



GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB
LEKARSKICH

04 | 2022



Wyzwanie

Wojna zmienia perspektywę | Musimy być gotowi na różne scenariusze
Podsumowanie VIII kadencji samorządu lekarskiego | Bilans czterolatka

W tym numerze

NR 04/2022 KWIECIEŃ GAZETA LEKARSKA



25 **TEMAT NUMERU**

13

To była kadencja wielkich wyzwań

29

Pospolite ruszenie



25 **TEMAT NUMERU**



64

PRAKTYKA LEKARSKA
Przeciw agresji na Ukrainę

Samorząd

- 4 Czy nauka pójdzie w las? (Andrzej Matyja)
- 7 Lekarze Lekarzom
- 10 Bez winy, bez błędu, bez pomysłu (Krzysztof Madej)
- 13 To była kadencja wielkich wyzwań
- 18 Wytrwać w działaniu
- 19 Lekarzu, wybierz godność
- 20 Działaliśmy w zamrozeniu
- 41 Na finiszu
- 44 „Społeczny zaciąg” się nie sprawdza

Temat numeru

- 23 Ruski mir
- 26 Wyzwanie
- 28 Konwój życia
- 29 Pospolite ruszenie
- 32 Rozsądne pomaganie

Prawo i medycyna

- 35 Niezgodny z prawem zabieg przerwania ciąży
- 36 Lekarz a tzw. mały ZUS
- 38 Wzajemne współdecydowanie
- 40 Rachunek bankowy dla celów emerytalnych
- 41 Biuletyn

Praktyka lekarska

- 48 Goniłwa (Andrzej Cisko)
- 51 Eko gabinet
- 53 Jak mózg oddziela, przechowuje i odzyskuje wspomnienia
- 54 Musimy być gotowi na różne scenariusze
- 56 Tu trafią pieniądze
- 60 Prehabilitacja – nowa jakość medyczna

61 Między wiedzą a praktyką

63 Dbajmy o czystość języka polskiego

65 Kierunek Azja

66 Słowo jest lekarstwem przywracającym człowieczeństwo

Po godzinach

- 70 Wojna zmienia perspektywę (Sławomir Badurek)
- 71 Bilans czterolatka (Jarosław Wanecki)
- 72 Do rany przyłóż
- 74 Kultura
- 77 Sport
- 77 Zjazdy koleżeńskie
- 78 Ogłoszenia
- 82 Jolka lekarska

Czy nauka pójdzie w las?



Andrzej Matyja
prezes NRL

Kiedy dwa lata temu, nie oglądając się na instytucje państwowe, organizowaliśmy dostawy środków ochrony indywidualnej, chyba nikt nie przypuszczał, że wkrótce z tych doświadczeń będziemy korzystać, pomagając ogarniętej wojną Ukrainie.

Do działania przystąpiliśmy niemalże natychmiast. Podobnie jak dwa lata temu, uruchomiliśmy w ramach Prezydium NRL nasz zespół kryzysowy. Fundacja Lekarzy Lekarzom ruszyła z pomocą lekarzom opiekującym się uchodźcami, a także placówkom medycznym na pograniczu oraz lekarzom i ich rodzinom, którzy dotarli do Polski. Fundacja zakupiła karetki, które wyposażone niezbędnymi materiałami medycznymi dotarły do ukraińskich szpitali. Było to nie lada logistyczne wyzwanie, a doświadczenia zebrane dwa lata temu teraz okazały się nieocenione.

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego NIL z myślą o lekarzach ukraińskich i polskich natychmiast zorganizował kursy jęz. polskiego i ukraińskiego.

Wystąpiliśmy z inicjatywą, by lekarze – uchodźcy z Ukrainy – mogli w trybie pilnym zająć się rodakami, którzy napłynęli do naszego kraju, bo znaczna ich część wymaga pomocy medycznej. Zaproponowaliśmy też, by ukraińscy lekarze, którzy trafili do Polski, mogli zatrudnić się jako opiekunowie medyczni, co stworzy im szansę pozostania w zawodzie, szybkiego zdobycia umiejętności językowych i skrócenia czasu na uzyskanie pełnych uprawnień do wykonywania zawodu lekarza.

Lista naszych działań jest dłuższa. Samorząd w tym trudnym czasie stanął na wysokości zadania. Działamy szybko, trochę na zasadzie pospolitego ruszenia, ale w sposób uporządkowany i racjonalny, aby skupić się na sprawach najpilniejszych i najważniejszych. Wpisaliśmy się w wielki, oddolny ruch wolontaryjny, który na różne sposoby pomaga sąsiadom zza wschodniej granicy.

Po raz kolejny udowadniamy, że jako społeczeństwo potrafimy się organizować, nie oglądając się na instytucje państwowe. Choć od nich można by oczekiwać większej mobilizacji i szybszej reakcji na sytuację nadzwyczajną, skoro – jak uprzedzali eksperci – w obliczu narastającego od wielu miesięcy napięcia konflikt zbrojny stawał się coraz bardziej prawdopodobny.

W ciągu ostatnich dwóch lat jako państwo i społeczeństwo dostaliśmy kolejny sygnał, jak ważne jest przygotowanie do zarządzania w sytuacjach kryzysu. Społeczna mobilizacja nie wyręczy państwa. Podobnie jak mobilizacja kadry

medycznej nie jest w stanie wypełnić systemowych i finansowych „dziur”.

Wraz z kolejnymi falami pandemii coraz bardziej rośnie potrzeba stworzenia modelu ochrony zdrowia elastycznego i odpornego na kryzysy. W rekomendacjach międzynarodowych ekspertów zwraca się uwagę m.in. na wzmocnienie udziału partnerów społecznych w procesie tworzenia prawa. Wydawać by się mogło, że samorząd lekarski powinien z definicji być uczestnikiem takiego procesu. Teoretycznie tak jest obecnie. Teoretycznie – ponieważ mamy do czynienia raczej z dialogiem udawanym niż udanym. Skala obecnych wyzwań nakazuje, aby to jak najszybciej się zmieniło.

Nauka ostatnich dwóch lat chyba jednak poszła w las, skoro Minister Zdrowia 10 marca powołał Zespół do spraw pomocy medycznej dla Ukrainy, w którym zasiadać będą zarządzający jednostkami podległymi Ministerstwu Zdrowia i departamentami MZ, a zabrakło miejsc dla przedstawicieli samorządu lekarskiego oraz pozostałych zawodów medycznych. Po raz kolejny pomija się medyków, mimo że to my wraz z wolontariuszami jesteśmy w „oku uchodźczego cyklonu”. Nie pozostało więc nam nic innego niż – ponownie – wziąć sprawy w swoje ręce i zorganizować specjalny zespół przy Naczelnej Radzie Lekarskiej, który będzie na bieżąco formułował rekomendacje.

Dobiegająca końca kadencja NRL przypadła na czas, kiedy wiara decydentów we własną onnipotencję mocno się zakorzeniła. Być może pod wpływem pandemii, a teraz w obliczu fali uchodźców, to podejście zostanie zweryfikowane. Miejmy nadzieję, że w czasie nadchodzącej kadencji zmieni się stosunek władz do instytucji pozarządowych i samorządowych. W przeciwnym razie rozwiązywanie sytuacji kryzysowych będzie kosztowniejsze i mniej skuteczne, a na to jako kraj i społeczeństwo nie możemy sobie pozwolić.

Napływ ponad dwumilionowej rzeszy uchodźców to szybko rosnąca liczba nowych pacjentów, to ogromne wyzwania dla zdrowia publicznego (choćby związane z bezpieczeństwem epidemicznym i dysproporcjami w realizacji programów szczepień, w tym przeciwko COVID-19), a wszystko to w obliczu chronicznego niedofinansowania ochrony zdrowia w Polsce, braków kadrowych i dodatkowych wyzwań związanych z wielokulturowością. Tych problemów zza biurka i bez udziału samorządu lekarskiego nie da się rozwiązać. ■

SŁOWNIK POLSKO-UKRAIŃSKI

POLSKI	UKRAIŃSKI	FONETYKA
1 kapsułka	1 капсула	odna kapsuła
2 (3, 4) kapsułki	2 (3, 4) капсули	dwi (try, czotyry) kapsuły
5 (6, 7, 8) kapsulek	5 (6, 7, 8) капсул	piat' (szist', sim, wisim) kapsuł
1 tabletka	1 таблетка	odna tabletka
2 (3, 4) tabletki	2 (3, 4) таблетки	dwi (try, czotyry) tabletky
5 (6, 7, 8) tabletek	5 (6, 7, 8) таблеток	piat' (szist', sim, wisim) tabletek
1 ml roztworu 1 raz dziennie	1 мл розчину 1 раз на день	odyn mililitr rozczyynu odyn raz na deń
2 (3, 4) ml roztworu 2 (3, 4) razy dziennie	по 2 (3, 4) мл розчину 2 (3, 4) рази на день	po dwa (try, czotyry) mililitra rozczyynu dwa (try, czotyry) razy na deń
5 (10, 15, 25) ml roztworu 2 (3, 4) razy dziennie	по 5 (10, 15, 25) мл розчину 2 (3, 4) рази на день	po pjat' (desiat', piatnadcat', dwadcat' piat') mililitrów rozczyynu dwa (try, czotyry) razy na deń
2 (3, 4) ml syropu 2 razy dziennie	по 2 (3, 4) мл сиропу 2 рази на день	po dwa (try, czotyry) mililitra syropu dwa razy na deń
5 ml syropu 3 razy dziennie	5 мл сиропу 3 рази на день	piat' mililitrow syropu try razy na deń
5 (10, 15, 25) ml syropu 1 raz dziennie	по 5 (10, 15, 25) мл сиропу 1 раз на день	po pjat' (desiat', piatnadcat', dwadcat' piat') mililitrow syropu odyn raz na deń
1 kropla na łyżeczce cukru	1 крапля на чайну ложку цукру	odna krapla na czajnu łożku cukru
2 (3, 4) krople na łyżeczce cukru	2 (3, 4) краплі на чайну ложку цукру	dwi (try, czotyry) kropki na czajnu łożku cukru
5 (10, 15, 25) kropli na łyżeczce cukru	5 (10, 15, 25) крапель на чайну ложку цукру	pjat' (desiat', piatnadcat', dwadcat' piat') krapel na czajnu łożku cukru
1 kropla na łyżeczce wody	1 крапля на чайну ложку води	odna krapla na czajnu łożku wody
2 (3, 4) krople na łyżeczce wody	2 (3, 4) краплі на чайну ложку води	dwi (try, czotyry) kropki na czajnu łożku wody
5 (10, 15, 25) kropli na łyżeczce wody	5 (10, 15, 25) крапель на чайну ложку води	pjat' (desiat', piatnadcat', dwadcat' piat') krapel na czajnu łożku wody
1 łyżeczka od herbaty	1 чайна ложка	odna czajna łożka
2 (3, 4) łyżeczki od herbaty	2 (3, 4) чайні ложки	dwi (try, czotyry) czajny łożki
5 (6, 7, 8) łyżeczek od herbaty	5 (6, 7, 8) чайних ложок	piat' (szist', sim, wisim) czajnych łożok
1 łyżka stołowa	1 столова ложка	odna stołowa łożka
2 (3, 4) łyżki stołowe	2 (3, 4) столові ложки	dwi (try, czotyry) stołowi łożki
5 (6, 7, 8) łyżek stołowych	5 (6, 7, 8) столових ложок	piat' (szist', sim, wisim) stołowych łożok
2 (3, 4) razy dziennie	2 (3, 4) рази на день	dwa (try, czotyry) razy na deń
1 godzinę przed posiłkiem	1 година перед їжею	odna hodyna pered iżeju
2 godziny po posiłku	2 години після їжі	dwi hodyny pislja iży
co 2 (3, 4) godziny	cożni 2 (3, 4) години	kożni dwi (try, czotyry) hodyny
co 5 (6, 7, 8, 9) godzin	cożni 5 (6, 7, 8, 9) годин	kożni piat' (szist', sim, wisim, dewiat') hodyn
co 24 godziny	cożni 24 години	kożni dwadcat' czotyry hodyny
co 2 dni	cożni 2 дні	kożni dwa dni
co 5 (6, 7, 8, 9) dni	cożni 5 (6, 7, 8, 9) днів	kożni piat' (szist', sim, wisim, dewiat') dniw
co miesiąc	щомісяця	szczomisiacia
co 2 (3, 4) miesiące	cożni 2 (3, 4) місяці	kożni dwa (try, czotyry) misiaci
co 5 (6, 7, 8) miesięcy	cożni 5 (6, 7, 8) місяців	kożni piat' (szist', sim, wisim) misiaciw
antybiotyk	антибіотик	antybiotyk
czopek	супозиторій	supozytorij
czopki	супозиторії	supozytorii
do nosa	у ніс	u nis
do ucha	у вухо	u wucho
do worka spojówkowego	за повіку (в кон'юнктивальний мішок)	za powiku (w konjuktywalnyj miszok)
domięśniowo	внутрішньом'язово	wnutriszniomiazowo
doodbytniczo	ректально	rektalno
dopochwowo	вагінально	waginalno
doraźnie	приймати при потребі	pryjmaty pry potrebi
doustnie	всередину, перорально	wseredenu, peroralno
doustnie: na błonę śluzową i / lub do gardła	перорально: на слизову оболонку i / або в горло	peroralno: na słyzowu obołonku i / або w gortło
dożylnie	внутрішньовенно	wnutriszniowenno
globulka	вагінальна глобула	waginalna globuła
globulki	вагінальні глобули	waginalne globuły
inhibitor pompy protonowej / lek przeciwwrzodowy	інгібітор протонної помпи / противиразковий препарат	ingibitor protonnoy pompy / protywyrazkowyj preparat
lek hipotensyjny	антигіпертензивний препарат	antygiptenzywnyj preparat
lek moczopędny	діуретик (сечогінний препарат)	diuretyk (seczogiennyj preparat)
lek nasenny	снодійне (снодійний препарат)	snodijne (snodijnyj preparat)

POLSKI	UKRAIŃSKI	FONETYKA
lek nasercowy	препарат для лікування серцевої недостатності	preaprat dla likuowania sercewoji nedostatnosti
lek odkażający	дезінфекційний засіб	dezifekcyjnyj zasib
lek przeciwalergiczny	протиалергічний препарат	protyjalgicznyj preparat
lek przeciwastmatyczny	протиастматичний препарат	protyastmatycznyj praparat
lek przeciwbakteryjny	антибактеріальний препарат	antybakterialnyj preparat
lek przeciwbiegunkowy	антидіарейний препарат	antydiarejnyj preparat
lek przeciwbólowy	знеболюючий препарат	znieboljuczyj preaprat
lek przeciwcukrzycowy	протидіабетичний препарат	protydiabetycznyj preprat
lek przeciwdepresyjny	антидепресант	antydepresant
lek przeciwdrgawkowy	протисудомний препарат	protysudomnyj preparat
lek przeciwgorączkowy	жарознижувальний препарат	żaroznyżuwalnyj preparat
lek przeciwgrzybiczy	протигрибковий препарат	protygrybkowyj preparat
lek przeciwhistaminowy	антигістамінний препарат	antyhistaminnyj praeparat
lek przeciwkaszlowy	протикашльовий препарат	protykaszlowyj preparat
lek przeciwłękowy	анксіолітик	anksjolityk
lek przeciwpadaczkowy	протиепілептичний препарат	protyepileptycznyj preparat
lek przeciw pasożytniczy	протипаразитарний препарат	protyparazytarnyj preparat
lek przeciwwirusowy	противірусний препарат	protywirusnyj preparat
lek przeciwzakrzepowy	антикоагулянт	antykoogulant
lek przeciwzapalny	протизапальний препарат	protyzapalnyj preparat
lek przeczyszczający	проносний засіб	pronosnyj zasib
lek rozkurczowy	спазмолітичний препарат (спазмолітик)	spazmolitycznyj preparat (spazmolityk)
lek urologiczny	урологічний препарат	urologicznyj preparat
lek wiatropędny/ na wzdęcia	вітрогінний препарат	witroginnyj preparat
lek wykrztuśny	відхаркувальний препарат	widcharkuwalnyj preparat
miejsowo	місцево	miscewo
minerały	мінерали	minerały
na czczo	приймати натще	pryjmaty natsze
na miejsce chorobowo zmienione	на уражену ділянку	na urażenu dilanku
na ranę	на рану	na ranu
nie stosować długotrwale	не використовувати протягом тривалого часу	ne wykorzystowuwały protjachom trywałocho czasu
nie stosować pod opatrunkiem okluzyjnym	не використовувати під оклюзійною пов'язкою	ne wykorzystowuwały pid okluziwnoju powiazkoju
nie stosować przed snem	не використовувати перед сном	ne wykorzystowuwały pered snom
niezależnie od posiłku	незалежно від прийому їжі	nezależno wid pryjomu iży
ostatnią dawkę leku należy podać najpóźniej 1 godzinę przed snem	останню дозу препарату слід приймати не пізніше ніж за 1 годину до сну	ostanniu dozu preparatu slid pryjmaty ne pizniszcie niż za odnu godziny do snu
ostatnią dawkę leku należy podać najpóźniej 2 (3, 4) godziny przed snem	останню дозу препарату слід приймати не пізніше ніж за 2 (3, 4) години до сну	ostanniu dozu preparatu slid pryjmaty ne pizniszcie niż za dwi (try, czotyry) hodyny do snu
ostatnią dawkę leku należy podać najpóźniej 5 (6, 7, 8) godzin przed snem	останню дозу препарату слід приймати не пізніше ніж за 5 (6, 7, 8) годин до сну	ostanniu dozu preparatu slid pryjmaty ne pizniszcie niż za piat' (sziszt', sim, wisim) hodyn do snu
po posiłku	після їжі	pislia iży
popić wodą	запивати водою	zapywały wodoku
przed posiłkiem	перед їжею	pered iżeju
przed snem	перед сном	pered snom
przezskórną (transdermalnie)	трансдермально	transdermalno
raz dziennie	раз на день	raz na deń
roztwór	розчин	rozczyń
środek antykoncepcyjny	контрацептив	kontraceptyw
syrop	сироп	syrop
szczepionka	вакцина	wakcyńa
unikaj spożywania z nabiałem	не вживати разом з молочними продуктами	ne żywały razem z mołocznyjmy produktamy
w razie potrzeby	в разі потреби	w razi potreby
w trakcie posiłku	під час їжі	pid czas iży
witaminy	вітаміни	witaminy
wstrząsnąć przed użyciem	збовтати перед використанням	zbowtaty pered wykorzystaniam
wstrzyknięcie podskórne	підшкірна ін'єкція	pidszkirna injekcja
wziewnie	застосування шляхом вдихання	zastosuwanija szlachom wdychania
zabezpieczyć opatrunkiem	накласти пов'язку	naklasty powiazku
zawiesina	суспензія	suspenzja
zewnętrznie	зовнішньо	zownisznio



**Alicja
Szczypczyk**

Dział Mediów
i Komunikacji NIL

SKRINING

Wspólnie dla Ukrainy

25 lutego, tuż po wybuchu wojny w Ukrainie, Prezydium NRL oraz Konwent Prezesów ORL podjęli wspólne stanowisko, wyrażając solidarność z mieszkańcami tego kraju oraz potępiając atak militarny ze strony Rosji.

W związku z napływem do Polski ogromnej liczby uchodźców z Ukrainy, 10 marca PNRL oraz prezesi ORL zaapelowali do ministra zdrowia o powołanie zespołu ekspertów do identyfikacji obszarów potencjalnie podwyższonego ryzyka zdrowotnego, deklarując chęć aktywnego włączenia się w jego prace. W apelu podkreślono, że potencjalne ryzyka epidemiczne oraz odmienne potrzeby zdrowotne populacji ukraińskiej powinny być szybko zidentyfikowane, aby możliwe było nie tylko sprawne zapewnienie opieki medycznej pacjentom, ale przede wszystkim podjęcie właściwych działań zapobiegawczych (np. badania przesiewowe).

Mimo gotowości do współpracy, w nowo powołanym przez ministra zdrowia Zespole ds. pomocy medycznej dla Ukrainy zabrakło przedstawicieli samorządu lekarskiego, jak i pozostałych samorządów zawodów medycznych. Wobec tego, prezes NRL podjął decyzję o utworzeniu przy NRL zespołu, który będzie przekazywał na bieżąco swoje rekomendacje w zakresie. ■



Lekarze Lekarzom

27 lutego zwołano nadzwyczajne posiedzenie PNRL, w czasie którego omówiono sytuację spowodowaną konfliktem zbrojnym w Ukrainie. Postanowiono o przeznaczeniu środków finansowych na doraźną pomoc dla lekarzy i lekarzy dentystów oraz ich rodzin z Ukrainy oraz powołano specjalny zespół, który będzie koordynować wszystkie działania NIL w zakresie pomocy w kryzysie humanitarnym.

Podjęto także decyzję o uruchomieniu infolinii pod numerem + 48 22 11 20 700, dedykowanej pomocy i wsparciu dla



Jedna z karetek zakupionych przez FLL dla Ukrainy

lekarzy i lekarzy dentystów z Ukrainy oraz ich rodzin. Infolinia jest całodobowa i prowadzona w języku polskim oraz ukraińskim. O pomoc można także zwrócić się, pisząc na e-mail: pomocNIL@hipokrates.org.

Fundacja Lekarze Lekarzom również zaangażowała się w działania pomocowe. Zakupiła m.in. karetki i materiały medyczne dla ukraińskich szpitali. Pierwsze transporty już dotarły do Lwowa. Chętnych do wsparcia FLL zapraszamy do kontaktu: tel. 22 559 13 22, e-mail: fundacja@hipokrates.org. ■



lekarzedlaukrainy.pl

Student informatyki Uniwersytetu Jagiellońskiego i pracownik Małopolskiego Centrum Biotechnologii UJ Witold Wydmański stworzył platformę, która łączy lekarzy z potrzebującymi pomocy uchodźcami z Ukrainy. Ma ona ułatwić uciekającym przed wojną wyszukiwanie specjalisty i umawianie się na wizytę lekarską.

NIL zaangażowała się w ten projekt, m.in. promując go oraz zgłaszając trudności z tłumaczeniem dokumentacji medycznej z języka ukraińskiego na język polski, dzięki czemu na platformie dodano funkcję wyszukiwania tłumaczy. ■



Kursy językowe

W związku z wojną w Ukrainie i ogromną falą uchodźców przybywających do Polski, Ośrodek Doskonalenia Zawodowego NIL rozpoczął organizację kursów nauki podstaw języka ukraińskiego, a zainteresowanych zaprasza do zgłoszeń na adres: odz@hipokrates.org z dopiskiem „zapisy na naukę języka ukraińskiego”.

Ponadto, nie czekając na ruch organów publicznych odnośnie pomocy lekarzom i lekarzom dentystom z Ukrainy i ich rodzinom (decyzja o tym, że kursy będą organizowane przez CMKP, zapadła po podjęciu inicjatywy przez samorząd lekarski), ODZ NIL zorganizuje intensywne kursy z języka polskiego w dwóch grupach: z podstaw (także dla najbliższych członków rodzin lekarzy i lekarzy dentystów z Ukrainy) oraz języka medycznego na potrzeby nostryfikacji dyplomu.

Na stronie NIL są również dostępne słowniki polsko-ukraińskie z najczęściej używanymi w komunikacji lekarza z pacjentem zwrotami i słowami oraz karta wywiadu lekarskiego w języku ukraińskim. ■

Apele o solidarność

Na początku marca prezes NRL zwrócił się z apelem do uczelni medycznych, medycznych towarzystw naukowych, instytutów badawczych, Polskiej Akademii Nauk oraz Polskiej Akademii Umiejętności o zawieszenie współpracy z instytucjami rosyjskimi, a także powstrzymanie się od nawiązywania nowych kontaktów na polu naukowym.

W apelu wskazano, że celem takiego działania nie jest zemsta na społeczeństwie rosyjskim, lecz niezgoda na agresję

w stosunkach międzynarodowych oraz na naruszanie podstawowych praw i wolności przynależnych każdemu człowiekowi.

Prezes NRL zwrócił się także do prezesów organizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych na Białorusi i w Rosji, będących członkami Światowego Stowarzyszenia Lekarskiego i Światowej Federacji Dentystycznej, wzywając do wypowiedzenia się przeciw wojnie i użyciu siły zbrojnej, śmierci i cierpieniu zarówno żołnierzy, jak i ludności cywilnej w Ukrainie. ■

NRL do MZ w związku z falą uchodźców

Na ostatnim posiedzeniu w obecnym składzie, NRL zwróciła się do ministra zdrowia o podjęcie natychmiastowych decyzji umożliwiających zgodne z prawem działanie punktów pomocy medycznej tworzonych przez samorządy i inne instytucje niosące pomoc uchodźcom oraz organizację gabinetów lekarskich zlokalizowanych w miejscach największych skupisk uchodźców.

Rada uważa też za konieczne rozszerzenie kompetencji przyszpitalnych poradni pediatrycznych i internistycznych o możliwość leczenia uchodźców i ich dzieci (dotychczas mogły udzielać świadczeń wyłącznie w ramach kontroli po pobycie w szpitalu).

Samorząd lekarski ponadto domaga się natychmiastowego przyznania pracownikom medycznym z Ukrainy uprawnień opiekuna medycznego, co pozwoli na zatrudnienie ich jako pracowników medycznych w polskich placówkach ochrony zdrowia do momentu uzyskania przez nich uprawnień zawodowych, oraz pilnego rozwiązania problemu prowadzenia dokumentacji medycznej przez osoby nieznające języka polskiego, które uzyskały zgodę na wykonywanie zawodu na terenie Polski.

NRL podkreśla, że w obecnej sytuacji we wskazanych powyżej obszarach nie ma czasu na powoływanie kolejnych zespołów, problemy te wymagają natychmiastowego rozwiązania przez szefa resortu. ■

Uwagi NRL do specustawy uchodźczej

NRL w stanowisku z 11 marca w sprawie ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa wskazuje, że ustawodawca nie uregulował w sposób kompleksowy, przemyślany i racjonalny kwestii udzielania świadczeń zdrowotnych w Polsce przez lekarzy i lekarzy dentystów, którzy uzyskali kwalifikacje zawodowe poza obszarem UE, w szczególności w Ukrainie.

W ocenie NRL kompetencje lekarzy i lekarzy dentystów z Ukrainy są cenne dla zapewnienia opieki medycznej ich rodakom przebywającym w naszym kraju oraz ewentualnie innym osobom, które porozumiewają się językiem ukraińskim lub rosyjskim. Przyznanie jednak tym medykom uprawnień zawodowych pozwalających na objęcie opieką pacjentów polskich powinno wiązać się z odpowiednią znajomością języka polskiego.

Sytuacja w Ukrainie, a także potrzeby zdrowotne uchodźców z tego kraju, uzasadniają wg NRL wprowadzenie szczególnych rozwiązań prawnych, ale nie uzasadniają obniżenia poziomu bezpieczeństwa udzielania świadczeń zdrowotnych polskim pacjentom. ■

Pożegnanie NRL VIII kadencji



Od lewej: prezes NRL Andrzej Matyja, wiceprezes Krzysztof Madej, zastępca sekretarza Zyta Kaźmierczak-Zagórska.

11 marca w Toruniu odbyło się ostatnie posiedzenie NRL VIII kadencji w obecnym składzie. Prezes Matyja, dziękując za zaangażowanie i wsparcie, podkreślał, że niezależnie od wyborów, stanowiska i ambicji, wszyscy członkowie samorządu muszą jeszcze bardziej się starać, angażować i strzec wartości samorządu. ■

Dwa lata od pacjenta „0”

7 marca 2020 r. zidentyfikowano w Polsce „pacjenta zero” zakażonego wirusem SARS-CoV-2. W komentarzu do tej rocznicy prezes NRL podkreślił, że pandemia nie skończyła się, a do problemów, jakie sprowadziła na już niewydolny system ochrony zdrowia, dołączą wyzwania wynikające z napływu uchodźców z objętej wojną Ukrainy. W imieniu samorządu zaapelował do osób odpowiedzialnych za ochronę zdrowia w naszym kraju o wyciągnięcie wniosków z kryzysu, jakiego przez ten czas doświadczaliśmy, aby nie zmarnować tej lekcji w walce o zdrowie i życie ludzi. ■



Bez winy, bez błędu, bez pomysłu

Opanowało nas natręctwo sprawozdań. Ja, który mam siebie za miłośnika literatury pięknej, nienawidzę tego gatunku literatury, którym jest sprawozdawczość.

Krzysztof Madej

Sprawozdania mają jednak pewien powab i mogą sprawiać przyjemność piszącym je osobom. Zagęszczają one czas i są metodą na udowodnienie, że dzieła wielkie i trudne zostały jednak urzeczywistnione. Procesy i działania przewlekłe, długotrwałe, o rozmytych granicach i niewidocznych szybkich efektach zostają zamknięte w dzieło końcowe, gdzie założenia początkowe, szybko puentowane są efektem końcowym. Nie pisze się o niepowodzeniach, a tym bardziej o planach, które nie wypaliły. Skoro nie ma założeń i planów, to trudno pisać o procesie, który nie zakończył się sukcesem. Wystarczy więc tylko nie wspomnieć o planach niezrealizowanych i automatycznie nie ma niepowodzeń.

Można też inaczej. Samo podjęcie działań traktowane bywa i opisywane jest jako sukces sam w sobie, a jeśli było jakieś niespełnienie, to nie z naszej winy. W ten sposób ostatecznie po naszej stronie na widoku pozostają tylko sukcesy, a niepowodzenie po stronie innych.

Plany są tylko w programach skierowanych ku przyszłości i też mają one w sobie tę optymistyczną atrakcyjność każdego spełnienia, bo wierzymy, że niewątpliwie będą zrealizowane. W sprawozdaniach są tylko sukcesy.

Cóż jednak robić? Kończy się nasza samorządowa VIII kadencja, kończy pewien okres w historii III Rzeczypospolitej, z tym jej – pożałuj Boże – systemem ochrony zdrowia, kończy się też jakiś etap w historii globu, doświadczanego przez wojny i pandemię – czas sprawozdawać.

Pozwolę sobie skupić się na jednej tylko sprawie i przywołać hasło „no-fault”. Mówię hasło, a nie idea, bo to dwie odmienne kategorie. Od hasła do idei droga daleka. Hasła zasadzają się na odczuciach i emocjach, zaś idee można rozważać w kategoriach merytorycznych, tj. możliwościach ich realizacji.

Pamiętam, jak na postrzępionych kawałkach tektury nasi protestujący koledzy, głównie rezydenci, nosili nad głowami wypisane flamastrem „no-fault”. Podobnie jak osławione „6,8%” oraz kilka innych, traktowanych jako główne postulaty, od których spełnienia uzależnione są wszystkie kolejne etapy oczekiwanej „reformy służby zdrowia”. Wszystko naukowo udowodnione. Brak im tylko było oprządkowania legislacyjnego i politycznego.

Pomysł, aby przewrotnie wrócić do tej sprawy (przewrotnie, bo to jest to, czego nie udało się ani załatwić, ani choćby napocząć), przyszedł mi po przeczytaniu w pewnej medycznej gazecie mikrofelietonu na temat ochrony zdrowia autorstwa pewnego dziennikarza, którego kojarzę jako jednego z czołowych dziennikarzy politycznych*. Dziennikarz, zgodnie ze swoim temperamentem i kompetencjami, kreślił obraz sytuacji politycznej w naszym (pięknym!) kraju, a następnie zadał pytanie, jaki „to może mieć wpływ na funkcjonowanie opieki zdrowotnej”. I odpowiedział, że dobrze by było, gdyby te różne zawirowania polityczne przyniosły taki skutek, że odkurzony zostanie projekt Funduszu Zdarzeń Medycznych. Bardzo mi się spodobało takie postawienie sprawy, bo uświadomiłem sobie, że dziennikarz ten, widząc problemy społeczne w szerokiej, bo właśnie politycznej, perspektywie (w przeciwieństwie do naszego wąskiego, lekarskiego oglądu spraw), przywołał właśnie, w moim odbiorze, ideę „no-fault”. Instytucja prawa publicznego, kryjąca się pod tym hasłem, składa się bowiem z trzech elementów: 1 – szczególnego sposobu prawnej kwalifikacji postępowania osób i instytucji, w wyniku którego doszło do szkód związanych z chorobą i leczeniem, 2 – szczególnego trybu zgłaszania i rejestrowania tych szkód oraz takiego sposobu opracowywania rejestrów zdarzeń niepożądanych w medycynie, aby wynikały z tego konkretne wnioski i obowiązkowo praktyczne działania, 3 – szczególnego sposobu dokonywania wypłat przez instytucję publiczną odszkodowań będących zadośćuczynieniem za doznane szkody i krzywdy związane z chorobą i leczeniem. I te trzy elementy muszą być ze sobą powiązane w praktyce społecznej.

Na ogół, mówiąc o potrzebie wprowadzenia do systemu polskiej medycyny praktyki „no-fault”, mówi się tylko o punkcie pierwszym, ale w znaczeniu depenalizacji zawodów medycznych albo, żeby brzmiało to jeszcze bardziej oburzająco dla opinii publicznej, o bezkarności lekarzy czegokolwiek by nie zrobili. Istotą jednak tej praktyki społecznej jest punkt trzeci. Oto państwo, w trosce o swoich obywateli, których po lekarsku nazwę podopiecznymi, skłonne jest ustanowić, prowadzić i odpowiadać za wyspecjalizowane instytucje prawa publicznego, których misją jest dokonywanie wypłat na rzecz osób poszkodowanych w związku z chorobą, zmniejszanie

ryzyka i częstości występowania tych szkód oraz podnoszenia poziomu medycyny w wymiarze jednostkowym i ogólnym, organizacyjnym.

Diennikarska wypowiedź, którą przytaczam, niesie jeszcze jedną prawdę, która już wielokrotnie była formułowana w „Gazecie Lekarskiej”, że nasze państwo nie jest obecnie zdolne nie tylko do przenoszenia na grunt polskiego życia społecznego takich delikatnych rozwiązań jak np. „no-fault”, ale nawet do otwartej debaty eksperckiej w tej materii.

Trudno wyobrazić sobie sytuację, w której w miarę cyklicznie spotykają się eksperci: z zakresu zdrowia publicznego z Ministerstwa Zdrowia, w dziedzinie polityki karnej i orzekania sądowo-lekarskiego z Ministerstwa Sprawiedliwości, w dziedzinie prawa ubezpieczeniowego z Ministerstwa Finansów oraz lekarze praktycy i eksperci w dziedzinie odpowiedzialności zawodowej z samorządu lekarskiego, aby niespiesznie debatować o tej idei. Dowodem intelektualnej mizerności w poszukiwaniu dróg do wychodzenia z kryzysu, jakim jest zwiększająca się stale roszczeniowość pacjentów, brak cywilizowanej praktyki rozwiązywania sporów sądowych w tej dziedzinie oraz zapadanie się naszej medycyny w coraz większą niedomogę organizacyjną, niech będą kolejne odsłony „dyskusji” (czyli medialnej propagandy) towarzyszącej kolejnym projektom zwiększenia represyjności prawa karnego w dziedzinie odpowiedzialności za nieumyślne spowodowanie rozstroju zdrowia i śmierci. Na przykład argumentu, że w wielu systemach prawnych innych państw przepisy karne dotyczące fachowych pracowników ochrony zdrowia formułowane są odrębnie ze względu na odrębną specyfikę tego rodzaju czynności zawodowych, nie udało

się nigdzie przedstawić i poważnie nad nim podyskutować. Nasza władza wykonawcza i prawodawcza najwyraźniej nie czuje tego typu problemów społecznych i ma jedną „średnio-wieczną” odpowiedź na nie – zwiększyć represyjność.

A problem jest niezwykle trudny i delikatny, bo napotykający szereg trudności merytorycznych, uwarunkowań kulturowych i barier wyobraźni.

Nawet język nie pomaga w rozumieniu tego zagadnienia. Używamy terminu „no-fault” zamiast jakiegoś polskiego odpowiednika, bo trudno znaleźć odpowiednie tłumaczenie, które by nas nie drażniło i nie prowokowało. Anglosasi, ze swoim przyzwyczajeniem do skrótowej terminologii, jakoś sobie radzą. My przetłumaczymy to hasło jako „bez winy”, bo „fault” najczęściej oznacza winę, ale to nie byłby właściwy termin, więc godzimy się na angielski. W toku zgłoszonego niepomysłnego wyniku leczenia może się zdarzyć, że czyjaś wina stanie się oczywista. Po to zdarzenie jest zgłaszane, rejestrowane i analizowane, żeby poznać jego mechanizm zwiniony lub niezawiniony. Chodzi natomiast o to, że umowa społeczna pozwala nie wywodzić skutków karnych z ustalonego zwinienia, a jedynie merytoryczne w interesie społecznym, czyli kolejnych pacjentów. Inne znaczenia tego terminu to: błąd, usterka, wada, defekt, mankament itd., aż do karygodności. I znowu nie chodzi o to, że „nie było błędu”. Wprost przeciwnie – chodzi o to, żeby te błędy nieuchronnie poznać,

przeanalizować, zrozumieć i wyeliminować, a nie udowodnić je i ukarać w toku wieloletniego postępowania sądowego. Innym przykładem naszej nieporadności językowej jest termin „zdarzenie medyczne” w odniesieniu do sytuacji, w których doszło do szkody.

System „no-fault” jest odpowiedzią na trudności w orzekaniu na podstawie ustalenia winnego. Trudności wynikają bardzo często z samej istoty medycyny i z przesłanek pozaludzkich. Często bardzo trudno jest odróżnić powikłanie od szkody wynikłej z zaniechania lub działania niewłaściwego. Opieka zdrowotna jest działaniem zespołowym, więc kolejną trudnością jest ustalenie rodzaju i nasilenia zwinienia poszczególnych uczestników leczenia. Biegli i sądy łamią sobie głowy nad ustaleniem zakresu odpowiedzialności jednostkowej od tej wynikającej z organizacji pracy, sposobu zarządzania i szeregu innych uwarunkowań instytucjonalnych. Innym dylematem bywa odwołanie się do tzw. obiektywnych lub, jeszcze lepiej, naukowych standardów postępowania. A największym dylematem jest ustalenie, które warunki wykonywania procedur medycznych były dostępne, a które niedostępne, aby wyjaśnionym było, że wypełniony został obowiązek działania zgodnego „z dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób” (art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty).

Dalsze ewentualne roszczenia o zastanowienie się nad systemem „no-fault” to już zadanie dla działaczy następnej kadencji korporacji lekarskiej. W tej dobiegającej właśnie końca wysłuchaliśmy ministrów: prof. Łukasza Szumowskiego, który na uroczystościach 30-lecia reaktywowania samorządu lekarskiego w Teatrze Polskim

w Warszawie powiedział, że jest za systemem „no-fault”, i Adam Niedzielskiego, który na początku swojego urzędowania, będąc gościem Naczelnej Rady Lekarskiej, zapowiedział prace i wprowadzenie tego rozwiązania. No, tośmy sobie pogadali. Tymczasem mamy w naszym systemie ochrony zdrowia jakąś karykaturę idei „no-fault” w postaci wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych i trudne do zaakceptowania propozycje zawarte w projekcie ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Projekt ten zakłada powołanie Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych, a kompensacja wyrządzonej przestępstwem szkody jest jedną z podstawowych funkcji prawa karnego. Od 2015 r. przepadek i środki kompensacyjne stanowią odrębny od środków karnych rodzaj reakcji na popełnienie przestępstwa. Taki zabieg legislacyjny podkreśla doniosłość potrzeby naprawienia szkody przez sprawcę i pozwala w sposób pełniejszy na urzeczywistnienie prawnokarnej ochrony praw pokrzywdzonych. Czyli z jednej strony zbliżamy się do „no-fault”, bo ustanowione ma być źródło środków finansowych (na świecie środki te pochodzą z ubezpieczeń, a nie z jednostki państwowej), a z drugiej oddalamy się, bo wkraczamy w obszar prawa karnego i mówimy o szkodach wyrządzonych przestępstwem. Czyli kręcenie się w kółko, a nie pójście do przodu. ■

*Mariusz Gierej, „Fundusz Zdarzeń Medyczno-Politycznych”, Modern Healthcare Institute, Nr 15, luty 2022

Pomoc dla Ukrainy

Napaść Rosji na Ukrainę postawiła naszych wschodnich sąsiadów w obliczu ogromnego kryzysu humanitarnego. Różne organizacje starają się wspierać zarówno uchodźców wojennych, jak i tych, którzy pozostali w pustoszonej wojną kraju. W pomoc zaangażowały się także okręgowe izby lekarskie.

25 lutego Konwent Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich we wspólnym z PNRL stanowisku zdecydowanie potępił atak militarny na Ukrainę i wyraził solidarność z mieszkańcami tego kraju, a ukraińskiemu personelowi medycznemu życzył siły i wytrwałości w tym trudnym czasie.

W związku z występującym kryzysem humanitarnym izby lekarskie organizują pomoc medyczną dla Ukraińców. Szczególnym wsparciem obejmowani są lekarze i lekarze dentyści z Ukrainy, którzy uciekli przed wojną do Polski, oraz ich bliscy. Tym medykom, którzy zgłaszają się do izb po pomoc, starają się, w miarę

swoich możliwości, zapewnić potrzebne wsparcie (np. materialne, prawne, psychologiczne, mieszkaniowe) albo skierować ich tam, gdzie taką pomoc mogą otrzymać. Poszczególne izby tworzą także listy polskich lekarzy ze swoich regionów, którzy chcą włączyć się w niesienie pomocy Ukrainie. Uruchamiane są zbiórki rzeczowe i finansowe na zakup najpotrzebniejszego zaopatrzenia medycznego, np. 5 marca wyruszył do Lwowa transport z lekami, sprzętem medycznym, środkami opatrunkowymi i higienicznymi zebranymi przez OIL w Gdańsku (akcja jest kontynuowana, a najbardziej potrzebne są środki opatrunkowe, sprzęt jednorazowego użytku, środki odkażające). Z kolei OIL w Łodzi, przy wsparciu abp. Grzegorza Rysia, Rady Miasta Łodzi i OZZL regionu łódzkiego, ogłosiła zbiórkę pieniędzy na zakup karetki (jednej lub kilku) oraz sprzętu medycznego, środków opatrunkowych i leków z przeznaczeniem dla Ukrainy. Izba już wcześniej zakupiła plecaki ratownicze.

Jednym z działań pomocowych OIL w Opolu było utworzenie funduszu celowego „Pomoc dla Ukrainy” i przekazanie na jego rzecz 50 tys. zł. Środki zgromadzone w funduszu (wciąż można wpłacać datki) są przeznaczone na wspieranie ukraińskich lekarzy i ich rodzin, mających status uchodźcy, przebywających na terenie Opolszczyzny, a także wspieranie członków Opolskiej Izby Lekarskiej, którzy będą ponosić koszty w związku z udzielaniem pomocy w zakwaterowaniu i utrzymaniu uchodźców wojennych z Ukrainy. Specjalne subkonta pomocowe tworzą także inne izby lekarskie.

Wielkopolska Izba Lekarska razem z Wielkopolskim Urzędem Wojewódzkim w Poznaniu otworzyła punkt konsultacji medycznej w Poznaniu, a w miarę możliwości udostępniane są miejsca noclegowe w działającym przy izbie hotelu. Śląska Izba Lekarska m.in. zamieszcza na swojej stronie internetowej ogłoszenia medyków z Ukrainy poszukujących zatrudnienia w sektorze ochrony zdrowia w Polsce. ■

VIII KADENCJA SAMORZĄDU LEKARSKIEGO

To była kadencja wielkich wyzwań

Z prof. Andrzejem Matyją, prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej, rozmawia Marta Jakubiak.

Czy było warto?

Na pewno tak. Jeżeli widzi się pozytywne zmiany w samorządzie, dostrzega każdy mały krok w kierunku coraz większego identyfikowania się lekarzy i lekarzy dentystów ze swoją wspólnotą zawodową, to jest to powód do satysfakcji. Samorząd to nie tylko obowiązek. To przywilej. „Od lat związany jestem na dobre i na złe z ideą samorządności. Przynależność do korporacji zawsze traktowałem jako przywilej, a nie uciążliwy obowiązek” – osobiście identyfikuję się z tymi słowami zasłużonego samorządowca, dra Jerzego Moskwy.

Funkcja prezesa NRL jest szczególna. To wielki zaszczyt. I mam świadomość, że jak każdy zaszczyt pociąga za sobą obowiązki. *Honos habet onus*. Spełniałem je dla dobra całej społeczności lekarskiej, z całą odpowiedzialnością i determinacją. Często kosztem życia osobistego. Nie było łatwo, jednak cieszę się, że mogłem to robić.

VIII kadencja dobiega końca. Jak ocenia pan kondycję samorządu i systemu ochrony zdrowia po tych czterech latach, po doświadczeniach pandemii, a także wojny za naszą wschodnią granicą?

Cztery lata temu nikt z nas nie wiedział, jaka ta kadencja będzie. Dziś mogę powiedzieć, że była niewiarygodnie trudna, chyba najtrudniejsza od czasu reaktywowania samorządu lekarskiego w 1989 r. Na pewno wybuch pandemii był ogromnym i nieprzewidywalnym wyzwaniem, na które nie można się było przygotować. Musieliśmy reagować na bieżąco, wspierać lekarzy, lekarzy dentystów i pacjentów. Pandemia obnażyła wszystkie słabości ochrony zdrowia. I gdyby nie medycy, którzy stanęli na wysokości zadania, ich oddanie i poświęcenie, system publicznej ochrony zdrowia na pewno by się załamał. Teraz dochodzi kolejne wyzwanie – napływ milionów uchodźców z Ukrainy, którzy również będą potrzebowali opieki medycznej jako ofiary wojny, pacjenci przewlekłe choroby czy w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Ekspertki zdrowia publicznego zwracają też uwagę na chociażby różnice w zaawansowaniu programów szczepień i możliwe tego konsekwencje. Nasza niedofinansowana ochrona zdrowia, borykająca się z brakiem kadr, również i z tymi problemami będzie się mierzyć.

Można czasem odnieść wrażenie, że tak naprawdę systemu nie ma.



Prof. Andrzej Matyja: – Funkcja prezesa NRL jest szczególna. To wielki zaszczyt. I mam świadomość, że jak każdy zaszczyt pociąga za sobą obowiązki. *Honos habet onus*.

Politycy mówią, że jest. Lepszy lub gorszy, ale działa. Według mnie funkcjonuje jakiś zbiór elementów, niekiedy wykluczających się, bardzo słabo skoordynowanych.

Wielokrotnie postulowaliśmy, zwracając się do decydentów różnej rangi, o nadanie sprawom zdrowia najwyższego priorytetu w państwie. Niestety, w naszym kraju znaczenie systemu ochrony zdrowia jest niedoceniane i lekceważone, a minister zdrowia nigdy nie miał wystarczającej siły przebicia, zawsze był zależny od ministra finansów i wielu innych członków rządu. Od lat proponujemy, aby szef resortu zdrowia był w randze wicepremiera.

W wystąpieniu programowym mówił pan: „Władza powinna wsłuchiwać się w nasz głos przed podjęciem decyzji. Wierzę, że nasz aktywny udział w wielu pracach będzie dobrze przyjęty, oczekiwany, i mam nadzieję, doceniony przez pana ministra zdrowia”. Był?

Kontakty z ministrami zdrowia – mieliśmy ich dwóch w czasie tej kadencji, układały się różnie. Jak każdy chirurg, jestem optymistą, dlatego uważam, że jako samorząd zawodowy musimy identyfikować i wskazywać złe oraz dobre strony funkcjonowania systemu.

Naszym obowiązkiem jest wsłuchiwanie się w głosy interesariuszy i odpowiednio reagowanie.

Gdyby ministrowie wsłuchiwali się w głos samorządu i czerpali z niego, można byłoby zrobić wiele dobrego. Mam świadomość,

że nie zawsze nasze pomysły były do zrealizowania od zaraz, ale powinny być przynajmniej rozważone jako te do realizacji w późniejszym czasie, a nie z góry odrzucane. Myślę, że przez te cztery lata udało się nam jednak wiele zrobić.

Na przykład?

Wyraźnie zaistnieć w przestrzeni publicznej z przekazem, że to nie lekarze są odpowiedzialni za niedogodności w systemie ochrony zdrowia, ale jego organizatorzy. Do świadomości społecznej chyba wreszcie to dotarło.

To sukces osiągnięty dzięki zaangażowaniu wszystkich tych, z którymi miałem przyjemność współpracować: prezesów okręgowych rad lekarskich, Prezydium NRL, Naczelnej Rady Lekarskiej, a także przedstawicieli innych samorządów zawodów medycznych. Również dzięki ich krytyce, bo przecież każda krytyka może być inspirująca i mobilizująca do działania. Politycy zaś na krytykę reagowali zupełnie inaczej – obrazą, zaniechaniem dialogu i kontaktów. A przecież dialog jest niezbędny.

Wróć do pańskiego wystąpienia sprzed czterech lat. „Naszym obowiązkowym zadaniem jest przywrócenie wiary młodych lekarzy w samorząd, jego mobilność, elastyczność, a przede wszystkim w jego możliwości sprawcze!” – udało się?

Nigdy nie jest tak, że wszystko udaje się w stu procentach. Częściowo nam się udało, częściowo nie. W samorządzie wciąż zachodzą zmiany. Mogą dokonywać się na lepsze, kiedy angażują się wszyscy. I tu mam smutną refleksję, patrząc na przebieg ostatnich wyborów samorządowych i trudności z wyłonieniem delegatów na niektóre okręgowe zjazdy lekarskie. Powinniśmy zastanowić się wszyscy, dlaczego zdarzyła się taka sytuacja. Jeśli członkom samorządu nie zależy na wyłonieniu swoich reprezentantów, to czy nasza samorządność nie jest zagrożona? Zastanawiałem się nad tym długo. Czy przyczyną był brak zaufania środowiska lekarskiego do samorządu? Do moich decyzji albo decyzji organów samorządowych? Czy może brak chęci zaangażowania się i prozaiczny brak czasu? Chyba że – powiem wprost – chodzi o strach przed odpowiedzialnością, kiedy po upływie kadencji ktoś powie: sprawdzam.

„Składka musi wrócić do lekarza, wiem jak to zrobić” – wraca?

Składka, jak każdy podatek, jest niechciana, bo wiąże się z koniecznością odprowadzenia określonych środków finansowych na jakąś instytucję. Ale ta instytucja ma przecież w trudnych sytuacjach reprezentować każdego członka korporacji. Stąd też przyjąłem zasadę, którą kierowałem się przez całą kadencję, że składka w różnej formie ma wrócić do lekarza.

W tej kadencji wyznaczaliśmy trzy obszary, w których ten cel można było osiągnąć: obrona praw lekarza, wsparcie socjalne, kształcenie. Z podniesioną głową mogę powiedzieć, że udało się go zrealizować. Wprowadziliśmy stypendia dla najmłodszych członków naszego samorządu. Dodatkowo, to

właśnie dla nich walczyliśmy z obowiązującą, a niekoniecznie racjonalną formą egzaminu ustnego i testu specjalizacyjnego, ze źle sformułowanymi pytaniami, które czasem nie mają nic wspólnego ze sprawdzaniem wiedzy.

Jestem też ogromnie zadowolony, że mogliśmy pomóc finansowo rodzinom lekarzy i lekarzy dentystów, którzy stracili życie w walce z pandemią. Uczciliśmy ich także, przygotowując tablicę pamiątkową, która zawisła w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej. Już niedługo, w centralnym miejscu Warszawy, w Parku Saskim, stanie pomnik wdzięczności dla lekarzy i lekarzy dentystów. Nie będzie to zapewne jeszcze w tej kadencji, ale wierzę, że w kolejnej na pewno, gdyż prace są mocno zaawansowane.

W jakim stopniu inicjatywy okręgowych rad lekarskich były inspiracją dla NRL i jej prezesa?

Inspirowały nasze działania w pewnych obszarach, ale na pewno nieco inaczej wyobrażałem sobie i wyobrażam nadal tę współpracę. Okręgowe rady lekarskie, znając potrzeby środowiska, powinny je zaspakajać lokalnie, w porozumieniu z lekarzami i lekarzami dentystami, zaś Naczelna Rada Lekarska ma gwarantować realizację potrzeb ogólnych i próbować oddziaływać na rozwiązania systemowe. Na pewno wspólnie zrealizowaliśmy wiele inicjatyw w zakresie pomocy socjalnej, kształcenia, różnego rodzaju wsparcia pracy lekarzy i lekarzy dentystów, zwłaszcza w czasie pandemii. Zaopatrzenie medyków w tamtym czasie w środki ochrony osobistej bez udziału okręgowych izb lekarskich byłoby niemożliwe. Z Sobieskiego 110 nie byłibyśmy w stanie rozdysponować tak ogromnej ilości środków, gdyby nie zaangażowanie izb.

Podobnie jest teraz. Wspólnie niesiemy pomoc humanitarną uchodźcom z Ukrainy. Początkowo najwięcej pracy miały izby położone najbliżej granicy z Ukrainą, później również inne włączyły się aktywnie w działania, które jako Naczelna Izba Lekarska realizujemy np. poprzez

Fundację Lekarze Lekarzom lub przez Ośrodek Doskonalenia Zawodowego przy nauczaniu języka polskiego lekarzy z Ukrainy czy języka ukraińskiego polskich lekarzy. Nasza inicjatywa, podchwytana później przez samego ministra zdrowia, odbiła się wspólnym echem w środowisku.

W jakich jeszcze obszarach dostrzega pan największe sukcesy?

Udało się po wielu latach wypełnić uchwałę Krajowego Zjazdu Lekarzy, która mówiła o konieczności zakupu nowej siedziby dla Naczelnej Izby Lekarskiej. Wciąż jesteśmy na Sobieskiego 110, ale mamy teraz powierzchnię, jaka była potrzebna, by działać na szczeblu centralnym, m.in. w obszarze odpowiedzialności zawodowej i kształcenia. Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej oraz Naczelny Sąd Lekarski już prowadzą postępowania w nowych pomieszczeniach, z zachowaniem najwyższych standardów i wymogów bezpieczeństwa procedowania. Zakończył się także remont pomieszczeń przeznaczonych dla Ośrodka Doskonalenia Zawodowego, który w ostatnim czasie znacząco zwiększył

Pandemia obnażyła wszystkie słabości ochrony zdrowia. Igdyby nie medycy, którzy stanęli na wysokości zadania, ich oddanie i poświęcenie, system publicznej ochrony zdrowia na pewno by się załamał.

swoją aktywność poprzez wzrost liczby prowadzonych szkoleń i chętnych do udziału w nich. W tym trudnym czasie wojny, która nie wiadomo kiedy i jak się skończy, rozważamy zorganizowanie zupełnie nowych szkoleń dla lekarzy i lekarzy dentyków, a mianowicie z obszaru medycyny pola walki. ODZ odegrał ogromną rolę już w czasie pandemii, przenosząc kursy na sferę online i dostosowując ich tematykę do potrzeb sytuacji epidemicznej.

Jesli chodzi o wizerunek lekarza – udało się go poprawić?

Na pewno tak. Walka o dobre imię lekarzy i lekarzy dentyków jest dla nas zawsze niezwykle ważna. Na tym polu odnotowaliśmy wiele sukcesów, choć nie zawsze. Błyskawicznie reagowaliśmy na wszelkie przejawy hejtu, nie godzimy się na takie zachowania. Monitorowaliśmy je od początku kadencji, a kiedy było trzeba, wstępowaliśmy na drogę sądową. W ostatnim czasie, myślę, że również dzięki naszej aktywności, ataki hejterów są zdecydowanie rzadsze.

Myślę, że na wizerunek lekarzy pozytywnie oddziaływać będzie też to, o czym już wcześniej wspominałem, czyli przebicie się do świadomości społecznej z przekazem, że my, lekarze, a szerzej medycy, podobnie jak pacjenci, jesteśmy zakładnikami polityków i organizatorów ochrony zdrowia. Ponadto sądzę, że zaangażowanie połączonych sił różnych zawodów medycznych w proteście przeciw dalszej degradacji publicznej ochrony zdrowia też miało duży wpływ na nasz wizerunek. Taki przejaw obywatelskiej postawy nie mógł pozostać niezauważony. Mamy teraz kolejne tego dowody. Społecznikostwem, solidarnością i niesieniem pomocy potrzebującym polskie społeczeństwo, w tym lekarze, dało przykład całemu światu, niosąc pomoc ukraińskim uchodźcom uciekającym przed wojną rozpętaną przez szaleńca. Dlatego poszanowanie roli samorządu zawodowego, jako ważnego elementu w systemie społeczeństwa obywatelskiego, jest tak ważne. Jest koniecznością.

Jak wzmocnić rolę sprawczą samorządu?

Powinien mieć silniejsze zaplecze eksperckie w kwestiach analitycznych i systemowych. Musi być równoprawnym i merytorycznym partnerem, nie tylko rządu, ale także wielu organizacji pozarządowych. Jesteśmy lekarzami i podstawą naszego życia jest leczenie ludzi. Funkcje samorządowe pełniemy – jak zwykło się mówić – bo urodziliśmy się z genem samorządności.

Nasza korporacja zawodowa powinna mieć też większe znaczenie na arenie międzynarodowej, zwłaszcza w strukturach odpowiadających za funkcjonowanie ochrony zdrowia w ramach Unii Europejskiej.

Co uważa pan za swój największy osobisty sukces?

Wszystkie nagrody, które otrzymywałem jako prezes NRL, przyjąłem jako wyraz uznania dla całego środowiska lekarskiego. Faktem jest, że nigdy wcześniej w historii samorządności prezes NRL nie zajął (i to dwukrotnie) trzeciego miejsca na „Liście Stu” „Pulsu Medycyny” – liście osób mających

największy wpływ na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce. Odznaczeń było wiele, jak choćby medal „Serce za Serce” od polskich kombatantów w uznaniu za walkę z pandemią, który sobie szczególnie cenię. Były też tytuły „Osobowość Medyczna Roku” czy „Człowieka Roku” przyznany przez Federację Regionalnych Związków Gmin i Powiatów RP. Wyróżniono nim m.in. Roberta Lewandowskiego, a w tym roku prezydenta Ukrainy Wołodymyra Zelenskigo i prezydenta USA Joe Bidena. Myślę, że fakt znalezienia się w takim gronie prezesa NRL jest ogromnym sukcesem naszego samorządu.

Półowa kadencji przypadła na okres pandemii. Jaką ocenę wystawiłby pan polskiemu rządowi? Jak oceniliby pan lekarzy?

Lekarze zdali ten wyjątkowo trudny egzamin z wyróżnieniem. Nie można tego powiedzieć o osobach odpowiedzialnych za walkę z pandemią na szczeblu rządowym. Niestety.

Z powodu COVID-19 na wieczny dyżur odeszło kilkuset lekarzy i lekarzy dentyków. Samorząd lekarski wielokrotnie krytykował decyzje rządu i ministra zdrowia. Czy można było uniknąć części nadmiarowych zgonów, gdyby posłuchano propozycji i obaw zgłaszanych przez NRL?

Szewc powinien szyc buty, poeta pisać wiersze, a lekarz i lekarz dentysta leczyć. Niekorzystanie z wypowiedzi rady naukowej albo wykorzystywanie jej sugestii w niewielkim stopniu, lekceważenie głosu lekarzy i lekarzy dentyków, pielęgniarek, medyków, którzy są zawsze najbliżej chorób i pacjentów, doprowadziło do tego, że w Polsce mamy najwyższy w Europie odsetek zgonów z powodu COVID-19 oraz innych chorób. Odrzucono ofertę włączenia się samorządu lekarskiego do pracy w zespołach kryzysowych – centralnie i lokalnie, choć z nielicznymi chlubnymi wyjątkami, kiedy współpraca wojewody z pre-

zesem danej okręgowej izby lekarskiej była wzorcowa. Brakowało przepływu informacji między tzw. frontowcem a decydentami. Dzięki współpracy można byłoby uniknąć wielu błędnych decyzji, przyspieszyć procesy decyzyjne i w efekcie ocalić wiele istnień ludzkich. Tak, według mnie części zgonów można było uniknąć.

6 proc. PKB w 2023 r. i 7 proc. PKB w 2027 r. – taki poziom minimalnych nakładów publicznych na ochronę zdrowia przewiduje ustawa o świadczeniach. To mniej niż oczekuje NRL. Ten wzrost nakładów to częściowy sukces środowiska lekarskiego, które o to walczyło jak lew, czy raczej porażka?

To nie jest ani sukces, ani porażka lekarzy. To porażka pacjentów i polskiego systemu ochrony zdrowia. Całego społeczeństwa. Żyjemy coraz dłużej, skala chorób jest większa, ale jest też ogromny postęp w medycynie. Powolny wzrost nakładów na ochronę zdrowia niczego nie zmieni. Jeżeli popatrzymy na ilość środków na zdrowie przeznaczanych w UE, a przecież jesteśmy krajem należącym do Unii, to zobaczymy,

że pod względem finansowania inne kraje cały czas nam uciekają. Przy takim tempie wzrostu nakładów na zdrowie w Polsce nigdy ich nie dogonimy.

A może finansowanie zdrowia teraz będzie jeszcze niższe, bo rząd zechce przesunąć środki na podniesienie poziomu obronności?

Według mnie tak się stać nie może, ponieważ potrzeby zdrowotne będą rosły. Mam świadomość zwiększonych potrzeb finansowych państwa. Żaden kraj nie wytrzyma tak ogromnej migracji, dlatego liczę, że Unia Europejska i instytucje międzynarodowe, widząc polskie zaangażowanie, wesprą nas finansowo, byśmy mogli objąć opieką wszystkich tych, którzy uciekli przed wojną i przez jakiś czas w naszym kraju zostaną. W samym Krakowie liczba mieszkańców zwiększyła się o 200 tys., czyli o jedną piątą.

A potrzeby zdrowotne z pewnością wzrosną. Nie wiemy na przykład, w jakim stanie zdrowia są uchodźcy, jak dużego zaangażowania opieki medycznej będą wymagali. Dlatego, mimo że kończy się kadencja, powołujemy zespół, którego zadaniem będzie ocena zagrożenia epidemicznego wynikającego z możliwości przeniesienia do Polski nie tylko COVID-19, ale pozostałych, u nas już zapomnianych chorób zakaźnych. Być może tym razem decydenci skorzystają z naszego opracowania. Tak jak korzystali w przeszłości z wielu naszych odpowiedzi, tylko że niestety robili to z dużym opóźnieniem. A w medycynie czas jest bardzo ważny, choroba późno wykryta kosztuje więcej, ma cięższy przebieg i niekiedy szanse na jej wyleczenie ogromnie maleją.

Czego nie udało się zrobić w tej kadencji i dlaczego?

Byłem przekonany, że współpraca samorządu z odpowiedzianymi za kierowanie państwem, niezależnie od poglądów politycznych, będzie efektywniejsza. Apelowaliśmy o działania dla zdrowia ponad podziałami. Okazałem się niepoprawnym optymistą i poniosłem na tym polu porażkę, chociaż wojny nie przegrałem. Przegrałem jedynie bitwę.

Nie udało się też zmienić programów kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów, ale winni są wszyscy odpowiedzialni za system, nie tylko samorząd. Trzeba je zmienić jak najszybciej, bo wiele zajęć jest przestarzałych, nie znajdują zastosowania we współczesnej medycynie. Ogrom pracy włożyliśmy też w przygotowanie motywującego systemu wynagrodzeń lekarzy. Pojawiło się jednak zbyt wiele przeszkód, jak pandemia czy obecnie wojna, by wcielić go w życie. Myślę, że uda się te sprawy skutecznie doprowadzić do końca w nadchodzącej IX kadencji.

I wreszcie system no-fault oraz biegli sądowi. Napisaaliśmy projekt ustawy, który miałby regulować zasady pracy biegłych lekarzy. Nie spotkał się on z zainteresowaniem decydentów, stąd też złożyliśmy go w Kancelarii Prezydenta, oczekując na pozytywne podejście do rozwiązania tych trudnych problemów.

Myśli pan, że wprowadzenie systemu no-fault jest w Polsce możliwe?

Polski system ochrony zdrowia jest jednym z najbiedniejszych w Europie, jeśli chodzi o nakłady i zasoby kadrowe. Niepożądane zdarzenia medyczne zawsze były i będą, a wydolność medycyny w pewnym momencie się kończy. System no-fault jest bardzo potrzebny. Pozwoliłby na zachowanie bezpieczeństwa medyków i pacjentów, co być może

Musimy – dla dobra społecznego i własnego również – walczyć o stworzenie systemu, który byłby odporny na wszelkiego rodzaju kryzysy, elastyczny w funkcjonowaniu w zależności od potrzeb, realnie finansowany i przede wszystkim dobrze zarządzany.

powstrzymałoby to odpływ młodej kadry od specjalności zabiegowych. Jednak musi być konsensus pomiędzy ministrem zdrowia a Rzecznikiem Praw Pacjenta, ministrem sprawiedliwości, zawodami medycznymi działającymi w systemie i reprezentantami stowarzyszeń pacjenckich, aby można było go wprowadzić. Jesteśmy tylko ludźmi, błędy się zdarzają. Dzięki systemowi no-fault można byłoby identyfikować przyczyny wystąpienia zdarzeń niepożądanych i tak przebudowywać system, aby je eliminować lub minimalizować ryzyka.

Jak samorząd wspierał lekarzy dentystów?

Od momentu, kiedy zostałem prezesem, przyjąłem, że wspólne oddziaływanie w sprawach lekarzy dentystów jest koniecznością. Jednocześnie uznawałem i uznaję ich autonomię w podejmowaniu decyzji we wszystkich sprawach, które dotyczą stomatologii.

Co będzie najważniejszym wyzwaniem na nadchodzące lata?

Wiele spraw: niedofinansowanie i organizacja systemu, wzrastający dług zdrowotny, ogromna fala uchodźców, problemy zdrowia publicznego, profilaktyki zdrowotnej, braki kadrowe. Także coraz większe i bardziej obciążające obowiązki administracyjne i biurokratyczne. To prowadzi do nieefektywnego zarządzania ochroną zdrowia w naszym kraju. Myślę jednak, że najważniejszym wyzwaniem będzie doprowadzenie polskiego systemu ochrony zdrowia do takiego modelu, który będzie oceniany podobnie jak w Holandii czy Danii, gdzie systemy, poczynając od zarządzania, przez finansowanie, po zasoby kadrowe, są dość powszechnie uznawane za wzorcowe. W najbliższym czasie musimy – dla dobra społecznego i własnego również – walczyć o stworzenie systemu, który byłby odporny na wszelkiego rodzaju kryzysy, elastyczny w funkcjonowaniu w zależności od potrzeb, realnie finansowany i przede wszystkim dobrze zarządzany.

Ważną rzeczą jest także, by w obliczu szybkiego postępu technologicznego minimalizować ryzyko wykluczenia cyfrowego zarówno po stronie pacjentów, jak i lekarzy oraz lekarzy dentystów.

VIII kadencja była...

... kadencją szczególną. I myślę, że najtrudniejszą w historii odrodzonego samorządu lekarskiego.

IX kadencja powinna być...

... kadencją jednoczącą lekarzy i lekarzy dentystów w naszym samorządzie, skupiającą się na potrzebach środowiska lekarskiego, na bezpieczeństwie naszym i naszych pacjentów, na dbałości o poszanowanie naszego zawodu, na zabieganiu o zmianę systemów kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów. Wierzę, że wspólnie możemy ją taką uczynić. ■

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Nowo wybrani prezesi w okręgach

Marzec i początek kwietnia tego roku to czas, w którym zwoływane są okręgowe sprawozdawczo-wyborcze zjazdy lekarskie, kończące obecną kadencję samorządu lekarskiego w okręgowych izbach lekarskich. Podczas tegorocznych OZL odbywają się wybory do izbowych organów w kadencji na lata 2022-2026, ponadto w czasie zjazdów są wybierani delegaci na krajowy zjazd lekarzy (najbliższy odbędzie się w maju br., wówczas zostaną wyłonione nowe władze Naczelnej Izby Lekarskiej).

Do momentu oddania do druku tego numeru „GL” okręgowe zjazdy lekarskie odbyły się w kilku izbach. Wiemy już, kto będzie nimi kierował

przez najbliższe cztery lata. Prezesem Wojskowej Rady Lekarskiej ponownie został Artur Płachta. Również Jolanta Smerkowska-Mokrzycka będzie pełniła funkcję prezesa drugą kadencję w ORL w Opolu. Podobna sytuacja wystąpiła w przypadku ORL w Płocku, gdzie decyzją delegatów Ryszard Mońdział także został prezesem na kolejną kadencję, a także ORL w Toruniu – tutaj na drugą kadencję wybrano dotychczasowego prezesa Wojciecha Kaatza. Na drugą kadencję prezesem pozostała także Ewa Joniec z ORL w Gorzowie Wielkopolskim. Z kolei ORL w Poznaniu ma nowego prezesa – został nim Krzysztof Kordel. ■

Konferencja historyczna

W dniach 23-25 września w Zielonej Górze odbędzie się II Ogólnopolska Konferencja Historyczna Izb Lekarskich. Na spotkanie zapraszają Komisja Historyczna OIL w Zielonej Górze, Ośrodek Historyczny Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Instytut Historii Uniwersytetu Zielonogórskiego.

Temat wiodący spotkania to „Środowisko medyczne w kształtowaniu Rzeczypospolitej”. Konferencja może być interesująca zarówno dla lekarzy i lekarzy dentyistów, ale też osób spoza środowiska medycznego zainteresowanych historią medycyny. ■



Postanowieniem Prezydenta RP, dr Sławomir Badurek, wiceprezes Kujawsko-Pomorskiej ORL w Toruniu, a jednocześnie sekretarz Rady Programowej „Gazety Lekarskiej”, został odznaczony Srebrnym Krzyżem Zasługi. Uroczystość odbyła się 12 marca w trakcie XXX okręgowego zjazdu izby. Serdecznie gratulujemy! ■

Delegatura w Lesznie

Delegatura Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Lesznie zmienia adres na ul. Skarbową 1/3. Uroczyste otwarcie siedziby odbyło się 5 marca. Tym samym ostatnia z delegatur WIL przeniosła się „na swoje”. ■

Dobra rozmowa o umieraniu

OIL w Warszawie we współpracy z Instytutem Dobrej Śmierci zorganizowała konferencję poświęconą umieraniu i śmierci. Podczas spotkania rozmawiano o dobrych praktykach w relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem i jego rodziną stojących w obliczu nieuleczalnej choroby. Rozmawiano o tym, jak informować pacjenta, że jest terminalnie chory, jak przekazywać informacje o śmierci, ale też o tym, jak lekarz powinien sobie radzić ze śmiercią swojego pacjenta. ■

Bon edukacyjny

Członkowie OIL w Łodzi mogą ubiegać się w swojej izbie o dofinansowanie za udział w kursach i konferencjach medycznych, a także za prenumeratę czasopism medycznych lub za zakup książek medycznych. Wniosek o tzw. bon edukacyjny można składać m.in. online, logując się na swój profil na stronie izby.

Kierunek – specjalizacja

W OIL w Warszawie ruszyła druga edycja spotkań online lekarzy stażystów z lekarzami specjalistami, podczas których przybliżane są zagadnienia związane z pracą lekarza konkretnej specjalizacji. Spotkania mają ułatwić młodym lekarzom wybór odpowiedniej ścieżki kariery. Wykłady odbędą się w wybrane dni kwietnia i będą dotyczyć m.in. pediatrii, chorób wewnętrznych, medycyny rodzinnej, anestezjologii, psychiatrii, kardiologii. ■

VIII KADENCJA SAMORZĄDU LEKARSKIEGO

Wytrwać
w działaniu

Z Jackiem Miarką, przewodniczącym Naczelnego Sądu Lekarskiego,
rozmawia Lucyna Krysiak.



Jacek Miarka: – Nie wyobrażam sobie istnienia samorządu lekarskiego bez organów odpowiedzialności zawodowej – rzeczników i sądu – działających całkowicie niezależnie.

VIII kadencja samorządu lekarskiego przebiegała w niezwykle okolicznościach. Jaki to był czas dla NSL?

Działam w sądzie lekarskim od 30 lat i z doświadczenia mogę powiedzieć, że ta kadencja jest zdecydowanie inna niż poprzednie. Sąd lekarski nie działa w oderwaniu od rzeczywistości, a ta dynamicznie się zmieniała – lockdown, praca w ekstremalnych warunkach, spotkania online – to wszystko niekorzystnie wpłynęło na nasze funkcjonowanie. Chcę jednak zaznaczyć, że mimo tych ograniczeń zachowaliśmy ciągłość orzekania, nawet w okresie ustawowego zamknięcia biur działała kancelaria NSL i był utrzymany kontakt z członkami naszego zespołu. Uważam, że jeśli się czegoś podejmujemy, powinniśmy wytrwać w działaniu i Naczelnemu Sądowi Lekarskiemu to się udało. Przystosowaliśmy się do zmieniających się okoliczności i z perspektywy czasu oceniam ten okres pozytywnie.

Co można określić jako sukces, a co było porażką w pracy NSL?

Na pewno trafionym pomysłem była przeprowadzka do nowej, bardziej przestronnej siedziby, dzięki czemu jesteśmy w stanie zapewnić dyskreję uczestnikom spraw trafiających na wokandę NSL. Jednak w mojej ocenie największym sukcesem jest stworzenie zespołu kilkunastu sędziów, którzy prowadzą wszystkie rozprawy w Naczelnym Sądzie Lekarskim. Są to lekarze doświadczeni, z dużym stażem zawodowym, wiedzą, a jednocześnie ze znajomością meandrow prawa. Co należy podkreślić, są to osoby całkowicie niezależne w swoich opiniach. Pracujemy w składach pięcioosobowych i nie zawsze zgadzamy się ze sobą, ale orzeczenia opierają się na argumentach merytorycznych. W tej kadencji udało nam się znacząco skrócić czas od wpłynięcia akt do NSL do rozprawy oraz utrzymać całkowitą niezależność od jakichkolwiek wpływów z zewnątrz. Tej niezależności – jak wynika z rozmów kulisowych – zazdroścą nam nawet sędziowie sądów powszechnych.

Porażką jest dla mnie każda sprawa, która przy całkowicie udokumentowanej, pewnej winie lekarza, ulega przedawnieniu. Dzieje

się tak nie z powodów merytorycznych, ale z działania adwokatów wykorzystujących luki prawne. Poznaliśmy już te „sztuczne” zabiegi zmierzające do wydłużenia postępowania i radzimy sobie z nimi coraz lepiej. Składamy na adwokatów działających w ten sposób skargi do izby adwokackiej i będziemy w tym konsekwentni.

Jak w przyszłości unikać takich manipulacji?

Konieczne są zmiany w prawie i należy je zacząć od naszego regulaminu. Zaproponuję je wspólnie z Nacelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej na najbliższym Krajowym Zjeździe Lekarzy. Chodzi o możliwość zwiększenia liczby zespołów orzekających, ponieważ w tej chwili pracujemy na granicy wydolności. Jednak to nie wystarczy, potrzebna jest przede wszystkim modyfikacja zapisów z ustawie o izbach lekarskich. Wspólnie z NROZ utworzyliśmy zespół pod kierunkiem prawnika prof. Teresy Gardockiej, który przygotował nowelizację tej ustawy w punktach dotyczących orzecznictwa zawodowego i działania sądów lekarskich. Nowelizacja ta jest skorelowana z innymi aktami prawnymi, a więc napisana pod względem prawnym bardzo profesjonalnie. Aby te zmiany wprowadzić w życie, potrzebna jest jednak wola polityczna, a takiej w tej chwili nie ma.

Co pan wyniósł z kontaktów z lekarzami, którzy stanęli przed tą instancją?

Po latach pracy w zawodzie wydawałoby się, że już nic nie jest w stanie mnie zaskoczyć. Jednak to się zdarza. Nie wyobrażam sobie istnienia samorządu lekarskiego bez organów odpowiedzialności zawodowej – rzeczników i sądu – działających całkowicie niezależnie. Tymczasem właśnie za tę niezależność sądów, opartych przecież zawsze o Kodeks Etyki Lekarskiej, byliśmy najbardziej krytykowani, poddawani presji z różnych stron, również kolegów działaczy samorządowych. To bardzo frustrujące i obciążające psychicznie. A przecież nie ma sądów, z których wyroków byłoby zadowolone wszystkie strony postępowania. I żaden sąd nie spowoduje, że społeczeństwo stanie się mniej roszczeniowe, a lekarze bardziej empatyczni. Może jestem naiwny, ale wierzę w samorząd, jego mądrość zbiorową, w sens tego, co robię, w potrzebę respektowania zasad etycznych w naszym wolnym zawodzie. Na pytanie, czy będę kandydował na przewodniczącego NSL w przyszłej kadencji, odpowiem, że jeszcze nie wiem – decyzję podejmę w ciągu miesiąca. Na razie jestem skupiony na zakończeniu obecnej kadencji, aby mojemu następcy nie pozostawić niezakończonych spraw. ■

VIII KADENCJA SAMORZĄDU LEKARSKIEGO

Lekarzu, wybierz godność

Z Grzegorzem Wroną, Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej,
rozmawia Lucyna Krysiak.

Czym różniła się obecna kadencja od poprzedniej w pracy pionu orzecznictwa odpowiedzialności zawodowej?

Od wielu lat działam na polu orzecznictwa zawodowego i zapewniam, że sprawowanie pieczy nad właściwym wykonywaniem zawodu lekarza to nasz cel niezmienny, zatem kadencje nie powinny się różnić, jeśli chodzi o jego realizację, ale tak nie jest. Pandemia, a teraz wojna w Ukrainie i inne uwarunkowania zewnętrzne wpłynęły na ilość i rodzaj spraw trafiających do organów odpowiedzialności zawodowej. Mimo tych niesprzyjających okoliczności nie odnotowaliśmy drastycznego wzrostu liczby skarg, co napawa optymizmem, natomiast w dużej mierze zmienił się ich charakter. Rzadziej chodzi o to, że lekarz niewłaściwie leczył czy ordynował leki, ale że niewłaściwie się zachowywał, był opryskliwy, nieprzyjemny, a nawet posunął się do rękoczynów. Niepokojące jest, że tego rodzaju zachowania przestały być incydentalne, a stały się znakiem naszych czasów. Jeśli lekarz zachowuje się niegodnie i na dodatek nie widzi w tym niczego niestosownego, zagrożona jest zasada samorządności mówiąca o samooczyszczaniu się środowiska. Należy więc ostro reagować na tego rodzaju patologiczne zachowania.

Z czego one wynikają?

Z deficytów kadrowych, przeciążenia pracą, niesprzyjających warunków pracy, braku stabilności w funkcjonowaniu placówek ochrony zdrowia. Jednak wykonujemy zawód zaufania publicznego i żadne okoliczności nie tłumaczą zachowań niegodnych lekarza. Postawę, osobowość, charakter kształtujemy, wykonując swoje obowiązki, ale jest to proces, który niestety ostatnio się wydłuża. Były czasy, do których zresztą tęsknię, kiedy zwykła kara upomnienia dla lekarza była napiętnowaniem i to piętno lekarzowi bardzo ciążyło. Obecnie także jest ona dla lekarza dolegliwa, o czym świadczy fakt, że do Sądu Najwyższego trafia więcej niż w przeszłości wniosków o kasację wyroków orzeczonych przez Naczelną Radę Lekarską. Podczas jednej z rozpraw usłyszałem, że najbardziej boli, kiedy lekarz zostaje oceniony i ukarany przez kolegę lekarza. Są wśród nich jednak takie osoby, które nic sobie z tego nie robią, nawet, kiedy mają zawieszono prawo wykonywania zawodu. Jadą za granicę zarabiać pieniądze i żadne sankcje ze strony samorządu lekarskiego na nich nie działają.

Czy to znaczy, że orzecznictwo odpowiedzialności zawodowej wymaga zmian?

Ta kadencja udowodniła, że stosowane przez nas upomnienia i nagany są już nieadekwatne do rodzaju przewinień – żerowania na ludzkiej naiwności, oszukiwania za pieniądze, złego

Grzegorz Wrona:
– Cieszy mnie, że
w samorządzie lekarskim
chcą działać młodzi ludzie.
Wierzę, że część z nich
trafi do orzecznictwa
odpowiedzialności
zawodowej.



traktowania chorych. Dlatego sądy lekarskie zaczęły sięgać po kary z górnej półki. To niepokojące, szczególnie że lekarzy brakuje, ale jak chronić tych, którzy swój zawód wykonują należycie, z zaangażowaniem i godnością, skoro obok rośnie grono łamiących te wszystkie zasady? Problemem jest także łatwy dostęp do mediów i wielu lekarzy staje się celebrytami, pławi w blasku fleszy i są w stanie powiedzieć każdą bzdurę, kiedy dziennikarz podstawia im mikrofon pod nos. To nie może się dziać bezkarnie, dlatego będę odwoływał się do wyroku Sądu Najwyższego, w którym stwierdzono, że lekarz głoszący publicznie treści niepotwierdzone naukowo krzywdzi znacznie więcej osób niż chirurg, któremu w wyniku błędu zdarzy się skrzywdzić jedną.

Jakie wnioski na przyszłość można wyciągnąć?

Cieszy mnie, że w samorządzie lekarskim chcą działać młodzi ludzie. Wierzę, że część z nich trafi do orzecznictwa odpowiedzialności zawodowej i podejmie dyskusję, co jest dopuszczalne podczas wykonywania zawodu przez lekarza, a co nie mieści się w granicach tej dopuszczalności, co jest rażące i powinno być potraktowane jako przewinienie podlegające karze, a jakie zdarzenia można rozwiązać w sposób bez stosowania kar. Orzecznictwo potrzebuje ich świeżego spojrzenia, nowej perspektywy. Czasy się zmieniają, zmienia się też podejście do rozwiązywania problemów naszego środowiska. Samorząd znajduje się w trudnym momencie swojej działalności i chodzi o to, aby przeżyć ten trudny czas. Nie mamy siły przebic, nikt nie słucha autorytetów, a polityka mija się ze zdrowotnymi potrzebami Polaków i nie liczy z opiniami środowiska lekarskiego w zakresie ich zaspokajania. Zmiany są nieuniknione, m.in. powinno się obniżyć limity warunkujące pracę w orzecznictwie (7 lat pracy w zawodzie), a także wprowadzić etatyzację pracy w pionie rzeczników odpowiedzialności zawodowej, ponieważ funkcja ta wymaga zaangażowania i czasu, który coraz trudniej dzielić pomiędzy szpital, przychodnię i salę rozpraw. ■

VIII KADENCJA SAMORZĄDU LEKARSKIEGO

Działaliśmy w zamrożeniu

Z Jolantą Orłowską-Heitzman, przewodniczącą Naczelnej Komisji Rewizyjnej, rozmawia Lucyna Krysiak.

W jakim stopniu to, co działo się w związku z pandemią, wpłynęło na pracę Naczelnej Komisji Rewizyjnej w tej kadencji?

Nikt z nas w najczarniejszych myślach nie spodziewał się, że czeka nas tak trudna walka z koronawirusem. Praca Naczelnej Komisji Rewizyjnej polega na kontrolowaniu dokumentów, a w sytuacji lockdownu czy innych ograniczeń związanych z zakazem bezpośrednich kontaktów wykonywanie tych podstawowych celów było mocno utrudnione. Dokumentów nie wolno wynosić z biura NIL, musimy je kontrolować na miejscu w Warszawie, założyliśmy więc, że nie będziemy sprawdzać, co i jak jest księgowane, ale skoncentrujemy się na ocenie zasadności podejmowania uchwał dotyczących gospodarki finansowej Naczelnej Izby Lekarskiej. Staraliśmy się spotykać online, ale każdy z członków komisji jest aktywny zawodowo, więc nawet takie kontakty w dobie pandemii bywały utrudnione. Działaliśmy w zamrożeniu.

Tym bardziej, że w naszym gronie także były przypadki zachorowania na COVID-19, co uszczupliło i tak już skromne zasoby osobowe komisji. Dopiero ostatnie miesiące pozwalały nam spotykać się bezpośrednio i nadgonić zaległości. Ostatecznie udało nam się wywiązać z zadania. Obecnie największym wyzwaniem jest dla nas napływ uchodźców z Ukrainy, którym samorząd zadeklarował pomoc, a to wiąże się z nakładami finansowymi, których celowość zawsze musimy kontrolować. Trzeba to zrobić jak najszybciej, by na ostatnim w tej kadencji posiedzeniu NRL przedstawić wyniki naszych kontroli.

Co w pracy kontrolera finansów jest najbardziej uciążliwe?

Do Naczelnej Komisji Rewizyjnej kandydują osoby, które są już wybrane do różnych komisji i organów w swoich okręgowych izbach, w związku z tym powinny się zdecydować, czy będą pracowały w NKR czy wolą działać np. w swojej okręgowej radzie lekarskiej. Chcę przypomnieć, że członków NKR wybiera KZL i na tym zjeździe wyrażają oni zgodę na pracę w komisji. Niestety w praktyce, z uwagi na nakładanie się obowiązków, nie wywiązują się z tego zadania. Skład NKR liczy 15 lekarzy, ale tak naprawdę pracowaliśmy w gronie dziewięciu osób. Zgodnie z obowiązującym nas regulaminem każda kontrola powinna być przeprowadzona w zespole trzyosobowym, często były więc problemy z utworzeniem takiego zespołu. Sprawa nie jest nowa, ale pora, by ją rozwiązać. W moim poczuciu, decydując się na pracę w Naczelnej Komisji Rewizyjnej, każdy powinien dokonać świadomego wyboru, na jakim polu będzie działał.



Jolanta Orłowska-Heitzman:
– Przygotowaliśmy projekt nowego regulaminu NKR, w którym m.in. doprecyzowaliśmy, na czym nadzór będzie polegał w przyszłości.

W jakim stopniu działalność w zamrożeniu wpłynęło na kontakty z okręgowymi izbami lekarskimi?

Okręgowe komisje rewizyjne pracują na takich samych zasadach jak NKR, kontrolując finanse w swoich izbach. W regulaminie jest wprowadzić zapis, że sprawujemy nadzór nad tą działalnością, ale w praktyce oznacza on, że włączamy się tylko wtedy, kiedy okręgi mają problem z realizacją swoich zadań. I były takie interwencje z naszej strony, ale nieliczne. Przygotowaliśmy projekt nowego regulaminu NKR, w którym m.in. doprecyzowaliśmy, na czym ten nadzór będzie polegał w przyszłości. Regulamin ten – mam nadzieję – stanie się bazą dla okręgowych komisji rewizyjnych. Dobrą tradycją jest, że OKR wraz z NKR są w ścisłym kontakcie, niestety niesprzyjające okoliczności w tej kadencji sprawiły, że te kontakty się rozluźniły. W planach mieliśmy też zorganizowanie wspólnego szkolenia z zakresu ekonomii, ale z przyczyn obiektywnych nie doszło ono do skutku. W większości komisji rewizyjnych w okręgowych izbach, jeśli nie przewodniczący, to członkowie mają już doświadczenie w tym zakresie.

Naczelna Komisja Rewizyjna ma wreszcie swój lokal.

To prawda, przez siedem kadencji gromadziliśmy dokumenty w jednej małej szafie, a przecież protokoły pokontrolne muszą być odpowiednio zabezpieczone. Teraz będziemy mieć własne pomieszczenie, które będziemy dzielić z Ośrodkiem Współpracy Międzynarodowej NRL i Ośrodkiem Bioetyki NRL. Chcę podkreślić, że NKR jest organem izby, a nie jedną z komisji NRL, i mam nadzieję, że nowa kadencja, już w nowym składzie i we własnej siedzibie, będzie bardziej łaskawa dla tego organu. ■

Fakty i liczby

System opieki zdrowotnej u naszych południowo-wschodnich sąsiadów stał się celem samym w sobie dla rosyjskiego najeźdźcy. Na szpitale spadają pociski. Atakowani są lekarze i personel medyczny. Biały fartuch ich nie chroni.

5 karetek

zakupi Fundacja Lekarze Lekarzom działająca przy NIL. Trafią tam, gdzie ich najbardziej Ukraińcom brakuje. Fundacja pomaga również na inne sposoby, np. 15 marca do Szpitala św. Mikołaja we Lwowie dotarł pierwszy tir wypełniony zaopatrzeniem medycznym. W planach są kolejne dostawy.

120 szpitali

i kilka tysięcy miejsc dla rannych, w tym z ciężkimi obrażeniami, zapasy leków i specjalny medyczny pociąg wożący poszkodowanych do Polski – to część planu pomocy medycznej dla Ukrainy. Poinformował o tym minister zdrowia Adam Niedzielski kilka godzin po rozpoczęciu agresji Federacji Rosyjskiej.

60-80 rannych

dziennie przyjmował szpital wojskowy w Charkowie w I połowie marca. Zazwyczaj pierwsza połowa dnia była spokojna, ale potem napływała duża liczba rannych. Wszystko wyznaczał rytm walk, które najczęściej najbardziej zażarty przebieg miały po południu. W mieście artyleria uszkodziła m.in. dwa inne szpitale i bank krwi.

60-99%

tak bardzo waha się odsetek zaszczepionych dzieci w Ukrainie w zależności od grupy wiekowej, regionu oraz tego, czy chodzi o miasto, czy tereny wiejskie. Zgodnie z danymi WHO w 2020 r. w Ukrainie stan zaszczepienia przeciw odrze wynosił 81,9%, poliomyelitis – 84,2%, krztuścowi – 81,3%, a WZW typu B – 80,9%.

35%

wyniósł stan zaszczepienia osób dorosłych przeciw COVID-19 w Ukrainie (dane z 23 lutego). Akcja szczepień w tym kraju rozpoczęła się w lutym 2021 r. Stosowano 6 szczepionek. Osoby uciekające do Polski są zwolnione z odbycia kwarantanny i okazania negatywnego wyniku testu w kierunku SARS-CoV-2 przy przekraczaniu granicy.

117 szpitali

ostrzelały rosyjskie wojska, w tym 7 całkowicie zniszczono, ostrzelano też 43 karetki pogotowia – poinformował w 21. dniu wojny minister zdrowia Ukrainy. Dyrektor WHO ds. sytuacji kryzysowych powiedział, że nigdy wcześniej nie widziano tylu ataków na placówki zdrowia co w trakcie rosyjskiej agresji.

200 tys. zł

taką kwotę, zaraz po rozpoczęciu rosyjskiej agresji, przeznaczyło Prezydium NRL na pomoc dla lekarzy i lekarzy dentystów z Ukrainy oraz ich rodzin. W NIL szybko powstał zespół koordynujący działania samorządu lekarskiego w zakresie przeciwdziałania kryzysowi humanitarnemu.

17 osób

w tym kobiety w ciąży, zostało rannych po zbombardowaniu przez Rosjan szpitala dziecięcego w Mariupolu (obwód doniecki). Światowe media obiegło zdjęcie młodej, ciężarnej kobiety, wynoszonej na noszach przez ratowników. Niestety kilka dni później zmarła w wyniku odniesionych obrażeń, tak jak kilkoro innych pacjentów.

38% 6-latków

zostało zaszczepionych przeciwko polio do końca I półrocza 2021 r. – wynika z danych ukraińskiego Centrum Zdrowia Publicznego. 1 lutego br. ruszyła ogólnokrajowa kampania szczepień przeciw tej chorobie, której celem było dotarcie do opiekunów 100 tys. niezaszczepionych dzieci. Rosyjska agresja przerwała tę akcję.

ANALIZA

Ruski mir



Mariusz Tomczak
dziennikarz

Zapewnienie pomocy uchodźcom z Ukrainy, których liczba już po kilku dniach od rozpoczęcia lutowej rosyjskiej agresji zaskoczyła wszystkich tak jak pierwsze pociski spadające na Kijów, to początek wyzwań dla ochrony zdrowia w Polsce.

Opublikowana 30 lat temu książka Francisca Fukuyamy „Koniec historii i ostatni człowiek” jest jedną z najbardziej szkodliwych, które pojawiły się w debacie publicznej po 1989 r. Nie dlatego, że rzeczywistość rozszarpała na strzępy prezentowaną tam koncepcję, zgodnie z którą po kompromitacji komunizmu demokracja miała stać się dominującym i pozbawionym konkurencji systemem politycznym na świecie, lecz ze względu na fakt, że m.in. pod wpływem Fukuyamy część elit uwierzyła, iż po upadku ZSRR widmo wybuchu wojny w Europie zniknęło na zawsze.

Kto wie, może gdyby nie geopolityczna krótkowzroczność wielu polityków i naiwność społeczeństw, które dopuszczają ich do sprawowania władzy, historia potoczyłaby się inaczej i ukraińscy lekarze mogliby nadal spokojnie pomagać swoim pacjentom, zamiast – jak ma to miejsce po 24 lutego – leczyć rany powstałe po wybuchu bomb, kulach z karabinu czy zawałeniu się bloku ostrzelanego przez artylerię.

RAKIETĄ W SZPITAL, KARABINEM W KARETKĘ

Ukraińscy lekarze nie siedzą w ciepłych dyżurkach. Diagnostują i operują w warunkach wojennych, pomagają chorym pacjentom w ewakuacji do piwnic i schronów, dzieląc z nimi chwile grozy w trakcie ataków raketowych. Są tacy, którzy chwycili za broń, niektórzy wyjechali za granicę. Zdaniem ministra zdrowia Ukrainy w ciągu dwóch tygodni od rozpoczęcia tej wojny Rosjanie ostrzelali ok. 60 szpitali. WHO potwierdziła, że w trakcie pierwszych 2,5 tygodni doszło do co najmniej 31 ataków na placówki medyczne. Nie spierając się o dokładność danych, które w trakcie prowadzenia działań wojennych są trudne do weryfikacji, nie ulega wątpliwości, że zarówno pacjenci, jak i personel medyczny, nie za bardzo mogą liczyć na taryfę ulgową ze strony wojsk Federacji Rosyjskiej. Znane są przypadki strzelania do karetok przewożących rannych i do samochodów dostarczających tlen do

szpitali covidowych. Filmy i zdjęcia umieszczane w ostatnich dniach w internecie przez mieszkańców Ukrainy oraz dziennikarzy przenoszą w świat barbarzyństwa.

CZERWONY KRZYŻ JAK PŁACHTA NA BYKA

Rosyjska agresja na Ukrainę nie rozpoczęła się kilka tygodni temu, lecz w 2014 r., gdy pozbawione dystynkcji wojskowych „zielone ludziki” wkroczyły na część terytorium tego kraju. Półwysep Krymski został dość szybko zajęty, a następnie zaanektowany przez Federację Rosyjską, ale na wschodzie Ukrainy nie poszło już tak gładko. W trakcie ośmiu lat walk między siłami wiernymi rządowi w Kijowie a separatystami popieranymi przez Kreml zginęło kilkanaście tysięcy osób. Lekarze byli bezsilni. W tym czasie dochodziło do ataków na medyków, np. przed trzema laty po ostrzelaniu karetki wojskowej zginęła lekarka i kierujący autem żołnierz. Nie

powinno dziwić, że po 24 lutego w różnych częściach Ukrainy szpitale bywają celem ataku, a czerwony krzyż na białym tle nie daje gwarancji bezpieczeństwa. Ba, niektórzy medycy, w obawie o los swój i rannych usuwają lub zamalowują ten symbol, wiedząc, że na rosyjskich żołnierzy działają one jak płachta na byka.

OSIEM LAT: OD ILUZJI DO REALIZMU

Wielu Polakom, nie wspominając już o Niemcach czy Francuzach, konflikt w Donbasie wydawał się abstrakcyjny, bo to ponad 1,2 tys. km od wschodniej granicy UE. Punkt widzenia zmienił się diametralnie, gdy kilka tygodni temu pierwsze pociski spadły m.in. na Kijów. 24 lutego chyba wszyscy zadaliśmy sobie pytanie: co planuje prezydent Władimir Putin? Pierwszego dnia od rozpoczęcia pełnoskalowej agresji wojsk Federacji Rosyjskiej jedna z raket spadła niedaleko polskiej granicy (ok. 40 km), w pobliżu miasta Sambor w okręgu lwowskim. W kolejnych dniach pociski trafiły m.in. w jednostkę wojskową we Włodzimierzu znajdującą się kilkanaście kilometrów od Polski. Dym po eksplozji był

**Wojna przewartościuje
spojrzenie
na rzeczywistość.**

doskonale widoczny po naszej stronie granicy. I choć w żadnym polskim domu nie wypadły z okien szyby, sporo osób przejrzało na oczy. Wojna w Ukrainie, przynajmniej w naszej części Europy, przewartościuje spojrzenie na rzeczywistość. Kończy się pewien etap dziejów i rozpoczyna nowy, pełen wielu wyzwań, których ogrom jeszcze nie przebija się do społecznej świadomości.

MILION UCHODźCów W 7 DNI

Wsparcie dla Ukrainy w dużym stopniu koncentruje się na udzielaniu pomocy, nie tylko medycznej, zarówno uchodźcom, jak i osobom pozostającym w objętej wojną kraju (o tym, jak pomaga środowisko lekarskie, w tym NIL i izby okręgowe, piszemy na w wielu miejscach tego numeru „GL”), ale kwestią czasu jest wypłynięcie na wierzch wielu wyzwań. Do wyobraźni mocno przemawia to, że w ciągu zaledwie siedmiu dni od rosyjskiej inwazji, z Ukrainy uciekło ponad 1 mln osób, z czego ok. 600 tys. do Polski (to niewiele mniej niż liczy Wrocław). Szczególną uwagę zwraca bardzo wysoka dynamika liczby uciekinierów. Już po kilku dniach od rosyjskiej agresji UNHCR (główna agenda ONZ zajmująca się uchodźcami) wskazała, że to najszybszy exodus ludności w XXI w., a kilka kolejnych dni później, że w takim tempie nie uciekano z żadnego europejskiego kraju ogarniętego konfliktem zbrojnym od II wojny światowej. W 20. dniu inwazji z Ukrainy uciekło 3 mln osób, w tym 1,8 mln do Polski (dane ONZ). Komisja Europejska prognozowała docelową liczbę uchodźców na 6,5 mln, ale może ona wzrosnąć, jeżeli skala działań wojennych utrzyma się lub nasili.

WIĘCEJ PACJENTów, WIĘCEJ WYZWAń

Z punktu widzenia systemu ochrony zdrowia, im więcej uchodźców, tym więcej potencjalnych pacjentów, którzy w dodatku na jego funkcjonowanie raczej nie będą łożyć,

skoro część z nich stanowią małoletnie dzieci, nie brakuje seniorów i schorowanych ludzi, a wielu nie ma kopiejkę przy duszy, bo z dnia na dzień stracili dobytek życia, choć wcześniej nie opływali w luksusy. Niektórzy stracili poza domem także swoich najbliższych. Napływ ogromnej liczby uchodźców z Ukrainy stanowi wyzwanie dla zdrowia publicznego w Polsce. Pandemia COVID-19 wciąż trwa, nie tak dawno przetaczała się V fala, a tymczasem od końca lutego naszą południowo-wschodnią granicę masowo przekraczają osoby z kraju, w którym wskaźnik wyszczepienia (34,5 proc.) jest jednym z najniższych w Europie. Zainteresowanie przyjęciem szczepionki przeciw COVID-19 jest nikłe. Wiceminister zdrowia Waldemar Kraska przyznał, że w dwa tygodnie zaszczepiło się, najczęściej dawkami przypominającymi, ponad 600 osób. To tyle, co nic.

KORONAWIRUS, ODRA, RÓŻYCZKA, POLIO

Przed wybuchem globalnej pandemii COVID-19 Ukraina zmagala się z epidemią odry. Od 2017 do 2019 r. zachorowało na nią ponad 115 tys. osób, a kilkadziesiąt osób zmarło. Z dużym prawdopodobieństwem przyjmuje się, że większość populacji miała kontakt z wirusem odry, którego część polskich lekarzy „zna” tylko z podręczników. Wiele ukraińskich dzieci nie jest zaszczepiona nie tylko przeciw odrze, ale również przeciw innym chorobom zakaźnym, np. różyczce czy polio. To nie ich wina. To efekt splotu wielu okoliczności, w tym kryzysu panującego w ukraińskiej ochronie zdrowia, braku zaufania do państwowych placówek medycznych czy szerzenia plotek o nieskuteczności, a wręcz szkodliwości szczepień.

CO DAJE SPECUSTAWA?

Wkrótce po rozpoczęciu rosyjskiej agresji, NFZ poinformował, że zasady udzielania i rozliczania świadczeń medycznych wobec obywateli Ukrainy będą identyczne jak w przypadku polskich pacjentów. Placówki, do których trafili pierwsi uchodźcy, stanęły w obliczu sytuacji, której mało kto się spodziewał. Bariera językowa zwiastowała początek problemów, za którymi pojawiło się wiele innych, np. kwestia wypisywania recept, także na leki ratujące życie, osobom niemającym dokumentów ani pieniędzy. Część z uciekających choruje przewlekłe, ale nie każdy zapamiętał, jakie przyjmuje leki. 12 marca weszła w życie, z mocą obowiązywania od 24 lutego, specustawa przyznająca prawo do świadczeń medycznych, refundacji leków i zaopatrzenia w wyroby medyczne obywatelom Ukrainy, którzy przybyli do Polski w związku z agresją Rosji, na zasadach przysługującym osobom ubezpieczonym. Przepisy obejmują dość szeroką kategorię osób, w tym nieposiadających obywatelstwa ukraińskiego małżonków obywateli Ukrainy, co w tym kraju nie należy do rzadkości. Oni również skorzystają z POZ na zasadach osoby spoza listy aktywnej świadczeniodawcy. Lekarze rodzinni są jednak bardzo mocno zawiedzeni, bo specustawa nie rozwiązała wielu problemów.

POŁOWA HOSPITALIZOWANYCH TO DZIECI

Analitycy Banku Pekao oceniają, że dla finansów publicznych koszt przyjęcia 2 mln uchodźców z Ukrainy może wynieść w tym roku ok. 24 mld zł. W przyszłym też. Na razie nie ma kompleksowej oceny skutków finansowych dla systemu

Jak Rosjanie zniechęcali do szczepień

W ostatnich latach ogromna fala fake newsów płynęła za pośrednictwem internetu m.in. ze strony finansowanych przez Kreml fabryk trolli. Potwierdzono to na setki sposobów. Od stuleci dezinformacja stanowi ważny element towarzyszący każdej wojnie, często wyprzedzający podjęcie działań militarnych. Cel jest zawsze ten sam: podzielić społeczeństwo, bo skłóconych łatwiej ujarzmić. W jakimś stopniu to rosyjskie trolle i boty przyczyniły się do rozkwitu handlu fałszywymi świadectwami szczepień za naszą południowo-wschodnią granicą na skalę zupełnie nieporównywalną do wystawiania „lewych” certyfikatów covidowych w UE. W 2018 r. medyczna ekspertka UNICEF szacowała odsetek fikcyjnych świadectw szczepień na 30 proc. Wśród uciekających w ostatnich dniach przed „Orkami”, jak część Ukraińców nazywa mające ich „wyzwalać” wojska rosyjskie, są osoby przyznające się do kupna takiego „dokumentu”. Tłumaczą, że obawiali się zaszczepić m.in. z powodu pogłosek, że preparaty są podrobione.

ochrony zdrowia z tytułu objęcia opieką medyczną uchodźców z Ukrainy. Wiadomo, że zapłaci za to NFZ ze środków budżetu państwa, czyli z kieszeni podatników. Minister zdrowia Adam Niedzielski chce, by UE zwracała koszt leczenia uchodźców z Ukrainy. NFZ szacuje, że miesięczny koszt zapewnienia świadczeń i leków dla ok. 1 mln osób sięgnie ok. 200 mln zł w skali miesiąca, a w ciągu 1,5 roku – 3 mld zł. Trudno powiedzieć, czy te prognozy sprawdzą się w kontekście liczby uchodźców i ich potrzeb. W ciągu pierwszych trzech tygodni od rozpoczęcia rosyjskiej agresji do polskich szpitali (głównie na Podkarpaciu) trafiło ok. 1,8 tys. osób zza południowo-wschodniej granicy. Połowa to dzieci. Zdarzali się pacjenci dializowani i z nowotworami.

CORAZ SZERZEJ OTWARTE DRZWI

W związku z obecnością uchodźców i przyznaniem im dostępu do publicznej opieki zdrowotnej trzeba liczyć się z wydłużeniem kolejek do świadczeń, choć nie wszędzie i nie w jednakowym stopniu. Oczekiwanie, że w obliczu rzeszy dodatkowych pacjentów i przy niezmiennym stanie kadr medycznych nic się nie zmieni, wydaje się pobożnym życzeniem. Zjawisko może być mniej widoczne w następstwie wyjazdu części uchodźców z Polski, przenoszenia pacjentów do szpitali w głąb kraju czy relokacji osób wymagających leczenia do innych krajów UE. Pojawiają się opinie, by ukraińskim lekarzom szeroko otworzyć drzwi do naszych placówek medycznych, a zwłaszcza do szpitali. Dla osób, które po 24 lutego przekroczyły granicę Ukrainy z Polską i nie posiadają oryginałów dokumentów potwierdzających tytuły zawodowe czy okresy zatrudnienia, Ministerstwo Zdrowia wprowadziło ułatwienia. Apostille lub legalizacja dyplomu lekarza i dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty nie jest wymagana (wystarczą kopie), a w okresie 6 miesięcy po zakończeniu wojny należy dostarczyć oryginał lub kopię potwierdzoną notarialnie.

BEZPIECZEŃSTWO POLSKICH PACJENTÓW

Nie ulega wątpliwości, że obecność lekarzy z Ukrainy w naszym kraju może być niezwykle cenna dla zapewnienia opieki medycznej swoim rodakom i innym osobom porozumiewającym się po ukraińsku czy rosyjsku. Jak wskazuje NRL, sytuacja za naszą południowo-wschodnią granicą i potrzeby zdrowotne uchodźców wymagających opieki medycznej, uzasadniają wprowadzenie niestandardowych rozwiązań prawnych, ale nie obniżenia poziomu bezpieczeństwa udzielania świadczeń zdrowotnych polskim pacjentom. Samorząd lekarski podkreśla, że przyznanie uprawnień zawodowych pozwalających na leczenie pacjentów z Polski powinno wiązać się ze znajomością naszego języka. W tym niezwykle dramatycznym

dla Ukraińców czasie nie wszyscy stawiają pytanie o bezpieczeństwo polskich pacjentów, bo łatwo narazić się na zarzuty braku empatii i bycie zakamuflowanym zwolennikiem Putina. Tymczasem poziom i program kształcenia na kierunku lekarskim za wschodnią granicą jest zupełnie inny niż w Polsce, czas odbywania specjalizacji trwa rok czy dwa, czyli znacznie krócej niż u nas, a znajomość języka polskiego nie jest wśród Ukraińców powszechna. To są fakty.

UKRAINA RÓWNIEŻ POTRZEBUJE LEKARZY

Nie można zapominać o bezpieczeństwie zdrowotnym pacjentów w Ukrainie. Nie wszyscy Ukraińcy opuszczają swoją ojczyznę, niezależnie od tego, co się wydarzy w przyszłości. Kto będzie leczył mieszkańców Kijowa (do niedawna żyło tam 3 mln osób, a przecież nie wszyscy uciekli), Charkowa (1,4 mln), Odessy (1 mln) i wielu innych miast, miasteczek i wsi, jeśli co trzeci lub co czwarty lekarz wyjedzie na stałe?

Czy tworzenie zachęt do emigracji z Ukrainy nie ociera się o drenaż mózgow i nie jest wątpliwe etyczne wobec obywateli kraju, w którym każde lekarskie ręce są na wagę złota w obliczu trwającej wojny, a po zakończeniu działań zbrojnych, co kiedyś w końcu nastąpi, osoby z wykształceniem medycznym również będą mocno poszukiwane? W jaki sposób pogodzić niesienie pomocy materialnej, finansowej i wojskowej dla Ukrainy z jednoczesnym „wysy-

saniem” części miejscowych elit, do których niewątpliwie należą lekarze? Czy rosyjskiemu najeźdźcy nie chodzi właśnie o to, by ukraińską ziemię jak najbardziej wyjałować, a społeczeństwo zastraszyć, skłaniając do wyjazdu przedstawicieli zawodów kluczowych do sprawnego funkcjonowania państwa?

SZLACHETNE INTENCJE TO ZA MAŁO

To pytania, na które odpowiedź nie jest prosta i oczywista. Wymagają szerszej perspektywy i głębszej refleksji. Być może dlatego niezwykle rzadko padają w debacie publicznej, ale z upływem czasu raczej się nasilą, niż ucichną. Warto, by nie uciekały od nich osoby apelujące do rządu o kolejną zmianę przepisów, tak by medycy zza naszej południowo-wschodniej granicy z marszu stali się lekiem na zapaść kadrową w polskich szpitalach, równocześnie pogłębiając braki w ukraińskich lecznicach, a do środowiska lekarskiego w Polsce o uznanie, że lekarz z Ukrainy jest takim samym specjalistą co ci kończący polskie uczelnie. Pomagać trzeba tak, by zaatakowanej Ukrainie nie działa się krzywda. Niektóre decyzje podejmowane przez polityków w Polsce i innych krajach UE mogą na długie lata zaważyć na przyszłości naszego sąsiada i zdrowiu jego obywateli. Potrzeba dużo wyobraźni i rozważań, nie tylko szlachetnych intencji. ■



Rosjanie ostrzelali kilkadziesiąt szpitali.

Wyzwanie

Rosyjska agresja na Ukrainę okazała się wielkim wyzwaniem dla polskiej ochrony zdrowia, która z dnia na dzień stanęła w obliczu udzielenia pomocy uchodźcom uciekającym przez wojnę. Lekarzy czeka ważny sprawdzian i, być może, zmiany.

GazetaLekarska.pl 



Prof. **Grzegorz Gielera**, generał dywizji Wojska Polskiego, dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie, specjalista chorób wewnętrznych i kardiologii

Systemy ochrony zdrowia w poszczególnych krajach powinny być gotowe na elastyczne dopasowanie się do większej liczby pacjentów na wypadek konfliktu zbrojnego w sąsiednich państwach i w konsekwencji duży i stosunkowo szybki napływ uchodźców. Doskonale to widać na przykładzie doświadczeń krajów uwikłanych w konflikty zbrojne, takich jak Syria i Liban. Dużą rolę odgrywa właściwa koordynacja działań z agendami ONZ oraz międzynarodowymi i krajowymi organizacjami pozarządowymi. W związku z pojawieniem się w polskich szpitalach uchodźców z Ukrainy, należy zwrócić uwagę nie tyle na liczbę placówek, w których mogą otrzymać

pomoc, co na ich właściwy dobór pod kątem spodziewanych problemów zdrowotnych. Na pierwszym miejscu są powszechne zachorowania i zdarzenia medyczne związane z chorobami przewlekłymi, np. spowodowane brakiem leków, ale wśród potrzebujących pomocy medycznej mogą być także osoby porażone środkami walki.

Zapotrzebowanie na opiekę będzie rośło geometrycznie.

Z upływem czasu zapotrzebowanie na opiekę medyczną będzie rośło geometrycznie w związku z pogarszającą się kondycją ukraińskiej służby zdrowia, malejącymi zasobami i ubytkami w infrastrukturze, a w razie eskalacji działań wojskowych prowadzonych przez Rosjan – rosnącą liczbą rannych i skalą obrażeń. Ta ostatnia grupa osób, jak wskazują doświadczenia Wojskowego Instytutu Medycznego

z pomocy udzielanej rannym podczas walk toczących się w Donbasie w latach 2014-2015, stanowi duże wyzwanie, wymagające przygotowania infrastruktury medycznej i odpowiednich kompetencji personelu. Kluczowe znaczenie dla skuteczności pomocy mają decyzje podejmowane podczas wstępnej kwalifikacji do leczenia. Muszą być one realizowane bez zbędnego opóźnienia przy udziale personelu lekarskiego posiadającego największe doświadczenie w terapii chorych z obrażeniami pola walki. Wstępna segregacja medyczna powinna być prowadzona możliwie najbliżej miejsca przekazania chorych pod opiekę stronie polskiej. Może się odbywać w przygotowanych w pobliżu granicy punktach opieki, skąd po krótkiej ocenie medycznej i rejestracji w ogólnopolskim systemie bazodanowym ranni byłiby transportowani do wyznaczonych szpitali. Za dalece niewskazane z medycznego punktu widzenia należy uznać podejmowanie dodatkowych działań transportowych w głąb kraju, o ile ich docelowym przeznaczeniem nie jest podniesienie jakości opieki. ■



Wojciech Wilk, prezes Fundacji Polskie Centrum Pomocy Międzynarodowej, który kieruje medycznym zespołem szybkiego reagowania działającym w ramach WHO

W Ukrainie działamy od rozpoczęcia rosyjskiej agresji w 2014 r. Gdy pod koniec ubiegłego roku sytuacja za naszą wschodnią granicą stawała się coraz bardziej napięta, zaczęliśmy przygotowywać się na scenariusz ewentualnej eskalacji konfliktu.

Zorganizowaliśmy ośrodek tymczasowy dla przyszłych uchodźców, skompletowaliśmy grupę wolontariuszy, zakupiliśmy zestawy pomocowe, przygotowaliśmy pierwsze samochody osobowe i busy do ewakuacji ludności cywilnej. To był duży wydatek, a szef naszego biura w Charkowie mówił, że wydajemy pieniądze na coś, co w ogóle może nie być potrzebne. Niestety pomylił się. Po tem sprawy potoczyły się niezwykle szybko. Na Charków,

który jest niewiele mniejszy od Warszawy, spadły rakiety balistyczne i bomby kasetowe, które tuż przed ziemią uwalniają dużą liczbę mniejszych ładunków, przez co są bardzo groźne dla cywili. W mieście z bomb lotniczych rozrzucono miny. Budynek, w którym nasza fundacja miała swoją charkowską siedzibę, został zniszczony w wyniku ostrzału wojska rosyjskiego. Nasza pomoc kon-

W mieście z bomb lotniczych rozrzucono miny.

centruje się m.in. na ewakuacji ludności cywilnej z miast objętych działaniami wojennymi, zwłaszcza Charkowa. Poza tym wysyłamy pomoc humanitarną, pomagamy w organizowaniu pomocy medycznej oraz wsparciu tych, którzy uciekają przed wojną, ale nie chcą opuścić Ukrainy. Im dalej w kierunku linii frontu, tym bardziej odczuwalny jest brak materiałów opatrunkowych, leków i akcesoriów

chirurgicznych. W byłym hotelu pracowniczym w mieście Krzemieńczuk w środkowej części Ukrainy utworzyliśmy ośrodek ewakuacyjny, gdzie trafiają uchodźcy. Jest wśród nich wiele dzieci. Tu znajdują nocleg, mogą zjeść i odpocząć. W piwnicach budynku mieści się schron, w którym przebywają w czasie alarmu rakietowego lub lotniczego. Niektórzy uchodźcy chcą jak najszybciej dostać się na zachód Ukrainy, inni do Polski, a jeszcze inni do Europy Zachodniej. Wiele osób deklaruje, że po zakończeniu wojny wróci w swoje rodzinne strony. Niektórzy zabierają ze sobą psy i koty, jednak z własnego doświadczenia – na własne oczy widziałem ponad dwadzieścia kryzysów humanitarnych – wiem, że ucieczka ze zwierzętami domowymi często oznacza, że do domu już nigdy się nie powróci... Na Ukrainie wojsko rosyjskie stosuje podobne metody co na pograniczu turecko-syryjskim, gdzie na początku 2020 r. koordynowałem udzielenie pomocy humanitarnej z ramienia ONZ. Najpierw niszczy się ośrodki zdrowia, elektrownie, szkoły czy sieć wodociągową, by pojawiła się panika, a gdy cywile opuszczają miasto, zajmuje się je szturmem. ■



Błażej Górczyński
prezes zarządu
Pleszewskiego Centrum
Medycznego w Pleszewie
(woj. wielkopolskie)

Po wybuchu pandemii nie wszyscy pacjenci korzystali z opieki szpitalnej w takim stopniu, jak wcześniej, a dostęp do niektórych świadczeń został ograniczony. Narósł dług zdrowotny. Trudniej będzie go spłacać w związku z napływem nowych pacjentów, którzy po wybuchu wojny na Ukrainie pojawili się i zapewne jeszcze się pojawią w Polsce. Nie ulega wątpliwości, że wraz z falą uchodźców wzrośnie zapotrzebowanie na udzielanie świadczeń zdrowotnych. W pierwszych dniach

wojny osoby wymagające opieki medycznej trafiały głównie do szpitali przy granicy polsko-ukraińskiej. Niezwykle ważną jest dyslokacja uchodźców, tak by szpitale zostały w miarę równomiernie obciążone, bo w przeciwnym razie

Trudniej spłacimy dług zdrowotny.

w niektórych placówkach kolejki mogą znacząco się wydłużyć. Założenie jest takie, że uchodźcom z Ukrainy szpitale mają udzielać świadczeń na identycznych zasadach jak polskim pacjentom, tzn. najpierw tym w stanach pilnych i nagłych, a w dalszej kolejności – stabilnych. Narodowy Fundusz Zdrowia zadeklarował, że sfinansuje to leczenie.

Nie wszyscy uchodźcy wymagają hospitalizacji, wobec czego Polska raczej poradzi sobie z tym wyzwaniem, a dzięki sprawnej organizacji osoby wymagające pobytu w szpitalu, także te z Ukrainy, powinny dostać pomoc w bezpiecznym dla nich terminie. Przyjmujemy osoby uciekające przed wojną z Ukrainy, urodziła się już nawet pierwsza dziewczynka, ma na imię Wiktoria. Wśród osób uciekających zza naszej wschodniej granicy jest personel medyczny. Największą barierą utrudniającą podjęcie pracy przez lekarzy czy pielęgniarki z Ukrainy jest brak znajomości języka polskiego, co ma duże znaczenie w kontekście bezpieczeństwa pacjentów. Nasz szpital jest gotowy na zatrudnienie ze Wschodu przede wszystkim lekarzy, ale pod warunkiem, że uda nam się pokonać tę i inne bariery. ■



Joanna Zabielska-Cieciuch
kierownik przychodni POZ
w Białymstoku, ekspert
Porozumienia Zielonogórskiego,
specjalista medycyny rodzinnej

Przychodnie POZ blisko granicy polsko-ukraińskiej oraz te, w pobliżu których zakwaterowano duże grupy osób uciekających przed wojną, są obłożone. Do Polski przyjechały osoby przeziębione, gorączkujące, osłabione, czasami mdlejące, bez dokumentów i leków. Na początku nigdy nie wiadomo, czy osoba, którą badamy, choruje na grypę czy COVID-19. Z jednej strony minister zdrowia i prezes NFZ mówią, że polscy pacjenci nie będą mieli ograniczonego dostępu do opieki medycznej, a z drugiej – apelują, by

uchodźcy z Ukrainy udawali się do najbliższej placówki POZ. My się nie rozdwoimy. Nie da się dodatkowo leczyć 1,5 mln osób bez ograniczenia dostępu do opieki dla pozostałych pacjentów. Nasze zasoby i kadry są niewystarczające. Niezadowolone ludzi,

Nie rozdwoimy się. Zasoby są niewystarczające.

którzy już wiedzą, że nie będzie tak, jak było, spada na lekarzy. Część zaniepokojonych pacjentów pyta, czy będziemy mieli dla nich czas, skoro po wybuchu wojny na Ukrainie polskie placówki stały się znacznie bardziej obciążone. Z punktu widzenia lekarzy rodzinnych wielkie wyzwanie stanowi brak dokumentów

wśród części uchodźców. Niektóre dzieci mają tylko metrykę urodzenia, co sprawia, że mamy kłopot z wprowadzaniem nowych pacjentów do systemu. Czasami bawimy się w detektywów, próbując rozszyfrować, jakie leki przyjmowały niektóre osoby, bo one nie pamiętają ich nazwy, a uciekając w pośpiechu z domu nie zabrały ze sobą opakowania. Te czynności zajmują mnóstwo czasu. Ogromnym problemem jest refundacja leków dla uciekających przed wojną. Doskonale wiemy, że na ogół nie mają za co wykupić leków na receptę bez refundacji. Mam nadzieję, że przepisy w końcu rozwiążą wątpliwości lekarzy obawiających się w przyszłości kontroli NFZ i ewentualnych kar finansowych z tego tytułu. Nie zawsze chodzi o leki za kilka złotych, lecz np. o insulinę, która kosztuje kilkaset złotych czy leki przeciwpadaczkowe. ■



Artur Prusaczyk
wiceprezes Centrum
Medyczno-Diagnostycznego
w Siedlcach (woj. mazowieckie),
specjalista ginekolog-położnik

Wraz z pojawieniem się znacznej liczby uchodźców wydłużą się kolejki w placówkach ochrony zdrowia. Poziom wyszczerpienia na Ukrainie jest znacznie niższy niż w Polsce, ale część uchodźców z pewnością już przechorowała COVID-19 i zbudowała odporność. Prawdopodobnie będą potrzebować dawki przypominającej, ale przede wszystkim wymagają badania, na co chorują i ustalenia, jakie

pomocy potrzebują. W trakcie pandemii wielu polskich pacjentów zmarło nie z powodu COVID-19, lecz w wyniku zaniedbań w zakresie leczenia podstawowego. Osoby z Ukrainy należy objąć również opieką POZ, szczególnie

Sytuacja wymaga współpracy i elastyczności.

profilaktyczną. W związku z dużą falą uchodźców system ochrony zdrowia w Polsce będzie wymagał racjonalizacji i unowocześnień opieki, większej współpracy, uelastycznienia i przygotowania do radzenia sobie z problemami zarówno o charakterze stałym, jak

i nagłym, gwałtownym, które mogą wystąpić dopiero w przyszłości. Jeśli wojna będzie trwać, wiele polskich przychodni i szpitali, w tym pracujący w nich lekarze, będzie musiało dostosować się do tego, co może nas spotkać w następnych miesiącach, podobnie jak po wybuchu epidemii koronawirusa musieliśmy mierzyć się z licznymi wyzwaniami. Kryzys humanitarny może jednak okazać się okazją do poprawy sytuacji w ochronie zdrowia. Każdy kryzys daje szansę na rozwój, a im jest większy, tym większa jest szansa, że tak się wydarzy. W obliczu wojny na Ukrainie i wzrostu liczby pacjentów czeka nas przyspieszona nauka zarządzania w oparciu o skuteczność i efektywność. Nie chodzi o działania pozorne, lecz o racjonalizację podejmowanych działań. ■

LEKARZE POMAGAJĄ

Konwój życia

Z Pawłem Kukiz-Szczucińskim, pediatrą i psychiatrą, który na co dzień pracuje w Kielcach i Staszowie, a w pierwszych dniach rosyjskiej agresji na Ukrainę wyjechał jako wolontariusz do Lwowa, rozmawia Mariusz Tomczak.



Dr Paweł Kukiz-Szczuciński:
– Panuje niesłychana mobilizacja
do obrony kraju.

Kiedy przyjechał pan do Ukrainy?

W pierwszych dniach po rozpoczęciu rosyjskiej agresji. Na początku poruszałem się między Ukrainą i Polską, ale na początku marca pozostałem we Lwowie w obawie, by wojska rosyjskie nie odcięły mnie od szpitala. Nikt nie wie, jak długo będą otwarte korytarze humanitarne. Na zachodnią część Ukrainy pociski spadały od pierwszych dni inwazji. Zbombardowano m.in. poligon wojskowy w Jaworowie, ok. 20 kilometrów od polskiej granicy. To niedaleko trasy, którą jeździliśmy z dziećmi ze Lwowa.

Co najbardziej utkwiło panu w pamięci?

Z tej wojny zapamiętam niejedno, bo poza tym, że jestem lekarzem, dokumentuję fotograficznie to, co widzę, na potrzeby dawania świadectwa zbrodniom wojennym. Najbardziej w pamięci utkwią mi chyba alarmy lotnicze, przez które trzeba schodzić do piwnic. Widok dzieci z nowotworami, które w piwnicach szpitala we Lwowie przebywają z matkami, jest dramatyczny.

Jako lekarz uczestniczył pan w misjach medycznych m.in. na Bliskim Wschodzie. Czym to, co dzieje się za naszą południowo-wschodnią granicą, różni się od tamtych wydarzeń?

To jest konflikt na wielką skalę, w który z jednej strony zaangażowane jest mocarstwo nuklearne, a z drugiej – duże państwo, liczące do niedawna ok. 44 milionów ludności. W Ukrainie są elektrownie atomowe, a skala exodusu ludności jest największa od zakończenia II wojny światowej. Determinacja wśród Ukraińców jest niebywała, wokół panuje niesłychana mobilizacja do obrony kraju. To wojna na śmierć i życie. Myślę, że wygląda to tak, jakbyśmy się cofnęli do lat 40. ubiegłego stulecia, a te wydarzenia dzieją się przecież u naszych sąsiadów teraz, w XXI wieku. Wojna w Ukrainie stanowi największe zagrożenie dla naszego kraju od zakończenia II wojny światowej. Poza tym Lwów, do którego przyjechałem na początku rosyjskiej agresji, jest historycznie polskim miastem, gdzie do dziś na wielu budynkach zachowały się polskie napisy.

Jak bardzo widać wsparcie z Polski na miejscu?

Pomoc płynącą z naszego kraju widać naprawdę bardzo wyraźnie. Dostaję mnóstwo telefonów z pytaniami, na przykład czego brakuje, w jaki sposób można pomóc czy gdzie przyjechać po dzieci. Korzystając z okazji, chciałem zaapelować: pomoc dla Ukrainy powinna być realizowana w ramach zorganizowanych projektów, a nie na własną rękę, bo z tego może być później więcej szkody niż pożytku. O ile ktoś nie jest umówiony z konkretnymi osobami z Ukrainy, to nie powinien podejmować samodzielnie chaotycznych decyzji, które naszym dyplomatom dołożą dodatkowych obowiązków. ■

Z jakimi wyzwaniem trzeba się mierzyć, by zorganizować transport do Polski dzieci z chorobami nowotworowymi z ogarniętej wojną Ukrainy?

Do połowy marca w czterech transportach ewakuowaliśmy do Polski ok. 240 dzieci, głównie chorych na nowotwory, bo przerwanie ich terapii byłoby bardzo niebezpieczne. Leczyły się one w oddziałach onkologicznych w różnych częściach Ukrainy. Byli również mali pacjenci m.in. z problemami nefrologicznymi. Dodając do tego ich rodziny, w ciągu trzech tygodni ewakuowaliśmy kilkaset osób. To dzieci i ich rodzice z takich miast jak Kijów, Charków, Odessa, Dniepr i Lwów. Do Polski trafiły m.in. osoby z placówek ostrzelanych przez wojsko rosyjskie, w tym grupa, która przez 12 dni przebywała w piwnicy charkowskiego szpitala w obawie przed atakiem rakietowym. Ewakuacja tych małych, ciężko chorych pacjentów to skomplikowany proces z uwagi na ich stan kliniczny, konieczność przestrzegania przepisów dotyczących wyjazdu za granicę dzieci, trudności związane z brakiem możliwości wyjazdu przez ojców i zakazem przekraczania granicy przez ukraińskich kierowców.

Jak to możliwe, że z oddalonych od siebie części kraju, gdzie bomby spadają na drogi, niszczone są mosty, a do cywili strzela się nie tylko z karabinów, chore dzieci bezpiecznie dotarły do Lwowa?

Wszystko odbywa się w ścisłej koordynacji z miejscowymi onkologami na czele z dr. Romanem Kizymą. Transport z różnych ukraińskich miast do Kijowa i Lwowa został zorganizowany m.in. dzięki zaangażowaniu kilku ukraińskich organizacji pozarządowych i kontaktom amerykańskiej fundacji onkologicznej St. Jude's. Przez to, że trwa wojna, musimy być bardzo elastyczni. Po przekroczeniu granicy dzieci najpierw przyjechały do ośrodka pod Kielcami, a stamtąd trafiają do klinik w Polsce i za granicą, co koordynuje prof. Wojciech Młynarski i prof. Piotr Czauderna. To prawdopodobnie największy „konwój życia”, jaki zna historia. Wzbudza duże zainteresowanie ze strony zagranicznych dziennikarzy.

POMOC MEDYCZNA DLA UKRAINY



Lidia Sulikowska
dziennikarz

Pospolite ruszenie

W obliczu inwazji Rosji na Ukrainę, Polacy tłumnie i bezinteresownie ruszyli z pomocą swoim sąsiadom zza wschodniej granicy. Ogromne wsparcie popłynęło (i nadal płynie!) także ze środowiska medycznego.



Blok w Kijowie po uderzeniu rosyjskiej rakiety.

Konflikt zbrojny zawsze nie-
sie za sobą śmierć i zniszczenie. Powoduje fizyczne rany i kaleczy psychikę. Wywołuje też exodus uchodźców, którzy uciekają przed wojną, ratując swoje życie.

Już od pierwszego dnia rosyjskiej agresji Ukraińcy masowo zaczęli uciekać ze swojego kraju, głównie kierując się ku polskiej granicy. Polacy nie pozostali obojętni. Niemal od razu, od kiedy rozpoczęły się działania wojenne, zaczęli organizować zbiórki rzeczy i pieniędzy z przeznaczeniem na zakup tych najpotrzebniejszych – zarówno dla uchodźców, jak i tych, którzy w Ukrainie zostali.

KONWÓJ NADZIEI

Jednym z kluczowych elementów wsparcia w takiej sytuacji jest udzielanie pomocy medycznej. Do Ukrainy

wysyłane są z Polski transporty z zaopatrzeniem medycznym, ambulanse i specjalistyczny sprzęt. Auta wypełnione darami delegują do ukraińskich szpitali m.in. placówki medyczne. Ogromne wsparcie płynie ze strony organizacji pozarządowych, m.in. Polskiej Misji Medycznej, Polskiego Centrum Pomocy Międzynarodowej, Polskiego Czerwonego Krzyża, Caritas i Polskiej Akcji Humanitarnej.

Ciekawej akcji podjął się Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu, który organizuje bezpłatne szkolenia medyczne związane z przedszpitalnym postępowaniem z obrażeniami najczęściej powstającymi na polu walki. To propozycja dla obywateli Ukrainy, którzy planują powrót do swojego kraju. W pomoc napadniętym Ukraińcom zaangażował się także samorząd lekarski – zarówno Naczelna Izba Lekarska, jak i izby okręgowe (więcej o tych

inicjatywach na s. 7 i 12). Pomagają też lekarskie towarzystwa naukowe.

Wspierani są uchodźcy, którzy znaleźli schronienie w naszym kraju. Wiele placówek i indywidualnych lekarzy zaoferowało im bezpłatną pomoc medyczną, jeszcze zanim powstały przepisy zapewniające uciekającym przed wojną z Ukrainy darmową publiczną opiekę zdrowotną w naszym kraju.

NAPISZ DO NAS, POMOŻEMY

Zaraz po tym, jak rozpoczął się konflikt w Ukrainie, dwie lekarki z Białegostoku – Anna Łotowska-Ćwiklewska i Magdalena Kułgawczyk – założyły na Facebooku grupę Medycy dla Ukrainy, która zrzesza osoby z różnych zawodów medycznych. Powstała, by ułatwiać łączenie osób potrzebujących pomocy medycznej z tymi, którzy chcą tej pomocy udzielić.



Kijów, stacja metra służy jako schronienie podczas ataku rakietowego i bombowego.

– W ciągu pierwszych dwóch tygodni zarejestrowało się do nas ponad 16 tys. medyków. To było ogromne zaskoczenie. Akcja jest koordynowana przez kilkadziesiąt osób. Jesteśmy platformą, która ma ułatwiać wzajemne kontakty, tak aby działać w sposób bardziej zorganizowany. Poprzez naszą stronę internetową (www.medycydlaukrainy.pl) można zgłaszać prośby o pomoc. Jeśli jesteś uchodźcą i potrzebujesz pomocy medycznej albo jesteś medykiem i potrzebujesz wsparcia ze strony innych medyków dla udzielanej pomocy uchodźcom, napisz do nas, na pewno pomożemy. Na tej samej stronie jest dostępny formularz rejestracyjny dla medyków, którzy chcą pomagać – informuje Anna Łotowska-Ćwiklewska.

Powstają przeróżne inicjatywy, zarówno w postaci przygranicznych punktów medycznych czy zielonych korytarzy po stronie ukraińskiej, jak i indywidualnych zgłoszeń lekarzy, którzy oferują bezpłatne wizyty dla uchodźców w swoich gabinetach w różnych polskich miastach. – Pomagamy organizować transporty medyczne osób chorych z Ukrainy. Zdarza się, że całe oddziały szpitalne kontaktują się z nami, mówiąc, że gdyby była taka potrzeba, są otwarci na przyjęcie pacjentów. Zaangażowani są nie tylko lekarze, ale też m.in. pielęgniarki, położne, ratownicy medyczni, psycholodzy. Już

w pierwszym dniu funkcjonowania naszej grupy udało się zorganizować miejsce na oddziale onkologicznym dla chłopca z neuroblastomą brzuszną. Ostatnio pomogliśmy sprowadzić z Ukrainy kobietę chorującą na raka piersi i znaleźć jej opiekę hospicyjną w Gdańsku – dodaje Anna Łotowska-Ćwiklewska.

Już w pierwszym dniu funkcjonowania grupy udało się zorganizować miejsce na oddziale onkologicznym dla chłopca z neuroblastomą brzuszną.

Zapotrzebowanie jest ogromne. Medycy dla Ukrainy dostają po kilkaset zapytań dziennie z prośbą o różnego rodzaju pomoc. Takie zgłoszenia koordynatorzy weryfikują i szukają konkretnych osób, które mogą udzielić pomocy.

Jednym z takich lekarzy jest Marcin Kuczer, rezydent ortopedii z Chorzowa, który dołączył do grupy Medycy dla Ukrainy już w pierwszych dniach po wybuchu wojny. Otrzymał informację, że jest potrzebny lekarz przy granicy w Medyce, a także w punkcie w Korczowej.

Wziął urlop i wyjechał na kilka dni. Udział wolał wzięty na pomoc medyczną uchodźcom przekraczającym granicę w tych miejscach, akcja była koordynowana przez rzeszowski WSPR. Podobnych postaw jest mnóstwo.

KAŻDY WSPIERA, JAK MOŻE

Medycy dla Ukrainy to nie jedyna platforma zrzeszająca lekarzy chcących wesprzeć Ukraińców w obliczu wojennej tragedii. Takich inicjatyw jest więcej, np. student informatyki UJ Witold Wydmański, zainspirowany przez swojego ojca lekarza, stworzył stronę internetową www.lekarzedlaukrainy.pl, na której mogą ogłaszać się lekarze prywatnych praktyk udzielający bezpłatnych konsultacji medycznych dla uchodźców z Ukrainy, których leczenie zostało przerwane przez wojnę lub którym kończą się lekarstwa. Do połowy marca swoją pomoc na tej platformie zaoferowało prawie 100 lekarzy, w tym m.in. pediatrzy, ginekologów, psychiatrów, kardiologów, otolaryngologów i neurologów.

Choć obecnie obowiązujące w naszym kraju przepisy umożliwiają uciekającym Ukraińcom dostęp do publicznej ochrony zdrowia, to jednak wielu z nich trudno taką pomoc uzyskać, szczególnie w przypadku konsultacji specjalistycznych, a tych osoby chorujące przewlekłe mogą pilnie potrzebować.



Uchodźcy czekają na przekroczenie granicy.

W udzielanie bezpłatnej pomocy medycznej uchodźcom, jeszcze przed powstaniem regulacji prawnych w naszym kraju, zaangażowały się także duże grupy medyczne, m.in. LUX MED, który oferuje bezpłatną opiekę w stanach nagłych, w przypadku ostrych chorób infekcyjnych, umożliwia kontynuowanie leczenia osobom chorującym przewlekłe i opiekę nad kobietami w ciąży.

Centrum Medyczne Damiana do 11 marca udzieliło uchodźcom z Ukrainy prawie 1500 darmowych konsultacji lekarskich i niemal 300 porad psychologicznych. Z jakimi problemami zgłaszają się potrzebujący? – Głównie są to osoby z zaburzeniami adaptacyjnymi, które pojawiają się u człowieka po wystąpieniu trudnej i stresującej sytuacji, która jest ponad jego siły, a tym zapewne jest ucieczka z rodzimego kraju przed wojną. Ludzie opowiadają mi, jak wyczerpująca była ich droga do Polski, że musieli ukrywać się przed bombardowaniem w piwnicach. Zdarzały się ostrzeliwania uchodźców przez siły rosyjskie. To traumatyczne przeżycia, które pozostaną z nimi na długo. Poza tym przyjmuję wielu pacjentów z bólami w klatce piersiowej, wzrostem ciśnienia tętniczego, a także z przewlekłymi chorobami układu sercowo-naczyniowego i oddechowego, chorobami skóry, cukrzycą. Jestem mocno wzruszony empatyczną postawą Polaków i pomocą, jaką udzielają moim rodakom. Za to, co robicie, będę wam wdzięczny do końca swojego życia. To jest coś niesamowitego, to zjawisko największego braterstwa. To wspaniała postawa, dajecie wzorzec całemu światu – mówi Yevhen Kovalchuk, lekarz rodzinny z Ukrainy, który od 12 lat praktykuje

w Polsce, a obecnie przyjmuje w dwóch warszawskich placówkach CM Damiana. Pomagają też mniejsze podmioty z różnych miast w całej Polsce, m.in. Centrum Medyczne RADMED z Kalisza. „Jako lekarz, ojciec i chrześcijanin deklaruje udzielić nieodpłatnej specjalistycznej pomocy medycznej każdemu dziecku i jego rodzinie przybyłym z Ukrainy. Służę całą swoją wiedzą, doświadczeniem, posiadanym sprzętem specjalistycznym oraz gotowością moich kolegów lekarzy” – napisał dr Radosław Kurpiak na facebookowym profilu swojej przychodni.

STOMATOLODZY TEŻ POMAGAJĄ

W pomoc zaangażowali się też lekarze dentyści, asystentki stomatologiczne i higienistki. W mediach społecznościowych jest mnóstwo ogłoszeń prywatnych praktyk stomatologicznych z całego kraju, które są gotowe leczyć uchodźców za darmo. „Droży Przyjaciele z Ukrainy. Chcielibyśmy Was wesprzeć, dlatego w nagłych przypadkach bólowych uzyskanie u nas nieodpłatnie pomocy stomatologiczną” – czytamy na stronie jednego z gabinetów stomatologicznych z Olsztyna.

28 lutego ruszyła strona internetowa (www.dentystciukrainie.pl) z mapą gabinetów stomatologicznych, w których osoby uciekające przed wojną w Ukrainie mogą uzyskać darmową pomoc. Tylko do 1 marca chęć udzielenia bezpłatnych wizyt zgłosiło ok. 300 gabinetów. Strona działa w języku polskim i ukraińskim. Można tam znaleźć także poradnik dla lekarzy dentyków, w którym znajduje się wiele praktycznych wskazówek na temat udzielania pomocy stomatologicznej ofiarom wojny. Autorką

Jestem mocno wzruszony empatyczną postawą Polaków i pomocą, jaką udzielają moim rodakom. To jest coś niesamowitego. To wspaniała postawa, dajecie wzorzec całemu światu.

tej cennej publikacji jest Marta Żęcin, lekarz dentyista z doświadczeniem w pracy w sektorze humanitarnym.

NA PRZEJŚCIU W DOROHUSKU

Część uchodźców potrzebuje pomocy zaraz po przekroczeniu granicy z Polską. Wycieńczeni podróżą, często z małymi dziećmi, są odwodnieni, wyziebieni, z niewydolnością krążeniową czy bardzo wysokim poziomem cukru we krwi, bo od wielu dni nie biorą leków, wymagają udzielania podstawowej opieki medycznej. Działają tu wiele punktów medycznych. Są one obsługiwane m.in. przez pobliskie szpitale i wojewódzkie stacje pogotowia ratunkowego.

Na przejściu granicznym w Dorohusku (woj. lubelskie) takie miejsce prowadzą ratownicy z MED Fire, wspierani przez lekarzy z różnych zakątków Polski, Fundację Podlascy Aniołowie i Porozumienie Zielonogórskie. Działają od 1 marca. Uruchomili tu całodobowy polowy punkt pomocy medycznej z ambulansem i personelem medycznym. Obsadę stanowią wolontariusze, którzy przyjeżdżają na jakiś czas, w miarę możliwości, z całej Polski. Zawsze jest dostępny lekarz (a nawet kilku), pielęgniarka i ratownicy. Tylko w ciągu pierwszego tygodnia jego funkcjonowania udzielono 400 interwencji medycznych. – Pomagamy całą dobę. Pacjenci trafiają do nas m.in. z zapaleniem oskrzeli, zapaleniem płuc, zapaleniem krtani, ale też zdarzają się ostre zespoły wieńcowe, udary, tachykardie, wstrząs anafilaktyczny, napady padaczki – opowiada jeden z ratowników medycznych z MED Fire biorących udział w akcji.

Inicjatyw medycznych organizowanych dla Ukrainy i jej mieszkańców jest w naszym kraju tak wiele, że nie sposób o nich wszystkich choćby wspomnieć. Są niezwykle potrzebne i z pewnością zostaną zapamiętane. ■

RAZEM DLA UKRAINY

Rozsądne pomaganie

Z Ewą Piekarską-Dymus, prezes Polskiej Misji Medycznej,
rozmawia Lidia Sulikowska.



Ewa Piekarska-Dymus:
– Trzeba działać w sposób
skoordynowany i wzajemnie
wymieniać się informacjami,
aby pomoc trafiła
rzeczywiście tam, gdzie jest
najbardziej potrzebna.

Jak wyglądały pierwsze działania Polskiej Misji Medycznej po wybuchu wojny w Ukrainie?

Od razu zaczęliśmy zbierać dane od ukraińskich organizacji, z którymi współpracujemy, o aktualnej sytuacji w tym kraju. Trzeba było ustalić plan działania w zakresie dostarczenia pomocy medycznej. Zaczęliśmy od przekazywania naszym wschodnim sąsiadom opatrunków, w tym specjalistycznych, np. na oparzenia, bo otrzymaliśmy sygnały od naszych partnerów z Mariupola i Iwano-Frankiwska, że w aptekach zaczyna ich brakować. Tak to się zaczęło.

Jak ta pomoc wygląda obecnie?

Codziennie otrzymujemy ponad 100 telefonów i maili z prośbą o wsparcie. Dotychczas skontaktowała się z nami setka różnych placówek medycznych z Ukrainy, w tym duże szpitale z różnych części tego kraju. Tych zgłoszeń przybywało z każdym nowym dniem wojny, więc trzeba było ukierunkować się na jakiś rodzaj pomocy. Postanowiliśmy zabezpieczać w pierwszej kolejności najbardziej potrzebujących, czyli kobiety w ciąży i dzieci poniżej 5. r.ż., a także osoby chorujące przewlekle. Nie można doprowadzić do odcięcia od leków osób chorujących np. na cukrzycę, bo to może się skończyć dla nich tragicznie. Dla Ukraińców nie tylko bomby są zagrożeniem, ale także brak farmaceutyków.

Wkrótce planujemy uruchomić mobilne patrole medyczne, które będą działać po stronie ukraińskiej w pobliżu przejść granicznych z Polską. Mają one pomagać osobom czekającym w kolejce do przekroczenia granicy, które potrzebują natychmiastowej pomocy medycznej, a w razie potrzeby szybko przewieźć chorego na polską stronę.

Muszę przyznać, że jest ogromne poruszenie i chęć niesienia pomocy ze strony organizacji humanitarnych zarówno krajowych, jak i zagranicznych. Jest też mnóstwo inicjatyw oddolnych, lokalnych. To zwykli ludzie byli najbliżsi i najszybciej otworzyli swoje serca. Może to pomoc nieorganizowana, ale potrzebna i piękna, bo płynąca z serca. Chciałabym jednak uczulić, aby przed

wysłaniem darów, np. w postaci specjalistycznego sprzętu medycznego, zweryfikować, na ile to możliwe, wiarygodność osoby, która zwraca się o pomoc. Pamiętajmy, że to są warunki wojny i może się zdarzyć, że ktoś chce nas oszukać. Trzeba pomagać, ale pozostawmy czujni.

Poza dostarczaniem opatrunków, leków czy specjalistycznego sprzętu Polska Misja Medyczna przymierza się także do utworzenia szpitala polowego w Ukrainie. Kiedy on zacznie działać?

To inicjatywa, którą realizujemy przy wsparciu dużej amerykańskiej organizacji pomocowej. Obecnie jesteśmy na etapie kompletowania potrzebnego sprzętu i wyposażenia. W szpitalu tym chcielibyśmy stworzyć mini SOR, izbę przyjęć, punkt do zaopatrywania drobnych ran. Mamy już wstępną listę medyków chętnych do pracy w ramach wolontariatu w takim miejscu. Otrzymujemy dużo zgłoszeń od lekarzy, w tym również z zagranicy, co jest bardzo budujące. Nie mamy jeszcze informacji o konkretnej lokalizacji szpitala. Będziemy śledzić na bieżąco największe ścieżki migracyjne uchodźców i zainstalujemy się tam, gdzie ta pomoc będzie potrzebna i nikt inny nie będzie oferował tam podobnego wsparcia. Bardzo ważne jest rozsądne udzielanie pomocy i właściwe jej ułożenie. Jest wiele organizacji humanitarnych pomagających Ukrainie i ważne jest, aby nie dublować swoich działań. Tutaj trzeba działać w sposób skoordynowany i wzajemnie wymieniać się informacjami, aby pomoc trafiła rzeczywiście tam, gdzie jest najbardziej potrzebna.

Planujemy też stworzyć punkty medyczne przy polskich przejściach granicznych z Ukrainą – tam, gdzie ich nie ma.

Jakie są plany na dalsze działania PMM w związku z kryzysem w Ukrainie?

Trzeba nastawić się na długotrwałą pomoc humanitarną. Nawet jeśli konflikt nie potrwa długo, to kraj będzie potrzebował wsparcia przez miesiące, a nawet lata, aby podnieść się z tej wojny. Planujemy otworzyć biuro we Lwowie, aby lepiej koordynować pomoc medyczną, której udzielamy. Nie wykluczamy także wsparcia polskiej ochrony zdrowia w postaci punktów medycznych dla uchodźców w głębi kraju, jeśli okaże się, że nasz system przestaje sobie radzić. Rozpoczęliśmy też rekrutację do Zespołu Ratunkowego Vasco Polska Misja Medyczna. Tworzymy go by zwiększyć naszą gotowość do niesienia pomocy medycznej na świecie zgodnie ze standardami WHO. Pierwszą misją zespołu będzie udzielenie pomocy ofiarom wojny w Ukrainie. Po szczegółach związane z rekrutacją odsyłam na naszą stronę internetową.

PMM to organizacja pozarządowa, dlatego proszę też ludzi dobrej woli o wsparcie finansowe naszych działań. ■

Alkohol a rak

Alkohol odpowiada za 3 mln zgonów rocznie na świecie, w tym 400 tys. z powodu chorób nowotworowych. Według niektórych szacunków w czasie pandemii jego sprzedaż wzrosła, np. w Wielkiej Brytanii aż o ok. 25 proc. Spożywanie alkoholu wiązano dotychczas ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia siedmiu nowotworów (piersi, jelita grubego, jamy ustnej, przełyku, krtani, gardła i wątroby). Jak wskazuje Polska Liga Walki z Rakiem, nie udowodniono jednak tego, czy alkohol jest bezpośrednią przyczyną rozwoju nowotworów, czy też niezbędne jest jego współdziałanie z innymi czynnikami ryzyka (np. palenie papierosów, niezdrowa dieta). Odpowiedzi na to pytanie dostarczają wyniki badania opublikowanego w „International Journal of Cancer”, o czym szerzej piszemy w naszym portalu. ■

Mniej powikłań



Grupa pomorskich naukowców opracowała urządzenie, która pozwala dokładnie ocenić ukrwienie narządów w trakcie operacji chirurgicznych. To pomoże zmniejszyć liczbę powikłań. – Metoda nie obciąża chirurga dodatkowymi i złożonymi czynnościami – mówi prof. Jerzy Wtorek, koordynator Centrum BioTechMed Politechniki Gdańskiej, o czym informujemy na naszej stronie na Facebooku. Jak dodaje prof. Jacek Zieliński z Katedry i Kliniki Chirurgii Onkologicznej GU-Med, stan ukrwienia tkanek stanowi podstawowy warunek gwarantujący prawidłowe gojenie ran, co odgrywa ważną rolę m.in. w chirurgii przewodu pokarmowego. ■

Bezpieczeństwo

W obliczu rosyjskiej agresji na Ukrainę i napływu rzeszy uchodźców do Polski dużego znaczenia nabiera zapewnienie bezpieczeństwa lekowego. Chodzi o niezakłócony dostęp do podstawowych farmaceutyków, którymi lekarze i pielęgniarki zaopatrują i leczą miliony Polaków, a od niedawna także tysiące obywateli Ukrainy. Bez wątpienia wzrosła liczba osób wymagających farmakoterapii. Co należy zrobić w tej sytuacji? Więcej na ten temat na www.gazetalekarska.pl. ■

Choroby rzadkie

Za nami Światowy Dzień Chorób Rzadkich, z którymi w Polsce zmaga się blisko 3 mln ludzi – to mniej więcej tyle, ile choruje na cukrzycę, uznawaną za epidemię XXI w. – Choroby rzadkie są ogromnym wyzwaniem dla medycyny. Rozpoznanie może trwać latami, a pacjent, zanim pozna diagnozę, odwiedza nawet kilkunastu specjalistów. Rola genetyki jest tutaj naprawdę istotna – mówi dr Katarzyna Wertheim-Tysarowska z Instytutu Matki i Dziecka. Dodaje, że badania genetyczne przyspieszają postawienie diagnozy, a interpretacji wyniku analizy genetycznej powinna towarzyszyć wnikliwa ocena kliniczna pacjenta. O chorobach rzadkich, które nie zawsze są tak rzadkie, jak powszechnie się sądzi, szerzej na www.gazetalekarska.pl. ■

Depresja



Depresja i zaburzenia lękowe to najczęściej diagnozowane dolegliwości psychiczne u dzieci z cukrzycą typu 1. Łódzcy naukowcy ustalają, na ile zachowania rodziców i otoczenia, ale także postrzeganie chorego, wpływają na jego stan psychiczny. Wyniki ich prac mogą przyczynić się do powstania programów poprawiających stan zdrowia psychicznego dzieci i lepszej samo-kontroli cukrzycy. Jak mówi dr Andrzej Śliwerski z Instytutu Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego, związek między depresją i lękiem a kontrolą cukrzycy jest dwukierunkowy – zaburzenia emocjonalne wpływają na gorszy poziom wyrównania glikemii, a nawracające hipoglikemie i hiperglikemie mogą prowadzić do depresji i lęku. ■

Dzień za dniem

Za pośrednictwem naszej strony na Facebooku informujemy o sytuacji placówek ochrony zdrowia za naszą południowo-wschodnią granicą. Niestety zazwyczaj nie są to optymistyczne wieści, ale na szczęście nie brakuje doniesień pozytywnych, związanych nie tylko z docierającą na miejsce pomocą humanitarną. ■

Na polu walki

Dzięki sensorom umieszczanym na ciele oraz systemowi przekazywania danych w czasie rzeczywistym do placówki medycznej, ranni żołnierze otrzymają szybszą pomoc medyczną. Trwają prace nad stworzeniem systemu wspomagania decyzji o ewakuacji medycznej z pola walki. Ma być on oparty o monitorowanie parametrów życiowych i rozszerzoną świadomość sytuacyjną, zwiększającą szansę na przetrwanie w niebezpiecznych sytuacjach. Innowacyjną technologię stworzą specjaliści z Wojskowej Akademii Technicznej i Wojskowego Instytutu Medycznego we współpracy z inżynierami. Niewykluczone, że w przyszłości skorzystają z niej m.in. poszkodowani policjanci i strażacy. ■

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Niezgodny z prawem zabieg przerwania ciąży

Okręgowy sąd lekarski zdecydował o karze pozbawienia PWZ lekarza ginekologa za to, że w swoim gabinecie podjął się, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, zabiegu przerwania 10-tygodniowej ciąży niezgodnie z przepisami ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu i warunkach dopuszczalności przerwania ciąży, przy czym zabiegu ostatecznie nie wykonał, ponieważ już na początku doszło do powikłania.

Powikłanie dotyczyło przebicia ściany macicy oraz jelita cienkiego i grubego, zagrażającego życiu chorej i wymagającego operacyjnego zszycia macicy, resekcji odcinków jelita i zespołen, z czasowym wytworzeniem sztucznego odbytu, a następnie jego zamknięciem.

OSL, poza pozbawieniem lekarza prawa wykonywania zawodu, skazał go też na kary pieniężne za nieprawdziwy wpis w dokumentacji dotyczący poronienia w toku i usunięcie dokumentacji elektronicznej.

Od powyższego orzeczenia obwiniony odwołał się do Naczelnego Sądu

Art. 39 KEL:

Podjmując działania lekarskie u kobiety w ciąży lekarz odpowiada za zdrowie i życie jej dziecka. Dlatego obowiązkiem lekarza są starania o zachowanie zdrowia i życia dziecka również przed jego urodzeniem.

Lekarskiego, wnioskując o uniewinnienie. NSL potwierdził ustalenia OSL dotyczące winy, natomiast zmienił zaskarżone orzeczenie w zakresie wymiaru kary, zawieszając prawo wykonywania zawodu na okres dwóch lat, i zamieniając karę finansową na karę nagany za pozostałe czyny. ■

Po wnikliwej analizie całokształtu sprawy, NSL uznał, że kara pozbawienia prawa wykonywania zawodu jawi się jako zbyt surowa, a wymierzone przez sąd powszechny kary są wystarczająco dotkliwe.

KOMENTARZ



Jacek Miarka
Przewodniczący NSL

Na wstępie należy stwierdzić, że równoległe do postępowania przed sądem lekarskim toczyło się postępowanie karne, w którym obwiniony lekarz został skazany prawomocnym wyrokiem na 10 miesięcy więzienia z zawieszeniem na dwa lata, zawieszenie prawa wykonywania zawodu na cztery lata i wysokie kary finansowe.

Art. 26 ustawy o izbach lekarskich mówi, że prawomocne rozstrzygnięcie sądu karnego o winie pozostaje

wiążące także dla sądu lekarskiego, więc wniosek o uniewinnienie nie mógł się ostać.

NSL natomiast wziął pod uwagę, że uszkodzenie ściany macicy ciężarnej w czasie wszelkich zabiegów jest najczęstszym powikłaniem, a pokrzywdzona cierpiała na chorobę Leśniowskiego-Crohna, która miała wpływ na kruchość narządów, oraz że do ściany macicy był przyklejony zapalny konglomerat jelit. Samo podjęcie decyzji o zabiegu przerwania ciąży było wysoce naganne, natomiast postępowanie lekarza po wystąpieniu powikłania było w ocenie NSL właściwe.

Obwiniony rozpoznał powikłanie, powiadomił o tym pacjentkę, wezwał pogotowie ratunkowe, poinformował telefonicznie oddział ginekologiczny najbliższego szpitala, a następnie osobiście udał się do tego szpitala. Sprawdzał, czy pacjentka dotarła na miejsce i czy wdrożono właściwe

procedury medyczne. Postępowanie takie należy uznać nie tylko za właściwe i profesjonalne, ale także pełne troski o pacjentkę, co niewątpliwie przyczyniło się do zapewnienia chorej właściwej opieki i szczęśliwego finału. Pacjentka po kilku miesiącach urodziła drogą cięcia cesarskiego zdrowe dziecko. Po wnikliwej analizie całokształtu sprawy, NSL uznał, że kara pozbawienia prawa wykonywania zawodu jawi się jako zbyt surowa, a wymierzone przez sąd powszechny kary są wystarczająco dotkliwe, stąd kara czasowego zawieszenia PWZ na dwa lata, jako kontynuacja kary już wymierzonej. Natomiast czasowe zawieszenie prawa wykonywania zawodu powoduje także brak możliwości zarabkowania w ramach posiadanych kwalifikacji zawodowych, co skutkowało zamianą kary pieniężnej na karę nagany. NSL wziął także pod uwagę dotychczasową niekaralność obwinionego.

PRACA BEZ ETATU

Lekarz a tzw. mały ZUS

Minęły ponad dwa lata od wprowadzenia instytucji tzw. małego ZUS, a sprawa ta nadal budzi wątpliwości praktyczne.

Jarosław Klimek radca prawny OIL w Łodzi

Codzi o to, czy podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w okresie pierwszych 24 miesięcy od dnia rozpoczęcia prowadzenia pierwszej prywatnej praktyki lekarskiej można obniżyć do 30 proc. kwoty minimalnego wynagrodzenia (art. 18a ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych), szczególnie gdy działalność ta jest wykonywana na rzecz byłego pracodawcy, u którego lekarz/lekarz dentysta wcześniej odbywał staż podyplomowy (art. 18a ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych).

Choć umowa o odbywanie stażu podyplomowego nosi nazwę umowy o pracę, to jednak odbiega zasadniczo od stosunku pracy opartego na regulacjach Kodeksu pracy. Uwidaczniają się one już na etapie jej zawarcia. Lekarz (lub lekarz dentysta), który zamierza rozpocząć staż podyplomowy, nie ma swobody w porozumieniu się z podmiotem, w którym staż ten chciałby odbyć. Zgodnie z art. 15d ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty do odbycia stażu podyplomowego jest on kierowany w drodze uchwały właściwej okręgowej rady lekarskiej. Strony nie ustalają również treści umowy samodzielnie, bo ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty określa (w art. 15 ust. 7) okres, na jaki zostaje zawarta umowa pomiędzy lekarzem stażystą a podmiotem prowadzącym staż, a nawet termin jego rozpoczęcia, który co do zasady przypada na 1 marca lub 1 października każdego roku (art. 15 ust. 8 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty). Odstępstwo od tej zasady jest możliwe, ale

wyłącznie za zgodą właściwej okręgowej rady lekarskiej, która wcześniej musi zasięgnąć opinii marszałka województwa. Do tego zmiana taka jest możliwa wyłącznie w uzasadnionych przypadkach (art. 15 ust. 9 ustawy o ZLiLD). Także zakresu obowiązków lekarza stażysty nie określają strony umowy, a ustalają go przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (art. 15 ust. 3 i 4 ustawy o ZLiLD).

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w art. 15b ust. 3, precyzyjnie określa zakres uprawnień lekarza stażysty, co stanowi zasadniczą różnicę, która nie pozwala na zrównanie tego stosunku z samodzielnym wykonywaniem zawodu lekarza po ukończeniu stażu podyplomowego. Ma to zasadnicze znaczenie dla rozstrzygnięcia problemu. Lekarz stażysta właściwie nie może samodzielnie dokonać jakiegokolwiek czynności bez uzyskania zgody, odbycia konsultacji opiekuna stażu lub we współpracy z innym lekarzem posiadającym „pełne” prawo wykonywania zawodu. Ponieważ czynności zawodowe wykonywane w trakcie i po stażu są całkowicie odmiennie, przemawia to za korzystną dla młodych lekarzy interpretacją przepisów.

Podobne sprawy były już rozstrzygane w odniesieniu do przedstawicieli innych wolnych zawodów o podobnej ścieżce kariery zawodowej – aplikantów radcowskich i adwokackich. Korzystne dla nich rozstrzygnięcie zawiera uchwała SN z 10.04.2013 r. sygn. akt II UZP 2/13 oraz wyrok SN z dnia 12.02.2013 r. sygn. akt II UK 184/12. Biorąc pod uwagę podobieństwa w cyklu szkolenia zawodowego oraz w nabywaniu uprawnień do samodzielnego wykonywania zawodu, niewątpliwie mogą posłużyć lekarzom

w sporach z organami rentowymi. Zgodnie z tymi orzeczeniami „czynności wchodzące w zakres wykonywanej działalności gospodarczej”, o których mowa w art. 18a ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, które uniemożliwiają zastosowanie preferencyjnych składek ubezpieczeniowych dla osób podejmujących po raz pierwszy działalność gospodarczą (art. 18a ust. 1 w związku z art. 8 ust. 6 pkt 1 tej ustawy) należy rozumieć czynności odpowiadające tym, które były uprzednio wykonywane w ramach stosunku pracy na rzecz byłego pracodawcy. W przypadku lekarza stażysty i lekarza samodzielnie wykonującego zawód zakres tych czynności jest zupełnie różny i co do tego nie ma jakiegokolwiek wątpliwości. Lekarz stażysta uczy się zawodu według narzucanego mu schematu postępowania i pod ścisłym nadzorem, a lekarz samodzielnie wykonujący zawód, posiadając już wymagane kwalifikacje potwierdzone odpowiednimi dokumentami, udziela świadczeń zdrowotnych polegających w szczególności: na badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich (art. 2 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty). Właściwie w przypadku lekarzy już sam ustawodawca posługuje się terminem „stażu podyplomowego”, który jest jedynie etapem mającym na celu de facto naukę zawodu i przygotowanie zawodowe do pełnienia samodzielnej funkcji lekarza. Wyłącza to tożsamość czynności wykonywanych na tych etapach. ■

WSPÓŁPRACA Z POLICJĄ I OPIEKĄ SOCJALNĄ



Wzajemne współdecydowanie

Jaka jest rola lekarza w procedurze odebrania dziecka w związku z przemocą w rodzinie?

Agnieszka Gorczyńska prawnik, psychotraumatolog, p.f. Prokuratora Rejonowego Gdańsk-Oliwa w Gdańsku

Procedurę tzw. interwencyjnego odebrania dziecka z rodziny określa art. 12a ustawy z dnia 29 lipca 2009 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U. 2020, poz. 218 z późn.zm.). Instytucja ta w praktyce stanowi tzw. ochronę na przedpolu i poprzedza proces karny, pozwala bowiem jeszcze przed stwierdzeniem winy i zakresu odpowiedzialności karnej sprawcy na ochronę dziecka przed dalszym krzywdzeniem.

Jak wynika z preambuły, ustawę wprowadzono w celu zwiększenia skuteczności

przeciwdziałania przemocy w rodzinie, uznając przy tym, że przemoc ta narusza podstawowe prawa człowieka, a władze publiczne mają obowiązek zapewnić wszystkim obywatelom równe traktowanie oraz poszanowanie ich praw i wolności.

Podkreślenia wymaga odrębność procedowania przed sądem w zakresie instytucji wskazanych w ustawie, gdyż zastosowanie mają tu przepisy postępowania cywilnego, a nie karnego, a właściwym do oceny zasadności i legalności odebrania dziecka oraz prawidłowości jego dokonania jest sąd opiekuńczy – właściwy miejscowo sąd rodzinny.

Należy odróżnić zastosowanie tej instytucji od sytuacji, kiedy lekarz badający dziecko (czy to w ramach regularnej opieki pediatrycznej, czy na oddziale ratunkowym) nabierze podejrzenia, iż jego pacjent może być ofiarą przemocy domowej. Wówczas jako podmiot uprawniony powinien sporządzić formularz niebieskiej karty i przesłać do właściwego organu pomocy rodzinie. Natomiast jeśli pomoc medyczna jest udzielana dziecku, które ewidentnie jest pokrzywdzone przestępstwem znęcania się fizycznego czy psychicznego przez osobę najbliższą, konieczna jest natychmiastowa interwencja policji i wdrożenie od razu instrumentów prawa karnego.

Jeśli pracownik socjalny czy funkcjonariusz policji powiadamia właściwą miejscowo placówkę medyczną o wdrożeniu procedury interwencyjnego odebrania dziecka, to osoba odpowiedzialna za podjęcie takiej decyzji powinna delegować lekarza, ratownika medycznego lub pielęgniarkę na miejsce zdarzenia, aby pomóc w ocenie zaistnienia przesłanek ustawowych.

PRZESŁANKI DO ODEBRANIA DZIECKA

Określając przesłanki zastosowania procedury odebrania dziecka w związku ze stwierdzeniem przemocy w rodzinie, ustawodawca wskazał na trzy elementy:

- zagrożenie życia lub zdrowia dziecka,
- bezpośredni charakter zagrożenia,
- związek zagrożenia z przemocą w rodzinie.

Stwierdzenie stanu zagrożenia dla życia lub zdrowia dziecka wynika z ustaleń faktycznych, konkretnych zaniedbań czy działań opiekunów (prawnych lub faktycznych) podjętych wobec dziecka, które w konsekwencji mogą powodować utratę jego życia lub zdrowia. Przy czym, biorąc pod uwagę zasadę *lege non distinguente nec nostrum est distinguere*, należy przyjąć, że są to zachowania uderzające zarówno w zdrowie fizyczne, jak i psychiczne małoletniego. Bezpośredni charakter zagrożenia wskazuje na jego nieuchronność, dokonanie oceny, że utrata życia lub zdrowia przez dziecko będzie naturalnym następstwem stwierdzonego zachowania, bez konieczności zajścia innych zdarzeń. Ponieważ zagrożenie musi się wiązać z przemocą w rodzinie, stwierdzenie wystąpienia tej przesłanki nie może być podjęte w oderwaniu od elementów zachowania wskazanych w definicji legalnej, czyli, że jest ono wynikiem jednorazowego lub powtarzającego się umyślnego działania lub zaniechania podjętego wobec osoby najbliższej. Definicja zawarta w ustawie ma szerszy charakter niż znamiona przestępstwa znęcania się fizycznego i psychicznego. W praktyce najczęściej mamy do czynienia ze stwierdzeniem takich przesłanek w sytuacji, gdy sprawcy

dobrowolnie wprowadzają się w stan upojenia alkoholowego czy innego odurzenia, a u dziecka stwierdza się ślady stosowania przemocy fizycznej czy innych zaniedbań, które bez natychmiastowego odebrania dziecka z rodziny mogą powodować utratę jego życia lub zdrowia. O tym, czy sprawca poniesie odpowiedzialność karną i w jakim zakresie, zdecyduje późniejsze postępowanie karne.

OBOWIĄZUJĄCA PROCEDURA ODEBRANIA DZIECKA

Informacje (także anonimowo) o potrzebie odebrania dziecka z rodziny w związku ze stwierdzeniem przemocy może otrzymać albo ośrodek pomocy rodzinie, albo właściwa miejscowo jednostka policji, albo placówka medyczna. Interwencja odbywa się w miejscu zamieszkania czy przebywania rodziny albo w placówce edukacyjnej, gdyż tam dziecko może wyznać, że doświadcza przemocy w domu i boi się do niego powrócić.

Osoba uprawniona (i odpowiedzialna zarazem) do interwencyjnego odebrania dziecka jest pracownik socjalny wykonujący obowiązki służbowe na danym terenie. Decyzję o odebraniu dziecka z rodziny podejmuje on jednak wspólnie z funkcjonariuszem policji, a także przedstawicielem ochrony zdrowia – lekarzem, ratownikiem medycznym lub pielęgniarką. Decyzja ta ma charakter kolegialny i wymaga oceny zaistnienia przesłanek przez przedstawicieli wszystkich tych zawodów, zatem bardzo istotna jest ich faktyczna współpraca. Ustawodawca nie wskazał co prawda wprost, że decyzja ta ma być podjęta jednomyślnie, a biorąc pod uwagę interpretację gramatyczną przepisu, ostateczną decyzję podejmuje pracownik socjalny – jednakże

nie może podjąć jej samodzielnie bez obecności na miejscu przedstawicieli policji i ochrony zdrowia. Co istotne, decyzja ta ma charakter faktyczny, nie prawny, gdyż to sąd rodzinny decyduje ostatecznie o zasadności i legalności odebrania dziecka oraz prawidłowości jego dokonania.

WAŻNA WSPÓŁPRACA

Jaka jest rola lekarza lub innego przedstawiciela ochrony zdrowia w procedurze odebrania dziecka w związku ze stwierdzeniem przemocy? Przede wszystkim należy odróżnić kwestię, czy dziecko wymaga natychmiastowej pomocy medycznej, czy przedstawiciel ochrony zdrowia jest „ciałem doradczym” we wskazanej procedurze. Jeśli stan zdrowia dziecka wymaga pomocy medycznej, oczywistym jest, że dyspozytor pogotowia ratunkowego czy kierownik placówki medycznej powinien na miejsce zdarzenia wystąpić odpowiedni zespół ratunkowy. Natomiast jeśli pracownik socjalny czy funkcjonariusz policji powiadamia właściwą miejscowo placówkę medyczną o wdrożeniu procedury interwencyjnego odebrania dziecka, to osoba odpowiedzialna za podjęcie takiej decyzji powinna delegować lekarza, ratownika medycznego lub pielęgniarkę na miejsce zdarzenia, aby pomóc w ocenie zaistnienia przesłanek ustawowych.

Perspektywa i doświadczenie zawodowe zarówno ze strony pomocy społecznej, organów ścigania, jak i pomocy medycznej, pozwalają uznać za słuszne przyjęcie przez ustawodawcę koncepcji wspólnego podejmowania decyzji przez te trzy obecne na miejscu osoby.

Decyzję ostateczną w tym przedmiocie podejmuje co prawda pracownik socjalny, ale nie może podjąć jej indywidualnie, gdyż może to powodować jego odpowiedzialność karną za przekroczenie uprawnień. Również zaniechanie delegowania przez osobę odpowiedzialną przedstawiciela ochrony zdrowia na miejsce interwencji może być poczytane jako niedopełnienie obowiązków. Tym bardziej bardzo ważne jest, aby pracownicy socjalni, funkcjonariusze policji i pracownicy ochrony zdrowia współpracowali ze sobą, gdy prowadzona jest procedura odebrania dziecka w związku z przemocą w rodzinie. ■

ŚWIADCZENIA EMERYTALNO-RENTOWE

Rachunek bankowy dla celów emerytalnych – nadal jest wybór

Co jakiś czas pojawia się w przestrzeni publicznej informacja, że emerytury i renty nie będą przynoszone do domu przez listonoszy i że konieczne dla celów ich wypłaty jest posiadanie rachunku bankowego.

Beata Wierzchowska radca prawny NIL

Dyskusje co do zmiany formy wypłaty świadczeń pojawiły się w związku z ustawą zmieniającą z czerwca 2021 r.¹ Według danych ZUS przytaczanych w uzasadnieniu tej ustawy – 81 proc. nowo przyznanych w 2019 r. świadczeń długoterminowych było wypłacanych na rachunki płatnicze, co oznacza, że wśród nowych świadczeniobiorców, którzy byli niedawno czynni zawodowo, posiadanie rachunku jest rozwiązaniem powszechnym i preferowanym. Obecnie procent przekazywania wszystkich długoterminowych świadczeń wypłacanych przez ZUS na rachunek płatniczy wynosi 73,1 proc.

Jak widać, nie wszyscy emeryci i renciści są zwolennikami posiadania rachunku bankowego. Uspokójmy więc: z dniem 1 stycznia 2022 r. przepisy w zakresie form wypłaty m.in. świadczeń emerytalno-rentowych uległy pewnej modyfikacji,

jednakże zarówno przed, jak i po 1 stycznia 2022 r. osobom uprawnionym do świadczeń długoterminowych, zamieszkałym na terenie Rzeczypospolitej Polskiej ustawodawca gwarantuje dwie (w zasadzie równorzędne) możliwości wypłaty świadczeń, zastrzegając odrębne uregulowania wobec osób odbywających karę pozbawienia wolności, karę aresztu wojskowego albo karę aresztu za wykroczenie oraz osoby tymczasowo aresztowanej. Ponadto dodatkowe uregulowania w zakresie wypłaty świadczeń dotyczą emerytów lub rencistów zamieszkałych za granicą.

Art. 130 ust. 2 ustawy emerytalnej² stanowi bowiem, że świadczenia wypłaca się:

- osobom uprawnionym w formie bezgotówkowej na wskazany przez osobę uprawnioną jej rachunek płatniczy prowadzony w kraju lub wydany w kraju jej instrument płatniczy albo
- za pośrednictwem podmiotów prowadzących działalność w zakresie doręczania świadczeń.

Świadczenia emerytalno-rentowe wypłaca się, poczynając od dnia powstania prawa do tych świadczeń, nie wcześniej jednak niż od miesiąca, w którym zgłoszono wniosek lub wydano decyzję z urzędu przez organ rentowy. Świadczenia te wypłaca się za miesiące kalendarzowe, w dniu ustalonym w decyzji organu rentowego jako termin ich płatności, w cyklach miesięcznych.

Mimo że bezgotówkowa forma wypłaty świadczeń jest formą bezpieczniejszą i szybszą (przelew bankowy dociera do świadczeniobiorcy szybciej niż przekaz pocztowy, jest o wiele bardziej niezawodny, a także praktycznie bezkosztowy do realizacji), to jednak spora część świadczeniobiorców cieszy się, że wprowadzona zmiana zrównuje te dwie formy wypłaty i nie będą zmuszani oni do posiadania rachunków bankowych, a jeśli się na to zdecydują, to będzie to ich wybór. ■

¹Ustawa z dnia 24 czerwca 2021 r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1621)
²Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 504)

Sprostowanie

W numerze 02/2022 „Gazety Lekarskiej” na s. 29 została zamieszczona informacja dotycząca obowiązków statystycznych praktyk lekarskich. Jak poinformował redakcję Rafał Roicki, kierownik Wydziału Statystyki Centrum e-Zdrowia, w drugim i trzecim punkcie publikacji (INFORMACJE OGÓLNE) wkrađł się błąd.

Punkt drugi:

„Jeżeli do udziału w badaniach jest wskazany podmiot o liczbie pracujących nie większej niż 5 (według stanu na dzień 31 grudnia – a nie, jak podaliśmy w „GL”, 30 listopada 2021 r.), wówczas dopuszczalne jest przekazywanie danych w formie papierowej”.

Punkt trzeci:

zamiast: „obowiązek sprawozdawczy nie dotyczy tzw. praktyk kontraktowych („wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego”), jeżeli ich zakres sprawozdania zostanie uwzględniony w sprawozdaniu składanym przez podmiot „macierzysty”, punkt ten powinien brzmieć: „obowiązek sprawozdawczy dotyczy wszystkich praktyk, w tym tzw. praktyk kontraktowych („wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego”), podstawą do zwolnienia z obowiązku sprawozdawczego może być wyłącznie odpowiedni wpis w księdze rejestrowej z informacją o zawieszeniu lub zaprzestaniu działalności”. Za pomyłkę przepraszamy.



Lucyna Krysiak
dziennikarz

VIII KADENCJA SAMORZĄDU LEKARSKIEGO

Na finiszu

11 marca w Toruniu odbyło się ostatnie w obecnym składzie posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej.

Kończąca się VIII kadencja NRL przebiegała w szczególnych okolicznościach. Pandemia COVID-19 i związana z tym praca lekarzy w ekstremalnych warunkach, a także często kontrowersyjne decyzje rządzących dotyczące zmian w funkcjonowaniu i tak już będących w zapaści placówek opieki zdrowotnej, a ostatnio inwazja Rosji na Ukrainę wymusiły na samorządzie lekarskim odejście od planowanych działań i dostosowanie ich do dynamicznie zmieniającej się sytuacji. Musiał on skoncentrować się na bieżących problemach i szybkiej reakcji na to, co się dzieje.

SPROSTAĆ WYZWANIOM

Najświeższym przykładem szybkiego reagowania na wydarzenia w związku działaniami wojennymi za naszą wschodnią granicą jest pomoc medyczna dla Ukrainy w postaci zakupu pięciu karettek ze środków Fundacji Lekarze Lekarzom działającej przy NRL. Pierwsza z nich już trafiła do Lwowa.

W związku z napływem do Polski ogromnej liczby uchodźców, Prezydium NRL i Konwent Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich podczas obrad w Toruniu wystosowały też apel do ministra zdrowia o powołanie zespołu ekspertów, którego zadaniem byłoby identyfikowanie obszarów potencjalnie podwyższonego ryzyka zdrowotnego wynikającego m.in. z niskiego poziomu wyszczepienia ludności ukraińskiej przeciwko COVID-19, innego niż w Polsce kalendarza szczepień,

a także stanu zdrowia uchodźców. Chodzi o to, aby możliwe było nie tylko szybkie zapewnienie im opieki medycznej, ale podjęcie właściwych działań prewencyjnych, takich jak np. badania przesiewowe.

Samorząd to gwarant praw i autonomii lekarzy, powinno się go strzec i być wyczulonym na wszelkie próby podważenia jego autorytetu w opinii publicznej.

Choć – jak zaznaczył w swoim wystąpieniu w Toruniu prezes NRL Andrzej Matyja – mijająca kadencja była niewiarygodnie trudna i być może nawet trudniejsza niż początki formowania się izb lekarskich po reaktywacji samorządu lekarskiego w 1989 r., lekarze wraz z innymi zawodami medycznymi stawili czoła wyzwaniom, stanęli na wysokości zadania, walczyli o pacjentów, działali wspólnie i mówili jednym głosem. Dzieląc się refleksjami na ten temat z członkami NRL, prof. Matyja zauważył, jak w dobie wymuszonych przez pandemię kontaktów online cenne są te bezpośrednie i możliwość wymiany zdań twarzą w twarz. Przypominał też, że w trakcie trwania tej kadencji przypadły dwa ważne jubileusze – 30-lecie odrodzonego samorządu lekarskiego i 100-lecie istnienia samorządu

lekarskiego, którego ze względu na pandemię nie udało się świętować. Na tę okoliczność wybito jednak pamiątkową monetę wdzięczności o nominale 10 zł, którą wręczono członkom NRL VIII kadencji oraz lekarzom zaangażowanym w realizację celów wytyczonych przez NRL.

POTRZEBA ZDECYDOWANEJ POSTAWY

Prof. Matyja przypomniał też, że samorządność nie jest lekarzom i lekarzom denty stom dana raz na zawsze, jest zagrożona za każdym razem, kiedy zmienia się otaczająca nas rzeczywistość i lekarze powinni o tym pamiętać. Nawiązał do problemów związanych z wyborami delegatów na zbliżające się zjazdy okręgowe i zachęcał do zastanowienia się, czy to wynik spadku zaufania do samorządu lekarskiego, braku chęci do angażowania się w sprawy społeczne, czy niechęci do ponoszenia odpowiedzialności oraz lęku przed rozliczaniem z wykonania nałożonych zadań. – Nasza ustawa o izbach lekarskich to tak naprawdę kawałek papieru, sama w sobie nie ma mocy, to ludzie zaangażowani w pracę samorządową nadają jej znaczenie i siłę sprawczą – posumował Andrzej Matyja i zapowiedział, by nie zapominać o tym, że samorząd to gwarant praw i autonomii lekarzy, powinno się go strzec i być wyczulonym na wszelkie próby podważenia jego autorytetu w opinii publicznej czy odebrania praw określonych ustawą przez rządzących, ale to wymaga zdecydowanej postawy środowiska lekarskiego. ■

Zdjęcie z ostatniego spotkania przedstawicieli samorządu lekarskiego VIII kadencji, którzy 11 marca 2022 r. obradowali w Toruniu



FOTO: JAKUB GRABOWSKI



VIII KADENCJA SAMORZĄDU LEKARSKIEGO

„Społeczny zaciąg” się nie sprawdza

Z Andrzejem Cisko, wiceprezesem Naczelnej Rady Lekarskiej i przewodniczącym Komisji Stomatologicznej NRL, rozmawia Lucyna Krysiak.

Jak podsumowałby pan obecną kadencję w kontekście realizacji celów wytyczonych na jej początku?

Wiadomo było, że na tę kadencję zbiegną się fazy wykonawcze przynajmniej kilku wcześniej zdefiniowanych reform. I to z gatunku tych dużych – cyfryzacja, RODO, polityka rtęciowa, dane o odpadach, nowe prawo atomowe. Wiadomym też było, że trzeba będzie walczyć o nakłady finansowe i wycenę świadczeń refundowanych przez NFZ. Nie wiedzieliśmy jednak, że w połowie kadencji zdarzy się pandemia, a później wojna, wywracające znacząco plany makroekonomiczne, co dla branży typowo komercyjnej nie może być bez znaczenia. Myślę, że z tematami poradziliśmy sobie, jak to zwykle bywa – z jednymi lepiej, inne byśmy chętnie dopracowali. Ale pracy był ogrom. Na pewno żadnego celu wytyczonego uchwałowymi zakresem naszych obowiązków nie zbyliśmy zapomnieniem. Szczególną wagę przykładaliśmy do zagadnienia udrożnienia systemu specjalizacyjnego. Ale jest to tak wielowątkowy i zawiły temat, z rysującymi się w tle wieloma grupami interesów, że urasta niemal do symbolu kwadratury koła.

Co komisji udało się zrealizować, a czego niestety nie?

Nie możemy ponosić np. odpowiedzialności za to, że władze publiczne nie chcą się zdecydować na kształt ścieżki zawodowej stomatologów. Zupełnie nie wiemy w dalszym ciągu, co jest na jej końcu. Specjalizacja? 18 proc. lekarzy dentystów to specjaliści. Własna praktyka? Praktyki lekarze zakładają dość wcześnie, więc trochę krótka byłaby ta ścieżka. Doszło do tego, że lepszy od obecnego stanu byłby chyba jakikolwiek inny system, z przywróceniem dwustopniowej specjalizacji włącznie, niż tkwienie w obecnym modelu kształcenia. Więcej szczęścia mieliśmy przy cyfryzacji. Tu udało się naprawdę wiele. W ocenie zadań KS NRL to ważne, gdyż na źle przeprowadzonej cyfryzacji straciłyby głównie podmioty małe, a tych w stomatologii jest zdecydowana większość. Powodów do satysfakcji jest naprawdę sporo. Odsyłam do sprawozdania kadencyjnego naszej komisji. To 13 stron informacji. Jednak nie ich liczba jest tu oczywiście emocjonująca, ale zakres poruszonych w sprawozdaniu spraw, jakie były naszym udziałem i determinacja ukierunkowana na kończenie tych rozpoczętych.

Czy należałoby coś zmienić w przyszłej kadencji w funkcjonowaniu komisji?

Chcąc odpowiedzieć na to pytanie, trzeba postawić parę pytań pomocniczych. Jednym z nich jest profesjonalizacja pracy lekarzy w izbach lekarskich. Mało kto zdecyduje się na uczynienie z działalności izbowej podstawowego miejsca swojej pracy, ale w modelu wykonywania zawodu, jaki jest udziałem większości z nas, model „społecznego zaciągu” nie zdaje egzaminu. Dalej, już nie tylko na gruncie rozważań o stomatologii, należy zauważyć, że zadań stojących przed NIL jest o wiele za dużo, niż jest ona w stanie unieść bez rzetelnego podziału pracy i wsparcia przez izby okręgowe. Polska jest krajem unitarnym, prawo tworzone jest w stolicy i, niezależnie od pracy w okręgach na rzecz harmonijnego ułożenia relacji lekarzy i lekarzy dentystów z miejscowymi strukturami administracyjnymi, to decyzje zapadające w instytucjach centralnych w 90 proc. rzutują na warunki wykonywania zawodu. Garstka zapaleńców pracująca na rzecz NIL nie jest w stanie nawet fizycznie temu podołać. To jest, moim zdaniem, najbardziej podstawowa sprzeczność leżąca u podstaw naszych izbowych ograniczeń, czyli struktura nakierowana na pracę w okręgach przy zdecydowanej supremacji wpływu tego, co dzieje się w szeroko pojętym „centrum” na nasze lekarskie życie.

Jak odejść od standardowych rozwiązań, aby zintensyfikować aktywność członków KS NRL?

Komisja Stomatologiczna NRL właśnie zwołała specjalne, otwarte posiedzenie, na które zaproszeni będą wszyscy wybrani na następną kadencję lekarze dentyści – delegaci na Krajowy Zjazd Lekarzy. Posiedzenie odbędzie się przed tym wydarzeniem. Spotykamy się właśnie po to, aby o takich strukturalnych przeszkodach rozmawiać. Delegaci, którzy sukcesywnie w najbliższych dniach będą wybierani przez okręgowe zjazdy, będą zapraszani do ujawniania swoich kandydatur do organów NIL, a wraz z zapowiedzią chęci kandydowania, do zgłaszania programowych uwag i propozycji dróg polepszenia pracy samorządu. Zobaczymy, jakie pomysły się pojawią. ■

BIULETYN

NR 2 (210)

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

WARSZAWA, III 2022

REDAKTOR NACZELNY: ARTUR DROBNIAK

**UCHWAŁA Nr 4/22/VIII
Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 11 marca 2022 r.
w sprawie powołania członka Rady
Fundacji Lekarzy Lekarzy**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342) i § 18 pkt 1 Statutu Fundacji Lekarzy Lekarzy w Warszawie Naczelna Rada Lekarska postanawia, co następuje:

§ 1.

Powołuje się Mery Topolską-Kotulecką na członka Rady Fundacji Lekarzy Lekarzy z siedzibą w Warszawie.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**UCHWAŁA Nr 5/22/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 11 marca 2022 r.
w sprawie zmiany statutu
Fundacji Lekarzy Lekarzy**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342) w związku z § 35 ust. 1 Statutu Fundacji Lekarzy Lekarzy, Naczelna Rada Lekarska, po zasięgnięciu opinii Rady Fundacji Lekarzy Lekarzy, postanawia co następuje:

§ 1.

W statucie Fundacji Lekarzy Lekarzy, stanowiącym załącznik do uchwały nr 7/11/VI z dnia 13 maja 2011 r., zmienionym uchwałą nr 24/11/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 grudnia 2011 r. w sprawie zmiany statutu Fundacji Lekarzy Lekarzy, oraz uchwałą nr 1/14/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 21 lutego 2014 r. w sprawie zmiany statutu Fundacji Lekarzy Lekarzy, wprowadza się następujące zmiany:

1. W § 7 Statutu Fundacji po punkcie 5 stawia się przecinek i dodaje się punkt 6 o następującym brzmieniu:

„6) niesienie wszelkiej pomocy, w tym dostarczania pomocy humanitarnej, ludziom (także za pośrednictwem instytucji i organizacji ich wspierających) dotkniętym skutkami kryzysów humanitarnych, konfliktów zbrojnych i wojen, klęsk żywiołowych lub innych sytuacji zagrażających ich życiu i zdrowiu zarówno na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, jak i poza granicami kraju”.

2. § 8 Statutu Fundacji otrzymuje następujące brzmienie:

„§ 8 Fundacja realizuje swoje cele poprzez:

- 1) udzielanie osobom wymienionym w § 7 pkt 1-6 wsparcia finansowego w formie między innymi: zapomóg bezzwrotnych i zwrotnych, stypendiów, dofinansowania zabiegów medycznych, kuracji i zabiegów rehabilitacyjnych, dofinansowywania kosztów leczenia, pobytu w sanatorium lub w domach opieki społecznej,
- 2) udzielanie osobom wymienionym w § 7 pkt 1-6 pomocy rzeczowej,
- 3) organizowanie i dofinansowywanie przedsięwzięć edukacyjnych dzieciom zmarłych lekarzy oraz dzieciom lekarzy wymienionych w § 7 pkt 5,
- 4) udzielanie wsparcia finansowego dla rozwoju społecznie akceptowanych inicjatyw samorządu zawodowego lekarzy w zakresie opieki zdrowotnej dla osób wymienionych w § 7 pkt 1,
- 5) udzielanie wsparcia finansowego dla wszelkich innych inicjatyw służących rozwojowi opieki społecznej dla lekarzy i ich rodzin, wymienionych w § 7 pkt 2-6”.

§ 2.

Przyjmuje się tekst jednolity statutu Fundacji Lekarzy Lekarzy w brzmieniu stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

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

**UCHWAŁA Nr 6/22/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 11 marca 2022 r.
w sprawie upoważnienia do zawarcia umowy
na prace remontowe w lokalach
Naczelnej Izby Lekarskiej**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 23 i art. 40 ust. 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342), art. 7c ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2021 r. poz. 790), uchwała się, co następuje:

§ 1.

Upoważnić Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – Andrzeja Matyję i Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej – Grzegorza Mazura do podpisania z DM Building sp. z o.o. w Warszawie umowy na prace remontowe w lokalach nr 16, 17 Naczelnej Izby Lekarskiej do kwoty 900.000 zł netto.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**UCHWAŁA Nr 7/22/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 11 marca 2022 r.
w sprawie zwiększenia liczby odznaczeń
„Meritus Pro Medicis” w roku 2022**

Na podstawie § 5 ust. 6 Regulaminu nadawania odznaczenia „Meritus Pro Medicis”, stanowiącego Załącznik do Uchwały Nr 15/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 9 listopada 2018 r., uchwała się, co następuje:

§ 1.

W związku z nieprzyznawaniem odznaczeń „Meritus Pro Medicis” w roku 2020 oraz w roku 2021, Odznaczenie to może zostać przyznane w 2022 roku 30 osobom.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**STANOWISKO Nr 4/22/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 11 marca 2022 r.
w sprawie projektu ustawy
o obronie Ojczyzny**

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z rządowym projektem ustawy o obronie Ojczyzny, o którym poinformował Pan Dariusz Salamończyk – Zastępca Szefa Kancelarii Sejmu w piśmie z dnia 2 marca 2022 r., znak: SPS-WP.020.62.5.2022, stwierdza, że dokładna analiza projektu ustawy – który zawiera 805 artykułów, na 447 stronach, a jego wdrożenie spowoduje zmiany w 61 ustawach oraz uchylenie 14 ustaw – jest niemożliwa w tak krótkim terminie, jaki został wyznaczony na jego zaopiniowanie.

Z uwagi na powyższe, Naczelna Rada Lekarska zgłasza następujące uwagi i propozycje, które koncentrują się na wybranych problemach dotyczących obszaru medycznego:

1. Przepisy dotyczące ochrony zdrowia w wojsku, orzecznictwa oraz kształcenia kadr medycznych zostały uwzględnione w opiniowanym dokumencie – w różnych jego częściach. Niestety, projekt ustawy nie zawiera wyodrębnionego działu lub co najmniej rozdziału kodyfikującego w sposób całościowy zagadnienia związane z ochroną zdrowia wojsk, profilaktyką i lecnictwem oraz funkcjonowaniem systemu zabezpieczenia medycznego – jednego z kluczowych systemów utrzymania zdolności Sił Zbrojnych do działania. Jest to poważny mankament projektu, zwłaszcza jeśli wziąć pod uwagę szczegółowe rozwiązania dotyczące innych sfer funkcjonowania wojska – np. „Psy i konie w Siłach Zbrojnych” – Dział XI – art. 254-267. Nie dezawuuując projektowanych przepisów Działu XI, nie sposób jednak nie dostrzec dysproporcji w porównaniu z zapisami dotyczącymi ochrony zdrowia wojsk.

2. Uwzględniając uwagi przedstawione w pkt. 1, proponuje się dodanie po art. 301 artykułu 301a o treści: „301a. 1. Tworzy się obwody profilaktyczno-lecznicze wojskowej służby zdrowia, jako struktury organizacyjne potencjału stacjonarnego systemu zabezpieczenia medycznego Sił Zbrojnych RP.

2. Minister Obrony Narodowej określi w drodze rozporządzenia liczbę, zasięg terytorialny, zadania na czas pokoju, kryzysu i wojny oraz podstawowe wymagania dotyczące struktury komend obwodów profilaktyczno-leczniczych”.

Uzasadnienie: proponowane przepisy stanowiąc będą „załączek” regulacji dotyczących funkcjonowania systemu zabezpieczenia medycznego Sił Zbrojnych RP.

3. Art. 61 projektu stanowi:

„1. W przypadku gdy osoba, której nadano kategorię zdolności do czynnej służby wojskowej w ramach kwalifikacji wojskowej, zgłosi w terminie 3 lat od dnia nadania tej kategorii chęć pełnienia czynnej służby wojskowej, nie kieruje się jej na badania lekarskie oraz psychologiczne. 2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do osób, które ubiegają się o powołanie do zawodowej służby wojskowej lub do służby na stanowiskach wymagających szczególnych predyspozycji, a także do osób, których stan zdrowia uległ zmianie albo istnieją uzasadnione wątpliwości co do aktualnego stanu zdrowia.”

Projektowane przepisy nie precyzują jednak, kto ma stwierdzać wątpliwości co do stanu zdrowia kandydata, skoro nie będzie on podlegał badaniom? Jest to ryzykowne rozwiązanie nastawione raczej na większą skuteczność rekrutacji a nie bezpieczeństwo. Wobec powyższego proponuje się wykreślenie art. 61.

4. W art. 84 ust. 3 przewidziano możliwość jednoosobowego orzekania wojskowych komisji lekarskich w określonych przypadkach. Rozwiązanie to jest sprzeczne z zasadami orzecznictwa wojskowo-lekarskiego i powinno zostać wykreślone.

5. W projekcie ustawy założono dokonanie zasadniczych zmian w systemie rekrutacji wojskowej, polegających m.in. na utworzeniu wojskowych centrów rekrutacji. W skład tych centrów mają wejść psycholodzy wojskowi, zaś wojskowe pracownice psychologiczne mają zostać zlikwidowane. Zamierzenie to nie jest możliwe do zaakceptowania, gdyż oznacza de facto likwidację systemu psychoprofilaktyki w wojsku oraz podporządkowanie psychologów centrom rekrutacji, co wykluczy niezależność orzecznictwa w zakresie psychologii. Z tego względu proponuje się wykreślenie w całości art. 765 dotyczącego likwidacji Centralnej Wojskowej Pracowni Psychologicznej oraz wojskowych pracowni psychologicznych.

6. Art. 271 ust. 1 stanowi:

„Żołnierzowi zawodowemu pobierającemu naukę właściwy organ udziela płatnego urlopu szkoleniowego na pobieranie nauki, odbywanie studiów wyższych lub studiów podyplomowych lub kształcenie w szkole doktorskiej, a także na odbycie specjalizacji medycznej...” Jednocześnie art. 274 ust. 1 pkt 8 mówi, że urlop ten w celu przygotowania się do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego przez lekarzy i lekarzy dentystów oraz specjalistów z korpusu osobowego medycznego i złożenia tego egzaminu wynosi 30 dni. Natomiast art. 281 ust. 18 przewiduje, że „żołnierzowi zawodowemu – lekarzowi lub lekarzowi dentyście skierowanemu przez właściwy organ do odbycia szkolenia specjalistycznego w dziedzinie medycyny na czas odbywania zajęć w ramach tego szkolenia udziela się zwolnienia od zajęć służbowych, w całym okresie szkolenia, w wymiarze nie mniejszym niż 24 godziny tygodniowo, w czteromiesięcznym okresie rozliczeniowym...”. Powyższe regulacje dotyczące zasad kształcenia specjalizacyjnego lekarzy i lekarzy dentystów nie budzą zastrzeżeń, jednak szczegółowe zapisy należałoby doprecyzować, ponieważ sformułowanie „odbycie specjalizacji medycznej” użyte w art. 271 ust. 1 może sugerować, że chodzi o cały okres specjalizacji (zależnie od dziedziny i programu 2-6 lat), a przecież z dalszej treści wynika, że urlop szkoleniowy na przygotowanie do PES wynosi 30 dni. Wobec powyższego, w art. 271 ust. 1 zamiast sformułowania „a także na odbycie specjalizacji medycznej...” należałoby wpisać: „a także na naukę związaną z odbywaną specjalizacją medyczną...”.

Ponadto, w art. 281 ust. 18 użyto błędnego określenia „szkolenia specjalistycznego w dziedzinie medycyny”, zamiast „szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny”.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**STANOWISKO Nr 5/22/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 11 marca 2022 r.
w sprawie poselskiego projektu ustawy
o zawodzie kosmetologa**

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z poselskim projektem ustawy o zawodzie kosmetologa, o którym poinformował Pan Dariusz Salamończyk – Zastępca Szefa Kancelarii Sejmu w piśmie z dnia 15 lutego 2022 r., znak: SPS-WP.020.34.5.2022, negatywnie opiniuje przedmiotowy projekt. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej projekt ten stanowi próbę stworzenia zawodu niemedycznego z atrybutami zawodu medycznego, jakimi są: prowadzenie dokumentacji, tajemnica zawodowa, doskonalenie zawodowe, wymóg posiadania lokalu, urządzeń, produktów kosmetycznych itd.

Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę, iż aby była możliwość weryfikacji tych obowiązków, ustawa powinna przewidywać ramy wykonawcze, jakimi w przypadku przepisów dotyczących zawodów medycznych są delegacje do wydania odpowiednich rozporządzeń wykonawczych przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Tymczasem przepisy projektowanej ustawy nie regulują jakiegokolwiek merytorycznego nadzoru nad wykonywaniem zawodu kosmetologa. Nie jest wiadome, kto ma strzec przestrzegania przez osoby wykonujące zawód kosmetologa ramowych zasad wykonywania tego zawodu wskazanych w ustawie w zakresie tajemnicy zawodowej, prowadzenia dokumentacji czy też doskonalenia zawodowego, jak również nie wiadomo, kto i czy te zasady będzie szczegółowo kodyfikował. Naczelna Rada Lekarska wskazuje ponadto na brak regulacji dotyczących np. gospodarki odpadami. Naczelna Rada Lekarska od dłuższego czasu wskazuje na potrzebę uporządkowania prawnych aspektów udzielania świadczeń z zakresu medycyny estetycznej. W praktyce bowiem obserwowane jest rozmycie granicy pomiędzy świadczeniami zdrowotnymi, zastrzeżonymi dla działalności leczniczej, a zabiegami z dziedziny kosmetologii i kosmetyki, które są domeną działalności gospodarczej. Konsekwencją tego są liczne przypadki udzielania de facto świadczeń zdrowotnych przez osoby nieposiadające odpowiednich kwalifikacji (niewykonyjące żadnego z zawodów medycznych), a przez to wchodzenia podmiotów gospodarczych w obszar zastrzeżony dla regulowanej działalności gospodarczej, jaką jest działalność lecznicza. Sytuacji tej nie uzdrawia proponowany projekt ustawy o zawodzie kosmetologa, który np. w przepisie art. 2 ust. 2 pkt 2, dotyczącym uprawnień próbuje w formie załącznika doprecyzować listę specjalistycznych zabiegów estetycznych, a sam przepis uprawnia dodatkowo do *innych czynności mających na celu poprawę ogólnej kondycji włosów skóry i paznokci oraz opóźnianie zewnętrznych oznak starzenia się organizmu*, które jest określeniem pojemnym.

Naczelna Rada Lekarska konsekwentnie podkreśla, iż zabiegi związane z ingerencją w tkanki powłok

skórnych powinny być wykonywane wyłącznie przez lekarzy i lekarzy dentystów jako przedstawicieli grup zawodowych legitymujących się specjalistycznym zakresem wiedzy teoretycznej i praktycznej. Pogłębiona wiedza i umiejętności lekarzy i lekarzy dentystów nabywane są dodatkowo w drodze szkolenia specjalizacyjnego. Takiego zakresu wiedzy, jaki posiadają osoby wykonujące te zawody, nie uzyskują ani absolwenci studiów o kierunku kosmetologia, ani absolwenci szkół policealnych kształcących w zawodzie technika usług kosmetycznych, ani tym bardziej uczestnicy różnego rodzaju kursów kosmetycznych, których to regulacja zawodów pozostaje poza właściwością Ministra Zdrowia. Naczelna Rada Lekarska po raz wtóry zwraca też uwagę na kwestię powikłań w trakcie zabiegów i po nich, a w związku z tym konieczność natychmiastowego zabezpieczenia i zastosowania leków – pierwsza pomoc o takim charakterze dostępna jest wyłącznie w ramach działalności leczniczej.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**STANOWISKO Nr 6/22/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 11 marca 2022 r.**

**w sprawie ustawy o pomocy obywatelom
Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na
terytorium tego państwa**

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z treścią ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa wskazuje, że ustawodawca nie uregulował w sposób kompleksowy, przemyślny i racjonalny kwestii udzielania świadczeń zdrowotnych w Polsce przez lekarzy i lekarzy dentystów, którzy uzyskali kwalifikacje zawodowe poza obszarem UE, w szczególności w Ukrainie.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej kompetencje lekarzy i lekarzy dentystów z Ukrainy są cenne dla zapewnienia opieki medycznej ich rodakom, przebywającym w naszym kraju oraz ewentualnie innym osobom, które porozumiewają się językiem ukraińskim lub rosyjskim. Przyznanie jednak tym medykom uprawnień zawodowych pozwalających na objęcie opieką pacjentów polskich powinno wiązać się z odpowiednią znajomością języka polskiego.

Niezrozumiałe jest, że ustawa umożliwia zatrudnienie osoby nieposiadającej obywatelstwa polskiego na stanowisku pomocy nauczyciela jedynie pod warunkiem znajomości języka polskiego, a jednocześnie pozwala na przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza i udzielania świadczeń zdrowotnych polskim pacjentom osobie, która języka polskiego w ogóle nie zna. Przyjęte w ustawie rozwiązanie jest tym bardziej niezrozumiałe, że nie uwzględnia stanowiska rządu, które zostało wyrażone w rządowym projekcie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (UD 331). W projekcie tym rząd

planuje wprowadzenie jako przesłanki uzyskania warunkowego prawa wykonywania zawodu lekarza oraz warunkowego prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty znajomości języka polskiego. W uzasadnieniu tego projektu rząd wyraźnie wskazał, że powodem tej zmiany jest wzgląd na bezpieczeństwo pacjentów. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej sytuacja w Ukrainie, a także potrzeby zdrowotne uchodźców z tego kraju, którzy znaleźli się na terytorium Polski i wymagają opieki medycznej, uzasadniają wprowadzenie szczególnych rozwiązań prawnych, ale nie uzasadniają obniżenia poziomu bezpieczeństwa udzielania świadczeń zdrowotnych polskim pacjentom.

Przyjęte w ustawie rozwiązania pomijające wśród warunków niezbędnych do uzyskania na terytorium Polski prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty, umożliwiającego leczenie polskich pacjentów, konieczność znajomości języka polskiego są rozwiązaniami niebezpiecznymi dla lekarzy, którzy bez znajomości języka polskiego będą chcieli leczyć polskich pacjentów, niebezpiecznymi dla tych pacjentów, ale również dla podmiotów leczniczych, które zatrudniają tych lekarzy.

Wsparcie ze strony państwa polskiego dla uchodźców z Ukrainy wymagających opieki medycznej powinno opierać się na otoczeniu ich opieką medyczną zapewnianą z udziałem ukraińskich medyków – nawet tych, którzy nie znają języka polskiego. W dalszej kolejności, wsparcie tych medyków, umożliwiające im leczenie polskich pacjentów, powinno polegać na zapewnieniu im możliwości uzupełnienia kompetencji językowych do takiego poziomu, w którym sprawowana przez tych lekarzy opieka nad pacjentem polskojęzycznym będzie bezpieczna.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**APEL Nr 2/22/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 11 marca 2022 r.
do społeczności międzynarodowej**

Brutalna inwazja Federacji Rosyjskiej na Ukrainę zburzyła poczucie bezpieczeństwa na całym świecie i zasługuje wyłącznie na potępienie. My, członkowie Naczelnej Rady Lekarskiej, głęboko poruszeni cierpieniem i śmiercią obywateli wolnego kraju solidaryzujemy się z całym narodem ukraińskim i zapewniamy, że robimy wszystko, co w naszej mocy, by zadbać o potrzebujących pomocy lekarskiej, którzy trafiają do naszego kraju, a także o tych, którzy zostali w ojczyźnie.

W imieniu całego środowiska lekarskiego i lekarsko-dentystycznego apelujemy o natychmiastowe przerwanie działań wojennych. Apelujemy o pokój, o rozstrzygnięcie konfliktów w drodze negocjacji z poszanowaniem praw jednostki, społeczeństw i narodów do decydowania o swoim losie.

Europa staje w obliczu masowej migracji milionów ofiar wojny i groźby kryzysu humanitarnego. Musimy

być gotowi do poniesienia znacznych kosztów m.in. na ochronę zdrowia. Apelujemy do całej społeczności międzynarodowej, w tym do przedsiębiorców, aby ich wszelkim działaniom przyświecała chęć niesienia pomocy, empatia i ludzka solidarność, a nie korzyści biznesowe, które mogą przysłonić najważniejsze wartości takie jak ludzkie życie, zdrowie, godność i uczciwość. Apelujemy do obywateli Europy i Świata, by nie ulegali dezinformacji, aby nie ustawiali w wysiłkach na rzecz pomocy ofiarom wojny, nie szczędzili sił i środków, by wywierać presję na polityków, bo to w ich rękach leży zakończenie tragedii Ukrainy. Jako międzynarodowa społeczność nie możemy być pobłażliwi wobec prowokacji i kłamliwej propagandy, które w przeszłości były i obecnie nadal są zarzewiem konfliktów prowadzących do nienawiści i bratobójczych walk.

Wierzmy, że ludzi dobrej woli jest więcej i razem jesteśmy w stanie wyrzucić presję na agresora oraz wesprzeć nękanych przez niego obywateli Ukrainy, przyczyniając się do zakończenia rozgrywanego się na naszych oczach wielkiego ludzkiego dramatu.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**APEL Nr 3/22/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 11 marca 2022 r.
do Ministra Zdrowia**

Naczelna Rada Lekarska zwraca się do Ministra Zdrowia o podjęcie natychmiastowych decyzji umożliwiających zgodne z prawem działanie punktów pomocy medycznej tworzonych przez samorządy i inne instytucje niosące pomoc uchodźcom oraz organizację gabinetów lekarskich zlokalizowanych w miejscach największych skupisk uchodźców. Rada uważa za konieczne rozszerzenie kompetencji przychodniowych poradni pediatrycznych i internistycznych o możliwość leczenia uchodźców i ich dzieci (dotychczas poradnie te mogły udzielać świadczeń wyłącznie w ramach kontroli po pobycie w szpitalu). Samorząd lekarski domaga się natychmiastowego przyznania pracownikom medycznym z Ukrainy uprawnień opiekuna medycznego, co pozwoli na zatrudnienie ich jako pracowników medycznych w polskich placówkach ochrony zdrowia do momentu uzyskania przez nich uprawnień zawodowych.

Pilnego rozwiązania wymaga także problem prowadzenia dokumentacji medycznej przez osoby nieznające języka polskiego, które uzyskały zgodę na wykonywanie zawodu na terenie Polski. Naczelna Rada Lekarska podkreśla, że w obecnej sytuacji we wskazanych powyżej obszarach nie ma czasu na powoływanie kolejnych zespołów, problemem te wymagają natychmiastowego rozwiązania przez Ministra Zdrowia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

Gonitwa



Andrzej Cisko
wiceprezes NRL

Jak już pisałem w poprzednim felietonie, obecna, rozpędzona kadencja będzie na pełnych obrotach „do końca i o jeden dzień dłużej”. Trochę przypomina to końcówkę kadencji Jimmy’ego Cartera (styczeń 1981 r.).

Nowojorski „Times” drwił wtedy rysunkiem Białego Domu z dobiegającą z Oval Office deklaracją Cartera, że nie opuści gabinetu, dopóki jeden chociaż zakładnik pozostaje w Iranie, i komentującej to jego małżonki, że „niestety, ale Reaganowie czekają od frontu z meblami...”.

Na przemeblowanie w siedzibie NIL specjalnie się nie zanoś, ale kadencję kończoną w takim biegu rzeczywiście trudno sobie przypomnieć.

W serwisie stomatologicznym na stronach www.nil.org.pl opublikowaliśmy sprawozdanie kadencyjne Komisji Stomatologicznej NRL. Trzynaście stron tekstu obrazuje wielość zadań, przed którymi stała izbowa stomatologia. Gdybym nie miał pod względem gromadzenia dokumentów po trosze duszy księgowego, to doprawdy trudno byłoby mi teraz przywołać wszystkie detale naszych działań, a i tak to przecież skróciwa forma czteroletnich reminiscencji. O tym, co wyszło, a co nie, odpowiadam w rozmowie z redaktorką Lucyną Krysiak na s. 44. Polecam też lekturę samego sprawozdania. Znajdziecie je Państwo pod linkiem: <https://stom.hipokrates.org/link/8>.

Już w poprzednim felietonie, oddanym do druku na trzy dni przed wybuchem wojny w Ukrainie, odnotowałem poczucie nadciągającej katastrofy humanitarnej. Wszyscy czujemy, że skala wyzwań, przed jakimi nasze społeczeństwo stanie, jest trudna do wyobrażenia. Zwłaszcza, że nie znamy jeszcze pełnego katalogu problemów.

W CMKP uruchamiane są kursy językowe dla lekarzy i lekarzy dentystów z Ukrainy. Sprawa jest jasna – bez komunikacji z pacjentem uprawianie medycyny jest niemożliwe. Ale 45-godzinny kurs nie załatwi sprawy, potrzebny jest system opieki językowej nad lekarzem z prawdziwego zdarzenia. Stajemy też przed dwoma znaczącymi faktami: po pierwsze,

dużej różnicy w możliwości absorpcji imigracji lekarskiej na rynku pracy lekarzy w stosunku do rynku lekarzy dentystów. Na razie liczba poszukujących pracy stomatologów z Ukrainy jest niewielka, co specjalnie nie dziwi, gdyż powszechna mobilizacja zatrzymuje większość służby medycznej w kraju. W zależności od tego, który scenariusz zakończenia działań wojennych się zmaterializuje, będziemy mieli mniejszą lub większą falę stomatologicznej imigracji. Po drugie (co wiąże się z pierwszą tezą), Polska jako jedyny kraj w UE ma bardzo liberalne ustawodawstwo w przyznawaniu prawa wykonywania zawodów lekarskich przybyłym spoza UE i w przypadku niekorzystnego scenariusza geopolitycznego naturalnym będzie nasze oczekiwanie na otwarcie się również pozostałych korporacji stomatologicznych Unii na przyjęcie stomatologów z Ukrainy.

Skoro jednym z wyzwań jest zapewnienie uchodźcom opieki medycznej, to przy tak dużej liczbie dzieci, młodzieży i uchodźców w ogóle, świadczenia stomatologiczne muszą być dostępne, więc to już nie jest kwestia posiadania czy braku wizji władz publicznych – tu po prostu trzeba czynów, żeby na tle dostępu do tak powszechnych i podstawowych świadczeń jak stomatologiczne nie wybuchały konflikty.

Wycena AOTMiT świadczeń chirurgicznych, która po naszej interwencji wygląda już zgoła inaczej od wersji grudniowej, musi zostać szybko zaimplementowana do umów. Będziemy w tej sprawie nalegać. Wystąpiliśmy, aby jednym zarządzeniem prezesa NFZ implementację tej wyceny poszerzyć o korektę wyceny wypełnień, gdyż rentowność kontraktów podstawowych właśnie od wyceny wypełnień zależy w największym stopniu. O tym wszystkim proszę na bieżąco czytać na www.Gonitwa zdarzeń, myśli, scenariuszy i hipotez. Doprawdy, wiara, że żyjemy w „najlepszym ze światów”, została wystawiona na ciężką próbę. ■

**Bez komunikacji
z pacjentem uprawianie
medycyny jest
niemożliwe.**



STOMATOLOGIA W PIGUŁCE

Dla szczęścia i dobrego samopoczucia

Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej (ang. WOHD, World Oral Health Day) w roku 2022 obchodzony był pod hasłem „Be Proud of Your Mouth for your happiness and well-being”.

Jest to najważniejsze święto stomatologiczne, przypadające 20 marca, którego główny cel to upowszechnianie wiedzy o znaczeniu zdrowia jamy ustnej, także w kontekście ekonomicznym, oraz dla promowania profilaktyki. W 2007 r. ustanowiła je Światowa Federacja Dentystyczna (FDI). W ramach obchodów na całym świecie podejmowane są inicjatywy oraz akcje

przypominające, że zdrowe zęby to podstawa zdrowia ogólnego.

W aktualnej formule ŚDZJU obchodzony jest od 2013 r. Wcześniej, a dokładnie od 2008 r., święto obchodzone było 12 września. Wybrano ten dzień dla uhonorowania urodzin założyciela FDI dr. Charlesa Godona. Jednak kilka lat później, w związku z cykliczną organizacją Światowego Kongresu Stomatologicznego FDI we wrześniu oraz licznymi obowiązkami w tym okresie, władze FDI zdecydowały o przeniesieniu ŚDZJU na 20 marca. ■

Źródło: polskamowiaaa.pl

Podsumowanie prac

„Sprawozdanie Kadencyjne to urzędowe podsumowanie czteroletniej pracy. Jest to wymóg wszelkich demokratycznie wybieranych gremiów, aby pod koniec okresu, na jaki zostało się wybranym, swoim wyborcom, jak też organowi, który to gremium powołał, zdać sprawozdanie z wykonania powierzonych zadań” – pisze dr Andrzej Cisto, wiceprezes NRL i przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL, w przedmowie do sprawozdania z działalności KS NRL w VIII kadencji. Dokument liczy trzynaście stron i można się z nim zapoznać na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej. ■

Źródło: nil.org.pl

FDI wzywa do zachowania neutralności medycznej w Ukrainie



Światowa Federacja Dentystyczna FDI wraz z narodowymi stowarzyszeniami stomatologicznymi wyraża głębokie zaniepokojenie wojną toczącą się obecnie na terytorium Ukrainy. FDI wzywa przy tym do przestrzegania praw człowieka i poszanowania międzynarodowych zasad neutralności placówek medycznych i ich personelu.

– W czasach konfliktów zbrojnych i niepokojów społecznych należy umożliwić kontynuowanie realizacji świadczeń medycznych bez jakichkolwiek przeszkód. FDI wzywa lekarzy dentystów i zespoły stomatologiczne, aby – zachowując środki bezpieczeństwa – kontynuowali swoją pracę. Należy podjąć wszelkie wymagane środki, aby zapewnić

pacjentom i poszkodowanym bezpieczny dostęp do opieki zdrowotnej. Moje najgłębsze myśli i modlitwy są z moimi ukraińskimi kolegami, z którymi solidaryzuję się – powiedział prof. Ihsane Ben Yahya, prezes FDI.

FDI potępia użycie siły wobec placówek medycznych i podkreśla, że uniemożliwienie lekarzom dentystom i innym świadczeniodawcom wykonywania ich obowiązków wyraźnie narusza prawo międzynarodowe, w szczególności Konwencję Genewską i jej protokoły dodatkowe. Naraża również życie cywilów. Federacja wzywa do poszanowania pracy zespołów medycznych oraz respektowania neutralności placówek opieki zdrowotnej w czasie konfliktu zbrojnego. ■

Źródło: fdiworlddental.org

Apel w sprawie wyceny świadczeń

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji zakończyła prace nad wyceną części katalogu świadczeń stomatologicznych oraz zapowiedzianą w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia aktualizacją wyceny wypełnień niezawierających amalgamatu.

15 marca Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wystosowało apel do prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o dokonanie niezwłocznej, jednoczesnej zmiany wycen świadczeń ujętych w raporcie AOTMiT oraz sześciu świadczeń stomatologii zachowawczej:

- 23.1502 – Całkowite opracowanie i odbudowa ubytku zęba na 1 powierzchni,
- 23.1503 – Całkowite opracowanie i odbudowa ubytku na 2 powierzchniach,
- 23.1504 – Całkowite opracowanie i odbudowa rozległego ubytku na 2 powierzchniach,
- 23.1505 – Całkowite opracowanie i odbudowa ubytku na 3 powierzchniach,
- 23.15037 – Całkowite opracowanie i odbudowa zniszczonego kąta w zębach siecznych,
- 23.1108 – Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego.

„Wejście życie nowej wyceny wypełnień stomatologicznych powinno nastąpić w tym samym czasie, co opracowana już przez AOTMiT nowa wycena świadczeń z zakresu chirurgii stomatologicznej. Utrzymanie i tak malejącej bazy świadczeniodawców wymaga zdecydowanych i skoordynowanych działań, zwłaszcza w kontekście spodziewanego znacznego wzrostu kosztów utrzymania placówek medycznych oraz systemowego niedoszacowania wyceny świadczeń stomatologicznych” – napisano w apelu. ■

Źródło: nil.org.pl

O-pH a próchnica

Naukowcy z University of Washington wykazali, że stworzone przez nich narzędzie dentystyczne może mierzyć kwasowość gromadzoną przez bakterie w płytce nazębnej, prowadzącą do powstawania ubytków.

System O-pH to prototypowe urządzenie optyczne, które emituje światło LED i mierzy reakcje tego światła, fluorescencję, z barwnikiem chemicznym zatwierdzonym przez FDA nakładanym na zęby, a następnie daje odczyt liczbowy pH lub kwasowości płytki nazębnej pokrywającej zęby.

– Płytki nazębne zawierają wiele bakterii, które wytwarzają kwas, gdy wchodzi w interakcję z cukrem zawartym w jedzeniu – wyjaśnia Manuja Sharma, główny

autor i doktorant na Wydziale Inżynierii Elektrycznej i Komputerowej UW. – Kwas powoduje korozję powierzchni zębów, a ostatecznie powstanie ubytków. Jeśli uda się uchwycić informacje o aktywności kwasowej, można mieć wyobrażenie, jak bakterie rosną w biofilmie zębów lub płytki nazębnej – dodał.

Nie wszystkie bakterie w biofilmie są złe lub prowadzą do próchnicy, dlatego pomiar kwasowości środowiska może dać obraz lekarzowi dentyście, jakie jest zagrożenie rozwojem problemów.

Aby przetestować swoje urządzenie, naukowcy zrekrutowali 30 pacjentów w wieku 10-18 lat, z medianą wieku 15 lat, ponieważ szklisko na zębach dzieci jest znacznie cieńsze niż u dorosłych,

a wczesne ostrzeżenie o erozji kwasowej w przypadku takich pacjentów jest jeszcze ważniejsze. Przebadano także studentów II i III roku.

Test jest nieinwazyjny. Podczas gdy na zęby nakładany jest barwnik, sonda umieszczona na końcu sznurka przepuszcza i zbiera światło, unosząc się nad powierzchnią zęba. Zebrane światło wraca do centralnego pojemnika, w którym dokonywany jest odczyt pH. Stan zębów „czytano” kilkakrotnie przed i po płukaniu cukrem, przed i po profesjonalnym czyszczeniu zębów.

Wyniki badania zostały opublikowane w lutym w „IEEE Transactions on Biomedical Engineering”. ■

Źródło: eurekalert.org

Pogarsza się stan zdrowia przyzębia Duńczyków



Okazało się, że w Danii duża część populacji nie chodzi regularnie do lekarza dentystry, przez co cierpi na różne formy paradontozy. To dodatkowe koszty dla systemu opieki zdrowotnej w tym kraju.

W badaniu naukowcy zmapowali liczbę wizyt stomatologicznych w latach 2012-2016 pacjentów dorosłych i przyjrzeni się liczbie osób, które przeszły leczenie zapalenia przyzębia.

Odkryli, że około 2 mln Duńczyków, czyli 40 proc. dorosłej populacji, nie odwiedza lekarza dentystry nawet raz w roku i może cierpieć na paradontozę. Ponadto poinformowali, że całkowite wydatki na opiekę periodontologiczną w kraju wzrosły w tym okresie o 13 proc., z 78 mln euro do 88 mln euro.

– Odkryliśmy, że około 12-14 proc. populacji duńskiej jest leczonych z powodu paradontozy i nie jest to nawet zbliżona liczba Duńczyków szacowanych jako dotkniętych tą chorobą – powiedział współautor badania, dr Christian Damgaard, profesor nadzwyczajny w Klinice Odontologii w Kopenhadze. Badacze byli zaskoczeni, jak rzadko przeprowadza się zabiegi periodontologiczne w Danii, a także tym, że liczba świadczonych usług periodontologicznych zmniejszyła się w ciągu pięciu lat, które analizowali. Według dr Damgaarda oznacza to, że międzynarodowe towarzystwa periodontologiczne powinny przekonać duński urząd ds. zdrowia, aby periodontologię uznać w Danii za specjalność.

Badanie zatytułowane „Periodontal care attendance in Denmark in 2012-2016 – a nationwide register-based study” zostało opublikowane w „Acta Odontologica Scandinavica”. ■

Źródło: dental-tribune.com

STOMATOLOGIA



Eko gabinet

Myślenie proekologiczne jest coraz bardziej powszechne. Co więcej, to już nie tylko trend troski o środowisko, ale ma również znaczenie oszczędnościowe. Zaczęło przenikać ono coraz silniej także do stomatologii.

Anna Lella członek zarządu Światowej Federacji Dentystycznej oraz Council of European Dentists

Temat „green dentistry” od dawna jest w obszarze szczególnych zainteresowań Światowej Federacji Dentystycznej (FDI). Niedawno rozpoczęła ona nową inicjatywę, aby intensyfikować działania w tym obszarze.

FDI traktuje zrównoważony rozwój jako podstawową zasadę stomatologii, która „powinna być praktykowana etycznie, z zachowaniem wysokiego poziomu jakości i bezpieczeństwa, w dążeniu do optymalnego zdrowia jamy ustnej”. Zrównoważony rozwój „obejmuje szersze zaangażowanie specjalisty ds. zdrowia jamy ustnej w odpowiedzialność społeczną i środowiskową”. Prezentowane niżej materiały mogą posłużyć za inspirację, co można poprawić w gabinecie, a także skłonić do dalszych przemyśleń.

Stomatologia przyjazna dla środowiska (zwana też stomatologią zieloną lub zrównoważoną) to taka, która zmniejsza swoje negatywne oddziaływanie na środowisko naturalne. Jej celem jest zachęcanie lekarzy dentyków do wdrażania strategii zmierzających do zmniejszenia zużycia energii i redukcji odpadów wytwarzanych przez tę dziedzinę medycyny. Emisja dwutlenku węgla, zużycie tworzyw sztucznych, wytwarzanie odpadów – to główne wyzwania na wszystkich poziomach łańcucha dostaw materiałów dentystycznych, a także w zakresie udzielanych świadczeń.

Zrównoważony rozwój stomatologii to coś więcej niż tylko trend. To rzeczywistość, z którą firmy różnej wielkości muszą się zmierzyć i znaleźć sposoby na dostosowanie się, jeśli chcemy zachować dobre warunki życia na Ziemi dla przyszłych pokoleń.

PROPOZYCJE ROZWIĄZAŃ

Głównym celem zielonej stomatologii jest generowanie jak najmniejszej liczby szkód dla środowiska przy jednoczesnym zapewnieniu kontroli zakażeń i wysokiej jakości opieki stomatologicznej pacjentom. W gabinetach stomatologicznych powinna więc nastąpić restrukturyzacja poprzez ograniczenie ilości odpadów tam, gdzie to możliwe, racjonalne wykorzystanie oraz zakup sprzętu i materiałów, które nadają się do recyklingu, a także ogólne przemyślenie zachowań konsumpcyjnych.

Istnieje wiele rozsądnych, praktycznych i łatwych rozwiązań dostosowanych do „zielonych” zaleceń, które mogłyby zmniejszyć negatywny wpływ gabinetu dentystycznego na środowisko. Zmiany nawet na małą skalę to ważny początek i jedyna droga do długoterminowej przemiany w kierunku bardziej ekologicznej przyszłości.

ZASADA 4 R

Rekomendowane postępowanie to postępowanie w myśl zasady 4 R (Re-think, Reduce, Re-use, Recycle). To podstawowe filary w kreowaniu odpowiedzialności za środowisko.

Dane dotyczące śladu węglowego „przemysłu” w odniesieniu do stomatologii wskazują, że największą jego część stanowią podróże pacjentów i personelu do gabinetów i z powrotem (nawet ponad 60 proc. śladu węglowego), na drugim miejscu znajduje się zużycie energii, które jest odpowiedzialne za 14-21 proc. emisji gazów cieplarnianych, a na trzecim – zakupy z udziałem 19 proc.

Proponowane rekomendacje to:

1. Ograniczenie podróży:

- łączenie wizyt członków rodziny lub łączenie kilku procedur u pacjenta,
- zmniejszenie częstotliwości wizyt w oparciu o ocenę ryzyka pacjenta,
- wdrażanie telemedycyny i telekonferencji dla pacjentów,
- zachęcanie pracowników do wspólnych dojazdów.

2. „Biuro bez papieru”:

- rezygnacja z papieru i przejście na pracę cyfrową, korzystając z oprogramowania do zarządzania praktyką: rejestry pacjentów, wysyłanie wiadomości tekstowych i wiadomości e-mailem zamiast papierowych (gdy jest konieczna wersja papierowa, należy drukować w trybie roboczym, który zużywa ok. 50 proc. atramentu mniej niż podczas normalnego drukowania).

3. Elektronika w biurze:

- gdy komputer nie jest używany, powinien być wyłączony lub przynajmniej w stanie uśpienia.

4. Cyfrowe zdjęcia rentgenowskie:

- radiowizjografia, przesyłanie obrazów drogą mailową lub na nośnikach elektronicznych zamiast tradycyjnych klisz rentgenowskich (obrazy cyfrowe wymagają od 75 do 90 proc. mniej promieniowania niż konwencjonalne; ponadto, przechodząc na technologię cyfrową, nie wytwarza się odpadów papierowych, plastikowych ani ołowianych, ani zanieczyszczać kanalizacji wodnej przez usuwanie wywoływaczy i utrwalaczy).

5. Oświetlenie energooszczędne:

- powoduje nie tylko redukcję kosztu opłat za energię, wytwarza również 70 proc. mniej ciepła.

- Instalacja separatorów amalgamatu w celu eliminacji rtęci uwalnianej do systemu kanalizacji.

7. Bezwodny system ssący zamiast tradycyjnych ślinociągów (chroni zasoby wodne).

PROPONOWANE ZALECENIA:

- inwestuj w produkty wielokrotnego użytku (np. tace ze stali nierdzewnej, inne instrumenty możliwe do dekontaminacji),
- prowadź recykling materiałów (takich jak papier i aluminium),
- inwestuj w przedmioty nadające się do sterylizacji w autoklawie w miejsce powszechnie stosowanych jednorazowych z plastiku,
- przejmij kontrolę nad gospodarką odpadami (biodegradowalne rękawice nitylowe, kubki papierowe z wodoodporną, naturalną wyściółką ze skrobi oraz szereg papierowych produktów higienicznych wykonanych z poddanych recyklingowi kartonów Tetra Pack). Oczywiście te środki są tylko częścią większej układanki, którą należy rozważyć.

Przemysł:

- przejście na biodegradowalne produkty jednorazowego użytku,
- poinformowanie pacjentów o alternatywnych opcjach (np. bambusowe szczoteczki do zębów i biodegradowalne nici itp.),
- zachęcanie pacjentów i personelu do podróżowania środkami transportu publicznego,
- prowadzenie stałego monitorowania badań nt. możliwości udoskonalania i wdrażanie przyjaznych środowisku rozwiązań w kierunku zrównoważonego rozwoju.

INNE MIERZALNE KORZYŚCI

Poza zyskami oczywistymi dla środowiska oraz dla nas samych, wdrożenie ekologicznych rozwiązań w praktyce stomatologicznej może stanowić o wzroście konkurencyjności na rynku i pozyskaniu nowych pacjentów, którym zależy na dobru naszej planety.

Ruch ekologiczny, który rozpoczął się w latach 60. XX w., do dziś jest sposobem na życie. To, co kiedyś było uważane za hipisowski styl życia, przyjęło się powszechnie, w związku ze wzrostem świadomości ekologicznej. Wg YouGov w ciągu ostatnich 10 lat świadomość ekologiczna wśród młodych Brytyjczyków wzrosła ponad dwukrotnie. 45 proc. osób w wieku od 18 do 24 lat uważa, że kwestie środowiskowe są jednym z najpilniejszych problemów w kraju. Badanie

Statista podaje, że ochrona środowiska i zmiany klimatyczne są głównymi priorytetami polityki publicznej dla nastolatków mieszkających w USA. Tendencja jest podobna na całym świecie i przekłada się na podejmowanie działań w polityce międzynarodowej.

Zielona stomatologia jest bezpieczna dla pacjenta, a dodatkowo ogranicza wpływ praktyki dentystycznej na środowisko, pomagając tym samym lekarzom dentystom chronić zdrowie planety i społeczności, a także kondycję finansową ich praktyk.

PROBLEMY WE WDROŻENIU ROZWIĄZANIA

Największym problemem może okazać się zmiana starych nawyków, naszych dotychczasowych przyzwyczajeń. Na pierwszy rzut oka może się to wydawać niemożliwe, ponieważ jest tak wiele do rozważenia. Z kolei stosowanie rzeczy wielokrotnego użytku w miejsce jednorazowych budzi obawę o kompromis w zakresie protokołów dekontaminacji. Dostępność na rynku materiałów biodegradowalnych nie jest jeszcze powszechna, ale stale poprawia się.

Mogą się pojawić wątpliwości, ile czasu i pieniędzy będzie to kosztowało? Istnieje jednak wiele pozytywnych zmian w kierunku bardziej ekologicznej przyszłości, które można wprowadzić niemal natychmiast, a które są niedrogie, a czasem nawet bezpłatne.

Kwestie związane z ochroną środowiska w kontekście stomatologii są od pewnego czasu dość częstym tematem dyskusji, w które angażują się nie tylko ekolodzy oraz lekarze dentyści, ale także naukowcy i producenci sprzętu stomatologicznego. Odpowiedzialność lekarzy dentystów za kwestie związane z ekologią dostrzega również Rada Europejskich Lekarzy Dentystów (CED), która w kilku swych stanowiskach wskazywała, że stomatolodzy powinni mieć na uwadze wpływ swojej pracy zawodowej na środowisko.

FDI, promując ideę „zrównoważonego rozwoju w stomatologii”, zaleca, aby były to programy wolontariackie, gdyż wydają się one być rozsądniejsze i skuteczniejsze. Z dotychczasowych doświadczeń wynika, że lekarze dentyści znacznie lepiej reagują na programy dobrowolne niż uciążliwe zalecenia narzucane przez organy regulujące. Osoby, które z własnej woli współpracują i wspierają się nawzajem, są kluczowym czynnikiem pozytywnej zmiany. ■

NAUKA W PIGUŁCE

Jak mózg oddziela, przechowuje i odzyskuje wspomnienia

– Ta praca zmienia sposób, w jaki naukowcy badali mechanizm myślenia dokonującego się w ludzkim mózgu – powiedział dr Jim Gnat, dyrektor programowy w National Institute of Neurological Disorders and Stroke oraz NIH BRAIN Initiative, oceniając wyniki badań amerykańskich naukowców.

Badanie, prowadzone przez dr. Ueli Rutishausera, prof. neurochirurgii, neurologii i nauk biomedycznych w Cedars-Sinai Medical Center w Los Angeles, rozpoczęło się od prostego pytania: jak mózg tworzy i porządkuje wspomnienia? Co oznacza ich początek i koniec?

Ludzie przeżywają życie jako jedno, ciągłe doświadczenie, ale z badań nad ludzkimi zachowaniami wynika, że poszczególne wydarzenia przechowywane są w mózgu jako indywidualne, odrębne momenty. Teoria ta określana jest jako „segmentacja zdarzeń”. Stosunkowo niewiele jednak wiadomo, jak przebiega w mózgu proces magazynowania wspomnień.

Aby to zbadać, Rutishauser i jego współpracownicy pracowali z 20 pacjentami, u których rejestrowano



wewnątrzczaszkową aktywność mózgu, by odpowiednio ukierunkować operację leczenia padaczki lekoopornej, na którą cierpieli. To właśnie wówczas przyjrzeni się, w jaki sposób na aktywność mózgu wpływały pokazywane klipy filmowe, które zawierały różne rodzaje „granic poznawczych”.

Pierwszy film był plikiem wideo zawierającym scenę, która następnie przechodzi do innej, jednak kontynuuje opowiadaną historię („miękką granicą”). Drugi

zawierał cięcie i przenosił do zupełnie innej historii, np. po odbitej piłce natychmiast następowało cięcie i przejście do reklamy („twarda granica”). Dr Jie Zheng, pracujący w Szpitalu Dziecięcym w Bostonie i pierwszy autor badania, wyjaśnił kluczową różnicę między tymi dwiema granicami. – To, jak bardzo narracja zmienia się z jednego klipu na drugi, określa rodzaj granicy poznawczej – powiedział Zheng.

– Kiedy budujesz pamięć, to tak, jakbyś nowe zdjęcia dodawał do danego wydarzenia. Kiedy pojawia się twarda granica, wydarzenie jest zamykane i zaczyna się nowe – wyjaśnił dr Rutishauser.

Naukowcy zidentyfikowali dwa typy komórek w ludzkim mózgu, które biorą udział w organizowaniu dyskretnych wspomnień na podstawie czasu ich wystąpienia. Ich odkrycie daje szansę na lepsze zrozumienie, w jaki sposób mózg tworzy wspomnienia i może mieć implikacje w zaburzeniach pamięci, takich jak choroba Alzheimera. ■

Źródło: sciencedaily.com

Chromosomy a walka z nowotworami

Komórki wykorzystują RNA do regulacji aktywności genów. Jego małe fragmenty mogą precyzyjnie dostosować ilość produkowanego w nich białka, a niektóre małe RNA mają zdolność do nawet całkowitego wyłączenia genów.

Enzym zwany Dicer rozdrabnia RNA na mniejsze kawałki: organizmy robaków używają go do odcinania genów podczas rozwoju, a organizm człowieka do produkcji mikroRNA, regulującego geny. Dicer budzi zainteresowanie, ponieważ przypuszcza się, że mutacje w genie tego enzymu przyczyniają się do powstawania niektórych nowotworów u ludzi, chociaż nie jest jasne, dlaczego tak się dzieje.

W badaniu, opublikowanym 22 lutego w czasopiśmie „Nature Communications”, naukowcy pod kierunkiem prof. Roba Martiensena z laboratorium Cold Spring Harbor odkryli nieoczekiwaną rolę

Dicer w komórkach ssaków: enzym ten jest ważny dla zachowania integralności strukturalnej genomu.

– Nowa funkcja, którą zidentyfikowaliśmy dla stabilności genomu Dicer, niezależnie od innych dobrze znanych szlaków małych RNA, może wyjaśniać, dlaczego mutacje Dicer są ważnym czynnikiem w niektórych typach raka – powiedział Benjamin Roche z laboratorium Martiensena.

Kiedy zespół usunął Dicer z embrionalnych komórek macierzystych myszy, komórki zachorowały. Chromosomy wewnątrz dzielących się komórek nie mogły odpowiednio ustawić się w celu równego rozmieszczenia w stosunku do komórek potomnych. Podział komórek uległ spowolnieniu, a wiele z nich obumarło. Naukowcy widzieli podobną reakcję już wcześniej, kiedy usunęli Dicer z komórek

drożdży. Pogłębiając dalej badania, odkryli, że Dicer stabilizuje genom myszy w taki sam sposób, w jaki utrzymuje genom drożdży, co sugeruje, że jest to starożytna ewolucyjnie rola tego enzymu.

Dicer współpracuje z białkiem aktywującym gen o nazwie BRD4. Badacze odkryli, że kiedy Dicer zostaje uszkodzony, a BRD4 jest nienaruszony, chromosomy tracą stabilność. Usunięcie małego fragmentu BRD4 (zwanego bromodomeną 2) sprawiło, że stabilność chromosomu została przywrócona. W ludzkich nowotworach BRD4 często jest zmutowany. – Nasze odkrycia sugerują, że inhibitory ukierunkowane na bromodomenę 2 BRD4 mogą mieć określone działanie terapeutyczne, gdy w raku Dicer jest zagrożony – komentuje prof. Martienssen. ■

Źródło: eurekalert.org

Musimy być gotowi na różne scenariusze

Z prof. Jerzym Samochowcem, prezesem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, rozmawia Lucyna Krysiak.

W psychiatrii sporo się dzieje. Wprowadza się zmiany, aby poprawić dostępność leczenia. Czy fala uchodźców z Ukrainy może wpłynąć na ten proces?

Napływ 2-3 mln uchodźców spowoduje przyrost populacji i tym samym wzrośnie prawdopodobieństwo zwiększenia odsetka osób z zaburzeniami psychicznymi. Przypomnę statystyki z badania EZOP II, na podstawie którego oszacowano liczbę osób z zaburzeniami psychicznymi na poziomie ponad 2,5 mln. Według danych NFZ liczba badanych doświadczających zaburzeń zdrowia psychicznego nieznacznie przekracza 2,1 mln. Jest zatem pewna rozbieżność pomiędzy zidentyfikowanymi potrzebami zdrowotnymi a danymi o korzystaniu przez pacjentów z publicznej pomocy w zakresie opieki psychiatrycznej. Reasumując, podkreślić należy, że zaburzeń psychicznych w ciągu całego życia doświadczyło 26 proc. społeczeństwa. Obecnie możemy się spodziewać podobnego lub nawet większego ich odsetka, bo powiększonego o czynnik spustowy, jakim jest wojna i doznana trauma. Według danych Biura ds. Pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w 2022 r. w Polsce dostęp do Centrów Zdrowia Psychicznego ma dotyczyć aż 30 proc. populacji – to oczywiste, że musi się on zwiększyć w związku z populacją powiększoną o liczbę uchodźców.

Mówi się o ukraińskich dzieciach, które przeżywają traumę związaną z bombardowaniami i ucieczką z zagrożonych terenów. Jak zorganizować dla nich specjalistyczną opiekę? Czy system jest w stanie to udźwignąć?

Jesteśmy w samym centrum reformy psychiatrii dzieci i młodzieży, ale system ciągle jest niewydolny i należy go przeorganizować. Na pierwszej linii pomocy uchodźcom nie znajdują się psychiatry dziecięcy, a raczej psychologowie, psychoterapeuci czy specjaliści pracujący na co dzień z dziećmi i młodzieżą, tzw. pierwszej pomocy psychologicznej mogą udzielać również odpowiednio przeszkoleni wolontariusze, duchowni, pielęgniarki, pedagodzy. Mamy nadzieję korzystać ze wsparcia specjalistów w tej dziedzinie przybyłych z Ukrainy.

Uchodźcy będą trafiać najpierw do lekarzy POZ. Czy są opracowane dla nich wytyczne, w jakich sytuacjach powinni kierować pacjentów do psychiatrii ze wskazaniem konkretnej placówki?



Prof. Jerzy Samochowiec:
– Działania wojenne mają dramatyczny wpływ na sytuację osób chorych psychicznie w Ukrainie.

Odpowiednie instytucje opracowują już procedury i szukają rozwiązań. Współpracujemy z kolegami i koleżankami lekarzami posługującymi się językiem ukraińskim. W naszej Klinice SPSK1 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie pracuje personel średni, dzięki któremu już wcześniej porozumiewaliśmy się z pacjentami z Ukrainy czy Białorusi, których przed wojną było ok. 10 proc. Teraz ważne jest, by systemowo zorganizować możliwość stałego dostępu do tłumaczy, najlepiej z wykształceniem psychologicznym lub pedagogicznym, lub też innych specjalistów. Istnieją odpowiednie wytyczne, sformułowane przy współpracy Naczelnej Izby Lekarskiej i Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, dla lekarzy POZ dotyczące leczenia zaburzeń depresyjnych. Wskazane jest, by z nich korzystać również w obecnej sytuacji. Natomiast jeśli pacjent ma urojenia, doświadcza halucynacji, ma myśli samobójcze, to powinien być skierowany na izbę przyjęć oddziału psychiatrii.

Kiedy uchodźca z zaburzeniami psychicznymi spowodowany traumą wojny wymaga pomocy psychologicznej, a kiedy psychiatrycznej?

W większości przypadków mamy do czynienia z objawami ostrej reakcji na stres. Uruchamiane są wówczas naturalne mechanizmy radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Osobom tym przede wszystkim należy zapewnić poczucie bezpieczeństwa, odbarczyć poczucie winy oraz zadbać o ich podstawowe potrzeby. Reakcja i zaburzenia posttraumatyczne są silniejsze, jeżeli trauma jest celowo spowodowana przez ludzi. Ofiary zbrodni (gwałt, tortury, napad itp.), w odróżnieniu od ofiar katastrofy naturalnej, o wiele częściej doświadczają zaburzeń posttraumatycznych, kiedy rozpamiętują i przeżywają wydarzenia na wiele sposobów. Pewna część osób będzie cierpieć z powodu PTSD. Stresor wojenny może uaktywnić traumy z przeszłości, reaktywować choroby psychiczne, zaburzenia. Podatne na nią są osoby z historią psychiatryczną. Przewlekły stres może przyczynić się do utrwalenia niekorzystnych sposobów radzenia sobie z nim – poprzez niebezpieczne sposoby regulowania nastroju. Istnieje tzw. syndrom ocalałego, czyli poczucie winy z powodu przetrwania. Także na takie scenariusze musimy być gotowi.

Czego pan obawia się w związku z narastającą falą uchodźców i czy na tym etapie można już podjąć jakieś konkretne środki zaradcze?

„Od powietrza, głodu, ognia i wojny”... – w ostatnich dziesięcioleciach można było usłyszeć tę suplikację jedynie w okresie wielkopostnym. Większości z nas wydawało się, że wojna to raczej wspomnienie z przeszłości. Kiedy na początku 2022 r. największym problemem wydawała się być pandemia, pojawiło się nowe zagrożenie. Obawiam się, że po fali zaangażowania w pomoc przybywającym uchodźcom, przyjdzie fala zmęczenia i napięcia. Należy więc nieustannie przypominać, że w obliczu tej wojny musimy dbać również o siebie i o siebie nawzajem, bo tylko wtedy jesteśmy w stanie pomóc innym.

Wydarzenia w Ukrainie są przedmiotem stałego zainteresowania i troski Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Wyrażamy pełną zawodową solidarność z psychiatrami z Ukrainy. Jesteśmy zaniepokojeni sytuacją ukraińskich pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, którzy przez działania wojenne narażeni są na dodatkowe cierpienie. Nasze towarzystwo jest od początku zaangażowane w organizowanie pomocy. W miarę naszych możliwości wspieramy kolegów z Ukrainy i ich pacjentów. Jesteśmy z nimi w e-mailowym kontakcie, odbywamy regularne spotkania online, także z przedstawicielami dwóch ukraińskich towarzystw psychiatrycznych i dyrektorami szpitali psychiatrycznych. Zorganizowaliśmy zbiórkę pieniędzy, aby zakupić materiały opatrunkowe, leki, środki higieny osobistej i wysłać je do szpitali psychiatrycznych w Ukrainie. PTP wyasygnowało 100 tys. zł na te cele. Wiele koleżanek i kolegów pod swój dach zaprosiło uchodźców. Działamy też na forum międzynarodowym, uświadamiając sytuację pacjentów psychiatrycznych w Ukrainie i konieczność dostarczenia im leków. Narodowe Towarzystwa Psychiatryczne z aż 37 krajów zrzeszonych w Europejskim Towarzystwie Psychiatrycznym (z 40 państw skupionych w EPA) podpisały się pod apelem

Obawiam się, że po fali zaangażowania w pomoc przybywającym uchodźcom, przyjdzie fala zmęczenia i napięcia. Należy więc nieustannie przypominać, że w obliczu tej wojny musimy dbać również o siebie i o siebie nawzajem, bo tylko wtedy jesteśmy w stanie pomóc innym.

potępiającym agresję w Ukrainie i nawołującym do zaprzestania działań wojennych.

Czy to wystarczy?

Działania wojenne mają dramatyczny wpływ na sytuację osób chorych psychicznie w Ukrainie. Niestety po raz kolejny ta grupa pacjentów zostaje w ostry sposób doświadczona skutkami wojny. Dochodzi do łamania podstawowych praw człowieka, uniemożliwiana jest ewakuacja chorych ze szpitali w oblężonych miejscowościach, np. w Czernihowie, brakuje wyżywienia i środków pierwszej potrzeby. Uniwersalną, pilną prośbą zgłaszaną przez przedstawicieli wszystkich placówek psychiatrycznych z Ukrainy jest zapotrzebowanie na leki psychotropowe, środki higieniczne, pampersy, maty przeciwoślizgowe. Brak dostępu do nich potęguje zagrożenie zdrowia i życia chorych.

Mierzymy się ze spotęgowanym problemem w naszej psychiatrii. W polskich ambulatoriach mamy już dużo pacjentów z problemami lękowo-depresyjnymi, musimy liczyć się ze wzrostem liczby pacjentów z zaburzeniami adaptacyjnymi. Kadra lekarzy czy psychologów nie zwiększyła się znacząco. Konieczne jest zatrudnienie tłumaczy – osób, które znają język ukraiński bądź rosyjski. Część uchodźców obarczonych traumą wojenną, utratą domu, bliskich i obawą przed przyszłością będzie wymagała pierwszej pomocy psychologicznej. Tak jak wspominałem, mogą to robić nawet przeszkoleni wolontariusze. Ważne, aby pomagający dbali też o siebie. W tej sytuacji łatwo o wypalenie. Starania naszych lekarzy będą wymagały zaangażowania i wysiłku. Musi on wystarczyć na długo.

Europejskie Towarzystwo Psychiatryczne wraz z PTP ustanowiło „Plan Solidarności” z Ukrainą. Co zawiera ten dokument?

Składa się on z pięciu punktów, które konsolidują nasze działania w tym zakresie. Sankcjonuje utworzenie repozytorium literatury w różnych językach, także ukraińskim, na temat doświadczenia traumy, uruchomienie strony internetowej z webinariami szkoleniowymi m.in. w zakresie pierwszej pomocy psychologicznej, opracowanie listy ośrodków skupiających psychiatrów, psychologów, psychoterapeutów, którzy mogą udzielić pomocy osobom po traumie wojennej, zwłaszcza w języku ukraińskim, wspieranie regionów/szpitali ukraińskich lekami psychotropowymi i innym sprzętem. Jest też oferta przyjęcia części pacjentów na leczenie szpitalne (poziom Ministerstwa Zdrowia i MZ innych krajów EU). W tej pracy jesteśmy więc razem z Europą. ■

CO JEST W RZĄDOWEJ STRATEGII?

Tu trafiają pieniądze

Nie wszyscy lubią czytać opaste urzędnicze dokumenty pisane mało przystępnym językiem. To pewnie jedna z przyczyn niepotraktowania z należytą uwagą rządowej strategii dla ochrony zdrowia, która ma obowiązywać do 2027 r., a być może nawet całą dekadę.

Mariusz Tomczak dziennikarz

Rządowy dokument „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.” ma stanowić podstawę działania wielu publicznych instytucji. Przy podejmowaniu decyzji na najwyższych szczeblach władzy to, co jest w nim zawarte, często zyska pierwszeństwo nad tym, o czym w strategii nie ma śladu.

„Zdrowa przyszłość” wskazuje, gdzie w kolejnych latach trafi sporo pieniędzy w ramach inwestycji w systemie ochrony zdrowia – zarówno ze środków krajowych, jak i funduszy Unii Europejskiej. Przed państwami należącymi do wspólnoty Bruksela postawiła warunek: chcąc otrzymać wsparcie w ramach polityki spójności, trzeba przygotować taki dokument. Te kilka powodów powinno unaoczniać, że marginalizowanie jego znaczenia w debacie publicznej jest niesłuszne, nawet jeśli nie zostawia się na nim suchej nitki.

DŁUGA LISTA LUK I BRAKÓW

Ostateczną wersję „Zdrowej przyszłości” opublikowano dopiero kilka tygodni temu, mimo że Rada Ministrów przyjęła dokument w ostatnich dniach grudnia. Projekt publicznie pojawił się tuż przed zeszłorocznymi wakacjami i choć upłynęło już dużo czasu, w mediach, także branżowych, próżno szukać pogłębionych analiz na jego temat. Być może częściowo dlatego, że na pierwszy plan wysunęła się walka z pandemią, a wiele osób, dziennikarzy zresztą też, ma alergię na wielostronicowe strategie. To nie jest coś, co da się przekartkować w pół godziny. „Zdrową przyszłość” można długo krytykować, i słusznie, za pominięcie



Niekompletność dokumentu może być zamierzona.

niektórych kwestii związanych z systemem ochrony zdrowia i ogólnikowe potraktowanie wielu innych stojących przed nim wyzwań. Praktycznie nie ma w nim nic o stomatologii (są mało konkretne zdania o konieczności wsparcia lekarzy dentystów, asystentek i higienistek stomatologicznych oraz techników dentystycznych), co dla wielu osób jest dowodem na to, że obecny rząd pogodził się z marginalizowaniem publicznej opieki stomatologicznej. W dokumencie próżno też szukać odniesienia do potencjalnego, jak się wydawało jeszcze kilka tygodni temu, napływu fali uchodźców wymagających opieki medycznej.

KTO CZYTA UWAŻNIE, WIE, ŻE...

Dokument wydaje się wewnętrznie niespójny, a jego nazwa (podtytuł) myląca. Wbrew temu, co czytamy we wprowadzeniu, „Zdrowa przyszłość” nie stanowi kompleksowej odpowiedzi na wyzwania współczesnego państwa w obszarze zdrowia, a co najwyżej na część z nich. Nic dziwnego, że osoby liczące na znalezienie tam całościowej wizji zmian, zawiodły się tym faktem. Jednak ci, którzy uważnie zapoznali się ze „Zdrową przyszłością”, wiedzą, że jej celem nie jest wytyczenie wszystkich kierunków zmian w ochronie zdrowia, a tylko określenie tych – zdaniem rządu – wymagających szczególnego wsparcia w najbliższych latach. Przyjęto założenie, że nie jest to strategia mająca dotyczyć każdego obszaru opieki zdrowotnej w równym stopniu, choć dla niektórych to niedorzeczne. Więcej konkretów odnoszących się do strategii na lata 2021-2027 powinno znaleźć się m.in. w planach transformacji, krajowym i wojewódzkim, które będą jej uzupełnieniem.

WYŻSZE PENSJE DLA WYBRANYCH

Wnikliwe oko znajdzie w różnych miejscach „Zdrowej przyszłości” wskazówki co do kierunku zmian w wybranych obszarach systemu ochrony zdrowia i choćby z tego powodu warto się z nią zapoznać, żeby za kilka miesięcy czy kilka lat nie zostać kompletnie zaskoczonym pomysłami ogłaszanymi przez szefa rządu czy ministra zdrowia w trakcie konferencji prasowej. Niektóre deklaracje zawarte w tym opracowaniu część lekarzy uzna za obietnice bez pokrycia, np. zapowiedź stworzenia „dobrych warunków dla obecnych kadr” obejmującą „wsparcie rozwoju zawodowego, poprawę warunków pracy i wprowadzenie

polityki wynagradzania zachęcającej absolwentów do pozostania w kraju”. W rządowej strategii nie ma wielu detali na ten temat, ale pada obietnica dalszego wzrostu wynagrodzeń młodych lekarzy, w szczególności w dziedzinach priorytetowych. O podwyżkach dla specjalistów nie znajdziemy nic, co sugeruje, że drogą przez mękę może być walka o wyższe współczynniki pracy dla lekarzy z wieloletnim stażem pracy.

CO OZNACZA

DEINSTYTUCJONALIZACJA?

Deinstytucjonalizacja – ten wyraz warto zapamiętać. To jeden z określonych w „Zdrowej przyszłości” kierunków rozwoju systemu ochrony zdrowia. W pierwszej kolejności obejmie opiekę psychiatryczną i opiekę nad osobami starszymi. Te dwa obszary są wskazywane przez instytucje UE jako wymagające podjęcia pilnych działań, więc nie powinno dziwić, że znalazły się w rządowej strategii, bo zapewne będą mogły liczyć na zastrzyk funduszy unijnych. Ramowe kierunki działań są zawarte w dwóch załącznikach dołączonych do „Zdrowej przyszłości” (liczą po kilkadziesiąt stron). W zakresie psychiatrii w największym skrócie chodzi o przejście z modelu „azyłowego”, opierającego się na izolowaniu osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego w dużych szpitalach psychiatrycznych, na model środowiskowy. Na znaczeniu będą zyskiwali asystenci zdrowienia. Większy nacisk zostanie położony na hospitalizowanie osób w oddziałach psychiatrycznych działających przy szpitalach wielospecjalistycznych. Do końca 2027 r. liczba Centrów Zdrowia Psychicznego wzrośnie do 300, tak by cała dorosła populacja została objęta ich działaniem. Natomiast deinstytucjonalizacja opieki zdrowotnej wśród seniorów ma zaowocować wzrostem znaczenia pomocy świadczonej w środowisku lokalnym, co pociągnie za sobą zmniejszenie dominacji instytucji udzielających całodobowej opieki długoterminowej. Dla starszych, schorowanych osób ma to być lepsze rozwiązanie, a przy okazji w systemie pojawiają się oszczędności.

KREDYTY, ZACHĘTA DO PRZEPROWADZKI

W przeliczeniu na 100 tys. osób, najmniej lekarzy pracuje w woj. lubuskim, opolskim i warmińsko-mazurskim, a lekarzy dentystów – w kujawsko-pomorskim

Priorytety do roku 2027

Dopiero kilka tygodni temu poznaliśmy ostateczną wersję rządowego dokumentu „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.”. W kolejnych latach będzie punktem odniesienia dla wielu publicznych instytucji, także niezwiązanych z opieką zdrowotną, mimo że nie zawiera całościowej wizji zmian. Główne kierunki interwencji obejmują sześć obszarów.



Rozwój profilaktyki, promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych (m.in.

zwiększenie liczby i zakresu badań przesiewowych w grupach o podwyższonym ryzyku, propagowanie okresowych bilansów zdrowotnych dla osób dorosłych realizowanych w ramach medycyny pracy lub POZ).



Szeroko rozumiana poprawa jakości i efektywności, u podłoża której będzie

słowo-klucz: reorganizacja (np. wzmocnienie roli POZ i AOS, zmiany w NŚOZ, deinstytucjonalizacja opieki psychiatrycznej i opieki nad osobami starszymi), choć nie wiadomo, czy w ślad za tym pójdą wyższe nakłady finansowe – tego obawia się wielu lekarzy, zwracając uwagę, że od samego mieszania herbaty nie staje się słodsza.



Poprawa dostępności i skuteczności działania opieki zdrowotnej (poprzez

rozwój i modernizację infrastruktury należącej do podmiotów leczniczych i systemu ratownictwa medycznego), co samo w sobie nie jest złe, ale tę zapowiedź część pracowników ochrony zdrowia może odczytać, że są pieniądze na kosztowne remonty szpitali i kupno wyposażenia, a nie ma na realny wzrost wynagrodzeń.



Wsparcie rozwoju kadr medycznych, ale strategia przewiduje to w sposób

wybiórczy, a nie kompleksowy, czego od lat domaga się NRL.



Dalszy rozwój e-usług w systemie publicznym (np. nowe funkcjonalności

w ramach Internetowego Konta Pacjenta, rozszerzanie katalogu EDM, centralna e-rejestracja na wizyty lekarskie, informatyzacja publicznej służby krwi).



Rozwój i upowszechnienie nowoczesnych technologii (coraz szersze

wykorzystywanie telemedycyny i sztucznej inteligencji, wzmocnienie potencjału naukowego i badawczo-rozwojowego).

i warmińsko-mazurskim. Niewykluczone, że te regiony w największym stopniu skorzystają z systemu zachęt, który ma motywować medyków do rozpoczęcia pracy w miejscach uznawanych za mało atrakcyjne. Na czym ma to polegać, na razie nie wiadomo, ale w rządowej strategii wspomina się o możliwości wprowadzenia finansowych preferencji dla podmiotów działających na obszarach o ograniczonej dostępności do świadczeń, w szczególności przychodni POZ i AOS. Cel jest chwalebny: likwidacja białych plam w dostępie do opieki zdrowotnej na terenach słabo zurbanizowanych. W celu promocji studiów medycznych przewiduje się wprowadzenie kredytów dla lekarzy po egzaminie specjalizacyjnym. Taka możliwość pojawi się też dla powracających z zagranicy. Szczegółów na ten temat w rządowej strategii nie znalazłem, ale można się domyślać, że w grę wejdzie ich

częściowe umorzenie, np. po podjęciu pracy przez określony czas w szpitalu finansowanym ze środków publicznych.

SPECJALIZACJE, CERTYFIKACJA UMIEJĘTNOŚCI

Nie jest tajemnicą, że na tle innych krajów UE, liczba specjalizacji lekarskich w Polsce jest duża, a wśród części środowiska panuje niechęć wobec jej zmniejszenia, co stanowi jedną z przyczyn utrzymywania się status quo. „Planowana jest analiza katalogu specjalizacji lekarskich w kierunku optymalizacji i efektywnego dostosowania go do istniejących potrzeb rynku opieki zdrowotnej” – czytamy w „Zdrowej przyszłości”. Poprzedni minister zdrowia, Łukasz Szumowski, zainicjował prace pod tym kątem, ale po pojawieniu się koronawirusa zostały one zastopowane. Wydaje się, że resort tego tematu jednak nie odpuści, a co najwyżej odkłada w czasie

dokonanie zmian. Pada również zapowiedź wprowadzenia certyfikacji dodatkowych umiejętności zawodowych lekarzy, związanych m.in. z profilaktyką i diagnostyką onkologiczną, opieką nad osobami starszymi czy chorobami zakaźnymi, co miałyby zwiększyć dostęp do deficytowych świadczeń medycznych.

OŚRODKI SYMULACJI ZABIEGOWYCH

Lekarzy związanych ze specjalizacjami zabiegowymi z pewnością zainteresuje postulat standaryzacji ich szkolenia podyplomowego. Ujednolicenie obejmie sposób szkolenia instruktorów, proces kształcenia i weryfikowania umiejętności, a przyszli specjaliści mieliby szkolić się w ośrodkach symulacji zabiegowych. Brzmi enigmatycznie, ale rządowa strategia na ten temat mówi tylko tyle. W obliczu niedoboru kadr planuje się dalej rozszerzać kompetencje zawodów medycznych innych niż lekarskie. Dla pielęgniarek niepracujących w zawodzie zostanie wprowadzona szybka ścieżka powrotu do praktyki, ale jak miałyby to wyglądać, nie wiadomo.

ZOL ZAMIAST SZPITALA

W kilku miejscach wspomina się m.in. o konieczności tworzenia nowych oddziałów geriatrycznych, zmianie niektórych oddziałów szpitalnych lub ich części w oddziały geriatryczne (w czym pomogą środki z Funduszu Medycznego), przekształcaniu części łóżek szpitalnych w miejsca dedykowane opiece długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej, a wybranych szpitali – w zakłady opieki długoterminowej. To niezwykle ważne zapowiedzi. O tym, że szpitalna baza łóżkowa w Polsce jest nieadekwatna do potrzeb starzejącego się społeczeństwa, od dawna dyskutuje się w gronie ekspertów, także tych niezwiązanych z obozem rządowym. Sami decydenci od lat unikają rozmów o przeprofilowaniu mniejszych placówek, bo budzi to opór społeczności lokalnej i niezadowolenie personelu medycznego, często pracującego w danej placówce od wielu lat. Po zmianie szpitala lub jego części w ZOL, część z nich zostałaby zmuszona do przekwalifikowania się lub znalezienia nowego miejsca pracy. Grunt pod zmiany stworzy m.in. ustawa o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa i choć nie ma o tym

mowy w „Zdrowej przyszłości”, warto to podkreślić, bo zawarte w strategii ogólnikowe pomysły dotyczące zmiany profilu działalności niektórych szpitali będą odnosiły się do bardziej szczegółowych rozwiązań szykowanych przez obóz rządowy w innych dokumentach.

WZMOCNIENIE ROLI POZ

„Zdrowa przyszłość” przewiduje wzrost znaczenia opieki podstawowej. Planowane są kursy z zakresu medycyny rodzinnej dla lekarzy pracujących w POZ (szczegółów w strategii nie podano), umożliwienie kontraktowania zespołów POZ o rozbudowanym składzie i większych kompetencjach (w tym z zakresu opieki specjalistycznej i rehabilitacji usprawniającej) oraz poszerzenie kompetencji pielęgniarek (w szczególności odnośnie profilaktyki, szczepień i porad dotyczących nieskomplikowanych problemów zdrowotnych). Premiowane mają być podmioty zaangażowane w profilaktykę i opiekę nad pacjentami z chorobami przewlekłymi. Jak ma to wyglądać w praktyce, nie sprecyzowano, więc nie wiadomo, czy nie dojdzie do powtórki z ostatnich tygodni 2021 r., gdy NFZ narzucił placówkom POZ obowiązki w ramach opieki koordynowanej, ale poskąpił pieniądze na jej rzeczywistą, a nie pozorowaną realizację. Ma też zostać wzmocniona współpraca między AOS i szpitalami a POZ, ale nie podano konkretnych poza potrzebą wdrożenia narzędzi teleinformatycznych wspomagających komunikację i wymianę dokumentacji medycznej.

MNIEJ HOSPITALIZACJI, WIĘCEJ TELEPORAD

Rządowa strategia zakłada także, że w kolejnych latach liczba hospitalizacji powinna się zmniejszać nie tylko w następstwie wzmocnienia POZ, ale również zwiększenia kompetencji AOS, w szczególności po przeniesieniu jednodniowych procedur zabiegowych (m.in. wykonywanych przy udziale anestezjologa). Towarzyszyć temu ma zmiana wyceny świadczeń, ale szczegółów nie podano. Zagadkowo, także z uwagi na brak konkretnych, brzmi zapowiedź dotycząca poradni działających w strukturach szpitali. Aby w pełni oddać jej ducha, zacytuję w całości: „Istotne jest stworzenie warunków systemowych do specjalizacji poradni przyszpitalnych w zakresie opieki

Strategia jest już wdrażana

Pewne zapowiedzi zawarte w „Zdrowej przyszłości” już są wdrażane w życie (doszło do tego przed przyjęciem dokumentu przez rząd), co sugeruje, że nie trafiła na dno szuflady ministra Adama Niedzielskiego. To kolejny argument za tym, by poznać jej zawartość nawet jeśli część pomysłów nie doczeka się realizacji, a niektóre wejdą w życie wolniej niż się wydaje. Lekarze zastanawiający się nad tym, co może ich czekać w kolejnych latach, nie zawsze odnajdą w rządowej strategii precyzyjne odpowiedzi, ale nie brakuje wskazówek co do ewolucji systemowej, która gdzieś tam może otrzeć się o małą rewolucję. Może, ale nie musi – zależnie od tego, czy i w jaki sposób rządzący zaczną wprowadzać w życie projektowane rozwiązania. Kto wie, może ta lapidarność i niekompletność dokumentu liczącego wraz z dwoma załącznikami ok. 350 stron jest w pełni zamierzona, bo rząd jeszcze nie ma dokładnych planów wdrażania wielu zmian i póki nie zostaną one opracowane (np. w postaci projektu ustawy lub choćby założeń do niego), nie chce tłumaczyć się ze swoich pomysłów opinii publicznej. Tym bardziej, że nie wszystkie mogą zyskać powszechną akceptację.

okołoszpitalnej i wysokospecjalistycznej dedykowanej pacjentom narażonym na częste rehospitalizacje i ze skomplikowanymi problemami zdrowotnymi oraz ograniczanie świadczeń tych poradni na rzecz pacjentów, których potrzeby mogą być realizowane na niższych poziomach opieki”. Ponadto do strategii na lata 2021-2027 wpisano reformę nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Rząd liczy, że wprowadzenie trzypoziomowego systemu opieki odciąży SOR-y, o czym po raz pierwszy usłyszeliśmy w połowie ubiegłego roku przy prezentacji programu Polski Ład. Kilka tygodni temu resort zdrowia zapowiedział pilotaż świadczenia NŚOZ opartej o teleporady. Praca wre. Czy wobec tego ktoś jeszcze myśli, że „Zdrowa przyszłość” pozostanie martwym dokumentem, którym nie warto sobie zaprzętać głowy? ■

NAUKA W PIGUŁCE

Gen, który może zapobiegać chorobie Parkinsona

Naukowcy zidentyfikowali kluczowe białko u much i u myszy, które może mieć rolę chroniącą przed chorobą Parkinsona. Zespół z Uniwersytetu Genewskiego (UNIGE) badał, jaki wpływ na zachowanie organizmu muszki owocowej ma niszczenie neuronów dopaminergicznych.

Zespół badaczy z laboratorium prof. Emi Nagoshi z Katedry Genetyki i Ewolucji na Wydziale Nauk UNIGE, wykorzystał muszkę owocową *Drosophila* do zbadania mechanizmów degeneracji neuronów dopaminergicznych. Naukowcy są szczególnie zainteresowani genem *Fer2*, którego ludzki homolog koduje białko odpowiedzialne za kontrolę oraz ekspresję wielu innych genów, i którego mutacja może prowadzić do choroby Parkinsona.

Zespół wykazał już wcześniej, że mutacja w genie *Fer2* powoduje u much niedobory podobne jak w przypadku choroby

Parkinsona, w tym opóźnienie rozpoczęcia ruchu. Zaobserwowali również defekty w kształcie mitochondriów neuronów dopaminergicznych, podobne do tych obserwowanych u pacjentów z chorobą Parkinsona. Wiedząc, że brak *Fer2* powoduje stany podobne do choroby Parkinsona, naukowcy postanowili sprawdzić, czy wzrost ilości *Fer2* w komórkach może mieć działanie ochronne. Gdy muchy były wystawione na działanie wolnych rodników, ich komórki ulegały stresowi oksydacyjnemu, prowadzącemu do degradacji neuronów dopaminergicznych. Jednak stres oksydacyjny nie miał szkodliwego wpływu na muchy, gdy występowała nadprodukcja *Fer2*.

– Zidentyfikowaliśmy również geny regulowane przez *Fer2*, zaangażowane przede wszystkim w funkcje mitochondriów. Dlatego wydaje się nam, że białko to odgrywa kluczową rolę przeciwko degeneracji

neuronów dopaminergicznych u much, kontrolując nie tylko strukturę mitochondriów, ale także ich funkcje – wyjaśnia Federico Miozzo z Departamentu Genetyki i Ewolucji oraz pierwszy autor badania.

Aby dowiedzieć się, czy *Fer2* odgrywa taką samą rolę u ssaków, biolodzy stworzyli mutanty homologu *Fer2* w mysich neuronach dopaminergicznych. Zaobserwowali nieprawidłowości w mitochondriach tych neuronów, a także wady lokomocji u starszych myszy, podobnie jak było u muszek w locie. – Obecnie sprawdzamy ochronną rolę homologu *Fer2* u myszy, a wyniki podobne do tych obserwowanych u much pozwoliłyby nam rozważyć nowy cel terapeutyczny dla pacjentów z chorobą Parkinsona – podsumował Emi Nagoshi.

Pracę można przeczytać w czasopiśmie „Nature Communications”. ■

Źródło: unige.ch

Piękno i cud nauki poprawiają samopoczucie



Ankietowani biolodzy deklaruwali, że dostrzegają piękno w złożoności, przyjemnych kolorach lub kształtach. Na zdjęciu meduza – *Pelagia noctiluca*

Umiejętność doświadczania przez naukowców zdumienia, podziwu i piękna w pracy wiąże się z wyższym poziomem satysfakcji z wykonywanych zadań oraz z lepszym zdrowiem psychicznym – tak wynika z międzynarodowego badania, którego wyniki przedstawiono na łamach magazynu „Nature”.

Brandon Vaidyanathan, socjolog z Catholic University of America w Waszyngtonie, wraz ze współpracownikami zebrał

odpowiedzi od ponad 3 tys. naukowców – głównie biologów i fizyków – z Indii, Włoch, Wielkiej Brytanii i Stanów Zjednoczonych. Uczestników zapytano o kulturę ich pracy oraz satysfakcję z niej, ich doświadczenia z pandemią COVID-19 oraz rolę estetyki w nauce. Otrzymane odpowiedzi ujawniły, że naukowcom daleko do istot wyłącznie racjonalnych i logicznych, a kwestia piękna jest dla nich naprawdę ważna.

Ankieta dotycząca pracy i dobrego samopoczucia w nauce wykazała, że aż 75 proc. respondentów styka się z pięknem w badanych przez siebie zjawiskach. Połowa z nich stwierdziła, że piękno pomaga im przetrwać, gdy doświadczają trudności lub porażek, a dla 57 proc. osób piękno to element poprawiający ich naukowe zrozumienie badanych zjawisk.

Desiree Dickerson, akademicki konsultant ds. zdrowia psychicznego w Walencji (Hiszpania), twierdzi, że nie była zaskoczona, widząc odzwierciedlone w ankiecie znaczenie piękna. – To prawdziwa siła napędowa dociekań naukowych, która sprawia, że czujemy się zdrowsi i szczęśliwsi, gdy doświadczamy podziwu w codziennej pracy – komentuje Dickerson. Z kolei Vaidyanathan podkreśla, że zajmowanie się obowiązkami administracyjnymi, pisanie wniosków o granty i presja na tworzenie dokumentów działa deprymująco i utrudnia docenienie piękna nauki. ■

Źródło: nature.com

DOSKONALENIE ZAWODOWE

Prehabilitacja

– nowa jakość medyczna

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Naczelnej Izby Lekarskiej rozpoczyna współpracę z lekarskimi towarzystwami naukowymi w obszarze szkoleń i edukacji.

Lucyna Krysiak dziennikarz

Pierwszym z tego cyklu będzie szkolenie na temat prehabilitacji, które poprowadzi prof. Tomasz Banasiewicz, członek Zarządu Głównego Towarzystwa Chirurgów Polskich. Uczestnicy będą mogli dowiedzieć się, jak przebiega ścieżka pacjenta przygotowywanego do zabiegu chirurgicznego i jakie wynikają z tego korzyści.

Jak podkreśla prof. Banasiewicz, prehabilitacja ma kilka wymiarów – leczniczy (zmniejsza liczbę powikłań i stopień ich ciężkości, skraca też czas rekonwalescencji), ekonomiczny (przygotowanie pacjenta do operacji opłaca się finansowo płatnikowi) oraz prozdrowotny i edukacyjny (zaangażowanie pacjenta w proces leczenia poprzez świadomą zmianę niewłaściwych nawyków, np. palenie tytoniu, alkohol, zła dieta, brak ruchu).

Niestety, wiedza na temat korzyści związanych z prehabilitacją wśród lekarzy nie jest powszechna. Prof. Banasiewicz chciałby to zmienić, inicjując pilotażowy program dotyczący przygotowania przedoperacyjnego pacjenta, który byłby kompatybilny ze wszystkimi specjalnościami. Tym bardziej widzi taką potrzebę, że temat prehabilitacji zaczął się ostatnio pojawiać na dużych konferencjach specjalistycznych, a więc zainteresowanie tą tematyką rośnie. Uważa też, że u zdecydowanej większości pacjentów wystarczy pewien standard zaleceń, który mogłoby zastosować, przygotowując się do zabiegu.

SPECJALISTYCZNE WEBINAR Y

Z założenia współpraca z lekarskimi towarzystwami naukowymi pozwoli Ośrodkowi Doskonalenia Zawodowego NIL poszerzyć zakres zajęć o webinary specjalistyczne. Uczestnicy szkoleń organizowanych przez ODZ, w ankietach ewaluacyjnych na pytanie – w jakich szkoleniach chcieliby wziąć udział – wskazywali właśnie na specjalistyczne webinary doszkalające w obszarze konkretnej specjalizacji i dziedziny medycyny. Wychodząc naprzeciw tym oczekiwaniom, zrodził się pomysł włączenia w to

Wkrótce na stronie internetowej ODZ NIL będą opublikowane kolejne terminy szkoleń specjalistycznych prowadzonych we współpracy z towarzystwami.

przedsięwzięcie lekarskich towarzystw naukowych, które są naturalnym partnerem dla samorządu lekarskiego przy organizacji tego typu przedsięwzięć.

– Chcemy, by Ośrodek Doskonalenia Zawodowego NIL odpowiadał za obszar organizacyjno-logistyczny, tzn. promocję, rejestrację uczestników, przeprowadzenie szkolenia, ale ostateczny temat webinaru, jego zakres i dobór wykładowców zostawiamy do decyzji organów najlepiej znających wyzwania edukacyjne danej specjalizacji, czyli lekarskich towarzystw naukowych – tłumaczy Artur Drobnik,

wiceprezes NRL oraz p.o. kierownika ODZ NIL. Zaznacza też, że to partnerstwo może przybierać różne formy i obejmować obszary działania uzależnione od potrzeb i możliwości każdej ze stron. Dodaje, że ośrodek jest przygotowany do przeprowadzania zarówno szkoleń online, jak i stacjonarnych, na których potrzeby stworzono w Warszawie Centrum Konferencyjno-Szkoleniowe ODZ NIL, które właśnie zostało otwarte.

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego NIL od 2008 r. organizuje dla lekarzy i lekarzy dentystów szkolenia stacjonarne, a od 2020 r. także w trybie online. W ubiegłym roku odnotowano rekordową liczbę uczestników (ponad 10 tys.). W roku bieżącym ODZ NIL ma ambitne plany zainteresowania szkoleniami jeszcze większą liczbę lekarzy i poszerzenie ich zakresu tematycznego. Rozpoczęcie współpracy z lekarskimi towarzystwami naukowymi jest jednym ze strategicznych celów tego projektu.

Na 27 kwietnia jest zaplanowane pierwsze szkolenie z Towarzystwem Chirurgów Polskich na temat prehabilitacji, a już jest organizowane kolejne – tym razem obejmujące zagadnienia prawne dla chirurgów („Odpowiedzialność zawodowa, karna, cywilna, odszkodowawcza chirurga”). Trwają też zaawansowane rozmowy z Polskim Towarzystwem Alergologicznym i Polskim Towarzystwem Neurologicznym. Wkrótce na stronie internetowej ODZ NIL będą opublikowane kolejne terminy szkoleń specjalistycznych prowadzonych we współpracy z towarzystwami. Zarówno ODZ NIL, jak i towarzystwa naukowe w ramach swojej statutowej działalności są powołane do podnoszenia kwalifikacji zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów, więc proponowane w obrębie oferty ODZ NIL szkolenia są bezpłatne. ■

PREHABILITACJA

Między wiedzą a praktyką

Z prof. Tomaszem Banasiewiczem, kierownikiem Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej UM w Poznaniu, rozmawia Lucyna Krysiak.

Jaką wagę przykładą się do przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego?

Prehabilitacja, bo to jedna z popularnych nazw tego procesu, dopiero raczkuje, ale są już dowody na to, że poprawia wyniki leczenia operacyjnego i skraca czas rekonwalescencji. Pomimo rosnącej świadomości na temat korzyści płynących z prehabilitacji, w tradycyjnym pojmowaniu medycyny zabiegowej pacjent bardzo rzadko jest do niego kompleksowo przygotowywany. Po trafimy już sprawnie przeprowadzać proces pobytu szpitalnego przed samym zabiegiem, w tzw. protokole ERAS (szybki powrót do zdrowia po zabiegu), ale kiepsko radzimy sobie z przygotowaniem pacjenta jeszcze przed pobytem w szpitalu i tak jest nie tylko w Polsce. Badania wskazują, że choć 80 proc. personelu medycznego ma świadomość znaczenia prehabilitacji, np. w zakresie żywienia, w praktyce stosuje się ją tylko u 40 proc. chorych.

Gdzie prehabilitacja sprawdza się najlepiej?

We wszystkich dziedzinach zabiegowych wiążących się z dużym obciążeniem organizmu pacjenta. Mamy dwa poziomy przygotowania pacjenta do operacji. Podstawowy opiera się na wspólnych filarach i dotyczy wszystkich specjalności zabiegowych, a polega m.in. na rezygnacji przez pacjenta ze spożywania alkoholu, palenia tytoniu, wprowadzeniu zmian w żywieniu i aktywności ruchowej, korzystaniu ze wsparcia psychologicznego. Poziom wyższy uwzględnia specyfikę związaną z konkretnym leczeniem operacyjnym. Te zalecenia są więc zindywidualizowane, np. w ortopedii nacisk jest położony na usprawnianie, z kolei w bariatrii – na redukcję masy ciała i ćwiczenia oddechowe. Poproszono mnie o poprowadzenie warsztatów koncentrujących się na chorych, u których po operacji będzie konieczna stomia i to jest ten przykład personalizowanej prehabilitacji, kiedy osławiamy pacjenta z workiem stomijnym, uczymy go, jak ma z nim żyć po operacji, a odpowiednimi ćwiczeniami wzmacniamy mięśnie brzucha, aby sobie poradziły w tej nowej sytuacji.

Jakie jeszcze korzyści medyczne możemy osiągnąć?

Prehabilitacja skraca czas pobytu pacjenta w szpitalu, co zmniejsza ryzyko powikłań ze strony układu oddechowego, krążenia, moczowego, ale przede wszystkim zakażenia miejsca operowanego. Badania wskazują, że u pacjentów z grup ryzyka, np. u osób starszych, dzięki przygotowaniu do operacji trzykrotnie rzadziej notowano powikłania w postaci zapalenia płuc czy zakażenia dróg moczowych. Amerykanie obliczyli, że

jeden dolar zainwestowany w modyfikację żywienia przedoperacyjnego przynosi 52 dolary oszczędności. W Holandii pacjentom poddawanych operacji przewodu pokarmowego objętych prehabilitacją zwraca się koszty żywienia przed operacją, a szpital z tego tytułu otrzymuje finansowy bonus. Jest jeszcze jeden ważny aspekt tego zjawiska. Pacjenci wyrabiają w sobie poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie i wzrasta u nich świadomość zachowań prozdrowotnych.

Kto zajmuje się prowadzeniem prehabilitacji?

Nie ma jeszcze wypracowanych standardów dotyczących prowadzenia prehabilitacji, ale zorganizowała się już grupa pasjonatów reprezentujących dyscypliny zabiegowe, ale też z grona anestezjologów, psychologów, dietetyków, fizjoterapeutów, pielęgniarek, farmaceutów, którzy chcą się szkolić w tym kierunku. Myślmy o utworzeniu Towarzystwa Opieki Okołooperacyjnej, które opracuje model postępowania w prehabilitacji, aby uniknąć zbyt dużej rozbieżności działań w tym zakresie. Przygotowanie pacjenta do zabiegu wymaga współpracy wielospecjalistycznej, na pewno w działania te musi być włączony chirurg, który będzie operował. To także temat dla lekarzy POZ, którzy powinni pokierować pacjenta przed operacją na prehabilitację, ale to wymaga świadomości istnienia problemu i zgłębiania wiedzy na ten temat.

Czy przy obecnych niedostatkach związanych z finansowaniem leczenia jest to możliwe?

Ze względu na te niedostatki jest to wręcz konieczne, bo to docelowo oznacza mniejsze obciążenie systemu powikłaniami, przedłużonymi pobytami w szpitalu, a więc kosztami. Działania te mogą być naprawdę proste, np. ocena stanu odżywienia pacjenta, która jest obowiązkowa w chwili przyjęcia do szpitala, czyli tuż przed zabiegiem, może być wykonana wcześniej – na etapie podejmowania decyzji o konieczności przeprowadzenia operacji. Próbowaliśmy zaangażować Ministerstwo Zdrowia, aby np. w elektronicznym formularzu skierowania do szpitala dla wybranych rozpoznań dotyczących przyjmowania pacjenta do szpitala dołączyło punkt o masie ciała (wzroście i utracie w ciągu ostatnich trzech miesięcy), dzięki czemu program automatycznie wygenerowałby informację o konieczności konsultacji dietetycznej albo, w przypadkach ciężkiego niedożywienia, przekierował chorego do poradni żywieniowej, ale system nie dostrzega problemu. ■

ELEKTROKARDIOLOGIA

Dbajmy o czystość języka polskiego!

Sposób posługiwania się językiem polskim świadczy o poziomie naszej kultury. My, lekarze i lekarze dentyści, powinniśmy zwracać szczególną uwagę na poprawność nazw i zwrotów stosowanych w medycynie i naukach pokrewnych.

Marek Czarkowski przewodniczący ośrodka bioetyki NRL

Pierwszy zwrot, który często znajduję w opisach różnych badań elektrokardiograficznych, to salwy pobudzeń komorowych lub nadkomorowych, które polegają na występowaniu więcej niż dwóch następujących po sobie dodatkowych pobudzeń komorowych lub nadkomorowych. Co ciekawe, nie spotkałem się z określeniem salwy pobudzeń rytmu zatokowego. Według internetowego „Słownika języka polskiego” PWN salwa to albo jednoczesny wystrzał na komendę z wielu karabinów lub armat albo wybuch śmiechu, braw itp. Z tej definicji wynika, że salwa nie powstaje przy wystrzale jednego karabinu ani podczas śmiechu tylko jednej osoby. A zatem z salwami pobudzeń moglibyśmy mieć do czynienia jedynie wówczas, gdy jednocześnie kurczyłyby się dwa serca u tego samego człowieka. Po raz pierwszy termin salwy pobudzeń pojawił w jęz. angielskim, a my jedynie bezkrytycznie przetłumaczyliśmy to określenie.

Przed wielu laty rozmawiałem w tej sprawie z prof. Wojciechem Zarembą,

Polakiem z pochodzenia i wykształcenia, i mimo że później został on przewodniczącym International Society for Holter and Noninvasive Electrocardiology (ISHNE) oraz International Society of Electrocardiology, nie skorygował tego oczywistego błędu w angielskojęzycznej terminologii. Nic jednak nie stoi na przeszkodzie, byśmy pierwsi dokonali tej korekty. Kolejno po sobie następujące pobudzenia zatokowe, komorowe czy nadkomorowe to serie, a nie salwy pobudzeń. Wracając do militarnych skojarzeń, pojedynczy karabin maszynowy wystrzeliwuje serie, a nie salwy pocisków. Liczę, że w nowych podręcznikach medycyny będą się od dziś pojawiały jedynie serie, a nie salwy pobudzeń.

Druga nazwa jest także związana z językiem medycznym, ale zamieszanie, jakie wprowadza, ma znacznie szerszy zasięg w porównaniu do salw pobudzeń. Chodzi mi o homofobię. Otóż homofobia według „Słownika języka polskiego” PWN oznacza silną niechęć do homoseksualistów i homoseksualizmu. Niestety ten znowu błędnie sformułowany termin

przywędrował do nas z jęz. angielskiego. Nazwa homofobia została utworzona w sposób nieprawidłowy, ponieważ zachowując obecne znaczenie tego słowa, nie wiadomo, jak nazwać postawy, z których pierwsza oznaczałaby silną niechęć do wszystkich ludzi, a druga – silną niechęć do heteroseksualistów lub heteroseksualizmu. Można to oczywiście skorygować. Silną niechęć do homoseksualistów i homoseksualizmu powinniśmy nazywać homoseksofobią, a nie homofobią, silną niechęć do heteroseksualistów i heteroseksualizmu – heteroseksfobią, natomiast silną niechęć do ludzi – homofobią. Proste, jasne i oczywiste.

Zwracamy uwagę na poprawność stosowanych przez nas wyrazów i zwrotów. Ten tekst prześlę także do Rady Języka Polskiego PAN, w której działa Zespół Języka Medycznego, do którego należy 15 koleżanek i kolegów lekarzy.

Jednocześnie proszę o zgłaszanie do Ośrodka Bioetyki NRL innych zdaniem państwa nieprawidłowych zwrotów. Będę starał się przekazywać te uwagi do Rady Języka Polskiego PAN. ■

W PIGUŁCE

Przeciw agresji na Ukrainę

Międzynarodowe organizacje lekarskie piętnują napaść Rosji na Ukrainę. Światowe Stowarzyszenie Lekarskie (World Medical Association, WMA), największa organizacja lekarska na świecie, 24 lutego potępiła ten bezprecedensowy akt agresji i wezwała rosyjskich przywódców do poszanowania pracy lekarzy i pielęgniarek w Ukrainie oraz respektowania neutralności placówek ochrony zdrowia w tym kraju.

Dzień później Stały Komitet Lekarzy Europejskich (Standing Committee of European Doctors, CPME), wspólnie z WMA wyraził głębokie zaniepokojenie konfliktem w Ukrainie. Podkreślono w stanowisku, że międzynarodowa zasada neutralności opieki medycznej i prawa człowieka muszą być przestrzegane. 26 lutego osiem europejskich organizacji lekarskich, m.in. CPME oraz Europejska Unia Lekarzy Specjalistów (European Union of Medical Specialists, UEMS) wydało komunikat prasowy w sprawie inwazji Rosji na Ukrainę, wzywający do



udzielania pomocy ogarniętemu wojną narodowi ukraińskiemu. Napaść Rosji na Ukrainę potępiły też organizacje lekarsko-dentystyczne.

Ponadto, WMA, CPME i EFMA (European Forum of Medical Associations)

utworzyły fundusz pomocowy, który ma wspierać Ukrainę, która stała się w obliczu kryzysu humanitarnego. Stworzono specjalne konto do zbierania funduszy, które będą redystrybuowane do parterów tych organizacji w krajach graniczących z Ukrainą. Są one przeznaczone na zakup zaopatrzenia medycznego dla Ukrainy, a także na wsparcie finansowe pomocy medycznej udzielanej uchodźcom uciekającym z tego kraju.

WHO, UNICEF i UNFPA wzywa do zaprzestania atakowania infrastruktury związanej z ochroną zdrowia w Ukrainie. Niestety, apele te nie są respektowane przez Rosję. Do 17 marca WHO potwierdziła 43 ataki na obiekty ochrony zdrowia w Ukrainie. Kolejne zgłaszane akty agresji wymierzone przeciw placówkom medycznym są weryfikowane. W niektórych obszarach, jak np. w mieście Mariupol, dramatycznie brakuje środków medycznych. ■

Źródło: WMA, CPME, UEMS, WHO, NIL

Kierunek Azja

W ciągu ostatnich czterech tygodni potwierdzono ok. 47 mln nowych przypadków zakażeń wirusem SARS-CoV-2 na całym świecie. W tym czasie z powodu COVID-19 zmarło ponad 100 tys. osób. Średnio globalnie przybywało od ok. 1,2 mln do 2 mln zakażonych każdego dnia. Marzec był spokojniejszy w stosunku do tego, co działo się na początku tego roku, kiedy to notowano nawet 3,8 mln przypadków zakażeń koronawirusem na dobę.

Zgodnie z danymi publikowanymi przez Worldometers, od początku wybuchu pandemii do 22 marca 2022 r. potwierdzono w sumie ok. 473 mln zakażeń SARS-CoV-2 (z czego 57,6 mln to przypadki aktywne) i 6,1 mln zgonów z powodu COVID-19.

O ile sytuacja w Europie się uspokaja (nie wszędzie, duże wzrosty zakażeń notują przede wszystkim Niemcy i Austriacy), to bardzo niepokojące informacje płyną z Azji. Korea Południowa, Wietnam, Japonia, Tajlandia, Singapur, Malesja – to kraje, które doświadczają u siebie największej fali zakażeń od początku wybuchu pandemii. Co interesujące, w Chinach, które prowadzą bardzo restrykcyjną politykę „zero-Covid” i od dawna nie raportowały o zakażeniach, pojawiły się nowe ogniska zachorowań. Problemy ma też Hong Kong, w którym o ile jeszcze do końca stycznia tego roku było w sumie potwierdzonych ok. 30 tys. zakażeń od początku wybuchu pandemii, tak pod koniec marca liczba ta wzrosła do ponad miliona. Trudna sytuacja utrzymuje się w Australii i Nowej Zelandii. Bardzo spokojnie jest za to m.in. w Indiach, sytuacja stabilizuje się też w Ameryce Południowej.

W dalszym ciągu liderem pod względem liczby potwierdzonych przypadków zakażeń

SARS-CoV-2 od początku wybuchu pandemii pozostaje USA (ponad 81 mln). Na drugim miejscu są Indie (43 mln), a na trzecim – Brazylia (ok. 30 mln). Kolejne kraje z największą liczbą potwierdzonych przypadków zakażeń od początku kryzysu wywołanego wirusem SARS-CoV-2 to: Francja (24,1 mln), Wielka Brytania (20,3 mln), Niemcy (18,8 mln), i Rosja (17,6 mln).

Według oficjalnych statystyk dotychczas z powodu COVID-19 najwięcej osób zmarło w USA (ok. 1 mln), Brazylii (657 tys.), Indiach (516 tys.). W Polsce do 22 marca br. potwierdzono ok. 6 mln zakażeń koronawirusem, a ponad 114 tys. osób zmarło z powodu COVID-19. ■

Źródło: WWW.WORLDOMETERS.INFO

RZECZ O MEDYCYNIE NARRACYJNEJ

Słowo jest lekarstwem przywracającym człowieczeństwo

Po jednej stronie zamknięci w cierpieniu pacjenci. Niezdolni do uwolnienia swoich wewnętrznych przeżyć i tkwiących w nich opowieści doświadczanych chorób. Posługujący się „zranioną narracją”. Po drugiej stronie – wyrosli w duchu kartezjańskiego dualizmu lekarze, skupieni na jednostce chorobowej. Przyjmujący nierzadko założenie, że jedynie radykalne odcięcie się od spraw pacjentów po wyjściu ze szpitala oddala ich od wypalenia zawodowego. – Pomiędzy lekarzami a pacjentami przez wieki tworzony jest pewnego rodzaju las, w którym kryją się uprzedzenia, wzajemne lęki, podejrzenia. Ten las trzeba wytrzebić i dostać się do polany. Polany, na której zimny skalpel i wrażliwość idą w parze. Bo choroba ciała jest także chorobą duszy – **mówi prof. dr hab. Aleksander Woźny z Instytutu Dziennikarstwa i Komunikacji Społecznej UW**, autor książek z zakresu medioznawstwa, teorii kultury i literatury, piewca raczkującej wciąż w Polsce medycyny narracyjnej. I o niej właśnie **w rozmowie z Magdaleną Janiszewską.**

Jak to się stało, że profesor osadzony w świecie literatury, specjalizujący się w komunikacji społecznej, zainteresował się medycyną narracyjną?

Około 10 lat temu trafiłem na konferencję poświęconą medycynie paliatywnej, zorganizowaną przez Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. To właśnie tam zetknąłem się po raz pierwszy z opowieściami matek, które mówiły o śmierci swoich dzieci z powodu choroby onkologicznej. Po raz pierwszy usłyszałem też historie opowiadane przez absolutnie niezwykłych lekarzy, „korczakowskich” lekarzy. Robiących wszystko, by umierający pacjenci mogli odejść spokojnie i godnie. Zachowałem w pamięci historię przywołaną wówczas przez czeskie pielęgniarki, a dotyczącą pacjentki w stanie terminalnym. Kobieta pragnęła spotkać się przed śmiercią z synem, tyle że on nie był tym zainteresowany. Nie przyjechał do szpitala, choć pielęgniarki dzwoniły do niego dwukrotnie. Podczas drugiej rozmowy telefonicznej kobiety zapytały syna, jaką potrawę mama lubi najbardziej. Odpowiedział, że sok ze świeżych truskawek. Sęk w tym, że była zima. W sklepach pustki. Mimo to pielęgniarki zdobyły jakimś cudem te truskawki i kilka

kropeł soku podały do ust pacjentki. Na twarzy kobiety po raz pierwszy zagościł uśmiech. Kilka godzin później zmarła, pogodzona ze sobą i ze światem. Ta historia pokazuje, że nawet w ekstremalnych sytuacjach można pomóc – drobnym gestem, słowem, rozmową, dotknięciem dłoni...

I tym właśnie zajmuje się medycyna narracyjna? Bo emocje to przecież domena psychologii i psychoterapii. W czym można doszukiwać się różnic?

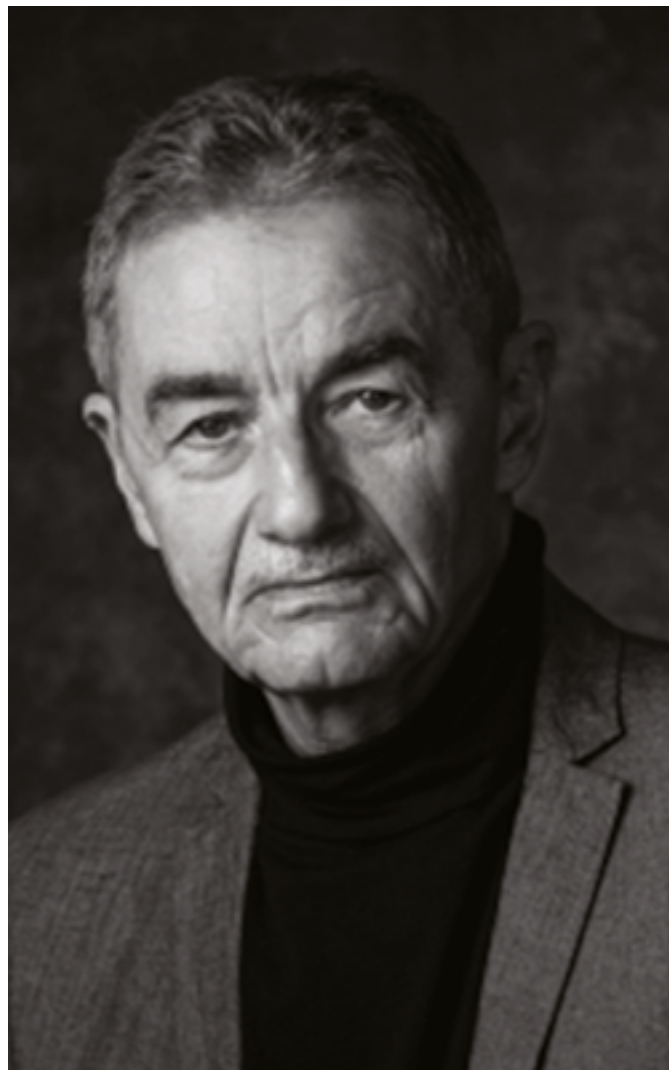
Medycyna narracyjna – w odróżnieniu od psychologii i psychoterapii – stawia w centrum słowo, narrację, czyli opowieści. W jej przypadku ważna jest literatura, za pośrednictwem której zamknięci w cierpieniu pacjenci, posługujący się kalekim językiem, niezdolni do wyśłowienia doświadczanego bólu, otwierają się. To zaś pozwala lekarzowi przełożyć na swój język opowiedzianą historię. W przypadku medycyny narracyjnej chodzi bowiem o to, że medycy także powinni się uczyć, jak rozmawiać z pacjentami. Jak nawzajem się rozumieć. Człowiek cierpiący nie jest w stanie mówić o swoich przeżyciach otwarcie. Takie doświadczenia mieli na

Prof. Aleksander Woźny: – Jest taki stereotyp, wyrosły z kartezjańskiej filozofii, że okazywanie wrażliwości prowadzi szybko do wypalenia.

przykład amerykańscy lekarze z weteranami wojennymi, którzy po odbyciu misji w Iraku czy Afganistanie całkowicie zamknęli się w sobie. Dzięki „Iliadzie” Homera, którą jeden z tamtejszych lekarzy im odczytywał, mogli wyśłowić to, co w nich tkwiło. A stało się tak, bo zetknęli się i przeżyli historię Achillesa oraz innych bohaterów eposu.

Czy dobrze rozumiem, że medycyna narracyjna ukierunkowana jest na pacjenta? A słowo może być tak samo skutecznym lekarstwem jak farmakologia?

Tak, medycyna narracyjna ukierunkowana jest na pacjenta – człowieka zamkniętego w cierpieniu, zestresowanego dodatkowo kontaktem ze szpitalem i lekarzem posługującym się fachową terminologią. Prawda jest taka, że chory „czyta” lekarza, „bada” jego słowa, gesty, mimikę, wyraz twarzy. Jeśli po drugiej stronie nie



**Medycyna narracyjna
– w odróżnieniu od psychologii
i psychoterapii – stawia w centrum
słowo, narrację, czyli opowieści.
W jej przypadku ważna jest
literatura, za pośrednictwem
której zamknięci w cierpieniu
pacjenci, posługujący się kalekim
językiem, niezdolni do wyśłowienia
doświadczanego bólu,
otwierają się.**

spotyka się z empatią, zamyka się jeszcze bardziej.

Dr Rita Charon z ośrodka Columbia University – internistka i literaturoznawca, którą uważa się za twórczynię tej subdyscypliny medycznej – odwołuje się często do pewnego zdarzenia. Na jej oddziale pojawia się sparaliżowany pięćdziesięcioletni pacjent na wózku inwalidzkim. Mężczyzna przedstawia siebie, swoje dolegliwości jak kartę choroby. Mówi o niedowładzie, rozszczępieniu aorty itd. Przyzwyczał się, że właśnie to interesuje lekarza. Jak reaguje dr Charon? Odsuwa się od komputera, patrzy pacjentowi głęboko w oczy i mówi: „Ja chcę posłuchać, co pan czuje”. Mężczyzna nie kryje zdziwienia i pyta: „To pani doktor chce ze mną rozmawiać?”. Wtedy właśnie następuje „tępienie”, ponieważ dr Charon podpowiada pacjentom, jak opowiedzieć chorobę. Bo literatura mówi tzw. kodami, językiem ezopowym. To w zasadzie lekarstwo tak skuteczne jak farmakologia. Słowo jest lekarstwem przywracającym człowieczeństwo.

Lekarstwem także dla lekarzy?

Tak, bo medycyna narracyjna uwzględnia także element wypalenia zawodowego lekarzy. Zamiast całkowitego odcięcia się od spraw pacjentów proponuje medykom rozumiejącą empatię. Jest taki stereotyp, wyrosły z kartezjańskiej filozofii, że okazywanie wrażliwości prowadzi szybko do wypalenia. System edukacji też robi wszystko, by odwrażliwić lekarza, oduczyć go współczucia. Tymczasem wypalenie następuje wtedy, gdy nie można opowiedzieć o swoich przeżyciach. A proszę pamiętać, że opowieści odblokowują, uwalniają także lekarzy.

Prowadziłem kiedyś warsztaty dla specjalistów medycyny paliatywnej, onkologów i pielęgniarek. Krzesła były ustawione w kręgu, zdjęliśmy plakietki, mówiliśmy do siebie po imieniu, by wykluczyć poczucie wyższości. Zaproponowałem uczestnikom wspólny odczyt mojego ulubionego wiersza Rilkego pt. „Pantera”. Mówi on o pięknie dzikiego stworzenia zamkniętego w klatce. A potem zadałem pytanie: „Czy doświadczyli państwo takiej sytuacji z pacjentem, który zamknięty w cierpieniu, nie był w stanie wyzwolić się z klatki choroby?”. Odezwały się dwie panie doktor. Na kanwie wiersza opowiedziały

wstrząsające historie, w których były bezradne. Płakały, bo wydobyły na światło dzienne tkwiące w nich od lat emocjonalne zadry. Wszystko za sprawą literatury.

Polecam książkę „Będzie bolało” autorstwa Adama Kaya, byłego lekarza stażysty w Wielkiej Brytanii, który – pomimo wielkiej pasji – porzucił medycynę i został komikiem. Ta opowieść pokazuje, że jeśli lekarz będzie uciekał przed umierającym pacjentem i nie dostrzeże wołania drugiego człowieka, to po powrocie do domu padnie na łóżko i zacznie płakać.

Literatura może być więc pomostem pomiędzy lekarzem a pacjentem?

Pomiędzy lekarzami a pacjentami przez wieki tworzony jest pewnego rodzaju las, w którym kryją się uprzedzenia, wzajemne lęki, podejrzenia. Ten las trzeba wytrzebić i dostać się do polany. Polany, na której zimny skalpel i wrażliwość idą w parze. Bo choroba ciała jest także chorobą duszy. Trzeba połączyć to, co zostało rozłączone. Tak, by na tej polanie znalazł się lekarz zainteresowany chorym (a nie tylko chorobą) i pacjent, który bez reszty ufa lekarzowi.

**(...) medycyna narracyjna
uwzględnia także element
wypalenia zawodowego lekarza.
Zamiast całkowitego odcięcia się
od spraw pacjentów proponuje
medykom rozumiejącą empatię.**

Jest taki stereotyp, że pacjent woli profesjonalistę niż człowieka, który będzie się nad nim rozczułał. Ale dla czego wysokiej klasy specjalista nie może być jednocześnie osobą wrażliwą? W nurcie medycyny narracyjnej kartezjański podział na umysł i ciało nie istnieje. A twórczyni tej subdyscypliny dr Rita Charon mówi lekarzom: „Porozmawiaj z pacjentem o jego życiu, a później załóż

**Tu nie trzeba ani drogiej
farmakologii, ani nowoczesnych
technologii. Najtrudniejsze wydaje
się być przesunięcie
w naszej świadomości.
Przesunięcie polegające na tym,
by w pacjencie zobaczyć człowieka.
I nie przechodzić od razu do
jednostki chorobowej.**

mu kartę alternatywną. Napisz o nim kilka zdań, spróbuj też opisać to, co jest istotą jego egzystencji”.

Karta alternatywna pacjenta? W warunkach polskiej ochrony zdrowia, gdzie lekarz może poświęcić pacjentowi zaledwie kilka minut, jest to w ogóle możliwe?

W Stanach Zjednoczonych lekarz też ma zaledwie kilka minut (7-15) dla jednego pacjenta. Mimo to medycyna narracyjna jest wprowadzana. Co więcej, przeżywa dynamiczny rozkwit również w krajach skandynawskich. Tu nie trzeba ani drogiej farmakologii, ani nowoczesnych technologii. Najtrudniejsze wydaje się być przesunięcie w naszej świadomości. Przesunięcie polegające na tym, by w pacjencie zobaczyć człowieka. I nie przechodzić od razu do jednostki chorobowej. Znam lekarza, który do swoich pacjentów wychodzi na korytarz i wszystkim podaje tam rękę. Wypracował swoją własną metodę na pierwszy kontakt z pacjentami. Oczywiście są też medycy, którzy nie nazywając tego i nie uświadamiając sobie, stosują medycynę narracyjną. Poznają ich coraz więcej.

Zdaje się, że tematyka medycyny narracyjnej jest w Polsce stosunkowo mało rozpoznana, a w realiach szpitalnych czy w świadomości społecznej prawie nieobecna...

Marzą mi się szeroko zakrojone działania w szpitalach, na akademiach medycznych, w izbach lekarskich, a nawet w szkołach. Od kilku lat prowadzę warsztaty z medycyny narracyjnej, które w czasie pandemii zmieniły się w webinaria. Ostatnio prowadziłem takie spotkanie, w styczniu tego roku, z lekarzami z Dolnego Śląska. Zorganizowała je Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej. Cieszyło się ono ogromną popularnością i potwierdziło, jak bardzo ten temat interesuje lekarzy. I to nie tylko tych, którzy są bliscy wypalenia zawodowego czy tych, którzy uświadamiają sobie, że medycyna narracyjna może się stać swoistym catharsis, rodzajem oczyszczenia. Za ogromnie ważne uważam rozpoczęcie kursów z medycyny narracyjnej w covidowej rzeczywistości. Bo trwająca pandemia to nowe otwarcie w relacji lekarz – pacjent. ■

Wywiad ukazał się w biuletynie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej „Medium” (nr 02/2021)

PROF. DR HAB. ALEKSANDER WOŹNY

Kierownik Zakładu Medioznawstwa, Instytut Dziennikarstwa i Komunikacji Społecznej, Uniwersytet Wrocławski. Antropolog kultury, literaturoznawca, filozof i medioznawca.
W 2020 r. wydał autorską książkę pt. „Scenariusze kultury w mediach i w medycynie narracyjnej”
(link do wersji pdf książki:
http://www.wuwr.com.pl/upfiles/products/Wozny_Scenausze_CNS_SxAYL.pdf).

Wojna zmienia perspektywę



Stawomir Badurek

diabetolog,
publicysta medyczny

Zawsze mam w głowie kilka pomysłów na felieton. Ten miał być zupełnie o czym innym. Tymczasem wojna znów nas zaskoczyła, niwecząc plany niewspółmiernie ważniejsze niż te dotyczące tekstu w gazecie.

Po udanym organizacyjnie EURO 2012 wydawało się, że Ukraina nieodwołalnie zmierza w kierunku Zachodu. Nagły prorosyjski zwrot ekipy Janukowycza i będące jego konsekwencją krwawe wydarzenia na Majdanie z przełomu 2013/2014 r. nakazywały powściągnąć oczekiwania rychłego spełnienia się marzenia o wolnej i demokratycznej Ukrainie.

Wkrótce Putin zajął Krym i rozpoczęła się wojna w Donbasie. I chociaż w ciągu niespełna roku życie straciło przynajmniej kilkanaście tysięcy ludzi, z początkiem 2015 r. działania wojenne zelżały, a my – z oddali naszych bezpiecznych domów – zaczęliśmy wierzyć, że nasz wschodni sąsiad zdoła się podnieść i znów skieruje się w kierunku wolnego świata. Nawet wtedy, kiedy rosyjskie wojska zaczęły gromadzić się na granicy z Ukrainą, wierzyliśmy (bo chcieliśmy wierzyć), że to tylko pogroźki, a dyplomacja zdoła powstrzymać Putina.

Stefan Zweig, austriacki poeta i prozaik, a zarazem wnikliwy obserwator rzeczywistości pierwszej połowy XX w., tak pisał w autobiograficznym „Świecie wczorajszym”: „Jest to nieodwracalne prawo historii, że właśnie naoczni świadkowie wielkich, znamienitych dla swojej epoki ruchów i wydarzeń, w pierwszym okresie nie poznają się na nich. Szczerze mówiąc i ja nie mogłem sobie przypomnieć, kiedy po raz pierwszy usłyszałem imię i nazwisko Hitlera.(...) Wypłynął dopiero po paru latach, wyniesiony szybko i wysoko na fali powszechnego niezadowolenia (...). Wówczas ujawniła się – po raz pierwszy w wielkim stylu – genialna w swym cynizmie technika Hitlera. Od wielu lat czynił obietnice na prawo i lewo, we wszystkich stronnictwach pozyskał sobie adherentów, a każdy myślał, że będzie mógł zużytkować mistyczne siły owego «nieznanego żołnierza» na własną rękę. Świeciła tu swe pierwsze tryumfy ta sama technika, którą Hitler stosował w polityce na wielką skalę, to jest zawieranie paktów pod przysięgą i pod gwarancją przystawionej niemieckiej wierności właśnie z tymi, których chciał zniszczyć i wytępić”.

Brzmi aktualnie? Choć chętnie powtarzamy, że historia jest najlepszą nauczycielką, niczego się od niej nie nauczyliśmy. Rację miała Indira Gandhi, twierdząc, że ta najlepsza nauczycielka ma najgorszych uczniów. Z drugiej strony, co by było, gdybyśmy byli pozbawieni dziecięcej naiwności, wiary w dobro i w drugiego człowieka? Ilu z nas, nie oglądając się na państwo, przepisy, urzędników, obietnice korzyści, potrafiłoby otworzyć drzwi domów obcym ludziom?

Trudno przewidzieć, jak rozwinie się wojna, jak wielka będzie liczba uchodźców, którzy schronią się w naszym kraju. Na ile inne kraje wolnego świata zechcą włączyć się w pomoc Ukrainie, ale także pomoc nam? Odpowiedzi zdecydują, czy wojna w Ukrainie będzie dla nas oznaczać głęboki kryzys czy szansę. Jedną

W sektorze ochrony zdrowia, zmagającym się z dramatycznymi brakami kadrowymi, na wielu przybywających zza wschodniej granicy praca czeka od zaraz.

z szans już widać. Wśród uchodźców nie brakuje lekarzy, z oczywistych względów głównie lekarek. Są pielęgniarki i przedstawiciele innych medycznych profesji. W sektorze ochrony zdrowia, zmagającym się z dramatycznymi brakami kadrowymi, na wielu z nich praca czeka od zaraz. To, co możemy i moim zdaniem powinniśmy zrobić, to zmienić nastawienie do lekarzy zza wschodniej granicy, chcących u nas pracować. Zamiast szukać powodów, jak ich na tutejszy rynek pracy nie wpuszczać, trzeba zacząć poszukiwać możliwości uchylecia im drzwi do zawodu, dbając przy tym o jak najlepsze przygotowanie do pracy w Polsce. Kursy językowe, staże, szkolenia, praca w charakterze asystenta lekarza na początku to działania, które powinny być podejmowane. Nie tylko z potrzeby serca. Wskutek wojny trafią do nas medyczne perełki. Warto, by zostały u nas na dłużej. Uwagi te dotyczą także uciekających z Białorusi. ■

Bilans czterolatka



Jarosław Wanecki
pediatra, felietonista

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

Mijająca kadencja, poza nadzwyczajną sytuacją, związaną z pandemią koronawirusa, miała wpisane w kalendarz aż dwa wielkie jubileusze. Świętowanie 30-lecia odrodzenia i 100-lecia powołania izb lekarskich w Polsce było dobrą okazją nie tylko do nagradzania, dziękowania, laudacji, pisania dziejów, planowania koncertów, wystaw i gal, ale także pretekstem do refleksji nad kondycją naszego środowiska. O ile rozliczenia przeszłości idą nam dość sprawnie, o tyle nadal borykamy się z perspektywicznym patrzaniem w przyszłość.

Niestety z biegiem lat, zamiast umacniać przekonanie lekarzy i lekarzy dentystów o konieczności istnienia silnego samorządu, izby tracą zwolenników. Świadczą o tym pośrednie dowody, wyrażone głównie w spadającej frekwencji wyborczej. Konsekwencją małego zainteresowania wyborami i brakiem reprezentacji wielu rejonów wyborczych podczas zjazdów, jest załamanie komunikacji w dół, przeciążenie pracą tych, którym jeszcze się chce i rozbieżność potrzeb poszczególnych grup interesów. Cykliczne pytanie o sens funkcjonowania samorządu lekarskiego jednych niezmiennie irytuje, a innym staje się obojętne. Utrwała się zatem podział na działaczy próbujących okiełznać wciąż zmieniające się ustawodawstwo i stawiane przed lekarzami zadania wymyślone przez rządzących oraz zwykłych członków, narzekających na pobór składek i brak przełożenia postulatów na efekty prawne. Nie pomagają w tym personalne konflikty, ambicje, powierzchowne debaty, nastawienie na szybki rozgłos, często bez długofalowego planu.

Ochrona zdrowia po raz kolejny stoi nad przepaścią. Ile razy przez ostatnie lata wieszczylismy jej całkowity upadek, nikt nie zliczy. Pandemia mocno nadszarpnęła kadry. Starsze pokolenie nie wytrzymuje naporu nowych

technologii. Wypalenie zawodowe coraz trudniej przeżyć obietnicami podwyżek płac. Wytchnienia potrzebują weterani. Młodzież chciałaby po prostu pracować i korzystać z owoców pracy, a nie służyć i poświęcać się. Powołanie lekarskie dla wielu moich rozmówców przechodzi do lamusa. Pokłady cierpliwości wobec polityki zdrowotnej wyczerpały się już dawno temu.

O ile rozliczenia przeszłości idą nam dość sprawnie, o tyle nadal borykamy się z perspektywicznym patrzaniem w przyszłość.

Czteroletnie doświadczenia nie były miłe. Zostaliśmy prześladowani przez pandemię, wielokrotnie obrażani, nie słuchani w radach medycznych i krytykowani. Największym rozsądkiem zagrożeń stali się politycy, chętnie przyłączając się do proepidemiologów i głosząc nieprawdy medyczne tylko po to, by przypodobać się wyborcom. Propaganda kraju płynącego mlekiem i miodem mści się na każdym kroku. Telewizor gada swoje i ludzie wiedzą swoje. Nikt nie uwzględnia uwag lekarskich. Limity zostały zniesione a kolejki wydłużają się. Hasło „konstytucja dla szpitali” zamienia slogan o „sieci szpitali”. Mapy potrzeb zdrowotnych pokryły się kurzem. Opieka koordynowana w podstawowej opiece zdrowotnej to baśń z tysiąca i jednej nocy. Posłuchać, zasnąć, zapomnieć.

Zmiana kadencji wymaga bilansu zamknięcia i otwarcia. Lata 2018-22 były trudne, ale trzeba iść naprzód bez oglądania się w tył. Przed nami wciąż praca u podstaw i walka o silny samorząd co dnia, a nie tylko w czas jubileuszowych wspomnień. ■



Agata Morka
doktor historii
sztuki

BŁĄD MALARSKI

Do rany przyłóż

Malarze od wieków studiowali okropności wojny: z jej terrorem, bólem i krwawiącymi ranami. Goya wyrysował w swoim cyklu rycin wojny hiszpańskiej przeciw Francuzom stosy martwych ciał. Kilkaset lat później Ted Meyer zwrócił się ku tym, którzy przeżyli, i ku ich wojennym ranom, przykładając do nich papier, niby opatrunek.



Obraz: Ted Meyer, grafika z serii „Naznaczony na całe życie: monotypie ludzkich blizn”, Narodowe Muzeum Zdrowia i Medycyny, USA



Technika, którą wypracował Meyer, łączy w sobie pobieranie rzeczywistych odcisków ciała portretowanych i późniejszą artystyczną interwencję, gdy za pomocą pędzla domalowuje on na tych odciskach dodatkowe elementy, lub poodrysowuje kredkami szczegóły. Aby uzyskać odciski, pokrywa wybrany płät ciała farbą i przyciska do nich papier. Odbitki są czasem tak dokładne, że można pokusić się na ich podstawie o stawianie diagnozy samej traumy.

Monotypie prezentuje razem ze zdjęciami swoich modeli pokrytymi plamami farb wskazującymi na miejsca ich blizn. Całości historii dopełniają wywiady przeprowadzone z „naznaczonymi na całe życie”, w których opowiadają, skąd pochodzą ich blizny.

Abstrakcyjna czerwona forma wybranej grafiki cyklu oddziałuje na widza tak kolorem, jak i fakturą: kształt wiję się na kartonie, jest mięsisty, gdzieś tam czerwien przejaśnia się, rozczapierzona

niespodziewanymi ubytkami. Mogłaby istnieć sama w sobie, ale dopiero spojrzenie na towarzyszące grafice zdjęcie pozwala złożyć opowieść w całość. Widz patrzy bowiem na odbicie poparzeń na piersi i brzuchu Jerrala Hancocka, wojennego weterana, poruszającego się na wózku. Koszmar wojny w narracji Meyera jest tak estetyczny, abstrakcyjny, jak i hiperrealistyczny, dając widzowi jasno do zrozumienia skalę zadanych ran, które, mimo że już zabliznione, są i będą zawsze obecne. ■

Rozwiązanie zagadki z „GL” 03/2022

1. Obrócenie obrazu o 180 stopni.

Jednym z najbardziej rozpoznawalnych trików Baselitza jest malowanie wybranych przez niego tematów odwróconych do góry nogami. Ta tendencja pojawia się jednak w jego twórczości dopiero około ośmiu lat po cyklu o stopach.

2. Dodanie czerwonych kropek dookoła stopy.

W późniejszych obrazach Baselitz czasem posługuje się czerwonymi plamami, które rozsiewa wokół głównego tematu obrazu.

3. Dodanie dwóch czarnych linii sugerujących dalszy ciąg nogi.

W obrazach Baselitza często pojawiają się graficzne czarne linie. W tym wypadku jednak stopy zdecydowanie są odcięte od reszty ciała, zatem obecność linii sugerujących zarys nogi byłaby tutaj nieuzasadniona.

4. Dodanie śladów jak odciski palców.

W swych niekończących się eksperymentach Baselitz sięgnął również po malowanie palcami, tworząc obrazy zupełnie bez użycia pędzli.

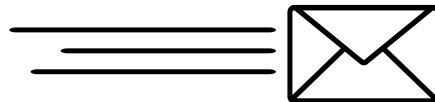


Obraz: Georg Baselitz, obraz z cyklu „P.D. Stopy”, 1961

NAGRODZENI Z „GL” 03/2022: Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Joanna Dydo z Giebułtowa**. Gratulujemy! Nagrody dodatkowe: **Weronika Pelczar-Płachta (Poznań), Irena Romańczuk (Tomaszów Lubelski), Joanna Starczewska (Katowice)**.

Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 18 kwietnia 2022 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 zosób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,

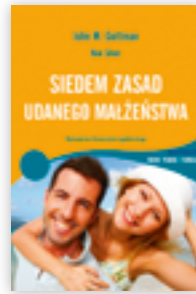
HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

Hotel Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju ufundował voucher obejmujący m.in.:

Nagrody dodatkowe dla trzech osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego ufundowało książki:

- 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



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

Chór Medici Cantares na posiedzeniu NRL



Wyjazdowe posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej, które odbyło się 11 marca w Toruniu, zainaugurował występ chóru Medici Cantares. Chór tworzą lekarze, studenci medycyny i inni miłośnicy muzyki. Działa przy Bydgoskiej Izbie Lekarskiej od 2011 r. Jego dyrektorem jest Hanna Śliwińska, a dyrygentem – Joanna Krause. ■

FOTO: MARTA JAKUBIAK

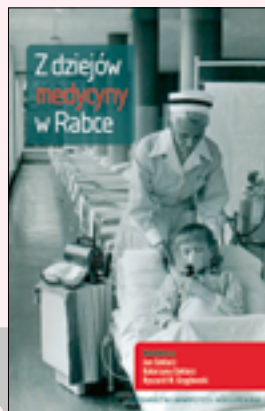
NASZA CZYTELNIJA



Wojaże po Polsce cz. 3. Śladami historii i kultury

Maciej Andrzej Zarębski

Osiem bogato ilustrowanych reportaży zabierających czytelnika w podróż do urokliwych zakątków Polski. To już trzecia część przewodnika z serii „Wojaże po Polsce”. Znajdziemy w niej m.in. relacje z wyprawy na Podkarpacie, wizyty na pograniczu polsko-ukraińskim czy północnego Mazowsza. Autorem książki jest lekarz zaangażowany w działalność samorządu lekarskiego, a jednocześnie pisarz, regionalista, wydawca, podróżnik i fotografik, związany miejscem urodzenia i działalnością twórczą z ziemią świętokrzyską.



Z dziejów medycyny w Rabce

Redakcja: Jan Ceklarz,
Katarzyna Ceklarz,
Ryszard W. Gryglewski

Monografia pokazująca proces zmian Rabki, która z małej, góralskiej wioski przeobraziła się w znane i cenione uzdrowisko. Autorzy poszczególnych rozdziałów przybliżają rozwój medycyny w tej miejscowości od początku istnienia uzdrowiska aż po czasy współczesne. Znajdziemy tu szczegółowe opisy historii poszczególnych placówek medycznych oraz ich ewolucji. Nie mogło też zabraknąć przedstawienia sylwetek osób związanych z medycyną w Rabce.



PhotoArtMedica

„Bielik i wrona”, dr Wojciech Dyk (kardiochirurg,
Warszawa) Honorowe Wyróżnienie PhotoArtMedica 2021



www.photoartmedica.pl

GazetaLekarska.pl



Sukces polskiego stomatologa

Lekarz dentysta Maciej Józwiak z Warszawy zdobył
Złoty Medal Międzynarodowej Federacji Sztuki
Fotograficznej FIAP na 10th Greek Photographic
Circuit 2022. Serdecznie gratulujemy!



Neuralgie twarzowe

Izabela Domitrz,
Wojciech Kozubski, Jan
Kochanowski, Adam Stępień

Publikacja prezentuje najnowszą
wiedzę na temat patomechanizmów
bólów neuralgicznego oraz zasad
nowoczesnej farmakoterapii niezwykle
dotkliwego bólu głowy. To książka
przeznaczona przede wszystkim dla
neurologów, ale również może okazać
się przydatna w praktyce lekarzy POZ,
którzy mają częsty kontakt z pacjenta-
mi skarżącymi się na bóle głowy. Z kolei
opisane w niej próby leczenia zabie-
gowego niektórych z neuralgicznych
bólów głowy zainteresują zapewne
środowisko neurochirurgów.



Język łaciński dla stomatologów

Beata Olędzka

Podręcznik dotyczący terminów
i zwrotów łacińskich dla studentów
kierunku lekarsko-dentystycznego
i lekarzy dentystów. Książka zawiera
materiał leksykalny i gramatyczny,
wprowadzenie do teorii i ćwiczenia
praktyczne, terminologię kliniczną,
mikrobiologiczną, farmaceutyczną
i chemiczną, a także słownik łaciń-
sko-polski. To kompletne kompen-
dium łacińskiej wiedzy medycznej.
Autorka jest uznanym nauczycielem
medycznego jęz. łacińskiego i jęz.
polskiego jako obcego w Warszaw-
skim Uniwersytecie Medycznym.

PROZA

Traktat o podróży

(fragmenty)

Profanum

Czasami ludzie szukają guza. Chcą poznać prawdę o sobie i świecie – jak zwierzęta. W akcie poznawania kierują się zapachami, które nieobecne są w ich ciałach. Przyjmują za pewnik to, co widzą, a obrazom przypisują znaczenie według swoich uprzedzeń, marzeń i wszelkiego rodzaju irracjonalności.

Podróżują, by czymś nowym się obrzydzić i zgorszyć. Zdziwić i zachwycić. Najchętniej widziane są doznania zawarte w gratisie. Całkiem niespodziewane – jak śmierć czy nieznana choroba, której nie przeżył nikt, kogo znają.

Potrzebują doświadczyć obcości, aby zrozumieć, kim są. Koszt wiarygodnej oceny zawarty jest w cenie biletu na koniec świata.

Ludzie uciekali przede mną od zawsze. W szaleńczym tańcu bawiłam się z nimi w chowanego. Najbardziej panoszyłam się na statkach. Stłoczeni ludzie padali przede mną na kolana. Byli jak zasikane, śliniace się, płaczące dzieci. Szalałam wtedy. Kosiłam, tańczyłam flamenco, unosiłam spódnice, zagryzałam. Zmieniałam ciała w rozpadające się guzy, wrzody, dymienice. Kolejną moją rozrywkę stanowiły wojny. Byłam ich nieodłączną częścią. Tam z kolei upodobałam sobie inne objawy. Wysypki, krwawe stolce, gorączki, majaki, nazywane durem plamistym, tyfusem. Mężczyźni, którym wmówiono, że trzeba ginąć w imię idiotycznych sporów o paliki graniczne, złote korony, rodzaje kolonii i zależności, kończyli żywot w rowach, polach, brocząc krwią lub po prostu defekując bez końca. Tarzałam się w rzygowinach, krwi i pocie. Kasałam, śniadałam i obiadowałam. Najbardziej zachwycałam się człowiekiem w postaci martwej. Wyssane, białe dłonie, jak z marmurowych głazów, przypominały ptaki. Szpony. Rozłożone lub skulone. Skrzydła.

Czasami wpływam na politykę, na bieg historii. Jestem mała, lecz „rządzę”. Tak się teraz pisze na murach. Więc potwierdzam – rządziłam armiami, zmuszam je do odwrotu. Nawet Napoleon musiał wycofać armię (nieskromnie powiem, że przeze mnie) z Afryki i Azji. Ba! Spod Moskwy! Pamiętam też Lenina, który wrzeszczał: „albo wesz zwycięży socjalizm, albo socjalizm zwycięży wesz!”.

Ja i moje siostry chleptałyśmy różne rodzaje krwi. Nie, nie powiem publicznie, która z nich była najlepsza. Muszę dbać o dobre stosunki dyplomatyczne, zamierzam przecież podróżować i odwiedzać ulubione miejsca. Każdy chce mieć wakacje, chyba to rozumiesz.

Mam ulubione miejsca. Bywam tam regularnie i odmładzam krew. Opisuję później moje wojaże. „Bergamo zarazą słynie” – napisał dawno temu pewien pisarz o miejscu, które odwiedzam dość często. Mają tam dla mnie katedrę, lecz najcenniejsze są opowieści przekazywane wraz z genami z pokolenia na pokolenie. Z pewną zazdrością stwierdziłam ostatnio, że znowu Bergamo jest na pierwszych stronach gazet i naukowych opracowań, chociaż tym razem nie mam z tą sławą nic wspólnego.

Gdyby nie ja, my, śmierć, nie byłoby tyle piękna na świecie. Nie byłoby Romea i Julii ani literatury, kościołów wotywnych, kopuł, budowli, sztuki ani dzisiejszej medycyny. Może byłoby coś innego, lepszego, piękniejszego, a może i nie... Kto wie...

Ludzie uciekają przed nami, chowają się, zwalczają. A przecież jesteśmy ich częścią! Każdy mój ruch wynika z ich wyboru, mój genom kolaboruje z ich genomem. Mieszkamy w ich jelitach, we krwi. Natura obwącjuje nas i maca. Świat jest lustrem. Oddaje im to, jak traktują zwierzęta, rośliny, siebie nawzajem, planetę ziemię.

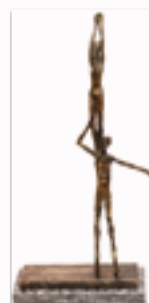
Ludzie modlą się do Boga, ale zanoszą modły do siebie. Do swojej kruchości, którą instynktownie ubierają w złote szaty, przysyłają obrazami i zbroją w relikwiarze. Modlą się do swojej podróży. Nazywam się Xenopsylla cheopis (pchła szczurza), moja siostra to Yersinia pestis (pałeczka dżumy). Przynosimy wam czarną śmierć. (...)



RENATA PALIGA

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

Absolwentka Akademii Medycznej w Poznaniu. Doktor nauk medycznych, chirurg dziecięcy, pediatra, specjalista medycyny rodzinnej. Zajmuje się głównie etyką lekarską. W latach 2007-2014 publikowała wiersze na łamach m.in. „Pegaza Lubuskiego” oraz kwartalnika „Migotania”. W konkursie „Puls Słowa” zdobyła I miejsce (kat. Poezja) oraz wyróżnienie (kat. Proza). Laureatka Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego Fundacji Gargano (kat. Proza). Jej Tomik „Ostuchiwanie” był nominowany do Wawrzynu Lubuskiego 2016 r. Należy do UPPL. W 2016 r. zdobyła I miejsce w konkursie „Przychodzi wena do lekarza” w kategorii „Opowieść lekarza – opowieść pacjenta, a w 2017 r. w kategorii „Proza non fiction”.



Przychodzi
wena
do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Prof. Andrzeja Szczeklika

SPORT



FOTO: ARCHIWUM PRYWATNE

Zza oceanu

20 lutego odbyły się XXXI Polonijne Mistrzostwa Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim. Rozegranym w stanie Wisconsin (USA) zawodom towarzyszyła wietrzna, ale słoneczna i ciepła pogoda. Pomimo utrudnień związanych z pandemią, zorganizował je prezes honorowy Związku Lekarzy Polskich w Chicago dr Bronisław Orawiec. Honorowy patronat nad mistrzostwami sprawował Konsulat Generalny Rzeczypospolitej Polskiej w Chicago. ■

Pływanie

W dniach **21-23 kwietnia** w Dębicy odbędą się XVII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu. Zawodom towarzyszy konferencja naukowo-szkoleniowa pt. „Postępy w medycynie sportowej”. Zgłoszenia są przyjmowane do 15 kwietnia. Honorowy patronat nad imprezą objął prezes NRL, a patronat medialny – „Gazeta Lekarska”. ■

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE

Uwaga! W lutowym numerze organizatorzy błędnie podali termin!

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1990

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 30-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego AM we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 3-5 czerwca 2022 r. w Zielcu. Program zjazdu wraz z wysokością opłat dostępny na stronie www.dilnet.wroc.pl w zakładce „społeczność”. Wpłaty prosimy dokonywać do 30 kwietnia z dopiskiem „Zjazd 1990”. Informacje: Patrycja Malec (tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl)

Komitet Organizacyjny

Wojciech Apoznański, Ewa Willak-Janc, Teresa Żak (Biercewicz)

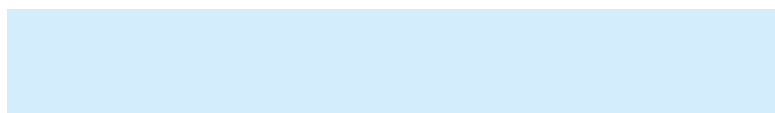
ABSOLWENCI WYDZIAŁU

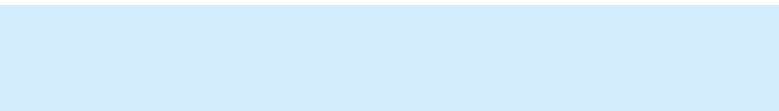
LEKARSKIEGO AMB, ROCZNIK 1972

Z okazji 50-lecia ukończenia studiów i uroczystego odnowienia dyplomów i ich wręczenia Komitet Organizacyjny IX Zjazdu Koleżeńckiego zaprasza w dniach 8-10 września 2022 r. do Białegostoku. Osoby towarzyszące mile widziane. Osoby zamierzające wziąć udział prosimy o kontakt do 31 maja, e-mail: paprockakrycha@gmail.com lub tel. 600 219 051 (Hanna Koniecka-Pawluczuk) i tel. 605 956 572 (Staszek Sierakowski). Prześlemy pisemne zaproszenie i program.

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

Ogłoszenia

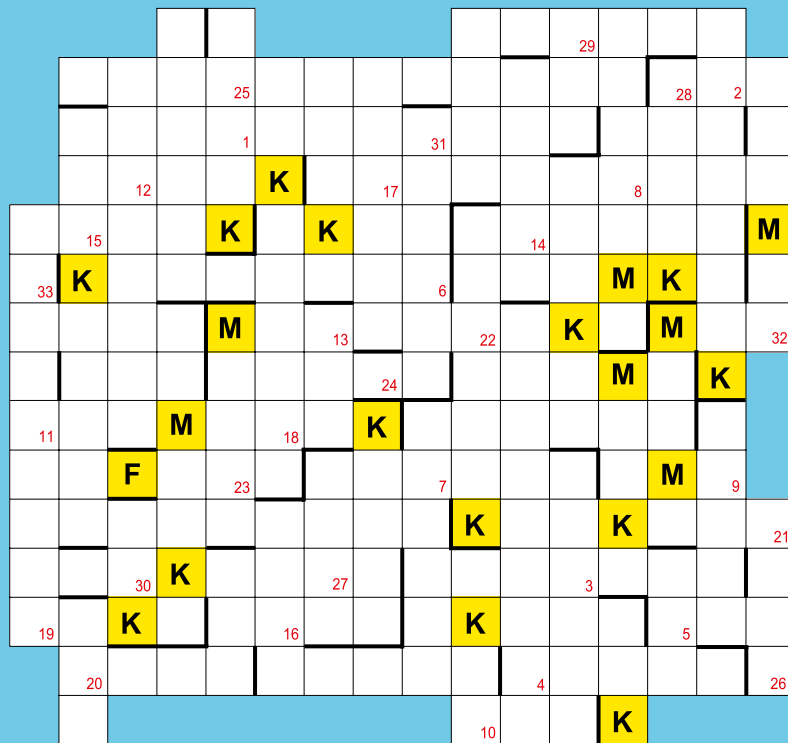






**Wydawnictwo Lekarskie PZWL to specjaliści,
wiedza i zaangażowanie.**

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



Objaśnienia 72 haseł podano w przypadkowej kolejności.

W diagramie ujawniono wszystkie litery: F, K i M. Na ponumerowanych polach ukryto 33 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Juliusza Cezara. Hasło należy przesać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 20 kwietnia 2022 r.

Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* lekarz plemienny * postać na wprost * nicość * Stefan, lwowski matematyk * przepływ kołowy * Stow. Narodów Azji Pd-Wsch. * karetka reanimacyjna * drobna antylopa * Finlandia * szkocka wyspa na Morzu Irlandzkim * regulują układy optyczne * -Szajnowicz, nasz agent nr 1 * zdrowy partner imbiru i cebuli * Enns * cienka skóra owcza * wyspa (łac.) * matka bogów Olimpu * pyra * succus * partnerka Gorzowa Wlkp. * wiedeński taniec * ma pęczek w sercu * zaręczyny * eksponat * Freud lub Asperger * Długi w Gdańsku * pobieżny opis * ropa (łac.) * koczownik Kozar * cierpienie, dopust * adhaesio * lampa ścienna * pojazd do przewożenia aut * Sarcophagus scabiei * nie przestrzega praw * milion gramów * wynik oznaczania czasu protrombinowego * stolica Krety * mazak * siara, młodziwo * Josip Broz * rozłam religijny * skrócenie * syn Dedala * metropolia Florydy * nad Lahn ze źródłami solankowymi * stolica wyspy Hainan * efekt pracy * period, stadium * Vulpes * mój, się i ja * lek

przeciwnygrzybiczy * generał na białym koniu * sieć zastawna * prognoza stanu pacjenta * śnieżna lub wodna * przekręt, afera * nieogojenie się ran * atomowe, wodorowe lub jonowe * w widłach Rodanu i Saony * limbus * agencja Trumana * Zodiaku * lingua * kozodój * aforysta Stanisław Jerzy * nerwoból * dymi nad Katanią * syn Chrzciciela zakochany w Zosi * lęk, niepokój * paciorecznik * siedziba Śląskiego Uniwersytetu Medycznego

Jerzy Badowski

**Rozwiązanie Jolki Lekarskiej nr 271 („GL” nr 02/2022)
Zdrowy zębrać jest szczęśliwszy niż chory król.**

Nagrody otrzymują:

Joanna **Choja** (Łódź), Jolanta **Kluz-Zawadzka** (Łańcut), Zdzisław **Konstański** (Łęczyce), Jacek **Radzik** (Mirków), Katarzyna **Stepun** (Rumia). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwł.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

WYDAWCA



**Naczelna
Rada
Lekarska**

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 180 900 egz.

Rada Programowa

Stawomir Badurek (sekretarz), Jarosław Biliński, Paweł Czekalski, Ryszard Golański, Krzysztof Madej (przewodniczący), Dariusz Paluszek, Damian Patecki, Marek Stankiewicz, Jarosław Wanecki, Jacek Woszczyk
Redaktor naczelna Marta Jakubiak; Tel. 698 297 739

naczelny@gazetalekarska.pl

Lidia Sulikowska; sekretarz redakcji; Tel. 668 854 344

l.sulikowska@gazetalekarska.pl

Lucyna Krysiak; dziennikarz; Tel. 696 48 70 48

l.krysiak@gazetalekarska.pl

Mariusz Tomczak; redaktor portalu internetowego

m.tomczak@gazetalekarska.pl

www.gazetalekarska.pl

www.facebook.com/gazetalekarska

Tel. (22) 558 80 40

redakcja@gazetalekarska.pl

Adres redakcji

00-764 Warszawa,
ul. Jana III Sobieskiego 110

Reklama i marketing

Elżbieta Tarczyńska

Tel. (22) 559 13 26, tel. 606 699 830

e.tarczyńska@gazetalekarska.pl

Ogłoszenia

Sebastian Knysak

Tel. (22) 559 13 26

ogloszenia@gazetalekarska.pl

Stale współpracują

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

Projekt:

Łukasz Szczepanowski

Skład:

Montownia/Teresa Urawska

Druk

Walstead Central Europe

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

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skróć, adustacji, zmiany tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń. 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).

