHC) nie ziści się za parę miesięcy, ale prawdopodobnie jeszcze w tej kadencji podjęte zostaną kolejne decyzje przybliżające nas do tego modelu. Temu służy m.in. postępująca cyfryzacja i informatyzacja czy tworzenie rejestrów medycznych (ważne deklaracje w tej sprawie padły niedawno z ust wiceministra zdrowia Sławomira Gadamskiego i wiceprezesa NFZ Adama Niedzielskiego w siedzibie NIL). Być może nastąpi „odmrożenie” prac nad ustawą o jakości w ochronie zdrowia, która mogłaby zmienić systemowe podejście do zdarzeń niepożądanych.

w alokacji środków, o czym dyskutuje się w czasie wielu spotkań, w tym m.in. w trakcie ministerialnych debat z cyklu „Wspólnie dla Zdrowia”. Ostatnia konferencja pod tym hasłem odbędzie się w czerwcu, po czym powstanie dokument podsumowujący roczną dyskusję, który może być cenną wskazówką dla nowego rządu. Może, choć wcale nie musi. ■

“

Od początku nowego roku wybrane elementy dokumentacji medycznej muszą być tworzone w postaci elektronicznej, a od 1 stycznia 2020 r. wchodzi w życie obowiązek wystawiania e-recept.



**JACEK
KOZAKIEWICZ**
wiceprezes NRL

Jesteśmy zadowoleni z założonego w ustawie rocznego wzrostu nakładów na ochronę zdrowia w 2019 r., ale nie z jego tempa i poziomu docelowego.

Samorząd lekarski będzie więc nadal zabiegać o zwiększenie środków na ten cel, proporcjonalnych do tego, co jest w większości krajów europejskich. Jednocześnie będziemy zwracać uwagę, by nawet te niewystarczające pieniądze zostały wykorzystane jak najbardziej racjonalnie. Dotyczy to także niemałych środków prywatnych. Zgodnie z porozumieniem ministra zdrowia z rezydentami, najpóźniej w marcu pod obrady rządu ma trafić nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, stanowiąca jeden z fundamentów pracy każdego lekarza. Jako samorząd lekarski jesteśmy zdeterminowani aktywnie działać na rzecz wprowadzenia w niej przepisów zgodnych z naszymi postulatami. W nowelizacji mają znaleźć się ważne zmiany, dotyczące nie tylko kształcenia podyplomowego, ale również wzrostu wynagrodzeń. Poprawa warunków finansowo-szkoleniowych to jeden z kluczowych sposobów zahamowania emigracji lekarzy. Samorząd lekarski uważa,

że lekarze powinni godziwie zarabiać w jednym miejscu pracy w ramach jednego etatu czy wielkości jednego etatu. W 2019 r. ze szczególną uwagą zamierzamy podchodzić do cyfryzacji. To proces nieuchronny, także w ochronie zdrowia, ale musi być wprowadzany w sposób odpowiedzialny, poprzedzony odpowiednimi przygotowaniem (np. pilotażami), by nie stanowić udręki i zapewnić bezpieczeństwo poufnych danych. Samorząd lekarski zamierza kontynuować zdecydowaną walkę z szarlatanami, którzy nie tylko rekomendują niesprawdzone metody, ale i namawiają do zaniechania leczenia opartego na aktualnej wiedzy medycznej. Włączyliśmy Rzecznika Praw Pacjenta w walkę z biurokracją, licząc, że wspólne zabiegi będą dzięki temu skuteczniejsze. Z Rzecznikiem podjęliśmy współpracę także w celu odbudowy społecznego zaufania do lekarzy. W kolejnych miesiącach chcemy skoncentrować się na wspólnej walce z nieuzasadnionym skalowaniem personelu medycznego poprzez pospieszne ferowanie „ekspresowych” medialnych wyroków w niezwykle skomplikowanych sprawach medycznych. To niezwykle szkodliwe zarówno dla lekarzy jak i pacjentów, co potwierdza także RPP. ■

Rok 2019 zdominują kampanie wyborcze, co nieuchronnie wpłynie na kształt prowadzonej polityki, także zdrowotnej.

Nie należy w tym okresie oczekiwać prób głębszej, planowej przebudowy systemu, która wiązałaby się z podwyższonym ryzykiem protestów różnych interesariuszy. Możemy się natomiast spodziewać działań gwarantujących szybki efekt lub choćby pozytywny komunikat medialny. Tym samym otwiera się szansa ogłoszenia Narodowego Planu dla Chorób Rzadkich, opracowywanego już od dekady. Obszarem, w którym może dojść do po-

ważniejszych zmian, jest budowa podwalin pod e-zdrowie i rzeczywistą cyfryzację systemu, a także uruchomienie od dawna oczekiwanych rejestrów medycznych. Dla środowiska lekarskiego szczególnie ważne będą prace nad zmianą modelu kształcenia podyplomowego. Niestety, doraźne „gaszenie pożarów” grozi systemowym dryfem. O tym, że porozumienia zawierane wycinkowo z poszczególnymi środowiskami mogą destabilizować system, wywołując efekt domina, mogliśmy się przekonać w minionym roku. Ubiegłoroczna zapaść psychiatrii dziecięcej dała nam przedsmak innego, groźnego kryzysu, jakim może okazać się ograniczenie dostępności już nie tylko świadczeń ambulatoryjnych czy zabiegów planowych, ale także pomocy w stanach nagłych w najbardziej niedofinansowanych dziedzinach medycyny. Nawet jeśli nie doprowadzi to do niepokojów społecznych, to stanie się przyczyną szybko pogłębiających nierówności w dostępie do opieki medycznej. ■



MARIA LIBURA

ekspert
ds. ochrony zdrowia



MARCIN SOBOTKA
przewodniczący
PROZL

W tym roku czeka nas nowelizacja ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty oraz rozporządzeń, których propozycje przygotował zespół powołany przez ministra zdrowia.

Te propozycje jako całość są spójne i w większości dobre dla środowiska lekarskiego, ale mam pewne obawy co do tego, w jaki sposób zostanie wykorzystane to, co trafi na ręce ministra Łukasza Szumowskiego, przede wszystkim w zakresie rozwiązań finansowych. To tylko rekomendacje dla resortu, ministerstwo może ich w ogóle nie wykorzystać. Jednak w sytuacji, gdy zacznie się wybierać z projektu tylko pewne elementy, cała koncepcja zmian na lepsze, rozpadnie się jak domek z kart. Na pewno będziemy uważnie obserwować losy tego projektu, także na etapie prac w komisjach sejmowych. Jako Porozumienie Rezydentów rozważamy możliwość rozpoczęcia akcji protestacyjnej, jeśli projekt ustawy przygotowany przez ten zespół nie wejdzie w życie w całości. Wprawdzie w lutym 2018 r. podpisaliśmy

z ministrem zdrowia porozumienie obowiązujące do początku 2020 r., ale nie wiem, czy ono właściwie jeszcze obowiązuje, bo druga strona już wiele razy złamała zapisy tego dokumentu. Np. minister zdrowia zobowiązał się, że do 1 lipca wejdą w życie wszystkie regulacje dotyczące podwyżek i „bonów patriotycznych”, ale są szpitale, które nadal nie wypłaciły lekarzom pieniędzy z tej puli, a podwyżki nie objęły lekarzy specjalistów pracujących w AOS czy lekarzy dentystów. Minister zobowiązał się do 31 grudnia przekazać rządowi projekty aktów prawnych zdejmujących z lekarzy konieczność określania poziomu refundacji na recepcie, a nadal ich nie ma, choć co chwilę zmienia się lista leków refundowanych i stopień refundacji. Z bardzo dużym poślizgiem pojawiły się regulacje dotyczące dyżurów medycznych i ich właściwego rozliczania. Wprowadzone obligatoryjnie kilka tygodni temu e-ZLA jest raczej kulą u nogi, bo nie dość, że wykonujemy dużo pracy za darmo na rzecz ZUS, to jeszcze musimy wydrukować papierową formę zwolnienia na żądanie pacjenta. ■



**BOGUSŁAW
DĘBSKI**

dyrektor
szpitala
w Zambrowie

To może być bardzo trudny rok dla szpitali, w szczególności powiatowych i wojewódzkich.

W ostatnich miesiącach pogorszyły się wyniki finansowe chyba wszystkich szpitali samorządowych, głównie ze względu na wejście w życie przepisów dotyczących płac i brak zmiany wyceny jednostek chorobowych. Wejście w życie kilka miesięcy temu przepisów podnoszących wynagrodzenia lekarzom specjalistom zatrudnionym na etacie i rezydentom doprowadziło do tego, że lekarze na kontraktach zaczęli domagać się znacznych podwyżek stawek godzinowych, czasami od razu o połowę. W moim szpitalu w zasadzie wszyscy lekarze pracują na kontraktach. Nie jest tajemnicą, że wiele placówek nie byłoby w stanie spłacić grafików, gdyby nie ta grupa. Mimo to kwestię wynagrodzeń dla lekarzy na kontraktach polecono załatwić szpitalom we własnym zakresie. W wielu szpitalach pojawiają się żądania podwyżek ze strony laborantów, techników rtg. i innych grup zawodowych, w tym pracowników administracji, która też jest bardzo ważna dla funkcjonowania każdej placówki. W ostatnim czasie dużo środków trafiło na refundację leków i do lekarzy

rodzinnych, zaś lecznictwo zamknięte otrzyma w 2019 r. mniej pieniędzy. To zachwieje płynnością finansową szpitali, a może nawet ich egzystencją, bo już w 2018 r. pojawiły się poważne trudności. Mój szpital po raz pierwszy od 6 lat zakończy rok wynikiem ujemnym, choć gdy objąłem funkcję dyrektora szybko wyprowadziłem placówkę na plus. Z niepokojem obserwuję, że ogranicza się możliwości świadczenia usług przez placówki należące do I stopnia sieci szpitali, choć chyba wszystkie w ostatnich latach poniosły duże wydatki na modernizację infrastruktury. To przecież marnotrawstwo. Wskutek wprowadzenia nowych norm dotyczących pielęgniarek, od stycznia zmniejszyłem liczbę łóżek szpitalnych z ok. 120 do ok. 90. Moim zdaniem przepisy nie uwzględniające ich obłożenia, są irracjonalne. Puste łóżko nie generuje kosztów. Nie uwzględniono w normach zatrudniania pomocy pielęgniarzów ani środków na uzupełnienie personelu. Na oddziałach zachowawczych w lecie obłożenie wynosi 70 proc., a na pediatrii jest nawet 4-krotnie mniejsze w porównaniu do miesięcy zimowych. Czy zimą mamy wystawiać dzieci na dwór? A może wysłać je do ministra? ■

Rok 2019 będzie dla polityków rokiem prawdy, swojego rodzaju testem wiarygodności.

Narodowa Strategia Onkologiczna to taki promyk nadziei, który został nam dany. Jednak polska służba zdrowia nie oczekuje gestów, lecz konkretnych czynów, czyli: ustaw, rozwiązań prawnych i finansowych, decyzji. Zawsze słyszymy od polityków szereg obietnic, szczególnie w roku wyborczym, więc z uwagi na doświadczenia z przeszłości wielu może być sceptycznych co do ich spełnienia. Ten rząd jednak w wielu obszarach życia społecznego swoje obietnice realizuje. Patrząc z optymizmem, że i te dotyczące służby zdrowia zostaną spełnione.

Krajowa Sieć Onkologiczna ma zwiększyć dostępność i jakość usług w obszarze onkologii oraz zaradzić zadłużaniu się wielospecjalistycznych ośrodków onkologicznych. Jednak to nie wystarczy. Warunkami koniecznymi, by pacjent mógł zaobserwować poprawę w leczeniu onkologicznym, są zmiany w wycenie procedur onkologicznych, ich uczciwego sposobu kontraktowania oraz wywiązywanie się NFZ z obowiązku finansowania świadczeń. W onkologii konieczne są również nowe inwestycje, choćby w obiecany Narodowy Instytut Onkologiczny. Infrastruktura po prostu nam się starzeje, bez niej nie będzie poprawy jakości ani dostępności. Ponadto świat rozwija się naukowo. Jako Polska nie możemy pozwolić sobie, by zaniedbać postęp technologiczny, musimy mieć placówki nowoczesne, w których będzie można uczyć lekarzy na światowym poziomie. W Ministerstwie Zdrowia jest zrozumienie całej złożoności tych problemów. Liczymy na to, że to zrozumienie będzie również u premiera, posłów i senatorów, bo w ich rękach jest siła sprawcza. ■

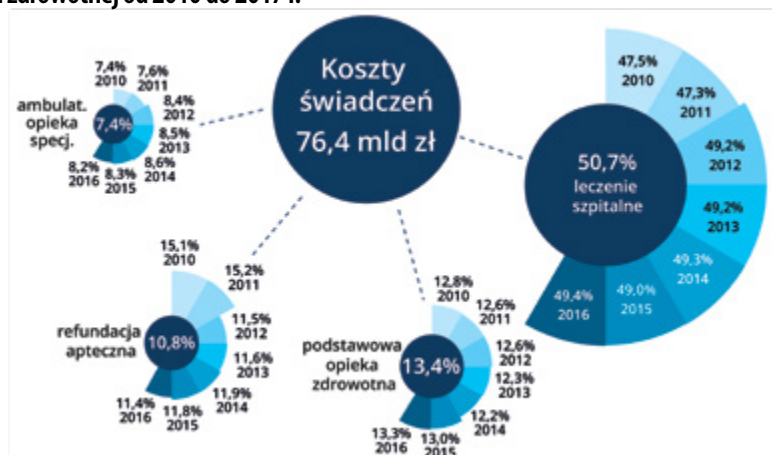


**PROF. JAN
WALEWSKI**

dyrektor COI
w Warszawie

Wybrane koszty świadczeń opieki zdrowotnej od 2010 do 2017 r.

17,8%	koszty pozostałych rodzajów świadczeń
3,5%	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień
3,1%	rehabilitacja lekarska
2,8%	świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie
2,8%	leczenie stomatologiczne
1,8%	świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze
1,3%	zaspokojenie w wyroby medyczne
0,9%	opieka paliatywna i hospicyjna
0,8%	lecnictwo uzdrowiskowe
0,2%	profilaktyczne programy zdrowotne
0,1%	pomoc domowa i transport sanitarny



ROZMOWA KONTROLOWANA



Ośmiorniczki i szumidła

Nagrania rozmów prowadzonych przez osoby publiczne stały się tematem medialnym. Ponieważ spotkać to może również lekarzy w trakcie udzielania świadczeń pacjentom, warto poznać prawne aspekty takich zachowań.

TEKST **JAROSŁAW KLIMEK**, radca prawny

Rozróżnić należy dwie sytuacje:

- nagrania dokonuje osoba biorąca udział w rozmowie, - uczestnicy rozmowy nagrywani są przez kogoś, kto w rozmowie udziału nie bierze.

Rozróżnienie to ma zasadnicze znaczenie dla oceny takich zachowań w sferze prawa karnego i cywilnego.

BEZ UDZIAŁU

Zacznijmy od sytuacji, w której przebieg rozmowy jest utrwalany przez kogoś, kto nie bierze w niej udziału. Zachowanie takie jest opisane na gruncie prawa karnego. Art. 267 § 3 Kk stanowi, że podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2 ten, kto w celu uzyskania informacji, do której

nie jest uprawniony, zakłada urządzenie podsłuchowe lub posługuje się nim, a także urządzeniem wizualnym lub każdym innym, także oprogramowaniem. Tak samo odpowiada ten, kto ujawnia uzyskaną w ten sposób informację innej osobie. Ściganie takich czynów następuje na wniosek pokrzywdzonego.

Treść rozmowy musi mieć - w przekonaniu osób ją prowadzących - charakter poufny. Charakter taki może być dorozumiany i nie mają znaczenia intencje, jakie kierują rozmówcami. Jako poufne należy wobec tego traktować rozmowy toczące w wydzielonych pomieszczeniach, do których z założenia dostęp w danej chwili mają tylko osoby uczestniczące w rozmowie. Nie jest karane nagrywanie rozmów prowadzonych w miejscach publicznych, które mogły bez przeszkód usłyszeć

inne osoby.

Sprawca musi posłużyć się urządzeniem, które pozwoli przechwycić i utrwalić treść rozmowy. Urządzenie ma pozwolić na przełamanie zabezpieczenia, które zostało zastosowane po to, żeby rozmowa miała poufny charakter lub jej treść dotarła tylko do osób w niej uczestniczących.

Konsekwencje karne może mieć wobec tego tylko nagrywanie rozmowy, w której się nie uczestniczy, jeśli do tego wypełnione zostały omówione przesłanki.

Z UDZIAŁEM

Nagranie rozmowy, w której nagrywający bierze udział, nie narazi go na odpowiedzialność karną. Skutki takiego zachowania można analizować tylko na płaszczyźnie cywilnoprawnej. Zgodnie z art. 23 Kc dobra osobiste człowieka, jak w szczególności

zdrowie, wolność, cześć, swoboda sumienia, nazwisko lub pseudonim, wizerunek, tajemnica korespondencji, nietykalność mieszkania, twórczość naukowa, artystyczna, wynalazcza i racjonalizatorska, pozostają pod ochroną prawa cywilnego niezależnie od ochrony przewidzianej w innych przepisach. Ten, czyje dobro osobiste zostaje zagrożone cudzym działaniem, może żądać zaniechania tego działania, chyba że nie jest ono bezprawne, a w razie dokonanego naruszenia może on także żądać, ażeby osoba, która dopuściła się naruszenia:

- dopełniła czynności potrzebnych do usunięcia jego skutków, w szczególności ażeby złożyła oświadczenie odpowiedniej treści i w odpowiedniej formie,
- zapłaciła zadośćuczynienie pieniężne,
- zapłaciła odpowiednią sumę pieniężną na wskazany cel społeczny,
- naprawiła wyrządzoną w ten sposób szkodę majątkową.

Dowód, że dobro osobiste zostało zagrożone lub naruszone, ciąży na osobie poszukującej ochrony prawnej na podstawie art. 24 Kc (czyli na osobie nagranej występującej w charakterze powoda). Natomiast na tym, kto podjął działanie zagrożające dobro osobistemu innej osoby lub naruszające to dobro, spoczywa ciężar dowodu, że nie było ono bezprawne (wyrok Sądu Najwyższego z 17 czerwca 2004 r., sygn. akt V CK 609/03).

Ciekawe, ale zarazem kontrowersyjne rozważania poczynił niedawno Sąd Najwyższy. W wyroku z 31 stycznia 2018 r., sygn. akt I CSK 292/17 Sąd Najwyższy uznał, że „potajemne nagrywanie rozmówcy narusza dobro osobiste w postaci swobody wypowiedzi oraz sferę prywatności rozmówcy, a w przypadku osób prawnych sferę poufności, które powszechnie uznawane są w literaturze za wartości szczególnie chronione”. Innym z dóbr zagrożonych takim zachowaniem jest – również według Sądu Najwyższego – tajemnica komunikowania. Co więcej, sąd wskazał również, że

takie zachowanie „jest powszechnie nieakceptowane w społeczeństwie i stanowi działanie zasługujące na dezaprobatę”.

WYKORZYSTANIE NAGRANIA

Sąd Najwyższy rozważał również kwestię użycia potajemnego nagrania rozmowy. Sądy wcześniej orzekające uznały, że dopiero niewłaściwy użytek takiego nagrania będzie stanowił naruszenie dóbr osobistych. W wyroku z 31 stycznia 2018 r. Sąd Najwyższy zajął odmienne stanowisko, zgodnie z którym ochrona przysługuje już w przypadku zagrożenia naruszenia dóbr osobistych, które może polegać na ujawnieniu treści nagranej rozmowy. Dlatego nagrany rozmówca może domagać się zniszczenia nagrania i jego kopii. Ale nie zawsze żądanie takie musi zostać uwzględnione. Sąd Najwyższy wskazał, że „aby pozwany mógł uniknąć konsekwencji tego naruszenia, musiałby wykazać, że wystąpiła jedna z okoliczności wyłączających tę odpowiedzialność. Jak wiadomo, bezprawnym jest każde działanie naruszające dobro osobiste, jeżeli nie zachodzi żadna ze szczególnych okoliczności usprawiedliwiających takie działanie. Do okoliczności wyłączających bezprawność naruszenia dóbr osobistych na ogół zalicza się: działanie w ramach porządku prawnego, tj. działanie dozwolone przez obowiązujące przepisy prawa, wykonywanie prawa podmiotowego, zgodę pokrzywdzonego (ale z zastrzeżeniem uchylenia jej skuteczności w niektórych przypadkach) oraz działanie w ochronie uzasadnionego interesu.

I tu pojawiają się kwestie wykorzystania nagranej rozmowy. W wyroku z 22 kwietnia 2016 r., sygn. akt II CSK 478/15 Sąd Najwyższy uznał, że „w postępowaniu cywilnym niedopuszczalne jest prowadzenie dowodu z nagrań uzyskanych w sposób przestępczy, z naruszeniem art. 267 k.k. Nie jest natomiast wyłączone wykorzystanie dowodu z niebędącego wynikiem przestępstwa nagrania utrwalającego rozmowę, w której uczestniczy nagrywający”.



Nagrany rozmówca może domagać się zniszczenia nagrania i jego kopii.

Jednak stwierdzenie sądu, że wykorzystanie nagrania „nie jest wyłączone”, nie oznacza, że jest zawsze dopuszczalne. Żeby nagranie mogło stanowić dowód w sprawie cywilnej, nie może zostać dokonane w okolicznościach, które wskazują jednoznacznie na poważne naruszenie zasad współżycia społecznego, np. przez naganne wykorzystanie trudnego położenia, stanu psychicznego lub psychofizycznego osoby, z którą rozmowa była prowadzona. Sąd, decydując o dopuszczeniu takiego dowodu, musi rozważyć, czy ze względu na swoją treść i sposób uzyskania nagranie takie nie narusza konstytucyjnie gwarantowanego prawa do prywatności osoby nagranej (art. 47 Konstytucji), a jeżeli tak, to czy naruszenie tego prawa może znaleźć uzasadnienie w potrzebie zapewnienia innej osobie prawa do sprawiedliwego procesu (art. 45 Konstytucji). Wątpliwe jest wobec tego wykorzystanie takiego nagrania, np. jako postu na portalu społecznościowym, szczególnie jeśli intencją jest przedstawienie nagranej osoby w złym świetle i gdy wcześniej nagrywający swoim zachowaniem wywołał u potajemnie nagrywanego dość „nerwowe” czy nawet naganne reakcje.

CO MOŻE ZROBIĆ LEKARZ

W praktyce lekarskiej zachowanie pacjenta polegające na potajemnym nagrywaniu wizyty lekarskiej można rozważać na gruncie art. 38 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyści. Może ono stanowić uzasadnioną podstawę do niepodjęcia lub odstąpienia od leczenia pacjenta. Oczywiście z zachowaniem ustawowych wymogów takiej decyzji lekarza. ■



WWW.GAZETALEKARSKA.PL

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Brak należytej staranności

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

TEKST PAULINA TOMASZEWSKA, PRAWNIK NIL

Wnocy do domu pacjenta zostało wezwane pogotowie ratunkowe. Zespół zastał mężczyznę, który na skutek upadku ze schodów doznał ciężkiego urazu głowy. Pacjent został przewieziony do szpitalnego oddziału ratunkowego, a następnie przekazany do oddziału chirurgii ogólnej. Diagnostyka wykazała wielomiejscowe złamania kości czaszki, stłuczenie mózgu, krwiak śródmózgowy i przymózgowy oraz złamanie lewego wyrostka poprzecznego kręgu C6. Stężenie alkoholu we krwi wyniosło 0,78 mg/l. Po 6 dniach pobytu w szpitalu, pacjent zmarł.

Żona pacjenta złożyła skargę do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, który po zbadaniu sprawy przekazał ją do rozpatrzenia okręgowemu sądowi lekarskiemu. OSL uznał, że podczas



pobytu pacjenta w szpitalu doszło do nieprawidłowości. Stwierdzono, że lekarz prowadzący – ordynator oddziału – nie wykazał należytej staranności w leczeniu i nadzorze leczenia pacjenta, któremu w sposób nie w pełni kontrolowany podawano dwa diuretyki o odmiennym mechanizmie działania (pętlowy i osmotyczny), podawano suplementy potasu dożylnie, a następnie doustnie bez monitorowania badań biochemicznych pozwalających określić czynność nerek, co spowodowało rozwój ciężkiego ostrego ich uszkodzenia. Biegli powołani w sprawie stwierdzili, że bezpośrednią przyczyną śmierci pacjenta było prawdopodobnie stłuczenie mózgu oraz wynaczenie krwi do przestrzeni podpańczerwinkowej. Uszkodzenie nerek mogło być współprzyczyną śmierci, ale nie jedynym powodem.

OSL orzekł, że doszło do naruszenia art. 8 KEL w zw. z art. 2 ust. 1 KEL i wymierzył obwinionemu karę upomnienia. W uzasadnieniu orzeczenia

podkreślił, że zarzut dotyczył przede wszystkim niepełnej kontroli w procesie leczenia. Z zeznań pielęgniarek wynikało, że monitorowano pracę nerek. W dokumentacji medycznej nie znaleziono żadnych wpisów potwierdzających monitorowanie, co świadczyło na niekorzyść obwinionego. W odwołaniu pełnomocnik pokrzywdzonej wniósł o orzeczenie kary surowszej – takiej, która eliminowałaby lekarza z możliwości wykonywania zawodu, występując o wymierzenie kary zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres 2 lat. Na skutek rozpoznania odwołania Naczelny Sąd Lekarski zmienił zaskarżone orzeczenie w zakresie rozstrzygnięcia o karze i wymierzył karę surowszą niż OSL – naganną. NSL w uzasadnieniu orzeczenia podkreślił, że każda z kar określonych w art. 83 ustawy z dnia 2 grudnia 2009r. o izbach lekarskich jest dolegliwa. Kara powinna mieć charakter wychowawczy, zabezpieczający przed ponownym popełnieniem przewinienia. ■



GRZEGORZ WRONA

Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

Sprawa na tym jednak się nie zakończyła. Kasację w zakresie niewspółmierności kary do Sądu Najwyższego złożył pełnomocnik pokrzywdzonej. Występując przed SN w roli oskarżyciela, wnoszę o oddalenie tej kasacji, wskazując na spełnienie przez NSL wszystkich dyrektyw wymiaru kary, co w wyczerpujący sposób wynikało z uzasadnienia do wydanego orzeczenia. Orzeczonej karę swoją dolegliwością nie przekraczała stopnia winy, sąd uwzględnił stopień społecznej szko-

dliwości czynu, a także wziął pod uwagę cel zapobiegawczy, który orzeczenie takiej kary miało wypełnić. Zwróciłem też uwagę na fakt, że w części zostało uwzględnione przez NSL odwołanie od orzeczenia sądu I instancji w zakresie wysokości kary. Sąd Najwyższy kasację oddalił, uznając prawidłowość postępowania przed NSL i samodzielność jurysdykcji naszego sądu.

Stosunkowo często spotykamy się z oczekiwaniami pokrzywdzonych, aby winnego przewinienia lekarza eliminować czasowo lub trwale z możliwości wykonywania zawodu. Korzystając z rozsądku z należnych samorządowi uprawnień do orzekania tak wysokich kar, postępujemy zgodnie z powyższymi dyrektywami.



ANDRZEJ CISŁO

wiceprezes NRL

DENTAL ESPRESSO

nil.org.pl/ amalgamat

Sprawa separatorów nie jest ani najbardziej uwierającą nasze środowisko, ani taką, o którą rozbiłaby się nasza pomyślność. Jest jednak oznaką ciągle podtrzymywanej złej manieri.

Jak powszechnie wiadomo, wraz z Nowym Rokiem wszedł w życie komentowany już na wszystkie chyba sposoby unijny obowiązek instalacji separatorów.

W tak wysokiej rangi akcie prawnym zaliczenie jednym tchem do przesłanek obowiązku posiadania separatora faktu usuwania zębów zawierających wypełnienia amalgamatowe dowodzi chyba tylko braku wystarczającej staranności przy redagowaniu tego przepisu. Usuwane zęby, niezależnie co w sobie zawierają, podlegają procedurze utylizacji odpadów zakaźnych i z separatorem nie mają nic wspólnego. Wspominam o tym dla podkreślenia jakości procedowanego prawa. Skoro nikt nie pochylił się nad tak ważnym detailem, to czyż dziwić może, że nie zadbano o zachowanie proporcjonalności tego przepisu? Jak słusznie wskazała KS ORL w Rzeszowie, przez lata amalgamat był dopuszczonym do użytku materiałem. Co więcej, przez całą niemal epokę jedynym sensownym materiałem do wypełnień w zębach bocznych. Nie ma powodu, aby konsekwencje już nawet nie dalszego jego używania, ale usunięcia – mieli ponosić lekarze.

Tytuł felietonu jest promocją kolejnego ważnego adresu internetowego. W chwili, kiedy Czytelnicy dostają do rąk numer „Gazety”, jest już zapewne po posiedzeniu NRL (25.01), na którym uchwalony ma być cały „pakiet”, składa-

jący się z kilku części. Wszystko będzie tam ważne, ale kluczowe będzie Stanowisko Rady Naczelnej wyjaśniające, jak należy rozumieć niektóre obowiązki zaadresowane w Rozporządzeniu do lekarzy dentystów. I pod wymienionym w tytule adresem postaramy się to wszystko poukładać.

15 stycznia delegacja KS NRL gościła w Centrali NFZ. Umówmy się, że wspominam o tym z kronikarskiego obowiązku. Póki co nie ma czego komentować. Czasem odnoszę wrażenie, że państwowe urzędy traktują delegacje samorządowe jak grupę dziennikarzy z kolorowych periodyków. Czasem lepiej jest szczerze wyłożyć politykę firmy, niż przez lata zasłaniać się urzędową formułką o rzekomej misji kupowania tak tanio, jak się da. Dobrą wiadomością jest to, że Fundusz, podobnie jak my, interpretuje fakt braku zauważalnego wzrostu liczby świadczeń udzielonych dzieciom pomimo wprowadzonego współczynnika korygującego. Nie jest to kwestia niechęci lekarzy do przyjmowania dzieci, tylko braku chęci rodziców do zapisywania ich na wizyty.

Z rzeczy zdecydowanie przyjemniejszych chciałbym odnotować otrzymane od PTS zaproszenie do wzięcia udziału w posiedzeniu Zarządu Głównego oraz debacie w ramach programu „Polska mówi Aaaa”. Metodyczne, krok po kroku czynione zmiany organizacyjne, wycucie roli współczesnych mediów i założenie na własnym www bazy publikacji oraz przypadków klinicznych – hasło „PTSodnowa” wydaje się być wcielane w czyn.

Obrobiwszy się trochę ze spraw związanych z warunkami pracy gabinetów, Komisja nasza położyła duży nacisk na sprawy związane z podstawami wykonywania zawodu – z dokończeniem dyskusji nad klarowną wizją, czym jest specjalizacja, kim jest lekarz ogólniepraktykujący, na sprawę właściwego wyważenia momentu uruchomienia maszyny odpowiedzialności zawodowej i cywilnej. Wliczyć w to trzeba też ochronę przed pomówieniami, choćby na owych sławetnych portalach, gdzie – jeśli wierzyć przysyłanym do gabinetów ofertom – za odpowiednią sumę można kupić pozytywny komentarz lub wykasować te niechciane. Prace w tym obszarze już trwają. Życzmy sobie cierpliwości. ■

“

Czasem odnoszę wrażenie, że państwowe urzędy traktują delegacje samorządowe jak grupę dziennikarzy z kolorowych periodyków.

STOMATOLOGIA

„Będzie bolało?”, czyli o strachu (u) dentysty

Kiedy przed wielu, wielu laty usiadłam na fotelu w szkolnym gabinecie stomatologicznym, usłyszałam na wstępie: „Będzie bolało! Jak u dentysty nie boli, to coś jest nie tak albo z zębem, albo... z samym doktorem!”

TEKST DR N. MED. AGNIESZKA A. PAWLIK

Zacisnęłam wtedy mocno oczy, otworzyłam jeszcze szerzej usta i pomyślałam: „No, dalej! Załatw to szybko!”. Każdy dźwięk odkładanego instrumentu dzwonił w moich uszach głośniejszy niż dzwon Zygmunta, a ja liczyłam sekundy, które trwały godzinami...

„Możesz krzyczeć, jeśli chcesz! Wiem, że boli. Ja na twoim miejscu krzychałbym” – usłyszałam. I faktycznie zaczęłam krzyczeć, ale wcale wtedy mnie nie bolało....

Pocieszeniem była tylko myśl, że skoro boli, to z moim zębem chyba nie jest tak źle, a i z dentystą też wszystko ok.

Strach przed kolejnymi takimi spotkaniami stał się dla mnie wystarczająco skuteczną motywacją do szczotkowania zębów.

Od dłuższego już czasu scenariusz spotkania ze stomatologiem analogiczny do opisanego jest kompletnie nie do pomyślenia. A jednak na pytanie: „Czy boisz się dentysty?”, wciąż większość pacjentów (wg statystyk prawie 80 proc. Polaków) odpowiada: „Tak”. Już wieczór poprzedzający dzień

wizyty przepełniony jest myślami o tym, co mnie czeka nazajutrz i wywołuje przykre emocje, ze strachem na czele.

W WEHIKULE CZASU

Od zawsze, bo od samego początku człowieczeństwa, problemom z zębami towarzyszył ból. Bardzo duży ból. Sama sztuka dentystyczna, licząca około 9000 lat, wcale nie była kojarzona inaczej. Wszelkie czynności dentystyczne postrzegane były przecież jak tortury... Nasze wyobrażenie o stomatologu w kontekście historii, trwającej całe tysiąclecia, jest monstrialne: cyrulik krążący pomiędzy wioskami, który w przydrożnej oberży usuwa zęby na niskim krzeselku, albo kował z obcęgami w dłoni.

Dopiero od okresu Renesansu usunięcie zęba powoli przestawało być jedynym, stomatologicznym panaceum, a początki stosowania wówczas opium pozwalały „łagodzić wcześniejsze obyczaje”. Dopiero jednak początek XX stulecia przyniósł prawdziwą ulgę w postaci różnorodnej anestezji, by dzisiaj ostatecznie zapewnić pacjentom całkowicie bezbolesne leczenie. A jednak strach pozostał...

I LOVE MY DENTIST!

Paradoksalnie jednak, mimo strachu przed wizytą, większość pacjentów wyraża się o swoim stomatologu z sympatią: „Nie ma w całym mieście drugiego takiego dentysty!”. Nie raz staje się on nawet powiernikiem problemów, kłopotów, trosk dnia codziennego lub odbiorcą afiszowania się sukcesem czy szczęściem.

A przecież nikt nie uczy studenta stomatologii bycia psychologiem. Nikt nie podpowiada w trakcie nauczania, jak radzić sobie ze strachem pacjenta, jego fobiami, a później, już wykonując zawód, nie sugeruje odbywania superwizji.

Fakt bardzo emocjonalnego, szczególnego wręcz, bo symbolicznego traktowania jamy ustnej i uzębienia wymaga szczególnych umiejętności i postawy. Nie wolno bowiem zapominać, że w naszym kręgu kulturowym uśmiech jest symbolem młodości, szczęścia, powodzenia, sukcesu. To także symbol sensualności, sfera intymna, bywa, że nawet dla niektórych mistyczna.

Współczesne gabinety stomatologiczne coraz lepiej radzą sobie z „oswajaniem” pacjentów.

Zapachy, dźwięki, smaki kojarzone z wcześniejszymi traumatycznymi wizytami u dentysty są skutecznie wyeliminowane, a wystrój gabinetu częściej sugerowałby mianowanie go „dental-spa”, niż „centrum” lub „klinikę stomatologiczną”. Ewolucji uległ także wizerunek i zachowanie personelu. W miłej i spokojnej atmosferze nawet strach przed wystawionym rachunkiem za odbytą wizytę jest mniejszy.

NIEOCZEKIWANA ZAMIANA MIEJSC

Jak wyglądają polskie realia? Nie różnią się od europejskich. Strach po stronie pacjenta ma szansę być mniejszy niż przed laty. Niestety, kosztem coraz większego strachu po stronie stomatologa...

Czy siedzący na fotelu pacjent ma swojego adwokata? Czy komplikacja podczas leczenia nie zostanie potraktowana przez niego jako

błąd? Czy przygotowany plik dokumentów, które przed rozpoczęciem leczenia podpisał, jest wystarczający? Czy podczas kontroli gabinetu przez sanepid nie okaże się, że interpretacja przepisów dotyczących utylizacji odpadów medycznych jest inna niż podczas lustracji gabinetu kolegi w sąsiednim mieście? Czy plany wprowadzenia nowych obowiązków w związku z posiadaniem aparatu rtg. nie będą skutkować potrzebą stworzenia kolejnych dokumentów, następnych czynności i dodatkowych finansów? Czy NFZ podczas kontroli nie dopatry się „dziury w całym”? Jak zakończy się temat potrzeby montowania separatorów? Czy kolejne ustawowe obowiązki lekarza dentysty jako przedsiębiorcy nie zostaną odkryte dopiero podczas kontroli z urzędu skarbowego? Czy wystarczy umowa z biurem księgowym, kancelarią prawną i firmą



Czy wystarczy umowa z biurem księgowym, kancelarią prawną i firmą informatyczną? Kogo jeszcze trzeba będzie opłacić?

informatyczną? Kogo jeszcze trzeba będzie opłacić? A jak będzie wyglądać codzienność po wprowadzeniu nowej Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty? Obawy można mnożyć, mnożyć, mnożyć... Aż strach się ich nie bać!

I co ma zrobić przestraszony dentysta? Chyba tylko liczyć na „lightowe” kontrole i „softowych” pacjentów. ■

REKLAMA

STOMATOLOGIA

Postulaty do ministrów

P odczas posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej 14 grudnia 2018 r. przyjęto Apel Nr 4/18/VIII NRL do Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz Ministra Zdrowia w sprawie profilu kształcenia na kierunku lekarsko-dentystycznym, wnioskując, aby w rozporządzeniu określającym standardy kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza dentysty, profil kształcenia na kierunku lekarsko-dentystycznym został określony jako ogólnoakademicki.

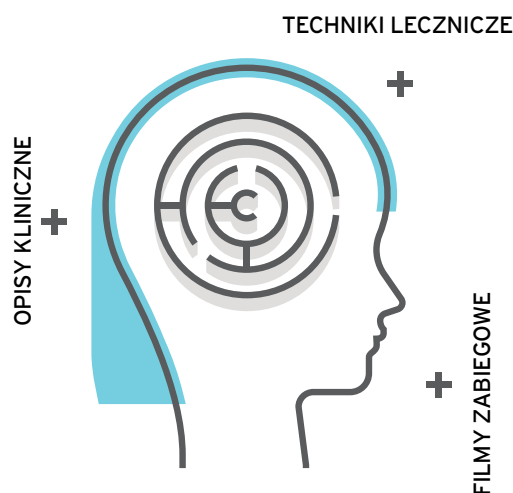
Komisja Stomatologiczna NRL negatywnie zaopiniowała propozycję podziału stażu podyplomowego lekarzy dentyistów na moduł stały i spersonalizowany. U podstaw takiego stanowiska były obawy przede wszystkim o:

- możliwość zrealizowania w ciągu 33 tygodni części stałej obfitego programu utrwalenia umiejętności z poszczególnych dziedzin stomatologii;
- zagwarantowanie pewności ukończenia stażu (...);
- realizację celu proponowanego rozwiązania (...).

Zwrócono też uwagę, że nie wiadomo, według jakich kryteriów miałyby być sporządzona kwalifikacja pierwszeństwa w ramach modułu spersonalizowanego stażu. Pozostawienie tych samych kryteriów, co przy kwalifikacji do modułu stałego (wynik z uczelni) byłoby mało motywujące przy odbywaniu tego modułu. Stosowanie zaś odrębnej punktacji za moduł stały stażu wymagałoby wdrożenia tych samych standardów oceniania we wszystkich jednostkach akredytowanych, w których odbywany jest staż. ■



WWW.GAZETALEKARSKA.PL



Nowy portal

O pisy kliniczne, techniki lecznicze i zabiegowe video – już wkrótce w portalu Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego.

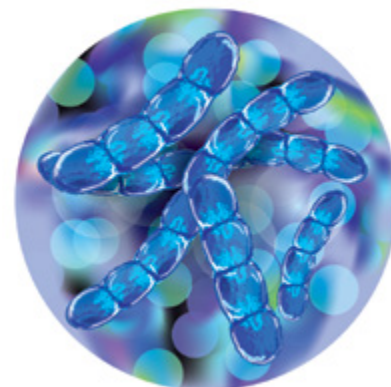
Nie jest to projekt wyłącznie dla osób pracujących na uczelni, endodontów czy implantologów. Autorem może być każdy. O publikacji zdecyduje jakość. Dostęp do artykułów będzie bezpłatny. ■

Eliminuje złe bakterie

W ielodyscyplinarny zespół z Wydziału Nauki i Technologii oraz Wydziału Medycyny Uniwersytetu w Coimbrze (Portugalia) stworzył nowy środek zapobiegający powstawaniu płytki nazębnej, oparty na naturalnych cząsteczkach organicznych.

„Biobloker” opracowany przez portugalskich naukowców przywiera do szkliwa, tworząc śliską powłokę, przez co uniemożliwia osadzanie się bakterii odpowiedzialnych za powstawanie płytki nazębnej. Jak podkreśla jeden z członków zespołu Sérgio Matos, „biobloker” uniemożliwia osadzanie się na zębach bakterii z rodziny Streptococcus, które stanowią doskonałe podłoże do rozwoju bakterii negatywnie wpływających na stan jamy ustnej. Jak twierdzą naukowcy Daniel Abegão, Filipe Antunes i Sérgio Matos, eliminacja bakterii z rodziny Streptococcus jest kluczowa w zapobieganiu próchnicy, a usunięcie kotwicy, którą tworzą, będzie skutecznie zapobiegać osadzeniu się innych bakterii.

STREPTOCOCCUS



Tradycyjne środki przeciwbakteryjne wykorzystują strategię „spalonej ziemi”, czyli eliminują zarówno złe, jak i dobre bakterie. Nowy środek nie zabija bakterii niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania flory.

Portugalski uniwersytet niebawem opatentuje wynalazek. Naukowcy przewidują, że trafi na rynek do 2020 r. ■



KATARZYNA KŁOSIŃSKA

dr hab., językoznawca, pracownik naukowy IUP UW,
sekretarz naukowy RJP PAN

KOMUNIKACJA W MEDYCYNIE

Agresja to nie tylko wulgarność

Piszę te słowa w czasie, gdy Polska jest pogrążona w smutku po śmierci, do której doprowadziła nienawiść karmiona językiem wrogości.

Nie miejsce tu na roztrząsanie, czy w naszym dyskursie publicznym dominuje mowa nienawiści (to określenie pojawia się bodaj najczęściej, a ma bardzo wąskie odniesienie – dotyczy języka dyskryminującego drugiego człowieka ze względu na cechy, na których posiadanie nie ma on wpływu), czy może po prostu agresja językowa albo któraś z jej wyrafinowanych odmian: język pogardy, wykluczenia, dehumanizacji. Nie da się jednak zaprzeczyć oczywiście, że wrogość, którą jest nacechowane nasze bycie ze sobą, przeniknęła do najgłębszych tkanek języka: i publicznego, i prywatnego. Agresja językowa bowiem to nie tylko wulgaryzmy, nie tylko słowa obelżowe czy jawnie obraźliwe. To cały repertuar środków zakamuflowanych, które niejawnie i jednocześnie bardzo subtelnie zdradzają brak szacunku wobec rozmówcy połączony z poczuciem wyższości (za którym – jak zapewne powiedziała psycholog – na ogół kryje się poczucie niższości): plotka, pomówienie, posądzenie, kompromitowanie, ośmieszanie, drwina, a nawet – wydawałoby się: niewinny – dowcip.

Żyjemy w kraju cywilizowanym, gdzie – na szczęście – normą jest nieposługiwanie się formami jawnej agresji językowej w życiu publicznym. Jeśli ktoś tę normę naruszy, to naraża się na ostracyzm. Trudno nam sobie wyobrazić sytuację, w której do naruszenia tej normy dochodzi

w szpitalu czy przychodni lekarskiej. Pracownikom służby zdrowia nieustannie się przypomina, że powinni w cierpliwy i empatyczny, a zarazem także asertywny sposób rozmawiać z emerytem, który od kilku miesięcy bezskutecznie próbuje dostać się do specjalisty, z matką, która się dowiedziała o ciężkiej chorobie swojego dziecka czy z nastolatkiem, który widzi nieprzytomną osobę na ulicy. Cierpliwość i empatia potrzebna jest do tego, żeby uszanować rozmówcę, a asertywność – żeby przy szacunku dla rozmówcy chronić także siebie. W pracę zawodów medycznych wpisany jest kontakt z pacjentami, którzy mają różne potrzeby i oczekiwania, odmienne temperamenty i charaktery, przede wszystkim zaś są w trudnej, bardzo trudnej lub dramatycznej sytuacji życiowej.

W doświadczenie bycia pacjentem wpisane jest natomiast obcowanie z pracownikami służby zdrowia, którzy z różnych powodów – zwykle z poczucia odpowiedzialności za los powierzonego im człowieka – bywają nie tak empatyczni, jak by się tego od nich oczekiwało. Zderzenie tych dwóch perspektyw – perspektywy pacjentów i perspektywy lekarzy – może wywołać frustrację u jednych i u drugich, która z kolei może (choć nie musi, i tego właśnie byśmy chcieli) przerodzić się w agresję. Ponieważ jednak wszyscy wiedzą, że nie można używać słów wulgarnych czy obraźliwych, dają upust swoim negatywnym (choć nierzadko naturalnym w pewnych sytuacjach) emocjom, poniżając swych rozmówców w inny sposób. Pacjentom zdarza się na przykład wygrażanie („Jeden mój telefon i już pan w tym szpitalu nie pracuje!”), lekarzom protekcyjność (przejawiającą się na przykład w uporczywym milczeniu jako reakcji na pytania chorego – tak, milczenie też może być agresywne!), a pielęgniarkom dehumanizacja („Czwórkę zawozimy dziś na EKG”). Sposoby odbierania ludziom godności, lekceważenia ich, kpienia z nich (swoją drogą warto tu przypomnieć, że czasownik *kpić* oznaczał dawniej ‘robić z kogoś kpa’, przy czym *kiep* był nazwą żeńskiego, a w pewnych okresach rozwoju naszego języka też męskiego, narządu anatomicznego) są różnorodne i wyrafinowane, a im bardziej zawołowane, tym do większej wrogości prowadzą. ■

“

Cierpliwość i empatia potrzebna jest do tego, żeby uszanować rozmówcę, a asertywność – żeby przy szacunku dla rozmówcy chronić także siebie.

WYTYCZNE

AGREE w pracy lekarza

Z **Romanem Topór-Mądrym**, prezesem Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, rozmawia **Lidia Sulikowska**.



GL W styczniu AOTMiT opublikowała w języku polskim finalną wersję narzędzia oceny wytycznych praktyki klinicznej AGREEII. Co zawiera ten dokument?

AGREE to narzędzie opracowane przez międzynarodową grupę lekarzy, naukowców i specjalistów z zakresu ochrony zdrowia, które ma ułatwiać ocenę jakości wytycznych postępowania klinicznego. Nasza agencja przygotowała polską wersję tego dokumentu, korzystając ze wsparcia profesjonalnych tłumaczy oraz zespołu konsultacyjnego. Prace trwały kilka miesięcy. Dokument zawiera dokładną instrukcję posługiwania się AGREE i formularz dostępnych narzędzi, załączono też polską terminologię metodyki tworzenia wytycznych.

GL Dla kogo jest przeznaczone to narzędzie?

AGREE służy do oceny jakości metodologicznej wytycznych. Jest przydatne zarówno podczas tworzenia wytycznych, np. przy opracowywaniu SOP-ów szpitalnych, jak i w procesie adaptacji na grunt polski opublikowanych już i stosowanych wytycznych międzynarodowych. Zespołom opracowującym zalecenia dostarcza informacji na temat metodologii ich tworzenia. Z kolei w procesie adaptacji wytycznych ułatwia wybór najlepszych dokumentów. Ponadto można za jego pomocą oceniać wytyczne już istniejące w Polsce. Dydaktycy z kolei mogą wykorzystać to narzędzie do doskonalenia umiejętności krytycznego podejścia do wytycznych i ich oceny wśród pracowników opieki zdrowotnej.

GL Jak AGREE może wesprzeć lekarzy w praktyce?

Wytyczne, które zyskały dobrą notę w procesie oceny narzędziem AGREE, to gwarancja lepszego zastosowania ich w praktyce. Natomiast dla towarzystw naukowych tworzących wytyczne i zespołów roboczych działających przy konsultantach krajowych narzędzie to jest – tak naprawdę – listą kontrolną, dzięki której mogą sprawdzić jakość metodologiczną opracowywanych zaleceń i wytycznych.

GL Całość liczy kilkadziesiąt stron i wydaje się, że instrukcja jest zbyt czasochłonna do zastosowania, szczególnie dla lekarza, który chce po prostu sprawdzić,

czy proponowane mu wytyczne są dobrej jakości. Chyba trudno się posługiwać tym narzędziem...

To fakt, dokument jest obszerny i liczy 65 stron. Najważniejsza jest instrukcja użytkownika, która na 40 stronach klarownie przedstawia kryteria oceny wytycznych. Narzędzie umożliwia również ocenę skróconą, autorzy AGREE udostępniają także uproszczone, zawierające tylko 4 punkty narzędzie do oceny jakości wytycznych AGREE GRS. Jest ono szczególnie przydatne w sytuacji, gdy brakuje czasu na zastosowanie pełnego narzędzia. Co ważne, na stronie internetowej AGREE dostępne są filmy instruktażowe, pomocne w posługiwaniu się tym narzędziem.

GL Naczelna Izba Lekarska zwraca uwagę, że w naszym kraju opracowywanie wytycznych jest rozproszone, nieskoordynowane i – co chyba najważniejsze – brakuje powszechnie przyjętych zasad ich tworzenia czy adaptacji. Jak ocenia pan jakość publikowanych wytycznych z różnych dziedzin medycyny?

Istotnie, dotychczas nie wypracowano jednolitej procedury tworzenia wytycznych, nie powstała żadna organizacja skupiająca towarzystwa naukowe i ujednoliciąca te dokumenty pod kątem metodologicznym. Analiza przeprowadzona przez NIL jako podstawowe słabości polskich wytycznych wskazuje niedostateczną rzetelność metodologiczną oraz brak systematycznego wykorzystania danych naukowych. Jest to zgodne z naszymi obserwacjami. Towarzystwa naukowe prezentują wytyczne o wysokiej wartości merytorycznej, jednak często brakuje im jednolitego ujęcia metodologicznego. Chciałbym jednak przypomnieć, że dzięki nowym uwarunkowaniom prawnym towarzystwa naukowe zajmujące się tworzeniem wytycznych dostały możliwość ich rozpowszechniania w formie obwieszczenia ministra zdrowia. Zauważamy, że wraz z kolejnymi wytycznymi poddawanych procesowi opiniowania obserwuje się coraz większą dbałość autorów o rzetelność metodologiczną. Odczuwamy także coraz większe zainteresowanie towarzystw naukowych narzędziami, które pomagają ocenić jakość tworzonych czy adaptowanych wytycznych. Chciałbym podkreślić, że nasza dotychczasowa współpraca ze środowiskiem klinicystów była bardzo dobra i przebiegała w atmosferze konstruktywnego dialogu.

Polską wersję narzędzia AGREEII przygotowali pracownicy AOTMiT: K. Sejbuk-Rozbicka, A. Rychert, E. Strzelec, E. Florka, D. Dziurda oraz dr R. Topór-Mądry, we współpracy z zespołem ekspertów, w którym uczestniczyli przedstawiciele NIL: prof. R. Krajewski, K. Maciorowska, przedstawiciele środowiska akademickiego: prof. R. Niżankowski, prof. A. Windak, dr hab. M. Bała, dr hab. A. Skowron i dr hab. M. Niewada oraz eksperci z zakresu HTA i EBM: dr M. Władysław, dr W. Wysoczyński, dr J. Siwiec oraz dr A. Kozierekiewicz.

📺 Jakiego pana zdaniem powinny być relacje pomiędzy wytycznymi a przepisami prawa regulującymi funkcjonowanie placówek medycznych oraz wykonywanie zawodu lekarza?

Specyfika polskiego systemu ochrony zdrowia, a w szczególności koszyk świadczeń gwarantowanych, powodują, że konieczne są dwa rodzaje podejścia do wytycznych praktyki klinicznej. Jedno to zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia ogłaszane przez ministra zdrowia w drodze obwieszczenia, obejmujące wyłącznie świadczenia finansowane ze środków publicznych. Towarzystwa naukowe mogą publikować wytyczne obejmujące technologie medyczne wykraczające poza świadczenia gwarantowane, jeśli są one oparte na wysokiej jakości dowodach naukowych i zgodne z aktualną wiedzą medyczną.

📺 Czy AOTMiT będzie miała środki, żeby wspierać grupy tworzące i adaptujące wytyczne?

AOTMiT w ramach programu unijnego realizuje projekt, którego celem jest m.in. poprawa efektywności procesu terapeutycznego. Przygotujemy publikacje edukacyjne oraz serię szkoleń dla pracowników służby zdrowia, aby wyposażać ich w wiedzę, umiejętności i kompetencje niezbędne do tworzenia, adaptacji i krytycznej oceny wytycznych praktyki klinicznej. Chcielibyśmy, aby działania te były realnym wsparciem dla lekarzy i towarzystw naukowych, opracowujących standardy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. ■

“

Inicjatywa NIL w trosce o jakość wytycznych

Naczelna Izba Lekarska zaangażowała się w proces poprawy jakości wytycznych postępowania w praktyce klinicznej w Polsce. W ramach projektu unijnego gromadzi, publikuje i rozpowszechnia wytyczne opierające się na aktualnej wiedzy medycznej, na zasadach evidence based medicine oraz tworzone zgodnie z międzynarodową metodologią. Na platformie internetowej wytyczne.org sukcesywnie będą zamieszczane wytyczne opracowywane przez zespoły ekspertów koordynowane przez NIL. Dotychczas powstały, adresowane przede wszystkim do lekarzy POZ, wytyczne postępowania w zaostrzeniach astmy u dorosłych, w depresji u dorosłych, w dnie moczanowej, a także w profilaktyce i leczeniu zespołu pozakrzepowego. Każdy dokument przed publikacją przechodzi proces konsultacji publicznych. Platforma wytyczne.org umożliwia także publikację wytycznych opracowanych przez zewnętrznych ekspertów, towarzystwa naukowe, po ocenie ich jakości przez NIL.

REKLAMA

BADANIA OPINII SPOŁECZNEJ

Lekarze w 2018 roku

Od kilku lat trwa spore zainteresowanie opinii społecznej systemem ochrony zdrowia, widoczne w tematach projektów realizowanych przez firmy badawcze. Środowisko lekarzy zaś prawie zawsze badane jest i tym samym przedstawiane w kontekście systemu i jego słabości, np. długiego czasu oczekiwania na świadczenia, biurokracji, niezadowolającego poziomu satysfakcji ze świadczeń.

TEKST **AGNIESZKA KILIJANEK-CIEŚLIK**
socjolog

Z jednej strony wydaje się to oczywiste, bo lekarze stanowią integralną część systemu. Z drugiej należy zauważyć, że taki kontekst istotnie wpływa na obraz tej grupy zawodowej i nie jest to pozytywny wpływ, bo ochrona zdrowia w Polsce oceniana jest przez społeczeństwo źle.

Na uwagę zasługuje więc badanie percepcji lekarzy jako grupy zawodowej, z uwzględnieniem oceny kompetencji i zaufania do niej, jak również tego, na ile Polacy są świadomi, z jakimi problemami lekarz boryka się na co dzień. Badanie to zostało przeprowadzone przez firmę badawczą BioStat w 2018 r.¹

Jak się okazuje, większość badanych Polaków docenia kompetencje zawodowe polskich lekarzy, zarówno w zakresie diagnozowania, jak i terapii.

Znacznie słabsza jest ocena tzw. kompetencji miękkich lekarzy – tylko 46% zgadza się z tezą, że lekarze umieją słuchać pacjentów. Podobna ocena dotyczy umiejętności przekazywania pacjentom istotnych informacji o ich zdrowiu – tylko co drugi badany Polak twierdzi, że lekarzy cechuje ta umiejętność (51%).

Interesujących wniosków dostarcza zestawienie ocen kompetencji

69%

Polaków uważa, że polscy lekarze są kompetentni w diagnozowaniu chorób.

64%

Polaków ma dobrą opinię o kompetencjach terapeutycznych polskich lekarzy.

zawodowych i tzw. miękkich. Znacznie bardziej doceniana jest przez Polaków wiedza medyczna lekarzy, umożliwiająca trafne diagnozy i wybór właściwych terapii niż umiejętność wyjścia w rozmowie z pacjentem poza temat odczuwanych dolegliwości oraz suche zalecenia kliniczno-farmakologiczne. Badanie BioStatu potwierdza,

że lekarze potrzebują przygotowania do efektywnej komunikacji z pacjentem, zaczynając już od zajęć na wyższych uczelniach medycznych.

Na takie oceny na pewno ma wpływ zbyt mała ilość czasu dla pacjenta w trakcie wizyty, wynikająca m.in. z „papierkowej roboty” lekarza, co dostrzega zdecydowana większość pacjentów. Również zdecydowana większość dostrzega problem zbyt dużego obciążenia lekarzy pracą (82%), a 74% jest świadomych, że często pracują oni w kilku placówkach (badania NIL wskazują, że lekarze przeciętnie pracują w prawie 3 placówkach). To chyba rzadko spotykane zjawisko wśród tak dużych grup zawodowych, z pewnością dość obciążające i męczące. Co drugi badany Polak jest świadomy, że to problem dla lekarzy.

Wyniki innego badania, również realizowanego przez BioStat², wnoszą ciekawe informacje na temat

“

Nadal zdecydowana większość Polaków to pacjenci niezadowoleni.

percepcji lekarza, zaufania do niego i jego profesjonalizmu przy wyborze świadczeń finansowanych przez NFZ albo prywatnie.

Zaufanie do danego lekarza stanowi dość ważny czynnik korzystania ze świadczeń finansowanych przez NFZ. Jest to drugi w rankingu najczęściej wskazywanych powodów, jednak wskazywany przez tylko co trzeciego badanego (33%). Trudno się dziwić tak niskiemu wynikowi, jeżeli dostępność „danego” lekarza jest słaba, a kolejki do świadczeń wydłużają się, o czym świadczą chociażby wyniki badania realizowanego wśród reprezentantów organizacji pacjenckich³, mających szeroką wiedzę o problemach pacjentów z chorobami przewlekłymi.

Pacjenci korzystający ze świadczeń poza systemem relatywnie często wskazują na wyższy profesjonalizm lekarzy przyjmujących „prywatnie” i możliwość otrzymania od nich lepszej opieki.

badania⁴, które wyraźnie pokazują niewielką zmianę w ocenie systemu opieki zdrowotnej w ciągu ostatnich 2 lat – odsetek zadowolonych wzrósł z 23 do 30%. Nie jest to zaskoczeniem, biorąc pod uwagę obserwacje i doświadczenia reprezentantów organizacji pacjenckich, biorących udział we wspomnianym wcześniej projekcie. Wszyscy zgodnie stwierdzili brak istotnych dla pacjentów zmian w zakresie dostępu do informacji o świadczeniach, dostępie do samych świadczeń, jakości leczenia i konieczności ponoszenia prywatnych wydatków na diagnostykę i leczenie.

Odnotowany niewielki wzrost zadowolenia w badaniu realizowanym przez CBOS nie jest zadowalający, biorąc pod uwagę, że nie osiągnął nawet poziomu sprzed 11 lat, gdy zadowolonych było łącznie 37% badanych, czy sprzed 9 lat, gdy było ich 34%.

Nadal zdecydowana większość Polaków to pacjenci niezadowoleni, co czwarty jest bardzo niezadowolony (27%).

Szczegółowa analiza ocen w różnych pod względem socjodemograficznym grupach społeczeństwa polskiego wykazuje, że niezadowolenie z systemu opieki zdrowotnej najczęściej wyrażają:

REKLAMA

42%

**korzystających ze świadczeń
poza systemem deklaruje,
że szuka lepszych lekarzy.**

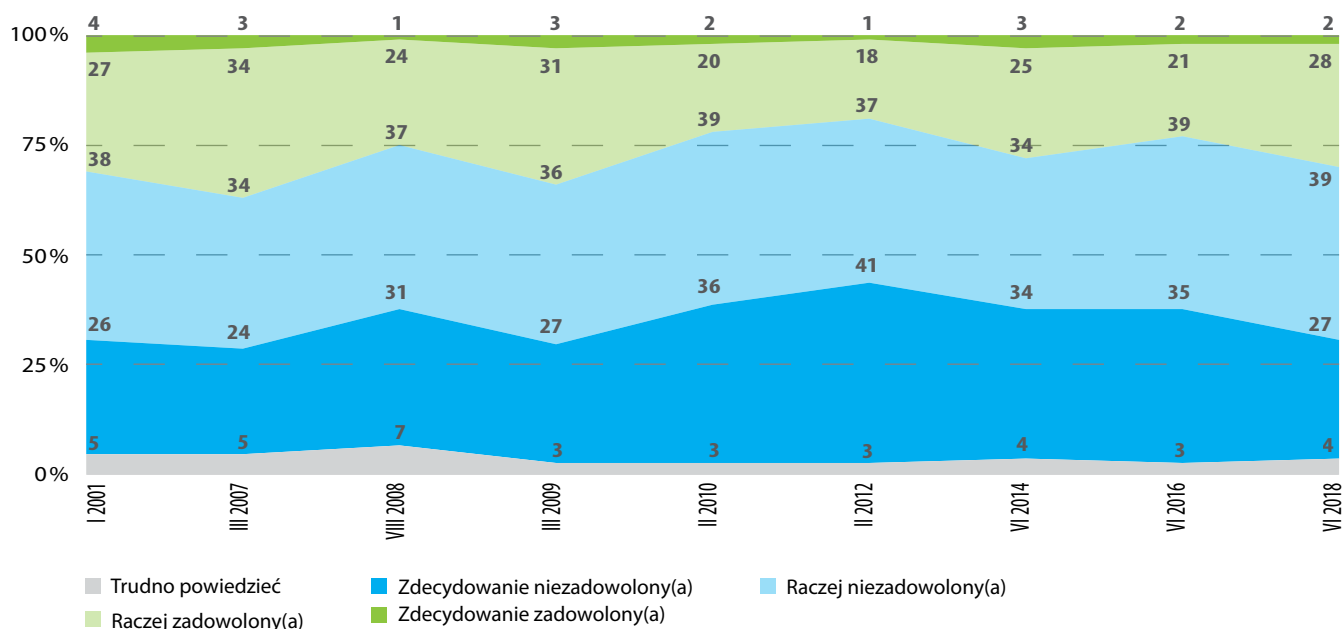
40%

**deklaruje, że powodem
wyboru wizyty „prywatnej”
jest możliwość otrzymania
lepszego opieki.**

Wynik ten wskazuje na słuszność tezy postawionej na wstępie – na wizerunek lekarzy niekorzystnie wpływa system i jego słabości.

Warto sprawdzić, czy i jak zmieniła się ocena funkcjonowania opieki zdrowotnej w ostatnich latach. Firma CBOS, jak co roku, opublikowała wyniki

Czy, ogólnie rzecz biorąc, jest Pan(i) zadowolony(a) czy też niezadowolony(a) z tego, jak obecnie funkcjonuje opieka zdrowotna w naszym kraju?



- młodzi Polacy w wieku 25-34 lata (76% niezadowolonych),
- absolwenci wyższych uczelni (74%), deklarujący dochody ich gospodarstwa domowego per capita 2500 zł i więcej (64%),
- mieszkańcy miast od 20 tys. do 500 tys. mieszkańców (71-73% w zależności od kategorii),
- pracujący na własny rachunek (80%), kadra kierownicza i specjaliści z wyższym wykształceniem (76%) oraz pracownicy administracyjno-biurowi (77%).

Z kolei zadowolenie z opieki zdrowotnej częściej niż pozostali wyrażają starsi respondenci. Krytycyzm w postrzeganiu opieki zdrowotnej spada po 55. r.ż., a najbardziej zadowoleni są najstarsi ankietowani mający 65 lat i więcej (45% zadowolonych). Częściej niż inni pozytywnie na temat opieki zdrowotnej wypowiadają się mieszkańcy wsi (35%), respondenci z wykształceniem zasadniczym zawodowym (36%), a w grupach społeczno-zawodowych – rolnicy (44%) oraz renciści (43%). Jednak nawet w tych

85%

badanych Polaków zgadza się z tym, że zbyt mała ilość czasu dla pacjenta jest problemem polskich lekarzy.

grupach więcej jest niezadowolonych niż zadowolonych.

Istotne znaczenie ma sposób korzystania z opieki medycznej. Najlepiej funkcjonowanie służby zdrowia oceniają badani, którzy w ciągu ostatniego półrocza leczyli się wyłącznie w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (choć

i w tej grupie przeważają oceny negatywne), a najbardziej krytycznie – ci, którzy leczyli się wyłącznie poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Uwzględniając blisko dziesięcioletnią perspektywę w realizowanym corocznie badaniu, można zauważyć, że postrzeganie wszystkich monitorowanych w tym czasie zjawisk uległo pogorszeniu.

Analiza wyników badań opinii społecznej na temat lekarzy i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia przeprowadzonych w 2018 r. wyraźnie wskazuje na potrzebę podjęcia działań wspierających lekarzy w komunikacji z pacjentem i w radzeniu sobie z niedociągnięciami systemu. Ważne byłyby również masowe działania informacyjne, które uświadamiałyby Polakom pacjentom, że nie tylko oni boleśnie odczuwają konsekwencje systemu. ■

¹ Badanie zrealizowane na panelu Badanie Opinii (www.badanie-opinii.pl) – ogólnopolskiej platformie internetowej, w grudniu 2018 r. na próbie reprezentatywnej N=1000 dorosłych Polaków.

² Badanie zrealizowane na panelu Badanie Opinii (www.badanie-opinii.pl) – ogólnopolskiej platformie internetowej, w maju-czerwcu 2018 r. na próbie reprezentatywnej N=922 dorosłych Polaków, którzy przynajmniej raz w ciągu poprzednich 12 miesięcy konsultowali się z lekarzem specjalistą.

³ Badanie jakościowe realizowane przez Fundację My Pacjenci w ramach programu „Razem dla Zdrowia”, listopad 2018 r.

⁴ Badanie przeprowadzono metodą wywiadów bezpośrednich (face-to-face) wspomaganych komputerowo (CAPI) w czerwcu 2018 r. na liczącą 989 osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski.

Miałem własny plan

Z **Krzysztofem Bartnikiem**, lekarzem, który w jesiennej sesji 2018 r. osiągnął najlepszy wynik Lekarskiego Egzaminu Końcowego [LEK], rozmawia **Lucyna Krysiak**.



GL Ile trzeba mieć punktów, aby najlepiej zaliczyć LEK? W sesji, w której zdawałem, wystarczyło 178 punktów, co przy dwóch anulowanych pytaniach daje 90 proc. prawidłowych odpowiedzi. Szczerze mówiąc nie spodziewałem się, że pójdzie mi tak dobrze.

GL Poziom rośnie. Trudno było?

Trudno, ale ciekawie. Sporo pytań w ostatniej edycji egzaminu związanych było z hematologią, która jest moim konikiem. Muszę przyznać, że cały miniony rok był dla mnie bardzo intensywny – nie tylko z powodu przygotowań do LEK-u, lecz głównie przez okres przygotowań do ślubu, który brałem na krótko przed egzaminem. Był to także czas intensywnej pracy naukowej: opublikowałem dwie prace, dwie kolejne czekają na opublikowanie. Działo się to pod okiem mojego mentora – docenta Emiliana Snarskiego, który inspirował mnie do systematycznej pracy nad sobą, nie tylko w sferze stricte naukowej. Ten sukces nie miałby także miejsca, gdyby nie wsparcie mojej żony oraz moich rodziców.

GL W przeszłości było wiele uwag do pytań testowych, chodziło o ich zakres tematyczny, często wykraczający poza program nauczania. Czy test, który pan zdawał, spełniał oczekiwania?

Zdecydowana większość pytań dotyczyła treści zawartych w literaturze zalecanej przez Centrum Egzaminów Medycznych, lecz żeby odpowiedzieć bezbłędnie na wszystkie pytania, wymagana była wiedza wykraczająca poza wiedzę książkową. Musimy pamiętać, że medycyna jest sztuką, która bardzo dynamicznie się rozwija i nie można jej zamknąć w ramach sztywnych schematów. Samo przerobienie całego zalecanego materiału nie jest wystarczające. Wymagana jest umiejętność myślenia przyczynowo-skutkowego oraz śledzenie na bieżąco wszystkich nowości.

GL Ostatnio na rynku pojawiła się pomoc w postaci podręcznika „Lekarski Egzamin Końcowy w pigułce”. Czy pan z niego korzystał?

Nie znam tej pozycji, ale wiem, że nauka jest sprawą bardzo zróżnicowaną i każdy ma swoje sposoby na to, jak ją zgłębiać. Wielu moich kolegów lekarzy korzystało z kursów internetowych, do których ja osobiście jestem nastawiony sceptycznie. Uważam, że podawana tam wiedza jest mocno okrojona, syntetyczna, wyjęta z kontekstu. Do egzaminu przygotowywałem się według własnego planu. Oprócz śledzenia najnowszych publikacji oraz czytania literatury zalecanej do LEK-u, chciałem poznać konstrukcję pytań, by się z nimi zawniczo oswoić. Jednym słowem, skupiłem się na celu i to złożyło się na wynik Lekarskiego Egzaminu Końcowego.

GL LEK to przepustka do kariery w zawodzie lekarza. Teraz specjalizacja. Jaka?

Nigdy nie myślałem o pojedynczej specjalizacji, uwielbiam „jednostki z pogranicza”. Obecnie myślę o ginekologii oraz jej połączeniu z hematologią. Wkrótce będę realizował projekt, który jest właśnie łączeniem tych dwóch specjalności w kontekście wykorzystania terapii komórkowych w celu poprawy wyników położeń. Dodatkowo w czasie stażu podyplomowego, który właśnie odbywam, zamierzam pogłębiać swoją wiedzę oraz umiejętności operacyjne. Inną specjalizacją, którą rozważam jest radiologia interwencyjna. Niezależnie od obranego kierunku specjalizacji, chcę się do tego wyboru dobrze przygotować. ■

“

Najlepszy wynik Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego (LDEK) w jesiennej sesji 2018 r. uzyskała Milena Sawicka. Gratulujemy.



BIULETYN

NR 6 (185) ROK XXVIII

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

WARSZAWA, XII 2018

REDAKTOR NACZELNY: ARTUR DROBNIAK

Posiedzenie NRL – 14 grudnia 2018 r.

UCHWAŁA Nr 21/18/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie Ośrodka Doskonalenia Zawodowego

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168 z późn. zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Powołuje się Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Naczelnej Izby Lekarskiej, zwany dalej „Ośrodkiem”.

§ 2.

Do zadań Ośrodka należy w szczególności:

- 1) wspieranie członków okręgowych izb lekarskich w realizacji ustawowego obowiązku doskonalenia zawodowego,
- 2) rozpowszechnianie wytycznych postępowania medycznego opierających się na aktualnej wiedzy medycznej oraz zasadach evidence based medicine, zwanych dalej Wytycznymi.

§ 3.

W zakresie realizacji zadania, o którym mowa w § 2 pkt 1, Ośrodek:

- 1) prowadzi bazę informacyjną o akredytowanych zdarzeniach edukacyjnych oraz udostępnia ją lekarzom i lekarzom denty stom,
- 2) opiniuje wnioski skierowane do Naczelnej Rady Lekarskiej o potwierdzenie spełnienia warunków kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy denty stom i akceptację programu kształcenia,
- 3) opiniuje preliminarz budżetowy Naczelnej Izby Lekarskiej w części dotyczącej doskonalenia zawodowego,

4) opiniuje rozliczenia okręgowych izb lekarskich z dotacji udzielonej przez Naczelną Izbę Lekarską,

5) samodzielnie lub w ramach współpracy z innymi podmiotami organizuje doskonalenie zawodowe lekarzy i lekarzy denty stom.

§ 4.

1. W zakresie realizacji zadania, o którym mowa w § 2 pkt 2, Ośrodek:

- 1) gromadzi, publikuje i rozpowszechnia Wytyczne;
- 2) organizuje i promuje współpracę interdyscyplinarną w tworzeniu Wytycznych;
- 3) promuje i wspiera stosowanie Wytycznych w praktyce medycznej;
- 4) opracowuje i publikuje zalecenia dotyczące struktury i sposobu opracowywania Wytycznych;
- 5) monitoruje działania podejmowane w Polsce i za granicą w zakresie opracowywania i stosowania Wytycznych oraz publikuje informacje o tych działaniach;
- 6) prowadzi portal internetowy Ośrodka służący publikacji zaakceptowanych Wytycznych i standardów;
- 7) opracowuje aplikacje informatyczne i inne narzędzia ułatwiające stosowanie Wytycznych w praktyce lekarzy i lekarzy denty stom;
- 8) pozyskuje z zewnętrznych źródeł środki wspierające realizację zadań, o których mowa w pkt 1-7.

2. Zadania, o których mowa w ust. 1 Ośrodek realizuje m.in. we współpracy z:

- 1) krajowymi i zagranicznymi medycznymi towarzystwami naukowymi;
- 2) krajowymi i zagranicznymi instytu-

cjami i organizacjami aktywnymi w zakresie standardów i wytycznych postępowania medycznego oraz medycyny opartej na aktualnej wiedzy medycznej;

- 3) uczelniami medycznymi i jednostkami badawczo-rozwojowymi;
- 4) nadzorem specjalistycznym i podmiotami zarządzającymi w ochronie zdrowia;

- 5) innymi podmiotami opracowującymi, przetwarzającymi, gromadzącymi i upowszechniającymi standardy i wytyczne postępowania medycznego.

3. Ośrodek dokonuje przeglądu i analizy zgodności opublikowanych przez Ośrodek standardów i wytycznych z aktualną wiedzą medyczną nie rzadziej niż raz w roku. W przypadku potrzeby aktualizacji Wytycznych Kierownik Ośrodka zwraca się do podmiotu, który opracował Wytyczne o dokonanie ich aktualizacji lub odniesienie się do powstałych w tym zakresie propozycji.

4. W przypadku aktualizacji opublikowanych Wytycznych lub uznania ich za nieaktualne przez podmiot, który je opracował, Kierownik Ośrodka przedstawia Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wniosek o wyrażenie zgody na odpowiednio publikację na portalu internetowym Ośrodka nowych lub znowelizowanych Wytycznych lub usunięcie z tego portalu Wytycznych nieaktualnych, ewentualnie opatrzenie opublikowanych Wytycznych niezbędnym komentarzem.

§ 5.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, w drodze uchwały, określa szczegółowy tryb działania Ośrodka.

Dokumenty NRL i Prezydium znajdują się na stronie internetowej NIL - www.nil.org.pl

1. Działalnością Ośrodka kieruje kierownik i Rada Ośrodka.
2. Kierownika Ośrodka i Radę Ośrodka powołuje Naczelna Rada Lekarska spośród delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy na okres kadencji.
3. Członków Rady Ośrodka Naczelna Rada Lekarska wybiera spośród kandydatów zaproponowanych przez kierownika Ośrodka.

- Do zadań kierownika Ośrodka należy:
- 1) kierowanie bieżącą działalnością Ośrodka;
 - 2) przedstawianie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Radzie Lekarskiej informacji na temat działalności Ośrodka;
 - 3) składanie corocznych sprawozdań z działalności Ośrodka Naczelnej Radzie Lekarskiej.

1. Zadaniem Rady Ośrodka jest podejmowanie rozstrzygnięć w sprawach z zakresu działania Ośrodka, w tym w szczególności przyjmowanie:
 - 1) rocznego programu pracy Ośrodka,
 - 2) opinii w sprawie udzielenia dotacji przez Naczelną Izbę Lekarską na organizację doskonalenia zawodowego organizowanego przez okręgowe izby lekarskie.
2. W skład Rady Ośrodka wchodzi:
 - 1) kierownik Ośrodka,
 - 2) 5 członków, w tym co najmniej 2 lekarzy dentystów.
3. Rada Ośrodka pracuje na posiedzeniach lub w razie potrzeby poprzez ustalenia zapadające w drodze wymiany wiadomości email.
4. Z posiedzeń Rady Ośrodka sporządza się protokół, który zawiera:
 - 1) numer kolejny protokołu;
 - 2) datę posiedzenia;
 - 3) porządek posiedzenia;
 - 4) relację z przebiegu posiedzenia;
 - 5) załączniki w postaci:
 - a) listy obecności,
 - b) treści przyjętych dokumentów.
5. W posiedzeniach Rady Ośrodka mogą brać udział zapraszani goście.
6. W przypadku ustaleń zapadających w drodze wymiany wiadomości email fakt podjęcia tych ustaleń dokumentuje Kierownik Ośrodka w formie pisemnej notatki wskazującej na treść podjętego

ustalenia. Do notatki dołącza się wydrukowane wiadomości email przesłane przez członków Rady Ośrodka w sprawie podjętego ustalenia.

Działalność Ośrodka jest finansowana ze środków Naczelnej Izby Lekarskiej.

Obsługę administracyjną Ośrodka zapewnia biuro Naczelnej Izby Lekarskiej.

Traci moc:

- 1) uchwała nr 15/08/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 19 września 2008 r. w sprawie Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej,
- 2) uchwała nr 27/10/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 25 czerwca 2010 r. w sprawie Ośrodka Studiów, Analiz i Informacji Naczelnej Rady Lekarskiej,
- 3) uchwała nr 5/16/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 15 stycznia 2016 r. w sprawie Ośrodka Naczelnej Izby Lekarskiej ds. Wytucznych Postępowania w Praktyce Medycznej.

Dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie § 7 uchwały, o której mowa w § 12 pkt 1 zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie § 6 niniejszej uchwały, nie dłużej jednak niż przez okres 12 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej uchwały.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski *Andrzej Matyja*

**UCHWAŁA Nr 22/18/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 14 grudnia 2018 r.
w sprawie powołania kierownika
Ośrodka Doskonalenia Zawodowego**

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168 z późn. zm.) oraz § 7 ust. 2 uchwały nr 21/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 grudnia 2014 r. w sprawie Ośrodka Doskonalenia Zawodowego, uchwala się, co następuje:

Na stanowisko kierownika Ośrodka Doskonalenia Zawodowego na okres VIII kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej powołuje się kol. Romualda Krajewskiego.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski *Andrzej Matyja*

**UCHWAŁA Nr 23/08/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 14 grudnia 2018 r.
w sprawie Ośrodka Bioetyki
Naczelnej Rady Lekarskiej**

Na podstawie art. 39 ust. 1 w zw. z art. 5 pkt 22 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168 z późn. zm.), uchwala się, co następuje:

Powołuje się Ośrodek Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej, zwany dalej „Ośrodkiem”.

1. Zadaniem Ośrodka są w szczególności:
 - 1) prowadzenie badań w zakresie współczesnych problemów bioetyki, zwłaszcza w zakresie związanym z wykonywaniem zawodów lekarza i lekarza dentystry;
 - 2) szerzenie wiedzy o problemach bioetycznych w środowisku lekarskim oraz studentów medycyny i stomatologii;
 - 3) współpraca z komisjami bioetycznymi powołanymi w trybie odrębnych przepisów w zakresie opracowywania i upowszechniania zasad prowadzenia eksperymentów medycznych;
 - 4) współpraca z innymi jednolitymi organizacjami zajmującymi się zagadnieniami bioetyki;
 - 5) opracowywanie opinii o aktualnych problemach bioetyki.
2. Cele opisane w ust. 1 Ośrodek realizuje poprzez inicjowanie:
 - 1) działalności naukowo – badawczej;
 - 2) działalności wydawniczej;
 - 3) działalności edukacyjnej i szkoleniowej;
 - 4) organizowania sympozjów, konferencji i sesji naukowych;
 - 5) monitorowania i analizowania istniejącego ustawodawstwa oraz projektów ustaw dotyczących zagadnień bioetycznych;

6) opracowywania projektów przepisów dotyczących prowadzenia eksperymentów naukowych, w tym eksperymentów medycznych z udziałem człowieka;

7) działalności na rzecz standaryzacji postępowania w komisjach bioetycznych;

8) utworzenia i administrowania internetowego serwisu dotyczącego bioetyki.

§ 3.

1. Działalnością Ośrodka kieruje Przewodniczący, powoływany przez Naczelną Radę Lekarską na okres kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej.

2. Przewodniczący Ośrodka jest także członkiem Rady Ośrodka i jej przewodniczącym.

3. Przewodniczącym może zostać lekarz lub lekarza dentyista, posiadający doświadczenie w pracy badawczej i w pracy w Komisji Bioetycznej oraz dodatkowe doświadczenie z zakresu bioetyki.

§ 4.

Do zadań Przewodniczącego Ośrodka należą:

1) kierowanie bieżącą działalnością Ośrodka;

2) zwoływanie posiedzeń Rady Ośrodka przynajmniej raz na pół roku;

3) składanie corocznych sprawozdań z działalności Ośrodka Naczelnej Radzie Lekarskiej.

§ 5.

Rada Ośrodka powoływana jest na okres kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej na wniosek przewodniczącego Ośrodka w liczbie od 3 do 8 członków spośród przedstawicieli nauk medycznych i innych dziedzin nauki, których działalność jest związana z celami Ośrodka.

§ 6.

Zadaniem Rady Ośrodka jest opracowywanie:

1) rocznego programu pracy Ośrodka;

2) opinii o aktualnych problemach bioetyki na wniosek Naczelnej Rady Lekarskiej i z własnej inicjatywy.

§ 7.

Działalność Ośrodka jest finansowana ze środków Naczelnej Izby Lekarskiej.

§ 8.

Obsługę administracyjną Ośrodka zapewnia biuro Naczelnej Izby Lekarskiej.

§ 9.

Traci moc uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej Nr 4/07/V z dnia 16 lutego 2007 r. w sprawie Ośrodka Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 10.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Andrzej Matyja

UCHWAŁA Nr 24/18/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie powołania Przewodniczącego Ośrodka Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 w zw. z art. 5 pkt 22 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168 z późn. zm.) w zw. z § 3 ust. 1 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej Nr 23/18/VIII z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie Ośrodka Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej, uchwała się, co następuje:

§ 1.

Na stanowisko Przewodniczącego Ośrodka Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej powołuje się kol. Marka Czarkowskiego.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Andrzej Matyja

UCHWAŁA Nr 25/18/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie Ośrodka Współpracy Zagranicznej

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168 z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Powołuje się Ośrodek Współpracy Zagranicznej, zwany dalej „Ośrodkiem”.

§ 2.

1. Zadaniami Ośrodka są w szczególności:

1) planowanie, organizowanie i koordynowanie bieżącej działalności zagranicznej Naczelnej Izby Lekarskiej,

2) proponowanie kierunków współpracy międzynarodowej i przynależności do międzynarodowych organizacji lekarskich,

3) utrzymywanie łączności i współpraca z polonijnymi organizacjami lekarskimi i lekarzami polskiego pochodzenia wykonującymi zawód poza krajem oraz wspieranie lekarzy i lekarzy dentyistów pochodzenia polskiego mieszkających poza granicami Polski,

4) gromadzenie, ocena formalna i merytoryczna wniosków o podjęcie działań w zakresie współpracy zagranicznej,

5) organizacja spotkań, pobytów i udziału w konferencjach międzynarodowych w kraju i za granicą,

6) bieżący nadzór nad zapewnieniem sprawnego obiegu dokumentów dotyczących współpracy zagranicznej, w tym gromadzenie i rozpowszechnianie informacji i materiałów dotyczących tej współpracy.

2. Zadanie, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, realizowane jest w szczególności przez:

1) organizowanie:

a) przyjazdów do kraju przedstawicieli polonii medycznej i ich rodzin, wizyt reprezentantów polskiego środowiska medycznego w medycznych skupiskach polonijnych,

b) wspólnych konferencji i zjazdów w Polsce i za granicą,

c) staży szkoleniowych w kraju,

d) wyjazdów przedstawicieli polskiego środowiska medycznego w celu prowadzenia szkolenia,

e) przyjazdów specjalistów z grona polonii medycznej w celu szkolenia i konsultacji,

f) pobytów wypoczynkowych w kraju polonijnych lekarzy emerytów,

g) pomocy w załatwianiu stypendiów specjalizacyjnych i naukowych,

h) pomocy w zakresie wysyłania leków i sprzętu medycznego,

i) przekazywania medycznej informacji zawodowej i naukowej.

2) przyznawanie stypendiów szkoleniowych oraz innych form pomocy finansowej dla lekarzy i lekarzy dentyistów pochodzenia polskiego mieszkających poza granicami Polski.

3. Ośrodek realizuje swe zadania we współdziałaniu z okręgowymi radami lekarskimi, zwłaszcza w zakresie nawiązywania i utrzymywania stałych kontaktów z zagranicznymi organizacjami lekarskimi.

§ 3.

1. Działalnością Ośrodka kieruje kierownik i Rada Ośrodka.

Dokumenty NRL
i Prezydium
znajdują się
na stronie
internetowej NIL
- www.nil.org.pl

2. Kierownika Ośrodka i Radę Ośrodka powołuje Naczelna Rada Lekarska spośród delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy na okres kadencji.

3. Członków Rady Ośrodka wybiera Naczelna Rada Lekarska spośród kandydatów zaproponowanych przez Kierownika Ośrodka. Kierownik Ośrodka przedstawia Naczelnej Radzie Lekarskiej kandydatów do Rady Ośrodka po uprzednim uzgodnieniu ich kandydatur z Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej. Zgłoszenie kandydatur lekarzy dentyków wymaga dodatkowo zasięgnięcia opinii prezydium Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 4.

Do zadań kierownika Ośrodka należy:

1) kierowanie bieżącą działalnością Ośrodka,
2) zwoływanie posiedzeń Rady Ośrodka,
3) przedstawianie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej bieżących informacji dotyczących działalności Ośrodka oraz składanie corocznych sprawozdań z działalności Naczelnej Radzie Lekarskiej obejmujących informacje dotyczące opiniowanych oraz realizowanych inicjatyw ze wskazaniem sposobu ich rekomendowania, zakresu realizacji oraz ewentualnych wniosków wynikających z ich realizacji.

§ 5.

Zadaniem Rady Ośrodka jest:

1) ustalanie programu działania Ośrodka,
2) ustalanie harmonogramów realizacji zadań Ośrodka,
3) podejmowanie decyzji o przyznaniu stypendium i innych form pomocy finansowej dla lekarzy i lekarzy dentyków pochodzenia polskiego mieszkających poza granicami Polski,
4) opiniowanie wniosków o skierowanie na wyjazd zagraniczny, o których mowa w uchwale Naczelnej Rady Lekarskiej określającej zasady prowadzenia działalności zagranicznej Naczelnej Izby Lekarskiej,
5) składanie wniosków do Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie przyznania środków finansowych na działalność Ośrodka,
6) opracowywanie rocznego planu finansowego zatwierdzanego przez Naczelną Radę Lekarską i rocznego sprawozdania finansowego.

§ 6.

1. W skład Rady Ośrodka wchodzi:

1) kierownik Ośrodka,
2) sześciu członków, w tym co najmniej dwóch lekarzy dentyków.

2. Rada Ośrodka pracuje na posiedzeniach lub w razie potrzeby poprzez ustalenia zapadające w drodze wymiany wiadomości email.

3. Z posiedzeń Rady Ośrodka sporządza się protokół, który zawiera:

1) numer kolejny protokołu;
2) datę posiedzenia;
3) porządek posiedzenia;
4) relację z przebiegu posiedzenia;
5) załączniki w postaci:
a) listy obecności,
b) treści przyjętych dokumentów.

4. W posiedzeniach Rady Ośrodka mogą brać udział zapraszani goście.

5. W przypadku ustaleń zapadających w drodze wymiany wiadomości email fakt podjęcia tych ustaleń dokumentuje Kierownik Ośrodka w formie pisemnej notatki wskazującej na treść podjętego ustalenia. Do notatki dołącza się wydrukowane wiadomości email przesłane przez członków Rady Ośrodka w sprawie podjętego ustalenia.

§ 7.

1. Ośrodek dysponuje wyodrębnionymi środkami finansowymi, określonymi w planie finansowym Naczelnej Izby Lekarskiej.

2. Dotacje i darowizny przeznaczone na realizację zadań Ośrodka określonych w § 1 ust. 2 pkt 5 uzupełniają środki finansowe przeznaczone na realizację jego zadań.

3. Środkami finansowymi Ośrodka dysponują wspólnie kierownik i wyznaczony przez Naczelną Radę Lekarską członek Rady Ośrodka.

§ 8.

Obsługę administracyjną i finansową Ośrodka zapewnia biuro Naczelnej Izby Lekarskiej.

§ 9.

W treści uchwały Nr 12/13/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 25 października 2013 r. w sprawie regulaminu przyznawania lekarzom i lekarzom dentykom, pochodzenia polskiego pomocy finansowej w celu doskonalenia zawodowego zmienionej uchwałą Nr 13/17/VII z dnia 23 czerwca 2017 r., oraz w załączniku do tej uchwały użyte w różnym przypadku wyrazy „Ośrodek

Współpracy z Polonią Medyczną” zastępuje się użytymi w odpowiednim przypadku wyrazami „Ośrodek Współpracy Zagranicznej”.

§ 10.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

UCHWAŁA Nr 26/18/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie powołania kierownika Ośrodka Współpracy Zagranicznej

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168 z późn. zm.) oraz § 3 ust. 2 uchwały nr 25/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 grudnia 2014 r. w sprawie Ośrodka Współpracy Zagranicznej, uchwała się, co następuje:

§ 1.

Na stanowisko kierownika Ośrodka Współpracy Zagranicznej na okres VIII kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej powołuje się kol. Wojciecha Domkę.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

UCHWAŁA Nr 27/18/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie Ośrodka Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2018 r. poz. 168 z późn. zm.), uchwała się, co następuje:

§ 1.

Powołuje się Ośrodek Historyczny Naczelnej Izby Lekarskiej, zwany dalej „Ośrodkiem”.

§ 2.

1. Ośrodek zajmuje się zagadnieniami związanymi z historią polskich lekarzy, lekarzy dentyków i ich organizacji. Zadaniami Ośrodka są w szczególności:

Dokumenty NRL
i Prezydium
znajdują się
na stronie
internetowej NIL
- www.nil.org.pl

- 1) gromadzenie dokumentacji i pamiątek dotyczących historii polskich lekarzy, lekarzy dentyistów i ich organizacji;
 - 2) sporządzanie opracowań i analiz dotyczących historii polskich lekarzy, lekarzy dentyistów i ich organizacji oraz ich publikacja;
 - 3) szerzenie wiedzy o historii polskich lekarzy, lekarzy dentyistów i ich organizacji.
2. Zadania o których mowa w ust. 1 Ośrodek realizuje m.in. we współpracy z:
- 1) organami Naczelnej Izby Lekarskiej oraz okręgowymi izbami lekarskimi;
 - 2) uczelniami medycznymi;
 - 3) instytucjami prowadzącymi badania historyczne oraz archiwami.

§ 3.

1. Działalnością Ośrodka kieruje kierownik i Rada Ośrodka.
2. Kierownika Ośrodka powołuje na okres kadencji Naczelna Rada Lekarska.
3. W skład Rady Ośrodka wchodzi kierownik Ośrodka oraz od 3 do 5 członków powołanych przez Naczelną Radę Lekarską na okres kadencji. W skład Rady Ośrodka wchodzi co najmniej jeden lekarz dentyista, a gdy Rada Ośrodka liczy 5 członków – co najmniej dwóch lekarzy dentyistów.
4. Członków Rady Ośrodka Naczelna Rada Lekarska wybiera spośród kandydatów zaproponowanych przez kierownika Ośrodka. Kierownik Ośrodka przedstawia Naczelnej Radzie Lekarskiej kandydatów do Rady Ośrodka po uprzednim uzgodnieniu ich kandydatur z Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 4

1. Do zadań kierownika Ośrodka należy:
 - a) kierowanie bieżącą działalnością Ośrodka;
 - b) zwoływanie posiedzeń Rady Ośrodka w miarę potrzeb, nie rzadziej jednak niż raz na pół roku;
 - c) składanie corocznych sprawozdań z działalności Ośrodka Naczelnej Radzie Lekarskiej.
2. Zadaniem Rady Ośrodka jest:
 - 1) współpraca z kierownikiem Ośrodka w zakresie realizacji zadań Ośrodka;
 - 2) opracowywanie rocznego programu pracy Ośrodka;
 - 3) wydawanie opinii w sprawie możliwości publikacji sporządzonych przez

Ośrodek opracowań i analiz historycznych.

§ 5.

Działalność Ośrodka jest finansowana ze środków Naczelnej Izby Lekarskiej.

§ 6.

Obsługę administracyjną Ośrodka zapewnia biuro Naczelnej Izby Lekarskiej.

§ 7.

Traci moc uchwała nr 13/15/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 września 2015 r. w sprawie Ośrodka Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej.

§ 8.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Andrzej Matyja

**UCHWAŁA Nr 28/18/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 14 grudnia 2018 r.
w sprawie powołania kierownika
Ośrodka Historycznego**

Na podstawie art. 39 ust.1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168 z późn. zm.) oraz § 3 ust. 2 uchwały nr 27/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie Ośrodka Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej, uchwała się, co następuje:

§ 1.

Na stanowisko kierownika Ośrodka Historycznego na okres VIII kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej powołuje się kol. Marka Stankiewicza.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Andrzej Matyja

**UCHWAŁA Nr 29/18/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 14 grudnia 2018 r.
w sprawie Ośrodka ds. Opiniowania
Sądowo-Lekarskiego i Orzecznictwa**

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich

(Dz. U. z 2018 r. poz. 168, z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Powołuje się Ośrodek ds. Opiniowania Sądowo-Lekarskiego i Orzecznictwa, zwany dalej „Ośrodkiem”.

§ 2.

1. Zadaniami Ośrodka są w szczególności:
- 1) opracowanie i zgłaszanie inicjatyw w zakresie tworzenia i zmiany przepisów prawnych regulujących status biegłych sądowych z zakresu medycyny;
 - 2) opiniowanie, opracowywanie i zgłaszanie inicjatyw dotyczących warunków wykonywania zadań przez biegłych sądowych z zakresu medycyny, w szczególności zasad ich wynagradzania;
 - 3) współpraca przy tworzeniu warunków do doskonalenia zawodowego biegłych sądowych z zakresu medycyny;
 - 4) tworzenie warunków do współpracy samorządu zawodowego lekarzy z organami odpowiedzialnymi za tworzenie regulacji prawnych dotyczących biegłych sądowych z zakresu medycyny oraz współpracy z organami wymiaru sprawiedliwości w sprawach dotyczących biegłych sądowych.
2. Ośrodek realizuje zadania we współpracy z okręgowymi radami lekarskimi.

§ 3.

1. Działalnością Ośrodka kieruje kierownik i Rada Ośrodka.
2. Kierownika Ośrodka powołuje na okres kadencji Naczelna Rada Lekarska spośród delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy lub okręgowy zjazd lekarzy.
3. W skład Rady Ośrodka wchodzi kierownik Ośrodka oraz od 3 do 5 członków powołanych przez Naczelną Radę Lekarską na okres kadencji. W skład Rady Ośrodka wchodzi co najmniej jeden lekarz dentyista, a gdy Rada Ośrodka liczy 5 członków – co najmniej dwóch lekarzy dentyistów.
4. Członków Rady Ośrodka Naczelna Rada Lekarska wybiera spośród kandydatów zaproponowanych przez kierownika Ośrodka. Kierownik Ośrodka przedstawia Naczelnej Radzie Lekarskiej kandydatów do Rady Ośrodka po uprzednim uzgodnieniu ich kandydatur z Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 4.

Do zadań kierownika Ośrodka należy:

**Dokumenty NRL
i Prezydium
znajdują się
na stronie
internetowej NIL
- www.nil.org.pl**

- 1) opracowywanie projektu programu działania Ośrodka;
- 2) kierowanie bieżącą działalnością Ośrodka;
- 3) zwoływanie posiedzeń Rady Ośrodka;
- 4) przedstawianie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej bieżących informacji dotyczących działalności Ośrodka oraz składanie corocznych sprawozdań z działalności Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 5.

Zadaniem Rady Ośrodka jest:

- 1) uchwalanie programu działania Ośrodka;
- 2) ustalanie harmonogramów realizacji zadań Ośrodka;
- 3) opracowywanie rocznego planu finansowego Ośrodka.

§ 6.

1. Rada Ośrodka pracuje na posiedzeniach lub w razie potrzeby poprzez ustalenia zapadające w drodze korespondencyjnej poprzez wymianę wiadomości email.

2. Z posiedzeń Rady Ośrodka sporządza się protokół, który zawiera:

- 1) numer kolejny protokołu;
- 2) datę posiedzenia;
- 3) porządek posiedzenia;
- 4) relację z przebiegu posiedzenia;
- 5) załączniki w postaci:
 - a) listy obecności,
 - b) treści przyjętych dokumentów.

3. W posiedzeniach Rady Ośrodka mogą brać udział zapraszani goście.

4. W przypadku ustaleń zapadających w drodze korespondencyjnej poprzez wymianę wiadomości email fakt podjęcia ustaleń dokumentuje Kierownik Ośrodka w formie pisemnej notatki wskazującej na treść podjętego ustalenia. Do notatki dołącza się wydrukowane wiadomości email przesłane przez członków Rady Ośrodka w sprawie podjętego ustalenia.

§ 7.

Obsługę administracyjną i finansową Ośrodka zapewnia biuro Naczelnej Izby Lekarskiej.

§ 8.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Andrzej Matyja

UCHWAŁA Nr 30/18/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie powołania kierownika Ośrodka ds. Opiniowania Sądowo-Lekarskiego i Orzecznictwa

Na podstawie art. 39 ust.1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168 z późn. zm.) oraz § 3 ust. 2 uchwały nr 29/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie Ośrodka ds. Opiniowania Sądowo-Lekarskiego i Orzecznictwa, uchwała się, co następuje:

§ 1.

Na stanowisko kierownika Ośrodka ds. Opiniowania Sądowo-Lekarskiego i Orzecznictwa na okres VIII kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej powołuje się Ryszarda Szozdę.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Andrzej Matyja

UCHWAŁA Nr 31/18/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie ustanowienia roku 2019 Rokiem Obchodów 30-lecia Reaktywowania Izb Lekarskich w Polsce

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 13 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2018 r. poz. 168, z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Ustanawia się rok 2019 Rokiem Obchodów 30-lecia Reaktywowania Izb Lekarskich w Polsce.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Andrzej Matyja

UCHWAŁA Nr 32/18/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie powołania Komitetu

Organizacyjnego centralnych obchodów Roku 30-lecia Reaktywowania Izb Lekarskich w Polsce

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 13 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2018 r. poz. 168, z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Powołuje się Komitet Organizacyjny centralnych obchodów Roku 30-lecia Reaktywowania Izb Lekarskich w Polsce, zwany dalej „Komitetem Organizacyjnym”, w składzie:

- 1) Krzysztof Madej - przewodniczący;
- 2) Paweł Czekalski;
- 3) Dariusz Hankiewicz;
- 4) Marek Jodłowski;
- 5) Grzegorz Mazur;
- 6) Marek Stankiewicz;
- 7) Jarosław Wanecki.

§ 2.

Zadaniem Komitetu Organizacyjnego jest zorganizowanie centralnych obchodów, o których mowa w § 1.

§ 3.

Zobowiązuje się Komitet Organizacyjny do przedstawiania Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej bieżących informacji o stanie przygotowań centralnych obchodów Roku 30-lecia Reaktywowania Izb Lekarskich w Polsce.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Andrzej Matyja

UCHWAŁA Nr 33/18/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 14 grudnia 2018 r. zmieniającą uchwałę w sprawie powołania zespołu ds. oceny ofert na zakup siedziby Naczelnej Izby Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4, art. 40 ust. 4 i art. 5 pkt 20 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168, z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1.

W uchwale nr 9/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 31 sierpnia 2018 r. w sprawie powołania zespołu ds. oce

Dokumenty NRL
i Prezydium
znajdują się
na stronie
internetowej NIL
- www.nil.org.pl

ny ofert na zakup siedziby Naczelnej Izby Lekarskiej § 2 otrzymuje następujące brzmienie:

„§ 2. Zobowiązuje się Zespół do przedstawienia w terminie do dnia 31 marca 2019 r. rekomendacji co do wyboru oferty na zakup nowej siedziby Naczelnej Izby Lekarskiej.”.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Andrzej Matyja

UCHWAŁA Nr 34/18/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie organizacji posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej poza siedzibą Naczelnej Izby Lekarskiej oraz zmiany uchwały w sprawie terminów posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej w roku 2019

Na podstawie art. 39 ust. 1 oraz art. 5 pkt 20 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168, z późn. zm.), uchwała się, co następuje:

§ 1.

Zorganizować posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 30 maja 2019 r. w Gdańsku w związku z odbywającym się Kongresem Polonii Medycznej.

§ 2.

W uchwale nr 20/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 9 listopada 2018 r. w sprawie terminów posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej w roku 2019 znosi się termin 31 maja.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Andrzej Matyja

UCHWAŁA Nr 35/18/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 14 grudnia 2018 r. zmieniająca uchwałę w sprawie wyboru mediatora

Na podstawie art. 113 ust. 3 ustawy

z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168) uchwała się, co następuje:

§ 1.

W uchwale nr 4/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 31 sierpnia 2018 r. § 1 otrzymuje następujące brzmienie:

„1. Do pełnienia funkcji mediatora w Naczelnej Izbie Lekarskiej na okres VIII kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej wybiera się:

- Zytę Kaźmierczak-Zagórską
- Lesława Jacka Pypcia.

2. Mediatorzy sprawują swoją funkcję do czasu wyboru mediatora na następną kadencję Naczelnej Rady Lekarskiej.”

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Andrzej Matyja

UCHWAŁA Nr 36/18/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie zasad wydawania Gazety Lekarskiej i Biuletynu Naczelnej Izby Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 17-18 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168, z późn. zm.) w związku z ustawą z dnia 26 stycznia 1984 r. Prawo prasowe (Dz. U. z 2018 r. poz. 1914) uchwała się, co następuje:

§ 1.

1. Naczelna Rada Lekarska wydaje Gazetę Lekarską i Biuletyn Naczelnej Izby Lekarskiej, zwany dalej Biuletynem oraz prowadzi portal www.gazetalekarska.pl, zwany dalej Portalem.

2. Gazeta Lekarska jest miesięcznikiem.

3. Biuletyn publikowany jest w miarę potrzeb, jako wkładka do Gazety Lekarskiej.

4. W Biuletynie zamieszcza się podlegające publikacji uchwały, stanowiska, apele i oświadczenia oraz wystąpienia organów Naczelnej Izby Lekarskiej, a także uchwały i oświadczenia Krajowej Komisji Wyborczej.

5. Portal ma charakter interaktywny

i jest aktualizowany na bieżąco. Portal stanowi element struktury Gazety Lekarskiej.

§ 2.

1. Powołuje się Radę Programową, która reprezentuje wydawcę.

2. Organami Gazety Lekarskiej są: Redaktor Naczelny oraz Kolegium Redakcyjne.

§ 3.

1. Rada Programowa Gazety Lekarskiej określa strategię polityki redakcyjnej Gazety Lekarskiej.

2. Rada Programowa Gazety Lekarskiej liczy 10 osób.

3. W skład Rady Programowej wchodzi:

1) członek Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej odpowiedzialny za politykę medialną;

2) 9 członków powoływanych i odwoływanych przez Naczelną Radę Lekarską.

4. Rada Programowa wybiera spośród siebie sekretarza.

5. Kadencja Rady Programowej kończy się po upływie trzech miesięcy od wyboru Naczelnej Rady Lekarskiej nowej kadencji.

§ 4.

1. Przewodniczącym Rady Programowej jest członek Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej odpowiedzialny za politykę medialną.

2. Do zadań Przewodniczącego Rady Programowej należy:

1) zwoływanie posiedzeń Rady Programowej;

2) organizowanie pracy i prowadzenie obrad Rady Programowej.

3. Przewodniczący Rady Programowej pełni rolę arbitra, w sytuacji rozbieżności opinii na temat artykułów niezakończonych do druku.

4. Rada Programowa podejmuje decyzje zwykłą większością głosów, w obecności co najmniej pięciu członków Rady Programowej. W razie równości głosów, rozstrzyga głos Przewodniczącego Rady Programowej.

5. Pod nieobecność Przewodniczącego Rady Programowej obradom przewodniczy inny członek, wskazany przez Przewodniczącego.

§ 5

Do zadań Rady Programowej należy:

1) określanie strategii polityki

Dokumenty NRL
i Prezydium
znajdują się
na stronie
internetowej NIL
- www.nil.org.pl

redakcyjnej Gazety Lekarskiej, w tym Portalu, z zachowaniem spójności z polityką komunikacyjną Naczelnej Izby Lekarskiej;

2) akceptacja proponowanej przez Kolegium Redakcyjne polityki redakcyjnej pisma oraz Portalu, w tym:

a) struktury pisma i układu graficznego (layout'u)

b) stałych rubryk drukowanej wersji Gazety Lekarskiej,

c) funkcjonalności i struktury Portalu,

d) polityki zarządzania treścią Portalu,

e) polityki reklamowej,

3) kwartalna i roczna ocena realizacji strategii oraz polityki redakcyjnej;

4) ocena poszczególnych wydań wersji drukowanej Gazety Lekarskiej;

5) analiza kwartalnych statystyk Portalu;

6) określenie organizacji i zasad gospodarki środkami finansowymi przeznaczonymi na działalność Gazety Lekarskiej, w szczególności w zakresie zatrudniania dziennikarzy i współpracowników redakcji, zawierania umów i ich treści, rozliczeń finansowych za wykonane materiały, druk i kolportaż;

7) opiniowanie zasad wynagradzania za publikacje w Gazecie Lekarskiej;

8) opiniowanie harmonogramu i zasad wspólnego kolportażu Gazety Lekarskiej i biuletynów okręgowych izb lekarskich;

9) określanie zasad i trybu przyjmowania oraz zatwierdzania tekstów i reklam;

10) określenie zasad obejmowania przez Gazetę Lekarską patronatu medialnego oraz zatwierdzanie decyzji o udzieleniu patronatu medialnego;

11) wnioskowanie o przeprowadzenie, przynajmniej raz na dwa lata, badania opinii czytelników i analiza wyników.

§ 6.

1. Gazetą Lekarską kieruje Redaktor Naczelny.

2. Redaktora Naczelnego powołuje i odwołuje Naczelna Rada Lekarska.

3. Do zadań Redaktora Naczelnego należy, w szczególności:

1) organizacja pracy redakcji w celu wydawania Gazety Lekarskiej w jej wersji drukowanej i Portalu, zgodnie ze strategią polityki redakcyjnej, określoną przez Radę Programową;

2) ścisła współpraca i koordynacja działań z organami Naczelnej Izby Lekarskiej i komórkami Biura NIL w celu zachowania spójności komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej Naczelnej Izby Lekarskiej;

3) dbałość o zapewnienie wysokiego poziomu merytorycznego, publicystycznego i edytorskiego Gazety Lekarskiej;

4) reprezentowanie Kolegium Redakcyjnego w relacjach z Radą Programową;

5) reprezentowanie Gazety Lekarskiej;

6) podejmowanie decyzji w sprawie zawartości kolejnych wydań Gazety Lekarskiej;

7) utrzymywanie kontaktu z przedstawicielami organów Naczelnej Izby Lekarskiej i okręgowych izb lekarskich w celu uzyskiwania informacji na temat działań tych organów;

8) zapewnienie sprawnego przepływu informacji między Gazetą Lekarską a redaktorami naczelnymi wydawnictw okręgowych izb lekarskich;

9) podejmowanie decyzji o patronatach medialnych Gazety Lekarskiej po uzgodnieniu z Radą Programową;

10) inspirowanie tematów publikacji i wydarzeń specjalnych organizowanych przez Gazetę Lekarską, podejmowanie współpracy z autorami zewnętrznymi oraz ocena merytoryczna i dziennikarska projektów artykułów;

11) aktywny udział w promocji Gazety Lekarskiej w tym, wśród lekarzy, dziennikarzy, w środowiskach eksperckich m.in. za pośrednictwem mediów społecznościowych;

12) zwoływanie, co najmniej raz w tygodniu Kolegium Redakcyjnego oraz co najmniej dwa razy w miesiącu, spotkania dziennikarzy i współpracowników publikujących w Gazecie Lekarskiej;

13) wnioskowanie do Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej o zatrudnienie pracowników w Gazecie Lekarskiej;

14) koordynacja pracy dziennikarzy i współpracowników,

15) delegowanie pracowników i osób współpracujących z Gazetą Lekarską do udziału w zjazdach, konferencjach, imprezach;

16) nadzór nad biurem reklamy Gazety Lekarskiej;

17) wykonywanie innych czynności przewidzianych w prawie prasowym.

4. Redaktor Naczelny ponosi osobistą i służbową odpowiedzialność za treść publikowanych w Gazecie Lekarskiej materiałów prasowych, zgodność polityki reklamowej ze strategią oraz za sprawy finansowe i redakcyjne.

§ 7.

Redaktor Naczelny oraz Kolegium Redakcyjne mają prawo do skracania i edycji tekstów przeznaczonych do publikacji z uwzględnieniem prawa autorskiego oraz prawa prasowego.

§ 8.

1. Kolegium Redakcyjne zajmuje się przygotowaniem bieżących wydań Gazety Lekarskiej.

2. Na czele Kolegium Redakcyjnego stoi Redaktor Naczelny Gazety Lekarskiej.

3. Kolegium Redakcyjne tworzą:

1) Redaktor Naczelny;

2) Zastępcę Redaktora Naczelnego;

3) Sekretarz Redakcji;

4) Redaktor prowadzący Portalu;

5) Redaktor Biuletynu;

6) wskazana przez Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej osoba odpowiedzialna w Naczelnej Izbie Lekarskiej za współpracę z mediami i komunikację;

4. Do prac w Kolegium Redakcyjnym Redaktor Naczelny zaprasza Przewodniczącego Rady Programowej, który ma prawo wziąć udział w posiedzeniu Kolegium Redakcyjnego.

§ 9.

Do zadań Kolegium Redakcyjnego należy w szczególności:

1) realizacja strategii polityki redakcyjnej Gazety Lekarskiej;

2) wydawanie kolejnych numerów Gazety Lekarskiej, w tym:

a) ustalanie układu i tematu numeru,

b) zapewnienie różnorodności form dziennikarskich, inspirowanie ilustracji,

c) opiniowanie artykułów nadesłanych do redakcji oraz innych tekstów, ilustracji i reklam przygotowywanych do publikacji,

d) inicjowanie artykułów, cykli wydawniczych, dodatków tematycznych, działań promujących Gazetę Lekarską.

§ 10.

1. Sekretarzem Redakcji jest osoba wyznaczona przez Redaktora Naczelnego.

Dokumenty NRL i Prezydium znajdują się na stronie internetowej NIL - www.nil.org.pl

2. Do zadań Sekretarza Redakcji należy:

- 1) bieżąca współpraca z redaktorem prowadzącym portal Gazety Lekarskiej;
- 2) bieżąca współpraca z autorami;
- 3) przygotowanie propozycji tematycznego rozkładu wydania bieżącego numeru Gazety,
- 4) zlecenie przygotowania materiałów do stałych rubryk,
- 5) zgłaszanie uwag autorom, adiacja, edycja tekstów, ich korekta pod względem językowym, ortograficznym i stylistycznym,
- 6) nadzór nad terminowością spływania materiałów i harmonogramów współpracy z drukarnią oraz innymi podwykonawcami;
- 7) sporządzanie dokumentu obrazującego układ materiałów redakcyjnych i reklam („szpigiel”) zgodnie z wymaganiami klientów i dostarczanie go Redaktorowi Naczelnemu;
- 8) sporządzanie umów z autorami publikacji.

§ 11.

Redaktorem Naczelnym Biuletynu jest Zastępca Sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 12.

1. Redaktor prowadzący Portalu www.gazetalekarska.pl jest wyznaczany przez Redaktora Naczelnego Gazety Lekarskiej.

2. Do zadań Redaktora prowadzącego Portalu www.gazetalekarska.pl należy, m.in.:

- 1) publikowanie, w porozumieniu z Sekretarzem Redakcji, materiałów na Portalu,
- 2) rozwój portalu Gazety Lekarskiej w formule aktualizowanej na bieżąco;
- 3) koordynowanie aktywności Gazety Lekarskiej w mediach społecznościowych;
- 4) dbanie o odpowiednie pozycjonowanie w internecie treści i portalu Gazety Lekarskiej.

§ 13.

Działalność Gazety Lekarskiej finansowana jest w ramach planu budżetowego Naczelnej Izby Lekarskiej.

§ 14.

Traci moc uchwała nr 19/10/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 maja 2010 r. w sprawie zasad wydawania Gazety Lekarskiej i Biuletynu Naczelnej

Izby Lekarskiej.

§ 15.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Andrzej Matyja

UCHWAŁA Nr 37/18/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie powołania Redaktora Naczelnego Gazety Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 18 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168, z późn. zm.) w związku z § 6 ust. 2 uchwały nr 36/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie zasad wydawania Gazety Lekarskiej i Biuletynu Naczelnej Izby Lekarskiej, uchwała się, co następuje:

§ 1.

Powołuje się Panią Martę Jakubiak na stanowisko Redaktora Naczelnego Gazety Lekarskiej.

§ 2.

Traci moc uchwała nr 21/10/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 maja 2010 r. w sprawie powołania redaktora naczelnego Gazety Lekarskiej.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Andrzej Matyja

UCHWAŁA Nr 38/18/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie powołania członków Rady Programowej Gazety Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 18 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168, z późn. zm.) w związku z § 3 ust. 3 pkt 2 uchwały nr 36/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie zasad wydawania Gazety Lekarskiej i Biuletynu

nu Naczelnej Izby Lekarskiej, uchwała się, co następuje:

§ 1.

W skład Rady Programowej Gazety Lekarskiej powołuje się:

- 1) Krzysztofa Madeja - Przewodniczący
- 2) Ryszarda Golańskiego
- 3) Marka Stankiewicza
- 4) Jarosława Waneckiego
- 5) Jarosława Bilińskiego
- 6) Damiana Pateckiego
- 7) Pawła Czekalskiego
- 8) Sławomira Badurka
- 9) Jacka Woszczyka
- 10) Dariusza Pałuszka.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Andrzej Matyja

STANOWISKO Nr 14/18/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z ochroną zdrowia i życia dzieci poczętych metodą in vitro

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z ochroną zdrowia i życia dzieci poczętych metodą in vitro, nadesłanym przy piśmie pana Adama Podgórskiego – Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 14 listopada 2018 r., znak: GMS-WP-173-306/18 negatywnie opiniuje przedmiotowy projekt ustawy.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Andrzej Matyja

STANOWISKO Nr 15/18/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o ustanowieniu „Programu modernizacji Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Ochrony Państwa w latach 2017-2020”

Dokumenty NRL
i Prezydium
znajdują się
na stronie
internetowej NIL
- www.nil.org.pl

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o ustanowieniu „Programu modernizacji Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Ochrony Państwa w latach 2017-2020”, nadesłanym przy piśmie pana Adama Podgórskiego – Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 21 listopada 2018 r., znak: GMS-WP-173-313/18 nie zgłasza uwag do przedmiotowego projektu.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**STANOWISKO Nr 16/18/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 14 grudnia 2018 r.
w sprawie projektu ustawy
o realizowaniu usług społecznych
przez centrum usług społecznych**

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem ustawy o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych, nadesłanym przy piśmie pana Adama Podgórskiego – Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 26 listopada 2018 r., znak: GMS-WP-173-317/18 negatywnie opiniuje przedmiotowy projekt.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej w celu właściwego wykonywania zadań z zakresu usług społecznych nie jest konieczne tworzenie centrum usług społecznych jako nowej jednostki organizacyjnej gmin, a zarazem nowej instytucji lokalnej polityki społecznej, tylko prawidłowe wykonywanie działań z tego zakresu przy wykorzystaniu obecnie istniejących ram prawnych.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**STANOWISKO Nr 17/18/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 14 grudnia 2018 r.
w sprawie poselskiego projektu
ustawy o zmianie ustawy**

**o cudzoziemcach oraz niektórych
innych ustaw**

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o cudzoziemcach oraz niektórych innych ustaw, nadesłanym przy piśmie Pana Adama Podgórskiego – Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 30 listopada 2018 r., znak: GMS-WP-173-321/18 nie zgłasza uwag do przedmiotowego projektu.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**APEL Nr 4/18/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 14 grudnia 2018 r.
do Ministra Nauki i Szkolnictwa
Wyższego i Ministra Zdrowia
w sprawie profilu kształcenia na
kierunku lekarsko-dentystycznym**

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz do Ministra Zdrowia, aby w rozporządzeniu określającym standardy kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza dentysty, które zostanie wydane na podstawie art. 68 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, profil kształcenia na kierunku lekarsko-dentystycznym został określony jako ogólnoakademicki.

Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę, że obecnie obowiązujące rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz.U. z 2018 poz. 345) w przypadku studiów na kierunku lekarskim określa, że studia te mają profil ogólnoakademicki, natomiast nie określa, jaki jest profil studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym.

W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce ww. rozporządzenie z dnia 9 maja 2012

r. najpóźniej z dniem 1 października 2019 r. utraci moc i konieczne będzie wydanie przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w porozumieniu z Ministrem Zdrowia nowego rozporządzenia określającego standardy kształcenia na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym. Naczelna Rada Lekarska apeluje, aby w przyszłym rozporządzeniu zarówno profil studiów lekarskich jak i profil studiów lekarsko-dentystycznych został określony jako ogólnoakademicki.

Alternatywą dla profilu ogólnoakademickiego jest kształcenie o profilu praktycznym, które w nawet przeważającej większości oparte może być na zajęciach kształtujących jedynie umiejętności praktyczne. Lekarze dentyści, pracując w małych zespołach lub jednoosobowo, w trosce o jakość swej pracy, zmuszeni są dokonywać wyborów optymalnych metod leczenia (materiały, systemy narzędzi, techniki zabiegowe). Biorąc pod uwagę dynamiczny rozwój branży stomatologicznej we wszystkich wymienionych aspektach, kształcenie studentów - przyszłych lekarzy dentyistów powinno w szczególności prowadzić do nabycia przez nich umiejętności weryfikacji, na bazie wiedzy opartej na dowodach naukowych, napływających informacji o wprowadzanych nieustannie nowych metodach i technikach stosowanych w profilaktyce, diagnostyce i leczeniu. Do tego nie przygotuje standard kształcenia o profilu praktycznym w dużo mniejszym stopniu związanym z działalnością naukową uczelni.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej w rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie standardów kształcenia, które będzie wydane na podstawie art. 68 ust. 3 pkt 1 Prawa o szkolnictwie wyższym i nauce zarówno dla kierunku lekarskiego, jak i kierunku lekarsko-dentystycznego powinien być przypisany profil ogólnoakademicki.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

Dokumenty NRL
i Prezydium
znajdują się
na stronie
internetowej NIL
- www.nil.org.pl

BADANIE PRZEDMIOTOWE

Złota kaczka

Był sobie lekarz na Mazowszu. Miał na imię Lutek, a wszelka zbieżność jego losów z legendarnym przodkiem, błądzącym niegdyś w podziemiach warszawskiego pałacu Ordynackiego, jest zupełnie nieprzypadkowa. Bo i Lutek błądził, chcąc odmienić swój los – tyle że w meandrach systemu opieki zdrowotnej.



JOANNA SOKOŁOWSKA

pediatra, felietonista

Cale swoje zawodowe życie zajmował się leczeniem nadwiślańskiej diatwy. Robił to z zapałem i poświęceniem, bo z rodzinnego domu i ze swojej Alma Mater wyniósł przekonanie, że bycie lekarzem to rzemiosło z misją i z powołania. Uczył się więc i pracował od świtu do świtu, za nic mając zmęczenie i nieco kpiące spojrzenia kolegów innych profesji.

Lubili go za to mali pacjenci, a ich rodzice szanowali za wiedzę i lekarskie umiejętności.

- Dobry lekarz i dobry człowiek, ale majątku nie zdobędzie! - ćwierkały o Lutku mazowieckie wróble. Dużo w tym było prawdy - pracował bowiem Lutek w pewnym szpitalu. Pan Dyrektor zaś tego szpitala, jak na dyrektora przystało, każdą złotówkę odkładał i inwestował. Tylko w Lutka jakoś zainwestować nie chciał. Niby mu płacił, ale nie za dużo, żeby się czasem chłopinie w głowie nie poprzewracało. Czasem mu kupił obuwie szpitalne i fartuch, ale zawsze taki, by uwierał Lutka pod pachami i przypominał swoją niewygodą, na jakie koszty szpital został wystawiony.

Ostatecznie przecież Lutkowi zawsze pozostawało poczucie

spełnionej misji i czynienia dobra - a to przecież cenniejsze od wszelkich pieniędzy! Nie domagał się zresztą niczego więcej - sam zapewniał sobie szpitalny wikt i opierunek, a i za nauki u mistrzów zawodu płacił z własnej kieszeni.

Jakoś tak niepostrzeżenie, z biegiem lat, okazało się, że takich jak Lutek można policzyć na palcach jednej dłoni. Koledzy, którzy rozpoczynali z nim szpitalną karierę, tracili z czasem cierpliwość, zaangażowanie i zdrowie - odchodzili do pracy w ambulatorium, wyjeżdżali, zmieniali zawód. Nowych czeladników nie było... Ale przecież Lutek sam świetnie sobie dawał radę. A ponieważ pracował za dwóch, Pan Dyrektor płacił mu... trochę więcej niż za jednego. I wszyscy, łącznie z Lutkiem, udawali, że tak po prostu być musi. Czasem sprytny

pracodawca zatrudniał na dzień lub dwa innego lekarza, tak by „dziesięcinny doktor” odsapnął, ale i równocześnie przypominał sobie, że nie jest niezastąpiony.

Miał czasem Lutek momenty zwątpienia, nie był przecież głupi. Kiedy widział, że jego rówieśnicy ze szkolnej ławy świątek i piątek spędzają we własnych łóżkach, na wakacje jeżdżą lepszymi samochodami i w lepsze „destynacje” - tupał z rozgorączkaniem trepmi po szpitalnych korytarzach, złorzeczył Panu Dyrektorowi i groził odejściem z pracy. Raz nawet założył związek zawodowy...

- Cierpliwości! - uspokajano go wtedy. - Poczekaj rok, dwa. Będzie lepiej...

I Lutek czekał. Mijały lata, a zmian na lepsze ani widu, ani słyhu!

- Może ja też gdzieś wyjadę? - myślał, ale zaraz żał mu się robiło tego miejsca i ludzi, z którymi przez lata związał swój lekarski los.

Aż pewnego dnia przeczytał ogłoszenie. „Uzyskasz skarby, jakich nikt na świecie nie ma i mieć nie będzie, panem będziesz, bogaczem, jeśli spełnisz co do joty to, co ci powiem” - kusił anons, a brzmiało to zupełnie jak zaklęcie złego ducha przemienionego niegdyś w złotą kaczkę.

“

„Złota kaczka” polskiej ochrony zdrowia to zaniedbany przez lata system, w którym nie stworzono żadnej polityki zatrudnienia.



Usłyszał głos przodka z podziemi warszawskiej ulicy Tamka: „Nie dukat, paniczu, daje szczęście, ino praca i zdrowie”*. Posłuchał doktor głosu przodka i nie porzucił swoich starych pediatrycznych śmieci.

I choć obietnice padały z ust urzędnika, a nie z ptasiego dzioba, zakreśliło się w głowie łapiduchowi od wizji tak radykalnej poprawy swojego losu (lub choćby stanu swojego konta). Postanowił sprawdzić – propozycja dotyczyła pracy w innym, pobliskim szpitalu. Inny Pan Dyrektor szukał pediatry, oferując trzydzieści tysięcy złotych i służbowe mieszkanie. To dużo, dużo więcej niż Lutek zarabiał w swoim miejscu pracy.

Sprawdził – ogłoszenie wciąż było aktualne. Mało tego – jakby właśnie na Lutka czekało!

W lokalnej, a nawet ogólnopolskiej prasie pojawiały się bowiem doniesienia zdumionych dziennikarzy – nikt, dosłownie nikt, nie chciał pracować na zaproponowanych warunkach! Nie chcieli nawet znajomi tego Pana Dyrektora z innego szpitala! Dziennikarze nie dociekali dlaczego – wszak napisali już tysiące słów o tym, że lekarzy

brakuje, a ci, którzy pracują, zarabiają krocie. Teraz, za sprawą powyższego ogłoszenia, krocie przybrały rzeczywistą postać okrągłej sumki.

Coś mówiło Lutkowi, że diabeł (kaczka?) tkwi w szczegółach. Wczytał się w treść anonisu ze zrozumieniem. Oferta zakładała pracę w dowolnym (czytaj: nieograniczonym) wymiarze godzin, za dnia i w nocy, na oddziale i w przychodni, z pełną odpowiedzialnością prawną i finansową. I możliwość zrobienia specjalizacji w przerwach między dyżurami – taki branżowy żart... A „służbowe mieszkanko”? Czy to nie eufemistyczne określenie pokoju lekarskiego wyposażonego w szpitalną leżankę?

Zrozumiał doktor Lutek, że ktoś tu kogoś chce zwyczajnie wziąć w jasyr! Jakby dla potwierdzenia usłyszał głos przodka z podziemi warszawskiej ulicy Tamka: „Nie dukat, paniczu, daje szczęście, ino

praca i zdrowie”*. Posłuchał doktor głosu przodka i nie porzucił swoich starych pediatrycznych śmieci. Wypowiedział klauzulę opt-out i pojechał na urlop w Bieszczady.

Może więc tli się w nas – nie tylko mazowieckich Lutkach – jeszcze iskierka etosu pięknego, lekarskiego powołania? Choć niektórzy już podpowiadają, że po prostu oferowana kwota była zbyt niska...

Zapyta ktoś o to, kim lub czym jest zły duch tej opowieści. Ta „złota kaczka” polskiej ochrony zdrowia to zaniedbany przez lata system, w którym nie stworzono żadnej polityki zatrudnienia. To przyzwolenie na tworzenie „prawa”, pozwalającego na tego prawa omijanie. To wreszcie milcząca zgoda na pracę lekarza powyżej wszelkich norm i granic rozsądku.

W nowym roku życzę nam wszystkim, byśmy mogli powiedzieć sobie wreszcie: „A o złotej kaczce słuch zaginął. I dzięki Bogu!”*.

* Cytaty z: Artur Oppman, „Legendy warszawskie. Złota kaczka”.



Serdecznie dziękuję za wszelkie wpłaty, dzięki którym możemy pomagać naszym podopiecznym – Koleżankom i Kołegom, 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: Gdańska, Inowrocławia, Miedzianej Góry, Grodziska Mazowieckiego, Warszawy, Legnicy, Swarzędza, Nowego Sącza, Tarnowa, Mielca, Szczecina.

Szczególne podziękowania kieruję także do wszystkich, którzy przekazali swój 1% podatku na rzecz naszej Fundacji, i zachęcam kolejnych darczyńców, by rywnież to uczynili.



Przeznacz swój 1% na Fundację Lekarze Lekarzom

Procedura przekazania 1% podatku jest wyjątkowo prosta: wystarczy, że w składanym zeznaniu rocznym wskażemy organizację pożytku publicznego, którą chcemy wesprzeć. W zeznaniu podatkowym nie trzeba wpisywać nazwy organizacji, której chcemy oddać swój 1%. Wystarczy wpisać w konkretnej rubryce numer KRS Fundacji Lekarze Lekarzom: **0000409693** oraz kwotę, jaką chcemy przekazać.

Zapraszamy do zapoznania się ze szczegółami działalności Fundacji na fl.org.pl.

Mariusz Janikowski, prezes Zarządu Fundacji Lekarze Lekarzom

W PIGULCE

ARES poleci w kosmos



“

Nowotwór
i grawitacja

Studenci Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu będą pierwszym w historii polskim zespołem akademickim, który przeprowadzi badania z dziedziny medycyny i astrobiologii we współpracy z Europejską Agencją Kosmiczną (ang. European Space Agency, ESA).

ESA to organizacja międzynarodowa z siedzibą główną w Paryżu, zrzeszająca 22 państwa członkowskie i współpracująca z organizacjami kosmicznymi spoza Europy.

Projekt zespołu ARES zaakceptowano do realizacji w 2019 r. w ramach programu „Spin Your Thesis!” To eksperyment, badający funkcjonowanie komórek nowotworowych w zmienionej grawitacji przy wykorzystaniu

urządzenia Large Diameter Centrifuge (pozawala ono przeprowadzać eksperymenty na próbkach wystawionych na działanie grawitacji innej mocy niż ta, która jest odczuwana w warunkach ziemskich). Badanie ma też umożliwić zgłębienie wiedzy na temat oporności wielolekowej występującej w niektórych typach raka, która przyczynia się do niepowodzeń w leczeniu. Komórki zostaną poddane czterem różnym poziomom hipergrawitacji (5, 10, 15 i 20 g) i będą narażone na różne warunki kontrolne w obecności lub przy braku leków cytostatycznych.

W projekcie wezmą udział także studenci Politechniki Gdańskiej i Politechniki Wrocławskiej. ■



WWW.GAZETALEKARSKA.PL

Wykładowca
doskonały

Dr hab. n. med. Ewa Czochrowska z Zakładu Ortodontji Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego jest pierwszym polskim ortodontą, który otrzymał nagrodę The Distinguished Teacher Award. Każdego roku Europejskie Towarzystwo Ortodontyczne przyznaje ją wyróżniającemu się wykładowcy w dziedzinie ortodontji. Przyznanie tej nagrody wiąże się z możliwością wygłoszenia wykładów na dwóch europejskich uniwersytetach. ■

Współtworzą wytyczne w ESC

Prof. Piotr Jankowski, sekretarz ZG PTK, dr n. med. Paweł Balsam, dr n. med. Katarzyna Małaczyńska-Rajpold, dr hab. n. med. Radosław Lenarczyk, dr hab. n. med. Michał Farkowski, dr n. med. Michał Chudzik, dr hab. n. med. Przemysław Mitkowski oraz prof. Zbigniew Kalarus, prezes PTK w kadencji 2013-2015 zostali nominowani do Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ang. European Society of Cardiology, ESC), by współtworzyć politykę tego towarzystwa na najbliższe lata.

Prof. Zbigniew Kalarus: - Działamy w różnych strukturach, każdy z nas ma więc przypisane trochę

inne zadania. Moja obecność w tej grupie dotyczy działalności w Zespole Dokumentów Ekspertckich Asocjacji Rytmu Serca. ESC co roku wydaje kilka bardzo ważnych tzw. wytycznych, czyli dokumentów, stanowiących zalecenia w zakresie diagnostyki i leczenia poszczególnych schorzeń lub grup schorzeń - jak należy je diagnozować i leczyć. W ciągu roku tworzonych jest 4-5 takich dokumentów. Stanowią one uzupełnienie do już istniejących wytycznych. Do udziału w ich opracowaniu zapraszani są kardiologowie z całej Europy. My akurat działamy w obszarze arytmii, szeroko pojętej elektroterapii. Spotykamy się kilka razy w roku przy okazji kongresów kardiologicznych i debatujemy, jakie zagadnienia powinny się znaleźć na liście tematów uzupełniających wytyczne ESC. Nasza działalność jest więc potrzebna i ma wymiar praktyczny, gdyż tymi wytycznymi posługują się lekarze w codziennej pracy. ■



LIDIA
SULIKOWSKA

dziennikarz

RAPORT WHO

Zdrowie dookoła globu

W jakiej kondycji zdrowotnej jest ludność na świecie? W których obszarach nastąpiła poprawa, a gdzie ciągle występują olbrzymie problemy? Jakie bolączki dotyczą Afryki, Europy, Ameryki Północnej i innych regionów? Gdzie jest Polska?

© L.SULIKOWSKA@GAZETALEKARSKA.PL

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) co roku publikuje raport na temat sytuacji zdrowotnej na świecie. Czego dowiadujemy się z najnowszego? „World Health Statistics 2018 - Monitoring Health for the SDGs” przedstawia dane ze 194 państw, obejmujące kilkadziesiąt wskaźników związanych ze zdrowiem, determinujących cele zrównoważonego rozwoju. Dyrektor generalny WHO dr Tedros Adhanom Ghebreyesus w słowie wstępnym podkreśla, że udało się osiągnąć znakomity postęp w kilku obszarach, ale wciąż pozostało jeszcze wiele wyzwań. To oczywiście, że najtrudniejsza

sytuacja jest w krajach słabo i średnio rozwiniętych, ale niektóre statystyki potrafią zaskoczyć.

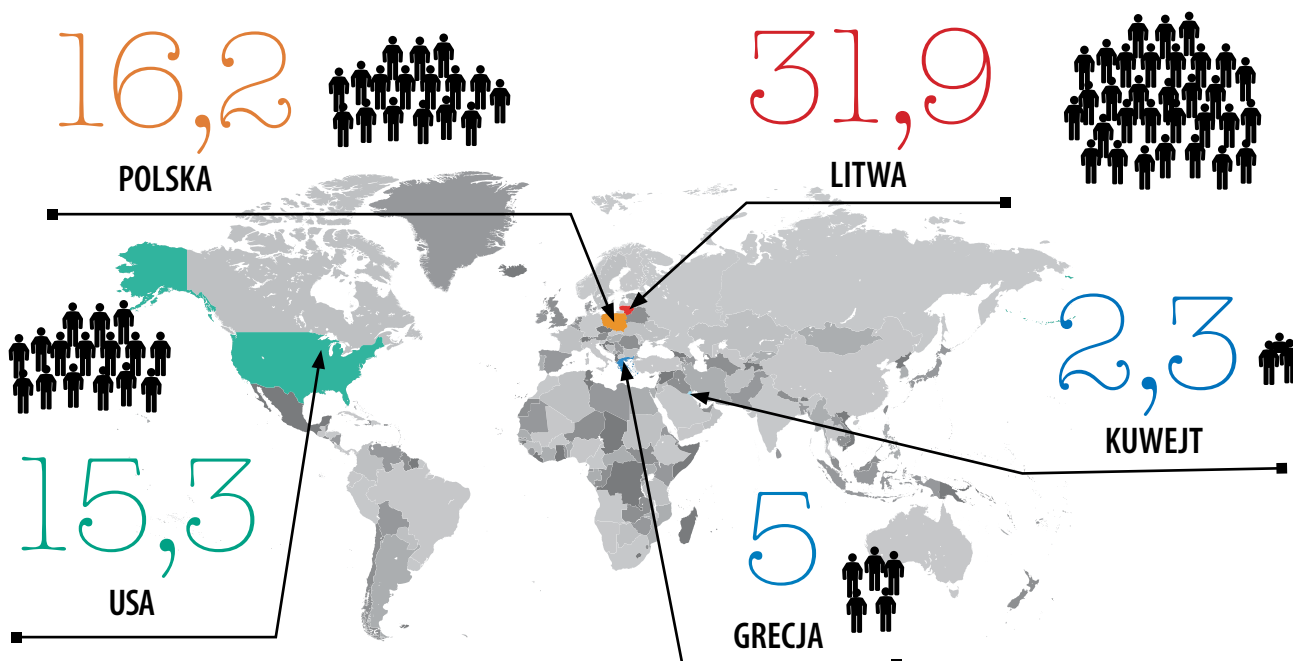
MNIEJ ZGONÓW DZIECI

Autorzy raportu podkreślają duży sukces, jakim jest zmniejszenie śmiertelności dzieci poniżej 5. roku życia. W 1990 r. notowano 93 zgony na 1000 żywo urodzonych dzieci, a dwadzieścia sześć lat później zredukowano tę liczbę do 41. Niemniej jednak, każdego dnia umiera 15 tys. dzieci, nie dożywając swoich piątych urodzin. Najgorsza sytuacja jest m.in. w Somalii, Czadzie, Republice Środkowoafrykańskiej, Sierra Leone i Mali - tam dochodzi do ponad 100 zgonów na

1000 żywo urodzonych dzieci. Najlepsze wskaźniki notują Islandia, Finlandia, Słowenia, Luksemburg, Cypr, Andora, San Marino, Estonia, Japonia, Singapur i Norwegia (2-3/1000). Polska ma wynik na poziomie 4,7, co daje miejsce w połowie stawki krajów europejskich, wyprzedzamy natomiast m.in. USA czy Kanadę.

Dużo lepiej nasz kraj wypada w kwestii umieralności okołoporodowej matek - osiągając 3/100 000, mamy najlepszy wynik na świecie, na równi z Finlandią, Grecją i Islandią. Największy problem jest w Afryce, a zdecydowanie najgorzej w Sierra Leone, gdzie sytuacja jest ponad 450 razy gorsza niż w Polsce.

SAMOBÓJSTWA (WYBRANE KRAJE) (NA 100 TYS. MIESZKAŃCÓW)



ZGONY SPOWODOWANE ZANIECZYSZCZONYM POWIETRZEM (WYBRANE KRAJE) (NA 100 TYS. MIESZKAŃCÓW)

324,1

SIERRA LEONE

129,3

TADŻYKISTAN

37,9

POLSKA

7,2

FINLANDIA

Biorąc pod uwagę liczbę urodzeń w aśyście wykwalifikowanego personelu medycznego, ponownie bardzo źle wypada większość krajów Afryki, ale też m.in. Haiti, Afganistan, Bangladesz i Jemen. Europa, w tym Polska, prezentują się świetnie. – Warto jednak zauważyć, że prócz Polski i większości krajów Europy, a także reszty świata, poziom 100 proc. prezentuje także Botswana i Mauritius, a Seszele, Algieria i RPA są temu bardzo bliskie – zauważa Robert Mołdach z Instytutu Zdrowia i Demokracji. Co ciekawe, danych w tym zakresie nie udało się uzyskać m.in. ze Szwecji, Belgii, Szwajcarii i Wielkiej Brytanii.

Rozpatrując statystyki dotyczące dzieci poniżej 5. r. ż., warto zwrócić uwagę na problem niedożywienia, ale też i nadwagi. Co interesujące, w Afryce sytuacja jest zróżnicowana – w takich krajach jak m.in. Senegal, Nigeria, Czad, Etiopia, Gambia w przevažającej większości mamy problem z niedożywieniem, to już w Rwandzie czy Gabonie – z nadwagą. W regionie Ameryk i Europy problemem jest zdecydowanie nadwaga. Wzorem pozostaje Japonia, gdzie problemy te są marginalne.

EPIDEMIA XXI WIEKU

W 2016 r. odnotowano 57 mln zgonów na całym świecie. Najczęstszymi przyczynami były choroby sercowo-naczyniowe, nowotwory, przewlekłe choroby układu oddechowego i cukrzyca.

U osób poniżej 70 r.ż. największe prawdopodobieństwo śmierci spowodowane właśnie tymi schorzeniami występuje w części krajów afrykańskich, z Sierra Leone na czele, a także m.in. w Mongolii, Turkmenistanie i Afganistanie, najmniejsze zaś w Japonii, Szwajcarii, Islandii, Szwecji, Norwegii, we Włoszech, Izraelu, Hiszpanii

“

Autorzy raportu zwracają uwagę, że w 2016 r. aż 91 proc. populacji na świecie oddychało zanieczyszczonym powietrzem.

i Australii. Polska znalazła się w drugiej połowie stawki krajów europejskich, a lepsze wskaźniki od naszego kraju wykazało wiele państw z innych regionów, m.in. USA, Kanada, Jamajka, Tajlandia, Malediwy, Bahrajn, Maroko, a także ponad 10 krajów Afryki.

W dalszym ciągu duży problem na świecie stanowią samobójstwa – w 2016 r. 800 tys. osób zmarło z tego powodu. Jak wygląda sytuacja w poszczególnych krajach? Najgorsze wyniki prezentuje Litwa (31,9/100 tys.), za nią Rosja, Gujana, Białoruś. Polska ma wynik 16,2/100 tys. mieszkańców, dużo lepsze wskaźniki prezentuje większość krajów Europy, jednak równie poważny problem co my mają m.in. Japonia, Szwajcaria, Francja i Węgry, niewiele lepiej jest w USA.

Ciekawie prezentują się wskaźniki spożycia czystego alkoholu. Największe odnotowano w Mołdawii, na Litwie, w Czechach, Niemczech, Luksemburgu, Irlandii, Nigerii. W czołowiec jest także niestety Polska, wyprzedzając większość krajów afrykańskich, wszystkie państwa regionu Ameryk, nie mówiąc już o krajach z pozostałych regionów świata.

Problemem, szczególnie dla krajów Czarnej Kontynentu, są zakażenia wirusem HIV. Najgorszy wynik prezentuje Lesotho z zakażeniami na poziomie 12,68/1000 mieszkańców (średnia

dla świata to 0,26, ale wiele krajów notuje wynik poniżej 0,1 i mniej). Dla części państw raport nie podaje danych, to dotyczy m.in. Polski, Austrii, Belgii, Grecji, Rosji i Norwegii.

POWIETRZE, KTÓRE ZABIJA

Autorzy raportu zwracają uwagę, że w 2016 r. aż 91 proc. populacji na świecie oddychało zanieczyszczonym powietrzem, a ponad połowa ludności zamieszkującej miasta była narażona na wdychanie powietrza, które jest zanieczyszczone co najmniej 2,5 razy więcej niż dopuszczają normy bezpieczeństwa, ustanowione przez WHO. Szacuje się, że z powodu złej jakości powietrza traci życie aż 7 mln ludzi rocznie. Najgorsze wskaźniki są w Sierra Leone i Nigerii (ponad 300 zgonów/100 tys. mieszkańców). W Europie najgorzej wypada Tadżykistan (129,3/100 tys.), a najlepiej Finlandia i Szwecja (7,2/100 tys.). Polska znajduje się w środku krajów europejskich – ze wskaźnikiem 37,9.

Raport WHO bazuje na danych dostępnych na początku 2018 r., dlatego niektóre informacje odnoszą się do 2017 r., ale część pochodzi z 2016 r., co jest związane z polityką zbierania i udostępniania informacji przez poszczególne kraje. Trzeba mieć na uwadze, że w części państw dostępność i jakość danych pozostawia wiele do życzenia i mogą one nie oddawać pełnego obrazu sytuacji, niemniej jednak publikacja jest wartościowa, bo pozwala spojrzeć na kraje z szerszej, ogólnosiwiatowej perspektywy. Wszelkie tego typu opracowania zbiorcze, choć w wielu elementach niedoskonałe, to jednak pozwalają zobaczyć, w którym miejscu jesteśmy, co możemy poprawić, a czym się pochwalic. Ujrzeć punkt, do którego się odnosimy. I dlatego warto do nich zaglądać. ■

W PIGUŁCE

Audiodiagnoza

To może być rewolucja. Polacy chcą stworzyć aplikację, która wykryje problemy zdrowotne dzięki analizie głosu pacjenta.

Naukowcy i lekarze z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku oraz eksperci z jednej z krakowskich firm chcą opracować system diagnostyki komputerowej VAMP (Voice Analysis for Medical Professionals). Projekt, w ramach którego m.in. powstanie specjalna aplikacja

oddechowego, krążenia i nerwowego. Korzystająca z tej metody aplikacja, po analizie uzyskanych danych, umożliwi wykrycie wczesnych objawów chorobowych. Dzięki temu sugestia rozpoznania będzie mogła być stawiana nie tylko w trakcie wizyty, ale również podczas rozmowy telefonicznej z pacjentem. – Zadaniem aplikacji nie jest wyręczanie pracowników ochrony zdrowia, ale doprowadzenie do tego, aby osoby wymagające kontaktu z lekarzami, wcześniej zgłaszały się do nich – podkreśla prof. Karol Kamiński, kierownik Zakładu Medycyny Populacyjnej i Prewencji Chorób Cywilizacyjnych UMB. Jego zdaniem, dzięki zastosowaniu takiej innowacji niektórzy pacjenci wcześniej rozpoczną leczenie, bo szybciej zostaną wykryte niepokojące objawy, co może prowadzić również m.in. do uniknięcia hospitalizacji. W badaniach prowadzonych na potrzeby systemu VAMP weźmie udział ponad 500 osób, w tym pacjenci z zaburzeniami neurologicznymi (np. przebytymi udarami i zmianami

naczyniopochodnymi w ośrodkowym układzie nerwowym), chorobą wieńcową i miażdżycą tętnic obwodowych, niewydolnością serca, otyłością, zespołem metabolicznym, cukrzycą, niedoczynnością tarczycy, zespołem policystycznych jajników, chorobami układu oddechowego, schizofrenią. Tak bardzo zróżnicowane problemy medyczne wybrano celowo. Obecnie rzadko używa się analizy mowy w diagnostyce medycznej. Zaburzenia psychiczne, przewlekłe choroby zapalne czy zaburzenia funkcji gruczołów wydzielania wewnętrznego, wpływają na mowę, a zarazem mogą stanowić istotne czynniki ryzyka miażdżycy i chorób serca. „Wcześniejsze wykrycie i leczenie tych zaburzeń może zmniejszyć śmiertelność sercowo-naczyniową. W niewydolności krążenia jednym z pierwszych objawów pogorszenia stanu jest zbieranie się płynów wewnątrz ustroju mogące prowadzić do obrzęku strun głosowych i zmian barwy głosu” – czytamy na stronie internetowej UMB. ■

“

Zespół planuje opracować metodę komputerowej analizy cech mowy przydatną w diagnozowaniu chorób.

dostępna na urządzenia mobilne, rozpocznie się za kilka tygodni i potrwa cztery lata. Zespół planuje opracować metodę komputerowej analizy cech mowy przydatną w diagnozowaniu chorób układów:

Witamina D – nowe dane

Jej niedobór jest bardzo groźny dla zdrowia, ale jej brak nie zawsze tak straszny, jak go czasami malowano.

Doniesienie sprzed kilku lat o ochronnym wpływie prawidłowego poziomu witaminy D na m.in. ryzyko rozwoju chorób serca, chorób autoimmunologicznych czy raka, spowodowało zmianę wielu wytycznych i położyło silnego nacisku na suplementację. Amerykańscy badacze przeprowadzili dwuramienne badanie z randomizacją, mające na celu określenie wpływu suplementacji witaminy D i kwasów omega-3 na ryzyko rozwoju nowotworów

i chorób serca. Uczestnikami badania byli mężczyźni po 50. roku życia i kobiety po 55. roku życia (łącznie ponad 25 tys. osób). Grupa eksperymentalna otrzymywała codziennie 2 tys. jednostek witaminy D3 i 1 g kwasów omega-3. Ramię kontrolne stanowiło placebo. Po średnio 5-letnim okresie obserwacji nie stwierdzono ochronnego wpływu witaminy D3 na ryzyko rozwoju tych chorób. Nie zauważono również wpływu suplementacji na ryzyko zgonu z jakiegokolwiek innej przyczyny. Stosowane leki nie powodowały działań niepożądanych, w tym nadmiernego stężenia wapnia w surowicy krwi. ■

Co otrzymali uczestnicy badania?



POLSKIE INNOWACJE

Zrobotyzowana apteka

Łódzki start-up opracował technologię zautomatyzowanego procesu dystrybucji leków w szpitalu. Z przedstawicielami firmy, **Jakubem Musiałkiem** i **Stanisławem Radomińskim**, rozmawia **Lidia Sulikowska**.

GL Automatyzacja procesu przygotowania leków i wydawania ich z centralnej apteki do poszczególnych oddziałów to rozwiązanie popularne w wielu zagranicznych szpitalach. Jak apteka szpitalna działa w takim systemie?

Jakub Musiałek: Leki, które są dostarczane do apteki szpitalnej z hurtowni, umieszcza się w urządzeniu, które z oryginalnych opakowań przepakowuje je do jednodawkowych saszetek z nadrukowaną m.in. datą ważności, numerem serii, dawką i nazwą międzynarodową. Na podstawie elektronicznych zleceń wypisywanych przez lekarzy są one kompletowane w kolejnej maszynie w zestawy przeznaczone dla konkretnego pacjenta i w formie pakietów trafiają na oddziały. Każdy pakiet jest oznaczony nadrukiem z indywidualnym kodem kreskowym chorego, datą oraz godziną podania. Pielęgniarka weryfikuje każdy pakiet przy pacjencie, a następnie podaje leki.

Stanisław Radomiński: Dzięki temu eliminujemy ryzyko pomyłki, co zdarza się przy ręcznej dystrybucji. Ogólnie szacuje się, że nawet 11 proc. leków podawanych jest błędnie – np. nie w tej dawce czy o złej porze. Zautomatyzowana dystrybucja leków nie jest takim rozwiązaniem, ale w dłuższej perspektywie daje oszczędności. Zmniejszamy zapasy leków, bo mamy większą kontrolę nad stanem magazynu, ponadto ograniczamy liczbę nieewidencjonowanych wydań oraz przeterminowanych farmaceutyków i zwiększa-



my bezpieczeństwo farmakoterapii, a pielęgniarka ma więcej czasu dla chorego.

GL Na rynku funkcjonują firmy sprzedające tego typu technologię, żadna z nich nie jest z Polski. Skąd pomysł, aby zająć się tym zagadnieniem?

J. M.: Kilka lat temu, podczas wizyty w USA, w jednym z tamtejszych szpitali zobaczyłem, jak to działa. W 2015 r. powstał nasz pierwszy, w 100 proc. polski prototyp takiego systemu. Potem udało się uzyskać dotację unijną na rozwój tej technologii. Projekt zakończyliśmy w czerwcu ubiegłego roku wdrożeniem naszego urządzenia w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Planujemy już kilka kolejnych wdrożeń w kraju – obecnie realizujemy dwa takie projekty. Jest też zainteresowanie ze strony Turcji, Czech i USA.

GL Czym wasz sprzęt różni się od tych, proponowanych przez zagraniczną konkurencję?

S.R.: Jest to system modułowy, który może być dowolnie rozbudowywany i dostosowywany do potrzeb konkretnego szpitala. Takie podejście pozwala na zastosowanie naszego rozwiązania nawet w mniejszych szpitalach, które do tej pory nie miały szans na zastosowanie podobnego systemu.

GL Jak robot radzi sobie z lekami wielodawkowymi, np. w postaci syropu?

S.R.: W takich sytuacjach wydawane jest całe opakowanie, np. butelki syropu oznaczonej kodem kreskowym. Pielęgniarka zaczytuje czytnikiem każdą pobraną dawkę.

GL W Polsce taki system to chyba jednak ciągle nowość?

S.R.: To prawda, u nas jedynie nieliczne szpitale posiadają takie rozwiązanie, podobnie jest np. w Niemczech czy Wielkiej Brytanii, gdzie dotychczas tylko pojedyncze placówki zdecydowały się na ten krok. Z kolei w Stanach Zjednoczonych nie ma szpitala, który by podobnego systemu nie posiadał, a w Portugalii i Hiszpanii już około połowa szpitali ma zautomatyzowaną aptekę. ■



Leki są przepakowywane do jednodawkowych saszetek.

POLSKIE INNOWACJE

Pionierski zabieg urologiczny

W Szpitalu Giżyckim zastosowano, po raz pierwszy w Polsce i prawdopodobnie także na świecie, metodę małoinwazyjną w operacji usunięcia zwężenia połączenia moczowodu ze wstawką jelitową przy odprowadzeniu moczu sposobem Brickera. Pacjentka kilka lat wcześniej przeszła cystektomię.

TEKST LIDIA SULIKOWSKA

Dotychczas tego typu operacje wykonywano poprzez klasyczne otwarcie jamy otrzewnowej w celu rewizji zespolenia. Pomysłodawcą i organizatorem przedsięwzięcia jest dr Wiesław Kotarski, urolog, ordynator oddziału urologicznego giżyckiej placówki. Zabieg wykonał dr hab. n. med. Marek Roslan, prof. UWM, kierownik Kliniki Urologii Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie wraz z drem Wiesławem Kotarskim i zespołem specjalistów ze szpitala w Giżycku oraz Szpitala MSWiA w Olsztynie. Prof. Roslan jest niekwestionowanym pionierem operacji jednoportowych i jednym z czołowych polskich specjalistów w operacjach laparoskopowych.

POJEDYNCZY PORT

Zabieg wykonano właśnie techniką laparoendoskopową poprzez pojedynczy port (TriPort) z dostępu przez wstawkę jelitową. Operacja wymagała kilku etapów i trochę szczęścia, które dopisało operatorom przy wprowadzaniu specjalnego drutu wiodącego – od kanału nefrostomii na przeciwnym boku chorej, przez zwężenie moczowodu do pętli Brickera.

– Dzięki doświadczeniu w wykonywaniu operacji jednoportowych pęcherza moczowego, czułem, że mogę się podjąć przeprowadzenia



Operacja wymagała kilku etapów i trochę szczęścia.

tej operacji – opowiada prof. Marek Roslan.

– Nie bał się pan wyzwania? – pytam dra Wiesława Kotarskiego. – Już kilka lat temu chciałem podjąć się tego zadania, ale dostępny wówczas na rynku sprzęt mi na to nie pozwalał. Teraz ta przeszkoda to już przeszłość, więc mogłem przystąpić do realizacji swojego pomysłu. To dla mnie ważne, bo zastosowanie techniki małoinwazyjnej przy takim zabiegu pozwala uniknąć komplikacji pooperacyjnych oraz potrzeby tworzenia dodatkowych przetok nerkowych, a pacjent szybciej dochodzi do zdrowia – tłumaczy mój rozmówca.

KŁOPOTLIWE POLE OPERACYJNE

– Warto mieć na uwadze, że operacja klasyczna, poprzez otwarcie

jamy otrzewnowej, jest trudna technicznie i może powodować wiele powikłań, w tym uszkodzenie jelita cienkiego. Jednym z większych problemów jest też lokalizacja zwężenia, trudnodostępna, wymagająca niezwyklej precyzji operatora. Wielu lekarzy w ogóle nie podejmuje się więc tego zadania, a chorzy latami żyją z nefrostomią, zakładaną w celu ominięcia zwężenia – podkreśla dr Kotarski.

Czy trudno było namówić pacjentkę? – Nie, chora się ucieszyła, że nie będzie operacji otwartej – odpowiada.

Przy realizacji nowych wyzwań często dochodzi do niespodzianek. Nie ominęło to także lekarzy giżyckiego szpitala. – Jelito cienkie nie chciało się poddać rozprężeniu gazem, przez co nie można było zobaczyć miejsca zwężenia. Trzeba było przerwać zabieg. Dopiero po użyciu dodatkowego urządzenia optycznego udało się osiągnąć sukces – wyjaśnia dr Kotarski.

– Kolejną trudnością był fakt, że naturalne fałdy śluzówki pętli jelita cienkiego często zakrywają miejsce zwężonego połączenia moczowodu z jelitem, ale na szczęście udało się je odnaleźć – dodaje prof. Marek Roslan.

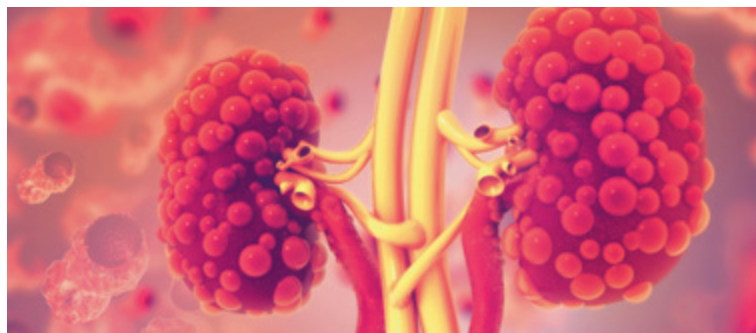
Zabieg przeprowadzono pod koniec grudnia 2018 r. Pacjentka, kobieta w wieku 65 lat, po kilku dniach została wypisana do domu. ■

W PIGULCE

Nefroproblem narasta z upływem czasu

Te wyniki mogą zaskoczyć: pacjenci z chorymi nerkami są wyjątkowo trudni do leczenia – podaje „JAMA Network Open”.

Badanie przeprowadzone przez naukowców z Kanady objęło 2,5 mln osób. Okazało się, że najbardziej skomplikowane leczenie dotyczyło podopiecznych nefrologów m.in. dlatego, że osoby z chorymi nerkami miały najwięcej chorób współistniejących i przyjmowały najwięcej leków. Pod względem liczby lekarzy zaangażowanych w ich leczenie ustępowali tylko chorym zakaźnie. Stopień złożoności chorób określono na podstawie 9 wskaźników (m.in. liczba współistniejących chorób, liczba wszystkich lekarzy zaangażowanych w terapię, liczba specjalności lekarzy zaangażowanych w leczenie, liczba przepisanych leków, ilość wizyt na oddziałach



ratunkowych, odsetek niekorzystnych wyników klinicznych, takich jak np. zgon, ryzyko śmierci). Czas pokaże, czy wyniki tego badania pomogą w polepszeniu sytuacji nefrologii, która zdaniem wielu ekspertów jest mocno niedoceniana i niedofinansowana. Obecnie nakłady finansowe nie zawsze opierają się na stopniu złożoności leczenia danego pacjenta, co w przypadku nefrologii jest dość mocno widoczne. Sytuację komplikuje niska świadomość społeczna co do

zagrożeń wynikających z chorób nerek, z czym mamy do czynienia także w naszym kraju. Szacuje się, że na nerki choruje 4-4,5 mln Polaków. Schorzenia nefrologiczne rozwijają się nawet przez 20 lat, nie dając widocznych objawów, a wielu pacjentów dowiaduje się o nich dopiero po wielu latach leczenia. Często stosunkowo łatwo można je wykryć przy pomocy prostych i tanich badań (np. oznaczenia stężenia kreatyniny we krwi i badania ogólnego moczu). ■

Uwaga: ta tkanka zabija

Prawidłowa waga to nie wszystko. Nawet przy prawidłowym BMI wysoka zawartość tkanki tłuszczowej zwiększa ryzyko raka piersi u kobiet po menopauzie.

Tkanka tłuszczowa budująca organizm ludzki jest nie tylko magazynem energii, ale również, w związku z wytwarzaniem aktywnych biologicznie substancji zwanych adipokinami, odgrywa ważną rolę w gospodarce hormonalnej i metabolizmie organizmu. Jej nadmiar prowadzi do zwiększonego stężenia estrogenów, oporności na insulinę oraz wzrostu syntezy białek prozapalnych. W konsekwencji otyłość jest czynnikiem ryzyka rozwoju wielu nowotworów, w tym raka piersi. Naukowcy z Nowego Jorku postanowili sprawdzić, jaki wpływ na ryzyko rozwoju raka piersi ma zawartość tkanki tłuszczowej u kobiet z prawidłowym indeksem

masy ciała (BMI). Przenalizowali dane 3600 kobiet po menopauzie z BMI w granicach normy (18,5-24,9). Uczestniczki badania wypełniały kwestionariusz dotyczący obciążeń rodzinnych, chorób przewlekłych, diety oraz stylu życia. W 1., 3., 6. i 9. roku badania wykonano u nich pomiar ilości tkanki tłuszczowej w organizmie za pomocą dwuwieżkowej absorpcjometrii rentgenowskiej (DXA). W trakcie 16-letniej obserwacji wykryto 182 przypadki raka piersi, w tym 146 z dodatnimi receptorami estrogenowymi. Wykazano, że zarówno kobiety mieszczące się w najwyższym kwartyle zawartości tkanki tłuszczowej w całym organizmie, jak i w obrębie jamy brzusznej, mają wyższe ryzyko zachorowania na raka piersi (względne ryzyko odpowiednio 1,89 i 1,88). Dla raka piersi z dodatnimi receptorami estrogenowymi względne ryzyko wynosiło odpowiednio 2,21 i 1,98. Warto podkreślić, że zawartość tłuszczu u kobiet jest wyższa fizjologicznie niż u mężczyzn. ■



- 3600 kobiet
- 16 lat obserwacji
- 182 raki piersi
- 146 z dodatnimi receptorami estrogenowymi

LUCYNA
KRYSIAK

dziennikarz

POLSKIE TOWARZYSTWA NAUKOWE

Lekarze dobrzy, gorzej z finansami

Z prof. **Marcinem Roszkowskim**, prezesem Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

© L.KRYSIAK@GAZETALEKARSKA.PL



Co jest obszarem działania neurochirurgii?

Z definicji jest to chirurgia centralnego i obwodowego układu nerwowego rozszerzona o struktury, które ten układ zamykają, a więc mózg i czaszkę oraz rdzeń kręgowy i kręgosłup. Obecnie w neurochirurgii wyraźnie dominuje chirurgia kręgosłupa, obejmująca głównie leczenie chorób zwyrodnieniowych tego narządu i towarzyszących im dysfunkcji struktur nerwowych kanału kręgowego. Są to np. zespoły związane z uciskiem korzeni rdzenia kręgowego czy stenozą (zwężeniem) kanału kręgowego. Nie jest to do końca działalność wynikająca z definicji, ale wiąże się z leczeniem narządu, który wpływa na funkcję centralnego układu nerwowego. Neurochirurgia przenika się więc z innymi dyscyplinami, także z okulistyką czy chirurgią głowy i szyi, i to będzie coraz bardziej powszechne.

Mamy epidemię urazów głowy i kręgosłupa, a także nowotworów tych narządów. Gdzie trafiają ci pacjenci?

Neurochirurgia dzieli się na cztery główne działy obejmujące podobne grupy schorzeń. Jeden z nich zajmuje się urazami czaszkowo-mózgowymi i rdzenia kręgowego, drugi to neuroonkologia, trzeci – choroby naczyniowe mózgu, a czwarty to chirurgia kręgosłupa. Oddział lub klinika kontraktująca z NFZ swoje usługi musi zapewnić opiekę w całym tym sektorze. Wszędzie, gdzie jest oddział ratunkowy – SOR, a tam głównie trafiają pacjenci po urazach, musi być zaplecze neurochirurgiczne. Pacjentów z nowotworami centralnego lub obwodowego układu nerwowego kieruje się do ośrodków specjalizujących się w ich leczeniu. Podobnie jest z chorobami naczyniowymi mózgu i kręgosłupa.

Neurochirurgia dynamicznie się rozwija...

Coraz więcej dziedzin znika z pola działania klasycznej neurochirurgii związanej z chirurgicznym otwarciem czaszki czy kanału kręgowego. Rozwijają się nowe metody, nazywane zabiegami neurochirurgii minimalnie inwazyjnej, np.

chirurgia naczyń mózgowych zajmująca się leczeniem tętniaków, naczyniaków czy też udarów mózgu, która w znaczącej części przechodzi w zakres działania radiologii interwencyjnej. Część radiologów i neurochirurgów wyszkoliła się w tej nowej i dynamicznie rozwijającej się dziedzinie interwencji wewnątrznaczyniowych. Wykonywane są zabiegi bez konieczności otwierania czaszki, jednak pacjenci, ze względów bezpieczeństwa, pozostają pod opieką oddziałów neurochirurgii. Wyposażenie sal operacyjnych, gdzie są przeprowadzane tego rodzaju zabiegi, to już nie XXI, ale XXII wiek.

A neuroonkologia?

Tu także obserwuje się rozwój technik minimalizujących zakres interwencji. Naczyniaki, ale głównie nowotwory mózgu leczy się z zastosowaniem napromieniania celowanego. Są to metody uzupełniające, a czasem zastępujące otwarte zabiegi resekcyjne. Radiostereochirurgia, bo tak nazywa się ta dziedzina, wykorzystuje liczne wiązki promieniowania do radioterapii celowanej na określony punkt. Najczęściej przyspieszacze elektronów, np. Cyberknife, promieniowanie gamma (Gamma Knife) i ostatnio dostępne także w Polsce techniki z wykorzystaniem protonów. Umożliwiają one wytworzenie ogniska bardzo wysokiej dawki niezbędnej do skutecznego leczenia nowotworu, np. guza lub naczyniaka. Ogranicza się więc lub eliminuje konieczność rozległych, często uszkadzających zabiegów resekcyjnych w nowotworach OUN, co znacząco wpływa na jakość życia chorych po zakończeniu terapii.

To co będzie z tradycyjną neurochirurgią?

Neurochirurgia zmierza do ograniczenia rozległości zabiegów i zmniejszenia potencjalnego ryzyka uszkodzeń związanych z otwartą chirurgią mózgu i rdzenia kręgowego. W neuroonkologii przyszłością są terapie celowane, np. chemioterapia celowana, immunoterapia. Wszystkie one wymagają udziału neurochirurga, ale jego rola w stosunku do tradycyjnych zabiegów ograniczy się do działań



WWW.GAZETALEKARSKA.PL

pozwalających na rozpoznanie patologii, zmniejszenie tzw. efektu masy i zapewnienie drogi celowanego podania substancji terapeutycznych.

Przyszłością są operacje hybrydowe...

Polegają one na zastosowaniu różnych technik terapii w trakcie jednego zabiegu, np. otwartej kraniotomii z równocześnie wykonywanym zabiegiem wewnątrznaczyniowym, dodatkowo neuroendoskopią (całość kontrolowana jest systemem IGS, Image Guided Surgery – neuronawigacyjnym) czy zaawansowanymi technikami elektroneuromonitoringu. W trakcie zabiegu wykorzystywane są wyrafinowane techniki obrazowania, np. śródoperacyjny rezonans magnetyczny. Umożliwia to przeprowadzanie coraz mniej inwazyjnych zabiegów, co skraca czas trwania operacji i pobyt chorego w szpitalu. Jednym słowem, nowe techniki będą „odbierały” pacjentów klasycznej neurochirurgii.

Co jest największą bolączką neurochirurgii?

Brak finansowania skomplikowanych zabiegów, np. operacyjnego leczenia padaczek czy szerzej pojętej neurochirurgii funkcjonalnej. Tutaj większą przeszkodą niż sama operacja jest kosztowna diagnostyka, przygotowująca pacjenta do zabiegu. Zresztą każde wprowadzenie bardziej nowoczesnej i wyrafinowanej procedury napotyka z tego powodu na opór. To także dowód, że nie kieruje się tu środkami pozwalających podejmować próby nowatorskich rozwiązań.

Czy jest różnica w poziomie leczenia neurochirurgicznego w ośrodkach akademickich i wojewódzkich?

Takich różnic nie ma, natomiast są szpitale, które wykonują zabiegi neurochirurgiczne w ograniczonym zakresie, np. chirurgię kręgosłupa czy neuroonkologię. Na ok. 100 funkcjonujących w kraju oddziałów realizujących kontrakt NFZ z neurochirurgii, placówek realizujących pełen ich zakres jest około 40. Do tych ośrodków trafiają więc pacjenci w najcięższych stanach, wymagający często skomplikowanych zabiegów. Mniej kosztowne zabiegi, a do takich zaliczają się np. prostsze zabiegi w obrębie kręgosłupa, pozwalają „zaoszczędzić” środki na bardziej kosztowne procedury. Operując trudne przypadki, nie ma możliwości racjonalnego gospodarowania pieniędzmi z kontraktów.

Dążeniem Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów jest, aby wszystkie ośrodki pracowały na tych samych zasadach. Mamy dramatyczne rozdrobnienie oddziałów.



Dążeniem Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów jest, aby wszystkie ośrodki pracowały na tych samych zasadach.

Prowadzi to do nieuzasadnionego wykorzystywania środków finansowych, bo każdy z oddziałów musi być wyposażony zgodnie z wysokimi wymogami NFZ, które notabene opracowało PTNCh. Dla porównania z krajowymi realiami: oddział neurochirurgii w klinice uniwersyteckiej w austriackim Grazu, mieście, które wielkością przypomina Radom, wykonuje ponad 3,5 tys. operacji rocznie. W Polsce największa klinika nie przekracza 2,5 tys. zabiegów.

A co mówią na ten temat wytyczne?

Jako towarzystwo nie opracowujemy własnych wytycznych, bazujemy na wielośrodkowych badaniach (wyniki są prezentowane w światowym piśmiennictwie), ponieważ większość chorób leczonych neurochirurgicznie to są choroby rzadkie. Nie można więc na bazie kilku klinik stworzyć własnych wytycznych, bo byłyby one niemierniadowe.

Ilu mamy neurochirurgów?

Z badań europejskich wynika, że potrzebny jest jeden oddział neurochirurgii na 1 mln mieszkańców i Polska spełnia ten wymóg. Mamy 500 neurochirurgów i to byłaby wystarczająca liczba gdyby nie – znów to podkreślam – rozproszenie oddziałów. Według wymogów NFZ, aby prawidłowo funkcjonować, móc obsadzić dyżury, potrzeba co najmniej 5 specjalistów na oddziale. W tym rozproszonym systemie neurochirurgów jest więc za mało.

Czy trudno wykształcić lekarza tej specjalności?

Trudno. Musi być mistrz i uczeń, który pod jego okiem się specjalizuje. Zasadą jest, że na jednego kształcącego się rezydenta w neurochirurgii przypada przynajmniej dwóch specjalistów i PTNCh tej zasadzie hołduje, choć dziś władzom zależy na tym, aby szkolić szybko i łatwo. Ale nie da się bez bólu przejść szkolenia specjalizacyjnego w neurochirurgii. To dziedziną trudną i obciążającą psychicznie. Mimo to, jest duże zainteresowanie naszą specjalnością wśród młodych lekarzy.

Jaka jest dostępność do innowacyjnych metod leczenia?

PTNCh dba o to, aby lekarze tej specjalności byli cały czas w kontakcie z najnowszą wiedzą na temat nowatorskich technik operacyjnych i metod leczenia. Organizuje kongresy i wiele sympozjów prowadzonych przez sekcje i oddziały, dodatkowo spotkania wielodyscyplinarne z lekarzami z towarzystw współpracujących z neurochirurgią. Szczególną uwagę poświęca szkoleniu młodych kadr, organizuje raz w roku tygodniowe szkoły, podczas których szkolący się są odcięci od świata i nastawieni wyłącznie na zdobywanie wiedzy. O poziomie tych działań świadczy fakt, że obecnie nie ma w Polsce operacji neurochirurgicznej, której nie można byłoby przeprowadzić. Pacjentom wydaje się, że jak pojedą do Niemiec czy USA, zostaną tam zoperowani przez znacząco lepszych specjalistów. Jestem przekonany, że nie trzeba jeździć w daleki świat, bo wszystko mamy na miejscu. Tylko nie zawsze na przeprowadzenie takiego leczenia pozwalają finanse i trzeba czekać na uzyskanie konkretnego świadczenia. ■

PÓŁ ŻARTEM, PÓŁ SERIO

Chirurgobusy. I co jeszcze?

Przewidywanie tego, co nastąpi w przyszłości, jest niczym wróżenie z fusów. Mimo to pokusiłem się, by wyobraźnią wybiec naprzód, kreując rzeczywistość generowaną przez współcześnie zachodzące zjawiska. Jest rok 2099 i...?

TEKST MARIUSZ TOMCZAK

S przed wszystkich przechodni zniknęli pacjenci i ich bliscy. Już nie ustają się w długim ogonku od świtu, by „załapać się” na numerki. Kolejki oczywiście całkowicie nie wyparują, ale rejestracja odbywać się będzie wyłącznie online. Technokraci przymuszają do tego obywateli, argumentując, że tak jest taniej. W placówkach medycznych regułą będą ruchome chodniki i ruchome schody oraz dostępne zaraz przy wejściu elektryczne hulajnogi i elektryczne wózki. Wypożyczymy je dzięki czytnikowi linii papilarnych. Hulajnogą dowiezie pod gabinet jak taksówka. Starzenie się społeczeństwa i niedobór pracowników ochrony zdrowia wymusi wprowadzenie takich rozwiązań.

MAŁE SZPITALA UPADNĄ

Konieczność oszczędności wymusi radykalną optymalizację liczby szpitali. Mówiąc wprost: te małe znikną albo staną się częścią większych podmiotów. Nie da się utrzymać takiej sieci jak obecnie, bo koszty funkcjonowania lecznictwa zamkniętego z dekady na dekadę będą galopowały jak szalone, odległość geograficzna zacznie odgrywać coraz mniejsze znaczenie, a rozbudzone oczekiwa-

nia pacjentów popchną decydentów do odważnych działań. Pod koniec XXI w. z częścią przypadków obecnie uznawanych za ciężkie mobilne zespoły szpitalne poradzą sobie w domu pacjenta. Pojawią się także chirurgobusy. Pal ichto z elektroniczną dokumentacją medyczną, to już od dawna będzie dobro powszechne, podobnie jak i to, że z gabinetów znikną długopisy i pieczątki. Po co takie zbędne gadżety, skoro pojawi się obowiązek wprowadzania danych do internetowych chmur? Nie wszystko zrobi lekarz: w placówkach będą superdoskonałe programy do transkrypcji mowy oraz asystenci bez duszy, ale z ogromną wiedzą.

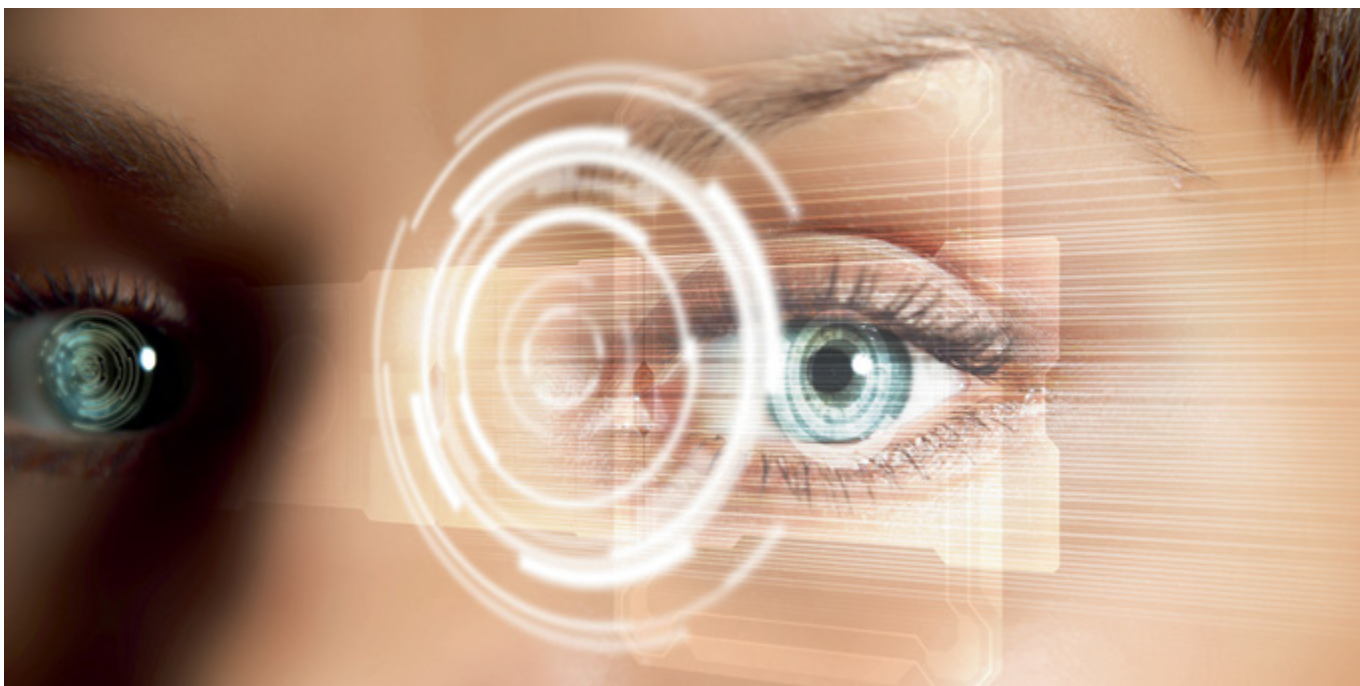
MECHANICZNY ASYSTENT

Diagnozowanie rozpocznie się już w chwili, gdy pacjent przekroczy drzwi danej placówki: czytniki tętnówki oka wykryją choroby, a znajdujące się przed gabinetem urządzenia zdiagnozują wybrane schorzenia dzięki aplikacjom dokonującym analizy głosu (być może Polacy będą dzierżyć palmę pierwszeństwa w stosowaniu takiej technologii, o czym szerzej piszemy na str. 52) czy śliny. Na wyniki zaczekamy minutę, nie parę godzin czy dni. W wielu miejscach pacjenta powita robot. Ten mechaniczny asy-



Mechaniczny asystent medyczny zastąpi znaną dziś recepcjonistkę, a w wielu miejscach również asystenta medycznego i pielęgniarkę.

stent medyczny zastąpi znaną dziś recepcjonistkę, a w wielu miejscach również asystenta medycznego i pielęgniarkę, bo swobodnie porozumie się z każdym pacjentem nie tylko rozmawiając o pogodzie, ale również udzieli informacji na tematy medyczne. O tym, że nie jest to wizja szalonego futurysty niech świadczy fakt, że na świecie są hotele obsługiwane przez humanoidalne recepcjonistki, w których klienci nie dostają kluczy do pokoju, a chcąc wejść do środka, muszą skorzystać z systemu rozpoznawania twarzy. Prawdopodobnie pod koniec XXI w. podobnie będzie w placówkach medycznych, a o czymś takim jak dowód osobisty czy eWUŚ starsi panowie opowiedzą studentom na zajęciach z historii.



ELITARNY ZAWÓD

System kształcenia zmieni się nie do poznania, bo personalizacja leczenia stanie się faktem. Część uczelni obecnie kształcąca przyszłych lekarzy zniknie, bo postęp technologiczny w medycynie wymusi wyposażanie placówek w tak horrendalnie drogie technologie, że studiowanie tego kierunku stanie się jeszcze bardziej elitarnie niż dziś. Elitarność pogłębi się ze względu na fakt, że lekarz przyszłości będzie nie tylko medykiem, ale i świetnie obeznanym fachowcem w zakresie nowoczesnych technologii. Zarobki lekarzy wzrosną, bo zdrowie stanie się największą wartością. Przed medycyną otworzą się nowe możliwości, bo skomplikowane algorytmy z jednej strony pomogą szybciej wykrywać choroby, a z drugiej – skuteczniej prowadzić spersonalizowane terapie. Możliwości ludzkiego umysłu są niezwykle ograniczone, żaden lekarz nie przejrzy szybko i uważnie milionów zdjęć z prześwietleń, podczas gdy sztuczna inteligencja już teraz błyskawicznie przeczesuje terabajty danych. Dzięki temu zrewolucjonizuje się rozpoznawanie setek rzadko występujących chorób w oparciu np. o analizę proporcji twarzy na zdjęciach (nieśmiętne próby w tym zakresie trwają i to nawet z pewnymi sukcesami).

STETOSKOP DO LAMUSA

Dla wielu współczesnych lekarzy zabrzmi to obrazoburczo, ale stetoskop zastąpi coś innego, tak jak inżynierów nie spotyka się dziś z suwakiem logarytmicznym. Funkcje stetoskopu przejmą rozmaite urządzenia, może nawet jedno, za to niezwykle dokładne. Roboty chirurgiczne staną się powszechne, podobnie jak technologia 3D. Skoro obecnie możliwe jest drukowanie protez, w przyszłości „tworzone” w ten sposób będą wszystkie tkanki i cały układ krwionośny. Hodowanie nowych organów stanie się dobrodziejstwem dla osób niemających obecnie nadziei na długie życie w zdrowiu. Ofiarom katastrof szybko przyszyje się w pełni sprawne kończyny wyhodowane w laboratoriach, pacjent nawet dobrze kształt paznokci, tak by jego „nowa” ręka czy noga nie różniła się niczym od „starej”. Nowotwory przestaną zabijać, stając się chorobą przewlekłą, a nie śmiertelną. Na razie nanotechnologia raczkuje, ale w przyszłości nanomaszyny wnikać do ludzkiego organizmu bez problemu rozpoznają i zniszczą dowolne komórki rakowe, zlikwidują choroby genetyczne, a nawet zdołają wydłużyć życie, skutecznie naprawiając DNA.

Diagnozowanie rozpocznie się już w chwili, gdy pacjent przekroczy drzwi danej placówki: czytelniki tęczy oka wykryją choroby.

DRONY DLA LEKARZY

Pod koniec XXI w. przed ludzkością pojawią się wielkie wyzwania. Światowi zagrazi globalna pandemia grypy i trudno powiedzieć, czy z uwagi na pojawienie się nowych patogenów, czy raczej z powodu bioterroryzmu. Naukowcy będą blisko stworzenia pierwszej skutecznej szczepionki skierowanej przeciwko wszystkim znanym chorobom zakaźnym, ale nie powiedzie się to. Na zakończenie mam dla naszych Czytelników dobrą nowinę: w 2099 r. „Gazeta Lekarska” nadal ukazywać się będzie nie tylko w wersji cyfrowej, ale i „tradycyjnej” – papierowej, mimo że technologia produkcji papieru zmieni się niesłyszalnie. W jaki sposób, nie wiem, skoro od pewnego czasu nawet w naszym kraju produkuje się papier czerpany z – uwaga, to bynajmniej nie żart! – odchodów słoni. Za kilkadziesiąt lat ryza papieru przestanie mieć cokolwiek wspólnego ze ścinaniem drzew, a każdy lekarz i lekarz dentysta otrzyma „Gazetę Lekarską” dzięki dronom, zresztą w ten sam sposób leki trafią do wielu pacjentów. Dlaczego w to wątpić, skoro od kilku lat większość dużych, popularnych sieci handlowych ma w swojej ofercie takie urządzenia, a systemy dostarczania paczek przez bezałatowe maszyny już istnieją? ■

MARTA
JAKUBIAK

redaktor naczelna

Choroba w systemie

Doktor Lech, chirurg. Osiem lat temu przez chorobę musiał zrezygnować z przyjmowania pacjentów, został przesunięty do czynności administracyjnych. Od dwóch lat jest na emeryturze.

© M.JAKUBIAK@GAZETALEKARSKA.PL

Kiedyś na działce stłukł palec stopy o korzeń. Bolało przez kilka tygodni. Palec szerniał, pod skórą pojawiła się sucha zgorzel. Poszedł do chirurga naczyniowego. Ten skierował go na oddział, by wykonać angiografię. – W czasie badania rozwarstwiło mi miażdżycowo zmienioną tętnicę biodrową – opowiada doktor Lech. – Nie dało się jej udrożyć, dlatego od razu podjęto decyzję o wykonaniu pomostu naczyniowego. Zrobiono też balonikowanie naczyń. Teraz na jednej tętnicy pracują moje obie nogi – wyjaśnia.

Zaczęło się źle, ale dzięki interwencji krążenie w kończynach poprawiło się i nie ma już utrudniającego życie chromania przestankowego. – Nie ma tego złego, co by na dobre nie wyszło. Zabieg zawsze niesie ze sobą ryzyko powikłań, nawet jeśli lekarz dochowa należytej staranności. Nie mam absolutnie pretensji. Tak czasem się zdarza – deklaruje z uśmiechem. Co zatem skłoniło go, by zadzwonić do naszej redakcji? Historia, która wydarzyła się później.

NIE DAŁO SIĘ ŻYĆ

Dziesięć lat temu zdiagnozowano u niego chorobę Parkinsona. Przyjmował leki. Z czasem miał tak silne ruchy mimowolne, że nie mógł normalnie funkcjonować. Wszelkie czynności sprawiały kłopot, jak choćby zjedzenie czegoś w miejscu publicznym. Był potwornie zmęczony. Farmakoterapia nie dawała ulgi, dlatego zaczął szukać pomocy. – Dowiedziałem się, że w leczeniu



Stać nas na nowoczesną terapię, potykamy się jednak o drobiazgi.

choroby Parkinsona wykorzystywane są stymulatory, dzięki którym można ograniczyć ruchy mimowolne. Szansą było dla mnie leczenie metodą DBS – opowiada. DBS (ang. deep brain stimulation) to głęboka stymulacja mózgu. Choremu wszczepia się cienkie elektrody do głęboko położonych części mózgu. Generują one impulsy elektryczne wpływające na działanie ośrodków nerwowych odpowiedzialnych za rozwój choroby. Połączone są z umieszczonym pod skórą klatki piersiowej stymulatorem, który zapewnia stałe źródło prądu. Pacjent dostaje pilota do obsługi stymulatorów, dzięki któremu można włączać i wyłączać urządzenia, a także zmieniać parametry prądu w granicach, które ustawił lekarz.

Pierwszy zabieg DBS w chorobie Parkinsona przeprowadzono w 1993 r. we Francji. Amerykańska Agencja Żywności i Leków zaakceptowała DBS jako metodę leczenia drżenia samoistnego w roku 1997, a choroby Parkinsona w 2002 r. W Polsce po raz pierwszy metodę tę do leczenia pacjenta z chorobą Parkinsona wykorzystano w 1999 r.

DALEKA DROGA DO ZDROWIA

Doktor Lech dowiedział się, że jest w Polsce pewien młody, zdolny lekarz, który świetnie wykonuje takie zabiegi. Nie miało dla niego znaczenia, że w miejscowości oddalonej ponad trzysta kilometrów od jego miejsca zamieszkania. Pojechał na konsultację i został zakwalifikowany do operacji. To była szansa na nowe

życie. Wszczepiono mu dwie elektrody i dwa stymulatory. Operacje się udały, efekty były świetne. Radość nie trwała jednak długo. – Kiedy wróciłem do domu, jeden stymulator się wyłączył. Objawy wróciły. Musiałem pojechać do szpitala, w którym mnie operowano. Zostałem przyjęty na oddział. Nie było żadnego powodu do hospitalizacji: urządzenie się wyłączyło, ale wystarczyło nacisnąć odpowiedni przycisk na pilocie, by zaczęło działać – wyjaśnia.

Pytam, dlaczego sam tego nie zrobił. – Bo nie dostałem pilota – odpowiada. Jak to, dlaczego? – Nie wiem, lekarz zapomniał mi go dać, jak sam przyznał – tłumaczy. – Stymulator wyłączał się w sumie trzy razy i trzy razy musiałem jechać do szpitala, by go włączyć. Dopiero za czwartym razem zdobyłem własnego pilota. Myślałem, że to koniec kłopotów. To był jednak przedwczesny optymizm – wspomina.

PACJENT ZNACZY CIERPLIWY

Pilot ma trzy diody. Jedna z nich pokazuje stan baterii stymulatora. – Po kilku dniach dioda przestała świecić, co oznacza, że bateria jednego ze stymulatorów jest na wyczerpaniu. Przecież baterie powinny wystarczyć na pięć lat, dlaczego u mnie już po kilku miesiącach żywotność jednej z nich się skończy? Znowu pędziłem do szpitala... Tam okazało się, że z baterią wszystko jest w porządku. Pilot nie był skalibrowany. Ustalono to w ciągu kilkunastu sekund, po wykonaniu odczytu ze stymulatora – opowiada.

Czy nie można było od razu dać pilota i skonfigurować go? – Lekarz, który mnie operował jest bardzo dobrym operatorem, ale nie ma czasu na leczenie pacjentów. System działa tak, że brak kontynuacji, tzn. lekarz po operacji powinien dalej prowadzić pacjenta, a nie ma na to czasu. Nie ma też kogoś, kto mógłby go w tym zastąpić – wyjaśnia.

SYSTEM I PIENIĄDZE

Przy pierwszym wyłączeniu stymulatora doktor Lech najpierw zadzwonił na oddział. Tam powiedziano mu, że trzeba dzwonić do poradni. Zadzwonił do poradni. Tam poinformowano go, że jego lekarz w poradni nie pracuje

i trzeba go łączyć na oddziale. – Stałem w miejscu. Objawy wróciły. Czuję się bardzo źle. Nie wiedziałem, jak się przebić przez tę ścianę. Zadzwoniłem do innego ośrodka, gdzie również wszczepiane są stymulatory. Nie zgodzili się mnie przyjąć. „Bogowie”, czyli Narodowy Fundusz Zdrowia w łaskawości swojej finansuje operacje, nawet dwie, pod warunkiem że będą wykonane w trakcie odrębnych hospitalizacji, ale wizyt pooperacyjnych już nie – opowiada. – W praktyce wygląda to tak, że operuje się pacjenta, ale dalsze jego prowadzenie zależy od dobrej woli tych, którzy stymulator zakładali. Tak więc w tym drugim ośrodku odmówiono mi konsultacji. Kazali jechać tam, gdzie byłem operowany. Skoro NFZ nie płaci... – mówi ze zrozumieniem. – W każdym mieście wojewódzkim powinna być poradnia, w której pacjenci tacy jak ja mogliby uzyskać pomoc, niezależnie od tego, czy wykonuje się tam tego typu operacje. Ale w Polsce praktycznie nie ma dostępu do specjalisty. Niejednokrotnie pacjenci kładą się do szpitala tylko po to, żeby zrobić badania. To generuje ogromne koszty – zauważa.

Problemy powoduje też zbyt mała liczba lekarzy i forma ich zatrudniania. W większości pracują na kontraktach, więc nikt z nikogo nie chce wykonywać pracy. – Pacjent przywiązany jest do jednego lekarza. Jeśli ten idzie na urlop albo na zwolnienie, nie można uzyskać pomocy. Dowiedziałem się na przykład, że w poradni nie ma żadnego lekarza, który potrafi obsługiwać mój stymulator, więc muszę złapać swojego. Łatwo nie było. Byłem wściekły i bezsilny. Ja sobie jakoś poradziłem, ale wielu pacjentów mogłoby nie dać rady. Jestem lekarzem, mnie było chyba trochę łatwiej – wyznaje.

I żałuje, że ten młody, zdolny człowiek, który go operował, ma zbyt wiele innych obowiązków. Obiecuje, że rano da mi wypis i nie dotrzymuje słowa, a ja czekam i denerwuję się, bo wiem, że muszę dojechać pociągiem do domu. Po operacji nie daje mi pilota, choć powinienem go dostać, nawet mnie nie informuje, że coś takiego powinienem mieć – wylicza.

“

System utrudnia kontynuację dobrego leczenia i pojawiają się kłopoty.

Czy nie jest to przypadkiem pogoń za pieniędzmi? Doktor Lech zdecydowanie zaprzecza. – Ten młody człowiek wykształcił się za granicą, ale wrócił. Mógł tam zostać i zarabiać dużo więcej. Nie zakładałem, żeby brał na siebie tyle pracy, by mieć więcej pieniędzy. Gdyby chodziło o pieniądze, pracowałby poza Polską – argumentuje.

GDYBYM WIEDZIAŁ...

W tej chwili wszystko jest dobrze. Kiedyś byłe pole magnetyczne wyłączało stymulator i był kłopot, ale od kiedy ma swojego pilota, radzi sobie świetnie. To ważne, bo urządzenie musi pracować cały czas. Gdy jest wyłączone, ruchy mimowolne wracają. – Moment włączania stymulatora to dość nieprzyjemne uczucie, bo nagle pojawiają się błyski w oczach, gdy bardzo mocno zaczynają pracować mięśnie czaszki. Kiedy stymulator uruchamiano w szpitalu, takich odczuć nie miałem, bo robiono to powolutku. Ja takiej możliwości nie mam, nie mogę tego regulować pilotem. Jest tylko on i off – wyjaśnia.

– Wiem, że są bardziej zaawansowane urządzenia, dwufazowe, które kosztują dużo więcej. Gdybym miał tę wiedzę wcześniej, może zdecydowałbym się kupić to lepsze? Jednak gdy trafiłem do szpitala, nie szukałem więcej niż to, co mi zaproponowano, cieszyłem się, że zakwalifikowałem się na zabieg i otrzymam pomoc, że poczuję ulgę, będę mógł żyć. Musiałem odstawić leki, co dodatkowo pogorszyło mój stan. Nikt mi nie powiedział, że są różne modele stymulatorów, nie wspominał, że są droższe i nierefundowane, ale lepsze. Nie miałem wyboru. Mimo to cieszę się z tego, co jest, bo moje życie zdecydowanie zmieniło się na lepsze, żałuję tylko, że musiałem przechodzić przez te wszystkie kłopoty, których naprawdę można było uniknąć – podsumowuje. ■

GŁOS CZYTELNIKÓW

Tradycyjne systemy tworzenia dokumentacji medycznej to złodziej czasu

Wzrastające zainteresowanie „Gazety Lekarskiej” pracą administracyjną lekarzy budzi optymizm. Może w końcu uda się przełamać bariery i używanie dyktafonu stanie się, tak jak w innych krajach standardem polskich szpitali w tworzeniu dokumentacji medycznej.

Co do problemu, kto ma realizować techniczną część tego zadania – lekarz czy sekretarka medyczna – istnieje zgodność. Tego nie powinien robić lekarz, szkoda jego umiejętności i czasu. Z tej przyczyny taki sposób dokumentowania szybko wprowadzili radiolodzy i chirurdzy.

Lekarz około 50 proc. (wg DIMDI) swego czasu pracy poświęca dokumentowaniu działalności medycznej. Statystycznie oznacza to, że z dwu pracujących lekarzy jeden z nich zajmuje się tylko tworzeniem dokumentów medycznych.

“

Lekarz około 50 proc. czasu pracy poświęca dokumentowaniu działalności medycznej.

Motyacją do zmiany jest uświadomienie sobie faktu, że mówimy (dyktujemy) 7 x szybciej, niż piszemy. Również w mówieniu wkładamy mniej wysiłku niż w pisanie.

Każdy piszący historię choroby lekarz traci swój cenny czas i wchodzi w obce sobie umiejętności pozamedyczne.

Dla dyrektorów szpitali może być ciekawa informacja podana w źródłach niemieckich, że „koszt medycznej dokumentacji szpitalnej wynosi około 21 proc. całkowitych kosztów pracy lekarzy”. Oczekiwanie na regulacje MZ odnoszące się do sekretarek medycznych wskazują na amatorskie nastawienie do problemu dokumentacji.

Tak się składa, że długie lata pracowałem w dobrym szpitalu wspomaganym po wojnie przez unitarian z USA. Stworzyli oni istniejące do dnia dzisiejszego fundamenty organizacyjne szpitala, na bazie których każde następne pokolenie chirurgów implementuje rozwiązania racjonalne i skuteczne dla określonego poziomu sprawności organizacyjnej naszej instytucji. Moja przygoda z dyktafonami rozpoczęła się na początku lat 70. w Klinice Balgrist w Zurichu i trwała do czasu przejścia na emeryturę.

Kiedy zespół piekarskiej urazówki modernizował w początkach lat 90. system tworzenia dokumentacji medycznej obfitowało to w różne wesołe sytuacje. Pamiętam, jak chciałem przekazać memu synowi swój wysłużony dyktafon, bo „Taka powinność ojca wobec rozpoczynającego pracę chirurga syna”. Odpowiedź była zaskakująca, ale z powodu intymności zawodowej i osobistej nie będę jej przytaczał. Co zrobił? Wyciągnął najnowszy dyktafon cyfrowy i oznajmił, że otrzymał go w pierwszych dniach pracy od swego Profesora.

Te pozytywne doświadczenia uprawniają mnie do wypowiedzenia się na temat tworzenia dokumentacji lekarskiej.

Sprawa odciążenia lekarzy od czynności administracyjnych poraża banalnością organizacyjną i techniczną.

Głównym problemem jest umiejętność formułowania i nagrywania swoich obserwacji i kontrolowania zapisów dokonanych przez sekretarkę. W ten sposób przenosimy informację medyczną od łóżka chorego do nośnika, jakim może być tradycyjna papierowa historia choroby lub jej zapis cyfrowy.

Jednak ciężar tego procesu ma wymiar kulturowy i jest związany z akceptacją i zdolnością zespołu medycznego do wdrażania nowej, prostej umiejętności zmniejszającej wysiłek o charakterze powszechnie uznanym za pozamedyczny i uciążliwy. Nie należy zapominać, że dobra dokumentacja lekarska ma wymiar nie tylko medyczny, ale coraz częściej również prawny.

W moim dawnym szpitalu od siedemdziesięciu lat (rok 1950) mieliśmy sekretarki medyczne, pracujące na oddziale z chirurgami, a w 1990 r. wprowadziliśmy dyktafony transportujące informacje, od łóżka do nośnika.

Wdrażanie nowych dla nas technologii przez przenoszenie rozwiązań stosowanych w krajach już zaawansowanych w tworzeniu dokumentacji może spowodować trudności i kłopoty zupełnie innej natury. Nie chciałbym, aby los rodziny Stacha z „Konopielki” był przykładowym losem takiego mniej zręcznego „modernizatora”.

„Tradycyjne” tworzenie dokumentacji medycznej będzie coraz bardziej obciążało lekarzy, ponieważ zwiększają się wymagania zewnętrzne; medyczne, naukowe, finansowe, statystyczne i prawne. ■

Dr Ryszard Wąsik

Pozwólcie odejść

Dzień dobry. Przeczytałam Pani artykuł, aczkolwiek nie jestem młodą lekarką. Porusza Pani ważne sprawy, u nas „nie dogadane”. Proszę spróbować nie traktować tego tematu tak bardzo osobiście (przy okazji wyrazy współczucia), ale otworzyć szerszą dyskusję na ten temat.

Jestem świeżo po lekturze książki (gorąco polecam) Kathryn Mannix „Ostatnie chwile”. Opowiada o pracy z pacjentami, głównie w hospicjum, ale temat jest szeroko zakrojony. W Wielkiej Brytanii mają już pewne propozycje dla pacjentów i lekarzy.

*Pozdrawiam serdecznie,
Renata Mocek*

PS. W pierwszym tygodniu stażu po ukończeniu studiów byłam świadkiem dramatycznej reanimacji, którą podjęto u pacjenta, którego mógł uratować tylko przeszczep serca (rok 1988). Pamiętam to do dziś i ciarki mi chodzą po plecach jeszcze teraz...

Jest fala krytyki, brakuje miłości

Kilka słów na temat dramatycznego tekstu „Pozwólcie odejść” zamieszczonego w „Gazecie Lekarskiej” 11/2018.

Bardzo współczuję panu doktorowi z powodu tragedii, która Go dotknęła w związku ze śmiercią Ojca. A jednocześnie nasuwa mi się pytanie: skoro stan ojca był beznadziejny i nierokujący poprawy, cytuję „W jego przypadku granica uporczywej terapii została przekroczona”, oraz drugi cytat „Modliliśmy się o jego godne umieranie”, dlaczego Pan Doktor nie zabrał ojca do domu, nie pozwolił Mu odejść w jego ulubionym fotelu, w otoczeniu kochającej rodziny i opiekunów, pod swoją czułą i fachową opieką? Godził się pan na wielotygodniowe leżenie ojca na „metalowej blasze” i „zamęczanie umierającego”.

W tekście jest fala krytyki wobec lekarzy, służby zdrowia, księdza. Mnie brakuje w nim Miłości.

*Z poważaniem,
Lekarka (imię i nazwisko do wiadomości redakcji)*

REKLAMA



SŁAWOMIR BADUREK

diabetolog, publicysta medyczny

OBSERWACJE

Problem nie tylko od święta

Zatrważające, ale prawdziwe: aby pozbyć się z domu niechcianego czworonoga, trzeba bardziej się natrudzić niż w przypadku babci albo taty, którym się pogorszyło akurat przed Wigilią, gdy wokół tylu spraw trzeba się jeszcze zakręcić, a samochód stoi już spakowany i gotowy do wyjazdu.

Warszawska Izba Lekarska zorganizowała przed Bożym Narodzeniem kampanię społeczną „Wspólne święta”, zwracającą uwagę na problem zostawiania w tym czasie osób starszych w szpitalu.

W kilkudziesięciu mazowieckich placówkach zawisły plakaty przypominające, że szpital to nie przechowalnia ludzi w podeszłym wieku, a medialny wydzźwięk akcji nadał jej ogólnopolski charakter.

W środowisku lekarskim zjawisko jest dobrze znane od lat. Do SOR-ów trafiają starsi pacjenci, których po nawodnieniu lub wznowieniu farmakoterapii można szybko wypisać do domu, ale okazuje się to niemożliwe, bo bliscy (bliscy przynajmniej z formalnego punktu widzenia) wyjechali albo nie odbierają telefonu. Jest takich przypadków mnóstwo przez okrągły rok, ale przed najważniejszymi świętami i długimi weekendami zjawisko znacznie przybiera na sile. Mamy do czynienia z dehumanizacją, która w wielu przypadkach ociera się o patologię. Z drugiej strony, czyż nie jest patologią, że państwo przyzwala na urządzanie ze szpitali przechowalni?

Zatrważające, ale prawdziwe: aby pozbyć się z domu niechcianego czworonoga, trzeba bardziej się natrudzić niż w przypadku taty, mamy albo cioci, którym

się pogorszyło akurat tuż przed Wigilią, gdy wokół tylu spraw trzeba się jeszcze zakręcić, a samochód stoi już spakowany i gotowy do wyjazdu. No bo jakież to trud wezwać pogotowie? W szpitalu podadzą leki, nakarmią i wypielęgnują. I oczywiście za nic nie trzeba płacić, nawet jeśli krewni zobowiązani do sprawowania opieki są na miejscu i widać, że chodzi tylko o ich wygodę. Córka mojej pacjentki nie chciała zabrać mamy na święta do domu, tłumacząc to malowaniem jej pokoju...

Moim zdaniem, znajomość poruszonego w kampanii „Wspólne święta” problemu jest w społeczeństwie nikła. Już tylko z tego względu warto byłoby akcję powtórzyć. Ale to zaledwie niewielki fragment narastającego problemu „chory w wieku podeszłym w szpitalu”, występującego w rozmaitych odsłonach na co dzień, a nie od święta. Polacy dłużej żyją, czym się chwalamy. Nie ma wątpliwości, że zdecydowanie większa niż dwie, trzy dekady temu liczba osób w wieku podeszłym to zasługa medycyny. Zdecydowało o tym zniesienie limitu wieku w dostępie do diagnostyki i leczenia, znacząca poprawa w udzielaniu pomocy w stanach ostrych oraz skuteczniejsza terapia chorób przewlekłych. To powody do chwały, ale bardzo potrzebna jest np. szeroka, publiczna debata na temat uporczywej terapii z wypracowaniem możliwie jak najbardziej czytelnym zasad postępowania. Konieczne są zmiany organizacyjne, poprawiające dostępność do wielu procedur diagnostycznych i leczniczych w trybie ambulatoryjnym. Dziś nawodnienie dożylnie w domu pacjenta to najczęściej problem nie do pokonania i zarazem częsty, banalny powód hospitalizacji, nie do zaakceptowania w sprawnie działającym systemie.

Z drugiej strony często się zdarza, że chorego w wieku podeszłym, którego udało się po raz kolejny uchronić od śmierci, nie ma gdzie wypisać, bo jest samotny, do powrotu do domu się nie nadaje, a na miejsce w niekomercyjnym domu opieki trzeba czekać przez lata. Profesor Religa miał ponad 10 lat temu pomysł, jak to poprawić. Niestety, nie mógł go zrealizować, a następcy nie przejęli pałeczki. ■

“

Mamy do czynienia z dehumanizacją, która w wielu przypadkach ociera się o patologię.



JAROSŁAW WANECKI

pediatra, felietonista

EPIKRYZA (85)

Lokaut

W „Dużym Formacie” Wojciech Orliński wybrał hasła do „Słownika nowego świata”. Szczególnie ujęło mnie używanie starych słów, przyjmujących inne znaczenia. Kilka z nich można poszerzyć o lekarski kontekst.

Od języka, jakim posługujemy się w codziennej komunikacji werbalnej, ale coraz częściej także od tego, jak wymieniamy poglądy za pomocą urządzeń technicznych, zależą w dużej mierze międzyludzkie relacje.

Długo wydawało się, że mimo swojej popularności, krótkie wiadomości tekstowe, tweety, nawet najbardziej rozbudowane listy mailingowe i blogi, nie zastąpią rozmowy. Tracę jednak nadzieję, że tak będzie. Patrząc ze smutkiem na przesuwające się po ekranach palce, na klawiaturę wrastającą w poradę lekarską, coraz to nowe aplikacje zastępujące autorytety. Słucham rozmów złożonych z dialogów równoległych, czytam teksty, których nie rozumiem. Zdając sobie sprawę z nieodwracalności biegu zdarzeń nie wiem, jak długo jeszcze, bez negatywnych konsekwencji, będę korzystał z mnożonych na każdym kroku haseł dostępu, certyfikatów elektronicznych, kluczy i potwierdzonej tożsamości. Kiedy znajdę się poza obiegiem?

W historii związków zawodowych *lokautem* nazywano praktykę tłumienia protestów, polegającą na wyrzuceniu z pracy i zakazie wstępu na teren zakładu, który nagle zawieszał działalność lub zatrudniał lamistraków. Dziś internauci używają tego słowa w teoretycznie łagodniejszym znaczeniu.

W nowej wersji, buntownika lub po prostu kogoś inaczej myślącego za wirtualną bramą stawia *korporacja*, w której mamy jakieś konto bankowe, czy składkowe, serwis społecznościowy, dostawcę poczty. Patrząc ze smutkiem, jak bez żadnej niemal żenady, bez głosu sprzeciwu, wystawiamy się wzajemnie za drzwi, deprecjonując pracę, ośmieszając i pomawiając, wszelkie zmiany reklamując jako nowatorskie. Prostacki *fake news* dosięga każdej dziedziny. Liczy się kto kogo wyprzedzi, trwa w najlepsze bicie piany, produkcja mgły i wciąganie do *grup*. Trwa wzajemne uzależnianie ziomków. Coraz częściej *konsylium* zastępuje *lokaut*.

Podobnie w praktyce lekarskiej – jakby śmieiej wystawiamy chorego poza gabinet. Przyzwala na to fatalna organizacja ochrony zdrowia. Z roku na rok mamidła zmian, w które już nie wierzę, tańczą w propagandowej obietnicy, że będzie lepiej. Krytyka wysyła się na aut. Marginalizujemy dyskusję, różnorodność rozwiązań, zaprzeczamy dotychczasowym postępom i osiągnięciom poprzedników.

Zmieniające się znaczenia słów, *anglikanizmy*, skróty, emotikony, osaczają nas z natrętną siłą. Ciągłe słowne i wizualne zaskakiwanie staje się wielokrotnie ważniejsze niż cel, który chce się osiągnąć. Często nie liczą się koszty, gdy trzeba kogoś odziomać, potraktować jak *atencjusza*, *piwniczaka*, *zwyklaka* i *nornika*. Wszystko powinno być *instagramowe*, umówione na *sztymniutko*. *Fib* – dziecinne kłamstewka wypowiadamy bez mrugnięcia okiem, bo nie warto oglądać się na *legitność* i zamieniać życia w *gejmplę*. Samorządowy *manel* *zadedykujemy* klinikom medycyny estetycznej, które usuną naszą utrwaloną społecznie *RBF*, a polski lekarz będzie wówczas sformatowany do każdej fotografii. Dzięki temu trafimy wreszcie na idealny *lootbox*.

Proponuję zgodnie z nowomową mistrzowski *risercz* trzydziestolecia. Zebrana dokumentacja posłuży do napisania *epikryzy*, przydatnej w samorządowej drodze ku przyszłości. Sezon na uczciwą rozmowę nie powinien zostać *zawieszony*. ■

“

Prostacki fake news dosięga każdej dziedziny.

HISTORIA I MEDYCyna

Lekarze w walce o Niepodległą

Ośrodek Historii Warmińsko-Mazurskiej Medycyny w ramach Trzeciego Spotkania Medyków z Historią zorganizował konferencję naukową „Udział lekarzy w walce o Niepodległą”.

TEKST **DR MED. JAN ZYGMUNT TRUSEWICZ**
przewodniczący Ośrodka Historii
Warmińsko-Mazurskiej Medycyny

Konferencja zorganizowana z okazji setnej rocznicy odzyskania niepodległości poświęcona była lekarzom i ich roli w odzyskaniu przez Polskę niezależności i suwerenności po latach zaborów. Zgromadziła wielu uczestników, również koleżanki i kolegów z innych izb lekarskich. Goście gratulowali organizatorom pomysłu uczczenia w ten ciekawy sposób jubileuszu odzyskania niepodległości. Konferencja odbyła się w Muzeum Warmii i Mazur na olsztyńskim zamku i w Warmińsko-Mazurskiej Izbie Lekarskiej w Olsztynie.

Otwarcia konferencji dokonali dr Anna Lella – prezes ORL Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej i dr Jan Zygmunt Trusewicz – przewodniczący Ośrodka Historii Warmińsko-Mazurskiej Medycyny.

Konferencję zainaugurował wykład poprowadzony przez profesora historii Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, dyrektora Archiwum Państwowego w Olsztynie Norberta Kasparka i dra Jana Zygmunta Trusewicza. Wykład „Naczelnny Wódz, pierwszy żołnierz Rzeczypospolitej okiem historyka i lekarza”. miał nietypowy przebieg, Historyk i lekarz, w formie dyskusji, przedstawili



Konferencja naukowa w Olsztynie.

szerzej nieznane fakty historyczno-medyczne z biografii Marszałka. Zaprezentowane zdarzenia i ciekawostki świadczą o tym, że medycyna i medycyna byli ważni w życiu Józefa Piłsudskiego.

WYSTAWA I PIEŚNI

Następnie prezes Anna Lella otworzyła wystawę „Dr Jan Janowicz – żołnierz walczący o Niepodległą, pionier służby zdrowia w polskim Olsztynie i regionie Warmińsko-Mazurskim”, przygotowaną przez Muzeum Warmii i Mazur. Dr Małgorzata Gałęziowska – kierownik Działu Historii i Etnografii Muzeum

Warmii i Mazur, w ciekawy sposób opowiedziała o eksponatach.

Dr Jan Janowicz studiował w Dorpacie, w 1917 r. został powołany do służby w armii carskiej, ale już tego samego roku wstąpił do I Korpusu Polskiego. Jako lekarz pułkowy brał udział w wojnie polsko-ukraińskiej i polsko-bolszewickiej w różnych formacjach wojska polskiego. W czasie walk wyróżnił się męstwem, za co dwukrotnie odznaczony został Krzyżem Walecznych. Po zakończeniu służby wojskowej rozpoczął służbę chirurgiczną. Był jednym z najlepszych chirurgów przedwojennego Wilna, a po 1945 r. tworzył

polską medycynę na Warmii i Mazurach. Jana Janowicza często określa się ojcem olsztyńskiej chirurgii.

Podczas konferencji dr Jarosław Wanecki, przedstawiciel NIL, zaprezentował książkę „Ecce Medicus”.

Pierwszy dzień konferencji zakończył się występem Chóru Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej „Medici pro Musica” i wspólnym śpiewaniem pieśni. Koledzy lekarze i goście, korzystając z przygotowanych na ten dzień śpiewników, zaśpiewali najbardziej znane pieśni patriotyczne. Jak relacjonowali ze wzruszeniem uczestnicy, po raz pierwszy od wielu lat mieli przyjemność zanuć te pieśni.

SESJE NAUKOWE

Drugiego dnia w Domu Lekarza rozpoczęły się sesje naukowe. W pierwszej dziekan Wydziału Humanistycznego Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie prof. Andrzej Szmyt przedstawił tło historyczne i sytuację geopolityczną w ówczesnej Europie w referacie „Kluczowe decyzje geopolityczne, które zaważyły na losach Polski”. Następnie prof. Andrzej Pucher z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu zaprezentował wykład „Generał, lekarz, prof. Wierzejewski – ojciec polskiej ortopedii”, oddający zasługi profesora jako żołnierza i jako lekarza. Dr med. Jan Rauch, stomatolog, członek Komitetu ds. Działań Charytatywnych i Historii Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego przedstawił „Udział lekarzy dentystów oraz całego środowiska dentystycznego w podtrzymywaniu polskości w czasie zaborów oraz w odzyskaniu niepodległości w roku 1918”.

Drugą sesję naukową rozpoczęło wystąpienie historyka, profesora UWM Dariusza Radziwiłłowicza, który przedstawił początki walk o niepodległość: „Pierwsza kadrowa – początek walki Polaków o wolną ojczyznę”. Dr Sławomir Maksymowicz z Archiwum Państwowego w Olsztynie wygłosił referat „Lekarze w armii Hallera i legionach J. Piłsudskiego”, dr med. Leonard Januszko, repre-

zentujący Ośrodek Historii Warmińsko-Mazurskiej Medycyny nakreślił sylwetkę światowej sławy chirurga i żołnierza „Profesor Rydygier – wybitny chirurg, obrońca Lwowa”.

Trzecią sesję rozpoczął profesor historii UWM Roman Jurkowski wykładem „Odradzanie się państwa polskiego”. Przedstawił trudne czasy powstawania państwowości i determinację Polaków podczas tworzenia państwa demokratycznego. Równie interesujący był wykład dr med. Magdaleny Grassmann – kierownik Samodzielnej Pracowni Historii Medycyny i Farmacji Uniwer-



W czasie konferencji w izbie lekarskiej prezentowana była wystawa poświęcona znanym lekarzom walczącym o niepodległość i piastującym wysokie stanowiska w II Rzeczypospolitej.

sytetu Medycznego w Białymstoku: „Polski Biały Krzyż i jego rola w odzyskaniu niepodległości Polski”. Pani doktor przedstawiła nieznane fakty, dotyczące powstania organizacji pomagającej rannym żołnierzom i organizującej pomoc sanitarną w odradzającej się Polsce, a założonej przez Helenę Paderewską – żonę pianisty, kompozytora i premiera Ignacego Paderewskiego.

Sesje naukowe zakończył wykład dr med. Roberta Budkiewicza, członka Ośrodka Historii Warmińsko-Mazurskiej Medycyny: „Bolesław Wieniawa-Długoszowski – lekarz, żołnierz, dyplomata”. Była to ciekawa opowieść o człowieku, który z bożyszczka tłumów stał się żołnierzem walczącym o wolną Polskę. Był oddany Piłsudskiemu aż do końca jego dni.

TABLICA SYMBOLEM PAMIĘCI

Podczas konferencji miało miejsce ważne dla warmińsko-mazurskiego środowiska lekarzy i lekarzy dentystów wydarzenie. Z inicjatywy przewodniczącego Ośrodka Historii



Tablica pamiątkowa w hołdzie lekarzom walczącym o niepodległość.

Warmińsko-Mazurskiej Medycyny dr. med. Zygmunta Trusewicz przygotowana została tablica pamiątkowa, która jest trwałym symbolem pamięci i hołdu lekarzom walczącym o niepodległość, a także lekarzom-pionierom polskiej medycyny na Warmii i Mazurach.

Odstąpienie tablicy dokonali dr Anna Lella – prezes ORL, Artur Chojcecki – wojewoda warmińsko-mazurski i nestor lekarzy dr med. Leonard Januszko.

W czasie konferencji w izbie lekarskiej prezentowana była wystawa poświęcona znanym lekarzom walczącym o niepodległość i piastującym wysokie stanowiska w II Rzeczypospolitej. Przedstawiono dra Felicja Sławoj-Składkowskiego, dra Bolesława Wieniawę-Długoszowskiego, dra Marcina Woyczyńskiego, dra Stanisława Roupertta i dra Jana Janowicza. Wystawę przygotował Instytut Pamięci Narodowej, Oddział w Olsztynie.

Można powiedzieć, że godnie uczciliśmy jubileusz 100-lecia odzyskania niepodległości. ■



AGATA
MORKA

historyk sztuki

BŁĄD MALARSKI

0 rany!

Gdy patrzymy na ciało tego bohatera średniowiecznych rycin, wszystko zaczyna nas boleć. A jednak człowiek ten stoi, jego twarzy nie wykrzywia grymas, a podziurawione najróżniejszymi obiektami części ciała trzymają zaskakujący pion fizyczny i moralny. Ani maczuga, ani noże, ani strzały nie są w stanie wytrącić go z równowagi. Człowiek ten trwa spokojnie, jakby nic nie mogło go zranić.



„Zraniony człowiek”,
Pseudo-Galen,
Anatomia,
Wellcome Collection,
XV wiek.

Eksplorując ciało mężczyzny, widz odruchowo łapie się za kolejne części ciała, niemalże odczuwając ból zadanych ran: uderzenie to w głowę, to w nogę, to znów strzała bełtosiście przebijająca pachwinę. Obraz zatrważający.

Trudno się więc dziwić, że ta średniowieczna rycina trafiała na okładki podręczników chirurgii, jak i grała ważną rolę w kreowaniu psychologicznego obrazu mordercy

Hannibala Lectera, znanego z filmu „Milczenie owiec” i telewizyjnego serialu ochrzczonego jego imieniem.

Motyw Zranionego człowieka zyskał dużą popularność między XIV a XVI wiekiem, liczne wariacje na jego temat pojawiały się na terenie całej Europy. Mimo nielicznych zmian w szczegółach, główny bohater pozostaje jednak ten sam: postać eksponująca swe ciało, by pokazać najróżniejsze możliwości bycia zranionym, czy to przez różnego rodzaju broń czy też przez

rzecz tak błahą, wydawałoby się, jak ugryzienie pająka.

Dookoła udręczonego ciała wiją się napisy po łacinie objaśniające pochodzenie obrażeń. Do czynienia mamy tu z krwawą jatką.

Ale jątka ta bez krwi prawie, a cierpienie pozbawione dźwięku, zapachu, być może nawet koloru. Cierpienie bez cierpienia.

Szokujący obraz, na ten widok wykrzyknąć chciałoby się „O rany!”, acz postawa jego bohatera zadziwia, bo to widz zdaje się czuć więcej niż średniowieczny zraniony człowiek. Zraniony a niezraniony przecież, jest zaprzeczeniem samego siebie, triumfem braku bólu. ■

Rozwiązanie zagadki z „GL” 12/2018

1. Dodanie bujanego konika u stop Lamberta

Lambert był ponoć bardzo dobrym jeźdźcem, jednakże wymagał szczególnie wytrzymałego konia, który mógłby utrzymać jego ciało.

2. Wypchana głowa niedźwiedzia na ścianie

Legenda głosi, że młody Lambert, wtedy jeszcze całkiem szczupły, napotkał na swej drodze niedźwiedzia i obezwładnił go gołymi rękoma.

3. Szyling

Pod koniec życia Lambert mieszkał w Londynie, nadal wystawiając się na widok publiczny jako osobliwość.

Aby zobaczyć jego niezwykłych rozmiarów ciało, ciekawscy musieli zapłacić szylinga.

4. Zmiana koloru kamizelki

W oryginale kamizelka ma kolor biały, w zestawieniu z karminem płaszcza sugeruje wysoką pozycję Lamberta.



Benjamin Marshall, „Portret Daniela Lamberta”, ok. 1806.

NAGRODZENI Z „GL” 12/2018: Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje

Filip Mikucki z Elbląga. Gratulujemy! Nagrody dodatkowe: Krzysztof Borski z Poznania, Artur Kośnik z Łomży, Weronika Pelczar-Płachta z Poznania.

Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 15 lutego 2019 r.

W temacie maila należy wpisać **GL02** oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,

HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

Hotel Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju

ufundował voucher obejmujący m.in.:

- 2 noclegi dla 2 osób w apartamencie
- 2 śniadania i 2 obiady w hotelowej Restauracji Magnolia oraz uroczystą kolację dla dwojga
- pakiet zabiegów (dla 2 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

Nagrody dodatkowe dla trzech osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,



Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

ufundowało książki:



KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informujemy, iż: 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Naczelna Izba Lekarska z siedzibą w Warszawie, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa; 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – iod@hipokrates.org; 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.; 4) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres maksymalnie 1 roku; 5) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych; 6) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

KULTURA



Muzeum Historii Medycyny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego zaprasza na nowy cykl wydarzeń muzealnych pt. „Dziedzictwo Asklepiosa. Medycyna kontra Humanistyka”. Wszystkie spotkania będą odbywać się w pierwszy poniedziałek każdego miesiąca.

UPPL

XIX Ogólnopolska Biesiada Literacka Unii Polskich Pisarzy Lekarzy odbędzie się 1 marca (początek o godz. 17.00) w Klubie Lekarzy OIL w Łodzi. Osoby, które pragną zaprezentować własne utwory, proszone są o nadesłanie zgłoszeń uczestnictwa oraz tekstów do wygłoszenia na adres biuro@oil.lodz.pl, najpóźniej do 15 lutego.



WWW.GAZETALEKARSKA.PL

FOTO: Archiwum WIM



Etyka, śmierć i transplantacje

Piotr Grzegorz Nowak

„Łatwo wzbudzić społeczną nieufność wobec przeszczepów (...). Wpływ tej negatywnej otoczki może zminimalizować rzetelna edukacja obywateli, w tym również samych lekarzy. Jej podstawę stanowią prace naukowe wiarygodnie omawiające (...) aspekty transplantologii. Publikacja autorstwa Piotra Nowaka, moim zdaniem, bez wątpienia należy do takich prac” (z recenzji dra hab. Kazimierza Szewczyka).

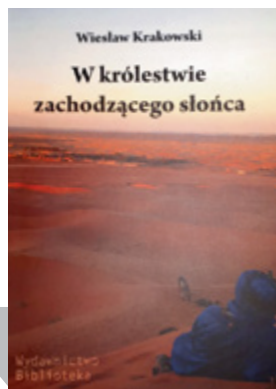


Reumatologia w gabinecie lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej

Redakcja naukowa:
Marzena Olesińska

Kompendium na temat najczęściej występujących chorób z zakresu reumatologii, z którymi może mieć styczność lekarz rodzinny. Znajdziemy tu m.in. informacje na temat badania narządu ruchu i problemów związanych z leczeniem chorób reumatycznych. To już kolejna książka z tej serii, dotychczas ukazały się prace o hematologii i kardiologii.

Z chirurgiem przez świat



Doktora Wiesława Krakowskiego, chirurga ze Zgierza, nie muszę czytelnikom „Gazety Lekarskiej” przedstawiać. Ma w swoim dorobku trzy książki, o których informowaliśmy. Teraz mam w rękach czwarte dzieło, pt.: „W królestwie zachodzącego słońca”. Tego określenia używa się wobec Maroka, ale zanim dotrzemy do tego pięknego afrykańskiego państwa, jesteśmy wraz z bohaterem książki, Michałem, w małym mieście we Francji, w Paryżu, potem w Hiszpanii. Poznajemy uroki Alhambry i Alpuhary oraz środowisko corridy. Kolejne miejsce przygód polskiego chirurga i jego przyjaciół to Maroko. Jak czytamy we wstępie, jest to postać fikcyjna, ale posiadająca wiele elementów osobowości autora. Jedną z cech ich łączących jest miłość do chirurgii. Chirurgia to życie, nawet kosztem życia osobistego. Książka ta różni się od poprzednich charakterem. Jest to powieść sensacyjna, pełna niebezpieczeństw dla bohaterów. Na przykład konsekwencje operacji rosyjskiego przemytnika narkotyków i zagrożenie ze strony bezwzględnej mafii. Bohater udziela pomocy lekarskiej w nieprawdopodobnych okolicznościach. Ale zawsze skutecznie. Podobnie jego znajomi i przyjaciele. Szczególnie poruszył mnie opis zaopatrywania przez kilkunastoletnią dziewczynę, córkę hiszpańskiego lekarza, a przez to przeszkoloną i zorientowaną, rany postrzałowej klatki piersiowej uciekiniera, który był przemycany przez Pireneje z Francji do Hiszpanii. Ta książka to gotowy scenariusz na ciekawy film sensacyjny, z chirurgiem w roli głównej.

Ryszard Golański

Wena

Przypominamy, że termin nadsyłania prac na VIII Konkurs Literacki im. Profesora Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza” upływa 29 marca. Prace można zgłaszać w 3 kategoriach:

- poezja (maksymalnie 3 wiersze) i tu nagroda specjalna za limeryk,
- proza (esej, fragment dziennika lub reportaż o dowolnej tematyce) do 12 000 znaków

(liczonych bez spacji),

- publicysta (obowiązuje osobny regulamin).

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

Więcej szczegółów na www.mp.pl/wena/regulamin.

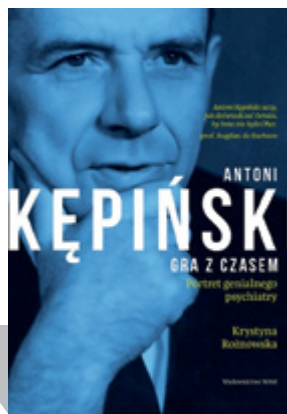
Konkurs współorganizowany jest przez Naczelną Radę Lekarską, „Gazeta Lekarska” jest patronem medialnym tego wydarzenia.



Zarys Endokrynologii Klinicznej

Redakcja: prof. dr hab. med.
Anhelita Syrenicz

Publikacja zawierająca aktualne zagadnienia związane z endokrynologią, w tym m.in. rozdział na temat zaburzeń gospodarki węglowodanowej w endokrynopatiach. Autorzy to pracownicy Kliniki Endokrynologii, Chorób Metabolicznych i Chorób Wewnętrznych PUM. Nie tylko dla endokrynologów, ale też lekarzy innych specjalności, w tym ginekologów czy internistów.



Antoni Kępiński. Gra z czasem. Portret genialnego psychiatry

Krystyna Rożnowska

Autorka tej fascynującej biografii, dziennikarka z wieloletnim doświadczeniem, opisuje życie geniusza, który wyprzedził swoją epokę. To niezwykła, momentami zaskakująca opowieść o człowieku, dla którego najważniejszy był drugi człowiek, i o lekarzu, który stał się inspiracją dla wielu psychiatrów.



**BARBARA
RYSZ-POSTAWA**

laureatka konkursu
„Przychodzi wena
do lekarza”

PRZYCHODZI WENA DO LEKARZA

Wiersze

Wonder Doctor - Woman

wstąpiłam na ścieżkę wojownika
mój umysł będzie spokojny, a ręka mi nie zadrży
moja myśl skupiona spłynie do czubka ostrza
moje spojrzenie przeniknie przez wszystko, co ukryte
żaden bezsens nie przetrwa spotkania z moim mieczem
stek bzdur rzucanych we mnie rozbije tarcza mej woli
opuszki moich palców wyczują zbliżający się atak
to już teraz sięgam po broń
no gdzie jest ta moja szminka?

Duże liczby (dla Marii)

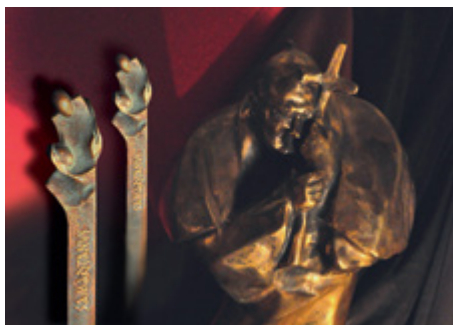
cała jestem taka jakaś nie-swoja
te ręce dziwnie słabe na pewno nie są moje
chyba, że ktoś dołożył jabłek do torby z zakupami
a już na pewno w nocy ktoś tu wydłużył schody
i na dodatek buty zbiegły się jakoś
w przeciwieństwie do skóry, która jakby za duża
chyba się zachmurzyło, bo wszystko niewyraźne
może więcej tabasco, żeby znów widzieć ostro
może częściej do lasu, by oczy zaszyły zielenią
może rzadziej na wietrze, bo myśli mi porywa i włosy
skąd wzięły się te wszystkie duże liczby tuż przy mnie?!

Arytmia

jeszcze tylko chwileczkę
jeszcze podleję kwiatki
jeszcze guzik urwany
to tylko przeciąg tak w sercu
synku, włóż rękawiczki
jeszcze tylko chwileczkę
telefon do przyjaciela
jeszcze tylko chwileczkę
niech jeszcze raz się zachwycę
niech tylko wytłumacze
jeszcze śnieg na policzku
to tylko przeciąg tak w sercu
jeszcze tylko
zamknę te drzwi



WWW.GAZETALEKARSKA.PL



Miłosierny Samarytanin

Do 10 marca można zgłaszać kandydatów do tytułu „Miłosierny Samarytanin roku 2018”. Kandydatów można zgłaszać w kategoriach: 1) pracownik służby zdrowia, dla którego pomoc chorym nie jest tylko pracą zarobkową, ale jest postrzegana, jako swoistego rodzaju powołanie, 2) osoba, która bezinteresownie pomaga innym w potrzebie, osoba szlachetna, dla której pomoc drugiemu człowiekowi jest czymś naturalnym, wypływającym z potrzeby serca. Więcej www.gazetalekarska.pl.

SPORT

Kalendarz

W naszym portalu można pobrać kalendarz Komisji Sportu NRL zawierający wykaz imprez sportowych zaplanowanych na luty i marzec. Wkrótce opublikujemy harmonogram wydarzeń na cały rok.

Złaz Medyka

W dniach 10-12 maja odbędzie się 3. Reaktywowany Stessowy Złaz Medyka w Kotlinie Kłodzkiej. Nasza baza to „Chata Cyborga” w Bielicach.

Na hali

23 lutego w Hali Sportowo-Widowskiej „Arena” w Toruniu odbędą się 2. Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkoatletyce. Zawody organizowane będą równolegle z 28. Halowymi Mistrzostwami Polski Masters w Lekkiej Atletyce.

Tenis

W dniach 4-6 stycznia w Częstochowie odbył się pierwszy w nowym roku Ogólnopolski Halowy Turniej Tenisowy Lekarzy „Trzech Króli” pod egidą Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy. Organizatorami turnieju były OIL w Częstochowie i NIL. Natomiast w dniach 8-11 listopada w Pabianicach odbyły się XXI Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie, Memoriał dr. Andrzeja Jasińskiego.



Pływanie

W dniach 4-6 kwietnia w Dębicy odbędą się XV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu. Zawodom towarzyszy konferencja naukowo-szkoleniowa „Postępy w medycynie sportowej”.

Narty

9 marca, na stacji narciarskiej Polana Szymoszkowa, odbędą się I Zawody o Puchar Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej w Narciarstwie Alpejskim i Snowboardzie. Zapisy do 1 marca. Organizatorzy: NIL, OIL w Krakowie.



WWW.GAZETALEKARSKA.PL

FOTO: Shutterstock.com

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE**ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
ROCZNIK 1959 I ODDZIAŁU
STOMATOLOGICZNEGO ROCZNIK 1958 AM
W ŁODZI ORAZ WCW MED (DYPLOM WAM)**

Zapraszamy na spotkanie z okazji 60-tej rocznicy uzyskania dyplomu. Datę, sposób organizacji i miejsce spotkania uzależniamy od liczby chętnych do uczestniczenia w nim. Wszystkich w/w absolwentów prosimy o kontakt telefoniczny: 608 765 699 (Magda Słoboda-Jędrzejewska), 602 260 185 (Dionizy Bilski) lub 608 399 110 (Jadwiga Holajda-Chmielewska).

**WYDZIAŁ LEKARSKI AM WE WROCŁAWIU,
ROCZNIK 1977**

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie, które odbędzie się w dniach 17-19 maja 2019 r. Miejsce: Hotel Kudo-wa Manufaktura Relaksu w Kudowie Zdroju. Opłata za uczestnictwo w Zjeździe od absolwenta/osoby towarzyszącej wynosi 500 zł. Wpłaty prosimy dokonywać na konto 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 28 lutego 2019 r. z dopiskiem „Zjazd 1977”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: Patrycja Malec, tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl.

**ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
I ODDZIAŁU STOMATOLOGII AM W POZNANIU,
ROCZNIK 1954-1959**

Zapraszamy na spotkanie z okazji 60-lecia ukończenia studiów. Miejsce i termin: Poznań, 25 maja 2019 r. Informacje rozesłano na adresy, jakie posiada KO i WIL. Osoby, które nie otrzymały tych informacji, a chcą wziąć udział w uroczystości, proszone są o dokonanie zgłoszenia do 15 lutego 2019 r. na adres Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, tel. 61 852 58 60 wewn. 127 lub 180, e-mail: izba@wil.org.pl. Kontakt: Andrzej Cieśliński (tel. 61 861 85 34), Helena Dominiak-Rybarczyk (tel. 601 540 800), Bolesław Otulakowski (tel. 602 653 494), Maria Szymanowska (tel. 61 852 30 97).

**ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM
W KRAKOWIE, ROCZNIK 1963-1969**

Zapraszamy na spotkanie z okazji 50-lecia uzyskania absolutorium, które odbędzie się 25 maja 2019 r. w Krakowie. Planowane uroczyste wręczanie odnowionych dyplomów przez Władze Uczelni. Rozpoczęcie zjazdu o godz. 10.00 w Collegium Nowodworskiego w Krakowie, o godz. 17.00 bankiet w Hotelu Europejskim. Dodatkowe informacje w listownych zaproszeniach, istnieje możliwość rezerwacji noclegu w Hotelu Europejskim na

hasło „50-lecie absolutorium”. Informacje: Ewa Kopytko tel. 601 958 688 lub 723 625 120, e-mail ewakopytko@interia.pl, Magdalena Ziembicka, tel. 501 434 758. Zgłoszenia na powyższy e-mail.

**ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU
STOMATOLOGICZNEGO AM WE WROCŁAWIU,
ROCZNIK 1989**

Zapraszamy na spotkanie z okazji 30-lecia ukończenia studiów, które odbędzie się w dniach 24-26 maja 2019 r. Miejsce: ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu. Opłata za uczestnictwo w Zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej: piątek-niedziela z noclegami 450 zł, sobota-niedziela z noclegiem 350 zł. Wpłaty prosimy dokonywać na konto 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 28 lutego 2019 r. z dopiskiem „Zjazd 1989S”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: Patrycja Malec, tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl.

ABSOLWENCI AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1968

Zmiana miejsca i terminu spotkania: nie w Zieleńcu, ale w Cieplicach w Hotelu Bella w dniach 30 maja-2 czerwca 2019 r. Chętni (też z osobami towarzyszącymi) powinni do 28 lutego 2019 r. wpłacić zaliczkę w wysokości 150 zł od osoby na konto hotelu, a na miejscu w recepcji uregulować pozostałą kwotę za uczestnictwo, czyli 340 zł od osoby - Firma Handlowo-Usługowa BELLA Joanna Hassaniych ul. Andrzeja Zamoyskiego 3, 58-560 Jelenia Góra 34 8395 0001 0023 0276 2000 0001 z dopiskiem Zjazd 1968 i z podaniem własnego imienia i nazwiska. Komitet Organizacyjny: Ewa Miłaszewicz (502 050 273), Alfred Krusicki (724 655 482).

ŚLĄSKA AKADEMIA MEDYCZNA, ABSOLWENCI 1969

W związku z odnową dyplomu po 50 latach prosimy absolwentów Wydziału Lekarskiego i Oddziału Stomatologii o zarejestrowanie się w Dziekanacie Wydziału Zabrzeńskiego u pani Julity Prabuckiej do 30 marca 2019 r. Adres Dziekanatu: 41-800 Zabrze, Plac Traugutta 2, tel. 32 370 52 66; e-mail: kkpzabrze@sum.edu.pl. Uroczystość odbędzie się 14 czerwca 2019 r. w Zabrzu-Rokitnicy. Część oficjalna jest bezpłatna, następnie zapraszamy na spotkanie w hotelu „Ostaniec” w Podlesicach, gmina Kroczyce w dniach 14-16 czerwca 2019 r. Opłatę za spotkanie w kwocie 550 PLN należy wpłacić na konto 27 1050 1591 1000 0022 2922 3264 do 15 maja 2019 r. Kontakt: starosta roku Maria Gajeczka-Bożek, tel. 601 289 665, e-mail: mariagajeczka-bozek@op.pl.

**ODDZIAŁ STOMATOLOGII AM W WARSZAWIE,
ROK UZYSKANIA DYPLOMÓW: 1994**

Serdecznie zapraszamy Koleżanki i Kolegów na spotkanie po 25 latach od uzyskania dyplomów. Spotkanie odbędzie się w Klubie Medyka w Warszawie dnia 15 czerwca 2019 r. Szczegółowe informacje: Adam Przewodowski, e-mail: adam.przewodowski@wp.pl, Alicja Maciesowicz, e-mail: alicja.maciesowicz@wp.pl.

UWAGA! PROSIMY O NADSYŁANIE KOMUNIKATÓW NIE DŁUŻSZYCH NIŻ 500 ZNAKÓW (ZE SPACJAMI).

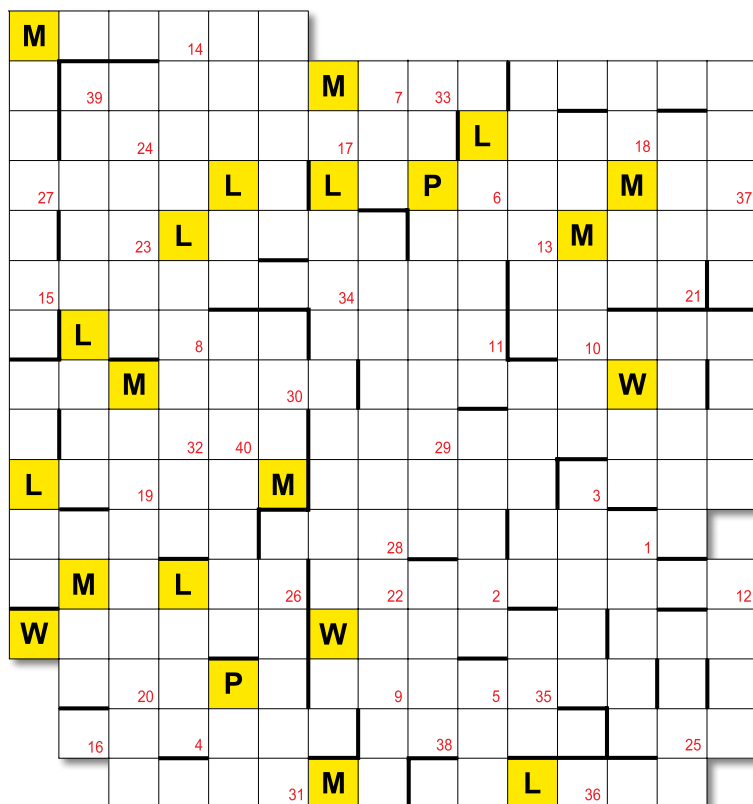
The first part of the paper discusses the importance of understanding the local context in which a project is implemented. This involves a thorough analysis of the social, cultural, and economic factors that may influence the success or failure of the intervention. It is essential to engage with local stakeholders from the outset to ensure that the project is relevant and sustainable.

The second part of the paper focuses on the design and implementation of the project. This includes the development of a clear and concise project plan, the identification of key activities and resources, and the establishment of a monitoring and evaluation system. It is important to maintain flexibility throughout the implementation process to respond to any unforeseen challenges or opportunities.

The third part of the paper discusses the importance of communication and reporting. This involves the development of a communication strategy that identifies the key messages and the most appropriate channels for reaching the target audience. It is also essential to establish a system for regular reporting to stakeholders, including the project team, funders, and the community.

The final part of the paper discusses the importance of sustainability and long-term impact. This involves the development of a sustainability plan that identifies the key factors that will ensure the continued success of the project after the initial implementation phase. It is also important to establish a system for ongoing monitoring and evaluation to assess the long-term impact of the project.

Objaśnienia 73 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: L, M, P i W. Na ponumerowanych polach ukryto 40 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to mądrość Rzymian. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 20 lutego 2019 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).



* zagłębienia na korzenie zębów * stolica landu Szlezwik-Holsztyn
 * błękit * imię Dymaszówny * na głosy lub prochy * belgijskie Lierre *
 osiedle wiejskie w Azji Środk. * ubytki w polu widzenia * Kaliningrad
 do 1945 * kapusta polna * dystrykt z Yellowknife * główna masa zęba *
 prąd kurylski po japońsku * dobrem zwyciężaj * pieśń ze stajenki * ma
 białe kwiaty o odurzającym zapachu * stolica Ziemi Ognistej * członek
 eskorty * kwiatostan kukurydzy * żółte, sierpowate owoce * stolica RFN
 * czeski Ursus * szacunek, poważanie * piersi * strzelanie do rzutków *
 przodek bydła domowego * Tuesday * opioidowy lek przeciwbolun-
 kowy * główna dolina Libanu * opera na otwarcie Kanału Sueskiego *
 oddzielona przez rafę koralową * uczulenie organizmu * duże miasto na
 wschodzie Mazur * następca Nasera * buty wojskowe * terapia parowa
 * stolica Albanii * strzechy * brak ruchu dla króla * wrodzony brak koń-
 czyn * niemieckie trzy * nauka o dźwięku i przepływach gazu * opłata
 graniczna * wenecka na worki i sznury * rzeka zwycięstwa Tatarów
 (1223) * wyrób z cukru i kakao * władca muzułmański * aniony i katio-
 ny * drzewko wyrosłe z nasienia * nakręcił „Misja” * następczyni sierpa
 * ciekły tłuszcz wielorybi * płynie w Innsbrucku * pustelnik, zakonnik *
 kmin rzymski * sól kwasu winowego * koniec pacierza * tulejki ze łbami
 * miasto francuskiej kapitulacji w 1870 * morska, czyli cklwica * gród z
 Koloseum i Kapitołem * rzucane na tacę * perski chordefon szarpany *
 kszyc * wielkopolska wieś pod Kostrzynem, z pałacem i stadniną koni
 * Eriksson, król Szwecji i Norwegii * bitwa, walka * między niobem a
 technetem * głupcy, jołopy * region nad Tybrem * wielki mówca, uczeń
 Isokratesa * farsz * chirurg układu moczowego

Jerzy Badowski

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 239 („GL” nr 11/2018)
Przebaczenie jest najtrudniejszą miłością.

Nagrody otrzymują:

Luiza **Chmielewska** (Pierzchnianka), Bartosz **Dzieński** (Gdynia),
 Małgorzata **Zielska** (Szczecin). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo
 Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

WYDAWCA



Naczelnia
 Rada
 Lekarska

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 173 800 tegz.

Rada Programowa
Sławomir Badurek
Jarosław Biliński
Paweł Czekalski
Ryszard Golański
Krzysztof Madej
Dariusz Paluszek
Damian Patecki
Marek Stankiewicz
Jarosław Wanecki
Jacek Woszczyk

Redaktor naczelna
Marta Jakubiak
 Tel. 698 297 739
naczelny@gazetalekarska.pl

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

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

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

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

Adres redakcji
 00-764 Warszawa,
 ul. Jana III Sobieskiego 110

Stale współpracują
Jerzy Badowski (Olsztyn)
Sławomir Badurek (Toruń)
Jarosław Klimek (Łódź)
Marzena Kowalska (Warszawa)
Agata Morka (Berlin)
Joanna Sokołowska (Płock)
Jarosław Wanecki (Płock)

Projekt i opracowanie graficzne
Magdalena Skoniecka,
Montownia/Teresa Urawska

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

Ogłoszenia
Olga Aniśko
 Tel. (22) 559 13 26
 Fax (22) 558 80 42
o.anisko@gazetalekarska.pl

Druk
LSC Communications Poland Sp. z o.o.

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

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega
 sobie prawo do skróć, adustacji, 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 przeznac-
 zona jest tylko dla osób uprawnionych do wystawiania
 recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczni-
 czymi w rozumieniu przepisów ustawy z 6 września 2011 r.
 – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. nr 126, poz. 1381, z późn. zmi-
 nami i rozporządzeniami).

