

SAMORZĄD: List prezesa NRL Andrzeja Matyi do lekarzy



GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB
LEKARSKICH

02 | 2020

KALENDARZ
DLA PROWADZĄCYCH
PRAKTYKI

PRZEKAŻ SWÓJ 1%

Fundacja Lekarze Lekarzom

■ **Błędy medyczne**
STOMATOLOGIA

■ **Manipulacje**
RELACJA LEKARZ-PACJENT

Temat numeru

**ZYSK DLA ZIEMI
I PLACÓWKI
MEDYCZNEJ**

NIE OPŁACA SIĘ ODWRACAĆ PLECAMI OD EKOLOGII

9

KAPŁAN WIARY KRYTYCYZMU

Był nazywany jednym z ostatnich
tzw. przedwojennych profesorów.

STR. 38

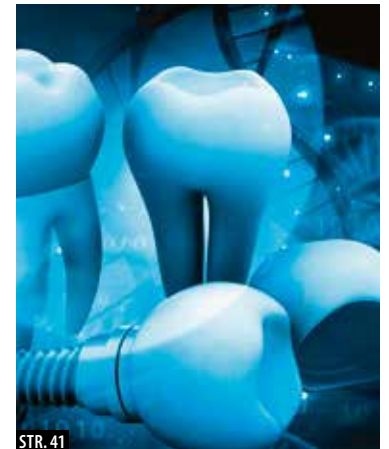
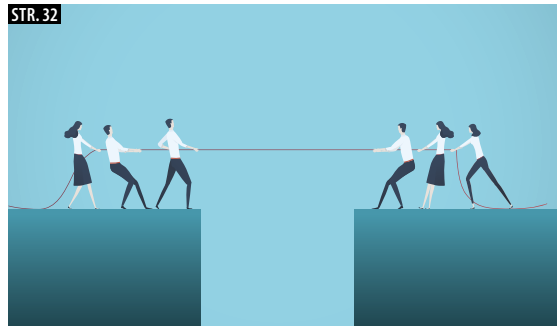


36

DYSKREDYTACJA NA FACEBOOKU

Kodeks Etyki Lekarskiej wobec
podważania autorytetu lekarza
w sieci.

STR. 32



STR. 41

Spis treści

Luży 02/2020

SAMORZĄD

- 4 | Pragmatyzm, czyli zdrowy rozsądek
- 5 | List Prezesa NRL Andrzeja Matyi do lekarzy i lekarzy dentystów
- 9 | Kapłan wiary krytycyzmu
- 14 | Wzrok nie sięga, pamięć zostaje

TEMAT NUMERU

- 16 | Kto stawia na ekologię?
- 17 | Ekozysk
- 20 | Niczego nie nadużywać

PRAWO I MEDYCYNĄ

- 22 | Rachunek kosztów - nowe rozporządzenie
- 24 | *Medice, cura te ipsum?*
- 26 | Kalendarz lekarza praktyka
- 32 | Legislacja to przeciąganie liny?

- 36 | Dyskredytacja na Facebooku

PRAKTYKA LEKARSKA

- 37 | OBDarowani kolejnym szczęściem
- 38 | Błędy i powikłania
- 41 | Leczenie martwicy kości wokół implantu
- 42 | Biuletyn
- 44 | Opary absurdu
- 46 | Telemedycyna jako element wykonywania zawodu
- 48 | Manipulacja w relacji pacjent-lekarz
- 51 | Telerehabilitacja
- 52 | Ostro i przewlekle
- 54 | Noworoczny felieton szpitalny

NAUKA

- 56 | Dolar ma znaczenie

ZE ŚWIATA

- 58 | Niepokojąca kondycja psychiczna lekarzy

LISTY

- 60 | W sprawie eutanazji
- 61 | Spójrzmy na dobro pacjenta

PO GODZINACH

- 62 | Świeatko w tunelu
- 63 | Solista. Chór. Orkiestra.
- 64 | Niech żyje bal
- 66 | Jesień
- 67 | Kultura
- 69 | Sport
- 70 | Kalendarz wydarzeń kulturalnych i sportowych 2020
- 72 | Zjazdy koleżeńskie
- 74 | Ogłoszenia
- 82 | Jolka lekarska



ANDRZEJ MATYJA

prezes NRL

W mojej „Piątce dla NIL” znalazło się pilnowanie i kołatanie do wszystkich drzwi, by w szybszym tempie realnie rosło finansowanie ochrony zdrowia, ale mocno sprzężone z poprawą organizacji i efektywności systemu (choćby ze zmniejszeniem biurokratycznych obciążeń). Drugi obszar to odbudowa kadr i racjonalne wykorzystanie ich potencjału. Na kolejnym miejscu wymieniłem informatyzację w ochronie zdrowia. Powinniśmy uważnie obserwować, jak radzimy sobie z e-receptami, co wymaga korekty, jak wdrożeniowe doświadczenia wykorzystać na kolejnych etapach cyfryzacji, by nie stała się ona zmorą, ale była dobrodziejstwem, by pomogła jak najlepiej wykorzystać czas pracy lekarzy i personelu medycznego dla pacjenta, jak lepiej zarządzać placówkami i mądrze wydawać publiczne pieniądze.

Jako kolejny priorytet wskazałem zmiany w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty. W tym roku na naszym radarze będzie też wprowadzenie systemu no-fault, który powinien odciąć nas od penalizacji pracy lekarza. Na mojej liście TOP 5 na 2020 (a muszę podkreślić, że wszystkie pozycje traktuję jednakowo, niezależnie od przypisanej numeracji) znalazło się też wyjątkowo ważne zadanie obrony godności zawodu lekarza i dobrego imienia niesłusznie oskarżonych i szkalowanych kolegów, a także

Z SOBIESKIEGO 110

Pragmatyzm, czyli zdrowy rozsądek

„Rób to, co możesz, tym, co posiadasz, i tam, gdzie jesteś”. To pragmatyczne stwierdzenie Teodora Roosevelta przyszło mi na myśl, gdy w ostatnim dniu minionego roku zapytano mnie o priorytety Naczelnej Izby Lekarskiej w 2020 r.

obrona pacjentów przez praktykami szkodzącymi ich zdrowiu (związanymi np. z podważaniem zaufania do lekarzy czy negowaniem wiedzy opartej na faktach).

Już w pierwszych dniach nowego roku te priorytety okazały się wyjątkowo aktualne i kilka z nich zaprzętnęło uwagę nie tylko naszego środowiska, ale również szerokiej opinii publicznej.

Wybiła godzina zero dla e-recept. Armagedonu nie było. Sielanki też nie, ale wiemy, że wykonaliśmy kolejny krok ku cyfryzacji. Jesteśmy dopiero na początku drogi. Prawdziwe wyzwania są jeszcze przed nami, ponieważ cyfryzacja przynosi oczekiwane efekty nie wtedy, kiedy dokumenty z postaci papierowej przekształcimy na wersję cyfrową, ale wtedy, gdy rozwiązania organizacyjne i techniczne na tyle się zmieniają, że będziemy w stanie w pełni korzystać z potencjału nowoczesnych technologii.

Wprowadzenie e-recept było zapowiedziane. Z obawą oczekiwano 8 stycznia. Kolejne kartki z kalendarza spadły i krachu nie ma. Wielu odetchnęło z ulgą. Zaskoczenie przyszło z innej strony. Właśnie 8 stycznia poinformowano, że rząd przyjął projekt ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty. Zawite losy projektu, któremu pierwotny kształt nadali lekarze, w tym Naczelna Rada Lekarska, jeszcze w poprzednim – grudniowo-styczniowym wydaniu – wiedzona dziennikarskim instynktem opisała „Gazeta Lekarska” w obszernym artykule pod zmiennym tytułem „Kastracja”.

Nasze środowisko zbulwersował fakt braku chociażby konferencji uzgodnieniowej czy specjalnej debaty, by przedstawić i omówić argumenty, które przemawiały za istotną zmianą projektu ustawy w stosunku do pierwotnych propozycji. Zwłaszcza, że ustawa ta ma fundamentalne znaczenie dla naszej profesji. Dlatego naszą stanowczą dezaprobatę dla trybu prac legislacyjnych wyraziłem w specjalnym liście skierowanym do koleżanek i kolegów lekarzy¹. Dodam, że sposób i tryb prac nad aktami prawnymi od dawna budzi nasze zastrzeżenia. Nie jesteśmy w tym osamotnieni².

W tym kontekście fałszywie brzmią wygłaszane pod adresem środowiska lekarskiego apele o powściągliwość w ocenach, o poparcie dla reform wprowadzanych przez Ministerstwo Zdrowia, o zgodę wokół zdrowia i wzajemne zaufanie. Jednym słowem, jak echo niesie się wezwanie: „Niech jednoczy nas zdrowie”. Taki apel można było usłyszeć podczas obchodów 30-lecia odrodzenia izb lekarskich. Mocno wybrzmiał też na niedawnym posiedzeniu sejmowej komisji zdrowia przy okazji dyskusji o projekcie tegorocznego budżetu. Przedstawiciele rządu ponawiali go podczas styczniowej konferencji pt. „Priorytety w ochronie zdrowia 2020”. Słyszmy: „Zdrowie i polityka zdrowotna powinny być poza



sporami politycznymi i trzeba je uwolnić od partyjnych przepychanek”.

W tym samym czasie prowadzona jest oburzająca kampania oszczerstw i medialna nagonka wymierzona w naszego kolegę, cenionego lekarza prof. Tomasza Grodzkiego. Przez niektóre media i polityków powielane są niepotwierdzone, anonimowe doniesienia, które mają podważyć wiarygodność Profesora jako lekarza, człowieka i osoby publicznej, a od niedawna – Marszałka Senatu RP. Jako środowisko nie mogliśmy przejść obojętnie wobec tych faktów, zwłaszcza że negatywna kampania wybuchła po objęciu przez prof. Grodzkiego funkcji trzeciej osoby w państwie. Wcześniej do żadnego z organów samorządu lekarskiego nie wpłynęła ani jedna skarga na jego działalność zawodową.

Podobnej sytuacji doświadczyliśmy kilka lat temu, kiedy rozpętała się nagonka na innego lekarza – kardiologa, co podkopało zaufanie do lekarzy, spowodowało gwałtowny spadek liczby przeszczepień w Polsce, a w rezultacie ucierpieli na tym pacjenci.

Nowy rok przyniósł nam jeszcze jeden przykład naganego potraktowania lekarza – doktora Riada Haidara, za którym murem stanęli rodzice i bliscy małych pacjentów i oni sami (już jako dorośli ludzie), a także środowisko lekarskie, które doskonale zna kompetencje, dorobek oraz zasługi kolegi. W tym przypadku również zwraca się uwagę na niezawodowe podłoże sprawy.

W takim kontekście apele o uwolnienie zdrowia od politycznej gry brzmią mało przekonująco. Nagonka na lekarzy to, koniec końców, narażanie zdrowia i życia pacjentów. Mam nadzieję, że w imię interesu publicznego zdrowy rozsądek weźmie górę i ustaną szykany wobec lekarzy. Że poważnie weźmie się też pod uwagę opinie naszego środowiska podczas sejmowych prac nad ustawą o zawodzie lekarza i lekarza dentysty. Zamiast legislacyjnej galopady będzie czas na wysłuchanie argumentów reprezentantów NIL i poważne ich potraktowanie.

My w każdym razie działać będziemy, mając w pamięci pragmatyczne podejście zacytowanego na wstępie T. Roosevelta, bo to nic innego jak głos zdrowego rozsądku. ■

¹ Piszemy o tym na s. 5 (przyp. redakcji)
² Więcej na ten temat na s. 32 (przyp. redakcji)

List Prezesa NRL do lekarzy i lekarzy dentystów – projekt ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Koleżanki i Koledzy,

informuję, że 9 stycznia na stronach internetowych Rządowego Centrum Legislacji opublikowano kolejną wersję projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw. Ustawa w tym kształcie trafiła do prac parlamentarnych.

W swoim pierwotnym założeniu ustawa ta miała konsumować wysiłek wielu lekarzy, pracujących w ramach powołanego przez Ministra Zdrowia zespołu, a następnie wysiłek członków Naczelnej Rady Lekarskiej, którzy opracowali model istotnych – i zarazem potrzebnych – zmian w kształceniu podyplomowym lekarzy i lekarzy dentystów. Z niekrytym żalem muszę poinformować, że zarówno tryb prac nad tym projektem ustawy, jak i jego obecna treść, dalekie są od tego, czego oczekiwaliśmy.

Lekarze zaangażowani w prace zespołu ministerialnego, a następnie Naczelna Rada Lekarska, opiniując projekt ustawy aż trzykrotnie w pierwszym półroczu 2019 roku, włożyli sporo wysiłku, aby powstał dobry, akceptowany przez większość środowiska, projekt ustawy.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej na posiedzeniu w dniu 10 stycznia 2020 r., podkreślając, że ustawa ta ma fundamentalne znaczenie dla systemu ochrony zdrowia, a przede wszystkim dla samych lekarzy i lekarzy dentystów, wyraziło stanowczy protest przeciwko przyjętemu trybowi prac legislacyjnych.

Po pierwsze, zwróciliśmy uwagę, że opublikowany w dniu 9 stycznia 2020 r. projekt ustawy zasadniczo różni się od projektu ustawy przyjętego przez Naczelną Radę Lekarską w stanowisku nr 4/19/VIII z dnia 22 lutego 2019 r.

Po drugie, obecny projekt nie uwzględnia zdecydowanej większości merytorycznych uwag zgłoszonych przez samorząd lekarski oraz innych interesariuszy w toku konsultacji społecznych projektu ustawy. Dość wspomnieć, że spośród około 130 szczegółowych uwag zgłoszonych przez Naczelną Radę Lekarską w toku konsultacji społecznych, połowa nie została uwzględniona, wśród nich także uwagi systemowe, które miały dla nas największe znaczenie (stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej nr 012/19/VIII z dnia 28 czerwca 2019 r.).

Po trzecie, do projektu ustawy dodano szereg nowych przepisów, nieprzewidzianych w pierwotnych założeniach, które budzą poważne kontrowersje. Dotyczy to m.in. przepisów o obniżeniu wymogów uzyskania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty przez osoby posiadające dyplom wydany poza obszarem Unii Europejskiej.

Po czwarte, zdumienie budzi fakt, że pomimo tak ogromnej liczby uwag do projektu ustawy zgłoszonych przez Naczelną Radę Lekarską i innych partnerów społecznych, Ministerstwo Zdrowia nie zorganizowało konferencji uzgodnieniowej lub innego rodzaju debaty celem omówienia tych uwag i przedstawiania pogłębionej argumentacji za ich uwzględnieniem. W sytuacji, gdy w założeniu projekt ustawy miał być efektem porozumienia środowiska lekarskiego i Ministra Zdrowia, taka sytuacja budzi zdecydowany sprzeciw.

Informuję również, że opublikowany projekt ustawy jest bardzo obszerny – liczy blisko 140 stron maszynopisu, dlatego zwróciliśmy się z apelem do Sejmowej Komisji Zdrowia, aby w toku prac sejmowych powołano specjalną podkomisję do jego rozpatrzenia. Naszym zdaniem praca nad tym projektem w ramach podkomisji, a nie na posiedzeniach plenarnych Komisji Zdrowia, daje szansę na rzetelne omówienie uwag zgłoszonych przez organizacje związane z ochroną zdrowia.

Z koleżeńskimi pozdrowieniami,

Andrzej Matyja

Prezes NRL



SKRINING

Priorytet na rok 2020

W Polsce powinno powstać centrum kreacji systemowej w ochronie zdrowia, a jego praca musi rodzić skutki polityczne – powiedział wiceprezes NRL Krzysztof Madej podczas konferencji „Priorytety w Ochronie Zdrowia”, który 16 stycznia w Warszawie uczestniczył, m.in. wraz z wiceministrem zdrowia, przewodniczącym sejmowej Komisji Zdrowia i prezesem NFZ, w debacie ekspertów w czasie sesji inauguracyjnej zatytułowanej „Wyzwania zdrowotne i makroekonomiczne dla systemu ochrony zdrowia na rok 2020”. Zdaniem wiceprezesa NRL w interesie

środowiska lekarskiego i pacjentów leży powołanie grupy eksperckiej, która w sposób ciągły i odporny na naciski polityczne pracowałaby nad tym, co trzeba zmienić w ochronie zdrowia w naszym kraju. – To jest priorytet – podkreślił dr Krzysztof Madej, odnosząc się do tytułu konferencji. Podkreślił też, że w obliczu kryzysu kadr medycznych należy skupić się na polepszeniu warunków pracy. Decydenci stwierdzają wprost: konsolidacja szpitali jest nieuchronna, nie wolno negować podstawowych zasad ekonomii, obecnie często wydajemy pieniądze na gotowość personelu, zamiast skupić się na efektywności. Na to, że Polska nie ucieknie od poważnych dyskusji w zakresie zmian systemowych, zwrócił również uwagę były szef resortu zdrowia Marek Balicki. Przypomniał, że w wiek 75+ zaczyna wchodzić pokolenie powojennego wyżu demograficznego, co rodzi wielkie wyzwania m.in. w kontekście opieki geriatrycznej i onkologicznej. ■

W obronie lekarza

Prezydium NRL z dezaprobatą odnosi się do kolejnej kampanii medialnej skierowanej przeciwko lekarzowi. 10 stycznia podjęło stanowisko dotyczące nagonki na prof. Tomasza Grodzkiego. Przypomniano, że podobna kampania, skierowana przeciwko innemu lekarzowi, nie tak dawno doprowadziła do drastycznego spadku

liczby przeszczepień w Polsce. „Moment i osoba, która pada ofiarą tej kampanii, pozwala nam przypuszczać, że jej podłoże nie ma charakteru merytorycznego, a jej celem jest zdyskredytowanie w oczach opinii publicznej profesora Tomasza Grodzkiego, wybitnego polskiego torakochirurga, jako człowieka i lekarza” – czytamy w stanowisku podjętym przez Prezydium NRL. Podkreślono w nim, że do żadnego z organów samorządu lekarskiego nie wpłynęła skarga na działalność zawodową profesora przed objęciem przez niego funkcji Marszałka Senatu RP. ■

„Paczka Puszatka”



9 stycznia w Warszawskim Szpitalu dla Dzieci odbyła się konferencja prasowa w ramach wspólnej akcji NIL oraz Wydawnictw Szkolnych i Pedagogicznych skierowanej do najmłodszych pacjentów. „Paczka Puszatka” to cykl wspierający edukację dzieci od najmłodszych lat. Jak powiedział prezes NRL Andrzej Matyja, paczki mają pomóc najmłodszym pacjentom w spędzaniu czasu w szpitalu. Znajdują się w niej m.in. wycinanki, kolorowanki oraz zeszyty ćwiczeń i plansze, które pomagają w przygotowaniu do nauki czytania i pisania oraz rozwijają umiejętności myślenia matematycznego (wnioskowania, porównywania i liczenia). Przekazane materiały mają pozwolić chociażby na moment oderwać się od choroby i zmartwień z niej wynikających oraz przyczynić się do wsparcia procesu powrotu małych pacjentów do zdrowia. ■

SKRINING

Lider roku

To

człowiek renesansu – tymi słowami prezes NRL prof. Andrzej Matyja zakończył laudację dla prof. Piotra Chłosta, który został laureatem konkursu „Sukces Roku w Ochronie Zdrowia 2019”

“

Odbieram tę laudację jako wyróżnienie pod adresem całego środowiska zrzeszonego pod sztandarem Polskiego Towarzystwa Urologicznego.

w kategorii „Lider Roku 2019 w Ochronie Zdrowia – zdrowie publiczne”. Prof. Chłosta jest kierownikiem Katedry i Kliniki Urologii CM UJ w Krakowie i kierownikiem Oddziału Klinicznego Urologii i Urologii Onkologicznej w SU w Krakowie. – Jest autorem lub współautorem ponad 250 prac naukowych. Wprowadził do polskiej urologii szereg nowatorskich metod operacyjnych i oryginalnych metod modyfikacji leczenia, przede wszystkim

laparoskopowego. Rozwinął minimalnie inwazyjną urologię. Wykonał pierwsze w Polsce i jedno z pierwszych w świecie laparoskopowe wycięcie zaotrzewnowych węzłów chłonnych u chorych na przerzutowego raka jądra – wyliczał prof. Andrzej Matyja podczas laudacji. – Odbieram tę laudację jako wyróżnienie pod adresem całego środowiska urologicznego zrzeszonego pod sztandarem Polskiego Towarzystwa Urologicznego, pracującego na rzecz promocji i ochrony zdrowia w naszym kraju – powiedział uhonorowany. Wręczenie nagród w konkursie „Sukces Roku w Ochronie Zdrowia 2019” odbyło się 16 stycznia podczas uroczystej gali na Zamku Królewskim w Warszawie. Konkurs organizuje wydawnictwo Termedia, a patronem honorowym tego rocznej edycji była Naczelna Izba Lekarska. ■

Prof. Piotr Chłosta jest kierownikiem Katedry i Kliniki Urologii CM UJ w Krakowie i Oddziału Klinicznego Urologii i Urologii Onkologicznej w SU w Krakowie.



gazetalekarska.pl

FOTO: MARIUSZ TOMCZAK



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

Ogromnie dziękuję za datki, które do nas napływają z całej Polski: Szczecina, Czarnkowa, Legnica, Warszawy, Kluczborka, Zielonej Góry, Nowego Sącza, Mielca, Miedzianej Góry, Gdańska.

Szczególne podziękowania kieruję także do wszystkich, którzy przekazali swój 1% podatku na rzecz naszej Fundacji. Zachęcam kolejnych darczyńców, by również 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



Co odpowie premier?

W związku z rozczarowującą odpowiedzią ministra finansów, prezes NRL Andrzej Matyja zwrócił się do premiera Mateusza Morawieckiego o ponowną analizę apelu NRL do ministra finansów w sprawie zwolnienia z podatku

dochodowego od osób fizycznych przychodów lekarzy i lekarzy dentystów emerytów, osiąganych z tytułu wykonywania zawodu. Samorząd lekarski proponuje wprowadzenie mechanizmów zachęcających lekarzy emerytów do dalszego pozostania przy pacjentach, co w ocenie NRL jest konieczne dla utrzymania funkcjonowania wielu podmiotów medycznych w obliczu kryzysu kadrowego. ■

Z prac Prezydium NRL

O piniowanie projektów aktów prawnych jest jednym z ważnych zadań samorządu lekarskiego. W styczniu Prezydium NRL podjęło m.in. stanowisko w sprawie projektu ustawy Prawo farmaceutyczne i ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz dotyczące zmiany niektórych ustaw w związku z promocją prozdrowotnych wyborów konsumentów. Prezydium NRL analizowało również obecny stan projektu nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz podjęło stanowiska w sprawie zmian rozporządzeń ministra zdrowia. ■

Rozmowy i kary

To był pracowity koniec roku. Pod koniec grudnia prezes NRL Andrzej Matyja skierował do ministra zdrowia pismo ponawiające wniosek o zainicjowanie rozmów poświęconych sprawom stomatologii. Dotyczył on w głównej mierze stomatologicznych świadczeń finansowanych ze środków publicznych. NRL za niezbędne uznaje przeprowadzenie trójstronnych rozmów z udziałem resortu, NFZ i NRL. Natomiast w związku z dochodzącymi do samorządu lekarskiego sygnałami o nakładanych na lekarzy surowych karach finansowych z powodu zlecanych przez nich preparatów mlekozastępczych, prezes NRL zwrócił się do prezesa NFZ o wstrzymanie stosowania wobec lekarzy zlecających takie preparaty sankcji finansowych oraz pilne spotkanie z przedstawicielami samorządu lekarskiego. Więcej na stronie www.nil.org.pl. ■

*Są takie chwile, kiedy życie ma smak i zapach popiołu i żadne słowa,
nawet najszczęśliwszego współczucia, tego nie zmienia, ale wiedz, że w tej trudnej
dla Ciebie chwili jesteśmy z Tobą.*

Doktorowi

Ryszardowi Golańskiemu

członkowi Rady Programowej „Gazety Lekarskiej”

kondolencje z powodu śmierci

Mamy

składają

Marta, Lidka, Lucyna, Ela, Ola, Mariusz
(zespół „Gazety Lekarskiej”)

Koledze

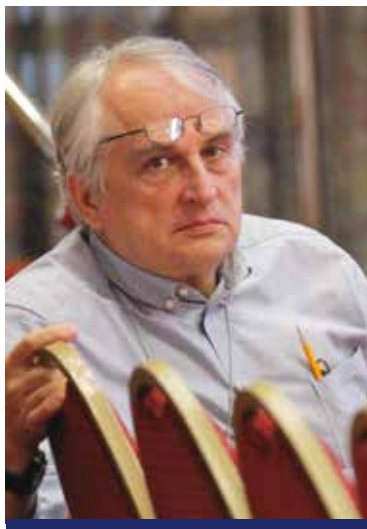
Ryszardowi Golańskiemu

wyrazy głębokiego żalu
i współczucia z powodu śmierci

Mamy

składają

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej
i członkowie Prezydium NRL



KRZYSZTOF MADEJ

wiceprezes NRL

Kapłan wiary krytycyzmu

Drugiego lutego roku bieżącego, tj. 2020, mija 20. rocznica śmierci Profesora Jana Nielubowicza, który zmarł drugiego dnia, drugiego miesiąca 2000 r.

Nie znam symbolicznego znaczenia tego układu dwójek i zer w dacie śmierci, ale kiedyś je poznam. Tymczasem chciałbym na chwilę zatrzymać się przy tej rocznicy (następna okazja będzie 2 lutego 2022 r., kiedy wypadnie 22. rocznica) i z tego powodu wspomnieć postać Profesora. Przez dwadzieścia lat nigdy się nie zajmowałem pisaniem wspomnień, a za dwa lata świat może być już zupełnie inny i nie będzie takiej, jak dziś, okazji, więc czynię to teraz.

Mówi się i pisze we wspomnieniach i nekrologach, że człowiek po śmierci jest obecny wśród żywych tak długo, jak długo obecna jest pamięć o nim wśród tych, którzy zmarłego znali. Pamięć o Profesorze Nielubowiczu, taka bezpośrednia i osobista, choć jest jeszcze wielu, którzy z nim żyli i współpracowali, powoli wygasa. Odchodzi z życia zawodowego, a czasami i z tego świata, pokolenie Jego uczniów. Drugim sposobem na pozostanie w pamięci potomnych jest pozostawienie po sobie dorobku, który dla potomnych będzie miał wartość, którą oni będą ceniili i z niej korzystali w swoim życiu. Pisarze, malarze,

kompozytorzy oraz niektórzy wodzowie i politycy mają pod tym względem lepiej. Lekarze gorzej. Dzieła ich sztuki (o uczniach już powiedziałem), najlepiej wyleczeni i najgenialniej nawet zoperowani chorzy, w końcu też umierają i nie mogą zaświadczać o geniuszu swojego dobroczyńcy. Z kolei rozwój nauk medycznych jest ostatnio tak gwałtowny, że dorobek jednego

“

Z tego zapewne względu tak głęboko zaangażował się w proces reaktywacji samorządu lekarskiego, mówiąc, że jego istnienie jest drobnym wprowadzie, ale niezbędnym i bardzo istotnym elementem demokratycznego i wolnego państwa.

pokolenia uczonych szybko stają się mało przydatny dla następnego. Są oczywiście wielcy odkrywcy z przeszłości, ale ich zasługi są już tylko opowieścią historyczną i nie mają bezpośredniego znaczenia dla bieżącej praktyki klinicznej i działalności badawczej. Piśmiennictwo naukowe Profesora Nielubowicza nie ma już takiego znaczenia jak kiedyś, choć słyszałem, że ten i ów specjalizujący się w chirurgii zagląda niekiedy do „Ostrych schorzeń jamy brzusznej”. Trwaniu pamięci o Nielubowiczu przeszkadza też jeszcze jedna okoliczność. Szczyt Jego działalności przypadła na zupełnie inną, od obecnej, epokę. A więc pouczenia

i przykłady postaw z tamtej epoki „realnego socjalizmu” zupełnie nie pasują do dzisiejszych czasów. A mimo to...

Profesor Nielubowicz był człowiekiem wartości. Był nauczycielem, nie w tym administracyjnym znaczeniu funkcji wynikającej z zatrudnienia, lecz roli, jaką pełnił w środowisku. Nie tylko dawał przykłady przywiązania do wartości w codziennym życiu zawodowym, ale te wartości głosił. Jakbyśmy powiedzieli nieco archaizującym językiem, je przepowiadał. Ta równoległość deklaracji i praktyki czyniła Go nauczycielem wiarygodnym. Ktoś się teraz zaśmieje i powie, że dobra materialne to też wartości. Nielubowicz miał łatwiej. W tamtych czasach dorobienie się na medycynie nie było takie łatwe i częste jak dzisiaj, więc jednak pozostaliśmy przy wartościach wyższych. Z tego zapewne względu tak głęboko zaangażował się w proces reaktywacji samorządu lekarskiego, mówiąc, że jego istnienie jest drobnym wprawdzie, ale niezbędnym i bardzo istotnym elementem demokratycznego i wolnego państwa.

W tej służbie wartościom był też nauczycielem w sensie praktycznym i dosłownym. W naszej klinice codziennie przed odprawą lekarską o godzinie 7:30 Profesor miał godzinne seminarium ze studentami, ze zbadaniem jednego chorego, omówieniem przypadku oraz teoretycznym i naukowym rozwinięciem konkretnej patologii. Kiedyś zapytałem, dlaczego narzuca sobie taką straszną dla siebie, ale przede wszystkim dla młodych ludzi, dyscyplinę rozpoczynania nauki skoro świt. Odpowiedział mi w sposób zaskakujący: bo najważniejsze, co mamy tutaj do zrobienia, to uczenie młodych lekarzy przyszłej profesji (na drugim miejscu stawiał leczenie chorych, na trzecim i ostatnim uprawianie i rozwijanie nauki). I dodał: komuna kiedyś się skończy, a ci, których wykształcimy, będą uczyć następnych tak, aby w przyszłej Polsce nie zabrakło profesjonalistów. Porównywał

“

Odpowiedział mi w sposób zaskakujący: bo najważniejsze, co mamy tutaj do zrobienia, to uczenie młodych lekarzy przyszłej profesji (na drugim miejscu stawiał leczenie chorych, na trzecim i ostatnim uprawianie i rozwijanie nauki).

medycynę amerykańską i polską, i konstatował, że naszym głównym problemem jest brak profesjonalizmu.

Pewnie bał się zerwania ciągłości i pewnie boleśnie przeżywał zerwanie ciągłości, której sam doświadczył. Dla mnie, młodego lekarza, koniec poprzedniego systemu za mojego życia był poza wyobraźnią. On wiedział, że komuna się skończy, a teraz ja już wiem, że wszystko się kiedyś skończy. To, co jest teraz, też.

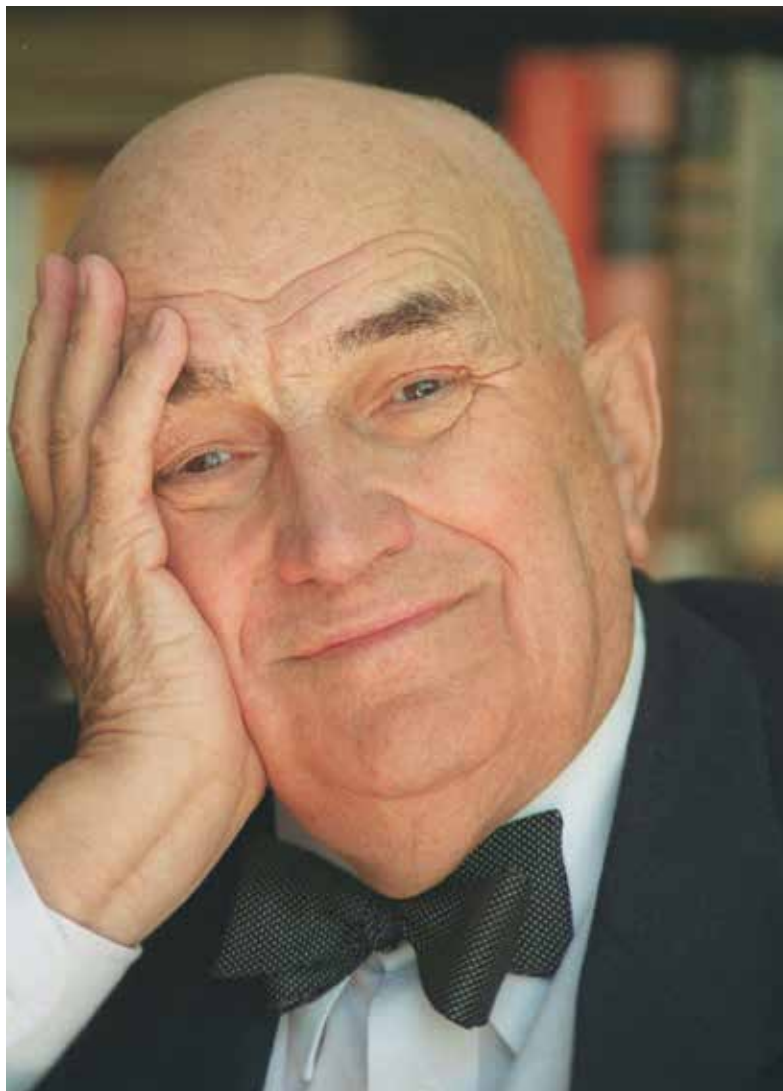
Był nazywany jednym z ostatnich tzw. przedwojennych profesorów, mimo iż studia medyczne ukończył w 1939 r. i do zburzonej Warszawy wrócił w roku 1945 z jednym plecakiem, w którym miał bieliznę, puszkę smalcu i traktat Brockmana o alergii. To bardzo trudna do objaśnienia kategoria językowo-pojęciowa. Chodzi o pewien rodzaj roli społecznej, wynikającej z wiedzy, godności i aury. Był obywatelem świata, członkiem międzynarodowej społeczności uczonych oświeconej Europy. Pojęcie to powoli odchodzi w przeszłość, bo pewnie jest w pełni zrozumiałe i przydatne tylko dla tych, którzy żyli na przełomie dwóch epok. Szczególnie gdy epoki te – wolnego państwa i azjatyckiego komunizmu – w praktyce historycznej okazały się tak diametralnie różne. Współczesne, kolejne pokolenia obywateli (i lekarzy) urodziły się, kształciły i robią kariery w jednej epoce i nie mają potrzeby używania pojęć różnicujących ludzi ze względu na różny bagaż doświadczeń historycznych i wynikających stąd postaw.

Zasłyszalem, tu pewnie popełniam jakąś niedyskrecję, bo zdradzę coś z przekazów rodziny Profesora (proszę o wybaczenie), że miał On powiedzieć kiedyś, że w życiu przyświecała mu następująca hierarchia wartości: szlachcic, Polak, katolik, chirurg, lekarz. Uderzyło mnie w tej wyliczance to, że lekarz jest na końcu. W nekrologach naszych luminarzy medycyny i w rozlicznych laudacjach, za życia wygłaszanych na ich cześć (oraz w różnych samochwalczach aktach strzelistych), lekarska powinność i bezgraniczne poświęcenie w służbie chorego człowieka pojawiają się zwykle na samym początku, tak, jakby sama profesja lekarska nadawała człowiekowi pewien ponadprzeciętny cenzus kulturowy i moralny. Z wyliczanki Nielubowicza wynikałoby, iż jest odwrotnie, że żeby być naprawdę dobrym lekarzem, musi być spełnionych kilka niezbędnych warunków wstępnych.

Kiedyś, nie pamiętam już z jakiego powodu, w rozmowie z Nielubowiczem popisałem się przeczytaną gdzieś typologią szlachectwa. Przytoczyłem, że są wśród ludzi następujące rodzaje szlachectwa: urodzenia, ducha, wiedzy oraz pieniądza. Pewnie miała to być jakaś prowokacja dodająca pieniądze do wyższych porządków egzystencji ludzkiej. Nielubowicz nie dał się sprowokować. Miałem wrażenie, że nie oponując, przyznał mi rację. Zadumał się tylko i po chwili odpowiedział: wie pan, panie kolego, jest jeszcze jeden rodzaj szlachectwa, którego pan nie wymienił – szlachectwo

krytycyzmu. Teraz, po latach, gdy Go wspominam, jawi mi się, jako kapłan wiary krytycyzmu. Był typem intelektualisty, który intelektem ogarnia otaczającą rzeczywistość, poznaje ją i nazywa. W klinice, w sali konferencyjnej, nad drzwiami wisiało oprawione zdjęcie frontonu domu Jana Długosza w Krakowie (ul. Kanoniczna 25) z napisem: „Nil est in homine bonamente melius” (ponieważ piszę do „Gazety Lekarskiej”, tłumaczenia nie podaję), a na innej ścianie w tej sali tabliczka z napisem: „Naucz się godnie znosić sukces bliźniego”. Śmiała się oczywiście młodzież z tych egzotycznych sentencji, tyle że śmiech uleciał, a sentencje pozostały (w głowach niektórych). Był wytrawnym znawcą polityki i psychologii, z taką precyzją opisu i formułowania wniosków, że zacząłem Go podejrzewać, że nieobce mu są naukowe lektury z zakresu psychologii behawioralnej. Takie zainteresowania były raczej niepojęte z pozycji profesora chirurgii. Kiedyś zapytałem Go o coś, z kategorii stosunków międzyludzkich w naszym środowisku, o czym zakładałem, że nie może mieć zielonego pojęcia. Bezbłędnie rozczytał intrygę i zrekonstruował fakty, a moje zdziwienie spojrzenie skwitował stwierdzeniem: panie kolego, ja jestem już tak stary, że widzę przez ściany.

Po co o tym wszystkim piszę? Bo przy wszystkich obiektywnych trudnościach we wskrzeszaniu pamięci o Janie Nielubowiczu, jedna rzecz jest cenna i potencjalnie do uratowania. To, jakim był szefem zespołu, liderem środowiska, kierownikiem katedry i kliniki oraz rektorem. Przy wszystkich zmieniających się i dezaktualizujących wszystko okolicznościach tego świata, zjawisko leadershipu*, jako głęboko zakorzenionego w niezmiennej naturze ludzkiej, godne jest upamiętnienia, a przede wszystkim przeanalizowania. Był szefem charyzmatycznym, niezwykle dynamicznym i pełnym uni-



Prof. Jan
Nielubowicz,
26 sierpnia
1999 r.,
Warszawa

na myśli nie tylko sławne muszki, ciemne garnitury szyte z rapaportu przywożonego z zagranicy, buty od Kielmana, ale pewien typ poczucia humoru i dystansu do samego siebie).

Marzy mi się taka zbeletryzowana biografia Profesora Nieubowicza, którą to książkę można by dawać w prezencie nowo mianowanym kierownikom klinik i nowo wybranym rektorom. Może w nowych czasach, kiedy składka na ubezpieczenie zdrowotne będzie tak wysoka, że na wszystko w medycynie wystarczy, budżet państwa dorzuci drugie tyle, żeby było nie tylko dobrze, ale podwójnie bardzo dobrze, a lekarze staną się finansową elitą „tego kraju”, ci nowo mianowani nasi nowi nauczyciele i szefowie znajdą w niej jakąś instrukcję, która podpowie im, jak zaskarbić sobie u potomnych taką pamięć, jaką ma (powinien mieć) Nielubowicz.

PS Kiedyś Profesor Nielubowicz ze zmartwioną (udawaną) miną powiedział mi, że już chyba przeszedł do kategorii „Świętych Starców”. Zawołał hydraulika, żeby mu naprawił zepsuty kran. Hydraulik przyszedł, naprawił i nie chciał wziąć pieniędzy. „Bo wie pan, tylko od świętych starców nie wypada brać pieniędzy”. Po czym się roześmiał. ■

* To pojęcie przytaczam specjalnie, zacerpnąwszy je z nowomowy, jako ukłon dla nowoczesności.

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Delegatura w Chojnicach?

P rzedstawiciele Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku spotkali się w grudniu z lekarzami z terenu Chojnic. Rozmawiano na temat utworzenia delegatury izby w tym mieście. Uczestnicy debatowali, czy delegatura w Chojnicach jest potrzebna, a jeśli tak, to czy znajdą się lekarze, którzy

będą chcieli zaangażować się w jej działalność. Obecnie izba ma główną siedzibę w Gdańsku oraz delegatury w Słupsku i Elblągu. Lekarze z rejonów tych delegatur mogą wiele spraw załatwić na miejscu, bez potrzeby wyjazdu do Gdańska. Przykładem są chociażby kwestie związane z wykonywaniem zawodu, uczestnictwo w szkoleniach, debatach, inicjatywach integrujących środowisko lekarskie czy skorzystanie z porady prawnej. ■

Apel o zwiększenie finansowania

O kręgowa Rada Lekarska Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej zaapelowwała do ministra zdrowia i prezesa NFZ „o zwiększenie nakładów finansowych na opiekę zdrowotną w woj. warmińsko-mazurskim i zaprzestanie dyskryminowania jego mieszkańców w dostępie do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych”.

Autorzy apelu podjętego 11 grudnia podkreślają, że od lat wartość zawartych umów z NFZ, zarówno jeśli chodzi o leczenie szpitalne, jak opiekę ambulatoryjną, jest jedną z najniższych w kraju, i to nie tylko w ujęciu nominalnym, ale też per capita. ■

Izbę czeka przeprowadzka

B ydgoska izba lekarska będzie miała nową siedzibę. Okręgowa Rada Lekarska BIL podjęła uchwałę o zakupie budynku zlokalizowanego przy ul. Lenartowicza w Bydgoszczy. – Członkowie ORL uważają, że decyzja ta pozwoli sprawnie rozwijać działalność samorządową i edukacyjną, a także sprzyjać będzie integracji środowiska lekarskiego naszej izby oraz umożliwi lepsze funkcjonowanie jej organów

statutowych – tłumaczy decyzję prezes bydgoskiej izby Marek Bronisz na łamach grudniowo-styczniowego „Primum”.

W obecnej siedzibie brakuje przestrzeni, przez co trudno jest jej realizować ustawowe obowiązki. Brakuje miejsca m.in. na przechowywanie dokumentacji po praktykach zmarłych lekarzy, nie ma też warunków do organizacji spotkań towarzystw naukowych, szkoleń czy imprez integracyjnych. ■

Fenomen gdańskiego szpitalnictwa

W domu Uphagena, słynnej mieszczkańskiej kamienicy w Gdańsku zaadaptowanej na muzeum, udostępniono wystawę dotyczącą średniowiecznych i nowożytnych szpitali. Inicjatywę wsparła Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku. O historii gdańskiego szpitalnictwa opowiada kilkadziesiąt oryginalnych eksponatów oraz ryciny, grafiki, ilustracje

i XIX-wieczne zdjęcia. Wśród prezentowanych zabytków warto zwrócić uwagę na przywilej króla Zygmunta II Augusta z 1552 r. dla gdańskiego sierocińca przy szpitalu św. Elżbiety, a także kartusz natrumienny ze zbiorów Muzeum Archeologicznego w Gdańsku odnaleziony w 2009 r. w kościele św. Jakuba. Wystawa jest dostępna dla zwiedzających do 29 marca. ■

Imię dla OIL w Szczecinie?

P odczas obrad ubiegłorocznego Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Szczecinie dyskutowano na temat zasadności nadania imienia Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie. Zjazd zdecydował, że należy o to zapytać lokalne

środowisko lekarskie. Izba w ostatnim czasie przygotowała ankietę w tej sprawie – swój głos można oddać do 29 lutego (<https://ankiety.oil.szczecin.pl>). W ankiecie mogą wziąć udział tylko członkowie szczecińskiej izby. ■

Betlejemskie Światło Pokoju



Na kilka dni przed świętami Bożego Narodzenia do siedziby Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach dotarli harcerze z Betlejemskim Światłem Pokoju. Polscy harcerze od 29 lat przekazują ten symboliczny płomień przedstawicielom różnych instytucji podejmujących działania dla poprawy warunków życia i zdrowia mieszkańców kraju. Komendantka Śląskiej Chorągwi ZHP hm. Anna Peterko wręczyła go członkom Prezydium ORL w Katowicach. Członkowie Prezydium zanieśli ten symboliczny świąteczny znak pokoju do szpitali, przychodni i swych

środków, gdzie słowo empatia i pomoc bliźniemu ma bardzo konkretny wymiar.

Ten bożonarodzeniowy zwyczaj zapoczątkowany został ponad 30 lat temu w Austrii. Związek Harcerstwa Polskiego uczestniczy w betlejemskiej sztafecie od 1991 r. W tym roku 14 grudnia polscy harcerze odebrali w Zakopanem światło betlejemskie od słowackich skautów. Tego samego dnia zostało ono przekazane do prawie 400 miejscowości w kraju. Harcerki i harcerze przekazują światło dalej na wschód: do Rosji, Litwy, Ukrainy i Białorusi, na zachód do Niemiec, a także na północ do Danii. ■

Wystartował projekt „Wsparcie Na Starcie”

Lekarze i lekarze dentyści zrzeszeni w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej mogą skorzystać z darmowych konsultacji psychologicznych. Izba podjęła współpracę z psychologiem mgr Sanią Nuc. Aby skorzystać z pomocy, trzeba się wcześniej zarejestrować (tel. 573 921 771), informując, że konsultacja ma odbyć się w ramach projektu „Wsparcie Na Starcie” – wówczas pierwsza wizyta sfinansowana zostanie przez DIL.

– Jesteśmy młodymi lekarzami, jednak wielu z nas często pracuje ponad własne siły, codziennie mierząc się z problemami pacjentów oraz z chorym systemem ochrony zdrowia w Polsce. Nierzadko stres zostaje z nami długo po godzinach pracy, co często odreagowujemy na naszych bliskich, ale też i na samych pacjentach – tłumaczy Filip Stramecki z Komisji Młodych Lekarzy DIL. ■

#Wspólne Święta

Już po raz trzeci przed świętami Bożego Narodzenia wystartowała kampania „Wspólne Święta”, organizowana przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie. Włączyły się w nią także inne izby lekarskie. Celem akcji było zwrócenie uwagi na samotność osób starszych, które w okresie świątecznym bywają porzucane przez rodziny w szpitalach.

W szpitalach i przychodniach rozwieszano plakaty z nazwą i hasłem kampanii, które w tym roku brzmiało „Buduj więzi – Święta spędź z bliskimi”.

– Zostawianie bliskich na Święta w szpitalu bywa spowodowane egoizmem, bezsilnością, trudną sytuacją. Niezależnie od przyczyn, warto zastanowić się nad skutkami, wyobrazić sobie emocje, z jakimi zmaga się osoba spędzająca święta w szpitalu, odrzucona przez dzieci, wnuki, krewnych – tłumaczy organizatorzy akcji. ■

Konkurs na pracę doktorską

Lekarze i lekarze dentyści zrzeszeni w Warmińsko-Mazurskiej Izbie Lekarskiej mogą wziąć udział w konkursie im. prof. Edwarda Lenkiewicza na najlepszą publikację naukową 2019 r. Konkurs przeznaczony jest dla osób, które w chwili opublikowania materiału nie ukończyły 35 lat. Prace trzeba nadesłać najpóźniej do 29 lutego – drogą pocztową (do sekretariatu izby) lub elektroniczną (e-mail: olsztyn@hipokrates.org). Dla najlepszych przewidziano nagrody finansowe. Szczegółowy regulamin dostępny jest na stronie internetowej izby. ■



LUCYNA
KRYSIAK

dziennikarz

100 LAT SAMORZĄDNOŚCI LEKARSKIEJ W POLSCE

Wzrok nie sięga, pamięć zostaje

Kiedy pod koniec XIX w. Europą wstrząsały ruchy wyzwolenicze, popularne wówczas postulaty Georga Hegla, odnoszące się do roli korporacji w przestrzeni publicznej, stawały się coraz bardziej wyraziste.

We Francji i Niemczech zaczęły powstawać izby handlowe, a w ślad za nimi – izby rolnicze, rzemieślnicze, maklerów giełdowych, adwokackie, aptekarskie. Na fali tego ruchu zawód lekarza również uzyskał formalnoprawną reprezentację.

POD ZABORAMI

W 2021 r. samorząd lekarski będzie obchodził 100 lat istnienia. Jego historia sięga jednak Polski pod zaborem. Dr Piotr Kordel w rozprawie „Geneza, struktura i funkcjonowanie samorządu lekarskiego w Polsce w latach 1989-2009” opisuje proces zawiązywania się pierwszych struktur, które stanowiły załóżki późniejszych izb lekarskich. Pierwsze z nich utworzono w Prusach w 1887 r. Były efektem rozwoju izb handlowych, stanowiących wzór organizacyjny i reform Bismarcka.

Tamte izby lekarskie wyrażały stanowisko środowiska medycznego na temat spraw związanych z zawodem lekarza wobec władz państwowych tworzących system powszechnej opieki zdrowotnej. Na tych ziemiach powołano Izbę Poznańską, Zachodniopomorską, Wschodniopomorską i Śląską. W 1891 r. pod zaborem austriackim powstała izba

Wschodniogalicyska z siedzibą we Lwowie, a także – Zachodniogalicyska z siedzibą w Krakowie.

Lekarze zaczęli też tworzyć organizacje, które początkowo miały charakter naukowy. W 1805 r. powstało Wileńskie Towarzystwo Lekarskie (pierwszym prezesem był Jędrzej Śniadecki), a w 1820 r. – Warszawskie Towarzystwo Lekarskie, kierowane przez Augusta Ferdynanda Wolffa. Kolejne powstawały m.in. w Żytomierzu w 1858 r. (Towarzystwo Lekarzy Wołyńskich), w Kamieńcu Podolskim w 1859 r. (Towarzystwo Lekarzy Podolskich), w Mińsku w 1867 r. (Towarzystwo Lekarskie Mińskie) czy w Radomiu w 1871 r. (Towarzystwo Lekarskie Radomskie).

W 1905 r. narodziły się: Związek Lekarzy Polskich i Stowarzyszenie Lekarzy Polskich. Ich celem było utworzenie izb lekarskich na terenie Królestwa Polskiego. Pod zaborem austriackim funkcjonowało Towarzystwo Lekarzy Galicyjskich z siedzibą we Lwowie działające od 1867 r., którego dwa najliczniejsze oddziały (lwowski i krakowski) miały autonomię i prawo do używania własnych nazw (Towarzystwo Lekarskie Lwowskie i Towarzystwo Lekarskie Krakowskie). Dzięki działaniom towarzystw, lekarze coraz bardziej stawali

się świadomi roli integracji środowiska i wymiany naukowej myśli. Zaczęli organizować Zjazdy Lekarzy i Przyrodników Polskich, odbywające się od 1869 r. naprzemiennie w Krakowie i Lwowie. Pragnęli integrować środowisko rozproszone wskutek zaborów i wpływać na kształtowanie postaw narodowych polskich lekarzy. Przykładem było uchwalenie przez X Zjazd LiPP w 1907 r. wspólnego kodeksu deontologicznego.

W WOLNEJ POLSCE

Po odzyskaniu przez Polskę niepodległości w 1918 r. niełatwo było scalić trzy części kraju różniące się stopniem rozwoju i porządkiem prawnym. Przez jakiś czas utrzymywano więc w mocy prawo zaborcze. W przypadku korporacji lekarskiej podjęto jednak działania na rzecz uchwalenia własnej ustawy regulującej powołanie samorządu lekarskiego. 15-17 stycznia 1919 r. w Krakowie, pod przewodnictwem Witolda Chodźki, podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia Publicznego, odbyła się narada dotycząca uregulowania funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce. Omawiano założenia projektu ustawy o izbach lekarskich, przygotowane przez doc. Józefa Jaworskiego, oparte na rozwiązaniach austriackich.

**CENTRALNE
OBCHODY
100-LECIA
samorządu
lekarskiego
zaplanowano
na grudzień
2021 r.
w Centrum
Kultury EC1
w Łodzi.**



gazetalekarska.pl



W kamienicy przy ul. Cichej 6 w Lublinie, nazywanej przed wojną pałacem Zylberga (od nazwiska jednego z właścicieli), mieściła się pierwsza siedziba Izby Lubelskiej, zakupiona w 1938 r. przez jej pierwszego prezesa Wacława Dróżdża.

Uznano, iż izby lekarskie powinny mieć atrybuty władzy, należytą egzekutywę, obejmować wszystkich lekarzy i działać na terenie całego kraju. Dalszymi etapami prac nad ustawą były konsultacje projektów rządowych z Izbą Wschodniogalicyską (Lwowską), która razem z Izbą Krakowską miała funkcjonować do czasu powstania nowych izb. Projekt „ordynacji lekarskiej”, zawierający postanowienia dotyczące izb, trafił do Sejmu 1 maja 1919 r., a 2 grudnia 1921 r. Sejm uchwalił ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej, o ustroju i zakresie działania izb lekarskich. Tak narodził się samorząd lekarski w Polsce, z którego dorobku lekarze czerpią do dziś.

Na mocy tej ustawy utworzono wyposażone w osobowość prawną izby lekarskie oraz Naczelną Izbę Lekarską. Ich zadaniem było porządkowanie spraw dotyczących interesów i bytu stanu lekarskiego, wytyczanie celów, określanie obowiązków względem społeczeństwa, poprawianie relacji między lekarzami,

jak również obrona ich praw, godności i sumienności oraz współdziałanie z urzędami państwowymi i samorządowymi w sprawach zdrowia publicznego. Mimo że od ustanowienia tych zasad minęło 100 lat, nie straciły one na znaczeniu, przeciwnie – w coraz bardziej zagmatwanej rzeczywistości, w jakiej przychodzi obecnie żyć i pracować lekarzom, są wartością samą w sobie.

SZEŚĆ IZB

Struktura samorządu lekarzy odpowiadała podziałowi administracyjnemu kraju (Wojewódzkie Izby Lekarskie) z zastrzeżeniem, że Minister Zdrowia Publicznego w porozumieniu z Naczelną Radą Lekarską miał prawo powoływać dodatkowe izby lekarskie, przyłączając do obszaru sąsiadującej izby części terytorium innej, łączyć kilka izb wojewódzkich w jedną dzielnicową. Członkami izby lekarskiej byli wszyscy praktykujący lekarze zamieszkali w jej okręgu, wpisani na listę, a także, za zgodą Rady, lekarze niepraktykujący.

Na mocy obowiązującego wówczas prawa utworzono sześć izb: Warszawsko-Białostocką, Lwowską, Lubelską, Krakowską, Łódzką, Poznańsko-Pomorską. Jednocześnie zlikwidowano izby: Krakowską i Lwowską, działające na podstawie prawa austriackiego. Do czasu wyboru organów nowych izb ustanowiono komisarzy odpowiedzialnych za zabezpieczenie ich majątku i przekazanie go wraz z aktami nowo powstałym organom.

Rozporządzenie tworzące izby lekarskie nie obejmowało

województwa nowogrodzkiego, Wileńszczyzny i Śląska. Izba Lekarska Wileńsko-Nowogrodzka powstała dopiero w 1925 r. Ówczesne izby lekarskie miały szerokie uprawnienia – zarządzały majątkiem, ustalały opłaty na pokrycie potrzeb izby i instytucji wzajemnej pomocy, opracowywały regulaminy wewnętrzne. Mogły także zakładać i prowadzić instytucje niosące lekarzom pomoc na wypadek starości, choroby, stałej niezdolności do pracy, jak również pomagać wdowom i sierotom po lekarzach.

Organami izby były: rada, zarząd, komisja rewizyjna i sądy dyscyplinarne, których kadencja trwała trzy lata. Rada składała się z co najmniej 20 osób wybieranych w głosowaniu tajnym na trzy lata, która z własnego grona wybierała na okres jednego roku zarząd w liczbie od 5 do 9 osób, a także zastępców w liczbie odpowiadającej członkom zarządu, z tym, że corocznie wybierano połowę członków zarządu w miejsce ustępujących.

Zarząd prowadził listy lekarzy, co kojarzy się ze współczesnym rejestrem, sporządzał opinie na żądanie władz i NIL, co także jest nam współcześnie bliskie, przygotowywał coroczne sprawozdania z wykonania budżetu, realizowania uchwał rady, pobierania składek członkowskich. Zarząd przekazywał też sądowi dyscyplinarnemu sprawy dotyczące wykroczeń członków izby oraz występował wobec czynników zewnętrznych w obronie praw i dobra członków stanu lekarskiego oraz w interesie zdrowia publicznego, a więc dbał o wizerunek lekarzy na zewnątrz. Tego rodzaju aktywności nie straciły na znaczeniu.

– Sięganie do początków samorządu lekarskiego ma pokazać, jak mimo upływu czasu są nam bliskie tamte wartości, do których odnosimy się w naszej codziennej praktyce, które wciąż doskonalimy, które stanowią bazę dla budowania przyszłości – komentuje Paweł Czekalski, prezes OIL w Łodzi, członek NRL i organizator jubileuszu 100-lecia samorządności lekarskiej w Polsce, który odbędzie się pod koniec przyszłego roku. ■



Projekt „ordynacji lekarskiej”, zawierający postanowienia dotyczące izb, trafił do Sejmu 1 maja 1919 r., a 2 grudnia 1921 r. Sejm uchwalił ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej, o ustroju i zakresie działania izb lekarskich. Tak narodził się samorząd lekarski w Polsce, z którego dorobku lekarze czerpią do dziś.

Kto stawia na ekologię?



110 tys. kg rocznie mniej emisji CO₂ i oszczędności rzędu 123,5 mln zł przyniosła rozbudowa systemu energetycznego w placówkach leczniczych podległych MON. Instalacja odzysku ciepła z wód leczniczych pozwoliła zaoszczędzić 28 tys. zł rocznie. Ponadto zakupiono karetki wyposażone w systemy ograniczające emisję spalin.



Ponad **530 tys. zł** oszczędności z tytułu mniejszego zużycia gazu spodziewa się Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej po remoncie systemu grzewczego. Prace obejmują m.in. wymianę trzech kotłów grzewczych i głównych rurociągów.



20-30 proc. środków wydawanych rocznie na podgrzewanie ciepłej wody zaoszczędzi 12 placówek, w których zamontowano łącznie ponad 2,3 tys. paneli słonecznych. Na kolektory postawiły lecznice z Warszawy i okolic, szpitale w Płocku, Siedlcach i Ciechanowie oraz m.in. SP ZOZ „Meditrans Ostrołęka”.



57,5 proc. w Szpitalu Dziecięcym Polanki w Gdańsku, ponad 56 proc. w Pomorskim Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy, ok. 52 proc. w Szpitalu Specjalistycznym w Wejherowie i Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym w Gdańsku, ok. 45 proc. w gdyńskich Szpitalach: Morskim i Św. Wincentego a Paulo – o tyle wzrósł wskaźnik oszczędności energii cieplej po przeprowadzeniu termomodernizacji.



System pomp ciepła wybudowany przy Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim Drewnica w Żąbkach pozwala wykorzystywać w okresie grzewczym energię słoneczną, pobraną i zmagazynowaną latem, a zimą przechowywać zimne powietrze, aby w czasie upałów służyło do klimatyzowania pomieszczeń. To pierwszy taki projekt w Polsce.



Na nawet **80 proc.** mniejsze zużycie energii elektrycznej w skali roku pozwolił zakup agregatów chłodniczych z systemem Free Cooling w kilku obiektach Centrum Onkologii w Bydgoszczy (to energooszczędna metoda chłodzenia przy pomocy powietrza zewnętrznego wykorzystująca różnice temperatur). Czas zwrotu inwestycji: 12-16 miesięcy.



Zasadzenie prawie **2,9 tys.** drzew towarzyszy budowie kompleksu Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Toruniu, gdzie przyjęto takie proekologiczne rozwiązania jak: zbiorniki na wodę deszczową (posłużą do spłukiwania WC), panele fotowoltaiczne (wytwarzają energię elektryczną), panele solarne (wspomogą podgrzewanie ciepłej wody), gazowe pompy ciepła.



72,9-proc. spadkiem zapotrzebowania na ciepło do ogrzania budynków zaowocowała modernizacja systemu ciepłno-energetycznego i termomodernizacja budynków WSZ w Szczecinie – Zdunowie. O 1,4 mln zł mniej z tytułu zakupu energii stanowią roczne oszczędności SPZ ZOZ w Gryficach po przeprowadzeniu termomodernizacji budynków z wykorzystaniem źródeł odnawialnych.



Gdyby Szpital Wojewódzki w Opolu na przestrzeni ostatnich lat nie zrealizował takich inwestycji jak budowa elektrowni wykorzystującej panele fotowoltaiczne i używał tyle samo energii elektrycznej co w 2000 r., wydawałby **1,5 mln zł** więcej rocznie (przy aktualnie obowiązujących cenach). O 30 proc. spadło zużycie energii elektrycznej po zastosowaniu oświetlenia typu u LED w SP ZOZ MSWiA w Opolu.





MARIUSZ
TOMCZAK

dziennikarz

ANALIZA

Ekozysk

Coraz mniej opłaca się odwracać plecami od ekologii. To nie jest szaleństwo czy moda. Placówki medyczne widzą korzyści, także finansowe.

© M.TOMCZAK@GAZETALEKARSKA.PL

Szpitalne toalety spłukiwane deszczówką – takie rozwiązanie zastosowano w trakcie rozbudowy Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Toruniu. Po wstępnym oczyszczeniu woda będzie gromadzona w zbiornikach umieszczonych pod ziemią i wykorzystywana we wszystkich budynkach. Być może dla kogoś brzmi to jak dziwactwo, ale jeśli uświadomimy sobie, że statystycznie nasze zasoby wodne są trzykrotnie mniejsze niż średnia unijna i są porównywalne z Egiptem, to nie ma się z czego śmiać.

W inny sposób deszczówkę wykorzystuje szpital Boston Medical Center w stanie Massachusetts w USA. To dzięki niej nawadnia ogródek na dachu, z którego rocznie zbiera ponad 3 tys. kg warzyw. Rosnące na glebie umieszczonej w drewnianych skrzynkach po mleku warzywa pomogły rozwiązać problem braku zdrowej żywności w szpitalnym menu, na czym zyskali pacjenci. Ogród zmniejsza koszt chłodzenia i ogrzewania budynku, a kwiaty zapylają pszczoły zamieszkujące dwa ule znajdujące się nieopodal. Pszczoły bardzo często giną m.in. z powodu stosowania pestycydów, ale nie w przyszpitalnym ekoogrodzie, bo tutaj nikt szkodliwej chemii nie stosuje. Nowoczesne rozwiązania proekologiczne mają znaleźć się

w nowej placówce, która za około pięć lat połączy Dolnośląskie Centrum Onkologii, Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc oraz Dolnośląskie Centrum Transplantacji Komórkowych. Przygotowując się do budowy, już na wstępnym etapie projektowym zażądano od wykonawcy, by instalacje wentylacji i klimatyzacji oraz zasilania energetycznego opracowano na podstawie analiz energetycznych. – Oczekujemy obowiązkowego wykorzystania odnawialnych źródeł energii – mówi Agnieszka Czajkowska z DCO.

CZY MEDYCYNĄ SZKODZI?

Pomoc pacjentom to główny powód istnienia zarówno dużych szpitali, jak i indywidualnych praktyk lekarskich. Ubocznym efektem tej szlachetnej działalności jest mniej lub bardziej negatywne oddziaływanie na otoczenie, choćby pośrednio związane z diagnozowaniem czy leczeniem. Nie brakuje opinii, że współczesna medycyna kłóci się z ekologią, ale przecież dla lekarzy najważniejsze jest ratowanie życia i przywracanie zdrowia oraz bezpieczeństwo, a nie roztrząsanie, czy coś jest „zielone”, czy nie. – Przyjmujemy, że każdy człowiek może być zakaźny i należy chronić nie tylko pacjentów, ale również tego, kto ich leczy czy bada. Chcąc ograniczyć liczbę zakażeń, w wielu przypadkach zrezygnowano ze sprzętu wielorazowego, co może nie jest eko, ale na pewno podnosi znacznie bezpieczeństwo – mówi dr Michał Balsa z Prezydium NRL. Oczywiście nie każda placówka medyczna „truje” na potęgę, ale część z nich, ze względu na specyfikę działalności, liczbę personelu i rzeszę pacjentów, z pewnością nie przynosi ulgi środowisku naturalnemu. Skutki odczuwają wszyscy – bez względu na to, czy korzystają z opieki zdrowotnej, czy nie, czego przykładem mogą być odpady medyczne. Mimo że w Polsce wytwarza się ich kilkadziesiąt ton rocznie, a lwią część stanowią te niebezpieczne, głównie zakaźne, system ich utylizacji jest nieszczelny. Zwracała na to uwagę m.in. Najwyższa Izba Kontroli.

3 TYS. KG

– tyle warzyw rocznie zbiera się z ogródka na dachu szpitala Boston Medical Center.

Kontrolerzy ujawnili, że pracownicy jednej z lecznic w Łódzkiem zmienili kody na inne kilku tonom odpadów mogących zawierać żywe drobnoustroje chorobotwórcze lub ich toksyny, a jeden z warszawskich szpitali przekazywał jako odpady komunalne to, co nigdy nie powinno trafić na wysypisko. W innej kontroli NIK wykrył szpitalom z Wielkopolski, że postępują z odpadami medycznymi w sposób zagrażający zdrowiu ludzi i środowisku, po czym skierował do inspekcji ochrony środowiska zawiadomienia o uzasadnionym podejrzeniu popełnienia wykroczeń. Zgodnie z przepisami odpady medyczne należy unieszkodliwiać w najbliższej położonych spalarniach odpadów niebezpiecznych, ale mimo to wiele szpitali transportuje je nieraz setki kilometrów. W 2011 r. na terenie kraju działały 54 spalarnie odpadów medycznych, a dwa lata później – już tylko 42. Obecnie funkcjonuje zaledwie 29 spalarni

Co na to KEL?

Jest faktem, że część osób uważających się za obrońców przyrody wypowiada się kontrowersyjnie i prowadzi działania na pograniczu dobrego smaku i zdrowego rozsądku. Prawdą jest i to, że mamy do czynienia ze zjawiskiem określonym kilkadziesiąt lat temu przez Jay'a Westervelda mianem greenwashingu (po polsku można to określić jako „zielone kłamstwo” lub jeszcze dosadniej „eko-ściema”), kiedy spece od marketingu usiłują zbić majątek, prezentując produkty i usługi jako ekologiczne, choć nie mają one z tym nic wspólnego. Placówki medyczne też mogą padać ofiarą „ekościemy”, podobnie jak personel medyczny. Nie należy zapominać, że zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej „lekarz ma obowiązek zwracania uwagi społeczeństwa, władz i każdego pacjenta na znaczenie ochrony zdrowia, a także na zagrożenie ekologiczne”. W jaki sposób postrzegają to lekarze – na s. 20-21.

odpadów medycznych i weterynaryjnych. Mniejsza konkurencja sprawia, że to one dyktują cenę, za jaką odbierają odpady, a dyrektorzy szpitali płaczą i... płacą. – W porównaniu do ubiegłego roku ok. 2,5-krotnie wzrosła cena wywozu odpadów medycznych. Rok temu płaciliśmy poniżej 2 zł/kg, obecnie stawka przekracza 4 zł/kg. To ogromny wydatek, który w skali roku sięga kilku milionów złotych – mówi Arkadiusz Lendzion, zastępca dyrektora naczelnego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku.

SKĄD DOFINANSOWANIE?

W ciągu ostatnich dwóch dekad zlikwidowano wiele przyszpitalnych kotłowni węglowych, co w skali lokalnej znacznie zmniejszyło emisję zanieczyszczeń do atmosfery. Obecnie nie ma jej żaden z 29 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej MSWiA. Na odejście od spalania węgla zdecydował się też Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Gdańsku, gdzie zastosowano nowoczesny system grzewczy składający się z 8 pomp ciepła i 73 kolektorów słonecznych. W Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Starogardzie Gdańskim, w miejsce czterech starych kotłów węglowych i dwóch kotłowni lokalnych, zainstalowano energooszczędny kocioł parowy na paliwo stałe. Samo odejście od spalania węgla nie zawsze przynosi efekty w postaci oszczędności finansowych z uwagi na cenę alternatywnych nośników ciepła. – Dlatego obecnie realizowany jest w tym szpitalu kolejny projekt termomodernizacyjny, który przyniesie znaczne oszczędności finansowe – mówi Michał Piotrowski z Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego. To właśnie termomodernizacja jest efektywnym sposobem na zmniejszenie zapotrzebowania i zużycia energii cieplnej. Nie jest to tanie przedsięwzięcie, ale wiele placówek uzyskuje wsparcie w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych czy dzięki Narodowemu oraz Wojewódzkim Funduszom Ochrony Środowiska i



Zwrot w kilka lat

Co do tego, że odejście od gospodarki opartej na spalaniu paliw kopalnych w kierunku niskoemisyjnym nie może i nie powinno ominąć placówek ochrony zdrowia, nie ma wątpliwości były prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Tadeusz Jędrzejczyk. – Wbrew stereotypom, w dłuższej perspektywie takie inwestycje są także opłacalne ekonomicznie dla samych podmiotów, dzięki czemu wciąż brakujących środków pozostaje na leczenie pacjentów i lepszy komfort pracy dla medyków – dodaje. Przykładem może być instalacja elektrowni fotowoltaicznej w Centrum Zdrowia Psychicznego w Słupsku. Efektem ma być uzyskanie z mocy 1 kW rocznej oszczędności na poziomie 670 zł brutto. To pozwoli zaoszczędzić ok. 22 tys. zł rocznie, co stanowi ok. 18 proc. rocznego kosztu zużycia energii elektrycznej. Nakłady na inwestycję mają zwrócić się już po 5 latach. Placówki nie zawsze muszą finansować działań proekologicznych tylko z własnych środków. WFOŚiGW w Katowicach dofinansował m.in. zakup urządzenia do katalitycznego spalania tlenku etylenu i modernizacji spalarni odpadów szpitalnych. Innym razem pomógł w wymianie przestarzałych urządzeń rentgenowskich i likwidacji szkodliwych odczynników niezbędnych do ich funkcjonowania, na rzecz cyfrowych aparatów rtg. Dzięki wsparciu WFOŚiGW we Wrocławiu w Ośrodku Zdrowia w Paszowicach zainstalowano pompę, która czerpie energię ciepłą wprost z ziemi z 8 odwiertów (po 100 m każdy). WFOŚiGW w Olsztynie udzielił pożyczki na rzecz kotłowni opalanej biomasą w Szpitalu Powiatowym w Nowym Mieście Lubawskim, a w Warszawie partycypował w modernizacji centralnej sterylizatorni w SP ZOZ w Siedlcach. Wśród podstawowych warunków uzyskania pomocy są korzyści dla środowiska oraz spełnienie wymagań formalnych, które są dostępne w internecie.

Gospodarki Wodnej (przykłady podajemy w ramce powyżej). Pieniądze płyną szerokim strumieniem, bo dzięki właściwie zrealizowanej inwestycji, korzyści są niezaprzeczalne. Dzięki dofinansowaniu ze Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy w 12 podmiotach leczniczych na Mazowszu zamontowano ponad 2,3 tys. paneli słonecznych o łącznej powierzchni przekraczającej 5 tys. mkw., co ma zmniejszyć koszty podgrzewania ciepłej wody nawet o jedną czwartą.

NIE TYLKO TERMOMODERNIZACJA

Na wsparcie można liczyć także ze strony samorządów, które – co warto podkreślić – biorą pod uwagę spodziewane korzyści finansowe przy przyznawaniu na ten cel dotacji lub zabezpieczeniu wkładu własnego do ekoinwestycji realizowanych ze środków unijnych. – Są to najczęściej projekty dotyczące termomodernizacji, poprawy efektywności energetycznej, montażu solarów – wylicza rzecznik zarządu Województwa Lubuskiego Michał Iwanowski. Oszczędności związane z takimi przedsięwzięciami mają szczególne znaczenie w szpitalach zlokalizowanych w starych obiektach, w których są horrendalne straty ciepła, nic więc dziwnego, że decyduje się na nie wiele placówek. W wyniku przeprowadzonej termomodernizacji budynków szpitala Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Katowicach w lokalizacji przy ul. Medyków 14 uzyskano oszczędności finansowe związane z zakupem energii cieplnej wynoszące ok. 240 tys. zł brutto w skali roku. W przypadku lecznicy z Gdańska i Gdyni już kilka lat temu roczne korzyści szły w kilkaset tysięcy złotych, a dla Szpitala Specjalistycznego w Wejherowie przekroczyły 1,1 mln zł, także w skali roku. Obok takich kwot nawet duże placówki nie mogą przechodzić obojętnie. Już w poprzednich latach Szpital Wojewódzki w Opolu zamontował instalacje solarne oraz pompy ciepła. Pozyskiwanie „zielonej energii” do ogrzewania ciepłej wody pozwoliło uzyskać oszczędności związane z zakupem energii cieplnej, podobnie jak montaż latarni solarnych w miejscach starych, energochłonnych lamp. Placówka poszła za ciosem i niedawno zwiększyła efektywność energetyczną poprzez m.in. montaż dwóch minielektronii po 156 paneli fotowoltaicznych, wykonanie w pomieszczeniach kuchni centrali z odzyskiem ciepła, wymianę dotychczasowych źródeł światła na energooszczędne i wykonanie ciepłego, zielonego dachu.

MAŁE CZYNI CUDA

Ponadto w Opolu zastosowano system zarządzania energią, pozwalający kontrolować pracę wszystkich podłączonych do niego urządzeń. – Inwestycje oraz działania proekologiczne prowadzone przez szpital przynoszą rzeczywiste oszczędności finansowe – zapewnia rzecznik prasowy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego Violetta Ruszczewska. Tylko w latach 2018-2019 oszczędzono je na 0,5 mln zł. – Gdyby przyjąć, że szpital nie wykonałby tych przedsięwzięć i zużywał taką ilość GJ jak w roku 2000, to przy aktualnie obowiązujących cenach energii musiałby wydawać ok. 1,5 mln zł więcej w skali roku – dodaje. Kiedy pytałem pracowników wielu szpitali o to, jak ograniczają niepotrzebne zużycie sprzętu jednorazowego użytku lub leków, zapewniano mnie, że realizowane jest ono tak, by ograniczyć zapasy zarówno w aptece szpitalnej, jak i w oddziałach, co minimalizuje ryzyko ich przeterminowania i konieczność późniejszej utylizacji. Często ekologicznie znaczy po prostu oszczędniej, a robienie czegoś rzadziej czy na mniejszą skalę nie musi odbywać się ze szkoda dla pacjentów czy personelu. – Sporządzając preparaty cytostatyczne, kumulujemy produkcję z danym cytostatykiem, aby korzystać z większych fiolek oraz użyć mniej sprzętu do transferu leków z fiołki do worka, co jest korzystne z punktu farmakoekonomicznego oraz zmniejsza ilość odpadów cytostatycznych – wyjaśnia Natalia Stefańczyk z UCK w Katowicach. Czasami małe zmiany przynoszą wymierne korzyści. W Szpitalu Powiatowym w Pszczynie tam, gdzie jest to możliwe, zamontowane są czujniki ruchu. – Szpital wymienił także papier do rąk, obecnie używany jest lepszej jakości. Papier jest droższy niż ten stosowany wcześniej, ale zużywa się go o połowę mniej – mówi Marcela Grzywacz ze Starostwa Powiatowego w Pszczynie. Być może to niewiele,

Ekopresja

Na podmioty lecznicze, w tym również na lekarzy, nasila się ekopresja. Ma ona m.in. wymiar ekonomiczny, bo w jej tle jest bardziej racjonalne gospodarowanie zasobami, czyli potencjalne korzyści. Choć nie każdy jeszcze wierzy, że bycie eko może przynosić oszczędności finansowe, coraz więcej osób na własnej skórze przekonuje się, że nieliczenie się z oddziaływaniem na otoczenie słono kosztuje. Nie tylko dlatego, że ilość i wysokość kar z roku na rok rośnie. Za przykład ekopresji w obszarze regulacji prawnych może posłużyć Rejestr BDO, czyli pierwszy element Bazy danych o produktach i opakowaniach oraz o gospodarce odpadami, od niedawna obowiązkowy dla wielu lekarzy, czy unijne przepisy wprowadzające obowiązek wyposażenia gabinetów stomatologicznych w separatory amalgamatu, co od kilku lat wzbudza kontrowersje wśród lekarzy dentystów. Presji społecznej i medialnej szerzej komentować nie trzeba, skoro bycie trucicielem po prostu źle się kojarzy. Niejedna głowa spadła po anonimowym donosie albo po tym, gdy jakaś gazeta poinformowała o niedopilnowaniu wymogów dotyczących ochrony środowiska, nie wspominając o stratach wizerunkowych. Wydaje się, że w przyszłości ekopresja ekonomiczna, regulacyjna, społeczna i medialna będzie się nasilać. Ochrona środowiska przestaje być powodem do drwin, bo we współczesnym świecie nie da się ignorować negatywnego wpływu człowieka na otoczenie. Już wkrótce w debacie publicznej i w dyskusjach najważniejszych decydentów kwestie ekologiczne mogą stać się tak samo ważne, jak sprawy związane z ochroną zdrowia. O świadomości ekologicznej lekarzy więcej na s. 20-21.

29

– tyle spalarni odpadów medycznych i weterynaryjnych działa w Polsce

ale jeśli takie działania podejmowane są na szeroką skalę, efekty przechodzą najśmielsze oczekiwania. ■

OPINIE

Niczego nie nadużywać

Jedni straszą końcem świata, drudzy negują sens podejmowania jakichkolwiek działań z zakresu ochrony środowiska. Na ten temat, zwłaszcza w odniesieniu do pracy lekarzy i funkcjonowania placówek medycznych, warto rozmawiać bez emocji.



**ARKADIUSZ
LENDZION**

zastępca dyrektora
naczelnego UCK
w Gdańsku

Przy szpitalach w Holandii funkcjonują małe biooczyszczalnie ścieków, które chemicznie neutralizują odpady medyczne.

Trafiają tam odpady zarówno medyczne, jak i komunalne, za pośrednictwem tzw. młynków za instalowanych na każdym oddziale, co eliminuje konieczność ich segregacji i logistyki na terenie placówki. Są mielone w młynku, potem taka pulpa trafia do przyszpitalnej oczyszczalni, gdzie przez dwa tygodnie poddawana jest oczyszczaniu chemicznemu. W efekcie nawet zakaźny odpad medyczny staje się odpadem komunalnym i może trafić na wysypisko, a woda jest na tyle uzdatniona, że można nią podlewać tereny zielone. W styczniu zaczęliśmy serię spotkań z decydentami, aby przekonać ich do zmiany prawa, bo chcielibyśmy mieć takie oczyszczalnie także w Polsce. Kilka lat temu oddaliśmy do użytku budynek Centrum Medycyny Inwazyjnej z panelami słonecznymi zamontowanymi na dachu. Pozwalają one zaopatrywać szpital w ciepłą wodę w okresie letnim. W związku z tym, że w naszym kraju ciepło pochodzi głównie ze spalania węgla,

panele słoneczne to bez wątpienia rozwiązane bardzo proekologiczne. Dla nas jest to ważne również dlatego, że w ciągu ostatnich 10 lat nasze zapotrzebowanie na prąd znacznie się zwiększyło, bo 2,5-krotnie wzrosła liczba pacjentów, dysponujemy większą ilością aparatury medycznej, a przy przenosinach do nowych obiektów montowaliśmy klimatyzację. Nieustannie staramy się zmniejszać ilość zużywanej energii elektrycznej. Od 2012 r. zmieniamy oświetlenie na LED-owe, posiada je już dwie trzecie szpitala. Przekłada się to na niższe rachunki za prąd, co jest istotne przy dynamicznym wzroście jego cen. Trudno obliczyć, ile dokładnie na tym zaoszczędziliśmy, ale przy długotrwałym użytkowaniu korzyści wynikające z zastąpienia żarówek o mocy 80 W świetłówkami LED o mocy 10 W są bezsprzeczne. W zeszłym roku zakończyliśmy termomodernizację dwóch starszych budynków. Obecnie ubiegamy się w NFOŚiGW o dofinansowanie termomodernizacji dwóch kolejnych, dzięki czemu spodziewamy się oszczędności z tytułu zmniejszenia zapotrzebowania na ciepło o 30 proc. W zeszłym roku, po wprowadzeniu elektronicznego obiegu dokumentów w administracji, zmniejszyliśmy o ok. 60 proc. ilość wewnętrznych dokumentów w wersji papierowej. Mniejsze zużycie papieru przyniesie też wdrożenie EDM. To proces złożony, ale prawdopodobnie jeszcze w tym roku całkiem odejdziemy od dokumentacji drukowanej. ■



**DR MICHAŁ
SUTKOWSKI**

rzecznik Kolegium
Lekarzy Rodzinnych
w Polsce

Radykalne ograniczenie biurokracji i e-biurokracji byłoby jednym z najlepszych sposobów na zmniejszenie negatywnego oddziaływania lekarzy na środowisko.

W medycynie „produkuje się” niesłychanie dużo zbędnych papierów, a gdyby obciążeń było mniej, po prostu wycięto by mniej lasów. Jeśli mielibyśmy do dyspozycji sprawne i szybkie serwery, to w skali ogólnokrajowej pojawiłyby się znaczne oszczędności wynikające z mniejszego zużycia papieru i tonerów do drukarek. Od wielu miesięcy wypisuję e-receptę pacjentom, ale co z tego, skoro prawie nikt nie ma Indywidualnego Konta Pacjenta, więc i tak wszystko trzeba drukować. Nie każdy pacjent samodzielnie założy IKP, więc zwłaszcza tych młodszych warto zachęcać, żeby pomogli w tym zadaniu swoim rodzicom czy bliskim. Od 30 lat jestem lekarzem i widzę, że wszyscy zwracamy coraz większą uwagę na ochronę środowiska. Troska o zmniejszenie negatywnego wpływu na otoczenie powinna mieć przede wszystkim charakter obywatelski i nie należy jej zawężać do wybranych grup zawodowych. Lekarze, tak

jak reszta społeczeństwa, mają pewne możliwości, aby być „bardziej eko”, np. część z nas może korzystać z transportu publicznego w drodze do pracy, co dodatkowo z korzyścią wpłynie na nasze zdrowie. Bez wątpienia w żadnej przychodni nie musi być temperatura jak w szklarni. Zawsze wyłączam światło, kiedy nie jest potrzebne, a komputer wtedy, gdy dłużej nie będę z niego korzystać. Nie drukuję niczego, co nie jest naprawdę konieczne. To drobne przykłady z codziennej pracy lekarza, pokazujące, że można ograniczyć negatywny wpływ na środowisko, a przy okazji zmniejszyć rachunki za ogrzewanie, energię elektryczną, zakup papieru czy tonera. W dzisiejszych czasach ten, kto jest na bakier z ekologią, wydaje więcej pieniędzy, a świadomość tych kosztów rośnie. Każda przychodnia czy szpital to także miejsce pracy, gdzie spożywa się śniadanie albo czyta gazetę. Pamiętajmy więc, że nawet drobne odpadki można segregować, choć mam wrażenie, że w małych placówkach medycznych czy indywidualnych praktykach lekarskich możliwości bycia „bardziej eko” są trudniejsze. ■

Jakość powietrza, którym oddychamy, jest fatalna, co bezpośrednio wpływa na zdrowie.

Kiedy pojawia się smog, moi mali pacjenci czują się gorzej. Podobne obserwacje zgłaszają też pediatrzy z całej Polski. Rodzicom moich podopiecznych tłumaczę, że skoro mieszkają na Górnym Śląsku i oddychają prawdopodobnie najgorszym powietrzem w Europie, bo tak wynika z badań, to taka sytuacja musi mieć wpływ na zdrowie ich dzieci. Zresztą smog negatywnie oddziałuje nie tylko na najmłodszych, ale również np. na seniorów, sprzyjając występowaniu problemów w układzie krążenia. Z wiedzą o ekologii wśród lekarzy jest różnie. Nawet wtedy, kiedy jest ona na dość wysokim poziomie, nie zawsze przekłada się na bycie bardziej ekologicznym życiem, a tu dostrzegam znacznie więcej możliwości ograniczenia negatywnego wpływu na środowisko niż w naszej pracy zawodowej. Czasami wystarczy stosunkowo niewiele, np. na zakupy warto zabrać

torbę materiałową, by nie korzystać z plastikowych jednorazówek. Sam tak robię. Nie wiem, czy jako lekarze jesteśmy w stanie zrobić dużo więcej, by wytwarzać o wiele mniej odpadów, skoro w pewnych sytuacjach jesteśmy skazani na sprzęt jednorazowego użytku, jak np. strzykawki. Nie słyszałem, by kogoś krytykowano za zbyt częste używanie rękawiczek jednorazowych, raczej słyszę głosy, że część medyków z nich nie korzysta, choć powinna. W naszej pracy powinniśmy kierować się zasadą, by niczego nie nadużywać. W życiu prywatnym też warto ją stosować. Nie wszyscy jeszcze zdają sobie sprawę, że skażone otoczenie skraca ludziom życie, dlatego jako środowisko lekarskie powinniśmy aktywnie wpływać na zmianę świadomości społeczeństwa w zakresie dbałości o ekologię. Nasz zawód daje wiele możliwości uświadamiania pacjentów, a skoro edukujemy zdrowotnie, to warto także edukować ekologicznie, o czym zresztą czytamy w KEL. ■

Personel medyczny coraz bardziej zdaje sobie sprawę z rosnącego zanieczyszczenia środowiska i jego wpływu na zdrowie, a także katastrofalnych skutków zmian klimatu.

Mimo że w systemie kształcenia niewiele mówi się o zdrowiu środowiskowym, to w codziennej praktyce lekarze udzielają pomocy osobom, które mają kłopoty zdrowotne na skutek zanieczyszczenia środowiska, czego przykładem jest m.in. lawinowy wzrost alergii w ostatnich latach. Pojawiają się kolejne badania naukowe, w tym również prace polskich naukowców, które wskazują na zależność pomiędzy smogiem a liczbą zawałów i zgonów związanych m.in. z niewydolnością układu oddechowego, sercowo-naczyniowego czy nowotworami. Coraz więcej lekarzy angażuje się w kampanie społeczne o charakterze proekologicznym oraz uczestniczy w debatach i konferencjach poświęconych temu zagadnieniu. Przekonują resztę społeczeństwa

o konieczności walki z zanieczyszczeniem środowiska oraz zmianą klimatu i apelują o większą ochronę przed ich skutkami. Głos zabierają też znane organizacje zrzeszające pracowników ochrony zdrowia, np. kilka miesięcy temu Światowe Stowarzyszenie Lekarzy (World Medical Association) wystosowało stanowisko w sprawie ochrony zdrowia przed skutkami zmiany klimatu. Wiadomo, że polska ochrona zdrowia boryka się z problemami finansowymi. Pieniądzy na działania związane z ekologią brakuje, bo na pierwszym miejscu jest stawiane, co zrozumiałe, bezpośrednie dobro i życie pacjenta w perspektywie krótkoterminowej. Warto jednak na liście priorytetów umieszczać rozwiązania mające na celu ochronę środowiska naturalnego, bo one będą służyć nam wszystkim. Działania proekologiczne w placówkach ochrony zdrowia powinny być realizowane systemowo i podejmowane przez osoby nimi zarządzające oraz – w codziennych działaniach – wszystkich pracowników. ■

Medycyna produkuje ogromne ilości śmieci.

Mimo że jako lekarze nie do końca jesteśmy w stanie radykalnie ograniczyć ich wytwarzanie, możemy wybierać rozwiązania mniej szkodliwe dla środowiska, np. w jak największym stopniu segregując odpady. To ważne z powodu rosnącego zużycia materiałów i większej ich dostępności. O ekologii można myśleć na różne sposoby, chociażby namawiając innych do częstszej jazdy na rowerze, zamiast poruszania się wszędzie samochodem, co daje korzyści zdrowotne dla konkretnego człowieka, jak i dla innych w postaci mniejszej ilości spalin w powietrzu. Rolą lekarza

powinno być nie tylko pomaganie pacjentom, ale również podnoszenie ich świadomości ekologicznej, co zresztą jest sformułowane w KEL. Rozumie to wielu z nas, dlatego już ponad 1,1 tys. lekarek należy do grupy Eko Matka Lekarka na Facebooku. Jest ona przeznaczona tylko dla lekarek, a weryfikacja odbywa się na podstawie PWZ. Dyskutujemy o naszych wyborach w życiu codziennym, np. o minimalizmie, pieluchach wielorazowych, kosmetykach przyjaznych dla środowiska, ekorozwiązaniach dla domu. Czasami ekologia utożsamiana jest z medycyną alternatywną, ale na naszej grupie opieramy się o wiedzę naukową. Nie siejemy paniki związanej ze zmianami klimatu. Staramy się nie podsycać lęków. Przerazenie prowadzi do zaniechania działań, a nam zależy na proekologicznych zmianach. Sprzeciw wobec pseudomedycyny jest korzystny dla środowiska, bo ogranicza się przyjmowanie witamin w przesadnych dawkach i produktów pseudolecniczych takich jak liczne suplementy diety. Z ekologicznego punktu widzenia warto byłoby zastanowić się nad przepisywaniem preparatów na przeziębienie o wątpliwej skuteczności, które może nie szkodzić pacjentowi, ale generują koszty dla środowiska, bo przecież musiały zostać wyprodukowane, zapakowane i przetransportowane. ■



**DAWID
CIEMIĘGA**

lekarz z Tychów



**WERONIKA
MICHALAK**

dyrektor HEAL Polska

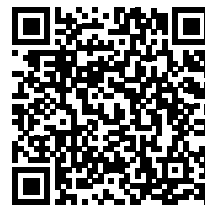


**ALEKSANDRA
JAGŁOWSKA-
PIETRASZEK**

admin grupy Eko Matka
Lekarka na Facebooku

W PIGUŁCE

Szpital nie będą musiały szybciej spłacać długów



Od

1 stycznia 2020 r. obowiązuje ustawa z 30 sierpnia 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w celu ograniczenia zatorów płatniczych (Dz.U. poz. 1649).

Podmioty lecznicze zostały jednak wyłączone z tej regulacji. Nie wprowadzono zmian w zakresie maksymalnego terminu zapłaty oraz wysokości odsetek za opóźnienie w transakcjach, w których w roli dłużnika występują podmioty lecznicze.

Ustawa zakłada podniesienie wysokości odsetek ustawowych za opóźnienia w płatnościach do 11,5 proc. (wzrost o 2 proc.), jednak w transakcjach, w których dłużnikiem jest podmiot leczniczy, odsetki pozostają na poziomie 9,5 proc. Zapis ten jednak nie dotyczy spółek z o.o. wykonujących działalność leczniczą. Od 1 stycznia 2020 r. w przypadku tych podmiotów będą miały zastosowanie art. 8 ust. 1 u.t.z.t.h., co oznacza termin zapłaty 30 dni, bez możliwości jego wydłużenia. ■

Zadłużenie szpitali rośnie

- **180 mln zł** – o tyle wzrosły długi w 2018 r.
- **14,3 mld zł** – tyle wynosiło zadłużenie w 2019 r. i było wyższe o 1,5 mld zł w porównaniu do roku 2018
- **300 mln zł** – o tyle wzrosły długi pilne, tzw. wymagalne (wynoszą 2,1 mld zł)



gazetalekarska.pl

Źródło: legislacja.rcl.gov.pl, lex.pl

REKLAMA

Recepty papierowe po wejściu obowiązku wystawiania e-recept

Twierdzenie, że po 8 stycznia 2020 r. można wystawić wyłącznie e-receptę, jest błędne.

Przepisy wprost przewidują sytuacje, kiedy możliwe będzie wystawienie recepty w postaci papierowej (recepty dla siebie i rodziny, w razie braku dostępu do systemu e-zdrowie – P1, np. z powodu awarii systemu czy braku dostępu do internetu). Wniosek, że pozostaną lekarzom wyłącznie e-recepty jest wobec tego całkowicie nieuprawniony.

Należy też pamiętać o treści art. 95c prawa farmaceutycznego, zgodnie z którym recepta w postaci papierowej, na której przepisano wyłącznie produkty lecznicze niepodlegające refundacji, posiadające kategorię dostępności „Rp” lub „Rpz”, nie musi odpowiadać wzorowi recepty określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 96a ust. 12 tejże ustawy. Takie recepty nie muszą mieć postaci e-recepty.

Trzeba jednak mieć na uwadze, że wystawienie recepty w razie braku dostępu do systemu e-zdrowie trochę wymyka się ocenom prawnym, bo zależy od podejścia MZ do sytuacji, w których można wystawić receptę papierową. W piśmie z 11 grudnia 2019 r. Ministerstwo Zdrowia wskazuje, że nie ma przepisów przewidujących kary dla lekarzy wystawiających po 8 stycznia 2020 r. recepty papierowe i że papierowe recepty będą dalej realizowane, również na leki refundowane.

Moim zdaniem istnieje pewien problem, a mianowicie: jakie będzie podejście MZ do kwestii podłączenia się przez lekarzy do systemu e-zdrowie (P1)? Wydaje się,



że ten temat MZ z pewnością omija. Pismo z 11 grudnia 2019 r. jest pewną deklaracją, ale można zmusić lekarzy – w pełnej zgodzie z treścią tego pisma – do podłączenia się do systemu P1. Ja nie widzę możliwości przyjęcia za prawdziwe oświadczenia lekarza, że nie wystawił e-recepty, jeśli nie przyłączy się do systemu P1. Skoro nie dopełnił procedur przyłączenia, to nie może mówić, że nie miał dostępu, bo go sobie nawet nie próbował zapewnić. A jak już uzyska dostęp, to może i przekona się do wystawiania e-recept. Nawet jeśli powoływać się będzie na brak dostępu do internetu (chyba że twierdząc, że jest zupełnie cyfrowo wykluczony i nie korzysta z internetu nawet prywatnie).

Drugi problem to praktyczna możliwość realizowania zlecenia lekarskiego, które nie ma formy recepty (czy to papierowej, czy e-recepty). Apteki opierają się o systemy komputerowe i one – poza lekami OTC – mogą nie pozwolić na wydanie leku 100 proc., który jednak powinien być przepisany przez lekarza. (JK) ■



gazetalekarska.pl

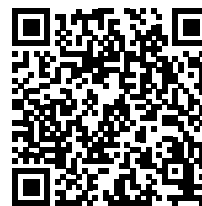
Rachunek kosztów – nowe rozporządzenie

13

stycznia na stronie Rządowego Centrum Legislacji opublikowano projekt rozporządzenia uchylającego dotychczasowy przepis w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców. „Projekt rozporządzenia uchylającego rozporządzenie w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców wychodzi naprzeciw oczekiwaniom

świadczeniodawców, których dotyczy standard rachunku kosztów, w celu zagwarantowania dodatkowego czasu na jego wdrożenie, w szczególności dostosowanie informatycznych systemów finansowo-księgowych” – napisano w uzasadnieniu.

Docelowy kształt rozporządzenia zostanie przekazany do konsultacji publicznych na początku II kwartału 2020 r. ■



LEKARZ NA ZWOLNIENIU

Medice, cura te ipsum?

Powiedzenie to ma przede wszystkim swoje niedosłowne znaczenie, ale do ciekawych wniosków można dojść, czytając je wprost. Czy chory lekarz może leczyć się sam, czy w czasie choroby może leczyć osoby bliskie, wystawić receptę, zaświadczenie o niezdolności do pracy z powodu choroby?

TEKST JAROSŁAW KLIMEK,
RADCA PRAWNY OIL W ŁÓDZI

Z najprostszą formalnie sytuacją mamy do czynienia w przypadku recepty lekarskich. Art. 95b ust. 3 ustawy z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne wprost stanowi, że możliwe jest wystawienie recepty dla osoby wystawiającej („pro auctore”), a także dla małżonka, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu, krewnych lub powinowatych w linii prostej, a w linii bocznej do stopnia pokrewieństwa między dziećmi rodzeństwa osoby wystawiającej („pro familiae”). Nie ma zatem jakichkolwiek przeszkód, żeby lekarz sam sobie wystawił receptę. Przepisy wymagają jedynie, by ordynacje takie dokumentować w wewnętrznej dokumentacji medycznej, mającej formę wykazu (z kolejnymi numerami wpisów, rozpoznaniem, nazwą leku, jego postacią, dawkowaniem, ilością).

Większy problem pojawi się w sytuacji, gdy lekarz uprawniony do orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, chciałby orzec o swojej własnej niezdolności do pracy, wystawić sobie e-ZLA i korzystać ze świadczeń z ZUS przewidzianych na taką okoliczność. W przepisach ustawy z 25 czerwca 1999 r. – o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego

w razie choroby i macierzyństwa, próżno szukać przepisu, który mówi o wystawieniu e-ZLA „pro auctore”. ZUS uparcie i konsekwentnie kwestionował możliwość orzekania przez lekarza o swojej niezdolności do pracy z powodu choroby, powołując się na:

- brak wyraźnego przepisu będącego podstawą do wydania takiego orzeczenia,
- obowiązek przeprowadzenia bezpośredniego badania stanu zdrowia ubezpieczonego przed wydaniem orzeczenia,
- obowiązek powstrzymania się od wykonywania pracy w trakcie choroby,
- niedopuszczalność wydania orzeczenia, które wywołuje skutki dla samego wydającego je lekarza (uzyskanie prawa do świadczeń pieniężnych).

Wydaje się jednak, że nie można podzielić takiego stanowiska i w sytuacjach, gdy lekarz może w sposób prawidłowy zdiagnozować swoją chorobę, to może orzec o swojej własnej niezdolności do pracy z jej powodu, wystawić zaświadczenie wymagane przez ZUS, jak również wystawić sobie samemu receptę na leki niezbędne do leczenia (odnotowując to w uproszczonej dokumentacji medycznej).

WG SN

Nie każda aktywność zawodowa powoduje utratę prawa do świadczeń należnych na wypadek niezdolności do pracy.

Ale, jak to zwykle bywa, pojawia się kolejny problem. Czy ten chory już lekarz, który właśnie udał się na zwolnienie lekarskie, może leczyć swoich najbliższych, wystawiać dla nich e-ZLA i recepty, nie narażając się na pozbawienie prawa do świadczeń z ubezpieczenia społecznego związanych z jego własną chorobą?

Zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa ubezpieczony wykonujący w okresie orzeczonej niezdolności do pracy pracę zarobkową lub wykorzystujący zwolnienie od pracy w sposób niezgodny z celem tego zwolnienia traci prawo do zasiłku chorobowego za cały okres tego zwolnienia. Oczywiście ZUS każdą formę aktywności chorego ubezpieczonego traktuje jako wykonywanie pracy zarobkowej, czy wykorzystywanie zwolnienia niezgodnie z jego celem. Spory w tym zakresie trafiały już wielokrotnie do Sądu Najwyższego. W wyroku z 4 kwietnia 2012 r., sygn. akt II UK 186/11, Sąd Najwyższy uznał, że pojęcie „prowadzenie działalności gospodarczej” obejmuje bardzo zróżnicowane postacie aktywności zarobkowej, od fizycznego wykonywania



Czy chory lekarz, który właśnie udał się na zwolnienie lekarskie, może leczyć swoich najbliższych, wystawiać dla nich e-ZLA i recepty, nie narażając się na pozbawienie prawa do świadczeń z ubezpieczenia społecznego związanych z jego własną chorobą?

konkretnej pracy do prowadzenia przedsiębiorstwa rozumianego jako zarządzanie nim (podejmowanie decyzji gospodarczych).

Zdaniem Sądu Najwyższego nie każda aktywność zawodowa powoduje utratę prawa do świadczeń należnych na wypadek niezdolności do pracy. Jeżeli aktywność taka ogranicza się do wykonywania sporadycznych czynności zarządzających (np. podpisanie dokumentów przygotowanych przez zatrudnionych pracowników), to nie może być mowy o prowadzeniu działalności zarobkowej skutkującego pozbawieniem prawa do świadczeń z ZUS. Oceniając takie stany faktyczne, należy zdecydowanie odróżnić „pracę zarobkową”, wykonywaną w ramach działalności gospodarczej przez osobę jednoosobowo prowadzącą tę działalność, od czynności formalnoprawnych, do jakich osoba taka jest zobowiązana jako pracodawca.

Sąd Najwyższy wyjaśnił również, że za wykorzystanie zwolnienia od pracy niezgodnie z jego celem uważa się nieprzestrzeganie wskazań lekarskich, np. nakazu leżenia w łóżku, czy zakazu wykonywania różnych prac domowych, czyli to, co nie prowadzi do odzyskania przez ubezpieczonego zdolności do pracy.

Jest to korzystna interpretacja dla lekarzy prowadzących działalność w szerokim zakresie – właścicieli podmiotów leczniczych. Jeśli świadczeń udzielają osoby przez nich zatrudnione, a oni podpisują jedynie wcześniej przygotowane przez pracowników dokumenty księgowe, to nie naruszają przepisów prawa.

Biorąc pod uwagę fakt, że wystawienie zaświadczenia lekarskiego o niezdolności do pracy czy wystawienie recepty (nawet dla najbliższej osoby), musi być poprzedzone badaniem pacjenta, jest więc wykonywaniem zawodu

lekarza (jego „pracą”), wymaga intelektualnego wysiłku i wykorzystywania takiej samej wiedzy, doświadczenia, umiejętności, takich jak do wykonywania pracy zarobkowej, to ZUS będzie miał ułatwione zadanie, kwestionując prawo do świadczeń. Szczególnie, że taka aktywność jest dokumentowana zaświadczeniem (w formie elektronicznej trafiającym do ZUS) czy receptą, która nawet jeśli jest papierowa, to „zdygitalizuje” się w momencie realizacji. Niewiele tu pomoże fakt, że pomoc została udzielona nieodpłatnie („niezarobkowo”).

Mniejszy problem może być, jeśli przepisywane będą leki nierefundowane lub z pełną odpłatnością. Wtedy, zgodnie z art. 95c ustawy prawo farmaceutyczne, recepta, na której leki takie zostaną zapisane, nie musi odpowiadać wzorowi określonemu przez Ministra Zdrowia, w szczególności nie musi być opatrzona kodami kreskowymi automatycznie identyfikującymi w systemach informatycznych wystawiającego receptę. Wtedy informacja o aktywności zawodowej chorego lekarza jest trudna do uzyskania. A skoro nie ma sygnału o aktywności zawodowej, nie ma podstaw do wszczęcia wobec lekarza postępowania pozbawiającego go świadczeń z ubezpieczenia społecznego.

Wobec tego leczenie osób najbliższych, szczególnie ordynowanie im leków refundowanych, może być zakwestionowane przez ZUS, lepiej powstrzymać się od takiej aktywności w czasie choroby. ■

Komunikat w sprawie Medalu „Hominem Inveni”

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy,

23 czerwca 2017 r. Naczelna Rada Lekarska ustanowiła Medal im. Dr. Władysława Biegańskiego „Hominem Inveni” za zasługi w działalności społecznej oraz filantropijnej ukierunkowanej na niesienie bezinteresownej pomocy i wsparcia potrzebującym. Zgodnie z regulaminem rocznie przyznawane są nie więcej niż dwa medale.

Zapraszamy członków i organy izb lekarskich, a także przedstawicieli instytucji związanych z ochroną zdrowia, do zgłaszania kandydatur osób lub instytucji, które były i/lub są szczególnie zaangażowane w działalność o charakterze społecznym lub filantropijnym i zasługują, Waszym zdaniem, na przyznanie Medalu „Hominem Inveni”.

Regulamin nadawania Medalu im. Dr. Władysława Biegańskiego „Hominem Inveni” oraz Formularz wniosku o nadanie medalu można pobrać ze strony Naczelnej Izby Lekarskiej poświęconej działalności Kapituły Medalu „Hominem Inveni”.

Wypełnione wnioski należy przesłać na adres: Naczelna Izba Lekarska, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa z dopiskiem na kopercie „Medal Hominem Inveni” lub na adres poczty elektronicznej a.seweryniak@hipokrates.org w terminie do **29 lutego 2020 r.**

*Łączę wyrazy szacunku,
Mariusz Janikowski
Kancierz Kapituły Medalu „Hominem Inveni”*

Kalendarz lekarza praktyka

ALEKSANDRA KOSIOREK, RADCA PRAWNY
DAMIAN KONIECZNY, ADWOKAT
 BIURO PRAWNE OIL W GDAŃSKU

Obowiązki przedsiębiorców prowadzących praktyki zawodowe

Poniżej prezentujemy zaktualizowane kalendarium wybranych obowiązków lekarzy i lekarzy dentystów prowadzących indywidualne i grupowe praktyki lekarskie (w tym również niektóre obowiązki lekarzy i lekarzy dentystów jako pracodawców). Obowiązki w 2020 r. co do zasady pokrywają się z obowiązkami, które wypełniają Państwo co roku, proszę jednak zwrócić uwagę na zmiany dot. odpadów medycznych oraz w zakresie obowiązków wynikających ze zmiany ustawy – Prawo atomowe.

KTO	OBOWIĄZEK	TERMIN
EWIDENCJA ODPADÓW		
lekarze prowadzący praktyki zawodowe, wytwarzający odpady medyczne, z wyjątkiem: a) praktyk kontraktowych b) praktyk wytwarzających jedynie odpady komunalne c) praktyk, które przeniosły gospodarowanie odpadami na wynajmującego lub innego najemcę (art. 28 ustawy) d) praktyk podlegających zwolnieniu z obowiązku prowadzenia ewidencji odpadów	rejestracja w Bazie danych o produktach i opakowaniach oraz o gospodarce odpadami (BDO)	przed rozpoczęciem prowadzenia działalności, która będzie powodowała obowiązek rejestracji
	prowadzenie ilościowej i jakościowej ewidencji odpadów z użyciem generowanych w systemie BDO kart przekazania odpadów oraz przechowywania dokumentów, na podstawie których są sporządzane dokumenty ewidencji	- na bieżąco - przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym zostały sporządzone dokumenty ewidencji odpadów
	składanie elektronicznych zestawień danych o rodzajach i ilości odpadów oraz o sposobach gospodarowania (https://bdo.mos.gov.pl/)	- do 15 marca każdego roku za rok poprzedni - do właściwego ze względu na miejsce wytwarzania odpadów marszałka województwa
Podstawa prawna: - ustawa z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach - rozporządzenie Ministra Klimatu z dnia 2 stycznia 2020 r. w sprawie katalogu odpadów - rozporządzenie Ministra Klimatu z dnia 23 grudnia 2019 r. w sprawie rodzajów odpadów i ilości odpadów, dla których nie ma obowiązku prowadzenia ewidencji odpadów		
INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODOWISKA		
lekarze prowadzący praktyki zawodowe, którzy wprowadzają gazy lub pyły do powietrza (tj. posiadają samochód osobowy lub ciężarowy, własne ogrzewanie, np. kotłownia, wszelkiego rodzaju technologie powodujące emisję do powietrza)	składanie zbiorczych zestawień informacji o zakresie korzystania ze środowiska oraz wysokości należnych opłat, wraz z wniesieniem należnej opłaty na rachunek urzędu marszałkowskiego	- do 31 marca każdego roku, za rok poprzedni - do właściwego urzędu marszałkowskiego Przedsiębiorcy, u których obliczona opłata za każdy z rodzajów korzystania nie przekroczy 100 zł, nie składają sprawozdania w ogóle. Nie wnosi się opłaty w przypadku, gdy wyliczona kwota nie przekracza 800 zł za rok dla danego rodzaju korzystania ze środowiska.
Podstawa prawna: - ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. – Prawo ochrony środowiska - rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 11 grudnia 2019 r. w sprawie wykazów zawierających informacje i dane o zakresie korzystania ze środowiska oraz o wysokości należnych opłat		

KTO	OBOWIĄZEK	TERMIN
ZRANIENIA OSTRYMI NARZĘDZIAMI		
lekarze – pracodawcy, których pracownicy są narażeni na ryzyko zranienia ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych	• sporządzanie i wdrażanie procedur bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami • sporządzanie i wdrażanie procedury używania odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia środków ochrony indywidualnej	• ocena ryzyka i dostosowanie procedur nie rzadziej niż raz na 2 lata
	prowadzenie wykazu zranień ostrymi narzędziami	• uzupełnianie wykazu w razie zaistnienia zdarzenia
	sporządzanie raportu o bezpieczeństwie i higienie pracy w podmiocie leczniczym w zakresie zranień ostrymi narzędziami	• nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy
	weryfikacja procedur zgłaszania zranień ostrymi narzędziami, zakresu i rodzajów analiz zawartych w raporcie, rozważenie prowadzenia zbiorów informacji statystycznych obejmujących przypadki zranień ostrymi narzędziami oraz kontaktu z krwią lub innym potencjalnie zakaźnym materiałem biologicznym – w konsultacji z przedstawicielami pracowników	• okresowo
Podstawa prawna: • ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy • rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych		
KONTROLE WEWNĘTRZNE		
lekarze prowadzący praktyki zawodowe	przeprowadzanie kontroli wewnętrznych, obejmujących ocenę prawidłowości i skuteczności: 1) oceny ryzyka występowania zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych 2) monitorowania czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń 3) procedur zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym procedur dekontaminacji 4) stosowania środków ochrony indywidualnej i zbiorowej 5) wykonywania badań laboratoryjnych 6) analizy lokalnej sytuacji epidemiologicznej 7) profilaktyki i terapii antybiotykowej	• nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy
	sporządzanie raportu kontroli wewnętrznych	• przechowywać i okazać na żądanie organów Sanepidu w przypadku kontroli
Podstawa prawna: • ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi • rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie sposobu dokumentowania realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz warunków i okresu przechowywania tej dokumentacji • rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych		

KTO	OBOWIĄZEK	TERMIN
APARATY RENTGENOWSKIE		
lekarze prowadzący praktyki zawodowe, używający aparatów rentgenowskich	przewodzenie pomiarów dawek indywidualnych albo pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy oraz rejestrowanie danych w tym zakresie	przekazanie informacji wynikających z rejestru w terminie do 15 kwietnia roku następnego uprawnionemu lekarzowi prowadzącemu dokumentację medyczną pracowników oraz do centralnego rejestru dawek
	dokumentowanie systemu zarządzania jakością	przegląd i okresowa aktualizacja systemu przez kierownika jednostki ochrony zdrowia
	system rejestracji i analizy wystąpienia narażenia przypadkowego	wdraża i prowadzi kierownik jednostki
	przeprowadzanie audytów wewnętrznych obejmujących: 1) zgodności procedur roboczych z wzorcowymi 2) analizy zdjęć odrzuconych 3) sposobu postępowania z podstawową dokumentacją medyczną 4) częstotliwości wykonywania i wyników bieżących testów eksploatacyjnych 5) wielkości dawek otrzymywanych przez pacjentów w stosowanych procedurach radiologicznych i porównania ich z odpowiadającymi tym procedurom wartościami poziomów referencyjnych określonych w załączniku nr 2 do rozporządzenia, jeżeli takie wartości określono	- co najmniej raz w roku, doraźnie w razie potrzeby - w wypadku działalności prowadzonej osobiście (jednoosobowej) audyt wewnętrzny może być przeprowadzony przez jedną osobę, która jest uprawniona do stosowania medycznych procedur radiologicznych podlegających temu audytowi - raport z przeprowadzonego audytu klinicznego wewnętrznego jest przekazywany kierownikowi jednostki, a kierownik przekazuje niezwłocznie kopię raportu do właściwej komisji procedur i audytów
	Testy eksploatacyjne (podstawowe), w tym: - urządzenia stosowane w radiografii ogólnej analogowej: – zgodność pola promieniowania z polem świetlnym – raz w miesiącu – powtarzalność ekspozycji dawki – raz w miesiącu – rozdzielczość wysoko i niskokontrastowa – co 6 miesięcy – krątka przeciwróżproszeniowa – co 3 miesiące – system automatycznej kontroli ekspozycji (AEC) – 6 miesięcy po każdych testach specjalistycznych – kasety – co 6 miesięcy – procesy wywoływania – w każdym dniu pracy wywoływarci – pomieszczenie ciemni – co 6 miesięcy – ocena zdjęć RTG – w każdym dniu korzystania z negatoskopu - urządzenia stosowane w radiografii ogólnej cyfrowej: – zgodność pola promieniowania z polem świetlnym – raz w miesiącu – powtarzalność ekspozycji dawki – raz w miesiącu – rozdzielczość wysoko i niskokontrastowa – co 12 miesięcy – krątka przeciwróżproszeniowa – co 3 miesiące – system automatycznej kontroli ekspozycji (AEC) – 6 miesięcy po każdych testach specjalistycznych – artefakty – co 6 miesięcy UWAGA! w powyższym zestawieniu nie uwzględniono wszystkich testów urządzeń wymienionych w rozporządzeniu, w tym m.in. testów urządzeń stosowanych we fluoroskopii i angiografii, w tomografii komputerowej, stomatologicznej tomografii komputerowej wiązki stożkowej, mammografii analogowej, mammografii cyfrowej, urządzeń stosowanych w stomatologii, densytometrii kostnej, monitorów stosowanych do prezentacji obrazów medycznych oraz testów drukarek stosowanych do tworzenia kopii cyfrowych obrazów medycznych.	
	testy eksploatacyjne (specjalistyczne)	co najmniej raz na 12 miesięcy
	Niezależnie od częstotliwości wykonywania testów eksploatacyjnych, testów specjalistycznych i testów podstawowych po każdej naprawie urządzenia radiologicznego i urządzenia pomocniczego przeprowadzonej w zakresie, który może mieć wpływ na jakość diagnostyczną uzyskiwanego obrazu lub na dawkę, jaką otrzymuje pacjent, należy ponownie wykonać odpowiednio testy eksploatacyjne albo testy specjalistyczne i testy podstawowe, przynajmniej w zakresie uzasadnionym specyfikacją wykonanej naprawy	
	szkolenie z zakresu ochrony radiologicznej	obowiązek uzyskania co najmniej 20 punktów szkoleniowych w ciągu kolejnych 5 lat
Podstawa prawna: - ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe - rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 23 marca 2007 r. w sprawie wymagań dotyczących rejestracji dawek indywidualnych – uwaga! rozporządzenie utraci moc z chwilą wejścia nowych przepisów wykonawczych, nie później niż z dniem 23 września 2021 r. - rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej – uwaga! rozporządzenie utraci moc z chwilą wejścia nowych przepisów wykonawczych, nie później niż z dniem 23 września 2022 r.		

KTO	OBOWIĄZEK	TERMIN
OCENA RYZYKA ZAWODOWEGO		
lekarze – pracodawcy, prowadzący praktyki zawodowe	- ryzyko zawodowe występujące przy wykonywanych pracach, w szczególności przy doborze wyposażenia stanowisk i miejsc pracy, stosowanych substancji i preparatów chemicznych, biologicznych, rakotwórczych lub mutagennych oraz zmianie organizacji pracy - należy uwzględnić wszystkie czynniki środowiska pracy występujące przy wykonywanych pracach oraz sposoby wykonywania prac	- nie wskazano minimalnej częstotliwości - zaleca się przeprowadzanie oceny ryzyka zawodowego okresowo i zawsze wówczas, gdy wykorzystywane do jego oceny informacje straciły swoją aktualność, a w szczególności w następujących przypadkach: - przy tworzeniu nowych stanowisk pracy - przy wprowadzaniu zmian na stanowiskach pracy (np. technologicznych lub organizacyjnych) - po zmianie obowiązujących wymagań, odnoszących się do ocenianych stanowisk pracy - po wprowadzeniu zmian w stosowanych środkach ochronnych - w razie wykrycia błędów w poprzedniej ocenie ryzyka zawodowego
Podstawa prawna: - ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy - rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy		
REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ		
lekarze prowadzący praktyki zawodowe	zgłoszenie wniosku o zmianę wpisu w wypadku zmiany danych zawartych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą	14 dni od momentu zaistnienia zmiany
Podstawa prawna: ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej		
STATYSTYKA		
lekarze prowadzący praktyki zawodowe	złożenie sprawozdania statystycznego za pośrednictwem Systemu Statystyki w Ochronie Zdrowia (https://ssoz.ezdrowie.gov.pl) lub w formie papierowej	wg. terminów określonych dla właściwych formularzy (https://ssoz.ezdrowie.gov.pl)
Podstawa prawna: ustawa z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej		

Szczegółowe obowiązki związane ze statystyką publiczną zostały opisane w odrębnym zestawieniu (s. 30).

ROK 2020

OBOWIĄZKI STATYSTYCZNE PRAKTYK LEKARSKICH

INFORMACJE OGÓLNE:

- obowiązek złożenia sprawozdania dotyczy lekarzy i lekarzy dentyistów prowadzących praktyki zawodowe – jeżeli obejmuje ich zakres sprawozdania;
- jeżeli do udziału w badaniach jest wskazany podmiot o liczbie pracujących nie większej niż 5 (według stanu na dzień 30 listopada 2019 r.), wówczas dopuszczalne jest przekazywanie danych w formie papierowej;
- obowiązek sprawozdawczy nie dotyczy tzw. praktyk kontraktowych („wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego”), jeżeli ich zakres sprawozdania zostanie uwzględniony w sprawozdaniu składanym przez podmiot „macierzysty”.

NUMER FORMULARZA	KOGO DOTYCZY I ZAKRES SPRAWOZDANIA	TERMIN ZŁOŻENIA	MIEJSCE ZŁOŻENIA
formularz MZ 06	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki profilaktycznej nad dziećmi i młodzieżą szkolną • sprawozdanie z realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach	do 30 września 2020 r. za rok szkolny 2019/2020	• portal sprawozdawczy CSIOZ www.csioz.gov.pl • urząd wojewódzki
formularz MZ 11	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w ramach kontraktu z NFZ • sprawozdania o działalności i pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej	do 31 marca 2020 r. według stanu na 31 grudnia 2019 r.	• portal sprawozdawczy CSIOZ www.csioz.gov.pl • urząd wojewódzki
formularz MZ 13	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych, specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób płuc i gruźlicy • roczne sprawozdanie o leczonych w poradni gruźlicy i chorób płuc	do 21 lutego 2020 r. według stanu na 31 grudnia 2019 r.	• portal sprawozdawczy CSIOZ www.csioz.gov.pl • komórka właściwa w sprawach statystyki medycznej wskazana przez wojewodę
formularz MZ 14	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych, specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową • roczne sprawozdanie o leczonych w poradni skórno-wenerologicznej	do 28 lutego 2020 r. według stanu na 31 grudnia 2019 r.	• portal sprawozdawczy CSIOZ www.csioz.gov.pl • urząd wojewódzki
formularz MZ 15	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych, specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie zdrowia psychicznego • sprawozdanie z działalności jednostki leczenia ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych	do 28 lutego 2020 r. za rok 2019	• portal sprawozdawczy CSIOZ www.csioz.gov.pl • Instytut Psychiatrii i Neurologii • urząd wojewódzki
formularz MZ 19	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych, specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia środowiskowego • sprawozdanie z działalności zespołu/oddziału leczenia środowiskowego/domowego	do 15 lutego 2020 r. za rok 2019	• portal sprawozdawczy CSIOZ www.csioz.gov.pl • urząd wojewódzki • Instytut Psychiatrii i Neurologii
formularz MZ 24	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych, specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie ginekologii i położnictwa • roczne sprawozdanie o przerwaniach ciąży wykonanych w placówkach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej	do 14 lutego 2020 r. według stanu na 31 grudnia 2019 r.	• portal sprawozdawczy CSIOZ www.csioz.gov.pl • urząd wojewódzki
formularz MZ 30	• praktyki lekarskie udzielające świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego, leczenia odwykowego, rehabilitacji narkomanów • sprawozdanie podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie psychiatrycznej opieki stacjonarnej	do 15 lutego 2020 r. za rok 2019	• portal sprawozdawczy CSIOZ www.csioz.gov.pl • urząd wojewódzki • Instytut Psychiatrii i Neurologii

NUMER FORMULARZA	KOGO DOTYCZY I ZAKRES SPRAWOZDANIA	TERMIN ZŁOŻENIA	MIEJSCE ZŁOŻENIA
formularz MZ 35A	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie badań profilaktycznych pracowników • sprawozdanie lekarza przeprowadzającego badania profilaktyczne pracujących	do 2 marca 2020 r. według stanu na 31 grudnia 2019 r.	• portal sprawozdawczy CSIOZ www.csioz.gov.pl • wojewódzki ośrodek medycyny pracy • Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi
formularz MZ 35B	• praktyki lekarskie będące jednostkami organizacyjnymi służby medycyny pracy • sprawozdanie z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami	do 2 marca 2020 r. według stanu na 31 grudnia 2019 r.	• portal sprawozdawczy CSIOZ www.csioz.gov.pl • wojewódzki ośrodek medycyny pracy • Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi
formularz MZ 54	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych i stacjonarnych świadczeń zdrowotnych, biorące udział w szczepieniach ochronnych • roczne sprawozdanie ze szczepień ochronnych	do 31 stycznia 2020 r. według stanu na 31 grudnia 2019 r.	• powiatowa stacja sanitarno-epidemiologiczna
formularz MZ 55	• wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą, w tym praktyki lekarskie • meldunek o zachorowaniach na grype	cztery razy w miesiącu, tj. w dniach: 7., 15., 22. i ostatnim dniu miesiąca po zakończeniu przyjęć	• powiatowa stacja sanitarno-epidemiologiczna • w formie papierowej
formularz MZ/N 1a	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych, stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, w związku z rozpoznaniem i podejrzeniem nowotworu złośliwego • karta zgłoszenia nowotworu złośliwego	• sukcesywnie • raz w miesiącu do 15. dnia miesiąca następującego po rozpoznaniu choroby – w formie papierowej • do 15 stycznia 2020 r. za grudzień 2017 r.	• Krajowy Rejestr Nowotworów • Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie • wojewódzkie biura rejestracji nowotworów
formularz MZ 88	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych, stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych • sprawozdanie o pracujących w praktykach indywidualnych i grupowych	do 13 marca 2020 r. według stanu na 31 grudnia 2019 r.	• portal sprawozdawczy CSIOZ www.csioz.gov.pl • urząd wojewódzki
formularz MZ 89	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych, stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych • sprawozdanie o specjalistach pracujących w zakładach opieki zdrowotnej oraz praktykach indywidualnych	do 13 marca 2020 r. według stanu na 31 grudnia 2019 r.	• portal sprawozdawczy CSIOZ www.csioz.gov.pl • urząd wojewódzki
formularz ZD 2	• praktyki lekarskie prowadzące działalność leczniczą z zakresu leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji stacjonarnej • sprawozdanie z opieki zdrowotnej zaklasyfikowanej według PKD do klasy 86.10	do 27 stycznia 2020 r. za rok 2019	• portal sprawozdawczy GUS https://raport.stat.gov.pl/
formularz ZD 3	• praktyki lekarskie świadczące usługi wyłącznie w ramach środków publicznych • sprawozdanie z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej zaklasyfikowanej według PKD do klas: 86.21, 86.22 i 86.23	do 28 stycznia 2020 r. za rok 2019	• portal sprawozdawczy GUS https://raport.stat.gov.pl/
formularz ZD 4	• praktyki lekarskie zgłoszone do systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne • sprawozdanie w zakresie pomocy doraźnej i ratownictwa medycznego zaklasyfikowanej według PKD do podklasy 86.90.B	do 27 stycznia 2020 r. za rok 2019	• portal sprawozdawczy GUS https://raport.stat.gov.pl/
Podstawa prawna: rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 14 września 2018 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2019 (Dz. U. poz. 2103 ze zm.)			



MARTA
JAKUBIAK

redaktor naczelna „GL”

JAK TWORZY SIĘ PRAWO

Legislacja to przeciąganie liny?

Konsultacje kluczowych projektów legislacyjnych z obszaru zdrowia są skracane z ustawowych 30 dni do 15. Co więcej, w przypadku Ministerstwa Zdrowia, około 30 proc. projektów poddano konsultacjom publicznym i opiniowaniu w terminie krótszym niż 10 dni.

Analizę jakości tworzenia prawa w obszarze ochrony zdrowia w Polsce, w okresie od 1 maja 2018 r. do 31 maja 2019 r., przedstawiono w raporcie „Zdrowa Legislacja”, przygotowanym przez Amerykańską Izbę Handlową w Polsce we współpracy z Pracodawcami RP. W tym czasie Ministerstwo Zdrowia procedowało ponad 170 projektów ustaw i rozporządzeń, podczas gdy

czasie jeden w ogóle nie został poddany konsultacjom publicznym i opiniowaniu (w MF było 9 takich projektów, a MPiT – 7).

KONSULTACJE SPOŁECZNE

Pod koniec stycznia, podczas kongresu „Priorytety w ochronie zdrowia 2020”, zastanawiano się, czy stabilne i przewidywalne prawo może stać się jednym z pierwszoplanowych celów.

Jacek Graliński, przewodniczący Komitetu Farmaceutycznego Amerykańskiej Izby Handlowej w Polsce, współtwórca raportu, podkreśla, że jakość legislacji zależy od dobrego planu, sprawnego przeprowadzenia procesu legislacyjnego oraz konsultacji przeprowadzonych o czasie i adresowanych do wszystkich zainteresowanych. Tymczasem, jak wynika z danych zawartych w opracowaniu „Zdrowa Legislacja”, w przypadku Ministerstwa Zdrowia odsetek projektów poddanych konsultacjom publicznym i opiniowaniu w terminie krótszym niż 10 dni to blisko 30 proc. W tym miejscu należy zaznaczyć, że minimalny czas trwania

konsultacji publicznych powinien wynosić 21 dni, a wymagany ustawowo – 30, tymczasem w praktyce jest to średnio 15 dni. Z kolei Komisja Europejska rekomenduje, żeby czas konsultacji publicznych aktów prawnych nie był krótszy niż sześć tygodni.

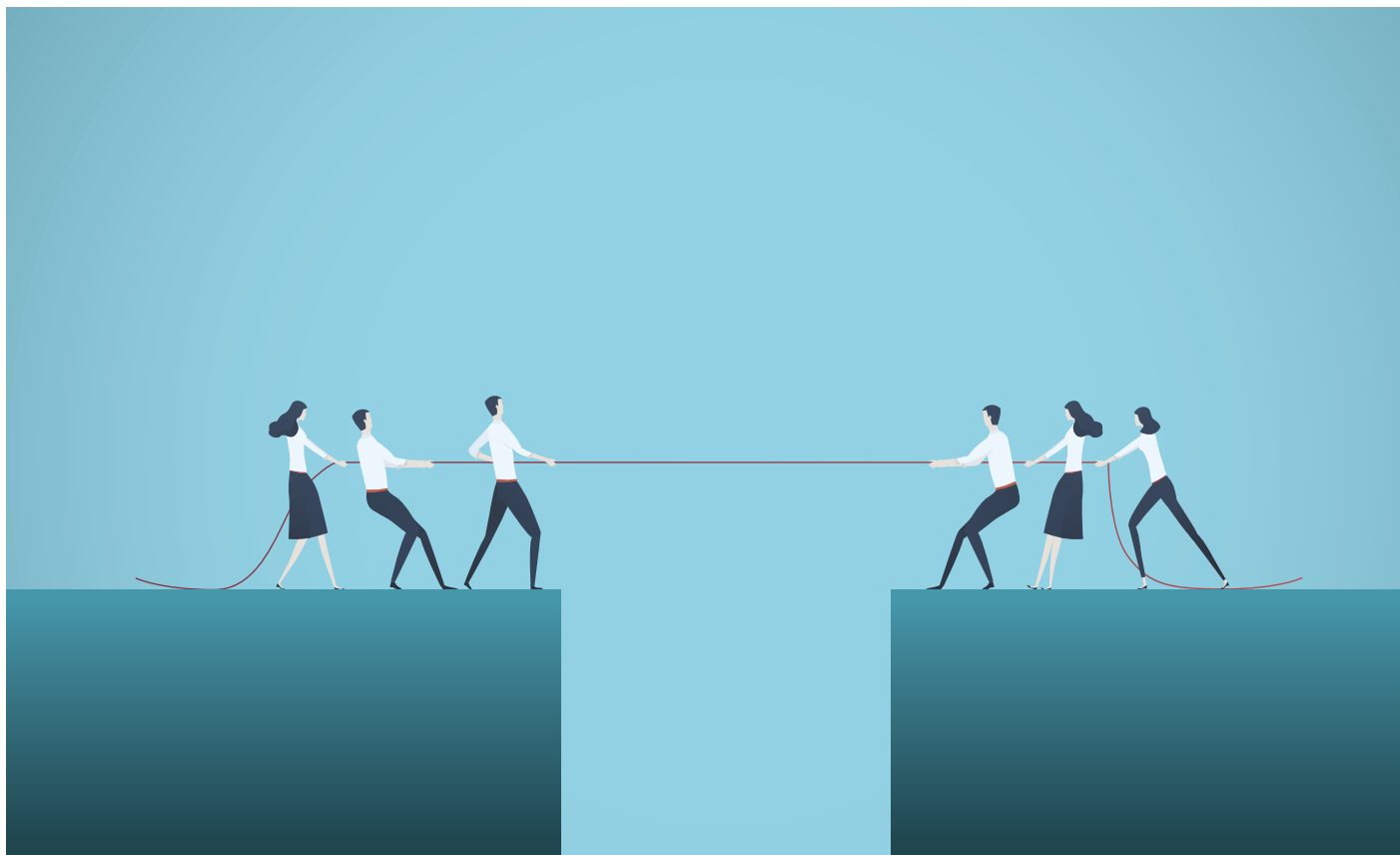
Jak zauważa Arkadiusz Pączka, dyrektor Centrum Monitoringu Legislacji Pracodawców RP, współautor raportu, konsultacje trwają zbyt krótko, a rola dialogu z interesariuszami, którzy powinni uczestniczyć w procesie stanowienia prawa, jest niedoceniana. Podmioty społeczne, które zgłaszają uwagi, nie otrzymują informacji zwrotnej, a projekt, który trafia do sejmu, często przybiera inny kształt, niż ten przedstawiony do zaopiniowania.

Konsultacje to jedna z instytucji demokracji bezpośredniej, a ich głównym celem jest uzyskanie przez administrację państwową opinii społeczeństwa odnośnie projektowanych zmian. Wśród zarzutów odnoszących się do obecnego tworzenia prawa, autorzy raportu wymieniają m.in.: skracanie



Komisja Europejska rekomenduje, żeby czas konsultacji publicznych aktów prawnych nie był krótszy niż sześć tygodni.

dla Ministerstwa Finansów było ich ponad 300, a dla Ministerstwa Przedsiębiorczości i Technologii – ponad 70. W przypadku resortu zdrowia średni czas trwania konsultacji publicznych i opiniowania wynosił niecałe 15 dni (w MF – 11, a MPiT – 14). Spośród wszystkich projektów procedowanych w tym



czasu przeznaczonego na konsultacje, nieodnoszenie się do zgłaszanych opinii i uwag, przygotowywanie schematycznych, nic niewnoszących raportów z konsultacji czy niemal całkowita rezygnacja z konferencji uzgodnieniowych. Mówi się wręcz o braku poszanowania przepisów określających zasady stanowienia prawa, jak i obywateli, których to stanowione prawo dotyczy.

Przewodniczący sejmowej Komisji Zdrowia, Tomasz Latos, również zauważa potrzebę prowadzenia konsultacji społecznych. – Jestem zwolennikiem jak najszerzych konsultacji – mówi, a jednocześnie zauważa, że nie jest to proces łatwy, ponieważ różne środowiska mogą mieć zupełnie inny pogląd na daną sprawę i często podczas opiniowania projektów ścierają się przeciwne, czasem wykluczające się nawzajem opinie. – Jest swoiste przeciąganie liny, ale im więcej jest czasu, żeby tworzyć dane prawo, im bardziej wnikliwie można się tym zająć, tym większa jest szansa, że wybierze się optymalne rozwiązanie dla danych regulacji – podkreśla.

TEMPO PRAC

Jak wynika z raportu, w ostatnim roku minionej kadencji Sejmu RP tempo prac legislacyjnych w resorcie zdrowia pozostawało na podobnym poziomie jak w drugim i trzecim roku prac i było zdecydowanie wolniejsze niż w pierwszym. Resort zdrowia w okresie od 1 maja 2018 r. do 31 maja 2019 r. skierował do konsultacji 17 projektów ustaw. W porównywalnym okresie pierwszego roku funkcjonowania rządu prace toczyły się wokół 23 projektów. W drugim roku tempo spadło (procedowano 16 projektów ustaw, a w trzecim roku 18) i od trzech lat utrzymuje się na podobnym poziomie. Jak podkreślają autorzy raportu, nie o ilość tu jednak chodzi, tylko o jakość, bo im lepszej jakości prawo zostanie stworzone, tym potrzebnych będzie mniej jego zmian w przyszłości.

Krzysztof Olszak, zastępca dyrektora Rządowego Centrum Legislacji, wyjaśnia, że projekty, które trafiają do RCL, oceniane są pod kątem prawn-administracyjnym. Według niego, tworzone przepisy powinny być jasne i precyzyjnie

sformułowane, bo prawo nie jest tworzone dla podmiotu, który jest jego autorem, ale dla tych, którzy będą musieli go przestrzegać. – Przepisy mają być precyzyjne, jasne i jednoznaczne. Tworzeniu prawa powinna przyświecać zasada określoności, która ma źródło w konstytucji – podkreśla. Jak zauważa, wszystkie problemy, które mogą pojawić się w toku projektowania,

“

Najważniejsze korzyści płynące z konsultacji:

- lepsze rozpoznanie stanowisk różnych grup odbiorców i interesariuszy proponowanego rozwiązania;
- nowe pomysły;
- poprawienie rozwiązania będącego przedmiotem konsultacji;
- możliwość uniknięcia konfliktu lub błędu ze względu na niepełną znajomość funkcjonowania rynku;
- uwzględnienie w legislacji rozwiązań rynkowych.

a potem stosowania już ustalonego prawa, wynikają z pewnych braków, które powstają na wstępnym etapie prac. Często nie ma czasu albo woli, by dokonać konsultacji z podmiotami, do których prawo jest adresowane. Dlaczego to tak istotne? Ponieważ stanowi doskonałą okazję do wyłapania już na wstępie ewentualnych problemów lub nieścisłości, a czasem błędów merytorycznych. Zauważa, że przecież przepisy są tworzone przez prawników, nie zawsze praktyków.

PROJEKTY USTAW

Proces tworzenia prawa w Polsce określony jest przez Konstytucję RP. Pierwszy etap to wniesienie inicjatywy ustawodawczej, czyli projektu ustawy zgłaszanego przez uprawnione do tego organy, instytucje i grupy: Prezydenta RP, Radę Ministrów, Senat RP, co najmniej 15 posłów, komisję sejmową (niezależnie od liczebności) lub co najmniej 100 tys. obywateli. Zgłoszony projekt zostaje wpisany do rejestru prac legislacyjnych Rady Ministrów, a następnie może być poddany konsultacjom publicznym, co przewidziano w regulaminie pracy Rady Ministrów. Na tym etapie można zgłaszać uwagi i liczyć na ich uwzględnienie. Gdy ustawa zostanie uchwalona przez sejm i znajdzie się w senacie, partnerzy społeczni de facto nie mają już głosu.

Przewodniczący Tomasz Latos uważa, że już na poziomie sejmowej Komisji Zdrowia nie za wiele można zrobić. Dokument, który wyszedł z Ministerstwa Zdrowia, został poddany analizom i konsultacjom, potem był przesłany do rządu i poddano go uzgodnieniom międzyresortowym, często nie najłatwiejszym, bardzo trudno zmienić. Gdyby chciano tego dokonać na poziomie Komisji Zdrowia, trzeba byłoby cały proces powtórzyć od nowa.

Standardowo i w zgodzie z procedurą projekt konsultuje się tylko raz – gdy jest na wczesnym etapie zaawansowania. Tymczasem niejednokrotnie w efekcie uwzględnienia

“

Obecnie jest tak, że w rubryce „wpływ” nie ma żadnego wpływu. Jest pośpiech, nie ma danych, więc wpisuje się „brak wpływu na funkcjonowanie firm”, podczas gdy dana regulacja ma wpływ kolosalny.

uwag zgłoszonych w trakcie konsultacji projekt ulega głębokim przeobrażeniom, stając się zupełnie inną propozycją regulacyjną. Dobrą praktyką byłoby więc prowadzenie konsultacji więcej niż raz w całym toku procesu legislacyjnego.

Przyjęty przez Radę Ministrów projekt ustawy kierowany jest do Sejmu. Tam rozpoczyna się parlamentarny etap procesu legislacyjnego. Do projektu musi być dołączone uzasadnienie, którego jednym z elementów są wyniki przeprowadzonych konsultacji.

Jak zauważa Tomasz Latos, że projekty poselskie to osobna kategoria, ale tylko teoretycznie. Przygotowywane są one w porozumieniu z danym resortem i nie jest to droga na skróty. Wie to z własnych doświadczeń. Nad swoim projektem pracował około roku, konsultując go z ekspertami i pracownikami naukowymi. Mówi, że są jednak sytuacje, kiedy nie ma możliwości, żeby droga legislacyjna trwała długo i wtedy rzeczywiście potrzeba pewnej otwartości, żeby w tym skróconym trybie projektu poselskiego przeprowadzić konsultacje. – Jestem za tym, by tam, gdzie można, dać długie *vacatio legis*, aby podmioty medyczne mogły się przygotować do wprowadzanych zmian – podkreśla. Uważa, że dużo gorsze w procesie tworzenia prawa jest przyniesienie „gotowca” przez jakieś środowisko lobbujące, które tylko będzie próbowało zdobyć podpis parlamentarzystów

dla własnych celów. – To jest niebezpiecznie szkodliwe z punktu widzenia interesów państwa – ocenia.

PREKONSULTACJE

Krzysztof Olszak na bieżąco śledzi procesy legislacyjne. Według niego, Ministerstwo Zdrowia projekty konsultuje z bardzo wieloma podmiotami i otrzymuje bardzo dużo uwag. W efekcie często projekt, który wysyłany jest do uzgodnień, zmienia się i czasem przybiera zupełnie inną formę niż ta, którą przekazano na wstępie, a przecież strona społeczna kolejnych wersji już nie dostaje do zaopiniowania. – Zanim stworzy się projekt, warto byłoby skonsultować sam pomysł. Może należałoby wrócić do opracowywania projektu założeń – zauważa. – A takie projekty założeń nie pojawiają się, przynajmniej dawno takiego nie widziałem – dodaje.

Zwolennikiem prekonsultacji jest też Arkadiusz Pączka. – Dzięki prekonsultacjom można sprawdzić, jak dane rozwiązanie wpłynie na przedsiębiorców. Obecnie jest tak, że w rubryce „wpływ” nie ma żadnego wpływu. Jest pośpiech, nie ma danych, więc wpisuje się „brak wpływu na funkcjonowanie firm”, podczas gdy dana regulacja ma wpływ kolosalny – wyjaśnia. On również jest zdania, że obecnie etapu prekonsultacji praktycznie nie ma, a mogłyby one w procesie tworzenia prawa pomóc określić, jaki wpływ będzie miał dany projekt na jego odbiorców i przyczynić się do bardziej przemyślanego tworzenia prawa. ■

Rezydenci wracają do gry

„Ministerstwo Zdrowia nadal ma mylne wyobrażenie o rzeczywistości pacjentów; operuje liczbami, które miałyby udowodnić, że jest lepiej, choć nie jest! Na ile jest to mylne pojęcie? Na ile jest to manipulacja? Takie są główne wnioski i pytania po dzisiejszym spotkaniu”.

TEKST **MARIUSZ TOMCZAK**, DZIENNIKARZ

Taki wpis na profilu Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy na Twitterze pojawił się zaraz po spotkaniu młodych lekarzy z ministrem zdrowia Łukaszem Szumowskim. Doszło do niego 17 stycznia, niemal dwa lata po podpisaniu słynnego już porozumienia zawartego przez szefa resortu zdrowia z protestującymi wówczas medykami, którzy zdecydowali się wówczas m.in. na protest głodowy.

SPÓR NIE TYLKO O PIENIĄDZE

Głównym tematem styczniowego spotkania było omówienie realizacji porozumienia zawartego w lutym 2018 r. Resort zdrowia i młodych lekarzy z PR OZZL najbardziej różni podejście do wysokości nakładów na ochronę zdrowia ze środków publicznych. – Uważamy, że wszystkie punkty zrealizowaliśmy – mówi minister zdrowia Łukasz Szumowski, dodając, że nakłady na ochronę zdrowia w tym roku mają wzrosnąć do 112 mld zł, szybciej niż zostało to wskazane w porozumieniu. Zupełnie inne zdanie w tej kwestii mają nie tylko rezydenci, ale również samorząd lekarski, który wskazywał, że sprytna metoda liczenia uszczupliła

zagwarantowane w tzw. ustawie 6 procent nakłady na ochronę zdrowia tylko w 2018 r. o prawie 10 mld zł, przez co 6 proc. PKB nie równa się 6 proc. PKB. Poziomu finansowania ochrony zdrowia to główna kość niezgody, ale spornych kwestii jest więcej. Zdaniem Piotra Pisuli, przewodniczącego PR OZZL, resort znacznie bardziej optymistycznie ocenia sytuację w ochronie zdrowia niż młodzi lekarze.

KIEDY 6,8 PROC. PKB?

Jak mówi Artur Drobnik, zastępca sekretarza NRL, który uczestniczył w styczniowym spotkaniu w charakterze obserwatora z ramienia samorządu lekarskiego, można powiedzieć, że kilka punktów z porozumienia zrealizowano, kilka na pewno nie, odnośnie kilku kolejnych można mieć wiele uwag co do ich zastosowania w praktyce. – Przykładem może być kwestia asystenta medycznego. W praktyce ten zapis jest martwy i nie funkcjonuje, ponieważ szpitale nie mają środków finansowych na ich zatrudnianie – mówi. Jak dodaje, najmniej sporną kwestią wydaje się poprawa sytuacji finansowej lekarzy rezydentów. – Te postulaty zostały spełnione, ale nie do końca na lepsze zmieniła się możliwość realizacji szkolenia

“

Kolejne spotkanie ministra zdrowia i lekarzy rezydentów zaplanowano na 3 lutego.

specjalizacyjnego i nie poprawiły się warunki pracy – podkreśla Artur Drobnik. Informuje też, że środowisko lekarskie powraca do postulatu 6,8 proc. na ochronę zdrowia w 2022 r. Czy czeka nas powtórka gorących dni sprzed ponad dwóch lat? – Widzę dużą rolę naszego środowiska i pacjentów, aby wyrzucić presję na rządzących – stwierdza zastępca sekretarza NRL. Przed rokiem NRL przyjęła stanowisko, w którym wyraziła stanowczy sprzeciw wobec niewywiązywania się przez Ministerstwo Zdrowia i rząd z zapisów porozumienia z lekarzami rezydentami. „Jego zawarciu towarzyszyły duże nadzieje. Uznano je za pierwszy krok do uzdrowienia sytuacji w opiece zdrowotnej w Polsce, wstęp do reformy systemu ochrony zdrowia i większego jej finansowania” – napisano w stanowisku. Kolejne spotkanie ministra zdrowia i lekarzy rezydentów zaplanowano na 3 lutego. ■

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Dyskredytacja na Facebooku

Lekarz zamieścił w portalu społecznościowym Facebook post zawierający treść, która podważała autorytet [zaufanie do] innego lekarza, poniżała go w oczach opinii publicznej. Do postu dołączone zostało zdjęcie lekarza, którego dotyczyły dyskredytujące treści.

TEKST PAULINA TOMASZEWSKA, PRAWNIK NIL

Jak ustaliły sądy lekarskie, zamieszczony post nie miał żadnego związku z ochroną interesu publicznego, a jego celem było wyłącznie poniżenie, podważenie autorytetu pokrzywdzonego. Post został usunięty z portalu Facebook po kilku godzinach przez samego autora, jednakże w międzyczasie odczytany został przez bliżej nieokreśloną liczbę osób. Sam pokrzywdzony o fakcie zamieszczenia postu na swój temat dowiedział się od znajomych lekarzy.

Okręgowy sąd lekarski uznał, że lekarz, zamieszczając post, naruszył zasady etyki, postępując wbrew



treści art. 52 ust. 2 KEL, który nakazuje lekarzowi zachowanie szczególnej ostrożności w formułowaniu opinii o działalności zawodowej innego lekarza. Zgodnie z art. 52 ust. 2 KEL lekarz nie powinien publicznie dyskredytować innego lekarza w jakikolwiek sposób. Okręgowy sąd lekarski wymierzył obwinionemu karę upomnienia. Na skutek rozpoznania odwołania obrońcy lekarza, Naczelny Sąd Lekarski utrzymał w mocy zaskarżone orzeczenie.

Aktualny, na tle tej sprawy, pozostaje wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 23 kwietnia 2008 r. w sprawie o sygn. SK 16/07, w którym zwrócono uwagę, że pojęcie „dyskredytowanie” oznacza

publiczną wypowiedź niezgodną z prawdą lub bez związku z ochroną interesu publicznego, wyłącznie lub przede wszystkim w celu podważenia autorytetu innego lekarza. Sądy lekarskie nie miały wątpliwości, że zamieszczony w portalu Facebook post stanowił publiczną wypowiedź na temat działalności innego lekarza, nawet jeśli został usunięty przez użytkownika po kilku godzinach. Post nie znajdował odzwierciedlenia w stanie faktycznym, nie służył ochronie interesu publicznego, a zamieszczony został przez obwinionego pod wpływem emocji w związku z toczącym się między lekarzami konfliktem. ■

KOMENTARZ



GRZEGORZ WRONA

Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

Kiedyś gazety, radio, telewizja, czasami różnego rodzaju konferencje, były areną do wypowiadania się. Uczyliśmy się, w jaki sposób się wyrażać, aby wypadło profesjonalnie, aby wypowiedzi były pełne, przejrzyste i zrozumiałe. Pilnowaliśmy tajemnicy lekarskiej, wiele robiliśmy, aby nie naruszyć godności zawodu czy też, aby kogoś nie obrazić. No i przyszedł czas łatwego dostępu do internetu, do różnego rodzaju portali, w końcu obowiązkowego bytu w mediach społecznościowych. To umożliwiło nasze natychmiastowe reakcje na różne zdarzenia, także zawodowe.

Pozwoliło na wrzucenie czegoś do sieci w chwili emocji albo roztrągnięcia. Swoiste odreagowanie bez chwili na przemyślenie czy auto-cenzurę. W dodatku w dzisiejszym świecie tylko pierwsi się liczą, tylko krótka informacja jest interesująca, tylko ostre słowa lub zdjęcia przykuwają uwagę społeczności. Lekarskie sądy te nieprzemysłane zachowania piętnują. Traktują internet jako wystąpienia publiczne, nawet jeśli informacja – po chwili refleksji – jest usuwana, bo przecież w internecie nic nie ginie. Rzecznicy i sędziowie lekarscy nie będą tolerować publicznej dyskredytacji i będą uważnie obserwować Koleżanki i Kolegów udzielających się w mediach społecznościowych. Tajemnica lekarska, dyskredytacja, niedopuszczalne reklamowanie się lub niedopuszczalna reklama to obszary chronione w Kodeksie Etyki Lekarskiej, ale także w prawie powszechnym. Organy odpowiedzialności zawodowej są zobowiązane do reakcji na naruszanie tych zasad. Chyba że te zasady zostaną zmienione. ■



ANDRZEJ CISŁO

wiceprezes NRL

DENTAL ESPRESSO

Obdarowani kolejnym szczęściem

Słuszność i racjonalność celu jakiejś polityki sama w sobie nie usprawiedliwia i nie równoważy uciążliwości wprowadzanych reform.

Wiele, zbyt wiele się dzieje wokół nas, i pomimo że „żniwo wielkie”, sprawę bynajmniej nie fundamentalną dla naszego zawodu chcę uczynić leit-motivem tego felietonu.

I też nie po to, aby pięćsetny raz utyskiwać nad naszą dolą, ale by wskazać na z gruntu mylne przekonanie urzędów centralnych, że słuszność cząstkowego celu jakiejś polityki usprawiedliwia i równoważy uciążliwość wprowadzanych reform.

To, że obrót odpadami generował patologię zaśmieszając nasz kraj, że być może nowy system uszczelni ten obrót przed choćby importem niechcianej przez nas masy odpadów, nie oznacza jeszcze, że mamy wszyscy ponosić zbiorową odpowiedzialność w postaci reform wprowadzanych koniecznością jednego dnia i koniecznością jednoliciem dla wszystkich. Wzorem grafików, w które pracownicy wpisują planowane dyżury czy urlopy, ministrowie powinni mieć rządowy grafik, w który wpisyaliby planowane przez siebie wiekopomne, wprowadzające ład, porządek i ogólne szczęście, reformy.

W sytuacji, kiedy reforma jednego ministra nakłada się dla jakiejś branży z reformą innego ministra, dla branży takiej obligatoryjnie powinno się wprowadzać zasady szczególne.

Inaczej, wzorem głowy rodziny, która zadłużyła się pod ciężarem „absolutnie koniecznych” zakupów współmałżonka i dzieci, branża może popaść w kłopoty pod ciężarem kilku różnych, absolutnie słusznych, skądinąd, polityk.

Przy okazji, jako że jest to kącik obserwacji systemowych, chcę zasygnalizować przyjrzenie się zakresowi odpowiedzialności państwa za wykonywanie umów z firmami zbierającymi odpady medyczne. Mamy bowiem z tymi firmami umowy cywilnoprawne, a obowiązek ich posiadania raczej twardy, bo ustawowy. I jest to sine qua non warunek prowadzenia zabiegowej działalności leczniczej. W pewnych sytuacjach może prowadzić to (i niestety tak się zdarza) do gorszej pozycji negocjacyjnej w rozmowach lekarza z firmą zbierającą odpady. Nie twierdzę, że tych firm koniecznie powinno być dużo więcej, ale z uwagi na bezpośredni wpływ działalności takiej firmy na najbardziej wrażliwy społecznie obszar działalności gospodarczej (działalność lecznicza), korzystanie przez nie z praw strony umowy cywilnoprawnej może mieć fundamentalne znaczenie dla funkcjonowania rynku naszych usług.

Na stronach internetowych NIL szukajcie Państwo w serwisie stomatologicznym zakładki poświęconej odpadom. W chwili oddania felietonu do druku ustawa prolongująca na pół roku dokumentację papierową po poprawkach Senatu trafia z powrotem do Sejmu.

A w Sejmie będziemy zapewne niedługo większą delegacją z powodu nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

A że dobrzy z nas – lekarzy, ludzie, to i następne szczęście czeka w kolejce. Na niedawnej konferencji uzgodnieniowej ws. projektu rozporządzenia o dokumentacji medycznej (ten temat też znajdziecie na naszych stronach) zapowiedziano, że do końca roku światło dzienne ujrzy projekt ustawy o dokumentacji. Jeśli miałaby spaść w jedno i zastąpić kilkadziesiąt aktów, które teraz traktują o kształcie dokumentacji medycznej, to pełna zgoda. Tyle że tego manewru należałoby spodziewać się przed cyfryzacją, a nie w trakcie. No, ale to już pewnie tego szczęścia byłoby za dużo. ■

“

W sytuacji, kiedy reforma jednego ministra nakłada się dla jakiejś branży z reformą innego ministra, dla branży takiej obligatoryjnie powinno się wprowadzać zasady szczególne.

STOMATOLOGIA

Błędy i powikłania

Stomatologia jest obciążona różnego rodzaju niepowodzeniami – zarówno w diagnostyce chorób jamy ustnej, jak i w ich leczeniu.

TEKST LUCYNA KRYSIAK, DZIENNIKARZ

Nikt nie lubi przyznawać się do błędów ani kiedy, mimo wysiłków, nie udaje się uzyskać oczekiwanego efektu swojej pracy. W medycynie tego rodzaju zdarzenia są wpisane w wykonywany zawód lekarza, a stomatologia nie jest w tym odosobniona.

ZŁAMANIE PROCEDUR

Z definicji o błędach w stomatologii można mówić, kiedy są one wynikiem nieprzestrzegania procedur precyzyjnie określających, w jaki sposób ma być wykonana dana czynność. Zasada ta dotyczy każdej specjalności, zarówno stomatologii zachowawczej, estetycznej, jak i protetyki. Zdaniem prof. Doroty Olczak-Kowalczyk, konsultanta krajowego w stomatologii dziecięcej, nie wszystko, co jest powikłaniem, jest skutkiem błędu. Decyduje o tym wiele czynników, np. powikłanie może być następstwem zaawansowania choroby, kiedy, mimo ryzyka, podejmuje się próby jej leczenia, lub nieprzestrzegania

zaleceń lekarskich. To dowodzi, że w sytuacjach klinicznych procedury nie zawsze się sprawdzają.

– Skuteczność postępowania leczniczego określona przez procedury jest bardzo zróżnicowana, zatem niepowodzenie nie musi być błędem lekarskim – mówi prof. Dorota Olczak-Kowalczyk, dodając, że nie sposób jednoznacznie określić, ile procent powikłań wynika z błędów, a ile nie, bo takich badań nie ma. Np. według procedury skuteczność leczenia zapalenia migdał w zębnie mlecznym wynosi 70-90 proc., ale wraz z upływem czasu się zmniejsza.

Błędem jest, jeśli pacjent np. ma skierowanie do usunięcia zęba pierwszego przedtrzonowego z przyczyn ortodontycznych, a lekarz pomylił się i usunął inny ząb. Błędem jest nieleczenie i nieusuwanie zębów mlecznych z powikłaniami próchnicy. Zdarza się, że takie zęby są tylko otwierane, a rodzic otrzymuje zalecenie, aby „wydłubywać” z powstałego ubytku

resztki pokarmów. Mimo że mamy XXI wiek, to takie rzeczy dzieją się naprawdę. Ale czy wynikiem błędu może być niepowodzenie, np. w endodontycznym leczeniu zębów stałych z niezakończonym rozwojem, zwłaszcza po urazach? Okazuje się, że jest to trudne do oceny.

– U 10 pacjentów procedura jest wykonana identycznie, ale u jednego z nich korzeń się rozwija, u innego nie i nie jesteśmy w stanie ocenić, czy gdzieś był popełniony błąd, czy zadziałały inne czynniki. Tam, gdzie ktoś użył niewłaściwego narzędzia lub zastosował niewłaściwy lek, mówimy o błędzie, ale w wielu sytuacjach pytania o powikłania pozostają bez odpowiedzi – zaznacza prof. Olczak-Kowalczyk. Ważne, aby pacjent został poinformowany o skuteczności postępowania i ryzyku wystąpienia powikłań.

ZACZYNA SIĘ OD DIAGNOSTYKI

Prof. Ingrid Różyto-Kalinowska, prezydent Europejskiej Akademii Radiologii Stomatologicznej i Szczekowo-Twarzowej, podkreśla, że wszystko zaczyna się od diagnostyki. Obecnie lekarze dentyści mają ułatwiony dostęp do aparatury diagnostycznej. Większość gabinetów czy tzw. klinik stomatologicznych dysponuje nowoczesnym sprzętem radiologicznym. Rzecz w tym, że nie jest on w pełni wykorzystany

“

– Skuteczność postępowania leczniczego określona przez procedury jest bardzo zróżnicowana, zatem niepowodzenie nie musi być błędem lekarskim – mówi prof. Dorota Olczak-Kowalczyk.



lub jest źle użytkowany.

– Przykładem są badania tomografii stożkowej, lekarz nie ogląda i nie analizuje całego wyniku badania, tylko jego fragment, a więc miejsce, gdzie ma być np. leczony kanałowo ząb lub wszczepiony implant, trudno więc znaleźć i ocenić tzw. przypadkowe znaleziska, np. zmiany w zatokach obocznych nosa – tłumaczy prof. Ingrid Różyto-Kalinowska i podaje z życia wzięty przykład pacjenta, który nie mógł użytkować protezy z powodu dolegliwości bólowych, a okazało się, że przyczyną był proces rozrostowy w dnie zatoki szczękowej, który spowodował rozdęcie wyrostka zębodołowego szczęki i proteza całkowita przestała być dopasowana do jego wymiarów.

W ocenie wyników badań stomatolodzy najczęściej przeocza- ją zwapnienia w migdałkach podniebiennych, złogi ślinowe (często bardzo duże), flebolity (zwapnie- nia w naczyniach żylnych w części twarzowej czaszki, które mogą być objawem naczyniaka jamistego). W jednej z prac naukowych porów- nano ocenę badania stożkowego

W ocenie wyników badań stomatolodzy najczęściej przeocza- ją zwapnienia w migdałkach podniebiennych, złogi ślinowe (często bardzo duże), flebolity (zwapnienia w naczyniach żylnych w części twarzowej czaszki, które mogą być objawem naczyniaka jamistego).

wykonanego przez radiologa i endodontę pod kątem leczenia kanałowego, z którego wynikało, że endodonta oprócz zmiany zasadniczej znalazł 50 proc. innych zmian, a radiolog wykrył ich 90 proc.

Te inne zmiany – jak podkreślają eksperci – mogą być banalne, ale też mogą być nowotworowe i wówczas problem staje się poważny, zwłaszcza jeśli przeoczy się guz. Jak kwalifikować tego rodzaju

zdarzenia? Czy są wynikiem błędu czy innych czynników? Prof. Ingrid Różyto-Kalinowska uważa, że nie o kwalifikację tutaj chodzi, ale o to, aby te sprawy ujawniać i omawiać na szerszym forum – tym bardziej, że większość badań jest wykony- wanych we własnych praktykach i nikt nie weryfikuje ich wyniku, co także jest problemem.

Nie można się ograniczać tylko do oceny pojedynczego zęba, który był przyczyną wykonania badania tomografii stożkowej, np. przed le- czeniem kanałowym czy implanta- cją, ale powinno się diagnozować jamę ustną kompleksowo. – Jest to kwestia staranności i pokory, której medycyna uczy nas każde- go dnia. Wiedzą na temat błędów powinniśmy się dzielić, gdyż z tych doświadczeń korzystają wszyscy lekarze – podsumowuje prof. In- grid Różyto-Kalinowska.

PRZESTAĆ UDAWAĆ

Wychodząc z tego założenia, or- ganizatorzy ubiegłorocznego Kon- gresu Unii Stomatologii Polskiej znaczną jego część poświęcili te- matowi błędów. Omawiano m.in.

błędne rozumienie etiopatogenezy zapalenia przyzębia i jego skutki dla zdrowia ogólnego, błędne decyzje w kompleksowym leczeniu zapalenia przyzębia, błędy w chirurgii plastycznej przyzębia, komplikacje i powikłania w chirurgii implantologicznej. – Domena, którą się zajmuję, to łączenie chirurgii, periodontologii i ortodoncji, i na tym etapie najbardziej widać konsekwencje popełnionych wcześniej błędów, które wychodzą na jaw w najmniej spodziewanym momencie. Największym problemem jest jednak brak świadomości popełnionego błędu przez lekarza lub niepoinformowanie pacjenta o takim zdarzeniu – tłumaczy prof. Marzena Dominiak, prezes Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, i zastrzega, że w takich sytuacjach trudno określić, czy

zawinił lekarz, czy dokonał niewłaściwego wyboru metody, czy zaniechał zlecenia wykonania tomografii komputerowej.

Tego rodzaju wątpliwości dotyczą nie tylko ortodoncji czy periodontologii, ale leczenia implantologicznego, które obecnie jest najbardziej obciążone powikłaniami i w tych kwestiach jest najwięcej roszczeń ze strony pacjentów. Prof. Dominiak przypomina, że pierwszym etapem leczenia stomatologicznego, niezależnie od tego, jaka będzie jego strategia, zawsze powinno być dokonanie oceny ogólnego stanu zdrowia pacjenta, który rzutuje na powodzenie leczenia, co jednak często jest pomijane przez stomatologów lub traktowane powierzchownie.

Prof. Teresa Sierpińska, konsultant krajowy w dziedzinie protetyki

stomatologicznej, jest zdania, że powikłania trzeba wkalkulować w wykonywanie zawodu lekarza dentysty. W protetyce są one równie częste jak w innych specjalnościach i zazwyczaj dotyczą ruchomych protez. Tego rodzaju protez zwykle używają seniorzy, a źle dopasowane wpływają na ich komfort życia. – Przestańmy udawać, że nie popełniamy błędów, że nie ma powikłań, bo one są i zawsze będą, ale zacznijmy rzeczowo rozmawiać o poszczególnych przypadkach, analizować je, dyskutować na ich temat. Tylko wtedy będzie można im zapobiegać – konkluduje prof. Teresa Sierpińska. Zaleca też, aby z większą starannością przestrzegać zasad wynikających z przeprowadzonej diagnostyki, wykonawstwa klinicznego i laboratoryjnego. Wówczas błędów i powikłań będzie mniej. ■

REKLAMA

STOMATOLOGIA

Leczenie martwicy kości wokół implantu



Jednym z powikłań po założeniu implantu może być martwica kości. Południowokoreańscy naukowcy znaleźli sposób, jak sobie z nim skutecznie poradzić.

Obecne metody leczenia martwicy kości szczęki wokół implantu nie zawsze są skuteczne. Naukowcy z Yonsei University College of Dentistry w Seulu, dzięki badaniu „Treatment of

medication-related osteonecrosis of the jaw around the dental implant with a once-weekly teriparatide: A case report and literature review”, udowodnili, że przy użyciu nowego schematu problem taki można skutecznie leczyć.

Do lekarza dentysty zgłosiła się 85-letnia pacjentka z osteoporozą i implantem zębowym, która odczuwała ból. Stwierdzono odsłoniętą i martwą kość, obrzęk, zaczerwienienie i wydzielinę wokół miejsca

założenia implantu. Wdrożono leczenie: płukanie chlorheksydyną, antybiotyk i środki przeciwbólowe. Po trzech miesiącach nie odnotowano jednak poprawy. Zdecydowano zatem o zmianie terapii. Przez kolejnych osiem tygodni podawano jej zastrzyki z aktywnego fragmentu ludzkiego parathormonu wytwarzanego metodą biotechnologiczną z wykorzystaniem hodowli bakterii *E. coli* (teriparatide), stosowanego w leczeniu osteoporozy. Zdecydowano się także na zastosowanie C-telopeptydu (CTx) oraz osteokalcyny.

Po sześciu miesiącach takiej terapii nastąpiła znaczna poprawa, m.in. wyeliminowano martwicę kości, rany się zagoiły, poziom CTx poprawił się z 121 pg/ml do 294 pg/ml, a poziom osteokalcyny wzrósł z 12,8 ng/ml do 18,5 ng/ml.

Szczegółowe wyniki badania opublikowano w „Journal of Oral Implantology”. ■



gazetalekarska.pl

KS NRL w sprawie BDO

Jeżeli w związku z prowadzoną działalnością pojawiają się odpady medyczne (które są odpadami niebezpiecznymi), firma musi znaleźć się w BDO, czyli bazie danych o produktach i opakowaniach oraz o gospodarce odpadami.

W związku z pojawiającymi się wątpliwościami co do obowiązku zamieszczania na dokumentach praktyk lekarskich i podmiotów leczniczych indywidualnego numeru Bazy Danych o Odpadach (BDO), Komisja Stomatologiczna Naczelnej Rady Lekarskiej informuje, że obowiązek ten określony jest w art. 63 ustawy z 14 grudnia 2012 r. o odpadach (Dz.U.2019.701). Zgodnie z jego zapisami praktyki lekarskie

i podmioty lecznicze nie podlegają temu obowiązkowi.

Jednak w rozumieniu art. 50 ust. 1 ustawy o odpadach podmioty wykonujące działalność leczniczą, które wytwarzają odpady i które zobowiązane są do prowadzenia ewidencji tych odpadów, są podmiotami zobowiązanymi do złożenia wniosku o wpis do rejestru i uzyskania wpisu. W przypadku niedopełnienia tego obowiązku może zostać nałożona na taki podmiot administracyjna kara pieniężna, która zgodnie z art. 194 ust. 3 ustawy wynosi nie mniej niż 5 000 zł.

Na posiadacza odpadów, który przekazuje te odpady dalej, spoczywa obowiązek sporządzenia karty przekazania odpadów. Od 1 stycznia 2020 r. dotychczasowe dane muszą być uzupełnione

m.in. o indywidualny numer w Bazie Danych o Odpadach, datę i godzinę przekazania odpadów oraz nr rejestracyjny samochodu odbierającego odpady, ostatecznie potwierdzone przez odbierającego odpady. Zgodnie z nowym brzmieniem art. 67 ust. 6 ustawy o odpadach, kartę przekazania odpadów prowadzi się w systemie teleinformatycznym BDO.

W zależności od organizacji pracy firm zbierających odpady, wystąpić mogą różnice w praktycznym zastosowaniu niektórych nowych regulacji dotyczących rozdziału obowiązków pomiędzy gabinetem a firmą zbierającą odpady. Z tego też powodu Komisja Stomatologiczna NRL zleca monitorowanie tej sytuacji przez komisje stomatologiczne okręgowych rad lekarskich. ■



BIULETYN

NR 8 (193)

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

WARSZAWA, XII 2019

REDAKTOR NACZELNY: ARTUR DROBNIAK

Posiedzenie NRL – 7 grudnia 2019 r.

**UCHWAŁA Nr 41/19/VIII
NACZELNEJ RADY
LEKARSKIEJ
z dnia 7 grudnia 2019 r.
zmieniająca uchwałę w sprawie
powołania przewodniczących
komisji i zespołów Naczelnej
Rady Lekarskiej**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 5 i 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2019 r. poz. 965) oraz § 2 ust. 1 „Zasad i trybu powoływania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej oraz regulaminu ich działania”, stanowiących załącznik do uchwały nr 18/16/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 września 2016 r. w sprawie zasad i trybu powoływania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej, uchwala się, co następuje:

§ 1.

W uchwale nr 3/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 15 czerwca 2018 r. w sprawie powołania przewodniczących komisji i zespołów § 1 pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„5) Komisja Organizacyjna – Łukasz Wojnowski”

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Andrzej Matyja

**UCHWAŁA Nr 43/19/VIII
NACZELNEJ RADY
LEKARSKIEJ
z dnia 7 grudnia 2019 r.**

**zmieniająca uchwałę w sprawie
zasad i trybu zwrotu kosztów
podróży, diet podróży
i innych świadczeń dla członków
samorządu lekarskiego
delegowanych na obszarze kraju
do wykonywania czynności
na rzecz organów Naczelnej
Izby Lekarskiej oraz diet
samorządowych**

Na podstawie art. 10 ust. 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965) uchwala się, co następuje:

§ 1.

W uchwale Nr 15/02/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie zasad i trybu zwrotu kosztów podróży, diet podróży i innych świadczeń dla członków samorządu lekarskiego delegowanych na obszarze kraju do wykonywania czynności na rzecz organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz diet samorządowych, zmienionej uchwałą Nr 20/02/IV z dnia 7 czerwca 2002 r., uchwałą Nr 24/10/VII z dnia 14 maja 2010 r. oraz uchwałą nr 19/16/VII z dnia 2 września 2016 r. § 9 otrzymuje następujące brzmienie:

„§ 9.

1. Członkom organów, o których mowa w § 1. pkt 1, oraz Krajowej Komisji Wyborczej i powołanych przez nie komisji i zespołów przysługuje dieta za udział w posiedzeniach i pracach tych organów, komisji i zespołów oraz za czynności wykonywane na ich zlecenie, zwana dalej „dietą samorządową”.

2. Wysokość diety samorządowej jest ustalana na dany rok kalendarzowy i wynosi 5% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok ogłaszanego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”. Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego stanowi podstawę do ustalenia wysokości diety samorządowej za okres od 1 stycznia roku kalendarzowego następującego po roku wydania obwieszczenia. Kwota diety samorządowej podlega zaokrągleniu do pełnych 10 złotych.

3. Każdorazowo opiniując projekt budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej na dany rok kalendarzowy, Komisja Finansowo-Budżetowa wydaje opinię w przedmiocie utrzymania lub zmiany wysokości diety samorządowej określonej w ust. 2.

4. Dieta samorządowa w wysokości określonej w ust. 2 przysługuje za każdą rozpoczętą dobę kalendarzową.

5. Osobom, o których mowa w ust. 1, które otrzymują wynagrodzenie za pełnienie funkcji w Naczelnej Izbie Lekarskiej, dieta samorządowa nie przysługuje”.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2020 r.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Andrzej Matyja

**APEL NR 3/19/VIII
NACZELNEJ RADY
LEKARSKIEJ
z dnia 7 grudnia 2019 r.
do Ministra Finansów
w sprawie zwolnienia od podatku
dochodowego od osób fizycznych
przychodów lekarzy i lekarzy
dentystów emerytów**

Wobec licznych głosów napływających ze strony środowiska lekarzy emerytów Naczelna Rada Lekarska zwraca się do Ministra Finansów z apelem o wprowadzenie zwolnienia podatkowego w podatku dochodowym od osób fizycznych dla lekarzy i lekarzy dentystów, którzy po osiągnięciu wieku emerytalnego i przejściu na emeryturę kontynuują wykonywanie zawodu lub podejmują ponownie wykonywanie zawodu. Zwolnieniem od podatku dochodowego powinny być objęte przychody osiągane przez te osoby z tytułu wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty.

Za przyjęciem proponowanego rozwiązania przemawia ważny interes społeczny, w tym przede wszystkim troska o bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów.

Samorząd lekarski od lat alarmuje, że w polskim systemie opieki zdrowotnej bardzo poważnie odczuwalne są braki kadrowe, szczególnie brakuje lekarzy specjalistów. Według wszelkiego prawdopodobieństwa w najbliższych latach problem ten może się jeszcze pogłębiać. Brak kadry medycznej jest jednym z najistotniejszych problemów, które trapią polską opiekę zdrowotną. Naczelna Rada Lekarska uważa, że w obliczu takich problemów z pozyskaniem wykwalifikowanego personelu medycznego władze państwowe powinny dokładać wszelkich starań, aby możliwie najefektywniej wykorzystywać

dostępne zasoby kadr medycznych. Z jednej strony powinno się dążyć do zdejmowania z lekarzy licznych obowiązków administracyjnych i biurokratycznych. Z drugiej strony należy stwarzać zachęty – także ekonomiczne – do wykonywania zawodu przez lekarzy, którzy z uwagi na wiek i posiadane uprawnienia emerytalne ograniczyli swoją aktywność zawodową, ale nadal dysponują wiedzą i umiejętnościami, które mogą dobrze służyć pacjentom. Jednym z czynników ekonomicznej zachęty do dalszego wykonywania pracy przez lekarzy, którzy osiągnęli wiek emerytalny i przeszli na emeryturę, mogłoby być zwolnienie przychodów uzyskiwanych z tytułu wykonywania zawodu z podatku PIT. Na podkreślenie zasługuje fakt, że w grupie wiekowej, której dotyczy niniejszy apel, większość osób to doświadczeni lekarze posiadający specjalizację lekarską, czyli osoby, których deficyt jest najbardziej odczuwalny w polskich placówkach medycznych. Wobec docierających sygnałów, że brak specjalistów jest powodem zamykania całych oddziałów szpitalnych, możliwość aktywizacji zawodowej lekarzy emerytów posiadających specjalizację byłaby niezwykle cenna.

Naczelna Rada Lekarska wskazuje przy tym, że prawodawstwo polskie dopuszcza zwolnienie podatkowe dla podatników wskazanych według kryterium wieku, czego dowodem jest ustawa z dnia 4 lipca 2019 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawy o świadczeniach rodzinnych oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r.

poz. 1394), na mocy której zwolnione od podatku dochodowego od osób fizycznych zostały przychody ze stosunku służbowego, stosunku pracy, pracy nakładczej, spółdzielczego stosunku pracy oraz umów zlecenia otrzymane przez podatnika do ukończenia 26. roku życia, do wysokości nieprzekraczającej w roku podatkowym kwoty 85 528 zł. W uzasadnieniu do projektu ustawy z dnia 4 lipca 2019 r. Rada Ministrów wskazała, że celem ustanowienia zwolnienia podatkowego jest aktywizacja zawodowa osób młodych do 26. roku życia poprzez ułatwienie im wejścia na rynek pracy. Jednocześnie wskazano, że zwolnienie podatkowe dotyczy wyłącznie przychodów z pracy wykonywanej w ramach stosunku pracy, spółdzielczego stosunku pracy, pracy nakładczej, służby oraz umowy zlecenia. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej równie istotne przesłanki związane z ochroną interesu ogólnospołecznego oraz zapewnieniem pacjentom dostępu do opieki zdrowotnej przemawiają za utrzymaniem aktywności zawodowej lub ponowną aktywizacją zawodową lekarzy emerytów, czemu służyłoby ustanowienie zwolnienia podatkowego dla tej kategorii przychodów. Samorząd lekarski jest zdania, że uszczerbek dla dochodów podatkowych Państwa związany z ustanowieniem proponowanego zwolnienia podatkowego będzie w stopniu dostatecznym równoważony poprzez poprawę dostępności pacjentów do lekarza, szczególnie do lekarza specjalisty.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Andrzej Matyja



BARTOSZ KWIATEK

dziennikarz Telewizji Polsat News

ABSURDALIA

Opary absurdu

Przecież w tej naszej ochronie zdrowia to absurd goni absurd...! W przychodni. W szpitalu. U lekarza i na badaniach. W kolejce po skierowanie. Dużo tych miejsc i sporo okazji, żeby stwierdzić, że jesteśmy wręcz zanurzeni w oparach absurdu.

O pełnym absurdów systemie ochrony zdrowia mówią zgodnie pacjenci i lekarze. I podobnie na te absurdy reagują. Czasem będzie to uśmiech i wspomnienie Barei. Jednak najczęściej pojawią się irytacja, niechęć, bezsilność, zniecierpliwienie.

I po co to wszystko? Jak to rozwiązać? Czy tak musi być? Takie pytania również zgodnie zadają sobie pacjenci i lekarze. Zadają je sobie także i ja. Często. To nie jest trudne. Nie trzeba być przecież od razu pacjentem, żeby się o tym przekonać. Nie trzeba być lekarzem, żeby wiedzieć, jak to absurdalnie przeszkadza w pomaganiu pacjentom. Wszyscy mierzymy się z absurdami. I chyba jesteśmy z tym już pogodzeni. Zdarza nam się je wytykać. Zdarza nam się je wyśmiać. Zdarza nam się z nimi walczyć. I niestety zdarza nam się je tworzyć. Tak! Za absurdy w ochronie zdrowia odpowiedzialni są ludzie. Zarówno ci, którzy je tworzą, jak i obojętni, którzy nie chcą albo przynajmniej nie próbują z nimi walczyć.

Kiedy redaktor naczelna „Gazety Lekarskiej” zaprosiła mnie na łamy tego czasopisma, i to jeszcze w sprawie absurdów, pomyślałem – ten

cykl nigdy się nie skończy. Od czego w ogóle zacząć? Przecież w tej naszej ochronie zdrowia to absurd goni absurd...! Przypomniało mi się, jak te słowa słyszałem w kolejce do lekarza w przychodni. Do tego od pierwszego kontaktu. Bo jak potrzebowałem specjalisty, to poszedłem bez skierowania do abonamentówki. W końcu mam tych specjalistów w pracowniczym pakiecie.

To było w wysokim i eleganckim wieżowcu. I w Warszawie, i w Krakowie się zdarzyło. Tam też była kolejka i tam też się o absurdach mówiło. Zaprosiłem do swojego programu w telewizji znanego profesora. Jeszcze zanim weszliśmy do studia, to już o absurdach było. W szpitalu też byłem, odwiedzić znajomego na urazówce. Tam i pacjenci, i lekarze o absurdach mówili. A jak byłem z kamerą na SOR-ze, to obok absurdu o skandalu słyszałem. Burzą się ludzie za to czekanie na pomoc...

Absurdy możemy mnożyć. Który większy, który „lepszy” czy śmieszniejszy? W końcu to debiut w „Gazecie Lekarskiej”. Państwo, drodzy Czytelnicy, jesteście doskonale zorientowani w systemie pełnym absurdów. To wasza codzienność. I jak tutaj zaskoczyć, przykuć uwagę?

Kolejki nie robią już na nikim wrażenia. I pacjent, i lekarz wiedzą, że to chleb powszedni. Tak musi być, tak jest od lat i nic się nie zmienia. Wiadomo, do którego specjalisty czeka się dłużej, a do którego krócej. Można dodać jeszcze skierowanie, czyli wizytę „kwalifikującą” w POZ. Bo pacjent, który np. złamie rękę na nartach za granicą i wiadomo, że po powrocie do kraju będzie potrzebował pomocy ortopedycznej, nie

“

Absurdy możemy mnożyć. Który większy, który „lepszy” czy śmieszniejszy? W końcu to debiut w „Gazecie Lekarskiej”. Państwo, drodzy Czytelnicy, jesteście doskonale zorientowani w systemie pełnym absurdów. To wasza codzienność.

“

Wraz ze wzrostem nakładów, rosną potrzeby. Nie poprawia się jednak zarządzanie tymi środkami. Sposób ich wydawania. Hospitalizacja przez minimum 72 godziny. Konieczna? Szpital to bardzo drogi hotel. Czy trzeba „zaliczyć” trzy noclegi, żeby zrobić kilka badań? Czy po nieskomplikowanym zabiegu chirurgicznym nie możemy wyjść do domu? Nie. Bo hospitalizacja jest bardziej opłacalna.

może pojawić się w poradni urazowo-ortopedycznej od razu. Potrzebuje skierowania. To nic, że doktor od pierwszego kontaktu nawet nie musi go badać. Widać, że ręka w gipsie, na temblaku i do tego z zagranicy... Ale skierowanie musi być. W papierach ma się zgadzać. Tej biurokracji nie rozumie ani poszkodowany, ani lekarz, który chce mu pomóc. Tkwimy w tym od lat.

Środki na ochronę zdrowia zawsze będą ograniczone i zawsze niewystarczające do potrzeb, jakie zgłasza populacja. Trudno się z tym stwierdzeniem nie zgodzić. Tak jest i będzie, choć w systemie ochrony zdrowia z roku na rok mamy więcej pieniędzy. Wraz ze wzrostem nakładów, rosną potrzeby. Nie poprawia się jednak zarządzanie tymi środkami. Sposób ich wydawania. Hospitalizacja przez minimum 72 godziny. Konieczna? Szpital to bardzo drogi hotel. Czy trzeba „zaliczyć” trzy noclegi, żeby zrobić kilka badań? Czy po nieskomplikowanym zabiegu chirurgicznym nie możemy wyjść do domu? Nie. Bo hospitalizacja jest bardziej opłacalna. Za nią dostaje się więcej niż za opiekę ambulatoryjną czy jednodniową. Pytanie, komu się to opłaca?

Nie ma sensu pisać o tak zwanej papierologii stosowanej, o wielkiej medycznej maszynie biurokracji. Zasady, algorytmy, regulacje. Tabelki, wyliczenia, zalecenia. To wszystko wymaga czasu, którego przecież zawsze brakuje dla pacjenta. Niby wszystko się zgadza. To przecież jakiś absurd, żeby lekarz musiał to wszystko

wypełniać... Żeby pielęgniarka dopilnowała. Żeby sekretarka medyczna wszystko zapisała. Żeby zgadzały się podpisy i pieczętki. A po co? Gdzie w tym sens? Niby wszyscy zgadzamy się, że sensu nie ma. To absurd! Do czasu – jak mówią koleżanki i koledzy lekarze. Do czasu, kiedy nie pojawi się kontrola. Do czasu, kiedy coś się stanie i nagle pojawi się prokurator. Wtedy musi zgadzać się wszystko.

Zgodziliśmy się już, że pieniędzy będzie zawsze za mało. A jak by to wszystko wyglądało, gdyby nie otwarte serca ludzi, którzy chcą pomagać? I pomagają. Wspierają fundacje, które kupują nowoczesny sprzęt medyczny dla polskich szpitali, budują, remontują kliniki i oddziały, opłacają leczenie i rehabilitację. Gdyby tak podsumować miliardy złotych, które przez ostatnie 25 lat trafiły do systemu ochrony zdrowia tylko od największych fundacji. To przecież pieniądze Polek i Polaków, którzy chcą pomagać. Dzielą się. To widać w polskich szpitalach. Te serduszka, słoneczka, misie, motyle – ślady ich pomocy. Kto choć raz się do tego nie dołożył? Czy wyręczamy w ten sposób państwo? Na pewno warto to robić. Bo tutaj przecież o zdrowie i życie chodzi...

I na koniec jeszcze o tych pieniądzach i procedurach razem wziętych. Niby wiemy, ile i co kosztuje. Potrafimy sprawdzić, policzyć dokładnie liczbę wykonywanych procedur medycznych. Tych prostych i bardziej skomplikowanych. Tych tańszych i tych najdroższych. Ale czy potrafimy sprawdzić ich jakość? Państwo płaci za leczenie. Wydaje niemałe pieniądze. Jest profilaktyka, jest leczenie, jest rehabilitacja. I na końcu powinien być ten pożądaný efekt. Zdrowie. Dobrostan. Za powrót do zdrowia, do dobrostanu, do pracy powinno się wynagradzać. Bo to jest jakość. To rozwiązanie problemu. To wyleczenie, a nie przewlekłe i nieefektywne leczenie. Kto o tym nie wie? Kto o tym zapomina? Ludzie. Tak! Za absurdy w ochronie zdrowia odpowiedzialni są ludzie. ■

“

**Gdzie w tym sens?
Niby wszyscy
zgadzamy się, że sensu
nie ma. To absurd!
Do czasu – jak mówią
koleżanki i koledzy
lekarze.**



ARTUR
DROBNIAK

zastępca sekretarza NRL,
przewodniczący
Zespołu Roboczego
ds. Telemedycyny NRL

ROZWIĄZANIA IT

Telemedycyna jako element wykonywania zawodu

Rozwój technologiczny polskiego społeczeństwa nieuchronnie prowadzi do szeroko zakrojonych zmian w funkcjonowaniu ochrony zdrowia i ma niebagatelny wpływ na wszystkie składowe systemu: personel, pacjentów, sprzęt medyczny czy jakość zarządzania.

Jednym z elementów nowoczesnej opieki zdrowotnej jest telemedycyna. Choć dla większości lekarzy pod tym hasłem kryje się „diabeł wcielony”, telemedycynę da się polubić i można wykorzystywać ją z korzyścią w większości specjalizacji. By jednak zrozumieć, co kryje się za tym pojęciem, musimy sobie uzmysłowić, w jakim środowisku poruszamy się obecnie.

WŁAŚCIWA PERSPEKTYWA

Zgodnie z raportem „E-zdrowie oczami Polaków” (przygotowanym w 2018 r. przez LekSeek oraz GABINETdrWidget) co czwarty ankietowany lekarz nie potrafił jednoznacznie określić, czym jest telemedycyna. Często jest ona przez lekarzy błędnie łączona ze znacznie szerszym pojęciem tzw. e-zdrowia.

W tym samym badaniu okazało się, że coraz więcej pacjentów wyraża chęć stosowania rozwiązań telemedycznych w ramach udzielanych im świadczeń zdrowotnych.

Jako lekarze musimy zwrócić uwagę, że nieuchronnie czeka nas współpraca z pacjentem „na odległość”. Przygotujmy się do niej!

ASPEKTY PRAWNE

W polskim systemie prawnym działalność telemedyczna jest związana z działalnością leczniczą, a co za tym idzie – możliwość udzielania świadczeń telemedycznych wynika przede wszystkim z regulacji zawartej

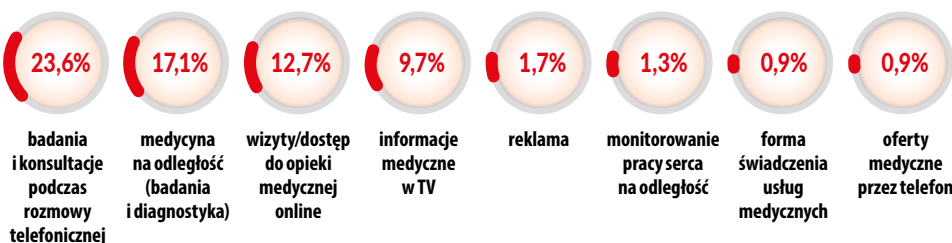
w ustawie o działalności leczniczej. Zgodnie z art. 3 ust. 1 tej ustawy, działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Świadczenia zdrowotne mogą być zaś udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

ŚWIADOMOŚĆ TELEMEDYCyny WŚRÓD LEKARZY



ŹRÓDŁO: RAPORT LEKSEEK

ŚWIADOMOŚĆ TELEMEDYCyny WŚRÓD PACJENTÓW



ŹRÓDŁO: RAPORT LEKSEEK

Case study: teleopieka nad osobami chorymi przewlekłe

W ramach projektu „Whole System Demonstrator” przeprowadzonego w Wielkiej Brytanii (grupa 3230 pacjentów ze 179 praktyk lekarskich) porównano model opieki tradycyjnej sprawowanej nad osobami chorymi przewlekłe.

W grupie objętej teleopieką zaobserwowano:

- niższą śmiertelność (4.6% vs 8,3%)
- niższe ryzyko hospitalizacji (o 18%)
- mniejszą liczbę wizyt w SOR
- mniejszą liczbę dni hospitalizacji.

W ramach projektu „Veterans Health Administration” odbywającego się w Stanach Zjednoczonych, wprowadzenie zdalnego monitoringu parametrów życiowych doprowadziło do:

- skrócenia czasu całodobowej opieki nad pacjentami w placówkach stacjonarnych (53% w przypadku poszczególnych pacjentów)
- ograniczenia przyjęć do szpitali (30%).

Z kolei ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty stanowi, że lekarz i lekarz dentysta mogą wykonywać czynności zawodowe m.in. za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (art. 2 ust. 4), a ponadto lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Wobec powyższego za najtrafniejszą definicję legalną telemedycyny w polskim systemie prawnym należy uznać udzielanie świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Co ważne, nie każdy kontakt z pacjentem przy pomocy telefonu lub komputera jest telemedycyną. Co zatem musi zaistnieć, by nazwać świadczenie telemedycznym?

Musi spełnić określone warunki:

- mieć na celu poprawę stanu klinicznego pacjenta, jako że jest to działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia;
- być udzielone przez osoby wykonujące zawody medyczne w ramach prowadzonej działalności leczniczej;
- mieć zindywidualizowany charakter (pacjent zidentyfikowany), co uzasadnia precyzyjniejszą regulację telemedycyny niż innej działalności prozdrowotnej wykonywanej na odległość, która nie ma charakteru zindywidualizowanego;
- być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (stanowiących zbiorcze określenie

rozwiązań, które w ramach swoich funkcji umożliwiają wymianę informacji medycznej na odległość).

UWAGA

- TO NIE JEST TELEMEDYCYNĄ



CO MOŻNA ZYSKAĆ?

Obecnie borykamy się ze zmniejszającą się zasobnością kadry medycznej, nierównomiernym jej rozmieszczeniem na terenie kraju, przy starzejącej się populacji oraz wzrastającym zapotrzebowaniu na usługi medyczne. Telemedycyna może być (częściowym) remedium na te problemy. Daje bowiem możliwość dostępu do świadczeń medycznych z dowolnego miejsca, niezależnie od odległości do placówki ochrony zdrowia.

Wyobraźmy sobie sytuację, że podczas pobytu na Mazurach, okaże się, że pilnie potrzebujemy przyjmowanego na stałe leku, bo medykament utonął w jeziorze, zginął w lesie lub zwyczajnie zapomnieliśmy go ze sobą zabrać. Dzięki telemedycynie możemy skorzystać z bezpiecznego połączenia audiowizualnego z przychodnią i prosić lekarza o kontynuację terapii. Lekarz, mając dostęp do naszej dokumentacji medycznej, wyśle nam e-receptę, a my realizujemy ją w aptece internetowej, która obsługuje pacjentów na terenie kraju przy pomocy

drona, który dostarcza lek na podane współrzędne geograficzne. Science-fiction? Nic bardziej mylnego, prawdopodobnie w ciągu dekady będzie to możliwe do przeprowadzenia.

Zdalne prowadzenie pacjenta chorego przewlekłe, zamieszkującego w znacznej odległości od najbliższego ośrodka zdrowia, konsultacje specjalistyczne na odległość kilkuset kilometrów to tylko kwestia czasu. Już teraz wiemy na podstawie przeprowadzonych badań, że prowadzenie zdalnego monitoringu stanu zdrowia ogranicza liczbę zbędnych hospitalizacji oraz przyspiesza diagnozę i podjęcie odpowiednich działań medycznych na wczesnym etapie zaostrzenia choroby przewlekłej. Udowodniono też, że poziom zaangażowania pacjenta i wiedza o jego zdrowiu znacznie wzrasta, gdy korzysta on z aplikacji monitorujących jego parametry życiowe. Reasumując, dzięki odpowiednio zaimplementowanej telemedycynie, możemy poprawić compliance współpracy z pacjentami i podwyższyć poziom zdrowia społeczeństwa.

Telemedycyna nie ma zastąpić profesjonalisty medycznego, lecz jedynie powierzyć mu dodatkowe narzędzia do sprawowania skuteczniejszej opieki medycznej i tak postrzegana może usprawnić naszą pracę, a pacjentom zapewnić łatwiejszy dostęp do usług medycznych. Wydaje się jednak, że konieczne jest rozpoczęcie spójnej polityki edukacyjnej, kierowanej w szczególności do profesjonalistów medycznych, dotyczącej ustalenia zasad bezpiecznego i odpowiedzialnego udzielania świadczeń telemedycznych. ■

„Telemedycyna to użycie informacji medycznych, wymienianych między dwoma różnymi punktami przy użyciu komunikacji elektronicznej, w celu poprawy klinicznego stanu zdrowia pacjenta” (definicja telemedycyny autorstwa Amerykańskiego Towarzystwa Telemedycyny).

KOMUNIKACJA W MEDYCYNIE



Manipulacja w relacji pacjent-lekarz

Żyjemy w świecie wpływów. Przełożony lub kolega w pracy, pacjent, współpracownicy, rodzina, przedstawiciele handlowi różnych firm, stosując różnego rodzaju techniki, starają się działać tak, aby nakłonić nas do podjęcia konkretnej decyzji, zmiany poglądów czy określonego zachowania.

TEKST **BEATA KRUDKOPAD-SZATURSKA**,
PSYCHOLOG, COACH RELACJI, TRENER W ODZ NIL

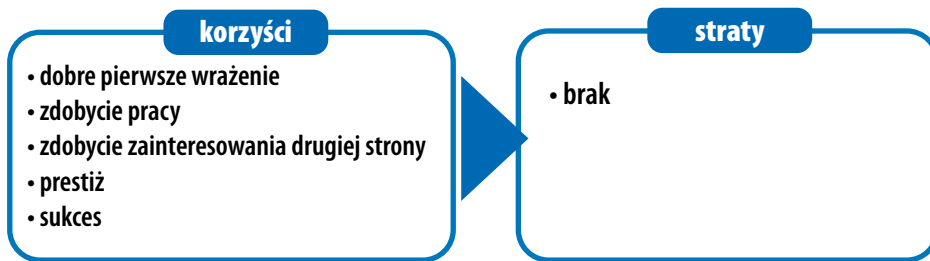
Czym są stosowane przez nich metody? Dlaczego są takie skuteczne? W jakich obszarach lokują się ich skutki – finansowych, emocjonalnych, godnościowych? To manipulacje czy techniki wywierania wpływu? Czy jest między nimi jakaś różnica, a jeśli tak, to jaka? Jak je rozróżnić, i co najważniejsze, jak się przed nimi bronić? W odpowiedzi na te pytania pomoże nam analiza dwóch odmian tej samej metody.

TWARZE AUTOPREZENTACJI

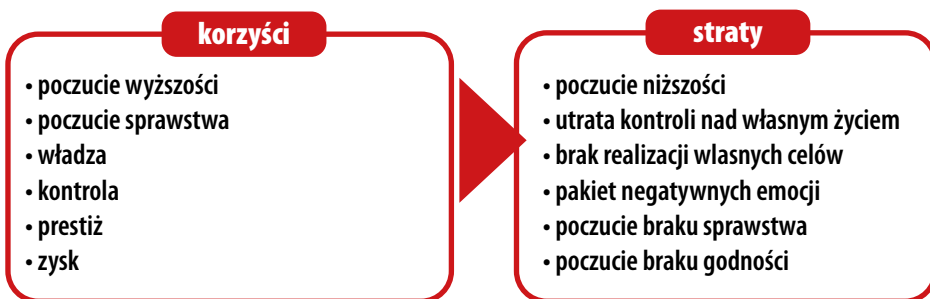
Jedną z powszechnie znanych i stosowanych metod wywierania wpływu jest autoprezentacja. Stosują ją wszyscy: ubiegający się o pracę, osoby występujące publicznie, managerowie, przedstawiciele handlowi, mężczyźni zabiegający o ukochaną kobietę, dziewczyny na randce, a nawet uczniowie podczas egzaminu. A wszystko po to, żeby pokazać się z jak najlepszej strony, bo choć „nie

szata zdobi człowieka”, to i tak wiadomo, że „jak cię widzą, tak cię piszą”. Oczwistym celem autoprezentacji jest osiągnięcie korzyści własnej osoby, która ją stosuje. Czy wywołuje to w nas dyskomfort dowolnego rodzaju? Pewnie nie. Techniki wywierania wpływu są zwykle jawne i społecznie akceptowane, a przykładem jest wspomniana autoprezentacja. Wyobraźmy sobie jednak inną

Technika wywierania wpływu to:



Manipulacja to:



sytuację. Młody człowiek przebiera się za kłoszarda, za pomocą różnych sztuczek wizualnych przedstawia się jako nieszczęśnik zasługujący na współczucie i wsparcie. Tak przebrany chodzi po domach i żebrze o pomoc wszelkiego rodzaju, zapewniając nas, że najmniejsze choćby wsparcie z naszej strony uratuje mu życie. Jego cel: korzyść materialna w każdej postaci.

Nadal mamy do czynienia z autoprzedstawieniem. Przyjęto się uważać, że to metoda podnosząca naszą wartość w cudzych oczach, ale definicja jest inna i mówi o budowaniu wizerunku w taki sposób, aby odnieść korzyść. Wizerunek zbudowany, korzyść osiągnięta. Czy nadal to jedynie technika wywierania wpływu? Otóż nie. Autoprzedstawienie z techniki wywierania wpływu zmieniła się w manipulację. Co różni oba przykłady? Poczucie straty osoby, na którą wywierano wpływ. Niekiedy istnieje jedynie bardzo cienka granica odróżniająca technikę wywierania wpływu od manipulacji, a zawsze jest nią strata po stronie „ofiary manipulatora”.

“

Manipulacja to ohydna relacja, w której jedna osoba osiąga korzyść kosztem straty drugiej strony.

PSYCHOMANIPULACJA

Manipulacja to ohydna relacja, w której jedna osoba osiąga korzyść kosztem straty drugiej strony. Tego typu relacje noszą nazwę psychomanipulacji. Dlaczego? Z kilku powodów. Po pierwsze, manipulator do realizacji własnych celów wykorzystuje mechanizmy psychologiczne. Jedne z nich dotyczą manipulowania samooceną i bazują na takich społecznych mechanizmach jak konformizm, skłonność do ulegania autorytetom czy potrzeba prestiżu. Inne bazują na wrodzonych automatyzmach – autodeprecjacji czy też zasadzie odwzajemnienia, jeszcze inne na manipulowaniu emocjami czy też dysonansem poznawczym.

Po drugie, manipulator, poza korzyściami materialnymi, zyskuje korzyści czysto psychologiczne:

- poczucie sprawstwa – „jest tak, jak ja chcę”
- poczucie bezpieczeństwa – „kontroluję zachowania innych ludzi i w efekcie robią oni to, czego oczekuję, o nic nie muszę się martwić, inni zrobią to za mnie”
- poczucie władzy – „robią to, co chcę, żeby zrobili”
- wyższe poczucie własnej wartości – „mogę spowodować, że zrobią wszystko, co chcę, jestem lepszy niż inni, oni są gorsi, więc mogę ich wykorzystywać”
- niekiedy prestiż społeczny, karierę.

Po trzecie, ofiara manipulatora, poza stratami materialnymi, ponosi straty lokujące się w obszarach psychologicznych:

- pakiet negatywnych emocji – poczucie wykorzystania, frustrację, złość, gniew, które często przechodzą w zachowania agresywne
- utratę kontroli nad własnym zachowaniem, nad własnym życiem
- obniżone poczucie własnej wartości
- poczucie winy
- ograniczenie wolności wyboru i decyzji
- obniżoną samoocenę
- utratę poczucia godności.

PRZYKŁAD Z ŻYCIA WZIĘTY

Młody człowiek chce studiować w innym mieście. – Chcesz mnie opuścić? A ja wszystko poświęciłam dla ciebie... Proszę bardzo, jedź sobie, nie będę stawać ci na drodze do kariery, ale pamiętaj, że jak coś mi się stanie, to będzie twoja wina! – mówi samotnie wychowujący rodzic, matka lub ojciec. Co zrobi młody człowiek? Jego sytuacja jest naprawdę trudna. Jak nie pojedzie – nie zrealizuje swoich marzeń, podejmie studia/pracę, której nie chce i może nie lubi. Jak pojedzie – będzie mieć poczucie winy. Wszystko to przekłada się na jakość życia i jest częstym powodem różnych problemów funkcjonowania jednostki w grupie społecznej.

WYMUSZENIA W RELACJI PACJENT-LEKARZ

Psychomanipulacje można odnaleźć także w relacji pacjent-lekarz – najczęściej dotyczą one wymuszeń różnego rodzaju. A wszystko dlatego, że pacjenci postrzegają lekarzy jako właścicieli pewnego rodzaju dóbr, do których bronią dostępu, i które można zdobyć jedynie uciekając się do sztuczek.

Katalog wymuszeń jest bardzo obszerny, a do najczęściej pojawiających się należą:

- wymuszenie wizyty poza kolejnością
- zlecenie wykonania badań specjalistycznych
- refundacja leków w jednostkach chorobowych, w których obniżka nie przysługuje
- szeroko rozumiane orzecznictwo
- wypisanie recepty bez wizyty, a tym samym bez zbadania pacjenta
- zwolnienia, w tym bardzo często zwolnienia dzieci z lekcji w-f
- wymuszenia dotyczące przepisywania określonych leków, np. leków psychotropowych
- transport medyczny
- pobyt w szpitalu.

SKUTECZNE FORMY OBRONY

Jak można sobie poradzić z manipulacjami stosowanymi przez pacjentów? Czy w ogóle można to zrobić bez nakręcania spirali konfliktu i agresji? Czy to znaczy, że na manipulację odpowiada się jeszcze silniejszą manipulacją?

Radzenie sobie z psychomanipulacjami jest wielopłaszczyznowe

i dotyczy świadomości, postawy i pakietu zachowań. I tak, żeby nauczyć się bronić przed manipulacjami, trzeba sobie przede wszystkim uświadomić, jakie konsekwencje ponosi się za zgodę na manipulację (zawsze są to nasze straty).

Drugi etap to umiejętność rozpoznawania sytuacji manipulacyjnych, wcale niełatwa do zastosowania. Na szczęście manipulatora można rozpoznać po charakterystycznej dla niego mowie ciała, po sposobie budowania relacji z innymi, czasem po typowych zwrotach: „tak bardzo na pana liczyłem”, „tylko ty możesz mi pomóc”, „tylko na tobie mogę polegać”, „zrobisz to na pewno lepiej niż ja”, „jesteś taka zdolna, nie to, co ja, mi się nic nie udaje...” itp. A czasem po samej sytuacji. Jeśli toczymy z kimś rozmowę i zadajemy sobie pytanie: „ale właściwie o co chodzi?”, a do tego czujemy narastającą niechęć lub/i irytację, to na 99 proc. jesteśmy manipulowani. Kiedy już umiemy rozpoznać sytuacje manipulacyjne, możemy przejść do etapu demaskowania manipulatora – tu pomocna jest postawa i techniki asertywne. Etapem końcowym jest zastosowanie konkretnych technik obrony przed manipulacjami, dostosowanych do typu manipulacji, a w przypadku stosowania gier manipulacyjnych – zastosowanie tzw. stopera gry manipulacyjnej. Dobry „stoper” uchroni nas przed kolejnymi próbami wciągania w manipulację przez konkretną osobę. Oczywiście manipulator nie przestanie być manipulatorem, ale nam da spokój.

JAK Z TYMI SYTUACJAMI RADZĄ SOBIE LEKARZE I LEKARZE DENTYŚCI?

Z raportu Naczelnej Izby Lekarskiej dotyczącego badania potrzeb edukacyjnych lekarzy i lekarzy dentyistów wynika (projekt „Młody Lekarz”), że 92 proc. respondentów uważa, że kompetencje miękkie w pracy lekarza są równie ważne jak kompetencje i umiejętności fachowe (pełny raport dostępny na stronie NIL). Jednocześnie aż 93 proc. badanych ocenia swoje umiejętności w zakresie radzenia sobie z agresją i manipulacjami ze strony pacjenta i jego otoczenia jako niewystarczające.

Wszyscy są zgodni co do tego, że brak umiejętności w tym zakresie może być przyczyną problemów osobistych i trudności w pracy. Powszechnie uznawany jest też za najczęstszy powód roszczeń i odpowiedzialności zawodowej. Potrzebę zdobywania i doskonalenia umiejętności komunikacyjnych podkreślają niemal wszyscy lekarze, którzy stykają się z tą problematyką.

Dodatkowo szkolenia, coaching czy po prostu zwykłe rozmowy pokazują, że wielu lekarzy nie radzi sobie z manipulacjami, z postawą roszczeniową pacjentów, z ich niezadowolaniem, niestosowaniem się do zaleceń, agresją, a to z kolei przekłada się na ich jakość życia, zadowolenie z wykonywanego zawodu i – finalnie, na poziom stresu i wypalenie zawodowe. ■

99%

W tylu procentach dochodzi do manipulacji, kiedy toczymy z kimś rozmowę i zadajemy sobie pytanie: „ale właściwie o co chodzi?”, a do tego czujemy narastającą niechęć lub/i irytację.

APEL LEKARKI O POMOC DLA WNUCZKI

Janina Joachimiak, specjalista chorób wewnętrznych i medycyny rodzinnej, prosi o wsparcie finansowe **rehabilitacji 3,5-letniej wnuczki Julki, która choruje na SMA typ 1**. Dziewczynka, dzięki leczeniu i codziennej, wielokierunkowej rehabilitacji, robi postępy rozwojowe, jednak w dalszym ciągu odbiega rozwojem od rówieśników.

PRZEKAŻ 1 PROC. PODATKU: Fundacja Avalon, KRS: 0000270809 (cel szczegółowy: GAUDYN, 9701)

DAROWIZNY: nr konta: 62 1600 1286 0003 0031 8642 6001 (tytułem GAUDYN, 9701)

WALKA O ŻYCIE SYNA

Michał Groblewski, lekarz ortopeda z Łodzi, prosi o przekazanie 1% podatku na rehabilitację jego syna. **Julek jest chory na padaczkę.** Nie potrafi samodzielnie siedzieć i chodzić. Codzienna rehabilitacja przynosi efekty, ale jej koszty są ogromne.

PRZEKAŻ 1 PROC. PODATKU: Fundacja Pomocy Dzieciom „Kolorowy Świat”, KRS: 0000161880 (cel szczegółowy: #22 Julian Groblewski)

POMOC SZYTA NA MIARĘ

Telerehabilitacja

Pacjenci z chorobą wieńcową, po przebytych zawałach serca, z niewydolnością serca, mogą być usprawniani w domach.

TEKST LUCYNA KRYSIAK, DZIENNIKARZ

Polscy lekarze opracowali nowy standard hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej, skierowany do pacjentów z chorobą wieńcową, po przebytych zawałach serca i z niewydolnością serca. Polega on na kompleksowej i indywidualizowanej rehabilitacji prowadzonej w ich własnych domach, dzięki czemu tego rodzaju opieką będzie można objąć 3-5-krotnie więcej osób niż w obecnych warunkach.

Projekt TELEREH-HF realizowało konsorcjum w składzie: Instytut Kardiologii w Warszawie (lider), Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu, Gdański Uniwersytet Medyczny, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Warszawski Uniwersytet Medyczny i jedna z polskich firm komercyjnych (producent urządzenia wykorzystanego w telerehabilitacji). W badaniach uczestniczyło 850 chorych z niewydolnością serca, a współfinansowało je Narodowe Centrum Badań i Rozwoju. Wyniki zaprezentowano na Kongresie Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego w Paryżu i opublikowano w „JAMA Cardiology”.

Dr. hab. n. med. Ewa Piotrowicz, kierująca Centrum Telekardiologii Instytutu Kardiologii w Warszawie i kierownik projektu, zapewnia, że ten model opieki pozwoli zniwelować dysproporcje regionalne w dostępności do rehabilitacji kardiologicznej. Za wprowadzeniem „hybrydy” przemawia także finansowanie tego rodzaju

świadczeń przez NFZ. Nowatorstwo projektu doceniło Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne, nagradzając jego autorów.

LEPSZA JAKOŚĆ ŻYCIA

Hybrydowa telerehabilitacja działa w oparciu o zaawansowane technologie medyczne i telekomunikacyjne. Składa się z dwóch części. Etap wstępny jest realizowany w szpitalu lub ambulatorium, gdzie dokonuje się oceny klinicznej pacjentów, przeprowadza badania, optymalizuje leczenie, a także ich edukuje i wyposaża w sprzęt do telemonitorowania (EKG, ciśnieniomierz, waga), uczy jego obsługi, planuje indywidualny trening fizyczny i prowadzi trening szkoleniowy. Etap podstawowy pacjent realizuje w domu, współpracując interaktywnie z centrum telekardiologii, wykonując zalecone ćwiczenia pod zdalną kontrolą.

– Wyniki projektu pokazały, że dziewięcioletniogodniowa kompleksowa hybrydowa telerehabilitacja istotnie poprawia wydolność fizyczną i jakość życia chorych z niewydolnością serca – tłumaczy doc. Ewa Piotrowicz, dodając, że metoda jest neutralna, jeśli chodzi o wpływ na śmiertelność i hospitalizacje (w obserwacji długoterminowej, 14-26 miesięcy już po zaprzestaniu interwencji, z wyjątkiem dwóch ośrodków, w których odnotowano zmniejszenie śmiertelności całkowitej i z przyczyn sercowo-naczyniowych – Instytut Kardiologii w Warszawie, oraz redukcję hospitalizacji – Gdański Uniwersytet Medyczny).

W REALIACH SYSTEMU

Wyniki projektu potwierdziły, że telerehabilitacja kardiologiczna jest bezpieczna i organizacyjnie możliwa do przeprowadzenia. Jednak, zdaniem ekspertów, nie będzie łatwo wprowadzić do systemu ten model opieki. Trzeba przecież realnie określić, które ośrodki mogą ją realizować, skąd wziąć fundusze na jej uruchomienie i personel medyczny, który włączy się w te działania.

Prof. Grzegorz Opolski, przewodniczący komitetu sterującego TELEREH-HF (WUM), powiedział, że aby projekt zaistniał w systemie i trafił „pod strzechy”, trzeba przyjrzeć się już zdobytym doświadczeniom telemedycyny i z nich skorzystać. Prof. Tomasz Rywik, prezes Warszawskiego Oddziału PTK, sugeruje, że telerehabilitacja, po pewnych modyfikacjach, mogłaby być częścią programu Kardiologicznej Opieki Niewydolności Serca – KONS.

Prof. Paweł Krzesiński (WIM) zauważa, że wdrożenie projektu będzie wymagało koordynacji i uproszczenia działań pomiędzy POZ, szpitalem i opieką kardiologiczną, a prof. Zbigniew Kalarus z SCCS w Zabrzu zwraca uwagę, że w Polsce wprowadzanie nowych technologii, sprzętu czy leków często trwa latami, co należy uwzględnić w planach wdrożeniowych. Prof. Ryszard Piotrowicz (Instytut Kardiologii w Warszawie) wierzy, że trudności da się pokonać, ale zastrzega, że następnym krokiem powinno być opracowanie dalszej strategii, która pozwoli określić, jak podtrzymać poprawę osiągniętą przez telerehabilitację. ■



LEKARSKIE TOWARZYSTWA NAUKOWE

Ostro i przewlekłe

Z dr n. med. **Magdaleną Kocot-Kępską**, prezesem Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

GL Czy musi boleć?

Czasem musi. Ostry ból sygnalizuje, że coś złego dzieje się w organizmie, informuje o rozpoczynającej się chorobie. Bez niego nie mielibyśmy szans na przeżycie. Spełnia więc funkcję ochronną. Istnieją genetycznie uwarunkowane zespoły braku odczuwania bólu, wskutek których pacjenci umierają, ponieważ nie rozpoznaje się u nich na czas np. zapalenia wyrostka robaczkowego, złamania kończyny czy zapalenia miazgi zęba. Z kolei przewlekły ból nie ma już znaczenia informacyjnego i należy go leczyć.

“

Jako towarzystwo naukowe uważamy, że pacjent powinien mieć refundowane leczenie bólu niezależnie od fazy choroby nowotworowej, zwłaszcza gdy ból jest wyniszczający i silny.

GL Jaki ból leczy się najtrudniej?

Właśnie ten przewlekły. Najgorsze do opanowania są bóle dysfunkcyjne i neuropatyczne, ponieważ nie znamy ich dokładnej patofizjologii. W przypadku bólu ostrego są opracowane zalecenia dotyczące farmakoterapii. Leki przeciwbólowe dobiera się zgodnie z nasileniem bólu, a w przypadku rozległych zabiegów operacyjnych podawane są dodatkowo adiuwanty wzmagające działanie klasycznych leków przeciwbólowych. W bólu przewlekłym, dobierając analgetyk, opieramy się na mechanizmie jego powstawania, a więc określeniu, czy jest to ból zapalny, dysfunkcyjny czy neuropatyczny, oraz jego stopniu nasilenia – ocenianego przez pacjenta w skali od 0 do 10. Jeśli prawidłowo zdiagnozujemy rodzaj bólu, jesteśmy w stanie pomóc 70-80 proc. chorym.

GL Co jest największym błędem popełnianym w leczeniu bólu przewlekłego?

Niestosowanie się do zaleceń. W przypadku bólu stałego, ciągłego, np. u chorego na nowotwór, leki

przeciwbólowe należy zażywać regularnie. Niestety, pacjenci sięgają po nie, kiedy ból staje się nie do wytrzymania. Z bólem przewlekłym jest tak, jak z leczeniem innych chorób. Wyobraźmy sobie, że leczymy np. cukrzycę czy nadciśnienie, tylko kiedy poziom cukru osiąga 300, a ciśnienie 200 mmHg. Ból przewlekły musi być traktowany jak każda inna choroba przewlekła.

Podawane w tej chorobie leki często nie są typowymi lekami przeciwbólowymi. Są to adiuwanty oddziałujące na konkretny mechanizm powstawania bólu. Najbardziej typowe to leki przeciwpadaczkowe, przeciwdepresyjne, które np. w leczeniu bólu neuropatycznego są lekami pierwszego wyboru.

GL Czego nie wiemy o bólu?

Nie znamy biologicznego mechanizmu przejścia bólu ostrego w stan przewlekły. Nie wiemy, dlaczego np. u jednego pacjenta ból krzyża po podaniu leków trwale ustępuje, a u innego wciąż nawraca, mimo że zastosowano to samo leczenie. Nie potrafimy zidentyfikować czynnika przekształcającego reakcję mózgu z odpowiedzi wygaszającej w tę, która podtrzymuje ból. Naukowcy, badając ten temat, szukają genów, które mogłyby mieć wpływ na ten proces. Nie potrafimy też przewidzieć, czy u operowanego pacjenta ból ostry przejdzie w przetrwały ból pooperacyjny. Poszukuje się kombinacji leków, która by temu zapobiegała. Nie uporaliśmy się też do końca z leczeniem bólu ostrego, w wielu placówkach stosuje się przestarzałe metody jego leczenia.

Przeprowadzamy coraz więcej zabiegów, ból będzie więc stanowił coraz większe wyzwanie.

GL A jak onkologia wpisuje się w ten temat?

Postęp w onkologii poprawia przeżywalność pacjentów, ale dzieje się to często kosztem wielu zmian w organizmie, np. chemioterapia nieodwracalnie niszczy nerwy i pacjent do końca życia będzie się zmagał z neuropatycznym bólem przewlekłym. Problemem jest nie tylko, jak go leczyć, ale czy to leczenie zrefunduje NFZ, który uważa, że jeśli pacjent przeżył chorobę nowotworową,





Dr n. med.
Magdalena
Kocot-Kępska:
- Chcielibyśmy,
aby wszystkie
poradnie leczenia
bólów, które
mają kontrakt
z NFZ, a jest ich
w Polsce około
200, oferowały
przynajmniej
farmakoterapię
i neuromodulację
oraz techniki
interwencyjne,
czyli blokady, a tak
nie jest.

to jest zdrowy i nie przysługuje mu refundacja np. na leki adiuwantowe stosowane w polineuropatii po chemioterapii. Jako towarzystwo naukowe uważamy, że pacjent powinien mieć refundowane leczenie bólu niezależnie od fazy choroby nowotworowej, zwłaszcza gdy ból jest wyniszczający i silny. Od lat walczymy o refundację leków adiuwantowych dla tej grupy pacjentów.

PTBB angażuje się w prace nad podniesieniem standardów leczenia bólu. Z jakim skutkiem?

Jesteśmy chyba jednym z najbardziej aktywnych towarzystw naukowych, jeśli chodzi o wydawanie zaleceń terapeutycznych. Dla każdego rodzaju bólu mamy opracowane rekomendacje, co w skali kraju jest unikatowe. Nadajemy też certyfikaty oddziałom zabiegowym i niezabiegowym w ramach akcji „Szpital bez bólu” oraz poradniom leczenia bólu. Certyfikat poświadcza, że poradnia leczy pacjentów z bólem przewlekłym zgodnie z międzynarodowymi i krajowymi standardami, zapewniając tzw. wielokierunkowe, multimodalne leczenie bólu, czyli stosuje farmakoterapię, blokady, techniki anestetyczne, neuromodulację, psychoterapię i fizjoterapię. Liczba certyfikowanych poradni leczenia bólu jest mała (20-25) w stosunku do potrzeb, ale kryteria są trudne do spełnienia. Chcielibyśmy, aby wszystkie poradnie leczenia bólu, które mają kontrakt z NFZ, a jest ich w Polsce około 200, oferowały przynajmniej farmakoterapię i neuromodulację oraz techniki interwencyjne, czyli blokady, a tak nie jest.

Certyfikaty są weryfikowane co 3 lata.

Weryfikacja ma na celu sprawdzenie, czy certyfikowane placówki nadal spełniają kryteria. Podobne zasady dotyczą akcji „Szpital bez bólu”. Komisja certyfikacyjna kontroluje karty obserwacyjne pacjenta i karty

zleceń, a jeśli zastosowane leczenie nie jest skuteczne, nie spełnia standardów i nie jest zgodne z zaleceniami, certyfikatu nie przedłużamy.

PTBB opracowało też Kartę Oceny Nasilenia Bólu.

Rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia w tej sprawie nie jest jeszcze podpisane. Jesteśmy w trakcie nanoszenia ostatecznych poprawek. W założeniu karta ma być prostym narzędziem pozwalającym lekarzowi POZ zebrać od pacjenta informacje dotyczące bólu i pokazać, jak ten ból jest kontrolowany. Najważniejsze, że w tej karcie będzie odnotowane, jak przebiega proces leczenia, że zostanie po nim ślad. Badania epidemiologiczne wskazują, że w Polsce jest 8 mln pacjentów z bólem przewlekłym. To ogromna populacja. Dla nich pomocą ma być lekarz rodzinny, neurolog, reumatolog. Dopiero następny krok to poradnia leczenia bólu.

Kto pracuje w poradniach leczenia bólu?

Lekarze różnych specjalności, którzy wiedzę na temat leczenia bólu zdobywali np. na studiach podyplomowych „Medycyna bólu”, organizowanych przez PTBB we współpracy z MCKP UJ w Krakowie. Inicjatorem tych studiów jest prof. Jan Dobrogowski, mój poprzednik na stanowisku prezesa towarzystwa. W Polsce nie ma specjalizacji kształcącej lekarzy w tym zakresie, od 10 lat o to zabiegamy. Medycyna bólu w ciągu 10-15 lat poczyniła ogromny postęp – zarówno w poznaniu jego patomechanizmów, stosowania leków, jak i interwencji, a nasza legislacja za tym rozwojem nie nadążyła. Większość krajów w Europie posiada specjalizację z zakresu medycyny bólu lub przynajmniej umiejętność poświadczaną egzaminem. Z praktyki wiemy, że istnieją zespoły bólowe, które musi leczyć specjalista w tej dziedzinie – np. atypowe bóle twarzy, zespół jelita drażliwego, bóle krocza, fibromialgię czy ból neuropatyczny. Tacy pacjenci wymagają od lekarza specjalnego podejścia i odpowiedniej wiedzy.

PTBB jest oddziałem Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu (Polish Chapter of IASP).

W 1991 r. przekształciliśmy się w samodzielne towarzystwo, ale działamy w strukturach IASP oraz European Pain Federation EFIC. Obowiązują nas zasady, którymi kierują się te towarzystwa, a jako oddział także je współtworzymy. Korzystamy z portali edukacyjnych, czasopism wydawanych przez IASP i EFIC, uczestniczymy w konferencjach naukowych oraz szkoleniowych, a także nieodpłatnych kursach EFIC Pain School, organizowanych w wiodących ośrodkach medycyny bólu. Mamy również możliwość odbywania tam staży. Jesteśmy blisko świata, a dzięki temu, że jestem w zarządzie EFIC, również Europy. To ułatwia nam kontakt z najnowszą wiedzą i pozwala współdecydować o najważniejszych sprawach dotyczących rozwoju tej naukowej i klinicznej dyscypliny. ■

BADANIE PRZEDMIOTOWE

Noworoczny felieton szpitalny

Jednym z niewątpliwych przywilejów wynikających z wykonywania zawodu lekarza jest możliwość witania Nowego Roku w zaciszu szpitalnej sali – bez fajerwerków i Zenona Martyniuka.



JOANNA SOKOŁOWSKA

pediatra, felietonista

Sylwestrowy wieczór, spędzony w aseptycznych wnętrzach placówki ochrony zdrowia, poza oczywistymi korzyściami majątkowymi, daje bowiem prawdziwą feerię bonusów, o których wykonującym inne zawody nie wypada nawet marzyć.

Przede wszystkim, to ostatnia w roku szansa dla tych, którzy przez wcześniejsze trzysta sześćdziesiąt cztery dni wątpili w to, że praca uszlachetnia. I to jak uszlachetnia! Wystarczy w noworoczny poranek, wracając – choćby po najbardziej wyczerpującym dyżurze – spojrzeć w te oczy zielone świętujących tradycyjnie rodaków. Jakże inne jest nasze – jeszcze raz podkreślę – szlachetne zmęczenie! Bez śladów po drzemce z twarzą wtuloną w kotlet

schabowy, panierowany... Jakże inny jest nasz ból głowy, który minie rach-ciach po krótkiej drzemce, może nawet bez uzupełniania elektrolitów i pierwiastków śladowych!

Również ci, którzy liczą na bardziej materialny wymiar odniesionych korzyści, a wartości metafizyczne raczej wąż sobie lekce, powinni po dyżurze, w pierwszy styczniowy poranek, wrócić w domowe pielesze z poczuciem dobrze spędzonego czasu. Po pierwsze bowiem, choć to może nie najważniejsze, sylwestrowy dyżurant zarobi – niemal jak gwiazda disco polo – wór nowych polskich złotych. A jeśli nawet nie będzie to wór, a choćby skromna sakiewka, jedno jest pewne – ma przecież szansę nie wydać tej nocy, ani w związku z nią, nawet złamanego (choć równie nowego) złotego grosika.

Furda wydatki na balową kreację (i to w każdym tego słowa znaczeniu)! I tu z pełną satysfakcją podkreślam, że dla kobiet – lekarek los zgotował miłą niespodziankę. Wprawdzie dokładny obserwator zwróci uwagę, że niektórzy z kolegów – lekarzy zaglądają do salonów stylizacji włosów i paznokci, ale to my – kobiety, wciąż możemy nie wydać znacznie więcej.

Mało tego! Z oszczędnością w parze będzie szło zdrowie i wygoda!

Bez wyrzutów sumienia będziemy mogli zamienić wyszczuplającą bieliznę, czy sztywny kołnierzyk koszuli i krawat, z zaciskającą się wokół krtani pętlą węzła windsorskiego, na lubiany i niekrępujący ruchów sprany fartuch w niezbyt twarzowym kolorze.

Zamiast efektownego obuwia, w typie stilettos heels, panie będą mogły spędzić tę szampańską noc w zalotnie stukających po szpitalnych korytarzach drewniakach. Nie rozciągną się więzadła ich stawów śródstopno-palcowych, nie zaburzy równowaga mięśni stopy, nie wykoślawią lekarskie paluchy, nie przykurczą ścięgna Achillesa!

Panowie zaś, zamiast ryzykownego ślizgania się po tanecznych parkietach w lakierowanych oxfordach,



I podkreślę z całą stanowczością, że to właśnie na sali operacyjnej – a nie gdzie indziej – zawsze znajdzie się taka bratnia (lub częściej siostrzana) dłoń, która otrze pot z lekarskiego czoła...



Bo zdrowie to cel naszej pracy i miara jej sukcesu. Mówimy, że jest bezcenne, choć każdy z nas zna jego wciąż niedoszacowaną przez rządzących wartość.

będą mogli przywitać Nowy Rok w ulubionych crocsach. Oto prawdziwy Sylwester Marzeń – bez otartych pięt, bez ryzyka bycia nakłanianym do tańca! Przecież nawet Agustín Egurrola nie zaryzykowałby układu choreograficznego w tych najbrzydszych butach świata.

Poza wszystkim, choćby nie wiem co plotły złe ludzkie języki, sala operacyjna jest znacznie bezpieczniejszym miejscem niż sala balowa. Wystarczy wspomnieć o higienie, oświetleniu i klimatyzacji, a wnioski nasuwają się same. Jeśli zaś ktoś kwestionuje sprawę estetyki i nakrycia stołu, to pragnę tylko zauważyć, że to rzecz gustu, a o gustach dyskutować po prostu nie wypada. Najważniejsze jest przecież to, by spędzić czas wśród ludzi życzliwych. I podkreślę z całą stanowczością, że to właśnie na sali operacyjnej – a nie gdzie indziej – zawsze znajdzie się taka bratnia (lub częściej siostrzana) dłoń, która otrze pot z lekarskiego czoła... Ponadto jest duża szansa, że przynajmniej jedna osoba z obecnych zapamięta tego Sylwestra do końca – oby jak najdłuższego – życia.

Nie sposób pominąć w tych rozważaniach jeszcze dwóch spraw nierozłącznie towarzyszących zegnaniu starego roku – sylwestrowych życzeń i postanowień.

W życzeniach „zdrowie” odmieniamy przez wszystkie czasy, rodzą je i medyczne przypadki. To życzenie

– zakłęcie nabiera jednak szczególnego znaczenia, gdy składamy je sobie w trakcie dyżuru. Bo zdrowie to cel naszej pracy i miara jej sukcesu. Mówimy, że jest bezcenne, choć każdy z nas zna jego wciąż niedoszacowaną przez rządzących wartość. Złośliwi twierdzą, że gdyby było, nie byłibyśmy już potrzebni. Życzymy więc sobie takiej zbędności – czasem miło by było ponudzić się na dyżurze – takim świątecznym i takim powszednim...

Z postanowieniami zaś, przynajmniej w moim przypadku, sprawa jest bardzo prosta. Ich lista pozostaje niezmienna od lat. To daje poczucie stabilizacji i bezpieczeństwa – nie trzeba wymyślać sobie nowych wyzwań i rzucać świeżych kłód pod nogi. Dlatego też lepiej takie zobowiązania składać skrycie i raczej nie dzielić się nimi z koleżeństwem. W innym wypadku zachodzi ryzyko, że jednak od czasu do czasu trzeba będzie jakiś plan zrealizować. Raz coś się chlapnie i masz babo placek! Potem trzeba, zgodnie z deklaracją, napisać w „Gazecie Lekarskiej”, że się uprzejmie prosi, kolegów – chirurgów – Adama Lewandowskiego i Witolda Pasztę – o wydanie drugiej części wspomnień z pracy w pogotowiu ratunkowym pod jakże obiecującym tytułem „Zastrzyk humoru 2”! Wierni czytelnicy czekają. ■

W PIGUŁCE

Dolar ma znaczenie

Eksperci szacują, że każdy dolar zainwestowany w walkę z otyłością przynosi nawet 6 dolarów zwrotu.

O ile 10 lat temu w 36 państwach skupionych w Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) otyła była jedna na 5 osób, o tyle według najnowszych danych jest to już jedna na cztery osoby. To przyrost o 50 mln nowych otyłych. Co więcej, trzy z pięciu osób żyjących w krajach wysoko rozwiniętych ma nadwagę. Statystyki niektórych państw są jeszcze gorsze, np. w Wielkiej Brytanii jedna na trzy

osoby jest otyła, a nadwagę mają dwie trzecie osób, z kolei w Stanach Zjednoczonych otyłych jest 40 proc. dorosłych i 20 proc. dzieci. Zbędne kilogramy mają istotny wpływ nie tylko na konkretnego człowieka, ale też na całe społeczeństwo. Nadwaga skraca średni spodziewany czas życia o trzy lata, a koszty leczenia powikłań otyłości mogą spowalniać wzrost gospodarczy. Obecnie 50 proc. ludzi niezdrowo się odżywia, 40 proc. czasu w ciągu dnia spędzamy siedząc, jedna na trzy osoby nie podejmuje zalecanej aktywności fizycznej, a dwie

z pięciu spożywają zbyt małą ilość warzyw i owoców. Jeżeli utrzymają się obecne trendy, w ciągu najbliższych 30 lat otyłość będzie przyczyną 60 proc. nowych przypadków cukrzycy, 18 proc. – chorób sercowo-naczyniowych, 11 proc. – otępienia i 8 proc. – nowotworów. Przewiduje się, że w krajach zrzeszonych w OECD średnio 209 dolarów na obywatela rocznie będzie przeznaczanych na utrzymanie w ryzach masy ciała i leczenie powikłań otyłości. W USA będzie to 14 proc. budżetu przeznaczonego na ochronę zdrowia. ■

Najmłodszy na świecie

Wielkim szczęściarzem można nazwać 9-letniego Michała obciążonego genetycznie kardiomiopatią przerostową. To właśnie jemu, prawdopodobnie najmłodszemu dziecku na świecie, wszczepiono kardiowerter-defibrylator, choć tego typu aparaty stosuje się głównie u dorosłych. Dwugodzinny zabieg przeprowadzono 3 grudnia w Dziecięcym Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie. Od początku zdiagnozowania choroby chłopiec

przebywał pod opieką poradni kardiologicznej, gdzie przeprowadzano m.in. badania echokardiograficzne, aparatem Holtera czy EKG. Gdy wyniki zaczęły wskazywać, że ryzyko zgonu jest bardzo wysokie, chłopca zakwalifikowano do zabiegu wszczepienia kardiowertera-defibrylatora. Koszt operacji (ok. 90 tys. zł) pokryto ze środków NFZ. Urządzenie jest zasilane baterią aktywną 6-8 lat. Jego zadaniem jest wykrywanie zaburzeń rytmu serca zagrażających życiu i na-



tychmiastowe reagowanie. W momencie wystąpienia problemów wysyłany jest silny impuls elektryczny, który powoduje umiowanie pracy serca, a nawet wznowienie jego pracy. ■

Cytologia pod strzechą?

Czy domowe testy zastąpią cytologię w wykrywaniu raka szyjki macicy i stanów przednowotworowych?

Podczas National Cancer Research Institute 2019 Cancer Conference przedstawiono wyniki brytyjskiego badania oceniającego przydatność domowych testów w wykrywaniu raka szyjki macicy i stanów przednowotworowych. Wzięło w nim udział 600 kobiet po

kolposkopii wykonanej z powodu nieprawidłowego wyniku cytologii i/lub dodatniego testu na obecność wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV). Analizie poddano pobrane przez kobiety w domu próbki moczu i wydzieliny z pochwy, oznaczając w nich status HPV oraz poszukując zmian przednowotworowych (CIN3+). Czułość i specyficzność testu w próbkach moczu wyniosła

odpowiednio 66 proc. i 72 proc., a w próbkach wydzieliny z pochwy – 71 proc. i 68 proc. Wyniki stanowią podstawę do dalszych prac nad domowymi testami wykrywania raka. Będą przydatne dla populacji kobiet niezgłaszających się na przesiewowe badania cytologiczne i w krajach, gdzie nie prowadzi się populacyjnych badań przesiewowych. ■

W PIGUŁCE

Niepokojąca kondycja psychiczna lekarzy

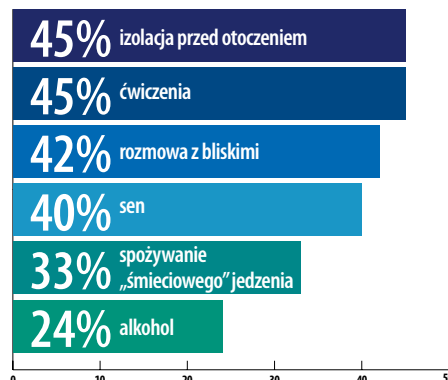
Jak wynika z raportu Medscape, opublikowanego w połowie stycznia, aż 42 proc. lekarzy praktykujących w USA dotyka problem wypalenia zawodowego. Głównie z powodu biurokracji i zbyt dużego obciążenia pracą.

W badaniu udział wzięło 15 tys. lekarzy reprezentujących w sumie 29 specjalizacji medycznych. Co pokazały wyniki? Na wypalenie najczęściej cierpią osoby w wieku 40–54 lata (generacja X), zdecydowanie częściej kobiety niż mężczyźni (48 proc. vs 37 proc.), specjaliści z dziedziny urologii, neurologii, nefrologii, endokrynologii, medycyny rodzinnej i radiologii. Problem wypalenia zawodowego najrzadziej występuje wśród okulistów, ortopedów, psychiatrów, otolaryngologów i chirurgów. Około jedna trzecia badanych przyznała, że nie jest zadowolona ze swojego życia zawodowego.

Co doprowadza lekarzy do stanu wypalenia? Ponad połowa respondentów wskazała na biurokrację i szeroko pojętą „papierologię”, około 30 proc. lekarzy skarżyła się, że spędza zbyt dużo czasu w pracy, problemem jest też brak szacunku – zarówno ze strony przełożonych, administracji, jak i kolegów z pracy, a także postępująca informatyzacja oraz brak swobody w działaniu.

Jak lekarze radzą sobie z wypaleniem? Starsi (osoby po 40 r.ż.) najczęściej wybierają izolację od otoczenia lub uciekają w aktywność fizyczną. Młodszy lekarze wolą sen lub rozmowę z bliskimi (rodzina i przyjaciele). Część lekarzy próbuje radzić sobie,

Jak lekarze radzą sobie z wypaleniem?



odreagowując poprzez dogadanie sobie „śmieciovym” jedzeniem i picie alkoholu.

Badanie ujawniło także, że kilkanaście proc. lekarzy cierpi na depresję (ponownie najwięcej wśród osób po 40 r.ż.), z czego około 20 proc. miało myśli samobójcze. Jak depresja wpływa na ich pracę? Pełnią błędy, których normalnie by nie zrobili, są sfrustrowani i zirytowani na swoich pacjentów, a także mniej uważni w uzupełnianiu ich dokumentacji medycznej.

Co niepokojące, zdecydowana większość ankietowanych przyznaje, że nie szuka profesjonalnej pomocy w walce z wypaleniem/depresją. Dlaczego? Odpowiadają, że są zbyt zajęci lub deklarują, że sami sobie poradzą ze swoim problemem. ■



gazetalekarska.pl

Niemcy: transplantacje po staremu

Nie udało się wprowadzić zmian w procedurze pobierania organów do transplantacji.

Obecnie lekarze w Niemczech mogą pobierać od zmarłych narządy do przeszczepiania tylko wtedy, gdy osoby te za życia wyraziły zgodę na przeprowadzenie takiej procedury. Minister zdrowia Niemiec Jens Spahn od jakiegoś czasu forsuje zmianę przepisów tak, aby automatycznie od każdego zmarłego (po 16 r.ż.) można było pobierać organy do transplantacji, a osoby, które nie wyrażają na to zgody,

musiałyby się wpisać do specjalnego rejestru. Jens Spahn przypomniał, że w 22 z 28 krajów Unii Europejskiej działa podobne rozwiązanie.

Nad propozycją debatował niemiecki Bundestag. Jak informuje „Deutsche Welle”, 16 stycznia przegłosowano odrzucenie rozwiązania zaproponowanego przez ministra zdrowia. Zagłosowano jednak za pewnymi zmianami, które mają zwiększyć grono osób posiadających kartę dawcy narządów. Społeczeństwo ma być regularnie pytane o zgodę na pobranie organów – np. podczas wizyty

lekarskiej lub przy odbieraniu dokumentu tożsamości (w Niemczech taki dokument jest wymieniany co 10 lat). Umożliwiono też rejestrację online na listę donatorów narządów.

Szacuje się, że nawet tysiąc Niemców umiera rocznie, gdyż nie doczekało transplantacji ratującej życie. Kraj ten od dawna zmagają się z problemem zbyt małej liczby dawców. Ekspertki podkreślają, że wiąże się to z brakiem zaufania do systemu transplantacyjnego w związku z aferami, do których doszło kilka lat temu. ■

W PIGUŁCE

Obowiązkowe testy dla starszych lekarzy

Trzy lata temu w szpitalu Yale-New Haven (USA) uruchomiono obowiązkowy program dla pracowników medycznych, którzy ukończyli 70 lat, sprawdzający ich funkcje poznawcze. Od wyniku badania zależało, czy mogli dalej pracować z pacjentami.

W styczniu na łamach „Journal of the American Medical Association” opublikowano raport dotyczący tej inicjatywy. Jak informuje „The Philadelphia Inquirer”, w sumie przebadano 141 pracowników medycznych, z czego prawie 90 proc. stanowili lekarze (reszta to pielęgniarki, lekarze dentyści, psychologowie i inni). Okazało się, że 57 proc. z nich bez problemu przeszło badania i mogli dalej pracować (za

dwa lata muszą ponownie przystąpić do testów). Kolejnej grupie (około jedna czwarta badanych) także odnowiono kontrakty, ale ze względu na wykrycie u nich niewielkich nieprawidłowości, będą musieli przejść ponownie badania za rok.

U niemal 13 proc. lekarzy wykryto poważniejsze problemy poznawcze. Mogli oni albo zrezygnować z pracy z pacjentami, albo zgodzić się na jej kontynuowanie pod odpowiednim nadzorem.

Monitorowanie funkcji poznawczych u osób starszych pozostaje kontrowersyjne. Przeciwnicy tego typu praktyk podkreślają, że to dyskryminacja, bo przecież osoby młodsze także mogą mieć problemy z pamięcią. Poza tym system ochrony zdrowia w dużej mierze opiera się na lekarzach seniorach (43 proc.



Monitorowanie funkcji poznawczych u osób starszych pozostaje kontrowersyjne.

amerykańskich lekarzy ukończyło 55 lat, a 15 proc. ma 65 lat i więcej, dane: AMA). Z drugiej jednak strony problemy poznawcze lekarzy mogą rzutować na proces leczenia pacjenta.

Warto zauważyć, że program wprowadzony w szpitalu Yale-New Haven nie jest pionierski. W przeszłości podobne rozwiązania wprowadzało kilka innych amerykańskich placówek medycznych. ■

Zwycięstwo debutantów

W najnowszej edycji Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia pierwsze miejsce zajęła Norwegia, drugie – Szwajcaria, a trzecie – Dania i Szwecja. Polska uplasowała się na 23. pozycji.

Dwa pierwsze miejsca przypadły krajom, które po raz pierwszy uwzględniono w rankingu – Norwegii (77 pkt) i Szwajcarii (75 pkt). Lider indeksu z ubiegłej edycji – Dania, musiała zadowolić się trzecim miejscem (74 pkt). Tyle samo punktów, co Dania, uzyskała Szwecja. W pierwszej dziesiątce znalazły się jeszcze: Holandia (72), Niemcy (70), Finlandia (67), Austria (66), Wielka Brytania (65), Luksemburg (64), Belgia (64). Polska awansowała o dwie pozycje w stosunku do

poprzedniej edycji, zajmując 23. miejsce (43 pkt). W sumie można było zdobyć 100 punktów.

Indeks tworzony jest w celu porównania systemów ochrony zdrowia państw Europy i identyfikowania obszarów wymagających poprawy. Najnowsza edycja objęła 30 krajów. Ranking stworzono w oparciu o 57 mierników, na podstawie których opracowano pięć parametrów oceny: dostęp do opieki zdrowotnej, kondycja zdrowotna, innowacyjność, jakość oraz żywotność. Analizując wyniki poszczególnych parametrów, liderem w dostępie do opieki zdrowotnej są Niemcy, jeśli zaś chodzi o kondycję zdrowotną społeczeństwa i innowacyjność – Szwajcaria. Liderami jakości są Norwegia i Szwecja, a żywotności – ponownie Norwegia. ■

Czołówka Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019

-  **NORWEGIA – 77 pkt**
-  **SZWAJCARIA – 75 pkt**
-  **DANIA – 74 pkt**
-  **SZWECJA – 74 pkt**
-  **HOLANDIA – 72 pkt**
-  **NIEMCY – 70 pkt**

GŁOS CZYTELNIKÓW

W sprawie eutanazji

Odnośnie zagadnienia eutanazji, poczuwam się do wyciągnięcia wniosków z dyskusji na łamach „GL”, którą zapoczątkowałem listem („GL” 3/2019). Dyskusja zaowocowała istotnymi, ciekawymi głosami.

W „GL” 5/2019 znajdziemy wypowiedzi lekarzy młodego pokolenia. Doktor Maria Klajn („Mam za sobą doświadczenie umierania”) jest przeciwna „wydawaniu wyroku śmierci, choćby chciano przypisać jej miano »dobrej«”. Natomiast doktor Maciej Klimasiński chce zapewniać „opiekę końca życia” (to określenie jest, moim zdaniem, synonimem eutanazji, czyli dobrej śmierci) – gorąco popieram takie podejście.

W „GL” 6/2019 („Piekło umierania”) nestorka, 94-letnia pani doktor Wanda Radlińska, dysponująca długim doświadczeniem życiowym, apeluje do polskich lekarzy o zapewnianie umierającym ortotanazji, a nawet eutanazji, o nieprzedłużanie cierpień uporczywą terapią. I w końcu w „GL” 9/2019 czytamy wnikliwie i wieloaspektowe podsumowanie doktora Krzysztofa Madeja pt. „Materia jest trudna, a pomieszanie wielkie”.

Moje wnioski są następujące:

1. Nie ma szans na przywrócenie w Polsce pojęciu „eutanazja” jego pierwotnego, pochodzącego ze starożytności znaczenia: „dobra śmierć”. Wbrew dosłownemu tłumaczeniu przyjęło się (za sprawą doświadczeń historycznych XX w.) powszechnie uważać „eutanazję” za „uśmiercanie”.
2. W takim razie określenie „opieka końca życia” warto jest rozpowszechniania i, co ważniejsze, praktykowania.
3. Nie ma co liczyć na polski parlament, aby w jakimś bliskim czasie uregulował te kwestie ustawowo. Obecny stan prawny wyjaśnia mec. Sławomir Molenda na łamach „Pulsu Medycyny” (10/2019, „Czas na testament życia”).
4. A jaka jest realność? Gazeta „Dziennik Polski” (28.06/2019): „Polski pacjent cierpi bardziej niż inni. Polacy zażywają trzy razy mniej silnych leków przeciwbólowych niż wynosi średnia unijna i aż dziesięć razy mniej niż Niemcy, a wielu chorych i umierających nie może liczyć na uśmierzenie strasznego bólu. Takie porażające wnioski płyną z opublikowanego niedawno raportu Europejskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej”. Gazeta podaje, że wnioski te są zgodne z raportem NIK, zgadza się też z nimi Polskie Towarzystwo Badania Bólu. Przyczyny: brak wiedzy lekarzy, uprzedzenia do środków przeciwbólowych, przepracowanie lekarzy i ich brak czasu na szkolenia oraz „dogłębienie chorego”.

Realność jest taka, że będąc pacjentem na sali intensywnego nadzoru oddziału wewnętrznego, byłem jednocześnie obserwatorem kilkugodzinnego umierania 74-letniej kobiety, przywiezionej do szpitala przez pomoc doraźną. Gdy doszło do agonii, córkę pacjentki wyproszono na korytarz, a umierającą zajął się zespół anestesjologiczny i wykonywał obowiązujące (zapewne) procedury: intubacja, rurki, kable, aparatura, zabiegi... („piekło umierania”). Zszokowana i rozgoryczona córka żałowała, że wzywała pogotowie ratunkowe.

Realność jest taka, że gdy doszło do końcowego stadium raka u mojego kolegi (miał 60 lat), stał się podopiecznym hospicjum domowego: raz dziennie błyskawiczna wizyta lekarza z iniekcją środka przeciwbólowego. Żona nie była w stanie uporać się z całą „resztą”, ostatnie dwa tygodnie życia umierający spędził na oddziale wewnętrznym.

O realności mówił śp. ksiądz Jan Kaczkowski (YouTube: „talk-show 20m2 Łukasza Jan Kaczkowski”): – Czy przerwie ksiądz kiedyś leczenie? – Jeżeli ono przejdzie w uporczywość terapeutyczną lub w terapię daremną, to tak. (...) Jeżeli moje leczenie będzie zajmowało miesiąc życia, a przyniesie efekt dwóch miesięcy w obniżonym standardzie, to i ja, i każdy chory ma prawo powiedzieć „nie”.

O realności naprawdę nadzwyczaj humanitarnej (współczucie, empatia, usuwanie cierpienia) dyskutowano na antenie Radia Kraków 2 listopada 2019 r. Audycja była poświęcona eutanazji... zwierzęcej, stosowanej w medycynie weterynaryjnej. Mówiono m.in. o możliwości korzystania z kannabinoidów jako bardzo skutecznych środków przeciwbólowych. Bardzo, bardzo przepraszam, ale „medycyna ludzi” powinna zazdrościć weterynarii uregulowań tych zagadnień. ■

Leon Ferfecki, lekarz specjalista psychiatra



GŁOS CZYTELNIKÓW*Spójrzmy na dobro pacjenta*

Szanowna redakcjo! Chciałam przekazać niepokój, który podziela także wiele moich koleżanek i kolegów dotyczący ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty. Wszyscy widzą, że w szpitalach jest coraz więcej osób, które uzyskały dyplom lekarski na Ukrainie, Białorusi albo w jakimś egzotycznym państwie, gdzie poziom kształcenia jest po prostu żenująco niski. Cieszę się, że to Państwo opisaliście, bo może w końcu ktoś zacznie bardziej patrzeć na dobro pacjentów, którymi są czasami nasi rodzice i bliscy, że osoby wykształcone w innym systemie po prostu nie są w stanie często pomóc, brakuje im wiedzy i umiejętności, a nawet komunikatywnej znajomości języka. Pracuję w dużym szpitalu wojewódzkim z takimi osobami, a każdy, z kim o tym rozmawiam, ma podobne zdanie. Pozdrawiam i przepraszam, że piszę anonimowo. ■

Lekarka rezydentka

KOMENTARZMariusz Tomczak,
dziennikarz „GL”

Problem poruszony w Pani liście, który w poprzednim numerze tylko zasygnalizowałem, często jest przedmiotem rozmów między lekarzami. Wiem to od wielu z nich, nie tylko najmłodszych stażem, z którymi rozmawiałem w ciągu ostatnich lat. Znamienne, że w tej sprawie sporo osób nie chce wypowiadać się pod imieniem i nazwiskiem, co wydaje się budzić lekki niepokój. To trochę temat tabu. Warto zaznaczyć, że w przygotowanie założeń, a następnie projektu nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zaangażowało się wiele osób (zmiany tej ustawy nigdy nie próbowano dokonać przy tak szerokiej współpracy środowiska lekarskiego) i w dokumencie przekazanym ministrowi zdrowia Łukaszowi Szumowskiemu nie było kontrowersyjnych zapisów dotyczących absolwentów medycyny z krajów nienależących do UE. Było za to wiele innych, korzystnych dla obywateli RP, ale wyparowały, choć projekt liczy ok. 140 stron maszynopisu.

Wiele wskazuje na to, że w najbliższych tygodniach możemy być świadkami burzliwego sporu między stroną rządową a rzeszą zawiedzonych lekarzy, którzy nie spodziewali się tego, co jesienią stało się z projektem nowelizacji. To właśnie ten wykastrowany z wielu pomysłów projekt, po kosmetycznych poprawkach, 7 stycznia przyjęła Rada Ministrów, tym samym nie traktując serio problemów poruszonych w Pani liście. Rozczarowania nie ukrywa m.in. prezes NRL, który w liście do lekarzy i lekarzy dentystów [publikujemy go na s. 5 – przyp. red.] stwierdził, że zarówno tryb prac nad tym projektem, jak i jego obecny kształt, są dalekie od oczekiwań środowiska, a poważne kontrowersje wzbudza dodanie nowych, nieprzewidzianych w pierwotnych założeniach, przepisów dotyczących obniżenia wymogów uzyskania PWZ i PWZLD przez osoby posiadające dyplom wydany poza UE.

Mimo ogromnej liczby uwag zgłoszonych do projektu, zresztą nie tylko przez NRL, nie odbyła się konferencja uzgodnieniowa. Niezależnie od tego, co wkrótce zrobią parlamentarzyści, „Gazeta Lekarska” będzie trzymała rękę na pulsie, nie tylko informując o tym, co stanie się z nowelizacją kluczowej dla lekarzy ustawy, ale również przybliżając przewidywane skutki jej wejścia w życie. Także te, o których Pani Doktor i inni lekarze, mówią nam, prosząc o anonimowość. ■

**KTO ZOSTANIE LIDEREM VBHC?**

19 marca odbędzie się gala, podczas której zostaną wręczone nagrody laureatom III edycji konkursu „Liderzy zmian w ochronie zdrowia. Leaders of VBHC”. Przed uroczystością zaplanowano konferencję dotyczącą architektury rozwiązań istniejących w ochronie zdrowia, opartych o wartość.

Konkurs to wspólna inicjatywa Wolters Kluwer Polska oraz Uczelni Łazarskiego. Tegoroczna edycja ma za zadanie docenić placówki lecznicze, które rozwijają praktyki nakierowane na jak najlepszy efekt zdrowotny i doświadczenia pacjentów, czyli tzw. value based health care. Prezes NRL objął wydarzenie patronatem honorowym, a „Gazeta Lekarska” – patronatem medialnym. Szczegóły na www.liderzy-zmian.pl. ■



SŁAWOMIR BADUREK

diabetolog, publicysta medyczny

OBSERWACJE

Światelko w tunelu

Gdy ponad dwadzieścia lat temu zaczynałem pracę z chorymi na cukrzycę, do dyspozycji była tzw. insulina ludzka [analogi weszły na polski rynek kilka lat później] oraz zawężony do metforminy, pochodnych sulfonilomocznika i akarbozy wybór leków doustnych. Jeśli spodziewano się postępu w diabetologii, to w leczeniu cukrzycy typu 1.

Na przełomie ubiegłego i bieżącego stulecia niektórzy eksperci twierdzili nawet, że w perspektywie dekady ta postać choroby będzie wyleczalna. Niestety, przeszczepy wysp trzustkowych, z którymi wiązano największe nadzieje, nie okazały się tak skuteczne jak zakładano, a dostęp do metody, wciąż bazującej na pobraniu materiału od zmarłego dawcy, pozostał bardzo ograniczony.

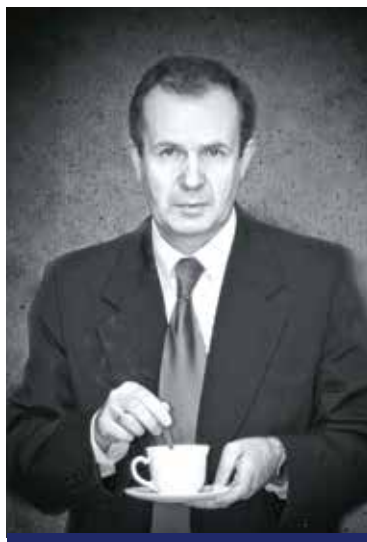
W tym samym czasie rynek farmaceutyczny doświadczył kilku spektakularnych porażek, związanych z niewykazanymi przed zarejestrowaniem leku poważnymi powikłaniami. W 2008 r. skłoniło to FDA, nadzorującą rynek żywności i leków w Stanach Zjednoczonych, do zmiany zaleceń dla firm farmaceutycznych w procesie rejestracji leku. W przypadku cukrzycy typu 2, gdzie o zwiększonym ryzyku zgonu decydują przede wszystkim powikłania z zakresu układu krążenia, zażądano, by ocena bezpieczeństwa sercowo-naczyniowego stała się elementem badań nad wszystkimi nowymi lekami. Ustalono przy tym górną granicę względnego ryzyka incydentów sercowo-naczyniowych dla nowo wprowadzanych leków. Zmiany te bardzo dobrze współgrały z wynikami badań klinicznych z chorymi na ten typ cukrzycy oraz obserwacjami

doświadczonych diabetologów potwierdzającymi, że nie wystarczy obniżyć stężenia glukozy, by uchronić chorego przed zawałem serca lub udarem mózgu. Przybywało także dowodów, że u starszych chorych, od wielu lat leczonych na cukrzycę typu 2, dążenie do coraz bardziej wyśrubowanych celów wyrównania glikemii zwiększa ryzyko chorób serca i naczyń.

Wejście na rynek floszyn oraz leków inkretynowych z grupy analogów GLP-1, spełniających z nawiązką wymogi FDA, a także wprowadzenie coraz lepiej naśladujących fizjologię analogów insuliny, przesunęło diabetologię do liderów nowoczesnej farmakoterapii. Co ważne, do przełomowych zmian doszło w leczeniu cukrzycy typu 2, która stanowi około 90 proc. przypadków tej choroby, decydując o przyznaniu jej miana globalnej epidemii. Leki o udowodnionej skuteczności w zmniejszaniu ryzyka sercowo-naczyniowego oraz progresji przewlekłej choroby nerek znalazły się niedawno na liście refundacyjnej. Nawet zazwyczaj bardzo krytyczna wobec rządu „Gazeta Wyborcza” dała z tej okazji tytuł: „Polska w awangardzie leczenia cukrzycy”. Nie tak prędko! Spuśćmy zasłonę milczenia na bardzo późne na tle krajów rzeczywiście będących w diabetologicznej awangardzie objęcie nowoczesnych leków refundacją. Ważniejsze, że aby otrzymać receptę z ulgą, trzeba spełnić jednocześnie kilka warunków, a z nowych i skutecznych w redukcji ryzyka powikłań leków skorzystają w praktyce chorzy, którzy już takie powikłania mają. Co oczywiste, taka polityka ma na celu zmieszczenie się w przeznaczonym na refundację budżecie, który sytuuje nas w ogonie UE. Dlatego, chociaż uważam ostatnie zmiany za krok w dobrym kierunku, widzę zaledwie światelko w tunelu, a nie sukces na miarę dołączenia do diabetologicznej czołówki. W tym wypadku do osiągnięcia odczuwalnej poprawy nie wystarczy przyjazna dla chorych, to jest o wiele lepiej niż u nas finansowana, polityka refundacyjna. Należałoby wznowić opłacanie przez NFZ edukacji diabetologicznej, a także wdrożyć ogólnopolski program leczenia otyłości, ukierunkowany przede wszystkim na dzieci i młodzież. I tak przez wiele lat! Co ważne – mamy kadrę potrzebną do realizacji tych zadań, brakuje „tylko” pieniędzy. ■

“

Diabetologia dołączyła w ostatnich latach do liderów nowoczesnej farmakoterapii.



JAROSŁAW WANECKI

pediatra, felietonista

EPIKRYZA (95)

Solista. Chór. Orkiestra.

Przełom roku obfitował w wydarzenia artystyczne z udziałem lekarzy i lekarzy dentystów zaangażowanych „po godzinach” we wspólne śpiewanie czy szerzej – muzykowanie. Koncerty charytatywne, jubileuszowe, promocje nagrań i klipów, kolędowanie w szpitalach i izbach okręgowych łączy, przypominając o humanistycznych podstawach zawodów, które uprawiamy.

W listopadzie uczestniczyłem w Poznaniu w niezwykle dla mnie, bo niemedycznej uroczystości Uniwersytetu Muzycznego im. Ignacego Jana Paderewskiego, który nadał tytuł doktora habilitowanego sztuki Hannie Zajączkiewicz. Nasza koleżanka jest laryngologiem, pomagającym śpiewakom, nie tylko jako lekarz, ale także konsultant emisji głosu. Sama od wielu lat czaruje publiczność swoim sopranem.

30-lecie odrodzonego samorządu lekarskiego zbiegło się z jubileuszami chórów lekarskich w Warszawie i na Śląsku. Stołeczny „Medicantus”, pod dyrekcją Beaty Herman i opieką doktora Krzysztofa Moczarskiego, świętował wspólnie z orkiestrą Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Katowicki „Cames”, prowadzony przez Dorotę Dziełak-Szczepan i doktor Magdalenę Gawron-Kiszkę, zaprosił na grudniowe kolędowanie do siedziby Śląskiej Izby Lekarskiej. Koncertom towarzyszyły wspomnienia, podziękowania i wzruszenia, naturalne przy takich okazjach.

Rok 2020 będzie obfitował w muzyczne atrakcje. Polska Orkiestra Lekarzy, prowadzona przez doktor Elżbietę Czechowską, uczy w Poznaniu swoje 10. urodziny. W mojej pamięci

wciąż pozostaje charytatywny występ z Łęborka. Nie zrozumie misji artystycznej lekarzy ten, kto choćby raz nie widział owacji, jaką potrafią wywołać, oklaskujący sceniczną pracę naszych koleżanek i kolegów, pacjenci.

W basenie artystycznym Warszawskiej Opery Kameralnej odbyła się pod koniec roku premiera spektaklu „Przerwana cisza”, napisanego przez Maestro Krzesimira Dębskiego do libretta profesora Henryka Skarżyńskiego. Współczesna medycyna przywraca nie tylko zdrowie, ale pozwala na rozwijanie przerwanych chorobą umiejętności. Świadczą o tym kolejne edycje Międzynarodowego Festiwalu Dzieci i Młodzieży „Ślimakowe Rytmy”, w których biorą udział pacjenci wyprowadzeni z głuchoty. Zawołanie Macieja Miecznikowskiego: „Bijcie brawa – oni słyszą!” jest najpiękniejszą recenzją terapeutycznego wysiłku prowadzonego tak nieustępliwie we wszystkich gabinetach sztuki lekarskiej.

Wigilię wieczoru Trzech Króli spędziłem w Poznaniu. Orkiestra Kameralna Wielkopolskiej Izby Lekarskiej „Operacja Muzyka” Dobrochny Martenki razem z lekarskim chórem pod batutą Justyny Chełmińskiej przygotowały „Oratorium na Boże Narodzenie” Huberta Kowalskiego. Tłumy. Ścisk. Magia. Energia na Nowy Rok. Takich koncertów można pozazdrościć prezesowi Arturowi De Rosier. To już nie jest akademicka, ale najwyższy wymiar artystyczny. Sanatorium przed wyzwaniem codzienności.

Kalendarz kulturalny NIL to ułamek aktywności, w które angażują się lekarze w okręgach. Wrześniowe warsztaty z koncertem hitów Opola pokażą, jak potrafimy czerpać z muzyki rozrywkowej. Bydgoski Chór „Medici Cantares” wskazuje nowy kierunek, podbijając internet profesjonalnymi klipami. Krakowska „Wena” usłyszy doktor Ewelinę Sielską-Badurek, która na swojej najnowszej płycie przypomina, że „Miłość (...) wszystko wybacz”, bo miłość, muzyka, malarstwo, fotografia, literatura, ceramika... i sztuka w najszerszym pojęciu tego słowa, leczą! O tym nie możemy zapomnieć! ■

“

To już nie jest akademicka, ale najwyższy wymiar artystyczny. Sanatorium przed wyzwaniem codzienności.



AGATA
MORKA

historyk sztuki

BŁĄD MALARSKI

Niech żyje bal

Jest w Krakowie, u stóp Wawelu, coś dużo bardziej ekscytującego niż smok zięjący ogniem na monety. We wnętrzu kościoła św. Bernardyna ze Sieny odbywa się nie lada bal: w rytm muzyki granej na żywo przez zespół tańczą w kole postacie. Ciała wyginają się w płasach, policzki różowieją, wstążki furkają na wietrze. Księżniczki, służące, mieszczki – wszystkie całą sobą tańczą ze śmiercią.



Obraz:
„Taniec śmierci”,
Główny panel,
XVII w., kościół
Bernardynów
w Krakowie

Ponad dwumetrowy obraz przedstawiający *danse macabre* składa się ze sceny głównej otoczonej serią mniejszych, gdzie kościotrupy nachodzą kardynałów, króli i wieśniaków. Śmierć prosi do tańca wszystkich.

Na otwartej łące, dłoń w dłoń z kościotrupami płasają tu przedstawiciele wszystkich stanów. Dodana do sceny inskrypcja przypomina o uniwersalnej naturze umierania: „Różnych Stanów piękne grono/ Gęstą

Śmiercią przepleciono/ Żyjąc wszystko tańczujemy/ A że obok Śmierć nie wiemy”. Scena to dość makabryczna, ale nie brak w niej również nut humoru. Kościotrupy nie tylko tańczą, ale okazują się także pomocne: podtrzymują nuty grajkom, dbając o stały napływ muzyki.

Ten krakowski taniec zawsze wydawał mi się znacznie lepszym portretem medycyny niż heroiczne posągi Asklepiosa z wijącym się obok niego Eskulapem. Przedstawienia *danse macabre* rozkwitły w średniowieczu,

w czasach nie tylko wiecznych wojen, ale i epidemii, których skalę trudno jest sobie nawet wyobrazić. Czarna Śmierć, która przetoczyła się przez Europę w wieku XIV, zebrała makabryczne żniwo i żaden ówczesny medyk nie był w stanie temu zapobiec. Przedstawienia *danse macabre* to poniekąd artystyczna odpowiedź na tak bliskie, codzienne doświadczanie śmierci. To także niezwykle szczere ujęcie codziennej, przegranej medycyny, która od zawsze tańczy ze śmiercią. ■

Rozwiązanie zagadki z „GL” 12/2019-01/2020

1. Dodanie butelki wina na stole.

Urynę czasami mieszano z winem w celu przeprowadzenia dogłębnych testów. Alkohol miał wchodzić w reakcję z niektórymi białkami w moczu, mógł zatem pomóc w bardziej skrupulatnej diagnozie.

2. Dodanie po lewo na ścianie diagramu z kołem.

W odczytywaniu pobranych próbek pomagało w XVI w. tzw. koło uryny, które opisywało kolor i zapach moczu i korespondujące z nimi schorzenia. Koło było używane aż do połowy XIX w.

3. Ręka starszej kobiety na brzuchu młodej.

Gest ten w jednoznaczny sposób wskazywał na ciążę dziewczyny.

4. Opuszczenie białej części sukni kobiety w ciąży.

Gest, którym kobieta podciąga suknię, jest charakterystyczny i występuje również w przedstawieniach Nawiedzenia św. Elżbiety przez Maryję, kiedy to obie były w ciąży.



Obraz: Lekarz egzaminujący mocznicy ciężarnej kobiety, przypisywany malarzowi niderlandzkiemu, XVIII w., kolekcja Wellcome Trust, na licencji CC BY

NAGRODZENI Z „GL” 12/2019-01/2020: Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Barbara Korczyńska z Pszczyny**. Gratulujemy! Nagrody dodatkowe: **Agnieszka Kolak z Lublina, Karolina Martin z Poznania, Michał Płachta z Poznania**.

Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl **do 15 lutego 2020 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.

PRZYCHODZI WENA DO LEKARZA

Jesień

(fragmenty)

– No dobrze, już dobrze! Przestań Hrabia! Wstaje! – odepchnęła kocura. Codziennie ten sam rytuał. Kilka miesięcy temu przestała nastawiać budzik. Stary kocur był punktualny jak szwajcarski zegarek. Najpierw delikatnie trącał noskiem w jej nos, a kiedy to nie przynosiło efektów, stawał się bardziej natarczywy.

W ostateczności swoim całym kocim majestatem kładł się na jej twarzy i tak długo kokosił, aż musiała zareagować. A wtedy już biegł do kuchni i wyczekiwał przy lodówce, w której czekały pyszne śniadaniowe szprotki. Faktycznie w ostatnim czasie Hrabia musiał się namęczyć, zanim namówił swą Panią do zwleczenia się z łóżka. Wiedziała o tym. Co dzień obiecywała sobie, że tym razem się nie upije, dziś tylko dwa kieliszki. Niestety, kiedy przychodził wieczór i wracały strachy, pocieszała się „małą imprezką” w postaci kieliszka wina. „Małe imprezki” przerodziły się z czasem w regularną balangę. Jedna, czasami dwie butelki wina, paczka Marlboro, film z Gregorym Peckiem lub Marlonem Brando, potem wizja samotnej śmierci i uzalanie się nad sobą, wściekłość i kłatwy pod adresem byłego męża. Męża, który oświadczając pewnego wieczora, że wyprowadza się do koleżanki z oddziału, gdyż są razem szczęśliwi, a „to małżeństwo już dawno umarło i chyba tylko ktoś nienormalny mógłby tego nie zauważyć”, przyczynił się do jej upadku. Furia, rozpacz i... urwanie filmu. Znowu.

Szurając kapciami, weszła do kuchni. – Nie patrz tak na mnie. Wiem, co myślisz. Pewnie wyglądam okropnie. Zakończę to Hrabio, pozbieram się. Już niedługo – mamrotała, serwując kocurowi śniadanie. Nastawiła ekspres do kawy i usiadła przy kuchennym stole. Mimo kaca, do którego zdążyła przywyknąć, poranki nie były takie złe. Co wieczór od dwóch lat ponosiła porażkę. Samotność i żal do byłego męża ją przerastały. Za to poranna kawa, przedwyjściowa krzątania, potem spacer do pracy i sama praca były wybawieniem. Przychodnia była bezpiecznym gruntem, gdzie narzuciła sobie reżim niebystwa, starzejącą się rozwódką.

– A Ty co? Obrażony? – zagadnęła w stronę kota, który od jakiegoś czasu siedział ostentacyjnie zwrócony do niej tyłem. – Przecież wiesz, że muszę wyjść i pracować na Twoje przysmaki. Masz ochotę dziś wieczorem na tuńczyka? – Hrabia nadstawił uszu. – Szybko wróć. Hrabia odwrócił się powoli, po czym, niby od niechcenia zaczął ocierać się o jej nogi, pomrukując (...).



gazetalekarska.pl

O AUTORZE



PAULINA KLOPPER

**Laureatka VIII edycji konkursu
„Przychodzi wena do lekarza”
III miejsce w kategorii PROZA**

Absolwentka Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku i specjalistka chorób zakaźnych, a obecnie w trakcie specjalizacji z medycyny rodzinnej. Mieszka i pracuje w Gdańsku. Ma trójkę dzieci. Jej pasją są podróże. Dotychczasowa twórczość Pauliny Klopner to prowadzenie bloga z podróży po Ameryce Południowej dla przyjaciół.

KULTURA**PhotoArtMedica 2019**

„Jaskinia lodowa
Vatnajökull”,
dr Ryszard Zembruski
Złoty Medal Fotoklubu RP

www.photoartmedica.pl

**Płyta**

Piosenki z krążka „Miłość Ci wszystko wybaczy” Eweliny Sielskiej-Badurek (wokalistka i lekarz) i Emilii Sitarz (pianistka) przenoszą w niezwykły klimat lat dwudziestych XX w. Płyta została objęta patronatem honorowym prezesa NRL Andrzeja Matyi oraz mecenatem Komisji Kultury NRL, a „Gazeta Lekarska” jest jednym z patronów medialnych. ■

Jubileusz

14 grudnia chór CAMES (Cantus Medici ex Silesia) uroczystie obchodził swoje 10-lecie. Z tej okazji w sali audytoryjnej Domu Lekarza w Katowicach odbył się specjalny, jubileuszowy koncert świąteczno-noworoczny. ■

Teledysk

„Północ już była” w wykonaniu chóru żeńskiego Medici Cantares w Bydgoszczy.

Przychodzi wena do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Profesora Andrzeja Szczeklika
Edycja IX

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

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

Termin nadsyłania prac konkursowych
25 marca 2020 roku.

Szczegółowe informacje o konkursie są dostępne na stronie internetowej: www.mp.pl/wena

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



PARTNERZY



Mimo Wszystko
Fundacja Anny Dymnej



PATRON MEDIALNY



ORGANIZATORZY



medycyna praktyczna 

KULTURA

Lekarze poeci i fotograficy

Rozstrzygnięto 9. Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy i Studentów Medycyny. Uroczysta gala wręczenia nagród i wyróżnień odbyła się 14 grudnia w unikatowej Galerii Sztuki Nieprofesjonalnej w siedzibie Lubelskiej Izby Lekarskiej.

TEKST MAREK STANKIEWICZ

Do konkursu zgłoszono aż 274 prace, które wnikliwie oceniło jury pod przewodnictwem wybitnych artystów fotografików oraz lekarzy pasjonatów sztuki.

Grand Prix konkursu przypadło prof. med. Maciejowi Wójcikowi, kardiologowi z Lublina, który owładnięty miłością do fotografii analogowej, krążąc po antypodach, tworzy niezwykle obrazy naszej planety, tym razem z Islandii. Twórczość fotograficzna prof. Wójcika była już wielokrotnie doceniona w otwartych krajowych i międzynarodowych konkursach.

W poszczególnych kategoriach tematycznych nagrody wręczono: Renacie Pędrak, Jerzemu Ratajskiemu,



Katarzynie Stor, Adamowi Cukrowskiemu, Janowi Furmanowi i Iwonie Leśniewskiej, a także studentce medycyny Marcie Piotrowskiej.

Lubelskiej gali towarzyszyło rozdanie nagród dla laureatów 4. Ogólnopolskiego Konkursu Poetyckiego „Lekarze Dzieciom”. Nagrodzono zarówno prozę i poezję. Katarzyna Warda z Lublina odebrała pierwszą

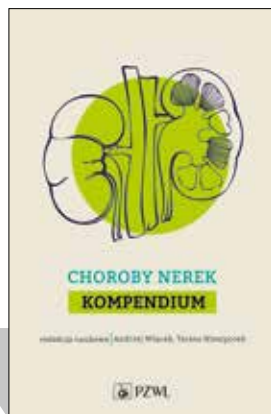
nagrodę w kategorii proza za utwór „Oskar i pracownia mikstur”. Pierwszą nagrodę w kategorii wiersz otrzymał dr Jan Stanisław Kamyk Kamieński z Kraśnika za utwór „Nasz Dom”.

Warto przyrzeć się i zachwycić się artystycznymi dziełami lekarzy w lubelskim Klubie Lekarza codziennie, za wyjątkiem weekendu, w godz. 9:00-16:00. ■



gazetalekarska.pl

NASZA CZYTELNIĄ



Choroby nerek. Kompendium

Redakcja: Andrzej Więcek, Teresa Nieszporek

Publikacja na temat współczesnej nefrologii, ze zwróceniem szczególnej uwagi na zagadnienia kliniczne chorób nerek, podane w bardzo czytelnej formie o jednolitym układzie poszczególnych rozdziałów, co ułatwia przyswojenie wiedzy. Kompendium zawiera wiele rycin, tabel i algorytmów uzupełniających prezentowane zagadnienia.



Terapia chronicznego wstydu. Perspektywa relacyjna i neurobiologiczna

Patricia A. DeYoung

Autorka, założycielka Toronto Institute for Relational Psychotherapy, odsłania prawdziwą, relacyjną naturę wstydu. Wyjaśnia, w jaki sposób chroniczny wstyd zapisuje się w mózgu i wpływa na osobowość, tłumaczy złożone teorie i przekłada je na codzienną praktykę terapeutyczną z pacjentami doświadczającymi paraliżującego i wyniszczającego wstydu.

SPORT



Bieg

23 listopada aż 400 osób, w tym lekarze i trzykrotny mistrz świata Robert Korzeniowski, pobięło w Porannym Biegu Po Plantach Krakowskich, którego celem była promocja regularnej, niezależnej od warunków pogodowych, aktywności fizycznej. ■

Tenis



gazeta**lekarska**.pl

W dniach 4-6 stycznia, pod egidą Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy, odbył się XIX Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy „Trzech Króli”. 50 lekarzy rywalizowało na trzech kortach o nawierzchni twardej w obiekcie „Scout” w Częstochowie. Organizatorem turnieju była OIL w Częstochowie. ■

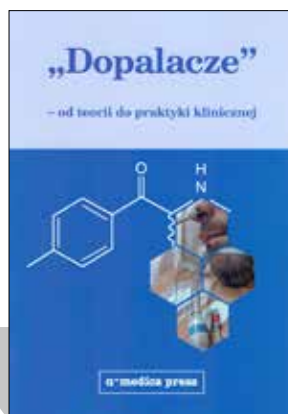
FOTO: MICHAŁ SŁOWIŃSKI



Farmakoterapia zakażeń stomatologicznych u dzieci i młodzieży

Redakcja: Dorota Olczak-Kowalczyk

Monografia obejmuje problematykę z zakresu mikrobiologii jamy ustnej, przedstawia mechanizmy obrony przeciwustrojowej oraz rodzaje zmian infekcyjnych występujących w jamie ustnej dzieci. Zostały w niej podane aktualne informacje na temat leków oraz sposobów ich stosowania w przebiegu chorób bakteryjnych, wirusowych i grzybiczych.



Dopalacze – od teorii do praktyki klinicznej

Redakcja: Anna Krakowiak, Aleksander Rutkiewicz

Jak duże jest zjawisko zatrucia tzw. dopalaczami w Polsce? Jakie są możliwości i ograniczenia diagnostyki laboratoryjnej w przypadku tych nowych substancji psychoaktywnych? Jak leczyć ostre przypadki kliniczne? Na te i wiele innych pytań odpowiadają profesjonaliści, którzy w swojej codziennej praktyce zmagają się z problemami osób, które zażyły tego typu środki.

Kalendarz wydarzeń KULTURALNYCH i SPORTOWYCH

2020

6 MARCA

XX Ogólnopolska Biesiada
Literacka wraz z premierą
11. programu Kabaretu
OIL-BAK

OIL w Łodzi
Maria Człapińska
(42 683 17 01, biuro@oil.lodz.pl)

KULTURA

31 MARCA

XI Ogólnopolski Konkurs
Poetycko-Prozatorski Puls
Słowa dla Lekarzy i Lekarzy
Dentystów
finał: 14 października
NIL i OIL w Warszawie
Majka Maria Żywicka-Luckner
(604 286 324,
majkazywicka@wp.pl)

30 KWIETNIA – 8 MAJA

VIII Międzynarodowy Salon
Fotografii Artystycznej –
Photo Art Medica 2020
OIL w Częstochowie
Krystof Muskalski
(601 919 619)

8-10 MAJA

X Międzynarodowy Przegląd
Lekarzy Śpiewających
„Musica Mores Confirmat”
OIL w Szczecinie
Grzegorz Czajkowski
(91 487 49 36,
ksidor@oil.szczecin.pl)

MAJ/CZERWIEC

XX Ogólnopolski Plener
Malarski
NIL
Włodzimierz Cerański
(602 121 084,
w.ceranski@oilwaw.org.pl)

21 MAJA

IX Ogólnopolski Konkurs
Literacki Im. Profesora
Andrzeja Szczeklika
„Przychodzi Wena do lekarza”
(nadsyłanie prac do 25 marca)
Gala w Teatrze Słowackiego
w Krakowie. Koncert Eweliny
Sielskiej-Badurek i Stanisława Soyki
NIL i Medycyna Praktyczna
Anna Wierchowaska-Woźniak
(663 430 68, www.mp.pl/wena)

24-29 MAJA

XVIII Ogólnopolska Wystawa
Malarstwa Lekarzy wraz
z konkursem
OIL w Łodzi
Andrzej Świąt
(42 683 17 01,
biuro@oil.lodz.pl)

6 CZERWCA

V Ogólnopolski Festiwal
Lekarskich Zespołów
Rockowo-Bluesowych
„ESCLAP ROCK 2020”
OIL w Olsztynie
Anna Chlebowska-Kulik
(89 539 19 29, 609 690 466)

17 PAŹDZIERNIKA

VIII Międzynarodowe
Warsztaty Fotograficzne
Lekarzy Photo Art Medica
2020
OIL w Częstochowie
Krystof Muskalski
(601 919 619)

15-20 WRZEŚNIA

VIII Ogólnopolski Plener
Fotograficzny Lekarzy
– Kazimierz Dolny 2020
Lubelska Izba Lekarska
Dariusz Hankiewicz
(602 465 578)

20-27 WRZEŚNIA

VII Ogólnopolski Plener
Ceramiki Artystycznej dla
Lekarzy i Lekarzy Dentystów
NIL
Stanisław Mysiak
(605 256 335)

25-27 WRZEŚNIA

II Kongres Kultury Lekarskiej
w Opolu
I Lekarski Przegląd Piosenki
Polskiej – Opole 2020
Naczelna Izba Lekarska
Milena Dobrzyńska
(22 559 13 39)
Jarosław Wanecki (603 110 978)
Jerzy Lach (664 936 762)

25-30 PAŹDZIERNIKA

Ogólnopolska Wystawa
Fotograficzna „Świat
w Obiektywie Lekarskim”
wraz z konkursem
OIL w Łodzi
Andrzej Świąt
(42 683 17 01,
biuro@oil.lodz.pl)

25 PAŹDZIERNIKA

Charytatywny Koncert
Polskiej Orkiestry Lekarzy
w Poznaniu
Jubileusz 10-lecia Polskiej
Orkiestry Lekarzy
NIL i OIL Poznań
Elżbieta Czechowska
(608 292 023)

31 PAŹDZIERNIKA

V Ogólnopolski Konkurs
Poetycko-Literacki „Lekarze
– Dzieciom”
Lubelska Izba Lekarska
Michał Dudziński
(506 807 456)

12 GRUDNIA

X Ogólnopolski Konkurs
Poetycko-Literacki „Lekarze
i Studentów Medycyny 2020”
Lubelska Izba Lekarska
Krystof Sak
(505 465 653)

SPORT

4-6 STYCZNIA

XIX Ogólnopolski Turniej
Tenisowy Lekarzy
w Częstochowie
„Trzech Króli”
Częstochowa
OIL w Częstochowie
Lesław Rudziński (601 913 381)
Rita Idziak (34 368 18 88,
czestochowa@hipokrates.org)

10-12 STYCZNIA

zastępcy: 17-18 stycznia
XXIII MPL w narciarstwie
alpejskim
Czarna Góra – Sienna
Dolnośląska IL we Wrocławiu
Maciej Kaczmarek (602 157 321)
Mariusz Smolik (604 045 609)

10-12 STYCZNIA

V Ogólnopolskie
Mistrzostwa Lekarzy
i Prawników w Szachach
Kazimierz Dolny n/Wisłą
Lubelska IL
Marek Gogacz
(502 114 898)

11 STYCZNIA

VIII Halowe Mistrzostwa
Lekarzy Pomorza
i Kujaw w Tenisie
Bydgoszcz
Bydgoska IL
Zbigniew Kula
(606 464 455)

16-27 STYCZNIA

SNOWMED – Zawody Slalom
Gigant Lekarzy SKI/SNB
La Rosiere (Francja)
OIL w Łodzi
Piotr Kosielski
(535 003 002)

19 STYCZNIA

XVIII Ogólnopolskie
Mistrzostwa Beskidów
Lekarzy w Narciarstwie
Alpejskim
Wisła
Beskidzka IL
Janusz Lewandowski (606 235 361,
janlewdoctor@interia.pl)
www.stozekwisla.pl

25 STYCZNIA

zastępcy: 15 lutego
(szczegóły: www.mp60.pl)
XXIII MPL w Narciarstwie
Biegowym (CT)
Magurka Wilkowska
Beskidzka IL
Maciej Pająkowski
(602 177 857)
www.gosir.wilkowice.pl

31 STYCZNIA – 2 LUTEGO

VI Puchar Polski Lekarzy,
Farmaceutów, Prawników
– SKIMIL w Narciarstwie
Alpejskim
Krynica
Śląska IL w Katowicach
Mariusz Smolik (504 045 609)
Piotr Zagórski (663 787 901)

9 LUTEGO

II Puchar POLSKIMED
Wisła Skolnity
POLSKIMED
Mariusz Smolik
(504 045 609)
Piotr Zagórski
(663 787 901)

13- 16 LUTEGO

Puchar Świata Lekarzy
w Futsalu 2020 – Doctor
World Cup of Futsal 2020
Kraków
OIL w Krakowie, Polski Związek
Piłki Nożnej Lekarzy
Jakub Łada
(609 614 974, kubalada@gmail.com)
Jakub Kosikowski
(725 444 784, kosikxd@gmail.com)

15 LUTEGO XII Zimowe MPL w Triathlonie <i>Sandomierz</i> Świątokrzyska IL w Kielcach Jacek Łabudzki (603 914 107, drdjl@op.pl)	22 LUTEGO 3. Halowe MPL w Lekkiej Atletyce <i>Toruń</i> Kujawsko-Pomorska IL w Toruniu Julian Pełka (504 101 375, julekp@onet.pl)	23 LUTEGO – 1 MARCA Wyjazd treningowy i udział w Mistrzostwach Europy Lekarzy <i>Bad Gastein</i> POLSKIMED	LUTY Primaaprilisowy Bieg Lekarzy <i>Jakuszyce</i> Dolnośląska IL we Wrocławiu Zbigniew Markiewicz (508 269 901)	9–10 MARCA zastępczy: 16–17 marca Zawody narciarskie dzieci rodzin lekarskich <i>Istebna</i> POLSKIMED Naczelna Izba Lekarska
14 MARCA zastępczy: 21 marca MPL w Bowlingu <i>Bydgoska IL</i> Marcin Gierach (506 180 304, marcin_gierach@wp.pl)	27–28 MARCA XX MPL w piłkę siatkową <i>Wieluń</i> OIL w Łodzi Bogna Kanicka (604 947 486) Mirosław Kanicki (602 516 139)	27–28 MARCA III MPL OLDBOY w piłkę siatkową <i>Wieluń</i> OIL w Łodzi Bogna Kanicka (604 947 486) Mirosław Kanicki (602 516 139)	27–29 MARCA Ogólnopolski Halowy Turniej Tenisowy Lekarzy BKT Advantage <i>Bielsko-Biała</i> Beskidzka IL Wojciech Wrzoł (501 307 154) Grażyna Martini-Kamińska (605 724 388)	MARZEC Mistrzostwa Dolnego Śląska Lekarzy w Squasha <i>Wrocław</i> Dolnośląska IL we Wrocławiu Piotr Musik (602 268 928)
4 KWIETNIA 23. MPL w Biegu na 15 km (w ramach 34. Biegu Sokola) <i>Bukowiec Górny</i> Wielkopolska IL w Poznaniu Leszek Walczak (601 754 720)	17–18 KWIETNIA II Otwarte Grand Prix Lekarzy w Kolarstwie Szosowym <i>Kamień Śląski k. Opola</i> OIL w Opolu Radosław Operacz (602 270 228, rope@wcm.opole.pl)	23–25 KWIETNIA XV MPL w Pływaniu „Dębica 2020” <i>Dębica</i> OIL w Rzeszowie Janusz Bieniasz (604 090 587, bienjan@op.pl)	25–26 KWIETNIA zastępczy: 16–17 maja VIII MPL w Badmintonie IX Puchar Medyczny „BibinKton Cup 2020” <i>Łódź</i> OIL w Łodzi Robert Bibik (695 864 973, rmbibik@wp.pl)	9 MAJA zastępczy: 10 maja XI Gdański Bieg Lekarzy <i>Gdańsk</i> OIL w Gdańsku Marzena Szarańska (504 081 255, szarańska@wp.pl) Anna Ingielewicz (512 434 828, ania.ingielewicz@wp.pl) Łukasz Skorupa (502 890 284, skori@gumed.edu.pl)
15–16 MAJA zastępczy: 29–30 maja XI Mistrzostwa Okręgowych Izb Lekarskich w Golfie <i>Lubelska IL</i> Artur Czekierdowski (600 450 767)	16 MAJA I Mistrzostwa Europy Lekarzy w Brazylijskim Jiu-Jitsu <i>Wrocław</i> Dolnośląska IL we Wrocławiu Michał Głuszek (606 768 467)	17 MAJA III Otwarte Mistrzostwa Śląska Lekarzy i ich Rodzin w Tenisie Stołowym <i>Gliwice</i> Śląska IL w Katowicach Zbigniew Stefański (691 939 708)	21–24 MAJA Otwarcie Sezonu Klubu Motocyklowego Lekarzy „DoctorRiders” <i>Szczecin</i> OIL w Szczecinie Wojciech Biel (601 418 185) Wojciech Grzegorzczak (607 216 924) Mieczysław Chruściel (660 956 071)	22–24 MAJA Ogólnopolski Turniej Tenisa Lekarzy w Gdańsku <i>Gdańsk</i> OIL w Gdańsku Tomasz Zwierski (792 022 553, tomzwi90@gmail.com)
28–30 MAJA XIX MPL w szachach MPL w szachach Turniej Rodzin Lekarskich w szachach <i>Kielce</i> Świątokrzyska IL, Śląska IL Piotr Wiśniewski (606 100 091, dr_piotr@interia.pl) Leszek Bakalarz (535 890 777, l.bakalarz@wp.pl)	29–30 MAJA V MPL OLDBOYS 45+ w piłce nożnej 6-osobowej <i>Częstochowa</i> OIL w Częstochowie Piotr Janik (602 380 957) Przemysław Klimas (604 792 574) Rita Idziak (34 368 18 88, czestochowa@hipokrates.org)	29–31 MAJA XI Ogólnopolskie Regaty Lekarzy w klasie Puck <i>Puck</i> OIL w Gdańsku Marcin Szczęśniak (603 696 160, mardent@autograf.pl)	30–31 MAJA XIII MPL w piłce nożnej 6-osobowej <i>Częstochowa</i> OIL w Częstochowie Piotr Janik (602 380 957) Przemysław Klimas (604 792 574) Rita Idziak (34 368 18 88, czestochowa@hipokrates.org)	30–31 MAJA XX Jurajski Rajd Rowerowo- Kajakowy Lekarzy <i>Jastrzęb</i> OIL w Częstochowie Tomasz Klimza (691 488 383) Rita Idziak (34 368 18 88, czestochowa@hipokrates.org)
31 MAJA XXII MPL w Biegu na 10 km <i>Bielsko-Biała</i> Beskidzka IL Maciej Pajtkowski (602 177 857) www.asir.pl	5–7 CZERWCA III MPL w Koszykówce <i>OIL w Łodzi</i> Sebastian Zabierek (601 245 868) Piotr Kosielski (535 003 002)	6 CZERWCA 4. MPL w Wielobojach Lekkoatletycznych <i>Toruń</i> Kujawsko-Pomorska IL w Toruniu Julian Pełka (504 101 375, julekp@onet.pl)	7 CZERWCA Mistrzostwa Pomorza Lekarzy i Mistrzostwa Polski Sztafet Lekarskich w Triathlonie na dystansach 1/4 i 1/8 IM <i>Skarszewy – Starogard Gdański</i> OIL w Gdańsku Ewa Greczyło (691 498 353)	11–14 CZERWCA XIV MPL w Siatkówce Piłkowej <i>Niechorze</i> OIL w Szczecinie Cezary Sierant (605 575 499)
11–14 CZERWCA XXX letnie MPL w Tenisie „Lexus Cup 2020” <i>Poznań</i> Wielkopolska IL	12–13 CZERWCA 17. MPL w Kolarstwie Szosowym <i>Bychawa, Pszczela Wola k. Lublina</i> Lubelska IL Krzysztof Matras (605 084 016) Mariusz Trus (697 111 238) www.szosa.eu	12–13 CZERWCA XX MPL w Golfie <i>Modry Las</i> Binowo OIL w Szczecinie Jerzy Szymczak (501 161 191)	20 CZERWCA VIII MPL w Triathlonie MTB <i>Zalew Sobótka w Płocku</i> OIL w Płocku Grzegorz Augustyniak (501 675 548, oilplock@plocman.pl)	20–21 CZERWCA zastępczy: 27–28 czerwca X Ogólnopolski Grand Prix w strzelectwie myśliwskim dla lekarzy „Złoty Eskulap” <i>Puławy</i> Lubelska IL Marek Gogacz (502 114 898) Tomasz Wójcicki (502 190 494)

25-28 CZERWCA Rajd PSK „Podlaski Przełom Bugu” – Poznaj Swoj Kraj – cykliczna impreza klubowa „DoctorRiders” Lubelska IL Jan Zydelewski (602 172 465)	28 CZERWCA MPL w Triathlonie Frydman OIL w Krakowie Lucjan Habieda (665 515 600)	CZERWIEC zastępcy: lipiec 19. MPL i Innych Profesji Ochrony Zdrowia w Ringo OIL w Warszawie Krystyna Anioł-Strzyżewska (600 362 792, krystynaanioł27@gmail.com)	3-4 LIPCA 9. MPL w Lekkiej Atletyce Lublin Lubelska IL Julian Pełka (504 101 375, julekp@onet.pl)	3-5 LIPCA IX Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy – „Memoriał dr. Tomasza Teresińskiego” Zamość Lubelska IL Joanna Szafranek (502 615 413)
3-5 LIPCA zastępcy: 5-7 czerwca XIII Ogólnopolski Rajd Konny Lekarzy im. Majora Hubala Mikołajów OIL w Łodzi Wojciech Sędzicki (722 282 750)	4 LIPCA II MPL w Biegu na Orientację – Polanów 2020 Polanów OIL w Koszalinie Andrzej Loranc (601 779 668, aloranc1@gmail.com) Stefan Wesołowski (stiwen2@gmail.com)	23-26 LIPCA Złot Motocyklowy „MotoBridge Baby 2020” Bydgoska IL Kujawsko-Pomorska IL Hanna Śliwińska (502 585 343) Stanisław Leks (606 887 104)	1-2 SIERPNI Mistrzostwa Śląska w Tenisie Tychy Śląska IL Adam Dyrda (601 447 521)	1-9 SIERPNI Rajd Górski Służby Zdrowia „Bieszczady 2020” Zatwarnica OIL w Rzeszowie Maria Szuber (17 717 77 17, 515 170 815)
9 SIERPNI IV MPL w Biegu Górskim Ludwikowice Kłodzkie Dolnośląska IL we Wrocławiu Jerzy Stobdzian (602 486 406, jertzyslobdzian@gmail.com)	21-23 SIERPNI Vital Medic Cup IV Ogólnopolski Turniej Tenisa Lekarzy w Opolu Chrzastowice OIL w Opolu Natalia Pelczar (natalia.pelczar@gmail.com) Daria Duch (d.duch@vitalmedic.pl)	22 SIERPNI XII Letnie MPL w Triathlonie – sprint Sandomierz Świętokrzyska IL w Kielcach Jacek Łabudzki (603 914 107, drdjl@op.pl)	22-23 SIERPNI I Pomorski Turniej Siatkówki Płazowej Lekarzy o Puchar Prezesa OIL Kolobrzeg OIL w Koszalinie Andrzej Loranc (601 779 668, aloranc1@gmail.com) Stefan Wesołowski (stiwen2@gmail.com)	27-30 SIERPNI XVI Ogólnopolski Złot Lekarzy w MTB Stok k. Belchatowa OIL w Łodzi Grzegorz Krzyżanowski (601 979 724)
28 SIERPNI XXIII MPL w Kolarstwie Górskim Istebna Beskidzka IL Janusz Lewandowski (606 235 361, janlewdoctor@interia.pl) www.pomiarczasu.pl	4-6 WRZEŚNIA XXX Żeglarskie MPL Imionek k. Pizsa Warmińsko-Mazurska IL w Olsztynie Anna Chlebowska-Kulik (609 690 466, olsztyn@hipokrates.org)	5 WRZEŚNIA zastępcy: 12 września I MPL w Crossfit’cie Kolobrzeg OIL w Koszalinie Grzegorz Janus (691 705 911, gjanus@szpital.kolobrzeg.pl) Andrzej Loranc (601 779 668, aloranc1@gmail.com)	11-13 WRZEŚNIA XI Złot Motocyklowy u „Mannixa” Baranów Sandomierski OIL w Krakowie Mariusz Janikowski (601 406 830)	12 WRZEŚNIA XXIII MPL w Półmaratonie Rowy - Ustka OIL w Gdańsku Edward Pokorny (607 094 314)
18-20 WRZEŚNIA zastępcy: 25-27 września IX Turniej Ogólnopolski Lekarzy w Tenisie „Wino 2020” Zielona Góra OIL w Zielonej Górze Józef Safian (601 511 361, j.safian1@wp.pl)	19 WRZEŚNIA zastępcy: 26 września Maraton dookoła Zalewu Sulejowskiego (dawniej MEDICUP) OIL w Łodzi Piotr Kosielski (535 003 002, piotr.kosielski@gmail.com)	19-20 WRZEŚNIA XVII MPL w maratonie MTB Michałki 2020 Michałki Wielkopolska IL w Poznaniu Tomasz Kaczmarek (602 215 001, tomkolar@dostep.pl)	26 WRZEŚNIA zastępcy: 12 września XX Mistrzostwa Pomorza i Kujaw w Tenisie Toruń Kujawsko-Pomorska IL w Toruniu Aleksander Skop (604 267 343, skalek@poczta.onet.pl)	WRZESIEŃ V Podkarpackie Mistrzostwa Lekarzy w MTB Lubienia – Straszyle k. Rzeszowa OIL w Rzeszowie Grzegorz Siteń (604 351 970, OIL w Rzeszowie (17 717 77 17, 515 170 815)
WRZESIEŃ XIX MPL w Wędkarstwie Muchowym i Spinningowym OIL w Krakowie Maciej Fortuna (600 423 048)	18 PAŹDZIERNIKA XIX MPL w Maratonie Poznań Wielkopolska IL w Poznaniu Wojciech Łęcki (602 244 817, wojciechlacki@poczta.onet.pl)	PAŹDZIERNIK zastępcy: listopad XXV MPL w Brydżu Sportowym Warszawa OIL w Warszawie Krzysztof Makuch (608 200 190, krzysztofmakuch@hipokrates.org)	PAŹDZIERNIK zastępcy: listopad IX Mistrzostwa Polski Samorządów w Brydżu Sportowym - MISJA Warszawa OIL w Warszawie Krzysztof Makuch (608 200 190, krzysztofmakuch@hipokrates.org)	PAŹDZIERNIK IX MPL w Squashu Gliwice Śląska IL
11-14 LISTOPADA MPL w Tenisie Memoriał im. dr. Andrzeja Jasińskiego Pabianice OIL w Łodzi Bogusław Rataj (602 574 099)	20-22 LISTOPADA XXVI MPL w Halowej Piłce Nożnej „Mielec 2020” Mielec OIL w Rzeszowie Zbigniew Bober (508 202 626) OIL w Rzeszowie (17 717 77 17, 515 170 815)	GRUDZIEŃ X Podkarpackie Mistrzostwa Lekarzy w Tenisie o Puchar Prezesa Nowa Wieś k. Rzeszowa OIL w Rzeszowie Aleks Micał (603 927 870) Jacek Kowal	2020	

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE**ŚLĄSKA AKADEMIA MEDYCZNA, ABSOLWENCI 1970
(UWAGA! – ZMIANA)**

W związku z odnową dyplomu po 50 latach, prosimy absolwentów wydziału lekarskiego i oddziału stomatologii o zarejestrowanie się w Dziekanacie Wydziału Zabrzeńskiego u Julity Prabuckiej do 30 marca (tel. 32 370 52 66, e-mail: kkpzabrze@sum.edu.pl). Uroczystość odbędzie się 22 maja 2020 r. w Zabrzu-Rokitnicy. Część oficjalna jest bezpłatna. Po zgłoszeniu otrzymacie Państwo imienne zaproszenie z programem, prezes Stowarzyszenia Wychowanków SUM Maria Gajecka-Bożek

**WYDZIAŁ LEKARSKI I STOMATOLOGII AM W
POZNANIU, ROCZNIK 1955-1960**

Zapraszamy na spotkanie 6 czerwca 2020 r. w hotelu Centrum Kongresowego IOR w Poznaniu. Opłatę 140 zł za udział prosimy przekazać do 15 kwietnia na konto nr: 45 1020 4027 0000 1102 0404 3501 Wielkop. Izba Lek. Tytuł płatności: 60-lecie. Organizatorzy: Wielkopolska Izba Lekarska 61-734 Poznań, ul. Nowowiejskiego

51, tel. 61 852 58 60, wew. 127 lub 180, e-mail: izba@wil.org.pl, W. Kowalewska-Piątek, A. Obrębowski, A. Serafinowska-Kiełczewska.

**WYDZIAŁ LEKARSKI I STOMATOLOGICZNY AMG,
ROCZNIK 1962-1968**

Organizujemy spotkanie z okazji 52. rocznicy ukończenia studiów. Informacje szczegółowe w listach. Termin zjazdu to 3-5 lipiec 2020 r. Hotel Rzemieślnik w Jelitkowie. Prosimy o jak najszybsze dokonanie zgłoszeń, rezerwacji i wpłat. Komitet Organizacyjny

WYDZIAŁ LEKARSKI PAM, ROCZNIK 1985

W dniach 18-19 września 2020 w Dźwirzynie k. Kołobrzegu planowane jest rocznicowe spotkanie koleżeńskie rocznika 1985 Wydziału Lekarskiego PAM. Informacji dotyczących szczegółów spotkania udziela i zgłoszenia przyjmuje kol. Mirosław Wielondek (miroslaw@wielondek.com). Zgłoszenia i wpłaty przyjmowane są do końca lutego (konto do wpłat: 93 1020 5558 0000 8702 3090 873).

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

REKLAMA

Implanon NXT, etonogestrelum, 68 mg, implant podskórny

– Aktualizacja procedury zakładania i usuwania implantu w celu zminimalizowania ryzyka uszkodzeń nerwowo-naczyniowych oraz migracji implantu

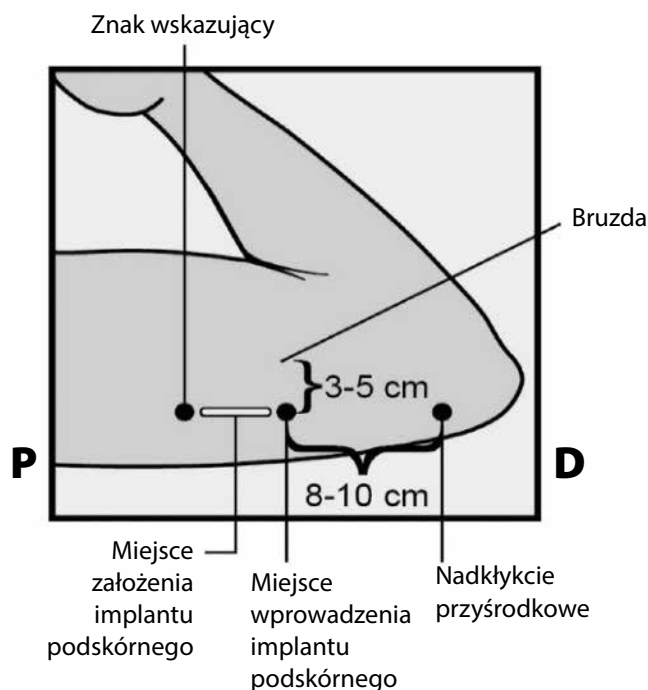
Szanowni Państwo,

Podmiot odpowiedzialny MSD Polska Sp. z o.o. w porozumieniu z Urzędem Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (URPLW MiPB) pragnie przekazać następujące informacje:

Podsumowanie

Zgłaszane przypadki uszkodzeń nerwowo-naczyniowych oraz migracji implantu z miejsca założenia implantu w obrębie ramienia lub w rzadkich przypadkach do tętnicy płucnej, mogą być związane z głębokim lub nieprawidłowym założeniem implantu podskórnego Implanon NXT. W celu dalszego zminimalizowania ryzyka uszkodzeń nerwowo-naczyniowych oraz migracji implantu zaktualizowano następujące instrukcje dotyczące zakładania i usuwania implantu:

- **Pozycja ramienia:** Ręka kobiety powinna być zgięta w łokciu tak, aby jej ręka była pod głową (lub w pozycji najbliższej temu położeniu) podczas zakładania i usuwania implantu podskórnego.
- **Miejsce założenia implantu podskórnego:** implant należy **założyć podskórnie** po wewnętrznej stronie górnej części ramienia ręki niedominującej. Miejsce założenia znajduje się nad mięśniem trójkłowym ramienia w odległości około 8-10 cm od nadkłykcia przyśrodkowego kości ramiennej i 3-5 cm do tyłu od (poniżej) bruzdy (rowka) między mięśniem dwugłowym a mięśniem trójkłowym ramienia.



- Materiały filmowe przedstawiające sposób założenia i usuwania implantu podskórnego Implanon NXT są dostępne na stronie internetowej www.implanonnxtvideos.eu.
- **Sprawdzanie obecności implantu:** fachowy pracownik ochrony zdrowia (lekarz) powinien sprawdzić metodą palpacyjną obecność implantu natychmiast po założeniu oraz w czasie każdej wizyty kontrolnej. Zaleca się, aby pacjentka zgłosiła się na badanie kontrolne 3 miesiące po założeniu implantu podskórnego Implanon NXT. Fachowy pracownik ochrony zdrowia (lekarz) powinien zalecić pacjentce, aby od czasu do czasu delikatnie dotykała implantu w celu upewnienia się, że implant pozostaje we właściwym miejscu. Jeśli implant nie jest wyczuwalny, pacjentka powinna jak najszybciej skontaktować się z lekarzem. Przypominamy, że pacjentka powinna otrzymać Kartę Ostrzeżeń dla Pacjenta (wcześniej Karta Użytkownika), w której ta informacja jest zawarta.
- Niewyczuwalne palpacyjnie implanty podskórne powinny być usuwane wyłącznie przez fachowych pracowników ochrony zdrowia (lekarzy ginekologów lub chirurgów) mających doświadczenie w usuwaniu głęboko położonych implantów podskórnych, potrafiących lokalizować implanty oraz znających budowę anatomiczną ramienia.

Druki informacyjne oraz Karta Ostrzeżeń dla Pacjenta implantu podskórnego Implanon NXT, implantu podskórnego zawierającego etonogestrol zostały odpowiednio zaktualizowane.

Dodatkowe informacje dotyczące bezpieczeństwa

Implanon NXT to nieulegający biodegradacji, pojedynczy pręcik, będący długo działającym, hormonalnym implantem antykoncepcyjnym, zakładanym podskórnie. Jeśli implant zostanie założony głębiej niż podskórnie („głębokie założenie”), może dojść do uszkodzeń nerwowo-naczyniowych. Głębokie lub nieprawidłowe założenie implantu było związane z występowaniem parestezji (spowodowanych uszkodzeniem nerwów) i migracją implantu (spowodowaną wprowadzeniem domięśniowo lub do powięzi). Na całym świecie od momentu dopuszczenia do obrotu produktu leczniczego Implanon NXT (28 sierpnia 1998 r.) do 3 września 2019 r. zostało zidentyfikowanych w sumie 107 przypadków migracji implantów do tętnicy płucnej lub klatki piersiowej.

Na podstawie opinii ekspertów w tej dziedzinie i dalszych wyjaśnień dotyczących anatomicznego obszaru ramienia z niewielkimi ilościami struktur naczyniowych/nerwowych, instrukcje dotyczące miejsca założenia implantu podskórnego i pozycji ramienia podczas zakładania implantu podskórnego zostały zaktualizowane, tak aby zminimalizować ryzyko uszkodzenia nerwowo-naczyniowego po głębokim założeniu. Miejsce założenia implantu podskórnego powinno znajdować się w obszarze leżącym nad mięśniami trójdłowym, w miejscu zasadniczo wolnym od dużych naczyń krwionośnych i nerwów. Ponadto podczas zakładania i usuwania implantu ramię pacjentki powinno być zgięte w łokciu, tak, aby jej ręka była pod głową (lub w pozycji najbliższej temu położeniu). To zwiększone zgięcie powinno zwiększyć odległość między nerwem łokciowym a miejscem zakładania implantu, dodatkowo zmniejszając ryzyko uszkodzenia nerwu łokciowego podczas zakładania i usuwania implantu podskórnego.

W celu dalszego zminimalizowania ryzyka głębokiego założenia i jego potencjalnych konsekwencji, poprawne położenie implantu (podskórnie) powinno być potwierdzone przez badanie metodą palpacyjną, zarówno przez fachowego pracownika ochrony zdrowia (lekarza), jak i pacjentkę w momencie zakładania implantu. Zaleca się, aby podczas każdej wizyty kontrolnej, fachowy pracownik ochrony zdrowia (lekarz) badał metodą palpacyjną położenie implantu oraz, aby zalecił pacjentce, że jeśli nie może wyczuć implantu podskórnego powinna jak najszybciej skontaktować się ze swoim lekarzem, w dowolnym momencie między wizytami kontrolnymi. Zaleca się, aby kobieta zgłosiła się na badanie kontrolne 3 miesiące po założeniu implantu podskórnego Implanon NXT. Niewyczuwalne palpacyjnie implanty podskórne powinien

usuwać fachowy pracownik ochrony zdrowia dobrze znający procedury usuwania głęboko położonych implantów podskórnych i budowę anatomiczną ramienia.

Zdecydowanie zaleca się, aby implant podskórny Implanon NXT był zakładany i usuwany wyłącznie przez fachowych pracowników ochrony zdrowia (lekarzy), którzy ukończyli szkolenie dotyczące stosowania aplikatora implantu podskórnego Implanon NXT oraz technik jego zakładania i usuwania, a także, aby implant był zakładany i/lub usuwany pod odpowiednim nadzorem.

Zgłaszanie działań niepożądanych

Osoby należące do fachowego personelu medycznego powinny zgłaszać wszelkie podejrzenia wystąpienia działań niepożądanych związanych ze stosowaniem Implanon NXT zgodnie z zasadami zgłaszania działań niepożądanych za pośrednictwem Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Biobójczych:

Al. Jerozolimskie 181 C, 02-222 Warszawa; tel.: +48 22 49 21 301, faks: +48 22 49 21 309,
e-mail: ndl@urpl.gov.pl

Formularz zgłoszenia działania niepożądanego dostępny jest na stronie: www.urpl.gov.pl
lub bezpośrednio do podmiotu odpowiedzialnego:

MSD Polska Sp. z o.o.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa
Tel. 022 549 51 00
msdpolska@merck.com

Dane kontaktowe podmiotu odpowiedzialnego

Jeśli mają Państwo jakiegokolwiek pytania lub potrzebują dodatkowych informacji odnośnie zastosowania implantu podskórnego Implanon NXT, prosimy o kontakt z podmiotem odpowiedzialnym:

MSD Polska Sp. z o.o.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa
Tel. 022 549 51 00
msdpolska@merck.com

Załączniki

Załącznik 1 – Podsumowanie zmian wprowadzonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego (ChPL)

Z poważaniem,



Dr n. med. Ewa Wąsak-Szulowska
Dyrektor Medyczny
MSD Polska Sp. z o.o.

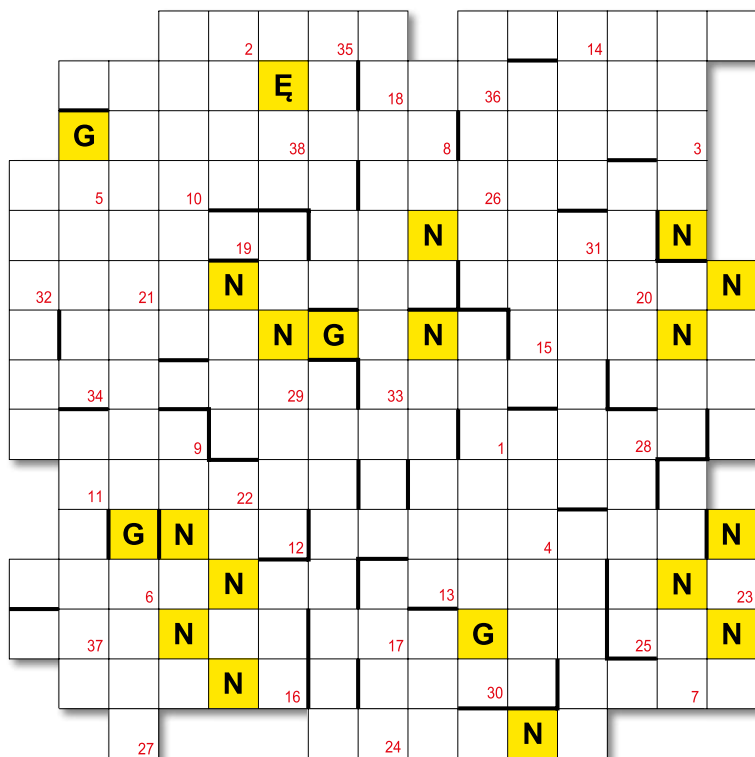
Załącznik 1 – Podsumowanie zmian wprowadzonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego (ChPL) Implanon NXT

Niniejszy załącznik nie zastępuje konieczności zapoznania się z pełną treścią ChPL. Aby zrozumieć pełną aktualizację należy opierać się na ChPL.

Punkt 4.2 Dawkowanie i sposób podawania	
Sposób podawania	• Dodanie adresu strony internetowej z materiałami filmowymi przedstawiającymi założenie i usunięcie implantu [www.implanonnxtvideos.eu] • Rekomendacje dla fachowych pracowników ochrony zdrowia (lekarzy), aby nie podejmować prób zakładania i usuwania implantu, jeśli nie są zaznajomieni z technikami bezpiecznego zakładania lub usuwania implantów.
Jak stosować Implanon NXT	• Zaktualizowanie instrukcji dla fachowych pracowników ochrony zdrowia (lekarzy) dotyczącej zapisów w Karcie Ostrzeżeń dla Pacjenta, w celu zalecenia pacjentkom, aby przechowywały Kartę Ostrzeżeń dla Pacjenta w bezpiecznym miejscu i pokazywały ją podczas każdej wizyty związanej ze stosowaniem implantu podskórnego. Karta Ostrzeżeń dla Pacjenta zawiera również instrukcje dla pacjentki, aby od czasu do czasu delikatnie dotykała implantu podskórnego, tak aby upewnić się, że wyczuwa jego obecność w miejscu założenia. Należy poinformować pacjentki, aby jak najszybciej skontaktowały się ze swoim lekarzem, jeśli w którymś momencie nie będą mogły wyczuć implantu podskórnego. • Zaktualizowanie informacji dotyczących miejsca założenia implantu, który powinien być założony podskórnie, po wewnętrznej stronie ramienia ręki niedominującej. Miejsce założenia powinno znajdować się nad mięśniem trójgłowym ramienia w odległości około 8-10 cm od nadkłykcia przyśrodkowego kości ramiennej i 3-5 cm do tyłu od bruzdy (rowka) między mięśniem dwugłowym a mięśniem trójgłowym ramienia.
Jak zakładać Implanon NXT	• Zaktualizowanie informacji dotyczących miejsca założenia implantu (punkt „Jak stosować Implanon NXT”) • Zmiana zalecenia położenia ramienia pacjentki, która powinna być zgięta w łokciu tak, aby jej ręka była pod głową (lub w pozycji najbliższej temu położeniu) • Zaktualizowanie instrukcji dotyczących zakładania implantu oraz rycin, dodanie nowych rycin w celu ułatwienia fachowym pracownikom ochrony zdrowia (lekarzom) założenia implantu podskórnie.

Jak usuwać Implanon NXT	• Aktualizacja w celu podkreślenia informacji, że implanty powinny być usuwane tylko przez fachowych pracowników ochrony zdrowia (lekarzy) dobrze znających technikę ich usuwania • Wyjaśnienie, jak należy postępować, gdy implant jest niewyczuwalny • Zmiana zalecenia położenia ramienia pacjentki (zgodnie z punktem „Jak zakładać Implanon NXT”) • Zaktualizowanie instrukcji i rycin dotyczących usuwania wyczuwalnego implantu • Oświadczenie, zwracające uwagę na fakt, że jeśli po naciśnięciu jednego końca implantu przeciwny koniec nie powoduje wybrzuszenia w skórze, usunięcie implantu podskórnego może być trudne • Zalecenie, aby przerwać procedurę, jeśli nie można uchwycić implantu • Zaktualizowanie rekomendacji odnośnie usuwania niewyczuwalnych palpacyjnie implantów, które powinny być usuwane wyłącznie przez fachowych pracowników ochrony zdrowia (lekarzy) mających doświadczenie w usuwaniu głęboko położonych implantów oraz znających budowę anatomiczną ramienia.
Jak wymieniać Implanon NXT	• Zaktualizowanie zapisu dotyczącego zakładania nowego implantu, z podkreśleniem, że nowy implant może być założony poprzez to samo nacięcie, przez które był usuwany poprzedni implant podskórny, pod warunkiem, że poprzednie miejsce założenia jest zlokalizowane zgodnie z zaktualizowaną instrukcją zakładania implantu.
Punkt 4.4 Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania	
Badanie lekarskie i (lub) wizyta u lekarza	• Zalecenie, aby fachowi pracownicy ochrony zdrowia (lekarze) badali lokalizację implantu metodą palpacyjną zaraz po założeniu oraz przy każdej wizycie kontrolnej. Pacjentka również powinna palpacyjnie badać położenie implantu. Pacjentki powinny skontaktować się z lekarzem jak najszybciej, jeśli stwierdzą w którymś momencie że implant jest niewyczuwalny.

Objaśnienia 68 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: E, G i N. Na ponumerowanych polach ukryto 38 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Hipokratesa. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 20 lutego 2020 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).



* mycosis * z „Zielonego wzgórza” * błąd w hippice * suppositorium * żona Mahometa * kontrabanda * uległ czarowi nosa Kleopatry * w jego dorzeczu Horyniec-Zdrój * paryski oprych * ganglion * państwo z Niniwą * wytrawne, czerwone wino z Piemontu * aparatura * zobaczyć go i umrzeć * wąż z „Księgi dżungli” * przyjemność uznaje za cel życia * miedź (łac.) * zestaw odczynników w diagnostyce laboratoryjnej * lekarz i przyjaciel Wokulskiego * rzymska Artemida * rdzenna Nowozelandka * kaustyczna lub żrąca * płynie w Goleniowie * nierządnica Zoli * acidus * drwina * budynek z WC * sąsiad kresomózgowia * świąteczne drzewko * chciała krokodyla * miasto z kliniką Gemelli, gdzie uratowano JP II * Orient * lampa ścienna lub sufitowa * wódz rewolucji * guzy neuroendokrynne (ang.) * stukot skrzydeł * dentes * partnerka Wicherka * komediowy wesolek * zapalenie ucha (łac.) * rękopis profesora Wittembacha * strofa * ma dychawicę * Eugene, twórca teatru absurdu * kiesa, sakwa * do zębów, ale nie pasta * dawna stolica Japonii (VIII w.) * cosinus dzielony przez sinus * jest darem życia * główny port Bułgarii * imię Kazana * skrzydło (łac.) * nasz pakt * slogan, komunał * lekarskie ze smacznymi pędami * stała posada * wyjazdy zarobkowe * część palca lub dwunastnicy * kolega igreka * żeński odpowiednik imienia Paweł * między tytanem a chromem * złamanie zasad religii * holownik śródlądowy * tractus, lacertus * imię autorki „Kozuchy kłamczuchy” * pochyła maszyna prosta * smutny dramaturg * dziki karb

Jerzy Badowski

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 249 („GL” nr 11/2019)
Nie znajdzie leku ten, kto ukrywa chorobę.

Nagrody otrzymują:

Kinga Bielecka-Wojtaś (Pojałowice), Anna Haczek (Pisarzowice), Tomasz Trochanowski (Zielona Góra). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

WYDAWCA



Naczelnia
Rada
Lekarska

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 176 230 tegz.

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

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

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

Lucyna Krysiak
dziennikarz
Tel. 698 48 70 48
l.krysiak@gazetalekarska.pl

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

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

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

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

Ogłoszenia
Ołga Anisko
Tel. (22) 559 13 26
o.anisko@gazetalekarska.pl

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

Skład i opracowanie graficzne
Montownia/Teresa Urawska

Druk
Walstead Central Europe

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

