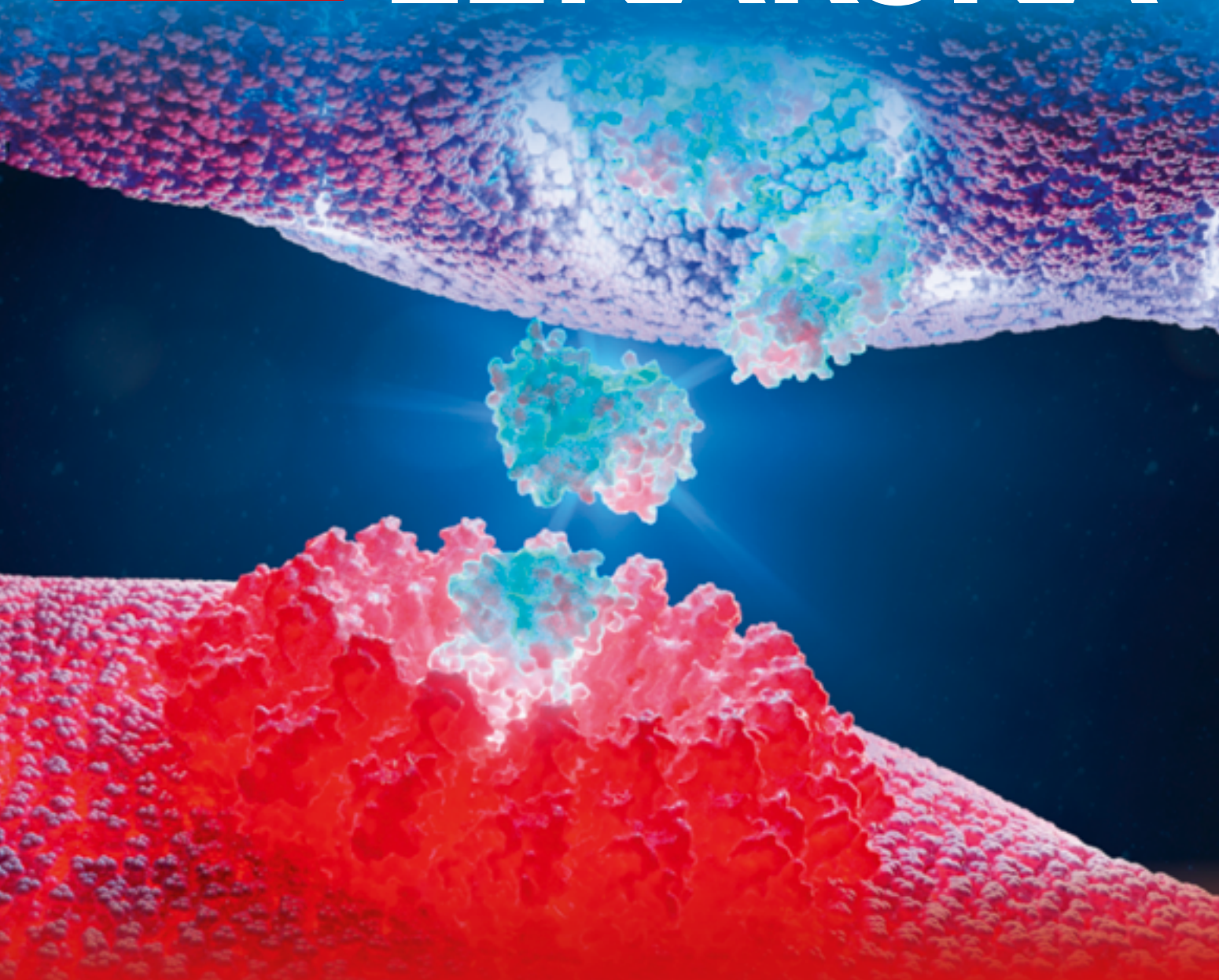




GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB
LEKARSKICH

03 | 2022



Skąd te zgony?

**Kadencja nieprzewidzianych okoliczności | Liczba lekarzy przy pacjencie wg GUS
Zmarnowany kryzys | Pewna jest tylko niepewność | Utopia perfekcjonizmu**

W tym numerze

NR 03/2022 MARZEC GAZETA LEKARSKA



36 STOMATOLOGIA

8

Minister znalazł podstawę do kreacji

27

Liczy się perspektywa ex ante



63 ZE ŚWIATA



55

PRAKTYKA LEKARSKA

Zamęt

Samorząd

- 4 Zmarnowany kryzys (Andrzej Matyja)
- 7 Nowa specjalizacja: psychoterapia uzależnień
- 8 Minister znalazł podstawę do kreacji (Krzysztof Madej)
- 10 Kadencja nieprzewidzianych okoliczności
- 14 Jak grać w tej orkiestrze?

Temat numeru

- 18 Liczby nie kłamią
- 19 Skąd te zgony?
- 22 Nasza sonda

Prawo i medycyna

- 26 Brak świadectwa pracy w szczególnych warunkach a prawo do rekompensaty

- 27 Liczy się perspektywa ex ante
- 28 Zadania rzecznika w dobie pandemii
- 30 Ryzyko medyczne
- 32 Ocena schorzeń kardiologicznych

Praktyka lekarska

- 35 Pewna jest tylko niepewność (Andrzej Ciśło)
- 36 Przez zęby do szczęścia
- 38 Wspomnienie / dr Andrzej Baszkowski
- 39 Biuletyn
- 46 NRL o wycenie świadczeń
- 47 Skaner to nie luksus
- 49 Reakcja na reklamę
- 50 Liczba lekarzy przy pacjencie według GUS
- 54 Szczepionka może wyeliminować SM
- 55 Zamęt

- 58 Być blisko i szybko reagować
- 60 Nie tylko szkolenia
- 61 Wiedzy nigdy dosyć
- 63 Opieka zdrowotna w Papui-Nowej Gwinei
- 66 Atak na lekarza

Po godzinach

- 68 Utopia perfekcjonizmu (Sławomir Badurek)
- 69 Bilans dwulatka (Jarosław Wanecki)
- 70 Zamiast kwiatów
- 72 Nadzieja (reportaż)
- 74 Kultura
- 76 Sport
- 77 Zjazdy koleżeńskie
- 78 Ogłoszenia
- 82 Jolka lekarska

Zmarnowany kryzys



Andrzej Matyja
prezes NRL

Często mówimy, że pandemia obnażyła słabości naszej ochrony zdrowia, ale za mało i za rzadko zwracamy uwagę, jak sposób radzenia sobie z nią pogłębia kryzys zaufania, a to oznacza, że coraz bardziej oddala się perspektywa tak potrzebnej przebudowy polskiej ochrony zdrowia.

Jakkolwiek brzmi to paradoksalnie, kryzysy są szansą – na pozytywną zmianę myślenia i sposobu działania. Winston Churchill przestrzegał: „Nie pozwól, aby dobry kryzys się zmarnował”. My pandemiczny kryzys marnujemy. Trwonimy, i tak bardzo skromne, pokłady zaufania społecznego. Widzimy to na naszym polu ochrony zdrowia. Jest to sfera bardzo wrażliwa, więc skutki tej nieodrobionej lekcji będą bolesne i długofalowe.

Szczególnym doświadczeniem był na przykład niedawny, jesienny protest medyków, który mógł dać impuls do poważnej dyskusji o zmianach w publicznej ochronie zdrowia. Demonstrujący medycy na plan pierwszy wysuwali postulaty zmian systemowych, które mogłyby wpłynąć na poprawę ich warunków pracy, a więc – w konsekwencji – na poprawę opieki nad pacjentami. Protestom towarzyszyła przychylna atmosfera społeczna i zrozumienie powagi sytuacji w obliczu nadchodzącej kolejnej fali pandemii. Zamiast tego strona rządowa wyeksponowała kwestie płacowe, zaczęła grę na czas i skonfliktowanie środowiska, a jej tzw. narracja (to wyjątkowo modne teraz słowo!) miała przesłonić istotę problemów. Kolejne miesiące przyniosły zdarzenia, które

coraz bardziej mogą podkopywać zaufanie do państwa i jego organów.

Oto z ust przedstawiciela rządu najpierw usłyszeliśmy zapowiedź obowiązkowych szczepień dla kilku grup pracowników instytucji publicznych, by wkrótce okazało się, że będzie on dotyczyć wyłącznie medyków, którzy – jak wiadomo – i tak mogą poszczycić się najwyższym wskaźnikiem wyszczepienia.

Słyszeliśmy też stanowcze „tak” dla wprowadzenia certyfikatów covidowych wzorem krajów zachodnioeuropejskich. Wkrótce ta koncepcja przeistoczyła się w pomysł przerwania na pracodawców odpowiedzialności za egzekwowanie przepisów anycovidowych, potem do tego dodano jeszcze kuriozalną propozycję dochodzenia od współpracowników roszczeń za ewentualne zakażenie. Po drodze był jeszcze „antyszczepionkowy Hyde Park” podczas wystąpienia publicznego, a w sumie finał tego legislacyjnego serialu okazał się żałosny. Projekt złej ustawy padł, ale w to miejsce już nie pojawiła się nowa propozycja. Widać

Trwonimy, i tak bardzo skromne, pokłady zaufania społecznego. Widzimy to na naszym polu ochrony zdrowia. Jest to sfera bardzo wrażliwa, więc skutki tej nieodrobionej lekcji będą bolesne i długofalowe.

zwyciężyła maksyma wojaka Szwajjka: „Jeszcze nigdy tak nie było, żeby jakoś nie było”. O ile u Haška jest to zabawne, o tyle w realnym życiu, i to w czasie pandemii, nie za bardzo.

Eksperci studzą optymizm i mówią raczej o stabilizacji piątej fali, niedoszacowaniu liczby zakażeń czy zagrożeniach związanych z powrotem dzieci do szkół.

„Jakoś” więc się potoczyło... W tzw. strategii walki z piątą falą pandemii ogłoszonej w połowie stycznia zadeklarowano wzmocnienie i promowanie znaczenia szczepień ochronnych, ale już po trzech tygodniach placówki POZ zaczęły informować o likwidacji punktów szczepień z powodu braku chętnych. Nie mogło to jednak dziwić, skoro minister zdrowia w tym samym czasie mówił o początku końca pandemii, a na marzec zapowiedział złagodzenie, a nawet zniesienie restrykcji. Eksperci studzą optymizm i mówią raczej o stabilizacji piątej fali, niedoszacowaniu liczby zakażeń czy zagrożeniach związanych z powrotem dzieci do szkół. Zwracają uwagę na bardzo niski wskaźnik zaszczepienia trzecią dawką, w szczególności wśród osób z grup ryzyka, a to oznacza, że będą one nadal podatne

na zakażenie Omikronem oraz kolejnymi wariantami. Zalecają czujność, szczepienia, utrzymanie obowiązku noszenia masek, ze względu na trudny do przewidzenia rozwój pandemicznych scenariuszy, ale to słowa ministra odpowiadają społecznym oczekiwaniom.

Optymistyczne informacje napływające z Europy Zachodniej o znoszeniu ograniczeń mogłyby posłużyć jako zachęta do szczepień, ponieważ jest wyraźny związek między skalą zaszczepienia społeczeństwa, a tempem łagodzenia restrykcji. Ale okazuje się, że decydenci ulegają presji antyszczepionkowców, którzy negują potrzebę wprowadzenia jakichkolwiek ograniczeń, skoro w innych krajach już się z nich rezygnuje.

Rządzący, mimo rad specjalistów, z pobłażaniem traktowali niestosowanie się do przepisów antycovidowych, a później z wręcz rozbijającą szczerością stwierdzali, że nie jest możliwe wprowadzenie ograniczeń podobnych do zachodnioeuropejskich, ponieważ przepisy nie są przestrzegane. Idąc tropem tej logiki, teraz możemy się spodziewać decyzji o zniesieniu limitów prędkości, skoro nie są przestrzegane. ■



**Alicja
Szczepczyk**

Dział Mediów
i Komunikacji NIL

SKRINING

Krytyka wyceny AOTMiT dla stomatologii

NRL w stanowisku z 28 stycznia br. zwraca uwagę na nieuzasadnione przedłużanie procedury korekty wyceny świadczeń stomatologicznych z zakresu chirurgii i periodontologii, która została zainicjowana we wrześniu 2020 r. w ramach uzgodnień pomiędzy NRL a NFZ.

W ocenie NRL niepotrzebnie została włączona w te prace, na polecenie ministra zdrowia, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, przez co sam proces został przeprowadzony niezgodnie z postanowieniami ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Minister zdrowia powierzył AOTMiT opracowanie nowej wyceny świadczeń w oparciu o art. 31n pkt 5 ww. ustawy, zgodnie z którym do jej zadań należy realizacja innych zadań zleconych przez ministra ds. zdrowia, podczas gdy procedura wyceny świadczeń zdrowotnych powinna być prowadzona

w oparciu o przepisy art. 31la i nast. NRL zarzuca, że ten tryb prac wyłączył opisaną w ustawie zasadę transparentności postępowania. W konsekwencji nie opublikowano projektu raportu z badania, co uniemożliwiło zgłoszenie do niego uwag, a Rada ds. Taryfikacji nie była zobowiązana do przeprowadzenia szerokich konsultacji. W efekcie przyjęty raport poprzedzony był wyłącznie dyskusją w ramach tejże rady.

NRL zauważa, że powyższe okoliczności pozostają w bezpośrednim związku z propozycjami AOTMiT przedstawionymi w dokumencie „Chirurgia stomatologiczna i periodontologia – wycena pakietów świadczeń”. Według NRL analiza zebranych danych została oparta na błędnie skonstruowanych wariantach liczenia zarówno czasu pracy personelu, jak i kosztów infrastruktury, co jednoznacznie zdefiniowało zaniżoną wycenę. ■

Obowiązki lekarzy i lekarzy dentystów wykładowców



W uchwale z końca stycznia ws. obowiązków lekarzy i lekarzy dentystów uczestniczących w szkoleniach w roli wykładowcy Naczelna Rada Lekarska stwierdziła:

1. Lekarz, lekarz dentysta nie może uczestniczyć w roli wykładowcy w praktycznych szkoleniach dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych lub wykonywania procedur medycznych, jeśli uczestnikami takiego zdarzenia

mają być osoby niemające uprawnień do udzielania świadczeń lub wykonywania procedur medycznych, będących przedmiotem szkolenia, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Zakaz, o którym mowa w ust. 1 nie dotyczy udziału lekarza i lekarza dentysty w roli wykładowcy w ramach:

- szkoleń przeddyplomowego i podyplomowego zawodów medycznych,
- kursów pomocy przedmedycznej oraz

- szkoleń, w ramach których ogólny opis procedur i świadczeń, o których mowa w ust. 1, jest elementem wzbogacającym efekty kształcenia w zawodach niemedyce lub wykładów, których tematem jest zaznajomienie słuchaczy ze zdobyciami nauk medycznych.

W uzasadnieniu czytamy, że szkolenie przez kogokolwiek osób nieposiadających uprawnień do wykonywania procedur medycznych lub udzielania świadczeń zdrowotnych jest zjawiskiem negatywnym, w wielu przypadkach przyczyniającym się do naruszania przez szkolone osoby przepisów prawa.

Zdaniem NRL szkolenie przeprowadzane przez lekarzy ma niekorzystny efekt w postaci legitymizowania ewentualnej późniejszej działalności osób szkolonych poprzez tworzenie błędnego wrażenia legalności i dopuszczalności wykonywania przez nie tych procedur czy świadczeń, wywodzonego właśnie z faktu, że szkolenie prowadził lekarz lub lekarz dentysta.

Najczęściej występującym przykładem wchodzenia przez osoby szkolone w obszar nieuprawnionej działalności leczniczej jest medycyna estetyczna oraz świadczenia udzielane pacjentom stomatologicznym. ■

Nowa specjalizacja: psychoterapia uzależnień

Na początku lutego w stanowisku ws. projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie ws. specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia PNRL pozytywnie oceniło wprowadzenie nowej specjalizacji – psychoterapii uzależnień, z zaznaczeniem, że jej odbycie powinno dotyczyć osób, które posiadają tytuł zawodowy związany z wykonywaniem zawodu medycznego lub pokrewnego.

W projekcie rozporządzenia nie ujęto zawodu lekarza dentysty w katalogu zawodów, po ukończeniu których można przystąpić do szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychoterapii uzależnień, co w opinii PNRL, jest nieuzasadnione i wskazuje na nierówne traktowanie lekarzy i lekarzy dentystów.

Poważne wątpliwości PNRL budzi możliwość odbywania tej specjalizacji przez

teologów i filozofów. W stanowisku wskazano, że są to zawody w żadnej mierze niepowiązane z ochroną zdrowia. Natomiast udzielanie świadczenia w rodzaju psychoterapia uzależnień jest, w ocenie PNRL, oddziaływaniem ściśle medycznym (lecniczym) i powinno być zastrzeżone jedynie dla tych podmiotów, które dają gwarancję zachowania tajemnicy zawodowej oraz odpowiedniego poziomu wiedzy dotyczącej aspektów leczniczych w prowadzeniu danej terapii. Ponadto, wg PNRL terapia uzależnień, jako proces leczniczy, powinna być wolna od kwestii ideologicznych. Należy także wskazać, że psychoterapia uzależnień może dotyczyć również uzależnień behawioralnych, a nie tylko uzależnień od szkodliwych substancji. Zatem gwarancja zachowania tajemnicy zawodowej jest w tym aspekcie szczególnie istotna. ■

Zmiana standardu opieki nad pacjentem covidowym

PNRL sprzeciwia się zmianie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2, polegającej na wprowadzeniu obowiązku przeprowadzenia fizykalnego badania przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej każdego pacjenta w wieku powyżej 60 r.ż., który skierowany został do odbycia izolacji w warunkach domowych. Badanie ma zostać przeprowadzone nie później niż przed upływem 48 h odbywania tej izolacji.

W ocenie PNRL zamiast poprawy opieki nad pacjentami covidowymi, wprowadzone zmiany w istocie pogorszą dostępność do POZ zarówno dla pacjentów covidowych, jak i pozostałych – tym bardziej, że wśród pacjentów covidowych w wieku powyżej 60 r.ż. objętych obowiązkiem przeprowadzania badania fizykalnego będą występować pacjenci niewymagający takiego badania. PNRL podkreśla, że czas poświęcony na przyjęcie i zbadanie tych pacjentów



z powodów czysto biurokratycznych, a nie zdrowotnych, to czas odebrany pozostałym pacjentom, których stan zdrowia będzie wymagał badania. ■

ODZ NIL z wyróżnieniem!

26 stycznia na Zamku Królewskim w Warszawie odbyła się gala konkursu „Sukces Roku w Ochronie Zdrowia – Liderzy Medycyny” organizowanego przez Wydawnictwo Medyczne Termedia.

Konkurs wrócił do formuły stacjonarnej, a podczas tegorocznej, 21. edycji w kategorii „Działalność edukacyjno-szkoleniowa” został wyróżniony Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Naczelnej Izby Lekarskiej. Dyplom odebrał p.o. kierownika ośrodka, wiceprezes NRL Artur Drobniak. ■

Odpowiedź ws. definicji wolnego zawodu

W odpowiedzi na stanowisko NRL z 11 grudnia 2021 r. ws. statusu zawodu lekarza i lekarza dentysty, podsekretarz stanu Ministerstwa Finansów Jan Sarnowski wskazał, że zawarta w przepisach ustawy z 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne definicja wolnego zawodu, z której ostatnimi zmianami wyłączono lekarzy i lekarzy dentystów, jest definicją stworzoną jedynie na potrzeby tej ustawy – dla potrzeb ustalania podatku dochodowego. Wyłączenie z tej definicji lekarzy i lekarzy dentystów nie miało na celu deprecjonowania osób wykonujących te zawody, lecz miało skutkować określeniem innego (niższego) progu podatku dochodowego od przychodów uzyskiwanych ze świadczenia usług zdrowotnych, niż przewidziany dotychczas dla osób mieszczących się w definicji wolnego zawodu określonej dla potrzeb podatkowych.

Powyższe wyjaśnienie nie odnosi się do wyrażonego w treści stanowiska NRL poglądu, że opisany skutek w zakresie zmiany obciążeń podatkowych możliwy był do osiągnięcia w inny sposób – bez wykreślenia z definicji wolnych zawodów – zawodów medycznych nawet, jeśli definicja ta została sformułowana jedynie na potrzeby wskazanej w wstępie ustawy. ■



Minister znalazł podstawę do kreacji

Pewnego popołudnia, w połowie stycznia, grupa działaczy Naczelnej Izby Lekarskiej przebywała w biurze (zapewne po to, aby nic nie robić, bo teraz „na mieście” i „w towarzystwie” w dobrym tonie jest rozprawiać o tym, że w samorządzie lekarskim nic nie robią dla poprawy sytuacji materialnej lekarzy).

Krzysztof Madej

Dołączył do nich inny, prominentny działacz tejże izby, bardzo zdenerwowany. Wcześniej udzielał on wywiadu jakiejś stacji czy redakcji, zapewne nt. walki z covidem, i dziennikarz zadał mu pytanie: co samorząd lekarski sądzi na temat nowo powołanego Instytutu Ekspertyz Medycznych. „???” – tak wyglądała jego odpowiedź, co przecież nie miało prawa mieć miejsca w przypadku organizacji tak poważnej jak NIL. Ruszyliśmy gremialnie do naszych prawników – szybkie logowanie do „LEX-a” i w ogóle do internetu. W końcu udało się ustalić tzw. stan faktyczny.

13 października 2021 r. w drodze zarządzenia minister sprawiedliwości wydał decyzję w sprawie utworzenia Instytutu Ekspertyz Medycznych w Łodzi. Przyznam, że okres ponad dwóch i pół miesiąca od podpisania przepisu powołującego ten instytut do przedostania się tej informacji do środowisk zainteresowanych tym zagadnieniem jest doświadczeniem, przynajmniej w moim przypadku, całkiem nowym i powiedziałabym egzotycznym.

Z formalnego punktu widzenia pewnie wszystko jest z grubsza w porządku. Skoro minister sprawiedliwości znalazł podstawę prawną do takiej kreacji legislacyjnej, to trudno tutaj oponować, chociaż nie sposób nie zauważyć, że mamy do czynienia z niezłym „łamańcem” legislacyjnym. Instytut ten nie jest bowiem instytutem powołanym rozporządzeniem Rady Ministrów, jak stoi w art. 5 ust 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych, podległych określonemu ministrowi, tylko w tym wypadku jednostką organizacyjną w formie jednostki budżetowej, nieposiadającą osobowości prawnej. To, że jednostka ta

ma w nazwie „instytut”, można przypisać temu, że w ustawie o instytutach badawczych jest taki tajemniczy artykuł 66., który mówi, że do jednostek organizacyjnych (budżetowych) tworzonych przez ministra sprawiedliwości, a przeznaczonych do prowadzenia działalności naukowej, stosuje się odpowiednio liczne artykuły tejże ustawy o instytutach. Można tak przyjąć, chociaż można też objaśniać to sobie tym, że jest to związane z całkowitą swobodą prawną używania nazwy „instytut”. Nazwa „klinika” jest prawem chroniona (art. 89 ust. 6 ustawy o działalności leczniczej), „instytut” – nie. Można założyć sobie spółkę z o.o. o nazwie „Europejski Instytut Wiązania Butów” i nikomu nic do tego.

Przy ulicy, przy której mieszkam, znalazłbym kilka instytutów, a także kilka klinik, jako prywatnych geszeftów

lekarskich i mir społeczny i prawny na tej ulicy pozostaje niezakłócony – proszę mi wierzyć, jeżdżę po niej codziennie. Na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego działa Klinika Prawa. Mogłoby to oznaczać, że sami prawnicy uznają, że prawo jest chore. Jako lekarz zgadzam się z tym poglądem. Widziałem też kiedyś Klinikę Gaźni-

ków i Wydechu Samochodowego. Tu też pełna zgoda. Gaźniki przecież też chorują, a wydech bywa nieświeży.

Pomysł jest zresztą nie nowy. W Krakowie od 1929 r. istnieje Instytut Ekspertyz Sądowych im. prof. dr Jana Sehna, który do roku 2009 działał jako jednostka badawczo-rozwojowa z mocy ustawy z 1985 r. o jednostkach badawczo-rozwojowych, następnie został zlikwidowany, po czym na nowo powołany przez ówczesnego ministra sprawiedliwości, pod tą samą nazwą, w formie jednostki organizacyjnej. Medycyny on w zasadzie nie dotyczy, bo w jego strukturze są tylko pracownie: analiz toksykologicznych i genetyki sądowej.

**Skoro minister sprawiedliwości
znalazł podstawę prawną do takiej
kreacji legislacyjnej, to trudno tutaj
oponować, chociaż nie sposób nie
zauważyć, że mamy do czynienia
z niezłym „łamańcem” legislacyjnym.**

Jakieś 2-3 lata temu wpadł w nasze (tj. działaczy NIL) ręce projekt ustawy o biegłych. Zakładał on niezwykle rozbudowany system powoływania i certyfikowania biegłych. Lecz niech tytuł ustawy nie zmyli czytelników. Zakładał on także restytucję Instytutu Ekspertyz Sądowych jako instytutu badawczego. Cośmy się wtedy nadrapali w głowy, co namokali nad finezją zawłości legislacyjnych, sądząc, że przepisy te mogą mieć odpowiednie zastosowanie do biegłych w tzw. sprawach lekarskich (proszę zwrócić uwagę: nie medycznych, tylko lekarskich). Ale kurz opadł i teraz mamy odrębny Instytut Ekspertyz Medycznych, a z biegłymi dalej jest kłopot. To, swoją drogą, ciekawe, że jedne instytuty żyją z mocy ustawy, a inne z zarządzenia ministra. Jest też w Polsce wiele prywatnych instytutów ekspertyz medycznych. Jeden nawet nazywa się „Polski”, inny nawiązuje nazwą do pobliskiego pasma gór. Ot, wolność gospodarcza. Niektórzy lekarze w tego rodzaju działalności upatrują możliwości biznesowego spożytkowania swojej wiedzy medycznej.

Ten brak wewnętrznej i merytorycznej wiedzy o Instytucie Ekspertyz Medycznych tłumaczyć można też tym, że zarządzenia, w przeciwieństwie do ustaw i rozporządzeń, nie podlegają opiniowaniu publicznemu przez podmioty „mające właściwość” w materii przyszłej regulacji. Z drugiej jednak strony, w statucie Instytutu, który jest załącznikiem do zarządzenia w §3 ust. 2 pkt. 3 jest przewidziana współpraca z, *expressis verbis*, wymienionymi w nim izbami lekarskimi. Na czym ta współpraca ma polegać, nikt nam jeszcze tego nie zdradził. Powołaniu tej jednostki organizacyjnej ministerstwa sprawiedliwości, w październiku ubiegłego roku, nie towarzyszyła żadna argumentacja ani dyskusja. Nie było założeń, nie było modelu działania ani przewidywanych skutków w przyszłości. Nie było żadnej korespondencji eksperckiej.

Omówienie zawartości tego zarządzenia i próba odtworzenia kalkulacji politycznej, towarzyszącej tej inicjatywie, wykraczają poza ramy tego felietonu. To robota dla specjalistów. Jednak analiza celowościowa i merytoryczna litery tego zarządzenia byłaby bardzo wymowna dla zilustrowania obecnych metod rozwiązywania problemów społecznych. Powołanie takiego instytutu, przy wszystkich wątpliwościach co do jego formy prawnej, zasad przyszłego działania, umiejscowienia w systemie wymiaru sprawiedliwości, jego związków z medycyną akademicką, umiejscowienia w systemie ochrony zdrowia, i przy wszystkich podejrzeniach co do prawdziwych intencji prawodawcy – tutaj ministra sprawiedliwości – traktować można jako wyraz desperacji w rozwiązywaniu problemu, jakim jest orzecznictwo sądowo-lekarskie. Bo problem jest, i w izbach wiemy o nim najlepiej, ponieważ od lat zajmujemy się kryzysem w tej materii.

A jak ten kłopot definiuje minister sprawiedliwości? Jest o tym w § 3 zarządzenia, który traktuje o „przedmiocie działalności” Instytutu. Otóż ma podejmować współpracę z licznymi organami i prowadzić prace naukowe, ale chyba przede wszystkim wydawać opinie „mające na

celu usprawnienie procesu opiniowania sądowo-lekarskiego i przeciwdziałanie przewlekłości postępowań w sprawach karnych i cywilnych wynikającej z niedostatecznej liczby podmiotów opiniujących i lekarzy biegłych z dziedziny medycyny oraz wydawania opinii nieprzychylnych dla prowadzonych postępowań”. Pięknie określony przedmiot działalności, bo w jednym zdaniu mamy opisanie problemu i natychmiastowe podanie przyczyn. Istna „strassen diagnose”: mało biegłych i opinii nie na temat. Czy to wszystkie przyczyny? Coś mało. Z pewnością badania naukowe tegoż instytutu ten obraz rozwiną i skomplikują, a może przeciwnie, uproszczą i uporządkują.

Po wskazaniu przyczyn, kolejny ustęp zarządzenia rozwija sposoby realizacji założeń ogólnych. Szczególną moją uwagę zwrócił jeden: „analiza przyczyn błędów medycznych w różnych dziedzinach medycyny oraz uwarunkowań organizacyjnych mających wpływ na zaistnienie nieprawidłowości z opracowaniem projektów zmian legislacyjnych, które można wprowadzić w ramach organizacji systemu opieki zdrowotnej i kształcenia podyplomowego lekarzy”. No! – i jesteśmy w domu. Do ogromnej kolekcji agencji i instytutów dochodzi kolejny. Ileż to

już my mamy instytucji zajmujących się problemem reformy systemu ochrony zdrowia, ileż katedr i zakładów zarządzania w ochronie zdrowia, ileż uczelni, samorządów i stowarzyszeń? Teraz reformą „służby zdrowia” zajmą się prokuratorzy. To jest tzw. etatystyczny pomysł na rozwiązywanie problemów społecznych. Zamiast

prawidłowo zdiagnozować problem w ramach istniejących i dobrze umocowanych instytucji władzy publicznej i zaproponować zmiany, powołuje się kolejne instytucje, które mają za zadanie zdiagnozować problem i zaproponować zmiany. I tak w koło Macieju.

Cóż możemy na to poradzić? Pewnie niewiele. Choć w samej idei takiego instytutu nie ma nic złego, to wszystko zależy od tego, czy instytut ten wyda społecznie wartościowy dorobek i czy ten dorobek będzie zdolna spożytkować szeroko rozumiana władza, czy tylko uzupełni sieć Samodzielnych Działów ds. Błędów Medycznych, utworzonych na mocy rozporządzenia z 7 kwietnia 2016 r. ministra sprawiedliwości, w prokuraturach regionalnych. Tymczasem jestem z lekka pesymistycznie nastawiony do rozstrzygnięcia dylematu postawionego w pytaniu. Pamiętam bowiem jakość dyskusji przy nowelizacji przepisów kodeksu karnego, dotyczących nieumyślnego doprowadzenia do rozstroju zdrowia lub śmierci. Zrównywanie odpowiedzialności w prawie za czyny pospolitych przestępców i fachowych pracowników ochrony zdrowia, tym samym często zrównanie czynów popełnionych w złej i dobrej wierze, dokonywało się przy braku woli dialogu. To bardzo oddala nas od możliwości dyskusji o systemie no-fault, stosowanym z powodzeniem w wielu cywilizowanych krajach – ale to temat na inne rozważania. ■

**Teraz reformą „służby zdrowia”
zajmą się prokuratorzy.
To jest tzw. etatystyczny pomysł
na rozwiązywanie problemów
społecznych.**

CZTERY LATA ZA NAMI

Kadencja nieprzewidzianych okoliczności

Kiedy w 2018 r. samorząd lekarski wchodził w nową kadencję, nikt nie przypuszczał, w jakich warunkach przyjdzie pracować w nadchodzących latach. Jaki był ten czas z perspektywy komisji i zespołów działających w strukturach Naczelnej Rady Lekarskiej? Jak w ocenie ich przewodniczących, których przywołujemy na łamach według kolejności alfabetycznej, przebiegała dobiegająca właśnie końca VIII kadencja?

Lucyna Krysiak dziennikarz



Michał Balsa
przewodniczący Komisji
ds. Młodych Lekarzy NRL
oraz Komisji Stypendialnej NRL

Mijająca kadencja samorządu była jedyna w swoim rodzaju. Wystarczyłoby powiedzieć, że działania podejmowane przez nas w tym okresie były naznaczone przez pandemię COVID-19. Paradoksalnie jednak to właśnie pandemia obnażyła wszelkie braki w funkcjonowaniu

polskiej ochrony zdrowia i uświadomiła nam, ile pracy jest jeszcze do wykonania w tym zakresie – zarówno ze strony rządzących, jak i samorządu. To był czas szczególny, kiedy oczy całego świata i lokalnych społeczności były skierowane na medyków pracujących często w ekstremalnych warunkach i pod presją. Takiej możliwości, aby pokazać od tej strony ich zaangażowanie w wykonywaną pracę i postawę, już nie będzie. Nie udało się natomiast w pełni wpłynąć na rządzących, by podjęli dialog ze środowiskiem lekarskim. Ministerstwo

Zdrowia od wielu tygodni przypomina obłożoną twierdzę, a jej władarz mieni się ekspertem w każdej dziedzinie medycyny. Pomimo początkowej chęci współpracy na początku kadencji z czasem przekonywaliśmy się, że dla resortu zdrowia liczy się tylko własna koncepcja rozwiązywania problemów. Widać to choćby w odniesieniu do wydawania zgody na dopuszczanie do pracy medyków z zagranicy bez weryfikacji zawodowych czy bycie głuchym na wadliwy system szkolenia specjalizacyjnego. ■



Andrzej Cisto
wiceprezes NRL,
przewodniczący Komisji
Stomatologicznej NRL

To, z czego zapamiętamy mijającą kadencję, to niefort polegający na zbiegu faz wykonawczych przynajmniej kilku dużych reform. Zaczęło się od RODO i związanych z tym zmian, w wyniku których gabinet stomatologiczny stał się administratorem danych osobowych pacjentów, dalej od wejścia w życie rozporządzenia UE w sprawie rtęci czy dokonanej w dwóch odstępach reformy cyfryzacji opieki zdrowotnej. Ale to nie wszystko: weszło w życie nowe prawo atomowe i związane z tym obowiązki, zapowiadana

od lat zmiana dokumentowania utylizacji odpadów i niedopracowana Baza Danych o Odpadach.

To wszystko wymuszało na lekarzach dentystach zmierzanie się z nowymi przepisami, obowiązkami i obciążeniami, a na nas spadło sporządzanie wyjaśnień, in-

**Na nas spadło
sporządzanie wyjaśnień,
instrukcji, negocjowanie
racjonalnego poziomu
wymagań.**

strukcji, negocjowanie racjonalnego poziomu wymagań. Równolegle przez cały ten czas byliśmy zmuszeni konfrontować się z zaniżonymi wycenami świadczeń

w stomatologii i koniecznością podejmowania prób reagowania na tego rodzaju działania rządzących. Na to wszystko nałożyła się pandemia COVID-19, problemy wokół importu lekarzy z zagranicy i próby wprowadzenia przepisów likwidujących staż podyplomowy, ale daliśmy radę. Oczywiście nie ma co pisać sobie hymnów pochwalnych, ale poszukać przyczyn, dlaczego nie wszystko, co zaplanowaliśmy, udało się zrealizować. Myślę, że oprócz wymiernego „urobku”, o którym będzie traktowało 7-stronicowe sprawozdanie, sukcesem tej kadencji jest, że po tych czterech latach będzie można zdiagnozować, gdzie tkwią przeszkody i co należałoby zrobić w przyszłości, aby ich uniknąć w osiągnięciu zamierzonych celów. ■



Jerzy Gryko
przewodniczący Zespołu
ds. Praktyk Prywatnych NRL

Ta kadencja była dla nas poligonem doświadczalnym, jak pracować w warunkach online. Działalność naszego zespołu, który liczy pięć osób, opierała się dotąd na bezpośrednich spotkaniach. Siadaliśmy do dyskusji w danej sprawie i nie kończyliśmy, dopóki nie wypracowaliśmy własnego stanowiska. Praca online polegała na tym, że jeden z członków

zespołu przygotował projekt roboczy i rozsyłał do pozostałych, a na podstawie przesłanych zwrotnych uwag trudno było stworzyć wspólny punkt widzenia i wiele z tych tematów umierało śmiercią naturalną. Najbardziej zależało nam na rozwiązaniu problemu z przechowywaniem dokumentacji po lekarzach, którzy zaprzestają działalności. Wprawdzie zgodnie z prawem, po zmarłych lekarzach zajmuje się tym organ rejestrujący praktyki lekarskie i grupowe, a później izba lekarska je archiwizuje i użycza na potrzeby innych organów, jednak nie przewidziano sytuacji, kiedy lekarz

kończy aktywność zawodową (a takich lekarzy jest wielu), ma w posiadaniu dosłownie pudła dokumentacji medycznej i nie wie, co z nimi zrobić. Zgodnie z obowiązującymi przepisami sam ma znaleźć takie miejsce, ponieść z tego tytułu koszty, a adres przekazać do swojej izby lekarskiej. Ubolewam nad tym, że naszemu zespołowi nie udało się online wypracować projektu, który rozwiązałby ten problem. To tylko jeden z przykładów. Wciąż wierzę w powrót do normalności i sprawdzonych form działania opartych na bezpośrednich kontaktach i konstruktywnej dyskusji. ■



Dariusz Hankiewicz
przewodniczący Komisji
Finansowo-Budżetowej NRL

Największym osiągnięciem dotyczącym tego, co udało się zrobić naszej komisji w tej kadencji, jest sfinalizowanie bardzo korzystnego zakupu dwóch lokali przylegających do siedziby Naczelnej Izby Lekarskiej, pozwalających w znaczący sposób powiększyć jej powierzchnię. Udało się wspólnie z Prezydium NRL wynegocjować kwotę niewiele ponad 9 tys. zł za metr kwadratowy, co w dzisiejszych czasach, kiedy ceny nieruchomości wzrastają, a w Warszawie osiągają w naszej lokalizacji nawet 14 tys. zł i więcej za metr

kwadratowy, jest ogromnym sukcesem. Realizacja tego przedsięwzięcia pozwala w lepszych warunkach pracować komisjom, zespołom i ośrodkom działającym

Realizacja tego przedsięwzięcia pozwala w lepszych warunkach pracować komisjom, zespołom i ośrodkom działającym przy NRL.

przy Naczelnej Radzie Lekarskiej. Szczególnie chodzi tu o siedziby Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Naczelnego Sądu Lekarskiego, a także Ośrodka Doskonalenia Zawodowego NIL.

W zawiązku z różnymi wątpliwościami i niejasnościami, a także różnym sposobem rozliczeń w okręgowych izbach lekarskich, podjęliśmy także wyzwanie przeszkolenia ich skarbników i głównych księgowych. Szkolenia miały odbywać się dwa razy do roku w Warszawie w siedzibie NIL, ale z uwagi na pandemię COVID-19 nie mogliśmy ich po dwóch latach kontynuować. Zakres tych szkoleń obejmował ujednolicenie systemu organizacyjnego i finansowego w samych izbach, ale i ułatwienie przepływu środków finansowych między okręgowymi izbami a NIL. Co ważne, prowadzili je księgowi z certyfikatami zajmujący się w praktyce rozliczaniem w izbach lekarskich, a nie urzędnicy skarbowi. ■



Mariusz Janikowski
przewodniczący Komisji
ds. Egzaminów Lekarskich NRL

Członkiem tej komisji jestem od kilku kadencji, a od dwóch pełnię funkcję jej przewodniczącego. Kiedyś komisja organizowała zazwyczaj około 10 egzaminów w roku, z czasem chętnych obcokrajowców do zdawania egzaminów z języka polskiego medycznego zaczęło systematycznie przybywać. Przystępują do nich lekarze z całego świata, ale głównie

obywatele Ukrainy i Białorusi. Ten wzrost ich zainteresowania pracą w Polsce sprawił, że na początku kadencji sesje egzaminacyjne organizowaliśmy raz w tygodniu. Kiedy w 2020 r. zawitał do nas COVID-19, z uwagi na obostrzenia zawiesiliśmy egzaminy na dwa miesiące (zaledwie). Tę przerwę niestety przyszło nam odrobić – od tego czasu egzaminy organizowane są praktycznie dwa razy w tygodniu, a w minionym roku, chcąc zlikwidować kolejkę i nie wydłużać okresu oczekiwania, przez dwa tygodnie egzaminy przeprowadzaliśmy codziennie. Pandemia jednak wpłynęła na sposób planowania egzaminów – ograniczyliśmy skład komisji do czterech

osób, jak również liczbę dopuszczanych w danym dniu do egzaminu, ale nie przerwaliśmy ciągłości naszych działań, aby umożliwić lekarzom obcokrajowcom kontynuowanie kariery zawodowej w naszym kraju. Kontrowersje wzbudziły niewątpliwie zapisy ustawy zezwalające lekarzom, którzy uzyskali kwalifikacje zawodowe poza terytorium UE, na otrzymanie w Polsce warunkowego prawa wykonywania zawodu, bez konieczności zdawania egzaminu z języka polskiego. Cieszy nas, że ci lekarze coraz częściej pojawiają się na naszych egzaminach, pragnąc tym samym uzyskać je na normalnych zasadach, choć ich wyniki są różne. ■



Janusz Kłoczko
przewodniczący Komisji
Kształcenia Medycznego
NRL

Bieżącą kadencję uważam za wyjątkowo trudną. Sprawy związane z pandemią COVID-19, jak również brak zrozumienia i nieoczekiwane działania Ministerstwa Zdrowia, w znacznej mierze utrudniły bądź nawet uniemożliwiły realizację szeregu zadań związanych bezpośrednio lub pośrednio ze szkoleniem podyplomowym lekarzy. Przez cały okres obecnej kadencji ciągną

się prace nad modyfikacją programów specjalizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych oraz wprowadzeniem umiejętności. W opinii komisji nowe poglądy powinny kłaść większy nacisk na umiejętności praktyczne, należy też urealnić wymagania odnośnie obowiązkowych procedur, koncentrując się na tych, które są faktycznie istotne dla pracy w konkretnej specjalności.

Z nowymi programami specjalizacji wiąże się również wprowadzenie zmian odnośnie wymagań akredytacyjnych dla podmiotów prowadzących szkolenie akredytacyjne. Do sukcesów należy zaliczyć uaktualnienie punktacji za szkolenie podyplomowe

lekarzy i lekarzy dentystów oraz zapowiedziane przez MZ wdrożenie nowej, sprawniejszej i bardziej przyjaznej dla użytkowników wersji Systemu Monitorowania Kształcenia (SMK) – kluczowego narzędzia w procesie obsługi kształcenia podyplomowego lekarzy. Do licznych niepowodzeń zalicza się brak powiązania prowadzenia specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów z kontraktowaniem świadczeń przez NFZ, nierozwiązana do końca sprawa wynagrodzenia kierowników specjalizacji, kwestie publikacji pytań testowych czy też projekt likwidacji stażu podyplomowego wbrew opinii komisji i znaczącej większości ankietowanych lekarzy. ■



Kazimierz Kłodziński
przewodniczący Komisji
ds. Lekarzy Emerytów
i Rencistów NRL

Obecna kadencja dzieli się na dwie części – sprzed i w czasie trwania pandemii COVID-19. W tym pierwszym okresie komisja zorganizowała i zrealizowała ogromny program szkoleń dla lekarzy seniorów dotyczący wdrożenia projektu e-recepty. Dzięki zaangażowaniu okręgowych izb lekarskich

oraz instruktorów z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CISIOZ) udało się przeszkolić w tym zakresie tysiące lekarzy seniorów z całego kraju i zakończyć szkolenia przed pandemią. E-recepty stanowiły dla lekarzy starszego pokolenia wyzwanie, obawiali się oni, że trudno im będzie oprowadzić nowy system ich wystawiania. Osiem ekip szkoleniowych, w których skład wchodziło 2-3 trenerów, jeździło więc od izby do izby i prowadziło zajęcia. Każda przeszkolona osoba otrzymała też pendrive z nagraniem instruktażem, aby w razie potrzeby mogła

z niego skorzystać. Za sukces poczytujemy sobie także wynegocjowanie z Ministerstwem Zdrowia pozostawienie najstarszym seniorom możliwości wystawiania recept pro auctore, co pozwoliło im odnaleźć się w trudnej, pandemicznej rzeczywistości. Ze względu na dystans społeczny obowiązujący w czasie pandemii działalność komisji w drugiej części kadencji koncentrowała się na pomocy dla Domu Lekarza Seniora w Warszawie w postaci zakupu środków ochrony, higieny osobistej i drobnych podarunków dla jego podopiecznych. ■



Tomasz Romańczyk
przewodniczący Komisji
Legislacyjnej NRL

Początek kadencji zwiastował kontynuację działań komisji w duchu podobnym do poprzednich. Wybuch pandemii COVID-19 spowodował jednak zaniechanie koncepcyjnych prac prowadzonych wcześniej, które siłą rzeczy musiały ustąpić wyzwaniom chwili i w poprzednim kształcie praktycznie

zostały zawieszone. Komisja została utworzona jako ciało doradcze NRL i realizowane zadania wynikały ze zleceń Prezydium NRL. Niestety, od początku pandemii nie było czasu i możliwości działań koncepcyjnych, NRL musiała działać szybko, często nieszablono z pominięciem procedury przesyłania zadań do komisji. W ciągu ostatnich dwóch lat członkowie komisji wspierali opiniami Prezydium NRL jedynie w niewątpliwych sytuacjach, takich jak np. interpretacja zapisów dotyczących zespołu realizującego tzw. krótkie znieczulenia czy reakcji na tymczasowe regulacje prawne

wynikające z zagrożenia epidemicznego. Pandemia i protesty lekarzy oraz niezadowolone ze złego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, a także zaskakujące i często wymagające natychmiastowej reakcji posunięcia MZ, przesunęły ciężar prac w tym obszarze na Prezydium NRL. Wiele podjętych tam decyzji było reakcją na dynamicznie zmieniającą się sytuację związaną z pandemią COVID-19, wprowadzanie przez resort zdrowia nowych przepisów i obostrzeń. Komisja wspierała swoimi uwagami NRL i w takim zakresie sprawdzała się jako kompetentne ciało doradcze. ■



Jacek Tętnowski
przewodniczący Komisji
Sportu i Rekreacji NRL

Przez pandemię COVID-19 dwa lata były dla sportu i rekreacji praktycznie martwe. Sport to taka dziedzina życia, której nie da się uprawiać online. Lekarze potrzebują aktywności fizycznej i imprez, które dają możliwość nawiązywania bezpośrednich kontaktów, znajomości, przyjaźni

pozwalających odreagować stres związany z wykonywanym zawodem i dla nich to szczególnie bolesne.

Warto wspomnieć, że lekarze uprawiający sport w poszczególnych konkurencjach są ze sobą związani, wspólnie organizują wyjazdy na zawody, razem świętują,

dzieli się wrażeniami, co sprzyja szeroko rozumianej integracji. Wciąż mamy jednak nadzieję na powrót do normalności, kalendarz imprez na ten rok jest wypełniony, zaplanowaliśmy ich ponad 70 i liczymy, że uda nam się je zrealizować. Lekarze są

złaknieni kontaktu, a poszczególne izby chętnie zgłaszają swoje inicjatywy w tym zakresie. A warto wspomnieć, że mamy do czynienia z kilkoma tysiącami lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy biorą czynny udział w zawodach sportowych i odnoszą

znaczące sukcesy. Niektóre konkurencje są na bardzo wysokim poziomie, co przekłada się na medale zdobywane na światowych igrzyskach. Chodzi jednak o to, aby nie tylko się usprawniać, ale też dobrze się bawić. ■



Jarosław Wanecki
przewodniczący
Komisji Kultury NRL

Praca komisji w dobie pandemii była skazana na niepowodzenie. Myślę, że bez trudności dałoby się usprawiedliwić braki w realizacji kalendarza wydarzeń. Postanowiliśmy jednak nie poddawać się, głównie poprzez zmiany terminów spotkań. Elastyczność, bazująca na prognozowaniu

kolejnych fal zakażeń, pozwoliła na realizację projektów fotograficznych, malarских i ceramicznych, warsztatów i wystaw w dotychczas przyjętej formule. Cudem organizacyjnym i sukcesem artystycznym okazały się koncerty z przeglądem zespołów rockowych w Olsztynie oraz podwójna gala konkursu literackiego „Przychodzi wena do lekarza” w Krakowie. Z wielkim żalem oddalaliśmy koncert chórów lekarskich w Opolu. Głównie z powodu liczącej ponad 200 osób grupy, która miała wspólnie zaśpiewać na scenie. Takiego ryzyka

nie mogliśmy podjąć, stąd pomysł ekranizacji pracy zespołów muzycznych, opłaconej ze środków NRL. Efekt promocyjny tej wielkiej ekranizacji okazał się fenomenalny. Klipy dostępne na YouTube wciąż cieszą się popularnością, a ich emisja miała mieć także miejsce podczas, odwołanej niestety, jubileuszowej gali z okazji 100-lecia izb lekarskich w telewizji Polsat. Komisja Kultury wykorzystała środki zarezerwowane na jej działalność oraz pomogła w wydaniu „Zeszytu Historycznego”. Nie spoczęliśmy więc na laurach. ■



Magda Wiśniewska
przewodnicząca Konwentu
Prezesów ORL

To była trudna kadencja. Z powodu pandemii musieliśmy nauczyć się funkcjonować w życiu zawodowym i samorządowym na nowo, w pracy hybrydowej. Pomimo tego udało się nam jako Konwentowi Prezesów ORL zrealizować kilka ciekawych inicjatyw lub w nich uczestniczyć. Za niewątpliwą plus z okresu przed pandemią uznaję szczęśliwe zakończenie procesu

informatyzacji okręgowych izb lekarskich, czyli przerwanie współpracy z firmą Confido oraz modyfikację systemu informatycznego izb i Centralnego Rejestru Lekarzy na bazie dotychczasowego programu FINN.

W okresie epidemii SARS-CoV-2 najważniejszymi problemami były kwestie związane z zabezpieczeniem lekarzy w środki PPE oraz organizacja pracy zespołów medycznych. Poprzez naciski na wojewodów udało się nam odejść od przymusowych powołań do pracy przy zwalczaniu epidemii na rzecz dobrowolnych zgłoszeń. Sukcesem był również zakup i sprowadzenie do kraju środków PPE zakupionych w Chinach z pieniędzy

przekazanych przez panią Dominikę Kulczyk. Konwent przez całą kadencję praktycznie na bieżąco reagował medialnie na problemy związane z nowo wprowadzanymi regulacjami prawnymi, w tym te związane z tzw. warunkowym prawem wykonywania zawodu dla lekarzy spoza UE, nauką medycyny w szkołach zawodowych czy zwalczaniem hejtu skierowanego przeciw lekarzom. Konwent także aktywnie wspierał akcje protestacyjne prowadzone przez medyków, szczególnie Białe Miasteczko w Warszawie. Ale głównym pozytywem tej kadencji było znaczące zacieśnienie współpracy w Naczelnej Izbie Lekarskiej ze wszystkimi izbami okręgowymi. ■



Andrzej Wojnar
przewodniczący Komisji
Etyki Lekarskiej NRL

Początek kadencji to była skrupulatna realizacja planu działania Komisji Etyki Lekarskiej, Zespołu ds. analizy przepisów KEL i Kapituły Meritusa, którymi kierowałem w tej kadencji. Po długich dyskusjach opracowaliśmy komentarze do dziewięciu artykułów KEL, które miały być jednym z punktów obrad

wiosennego KZL w 2020 r. Kapituła przyznała też 20 odznaczeń „Meritus pro Medicis”, które zostały wręczone podczas uroczystości jubileuszu 30-lecia izb lekarskich. Niestety, potem przyjechał nieproszony gość z Wuhan i wszystko się wywróciło. Zjazd się nie odbył, a my uczyliśmy się funkcjonować w trybie online. Pandemia wystrzyła wiele problemów związanych z prawidłowym pozycjonowaniem lekarza w tej nowej sytuacji. Cieszę się jednak, że ugruntował się pogląd o nienaruszalności zapisów KEL, i o jego uaktualnianiu i uzupełnianiu

w postaci komentarzy. Moim zdaniem ta mała niebieska książeczka zawiera wszystko, z czym lekarz może się zetknąć w swojej praktyce, a nowe sytuacje zostaną ujęte w wydawanych co kilka lat komentarzach. Żałuję, że pandemia uniemożliwiła nam rozpoczęcie tego procesu aktualizacji. Warto wspomnieć o ludziach, z którymi współpracowałem, wspaniałych humanistach o szerokich horyzontach, wrażliwych na medyczne niedole, konsensualnych w dyskusji przy zachowaniu zdecydowanych, czasem różniących się poglądów. ■

Jak grać w tej orkiestrze?

„Zeszyt Historyczny – 100 pytań na stulecie samorządu lekarskiego w Polsce” uznaję za ważny głos w polskiej medycynie humanistycznej, za świadectwo dokonującego się w niej zwrotu komunikacyjnego i zapowiedź nowego w środowiskach medycznych. Czy znajdzie się w niej także miejsce dla nieznanej u nas medycyny narracyjnej, która narodziła się na Uniwersytecie Columbia w Nowym Jorku, i która dynamicznie rozwija się w obu Amerykach, Australii oraz Skandynawii?

Prof. dr hab. **Aleksander Woźny**, kierownik Zakładu Medioznawstwa, Instytut Dziennikarstwa i Komunikacji Społecznej, Wydział Filologiczny, Uniwersytet Wrocławski

Raport 100 głosów ujawnia aksjologie, których brakuje w publicznych wystąpieniach. Tak jest choćby z refleksją dr Zyty Kaźmierczak-Zagórskiej, która na pytanie: czy lepiej, żeby lekarz był profesjonalistą czy raczej osobą empatyczną, odpowiada, że wzorem jest postawa lekarza leczącego całościowo, zarówno ciało, jak i ducha pacjenta.

Są w nim głosy, które idą pod prąd, opinie wprowadzające ferment pośród wygodnych „prawd”. Taki status mają choćby postulaty doktorów Pawła Wróblewskiego i Artura Płachty, dotyczące nowoczesnego zarządzania opieką zdrowotną, czy konkluzja, żeby sztywne hierarchie i nieograniczoną władzę w klinikach i przychodniach odesłać do lamusa. A także prowokacyjnie wyciągana z lamusa „służba zdrowia”, której prof. Andrzej Matyja chce nadać znaczenie na miarę XXI w. i uczynić naszą „służbą zdrowiu”.

Widać, jak zmienia się oczekiwany model komunikacji, postulowany także przez pielęgniarki. Zofia Małas, kładąc nacisk na współpracę i zaufanie pomiędzy członkami zespołów terapeutycznych, podważa obowiązujący stereotyp lekarza-szefa i pielęgniarki-pracownicy. Wykazuje, że lekarze wyżej pozycjonują zawód pielęgniarki niż one same i wzywa do wspólnych szkoleń.

Temat komunikacyjnych blokad powraca, bo – jak wykazuje dr Magda Wiśniewska – lekarze nie potrafią rozmawiać z pacjentami, być odbiorcami ich głosów, przypisując tylko sobie role nadawców. Wszak – nie bez sarkazmu zauważa inicjator raportu, dr Jarosław Wanecki – o ile wygodniej jest pytać innych, zwłaszcza pacjentów, i wygłaszać własne poglądy w każdej sprawie.

Przywołuję raz jeszcze medycynę narracyjną jako lekarstwo na wymienione niedostatki i blokady. Włączana na Zachodzie coraz częściej do praktyki klinicznej uczy ona nastawienia na pacjenta,

podążania za jego opowieścią, stopniowego przyswajania tego, co w jego cierpieniu ważne. Taki jest przecież najgłębszy sens anamnezy. Chodzi o to, by zrozumieć problem osoby chorej, by pokazać, że lekarz chce się zaangażować w jego wspólne rozwiązanie. To jeden z najważniejszych sposobów pozyskiwania zaufania ze strony pacjenta i umacniania autentycznego, a nie fasadowego autorytetu lekarza.

Warsztaty on-line, prowadzone w czasie najbardziej dramatycznych wydarzeń we Włoszech na początku pandemii, wykazały, że medycyna narracyjna może być także najskuteczniejszą formą autoterapii. Pomaga w docieraniu do nieznanego wcześniej aspektów własnej osobowości i staje się, także dla lekarzy i pielęgniarek, czymś w rodzaju *katharsis*, pomaga w uzdrawianiu traumy, w przezwyciężaniu tak powszechnego od dwóch lat poczucia wypalenia. ■



Pełna wersja na
www.gazetalekarska.pl

List do redakcji „Zeszytu Historycznego”

Szanowni Państwo,

chciałbym zwrócić uwagę na fakt, że pytanie konkursowe „Quo vadis medicae?” jest, o ile ma być w języku łacińskim, niepoprawne gramatycznie. Co więcej, poprawna forma daje się zrekonstruować na dwa sposoby, które różnią się dość istotnie znaczeniem.

Jeśli w zamierzeniu Autorów pytanie miało oznaczać „Dokąd zmierzasz, lekarzu?”, powinno było zostać zapisane „Quo vadis, medice?” (przy stosowaniu tradycyjnej polskiej lekcji łaciny nie byłoby różnicy w wymowie, co może stanowić przyczynę błędu).

Gdyby jednak przyjąć, że forma „medicae” jest zamierzona i poprawna, a błąd wystąpił w koniugacji orzeczenia – wówczas właściwą postacią zdania byłoby „Quo vaditis, medicae?”, co znaczy „Dokąd zmierzacie, lekarki?”.

O ile pierwszy wariant jest neutralny płciowo, i choć forma jest gramatycznie męska, nie należy takiego pytania rozumieć jako skierowanego wyłącznie do mężczyzn, drugi jest pod tym względem nacechowany i dotyczy wyłącznie kobiet – analogicznie zresztą jak w języku polskim.

W związku z powyższym wydaje mi się, że pytanie konkursowe należy ogłosić raz jeszcze w formie bezbłędnej, żeby jasna była intencja Autorów – w szczególności, czy nie jest oczekiwana wypowiedź ginekocentryczna czy feministyczna (cf. odpowiedź na pytanie 24), na co by wskazywało przyjęcie, że błąd leży w koniugacji, a nie deklinacji.

Jeśli sam popełniłem gdzieś błąd w powyższym zgłoszeniu czy też przeoczyłem jakąś okoliczność – będę bardzo wdzięczny za wskazanie mojego niedopatrzenia. ■

*Z wyrazami szacunku, lekarz z Wrocławia
(imię i nazwisko do wiadomości redakcji)*

OD REDAKCJI

Szanowny Panie Doktorze! PT Czytelnicy!

Popękanie błędów jest sprawą wstydliwą, ale przecież ludzką. Dziękując za korektę, poprawiamy pytanie konkursowe, ciesząc się jednocześnie z żywej reakcji odbiorców. Poza listem z Wrocławia otrzymaliśmy sprostowanie dat pracy naczelnych rzeczników odpowiedzialności zawodowej, nadesłane przez prof. Krystynę Rowecką-Trzebicką. Odpowiednie zmiany wprowadzone zostały do internetowego wydania „ZH”.

Podczas obrad Rady Programowej „Gazety Lekarskiej” omawialiśmy ponadto uwagi zgłoszone ustnie, a dotyczące klucza doboru osób odpowiadających na pytania. Wyjaśniam, że lista autorów powstawała przez wiele tygodni, dyskutowana była na forum redakcji i władz NIL. Z założenia chcieliśmy, aby autorzy reprezentowali szerokie spektrum poglądów, w tym również kontrowersyjnych, zmuszających do emocji i riposty.

Mam nadzieję, że konkursowe pytanie nr 101 stwarza szansę na wypowiedź tych z Państwa, którzy poczuli się urażeni brakiem zaproszenia do publikacji Ośrodka Historycznego NIL. Odpowiedzi chętnie opublikujemy w internecie, a najbardziej inspirujące wydrukujemy w następnych numerach „Gazety Lekarskiej”.

Jarosław Wanecki, redaktor naczelny „Zeszytu Historycznego”

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Zjazdy w okręgach

Okręgowe izby lekarskie przygotowują się do organizacji sprawozdawczo-wyborczych zjazdów, kończących obecną kadencję samorządu lekarskiego w okręgach. Podczas tegorocznych OZL będą więc odbywać się wybory do organów okręgowych izb lekarskich w kadencji na lata 2022-2026, ponadto w czasie zjazdów zostaną wybrani delegaci na krajowy zjazd lekarzy (najbliższy odbędzie się w maju br.,

wówczas zostaną wyłonione nowe władze Naczelnej Izby Lekarskiej).

I tak, np. w Wojewódzkiej Izbie Lekarskiej OZL odbędzie się w dniach 18-19 marca. Część izb, w tym m.in. Bydgoska Izba Lekarska, Lubelska Izba Lekarska czy OIL w Tarnowie, zaplanowały swoje zjazdy na 26 marca. Z kolei np. delegaci OIL w Warszawie i OIL w Łodzi spotkają się na zjeździe na początku kwietnia. ■

Poznań walczy o publiczną stomatologię



8 lutego w siedzibie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej odbyła się konferencja w sprawie wyceny świadczeń stomatologicznych. Podczas spotkania z mediami przedstawiciele WIL alarmowali, że wycena punktacji w katalogu świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych pozostaje niezmienną od 13 lat. Podkreślali, że stawki wypłacane lekarzom dentystom w ramach kontraktów z NFZ nie przystają do rzeczywistości, co skutkuje rezygnacją z kontraktów kolejnych praktyk stomatologicznych, a co za tym idzie, ograniczeniem dostępu do publicznej opieki zdrowotnej dla pacjentów. Poinformowali także, że

rozmawiają z przedstawicielami NFZ na temat urealnienia wyceny świadczeń stomatologicznych.

– W tym momencie mamy sytuację taką, że lekarze dentyści do swoich usług dopłacają – mówił wiceprezes ORL WIL Jacek Zabielski, lekarz dentysta. – Nam chodzi o dobro pacjentów, żeby mogli oni bezpiecznie przyjść do gabinetu, nie płacąc setek złotych za każdą usługę – podkreślała z kolei lekarka dentystka Anna Trajkowska, członkini Komisji Stomatologicznej WIL.

Wideozrelacja z konferencji jest dostępna na profilu WIL na Facebooku oraz na stronie internetowej izby. ■

Zwiększony zakres pomocy prawnej

Dolnośląska Izba Lekarska rozszerzyła zakres nieodpłatnego poradnictwa prawnego o obszary związane z: prowadzeniem działalności gospodarczej, prawem administracyjnym (oprócz prawa podatkowego), prawem cywilnym, prawem pracy, prawem karnym, prawem rodzinnym. Z usługi mogą korzystać lekarze i lekarze dentyści zrzeszeni w tej izbie. Porady są udzielane w piątki (w siedzibie DIL lub telefonicznie).

Przypominamy, że Dolnośląska Izba Lekarska pod koniec ubiegłego roku uruchomiła wsparcie dla lekarzy, którzy padli ofiarą hejtu. Szczegółowe informacje są dostępne na stronie internetowej DIL. ■

Nowa siedziba

Słupska delegatura OIL w Gdańsku działa już w nowej lokalizacji, przy ul. Jodłowej 55 w Słupsku. Nieruchomość została kupiona w 2019 r., a w 2021 r. rozpoczął się remont budynku. Pod koniec ub.r. odbyło się oficjalne otwarcie. – Wybór nowej siedziby był podyktowany jej dostępnością komunikacyjną, lokalizacją w pobliżu największego szpitala w Słupsku i dostosowaniem lokalowym do naszych potrzeb – tłumaczy przewodniczący słupskiej delegatury Konrad Kiersnowski na łamach lutowego „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego”. ■

Apel do niezaszczepionych medyków

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach pod koniec stycznia wystosowało apel do niezaszczepionych lekarzy i lekarzy dentyistów w sprawie szczepień przeciwko COVID-19. „Jedynym obecnie uznanym za skuteczny sposób ograniczenia rozprzestrzeniania się pandemii COVID-19 jest szczepienie. Podkreślają ten fakt uznane na świecie autorytety. Czy ktokolwiek odważy się podważyć ich opinie? Brak dbałości o swoje zdrowie można rozpatrywać w kategorii lekkomyślności, świadome narażanie na niebezpieczeństwo zachorowania bliskich, pacjentów, współpracowników, wszystkich wokół zaprzeczają etosowi lekarza, lekarza dentyisty. Apelujemy – bądźmy odpowiedzialni. Apelujemy – szczepmy się” – napisali autorzy apelu.

Pomoc dla lekarza z Kabulu



Śląska Izba Lekarska dołączyła do pomocy udzielanej przez samorząd lekarski dla lekarza z Afganistanu o polskich korzeniach. Fundacja Pro Medico prowadzi zbiórkę pieniędzy na kurs językowy dla Meliada, uchodźcy z Kabulu, który chciałby rozpocząć pracę w polskim szpitalu.

Meliad ma żonę i dwoje małych dzieci. Informuje, że zostali ewakuowani w ostatniej chwili, gdy talibowie zagrozili jego rodzinie śmiercią. Mówi także, że jego tata, lekarz chirurg, dotarł tylko

do bramy lotniska, tam jednak został zatrzymany przez talibów, pobito go i nie pozwolono mu wyjechać z kraju. Żona Meliada jest pielęgniarką i studiuje położnictwo. Tłumaczy, że wraz z mężem i resztą rodziny musieli uciekać z Kabulu do Polski, gdyż talibowie uznali, że są niewierni, ponieważ babcia jej męża jest narodowości polskiej.

Dane do wpłaty: Fundacja Pro Medico, nr rachunku bankowego: 93 1050 1214 1000 0007 0270 8629 (z dopiskiem „dla lekarza Meliada”). ■

Piąte spotkanie medyków z historią

„Spotkania medyków z historią” na trwałe wpisały się do kalendarza wydarzeń Ośrodka Historii Warmińsko-Mazurskiej Medycyny działającego przy Warmińsko-Mazurskiej Izbie Lekarskiej. Jubileuszowa, piąta edycja tego wydarzenia odbyła się pod koniec listopada 2021 r. i poświęcona została twórcom medycyny w powiatach Warmii i Mazur. Spotkanie wpisywało się także w jubileusz 100-lecia powstania izb lekarskich w Polsce. Wszyscy uczestnicy spotkania otrzymali pamiątkowe medale.

Konferencja przebiegała w dwóch sesjach. Pierwszą z nich rozpoczął wykład dr. Jana Zygmunta Trusewicza, podczas którego przewodniczący Ośrodka Historii Warmińsko-Mazurskiej Medycyny

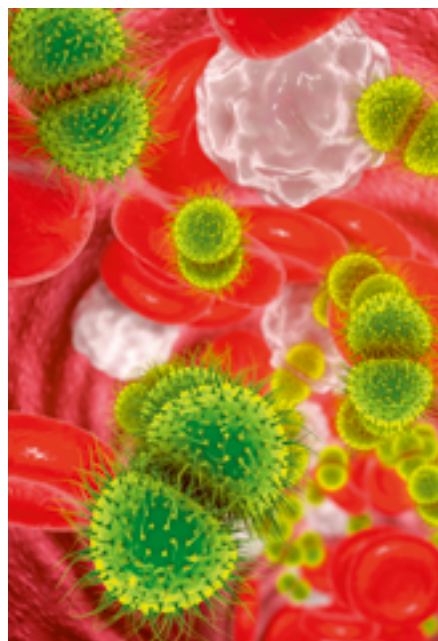
nawiązał do historii powstania i rozwoju samorządności lekarzy. Przypomniawszy także, że od kilku lat ośrodek, którym kieruje, realizuje projekt „Archiwum Lekarzy Warmii i Mazur – Historia głosem pisana”. W ramach tej działalności gromadzone są relacje lekarzy, którzy są świadkami i twórcami medycyny olsztyńskiej XX w. Na podstawie już zrealizowanych materiałów powstał film, który przedstawia atmosferę tamtych lat.

Drugą część konferencji wypełniły wystąpienia historyków i prezentacje lekarzy dotyczące historii medycyny Warmii i Mazur. O szczegółach tych wystąpień można przeczytać w relacji z tego wydarzenia autorstwa dra Zygmunta Trusewicza na www.gazetalekarska.pl. ■

Laury Śląskiej Laryngologii dla samorządowców

Wieloletni działacze samorządu lekarskiego prof. Stanisław Bień (Świętokrzyska Izba Lekarska) i prof. Andrzej Kierzek (Dolnośląska Izba Lekarska), a także prof. Jacek Składzień zostali uhonorowani „Laurami Śląskiej Laryngologii”. To wyróżnienia Oddziału Śląsko-Opolskiego Polskiego Towarzystwa Otorinolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi, które są przyznawane za wyjątkowe zasługi dla rozwoju śląskiej laryngologii. Uroczystość ich wręczenia odbyła się w grudniu. ■

Szczepienia przeciw meningokokom



W Bydgoskiej Izbie Lekarskiej ruszyła kolejna edycja programu „Zaszczep się zdrowym rozsądkiem”, w ramach którego można uzyskać dofinansowanie do szczepień dla dzieci przeciwko meningokokom. Z programu mogą skorzystać rodzice dzieci do lat 4, zrzeczeni w bydgoskiej izbie. Wniosek o refundację przyjmowane są do końca czerwca br. (w siedzibie izby albo listownie). Warunkiem otrzymania refundacji jest dostarczenie oryginału faktury za szczepienie przeciwko meningokokom do końca roku. ■

Liczby nie kłamią

Najwyższa od kilkudziesięciu lat liczba zgonów w Polsce to fakt. Niedawno poznaliśmy dane GUS o przyczynach umieralności w pierwszym półroczu ubiegłego roku. Zagłębiając się w szczegóły, dojdziemy do nieoczywistych wniosków.



2 okresy podwyższonej umieralności

wystąpiły w Polsce w ubiegłym roku (wiosną i jesienią). Z kolei w trakcie I fali pandemii wiosną 2020 r. nie obserwowano wzrostu umieralności, ale jesienią 2020 r. liczba zgonów dramatycznie wzrosła w porównaniu do analogicznego okresu w poprzednich latach.



13% – o tyle zmniejszył się udział chorób układu krążenia i chorób nowotworowych

wśród głównych przyczyn zgonów Polek i Polaków w I półroczu 2021 r. w stosunku do I półrocza 2020 r. łącznie odpowiadały za nieco ponad połowę wszystkich zgonów. GUS wskazuje, że te zmiany są pochodną pandemii.



22% spośród wszystkich zgonów w I półroczu 2021 r. stanowiły te spowodowane COVID-19.

Zdaniem GUS zwiększona umieralność ma niewątpliwie związek z pojawieniem się III fali pandemii. Bezpośrednie ofiary COVID-19 stanowią ok. 90 proc. odnotowanego roku do roku wzrostu umieralności.



O 40% wzrósł współczynnik zgonów wśród osób w wieku 70-79 lat,

kiedy porównuje się dane za I półrocze 2021 r. z tym samym okresem 2020 r. Wśród osób w wieku 80-84 lata wzrósł on do blisko 30 proc. Wzrost natężenia umieralności był powszechny prawie w każdej grupie wiekowej.



86 – o tyle w I półroczu 2021 r. współczynnik zgonów na 100 tys.

ludności z powodu COVID-19 był wyższy dla mężczyzn niż dla kobiet, a dla mieszkańców miast blisko o 89 wyższy niż dla osób z obszarów wiejskich. To oznacza, że w tym okresie pandemia w większym stopniu dotknęła mężczyzn i mieszkańców miast.



1,5 tys. osób zmarło z powodu COVID-19 w I połowie 2020 r.,

co stanowiło niespełna 1 proc. wszystkich zgonów. Dla porównania: w I połowie ubiegłego roku liczba zgonów z powodu koronawirusa zwiększyła się prawie 37-krotnie, osiągając poziom 58 tys. (więcej niż co czwarty zgon w tym okresie spowodowany był COVID-19).



70 tys. – o tyle liczba zgonów w I półroczu 2021 r.

przekroczyła średnioroczną wartość z ostatnich 15 lat (271 tys. do 199 tys.). Natomiast współczynnik zgonów na 100 tys. ludności osiągnął w tym okresie wartość wyższą o ponad 30 w stosunku do pierwszych sześciu miesięcy 2020 r.



270,6 tys. osób zmarło w I półroczu ubiegłego roku.

To wzrost w stosunku do I półrocza 2020 r. aż o ponad 62 tys. Najwyższe natężenie zgonów zanotowano na przełomie marca i kwietnia 2021 r. (ok. 70 proc. więcej niż w analogicznym okresie poprzedniego roku), co zbiegło się z III falą pandemii.



519 tys. osób zmarło w Polsce w 2021 r.

Średnia tygodniowa liczba zgonów wyniosła 10 tys. (rok wcześniej: 9 tys.). W I półroczu 2021 r. odnotowano o 30 proc. więcej zgonów niż rok wcześniej, a w II półroczu umieralność była mniejsza, ale na tle danych z wcześniejszych lat również wysoka.

ANALIZA

Skąd te zgony?



Mariusz Tomczak
dziennikarz

Suma ofiar COVID-19 rośnie, a liczba zgonów nadmiarowych coraz bardziej szokuje. Mnożą się pytania, ilu ludzkich tragedii dało się uniknąć i czy w ogóle było to możliwe? Czasem pada też pytanie, kto zawinił?

Dyskusja o liczbie zgonów w Polsce powraca niczym bumerang. Jest obecna w debacie publicznej od dawna, ale dotychczas zajmowali się nią głównie eksperci. Po pojawieniu się wirusa SARS-CoV-2, gdy Ministerstwo Zdrowia zaczęło codziennie podawać informacje o przegrywających walkę z COVID-19, zatoczyła znacznie szersze kręgi.

Kiedy okazało się, że w 2020 r. (to wtedy została ogłoszona pandemia) w naszym kraju odnotowano najwięcej zgonów od zakończenia II wojny światowej, był szok i niedowierzanie. Wydawało się, że gorzej być nie może. A jednak! W 2021 r. zmarło ok. 519 tys. osób, tj. o kilkadziesiąt tysięcy więcej niż rok wcześniej. Znowu pojawił się lament, że to najgorszy rok od siedmiu dekad, a nagłówki artykułów jeden po drugim krzyczały, że Polska wymiera.

ZA BULGARIĄ I MEKSYKIEM

Kiedy jakiś kraj dzierży palmę pierwszeństwa w liczbie zgonów nadmiarowych, dla jego obywateli to powód do rozpacz. Niestety pod tym względem Polska niepokojąco wysoko plasuje się w międzynarodowych rankingach. Z danych Eurostatu wynika, że średni odsetek nadmiarowych zgonów w UE od marca 2020 r. do października 2021 r. wyniósł 13,2 proc., w tym w Polsce – 22,6 proc. (względem danych z lat 2016-2019). To druga najwyższa wartość wśród krajów UE i EFTA (gorzej było tylko w Bułgarii). Niezwykle przytłaczająco zabrzmiała również jedna z konkluzji podanych w najnowszym raporcie „Health at a Glance”, że od stycznia 2020 r. do końca czerwca 2021 r. spośród kilkudziesięciu krajów należących do OECD Polska zajęła drugie miejsce (po Meksyku) pod względem liczby nadmiarowych zgonów w przeliczeniu na 1 mln mieszkańców. W obydwu wspomnianych wyżej raportach pod uwagę wzięto na tyle długi czas, że nikt nie powinien bagatelizować tych danych.

**Nie należy ulegać
pokusie upraszczania
rzeczywistości.**

NIEJASNE ZASADY, ZA MAŁO OGRANICZEŃ

Na początku stycznia br. przekroczyliśmy istotną z psychologicznego punktu widzenia liczbę 100 tys. zgonów spowodowanych COVID-19. Doszło do tego w ciągu 22 miesięcy od pojawienia się polskiego „pacjenta zero”. To tak, jakby w niecałe dwa lata wymarły dwa byłe miasta wojewódzkie: Ostrołęka i Skierniewice. – Od zeszłorocznej wiosny wiedziałem, że do tego dojdzie – stwierdza prof. Krzysztof Simon, ordynator I Oddziału Chorób Zakaźnych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu, gdy pytam, co czuł, gdy usłyszał informację o tylu zgonach spowodowanych COVID-19. – Wielokrotnie mówiłem, że trzeba przygotować się na taki scenariusz, a chcąc mu przeciwdziałać, należało wprowadzić uzasadnione wiedzą zasady walki z epidemią, w tym restrykcje dla osób, które ich nie przestrzegają – dodaje.

REAKCJA WŁADZ: BIERNOŚĆ LUB SPÓŹNIENIE

Przekroczenie sześciocyfrowej liczby ofiar COVID-19 w Polsce zbiegło się w czasie z publikacją artykułu pt. „Szpitale do umierania” w „Gazecie Wyborczej”. Jego autorka postawiła tezę, że Polska bije rekordy zgonów covidowych w dużym stopniu dlatego, że „są szpitale, w których na 100 pacjentów podłączonych do respiratora umiera 99”, a „Ministerstwo Zdrowia nic z tym nie robi”. Przesłanie mogło chwycić za serce, ale też oburzyć do szpiku kości, zwłaszcza lekarzy. „Pani artykuł w środowisku lekarskim został odebrany jako sugestia, że to medycy są przyczyną niewydolności polskiej ochrony zdrowia” – tymi słowami zwrócił się do autorki prezes Naczelnej Rady Lekarskiej prof. Andrzej Matyja, który na publikację zareagował w formie długiego listu. Przypomniał, że za organizację systemu ochrony zdrowia odpowiadają rządzący, a Polska, mimo początkowo skutecznej reakcji na wystąpienie epidemii, od września 2020 r. dołączyła do krajów najbardziej dotkniętych skutkami COVID-19 na świecie. „Przyczyny są złożone, ale

w pierwszej kolejności wynikają z braku lub opóźnionej reakcji władz na pojawiające się kolejne fale pandemiczne” – podkreślił prof. Matyja. W lutym na zlecenie prezesa NRL powstał raport omawiający zjawisko umieralności w XXI w.

W POSZUKIWANIU WINNYCH

Suma ludzkich dramatów spowodowanych zgonami nadmiarowymi i covidowymi jest na tyle duża, że mniej lub bardziej udolnie próbuje się na własną rękę wskazywać odpowiedzialnych za ten smutny stan rzeczy. Po tym, gdy wspomniany artykuł został opublikowany w internecie pod tytułem mogącym sugerować, gdzie leży wina („Dlaczego Polska bije rekordy zgonów na COVID. »Jest tolerancja dziadostwa«”), najwyżej oceniany przez zarejestrowanych czytelników komentarz wydaje się szczególnie znamienity: „Nie rozumiem, dlaczego nikt o tym nie grzmi od dawna. Przecież niski odsetek zaszczepionych tylko w niewielkim stopniu tłumaczy przepaść w liczbie zgonów na milion między Polską a Europą Zachodnią. A umieralność na covidowych OIOM-ach to jest niebywały skandal, nadający się chyba do prokuratury”. Ten komentarz po miesiącu od publikacji zyskał 824 kciuki w górę i tylko 19 w dół.

NADWYŻKA ZWIĄZANA Z PANDEMIA

Choć część internautów wydaje się doskonale „wiedzieć”, z czego wynika duża liczba zgonów nadmiarowych w Polsce, nie każdy podziela ich zdanie. – Nadwyżka zgonów jest związana z pandemią, jeśli nie bezpośrednio z powodu choroby COVID-19, to pośrednio poprzez skutki, jakie wywołała – mówi prof. Bogdan Wojtyński, zastępca dyrektora Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH ds. analiz i strategii w zdrowiu publicznym, wieloletni główny redaktor raportu „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”, którego kolejne edycje od lat 70. ubiegłego wieku są kopalnią wiedzy o życiu, zdrowiu i umieralności Polek i Polaków. – Nadwyżka zgonów w 2020 r. w ponad 2/3 była spowodowana COVID-19, ale w prawie 1/3 innymi przyczynami zgonu – dodaje.

COVID-19 GROŹNIEJSZY NIŻ SIĘ WYDAJE

Zbióranych informacji o przyczynach zgonów za cały ubiegły rok jeszcze nie ma, ale częściowe dane niezwykle mocno przemawiają do wyobraźni. O ile w I połowie 2020 r. z powodu COVID-19 zmarło w Polsce 1,5 tys. osób, co stanowiło niespełna 1 proc. wszystkich zgonów, o tyle

w I połowie 2021 r. liczba zgonów z powodu koronawirusa zwiększyła się prawie 37-krotnie, osiągając poziom 58 tys. Biorąc na tapet sytuację sprzed niespełna roku, okazuje się, że najwyższe natężenie zgonów zanotowano na przełomie marca i kwietnia 2021 r. (co zbiegło się ze szczytem III fali), gdy było ich o ok. 70 proc. więcej niż w analogicznym okresie poprzedniego roku. To „twarde dane” – fakt czyjegoś zgonu jest niepodważalny, ale nieprędko ustaną spory, jakie wydarzenia i decyzje (lub ich brak) stały za tą przerażającą statystyką.

NIE WSZĘDZIE BYŁ ARMAGEDON

Po pojawieniu się koronawirusa doszło do zaburzenia działania wielu placówek medycznych, a w pewnym okresie nieomal paraliżu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. To nie mogło nie odcisnąć piętna na statystykach zgonów, ale rzeczywistość wpłynęła na nie na różne sposoby. – W czasie pandemii zmieniły się zachowania ludzi, co także mogło przełożyć się na wzrost liczby zgonów nadmiarowych. Przykładem może być chociażby zwiększona umieralność w związku z nadmierną konsumpcją alkoholu, obserwowana w 2020 r., a dane z I połowy 2021 r. pokazują, że ten problem się pogłębia – mówi prof. Bogdan Wojtyński. Zastrzega, że wzrost liczby zgonów w trakcie pierwszych kilkunastu miesięcy pandemii nie jest taki sam w całej Polsce, a w 2020 r. najbardziej ucierpiały województwa podkarpackie i świętokrzyskie. Czasami pojawiają się opinie, że powodem może być niska wyszczepialność przeciw COVID-19, ale pytany o to prof. Wojtyński unika jednoznacznej odpowiedzi. – Nie wiemy jeszcze zbyt dobrze, dlaczego tak się stało. To wymaga pogłębionej analizy – podkreśla.

WIELOLETNIE ZANIEDBANIA, BRAK PROFILAKTYKI

Kiedy pytam prezesa Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego prof. Andrzeja Fala o to, ilu nadmiarowych zgonów można było uniknąć, ten bezradnie rozkłada ręce. – Nie znam odpowiedzi na to pytanie. Potencjalnych czynników wpływających na liczbę nadmiarowych zgonów jest sporo – podkreśla. Dodaje, że statystyki nie byłyby tak przygnębiające, gdyby przez ostatnie ćwierć wieku realizowano zakrojone na szeroką skalę działania w zakresie profilaktyki chorób przewlekłych. Być może zgonów byłoby mniej, gdyby panowało inne podejście do zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa w trakcie pandemii i gdyby inaczej zrealizowano

Co robi resort sprawiedliwości

Kto nadstawia uszu w kierunku lekarzy, ten wie, że w tej grupie zawodowej panują spore obawy przed poszukiwaniem kozła ofiarnego. Ten strach wzmógł się w związku z inauguracją działalności Instytutu Ekspertyz Medycznych w Łodzi. Podlega on ministrowi sprawiedliwości Zbigniewowi Ziobro. W związku z tym, że przedmiotem działalności Instytutu, jak czytamy w jego statucie, jest w szczególności „analiza przyczyn błędów medycznych w różnych dziedzinach medycyny oraz uwarunkowań organizacyjnych mających

wpływ na zaistniałe nieprawidłowości”, czy to nie on zajmie się wyjaśnianiem przyczyn części zgonów nadmiarowych i covidowych? Skoro nowa instytucja ma usprawnić proces opiniowania sądowo-lekarskiego i przyczynić się do zwiększania sprawności postępowań, to być może bliscy pacjentów, którzy zmarli w ostatnich miesiącach, zyskają w IEM sojusznika, gdy wejdą na ścieżkę sądową? Skontaktowałem się w tej sprawie z resortem sprawiedliwości, ale otrzymałem wymijającą odpowiedź.



W I półroczu 2021 r. liczba zgonów z powodu COVID-19 przewyższyła te spowodowane nowotworami.

niektóre inwestycje związane z przeciwdziałaniem COVID-19. Ciężko to jednak oszacować. – Wydaje mi się, że najwięcej zgonów nadmiarowych w Polsce jest związanych ze złym stanem ogólnym zdrowia obywateli – ocenia.

„NA MIEŚCIE” NIE MÓWIĄ PRAWDY

– Niestety pacjenci często nie chcą się badać ani leczyć – boją się szpitali, nie chcą odwiedzać przychodni, obawiają się diagnostyki przesiewowej – mówi Michał Sutkowski, specjalista chorób wewnętrznych i medycyny rodzinnej prowadzący praktykę lekarską w Osuchowie na pograniczu Mazowsza i Ziemi Łódzkiej, kiedy pytam, jak bardzo problem zgonów nadmiarowych wiąże się z pandemią. – Znam pacjentów, którzy zgłaszali się po pomoc za późno albo w ostatniej chwili dlatego, że „na mieście” krążyły opinie o zamkniętej poradni POZ, choć w rzeczywistości ona funkcjonowała. Jedna z moich pacjentek właśnie z tego powodu pojawiła się z 3-miesięcznym opóźnieniem. Udało się ją uratować, ale nie w każdym przypadku kończyło się szczęśliwie – dodaje. W trakcie pandemii słyszałem sporo podobnych opowieści z ust lekarzy rodzinnych.

WPŁYW ZANIECZYSZCZONEGO POWIETRZA

Nasz kraj należy do niechlubnej europejskiej czołówki, jeśli chodzi o złą jakość powietrza. Może trudno w to uwierzyć, ale są dni, gdy pod względem obecności pyłu zawieszonego PM_{2,5} (to ten o średnicy nie większej niż 2,5 µm, uznawany za najgroźniejszy dla zdrowia człowieka) do najbardziej zanieczyszczonych miast na świecie należą Kraków, Warszawa, Wrocław czy Poznań, a przecież w tym, czym oddychamy, jest także szereg toksycznych związków. Na ten aspekt zwraca uwagę prof. Piotr Kuna, kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych, Astmy i Alergii Uniwersytetu

Medycznego w Łodzi, pytany o powody umierania Polaków z powodu COVID-19 lub pozostające w związku z tą chorobą. – Zanieczyszczenie powietrza to najważniejsza przyczyna, o której w kontekście tych zgonów praktycznie się nie mówi – podkreśla. Powołuje się m.in. na badania amerykańskich naukowców, które wskazują, że zanieczyszczenie powietrza połączone z COVID-19 skutkuje 5-krotnym nasileniem ryzyka zgonu.

GRZECH PIERWORODNY: KULEJĄCE AMBULATORIA

Prof. Piotr Kuna przyznaje, że szczepienia są dobrą formą ochrony przed zakażeniem, ale apeluje o nieprzypisywanie osobom niezaszczepionym decydującego wpływu na zatrważające statystyki zgonów. W jego opinii, poza fatalnym stanem powietrza, istotne znaczenie odegrały również takie czynniki jak brak realnej opieki domowej nad pacjentami covidowymi i kulejąca profilaktyka chorób przewlekłych. Dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego gen. prof. Grzegorz Gielera zwraca uwagę na niedostateczne zaangażowanie leczenia ambulatoryjnego. Kiedy po wybuchu epidemii pacjenci nie mogli uzyskać pomocy, podejmowali próby leczenia w domu, co często prowadziło do tego, że trafiali do szpitali w bardzo złym stanie. Z kolei gdy nie leczyli się „na własną rękę”, za wszelką cenę usiłowali dostać się do szpitala, co rzutowało na wydolność placówek. – To grzech pierworodny powielany w kolejnych falach – ocenia.

„KOD ŚMIECIOWY” PRAWDY NIE POWIE

Zbiorcze informacje o przyczynach zgonów powstają w oparciu o dane statystyczne, które tworzą ludzie. Ci, którzy analizują te dane, czasami skarżą się, że lekarze nie zawsze dostatecznie opisują przyczyny zgonów, ale bez wątpienia czasami trudno o dokładność. Zgodnie z klasyfikacją Światowej Organizacji Zdrowia, nieścisłym opisom stanów i chorób, które uniemożliwiają precyzyjne określenie przyczyny zgonu, odpowiadają „kody śmieciowe” (ang. garbage codes). Z danych Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że w 2020 r. najczęściej stosowano je w woj. mazowieckim (36 proc.) i zachodniopomorskim (35,9 proc.), a najrzadziej w woj. pomorskim (2,1 proc.). Gołym okiem widoczne są różnice między regionami. Wart podkreślenia jest fakt, że w pierwszym pandemicznym roku znacząco wzrosła liczba zgonów określona jako „śmierć natychmiastowa” i „śmierć nieoczekiwana”. Danych za cały poprzedni rok jeszcze nie ma.

ZASKOCZENIE: COVID-19 VS NOWOTWORY

Dyskutując o zgonach nadmiarowych i covidowych, nie należy ulegać pokusie upraszczania rzeczywistości. Interpretacja danych wymaga interdyscyplinarnej wiedzy, a także zaangażowania i czasu, który musi upłynąć, by je właściwie „odczytać”. Przyczyna zgonu jednego człowieka zazwyczaj nie wzbudza wątpliwości, ale odpowiedź na pytanie, dlaczego zmarło kilkadziesiąt czy kilkaset tysięcy osób, nie zawsze jest taka łatwa. Biorąc pod uwagę burzliwy okres pandemii, gdy wiele obszarów działania naszego państwa stanęło na głowie, zaskakuje, gdy w pośpiechu feruje się wyroki. O tym, że nie wszystko bywa oczywiste, niech świadczy fakt, że w I półroczu 2021 r. liczba zgonów z powodu COVID-19 przewyższyła te spowodowane nowotworami (takie dane zostały opublikowane kilka tygodni temu przez GUS). Idę o zakład, że w tej chwili część onkologów przeciera oczy ze zdumienia, sam zresztą zareagowałem podobnie. ■

Nasza sonda

Z czego wynika duża liczba zgonów nadmiarowych w Polsce? Jak bardzo winny jest COVID-19, a na ile jest to związane z innymi przyczynami niż sama choroba? Ilu ludzkich dramatów można było uniknąć w ciągu ostatnich kilkunastu miesięcy?

GazetaLekarska.pl ✨



prof. **Bogdan Wojtyniak**
zastępca dyrektora NIZP
PZH – Państwowego Instytutu
Badawczego ds. analiz i strategii
w zdrowiu publicznym

Żeby w sposób precyzyjny odpowiedzieć na pytanie, dlaczego u nas zgonów nadmiarowych jest więcej niż przeciętnie w UE, potrzebujemy jeszcze trochę czasu. Trzeba przeanalizować wszystkie czynniki wpływające na stan zdrowia populacji, których lista jest bardzo długa. Jest też pewnie szereg przyczyn, o których jeszcze nie wiemy. Nie chcę dawać prostych odpowiedzi, które nie obronią się za jakiś czas w rzetelnej analizie. Wydaje się jednak pewne, że wpływ na to mają dwie grupy czynników – te związane z funkcjonowaniem ochrony zdrowia i te dotyczące stanu zdrowia Polaków i ich zachowań zdrowotnych, w tym także korzystania ze szczepień.

Wiemy, że w 2020 r. zmniejszyła się liczba hospitalizacji, co mogło znacząco przyczynić się do wzrostu zgonów nadmiarowych. Oto przykład: podczas gdy liczba hospitalizacji z powodu zawałów serca zmniejszyła się, umieralność spowodowana zawałami wzrosła. Otwarte pozostaje pytanie, dlaczego ludzie z zawałem nie zawsze trafiali do szpitala. Z moich rozmów z kardiologami wynika, że każda

W 2020 r. największa nadwyżka umieralności była na Podkarpaciu.

taka osoba zostałaaby na pewno przyjęta. Nasuwa się podejrzenie, że w pierwszych miesiącach pandemii wiele osób obawiało się kontaktu z placówkami ochrony zdrowia z uwagi na o możliwość zakażenia koronawirusem. Można powiedzieć, że stan zdrowia naszego społeczeństwa jest gorszy niż większości krajów UE, na co są twarde dowody,

np. w postaci porównania przeciętnego trwania życia, które jest krótsze w Polsce niż w większości unijnych państw. Równocześnie, kiedy spojrzymy na zróżnicowanie nadwyżki zgonów według województw, to nie widzimy, żeby nadwyżki były mniejsze w województwach, gdzie mieszkańcy są zdrowsi, a przykładem na wręcz odwrotną sytuację jest woj. podkarpackie. Mimo że mieszkańcy Podkarpacia cieszą się najdłuższą długością życia w naszym kraju i są najzdrowsi, to nadwyżka umieralności w 2020 r. była tam największa. Nie ma prostej odpowiedzi, z czego to wynika. Trzeba uwzględnić wiele różnych czynników, w tym organizację opieki zdrowotnej w okresie pandemii. W 2020 r. liczba zgonów z powodu chorób układu krążenia w woj. świętokrzyskim i woj. lubelskim wzrosła o 1/5 w porównaniu z poprzednimi latami, a w województwach: warmińsko-mazurskim, kujawsko-pomorskim, lubuskim i opolskim – spadła. Jeśli ktoś odpowie jednym zdaniem, jaki jest tego powód, bez dokonania analizy, to można się tylko zaśmiać. ■



Jacek Górny
specjalista medycyny ratunkowej,
lekarz dyżurujący w SOR-ach
w szpitalu miejskim w Poznaniu
i szpitalu powiatowym w Nowym
Tomyślu

Moja ocena organizacji opieki zdrowotnej w Polsce w czasie pandemii jest niejednoznaczna, ale w wielu aspektach negatywna. Niezabezpieczenie potrzeb pacjentów niecovidowych, wynikające z zamknięcia wielu placówek pod pretekstem walki z COVID-19, to duża porażka organizacyjna polskich władz i wielki kłopot ochrony zdrowia. Decyzje o przekształcaniu licznych oddziałów specjalistycznych w covidowe są również błędne. Nie stworzono systemu w taki sposób, by niezależnie od przebiegu pandemii placówki mogły pomagać pacjentom zmagającym się z innymi chorobami niż COVID-19, które przecież nie zniknęły

nagle w trakcie pandemii. Wielu lekarzom odebrano możliwość udzielania świadczeń we własnych specjalizacjach. Zajmowali się leczeniem tylko jednej jednostki chorobowej, co nie zawsze wymaga zaangażowania akurat takich specjalistów. Jeśli szpital specjalistyczny, w następstwie arbitralnej decyzji wojewody, na rok zamyka największe w województwie oddziały neurochirurgii,

Pacjenci niecovidowi nie zawsze otrzymali alternatywę.

kardiochirurgii czy urologii, lekarze z tych oddziałów leczą osoby z COVID-19, a pacjentom z innymi schorzeniami nie daje się alternatywy w postaci opieki innych neurochirurgów, kardiochirurgów czy urologów, to coś jest nie tak. W walkę z COVID-19 zaangażowane są także szpitale powiatowe. Wojewoda i NFZ decydują, że w danym powiecie znika możliwość opieki nad

pacjentami internistycznymi czy geriatrycznymi i wykonywania świadczeń w wielu specjalizacjach, np. z zakresu ginekologii i położnictwa. Jeśli ktoś wymaga takiej pomocy, trafia do szpitala w innym powiecie, gdzie liczba pacjentów przekracza jego możliwości z powodu wcześniejszego przekształcenia okolicznych szpitali w covidowe. Taka placówka jest ekstremalnie przeciążona, co zmniejsza jej możliwości pomagania pacjentom. To nie jest wina lekarzy. Nie znam dokładnych statystyk dotyczących zgonów nadmiarowych, bo skupiam się na pracy, której w czasie pandemii jest bardzo dużo, ale z mojej codzienności dyżurowej jasno wynika, że wśród osób przegrywających z COVID-19 dominują osoby niezaszczepione. Zgony covidowe są powiązane z obecnością chorób współistniejących i z otyłością, ale w trakcie V fali, takie są moje obserwacje, nie zawsze z wiekiem, tak jak było wcześniej. U osób po przyjęciu dwóch dawek do rzadkości należy ciężki przebieg COVID-19. ■



prof. **Andrzej M. Fał**
kierownik Kliniki Alergologii,
Chorób Płuc i Chorób
Wewnętrznych CSK MSWiA
w Warszawie

Problem z nadmiarowymi zgonami ma cała Europa, ale w Polsce, jeśli przeliczymy je na 100 tys. mieszkańców, ich ilość jest szczególnie wysoka. Zapewne kilka procent z nich da się dodatkowo przypisać chorobie COVID-19, mimo że nie zostały w taki sposób zgłoszone i zarejestrowane, ale nawet w najbardziej szczerłym systemie nie ma 100-proc. pewności co do przyczyny każdego zgonu. Pozostałe mogą wynikać z obniżenia dostępności do opieki

w chorobach przewlekłych, np. w zakresie onkologii, kardiologii czy pulmonologii, bądź z tego, że stan zdrowia przeciętnego Polaka w wieku 60+ nie jest najlepszy. Te osoby pierwsze trzydzieści lat swojego życia, a czasami znacznie więcej, przeżyły w czasie

Stan osób chorujących przewlekłe pogorszył się.

komunizmu. Polska nie jest tutaj wyjątkiem, bo stan zdrowia osób starszych w naszej części Europy jest gorszy niż na Zachodzie. Na to wszystko nakłada się jeszcze wieloletnie zaniedbanie działań i programów profilaktycznych oraz lekceważenie czynników

behawioralnych, jak np. palenie papierosów i niski poziom aktywności fizycznej. Podsumowując, mamy więc do czynienia z trzema grupami czynników: zarządzaniem opieką zdrowotną, kwestiami zdrowia publicznego i historią łączącą wszystkie kraje postkomunistyczne, która wpływa na obecny stan zdrowia wielu starszych Polaków. Ograniczenie dostępności do poradni, które przez długi czas dla wielu pacjentów były zamknięte, w połączeniu ze strachem części chorych przed bezpośrednią wizytą u lekarza w obawie przed zakażeniem, niewątpliwie pogorszyło stan osób chorujących przewlekłe i przyczyniło się do zwiększenia umieralności. Wysoka zapadalność na choroby przewlekłe i zaostrzenie ich stanu odbija się na ogólnej kondycji całego społeczeństwa, co potem wpływa na statystyki. ■



prof. **Krzysztof Simon**
ordynator I Oddziału Chorób
Zakaźnych Wojewódzkiego
Szpitala Specjalistycznego
im. J. Gromkowskiego we
Wrocławiu

Jesteśmy starzejącym się społeczeństwem, oportunistycznie nastawionym do szczepień, kontestujemy zalecenia związane z utrzymywaniem dystansu czy noszeniem maseczek i wprowadzeniem certyfikatów covidowych. Wiele osób jest podatnych na nieprawdziwe informacje rozpowszechniane m.in. w internecie, że szczepionki szkodzą. W efekcie śmiertelność

wśród Polaków jest ogromna, ponad 90 proc. umierających to osoby starsze, obciążone chorobami i niezaszczepione. Szczepionka zabezpiecza przed zakażeniem się wirusem SARS-CoV-2, niezależnie od wariantu, a także

Nie było jasnych reguł gry.

łagodzi przebieg COVID-19. Nie ma oczywiście cudownych szczepionek, które w 100-proc. dają odpowiedź na jej przyjęcie ze strony każdego organizmu, ale to właśnie dzięki nim rośnie szansa na przeżycie tej epidemii. Na dużą liczbę zgonów nadmiarowych w Polsce nakłada się również

bardzo wiele innych czynników, np. zbyt mała liczba lekarzy. Nie lubię słuchać informacji o zwiększeniu liczby łóżek dla pacjentów z COVID-19, bo kiedy się je tworzy, zaczyna brakować personelu i łóżek dla innych chorych. To są naczynia połączone. Kolejny powód to brak jasnych reguł gry zabezpieczających większość populacji przed epidemią. Od dawna powinny być wprowadzone różne ograniczenia zmniejszające ryzyko zakażenia się i przeniesienia wirusa na innych. Sprawa byłaby prosta, gdyby egzekwowano przepisy dotyczące noszenia maseczek w miejscach zamkniętych, by na przykład do teatrów i kin mogli chodzić tylko ludzie z „paszportem covidowym”. Do tego dochodzi słabe przygotowanie naszego państwa do przeciwdziałania kolejnym falom pandemii. ■



dr **Michał Chudzik**
specjalista kardiolog, adiunkt
w Uniwersytecie Medycznym
w Łodzi, inicjator programu
stop-covid.pl

Pandemia odśłoniła to, co w systemie ochrony zdrowia zbierało się przez lata. Gdy po pojawieniu się COVID-19 doszło do przesilenia, zabrakło rezerw, które można by uwolnić do walki z epidemią. Niewystarczająca liczba lekarzy i pielęgniarek często wstrzymywała diagnostykę wielu chorób. 30-łożkowe oddziały internistyczne stawały się oddziałami covidowymi przeznaczonymi dla 5-10 pacjentów, co oznaczało, że 30 chorych internistycznych

nie miało gdzie się leczyć. Dostępność do wielu procedur znacznie się zmniejszyła. Do szpitali zaczęli trafiać pacjenci z poważnymi problemami oddechowymi, którzy czasami nie mieli nawet siły, by się przewrócić na drugi bok. Nie dość, że mamy bardzo słabą organizację ochrony

Zabrakło rezerw, które można by uwolnić.

zdrowia, to dodatkowo nasze społeczeństwo jest schorowane. Liczby pokazują, że umieramy częściej niż inni Europejczycy. Mamy najkrótszy wiek życia pacjenta w zdrowiu w UE, a polski pacjent – jako najmłodszy – jest obciążony wielochorobowością. Do tego panuje duża nieufność do szczepień

przeciw COVID-19 i przestrzegania przepisów, mocno rozpowszechniony jest osławiony „gen sprzeciwu” odpowiedzialny za pewnego rodzaju niepośluszeństwo. Pojawienie się COVID-19 stanowiło wielkie wyzwanie dla lekarzy, którzy opiekowali się zakażonymi pacjentami. Do oddziałów covidowych czasami byli kierowani rezydenci tuż po stażu podyplomowym, a także oddelegowano tam wielu specjalistów, którzy nie mieli doświadczenia w leczeniu chorób zakaźnych. Jestem kardiologiem i w trakcie pandemii zajmowałem się pacjentami w ramach tlenoterapii. Łatwo kupić respirator, ale nie każdy zdaje sobie sprawę, jak ogromnej wiedzy wymaga obsługa tego urządzenia, ile jest w nim gałek i przełączników i jak są ważne. Wielu lekarzy takiej wiedzy nie miało przed wybuchem epidemii, bo to domena intensywnej terapii. ■

Pytamy o skutki

Nie ustają obawy lekarzy dotyczące projektu ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa. Co oznacza dla medyków prawdopodobne wejście w życie nowych przepisów? Na ile uzasadniony jest strach, że stanowią one pierwszy krok do przeprofilowania mniejszych placówek i dużych roszad na lokalnym rynku pracy? Czy doprowadzą do koncentracji leczenia specjalistycznego? W jaki sposób podmioty będą nadzorowane przez Agencję Rozwoju Szpitali? Kto zostanie nadzorcą podmiotu szpitalnego i co to oznacza dla lekarzy? Czy po wejściu w życie ustawy rola personelu medycznego może zostać ograniczona? Za pośrednictwem naszego portalu internetowego i strony na Facebooku zaproszeni do dyskusji eksperci oceniają przepisy szykowane przez rząd. ■

Pieczętka

Lekarz cudzoziemiec spoza Unii Europejskiej nie ma prawa do używania na pieczętce lekarskiej tytułu specjalisty uzyskanego poza polskim i unijnym systemem uznawania kwalifikacji (poza przypadkami wyraźnie przewidującymi taką możliwość) – przepisy wskazują na to w sposób niebudzący wątpliwości. Więcej na ten temat w artykule adw. Karola Kolankiewicza opublikowanym na www.gazetalekarska.pl. ■

Pół łyżki

Wiadomo, że spożywanie oliwy z oliwek zmniejsza ryzyko pojawienia się chorób sercowo-naczyniowych, ale do niedawna nie było badań analizujących wpływ jej spożywania na czas życia i umieralność. W ramach badania opublikowanego w czasopiśmie „Journal of the American College of Cardiology” przeprowadzono ankietę u ponad 90 tys. osób. Wykazano m.in., że osoby spożywające więcej niż pół łyżki stołowej oliwy dziennie lub powyżej 7 g dziennie mają o 19 proc. niższe ryzyko zgonu niż osoby jej niespożywające lub spożywające ją rzadko. O tym, jak również o niedocenianym znaczeniu zbilansowanej diety, szerzej piszemy na www.gazetalekarska.pl. ■

Liczyb wstydu



Polscy pacjenci mają kiepski dostęp do małoinwazyjnego leczenia metodami radiologii interwencyjnej – alarmuje Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne. Średnio ok. trzy lata

Samobójstwa

Statystyki nie pozostawiają złudzeń – prób samobójczych jest coraz więcej. Z policyjnych danych wynika, że od stycznia do listopada 2021 r. było 8771 zamachów na własne życie wśród mężczyzn. Najwięcej, aż 1066, dokonali ci w wieku 35-39 lat, a w przedziale wiekowym 30-34 – 1038. W tym samym okresie kobiety podjęły 3876 prób samobójczych. Jednym z najbardziej alarmujących wyników jest to, że najwięcej przypadków (911) odnotowano wśród nastolatków w wieku 13-18, a kolejną grupą w tym zestawieniu są Polki od 19. do 24. r.ż. (568). Więcej w naszym portalu internetowym. ■

Co czeka lekarzy?

Kto szuka odpowiedzi na pytanie, co czeka lekarzy i pacjentów w kolejnych latach, może sięgnąć do rządowego dokumentu „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 roku”, którego ostateczną wersję udostępniamy na www.gazetalekarska.pl. Na ponad 350 stronach zarysowano kierunki, w których ma podążać system ochrony zdrowia. Tak jak wcześniej alarmowaliśmy, pominięto w nim m.in. stomatologię, co dla wielu lekarzy dentystów stanowi koronny argument, że państwo definitywnie wycofało się z walki o zdrowie jamy ustnej obywateli. ■

czeka się w naszym kraju na refundację leków przeciwnowotworowych. Technologie nielekowe, takie jak termoablacja płuc czy krioablacja, są stosowane na świecie od 15-20 lat, ale u nas wciąż nie są refundowane. O ile w 2021 r. w Polsce wykonano trzy termoablacje guzów płuc, o tyle we Francji czy Wielkiej Brytanii – ok. 400. W ubiegłym roku wykonano w Polsce siedem krioabblacji raka nerki, a w tym samym okresie we Francji czy Wielkiej Brytanii – po tysiąc takich zabiegów. W naszym kraju wykonuje się rocznie ok. 80 radioembolizacji guzów wątroby, podczas gdy w Hiszpanii ponad 500, a w Niemczech ponad 1,8 tys. ■

Roboty



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie wzbogacił się o światowej klasy system chirurgii robotycznej da Vinci. To pierwsza placówka medyczna w regionie posiadająca taki sprzęt. Tymczasem, jak zapowiedział minister zdrowia, od 1 kwietnia chorzy na nowotwór prostaty będą mieli zagwarantowane darmowe leczenie z użyciem robota chirurgicznego. Docelowo operacje ma wykonywać 14 ośrodków w kraju, przy wydatkach z Narodowego Funduszu Zdrowia planowanych na 25 mln zł (rocznie). Na świecie w asyście robotów przeprowadza się ok. 170 typów zabiegów chirurgicznych. ■

ZEZNANIE ŚWIADKA TO TEŻ DOWÓD

Brak świadectwa pracy w szczególnych warunkach a prawo do rekompensaty

Wielu lekarzy wykonujących pracę w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych przed 2009 r. spotyka się z odmową prawa do rekompensaty w rozumieniu przepisów ustawy o emeryturach pomostowych¹.

Beata Wierzchowska radca prawny NIL

Powodem jest brak udokumentowania 15-letniego okresu pracy w warunkach szczególnych lub w szczególnym charakterze według stanu na dzień 1 stycznia 2009 r. na podstawie świadectw pracy na odpowiednich drukach. Nie powinno to jednak stanowić przeszkody w dochodzeniu swoich praw, skoro faktycznie taka praca była wykonywana stale i w pełnym wymiarze czasu pracy obowiązującym na danym stanowisku. Uznanie okresów zatrudnienia w warunkach szczególnych może bowiem odbywać się także m.in. na podstawie dowodów z zeznań świadków. Tyle tylko, że w praktyce udowodnienie takiej pracy na podstawie innych dowodów niż świadectwo pracy trzeba przeprowadzić przed sądem pracy i ubezpieczeń społecznych, gdy organy rentowe wydają decyzje odmowne.

Jak wskazuje orzecznictwo sądowe: „w postępowaniu przed sądem okresy zatrudnienia w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze, przewidziane rozporządzeniem z dnia 7 lutego 1983 r. w sprawie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze (Dz. U. Nr 8, poz. 43) mogą być ustalane także innymi środkami dowodowymi niż dowód z zaświadczenia z zakładu pracy, a więc wszelkimi dopuszczalnymi przez prawo środkami dowodowymi”². Co więcej, „świadectwo

wykonywania pracy w warunkach szczególnych nie jest oświadczeniem woli i nie zawiera oświadczeń woli, lecz jedynie oświadczeniem wiedzy, nie będąc

W postępowaniu przed sądem pracy i ubezpieczeń społecznych należy złożyć wniosek o przeprowadzenie stosownego postępowania dowodowego.

także dokumentem urzędowym w rozumieniu art. 244 k.p.c., co w konsekwencji oznacza możliwość wykazywania w postępowaniu sądowym faktu wykonywania tego rodzaju pracy wszelkimi środkami dowodowymi przewidzianymi przepisami kodeksu postępowania cywilnego”³.

Jeżeli zatem lekarz legitymuje się co najmniej 15-letnim okresem pracy w warunkach szczególnych w rozumieniu art. 32 ustawy z 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, przysługiwać mu winno prawo do rekompensaty przewidzianej w art. 21 ust. 1 ustawy z 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych. Stosowna bowiem do treści tego przepisu rekompensata przysługuje ubezpieczonemu, jeżeli ma okres pracy w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze

w rozumieniu przepisów ustawy o emeryturach i rentach z FUS, wynoszący co najmniej 15 lat.

Zgodnie natomiast z art. 32 ust. 4 ustawy emerytalno-rentowej rodzaje prac lub stanowisk oraz warunki uprawniające do nabycia prawa do emerytury z tytułu pracy w szczególnych warunkach ustala się na podstawie przepisów dotychczasowych. Prace w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze określone są przepisami rozporządzenia Rady Ministrów z 7 lutego 1983 r. w sprawie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze, które zachowało moc obowiązującą⁴. Zgodnie z wykazem A, dział XII, poz. 2 rozporządzenia, za pracę w szczególnych warunkach w służbie zdrowia i opiece społecznej zostały uznane prace w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych.

W postępowaniu przed sądem pracy i ubezpieczeń społecznych należy zatem złożyć wniosek o przeprowadzenie stosownego postępowania dowodowego, zmierzającego do potwierdzenia, że praca wykonywana w konkretnym okresie była pracą w warunkach szczególnych, wymienioną w Wykazie A, dział XII, pkt 2 załącznika do cyt. rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7 lutego 1983 r. ■

¹ Art. 2 pkt 5 oraz art. 21-23 ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1924 z późn. zm.).

² Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 14 kwietnia 2014 r. (III ALiA 1324/13).

³ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 9 czerwca 2015 r. (III ALiA 1171/14).

⁴ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 7 lutego 1983 r. w sprawie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze (Dz. U. Nr 8, poz. 43 z późn. zm.).

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Liczy się perspektywa *ex ante*

Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej prowadził postępowanie wyjaśniające w związku z publikacją prasową dotyczącą udzielenia pomocy lekarskiej w SOR szpitala powiatowego.

Aleksandra Gil biuro NROZ

Pacjentka zgłosiła się z powodu bólu zlokalizowanego głównie w nadbrzuszu. Według zapisu w dokumentacji medycznej badanie fizykalne nie wskazywało na ostre zapalenie wyrostka robaczkowego ani inny proces zapalny w jamie otrzewnowej.

W badaniach laboratoryjnych krwi stwierdzono leukocytozę. Wobec braków objawów ostrej choroby narządów jamy brzusznej, pacjentka została wypisana do domu przez lekarza (G.T.) z zaleceniem kontroli u lekarza POZ i w poradni chirurgicznej w ciągu siedmiu dni, wykonania ambulatoryjnie USG jamy brzusznej oraz ponownego zgłoszenia się do SOR w razie nasilenia dolegliwości.

Pacjentka zgłosiła się trzy dni później do poradni chirurgicznej – badający kobietę chirurg skierował ją do szpitala z rozpoznaniem ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Tam na podstawie objawów fizykalnych została zakwalifikowana do operacji. Stwierdzono ostre, zgorzelinowe zapalenie wyrostka robaczkowego z perforacją oraz płyn ropny i ropnie pomiędzy pętlami jelit.

Art. 8. KEL:

Lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas.

Art. 28. KEL:

(...) Lekarz musi czuwać nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji lekarskiej oraz zabezpieczeniem przed jej ujawnieniem. Dokumentacja lekarska powinna zawierać wyłącznie informacje potrzebne do postępowania lekarskiego.

W oparciu o zebrany materiał dowodowy oraz sporządzoną na potrzeby postępowania opinię biegłego, która to wskazywała na niewłaściwe postępowanie lekarza (G.T.) względem pacjentki, OROZ zarzucił obwinionemu lekarzowi, że ten, pełniąc obowiązki lekarza w SOR, postąpił niezgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, nie dochował należytej staranności diagnostycznej leczniczej i zapobiegawczej, co doprowadziło do opóźnienia postawienia prawidłowego rozpoznania i właściwego leczenia.

W związku z opisywanymi wydarzeniami prowadzone było także postępowanie karne. Sporządzone dla jego potrzeb dwie opinie biegłych jednoznacznie akcentowały prawidłowość postępowania obwinionego. Wykorzystano je w postępowaniu przed sądem lekarskim.

Okręgowy sąd lekarski uniewinnił lekarza (G.T.) od postawionego mu we wniosku o ukaranie zarzutu, wskazując, że brak było podstaw do przyjęcia, iż proces diagnostyczno-leczniczy przeprowadzony u pokrzywdzonej był nacechowany nienależytą starannością czy tym bardziej błędem w sztuce. OSL nie podzielił argumentacji biegłego powołanego przez OROZ. Zdaniem sądu, dotknięta ona była wadą polegającą na dokonywaniu oceny sytuacji lekarza leczącego pacjenta z perspektywy *ex post* a nie *ex ante*. Wskazano również, że zgromadzony w sprawie materiał dowodowy nie wykazał związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy zachowaniem obwinionego a opóźnieniem rozpoznania ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Naczelny Sąd Lekarski utrzymał w mocy orzeczenie zaskarżone przez pełnomocnika pokrzywdzonego. ■

KOMENTARZ



Grzegorz Wrona
Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

Analizując przebieg procesu diagnostycznego pacjentki, chciałoby się zadać pytanie: czy obowiązkiem lekarza badającego chorego w początkowym okresie choroby jest jasnowidztwo? Odpowiedź nie jest niestety oczywista dla pacjentów stawiających tezę na podstawie niekorzystnych skutków rozwoju choroby, do których dochodzi w przebiegu zbagatelizowania założeń lekarza, który rozwój choroby brał pod uwagę. I co

najistotniejsze, dał temu wyraz w sporządzonej w trakcie wizyty dokumentacji medycznej, zalecając w szczególności sposób czynności, których pacjent (jego opiekun) nie wykonał. Szkoda, że nie dostrzegł tego biegły, sugerując się skutkami choroby.

Warto zauważyć, że udzielenie jednej porady nieobarczonej, co wynika z orzeczenia NSL, błędem lekarskim, może wywołać zaangażowanie lekarza i współpracowników w kilka postępowań. To nasze zawodowe ryzyko, na które się godzimy, chcąc wykonywać zawód zaufania publicznego. W tym przypadku poszukiwanie przez skarżącego winy u innych doprowadziło także do postępowania karnego, w którym winy lekarza nie znaleziono (postępowanie umorzono) i do postępowania przed Rzecznikiem Praw Pacjenta, który stwierdził naruszenie

przez podmiot leczniczy prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych i do dokumentacji medycznej. Takie rozstrzygnięcia RPP są wydawane ostatnio często.

Stosunkowo rzadko się zdarza, aby NROZ zmienił kierunek postępowania ustalony przez OROZ złożonym wnioskiem o ukaranie lekarza i wnosił do NSL o utrzymanie orzeczenia uniewinniającego. Tak się stało wskutek wnikliwej oceny zgromadzonych przez różne organy obfitych danych i rozbieżnych wniosków z nich wynikających. I nie można mieć pretensji do OROZ, że wykonał swoją powinność. O winie lub o braku winy rozstrzyga sąd i w tym przypadku tak się stało. Na prawomocne orzeczenie NSL uznające lekarza za niewinnego może być jeszcze złożona kasacja do Sądu Najwyższego.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZAWODOWA



Zadania rzecznika w dobie pandemii

Pandemia COVID-19 jest z nami od dwóch lat i zmieniła funkcjonowanie cywilizacji światowej w sposób istotny. Wystarczy spojrzeć na obszar edukacji (szkolnej i akademickiej), pracę biurową, turystykę, funkcjonowanie transportu pasażerskiego, łańcuchy dostaw dla przemysłu. Zmieniła też funkcjonowanie leczenia, zarówno szpitalnego, jak i otwartego.

dr hab. **Teresa Gardocka**, prof. Uniwersytetu SWPS, dyrektor Instytutu Prawa USWPS

Nikt dziś nie kwestionuje konieczności dopuszczenia teleporad, istnienia szpitali covidowych, konieczności selekcjonowania chorych wymagających podłączenia do respiratora czy do innych skomplikowanych urządzeń ratujących życie. A przecież przed pandemią kwestie te były przedmiotem dyskusji, czy i jak szeroko mogą funkcjonować w lecznictwie. Wprowadzono do obowiązującego prawa tzw. klauzulę dobrego Samarytana, zapewniającą lekarzowi ochronę przed odpowiedzialnością karną, gdy szkoda powstanie skutkiem błędu wynikającego z niedostatecznego przygotowania do wykonywania powierzonych

mu w czasie pandemii zadań. Rozgorzała również gwałtowna, publiczna, często nierozważna, dyskusja w przedmiocie szczepień ochronnych, dotyczących przede wszystkim szczepień przeciwko COVID-19.

NROZ A OROZ

Wszystko to nadało nowy wymiar roli rzeczników odpowiedzialności zawodowej lekarzy, a przede wszystkim roli Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, który z pewnością ustala trendy w zakresie odpowiedzialności, bo w tym obszarze działania jest podobnie jak w prokuraturze, gdzie niezależność musi być ograniczona.

Za ograniczoną niezależnością

wszelkich organów ścigania (karnego, dyscyplinarnego, zawodowego) przemawia to, że w zakresie wszczynania postępowań o czyn zasługujący na ukaranie nie może być znaczących różnic w obrębie państwa. Dlatego NROZ ma tu rolę istotną, nie tylko administracyjnie (w sensie nadzoru nad pracą rzeczników okręgowych), ale również merytorycznie (w sensie określania zakresu czynów podlegających ukaraniu), co jest szczególnie ważne przy dość ogólnych sformułowaniach Kodeksu Etyki Lekarskiej i jednocześnie szybko zmieniającej się rzeczywistości.

Naczelnemu Rzecznikowi przysługuje również prawo wnoszenia kasacji do Sądu Najwyższego, a warto pamiętać,

że przysługuje ona w postępowaniu zawodowym również od wymiaru kary. Wpływ rzeczników na wymiar kary, przy niezawisłości sędziów sądów lekarskich, wywierany jest przez żądanie określone we wniosku o ukaranie. Żądanie wprawdzie sądu bezwzględnie nie wiąże, ale rzadko zdarza się, by orzekł on karę ponad żadaną we wniosku rzecznika. Dotyczy to na równi sądów lekarskich i powszechnych.

ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI

Odpowiedzialność zawodowa lekarzy tym różni się od odpowiedzialności dyscyplinarnej, że dotyczy przewinień ściśle związanych z wykonywaniem zawodu, zatem jej zakres jest inny niż np. w przypadku sędziów, którzy również w życiu prywatnym są zobowiązani do zachowania tzw. godności zawodu pod sankcją w postaci kary dyscyplinarnej. Czym są więc przewinienia zawodowe, za które lekarz ponosi zawodową odpowiedzialność? Dotychczas były to przede wszystkim błędy medyczne różnego rodzaju (diagnostyczne, terapeutyczne), zaniedbania w leczeniu prowadzące do niekorzystnych dla pacjenta skutków, nieprzestrzeganie określonych procedur oraz naganny stosunek do pacjenta w procesie leczenia, wykonywanie zabiegów zakazanych przez prawo (np. niedozwolonego przerwania ciąży, trwałego pozbawienia płodności w celu antykoncepcyjnym).

Za naganne uważa się nie tylko niegrzeczność, brutalność, nieudzielanie informacji, ale również stosunek zbyt bliski, nadmierną poufałość lub romans, a także np. wchodzenie z pacjentem w układy finansowe, jak i zaciąganie pożyczek, otrzymywanie darowizn itp.

NOWA RZECZYWISTOŚĆ

Pandemia spowodowała gwałtowny wzrost aktywności ruchu antyszczepionkowego, niestety jego zwolennicy są także wśród lekarzy. Zapewne ich odsetek nie jest znaczny, ale ich głos, a właściwie donośność tego głosu i jego siła, są znaczące.

Konstytucja RP wśród praw i wolności wymienia wolność słowa (art. 54 ust. 1 – „Każdemu zapewnia się wolność wyrażania swoich poglądów...”). Czy wobec takiego przepisu możemy twierdzić, że lekarz głoszący szkodliwość szczepień przeciwko COVID-19 popełnia przewinienie zawodowe, chociaż inny

człowiek, który by tak twierdził, nie robi nic prawnie nagannego (a tylko możemy ocenić, że postępuje głupio i w wymiarze społecznym szkodliwie)?

Ruchowi antyszczepionkowemu wśród lekarzy warto się przyjrzeć przez pryzmat art. 1 ust. 3 KEL („Naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu”) oraz art. 4 KEL („Dla wypełnienia swych zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną”).

Lekarz ma prawo zachować swobodę działania, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną. Sumienie lekarza jest rzeczą indywidualną, natomiast wiedza medyczna jest jedna. Dopuszcza dyskusję, jak każda wiedza – póki nie zostanie ugruntowana. Ugruntowanie wiedzy, nie tylko medycznej, wymaga lat – wielu lat badań, obserwacji, ustalania trendów, statystyk. Dyskusja naukowa nie może mieć wymiaru propagandowego, a naukowy, oparty na rzeczowych argumentach za i przeciw. Nie może przy tym toczyć się publicznie i posługiwać się argumentami głównie emocjonalnymi, bo takie przede wszystkim trafiają do ludzi. W obecnej sytuacji nie ma rzeczowych medycznych argumentów przeciw powszechnym szczepieniom. A są ważne argumenty za ich powszechnością.

Zniechęcanie do szczepień przez lekarzy, szczególnie gdy ma miejsce publicznie, jest działaniem wbrew współczesnej wiedzy medycznej, podważa zaufanie do lekarzy propagujących i wykonujących szczepienia i jest wbrew interesom społeczeństwa, zarówno grupowym, jak i indywidualnym. Nie mieści się w gwarantowanej konstytucyjnie wolności wyrażania poglądów, bo w przypadku lekarzy ogranicza tę wolność poprzez konieczność zawarcia się głoszonych przez nich poglądów w ramach współczesnej wiedzy medycznej. Walka z głupotą ma więc wyraźną podstawę prawną w Kodeksie Etyki Lekarskiej.

Działanie lekarzy antyszczepionkowców stanowi przewinienie zawodowe, które musi być ścigane w ramach postępowania zawodowego. I jest to niewątpliwie nowe zadanie rzeczników odpowiedzialności zawodowej lekarzy w czasie pandemii. Rola niewdzięczna i trudna, bo dotyczy części środowiska

Klauzula dobrego Samarytanina

Przed wszystkim sama klauzula miała stanowić zabezpieczenie dla lekarza postawionego w miejscu, gdzie ma pełnić zadania przekraczające jego formalnie potwierdzone kompetencje, przed odpowiedzialnością karną. Warto zastanowić się, czy jest to ochrona skuteczna, czy dotyczyć powinna również odpowiedzialności zawodowej, czy w zgodzie z etyką lekarską nie byłoby raczej niepojędowanie określonych zadań, gdy brakuje kompetencji.

Także analiza sytuacji w oddziałach covidowych, szczególnie tych, gdzie umiera niemal 100 proc. pacjentów podłączonych do respiratorów, wydaje się bardziej należeć do rzeczników odpowiedzialności zawodowej niż do Rzecznika Praw Obywatelskich (który właśnie podjął działania zmierzające do uzyskania wyjaśnień od lekarzy zarządzających tymi oddziałami). Odpowiedź na pytanie, na ile triage, stosowany dotychczas w szpitalnych oddziałach ratunkowych, może być stosowany w oddziałach covidowych przy większej liczbie pacjentów niż dostępnych urządzeń, wydaje się też być oczekiwane przede wszystkim od rzeczników odpowiedzialności zawodowej.

przekonanej o swej racji, której trudno jest udowodnić społeczną szkodliwość ich działania.

Odrębną kwestią prawną jest zagadnienie, czy zgodne z Konstytucją RP byłoby wprowadzenie powszechnego obowiązku/przymusu szczepień oraz czy dopuszczalne jest ograniczanie w przestrzeni publicznej praw osób niezaszczepionych.

Także wyznaczenie granic nieodpowiedzialności za błąd medyczny, wynikającej z wprowadzenia do prawa klauzuli dobrego Samarytanina, jest zadaniem najpierw rzeczników, a dopiero potem sądów lekarskich. Postępowanie zawodowe jest skargowe. Nie może ponieść odpowiedzialności lekarz, który nie został postawiony w stan oskarżenia.

To jednak zagadnienia odrębne, tu tylko sygnalizowane, zasługujące na oddzielne rozważania zarówno medyczne, jak i prawne. ■

W PIGUŁCE

Opinie biegłych

Jarosław Klimek radca prawny OIL w Łodzi

W przypadku spraw medycznych, które trafiają na wokandę sądową, wiele emocji budzą opinie biegłych lekarzy. Zdarza się, że opinie sporządzane są dla potrzeb różnych postępowań (cywilnych, karnych, z zakresu odpowiedzialności zawodowej). Bywa też, że opinie różnią się wnioskami końcowymi.

Co do zasady opinia biegłego sporządzona na potrzeby postępowania karnego nie ma takiego waloru w postępowaniu cywilnym (i odwrotnie). Takie podejście jest powszechnie akceptowane w piśmiennictwie prawniczym i potwierdzone w orzecnictwie. Przyjmuje się, że jako dowód z opinii biegłego można traktować tylko taką opinię, która przez sąd cywilny została dopuszczona jako dowód w prowadzonym przed nim postępowaniu. Wynika

to z obowiązującej w postępowaniu dowodowym zasady bezpośredniości (art. 235 § 1 KPC). Opinię taką można jedynie

Przyjmuje się, że jako dowód z opinii biegłego można traktować tylko taką opinię, która przez sąd cywilny została dopuszczona jako dowód wprowadzonym przed nim postępowaniu.

potraktować jako dowód, że osoby, które ją sporządziły, wyrażają przedstawione w niej poglądy (złożyły oświadczenia

zawarte w opinii), czyli jako dowód z dokumentu. Ale – jak stwierdził Sąd Najwyższy w wyroku z 7 września 2016 r. (IV CSK 737/15) – „jest to dowód wymagający wnikliwego rozważenia, zwłaszcza gdy wynikają z niego okoliczności pozostające w sprzeczności w wnioskami opinii biegłych sporządzonej w sprawie”. Powinno to skutkować (i taki wniosek należy złożyć) zobowiązaniem biegłego wydającego opinię w sprawie do ustosunkowania się do tych rozbieżności czy przesłuchaniem osób sporządzających opinię wydaną na potrzeby innego postępowania. Pomińcie jakichkolwiek czynności dowodowych, w wypadku występowania widocznych różnic w ocenie tej samej sytuacji, to zaniechanie sądu, skutkujące uchynieniem wydanego w sprawie wyroku. ■

Ryzyko medyczne

Problemem, z którym często borykają się lekarze, jest zakres informacji, jakie należy przekazać pacjentowi. Chodzi o proponowane oraz możliwe metody diagnostyczne i lecznicze, dające się przewidzieć następstwa ich zastosowania albo zaniechania, a także wyniki leczenia oraz rokowania (art. 31 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty).

Zakres udzielonych informacji pozostaje w ścisłym związku z podstawami odpowiedzialności lekarza, którą można ponieść, nawet jeśli postępuje się zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i należyłą starannością. Chodzi o tzw. ryzyko medyczne, które modelowo pacjent przyjmuje na siebie, uchylając jednocześnie bezprawność działania lekarza. W takiej sytuacji pacjent, wyrażając zgodę na zabieg, bierze na siebie ryzyko zwykłych powikłań pooperacyjnych. Nie mogą one jednak zostać spowodowane najłżejszą nawet winą lekarza – również w efekcie pomyłki, nieuwagi czy niezręczności lekarza, także w sposób

przypadkowy i niezamierzony. Pacjent musi przed zabiegiem uzyskać od lekarza takie informacje, które pozwolą mu wyrazić zgodę z pełną świadomością, na co się godzi i czego może się spodziewać. Informacje te muszą obejmować „normalne, przewidywalne, choćby nawet rzadko występujące, ale niedające się wykluczyć następstwa zabiegu operacyjnego, zwłaszcza jeśli mają one niebezpieczny dla życia lub zdrowia charakter”. Powinno się przy tym określić stopień prawdopodobieństwa ich wystąpienia. Nie muszą one obejmować wszelkich możliwych następstw zabiegu, nieobjętych normalnym ryzykiem, które mogą wystąpić w szczególnych wypadkach, niedających się przewidzieć. Jeśli istnieją alternatywne metody rozwiązania problemu zdrowotnego pacjenta, to dokonanie wyboru pomiędzy nimi należy do pacjenta, a lekarz ma przekonać pacjenta do wyboru optymalnej, jego zdaniem, metody. Jeśli istnieje możliwość wykonania zabiegu

inną metodą, w innym ośrodku, nawet jeśli nie jest ona objęta refundacją, to pacjent powinien o tym wiedzieć. Takie wnioski można wyprowadzić z wyroków Sądu Najwyższego z 18 stycznia 2013 r. (IV CSK 431/12) i 24 września 2015 r. (V CSK 738/14) i wielu przywołanych w nich orzeczeń. Im mniej dany zabieg jest niezbędny dla ratowania życia lub zapobieżenia powstaniu niepełnosprawności, tym bardziej szczegółowa powinna być informacja udzielana pacjentowi (wyrok SA w Gdańsku z 23 października 2018 r., I ACa 1136/17).

Nieudzielenie takich informacji traktowane jest jako naruszenie dóbr osobistych pacjenta w postaci jego prawa do informacji, godności, prywatności i autonomii (art. 23 KC) oraz praw przewidzianych ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W takich wypadkach sąd może przyznać odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę (art. 448 KC). Na podstawie art. 4 ust. 1 ustawy o PP i RPP można domagać się zadośćuczynienia za samo nieudzielenie prawidłowej, pełnej informacji (wyrok SA w Poznaniu z 8 marca 2018 r., I ACa 917/17, wyrok SA w Łodzi z 14 marca 2016 r., I ACa 1327/15). ■

OPINIOWANIE SĄDOWO-LEKARSKIE

Ocena schorzeń kardiologicznych

18 listopada 2021 r. w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej prawnicy i lekarze dyskutowali o problemach związanych z orzekaniem o niezdolności do stawiennictwa na rozprawie i brania udziału w czynnościach procesowych. Konferencję zorganizował Ośrodek ds. Opiniowania Sądowo-Lekarskiego i Orzecznictwa NIL.

Karol Początek specjalista chorób wewnętrznych, kardiolog

Michał Wępiec członek Rady Ośrodka ds. Opiniowania Sądowo-Lekarskiego i Orzecznictwa NIL

Ryszard Szozda kierownik Ośrodka ds. Opiniowania Sądowo-Lekarskiego i Orzecznictwa NIL

Celem spotkania było omówienie problemów prawnych i medycznych w gronie osób bezpośrednio zaangażowanych w orzekanie sądowo-lekarskie. Miało ono służyć temu, by nadać opiniom i zaświadczeniom lekarskim oczekiwane walory, a organom upoważnionym do powoływania biegłych ułatwić pracę.

Jednym z tematów poruszanych w czasie konferencji były choroby układu krążenia, które bardzo często pojawiają się w zaświadczeniach lekarskich przedkładanych w sądach. Statystycznie to właśnie schorzenia kardiologiczne są wskazywane jako najczęstsze somatyczne przeszkody mające uniemożliwiać uczestnictwo w postępowaniu procesowym.

Odpowiedź na pytania prokuratury i sądu dotyczące możliwości uczestnictwa w rozprawie i czynnościach procesowych osób ze schorzeniami układu krążenia niejednokrotnie sprawia lekarzom trudności, i to nie tylko kardiologom. Wynika to m.in. z faktu, że nie opracowano dotąd zasad, które powinny obowiązywać lekarzy wydających zaświadczenia i orzeczenia lekarskie.

Podczas konferencji zwrócono uwagę na omówienie diskutowanego problemu znajdującego się w wydany niedawno podręczniku „Medycyna sądowa” w redakcji prof. Grzegorza Teresińskiego.

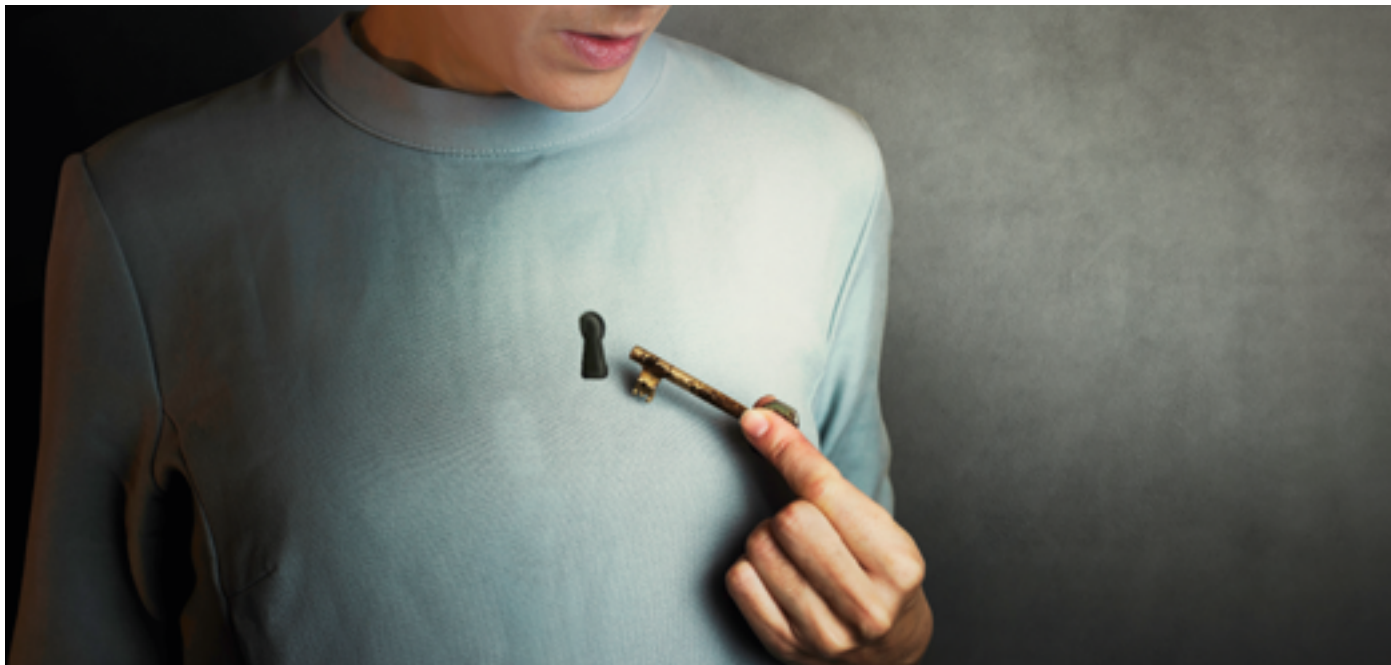
**Bardzo często,
i to bez żadnego
uzasadnienia, schorzenia
kardiologiczne są
przedstawiane
w zaświadczeniach jako
przeszkoda zdrowotna
w udziale
w rozprawie lub braniu
udziału w czynnościach
procesowych.**

Warto, by wszyscy lekarze sądowi i lekarze biegli wydający opinie przeczytali rozdział podręcznika zatytułowany „Ocena zdolności do udziału w czynnościach procesowych”. Może refleksje powstałe po lekturze przyczynią się do poprawy jakości wydawanych zaświadczeń i orzeczeń lekarskich, których treść niejednokrotnie budzi wątpliwości.

OSTROŻNOŚĆ PONAD MIARĘ

Autorzy przedkładanej sądom dokumentacji medycznej często tworzą obraz schorzeń kardiologicznych, które zagrażają zdrowiu i życiu osób oskarżonych i podejrzanych. Nierzadko pojawia się sugestia lub informacja wprost o tym, że udział w postępowaniu nasili chorobę i przyniesie fatalne skutki dla zdrowia osoby oskarżonej.

W istocie, do pogorszenia stanu kardiologicznego może dojść nagle, a część zachorowań może doprowadzić do nagłego zgonu. Nie bez znaczenia jest również to, że nie zawsze można ustalić konkretny czynnik, który doprowadzi do pogorszenia stanu zdrowia, np. wystąpienia zawału serca u osoby objętej postępowaniem procesowym, a tym samym zazwyczaj nie można z wystarczającą pewnością stwierdzić, czy takim czynnikiem nie będzie udział w rozprawie lub w czynnościach procesowych. Świadomość tej specyfiki schorzeń kardiologicznych, ich trudny do przewidzenia przebieg i możliwe następstwa powodują, że są one traktowane przez autorów dokumentacji z nadmierną ostrożnością, by nie rzec z pietyzmem. Analizując treść zaświadczeń, zwykle odnosi się wrażenie, że lekarz za wszelką cenę chce obronić osobę badaną przed spodziewanymi skutkami skazującego wyroku. Z reguły lekarz nie jest przy tym świadomy następstw takiej postawy, na przykład tego, jakie skutki może ona przynieść dla strony pokrzywdzonej, gdy przedłuży o kolejne lata czas postępowania procesowego. Niestety także biegli często zapominają, że osoba, którą badają, nie jest ich pacjentem, a zadaniem biegłego jest przede wszystkim obiektywna ocena stanu faktycznego, a nie ochrona stanu zdrowia osoby objętej postępowaniem procesowym. Oczywiście jest, że co do



zasady np. orzeczona kara pozbawienia wolności nie służy zdrowiu, a wręcz przeciwnie. Jednak świadomość tego faktu nie może decydować o wydawaniu orzeczeń lekarskich, których wniośki staną się przesłanką do uniknięcia zasądzonej kary.

DIAGNOZA NIEPOPARTA DOWODAMI

Bardzo często, i to bez żadnego uzasadnienia, schorzenia kardiologiczne są przedstawiane w zaświadczeniach jako przeszkoda zdrowotna w udziale w rozprawie lub braniu udziału w czynnościach procesowych. Powszechna w tych zaświadczeniach jest, niepoparta danymi obiektywnymi, akceptacja subiektywnych objawów zgłaszanych przez pacjentów bez próby ich weryfikacji przez lekarza. Dotyczy to na przykład osób, które twierdzą, że chorują na nadciśnienie tętnicze. Bezkrtycznie akceptuje się deklarowane przez pacjenta wartości ciśnienia tętniczego i zwykle wpisuje je w treści konsultacji, bez wykonania chociażby pojedynczego pomiaru w gabinecie, nie mówiąc już o udokumentowaniu pełnego badania fizykalnego.

Nagminne jest wskazywanie choroby nadciśnieniowej jako realnej przeszkody w udziale osób oskarżonych w postępowaniu w prokuraturze lub przed sądem z adnotacją lekarską o jej ciężkim przebiegu, ale bez jakichkolwiek na to dowodów. W zaświadczeniach lekarskich nadciśnienie tętnicze niemal

zawsze ma postać ciężką (nadciśnienie III st.), jego terapia farmakologiczna jest nieskuteczna i zwykle wymaga – zdaniem autorów dokumentacji – pilnej hospitalizacji.

Znamienne jest, że zaświadczenia zwykle zawierają diagnozę ciężkiego, potencjalnie groźnego dla życia i zdrowia schorzenia, które nie poddaje się leczeniu, z wnioskiem, że zły stan zdrowia

Może refleksje powstałe po lekturze przyczynia się do poprawy jakości wydawanych zaświadczeń i orzeczeń lekarskich, których treść niejednokrotnie budzi wątpliwości.

pacjenta może ulec nagłemu pogorszeniu np. w wyniku emocji wywołanych obecnością w sali rozpraw. Co ciekawe, wnioski te nigdy nie zostają w jakkolwiek sposób uzasadnione przez autorów, którzy nie czują się zobowiązani do wyjaśniania czegokolwiek.

Uderza również to, że dokumentacja medyczna jest tworzona doraźnie, daty kolejnych konsultacji specjalistycznych oraz ich częstotliwość zależą zwykle od etapu postępowania procesowego, np. schorzenie kardiologiczne ujawnia się lub też jego objawy nasilają się w momencie postawienia zarzutów i w chwili oczekiwanego stawienia przed

sądem. Co ważne, aspekt prawny problemu związanego z pacjentem jest często nieznanym lekarzom wystawiającym zaświadczenie, a przecież lekarze powinni zapytać o cel sporządzania zaświadczenia i informację tę umieścić w dokumencie.

Warto mieć świadomość, że zupełnie inna jest perspektywa organów wymiaru sprawiedliwości i można przypuszczać, że wiarygodność dokumentacji tworzonej w opisany powyżej sposób musi budzić wątpliwości u prawników. Zapewne sposób sporządzania i forma dokumentacji medycznej nieuchronnie rodzi pytania o to, czym kierowali się lekarze sporządzający kolejne zaświadczenia.

Lekarz oceniający potencjalny wpływ uczestnictwa w rozprawie lub czynnościach procesowych powinien ocenić faktyczny stan zdrowia osoby badanej i odpowiedzieć na pytanie, czy dla konkretnej osoby udział w rozprawie i czynnościach procesowych niesie realne ryzyko pogorszenia stanu zdrowia, rzecz jasna odnosząc je do wszystkich okoliczności związanych z codzienną aktywnością. Kluczowe jest, by lekarz, wydając opinię, jej wnioski uzasadnił w sposób zrozumiały dla prawnika.

Właściwa komunikacja lekarzy i przedstawicieli wymiaru sprawiedliwości, tworzenie reguł opiniowania i poprawa jego jakości to jeden z celów działania Ośrodka ds. Opiniowania Sądowno-Lekarskiego i Orzecznictwa NIL. Mamy nadzieję, że również omawiana konferencja miała w tym swój udział. ■

Pewna jest tylko niepewność



Andrzej Cisto
wiceprezes NRL

Regularnie publikowane felietony mają tę wartość dodaną, że pisane jednym piórem i dedykowane sprawom konkretnej społeczności są zapisem nie tylko spraw, z których zdawana jest relacja, ale i zmieniającej się logiki wydarzeń, zwyczajów i zasad rozwiązywania problemów.

Niech pośród innych będzie więc i ten, pełen niepewności. Nie da się napisać tekstu do tego wydania, nie będąc pod wpływem doniesień ze Wschodu. Rysująca się perspektywa katastrofy – jeśli w najgorszym wydaniu – to geopolitycznej, a pewnie i humanitarnej, nie może być obojętna dla naszych rozważań o kształcie systemu i warunkach, jakie kształtować będą naszą działalność leczniczą.

Zawirowania o tej skali odbijają się na gospodarkach całego niemal świata, przekładają się na chęć (a raczej jej brak) podejmowania nowych wyzwań, a tych w medycynie nie brakuje. W naszych warunkach podwyższają próg wrażliwości opinii publicznej i klasy politycznej czasem na krzywdę ludzką, czasem po prostu na potrzebę zmian, wyrażaną w postulatach kierowanych do władz. Skłaniają rządzących do chodzenia „na skróty”. Poza wszystkim, też myślami jesteśmy z naszymi Koleżankami i Kolegami – lekarzami i stomatologami żyjącymi w Ukrainie.

Pomimo tego, że końca pandemii nie sposób na razie ogłosić, to dające się wyczuć odprężenie ze stanu zagrożenia dało szansę na zwrócenie się w kierunku likwidowania „długu zdrowotnego”, jaki nagromadził się w trakcie pandemii, obejmującego też zapóźnienia w opiece stomatologicznej. Byłby więc czas, aby pomyśleć o kolejnym Światowym Dniu Zdrowia Jamy Ustnej – z tej okazji red. Lucyna Krysiak rozmawia z dr Anną Lellą (str. 36). Stąd żal i złość, że po covidowym tsunami możemy nie zaznać spokoju.

Na ukończeniu są prace nad sprawozdaniem kadencyjnym Komisji Stomatologicznej NRL. Niby to tylko urzędowe skwitowanie tego, co się zdarzyło, ale rozległość zakresu naszych prac zdefiniowała objętość tego dokumentu. Najnowszym projektem rządowym, którym musieliśmy się szczegółowo zająć, był projekt ustawy o niektórych zawodach medycznych. Historia założeń do tej ustawy to bez mała 14 lat. Dla nas ważne są w tym projekcie regulacje dotyczące asystentek, higienistek i techników. Trudno doprawdy zaopiniować ten projekt, gdyż wszystko, co w nim najważniejsze, czyli zakres uprawnień

zawodowych, nie miałyby regulować ustawa, a wydane na jej podstawie rozporządzenie. Powinien to być zapis ustawowy, gdyż obserwujemy, że łatwość zmian na poziomie rozporządzenia kusi czasem niepotrzebnie, powoduje też korowody interesariuszy, którzy próbują co i raz to przekonywać ministra o konieczności zmian. A regulowana materia wymaga stałości. Wymaga też zadbania o całkiem sporą grupę pomocy dentystrycznych, które do dziś dzielnie nas wspierają. Sześciomiesięczne *vacatio legis* to za mało na uzyskanie przez nie pełni

NFZ najwyraźniej zdecydował się (choć nie w każdym oddziale) na zabieg wyrównywania stawek za punkt rozliczeniowy w kontraktach podstawowych. Dobrze, że „w górę”.

uprawnień asystentki. W uzasadnieniu projektu ustawy w ogóle pominięto kwestię rynku pracy tego zawodu.

Po informacji dotyczące kwestii wycen świadczeń publicznych odsyłam na stronę internetową. NRL 28 stycznia br. wydała stanowisko dość dokładnie punktujące wady opracowania AOTMiT. Jesteśmy w trakcie prac z Agencją prostujących niedomogi metodologii. To nie wina danych, tylko sposobu ich przetworzenia, że np. większość świadczeń specjalistki chirurgii stomatologicznej uzyskała wycenę niższą niż obecna. Z założeniami Agencji nie mogliśmy się zgodzić również z uwagi na to, że mogą być użyte do następnych wycen, również takich, o które sami nie będziemy wnioskować.

NFZ najwyraźniej zdecydował się (choć nie w każdym oddziale) na zabieg wyrównywania stawek za punkt rozliczeniowy w kontraktach podstawowych. Dobrze, że „w górę”. Innej metody sobie nie wyobrażam, choć ilekroć wspominałem o tym w rozmowach z Funduszem, pojawiała się niby żartem rzucana propozycja uśredniania tych stawek. Ten ruch, choć ważny, jednak „wiosny nie uczyni”. ■



Przez zęby do szczęścia

Obchodzony 20 marca Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej w tym roku odbędzie się pod hasłem „Be Proud of Your Mouth for your happiness and well-being” („Bądź dumny ze swojej jamy ustnej dla własnego szczęścia i dobrego samopoczucia”).

Lucyna Krysiak dziennikarz

Tak sformułowana maksyma wydaje się dość szeroka, kryją się jednak za nią konkretne problemy dotyczące uzębienia i ich związku ze stanem zdrowia całego organizmu.

ŚWIADOMOŚĆ ZAGROŻEŃ

W związku z ŚDZJU 2022 FDI zachęca do podjęcia wytyczonych działań edukacyjnych, które pozwolą uporać się z problemem zaniedbań dotyczących zdrowia jamy ustnej w skali globalnej, a Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) przypomina, że problemy te w ogromnym stopniu wpływają na emocjonalne, społeczne, psychiczne i ogólne samopoczucie obywateli. Eksperci w tej dziedzinie zwracają też uwagę, że toczące się procesy zapalne w jamie ustnej (próchnica czy zapalenie dziąseł) przyczyniają się do powstawania wielu chorób ogólnoustrojowych, które wpływają na komfort życia całych populacji. Mogą też one wywoływać powikłania i przyczyniać się do osłabienia skuteczności stosowanych terapii.

Nieleczone zmiany chorobowe w jamie ustnej mają także związek z innymi poważnymi problemami zdrowotnymi. W ostatnich latach naukowcy dowiedli, że zapalenie przyzębia zwiększa ryzyko wystąpienia choroby Alzheimera, ponieważ bakterie *Porphyromans gingivalis*, odpowiedzialne za powstawanie ciężkich chorób przyzębia, mogą przenikać do krwiobiegu, przekroczyć barierę krew-mózg i zapoczątkować uszkodzenie tkanki mózgowej. Z nieleczonymi



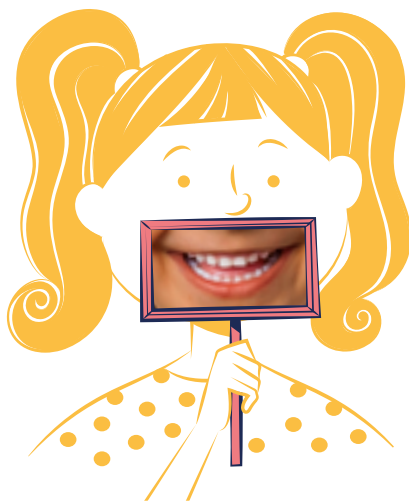
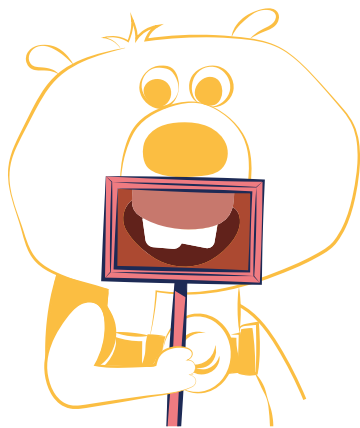
chorobami jamy ustnej wiąże się także m.in. zagrożenie zapaleniem mięśnia sercowego, zatok, cukrzycą, chorobami nerek, narządu ruchu, alergiami. Anna Lella, członek Zarządu World Dental Federation (FDI) mówi, że organizatorom

**Pandemia COVID-19
wywarła negatywny
wpływ na realizację
programów
profilaktycznych
w większości krajów,
prowadząc do opóźnień
w leczeniu schorzeń jamy
ustnej i zwiększonego
stosowania antybiotyków.**

Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej zależy, aby tymi tematami zainteresować jak największą rzeszę osób, głównie tych związanych zawodowo z medycyną, a więc lekarzy różnych specjalności, pielęgniarki i położne, którzy są w codziennym kontakcie z pacjentami i mogą wpływać na ich zachowania prozdrowotne, sposób myślenia, reagowania, ale też polityków czy organizatorów systemów opieki zdrowotnej, od których w dużym stopniu zależy dostępność do leczenia i jego finansowania. W podnoszeniu świadomości na temat zależności ogólnego stanu zdrowia od stanu zdrowia jamy ustnej FDI widzi także potrzebę włączenia do działań edukacyjnych studentów szkół medycznych i młodzieży szkolnej.

TO NIE JEST ŚWIĘTO DLA ŚWIĘTA

– To nie jest święto dla święta. Naszym celem jest, aby poprzez dziennikarzy, decydentów i osoby wykonujące zawody medyczne dotrzeć z wiedzą do jak największej liczby zwykłych ludzi – podkreśla Anna Lella. Chodzi o to, aby zainteresowanie tematem nie miało charakteru akcyjnego związanego z obchodami Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej, ale przerodziło się w codzienne prozdrowotne nawyki i zachowania, które zaowocują w przyszłości, np. przełożą się na poprawę statystyk dotyczących opanowania próchnicy, chorób przyzębia, bezzębności u seniorów czy nowotworów jamy ustnej. Symptomy wzrostu świadomości w tym zakresie już są. Z badań ankietowych



Problemem wciąż jest próchnica, która dotyczy prawie 82 proc. polskich sześciolatków. Dla porównania, 69 proc. czeskich dzieci w tym samym wieku ma problem z zębami, na Łotwie odsetek ten jest jeszcze niższy i wynosi 55 proc., a we Francji i Danii już tylko 25 proc. dzieci w wieku 6 lat ma próchnicę.

opublikowanych w 2021 r., a przeprowadzonych przez jedną z firm zajmujących się dystrybucją artykułów do higieny jamy ustnej, wynika, że 70 proc. dorosłych Polaków zwraca uwagę na higienę jamy ustnej i przy zakupie np. past do zębów kieruje się ich składem, a co trzeci ankietowany odwiedza swojego lekarza dentystę raz na pół roku. Z badania wynika także, że większość respondentów w rozmowie z nowo poznaną osobą zwraca uwagę na uśmiech i zęby. To dowód na to, że stają się one wizytówką, dodają pewności siebie i poprawiają ogólne samopoczucie.

Jednak zachowania prozdrowotne to nie tylko zalecane dwa razy do roku wizyty w gabinecie dentystycznym. To przede wszystkim regularne szczotkowanie zębów i stosowanie nici dentystycznych, bo to systematyczność kształtuje nawyki i przynosi pożądany efekt. 99 proc. zapytanych o to ankietowanych odpowiedziało, że stara się szczotkować zęby w miarę regularnie, ale nici dentystycznych używa już tylko 52 proc. Jeśli chodzi o częstotliwość szczotkowania, to 67 proc. zadeklarowało, że robi to dwa razy dziennie, 25 proc. – trzy razy

dziennie, a około 3 proc. – tylko raz, rano lub wieczorem. To wciąż mało, by mówić o tym, że Polacy są wyedukowani, jeśli chodzi o zagrożenia wynikające z niedostatecznej higieny dotyczącej jamy ustnej.

Niestety pandemia COVID-19 przyczyniła się do zahamowania pewnych działań podejmowanych w tym zakresie w ramach obchodów ŚDZJU. – W minionym roku w związku z pandemią niektóre spotkania i konferencje przygotowane przez FDI musiały być odwołane, a na podsumowanie tego rocznych obchodów jeszcze za wcześnie. Jednak wstępnie mamy już dowody, że pandemia poprzez ograniczenia strukturalne i emocjonalne pogorszyła dostęp do stomatologa oraz wywołała lęk pacjentów przed zakażeniem koronawirusem, co wpłynęło negatywnie na zainteresowanie problematyką związaną ze zdrowiem jamy ustnej. Pandemia COVID-19 wywarła negatywny wpływ na realizację programów profilaktycznych w większości krajów, prowadząc do opóźnień w leczeniu schorzeń jamy ustnej i zwiększonego stosowania antybiotyków – komentuje Anna Lella i dodaje, że pojawiły się

zaniedbania, zaawansowane stadia chorób jamy ustnej, które przed pandemią należały już do rzadkości.

PRÓCHNICA WCIĄŻ STRASZY

Potwierdzają to różne raporty oceniające stan zdrowia jamy ustnej Polaków. Z badań przeprowadzonych na zlecenie światowego producenta czekolady, gum do żucia, miętówek i słodczy owocowych wynika, że zgodnie z zaleceniami – czyli dwa razy do roku lub częściej – lekarza dentystę odwiedza tylko 37 proc. mieszkańców naszego kraju, a 16 proc. umawia się na wizytę, kiedy zaczynają dostrzegać pierwsze symptomy problemów stomatologicznych (ból zęba, krwawienie dziąseł), a aż 11 proc. trafia na fotel dentystyczny w momencie, kiedy stan zębów staje się już naprawdę zły, np. pojawia się ropień.

Problemem wciąż jest próchnica, która dotyczy prawie 82 proc. polskich sześciolatków. Dla porównania, 69 proc. czeskich dzieci w tym samym wieku ma problem z zębami, na Łotwie odsetek ten jest jeszcze niższy i wynosi 55 proc., a we Francji i Danii już tylko 25 proc. dzieci w wieku 6 lat ma próchnicę.

Wprawdzie, jak zaznacza prof. Dorota Olczak-Kowalczyk, prezes Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej, w ciągu ostatnich 20 lat sytuacja polskich dzieci nieznacznie się polepszyła, jednak nadal ta poprawa jest niezadowalająca. 40 proc. dzieci w wieku trzech lat ma już ubytki próchnicowe, a w okresie przedszkolnym częstotliwość występowania próchnicy zwiększa się dwukrotnie. W wieku 5-6 lat, gdy pojawiają się pierwsze zęby trzonowe stałe, u wielu dzieci także są one już zaatakowane przez próchnicę. W sumie w Polsce ponad 80 proc. 12-latków ma próchnicę, a przed 18. r.ż. odsetek ten zwiększa się prawie do 100 proc. Potrzebna jest profilaktyka, ale ta wymaga odpowiedniej edukacji i świadomości problemu. Specjaliści zalecają stosowanie w profilaktyce czterech kroków – oprócz mycia zębów dwa razy dziennie, używanie płynów do płukania jamy ustnej oraz nici dentystycznej, stosowanie po jedzeniu i piciu bezcukrowej gumy do żucia (guma stymuluje produkcję i przepływ śliny, zmniejszając kwasowość, która prowadzi do próchnicy) i regularne (co pół roku) odwiedzanie lekarza dentysty. ■

WSPOMNIENIE

Dr Andrzej Baszkowski

(1947-2021)

Anna Kurhańska-Flisykowska, Anna Tarajkowska
Wielkopolska Izba Lekarska

12 grudnia 2021 r. zmarł dr Andrzej Baszkowski, specjalista chirurgii stomatologicznej, współtwórca zrębów Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, w tym jej biuletynu, którego był redaktorem naczelnym i do którego pisał nieocenione i chętnie czytane słowo wstępne. Przewodniczył Komisji Stomatologicznej WIL, był też wiceprezsem Okręgowej Rady Lekarskiej WIL, wieloletnim członkiem Naczelnej Rady Lekarskiej i wiceprzewodniczącym Komisji Stomatologicznej NRL.

Dr Andrzej Baszkowski dał się poznać na arenie ogólnopolskiej jako ceniony uczestnik negocjacji z Narodowym Funduszem Zdrowia, z których zdawał relacje w felietonach „Gazety Lekarskiej”. Sojusznik ugody i kompromisu, wyznawca tezy: „będziesz ciężko pracował, ale będziesz godnie żył” oraz „najlepszą modlitwą jest praca”. Autor opracowań z dziedziny historii stomatologii w Wielkopolsce, dowcipny, pełny uroku erudyta. Zmarł za wcześnie ku ogromnemu żalowi wszystkich, którzy z Nim współpracowali, spierali się o autonomię stomatologii w ramach wspólnej izby lekarskiej, podróżowali i wędrowali po lesie z kijkami. Bywali w operze i na balach. Był fantastycznym, ciepłym, mądrym człowiekiem.

Był autorem książek „Od negocjacji po kompromis. Skutki wprowadzenia powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych na życie zawodowe lekarzy polskich do roku 1950” oraz „Wielkopolska Izba Lekarska. Tradycja i współczesność 2000-2019”, a także współautorem monografii poświęconej historii WIL.

Andrzej został odznaczony Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi i najwyższym odznaczeniem samorządu lekarskiego „Meritus pro Medicis”. W 2019 r. podczas poznańskiej gali 30-lecia odrodzenia izb lekarskich odebrał statuetkę im. Józefa Strusia. Rok 2021 przyniósł Andrzejowi Baszkowskiemu podczas jubileuszu 100-lecia powstania Izby Lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej, jako głównemu autorowi uroczystości, nagrodę za krzewienie pamięci historycznej o lekarzach i lekarzach dentystach.

Był też członkiem i współpracownikiem Oddziału Poznańskiego Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, jurorem w konkursach podczas Saldentu i CEDE, duszą towarzystwa w czasie spotkań na Kongresie FDI w Poznaniu. Był osobowością niezwykłą. Na zawsze pozostanie w pamięci tych, którzy mieli szczęście i zaszczyt z nim współpracować.

Żegnaj Andrzeju!



Dr Andrzej Baszkowski (1947-2021)

Rok 2021 przyniósł Andrzejowi Baszkowskiemu podczas jubileuszu 100-lecia powstania Izby Lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej, jako głównemu autorowi uroczystości, nagrodę za krzewienie pamięci historycznej o lekarzach i lekarzach dentystach.

**UCHWAŁA Nr 1/22/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 28 stycznia 2022 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**

Na podstawie art. 8 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (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, poz. 2317, poz. 2368 oraz poz. 2459) 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 dentysty oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystów, 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. Nr 19/21/VII z 3 września 2021 r. oraz Nr 30/21/VIII z 30 grudnia 2021 r.: wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 1 dotychczasowy ust. 2 oznacza się jako ust. 1a oraz dodaje się ust. 2 w brzmieniu:

„2. Szczegółowy tryb postępowań, o których mowa w ust. 1 i 1a, określa Regulamin szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty, wpisywania na listę członków okręgowej izby lekarskiej i wpisu do okręgowego

rejestru lekarzy i lekarzy dentystów oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystów, zwany dalej „regulaminem”, stanowiący załącznik nr 1 do uchwały.”;

2) w § 3 dodaje się pkt 11b w brzmieniu:

„11b) lekarz, który uzyskał kwalifikacje poza UE – lekarz, lekarz dentysta, który posiada dyplom lekarza lub lekarza dentysty, o którym mowa w art. 7 ust. 2a pkt 7 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, wydany w innym państwie niż państwo członkowskie Unii Europejskiej.”;

3) w § 6 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„6. Lekarz, za wyjątkiem lekarza z UE i lekarza, który uzyskał kwalifikacje poza UE, który dotychczas nie posiadał prawa wykonywania zawodu lekarza na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, lub lekarz, o którym mowa w art. 5 ust. 6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, może mieć przyznane przez okręgową radę lekarską wyłącznie prawo wykonywania zawodu lekarza w celu odbycia stażu podyplomowego.”;

4) w § 17 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Lekarz, który zamierza podjąć wykonywanie zawodu po upływie 5 lat od uzyskania dyplomu lekarza lub od uzyskania prawa wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego i niepodjęcia wykonywania zawodu, przed przyznaniem prawa wykonywania zawodu lekarza w celu odbycia stażu podyplomowego lub przed przyznaniem ponownie prawa wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego, jest zobowiązany do odbycia przeszkolenia teoretycznego. Okręgowa rada lekarska, w drodze uchwały, ustala tryb, program, miejsce i okres przeszkolenia, biorąc pod uwagę długość okresu, który upłynął od uzyskania dyplomu.”;

5) w § 17 ust. 9 otrzymuje brzmienie:

„9. W przypadku zamiaru podjęcia wykonywania zawodu w warunkach, o których mowa w ust. 8, lekarz zwolniony z odbycia przeszkolenia zobowiązany jest zawiadomić okręgową radę lekarską o tym zamiarze ze wskazaniem miejsca, daty podjęcia wykonywania zawodu oraz imienia, nazwiska, numeru prawa wykonywania zawodu oraz specjalizacji lub tytułu specjalisty lekarza, pod nadzorem którego ma wykonywać zawód przez

pierwsze trzy miesiące wraz z oświadczeniem tego lekarza o podjęciu się pełnienia takiego nadzoru. Zawiadomienie następuje poprzez złożenie oświadczenia, którego wzór stanowi załącznik nr 20a do Regulaminu.”.

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

1) w § 1 pkt 6 otrzymuje brzmienie:

„6) przyznawania lekarzowi lub lekarzowi dentyście – członkowi okręgowej izby lekarskiej, który uzyskał obywatelstwo polskie, prawa wykonywania zawodu lekarza lub prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty.”;

2) w § 2 pkt 12a otrzymuje brzmienie:

„12a) lekarz, który uzyskał kwalifikacje poza UE” – lekarza, lekarza dentystę, który posiada dyplom lekarza lub lekarza dentysty, o którym mowa w art. 7 ust. 2a pkt 7 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, wydany w innym państwie niż państwo członkowskie Unii Europejskiej i nie uzyskał kwalifikacji formalnych.”;

3) w § 8 ust. 2 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) dwucyfrowy numer kodowy:

a) 10 – oznaczający lekarza nie wykonującego zawodu (uprawnionego do udzielania świadczeń zdrowotnych w stosunku do swojej osoby, małżonka oraz osób wstępnych i zstępnych w linii prostej pierwszego i drugiego stopnia),

b) 11 – oznaczający lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu lekarza (bez ograniczeń) przyznane na podstawie art. 5 ust. 1-6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty na czas nieokreślony,

c) 12 – oznaczający lekarza posiadającego ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza przyznane do dnia 31 grudnia 2016 r. lub prawo wykonywania zawodu lekarza przyznane na czas

określony w celu odbycia stażu podyplomowego, odbycia stażu adaptacyjnego albo przystąpienia do testu umiejętności;

d) 13 – oznaczający lekarza cudzoziemca posiadającego prawo wykonywania zawodu lekarza przyznane na podstawie art. 7 ust. 1a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty na czas określony w celu odbycia kształcenia podyplomowego,

e) 14 – oznaczający lekarza cudzoziemca posiadającego prawo wykonywania zawodu lekarza przyznane na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty na czas określony lub nieokreślony,

f) 15 – oznaczający lekarza z UE posiadającego prawo wykonywania zawodu lekarza przyznane na podstawie art. 5a lub 5c ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty na czas nieokreślony,

g) 16 – oznaczający lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu lekarza, który jest ograniczony w wykonywaniu zawodu zgodnie z § 12 uchwały,

ga) 17 – oznaczający lekarza, który uzyskał kwalifikacje poza UE, posiadającego prawo wykonywania zawodu przyznane na określony zakres czynności zawodowych i w określonym podmiocie na czas określony, o którym mowa w art. 7 ust. 2e ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty,

gb) 18 – oznaczający lekarza, który uzyskał kwalifikacje poza UE, posiadającego warunkowe prawo wykonywania zawodu przyznane na czas określony, o którym mowa w art. 7 ust. 13 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty,

h) 19 – oznaczający lekarza, który jest zawieszony w wykonywaniu zawodu w sposób, o którym mowa w § 13 uchwały- i nie może wykonywać zawodu w żadnej formie,

i) 20 – oznaczający lekarza dentystę nie wykonującego zawodu (uprawnionego do udzielania świadczeń zdrowotnych w stosunku do swojej osoby, małżonka oraz osób wstępnych i zstępnych w linii prostej pierwszego i drugiego stopnia),

j) 21 – oznaczający lekarza dentystę posiadającego ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty, przyznane do dnia 31 grudnia 2016 r. lub prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty przyznane na czas określony w celu odbycia stażu podyplomowego, odbycia stażu adaptacyjnego albo przystąpienia do testu umiejętności;

k) 22 – oznaczający lekarza dentystę posiadającego prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty (bez ograniczeń) przyznane na podstawie art. 5 ust. 1-6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty na czas nieokreślony,

l) 23 – oznaczający lekarza dentystę cudzoziemca posiadającego prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty przyznane na podstawie art. 7 ust. 1a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty na czas określony w celu odbycia kształcenia podyplomowego,

m) 24 – oznaczający lekarza dentystę cudzoziemca posiadającego prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty przyznane na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty na czas określony lub nieokreślony,

n) 25 – oznaczający lekarza dentystę z UE posiadającego prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty przyznane na podstawie art. 5b lub 5c ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty na czas nieokreślony,

o) 26 – oznaczający lekarza dentystę posiadającego prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty, który jest ograniczony w wykonywaniu zawodu zgodnie z § 12 uchwały,

oa) 27 – oznaczający lekarza dentystę, który uzyskał kwalifikacje poza UE, posiadającego prawo wykonywania zawodu przyznane na określony zakres czynności zawodowych i w określonym podmiocie na czas określony, o którym mowa w art. 7 ust. 2e ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty,

ob) 28 – oznaczający lekarza dentystę, który uzyskał kwalifikacje poza UE, posiadającego warunkowe prawo wykonywania zawodu przyznane na czas określony, o którym mowa w art. 7 ust. 13 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty,

p) 29 – oznaczający lekarza dentystę, który jest zawieszony w wykonywaniu zawodu w sposób, o którym mowa w § 13 uchwały i nie może wykonywać zawodu w żadnej formie;”

4) w § 11 ust. 10 otrzymuje brzmienie:

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

5) dodaje się § 11a i 11b w brzmieniu:

„§ 11 a.

1. W dokumencie PWZ-A lub w dokumencie PWZ-B okręgowa rada umieszcza dane, informacje oraz odpowiednie adnotacje:

1) w dokumencie PWZ-A – potwierdzające przyznanie prawa wykonywania zawodu na podstawie art. 5 ust. 1 lub art. 7 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty określony zgodnie z brzmieniem pkt 4 ppkt 2 lit. b. opisu wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie wzorów dokumentów: Prawo wykonywania zawodu lekarza, Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty (Dz. U. z 2021 r., poz. 2374),

2) w dokumencie PWZ-B potwierdzające przyznanie prawa wykonywania zawodu na podstawie art. 5 ust. 7, art. 5 f, art. 7 ust. 1a, art. 7 ust. 2, art. 7 ust. 2e lub warunkowego prawa na podstawie art. 7 ust. 13 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty określony odpowiednio, zgodnie z brzmieniem pkt 4 ppkt 3 opisu wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie wzorów dokumentów: Prawo wykonywania zawodu lekarza, Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty (Dz. U. z 2021 r., poz. 2374).

2. W przypadku utraty lub zniszczenia dokumentu PWZ-A lub dokumentu PWZ-B przepisy § 11 pkt 7-8 stosuje się odpowiednio.

3. Dokument PWZ-A oraz dokument PWZ-B,

podlega unieważnieniu:

1) z dniem zawiadomienia o jego utracie albo zniszczeniu;

2) z dniem utraty prawa wykonywania zawodu przez jego posiadacza wskutek skreślenia z listy członków właściwej okręgowej izby lekarskiej na skutek okoliczności, o których mowa w art. 7 ust. 1 pkt 3-5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich;

3) z dniem wydania prawomocnego orzeczenia o zastosowaniu wobec lekarza albo lekarza dentysty środka karnego w postaci zakazu wykonywania zawodu lub wydania prawomocnego orzeczenia przez sąd lekarski o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu lub wydania przez okręgową radę lekarską ostatecznej uchwały o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu albo z dniem nadania tej uchwały w tym zakresie rygoru natychmiastowej wykonalności;

4) z dniem odbioru dokumentu wydanego w miejsce poprzedniego;

5) po upływie 3 miesięcy od dnia zmiany danych, które zamieszcza się w dokumencie w przypadku niezłożenia przez posiadacza dokumentu wniosku o jego wymianę.

4. Unieważnienia dokumentu, o którym mowa w ust. 3, dokonuje prezes okręgowej rady w formie zarządzenia.

5. Dokument unieważniony powinien być uszkodzony w sposób uniemożliwiający jego używanie i przechowywany w aktach osobowych lekarza.

6. Wzór zarządzenia prezesa wydawanego w przypadku w przypadku, o którym mowa ust. 3 pkt 1 i 5 stanowi zał. nr 7b do Regulaminu.

§ 11 b.

W przypadku wydania dokumentu PWZ-A lub dokumentu PWZ-B wpisów dotyczących uchwał, informacji, wpisów uzupełniających i urzędowych określonych w § 11 ust. 1-3 dokonuje się w okręgowym rejestrze.”;

6) w § 14 ust. 2 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) dokument ograniczone PWZ” (wydane do dnia 31 grudnia 2016 r.), dokument PWZ (wydany do 31 grudnia 2021 r.), dokument PWZ-B z odpowiednią adnotacją lub zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu lekarza stomatologa pod kierunkiem lekarza stomatologa uprawnionego do samodzielnego wykonywania zawodu – z wyjątkiem lekarza dentysty, o którym mowa w ust. 1 pkt 4;”;

7) w § 14 ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Wniosek W-2 lub W-2D jest podstawą do podjęcia przez okręgową radę uchwały o przyznaniu prawa wykonywania zawodu lekarza na podstawie art. 5 ust. 1-6 lub 5c ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, wpisaniu na listę członków izby i dokonaniu wpisu do okręgowego rejestru oraz w przypadku uzyskania przez lekarza prawa wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego, wydania dokumentu PWZ-A.”;

8) w § 17 ust. 2 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) dokumentem „PWZ” albo dokumentem PWZ-A.”;

9) w § 19 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Lekarz, o którym mowa w ust. 1, który zamierza podjąć wykonywanie zawodu na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej i uzyskać dokument PWZ-A, powinien zgłosić się do właściwej terytorialnie izby i złożyć Wniosek W-6 wraz z wymaganymi dokumentami.”;

10) w § 20 ust. 2 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) dokumentem PWZ albo dokumentem PWZ-A”;

11) w § 20 ust. 3 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„3) dokumentem PWZ albo dokumentem PWZ-B”;

12) w § 21 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Lekarz, o którym mowa w ust. 1, jest zobowiązany złożyć w izbie, której jest członkiem, odpowiednie oświadczenie wraz z dokumentem „PWZ” albo dokumentem PWZ-A.”;

13) w § 21 ust. 4 dodaje się pkt 3 w brzmieniu:

„3) dołączenia do akt osobowych dokumentu PWZ-A na czas zaprzestania wykonywania zawodu przez lekarza.”;

14) w § 22 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Lekarz, o którym mowa w ust. 1, jest zobowiązany złożyć izbie, której jest członkiem, odpowiednie oświadczenie wraz z dokumentem PWZ lub dokumentem PWZ-A, jeżeli posiada ten dokument.”;

15) w § 22 ust. 5 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) wydania lekarzowi, który miał zawieszone prawo wykonywania zawodu lekarza dokumentu PWZ z wpisem urzędowym lub wydania dokumentu PWZ-A złożonego na czas zaprzestania wykonywania zawodu.”;

16) w § 23 ust. 8 otrzymuje brzmienie:

„8. Dokument upoważniający do wykonywania zawodu lekarza – dokument „PWZ” wraz z zamieszczoną w nim adnotacją urzędową o zrzeczeniu się prawa wykonywania zawodu lekarza lub unieważniony dokument PWZ-A albo dokument PWZ-B umieszcza się w aktach osobowych lekarza.”;

17) w § 24 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. W przypadku lekarza – członka izby, posiadającego prawo wykonywania zawodu lekarza lub prawo wykonywania zawodu lekarza w celu odbycia stażu podyplomowego, albo odbycia stażu adaptacyjnego lub przystąpienia do testu umiejętności albo w celu odbycia kształcenia podyplomowego albo prawo wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych albo warunkowe prawo wykonywania zawodu komisja, po otrzymaniu odpowiedniej informacji lub orzeczenia, o których mowa w ust. 1, przekazuje całość dokumentacji wraz ze swoim stanowiskiem prezesowi okręgowej rady, który wydaje odpowiednie zarządzenie o skreśleniu lekarza z listy członków izby i z okręgowego rejestru oraz o unieważnieniu dokumentu PWZ-A lub dokumentu PWZ-B.”;

18) w § 24 ust. 5 pkt 2a otrzymuje brzmienie:

„2a) dołączenia do akt osobowych dokumentu „PWZ” albo unieważnionego dokumentu PWZ-B”;

19) w § 26 ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Podjęcie uchwały, o której mowa w ust. 5, jest podstawą do wpisania we „Wniosku” i do okręgowego rejestru wpisu urzędowego dotyczącego ograniczeń określonych uchwałą oraz wydania dokumentu PWZ-A”;

20) w § 28 ust. 2 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) dokument „PWZ” lub dokument „PWZ-A”;

21) w § 30 ust. 12 otrzymuje brzmienie:

„12. Uchwała rady, o której mowa w ust. 6 zobowiązuje lekarza do złożenia do okręgowej rady dokumentu PWZ albo dokumentu PWZ-A lub dokumentu PWZ-B do czasu podjęcia przeszkolenia.”;

22) w § 30 ust. 13 otrzymuje brzmienie:

„13. W przypadku lekarza, o którym mowa w art. 10 ust. 3a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry stosuje się postępowanie określone w § 17 ust. 8-9 uchwały.”;

23) w § 30 dodaje się ust. 14 w brzmieniu:

„14. Oświadczenie złożone przez lekarza, pod nadzorem którego lekarz wykonywał zawód przez okres pierwszych trzech miesięcy, jest podstawą do uznania przez komisję spełnienia wymogu określonego w art. 10 ust. 3a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry i zmiany numeru rejestracyjnego.”;

24) w § 33 ust. 2 pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„5) zobowiązuje lekarza do przedłożenia okręgowej radzie dokumentu PWZ, celem złożenia go w izbie na okres trwania zawieszenia lub celem dokonania odpowiedniego wpisu urzędowego w przypadku ograniczenia zakresu czynności zawodowych lub zakazu pełnienia funkcji kierowniczych albo zarządza unieważnienie dokumentu PWZ-A lub dokumentu PWZ-B w przypadku zawieszenia prawa wykonywania zawodu”;

25) w § 33 ust. 2 pkt 7 otrzymuje brzmienie:

„7) zarządza wydanie dokumentu PWZ lub dokonanie w nim wpisu urzędowego albo ustala termin wystąpienia do okręgowej rady o wydanie nowego dokumentu PWZ-A lub dokumentu PWZ-B w dniu następującym po dniu zakończenia obowiązywania kary.”;

26) w § 33 ust. 3 pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„5) zobowiązuje lekarza do przedłożenia okręgowej radzie dokumentu PWZ, celem złożenia go w izbie na okres trwania zawieszenia lub dokonania odpowiedniego wpisu urzędowego w dokumencie PWZ w przypadku lekarza, któremu sąd ograniczył wykonywanie czynności zawodowych albo zarządza unieważnienie dokumentu PWZ-A lub dokumentu PWZ-B w przypadku zawieszenia prawa wykonywania zawodu.”;

27) w § 33 ust. 4 pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„5) zobowiązuje lekarza do przedłożenia okręgowej radzie dokumentu PWZ celem złożenia go w izbie na okres wykonywania środka lub zarządza unieważnienie dokumentu PWZ-A lub dokumentu PWZ-B”;

28) w § 33 ust. 4 pkt 7 otrzymuje brzmienie:

„7) zarządza wydanie dokumentu „PWZ” lub dokonanie w nim wpisu urzędowego – albo ustala termin wystąpienia do okręgowej rady o wydanie nowego dokumentu PWZ-A lub dokumentu PWZ-B w dniu następującym po dniu zakończenia wykonywania środka lub otrzymania informacji o zakończeniu wykonywania środka zabezpieczającego”;

29) w § 33 dodaje się ust. 5a w brzmieniu:

„5a. W przypadku lekarza, o którym mowa w ust.

1 pkt 5, któremu okręgowa rada lekarska zawiesiła prawo wykonywania zawodu, prezes okręgowej rady na podstawie uchwały okręgowej rady wydaje bezzwłocznie zarządzenie o unieważnieniu dokumentu PWZ-A lub dokumentu PWZ-B”;

30) w § 33 ust. 10 pkt 7 lit. e otrzymuje brzmienie: „e) dokumentu PWZ- w przypadku zawieszenia w wykonywaniu zawodu lub zakazu wykonywania zawodu”;

31) w § 33 ust. 10 pkt 7 dodaje się lit. f w brzmieniu: „f) unieważnionego dokumentu PWZ-A lub dokumentu PWZ-B.”;

32) w § 33 ust. 10 pkt 8 otrzymuje brzmienie:

„8) wydanie dokumentu PWZ w dniu następującym po dniu, w którym upłynął okres zawieszenia w wykonywaniu zawodu lub zakazu wykonywania zawodu lub bezzwłocznie wydanie nowego dokumentu PWZ-A lub dokumentu PWZ-B przyznanego uchwałą okręgowej rady”;

33) w § 33 ust. 11 pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„5) otrzymania informacji z Krajowego Rejestru Karnego, z której wynika brak wpisu w tym Rejestrze środka karnego albo środka zabezpieczającego w postaci zakazu zajmowania określonego stanowiska albo prowadzenia określonej działalności, prezes okręgowej rady wydaje niezwłocznie zarządzenie, w którym zarządza:

a) usunięcie w okręgowym rejestrze odpowiedniej wzmianki,

b) usunięcie z akt osobowych lekarza i zniszczenie dokumentów dotyczących zawieszenia w wykonywaniu zawodu lub zakazu wykonywania zawodu,

c) przekazania do Centralnego Rejestru, właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia informacji o usunięciu wzmianki o zawieszeniu w wykonywaniu zawodu i zmiany numeru rejestracyjnego – w przypadku lekarza, który miał tymczasowo zawieszone prawo wykonywania zawodu lekarza lub był zawieszony w wykonywaniu zawodu postanowieniem sądu lub prokuratora,

d) wydanie dokumentu PWZ lub dokumentu PWZ-A lub dokumentu PWZ-B – w przypadku lekarza, który miał tymczasowo zawieszone prawo wykonywania zawodu lekarza lub był zawieszony w wykonywaniu zawodu postanowieniem sądu lub prokuratora,

e) dokonanie wpisu urzędowego w dokumencie PWZ o ustaniu przyczyny ograniczenia w wykonywaniu zawodu – w przypadku lekarza, który miał tymczasowo ograniczony zakres czynności w wykonywaniu zawodu,

f) przekazanie informacji właściwym organom państw członkowskich UE za pośrednictwem systemu IMI o ustaniu przyczyny zawieszenia lub ograniczenia w wykonywaniu zawodu, – oraz występuje z wnioskiem do okręgowej rady o wydanie nowego dokumentu PWZ-A lub dokumentu PWZ-B w przypadku gdy dotychczas posiadane zostało unieważnione na podstawie przepisów ustawy i Regulaminu.”

34) w § 33 ust. 12 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) w przypadku lekarza, który miał zawieszono prawo wykonywania zawodu lekarza - wydania dokumentu PWZ lub wydania nowego dokumentu PWZ-A albo dokumentu PWZ-B;”;

3. Załącznik nr 1 do Regulaminu otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do uchwały.
4. Załącznik nr 5 do Regulaminu otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do uchwały.
5. Załącznik nr 6 do Regulaminu otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 3 do uchwały.
6. Dodaje się Załącznik nr 7b do Regulaminu w brzmieniu określonym w załączniku nr 4 do uchwały.
7. Załącznik nr 22 do Regulaminu otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 5 do uchwały.
8. Załącznik nr 24 do Regulaminu otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 6 do uchwały.
9. Załącznik nr 31 do Regulaminu otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 7 do uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

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 2/22/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 28 stycznia 2022 r. w sprawie budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej na rok 2022

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 14 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342, z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Ustala się budżet Naczelnej Izby Lekarskiej na rok 2022 stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

Załącznik do uchwały jest dostępny na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej www.nil.org.pl w zakładce „Dokumenty”.

UCHWAŁA Nr 3/22/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 28 stycznia 2022 r. w sprawie obowiązków lekarzy i lekarzy dentystów uczestniczących w szkoleniach w roli wykładowcy

Na podstawie art. 5 pkt 2 i 14 oraz art. 39 ust. 1

pkt 1, 2 i 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342), uchwała się, co następuje:

§ 1.

1. Lekarz, lekarz dentyista nie może uczestniczyć w roli wykładowcy w praktycznych szkoleniach, dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych lub wykonywania procedur medycznych, jeśli uczestnikami takiego zdarzenia mają być osoby niemające uprawnień do udzielania świadczeń lub wykonywania procedur medycznych, będących przedmiotem szkolenia, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Zakaz, o którym mowa w ust. 1, nie dotyczy udziału lekarza i lekarza dentyisty w roli wykładowcy w ramach:

- a. szkolenia przeddyplomowego i podyplomowego zawodów medycznych,
- b. kursów pomocy przedmedycznej oraz
- c. szkoleń, w ramach których ogólny opis procedur i świadczeń, o których mowa w ust. 1, jest elementem wzbogacającym efekty kształcenia w zawodach niemedycznych lub wykładów, których tematem jest zaznajomienie słuchaczy ze zdobyciami nauk medycznych.

§ 2.

Zakaz, o którym mowa w § 1, istnieje niezależnie od trybu szkolenia i podmiotu będącego jego organizatorem.

§ 3.

Lekarz, lekarz dentyista ma prawo zwrócić się do okręgowej rady lekarskiej, której jest członkiem lub na terenie której ma dojść do szkolenia, o którym mowa w §1, albo do Naczelnej Rady Lekarskiej o wyjaśnienie wątpliwości co do uprawnień poszczególnych grup zawodowych do udzielania świadczeń zdrowotnych lub wykonywania procedur medycznych.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

UZASADNIENIE

Na podstawie art. 17 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 1997r. Nr 78, poz. 483) oraz art. 5 pkt 2 i 14 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r., poz. 1342), samorząd lekarzy i lekarzy dentyistów ma za zadanie sprawować pieczęć nad należyty i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentyisty oraz podejmować działania na rzecz ochrony zawodu lekarza, w tym występować w obronie godności zawodu lekarza oraz interesów indywidualnych i zbiorowych członków samorządu lekarzy. Do kompetencji Naczelnej Rady Lekarskiej – zgodnie z art. 39 ust. 1 pkt 1, 2 i 3 ww. ustawy o izbach lekarskich – należy sprawowanie pieczy nad należyty i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza przez członków samorządu lekarzy, upowszechnianie zasad etyki lekarskiej oraz dbanie o ich przestrzeganie

oraz reprezentowanie i ochrona interesów zawodowych członków samorządu lekarzy.

Działając w granicach cytowanych wyżej przepisów prawa, a także czyniąc zadość postanowieniom art. 5 Kodeksu Etyki Lekarskiej, samorząd lekarski – czuwając nad przestrzeganiem zasad etyki i deontologii lekarskiej oraz zachowaniem godności zawodu przez wszystkich członków samorządu lekarskiego – uznaje za konieczne uporządkowanie kwestii uczestniczenia lekarzy i lekarzy dentyistów w roli wykładowcy w praktycznych szkoleniach, dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych lub wykonywania procedur medycznych, jeśli uczestnikami takiego zdarzenia mają być osoby niemające uprawnień do udzielania świadczeń lub wykonywania procedur medycznych, będących przedmiotem szkolenia. Zakres tematyczny szkoleń objętych niniejszą uchwałą dotyczy szkoleń praktycznych do wykonywania wszelkich procedur medycznych i wszelkich świadczeń zdrowotnych w sytuacji, kiedy osoba lub osoby uczestniczące w szkoleniu nie mają do wykonywania tych czynności uprawnień. Przez szkolenia o charakterze praktycznym rozumie się wszelkie szkolenia, na podstawie których osoby szkolone uzyskują określone umiejętności. Zdaniem Naczelnej Rady Lekarskiej szkolenie przez kogokolwiek osób nieposiadających uprawnień do wykonywania procedur medycznych lub udzielania świadczeń zdrowotnych jest zjawiskiem negatywnym, w wielu przypadkach przyczyniającym się do naruszania przez szkolone osoby przepisów prawa, w tym postanowień art. 58 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 790 z późn. zm.) – przepis ten penalizuje udzielanie bez uprawnień świadczeń zdrowotnych polegających na rozpoznawaniu chorób oraz ich leczeniu.

Szkolenie przeprowadzane przez lekarzy ma niekorzystny efekt w postaci legitymizowania ewentualnej późniejszej działalności osób szkolonych poprzez tworzenie błędnego wrażenia legalności i dopuszczalności wykonywania przez nie tych procedur czy świadczeń, wywodzonego właśnie z faktu, że szkolenie prowadził lekarz lub lekarz dentyista. Najczęściej występującym przykładem wchodzenia przez osoby szkolone w obszar nieuprawnionej działalności leczniczej jest medycyna estetyczna oraz świadczenia udzielane pacjentom stomatologicznym. Naczelna Rada Lekarska prowadzi konkretne działania systemowe w zakresie uporządkowania kwestii medycyny estetycznej. Przypomnieć należy, iż 29 stycznia 2021 r. Naczelna Rada Lekarska podjęła uchwałę Nr 5/21/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie przyjęcia projektu zmian w ustawie o działalności leczniczej i projekcie ustawy o wyrobach medycznych oraz stanowisko Nr 1 /21/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 29 stycznia 2021 r. w sprawie przyjęcia definicji medycyny estetycznej, które to dokumenty zostały przekazane Ministrowi Zdrowia przy piśmie z dnia 3 lutego 2021 r. (znak: NRL-ZRP.0212.1308.2021.BW; NRL-ZRP.KW-00177.2021).

Kolejnym efektem prac nad uporządkowaniem kwestii dotyczących medycyny estetycznej było stanowisko Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej Nr 48/21/P-VIII z dnia 15 kwietnia 2021 r. w sprawie uprawnień do wykonywania procedur wchodzących w skład zabiegów z zakresu medycyny estetycznej. Stanowisko to, opatrzone przywołanymi w nim materiałami, dostępne jest na stronie nil.org.pl, na podstronie serwisu www dedykowanej medycynie estetycznej. Pod tym samym adresem można znaleźć pozostałe ważne informacje dotyczące działań Naczelnej Rady Lekarskiej związane z medycyną estetyczną.

Do intensyfikacji pracy nad uporządkowaniem tej gałęzi medycyny skłoniły Naczelną Radę Lekarską w bieżącej kadencji przede wszystkim sygnały o skali prowadzonej nieuprawnionej działalności leczniczej przez osoby niewykonyjące zawodów medycznych. M.in. lekarze specjaliści dermatolodzy w licznych wystąpieniach kierowanych do NRL wskazywali, iż znaczną część ich aktywności na polu medycyny estetycznej pochłania leczenie powikłań po nieudanych zabiegach.

Nie bez znaczenia jest też zaobserwowana narracja części środowiska branży beauty sugerująca, iż z wyroków sądów powszechnych wynika brak uregulowań prawnych sytuacji, w której przedmiotem działania jest poprawa urody, a wnosząc o wykonanie takiego zabiegu jest osoba, której nie można przypisać choroby. W ocenie samorządu lekarskiego jest to teza niezasadna, gdyż upoważniałaby osobę – bez żadnego medycznego wykształcenia – do wykonania dowolnie inwazyjnej procedury tylko dlatego, że osobie poddającej się tej procedurze nie można przypisać choroby. Ponadto we wspomnianym stanowisku Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z 15 kwietnia 2021 r. NRL udowadnia, że nawet mimo braku określenia i uregulowania wprost w przepisach prawa statusu medycyny estetycznej, składowe tych zabiegów są procedurami czysto medycznymi. Warto również wspomnieć o uzasadnieniu wyroku Sądu Najwyższego z 26 maja 2021 r. (sygn. I KK 23/21), które to orzeczenie – w ocenie samorządu lekarskiego – zamyka dyskusję nad głoszoną przez część środowiska kosmetycznego wspomnianą tezę o braku wystarczających uregulowań prawnych. Sąd ten wskazał, iż z definicji świadczenia zdrowotnego wynikającej z art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy o działalności leczniczej wynika, że *pojęcie świadczeń zdrowotnych, oprócz działań służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia obejmuje także „inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia” lub „inne działania medyczne wynikające z przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania”*.

Do chaosu prawnego w przedmiotowej kwestii przyczynia się niespójna polityka władz publicznych, w szczególności kuratorów oświaty, udzielających akredytacji kursom doskonalenia zawodowego z medycyny estetycznej adresowanym do osób bez wykształcenia medycznego oraz prowadzonych również przez osoby niewykonyjące żadnego zawodu medycznego.

Uchwała nie dotyczy:

a) szkolenia przeddyplomowego i podyplomowego zawodów medycznych, przy czym użyty w niniejszej uchwale termin „zawody medyczne” nie obejmuje zawodów wymienionych w projekcie ustawy z 20 stycznia 2022 r. o niektórych zawodach medycznych;

b) kursów pomocy przedmedycznej oraz

c) wykładów, w ramach których ogólny opis procedur i świadczeń, o których mowa w ust. 1, jest elementem wzbogacającym zasób wiedzy szkolenia w zawodach niemedyce lub wykładów, których tematem jest zaznajomienie słuchaczy ze zdobyczanymi naukami medycznymi.

Podjęcie uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie obowiązków lekarzy i lekarzy dentystów uczestniczących w szkoleniach w roli wykładowcy o treści proponowanej w przedłożonym projekcie, przyczyni się do wyeliminowania nieetycznych zachowań lekarzy i lekarzy dentystów, podważających zaufanie do zawodu.

STANOWISKO Nr 1/2022/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 28 stycznia 2022 r. w sprawie korekty wyceny świadczeń stomatologicznych

Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę na nieuzasadnione przedłużanie procedury korekty wyceny świadczeń stomatologicznych z zakresu chirurgii i periodontologii. Procedura nowej wyceny świadczeń stomatologicznych we wskazanych wyżej zakresach została zainicjowana we wrześniu 2020 r., w ramach uzgodnień pomiędzy Naczelną Radą Lekarską i Narodowym Funduszem Zdrowia. Po upływie 16 miesięcy przedmiotowa sprawa wciąż jest w toku.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej niepotrzebnie do procesu wyceny świadczeń stomatologicznych włączona została Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Zwrócić uwagę należy na fakt, że wycena innych rodzajów świadczeń zabiegowych często korygowana jest nowelizacją tabeli Prezesa NFZ, tak jak na przykład zmiana wyceny świadczeń Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej, w ramach której zarządzeniem 25/2020/DSOZ z dn. 28 lutego 2020 r. zwiększono wycenę punktową świadczeń dokładnie o 20%.

Tymczasem, zainicjowany poleceniem Ministra Zdrowia proces wyceny świadczeń stomatologicznych w AOTMiT został zdaniem Naczelnej Rady Lekarskiej przeprowadzony niezgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r., poz. 1285 z późn. zm.). Minister Zdrowia powierzył AOTMiT opracowanie nowej wyceny świadczeń w oparciu o art. 31n pkt 5 ustawy, zgodnie z którym do zadań AOTMiT należy realizacja innych zadań zleconych

przez ministra do spraw zdrowia, podczas gdy procedura wyceny świadczeń zdrowotnych powinna być prowadzona w oparciu o przepis art. 31la i nast. Wyłączyło to de facto na przestrzeni całego postępowania opisaną w ustawie zasadę transparentności. W konsekwencji: 1) nie opublikowano projektu raportu z badania, co uniemożliwiło zgłoszenie do niego uwag, 2) Rada ds. Taryfikacji nie była zobowiązana, zgodnie z art. 31lb ust. 7 ww. ustawy, do przeprowadzenia szerokich konsultacji. W efekcie przyjęty raport poprzedzony był wyłącznie dyskusją w ramach Rady ds. Taryfikacji.

Powyższe okoliczności pozostają w bezpośrednim związku z propozycjami AOTMiT przedstawionymi w dokumencie „Chirurgia stomatologiczna i periodontologia – wycena pakietów świadczeń”. Analiza zebranych danych oparta została na błędnie skonstruowanych wariantach liczenia zarówno czasu pracy personelu, jak i kosztów infrastruktury, co jednoznacznie zdefiniowało zaniżoną wycenę. Liczne i szczegółowe zastrzeżenia samorządu lekarskiego do tego dokumentu zawiera załącznik nr 1 do niniejszego stanowiska. Załącznik nr 2 natomiast obrazuje dysproporcje pomiędzy obecną wyceną niektórych świadczeń chirurgicznych kontraktowanych w rodzaju „leczenie stomatologiczne” w porównaniu z identycznymi świadczeniami kontaktowanymi w rodzaju „ambulatoryjna opieka specjalistyczna”. Kilkukrotnie niższa wycena świadczeń stomatologicznych niż wycena dokonana ramach AOS nie ma żadnego uzasadnienia merytorycznego.

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o wnikliwą analizę zastrzeżeń do wyceny dokonanej przez AOTMiT i biorąc pod uwagę całokształt materiału niezwłoczne zakończenie przedłużających się prac nad wyceną świadczeń z zakresu stomatologii.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

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

STANOWISKO Nr 2/22/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 28 stycznia 2022 r. w sprawie opiniowania sądowno-lekarskiego oraz utworzenia Instytutu Ekspertyz Medycznych w Łodzi

Naczelna Rada Lekarska od dłuższego czasu zgłasza potrzebę wprowadzenia zmian w przepisach regulujących zasady powoływania, odwoływania, wykonywania czynności biegłego sądowego oraz wynagradzania biegłych sądowych z zakresu medycyny. Zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 października 2021 r. w sprawie utworzenia

Instytutu Ekspertyz Medycznych w Łodzi (Dz. Urz. MS. z 2021 r. poz. 239) nie rozwiązuje jednak żadnego z istotnych zagadnień opiniowania sądowo-lekarskiego na potrzeby organów wymiaru sprawiedliwości.

Powszechnie wiadomo, że jednym z najpoważniejszych problemów polskiego wymiaru sprawiedliwości w sprawach wymagających specjalistycznej wiedzy medycznej jest pozyskanie biegłych sądowych. Niewystarczająca liczba stałych biegłych sądowych i niewielkie zainteresowanie wykonywaniem ekspertyz sądowych z zakresu medycyny na zlecenie organów wymiaru sprawiedliwości powoduje, że terminy oczekiwania na wydanie opinii są bardzo długie, co ma bezpośrednie przełożenie na przewlekłość prowadzonych postępowań. O pogarszającej się sytuacji świadczy wzrastająca liczba wniosków o wskazanie kandydatów na biegłego kierowanych przez sądy powszechne do Naczelnej Izby Lekarskiej. W ocenie samorządu lekarskiego poprawa tego stanu rzeczy wymaga szeroko zakrojonych zmian ustawowych zmierzających do poprawy warunków, w jakich biegli wykonują pracę.

Nie budzi wątpliwości, że dla zapewnienia obywatelom prawa do sądu, w tym prawa do rozstrzygnięcia sprawy w rozsądnym terminie, organy wymiaru sprawiedliwości powinny mieć możliwość korzystania z opinii sporządzonych przez biegłych lekarzy posiadających wysokie kwalifikacje i doświadczenie zawodowe, autorytet w środowisku medycznym oraz nienaganną postawę etyczną. Naczelna Rada Lekarska odnotowuje jednak, że w ostatnich latach niewiele zrobiono, aby istniejący stan rzeczy istotnie poprawić.

Zarządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 października 2021 r. w sprawie utworzenia Instytutu Ekspertyz Medycznych w Łodzi powołano Instytut Ekspertyz Medycznych w Łodzi, który rozpoczyna działalność z dniem 1 stycznia 2022 r. Zarządzenie wydane przez Ministra Sprawiedliwości samorząd lekarski ocenia negatywnie z przedstawionych poniżej powodów:

1. Powołanie Instytutu Ekspertyz Medycznych w Łodzi nie rozwiązuje problemów wymiaru sprawiedliwości w dostępie do biegłych sądowych z zakresu medycyny. Ze swej istoty zarządzenie Ministra Sprawiedliwości, niebędące aktem prawa powszechnie obowiązującego, nie może bowiem zmieniać zasad powoływania biegłych, kryteriów weryfikacji wykonywanej przez nich pracy czy zasad wynagradzania biegłych za przygotowanie ekspertyzy, a to są podstawowe czynniki, które sprawiają, że liczba biegłych jest niewystarczająca.

2. W zarządzeniu Ministra Sprawiedliwości o powołaniu Instytutu nie zamieszczono żadnych konkretnych kryteriów kwalifikacyjnych wymaganych wobec biegłych, którzy będą sporządzali opinie w ramach Instytutu. W szczególności w zarządzeniu nie zamieszczono wymogów dotyczących: posiadania specjalizacji, liczby lat pracy w zawodzie lekarza, zrealizowania obowiązku doskonalenia zawodowego. Nie określono także, czy muszą to być

osoby aktualnie wykonujące zawód medyczny czy też mogą zostać dopuszczone do opiniowania osoby od wielu lat nieaktywne zawodowo. Zarządzenie nie określa także, czy będzie badana postawa etyczna kandydatów na biegłego tj. czy lekarze nie zostali prawomocnie ukarani przez sądy lekarskie lub czy przeciwko nim nie toczy się postępowanie z zakresu odpowiedzialności zawodowej. Brak określenia, według jakich kryteriów Instytut będzie pozyskiwał biegłych do wydania opinii, sprawia, że opinie wydawane przez Instytut mogą być faktycznie opracowywane przez osoby o niedostatecznie zweryfikowanych kwalifikacjach zawodowych lub przez osoby, których postawa etyczna budzi zastrzeżenia. Zastrzeżenie to jest o tyle istotne, że – jak wynika z treści § 6 ust. 4 statutu Instytutu – opinie wydawane przez Instytut będzie podpisywał dyrektor Instytutu lub osoba upoważniona do podpisywania opinii w jego imieniu. Oznacza to, że autor ekspertyzy może być dla organu procesowego zlecającego wydanie opinii oraz dla stron postępowania nieznanym. Taka sytuacja jest trudna do zaakceptowania z punktu widzenia uprawnień procesowych stron postępowania do kwestionowania opinii biegłego, także z uwagi na niedostateczne kwalifikacje zawodowe jej autora.

3. Naczelna Rada Lekarska wskazuje, że powołanie Instytutu Ekspertyz Medycznych może zostać błędnie odebrane jako stworzenie swego rodzaju „superbiegłego”, czyli instytucji, której opinie będą wiążące dla organów prowadzących postępowanie. Może o tym świadczyć m.in. fakt, że statut Instytutu przewiduje, że będzie on opiniował w szczególności sprawy, w których były już dwie rozbieżne opinie biegłych – co sugerowałoby, że opinia Instytutu Ekspertyz Medycznych jako trzecia opinia miałaby mieć wyższą moc dowodową niż dwie opinie wcześniej wydane przez innych biegłych. Z taką tezą w żadnym wypadku nie można się zgodzić. O tym, którą z opinii biegłego sąd lub prokurator uzna za miarodajną dla rozstrzygnięcia sprawy, muszą decydować zupełnie inne czynniki, takie jak to czy sporządzona przez biegłego opinia w sposób wszechstronny, szczegółowy i przekonujący odnosi się do przekazanych biegłemu pytań, czy opinia jest kompletna, jasna oraz czy nie zawiera wewnętrznych sprzeczności lub czy jej wnioski nie budzą wątpliwości. O wykorzystaniu opinii dla rozstrzygnięcia sprawy decydują też wiadomości specjalne i kwalifikacje osoby, która ją sporządziła, czyli czy ekspertyza została sporządzona w obszarze tej dziedziny, w której biegły jest specjalistą. Należy zatem apelować do organów procesowych, aby każdorazowo oczekiwały od Instytutu wskazania danych osób, które sporządziły ekspertyzę wraz z podaniem ich kwalifikacji zawodowych.

4. Powołanie Instytutu Ekspertyz Medycznych w Łodzi jako jednostki budżetowej, czyli instytucji w całości finansowanej z budżetu państwa i – jak wskazuje § 2 ust. 1 zarządzenia Ministra Sprawiedliwości – podległej Ministrowi Sprawiedliwości – musi budzić wątpliwości, szczególnie w sytuacji gdy

zgodnie z ustawą z dnia 28 stycznia 2016 r. Prawo o prokuraturze (Dz.U. z 2021 r. poz. 66) Minister Sprawiedliwości jest obecnie Prokuratorem Generalnym, czyli naczelnym organem prokuratury (art. 1 § 2 ustawy). Zatem może być tak, że prokuratura – której naczelnym organem jest Prokurator Generalny – Minister Sprawiedliwości – zwróci się o ekspertyzę do Instytutu Ekspertyz Medycznych, który także jest podległy Ministrowi Sprawiedliwości. Sytuacja taka każe postawić pytanie o rzeczywistą niezależność biegłego opiniującego w sprawie, która przekłada się wprost na realizację określonego w art. 45 Konstytucji prawa do sprawiedliwego rozpatrzenia sprawy przez właściwy, niezależny, bezstronny i niezawisły sąd.

5. Powołanie Instytutu nie rozwiązuje także problemu wynagradzania biegłych sądowych – dziś stawki wynagrodzenia dla biegłego z zakresu medycyny nie zachęcają wysokiej klasy ekspertów do sporządzania opinii dla organów procesowych. Powołanie Instytutu Ekspertyz Medycznych niczego w tym zakresie nie zmienia – przy ustalaniu wynagrodzenia za wykonanie opinii Instytut ma bowiem stosować aktualnie obowiązujące w postępowaniach karnych i cywilnych przepisy o stawkach wynagrodzenia dla biegłego.

6. Zastrzeżenia Naczelnej Rady Lekarskiej budzi także fragment statutu Instytutu Ekspertyz Medycznych, który mówi, że do zadań Instytutu należy „analiza przyczyn błędów medycznych w różnych dziedzinach medycyny oraz uwarunkowań organizacyjnych mających wpływ na zaistnienie nieprawidłowości z opracowaniem projektów zmian legislacyjnych, które można wprowadzić w ramach organizacji systemu opieki zdrowotnej i kształcenia poddyplomowego lekarzy”. Z góry zakłada się zatem, że błędy medyczne mogą popełniać wyłącznie lekarze, nie ma natomiast wzmianek o błędach innych osób wykonujących zawody medyczne (np. ratowników medycznych, fizjoterapeutów, pielęgniarek i położnych).

7. Zastrzeżenia budzi fragment statutu Instytutu Ekspertyz Medycznych, który stanowi, że do zadań Instytutu należy „prowadzenie konsultacji i szkoleń dla sędziów, prokuratorów, funkcjonariuszy Policji i Służby Więziennej”. O ile niewątpliwie sędziowie powinni brać udział w różnego rodzaju szkoleniach podnoszących kwalifikacje, o tyle z racji obowiązkiwania zasady niezawisłości sędziowskiej nie powinni korzystać z konsultacji, szczególnie udzielanych przez Instytut podległy organowi administracji rządowej, jakim jest ministerstwo.

8. Sprzeciw budzi także zapisana w § 3 ust. 1 pkt. 2 statutu Instytutu Ekspertyz Medycznych w Łodzi kompetencja Instytutu do opracowywania standardów medycznych i orzecznictwa we współpracy z organami wymiaru sprawiedliwości i ścigania, katedrami i zakładami medycyny sądowej, towarzystwami naukowymi oraz izbami lekarskimi. Samorząd lekarski przypomina, że standardy medyczne powinny być opracowywane przez medyczne towarzystwa naukowe, nie zaś przez

instytucje podległe Ministrowi Sprawiedliwości. Ponadto należy wskazać, że zgodnie z ustawą z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz.U. z 2021 r. poz. 1893) to minister właściwy do spraw zdrowia odpowiada za dział – zdrowie. Zatem ewentualnie w gestii ministra właściwego do spraw zdrowia należałoby ustalenie standardów organizacyjnych w medycynie, nie może to być natomiast kompetencja instytutu utworzonego zarządzeniem ministra właściwego do spraw sprawiedliwości, któremu podlega zupełnie inny dział administracji rządowej – sprawiedliwość. Zgodnie z ww. ustawą dział administracji rządowej – sprawiedliwość obejmuje sprawy:

- 1) sądownictwa;
- 2) prokuratury, notariatu, adwokatury i radców prawnych, w zakresie wynikającym z przepisów odrębnych;
- 3) wykonywania kar oraz środków wychowawczych i środka poprawczego orzeczonego przez sądy oraz sprawy pomocy postpenitencjarnej;
- 4) tłumaczy przysięgłych;
- 5) nieodpłatnej pomocy prawnej oraz nieodpłatnego poradnictwa obywatelskiego, o których mowa w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o nieodpłatnej pomocy prawnej, nieodpłatnym poradnictwie obywatelskim oraz edukacji prawnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 945).

W tak określonym zakresie działania ministra właściwego do spraw sprawiedliwości nie mieści się tworzenie Instytutu odpowiedzialnego za opracowywanie standardów medycznych.

9. Naczelna Rada Lekarska nie ma wątpliwości, że zmiany w modelu funkcjonowania biegłych sądowych z zakresu medycyny są potrzebne. Samorząd lekarski ma świadomość trudności, z jakimi borykają się sądy i prokuratury przy pozyskiwaniu biegłych do opiniowania poszczególnych spraw. Z tych właśnie powodów w roku 2020 r. samorząd lekarski przygotował projekt ustawy o biegłych sądowych i w styczniu 2021 r. przekazał go Prezydentowi Rzeczypospolitej Polskiej z prośbą o skierowanie tego projektu do prac legislacyjnych.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

STANOWISKO Nr 3/22/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 28 stycznia 2022 r.

w sprawie projektu ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, o którym poinformował Pan Sławomir Gadowski – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia w piśmie z dnia 29 grudnia 2021 r., znak: NKF.0210.1.2021.4.RG, wyraża zaniepokojenie proponowanymi rozwiązaniami. Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę, że

przedstawiony projekt ustawy nie dotyczy żadnych istotnych elementów funkcjonowania szpitali, a wyłącznie sposobu zarządzania finansami oraz osób zarządzających szpitalami. Trudno nie odnieść wrażenia, że ukrytym celem ustawy jest wymiana kadry kierowniczej szpitali. Dąży się przy tym do stworzenia przekonania, że to błędy w zarządzaniu szpitalami są przyczyną ich narastającego zadłużenia, a nie ich chroniczne niedofinansowanie. Tymczasem zadłużenie szpitali jest wynikiem stale pogarszających się warunków ich finansowania, na co samorząd lekarski zwracał wielokrotnie uwagę. Na pogarszającą się sytuację finansową szpitali bez wątpienia mają wpływ niekorzystne uwarunkowania prawne, w tym m.in. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 października 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zakłada, że wszelkie zwwyżki wyceny świadczeń szpitalnych będą kompensowane z wcześniej przyznanych pieniędzy na podwyżkę wynagrodzeń. Przyczynia się też do tego nieodpowiednia wycena gotowości do pracy szpitalnych oddziałów ratunkowych, która jest na tym samym poziomie, co wycena z tytułu gotowości za tzw. dobokaretki. Kolejnymi przykładami negatywnych skutków dla szpitali jest brak wyceny gotowości oddziałów zakaźnych i dziecięcych, które co do zasady charakteryzują się sezonowością świadczeń, przez co są często nierentowne. Tak samo negatywnie na finanse szpitali wpływa brak wyceny całodobowej gotowości szpitali sieciowych, prowadzących SOR-y, które nie otrzymują żadnych środków za całodobową gotowość do udzielania świadczeń, a ich świadczenia wyceniane są na poziomie szpitali prowadzących wyłącznie działalność planową.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej negatywnie należy ocenić wynikający z projektu wymóg ukończenia 3-semestralnych studiów MBA dla dyrektorów szpitali. Tego typu studia prowadzi w Polsce zaledwie kilka uczelni. Dla porównania – wobec osób, które mają nadzorować proces restrukturyzacji szpitali, wymagania są bardzo niskie, a wyższe wykształcenie, nawet kierunkowe i rok pracy w ochronie zdrowia nie gwarantują wiedzy i umiejętności niezbędnych do przeprowadzenia z sukcesem procesu naprawczego szpitala. Naczelna Rada Lekarska jest przy tym zaniepokojona zaprezentowaną w projekcie oceną potencjału absolwentów polskich uczelni. Można bowiem wywodzić, że wszystkie dotychczasowe studia na kierunku zarządzania w ochronie zdrowia i lata praktyki osób zarządzających miałyby stracić swoje znaczenie na rzecz 3 semestrów studiów MBA. (np. dyplom Uniwersytetu Jagiellońskiego, czy innych prestiżowych uczelni z dziedziny zarządzania systemem ochrony zdrowia, a także dyplomy ukończenia studiów podyplomowych).

NRL zwraca również uwagę na aspekt finansowy proponowanych zmian w zakresie wymogów dla dyrektorów szpitali. Biorąc bowiem pod uwagę,

że koszt studiów MBA wynosi ok. 20.000 złotych, a będzie je musiało ukończyć kilkuset dyrektorów szpitali, łatwo przeliczyć ilość środków koniecznych do wydatkowania przez szpitale. Jest to nieuzasadnione merytorycznie.

Wątpliwości Naczelnej Rady Lekarskiej budzi prezentowany w projekcie sposób oceny kondycji szpitali, zgodnie z którym decydujący dla oceny szpitali będzie rok 2022. Wyniki szpitali z tego roku będą brane pod uwagę przy kategoryzacji szpitali (czy szpital będzie zaliczony do kategorii A czy D), co może być niemiarodajne, biorąc pod uwagę, iż jest to rok pandemiczny, uniemożliwiający działania planowe szpitali. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej może to prowadzić do nieobiektywnej i niezasadnej oceny kondycji szpitali.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej nie jest do tego odpowiedni szybki proces legislacyjny w dobie piątej fali koronawirusa w Polsce, dlatego wnosimy o jego wycofanie i przystąpienie do faktycznych prac nad systemowym uregulowaniem sytuacji szpitali publicznych w Polsce, których sytuacja pogarsza się systematycznie od wprowadzenia map potrzeb zdrowotnych i sieci szpitali.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

APEL Nr 1/22/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 28 stycznia 2022 r. do Prokuratora Generalnego

Naczelna Rada Lekarska apeluje o podjęcie działań wobec osób zajmujących stanowiska publiczne, które zniechęcając do działań i postaw zmierzających do ograniczenia skutków pandemii, stwarzają bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia publicznego oraz dla zdrowia i życia wielu osób.

Pogarda dla wskazań aktualnej wiedzy medycznej, jaką w czasie walki z pandemią okazują niektóre osoby pełniące funkcje publiczne, w tym posłowie i senatorowie, jest działaniem niebezpiecznym dla zdrowia i życia wszystkich obywateli. Demonstracyjny brak poszanowania zasady stosowania maseczek ochronnych, czy publiczne nawoływanie do nierespektowania rekomendacji i przepisów mających zapobiegać szerzeniu się pandemii to tylko niektóre przykłady takich postaw.

Brak skutecznej reakcji odpowiednich władz i instytucji oznacza nie tylko wspieranie takich społecznych postaw, ale jest równoznaczny z przyjęciem współodpowiedzialności za ich tragiczne skutki. Naczelna Rada Lekarska apeluje o zajęcie przez Prokuratora Generalnego jednoznacznego stanowiska w sprawie takich zachowań, ich napiętnowanie, a w przypadkach, gdy jednocześnie łamią one normy prawa karnego – ściganie.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

STOMATOLOGIA W PIGUŁCE

NRL o wycenie świadczeń

28 stycznia Naczelna Rada Lekarska podjęła stanowisko w sprawie korekty wyceny świadczeń stomatologicznych z zakresu chirurgii i periodontologii.

Procedura dokonania nowej wyceny została zainicjowana we wrześniu 2020 r., w ramach uzgodnień pomiędzy NRL a Narodowym Funduszem Zdrowia. Po upływie szesnastu miesięcy przedmiotowa sprawa wciąż jest w toku. Jak zaznaczono w stanowisku, do procesu wyceny świadczeń

stomatologicznych niepotrzebnie została włączona, poleceniem ministra zdrowia, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Dodatkowo proces wyceny świadczeń przez AOTMiT został, wg NRL, przeprowadzony niezgodnie z postanowieniami ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a analizę zebranych danych oparto na błędnie skonstruowanych

wariantach liczenia zarówno czasu pracy personelu, jak i kosztów infrastruktury, co spowodowało zaniżenie kosztów zawartych w wycenie.

Naczelna Rada Lekarska zaapelowała do szefa resortu zdrowia i prezesa NFZ o wnikliwą analizę zastrzeżeń NRL do wyceny dokonanej przez AOTMiT i niezwłoczne zakończenie przedłużających się prac nad oszacowaniem świadczeń z zakresu stomatologii. ■

Źródło: nil.org.pl

Apel o debatę do posłów

11 lutego Prezydium NRL zaapelowało do Prezydium Komisji Zdrowia Sejmu o przeprowadzenie debaty nad stanem leczenia stomatologicznego w Polsce.

Naczelna Rada Lekarska od wielu lat zwraca uwagę na pogłębiający się problem stanu uzębienia Polaków, a tym samym ich zdrowia ogólnego. Światowa Federacja Dentystyczna wskazuje, że próchnica zębów jest jedną z najpowszechniejszych chorób na świecie i że aż 90 proc. populacji zmagają się z problemami jamy ustnej. Tymczasem polskie dane epidemiologiczne płynące z badań prowadzonych przez Ministerstwo

Zdrowia w ramach programu „Monitoring Zdrowia Jamy Ustnej” pokazują, że aż 99,9 proc. Polaków w wieku 35-44 lat ma próchnicę. „Z przykrością należy stwierdzić, że niewiele lepsze statystyki dotyczą stanu zdrowia jamy ustnej u dzieci i młodzieży” – podkreślono w apelu przygotowanym przez Prezydium NRL.

NRL od lat wskazuje na zbyt niskie finansowanie stomatologii w Polsce. Dramatycznie odbiegająca od realiów działalności leczniczej wycena świadczeń stomatologicznych sprawia, że placówki stomatologiczne utraciły już

możliwość należytej opieki nad pacjentami w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ. Dodatkowo od dłuższego czasu wyraźnie widoczne jest zjawisko marginalizowania stomatologii publicznej. Do języka ogólnego weszło już nawet pojęcie „stomatologizacji”, które czasem używane jest przez przedstawicieli innych dziedzin medycyny, którzy chcą zasygnalizować „wypychanie ich” poza system świadczeń gwarantowanych (używane jest jako synonim zastępowania publicznej opieki zdrowotnej – prywatną). ■

Źródło: nil.org.pl

Światowy Kongres Stomatologiczny 2022



FDI 2022, Mumbai, India
World Dental Congress
 September 29 - October 2



Jest już wstępny program kongresu World Dental Federation, który zaplanowano na 29 września – 2 października w indyjskim Mumbai.

W tym roku szczególnie dużo miejsca poświęcono stomatologii estetycznej, znieczuleniom w stomatologii, endodoncji, implantologii oraz zastosowaniu nowoczesnych technologii w leczeniu dentystycznym. W gronie wykładowców znalazła się dr hab. Kinga

Grzech-Leśniak, która jest prezydentem Polskiego Towarzystwa Stomatologii Laserowej, a od 2019 r. członkinią Dental Practice Committee FDI. Polka wygłosi prelekcje: „Rola lasera w leczeniu periodontologicznym: kwestie sporne” oraz „Nieinwazyjne użycie lasera w decementacji uzupełnień protetycznych”. Lekarze dentyści, którzy chcieliby wziąć udział w kongresie, abstrakty swoich wystąpień mogą zgłaszać do 17 kwietnia.

Po raz drugi w historii kongres odbywać się będzie w Indiach. Organizatorzy mają nadzieję, że uda się przeprowadzić go w formule stacjonarnej. Udział w tym wydarzeniu to koszt 550 USD. Obcokrajowcy muszą posiadać wizę. W przypadku obywateli Polski wystarczy uzyskanie e-wizy, która uprawnia do pobytu na terenie Indii przez okres 180 dni. ■

Źródło: world-dental-congress.org; fdiworlddental.org; pts.net.pl

STOMATOLOGIA

Skaner to nie luksus

Na piękny i zdrowy uśmiech, który staje się wizytówką człowieka, wpływają nie tylko zachowania prozdrowotne, ale sięganie po nowatorskie rozwiązania w stomatologii, które przyczyniają się też do podnoszenia jakości usług dentystycznych.

Lucyna Krysiak dziennikarz

Ostatnio często mówi się o tym w aspekcie skanowania wewnątrzustnego. Skanery wewnątrzustne to urządzenia pozwalające w precyzyjny i szybki sposób uzyskać cyfrowy obraz uzębienia pacjenta, który stanowi podstawę do dalszego leczenia. Są one coraz powszechniej wykorzystywane w ortodontacji, protetyce, ale też w diagnozowaniu zmian próchnicznych. W ortodontacji, a szczególnie w protetyce, mówi się nawet o cyfrowym projektowaniu uśmiechu. Zainteresowanie ortodontcją nie ogranicza się dziś do korekcji wad zgryzu u dzieci, ale jest wpisane w stomatologię estetyczną, w której chodzi o poprawę wyglądu, zyskania większej pewności siebie pacjenta czy wzrostu świadomości w zakresie znaczenia zdrowia jamy ustnej i zębów.

W protetyce uzyskujemy niezwykle dokładny (dokładniejszy niż w wycisku

standardowym) obraz pola protetycznego, a sama praca wykonana jest bardzo dokładnie. Skaner umożliwia identyfikację, a później eliminację niedokładności, które nie są widoczne w klasycznym wycisku. Diagnostyka z wykorzystaniem skanera wewnątrzustnego pozwala planować leczenie ortodontyczne czy protetyczne, dokonywać symulacji jego efektów oraz monitorować postępy leczenia.

Technologie oparte na cyfryzacji poszły znacznie dalej, umożliwiają też wykrywanie i monitorowanie zmian próchnicowych w przestrzeniach międzyzębowych na bardzo wczesnych etapach bez użycia promieniowania rentgenowskiego. Zdaniem ekspertów w tej dziedzinie urządzenie to w przyszłości będzie więc można stosować także do badań przesiewowych w kierunku wykrywania próchnicy zębów u dzieci bez narażania ich na promieniowanie rentgenowskie.

Jak daleko tym nowoczesnym technologiom do fotela dentystycznego? Dr Jacek Woszczyk, członek Komisji Stomatologicznej NRL, mówi, że cyfryzacja to przyszłość i nie unikniemy jej także w stomatologii. – Skanery wewnątrzustne ułatwiają pracę, czynią ją bardziej precyzyjną, podnoszą jakość usługi i nie wymagają zakupów niektórych materiałów, ale wymagają też od lekarza dentysty odpowiednich umiejętności w tym kierunku, a więc do kształtowania się, uczestnictwa w kursach, szkoleniach – wyjaśnia Jacek Woszczyk. Posługiwanie się skanerem wewnątrzustnym wymaga pewnej wprawy, która przyjdzie wraz z czasem posługiwania się tym urządzeniem. Uważa, że tego rodzaju urządzenia staną się w niedalekiej przyszłości standardowym wyposażeniem gabinetów, jedyną przeszkodą mogą być pieniądze, ponieważ zawsze wprowadzanie nowych technologii jest kosztowne, a ciężar tych kosztów ponosi prowadzący praktykę. ■

REKLAMA

ADA wzywa NTP o dowody naukowe

Przez ostatnie kilka lat amerykański Narodowy Program Toksykologii (National Toxicology Program – NTP) badał literaturę w celu ustalenia, czy istnieje związek przyczynowy między ekspozycją na fluor a zdrowiem neuropoznawczym.

Powstała wstępna monografia podsumowująca prace NTP pt. „Systematic Review of Fluoride Exposure and Neurodevelopmental and Cognitive Health Effects”. Zarówno pierwsza, jak i poprawiona wersja robocza monografii zawierały stwierdzenia dotyczące neurotoksyczności fluoru, jednak niepoparte dowodami naukowymi.

Amerykańskie Stowarzyszenie Stomatologiczne zwróciło się do autorów badań o dokładne przeanalizowanie materiału dowodowego przed wprowadzeniem jakichkolwiek domniemań oświadczeń o zagrożeniu w przygotowywanym raporcie badawczym dotyczącym fluoru i rozwoju neurokognitywnego. Prezes ADA, Cesar R. Sabates, w liście do Ricka



Woychika, dyrektora National Toxicology Program i National Institute of Environmental Health Sciences, poinformował, że ADA jest zaniepokojona raportem.

Narodowe Akademie Nauk, Inżynierii i Medycyny wydały krytyczne recenzje w przypadku obu wersji monografii NTP. National Academies of Sciences, Engineering and Medicine także wytknęła błędy, jak chociażby brak formalnej oceny dawka-odpowiedź, która mogłaby wpłynąć na dyskusję na temat fluoryzacji wody.

ADA wyraziła zaniepokojenie faktem zawarcia w monografii twierdzenia, że fluor jest „potencjalną” neurotoksyną przy każdym poziomie narażenia. Przypomniała także fakt, że Centers for Disease Control and Prevention okrzyknęło fluoryzację wody jako jedno z 10 wielkich osiągnięć w dziedzinie zdrowia publicznego XX w. oraz uznało za skuteczny i niedrogi sposób na zmniejszenie próchnicy w populacji o co najmniej 25 proc. ■

Źródło: ada.org

Wapowanie a choroby dziąseł

Seria nowych badań przeprowadzonych przez naukowców z NYU College of Dentistry ukazuje, w jaki sposób e-papierosy wpływają na zdrowie jamy ustnej i mogą przyczyniać się do chorób dziąseł.

Najnowszy raport, opublikowany w „mBio”, dowodzi, że użytkownicy e-papierosów mają unikalny mikrobiom jamy ustnej – mniej zdrowy niż u osób niepalących, ale potencjalnie zdrowszy niż u palaczy papierosów.

– Według naszej wiedzy jest to pierwsze badanie zdrowia jamy ustnej u osób używających e-papierosów. Zaczynamy rozumieć, w jaki sposób e-papierosy i zawarte w nich chemikalia zmieniają mikrobiom jamy ustnej i zaburzają równowagę bakterii – powiedział Deepak Saxena, który wraz z Xin Li kierował badaniem (oba to profesorem patobiologii molekularnej w NYU College of Dentistry).

Naukowcy przyjrzyli się zdrowiu jamy ustnej u 84 dorosłych z trzech różnych

grup: palaczy papierosów, użytkowników e-papierosów i osób, które nigdy nie paliły. Choroba dziąseł oceniana była podczas dwóch badań w odstępie sześciu miesięcy, pobrano wówczas do analizy próbki płytki nazębnej. Po sześciu miesiącach badacze zaobserwowali, że choroba dziąseł pogorszyła się u niektórych uczestników w każdej grupie, w tym u kilku użytkowników e-papierosów.

Podczas badania tych samych uczestników, opublikowanym w „Frontiers in Oral Health”, zespół naukowców dowiódł, że po sześciu miesiącach kliniczna utrata wiązania dziąsła do zęba była znacznie gorsza wyłącznie u osób używających e-papierosów. Naukowcy przeanalizowali bakterie znalezione w próbkach płytki nazębnej i ustalili, że użytkownicy e-papierosów mają inny mikrobiom jamy ustnej niż palacze i osoby niepalące. Kilka rodzajów bakterii, w tym *Selenomonas*, *Leptotrichia*

i *Saccharibacteria*, występowało obficie zarówno u palaczy, jak i waperów. Kilka innych bakterii – w tym *Fusobacterium* i *Bacteroidales*, o których wiadomo, że są związane z chorobami dziąseł – domino wało w jamie ustnej użytkowników e-papierosów. – Wydaje się, że waporyzacja prowadzi do unikalnych wzorców rozwoju bakterii i wpływa na wzrost niektórych bakterii w sposób podobny do wpływu palenia papierosów, ale ma swój własny profil i zagrożenie dla zdrowia jamy ustnej – poinformował Fangxi Xu, młodszy asystent w laboratorium Saxeny, współautor badania.

Założona w 1865 r. New York University College of Dentistry (NYU Dentistry) jest trzecią najstarszą i największą szkołą dentystyczną w USA, kształcąca prawie 10 proc. lekarzy dentystów w tym kraju. ■

Źródło: sciencedaily.com

GŁOS CZYTELNIKÓW

Reakcja na reklamę



Cześć nazywam się Marcin i jestem rezydentem interny. Jako jeden z nielicznych już na 1 roku pracowałem jako lekarz za 240 zł/h. Bez znajomości. Nie pochodząc z lekarskiej rodziny. Zawodowo – miałam przejść nad tą reklamą do porządku dziennego. Krąży ona w sieci, jak wiele innych nie dotyczących mnie spraw. Jestem jednak lekarzem i nie daje mi spokoju, gdyż tak bardzo wykrzywiono w niej obraz naszej pracy. No właśnie – naszej pracy, naszego życia – tak często ocenianego przez otoczenie. Po przeczytaniu jej fragmentu można by zapytać: „O co chodzi z tymi protestami medyków?”. Ironicznie zapytać...

Pisze Pan Doktor: „bez znajomości”.

A ja widzę, że naprawdę warto mieć „znajomości”, by rozwiewać wątpliwości, leczyć według najlepszej wiedzy medycznej. Pozwolę sobie wręcz zacytować za moim „szefostwem”: „Dobry lekarz zna numer telefonu do jeszcze lepszego lekarza”. Nasza wiedza zawsze będzie w pewnym stopniu ograniczona, nie jest możliwe, aby być na bieżąco z wytycznymi w każdej specjalizacji. Dlatego pytamy, konsultujemy, dzielimy się przypadkami klinicznymi.

Chyba że chodziło o brak znajomości... Nie, nie będę zgadywać.

Dalej pisze Pan Doktor: „nie pochodząc z lekarskiej rodziny”.

Tak w skrócie – no nie! Najpierw z doświadczeń osobistych – nie odkryłabym pewno nigdy, jak logiczna, wciągająca i ciekawa jest wiedza z zakresu chorób wewnętrznych, gdyby nie lekarz „z rodziny lekarskiej” w moim oddziale. Co więcej, osoby pochodzące z takich rodzin są w moim otoczeniu bardzo otwarte, chętne do pomocy, dyskusji, można po prostu na nie liczyć. A może by Pan Doktor poznał w swoim rejonie historię takich rodzin? Dowiedział się, jak bardzo byli i są oni pracowici i szanowani przez pacjentów.

W tym jednym, rozbitym przeze mnie zdaniu Pana Doktora, można odczytać, że rezydent, który nikogo nie zna (?) i nie ma w rodzinie lekarza, nie może dobrze zarabiać. Temu obrazowi przeciwstawia Pan Doktor swoją osobę, z wysokimi zarobkami od początku specjalizacji – i to w trybie rezydentury!

Jak jest w rzeczywistości? W życiu realnym nasze oddziały są w stanie funkcjonować dzięki rzetelnej pracy lekarzy rezydentów. Bez nich także trudno by było zapewnić obsadę dyżurów w wielu jednostkach. To również rezydenci – zjednoczeni, zaangażowani – walczą o poprawę warunków pracy w ochronie zdrowia. Jakie są stawki za pracę w oddziale i na dyżurach, wszyscy wiemy. I teraz mam dylemat. Napisać jedno zdanie wniosku z powyższych analiz? Wybrzmiałoby może jako zarzut lub obraźliwe stwierdzenie... A nie to było celem powyższego wywodu. Powstrzymam się więc i nie podsumuję.

Cała ta reklama, po usunięciu przedstawienia się jako lekarz (oraz po poprawkach interpunkcji – tu przydałoby się zapewne pochodzenie z rodziny nauczycielskiej), mogłaby służyć do zaoferowania szerokiego gronu odbiorców usług z zakresu doradztwa zawodowego. I na tym polu życzę Panu Doktorowi samych sukcesów.

Ja zaś (mam nadzieję, że jako jedna z licznych), mimo chwil wątplenia, uwielbiam mój zawód. Również dzięki wsparciu koleżanek i kolegów, na których mogę zawsze liczyć. Mam nadzieję, że pozostaniemy grupą zawodową doceniającą wiedzę, doświadczenie, historię i tradycję, ale też koleżeńskie relacje. ■

(imię i nazwisko autora listu do wiadomości redakcji)

STATYSTYKI KONTRA RZECZYWISTOŚĆ



Marta Jakubiak
redaktor naczelna

Liczba lekarzy przy pacjencie według GUS

Główny Urząd Statystyczny opublikował raport „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 roku”, w którym przedstawiono dane dotyczące stanu zdrowia ludności, zasobów kadrowych, infrastruktury oraz ekonomicznych aspektów ochrony zdrowia. Jedną z obszernych części tego opracowania stanowi rozdział poświęcony kadrom medycznym w Polsce.

Według GUS, aktywnych zawodowo lekarzy – rozumianych jako lekarzy pracujących z pacjentem – jest 92 tys. (1,5 proc. więcej niż w 2019 r.) i 14 tys. lekarzy dentystów (wzrost w stosunku do roku poprzedniego o 6,2 proc.). Tymczasem dane z rejestru lekarzy i lekarzy dentystów prowadzonego przez Naczelny Izby Lekarską zdecydowanie odbiegają od tych opublikowanych 31 grudnia 2021 r. przez GUS. Wg NIL na koniec 2020 r. lekarzy wykonujących zawód było 142 270, a lekarzy dentystów – 38 440. Skąd tak znaczące różnice?

– Ogólnie rzecz biorąc, badania kadry medycznej pracującej z pacjentem są oparte o sprawozdania (sprawozdawczość MZ i MSWiA) wysyłane do podmiotów leczniczych, z uwzględnieniem praktyk lekarskich. Na sprawozdaniach podaje się liczbę osób pracujących, tj. osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, pracodawców i pracujących na własny rachunek, w tym właścicieli i współwłaścicieli oraz osób zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych. Z tej liczby wyodrębnia się osoby pracujące, dla których jednostka

Feminizacja

„Wśród zawodów medycznych w Polsce najsilniej sfeminizowane są zawody położnych i pielęgniarek, diagnostów laboratoryjnych oraz farmaceutów. Mniej kobiet jest wśród lekarzy, chociaż i tu ich rola jest dominująca. W okresie zaprezentowanych [...] 30 lat, kobiety zawsze stanowiły ponad 50% wśród wszystkich lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem. W 2020 r. odsetek ten wyniósł 57,6. W zawodzie lekarza dentysty także przeważają kobiety, które w 2020 r. stanowiły ponad 74% wszystkich osób pracujących bezpośrednio z pacjentem”.

Raport GUS „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 r.”

sprawozdawcza jest głównym miejscem pracy – informuje Małgorzata Żyra, ekspert z Wydziału Statystyki Zdrowia GUS.

Wygląda więc na to, że porównywanie danych z raportu GUS z danymi rejestru NIL to trochę tak jak porównywanie przysłowiowych jabłek z gruszkami. NIL bazuje na danych pozyskiwanych

z okręgowych rejestrów lekarzy, a GUS wykorzystuje – jak czytamy w raporcie – dane liczbowe pochodzące z badań prowadzonych na dotychczasowych zasadach i odnoszące się do stanu na dzień 31 grudnia 2020 r. (z wyjątkiem danych o absolwentach kierunków medycznych, gdzie wykorzystane zostały dane za rok akademicki 2019/2020). Podstawowym źródłem informacji prezentowanych w GUS-owskiej publikacji są wyniki badań statystycznych prowadzonych zgodnie z programem badań statystycznych statystyki publicznej, zarówno przez Główny Urząd Statystyczny, jak i w ramach statystyki resortowej (Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji). Źródłem uzupełniającym są dane administracyjne i opracowania zbiorcze pozyskane z instytucji działających w obszarze opieki zdrowotnej oraz dane pochodzące z Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia, przeprowadzonego w 2019 r. Dane o pracownikach medycznych, stacjonarnej opiece zdrowotnej – szpitalach i zakładach opieki długoterminowej, zakładach psychiatrycznych oraz krwiodawstwie, pochodzą ze sprawozdawczości resortowej Ministerstwa

Zdrowia oraz Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji. Źródłem informacji są roczne sprawozdania statystyczne, m.in. informacje o posiadających prawo wykonywania zawodu medycznego, o pracownikach medycznych pracujących przy pacjencie oraz w administracji rządowej i samorządowej, w NFZ oraz wyższych uczelniach kształcących personel medyczny,

a także o pracownikach posiadających specjalizacje medyczne.

– Realizacja obowiązku sprawozdawczego jest niepełna, szczególnie niska w odniesieniu do praktyk lekarskich. Zwracam uwagę, że część lekarzy pracujących w ramach praktyk może być wykazywana na sprawozdaniach wypełnianych przez inne podmioty bądź jako osoby zatrudnione albo jako osoby

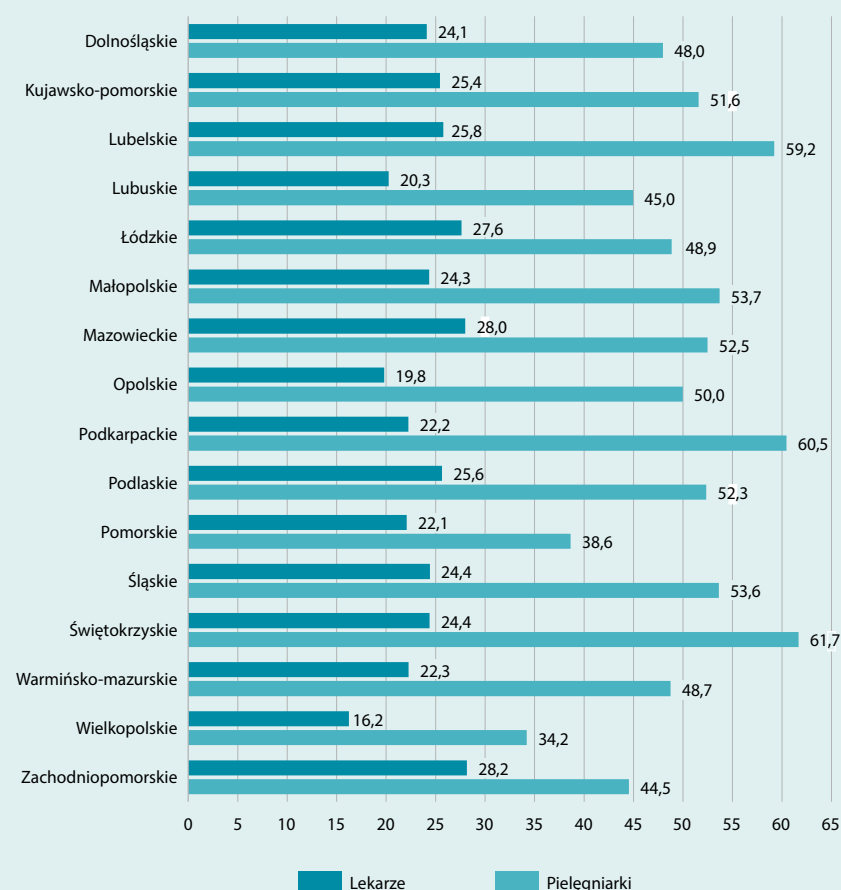
GUS stara się oszacować, ilu lekarzy rzeczywiście pracuje z pacjentem. Metodologia opracowywana jest od kilku lat, prace mają zakończyć się w tym roku.

Lekarze pracujący z pacjentem

„Z danych pozyskanych ze statystyk resortowych wynika, że bezpośrednio z pacjentem (pracujący w podmiotach leczniczych, aptekach, domach pomocy społecznej, żłobkach i klubach dziecięcych – liczeni raz, według głównego miejsca pracy) w 2020 r. pracowało 92 tys. lekarzy (1,5% więcej niż w poprzednim roku), lekarzy dentystów – 14 tys. (6,2% więcej)” – napisano w raporcie GUS.

Według danych GUS wśród lekarzy pracujących z pacjentem 67,7 proc. stanowią specjaliści (ponad 62 tys.), a wśród lekarzy dentystów pracujących z pacjentem specjalizację posiadało 3,2 tys., co stanowiło 22,2 proc. Jest też mowa o tych, których jest najmniej. Na koniec 2020 r. najmniej liczną grupą byli według GUS lekarze specjalizujący się w onkologii i dermatologii. Najczęściej przez lekarzy posiadaną specjalizacją były: chirurgia, choroby wewnętrzne oraz medycyna rodzinna.

Wykres 1. Lekarze i pielęgniarki pracujący z pacjentem na 10 tys. ludności wg województw



Źródło: Raport GUS „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 r.”

pracujące w ramach umów cywilnoprawnych – wyjaśnia Małgorzata Żyra. I dodaje, że niepełna kompletność oraz konieczność określenia głównego miejsca pracy wskazuje na możliwość niedoszacowania liczby lekarzy pracujących z pacjentem uzyskanej w wyniku badań prowadzonych przy wykorzystaniu sprawozdań.

Autorzy raportu podkreślają, że zakończenie prac nad modyfikacją metodologii obliczania kadry medycznej w odniesieniu do lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych, co umożliwi przedstawienie obliczeń według nowej metodologii, planowane jest na rok 2022. – O skali zjawiska będzie można powiedzieć więcej po zakończeniu prowadzonych w GUS prac nad oszacowaniem liczby lekarzy w oparciu o źródła administracyjne. Planujemy publikację danych o liczbie lekarzy i lekarzy dentystów opracowanych w oparciu o źródła administracyjne w 2022 r. – informuje przedstawicielka GUS.

GUS stara się oszacować, ilu lekarzy rzeczywiście pracuje z pacjentem. Metodologia opracowywana jest od kilku lat, prace mają zakończyć się w tym roku. Jak się nieoficjalnie dowiedzieliśmy, liczenie lekarzy zainicjowane zostało przez Ministerstwo Zdrowia zaniepokojone doniesieniami medialnymi, że w Polsce brakuje lekarzy. Wydaje się to potwierdzać polemika opublikowana na łamach „Dziennika Gazety Prawnej” (9.01.2020, nr 5) pt. „Gdzie leży prawda o liczbie lekarzy w Polsce” autorstwa prof. Łukasza Szumowskiego, ówczesnego ministra zdrowia.

„Prześledźmy drogę zbierania danych w Polsce. Otóż OECD otrzymuje dane o liczbie lekarzy pracujących

bezpośrednio z pacjentem z Głównego Urzędu Statystycznego, ten natomiast bazuje na danych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, które z kolei uzyskuje informacje od 16 wojewodów, a ci... No właśnie – tu zaczyna się problem. Wojewodowie bowiem otrzymują dane bezpośrednio od placówek ochrony zdrowia w specjalnych raportach. Poziom zwrotu raportów z placówek ochrony zdrowia osiąga w przypadku podmiotów leczniczych 70 proc., natomiast w przypadku jednoosobowych i grupowych praktyk zawodowych jedynie 13 proc. I w ten sposób mamy wynik 90,2 tys. lekarzy oraz 13,3 tys. lekarzy dentystów, co oznacza poziom 2,4 lekarza na tysiąc mieszkańców. Reprezentatywność tych danych, jak sami widzimy, jest daleka od rzeczywistości” – napisał minister Szumowski. Podkreślił, że „nie zbieramy pełnych danych, nie przekazujemy pełnych danych, ale opieramy się, jak na wyroczni, na raporcie opartym na niepełnych danych”.

GUS, zbierając dane dotyczące „lekarzy przy pacjencie”, zaprosił do współpracy przedstawicieli Naczelnej Izby Lekarskiej. W 2021 r. odbyło się kilka spotkań, na których m.in. omawiano, jak należy interpretować dane znajdujące się w rejestrze lekarzy. GUS z kolei przybliżył szczegóły dotyczące metodologii zbierania danych i każdorazowo podkreślał, że metodologia jest dopracowywana. – Jest wiele znaków zapytania, jeśli chodzi o wyliczenia podane przez GUS. Pracować z pacjentem to nie znaczy mieć go w zasięgu ręki, bo przecież jest wielu lekarzy, którzy według mnie pracują z pacjentem, jak np. histopatolodzy, biotechnolodzy czy radiolodzy, a nie mają tak bezpośredniego kontaktu jak np. lekarze POZ czy AOS. Jak statystyki GUS uwzględnią takich lekarzy? – zauważa dr Zyta Kaźmierczak-Zagórska, zastępca sekretarza NRL, która niedawno dołączyła z ramienia NIL do zespołu współpracującego z GUS. – Trzeba poczekać na raport końcowy, żeby móc odnieść się do jego wyników. Dopóki praca jest w toku, na komentowanie liczby lekarzy pracujących z pacjentem jest za wcześnie. Kiedy będą już ostateczne dane, warto pokusić się o analizę, gdzie są ci, którzy w rejestrach NIL posiadają PWZ i są odnotowani jako wykonujący zawód, a nie zostali policzeni przez GUS jako pracujący z pacjentem – dodaje dr Zyta Kaźmierczak-Zagórska. ■

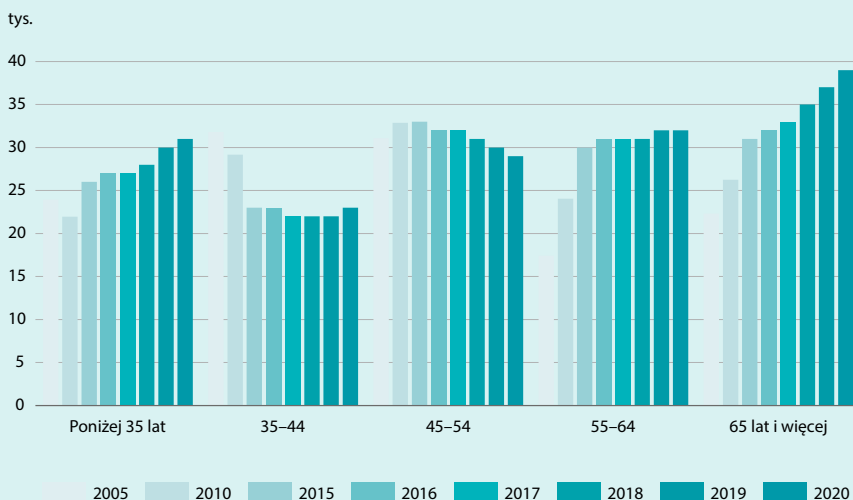
Wiek lekarzy

„W 2020 r. utrzymały się niepokojące tendencje w strukturze wieku lekarzy i lekarzy dentystów uprawnionych do wykonywania zawodu. Podobnie jak w latach poprzednich, miał miejsce wzrost liczby osób należących do najstarszej grupy wiekowej – 65 lat i więcej. Udział lekarzy w tej grupie, wśród posiadających prawo wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty, osiągnął w przypadku lekarzy 25,3 proc. i lekarzy dentystów 22,9 proc.” – wylicza GUS.

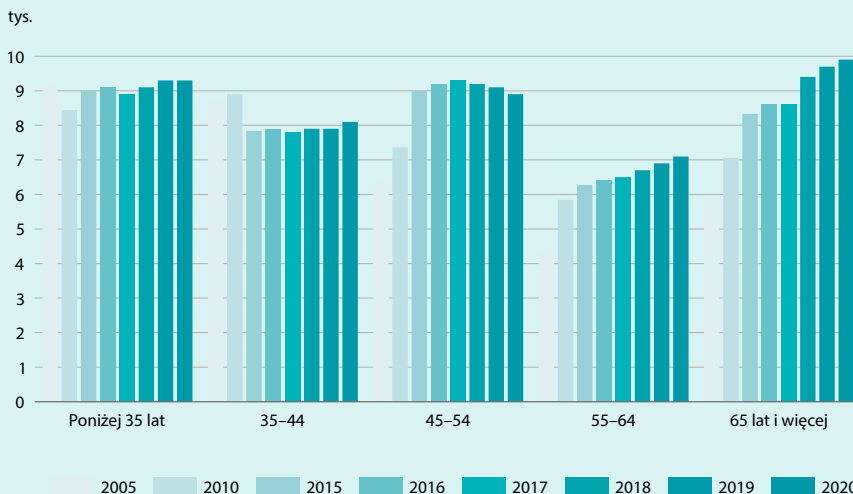
Odnotowano wzrost liczby i udziału procentowego lekarzy z dwóch najmłodszych grup wiekowych: poniżej 35 lat (31 tys., co oznacza wzrost o 0,3 p. proc.) oraz w grupie 35–44 lata (ok. 23 tys., tj. wzrost udziału o 0,4 p. proc.). Zmniejszył się natomiast udział lekarzy w wieku 45–54 i 55–64 lata – odpowiednio o 1,0 p. proc. i 0,4 p. proc.

W grupie lekarzy dentystów zmiany przebiegały inaczej. Analogicznie jak w grupie lekarzy najwięcej było osób w wieku 65 lat i więcej (udział w ogólnej liczbie lekarzy to 22,9 proc., o 0,2 p. proc. większy, niż w roku 2019. Zwiększył się także o 0,3 p. proc. udział osób w wieku 35–44 oraz 55–64 i wyniósł odpowiednio 18,7 proc. i 16,4 proc., spadł natomiast udział osób najmłodszych – w wieku poniżej 35 lat oraz osób w wieku 45–54 lata i wyniósł odpowiednio 21,5 proc. i 20,6 proc. (spadek o 0,2 p. proc. oraz 0,7 p. proc.).

Wykres 2. Lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu wg wieku



Wykres 3. Lekarze dentyści uprawnieni do wykonywania zawodu wg wieku



Źródło: Raport GUS „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 r.”

NAUKA W PIGUŁCE

„Founders' Award” dla Polaka

Podczas konferencji Amerykańskiej Akademii Okulistycznej (AAO), która odbyła się w Nowym Orleanie w dniach 12-15 listopada 2021 r., prof. Andrzej Grzybowski otrzymał nagrodę „Founders' Award” Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgii Refrakcyjnej (International Society of Refractive Surgery ISRS).

To pierwszy Polak nagrodzony przez Międzynarodowe Towarzystwo Chirurgii Refrakcyjnej, będące partnerem Amerykańskiej Akademii Okulistycznej, które zrzesza członków z ponad 90 krajów i podczas AAO-Subspecialty Refractive Day organizuje najważniejsze spotkania specjalistów chirurgii zaćmy oraz chirurgii refrakcyjnej.



Prof. Andrzej Grzybowski przy zdjęciu Ksawerego Gałęzowskiego, prekursora nowoczesnej polskiej i światowej okulistyki

Prof. Andrzej Grzybowski jest kierownikiem Katedry Okulistyki na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, jedynym polskim okulistą, który znalazł się na liście 2% najbardziej rozpoznawanych naukowców świata przygotowanej przez Uniwersytet Stanforda. Uczestniczy w przygotowywaniu standardów leczenia krótkowzroczności dla Amerykańskiej Akademii Okulistycznej oraz Europejskiego Towarzystwa Okulistycznego. Niedawno pod red. prof. Grzybowskiego ukazała się książka pt. „Artificial Intelligence in Ophthalmology” („Sztuczna inteligencja w okulistyce”). ■

Źródło: uwm.edu.pl

Genetycy dla serca

Naukowcy z Instytutu Genetyki Człowieka PAN prowadzą badania dotyczące in vitro tkanek serca, rozwijając dwa z kilku typów istniejących modeli tkankowych tego narządu.

Olbrzymi rozwój inżynierii tkankowej jest wynikiem odmiennego podejścia do regeneracji organów. Ponieważ wymusił on interdyscyplinarność badań, coraz więcej biologów i genetyków posiada własny warsztat matematyczno-techniczny, a także musi współpracować z inżynierami, fizykami i chemikami. Obliczenia związane z elastycznością tkanek czy też ich dopasowania elektrofizjologicznego do dojrzałego mięśnia sercowego obecnie wykonuje się właściwie na bieżąco.

Naukowcy z IGC PAN rozwijają m.in. model heart-on-a-chip, skupiający się przede wszystkim na precyzyjnej kontroli środowiska życia komórek. Dzięki niemu można naśladować czynniki rozwojowe tkanek, a także te patologiczne, wpływające na uszkodzenie tkanek. – Drugim modelem rozwijanym w naszym laboratorium jest makroskopowy model serca (ang. Engineered Heart Tissue, EHT). Dzięki połączeniu różnego rodzaju komórek serca z macierzą tkankową jesteśmy w stanie stworzyć tkanki, które

następnie poddajemy treningowi. Po takim kilkutygodniowym treningu uzyskane tkanki nie są już tylko kilkucentymetrowym zlepek komórek i białek macierzy, ale dużo bardziej dojrzałymi fragmentami tkanek serca. W ten sposób jesteśmy w stanie modelować procesy rozwojowe, a także choroby dziedziczne – wyjaśnia dr Tomasz Kolanowski.

Ostateczny cel to stworzenie w laboratorium serca gotowego do przeszczepienia.

Pierwszym z zastosowań modeli tkankowych i heart-on-a-chip jest ich wykorzystanie do badania bezpieczeństwa leków. Do tej pory jedynym wymaganym modelem były te zwierzęce, jednak ze względu na różnice w fizjologii substancja, która nie stanowi żadnego problemu dla zwierząt, może okazać się toksyczna dla człowieka. – Już w tej dekadzie planowane jest wprowadzenie przez instytucje regulatorowe dodatkowych modeli sprawdzających bezpieczeństwo leków. Tymi modelami są właśnie modele tkankowe oraz

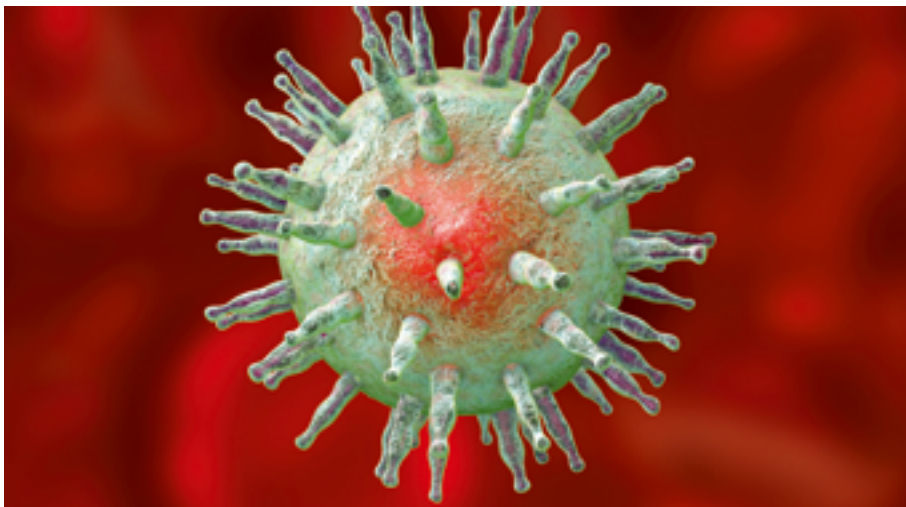
heart-on-a-chip – wyjaśnia dr hab. Natalia Rozwadowska, prof. IGC.

Dzięki tym modelom (EHT) dokonuje się rozwój terapii eksperymentalnych dla pacjentów z dziedzicznymi kardiomiopatiami, a naukowcy starają się doradzać, która terapia dla danego pacjenta może być najskuteczniejsza. – Liczymy, że w przyszłości uda się przenieść te modele z laboratorium do praktyki rozwoju nowych terapii farmakologicznych. Oczywiście, są też badania dotyczące transplantacji fragmentów tkankowych do pacjentów w celu regeneracji mięśnia sercowego. Pierwsze takie badanie kliniczne prowadzone jest przez zespół prof. Zimmermana w Getyndze, gdzie miałem okazję przebywać na stażu podoktorskim – mówi dr Tomasz Kolanowski.

Ostateczny cel to stworzenie w laboratorium serca gotowego do przeszczepienia. – Z naszej perspektywy ważne jest, że cel mamy już jasno zdefiniowany, a narzędzia do jego realizacji są coraz bardziej zaawansowane. Wierzę, że w przeciągu kilkunastu lat cel ten osiągniemy – podsumowuje dr hab. Natalia Rozwadowska, prof. IGC. ■

Źródło: IGC PAN

Szczepionka może wyeliminować SM



Wirus Epsteina-Barra EBV – wirus opryszczki wywołujący mononukleozę zakaźną i chłoniaka Burkitta (ilustracja 3D).

Od dawna podejrzewano, że wirus Epsteina-Barra może wywołać stwardnienie rozsiane (SM). Badanie przeprowadzone na 10 mln osób z personelu wojskowego USA wykazało, że praktycznie każdy przypadek SM został poprzedzony zakażeniem się wirusem. Odkrycie naukowców z Bostonu sugeruje, że szczepionka przeciwko temu patogenowi może znacznie zmniejszyć częstość występowania SM.

Spośród 10 mln osób, u 955 rozwinęło się SM, zazwyczaj ok. 10 lat po pobraniu pierwszej próbki. Tylko jedna osoba spośród tych, którzy zachorowali na stwardnienie rozsiane, uzyskała negatywny

wynik testu na obecność przeciwciał przeciwko wirusowi Epsteina-Barra, kolejne 34 osoby nie były zarażone, gdy pobrano pierwszą próbkę krwi, ale zarażyły się, zanim zdiagnozowano u nich SM.

– To naprawdę punkt zwrotny i szansa na lepsze leczenie SM, a także pomoc w zapobieganiu tej chorobie – powiedział Alberto Ascherio z Uniwersytetu Harvarda.

Wirus Epsteina-Barra jest rodzajem wirusa opryszczki, który rozprzestrzenia się głównie przez ślinę. Jest przyczyną wirusa opryszczki, który rozprzestrzenia się głównie przez ślinę. Jest przyczyną mononukleozy, czasami nazywanej gorączką gruczołową. Początkowe infekcje mogą powodować niewiele objawów, jeśli w ogóle, ale gdy wirus dostanie się

do komórek odpornościowych zwanych komórkami B, osiedla się w nich na stałe. Może stać się przyczyną problemów w przyszłości, w tym przyczyniać się do wystąpienia nowotworów.

Trudność w wykazaniu, że wirus Epsteina-Barra jest główną przyczyną SM, polega na tym, że 9 na 10 ludzi na świecie jest nim zarażonych. Oznacza to, że naukowcy muszą monitorować ogromną liczbę osób, aby dowiedzieć się, czy ci, którzy nie zostali zarażeni wirusem, są mniej narażeni na rozwój SM.

„Te odkrycia dostarczają przekonujących danych, które wskazują, że wirus Epsteina-Barra jest wyzwalaczem rozwoju stwardnienia rozsianego” – piszą William Robinson i Lawrence Steinman z Uniwersytetu Stanforda w Kalifornii.

Chociaż obecnie nie ma szczepionki przeciwko wirusowi Epsteina-Barra, kilka grup badawczych próbuje ją opracować. 5 stycznia jedna z firm ogłosiła, że rozpoczęła testowanie kandydata na szczepionkę mRNA u ludzi. Niejasne pozostaje, dlaczego u tak niewielu osób zarażonych wirusem rozwija się stwardnienie rozsiane (u mniej niż 1 na 10 tys.). ■

Źródło: newscientist.com

Czy będą chodzić mimo paraliżu?

Implanty kręgosłupa nowej generacji pomogą osobom z ciężkim paraliżem chodzić, jeździć na rowerze albo pływać. Przeprojektowane i precyzyjnie zlokalizowane urządzenia stymulujące nerwy stają się szansą na przybliżenie stosowanej wcześniej technologii do zastosowania klinicznego.

Trzech mężczyzn (29-41 lat) sparaliżowanych w wypadkach motocyklowych, którzy nie mieli w nogach czucia ani kontroli, dzięki udziałowi w badaniu prowadzonym przez naukowców ze Szpitala Uniwersyteckiego w Lozannie w Szwajcarii,

mogli stawiać podparte kroki już dobę od włączenia stymulacji elektrycznej, a po kilku miesiącach spacerowali z chodzikiem. Zastosowane urządzenie stymulujące nerwy co prawda nie leczy urazu rdzenia kręgowego ani prawdopodobnie nie wyeliminuje konieczności korzystania z wózka inwalidzkiego, ale budzi nadzieję, że zastosowana technologia wspomagająca jest wystarczająco praktyczna, by można ją było powszechnie stosować.

Na razie wysyłanie poleceń do urządzenia jest uciążliwe. Użytkownicy muszą wybrać żądany ruch na tablecie, który

wysła polecenia Bluetooth do nadajnika noszonego w pasie. Urządzenie musi być umieszczone obok „generatora impulsów”, który następnie aktywuje elektrody wzdłuż kręgosłupa. Przygotowanie do użycia stymulacji zajmuje od 5 do 10 minut. – Nowa generacja urządzeń powinna umożliwiać użytkownikom aktywację generatora impulsów poprzez wydawanie poleceń głosowych smartwatchowi – mówi Grégoire Courtine, neurolog ze Szwajcarskiego Federalnego Instytutu Technologii w Lozannie. Na 2024 r. planowane jest testowanie nowszego systemu mobilności w wieloosrodkowym badaniu klinicznym, które obejmie od 70 do 100 uczestników. ■

Źródło: science.org

PRZYSZŁOŚĆ JEST NIEODGADNIONA

Zamęt

Od dwóch lat zmagamy się z wirusem SARS-CoV-2. Wiele osób jest zdezorientowanych tym, co dzieje się dookoła. Rząd nie pomaga w lepszym rozumieniu zjawiska epidemii, ale czy należy za to winić tylko decydentów?

Mariusz Tomczak dziennikarz

Egzotyczny, jak się wydawało przed dwoma laty, wirus z dalekich Chin podobno nie miał prawa dotrzeć do Głogowa, Szczytna, Krosna czy Tucholi. A dotarł nie tylko tam, w dodatku w tempie przekraczającym najśmielsze oczekiwania. „Wirus z Wuhan” sparaliżował umysły wielu Polaków, którzy tak jak inne narody łudzili się, że tak szybko jak się pojawił, tak szybko zniknie. Tymczasem nadal jest obecny wśród nas.

Wiele osób nie do końca zdaje sobie sprawę z ogromnego zagubienia znacznej części społeczeństwa w postrzeganiu pandemicznej rzeczywistości. Każdego dnia jesteśmy bombardowani ogromną liczbą mniej lub bardziej sprzecznych ze sobą doniesień o wirusie SARS-CoV-2 i chorobie COVID-19. Wystarczy sięgnąć po dowolną gazetę, włączyć odbiornik telewizyjny lub radiowy albo przez chwilę posurfować w internecie, aby zacząć zadawać sobie pytania: gdzie leży prawda, kto ma rację i czy jest ktoś, kto rzeczywiście, a nie tylko werbalnie, panuje nad sytuacją?

NAUKA POTRZEBUJE CZASU

Przeróżne poglądy wygłaszają liderzy opinii, zarówno z kraju, jak i zagranicą: premierzy, szefowie resortów zdrowia i ich zastępcy, cenieni naukowcy, eksperci z zakresu nauk medycznych... Ich opinie z lubością cytują media, nie rzadko zderzając je ze sobą. Sytuację komplikuje fakt, że kompetencje zdrowotne (tj. zdolności ułatwiające zdobywanie, rozumienie i wykorzystywanie informacji dotyczących zdrowia) nie są



Media są pełne chybionych przepowiedni.

powszechne, a wiedza medyczna, także ta dotycząca chorób zakaźnych, w samodzielnej interpretacji nie zawsze jest tak prosta jak się wydaje wielu osobom, zwłaszcza tym pozbawionym wykształcenia medycznego. To ogromna pułapka czyhająca na współczesne społeczeństwo, które w dobie internetu ulega iluzji łatwego dostępu do informacji, myśląc, że wszystko znajduje się w zasięgu kilkunastu kliknięć myszką. – Kiedy ludzie zadają pytania o nowy problem, to oczekują natychmiast odpowiedzi,

a nauka potrzebuje czasu, by móc ich udzielić – mówi dr hab. Piotr Rzymiski z UM w Poznaniu, znany popularyzator nauki.

NA KRÓTKO CZY NA ZAWSZE?

Z jednej strony w debacie publicznej pojawiają się opinie, że SARS-CoV-2 pozostanie z nami na długo, może na zawsze, i trzeba nauczyć się z nim żyć, a z drugiej – że wkrótce będzie tylko złym wspomnieniem, bo podobno obserwujemy początek końca pandemii. Nie brakuje takich, którzy są przekonani, że już od dawna powinniśmy zachowywać się tak, jakby żadnej epidemii nie było. Jedni mówią, że Omikron przyczyni się do wygaśnięcia zagrożenia, a inni, że wiara w to, iż rozpowszechnienie się tego wariantu oznacza bliski koniec pandemii, stanowi naiwność w najczystszej postaci. Do rzadkości nie należą przestrogi, że któryś z kolejnych wariantów koronawirusa może okazać się jeszcze bardziej zjadliwy. Nie brakuje głosów przeciwnych, skoro u wielu osób zakażenie przypomina raczej przeziębienie niż groźną chorobę z dramatycznym finałem w postaci zgonu, a możliwości zmian w białku kolca wirusa, odpowiedzialnym za jego zakaźność, są ponoć na wyczerpaniu. Otwartym pozostaje pytanie, czy ewentualna przemiana SARS-CoV-2 w wirusa sezonowego, powodującego objawy grypopodobne, to kwestia kilku miesięcy czy kilku lat. Tu także daleko do jednomyślności.

KRONIKARZE I PROROCY

Od niedawna w mediach popularność zyskuje termin „endemia”. Każdemu,

kto choć trochę zna język angielski, słowo „end” kojarzy się z końcem czegoś, ale kto da gwarancję, że faktycznie zbliża się kres zagrożenia spowodowanego COVID-19 i czy po możliwym letnim uspokojeniu koronawirus nie zaskoczy nas jesienią, tak jak było w latach 2020-2021? Wydaje się, że im dłużej trwa pandemia, tym więcej zamętu w debacie publicznej, mimo że z dnia na dzień przybywa fachowej wiedzy o koronawirusie opartej o rzetelne badania. W erze COVID-19 dużo łatwiej być kronikarzem, który opisuje i wyjaśnia to, co się zdarzyło, niż pandemicznym prorokiem prognozującym to, co niby może się wydarzyć. Dwa lata pandemii wystawiły na szwank umiejętności profetyczne bardzo wielu osób, które nie chciały przyjąć do wiadomości, że przyszłość zawsze jest nieznana, a im dokładniej próbuje się ją przewidzieć, tym łatwiej o spektakularną klęskę. W internecie nic nie ginie, portale informacyjne pełne są chybionych przepowiedni, media społecznościowe kipią od memów i docinek.

EUROPA: ZMIANA PARADYGMATU

Niezależnie od rozwoju sytuacji epidemicznej w kolejnych tygodniach, mniej więcej od drugiej połowy stycznia dostrzega się zmianę paradygmatu w zakresie podejścia do SARS-CoV-2. W Europie kierunek zmian wytyczają dwie grupy państw: Austria (a do niedawna Francja na czele z prezydentem Emmanuelem Macronem, który otwarcie zadeklarował w jednym z wywiadów, że „chce wkurzyć niezaszczepionych”, ograniczając im dostęp do życia społecznego) oraz Dania z Wielką Brytanią. Obecnie to one znajdują się niejako po dwóch stronach barykady, prezentując odmienne podejście do pandemii w niektórych kwestiach budzących ogromne spory w społeczeństwie, co wielu osobom, zwłaszcza tym oczekującym prostego wyjaśnienia skomplikowanych spraw, jeszcze bardziej utrudnia percepcję otaczającej rzeczywistości. Na początku lutego Austria stała się pierwszym europejskim krajem, który wprowadził obowiązek szczepień przeciw COVID-19 dla dorosłych. Za uchylanie się grozi grzywna do 3,6 tys. euro, choć są pewne wyjątki od tej reguły. Egzekwowanie przepisów rozpocznie się w połowie marca. Jeśli ktoś myśli, że wśród polityków i społeczeństwa

Od rozkroku do ewolucji

Zmiana nastawienia rządu do walki z COVID-19 dokonuje się w sposób wymykający się prostym schematom. Już pod koniec stycznia, mimo szalejącej V fali, skrócono czas odbywania kwarantanny dla osób narażonych na zakażenie SARS-CoV-2. Nieomal zbiegło się to w czasie z chwilą, gdy podlegało jej ponad milion osób, co oznacza, że na kwarantannę przebywał jeden na 38 mieszkańców naszego kraju. Wiele osób było zdumionych decyzją ministra. Niektórzy alarmowali, że ta liczba urośnie do kilku milionów, ale obawy na szczęście okazały się na wyrost. Paradoksalnie od dawna na kwarantannę trafiają m.in. osoby przylatujące do Polski z krajów, w których wyszczepialność czasami należy do najwyższych na świecie, a liczba zakażeń pozostaje w nich na niskim poziomie, podczas gdy ci, co przyjeżdżają z państw, w których ryzyko zakażenia bywa nieporównywalnie większe, nie zawsze spotykają się z takimi ograniczeniami. Przepisy nie nadążają za szybko zmieniającą się sytuacją epidemiczną, ale czy jakiś kraj reagował odpowiednio do okoliczności narzuconych przez koronawirusa?

panował co do tego konsensus, grubo się myli. „To jeden z najbardziej kontrowersyjnych przepisów w ostatnich kilkudziesięciu latach” – podsumował „Kronen Zeitung”, austriacki dziennik ukazujący się od ponad 120 lat.

DECYDUJĄ SONDAŻE, NIE LEKARZE

Tymczasem kilka tygodni temu Dania jako pierwszy kraj UE zniosła bodaj wszystkie restrykcje wprowadzone z powodu epidemii. Wprawdzie to jeden z najlepiej wyszczepionych krajów na naszym kontynencie, ale gdy premier Mette Frederiksen dała sygnał do „powrotu do normalności”, akurat przetaczała się fala zakażeń wywołana głównie przez Omikron. Wyraziła nadzieję, że w kolejnych miesiącach spodziewa się Danii „otwartej” z „przylataniem, imprezami i festiwalami”. Nie każdemu Duńczykowi w głowie hulańki, skoro w liczącym 5,8 mln osób kraju do końca lutego liczba przełożonych zabiegów i operacji wyniosła 100 tys. (to oficjalne dane resortu zdrowia). Kilka tygodni temu w Wielkiej Brytanii padła zapowiedź zastąpienia obowiązku izolacji osób zakażonych zaleceniem i rezygnacji najpóźniej do Wielkanocy z codziennego publikowania statystyk osób zakażonych, hospitalizowanych i zmarłych z powodu COVID-19. Już od końca stycznia nie trzeba nosić maseczek w zamkniętych i zatłoczonych miejscach, bo – jak mówi premier Boris Johnson – nadszedł czas „zaufania osądowi” społeczeństwa. Przyznał, że zdecydowały o tym sondaże opinii publicznej, a nie lekarze. Nie wszyscy mieszkańcy Zjednoczonego Królestwa są zadowoleni, a obaw, że zbyt pochopnie zniesiono obostrzenia, nie brakuje.

MARGINALIZACJA GŁOSU MEDYKÓW

Którą drogą wybierze Polska, nie wiadomo. Spoglądając na narrację rządu z ostatnich kilkunastu miesięcy, wydaje się, że gdy opadnie V fala, nie pójdziemy ani drogą Wiednia, ani Kopenhagi, ani Londynu, lecz staniemy w rozkroku. – Idziemy drogą środka – te słowa wielokrotnie padały z ust premiera Mateusza Morawieckiego, kiedy informował o działaniach rządu będących odpowiedzią na pandemię. I jakkolwiek w różny sposób można je interpretować, są wskazówką, co może się wydarzyć w Polsce w kolejnych miesiącach. Wskazówką, której nie należy traktować za pewnik, bo przyszłość jest nieodgadniona. „Drogę środka” pomoże wytyczać Rada ds. COVID-19, która zastąpiła Radę Medyczną przy Premierze po odejściu z niej 13 z 17 członków, głównie lekarzy. W nowym ciele doradczym szefa rządu znajduje się kilkunastu lekarzy różnych specjalności, a poza tym m.in. dwoje socjologów, ekonomista, prawnik i psycholog. Spektrum poglądów znacznie się rozszerzyło, co każe przypuszczać, że „nowa” rada nie będzie nastawiona jastrzębio w wydawaniu rekomendacji, gdyby zaostrzyła się sytuacja epidemiczna, a kwestie medyczne mogą mocniej konfrontować się z punktem widzenia przedstawicieli innych dziedzin. Może wówczas dojdzie do zderzenia racji medycznych z oczekiwaniami części społeczeństwa, a że te nie zawsze idą w parze z poglądami większości środowiska lekarskiego, od dawna wiadomo. To jednak melodia przyszłości, którą usłyszymy albo i nie. Z dotychczasowych zapowiedzi ministra zdrowia Adama Niedzielskiego

wynika, że obostrzenia będą wycofywane stopniowo. Rząd nie planuje zrobić tego, co Duńczycy czy Brytyjczycy. Część Polaków pyta lekarzy, dlaczego muszą nadal nosić maseczki, skoro inne europejskie nacje je porzuciły. Odpowiedź jest prosta tylko z pozoru, co pogłębia dezorientację wśród części społeczeństwa.

OCENA SUROWA, ALE NIEJEDNORODNA

Jeśli wierzyć badaniom opinii publicznej, Polacy dość surowo oceniają działania rządu podejmowane w walce z pandemią. Grupa niezadowolonych jest jednak niejednorodna. Są w niej zarówno ci, którzy domagają się większych obostrzeń, jak i oczekujący ich poluzowania. Nie oznacza to, że nie ma osób wystawiających rządzącym pozytywne oceny za podejście do przeciwdziałania V fali. Dla tych osób

przygotowywana przez resort zdrowia 46-stronicowa „Strategia walki z pandemią COVID-19”, o ile tylko do

Werze COVID-19 łatwiej być kronikarzem niż prorokiem.

niej zajrzeli, okazała się niczym kubeł zimnej wody. Trudno obronić strategiczny charakter tego dokumentu. – To zaklinanie rzeczywistości – mówi prezes Naczelnej Rady Lekarskiej prof. Andrzej Matyja. Wielu osobom czytającym ten dokument musiała nasunąć się myśl, że przygotowano go na kolanie, a od tego już nie tak daleko do sformułowania wniosku, że V fala zaskoczyła rząd jak pierwszy śnieg budzi z głębokiego snu służby drogowe.

JAK MINISTER ZASKOCZYŁ POZ

Zawarte w „Strategii...” zasady walki z pandemią, które trafiły m.in. do jednego z ministerialnych rozporządzeń, wielu pacjentom z chorobami innymi niż COVID-19 ograniczyły dostęp do opieki w POZ, a niejednego w praktyce pozbawiły możliwości zbadania przez lekarza. Ktoś zachnie się, że w trakcie pandemii pacjenci nieCOVIDowi kolejny raz zostali zepchnięci na boczny tor. To oczywiście prawda, a po wybuchu epidemii chyba nigdy w POZ nie wprowadzono przepisów tak jaskrawo konfliktujących jednych pacjentów z innymi. Brak wyobraźni przy podejmowaniu tej decyzji woła o pomstę do nieba – to opinie wielu lekarzy opieki podstawowej. Zobowiązano ich do zbadania w ciągu 48 h każdego pacjenta w wieku 60+, u którego podejrzewa się zakażenie SARS-CoV-2 lub faktycznie do niego doszło, niezależnie od tego, czy jest to uzasadnione względami medycznymi, czy też nie. Przepisy pominęły dość powszechnie znany fakt, że objawy niekoniecznie nasilają się w trakcie pierwszych dwóch dni od zakażenia. Co więcej, na życzenie chorego badanie ma się odbyć w jego domu. – Wizyta domowa to 6-7 osób nieprzyjętych w przychodni – mówi Wojciech Pacholicki, specjalista medycyny rodzinnej z Radomia.

URZĘDNIK WIE NAJLEPIEJ

Cel wprowadzenia nowych zasad był szczytny: wzmocnić opiekę przedszpitalną nad pacjentami zakażonymi i ułatwić im dostęp do świadczeń w POZ. W rzeczywistości zaczęto dochodzić do sytuacji, w której nieświadomego poważnego zagrożenia pacjenta wyprzedzał inny, skąpoobjawowy lub bezobjawowy, żądając pierwszeństwa w badaniu, choć jego dolegliwości nie zagrażały zdrowiu i życiu. – Jeśli mam zgłoszenie od pacjenta chorego przewlekłe, to muszę odwołać jego wizytę i pojechać do domu chorego z COVID-19. Nie dlatego, że są do tego wskazania medyczne, tylko z powodu decyzji urzędnika – tłumaczy Joanna Szeląg, specjalista medycyny rodzinnej z Białegostoku. Kolejki się wydłużyły, a część pacjentów, zamiast szukać pomocy u lekarza, próbowało „leczyć się” na własną rękę. Minister zdrowia zbagatelizował krzyk rozpaczliwych lekarzy rodzinnych, którzy znaleźli się między młotem i kowadłem, tak jakby w czasie V fali mieli mało pracy i mało stresu. Zaapelował o „dobrą wolę” i „lepszą organizację pracy” oraz podpowiedział, by przyjmowali pacjentów covidowych po godz. 18.00.

CZEGO UCZY V FALA?

Spoglądając na ostatnie kilka tygodni, chyba nikt nie ma wątpliwości, że napływ pacjentów covidowych do szpitali okazał się dużo mniejszy niż prognozowano. Wiele można by pisać o zaangażowaniu lekarzy, ale chyba nikt nie poczuje się urażony, jeśli stwierdzę, że mieliśmy fart. To prawdziwe szczęście w nieszczęściu, że Omikron nie okazał się tak straszny jak go malowano. Owszem, skala niedoszacowania V fali wydaje się spora, wystarczy choćby porównać liczbę testów zarejestrowanych w systemie z tymi kupowanymi w aptekach, marketach czy sklepach internetowych, ale wydaje się, że szpitale poradziły sobie z naporem pacjentów z COVID-19. Wirus szerzył się szybko, ale nie sprawdziły się kasandryczne wizje z końca ubiegłego i początku tego roku, że w ciągu kilku tygodni do polskich szpitali trafi milion zakażonych osób. To tylko potwierdza fakt, że choć przepowiadanie pandemicznej przyszłości jest z góry skazane na porażkę, to z chorobami zakaźnymi nie ma żartów, bo zaskakują zarówno zwyczajnych ludzi, jak i najbardziej tęgie głowy. ■

Dwugłos

Niedawno minister zdrowia dokonał kolejnych zmian w rozporządzeniu. Po kontakcie z osobą zakażoną koronawirusem nie trzeba izolować się od otoczenia, a kwarantanna dla współdomowników osoby zakażonej jest naliczana wyłącznie w okresie izolacji członka rodziny. Na tym tle od dawna rysował się spór. – Kwarantanna nie spełnia u nas swego zadania, powinniśmy z niej zrezygnować – ocenia prof. Robert Flisiak, prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych. Dodaje, że jeśli dochodzenie epidemiczne prowadzono by w przypadku każdego zakażenia, na kwarantannę powinno trafić kilkakrotnie więcej osób, co jednak sparaliżowałoby Sanepid, a potężny ubytek siły roboczej pociągnąłby za sobą dramatyczne skutki gospodarcze. – Brak kwarantanny = wzrost zakażeń – wskazuje dr Paweł Grzesiowski, ekspert NRL ds. walki z COVID-19, nazywając za niezgodny ze zdrowym rozsądkiem i aktualną wiedzą pogląd, że kwarantanna po kontakcie z chorym na COVID-19 jest zbędna. Przestrzega również przed skróceniem izolacji do siedmiu dni, bez konieczności wykonania testu antygenowego. – Skąd wiara, że po tygodniu wszyscy wyeliminowali wirusa? Dlaczego medyków możemy zwolnić po ujemnym teście w piątym dniu? – pyta.

Być blisko i szybko reagować

Z prof. Anną Przondo-Mordarską, prezes Towarzystwa Mikrobiologii Klinicznej, rozmawia Lucyna Krysiak.

Jakie miejsce w medycynie zajmuje mikrobiologia?

Do niedawna była w cieniu klinicystów. Działo się tak, ponieważ lekarzy specjalistów w tej dziedzinie jest w Polsce stosunkowo niewielu, a mikrobiologa utożsamiano z diagnostą laboratoryjnym, czyli kimś, kto tylko wykonuje badanie i nie bierze czynnego udziału w procesie leczenia. Tymczasem mikrobiolodzy kliniczni, zarówno lekarze, jak i nie-lekarze, są jego niezbędnym ogniwem, więc ich działania muszą być zintegrowane z działaniami lekarzy innych specjalności. Głównie z pracą specjalistów intensywnej terapii, chirurgów, chorób zakaźnych, wirusologów, wakcynologów, epidemiologów.

Ranga mikrobiologii wzrosła w związku z pandemią COVID-19. Dostrzeżono bowiem, jak ważna jest ścisła i stała współpraca mikrobiologów z klinicystami, a także wymiana aktualnej wiedzy w zakresie fizjopatologii zakażenia. By ta wiedza przekładała się na praktykę, musi być bliski i stały kontakt mikrobiologa z lekarzami podejmującymi leczenie chorego. Wszystko po to, by móc szybko reagować.

Czyli nie chodzi tu tylko o diagnostykę laboratoryjną?

Z definicji mikrobiologia jest nauką podstawową zintegrowaną z klinicznymi naukami medycznymi i Towarzystwo Mikrobiologii Klinicznej w swojej działalności kieruje się tym założeniem. Ta integralność jest kluczowa w działaniach podejmowanych przez towarzystwo zarówno w zakresie mikrobiologii, epidemiologii, szerzenia wiedzy na ten temat, jak i wdrażania i testowania programów związanych z mikrobiologią kliniczną. Chodzi m.in. o wprowadzanie nowatorskich i eksperymentalnych metod diagnostycznych oraz terapeutycznych, a także tworzenie jakości w klinicznych badaniach mikrobiologicznych przyjmowanych później jako standardowe. Towarzystwu zależy na tym, aby ta podstawowa mikrobiologiczna wiedza, teoretyczna i praktyczna, reprezentowała jak najwyższy poziom.

Bakterie, wirusy oraz grzyby tak szybko się namnażają i mutują, że trudno za nimi nadążyć.

Doświadczamy tego na co dzień, zwłaszcza jeśli chodzi o oporność na leczenie antybiotykami, trudno gojących się ran, zakażenia szpitalne czy szerzenie się pandemii COVID-19. Bakterie i wirusy są wyposażone w niezwykle sprawne mechanizmy obronne zakodowane w ich genach, które wciąż ulegają procesowi ulepszania. Mikrobiolodzy określają to



Prof. Anna Przondo-Mordarska: – Wirusy i bakterie przez cały czas toczą walkę o przetrwanie i w tej walce o byt wytwarzają coraz bardziej skomplikowane mechanizmy obronne.

zjawisko zmienności genetyczną. Działania podejmowane przez człowieka w celu zwalczania drobnoustrojów zawsze sprowadzają się do tego, że powstają ich doskonalsze odmiany, niereagujące na dotychczasowe leczenie, i dzieje się to niespodziewanie.

Często więc ten wyścig pomiędzy poszukiwaniem i wprowadzaniem nowych preparatów wygrywają drobnoustroje. W sytuacji pogłębiających się trudności w doborze zwalczających je skutecznych leków, towarzystwo zaangażowało się w organizowanie programów i szkoleń, które weryfikują wiedzę związaną ze zmiennością drobnoustrojów. Przykładem jest m.in. NPOA, czyli Narodowy Plan Ochrony Antybiotyków, na rzecz którego towarzystwo organizuje prestiżowe konferencje z udziałem autorytetów w dziedzinie

antybiotykoterapii. Ta konfrontacja wiedzy pozwala opracować bardziej skuteczne metody leczenia drobnoustrojów. Wobec powszechnej oporności stosuje się antybiotyki w różnych konfiguracjach, specyficznie określonych dawkach, w skojarzeniu z inhibitorami.

Czy są wytyczne w tej sprawie opracowane przez towarzystwo?

TMK wydało rekomendacje opublikowane w czasopiśmie „Forum zakażeń”, wydawanym z „Grupą sepsy”, są one dostępne dla lekarzy również w internecie. Współdziałamy w tym zakresie z wieloma innymi naukowymi towarzystwami lekarskimi – m.in. lekarzy rodzinnych, epidemiologów i chorób zakaźnych, badaczy AIDS, leczenia ran. Współpracując z nimi, realizujemy naukowy program badawczy dotyczący oporności drobnoustrojów na antybiotyki w zakażeniach szpitalnych, głównie na fosfomycynę, która okazała się skuteczna w przypadku bakterii opornych na działanie innych antybiotyków. Poszukujemy więc nowych zestawów leków z tej grupy, nowych sposobów ich kojarzenia z inhibitorami i dawkowania, przełamujących tę oporność. W przypadku fosfomycyny badaniami objętych było ponad tysiąc szczepów bakterii.

Opracowaliśmy też wspólnie z interdyscyplinarną grupą ekspertów zasady postępowania miejscowego i ogólnego w ranach i owrzodzeniach, które wciąż są problemem i przyczyniają się do amputacji kończyn. We współpracy z „Grupą sepsy” opracowaliśmy rekomendacje dotyczące zasady diagnostyki zakażeń krwi czy wytyczne zapobiegania transmisji biologicznych czynników chorobotwórczych o szczególnej zjadliwości lub oporności.

Strategia walki mikrobiologów klinicznych z drobnoustrojami musi więc być modyfikowana i dostosowywana do okoliczności.

Niezależnie od rodzaju zagrożenia trzeba reagować szybko. Przykładem zależności pomiędzy zachorowaniem a reakcją jest postępowanie w sepsie, gdzie liczy się każda minuta w walce o utrzymanie pacjenta przy życiu. Na przykład badanie krwi na posiew wykrywające patogen wywołujący sepsę i pozwalające ustalić, jaki lek jest skuteczny w tym konkretnym przypadku i jak go podawać, to postępowanie, które zgodnie z naszymi rekomendacjami powinno być standardem.

Przez wiele lat TMK organizowało w Kudowie-Zdroju interdyscyplinarne konferencje. Realizowano je pod wspólnym tytułem „Biofilm tworzony przez drobnoustroje w patogenezie zakażeń”.

Pandemia wymusiła na mikrobiologach klinicznych nowe działania – towarzystwo wprowadziło m.in. szkolenia dotyczące leczenia sepsy w obliczu COVID-19 czy profilaktyki zakażeń w dobie koronawirusa. W ich realizację włączyła się Dolnośląska Izba Lekarska. W ramach działalności doświadczalnej Zakład Mikrobiologii Farmaceutycznej prowadzi badania pracowników ochrony zdrowia pod kątem przeciwciał anti-SARS-CoV-2 po przechorowaniu COVID-19 i po szczepieniu pod kierunkiem jednego z naszych członków dr Beaty Mączyńskiej.

Jaka jest skuteczność testów wykrywających wirusa SARS-CoV-2?

W zależności od rodzaju testy wypadają różnie i wyniki mogą zawierać błędy. Na rynku pojawiły się produkty wielu

Najbardziej wiarygodna metoda testowania to hodowla wirusowa, ale w pandemii – ze względu na czasochłonność – jest ona praktycznie nieprzydatna.

producentów i zwłaszcza te do domowego użytku mogą nie być wiarygodne. Powszechna ich dostępność, na co postawili rządzący, nie przekłada się na jakość. Dane dotyczące liczby zakażonych koronawirusem mogą być więc przekłamane. Wiąże się to często z nieumiejętnością pobierania materiału do badania w domu, bo w wymazie może być za mało wirusa w komórkach, by osiągnąć prawidłowy wynik. Pamiętajmy, że jest też wielu chorych bezobjawowych, którzy zakażają, a nikt nie wie, że są chorzy, co wpływa na przekłamywanie danych.

Nawet testy antygenowe wykonywane w szpitalach, które są szybkie, dokładne, tanie i wykonuje się je u każdego chorego przyjmowanego na oddział, nie są w pełni wiarygodne, jeśli trafi się w tzw. okienko diagnostyczne. Wówczas wykonany przy przyjęciu do szpitala test daje wynik ujemny, a po kilku dniach okazuje się, że pacjent ma pełnoobjawowy COVID-19 i zakaża innych, również personel medyczny. Najbardziej wiarygodna metoda testowania to hodowla wirusowa, ale w pandemii – ze względu na czasochłonność – jest ona praktycznie nieprzydatna. Metoda molekularna (PCR) wykrywająca kwas nukleinowy nieaktywnego wirusa ujawnia obecność przeciwciał nawet kilka miesięcy po przechorowaniu. Dodatni wynik nie informuje jednak, czy pacjent jest zakaźny czy chory, chyba że ma objawy COVID-19. Tak więc testy, jeśli chodzi o klasyfikację pacjentów, nie są doskonałe.

Czy człowiek ma szansę, by kiedykolwiek pokonać drobnoustroje?

Nie sądzę. Wirusy i bakterie przez cały czas toczą walkę o przetrwanie i w tej walce o byt wytwarzają coraz bardziej skomplikowane mechanizmy obronne, które człowiekowi trudno złamać. Dlatego tak ważna jest profilaktyka, czyli mycie rąk i ich dezynfekcja, noszenie maseczki, utrzymywanie dystansu społecznego i dbałość o odporność organizmu głównie poprzez szczepienia, które są najskuteczniejszą formą walki z zakażeniami zarówno bakteryjnymi, jak i wirusowymi. W przypadku SARS-CoV-2 mamy do czynienia ze szczepionkami nowoczesnymi, bezpiecznymi i jeśli koronawirus z nami zostanie, a wiadomo, że zostanie i będzie mutował, szczepienia te uchronią nas przed ciężkimi postaciami COVID-19, zgonami i trudnymi do leczenia powikłaniami w tej chorobie. To nieprawda, że szczepionki to są eksperymentem medycznym.

Wysoki odsetek wyszczepienia społeczeństwa przekłada się na eliminację wirusa z populacji, jeśli więc mówimy o walce z koronawirusem, to właśnie szczepiąc się, wygrywamy tę nierówną walkę. Oczywiście zdarzają się powikłania, ale korzyści wynikające ze szczepień są znacznie większe. Chcę także obalić mīt, że szczepionka wywołuje bezpłodność, czy też, że materiał RNA zawarty w szczepionce wnika w ludzkie DNA i je zmienia. To z naukowego punktu widzenia nie jest możliwe, zaufajmy więc nauce. ■

Nie tylko szkolenia

Doskonalenie zawodowe to jeden z obowiązków lekarza, który przez całe swoje życie pogłębia wiedzę medyczną, szlifuje umiejętności praktyczne i kompetencje miękkie, a także konfrontuje się z najnowszymi w świecie trendami w medycynie.

Lucyna Krysiak dziennikarz

Obecna rzeczywistość wymusza na nim także znajomość prawa, ekonomii i innych zagadnień niezwiązanych bezpośrednio z medycyną. Za pośrednictwem Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Naczelnej Izby Lekarskiej samorząd lekarski pomaga realizować te cele.

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów powołano 19 września 2008 r. uchwałą Naczelnej Rady Lekarskiej. Był on odpowiedzią na sygnalizowaną przez lekarzy potrzebę podnoszenia swoich umiejętności zawodowych.

To był czas, kiedy dostęp do wiedzy za pośrednictwem internetu nie był tak powszechny jak obecnie. ODZ wspierał więc członków izb lekarskich w realizacji ustawowego obowiązku doskonalenia zawodowego oraz rozpowszechniania wytycznych postępowania medycznego opierających się na aktualnej wiedzy medycznej i zasadach evidence based medicine.

Początki działalności ODZ nie były łatwe. Trzeba było stworzyć od podstaw jego strukturę organizacyjną, a także – co oczywiste – wytyczyć kierunki działań i pozyskać wykładowców. Ośrodkiem kierował wówczas prof. Romuald Krajewski, wiceprezes NRL V i VI kadencji. To był czas, kiedy skupiano się na działalności szkoleniowej stricte medycznej, gdyż wśród lekarzy panował głód wiedzy związanej bezpośrednio z wykonywanym przez nich zawodem. Oprócz tego ośrodek organizował także kursy w ramach realizowanych projektów unijnych.

ZMIENIAJĄCA SIĘ RZECZYWISTOŚĆ

Od 2020 r. obowiązki kierownika ODZ przejął Artur Drobniak, obecnie wiceprezes NRL. W tym czasie zakres i tematyka szkoleń zaczęły się zmieniać. Pandemia COVID-19 i związane z nią zagrożenia, ograniczenia i wyzwania, a także wprowadzenie nowego systemu podatkowego „Polski Ład” oraz uregulowań prawnych dotyczących nowych zasad funkcjonowania szpitali i innych podmiotów, w tym prywatnych praktyk, jak również zasad kontraktowania usług medycznych przez NFZ,

Działalność Ośrodka Doskonalenia Zawodowego NIL wciąż ewoluuje.

zrodziły potrzebę wspierania lekarzy w radzeniu sobie z tymi problemami. Z powodu pandemii zaczęto organizować kursy głównie w formule online, a oferta szkoleń zaczęła obejmować np. zakres prawnych i praktycznych uwarunkowań funkcjonowania telemedycyny, zarządzania kryzysowego w szpitalu, klinice, na oddziale czy w prywatnym gabinecie. Szkolący się zdobywali wiedzę z zakresu m.in. szybkiego podejmowania trafnych decyzji w sytuacjach kryzysowych, a także radzenia sobie ze stresem własnym i zespołu. Zorganizowano także cykl szkoleń z dr. Pawłem Grzesiowskim, ekspertem NRL ds. walki z COVID-19, na temat sytuacji epidemicznej oraz aspektów klinicznych pracy z chorymi na COVID-19 i bezpieczeństwem personelu medycznego. Kursy te prowadzone

w 2020 r. cieszyły się ogromną popularnością, uczestniczyło w nich ponad 560 osób. Działalność Ośrodka Doskonalenia Zawodowego NIL wciąż ewoluuje i jej kierunki są wytyczane przez zmieniającą się rzeczywistość.

NOWA SIEDZIBA, NOWE WYZWANIA

W środowisku medycznym o działalności ośrodka w czasie pandemii stało się głośno. W konkursie „Sukces Roku w Ochronie Zdrowia – Liderzy Medycyny”, ODZ NIL uzyskał wyróżnienie w kategorii „Lider Roku 2021 w Ochronie Zdrowia – działalność edukacyjno-szkoleniowa”. To jeszcze bardziej zachęca do dalszego rozwoju. Ma temu pomóc otwarcie Centrum Szkoleniowo-Konferencyjnego ODZ NIL i przeprowadzka do nowej siedziby. Będzie przestronniej, zostaną też stworzone warunki, by realizować większą liczbę szkoleń specjalistycznych, dla większej liczby uczestników. Jeszcze w tym roku zostaną podjęte nowe inicjatywy w tym zakresie, m.in. nawiązanie współpracy z lekarskimi towarzystwami naukowymi.

Poza prowadzeniem bezpłatnych szkoleń dla lekarzy, ODZ ma także za zadanie zbieranie i opiniowanie wniosków o dotacje do doskonalenia zawodowego organizowanego przez okręgowe izby lekarskie. Ośrodek przejął bowiem zadania dwóch innych ośrodków, które decyzją NRL zaprzestały działalności. Są to: Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji oraz Ośrodek ds. Wytycznych Postępowania w Praktyce Medycznej. W 2021 r. ODZ przeszkolił ponad 10 tys. uczestników – lekarzy i lekarzy dentystów, a w 2022 r. ich liczba – jak spodziewają się organizatorzy – jeszcze wzrośnie. ■

EDUKACJA

Wiedzy nigdy dosyć

Z Arturem Drobniakiem, wiceprezesem NRL i p.o. kierownikiem Ośrodka Doskonalenia Zawodowego NIL, rozmawia Lucyna Krysiak.

Czy lekarze chętnie się doksztalają?

W zawodzie lekarza wpisane jest permanentne podnoszenie kwalifikacji, poszerzanie wiedzy i akurat w tej grupie zawodowej świadomość potrzeby doskonalenia swoich umiejętności jest bardzo powszechna. Wynika to z dynamicznego rozwoju medycyny, zmieniającego się świata i konieczności reagowania na nowe oczekiwania pacjentów. Z jednej strony lekarz musi więc być merytorycznie jak najlepiej przygotowany do zawodu, być na bieżąco z nowoczesną medycyną, z drugiej zaś posiadać zdolność nawiązywania kontaktu z pacjentem, co wpływa na efekty leczenia.

Szkolenia w ODZ są nieodpłatne, a za udział w nich przyznaje się punkty edukacyjne. Czy to wystarczająca zachęta, by zainteresować nimi lekarzy?

Nieodpłatne w tym znaczeniu, że lekarz nie wnosi za nie bezpośrednio opłaty, ale samorząd lekarski koszty szkoleń pokrywa ze składek członkowskich – są to więc pieniądze lekarzy, które w ten sposób do nich wracają.

Zachętą do udziału w szkoleniach jest raczej ich tematyka dyktowana przez życie. Są to m.in. tematy dotyczące prawa, w tym podatkowego, ekonomii, legislacji, zmieniających się zasad kontraktowania usług z NFZ, warunków pracy w związku z pandemią COVID-19 czy też hejtu i radzenia sobie z tym zjawiskiem. Pracujemy nad tym, by oferta szkoleń była szeroka i dostosowana do zmieniającej się rzeczywistości w aspektach dotyczących wykonywania zawodu lekarza.

Jaki jest poziom szkoleń i jakie działania podejmuje ośrodek, aby tematyka była dla lekarzy atrakcyjna, a jednocześnie przydatna w praktyce?

Przejmując półtora roku temu kierowanie ODZ, założyłem, że ośrodek powinien zmienić formułę, być bardziej przekrojowy i ukierunkowany na różne problemy, z którymi lekarz ma do czynienia, wykonując swój zawód. Dlatego szkolenia podzielił na te dotyczące umiejętności zarządczych, kompetencji miękkich, wiedzy z zakresu prawa oraz umiejętności zawodowych. Staramy się poruszać w tych czterech kategoriach tematycznych.

Naszymi wykładowcami nie są przypadkowi ludzie. Nawiązujemy współpracę z autorytetami w danej dziedzinie, z osobami znanymi ze swych kompetencji szkoleniowych i wiedzy, które uczestniczą jako prelegenci na różnych prestiżowych konferencjach, także międzynarodowych. Oni udział w szkoleniach często traktują jako wkład w kształcenie lekarzy, od których wymaga się obecnie szerszych umiejętności niż te, które zapewnia wykształcenie medyczne. Wiedza prawna, z zakresu ekonomii, kontraktowania z NFZ czy doskonalenie kompetencji miękkich pozwala lekarzowi uniknąć wielu często, wydawałoby się,



Artur Drobniak podczas gali konkursu „Sukces Roku w Ochronie Zdrowia – Liderzy Medycyny” odbiera wyróżnienie przyznane ODZ NIL w kategorii „działalność edukacyjno-szkoleniowa”

banalnych błędów, których konsekwencje mogą być poważne. Satysfakcjonujące jest, że lekarze wysoko oceniają te szkolenia.

Jaka jest dalsza perspektywa rozwoju?

Chcemy pogłębiać współpracę z uczelniami medycznymi, towarzystwami naukowymi, wspierając te ośrodki we wspólnym prowadzeniu badań naukowych. Z drugiej strony liczymy, że ta kooperacja przełoży się na bliższe kontakty z lekarzami i podnoszenie ich kwalifikacji zawodowych poprzez działalność ODZ NIL. Pomysł na tak rozumianą współpracę wytycza nowe ścieżki działania naszego ośrodka i odkrywa nowe perspektywy.

Skąd wiadomo, czego szkolący się lekarze oczekują od wykładowców?

Od wielu lat ankietujemy osoby, które się szkoliły w ODZ, mamy więc rozeznanie co do oczekiwań dotyczących zakresu tematycznego szkoleń, jak i sposobu ich prowadzenia. Pracownicy ODZ NIL śledzą też na forach internetowych potrzeby lekarzy w tej szybko zmieniającej się rzeczywistości. Jeszcze w tym roku wprowadzimy nowy typ szkoleń online. Chodzi o tzw. workshop on demand, czyli warsztaty na zamówienie. Gdy grupa minimum 10 lekarzy zgłosi do nas potrzebę zorganizowania szkolenia na pożądaną przez siebie temat (związany z działalnością ODZ NIL), zorganizujemy takie szkolenie zgodnie z ich prośbą w miejscu i terminie wcześniej ustalonym. Uczestnicy szkoleń będą mogli w małych grupach, najczęściej znanych sobie osób, pracować wspólnie i aktywniej uczestniczyć w szkoleniu. Chcemy w ten sposób budować większą więź i współpracę zespołową w podstawowym miejscu pracy lekarzy. Będziemy więc stawiać na wzrost różnorodności formuły prowadzonych szkoleń, poruszając się jednak w tematach naszej działalności. ■

ZE ŚWIATA

Opieka zdrowotna w Papui-Nowej Gwinei

Z br. Jerzym Kuźmą, chirurgiem ogólnym i ortopedą, prof. chirurgii, Werbiśtą wspierającym od ponad 25 lat rozwój medycyny w PNG, oraz Wojciechem Pietrzykiem, anestezjologiem i specjalistą medycyny ratunkowej, który od kilku lat praktykuje w tym kraju, rozmawia Lidia Sulikowska.



Jerzy Kuźma (od prawej) podczas operacji dziecka w Szpitalu w Madang



Wojciech Pietrzyk pracuje w prywatnym sektorze ochrony zdrowia w Port Moresby

Dlaczego panowie związali swoje życie z Papuą-Nową Gwineą (PNG)?

Jerzy Kuźma: Jestem lekarzem, ale także bratem Werbiśtą, czyli misjonarzem Zgromadzenia Słowa Bożego, więc z natury rzeczy wyjeżdżam tam, gdzie mogę nieść pomoc. Tak się złożyło, że w 1997 r. trafiłem do PNG i zostałem do dziś.

Wojciech Pietrzyk: Ja z kolei przez wiele lat pracowałem jako lekarz okrętowy. Kiedyś pojawiła się oferta pracy od organizacji, która buduje prywatną opiekę zdrowotną w ubogich krajach dla ekspatów i tak trafiłem do PNG. Od kilku lat praktykuję w jednym z prywatnych szpitali w stolicy tego kraju – w Port Moresby, do Polski wracam co jakiś czas.

Na jaką pomoc medyczną mogą liczyć mieszkańcy tego kraju?

J.K.: Papua-Nowa Gwinea ma powierzchnię większą od Polski, ale mieszka w niej ok. 8,5 mln ludzi. Bardzo brakuje tu medyków. Kraj jest podzielony na ponad 20 prowincji. W każdej

z nich działa państwowy szpital, gdzie zazwyczaj są chirurg, pediatra, ginekolog i internista. Obszary wiejskie są niemal całkowicie pozbawione opieki lekarskiej. 90 proc. lekarzy pracuje w miastach, z czego aż połowa w Port Moresby, podczas gdy 87 proc. ludności żyje właśnie na wsi. W praktyce ci ludzie nie mają dostępu do lekarza. Od wielu lat słyszę o planach wprowadzenia dodatków do pensji dla medyków, którzy zdecydują się pracować na wsiach, ale nigdy plany te nie zostały wprowadzone w życie.

W PNG duży udział w tworzeniu i prowadzeniu placówek medycznych mają kościoły chrześcijańskie, pod których opieką jest połowa wiejskich ośrodków zdrowia oraz szpitalików. Pracują w nich pielęgniarki lub felczyrzy. Dzięki porozumieniu rządowemu dostają one wsparcie finansowe państwa. W najbardziej odległe obszary wiejskie organizowane są wyjazdy misyjne tzw. patroli medycznych. Podczas takich wypraw słyszałem niejednokrotnie, że pacjenci nie widzieli lekarza nawet przez 30 lat.



A co w sytuacji, gdy ktoś ma poważny uraz lub z innego powodu potrzebuje interwencji chirurgicznej?

J.K.: Musi dostać się do szpitala prowincjonalnego. Niestety odległości do pokonania są duże, a przecież mówimy o kraju, w którym dramatycznie brakuje dróg. Teren jest górzysty i poprzecinany rzekami, gdzie można przemieszczać się wyłącznie samolotami, ale to przecież luksus, a nie norma. Teoretycznie każda prowincja powinna zapewniać możliwość dojazdu z wioski do szpitala, ale w praktyce fundusze są ograniczone. Często więc bliscy chorego muszą go zanieść do szpitala na piechotę. Taka podróż czasem trwa kilka dni. W efekcie wielu chorych nie otrzymuje pomocy, więc w PNG jest bardzo wielu niepełnosprawnych. Urazy, obok chorób zakaźnych, to jeden z najczęstszych problemów zdrowotnych dotyczących mieszkańców i jedna z czołowych przyczyn śmiertelności wśród młodych mężczyzn. Często urazom ulegają też dzieci.

Dzięki ludziom dobrej woli udało mi się stworzyć oddział ortopedyczny w szpitalu w Madang, gdzie pracuję. Pomagamy najbardziej potrzebującym, choć jest to kropla w morzu potrzeb, a chorzy czasem nawet latami muszą czekać na pomoc.

Państwowa opieka zdrowotna jest bezpłatna?

J.K.: Generalnie tak, ale szpitale mają prawo narzucać pewne opłaty. Publiczne wydatki na tutejszą ochronę zdrowia są najniższe w całym regionie Pacyfiku, system jest głęboko niedofinansowany. Jeszcze większym problemem jest chyba jednak brak lekarzy. W całym kraju pracuje zaledwie ok. pół tysiąca miejscowych lekarzy.

Obszary wiejskie są niemal całkowicie pozbawione opieki lekarskiej.

W.P.: Z czego np. specjalistów anestezjologów jest 27. Wspierają ich technicy anestetycy.

Jak świat pomaga PNG?

W.P.: Poza inicjatywami chrześcijańskimi bardzo znaczące jest wsparcie medyczne z Australii. Wielu medyków z tego kraju przyjeżdża na misje. Ostatnio zauważalna jest też pomoc Chin. Pływają też statki Ywam (międzynarodowa inicjatywa – przyp. red.), które docierają z podstawową pomocą medyczną w najbardziej niedostępne od strony lądu zakątki kraju.

Co robi rząd, aby lekarzy było więcej?

W.P.: Podam taki przykład: pewien chirurg z Ugandy, który jest moim kolegą z pracy, powiedział mi, że w jego kraju działa 16 szkół medycznych. Dla porównania: w PNG są tylko dwie.

J.K.: Jedyna państwowa szkoła medyczna jest w Port Moresby. Rocznie kształci ok. 40 lekarzy. Poza tym od kilku lat funkcjonuje Wydział Medyczny Uniwersytetu Słowa Bożego w Madang, którego mam przyjemność być dziekanem. Bardzo zależy mi na kształceniu tutejszej przyszłej kadry lekarskiej. Do tej pory mury naszej uczelni opuściło już ponad 40 lekarzy. Nauka jest u nas odpłatna, ale dla najzdolniejszych

Niestety na naszym uniwersytecie bardzo brakuje lekarzy różnych specjalności, którzy chcieliby edukować studentów. Jeśli ktoś z państwa czyta ten tekst i chciałby pomóc, serdecznie zapraszam do Madang.

studentów są stypendia fundowane przez rząd. Zależy nam przede wszystkim na kształceniu lekarzy, którzy w przyszłości będą chcieli pracować na prowincji, bo tam są największe potrzeby. Dlatego podczas rekrutacji ci, którzy zadeklarują, że po ukończeniu studiów kilka lat będą pracować w wiejskim ośrodku, otrzymują dodatkowe punkty.

Niestety na naszym uniwersytecie bardzo brakuje lekarzy różnych specjalności, którzy chcieliby edukować studentów. Jeśli ktoś z państwa czyta ten tekst i chciałby pomóc, serdecznie zapraszam do Madang.

W.P.: Gorąco zachęcam do podjęcia współpracy z prof. Jerzym Kuźmą. Pomoc poprzez kształcenie to najlepszy sposób na wsparcie tutejszej ochrony zdrowia. Oczywiście wszystkie wyjazdy misyjne polegające na tym, że lekarz z zagranicy jedzie do jakiegoś odległego zakątku w PNG leczyć przez kilka miesięcy, są szczytne, ale dużo większą pomocą jest dzielenie się wiedzą z tutejszymi studentami kierunku lekarskiego. To ci lekarze będą w systemie przez kolejne dekady.

Tutejszy państwowy system ochrony zdrowia jest oczywiście bardzo skromny. Prywatna opieka oferowana przez zagraniczne firmy jest dużo lepsza, ale kosztuje i jest dostępna tylko w największych miastach. Miałem okazję podróżować po prowincji i widziałem, jak wygląda tamtejsza opieka zdrowotna. Brak wykwalifikowanego personelu medycznego jest dramatem. Mam oczywiście świadomość, w jakim jestem kraju i że zasoby są ograniczone. Jednocześnie widzę, że robi się wszystko, aby w ramach tego, co jest, działać jak najlepiej. To, co robi na mnie największe wrażenie, to zachowanie pacjentów. Oni patrzą z autentyczną nadzieją, że ktoś im pomoże. Mają też ogromny szacunek do pracowników medycznych. Są mili, w pełni ufają lekarzowi.

Na jaką pomoc mogą liczyć osoby chore na raka?

J.K.: Obszar leczenia onkologicznego jest bardzo zaniedbany. Na wynik histopatologiczny z państwowego laboratorium diagnostycznego trzeba czekać nawet rok. Dlatego szpital, w którym pracuję, nawiązał współpracę ze specjalistami z Australii. Co miesiąc wysyłamy do nich paczkę z wycinkami pobranymi od naszych pacjentów i po ok. dwóch tygodniach otrzymujemy wyniki. Australijczycy wykonują je dla nas w ramach wolontariatu.

Generalnie w PNG o diagnozie onkologicznej zazwyczaj trzeba decydować na podstawie badania fizykalnego, co niestety może być tragiczne w skutkach. Nieraz zdarza się, że niepotrzebnie usunięto kobiecie pierś albo mężczyźnie prącie, bo niesłusznie podejrzewano zmianę nowotworową. Leczenie, które mogą otrzymać pacjenci onkologiczni, jest bardzo ubogie. Mamy tylko podstawowe leki,



Tradycyjne występy podczas Festiwalu Morobe

w całym kraju funkcjonuje jeden oddział onkologiczny. Nie ma w ogóle dostępu do radioterapii, chemioterapia jest bardzo ograniczona.

A jak jest z ginekologią?

J.K.: PNG ma jeden z najwyższych wskaźników umieralności okołoporodowej na świecie. Bardzo brakuje nie tylko ginekologów, ale też pielęgniarek i położnych.

Jak pandemia COVID-19 wpłynęła na zdrowie mieszkańców?

J.K.: Paraliżowała funkcjonowanie kraju, podobnie jak na całym świecie. Ogromnym problemem jest brak oddziałów anestezjologicznych. Respiratory są dostępne tylko w największych kilku szpitalach w kraju. Ludzie, których dotknie ciężka postać COVID-19, są skazani na śmierć. Co prawda w każdej prowincji działa oddział z dostępem do tlenu, ale to wszystko. Mimo to szczepienia są niepopularne. Społeczeństwo jest wyszczepione ledwie w kilku procentach.

W całym kraju pracuje zaledwie ok. pół tysiąca miejscowych lekarzy.

W.P.: Tutejsi mieszkańcy mówią, że skoro udaje im się żyć w tak trudnych warunkach, to przeżyją też koronawirusa. Co ciekawe, bardzo przestrzegają obowiązku noszenia maseczek.

Podobno Port Moresby to jedna z trzech najniebezpieczniejszych stolic na świecie.

W.P.: Generalnie w PNG jest niebezpiecznie, to kraj impulsywnych wojowników. Bezrobocie i bieda w miastach sprzyja zachowaniom kryminogennym. Jednak bezpośrednie kontakty z mieszkańcami oceniam bardzo dobrze – to przemili ludzie, a sam kraj, siedlisko rajskich ptaków, jest zjawiskowo piękny. ■

Kolejna fala



W ciągu ostatnich czterech miesięcy potwierdzono ok. 180 mln nowych przypadków zakażeń

wirusem SARS-CoV-2 na całym świecie. W tym czasie z powodu COVID-19 zmarło ok. 900 tys. osób. Średnio globalnie przybywało od ok. 400 tys. do nawet ponad 3,8 mln zakażonych każdego dnia. O ile ostatnie dwa miesiące ubiegłego roku były w miarę spokojne, to początek 2022 r. był zdecydowanie trudniejszy, głównie z powodu szybko rozprzestrzeniającego się wariantu Omikron. Co zrozumiałe, sytuacja w poszczególnych krajach jest różna.

Zgodnie z danymi publikowanymi przez Worldometers, od początku wybuchu pandemii do 21 lutego 2022 r. potwierdzono w sumie ponad 426 mln zakażeń SARS-CoV-2 (z czego 67,5 mln to przypadki aktywne) i niemal 6 mln zgonów z powodu COVID-19. W lutym wyjątkowo dużo zakażeń potwierdzono m.in. w wielu krajach europejskich, a także

np. w Brazylii, Indonezji czy Malezji oraz w państwach (m.in. Korea Południowa, Japonia), w których przez wiele ostatnich miesięcy sytuacja była ustabilizowana.

Liderem pod względem liczby potwierdzonych przypadków zakażeń SARS-CoV-2 od początku wybuchu pandemii pozostaje USA (ponad 80 mln). Na drugim miejscu są Indie (42,8 mln), a na trzecim – Brazylia (28,2 mln). Kolejne kraje z największą liczbą potwierdzonych przypadków zakażeń od początku kryzysu wywołanego wirusem SARS-CoV-2 to: Francja (22,3 mln), Wielka Brytania (18,6 mln), Rosja (15,5 mln).

Według oficjalnych statystyk dotychczas z powodu COVID-19 najwięcej osób zmarło w USA (ponad 960 tys.), Brazylii (645 tys.), Indiach (512 tys.), Rosji (346 tys.) oraz Meksyku (315 tys.). W Polsce do 21 lutego br. potwierdzono ok. 5,5 mln zakażeń koronawirusem, a ok. 110 tys. osób zmarło z powodu COVID-19. ■

Źródło: WWW.WORLDOMETERS.INFO, REUTERS

Zrezygnują z przysięgi Hipokratesa?

Czy indyjscy lekarze nie będą już składać przysięgi Hipokratesa? Według doniesień „The Times of India” taką możliwość rozważa National Medical Commission (NMC). Jak informuje gazeta, NMC dyskutowała nad kwestią rezygnacji z przysięgi Hipokratesa i zastąpienia jej Charak Shapath – przysięgą pochodzącą ze starożytnego traktatu o tradycyjnej, starohinduskiej medycynie ajurwedyjskiej „Charaka Samhita”.

Indian Medical Association (IMA), największe stowarzyszenie lekarzy w Indiach, uznało ten pomysł za niedopuszczalny i nierozważny. ■

Brazylia: większość lekarzy zakażonych

87,3 proc. brazylijskich lekarzy zakażyło się wirusem SARS-CoV-2 w ciągu ostatnich miesięcy – wynika z sondażu opublikowanego przez Brazilian Medical Association (AMB). Wszystko przez szybko rozprzestrzeniający się wariant Omikron. Badanie pokazało także, w jakiej kondycji są medycy. Okazuje się, że ponad połowa lekarzy jest przemęczona. Wielu z nich uważa, że jednym z głównych problemów brazylijskiej ochrony zdrowia są braki kadrowe. Sondaż przeprowadzono pomiędzy 21 a 31 stycznia br.

W Brazylii od początku wybuchu pandemii potwierdzono ponad 28 mln zakażeń koronawirusem, ok. 645 tys. osób zmarło z powodu COVID-19 (na dzień 21 lutego br.). Od początku stycznia Brazylijczycy zmagają się kolejną falą zakażeń, ale sytuacja powoli się stabilizuje. ■

Źródło: THE BRAZILIAN REPORT, WWW.WORLDOMETERS.INFO

Atak na lekarza

Ivaylo Ivanov, lekarz praktykujący w jednej z wiosek w północnej Bułgarii, został zaatakowany przez antyszczepionkowca znanego ze swojej walki przeciw wprowadzaniu restrykcji z powodu pandemii i zadeklarowanego przeciwnika szczepień przeciw COVID-19.

Do ataku doszło 17 stycznia. Napastnik wtargnął do gabinetu lekarskiego w towarzystwie kobiety, której mąż zmarł – jak twierdzi – niedługo po poddaniu się szczepieniu przeciw COVID-19 (mężczyzna wcześniej leczył się kardiologicznie). Agresor groził lekarzowi śmiercią, a całe zdarzenie nagrał i udostępnił na Facebooku. Sprawę zajęła się policja. ■

Źródło: RFE / RL'S BULGARIAN SERVICE

Kiedy koniec pandemii?

Ludzie na całym świecie zadają pytanie, kiedy pandemia COVID-19 wreszcie wygaśnie. Zdaniem dyrektora generalnego Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) Tedrosa Adhanoma Ghebreyesusa wysoki poziom wyszczepienia szczepionką przeciw COVID-19 w niektórych krajach w połączeniu z mniejszą zjadliwością wariantu Omikron prowadzi do pojawienia się niebezpiecznej narracji, że pandemia się skończyła. – Ale tak nie jest. Nie w sytuacji,

gdy 70 tys. ludzi tygodniowo umiera na chorobę, której można zapobiegać i którą można leczyć. Nie wówczas, gdy 83 proc. populacji Afryki nie otrzymało jeszcze nawet pierwszej dawki szczepionki. Nie wtedy, gdy systemy opieki zdrowotnej pozostają przeciążone. Nie, gdy mamy do czynienia z wysoce zakaźnym, niemal niekontrolowanym wirusem. W rzeczywistości warunki te są idealne do pojawienia się bardziej zakaźnych i niebezpiecznych

wariantów – stwierdził 18 lutego br. szef WHO podczas Monachijskiej Konferencji Bezpieczeństwa (MSC). Dodał też jednak, że w tym roku być może uda się zakończyć pandemię, ale pod warunkiem stosowania znanych od miesięcy rekomendacji, dotyczących m.in. testowania, szczepień i powszechnego dostępu do środków ochrony osobistej (PPE) na całym świecie. ■

Źródło: WHO

Wypalenie zawodowe

47 proc. lekarzy praktykujących w USA przyznało, że dotyczy ich problem wypalenia zawodowego – wynika z najnowszego raportu Medscape, opublikowanego pod koniec stycznia. To wzrost o 5 proc. w porównaniu z wynikami z ubiegłorocznej edycji badania.

O ile rok temu najczęściej na wypalenie zawodowe zapadali specjaliści z dziedziny intensywnej terapii, reumatologii i chorób zakaźnych, o tyle teraz problem ten dotyczy w największym stopniu lekarzy medycyny ratunkowej. Z najnowszego raportu wynika też, że wypalenie zawodowe częściej dotyka kobiet niż mężczyzn. Z odpowiedzi ankietowanych wynika też, że główną przyczyną wypalenia jest biurokracja, a także brak szacunku ze strony przełożonych, administracji i kolegów z pracy oraz zbyt duże obciążenia pracą. Najczęstsze metody radzenia sobie z wypaleniem wśród lekarzy to ćwiczenia, izolacja od otoczenia, sen, rozmowa z bliskimi.

W badaniu udział wzięło ok. 13 tys. lekarzy reprezentujących w sumie 29 specjalizacji medycznych. ■

Źródło: MEDSCAPE

REKLAMA

Utopia perfekcjonizmu



Stawomir Badurek

diabetolog,
publicysta medyczny

Zanim zaczęto je stosować, obiecywano, że rozpędzą pandemię na cztery wiatry. Potem miały chronić przed zachorowaniem. Jeszcze później przed ciężkim przebiegiem i zgonem.

Słabnący z miesiąca na miesiąc deklarowany efekt działania szczepionek przeciwko COVID-19 napędzał antyszczepionkowców i zniechęcał do szczepień nieprzekonanych. I jednocześnie stał się kolejnym dowodem, że we współczesnej medycynie panuje kult perfekcjonizmu. Nie powinno to dziwić. Media nieustannie kreują wzorce w osobach młodych, pięknych, zdrowych, a najlepiej jeszcze do tego bogatych. I przekonują, że w życiu nie ma miejsca nawet na błahe dolegliwości, bo jak tylko się pojawiają, trzeba sięgnąć po tabletkę, oczywiście stuprocentowo skuteczną, od razu przywracającą wigor i uśmiech na twarzy. W sprawach poważniejszych współczesna medycyna wszystko naprawi. A jak nie naprawi, to bardzo prawdopodobne, że zawinił lekarz.

Jakkolwiek dziwnie to brzmi, coraz więcej osób nie jest w stanie uświadomić sobie banalnej prawdy, że wszyscy jesteśmy śmiertelni, a wiele chorób wymyka się spod kontroli i w szybkim tempie rujnuje zdrowie lub zabiera życie. Dziś niemal każda śmierć dziecka z powodu nagłej poważnej choroby kończy się zawiadomieniem prokuratury. Bardzo często dzieje się tak w przypadku ludzi młodych, czyli według dzisiejszych standardów osób do 40.-45. r.ż. Coraz częściej bliscy osiemniesięcioletków nie mogą się pogodzić z ich odejściem i doszukują się medycznych zaniedbań nawet wtedy, gdy jedyne, co można było zrobić, to odsunąć śmierć o kilka godzin lub dni. Bo wszystko ma być perfekcyjne, a jak nie jest, to robi się problem, a często dramat.

Obietnice, jakie składano tuż po pojawieniu się szczepionek na rynku dowodzą, że utopia perfekcjonizmu szerzy się nie tylko wśród konsumentów medialnej papki, ale także w kręgach zadeklarowanych zwolenników EBM. Inne są tylko jej źródła. Z jednej strony mamy do czynienia z wybujałymi oczekiwaniami zapatrzonych we wzorec szpitala w Leśnej Górze oraz nieufnością, a wręcz wrogim nastawieniem do medycyny naukowej odbiorców przekazu szarlatanów celebrytów. Dla nich każde potknięcie medycyny opartej na

faktach jest równoznaczne z jej dyskredytacją. W przypadku profesjonalistów, w szczególności lekarzy, dążenie do perfekcjonizmu wynika z troski o dobro chorego i utożsamiania postępowania zgodnie z najlepszą wiedzą medyczną z wysoką skutecznością. Bardzo powszechne jest przy tym wśród lekarzy przekonanie, że powinni oni znać precyzyjną i jednoznaczną odpowiedź na każde postawione przez pacjenta pytanie. Co także istotne, w Polsce lekarze pracują pod wymuszoną przez prawo presją perfekcjonizmu. Brak sukcesu może być uznany za błąd, a to grozi odpowiedzialnością karną, cywilną i zawodową, czyli poważnymi sankcjami, a w najlepszym razie długotrwałym i męczącym udowadnianiem własnej niewinności.

Hołdy składane perfekcjonizmowi przez lekarzy to ślepy zaulek z wypaleniem zawodowym na końcu.

Hołdy składane perfekcjonizmowi przez lekarzy to ślepy zaulek z wypaleniem zawodowym na końcu. I jednocześnie próba zaklinalnia rzeczywistości. Niby każdy wie, że współczesna medycyna jest niedoskonała, a perfekcjonizm jest i będzie dla tej nauki utopią, choćby dlatego, że za swoje największe osiągnięcie, czyli wydłużenie życia, musi płacić cenę w postaci rosnącej liczby chorych przewlekłe i cierpiących na powikłania leczenia. Zbyt mało moim zdaniem mówimy, jak jest, a zbyt często upiększamy. W przypadku szczepionek przeciw COVID-19, zamiast snucia idealistycznych wizji, eksperci od razu powinni przekazać to, co niepodważalne: zaszczepić się zdecydowanie warto, bo pokazują to dziesięciolecia doświadczeń z innymi szczepionkami, ale wirus RNA jest nieprzewidywalny, a choroba nowa, dlatego dopiero przekonamy się, w jakim stopniu uda nam się uchronić przed jej skutkami. ■

Bilans dwulatka



Jarosław Wanecki
pediatra, felietonista

Zgodnie z definicją WHO celem testów przesiewowych jest wstępna identyfikacja nierozpoznanych dotychczas chorób, zaburzeń lub wad na podstawie standaryzowanych metod.

4 marca 2020 r. narodziła się polska wersja pandemii koronawirusa. Losy „pacjenta zero” narodowa widownia śledziła z zaciekawieniem, a personel medyczny z narastającym lękiem. 16 dni później Ministerstwo Zdrowia ogłosiło stan epidemii.

Wkrótce ograniczono przemieszczanie się poza miejsce zamieszkania. Przywrócono kontrole graniczne, odwołano loty i przejazdy pociągów. W przychodniach ruszyły teleporady. Tysiące prywatnych gabinetów lekarskich i stomatologicznych zamknęło się nie tylko ze strachu przed nieznanym bliżej zakażeniem, ale przede wszystkim z powodu braku podstawowych środków ochrony osobistej. Ceny maseczek, rękawiczek, fartuchów i przyłbic wystrzeliły w górę. Reorganizacja szpitali była rewolucją politycznych ignorantów. Lockdown, czyli chwilowy stan niepewności, zastąpiono trójkolorową grą w strefy, pracą zdalną i nauką online oraz wymyślaniem sposobów, jak zaczarować statystyki.

Kolejne miesiące zlewają się ze sobą. Gdyby analizować kwartalny rozwój wydarzeń, niemal każdy pandemiczny wpis, na wzór dokumentacji pediatrycznej, zawierałby informację o „braku oczekiwanego rozwoju fizjologicznego”. Trudności komunikacyjne z opiekunami narodu przeradzały się w masowe niestosowanie zaleceń. Mycie rąk znudziło się obywatelom najszybciej. Noszenie maseczek na brodzie stało się znakiem rozpoznawczym Polaka. Dystans traktowano z dystansem. Testowanie to najślabsze ogniwo organizacji. Krótkotrwałą nadzieję przyniosła szczepionka, ale już akcja szczepień uplasowała polskie społeczeństwo na dalekim miejscu w Europie. Jako jedni z nielicznych nie potrzebowaliśmy paszportów covidowych. Nic nie znaczyły słowa ekspertów z Rady Medycznej. Nadmiarowa liczba zgonów zobojętniła obserwatorów. Na siatce centylowej polska dwulatka wypada poniżej średniej europejskiej. Taki „Polski Ład”.

Przed przystąpieniem do bilansu trzeba obejrzeć rozebranego pacjenta i przeprowadzić ogólne badanie pediatryczne, a następnie przejść do wykonania testu przesiewowego

w zakresie: małej i dużej motoryki, mowy, funkcji poznawczych i społeczno-emocjonalnych. Oczywiście ocena rozwojowych kamieni milowych dziecka przełożona w tym wypadku na społeczeństwo po dwóch latach pandemii jest tylko zabawą literacką. Jednak wnioski z niej płynące nie napawają optymizmem, zwłaszcza jeśli dotyczą stanu zdrowia służb medycznych i osób z powikłaniami pochorobowymi. Apatia zamiast biegu, skoku i rzutu piłką znad głowy. Nieudane próby budowy stabilnej wieży z „hocków-klocków” przesłanych od decydentów. Komunikacja oparta na szyfrogramach korporacyjnej nowomowy. Nic nieznaczące gesty. Łączenie w zdaniu dwóch

Mycie rąk znudziło się obywatelom najszybciej. Noszenie maseczek na brodzie stało się znakiem rozpoznawczym Polaka. Dystans traktowano z dystansem. Testowanie to najślabsze ogniwo organizacji.

słów przez lekarzy czytających nowe wytyczne: „nie wierzę!”. Zabawa tematyczna: „kto to wszystko posprząta?” przy naturalnym w tym wieku braku empatii. Nadużywanie wyrazu „nie”. Ustawa, paszport, szczepienie, test? Nie. Pampersowanie miast higienicznych nawyków.

A jaki jest osobisty bilans każdego z nas po dwóch latach zmian funkcjonowania i społecznej krytyki świata medycyny? Czy potrafimy się zmierzyć z błędami i zważyć decyzje, podejmowane pod wpływem prawdziwych lub zafałszowanych informacji? Czego się nauczyliśmy, a co straciliśmy bezpowrotnie? Czy umiemy określić zagrożenia, których cienie odsiewamy w badaniu pandemicznych zysków i strat? I czy uda się, mimo zaniedbań, wrócić na ścieżkę harmonijnego rozwoju fizycznego i psychicznego postcovidowej generacji naszych podopiecznych i nas samych? ■

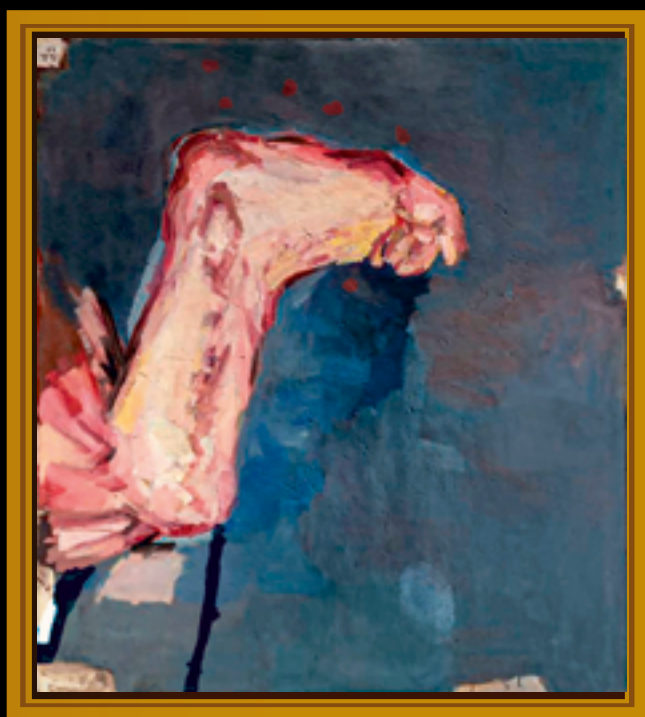


Agata Morka
doktor historii
sztuki

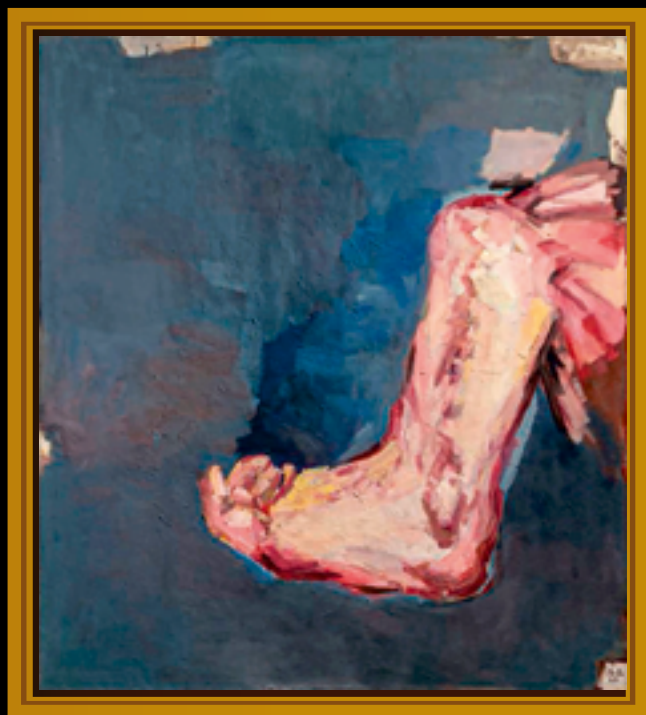
BŁĄD MALARSKI

Zamiast kwiatów

Georg Baselitz, jeden z gigantów współczesnego niemieckiego malarstwa, nie słuchał się mamy. Ponoć radziła mu, żeby malował rzeczy piękne, jak kwiaty. Jej syn jednak, zamiast bukietów, wołał studiować poodcinane kończyny.



Obraz: Georg Baselitz, obraz z cyklu „P.D. Stopy”, 1961



Cykl „P.D. Stopy” wyszedł spod pędzla zaledwie 23-letniego wtedy malarza, a jest już w nim zapowiedź wszystkiego tego, w co przez kolejne lata Baselitz będzie celował. Jego obrazy wrą energią ciemną, nieokiełznaną i prowokującą skandal. Na tych jedenastu obrazach malarz uwiecznił stopy w najróżniejszych konfiguracjach: poczynając od stojącej na palcach jak u baletnicy, po zawieszoną w nieokreślonej przestrzeni z niespokojnymi kreskami czerwieni w okolicach łydki.

Czy to porozcinane żyły? Czy zwisające kawałki rozerwanych tkanek? Baselitz nie daje nam tutaj wielu odpowiedzi. Stopa porwana jest bordowymi i żółtymi plamami, być może sugerującymi rany i siniaki. Co się tu wydarzyło? Zapewne mamy do czynienia z obrazem potężnego urazu, być może tocząca kończynę chorobą. Baselitz daleki jest od precyzji, bardziej niż na realistyczne oddanie medycznych szczegółów nalega na malarską ekspresję.

Na skórę stopy składają się śmiało nakładane impasty. Jej cielesność jest niemalże namacalna. To stopa

jednocześnie mięsista i abstrakcyjna: zarysu palców można się w niej jedynie domyślać, nikt nie doliczy się, czy na pewno jest ich tam pięć. Nikt nie postawi jasnej diagnozy co do rodzaju urazu, który spotkał to zastanawiające samotne odnóże.

Jednak mimo tego braku medycznej precyzji Baselitz pozostaje dla mnie mistrzem malowania traumy. Ilekroć patrzę na te makabryczne stopy, uderza mnie zamknięte w nich przemożne cierpienie. I ilekroć mnie ono dotyka, głębiej niż jakikolwiek obraz rozkwitających kwiatów, myślę sobie, że dobrze czasem nie słuchać mamy. ■

Rozwiązanie zagadki z „GL” 02/2022

1. Dodanie czarnej wstążeczki związanej na kokardkę na szyi kobiety.

Charakterystyczna czarna wstążeczka pojawia się w innym słynnym akcie w historii sztuki: „Olimpii Maneta”, która wywołała swego czasu niemały skandal.

2. Dodanie w tle niebieskiej kotary.

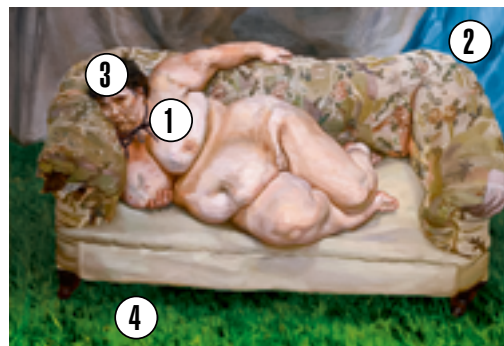
Najslawniejsze kobiece akty, zazwyczaj przedstawiające Wenus, charakteryzowały się bogatymi wnętrzami. W „Odalisce Ingresa” na przykład w tle widać bogato zdobioną niebieską kotarę.

3. Otwarcie jednego oka portretowanej.

Akt Freuda jest niezwykle m.in. właśnie dlatego, że portretowana zdaje się spać i nie nawiązuje kontaktu wzrokowego z widzami.

4. Trawa zamiast podłogi.

Kobiece akty w historii sztuki bardzo często osadzone były w naturze, nawet jeśli sama portretowana leżała na kanapie.



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

NAGRODZENI Z „GL” 02/2022: Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Marian Drożdżał z Torunia**. Gratulujemy! Nagrody dodatkowe: **Anna Lewandowska (Łódź), Aleksandra Nowakowska (Warszawa), Diana Sochaczewska (Wołczkowo)**.

Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 15 marca 2022 r. W temacie maila należy wpisać GL03 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przestać 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@hipocrates.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.

PROZA

Nadzieja (reportaż)

(fragmenty)

Kolejny dzień wstaje nad Polską

Od Bałtyku po Tatry w wielu domach budzą się dzieci. Radosny śmiech splotywa jak sznur pereł wzdłuż Wisły, po stokach gór, ślizga się nad morskimi falami. Ale są miejsca, gdzie panuje martwa cisza. I pytania „dlaczego” i „po co dalej żyć” dźwięczą w uszach. Puste dziecinne pokoje o pastelowych barwach z kwiatkami na tapecie i białymi misiami na regałach czekają na lokatorów, którzy nigdy się nie pojawią. Kolejny dzień spędzony na jałowym czekaniu, wypełniony niespełnieniem i brakiem sensu. I podejrzenie dojrzewające w głowie jak czerwone jabłko – że Bóg nas opuścił, zostawił samych w rajskim ogrodzie. Po naszej śmierci ogród pozostanie pusty, zarosnie chwastami i dziczeje. Nie wyda plonu. Ziarna nie zostaną rzucone w ziemię. Nie zostanie po nas nic.

Tak przecież nie może być. To przecież nie był boski plan. Bóg powiedział: „Bądźcie płodni i rozmnażajcie się, napełniajcie ziemię...”. To chyba jakieś zwyczajne niedopatrzenie, może Pan Bóg na chwilę zasnął na białym obłoku i zapomniał o nas. Trzeba to naprawić. To tylko niedopatrzenie...

One

Na jednym z portali społecznościowych grupujących tych, o których Opatrzność chwilowo zapomniała, poznaję cztery kobiety. Cztery pragnienia i cztery niespełnienia.

Anna

Renata

Maria

Ewelina

Cztery historie: różne, a jednak bliźniaczo podobne w tym pragnieniu, by wydać z siebie plon – jedyny prawdziwy owoc żywota kobiecego.

Anna

Dzisiaj znowu wpatruje się w jedną kreskę na pasku. Dlaczego ona zawsze jest solo, dlaczego nigdy w duecie?

Już w pierwsze święta Bożego Narodzenia po ślubie cała rodzina przy świątecznym stole łamiąc opłatki, zaczynała od sakramentalnego: „I oby za rok było nas więcej”. „Amen” – kończył dziadek. Anna uśmiechała się promiennie i obiecywała dziadkowi, że już łąda dzień, łąda godzina... W następne święta ceremonia się powtórzyła. Trzecie święta nie upłynęły już tak miło. Dziadek umarł w deszczowy jesienny dzień, a babcia, podając opłatek, z wyrzutem westchnęła:

– A tak chciał doczekać... Ale wy młodzi to zawsze macie czas, zawsze macie ważniejsze sprawy...

– Ależ babciu, my też bardzo chcemy – zaprotestowała Anna. – Tylko coś nie wychodzi...

– Bzdura – fuknęła gniewnie babcia. – Jak się chce, to nie ma problemów.

Po tych świętach Anna zaczęła się czuć coraz bardziej nieswojo w swoim dotychczas doskonale poukładanym ciełe – jakby nagle poczuła, że cisną ją buty albo sukienka się pruje na szwach. Zaczęło się jej wydawać, że przez pomyłkę zamieszkuje w obcym ciełe, które nie daje się sterować i nie chce słuchać przypadkowo umieszczonego tam umysłu. Po czwartych świętach Bożego Narodzenia, które przebiegły w atmosferze zbliżonej do ostatniego zlodowacenia, postanowiła, że muszą coś zrobić.

Decyzja

– Wiesz, ostatnio czytałam ciekawą książkę o księżnej Ludgardzie, zwanej Lukardis – powiedziała Anna do męża pewnego majowego poranka.

– Tak, a kto to jest? – Wyraził umiarkowane zainteresowanie jej nie do końca rozbudzony małżonek.

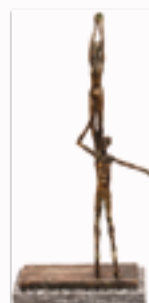
– Raczej była – księżna poznańska, urodzona jako księżniczka meklemburska, żona księcia i późniejszego króla Polski Przemysła II. Przez dziesięć lat małżeństwa nie urodziła mu dziecka, więc kazał ją udusić. Stała się bohaterką kilku romantycznych poematów. (...)



ANNA BRONOWICZ

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

Mieszka w Łomży. Ukończyła Wydział Lekarski Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Uzyskała specjalizację I i II stopnia z interny. Obroniła również pracę doktorską. Obecnie jest zatrudniona na Oddziale Nefrologicznym Szpitala Wojewódzkiego w Łomży jako specjalista nefrolog. W wolnym czasie maluje obrazy, śpiewa w lokalnych łomżyńskich chórach, bierze udział w imprezach dla muzykujących lekarzy oraz dla pianistów amatorów. Uczestniczyła w Ogólnopolskiej Wystawie Malarstwa Lekarzy w Łodzi w 2019 r. oraz 2021 r. Pisuje „do szuflady”, ale w przyszłości planuje publikować swoje prace.



Przychodzi
wena
do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Prof. Andrzeja Szczeklika

www.photoartmedica.pl

**„COVID-19 time portrait”, Sebastian Kuczyński (medycyna estetyczna, Poznań)
Honorowe Wyróżnienie PhotoArtMedica 2021**

GazetaLekarska.pl 

KULTURA

Sztuka na zdrowie

Czy da się leczyć poprzez obcowanie ze sztuką, a jeśli tak, to właściwie kogo? Czy wizyty w muzeach korzystnie oddziałują na zdrowie? Jak na samopoczucie wpływa gra na instrumencie?

Na te i wiele innych pytań od dawna starają się odpowiadać naukowcy. Niestety wciąż niezwykle rzadko podejmują się zbadania wpływu sztuki na zdrowie. Bez wątplenia szukanie dowodów na to, że istnieje związek między zaangażowaniem w sztukę a stanem zdrowia i długością życia jest trudne. Trudne, ale nie niemożliwe. Badania przeprowadzone kilka lat temu przez ekspertów z University College London wskazały, że nawet incydentalny kontakt ze sztuką obniża ryzyko przedwczesnej śmierci. Ustalono, że ci, którzy sporadycznie odwiedzali muzea, galerie albo brali udział w spektaklach teatralnych czy koncertach, mieli o 14 proc. niższe ryzyko przedwczesnej śmierci. Wniosek

z badań opublikowanych na łamach „British Medical Journal” jest jednoznaczny: kontakt ze sztuką to recepta na dłuższe życie. Z kolei naukowcy z Bolonii badali reakcje osób w wieku od 19 do 81 lat na widok fresków w sanktuarium w Piemontie,

Pasja czyni cuda

Niektóre badania wskazują, że pasje związane ze sztuką, np. malowanie czy gra na instrumencie, mogą mieć zbawienny wpływ na zdrowie, nie wspominając o tańcu, który stanowi wysiłek fizyczny w najczystszej postaci. Komponowanie, wykonywanie czy słuchanie muzyki, niezależnie od tego, czy chodzi o fortepian czy gitarę, zaprzęga do pracy uwagę i emocje. Aktywność twórcza, jakkolwiek by ona nie była, to doskonały sposób na oderwanie się od spraw życia codziennego i walkę ze stresem. Obcowanie ze sztuką i uczestnictwo w szeroko rozumianym życiu kulturalnym może być niezwykle korzystne dla osób samotnych i pacjentów z depresją.

które słynie z największej na świecie kopuły w kształcie elipsy. Lekarze pobierali próbkę śliny przed i po oglądaniu pięknych malowideł. U uczestników eksperymentu stwierdzono średnio 60-proc. spadek poziomu kortyzolu, tj. „hormonu stresu”, a 90 proc. osób zadeklarowało, że po zwiedzaniu czuje się lepiej. Na to, że oglądanie dzieł sztuki przez zaledwie 30 minut może obniżyć kortyzol, wskazały także inne wyniki badań, np. przeprowadzone na University of Westminster. Efektem obcowania ze sztuką była m.in. poprawa nastroju, ale wspomniano o możliwości zmniejszenia odczuwania bólu. Sztuka jest coraz śміiej wykorzystywana w placówkach ochrony zdrowia. Uważa się, że uspokajający wpływ na osoby dorosłe mogą mieć m.in. piękne krajobrazy i ludzkie twarze. Obrazy i grafiki, z których emanuje miłość i szczęście, mogą pomóc w redukowaniu negatywnych uczuć związanych z zabiegami prowadzonymi w obrębie jamy ustnej. ■

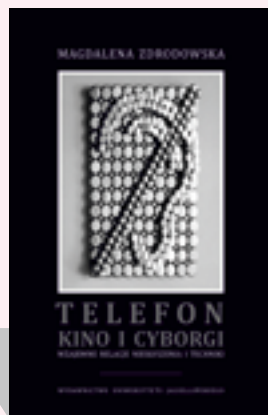
📖 NASZA CZYTELNIJA



Bezpieczeństwo pacjenta w opiece zdrowotnej

Red. naukowa:
Mirosława Noppenberg,
Iwona Bodys-Cupak,
Maria Kózka

Publikacja porusza różne kwestie związane z zapewnieniem pacjentowi bezpieczeństwa w ciągle zmieniającym się systemie ochrony zdrowia. Autorzy zwracają uwagę m.in. na poprawne komunikowanie się z chorym i ergonomię warunków pracy jako elementy wpływające na bezpieczeństwo w opiece. Część rozdziałów dotyczy opisów bezpieczeństwa w wybranych obszarach opieki zdrowotnej, m.in. w pediatrii, w stosowanych procedurach chirurgicznych, na oddziale intensywnej terapii, w psychiatrii, geriatrici oraz w POZ.



Telefon, kino i cyborgi. Wzajemne relacje niesłyszania i techniki

Magdalena Zdrodowska

Zwyczajowe rozumienie związków między niesłyszaniem a techniką opiera się na rolach wynalazców, producentów i konsumentów. Osobami niesłyszającymi są tutaj konsumenci. Magdalena Zdrodowska ukazuje jednak również bardziej złożone i niejednoznaczne relacje, prezentując niesłyszających jako aktywnych i sprawczych aktorów technologicznej zmiany. Autorką książki jest kulturoznawczyni, pracująca w Instytucie Sztuk Audiowizualnych Uniwersytetu Jagiellońskiego. Prowadzi badania na styku historii techniki, studiów o niepełnosprawności oraz studiów nad głuchotą.

SPORT

Lepiej mniej niż wcale

Nie każdy musi trenować tak intensywnie jak sportowcy, których zmagania obserwowaliśmy w trakcie niedawno zakończonych igrzysk olimpijskich. Zawsze lepsza jest jakaś aktywność fizyczna niż żadna.

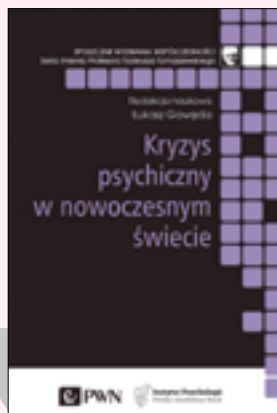
Część lekarzy czasami wpada w taki wir pracy – a trwająca pandemia niewątpliwie temu sprzyja – że czasami zdają się zapominać o swoim zdrowiu, co wcześniej czy później niestety da o sobie znać... Regularny wysiłek działa przeciwstarzeniowo, co dla lekarzy, często aktywnych zawodowo do późnego wieku, nie powinno być bez znaczenia. Zdarza się, że osoby uprawiające sport wyglądają młodziej, niż wskazywałby na to ich numer PESEL. Przypominamy: aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko wystąpienia wielu groźnych chorób, w tym nowotworów, wpływa na obniżenie poziomu cukru we krwi, zmniejsza ryzyko powstawania zaburzeń sercowo-naczyniowych, zapobiega osteoporozie i wzmacnia system

immunologiczny. Dzięki aktywności fizycznej zwiększa się sprawność układu ruchu, a zwłaszcza mięśni, poprawia funkcjonowanie stawów, decydujących o samodzielności człowieka, zwiększa czynność płuc i rośnie wydolność organizmu. Co czwarty dorosły Polak zmagają się z otyłością – aktywność fizyczna części z nich może pomóc zrzucić zbędne kilogramy, a całej reszcie utrzymać prawidłową masę ciała. Ruch dodaje energii, poprawia nastrój, pomaga walczyć z depresją, a także redukuje stres

i przyczynia się do zmniejszenia napięcia nerwowego, co często bywa wpisane w zawód lekarza. Wyniki badań przeprowadzonych w Polsce w ostatnich latach jednoznacznie wskazują na niski poziom aktywności fizycznej naszego społeczeństwa. Kto wie, czy część medyków nie odczuwałoby symptomów wypalenia zawodowego, gdyby dwa razy w tygodniu chodziła na basen, jeździła regularnie na rowerze albo po prostu znalazła czas na dłuższe spacery. ■

Wykorzystaj okazję

Osobom dorosłym (18-64 lata) Światowa Organizacja Zdrowia zaleca tygodniowo 150-300 minut aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności albo 75-150 minut o dużej intensywności, a także wykonywanie co najmniej dwa razy w tygodniu ćwiczeń wzmacniających mięśnie. Osoby po 65. r.ż. powinny co najmniej trzy razy w tygodniu wykonywać ćwiczenia wzmacniające mięśnie z umiarkowaną lub większą intensywnością. Warto wykorzystywać każdą okazję do ograniczenia siedzącego trybu życia, np. skorzystać ze schodów zamiast windy czy wybrać spacer zamiast jazdy samochodem. Nie każdy lekarz ma duszę maratończyka i zacznie biegać każdego poranka po kilka kilometrów do pracy, ale może warto raz-dwa razy w tygodniu, po odwieszeniu lekarskiego fartucha, wrócić do domu w sportowym obuwiu i kurtce przeciwdeszczowej, zahaczając po drodze o park lub las?



Kryzys psychiczny w nowoczesnym świecie

Red. naukowa:
Łukasz Gawęda

W jaki sposób zmiany zachodzące we współczesnym świecie wpływają na zdrowie psychiczne ludzkości? Autorzy tej publikacji pokazują, jak kryzysy ekonomiczne, globalizacja, pandemie, ale też dominacja technologii w naszym codziennym życiu, rozluźnienie więzi międzyludzkich i coraz większe osamotnienie mogą wpływać na rozwój niektórych zaburzeń psychicznych. W książce przeczytamy m.in. o związkach samobójstw z mediami społecznościowymi, a także o uzależnieniach w świecie nowych technologii, ale też nowych technologiach w niesieniu pomocy osobom uzależnionym.



Głośnik w głowie. O leczeniu psychiatrycznym w Polsce

Aneta Pawłowska-Krać

Autorka poprzez rozmowy z psychiatrami, pielęgniarkami i oczywiście samymi pacjentami oraz ich bliskimi pokazuje dramatyczną sytuację związaną z leczeniem psychiatrycznym w naszym kraju. Zwraca uwagę, że chorzy za późno trafiają do szpitali i nie dostają tam odpowiedniej opieki, a dzieje się tak, bo medyków jest za mało i są nadmiernie obciążeni pracą, przez co nie mogą zająć się podopiecznymi we właściwy sposób. Czy rodząca się w bólach reforma psychiatrii będzie ratunkiem dla chorych? Czy wreszcie problemy, o których słyszymy od lat, odejdą w zapomnienie?

SPORT



Lekka atletyka

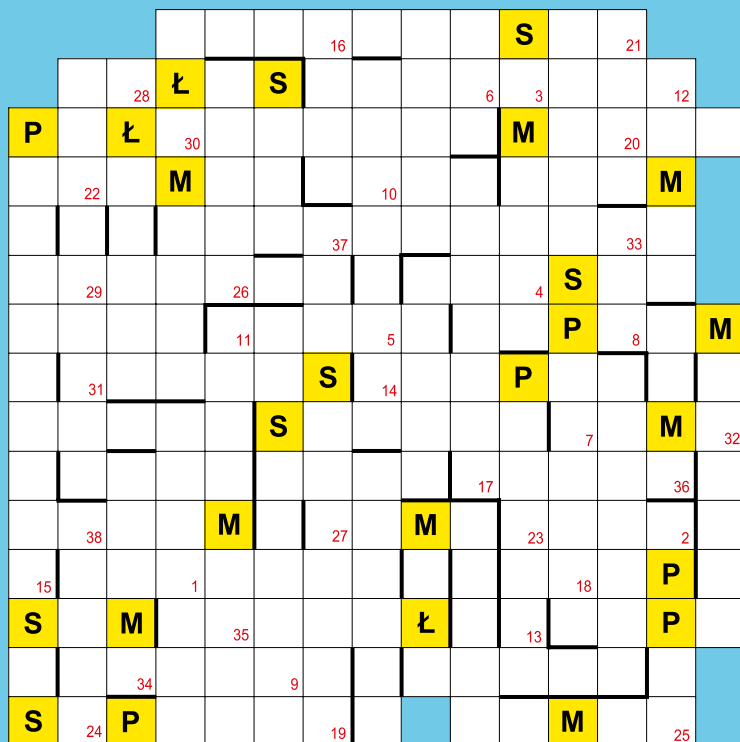
12 lutego w Hali Arena Toruń odbyły się 31. Halowe Mistrzostwa Polski Masters, 5. Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce. W ramach 5. HMPL rywalizowano w 10 konkurencjach, a patronat nad mistrzostwami objęli: prezes NRL Andrzej Matyja i prezes Kujawsko-Pomorskiej ORL w Toruniu Wojciech Kaatz. Więcej na ten temat (m.in. wyniki) na www.gazetalekarska.pl. ■



Tenis

W dniach **19-21 sierpnia** (piątek-niedziela) na kortach Gdańskiej Akademii Tenisowej przy ul. Kazimierza Górskiego 1 odbędzie się II Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy. ■

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



NACZELNA
IZBA LEKARSKA

