



GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB
LEKARSKICH

02 | 2022

Konstytucja czy bat?

Lekarze mają już dość | **Strategią** jest brak strategii | **Filmem** i memem
Kalendarz lekarza praktyka | **Obowiązki** statystyczne praktyk lekarskich

W tym numerze

NR 02/2022 LUTY GAZETA LEKARSKA



45 PRAKTYKA LEKARSKA

8

Refleksje
progresywnego
konserwatysty

31

Nagana
za recepty
na żądanie
chorego



50 NAUKA W PIGUŁCE



19

TEMAT NUMERU
Konstytucja czy bał?

Samorząd

- 4 Strategią jest brak strategii (Andrzej Matyja)
- 6 Wyrok SN porażką polskiej ochrony zdrowia
- 8 Refleksje progresywnego konserwatysty (Krzysztof Madej)
- 10 Teraźniejszość naznaczona przeszłością

Temat numeru

- 18 Szpitale do poprawki
- 19 Konstytucja czy bał?
- 22 Zmiana reguł

Prawo i medycyna

- 25 Kalendarz lekarza praktyka
- 31 Nagana za recepty na żądanie chorego

- 32 Wynagrodzenie a urlop szkoleniowy

Praktyka lekarska

- 34 Stąpanie po kruchym standardzie (Andrzej Cisto)
- 35 Nawyki higieniczne Polaków
- 36 Te same procedury, różna wycena?
- 38 Z kokpitu samolotu do gabinetu stomatologicznego
- 40 Wspomnienie / prof. Hubert Wanyura
- 41 Biuletyn
- 45 Wiatr zmian
- 48 W pełnej gotowości
- 52 Lekarze mają już dość
- 55 Poskromić otyłość

- 56 Chirurgia bariatryczna standardem

- 58 Kukania all-inclusive (Joanna Sokołowska)

Po godzinach

- 60 Filmem i memem (Sławomir Badurek)
- 61 Acedia (Jarosław Wanecki)
- 62 Embolektomia Trendelenburga
- 65 Kalendarz wydarzeń kulturalnych 2022
- 66 Wenus plus
- 68 PR ważniejszy od ludzkiego życia
- 70 Sprzątając w garażu
- 71 Kalendarz wydarzeń sportowych 2022
- 74 Zjazdy koleżeńskie
- 75 Ogłoszenia
- 82 Jolka lekarska

Strategią jest brak strategii



Andrzej Matyja
prezes NRL

W trakcie rozpędzającej się piątej fali pandemii Ministerstwo Zdrowia ogłosiło pomysły na walkę z nią. Nazwano to „strategią”, co jest określeniem mocno na wyrost i przypomina zaklinanie rzeczywistości.

O pilne przygotowanie strategii na jesień i zimę apelowaliśmy już wtedy, gdy wygasła trzecia fala. W Polsce, w Unii Europejskiej i na całym świecie zebrano wiele doświadczeń. Rada Medyczna była cały czas gotowa do pomocy. Radziła, rekomendowała. W różnych gremiach toczyły się debaty nad możliwymi rozwiązaniami. Sam uczestniczyłem w dyskusjach eksperckich w ramach unijnych projektów poświęconych tworzeniu ochrony zdrowia elastycznej i odpornej na kryzysy, w tym te wywołane przez pandemię. Wiele postulatów można było wprowadzić w życie stosunkowo szybko. Eksperci od modelowania matematycznego przedstawiali prognozy ostrzegawcze. Decydenci w tym czasie swoją polityką doprowadzali do protestów medyków; zamiast eliminować pola konfliktów, otwierali nowe.

Pół roku temu oczekiwaliśmy strategii, czyli koncepcji działania długofalowego i wariantowego popartego konkretnymi przygotowaniami na podstawie rekomendacji eksperckich. Czas został zmarnowany, a teraz – w styczniu – gaszenie pożaru nazywa się „strategią”. Być może mniej zorientowani odniosą wrażenie, że sytuacja jest pod kontrolą. Dla nas, lekarzy, którzy jesteśmy blisko codziennej praktyki, to tylko zaklinanie rzeczywistości.

To, co zaproponowano w „strategii”, jest mocno spóźnione i nie uwzględnia twardych realiów.

Ma być zwiększona baza łóżkowa dla chorych na COVID-19. Pytanie tylko, skąd wziąć personel (który też może być zdziśiatkowany z powodu kwarentanny)? A co z chorymi niecovidowymi i konsekwencjami długu zdrowotnego? Kolejna nowość to zwiększenie liczby zespołów ratownictwa medycznego. Pytanie: skąd wziąć obsadę? Padła zapowiedź, że każda osoba powyżej 60. r.ż. przetestowana pozytywnie w ciągu 48h będzie mogła być zbadana (także w domu) przez lekarza pierwszego kontaktu. Pytanie: dlaczego odbiera się lekarzowi prawo do postępowania zgodnie z jego wiedzą i kompetencjami, by w odniesieniu do każdego indywidualnego przypadku mógł podejmować samodzielnie decyzję? Dlaczego wiązą mu ręce nie medycy? Dlaczego składa się obietnice

**To, co zaproponowano
w „strategii”, jest mocno
spóźnione i nie
uwzględnia twardych
realiów.**

bez pokrycia i prowokuje kolejne konflikty na linii medycy – pacjenci i ich rodziny? Czy znów lekarze będą płacić frustracją, wypaleniem zawodowym za ustawienie ich przez rządzących w roli „chłopców do bicia”, a więc tych, którzy – rzekomo – nie chcą lub nie potrafią wywiązać się z nałożonych przez rząd obowiązków? To cyniczne i niegodziwe wobec lekarzy, którzy od ponad dwóch lat pracują pod gigantyczną presją i w ekstremalnych warunkach.

„Strategia” na piątą falę przewiduje też „wzmocnienie i promowanie znaczenia szczepień ochronnych”, tyle tylko, że realność tej deklaracji budzi poważne zastrzeżenia w kontekście swoistych tańców godowych, jakie rządzący odbywają wokół przeciwników szczepień i paszportów covidowych, wokół wszelkich koronasceptyków. Przegląd ich poglądów przyniosło wystąpienie publiczne, jakie odbyło się 5 stycznia br. w sprawie poselskiego projektu ustawy o szczególnych rozwiązaniach zapewniających możliwość prowadzenia działalności gospodarczej w czasie epidemii COVID-19.

To wystąpienie publiczne przeistoczyło się w swoisty antyszczepionkowy Hyde Park, gdzie wiele mówiono o szczepieniach jako eksperymencie medycznym, przyrównywano je nawet do zbrodniczych praktyk obozów koncentracyjnych, grożono, że wprowadzenie paszportów covidowych doprowadzić może do masowych demonstracji, a nawet

Wysłuchanie publiczne przeistoczyło się w swoisty antyszczepionkowy Hyde Park.

wojny domowej. Cytowano dane zmanipulowane i wyrwane z kontekstu, często też wybrzmiewały teorie spiskowe. Takie poglądy mają wątpliwą wartość merytoryczną i trudno jest w jakikolwiek sposób z nimi polemizować. Wyjątkowo bulwersujące były wypowiedzi pełne obraźliwych sformułowań pod adresem autorów projektu ustawy i medyków.

Środowisko przeciwników szczepień jest bardzo hałaśliwe, ma również swoją reprezentację w Sejmie, a efektem jego aktywności jest zablokowanie prac sejmowych nad projektem wspomnianej

ustawy, zwanej też ustawą Czesława Hoca, która – trzeba podkreślić – przyjęta bardzo złagodzoną postacią, za co z kolei spotkała się z ostrą krytyką zwolenników szerokiego wykorzystania

Ciekawe, jak efekty walki z pandemią i działania Ministerstwa Zdrowia oceniają organizacje pacjenckie?

paszportów covidowych. Jazgot antyszczepionkowego lobby i jego relacje polityczne sprawiły, że do zamrażarki trafił projekt przybliżający nas choć o pół kroku do rozwiązań sprawdzonych w krajach, które lepiej niż my radzą sobie z pandemią. W takiej atmosferze zapis „strategii” o promocji szczepień to raczej pusta deklaracja.

Na tym tle realnie rysuje się scenariusz lockdownu nie zadekretowanego, lecz wymuszonego sytuacją pandemiczną i absencją pracowników.

Trudno oprzeć się wrażeniu, że strategią jest brak strategii, co w praktyce oznacza: „Ratuj się, kto może!”. Dotyczy to pacjentów (covidowych i niecovidowych), całego społeczeństwa, gospodarki, nie wyłączając placówek ochrony zdrowia, które stają przed wyzwaniem pandemii, a równocześnie zderzają się z szokującym wzrostem cen energii, skutkami Polskiego Ładu, galopującymi kosztami prowadzenia działalności leczniczej, nierealnymi wycenami świadczeń, zadłużeniem szpitali, a także zapowiadanymi zmianami w szpitalnictwie – a te stanowią tylko część toczących się reformatorskich planów Ministerstwa Zdrowia. Gros z nich nadzorował wiceminister Sławomir Gadomski – odpowiedzialny za budżet i finanse, nadzór i kontrolę oraz ocenę inwestycji, który właśnie podał się do dymisji.

Ciekawe, jak efekty walki z pandemią i działania Ministerstwa Zdrowia oceniają organizacje pacjenckie? Nie biją na alarm, co jest zastanawiające i zadziwiające – wszak chodzi o żywotne interesy pacjentów. ■



**Alicja
Szczepczyk**

Dział Mediów
i Komunikacji NIL

SKRINING

Wyrok SN porażką polskiej ochrony zdrowia

Sąd Najwyższy wydał wyrok dotyczący zaskarżonej przez ministra zdrowia Adama Niedzielskiego uchwały NRL z 29 stycznia 2021 r. w sprawie zmiany uchwały w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystów. Skarga była rozpoznawana w zakresie dwóch podniesionych przez szefa resortu zarzutów – niezgodności postanowień uchwały dotyczących wymogu od osób ubiegających się o przyznanie PWZ oświadczenia o znajomości jęz. polskiego oraz wykazania spełnienia warunku odpowiedniego stanu zdrowia poprzez zaświadczenie lekarza medycyny pracy.

Formułując powyższe zarzuty, minister zdrowia oczekiwał uchylecia zaskarżonej uchwały w całości.

SN nie uwzględnił tego wniosku, ale uchwała NRL została uchylona częściowo, przez co osoby ubiegające się o przyznanie PWZ lekarza / lekarza dentysty w Polsce nie będą weryfikowane pod kątem znajomości jęz. polskiego.

Prezes NRL Andrzej Matyja przyjął treść wyroku z rozczarowaniem, ale nie odebrał go jako porażki samorządu lekarskiego, a porażkę polskiego systemu ochrony zdrowia, w szczególności pacjentów. W swoim komentarzu podkreślił, że samorząd lekarski chciał chronić pacjentów i ich prawa do opieki medycznej, jakiej oczekują w Polsce, tj. zapewnianej przez odpowiednio wykształconego profesjonalistę porozumiewającego się z pacjentem w jęz. polskim, bez udziału tłumacza. ■

Koniec Rady Medycznej?

Prezes NRL Andrzej Matyja zaprosił do współpracy 13 osób, które zrezygnowały z udziału w Radzie Medycznej przy Prezesie Rady Ministrów. Zdaniem prezesa NRL, w sytuacji, w której politycy nie wsłuchują się z należytą uwagą w głos naukowców, tym bardziej donośnie powinien on wybrzmiewać. ■

Polski Ład – poradnik



Pod koniec grudnia w serwisach internetowych „Gazety Lekarskiej” (www.gazetalekarska.pl) i Naczelnej Izby Lekarskiej (www.nil.org) opublikowany został poradnik „Polski Ład dla lekarzy – niejasne plusy, oczywiste minusy”, zawierający najistotniejsze zmiany podatkowe w 2022 r., które dotyczą lekarzy i lekarzy dentystów, a także podmiotów medycznych. Autorem publikacji jest prezes Krajowej Rady Doradców Podatkowych prof. Adam Mariański wraz z zespołem. Poradnik został zaktualizowany w styczniu br. Jest on dostępny w formie PDF do pobrania. ■

Wolny zawód lekarza i lekarza dentysty

NRL na posiedzeniu 11 grudnia 2021 r. przyjęła stanowisko, w którym sprzeciwia się usuwaniu zawodów lekarza i lekarza dentysty z definicji wolnego zawodu w jakichkolwiek przepisach prawa.

Samorząd lekarski podkreśla, że zawód lekarza i lekarza dentysty, obok takich zawodów jak np. adwokat czy radca prawny, ze względu na swą ugruntowaną specyfikę powinien być zawsze uznawany za wolny zawód i nie

może być objęty dowolnością regulacyjną ustawodawcy zwykłego.

Stanowisko powstało z powodu uchwalenia ustawy z 29 października 2021 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych oraz niektórych innych ustaw wprowadzającej m.in. zmiany w art. 4 ust. 1 pkt 11 ustawy z 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów

osiąganych przez osoby fizyczne, który definiuje dla potrzeb tej ustawy pojęcie wolnego zawodu. Nowe brzmienie definicji ustawowej wolnego zawodu zawarte w tym akcie prawnym eliminuje z zakresu tego pojęcia wszystkie zawody medyczne, w tym również zawody lekarza i lekarza dentysty.

Na taki zabieg legislacyjny nie ma zgody samorządu lekarskiego. NRL oceniła go jako deprecjonowanie zawodów lekarza i lekarza dentysty. ■



Działalność gospodarcza a COVID-19

Na początku stycznia Prezydium NRL podjęło stanowisko w sprawie projektu ustawy o szczególnych rozwiązaniach zapewniających możliwość prowadzenia działalności gospodarczej w czasie epidemii COVID-19 (druk 1846), w którym oceniło go jako nieudaną próbę uregulowania sytuacji związanej z pracą oraz korzystaniem z usług przez osoby niezaszczepione przeciwko COVID-19. PNRL uważa, że projekt w obecnym kształcie nie zasługuje na aprobatę przede wszystkim dlatego, że zaproponowane w nim rozwiązania nie zachęcają pracowników do szczepień. Ponadto w świetle projektowanych uregulowań to pracodawca jest obciążany wszelkimi kosztami związanymi z testowaniem i zatrudnieniem osoby, która odmówi informowania o ewentualnym przebiegu zakażenia lub zaszczepieniu przeciwko COVID-19.

W sprawie projektu odbyło się wysłuchanie publiczne, w którym zamierzał wziąć udział prezes NRL Andrzej Matyja, ale w uzgodnieniu z PNRL postanowił ograniczyć swoje wystąpienie do formy pisemnej i przekazać je przewodniczącemu Komisji Zdrowia Sejmu RP. Decyzję tę podjęto m.in. na znak solidarności z przedstawicielami pozostałych zawodów medycznych, których zgłoszenia do udziału w wysłuchaniu nie zostały przyjęte ze względu na limit uczestników.

W czasie posiedzenia zabrakło głosów przedstawicieli Rady Medycznej działającej przy Prezesie Rady Ministrów, środowisk medycznych oraz eksperckich. Zdaniem prezesa NRL ich udział został uniemożliwiony przez zmasowany sposób zajęcia miejsc przez osoby głoszące tezy niezgodne z aktualną wiedzą medyczną i osiągnięciami medycyny. Tym

samym wysłuchanie publiczne posłużyło za miejsce głoszenia teorii antyszczepionkowych i spiskowych.

Kilka dni po wysłuchaniu samorządy zawodów medycznych wspólnie zaapelowały, aby prace nad ww. projektem ustawy przebiegały ponad partyjnymi podziałami, oraz o poprawę jego zapisów, żeby zawarte w nim regulacje mogły stać się skutecznym narzędziem w walce o życie i zdrowie obywateli, a także pozwoliły zachować pracodawcom oraz przedsiębiorcom możliwości działania.

W tej samej sprawie prezes NRL wspólnie z przewodniczącym Federacji Przedsiębiorców Polskich Markiem Kowalskim zaapelował m.in. o uwzględnienie w toku prac legislacyjnych nad ww. projektem postulatów środowisk medycznych i autorytetów w dziedzinie zdrowia. ■

Obowiązkowe szczepienia dla medyków



Do 1 marca 2022 r. szczepionkę przeciw COVID-19 muszą przyjąć osoby wykonujące zawód medyczny, farmaceuci, studenci medycyny i pracownicy podmiotów medycznych.

Jeszcze przed oficjalnym wprowadzeniem tego obowiązku, samorządy zawodów medycznych poparły tę propozycję rządu, rekomendując szczepienie ochronne przeciwko COVID-19 jako podstawę profilaktyki związanej ze zwalczaniem panującej pandemii.

We wspólnym stanowisku z 20 grudnia 2021 r. prezes NRL Andrzej Matyja, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Zofia Małas, prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów Maciej Krawczyk, prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych Alina Niewiadomska i prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej Elżbieta Piotrowska-Rutkowska wskazali, że wprowadzenie obowiązkowych szczepień ochronnych przeciwko COVID-19 dla pracowników medycznych jest uzasadnione z uwagi na bezwzględną potrzebę zagwarantowania bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów oraz bezpiecznego udzielania świadczeń zdrowotnych przez osoby wykonujące zawody medyczne.

Samorządy zawodów medycznych stoją na stanowisku, iż szczepienia ochronne są jednym z największych osiągnięć cywilizacyjnych w zakresie ochrony zdrowia i stanowią najskuteczniejszą metodę zapobiegania groźnym dla życia i zdrowia chorobom zakaźnym. ■



Uchwała na 100-lecie

Z okazji 100-lecia lekarskiego samorządu zawodowego organy NIL podjęły uchwałę oddającą hołd jego twórcom, mistrzom zawodów lekarza i lekarza dentysty, którzy przez lata samorząd wspierali, oraz wszystkim osobom zaangażowanym w działalność izb lekarskich na przestrzeni tych lat.

W tym symbolicznym dokumencie podkreślono, że istnienie samorządu daje środowisku lekarzy i lekarzy dentystów poczucie wspólnoty i możliwość brania realnej odpowiedzialności za sprawy, które dotyczą wykonywania ich zawodów, a także leczenia i zdrowia pacjentów. ■



Refleksje progresywnego konserwatysty

No! – to udało nam się odskoczyć od okresu świąteczno-noworocznego i związanych z nim natręctw.

Krzysztof Madej

Nieustająco myślę o reformie systemu ochrony zdrowia w Polsce, o której mówią wszyscy, lub o reformie reformy, jak to ujmują już mniej liczni, ale zapalczywi. A są też i tacy mędrcy, którzy dumają nad reformą reformy reformy, bo biorąc za dobrą monetę propozycje zmian do proponowanych zmian, proponują swoje.

W ogromnych zwałach projektów aktów legislacyjnych, które piętrzą się na moim biurku (np. tych projektów rozporządzeń po kilkadziesiąt stron), dwa są tajemnicze, intrygujące i symptomatyczne. To projekty ustaw: „o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta” i „o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa”. Pierwsze materiały pisane na ich temat pokazały się w połowie ubiegłego roku. Ich podstawy systemowe i (przepraszam za słowo) polityczne, czyli tzw. założenia do regulacji prawnych, mają historię 2-3-letnią, natomiast te wszystkie: autoryzacje, certyfikacje, akredytacje, standaryzacje, „proceduryzacje”, cyfryzacje i apele o budowanie kolejnych rejestrów, to przesłanki ideologiczne i organizacyjne, mające kilkudziesięcioletnią tradycję. Oba te projekty są bardzo ważne z kilku powodów. Po pierwsze dlatego, że przez media, zarówno branżowe, jak i ogólnospołeczne, zostały okrzyknięte jako sukces w myśli i praktyce reformatorskiej i wyteścniiony prawdziwy początek prawdziwej reformy. Przeglądam programy najbliższych kongresów dotyczących funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i znajduję w nich wiele planowanych wystąpień panelistów o tym, jak to te nowe regulacje w końcu naprawią to, co nie działa. A po drugie, co łączy się lub nawet wynika z pierwszego, projekty te odwołują się do głęboko zakorzenionych w jednostkowej naturze człowieka i w myśleniu zbiorowym kategorii socjo-psychologicznych. Jak coś nie działa tak, jak byśmy chcieli, należy: zwiększyć liczbę i kompetencje instytucji kontrolno-regulacyjno-nadzorczych, otworzyć drogę do zarządzania komisarycznego, a przede wszystkim – ustanowić nowe i zaostrzyć dotychczasowe sankcje. Wszystko to opisane wystandaryzowanymi procedurami z przypisaną wartością punktową i jeszcze dodatkowo arbitralnie ustalonymi wagami do tych pierwotnych „wycen”. Nie sądzę, Czytelniku, że fantazuję. Art. 30 projektu ustawy „o jakości”, ust. 1 „Spełnienie przez podmiot wnioskujący

standardów akredytacyjnych jest oceniane według skali punktowej”, ust. 2 „Każdemu standardowi akredytacyjnemu przypisuje się wagę w postaci liczby”, ust. 3 „Ocena standardu akredytacyjnego polega na ustaleniu iloczynu wagi standardu akredytacyjnego i oceny uzyskanej w skali punktowej” itp. itd., jest jeszcze wiele ustępów.

Już same tytuły tych projektów mają w sobie coś magicznego. Myślenie magiczne to najbardziej archetypiczna właściwość człowieka tworzącego kulturę. Wywodzi się ono z przekonania, że samo nazwanie związku wynikowego z dwóch zjawisk niepozostających ze sobą w związku przyczynowo-skutkowym buduje ten związek. Jest w tych tytułach coś orwellowskiego, że samo powołanie Ministerstwa Prawdy zapewni prawdę w życiu społecznym, a uchwalenie ustawy o szczęściu zapewni ludziom szczęście. To również coś takiego jak tatuaż na przedramieniu z jakimś niezwykle głębokim cytatem (najlepiej zaczerpniętym z wiersza angielskiego poety sprzed 100 lat – widziałem takich wiele), zapewne w nadziei, że całe nasze dalsze życie potoczy się w myśl tej górnołotnej maksymy. Mamy więc projekty regulacji prawnych, które konstytuują instytucje i algorytmy osiągania: jakości, bezpieczeństwa, nowoczesności (poprzez modernizację), efektywności, no i – przede wszystkim – rozwoju. Nad rozwojem będzie czuwać, a jakże, Agencja Rozwoju Szpitali (kolejna agencja!). Czyż można się oprzeć? Nie jestem w stanie tyle na raz osiągnąć w swoim marnym żywocie, a tu naraz taka obietnica w skali całego systemu.

Felieton to nie jest miejsce, w którym można by omówić te projekty lub choćby jeden z nich. Projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitali liczy 78 stron i składa się ze 148 artykułów. Katalog pomysłów w niej zawartych redaktor Mariusz Tomaczak przedstawił za mnie bardzo zgrabnie na stronach 19-21. Wymiana kadr zarządzających szpitalami przypomina mi trochę delegowanie komisarzy wojskowych do instytucji i fabryk w stanie wojennym. Zalecą jednych i drugich jest to, że są „nasi”, a więc mają silne poparcie centralnego dysponenta politycznego. Obecni dyrektorzy będą mieli specjalne kompetencje wynikające ze specjalnego wykształcenia. Tamci komisarze mieli szczególny dar prawidłowego widzenia rzeczy i szczególną zdolność szybkiego podejmowania właściwych decyzji, wynikających z kolei z wojskowego wykształcenia i doświadczenia.

Magiczna wiara w kolejne urzędy, prezesów, agencje i pełnomocników dla odmiany przypomina mi powołanie służby rzeczników praw pacjenta. Jakoś na razie nie widać, żeby od tego prawa pacjenta zostały lepiej zaspokojone.

I chociaż wyrażam sceptyczny stosunek do takich etatystyczno-komisarycznych rozwiązań, to wcale się nie dziwię zniecierpliwieniu i determinacji politycznej. W systemie ochrony zdrowia panuje już takie bezhołowie, że marzenie o ruchach gwałtownych rodzi się samoistnie jako wyraz sprzeciwu na kryzys.

Pierwotnie pomysł na zmianę (posłużę się tu terminem o genezie pruskiej) „ustroju szpitalnictwa” sprowadzał się do hasła „centralizacja szpitali,” jako metody odzyskania administracyjnej kontroli i sterowności tego działu ochrony zdrowia, który zjada największej funduszy, ponosi główny ciężar zapewnienia świadczeń zdrowotnych społeczeństwu, co w najmniejszym stopniu nie ogranicza problemów naszej „służby zdrowia”: rozpaczliwie długich kolejek do świadczeń planowych, tworzenie się i wydłużanie kolejek do świadczeń pilnych, gdzie kolejek być nie powinno, braki kadry, brak kultury opłacania pracy ludzkiej w systemie, całkowity brak koordynacji i współpracy pomiędzy placówkami ochrony zdrowia, stałe zadłużanie się systemu ochrony zdrowia itd., itd., mógłbym długo wymieniać, tylko po co.

Ta pierwotna „centralizacja” zakładała również uporządkowanie systemu właścicielskiego dla szpitali w celu likwidacji tzw. wielowładztwa. To znana metoda reformatorska. Gdy powstały kasy chorych, to pierwotna ustawa zakładała ich następową decentralizację. Ale je scentralizowano i powstał NFZ. Teraz centralizować będziemy szpitale, podstawowa opieka zdrowotna już sama się scentralizowała. Powstają sieci zajmujące się poszczególnymi zagadnieniami klinicznymi, a to też jest jakaś forma centralizacji. Pozostało jeszcze kilka obszarów do scentralizowania i polski system ochrony zdrowia się zdecentralizuje poprzez rozbicie na scentralizowane fragmenty.

Pierwotny pomysł na ingerencję w zróżnicowany system właścicielski zakładów opieki zdrowotnej został zmieniony na zewnętrzną presję prawną, aby nie naruszać tej mozaiki praw ani statusu prawnego tych zakładów. Pozostaje więc samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej. Przecież to oksymoron. Albo samodzielny, albo publiczny. A najlepsze, i zarazem najbardziej zabawne, to samodzielny publiczny szpital kliniczny. Semantycznie adekwatne w tej nazwie jest tylko słowo szpital.

Obecny projekt ustawy o szpitalach przypomina dawną ustawę o zakładach opieki zdrowotnej, krytykowaną i uchyloną na rzecz innych ustaw systemowych: „o działalności leczniczej” i „o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych”. A wszystko to pod hasłami: damy wam pieniądze, oddłużymy, zrestrukturujemy, zmodernizujemy, zapewnimy rozwój.

Coś jak nowy ład. Wszystkim zmniejszymy podatki, wszyscy odniosą korzyść, a przychody budżetu wzrosną, więc doznamy wzmocnienia państwa i rozwoju społeczno-gospodarczego. Prawda, że piękne?

Wprawdzie ustawa „o jakości” dotyczy całego systemu ochrony zdrowia, a ustawa „o szpitalach” tylko szpitale, ale widać, że te dwa projekty aktów prawnych najprawdopodobniej powstały w różnym czasie i zostały utworzone przez dwa różne ośrodki, wychodzące z różnych założeń systemowych. Widać, że między nimi nie ma uzgodnionej korelacji.

Odnoszę wrażenie, że gdyby uchwalić obie te ustawy w przedłożonym kształcie w jednym czasie, to zarządzanie szpitalami przestałoby być zarządzaniem szpitalami, tylko stałoby się jakimś szaleńczym tańcem derwiszów wśród biurokracji, wniosków, postępowań administracyjnych, sądowych, akredytacyjnych, autoryzacyjnych, powołań, odwołań, egzaminów i czego tam jeszcze demiurg ustrojowy nie wymyśli.

Pewien profesor z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego zadał mi niedawno pytanie, czy samorząd lekarski nie mógłby czegoś zrobić z tą niekończącą się twórczością legislacyjną, która niczego nie zmienia w sensie systemowym, zwiększa tylko obciążenia biurokratyczne. Po czym dodał: czy w samorządzie lekarskim nie moglibyście jakoś skutecznie zaprotestować, żeby przerwać to szaleństwo? Odpowiedź była z mojej strony prosta i krótka: nie, nie możemy.

Ale już wytłumaczenie, dlaczego nie możemy, jest długie i skomplikowane, bo wynika z trudnej teorii systemów społeczno-prawno-politycznych. Establishment medyczny nigdy nie poprze protestów samorządu, bo zależy od pieniędzy, których dyspo-

nentem jest zawsze aktualna władza. Nie tylko nie poprze protestów, ale i nie skrytykuje pomysłów polityków. Także nie wnieś swoje pomysły, bo to oznaczałoby *eo ipso* krytykę pomysłów płynących od dysponenta politycznego. Samorząd szarpie się w bezskutecznym proteście i to jest powód, dla którego na razie żadna ekspercka praca reformatorska nie jest możliwa.

Jak oceniam szanse na uchwalenie tych ustaw? Raczej jako niewielkie. Ustawa „o jakości” jest bardzo złej jakości, a ustawa „o szpitalach” tak naprawdę niewiele zmienia w całym systemie ubezpieczeń zdrowotnych. Czasy zaś zrobiły się trudne. Niepokojów wewnętrznych i zewnętrznych co niemiara. Walka z wirusem znowu stała się priorytetem. Zbliży się koniec kadencji parlamentarnej. Cena polityczna uchwalenia ustawy „o szpitalach”, która może naruszyć liczne lokalne interesy, może okazać się nieopłacalna. Choć z drugiej strony pamiętam, jak lewica uchwaliła ustawę o kasach chorych 6 lutego 1997 r., a wybory wygrane przez AWS odbyły się we wrześniu tegoż roku, i jak tenże AWS, który utracił władzę po jednej kadencji, próbował uchwalić powszechną prywatyzację w ochronie zdrowia na ostatnim posiedzeniu sejmiku. Wtedy nie udało się, ale cóż to może być dla obecnej sejmowej Komisji Zdrowia, która gotowa jest przepychać przez Sejm wszystko, co pochodzi z rządu, bez zbędnego obcyndalania się. ■

**W systemie ochrony zdrowia
panuje już takie bezhołowie,
że marzenie o ruchach gwałtownych
rodzi się samoistnie jako wyraz
sprzeciwu na kryzys.**

100 LAT SAMORZĄDNOŚCI LEKARSKIEJ W POLSCE



Lucyna Krysiak
dziennikarz

Teraźniejszość naznaczona przeszłością

Uroczystości związane z rocznicą 100-lecia samorządności lekarskiej odbywały się w cieniu pandemii COVID-19. Planowana wcześniej wielka gala, którą miał uświetnić m.in. koncert w hołdzie lekarzom zorganizowany przez telewizję Polsat, nie odbyła się ze względów bezpieczeństwa.

Decyzją Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej obchodom rocznicowym poświęcono uroczyste posiedzenie NRL, które odbyło się online 11 grudnia 2021 r. Jak podkreślił prof. Andrzej Matyja, prezes NRL, historia stanowi fundament teraźniejszości i to minione stulecie najdobitniej obrazuje, jak w ten czas wpisują się współczesne dzieje społeczności lekarskiej.

Z okazji jubileuszu NIL wydała także „Zeszyt Historyczny – 100 pytań na stulecie samorządu lekarskiego w Polsce (1921-2021)”, który zawiera wypowiedzi wielu przedstawicieli świata medycyny, polityki, prawa oraz wybitnych działaczy samorządowych na tematy związane z wykonywaniem zawodu lekarza. Publikacja ta jest bezcennym wkładem w kontynuację historii samorządu lekarskiego.

AUTONOMIA ZAWODOWA

A ta historia była niejednokrotnie bolesną lekcją (różnice polityczne i bytowe wynikające z warunków życia lekarzy pod zaborami, II wojna światowa i straty poniesione przez działania okupanta, okres komunistycznych rządów w powojennej w Polsce i związane z tym represje). Jednak, jak podkreślił prof. Andrzej Matyja podczas posiedzenia NRL, idea autonomii zawodowej pozostała niezmienna i przetrwała do dziś. Przybliżając historię lekarskiej samorządności, prof. Ryszard Gryglewski z Katedry Historii Medycyny Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego sięgnął głęboko do korzeni, zwracając uwagę, że w czasie, kiedy Polska znajdowała się pod zaborami,



Jan Papee, lekarz, od 1914 r. prezydent Izby Lekarskiej Wschodnio-Galicyskiej w monarchii austriackiej, a od 1923 r. do śmierci w 1927 r. naczelnik Izby Lekarskiej Lwowskiej

**Idea autonomii
zawodowej
pozostała niezmienna
i przetrwała
do dziś.**

miejszem, w którym lekarze mogli się spotykać, zrzeszać, integrować i wymieniać poglądy, były towarzystwa lekarskie. Profesor zaznaczył, że stanowiły one macek późniejszych izb lekarskich. Zatem lekarze kształtowali etyczne i patriotyczne postawy oraz idee autonomii zawodowej nawet w czasach, kiedy Polski nie było na mapach Europy.

W środowisku medycznym był tak wielki głód zrzeszania się, że obok lekarskich towarzystw naukowych, które już miały lokalnie ugruntowaną pozycję, powstawały nowe reprezentacje wykonujących zawód lekarza o szerszym zasięgu. Jednym z nich było Stowarzyszenie Lekarzy Polskich powstałe na fali rewolucji 1905 r. Najpierw był to powołany w warunkach konspiracji Związek Lekarzy Polskich, ale nie mając szans na rejestrację, został on przemianowany na Stowarzyszenie Lekarzy Polskich. Józef Zawadzki, warszawski lekarz społecznik, współtwórca Towarzystwa Doraźnej Pomocy Lekarskiej i warszawskiego pogotowia ratunkowego, w swoich wypowiedziach na łamach „Kroniki Lekarskiej” z 1905 r. zwracał uwagę, że SLP stawiało sobie za główną zasadę działania bezpartyjność. Zawadzki apelował wówczas do środowiska: „oddzielmy obywatela od lekarza, obywatel ma prawo mieć takie lub inne przekonania i przynależć do tej lub innej partii. Należy więc szukać pogodzenia poglądów w środowisku lekarzy nie na drodze politycznej, ale społecznej i zawodowej działalności, stworzyć organizację wszystkich polskich lekarzy i na gruncie bezprogramowości politycznej umożliwić im przynależność do tej struktury”.

W krótkim czasie Stowarzyszenie Lekarzy Polskich stało się organizacją elitarną, opiniotwórczą, wypracowującą programy społeczne i organizacyjne, kuźnią kadr lekarzy społeczników. To właśnie stąd wywodzili się działacze samorządowi, którzy w odrodzonej Polsce tworzyli izby lekarskie. Do tej grupy należeli m.in. pediatra Jan Bączkiewicz

(jeden z inicjatorów powołania samorządu lekarskiego w niepodległej Polsce, prezes NIL przez dwie kadencje: w latach 1923–1925 oraz 1926–1928), chirurg Adam Przyborowski (Naczelnik Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej w latach 1923–1925 oraz 1926–1928), Władysław Starkiewicz, Jan Bełkowski, Eugeniusz Osiński i wspomniany już Józef Zawadzki. Dostrzegając fatalny stan opieki medycznej w Królestwie Polskim, SLP chciało połączyć cele społeczne i zawodowe lekarzy, a także, wzorując się na lekarzach z Galicji, Wielkopolski i Pomorza, zamierzało opracować program reformy służby zdrowia, którego realizacją miałyby się zająć tworzone w przyszłości izby lekarskie. Jednak represje zaborców zdusiły te idee w zarodku, bez szans na powołanie w tamtym czasie izb lekarskich.

SAMORZĄDOWE WZORCE

Oprócz towarzystw lekarskich, które były matczynikiem późniejszych izb lekarskich, wiele wzorców czerpano z już istniejących izb w poszczególnych zaborach. Takim przykładem były izby działające na terenach zaboru austriackiego w Galicji Wschodniej (Lwów) i Galicji Zachodniej (Kraków). Kiedy w 1921 r. doszło w wyzwolonej Polsce do powołania izb lekarskich, te 30 lat tradycji izb austriackich nie pozostało bez wpływu na kształt samorządności lekarskiej w tym regionie. Jak zauważa Zygmunt Wiśniewski w swojej publikacji „Lekarze i izby lekarskie w II Rzeczypospolitej”, to właśnie w cesarstwie Habsburgów wykształciły się struktury samorządowe zawodów wolnych, które później rozprzestrzeniały się na całą Europę (za wyjątkiem zaboru rosyjskiego, najbardziej zacofanego pod względem socjalnym i administracyjnym, gdzie system jedynowładztwa carskiego nie pozwalał na formowanie się samorządów).

Pod koniec XIX w. to Lwów był centrum nauki, kultury i medycyny na terenie Galicji. Działania tutejszej izby lekarskiej oraz statut i doświadczenia organizacyjne stały się wzorcem dla tworzących się izb w wolnej Polsce. O tym, jak dużą wartość stanowił dorobek samorządu lekarskiego w Galicji, wspomina Jan Papee w lutym 1923 r. na inauguracji nowej Lwowskiej Izby



Jan Bączkiewicz, pediatra, jeden z inicjatorów powołania samorządu lekarskiego w niepodległej Polsce, prezes NIL przez dwie kadencje: w latach 1923–1925 oraz 1926–1928



Adam Przyborowski, chirurg, naczelnik Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej w latach 1923–1925 oraz 1926–1928

Lekarskiej w odrodzonej Polsce. Ten znany w środowisku lekarskim dermatolog zastąpił się w pracach samorządu lekarskiego już w 1914 r., kiedy jeszcze Polska była pod zaborem austriackim, jako orędownik wyższości izb nad wcześniejszymi organizacjami lekarskimi. Uważał, że „dotychczasowym zrzeszeniom i towarzystwom lekarskim brakowało podstawowego

Pod koniec XIX w. to Lwów był centrum nauki, kultury i medycyny na terenie Galicji. Działania tutejszej izby lekarskiej oraz statut i doświadczenia organizacyjne stały się wzorcem dla tworzących się izb w wolnej Polsce.

czynnika dla ich skutecznej działalności, a mianowicie nie łączyły one ogółu lekarzy, a obejmowały tylko drobną ich część”. Zaznaczył też, że podejmowane przez samorząd postulaty mogą być natychmiast przekazywane rządzącym. Ten wytrwały działacz samorządowy (od 1914 r. prezydent Izby Lekarskiej Wschodnio-Galicyskiej w monarchii austriackiej, a od 1923 r. do śmierci w 1927 r. naczelnik

Izby Lekarskiej Lwowskiej) opisywał w swoich relacjach proces wyłaniania się obrazu izb w Polsce po wyzwoleniu, a także wyodrębnienia przez izby wydziału wykonawczego, który w ustawie z 2 grudnia 1921 r. o ustroju i zakresie działania izb lekarskich otrzymał nazwę Naczelnej Izby Lekarskiej.

DEKRET PIŁSUDSKIEGO

Sytuacja zdrowotna Polaków po odzyskaniu niepodległości była fatalna, więcej z nich umierało na choroby zakaźne niż ginęło na wojnach. Równie źle wiodło się lekarzom, którzy przymierali głodem, pracowali w ekstremalnie trudnych warunkach, a wprowadzenie kas chorych jeszcze bardziej pogorszyło ich status materialny, wymuszając na nich pracę za minimalną płacę.

Pierwszym aktem prawnym w niepodległej Polsce, który regulował sprawę zdrowia, był dekret Naczelnika Państwa Józefa Piłsudskiego z listopada 1919 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby. W maju 1920 r. Sejm nadał dekretowi rangę ustawy, która stała się podstawą do wprowadzenia drogą rozporządzeń instytucji kas chorych.

W grudniu 1921 r. Sejm przyjął dwie ustawy dotyczące lekarzy: „o wykonywaniu praktyki lekarskiej w państwie polskim”, która regulowała status zawodowy lekarzy, i „o ustroju w zakresie działania izb lekarskich”, która wprowadzała w Polsce samorząd lekarski. Choć rzadko się o tym wspomina, stan

lekarski miał sprzymierzeńca w Józefie Piłsudskim, który zanim został politykiem i naczelnikiem państwa, studiował medycynę. W 1885 r. został przyjęty na wydział lekarski uniwersytetu w Charkowie, pierwszy semestr zakończył z bardzo dobrymi ocenami z anatomii, histologii i innych przedmiotów, ale działalność konspiracyjna zmusiła go do przeniesienia się na drugi rok studiów medycznych do Estonii. Jednak na tym jego edukacja na kierunku lekarskim się skończyła, gdyż poświęcił się całkowicie działaniom niepodległościowym, za co został zesłany na Syberię. Jerzy Celma-Panek, biograf Piłsudskiego, analizując jego poglądy i działania polityczne, podkreśla, że wprawdzie nie został on lekarzem, ale nigdy nie zapominał o sprawach opieki zdrowotnej i sytuacji lekarzy polskich pod zaborami i po odzyskaniu niepodległości. Będąc redaktorem „Robotnika”, ostro skrytykował wprowadzoną w 1900 r. carską reformę lecnictwa fabrycznego: „Panowie fabrykanci potrącają pewien odsetek zarobku na szpital i lekarzy, a ci utrzymywani z pieniędzy robotników leczą ich jak z łaski, oszczędzając na lekarstwach, ceniąc bardziej względy swych możliwych patronów niż życie ludzkie”.

Charyzma Piłsudskiego w środowisku medycznym była tak wielka, że w 1920 r. Uniwersytet Warszawski nadał mu tytuł doktora honoris causa, a lekarze z jego otoczenia zaczęli zabiegać o utworzenie wojskowej służby zdrowia. Płk dr Z. Neyman tak opisywał ten proces: „Wszystkie oddziały wojska dysponowały wprawdzie lekarzami ochotnikami, ale brakowało jeszcze organizacji. Energiczniejszym powierzano kierowanie służbą zdrowia w grupach operacyjnych, bardziej doświadczonych delegowano do pracy przy Ministerstwie Spraw Wojskowych, transport rannych, chorych i ewakuacja z obszarów walk wykazywały braki, ale nadrabiano je dużą liczbą szpitali”.

Zrodziła się w tym czasie koncepcja lekarza wojskowego, którą generał Stefan Hołubicki, organizator szkolnictwa medycznego w wojsku, zdefiniował tak: „Zadaniem lekarza cywilnego jest leczyć chorego, zadaniem lekarza wojskowego jest nie pozwalać zdrowemu zachorować. Lekarz wojskowy zawodowy musi być nie

Choć rzadko się o tym wspomina, stan lekarski miał sprzymierzeńca w Józefie Piłsudskim, który zanim został politykiem i naczelnikiem państwa, studiował medycynę.

tylko dobrym specjalistą, ale posiadać cechy żołnierza, który zawsze i wszędzie musi stawiać dobro armii ponad swoje osobiste interesy”. Kadre lekarzy wojskowych kształcono w Wojskowej Szkole Sanitarnej. W 1925 r. w jej miejsce utworzono Oficerską Szkołę Sanitarną, z której wywodzili się kadry lekarzy oficerów. Odegrali oni znaczącą rolę w kampanii wrześniowej i w działalności konspiracyjnej podczas okupacji i w czasie powstania warszawskiego.

PRZENIKANIE SIĘ CZASÓW

Wędrując przez 100-letnią historię samorządności lekarskiej, trudno się oprzeć wrażeniu, jak bardzo wydarzenia z przeszłości przenikają się z teraźniejszością. Jak bardzo splatają się losy lekarzy wykonujących swój zawód w czasach, kiedy trzeba było walczyć o swoją autonomię, wizerunek, miejsce w hierarchii społecznej. Podobne problemy, podobne bariery do pokonania przez samorząd lekarski, podobne próby deprecjonowania tej grupy zawodowej polegające na zrównaniu jej z innymi zawodami.

Podjęta 11 grudnia 2021 r. uchwała NRL upamiętniająca 100-lecie lekarskiego samorządu zawodowego przypomina, że zadaniem utworzonej w 1921 r. Naczelnej Izby Lekarskiej i wojewódzkich izb lekarskich było m.in. porządkowanie spraw dotyczących interesów i bytu stanu lekarskiego, określanie obowiązków lekarzy względem społeczeństwa, poprawianie relacji między lekarzami, jak również obrona ich praw i godności oraz współdziałanie z urzędami państwowymi w sprawach zdrowia publicznego. Te zadania nie straciły na aktualności. W uchwale nawiązano do wysiłku, jaki trzeba było podjąć, by po 123 latach zaborów, złego

stanu lecnictwa i panujących chorób zakaźnych budować wspólnotę zawodową środowiska lekarskiego. Mimo tych trudności w okresie międzywojennym udało się zbudować fundamenty pod ten proces, troszcząc się o budowanie etosu zawodowego, godności stanu lekarskiego i wewnętrznej konsolidacji środowiska. Po koszmarze wojny, w czasie której bezwzględnie obchodzono się z inteligencją, w tym lekarzami, nastał czas powojennego totalitaryzmu. Władza komunistyczna nie chciała autonomii środowiska czy jakichkolwiek form samostanowienia, dlatego w 1950 r. zlikwidowała samorząd lekarski i zawłaszczyła jego majątek. Przywrócony dopiero na mocy ustawy z 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów mógł ponownie współdecydować o swoich sprawach.

Wraz ze zmianą ustroju odrodzonym izmom lekarskim powierzono sprawowanie pieczy nad należytych wykonywaniem zawodu oraz reprezentowanie zbiorowych interesów środowiska lekarskiego. Wzorowana na praktykowanych w wielu dojrzałych demokracjach idea samostanowienia sprawdziła się znacznie lepiej niż odgórne sterowanie sprawami ważnymi dla środowiska lekarskiego przez administrację państwową. Po roku 1989 izby lekarskie uzyskały podmiotowość prawną, własne kompetencje związane z reprezentowaniem środowiska lekarskiego i zajmowaniem stanowisk w ważnych sprawach dotyczących zdrowia publicznego i organizacji opieki zdrowotnej w Polsce, a z czasem także ekonomiczną zdolność do wspierania lekarzy i lekarzy dentystów w kształceniu podyplomowym czy możliwości udzielania pomocy socjalnej znajdującym się w potrzebie. – Oddajemy hołd wszystkim lekarzom, którzy na przestrzeni tych minionych 100 lat zapisali się na kartach trudnej historii tworzenia naszej samorządowej rzeczywistości naznaczonej przez zabory, wojnę i powojenny totalitaryzm – tak podsumował jubileusz prof. Andrzej Matyja, prezes NRL. ■

Źródła:

Z. Wiśniewski, „Lekarze i Izby Lekarskie w drugiej Rzeczypospolitej”

Z. Wiśniewski, „Kronika Izb Lekarskich w latach 1945-2005”

Za nami I Wielkopolska Konferencja Prawa Pacjenta



Zderzenie wielu punktów widzenia, merytoryczna dyskusja i cenne konkluzje – to efekty dwudniowej konferencji poświęconej prawom pacjenta organizowanej przez Wielkopolską Izbę Lekarską. Wydarzenie odbyło się w dniach 11-12 stycznia w Poznaniu (oraz online) pod patronatem Rzecznika Praw Pacjenta i przy współpracy z Okręgową Radą Adwokacką w Poznaniu. „Gazeta Lekarska” objęła patronatem medialnym to wydarzenie.

Konferencję poprowadzili prezes ORL WIL dr Artur de Rosier oraz

pomysłodawca tego przedsięwzięcia – Marcin Karolewski, przewodniczący Komisji ds. Szpitalnictwa ORL WIL. Otwierając spotkanie, przypomniano, że idea organizacji wspólnych konferencji lekarsko-prawniczych zrodziła się już dwa lata temu, a dyskusja o prawach pacjenta była zaplanowana na pierwszą połowę 2020 r. Plany pokrzyżowała jednak pandemia.

Program każdego dnia dzielony był na trzy sesje tematyczne. W wtorek omówione zostały prawa pacjenta, problem pacjenta małoletniego w systemie oraz

zagadnienia związane z dokumentacją medyczną w zderzeniu z prawami pacjenta. W drugiej odsłonie dominowały zagadnienia z obszaru psychiatrii, problematyka roszczeń, a także prawa pacjenta i lekarza w dobie pandemii przedstawione z trzech perspektyw: lekarza, Rzecznika Praw Pacjenta oraz prawnika.

Uczestnicy wysłuchali łącznie osiemnastu prelekcji. Wykłady dawały początek merytorycznym dyskusjom, w czasie których ścierały się spojrzenia medyków, prawników i specjalistów w swojej dziedzinie. ■

Akt wandalizmu na murach beskidzkiej izby

Nowa siedziba Beskidzkiej Izby Lekarskiej przy ul. Bystrzańskiej w Bielsku-Białej padła ofiarą aktu wandalizmu. Jedna ze ścian nowego budynku została zdewastowana – na elewacji pojawiły się napisy: „Big Pharma dogs” i „Medyczny faszyzm”. Sprawa została zgłoszona na policję.

To już kolejny przykład hejtu wymierzony w środowisko medyczne przez

przeciwników szczepień. W obliczu szerzącej się nienawiści wobec medyków zaprotestowali prezesi okręgowych rad lekarskich, domagając się jednocześnie od władz rządzących „jednoznacznego stanowiska popierającego szczepienia przeciw COVID-19 oraz podjęcia natychmiastowych, skutecznych działań zapobiegających dalszym atakom ich przeciwników”. ■

Wybory w okręgach

Trwają wybory w okręgowych izbach lekarskich – w części izb delegaci na okręgowe zjazdy lekarskie w kadencji na lata 2022-2026 zostali już wybrani, w innych niezbędne jest przeprowadzenie II tury – powody to brak dostatecznej liczby głosujących lub dostatecznej liczby lekarzy kandydujących w wyborach z danego rejonu. ■

Popiersie prof. Pilawskiej na 100-lecie samorządności lekarskiej

Z okazji setnej rocznicy powstania izb lekarskich w Polsce na dziedzińcu szpitala PSK 2 w Szczecinie odsłonięto spiżowe popiersie prof. Haliny Pilawskiej. Uroczystość odbyła się pod koniec ub.r. Uczestniczyli w niej m.in. współpracownicy i przyjaciele prof. Pilawskiej oraz rodzina, która pomnik ufundowała. W symbolicznym odsłonięciu pomnika wzięli udział prof. Jerzy Woy-Wojciechowski, honorowy prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego.

– Skromny pomnik wielkiej postaci – tak o popiersiu zasłużonej profesor mówi autor rzeźby, a także jej pomysłodawca, dr Mieczysław Chruściel. I przypomina, że prof. Halina Pilawska to wielka patriotka, która w szczególności



sposób założyła się sprawie reaktywacji samorządu lekarskiego. Należała do ścisłego grona lekarzy zabiegających o powołanie Okręgowej Izby Lekarskiej

Dr Mieczysław Chruściel i prof. Jerzy Woy-Wojciechowski podczas symbolicznego odsłonięcia popiersia prof. Haliny Pilawskiej

w Szczecinie i była jej pierwszym prezesem założycielem.

Pełna relacja z tego wydarzenia dostępna na www.gazetalekarska.pl. ■

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Nowa siedziba coraz bliżej

Na początku stycznia rozpoczęły się prace budowlane dotyczące remontu i przebudowy budynku przy ul. Lenartowicza 33-35 w Bydgoszczy, przeznaczanego na nową siedzibę Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Jak informuje dyrektor biura BIL Iwona Kosiło, prace (za wyjątkiem wykończeniowych) mają zakończyć się do 30 września. ■

Hołd dla ratujących rannych górników

16 grudnia 2021 r. w 40. rocznicę pacyfikacji kopalni „Wujek” w holu Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach oddano hołd pod tablicą upamiętniającą wspaniałą postawę lekarzy, pielęgniarek i pozostałych pracowników ochrony zdrowia organizujących pomoc górnikom rannym 16 grudnia 1981 r.

Tablica znajdująca się w holu szpitala jest symbolem pamięci o wszystkich pracownikach służby zdrowia nie tylko w czasie pacyfikacji KWK

„Wujek”, ale w całym okresie stanu wojennego. W imieniu śląskiego samorządu lekarskiego kwiaty złożył prezes ORL w Katowicach dr Tadeusz Urban.

Oficjalne obchody 40. rocznicy pacyfikacji kopalni „Wujek” rozpoczęła msza święta w kościele pw. Podwyższenia Krzyża Świętego w Katowicach. Następnie pod Pomnikiem Górników przy kopalni „Wujek” odczytano Apel Pamięci. Podczas tych uroczystości Śląską Izbę Lekarską reprezentował dr Mieczysław Dziedzic. ■

Zeznania przed płciownikiem

Początek roku nie jest przyjemny – rozpędzająca się kolejna fala zachorowań na COVID-19, wzmocniona ogromnym chaosem wynikającym z wprowadzenia „Polskiego Ładu” przysparza lekarzom nie lada wyzwań. Proponujemy zatem – w ramach złapania chwili oddechu – ciekawą

lekturę artykułu Janki Kowalskiej „Zeznania przed płciownikiem – gorąco mi dołem!”, opublikowanego w grudniowym numerze „Medicusa” (biuletynu Lubelskiej Izby Lekarskiej). To barwna opowieść o Stanisławie Teofilu Kurkiewicz i jego „Słowniku płciowym”(medicus.lublin.pl). ■

Kurs samoobrony

Na początku stycznia odbył się pierwszy trening w ramach kursu samoobrony dla lekarzy zrzeszonych w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie. Uczestnicy podczas spotkania ćwiczyli podstawowe metody obrony i ogłuszenia napastnika, dzięki którym można skutecznie ograniczyć konsekwencje ataku. Kurs składa się w sumie z ośmiu spotkań.

OIL w Warszawie już teraz deklaruje, że planowane są kolejne edycje. ■

Pomoc prawna dla ofiar hejtu

Dolnośląska Izba Lekarska, we współpracy z jedną z firm ubezpieczeniowych, pod koniec ubiegłego roku uruchomiła wsparcie dla lekarzy i lekarzy dentystów zrzeszonych w tej izbie, którzy padli ofiarą hejtu. W ramach inicjatywy można dzwonić pod dedykowany numer telefonu lub opisać swój problem i przesłać go mailem do izby. Szczegółowe informacje są dostępne na stronie internetowej DIL. ■

Kto otrzyma nagrodę gdańskiej izby?

Do 15 lutego można zgłaszać kandydatów do nagrody Pro Bono Societatis Medicorum Pomeraniae – laureatami tego wyróżnienia mogą zostać osoby zasłużone dla samorządu i środowiska lekarskiego na terenie działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku.

Nagrodę otrzymują przede wszystkim lekarze i lekarze dentyści, którzy w sposób szczególnie wyróżnili się w pracy na rzecz OIL w Gdańsku, ale uhonorowane mogą być też osoby spoza środowiska lekarskiego. Nagroda Pro Bono Societatis Medicorum Pomeraniae została ustanowiona przez gdańską izbę w 2005 r.

Zapytaj lekarza

Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi prowadzi filmowy cykl edukacyjny pt. „Zapytaj Lekarza...”, w którym specjaliści z różnych dziedzin medycyny opowiadają o problemach zdrowotnych. W najnowszym odcinku poruszono kwestię wpływu pracy i nauki zdalnej na wzrok. Tematy wcześniejszych filmów to m.in. zagadnienia poruszające problem powikłań po COVID-19 (neurologicznych, kardiologicznych, pulmonologicznych i innych), jak również kwestie związane z leczeniem nowotworów w dobie pandemii koronawirusa.

Materiały są publikowane na izbowym kanale YouTube oraz na Facebooku. ■

Komórki macierzyste w ortopedii

Artroza stawów jest obecnie w ortopedii jednym z największych wyzwań w leczeniu. Degeneracja i uszkodzenie chrząstki stawowej to najczęściej wolno zachodzący proces prowadzący do powstania dolegliwości bólowych, zmniejszenia zakresu ruchomości, wysięków i sztywności. Doprowadza to do utraty funkcji danego narządu, zmniejszenia jakości życia.

Daniel Kopko specjalista ortopedii I traumatologii

Przewlekłe, wieloletnie dolegliwości doprowadzają do tego, iż pacjent zmniejsza swoją aktywność fizyczną, często wycofuje się z aktywnego życia społecznego. Zaniechanie aktywności ruchowej bezpośrednio przekłada się na zwiększone ryzyko powstania chorób metabolicznych, sercowo-naczyniowych, psychologicznych, a te czynniki powodują pogorszenie jakości życia, a nawet mogą doprowadzić do przedwczesnej śmierci.

Przyczyny degeneracji chrząstki stawowej doprowadzającej do artrozy stawu to: starzenie się i osłabione mechanizmy regeneracji, otyłość, choroby metaboliczne, brak aktywności fizycznej, predyspozycje genetyczne, płeć czy też przebyte urazy (złamania, niestabilności więzadłowe itd.) Według WHO artroza dotyka 10–15 proc. całej populacji powyżej 60 r. ż. Problem ten jednak występuje u ludzi w każdym przedziale wiekowym. W zaawansowanych stadiach chorobowych leczeniem z wyboru jest protezoplastyka stawów. Zabiegi te są nieodwracalne i obciążone dużym odsetkiem powikłań infekcyjnych, obłuzowania protez itd. Ponadto w zależności od źródeł około 30–40 proc. operowanych nie zauważa poprawy i zniesienia dolegliwości bólowych. Głównym celem tych zabiegów jest zniesienie bólu i poprawa funkcji

kończyny. Można go w dużym stopniu osiągnąć dzięki zastosowaniu leczenia biologicznego opartego na komórkach MSC. Dodatkowo systematyczne podania dostawowe komórek macierzystych w odpowiednim okresie (to znaczy w artrozie łagodnej i umiarkowanej) przedłużają żywotność stawu, zatem mogą być stosowane jako bioprezerwacja stawu.

Komórki macierzyste to najbardziej pierwotne, niedojrzałe i niewyspecjalizowane komórki tworzące struktury żywego organizmu. Ze względu na fakt, że są one samoodnawialne i mają przy tym olbrzymi potencjał do namnażania się i przekształcania w określone, wyspecjalizowane komórki, są podstawą budowy wszelkich organów i tkanek ciała. Stosowanie komórek macierzystych to metoda bezpieczna i powszechnie stosowana w ortopedii na całym świecie. Według aktualnego stanu wiedzy tego typu terapia cechuje się wysoką skutecznością mezenchymalnych komórek macierzystych (MSC, ang. Mesenchymal Stem Cells) w zakresie poprawy funkcji stawu oraz zmniejszenia dolegliwości bólowych.

Dorośle komórki macierzyste mogą pochodzić z różnych źródeł, takich jak szpik kostny, tkanka tłuszczowa czy tkanki płodowe, skąd pozyskiwane są komórki macierzyste z galarety Whartona sznura pępowinowego (Umbilical Cord Mesenchymal Stem Cells, WJ-MSC). Na chwilę obecną zastosowanie WJ-MSC

najczęściej wykorzystywane jest w układzie allogenicznym, w którym biorca nie jest jednocześnie dawcą. Wraz ze wzrostem popularności bankowania komórek macierzystych, możliwości zastosowania autologicznego będą wzrastały. Mezenchymalne komórki macierzyste pozyskiwane z tkanek pozazarodkowych – owodni, łożyska, sznura pępowinowego – stanowią pośredni rodzaj komórek macierzystych, które częściowo zachowują pluripotencjalne właściwości. Dla zastosowania WJ-MSC w układzie allogenicznym ważne są wyjątkowe cechy mezenchymalnych komórek macierzystych galarety Whartona, przede wszystkim immunologiczne uprzywilejowanie. Wykazują niską ekspresję antygenów zgodności tkankowej MHC klasy I, nie obserwuje się na ich powierzchni antygenów MHC klasy II. W konsekwencji komórki te są bardzo dobrze tolerowane przez system immunologiczny allogenicznych (niespokrewnionych) biorców.

Na rynku istnieje wiele metod i systemów do pozyskiwania komórek macierzystych oraz związanych z tym nadużyć. Podaje się preparaty, które mogą nie zawierać żywych komórek macierzystych oraz bez znanej ich ilości. Jedynym sposobem na potwierdzenie obecności, ilości i żywotności komórek, a więc zastosowania ich jak leku, jest ich namnożenie. Z powodzeniem stosujemy te terapie od 2019 r. w Life Institute we współpracy z PBKM. ■

Polski Bank Komórek Macierzystych (PBKM) to założona w 2002 roku w Polsce firma biotechnologiczna. Głównym obszarem działalności PBKM jest bankowanie komórek macierzystych z krwi pępowinowej i pępowin, które jest świadczone w 20 krajach w Europie poprzez założoną i kontrolowaną przez PBKM Grupę FamiCord. PBKM jest największym podmiotem tego typu w Europie. Poza bankowaniem PBKM wytwarza produkty lecznicze terapii zaawansowanej (ATMP) oparte na komórkach mezenchymalnych (MSC) z pępowiny oraz tłuszczu, a także pracuje nad wytwarzaniem technologii CAR-T. PBKM wydał preparaty komórek macierzystych do zastosowania klinicznego dla ponad 3000 pacjentów.



Szpitala do poprawki

Wkrótce do laski marszałkowskiej ma wpłynąć projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa. Dokument został przygotowany przez Ministerstwo Zdrowia jako element Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności.

4

na tyle kategorii zostaną podzielone szpitale publiczne. Będą oznaczone literami od A (najlepsze) do D (najgorsze). Kryteria ekonomiczno-finansowe zdecydują, do której kategorii trafi placówka. Pod uwagę będą brane m.in. zobowiązania wymagalne (tj. takie, dla których termin płatności już upłynął).

60 osób

zatrudni Agencja Rozwoju Szpitali do końca br. Docelowo liczba pracowników wzrośnie do ok. 400 osób, wraz ze zwiększającymi się zadaniami, w tym m.in. koniecznością przygotowania i opiniowania planów naprawczo-rozwojowych szpitali, a następnie nadzorowaniem ich realizacji.

60%

wynosi średni poziom kosztów wynagrodzeń z ubezpieczeniami społecznymi oraz kontraktami lekarskimi i pielęgniarzkimi w ogólnych kosztach SPZOZ i instytutów badawczych. Resort zdrowia chce to zmienić, argumentując, że znacząco wpływa na to rywalizacja o personel medyczny.

80%

zobowiązań wymagalnych szpitali publicznych na koniec 2020 r. generowało 13 proc. podmiotów szpitalnych, a za generowanie połowy tych zobowiązań odpowiadało zaledwie 4 proc. podmiotów. Największy udział miały jednostki utworzone i nadzorowane przez powiaty i miasta na prawach powiatu.

185

nadzorców restrukturyzacyjnych podmiotów szpitalnych, z czego 85 mają stanowić pracownicy na stałe zatrudnieni w ARS, będzie potrzebnych po wejściu ustawy w życie. To nadzorca opracuje plan naprawczo-rozwojowy szpitala, przekaze go prezesowi ARS, a następnie ma nadzorować jego realizację.

400

tyłoma zażaleniami na postanowienia prezesa ARS (rocznie) szacunkowo zajmie się sąd restrukturyzacyjny dla szpitali. Tę funkcję ma pełnić Sąd Okręgowy w Warszawie. To on będzie prowadzić postępowania dotyczące podmiotów szpitalnych w przedmiocie restrukturyzacji zadłużenia.

575

szpitali publicznych rozumianych jako podmioty lecznicze udzielające świadczeń szpitalnych działało pod koniec 2020 r. Funkcjonowały głównie w formie SPZOZ (428), ale również instytutów badawczych (14) i spółek kapitałowych (133, w tym 125 ze 100-proc. kapitałem publicznym).

15 tys. zł

wyniesie średnie miesięczne wynagrodzenie brutto pracowników ARS (na podobnym poziomie będą wynagrodzenia zewnętrznych nadzorców zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych). Miesięczne wynagrodzenie przewodniczącego i członków Rady ARS szacuje się na 11,5 tys. zł.

20,1 mld zł

stanowiła wartość zobowiązań ogółem szpitali publicznych na koniec 2020 r. (w tym zobowiązań wymagalnych ok. 2,1 mld zł). Resort zdrowia szacuje, że deficyt środków finansowych niezbędnych do ich efektywnego funkcjonowania na koniec I półrocza 2021 r. wynosił ok. 9,2 mld zł.



ANALIZA

Konstytucja czy bat?



Mariusz Tomczak
dziennikarz

Ustawa o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa może okazać się zarówno konstytucją dla szpitali, jak i legislacyjnym batem do wymuszania posłuszeństwa. Co się zmieni? Co nowe regulacje oznaczają dla lekarzy?

Projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa zawiera część postulatów, które przez ostatni rok określano mianem centralizacji szpitali. Co prawda nie przewidziano w nim nowych form organizacyjno-prawnych, ale to nie znaczy, że nowe przepisy to gra pozorów.

PANDEMIA JAKO PRETEKST

Pandemia daje doskonały pretekst do dokonania zmian w szpitalnictwie. Od 1,5 roku minister zdrowia Adam Niedzielski krytykuje konieczność prowadzenia czasochłonnych, w jego opinii, uzgodnień między szpitalami i różnymi nadzorującymi je podmiotami, zapowiadając, że najwyższy czas skończyć z „wielowładztwem” raz na zawsze.

RADOŚĆ W POWIATACH PRZEDWCZESNA

Rozpoczęcie dyskusji o możliwym przejmowaniu zarządzania szpitalami publicznymi i ich majątkiem spod nadzoru organów stojących na czele województw, powiatów, miast na prawach powiatu i gmin wzbudziło ogromne emocje ponad rok temu. Ta dyskusja wykroczyła poza środowisko zawodowo związane z ochroną zdrowia. Pojawiło się mnóstwo obaw co do zgodności z konstytucją części pomysłów serwowanych opinii publicznej przez ministra Adama Niedzielskiego i wiceministra zdrowia Sławomira Gadomskiego. Analizy prawne, ale zapewne również rozmowy prowadzone w zaciśniętych gabinetach wielu najważniejszych osób w państwie, sprawiły, że pomysł na „reformę szpitalnictwa” różni się od tego, czego spodziewano się jeszcze kilka miesięcy temu. Przede wszystkim nie dojdzie do ograniczenia liczby organów założycielskich, co w praktyce oznaczałoby kolosalne zmiany dla placówek powiatowych. Jeśli projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa wejdzie w życie w brzmieniu, w jakim dosłownie w ostatnich godzinach ubiegłego roku trafił do konsultacji publicznych, nie będzie bezpośredniej ingerencji w strukturę właścicielską. Z biegiem

czasu powinno jednak dojść do przetasowań, bo przepisy mają temu sprzyjać.

AGENCJA ROZWOJU SZPITALI ROZDZIELI PIENIĄDZE

Nie ulega wątpliwości, że znacząco zmienia się reguły panujące w sektorze publicznego szpitalnictwa, ale wiele będzie zależało od tego, z jaką stanowczością ze swoich uprawnień będzie korzystał powołany przez ministra zdrowia prezes nowo utworzonej Agencji Rozwoju Szpitali. To ona ma dzielić pieniądze na inwestycje pochodzące z budżetu państwa, funduszy unijnych oraz funduszy celowych zarządzanych przez ministra zdrowia. Prezes ARS zyska znaczącą władzę. Oczywiście nie wiadomo, czy po wejściu w życie nowych przepisów nie dojdzie do ich zmiany (np. po kolejnych wyborach parlamentarnych, które prawdopodobnie odbędą się jesienią 2023 r., czyli kilka miesięcy po tym, gdy usta-

**Nikt szpitala
nie zlikwiduje, ale zmieni
się jego profil.**

wa o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa wejdzie w życie), tak jak nie da się przewidzieć, czy sądy, do których mogą występować szpitale i stojące za nimi samorządy niezadowolone z decyzji prezesa ARS nie pokrzyżują częściowo planów resortowi zdrowia.

KILKASET PLACÓWEK DO OCENY

Ustawa, z drobnymi wyjątkami, ma dotyczyć SPZOZ-ów, spółek kapitałowych i instytutów badawczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne. Ocenie Agencji Rozwoju Szpitali ma podlegać 575 placówek (wg stanu na koniec 2020 r.). O ich przyszłości, zwłaszcza tych najbardziej zadłużonych, zaczną faktycznie współdecydować prezes Agencji, opierając się na danych ekonomiczno-finance. W projekcie ustawy nie wskazano żadnych wskaźników jakościowych, choć resort chce, by w przyszłości także i one zostały uwzględnione w ramach dokonywania oceny. Obecnie sektor szpitalny generuje ok. 20 mld zł długów, a zadłużenie wymagalne, tzn. takie, dla którego termin płatności już upłynął, sięga ok. 2,1 mld zł. Jednym z celów ustawy jest

wsparcie podmiotów leczniczych w wyjściu na prostą, a na oddłużenie z budżetu państwa trafi 3-3,5 mld zł w ciągu 5 lat. Zarówno minister Niedzielski, jak i minister Gadomski nie pozostawiają złudzeń – żadna placówka nie otrzyma pieniędzy „za darmo”, ale dopiero po wprowadzeniu zmian pod dyktando ARS, tak by ich efekt nie był krótkotrwały. Mówiąc precyzyjniej – chodzi o wdrożenie planu rozwojowo-naprawczego, którego warunki tworzenia opisano w projekcie ustawy.

CZY DA SIĘ UCIEC OD STOSÓW DOKUMENTÓW?

Jak na razie w mediach niewiele uwagi poświęca się temu, że ustawa nałoży na szpitale obowiązek dostosowania działalności do mapy potrzeb zdrowotnych, regionalnych potrzeb zdrowotnych i planów transformacji (służą wdrożeniu kierunków działań zawartych w mapach), a także do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Stanie się to ustawowym obowiązkiem, choć wielu komentującym to umyka. To zrodzi określone skutki – placówki nie będą mogły odwracać się plecami od opastych urzędniczych dokumentów tworzonych, co warto podkreślić, częściowo z powodu wymagań narzucanych przez Brukselę. Po wejściu w życie ustawy wiele osób współdecydujących o losach szpitali zacznie je studiować, a jest to dość wymagająca lektura pod względem merytorycznym i objętościowym (przykładowo: mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026 liczy ponad 1,1 tys. stron).

PIERWSZA KLASYFIKACJA JUŻ ZA ROK

O tym, że pojawi się podział placówek na cztery kategorie (od A do D), resort zdrowia informował od kilku miesięcy, więc nie jest to zaskoczeniem, ale dopiero kilka tygodni temu poznaliśmy szczegóły tego rozwiązania. Ich oceną i kategoryzacją zajmie się Agencja Rozwoju Szpitali. Do określenia kategorii posłużą cztery stosunkowo prosto obliczane wskaźniki (nie są to tak skomplikowane wzory jak te służące do obliczania ryczałtu w ramach sieci szpitali). Jeden z nich to wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem – wartość mniejsza niż 0,2 proc. ma być przepustką do kategorii A, a przekroczenie 15 proc. będzie równoznaczne ze znalezieniem się w kategorii D.

OBOWIĄZKOWO CO TRZY LATA

Ocena podmiotów szpitalnych ma być przeprowadzana obowiązkowo co trzy lata, a po raz pierwszy ARS rozpocznie ją w przyszłym roku. Nastąpi to na podstawie danych za 2022 r., co już teraz spędza sen z powiek osobom zarządzającym szpitalami. Po pierwsze, z uwagi na narostę w poprzednich latach zadłużenie, tak charakterystyczne dla publicznego szpitalnictwa m.in. ze względu na udzielanie świadczeń medycznych nierentownych a priori. Po drugie, z powodu szalejącego wzrostu cen energii elektrycznej i ogrzewania, a także rosnących cen zakupu materiałów i usług niezbędnych do codziennego funkcjonowania. Po trzecie, ze względu na pandemię, której skutki odbijają się na kondycji finansowej placówek. Dane za ten rok mogą część z nich „pociągnąć” w dół, chyba że znajdą jakiś cudowny sposób na oszczędności lub pozyskanie dodatkowych pieniędzy.

NAJPIERW WYKONAJ, POTEM ZŁÓŻ ZAŻALENIE

Do kategorii A trafią placówki znajdujące się, w oparciu o wskazane w ustawie wskaźniki, w najlepszej sytuacji



Ille lekarzy otrzyma propozycję „nie do odrzucenia”, by przenieść się do innego szpitala?

finansowej. Będą obowiązkowo tworzyć plan rozwojowy, podobnie jak szpitale kategorii B, choć na wniosek tych drugich prezes ARS może również wszcząć postępowanie naprawczo-rozwojowe. Obligatoryjnie zainicjuje je on wobec placówek kategorii C i D. W „procesie naprawy i modernizacji” kluczową rolę odegra wyznaczony przez szefa ARS nadzorca. To on opracuje projekt planu naprawczo-rozwojowego, przekaże go prezesowi Agencji i zajmie się nadzorem nad jego realizacją. W sprawach z zakresu modernizacji i poprawy efektywności szpitalnictwa prezes ARS ma wydawać postanowienia podlegające natychmiastowemu wykonaniu. Niezadowoleni będą mogli złożyć zażalenie do Sądu Okręgowego w Warszawie (stanie się on sądem restrukturyzacyjnym dla podmiotów szpitalnych), a po jego rozpatrzeniu – szukać sprawiedliwości przed Sądem Apelacyjnym w Warszawie.

RZĄDY SILNEJ RĘKI? NADZORCY I ZARZĄDCY

Jeśli przygotowanie planu naprawczo-rozwojowego nie będzie możliwe lub nie dojdzie do jego realizacji, to szef ARS będzie mógł dokonać zmiany kierownika podmiotu szpitalnego niebędącego spółką kategorii C, a w przypadku szpitala tej kategorii prowadzonego w formie spółki – wydać

postanowienie o odebraniu podmiotowi szpitalnemu zarządu majątkiem (sic!) i ustanowieniu zarządcy. Mówiąc prościej: jeśli między wyznaczonym nadzorcą i dyrektorem lub zarządem szpitala zacznie poważnie zgrzytać, to dotychczasowa kadra zarządzająca zostanie de facto odsunięta od kierowania placówką. Będzie to możliwe również w placówkach kategorii D z tą różnicą, że prezes ARS takie postanowienie może wydać w każdym czasie (sic!) i nie będzie na to przysługiwać zażalenie (placówki kategorii C wniosą je do Sądu Okręgowego w Warszawie). To oznacza, że w szpitalach kategorii C i D ster władzy może dość szybko przejść w ręce osoby wyznaczonej przez szefa ARS.

PRAWNICY, EKONOMIŚCI CZY LEKARZE?

W tym miejscu pojawia się pytanie, skąd będą rekrutowani nadzorcy i zarządcy, a także kadra kierownicza Agencji Rozwoju Szpitali. Wśród szpitalników rodzą się obawy, że to będą teoretycy, a nie praktycy, mało obeznani ze specyfiką pracy medyków lub w najlepszym razie z doświadczeniem wyniesionym z podlegających resortowi placówek klinicznych, gdzie realia są zupełnie inne niż w szpitalach powiatowych. Ze środowiska lekarskiego dochodzą pytania, ile osób w kierownictwie ARS będzie posiadało wykształcenie medyczne i czy znajdą się w nim lekarze, czy raczej prawnicy, ekonomiści i spece od zarządzania, którzy każdą złotówkę wydaną na leczenie potraktują jako wydatek i koszt, a nie inwestycję w zdrowie pacjentów.

KONCENTRACJA LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO

Celem ustawy jest m.in. zwiększenie dostępu do świadczeń poprzez – i są to założenia kluczowe do zrozumienia istoty planowanych zmian – koncentrację leczenia specjalistycznego, ograniczenie dublowania świadczeń i eliminację konieczności utrzymywania personelu medycznego w części placówek. Jak czytamy w uzasadnieniu do projektu regulacji, pozwoli to uniknąć konkurencji między szpitalami o pacjentów, kadry medyczne i kontrakty z NFZ, co wiele mówi o potencjalnym wpływie nowych przepisów zarówno na tych, którzy zarządzają placówkami, jak i na tych, którzy diagnozują, leczą i na sto innych sposobów pomagają pacjentom. „Nadmiarowe koszty działalności podmiotów szpitalnych generuje utrzymywanie nieefektywnie wykorzystywanej bazy, jak również nieuzasadnione faktycznymi potrzebami utrzymywanie przez część podmiotów szpitalnych podwyższonej gotowości” – to zdanie zawarte w uzasadnieniu do projektu ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa wskazuje, gdzie resort dostrzega możliwość „poprawy” tejże „efektywności”.

CEL: ZMNIEJSZYĆ KOSZTY WYNAGRODZEŃ

Posłużmy się przykładem: jeśli w 150-tys. mieście lub sąsiadujących ze sobą powiatach obecnie funkcjonują dwa, trzy lub cztery szpitale zabezpieczające lwią część podstawowych potrzeb zdrowotnych lokalnej społeczności, a w każdym są oddziały chirurgii ogólnej i ginekologiczno-położnicze, w jednej z placówek może dojść do likwidacji pierwszego, a w innej – drugiego. Nikt szpitala nie zlikwiduje, ale zmieni się jego profil. Wydaje się wątpliwe, by w obliczu niedoborów kadrowych ktokolwiek z lekarzy czy pielęgniarek został zwolniony z pracy, ale prawdopodobny

jest inny scenariusz: część personelu z likwidowanego oddziału pozostanie w dotychczasowej placówce, choć trafi do oddziału, w którym liczba pacjentów wzrośnie (w związku z likwidacją jego odpowiednika w niedalekim sąsiedztwie), niemniej jednak ktoś może otrzymać propozycję „nie do oddziału”, by przenieść się do innej placówki (tej, która przejmie pacjentów ze szpitala, w którym zlikwidowano oddział). Może to być szpital, do którego lekarz będzie miał znacznie bliżej, dzięki czemu zaoszczędzi na dojeździe do pracy, ale równie dobrze dojazd może się jemu wydłużyć. Odrębną sprawą są wynagrodzenia. Nowe regulacje mają pośrednio oddziaływać na tę sferę, co kierownictwo Ministerstwa Zdrowia oficjalnie sygnalizowało w poprzednich miesiącach. „Rywalizacja o personel medyczny istotnie wpływa na zwiększenie kosztów wynagrodzeń ponoszonych przez podmioty szpitalne” – to zdanie nie znalazło się w uzasadnieniu do projektu ustawy przez przypadek i niewątpliwie jest wskazówką, w jaki sposób projektowana ustawa może wpłynąć na portfele części medyków.

UCZELNIA UCZELNI NIERÓWNA

Możliwe, że po wejściu w życie nowych przepisów nie każdy z obecnych szefów szpitali, nawet tych najlepszych, pozostanie na swoim stanowisku. Zgodnie z projektem ustawy kierownikiem podmiotu szpitalnego będzie mogła zostać wyłącznie osoba po zdaniu państwowego egzaminu organizowanego przez ministra zdrowia albo ukończeniu studiów podyplomowych MBA w ochronie zdrowia, choć nie na każdej uczelni. Okazuje się więc, że dla resortu dyplom dyplomu nierówny. Innym warunkiem ma być wpis na listę menedżerów prowadzoną przez prezesa ARS. Ponadto ustawa nałoży na szefów szpitali obowiązek kształcenia ustawicznego, z którego mają się rozliczać przed prezesem ARS co rok. Czy to nie zniechęci do ubiegania się o taką posadę? ■

Sieć pod prężeniem zmian

Projekt ustawy przewiduje ważne zmiany w funkcjonowaniu sieci szpitali polegające m.in. na ograniczaniu skali finansowania ryczałtowego. Biorąc pod uwagę fakt, że ryczałt stanowi w zasadzie istotę sieci, można powiedzieć, że resort chce na nowo zdefiniować zasady funkcjonowania placówek, ustalone za czasów ministra Konstantego Radziwiłła. Kwalifikacja do systemu PSZ zostanie uproszczona. Proponuje się rezygnację z wyodrębniania poziomów zabezpieczenia i włączanie do sieci placówek posiadających co najmniej jeden tzw. profil kwalifikujący. W uzasadnieniu do projektu ustawy czytamy, że dotychczasowy model z sześcioma poziomami charakteryzował się mało przejrzystymi kryteriami. Kolejną istotną zmianą będzie wyłączenie z PSZ świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, co ma wynikać m.in. z trudności w zapewnieniu obsady kadrowej. Dojdzie zatem do rezygnacji ze ścisłego powiązania NŚOZ z lecznictwem szpitalnym na rzecz zawierania umów z placówkami zainteresowanymi ich udzielaniem i dysponującymi odpowiednim potencjałem, co oczywiście nie wyklucza podmiotów aktualnie działających w ramach sieci z dalszej realizacji takich świadczeń. Zmiana struktury PSZ oraz kryteriów kwalifikacji nie zmieni poziomu wydatków NFZ.

Zmiana reguł

Ustawa o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa na lata określi nowe zasady działania szpitali. Ich dyrektorom zostaną np. przydzieleni nadzorcy, z którymi będą zobowiązani uzgadniać plany naprawcze. To zaledwie jedna z wielu zaplanowanych zmian.

GazetaLekarska.pl ✨



dr **Jerzy Friediger**
dyrektor Szpitala
Specjalistycznego im. Stefana
Żeromskiego w Krakowie,
członek Prezydium NRL

Szpital jest od tego, by leczyć chorych pacjentów, a proponowane przez Ministerstwo Zdrowia przepisy skupiają się przede wszystkim na osiągniętych wynikach finansowych. Podstawę klasyfikacji placówek, zgodnie z projektem ustawy, mają stanowić wyniki za 2022 r., podczas gdy m.in. ze względu na obecność koronawirusa i wynikające z tego problemy z wykonaniem kontraktu będą one gorsze, niż mogłyby być. Branie takich wyliczeń za fundament oceny jest błędem, tak jak błędna jest ocena szpitala opierająca się tylko o jego finanse. Próba podnoszenia efektywności szpitali bez dotykania sedna

problemu to droga donikąd. Szpitale powinny dostawać środki pozwalające im na funkcjonowanie, a tak nie jest. Jeśli finansowanie pozostanie na obecnym poziomie, nie można dyrektorów obciążać winą za gorsze wyniki. W pierwszej kolejności należy spojrzeć na wycenę

Szpitale w Polsce są zadłużone na ok. 18 mld zł.

świadczeń medycznych. Warto również odpowiedzieć na pytanie, dlaczego w najgorszej sytuacji finansowej znajdują się szpitale publiczne, a spośród nich te utrzymujące całodobową gotowość, czyli posiadające SOR. Wydaje się, że tu tkwi podstawowy błąd. W żaden sposób nie jest wynagradzana gotowość do całodobowego udzielania świadczeń, a to kosztuje. Podstawowa stawka

dla SOR-u wynosi 4,5 tys. złotych. Podobną stawkę ma zespół ratownictwa medycznego w ramach tzw. dobokaretki. To absurd. Inna jest wycena godziny pracy pielęgniarki instrumentariuszki, a inna wycena godziny jej pracy przy stole operacyjnym, bo nikt przy nim nie stoi przez 8 godzin każdego dnia. Trzeba uwzględnić przerwy między zabiegami, urlopy czy zwolnienia chorobowe, nie wspominając o tym, że realny czas pracy między szpitalami się różni. Przyjmując błędne założenia, wycena świadczeń zawsze będzie poniżej ich faktycznych kosztów. Póki nie zrobi się porządku z finansowaniem świadczeń, tak by szpitale dostawały wystarczające środki na podstawie aktualnie ponoszonych kosztów, to sytuacja nie ulegnie poprawie. Szpitale w Polsce są zadłużone na ok. 18 mld złotych, więc obiecywane przez resort 3 mld złotych na oddłużenie niewiele zmieni. Tak jak niewiele zmienią przepisy dotyczące wykształcenia dyrektorów szpitali. ■



dr hab. **Cezary Pakulski**
kierownik Kliniki Anestezjologii,
Intensywnej Terapii i Medycyny
Ratunkowej Pomorskiego
Uniwersytetu Medycznego
w Szczecinie

Z punktu widzenia lekarzy pracujących w szpitalach wejście w życie nowych przepisów będzie równoznaczne z pojawieniem się dużej niepewności. Na razie nie wiadomo, w jaki sposób wpłyną one na funkcjonowanie placówek i czy doprowadzą do ich oddłużenia. Pieniądzy może wystarczyć na restrukturyzację i spłatę zobowiązań wymagalnych dla ok. 50 podmiotów – tylko tyle szpitali rozpatruje się w kontekście skorzystania z nowych przepisów, o czym niedawno mówił wiceminister zdrowia Sławomir Gadomski. Ustawa może wpłynąć na sposób konkurowania ze sobą szpitali, w szczególności powiatowych. O ile z punktu widzenia placówek

wydaże się to pozytywne, o tyle dla pracowników ochrony zdrowia, zresztą nie tylko lekarzy, już nie, bo może oznaczać zmniejszenie presji na podnoszenie zarobków. Istnienie obok siebie dwóch-trzech placówek walczących o ten sam personel powoduje, że pracownicy mogą oczekiwać, że ich wynagrodzenia szybciej rosną, a to

W planowanych przepisach „zaszyta” jest masa niebezpieczeństw.

może się wkrótce zmienić. Na pewno zmniejszą się koszty szpitali związane z wydawaniem pieniędzy na sprzęt i leki, bo ustawodawca zakłada wspólne przetargi, ale w planowanych przepisach „zaszyta” jest cała masa niebezpieczeństw. Nawet jeśli dadzą jakieś nadzieje na poprawę sytuacji finansowej szpitali, a niektóre może faktycznie odbiją się od dna, dla wielu wejście w życie nowych przepisów może oznaczać koniec działalności. I choć nie ma o tym mowy w projekcie ustawy,

towarzyszące mu uzasadnienie wskazuje taki obrót sytuacji. Ryzyko likwidowania niektórych szpitali jest duże. Część placówek, a zwłaszcza te, które po ogłoszeniu pandemii stały się szpitalami covidowymi i przez cały czas miały z tego tytułu zapewnione przychody, znajduje się w dobrej sytuacji finansowej. Inne szpitale, które były przekształcane w covidowe, zgodnie z decyzją wojewody, tylko na pewien czas, po wejściu w życie ustawy otrzymają kategorię C lub D. Szpitale te traciły możliwości realizowania świadczeń medycznych, mimo że posiadały zatrudniony personel medyczny i miały podpisane kontrakty. Nierzadko z tych placówek odchodzili lekarze specjaliści, więc po przywróceniu normalnej działalności nie miał kto realizować obowiązującego kontraktu. Po wejściu w życie ustawy w szpitalach kategorii C i D zarządca będzie miał prawo do zmiany profilu, odstępowania od wcześniej podpisanych umów, pozbywania się mienia i redukowania zatrudnienia. To wszystko pokazuje, że chociaż projekt ustawy ma ładny tytuł, w swojej treści jest niebezpiecznym dokumentem. ■



prof. Jarosław J. Fedorowski
prezes Polskiej Federacji Szpitali, prezes Polskiego Towarzystwa Koordynowanej Ochrony Zdrowia

Potrzeby szpitali w zakresie modernizacji są ogromne. Patrząc na wzrost cen energii elektrycznej czy gazu, placówki te powinny posiadać m.in. instalacje fotowoltaiczne i oszczędne źródła ogrzewania.

Potrzebny jest również nowoczesny sprzęt medyczny i informatyczny, np. systemy rozpoznawania mowy ułatwiające prowadzenie dokumentacji medycznej.

Tak rozumiana modernizacja jest oczekiwana przez środowisko lekarskie, a jej efektem byłby m.in. wyższy komfort

pracy. Niestety w projekcie ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa nie ma na ten temat ani słowa. Poprawę efektywności rozumie się w tym dokumencie zupełnie inaczej – poprzez wprowadzenie większego

Rola kadr medycznych zostanie zmarginalizowana.

nadzoru nad działalnością szpitali. Dyrektorzy mają być traktowani instrumentalnie, a nadzorcy powołani w placówkach znajdujących się w trudnej sytuacji finansowej mogą zastąpić zarząd szpitala. Projekt nie odnosi się w bezpośredni sposób do personelu medycznego, ale dotyczy go pośrednio

m.in. z uwagi na wprowadzenie kategoryzacji placówek czy ewentualne przejęcie zarządzania nad placówką przez nadzorcę z Agencji Rozwoju Szpitali i rozpoczęcie restrukturyzacji jej zadłużenia. Restrukturyzacja ma być prowadzona przez profesjonalistów z dość niskimi progami wymagań formalnych w zakresie kwalifikacji. Raczej na pewno nie będą mieć wykształcenia medycznego, stąd należy wnioskować, że rola kadr medycznych i wiodących menedżerów wywodzących się ze środowiska lekarskiego zostanie zmarginalizowana w toku restrukturyzacji. Tym bardziej, że jej kryteria mają charakter ściśle finansowy, a nie medyczny, a dla lekarza (i oczywiście pacjenta) najważniejsze są wyniki leczenia. Jeśli dojdzie do wymiany osób zarządzających, może to również wpłynąć na współpracę kadr medycznych z osobami zarządzającymi. ■



dr Tadeusz Jędrzejczyk
adiunkt w Zakładzie Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, były prezes NFZ

Na początku warto zwrócić uwagę, że poważne problemy finansowe dotyczą zarówno jednostek samorządu powiatowego, jak i placówek resortowych, pozostających pod nadzorem Ministerstwa Zdrowia. Władze nie chcą otwarcie przyznać, że potrzebne jest kolejne oddłużenie publicznego szpitalnictwa. Zaplanowano więc stworzenie skomplikowanego, biurokratycznego systemu, który z jednej strony zapewni kontrolę operacji finansowych, a z drugiej da uprawnienie na poziomie centralnym do

podejmowania lokalnych decyzji personalnych. Takie są, moim zdaniem, merytoryczne powody powstania projektu ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa. Realizacja większości proponowanych zmian nie wymaga jednak tworzenia dodatkowych przepisów. Są też

Zaplanowano stworzenie skomplikowanego systemu.

powody polityczne, ale to zupełnie inny temat. Przekształcenia własnościowe szpitali nie są najważniejszym problemem w ochronie zdrowia. Potrzebne są przede wszystkim dodatkowe nakłady finansowe, zapewnienie dopływu kadr

i nadzór nad racjonalną alokacją tych cennych zasobów. Spoglądając na liczbę zamykanych oddziałów w skali kraju można powiedzieć, że od pewnego czasu proces konsolidacji postępuje, bo funkcje tych likwidowanych przejmują inne. Coraz częściej jednak ten proces idzie za daleko, doprowadzając do ograniczenia dostępności do leczenia. Od dawna toczy się dyskusja, czy mamy za dużo placówek. Myślę, że zamiast redukować ich liczbę, raczej potrzebujemy innej struktury szpitalnictwa. W związku z tym, że poważne wyzwanie stanowi szczupłość kadr medycznych, warto się zastanowić, czy w części małych powiatów z kurczącą się ludnością nie powinno dojść do konsolidacji na przykład oddziałów z zakresu chirurgii i położnictwa, choć oczywiście gdzieś należy postawić granicę – właśnie w oparciu o bezpieczeństwo pacjentów. ■



Bogusław Dębski
dyrektor Szpitala Powiatowego w Zambrowie (woj. podlaskie)

Ten projekt w ogóle nie dotyka poważnych problemów z ochronie zdrowia, takich jak np. niedobory kadr medycznych. Dramatycznie brakuje lekarzy, zwłaszcza niektórych specjalności, co niekorzystnie odbija się na funkcjonowaniu każdego szpitala w Polsce.

Brakuje też m.in. pielęgniarek i diagnostów laboratoryjnych. W Ministerstwie Zdrowia chyba wciąż

nie dokonano analizy, dlaczego kiedyś praca w szpitalu była dla lekarza nobilitacją, a teraz tak niewielu szuka w nich stałego zatrudnienia po uzyskaniu specjalizacji. Planowane przepisy koncentrują się na zadłużeniu, ale

Nie ma nic o zmianie wycen świadczeń.

nie ma w nich nic o raptownym wzroście cen, z czym zmagamy się od ubiegłego roku. W naszym szpitalu rachunki za energię elektryczną wzrosły ostatnio czterokrotnie. Nieustannie rosną wydatki niezależne od nas, np. związane z przeglądami i naprawami, a skoro nie towarzyszy temu wzrost wycen świadczeń,

to trudno oczekiwać, by nie powiększała się strata. O zmianie wycen jednak nic w tym dokumencie nie ma. Jeśli po wejściu w życie ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa w placówkach pojawią się nadzorcy i zarządcy, nie wniesie to nic dobrego, jeśli nie będą mieli wiedzy o specyfice tego sektora. Obawiam się, że na te stanowiska trafią osoby niezwiązane ze szpitalami, np. ekonomiści albo naukowcy zajmujący się ochroną zdrowia, lecz bez żadnego praktycznego doświadczenia w zarządzaniu szpitalem. Nadzorcy i zarządcy nie będą ponosili odpowiedzialności za swoje działania, a skutki ich decyzji obciążą organ założycielski, co odczytuje jako pośrednie przyznanie się do tego, że „uzdrawianie” może okazać się błędem. ■

Jesteśmy na Facebooku



Nie wszystko, co ważne i ciekawe, mieści się na łamach wydania papierowego „Gazety Lekarskiej”. Zachęcamy do śledzenia nie tylko naszego portalu internetowego, ale również nowo utworzonej strony na Facebooku, która ruszyła kilka tygodni temu, 2 grudnia, dokładnie w setną rocznicę powstania polskich izb lekarskich. ■

Dodatkowe miliardy?

Parlamentarne spory o kształt budżetu państwa mają więcej wspólnego z pracą lekarzy niż to się wydaje na pierwszy rzut oka. Wśród poprawek zgłoszonych do ustawy budżetowej przez zdominowany przez opozycję Senat znalazło się zwiększenie dotacji podmiotowej dla NFZ o 20 mld zł. Pieniądze miałyby trafić na leczenie nowotworów i chorób układu sercowo-naczyniowego oraz opiekę psychiatryczną, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną i rehabilitację leczniczą. Wydaje się wątpliwe, by ta poprawka uzyskała poparcie większości sejmowej, choć oczywiście wszystko może się zdarzyć – odpowiedź na pytanie, czy będą dodatkowe pieniądze na leczenie, pojawi się na naszej stronie na Facebooku tuż po głosowaniu. ■



Teleporady

Jedną ze zmian w systemach opieki zdrowotnej wprowadzonych w związku z pojawieniem się koronawirusa SARS-CoV-2 było upowszechnienie teleporad. Ich wdrożeniu towarzyszyły liczne wątpliwości dotyczące m.in. ich skuteczności i wzrostu liczby następujących po nich tradycyjnych wizyt. Spory na ten temat nie ustają zarówno wśród środowiska medycznego, jak i pacjentów. O pandemicznych i przedpandemicznych doświadczeniach w zakresie stosowania teleporad piszemy na www.gazetalekarska.pl. ■

Na wagę złota

Sytuacja pacjentów oczekujących na endoprotezoplastykę stawu biodrowego lub kolanowego jest daleka od oczekiwań. W 2019 r. pacjenci czekali niemal 18 miesięcy na wszczęcie stawu biodrowego i nawet 22 miesiące w przypadku stawu kolanowego. W latach 2018-2020 całkowity czas leczenia większości pacjentów przekraczał rekomendowany okres jednego roku. Trwająca od prawie dwóch lat pandemia spowodowała czasowe wstrzymanie zabiegów planowych, co wydłużyło czas oczekiwania na operacje endoprotezoplastyki. Problem narasta i wymaga interwencji, gdyż niewykonane zabiegi będą kumulować się w następnych latach. Część ekspertów szacuje, że co trzeci z seniorów będzie wymagał wszczęcia endoprotezy stawu biodrowego. Więcej w naszym portalu w dziale Wydarzenia. ■

(Nie)bezpieczne suplementy



System nadzoru nad wprowadzaniem suplementów diety na rynek nie zapewnia właściwej ochrony. Piszemy o tym, z jak poważnym problemem mamy do czynienia, o czym świadczą dane pokazujące dynamiczny wzrost popularności tych produktów. O ile w latach 2013-2015 w Głównym Inspektoracie Sanitarnym zgłaszano 3-4 tys. nowych suplementów diety rocznie, o tyle w latach 2017-2020 – blisko 63 tys. Wzrost ich popularności nie wiązał się ze wzrostem świadomości na temat tego, czym są i czym się różnią od leków OTC. ■

Wypalenie (nie)zawodowe

Wiele mówi się o tym, że zawód lekarza jest jednym spośród tych, które w szczególny sposób są narażone na wypalenie. Niewiele uwagi poświęca się temu, że może ono dotyczyć również tych, którym pomagają lekarze. Na naszej stronie www.gazetalekarska.pl przytaczamy wyniki pracy opublikowanej w czasopiśmie „Journal of Continuing Education in the Health Professions”, w której poruszono problem osób przewlekle chorych m.in. na nowotwory. Tacy pacjenci doświadczają podobnych emocji, co osoby z wypaleniem zawodowym (przedłużający się stres, zniechęcenie, utrata kontroli nad życiem). ■

KALENDARZ LEKARZA PRAKTYKA

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). Uwaga! W związku z panującą epidemią COVID-19 obowiązki przedstawione poniżej mogą ulegać modyfikacji.

Aleksandra Kosiorek radca prawny **Damian Konieczny** adwokat Biuro Prawne OIL w Gdańsku

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 te dokumenty ewidencji odpadów • udostępnianie dokumentów i danych na żądanie uprawnionych organów w toku kontroli
	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 • wyłącznie elektronicznie, za pośrednictwem systemu BDO
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 - rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi		
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 <i>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.</i>
Podstawa prawna: - ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. – Prawo ochrony środowiska - rozporządzenie Ministra Klimatu z dnia 11 grudnia 2019 r. w sprawie wykazów zawierających informacje i dane o zakresie korzystania ze środowiska oraz o wysokości należnych opłat		

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	• uzupełnianie wykazu w razie zaistnienia zdarzenia
	• prowadzenie wykazu zranień ostrymi narzędziami	• na bieżąco
	• 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	• okresowo, nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy
	sporządzanie raportu kontroli wewnętrznych	• przechowywać przez okres nie krótszy niż 10 lat od dnia zakończenia kontroli wewnętrznej • okazywać na żądanie organów Sanepidu w przypadku kontroli
	sporządzanie dokumentacji z realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych	• przechowywać przez okres 10 lat

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

APARATY RENTGENOWSKIE

lekarze prowadzący praktyki zawodowe, używający aparatów rentgenowskich	prorowadzenie pomiarów dawek indywidualnych albo pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy oraz rejestrowanie danych w tym zakresie	• dane w rejestrze dawek indywidualnych oraz dokumenty stanowiące podstawę rejestracji przechowuje się do dnia osiągnięcia przez pracownika wieku 75 lat, jednak nie krócej niż przez okres 30 lat od dnia zakończenia przez niego pracy w warunkach narażenia • wykonywanie kopii rejestru dawek indywidualnych (co najmniej raz na kwartał – elektroniczny rejestr / co najmniej raz na rok – papierowy rejestr) • przekazanie do 15 kwietnia każdego roku lekarzowi sprawującemu nadzór medyczny nad pracownikami oraz do centralnego rejestru dawek danych za poprzedni rok
	dokumentowanie systemu zarządzania jakością	• wdraża i prowadzi kierownik jednostki • przegląd i okresowa aktualizacja systemu przez kierownika jednostki ochrony zdrowia
	opracowanie szczegółowych medycznych procedur radiologicznych	• konieczność dostosowania dotychczasowych procedur do nowych wymogów do dnia 26 października 2023 r.
	przeprowadzanie audytów wewnętrznych obejmujących: 1) zgodność procedur roboczych z wzorcowymi 2) analizy zdjęć odrzuconych 3) sposób postępowania z podstawową dokumentacją medyczną 4) częstość wykonywania i wyniki bieżących testów eksploatacyjnych 5) wielkość dawek otrzymywanych przez pacjentów w stosowanych procedurach radiologicznych i porównanie ich z odpowiadającymi tym procedurom wartościami poziomów referencyjnych określonych w załączniku nr 2 do rozporządzenia z dnia 18 lutego 2011 r., jeżeli takie wartości określono	• co najmniej raz w roku, doraźnie w razie potrzeby / w radiologii zabiegowej – po każdym incydencie prowadzącym do popromiennego uszkodzenia skóry • 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 – kratka przeciwrozproszeniowa – co 3 miesiące – system automatycznej kontroli ekspozycji (AEC) – 6 miesięcy po każdych testach specjalistycznych – kasety – co 6 miesięcy – procesy wywoływania – w każdym dniu pracy wywoływarki – 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 – kratka przeciwrozproszeniowa – 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)	• częstotliwość zgodnie z załącznikiem nr 6 do rozporządzenia z dnia 18 lutego 2011 r.
	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 25 maja 2021 r. w sprawie wymagań dotyczących rejestracji dawek indywidualnych
- 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 w życie nowych przepisów wykonawczych, nie później niż z dniem 23 września 2022 r.
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2021 r. w sprawie formy i szczegółowego zakresu wzorcowych medycznych procedur radiologicznych dla standardowych ekspozycji medycznych oraz szczegółowych medycznych procedur radiologicznych
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 marca 2020 r. w sprawie szkoleń w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta

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 aktualizacji oceny ryzyka • 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
	dokumentacja oceny ryzyka zawodowego oraz zastosowanych niezbędnych środków profilaktycznych	

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
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005 r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki

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)
--------------------------------------	---	---

OBOWIĄZKI STATYSTYCZNE PRAKTYK LEKARSKICH

INFORMACJE OGÓLNE:

- obowiązek złożenia sprawozdania dotyczy lekarzy i lekarzy dentystów 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 2021 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 2022 r. za rok szkolny 2021/2022	• portal sprawozdawczy Centrum e-Zdrowia (https://ssoz.ezdrowie.gov.pl) • urząd wojewódzki
formularz MZ 11	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w ramach środków publicznych (umowa z NFZ) • sprawozdania o działalności i pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej	do 31 marca 2022 r. według stanu na 31 grudnia 2021 r.	• portal sprawozdawczy Centrum e-Zdrowia (https://ssoz.ezdrowie.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 22 lutego 2022 r. według stanu na 31 grudnia 2021 r.	• portal sprawozdawczy Centrum e-Zdrowia (https://ssoz.ezdrowie.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 1 marca 2022 r. według stanu na 31 grudnia 2021 r.	• portal sprawozdawczy Centrum e-Zdrowia (https://ssoz.ezdrowie.gov.pl) • urząd wojewódzki
formularz MZ 15	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych, specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie zdrowia psychicznego • sprawozdanie z działalności jednostki lecznictwa ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych	do 28 lutego 2022 r. za rok 2021	• portal sprawozdawczy Centrum e-Zdrowia (https://ssoz.ezdrowie.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 2022 r. za rok 2021	• portal sprawozdawczy Centrum e-Zdrowia (https://ssoz.ezdrowie.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 2022 r. według stanu na 31 grudnia 2021 r.	• portal sprawozdawczy Centrum e-Zdrowia (https://ssoz.ezdrowie.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 2022 r. za rok 2021	• portal sprawozdawczy Centrum e-Zdrowia (https://ssoz.ezdrowie.gov.pl) • urząd wojewódzki • Instytut Psychiatrii i Neurologii

formularz MZ 35A	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie badań profilaktycznych pracowników • sprawozdanie lekarza przeprowadzającego badania profilaktyczne pracujących	do 2 marca 2022 r. według stanu na 31 grudnia 2021 r.	• portal sprawozdawczy Centrum e-Zdrowia (https://ssoz.ezdrowie.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 2022 r. według stanu na 31 grudnia 2021 r.	• portal sprawozdawczy Centrum e-Zdrowia (https://ssoz.ezdrowie.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 2022 r. według stanu na 31 grudnia 2021 r.	• powiatowa stacja sanitarno-epidemiologiczna • w formie papierowej
formularz MZ 55	• wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą, w tym praktyki lekarskie • meldunek o zachorowaniach na gripę	cztery razy w miesiącu, tj. w dniach: 7., 15., 22. i ostatnim dniu miesiąca po zakończeniu przyjęć	• powiatowa stacja sanitarno-epidemiologiczna
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	• raz w miesiącu do 15. dnia po miesiącu rozpoznania choroby • do 17 stycznia 2022 r. za grudzień 2021 r.	• dane jednostkowe w formie papierowej • Krajowy Rejestr Nowotworów • Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy • wojewódzkie biura rejestracji nowotworów
		• stały dostęp sukcesywnie • do 15 stycznia 2022 r. za grudzień 2021 r.	• dane jednostkowe w formie elektronicznej • Krajowy Rejestr Nowotworów • Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy • wojewódzkie biura rejestracji nowotworów
formularz MZ 88	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych i stacjonarnych świadczeń zdrowotnych • sprawozdanie o pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą	do 8 kwietnia 2022 r. według stanu na 31 grudnia 2021 r.	• portal sprawozdawczy Centrum e-Zdrowia (https://ssoz.ezdrowie.gov.pl) • urząd wojewódzki
formularz MZ 89	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych i stacjonarnych świadczeń zdrowotnych • sprawozdanie o specjalistach pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą	do 8 kwietnia 2022 r. według stanu na 31 grudnia 2021 r.	• portal sprawozdawczy Centrum e-Zdrowia (https://ssoz.ezdrowie.gov.pl) • urząd wojewódzki
formularz ZD 2	• praktyki lekarskie prowadzące działalność leczniczą z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego lub rehabilitacji stacjonarnej • sprawozdanie z opieki zdrowotnej zaklasyfikowanej według PKD do klasy 86.10	do 25 lutego 2022 r. za rok 2021	• 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 2022 r. za rok 2021	• 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 2022 r. za rok 2021	• portal sprawozdawczy GUS (https://raport.stat.gov.pl)

Podstawa prawna: rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2021 z dnia 25 września 2020 r. (Dz.U. z 2020 r. poz. 2062)

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Nagana za recepty na żądanie chorego

Lekarz specjalista psychiatra przez kilka miesięcy wystawił pod naciskiem uzależnionej pacjentki recepty na Alprazolam (benzodwuzepinę) w dawce 1 mg łącznie na 22 200 tabletek.

Okręgowy sąd lekarski uznał go winnym zarzucanego przewinienia, skazując na karę nagany. OSL podkreślił, że lekarz takim postępowaniem wykazał nie tylko brak wiedzy medycznej, ale pogłębił uzależnienie chorej i spowodował zagrożenie dla jej życia i zdrowia.

Obrońca lekarza odwołał się od tego orzeczenia do Naczelnego Sądu Lekarskiego, (m.in. wnosząc o uzupełnienie przewodu sądowego o oryginały recept cellem potwierdzenia ich autentyczności i uwzględnienia, że przepisywane leki miały pomóc chorej w walce

Art. 2 ust. 1 KEL:

Największym nakazem etycznym dla lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto*. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady.

z nowotworem). NSL oddalił odwołanie jako niezasadne i utrzymał wyrok OSL w mocy, obciążając obwinionego także kosztami postępowania. ■

Tłumaczenie lekarza, że pacjent uzależniony od leku wytrzymuje dawki dobowe wielokrotnie przekraczające dopuszczalne, nie może usprawiedliwiać stosowania dawek toksycznych.

KOMENTARZ



Jacek Miarka
przewodniczący NSL

Odnosząc się do części zarzutów obrony, należy stwierdzić, że kody kreskowe na receptach identyfikują lekarza i placówkę, są w istocie elektroniczną wersją podpisu lekarza, a recepta przyjęta i odnotowana w systemie jako zrealizowana nie może być wykorzystana ponownie.

Istotnym dla NSL faktem w tej sprawie było zawarte w dokumentacji medycznej pacjentki wcześniejsze rozpoznanie przez innego psychiatrę uzależnienia chorej od Alprazolamu, a także adnotacja o próbie wyłudzenia przez nią recept, wraz z zaleceniem ich niewypisywania. Ponadto,

zanim zawiadomiono izbę lekarską, inspektor farmaceutyczny rozmawiał z obwinionym lekarzem o skrajnie nadmiernej ilości recept realizowanych przez chorą w aptece na ten lek, co jednak nie odniosło żadnego skutku ani nie spowodowało zaprzestania tego procederu.

Tłumaczenie lekarza, że pacjent uzależniony od leku wytrzymuje dawki dobowe wielokrotnie przekraczające dopuszczalne, nie może usprawiedliwiać stosowania dawek toksycznych. Nie jest też argumentem, że lekarz robił to pod presją chorego, bo niezadowolenie, czy też subiektywne odczucia pacjenta nie mogą zastąpić obiektywnej oceny stanu zdrowia i wyboru, co jest naprawdę dla chorego lepsze w perspektywie czasu. Jeśli lekarz sobie z tym nie radzi, zgodnie z art. 7 KEL może odstąpić od leczenia, wskazując możliwość leczenia u innego specjalisty lub skierować chorego do szpitala.

NSL nie zgodził się także z tezą obrony, że rzekomo terminalny stan chorej pozwalał na stosowanie wszystkich leków bez ograniczeń dla jej dobra. Choroba nowotworowa została rozpoznana u niej w 2013 r., w 2017 r., kiedy doszło do popełnienia czynu, była pod stałą opieką onkologiczną, w 2019 r. złożyła zeznania, a zmarła w 2020 r. NSL uważa, że czymś całkowicie innym jest zapewnienie komfortu życia, co można było dla dobra chorej zrealizować innymi środkami, a czymś innym pogłębianie uzależnienia, które żadnym komfortem dla chorego nie jest.

Dotychczasowa niekaralność lekarza w konfrontacji z prezentowanym przed sądem brakiem refleksji, poczucia winy oraz poszanowania wymogów etycznych, mimo wysiłków obrony, uniemożliwiło złagodzenie kary. ■

DOSKONALENIE ZAWODOWE

Wynagrodzenie a urlop szkoleniowy

Sierpień 2020 r. przyniósł wiele zmian w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w tym tę dotyczącą płatnych urlopów na podnoszenie kwalifikacji zawodowych.

Jarosław Klimek radca prawny OIL w Łodzi

Po nowelizacji w art. 18 ustawy pojawił się ust. 5, który reguluje tę kwestię. Dotyczy on jednak wyłącznie lekarzy i lekarzy dentystów zatrudnionych na podstawie umowy o pracę i to też nie wszystkich.

Z uprawnień przewidzianych w art. 18 ust. 5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty mogą skorzystać tylko ci lekarze, którzy są zatrudnieni na podstawie stosunku pracy i w danym roku kalendarzowym nie realizują szkolenia specjalizacyjnego. Na wniosek lekarza spełniającego takie warunki pracodawca ma obowiązek udzielić mu 6 dni roboczych płatnego urlopu szkoleniowego, co dodatkowo potwierdzono w art. 18 ust. 8. Urlop ten może być wykorzystany wyłącznie w celu realizacji doskonalenia zawodowego, a jego termin musi zostać uzgodniony z pracodawcą.

Wynagrodzenie za urlop szkoleniowy ustalane jest w taki sposób jak wynagrodzenie za urlop wypoczynkowy. Ze skorzystaniem z tego urlopu wiąże się też obowiązek przedstawienia pracodawcy dokumentu poświadczającego udział w doskonaleniu zawodowym. Pamiętać trzeba, że sposoby dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów określone są w jeszcze obowiązującym rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 6 października 2004 r. (tj. Dz.U. 2017 r., poz. 1923). Ze względu na posłużenie się w art. 18 ust. 5 terminem „udział w doskonaleniu zawodowym”, nie każda forma doskonalenia przewidziana rozporządzeniem będzie uprawniała do skorzystania z urlopu szkoleniowego.

SYTUACJA LEKARZA NA KONTRAKCIE

Skoro lekarze wykonujący zawód w innych formach niż stosunek pracy nie są objęci przepisem art. 18 ust. 5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, to jaka jest ich sytuacja prawna w tym zakresie? Chodzi przed wszystkim o lekarzy na umowach zlecenie w ramach własnej działalności gospodarczej („kontraktowych”). Źródłem takiego uprawnienia będzie dla nich umowa, jaką zawarli z podmiotem leczniczym, w którym wykonują praktykę. Nie jest to co prawda obligatoryjny element umowy wymieniony w art. 27 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej, ale nie ma jakichkolwiek przeszkód, żeby prawo do płatnego urlopu szkoleniowego (podobnie jak prawo do odpłatnej przerwy w wykonywaniu umowy stanowiącej odpowiednik urlopu wypoczynkowego) zostało objęte jej postanowieniami. Jeśli do zawarcia umowy dochodzi w drodze konkursu ofert, to należy dokładnie pod tym kątem przeanalizować projekt umowy przed podpisaniem i złożeniem oferty.

CO ZE SPECJALIZANTEM?

Omawianego przepisu (art. 18 ust. 5 UZLiLD) nie stosuje się do lekarzy, którzy odbywają szkolenie specjalizacyjne. Nie oznacza to jednak, że tacy lekarze za czas udziału w innych formach doskonalenia zawodowego nie otrzymają wynagrodzenia i muszą brać w nich udział w ramach urlopów bezpłatnych czy w czasie wolnym od pracy. Art. 160a ust. 2 pkt 3) UZLiLD

wymienia jako jedno z praw lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne prawo do samokształcenia w wymiarze określonym w programie szkolenia specjalizacyjnego. Z kolei art. 16f ust. 3 lit. i) tej ustawy wymienia wśród form i metod pogłębiania i uzupełniania wiedzy teoretycznej i doskonalenia umiejętności praktycznych samokształcenie kierowane, które ma być obligatoryjnym elementem programu specjalizacji. Jest ono wymienione w tym przepisie obok (i na równi) z takimi formami i metodami szkolenia jak kursy specjalizacyjne, staże kierunkowe, pełnienie dyżurów medycznych czy wykonywanie zabiegów i procedur medycznych.

W samych programach specjalizacji określa się wymóg odbycia samokształcenia np. w formie udziału w zjazdach i sympozjach z dziedziny, w której odbywa się specjalizację. Programy specjalizacji przewidują też określoną liczbę dni w roku, które mają zostać przeznaczone na udział w konferencjach, kursach naukowych, kursach doskonalących i innych szkoleniach związanych bezpośrednio z realizowaną przez lekarza dziedziną szkolenia specjalizacyjnego, zgodnie z wyborem i potrzebami edukacyjnymi lekarza. Jest to pełnoprawna forma szkolenia, a czas poświęcony na jej odbywanie jest wynagradzany tak samo jak pozostałe (choćby kursy czy staże). Programy specjalizacji określają warunki, na jakich można skorzystać z tych form szkolenia (uzgodnienie terminu i sposobu wykorzystania, elementy szkolenia, które mogą zostać skrócone). ■



RECENZJA

Dobre odpowiedzi na praktyczne pytania

W ciągu ostatnich lat mojej pracy w OIL w Gdańsku wielokrotnie dyskutowałem z mec. Karolem Kolankiewiczem, wieloletnim koordynatorem biura prawnego naszej izby, o tym, że warto wykorzystać bogate praktyczne doświadczenie naszych prawników wynikające z tysięcy pisemnych opinii i dziesiątek tysięcy porad prawnych udzielanych członkom Izby. Z tych rozmów, a także z potrzeby wymiany doświadczeń w środowiskach prawników pracujących dla naszego samorządu w całej Polsce, zrodziły się „Pomorskie Konferencje Prawników Izby Lekarskich” oraz seria publikacji pod wspólnym tytułem

„Gdańska Biblioteka Prawa Medycznego”. Kontynuacją współpracy nawiązanej podczas tych działań jest książka wydana nakładem wydawnictwa Wolters Kluwer pt. „Prawo medyczne dla lekarzy. Wybrane zagadnienia”. Autorami tej publikacji są: Krzysztof Izdebski – od niemal dwóch dekad pracujący dla Kujawsko-Pomorskiej Izby Lekarskiej, mec. Anna Karkut z Gdańska oraz wspomniany już przeze mnie mec. Karol Kolankiewicz.

Książki dotyczące prawa medycznego są w większości nudne. Napisane trudnym prawniczym językiem, w oparciu o doświadczenia akademickie i sądowe, rzadko dają lekarzom dobre odpowiedzi na codzienne praktyczne pytania. Na tym

tle wydana niedawno publikacja wyróżnia się w sposób wyjątkowy. Obszerny i wynikający z samorządowego doświadczenia zakres poruszanych tematów, omówionych zwięzłym i przystępnym językiem, opatrzonych komentarzami doświadczonych lekarzy i zestawami pytań umożliwiającymi sprawdzenie nabytej wiedzy. Bardzo praktyczna i pomocna w codziennej lekarskiej pracy książka. W naszej coraz trudniejszej lekarskiej rzeczywistości prawnej jest jak pomoc doświadczonych saperów podczas chodzenia po polu minowym. Zdecydowanie polecam. ■

*Roman Budziński,
wiceprezes ORL w Gdańsku*

Kupując książkę „Prawo medyczne dla lekarzy. Wybrane zagadnienia” na www.profinfo.pl od 15 lutego do 30 marca br. można skorzystać ze zniżki (kod rabatowy **GL20**).

REKLAMA

Stąpanie po kruchym standardzie

Andrzej Cisko
wiceprezes NRL

Na 2 czerwca wyznaczono pierwsze posiedzenie nowej Naczelnej Rady Lekarskiej – tej, którą zapewne powoła Krajowy Zjazd Lekarzy obradujący w maju.



Dobiega więc pomału końca czteroletnia kadencja i to w tempie, które nie pozwala nawet na spokojne podsumowanie. Żadnego czasu na jakieś tam sakramentalne „uff”, na jakiś moment zadumy, czy odsapnięcia przed złożeniem urzędu. Założyć się mogę, że jeszcze w przeddzień trzeba będzie coś opiniować, albo o coś się bić.

Zastanawiam się często, jak wiele z projektów legislacyjnych, które wręcz zalewają przestrzeń publiczną, jest poddyktowanych pilną koniecznością dokonania wymuszonej epidemią regulacji, a ile z nich to skonsumowanie przez władze dogodnej okazji. W sytuacji niepewności czy zagrożenia łatwiej o akceptację „zdecydowanych rządów” – obywatele gotowi są zostawić decydującym większy margines władzy. Nie jest to tylko nasza przypadłość, niedawno nawet w Szwajcarii powszechne referendum zaaprobowało szersze kompetencje ministrów. Tyle że na samym fakcie zapewne analogie ze Szwajcarią się kończą. Nasze władze niestety upraszczają sobie zadanie regulacjami wygodnymi, choć niekoniecznymi, a nawet rzecz można – czasem rujnującymi zasadę udziału obywateli w sprawowaniu władzy.

Może dlatego wśród osób zajmujących się życiem publicznym narasta poczucie braku punktu odniesienia. Trudno powiedzieć, gdzie jest standard w rytuałach życia publicznego, gdyż z przyczyn, które opisałem wyżej, okres pandemii zmienia jego umiejscowienie. Możemy się co najwyżej zastanawiać, gdzie jest granica akceptowalnego przesunięcia standardów. Piszę o tym dlatego, że chciałbym uniknąć prostego skwitowania braku (póki co) finału niektórych naszych ważnych projektów jakimś zwyczajowym utyskiwaniem, że „w takich czasach nam przyszło...”. Jednocześnie, w związku z relatywizacją standardów maleje możliwość odwołania się w przestrzeni publicznej do już wypracowanych, do uczciwości, już nie daj Bóg mówić o honorze. Są spory, w które z władzami publicznymi wchodzimy. Ale w sporze potrzebny jest arbiter. Skoro opinia publiczna, część klasy politycznej, a nawet społeczeństwo nie chcą być arbitrem i nie reagują, to spór bez arbitra jest trochę „na papierze”.

W dniu oddania tekstu do druku, po miesiącu oczekiwania, wpłynęło z AOTMiT wyliczenie kosztów procedur stomatologicznych poddanych badaniu. Już widać, że będziemy mieli sporo uwag i przyjdzie jeszcze podyskutować na ten temat z Funduszem. A przecież władze już 16 miesięcy prowadzą prace nad wyceną zaledwie wycinka naszego katalogu.

Wiele uwagi trzeba będzie teraz poświęcić postulatowi maksymalnego uproszczenia działalności leczniczej. Należy wrócić do rozwiązania z początku pandemii, polegającego na czasowym zamrożeniu wszelkich niekoniecznych czynności administracyjnych. Daje się wyczuć np. nacisk na upowszechnienie cyfryzacji w placówkach medycznych. A że hakerzy nie śpią, to pewnie władza zacznie przyglądać się standardom bezpieczeństwa w tychże placówkach medycznych. Wprowadzaliśmy dokumentację elektroniczną, aby służyła nam wszystkim, a nie była naszym utrapieniem. Mieliśmy uzgodnione z MZ, że władze publiczne zorganizują repozytoria EDM, których zabezpieczanie, jako najbardziej wystawionych na zagrożenie elementów infrastruktury EDM, kosztować będzie pojedyncze podmioty za dużo. Czy to z powodu utraty środków z KPO, czy to z innych względów, MZ milczy w tej sprawie i nie odpowiada na pisma. Czy mamy zapłacić z własnej kiesy za geopolityczny zwrot i postawienie przez rząd krzyżyka na środkach z Planu Odbudowy? Repozytoria są zbyt kosztownym wydatkiem i poza dużymi podmiotami ich samodzielne tworzenie jest nieracjonalne. Tego się trzymajmy. Tak więc raportowanie zdarzeń medycznych jest w zasięgu naszych możliwości, ale wymiana EDM wymaga nakładów i odpowiedzialności państwa.

Pojawił się też projekt ustawy o niektórych zawodach medycznych. Ważny, bo dotyczy trzech ściśle powiązanych z nami profesji: asystentki, higienistki i technika. Będziemy mieli sporo uwag. O uregulowaniu statusu tych zawodów mówi się od 14 lat. I teraz właśnie przychodzi finał. Zaiste, na równi z pandemią, przekleństwem mijającej kadencji jest nagromadzenie się faz wykonawczych wielu reform w ochronie zdrowia. Wspomniana kruchość standardów dyskusji publicznej z pewnością tu nie pomaga. ■

STOMATOLOGIA W PIGUŁCE

Nawyki higieniczne Polaków

Z badań przeprowadzonych przez Fundację Dr Laskus wynika, że do lekarza dentysty w ogóle nie chodzi 14% Polaków, a 33% zgłasza się na wizyty kontrolne rzadziej niż raz w roku. Największy problem z profilaktyką jest wśród osób w wieku powyżej 70 lat – w tej grupie gabinetu stomatologicznego nie odwiedza aż 47% badanych.

Najpopularniejszym i dla wielu jedynym sposobem dbania o zęby jest szczotkowanie. Aż 1/3 ankietowanych nie korzysta z nici dentystycznych i płynów do płukania. Z powodu pandemii 36% społeczeństwa ograniczyło wizyty u stomatologa.

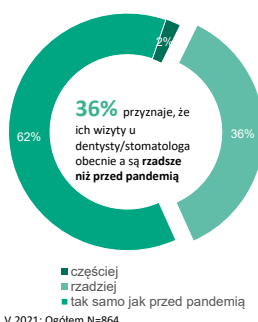
Zestawiając te najnowsze wyniki badań Fundacji Dr Laskus (przeprowadzone w 2021 r. przez Kantar Public) z badaniami z 2013 r., widać jednak postęp w dbaniu o zdrowie jamy ustnej. Polacy myją zęby coraz częściej – w 2013 r. aż 12% ankietowanych nie szczotkowało zębów codziennie, obecnie to tylko 5%. Wzrósł także odsetek osób myjących zęby dwa razy dziennie (z 55% do 63%). Niestety, za wiedzą nie zawsze idzie konkretne działanie – 86% respondentów wie, że zęby należy myć co najmniej dwa razy dziennie, przy czym aż 20% tych osób myje je rzadziej.

Nici dentystycznych używa jedynie 21% ankietowanych, a płynów do płukania jamy ustnej 29%. O higienę lepiej dbają kobiety niż mężczyźni – to one częściej używają nici dentystycznych (27% w porównaniu do 13%), również częściej sięgają po płyny do płukania (35% wobec 22%). Popularność płynów jest porównywalna z tą sprzed ośmiu lat, jednak obecnie Polacy częściej sięgają po nic dentystyczną.

W 2021 r. do dentysty nie chodziło 14% respondentów (wcześniej było to 17%). Najwięcej osób odwiedza stomatologa raz do roku lub rzadziej (33%) lub po

Higiena jamy ustnej Polaków w czasie pandemii koronawirusa

W marcu 2020 roku rozpoczęła się w Polsce epidemia koronawirusa. Czy od tego czasu odwiedzał(a) Pan(i) gabinetu stomatologicznego częściej, rzadziej, czy z taką samą częstotliwością jak przed pandemią?



Dlaczego Pana(i) wizyty są teraz rzadsze?



Zmniejszenie częstości wizyt może doprowadzić do cięższego przebiegu COVID!

Raport Fundacji Dr Laskus (wykonawca: KANTAR PUBLIC), 2021

prostu raz w roku (31%). Polacy chodzą do gabinetu rzadziej niż powinni. Tymczasem badania wykazały, że 36% społeczeństwa ograniczyło wizyty u lekarza dentysty.

W związku z koronawirusem Polacy nie przykładają się bardziej do codziennej higieny jamy ustnej. Jedynie 2% badanych stosuje dodatkowe zabiegi. W czasie pandemii 62% Polaków uczęszczało do swoich lekarzy dentystów w takiej samej częstotliwości jak wcześniej. Jednak 36% respondentów przyznaje, że ich wizyty są obecnie rzadsze. Główną przyczyną są trudności z umówieniem odpowiedniego terminu wizyty (34%), stosowanie się do zaleceń izolacji społecznej (33%), obawy o własne zdrowie/zakażenie (31%), zamknięcie gabinetu, do którego zwykle się uczęszczało (21%) czy też pogorszenie sytuacji finansowej (21%). 4% respondentów twierdzi, że wie, w jaki sposób obecność chorób błony śluzowej jamy ustnej,

schorzeń dziąseł czy niewyleczonej paradontozy może być czynnikiem ryzyka dla zarażenia się wirusem SARS-CoV-2. Większość badanych (55%) nie wie, jak przebiega COVID-19 u osób chorujących na paradontozę. Jeden na czterech ankietowanych (26%) uważa, że paradontoza nie ma wpływu na przebieg choroby COVID-19, według 12% osoby cierpiące na paradontozę mają znacznie lżejszy przebieg choroby i mniejsze ryzyko powikłań, natomiast 7% jest przekonana, że osoby cierpiące na paradontozę mają znacznie cięższy przebieg choroby i ryzyko powikłań.

– Raport z badania pokazuje, że polskie społeczeństwo wciąż wymaga edukacji w zakresie higieny jamy ustnej oraz metod leczenia schorzeń tego obszaru – komentuje zebrane dane dr Agnieszka Laskus, specjalista periodontologii, współzałożyciel Fundacji. ■

Źródło: materiały prasowe

Opioidy a problemy stomatologiczne

Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (FDA) ogłosiła niedawno, że leki zawierające buprenorfinę, które są rozpuszczane pod językiem lub umieszczane przy wewnętrznej stronie policzka, mogą pogorszyć stan zdrowia jamy ustnej pacjenta i powodować problemy z zębami, takie jak próchnica, infekcje, a nawet utratę zębów.

Jednocześnie FDA uważa, że buprenorfinę jest wysoko cenioną w leczeniu zaburzeń związanych z używaniem opioidów (OUD) i bólu, a korzyści płynące ze stosowania leku przewyższają ryzyko. ■

Źródło: dental-tribune.com

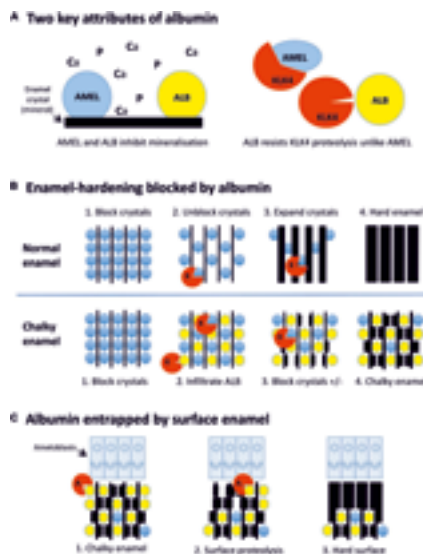
Wyjaśnienie tajemnicy kredowych zębów

Naukowcy z The D3 Group z Uniwersytetu w Melbourne w Australii i Uniwersytetu Talca w Chile odkryli mechanizm powodujący hipomineralizację trzonowców (MH) – najczęstszego typu kredowych zębów. O wynikach swoich badań poinformowali we „Frontiers of Physiology”.

Przypadek ten dotyczy jednego na pięć dzieci, często powoduje silny ból zęba i próchnicę, czasami prowadzi do ropni, ekstrakcji i problemów ortodontycznych.

Według naukowców z The D3 Group, kredowe trzonowce powstają, gdy rozwijające się szkliwo jest zanieczyszczone albuminą – białkiem znajdującym się zarówno we krwi, jak i w płynie tkankowym otaczającym rozwijające się zęby. Przyczyną są prawdopodobnie choroby wieku dziecięcego.

– Dochodzi do pewnego rodzaju „blokady mineralizacji”, zlokalizowanej w obszarach poszczególnych zębów, która staje się kredowymi plamami na



Rysunek: Model mineralizacji-zatrucia dla zmętnień kredowych. Przykładowe przedstawienie modelu roboczego MP opisanego w tekście: „A Breakthrough in Understanding the Pathogenesis of Molar Hypomineralisation: The Mineralisation-Poisoning Model” (Michael J. Hubbard, Jonathan E. Mangum, Vidal A. Perez, Rebecca Williams). Kody kolorów i skróty to: amelogenina, niebieski /AMEL; albumina, żółta /ALB; kalikreina-4, czerwona /KLK4 lub K; albuminaza, czerwona /A.

szkliwie – mówi Mike Hubbard, prof. badawczy Uniwersytetu w Melbourne i główny autor raportu. – To odkrycie pozwala nam skorygować 40 lat dogmatu medycno-dentystycznego, który obwiniał wadliwe komórki tworzące szkliwo. To, czego ten dogmat nie mógł wyjaśnić, to dlaczego kredowość dotyka tylko jednego lub kilku zębów w ustach dziecka. Zamiast tego pokazaliśmy, że albumina czasami przecieka w słabych punktach, wiążąc się z kryształami szkliwa i minerałów, przez co blokuje ich wzrost – dodaje badacz.

Naukowcy podejrzewają, że wyciek albuminy jest wywołany przez typowe choroby wieku dziecięcego. Zespół jest szczególnie zaniepokojony hipomineralizacją trzonowców, ponieważ ma ona największy wpływ społeczny i ekonomiczny. Ząb z silną hipomineralizacją jest 10 razy bardziej podatny na próchnicę niż ząb bez niej. To bardzo cicha epidemia. ■

Źródło: frontiersin.org; eurekalert.org

Bakterie obniżające odporność w jamie ustnej

Naukowcy z USA odkryli, że białka wytwarzane przez komórki nabłonka jamy ustnej chronią ludzi przed wirusami przedostającymi się do organizmu przez usta, w tym SARS-CoV-2, ale niektóre bakterie mogą hamować ich aktywność, zwiększając podatność na infekcje.

Badanie było prowadzone przez dwóch naukowców z University of Louisville School of Dentistry, dr. Richarda J. Lamonta oraz dr. Juhi Bagaitkar. – W szczególności zidentyfikowaliśmy *Porphyromonas gingivalis*, patogen przyzębia i główny manipulator odpowiedzi immunologicznych gospodarza, jako zdolny do całkowitego wyłączenia

odpowiedzi interferonu. – Odkryliśmy, że myszy i ludzie z zapaleniem przyzębia, przewlekłe zakażeni *P. gingivalis*, mają wewnętrznie obniżoną zdolność do wytwarzania interferonów i aktywacji genów stymulowanych przez interferon w odpowiedzi na bodźce patogenne wirusa – poinformowała dr Bagaitkar.

Badanie „Microbiome-mediated incapacitation of interferon lambda production in the oral mucosa” zostało opublikowane w grudniu 2021 r. w „Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America”. ■

Źródło: dental-tribune.com

Te same procedury, różna wycena?

Jaka przepaść dzieli wyceny świadczeń realizowanych w ramach stomatologii od wyceny świadczeń w innych rodzajach? Aby odpowiedzieć na to pytanie, najlepiej poszukać takich samych procedur i porównać ich wycenę.

Tabela zamieszczona na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej zawiera wyliczone krotności wyceny w AOS względem STM. „Zestawienie jest o tyle cenne, że odnalezione w katalogu koszykowym AOS świadczenia poradni chirurgii szczękowej porównano z dokładnie takimi samymi świadczeniami (identyczne ICD-9) poradni kontraktującej świadczenia stomatologiczne (STM)” – czytamy we wpisie na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej. – Komentarz w zasadzie jest zbędny – ocenia Andrzej Cisko, wiceprezes NRL.

Z kokpitu samolotu do gabinetu stomatologicznego

Klika minut przed północą Airbus A330 z Bandżul do Malagi zniża się do lądowania. Tuż nad płytą lotniska odbija jednak i wraca nad morze. Zatacza krąg i powtórnie próbuje przyziemić. Po chwili jednak kolejny raz odlatuje znad lotniska.

dr **Agnieszka A. Pawlik** stomatolog, periodontolog

Kiedy jest ponownie nad morzem, zapalają się wszystkie światła w kabinie pasażerskiej. Z głośników dobiega głos kapitana: „Proszę Państwa, rozpoczęliśmy procedurę awaryjnego lądowania, ponieważ nie wszystkie odczyty naszych czujników są prawidłowe. Proszę uważnie słuchać wszystkich poleceń personelu pokładowego. Zapewniam, że cały czas panujemy nad sytuacją”.

Oczekiwanie na zrzucenie paliwa, przysposobienie lotniska, zaktywowanie potrzebnych służb, trwające zaledwie kilka minut, wydaje się być wiecznością. Samolot w końcu przyziemia. Szczęśliwie. Zadziałały poprawnie wszystkie elementy procedury bezpieczeństwa.

Niestety, nie zawsze awarię, która pojawia się podczas lotu, udaje się pomyślnie usunąć. Jak wykazują badania, największym zagrożeniem okazuje się być czynnik ludzki. Odpowiada on za prawie 80 proc. wszystkich wypadków w lotnictwie.

ERRARE HUMANUM EST...

Opisane doświadczenie awaryjnego lądowania i kontekst wpływu czynnika ludzkiego na przebieg zdarzeń nie raz prowokuje mnie do przemyśleń na

temat błędów popełnianych w gabinetach stomatologicznych, kiedy występując w charakterze biegłego, przygotowuję opinię.

Errare humanum est (...) – rzekł dawno temu Seneka. Popełnianie błędów w kalkulowane jest w naszą codzienność, także w wykonywanie zawodu. Niestety czasem skutki błędów bywają tragiczne. Owo błędzenie winno więc mieć swoje granice. Dlatego w lotnictwie opracowano listę typowych błędów popełnianych przez ludzi, zwaną „brudną dwunastką”. Można odnieść ją również do naszej, stomatologicznej codzienności.

1. BRAK KOMUNIKACJI I KONSULTACJI

W pułapkę chwyta nas nasz umysł: zazwyczaj pamiętamy początek i koniec wypowiedzi. Rozumiemy zaledwie 30 proc. jej treści. A dodatkowo zdarza się, że etap konsultacji, jako oddzielnej wizyty przed kompleksowym leczeniem, pomijamy. To wszystko generuje sytuacje, które skutkować mogą poważnymi konsekwencjami. Dlatego wyrobienie nawyku powtarzania myśli i wracania do zasadniczych kwestii może być dla nas i dla pacjenta bardzo cenne (dla tego ostatniego szczególnie już po powrocie do domu). A dodatkowo zachęcanie pacjenta do spisania swoich pytań

i wątpliwości przed kolejną wizytą zrewanżuje się po wielokroć.

2. RUTYNA

Przecenianie samego siebie pojawia się szczególnie wówczas, gdy sytuacja dotyczy powtarzalnych sytuacji, problemów, czynności często wykonywanych. Utrata czujności, której konsekwencją może być pomijanie etapów leczenia, to ryzyko przeoczenia czegoś naprawdę istotnego dla osiągnięcia sukcesu terapeutycznego. Sprawdzajmy się wielokrotnie. Dzięki samokontroli rozwijemy niejedną wątpliwość.

3. BRAK WIEDZY I DOŚWIADCZENIA

Zbyt powierzchowne szkolenia, ignorancja w stosunku do obowiązków samodoskonalenia, strach przed utratą pacjenta – przez skierowanie go na konsultację do eksperta lub blamażu przed nim – to prosta droga do zgadywania, jak rozwiązać problem chorego. A tylko rzetelne pochylenie się nad pacjentem pozwala znaleźć skuteczną odpowiedź na powstałe pytanie. Uczmy się też wyciągać wnioski z błędów innych (to szansa na uniknięcie własnych).

4. ROZTARGNIENIE I BRAK UWAGI

Te wydłużają proces leczenia, generują

potrzebę powtarzania czynności. Nie stać nas, w naszym gabinecie, na takie sytuacje. Oby tylko nie stały się one dodatkowo powodem zapomnienia o jakimś etapie kluczowym dla zrealizowania całego zadania.

5. BRAK PRACY ZESPOŁOWEJ

To szczególnie problem w gabinecie lekarza dentysty prowadzącego indywidualną praktykę. Praca zazwyczaj bez bezpośredniego wsparcia konfratrów skutkuje znacznym obciążeniem pełną odpowiedzialnością za losy pacjenta, efektywności i efektywności naszej pracy. To wybitnie zagraża popełnianiem błędów, a tym samym poniesieniem porażki w procesie terapeutycznym.

6. ZMĘCZENIE

Brak koncentracji i zdolności prawidłowej oceny sytuacji są prawie równoznaczne z popełnieniem błędu. Monitorowanie ilości godzin pracy, ale też swoich finansowych potrzeb (czytaj: konsumpcji) może okazać się kluczowe w zapobieganiu zmęczeniu fizycznego i psychicznego. Znalazienie indywidualnej równowagi pomiędzy pracą a wypoczynkiem nie raz będzie strzałem prosto w cel (czytaj: prosto w zmęczenie!).

7. BRAK ZASOBÓW

Nadmierna oszczędność (cięcie kosztów), kiepska jakość używanych materiałów czy brak troski o serwis i naprawę sprzętu mogą prowadzić do odmiennego niż planowany efektu końcowego pracy. Zarządzanie indywidualną praktyką pozwala na szczęście samodzielnie podejmować decyzje w tym zakresie. Gorzej, jeśli pracujemy w placówce dla innego właściciela, szczególnie nie stomatologa. Wówczas ryzyko niezasadnych merytorycznie oszczędności może okazać się faktycznym problemem, rzucającym na jakość świadczonych przez nas usług.

8. PRESJA

Najczęściej spotykana u lekarza dentysty to ta generowana przez pacjenta, w postaci ograniczania ceny usługi oraz narzucania ram czasowych, z równoczesnym oczekiwaniem zachowania jak najwyższej jakości. To pułapka, w którą zazwyczaj wpadają stomatolodzy leczący pacjentów z ograniczonymi. Bywa, że to właśnie u nich dochodzi do kumulacji większości błędów wymienionych

w „brudnej dwunastce”. Próba wyścigu z czasem z góry zagrożona jest przegraną!

9. BRAK ZAANGAŻOWANIA

Raczej rzadko obserwowana sytuacja u stomatologów. To najczęściej pasjonaci swojej profesji.

10. STRES

Ten pochodzący od pacjenta już na wstępie potrafi wygenerować atmosferę konfliktu. Duża ilość negatywnych emocji utrudnia lub uniemożliwia skuteczną terapię. Wówczas tylko spokój, czas, racjonalizacja sytuacji i powroty do jej omawiania zmniejszają ryzyko nieracjonalnego rozwiązywania zadań. Gorzej ze stresem stomatologa, którego źródłem nie są realia gabinetu i praca w nim, a coraz częściej niezależne od niego ustawowe wklękanie indywidualnej praktyki w sferę gospodarki. Nie bez znaczenia jest również element towarzyszący każdemu z nas, czyli życie prywatne, które może implikować w sposób negatywny codzienność zawodową.

11. BRAK ŚWIADOMOŚCI KONSEKWENCJI

Nieumiejętność antycypacji zdarzeń i brak spojrzenia na sytuację z szerszej perspektywy niż ta widoczna (i powiększona na dodatek) w lusterku stomatologicznym to poważne zagrożenie dla zakończenia z sukcesem planowanego zadania. Zawsze stanowimy element większego obrazu, a jama ustna to tylko fragment pacjenta.

Złożone, absorbujące uwagę czynności (a takie przecież głównie wykonujemy), powodują zbyt późne zauważenie zmian innych parametrów lub niewłaściwe ich odczytanie. A błędna interpretacja skutkuje później nietrafionym wnioskiem albo podjęciem decyzji błędnej lub z istotnym opóźnieniem.

12. BRAK LUB ZŁE ZASTOSOWANIE NORM

Nawyk opierania się o EBM powinien stać się wręcz realnym „nałogiem”, tak samo jak korzystanie z już wypracowanych rekomendacji. Szereg obszarów stomatologii wciąż jednak pozwala realizować leczenie według indywidualnego planu (szczególnie jeśli dotyczy leczenia kompleksowego). Bywa to tyleż błogosławieństwem (pozwala na wykorzystanie

własnego doświadczenia, w większym stopniu dopasowania do oczekiwań pacjenta), co przekleństwem. W sytuacji konfliktu utrudnia proces i identyfikację błędu lub odróżnienie go od pomyłki. Stwarza ryzyko nieplanowanych strat.

(...) SED IN ERRARE PERSEVERARE DIABOLICUM

„(...) jednak obstawanie przy błędzie jest rzeczą diabelską” – kontynuował swą myśl Seneka.

Czyli w wolnym tłumaczeniu: błędy ludzkie są nieuniknione i piętnowane powinny być ich powtarzanie. Tylko kreowanie pozytywnych nawyków i zwyczajów, nauka na błędach innych i drobiazgowa analiza swoich własnych potknięć dają szansę na stworzenie kultury bezpieczeństwa w gabinecie.

Poprawa bezpieczeństwa może okazać się krokiem milowym w rozwoju indywidualnej praktyki i być źródłem zarówno profitów bezpośrednich (finansowych), jak i solidnym fundamentem dla marki, jaką firmujemy naszym nazwiskiem.

Nie stać nas, szczególnie dzisiaj, na popełnianie błędów i pomyłek. Samo zresztą już rozróżnienie błędu od pomyłki nie jest – co wynika z moich wieloletnich obserwacji – praktykowane w polskich realiach (przeciwieństwo do tych europejskich). Różnica zaczyna się i kończy, niestety, na semantyce obu słów. Warto starać się o zmianę takiego rozumowania.

W indywidualnych praktykach sami decydujemy o przeważającej części elementów obrazu, jakim jest świadczenie usług stomatologicznych. To niewątpliwie ogromna korzyść, pamiętajmy jednak cały czas o czynniku ludzkim, newralgicznym elemencie, z którym tak często nie radzą sobie kapitanowie statków powietrznych, którzy mają (przeciwieństwo do nas) wsparcie pierwszego oficera i checklisty.

Dopóki nie zostaną stworzone odgórnie podstawowe zasady kultury bezpieczeństwa, wykreujemy je sami, dopasowując je do indywidualnych wymogów naszych gabinetów. Spieszymy się z tym, bo niestety bierna akceptacja dla rozwoju medycznych gigantów, którzy wchłaniają małe gabinety, stanowi zagrożenie, że reguły pracy (bezpieczeństwa) dyktowane będą nie raz przez nie zawodowców. A to jest niebezpieczeństwo dla pacjentów, komfortu pracy i naszych finansów. ■

WSPOMNIENIE

Prof. Hubert Wanyura

(1942-2022)

Anna Lella

14 stycznia, w wieku 80 lat, odszedł na ostatni wieczny dyżur prof. dr hab. n. med. Hubert Wanyura – chirurg twarzowo-szczękowy, wieloletni kierownik I Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej IS AM w Warszawie.

Koledzy wspominają Go jako tytana pracy, z poświęceniem wykonującego swój zawód, lekarza w pełni oddanego pacjentom i swojej klinice, wymagającego od innych, a przede wszystkim od siebie.

Urodził się 16 marca 1942 r. w Warszawie w rodzinie lekarskiej. W 1965 r. ukończył studia stomatologiczne na Akademii Medycznej w Warszawie i od razu rozpoczął pracę jako młodszy asystent na Oddziale Chirurgii Szczękowej PSK nr 1 w Warszawie. Już w trakcie pracy ukończył również Wydział Lekarski AM w Warszawie i uzyskał tytuł lekarza medycyny.

Myśl samorządowa była mu bliska, dlatego stał się współtwórcą reaktywacji samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów. Starsi koledzy doskonale pamiętają go z tej aktywności. Wielokrotnie wyraziście zaistniał na zjazdach delegatów krajowych. Zawsze pomocny, chętnie współpracujący z Izłą.

Był otwarty na Europę, na współpracę międzynarodową. Po latach szkoleń we Francji u prekursora nowoczesnej chirurgii czaszkowo-twarzowej – prof. Paula Tessiera – zabiegał, aby podobną szansę mieli inni koledzy z Polski. Dołożył starań, aby tworzone Towarzystwo Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowe i kolejne powstające blisko współpracowały z podobnymi w Europie. Był członkiem Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgów Jamy Ustnej i Szczękowych oraz Europejskiego Towarzystwa Chirurgów Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowych. Zainicjował

cykl szkoleń dla specjalistów, w którym brali udział koledzy z innych państw, korzystali z tego polscy młodzi lekarze, wyjeżdżając na stypendia.

Prof. Hubert Wanyura był autorem lub współautorem licznych publikacji naukowych, również w języku angielskim i francuskim, dwóch monografii i siedmiu rozdziałów do podręczników, a wygłaszał swoje doniesienia na kongresach i zjazdach krajowych oraz międzynarodowych. Przez wiele lat pełnił funkcję redaktora naczelnego miesięcznika „Czasopismo Stomatologiczne”. Jego podręczniki i artykuły długo były podstawą zdobywania wiedzy przez studentów i specjalizujących się lekarzy.

Zainteresowania naukowe prof. Wanyury koncentrowały się wokół diagnozowania, klasyfikowania oraz chirurgicznego leczenia różnorodnych złamań szkieletu czaszkowo-twarzowego i ich następstw, postępowania diagnostyczno-leczniczego w nowotworach czaszki, twarzy, jamy ustnej i szyi oraz chirurgicznego leczenia gnatycznych wad czaszkowo-szczękowo-twarzowych.

Był opiekunem przewodów doktorskich i specjalizacji, autorem recenzji doktorskich, jednej recenzji habilitacyjnej i profesorskiej. Współpracował z konsultantami wojewódzkimi z dziedziny chirurgii szczękowo-twarzowej, wspierając ich w rozwiązywaniu regionalnych problemów.

Jego dorobek naukowy i ciężka praca zostały docenione przyznaniem licznych nagród Akademii Medycznej w Warszawie, był laureatem nagród ministra zdrowia i Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, w którym uzyskał członkostwo honorowe. Został odznaczony Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski oraz Medalem Komisji Edukacji Narodowej. ■



Prof. Hubert Wanyura (1942-2022)

Koledzy wspominają Go jako tytana pracy, z poświęceniem wykonującego swój zawód, lekarza w pełni oddanego pacjentom i swojej klinice, wymagającego od innych, a przede wszystkim od siebie.

Rodzinie i Bliskim prof. Huberta Wanyury składamy serdeczne wyrazy współczucia.

BIULETYN

NR 8 (208)

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

WARSZAWA, XII 2021

REDAKTOR NACZELNY: ARTUR DROBNIAK

**UCHWAŁA Nr 26/21/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 11 grudnia 2021 r.
w sprawie organizacji XI Kongresu Polonii
Medycznej w 2023 r.**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 19 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

1. Powierza się Warmińsko-Mazurskiej Izbie Lekarskiej w Olsztynie organizację XI Kongresu Polonii Medycznej w 2023 r.
2. Przeznacza się kwotę 200 000 zł na organizację XI Kongresu Polonii Medycznej.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**UCHWAŁA Nr 27/21/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 11 grudnia 2021 r.
w sprawie wysokości dotacji przeznaczanej
na organizację doskonalenia zawodowego
prowadzonego przez okręgowe izby lekarskie
w 2022 r.**

Na podstawie art. 39 ust. 1 i art. 40 ust. 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342, z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1.

W 2022 r. przeznacza się kwotę 300 000 zł na dotacje, o których mowa w § 8 uchwały Nr 21/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie Ośrodka Doskonalenia Zawodowego, dla okręgowych izb lekarskich z przeznaczeniem na organizację doskonalenia zawodowego.

§ 2.

1. Dotacje przyznawane są w trzech turach, trzy razy do roku, w wysokości każdorazowo 1/3 kwoty, o której mowa w § 1 uchwały.
2. Decyzje o przyznaniu dotacji podejmuje

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w drodze uchwały.

§ 3.

1. Maksymalną wysokość dotacji, jaka może zostać przyznana danej okręgowej izbie lekarskiej na organizację doskonalenia zawodowego prowadzonego przez tę izbę w jednej turze, z zastrzeżeniem ust. 2, ustala się dla poszczególnych okręgowych izb lekarskich na poziomie:

- 1) Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku – 3 596 zł,
- 2) Okręgowa Izba Lekarska w Bielsku-Białej – 1 849 zł,
- 3) Okręgowa Izba Lekarska w Bydgoszczy – 2 370 zł,
- 4) Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku – 6 825 zł,
- 5) Okręgowa Izba Lekarska w Gorzowie Wielkopolskim – 594 zł,
- 6) Okręgowa Izba Lekarska w Katowicach – 9 100 zł,
- 7) Okręgowa Izba Lekarska w Kielcach – 2 485 zł,
- 8) Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie – 8 985 zł,
- 9) Okręgowa Izba Lekarska w Lublinie – 5 701 zł,
- 10) Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi – 7 377 zł,
- 11) Okręgowa Izba Lekarska w Olsztynie – 2 007 zł,
- 12) Okręgowa Izba Lekarska w Opolu – 1 665 zł,
- 13) Okręgowa Izba Lekarska w Płocku – 700 zł,
- 14) Okręgowa Izba Lekarska w Poznaniu – 7 870 zł,
- 15) Okręgowa Izba Lekarska w Rzeszowie – 2 664 zł,
- 16) Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie – 3 384 zł,
- 17) Okręgowa Izba Lekarska w Tarnowie – 873 zł,
- 18) Okręgowa Izba Lekarska w Toruniu – 1 599 zł,
- 19) Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie – 16 873 zł,
- 20) Okręgowa Izba Lekarska we Wrocławiu – 8 317 zł,
- 21) Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze – 1 104 zł,
- 22) Wojskowa Izba Lekarska – 2 025 zł,
- 23) Okręgowa Izba Lekarska w Koszalinie – 863 zł,
- 24) Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie – 1 174 zł.

2. W przypadku, gdy nie wszystkie okręgowe izby lekarskie złożą wnioski o dofinansowanie w danej turze, maksymalne wysokości dotacji, jakie mogą zostać przyznane tym okręgowym izbom lekarskim, które złożyły wnioski o dofinansowanie, są zwiększane proporcjonalnie do liczby członków danej okręgowej izby lekarskiej oraz

wysokości wnioskowanej dotacji przy użyciu algorytmu zawartego w załączniku do uchwały Nr 186/19/P-VIII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 5 września 2019 r.

§ 4.

Dotacja może stanowić do 50% kosztów kształcenia poniesionych przez okręgową izbę lekarską i może obejmować wyłącznie koszty wynagrodzenia prowadzących szkolenie, koszty wynajęcia sali, koszty promocji szkolenia oraz koszty materiałów edukacyjnych (pomocy dydaktycznych) przekazanych nieodpłatnie uczestnikom szkolenia.

§ 5.

W przypadku, gdy suma wnioskowanych dotacji przekracza 1/3 kwoty, o której mowa w § 1 uchwały, wysokość dotacji zależy od wysokości wnioskowanej kwoty dotacji oraz liczności członków okręgowych izb lekarskich i jest wyliczana na podstawie algorytmu, o którym mowa w § 3 ust. 2.

§ 6.

W przypadku, gdy suma wnioskowanych w danej turze dotacji będzie mniejsza od 1/3 kwoty, o której mowa w § 1, to kwotę przypadającą na dotację w kolejnej turze powiększa się o wartość dotacji niewykorzystanych w poprzedniej turze.

§ 7.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**UCHWAŁA Nr 28/21/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 11 grudnia 2021 r.
w sprawie upoważnienia do zawarcia
umowy w celu zapewnienia produkcji
i personalizacji dokumentów
Prawo wykonywania zawodu lekarza
i Prawo wykonywania zawodu lekarza
dentysty**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 23 i art. 40 ust. 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342), art. 7c ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia

1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2021 r. poz. 790) oraz upoważnienia Ministra Zdrowia z dnia 21 listopada 2021 r., znak PR.012.389.2021.PR, uchwała się, co następuje:

§ 1.

1. Upoważnić Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – Andrzeja Matyję i Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej – Grzegorza Mazura do podpisania w imieniu Ministra Zdrowia – emitenta dokumentów publicznych: prawo wykonywania zawodu lekarza oraz prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry – umowy z Polską Wytwórną Papierów Wartościowych S.A. w Warszawie dotyczącej produkcji i personalizacji dokumentów Prawo wykonywania zawodu lekarza i Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry.

2. Upoważnić Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej do ustalenia z Polską Wytwórną Papierów Wartościowych S.A. w Warszawie oraz Ministrem Zdrowia szczegółowych warunków umowy, o której mowa w ust. 1.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Andrzej Matyja

UCHWAŁA Nr 29/21/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 11 grudnia 2021 r. w sprawie ustalenia liczby mandatów delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy na okres IX kadencji 2022-2026

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) oraz § 16 ust. 1-3 w zw. z § 12 ust. 4 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r. zmienionej uchwałą Nr 14 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., na wniosek Krajowej Komisji Wyborczej uchwała się, co następuje:

§ 1.

Ustala się:

- 1) liczbę mandatów dla delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy na okres IX kadencji 2022-2026 na 492, w tym 383 mandaty dla lekarzy i 109 mandatów dla lekarzy dentystów;
- 2) następującą liczbę mandatów dla delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy wybieranych przez okręgowe zjazdy lekarzy na okres IX kadencji 2022-2026, która wynosi:

NAZWA IZBY LEKARSKIEJ	LICZBA DELEGATÓW NA KZL		
	lekarze	lekarze dentyści	łącznie
Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku	14	4	18
Beskidzka Okręgowa Izba Lekarska w Bielsku-Białej	7	2	9
Bydgoska Izba Lekarska w Bydgoszczy	10	2	12
Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku	25	8	33
Okręgowa Izba Lekarska w Gorzowie Wielkopolskim	2	1	3
Śląska Izba Lekarska w Katowicach	36	9	45
Świętokrzyska Izba Lekarska w Kielcach	9	3	12
Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie	34	10	44
Okręgowa Izba Lekarska w Lublinie	22	6	28
Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi	28	8	36
Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w Olsztynie	8	2	10
Okręgowa Izba Lekarska w Opolu	6	2	8
Okręgowa Izba Lekarska w Płocku	3	1	4
Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu	30	9	39
Okręgowa Izba Lekarska w Rzeszowie	10	3	13
Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie	13	4	17
Okręgowa Izba Lekarska w Tarnowie	3	1	4
Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska w Toruniu	6	2	8
Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie	65	18	83
Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu	32	9	41
Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze	4	1	5
Wojskowa Izba Lekarska	9	1	10
Okręgowa Izba Lekarska w Koszalinie	3	1	4
Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie	4	2	6
Liczba mandatów na Krajowy Zjazd Lekarzy	383	109	492

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Andrzej Matyja

UCHWAŁA Nr 30/21/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 30 grudnia 2021 r. w sprawie zmiany uchwały w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystów

Na podstawie art. 8 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2021 r. poz. 790, 1559, 2232) i art. 5 pkt 3, 4, 6 i 11 oraz art. 6, 7 i 49 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) w zw. z art. 14hb ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2021 r. poz. 2095, poz. 2120, poz. 2133, poz. 2262, poz. 2269 oraz poz. 2317) uchwała się, co następuje:

§ 1.

1. W uchwale Nr 1/17/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 stycznia 2017 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania

prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów, zmienionej uchwałą Nr 7/18/VIII z dnia 31 sierpnia 2018 r., Nr 23/19/VIII z dnia 31 maja 2019 r., Nr 34/19/VIII z dnia 18 października 2019 r., Nr 22/20/VIII z dnia 11 grudnia 2020 r., Nr 1/21/VIII z dnia 29 stycznia 2021 r., Nr 9/21/VIII z 16 kwietnia 2021 r. oraz 19/21/VII z 3 września 2021 r.: wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 10 ust. 1 wyrazy „z odpowiednim wpisem” zastępuje się wyrazami „z odpowiednią adnotacją”;

2) w § 10 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Do dokonywania wpisów w dokumentach, o których mowa w ust. 1, wydanych przed dniem 1 stycznia 2022 r. uprawniona jest wyłącznie okręgowa rada lekarska.”.

2. W Regulaminie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry, wpisywania na listę członków okręgowej izby lekarskiej i wpisu do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów, prowadzenia okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów i Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentyistów Rzeczypospolitej Polskiej, stanowiącym załącznik nr 1 do uchwały, o której mowa w ust. 1, wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 2 dodaje się pkt 30a w brzmieniu:

„30a) „dokument PWZ-A”, „dokument PWZ-B” – dokumenty;

„Prawo wykonywania zawodu lekarza”, „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry”, o których mowa w art. 7c ust. 1 i 2 ustawy z dnia 5 grudnia o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2021 r., poz. 790, 1559, 2232), wydawane zgodnie z wzorem określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie wzorów dokumentów: Prawo wykonywania zawodu lekarza, Prawo wykonywania zawodu lekarza dentyisty (Dz. U. poz. 2374) – przez okręgowe rady od dnia 1 stycznia 2022 r.”;

2) w § 11 ust. 9-12 otrzymują brzmienie:

„9. Przyjęcie przez komisję oświadczenia, o którym mowa w ust. 7, jest podstawą do przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego, a następnie, w oparciu o posiadane dokumenty i dane w okręgowym rejestrze, podjęcia przez okręgową radę odpowiedniej uchwały i wydania nowego dokumentu PWZ-A lub dokumentu PWZ-B, po uprzednim wydaniu zarządzenia przez prezesa okręgowej rady o unieważnieniu dotychczasowego dokumentu.

10. Lekarz każdorazowo potwierdza otrzymanie dokumentu PWZ-A lub dokumentu PWZ-B oraz wpisanie nowego numeru rejestracyjnego. Potwierdzenia dokonuje się w odpowiednim „Wniosku”, który pozostaje w aktach osobowych lekarza.

11. W przypadku zniszczenia dokumentu PWZ, dokumentu PWZ-A lub dokumentu

PWZ-B z przyczyny leżącej po stronie okręgowej izby wydaje się nowy dokument z kolejnym numerem seryjnym.

12. W przypadku zatarcia ukarania lekarz posiadający dokument PWZ może wystąpić do okręgowej rady z wnioskiem o wydanie nowego dokumentu PWZ-A lub dokumentu PWZ-B z nowym kolejnym numerem seryjnym.”;

3) w § 11 dodaje się ust. 14 w brzmieniu:

„14. Postanowień ust. 1-6 nie stosuje się, gdy w miejsce dotychczas posiadanego dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu lekarzowi wydawane jest w sytuacjach określonych w Regulaminie nowy dokument PWZ-A lub dokumentu PWZ-B.”;

4) w § 12 ust. 14 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) wydania dokumentu PWZ-B z odpowiednią adnotacją”;

5) w § 13 ust. 5a otrzymuje brzmienie:

„5a) Uchwała okręgowej rady, o której mowa w ust. 5, jest podstawą do wydania dokumentu PWZ-B z odpowiednią adnotacją.”;

6) w § 14 ust. 7 pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„5) wydania dokumentu PWZ-A.”;

7) w § 15 ust. 11 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) wydania dokumentu PWZ-A.”;

8) w § 16 ust. 7 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) wydania dokumentu „PWZ-B” z odpowiednią adnotacją”;

9) w § 17 ust. 6 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) wydania nowego dokumentu PWZ-A”;

10) w § 18 ust. 1, 2 wyraz „PWZ” zastępuje się wyrazem „PWZ-A”;

11) w § 18 ust. 7 wyrazy „Prawa wykonywania zawodu” zastępuje się wyrazami „dokumentu PWZ-A”;

12) w § 18 ust. 10 pkt 3 wyraz „PWZ” zastępuje się wyrazem „PWZ-A”;

13) w § 19 ust. 6 wyrazy „PWZ” zastępuje się wyrazem „PWZ-A”;

14) w § 26 ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Podjęcie uchwały, o której mowa w ust. 5, jest podstawą do wpisania we „Wniosek” i do okręgowego rejestru wpisu urzędowego dotyczącego ograniczeń określonych uchwałą oraz wydania dokumentu PWZ-A lub dokumentu PWZ-B w przypadku przyznania prawa wykonywania zawodu na czas określony.”;

15) w § 27 ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Podjęcie uchwały, o której mowa w ust. 5, jest podstawą do dokonania we „Wniosku” oraz w okręgowym rejestrze wpisu urzędowego dotyczącego ograniczeń określonych tą uchwałą oraz wydania dokumentu PWZ-B z odpowiednią adnotacją.”;

16) w § 27 dodaje się ust. 9 w brzmieniu:

„9. Uchwała okręgowej rady o ponownym przyznaniu lekarzowi cudzoziemcowi prawa wykonywania zawodu w celu kształcenia podyplomowego jest podstawą do wydania nowego dokumentu PWZ-B z odpowiednią adnotacją.”;

17) w § 28a ust. 7 otrzymuje brzmienie:

„7. Podjęcie uchwały przez okręgową radę jest podstawą do dokonania wpisu urzędowego we „Wniosku” oraz w okręgowym rejestrze oraz ograniczeń określonych uchwałą a także wydania dokumentu PWZ-B z odpowiednią adnotacją.”;

18) w § 28b ust. 7 otrzymuje brzmienie:

„7. Podjęcie uchwały o przyznaniu warunkowego prawa wykonywania zawodu przez okręgową radę jest podstawą do dokonania wpisu urzędowego we „Wniosku” oraz w okręgowym rejestrze oraz ograniczeń określonych uchwałą a także wydania dokumentu PWZ-B z odpowiednią adnotacją.”.

3. Załącznik nr 5 do Regulaminu otrzymuje brzmienie określone w załączniku do uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2022 r.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Andrzej Matyja

Załączniki do uchwały są dostępne na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej www.nil.org.pl w zakładce „Dokumenty”.

UCHWAŁA Nr 31/21/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 30 grudnia 2021 r. w sprawie zmiany uchwały w sprawie terminów posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej w roku 2022 oraz organizacji posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej poza siedzibą

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) w zw. z art. 14hb ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2021 r. poz. 2095, poz. 2120, poz. 2133, poz. 2262, poz. 2269 oraz poz. 2317) uchwała się, co następuje:

§ 1.

W uchwale nr 21/21/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 22 października 2021 r. w sprawie terminów posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej w roku 2022 wprowadza się następujące zmiany:

1) znosi się termin 25 lutego;

2) wprowadza się termin 11 marca.

§ 2.

Posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 11 marca 2022 r. zorganizować w Toruniu.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Andrzej Matyja

**STANOWISKO Nr 10/21/P-VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 11 grudnia 2021 r.
w sprawie statusu zawodu lekarza
i lekarza dentysty jako
wolnego zawodu**

Samorząd lekarski wyraża sprzeciw wobec usuwania zawodów lekarza i lekarza dentysty z definicji wolnego zawodu w jakichkolwiek przepisach prawa.

Zawód lekarza i lekarza dentysty, obok takich zawodów jak np. adwokat czy radca prawny, jest jednym z zawodów, które ze względu na swą ugruntowaną specyfikę powinien być zawsze uznawany za wolny zawód. Ustrojowy status niektórych zawodów, w tym zawodów lekarza i lekarza dentysty, jako wolnych zawodów nie może być objęty dowolnością regulacyjną ustawodawcy zwykłego.

1 stycznia 2022 r. wejdą w życie przepisy ustawy z dnia 29 października 2021 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych oraz niektórych innych ustaw wprowadzające m.in. zmiany w art. 4 ust. 1 pkt 11 ustawy z dnia 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby

fizyczne (Dz.U. z 2021 r. poz. 1993), definiującym dla potrzeb tej ustawy pojęcie *wolnego zawodu*. Nowe brzmienie definicji ustawowej wolnego zawodu zamieszczone w tym przepisie eliminuje z zakresu tego pojęcia wszystkie zawody medyczne, w tym również zawody lekarza i lekarza dentysty. Na taki zabieg legislacyjny nie ma zgody samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów.

Pojęcie *wolnego zawodu* występuje od dawna w piśmiennictwie prawniczym polskim i europejskim oraz w aktach normatywnych. W polskim porządku prawnym nie ma wprowadzić definicji legalnej tego pojęcia o znaczeniu systemowym, ale w piśmiennictwie prawniczym i orzecznictwie podjęto skuteczną próbę wskazania kryteriów opisujących cechy wolnego zawodu. Wskazuje się, że to, co charakteryzuje i wyróżnia wolne zawody spośród innych zawodów, to przede wszystkim osobiste wykonywanie zespołu czynności o charakterze intelektualnym, wymagających wysokich kwalifikacji i kompetencji zawodowych oraz etycznych, a także samodzielność i niezależność w wykonywaniu zawodu, szczególnie charakter relacji pomiędzy osobą wykonującą wolny zawód a odbiorcą świadczenia opierający się przede wszystkim na zaufaniu, etos i misja wykonywania zawodu (zapewniającego świadczenie usług ich odbiorcom, ale też ochronę istotnych wartości interesu

ogólnego), osobista odpowiedzialność za należyte wykonanie świadczenia (zarówno majątkowa, jak i korporacyjna), wymóg zachowania przez przedstawicieli danego zawodu tajemnicy zawodowej oraz przestrzeganie reguł etyki lub deontologii zawodowej. Nie ulega wątpliwości, że wykonywanie zawodu lekarza odpowiada wszystkim tym wymogom. Zawód lekarza bezsprzecznie stanowi wolny zawód. Status zawodu lekarza jako wolnego zawodu był i jest powszechnie akceptowany. Dlatego też sprzeciw środowiska lekarskiego budzi wprowadzanie do porządku prawnego definicji, która wyłącza z wolnych zawodów zawód lekarza i lekarza dentyisty. Jest to odbierane jako deprecjonowanie tego zawodu. Jeżeli intencją ustawodawcy była jedynie zmiana wysokości i formy opodatkowania określonych dochodów niektórych podatników (w tym wypadku lekarzy i lekarzy dentyistów), to zamierzony efekt należało osiągnąć za pomocą innych metod zapisu treści ustawy, a nie poprzez wykreślanie zawodu lekarza i lekarza dentyisty z definicji wolnego zawodu. Z całą pewnością zamierzony przez ustawodawcę cel podatkowy był możliwy do osiągnięcia przy pomocy innej techniki legislacyjnej, nieingerującej w istotę definicji wolnego zawodu.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

NOWA WIZJA KSZTAŁCENIA



Od kilku lat studia na kierunku lekarskim prowadzą uczelnie mające przymiotnik „techniczny” w swojej nazwie.

Wiatr zmian

Jesteśmy świadkami przewrotu w kształceniu lekarzy. Wiatr zmian wieje coraz mocniej. Zielone światło dla uruchomienia kierunku lekarskiego w kolejnych uczelniach niemających wiele wspólnego z medycyną budzi w środowisku opór.

Mariusz Tomczak dziennikarz

Zeby zostać lekarzem, nie trzeba wyjeżdżać do wielkiego miasta i rozpoczynać studiów w renomowanej uczelni o utrwalonej tradycji. Medycynę można studiować bliżej miejsca zamieszkania w coraz młodszych uczelniach i w coraz mniejszych miastach. Bezpлатnie lub płacąc jak za zboże.

Nazwy niektórych placówek wskazują, że kształcą raczej przyszłych inżynierów niż lekarzy – tak wygląda rzeczywistość i to nie jest sarkazm. W kolejnych latach te trendy prawdopodobnie nasilą się na tyle, że za dwie-trzy dekady absolwenci uniwersytetów medycznych i dawnych akademii medycznych mogą przestać dominować pod względem liczebnym nad resztą swoich koleżanek i kolegów.

FORMACJA CZY ZDOBYWANIE WIEDZY?

Po podpisaniu przez prezydenta nowelizacji ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce nie ustaje dyskusja o kształceniu przeddyplomowym. Koncentruje się ona wokół dwóch pytań kluczowych dla przyszłości zawodu lekarza: kto powinien kształcić lekarzy oraz czy lepiej wspierać istniejące, duże uczelnie, a zwłaszcza uniwersytety medyczne, czy też pozwolić na pąckowanie kolejnych miejsc, w których można by studiować medycynę, mimo że czasami nie mają one z nią wiele wspólnego. Oba pytania łączą się z innymi. Czy studiowanie to tylko zdobywanie wiedzy, czy również formowanie człowieka, w tym przyszłego lekarza? W jakim stopniu uczelnie powinny spełniać rolę wychowawczą? Jak dbać o relację mistrz-uczeń,

stanowiącą przez wieki fundament uniwersytetów, ważną także dla nauki zawodu lekarza? Nowe przepisy rozszerzają krąg uczelni i uelastyczniają warunki uzyskania przez nie pozwolenia na utworzenie studiów przygotowujących do wykonywania zawodu lekarza. Mówiąc krótko: ma być łatwiej. Inicjatorzy zmian niespecjalnie kryli się z tym zamiarem. Ale nie zawsze łatwiej znaczy lepiej.

FELCZERYZACJA ZAWODU?

Samorząd lekarski stoi na stanowisku, że zmiana ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce doprowadzi do obniżenia standardów kształcenia i felczeryzacji zawodu, a dopuszczenie do jego wykonywania osób z wykształceniem uzyskanym w uczelni zawodowej okaże się szkodliwe dla pacjentów i ich bezpieczeństwa,

Ile wart jest dyplom?

O ile wizerunkowych korzyści dla uczelni oferującej możliwość kształcenia na kierunku lekarskim chyba nikt nie zakwestionuje, o tyle jego utworzenie wcale nie musi oznaczać, że absolwenci podejmą pracę w okolicznych placówkach, które już teraz zmagają się z brakami kadrowymi. Nikt nie może dać takiej gwarancji m.in. z uwagi na fakt, że o indeks każdej uczelni ubiegają się nie tylko miejscowi maturzyści, a granice naszego kraju stoją otworem. Padają opinie, że wraz z rosnącą liczbą uczelni obiecujących przygotowanie do wykonywania zawodu lekarza, dyplom lekarski zdewaluuje się, tak jak w społecznej świadomości doszło do zdeprecjonowania znaczenia dyplomów uczelni wyższych, gdy na wielu kierunkach kształcenie przeszło z jakości w ilość. Co więcej, obecni maturzyści nie muszą zmagać się z tak ostrą rywalizacją ze strony rówieśników, tak jak np. na początku XXI w., gdy do walki o wymarzony indeks przystąpiło pokolenie wyżu demograficznego urodzone w pierwszej połowie lat 80., a liczba miejsc na kierunku lekarskim była znacznie niższa niż obecnie.

a ponadto podważy zaufanie do całego środowiska. Zdaniem Prezydium NRL kształcenie lekarzy powinno zachować charakter uniwersytecki. Mówi się, że Ministerstwo Zdrowia wraz z Ministerstwem Edukacji i Nauki szykują „zawodówki” dla lekarzy. Na ministrów Adama Niedzielskiego i Przemysława Czarneckiego wylała się z tego powodu fala krytyki. Wydaje się, że nie wszyscy pamiętają, że to nie pierwsza poważna zmiana odnosząca się do kształcenia przyszłych lekarzy dokonana w ostatnich latach, ale prawdopodobnie kolejna, która w dłuższej perspektywie może przyczynić się do pogłębienia różnicowania środowiska lekarskiego, by nie powiedzieć – atomizacji.

PRECEDENS SPRZED KILKU LAT

Kiedy na przepisy otwierające uczelniom zawodowym furtkę do kształcenia przyszłych lekarzy spojrzysz w szerszym kontekście, to trudno oprzeć się wrażeniu, że wpisują się one w zmiany, które już się dokonały i nad którymi sporo osób przeszło do porządku dziennego. W minionej dekadzie doszło do precedensu polegającego na zezwoleniu uczelniom niepublicznym na rozpoczęcie kształcenia lekarzy. Nie brakowało obaw, że to szkodliwy eksperyment i zdeprecjonowanie zawodu, a mimo upływu czasu wciąż nie brakuje osób niezostawiających na tej decyzji suchej nitki. Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, jako pierwsza niepubliczna placówka w naszym kraju, pomaga w realizacji marzeń o zdobyciu indeksu na kierunku lekarskim od roku akademickiego 2016/2017. Starania o jego uruchomienie rozpoczęły się w 2013 r. W założonej kilkanaście lat wcześniej placówce przyszli lekarze mijają na korytarzach m.in. przyszłe gwiazdy kina i telewizji (studentów wydziału

aktorskiego), osoby zainteresowane pracą w służbach mundurowych i służbach specjalnych (studentów kierunków bezpieczeństwa narodowe i bezpieczeństwo wewnętrzne) czy przyszłych menadżerów i speców od świata mediów (osoby studiujące na wydziale zarządzania i komunikacji społecznej). Taka wieloprofilowość uczelni nie zawsze spotyka się z przychylnymi opiniami w środowisku lekarskim; pojawiają się opinie, że to nie sprzyja budowaniu etosu zawodu. Faktem pozostaje to, że coraz częściej mamy do czynienia z kształceniem przyszłych doktorów tam, gdzie wykłada są nie tylko kierunki związane z naukami medycznymi i w nadchodzącej przyszłości trudno będzie to odwrócić.

INŻYNIER CZY DOKTOR?

Drugą niepubliczną uczelnią w Polsce umożliwiającą kształcenie na kierunku lekarskim była Uczelnia Łazarskiego w Warszawie. Powstała na początku lat 90. XX w. jako Prywatna Wyższa Szkoła Handlowa, a następnie zmieniła nazwę na Wyższą Szkołę Handlu i Prawa. Zarówno w krakowskim „Fryczu”, jak i warszawskim „Łazarskim”, studenci medycyny pod względem liczebnym stanowią margines, ale nie da się ukryć, że dzięki nim obie placówki zwiększyły prestiż. Nie każdy może być skłonny uwierzyć, że od kilku lat studia na kierunku lekarskim prowadzą uczelnie mające przymiotnik „techniczny” w swojej nazwie. Wielkimi krokami zbliża się chwila, gdy pierwsze dyplomy lekarza uzyskają studenci niepublicznej Wyższej Szkoły Technicznej w Katowicach, gdzie Wydział Nauk Medycznych nosi imię prof. Zbigniewa Religi, i państwowego Uniwersytetu Techniczno-Humanistycznego w Radomiu, który jeszcze niedawno funkcjonował jako politechnika.

16 WOJEWÓDZTWO, 22 UCZELNIE

Kierunek lekarski można już studiować w każdym z 16 województw. Niedawno wydziały medyczne powstały w uniwersytetach w dwóch województwach o najmniejszej liczbie mieszkańców. Dzięki temu mieszkańcy Lubuskiego, marząc o zdobyciu dyplomu lekarza, nie muszą wyprowadzać się na studia do Poznania, Wrocławia czy Szczecina, nie wspominając o innych regionach, lecz mogą kształcić się za miedzą w Uniwersytecie Zielonogórskim. Z kolei mieszkańcy Opolszczyzny nie muszą wyjeżdżać do stolicy Dolnego lub Górnego Śląska, bo podobną możliwość daje Uniwersytet Opolski. Dla liczącego ok. 130 tys. mieszkańców Opola i ok. 140 tys. Zielonej Góry to bez wątpienia prestiż, ale wydaje się kwestią niedługiego czasu, by kierunek lekarski zawitał do uczelni w jeszcze mniejszych miastach. Obecnie mają go w swojej ofercie 22 placówki. Dyplom można zdobyć po ukończeniu uniwersytetu medycznego lub innej publicznej uczelni, w której istnieje Collegium Medicum albo wydział z kierunkiem lekarskim. Taką możliwość dają również cztery uczelnie niepubliczne (dwie w Warszawie, po jednej w Krakowie i Katowicach) i mimo że za naukę trzeba w nich słono zapłacić, chętnych nie brakuje. Czesne za semestr dla osób rozpoczynających studia stacjonarne w języku polskim w prywatnej uczelni waha się od 16 tys. zł w Uczelni Medycznej im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie do 30 tys. zł w Uczelni Łazarskiego. To dość duża różnica zważywszy na fakt, że obie znajdują się w jednym mieście. Dla porównania: w WST w Katowicach chesne wynosi 21 tys. zł, a w Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego – 22 tys. zł. Dodatkowo trzeba opłacić niesymboliczne wpisowe.

PRYWATNE VS PUBLICZNE

Zdecydowanie największy wybór jest w stolicy, gdzie są dwie uczelnie publiczne (WUM, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego) i dwie niepubliczne (Uczelnia Łazarskiego, Uczelnia Medyczna im. Marii Skłodowskiej-Curie), choć jeszcze kilka lat temu w Warszawie kierunek lekarski oferowała tylko jedna. Na rok akademicki 2021/2022 największe limity na studiach stacjonarnych w języku polskim minister zdrowia przyznał Śląskiemu Uniwersytetowi Medycznemu (723), UM w Łodzi (670, w tym 150 miejsc finansowanych przez ministra obrony narodowej)

i WUM (550). Te trzy placówki kolejny rok uplasowały się na podium. Kiedy porówna się limity na studiach stacjonarnych w języku polskim w uczelniach publicznych i niepublicznych, okazuje się, że w tych ostatnich liczba studentów wcale nie jest taka mała. WST w Katowicach ma identyczny limit co Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie (150), Uczelnia Łazarskiego i Uczelnia Medyczna im. Marii Skłodowskiej-Curie taki sam co Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (100), a krakowski „Frycz” (125) tylko o połowę mniejszy niż Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie (250). Łączny limit dla czterech uczelni niepublicznych na studiach stacjonarnych w języku polskim (475) był ostatnio dwukrotnie większy od limitu UJ w Krakowie (240), który chlubi się tradycją nauczania medycyny od kilku stuleci.

KTO NASTĘPNY?

W ostatnich latach starania o uruchomienie kierunku lekarskiego podejmowały m.in. Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy w Częstochowie, Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie, Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy i Elbląska Uczelnia Humanistyczno-Ekonomiczna. Ta ostatnia jesienią stała się Akademią Medycznych i Społecznych Nauk Stosowanych i ma zamiar w końcu zakończyć wysiłki sukcesem. Pod koniec roku samorząd województwa mazowieckiego, Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku i tamtejsza Mazowiecka Uczelnia Publiczna zawarły porozumienie w celu uruchomienia kształcenia na kierunku lekarskim. Jeśli do tego dojdzie, byłaby to szósta uczelnia kształcąca przyszłych lekarzy na Mazowszu. Jedni się zachną, że to dużo jak na liczące 5,5 mln mieszkańców województwo, inni, że potrzeby kadrowe są dużo większe.

PIĄTA UCZELNIA W STOLICY?

W roku akademickim 2022/2023 wydział lekarski powstanie na Uniwersytecie Warszawskim, gdzie jeszcze kilka lat po wojnie wykładano medycynę i farmację (w 1950 r. oddzielono od uniwersytetu wydziały lekarski i farmaceutyczny, a z ich połączenia powstała Akademia Medyczna – dzisiejszy WUM). Gdyby tak się stało, w praktyce na boczny tor zeszlaby idea federalizacji UW i WUM, pod którą solidny fundament położyli byli rektorzy obu uczelni: prof. Marcin Pałys i prof. Mirosław Wielgoś. Do kształcenia lekarzy przymierza się też Katolicki Uniwersytet Lubelski – takie plany były już w latach 30. XX w., ale na przeszkodzie

stanął wybuch II wojny światowej. W grudniu podpisano w tej sprawie list intencyjny. Studia mogą ruszyć za 1,5 roku. Byłaby to druga uczelnia kształcąca przyszłych lekarzy w Lublinie. Rektor miejscowego uniwersytetu medycznego już zadeklarował wolę współpracy i zaprzeczył, by stanowiła konkurencję dla kierowanej przez niego placówki.

LOBBING PONAD PODZIAŁAMI

Starania KUL wspiera wielu lubelskich parlamentarzystów i samorządowców, a także przynajmniej część dyrektorów szpitali z Lubelszczyzny. Podobny mechanizm powtarza się za każdym razem, gdy jakaś uczelnia zabiega o uruchomienie kierunku lekarskiego. W lobbing aktywnie angażują się lokalni politycy ponad podziałami partyjnymi. Uzasadnienie zawsze jest takie samo: miejscowe szpitale zyskają nowych lekarzy i szansę na unowocześnienie swojej bazy, na czym skorzystają medycy i społeczność lokalna w postaci większego bezpieczeństwa zdrowotnego, natomiast na miasto spadnie dodatkowy splendor, podobnie jak na uczelnię, która w bonusie liczy na perspektywę dalszego rozwoju. Przykładem może być Uniwersytet Rzeszowski, którego pierwsi absolwenci kierunku lekarskiego odebrali dyplomy w ubiegłym roku. Kilka tygodni temu uczelnia otrzymała z resortu środki na zakup nowoczesnej aparatury do nanospektroskopii, co pozwoli rozszerzyć działalność naukową. A to dopiero początek. Trwają starania na rzecz utworzenia szpitala uniwersyteckiego i nowoczesnego kampusu medycznego na terenie podrzeszowskiej gminy Świlcza, co jest zawarte w „Strategii rozwoju województwa – Podkarpackie 2030” i być może doczeka się realizacji w tej dekadzie m.in. dzięki środkom z Krajowego Planu Odbudowy i Rozwoju.

NIE KAŻDY WIERZY URZĘDNIKOM

Oczywiście nie wszyscy są niezadowoleni z rozwiązań legislacyjnych, dzięki którym niebawem kierunek lekarski zagości w kolejnych miejscach w kraju. Przepisy zdecydowanie poparła Konferencja Rektorów Publicznych Uczelni Zawodowych, apelując za pośrednictwem mediów do środowisk medycznych o zaprzestanie „niezrozumiałego ataku” na ich dobre imię, gdy w mediach wylewała się krytyka pomysłu kształcenia lekarzy w „zawodówkach”. Trudno się dziwić, skoro część tych uczelni skorzysta na kontrowersyjnej nowelizacji. Starania o tworzenie kolejnych „lekarskich” uczelni popierają też niektórzy przedstawiciele środowiska medycznego.

Sprzeczności

Część osób popierających tworzenie kierunku lekarskiego w kolejnych uczelniach powołuje się na Naczelną Izbę Lekarską, a dokładniej – na jej argumentację związaną z deficytem kadr medycznych (np. alarmowanie o niedostatecznej liczbie lekarzy, zwłaszcza w obliczu starzenia się społeczeństwa, apele o zwiększanie limitów na kierunku lekarskim w języku polskim). To świadczy o tym, że samorząd skutecznie przebijają się z przekazem do debaty publicznej, a niektóre problemy środowiska lekarskiego są dobrze znane. Niektórym jednak umyka, że Prezydium NRL sceptycznie odnosi się do realizacji kształcenia przez uczelnie zawodowe, do czego prawdopodobnie wkrótce dojdzie. Jak wskazuje samorząd lekarski, państwo powinno wspierać przede wszystkim rozwój i zwiększanie naboru na studia w uczelniach o profilu ogólnoakademickim, które posiadają właściwie przygotowaną i zróżnicowaną kadrę dydaktyczną oraz gwarantują dostęp do bazy klinicznej, gdzie jakość kształcenia w zawodzie lekarza została pozytywnie zweryfikowana przez właściwe instytucje, jak i umiejętności absolwentów.

Nie zawsze dzielą argumenty osób dostrzegających w tym zagrożenie. Mówią, że wszystkie placówki muszą spełnić te same wymagania, studenci generalnie mają te same przedmioty, wśród wykładowców nie brakuje osób pracujących do niedawna w uczelniach publicznych, a z wydaniem oceny najlepiej wstrzymać się do czasu, gdy pierwsi absolwenci przystąpią do egzaminu LEK, skoro to jego zaliczenie daje przepustkę do uzyskania PWZ. Na niektórych uspokajająco działają zapewnienia MEiN, że w przypadku tworzenia kierunków lekarskich na uczelniach niemedycznych, weryfikacja spełniania warunków prowadzenia studiów ma miejsce nie tylko na etapie oceny wniosku o wydanie pozwolenia, ale również dokonywana jest regularnie przez Polską Komisję Akredytacyjną, a poza tym w programach studiów przygotowujących do wykonywania zawodu lekarza uczelnie muszą uwzględnić standardy kształcenia. Nie przekonuje to jednak wielu osób zadowolonych z jakości edukacji przyszłych lekarzy i przyszłość jakości leczenia. ■

W pełnej gotowości

Z prof. Pawłem Śliwińskim, prezesem Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc, rozmawia Lucyna Krysiak.

Jak pandemia COVID-19 wpłynęła na pneumonologię?

Dokonała spustoszeń, podobnie zresztą jak w innych specjalnościach, np. w kardiologii czy onkologii. Z tą różnicą, że od początku pojawienia się pandemii i związanego z tym procesu przekształcania oddziałów w tzw. łóżka covidowe, z systemu leczenia relatywnie najwięcej zniknęło oddziałów pneumonologicznych. To dramatycznie utrudniło diagnostykę chorób układu oddechowego, np. POChP i raka płuca, z powodu ograniczonej dostępności do spirometrii i innych badań, np. bronchoskopii. Kiedy wiosną minionego roku doświadczyliśmy trzeciej fali wirusa SARS-CoV-2, licząca 44 łóżka II Klinika Chorób Płuc w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie była jedyną na całym Mazowszu, co musiało się odbić na diagnostyce i leczeniu chorób układu oddechowego, szczególnie tych przewlekłych.

Koronawirus atakuje głównie układ oddechowy, w tym płuca.

Każdy pacjent trafiający do szpitala z powodu COVID-19 ma zapalenie płuc prowadzące do niewydolności oddechowej wymagającej intensywnej terapii. Nawet u tych, którzy przeżyją ostrą fazę choroby, często występuje przewlekła postać COVID-19, w formie long-COVID-19, jeśli objawy choroby trwają 4–12 tygodni, lub post-COVID-19, gdy objawy utrzymują się powyżej 12 tygodni. Dochodzi u nich do trwałego zniszczenia miąższu płucnego i pojawienia się niewydolności oddechowej. Oczywiście wirus atakuje także inne układy – krążenia, nerwowy, pokarmowy, ale największe spustoszenie sieje właśnie w płucach. Mówimy już nawet o post-covidowym zapaleniu płuc jako nowej jednostce chorobowej.

Jaki jest stan wiedzy na ten temat?

W ciągu dwóch lat, które upłynęły od początku pandemii, udało się ustalić, że u niektórych chorych dochodzi do nadmiernej odpowiedzi układu immunologicznego po kontakcie z wirusem SARS-CoV-2, co prowadzi do zapalenia płuc z destrukcją ich struktury. Znamy jednak tylko czynniki ryzyka tego procesu, a nie wiemy dokładnie, dlaczego tak się dzieje. Ta destrukcja przybiera różne formy, jedne odwracalne, a inne niestety nie, pod postacią zwłóknienia miąższu płucnego. Zwłóknienie to rodzaj blizny po odniesionej ranie po przebytym zapaleniu. Niestety nie wiemy, jak to zbliżnowacenie leczyć. Konsekwencją może być pojawienie się niewydolności oddychania i konieczność stosowania do końca życia tlenoterapii. To dotyczy większości pacjentów z ciężkim przebiegiem



Prof. Paweł Śliwiński:
– Nawet u tych, którzy przeżyją ostrą fazę choroby, często występuje przewlekła postać COVID-19, w formie long-COVID-19, jeśli objawy choroby trwają 4-12 tygodni, lub post-COVID-19, gdy objawy utrzymują się powyżej 12 tygodni.

covidowego zapalenia płuc, a na pewno trafiających na oddziały intensywnej terapii, a więc skala problemu jest duża. W Polsce może to dotyczyć kilku procent chorujących na COVID-19.

Jak zmieniło się podejście do opieki nad pacjentem pneumonologicznym?

Lekarze specjalizujący się w leczeniu chorób układu oddechowego, w tym covidowego zapalenia płuc, zostali przez pandemię postawieni w stan gotowości bojowej, musieli bowiem w krótkim czasie pogłębić lub posiąść wiedzę z zakresu intensywnej terapii. Ponieważ należy liczyć się z tym, że wirus z nami pozostanie na długo, ta umiejętność musi wpisać się na stałe do grafiku szkoleń pneumonologów. Oczywiście elementy intensywnej terapii były znane pneumonologom wcześniej, ale nie w tak szerokim zakresie, gdyż nie wszystkie oddziały chorób płuc były przystosowane do prowadzenia nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej. Obecnie wyposażenie w tego rodzaju sprzęt to podstawa, podobnie jak legitymowanie się praktyczną umiejętnością jego zastosowania.

PTChP opracowało szereg zaleceń postępowania z chorymi covidowymi. Czego one dotyczą?

Określają zasady bezpiecznej diagnostyki chorób płuc u wszystkich chorych w okresie pandemii oraz leczenia chorych covidowych. Wyróżnikiem dla pneumonologii jest to, że takie rutynowe procedury diagnostyczne jak spirometria czy bronchoskopia nie mogą być wykonywane w zabezpieczeniach typu maseczka. Pacjent stanowi więc zagrożenie dla personelu medycznego, gdyż podczas badania dochodzi do emisji aerozolu z dróg oddechowych. Dlatego eksperci towarzystwa opisali wszelkie możliwe warianty ochrony związane z tymi badaniami.

PTChP uporządkowało też zalecenia dotyczące zasad i sposobów leczenia niewydolności oddychania, przez co stały się one bardziej przejrzyste i łatwiej dostępne dla lekarzy pracujących z chorymi na COVID-19 stosujących tlenoterapię bierną, czynną czy wysokoprzepływową. Zostały one zebrane w jeden dokument opisujący aparaturę służącą do tego rodzaju terapii oraz zawierający szczegółowe instrukcje, jak się nimi posługiwać z uwzględnieniem różnych etapów leczenia oraz stopnia zaawansowania niewydolności oddychania. Nakreśliśmy też filmy instruktażowe na ten temat – są one dostępne na YouTube na kanale naszego towarzystwa.

Pomysłowa inicjatywa.

I bardzo przydatna, szczególnie, kiedy zakażonych koronawirusem lawinowo przybywa, a personelu medycznego brakuje. Zalecenia opracowane w formie instruktażu pomagają lekarzom podejmować trafne decyzje i zastosować odpowiedni sprzęt oraz leczenie nawet w trudnych sytuacjach.

Które z mutacji wirusa SARS-CoV-2 najbardziej niszczą płuca i czy już wiadomo, czego można spodziewać się po Omikronie?

Nie prowadzono takich badań, ale, spekulując, wydaje mi się, że stopień destrukcji miąższu płuc u zakażonych koronawirusem nie tyle zależy od wariantu wirusa, ile od osobniczej reakcji organizmu na kontakt z tym patogenem. Ostatnio opublikowano interesujące wyniki badań naukowców z Białegostoku, którzy przebadali dużą grupę zakażonych i wykryli predyspozycję genetyczną mającą związek z ciężkim przebiegiem COVID-19. Osoby, u których wykryto obecność pewnej mutacji w trzecim chromosomie, przechodziły COVID-19 znacznie ciężiej niż pozostali i częściej umierali. Co więcej – okazało się, że ten zmutowany gen występuje częściej w populacji polskiej niż u społeczeństw z Europy Zachodniej.

Czy wobec tego genetyką można tłumaczyć, że w Polsce jest tak dużo zgonów wśród chorych z ciężkim przebiegiem COVID-19?

Tylko w niewielkim stopniu, gdyż kwestie genetyczne nie są jedynym podłożem tak wysokiego wskaźnika umieralności pacjentów covidowych. Główne czynniki ryzyka to wiek (umierają ludzie starsi), nadwaga, płeć (częściej cięższy przebieg choroby i zgon notuje się u mężczyzn) oraz choroby przewlekłe płuc (np. POChP), krążenia, nerek, choroby hematologiczne, cukrzyca, stany po przeszczepieniach narządów.

Ostatnio przekonujemy się, że takim czynnikiem ryzyka jest nieszczepienie się przeciw COVID-19.

Osoby, u których wykryto obecność pewnej mutacji w trzecim chromosomie, przechodziły COVID-19 znacznie ciężiej niż pozostali i częściej umierali. Co więcej – okazało się, że ten zmutowany gen występuje częściej w populacji polskiej niż u społeczeństw z Europy Zachodniej.

Jednym z ważnych czynników wpływających na wysoką umieralność jest zbyt późny kontakt z lekarzem, najczęściej kiedy choroba już się rozwinęła i przeszła w stan ciężki. Za tak wysoki wskaźnik umieralności na pewno odpowiada także fatalna organizacja systemu ochrony zdrowia, który na wielu odcinkach stał się niewydolny, utrudniając dostęp do lekarzy POZ i specjalistów. Tych ukrytych zgonów niecovidowych jest co najmniej tyle, ile zgonów z powodu zakażenia koronawirusem. Umierają osoby, które bały się wezwać pogotowie albo nie mogły uzyskać na czas porady. Jeśli choroby przewlekłe (układu krążenia, cukrzyca, POChP, astma i inne) nie są odpowiednio prowadzone, następuje pogorszenie stanu zdrowia i zwiększa się ryzyko zgonu.

Cała uwaga jest obecnie skupiona na pandemii, a co z diagnozowaniem i leczeniem nowotworów układu oddechowego?

Sytuacja jest dramatyczna, głównie jeśli chodzi o raka płuca, z którego powodu umiera w Polsce 24 tys. pacjentów onkologicznych rocznie. Dotychczas rak płuca w 70 proc. był diagnozowany w ośrodkach pneumonologicznych. W chwili, kiedy niemal wszystkie te placówki zostały przekształcone w covidowe, diagnostyka onkologiczna w pneumonologii w dużym stopniu musiała zniknąć. Niediaгноzowane i nielezione nowotwory prowadzą do wspomnianych już zgonów nadmiarowych. Zresztą podobnie jest np. w przypadku raka piersi czy raka jelita grubego, gdzie znacznie spadła zgłaszalność chorych w celach diagnostycznych.

Czy jest możliwe przywrócenie oddziałom pneumonologicznym ich funkcji?

Pandemia zdewastowała systemy ochrony zdrowia na całym świecie, ale w Polsce szczególnie trudno będzie wrócić do dawnej struktury organizacyjnej lecznictwa, głównie szpitalnego. By uniknąć dalszego wzrostu zgonów z powodu zawałów, udarów czy nowotworów, potrzebne będą nowe rozwiązania. W Chinach specjalistyczne oddziały szpitalne pozostawiono w stanie nienaruszonym, a na potrzeby leczenia COVID-19 zbudowano oddziały zajmujące się tylko zakażonymi koronawirusem. W Polsce, gdyby nawet przyjąć takie rozwiązanie, nadal problemem byłoby zapewnienie kadr medycznych w takich oddziałach. Deficyt kadr jest odczuwalny od wielu lat, ale następujące po sobie kolejne rządy się tym nie przejmowały. Sytuacja jest więc patowa. Zmiany systemowe powinny odbywać się na wielu poziomach, obejmować zarówno reorganizację łóżek szpitalnych i opieki ambulatoryjnej, jak również kształcenie lekarzy i średniego personelu medycznego. Pneumonologia jako specjalizacja także nie uniknie zmian. ■

Wypalenie pandemiczne

Odczuwa je nawet co dziesiąty młody Polak – tak wynika z badań psychologicznych z Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, których wyniki opublikowano w czasopiśmie „Current Psychology”.

Badania przeprowadzono wiosną ubiegłego roku. – Zaskoczyło nas, że po roku od rozpoczęcia pandemii wciąż był to nasilony sposób reagowania na rzeczywistość, który utrzymuje się nadal, co widzimy w kolejnych próbach z października i grudnia ubiegłego roku – powiedział dr Marcin Moroń z Instytutu Psychologii UŚ.

Objawy wypalenia pandemicznego wiążą się z symptomami depresyjnymi i lękowymi. W radzeniu sobie z sytuacją pandemiczną pomaga odporność psychiczna. W tym kontekście istotna jest także zdolność rozumienia własnych reakcji emocjonalnych i odpowiedniego ich regulowania, czyli inteligencja emocjonalna.



Osób z objawami depresyjnymi i lękowymi może przybywać.

Prof. Moroń ostrzega, że osób z objawami depresyjnymi i lękowymi może przybywać. O trudnościach w adaptacji do sytuacji pandemii i jej konsekwencji warto rozmawiać i być wrażliwym na trudności adaptacyjne związane z bezprecedensową sytuacją ogólnoswiatowych wyzwań

dla zdrowia publicznego, zwłaszcza u młodych ludzi.

Badania trwają, skupią się teraz nad zagadnieniem wypalenia pandemicznego w kontekście relacji rodzinnych oraz innych typów wypalenia. ■

Źródło: naukawpolsce.pl

Ekspozycja na dym wpływa na wzorzec snu



Naukowcy z Uniwersytetu Bolońskiego przeprowadzili badanie na modelach mysich, wykazując, że prenatalna ekspozycja na nikotynę i jej produkty uboczne wywiera długotrwały wpływ na sen i reakcję stresową w niektórych obszarach mózgu. Badanie zostało opublikowane w „Scientific Reports”, czasopiśmie grupy Nature.

– Wyniki tego badania pokazują, w jaki sposób zdarzenia zachodzące we wczesnych stadiach życia mogą wpływać na sen u dorosłych – wyjaśnia Giovanna Zoccoli, która koordynowała badania, profesor na Wydziale Nauk Biomedycznych i Neuromotorycznych Uniwersytetu Bolońskiego. Według badaczy, kontrola nad czynnikami środowiskowymi

w czasie ciąży ma fundamentalne znaczenie nie tylko dla zdrowia kobiet, ale także dla ich potomstwa.

Naukowcy zaobserwowali, że kiedy narażali ciężarne myszy na działanie nikotyny w stężeniu biernego dymu papierosowego, ich potomstwo w wieku dorosłym wykazywało znaczne skrócenie snu między fazą spoczynku a fazą aktywną, co u ludzi odpowiada porannemu przebudzeniu. Na poziomie mózgowym badania te pokazały również, że zmienia się ekspresja receptorów glukokortykoidowych (hormonów stresu) w hipokampie.

Badanie pokazuje więc, że z jednej strony narażenie na nikotynę i jej produkty uboczne we wczesnych stadiach życia zmienia ekspresję i równowagę receptorów kortykosteroidowych w hipokampie, a z drugiej, że ekspresja glukokortykoidów w hipokampie jest powiązana z redukcją snu. ■

Źródło: www.eurekalert.org

Nowa mutacja genetyczna powoduje rzadką chorobę jelit

Naukowcy z Johns Hopkins Medicine, we współpracy z badaczami krajowymi i międzynarodowymi, zidentyfikowali mutację genetyczną u dzieci z rzadkim typem choroby zapalnej jelit. Twierdzą oni, że odkrycie mutacji, która osłabia aktywność białka powiązanego ze sposobem, w jaki układ odpornościowy zwalcza wirusy w jelitach, może pomóc w ustaleniu przyczyny częstszych chorób jelit. Wyniki swoich badań opublikowali w „Human Genetics”.

– Chcieliśmy sprawdzić, czy dzieci mają większą podatność genetyczną na ten rodzaj nieswoistego zapalenia jelit – mówi dr Anthony Guerreiro Jr. z Uniwersytetu Johnsa Hopkinsa.

W przeciwieństwie do innych nieswoistych zapaleń jelit, nieswoiste zapalenie jelit o bardzo wczesnym początku jest diagnozowane u pacjentów przed 6. r.ż. i występuje u czterech na 100 tys. urodzeń na całym świecie. U takich młodych pacjentów choroba często nie reaguje na leki przeciwzapalne, a czasami wymaga operacji usunięcia całości lub części okrężnicy.

Ponieważ najczęstszą cechą chorób jelit jest stan zapalny, naukowcy od dawna podejrzewali genetyczne powiązania między układem odpornościowym a chorobą jelit. Zapalenie to reakcja układu odpornościowego na uszkodzoną tkankę. Na potrzeby badania naukowcy pobrali próbki tkanek od 24 pacjentów z bardzo wczesnym początkiem choroby zapalnej jelit obserwowanej w The Johns Hopkins Hospital oraz Johns Hopkins Children's Center i przeprowadzili sekwencjonowanie całego egzomu, analizując obszary genu wytwarzające białko do identyfikacji mutacji. Spośród 24 pacjentów naukowcy odkryli mutacje u czterech w częściach genu zwanego IFIH1, który wytwarza białko zaangażowane w zwalczającą wirusy gałąź układu odpornościowego.

Ze względu na niewielką liczbę pacjentów w pierwszej rundzie sekwencjonowania, naukowcy zwrócili się do opracowanej przez Johns Hopkins internetowej bazy danych o nazwie GeneMatcher, która zawiera wariacje

genetyczne od ludzi na całym świecie. Połączone zespoły badawcze wykryły mutacje IFIH1 u czterech z 18 nowych pacjentów, co dało łącznie mutacje IFIH1 u 8 z 42 pacjentów. Wśród mutacji IFIH1 naukowcy odkryli dziewięć mutacji, które spowodowały nieprawidłową produkcję białka o nazwie MDA5. U ośmiu pacjentów z mutacjami funkcja MDA5 była znacznie niższa niż normalnie.

Badacze mają nadzieję, że ich odkrycia pomogą innym klinicystom i pacjentom określić genetyczną przyczynę ich choroby. Uważają również, że badania dostarczą dodatkowych dowodów na związek między chorobami zapalnymi jelit a zwalczającą wirusy częścią odpowiedzi immunologicznej organizmu. ■

Źródło: www.eurekalert.org

REKLAMA

BADANIE OPINII

Lekarze mają już dość

Są przepracowani, ich zdrowie psychicznie pogarsza się i coraz częściej padają ofiarami hejtu – taki obraz polskiego lekarza w dobie pandemii COVID-19 wyłania się z analizy przeprowadzonej przez CPP Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie przy współpracy z NIL. Z prof. UEK dr hab. Beatą Buchelt, współautorką i kierownikiem raportu „Ostatni zgasi światło. Nastroje polskich lekarzy w postpandemicznej rzeczywistości”, rozmawia Lidia Sulikowska.

Najnowsze badanie Centrum Polityk Publicznych UEK o kondycji polskich lekarzy i lekarzy dentyistów pokazuje przede wszystkim, że medycy są bardzo przepracowani.

Eksperci od lat alarmują, że w publicznej opiece zdrowotnej mamy duże niedobory kadr medycznych, a pandemia COVID-19 po prostu ten problem dramatycznie obnażyła. To, jakie są tego skutki, także wiemy od dawna, co potwierdzają kolejne analizy. Już w poprzedniej edycji naszego badania, przeprowadzonego kilka miesięcy po wybuchu pandemii koronawirusa, niemal 1/3 ankietowanych lekarzy i lekarzy dentyistów stwierdziła, że braki kadrowe są przyczyną przepracowania medyków.

W naszym najnowszym badaniu odsetek osób deklarujących przepracowanie wyniósł aż 71 proc. To ogromna różnica, która pokazuje, z jak złą sytuacją mamy do czynienia. W pandemii bardzo wzrosło zapotrzebowanie na usługi medyczne, przy jednoczesnym sporym odpływie kadr z rynku pracy, zwłaszcza osób w wieku emerytalnym. System nie jest w stanie tego udźwignąć. Tylko 26 proc. respondentów odpowiedziało, że pracuje 40 godzin tygodniowo. Reszta znacznie dłużej, a niemal co dziesiąty lekarz pracuje więcej niż 80 godz./tyg. Najwięcej czasu w pracy spędzają rezydenci.

Około połowa badanych w swoich odpowiedziach wyraźnie zaznaczyła też, że niedobory kadrowe, poza przemęczeniem personelu medycznego, wpływają negatywnie na jakość i dostępność udzielanych świadczeń zdrowotnych. Uważam, że sprzyjają temu umowy kontraktowe i możliwość wypowiedzenia klauzuli opt-out.

Jednak z drugiej strony dzięki zatrudnianiu na takich zasadach łatamy istniejące braki kadrowe.

Oczywiście. To błędne koło, z którego nie potrafimy wyjść. System jest tak skonstruowany, że będzie generował coraz większe przepracowanie wszystkich pracowników medycznych.



Prof. UEK dr hab.
Beata Buchelt

Co będzie dalej? 34 proc. badanych przez was lekarzy myśli o ograniczeniu aktywności zawodowej, 12 proc. rozważa odejście z dotychczasowego miejsca pracy, kolejnych 12 proc. chce wyjechać z kraju, a 8 proc. zamierza w ogóle odejść z zawodu.

To pokazuje, że prawie 60 proc. respondentów planuje jakąś zmianę w zakresie wykonywanego zawodu. Z naszych badań wynika też, że najbardziej skorzy do zmiany miejsca zatrudnienia, a nawet emigracji – są rezydenci. Z kolei specjaliści bardziej myślą o ograniczeniu aktywności zawodowej.

Jeśli chcemy zmniejszać braki kadrowe w ochronie zdrowia, to sama polityka „produkowania” większej liczby lekarzy nie wystarczy. Ci ludzie muszą chcieć pracować w Polsce. I nie chodzi tu tylko o kwestie finansowe – mnóstwo badań pokazuje, że dla lekarzy ważne są lepsze warunki pracy, w tym. m.in. realna pomoc w odciążeniu od obowiązków administracyjnych i większa możliwość rozwoju zawodowego.

Nie ma magicznego sposobu na uleczenie szpitali z braków kadrowych. To żmudny proces naprawiania wieloletnich zaniedbań.

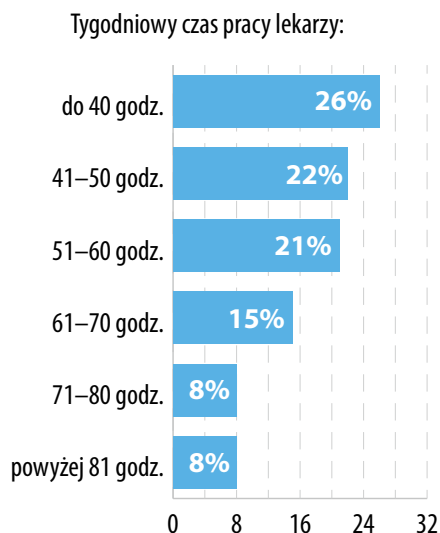
Tak, ale mam wrażenie, że potrzebujemy rozwiązań na już, bo lekarze nie zaczekają kolejnych 20 lat, aż coś się poprawi.

W naszym badaniu lekarze odpowiadali na pytanie, jakie warunki sprzyjają satysfakcjonującej pracy. Najwięcej respondentów wskazało na możliwość poszerzania wiedzy i umiejętności medycznych poza miejscem pracy, które byłoby sfinansowane przez pracodawcę. Ważne też okazało się dobre wyposażenie stanowiska pracy oraz większa autonomia w pracy. To są małe zmiany, które można realizować już teraz.

Poza tym polski lekarz potrzebuje ludzi wspierających ich w pracy. Niemal połowa ankietowanych widzi potrzebę wprowadzenia zawodu asystenta lekarza, a nieco ponad 40 proc. – sekretarki medycznej.

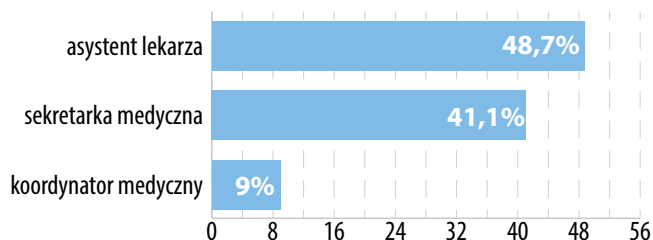
Spadło za to poparcie dla funkcji koordynatora medycznego. Potrzebę zatrudnienia takiej osoby w placówce medycznej widzi zaledwie 9 proc. badanych, w poprzedniej edycji raportu zwolenników było aż 21 proc. Paradoksalnie to jedyny nowy zawód, który realnie jest teraz wdrażany do systemu.

To całkiem normalne zjawisko. Boimy się nowego, nieznanego. Dopóki jakiś pomysł jest tylko w sferze dyskusji, to ma wielu zwolenników. Kiedy zaczyna nabierać realnych kształtów, to



Źródło: Raport „Ostatni zgasi światło. Nastroje polskich lekarzy w postpandemicznej rzeczywistości”, Kraków, grudzień 2021

Jaki zawód wspierający należałoby wdrożyć w systemie opieki zdrowotnej?



Źródło: Raport „Ostatni zgasi światło. Nastroje polskich lekarzy w postpandemicznej rzeczywistości”, Kraków, grudzień 2021

Raport „Ostatni zgasi światło. Nastroje polskich lekarzy w postpandemicznej rzeczywistości” został opracowany przez Centrum Polityk Publicznych Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie przy wsparciu Naczelnej Izby Lekarskiej oraz Centrum Ekonomiki i Zarządzania w Ochronie Zdrowia UEK na podstawie ankiet wypełnionych przez 2 144 lekarzy i lekarzy dentyistów (87 proc. stanowili lekarze, 13 proc. lekarze dentyści). Dokument powstał pod kierownictwem prof. UEK dr hab. Beaty Buchelt, a ekspertami w zespole badawczym byli prof. UJ dr hab. Iwona Kowalska-Bobko i prof. AGH dr hab. Tomasz Mastłyk.



Pełna wersja raportu:

<https://politykipubliczne.pl/raport-ostatni-zgasi-swiatlo-nastroje-polskich-lekarzy-w-postpandemicznej-rzeczywistosci/>

entuzjastów ubywa. Ważna jest więc rola edukacyjna legislatora, a ta obecnie niestety bardzo niedomaga. Lekarze tracą poparcie dla funkcji koordynatora medycznego, ponieważ za mało wiedzą, na czym miałyby ona polegać.

Jednak gdy etap wdrożenia jakiejś zmiany staje się faktem dokonany, to zazwyczaj zwolenników przybywa. Tu znowu posłużę się przykładem. Aż 76 proc. ankietowanych lekarzy jest zwolennikami wprowadzenia telemedycznych rozwiązań w pracy tam, gdzie to możliwe. Gdy przypomnimy sobie wcześniejszy opór przed wdrożeniem e-recept czy e-skierowań, to widzimy, że zmiana może być jednak zaakceptowana, kiedy zaczyna się dostrzegać jej plusy – a w przypadku e-rozwiązań zaczęto je zauważać w czasie pandemii. Jestem jednak za wdrażaniem nowości w sposób ewolucyjny, poprzez proces edukacji i szkoleń, a nie gdy siła wyższa nas do tego zmusi.

Większość badanych (69 proc.) widzi za to potrzebę zatrudnienia przed podmioty lecznicze specjalistów do zarządzania personelem.

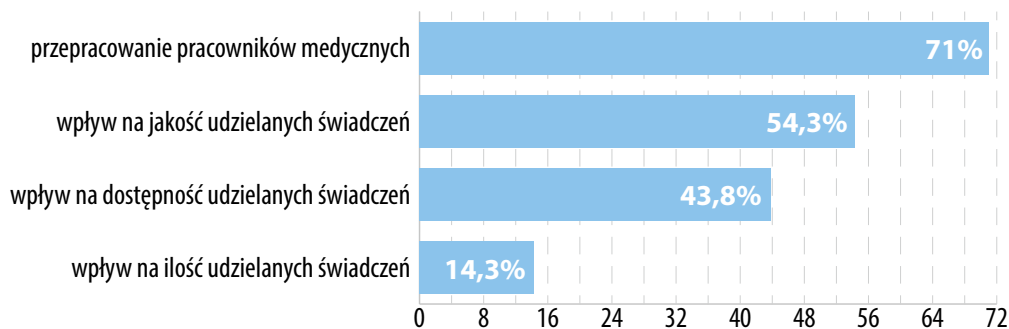
Bardzo mnie to cieszy. Trzeba zacząć myśleć o wdrożeniu profesjonalnego zarządzania kadrami w podmiotach medycznych. I tu nie chodzi o dział kadr, bo oni zajmują się sprawami typowo administracyjnymi. W szpitalach brakuje osób, które zajmują się profesjonalną rekrutacją, organizują szkolenia pracowników, analizują liczbę przepracowanych przez daną osobę godzin w placówce, żeby nie doprowadzać do sytuacji patologicznych, wspierają kierowników oddziałów szpitalnych w zarządzaniu ich zespołami.

Ale jak tu myśleć o kimś takim, gdy w szpitalu publicznym brakuje lekarzy i pielęgniarek. I przede wszystkim nie ma pieniędzy.

Bez nich nie poprawimy sytuacji kadrowej. Prywatne podmioty medyczne już dawno się o tym przekonały. Tam obecność działu zarządzania kapitałem ludzkim nikogo nie dziwi.

Chciałabym też, by zwrócono uwagę na poziom zarządzania mniejszymi jednostkami wchodzącymi w skład szpitala. Na przykład osoba kierująca oddziałem szpitalnym powinna mieć kompetencje w zakresie zarządzania ludźmi. Zresztą w naszym

Skutki niedoboru kadr w ochronie zdrowia:



Źródło: Raport „Ostatni zgasi światło. Nastroje polskich lekarzy w postpandemicznej rzeczywistości”, Kraków, grudzień 2021

badaniu zapytaliśmy, jak lekarze oceniają kompetencje menedżerskie swojego bezpośredniego przełożonego – połowa respondentów stwierdziła, że ich szef nie ma umiejętności do zarządzania personelem. Najgorzej swoich przełożonych ocenili rezydenci. Nie każdy świetny lekarz sprawdzi się w zarządzaniu zespołem. Uważam, że każdy kierownik/ordynator oddziału powinien przejść szkolenie z kompetencji zarządzania ludźmi, tak aby mógł rzeczywiście pełnić funkcję menedżera liniowego.

Państwa raport zahacza również o problem hejtu. Zjawisko to niestety narasta.

Już prawie połowa lekarzy spotkała się z hejtem ze strony pacjenta lub jego bliskich. W ubiegłorocznej edycji badania z tym zjawiskiem miało do czynienia 27 proc. ankietowanych. Na pewno jednym z powodów wzrastającej fali hejtu na medyków jest sytuacja pandemiczna. COVID-19 powoduje strach i niepewność jutra, co w części społeczeństwa wzbudza agresję. A ta wylewa się tam, gdzie może. Medycy są niestety doskonałym celem. To zjawisko nasila się na całym świecie.

Jak można się chronić?

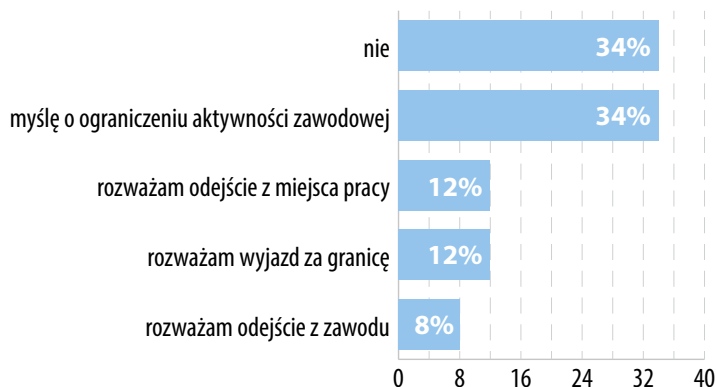
Przede wszystkim nie można ignorować takiego zachowania. Trzeba reagować. Nie można odpuścić. Jeśli osoba hejtująca poczuje, że za swoje zachowanie nie spotka ją żadna kara, będzie dalej to robić, a za nią pójdą inni. Personel medyczny

ma do takich ludzi bardzo dużą cierpliwość, chyba za często zbyt dużą. Potrzebne jest w tym względzie, moim zdaniem, jakieś wsparcie legislacyjne. Osoba przejawiająca agresję wobec personelu medycznego nie może się czuć bezkarna.

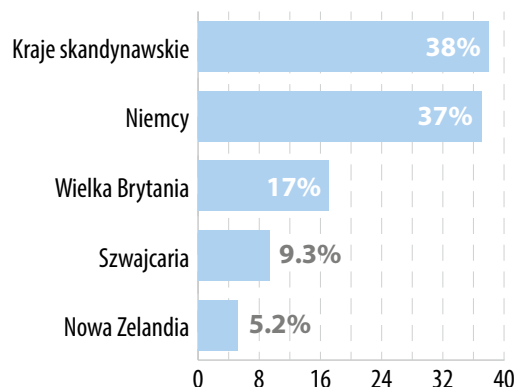
Na koniec porozmawiajmy jeszcze o stanie psychicznym lekarzy. 58 proc. badanych stwierdziło, że pandemia wpłynęła na nich negatywnie. W poprzedniej edycji badania złe swoje zdrowie psychiczne oceniło 35 proc. ankietowanych lekarzy.

W porównaniu do poprzedniej edycji badania bardzo wzrósł odsetek lekarzy uskarżających się na przeciążenie psychiczne, silny stres, przemęczenie fizyczne, bezradność, niechęć do kontynuowania pracy, rozgoryczenie. Medycy mniej boją się wirusa, bo coraz więcej o nim wiemy, ale na psychikę bardzo źle oddziałuje środowisko pracy i bezradność, jaką personel medyczny odczuwa w kontekście braku rozwiązań, jakie powinien w tej sytuacji wprowadzić rząd. Lekarze chcą i powinni mieć zapewnione wsparcie psychologiczne, ale jest z tym duży problem. Podam prosty przykład – po wybuchu pandemii COVID-19 w USA zintensyfikowano wsparcie psychologiczne dla wyczerpanego personelu medycznego, a już wcześniej funkcjonowały tam mechanizmy przeciwdziałające wypaleniu zawodowemu tej grupy zawodowej. A u nas w zasadzie nic w tej kwestii się nie robi. ■

Czy pandemia ma wpływ na Twoje plany zawodowe?



Do jakich krajów lekarze planują emigrować?



Źródło: Raport „Ostatni zgasi światło. Nastroje polskich lekarzy w postpandemicznej rzeczywistości”, Kraków, grudzień 2021

DOSKONALENIE ZAWODOWE

Poskromić otyłość

Z nadwagą zmagają się w Polsce 65,7 proc. mężczyzn i 45,9 proc. kobiet. U 15,4 proc. panów i 15,2 proc. pań nadmierna masa ciała to już otyłość. 0,5 proc. osób płci męskiej i 0,4 proc. płci żeńskiej dotyka otyłość olbrzymia (BMI 40 lub więcej).

Lucyna Krysiak dziennikarz

To wyniki badań przeprowadzonych w latach 2019-2020 przez Instytut Żywności i Żywienia (IŻŻ) oraz Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH) we współpracy z Europejskim Urzędem ds. Bezpieczeństwa Żywności (EFSA).

CHOROBA E66

Dane te zatrważają zarówno lekarzy, którzy notują lawinową zapadalność na choroby współistniejące z otyłością (cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, choroby sercowo-naczyniowe, nowotwory jelita grubego), jak i rządzących, którzy przeznaczają ogromne pieniądze na leczenie otyłych pacjentów. Podejmowane są więc wielokierunkowe działania mające na celu zmianę tego stanu rzeczy. Są to m.in. podatek cukrowy i różnego rodzaju kampanie edukujące społeczeństwo na temat zasad zdrowego odżywiania.

Swoją rolę w walce z otyłością ma też samorząd lekarski. Ośrodek Doskonalenia Zawodowego NIL podjął się organizacji szkoleń lekarzy POZ i specjalistów w zakresie diagnostyki i leczenia otyłości oraz ich umocowania w tym procesie. Szczególny nacisk w szkoleniu jest położony na edukację dotyczącą diagnostyki otyłości, chorób towarzyszących, poznawania najnowszych metod leczenia zachowawczego i chirurgicznego oraz przygotowania do zabiegu i rekonwalescencji. Dzielić się z uczestnikami szkolenia aktualną wiedzą na ten temat, prof. Andrzej Budzyński, chirurg onkolog ze Szpitala Specjalistycznego im. Ludwika Rydygiera w Krakowie, podkreśla, że otyłość skraca życie, a więc wykracza znacznie poza estetykę i dobre samopoczucie, jednak mało kto jest

świadomy tego, że ma do czynienia z chorobą przewlekłą. Tłumaczy, że otyłość, jak wiele innych chorób przewlekłych, przez pewien czas przebiega bezobjawowo, dlatego ważne jest postawienie właściwej diagnozy i rozpoczęcie leczenia na etapie, kiedy choroba nie poczyniła jeszcze spustoszeń w organizmie i psychice. A droga do wyzdrowienia osoby otyłej zaczyna się w gabinecie lekarza rodzinnego, który oceni stan zaawansowania otyłości i zaproponuje leczenie zachowawcze lub także operacyjne.

Swoją rolę w walce z otyłością ma też samorząd lekarski.

– Udział lekarza POZ jest w tym procesie najważniejszy, dlatego musi on mieć rzetelną wiedzę na ten temat – zaznacza prof. Budzyński. Uważa, że zagrożenie epidemią otyłości jest tak duże, że wymusi na lekarzach dokształcanie się w kierunku bariatryi, a szkolenie organizowane przez ODZ NIL jest dobrym krokiem w tym kierunku.

ZAJADANIE EMOCJI

W procesie leczenia otyłości podkreśla się także znaczenie psychoterapii. Choroba dotyka bowiem nie tylko ciała, ale i psychiki. Marzena Sekuła, psycholog pracujący z osobami otyłymi, zauważa, że sięganie po jedzenie stało się potrzebą nie tyle fizjologiczną, co w dużej mierze emocjonalną. – Karmimy siebie nie po to, by zaspokoić głód, ale aby coś sobie wynagrodzić, złagodzić przeżywane

emocje, odreagować przewlekły stres, w którym żyjemy – wylicza Marzena Sekuła. Ekspertka dodaje, że podczas szkolenia ODZ NIL w części warsztatowej będzie można nauczyć się, jak rozmawiać z pacjentem na ten temat.

U osób otyłych zajądanie emocji jedzeniem poprawia nastrój, ale na krótko, uczucie ulgi szybko mija i znów sięga się po kawałek czegoś podnoszącego poziom serotoniny. Psycholodzy nazywają tego rodzaju zaburzenie mechanizmem błędnego koła, które napędza cykliczne zajądanie emocji prowadzące do systematycznego wzrostu wagi. Dlatego leczenie otyłości nie może odbywać się bez pomocy dietetyka, z którym lekarz POZ powinien współpracować. Pod okiem specjalisty zmniejsza się ryzyko popełniania błędów żywieniowych.

– Często osoby z otyłością, chcąc pozbyć się nadmiaru kilogramów, stawiają sobie cele wyłącznie estetyczne, tymczasem leczenie otyłości, także poprzez dietę, to proces. Inne często popełniane błędy to niejedzenie przez cały dzień, nieregularne spożywanie pokarmów, zbyt duże eliminowanie niektórych produktów, brak właściwie skomponowanych posiłków. Do tego picie za małej ilości płynów, ale zbyt dużo alkoholu, a także podjadanie czy spożywanie produktów wysoko przetworzonych. Negatywny wpływ ma też zbyt restrykcyjne podejście do codziennego żywienia i brak aktywności – wymienienia najczęściej popełnianych błędów dietetyk Maria Brzegowy. Zatem leczenie otyłości powinno być prowadzone równolegle przez lekarza, dietetyka, psychologa, fizjoterapeutę i chirurga bariatrycznego. Tylko dzięki kompleksowemu działaniu można ustalić skuteczny plan terapii. ■

OPERACJĄ WOTYŁOŚĆ

Chirurgia bariatryczna standardem

Z prof. Wiesławem Tarnowskim, prezesem Sekcji Chirurgii Metabolicznej i Bariatrycznej Towarzystwa Chirurgów Polskich, rozmawia Lucyna Krysiak.

Ilu otyłych pacjentów trafia w ręce chirurgów bariatrów?

O wielu za mało niż powinno. W Polsce jest to co najmniej pół miliona osób, które spełniają kryteria do operacyjnego leczenia otyłości, a pandemia spowodowała, że ich liczba wzrasta, są tylko poukrywani w domach. Niestety dostęp do lekarza pierwszego kontaktu, u którego zaczyna się ścieżka leczenia otyłości, jest obecnie bardzo utrudniony, więc często chorzy są pozostawieni samym sobie.

Jak uchwycić właściwy moment, by skierować pacjenta do chirurgicznego leczenia otyłości?

Decydującym kryterium jest wskaźnik BMI, który powinien wynosić powyżej 40, choć nie zawsze w pełni oddaje to stopień zaawansowania choroby. Dlatego można brać pod uwagę wskaźnik powyżej 35, gdy z otyłością współistnieje np. zespół metaboliczny, cukrzyca, zaburzenia lipidowe, nietolerancja glukozy, bezdech senny, nadciśnienie tętnicze, choroby narządu ruchu. I jest tu rola do spełnienia przez lekarza POZ, który zna obciążenia zdrowotne pacjenta i potrafi ocenić, czy kwalifikuje się on do operacji czy nie. Na ogół jednak lekarz pierwszego kontaktu ogranicza się do zaleceń, by pacjent schudł i więcej się ruszał, nie biorąc pod uwagę faktu, że są to osoby, które przez całe życie stosują diety, leki i jeśli nawet chudną, to po kolejnych kuracjach wracają do dawnej masy ciała, a co gorsze, jeszcze przybierają na wadze. Oni potrzebują bardziej radykalnych działań.

To jak efekt błędnego koła?

Tak i tylko operacja może to zmienić. Dlatego chirurdzy specjalizujący się w operacjach bariatrycznych apelują, aby lekarze POZ nie wahali się pokierować otyłego pacjenta do konkretnego ośrodka, gdzie mógłby być zoperowany. Zagrożenie otyłością, w tym olbrzymią, wzrasta i dostępność do leczenia operacyjnego musi się poprawić. W takich przypadkach operacje bariatryczne nie powinny być czymś nadzwyczajnym, ale standardem. Są one refundowane, jednak otyłych wymagających leczenia operacyjnego jest ogrom i na zabieg trzeba czekać w długiej kolejce. Sytuację ma poprawić wprowadzony ostatnio program KOS-BAR, czyli kompleksowa opieka medyczna dla chorych na otyłość olbrzymią leczona chirurgicznie. Program jest wdrażany w 15 ośrodkach koordynujących w kraju, m.in. w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. prof. W. Orłowskiego CMKP w Warszawie, w którym

pracują. Pacjenci, którzy trafią do takiego ośrodka, otrzymują kartę KOS-BAR i są objęci kompleksową opieką – mają zapewnioną ocenę internistyczną stanu zdrowia, opiekę psychologiczną, pomoc dietetyka. W ramach tego programu jesteśmy w stanie zoperować rocznie 500–600 osób.

Wciąż jest opór przed zabiegowym leczeniem otyłości. Dlaczego?

Wynika to z obawy przed powikłaniami i mitami krążącymi na ten temat. Wprawdzie zabiegi przeprowadzane u osób z otyłością olbrzymią są rozległe, jednak zapewniam, że są bezpieczne. Wykonuje się je metodą laparoskopową, zakres zabiegu jest dopasowany indywidualnie do potrzeb pacjenta i najczęściej jest to zmniejszenie objętości żołądka, przez co zmniejsza się też ilość pokarmu, która do niego trafia. Bywa, że konieczne jest wykonanie by-pasu, który łączy zmniejszony żołądek z jelitem. Tych technik operacyjnych jest coraz więcej. Ośrodki, które się specjalizują w takich operacjach, są już wyposażone w odpowiednio dłuższe narzędzia, wzmocnione stoły, łóżka, mankiety do mierzenia ciśnienia i dysponują specjalnie przeszkolonym personelem medycznym. Barierą jest wiek, bo operacje przeprowadza się u osób między 18. a 65. r.ż., ale wysoka masa ciała nie wyklucza wykonania zabiegu. Nawet osoby ważące powyżej 200–250 kg kwalifikują się do operacji, wymagają jednak przygotowania, w tym ustawienia diety czy rehabilitacji. To są osoby, które przeszły wielokrotne, nieudane próby odchudzania i te zabiegi ratują im życie.

Co dzieje się z nimi później?

Operacja to wstęp, pacjent po zabiegu szybko chudnie, ale by utrzymać uzyskany efekt, musi zmienić styl życia, nawyki żywieniowe, sposób myślenia. Jednym słowem należy współpracować. Otyłość to choroba, która w okresie pooperacyjnym także wymaga leczenia i to od pacjenta zależy powodzenie terapii.

W chirurgii bariatrycznej chodzi nie tylko o redukcję masy ciała, ale o choroby związane z otyłością. Wraz z utratą wagi stabilizuje się poziom cukru we krwi, ciśnienie tętnicze, poprawiają się też inne parametry zdrowotne, dzięki czemu można odstawić leki. Tak to działa. Dlatego apeluję do kolegów lekarzy zarówno rodzinnych, jak i specjalistów, u których się leczą osoby otyłe, aby pomogli im dostać się do ośrodków chirurgicznego leczenia otyłości, odpowiednio nimi pokierowali, ponieważ oni często nie mają żadnego wsparcia. ■

BADANIE PRZEDMIOTOWE

Kukania

all-inclusive

Klimat „umiarkowany ciepły przejściowy” – tak, eufemistycznie, specjaliści od pogody określają obszary, w których to, co spada z nieba, jest zawsze w innym stanie skupienia niż byśmy oczekiwali.



Joanna Sokołowska pediatra, felietonista

Rozumiecie, co mam na myśli, jeśli kiedykolwiek utknęliście po kolana w błocie, w drodze na sylwestrową domówkę... Wiadomo zaś, że jaki klimat, tacy ludzie. Południowcy mają swoje „dolce far niente”, a my z natury jesteśmy tacy „listopadowi” – umiarkowani, średnio ciepłi i raczej przejściowo optymistycznie nastawieni do bliźnich.

Nic więc dziwnego, że nie ma dla nas, w te długie jesienno-zimowe wieczory, nic bardziej pokrzepiającego niż planowanie urlopu – czynności czasami nawet chyba bardziej ekscytującej niż samo letnisko. Przede wszystkim trzeba starannie wybrać miejsce wypoczynku – modnie, choć nieco funeralnie, zwane destynacją. W czasach zarazy to zadanie wyjątkowo trudne! Wakacje mają być przecież zupełnie inne niż szara codzienność – ma być ciepło, egzotycznie i komfortowo, a przede wszystkim ma „nie padać”. Trzeba wziąć jednak pod uwagę, że plaże Zanzibaru wcale nie muszą pachnieć tak, jak w piosence Grzegorza Turnaua, a to dość uciążliwe, gdy zatrzyma nas tamże kwarantanna spowodowana odmianą wirusa, oznaczonego literką greckiego alfabetu, dotychczas nieznaną szerokiej społeczności.

Można oczywiście alternatywnie fantazjować o zbieraniu bursztynów na dzikich nadbałtyckich plażach albo wędrówkach po „ciemnosmreczyńskich skał zwaliskach”. Tutaj jednak musimy się liczyć z koniecznością dzielenia wrażeń z tysiącami nieznanymi i niekoniecznie przyjaźnie nastawionymi (wiadomo, taki klimat) rodaków, którzy szczelnym kordonem oddzielą nas od bałtyckiej kipieli lub „pawiookich stawów”. I będzie padać. Na pewno.

Niespodziewanie nadchodzi jednak niebagatelna pomoc w rozstrzygnięciu wakacyjnych dylematów! W tym roku, a może nawet w ciągu najbliższych kilku lat, urlop nie będzie nam w ogóle potrzebny! W wyrazie wdzięczności za walkę z pandemią nasze ulubione ministerstwo przygotowało dla medycznej braci pewną turystyczną atrakcję. Pod flagą „Polskiego Ładu” już za chwilę pożegłujemy do Kukanii – krainy wiecznej szczęśliwości, gdzie przysłowiowe gołąbki same z nieba wpadają do gąbki. To zresztą opad atmosferyczny wegetariański, w pełni fit, pro-bio i ekologiczny – więc niech pada!

Wyprawa pod nazwą „Na zdrowiu się nie oszczędza” jest w pełni sponsorowana – biuro podróży przeznaczy na nią aż siedem procent kukańskiej waluty – pekabe. Będziemy spę-

dzać czas tym przyjemniej, że w dużej i wciąż rozrastającej się gromadzie. Sponsorowi zależy, żeby było nas coraz więcej – furda dyplomy i specjalizacje! Kto chce, będzie mógł po szybkim przeszkoleniu dołączyć do naszej wesołej drużyny łapiduchów.

Łajba, którą popłyniemy, jest trochę przestarzała i gdzieniegdzie dziurawa, ale inwestor wyremontuje ją i przywróci jej dawny – oj, jak dawny! – blask. Będzie na morzach i oceanach sławić imię kukańskiej bandery. Mało tego! Powstanie specjalna agencja rozwoju żeglugi ku wybrzeżom Kukanii. Zadba ona o rozwój flotyli, by podróżowało się nam wygodniej i bardziej nowocześnie. W trakcie rejsu będziemy rzucać sieci – szpitalne, onkologiczne i kardiologiczne. Jak będziemy rzucać i co zrobimy z ich zawartością? Sami zobaczcie!

Nie martwcie się, proszę, o swoich pacjentów. Mogłoby się wydawać, że wyruszając w taką podróż, zostawimy ich osamotnionych, na pastwę wszelkich chorób i szalejącej zarazy. Nic bardziej mylnego! Nasz donator stworzy cyfrową platformę, za pomocą której zacieśnimy łatwe i przyjemne kontakty z chorymi o każdej porze dnia i – przede wszystkim – nocy.

W trakcie rejsu, dla zabicia czasu, będziemy zaś mogli sobie obmyślać leki i szczepionki na dręczącą nas epidemię. Nasz fundator, jak mitologiczny Amfitrion, za to wszystko zapłaci bez mrugnięcia okiem. A gdy już dołyniemy, wyleczymy wszystkich kukańczyków. A co!

Jest tylko jeden problem: choć o samej Kukanii pisano już w XIII w., wspominał o niej Boccaccio w „Decamerone”, pisali bracia Grimm i Carlo Collodi, nikt tak naprawdę nie wie, gdzie się ona znajduje. Jedni mówią, że gdzieś między Pragą a Wiedniem, inni, że gdzieś w Kraju Basków. Nie pomogę – geografia nie była, delikatnie mówiąc, moim ulubionym przedmiotem. Inna sprawa, że i kapitan naszej krypty nie bardzo zna się na geografii, o nawigacji (i medycynie) nie wspominając. Nie zaprzatajmy sobie tym jednak głowy. Istnieje przecież jakaś szansa na statystyczną anomalię, dzięki której dołyniemy kiedyś tam, gdzie wszyscy są zdrowi, bogaci i piękni...

A jeżeli się Państwo na taką eskapadę odważycie, pozwólcie mi, proszę, zostać waszym pokładowym kaowcem, który opíše ten rejs, dokładając wszelkich umiejętności i poczucia humoru. ■

Filmem i memem



Stawomir Badurek
diabetolog,
publicysta medyczny

Przekonywanie kogokolwiek, że lekarz to także człowiek, wydaje się absurdalne. Jednak w świecie opanowanym przez przekaz obrazkowy, bardzo często fałszywy lub zmanipulowany, nawet to, co bezdyskusyjnie, prawdziwe i rozsądne, nie jest w stanie nieraz przebić się do świadomości szerokiego kręgu odbiorców. Pozostaje gdzieś w tle lub w ogóle nie zostaje zauważone.

Pokolenie dzisiejszych dwudziestolatków nie zna świata bez mediów elektronicznych. W odróżnieniu od starszych, przyzwyczajonych do budowania obrazu rzeczywistości w oparciu o kilka tytułów prasowych i ograniczoną liczbę programów telewizyjnych i radiowych, informacje do młodych dorosłych trafiają z wielu źródeł, ale przeważnie niejako mimochodem, przy okazji tzw. zabijania czasu lub budowania relacji towarzyskich.

Nie tylko technikalia decydują o międzypokoleniowych różnicach w przekazie medialnym. Nawet najpopularniejsze i najbardziej rozbudowane portale internetowe, stanowiące swego rodzaju miks gazety z telewizją, praktycznie nie serwują pogłębionej informacji, przygotowanej od podstaw w autorski sposób, a jedynie zaczerpnięte z innych źródeł informacyjne migawki, koniecznie oznaczone chwytliwym tytułem, nierzadko zupełnie odmiennym od prezentowanych treści, lecz zwiększającym tzw. klikalność, a w ślad za nią odbiór reklam i zyski. Oczywiście wirtualna sieć to niezgłębiona kopalnia wartościowych informacji. Tylko komu chce się kopać? Garstce, na ogół tej samej, która sięga po specjalistyczną prasę i książki. Zdecydowana większość, nie tylko z pokolenia milenialsów, to konsumenci wszechobecnego, uproszczonego przekazu mediów elektronicznych.

Niezależnie, czy nam się to podoba, czy nie, żeby dziś skutecznie coś zakomunikować szerokiej grupie odbiorców, trzeba korzystać z nowych mediów i ich narzędzi. Bardzo dobrym przykładem, jak to robić, jest zrealizowany z inicjatywy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie film „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem”. Nie krytykujemy, proszę, tej produkcji za to, że nie wspomina o pracujących poza SOR-em zapracowanych lekarzach, tudzież pielęgniarkach, ratownikach i diagnostach. Bezsprzecznie wielu jest lekarzy utrudzonych ponad miarę, pracujących kosztem własnego zdrowia i relacji z bliskimi, ale przekaz,

który ma trafić „pod strzechy”, musi być prosty, krótki i zarazem w punkt. I to się w tym przypadku bardzo dobrze udało, bo SOR to świetne zwierciadło problemów i kondycji systemu.

Warszawski samorząd ma w tego typu eventach pewne doświadczenie. Dobrze pamiętam udaną kampanię społeczną „Wspólne Święta” sprzed trzech lat. Tego typu akcje zupełnie inaczej pozycjonują nasz samorząd w debacie publicznej. Przestaje my być stroną, która przede wszystkim reaguje (prostuje, odkła-

**Dziś już nie „ogniem i mieczem”,
ale filmem, memem, plakatem,
grafiką, prezentacją internetową trzeba
„atakować” jak najczęściej.**

muje, wyjaśnia, tłumaczy), a stajemy się graczem pokazującym własną narrację. Rzecz jasna, by mówić o sukcesie, aktywność wykorzystująca techniki nowych mediów nie może być sporadyczna. Dziś już nie „ogniem i mieczem”, ale właśnie filmem, memem, plakatem, grafiką, prezentacją internetową trzeba „atakować” jak najczęściej. Nie precyzuję, jak często, ale na pewno nie raz na rok czy kilka miesięcy, bo zjadacz medialnej papki bardzo szybko zapomina, czego się dowiedział. Z uwagi na społeczną ważność tematów można założyć, że wzbudzą one zainteresowanie mediów. Ale i tak to kosztowne i pracochłonne przedsięwzięcie, na pewno nie do realizacji siłami zapaleńców amatorów. Czy nas na to stać? Czy to opłacalne, a jeśli tak, to pod jakim względem? Kto powinien czuwać nad wyborem tematów? Nie znam odpowiedzi na te pytania. Wiem natomiast, że we współczesnym świecie nie wystarczy poczuć, że mamy rację. Jeśli nie będziemy umieli jej pokazać i w prosty sposób do niej przekonać, z pewnością ktoś inny wypełni pustkę swoim przekazem. ■

Acedia



Jarosław Wanecki
pediatra, felietonista

Rozwój języka jest procesem przeobrażania się słów i zwrotów w zależności od potrzeb komunikacyjnych. Do niedawna to zjawisko uznawane było za negatywne. Dzisiaj zmianę postrzega się neutralnie, porównując ją do oceanicznych przyptywów i odpływów.

Przyjmując teorię ewolucji językowej Davida Crystala, purystów nie powinno martwić ani zubożenie codziennego słownika, ani przesadne nadużywanie słów obcych, ani nawet drażniące ucho nowomowa. Wszystkie zjawiska „żywego języka” nachodzą na siebie równolegle i nie można określić ich w kategoriach cywilizacyjnego rozkwitu czy upadku. Ważna jest celowość komunikacyjna używanych słów. Skróty i anglikanizmy przyspieszają porozumienie, choć czasami w grupach niejednorodnych doprowadzają do selekcji odbiorcy, najczęściej starszego pokolenia. Neologizmy, a w praktyce znacznie częściej redefiniowane lub odkrywane na nowo słowa archaiczne, mają na celu próbę podniesienia rozmowy na wyższy poziom intelektualny. Taki zabieg (wybieg) prowadzić może albo do odstraszenia słuchacza/czytelnika albo do większego zainteresowania się atrakcyjnie podaną treścią, nad której kodem trzeba popracować.

Minister zdrowia znany jest z nadużywania w działalności publicznej, co wyraźnie słychać podczas konferencji prasowych, języka korporacyjnego, z czego prawdopodobnie nie zdaje sobie nawet sprawy. Podobnie mają lekarze, prawnicy, księża, nauczycie, ekonomiści, sportowcy i osoby z wykształceniem technicznym. Rozmowa ludzi z różnych branż może zawrócić w głowie najbardziej wytrwałemu erudycie, a coś dopiero przeciętnemu widzowi, czytelnikowi, słuchaczowi czy rozmówcy.

Wykorzystując oceaniczne porównania brytyjskiego językoznawcy, przyptywy dają szansę na naukę słów, a odpływy pokazują, ile sformułowań zostało w naszych głowach, niczym na wilgotnym piasku. Fala za falą, niczym litery alfabetu greckiego i nazwy koronawirusowych wariantów. Alfa. Delta. Omikron. Deltakron. Powtarzane z ust do ust utrwalają się, jak pandemia, dystans, śmiertelność. I nagle znikają wraz z kolejnym epidemiologicznym odkryciem lub ekonomicznymi zamiennikami typu drożyna, hiperinflacja, kryzys, podatki.

W ciągu zaledwie kilku dni nowego roku w bardzo ciekawy sposób użyto mniej lub bardziej znanych słów rozpoczynających się na literę „a”: anomalia, acedia, anemia i anomia. Idąc śladem „anatomii języka”, definicja niektórych z nich jest zupełnie inna niż znaczenia wynikające z kontekstu wypowiedzi. Na przykład „anomalia”, czyli odstępstwo od normy, zostało przedstawione przez ministra zdrowia jako „prawidłowość”, którą w rzeczywistości była większa wykrywalność zakażeń wirusa po skomasowanej, świątecznej liczbie kontaktów rodzinnych, a co za tym idzie – łatwiejszej transmisji zakażeń.

Wniosek: pielęgnowanie przekonania, że to wszystko kiedyś się skończy, jest złudne.

Takie odwracanie kota ogonem nie odbiega od trendu publicystycznego. W bardzo skądinąd ciekawej książce Tomasza Michniewicza „Chwilowa anomalia”, opisującej w formie wywiadów z autorytetami różnych dziedzin „choroby współistniejące naszego świata”, już we wstępie autor sugeruje, że cała dotychczasowa „normalność” jest „chwilową anomalią”. Wniosek: pielęgnowanie przekonania, że to wszystko kiedyś się skończy, jest złudne.

Dlatego pilne staje się rozpoznanie anomii, czyli zjawiska zagubienia w etycznym chaosie, gdzie prawda i fałsz zaczynają się przenikać tak dalece, że kłamstwo staje się pełnoprawnym narzędziem nie tylko rządu, ale także nagłościonych oraz przemilczanych przypadków niezgodnego ze standardami wiedzy leczenia pacjentów. Nasze działanie, by temu przeciwdziałać, jest raczej anemiczne i nosi wyraźne znamiona zbiorowej asekuracji albo, co gorsza, acedii – choroby objawiającej się dekoncentracją, wyczerpaniem i wrażeniem duchowej pustki. A przecież podczas następnego przyptywu trzeba będzie powiedzieć „b”. ■

Embolektomia Trendelenburga

Pojęcie „zator” (embolism) zawdzięczamy Rudolfowi Virchowowi. Także on ustalił trzy czynniki sprzyjające powstaniu zatoru w naczyniach krwionośnych: zastój krwi, uszkodzenie żył i stan nadkrzepliwości. To tzw. triada Virchowa (opisana w 1856 r.), na podstawie której opracowywano specyficzne terapie mające zapobiegać zakrzepicy żyłnej lub hamujące jej skutki.

Dr n.med. **Magdalena Mazurak** Oddział Kardiologii Dziecięcej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu

Artykuł dedykuję kardiochirurgowi doktorowi Romanowi Przybylskiemu

Musiło jednak minąć niemal kolejnych siedem dekad, aby skuteczne leczenie operacyjne zatorowości płucnej stało się możliwe, choć obarczone bardzo wysoką śmiertelnością. Poszukiwanie sposobów ratowania pacjentów z zatorowością płucną stało się impulsem do skonstruowania maszyny płuco-serce, dzięki której można było przeprowadzać operacje na otwartym sercu w krążeniu pozaustrojowym.

W 1872 r. zmarł Stanisław Moniuszko, Claude Monet namalował słynny obraz „Impresja. Wschód słońca”, a w USA utworzono Park Narodowy Yellowstone. W tym samym roku Friedrich Trendelenburg, założyciel Niemieckiego Towarzystwa Chirurgicznego, zainteresował się nagłymi zgonami dziewięciu pacjentów z zatorowością płucną leczonych w szpitalu w Lipsku. Rozpoczął badania eksperymentalne nad zatorowością płucną u cieląt. Trenował i doskonalił technikę zabiegu embolektomii z lewej torakotomii przymostkowej, z tego dostępu otwierał tętnicę płucną i usuwał zator u zwierzęcia. W końcu przyszedł czas na ludzi. Trendelenburg wykonał tę procedurę u dwóch pacjentów, ale żaden z nich nie przeżył dłużej niż 37 godzin. Odnotowano kolejnych 20 nieudanych prób w różnych ośrodkach w Europie.

NOCNY DRAMAT

Pierwszą udaną embolektomię płucną wykonał w 1924 r. w Królewcu (Königsberg)



Friedrich Trendelenburg (źródło: domena publiczna)

byli uczeń Trendelenburga, Martin Kirschner, u pacjenta z zatorowością płucną po rutynowej operacji przepukliny. Swoją przypadkę zaprezentował w czasie Kongresu Chirurgów w Berlinie. Obecny wówczas amerykański kardiochirurg Alton Ochsner wspominał, że publiczność była zelektryzowana tym doniesieniem. Stało się później zwyczajem w niemieckich klinikach posiadanie zestawu chirurgicznego w salach chorych, u których istniało ryzyko zatorowości, tak aby można było przeprowadzić pilną operację Trendelenburga przy łóżku pacjenta. Czuwanie przy zagrożonych nagłym zgonem sercowym pacjentach

było obowiązkiem młodych, szkolących się lekarzy rezydentów.

Jednym z takich rezydentów był John Gibbon, który poruszony dramatem pacjentki z zatorowością płucną, poświęcił ćwierć wieku swojego życia, konstruując pierwszą na świecie maszynę do krążenia pozaustrojowego (płuco-serce). 3 października 1930 r. John Gibbon w szpitalu w Bostonie (USA) był świadkiem dramatycznych wydarzeń, które zmotywowały go do działania. Jego szef (dr Edward Churchill) został poproszony o konsultację 53-letniej kobiety, skarżącej się na ból w klatce piersiowej, który wystąpił dwa tygodnie po operacji usunięcia pęcherzyka żółciowego. Przez kilkanaście dni od zabiegu pacjentka była w stanie ogólnym dobrym, leżała cały czas w łóżku i – zgodnie z ówczesnymi standardami – nie była uruchamiana. Jednak w 14. dobie po operacji pojawiły się niepokojące objawy: kobieta była blada, miała problemy z oddychaniem, skarżyła się na mdłości. Nagle wystąpiły zaburzenia świadomości. Podejrzewano zatorowość płucną. Pacjentkę planowano przewieźć na salę operacyjną, ale miała to być ostateczność – tylko w przypadku decyzji o embolektomii płucnej, czyli operacji Trendelenburga kończącej się wówczas niemal zawsze zgonem operowanego.

John Gibbon został przydzielony do monitorowania stanu chorej przez noc, polecono mu co kwadrans sprawdzać i notować jej parametry życiowe. Miał obowiązek powiadomić swojego szefa,



Friedrich Trendelenburg w czasie operacji w Lipsku (źródło: BIU Sante)

gdyby jej stan pogorszył się na tyle, że uzasadniona będzie ryzykowana decyzja o embolektomii. Gdy rano o godz. 8.00 doszło do dramatycznego pogorszenia hemodynamiki, kobieta miała nieoznaczalne ciśnienie tętnicze, zaburzenia świadomości i oddychania, natychmiast przewieziono ją na salę operacyjną. W godzinach rannych pacjentka przeszła zamkniętą embolektomię (metodą Trendelenburga), zabieg wykonał dr Churchill. Zajęło mu to niecałe 7 minut. Otworzył klatkę piersiową z nacięcia przednio-bocznego po stronie lewej. Zacisnął aortę i tętnicę płucną tuż ponad sercem, cięciem podłużnym otworzył tętnicę płucną i usunął masywną skrzeplinę. Niestety, kobieta nie odzyskała świadomości. Zmarła, mimo niezwykle szybko i poprawnie technicznie wykonanej procedury. To dramatyczne doświadczenie kliniczne miało głęboki wpływ na dalsze losy lekarza rezydenta Johna Gibbona, zdeterminowało na długo jego zainteresowania zawodowe. Tak on sam wspominał 17 godzin czuwania przy łóżku kobiety poprzedzającego embolektomię: „Podczas tej długiej nocy, bezradnie obserwując walkę o życie pacjentki, której krew stawała się ciemniejsza, a żyły bardziej nabrzmiałe, w naturalny sposób przyszło mi do głowy, że gdyby było możliwe usunąć w sposób ciągły krew z poszerzonych żył, natlenić ją i usunąć dwutlenek węgla, a następnie wstrzyknąć tę krew z powrotem do tętnic pacjentki, to można by uratować jej życie. Moglibyśmy ominąć zator, wykonując część zadań płuc i serca poza ciałem pacjenta”.

DAROWANE PÓŁ WIEKU ŻYCIA

Traumatyczne doświadczenia z pierwszych lat pracy zawodowej Johna Gibbona były ceną postępu w kardiologii. Kolejne ćwierć wieku żmudnej konstrukcyjnej pracy (po godzinach szpitalnego etatu) poświęconej na budowę maszyny płuco-serce przyniosło w końcu owoce. 6 maja 1958 r. stał się datą będącą kamieniem milowym kardiologii, bo tego dnia wykonano z sukcesem pierwszą na świecie operację na otwartym sercu w krążeniu pozaustrojowym z zastosowaniem maszyny płuco-serce. Pacjentką była młoda kobieta, 18-letnia uczennica college'u, Cecylia Bavolek (rodzice byli Polakami) z ubytkiem przegrody międzyprzedsionkowej. Została odłączona od maszyny płuco-serce po około 26 minutach, maszyna działała bez zakłóceń przez trzy kwadranse. Okres pooperacyjny był niepowikłany i Cecylia Bavolek została wypisana do domu po 13 dniach. Angiokardiografia wykonana sześć miesięcy po operacji wykazała szczelne zamknięcie ubytku. Pacjentka przeżyła kolejne 47 lat.

UCHWYCIĆ WŁAŚCIWY MOMENT

Prof. Wiktor Bross w wydany w 1954 r. podręczniku chirurgii napisał: „Mimo że początkowe wyniki były zupełnie niepomyślne, zabieg ten, jako jedyna możliwość uratowania w tym przypadku życia choremu, znalazł szersze zastosowanie i został w nielicznych przypadkach uwieczniony pełnym powodzeniem. Według statystyki Eicheltera (1932) na 132



Pozycja Trendelenburga
(źródło: domena publiczna)

przypadki, w których wykonano operację Trendelenburga z powodu zatoru tętnicy płucnej, w dziewięciu przypadkach uzyskano całkowite wyzdrowienie (...). Śmiertelność embolektomii metodą Trendelenburga wynosiła więc 93 proc. Dlatego w dalszej części rozdziału prof. Bross stwierdził: „Zwiastuny zatoru tętnicy płucnej nie upoważniają jeszcze do wykonania operacji Trendelenburga, dopiero po wystąpieniu utraty przytomności należy przystąpić niezwłocznie do wykonania zabiegu”.

W ciągu dekady, która upłynęła od sukcesu Kirschnera, wykonano 300 operacji metodą Trendelenburga, wszystkie w Europie, ale przeżyło tylko kilku pacjentów. W 1934 r. Edward Churchill odnotował słaby entuzjazm dla embolektomii Trendelenburga w swoim szpitalu po 10 kolejnych niepowodzeniach. Zabieg był ryzykowny, trudny technicznie i często wykonany zbyt późno – zbyt długo czekano, więc pacjenci znajdowali się w zaawansowanym stanie wstrząsu kardiogennego i umierali. Wyzwaniem było wyznaczenie kompromisu pomiędzy niepewnym przebiegiem klinicznym a momentem wykonania embolektomii. Churchill popierał odroczenie procedury Trendelenburga do czasu pogorszenia bliskiego śmierci, ale jednocześnie ostrzegał, że niepotrzebne opóźnienie zmniejszy szanse powodzenia: „Czasami [...] ta procedura może być bardziej właściwie nazwana badaniem pośmiertnym niż zabiegiem chirurgicznym”.

PRÓBY ZAPOBIEGANIA

Alton Ochsner w swoim wystąpieniu do członków Amerykańskiego Towarzystwa Chirurgicznego w 1944 r. powiedział: „Mam nadzieję, że nie będzie już więcej publikacji nt. usuwania zatoru płucnego, operacji, która powinna mieć jedynie znaczenie historyczne [...] O ile lepiej byłoby zapobiegać zatorowości płucnej poprzez podwiązanie żyły prowadzącej do serca, aby zapobiec oderwaniu się skrzepliny i jej przedostaniu się do serca i płuc”.

Profilaktyczna ligacja żylna w postaci podwiązania żyły głównej dolnej stała się jedną z metod zapobiegania zatorowości płucnej u pacjentów z zakrzepicą, proponowaną na początku lat 30. ubiegłego wieku przez Ochsnera i Michael'a DeBakey'a. Podobny tok myślenia przyjął John Homans, wykonując w 1932 r. proksymalne podwiązanie żyły udowej powierzchownej. 18 kwietnia 1961 r. Denton Cooley przeprowadził pierwszą próbę embolektomii płucnej w krążeniu pozaustrojowym u kobiety po histerekтомii. Pierwszą udaną embolektomię płucną z użyciem maszyny płuco-serce wykonał E.H. Sharp rok później.

POZYCJA TRENDELENBURGA

Friedrich Trendelenburg urodził się w Berlinie 24 maja 1844 r. jako syn filozofa Friedricha Adolfa Trendelenburga, stojącego w opozycji do koncepcji Kanta i Hegla (z jego nazwiskiem związane jest pojęcie luki Trendelenburga odnoszącej się do teorii czasu i przestrzeni Kanta). Przyszły chirurg studiował medycynę w Edynburgu i Glasgow, a dyplom doktora medycyny uzyskał w Berlinie na podstawie dysertacji: „De veterum Indorum chirurgia” (o leczniczych praktykach hinduskich). Historia medycyny była w kręgu jego zainteresowań do końca życia. Po dwóch latach służby wojskowej (jako chirurg) w szpitalach w Gorlitz/Zgorzelcu i Kiel/Kilonii został asystentem w klinice w Berlinie. Następnie otrzymał stanowisko szefa chirurgii w Rostocku (1875), Bonn (1882) i Lipsku (1895), tam pracował aż do emerytury w 1911 r. Czasy mu sprzyjały, zdobywał doświadczenie zawodowe w epoce dynamicznego rozwoju chirurgii, a więc także jego zawodowego rozwoju. Były to lata wprowadzenia do sal operacyjnych aseptyki i wziewnego znieczulenia, bez których obecnie nie sposób wyobrazić sobie funkcjonowanie oddziałów chirurgicznych. Ale to była także epoka wszechstronności chirurgicznej, bez podziału na podspecjalizacje.



Martin Kirschner (źródło: domena publiczna)

Nazwisko Trendelenburga jest eponimicznie związane z kilkoma chirurgicznymi zabiegami, narzędziami i objawami, ale to „pozycja Trendelenburga” jest terminem chyba najpowszechniej stosowanym w środowisku medycznym. „Pozycja Trendelenburga” została zaprezentowana w 1890 r. (Backenhochlagerung, czyli ułożenie na plecach z głową poniżej poziomu kończyn na stole pod kątem 45 st.). Początkowo kończyny dolne pacjenta podtrzymywały ramiona stojącej na stołku asysty, z czasem wprowadzono specjalne modele stołów z platformą, na której opierały się kończyny pacjenta. Trendelenburg nie był jednak pierwszym, który wpadł na to rozwiązanie, wcześniej pisali o tym Celsusz (40-20 p.n.e), Paulus Aegineta (625-690) i Abulcasis (936-1013), stosując tę pozycję przy leczeniu urazów brzucha. W 1890 r. Trendelenburg przedstawił dwa testy stosowane do stwierdzenia niewydolności żyłnej (objaw Trendelenburga), ponadto opublikował prace dot. leczenia żylaków metodą podwiązania *vena saphena magna*. Inny objaw Trendelenburga jest związany z wrodzonym zwłknięciem stawu biodrowego. Friedrich Trendelenburg zasłynął również jako autor sterylizacji parowej

(1882 r.) oraz pierwszej dotchawiczej narcozy przez tracheostomię (1880 r.).

Friedrich Trendelenburg był ojcem ośmiorga dzieci. Zmarł z powodu raka żuchwy w wieku 80 lat, w swoim domu w Nikolassee koło Berlina, w tym samym 1924 r., w którym jego uczeń, Martin Kirschner, jako pierwszy na świecie wykonał z sukcesem płucną embolektomię.

DRUT KIRSCHNERA

Martin Kirschner urodził się 28 października 1879 r. we Wrocławiu. Z wyjątkiem ojca – radcy prawnego – wszyscy jego przodkowie od XVIII w. zajmowali się chirurgią, w tym leczeniem ran. Na studia medyczne we Freiburgu dostał się dopiero za drugim razem. Kontynuował je w Strasburgu, a dyplom lekarza uzyskał w Monachium. Pracę rozpoczął w Greifswald, ale po dwóch latach przeniósł się do Królewca, a w 1913 r. – do Lipska. W czasie I wojny światowej służył jako chirurg, następnie ponownie znalazł się w Królewcu, obejmując fotel szefa chirurgii. To tam w 1924 r. spotkał na swojej zawodowej drodze pacjenta, u którego wykonał z sukcesem płucną embolektomię. W latach 1927-34 Martin Kirschner stał na czele kliniki chirurgii w Tybindze. W roku akademickim 1931/32 był rektorem Uniwersytetu w Tybindze. W 1934 r. przeniósł się do Heidelbergu, w tym samym roku został wybrany prezesem Niemieckiego Towarzystwa Chirurgicznego. Opublikował 249 prac, z niemal każdej dziedziny chirurgii, wprowadzając wiele innowacji i technicznych udoskonaleń. To on wynalazł tzw. drut Kirschnera – cienki i sztywny drut używany przez ortopedów do stabilizacji odłamów kostnych. W 1942 r. musiał się poddać operacji z powodu wrzodu żołądka, który niestety okazał się złośliwym nowotworem naciekającym trzustkę i dającym przerzuty do wątroby. Zmarł 30 sierpnia 1942 r. w wieku 63 lat. Nagroda naukowa jego imienia (The Martin Kirschner Research Award) w wysokości 5 tys. euro jest corocznie przyznawana przez Niemieckie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej. ■

142 lata od narodzin we Wrocławiu Martina Kirschnera wykonano pierwszą w historii tego miasta transplantację serca. Zespołem kierował wybitny kardiochirurg, dr Roman Przybylski, otwierając nowy rozdział w historii dolnośląskiej medycyny. Na jego koncie było dotąd już ponad 300 przeszczepów serca. Dzień wcześniej (24 lutego 2021 r.) ten sam kardiochirurg wykonał embolektomię płucną u 45-letniej pacjentki przyjętej w trybie nagłym z maszyną zatorowością płucną, która wystąpiła po skręceniu kolana na szpitalnym parkingu. Operacja uratowała jej życie i zdrowie. Pacjentką była autorka tego tekstu.

Kalendarz wydarzeń KULTURALNYCH KOMISJI KULTURY NRL

2022

(imprezy własne / współorganizowane / dotowane)

pełne informacje na stronach internetowych organizatorów

daty wydarzeń mogą ulegać zmianie w związku ze stanem epidemicznym

5 MARCA

Ogólnopolska Biesiada
Literacka wraz z premierą
12. programu Kabaretu
OIL-BĄK
OIL w Łodzi
Maria Człapińska
(42 683 17 01, biuro@oil.lodz.pl)

1 KWIETNIA

(ogłoszenie konkursu)
(rozstrzygnięcie: 30 czerwca,
rozdanie nagród: 8 października)
**Ogólnopolski Konkurs
Poetycko-Prozatorski
„Puls Słowa”**
NIL i OIL w Warszawie z Unią
Polskich Pisarzy Lekarzy
Majka Maria Żywicka-Luckner
(604 286 324, majkazywicka@wp.pl)

1-3 KWIETNIA

**Ogólnopolski Plener
Fotograficzny Lekarzy
w Żyrardowie**
OIL w Warszawie
Mirosław Żydecki (502 101 306)

2-8 MAJA

**Międzynarodowe Warsztaty
Fotograficzne Lekarzy
PhotoArtMedica**
OIL w Częstochowie
Krzysztof Muskalski
(601 919 619)

29 MAJA – 4 CZERWCA

**Ogólnopolska Wystawa
Malarstwa Lekarzy wraz
z konkursem**
OIL w Łodzi
Lesław Pypeć (42 683 17 01,
biuro@oil.lodz.pl)

MAJ/CZERWIEC

**Ogólnopolski Plener
Malujących Lekarzy**
NIL
Włodzimierz Cerański
(602 121 084,
w.ceranski@oilwaw.org.pl)

5 CZERWCA

**Jubileuszowy Koncert
Polskiej Orkiestry Lekarzy**
Poznań
NIL
Elżbieta Czechowska
(608 292 023)

3 WRZEŚNIA

**II Kongres Kultury
Lekarskiej Opole 2021
Pierwszy Lekarski Festiwal
Piosenki Polskiej**
NIL
Milena Dobrzyńska
(22 559 13 39)
Jarosław Wanecki (603 110 978)
Jerzy Lach (664 936 762)

6-11 WRZEŚNIA

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

PAŹDZIERNIK

**Koncert „Molekuły
wrażliwości 4”**
Warszawa
NIL i OIL w Warszawie z Unią
Polskich Pisarzy Lekarzy
Majka Maria Żywicka-Luckner
(604 286 324,
majkazywicka@wp.pl)

7-16 PAŹDZIERNIKA

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

15 PAŹDZIERNIKA

**Ogólnopolski Konkurs
Literacki „Przychodzi wena
do lekarza”**
Kraków
NIL i „Medycyna Praktyczna”
Anna Wierzbowska-Woźniak
(663 430 268, www.mp.pl/wena)

22 PAŹDZIERNIKA

**Międzynarodowy Salon
Fotografii Artystycznej –
PhotoArtMedica**
OIL w Częstochowie
Krzysztof Muskalski
(601 919 619)

23-29 PAŹDZIERNIKA

**Międzynarodowa Wystawa
Fotograficzna „Świat
w obiektywie lekarskim”
wraz z konkursem
fotograficznym**
OIL w Łodzi
Lesław Pypeć (42 683 17 01,
biuro@oil.lodz.pl)

30 PAŹDZIERNIKA

**Ogólnopolski Konkurs
Poetycko-Literacki
„Lekarze – Dzieciom”**
Lubelska Izba Lekarska
Grażyna Wasilczyk (505 088 017)
Anna Serafinowicz-Kusznerek
(602 107 636)

30 PAŹDZIERNIKA

**Ogólnopolski Konkurs
Fotograficzny Lekarzy
i Studentów Medycyny**
Lubelska Izba Lekarska
Krzysztof Sak (505 465 653)



PhotoArtMedica

GazetaLekarska.pl



„Life in
a hospital”,
Ibrahim IQBAL
(medycyna
laboratoryjna,
Dakka,
Bangladesz),
Brazowy Medal
PhotoArtMedica
2021



www.photoartmedica.pl

Polski lekarz z tytułem PPSA

Amerykańskie Towarzystwo Fotograficzne nadało lekarzowi Krzysztofowi Muskalskiemu artystyczny tytuł PPSA – Proficiency Photographic Society of America. Gratulujemy!



Agata Morka
doktor historii
sztuki

BŁĄD MALARSKI

Wenus plus

Naga kobieta rozciągająca ciało na szerokość kanapy czy też szezlonga to temat tak oklepany w historii sztuki, że ciężko wymyśleć w tej materii coś nowego. Próbował Ingres, dodając swojej Wenus nadludzko długie plecy, próbował Manet, za Wenus zuchwale biorąc kurtyzanę. Pod koniec XX w. spróbował też Lucien Freud. I zaskoczył.



Obraz: Lucien Freud, „Śpiąca pani kierownik od zasiłków” („Benefits Supervisor Sleeping”), 1995

Za modelkę Freud obrał Sue Tilley, znaną także jako „Duża Sue”. Kobieta, gdy pozowała dla Freuda, miała około trzydziestki i pracowała jako kierownik w centrum pracy w Londynie. W chwilach wolnych od wydawania zasiłków dla bezrobotnych korzystała z szalonego życia nocnych klubów i była zaprzyjaźniona z wieloma artystami. Freud był zafascynowany Sue, „Śpiąca pani kierownik od zasiłków” to jeden z wielu jej portretów, które namalował.

Sue to już nawet nie Rubensowska Wenus, Tilley przerasta rozmiarem zaokrąglone modelki siedemnastowiecznego mistrza. Mamy tu do czynienia z portretem zdrowotnej anomalii. Otyłość modelki w oczach malarza nie jest jednak przedstawiona jako jednostka

chorobowa. Freud celebrował ciało swojej modelki, wydobywając z jego robiącej wrażenie masy subtelne wręcz chwilami piękno. Z rozmysłem kładzie delikatny światłocień, w brązach, fioletach i bielach, grając na brzuchu Tilley. Jak w innych jego portretach to ciało mięsiste, podszyte seksualną energią. To ciało tak bardzo cielesne.

Co jednak urzeka w portrecie otyłej Tilley to lekkość, stojąca w kontraście do niezaprzeczalnego ciężaru jej obecności. Pod pędzlem Freuda to kobieta pogrążona w odpoczynku, delikatnym gestem podtrzymująca kibić, z jedną stopą schowaną w zagłębienie kanapy, jakby poszukując przytulności. To „Wenus plus”, z której malarz wydobył ładunek ukrytego piękna, którego jej chude odpowiedniczki, rozciągające wiotkie ciała u Ingres czy Maneta, mogą jej tylko pozazdrościć. ■



Rozwiązanie zagadki z „GL” 12/2021-01/2022

1. Zamiana tła na czarne.

Czarne tło pojawia się w twórczości Terrala, jednak do tego cyklu pozostaje przy bieli.

2. Dodanie w tle białej kratki.

Terral pojawia się na wydziałach onkologicznych z przygotowanym przez siebie płótnem, na którym twarz portretowanego rozbita jest na kratki. Każdej kratce odpowiada konkretny kolor odcisku i za tymi instrukcjami podążają malujący pacjenci. Kratkę wyznaczają

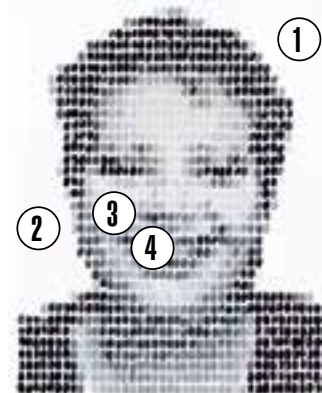
rozpięte na blejtramie sznurki, które artysta zdejmuje, gdy portret zostanie ukończony.

3. Zamiana jednego z odcisków w okolicach ust na czerwony.

Wszystkie portrety Terrala z tej serii utrzymane są w gradacjach szarości.

4. Dodanie linii zaznaczającej policzek portretowanej.

Wszystkie portrety w tej serii zostały stworzone tylko za pomocą odcisków palców, linie nie mają w nich miejsca.



Obraz: Olivier Terral, „Solange L” (obraz i nagranie głosowe), 2011

NAGRODZENI Z „GL” 12-01/2021-2022: Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Karolina Błażejewska z Krakowa**. Gratulujemy! Nagrody dodatkowe: **Karolina Dębowska (Piaśtów), Sylwia Kucia-Kuźma (Będzin), Marek Załustowicz (Wrocław)**.

Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 15 lutego 2022 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

WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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.

RECENZJA

PR ważniejszy od ludzkiego życia

Lidia Sulikowska dziennikarz

Jak wyglądała dotychczasowa walka z pandemią COVID-19 w Polsce? Czytając książkę „Propaganda, która zabija”, będącą wywiadem rzeką z prof. Wojciechem Maksymowiczem, utwierdzamy się niestety w gorzkim przekonaniu, że działania decydentów w zwalczaniu koronawirusa sprowadzają się do tego, by zrobić coś, ale tak, by nie stracić poparcia.

Niestety taka strategia zbyt często mija się z naukowym głosem doradczym, przez co oddala nas od końca pandemii, a przede wszystkim, co pokazują alarmujące dane o nadmiarowych zgonach w naszym kraju, pozbawia szansy na uratowanie życia tysięcy ludzi.

Prof. Wojciech Maksymowicz, neurochirurg i były minister zdrowia, na początku wybuchu pandemii w Polsce był wiceministrem nauki i szkolnictwa wyższego, a później zasiadał w Rządowym Zespole Zarządzania Kryzysowego (w kwietniu 2021 r. odszedł z klubu parlamentarnego PiS), miał więc okazję bezpośrednio przekonać się, jak wygląda proces podejmowania decyzji mających chronić Polaków przed koronawirusem.

Przepytany przez socjologa Jacka Piekutowskiego, komentuje reakcje rządu na eskalujący kryzys i tłumaczy, dlaczego zdecydował się na odejście z obozu rządzącego. Punktuje koniunkturalizm (zwycięstwo w wyborach najważniejsze), brak odpowiedzialnego zarządzania epidemią, wybiórczość w stosowaniu obostrzeń w zależności od tego, czy będzie się to wiązało z utratą społecznego uznania. Zwraca też uwagę, że dzięki odpowiednim zabiegom socjotechnicznym, mimo tego, że jest źle, poparcie obywateli nie musi wcale maleć. Jakże mocno widać tu opór rządzących przed staniem twarzą w twarz z zagrożeniem, jak bardzo kunktatorstwo i doraźne korzyści wygrywają ze zdrowym rozsądkiem.

To niestety bardzo smutna opowieść o tym, jak dbanie o największą wartość, jaką jest życie i zdrowie, przegrywa w walce o głosy wyborców. Bo brakuje odwagi do podejmowania potrzebnych, ale niepopularnych decyzji. Nie ze wszystkimi opiniami prof. Maksymowicza można się zgadzać, ale bezsprzeczną wartością tej lektury jest pokazanie mechanizmów, jakie zachodzą przy podejmowaniu ważnych dla społeczeństwa decyzji. I smutna konstatacja, że nic nie liczy się bardziej niż władza. ■



„Propaganda, która zabija. Kulisy walki z pandemią w Polsce”, Jarema Piekutowski, Wojciech Maksymowicz, Warszawa 2021

NASZA CZYTELNICIA



Stomatologia cyfrowa

Red. naukowa:
Teresa Sierpińska

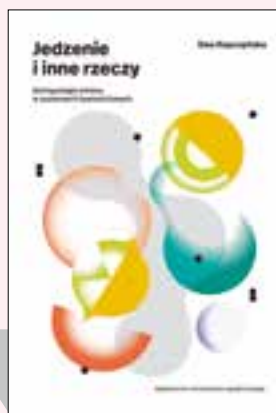
Podręcznik o technologiach cyfrowych mających zastosowanie w poszczególnych dziedzinach stomatologii: protetyce, ortodoncji, chirurgii stomatologicznej, stomatologii estetycznej, radiologii cyfrowej, a także w diagnostyce stomatologicznej. Uzupełnieniem części rozdziałów są prezentacje określonych procedur klinicznych. Autorami publikacji są przede wszystkim nauczyciele akademicki Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.



Nagły zgon sercowy

Red. naukowa:
Katarzyna Bieganowska

W publikacji skoncentrowano się na przedstawieniu możliwych przyczyn nagłego zgonu sercowego (NZS, ang-SCD) w wieku pediatricznym oraz u osób młodych do 35. r.ż. Najczęściej problem ma podłoże kardiologiczne, w wielu przypadkach nie udaje się jednak ustalić etiologii SCD. Wiedza na ten temat może przyczynić się do zapobiegania, wczesnego wykrywania zagrożenia SCD i prawidłowego leczenia przyczynowego.



Jedzenie i inne rzeczy. Antropologia zmiany w systemach żywnościowych

Ewa Kopczyńska

Spojrzenie na odżywianie się oraz kształtowanie systemów żywnościowych z socjologicznej perspektywy. Autorka pokazuje, co determinuje nasze wybory żywieniowe, jakie są granice społeczne dla dokonujących się zmian jedzeniowych, porusza także kwestię wyzwań na przyszłość w tym zakresie. Obnażając mechanizmy zmian zachodzących na naszych talerzach, zwraca też uwagę, że to, co jemy, zależy od rodzaju uprawianej polityki.



Księga łacińskich i polskich nazw chorób

od końca XVIII wieku
po współczesność

Beata Olędzka

Obszerna monografia o rozwoju terminologii medycznej w językach polskim i łacińskim. Zagadnienie zostało przedstawione z perspektywy interdyscyplinarnej. W publikacji zastosowano ujęcie porównawcze latynistyczno-polonistyczne. Autorka jest uznanym nauczycielem medycznego jęz. łacińskiego i jęz. polskiego jako obcego w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym.

PROZA

Sprzątając w garażu

(fragmenty)

Mam nie do końca zrównoważonego brata. Serio. Kilka lat temu nie śmiałbym nawet pomyśleć w ten sposób. Oskar. Spiż, beton, kolumna, na niej król. Ostoja normalności. Gdzieś z boku ja, pstrokata papuga, latający Holender, wiotki, błady pęd. O królewskim – o ironio – imieniu Samuel.

Oskar. Samuel. Rodzice mieli lekki przerost ambicji względem synów albo coś...

Od naszego przyjazdu do Huty aż do dnia pogrzebu Oskar mnie albo unikał, albo na mnie warczał. Znałem zjawisko, przyzwyczaił mnie. Może tak było nawet łatwiej. Ciężkie dni. Nie wnikałem. Musiałem przemyśleć wiele innych spraw. Szymon. Ojciec. Rozmowa z mamą. Cztery bezsenne noce. Dopiero dzisiaj scena przy śniadaniu. Przesłuchanie jak sędzia śledczy. Krzyżowy ogień pytań. Patrzyłem na mamę, na Jolę i było mi przykro. Nie przez to, o co pytał, bo naprawdę nie mam nic do ukrycia. Przed nikim. Skoro nie mam, nie będę ukrywał. Tak postanowiłem już na lotnisku, wracając do Krakowa. Ale było mi głupio, że obie muszą tego wszystkiego wysłuchiwać teraz, kilkanaście godzin po pogrzebie. Potem zakończył przesłuchanie równie nagle jak zaczął i zerwał się od stołu od razu gotów do sprzątnięcia. Zgarnął mnie ze sobą, zanim ktokolwiek zdążył coś powiedzieć.

Zajęliśmy się piwnicą i garażem, bez zbędnego gadania. Było w co ręce włożyć.

Ojciec – chomik. Klasyczny boomer z genetycznie wgrzyzoną w DNA wojenną traumą, dopuszczający możliwość kolejnego załamania świata, chaosu i biedy. „Przydasie” zalegające od podłogi po pajęczce firanki sufitu. Garaż jak warsztat samochodowy. Stare tłumiki, w liczbie czterech, wyrzucamy od razu, tak samo kilka zupełnie łysych opon. Trzeba jeszcze poukładać narzędzia, obejrzeć zawartość wszystkich szafek. W jednej z nich znajduję stos makulatury. W nim duży skoroszyt. Zamieram. Rysunki, które uważałem za dawno zgubione. Co robią w miejscu, w którym przez ostatnią dekadę mnie nie było?

Porządki zajmują cały dzień, z przerwą na obiad. Wspólny posiłek upływa spokojnie, w milczeniu, zmęczeniu, bez napięcia. Kończymy późnym wieczorem.

Szymon wrócił, cały dzień załatwiał nasze wspólne sprawy, wpadam na niego na schodach, przytulamy się szybko, tak niepostrzeżenie, jakbyśmy tylko przypadkowo zderzyli się ze sobą. W domu mama z Jolą skończyły swoją porcję sprzątnięcia, siedzą przy kolacji. Zostawiam im Szymona i wracam do garażu. Jeszcze godzina, góra dwie. Po dziesiątej pytam Oskara:

– Co teraz robimy? Pora trochę późna...

– Patrz, młody, jakie znalezisko! – Oskar przesuwając nogą ciężki karton spod starego roweru. – Fiu, fiu. Ojczulek miał tu własny podręczny magazyn...

Za kartonem stoją dwie skrzynki piwa. Niemal pełne.

Oskar wyciąga jedno, chwilę waży w ręce.

– Ciepławe – krzywi się. – Przykurzone nieco. Ale wygląda jakby z tego wieku. Chcesz? Mi już totalnie zaschło w gardle, a mineralka dawno się skończyła...

– Najpierw spróbuj, czy da się pić, to nie wino, tylko browar, nie nabiera szlachetności z upływem lat – mówię z lekką rezerwą.

Oskar wzrusza ramionami, a przez jego twarz przebiega cień uśmiechu. Niewymuszonego i bez złośliwości.

– Dobra, mogę być testerem, czemu nie. W końcu jestem starszy. – Przez chwilę rozgląda się za otwieraczem, po czym po prostu odbija kapsel o kant szafki, i tak odrapanej. – Zaczne. Piwo jak piwo, możemy pić bez obawy.

Szybko otwiera dla mnie drugą butelkę. Przysiada na jednym z kartonów, ja na oponach. Czuję zmęczenie. Oskar rozmasowuje sobie łydki. Przez dłuższą chwilę nie mówimy nic.

– Masz fajki? – pyta po wyszczeniu chyba połowy butelki. – Przy kobietach nie palę, ale tu mi się kojarzy jakoś tak... garażowo.

Przyglądam mu się przez chwilę. Nie wygląda specjalnie rześko. Wygrzebuje z kieszeni jeansów zmiętą paczkę, z drugiej zapalniczkę, którą dostałem od Szymona, i rzucam mu komplet.

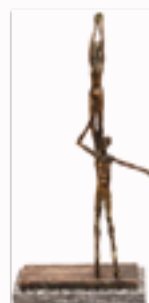
– Wy tłumacz mi jedno – mówię w końcu, opierając się o ścianę garażu. – Dziś już z piętnaście razy zaznaczyłeś, że jesteś starszy. Cholera, przecież wiem. Kiedyś to był spory atut, w monopolowym chociażby, ale teraz? Jakie to ma znaczenie? (...)



MONIKA KUNSTMAN

Laureatka X edycji Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego im. Profesora Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza”. II miejsce w kategorii Proza.

Mama dwóch córek. Absolwentka Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. Specjalistka w dziedzinie pediatrii. Mieszka w Krakowie, pracuje na oddziale noworodków w Krakowie oraz w Wadowicach. Autorka kilku książek dla dorosłych i młodzieży, m.in. nominowanej do nagrody IBBY w 2008 r. „Kropelki z marzeniami” oraz powieści w odcinkach „Wenflon z niezapominajką”, która ukazywała się w „Medical Tribune Polska” w latach 2008-2013. Píše i publikuje jako Marta Madera. Laureatka konkursu „Przychodzi wena do lekarza” w latach 2015 i 2018 w kategorii Poezja.



Przychodzi
wena
do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Prof. Andrzeja Szczeklika

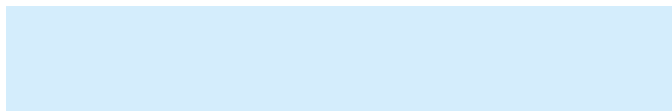
Kalendarz wydarzeń SPORTOWYCH 2022

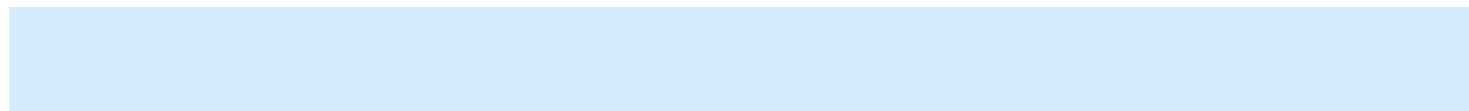
14–15 STYCZNIA II Puchar POLSKIMED <i>Wisła</i> Mariusz Smolik (504 045 609, mariuszsmolik@gmail.com)	4–6 LUTEGO XX Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy w Częstochowie „Trzech Króli” <i>Częstochowa</i> OIL w Częstochowie Rita Idziak (34 368 18 88, czestochowa@hipokrates.org) Lesław Rudziński (601 913 381)	12 LUTEGO 5. Halowe MPL w Lekkiej Atletyce <i>Toruń</i> PZLA „Masters”, współorganizator KPOIL w Toruniu Julian Pełka (504 101 375, julekp@onet.pl)	13 LUTEGO XXV MPL w Narciarstwie Biegowym <i>Magurka Wilkowska</i> Komisja ds. Kultury, Sportu i Rekreacji Beskidzkiej Izby Lekarskiej Maciej Pająkowski (602 177 857, mpajakowski@interia.pl)	11–13 LUTEGO VIII Puchar Polski Lekarzy, Farmaceutów, Prawników w Narciarstwie Alpejskim <i>Szczyrk</i> Komisja Sportu Śląskiej Izby Lekarskiej, POLSKIMED Mariusz Smolik (504 045 609, mariuszsmolik@gmail.com)
13 LUTEGO Zawody Narciarskie dla Dzieci Rodzin Lekarskich <i>Szczyrk</i> Komisja Sportu Śląskiej Izby Lekarskiej, POLSKIMED Mariusz Smolik (504 045 609, mariuszsmolik@gmail.com)	19 LUTEGO XIII Zimowe MPL w Triathlonie <i>Sandomierz</i> Świątokrzyńska Izba Lekarska Jacek Łabudzki (603 914 107, drdjl@op.pl) MOSiR Sandomierz (790 780 923)	25–27 LUTEGO XXV MPL w Narciarstwie Alpejskim <i>Ustrzyki Dolne</i> (lub Wańkowa, Abramów) Komisja Sportu i Turystyki ORL w Rzeszowie, POLSKIMED Grzegorz Siteń (604 351 970) Mariusz Smolik (504 045 609, mariuszsmolik@gmail.com) KSIT ORL w Rzeszowie (515 170 815, ks.oil.rzeszow@gmail.com)	LUTY/MARZEC X MPL w Badmintonie i X Puchar Medyczny w Badmintonie <i>Komisja Sportu OIL w Łodzi</i> Robert Bibik (695 864 973, rmbibik@wp.pl)	24–27 MARCA Halowe MPL w Tenisie <i>Bielsko-Biała</i> Beskidzka Izba Lekarska Grażyna Martini-Kamińska (martini44@wp.pl) Marcin Pokrzywnicki (marcinpokrzywnicki90@gmail.com)
26 MARCA MPL w Bowlingu <i>Bydgoszcz</i> Bydgoska Izba Lekarska Marcin Gierach (506 180 304, marcin_gierach@wp.pl)	MARZEC (zastępcy: wrzesień) VII Ogólnopolskie Mistrzostwa Lekarzy i Prawników w Szachach <i>Kazimierz Dolny n/Wisłą</i> Komisja Sportu Lubelskiej Izby Lekarskiej Grzegorz Pietras (piegrze@gmail.com) Marek Gogacz (502 114 898, gogacz@yahoo.com) Piotr Piwowarczyk (606 395 657, piwowarczyk.kancelaria@wp.pl) Tomasz Wójcicki (504 190 494, tomaszwojicki1@wp.pl) Michał Parzydeł (601 263 872 michal.pazydel@gmail.com)	3 KWIETNIA 24. MPL w Biegu na 15 km (w ramach 36. Biegu Sokół) <i>Bukowiec Górny</i> Wielkopolska Izba Lekarska Leszek Walczak (601 754 720, llwal@wp.pl)	21–23 KWIETNIA (zastępcy: 6–8 października) XVII MPL w Pływaniu „Dębica 2021/2022” <i>Dębica</i> OIL w Rzeszowie (515 170 815, ks.oil.rzeszow@gmail.com) Janusz Bieniasz (604 090 587, bienjan@op.pl)	23 KWIETNIA Otwarte Zawody OIL w Łodzi w strzelectwie sportowym <i>Okregka k. Sieradza</i> Komisja Sportu OIL w Łodzi Bartosz Suliborski (608 070 701, bsuliborski@yahoo.com)
KWIECIEŃ II Półmaraton Lekarzy w ramach 14. PKO Półmaratonu Rzeszowskiego <i>Rzeszów</i> OIL w Rzeszowie (515 170 815, ks.oil.rzeszow@gmail.com) Małgorzata Piela	13–15 MAJA Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy Memoriał dra Andrzeja Jasińskiego, Chojeński Klub Sportowy <i>Łódź</i> Komisja Sportu OIL w Łodzi Bogusław Rataj (602 574 099, bogrataj@wp.pl)	15 MAJA (zastępcy: 22 maja) XII Gdański Bieg Lekarzy <i>Gdańsk</i> Komisja Sportu OIL w Gdańsku Łukasz Skorupa (502 890 284)	19–22 MAJA Zlot Otwarcie Sezonu Ogólnopolskiego Klubu Motocyklowego Lekarzy „DoctorRiders” <i>Szczecin</i> OIL w Łodzi (426 831 727) Wojciech Biel (601 418 185, wbiel@fibernet.pl)	20–22 MAJA XV Ogólnopolski Rajd Konny Lekarzy im. Majora Hubala <i>Mikołajów</i> Komisja Sportu OIL w Łodzi Wojciech Sędzicki (722 282 750)
27–29 MAJA XIII Ogólnopolskie Regaty Żeglarskie Lekarzy w Klasie Puck <i>Puck</i> Komisja Sportu i Rekreacji OIL w Gdańsku Marcin Szczęśniak (603 696 160, mardent@autograf.pl)	27–29 MAJA (zastępcy: 17–19 czerwca) II Drużynowe Mistrzostwa Polski Okręgowych Izb Lekarskich w Tenisie Stołowym, Turniej Indywidualny w Tenisie Stołowym w kategoriach wiekowych lub open <i>Zamość</i> Lubelska Izba Lekarska Jacek Drożdździł (607 062 510, jacekdrozdzid@gmail.com) Andrzej Kleinrok (a.kleinrok@wp.pl)	28 MAJA 5. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wielobojach Lekkoatletycznych <i>Toruń</i> PZLA „Masters”, współorganizator KPOIL w Toruniu Julian Pełka (504 101 375, julekp@onet.pl)	29 MAJA XXIV MPL w Biegu na 10 km <i>Bielsko-Biała</i> Komisja ds. Kultury, Sportu i Rekreacji Beskidzkiej Izby Lekarskiej Maciej Pająkowski (602 177 857, mpajakowski@interia.pl)	MAJ IV MPL w Biegu na Orientację – Polanów 2022 <i>Obłęż k. Kępc</i> Komisja Sportu OIL w Koszalinie Andrzej Loranc (601 779 668, aloranc1@gmail.com) Stefan Wesołowski (665 675 140, stiwien2@gmail.com)

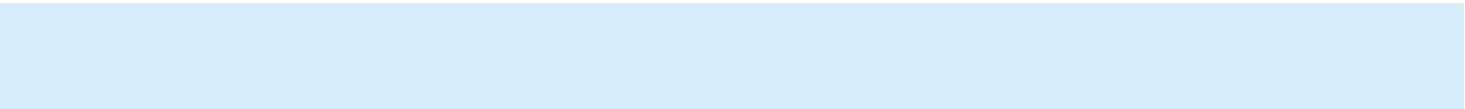
MAJ (zastępczy: czerwiec) XX MPL w Wędkarstwie Spławikowym Komisja ds. Kultury, Sportu i Rekreacji Beskidzkiej Izby Lekarskiej Grzegorz Kołodziej (501 503 435, grk@onet.eu)	MAJ (zastępczy: czerwiec) I Mistrzostwa Europy Lekarzy w Brazylijskim Jiu-Jitsu Wrocław Komisja Sportu Dolnośląskiej Izby Lekarskiej Michał Głuszek (606 768 467, michal.gluszek1@gmail.com)	MAJ (zastępczy: 13 sierpnia) I MPL w Kajakarstwie Ślaska Izba Lekarska Artur Pietrusa (606 213 444, pietrusa.uro@gmail.com)	3-4 CZERWCA (zastępczy: 10-11 czerwca) 19. MPL w Kolarstwie Szosowym Komisja Sportu Lubelskiej Izby Lekarskiej Krzysztof Matras (605 084 016) Mariusz Trus (697 111 238, www.szosa.eu)	4-5 CZERWCA XX Jurajski Rajd Rowerowo – Kajakowy Lekarzy Jastrzęb OIL w Częstochowie Rita Idziak (34 368 18 88, czestochowa@hipokrates.org) Tomasz Klimza (691 488 383)
10-11 CZERWCA VI MPL OLDBOYS 45+ w piłce nożnej 6-osobowej Częstochowa OIL w Częstochowie Rita Idziak (34 368 18 88, czestochowa@hipokrates.org) Piotr Janik (602 380 957) Przemysław Klimas (604 792 574)	10-11 CZERWCA XIV MPL w piłce nożnej 6-osobowej Częstochowa OIL w Częstochowie Rita Idziak (34 368 18 88, czestochowa@hipokrates.org) Piotr Janik (602 380 957) Przemysław Klimas (604 792 574)	10-12 CZERWCA XIV MPL w Żeglarskiej klasa Omega jezioro Miedwie, Morzyczyn Komisja ds. KSiR ORL w Szczecinie Halina Teodorczyk (517 905 224, halte@wp.pl)	11 CZERWCA II MPL w strzelectwie sportowym strzelnica Obuchowo Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska (89 539 19 29, olsztyn@hipokrates.org)	12-14 CZERWCA XIV MPL w Siatkówce Piłkowej Niechorze OIL w Szczecinie Cezary Sierant (605 575 499, czaro@op.pl) Maciej Mroźewski, Maciej Lewandowski
16-19 CZERWCA XXXII Letnie MPL w Tenisie Żywiec Komisja Sportu Śląskiej Izby Lekarskiej, PSTL Mariusz Smolik (504 045 609, mariuszsmolik@gmail.com) Adam Dyrda (601 447 521)	17-18 CZERWCA XXI MPL w Golfie Modry Las, Binowo Komisja ds. KSiR ORL w Szczecinie Ksidor@oil.szczecin.pl Jerzy Szymczak (501 161 191)	18-19 CZERWCA 11. MPL w Lekkiej Atletyce Toruń PZLA „Masters”, współorganizator KPOIL w Toruniu Julian Pełka (504 101 375, julekp@onet.pl)	19 CZERWCA (zastępczy: 26 czerwca) XII Ogólnopolskie Grand Prix w strzelectwie myśliwskim dla lekarzy „Złoty Eskulap” Puławy Komisja Sportu Lubelskiej Izby Lekarskiej Grzegorz Pietras (piegrze@gmail.com) Marek Gogacz (502 114 898, gogacz@yahoo.com) Tomasz Wójcicki (504 190 494, tomaszwojicki1@wp.pl)	23-26 CZERWCA Złot Ogólnopolskiego Klubu Motocyklowego Lekarskiego „DoctorRiders” – Poznaj Swój Kraj – Edycja Podlasie Komisja Sportu przy OIL w Białymstoku Mark Klukowski (534 523 486, mark.klukowski@gmail.com) Piotr Tomczyński (783 102 226, pierce@interia.pl)
26 CZERWCA MPL w Triathlonie na dystansie olimpijskim Frydman Komisja Sportu OIL w Krakowie Lucjan Habieda (665 515 600, info@fundacjafridmantriathlon.pl)	CZERWIEC (zastępczy: wrzesień) XX MPL i Innych Profesji Ochrony Zdrowia w Ringo Komisja ds. Sportu OIL w Warszawie Krystyna Anioł-Strzyżewska (600 362 792, krystynaanio27@gmail.com)	2 LIPCA (zastępczy: 9 lipca) VII Otwarte Mistrzostwa Pomorza Lekarzy w siatkówce plażowej Komisja Sportu OIL w Gdańsku Łukasz Skorupa (502 890 284)	15-17 LIPCA II Ogólnopolski Turniej w Tenisie na Trawie „Medbledon 2022” Michałówek Komisja Sportu OIL w Łodzi, patronat PSTL Wojciech Pietrzak (604 262 193, wosio@poczta.onet.pl)	28-31 LIPCA Złot Motocyklowy „MotoBridge Baby 2022” Bydgoszcz Komisja Sportu Bydgoskiej Izby Lekarskiej Hanna Śliwińska (502 585 343, hanna_wiktoria_sliwinska@o2.pl)
30 LIPCA – 7 SIERPNIA Rajd Górski Służby Zdrowia „Bieszczady 2022” Zatwarnica Komisja Sportu i Turystyki ORL w Rzeszowie (515 170 815, ks.oil.rzeszow@gmail.com) Maria Szuber (608 595 510, mszuber55@wp.pl)	31 LIPCA (zastępczy: 29 maja) Mistrzostwa Pomorza Lekarzy i Mistrzostwa Polski Sztafet Lekarskich w Triathlonie na dystansach ¼ i 1/8 IM Skarszewy – Starogard Gdański (zastępczy: Gniewno) Komisja Sportu i Rekreacji OIL w Gdańsku we współpracy z Energy Events Adam Greczyło (691 494 000, adam@energyevents.pl)	LIPIEC III Podkarpackie ML w Kolarstwie Szosowym Lubienia – Straszylde k. Rzeszowa OIL w Rzeszowie (515 170 815, ks.oil.rzeszow@gmail.com) Grzegorz Siteń (604 351 970)	19-21 SIERPNIA II Ogólnopolski Turniej Tenisa Lekarzy w Gdańsku Gdańsk Komisja Sportu OIL w Gdańsku Tomasz Zwierski (792 022 553, tomzwi90@gmail.com)	20 SIERPNIA XIII Letnie MPL w Triathlonie Sandomierz Świętokrzyska Izba Lekarska Jacek Łabudzki (603 914 107, drdjl@op.pl) MOŚiR Sandomierz (790 780 923)
25-28 SIERPNIA XVIII Ogólnopolski Złot Lekarzy Motocyklistów „DoctorRiders” Słok k. Bełchatowa OIL w Łodzi Grzegorz Krzyżanowski (602 105 919, grzegorz.krzyzanowski@yahoo.pl)	27 SIERPNIA XXIII MPL w Kolarstwie Górskim Istebna Beskidzka Izba Lekarska Janusz Lewandowski (606 235 361, janlewd@interia.pl) zapisy, info: www.pomiarczasu.pl	SIERPIEŃ VI MPL w Biegu Górskim w ramach Biegu na Wielką Sowę Ludwikowice Kłodzkie Komisja Sportu Dolnośląskiej Izby Lekarskiej Jerzy Słobodzian (602 486 406, jeryzslobodzian@gmail.com)	2-4 WRZEŚNIA XXXI Żeglarskie MPL Jezioro Roś Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska (89 539 19 29, olsztyn@hipokrates.org)	9-11 WRZEŚNIA (zastępczy: 16-18 września) XIII Złot Motocyklowy Lekarzy Baranów Sandomierski OIL w Krakowie Mariusz Janikowski (601 406 830)

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE

Ogłoszenia



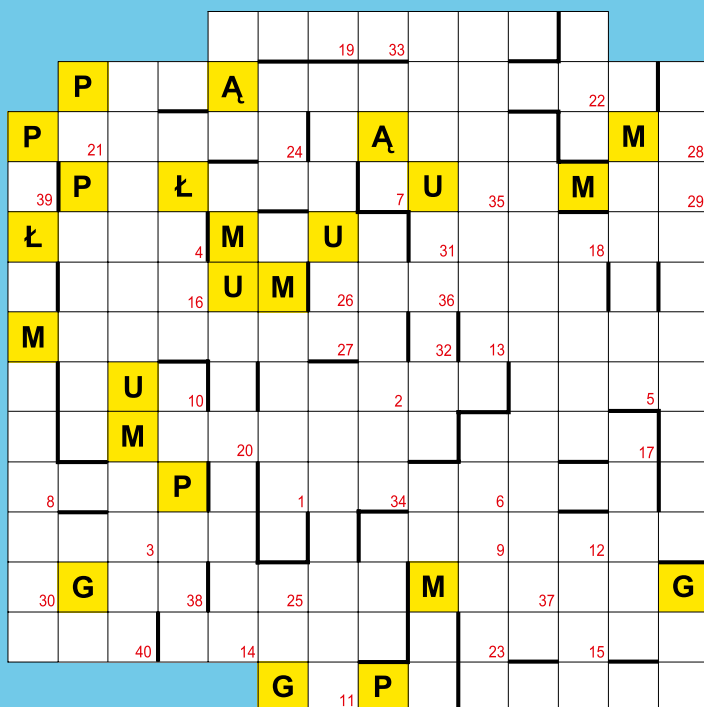






**Wydawnictwo Lekarskie PZWL to specjaliści,
wiedza i zaangażowanie.**

**Zachęcamy do odwiedzenia strony pzwl.pl i zapoznania się
z nowościami wydawniczymi oraz ofertami specjalnymi.**



Objaśnienia 59 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: A, G, Ł, M, P i U. Na ponumerowanych polach ukryto 40 liter hasła, które stanowią rozwiązanie. Jest to myślnik Arthura Schopenhauera. Hasło należy przesać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 20 lutego 2022 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* fasciuli * najdłuższa rzeka Indochin * ptak czarnoszyi * pelzak
* dar dziękczynny * groźna w rybie * atrofia * Rio lub Picanto * jezioro
w kompleksie Mamr * frygijska bogini płodności * atomowa lub
kaloryczna * powtarzanie w analizie matematycznej * symbioza korzeni
i grzybów * land, rzeka i zagłębie * spróchnienie, zbutwienie * kofeina
w herbacie * nocne motyle * Schindlera * preparat enalaprylu * paliwo
z wygrzewania węgla kamiennego * Świątosławowicz, pogromca
Potowców * sprawozdanie z dyżuru * Poleski, miejsce śmierci Boboli
* rola, dziedzina * między platyną a rtęcią * Groźny car * Jan, nadworny
poeta Batorego * wąż lub żółw * gród nad Rabą z kopalnią soli *
prominent, gruba ryba * własne ja * mieszka w Nawakszot * następny
sierpa * hemisynope * pyton lub gniewosz * gród powiatowy w pn-zach
części Mazowsza * kwas deoksyrbonukleinowy * stan z Indianapolis
* pokrywanie stali cynkiem * dolina, zewnętrzna część brzucha * kanty,
szwindle * nie często * -Zdrój, uzdrowisko pod Kłodzkiem * Wilhelm,

zwycięzca spod Hastings * studencik * funiculus umbilicalis * gród
nad Babą * grecki bóg wiatrów * pacjentka po mastektomii * owad
lub zabawka * kraina z Sardes * antagonistka witaminy K * -Exupery
* spalił Rzym * wielocukier, składnik skrobi * kanna, duża antylopa
* gród w powiecie ostrowieckim z fabryką porcelany * przeciwnik torysa
* arachnodactylia

Jerzy Badowski

**Rozwiązanie Jolki Lekarskiej nr 269 („GL” nr 11/2021)
Wiedza daje pokorę, władza niestety nie.**

Nagrody otrzymują:

Joanna **Grzędzicka** (Rzeszów), Krzysztof **Kamiński** (Giżycko),
Justyna **Kozielec** (Plewiska), Małgorzata **Siemińska** (Opole),
Bartłomiej **Solich** (Prusy). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo
Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

WYDAWCA



**Naczelna
Rada
Lekarska**

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 181 200 egz.

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. 696 48 70 48

l.krysiak@gazetalekarska.pl

Mariusz Tomczak; redaktor portalu internetowego

m.tomczak@gazetalekarska.pl

www.gazetalekarska.pl

www.facebook.com/gazetalekarska

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.tarczynska@gazetalekarska.pl

Ogłoszenia

Olga Ostaszewska

Tel. (22) 559 13 26

o.ostaszewska@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)

Projekt:

Łukasz Szczepanowski

Skład:

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

