SAMORZĄD: Walka o ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentysty

PISMO IZB LEKARSKICH
4 | 2019

GAZETA LEKARSKA

WYPALENIE ZAWODOWE

ROZEJRZYJMY SIĘ PO DYŻURKACH

Badanie opinii

CORAZ GORSZE WARUNKI PRACY

PESYMIZM W ŚRODOWISKU

Nieudana terapia odmładzająca

BRAK WYTYCZNYCH NIE ZWALNIA OD ODPOWIEDZIALNOŚCI

Manifestacja oralna nowotworu

OBSERWACJE WŁASNE

To nie jest mój pacjent

Temat numeru

BURZA O L(D)EK

OBRONA STATUS QUO VS ZWOLENNICY REFORMY

GAZETA LEKARSKA
PISMO IZB LEKARSKICH
4 | 2019

28

NIE BĘDĘ PANA LECZYĆ

W jakich sytuacjach lekarz może odmówić udzielenia świadczeń zdrowotnych?

STR. 20

50

NIECHCIANE DZIECKO SYSTEMU

Powikłania cukrzycy zbierają w Polsce śmiertelne żniwo.

STR. 66

STR. 28

Spis treści

Kwiecień 2019

SAMORZĄD
4 | Obietnice to dług, który trzeba spłacać
8 | Nie ma jajeczek częściowo nieświeżych
10 | Lekcja demokracji
14 | Spotkać się, poznać, zintegrować
16 | Będzie głęboka reforma?

TEMAT NUMERU
20 | Burza o L(D)EK
23 | Idą zmiany?

PRAWO I MEDYCYNA
28 | Nie będę pana leczyć
30 | Nieudana terapia odmładzająca
31 | Jak się pieczętować?

PRAKTYKA LEKARSKA
34 | Zanim powieje nudą
36 | Manifestacja oralna nowotworu w fazie przedklinicznej
39 | Pacjent potrzebuje uwagi
40 | Nieufność
42 | Medycyna estetyczna – od czego zacząć?
44 | Coraz gorsze warunki pracy
47 | Wstydliwy problem
48 | Wypalenie zawodowe – mit czy rzeczywistość?
50 | Niechciane dziecko systemu
53 | Biuletyn
54 | Pilot do Prousta

ZE ŚWIATA
57 | EHCI 2018: liderzy i maruderzy
58 | #MeeToo w medycynie

NAUKA
59 | Płeć ma znaczenie
60 | Bez ryzyka paraplegii?

LEKARSKIE TOWARZYSTWA NAUKOWE
62 | Wszechobecna genetyka

LISTY
64 | W sprawie biegłych c.d.
65 | Okiem geriatry

STUKOT BIAŁYCH TREPÓW
66 | To nie jest mój pacjent

PO GODZINACH
68 | Kwestia zaufania
69 | Lekarz pokoju
70 | Do śmiechu
72 | Kultura
73 | Sport
74 | Lekarki Majdanka i Pawiaka
76 | Moich kilku przyjaciół nie żyje
77 | Zjazdy koleżeńskie
78 | Ogłoszenia
82 | Jolka lekarska

ANDRZEJ MATYJA

prezes NRL

Obietnice to dług, który trzeba spłacać

Minister zdrowia Łukasz Szumowski, otwierając IV Kongres Wyzwań Zdrowotnych w Katowicach, stwierdził, że takie wydarzenie mogłoby trwać nie dwa dni, ale cały rok, bo: „[...] zdrowie jest wyzwaniem nieustającym i będzie wyzwaniem nieustającym przez najbliższe lata". To zgrabne sformułowanie traci swój urok w sytuacji, kiedy będąc blisko praktyki widzimy, jak słowa zderzają się z rzeczywistością.

W kilku chwytliwych punktach łatwo zawrzeć cudowne recepty i spisać miłe dla ucha obietnice. Wprawdzie, jak przewrotnie powiedział Mark Twain, „Lepsza złamana obietnica niż żadna", ale mnie bliższe jest myślenie, że obietnica to zaciągnięty dług. Dług, który trzeba spłacić.

Mam więc nadzieję, że obietnica złożona przez naszych kolegów lekarzy zasiadających w Senacie zostanie niebawem spełniona. Dotyczy ona nowelizacji, jeszcze w okresie vacatio legis, ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, przyjętej w lutym. Zawiera ona wysoce szkodliwe i niebezpieczne dla lekarzy i lekarzy dentystów przepisy, grożące podwójnym karaniem w związku z ordynacją leków refundowanych (szczegóły można znaleźć w aktualnościach na www.nil.org.pl i stronach prawnych tego wydania „GL").

Prezydium NRL zwracało uwagę na to zagrożenie jeszcze na etapie konsultacji projektu nowelizacji, lecz nasze propozycje zmian nie zostały uwzględnione w toku prac sejmowych. Wystosowany apel do wszystkich senatorów lekarzy i lekarzy dentystów z wezwaniem do uchylenia na etapie prac legislacyjnych w Senacie tych szkodliwych i niesprawiedliwych przepisów okazał się nieskuteczny. Projekt ustawy przyjęto. Złożono jednak obietnicę (m.in. padła ona z ust naszego kolegi, senatora Konstantego Radziwiłła), że krytykowany przepis zostanie zmieniony w najbliższym czasie, jeszcze w okresie vacatio legis, tj. w ciągu trzech miesięcy. Liczymy na to, że dwunastka naszych koleżanek i kolegów senatorów lekarzy wywiąże się z tego zobowiązania.

Optymizmem napawa fakt, że w piśmie podpisanym przez wiceministra zdrowia Janusza Cieszyńskiego, a skierowanym do mnie, znalazło się stwierdzenie: „Ministerstwo Zdrowia popiera i udzieli niezbędnego wsparcia inicjatywie Senatora RP Konstantego Radziwiłła". Mam nadzieję, że gdy ten numer „Gazety Lekarskiej" trafi do rąk czytelników, deklaracje będą już przekuwane w czyny.

Bardziej minorowe nastroje towarzyszą nam, gdy przyglądając się liczbom, widzimy, jak z horyzontu znika 6 proc., które stało się już niemal symbolem oczekiwanych zmian w ochronie zdrowia. Rząd nie spełnia obietnicy przeznaczenia 6 proc. PKB na ochronę zdrowia. Kontrowersyjny sposób liczenia gwarantowanych nakładów na zdrowie tylko w 2018 r. uszczuplił pulę środków na ten cel o prawie 10 mld zł, ze szkodą dla pacjentów, nas – lekarzy, a także całego personelu medycznego.

Dla nas, jako tych, którzy jesteśmy w codziennym, bezpośrednim kontakcie z pacjentem, ten ubytek oznacza bezradność i frustrację, kiedy wiadomo, że nie można zapewnić pomocy odpowiednio szybko i we właściwym zakresie. To lekarz staje się twarzą niewydolnego systemu ochrony zdrowia, i to on przyjmuje na siebie pretensje i frustracje pacjenta. Coraz mniej naszych koleżanek i kolegów radzi sobie z tą presją. O tym powinni pamiętać ci, którzy debatują o przyczynach wypalenia zawodowego lekarzy, a jest to już prawdziwy problem naszego środowiska (więcej na ten temat na kolejnych stronach tego wydania „GL"). Cierpią na tym pacjenci i ich rodziny, nasi najbliżsi i współpracownicy.

Mizeria systemu, poczucie bezradności i rozczarowanie z powodu nierealizowanych ustaleń to mieszanka, która grozi kolejną falą protestów, niezadowolenia, niepewności.

Społeczeństwo przywykło do tłumaczenia niedofinansowania ochrony zdrowia powodami makroekonomicznymi, strukturalnymi, demograficznymi, dziesiątkami lat zaniedbań itp. Tymczasem teraz można powiedzieć, że mamy do czynienia z rachunkowym kuglarstwem, które kosztuje system 10 mld zł. Upominamy się o nie w imieniu pacjentów, którym te pieniądze się należą. Obietnic trzeba dotrzymywać. Obietnice to dług, a niespełnione obietnice, to nie tylko niespłacony dług, ale utrata zaufania. Ludzie starej daty powiedzieliby wręcz, że to utrata twarzy. ■

> **Rząd nie spełnia obietnicy przeznaczenia 6 proc. PKB na ochronę zdrowia.**

SKRINING

Przedstawiciele Prezydium NRL na HCC

3 tys. osób uczestniczyło w IV Kongresie Wyzwań Zdrowotnych (Health Challenges Congress, HCC), który w dniach 7-8 marca odbył się w Katowicach. Trzech członków Prezydium NRL wzięło aktywny udział w dyskusjach. Jacek Kozakiewicz, wiceprezes NRL, uczestniczył w trzech panelach dyskusyjnych, w tym m.in. wraz z ministrem zdrowia w sesji inauguracyjnej. Pytany o diagnozę problemów polskiej ochrony zdrowia, wskazał m.in. na wieloletnie niedofinansowanie i coraz bardziej skomplikowane otoczenie prawne. – Uznałem za priorytetowe uwolnienie ochrony zdrowia z przetargu politycznego i oparcie jej o założenia co najmniej 15-20-letniej strategii – mówił wiceprezes NRL. Sporo uwagi poświęcił także procesowi starzenia się kadry medycznej. Andrzej Cisło, wiceprezes NRL, wziął udział w dyskusji o e-dokumentacji, podczas której omawiano aktualny stan wdrażania procesu cyfryzacji placówek medycznych. Przypomniał, że kilka tygodni temu, zgodnie ustawą o Systemie informacji w ochronie zdrowia, opublikowany został dokument „Minimalne wymagania techniczne i funkcjonalne dla systemów usługodawców". – Jest on niepełny, bo nie zawiera wymagań dotyczących udostępniania i wymiany EDM, a to bardzo ważne, bo oznacza, że minister zdrowia uszczegółowi to w momencie, kiedy programy będą już zainstalowane – mówił Andrzej Cisło. Podczas debaty o sytuacji polskich szpitali w imieniu samorządu lekarskiego głos zabierał Jerzy Friediger, członek Prezydium NRL ■

> **W 2008 r. spośród lekarzy i lekarzy dentystow z PWZ ok. 38 proc. stanowiły osoby powyżej 50. r.ż., w 2018 r. już ok. 51 proc.**

gazetalekarska.pl

Szpitale pod ścianą

Na początku marca w siedzibie NIL, kolejny raz w ciągu ostatnich tygodni, odbyła się konferencja prasowa Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych. Zdaniem przedstawicieli szpitali powiatowych, Ministerstwo Zdrowia świadomie dąży do ograniczenia ich liczby. Ryczałty dla szpitali wyliczone w 2017 r. w związku z tworzeniem sieci szpitali na podstawie wykonania z 2015 r. nie wystarczają na pokrycie bieżących kosztów funkcjonowania, w związku z czym większość szpitali w Polsce zakończyła rok „pod kreską". – Ryczałt to stała kwota, nie przewiduje zapłaty za nadwykonania – podkreślił Jerzy Friediger z OZPSP, dodając, że do ryczałtu włączono m.in. niezwykle kosztowne świadczenia ratujące życie. ■

Fala protestów?

Sprytna metoda liczenia uszczupliła zagwarantowane w tzw. ustawie 6 procent nakłady na ochronę zdrowia tylko w 2018 r. o prawie 10 mld zł. W odpowiedzi na pismo prezesa NRL Andrzeja Matyi, w którym domagał się jednoznacznego określenia, z którego roku PKB był brany pod uwagę przy obliczaniu udziału wydatków na ochronę zdrowia, Ministerstwo Zdrowia potwierdziło, że do ich planowania na 2019 r. przyjęto historyczną wartość PKB z 2017 r. Na marcowym posiedzeniu NRL prezes Matyja ma przedstawić propozycję zdecydowanego sprzeciwu wobec uszczuplania środków przeznaczonych na ochronę zdrowia, włącznie z wystawieniem władzom państwowym wezwania do zapłaty na kwotę 10 mld zł, którą należy niezwłocznie przekazać na leczenie chorych. O zaistniałej sytuacji mają zostać poinformowani m.in. prezydent i premier. Intencją całego środowiska lekarskiego wyrażoną w podpisanym rok temu porozumieniu między ministrem zdrowia i Porozumieniem Rezydentów OZZL było zwiększenie środków w systemie i skrócenie okresu dochodzenia do 6 proc. PKB na ochronę zdrowia. Więcej na www.gazetalekarska.pl. ■

FOTO: RAFAŁ HOŁUBICKI, MARIUSZ TOMCZAK

SKRINING

E-skierowania

Prezydium NRL nieustannie analizuje nie tylko obowiązujące akty prawne, ale również projektowane regulacje i ich przewidywane skutki. Podejmując stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie skierowań wystawianych w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej, przypomniano, że mimo określenia w nim terminu wejścia w życie rozporządzenia na dzień 1 kwietnia br., w mocy pozostaje ustawowo określona data, do której można wystawiać skierowania w formie papierowej. Jest to dzień 31 grudnia 2020 r. Dotąd uprawnienie do wystawiania skierowań w formie papierowej do 31 grudnia 2020 r. wynikało z ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, jednak przepis ten utraci swą moc 1 kwietnia br. Zostanie on zastąpiony z tym samym dniem przez analogiczny przepis art. 12 ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. ■

Nowe wsparcie?

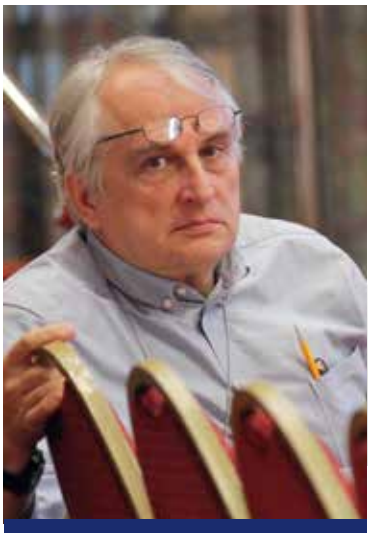
Być może już wkrótce będzie pozytywna odpowiedź na postulaty zgłaszane przez NIL. Z pisma podsekretarza stanu w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Marcina Zielenieckiego, skierowanego do prezesa NRL Andrzeja Matyi wynika, że NFZ, w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia, prowadzi prace, których celem jest wsparcie kolejnych placówek medycznych w zakresie informatyzacji. Przypomnijmy, że na mocy niedawnej umowy zawartej między ministrem zdrowia i prezesem NFZ, ze wsparcia m.in. na zakup urządzeń i oprogramowania mogą skorzystać tylko świadczeniodawcy posiadający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie POZ, wystawiający zaświadczenia lekarskie, lub u których są zatrudnieni wystawiający zaświadczenia lekarskie i osoby do tego upoważnione. ■

Papierowe zwolnienia

Są echa niedawnej interwencji prezesa NRL Andrzeja Matyi, który zwrócił się do prezes ZUS Gertrudy Uścińskiej ze stanowczym wnioskiem o zaprzestanie czynności zmierzających do cofnięcia lekarzom upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich na okres do 3 miesięcy. Postępowania wszczęte przez ZUS dotyczyły zwolnień wystawionych w wersji papierowej po 1 grudnia 2018 r. (od tego dnia obligatoryjnie obowiązują e-ZLA). W odpowiedzi prezes ZUS zapewniła, że przed podjęciem jakichkolwiek działań związanych z wszczęciem postępowania w sprawie cofnięcia upoważnienia, ZUS ma nawiązać bezpośredni kontakt z lekarzem. Jeśli lekarz wskaże, że np. oczekuje na zakup sprzętu komputerowego lub na zatrudnienie asystenta medycznego, uprawnionego do wystawiania zaświadczeń w jego imieniu, ZUS ma jedynie monitorować sytuację. W przypadku wskazania przez lekarza trudności z wystawianiem e-zwolnień, ZUS ma zapewnić indywidualną pomoc i wsparcie (m.in. możliwość przeszkolenia, także asystenta medycznego). ■

gazetalekarska.pl

FOTO: SHUTTERSTOCK.COM



KRZYSZTOF MADEJ

wiceprezes NRL

Nie ma jajeczek częściowo nieświeżych

Kompulsywnie czytam wszystko, co wpadnie mi w ręce i co traktuje o społecznym wymiarze medycyny instytucjonalnej w naszym kraju (i w innych też) oraz o wykonywaniu profesji lekarskiej, także w wymiarze społecznym.

Na ogół nie znajduję w tych tekstach niczego nowego. Rutynowe żale na niezaspokojone potrzeby na świadczenia zdrowotne w skali zbiorowej i indywidualnej oraz niekończące się targi o zwiększenie finansowania tych świadczeń.

Kiedy zadałem sobie pytanie, po co w nieskończoność czytam o tym samym, znalazłem odpowiedź. Szukam iskierek myśli państwowotwórczej, która powiedziałaby, w jaki sposób dochodzić do takiego usytuowania medycyny instytucjonalnej w Polsce, aby wspomagać mir społeczny. Aby w społecznym odbiorze decyzje polityczne, organizacyjne i finansowe dotyczące medycyny były traktowane jako sprawiedliwe, dobre i racjonalne. Mówiąc najkrócej, aby niekończąca się i przebiegająca w huku wojny społecznej reforma systemu ochrony zdrowia w końcu się powiodła. A więc czytam i czekam.

Wśród tych lektur natrafiłem niedawno na felieton pana Jana Hartmana („Polityka" z 5 marca br.) pt. „Niewinny jak lekarz". Można od razu przyjąć, że istotną tezą felietonu będzie założenie, że nie ma jednej niewinności, a są inne, w tym wypadku nazwałbym je branżowymi. Tu rodzi się pytanie: jak niewinność czysta, ewangeliczna ma się do niewinności branżowej i czy ta druga nie jest po prostu winą z tytułu popełnienia winy branżowej, ale umiejętnie maskowanej przewrotną podmianą norm etycznych? Czy takie założenie rzeczywiście zostało poczynione? Bardzo zachęcam do zapoznania się z tym tekstem, bo moim zdaniem bardzo wymownie wskazuje, w jakim punkcie historii politycznej znajdujemy się jako społeczeństwo.

Okazuje się, że podobnie jak z pojęciem niewinności, mamy również problem z etyką. Etyka lekarska, traktowana jako rozwinięcie etyki ogólnej, to również jej nietożsama branżowa odmiana. Musi więc istnieć także niemoralność lekarska. Autor zresztą śmiało utożsamia etykę lekarską z lekarską niemoralnością, pisząc: „gdy kwestie moralne pozostawi się wyłącznej kompetencji samych lekarzy, dzieją się rzeczy straszne". Skoro tak, to gdzie ratunek? Otóż tym ratunkiem ma być bioetyka, która ma zastąpić etykę lekarską i ma „ukształtować nową kulturę etyczną w medycynie". Kulturę etyczną czytam jako moralność, a jak ktoś mi mówi, że trzeba doprowadzić do przerobienia starej moralności na nową, to odczuwam jakieś dziwne swędzenie w podwzgórzu i w okolicy splotu trzewnego. Lęk metafizyczno-historyczny.

Dlaczego bioetyka ma dawać rękojmię nadzoru nad moralnością w medycynie, skoro etyka lekarska nie wypełnia tego zadania, a nawet może być antyetyką? Bo uprawiają ją nie-lekarze, bo jak pisze pan Hartman, „dopuszczono do głosu... etyków (ciekawe, tym razem,

> **Dlaczego bioetyka ma dawać rękojmię nadzoru nad moralnością w medycynie?**

jakich?), psychologów, socjologów, prawników, specjalistów od zarządzania". Skoro dopuszczono do głosu, to znaczy, że poprzednio nie dopuszczono ich do głosu. Kto nie dopuszczał? Pewnie lekarze!

Mimo wszystko chyba dobrze odczytuję logikę wywodu autora zachwalającego bioetykę, przeciwstawiając ją etyce lekarskiej, bo twierdzi on, że „bioetyka nadal nie została »przekupiona«". Etyka, która może ulegać którejś z pokus niemoralnych, np. przekupstwu, przestaje być etyką. Nie ma jajeczek częściowo nieświeżych.

Dlaczego tak uprawiana bioetyka ma, zdaniem autora, jakieś szczególne społeczne znaczenie? Bo „zabezpiecza to społeczeństwo przed różnymi nadużyciami w medycynie". Ciekawe, że używając pojęcia „w medycynie", nie czyni się rozróżnienia pomiędzy medycyną kliniczną, jako dyscypliną naukową, a organizacją ochrony zdrowia. Większość dylematów etycznych i patologii moralnych związana jest jednak ze społecznym usytuowaniem medycyny instytucjonalnej. Z tego powodu etyczny głos psychologów, socjologów, prawników, specjalistów różnej maści, felietonistów, cyklistów i na końcu, niestety, polityków jest w tej medycznej materii niezbędny, ale nie widzę powodu, aby przeciwstawiać go zapatrywaniom lekarzy i odejmować lekarzom prawo do refleksji etycznej.

Nie bardzo też rozumiem tezę autora, że etyka lekarska dopuszcza się dyskryminacji medycznej osób o innym niż biały kolorze skóry. Toż to jakaś fobia.

Otóż problemem społecznym, zdaniem autora, jest to, że „lekarze tworzą potężną strukturę społeczną podobnie jak wojsko, aparat ścigania i wymiaru sprawiedliwości, biurokracja i biznes, edukacja, media i kultura, a także kler". A zatem można założyć, że każda z tych grup ma swoją branżową technikę nabywania branżowej niewinności, kłócącej się z interesem społecznym, i ma swoją branżową etykę, która jest w zasadzie antyetyką. Jaka rada na ten dylemat? Albo rozpędzić na cztery wiatry te korporacyjne, moralnie ksobne i zakłamane grupy, albo należy szukać metod nadzoru nad nimi, dla zachowania dobra i równowagi społecznej. Jeśli zaś nadzór, to kto miałby go sprawować? Autor wskazuje, że wolna i kompetentna prasa. I tu, panie profesorze, gdy przeczytałem pański felieton swoim kamratom w korporacji, to w tym punkcie reakcją był ryk śmiechu. Wolność i kompetencja dzisiejszych mediów jako rękojmia moralności w wymiarze społecznym to doprawdy przedziwny postulat. Kto więc będzie nadzorował prasę? Może... politycy? A kto roztoczy nadzór nad politykami?

Rozumiem, że w tych innych „potężnych strukturach społecznych" też niezbędny jest zewnętrzny nadzór sprawowany przez jakichś specjalnych etyków ze stosownym przedrostkiem. Zgoda, zasada „wierz i kontroluj" w praktyce społecznej wydaje mi się racjonalna. Zwracam jednak uwagę na człon: „wierz". Odnoszę jednak wrażenie, że u podłoża tej koncepcji „daleko idącej kontroli społecznej, aby nieuchronne patologie instytucjonalne mogły być trzymane w ryzach" leży naiwne założenie, że pokój i moralność społeczna zrodzą się, gdy w toku wojny wszystkich ze wszystkimi, wszyscy wygrają ze wszystkimi. W efekcie prędzej otrzymamy pobojowisko niż ład i harmonię. Powoli to już chyba widać, może więc lepiej zastosować inną zasadę.

Problem nadmiernego wystawiania zwolnień lekarskich bez uzasadnienia medycznego (symulantom, najgorsi są lekarze symulanci) pozostawię do dalszego rozpoznania. Zwrócę jedynie uwagę na ciekawą konstatację autora, że: „w społeczeństwach mających historycznie biorąc, złe doświadczenia z instytucjami państwa, panuje daleko idąca solidarność międzyludzka", która może skutkować licznymi negatywnymi zjawiskami społecznymi. Może więc spróbować zadbać o lepsze relacje obywateli z instytucjami państwa, niż poprzestawać na utyskiwaniu na „skażoną moralność publiczną" i „niski poziom etyczny polskiego społeczeństwa". A kontrola i nadzór nad wystawianiem zwolnień oczywiście są. Potężne narzędzia kontrolne już obecne w naszym systemie prawnym (jakoś nie zadziałały) ostatnio zostały wzmocnione siłowym wprowadzeniem e-zwolnień. Mysz się nie przeciśnie. Będzie mógł ZUS powołać nowy korpus bio-lekarzy i skontrolować każde zwolnienie.

Jeszcze za PRL-u było takie prześmiewcze stwierdzenie, że w kraju zapanowałaby moralność, ład i dobrobyt, gdyby przy każdym obywatelu postawić milicjanta, pilnującego, aby ów obywatel nie popełniał czynów zabronionych. Cóż, kiedy policjanci poszli na zwolnienia lekarskie. Na szczęście bioetycy mają się dobrze i nie mają do państwa żadnych roszczeń. Gdyby i oni poszli na zwolnienia, byłaby klęska. ■

Większość dylematów etycznych i patologii moralnych związana jest jednak ze społecznym usytuowaniem medycyny instytucjonalnej.

30 LAT ODRODZONEGO SAMORZĄDU LEKARSKIEGO

Lekcja demokracji

Uchwalenie 17 maja 1989 r. ustawy o izbach lekarskich było wydarzeniem, w które wpisuje się historia formowania się izb. Zanim jednak doszło do I Krajowego Zjazdu Lekarzy, odbywały się zjazdy okręgowe.

TEKST **LUCYNA KRYSIAK**, DZIENNIKARZ

Decyzją Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich, w Polsce, która liczyła wówczas 49 województw, powołano tyle lekarskich izb okręgowych, ile było ośrodków akademickich, a więc 11 oraz 3 izby spoza tego klucza – wojskową, MSW i kolejową. Ten podział wywołał burzę.

Wielu lekarzy uważało, że podział ten jest sztuczny i nie chciało się mu podporządkować. Przewodniczący KOIL przekazał wówczas listy na zjazdy okręgowe, w których zapewniał, że taki podział obowiązuje do czasu I KZL. Przekonywał, że najważniejszy w tej sprawie będzie głos samych lekarzy, co było jednym z przejawów demokracji w odrodzonym samorządzie lekarskim.

RZĄDZIŁY EMOCJE

W listach zachęcano do swobodnego i demokratycznego kształtowania obszarów okręgowych izb, jednak nie porządkowano chaosu i wypaczonych poglądów na temat istoty samorządu. Świadek tych wydarzeń, prof. Ewa Tuszkiewicz-Misztal z Lubelskiej Izby Lekarskiej i późniejsza sekretarz NRL mówi, że wydarzeniom tym towarzyszył duch szaleństwa. – Jeśli lekarska młodzież ma zrozumieć, czym było dla nas uzyskanie prawa do samostanowienia, powinna poznać nie tylko daty i nazwiska, ale okoliczności i emocje – tłumaczy Ewa Tuszkiewicz-Misztal, uczestnicząca w odbywającej się 12 grudnia 1981 r. w Poznaniu Ogólnopolskiej Konferencji Lekarzy zwołanej z inicjatywy Sekcji Służby Zdrowia NSZZ „Solidarność". Pamięta, że uchwałę o potrzebie reaktywowania samorządu lekarskiego podejmowano w atmosferze niepokoju i zamieszania. – W pewnym momencie na salę obrad wszedł jakiś lekarz i powiedział, że mamy 15 minut, aby opuścić lokal, spakować się, wymeldować z hotelu i jeszcze dziś wyjechać z Poznania. Wiedział, że tej nocy będzie ogłoszony stan wojenny i gdybyśmy zostali, nasz los byłby przesądzony – wspomina profesor.

Stan wojenny zastał ją i jej koleżankę lekarkę w nocy na dworcu w Warszawie. Do tego miejsca udało im się dotrzeć z Poznania, a tam wsiąść do pociągu wiozącego żołnierzy na przysięgę do Lublina. Podkreśla, że wtedy tylko garstka działaczy wiedziała, o co chodzi w tym zamęcie, m.in. Andrzej Jóźwiakowski, kardiolodzy: Janusz Dubejko, Janusz Kudlicki, a także Maria Jakubowska i Ewa Kopacz, od początku zaangażowani w reaktywację izb lekarskich, w wyzwolenie się spod biurokratycznej machiny resortu zdrowia i urzędów wojewódzkich. – Trudno było funkcjonować w nowej rzeczywistości, gdzie nie zawsze wiadomo było, kto jest kim, co myśli i jak może pomóc lub zaszkodzić naszej sprawie – konkluduje prof. Ewa Tuszkiewicz-Misztal.

PIERWSZE ROZWODY

W Komitecie Organizacyjnym Izb Lekarskich pełnomocnikiem na teren z Małopolski był prof. Zbigniew Chłap, który w 1989 r. jako uczestnik obrad Okrągłego Stołu opracował wniosek o powołanie izb lekarskich. Znał więc temat i wziął na siebie organizację I Zjazdu Krakowskiej Izby Lekarskiej. Pierwotnie izba miała obejmować

> **Pamięta, że uchwałę o potrzebie reaktywowania samorządu lekarskiego podejmowano w atmosferze niepokoju i zamieszania.**

W nowo formujących się izbach najważniejsze było ustalenie ich zasięgu terytorialnego i wybory kandydatur do władz samorządowych. Zabiegano wówczas o to, aby wybrać najlepszych przedstawicieli tego zawodu.

FOTO: ARCHIWUM „GL"

ówczesne województwa: krakowskie, kieleckie, tarnowskie i rzeszowskie, tworząc makroregion południowo-wschodniej Polski, ale Kielce i Tarnów, a później Rzeszów, nie zgodziły się i rozpoczęły walkę o własne izby, co im się udało. Takich rozwodów było więcej. Prezesem KIL w pierwszej kadencji został Jan Ciećkiewicz, który działa w strukturach samorządowych do dziś. Mówi, że nigdy nie zapomni pierwszego posiedzenia okręgowej rady i osłupienia na widok lokalu, który miał być ich siedzibą. Były to puste dwa pokoje z kuchnią. – Ale dostaliśmy telefon i urzędniczkę z urzędu wojewódzkiego, która okazała się skarbem – wspomina Jan Ciećkiewicz i dodaje, że priorytetem było wówczas pozyskanie jakichkolwiek środków finansowych na codzienną działalność. Wielu lekarzy nie wiedziało lub nie chciało wiedzieć, że przynależność do izby jest obligatoryjna i nie płaciło składki. – Przemierzyłem setki kilometrów długo i mozolnie tłumacząc, o co w tym samorządzie chodzi, jednocześnie przekazując uprawnienia, by powstały delegatury – opowiada dr Ciećkiewicz.

Rozwodem zakończyło się przypisanie połowy ówczesnego województwa olsztyńskiego do Białegostoku, a połowy do Gdańska. Wolą lekarzy z tego regionu było utworzenie własnej, Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej. –Środowisko było prężne, z ambicjami, ten podział wzbudził więc duży opór – mówi dr Leszek Dudziński, prezes drugiej kadencji WMIL i wspomina, jak z pierwszym prezesem doktorem Markiem Stefanowiczem czy z nieżyjącymi już Zygmuntem Ziółkiewiczem, Tadeuszem Matuszewiczem czy Markiem Załęskim próbowali przedstawić koncepcję własnej izby na I Krajowym Zjeździe Lekarzy. – To było desperackie działanie, gdyż w obawie, że dojdzie do rozdrobnienia samorządu, pomysł miał silnych przeciwników, ale dopięliśmy swego – podkreśla. Podobnie jak Zielona Góra, która od początku nie godziła się na przynależność do Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

MUSI SIĘ UDAĆ

Prof. Piotr Dylewicz, prezes dwóch pierwszych kadencji Wielkopolskiej Izby Lekarskiej mówi, że gdyby nie pomoc PTL, PTS, poznańskiej uczelni, i „Solidarności", działającej wówczas w szpitalach, trudno byłoby się zorganizować. – Brakowało doświadczenia. Pierwszemu Zjazdowi WIL towarzyszyły więc zawirowania, ale wiedzieliśmy, że musi się udać – wspomina prof. Dylewicz, dodając, że wtedy chętnych do działania w strukturach regionalnych nie było zbyt wielu, co przełożyło się na trudności w wyłonieniu delegatów na krajowy zjazd. Problemem był także brak siedziby (wojewoda przydzielił izbie 4 pokoje w urzędzie wojewódzkim). Mimo starań, nigdy nie udało się odzyskać obiektów, które izba posiadała przed II wojną światową. – Priorytetem stała się integracja środowiska, które było skonfliktowane i zagubione w nowej rzeczywistości, a ja byłem tym, który gasi pożary, przyjmując zasadę, że wszelkie sprawy załatwiamy we własnym gronie – tłumaczy profesor. To był czas zmian na stanowiskach dyrektorów, ordynatorów, tworzenia się nowej administracji w ochronie zdrowia. Cenne były więc kontakty z ówczesnymi parlamentarzystami. Hanna Suchocka, późniejsza premier, Wiesława Ziółkowska, z nadzoru finansowego, Paweł Łączkowski, ówcześnie wiceprezes Rady Ministrów, regularnie przychodzili na posiedzenia Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. – To były trudne rozmowy, ale będące przejawem rodzącej się wówczas demokracji – podsumowuje profesor Dylewicz. ■

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Choroby tropikalne, pasożytnicze i odkleszczowe

Centrum Szkoleniowe Wielkopolskiej Izby Lekarskiej EDUWIL wraz z Katedrą i Kliniką Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu organizuje konferencję naukowo-szkoleniową „Aktualności w rozpoznawaniu i leczeniu chorób tropikalnych, pasożytniczych i odkleszczowych", która odbędzie się 31 maja 2019 r. w Poznaniu.

Podczas spotkania będzie można przekazać doświadczenia z własnej praktyki lekarskiej.

Przewodniczącym komitetu naukowego jest prof. Jerzy Stefaniak. Oprócz bogatego programu planowana jest dyskusja okrągłego stołu, podczas której zostaną omówione przypadki leczenia chorych, będzie też możliwość przekazania doświadczeń z własnej praktyki lekarskiej. Szczegóły na stronie www.wil.org.pl i pod nr. tel. 726 222 012. ■

gazetalekarska.pl

Nowe miejsce

Świętokrzyska Izba Lekarska działa w nowej siedzibie. Budynek jest położony przy al. ks. J. Popiełuszki w Kielcach, niedaleko starostwa powiatowego. Do przeprowadzki doszło w połowie lutego. W nowym gmachu jest m.in. sala sądowa, pokoje dla pracowników, archiwum, i co najważniejsze – sala konferencyjno-szkoleniowa, pomieszczenie, którego tak bardzo brakowało w starej siedzibie izby. Budynek, który dotychczas zajmowała izba, znajdujący się przy ul. Wojska Polskiego, będzie sprzedany. ■

Akcja przeciw smogowi

Inicjatywa Antysmogowa „Czyste Powietrze – Powiedz TAK!" dotarła pod strzechy Bydgoskiej Izby Lekarskiej. W akcji chodzi o zebranie jak największej liczby podpisów pod petycją skierowaną do Rady Miasta Bydgoszczy oraz Sejmiku Województwa Kujawsko-Pomorskiego w sprawie podjęcia działań antysmogowych w Bydgoszczy. Siedziba izby jest jednych z tych miejsc, gdzie można podpisać się pod tym dokumentem. ■

FOTO: "Eskulap Świętokrzyski", SHUTTERSTOCK.COM Źródło: strony internetowe i biuletyny okręgowych izb lekarskich; www.gazetalekarska.pl

Zakochani
w zawodzie lekarza

W Śląskiej Izbie Lekarskiej trwa konkurs dla lekarzy i lekarzy dentystów zrzeszonych w ŚIL, którzy pasjonują się fotografią i uprawiają ją hobbystycznie. Konkurs „Zakochani w zawodzie lekarza" wpisuje się w obchody jubileuszu 30-lecia izby. Organizatorzy czekają na zdjęcia, które można wykonać każdego dnia podczas pracy w szpitalu, przychodni czy prywatnym gabinecie, obrazujące ważne momenty z pracy lekarza czy lekarza dentysty bądź po prostu lekarską codzienność. To, co będzie przedstawiała fotografia zgłoszona do konkursu, musi być bezpośrednio lub pośrednio związane z zawodem lekarza lub lekarza dentysty. Jeden lekarz i lekarz dentysta może zgłosić do konkursu jedno zdjęcie. Zgłoszenie (zdjęcie + wypełnione oświadczenie) można przesłać do 31 marca br. na adres e-mail: a.michalczyk@izba-lekarska.org.pl. Głosowanie na najlepsze fotografie potrwa do końca maja br. Do zdobycia atrakcyjne nagrody finansowe! Wręczenie nagród nastąpi 21 września podczas uroczystej gali z okazji 30-lecia Śląskiej Izby Lekarskiej, która odbędzie się w siedzibie Narodowej Orkiestry Symfonicznej Polskiego Radia. ■

W trudnej sytuacji
można liczyć na wsparcie OIL

P rezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej Marek Bronisz przypomina, że lekarze i lekarze dentyści, których dotyka konflikt w zakładzie pracy i nie wiedzą, jak wybrnąć z tej sytuacji, mogą liczyć na pomoc. „Mamy mediatora, rzecznika praw lekarza, prawnika, a prezes i okręgowa rada lekarska są zawsze do Państwa dyspozycji. Żeby jednak nasza pomoc mogła być skuteczna, proszę ją rozważyć przed eskalacją kroków formalnoprawnych" – pisze Marek Bronisz na łamach marcowego numeru „Primum". ■

Walka z ZUS-em

P rzed Sądem Rejonowym w Kielcach od około roku trwa proces, w którym ZUS żąda od lekarza pieniędzy, które wypłacono pacjentowi. Jak to możliwe? Kwestionowana jest prawdziwość danych zawartych w zaświadczeniach o okresowej niezdolności do pracy. Świętokrzyska Izba Lekarska zdecydowała o wsparciu lekarza poprzez sfinansowanie pomocy prawnej. O szczegółach tej sprawy można dowiedzieć się z lutowego numeru „Eskulapa Świętokrzyskiego". ■

Do Poznania
na RODO

R ODO w działalności podmiotów leczniczych i praktyk lekarskich" – to tytuł konferencji, która odbędzie się 15 maja 2019 r. w Poznaniu. W programie m.in. obowiązek informacyjny, analiza ryzyka, powierzanie przetwarzania danych, Kodeks Branżowy, skuteczne wdrażanie RODO. Szczegóły na www.wil.org.pl i pod numerem tel. 783 993 919. ■

Chcą ocalić
pamiątki medyczne

O kręgowa Rada Lekarska w Szczecinie powołała do życia Koło Historyczne. Uchwałę w tej sprawie podjęto pod koniec grudnia, a w styczniu wybrano przewodniczącego, którym został Maciej Mrożewski. Koło będzie m.in. rozpowszechniać wiedzę o zasłużonych lekarzach, szczególnie tych związanych z regionem, a także gromadzić sprzęt medyczny o wartości historycznej i pamiątki po lekarzach, by potem przekazać je do właściwego muzeum. Historycznych pamiątek medycznych poszukuje także Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska. Zebrane przedmioty będą prezentowane w izbie, wraz z opisem każdego przedmiotu i informacją o ofiarodawcy. Osoby, które posiadają pamiątki i chcą je podarować, mogą skontaktować się z sekretariatem izby (tel. 56 655 41 60, e-mail: torun@hipokrates.org). ■

FOTO: ŚIL Źródło: strony internetowe i biuletyny okręgowych izb lekarskich; www.gazetalekarska.pl

POLONIA MEDYCZNA W GDAŃSKU

Spotkać się, poznać, zintegrować

Z **Romanem Budzińskim**, przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego tegorocznej edycji Kongresu Polonii Medycznej, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

29 maja - 1 czerwca, Gdańsk

X Kongres Polonii Medycznej

Więcej informacji na temat KPM 2019: www.kongrespoloniimedycznej.com.pl

To już dziesiąty, a więc jubileuszowy Kongres Polonii Medycznej. Czego mogą spodziewać się uczestnicy?

Będzie kilka akcentów związanych jubileuszem. Pracując od ponad roku nad tym przedsięwzięciem, czujemy wielką odpowiedzialność. Jest to trudna do przeprowadzenia impreza, a mamy świadomość, że organizatorzy poprzednich edycji wysoko zawiesili poprzeczkę. Oprócz zróżnicowanego programu naukowego, należało uwzględnić, tak oczekiwane przez społeczność lekarzy polskich z kraju i ze świata, wydarzenia integrujące oraz wzbogacić je o ofertę kulturalną i możliwość zwiedzenia Gdańska. Spotkanie lekarzy polonijnych będzie też zapewne okazją do zdefiniowania programu działania Federacji Medycznych Organizacji Polonijnych.

Kto przyjedzie na kongres?

Po raz trzeci Kongres Polonii Medycznej połączony jest ze Światowym Zjazdem Lekarzy Polskich. Po to, aby zaznaczyć, że zapraszamy lekarzy polskiego pochodzenia z wielu krajów nie tylko na sam kongres, ale by mogli oni w ojczyźnie spotkać się i zintegrować z polskimi lekarzami. Największa grupa lekarzy polonijnych przybędzie z USA. Licznie będą reprezentowani także lekarze z wszystkich krajów Europy Zachodniej oraz z państw zza naszej wschodniej granicy. Impreza będzie się składać z trzech ciągów zdarzeń. Główna część, naukowa, odbędzie się w Filharmonii Gdańskiej, w pięknie położonym obiekcie nad Motławą z widokiem na Główne Miasto, inne spotkania zaplanowaliśmy w Muzeum Emigracji w Gdyni, w Nadbałtyckim Centrum Kultury, w postindustrialnym Centrum Stocznia Gdańska, w katedrze w Oliwie, w Muzeum Narodowym w Gdańsku i w Europejskim Centrum Solidarności. Część wydarzeń kongresowych wpisuje się w obchody 30-lecia odrodzonego samorządu lekarskiego w Polsce.

To dość ambitny program.

Staraliśmy się skoordynować wydarzenia tak, aby każdy znalazł coś interesującego dla siebie i mógł jak najpełniej skorzystać z tej oferty. Tematem przewodnim jest postęp techniki i technologii w służbie medycyny. Wykład otwierający dotyczy zastosowań nanotechnologii w medycynie, inne prelekcje pokażą m.in. jak postęp techniki i technologii zmieniał onkologię, kardiologię, radiologię, stomatologię i wiele innych dziedzin. Dzięki pracy Komitetu Naukowego pod przewodnictwem prof. Marii Siemionow, udało się zaprosić do Gdańska wybitnych prelegentów. Planujemy też sesje programowe o roli samorządów lekarskich, przyszłości Polonii medycznej, systemach zdrowia. Chcę podkreślić, że organizacja kongresu to efekt współpracy OIL w Gdańsku, Federacji Medycznych Organizacji Polonijnych oraz istotnego wsparcia ze strony Naczelnej Izby Lekarskiej. Po wielu staraniach otrzymaliśmy również znaczącą pomoc finansową z Senatu RP, która umożliwi nam sfinansowanie przyjazdu na to wydarzenie koleżanek i kolegów, którzy nie mogliby przybyć bez tego wsparcia. ■

PATRONAT

Szansa dla młodych lekarzy

NIL chce zwrócić się do uczestników tegorocznego Kongresu Polonii Medycznej z Zachodu z prośbą o przygotowanie oferty dla polskich młodych lekarzy, którzy w ramach funduszu stypendialnego NRL będą się kształcić za granicą.

LUCYNA KRYSIAK

dziennikarz

USTAWA O ZAWODACH LEKARZA I LEKARZA DENTYSTY

Będzie głęboka reforma?

Naczelna Rada Lekarska poparła projekt zmian ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

L.KRYSIAK@GAZETALEKARSKA.PL

Zespół ds. opracowania propozycji nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty powołany przy Ministrze Zdrowia, składający się z lekarzy i lekarzy dentystów, któremu przewodniczy dr Jarosław Biliński, przedstawił propozycje zmian w tej ustawie, dotyczące kształcenia podyplomowego i prawa pracy. Ministerstwo Zdrowia przesłało dokument Naczelnej Radzie Lekarskiej.

Na odbywającym się 22 lutego nadzwyczajnym posiedzeniu NRL zaopiniowała projekt i po kilkugodzinnej dyskusji oraz głosowaniu nad odrzuceniem lub przyjęciem proponowanych w projekcie poprawek, NRL podjęła stanowisko. Zaapelowała też do ministra zdrowia o uruchomienie jak najszybszej ścieżki legislacyjnej dla tego dokumentu, by można go było wdrożyć w życie.

WRESZCIE O NAS Z NAMI

Ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentysty uchwalono w 1996 r. Wielokrotnie ją nowelizowano, jednakże po raz pierwszy w historii samorządu lekarskiego nowelizacja tego dokumentu jest tworzona w tak szerokim zakresie i do tego przy udziale środowiska lekarskiego. Proponowane rozwiązania, dotyczące kształcenia podyplomowego i prawa pracy, fundamentalnie zmieniają jej pierwotny kształt.

Prezes NRL Andrzej Matyja podkreślił, że zarówno zespół, jak i okręgowe izby, a także izbowi prawnicy, wykonali ogromną pracę, której miarą jest nowa jakość relacji z Ministerstwem Zdrowia, polegająca na dążeniu do tego, aby każdy akt prawny dotyczący wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty był tworzony przy udziale samorządu lekarskiego. – Nowelizacja ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty jest tego wymownym przykładem – zaznaczył prezes NRL i dodał, że skończyły się czasy, kiedy decydowano „o nas bez nas". Ma także nadzieję, że projekt zostanie przyjęty przez rząd w całości.

TAK ZAPISANO W POROZUMIENIU

Dr Jarosław Biliński, członek NRL i przewodniczący zespołu, który przygotowywał nowelizację, tłumaczy, że zaproponowany projekt ustawy jest rozwiązaniem wypracowanym w trakcie długich spotkań z udziałem ekspertów m.in. z Centrum

1 x średnia krajowa
dla stażysty

2 x średnia krajowa
dla lekarza bez specjalizacji

2,5 x średnia krajowa
dla lekarza z pierwszym stopniem specjalizacji

2-2,75 x średnia krajowa
dla lekarza rezydenta w zależności od rodzaju szkolenia specjalizacyjnego

3 x średnia krajowa
dla specjalisty

ZAKAZ odbywania specjalizacji za darmo

Projekt nowelizacji ustawy wprowadza nowe definicje specjalizacji, specjalizacji szczegółowych i umiejętności lekarskich.

Medycznego Kształcenia Podyplomowego i Centrum Egzaminów Medycznych oraz prac konsultowanych z resortem zdrowia. Projekt wprowadza nie tylko zmiany dotyczące samej ustawy, równolegle powstały projekty sześciu rozporządzeń wraz z załącznikami. Wszystkie te dokumenty tworzą podwaliny pod reformę systemu kształcenia podyplomowego i prawa pracy. – To będzie głęboka reforma. Liczymy, że Ministerstwo Zdrowia przyjmie w całości wypracowane przez nas rozwiązania i jak najszybciej wprowadzi je w życie – mówi dr Jarosław Biliński. Przypomina, że rozwiązania, które znalazły się w projekcie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, to następstwo zobowiązań, jakie minister zdrowia podjął w porozumieniu podpisanym z Porozumieniem Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy z 8 lutego 2018 r. Reforma dotyczy więc także wynagrodzeń. Projekt zakłada, że mają się one kształtować od jednej średniej krajowej dla stażysty do trzech średnich krajowych dla specjalisty. Rezydenci mają otrzymywać wynagrodzenie od 2 średnich krajowych na początku specjalizacji do 2,75 średniej krajowej dla dziedzin priorytetowych po zdaniu Państwowego Egzaminu Modułowego. Proponowana zmiana wyklucza wolontariat, gdzie lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne za „0 zł", gdyż jest to niezgodne z ogólnie przyjętymi normami (obowiązuje pensja minimalna i jej odpowiednik stawki godzinowej). Doktor Biliński zastrzega, że są to postulaty środowiska, które próbowano przeforsować od dawna.

IZBY LEKARSKIE PRZEJMĄ KSZTAŁCENIE

Projekt nowelizacji ustawy wprowadza nowe definicje specjalizacji, specjalizacji szczegółowych, czyli tzw. podspecjalizacji oraz umiejętności lekarskich. Proponowane zmiany zakładają też przekazanie kompetencji w zakresie organizowania i prowadzenia stażu podyplomowego oraz całego kształcenia podyplomowego, m.in. szkolenia specjalizacyjnego, okręgowym izbom lekarskim. W obecnym systemie odpowiedzialność za kształcenie podyplomowe jest rozproszona. Zajmują się nim wojewodowie i marszałkowie województw, konsultanci krajowi i wojewódzcy, minister zdrowia, CMKP, izby lekarskie. Stażem podyplomowym po części zajmują się izby lekarskie oraz marszałek województwa, ale już dokumenty do specjalizacji i procedur administracyjnych trzeba przenosić do urzędów wojewódzkich. Dodatkowo terminom brak koordynacji, przez co lekarze tracą możliwość aplikowania na specjalizację. W przypadku problemów nie wiadomo, do kogo się zwrócić. – Nie ma przeszkód, aby czynnościami administracyjnymi i nadzorem nad kształceniem podyplomowym w całości zajmowały się izby lekarskie. Wówczas odpada biurokratyczna wędrówka po urzędach, gdyż lekarz wszystkie formalności związane z kształceniem załatwi w izbie, do której przynależy, a więc w jednym miejscu – podsumowuje dr Jarosław Biliński i dodaje, że całe środowisko wierzy, że ta reforma dojdzie do skutku, wręcz żąda jej wprowadzenia w trybie natychmiastowym. Teraz ostatnie zadanie należy do ministra zdrowia.

W sytuacji, kiedy samorząd lekarski przejmie czynności związane z kształceniem podyplomowym, od 2020 r. środki przeznaczone na sfinansowanie stażu podyplomowego będą przekazywane do okręgowych izb lekarskich. ■

Co może zmienić się w kształceniu podyplomowym i prawie pracy (m.in.):

- podział stażu podyplomowego na moduł stały i personalizowany
- możliwość przystąpienia do LEK/LDEK po 11. semestrze studiów na kierunku lekarskim i po 9. semestrze studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym
- stażysta będzie mógł wybrać placówki (od jednej do trzech), gdzie będzie chciał się szkolić
- do PES będzie można przystąpić już na ostatnim roku specjalizacji, a egzamin testowy będzie oparty o ogólnodostępną bazę pytań
- wprowadzenie ogólnopolskiego systemu umożliwiającego nabór na niemal dowolną liczbę specjalizacji, opartego o listę rankingową
- możliwość specjalizowania się w trybie rezydentury dla specjalistów, którzy zdobyli specjalizację w innym trybie
- możliwość odbycia drugiej rezydentury (za zgodą ministra), z zastrzeżeniem, że druga rezydentura musiałaby być specjalizacją w dziedzinie priorytetowej
- wprowadzenie podziału na specjalizacje, specjalizacje szczegółowe (podspecjalizacje) oraz umiejętności lekarskie
- redukcja liczby specjalizacji, które można odbywać po stażu podyplomowym
- zakaz dopełniania podstawowego czasu pracy godzinami dyżurowymi, co znaczy, że skończy się „odbijanie za zejścia"
- czas specjalizacji nie będzie wydłużany za zejścia po dyżurze
- macierzyństwo i względy zdrowotne ograniczą obowiązek dyżurowania w godzinach nocnych i w święta, wyłącznie w okresie do dwóch lat
- wolontariat jako forma specjalizacji ma być zabroniona
- wprowadza się „siatkę płac": średnia krajowa dla stażysty, dwie średnie krajowe dla lekarza bez specjalizacji, 2,5 średniej krajowej dla lekarza z pierwszym stopniem specjalizacji, trzy średnie krajowe dla specjalisty, od 2 do 2,75 średniej krajowej dla rezydenta w zależności od specjalizacji, w której odbywa szkolenie.

LEGISLACJA

Najważniejsze zmiany w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Analiza projektu zmiany ustawy przygotowanej przez Zespół Ministra Zdrowia pod przewodnictwem dr. Jarosława Bilińskiego.

TEKST **MAŁGORZATA BRZOZOWSKA-KRUCZEK**, RADCA PRAWNY NIL

OGÓLNE

1 Przeniesienie kompetencji w zakresie organizowania, prowadzenia naboru (postępowań kwalifikacyjnych) oraz nadzoru nad całym kształceniem podyplomowym na okręgowe izby lekarskie i Naczelną Izbę Lekarską – m.in. art. 15 (staż), art. 16ba (szkolenie specjalizacyjne).

2 Realizacja wyroku Trybunału Konstytucyjnego nakazującego publikację pytań wraz z odpowiedziami po każdym egzaminie organizowanym przez CEM (czyli LEK, LDEK i PES) zgodnie z zasadami określonymi w ustawie o dostępie do informacji publicznej, tj. niezwłocznie (a nie, jak dotychczas, po upływie 5 lat od dnia przeprowadzenia egzaminu).

3 Realizacja postulatu środowiska lekarskiego dotyczącego wprowadzenia płatnego urlopu szkoleniowego dla wszystkich lekarzy zatrudnionych w ramach umowy o pracę: 6 dni – dla lekarza, który realizuje w danym roku kalendarzowym szkolenie specjalizacyjne oraz 9 dni – dla lekarza, który w danym roku kalendarzowym nie realizuje szkolenia specjalizacyjnego – art. 18 ust. 1c.

STAŻ PODYPLOMOWY

4 Umożliwienie studentowi 6. roku na kierunku lekarskim (po ukończeniu 11 semestrów) przystąpienie do LEK oraz studentowi 5. roku na kierunku lekarsko-dentystycznym (po ukończeniu 9 semestrów) przystąpienie do LDEK – art. 14a ustawy.

5 Obowiązek konsultanta krajowego z dziedzin medycyny, która wchodzi w skład dziedzin egzaminacyjnych na LEK i LDEK, wskazywania źródeł bibliograficznych, z których są układane pytania egzaminacyjne oraz oparcie LEK i LDEK o przypadki kliniczne – art. 14d ustawy.

SZKOLENIE SPECJALIZACYJNE I SPECJALIZACJE

6 Wprowadzenie do ustawy definicji: specjalizacji, specjalizacji szczegółowych (podspecjalizacji) oraz umiejętności i wyodrębnienie szczegółowych (wąskich) dziedzin specjalizacji (podspecjalizacji) – art. 3 ust. 1a ustawy.

7 Przekazanie prowadzenia naboru i postępowania kwalifikacyjnego na specjalizacje Naczelnej Izbie Lekarskiej.

8 Wprowadzenie możliwości odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury przez lekarzy, którzy posiadają już inną specjalizację zdobytą w trybie pozarezydenckim – art. 16ea ust. 1.

9 Wprowadzenie możliwości odbywania drugiej rezydentury w dziedzinach priorytetowych (kluczowych z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli i zdrowia publicznego), co ma następować za zgodą ministra zdrowia – art. 16ea ust. 2.

10 Wprowadzenie dla lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne możliwości zmiany dziedziny, w której jest odbywania specjalizacja – art. 16ea ust. 3.

11 Wprowadzenie przepisów, które nakazują uwzględnianie w programie specjalizacji pełnienia dyżurów medycznych, pracy zmianowej albo pracy w równoważnym systemie czasu pracy pod bezpośrednim nadzorem kierownika specjalizacji (lub lekarza przez niego wyznaczonego) – art. 16f ust. 3. Poza tym program specjalizacji ma być dokumentem nadrzędnym, który lekarz szkolący się, jak i jego pracodawca, mają respektować przy planowaniu czynności zawodowych lekarza – art. 16h ust. 2.

12 W związku z przepisami o minimalnej pensji i odpowiadającej jej stawce godzinowej w przypadku umowy cywilnoprawnej wprowadzano możliwość odbywania specjalizacji na podstawie jedynie odpłatnej umowy cywilnoprawnej o szkolenie specjalizacyjne – art. 16h ust. 2 pkt 4.

13 Lekarz odbywający szkolenie może pełnić dyżury medyczne jedynie po wyrażeniu na to zgody przez kierownika specjalizacji działającego w porozumieniu z kierownikiem jednostki organizacyjnego podmiotu leczniczego. Jednakże lekarz szkolący się może nie wyrazić zgody na pełnienie samodzielnych dyżurów medycznych przez okres 1 roku od rozpoczęcia specjalizacji, chyba że program specjalizacji stanowi inaczej – art. Art. 16i ust. 1a i 1b.

14 Wprowadzenie regulacji, która nakazuje ustalać wynagradzanie lekarza odbywającego szkolenie za każdą godzinę pracy w ramach dyżuru medycznego według stawki nie niższej niż stawka godzinowa wynikająca z wynagrodzenia zasadniczego dla tego lekarza – art. 16i ust. 3a.

15 Wprowadzenie zasady, że skorzystanie z prawa do odpoczynku po dyżurze medycznym nie wydłuża okresu szkolenia ani nie obniża wynagrodzenia należnego na podstawie umowy o pracę – art. 16i ust. 5-7.

16 Koszty finansowania wynagrodzenia z tytułu pełnienia dyżurów medycznych przez lekarzy rezydentów ma ponosić Minister Zdrowia do wysokości 150 proc. wynagrodzenia zasadniczego, natomiast koszty pełnienia dyżuru w porze nocnej, niedzielę, święta lub w dniu wolnym od pracy udzielonym lekarzowi w zamian za pracę w niedzielę lub w święto będą ponosić podmioty lecznicze, w których lekarz rezydent odbywa szkolenie specjalizacyjne – art. 16j ust. 2t.

17 Zgodnie z postulatami samorządu lekarskiego ustalono, że wskaźnik wynagrodzenia dla lekarzy rezydentów nie może być niższy niż 200 proc. przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia - art. 16j ust. 3 i 4. Wysokość wynagrodzenia została zróżnicowana w zależności od kierunku odbywanej specjalizacji:
1) 225 proc. ww. wynagrodzenia - dla dziedzin uznanych za priorytetowe oraz dla dziedzin opartych o kształcenie w module jednolitym nie uznanych za priorytetowe po ukończeniu drugiego roku tego modułu;
2) 250% tego wynagrodzenia - dla dziedzin nie uznanych za priorytetowe oraz po złożeniu przez lekarza z pozytywnym wynikiem PEM oraz dla dziedzin opartych o kształcenie w module jednolitym uznanych za priorytetowe po ukończeniu drugiego roku tego modułu;
3) 275% tego wynagrodzenia - dla dziedzin uznanych za priorytetowe oraz po złożeniu przez lekarza z pozytywnym wynikiem PEM.

18 Kierownik specjalizacji ma otrzymywać wynagrodzenie za sprawowanie nadzoru nad realizacją szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza szkolącego się. Środki na ten cel ma przekazywać Minister Zdrowia – art. 16m ust. 7a.

19 Wprowadzenie możliwości przystąpienia do PES już w trakcie ostatniego roku szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza, który uzyskał od kierownika specjalizacji potwierdzenie realizacji programu specjalizacji – art. 16rb ust. 1.

20 Wprowadzenie nowych regulacji dotyczących wprowadzenia do systemu kształcenia specjalizacyjnego Państwowego Egzaminu Modułowego (PEM). Lekarz będzie mógł przystąpić do PEM najwcześniej po zakończeniu pierwszego roku modułu podstawowego. PEM będzie organizować CEM, za pośrednictwem SMK. Uprawnienia lekarza do przystąpienia do PEM będzie potwierdzał kierownik specjalizacji, a następnie właściwa OIL. PEM będzie w formie testów (100 pytań po 5 odpowiedzi, tylko jedna odpowiedź prawdziwa). Złożenie PEM będzie warunkiem wnioskowania o przystąpienie do PES. Po zaliczeniu PEM lekarz ma otrzymywać wzrost wynagrodzenia. Zgodnie z założeniami ma nastąpić zmiana przepisów „koszykowych" w celu dopuszczenia lekarza ze zdanym PEM do realizowania świadczeń gwarantowanych – art. 16y – 16yf.

UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIE

21 Wprowadzenie nowych regulacji dotyczących kształcenia podyplomowego w formie umiejętności lekarskich. Potwierdzeniem zdobycia umiejętności lekarskich ma być certyfikat umiejętności, wydawany przez dyrektora CEM na podstawie złożonego Państwowego Egzaminu Umiejętności (PEU). Poza tym dopuszcza się nadawanie certyfikatu umiejętności lekarzom, którzy posiadają pozytywnie zdane egzaminy w renomowanych instytucjach, które będą akredytowane przez CEM poprzez wpis na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia kursu lub szkolenia w zakresie umiejętności lekarskich, szkolenie z zakresu umiejętności będzie prowadzone pod nadzorem opiekuna szkolenia wyznaczonego przez kierownika podmiotu prowadzącego szkolenie – art. 17-17c.

22 Wprowadzenie mechanizmu kontroli jednostek akredytowanych przez CMKP – art. 19j i 19k. Projekt ustawy wprowadza regulacje dające CMKP prawo żądania od jednostek uprawnionych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego, jednostek ubiegających się o akredytację do prowadzenia takiego szkolenia oraz podmiotów zamierzających prowadzić kursy objęte programem specjalizacji, pisemnych informacji i wyjaśnień dotyczących warunków oraz przebiegu szkolenia lub kursu (bez konieczności organizowania zespołów kontrolnych). W przypadku powzięcia przez dyrektora CMKP, na podstawie uzyskanych informacji i wyjaśnień, wątpliwości co do spełniania wymagań przez jednostkę akredytowaną, jednostka ta, w celu zachowania akredytacji, musi poddać się weryfikacji i uzyskać opinię powołanego przez dyrektora CMKP zespołu ekspertów o spełnianiu przez nią warunków prowadzenia szkolenia. Ponadto podmioty prowadzące szkolenie będą podlegały okresowej ocenie (ogólnej oraz merytorycznej). ■

MARIUSZ TOMCZAK
dziennikarz

ANALIZA

Burza o L(D)EK

Wiosną i jesienią oczy znacznej części środowiska lekarskiego, jak i tych, którzy dopiero do niego pretendują, zwracają się w stronę Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi. Nie inaczej było w ostatnich tygodniach.

M.TOMCZAK@GAZETALEKARSKA.PL

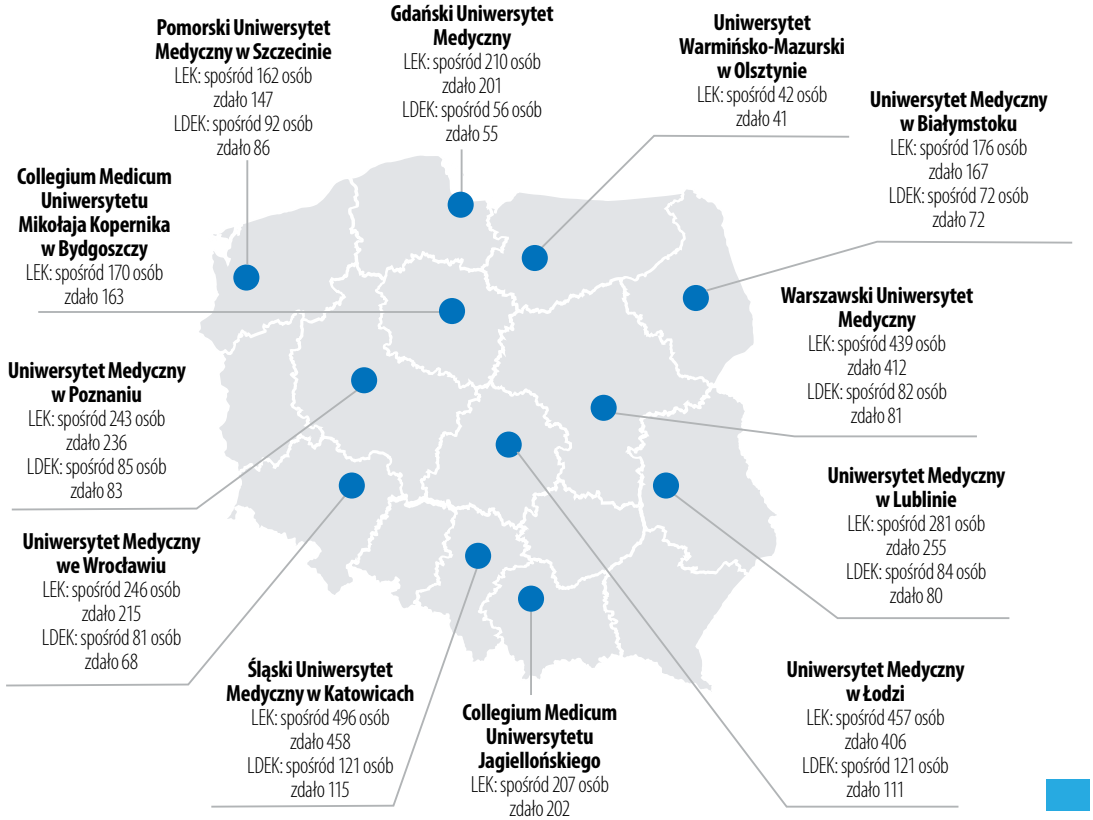
Do Lekarskiego Egzaminu Końcowego w tegorocznej sesji wiosennej przystąpiły w całym kraju 3372 osoby, spośród których nie zdało 848 lekarzy. Do Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego przystąpiło 679 osób, a negatywny wynik uzyskało 202 lekarzy dentystów. Posypały się komentarze, że skoro egzaminów nie zdał mniej więcej co czwarty lekarz (stomatologom poszło trochę lepiej), to w tym roku pytania musiały być wyjątkowo trudne.

LEK i LDEK mają charakter 4-godzinnego testu złożonego z 200 zadań (5 możliwości do wyboru, tylko jedna prawidłowa). Bywa, że pojedyncze zadania są unieważniane przez specjalny zespół rozpatrujący zastrzeżenia (tak było i w tym roku). Żeby zdać LEK lub LDEK, trzeba uzyskać co najmniej 56 proc. maksymalnej liczby punktów z testu. Pytania są z różnych dziedzin, co stanowi jeden z powodów do krytyki. Wiele osób mówi, że są za szczegółowe, a ich zakres tematyczny zbyt rozległy. – To najtrudniejsze egzaminy na ścieżce zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów, właśnie ze względu na ich szeroki zakres – przyznaje prof. Mariusz Klencki, dyrektor CEM. Jak dodaje, można się spierać, czy przyszły chirurg powinien odpowiadać na pytania z psychiatrii, ale idąc tym samym tokiem rozumowania, należałoby ograniczyć staż podyplomowy przyszłych chirurgów do dziedzin zabiegowych, a w następnym kroku także i odpowiednio sprofilować zajęcia na studiach. – W dobie coraz większej specjalizacji w zawodzie lekarza wydaje się racjonalne wymuszenie pewnego poziomu kompetencji ogólnych, tym bardziej, że pacjenci często wymykają się podziałom na poszczególne specjalności. LEK i LDEK odpowiada zakresowi tematycznemu stażu podyplomowego, nie są to więc egzaminy pokrywające cały zakres studiów – zastrzega dyrektor CEM. Jak dodaje, nie

FOTO: SHUTTERSTOCK.COM

Jak wypadli najmłodsi absolwenci (rocznik 2018)?

(dane: CEM)



wymagają one od zdających rozległej wiedzy specjalistycznej, bo ta oczekiwana jest dopiero w trakcie Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego. Zdaniem Marcina Sobotki, przewodniczącego Porozumienia Rezydentów OZZL, specyfika LEK i LDEK ma polegać na sprawdzeniu podstawowej wiedzy, z którą absolwent kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego rozpoczyna swoją naukę zawodu. – Nie mogą zbyt rygorystycznie weryfikować wiedzy, bo nie taka jest ich rola. Pełni ją PES, który każdy musi zdać, żeby stać się specjalistą w danej dziedzinie – podkreśla.

EGZAMIN Z GIEŁDY?

Złośliwi twierdzą, że LEK i LDEK to niepotrzebny powrót do tego, co zostało już zaliczone w czasie studiów. Nie zgadza się z tym prof. Irina Kowalska, dziekan Wydziału Lekarskiego UM w Białymstoku, podkreślając, że te egzaminy całościowo weryfikują i porządkują wiedzę.

NRL za jawnością

Batalia NRL o ujawnienie pytań z LEK i LDEK ma kilkuletnią, dość burzliwą historię, z zaangażowaniem wielu lekarskich i prawniczych głów w tle. Z końcem marca br. mijają dokładnie dwa lata, odkąd ówczesny prezes NRL Maciej Hamankiewicz złożył w imieniu Rady wniosek o zbadanie zgodności z konstytucją przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w zakresie, w jakim ograniczają dostęp do pytań z egzaminów LEK, LDEK i PES. NRL po raz drugi złożyła wówczas wniosek do Trybunału Konstytucyjnego, domagając się jawności pytań testowych. Pierwsza sprawa w TK zakończyła się wygraną NRL. Po tym, gdy Trybunał w wyroku z 7 czerwca 2016 r. uznał za niezgodne z konstytucją poprzednio obowiązujące ograniczenia dostępu do pytań z LEK, LDEK i PES, sądzono, że sprawa jest całkowicie rozwiązana, a dostęp do pytań z lat ubiegłych będzie nieograniczony. Jednak w październiku 2016 r. w ustawie wprowadzono nowe ograniczenia. Zgodnie z nimi, udostępnienie pytań w trybie dostępu do informacji publicznej stało się możliwe dopiero po upływie 5 lat od dnia przeprowadzenia egzaminu, a na wcześniejszy dostęp do pytań zezwolono osobom przystępującym do niego, w dodatku można się z nimi zapoznać tylko w siedzibie CEM. Nikogo nie trzeba przekonywać, że stanowi to nie lada utrudnienie dla wielu młodych lekarzy i lekarzy dentystów. W czerwcu 2018 r. TK zażądał od NIL dodatkowych informacji, zostały one niezwłocznie przekazane na polecenie nowo wybranego prezesa NRL Andrzeja Matyi. – Mam nadzieję, że Trybunał Konstytucyjny podtrzyma swoje wcześniejsze stanowisko co do dostępu do testów, wyrażone w wyroku z 7 czerwca 2016 r., i tym razem, już w sposób niepodważalny, orzeknie, że pytania testowe z egzaminów LEK, LDEK i PES, które się odbyły, mają być jawne – komentował wówczas prezes NRL. Po pierwszej wygranej nadzieje NRL na kolejny werdykt, utrzymany w tym samym duchu, są spore. Gdyby tak się stało, byłby to nokaut dla zwolenników utrzymania status quo. Kilka tygodni temu Trybunał co prawda odmówił nadania biegu wnioskowi NRL, ale na to orzeczenie złożono zażalenie, które obecnie jest rozpatrywane. Piłka nadal pozostaje w grze.

– Potrzebne jest kryterium przyjmowania na specjalizację. Każda jednostka chciałaby, aby był to najlepszy młody lekarz. Jak lepiej i obiektywniej to wykazać, jeśli nie poprzez wynik wystandaryzowanego egzaminu? – pyta. Jest faktem także i to, że wyniki LEK i LDEK tworzą ranking lepszych i gorszych uczelni, a wielu rektorów, dziekanów i wykładowców akademickich analizuje statystyki, próbując wyciągać wnioski na przyszłość. Obecnie pytania są totalną niewiadomą i, zdaniem zwolenników tego rozwiązania, dzięki elementowi zaskoczenia skutecznie weryfikują nabytą wiedzę. Jak mówi dyrektor CEM, bez zachowania tajności pytań przed egzaminem, stałby się on karykaturą, bo przestałby spełniać swoje podstawowe zadanie, jakim jest zbadanie wiedzy osób egzaminowanych. – Egzamin z giełdy pytań nie sprawdza wiedzy tylko opanowanie tej giełdy, a w przypadku medycyny to wielka różnica – mówi prof. Mariusz Klencki. Wydaje się, że z dyrektorem CEM nie zgadza się znaczna część młodych lekarzy. Niektórzy od pewnego czasu forsują pomysł, by LEK i LDEK oprzeć o pulę pytań publicznie dostępnych na długo przed egzaminem. – Jeśli będzie to pula, powiedzmy, 5000 pytań, które zawierają np. wszystkie algorytmy postępowania w danych przypadkach klinicznych i każdy lekarz nauczy się ich na pamięć, to taka forma w mojej ocenie spełniłaby swoje zadanie. Każda osoba zdająca jakikolwiek egzamin, ucząc się odpowiedzi na poszczególne pytania, będzie sprawdzała i doczytywała pewne kwestie w książkach, żeby nie uczyć się tylko odpowiedzi „A", „B", „C", „D", bo tak się nie da – mówi przewodniczący Porozumienia Rezydentów OZZL. W jego ocenie nauka z puli pytań nie oznacza bezrefleksyjnego wkuwania na pamięć samych odpowiedzi.

DYSKUSJA JAK BUMERANG

– Moim zdaniem powinna być udostępniona szeroka baza pytań opartych na najnowszych osiągnięciach naukowych, dostępnych dla studentów – uważa prof. Piotr Dzięgiel, prorektor ds. dydaktyki UM we Wrocławiu, dodając, że w oparciu o nią można by przygotowywać się do egzaminów. Być może podobne rozwiązanie zostanie zapisane w nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, nad którą od wielu miesięcy trwają prace przy aktywnym udziale środowiska lekarskiego, w tym również członków NRL (szerzej o tym na str. 23). Przy okazji egzaminów niczym bumerang powraca dyskusja o kształceniu przeddyplomowym. Zarzuty od lat są te same: za dużo teorii, za mało praktyki, nudna formuła wielogodzinnych wykładów, nieodpowiadająca pokoleniu wychowanemu na smartfonach. Uczelnie krytykuje się, że nie idą z duchem czasu, a kształcenie kolejnych roczników opierają głównie na wiedzy podręcznikowej, podczas gdy zajęcia teoretyczne powinny być mocno powiązane z klinicznymi. – Teorii zawsze musimy uczyć w aspekcie klinicznym, uświadamiając studentom, do czego w konkretnym działaniu jest im ta wiedza potrzebna – podkreśla prof. Piotr Dzięgiel. Nie można jednak nie dostrzegać zmian. To, jak ma wyglądać kształcenie w uczelniach medycznych, jest niezwykle ważnym tematem, ale w kolejnych miesiącach zapewne znacznie większe emocje ponownie rozpali dyskusja nad zmianą formuły egzaminów LEK i LDEK. Czy doczekają się ich młodzi adepci medycyny? ■

Jak jest w UE?

Czy w Unii Europejskiej istnieje jeden w miarę spójny system egzaminów podobnych do LEK i LDEK? Jak mówi dyrektor CEM, zdecydowanie nie. Niemniej w niektórych krajach UE istnieją odpowiedniki naszych egzaminów spełniające rolę egzaminu kwalifikacyjnego przed rozpoczęciem szkolenia specjalizacyjnego. – Najbardziej znane przykłady to: hiszpański Examen Medico Interno Residente (MIR), francuski Epreuves Classantes Nationales (ECN) i portugalski Exame da especialidade (EE). Nawiasem mówiąc, nigdy nie udało mi się uzyskać dostępu do pytań wykorzystywanych na tych egzaminach, gdyż są one tajne. Niestety w dyskusji na temat upubliczniania pytań z naszych egzaminów bardzo często powtarzana jest nieprawda, jakoby była to powszechna praktyka w Europie Zachodniej i USA. Co ciekawe, choć to absolutny fałsz, wiele osób uwierzyło – podkreśla prof. Mariusz Klencki.

gazetalekarska.pl

Wywiad z dyrektorem CEM prof. Mariuszem Klenckim

Idą zmiany?

O konieczności zmian w LEK i LDEK mówi się od dawna. Wiele wskazuje na to, że już w najbliższych miesiącach mogą zostać one uchwalone, choć nie jest to wcale takie pewne. W roku wyborczym czasami dzieją się cuda.

Pakiet zmian zaproponował ministerialny Zespół ds. opracowania propozycji nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, na którego czele stał dr Jarosław Biliński. Kilka tygodni temu NRL zgłosiła swoje uwagi do projektowanych zmian w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty w stanowisku podjętym na specjalnie zwołanym posiedzeniu. Projekt ustawy w tej wersji trafił do ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego. Nie wiadomo, w jakiej wersji dokument trafi ostatecznie do sejmu, ale z pewnością warto bliżej przyjrzeć się dotychczas wypracowanym propozycjom zmian. Tym bardziej, że w poprzednich miesiącach, gdy prace toczyły się w ramach zespołu, dr Jarosław Biliński szeroko konsultował je przede wszystkim z młodymi lekarzami, choć – co warto podkreślić – uwagi zgłaszali także lekarze i lekarze dentyści z wieloletnią praktyką.

1 Zgodnie z projektem ustawy przygotowanym przez wspomniany zespół, terminy LEK i LDEK dyrektor CEM ogłaszałby co najmniej na 6 miesięcy przed planowanymi egzaminami. Obecnie mogą do nich przystępować lekarze i lekarze dentyści, ale miałoby się to zmienić, bo – o ile proponowane zmiany weszłyby w życie – mogłaby to zrobić także osoba, która ukończyła 11 semestrów z 6-letnich jednolitych studiów na kierunku lekarskim lub 9 semestrów z 5-letnich jednolitych studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym. Fakt ten musiałby zostać potwierdzony w SMK poprzez załączenie karty okresowych osiągnięć studenta, wydawanej przez uczelnię albo w formie wydawanego przez nią zaświadczenia.

2 Zmiany mogłyby objąć opłatę egzaminacyjną. Teraz wynosi ona maksymalnie 10 proc. przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w przypadku złożenia zgłoszenia do LEK albo LDEK po raz drugi i kolejny oraz za każdy egzamin składany w języku obcym. Zarówno zespół, jak i NRL proponują, aby pierwsze trzy próby w języku polskim były bezpłatne, co z pewnością ucieszyłoby każdą młodą lekarską kieszeń.

3 Egzamin dalej miałby mieć formę testu składającego się z 200 pytań zawierających 5 odpowiedzi, z których tylko jedna jest prawidłowa, przy czym w projekcie ustawy przygotowanym przez zespół zapisano, by 100 z tych pytań opierało się na maksymalnie 10 przypadkach klinicznych, na podstawie których opracowywano by minimum 10 pytań. „LEK i LDEK polega na rozwiązaniu odpowiedniego testu składającego się z 200 pytań zawierających 5 odpowiedzi, z których tylko jedna jest prawidłowa. Pytania są wybierane z ogólnodostępnej bazy pytań tworzonej przez CEM. Za każdą prawidłową odpowiedź uzyskuje się 1 punkt. W przypadku braku odpowiedzi, zaznaczenia nieprawidłowej odpowiedzi albo zaznaczenia więcej niż jednej odpowiedzi, punkty nie są przyznawane" – czytamy z kolei w stanowisku przyjętym przez NRL.

4 Sporym ułatwieniem dla zdających byłoby zamieszczenie przez konsultanta krajowego z dziedziny medycyny, która wchodzi w skład dziedzin egzaminacyjnych, już na rok przed LEK i LDEK, wykazu źródeł bibliograficznych, z których przygotowywane są pytania na odpowiedni test. Zespół chce, by robić to za pomocą SMK. Samorząd lekarski zaproponował, aby ten wykaz składał się z maksymalnie dwóch źródeł bibliograficznych w języku polskim do konkretnych działów i dokładnych wytycznych konkretnych towarzystw naukowych, z których przygotowywane są pytania na odpowiedni test.

Zarówno zespół, jak i NRL proponują, aby pierwsze trzy próby w języku polskim były bezpłatne.

5 Zespół chce, aby pytania testowe wraz z poprawnymi odpowiedziami wykorzystanymi na potrzeby LEK albo LDEK podlegały udostępnieniu na zasadach określonych w ustawie o dostępie do informacji publicznej. Obecnie zdający LEK albo LDEK może wnieść w trakcie egzaminu albo bezpośrednio po jego zakończeniu, jeszcze przed opuszczeniem sali egzaminacyjnej, merytoryczne zastrzeżenie do pytania testowego. W projekcie ustawy przygotowanym przez zespół jest zapis o wprowadzeniu możliwości ich zgłaszania w ciągu 3 dni od opublikowania przez CEM pytań wraz z odpowiedziami. Zastrzeżenia byłyby rozpatrywane w terminie 6 dni (obecnie komisja ma na to 3 dni). ■

PROF. MARIUSZ KLENCKI

dyrektor CEM w Łodzi

Na zdawalność wpływa wiele czynników. Przede wszystkim od lat obserwujemy wyraźną prawidłowość: wyniki w sesji wrześniowej są lepsze niż te notowane w sesji lutowej. Zjawisko to dotyczy szczególnie wyraźnie LDEK, ale jest typowe także dla LEK. Wyraźne są różnice w liczbie osób przystępujących do egzaminów w obu sesjach (na korzyść wrześniowej). Inna jest struktura zdających: w lutym mamy większy udział lekarzy, którzy ukończyli studia ponad dwa lata przed egzaminem, a ta grupa zawsze notuje gorsze wyniki z różnych przyczyn. Także dlatego, że część z tych lekarzy ma już PWZ, często uzyskane wiele lat wcześniej, i przystępuje do LEK, gdyż jest to warunek wzięcia udziału w postępowaniu kwalifikacyjnym do specjalizacji. Pytania na każdą sesję LEK i LDEK przygotowywane są w ten sam sposób i z założenia powinny cechować się zbliżoną trudnością. Najwyraźniej na wyniki egzaminu wpływa nie tylko trudność pytań, ale też poziom wiedzy zdających. Na ostatnim LEK zdający najlepiej odpowiadali na pytania z zakresu medycyny ratunkowej. To chyba pierwszy taki przypadek, zwykle ten zakres pytań sprawia zdającym ponadprzeciętne kłopoty, a w obszarze medycyny ratunkowej, jak chyba w żadnej innej dziedzinie, wszyscy lekarze, niezależnie od uprawianej specjalności, powinni być kompetentni. Były duże trudności w odpowiadaniu na pytania z obszaru etyki i prawa medycznego oraz chorób wewnętrznych. W tym ostatnim przypadku jest to pewna prawidłowość. Pytania z chorób wewnętrznych mają charakter bardzo kliniczny, często dotyczą tzw. przypadków klinicznych. Są przez to bardzo praktyczne, ale też sprawiają więcej problemów niektórym lekarzom. W przypadku LDEK zaskakujące są stosunkowo dobre wyniki ogółu zdających, lepsze niż zwykle w sesji lutowej. Co cieszy, dotyczy to również absolwentów studiów w języku angielskim. Jeśli popatrzymy na zdawalność pojedynczego egzaminu, można odnieść wrażenie, że LEK i LDEK stanowią istotną barierę na drodze do uzyskania prawa wykonywania zawodu dla absolwentów naszych uczelni. W istocie tak jednak nie jest. Wynika to z faktu, że zwykle lekarze po skończeniu studiów mają aż trzy podejścia do egzaminu w trakcie stażu podyplomowego. Wystarczy, że próg zdania egzaminu przekroczą w jednym z nich. W większości przypadków odsetek absolwentów, którzy nie zdali LEK, podejmując co najmniej trzy próby, mieści się w granicach 2 proc., choć trzeba przyznać, że poszczególne uczelnie różnią się pod tym względem. Podobne dane dotyczą LDEK. ■

PROF. MARCIN GRUCHAŁA

rektor GUMed

Oceniając wyniki sesji wiosennej LEK i LDEK absolwentów Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, jesteśmy zadowoleni z poziomu przygotowania ich do zawodu. Absolwenci kierunku lekarskiego, którzy ukończyli studia ponad dwa lata temu, zajęli pierwsze miejsce, zaś na czwartym miejscu zostali sklasyfikowani zdający po raz pierwszy oraz ci, którzy ukończyli naukę w ostatnich dwóch latach. Dobrze spisali się także absolwenci kierunku lekarsko-dentystycznego. Zarówno zdający po raz pierwszy LDEK, jak również ci, którzy ukończyli studia w ostatnich dwóch latach, zajęli pierwsze miejsce w wiosennej sesji. LEK i LDEK są potrzebne. Z jednej strony motywują do tego, aby dobrze się przygotować i ugruntować wiedzę przed rozpoczęciem odpowiedzialnej pracy, z drugiej strony stymulują samą uczelnię do podnoszenia jakości kształcenia. Obecnie nie mamy lepszego narzędzia, które w sposób obiektywny i tak szeroki oceniałoby przygotowanie absolwentów do pracy w zawodzie. Jest to dużo lepsze rozwiązanie od funkcjonującego wcześniej, kiedy arbitralne decyzje jakiejś komisji decydowały, często w sposób nie do końca sprawiedliwy, o tym, kto się dostawał na daną specjalizację. Oczywiście, jak każde narzędzie, nie jest ono idealne. Egzaminy ustne są dobre, ale nie sprawdzają, w sposób tak szeroki i obiektywy, wiedzy jak egzaminy testowe. Optymalnym rozwiązaniem jest egzamin wielostopniowy, składający się z części testowej, ustnej i praktycznej. Niestety w przypadku LEK czy LDEK to może być technicznie niewykonalne. Uważam, że wszystkie pytania z LEK, LDEK i PES powinny być powszechnie dostępne. ■

PROF. IRINA KOWALSKA

dziekan Wydziału Lekarskiego UM w Białymstoku

W sesji wiosennej 2019 r., jeśli chodzi o absolwentów UMB, na 152 osoby zdało 127, co nie jest słabym wynikiem. Pytania z pewnością były adekwatne do tego egzaminu, bardzo ważnego, weryfikującego całą nabytą w ciągu 6 lat wiedzę młodych osób, które za chwilę będą brały na siebie ogromną odpowiedzialność jako lekarze. Nawet jeśli pytania wydają się być „zbyt trudne", to są jednakowe dla wszystkich lekarzy przystępujących do egzaminu. Znacząca większość absolwentów odpowiedziała na nie. Ci, którzy nie odpowiedzieli, mogą zdawać egzamin ponownie. Droga dla nich nie jest zamknięta. Zgodnie z zapisem ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, CEM zamieszcza na swej stronie internetowej treść pytań egzaminacyjnych po upływie 5 lat od dnia przeprowadzenia danego egzaminu. Może warto byłoby poszukać kompromisowego rozwiązania i udostępniać pytania po upływie 2-3 lat od egzaminu. Z jednej strony rozumiem absolwentów, którzy chcieliby mieć bieżący dostęp do aktualnej bazy pytań, jednak z drugiej strony egzamin ma zweryfikować wszechstronną wiedzę. Nie można dopuścić do tego, żeby zdanie LEK-u sprowadzało się do wyuczenia na pamięć całej bazy pytań. LEK ma za zadanie zweryfikować, kto musi powtórzyć wiadomości i podejść do egzaminu ponownie. Zdaję sobie sprawę, że ten egzamin ma swoich przeciwników, ale jak w inny, obiektywny sposób, sprawdzić wiedzę absolwenta? ■

PROF. PRZEMYSŁAW JAŁOWIECKI

rektor SUM w Katowicach

Interpretacja wyników LEK i LDEK jest zagadnieniem bardziej złożonym, aniżeli dane statystyczne co do jego zdawalności. Ocena efektu egzaminów wyłącznie przez pryzmat liczby osób, które uzyskały wynik pozytywny bądź negatywny, jest uproszczeniem. Potwierdzeniem powyższego jest już sam fakt, że CEM w Łodzi przedstawia wyniki LEK i LDEK w trzech odrębnych ujęciach: tych, którzy przystąpili do egzaminu, ale ukończyli studia w ostatnich dwóch latach; ukończyli studia ponad dwa lata temu; zdawali po raz pierwszy. CEM uznaje, że wyniki są nieporównywalne. Łączne wyniki LEK i LDEK są niereprezentatywne wobec osób, które ukończyły studia w ostatnim roku. Absolwenci ci często przystępują do LEK i LDEK bezpośrednio po ukończeniu studiów wyłącznie po to, aby poznać specyfikę egzaminu, pytań itd. Może o tym świadczyć fakt, że o ile w grupie lekarzy, którzy zdawali po raz pierwszy, nie zdała połowa, to w grupie tych, którzy ukończyli studia w ostatnich dwóch latach, poziom zdawalności wyniósł już 80 proc. Wydaje się, że upublicznienie pytań z egzaminów jest jak najbardziej celowe. Potwierdzeniem jest rozwiązanie wprowadzone w SUM. Udostępniono studentom aplikację elektroniczną, zawierającą pytania z LEK z okresu 2008-2013, pozyskane oficjalnie z CEM, oraz pytania przygotowane przez nauczycieli uczelni. Student w dowolnej chwili może je rozwiązać, co pozwala na oswojenie się z tematyką i specyfiką pytań przygotowanych na LEK i LDEK. Trudno natomiast ocenić, czy samo upublicznienie pytań miałoby wpływ na wyniki zdawalności. ■

20 lat temu skończyłem AM w Warszawie. Już za moich czasów narzekaliśmy na nadmiar wiedzy teoretycznej, ale nam pozwalano w większym stopniu na bezpośredni kontakt z pacjentami. Mam wrażenie, że teraz jest gorzej. Studenci zdają „wejściówki", „wyjściówki" i inne testy. Uczą się zaliczać je z wynikiem pozytywnym, ale nadal nie wiedzą, jak leczyć ludzi. Od razu znajdują tzw. klucz. Nie zawsze potrafią formułować myśli, zadawać pytania czy słuchać odpowiedzi. Empatia, kontekst społeczny czy sytuacyjny, komunikaty pozawerbalne, uczucia, emocje, zwykła ludzka konwersacja – dla wielu to kompletna abstrakcja. Tych umiejętności nie weryfikuje LEK czy LDEK. Zaletą testu jest możliwość w miarę obiektywnego sprawdzenia wiedzy. Zbadanie kompetencji miękkich za pomocą testu jest bardzo trudne i wymaga osobnej puli pytań. W systemie, gdzie wybiera się „A", „B", „C" lub „D", premiuje się tzw. kujonów. Oni byli zawsze, ale obecna technokracja zniechęca do nawiązywania kontaktów międzyludzkich coraz większą rzeszę młodych ludzi, nawet tych, którzy na co dzień aż tak bardzo nie kuleją w zakresie umiejętności społecznych. Upychanie na siłę testów „na inteligencję" do tych „na wiedzę" jest nieporozumieniem. Każdy egzamin powinien być ułożony tak, żeby osoba, która zna zagadnienie, była w stanie dany przedmiot zaliczyć. Najgorszą rzeczą jest próba wykorzystania pytań testowych do sprawdzania zdolności logicznego myślenia, ponieważ wówczas pytania przestają być sprawdzianem wiedzy, a stają się zagadkami, przez co wyniki testu są czasem loterią. Od wielu lat odpowiadam za test egzaminacyjny z histologii na WUM. Staram się unikać pytań podchwytliwych, wielopoziomowych, z więcej niż jednym zaprzeczeniem. Wpadek nie da się uniknąć, natomiast mam wielką satysfakcję, kiedy studenci, wychodząc z egzaminu, oceniają, że test był uczciwy. ■

DR GRZEGORZ GUT

wykładowca akademicki WUM

MIKOŁAJ SINICA

członek NRL

Jak podaje CEM, w większości przypadków odsetek absolwentów, którzy nie zdali LEK, podejmując przynajmniej trzy próby, wynosi ok. 2 proc., co wydaje się rozsądnym punktem odcięcia. Jednak rozmawiając o wynikach sesji wiosennej tych egzaminów, warto zwrócić uwagę, w jaki sposób wygląda kształcenie przed przystąpieniem do LEK czy LDEK. Nauczanie młodych lekarzy powinno polegać na inspirowaniu do samodzielnego zdobywania wiedzy, stawiania wzorów do naśladowania i nauczania praktycznego. Niestety, wciąż zbyt czasochłonnym elementem kształcenia są anachroniczne wykłady i seminaria w formie wykładów. Wybitni naukowcy czasami prowadzą zajęcia ze studentami, „bo muszą", a nie dlatego że „chcą", a poza tym nie mają czasu, aby dokształcać się w zakresie nowoczesnych form przekazywania wiedzy. Student w trakcie ćwiczeń często nie widzi pacjenta, a jeśli już, to bada go w asyście 5 kolegów, w schemacie jeden po drugim. Oczywiście w ostatnich latach pojawiły się zmiany na lepsze, np. powstały centra symulacji, ale ze względu na niedobory finansowe i kadrowe zachodzą one zbyt wolno. We Francji studenci już od IV roku przebywają rotacyjnie na różnych oddziałach szpitalnych, mają nawet swoich pacjentów, których prowadzą pod ścisłym nadzorem rezydenta lub specjalisty (badają, a nawet mogą proponować leczenie). W Wielkiej Brytanii przed rozpoczęciem dwuletniego odpowiednika polskiego stażu podyplomowego obowiązkowo przeprowadzany jest Situational Judgement Test. Opiera się on na sprawdzeniu priorytetyzacji oraz pytaniach wielokrotnego wyboru. Jego celem jest ocena kompetencji przyszłych lekarzy w zakresie szeroko rozumianego profesjonalizmu: komunikacji, radzenia sobie ze stresem, relacji z pacjentem, współpracy w zespole. LEK i LDEK tego nie weryfikuje, a może warto byłoby nieco więcej uwagi poświęcić nie tylko sprawdzaniu wiedzy podręcznikowej? Wymagałoby to zmiany myślenia o kształceniu przeddyplomowym i systemie ochrony zdrowia w Polsce. Egzamin typu SJT, choć budzi kontrowersje, stanowi dla przyszłego lekarza wskazówkę, że jego rolą jest przede wszystkim umiejętne wdrożenie się w system organizacyjny opieki zdrowotnej. ■

FOTO: ARCHIWUM, MARIUSZ TOMCZAK

W PIGUŁCE

Recepty: lekarz może być ukarany podwójnie

W lutym Sejm uchwalił ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, tym samym zmieniając zasady prowadzenia kontroli świadczeniodawców przez NFZ i nakładania kar na lekarzy za popełnione błędy.

W myśl jej zapisów, jeśli lekarz popełni jedną z nieprawidłowości przewidzianych w ustawie, np. nie odnotuje w dokumentacji medycznej informacji uzasadniających ordynację danego leku, m.in. rozpoznania, wówczas po pierwsze może być zobowiązany na podstawie obowiązujących już przepisów do zwrotu nienależytej kwoty refundacji, a po drugie – na podstawie nowych przepisów, gdy został poddany kontroli, która wykazała taką nieprawidłowość, może zostać ukarany karą administracyjną, sięgającą równowartości refundacji leków w okresie objętym kontrolą. – Kontrole NFZ nierzadko obejmują okres roku czy dwóch lat i jeśli kontroler znajdzie jedną receptę z jedną ordynacją, dla której nie będzie uzasadnienia w dokumentacji medycznej, to lekarz będzie zobowiązany do zwrotu refundacji tego leku, a dodatkowo będzie mógł zostać ukarany karą administracyjną sięgającą równowartości wszystkich leków refundowanych, również tych wystawionych prawidłowo, które zaordynował w okresie objętym kontrolą. Ustawa co prawda przewiduje konieczność miarkowania kar, ale potencjalnie taka maksymalna wysokość kary administracyjnej jest możliwa – wyjaśnia Wojciech Idaszak, radca prawny NIL.

W październiku 2018 r. przepisy te były negatywnie zaopiniowane przez samorząd lekarski na etapie prac rządowych. – Podjęliśmy starania, żeby odwrócić te negatywne zapisy i uświadomić, jakie skutki z nich wynikają, bo wydaje się, że nie wszyscy mieli tego świadomość – mówi Wojciech Idaszak. Do wszystkich senatorów lekarzy, Marszałka Senatu, a także do Ministra Zdrowia prezes NRL Andrzej Matyja skierował listy, w których wskazał negatywne skutki tej regulacji. – Na Komisji Zdrowia padła deklaracja senatora Konstantego Radziwiłła, że w okresie vacatio legis, czyli trzy miesiące od daty opublikowania ustawy w dzienniku ustaw, zostanie podjęta przez Senat inicjatywa ustawodawcza, by przepisy te uchylić – relacjonuje. Przystał na to minister Cieszyński. I z taką deklaracją projekt został przyjęty przez Senat. – Samorząd będzie baczne śledził tę sprawę, zabiegając o jak najszybszą zmianę niekorzystnych zapisów, zanim jakikolwiek lekarz zostanie ukarany – deklaruje prawnik. ■

gazetalekarska.pl

Wpis o niewykonywaniu zawodu

NFZ, przeprowadzając analizę udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych w 2017 i 2018 r., ustalił, że w odniesieniu do niektórych świadczeń wykazano do celów rozliczeniowych lekarzy i lekarzy dentystów, którzy w Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów posiadają status „lekarz niewykonujący zawodu (uprawniony do wykonywania zawodu w stosunku do swojej osoby, współmałżonka, wstępnych i zstępnych)".

CO OZNACZA TAKI WPIS?

Jest to informacja, że lekarz w danym momencie nie wykonuje zawodu, ale posiada prawo wykonywania zawodu, które w żaden sposób nie zostało zawieszone lub ograniczone przez organy samorządu lekarskiego, sąd powszechny lub prokuratora. – Lekarz, który złożył oświadczenia o zaprzestaniu lub zamiarze zaprzestania wykonywania zawodu na obszarze Polski i w stosunku do którego w CRL widnieje taki wpis, ma pełne i nieograniczone prawo wykonywania zawodu, w związku z tym może udzielać świadczeń zdrowotnych. Nie ma więc podstaw prawnych do przyjęcia, że lekarz, w odniesieniu do którego ww. wpis figuruje w CRL, utracił prawo udzielania świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawców realizujących umowę z NFZ – wyjaśnia Małgorzata Brzozowska-Kruczek, radca prawny NIL. Jeżeli NFZ posiada informacje, że lekarz ze statusem „niewykonujący zawodu" uczestniczy w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z budżetu państwa, proszony jest o przekazanie jej do właściwej OIL lub do NIL. ■

FOTO: Shutterstock.com

W PIGUŁCE

Składki: zwolnienie z opłat lub przedawnienie roszczeń

Zasady zwolnienia z obowiązku opłacania składki członkowskiej reguluje uchwała nr 27/14/VII NRL z 5 września 2014 r. Zgodnie z zapisami § 3 ust. 1 tej uchwały, zwolnienie z obowiązku opłacania składki powstaje w pierwszym dniu miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz:

- ukończył 75 lat;
- został skreślony z rejestru członków okręgowej lub wojskowej izby lekarskiej;
- złożył oświadczenie, że nie osiąga przychodów z tytułu wykonywania zawodu oraz ze źródeł przychodów wymienionych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych, z wyłączeniem renty lub emerytury, w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub ustaw regulujących zaopatrzenie emerytalne służb mundurowych. Zwolnienie to ma charakter czasowy i przysługuje tylko na okres nieosiągania przychodów z tytułu wykonywania zawodu oraz ze źródeł przychodów wymienionych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych, z wyłączeniem renty lub emerytury.

Czy można mówić o przedawnieniu należności z tytułu składek? – Z uwagi na brak przepisów dotyczących przedawnienia składek, zastosowanie znajdują przepisy ustawy z 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa, ponieważ pomiędzy lekarzem, członkiem samorządu zawodowego, a samorządem zachodzi stosunek administracyjnoprawny, a nie o charakterze równorzędnym. Izba lekarska występuje wobec lekarza w charakterze organu władzy publicznej. Zgodnie z zapisami art. 116 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, nieopłacone w terminie składki członkowskie i koszty postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Z tych względów do przedawnienia składek zastosowanie ma art. 70 § 1 ustawy – Ordynacja podatkowa, zgodnie z którym zobowiązanie podatkowe przedawnia się z upływem 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym upłynął termin płatności podatku – wyjaśnia Ilona Komorowska, radca prawny NIL. ■

Zasady przekazania karty uodpornienia

Bardzo często zdarza się, że przy zmianie lekarza POZ rodzice dzieci przychodzą do dotychczasowej placówki z zamiarem odebrania karty szczepień dziecka, by przekazać ją nowemu świadczeniodawcy. Czasem informują też ustnie, że zmienili świadczeniodawcę i proszą o przekazanie karty szczepień do nowo wybranego lekarza POZ. Czy to postępowanie zgodne z prawem? – Karty uodpornienia nie powinno się przekazywać za pośrednictwem rodzica dziecka. Zgodnie z § 11 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych, odbiór karty uodpornienia – w razie konieczności jej przekazania –

powinna pokwitować osoba przeprowadzająca obowiązkowe szczepienie ochronne. Dla pacjenta i rodzica przeznaczona jest jedynie dokumentacja zewnętrzna: zaświadczenia lekarskie, książeczka szczepień, ewentualnie Międzynarodowa Książeczka Szczepień, wydawana na wniosek pacjenta – informuje Beata Wierzchowska, radca prawny NIL.

Przekazanie dokumentacji powinno nastąpić na podstawie pisemnej informacji od nowo wybranego przez pacjenta świadczeniodawcy. ■

gazetalekarska.pl

ODMOWA WYKONANIA ŚWIADCZEŃ

Nie będę pana leczyć

Obowiązkiem lekarza jest udzielanie pomocy osobom chorym i wymagającym leczenia. Zdarzają się jednak przypadki i sytuacje szczególne, w których można odmówić wykonywania świadczeń lub też w ogóle nie przystąpić do leczenia pacjenta.

TEKST DR **PAWEŁ KOWALSKI**, PRODZIEKAN DS. ORGANIZACYJNYCH, WYDZIAŁ PRAWA SWPS UNIWERSYTET HUMANISTYCZNOSPOŁECZNY

Zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem, lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki (art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty).

Przepis ten nie ma żadnych klauzul wyłączających, co oznacza, że lekarz w każdej sytuacji, która może być uznana za zagrożenie, ma obowiązek udzielenia pomocy – także poza miejscem i czasem swojej pracy. Niepodjęcie działań w uzasadnionej sytuacji może wiązać się zarówno z odpowiedzialnością karną (z 162 kk), jak i cywilną.

Istnieją jednak sytuacje, które taką odpowiedzialność znoszą. W przypadku, gdy stan psychofizyczny lekarza nie gwarantuje prawidłowego udzielenia pomocy, może on powstrzymać się od działań. Przykładem może być wyczerpanie organizmu czy spożycie alkoholu (oczywiście w sytuacji, gdy lekarz jest poza miejscem pracy). Także w sytuacji nagłej, w której pomocy będzie potrzebować więcej niż jedna osoba – to od oceny lekarza zależne będzie, którą się zajmie. Także w sytuacji, w której udzielenie pomocy łączyć się będzie z narażeniem na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu lekarza, może on uchylić się od niesienia pomocy.

Jeżeli natomiast nie zachodzi sytuacja niecierpiąca zwłoki, lekarz w pewnych sytuacjach (art. 38 ustawy) może nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta. W takich przypadkach lekarz jest zobowiązany zamieścić uzasadnienie zaistniałego faktu w dokumentacji medycznej pacjenta oraz – jeśli realizuje umowę z NFZ, która dotyczy podstawowej opieki zdrowotnej – zgłosić taki przypadek

FOTO: SHUTTERSTOCK.COM

właściwemu oddziałowi Narodowego Funduszu Zdrowia. Jeżeli lekarz wykonuje swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, może nie podjąć lub odstąpić od leczenia, jeżeli istnieją poważne ku temu powody, po uzyskaniu zgody swojego przełożonego.

Sytuacje, w których lekarz ma prawo do odmowy lub zaprzestania leczenia ze szczególnie ważnych powodów są nieostre i wskazywać je można, bazując na dotychczasowej praktyce orzeczniczej. Można tu wyróżnić następujące, opisane poniżej przypadki.

NIE NA ŻYCZENIE

Niejednokrotnie zdarza się, że pacjenci przychodzący na wizytę mają nie tylko pełne przekonanie o charakterze swej dolegliwości, ale też określone żądania związane z ewentualnym procesem leczenia (najczęściej związane z próbą oceny własnego stanu w oparciu o informacje zawarte w internecie). Zdarza się, że te żądania mogą być niezgodne z zasadami wykonywania praktyki lekarskiej lub z prawem. Czasami też wymagany przez pacjenta zabieg medyczny w odczuciu lekarza powiązany jest ze zbyt dużym ryzykiem w stosunku do możliwych do odniesienia korzyści. W takiej sytuacji lekarz powinien podjąć próbę przekonania pacjenta o słuszności i specyfice proponowanej terapii, tak aby przekonać go do podjęcia zalecanych działań. Jednakże w przypadku braku powodzenia, odstąpienie lub zaprzestanie dalszego leczenia będzie uzasadnione. Jeżeli taka sytuacja ma miejsce w zakładzie leczniczym, pożądanym rozwiązaniem byłoby wysłanie pacjenta do innego lekarza, tak aby wzmocnić przekonanie o dobrej diagnozie postawionej w danym przypadku.

Inną przyczyną usprawiedliwiającą niepodjęcie lub odstąpienie od leczenia może być obraźliwe zachowanie czy wręcz agresja pacjenta wobec lekarza. W ostatnich latach wśród pacjentów można zaobserwować wzrost roszczeniowości w stosunku do osób sprawujących opiekę zdrowotną. Pacjent, który nie otrzyma pożądanego leczenia (np. na dolegliwość, o której istnieniu jest przekonany, a która faktycznie nie istnieje) lub też pacjent, który zostaje skierowany na oczekiwanie w kilkumiesięcznej kolejce, potrafi być nieprzyjemny czy wręcz agresywny wobec prowadzącego lekarza. Oczywiście w takiej sytuacji lekarz musi zachować rozsądek, natomiast wszelkie agresywne zachowania pacjenta odnotować w jego dokumentacji – tak aby mogło być to podstawą do ewentualnych późniejszych decyzji o odstąpieniu lub zabezpieczeniem na wypadek roszczenia. Także sytuacja, w której agresywne zachowanie nie będzie pochodziło od pacjenta, ale od osób sprawujących nad nim opiekę lub rodziny – może być w uzasadnionych przypadkach powodem do odstąpienia od leczenia.

BEZ WSPÓŁPRACY

Odmowa udzielania świadczeń obejmuje również przypadki, w których pacjent w sposób ciągły nie stosuje się do zaleceń lekarza, czym niweczy proces leczenia. Należy podkreślić, że nie jest to sytuacja, w której lekarze często zaprzestają współpracy z pacjentem. Jednak ze względów społecznych, szczególnie przy terapiach wysokokosztowych, działanie takie powinno być w sposób odpowiedzialny wprowadzane w życie.

Innym przypadkiem uzasadniającym odstąpienie od procesu leczenia może być uchylanie się od zapłaty ustalonego za leczenie honorarium. Oczywiście taka sytuacja wystąpi tylko podczas kontaktu pomiędzy lekarzem i pacjentem w odniesieniu do prywatnej praktyki.

“

Przyczyną usprawiedliwiającą niepodjęcie lub odstąpienie od leczenia może być obraźliwe zachowanie czy wręcz agresja pacjenta wobec lekarza.

W przypadku, gdy lekarz stwierdzi własny niedostatek wiedzy i umiejętności w kontynuowaniu leczenia, istnieje również możliwość odstąpienia od dalszej współpracy z pacjentem. Jeżeli jednak taka sytuacja miałaby miejsce w zakładzie opieki zdrowotnej (ZOZ), lekarz powinien wcześniej zwołać konsylium i przedstawić na nim swój problem oraz spróbować znaleźć rozwiązanie. Natomiast w przypadku prywatnej praktyki, takie odstąpienie, połączone ze wskazaniem innego specjalisty, będzie uzasadnione.

Osobnym tematem jest prawo do skorzystania z klauzuli sumienia. Lekarz, zgodnie z art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ma prawo powstrzymania się od wykonywania świadczeń medycznych niezgodnych z jego sumieniem. W piśmiennictwie odnosi się to do takich sytuacji jak aborcja oraz sprawy powiązane z wypisywaniem środków antykoncepcyjnych i wczesnoporonnych.

Wreszcie wzajemna utrata zaufania pomiędzy pacjentem a lekarzem będzie także uzasadniać odstąpienie od leczenia na gruncie art. 38 tejże ustawy. Powodów może być wiele – poczynając od oczekiwań pacjenta wobec faktycznych skutków terapii, a kończąc na niemożliwych do pokonania różnicach charakterologicznych czy kulturowych.

Możliwe także jest odstąpienie od dalszego leczenia, gdy wyczerpały się możliwości lecznicze mogące przynieść poprawę stanu zdrowia. Stosowana praktyka w lecznictwie szpitalnym pokazuje, że najczęściej decyduje o tym zespół lekarzy (np. anestezjolog, ordynator oddziału i lekarz prowadzący).

We wszystkich powyższych przypadkach, lekarz, który podejmuje decyzję o odstąpieniu od leczenia, ma obowiązek o tym dostatecznie wcześnie uprzedzić pacjenta oraz wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym. ■

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Nieudana terapia odmładzająca

Pacjentka zgłosiła się do lekarza specjalisty dermatologii i wenerologii w celu usunięcia na skórze dekoltu plam posłonecznych.

TEKST **PAULINA TOMASZEWSKA**, PRAWNIK NIL

Lekarz nie przeprowadził wywiadu oceniającego aktualny stan zdrowia, nie poinformował o możliwych powikłaniach będących następstwem zabiegu i od razu zaproponował zastosowanie terapii laserowej na całej twarzy i szyi pacjentki, co miało na celu nie tylko usunięcie plam, ale również „odmłodzenie" wyglądu skóry. Lekarz wykonał zabieg laserem, przy czym nie przeprowadził próby naświetlania na małym obszarze. Podczas zabiegu pacjentka zgłaszała ból i pieczenie skóry, ale lekarz kontynuował. W rezultacie pacjentka doznała poparzenia skóry twarzy, powiek, dekoltu, powstały szpecące blizny i przebarwienia. Leczenie obrażeń u innego lekarza, włącznie z wykonaniem korekty chirurgicznej powiek, zajęło ponad rok, było kosztowne, a w jego wyniku skóra nie wróciła do stanu sprzed zabiegu. Z wyjaśnień złożonych przez lekarza wynikało, że sprzęt użyty do zabiegu był nowy i prawdopodobnie podczas zabiegu mogło dojść do użycia niewłaściwych parametrów naświetlania teleekspozycji laserowej, co mogło spowodować termiczne uszkodzenie skóry.

Okręgowy sąd lekarski uznał lekarza za winnego popełnienia przewinienia zawodowego, polegającego na niedołożeniu należytej staranności w procesie diagnostyczno-leczniczym pacjentki, co stanowiło naruszenie art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej w zbiegu z art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty i orzekł karę upomnienia. Biegły wydający opinię w sprawie zwrócił uwagę, że obwiniony powinien w pierwszej kolejności uzyskać świadomą zgodę pacjentki na zabieg laserowy, który był inwazyjny i ingerował w głęboką warstwę skóry, a następnie wykonać naświetlanie próbne, tzw. testy na małym odcinku skóry w okolicach miejsca planowanego zabiegu. Obrońca obwinionego złożył odwołanie od orzeczenia, zarzucając błąd w ustaleniach faktycznych i wskazując, że nie istnieją żadne wytyczne wymagające wykonania przed zabiegiem laserowym testu na małym odcinku skóry pacjenta – nie wynika to z wymagań producenta urządzenia, a obwiniony postępował prawidłowo, zgodnie z zasadami sztuki. Naczelny Sąd Lekarski nie zgodził się z podniesionymi zarzutami i utrzymał orzeczenie OSL w mocy. W uzasadnieniu orzeczenia NSL zwrócił uwagę, że lekarz przy podejmowaniu wszelkich czynności powinien kierować się przede wszystkim aktualną wiedzą medyczną, swoim doświadczeniem zawodowym. Niedopuszczalne jest powoływanie się przez lekarza na brak wytycznych producenta urządzenia, z użyciem którego wykonywany był zabieg, i brak takich wytycznych w żadnym stopniu nie zwalnia lekarza od odpowiedzialności. ■

KOMENTARZ

GRZEGORZ WRONA

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

Wielokrotnie na łamach „GL" przytaczaliśmy treści art. 8 KEL i art. 4 u.z.l. To najczęściej przywoływane przepisy we wnioskach o ukaranie lekarzy. I tym razem zabrakło, w ocenie sądów lekarskich, wystarczającej staranności. Z oceną sądów nie pogodził się obwiniony lekarz, który za pośrednictwem obrońcy złożył kasację do Sądu Najwyższego. Należy spostrzec, że obrońca (adwokat) został przybrany dopiero na etapie postępowania przed NSL. Obwiniony lekarz nie skorzystał z prawa do uczestnictwa w rozprawie przed OSL. Trzeba podkreślić, że na rozprawie odwoławczej nie podniesiono żadnych nadzwyczajnych okoliczności, które przekonałyby NSL do uniewinnienia. Próba przerzucenia winy na producenta urządzenia nie zdejmowała z lekarza, w ocenie sądu, odpowiedzialności. SN oddalił kasację jako oczywiście bezzasadną, informując, że ze zgromadzonym materiałem dowodowym (także z opinią biegłego) należało polemizować na wcześniejszych etapach postępowania. Brak aktywności obwinionego obrócił się na jego niekorzyść. Warto zabiegać o staranność diagnostyczną i leczniczą, do której zobowiązuje nas wykonywany zawód, warto przemyśleć taktykę obrony i rozważyć potrzebę wsparcia się pomocą choćby obrońcy-lekarza, warto być aktywnym przed sądami lekarskimi. ■

SPONSOREM ARTYKUŁU JEST FIRMA
GEDEON RICHTER

Jak się pieczętować?

Wydawać by się mogło, że zakres danych, jakie można umieszczać na pieczątce lekarskiej, nie budzi już wątpliwości. Jednak w związku z pojawianiem się nowych świadczeń, czy rozszerzaniem działalności przez lekarzy na świadczenia, które nie są ściśle związane z badaniem stanu zdrowia, rozpoznawaniem chorób i zapobieganiem im, leczeniem i rehabilitacją chorych, pojawiają się wątpliwości i w tym zakresie.

TEKST **JAROSŁAW KLIMEK**, radca prawny OIL w Łodzi

Kwestii tej nie regulują przepisy rangi ustawowej. Wprost określa je uchwała nr 110/05/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 16 września 2005 r. w sprawie treści pieczątki lekarskiej.

Pomocne mogą być również przepisy:
– art. 62 Kodeksu Etyki Lekarskiej, który stanowi, że praktykę lekarską wolno wykonywać wyłącznie pod własnym nazwiskiem, a lekarzowi wolno używać tylko należnych mu tytułów zawodowych i naukowych;
– art. 20 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, z którego wynika, że lekarzowi przysługuje prawo używania tytułu i stopnia naukowego oraz tytułu specjalisty w brzmieniu określonym przez odrębne przepisy;
– art. 14 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, stanowiący, że podmiot wykonujący działalność leczniczą podaje do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych. Treść i forma tych informacji nie mogą mieć cech reklamy.

Uchwała NRL wskazuje zarówno dane, które muszą znaleźć się na pieczątce lekarskiej, jak i te, które mogą się tam pojawić. Te obligatoryjne to: imię i nazwisko lekarza, tytuł zawodowy (lekarz – lek., lekarz dentysta – lek. dent.), numer prawa wykonywania zawodu, posiadane specjalizacje. W tym zakresie Państwa inwencja daje o sobie znać, bo często specjalizacje wskazywane są w dość dowolny sposób, przez posłużenie się ich określeniem skróconym lub używanym w powszechnym obrocie, a mają być opisane w treści pieczątki lekarskiej zgodnie z brzmieniem określonym w dyplomie lub zaświadczeniu potwierdzającym ich uzyskanie.

Jeśli właściciel pieczątki ma taką wolę, może na niej umieścić tytuł i stopień naukowy, numer telefonu i adres. Te dwa ostatnie elementy są wg uchwały fakultatywnie umieszczane w treści pieczątki lekarskiej, jednak są wymagane przepisami ustawy prawo farmaceutyczne, jako obligatoryjna treść recepty lekarskiej, warto je wobec tego umieścić na pieczątce (szczególnie, że recepty pro auctore i pro familiae do końca 2025 r. pozostaną w postaci papierowej).

Uchwała NRL wymienia również wśród danych, które mogą znaleźć się na pieczątce lekarskiej, określenie umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych. Przepisem regulującym te kwestie było rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2007 r. w sprawie umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych (Dz.U. 2007r., nr 124, poz. 867). Utraciło ono jednak moc 23 kwietnia 2008r. w wyniku nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty dokonanej ustawą z dnia 12 marca 2008 r. (Dz.U. 2008r., nr 58, poz. 351). Jednak to rozporządzenie zawierało wykaz umiejętności, który stanowił załącznik nr 1 do tegoż dokumentu i jeśli lekarz posiada jedną z nich, może to podawać na swojej pieczątce.

Często wątpliwości w tym zakresie zgłaszają lekarze, który udzielają świadczeń z zakresu – jak sami wskazują – medycyny estetycznej. W myśl powszechnie obowiązujących przepisów nie ma takiej specjalizacji lekarskiej, nie było też takiej umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny. Również zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 17 maja 2017 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania nie wymienia się kodu identyfikującego charakteryzującego taką dziedzinę medycyny i nie można zarejestrować takiej praktyki lekarskiej. Pojawia się czasem pokusa umieszczenia na pieczątce dopisku „dyplomowany lekarz medycyny estetycznej", który również nie może znaleźć się na pieczątce lekarskiej, bo zdaje się mieć raczej charakter reklamy usług, a nie czysto informacyjny. ■

www.gedeonrichter.pl
GEDEON RICHTER
Zdrowie jest naszą misją

Kawa w Piramidzie Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej

Wywiad z prof. dr. hab. **Mirosławem Jaroszem**, dyrektorem Instytutu Żywności i Żywienia

❒ ***Panie profesorze, najpierw IŻŻ umieścił kawę w Piramidzie Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej, a teraz nazwał pan kawę wschodzącą gwiazdą profilaktyki chorób. Kawa to zatem niebagatelny czynnik naszej diety?***

Tak, zdecydowanie to potwierdzam. Wprowadziliśmy kawę do Piramidy Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej dla osób dorosłych w 2016 r. z duszą na ramieniu, mając świadomość, że to posunięcie może trochę przedwczesne, może jeszcze zbyt wizjonerskie. Niemniej wyniki badań z ostatnich lat utwierdziły nas w słuszności tamtego wyboru. Kawa wykazuje bardzo silny potencjał antyoksydacyjny – zawiera wiele różnych bioaktywnych związków, chroniących nasze komórki przed uszkodzeniami, czyli działających – po pierwsze – w kierunku prewencji miażdżycy, udaru, zawału serca, nowotworów złośliwych, a po drugie – zmniejszających ryzyko rozwoju cukrzycy typu 2. Mamy także liczne metaanalizy wykazujące wpływ kawy na zmniejszenie śmiertelności w wypadkach drogowych czy w wypadkach przy pracy. Jest to prawdopodobnie związane z lepszym przepływem krwi przez struktury mózgu, odpowiedzialne za postrzeganie, kojarzenie, czujność. Popatrzmy, jak duży potencjał wpływu na zdrowie człowieka ma właśnie kawa.

❒ ***Czy kawa może być jedną z dobroczynnych substancji w prewencji chorób cywilizacyjnych?***

Oczywiście, potwierdzają to liczne publikacje medyczne oraz z zakresu promocji zdrowia. Kawa ma znaczenie w prewencji raka jelita grubego oraz cukrzycy, może też skutecznie wspomagać ich leczenie. U chorych z rakiem jelita grubego, leczonych chemioterapią i spożywających co najmniej 4 filiżanki kawy dziennie, występuje ryzyko zgonu mniejsze o 52 proc. Co więcej, podobnie dzieje się w przypadku innych chorób mogących wystąpić u pacjenta z rakiem jelita grubego, jak udar czy zawał. Ogólna umieralność z tych przyczyn się zmniejsza. Możemy zatem powiedzieć, że kawa spełnia pewną rolę w chemoprewencji (czyli stosowaniu naturalnych lub syntetycznych substancji w celu ochrony przed nowotworami). Kawę porównałbym obrazowo do aspiryny – gdy się ją podaje, możemy się spodziewać mniejszego ryzyka zachorowania na niektóre choroby. Analogicznie, jeśli pije się kawę 2-4 razy dziennie, trochę dzieje się tak, jakby się przyjmowało po niewielkiej dawce tabletki. Kawa jest zatem czynnikiem żywieniowym, spełniającym funkcję środka chemoprewencyjnego.

❒ ***A jaki wpływ ma kawa na cukrzycę?***

Najnowsze badania pokazują dobitnie, że kawa zmniejsza ryzyko zachorowania na cukrzycę typu 2, niezależnie od współistniejących czynników takich jak otyłość czy brak aktywności fizycznej. Czyli osoby otyłe, nawet nieaktywne fizycznie, ale pijące regularnie kawę, mają mniejsze ryzyko cukrzycy typu 2 od osób otyłych i nieaktywnych fizycznie, lecz niepijących kawy albo pijących jej niewiele. Kawa poprawia bowiem metabolizm glukozy – czyli zmniejsza insulinooporność, zwiększa wrażliwość tkanek na insulinę.

Podsumowując, dwie tak ważne i powszechne choroby – rak jelita grubego i cukrzyca – są w polu pozytywnego oddziaływania kawy. Jeśli zatem ktoś całe życie regularnie pije kawę, wykazuje mniejsze ryzyko zachorowania. Ponadto kawa może opóźniać lub spowalniać rozwój choroby.

❒ ***Wiele lat królowała percepcja kawy jako używki. Dziś wiemy, że ma potencjał dobroczynny dla zdrowia człowieka. Postęp w nauce dokonał tego uwiarygodnienia?***
To zagadnienie bardziej uniwersalne. Kiedyś o kawie mówiono źle – podejrzewano nawet, że może powodować raka trzustki, przyczyniać się do rozwoju choroby wrzodowej czy refluksowej. Niemniej jednak, kilkanaście lat temu pojawiły się lepsze badania, większe metaanalizy, liczniejsze publikacje medyczne. To naturalna droga rozwoju nauki – z czasem doskonalona jest metodologia, ustalane są konsensusy przez grupy ekspertów. Czas pozwala na optymalizację jakości badań, by uniknąć zbyt szybkich deklaracji o wpływie tych lub innych substancji na zdrowie człowieka. Taką drogę rozwoju przeszła, a może jeszcze przechodzi właśnie kawa – dziś wiemy, że ma korzystne działanie dla zdrowia. Co więcej, kawa ma wiele innych zalet, jest powszechnie dostępna, smaczna, łatwo ją spożywać, ponadto wrosła w naszą kulturę społeczną i kulturę pracy.

❒ ***Kawę, jak wszystko, można także przedawkować.***
To oczywiście kwestia osobnicza, zawsze trzeba zachować umiar, rozpoznawać swoje indywidualne reakcje fizjologiczne i ograniczenia, a w przypadku chorób – zasięgnąć porady lekarza. Jeśli ktoś pije 10 filiżanek espresso dziennie, może u niego wystąpić nadpobudliwość, mocniejsze bicie serca. We wszystkim zalecana jest rozwaga. Jednak 3-5 filiżanek espresso to przeciętnie dobra dzienna dawka. Kawa może być indywidualnie gorzej tolerowana przez organizm, mogą wystąpić objawy nietolerancji, jak w przypadku glutenu na przykład – wówczas trzeba ograniczyć jej picie lub z niej zrezygnować. Powszechnie dostępna jest także kawa bezkofeinowa, odpowiednia dla tych z nas, którzy z powodów fizjologicznych powinni ograniczyć ilość wypijanej kawy z zawartością kofeiny.

❒ ***Panie profesorze, czy lekarze powinni zwrócić większą uwagę na rolę kawy w diecie pacjentów?***
Wszyscy lekarze powinni się trzymać jednej głównej zasady: jeśli mają w gabinecie pacjenta i nie mają czasu na dłuższą rozmowę o jego diecie, to powinni zalecać prostą Piramidę Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej z towarzyszącymi jej zasadami. Dla osób dorosłych w Piramidzie jest również kawa. My, lekarze, często musząc ograniczyć pacjentowi spożycie tłuszczu, soli, cukru z powodów medycznych, powinniśmy zwrócić mu uwagę, że ze smacznych i lubianych elementów diety na pewno pozostaje mu kawa – może ilość kawy zwiększyć czy zacząć ją pić! Kawa jest także w Piramidzie Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej dla Seniorów, którzy mogą pić kawę, oczywiście biorąc pod uwagę tzw. tolerancję indywidualną czy wskazania medyczne. Zachęcam wszystkich do nauki Piramid, od juniora do seniora – bo one są naukowymi wskazówkami, jak właściwie się odżywiać. Wchodźmy na stronę internetową działającego w Instytucie Narodowego Centrum Edukacji Żywieniowej, gdzie znajdują się wszelkie informacje zalecenia, porady i przepisy – także na temat kawy. ■

REKLAMA

ANDRZEJ CISŁO

wiceprezes NRL

DENTAL ESPRESSO

Zanim powieje nudą

Jak pisał Mistrz Młynarski, chciałoby się trochę żyć w nieciekawych czasach. Cóż zrobić, kiedy się nie da?

Termin oddania tekstu do druku to zasadniczo rzecz święta. W oczekiwaniu na rozstrzygnięcia postulatów, jakie w różnych sprawach zgłosiliśmy, wypadałoby mi dziś zająć Czytelników jakimś przeglądem wydarzeń. Tyle, że od tego jest Twitter (@stomatolodzyN).

W polskiej opiece zdrowotnej nie ma czegoś takiego jak sezon ogórkowy i akurat dziś całą poukładaną w komputerze kolekcję spraw niejasnych i niepoukładanych niezawodne pod tym względem władze publiczne uzupełniły o zapowiedź projektu ustawy o dokumentacji medycznej. Od miesięcy piszemy i udowadniamy, że od strony legislacyjnej reforma, której zasadnicza część (masowe podłączenie się wszystkich do P1) ma zakończyć się za 9 miesięcy, jest niedopracowana, a obowiązki nieprecyzyjnie określone. Nieco przewrotnie powiem, że „staraniem władz" uwagi te pozostały aktualne. Tego, co nazywa się dokumentacją medyczną, jest za dużo – przepisy podnoszące jakiś dokument do rangi dokumentacji medycznej rozsiane są po licznych rozporządzeniach i zarządzeniach NFZ. Jeśli w zamyśle nowego rozwiązania byłaby redukcja ilości dokumentacji, to może ten nieoczekiwany manewr by się opłacił. Z zapowiedzi jednak taka intencja nie wynika. Możemy i na pewno zgłosimy do projektu uwagi, ale jakiś nowy ład w dokumentacji medycznej wymagałby zmiany zapisanych w ustawach terminów.

Tak jak każdy szanujący się celebryta ma swoich paparazzi, tak porządna korporacja musi widać mieć swoich kontestatorów. Lekarze mają antyszczepionkowców, nam, po dawno zapomnianym okresie batalii o fluor w wodzie pitnej, nagle objawiła się podobna opozycja w postaci ruchu sugerującego związek leczenia endodontycznego z zachorowalnością na choroby nowotworowe. Kaliber przeciwnika zapewne już nie ten, nie ma co zakładać ożywionej dyskusji w temacie, ale – jak widać – zabobony stały się towarem, marką, którą można wypromować. I jak dowodzi przykład pana Zięby – nieźle z tego żyć. Odnotowuję to z kronikarskiego obowiązku, choć wolę skupiać się na rzeczach pozytywnych, np. Kongresie Wyzwań Zdrowotnych (HCC) w Katowicach, w którym uczestniczyłem w związku z panelami poświęconymi EDM. Niby kongresów i konferencji ci u nas dostatek, ale peregrynując po różnych salach i panelach dało się zauważyć autentyczne zaangażowanie w prezentowaniu tez dotyczących czy to samej wiedzy medycznej, czy też kwestii organizacji opieki nad pacjentami. Stomatolodzy uczestniczący w tym wydarzeniu wyszli z niego z roboczym postanowieniem, że w następnej edycji HCC nie może zabraknąć sesji poświęconej stomatologii. Na pewno obmyślimy taką konwencję, która przyciągnie entuzjastów interdyscyplinarnego podejścia do medycyny, a i decydenci będą mile widziani. Gdyby jeszcze decydenci, obecni na sesjach tego czy innego kongresu, trzymali zawsze reżim rzetelnej dyskusji i zawsze wcielali w czyn to, co na kongresach deklarują... ech, żyłoby się łatwiej. Optymiści powiedzą oczywiście, że gdyby ruchy władz wszelakich dawały się przewidzieć, byłoby nudnie i przewidywalnie. Może, ale z drugiej strony dochodzimy do sytuacji, że choć to Czytelnicy powinni być ciekawi, o czym napiszę w następnym felietonie, to ja sam, trochę z niezdrowej ciekawości, ale chyba bardziej z niepokoju, próbuję zgadnąć, co też przyjdzie mi skomentować za miesiąc. ■

> **Tak jak każdy szanujący się celebryta ma swoich paparazzi, tak porządna korporacja musi widać mieć swoich kontestatorów.**

STOMATOLOGIA

Szkodliwa endodoncja? Jest reakcja

Światowa Federacja Dentystyczna (FDI World Dental Federation) opublikowała niedawno „White Paper on Endodontic Care", która stanowi ważne źródło informacji dla lekarzy dentystów, krajowych stowarzyszeń dentystycznych i podmiotów zajmujących się zdrowiem jamy ustnej. To reakcja na próby deprecjonowania tej dziedziny stomatologii.

– Dokument jest ważną pozycją systematyzującą wiedzę z zakresu współczesnej enododoncji, również w obszarach budzących kontrowersje. Stanowi zatem rodzaj rzetelnego kompendium, przeznaczonego nie tylko dla lekarzy endodontów, ale również całego środowiska medycznego – mówi prof. Agnieszka Mielczarek z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, konsultant krajowy ds. stomatologii zachowawczej z endodoncją. – Opracowanie uwzględnia podstawowe informacje dotyczące aktualnej definicji, znaczenia i zakresu procedur endodontycznych. Zawiera istotne informacje na temat etiologii, diagnostyki i epidemiologii chorób miazgi i tkanek okołowierzchołkowych – dodaje.

Ostatnio powróciła dyskusja na temat roli flory bakteryjnej, przetrwałej w systemie kanałowym zębów poddanych leczeniu endodontycznemu, w inicjowaniu chorób układu sercowo-naczyniowego, układu nerwowego, pokarmowego czy zapalenia stawów. Taką dyskusję toczono już kiedyś – w latach 50. XX w. – Badania epidemiologiczne jasno wskazują, że prawidłowo wykonane leczenie endodontyczne i szczelna rekonstrukcja tkanek w obrębie korony mogą zapewnić długoletnie funkcjonowanie zęba w jamie ustnej. Żadne rzetelne badania kliniczne nie potwierdzają remisji chorób ogólnoustrojowych po ekstrakcji prawidłowo leczonych kanałowo zębów – komentuje prof. Mielczarek. ■

Wypełnienia mogą być trwalsze

Zespół naukowców z OHSU School of Dentistry w Portland opracował wypełnienia, które są dwa razy bardziej odporne na pękanie niż te stosowane obecnie.

Carmem Pfeifer pracuje nad opracowaniem materiału wypełniającego, który jest dwa razy bardziej odporny na pękanie niż standardowe wypełnienia.

Nowy materiał do wypełnień zawiera komponent (tiouretan), dzięki któremu są one bardziej odporne na siły powstające podczas żucia. Zespół opracował również nowy system wiążący, mocniejszy o 30 proc. niż dotychczas używany. – Stosowane obecnie uzupełnienia zazwyczaj mają trwałość 7-10 lat – mówi autorka badań prof. Carmem Pfeifer z Wydziału Biomateriałów i Biomechaniki w OHSU School of Dentistry. – Pękają pod wpływem sił żucia lub między wypełnieniem a zębem powstaje szczelina, co umożliwia bakteriom przedostanie się pod wypełnienie i rozszczelnienie go. Trwalsze materiały to nie tylko niższe koszty leczenia, ale także zapobieganie powstaniu poważniejszych problemów zdrowotnych i konieczności prowadzenia złożonego leczenia – dodaje.

Materiał wiążący opisany w badaniu wykorzystuje specyficzny rodzaj polimeru, znany jako metaakkrylamid, bardziej odporny na uszkodzenia spowodowane przez wodę, bakterie i enzymy znajdujące się w jamie ustnej. ■

20 marca: ŚDZJU

Tematy przewodnie tegorocznych krajowych obchodów to: wpływ nadmiernego spożycia cukru na jamę ustną i zdrowie ogólne oraz profilaktyka nowotworów jamy ustnej.

Projektem kumulującym najważniejsze inicjatywy ma być kampania „Polska mówi #aaa". Jak zapowiada prof. Marzena Dominiak, prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, podsumowania tych działań będzie można dokonać pod koniec kwietnia. ■

Foto: Shutterstock.com, news.ohsu.edu Źródło: pts.net.pl, news.ohsu.edu

LIST OTWARTY DO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW

Manifestacja oralna nowotworu w fazie przedklinicznej

Czy nowotwór rozwijający się w innej okolicy ciała niż jama ustna [np. w klatce piersiowej lub jamie brzusznej] może mieć wpływ na stan dziąseł i błony śluzowej jamy ustnej?

TEKST **MIRELLA KOWALCZYK**, lekarz dentysta

To pytanie zadałam wielu specjalistom z dziedziny periodontologii, stomatologii zachowawczej, chirurgii i protetyki stomatologicznej. Zdania były podzielone. Niekiedy skrajnie. Niektóre moje listy pozostały bez odpowiedzi. A z literatury niewiele się dowiemy. Choćby dlatego, że trudno byłoby przeprowadzić badanie prospektywne na grupie pacjentów potencjalnie onkologicznych ze względów oczywistych.

Do rozważań na ten temat skłoniły mnie obserwacje własne 14 pacjentów, których miałam pod stałą kontrolą przez szereg lat, i u których w pewnym momencie zaobserwowałam niepokojące załamanie się odporności miejscowej, co manifestowało się m.in.:

1) nasilonym krwawieniem z dziąseł uniemożliwiającym założenie wypełnienia lub osadzenie stałej pracy protetycznej;
2) nasilonym krwawieniem i bólem w trakcie rutynowej higienizacji (skaling, czyszczenie kieszonek);
3) przedłużonym lub nieprawidłowym gojeniem po zabiegach związanych z naruszeniem ciągłości tkanek (ekstrakcja, nacięcie ropnia);
4) nawrotem okołowierzchołkowych stanów zapalnych w zębach leczonych endodontycznie wiele lat wcześniej i niewykazujących do tej pory żadnych niepokojących objawów;
5) zwiększoną liczbą przypadków endo-perio, które nie poddawały się rutynowemu leczeniu i często doprowadzały do ekstrakcji;
6) stomatopatiami protetycznymi w postaci silnego zaczerwienienia błony śluzowej kontaktującej się z protezą, która do tej pory nie stwarzała żadnych problemów;
7) skargami na dotychczas użytkowane protezy ruchome (odczuwanie ugniatania, obcierania, utrata adhezji);
8) aftowym zapaleniem błony śluzowej jamy ustnej i języka;
9) zapaleniem języka;
10) powiększeniem i bolesnością grudek chłonnych na języku.

> **Z badania podmiotowego wynikało, że pacjenci nie uskarżają się na nic i czują się zdrowi.**

Z badania podmiotowego wynikało, że pacjenci nie uskarżają się na nic i czują się zdrowi. Zalecone podstawowe badania laboratoryjne krwi nie wykazywały odchyleń od normy. Na poszerzoną diagnostykę pacjenci na ogół nie wyrażali zgody. Jak się okazało, wielu z nich niedługo potem miało zdiagnozowany nowotwór. Mówili o tym sami pacjenci, którzy po długim czasie nieobecności w gabinecie zgłaszali się z patologicznymi objawami zarówno ze strony tkanek miękkich, jak i twardych, tłumacząc, że przyczyną zaniedbań było leczenie onkologiczne. O kilku przypadkach dowiedziałam się od członków rodziny, gdyż sami pacjenci nie zdążyli do mnie wrócić.

Po przeanalizowaniu prowadzonej przeze mnie dokumentacji z ostatnich kilku lat, u 14 pacjentów z nasilonymi objawami zapalenia przyzębia brzeżnego lub wierzchołkowego okazało się, że równolegle rozwijały się u nich następujące typy nowotworów, które

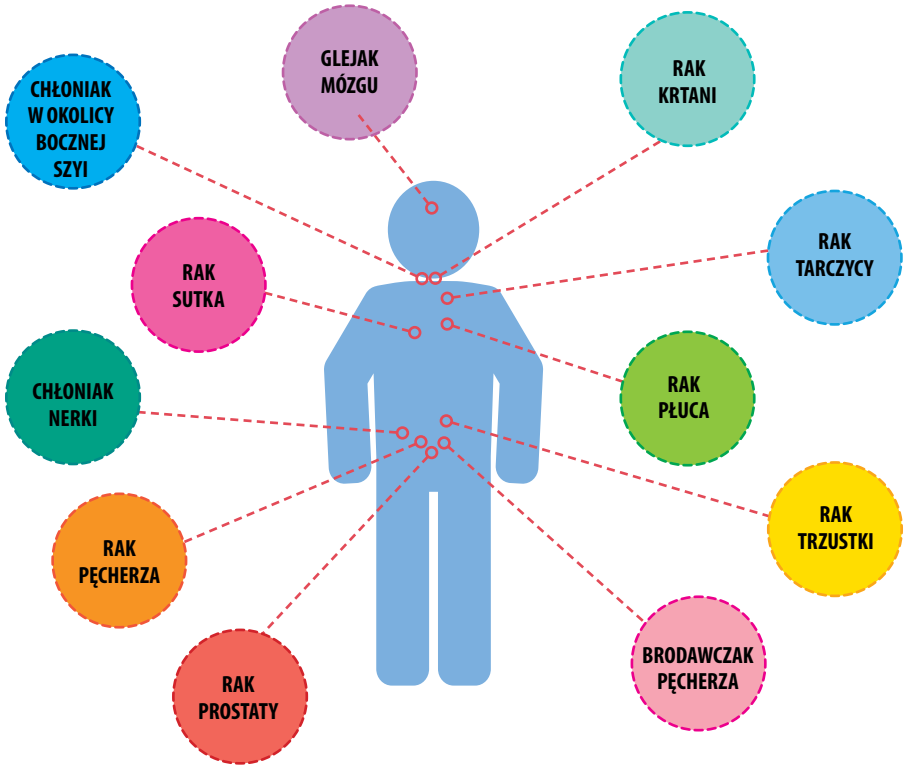
zdiagnozowano nieco później: glejak mózgu (1 przypadek), rak sutka (4 przypadki), rak płuca (2 przypadki), rak trzustki (1 przypadek), rak pęcherza (1 przypadek), brodawczak pęcherza (1 przypadek), rak prostaty (1 przypadek), chłoniak nerki (1 przypadek), chłoniak w okolicy bocznej szyi (1 przypadek), rak tarczycy (1 przypadek), rak krtani (1 przypadek).

Każdy z tych przypadków to odrębna ludzka tragedia. Nie jest to grupa, na podstawie której można cokolwiek wyrokować, ale może warto się nad tym tematem pochylić.

Generalnie wszyscy się zgadzają, że pacjent onkologiczny, to „inny" pacjent. Ale kiedy staje się „inny"? Czy dopiero po diagnozie? Wiemy, że nowotwory rozwijają się w sposób utajony w ciągu wielu miesięcy, a nawet lat. Jak można tę „inność" wychwycić na wczesnym etapie?

Oczekuje się od nas, stomatologów, że będziemy lekarzami pierwszego kontaktu, gdyż wiele chorób ogólnych manifestuje się bardzo wcześnie w jamie ustnej pod postacią zapaleń w obrębie dziąseł lub różnorakich zmian na błonie śluzowej. Sztandarowymi chorobami są białaczka i cukrzyca. Objawy liszaja, tocznia, zespołu Sjögrena i innych chorób z autoagresji również nie są nam obce. Od niedawna mówi się również o chorobach układu krążenia i ich wpływie na stan dziąseł. Wspomina się, że interakcje chorób ogólnych i chorób przyzębia przebiegają w obie strony. Wiemy, że bardzo duża grupa leków stosowanych ogólnie prowadzi do kserostomii ze wszystkimi jej następstwami. Dostępna jest bogata bibliografia dotycząca powikłań po leczeniu nowotworów z zastosowaniem chemio- i radioterapii. Natomiast trudno się doszukać w literaturze, czy jesteśmy w stanie dostrzec w trakcie leczenia stomatologicznego wczesne symptomy nowotworu, który rozwija się skrycie w jakimś odległym zakątku organizmu, nie dając jeszcze objawów ogólnych.

U 14 pacjentów z nasilonymi objawami zapalenia przyzębia brzeżnego lub wierzchołkowego równolegle rozwijały się typy nowotworów:



Mirella Kowalczyk, obserwacja własna

Jeśli jednak weźmiemy pod uwagę, że:
- w chorobie nowotworowej już na wczesnym etapie dochodzi do przestrojenia immunologicznego organizmu,
- komórki nowotworowe indukują uwalnianie do surowicy wielu czynników i mediatorów stanu zapalnego,
- można te cząstki znaleźć w płynie kieszonki dziąsłowej, która jest w stanie zapalnym,

to wydaje się oczywiste, że trudno leczące się objawy zapalenia przyzębia u pacjenta, który do tej pory ich nie miał, powinno być dla nas alarmujące.

Zachęcam wszystkich kolegów i koleżanki, praktykujących różne dziedziny stomatologii, do czujności i dyskusji na ten temat. Zachęcam do opisywania własnych obserwacji i tzw. przeczuć starego lekarza. Może w ten sposób powstanie baza danych, którą trudno byłoby utworzyć, używając klasycznych narzędzi badawczych. Generalnie chodzi o to, czy jesteśmy w stanie wykryć nowotwór w ultra-wczesnej fazie, jeszcze przed wystąpieniem objawów klinicznych. ■

„O kilku przypadkach dowiedziałam się od członków rodziny, gdyż sami pacjenci nie zdążyli do mnie wrócić.

MAŁGORZATA WIŚNIEWSKA

dziennikarz medyczny

KOMUNIKACJA W MEDYCYNIE

Pacjent potrzebuje uwagi

Niemal każdego dnia, robiąc reportaże, spotykam pacjentów, którzy mimo ciężkiej lub przewlekłej choroby, realizują się rodzinnie, zawodowo, podróżują, spełniają marzenia.

Jak sobie radzą? Znają poszczególne etapy choroby, mają plan zdrowienia i są w dobrym kontakcie ze swoim lekarzem, a to jest już wielki sukces.

Z Magdą spotkałam się kilka dni temu, podczas zdjęć do materiału o mastektomii, której miała być poddana następnego dnia. Szpilki, makijaż, staranna fryzura. Pełna energii czterdziestoletnia kobieta, która z błyskiem w oku opowiada o swoich dzieciach, o tym, jak szykuje się do maratonu i tańczy Latino. Jutrzejsza operacja to ostatni etap w jej planie leczenia.

Kilka lat temu zachorowała na raka piersi. Guz był wykryty we wczesnym stadium, prognozy leczenia były dobre, ale Magdzie runął świat. Zaledwie kilkanaście miesięcy wcześniej zachorowała jej mama. Leczenie było trudne i z powikłaniami. Mamie drżały ręce, a podczas jednego z podań chemii doznała lekkiego udaru. Lekarka, która prowadziła mamę, była znieciepliwiona pytaniami, a na próbę wyjaśnienia problemu powikłań Magda usłyszała: „co się pani dziwi, przecież my wlewamy do żyły truciznę". Teraz Magdę czekała chemia. Miała troje małych dzieci. Bała się, że nie przeżyje terapii, popadła w apatię.

Ktoś polecił jej onkologa, doktor L. Poszła na wizytę, podczas której rozpłakała się i opowiedziała o swoim przerażeniu, że nie wie, co robić dalej, że chce zrezygnować z chemioterapii. – Lekarka wysłuchała mnie, zobaczyła wyniki badań i powiedziała: „Pani Madziu, mam wiele pacjentek w podobnej sytuacji, jak pani, będzie dobrze. Tym, co będzie później, będziemy martwić się później. Teraz określimy plan działania". Uprzedziła, jakie będą kolejne etapy i jakie mogą być ewentualne trudności. I przytuliła mnie... – wspomina. Magda wróciła do domu i pierwszy raz od diagnozy poczuła, że da radę.

Doktor L. wiedziała, że u Magdy najtrudniejszy jest lęk przed chemią. Dlatego za każdym razem, kiedy jej pacjentka szła, by ją przyjąć, prosiła, żeby wysłała smsa, czy wszystko poszło dobrze. – Czułam jej obecność, zainteresowanie, wsparcie. Wiedziałam, że w razie niepewności o wszystko mogę zapytać – opowiadała mi Magda, pokazując zdjęcia z okresu chemioterapii i radioterapii. Opuchnięta, bez włosów, niepodobna do siebie. – Musiało to być dla ciebie trudne? – zapytałam kobietę, dla której wygląd ma duże znaczenie. W ogóle tego nie pamięta. – Przez całe leczenie przeszłam zadaniowo – odpowiedziała.

Wiola, jej przyjaciółka, również kilka lat temu przeszła leczenie z powodu raka piersi. Miała szczęście do dobrych lekarzy. Raz tylko trafiła do specjalisty, który nie wzbudził jej zaufania. Chciała usunąć drugą, zdrową pierś. Wiolę zdziwiło, że podczas wizyty chirurg nie spytał jej, dlaczego chce to zrobić. Wyczuła, że nie ma to dla niego znaczenia.

Spytałam kiedyś Martę Szklarczuk, szefową Fundacji Rak'n'Roll, czy dobry lekarz, to ten, który umie rozmawiać i interesuje się pacjentem. – Tacy lekarze się zdarzają, ale to rzadkość. Skuteczność leczenia nie zawsze idzie w parze z wrażliwością na pacjenta. Znam wielu specjalistów, którzy tragicznie się komunikują, ale stosują odważne metody leczenia i mają świetne wyniki – powiedziała.

Nawet niespecjalnie komunikatywny lekarz jednym słowem lub gestem może okazać, że pacjent jest dla niego ważny i dodać mu siły w procesie zdrowienia. ■

> **Tym, co będzie później, będziemy martwić się później.**

FOTO Andrzej Szmajder

KOMUNIKACJA W MEDYCYNIE

Nieufność

Niektórzy pacjenci szukają pomocy po omacku i czasem trafiają do szarlatanów. Inni chcą współpracować z lekarzami i aktywnie włączyć się w walkę z chorobą, zgodnie z zasadami evidence based medicine.

TEKST **MARIUSZ TOMCZAK**, DZIENNIKARZ

Czy współcześni lekarze powinni rozmawiać z pacjentami inaczej niż robiono to 50 czy 100 lat temu? Wydaje się, że tak. Coraz częściej mówi się o konieczności zmiany komunikacji w ochronie zdrowia, przybywa badań, obserwacji i wniosków.

Z pozoru to temat kontrowersyjny, bo – nieco upraszczając – jak człowiek bez wykształcenia medycznego, który przychodzi do gabinetu lekarskiego, nie znając nawet podstaw anatomii człowieka, miałby być partnerem dla lekarza, w dodatku dla tego z wieloletnią praktyką?

ZROZUMIEĆ PRZYCZYNĘ

Szukając źródeł rozwoju relacji między lekarzem i pacjentem, trzeba by wskazać na inny niż kiedyś charakter schorzeń dominujących w społeczeństwie (z chorób ostrych na przewlekłe). Zdaniem dr Agaty Stalmach-Przygody z CM UJ, skutkuje to zmianą miejsca leczenia, bo obecnie większość świadczeń medycznych udziela się ambulatoryjnie, a zasadnicza część terapii odbywa się w domu. Oznacza to większy wpływ pacjenta na jej ostateczny rezultat. – Dziś mamy inne podejście do leczenia niż w XIX w. Pacjent nie ma leżeć w łóżku, czekając, aż choroba z niego „wyjdzie", tylko, o ile to możliwe, powinien starać się normalnie żyć pod okiem lekarza, pielęgniarki czy rehabilitanta – mówi dr Piotr Marczyński, ordynator ze Szpitala Praskiego w Warszawie. Zmiany społeczne w XX w. zmniejszyły zaufanie do autorytetów, także medycznych, a rozwój technologiczny ułatwił dostęp do wiedzy, która do niedawna była zamknięta w murach uniwersyteckich i grubych tomach książek, z reguły niedostępnych dla laików, co przyczyniło się do podniesienia świadomości pacjentów i rozbudziło

FOTO: SHUTTERSTOCK.COM

Lekarze dokładniej objaśniający pacjentom zawiłości planowanej terapii, poświęcając na to zaledwie kilka minut więcej, znacznie rzadziej spotykają się z nimi i ich rodziną na sali sądowej.

w nich potrzebę współdecydowania w procesie diagnostyczno-terapeutycznym. Czasami jest to dla lekarzy utrudnieniem, ale nie musi tak być.

CO MOŻNA ZYSKAĆ?

Zdaniem dr Agaty Stalmach-Przygody ewolucja w relacji lekarz-pacjent od compliance, czyli przestrzegania narzuconych zaleceń terapeutycznych, do concordance, oznaczającego współpracę w terapii, jest szansą na postęp w medycynie, gdyż otwiera pole niewykorzystanych dotąd możliwości. – Pacjent powinien być partnerem, mimo że wielu z nich nie jest przygotowanych do podejmowania świadomych i racjonalnych decyzji – przyznaje dr Piotr Marczyński. Aby do tego partnerstwa doszło w praktyce, obie strony powinny rozmawiać otwarcie i szczerze, choć o taki dialog czasem trudno w polskich realiach (kolejki, brak czasu itd.). Zdaniem dr. Piotra Marczyńskiego część lekarzy ma wrodzony talent do prowadzenia rozmowy z każdym chorym, ale nie wszyscy. – Czasami chowamy się za trudnymi słowami i profesjonalnym językiem, np. gdy pacjentowi trzeba przekazać informację o kolejnej operacji – mówi ordynator, wyliczając korzyści dla lekarzy wynikające z poprawy komunikacji z pacjentem. – Świadomy pacjent w większym stopniu stosuje się do naszych zaleceń, a jego leczenie jest tańsze z punktu widzenia rozliczenia całego pobytu w szpitalu. Lepsza komunikacja sprzyja ograniczeniu liczby zdarzeń niepożądanych – tłumaczy. Są badania, z których wynika, że lekarze dokładniej objaśniający pacjentom zawiłości planowanej terapii, poświęcając na to zaledwie kilka minut więcej, znacznie rzadziej spotykają się z nimi i ich rodziną na sali sądowej.

gazetalekarska.pl

PERSWAZJA A MOTYWACJA

Rola komunikacji odgrywa ważną rolę zwłaszcza, gdy pacjent ma być poddany zabiegowi dużego ryzyka. Konieczność uzyskania świadomej zgody wymaga poinformowania go m.in. o możliwych powikłaniach. W takich sytuacjach, jak zwraca uwagę prof. Tomasz Pasierski z WUM, chory może się wystraszyć i zrezygnować z zabiegu ratującego życie, ale etyczna perswazja stanowi dopuszczalną formę przekonywania. Tym, co czasami utrudnia osiąganie postępów w leczeniu, jest słaba motywacja pacjentów do przestrzegania zaleceń lekarskich. Jednym ze sposobów na jej wzmocnienie może być dialog motywujący. Na czym polega ta metoda, tłumaczy Anna Daria Nowicka, trener prowadzący szkolenia grupowe i indywidualne dla lekarzy. – Pacjent najchętniej przyznaje rację argumentom wypowiadanym samodzielnie. To on powinien je wymieniać, a lekarz prowadzić rozmowę tak, aby ułatwić mu ich wypowiadanie i utwierdzać go w ich słuszności – mówi. Zadaniem lekarza jest zatem przekonanie pacjenta do zmiany postępowania, czyli przejęcia przez niego większej odpowiedzialności za zdrowie. Aby motywacja utrzymywała się przez długi czas, powinna być zgodna z wyznawanym przez chorego systemem wartości. – Motywacja jest najsilniejsza, kiedy zmianę ocenia jako ważną i czuje, że potrafi wcielić ją w życie. Rolą lekarza jest umocnienie w tym pacjenta – dodaje Anna Daria Nowicka.

Potrzeba czy moda?

Coraz więcej uczelni medycznych wprowadza obowiązkowe zajęcia z komunikacji. Zwiększa się też ich liczba w ramach kształcenia podyplomowego, takie szkolenia od dawna odbywają się m.in. w siedzibie NIL. Niedawno w murach WUM odbyła się kolejna edycja Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Komunikacja w medycynie", która zgromadziła zarówno lekarzy wśród prelegentów, jak i publiczności. Osoby zainteresowane komunikacją w opiece medycznej i komunikacją społeczną dotyczącą zdrowia zrzesza m.in. Polskie Towarzystwo Komunikacji Medycznej.

PRZEMÓWIĆ DO WYOBRAŹNI

Lekarze często przekazują pacjentom informacje o skuteczności terapii. Nic dziwnego, że chory chce wiedzieć, na ile efektywny jest dany lek i pyta o to lekarza, bo wszyscy lubimy widzieć sens podejmowanych wyborów. Rola motywacji wydaje się silniejsza w przypadku chorób przewlekłych, gdy pacjent musi przyjmować leki przez długie lata, a czasami nawet dożywotnio. Chorego można zmotywować do stosowania się do zaleceń, przedstawiając mu w odpowiedni sposób korzyści, czasami nawet niczego nie uwypuklając, a jedynie dokonując zmiany w sposobie przedstawienia statystyk liczbowych. Celnie ujmuje to dr Agnieszka Olchowska-Kotala z UM we Wrocławiu: jeśli ryzyko zapadnięcia na daną chorobę po wzięciu danego leku zmniejszy się z 4 proc. na 2 proc. po 5 latach przyjmowania, można to przedstawiać jako 50-proc. spadek ryzyka. Taka wiadomość z pewnością na każdym pacjencie zrobi wrażenie! ■

KWALIFIKACJE ZAWODOWE DO ZABIEGÓW

Medycyna estetyczna – od czego zacząć?

Setki tysięcy Europejczyków, którzy chcą wyglądać pięknie i młodo, potrzebują zabiegów z zakresu medycyny estetycznej. Dziedzina ta wymaga jednak wprowadzenia pewnych regulacji, określenia zasad postępowania, a przede wszystkim wyjaśnienia, w jakim zakresie dotyczy aktywności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów.

TEKST **MAREK CZARKOWSKI**, PRZEWODNICZĄCY OŚRODKA BIOETYKI NRL

Pierwszym wyzwaniem jest prawidłowe zdefiniowanie terminu „medycyna estetyczna". Nie ma powszechnie obowiązującej definicji, a w niektórych źródłach o uznanej renomie, takich jak Encyclopaedia Britannica, hasło to w ogóle nie występuje. Termin ten można definiować jako działalność polegającą na zachowaniu pięknego wyglądu, na zapobieganiu utracie piękna, a także na łagodzeniu i usuwaniu brzydoty.

Z punktu widzenia lekarzy i lekarzy dentystów procedury wchodzące w zakres medycyny estetycznej warto podzielić na trzy kategorie:

1. zabiegi, które powinni wykonywać wyłącznie lekarze i lekarze dentyści;
2. zabiegi, które mogą wykonywać zarówno lekarze, jak i przedstawiciele niektórych innych zawodów i specjalności;
3. zabiegi, których nie powinni wykonywać lekarze i lekarze dentyści.

Niewątpliwie wszystkie zabiegi chirurgiczne powinny być wykonywane wyłącznie przez lekarzy i lekarzy dentystów. Ustalenie jednak, które z tzw. zabiegów minimalnie inwazyjnych można by zaliczyć do drugiej kategorii procedur, jest tematem dyskusyjnym i trudnym. Chodzi tu na przykład o wstrzykiwanie neurotoksyn i tzw. wypełniaczy (takich jak kwas hialuronowy), chemiczne złuszczanie naskórka (tzw. pilling), złuszczanie naskórka strumieniem mikrokryształów (tzw. mikrodermabrazja), modelowanie sylwetki metodami niechirurgicznymi (tzw. body conturing), niechirurgiczne metody leczenia cellulitu, usuwanie i przeszczepianie włosów, wstrzykiwanie osocza bogatopłytkowego, laseroterapię i wiele innych procedur. Istnieją także takie zabiegi z dziedziny medycyny estetycznej, których lekarze raczej nie powinni przeprowadzać – w myśl starej zasady, że lekarz nie podejmuje się działań, które mogą realizować osoby o znacznie niższym statusie zawodowym, np. lekarze nie powinni zajmować się tatuowaniem ciała człowieka, choć niewątpliwie tego rodzaju działalność jest prowadzona w celu upiększania ludzi.

UWAGA!

Dziś brak jakichkolwiek przepisów sprzyja różnego rodzaju szarlatanom.

Ustalenie kryteriów podziału zależnie od kwalifikacji zawodowych ma kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa osób korzystających z zabiegów medycyny estetycznej, a także dla określenia zasad działalności gabinetów lekarskich oraz gabinetów medycyny estetycznej. Dziś brak jakichkolwiek przepisów sprzyja różnego rodzaju szarlatanom. Konieczne jest

FOTO: SHUTTERSTOCK.COM

Konferencja bioetyczna w NIL

7 czerwca w siedzibie NIL odbędzie się konferencja komisji bioetycznych pt. „Komisje bioetyczne a badania naukowe ludzkiego materiału biologicznego – aspekty etyczne, prawne i praktyczne". Organizatorem spotkania jest Ośrodek Bioetyki NRL. Konferencja ma charakter szkoleniowy, a jej celem jest przekazanie informacji nt. standardów, jakie winny być zachowane w trakcie pobierania, przechowywania i wykorzystywania ludzkiego materiału biologicznego wykorzystywanego do badań naukowych oraz kryteriów dokonania prawidłowej i rzetelnej oceny projektów badań klinicznych rozpatrywanych przez komisje bioetyczne. Przewidziana jest również dyskusja w celu omówienia dotychczasowej i przyszłej praktyki działania komisji. Osoby zainteresowane prosimy o zgłoszenie uczestnictwa do 15 maja na adres e-mail: a.seweryniak@hipokrates.org.

także ustalenie, jakie wykształcenie i kwalifikacje powinni posiadać nie-lekarze podejmujący się określonych zabiegów zaliczanych do 2. i 3. kategorii.

Medycyna estetyczna posługuje się wyrobami i produktami, które są umieszczane w ciele człowieka (implanty, wypełniacze, neurotoksyny) albo narzędziami i produktami, które są stosowane na skórę. Konieczne jest zatem ustalenie, czy te narzędzia, wyroby lub produkty nie powinny być wcześniej przetestowane w badaniach naukowych oceniających ich bezpieczeństwo i skuteczność stosowania u ludzi oraz czy nie powinny podlegać obowiązkowi rejestracji, tak jak produkty lecznicze oraz wyroby medyczne. Niektóre produkty stosowane w medycynie estetycznej są również stosowane w leczeniu ludzi i dlatego muszą wykazać swoją skuteczność i bezpieczeństwo w badaniach klinicznych oraz podlegają obowiązkowi rejestracji.

Brak przepisów prawa w odniesieniu do medycyny estetycznej powoduje, że w tej dziedzinie stosowane są produkty teoretycznie identyczne z przebadanymi produktami, ale ponieważ ich stosowanie w ramach zabiegów z zakresu medycyny estetycznej nie podlega regulacjom prawnym, jakość ich budzi uzasadnione obawy. Ponadto wiele narzędzi i substancji używanych do zabiegów z zakresu medycyny estetycznej nie podlega obowiązkowi ich przebadania i rejestracji. Czy obowiązek testowania i rejestrowania produktów i wyrobów nie powinien zależeć od tego, czy stosuje się je u ludzi, a nie, w jakim celu się je stosuje? I dlatego na przykład francuskie przepisy prawa nakazują testowanie kosmetyków.

Medycyna estetyczna to kontrowersyjny, ale palący problem. Wskazane jest podjęcie działań, które dadzą odpowiedź także na przedstawione powyżej kwestie. ■

> **Ustalenie kryteriów podziału zależnie od kwalifikacji zawodowych ma kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa osób korzystających z zabiegów medycyny estetycznej.**

BADANIE OSAI NIL 2018

Coraz gorsze warunki pracy

Zmiany, które zaszły w systemie ochrony zdrowia w ciągu ostatniego roku, nie polepszyły opinii lekarzy i lekarzy dentystów o warunkach ich pracy. Więcej jest tych, którzy sądzą, że te warunki się pogarszają.

TEKST MGR **PRZEMYSŁAW BALIŃSKI**, OŚRODEK BADAŃ PSYCHOLOGICZNYCH I SPOŁECZNYCH
PROF. **ROMUALD KRAJEWSKI**, OŚRODEK STUDIÓW, ANALIZ I INFORMACJI NIL

Te oraz wiele innych ciekawych wniosków wynika z badania zrealizowanego w grudniu 2018 r. przez OSAI NIL, w którym zapytaliśmy, jak lekarze i lekarze dentyści oceniają zmiany w warunkach wykonywania zawodu, które zaszły w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Przypomnijmy, rok 2018 upłynął pod znakiem protestu rezydentów i zmian spowodowanych m.in. wprowadzaniem informatyzacji, podstawowego szpitalnego zabezpieczenia (sieci szpitali), RODO, upaństwowienia ratownictwa medycznego (do 31.12.2019 r.) czy kłopotów związanych z zawieraniem umów z NFZ przez POZ. Pojawiły się także decyzje w sprawie wzrostu nakładów na ochronę zdrowia.

Zarówno wśród lekarzy, jak i lekarzy dentystów odnotowano większy odsetek osób wskazujących na pogorszenie warunków pracy w porównaniu do stanu sprzed roku niż odsetek osób uważających, że warunki się poprawiły. O pogorszeniu warunków mówił co trzeci lekarz (36%) i co trzeci lekarz dentysta (33%), a o ich poprawie – jedynie co piąty lekarz (19%) i co ósmy dentysta (13%).

Które czynniki wskazano jako poważne utrudnienie w wykonywaniu zawodu? Respondenci najczęściej wskazywali na poziom finansowania świadczeń przez NFZ (71% lekarzy oraz 53% lekarzy dentystów), sprawozdawczość i rozliczenia wymagane przez płatnika publicznego (odpowiednio 54% i 45%) oraz wymagania dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej (50% i 42%).

Specyficznym problemem, jaki wskazywali lekarze, był poziom zatrudnienia zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek oraz personelu pomocniczego w głównym miejscu pracy respondentów. Utrudnienia z tym związane najczęściej podawały osoby pracujące w pomocy doraźnej (odpowiednio 82%, 71% oraz 61%), w szpitalach (z wyłączeniem SOR) – 67%, 66% i 49%, oraz pracownicy szpitali klinicznych/uniwersyteckich i instytutów (60%, 66% i 54%). Co ważne, przez występujące w tych placówkach problemy kadrowe, odnotowano wśród respondentów w nich pracujących najwyższe średnie liczby utrudnień (powyżej 4, przy średnio 3 utrudnieniach wskazywanych przez osoby pracujące w placówkach innych rodzajów). Z kolei utrudnieniem podawanym głównie przez lekarzy dentystów była ograniczona możliwość uzyskania specjalizacji w preferowanej dziedzinie (35% wobec 17% w próbie lekarzy).

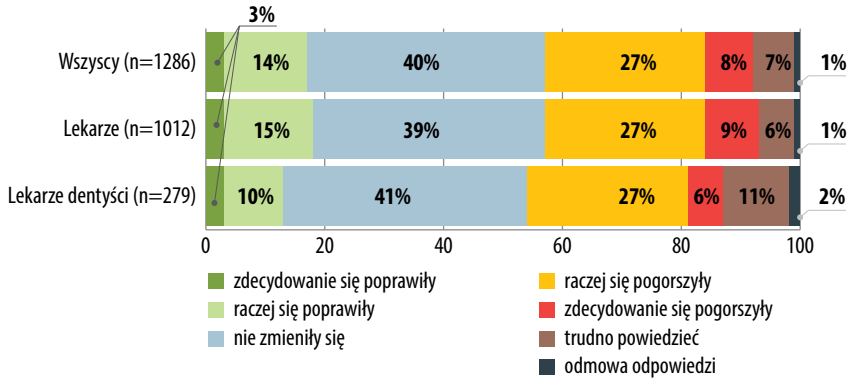
Jednym z najważniejszych wydarzeń w 2018 r. był protest rezydentów, zakończony podpisaniem porozumienia z ministrem zdrowia. W badaniu zapytaliśmy respondentów, jak – z perspektywy

> **O pogorszeniu warunków pracy mówił co trzeci lekarz (36%).**

3/4
lekarzy i lekarzy dentystów określa stan swego zdrowia jako dobry

prawie 1/2
przyznaje, że miała problemy zdrowotne trwające co najmniej pół roku

Dla co trzeciego lekarza warunki pracy się pogorszyły



Ocena warunków wykonywania zawodu w porównaniu z sytuacją sprzed 12 miesięcy, źródło: opracowanie własne na podstawie badania OSAI NIL

czasu – oceniają zapisy dotyczące możliwości uzyskania wyższego wynagrodzenia przez lekarzy rezydentów oraz przez specjalistów.

Wyniki badania pokazały, że dwie trzecie lekarzy (66%) oraz niemal połowa lekarzy dentystów (48%) pozytywnie oceniło zapisy porozumienia umożliwiające uzyskanie wyższej pensji przez lekarzy rezydentów, nieznacznie mniej respondentów wyraziło się pozytywnie o podwyżkach dla specjalistów (61% lekarzy oraz 54% dentystów, co przełożyło się na 59% ocen pozytywnych w całej próbie wobec 63% pozytywnie oceniających zapisy o rezydentach).

Najwyższy odsetek pozytywnych ocen zapisów dotyczących zmiany zarobków rezydentów (75%) odnotowano wśród lekarzy w wieku do 36 lat (wśród dentystów z tej samej grupy wiekowej było to jedynie 36%), podczas gdy zapisy dotyczące zwiększenia zarobków lekarzy specjalistów zostały ocenione dość podobnie zarówno przez osoby bez specjalizacji, jak i te z pierwszym stopniem specjalizacji oraz przez specjalistów.

Biorąc pod uwagę, że oceny zdecydowanie pozytywne stanowiły około 1/3 wszystkich ocen pozytywnych oraz że dla obu zapisów odnotowano od 15% do 18% ocen negatywnych, ogólną ocenę całego środowiska lekarskiego dla tych zmian można określić jako umiarkowanie pozytywną. Jedynie lekarze mający do 36 lat oceniają zapisy o rezydentach lepiej, co koreluje z najwyższym w tej grupie odsetkiem osób deklarujących poprawę warunków pracy w porównaniu ze stanem sprzed 12 miesięcy (44%).

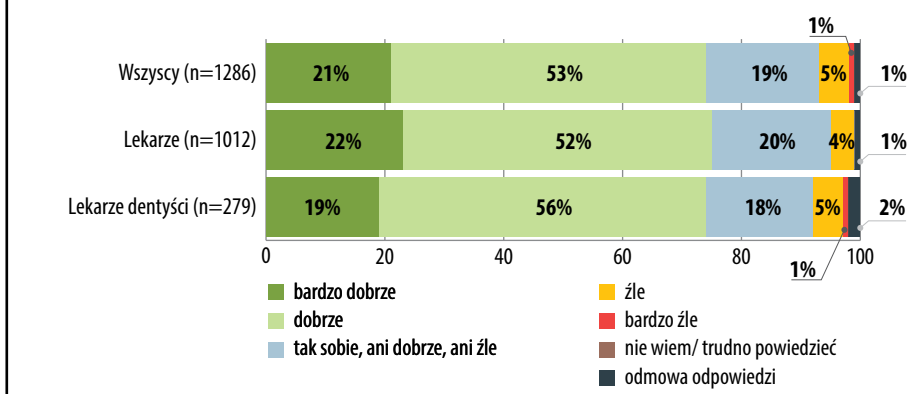
Z kolei ze względu na wyżej wymienioną różnicę ocen najmłodszych respondentów z obu grup zawodowych oraz wyraźną różnicę w odsetku osób nieoceniających zapisów (w pytaniu o zarobki rezydentów 25% dentystów odmówiło oceny lub wybrało odpowiedź „nie wiem" przy 7% lekarzy oraz przy odsetkach wynoszących odpowiednio 20% i 10% w pytaniu o specjalistów), można stwierdzić, że lekarze dentyści w mniejszy sposób niż lekarze odczuwają skutki zawartych w porozumieniu możliwości zarobkowych.

SIEĆ SZPITALI, CZYLI NIC SIĘ NIE ZMIENIA

Wprowadzenie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej wpłynęło zdecydowanie bardziej na pracę lekarzy niż lekarzy dentystów, choć niewielu tak naprawdę zadeklarowało, że taki wpływ faktycznie odczuło. Wśród lekarzy prawie co ósma osoba (13%) zauważyła taki wpływ, a wśród stomatologów jedynie co pięćdziesiąta (2%). Najwyższe odsetki odnotowano wśród osób pracujących w szpitalach (z wyłączeniem SOR) – 20%, w pomocy doraźnej, a także wśród respondentów z grupy „pozostałe miejsca pracy"[1] (po 15%). Respondenci, którzy odczuwają wpływ wprowadzenia sieci szpitali na swoją pracę, oceniają go jako negatywny. Jak powszechne jest to zjawisko? Aż dwie trzecie respondentów (67%) uważa, że wprowadzenie sieci szpitali negatywnie wpłynęło na ich pracę

> **Respondenci, którzy odczuwają wpływ wprowadzenia sieci szpitali na swoją pracę, oceniają go jako negatywny.**

Większość lekarzy i stomatologów dobrze ocenia swoje zdrowie



Samoocena stanu zdrowia, źródło: opracowanie własne na podstawie badania OSAI NIL

zawodową, przy czym niemal co piąta osoba (18%) ocenia ten wpływ jako zdecydowanie negatywny, podczas gdy jedynie co trzynasty respondent (8%) postrzegał ten wpływ jako pozytywny, a co pięćdziesiąta osoba (2%) oceniła go jako zdecydowanie pozytywny.

PACJENT POWINIEN SZANOWAĆ PRAWA LEKARZA

W badaniu respondenci zostali zapytani także, czy popierają wprowadzenie zmian legislacyjnych w zakresie obowiązków pacjenta i możliwych sankcjach za ich naruszenie, proponowanych przez Rzecznika Praw Pacjenta oraz NRL. Wszystkie proponowane zmiany[2] uzyskały wysokie lub bardzo wysokie poparcie obu grup zawodowych (od 80% do 99%). Najwyższy odsetek poparcia (98% lekarzy oraz 99% lekarzy dentystów) odnotowano dla propozycji NRL, aby w przepisach prawnych był zapisany obowiązek poszanowania przez pacjentów praw i godności osobistej personelu medycznego. Skala poparcia tego zapisu świadczy o tym, że może być on traktowany jako mocny postulat całego środowiska.

ZDROWIE – LEPSZA OCENA NIŻ STAN FAKTYCZNY?

W badaniu znalazły się także trzy pytania o stan zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów. Wykorzystano te, które są zadawane w ramach badań Eurostatu „The European Health Interview Survey (EHIS)" oraz „European Union Statistics On Income And Living Conditions (EU-SILC)", a realizowane w Polsce przez GUS pod nazwami „Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia (EHIS)" oraz „Europejskie Badanie Warunków Życia Ludności (EU-SILC)".

Wyniki ankiety wśród lekarzy i lekarzy dentystów były zbliżone. Co piąty lekarz (22%) i co piąty lekarz dentysta (19%) ocenił swój stan zdrowia jako bardzo dobry, a ponad połowa (52% lekarzy i 56% dentystów) jako dobry. Co dwudziesty lekarz (5%) i co siedemnasty lekarz dentysta (6%) uważał stan swojego zdrowia jako zły albo bardzo zły.

Mimo, że trzy czwarte respondentów (74%) określiło stan swojego zdrowia jako dobry, niemal połowa badanych (47%) przyznała, że miała problemy zdrowotne trwające co najmniej pół roku, a co szósty respondent (16%) miał długotrwałą ograniczoną zdolność wykonywania zwykłych czynności (z czego co dwudziesta piąta osoba doświadczyła jej w stopniu poważnym).

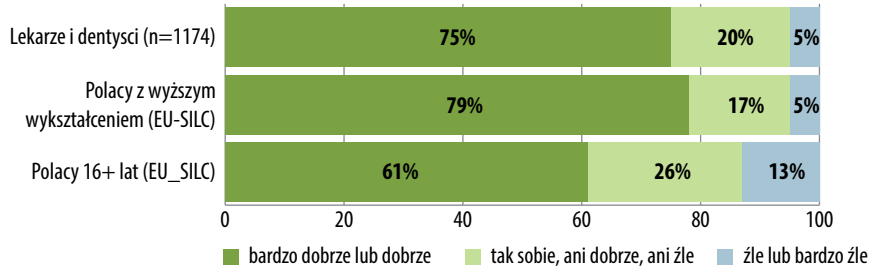
Jak te wyniki wyglądają na tle populacji Polaków? Do porównania wykorzystaliśmy najnowsze dane, pochodzące z badania EU-SILC z 2017 r., zarówno populacji 16+, jak i osób z wyższym wykształceniem. Ponieważ w wynikach tego badania nie są prezentowane odmowy odpowiedzi, wyniki badania samorządu zostały przeliczone na próbie tylko tych osób, które udzieliły odpowiedzi na wszystkie trzy pytania. Ze względu na to, że w grupach zawodowych wyniki były podobne, w analizie wykorzystano wynik łączny lekarzy i lekarzy dentystów.

Na tle populacji 16+ lekarze i lekarze dentyści lepiej oceniali stan zdrowia niż ogół społeczeństwa. Odsetek wypowiedzi uzyskanych w badaniu samorządu był wyraźnie wyższy (75% wobec 61%), a negatywnych ocen zdecydowanie niższy (5% wobec 13%). Odpowiada to tendencji ogólnej opisanej w raporcie GUS, zgodnie z którą osoby z wyższym wykształceniem lepiej oceniają swoje zdrowie niż inne grupy wyróżnione ze względu na poziom edukacji.

Jednak na tle grupy osób z wyższym wykształceniem samoocena stanu zdrowia w grupie lekarskiej jest nieco niższa. Wprawdzie odsetek osób negatywnie oceniających swoje zdrowie był na poziomie grupy odniesienia, to jednak odsetek ocen pozytywnych był o 4 p.p. mniejszy (75% lekarzy i lekarzy dentystów wobec 79%).

Badanie OSAI NIL zostało zrealizowane techniką CAWI w grudniu 2018 r. na reprezentatywnej próbie 1286 osób wykonujących zawód lekarza lub lekarza dentysty, we współpracy z Biurem Rzecznika Praw Obywatelskich i Instytutem Filozofii i Socjologii PAN i obejmowało także część pod tytułem „Dostępność opieki zdrowotnej dla osób z niepełnosprawnością – perspektywa lekarzy i lekarzy dentystów". Dziękujemy wszystkim osobom, które wzięły udział w badaniu. Pełen raport z badania jest dostępny na stronie internetowej OSAI NIL. Mamy nadzieję, że ze względu na wagę tematyki, badanie to będzie przeprowadzane przez samorząd cyklicznie. Warto podkreślić, że szczególnie temat dotyczący stanu zdrowia wymaga pogłębienia i dodatkowych analiz (OSAI NIL badał w przeszłości niektóre aspekty tego problemu, np. pytano o wypalenie zawodowe). ■

Lekarze i lekarze dentyści gorzej oceniają swoje zdrowie niż ogół Polaków z wyższym wykształceniem



Porównanie samooceny stanu zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów z próbą ogólnopolską, źródło: opracowanie własne na podstawie badania OSAI NIL oraz raportu GUS „Dochody i warunki życia ludności Polski – raport z badania EU-SILC 2017"

> **Osoby z wyższym wykształceniem lepiej oceniają swoje zdrowie.**

[1] Na przykład administracja, ZUS, orzecznictwo, biegli sądowi, uczelnie.
[2] Wszystkie propozycje oraz szczegółowe wyniki badania zostały zaprezentowane w raporcie dostępnym na stronie NIL.

WYPALENIE ZAWODOWE A WARUNKI PRACY

Wstydliwy problem

Wypalenie zawodowe traktowane jest jak osobista słabość. Nie rozmawiamy o nim i udajemy, że nie istnieje, co przynosi szkody zarówno nam, rodzinom, pacjentom, jak i systemowi ochrony zdrowia. „British Medical Journal" uczynił ten problem tematem numeru, co pokazuje, że na całym świecie rośnie świadomość tego zagadnienia.

TEKST **DAMIAN PATECKI**, LEKARZ REZYDENT

Wypalony lekarz jest mniej efektywny, aktywność zawodowa jest dla niego udręką. W skrajnym przypadku można od niego usłyszeć, że wolałby „zostać potrącony przez samochód podczas drogi do pracy, byleby tylko nie musieć leczyć chorych". Rozejrzyjmy się po dyżurkach, na pewno znamy takie osoby.

Liczę na Waszą dyskusję i na listy w tej sprawie. Mam nadzieję, że temat ten zyska na znaczeniu i pojawią się kolejne publikacje w „Gazecie Lekarskiej".Zasygnalizowali mi go członkowie Porozumienia Rezydentów, którzy żalili się, że wypalenie jest u nich spowodowane nadmiernym obciążeniem pracą, zbyt dużą liczbą dyżurów, niską jakością szkolenia, toksycznymi relacjami w pracy czy też mobbingiem ze strony przełożonych i dyrekcji.

W klasycznym ujęciu wypalenie zawodowe składa się z trzech czynników:
1) wyczerpania emocjonalnego;
2) utraty relacji z pacjentem – poczucia, że nie jest on człowiekiem, lecz kolejnym problemem;
3) utraty satysfakcji z własnej pracy i osiągnięć – mylnego wrażenia, że nie ma ona większego znaczenia.

Wbrew powszechnym wyobrażeniom („jesteś za młody, by się wypalić zawodowo") niewielki staż pracy jest również czynnikiem ryzyka. Do innych zalicza się: chęć zbawiania świata, wysokie oczekiwania, a także brak asertywności oraz wpływu na warunki podejmowane w pracy.

O zjawisku wypalenia zawodowego mówi się od lat 70. XX w., a pierwsze badanie na ten temat dotyczyło kontrolerów ruchu lotniczego. Po serii katastrof przebadano 416 pracowników tej branży, skarżących się na brak równowagi między życiem zawodowym i prywatnym, nadmiernie długie godziny pracy i zbyt dużą intensywność wykonywanych zadań.

Okazało się, że ci ludzie, chociaż byli w stanie pracować w trudnych warunkach i podejmować kluczowe decyzje, to byli bezradni wobec warunków pracy. Najbardziej uderzającym i przeczącym intuicji zjawiskiem był fakt, że ci, którzy doświadczyli wypalenia, wcześniej cieszyli się lepszym zdrowiem psychicznym niż osoby, których ten problem nie dotknął, mieli mniej wahań nastroju i spożywali mniej alkoholu. Wywnioskowano również, że pracownicy obawiający się wypalenia byli najbardziej kompetentnymi kontrolerami i że ich obawy zmieniały się w samospełniającą przepowiednię. Wysnuto hipotezę, że przyczyną zjawiska jest rodzaj patologicznego altruizmu, który na pewien czas pozwala stawiać potrzeby innych ponad własne. Niestety jest to zawsze rozwiązanie tymczasowe. Czy nie wydaje się ono bardzo bliskie polskiemu kompleksowi Judyma czy też tzw. lekarza na służbie?

W lotnictwie wysnuto odpowiednie wnioski, systemowo zmieniając warunki pracy. Niestety w medycynie ciągle zamiast tworzyć właściwe rozwiązania, koncentrujemy się na odpowiedzialności jednostki i dehumanizujemy lekarzy, odbierając im prawo do zmęczenia czy emocji.

Wygląda na to, że środowisko musi samo wyegzekwować dobre warunki pracy, nie licząc na elity polityczne. Wszystko wskazuje na to, że w tym roku po raz kolejny wyjdziemy na ulice i będziemy ograniczać czas pracy. Pozwoli to przeciwdziałać jednemu z czynników wypalenia zawodowego, czyli braku poczucia wpływu na rzeczywistość, a także zwiększy równowagę między życiem prywatnym a zawodowym. ■

BŁĄD

W medycynie ciągle zamiast tworzyć właściwe rozwiązania, koncentrujemy się na odpowiedzialności jednostki.

Wbrew powszechnym wyobrażeniom niewielki staż pracy jest również czynnikiem ryzyka wypalenia.

BADANIE ANKIETOWE IZB LEKARSKICH

Wypalenie zawodowe – mit czy rzeczywistość?

Podobno bycie lekarzem to misja, a nie zwykła praca. Ważne, by nie była to misja straceńcza. Jaka będzie w praktyce, zależy wyłącznie od nas.

TEKST **MATEUSZ KOWALCZYK**, LEKARZ REZYDENT, SEKRETARZ ORL W ŁODZI

Droga do wykonywania zawodu lekarza nie jest łatwa. Przez lata, mozolnie, z pomocą bliskich, stawiamy krok za krokiem w kierunku upragnionego celu. Wspinamy się na kolejne szczeble drabiny, aby otrzymać dyplom ukończenia studiów i PWZ, nasze rzekome przepustki do wolności zawodowej. I tu dla wielu następuje pierwsze, trudne zderzenie z rzeczywistością.

PRYSKA BAŃKA

Przecież miało być tak pięknie, wymarzona specjalizacja, spokojna praca przez jedyne 7 godzin i 35 minut dziennie, szacunek społeczeństwa, nobilitacja, satysfakcjonująca płaca, czas na pasje i zainteresowania. I nagle bum. Bańka pryska. Konfrontacja rzeczywistości z wyobrażeniem bywa bolesna. Rok w rok nasze uczelnie medyczne opuszczają setki świetnie merytorycznie przygotowanych fachowców. Znają niemal na pamięć internę Szczeklika, obudzeni w środku nocy recytują wytyczne, testy wszelkiej maści rozwiązują z zamkniętymi oczami. Gdzieś po drodze tylko ktoś przeoczył najważniejsze. Nikt nie uczy nas, jak sobie radzić w codzienności życia lekarskiego, jak rozmawiać z pacjentem, jak reagować na jego emocje, zachowania, pretensje. Jak koegzystować w grupie innych lekarzy, aby rozwiązywać problemy, spory, nieporozumienia. Jak artykułować swoje zdanie, bronić go, argumentować. Tutaj zostajemy sami.

Według jednej z pierwszych definicji wypalenia zawodowego, podanej przez amerykańskiego psychiatrę Huberta Freudenbergera w 1974 r., jest to „stan zmęczenia czy frustracji wynikający z poświęcenia się jakiejś sprawie, sposobowi życia, co nie przyniosło spodziewanej nagrody". Brzmi znajomo? Warto jednak podkreślić, że nie stajemy się wypaleni z dnia na dzień. To długotrwały proces, który może mieć swój początek już na bardzo wczesnym etapie naszej medycznej przygody.

Nauka wie od dawna, że wśród przyczyn wypalenia zawodowego można wymienić m.in. stawianie sobie wysokich, nierealistycznych oczekiwań, brak dialogu, brak możliwości wypowiedzenia się, lekceważenie naszej opinii, niską samoocenę, sztywność emocjonalną, perfekcjonizm, brak wsparcia ze strony kolegów i przełożonych, dyskryminowanie i faworyzowanie, niemożność sprostania wymaganiom i wiele innych. Na końcu tej drogi znajdziemy wyczerpanie emocjonalne, depersonalizację, obniżone poczucie własnych dokonań osobistych. Co może czekać nas później? Spadek efektywności pracy, lekceważenie pacjenta, poczucie bezsilności i bezradności, lęk przed podjęciem decyzji. Stąd prosta droga do uzależnienia, zaburzeń lękowych czy depresji.

> **Skutki wypalenia zawodowego nie dotyczą wyłącznie osoby nim dotkniętej.**

STRATY LICZONE W MILIARDACH

Skutki wypalenia zawodowego nie dotyczą wyłącznie osoby nim dotkniętej. Mają zdecydowanie namacalny wymiar społeczny, ale też finansowy. I chyba ten ostatni warto przytoczyć, aby uzmysłowić sobie skalę tego zjawiska oraz zrozumieć, że naprawdę opłaca się zapobiegać, a nie leczyć. W tym celu powołam się na badania przeprowadzone w USA (kraju, który w wyobrażeniach wielu jest miejscem idealnym do bycia lekarzem), m.in. na Uniwersytecie Stanforda, w 2017 r. Według autorów, osoby zmagające się z wypaleniem zawodowym

dwa razy częściej odchodziły z pracy w przeciągu pierwszych dwóch lat od wystąpienia problemu. Niosło to ze sobą znaczne konsekwencje finansowe, ponieważ proces rekrutacji nowego pracownika, w zależności od specjalizacji, to koszt od 250 tys. do nawet miliona dolarów. Wypalenie zawodowe lekarzy kosztuje amerykański system opieki zdrowotnej nawet do 17 mld dolarów rocznie.

W Polsce nie ma statystyk dotyczących wyłącznie lekarzy. Wiemy jedynie, że koszt wszystkich wypłat zasiłków chorobowych w 2017 r. to 17,6 mld zł. Z powodu zaburzeń psychicznych wzięliśmy ok. 20 mln dni chorobowego, głównie z powodu depresji i stanów lękowych. W tej kwestii od lat notuje się systematyczny wzrost.

Faktem jest, że co dziesiąty lekarz w Polsce ma problem natury psychicznej, lekarze z takimi zaburzeniami dwa razy częściej popełniają samobójstwa w porównaniu do reszty populacji, a nawet ok. 15 proc. może być uzależnionych od alkoholu. Jesteśmy liderem co do liczby lekarzy deklarujących wypalenie zawodowe i ogólne niezadowolenie z wykonywanego zawodu – ok. 42 proc. badanych przyznaje, że zauważyło u siebie objawy wypalenia (raport Ośrodka Studiów, Analiz i Informacji NIL, 2012/2013).

CZARNO NA BIAŁYM

Postanowiłem przyjrzeć się temu zagadnieniu i poznać specyfikę problemu wśród członków łódzkiej izby lekarskiej. Prowadzimy badanie, do którego zakupiliśmy 1000 wystandaryzowanych, specjalistycznych arkuszy kwestionariusza wypalenia zawodowego LBQ certyfikowanych przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Zależy nam, aby w badaniu wzięli udział lekarze wszystkich specjalności, pracujący np. w szpitalach klinicznych, powiatowych, POZ, AOS. Zbieramy także dodatkowe informacje statystyczne, takie jak wiek, miejsce zamieszkania, staż pracy, forma zatrudnienia, przeciętny miesięczny godzinowy wymiar pracy, co pozwoli na szczegółowe opracowanie uzyskanych wyników i precyzyjne zdiagnozowanie problemu. Samo badanie jest jednak dopiero wstępem do długofalowego działania. Nie jest sztuką uzyskać wyniki, ale je mądrze wykorzystać. Chciałbym, abyśmy zaczęli odczarowywać temat nie tylko wypalenia zawodowego, ale zaburzeń psychicznych w ogóle. Mam na myśli przełamanie bariery wstydu wśród lekarzy (ponad 2/3 ankietowanych lekarzy twierdzi, że nawet jeśli poczuliby się wypaleni, nie szukaliby pomocy specjalisty), zorganizowanie jakiejś formy instytucjonalnej pomocy w obrębie samorządu dla naszych członków, uświadamianie pacjentów, że także w ich interesie jest zdrowy, nie tylko fizycznie, lekarz. Chciałbym, abyśmy większy nacisk kładli na szkolenia z kompetencji miękkich, wsparcie lekarzy w radzeniu sobie z codziennymi sytuacjami (agresywny pacjent, niepomyślna diagnoza do przekazania itd.). W takich działaniach widzę ważne pole działania dla samorządu. A wyniki naszego badania jedynie pokażą czarno na białym, jak duży nacisk na ten temat musimy położyć. Co do tego, że musimy, nie mam żadnych wątpliwości. A, że problem nie jest tylko łódzki, a ogólnopolski, tym bardziej cieszy mnie, że do naszego badania zdecydowały się dołączyć izby w Katowicach, Wrocławiu, Krakowie i Szczecinie. Razem na pewno będziemy w stanie wypracować pomocne schematy postępowania i przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu, jak i innym problemom natury psychicznej. Najwyższa pora przyznać, że one istnieją. Parafrazując ks. Jana Kaczkowskiego – zacznijmy działać właśnie dziś, jest o wiele później, niż nam się wydaje! ■

Co pokazały badania prowadzone w USA, m.in. na Uniwersytecie Stanforda w 2017 r.?

1

osoby zmagające się z wypaleniem zawodowym 2 x częściej odchodziły z pracy w przeciągu pierwszych 2 lat od wystąpienia problemu

2

17 mld $

nawet tyle rocznie kosztuje amerykański system opieki zdrowotnej wypalenie zawodowe lekarzy

> **UWAGA** ANKIETA
>
> OIL w Łodzi prowadzi badanie, którego celem jest zdiagnozowanie problemu wypalenia zawodowego wśród lekarzy. Do inicjatywy tej dołączyły izby w Katowicach, Wrocławiu, Krakowie i Szczecinie, które również chcą zbadać problem w swoich rejonach.

POWIKŁANIA CUKRZYCY

Niechciane dziecko systemu

Każdego roku z powodu powikłań cukrzycy umiera w Polsce 21,5 tys. osób. To sześć razy więcej niż na raka piersi. Tak podaje raport „Cukrzyca. Gdzie jesteśmy? Dokąd zmierzamy?" opracowany przez Instytut Ochrony Zdrowia. Ponieważ dane te zostały opracowane na podstawie wyłącznie kart zgonów, dlatego eksperci są zgodni, że rzeczywista liczba zgonów spowodowanych powikłaniami cukrzycy jest znacznie wyższa.

TEKST **LUCYNA KRYSIAK**, DZIENNIKARZ

Raport powstał przy udziale Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków i Rady Naukowej w składzie: prof. Krzysztof Strojek, kierownik Oddziału Klinicznego Chorób Wewnętrznych Diabetologii i Schorzeń Kardiometabolicznych SUM, konsultant krajowy w dziedzinie diabetologii, i prof. Leszek Czupryniak, kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych WUM.

FOTO: SHUTTERSTOCK.COM

TO JEST NADUMIERALNOŚĆ

– Niewątpliwie mamy do czynienia z nadumieralnością z powodu powikłań w cukrzycy, głównie sercowo-naczyniowych, ale nie zawsze są one następstwem cukrzycy – mówi prof. Krzysztof Strojek i przekonuje, że cukrzyca ma wiele twarzy i aby jej obraz był prawdziwy, należy ją traktować wieloaspektowo. Prof. Czupryniak jest zdania, że nadumieralność w cukrzycy wynika z wszystkiego po trochu. Międzynarodowa Federacja Diabetologiczna (International Diabetes Federation) i Unia Europejska od wielu lat zalecają, by w każdym kraju stworzyć narodowe plany walki z tą chorobą, z wytycznymi dotyczącymi działań ukierunkowanych na m.in. wczesne wykrywanie cukrzycy typu 2 oraz optymalne leczenie i zapobieganie. IDF ustaliła też schematy postępowania, ale są to ustalenia, które pozostają jedynie na papierze.

W Polsce cukrzyca jest w wielu przypadkach diagnozowana późno, kiedy

21,5 tys.

co najmniej tyle osób rocznie w Polsce umiera z powodu powikłań cukrzycy

Z danych NFZ wynika, że aż 20 proc. budżetu na leczenie jest wydawanych na diabetologię, co stanowi ponad 1 mld 500 mln zł rocznie.

już zdąży poczynić szkody. – Nie ma wypracowanych struktur wczesnego wykrywania cukrzycy, nie ma badań przesiewowych w grupach ryzyka, nie ma rutynowej edukacji dla chorych (jest prowadzona wyrywkowo), a ośrodki leczenia specjalistycznego są nierównomiernie rozmieszczone – wylicza wady systemu profesor i dodaje, że wiele regionów i miast, np. Radom, Rawa Mazowiecka czy Siedlce, to czarne dziury diabetologiczne, gdzie nie działa poradnia diabetologiczna z prawdziwego zdarzenia, oddział tej specjalności, brakuje drastycznie pielęgniarek diabetologicznych, bez których nie ma właściwej edukacji i leczenia w zakresie cukrzycy. – To skutek złej organizacji leczenia i wieloletnich zaniedbań w finansowaniu tej dziedziny. Decydenci uważają, że w cukrzycę nie warto inwestować, bo to nie daje szybkich efektów leczenia, inaczej niż w przypadku kardiologii interwencyjnej czy onkologii – podsumowuje prof. Leszek Czupryniak.

BRAK REFUNDACJI I WSPÓŁDZIAŁANIA

Polskie Stowarzyszenie Diabetyków i lekarze znający temat uważają, że konieczne jest wprowadzenie kompleksowego programu zapobiegania, wczesnej diagnozy, a także leczenia cukrzycy i jej powikłań. Ekspert współpracujący z PSD, dr Jerzy Gryglewski, jest zdania, że wobec wzrastającej zapadalności na tę chorobę (8 proc. Polaków), ogromu związanych z nią powikłań, kosztów społecznych i ekonomicznych – to jest priorytet. Z danych NFZ wynika, że aż 20 proc. budżetu na leczenie jest wydawanych na diabetologię, co stanowi ponad 1 mld 500 mln zł rocznie, a to i tak najmniej na jednego pacjenta chorego na cukrzycę w Unii Europejskiej. Polska jest jedynym krajem w UE, który nie refunduje nowoczesnych leków przeciwcukrzycowych, mimo że nie tylko stabilizują poziom glikemii i pomagają kontrolować masę ciała, ale także chronią układ sercowo-naczyniowy przed zawałem i udarem oraz hamują postęp przewlekłej choroby nerek. Ponieważ kosztują od 120 zł do 600 zł miesięcznie, pacjentów nie stać na takie leczenie. Jak zatem powstrzymać nadumieralność z powodu powikłań cukrzycy? Prof. Krzysztof Strojek przekonuje, że w tej specyficznej chorobie pacjenci muszą współdziałać z lekarzami, gdyż powodzenie terapii tylko w 20 proc. zależy od lekarza, 80 proc. to praca, jaką chory musi wykonać sam. Przyznaje, że jest za mało diabetologów (1,2 tys. pokrywa potrzeby chorych tylko w 80 proc., a w niektórych województwach tylko w 20-30 proc.),

Cukrzyca – fakty:

- **z powodu powikłań cukrzycy rocznie umiera w Polsce co najmniej 21,5 tys. osób;**
- **śmiertelność w tej chorobie jest 6 razy wyższa niż z powodu raka piersi;**
- **na cukrzycę choruje w Polsce 8. proc. populacji, tj. blisko 3 mln osób;**
- **co najmniej 500 tys. Polaków nie wie, że choruje, bo ma niezdiagnozowaną cukrzycę;**
- **u 70 proc. chorych następuje zgon z powodu współistniejących schorzeń układu sercowo-naczyniowego. 50 proc. zgonów jest spowodowanych zawałem serca lub udarem mózgu;**
- **Polska jest jedynym krajem w UE, gdzie nie refunduje się nowoczesnych leków przeciwcukrzycowych. Leki te nie tylko pomagają w utrzymaniu prawidłowych poziomów cukru, kontroli masy ciała, ale chronią układ sercowo-naczyniowy.**

AMPUTACJE

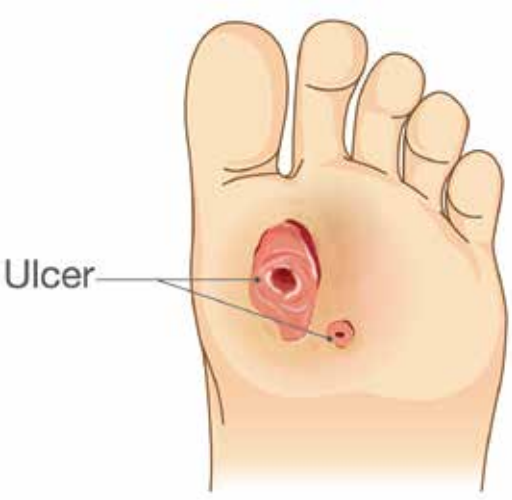


FOTO: SHUTTERSTOCK.COM

4,2 tys.

To liczba dużych amputacji kończyn z powodu zespołu stopy cukrzycowej wykonanych w 2017 r. (dane NFZ). Polska jest jedynym krajem w Europie, gdzie liczba takich amputacji wzrasta.

brakuje pielęgniarek diabetologicznych, które zajmowałyby się edukacją chorych, ale przede wszystkim modelu motywacji pacjenta do współdziałania. – Nowe terapie nie zastąpią wyrównania cukrzycy, mogą je jedynie wspomóc –zastrzega prof. Strojek.

ZESPÓŁ STOPY CUKRZYCOWEJ

Jednym z najgroźniejszych powikłań cukrzycy jest zespół stopy cukrzycowej, którego następstwem są amputacje kończyn. Do niedawna rocznie przeprowadzano w Polsce 3,9 tys. tego rodzaju zabiegów. Obecnie ich liczba wzrosła do 4,2 tys. Paradoksem jest, że sposób wyceny zabiegu zachęca do takiego leczenia, ponieważ z ekonomicznego punktu widzenia jest ono bardziej opłacalne niż ratowanie kończyny. Prof. Maciej Małecki, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Metabolicznych CMUJ w Krakowie, prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, mówi, że niedofinansowanie procedur leczenia powikłań diabetologicznych, w szczególności zespołu stopy cukrzycowej, utrudnia profilaktykę oraz innowacyjną terapię. – Jeśli chcemy, aby spadła liczba amputacji, należy zwiększyć finansowanie leczenia zespołu stopy cukrzycowej w ogólnej puli finansowania diabetologii, zwiększyć liczbę gabinetów zajmujących się tym leczeniem i zainwestować w refundację nowoczesnych leków – podkreśla prof. Małecki. Jednak NFZ nie dostrzega takiej potrzeby. Wprawdzie Ministerstwo Zdrowia sfinansowało program ambulatoryjnego wsparcia leczenia zespołu stopy cukrzycowej (powstało ponad 30 gabinetów), ale to za mało. Potrzeba sieci takich gabinetów i systemu, który sprawiłby, że stopę cukrzycową opłacałoby się leczyć. PTD włączyło się w te działania, chce regularnie szkolić lekarzy w tym zakresie. Organizowane są konferencje szkoleniowe dla diabetologów i lekarzy POZ. Krajowy konsultant w dziedzinie diabetologii kładzie szczególny nacisk na praktyczną stronę tego typu spotkań.

600 ZŁ

nawet tyle może wynieść miesięczny koszt terapii nowoczesnymi lekami przeciwcukrzycowymi

NIEME MIGOTANIE PRZEDSIONKÓW

Częstym powikłaniem w cukrzycy jest zawał serca i udar mózgu. Incydenty sercowo-naczyniowe u takich chorych są związanie z nadciśnieniem tętniczym, otyłością, miażdżycą, uszkodzeniem nerwów, nerek, ale też z migotaniem przedsionków. – Cukrzyca predestynuje do występowania migotania przedsionków. U osób z tym schorzeniem to zaburzenie rytmu serca występuje częściej, a nieleczone prowadzi do niedokrwiennego udaru mózgu, który jest najbardziej dramatycznym powikłaniem w tej chorobie – tłumaczy prof. Zbigniew Kalarus, kierownik I Katedry i Kliniki Kardiologii Wad Wrodzonych i Elektroterapii Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu. Zwraca uwagę, że u takich pacjentów migotanie przedsionków często występuje w postaci niemej klinicznie, czyli bezobjawowej, co utrudnia rozpoznanie i wprowadzenie profilaktyki przeciwudarowej. Zaznacza, że u chorego, który nie czuje arytmii, często pierwszym jej objawem jest udar, a migotanie diagnozuje się dopiero w oddziale neurologii, do którego trafia chory. – Dlatego, zgodnie z zaleceniami ekspertów w dziedzinie kardiologii, tego migotania trzeba u chorych poszukiwać, szczególnie u osób starszych (badanie tętna, ekg., badanie holterowskie) i na problem uczulić lekarzy zajmujących się leczeniem cukrzycy – podsumowuje prof. Kalarus i przypomina, że leczenie przeciwzakrzepowe zmniejsza ryzyko wystąpienia udaru o 80 proc. Zespół prof. Kalarusa zakończył badanie epidemiologiczne (uczestniczyło w nim 3 tys. osób) dotyczące zależności między czasem trwania i stopniem wyrównania cukrzycy oraz występowaniem migotania przedsionków w postaci niemej klinicznie. Wyniki są w trakcie opracowywania. ■

“ Jednym z najgroźniejszych powikłań cukrzycy jest zespół stopy cukrzycowej.

KONFERENCJA

PATRONAT

Koło Naukowe Prawa Medycznego Uniwersytetu Jagiellońskiego organizuje ogólnopolską konferencję pt: „Ochrona danych medycznych w dobie rozwoju nowych technologii”. Spotkanie odbędzie się **12 kwietnia**.

Fundacja Lekarze Lekarzom

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

Ogromnie dziękuję za datki, które do nas napływają z całej Polski: Zelowa, Kłodzka, Miedzianej Góry, Warszawy, Inowrocławia, Tarnowa, Nowego Sącza, Legnicy, Mielca, Czarnkowa, Gdańska.

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

1%

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

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

Mariusz Janikowski, prezes Zarządu Fundacji Lekarze Lekarzom

BIULETYN

NR 2 (187) NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ WARSZAWA, II 2019

REDAKTOR NACZELNY: ARTUR DROBNIAK

Nadzwyczajne posiedzenie NRL – 22 lutego 2019 r.

STANOWISKO Nr 4/19/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 22 lutego 2019 r. w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw, przygotowanym przez Zespół do spraw opracowania propozycji nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty przy Ministrze Zdrowia, przekazanym przez Ministra Zdrowia w dniu 7 lutego 2019 r., zgłasza uwagi w zakresie kształcenia podyplomowego i prawa pracy, stanowiące załącznik do niniejszego stanowiska.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej, proponowane zmiany w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, po uwzględnieniu poprawek zaproponowanych przez Naczelną Radę Lekarską, podniosą jakość kształcenia i wykonywania zawodu, wychodząc naprzeciw społecznym potrzebom.

Naczelna Rada Lekarska oczekuje pilnego procedowania projektu ustawy, będącego wynikiem prac Zespołu, z uwzględnieniem poprawek Naczelnej Rady Lekarskiej i natychmiastowego wprowadzenia powyższego projektu na ścieżkę legislacyjną.

SEKRETARZ *Marek Jodłowski* PREZES *Andrzej Matyja*

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

Posiedzenie KKW – 2 marca 2019 r.

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 2 marca 2019 r. o wygaśnięciu mandatu członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018, poz. 168) oraz § 45 ust. 3 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., oraz § 4 ust. 3 Regulaminu Krajowej Komisji Wyborczej, stanowiącego załącznik do uchwały nr 16 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., na podstawie uchwały Krajowej Komisji Wyborczej Nr 1/19/VIII z dnia 2 marca 2019 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej lek. dent. Elżbiety Wojnarowicz, obwieszcza się, co następuje:

Wygasa mandat członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej na okres VIII kadencji 2018-2022 lek. dent. Elżbiety Wojnarowicz.

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
Paweł Susłowski

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 2 marca 2019 r. o wygaśnięciu mandatu członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018, poz. 168) oraz § 45 ust. 3 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., oraz § 4 ust. 3 Regulaminu Krajowej Komisji Wyborczej, stanowiącego załącznik do uchwały nr 16 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., na podstawie uchwały Krajowej Komisji Wyborczej Nr 2/19/VIII z dnia 2 marca 2019 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej lek. Stanisława Hapyna, obwieszcza się, co następuje:

Wygasa mandat członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej na okres VIII kadencji 2018-2022 lek. Stanisława Hapyna.

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
Paweł Susłowski

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

BADANIE PRZEDMIOTOWE

Pilot do Prousta

Wydawnicza „big pharma" wkracza do gabinetów lekarskich – lekarze rodzinni i pediatrzy będą propagować czytelnictwo w ramach akcji „Recepta na książkę. Książka na receptę" zorganizowanej przez Fundację Powszechnego Czytania.

JOANNA SOKOŁOWSKA
pediatra, felietonista

Wyniki badań naukowych mówią, że czytanie książek jest zdrowe i kształcące, a czytanie dziecku od pierwszych dni życia buduje więzi, sprzyja rozwojowi emocjonalnemu i intelektualnemu, uczy empatii i uważności – także rodziców.

Każdy wychodzący z biorącego udział w akcji gabinetu pediatrycznego otrzyma więc ulotkę, w formie recepty, zalecającą czytanie dziecku od kołyski. Lekarz ma możliwość wpisania na niej tytułu swojego literackiego bestselleru dla najmłodszych – czyli jednemu „Lokomotywa", innemu „Pchła Szachrajka", temu „Pinokio", drugiemu „Koszmarny Karolek"!

Lobby moli książkowych wreszcie ma szansę przeniknąć w szeregi statystycznych Kowalskich!

> **Według raportu Biblioteki Narodowej nie jesteśmy statystycznymi Polakami.**

Jako fanatyczny czytelnik i książkoholik przystąpię do akcji z entuzjazmem. Czuję się jednak w obowiązku uzupełnienia czytelniczej Charakterystyki Produktu Leczniczego o doświadczenia wynikające z własnej obserwacji uczestniczącej. Namiętne czytelnictwo ma też bowiem swoje mroczne sekrety i niebezpieczne meandry.

Po pierwsze i najważniejsze, czytanie jest przyjemne. Może więc powodować wyrzut endorfin z wszelkimi tego konsekwencjami, do nałogu włącznie. Osobiście pamiętam, kiedy to się u mnie zaczęło oraz to, kto i w jakiej formie podał mi pierwszą uzależniającą dawkę literatury. Ostrzegajcie więc potencjalnych bibliofili, proszę, że i tak może się to skończyć...

Zawsze czułam, że coś jest ze mną nie tak. Nadszedł moment, że trzeba spojrzeć prawdzie w oczy: mam na imię Joanna i czytam więcej niż siedem książek w ciągu roku. To może być uwarunkowane genetycznie albo środowiskowo – ojciec to miał i matka. Chociaż nie można wykluczyć, że jest jakiś czynnik zakaźny. Przecież mąż – w końcu nie rodzina! – po kątach mieszkania także upycha książki i czasopisma. Trudno więc się dziwić, że nasz syn – student zupełnie niehumanistycznego kierunku, też marnuje wzrok i rodzinną fortunę, ślęcząc nad beletrystyką. Czytają wujkowie, ciotki i pociotki, ale najgorsza z nas jest kuzynka Basia, która nie dość, że czyta, to jeszcze sama pisze, choć podobno ciężko z tego wyżyć...

Według raportu Biblioteki Narodowej nie jesteśmy statystycznymi Polakami. Zachęcając innych do czytania, sprowadzamy więc ich na manowce, bo bycie niestatystycznym zawsze jest trochę trudniejsze. Tylko 9 proc. rodaków czyta, tak jak my, kompulsywnie – to znaczy więcej niż jedną (sic!) książkę miesięcznie. Ponad połowa nie czyta zaś w ogóle. Trudno mi w to uwierzyć, widząc półki księgarni uginające się pod ciężarem tysięcy tomów, kuszących kolorowymi okładkami. Przeczy temu obraz jakiejkolwiek poczekalni, restauracji, szkolnego korytarza – prawie wszystkie głowy pochylone nad ekranami, twarze oświetlone błękitną poświatą, palce głaszczące ekrany w jednostajnym rytmie – czasem czule, czasem z jawną złością. Na pewno piszą – kciuki z wprawą śmigają po klawiaturze. A przecież pisanie bierze się z czytania... Więc może statystyki

kłamią i oni wszyscy coś czytają? Podobno jednak nie książki...

Jako przedstawicielka atypowych uprzedzam, czytanie – jak każdy nałóg – po pierwsze zabiera czas i odciąga od obowiązków domowych. „Do dzieł Prousta nie dokładają w księgarni pilota" – jak trafnie zauważyła noblistka – a to „siedem tomów – litości"! Nie da się „przewinąć na podglądzie". Imperatyw skończenia rozdziału może zaś uniemożliwiać prozaiczne czynności. Zarażeni bakcylem czytania nie mają wątpliwości, co wybrać – kolejny rozdział czy mycie okien, które i tak będą przecież brudne po pierwszym deszczu. Mam znajomego książkofila, który radzi z tym sobie, łącząc sacrum z profanum, i słucha książek w postaci audiobooków. Dla nas, czytelniczych fundamentalistów, to jednak zupełnie co innego. Liczy się zapach farby drukarskiej i szelest przewracanej kartki.

Czasem trzeba będzie iść do pracy po nocy zarwanej nad niedającą się przerwać lekturą. I wytłumaczyć szefowi poranne rozkojarzenie, a ten nie zawsze należy do nietypowych 9 proc. i... może nie wykazać zrozumienia.

Dla prawdziwego książkoluba, prędzej czy później, istotne staje się posiadanie pokochanej właśnie książki na własnej półce. Szybko okazuje się, że ta książka dobrze się czuje w towarzystwie swoich sióstr, które wyszły spod pióra tego samego autora. W konsekwencji dołączają do nich i inne – tego samego gatunku lub z tej samej epoki literackiej. To jest jak choroba. Zazwyczaj zaczyna się od fantastyki lub sensacji, o zaostrzeniu świadczy półka z polską prozą współczesną. Jeśli zaś zobaczycie u kogoś znajomego półkę z poezją, bądźcie pewni, że to przypadek nieuleczalny.

Kwestia własności w świecie wielbicieli literatury jest zresztą traktowana dość specyficznie. Rzucane niekiedy jako żart stwierdzenie, że kradzież książki to nie kradzież, dla namiętnego bibliofila nie jest do końca naganne z etycznego punktu widzenia. Jeśli więc zostaniecie właścicielami „białego kruka", strzeżcie go i nigdy nie pożyczajcie. Zwłaszcza nie pożyczajcie go innemu bibliofilowi. To może stać się źródłem wieloletniego sporu, którego przedmiot już nigdy nie powróci na pierwotne miejsce – wiem z doświadczenia.

Gdy pojedyncza półka staje się za krótka, powstaje regał, w nim kolejne rzędy, rosną sterty, a w stertach – kurz. Trudno go usunąć, zwłaszcza, że jak wyżej zaznaczyłam, trochę szkoda czasu na odkurzanie, gdy czeka kolejny, nieprzeczytany akapit. Książki zaczynają na półce żyć, może nie tyle własnym życiem, co życiem fauny je zamieszkującej – wszelakie roztocza, aspergillusy i inne bacillusy znajdują wikt i przytulną przystań wśród ich kart, żywiąc się nie tyle słowem, co sobą nawzajem. To fascynujące zjawisko mikrobiologiczne, choć dla niektórych może nieco obrzydliwe, a dla alergików trochę niebezpieczne...

Komuś nieobeznanemu w czytelniczej materii czytanie może się wydać czynnością raczej introwertyczną i, po buddyjsku, łagodną. Nic bardziej mylnego! Deprecjonowanie sztuki pisania trzynastozgłoskowcem przez niektórych członków naszej rodziny czy odmienny od ogółu stosunek do dzieł Stefana Żeromskiego nie raz zakłóciło atmosferę rodzinnego posiłku, przybierając formę mało parlamentarnej dyskusji.

Teraz już wiecie. Książki – gdy się je pokocha, nie można bez nich żyć. Płoną w temperaturze 451 stopni Farenheita. Mogą być także na receptę. Przepisujcie je, jeśli się nie boicie skutków ubocznych. Można stosować także u dorosłych. ■

REKLAMA

POLACY NA ARENIE MIĘDZYNARODOWEJ

W gronie najlepszych naukowców i artystów

Polski otolaryngolog prof. Henryk Skarżyński został członkiem Europejskiej Akademii Nauk i Sztuk (European Academy of Sciences and Arts, EASA), pozarządowego stowarzyszenia promującego postęp naukowy i społeczny. EASA liczy 2 tys. członków, należą do niego najwybitniejsi naukowcy i artyści, w tym 32 laureatów Nagrody Nobla.

Dotychczas do European Academy of Sciences and Arts należało 31 Polaków.

Wręczenie nominacji prof. Skarżyńskiemu odbyło się w marcu podczas corocznego zgromadzenia EASA w Salzburgu. Profesor zaznaczył, że członkostwo w akademii umożliwia współpracę z ekspertami z całego świata, co jest ogromnym zaszczytem, a zarazem doskonałą okazją, aby na arenie międzynarodowej promować osiągnięcia polskiej nauki i medycyny, takie jak np. „polska szkoła otochirurgii" czy Międzynarodowy Festiwal Muzyczny Dzieci, Młodzieży i Dorosłych z Zaburzeniami Słuchu „Ślimakowe Rytmy", które łączą muzykę i medycynę oraz pokazują światu, że dzięki osiągnięciom współczesnej nauki problemy ze słuchem nie są przeszkodą do rozwijania talentów muzycznych.

Europejska Akademia Nauk i Sztuk powstała w 1990 r., a jej założycielami byli prof. Felix Unger, kardynał Franz König i prof. Nikolaus Lobkowicz. Stowarzyszenie zrzesza przedstawicieli nauk humanistycznych, medycznych, przyrodniczych, społecznych, technicznych, a także środowisk artystycznych i religijnych. Stawia sobie za cel wzmacnianie roli europejskich środowisk naukowych w rozwiązywanie problemów uznanych za priorytetowe dla Europejczyków. Dotychczas do EASA należało 31 Polaków, m.in. prof. Jerzy Buzek, prof. Krzysztof Penderecki, prof. Andrzej Zoll i prof. Jerzy Woźnicki. W 2015 r. wiceprezesem EASA został prof. Michał Kleiber, ówczesny prezes Polskiej Akademii Nauk. ■

Na czele EANM

Dr hab. Jolanta Kunikowska, adiunkt Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, została jednogłośnie wybrana na szefa Europejskiego Towarzystwa Medycyny Nuklearnej (European Association of Nuclear Medicine, EANM). W latach 2019-2020 będzie pełnić funkcję prezydenta elekta, a w latach 2021-2022 prezydenta tego towarzystwa. Jolanta Kunikowska zajmuje się tematyką personalizowanej terapii w guzach neuroendokrynnych, glejakach mózgu oraz zastosowaniem nowych znaczników, takich jak antygen specyficzny dla raka prostaty w diagnostyce chorób nowotworowych. Od lat aktywnie działa w polskich i europejskich strukturach naukowo-badawczych (członek Polskiego Towarzystwa Medycyny Nuklearnej, członek zarządu EANM). W latach 2008-2014 była delegatem krajowym EANM, a w latach 2010-2015 członkiem komitetu onkologicznego tej organizacji. Prof. Leszek Królikowski, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny nuklearnej, podkreślił, że docenienie dorobku naukowego polskiej lekarki to ogromny sukces dla całego środowiska. Medycyna nuklearna to dziedzina prężnie rozwijająca się, stawiająca przed badaczami i klinicystami coraz to nowe wyzwania. Wraz z rosnącymi potrzebami zdrowotnymi zwiększają się też możliwości zastosowań procedur medycyny nuklearnej dla różnorodnych terapii, w tym personalizowanej medycyny precyzyjnej, w której współczesna diagnostyka i terapia nuklearna mają wiele do zaoferowania. ■

FOTO: Shutterstock.com

gazetalekarska.pl

W SKRÓCIE

EHCI 2018: liderzy i maruderzy

Na podstawie: Euro Health Consumer Index 2018

W najnowszej edycji Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia (Euro Health Consumer Index, EHCI), po raz pierwszy od lat Holandia zeszła z najwyższego stopnia podium. Wynik Polski nie zaskoczył. Zajmując 4. miejsce od końca, znowu znaleźliśmy się w gronie maruderów.

Pierwsze miejsce zajęła Szwajcaria, wyprzedzając Holandię, Norwegię i Danię. Co ciekawe, Norwegia, gdyby nie słabe wyniki w zakresie dostępu do świadczeń, zostałaby liderem rankingu. Holandia z kolei miałaby szansę utrzymać pierwszą pozycję, gdyby nie problem z dostępem do psychiatrii dziecięcej i samobójstwami.

W pierwszej dziesiątce znalazły się jeszcze: Belgia, Finlandia, Luksemburg, Szwecja, Austria i Islandia. Czechy (14. miejsce), Estonia (15.), i Serbia (18.) to kraje Europy Wschodniej należące do UE, które doceniono za konsekwentny progres w poprawie swoich systemów ochrony zdrowia. Polska zajęła 32. miejsce na 35 krajów biorących udział w rankingu, notując spadek w porównaniu z rokiem ubiegłym o trzy pozycje. Warto jednak podkreślić, że autorzy rankingu chwalą nasz kraj chociaż za dobrą edukację medyczną i opiekę kardiologiczną. Niestety w dalszym ciągu nie udało nam się przeprowadzić głębokiej reformy systemu, dzięki której moglibyśmy poprawić się w innych obszarach.

Co ciekawe, w raporcie zwraca się uwagę ogólną, że brakuje korelacji pomiędzy limitowaniem dostępu do świadczeń a wydatkami na ochronę zdrowia. Co więcej, sugeruje się, że tańszy jest system bez list oczekujących, a realne oszczędności daje płynność wykonywania świadczeń w ramach procedur, które nie utrudniają pracy.

W rankingu można w sumie zdobyć 1000 punktów, które są przyznawane na podstawie oceny kilkudziesięciu czynników. Żadnemu z krajów nie udało się osiągnąć takiego wyniku, co więcej, ani jedno państwo nie przekroczyło granicy 900 punktów. Najlepsza – Szwajcaria – zdobyła 893 punkty, najgorsza – Albania – 544 punkty, Polska uzbierała ich 585. ■

Pomoc, która grozi śmiercią

Lekarze w Iraku, ratując pacjentów, narażają swoje zdrowie i życie. Jak donosi AFP (Agence France Presse), lekarze, ale też pielęgniarki i pozostały personel medyczny są prześladowani przez niezadowolonych z leczenia pacjentów i ich bliskich.

Pojawiają się nie tylko groźby słowne, bywają wręcz fizycznie nękani, a nawet porywani z miejsca pracy. Czasem pacjent umiera jeszcze przed przyjazdem do szpitala, a rodzina i tak ma pretensje, że lekarze mu nie pomogli. Shaymaa al-Kamali, lekarka pracująca w Bagdadzie, opowiedziała korespondentowi AFP, że jej problemy zaczęły się po tym, gdy zakazała ojcu swojego pacjenta przebywać w szpitalu poza wyznaczonymi godzinami wizyt. W proteście niezadowoleni krewni chorego wtargnęli do kliniki z bronią w ręku. Kobieta zdążyła uciec służbowym wyjściem. Przez kolejnych dziesięć dni nie wróciła do pracy. Powiedziała także, że trudno bronić się przed tego typu agresją. Prawo wystarczająco nie chroni, bo w kraju wciąż popularna jest odwetowa forma sprawiedliwości. Jak dodała, zna przypadki lekarzy, którzy musieli zapłacić nawet 45 tys. dolarów za spokój.

Sytuacja jest na tyle poważna, że coraz więcej lekarzy emigruje z ojczyzny. 32-letnia Kamali też rozważa wyjazd. Jak mówi, z 348 lekarzy z jej rocznika studiów 285 już opuściło Irak. Jak podaje AFP, zgodnie z szacunkami m.in. Międzynarodowego Komitetu Czerwonego Krzyża, w ciągu ostatnich 15 lat 20 tys. lekarzy wyjechało z kraju. W 2017 r. na 10 tys. mieszkańców przypadało 9 lekarzy. ■

20 tys.

lekarzy wyjechało z kraju w ciągu ostatnich 15 lat.

FOTO: Shutterstock.com Źródło: Health Consumer Powerhouse Ltd. 2019, Gulf News, "Iraq Oil report", „Daily Mail", France 24

W SKRÓCIE

#MeToo w medycynie

Ruszyła inicjatywa Time's Up Healthcare – jej celem jest walka z dyskryminacją, molestowaniem i nadużyciami wobec kobiet pracujących w sektorze ochrony zdrowia i działanie na rzecz tworzenia bezpiecznych, uczciwych i godnych warunków pracy.

> **Każdy pracownik systemu ochrony zdrowia zasługuje na miejsce pracy, w którym może się rozwijać.**

Nieco ponad rok temu aktorki i inne gwiazdy Hollywood stworzyły inicjatywę Time's Up, która ma przeciwdziałać prześladowaniu i molestowaniu seksualnemu kobiet. To pokłosie akcji #MeToo, w ramach której kobiety na Facebooku zaczęły publikować swoje historie na temat molestowania w pracy. Kilka miesięcy temu do akcji zaczęły się przyłączać przedstawicielki świata medycyny. Zainicjowały kampanię Time's Up Healthcare.

– Kobiety to 80 proc. pracowników służby zdrowia, ale tylko 11 proc. pełni funkcję dyrektora. Jesteśmy ogromną siłą roboczą, ale nie na stanowiskach kierowniczych – mówi Esther Choo z Time's Up Healthcare. – Każdy pracownik systemu ochrony zdrowia zasługuje na miejsce pracy, w którym może się rozwijać, które jest wolne od nękania i nadużyć i w którym są równe szanse na rozwój – dodaje z kolei Dara Kass, lekarz pogotowia ratunkowego, inna z inicjatorek tej akcji.

Wśród założycielek Time's Up Healthcare są m.in. lekarki, pielęgniarki i asystentki medyczne. Partnerami akcji zostali m.in.: American Medical Women's Association, American College of Physicians i American Nurses Association. Inicjatywę poparły m.in. Alpert Medical School of Brown University, Drexel University College of Medicine, Mayo Clinic i Yale Medical School. ■

Tu najtrudniej się oddycha

W których krajach jest najbardziej zanieczyszczone powietrze? Jak wynika z raportu „World Air Quality 2018", największy problem mają Azja i kraje Bliskiego Wschodu.

Analiza obejmowała narażenie na ekspozycję pyłem PM 2,5 w 2018 r. Zgodnie z wynikami raportu, najgorsza jakość powietrza występuje w Bangladeszu, Pakistanie i Indiach, kolejne miejsca zajęły Afganistan, Bahrajn, Mongolia, Kuwejt, Nepal, Zjednoczone Emiraty Arabskie. Pierwszą dziesiątkę rankingu zamyka Nigeria. Polska zajmuje w tym zestawieniu 29. miejsce, będąc w czołówce krajów europejskich, gdzie jakość powietrza jest zła. Przed nami znalazły się tylko Bośnia i Hercegowina, Macedonia, Kosowo, Bułgaria i Serbia.

Najlepiej w rankingu wypadła Islandia, a tuż za nią Finlandia, Australia, Estonia, Szwecja, Norwegia, Nowa Zelandia, Canada oraz USA. Raport zawiera też zestawienie najbardziej zanieczyszczanych stolic. Najtrudniej oddycha się w Nowym Delhi, Kabulu i Manamie. Warszawa znalazła się na 25. miejscu. Najlepszą jakość powietrza mają Wellington, Ottawa i Sztokholm.

Według szacunków WHO, co roku zanieczyszczone powietrze przyczynia się 7 mln przedwczesnych zgonów na całym świecie. ■

FOTO: Shutterstock.com Źródło: Q Air Visual, Time's Up Healthcare, Mayo Clinic

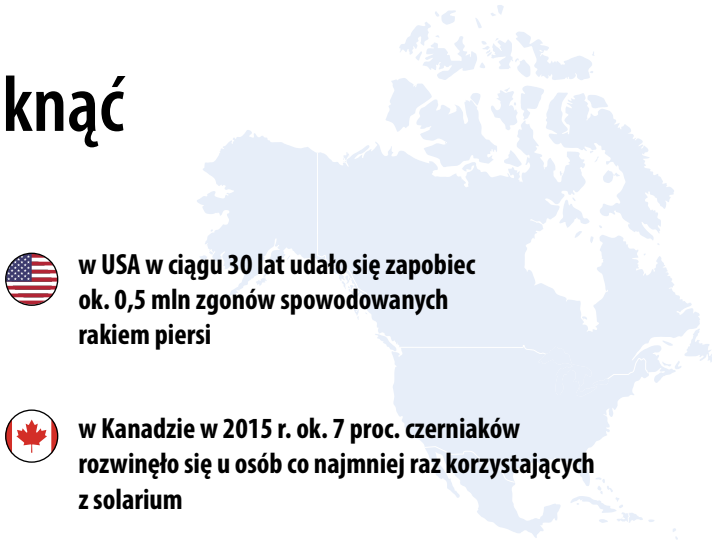
gazetalekarska.pl

W PIGUŁCE

Raka można uniknąć

W czasopiśmie „Cancer" opublikowano wyniki badania, w którym oszacowano, ilu zgonów z powodu raka piersi udało się uniknąć dzięki upowszechnieniu mammografii i poprawie metod leczenia.

Z przeprowadzonej analizy wynika, że wskaźniki umieralności z powodu raka piersi w latach 1975-1990 rosły o 0,4 proc. rocznie, natomiast w kolejnych latach, aż do 2015 r., spadały o 1,8-3,4 proc. rocznie. Obserwowany spadek przypisuje się skriningowi mammograficznemu oraz większej skuteczności leczenia, przy czym trudno określić, w jakim stopniu oba te czynniki odpowiadają za zmniejszenie umieralności. Według szacunków, od 1989 r. uniknięto 384-614 tys. zgonów spowodowanych rakiem piersi (w samym 2018 r. było to 27-45 tys.). W latach 2012, 2015 i 2018 spadek umieralności wahał się pomiędzy 38,6-58,3 proc. W innym badaniu, które ukazało się w „Cancer Epidemiology", kanadyjscy naukowcy postanowili przyjrzeć się, ilu nowotworom skóry można by zapobiec, rezygnując z wizyt z solariów. Według ich metaanalizy korzystanie z solarium zwiększa względne ryzyko rozwoju czerniaka o 38 proc., raka podstawnokomórkowego – o 39 proc., a raka płaskonabłonkowego – aż o 49 proc. W Kanadzie w 2015 r. ok. 7 proc. czerniaków, 5,2 proc. raków podstawnokomórkowych oraz 7,5 proc. raków płaskonabłonkowych rozwinęło się u osób, które co najmniej raz skorzystały z solarium. ■



w USA w ciągu 30 lat udało się zapobiec ok. 0,5 mln zgonów spowodowanych rakiem piersi

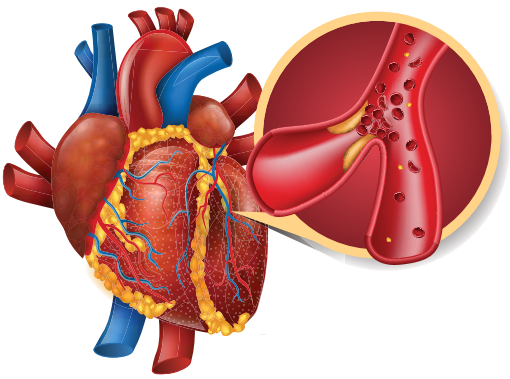
w Kanadzie w 2015 r. ok. 7 proc. czerniaków rozwinęło się u osób co najmniej raz korzystających z solarium

gazetalekarska.pl

Płeć ma znaczenie

Kobiety dość szybko wzywają karetkę w przypadku objawów zawału serca u męża, ojca czy brata, ale nie robią tego, gdy to dotyczy ich samych.

Takie wnioski wynikają z polskich badań zaprezentowanych podczas kongresu „Acute Cardiovascular Care 2019" w Maladze, zorganizowanego przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne. Do analizy włączono 7582 pacjentów z zawałem serca z uniesieniem odcinka ST w badaniu EKG (STEMI). STEMI to poważny zawał, w którym dochodzi do zablokowania głównej tętnicy dostarczającej krew do serca. – Jednym z powodów, dla których mniej prawdopodobne jest leczenie w zalecanym czasie kobiet niż mężczyzn, jest to, że więcej czasu zajmuje im podjęcie decyzji o wezwaniu karetki, gdy mają objawy zawału. Jest to szczególnie widoczne w przypadku młodszych kobiet – mówi prof. Mariusz Gąsior z SCCS w Zabrzu. Poza tym wyniki badania EKG w przypadku młodych kobiet rzadziej trafiają do centrum leczenia zawałów serca, co może mieć wpływ na późniejszą terapię. Najbardziej znane objawy zawału serca to: ból w klatce piersiowej i ból lewego ramienia, ale panie często mają te mniej typowe: bóle pleców, ramion lub brzucha. – Wśród personelu medycznego i ogółu społeczeństwa powinna być promowana świadomość, że kobiety, nawet młode, również miewają zawały serca. Są one bardziej narażone na nietypowe objawy i symptomy, które mogą przyczynić się do opóźnienia we wzywaniu pomocy medycznej – podkreśla dr hab. Marek Gierlotka (SCCS). ■



Trwające dłużej niż

15 minut

bóle w klatce piersiowej stanowią wskazanie do wezwania karetki.

ŹRÓDŁO: „CANCER", „CANCER EPIDEMIOLOGY", SERWIS PAP NAUKA W POLSCE NAUKAWPOLSCE.PAP.PL, INF. WŁASNA

LECZENIE ROZWARSTWIEŃ AORTY

Bez ryzyka paraplegii?

W lutowym numerze „European Journal of Vascular and Endovascular Surgery" ukazał się artykuł dr. Arkadiusza Kazimierczaka ze szpitala klinicznego nr 2 PUM w Szczecinie na temat opracowanej przez niego metody całościowego leczenia rozległych rozwarstwień aorty (extended petticoat).

TEKST **LIDIA SULIKOWSKA**, DZIENNIKARZ

Przedstawienie w tym piśmie można traktować na równi z rekomendacją tej metody przez Europejskie Towarzystwo Chirurgów Naczyniowych – cieszy się dr Arkadiusz Kazimierczak i dodaje, że niebawem dojdzie do publikacji na temat e-petticoat także w amerykańskim piśmie naukowym „The Journal of Vascular Surgery". Tekst jest już zaakceptowany do druku. W styczniu dr Kazimierczak prezentował metodę e-petticoat na kongresie LINC 2019 w Lipsku. Była to światowa premiera tej techniki leczenia rozwarstwień aorty. W kwietniu planowana jest prezentacja podczas kwietniowego Charing Cross w Londynie.

INNE PODEJŚCIE

Jak tłumaczy mój rozmówca, e-petticoat to technika wykorzystująca kilka dostępnych dotychczas metod leczenia rozwarstwień aorty: petticoat, tevar, stabilize i cerab, przy jednoczesnym zmodyfikowaniu tej ostatniej. Dlaczego warto z niej korzystać? – To pierwsza metoda, dzięki której można leczyć cały odcinek zdegenerowanej aorty bez ryzyka porażenia kończyn dolnych. Dotychczas takie całościowe podejście było możliwe tylko przy użyciu stentgraftów fenestrowanych/branchowych, ale to bardzo drogie rozwiązanie, bowiem wykonywane na zamówienie, wymagające kilkutygodniowego okresu oczekiwania i niosące za sobą ryzyko paraplegii. Ja proponuję technikę, która zdecydowanie redukuje ryzyko wystąpienia takiego skutku ubocznego i nie wymaga użycia żadnych nietypowych stentgraftów, zatem jest o wiele tańsza i można pacjentowi pomóc od razu. Poza tym jest bardzo łatwa do wykonania. Każdy chirurg, który wszczepia stentgrafty, poradzi sobie z tym zadaniem – wyjaśnia dr Arkadiusz Kazimierczak.

Badania trwają

Chirurdzy naczyniowi z SPSK-2 w Szczecinie pod kierownictwem prof. Gutowskiego od 4 lat zajmują się ulepszeniem dostępnych i uznanych dotąd metod leczenia degeneracji aorty. Dr Arkadiusz Kazimierczak, wraz z zespołem Kliniki Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Angiologii, od trzech lat prowadzi badania nad autorską metodą e-petticoat. Chirurdzy chcą kontynuować swoją pracę i rozwijać tę obiecującą metodę. Liczą na współpracę badawczą z innymi ośrodkami leczącymi rozwarstwienia aorty zarówno w Polsce, jak i za granicą. Udało się już nawiązać współpracę z ośrodkiem medycznym z Regensburga.

WYKORZYSTAĆ PRZECIEKI W ŚWIETLE RZEKOMYM

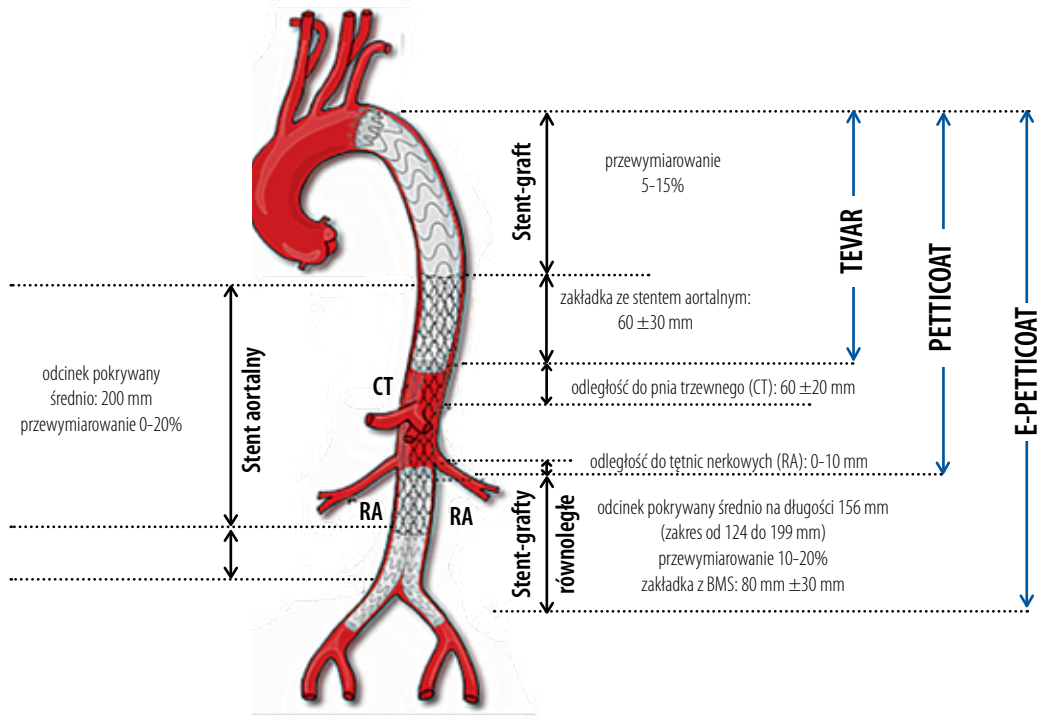
Dotychczas udało się zoperować za pomocą tej techniki ponad 50 pacjentów. Stan kliniczny chorych ma być kontrolowany przez kilka lat od momentu przeprowadzenia zabiegu. – Wyniki są bardzo obiecujące, ale badania nadal trwają – podkreśla Bogna Bartkiewicz, rzecznik prasowy SPSK-2 w Szczecinie. U żadnego z operowanych nie wystąpiła paraplegia. – Dwie osoby zmarły, ale dlatego, że za późno do nas trafiły. Sam zabieg się udał, niestety ich stan był na tyle ciężki, że nie byliśmy w stanie ich uratować – tłumaczy doktor Kazimierczak.

Wszystkie zabiegi wykonywano w obrębie uszkodzonej aorty piersiowej – poprzez jednoczesne wszczepienie stentgraftu wewnątrz uszkodzonej aorty piersiowej oraz stentu w odcinku

50

tylu pacjentów udało się zoperować dotychczas za pomocą techniki e-petticoat.

METODA EXTENDED PETTICOAT



trzewnym aorty w celu odtworzenia tętnic zaopatrujących nerki i jelita w krew, wykorzystując przecieki w świetle rzekomym między zakładanymi stentgraftami w części naczyń oderwanych od aorty, aby zachować niewielki przepływ w tętnicach nerkowych i biodrowych. Wszystko po to, aby zabezpieczyć ukrwienie rdzenia kręgowego.

– To jest tak banalne, że aż niewiarygodne, że nikt wcześniej na taki pomysł nie wpadł. Kiedy pokazuję moim kolegom i koleżankom, w czym rzecz, słyszę od nich: „jakie to proste i oczywiste!" – mówi dr Kazimierczak i zaznacza, że e-petticoat nadaje się do wykorzystania właściwie na każdym odcinku aorty, i takie zabiegi będą niebawem wykonywane wspólnie z kardiochirurgami szczecińskiego szpitala.

Trzeba jednak zwrócić uwagę, aby objętość przepływu krwi w świetle rzekomym była niewielka, bo inaczej może prowadzić do dalszej degeneracji aorty. – Zespół naszych chirurgów jest prekursorem nowego podejścia do kontrolowania takiej przebudowy aorty po leczeniu wewnątrznaczyniowym, które polega na poszerzeniu klasycznej oceny tomografii komputerowej o dodatkowe pomiary objętościowe – wyjaśnia Bogna Bartkiewicz.

– Czy trudno było zoperować pierwszych pacjentów? – Byliśmy w ogromnym stresie, ale to byli umierający ludzie, bez szans na przeżycie przy zastosowaniu dotychczas dostępnych metod – odpowiada dr Arkadiusz Kazimierczak.

DŁUŻSZY EFEKT TERAPII

Jak podkreśla doktor ze szpitala na szczecińskich Pomorzanach, technika e-petticoat jest mniej obciążająca dla pacjenta w porównaniu z innymi metodami stosowanymi w leczeniu rozwarstwień aorty, a na dodatek technicznie łatwa do wykonania przez każdego chirurga naczyniowego. Co ważniejsze, pozwala za pomocą jednej interwencji chirurgicznej naprawić aortę na całym zdegenerowanym odcinku. – Stosowane obecnie metody leczenia rozwarstwień, takie jak wspomniana już wcześniej petticoat czy tevar albo stablize, pozwalają jedynie na interwencję powikłań w ostrej fazie choroby, bez zatrzymania dalszej degeneracji przewlekłej, przez co przeżycie odległe, czyli wieloletnie, nie poprawiało się, a chory był narażony na kolejne zabiegi – wyjaśnia.

Czy jest szansa na wdrożenie e-petticoat do codziennej praktyki lekarskiej? – Przed nami trudne zadanie do rozpropagowania tej metody. Mam nadzieję, że publikacje w czasopismach naukowych okażą się skuteczne i przekonamy środowisko chirurgów naczyniowych do naszego pomysłu, że dokona się ocena wieloośrodkowa. Co więcej, liczę na to, że zmieni się podejście do leczenia rozwarstwień aorty. Obecnie leczymy pacjentów tylko w ostrej fazie choroby, natomiast nic nie stoi na przeszkodzie, aby za pomocą naszej techniki pomagać pacjentom skąpoobjawowym, z mniejszymi patologiami aorty – po to, by uniknąć dużych degeneracji w przyszłości. Niestety tej metody nie można wykorzystać w przypadku bardzo rozległej degeneracji aorty, wówczas jedynym ratunkiem dla chorego jest stentgraft fenestrowany – podsumowuje dr Arkadiusz Kazimierczak. ■

E-PETTICOAT

Ta technika jest mniej obciążająca dla pacjenta w porównaniu z innymi metodami stosowanymi w leczeniu rozwarstwień aorty, a na dodatek technicznie łatwa do wykonania przez każdego chirurga naczyniowego.

LEKARSKIE TOWARZYSTWA NAUKOWE

Wszechobecna genetyka

Z prof. **Olgą Haus**, przewodniczącą Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

WYWIAD

Genetyka obejmuje coraz więcej dziedzin medycznych. Jakich?

Tak naprawdę wszystkie specjalności, nawet zabiegowe, w których również powinno się uwzględniać aspekty genetyczne, ponieważ mogą występować choroby lub zniekształcenia wynikające z wad genetycznych, np. w ortopedii nieprawidłowe ukształtowanie kości i wady szkieletu występujące we wrodzonych zespołach zaburzeń tkanki łącznej. W anestezjologii będzie to np. złośliwa hipertermia pojawiająca się przy niektórych rodzajach znieczuleń lub paradoksalna reakcja na środki znieczulające. Genetyka w medycynie jest wszechobecna – w pediatrii, internie, ginekologii, reumatologii. Istnieje coraz więcej dowodów na to, że wszystkie choroby mają podłoże genetyczne.

Czy jest lista chorób, które dziedziczymy?

Być może, mamy jednak do czynienia z wieloma tysiącami chorób o podłożu genetycznym, trudno więc się do niej odnieść. Istnieje lista chorób rzadkich, która znajduje się w bazie Stowarzyszenia Orphanet, gdzie zbierane są dane o takich chorobach. Należy podkreślić, że 80 proc. z nich to choroby ściśle genetyczne, a ponieważ choroby rzadkie występują raz na 2,5 tys. osób, tacy pacjenci tworzą sporą populację, stanowiąc poważny problem medyczny i społeczny.

Przy Ministrze Zdrowia powstała Komisja ds. Chorób Rzadkich, na posiedzeniu której Polskie Towarzystwo Genetyki Człowieka przedstawiło rekomendacje dotyczące postępowania w tych chorobach. Naszą przedstawicielką w tej komisji jest prof. Anna Latos-Bieleńska, autorka i organizatorka Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych, który znakomicie wpisuje się w choroby rzadkie i którego zazdroszczą nam genetycy w Europie.

Czy trudno trafić do poradni genetycznej?

W każdym mieście wojewódzkim jest poradnia genetyczna, więc wystarczy pacjenta tam skierować. Poradnie są jednak niedofinansowane i trzeba czekać w kolejce nawet dwa lata. Poza tym kierowani są tam chorzy, którzy długo tułają się po różnych specjalistach, zanim trafią pod właściwy adres. Dzieje się tak, ponieważ objawy chorób genetycznych są czasem mylące. Bywa, że lekarze różnych specjalności podejmują leczenie, a kiedy nie ma poprawy, orzekają że choroba ma podłoże psychosomatyczne. Przykładem jest Zespół Ehlersa-Danlosa (EDS – grupa chorób genetycznych charakteryzująca się nadmierną wiotkością stawów oraz skóry, z często współistniejącym utrudnionym gojeniem się ran i bólami całego ciała), który na podstawie badań dodatkowych może rozpoznać wyłącznie genetyk. Są już nowoczesne metody analizy genetycznej, np. NGS, czyli Sekwencjonowanie Następnej Generacji, ale ze względu na brak refundacji stosuje się je w poradnictwie sporadycznie. NGS uznawana jest za najlepszą ze wszystkich technik molekularnych, z powodu możliwości równoczesnej analizy wielu chorób, co znacznie przyspiesza diagnostykę. Stosując metody tradycyjne, trzeba czasem lat, aby postawić właściwą diagnozę.

Lekarz genetyk coraz częściej staje się konsultantem dla np. onkologa, ginekologa, diabetologa czy reumatologa.

W praktyce to tak nie wygląda. Lekarze innych specjalności czasem nie mają świadomości, że mogą mieć do czynienia z chorobą genetyczną i należy zasięgnąć konsultacji genetyka. Na badania genetyczne może skierować pacjenta każdy lekarz, nie musi to być genetyk kliniczny. Jednak by pacjent mógł uzyskać poradę po takim badaniu, tak czy owak musi trafić w jego ręce.

Prof. Olga Haus: – Przyszłością jest obiecująca metoda CRISPR Cas 9, przy pomocy której można wycinać uszkodzone geny i wstawiać w ich miejsce inne.

Czy dotyczy to również nowotworów?
Chorobami nowotworowymi o podłożu dziedzicznym zajmują się Genetyczne Poradnie Onkologiczne, ale też poradnie wieloprofilowe, gdzie przyjmuje się dzieci z wadami, pary z niepłodnością, pacjentów z różnymi genetycznie uwarunkowanymi chorobami, z rodzinnymi nowotworami itp. Odrębnym problemem są nowotwory dziedziczne, jeszcze innym nowotwory sporadyczne, w których również występują zmiany genetyczne, ale nabyte w ciągu życia. We wszystkich nowotworach dąży się do prowadzenia leczenia celowanego, nakierowanego na produkt genu „nowotworowego" – białko, które jest kodowane przez ten gen. Nie są to jednak terapie stricte genowe, gdyż nie oddziałują bezpośrednio na gen. Natomiast w klasycznych, wrodzonych chorobach genetycznych stosowane są leki, które działają na uszkadzane w nich różne szlaki sygnałowe. Przykładem jest stwardnienie guzowate, objawiające się już w dzieciństwie. Zastosowane terapie pozwalają chorym w miarę normalnie funkcjonować. Od tego roku będzie w Polsce refundowany lek dla chorych z rdzeniowym zanikiem mięśni, co także otwiera nowe perspektywy przed chorymi. Przyszłością jest obiecująca metoda CRISPR Cas 9, przy pomocy której można wycinać uszkodzone geny i wstawiać w ich miejsce inne.

> W Polsce jest około 100 genetyków klinicznych i nie ma wielu chętnych do specjalizowania się w tej dziedzinie, gdyż – jak na razie – jest to specjalność poradniana. PTGC liczy na zmianę tej sytuacji. Towarzystwo skupia blisko 500 członków, głównie diagnostów laboratoryjnych i genetyków klinicznych, wśród których wielu jest równocześnie pediatrami, neurologami, ginekologami itd. Współpracuje z profesjonalistami z różnych dziedzin – psychologami, pedagogami oraz lekarzami wielu specjalności. Ze względu na choroby, z którymi mają do czynienia, genetyka stała się im bliska.

> **Lekarze innych specjalności czasem nie mają świadomości, że mogą mieć do czynienia z chorobą genetyczną i należy zasięgnąć konsultacji genetyka.**

PTGC tworzy wytyczne dotyczące genetyki.
To są bardzo ścisłe wytyczne w zakresie diagnostyki i postępowania terapeutycznego u pacjentów z różnymi zespołami. Wytyczne te zmieniają się w zależności od wprowadzania nowych metod diagnozowania i leczenia. Ponadto wprowadziliśmy certyfikację laboratoriów genetycznych pracujących zgodnie ze standardami.

Genetyka to delikatna materia, rodzi spekulacje na temat nadużyć, jeśli chodzi o wykonywanie testów genetycznych dla celów zdrowotnych. Czy prawo reguluje te kwestie?
Niestety nie, chociaż towarzystwo od lat o to zabiega. Jesteśmy na etapie prac nad projektem ustawy o testach genetycznych dla celów zdrowotnych, który powstał z inicjatywy Ministerstwa Zdrowia. Wspólnie z krajowym konsultantem w dziedzinie genetyki klinicznej staramy się wypracować jej ostateczną wersję, licząc, że dokument ten ureguluje wiele kwestii, np. określi, kto może kierować na badania genetyczne i kto może je przeprowadzać. Powstało ostatnio wiele laboratoriów, które oferują różne testy genetyczne, np. odnoszące się do diety, trybu życia, ale my się pod ich działaniami nie podpisujemy. Badania genów o wysokiej penetracji, np. BRCA, lub geny związane z chorobami neurodegeneracyjnymi powinny się odbywać poza genetyką kliniczną, ponieważ zawsze za badaniem musi iść specjalistyczna porada, co wyraźnie określa prawo europejskie w tym zakresie. ■

GŁOS CZYTELNIKÓW

W sprawie biegłych c.d.

Z zainteresowaniem przeczytałem artykuły pań Lucyny Krysiak i Krystyny Łaskarzewskiej-Resiak, dotyczące biegłych lekarzy sądowych, zamieszczone w dwóch wydaniach „GL" (styczeń i marzec 2019).

Jestem biegłym lekarzem sądowym okulistą od przeszło 30 lat (7 kadencji) i obecnie jedynym zaprzysiężonym biegłym w mojej specjalności na Mazowszu. W pełni zgadzam się z autorkami. Wieloletnie zaniedbania rządzących, brak zainteresowania ze strony środowiska lekarskiego oraz społeczeństwa doprowadziły, moim zdaniem, do sytuacji dramatycznej. Obecnie, aby zostać biegłym lekarzem w danej dziedzinie, wystarczy posiadać dyplom lekarza, specjalizację, nie być osobą karaną. Praktycznie nie ma weryfikacji, oceny doświadczenia czy posiadanej wiedzy. Biegłych brakuje i stale ubywa. Z przykrością stwierdzam, że ze strony zleceniodawców wydania opinii (sądy, prokuratury, policja) nie jest doceniana wiedza i doświadczenie lekarza. Przyznawane wg stawek wynagrodzenia są kompromitująco niskie. Pani doktor Krystyna Łaskarzewska-Resiak chyba przez skromność nie wspomniała o tym, że stawka godzinowa 32,39 zł brutto jest najwyższą w skali (zaczyna się bowiem od 22,29 zł!). Stawki te nie zmieniły się od wielu lat. W Polsce do chwili obecnej nie ma ustawy o biegłych, a więc status biegłego jest w zasadzie nieokreślony. Należy zwrócić uwagę, że biegły lekarz w świetle przepisów Ministerstwa Finansów jest traktowany jako przedsiębiorca. Ma to taki skutek, że biegły lekarz opiniuje na „własny rachunek" i pomimo że opinie zleca sąd czy prokuratura, biegły w całości odpowiada za swoją opinię wobec osób trzecich. Może więc być oskarżony przez osoby biorące udział w procesie, gdy jego opinia nie jest zgodna z oczekiwaniami danej strony. Z przykrością muszę powiedzieć, że trzykrotnie w ciągu ostatnich 5 lat byłem niesłusznie oskarżany przez niezadowolonego podsądnego, z zarzutem doznanej rzekomej krzywdy i roszczeniem odszkodowania z powodu mojej opinii. Stawałem wówczas na wokandzie, ogłaszano wyrok w mojej sprawie (na szczęście oddalający pozew). Biegłego lekarza bowiem nie chroni żaden immunitet, choćby procesowy. Biegłego można swobodnie pozwać, obrazić (np. wpisy i groźby w internecie) – sąd biegłego w takich wypadkach nie chroni, nawet gdy opinia była dla sądu rzetelna i zadawalająca. Biegły może jedynie wytoczyć proces z powództwa cywilnego (oczywiście na własny koszt). Ponadto wielokrotnie stwierdziłem, że badany miał wgląd do danych biegłego zamieszczonych w aktach sprawy, w tym zaliczanych do grupy chronionych przez RODO (np. adres, nr. konta). Autorki poprzednich artykułów nie wspomniały, że istotną uciążliwością, z którą musi sobie poradzić biegły lekarz, jest brak gabinetów lekarskich przy sądach, zwłaszcza specjalistycznych. Biegły wg rozumienia sądu musi sam przygotować sobie miejsce do przeprowadzania badań. Obecnie przeprowadzanie takich badań, np. w szpitalu czy przychodni publicznej, jest prawnie nieuregulowane i właściciel czy płatnik nie zgodzi się na takie badania bez umowy czy zapłaty. Biegły lekarz musi więc założyć działalność gospodarczą często tylko na potrzeby sądu, aby mógł wynająć gabinet do badań sądowych. Sprawa ma także pewien delikatny wymiar, ponieważ w takich sytuacjach powaga sądu jest wyraźnie zachwiana i nawet najrzetelniejsza opinia, wydana np. w gabinecie prywatnym, może budzić wątpliwości czy podejrzenia.

Jestem wdzięczny, że wreszcie sprawa biegłych jest poruszana, choć wątpię, czy w najbliższych latach ktoś z decydentów pochyli się wreszcie nad tymi problemami. Dalej będę biegłym, bowiem uważam, że charakter tej pracy nobilituje, praca jest ciekawa, potrzebna, wielokrotnie zmusza do refleksji, nie tylko w zakresie zagadnień lekarskich, pozwala na szersze spojrzenie na postawy ludzkie, jest także dla mnie odskocznią od typowej lekarskiej pracy usługowej. ■

dr n. med. Roman Sobecki
specjalista chorób oczu, biegły lekarz sądowy

Obecnie, aby zostać biegłym lekarzem w danej dziedzinie, wystarczy posiadać dyplom lekarza, specjalizację, nie być osobą karaną. Praktycznie nie ma weryfikacji, oceny doświadczenia czy posiadanej wiedzy.

GŁOS CZYTELNIKÓW

Okiem geriatry

Chciałbym odnieść się do artykułu Pana Doktora S. Badurka pt. „Problem nie tylko od święta" (2/2019 „GL"). Pan Doktor opisuje w nim problem tzw. świątecznych babć i dziadków, tj. staruszków, porzucanych w szpitalach na okres świąt lub urlopów swoich opiekunów. Nazywa to Pan Doktor dehumanizacją, stawiając opiekunów w roli oprawców, zaś pacjentów w roli ich ofiar.

Z całą pewnością bywają takie przypadki, jednak ten punkt widzenia nie pokazuje całej prawdy. Jako geriatra chcę pokazać Czytelnikom problem opieki nad pacjentem w podeszłym wieku z nieco innej perspektywy.

Zacznijmy od tego, że pacjent w starszym wieku to nie zawsze miły i uśmiechnięty staruszek, mający jedynie kłopoty z pamięcią. Z dużym prawdopodobieństwem choruje na otępienie. Być może jest agresywny lub ma urojenia. Możliwe, że ma zaburzony rytm dobowy i okres jego największej aktywności przypada na godziny nocne, a przepisywane przez lekarza benzodiazepiny tylko pogarszają sprawę. Niewykluczone też, że pacjent wymaga karmienia i pojenia, co sprawia, że każdy posiłek zajmuje do kilkudziesięciu minut. Być może podopieczny nie kontroluje swoich potrzeb fizjologicznych. Z całą pewnością opiekun widział niejedno wzruszenie ramion swojego lekarza rodzinnego i usłyszał: „czego pan(i) oczekuje, to przecież starość...". Niewątpliwie słyszał też wiele cennych rad lub słów krytyki od innych członków rodziny. Nie wiadomo, czy nie musiał zrezygnować z pracy, żeby podołać opiece.

I co najważniejsze, ponieważ brak jest skutecznych rozwiązań systemowych, a pracownicy systemu ochrony zdrowia zbyt często nie posiadają profesjonalnej wiedzy na temat problemów geriatrycznych, opiekun w wielu przypadkach nie ma innej alternatywy jak tylko samotna opieka.

Proszę mi wierzyć, nawet najbardziej kochający współmałżonek, syn lub córka ulegają w takiej sytuacji zespołowi wypalenia opiekuna. Czy z tej perspektywy nieakceptowane przez nas zachowania opiekunów można potraktować jako akt rozpaczy człowieka przemęczonego, osamotnionego i nierozumianego? Czy życie jest czarno-białe, a odpowiedzi zawsze proste?

Pozostawiam państwa z tą refleksją. ■

Lek. Robert Bywalec
Ordynator Oddziału Geriatrycznego
Szpital MIKULICZ w Świebodzicach

Szanowna Redakcjo

W nawiązaniu do artykułu pana Macieja Mrożewskiego o prof. dr. Tadeuszu Sokołowskim (nr 12/2018-1/2019 „Gazety Lekarskiej") informuję, że będąc studentem Pomorskiej Akademii Medycznej w latach 1954/59, miałem zaszczyt zdawać chirurgię u prof. Tadeusza Sokołowskiego. Oprócz wiedzy z zakresu chirurgii, profesora interesowała też inteligencja i wiedza ogólna studentów. Na przykład zapytał studenta zdającego chirurgię, jak się czuje przed egzaminem, a on odpowiedział na to, że powinien zdać, ale egzamin to zawsze wielka niewiadoma. – No pewnie – mówi pytający, – a wiesz, jaka gwiazda jest najbliżej Ziemi? – Tak, alfa proksima centauri, oddalona o 4 lata świetlne. – No to nie pękaj, egzamin masz już w kieszeni.

Profesor na wykładach mówił piękną polszczyzną, ilustrując na bieżąco wypowiedzi własnoręcznie wykonanymi rysunkami o wyglądzie artystycznym. Ogłaszane prace też sam ilustrował. Studentów traktował życzliwie, a nawet czasami pobłażliwie. Utkwił mi w pamięci jego wizerunek, gdy już chyba po odwilży październikowej 1956 r., już nie naganiani do pochodu, oczekiwaliśmy, aż się zacznie. Profesor, bardzo szczupły, prawie całkiem siwy, nieco pochylony oczekiwał samotnie i widać było, że taka przedłużona stójka bez oparcia sprawia mu trudność. Domyślaliśmy się, że wziął udział w pochodzie nie tylko ze względów patriotycznych, ale też, by zamanifestować swoją wydolność. Jego zastępca docent Jan Kortas nie ukrywał, że chętnie objąłby katedrę w miarę szybko.

Trzeba przyznać, że pod Monte Casino bez dłuższej przerwy operował przez pełne 3 doby. Jeszcze raz widziałem profesora poza uczelnią – w nowo otwartej kawiarni Na Pogodnie w Szczecinie, gdzie gromadziły się tzw. wyższe sfery. Siedział samotnie przy stoliku, zatopiony w lekturze zagranicznego czasopisma, na otoczenie nie zwracając żadnej uwagi. Widoczne było, że zdrowie już mu nie dopisuje. Po zdaniu końcowych egzaminów mój rok akademicki rozjechał się po Polsce i już Profesora nie widziałem. ■

Z szacunkiem i koleżeńskim pozdrowieniem
Mirosław Szczawiński
płk WP, lek. med. specjalista w stanie spoczynku z Elbląga

GL PATRONAT

Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego w Krakowie obchodzi w tym roku jubileusz 65-lecia. Szczegóły wkrótce.

MARTA JAKUBIAK
redaktor naczelna

To nie jest mój pacjent

– Lektura artykułów, w których koledzy opowiadają swoje historie, sprawiła, że powróciły przeżycia sprzed lat. Zdałam sobie sprawę, że mam w sercu ogromny żal za to, co się wydarzyło. Za obojętność... – opowiada doktor Zofia, lekarz z wieloletnim stażem. Jak mówi, w kryzysowej sytuacji weryfikuje się spojrzenie na świat i życie.

M.JAKUBIAK@GAZETALEKARSKA.PL

Było piękne lato. Syn dostał się na medycynę. Wspólnie z mężem, który również jest lekarzem, postanowili zrobić mu prezent. Żeby go odebrać, wzięli dzień urlopu. Wszystko udało się załatwić rano, więc popołudnie mieli wolne. Mąż postanowił pojeździć na rowerze, a ona odwiedzić ciocię mieszkającą kilkanaście kilometrów od miasta. – To właśnie tam odebrałam telefon od syna, który przekazał mi informację, że tata miał wypadek, że ma złamany nos i uszkodzone zatoki – opowiada. Była spokojna, jadąc do szpitala. Takie obrażenia nie mogły być bardzo groźne. Kiedy jednak dotarła na miejsce, okazało się, że mąż jest w ciężkim stanie. Ma bardzo poważny uraz wielonarządowy i właściwie nie wiadomo, czy przeżyje do rana...

Kiedy dotarli na miejsce, lekarz dyżurny zapytał, po co przyjechali i oświadczył, że takiego pacjenta nie przyjmie.

PECHOWA PRZEJAŻDŻKA

Prowadzono remont drogi. Nie zauważył przed sobą niedbale rzuconych na sztorc płyt chodnikowych. Przekoziołkował, spadł z roweru i uderzył o nie, roztrzaskując twarz. – Nie wiem, w jaki sposób udało mu się to zrobić, ale resztką sił zadzwonił do syna i powiedział, że trzeba wezwać karetkę. Syn myślał, że wzywa karetkę do pacjenta ojca. Próbowałam skontaktować się z mężem, ale bezskutecznie, bo stracił przytomność – opowiada doktor Zofia. Kiedy zespół dotarł na miejsce, nikt nie rozpoznał w poszkodowanym kolegi lekarza. Przewieziono go do dużego szpitala wielospecjalistycznego.

Obrażenia były poważne, zachodziła obawa, że pacjent nie przeżyje. Przyjechał ordynator chirurgii, laryngologii, neurochirurgii, okulistyki. – Męża ratował zespół najlepszych specjalistów. Bez mojej interwencji. Poprosiłam jedynie zaprzyjaźnionego chirurga szczękowego, by pomógł, jeśli zajdzie taka potrzeba. Operacja trwała wiele godzin. Zrobiono wszystko, co można było zrobić. Oczyszczono rany, zabezpieczono fragmenty kostne i mocno uszkodzone oko – wspomina. Pacjent trafił na OIOM.

Ponieważ w szpitalu tym nie było możliwości zrekonstruowania twarzy, trzeba było znaleźć miejsce w innym ośrodku, który będzie w stanie kontynuować leczenie i zgodzi się przyjąć pacjenta. Jeden z ośrodków klinicznych zgodził się na to. Do pokonania mieli jednak ponad sto kilometrów. Wyruszyli najszybciej, jak się dało. Karetką z lekarzem, ponieważ lotnicze pogotowie jeszcze wtedy nie latało nocą.

Kiedy dotarli na miejsce, lekarz dyżurny zapytał, po co przyjechali i oświadczył, że takiego pacjenta nie przyjmie, bo to uraz czaszki, a nie twarzoczaszki. Może przyjęcie było ustalone z szefem, ale pacjent powinien trafić na neurochirurgię, a nie do nich. Szefa oddziału nie było. Kategorycznie odmówił przyjęcia. – Straciłam grunt, poczułam się totalnie bezsilna. Dokąd jechać, czy ktoś nas przyjmie? Nie wiedziałam, co robić... Miałam ochotę uciec. Powstrzymał mnie lekarz anestezjolog, który był z nami. To on podjął decyzję, że

FOTO: Shutterstock.com

pojedziemy tam, gdzie jest neurochirurgia. A jeśli nas nie przyjmą, wrócimy do domu – wspomina doktor Zofia. Mijała kolejna doba po wypadku. Pacjent był coraz słabszy, rozwijało się zakażenie.

CZAS UCIEKA

Na szczęście został przyjęty w innym szpitalu. Zdecydowano, że konieczna jest rekonstrukcja. Przyjechał szef oddziału, na którym wcześniej odmówiono przyjęcia, i wykonał zabieg wspólnie z neurochirurgiem. Operacja się udała, ale chory był w bardzo złym stanie ogólnym. Trafił na OIOM.

– Było strasznie trudno. Sto kilometrów od domu, zagubiona w obcym miejscu i przerażona stanem zdrowia męża. Kontakt z lekarzami i pielęgniarkami był bardzo utrudniony albo nie było go wcale. Nikt nie miał czasu, a może bardziej chęci. Widziałam, że stan męża się pogarsza. Zaczyna się sepsa, ale nikogo to nie interesowało, reakcja była taka: trudno, zdarza się... – opowiada doktor Zofia. Kiedy siedziała przy łóżku męża, zauważyła, że dramatycznie pogarszają się monitorowane parametry. – Wiedziałam, że to bardzo niebezpieczna sytuacja, grożąca nawet zatrzymaniem krążenia i akcji serca. Zauważyłam przechodzącego korytarzem docenta, podeszłam i mówię: „Panie docencie, stan męża się pogorsza, ciśnienie krzyżuje się z tętnem". „To nie jest mój pacjent" – usłyszałam w odpowiedzi. I spokojnie poszedł do dyżurki. Zaniemówiłam. Nawet nie zapytał, co się dzieje. Wcale go to nie interesowało, choć dotyczyło pacjenta na oddziale intensywnej terapii. Nie biegł do innego chorego, tylko spokojnie przechodził korytarzem... Wiedział, że mąż jest lekarzem i że ja też jestem lekarzem. Miałam ochotę się rozpłakać – wspomina.

Jak ocenia z perspektywy czasu, kiedy wchodzi się do takiej instytucji, w roli petenta jest się już na etapie portiera. Minęło sporo czasu, ale wciąż pamięta tę obojętność. I słowa prof. Filara, który już do studentów mówił: „trzeba założyć piżamę, krótkie spodenki i położyć się w łóżku szpitalnym, żeby zrozumieć, jak to jest być pacjentem". – Kiedy mąż miał wypadek, poczułam, kim ja tak naprawdę jestem albo kim nie jestem. Jakie powinnam mieć argumenty, żeby pan docent pochylił się nad moim mężem? – pyta z żalem.

SOLIDARNOŚĆ ZAWODOWA

Strach i samotność – to uczucia, które codziennie jej towarzyszyły. Opowiada, że w czasie dziesięciodniowego pobytu jej męża w ośrodku klinicznym tylko raz jeden z lekarzy zaproponował, żeby weszła do dyżurki, napiła się herbaty i położyła na chwilę, żeby odpocząć. – To był najmłodszy lekarz w tym zespole. On, jako jedyny, potraktował mnie po ludzku – opowiada. I dodaje, że kiedy lekarz znajdzie się w obcym środowisku, solidarności zawodowej nie ma, lekarz nie wspiera lekarza. Sama tego doświadczyła. Jest obojętność, brak szacunku i bardzo wyraźnie się to widzi.

– Myślę, że solidarność lekarska nie istnieje. Lokalnie być może jakoś funkcjonuje, ale kiedy wyjdzie się poza krąg znajomych, bycie lekarzem nie ma znaczenia – podsumowuje gorzko.

TRZEBA MIEĆ NADZIEJĘ

Z ośrodka klinicznego zdecydowała się zabrać męża w bardzo ciężkim stanie. Jak się później okazało, to była bardzo dobra decyzja. – Zabrałam niemal zwłoki. Dyrektor szpitala, w którym pracuję, zgodził się wysłać po męża karetkę. Od razu trafił na OIOM. To był cud, że udało się go wyprowadzić z takiego stanu. Chyba tylko dzięki walce o pacjenta, jaką podjęto w naszym szpitalu – zauważa. I dodaje, że nigdy nie należy tracić nadziei. Mówi, że to przesłanie dla każdego, że trzeba walczyć do końca. Nie można koncentrować się tylko na zabiegu, bo przebieg pooperacyjny jest jeszcze ważniejszy niż cudownie wykonana operacja. Dlaczego w ośrodku klinicznym lekarze nie walczyli? – Przez zadufanie, pychę, przedmiotowe traktowanie chorego – odpowiada. Mąż doktor Zofii wrócił do pracy. Pewne ograniczenia pozostały, ale wrócił.

Pytam, czy po tym doświadczeniu stała się innym lekarzem? – Na pewno tak. I myślę, że zmieniło ono także mojego syna, wówczas przyszłego lekarza. Widzę, jak odnosi się do swoich pacjentów i ich bliskich, jak o każdego walczy – ocenia. – Kiedy wiem, że mogę pomóc pacjentowi, to nie zostawiam go samego, dzwonię, rozmawiam, pilotuję. Czasem proszę innych lekarzy, by mu pomogli, bo wiem, jakie to trudne, nawet dla lekarza, szukać pomocy i wsparcia... ■

REKLAMA

OBSERWACJE

Kwestia zaufania

Pod koniec października ubiegłego roku policjanci, nomen omen – jak na komendę – przestali przychodzić do pracy, zasłaniając się zwolnieniami lekarskimi. Zjawisko dotyczyło od kilkunastu do kilkudziesięciu procent kadry, zależnie od regionu.

SŁAWOMIR BADUREK

diabetolog, publicysta medyczny

W braniu zwolnień celowali zwłaszcza zazwyczaj najbardziej widoczni, czyli funkcjonariusze drogówki. Sam przekonałem się o tym podczas kilkusetkilometrowej podróży na Wszystkich Świętych. Głośno zapowiadana akcja „Znicz" sprowadziła się do zaledwie jednego patrolu, podczas gdy zazwyczaj mijam ich na tej trasie przynajmniej kilka w zwykły dzień.

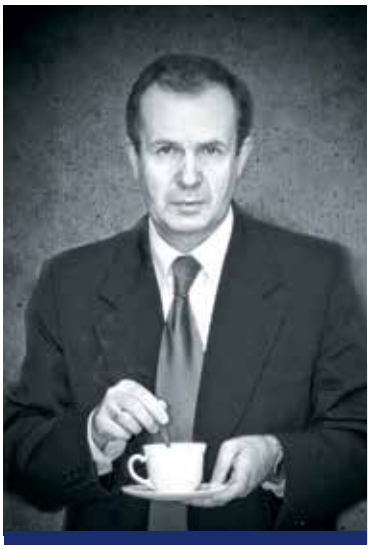
I o to właśnie policjantom chodziło – sprawić, by ich nieobecność, będąca kolejnym krokiem w ramach prowadzonej od lipca akcji protestacyjnej, była widoczna. Sukces mundurowych zdecydowali się powtórzyć pracownicy administracyjni sądów. Z powodu ich absencji, przynajmniej oficjalnie chorobowej, odwołano w grudniu wiele rozpraw w całej Polsce.

Nauczyciele, także od miesięcy upominający się o podwyżki, postanowili pójść dokładnie tą samą ścieżką. Jakże by inaczej, skoro to takie łatwe? W grudniu i styczniu w wielu miejscowościach zapanowała tzw. belferska grypa. Nie znam szczegółowych danych, ale jako odbiorca wiadomości niezwiązany ze środowiskiem nauczycielskim wnioskuję, że akcja nie była tak dobrze skoordynowana, jak w przypadku policjantów, i nie spełniła oczekiwań liderów związkowych. Dlatego mamy zapowiedzi powtórki. Tym razem w czasie egzaminów końcowych, które, tak jak policyjna akcja „Znicz", w dużo większym stopniu przykują uwagę niż zwykły dzień roku szkolnego.

Sławomir Broniarz, działacz ZNP jeszcze w głębokim PRL-u, od wielu lat szef tego związku, wprost zapowiedział strajk, czyli „całkowite powstrzymanie się od pracy bez udawania, że opiekujemy się dziećmi i jednocześnie strajkujemy". Czy rzeczywiście będzie to strajk „bez udawania", o tym dopiero się przekonamy. Nie wybrzmiało to jeszcze wyraźnie, ale wiele wskazuje, że znów akcja strajkowa zostanie zorganizowana naszymi rękami, choć używając znanego zwrotu: „bez naszej wiedzy i zgody". Bo najwygodniej jest oczywiście pójść na zwolnienie.

Lekarzowi (proszę sobie dopowiedzieć – jakiemu) zawsze można wcisnąć jakiś powód, a zusowski druk to bardzo mocna obrona przed ewentualnymi konsekwencjami. I to nawet, jeśli zasadność zwolnienia zostanie zakwestionowana. Czyż nie jest to bowiem zwolnienie lekarskie? W razie czego niech tłumaczą się lekarze, a nie biedni nauczyciele (względnie policjanci, pracownicy administracji sądowej czy komu tam jeszcze przyjdzie ochota użyć lekarskich kompetencji w swoim interesie). Mieliśmy okazję doświadczyć, jak taki przekaz działa, podczas protestu policjantów. Jeśli damy się wykorzystać nauczycielom w czasie matur tudzież innych egzaminów, spadną na nas jeszcze większe gromy. I to nie tylko ze strony mediów rządowych. Uczniowie przystępujący do egzaminów i ich rodziny to dużo większa grupa niż nauczyciele. Nie zdziwmy się więc, jeśli obok akcji strajkowej będzie prowadzona akcja przypinania nam etykietki lokajczyków, których można użyć, kiedy przyjdzie ochota. Nie przekonują mnie wyjaśnienia, że wystawiając zwolnienie, musimy wierzyć we wszystko, co mówi pacjent. Gdyby tak było, niezdolność do pracy wystawiałby automat po wybraniu z menu odpowiedniego zespołu objawów i dolegliwości. To my decydujemy, a odżegnywanie się od tego, obojętnie, czy w geście solidarności, czy dla świętego spokoju, nie tylko nam nie służy, ale szkodzi, narażając na szwank zaufanie do naszej profesji. Warto wspomnieć, że podczas naszych protestów nie tylko nikim się nie wysługiwaliśmy, ale też nie przyszło nam do głowy uciekać na zwolnienia, choć to banalnie proste. Nie wiem, czy będziemy mieli okazję przekonać się, jak zachowają się nauczyciele. Jest bardzo prawdopodobne, że w roku wyborczym, w ramach już prowadzonej akcji kupowania głosów, rząd kupi i te nauczycielskie. Z drugiej strony temat jest na tyle ważny i przyszłościowy, że warto go dobrze przemyśleć. ■

> **Nie przekonują mnie wyjaśnienia, że wystawiając zwolnienie, musimy wierzyć we wszystko, co mówi pacjent.**



JAROSŁAW WANECKI

pediatra, felietonista

EPIKRYZA (87)

Lekarz pokoju

Zadaniem izb lekarskich jest opiniowanie aktów prawnych, mających wpływ na funkcjonowanie ochrony zdrowia. Trzydziestoletnie doświadczenie pokazuje niezmienne piękno wykroju listka figowego, ukrywającego gwałtowną grę legislacji.

Na łamy gazet wróciła dyskusja o projekcie reformy sądownictwa, polegającej m.in. na dopuszczeniu do orzekania w sprawach drobnych tzw. sędziów pokoju. Trybuni ludowi nie będą mogli, zgodnie z założeniami ustawy, mieć wykształcenia prawniczego. Warunkiem uzyskania pracy będzie wiek powyżej 35 lat, doświadczenie życiowe i zwycięska kampania wyborcza wśród potencjalnych podsądnych.

Od kilku miesięcy, z równą determinacją, projektowana jest także nowa ustawa o zawodzie lekarza. Wielostronicowy dokument, przygotowany przez zespół ministerialny i omówiony na szczeblach samorządu lekarskiego, ma, według twórców, fundamentalne znaczenie na przyszłość. Tymczasem łamy gazet nie krzyczą o dobrej zmianie, a przeciętny lekarz, nie wspominając już szarego obywatela, nie zna tego fundamentu. Zaryzykuję nawet zdanie, że spora część z nas nie wie, co jest złego (przestarzałego) w obowiązującej ustawie i co dobrego (młodzieńczego) niesie nowelizacja. Brak zainteresowania nie powinien ani dziwić, ani frustrować. Tak było zawsze i będzie nadal. Doświadczenie uczy, że zainteresowanie każdą aktualizacją rośnie błyskawicznie, podobnie jak uchwalone przez parlament „podwójne karanie lekarzy", o ile wprowadzone zapisy w jakikolwiek negatywny sposób wpłyną na praktyczne wykonywanie zawodu. Zatem, dopóki prace będą miały charakter porządkujący, nie wzbudzą emocji większości środowiska.

Sytuacja mogłaby nabrać dynamiki, gdyby ustawodawca podczas primaaprilisowych zabaw i gier sejmowych zaproponował zmianę naprawdę rewolucyjną, wprowadzając wybieralną i kadencyjną funkcję „lekarza pokoju". Najlepiej, aby uzdrowicielską rolę można było pełnić społecznie i bez żadnego wykształcenia medycznego. Wówczas Polska rosłaby w siłę, a zdrowe pokolenie rozwijałoby się jak w niebie. Leczenie ziołami, suplementami diety, homeopatią i reklamami to dobry wstęp do nowatorskich rozwiązań. Poradnictwo ze stosowania marihuany ma już prekursorów. Brak porodów odbieranych w domach, na wzór XIX-wieczny z udziałem „wiejskich babek", jest karygodnym zaniedbaniem w żwawym powrocie do tradycji narodowych. Zaoszczędzony na zdrowym noworodku grosz, czy to z powodu odroczonego pierwszego szczepienia, czy też nieznośnej mody znieczuleń okołoporodowych, będzie zawsze na plus.

Kwalifikacje Polaków do pełnienia roli sanacyjnej znane są od wieków. Już Stańczyk udowodnił kompanom, że wśród profesji najczęściej uprawianych, oferta rynku zdrowia nie ma równych. Zajmujący się duperelami doktorzy, mogliby wówczas oddać się prawdziwej medycynie. W drugiej instancji diagnostyczno-terapeutycznej powinna być zachowana zasada podwójnego karania. Profesjonalizm wszak zobowiązuje do uszczelnienia stref szarości, a drobne wykroczenie niewydania paragonu fiskalnego i tak osądzi znajomy z gabinetu ozdrowieniec. Deklarację wolnego wyboru zastąpią powszechne wybory wśród pacjentów.

Nie lubimy, kiedy ktokolwiek wtrąca się do sztuki lekarskiej, ale w dyskusji o nowej legislacji listkiem figowym osłaniamy tylko swoje czułe punkty. Oby nie spotkał nas zawód. ■

> **Już Stańczyk udowodnił kompanom, że wśród profesji najczęściej uprawianych, oferta rynku zdrowia nie ma równych.**

AGATA MORKA
historyk sztuki

BŁĄD MALARSKI

Do śmiechu

Wywoływanie uśmiechów to niełatwe rzemiosło. Wiedział o tym tak Charlie Chaplin, histerycznie balansując na swojej lasce, jak i członkowie Latającego Cyrku Monty Pythona, wyginający się w niedościgłe arabeski w Ministerstwie Śmiesznych Kroków. Wiedział o tym i Stańczyk, gdy zmęczony osunął się na fotel pędzla Matejki.

A

B

Obraz: Diego Velazquez, „El Bufón Calabacillas", 1636-37, Muzeum Prado, Madryt

Błazen i jego rzemiosło fascynowały jednego z największych hiszpańskich malarzy baroku. W latach trzydziestych XVII w. Diego Velazquez był malarzem dworskim Filipa IV. Powstała wtedy cała seria portretów królewskich rozśmieszaczy. W cyklu tym wyróżnia się szczególną intensywnością „El Bufón Calabacillas", przedstawiający doświadczonego chorobą psychiczną rozśmieszacza.

Błazen przysiadł tu czy przykucnął na podłodze, w pozie wyglądającej na nieco niewygodną, z jedną nogą zawiniętą pod siebie. Velazquez całkowicie skupia się na portretowanym, eliminując szczegóły z tła. Nie wiadomo, czy błazen siedzi na pałacowej podłodze, czy może u stop samego króla. Velazquez wyjmuje go z kontekstu, pozbawiając scenę łatwych domniemywań. „El Bufón Calabacillas" siedzi potwornie sam, obdarzając widza uśmiechem, któremu zupełnie przeczą smutne, brązowe oczy. W portrecie tym Velazquez kontrastuje nie tylko światła i cienie, ale przeciwstawia tu sobie śmiech i rozpacz, obie zawierając w twarzy błazna, której wyrazu nie sposób zapomnieć.

To napięcie między śmiechem a rozpaczą, uśmiechem a melancholią, tę nieodłączną błaznom dychotomię najtrafniej może ujął Heinrich Boll, pisząc w „Zwierzeniach Klowna": „Ci ludzie nic nie rozumieją. Wiedzą wprawdzie, że klown musi być melancholijny, żeby być dobrym klownem, ale żadnemu z nich nie przychodzi do głowy, że ta melancholia jest dla klowna śmiertelnie poważną sprawą". ■

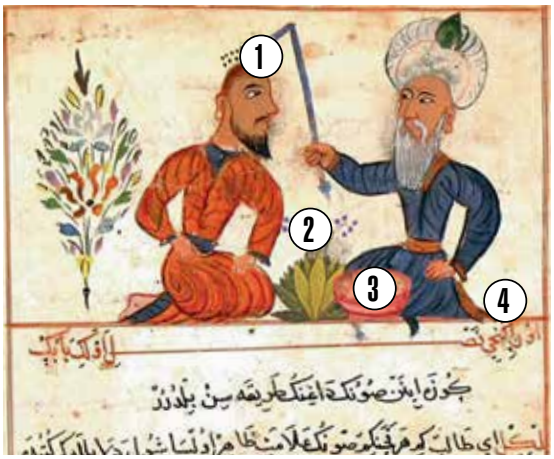
Rozwiązanie zagadki z „GL” 3/2019

1. Dodanie na końcu narzędzia do kauteryzacji ostrza skalpelowego.
Narzędzia medyczne zyskały w traktatach o medycynie islamskiej szczególne miejsce, były szeroko i dokładnie opisywane, rezerwowano dla nich oddzielne ryciny, zatem umieszczenie skalpela dla tej procedury nie byłoby na miejscu.

2. Dodanie fioletowych kwiatów pomiędzy dwiema postaciami.
Kwiaty mandragory polecane były przez niektórych islamskich medyków jako środek znieczulający. Zmieszane z olejem migdałowym podawane były pacjentom jako anestetyk.

3. Dodanie naczynia obok nogi doktora.
Na zaburzenia neurologiczne turecki medyk polecał również okłady z rozgrzanego tłuszczu uzyskanego z ogonów owiec.

4. Usunięcie jednego z butów medyka.
Ilustracje medyczne do pism Şerafeddina Sabuncuoğlu były niezwykle bogate w szczegóły, tak jeśli chodzi o detale używanych narzędzi, jak i typowo anegdotyczne drobiazgi, jak buty i części ubioru przedstawianych postaci.



Obraz: Ilustracja z książki Şerafeddina Sabuncuoğlu „Cerrahiye-i Ilhaniye”, XV w.

NAGRODZENI Z „GL” 3/2019: Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Justyna Adamczuk (Tomaszów Lubelski)**. Gratulujemy! Nagrody dodatkowe: **Alejandro Coloma (Kielce), Ewelina Jaworska (Biczyce Górne), Jagoda Pniewska (Rypin)**.

Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl **do 20 kwietnia 2019 r.**
W temacie maila należy wpisać **GL04** oraz podać dane do kontaktu
(imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,

HOTEL PREZYDENT ★★★★
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

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

ufundował voucher obejmujący m.in.:

- 2 noclegi dla 2 osób w apartamencie
- 2 śniadania i 2 obiady w hotelowej Restauracji Magnolia oraz uroczystą kolację dla dwojga
- pakiet zabiegów (dla 2 osób) w hotelowej Ambasadzie Zdrowia i Urody SPA
  (Masaż dla dwojga, Ajurwedyjski masaż na „Talaxa Spa”, Złoty zabieg na ciało)
- możliwość korzystania bez ograniczeń z basenu, jacuzzi, 3 rodzajów saun, siłowni

Nagrody dodatkowe dla trzech osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,

WYDAWNICTWO UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO

Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

ufundowało książki:

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

KULTURA

Bal

9 lutego w Zakopanem odbył się 42. Bal Lekarza. Przybyli lekarze z całej Polski, a nawet ze Słowacji. Ci ostatni byli mile zaskoczeni wygłoszonym w ich języku powitaniem. Imprezę objęła swoim patronatem OIL w Krakowie.

gazetalekarska.pl

Konkurs

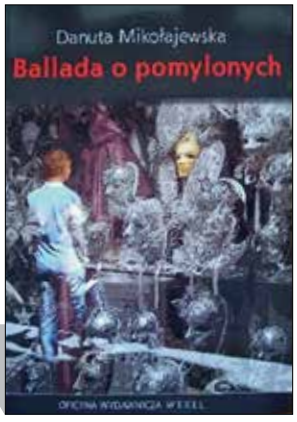
PATRONAT

Przed nami dziesiąta edycja Ogólnopolskiego Konkursu Poetycko-Prozatorskiego dla lekarzy i lekarzy dentystów „Puls Słowa". Prace można nadsyłać do 30 czerwca na adres: Redakcja „Zdrowej Pragi" (03-719 Warszawa ul. Jagiellońska 34). Regulamin oraz szczegółowe informacje: Majka Maria Żywicka-Luckner, majkazywicka@wp.pl.

NASZA CZYTELNIA

Tajemnica lekarska i psychiatryczna a polski proces karny
Krzysztof Michalak

Monografia na temat tajemnicy psychiatrycznej w odniesieniu do tajemnicy lekarskiej. Autor analizuje poprawność obowiązujących uregulowań prawnych związanych z tym zagadnieniem, porusza także m.in. kwestię znaczenia tajemnicy psychiatrycznej w postępowaniu karnym.

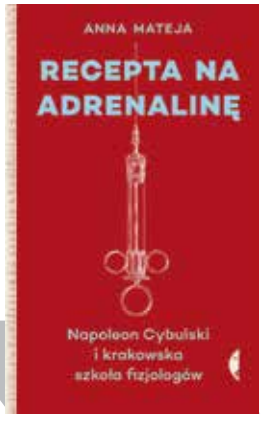


Ballada o pomylonych
Danuta Mikołajewska

Opowieść, w której na pierwszy plan wysuwa się pytanie o wartości i dopuszczalne granice norm. Historia księdza Romana i doktor Julii prowokuje, motywując czytelnika do własnych refleksji. Autorka, lekarka, zdaje się pytać między wierszami kolejnych stron, kto jest tak naprawdę tytułowym pomylonym.

Szczepienia ochronne obowiązkowe i zalecane od A do Z
red. nauk.: Ewa Bernatowska, Paweł Grzesiowski

Trzecie wydanie praktycznego przewodnika o szczepieniach ochronnych. W książce m.in. zasady wykonywania szczepień, aktualny kalendarz, wzory formularzy oraz odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania przez personel medyczny.



Recepta na adrenalinę. Napoleon Cybulski i krakowska szkoła fizjologów
Anna Mateja

Lektura o Napoleonie Cybulskim – niezwykłym, wybitnym polskim naukowcu, jednym z największych fizjologów w dziejach medycyny, odkrywcy adrenaliny. Człowieku, który rozważał istnienie nieświadomości przed Freudem i walczył o dopuszczenie kobiet do studiowania medycyny.

SPORT

Narciarstwo

3 marca odbyły się XXVIII Polonijne Mistrzostwa Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim. Rozegranym na stoku Wilmot Mt. w stanie Wisconsin zawodom towarzyszyła piękna, słoneczna i mroźna pogoda oraz wspaniałe warunki narciarskie. Z kolei 23 lutego po raz 21. odbyły się Ogólnopolskie Zawody Narciarskie Okulistów w bieszczadzkiej Kalnicy. Alpejska, mroźna pogoda, wspaniałe warunki śniegowe w otoczeniu majestatycznych połonin stały się doskonałym tłem sportowej rywalizacji dla 44 lekarzy. Uczestników XXII Mistrzostw Polski Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim, które odbyły się 2 marca w Istebnej, także przywitała prawdziwie alpejska aura – twardy jak beton stok, słońce i mróz.

Lekka atletyka

W najbliższych miesiącach lekarzy i lekarzy dentystów czekają liczne imprezy sportowe, a wśród nich m.in. 4. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wielobojach (Toruń, 15 czerwca), 40. Medigames (Budva, Czarnogóra, 22-29 czerwca), 8. Mistrzostwa Polski Lekarzy (Białystok, 29-30 czerwca). Warto dodać, że 23 lutego w Toruniu pod patronatem ministra sportu i turystyki oraz prezesa NRL odbyły się 28. Halowe Mistrzostwa Polski Masters i 2. Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce.

Wędkarstwo

Beskidzka Izba Lekarska w Bielsku-Białej oraz Ogólnopolski Klub Wędkujących Lekarzy Fish-Med zapraszają na XVII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wędkarstwie Spławikowym. Zawody, będące główną imprezą cyklu Grand Prix Fish-Med 2019, odbędą się w dniach 27-28 kwietnia w Bielanach k. Bielska-Białej. Pozostałe zawody cyklu GPX Fish-Med: Puchar Polski Lekarzy (15-16 czerwca, Redzikowo k. Słupska), zawody GPX (14-15 września, Podgórki Tynieckie k. Krakowa).

FOTO: POLSKIMED.PL

gazetalekarska.pl

Badminton

W dniach 18-19 maja w Centrum Sportu UM w Łodzi odbędą się dwa wydarzenia pod patronatem NIL i OIL w Łodzi: VIII Medyczny Puchar Badmintona i VII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Badmintonie. Zgłoszenia są przyjmowane do 15 maja.

Siatkówka

W dniach 12-13 kwietnia w warszawskiej hali sportowej OSiR Ochota odbędą się XIX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Siatkowej i II Mistrzostwa Polski Lekarzy Oldboyów. Organizatorem rozgrywek jest OIL w Warszawie.

Kolarstwo

W dniach 1-2 maja na torze samochodowym „Silesia Ring" w Kamieniu Śląskim odbędzie się Otwarte Grand Prix Lekarzy w Kolarstwie Szosowym. Jednym ze sponsorów wydarzenia jest Opolska Izba Lekarska. Zgłoszenia przyjmowane będą do 23 kwietnia.

Triathlon

16 lutego w szranki XII Zimowych Mistrzostw Polski Lekarzy w Triathlonie stanęły 3 kobiety i 10 mężczyzn. Następna impreza w randze Mistrzostw Polski Lekarzy już 24 sierpnia, będą to letnie mistrzostwa w triathlonie na dystansie sprinterskim organizowane, jak co roku, na Ziemi Sandomierskiej.

HISTORIA I MEDYCYNA

Lekarki Majdanka i Pawiaka

Czy można w piekle, jakim był obóz koncentracyjny na Majdanku czy więzienie na Pawiaku, myśleć o ratowaniu ludzkiego życia? Nie tracić nadziei i mimo wiecznego zagrożenia nieść współwięźniom pomoc medyczną, pocieszenie i bez końca im powtarzać: „będzie dobrze", „dasz radę", „musisz wytrzymać"? Można.

TEKST **ANNA AUGUSTOWSKA**, DZIENNIKARZ

Takie były – dzielne i niezłomne, wytrwałe, emanujące wprost nadludzką siłą, lekarki, pielęgniarki, położne i inne osoby działające w obozowych i więziennych szpitalach. O ich postawach, odwadze i losach, także tych z międzywojnia i czasów współczesnych, mówiono w czasie konferencji „Kobiety w medycynie", która odbyła się 9 marca w Uczelni Łazarskiego w Warszawie. Spotkanie zorganizowano z okazji 100-lecia uzyskania przez Polki prawa wyborczego. Referat o lekarkach z Majdanka przygotowały Marta Grudzińska z działu naukowego Państwowego Muzeum na Majdanku i dr Maria Ciesielska (Uczelnia Łazarskiego, przewodnicząca Oddziału Katedry Bioetyki UNESCO Uniwersytetu w Hajfie), a o lekarkach z Pawiaka – Robert Hasselbusch z Muzeum Więzienia Pawiak.

NIE MOGĄC NIC, MOŻNA BARDZO WIELE

Przede wszystkim głód. I straszne, urągające ludziom warunki bytowe – w barakach brak podłóg, kanalizacji, skrzynia na odchody i niewyobrażalne zimno. W nocy kobietom przymarzały włosy do ziemi. To był Majdanek. Pierwszy kobiecy barak izolacyjny powstał tu w styczniu 1943 r., wkrótce po przybyciu do obozu transportów więźniarek politycznych z Radomia i Warszawy. Wśród nich była „Żywna" (pseudonim zachowany jeszcze z czasów walki w POW z I wojny światowej, później w AK) – lekarka Stefania Perzanowska, internistka. Więźniarki mówiły do niej „mamo", wspominały też, że była tak dobrym człowiekiem, że chciało się przy niej chociaż chwilę postać.

Anna Czuperska-Śliwicka, lekarka na Pawiaku

Dzięki pełnej godności postawie Perzanowskiej oraz jej doskonałej wiedzy medycznej na Majdanku powstał i rozwijał się obozowy szpital dla kobiet. Lekarka ukrywała w nim skrajnie wyczerpane lub skazane na śmierć więźniarki, zatrudniała jako pomoc pielęgniarską młode, często niepełnoletnie dziewczęta, aby je ochronić. Była odważna – pierwszy zabieg chirurgiczny – nacięcie ropnia okołomigdałkowego – wykonała nożem kuchennym, którym blokowa kroiła chleb. Potrafiła przeciwstawić się lekarzowi SS, który kazał wynieść wszystkie chore Żydówki na pole i w ten sposób skazać je na powolne konanie. Perzanowska odmówiła wtedy wykonania polecenia, mówiąc: „Jestem lekarzem, a to są pielęgniarki, wszystkie przysięgałyśmy ratować ludzkie życie i teraz nie będziemy wynosić tych kobiet na śmierć". Cios, jaki wymierzył jej w policzek esesman (głową uderzyła w ścianę) wydawał się być wyrokiem. Jednak tak się nie stało, a Żydówki zostały w szpitalu.

Z zachowanych dokumentów i zeznań świadków udało się ustalić, że na Majdanku działały 33 lekarki i 126 osób personelu pomocniczego. Wśród nich m.in. Alina Brewda, która prowadziła

Szacuje się, że od 1939 r. do sierpnia 1944 r. przez Pawiak, największe więzienie polityczne na terenie okupowanej Polski, przeszło około 100 tys. osób. 37 tys. z nich rozstrzelano w egzekucjach, a około 60 tys. wywieziono do obozów koncentracyjnych. W dwóch szpitalach Pawiaka – na oddziale męskim i kobiecym, tzw. Serbii, oraz w więziennej izbie chorych przebywało około 6700 mężczyzn i około 1900 kobiet. Urodziło się tam od 25 do 30 dzieci. Liczby te nie uwzględniają więźniów, którzy z powodu braku miejsca leczeni byli poza szpitalem.

FOTO: ARCHIWUM MUZEUM WIĘZIENIA PAWIAK, ARCHIWUM PAŃSTWOWEGO MUZEUM NA MAJDANKU

Lekarze Pawiaka na dziedzińcu Serbii

Obóz koncentracyjny na Majdanku istniał od października 1941 r. do lipca 1944 r. W tym czasie przeszło przez niego ok. 150 tys. więźniów, obywateli wielu krajów, przedstawicieli różnych grup etnicznych i środowisk społecznych. Obóz powstał z inicjatywy Heinricha Himmlera. Na skutek chorób, eksterminacji w komorach gazowych i rozstrzeliwań zginęło tu 80 tys. ludzi, w tym około 60 tys. Żydów.

blok chorych malarycznych, tzw. Greczynek, i była chirurgiem ginekologiem na cały rewir obozu.

Inna lekarka, Aglajda Brudkowska, tak wspominała pobyt na Majdanku: „Straszne warunki higieniczne, brak leków i środków opatrunkowych sprowadzały nasze możliwości lecznicze do zapewnienia chorym względnego spokoju, względnego ciepła i możliwości leżenia zamiast stania godzinami na apelach i wykonywania pracy ponad siły. To było dużo. Dawało poza tym szansę na opiekowanie się – chociaż okresowo – ludźmi starymi, mniej wytrzymałymi oraz małolatkami". Było więc tak, jak mówiła jedna z pielęgniarek, także więźniarka, Wanda Ossowska: „Nie mogąc nic, można bardzo wiele".

KORONKOWA ROBOTA

„Taniec wśród mieczów" – tak pracę lekarzy, zarówno tych uwięzionych na Pawiaku, jak i przychodzących z zewnątrz, nazwała Anna Czuperska-Śliwicka, lekarka, która przez 4 lata ratowała, leczyła i wspierała więźniarki kobiecej części więzienia na Pawiaku, tzw. Serbii.

Członkowie polskiego personelu medycznego nie tylko leczyli osadzonych, ale również prowadzili działalność podziemną. Więźniarka Irena Lipińska, przez blisko rok osadzona za pawiackimi murami, wspomina między innymi: „Głównym ośrodkiem konspiracji więziennej był szpital. Poza normalną swoją funkcją leczenia szpital utrzymywał kontakty ze światem zewnętrznym, męskim Pawiakiem i z komisarką Serbii. Była to koronkowa robota".

Taką „koronkową robotę" wykonywała m.in. dentystka Pawiaka dr Anna Sipowicz-Gościcka, którą jeden z więźniów opisał tak: „pozorując borowanie zęba i nie zważając na stojącego w pobliżu gestapowca, ukryła gryps (list od matki, także więźniarki Serbii) w ligninie i włożyła jako opatrunek do ust pacjenta".

Pawiak był też miejscem narodzin dzieci. Dla lekarek opiekujących się kobietami w ciąży prawdziwym wyzwaniem było doprowadzenie do porodu – w końcu według obowiązującego tam prawa kobieta w ciąży mogła być stracona, z kolei ta, która urodziła – wychodziła na wolność bez względu na wynik śledztwa. W ten sposób uratowano osadzoną z wyrokiem śmierci Marię Rutkiewicz, która dzięki wysiłkom lekarek w więzieniu urodziła bliźnięta Małgorzatę i Jana, późniejszego urbanistę i burmistrza dzielnicy Warszawa-Śródmieście.

Lekarze Pawiaka z Jasiem i Małgosią, dziećmi Marii Rutkiewicz

„Na terenie szpitala czułem się zawsze, jak gdybym znalazł się w zupełnie innym środowisku. Wokoło otaczali mnie ludzie bez reszty oddani sprawie niesienia pomocy więźniom, ludzie, którzy nie tylko spełniali swój obowiązek jako lekarze czy personel sanitarny, ale również jako żołnierze, stojący na bardzo odpowiedzialnym i ryzykownym posterunku" – pisał więzień Pawiaka Zbigniew Tomaszewski, członek konspiracyjnego Związku Walki Zbrojnej. ■

FOTO: ARCHIWUM MUZEUM WIĘZIENIA PAWIAK, ARCHIWUM PAŃSTWOWEGO MUZEUM NA MAJDANKU

Źródła: „Gdy myśli do Majdanka wracają", Stefania Perzanowska (wspomnienia), „Lekarze w pasiakach. Służba medyczna na Majdanku" – wystawa internetowa: lekarze-w-pasiakach. majdanek.eu „Cztery lata ostrego dyżuru", Anna Czuperska-Śliwicka (wspomnienia), Wystawa planszowa o więźniach Pawiaka, którą poprzedziło wydanie publikacji pt.„»Taniec wśród mieczów«. Polski personel medyczny na Pawiaku w okresie okupacji niemieckiej 1939–1944", Katalog towarzyszący wystawie „Lekarze Pawiaka"

PRZYCHODZI WENA DO LEKARZA

PAWEŁ GRABOWSKI

laureat konkursu „Przychodzi wena do lekarza"

Moich kilku przyjaciół nie żyje
owszem
widujemy się czasem
wspólny obiad i spacer
miejsca różne
egzotyczne w czasach dostatku
raz w roku na cmentarzu
zapalamy świece
zanurzeni w swoim kiedyś
jutro
za tydzień
za rok
teraz jest tylko po to by szybko popatrzeć
na zegarek
w kalendarz
w nadchodzącą zimę

Moich kilku przyjaciół nie żyje
nikt po nich nie zapłakał
a zamiast żałoby
złości i bezsilności
pogodzenie z losem
i tylko czasami coś zakrzyczy do środka
(śmierć przecież jest niema.)
za wcześnie
za nieprawda
przecież stoi obok

Moich kilku przyjaciół nie żyje
nie ma ich tu i teraz
nie można się spotkać
czas którego nie mamy
jest
jak nietrafiony podarek od ciotki
wciśnięty w jakiś kąt
niepotrzebny i zapomniany
zbiera kurz przez lata

Staruszkowie

Patrzymy w siebie jak w okna
z dobrze znanym widokiem
za którymi listopad
trawa siwa o świecie
jabłoń gubiąca liście schylona ku ziemi

Wciąż różni
coraz bardziej podobni do siebie
nasze twarze
co nigdy nie były z kamienia
łzą cierpliwą rzeźbione

O czym tu jeszcze milczeć
pełni dawnych tajemnic
przesuwamy w palcach
lat drewniane paciorki
ciągle jeszcze
dojrzewamy do nieba
jak do miłości

FOTO: PIOTR MOJSAK

GRAFIKA: TOMASZ KARPACZ

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE

UWAGA ABSOLWENCI AM W WARSZAWIE, WYDZIAŁ LEKARSKI I ODDZIAŁ STOMATOLOGII, ROCZNIK 1969 – DATA ZJAZDU 28 CZERWCA

Uroczystość odnowienia dyplomów po 50-ciu latach odbędzie się 28 czerwca 2019 r. w WUM w Centrum Dydaktycznym o godz. 12.00 (część oficjalna), część towarzyska w hotelu BOSS w Miedzeszynie. W poprzednim wydaniu „GL" błędnie podano termin spotkania. Informacje: Danuta Miłkowska (606 244 202), Ewa Duszczyk (607 342 915), Maria Danielska (784 928 622), http://sites.google.com/site/zjazdlekarzy

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO I STOMATOLOGICZNEGO PAM W SZCZECINIE, ROCZNIK 1963-1969

Zapraszamy na spotkanie z okazji 50-lecia absolutorium. Spotkanie odbędzie się 17 maja 2019 r. w Rektoracie Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego. 16 maja członkowie Zachodniopomorskiej Izby Lekarskiej spotykają się na wręczeniu pamiątkowych „Esculapów". Prosimy o zgłaszanie swojego udziału: Grażyna Marzymska-Dudarenko (grazynaduda@tlen.pl, 606 668 096), Bożena Kowzan-Mickiewicz (mickiewiczbozena@gmail.com, 602 245 560).

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM GDAŃSK, ROCZNIK 1973-79

Z okazji 40-lecia ukończenia studiów zapraszam na wspólny wieczór, który odbędzie się 25 maja 2019 r. o godz. 19:00 w Restauracji „Kubicki" w Gdańsku (ul. Wartka 5). Kwotę 200 zł/os. należy wpłacić na konto nr 81124012421111001087497747, z dopiskiem „40-lecie", do 30 kwietnia 2019 r. Osoby przyjezdne powinny zarezerwować sobie noclegi na własną rękę. Nie wyobrażam sobie, że mogłoby Was zabraknąć.

ABSOLWENCI 1979 PAM SZCZECIN

Zapraszamy na spotkanie z okazji 40-lecia ukończenia studiów, które odbędzie się w dniach 21-23 czerwca 2019 r. w Szczecinie. Szczegółowe informację : www.zjazd79.szczecin.pl

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM W LUBLINIE, ROCZNIK 1963-1969

Zapraszamy na zjazd i uroczyste odnowienie dyplomów po 50-latach. 21 września 2019 r. w Lublinie, „Collegium Novum" Al. Racławickie 1, o godz. 15:00. Bankiet w hotelu „Victoria". Koszt zjazdu (bez noclegu) 300 zł, os. tow. 170 zł. Wpłaty na konto 39234000090710246000000050 do 1 czerwca z dopiskiem „50-lecie". Prosimy o adres, nazwisko obecne i ze studiów. Zgłoszenia: zjazd50-lecie@bortpttklublin.pl lub na adres: OM PTTK-BORT, ul. Krak. Przedm. 78, 20-076 Lublin. Informacje.: E. Jezierska (608 286 446), W. Wieczorkiewicz (604 415 077).

WYDZIAŁ LEKARSKI PUM W SZCZECINIE, ROCZNIK 1975-1981

Zjazd absolwentów odbędzie się w dniach 27-29 września 2019 r. w Międzyzdrojach w hotelu Aurora. Koszt udziału w spotkaniu obejmujący 2 noclegi, śniadania, kolację, bankiet w zależności od pokoju: pokój 1-osobowy – 1200 zł, miejsce w pokoju 2-osobowym – 900 zł. Przedpłata w wysokości 400 zł do 15 maja 2019 r. na konto Andrzeja: PKOBP 78 1020 4795 0000 9502 0057 4350 z dopiskiem „zjazd". Organizatorzy: Andrzej Torbe (tel. 601 776 108, torbea@wp.pl), Sławek Żółtowski (tel. 601 090 807, slawekzoltowski@vp.pl), Grażyna Durska (tel. 603 390 488, grazynadurska@wp.pl).

ABSOLWENCI PAM W SZCZECINIE: LEKARZE (ROCZNIK 1978–1984) I LEKARZE DENTYŚCI (ROCZNIK 1979–1984)

ZJAZD XXXV-lecia! Spotkajmy się w dniach 4-6 października 2019 r. w Dźwirzynie (koło Kołobrzegu) – Hotel Senator. Koszt spotkania: cena za pobyt od osoby w pokoju 2-osobowym to 610 zł, a w pokoju 1-osobowym 760 zł. Prosimy o dokonanie do 1 kwietnia 2019 r. przedpłaty w wysokości 250 zł za osobę w pokoju 2-osobowym i 300 zł w pokoju 1-osobowym. Numer konta ALIOR BANK S.A.: 38 2490 0005 0000 4520 5313 2346, tytuł przelewu „PAM 1984". Organizatorzy: Iza Doniec (izabella@fabrykausmiechu.com), Mariusz Zarzycki (marioz58@wp.pl), Mariusz Pietrzak (mario241@op.pl).

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM W POZNANIU, ROCZNIK 1978-1984

Zapraszamy na spotkanie z okazji 35-lecia ukończenia przez nas studiów! Zjazd odbędzie się 5 października 2019 r. w Poznaniu. Miejscem spotkania jest restauracja Ułan Browar w Poznaniu, ul. Wyspiańskiego 26. Wszystkie szczegółowe informacje znajdziecie na stronie: www.absolwencilek84.pl Zapraszamy serdecznie wszystkich! Organizatorki Jagoda Bernardczyk-Meller, Iza Kucharczyk-Bauman.

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM W GDAŃSKU, ROCZNIK 1993-1999

Zapraszamy na spotkanie z okazji 20-lecia ukończenia studiów, które odbędzie się 11 października 2019 r. Miejsce spotkania: Hotel Almond w Gdańsku, ul. Toruńska 12, Bal bez osób towarzyszących. Opłatę za uczestnictwo w wysokości 400 zł proszę dokonać na konto: 94175000120000000036829311, w tytule: imię i nazwisko osoby zgłaszającej się, do 30 kwietnia 2019 r. Rezerwacja hotelu we własnym zakresie na hasło „BAL". Kontakt: Jolanta Bogusz-Brzęk, e-mail jb-b@tlen.pl, tel. 575 110 128.

ŚLĄSKA AKADEMIA MEDYCZNA, ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO 1979

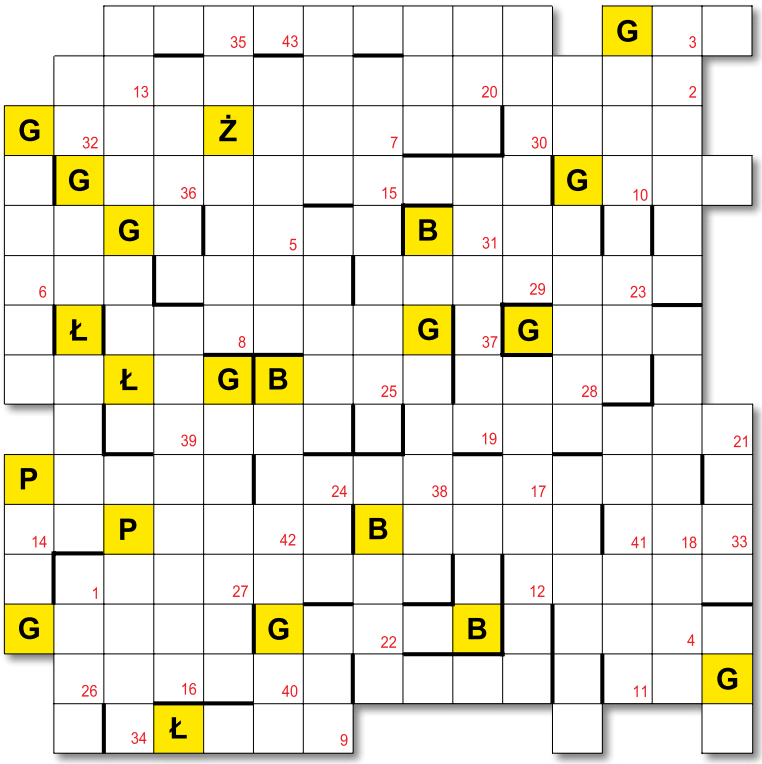
Zapraszamy na spotkanie z okazji 40-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Śl. AM, które odbędzie się 26-27 października 2019 r. Miejsce spotkania: Hotel Orle-gniazdo w Szczyrku. Koszt uczestnictwa: 300 zł. Zgłoszenia e-mailem (recepcja@orle-gniazdo.pl) lub telefonicznie (33 819 73 00). Należy podać na hasło „Zjazd 1979" imię i nazwisko. Panie prosimy o podanie również nazwiska używanego w czasie studiów. Hotel poda zwrotnie informacje dotyczące przelewu. Informacje: Zenon Cholewa (602 501 609) oraz Maryla Nawrot (32 604 42 80).

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

Ogłoszenia

Objaśnienia 67 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: B, G, Ł, P i Ż. Na ponumerowanych polach ukryto 43 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to cytat z utworu Williama Szekspira. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 25 kwietnia 2019 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

PZWL



* owulacja * autor przygód Sawyera * grzywka po śląsku * angielska krew * z cola znana jako coke * trzecia wyspa Balearów * poprzednik MSWiA * rydz lub kurka * imię Lollobrigidy * plastyczna substancja z baldaszkowatych * starogermański duszek leśny * szkarłupnie denne z kolcami * aplauz, podziw * goj, innowierca dla żydów * cicho, delikatnie (muz.) * masturbacja * liguryjskie kąpielisko z traktatami * gorzała z ryżu * japońskie wino z ryżu * klonki z karpiowatych * przed drzwiami domu lub na gryfie gitary * celtycki bóg gromów * jednostka długości w poligrafii (12 pkt) * Shibasaburo, odkrywca pałeczek dżumy * z dwiema niewiadomymi najtrudniejsze * ze stolicą w Cardiff * po dniu * sorgo japońskie * Marine, francuska kandydatka na prezydenta * mieszka w Astanie * równoległobok równoboczny * pericardium * pałacyk otoczony ogrodem * Francja przed romanizacją * między kambrem a sylurem * uterus * z dniami * aliant * upierzenie na zgrzeble głuszca * chirurgiczne pooperacyjne * zgromadzenie spartiatów * uchodzi w Lizbonie * wyrażenie, opinia * wierzba na Wielkanoc * majętność feudalna z ludźmi * wynalazek lekarza Guillotina * moje ja * po alfie * przeżytek kulturowy * góry z Biełuchą * kobieta anioł * nauka o organizmach żywych * otomana * kraj Tito * szef juhasa * uzależnienie * tyki lub łopaty * prezes Trybunału Konstytucyjnego (1993-97) * Anna, laureatka z Opola, Sopotu i San Remo * rada byłych achrontów * starożytna kraina z Efezem i Miletem * pingwin, kiwi lub emu * poker lub warcaby * humanista herbu Oksza * nasieniak (łac.) * stan graniczący z Peru i Boliwią * ratunkowa izba przyjęć

Jerzy Badowski

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 241 („GL" nr 02/2019)

Dobrze czyni ten, kto uczy się na cudzych błędach.

Nagrody otrzymują:

Agnieszka **Doros** (Kraków), Marzena **Hładoniuk** (Suwałki), Renata **Wiśniewska** (Bytom). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

WYDAWCA
Naczelna Rada Lekarska

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 173 800 tegz.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Skład i opracowanie graficzne
Montownia/Teresa Urawska

Druk
Walstead Central Europe

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

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