

SAMORZĄD: Fundusz stypendiów NRL



GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB
LEKARSKICH

5 | 2019

PROWIZORYCZNE ŁATANIE DZIUR

ROZMOWA Z PREZESEM POLSKIEGO
TOWARZYSTWA MEDYCyny RODZINNEJ

Manifestacja w Warszawie

NIEZGODA NA ŁAMANIE
ZAPISÓW POROZUMIENIA
Z 8 LUTEGO 2018 R.

PROTEST ZAPLANOWANO NA 1 CZERWCA

Temat numeru

TO JUŻ 30 LAT!

BILANS SUKCESÓW I PORĄŻEK
SAMORZĄDNOŚCI LEKARSKIEJ

Lekarz w roli świadka

PRZESŁUCHANIE U PROKURATORA

Odczłowieczanie zawodu

CORAZ MNIEJ LUDZKA MEDYCYNĄ

18

TO JUŻ 30 LAT

Przez trzy kolejne dekady działacze samorządowi domagali się, by jak najczęściej spraw lekarskich było w ich rękach.



26

WSPÓLNY SAMORZĄD

Samorząd lekarski po reaktywacji po raz pierwszy w historii połączył lekarzy i lekarzy dentystów.



Spis treści

Maj 2019

SAMORZĄD

- 4 | Jubileusz, i co dalej
- 8 | Praktyka reformatorska
- 10 | Przyszła Unia do doktora
- 13 | Wspierać kształcenie zawodowe

TEMAT NUMERU

- 18 | To już trzy dekady
- 23 | Perły i kamienie
- 26 | Wspólny samorząd

PRAWO I MEDYCyna

- 30 | Praca lekarza na nieodpowiednich aparatach diagnostycznych
- 32 | Lekarz w charakterze świadka
- 34 | Recepty do wymiany

PRAKTYKA LEKARSKA

- 35 | Arbiter potrzebny od zaraz
- 36 | Ruch antykanalowy jest szkodliwy

- 39 | Dziennikarz, lekarz, odwaga
- 40 | Psychoonkologia
- 42 | Diagnoza jest, leczenia brak
- 43 | Biuletyn
- 46 | Odczłowieczanie medycyny
- 48 | Powrót do protestów
- 49 | 6% to nie zawsze 6%
- 50 | Granat w chlebaka
- 52 | Co dalej, młody maturzysto?

ZE ŚWIATA

- 54 | Zarobki w USA
- 55 | Wypalenie zawodowe lekarzy w UK
- 56 | Certyfikat SWEET za holistyczne podejście

NAUKA

- 57 | Zabójcze implanty
- 58 | DBS i TMS w leczeniu depresji

LEKARSKIE TOWARZYSTWA NAUKOWE

- 60 | Prowizoryczne łatanie dziur

LISTY

- 62 | Opieka końca życia
- 63 | Mam za sobą doświadczenie umierania

PO GODZINACH

- 64 | Pół wieku bez czarodzieja
- 65 | Kwiaty polskie
- 66 | Na piersi
- 68 | Kultura
- 69 | Sport
- 70 | Anomalia Ebsteina
- 72 | Anielskość
- 73 | Zjazdy koleżeńskie
- 74 | Ogłoszenia
- 82 | Jolka lekarska



ANDRZEJ MATYJA

prezes NRL

Z SOBIESKIEGO 110

Jubileusz, i co dalej

„Mam marzenie, aby warunki pracy lekarzy były takie, by każdy pacjent znalazł jak najlepszą pomoc medyczną u swojego lekarza; zrozumienie i serce, bez którego sztuka leczenia jest niewiele warta”.

Takie nadzieje związane z odrodzeniem izb lekarskich w 1989 r. wyraził przed kamerami telewizji prof. Jerzy Woy-Wojciechowski, ówczesny prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, orędownik reaktywowania samorządu lekarskiego zlikwidowanego w 1950 r. Nadzieje nie straciły na aktualności, mimo upływu trzech dekad.

Niektórym samorządowcom-weteranom świadomość ta podcina skrzydła. Są też tacy, którzy przejmują pałeczkę i chcą podążać za takim marzeniem. Nasi młodszy koledzy, angażując się w protest rezydentów, doprowadzili do zapisu w ustawie, by na zdrowie ze środków publicznych w 2025 r. przeznaczyć 6 proc. PKB. W 2018 r. nawet przesunięto ten moment na 2024 r. Zobowiązanie to znalazło się w tzw. pakiecie Szumowskiego, gdzie „zwiększenie corocznego wzrostu nakładów i szybsze osiągnięcie poziomu 6 proc. PKB już w 2024 r.” uznano za priorytet rządu. Ta deklaracja przywoływana jest w zainicjowanej przez ministra Łukasza Szumowskiego narodowej debacie „Wspólnie dla zdrowia”, która toczy się od blisko roku. Im dłużej trwa, tym większe można mieć obawy, czy nie grozi nam „zagadanie rzeczywistości”, a debaty, konferencje i deklaracje to zasłona dymna, za którą podejmowane są decyzje zgodnie z polityką faktów dokonanych.

Oto okazało się, o czym niedawno w tym miejscu pisałem, że sposób liczenia 6 proc. udziału w PKB uwzględni nie bieżący rok, ale poziom sprzed dwóch lat. To około 10 mld zł mniej na leczenie. Rezydenci, całe środowisko lekarskie i pacjenci mają prawo czuć się oszukani.

O tym, że owe 6 proc. to mrzonka, czarno na białym widać w opublikowanym 16 kwietnia br. przez Ministerstwo Finansów Wieloletnim Planie Finansowym Państwa na lata 2019-2022. Z tego dokumentu wynika, że publiczne wydatki na ochronę zdrowia prawie nie wzrosną. W 2030 r. mają wynieść 4,5 proc., a po dodaniu wydatków na opiekę długoterminową miałyby to być 5,2 proc. Jeśli do tego dodać przewidywane osłabienie tempa wzrostu PKB, skutki starzenia się społeczeństwa, wzrost kosztów prowadzenia działalności leczniczej i technologii medycznej, to nie ma co liczyć na poprawę dostępności do świadczeń i leków w najbliższych latach. To zła wiadomość dla pacjentów. Również dla lekarzy i innych zawodów medycznych, ponieważ to na nas i na nasze relacje z pacjentami przekładają się błędne decyzje rządzących i niewydolność systemu.

Mało tego, oczekiwania pacjentów są rozbudzane przez politykę informacyjną zapowiadającą poprawę dostępności do lekarzy, skracanie kolejek itp. ułatwienia. Ten kreowany obraz nie odpowiada rzeczywistości, a im

większe oczekiwania, tym większa frustracja, z którą przychodzi się mierzyć medykom. Tymczasem pomija się nas w pracach nad rozwiązaniami systemowymi. Na przykład, w powołanym przez ministra zdrowia zespole, który ma pracować nad określeniem praw i odpowiedzialności pacjentów, nie uwzględniono przedstawicieli środowiska lekarskiego oraz innych zawodów medycznych. Przeoczenie? Ignorancja? Na to nie może być zgody.

Nie zrezygnujemy z walki o wzrost nakładów na ochronę zdrowia i zmiany w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentysty. Czuwać będziemy nad racjonalnym wprowadzaniem rozwiązań e-zdrowia. Będziemy upominać się o uwzględnienie perspektywy lekarzy, wymogów bezpieczeństwa pacjenta, poufności danych wrażliwych i ochrony tajemnicy lekarskiej. Nadal zabiegać będziemy o uwolnienie lekarzy od czynności administracyjnych związanych z refundacją. Naszym postulatem wciąż jest odbiurokratyzowanie pracy medyka na rzecz opieki nad pacjentem. Jak dotychczas piętnować będziemy absurd, chociażby takie, jak te związane z użyciem amalgamatu.

W planach na kolejne lata mamy m.in. wsparcie edukacji młodych lekarzy. W pierwszym roku obecnej kadencji uruchomiliśmy program stypendialny. Wypracowanie jego ostatecznego kształtu nie było łatwe, ponieważ w tak zróżnicowanym środowisku, jakim jesteśmy, osiągnięcie konsensusu wymaga umiejętności negocjacji, elastyczności i zawierania kompromisów. Ten przykład pokazuje, że w naszym gronie jesteśmy w stanie pokonywać różnice poglądów i wypracować wspólne stanowisko.

Dużo trudniejsze, jeśli nie niemożliwe, jak się okazuje, jest to w relacjach z administracją rządową. Coraz częściej doświadczamy, że obie strony funkcjonują w równoległych rzeczywistościach, dlatego trudno o porozumienie i pozytywne wieści wyczekiwane przez nasze środowisko. Otuchą napawają ostatnie sygnały o projekcie ustawy likwidującej zagrożenie podwójnego karania za błędne wystawienie recepty czy też zapowiedź zmniejszenia obciążeń związanych z określeniem poziomu refundacji przy wystawianiu e-recept.

To jaskółki, które wiosną nie czynią, bo w zawieszaniu są sprawy fundamentalne, jak wspomniana skala finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych, czy zmiany w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentysty.

Nie zabraknie nam determinacji, by się o te sprawy upominać, bo nie będziemy się godzić na marginalizowanie samorządu. Rocznicą trzydziestoletnia odrodzenia izb lekarskich jest okazją, by to głośno wyrazić. Musimy pamiętać, że żadnej władzy nie jest na rękę silny samorząd zawodowy, zwłaszcza w tak niewralgicznej dziedzinie jak ochrona zdrowia. Władza zazdrośnie strzeże swoich prerogatyw, a w dniu, gdy oddaje część swych kompetencji samorządom, zaczyna myśleć... jak je odebrać. ■

SKRINING

Posiedzenie NRL

22 marca odbyło się 7. posiedzenie NRL VIII kadencji. Rozpoczęto je od wręczenia nagród za najlepiej zdany LEK i LDEK w sesji wiosennej 2019 r. (rozmowy z Martą Góral z OIL w Warszawie i Alicją Musierowicz z OIL w Łodzi w następnym numerze) oraz podziękowań dla dr. Ryszarda Golańskiego za 8 lat pracy na stanowisku redaktora naczelnego „Gazety Lekarskiej”. Sporo czasu zajęła dyskusja o realizacji postulatów zawartych w porozumieniu podpisanym między ministrem zdrowia i Porozumieniem Rezydentów OZZL 8 lutego 2018 r., która wywiązała się po wystąpieniu Mikołaja Sinicy. Ponadto dyskutowano o zwołaniu w przyszłym roku Nadzwyczajnego XV Krajowego Zjazdu Lekarzy oraz rozpatrywano projekty stanowisk NRL w sprawie projektów ustaw. W czasie omawianego posiedzenia uchwalono m.in. uchwałę, w której



NRL ponownie zajęła się sprawą podnoszonego od kilku lat (m.in. w stanowiskach i apelach KZL) zagadnienia dopuszczalności zatrudniania lekarzy w ramach indywidualnych lub grupowych praktyk lekarskich. ■

Od lewej: wiceprezes NRL Andrzej Cisko, Alicja Musierowicz, Marta Góral, wiceprezes NRL Jacek Kozakiewicz, prezes NRL Andrzej Matyja



gazetalekarska.pl

Idź na wybory!



Prezes NRL oraz kierownik Ośrodka Współpracy Zagranicznej NIL zachęcają lekarzy i lekarzy dentystów do uczestnictwa w wyborach do PE 26 maja. Wybór 52 przedstawicieli do tej ważnej instytucji UE ma znaczenie także w kontekście ochrony zdrowia. Samorząd lekarski oczekuje od nowo wybranych polskich posłów

wskazania, w jaki sposób zamierzają te sprawy realizować w okresie swojej kadencji. Z myślą o politykach Stały Komitet Lekarzy Europejskich (CPME) oraz Rada Europejskich Lekarzy Dentystów (CED) opracowały specjalne materiały dotyczące zawodów lekarza i lekarza dentysty skierowane m.in. do polityków (ulotki dostępne są na stronie NIL). ■

Kurs z etyki

Jak informuje Marek Czarkowski, przewodniczący Ośrodka Bioetyki NRL, do końca kwietnia polskojęzyczną wersję internetowego kursu z etyki badań naukowych prowadzonych z udziałem ludzi ukończyło 1845 zarejestrowanych uczestników. – Kurs ten przeznaczony jest dla członków i pracowników komisji bioetycznych, lekarzy badaczy oraz wszystkich innych osób biorących udział w realizacji badań klinicznych oraz innych medycznych badań naukowych prowadzonych z udziałem ludzi – mówi dr Marek Czarkowski, zachęcając do podnoszenia kwalifikacji lekarzy i lekarzy dentystów zainteresowanych problematyką badań naukowych prowadzonych z udziałem ludzi. Kurs dostępny jest pod adresem: <http://elearning.treee.org>. Więcej informacji nt. kursu na stronie Ośrodka Bioetyki NRL. ■

SKRINING

Problem w powiatach

W W kwietniu pod siedzibą Ministerstwa Zdrowia odbyły się dwie pikety pracowników szpitali powiatowych z całego kraju. Jak mówi Jerzy Friediger, członek Prezydium NRL i Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych, placówki powiatowe oczekują ze strony resortu konkretnych decyzji w obliczu dramatycznej sytuacji finansowej. 2 mld zł – tyle, zdaniem zarządu OZPSP, potrzeba do pokrycia rosnących kosztów udzielania świadczeń medycznych oraz zaspokojenia oczekiwań grup zawodowych pominiętych w dotychczasowych podwyżkach. W ostatnich dniach kwietnia resort ogłosił, że placówki będące w sieci szpitali dostaną ponad 717 mln zł więcej na leczenie w tym roku, a największy zastrzyk finansowy trafi do tych



z I i II poziomu sieci. W niektórych placówkach mają rozpocząć się spory zbiorowe, 7 maja fizjoterapeuci w ramach protestu mają oddawać krew. ■

Jerzy Friediger
w czasie pikiety
pod Ministerstwem
Zdrowia

EDM

Wytyczne dla POZ

NRL

przeprowadziła ankietę wśród firm zajmujących się wytwarzaniem oprogramowania dla placówek ochrony zdrowia, służącego do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Wyniki zostały zebrane przez Zespół Prezydium NRL ds. EDM w obszernym dokumencie elektronicznym, dostępnym pod adresem <https://stom.hipokrates.org/edm/ankieta/ankieta.html>. ■

W

związku z realizacją projektu unijnego przez NIL i partnerów („Medycynę Praktyczną”, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne oraz Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej), w ramach którego powstała platforma internetowa wytyczne.org, zapraszamy do zapoznania się z dokumentami, które stanowią adaptację opublikowanych wytycznych dotyczących 5 problemów klinicznych. Jako pomoc w praktyce lekarzy POZ opracowano

następujące zagadnienia: polskie wytyczne profilaktyki i leczenia zespołu pozakrzepowego; wytyczne postępowania w dniu moczanowej w Polsce; wytyczne postępowania w depresji u dorosłych dla lekarzy rodzinnych; postępowanie w zaostrzeniach astmy u dorosłych – wytyczne dla lekarzy rodzinnych; wytyczne postępowania w POZ w Polsce z pacjentami z podejrzeniem nowotworu głowy i szyi oraz po leczeniu nowotworu głowy i szyi. Więcej na www.gazetalekarska.pl. ■

Recepty

24

kwietnia Rada Ministrów przyjęła przygotowany przez ministra zdrowia projekt ustawy mający zlikwidować możliwość podwójnego karania lekarzy w związku z nieprawidłowościami przy wystawianiu recept. Ponadto do konsultacji publicznych trafił projekt innej ustawy, mający zdjąć z lekarzy obowiązek oznaczania odpłatności leku w przypadku wystawiania e-recept i umożliwiającą lekarzom specjalistom wystawianie recept na darmowe leki dla seniorów. Rozmowy prezesa NRL Andrzeja

Maty z ministrem zdrowia Łukaszem Szumowskim zmierzają do spełnienia oczekiwań środowiska lekarskiego formułowanych nieustannie od tzw. protestu pieczętkowego z 2012 r. Oba projekty ustaw realizują jedno z najistotniejszych postulatów środowiska lekarskiego związanych z wystawianiem recept. Jeżeli zmiany te wejdą w życie, będzie to ukoronowaniem wieloletniej walki samorządu lekarskiego o uproszczenie ordynacji lekarskiej i oderwanie jej od oznaczania poziomu refundacji – mówi prezes NRL. ■



gazetalekarska.pl

FOTO: MARIUSZ TOMCZAK



KRZYSZTOF MADEJ

wiceprezes NRL

Praktyka reformatorska

Do napisania poniższych wspomnień-rozważań skłoniło mnie zdanie, na które natknąłem się w pewnym serwisie prasowym, publikowanym na potrzeby członków organów Naczelnej Izby Lekarskiej.

Zdanie to rozpoczynało informację o utworzeniu, w trybie ekspresowo przyjętej ustawy, nowej instytucji finansowej w polskim systemie ochrony zdrowia i brzmiało następująco: „Agencja Badań Medycznych ma być remedium na największe bolączki polskiej medycyny”. Mocne! – nieprawdaż?

Wygląda na to, że znaleziono w końcu kamień filozoficzny reformy systemu ochrony zdrowia. My tu krytykujemy nieustająco nasz system, w braku poważania mamy różnych urzędników, polityków, menedżerów i teoretyków myśli systemowej, myślimy tylko o tumultach, strajkach i wymuszonych podwyżkach płac, a tu taka jutrzienka nadziei.

Zachowajmy jednak chłodny ogłód sytuacji. Powyższy komunikat to typowy przykład pewnej maniery dziennikarskiej, która relacjonowane zjawiska przedstawia w sposób entuzjastycznie pozytywny i jednoznacznie optymistyczny. To taki rodzaj dziennikarskiej konferansjerki dla szerokiej publiczności. Sceptyczny obserwator

polskiej medycyny jednak wie, że Agencja (dlaczego nie fundusz, tylko musi być trzyliterowa agencja?) nie rozwiąże żadnej z „największych bolączek polskiej medycyny”. Obsłuży co najwyżej wąsko grupowy interes „niekomercyjnych badaczy” w ich realizacji niekomercyjnych badań. Pomysł w sumie logiczny. Jeśli nakłady na medycynę polską ze środków publicznych to ponad 4 proc. PKB (nigdy nie byłem pewien, ile jest to „ponad”), a nakłady na naukę nie dochodzą do 0,5 proc. PKB i na szkolnictwo wyższe minimalnie przekraczają 1 proc. PKB, to gdzie szukać pieniędzy? W ochronie zdrowia jest ich naprawdę bardzo dużo.

Ale nie o Agencji chciałbym tutaj rozprawiać. Na razie wystarczy mi, że oczami wyobraźni widzę szefa tej Agencji. Zażywnego dżentelmena w średnim wieku, którego głównym zadaniem będzie wygłaszanie optymistycznych przemówień o dokonaniach Agencji, które są „nie do przecenienia”. Zresztą zręby tej retoryki mamy już we wspomnianym komunikacie prasowym: „na wsparcie mogą liczyć (...) badania procesów leczniczych czy badania dotyczące optymalizacji całego sektora”, „Agencja (...) będzie pewnego rodzaju animatorem rynku ochrony zdrowia w Polsce”, „wśród kluczowych działań Agencji (...) identyfikujemy (...) takie, które mają poza konkretnym zyskiem biznesowym przynieść pewien zysk społeczny i wiedzę np. na temat funkcjonowania danych technologii, ich zastosowania w polskim rynku ochrony zdrowia czy budowania sprawnej polityki zdrowotnej w kraju” itd., itd. Szczególnie ostro moje oczy wyobraźni dostrzegają panią dyrektor działu komunikacji medialnej Agencji.

“

Wygląda na to, że znaleziono w końcu kamień filozoficzny reformy systemu ochrony zdrowia.

Istotą tej informacji, w moim skJARZENIU, jest swego rodzaju bezradność w myśli reformatorskiej, wynikająca z nieumiejętności zbudowania całościowego modelu systemu. Pojawia się wówczas pokusa, aby znaleźć taką dźwignię w systemie (Anglosasi mówią na to: „trigger point”), która naciśnięta spowoduje, że pozostałe klocki ułożą się w pożądaną, choć w chwili obecnej trudną do opisanego i zdefiniowania sposób. Tak przeprowadzane zmiany mają przynieść dobre skutki bez większego wysiłku, tylko na podstawie jednostkowego triku. W tym momencie chwilowa nadzieja w Agencji. Tak zresztą było od początku. Wprowadzaniu kas chorych towarzyszyła kalkulacja, że jeśli wydatkowanie pieniędzy na zdrowie nie będzie decyzją urzędniczą, tylko wynikiem negocjacji i umowy cywilnoprawnej pomiędzy płatnikiem i świadczeniodawcą, to miliony tych negocjacji i umów same z siebie doprowadzą do optymalnego wydatkowania środków. Już w pierwszym roku działania kasy „zrobiły” kilkaset milionów nowego długu, a w wielu zakamarkach systemu, nawet po 20 latach funkcjonowania „systemu ubezpieczeniowego”, realizowane są tzw. budżety historyczne, odziedziczone z poprzedniej epoki. Jeden minister zaprowadził więc samodzielne kasy, potencjalnie konkurujące między sobą, drugi to wszystko scentralizował i zetatyzował. Przerobiono zakłady opieki zdrowotnej na samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (czy to czasami nie oksymoron?), że niby szpital jako przedsiębiorstwo będzie rządził się innymi prawami (ekonomicznymi i rynkowymi), a długi jak rosły, tak dalej rosną. Wprowadzono system podstawowej opieki zdrowotnej, jako naturalnego regulatora ruchu w systemie, a dostępność do lekarzy i świadczeń pogarsza się, liczba hospitalizacji jest absurdalnie nieprzystająca do standardów, zaś SOR-y stały się jakimiś piekielnymi instytucjami społecznej udręki. Jedni ministrowie urynkawiali system (prywatyzacja i komercjalizacja),

decentralizowali go i atomizowali, inny wprowadził sieć szpitali, wyjmując je z, niby pożądanego do niedawna, wolnej gry rynkowej. W ślad za tym poszła modna koncepcja koordynowanej opieki zdrowotnej. Tak to się teraz nazywa, bo kiedyś, za Gierka w połowie lat 70. XX w., to były ZOZ-y, czyli zintegrowana opieka zdrowotna: szpital, sieć przychodni różnego szczebla i pogotowie, jako jeden twór administracyjny. Teraz, dla odmiany, termin ten oznacza zakład opieki zdrowotnej.

Trudno więc dziwić się, że niektórzy te wszystkie zmiany, nazywane reformą służby zdrowia, później reformą reformy, jeszcze później reformą reformy reformy itd., nazywają, jak mawiał pewien logik, cofaniem się do tyłu.

Reformatorskie piruety miały miejsce nie tylko na styku epok politycznych. Oto w czasie trwania jednej formacji ogłoszono, że trzeba zlikwidować NFZ i było to uznane za sukces myśli reformatorskiej. Po pewnym czasie ogłoszono kolejny sukces, że udało się nie zlikwidować NFZ-u, więc jest nadzieja na poprawę. Tak oto zaniechanie staje się sukcesem usilnego działania. Mógłbym tę wyliczankę ciągnąć do końca numeru, bo mam pamięć jak słoń.

Ostatecznie nie rozwiązano do końca żadnego z problemów polskiej medycyny, o których na etapie zmiany ustroju państwa mówiło się, że są podstawą przyszłego nowego porządku systemowego: kadrowego (niedobór kadr), finansowego (niedobór środków), płacowego (ogromne rozwarstwienie płac), biurokratycznego (przerosty biurokracji) i jeszcze wielu innych, proszę je sobie samemu dopisać.

Sądzę też, że drugą przyczyną tego entuzjazmu w relacjonowaniu przyszłych sukcesów Agencji jest nadzieja (choć trąci mi ona naiwnością), że powstanie wydolny intelektualnie ośrodek myśli systemowej, niezależny od bieżącej polityki i niezależnie oraz kompetentnie podpowie politykom, co mają robić, a oni się temu podporządkują. To stare marzenie pięknoduchów, aby troskę o kształt instytucjonalny medycyny wyjąć z bieżącej gry politycznej.

No to „przejechałem się” po polityce i praktyce reformatorskiej, teraz czas na rachunek sumienia. Czy ja sam jestem wolny od tej słodkiej nadziei, że zmiana wycinkowych elementów zmieni dużo więcej? Niestety nie i bardzo się tego wstydzę. Uważam np., że cenną rzeczą byłoby wprowadzenie do polskiej ochrony zdrowia systemu konsultanckiego, bo wykorzystanie kadr medycznych jest w Polsce bardzo niskie. Ostatnim, który rozprawiał o dobrych efektach oparcia systemu świadczeń zdrowotnych na konsultantach, był prof. Zbigniew Religa. Nie dane mu było przystąpić do realizacji tego planu, a nam doczekać, zresztą nie wiadomo, czy cokolwiek by się w tym względzie zaczęło dziać. Uważam także, że należałoby na nowo rozważyć koncepcję tzw. samorządowej ochrony zdrowia. I sam nie wiem, czy nie są to tylko zwidy?

Mam więc nadzieję, że i te moje rojenia Agencja przebadania. Naukowo i niekomercyjnie. ■



Reformatorskie piruety miały miejsce nie tylko na styku epok politycznych.

15 LAT W UE

Przyszła Unia do doktora

W maju 2004 r. w strugach rzęsimego deszczu odbierałem z lotniska w Warszawie mojego przyjaciela, znanego irlandzkiego lekarza. Zapytałem go wówczas, czy to dobrze, że Polska stała się częścią Unii Europejskiej.

TEKST **MAREK STANKIEWICZ**, LEKARZ, PUBLICYSTA,
KIEROWNIK OŚRODKA HISTORYCZNEGO NIL

On uśmiechnął się pod wąsem i odparł flegmatycznie: „przez kolejne cztery lata będzie wam nawet trudniej, ale za dziesięć lat na pewno lepiej”. W moim przekonaniu nie pomylił się, ale dziś ta sprawa wciąż dzieli, nie tylko lekarzy i pracowników ochrony zdrowia w Polsce.

Przypomnijmy, że to dopiero przełom ustrojowy po 1989 r. umożliwił podjęcie rozmów na temat stowarzyszenia Polski ze Wspólnotami Europejskimi, a na faktyczną akcesję musieliśmy poczekać przez następne 15 lat. Trzeba było zaakceptować trudne, bo dotychczas niezbrane, warunki sine qua non:

- wolność przepływu towarów, czyli zniesienie kontroli granicznych oraz harmonizacji podatków;
- wolność przepływu usług, czyli ujednolicenie metod kontroli banków i ubezpieczeń;
- wolność przepływu kapitału, a więc dążenie do wspólnego rynku usług finansowych;
- wolność ruchu osobowego – prawo do pracy, życia, mieszkania i korzystania z uprawnień socjalnych w miejscu pobytu na



Andrzej Ciołko, prezes Lubelskiej Izby Lekarskiej, w majowy poranek 2004 r.

terytorium całej UE, bez względu na przynależność państwową.

Polska w końcu została członkiem Unii Europejskiej w 2004 r. W referendum akcesyjnym

przeprowadzonym w czerwcu 2003 r. za członkostwem w UE opowiedziało się 77,45 proc. głosujących, a przeciw było 22,55 proc., przy rekordowej wtedy frekwencji – (58,85 proc.).

Czy środowisko lekarskie w tamtym czasie tak bardzo łaknęło solidnych, unijnych uregulowań, uwolnionych od protekcjonizmu, łapówkarstwa, nepotyzmu czy załatwiania wszystkiego pod knajpiąnym stolikiem lub na telefon „gdzie trzeba”? Czy sporej rzeszy ordynatorów i kierowników klinik nie zatrząsły się spodnie, że może na nich przyszedł już czas? W polskiej medycynie nigdy nie przeprowadzono skutecznej lustracji. Jedni pomstują do dziś na niesprawiedliwe kariery lekarskich miernot, inni przekonują, że lekarskie piekielko nie sprzyja nauce i pozycji polskiej medycyny w świecie.

LŻEJ PRACOWAĆ, LEPIEJ ZARABIAĆ

Lekarze w Polsce jeszcze dziś dzielą się na tych, którzy w UE upatrują swoją życiową szansę, i tych, którzy uważają, że Unia to zarzewie zła, która do reszty odepchnie nas z narodowej dumy i tożsamości. – Jestem eurorealistą – mówił Konstanty Radziwiłł w lutym 2002 r. w wywiadzie dla „Gazety Lekarskiej”. – Uważam, że nie ma innej alternatywy dla Polski niż wejście do Unii Europejskiej, ale to musi być integracja na najlepszych dla Polski warunkach. Staram się, by polscy lekarze nie wchodzili do lekarskiej rodziny europejskiej jako obywatele drugiej kategorii – przekonywał ówczesny prezes NRL.

Nasze członkostwo rodziło się w dąsach, żalach, pretensjach i wygórowanych oczekiwaniach. Fakt, że politycy często decydowali o czymś bardzo ważnym za plecami lekarzy i całego samorządu lekarskiego. Jeszcze dziś pamiętam, jak wówczas zaiskrzyło w sprawie wzajemnego uznawania dyplomów lekarskich, kiedy zachodni partnerzy zażądali od polskich negocjatorów zmiany tytułu lekarza stomatologa na lekarza dentystę. – Trudno sobie jednak wyobrazić, że rząd polski popełni harakiri i z powodu stomatologów nie podpisze traktatu

1 MAJA 2004

Był zwyczajny, sobotni, deszczowy poranek. Tego dnia Polska stała się członkiem UE.

zjednoczeniowego – roztropnie ostrzegał czytelników „GL” ówczesny prezes NRL.

Tymczasem tysiące lekarzy wraz z rodzinami opuszczało Polskę w poszukiwaniu lepszego życia, zawodowej stabilizacji i perspektyw dla dorastających dzieci. I wielu znalazło tam szczęście i spełnienie. Biura pośrednictwa pracy dla lekarzy przeżywały prawdziwy biznesowy rozkwit. Jeszcze większą frajdę mieli ich skandynawscy mocodawcy, którzy bez cienia zażenowania chwaliли się, że pozyskują wykwalifikowanych i zmotywowanych lekarzy siedmiokrotnie taniej, niż kosztuje solidne wykształcenie ich w Sztokholmie, Oslo czy Kopenhadze. Nawiasem mówiąc, to żaden wstyd. Naszego asa Roberta Lewandowskiego sprzedano do Niemiec w 2010 r. za 4 mln euro, a obecnie o transfer naszego napastnika nie wypada nawet pytać klubu z Bawarii nikomu, kto nie ma 200 mln na taką super okazję. A jak zachowały się wówczas izby lekarskie? Tak, jak powinny. Były z lekarzami, potwierdzały ich kwalifikacje, „Gazeta Lekarska” wręcz puchła od ofert stabilnej pracy na Zachodzie. Słowem – pomagały.

“

Politycy często decydowali o czymś bardzo ważnym za plecami lekarzy i całego samorządu lekarskiego.

ZDROWIE NIGDY NIE STAŁO SIĘ KATEGORIĄ POLITYCZNĄ

Wreszcie, 1 maja 2004 r., nadeszła wiekopomna chwila. Był zwyczajny, sobotni, deszczowy poranek. Z garstką przyjaciół z Lubelskiej Izby Lekarskiej wybraliśmy się na spacer po Lublinie, aby uczcić tę chwilę symbolicznym uderzeniem w Dzwon Wolności, który władze miasta ustawiły nieopodal Pomnika Unii Lubelskiej z 1569 r. Przypominam, że w wyniku tamtej unii powstała Rzeczpospolita Obojga Narodów – ze wspólnym monarchą, herbem, sejmem, walutą, polityką zagraniczną i obronną, gdzie zachowano odrębny skarb, urzędy, wojsko i sądownictwo.

Co z tego wynika dla kolejnych generacji lekarzy? Zdrowie publiczne nigdy nie było kategorią polityczną. Nikt dotychczas nie wygrywał ani nie przegrywał w Polsce wyborów z powodu wiekowych zaniedbań w ochronie zdrowia. W 2004 r. wydawało się nam, że może teraz zwróci się ku sobie dwa światy polskiej służby zdrowia: nowoczesny, odnoszący sukcesy systematycznie, choć zbyt powoli, bo dyskryminowany świat prywatny i drugi – faworyzowany przez partyjnych kacyków, skostniały, przeżarty korupcją i przerośniętym zatrudnieniem świat większości szpitali publicznych.

Tymczasem doczłapaliśmy do europejskiej rodziny narodów nie tylko bez świadczeń gwarantowanych, ale ze szpitalnymi molochami i ich finansowym widmem, których dług zbliżał się do ich wartości materialnej. Kroczyliśmy boso, ale w ostrogach, które w naszej wyobraźni wciąż świecą rycerskim blaskiem pogromców



Okładka „GL” nr 5/2004

komunizmu. Lekceważyliśmy życzliwe i roztropne upomnienia i przestrogi, że wzrost refundacji za leki o 38 proc. dobije nasze publiczne fundusze na zdrowie. Władze były przywiązane do wizerunku doktora z żelaza, który w taśmowym systemie produkuje coraz więcej porad. Nie lubiliśmy korzystać z uwag kolegów, którzy na emigracji coś fajnego osiągnęli. Zarozumiale zadzieraliśmy nosa, że „nie będą nas pouczać”.

CHYBA NIE MA CZEGO ŻAŁOWAĆ

Po akcesji do UE Naczelna Rada Lekarska szeroko otworzyła się na współpracę z renomowanymi organizacjami międzynarodowymi, które kształtowały lub wręcz wskazywały nowoczesne priorytety w ustawicznym kształceniu podyplomowym i rozwoju zawodowym lekarzy i lekarzy dentystów. I, prawdę mówiąc, nie ma czego

po nich Anna Lella - sekretarza generalnego ERO FDI - Europejskiej Regionalnej Organizacji Światowej Federacji Dentystycznej.

Strumień zachodniej medycyny wciąż z bogactwa naszych rodzimych lekarzy. Może na razie niech tak zostanie. Wielu Europejczyków obawia się, że globalizacja prowadzi do niesprawiedliwości społecznej, utraty miejsc pracy lub obniżenia standardów ochrony środowiska naturalnego, zdrowia czy prywatności. Co więcej, stanowi zagrożenie dla ich tożsamości, tradycji i stylu życia.

- Globalizacja to potężna siła przynosząca Europie i światu zarówno korzyści, jak i liczne wyzwania. Aby zachować korzyści płynące z otwartości, a jednocześnie zmierzyć się z jej wadami, Europa musi promować silniejszy i bardziej sprawiedliwy porządek świata, oparty na zasadach, zdecydowanie przeciwdziałać nieuczciwym praktykom oraz doprowadzić do tego, aby nasze społeczeństwa były odporniejsze, a nasze gospodarki - bardziej konkurencyjne, w obliczu szybko zmieniających się warunków - przekonuje Jyrki Katainen, wiceprzewodniczący Komisji Europejskiej. ■

Po akcesji do UE Naczelna Rada Lekarska szeroko otworzyła się na współpracę z renomowanymi organizacjami międzynarodowymi.

„Już się łudziłem, że ten nasz homo sovieticus dokona żywota” - piszę we wstępie do majowego wydania „GL” sprzed 15 lat. „Aż tu nagle tęgie głowy wynajęte przez ministra zdrowia zaproponowały powrót do wprowadzenia inaczej finansowanej, ale ich zdaniem sprawdzonej już w przeszłości formuły zespołów opieki zdrowotnej. Osobiście wolałbym, żeby ZOZ był nowoczesnym miejscem leczenia ludzi, ale co wtedy byłoby bastionem ich zatrudnienia w małych miasteczkach”? No i co? Refleksja jest wciąż żywa, choć to żadne pocieszenie.

żałować. Oplaciło się. Talenty organizacyjne czy przywódcze polskich lekarzy zaczęła doceniać stara dwunastka europejska, która od lat nam się przyglądała. Coraz częściej znamiennie organizacje lekarskie wyznaczały plenarne spotkania w Warszawie, za każdym razem komplementując polskich lekarzy. Na owoce tych wysiłków nie trzeba było długo czekać. Konstanty Radziwiłł objął zaszczytną funkcję prezydenta Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich, Romuald Krajewski - prezydenta Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS), a wkrótce



W związku z tegorocznymi obchodami Światowego Dnia Walki z Nowotworami Krwi, który przypada na **28 maja**, Fundacja DKMS organizuje w tym dniu w Warszawie konferencję pod tytułem „Program Rozwoju Polskiej Transplantologii i Wsparcia Pacjentów. Aspekty medyczne i psychologiczne życia z powracającą chorobą nowotworową”. „Gazeta Lekarska” objęła patronat medialny nad tym wydarzeniem.



gazetalekarska.pl

FUNDUSZ STYPENDIÓW NRL

Wspierać kształcenie zawodowe

Pierwsze pieniądze dla lekarzy i lekarzy dentystów z funduszu stypendiów NRL zostały przyznane.

TEKST **LUCYNA KRYSIAK**, DZIENNIKARZ

W nowej kadencji samorząd lekarski postawił na wspieranie kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów, powołując Komisję Stypendialną NRL, z myślą o utworzeniu funduszu stypendiów.

Pierwsze stypendia zawodowe z tego funduszu zostały przyznane. Wnioskowali o nie lekarze i lekarze dentyści z całej Polski. Najwięcej z Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, Dolnośląskiej Izby Lekarskiej i Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie. Z okręgowych izb do komisji wpłynęło 56 wniosków, w tym 40 od lekarzy i 16 od lekarzy dentystów. – To jak na początek działania funduszu dość liczna rzesza pragnących podnosić swoje kwalifikacje zawodowe na oferowanych przez nas zasadach – przekonuje Michał Balsa, przewodniczący Komisji Stypendialnej NRL.

JASNO I CZYTELNI

Stypendia to temat otwarty, o czym świadczy już na starcie wprowadzenie poprawek do regulaminu ich przyznawania. Chodzi o to, aby system był jasny i czytelny, a tym samym jak najbardziej przyjazny dla wnioskujących i nie sprawiał problemów przy wypełnianiu

formularzy, co zdarzało się, kiedy program ten startował. Członkowie Komisji Stypendialnej NRL zgłosili kilka poprawek w tym zakresie. Ich uwagi zostały uwzględnione w projekcie uchwały zmieniającej uchwałę w sprawie utworzenia funduszu stypendialnego. We wnioskach opiniujących zdarzały się bowiem niedociągnięcia dotyczące zasad formalnych wypełniania dokumentów niezbędnych do uzyskania stypendium (np. nie były uzupełnione punktacje, brakowało certyfikatu) i komisja była zmuszona odeśłać je ich autorom, oczekując na niesienia poprawek. – Około 30-37 proc. wnioskujących nie spełniło tego wymogu, co było jednoznaczne z rezygnacją ze starania się o stypendium, nad czym ubolewam, ale myślę, że już w drugiej transzy weryfikowania wniosków nie będzie tego rodzaju niejasności – podkreśla Michał Balsa.

O największe kwoty na stypendia wnioskowali stomatolodzy, co – jak wyjaśnił przewodniczący KS NRL – wynika ze specyfiki kursów dla lekarza dentysty, ponieważ są one komercyjne i wysoko płacone. Lekarze starający się o stypendia aplikowali o kwoty od 3 tys. do 10 tys. zł w zależności od rodzaju kursu, warsztatu lub stażu zawodowego.

TRAFIĆ DO WSZYSTKICH

Komisji Stypendialnej NRL zależy, aby zasady przyznawania stypendiów były jak najszerszej rozpropagowane wśród lekarzy i lekarzy dentystów w izbach okręgowych, okręgowych biuletynach, na stronach internetowych, ponieważ samorząd widzi w tym szansę na do kształcenie zawodowe dla wielu lekarzy. – Przyznając stypendium, oprócz kryterium punktowego, braliśmy pod uwagę opinię lekarzy zasiadających w komisji mających rozpoznać w danej specjalności, np. stypendia dla lekarzy dentystów opiniował lekarz dentysta – tłumaczy przewodniczący Balsa.

We wniosku powinna się też znaleźć zgoda ośrodka, w którym lekarz będzie odbywał staż podyplomowy. Ponieważ część lekarzy nie wiedziała, kto wydaje takie zaświadczenia, doprecyzowano, że będzie to jego macierzysta okręgowa izba lekarska. Uszczegółowiono też wnioski o zapisy wskazujące lekarzowi, gdzie i jak ma wypełnić poszczególne rubryki, jednoznacznie określono, że kursy doskonalące zawodowo to dodatkowa forma kształcenia i zmieniono adres e-mail, pod który starający się o stypendia mogą zgłaszać wnioski: stypendia@hipokrates.org. ■

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Zjazdy w okręgach:
podsumowania i plany

W marcu i kwietniu w całej Polsce odbywały się okręgowe zjazdy lekarzy. OZL jest najwyższą władzą okręgowej izby lekarskiej, uczestniczą w nim osoby delegowane przez członków izby. W czasie tych zgromadzeń wręczane są najważniejsze odznaczenia izbowe, przyjmuje się sprawozdania z działalności organów izb, podejmowane są m.in. uchwały dotyczące działania izby

czy kwestii budżetowych, a także apele w sprawie aktualnych problemów związanych z ochroną zdrowia. OZL Bydgoskiej Izby Lekarskiej podjął m.in. apele: do wojewody kujawsko-pomorskiego o przeprowadzenie kontroli w zakresie funkcjonowania wszystkich szpitalnych oddziałów ratunkowych na terenie województwa, a także do NFZ i MZ o poprawę wycen za świadczenia stomatologiczne w kontraktach NFZ. OZL Śląskiej Izby Lekarskiej z kolei zwrócił się m.in. do komisji finansowej w sprawie rozważenia możliwości sfinansowania w ramach składki członkowskiej podstawowego ubezpieczenia OC lekarzy i lekarzy den-

tystów. OZL OIL w Szczecinie wyraził stanowczy sprzeciw wobec pseudonaukowych metod zwalczania chorób.

Zachęcano też lekarzy do udziału w manifestacji zaplanowanej przez OZZL na 1 czerwca w Warszawie jako wyraz sprzeciwu wobec niewywiązania się rządu z porozumienia podpisanego z rezydentami w lutym 2018 r. Apele w tej sprawie wystosowały m.in. OZL izb łódzkiej i szczecińskiej. Dolnośląska Izba Lekarska stanęła przed koniecznością zwołania nowego zjazdu – podczas tego zaplanowanego na 23 marca nie udało się zebrać wymaganego kworum. Kolejny OZL ma odbyć się 18 maja. ■

“

W marcu i kwietniu w całej Polsce odbywały się okręgowe zjazdy lekarzy.

„SOR(RY), tu ratuje się życie!”



Śląska Izba Lekarska zainicjowała kampanię społeczną, której celem jest uświadomienie pacjentom, że zgłaszanie się na SOR, gdy nie jest się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, odbiera szansę na pomoc osobom naprawdę potrzebującym natychmiastowej interwencji. Im-

pulsem do działania stały się ostatnie tragiczne w skutkach wydarzenia na izbach przyjęć i SOR-ach kilku szpitali w woj. śląskim. W ramach akcji pod hasłem „SOR(RY), tu ratuje się życie!” udostępniane są plakaty edukacyjne, powstał krótki film edukacyjny, odbyła się też konferencja

prasowa. Organizatorzy zachęcają do pobierania plakatów i rozwieszania ich w placówkach ochrony zdrowia. Do kampanii przyłączają się izby z innych regionów kraju, m.in. OIL w Łodzi, Warszawie, Częstochowie, Tarnowie, Dolnośląska Izba Lekarska i Beskidzka Izba Lekarska. ■

Spotkanie wielkopolskich dyrektorów ds. medycznych



Z inicjatywy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w kwietniu spotkali się dyrektorzy – lekarze z 18 wielkopolskich szpitali.

Uczestniczyli oni w dwudniowej konferencji, zdiagnozowali problemy i wydali wspólny komunikat. Wskazali na braki kadrowe, przede wszystkim lekarzy specjalistów,

problemy z zapewnieniem opieki dyżurowej i ciągłości pracy oddziałów, zbyt duże przeciążenie SOR-ów i izb przyjęć (przyjmujących w Wielkopolsce do 200 pacjentów na dobę), problemy z nieuzasadnionymi skierowaniami do szpitala i wiele innych, z którymi można zapoznać się na stronie: www.wil.org.pl. ■

Święto lekarzy dentystów na Podlasiu

W dniach 6-8-czerwca w Augustowie odbędzie się konferencja szkoleniowa „Wiosenne Podlaskie Spotkania Stomatologiczne 2019”. Organizatorami spotkania są Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku oraz Podlaskie Stowarzyszenie Stomatologów.

Program obfituje w warsztaty i wykłady dydaktyczne, zaplanowano także sesję samorządową, podczas której omawiane będą aktualne problemy środowiska stomatologicznego, ma także dojść do spotkania z przedstawicielami Wydziału Kontroli NFZ, którzy będą prezentować najczęściej stwierdzane nieprawidłowości w trakcie realizacji świadczeń stomatologicznych w ramach kontraktów z funduszem. Szczegółowy program i zapisy: www.stomatolodzy-podlasia.pl. Za udział przysługuje 20 punktów edukacyjnych. ■

Uwaga – oszuści!

W armińsko-Mazurska Izba Lekarska ostrzega przed nowym sposobem oszustw, których ofiarami są lekarze i lekarze dentyści. Jak czytamy na stronie internetowej izby, oszuści telefonują, podając się za windykatorów z kancelarii prawnej lub komornika z propozycją wstrzymania windykacji za rzekomo niezapłacone faktury za reklamę w internecie w zamian za opłacenie kuriera, który przyjedzie z papierami rozwiązującymi umowę. Kurier pojawia się i przekazuje przesyłkę za pobraniem. Po sprawdzeniu danych rzekomej firmy, okazuje się, że nie ma żadnej reklamy ani nawet strony internetowej. ■

Wielkanocna edycja kampanii #WspólneŚwięta

Młodzi lekarze z OIL w Warszawie w grudniu ub.r. zainicjowali kampanię edukacyjną uświadawiającą na problem pozostawiania osób starszych w szpitalach na okres świąt. Teraz przyszła kolej na edycję wielkanocną tej akcji. Przygotowano specjalne plakaty promocyjne. Lekarze z warszawskiej izby podkreślają, że poza wymiarem etycznym i moralnym ta kampania ma również zwrócić uwagę na problem systemowy z tzw. opieką wytniętą w Polsce, która funkcjonuje w wielu krajach świata. ■



Nagrodzono film produkcji śląskiej izby

Śląska Izba Lekarska odebrała najwyższe wyróżnienie w konkursie Liderzy Ochrony Zdrowia 2019 w dziedzinie promocji i profilaktyki – za film „Choroby zakaźne – oni pamiętają!”, w którym doświadczeni lekarze opowiadają o czasach, zanim szczepienia stały się powszechne i obowiązkowe. Dokument można zobaczyć na kanale ŚIL na YouTube, stronie internetowej i FB izby. ■

30 LAT ODRODZONEGO SAMORZĄDU LEKARSKIEGO

1989

17 maja Sejm PRL uchwała ustawę o izbach lekarskich. 1 października rozpoczynają się wybory delegatów na okręgowe zjazdy lekarzy. 10-12 grudnia odbywa się I Krajowy Zjazd Lekarzy w Warszawie. Prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej zostaje prof. Tadeusz Chrusciel, a Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej – Stanisław Leszczyński. 18 grudnia po raz pierwszy obraduje NRL.



1994

2 listopada NRL protestuje przeciwko projektowi budżetu państwa na 1995 rok i obniżeniu nakładów na służbę zdrowia.

1995

1 lutego Konwent Przewodniczących Izb Lekarskich ogłasza „Oświadczenie” domagające się wprowadzenia systemu ubezpieczeń zdrowotnych, a za podstawę prac wskazuje materiały „Solidarności”.

1998

W kwietniu rząd decyduje o zmniejszeniu składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne do 7,5 proc. podatku od osób fizycznych, a w odpowiedzi powstaje Komitet Obrony Reform Ochrony Zdrowia, w składzie którego nie ma tylko „Solidarności”. 1 września rozpoczyna się proces wydawania „nowych” praw wykonywania zawodu i zezwoleń na prowadzenie prywatnej praktyki lekarskiej. 25 września NRL zawieszają akcję protestacyjną lekarzy.

1999

1 stycznia rozpoczyna się reforma służby zdrowia i emerytur. Powołano kasy chorych. 19 lutego KORÓZ ogłasza Strajk Generalny Służby Zdrowia. 24 maja minister zdrowia rozporządzeniem zwiększa uprawnienia izb lekarskich w organizowaniu staży poddyplomowych. 19 czerwca NRL uchwałą 66/99/III rozwiązuje część izb od 1 października 1999 r. 17 września NRL uchyła decyzję o likwidacji izb, których terytoria nie pokrywają się z województwami.

1990



1 stycznia wchodzi w życie ustawa o izbach lekarskich. 1 lipca ukazuje się numer specjalny „Gazety Lekarskiej” pod redakcją Tomasza Jaroszewskiego, a 1 września numer pierwszy.

1996



24 maja odbywa się demonstracja pracowników służby zdrowia w Warszawie. 26 czerwca rozpoczyna się Akcja Protestacyjna Lekarzy organizowana przez OZZL i NRL. 13 września dochodzi do Ogólnopolskiego Protestu Lekarzy w Warszawie. 5 grudnia uchwalona zostaje ustawa o zawodzie lekarza. 13 grudnia rozpoczyna się strajk, który trwa do końca roku.

1991

13-14 grudnia w Bielsku-Białej odbywa się „najburzliwszy” Nadzwyczajny II Krajowy Zjazd Lekarzy, który przyjmuje Kodeks Etyki Lekarskiej.

1993



12-14 grudnia obraduje III Krajowy Zjazd Lekarzy w Warszawie. Nowelizuje KEL i wybiera nowego prezesa, którym zostaje Krzysztof Madej, a NROZ – ponownie Stanisław Leszczyński.

1997

14 lutego NRL przeprowadza się do nowej siedziby przy ul. Sobieskiego 110. 13-14 grudnia obraduje w Warszawie IV Krajowy Zjazd Lekarzy, prezesem NRL ponownie zostaje Krzysztof Madej, a NROZ – Krystyna Rowecka-Trzebicka. Po raz pierwszy powołano Krajową Komisję Wyborczą, na jej czele stanął Ładysław Nekanda-Trepka.



2000

23 marca minister zdrowia wydaje rozporządzenie w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach wydawania zezwoleń do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich i grupowych praktyk lekarskich oraz ustalenia danych objętych wpisem i sposobu prowadzenia rejestrów. 26-28 kwietnia w Mikołajkach obraduje Nadzwyczajny V Krajowy Zjazd Lekarzy, poddając ocenę i krytyce reformę służby zdrowia.

2001

13-15 grudnia odbywa się VI Krajowy Zjazd Lekarzy w Warszawie. Zjazd wybiera Konstantego Radziwiłła na prezesa NRL, Zbigniewa Czernickiego na NROZ.

2003

9-11 maja w Dębowej Górze odbywa się pierwszy w historii polskiego samorządu lekarskiego konwent przewodniczących rad lekarskich, przewodniczących sądów lekarskich i okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej połączone z obradami Prezydium NRL. 7-8 czerwca ma miejsce referendum akcesyjne: zdecydowana większość Polaków opowiada się za wejściem Polski do UE. 19-20 września w Toruniu odbywa się Nadzwyczajny VII Zjazd Lekarzy, który uchwała nowy KEL.

2004

23 kwietnia NRL zatwierdza regulamin wyborów do organów izb lekarskich. 1 maja Polska zostaje członkiem UE. 9 listopada po raz pierwszy w Polsce odbył się Lekarski Egzamin Państwowy.

2005

30 grudnia wicepremier Ludwik Dorn „bierze lekarzy w kamasze”.

2006

5-7 stycznia odbywa się VIII Krajowy Zjazd Lekarzy w Warszawie, prezesem NRL zostaje ponownie Konstanty Radziwiłł. 3-4 marca obraduje w Krakowie konwent przewodniczących rad lekarskich, który podejmuje decyzję o kolejnym proteście. 10 maja odbywa się wielotysięczna manifestacja w Warszawie.

2007

19 czerwca pielęgniarki rozpoczynają protest pod Kancelarią Prezesa Rady Ministrów. Powstaje „białe miasteczko”.

2008

11-12 stycznia odbywa się Nadzwyczajny IX Krajowy Zjazd Lekarzy w Warszawie. 21 stycznia rozpoczyna się „biały szczyt”, czyli spotkanie polityków z lekarzami nt. reformy systemu i podwyżek. 11 listopada kończy się pierwszy okres rozliczeniowy punktów edukacyjnych, liczony od 2000 r.

2009



12 stycznia Rzecznik Praw Obywatelskich kwestionuje obowiązkową przynależność do izb lekarskich. 29-30 maja odbywają się w Poznaniu uroczystości 20-lecia samorządu lekarskiego w Polsce.

2010

1 stycznia wchodzi w życie nowa ustawa o izbach lekarskich. 28-30 stycznia odbywa się X Krajowy Zjazd Lekarzy. 29 stycznia Maciej Hamankiewicz zostaje prezesem NRL, a Jolanta Orłowska-Heitzman – NROZ. 11 czerwca wchodzi w życie rozporządzenie MZ w sprawie obowiązkowego OC lekarzy.



2011

4 lutego NRL przyjmuje apel w sprawie refundacji leków, a 16 grudnia decyduje o zawieszeniu do lutego 2012 r. protestu w sprawie recept refundowanych, co staje się powodem zaostreżenia sytuacji w kraju i masowego protestu lekarzy.

2012



1 stycznia wchodzi w życie ustawa refundacyjna. Dzień później rozpoczyna się pierwszy protest pieczętkowy. 4 stycznia dochodzi do negocjacji samorządowo-rządowych w sprawie recept. 13 stycznia odbywa się nadzwyczajne posiedzenie NRL w Łodzi. Sejm zmienia ustawę o refundacji leków. 24-25 lutego ma miejsce Nadzwyczajny XI Krajowy Zjazd Lekarzy w Warszawie. 22 czerwca NRL w Lidzbarku Warmińskim podejmuje decyzję o zaostreżeniu protestu. 1 lipca rozpoczyna się II protest pieczętkowy. Izba dystrybuuje zastępcze druki recept.

2014

20-22 marca odbywa się XII Krajowy Zjazd Lekarzy. Maciej Hamankiewicz ponownie zostaje prezesem NRL, a Grzegorz Wrona – NROZ. 6 grudnia odbywa się w Teatrze Narodowym Srebrna Gala Samorządu Lekarskiego z okazji 25-lecia.

2015

10 kwietnia NRL podejmuje decyzję ws. wystąpienia do Trybunału Konstytucyjnego o zbadanie zgodności z Konstytucją przepisów wprowadzających pakiet onkologiczny w zakresie dotyczącym wykonywania zawodu lekarza. 7 października NRL wygrywa sprawę przed TK w dwóch zakresach związanych z odmową udzielania świadczenia zdrowotnego przez lekarza z powołaniem się na klauzulę sumienia.

2016

13-14 maja odbywa się Nadzwyczajny XIII Krajowy Zjazd Lekarzy w Warszawie. 24 września przez Warszawę przechodzi marsz Porozumienia Zawodów Medycznych. Protestujący domagają się zmian w ochronie zdrowia: „Chcemy leczyć w Polsce!”.

2017

2 października lekarze z Porozumienia Rezydentów OZZL rozpoczynają głodówkę. Prezydium NRL ogłasza 13 października „Dniem Solidarności z Protestującymi Lekarzami”. W listopadzie na stronie NIL zostaje opublikowany wzór oświadczenia pracownika o cofnięciu zgody na pracę w wymiarze przekraczającym 48 godzin tygodniowo oraz tzw. Opt-Out Pack – lekarze wypowiadają klauzulę opt-out.

2018

8 lutego, po kilku miesiącach protestu, zostaje podpisane porozumienie między ministrem zdrowia a Porozumieniem Rezydentów OZZL, zawierające m.in. zapis o zwiększeniu nakładów na ochronę zdrowia do 6 proc. PKB. 25-26 maja odbywa się w Warszawie XIV Krajowy Zjazd Lekarzy. Prezesem NRL zostaje Andrzej Matyja, NROZ – ponownie Grzegorz Wrona. Pod koniec roku zespół przy MZ przygotował założenia do ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty.

2019

Rok 30-lecia odrodzenia samorządu lekarskiego!



MARIUSZ
TOMCZAK

dziennikarz

30 LAT ODRODZONEGO SAMORZĄDU LEKARSKIEGO

To już trzy dekady

Odrodzenie samorządności lekarskiej przypadło na burzliwy czas. Przez trzy kolejne dekady działacze samorządowi domagali się, by jak najwięcej spraw lekarskich było w ich rękach.

© M.TOMCZAK@GAZETALEKARSKA.PL



17 maja 1989 r. Sejm PRL uchwalił ustawę o izbach lekarskich. Premierem był wówczas Mieczysław Rakowski. Na długo przed tym, gdy z jego ust padły słowa: „Sztandar PZPR wyprowadzić”, 19 czerwca 1989 r. Rada Państwa powołała Komitet Organizacyjny Izby Lekarskich.

Dzień wcześniej miała miejsce druga tura wyborów parlamentarnych na zasadach uzgodnionych w trakcie rozmów Okrągłego Stołu, pierwszych częściowo wolnych po II wojnie światowej. Od sierpnia 1989 r., gdy szefem Rady Ministrów – jako pierwszy niekomunistyczny premier po wojnie – został Tadeusz Mazowiecki, na czele rządu staowało 16

osób i mieliśmy 6 prezydentów. W ciągu tych 30 lat prezesami NRL było 5 lekarzy, upłynęło 7 kadencji NRL (ósma jest na półmetku), odbyło się 14 Krajowych Zjazdów Lekarzy.

CREATIO EX NIHILO

– Najważniejszym wydarzeniem z punktu widzenia 30-lecia samorządu lekarskiego jest sam fakt jego reaktywacji – mówi Wanda Terlecka. Przy okazji jednej z kolejnych rocznic odrodzenia izb, prof. Jan Nielubowicz za najważniejsze osiągnięcie uznał zdobycie „własnej lekarskiej reprezentacji”. Nie wszyscy lekarze tak uważają, dla wielu bardziej istotna była i nadal pozostaje skuteczność. – Nasz samorząd miał duży wpływ na zmiany dokonane w ustawie o izbach lekarskich – wspomina Jacek Piątkiewicz, dodając, że sukcesem było m.in. doprowadzenie do konkursów na stanowiska ordynatorów i do opiniowania kandydatów na inne funkcje w ZOZ-ach. Sporym osiągnięciem było uchwalenie przez sejm ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, przygotowanej przez lekarskich samorządowców. Po stronie największych osiągnięć wiele osób zaangażowanych

Od lewej: prof. Jan Nielubowicz, dr Jerzy Moskwa, prof. Tadeusz Chruściel, dr Krzysztof Madej, prof. Bolesław Górnicki

w działalność samorządową wymienia uchwalenie KEL. Nie można zapominać, że pracom nad nim towarzyszyły żarliwe spory. Niesłuchanie ważną sprawą było przejęcie części zadań od administracji (np. prowadzenie rejestru lekarzy, wydawanie PWZ) oraz nadzór nad wykonywaniem zawodu w postaci powołania pionu odpowiedzialności zawodowej i sądów lekarskich. – Dawniej zajmował się [tym – przyp. red.] urzędnik, obecnie [robi to] lekarz, bo jedynie on może właściwie ocenić problem między lekarzem a pacjentem – tłumaczył prof. Tadeusz Chruściel. Długie lata samorząd przeobrażał się w kierunku organu administracji państwowej, co poddawano krytyce, ale wynikało to z przepisów prawa. Biorąc pod uwagę fakt, że trzy dekady temu startowano od zera (brakowało krzesel i maszyn do pisania, nie wspominając o problemach lokalowych), NIL i okręgowe izby lekarskie zgromadziły od tamtego czasu pokaźny majątek. Samorząd stać na utrzymywanie siedzib, zatrudnienie pracowników, organizowanie bezpłatnych szkoleń dla lekarzy, dofinansowywanie imprez integracyjnych, sportowych i kulturalnych, wydawanie własnych czasopism czy prowadzenie stron internetowych. W każdej izbie powstał system przyznawania zapomóg i pożyczek oraz pomocy socjalnej.

QUO VADIS?

Środowisko lekarskie jest na tyle liczne, że trudno o jednomyślność. Od lat trwa dyskusja, czym samorząd właściwie powinien się zająć. Czy głównym zadaniem izb powinno być wytyczanie i egzekwowanie zasad etycznych i deontologicznych (za czym opowiadał się np.

prof. Tadeusz Koszarowski w 1989 r.), czy raczej integracja i aktywizacja środowiska (na co zwracała uwagę 30 lat temu m.in. prof. Zofia Kuratowska)? A może przywrócenie godności zawodu i tradycyjnej roli społecznej, tak by odzyskał dawny blask? Wielu lekarzy wyraża przekonanie, że samorząd powinien przede wszystkim aktywnie walczyć o poprawę warunków pracy i płacy. Trudno nie dostrzec licznych zabiegów działaczy NRL w tym zakresie od samego początku transformacji ustrojowej. Niezadowolone ze skuteczności samorządu na tym polu legło u podstaw powstania OZZL i powraca jak bumerang co pewien czas. – Naszym kolegom związkowcom nie potrafilimy wytłumaczyć różnic między obowiązkami i priorytetami samorządu lekarskiego, a działalnością związkową – przyznaje Mieczysław Dziedzic. Lekarze wielokrotnie wyrażali swoje niezadowolenie, protestując na różne sposoby, także wychodząc na ulice i głodując, ale ocena skutków tych działań nie jest jednoznaczna. Spoglądając na frekwencję w wyborach do izb lekarskich i porównując ją z frekwencją w wyborach powszechnych, trudno nie oprzeć się wrażeniu, że nie mała liczba lekarzy nie jest zainteresowana działalnością samorządu, na co z goryczą zwracają uwagę weterani pamiętający początki odrodzonych izb lekarskich. – Mieliliśmy ambitny plan utworzenia banku lekarskiego oraz towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych. Dotychczas nie wprowadziliśmy także jednolitego ubezpieczenia OC dla lekarzy w całej Polsce – wylicza Wojciech Marquardt.

5

– tylu lekarzy było
prezesami NRL
przez 30 lat.

NULLA DIES SINE LINEA

W ciągu 30 lat ze środowiska lekarskiego wywodzili się m.in. premier, marszałkowie izb parlamentu, ministrowie (nie tylko zdrowia), wielu posłów i senatorów. Po 1989 r. nie wszystkie zawody mogły liczyć na taką reprezentację w najwyższych organach władzy. Mimo to dla żadnego rządu III RP sprawy dotyczące ochrony zdrowia nie stały się priorytetem, a postulat 6 proc. PKB – tak mocno obecny w debacie publicznej za sprawą protestu lekarzy rezydentów z przełomu lat 2017/2018 i wymuszonej nim nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – samorząd lekarski wysuwał już w latach 90. XX w. Nie wytworzyła się zadowalająca współpraca między samorządem i Ministerstwem Zdrowia, choć w pewnych okresach – przynajmniej zdaniem niektórych działaczy izb lekarskich – nie była ona najgorsza. Nie brakowało momentów otwartej walki z rządem i niektórymi ministrami zdrowia. Bez wątpienia przez te trzy dekady pozycja samorządu ewoluowała, ale zmieniały się także realia społeczno-polityczne i sytuacja gospodarcza. Pewne jest jedno: kiedyś decydenci bardziej brali pod uwagę głos środowiska lekarskiego, gdy ten wypowiadał się w sprawach związanych z polityką zdrowotną i organizacją ochrony zdrowia. – To były inne czasy. Obecnie samorząd opiniuje projekty rozporządzeń czy ustaw dotyczących ochrony zdrowia w trybie szerokich konsultacji publicznych, a na początku lat 90. NRL brano pod uwagę jako jedną z nielicznych stron – mówi Zbigniew Brzezina. To jednak zmiana, na którą samorząd zawodowy nie miał wpływu, bo wpisuje się w trend dostrzegalny w wielu krajach współcześnie odwołujących się do ustroju demokratycznego, polegający na włączaniu do debaty publicznej wielu środowisk, nawet tych reprezentujących nieliczne grupy społeczne. Kiedy spojrzysz na wyzwania, z jakimi mierzył się Komitet Organizacyjny Izb Lekarskich, prześledzi dyskusje w czasie I KZL oraz unaocznili dylematy nowo wybranego pierwszego prezesa NRL i NRL I kadencji, dostrzec można sporo sukcesów, choć pracy na kolejne trzy dekady nie zabraknie. ■

“

Po stronie największych osiągnięć wiele osób zaangażowanych w działalność samorządową wymienia uchwalenie KEL.

OPRACOWALI: LUCYNA KRYSIAK, MARIUSZ TOMCZAK

**WŁODZIMIERZ
BEDNORZ**prezes Dolnośląskiej Izby
Lekarskiej (1992-2002),
wiceprezes NRL
(II i III kadencja)

To był czas, kiedy nam wszystkim wydawało się, że entuzjazm związany z reakcją izb wystarczy, aby rząd zaczął się z nami liczyć i żeby mieć wpływ na politykę zdrowotną i płace, ale nie do końca zdawaliśmy sobie sprawę z mechanizmów funkcjonowania państwa. Okazało się, że zgodnie z ustawą o izbach lekarskich warunki zatrudnienia i wynagrodzenia negocjować może po stronie samorządu

tylko prezes izby. Funkcję tę pełniłem w drugiej połowie pierwszej kadencji, po W. Sidorowiczu, późniejszym ministrze zdrowia i opieki społecznej, i przez dwie kolejne kadencje. Szybko zorientowałem się, że podobnych zawirowań prawnych jest więcej. Wymyśliłem więc w latach 90. wykłady na ten temat. Dziś zajmują się tym izbowe biura radców prawnych, ale wciąż je prowadzę, głównie dla lekarzy stażystów, przy okazji opowiadając im o historii izby. Z bycia samorządowcem nigdy się nie wyrasta. choć przynajmniej, że tamtego entuzjazmu już nie ma. ■

30 lat temu cieszyliśmy się, że to właśnie samorząd lekarski, nie licząc wyborów do Senatu w czerwcu 1989 r., był pierwszym w pełni demokratycznie wybranym ciałem w czasie przemian ustrojowych. Obrady I KZL odbyły się w Operetce Warszawskiej. Wszyscy chcieli się dopchać do mikrofonu, każdy chciał coś powiedzieć do zebranych. Nie każdy, kto pracował przy tworzeniu samorządu, dostał się do NRL, bo

w pierwszych wyborach kandydowało kilkaset osób. W I kadencji młodzi ludzie chcący zawojować świat dyskutowali między sobą. Z atencją słuchaliśmy takich autorytetów jak prof. Jan Nielubowicz, prof. Bolesław Górnicki czy prof. Włodzimierz Józefowicz. Jako jedyna osoba będąca w NRL od samego początku jej powstania nie mam wątpliwości, że wiele się zmieniło. Z biegiem czasu działalność samorządu nabrała trochę technokratyczności i profesjonalizmu. Z perspektywy czasu spoglądam na minione 30 lat także przez pryzmat poznania wielu bardzo wspaniałych ludzi, co mnie osobiście wzbogaciło. ■

**ZBIGNIEW
BRZEZIN**członek NRL (I-VIII kadencja),
delegat na KZL (I-VIII kadencja)**JAN CIEĆKIEWICZ**członek Prezydium
NRL (III kadencja),
prezes OIL w Krakowie
(I i II kadencja)

Mój ojciec, Marian Ciećkiewicz – internista i lekarz sądowy, przed wojną był sekretarzem Krakowskiej Izby Lekarskiej oraz członkiem NRL i działał w tych strukturach aż do likwidacji izb po wojnie. Wyrósłem w przekonaniu, że samorząd lekarski to coś dobrego i trzeba z całych sił dążyć do jego reaktywacji. Rok 1989 był wielkim wydarzeniem dla całej mojej rodziny. Kiedy organizowaliśmy krakowską izbę i zostałem jej pierwszym prezesem, ojciec bardzo mi kibicował. Pierwsze

projekty ustawy o izbach lekarskich, opracowane przez PTL, poznałem już na studiach, byłem więc świadomy rangi tego wydarzenia. Mój pogląd na ten temat kształtował także przyjaciel ojca (razem uciekali z niewoli rosyjskiej) i częsty gość w naszym domu prof. Jan Stanisław Olbracht – ostatni przedwojenny prezes tej izby i dr Jan Gołąb – pediatra i legionista, który piastował tę funkcję w czasie wojny i po jej zakończeniu. Po reaktywacji izb do okręgowej rady lekarskiej zarekomendowaliśmy dra Jerzego Lebiotę, który również był samorządowcem z krwi i kości działającym w tamtych strukturach. ■

Z efektów działalności izb lekarskich w ciągu minionych 30 lat możemy być dumni. Na początku uczyliśmy się samorządności. Przez długie lata budowaliśmy podstawy funkcjonowania naszego samorządu zawodowego, starając się wpisać w nowe struktury państwa. W ostatnich latach samorząd przeniósł ciężar aktywności na rzecz tworzących go członków, coraz częściej upominając się o godne warunki pracy lekarzy. To bardzo oczekiwana i pozytywna

zmiana. Za wielki sukces uważam osiągnięcie profesjonalnego poziomu w obszarze odpowiedzialności zawodowej, czyli działalności sądów lekarskich i rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Ulegała ona wielu niezbędnym zmianom, ale od dawna wszystko działa tak, jak powinno. Przez te 30 lat miało miejsce kilka fal protestów. Choć wszystkie były potrzebne, bo uświadamiały społeczeństwu aktualną sytuację w ochronie zdrowia, większość miała charakter raczej symboliczny. Ostatni skuteczny protest środowiska lekarskiego odbył się w 2007 r., kiedy dzięki solidarności całej naszej grupy zawodowej i pielęgniarek wywalczyliśmy poprawę sytuacji materialnej. ■

**MIECZYŚLAW
DZIEDZIC**członek NRL (VI, VIII kadencja),
delegat na KZL (I-III, V-VIII
kadencja)



ALEKSANDER KOTLICKI

delegat na KZL (III, V,
VII kadencja)

Entuzjazm był powszechny. W reaktywację samorządu zaangażowali się nie tylko zwykli lekarze, ale luminarze naszego zawodu – prof. J. Nielubowicz, T. Chruściel i wielu innych. Reprezentowałem sektor MSW i nieskromnie mogę powiedzieć, że przyczyniłem się do rozwiązania tej izby. Środowisko postrzegało nas jak komunistów, a w oddziale, w którym pracowałem, do partii należała tylko siostra oddziałowa i jedna salowa. Lekarze byli wysyłani tam do pracy po służbie wojskowej i nie mieli nic do powiedzenia. Kwestie te

podnosił dr J. Moskwa, broniąc nas przed wrogim nastawieniem kolegów. Wszystkie funkcje były pełnione społecznie, bez żadnego wynagrodzenia, o czym już prawie nikt nie pamięta. Z czasem zaczęło jednak działać prawo Parkinsona, na co zwróciłem uwagę na jednym z krajowych zjazdów lekarzy. Przez dwa dni obrad, poza tradycyjnymi obrzędami organizacyjnymi (sprawozdania, wybory), nie poruszano spraw merytorycznych związanych z potrzebą zmian w służbie zdrowia, reakcji izb na dramatyczną sytuację placową lekarzy. Zgodnie z prawem Parkinsona samorząd lekarski zaczął zajmować się samym sobą. ■

Kiedy emocje zaczęły opadać, okazało się, że niczego nie mamy. Nie chodziło tylko o siedziby i pieniądze, ale o doświadczenie w pracy samorządowej. Celem było stworzenie spójnej i sprawnie działającej struktury, co nie było proste. Uczestniczyliśmy w konkursach na dyrektorów szpitali i ordynatorów oddziałów, przejmowaliśmy od urzędów wojewódzkich zadania (funkcję rzecznika odpowiedzialności zawodowej, sądu

lekarskiego), co dawało nam poczucie, że skończyło się piastowanie stanowisk z mianowania, że jako samorząd mamy wpływ na wiele spraw związanych z funkcjonowaniem naszego zawodu. Także na płace – działając wspólnie ze związkami zawodowymi chcieliśmy zmieniać zasady wynagradzania w całej służbie zdrowia. Byłem w Komitecie Organizacyjnym Izb Lekarskich, a później jako prezes DIL członkiem NRL. Miałem więc rozeznanie, co dzieje się w stolicy i starałem się tę wiedzę wykorzystać w rozwiązywaniu naszych lokalnych problemów. ■



RYSZARD ŁOPUCH

członek Prezydium NRL (I i III
kadencja, lekarz dentysta)

Co się udało? Udało się bardzo dużo. Zbudowaliśmy potężną strukturę administracyjną, która ma możliwości organizacyjne, majątek i nienagannie realizuje zadania przejęte od administracji państwowej. W izbach okręgowych nieustająco podejmowany jest wysiłek „zrobienia dobrze” środowisku lekarskiemu (jeśli taki twór społeczny rzeczywiście istnieje). Izby okręgowe starają się pełnić rolę instytucji samopomocowych, kancelarii prawnych, instytucji lobby-stycznych, lokalnych biur związków zawodowych, stowarzyszeń naukowych, szkoleniowych i hobbystycznych, a nawet domów kultury dla członków korporacji.

Nie udało się uzyskać powszechnego uczucia przywiązania, solidarności, współodpowiedzialności, uznania autorytetu i, chciałoby się powiedzieć, miłości wszystkich członków korporacji do swojej gildii. Nie udało się uzyskać postawy liczenia się klasy politycznej i urzędniczej z opinią lekarzy w sprawach zdrowia ich pacjentów. Ale to przyjdzie wraz z dojrzewaniem państwa. Okazuje się, że 30 lat to za mało i dla samorządu, i dla państwa.

Pamiętam: dzień wolny od pracy, piękny, słoneczny. Wybrałem się spełnić synowski obowiązek, tj. zjeść obiad u mojej samotnie mieszkającej matki (ojciec już nie żył). W rogu pokoju w telewizorze relacja z fety na Zamku Królewskim, bo był to 3 maja. Politycy wszelkiego gatunku bankietowali wówczas uroczystie pod wodzą pana prezydenta. Mama postawiła talerz zupy pomidorowej (z kluskami), spojrzała na mnie i mówi tak: „A ty dlaczego nie jesteś teraz na zamku? Pierwszy lekarz Rzeczypospolitej i przychodzisz posilać się do mnie, a nie reprezentujesz wszystkich polskich lekarzy przed władzami naszego państwa?” Mama wróciła do kuchni z wyrazem ironicznej satysfakcji na twarzy, jak celnie mnie podsumowała, a ja (byłem wówczas prezesem NRL) pozostałem bezradny i zakłopotany. Na pociechę zupka u mamusi zawsze jest najlepsza. Mądra kobieta. Dopóki prezes korporacji lekarskiej (lub od biedy choćby minister zdrowia) nie będzie jednym z głównych doradców premiera lub prezydenta, to to wszystko jest małej miary. Przypomniało mi się angielskie przysłowie: „Everything your Mother warns you about, is true”.

Po tamtych politykach kurz już dawno opadł, a prezes Naczelnej Rady Lekarskiej w dalszym ciągu 3 maja nie spożywa na zamku, wśród kolejnych „zbawców” narodu, nie tylko chateaubriand z sosem béarnaise, ale nawet zupy pomidorowej (z kluskami). ■



**KRZYSZTOF
MADEJ**

prezes NRL
(II-III kadencja),
wiceprezes NRL
(VIII kadencja)

Izby lekarskie tworzyło w 1989 r. niewielkie grono pasjonatów, chcących zmieniać wszystko, co dotyczyło ówczesnej służby zdrowia. Pierwszy zjazd krajowy nałożył na Naczelną Radę Lekarską obowiązek powołania obszarów działania izb okręgowych. Rada wywiązała się z tego zadania na posiedzeniu inauguracyjnym, które odbyło się w Klubie Lekarza, kilkanaście dni po zjeździe. Pamiętam, jak prof. Tadeusz Chruściel witał wszystkich

przed wejściem na salę obrad. Razem z dr. Zbigniewem Brzezinem byliśmy najmłodsi w NRL. Czuliśmy, że uczestniczymy w wielkim, historycznym wydarzeniu. Jednym z głównych celów przyjętych na przełomie lat 1989/1990 było dokonanie wielkich zmian organizacyjnych, pozbycie się nomenklatury i wypracowanie strategii reformy ochrony zdrowia na kolejne lata. Samorząd opowiedział się za wprowadzeniem systemu ubezpieczeniowego. Liczyliśmy, że ubezpieczenia zdrowotne zwiększą nakłady na ochronę zdrowia. Mieliśmy także nadzieję na wyłączenie tego sektora z przetargu politycznego przy konstruowaniu budżetu państwa. ■



**WOJCIECH
MARQUARDT**

wiceprezes NRL (IV kadencja),
członek NRL (I-VII kadencja)



**JACEK
PIĄTKIEWICZ**

członek Prezydium NRL
(I kadencja), delegat na
KZL (III-VII kadencja)

S prawy samorządu lekarskiego stanowią znaczną część mojego życia. Kiedy tworzyliśmy izby lekarskie, mieliśmy wielkie nadzieje, że samorząd będzie miał dużo do powiedzenia w sprawach istotnych dla lekarzy. Liczyliśmy na współdziałanie administracji, głównie Ministerstwa Zdrowia, ale również władz samorządowych, z NRL i izbami lekarskimi. Współpracę w I i II kadencji oceniam dobrze, widzieliśmy wielkie zrozumienie dla naszych oczekiwań. Później nasze drogi zaczęły się rozchodzić. Trudno wskazać jedną przyczynę, ale być może jedną

z nich stanowiły silne naciski wśród lekarzy, aby samorząd przejął rolę związku zawodowego, choć nie było ku temu podstaw prawnych. Największym sukcesem jest uchwalenie KEL w 1991 r. na historycznym zjeździe w Białymstoku-Białej. W latach 90. mieliśmy zasadniczy wpływ na tworzenie zapisów ustawy o zawodzie lekarza, nazwaną później ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Ustawa uchwalona przez sejm była przyjętą przez Komisję Zdrowia projektem NRL. Ten ostatni przygotowała Komisja Legislacyjna NRL, której miałem zaszczyt przewodniczyć. ■

W szystko, co się wtedy działo, miało podłoże polityczne. Nie chcieliśmy dopuścić do tego, aby organizacją izb zajęli się ludzie starego systemu. Zanim doszło do reaktywowania izb, byłam związana z „Solidarnością” i podziemiem. Udział w tworzeniu samorządności lekarskiej był konsekwencją tych działań. Znalazłam się w gronie Prezydium Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich, gdzie pełniłam funkcję sekretarza. Trzeba pamiętać, że

odrodzenie się izb nie było aktem jednorazowym, ale procesem, w którym odbywała się praca u podstaw. Skład komitetu nie był przypadkowy, a jego gremium szerokie (74 lekarzy z PTL wytypowanych przez oddziały terenowe, 21 lekarzy dentystów z PTS wybranych przez walny zjazd delegatów, 18 ze Zrzeszenia Polskich Towarzystw Lekarskich, 22 z Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, 15 wytypowanych przez Komisję Krajową „Solidarność”, 29 wskazanych przez MZiOŚ). Te osoby w większości typowały środowiska lekarskie, nie chcąc dopuścić do manipulacji. ■



**BOŻENA
PIĘTRYKOWSKA**

sekretarz NRL (II, III
kadencja), delegat
na KZL (I-VII kadencja)



**WANDA
TERLECKA**

przewodnicząca ORL
w Łodzi (I kadencja)

My, Polacy, w 1989 r. mieliśmy za sobą 45 lat reżimu komunistycznego. W takich warunkach żyły dwa pokolenia lekarskie. Byliśmy świeżo po stanie wojennym i zryw solidarnościowym. To wszystko przekładało się na stan całego środowiska lekarskiego, ale też na psychikę każdego lekarza. Samorząd lekarski reaktywowali lekarze, którzy chcieli samodzielnie zarządzać swoją pracą. Pamiętam, że wszystko trzeba było tworzyć od nowa. Brakowało środków materialnych, żadna izba nie posiadała swojego lokalu, nie mieliśmy

współpracowników i doświadczenia, bo praktycznie nikt nie pamiętał, jak samorząd działał przed II wojną światową. Było za to dużo odwagi i bezinteresowności, wszyscy pracowali zupełnie za darmo. Z podsumowaniem tego, czego nie udało się dokonać przez 30 lat, nie trzeba się spieszyć, choć można wymienić pewne niedostatki. Na pierwszym miejscu wymieniałabym brak zainteresowania wszystkimi działaniami samorządu ze strony zwykłych lekarzy. Problemem pozostaje obarczanie władz samorządowych odpowiedzialnością za niedomagania w służbie zdrowia. ■

Kiedy samorząd lekarski doczekał się reaktywacji, wstąpiła w nas nadzieja, że wreszcie zawód lekarza będzie należycie traktowany przez władze. Byliśmy w euforii, wszyscy chcieli coś zrobić, coś z siebie dać, coś zmienić, i ja, będąc pierwszym prezesem Śląskiej Izby Lekarskiej, także płynęłam na tej fali. Moi następcy to wybitni samorządowcy, a tacy jak ja, czyli pierwsi prezesi, przecierali im szlaki. 57 lat jestem lekarzem, sporo widziałem i przeżyłem, ale tamte chwile były

wyjątkowe. Chcieliśmy, aby środowisko reprezentowali najlepsi i, jadąc na I Krajowy Zjazd Lekarzy, mieliśmy własnego kandydata na prezesa NRL – prof. Tadeusza Chruściela i Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej – prof. Stanisława Leszczyńskiego, syna błogosławionej Stanisławy Leszczyńskiej, położnej, która w Auschwitz-Birkenau przysięła blisko 3 tys. porodów, a na przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego – dra Tadeusza Wencła. I udało nam się przełamać nasze śląskie inicjatywy. Z Tadeuszem pracowaliśmy w Szwajcarii, byliśmy członkami Szwajcarskiej Izby Lekarskiej i to doświadczenie zaszczerpaliliśmy na naszym gruncie. ■



**ZYGFRYD
WAWRZYNEK**

delegat na KZL (I-VII kadencja)
pierwszy prezes Śląskiej Izby Lekarskiej

30 LAT ODRODZONEGO SAMORZĄDU LEKARSKIEGO

Perły i kamienie

Analiza 30 lat funkcjonowania samorządu lekarskiego jest trudna. Indywidualne doświadczenia są wewnętrznie sprzeczne. Wspomnienia częściej dotyczą ludzi niż efektów prac, które mimo wysiłków pijarówych nie są zrozumiałe dla środowiska dwóch zawodów lekarskich.

TEKST JAROSŁAW WANECKI



Niska frekwencja wyborcza jest słabością izb okręgowych. Trzy dekady nie wystarczyły do wyjaśnienia istoty obowiązkowej przynależności, a w wielu wypadkach wypaczyły zasady przyświecające piewcom idei samostanowienia.

W oczekiwaniu na realizację politycznych obietnic, proponuję subiektywny katalog trzydziestu haseł, które opisują działalność odrodzonych izb lekarskich. Perły chwały alfabetycznie mieszają się z kamieniami milowymi.

Autonomia stomatologów. Postulowana samodzielność lekarzy dentystów w sprawach zawodu wymyka się, gdy o lekarzach nie-dentystach decyduje cały samorząd, a jurysdykcja organów nie jest rozdzielona. Substytut autonomii zapewnia silna pozycja Komisji Stomatologicznej. W wielu izbach problem traktuje się jako dążenie do separacji i przedwojennego podziału na izby lekarskie i dentystyczne.

Biurokracja i cyfryzacja zabijają relację z pacjentem i koleżeństwem. W przekonaniu większości lekarzy, harmonogramy, formularze, sprawozdania i **e-dokumenty** są narzędziami kontroli fiskalnej. Rząd uszczelnia system papierem formatu P1, a kolejki do gabinetów się wydłużają.

Emigracja spędza sen z powiek polityków. Unia Europejska to wiele miejsc, do których wyjeżdżamy, nie tylko w celach turystycznych, ale także zarobkowych.

Lekarze jednego z lubelskich szpitali podczas głosowania w pierwszych wyborach do samorządu lekarskiego.

Europa jest stałym elementem porównań warunków pracy, płacy i standardów medycznych.

Gazeta Lekarska" dociera do każdego lekarskiego domu nieprzerwanie od 1990 r. Podobno nikt jej nie czyta i jest złośliwie nazywana najdroższym miesięcznikiem w Polsce. Prestiż, opiniotwórcza tradycja i historyczna rola pisma naszych sukcesów i porażek są bezapelacyjne.

Głosowanie korespondencyjne to sposób na skuteczne przeprowadzenie wyborów w rejonach.

Izba to nie urząd! - brzmiało hasło ostatniej kampanii wyborczej młodszych lekarzy. Rzeczywistość jest jednak bardziej skomplikowana. Oczekujemy koleżeńskiego traktowania i usuwania wszelkich przeszkód w wolnym wykonywaniu zawodu, ale ustawodawca przeniósł na samorząd obowiązki państwowe. Nie powinna zatem dziwić urzędnicza czujność administratora rejestrów oraz organów odpowiedzialności zawodowej.

Kodeks Etyki Lekarskiej uchwalono podczas obrad Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy w Bielsku-Białej. Obecnie obowiązujący kanon deontologiczny powstał w 2004 r. w Toruniu. To najbardziej nieznany dokument wśród lekarzy i lekarzy dentyków. Jednostki recytują go z pamięci. Gros stosuje KEL intuicyjnie. Na kodeks chętnie



powołują się dziennikarze, często nie wiedząc, o czym mówią.

Konwent Prezesów jest komisją NRL. Liderzy izb mają mandaty zjazdów okręgowych i reprezentują wykonawców uchwał. Konwent jest forum wymiany doświadczeń i wypracowywania rozwiązań, które prowadzą do ujednolicenia procedur przez samodzielne organizacyjnie izby.

Kultura, poza aspektem merytorycznym, jest częścią porady lekarskiej. Media nieustannie donoszą o jej braku, co potwierdzają organy dyscyplinarne. Zaprzeczeniem są zainteresowania lekarzy. Jesteśmy potęgą talentów: literackich, muzycznych i rzemieślniczych.

Włodzimierz Bednorz niesie postulaty do Marszałka Sejmu RP w czasie pierwszego protestu.

artystycznego. Mimo to, wielu działaczy nie ceni lekarskich twórców.

Lekarz. Ilekroć w przepisach jest mowa o lekarzu bez bliższego określenia, rozumie się przez to również lekarza dentykę. Wszyscy jesteście lekarzami!

Majątek izb jest trudny do oszacowania. Składają się na niego nie tylko zaksięgowane składki, ale przede wszystkim nieruchomości, w których są biura, gabinety władz, sale rozpraw sądowych, aule konferencyjne, kluby lekarza i archiwa. Pierwotną prężność zastąpiła estetyczna funkcjonalność.

Małe izby są przyczyną wielu angdót. Na początku okręgi lokowano w ośrodkach akademickich, w wojsku, MSW i na kolei. Rozstrzygające o mapie były referenda i zmiana ustroju. W 1999 r., w czasie reformy administracyjnej, nie pociągnięto wyznaczenia 16 izb tożsamy z województwami. Ostatnia bitwa z 2009 r. przetoczyła się podczas prac nad obowiązującą ustawą o izbach lekarskich.

Ministerstwo Zdrowia jest adresatem niemal każdego postulatu lekarskiego. Pielgrzymki na Miodową odbywają się nieustannie.



Jedno z posiedzeń NRL w III kadencji

Trampolina podrzuciła do ministerialnych gabinetów kilku aktywistów, ale karuzela stanowisk szybko kończyła ich kariery. Pożegnanie następowało najczęściej w czasie procesu zapomnienia, skąd przyszli i kim są.

Naczelna Rada Lekarska (NRL) kieruje działalnością Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL) w okresie między krajowymi zjazdami lekarzy (KZL), a w szczególności sprawuje pieczę nad należyty i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza.

Okręgów mamy 23. Dodatkowo wojskowa izba obejmuje cały kraj. Największy rejestr prowadzi Warszawa, mając ponad 30 tys. członków. Niejednorodność izb ma lokalne zalety, ale podstawowa wada tkwi w ustawie, która stworzyła struktury praktycznie niezależne od centrali. Wokół izb skupia się działalność integrująca: wydawane są biuletyny, organizowane doskonalenie podyplomowe oraz imprezy kulturalne, sportowe i oświatowe. Tutaj oparcie znajdują seniorzy, stanowiący 20-procentowy odsetek członków samorządu.

Podyplomowe kształcenie to jedno z ważniejszych zadań izb i jednocześnie apetyt na jego kompleksowe prowadzenie w przyszłości, łącznie z odpowiedzialnością za specjalizacje i egzaminy. Obowiązek kształcenia podyplomowego jest zaniedbywany.

Punkty edukacyjne potwierdza garstka skrupulantów.

Praktyka zawodowa, prowadzona w formie jednoosobowej działalności gospodarczej, podlega rejestracji w okręgowej izbie lekarskiej i wykonywana jest pod nazwiskiem. Debata o uchyleniu zakazu zatrudnienia lekarza przez lekarza przetacza się okresowo, zwłaszcza wśród stomatologów. Z kolei moda na samozatrudnienie jest pokłosiem antypodatkowego



przepisu o praktyce lekarskiej wykonywanej wyłącznie w zakładzie leczniczym, co doprowadziło do sytuacji, że niejedon szpital prowadzony jest przez dziesiątki podmiotów gospodarczych.

Prezes NRL jest twarzą medialną i naszym pierwszym głosem. Akceptacja słów władz naczelnych w ciągu ośmiu ostatnich kadencji była różna, zarówno wśród lekarzy, jak i w społeczeństwie. Reprezentowanie 190 tys. indywidualności i autorytetów w szerokim spektrum od stażysty do światowej sławy naukowca jest awykonaną ekwilibrystyką.

Protest! Od lat 80. XX w. wyrażamy niezadowolenie z reform, które spychają medyków na margines systemu. Gniew przybierał różne formy, aż do długotrwałych głódówek. Najczęściej organizowane były manifestacje i oflagowania. W negocjacjach jak bumerang wracały tematy: czasu i warunków pracy, dyżurów, podwyżek oraz magicznych procentów na zdrowie. Symbolem nowej fali buntu został **Rezydent**.

Rzecznik odpowiedzialności zawodowej prowadzi postępowanie wyjaśniające w sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy oraz sprawuje funkcję oskarżyciela przed sądami lekarskimi.

Prof. Grzegorz Opala,
dr Ładysław
Nekanda-Trepka,
prof. Andrzej Matyja
podczas NKZL w 2000 r.

Sąd lekarski jest zdobyczą 1989 r. Rozumieją to wszyscy odpowiadający przed „nielekarskimi” gremiami, oceniającymi ich pracę i błędy.

Składka w 1990 r. wynosiła 2 proc. pensji. Nikt nie potrafił policzyć takiej daniny. Dzisiaj byłoby jeszcze trudniej. Obecne 60 zł miesięcznie, w porównaniu z innymi korporacjami, nie jest sumą wygórowaną. Problem stanowi redystrybucja. Na co się składaemy? Każda izba daje inną odpowiedź.

Ustawę o izbach lekarskich wyszarpało Polskie Towarzystwo Lekarskie w IX kadencji Sejmu PRL. Nie mniej ważne było późniejsze prawodawstwo dotyczące zawodów, aborcji, zakładów opieki zdrowotnej, finansowania ze środków publicznych, ratownictwa medycznego, działalności leczniczej i sieci szpitali. Stanowiska, uchwały i apele **zjazdów** delegatów i NRL nieustannie opiniują pomysły legislacyjne zmieniających się rządów.

W 1989 r. rozpocząłem studia na wydziale lekarskim. Czas I Krajowego Zjazdu Lekarzy znam z relacji świadków i książek. Z biegiem lat zaangażowanie społeczne i początkowy entuzjazm przesłoniła rutynowa administracja, przerywana akcjami protestacyjnymi i emocjonalną wymianą kadr. Niezmienne jest poprawianie aktów prawnych oraz ponadpokoleniowa nadzieja na pozytywne reformy w systemie ochrony zdrowia. ■

LUCYNA
KRYSIAK

dziennikarz

30 LAT ODRODZONEGO SAMORZĄDU LEKARSKIEGO

Wspólny samorząd

Samorząd lekarski po reaktywacji po raz pierwszy w historii połączył lekarzy i lekarzy dentystów.

© L.KRYSIAK@GAZETALEKARSKA.PL



Od lewej: Andrzej Fortuna,
Kazimierz Bryndał, Halina
Eychmielewska.

Na mocy ustawy o izbach lekarsko-dentystycznych, podpisanej przez prezydenta Ignacego Mościckiego, w 1938 r. powstał samorząd lekarzy dentystów, który wraz z wybuchem wojny zlikwidowano, dzieląc tym samym los samorządności lekarzy. Ustawą o izbach lekarskich z 1989 r. samorząd lekarski po raz pierwszy w historii połączył środowiska lekarzy i lekarzy dentystów. 30 listopada 1991 r. uchwałą NRL powołano Komisję Stomatologiczną, która formowała nowo powstałą samorządność lekarzy dentystów.

LUMINARZE ZAWODU

Jej pierwszym przewodniczącym był Andrzej Fortuna, wiceprezes NRL

w II i III kadencji. Rekomendował go prof. Włodzimierz Józefowicz, ówczesny szef PTS. Fortuna zapisał się jako negocjator traktatu akcesyjnego do UE i orędownik spójnego systemu organizacyjnego stomatologii. Podobnie jak Kazimierz Bryndał z Torunia, propagował otwarcie polskiej stomatologii na świat, czego przykładem było podpisanie w Niemczech układu o współpracy izb lekarskich Europy Środkowo-Wschodniej. Do pionierów idei reaktywowania samorządu z ramienia PTS był także Zbigniew Żak – członek Komitetu Organizacyjnego Izby Lekarskich, a w IV kadencji wiceprezes NRL. Twierdził, że mimo potyczek i zawirowań, samorząd lekarski to wielka wartość, o którego rangę należy walczyć. Kiedy więc Anna Lella z Olsztyna, wiceprezes NRL w V i VI kadencji, objęła Komisję Stomatologiczną, miała już przetarty szlak w umacnianiu pozycji samorządu lekarskiego w kraju i za granicą. Została pierwszą kobietą w historii ERO FDI, która przewodziła tej międzynarodowej organizacji stomatologów.

NA DZIEJOWYM ZAKRĘCIE

Pierwsze posiedzenie KS NRL zdominowały sprawy związane z funkcjonowaniem stomatologii w nowej rzeczywistości – ministerialne projekty rozporządzeń dotyczące podstawowych świadczeń i materiałów stomatologicznych, a także stażu podyplomowego i specjalizacji lekarzy stomatologów oraz kontraktów z kasami chorych.

Ortodonta prof. Grażyna Śmiech-Słomkowska z Łodzi, wówczas wiceprezes PTS, wspomina to posiedzenie jako wyjątkowe, ponieważ zmiana ustroju wcale nie oznaczała automatycznego sprywatyzowania usług dentystycznych i poprawy sytuacji stomatologii. Trzeba było o to usilnie zabiegać zarówno na poziomie urzędów wojewódzkich, które mocną ręką trzymały służbę zdrowia, jak i resortu zdrowia, który tkwił organizacyjnie i mentalnie w starych strukturach. – Tworzyła się korporacja zawodowa, której nigdy wcześniej nie mieliśmy, nic dziwnego, że towarzyszyły temu wielkie emocje – mówi prof. Śmiech-Słomkowska,



Pierwsze posiedzenie KS NRL zdominowały sprawy związane z funkcjonowaniem stomatologii w nowej rzeczywistości.

i dodaje, że to prof. Józefowicz usilnie zabiegał o jej utworzenie i swoją wizją zarażał innych. – Spotykaliśmy się w jego gabinecie: Fortuna, Żak, Łopuch, młody Ziętek i inni zwolennicy tej idei. Mieliśmy świadomość, że stomatologia znalazła się na dziejowym zakręcie. Chcieliśmy, aby o sprawach lekarzy decydowali sami lekarze, ale niełatwo było zmienić mocno osadzony w strukturach państwowy system organizowania i finansowania stomatologii – tłumaczy prof. Śmiech-Słomkowska.

KASY CHORYCH

Proces prywatyzacji rozpoczął się wraz z powstaniem kas chorych i od razu zrodziło się pytanie – jak się z nimi rozliczać? Zerkano na wzorce zachodnie, szczególnie niemieckie i austriackie. Na pierwsze posiedzenie KS NRL zaproszono nawet wiceprezydenta Izby Lekarskiej Austrii dra Wolfganga Doneusa, który opowiedział, jak funkcjonuje ubezpieczenie zdrowotne w jego kraju i jaka jest rola izby lekarskiej w negocjacjach z kasami ubezpieczeniowymi. Żarliwie dyskutowano nad projektami rozporządzeń ministra zdrowia i opieki społecznej w sprawie wykazu podstawowych świadczeń i materiałów stomatologicznych przygotowanych zgodnie z zapisem art. 31 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Komisja Stomatologiczna NRL skrytykowała projekt, obawiając się, że środki przeznaczone na te świadczenia będą niewystarczające i nie zapewnią do nich dostępności wszystkim ubezpieczonym, co może skutkować pogorszeniem się stanu uzębienia, szczególnie u dzieci i młodzieży. – Okazało się, że te obawy nie były bezpodstawne, nadal dostępność do usług stomatologicznych w tej grupie pacjentów jest niezadowolająca – podsumowuje prof. Śmiech-Słomkowska.

„AKADEMICY” I RESZTA

Protetyk prof. Halina Ey-Chmielewska ze Szczecina, nauczyciel akademicki, mówi że korporacyjna rzeczywistość rodziła się w bólach.

12

– tyle lat
powstał katalog
dra Wojciecha
Grabego

„Akademy” na początku przyglądali się tym zmianom z boku, kiedy jednak pojawiły się konkrety (zgłoszono potrzebę określenia minimum koszyka świadczeń, wprowadzenia katalogu punktowego wartościowania pracy lekarza), uwierzyli, że cele są wspólne, reforma jest realna i może diametralnie zmienić rzeczywistość. – Nie byłem wówczas ani członkiem NRL, ani Komisji Stomatologicznej, ale regularnie jeździłam na zjazdy lekarzy dentystów, a później pełniłam funkcję sekretarza KS, byłam więc zaangażowana i dobrze zorientowana w sytuacji – mówi prof. Ey-Chmielewska. W tle dyskusji o przekształceniach i rozliczeniach toczyła się batalia o staże podyplomowe i specjalizacje lekarzy dentystów. Nowe rozporządzenie wprowadzało specjalizacje I stopnia główne i szczegółowe. W zakresie stomatologii w pierwszej kategorii specjalizację ogólną, chirurgię szczękową oraz higienę i epidemiologię, a w zakresie specjalizacji szczegółowych – chirurgię stomatologiczną, protetykę, ortodencję i zdrowie publiczne.

WIĘCEJ AUTONOMII

Lekarze dentyści przynależność do samorządu lekarskiego przyjęli entuzjastycznie, ale z chwilą, kiedy nastąpiła prywatyzacja, ich cele zaczęły się rozjeżdżać z celami lekarzy medycyny. – Obarczeni tworzeniem własnych praktyk i podmiotów leczniczych lekarze dentyści dostrzegli, że wprawdzie dążenia są wspólne, to jednak w szczegółach dla obu grup mają one odmienne znaczenie – wyjaśnia Andrzej Cisko, wiceprezes NRL i jeden z liderów działań na rzecz uzyskania przez stomatologów większej autonomii w samorządzie. Głównie poprzez wybór przedstawicieli lekarzy dentystów według ustalonego parytetu, wprowadzenie obowiązku zasięgania opinii dotyczących kandydatur na stanowiska funkcyjne, zmianę zasad gospodarki finansowej idącą w kierunku wydzielenia w budżetach izb lekarskich środków na zabezpieczenie działalności komisji stomatologicznych

Katalog Grabego



Dr Wojciech Grabe z Gdańska, wiceprezes KS NRL I kadencji, mówi, że Katalog Wartościowania Pracy Lekarza Stomatologa, który przedstawił lekarzom dentystom, zmienił stomatologię na zawsze. Projekt stał się obowiązującym wzorcem wyceny procedur stomatologicznych, stanowiąc podstawę do rozliczeń z kasami chorych. – Ten katalog powstał 12 lat, był oparty na moich doświadczeniach oraz wzorcach amerykańskich, szwedzkich i niemieckich. Ponieważ ubezpieczyciel chciał stosować własne wyliczenia, krzywdzące finansowo lekarzy dentystów, projekt idealnie wstrzelił się w temat – tłumaczy Wojciech Grabe. Dokument autor przekazał samorządowi lekarskiemu. Niestety, nie obwarowano go zapisem, że nikt oprócz samorządu nie ma prawa do nanoszenia poprawek i wkrótce w zależności od tego, kto zasiadał w kasie chorych, tak zmieniano zapisy. Powstały małe i duże punkty, zaczęto przy kolejnych kontraktach je obcinać, przez co stomatolodzy tracili finansowo. Dr Grabe mówi, że wciąż nie może tego przeboleć...

ORL i NRL, umożliwienie reprezentowania przez komisje stomatologiczne (okręgowe i NRL) stanowisk wobec partnerów zewnętrznych. – Temat jest wciąż aktualny i wobec niedosytu, jaki odczuwa środowisko lekarzy dentystów w tym zakresie, przyjdzie czas, aby się z nim zmierzyć – podkreśla prezes Cisko i dodaje, że tego elementu nie sposób pominąć, pisząc o historii samorządu lekarskiego. ■

W PIGULCE

Zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne: były 2 strony, jest 7

29 marca weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2019 r. w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia na naprawę wyrobu medycznego (Dz.U. z 2019 r. poz. 582).

W załącznikach nr 1 i 2 zawarto: wzór zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz wzór zlecenia na naprawę wyrobu medycznego. W dniu ogłoszenia rozporządzenia prezes NRL Andrzej Matyja skierował do ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego pismo, w którym odnosi się krytycznie do nowego wzoru zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne:

„Samorząd lekarski zgłaszał w toku prac legislacyjnych potrzebę uproszczenia i skrócenia wzoru zlecenia na wyroby medyczne. Prowadzone były w tym zakresie również rozmowy z Ministerstwem Zdrowia. Kształt i treść podpisanego rozporządzenia wskazuje jednak, że nasze uwagi nie zostały wysłuchane, a prowadzone rozmowy były stratą czasu. Wprowadzany wskazanym powyżej rozporządzeniem nowy, 7-stronicowy wzór zlecenia na wyroby medyczne pokazuje, jak bardzo Minister-



stwo Zdrowia jest dalekie od rozumienia realnego stanu i potrzeb publicznej opieki zdrowotnej. Już teraz wypełnienie 2-stronicowego zlecenia zajmuje lekarzom dużo czasu i bywa problematyczne. Uwzględniając poziom informatyzacji polskich gabinetów lekarskich, który wynosi ok. 30 proc., 7-stronicowy dokument będzie musiało wypełniać ręcznie ponad 60 tysięcy lekarzy”.

Prezes NRL zaapelował również o szybką nowelizację rozporządzenia i istotne uproszczenie wzoru zlecenia. ■



gazetalekarska.pl

Zmiana przepisów dot. wystawiania kart zgonu

Ministerstwo Zdrowia wreszcie przygotowało wstępny projekt ustawy o stwierdzeniu, dokumentowaniu i rejestracji zgonów. Ma być on głosowany przez Radę Ministrów w drugim kwartale 2019 r.

Obecnie obowiązują przepisy ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny z 3 sierpnia 1961 r. Przepisy tych aktów prawnych już dawno przestały przystawać do rzeczywistości. Skarżyli się na to zarówno pacjenci, jak i lekarze.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z zadowoleniem przyjęło zamiar uregulowania w jednym akcie prawnym tematyki stwierdzenia, dokumentowania i rejestracji zgonu. Po zapoznaniu się ze wstępnym projektem przekazanym pod koniec marca przez MZ do zaopiniowania, pozytywnie zaopiniowało wprowadzenie instytucji koronera oraz wynagradzania lekarzy stwierdzających zgon, sporządzających protokół zgonu lub kartę zgonu. Samorząd lekarski apelował o to wielokrotnie.

Jednocześnie PNRL zgłosiło uwagi dotyczące m.in. takich rozwiązań jak: przyznania kie-

rownikowi zespołu ratownictwa medycznego – ratownikowi medycznemu – prawa stwierdzenia zgonu, konieczności potwierdzania zgonu przez koronera po uprzednim stwierdzeniu zgonu przez lekarza nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej czy nieprecyzyjnego określenia, kto i w jaki sposób stwierdza przyczyny zgonu. Nie jest jasno określone, skąd będą pochodziły środki finansowe na pokrycie wydatków związanych ze stwierdzaniem zgonu, sporządzaniem protokołu zgonu i karty zgonu. Samorząd oczekuje pilnego przedstawienia ostatecznej wersji projektu ustawy. ■

W PIGULCE

Lekarzu, masz obowiązek zgłaszania zmiany danych

Lekarz i lekarz dentysta jest zobowiązany przekazać okęgowej izbie lekarskiej, której jest członkiem, dokumenty lub informacje potwierdzające zmianę danych wpisanych do okęgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów.

Dotyczy to m.in. takich danych jak: imiona i nazwisko, adres miejsca zamieszkania, numer telefonu i adres poczty elektronicznej (o ile lekarz je posiada), adres do korespondencji, nazwa i adres miejsca pracy, rodzaj i data uzyskania stopnia lub tytułu naukowego. Zawiadomienia należy dokonać w terminie 30 dni od dnia zaistnienia zmiany.

Członkowie samorządu lekarskiego są także zobowiązani poinformować okęgową izbę lekarską o zaprzestaniu (lub zamiarze zaprzestania) wykonywania zawodu na terytorium Polski, a w razie zamiaru podjęcia wykonywania zawodu powinni złożyć w swojej

okęgowej izbie lekarskiej oświadczenie o podjęciu (zamiarze podjęcia) wykonywania zawodu. W razie przerwy w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat lekarz, lekarz dentysta musi się liczyć z koniecznością odbycia przeszkolenia, ustalonego przez okęgową radę lekarską.

Powyższy obowiązek zgłaszania okęgowej izbie lekarskiej zmiany danych jest obowiązkiem ustawowym, wynikającym z art. 49 ust. 6 i 7 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich. Sprawy związane ze składaniem oświadczenia o zaprzestaniu lub podjęciu wykonywania zawodu reguluje także uchwała Nr 1/17/VII Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystów.

Należy podkreślić, że członkowie izb lekarskich są obowiązani przestrzegać obowiązujących przepisów

związanych z wykonywaniem zawodu lekarza lub lekarza dentysty oraz stosować się do uchwał organów izb lekarskich. Za naruszenie przepisów związanych z wykonywaniem zawodu podlegają oni odpowiedzialności zawodowej.

- Ponadto niezgłoszenie zmiany danych adresowych (miejsca zamieszkania lub adresu do korespondencji) może wywołać dla lekarza, lekarza dentysty negatywne skutki w prowadzonym postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej czy w postępowaniu egzekucyjnym dotyczącym zaległych składek członkowskich. Korespondencję wysyłaną pod adres widniejący w okęgowym rejestrze lekarzy i lekarzy dentystów, która została dwukrotnie prawidłowo awizowana, uznaje się za skutecznie doręczoną i wywołującą skutki prawne - podsumowuje Małgorzata Brzozowska-Kruczek, radca prawny NIL. ■



gazetalekarska.pl

Uznawanie kwalifikacji zawodowych w UE

Komisja Europejska opublikowała aktualizację załącznika V do dyrektywy 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych.

Wprowadzone w załączniku zmiany dotyczą wykazu dokumentów potwierdzających uzyskanie w Polsce kwalifikacji do wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentysty. Oprócz dyplomu absolwenci polskich uczelni powinni posiadać, jako zaświadczenia towarzyszące, świadectwo złożenia egzaminu LEK albo LDEK (bądź wcześniejszych LEP/LDEP) oraz zaświadczenie o ukończeniu stażu podyplo-

mowego (za wyjątkiem nielicznych absolwentów kierunku lekarsko-dentystycznego, którzy nie rozpoczęli stażu przed 2 października 2016 r. i w okresie pomiędzy 2 października 2016 r. a 28 lutego 2017 r. wystąpili o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty).

Urzędy w innych państwach UE mogą więc wymagać od absolwentów polskich uczelni przedłożenia nie tylko dyplomu, ale również dokumentów potwierdzających odbycie stażu i złożenie z pozytywnym wynikiem egzaminu LEK/LDEK. Do niedawna nie było to tak jednoznacznie określone, co powodowało szereg niejasności. ■



KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Praca lekarza na nieodpowiednich aparatach diagnostycznych

„Lekarzowi nie wolno stosować metod nieuczciwej konkurencji, szczególnie w zakresie nierzetelnego informowania o swoich możliwościach działania” [art. 66 KEL p. 4].

„Lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędną czas” [art. 8 KEL].

Okręgowy sąd lekarski skazał lekarza specjalistę radiologa, który jeździł z przestarzałym aparatem usg. (mającym ponad 25 lat) do poradni POZ, gdzie wykonywał odpłatnie badania ultrasonograficzne, opisując na gotowych szablonach nawet do 30 badań w ciągu 2 godzin, na karę nagany, obciążył go także kosztami rozprawy. Sprawę zapoczątkowała skarga rodziny chorego, u którego następnego dnia po otrzymaniu wyniku badania jamy brzusznej jako



prawidłowego, rozpoznano w usg. wykonanym w SOR guza trzustki z przerzutami do wątroby, co zostało potwierdzone w kolejnych badaniach. Po odwołaniu obwinionego, Naczelny Sąd Lekarski utrzymał wyrok w mocy.

OSL skazał też lekarza specjalistę chirurga, w związku ze skargą pacjentów, którym wykonywał badanie naczyń kończyn dolnych ultrasonograficznym detektorem przepływu, ogłaszając się, że wykonuje badania dopplerowskie naczyń, na karę upomnienia

i jednocześnie obciążył go kosztami postępowania. NSL, do którego odwołał się obwiniony lekarz, utrzymał ten wyrok w mocy, stwierdzając, że badanie detektorem przepływu jest co prawda badaniem o większej dokładności niż tradycyjne badanie palpacyjne, jednak nie umożliwia dokładnej diagnostyki patologii naczyniowej, jaką jest metoda obrazowania dopplerowskiego w kolorze z oceną spektrum przepływu. Natomiast treść zredagowanego przez obwinionego lekarza ogłoszenia wprowadzała pacjentów w błąd. ■

KOMENTARZ



JACEK MIARKA

przewodniczący NSL

Obie te sprawy łączy, moim zdaniem, art. 1 pkt 3 KEL: „Naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu”.

W sprawie pierwszej sąd zapytał obwinionego, dlaczego nie kupił do swojej praktyki lepszego aparatu, pozwalającego na wykonywanie wiarygodnych badań usg. Obwiniony odparł z rozbijającą szczerością, że planował taki zakup, ale dopiero po wykończeniu domu, na który wydatki pochłaniały wszelkie jego zarobki, a odwołał się do NSL dlatego, że przecież opóźnienie jednego dnia w diagnozie nowotworu nie miało dla chorego żadnego znacze-

nia. Nie był w stanie natomiast odpowiedzieć na następne pytanie sądu, czy zdaje sobie sprawę, u ilu innych chorych mógł nie rozpoznać poważnej patologii.

W drugiej sprawie skargę złożyli do rzecznika sami pacjenci, uważając, że zostali oszukani, albowiem część z nich miała wcześniej wykonane i opisane badanie dopplerowskie naczyń zgodnie ze standardami, i wiedzieli, jak powinno ono wyglądać. Żyjemy przecież w XXI w., a dostęp do informacji w dobie internetu, jak i większa świadomość społeczeństwa, nie budzą u nikogo wątpliwości. Nie budzi także wątpliwości fakt, że takie postępowanie naszych kolegów podważa nie tylko wiarygodność metod diagnostycznych, ale także wiarygodność lekarzy w ogóle.

Nie sposób też nie skomentować oczywistej dla sądu motywacji takiego działania. Chęć uzyskania zysków finansowych za wszelką cenę zalicza się, w naszej ocenie, do pobudek niskich i nagannych. ■



Odpowiedzialność za działania rezydenta

Po roku od podpisania porozumienia z ministrem zdrowia lekarze rezydenci borykają się z wieloma problemami związanymi z odbywaniem specjalizacji. Mają je również lekarze, którzy współuczestniczą w szkoleniu specjalizacyjnym: kierownicy specjalizacji, ordynatorzy i kierownicy oddziałów, asystenci pracujący na tych samych oddziałach szpitalnych. Warto więc przybliżyć prawne aspekty odbywania specjalizacji w ramach rezydentury dotyczące odpowiedzialności za działania czy zaniechania rezydenta.

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

Zgodnie z art. 16h ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty specjalizacja w ramach rezydentury odbywa się na podstawie umowy o pracę z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne zawartej na czas określony w programie specjalizacji. Taka forma prawa związania rezydenta z podmiotem prowadzącym szkolenie determinuje odpowiedzialność wobec osób trzecich (w szczególności pacjentów) za szkodę. Jeśli rezydent wyrządzi komuś szkodę, wykonując obowiązki pracownicze, to odpowiedzialność wobec pacjenta ponosi wyłącznie pracodawca. Szpital, który wypłaci pacjentowi odszkodowanie, będzie mógł się domagać zapłaty od lekarza w ramach tzw. roszczenia regresowego, jednak z ograniczeniami wynikającymi z przepisów prawa pracy, czyli w większości przypadków do trzykrotności wynagrodzenia miesięcznego. Przy czym dla ustalenia okresu przedawnienia tego roszczenia istotny jest moment wypłaty odszkodowania, a nie wyrządzenia szkody pacjentowi (wyrok SN z 28.06.2005 r., III PK 45/05).

Zgodnie z art. 16m ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty specjalizacja odbywana jest pod kierunkiem kierownika specjalizacji, a staże kierunkowe pod kierunkiem kierowników stażu (art. 16m ust. 3 tejże ustawy). W art. 16m ust. 7 ustawy określono zadania kierowników specjalizacji i staży, z których trzy mają zasadnicze znaczenie dla ich odpowiedzialności i odpowiedzialności rezydenta. Do obowiązków kierowników należy: konsultowanie działań rezydentów, nadzór nad wykonywaniem zabiegów diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, objętych programem specjalizacji do czasu nabycia umiejętności samodzielnego ich wykonywania, a także udział w wykonywaniu przez rezydenta zabiegu operacyjnym albo

stosowanej metodzie leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta, do czasu nabycia umiejętności samodzielnego ich wykonywania lub stosowania.

31 marca tego roku (z mocą od 1 stycznia 2019 r.) weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 marca 2019 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz.U. 2019 r., poz. 602). Zgodnie z § 15 kierownik specjalizacji przydziela rezydentowi pacjentów do prowadzania, ustala harmonogram dyżurów i w porozumieniu z kierownikiem jednostki decyduje o dopuszczeniu lekarza do samodzielnego pełnienia dyżurów. Z kolei w § 13 rozporządzenia mowa jest o wyznaczeniu przez kierownika specjalizacji lekarzy specjalistów z asystą lub pod nadzorem których specjalizujący się lekarz wykonuje zabiegi lub procedury medyczne. Zasadnicze znaczenie mają tu pojęcie nadzoru i dopuszczenia do samodzielnego wykonywania zabiegów, procedur czy pełnienia dyżuru. Nadzór obejmuje kontrolowanie wykonania czynności i władcze ingerowanie w ich wykonanie, jeśli odbiega od wzorca postępowania. Lekarz pełniący nadzór ponosi odpowiedzialność za działania bądź zaniechania nadzorowanego rezydenta (i nie jest to wyłącznie kierownik specjalizacji, ale również lekarz wyznaczony do pełnienia takiego nadzoru). Odpowiedzialność może ponosić rezydent, który uzyskał opinię kierownika specjalizacji potwierdzającą nabycie umiejętności samodzielnego wykonywania zabiegów lub stosowania procedur medycznych, lub zdolność do samodzielnego pełnienia dyżurów. Trzeba tu zwrócić uwagę na zapisy programów specjalizacji, które mogą wyznaczać konkretny okres, po upływie którego opinia taka może zostać wydana. Wcześniej lekarz odbywający specjalizację może pełnić wyłącznie dyżury towarzyszące. Praktyka bywa jednak zupełnie inna. ■



PRZESŁUCHANIE U PROKURATORA

Lekarz w charakterze świadka

Udzielanie świadczeń medycznych może czasem prowadzić lekarza do sytuacji, w której będzie on zmuszony skonfrontować się z prokuratorem. Konsekwencje popełnienia błędu mogą być znacznie większe niż w innych zawodach, gdyż powiązane są ze zdrowiem, a nawet życiem drugiego człowieka.

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



Dodatkowym czynnikiem ryzyka jest tutaj często niedająca się przewidzieć odmienność reakcji każdego organizmu na podawane leki czy zastosowaną terapię. Dodatkowo, rosnąca świadomość prawna pacjentów skutkuje znacznym wzrostem liczby skarg kierowanych przeciwko placówkom medycznym lub też konkretnym lekarzom. Efektem takiej skargi może być sytuacja, w której lekarz zostanie wezwany na przesłuchanie do prokuratora.

ŚWIADEK CZY PODEJRZANY?

Wezwanie najczęściej będzie dotyczyło sytuacji, w której istnieje podejrzenie popełnienia błędu medycznego przez lekarza lub pozostały personel medyczny. Zdarzają się sytuacje, w których pacjent w krótkim czasie przebywał w wielu placówkach medycznych i zajmowało się nim w różny sposób kilku-kilkunastu lekarzy. Wtedy zadaniem prokuratora będzie ustalenie, na którym etapie działania wystąpił błąd i dla uzyskania odpowiedzi będzie on

musiał przesłuchać wszystkie osoby uczestniczące w leczeniu pacjenta. Niemniej, otrzymanie wezwania na przesłuchanie praktycznie zawsze związane jest z dużym stresem, dlatego lekarz powinien wiedzieć, w jaki sposób należy w takiej sytuacji procedować oraz jakie prawa i obowiązki przysługują osobie przesłuchiwanej. Pierwszą sprawą wymagającą wyjaśnienia jest rola, w jakiej ma wystąpić lekarz, wezwanie może dotyczyć przesłuchania w charakterze świadka lub podejrzanego.

W sytuacji, w której lekarz wezwany jest w charakterze świadka, jego rola procesowa polega na złożeniu zeznań lub odpowiedzi na pytania dotyczące omawianej sprawy. Od samego wezwania nie można się co do zasady uchylić, natomiast możliwa jest negocjacja terminu przesłuchania, w szczególności w sytuacji, gdy ma ono odbyć się w innym mieście. Aby dokonać takiej zmiany, należy się bezzwłocznie po odebraniu zawiadomienia skontaktować z organem wzywającym i przedstawić powody niemożności stawienia się oraz prośbę o zmianę terminu. Jednak to do prokuratora należy ostateczna decyzja dotycząca zmiany terminu. Jeżeli

zgoda nie zostanie wyrażona, stawienie jest obowiązkowe. W sytuacji, gdy stawienie w prokuraturze będzie wiązało się z potrzebą dojazdu, lekarz ma prawo wystąpić do organu przesłuchującego o zwrot kosztów podróży. Nieusprawiedliwione niestawienie może skutkować nałożeniem na lekarza kary pieniężnej do 3 tys. zł oraz przymusowym doprowadzeniem.

PRAWO DO ODMOWY ZEZNAŃ

Lekarz przesłuchiwany w charakterze świadka ma obowiązek złożenia zeznań szczerych i zgodnych ze stanem faktycznym. Zeznanie nieprawdy bądź zatajanie prawdy może skutkować nałożeniem na przesłuchiwanego kary pozbawienia wolności nawet do 8 lat (art. 233 kodeksu karnego). Jednak w pewnych sytuacjach świadek ma prawo odmówić składania zeznań lub też odpowiedzi na niektóre zadawane pytania. Ma to miejsce w szczególności w sytuacji, gdy udzielenie odpowiedzi mogłoby narazić przesłuchiwanego na odpowiedzialność karną za przestępstwo (art. 183 §1 kodeksu postępowania karnego, dalej: kpk). Należy zwrócić na to uwagę, gdyż przesłuchanie może być prowadzone w kierunku późniejszego postawienia zarzutów świadkowi oraz zmiany jego roli procesowej ze świadka na podejrzanego. Osoba nieposiadająca wykształcenia prawniczego, poddana stresującej sytuacji podczas przesłuchania, nie jest w stanie zorientować się, w jakim kierunku podążają pytania zadawane przez prokuratora. W takiej sytuacji dobrym rozwiązaniem wydaje się skorzystanie z pomocy profesjonalnego pełnomocnika. Co do zasady, skorzystanie z takiej pomocy jest dopuszczalne i często praktykowane. Prokurator prowadzący przesłuchanie może jednak uznać, że nie zachodzi potrzeba obrony interesów osoby przesłuchiwanej i w związku z tym odmówić dopuszczenia pełnomocnika do udziału w postępowaniu (art. 87 §3 kpk). W takiej sytuacji można złożyć zażalenie do prokuratora nadrzędnego nad tym, który odmówił udziału pełnomocnika. Zażalenie takie powinno zawierać argumentację wskazującą

istnienie przesłanek do udziału profesjonalnego pełnomocnika w przesłuchaniu. Do czasu rozstrzygnięcia zażalenia, przesłuchanie powinno zostać zawieszone.

TAJEMNICA LEKARSKA

W postępowaniu z udziałem lekarza istotna jest potrzeba zachowania tajemnicy lekarskiej. Co do zasady, prawo to jest respektowane, jednak w pewnych sytuacjach może wystąpić obowiązek ujawnienia faktów obejmujących zakres tajemnicy lekarskiej. Należy pamiętać, że tajemnica lekarska ma służyć nie osobie wykonującej zawód lekarza, tylko pacjentom, którzy w zaufaniu powierzają im wiedzę o faktach mogących mieć istotne znaczenie dla skutecznego leczenia. Lekarz, który podczas przesłuchania dojdzie do wniosku, że materia składanych zeznań obejmuje obszar tajemnicy lekarskiej, ma prawo do odmowy złożenia zeznań co do faktów objętych tajemnicą. Prokurator ma możliwość wystąpienia do sądu, aby ten zwolnił lekarza z zachowania tajemnicy (art. 180 §2 kpk) i co do zasady powinien o to wystąpić jeszcze przed wezwaniem lekarza na świadka, tak aby w miarę możliwości uniknąć potrzeby powtórnego wyzwania i przesłuchiwania. Postanowienie aprobujące zwolnienie z tajemnicy lekarskiej powinno mieć miejsce jedynie w sytuacji, w której jest to niezbędne dla dobra wymiaru sprawiedliwości oraz gdy okoliczności dotyczące omawianej materii nie mogą być ustalone w żaden inny sposób. Na postanowienie w przedmiocie zwolnienia z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej przysługuje zażalenie. W przypadku nieuwzględnienia



W postępowaniu z udziałem lekarza istotna jest potrzeba zachowania tajemnicy lekarskiej.

Tajemnica

Na postanowienie w przedmiocie zwolnienia z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej przysługuje zażalenie. W przypadku nieuwzględnienia zażalenia, lekarz ma obowiązek odpowiedzi na zadane pytania.

zażalenia, lekarz ma obowiązek odpowiedzi na zadane pytania. W sytuacji powoływania się na prawomocnie uchyloną tajemnicę lekarską w stosunku do lekarza mogą być zastosowane kary porządkowe, włącznie z zastosowaniem tymczasowego aresztu na czas nieprzekraczający 30 dni (art. 287 §1 kpk). Jednak szczególny wyjątek dotyczy sytuacji, w której lekarz udzielający pomocy medycznej uzyska informacje od oskarżonego dotyczące zarzucanego mu czynu. Takie wyznanie (art. 199 kpk) nie może w żadnym razie stanowić dowodu i lekarz, nawet po zwolnieniu z tajemnicy lekarskiej, nie ma obowiązku przedstawiania związanych z tym szczegółów przesłuchującemu go prokuratorowi. Celem takiego rozwiązania jest uniemożliwienie wykorzystywania jako dowodów informacji pozyskanych w specyficznych, często ratujących życie sytuacjach, w których szczerość może być niezbędna do uzyskania skutecznego leczenia.

Reasumując, lekarz wezwany przez prokuratora na świadka jest zobowiązany do udzielenia szczerych i wyczerpujących odpowiedzi na zadawane pytania dążące do wyjaśnienia omawianej materii. Lekarz musi być jednak świadomy sytuacji, w których ma prawo do odmowy zeznań. Z jednej strony dotyczy to materii objętej tajemnicą lekarską, a z drugiej – by w wyniku przesłuchania nie stał on się podejrzanym lub przynajmniej nie pogorszył swojej sytuacji w przyszłym procesie. Często przesłuchanie w charakterze świadka jest przygotowaniem przez prokuratora materiałów do faktycznego postawienia zarzutów, jednak zdarzają się także sytuacje, w których decyzja o wszczęciu postępowania przeciwko lekarzowi zostaje podjęta dopiero wobec złożonych przez niego zeznań. ■

LIST DO REDAKCJI

Recepty do wymiany

Droga Redakcjo! Na odprawie lekarskiej poinformowano nas o zarządzeniu o nowych receptach. Stare do kasacji. Łaskawie odroczone to do końca roku.

Jaki powód? Jeśli chodzi o „zwykłe” recepty, to tylko taki, że na wydruku zamiast „podpis lekarza” będzie „podpis osoby upoważnionej”.

Rozumiem, że wchodzą w życie przepisy mówiące o tym, że nie tylko lekarze mają prawo do wydawania recept, ale dlaczego likwidować dotychczasowe

recepty? Ja akurat niedawno zapotrzebowałem 3000 recept, a że jestem już emerytem, to co najmniej 2500 recept z nowym rokiem będzie do wyrzucenia. To marnotrawstwo oraz przejaw nieliczenia się z nami, lekarzami. Jakiś urzędnik biurokratycznie decyduje o nas bez sensu, bo przecież nie jakieś istotne systemowe zmiany powodują o konieczności wymiany recept. Dla mnie, nieobytemu z komputerem i internetem, każdorazowe pozyskiwanie numerów recept to stres i strata czasu – o pieniądzach nie wspomnę.

Czy NIL zajmowała się tym? ■

*Z poważaniem
Ryszard Maciejewski*

KOMENTARZ



WOJCIECH IDASZAK

radca prawny NIL

Rozporządzenie z 13 kwietnia 2018 r. w sprawie recept lekarskich wprowadziło m.in. zmiany dotyczące ich wzoru. Zawarty w rozporządzeniu przepis przejściowy umożliwiał wystawianie recept na drukach obowiązujących przed wprowadzeniem nowego wzoru przez okres nie dłuższy niż 12 miesięcy. Termin ten upływał 19 kwietnia 2019 r., a więc wykorzystanie starych druków po 19 kwietnia mogło wiązać się z tym, że nie zostaną one zrealizowane w aptekach, a pacjenci będą wracali do lekarzy, słusznie poirytowanych. Pod koniec tego okresu przejściowego okazało się, że lekarze mają duże ilości druków recept wg starego wzoru, które trzeba byłoby wyrzucić do kosza. W związku z tym Ministerstwo Zdrowia dość późno, ale w porę postanowiło przedłużyć termin, w któ-

rym mogą być wykorzystane. Do konsultacji trafił więc projekt rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie MZ w sprawie recept, został on pozytywnie zaopiniowany przez samorząd lekarski. Przewidywał on tak naprawdę tylko jedną zmianę – wydłużenie okresu 12 miesięcy od wejścia w życie rozporządzenia z 13 kwietnia 2018 r. do 24 miesięcy.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 kwietnia 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie recept weszło w życie 18 kwietnia (Dz.U. 2019 poz. 718).

Zmiany dotyczące wystawiania recept są liczne i wprowadzane często. Od wielu lat samorząd lekarski konsekwentnie zgłasza, że pożądanym kierunkiem powinno być upraszczanie zarówno druków recept, jak i procesu ich wystawiania, a także realizacji w aptece. Niestety, postulaty te nie są uwzględniane przez decydentów w takim stopniu, w jakim byśmy sobie tego życzyli. ■



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

Ogromnie dziękuję za datki, które napływają do nas z całej Polski: Gdańska, Łomży, Swarzędza, Warszawy, Miedzianej Góry, Krakowa, Inowrocławia, Tarnowa, Limanowej, Legnicy, Mielca.

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

Mariusz Janikowski, prezes Zarządu Fundacji Lekarze Lekarzom



ANDRZEJ CISŁO

wiceprezes NRL

DENTAL ESPRESSO

Arbiter potrzebny od zaraz

Sporne kwestie coraz bardziej wymykają się pojęciu zarządzania, a zaczynają dotyczyć istoty i sensu powoływania zawodów zaufania publicznego.

Kończąc felieton w poprzednim numerze, zastanawiałem się, co będzie tematem tego. Już wówczas znany był projekt ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami i oczekiwaliśmy na rozpoczęcie prac sejmowych.

Nawet niektórzy posłowie obozu rządowego podsumowali projekt w dyskusji jako mało konkretny. A sporo w nim miejsca o stomatologii i zapewnieniu uczniom opieki stomatologicznej, jeśli nie w gabinetach szkolnych, to w wybranej przez szkołę placówce „na mieście”. Byle miała kontrakt, to z mocy tej ustawy będzie on nielimitowany. W skierowanym do posłów liście udowaśniałem (z użyciem wycień), że sumienne wykonanie tej ustawy pozbawi realnych uprawnień do opieki stomatologicznej pacjentów dorosłych. Posłowie przyjęli to z kamiennym spokojem, a obecny na posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia wiceminister był uprzejmy nawet zasugerować, że „głosy krytyczne dowodzą, że dla niektórych biznes ważniejszy jest od leczenia dzieci”. Uroklive, doprawdy. Naprawdę nie wiadomo, co sądzić o tej ustawie – ma tyle błędów i niekonsekwencji, że jej ostateczny efekt wyłoni się zapewne z zarządzeń prezesa NFZ, co oczywiście jest naruszeniem zasad stanowienia prawa.

Ostatnie miesiące upłynęły na sformułowaniu całej palety postulatów, które w większości w tej fazie (czyli postulatów) pozostają. Operując na styku rzeszy osób wykonujących zawód zaufania publicznego i klasy politycznej, porozumiewamy się z sektorem władzy publicznej „językiem”, którym są dokumenty – pisma, stanowiska, apele. Ważne, aby wynikało z nich nie tylko żądanie takiego czy innego zachowania organów władzy, ale też jasna koncepcja poukładania spraw, których dotyczą. Pomimo że postanowiłem nie narzekać na tzw. ciężkie czasy, trudno nie odnotować zawężania się pola manewru. Czasy są niby zawsze takie same, ale materia, w jakiej odnotowujemy obojętność otaczającego nas świata władzy polityki i mediów, zaczyna dotyczyć samej istoty wykonywania zawodu zaufania publicznego. Dobrym przykładem jest nasze kształcenie podyplomowe. Jeśli jego sformalizowana postać (a są to tylko specjalizacje) zajmuje uwagę państwa w trzech procentach (nasz udział w rezydenturach), to wymyka się pojęciu „zarządzania” przez państwo tą sferą. To już nie jest kwestia zarządu – to kwestia istoty samego zawodu, którego wykonywanie zasadza się na etyce i kompetencji zawodowej. Samą etyką pacjentów nie wyleczymy.

Spór jest wpisany w każdy postęp i samą demokrację. Z wyjątkiem też weryfikowanych przez „Boga i historię”, spory dotyczące spraw przyziemnych powinny mieć w miarę szybkie rozstrzygnięcie, aby zwykłym śmiertelnikom na coś się to zdało. Tyle że tu niezbędny jest arbiter. Są nimi najczęściej albo wyborcy, albo rynki finansowe, albo choćby tzw. opinia publiczna.

Najprostszym dowodem na brak merytorycznego podejścia do naszej branży jest to, że argument o istnieniu ważniejszych od stomatologii priorytetów słyszymy zarówno w okresach kryzysu, jak i prosperity gospodarczej.

Czy to wielość frontów, czy stopień skomplikowania materii wszelkich sporów (przez lata władza skutecznie skomplikowała proste sprawy)? Faktem jest, że nawet hipotetyczny, poszukiwany arbiter coraz mniej z tego zrozumie lub nie zada sobie trudu wejścia w szczególności i coraz bardziej podatny będzie na zdawkowe, państwowotwórcze formułki. ■

“

**Spór jest
wpisany w każdy
postęp i samą
demokrację.**

STOMATOLOGIA

Ruch antykanałowy jest szkodliwy

Podobnie jak sympatycy ruchu antyszczepionkowego czy ruchu antyfluorowego, ostatnio pojawili się również zwolennicy ruchu antykanałowego. Swoje teorie opierają na doniesieniach, które sugerują związek obecności zębów leczonych kanałowo z występowaniem chorób ogólnoustrojowych, w tym nowotworowych.

TEKST **DR HAB. AGNIESZKA MIELCZAREK**, KONSULTANT KRAJOWY
DS. STOMATOLOGII ZACHOWAWCZEJ Z ENDODONCJĄ, KIEROWNIK
KATEDRY I ZAKŁADU STOMATOLOGII ZACHOWAWCZEJ WUM

Zwolennicy tych niepotwierdzonych naukowo teorii powołują się na prace dra Price'a, opublikowane w latach 20. ubiegłego wieku. Wynika z nich, że przetrwałe w systemie kanałowym drobnoustroje i produkty ich metabolizmu są źródłem czynników inicjujących rozwój przewlekłej reakcji zapalnej, która inicjuje choroby ogólnoustrojowe.

Ówczesne możliwości leczenia kanałowego były nieporównywalne z obecnymi osiągnięciami technologicznymi. Ponadto cytowane badania nie były prowadzone w oparciu o współcześnie obowiązujące standardy eksperymentów naukowych. Brak prawidłowo prowadzonego monitoringu, brak grupy kontrolnej, praca w niesterylnym środowisku dyskwalifikuje prezentowane wyniki pod względem rzetelności. Ich popularyzacja może być przyczyną dezinformacji, mylnej interpretacji i niezrozumienia zależności przyczyna-skutek.

Nie ma dowodów naukowych, które potwierdzają, że prawidłowo

przeprowadzone leczenie kanałowe ma wpływ na inicjowanie chorób nowotworowych, chorób krążenia czy chorób neurodegeneracyjnych. To nieleczona próchnica i zębopochodne stany zapalne zwiększają ryzyko powstawania chorób ogólnoustrojowych. Niepodjęcie terapii endodontycznej we właściwym czasie może przyczynić się do poważnych skutków zdrowotnych. Jednocześnie wiele badań potwierdziło korzystny wpływ sanacji jamy ustnej na przebieg chorób ogólnoustrojowych. Można zatem podejrzewać, że rozgłos i nierzetelne doniesienia medialne dotyczące leczenia kanałowego to element walki różnych grup interesów na rynku stomatologicznym. Lekarze dentyści muszą zatem zachować zdrowy rozsądek, przeciwstawiać się propagowaniu niepotwierdzonych teorii i wyjaśniać pacjentom wątpliwości związane z podejmowaniem terapii endodontycznej. Zaniechanie takich działań może skutkować dezinformacją i w efekcie wpływać na stan zdrowia pacjentów.

FAKT

To nieleczona próchnica i zębopochodne stany zapalne zwiększają ryzyko powstawania chorób ogólnoustrojowych. Niepodjęcie terapii endodontycznej we właściwym czasie może przyczynić się do poważnych skutków zdrowotnych.

PRAKTYKA I POSTĘP

Jama ustna jest ważnym elementem organizmu ludzkiego. Procesy toczące się w jej obrębie mają wpływ na stan zdrowia ogólnego. Jako stomatolodzy od lat propagujemy wiedzę na temat konieczności monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej, gdyż patologie toczące się w obrębie układu stomatognatycznego wpływają na przebieg chorób ogólnoustrojowych i modyfikują wiele procesów toczących się w organizmie. Regularna kontrola stomatologiczna pozwala na ocenę stanu jamy ustnej, eliminację problemów we wczesnych stadiach i ograniczenie inwazyjności zabiegów. Leczenie kanałowe podejmowane jest najczęściej w przypadku nieodwracalnych zmian zapalnych toczących się w miazdze zębowej, występujących w wyniku powikłań choroby próchnicowej.

W ciągu ostatnich lat standardy leczenia kanałowego znacznie się zmieniły. Praca w powiększeniu przy wykonywaniu zabiegów endodontycznych oraz izolacja pola operacyjnego jest dzisiaj normą. Rozwój

Terapię endodontyczną w uproszczeniu można sprowadzić do triady procedur:

- opracowanie mechaniczne
- dezynfekcja
- obturacja



technologii przyczynił się do przesunięcia granic współczesnej endodoncji. Zęby, które kiedyś skazane były na ekstrakcję, mogą być dzisiaj z powodzeniem leczone kanałowo. Ograniczona została również liczba bezwzględnych przeciwwskazań do procedur endodontycznych. Dzięki wykorzystaniu trójwymiarowego obrazowania leczenie kanałowe stało się bardziej przewidywalne i skuteczne. W uproszczeniu terapię endodontyczną można sprowadzić do triady procedur: opracowanie mechaniczne, dezynfekcja i obturacja.

Współczesna technologia umożliwia skuteczną dezynfekcję biomechaniczną z użyciem ultradźwięków i laserów, precyzyjną preparację kanałów z wykorzystaniem nowoczesnych, elastycznych narzędzi endodontycznych, wykonanych z wysokiej jakości stopów, oraz trójwymiarową, efektywną obturację biogodnymi materiałami wypełniającymi. Prawidłowo przeprowadzone leczenie wydłuża okres funkcjonowania naturalnego uzębienia i może mieć wpływ na poprawę ogólnego stanu zdrowia.

Poprzez ten rozwinięty wstęp chciałam pokazać, że współczesna endodoncja ma się nijak do standardów leczenia kanałowego z początku ubiegłego wieku. A to właśnie badania z tego okresu wywołują niepokój w mediach.

“

Rozwój technologii przyczynił się do przesunięcia granic współczesnej endodoncji. Zęby, które kiedyś skazane były na ekstrakcję, mogą być dzisiaj z powodzeniem leczone kanałowo.

CO MÓWIĄ BADANIA KLINICZNE

Zwolennicy ruchu tzw. antykanałowców opierają swoje teorie na doniesieniach, które sugerują związek obecności zębów leczonych kanałowo z występowaniem chorób ogólnoustrojowych, w tym chorób nowotworowych. Pragnę stanowczo podkreślić, że nie ma wyników wielośrodkowych, randomizowanych badań klinicznych, które potwierdzałyby taką zależność. Wsnuwane wnioski nie są poparte wiedzą opartą na faktach. Leczenie kanałowe jest zabiegiem bezpiecznym, choć skomplikowanym i wymagającym precyzji i cierpliwości. Jego skuteczność jest przewidywalna i dobrze udokumentowana. Mamy specjalizację stomatologiczną, która przygotowuje lekarzy dentystów do bycia ekspertami w dziedzinie endodoncji.

USUWAĆ CZY NIE?

Nie ma żadnych podstaw naukowych, które usprawiedliwiłyby „profilaktyczne ekstrakcje” zębów prawidłowo leczonych kanałowo. Ząb taki, jeśli nie daje dolegliwości i nie generuje zmian zapalnych w obrębie tkanek okołowierzchołkowych, co potwierdzamy badaniem radiologicznym, może funkcjonować w jamie ustnej wiele lat. Ważnym etapem leczenia jest szczelna odbudowa części koronowej, która zminimalizuje ryzyko reinfekcji.

Jeśli standardowe leczenie nie przynosi efektu, współczesny stomatolog ma do dyspozycji zabiegi, które wspomagają

procedury endodontyczne: mikrochirurgia endodontyczna, hemisekcja czy radektomia.

Wdrożenie leczenia skojarzonego (endodontyczno-chirurgicznego) pozwala na przedłużenie okresu funkcjonowania naturalnego zęba. Po wykonanym leczeniu kanałowym zawsze wymagana jest okresowa kontrola kliniczna i radiologiczna. W niektórych przypadkach współczesna endodoncja nie jest jednak skuteczna i wówczas wskazana jest ekstrakcja zęba i ewentualna implantacja. Koszty leczenia kanałowego są jednak niewspółmiernie niższe w porównaniu ze środkami wydatkowanymi na rehabilitację wdrażaną po ekstrakcji zęba.

WARTO LECZYĆ

Leczenie kanałowe, jak wspomniałam, pozwala na przedłużenie funkcjonowania w jamie ustnej naturalnego uzębienia. Nawet jeśli po prawidłowo wykonanym leczeniu endodontycznym w systemie kanałowym pozostaną pojedyncze drobnoustroje, szczelna odbudowa części koronowej – zachowawcza lub protetyczna – przyczynia się do zahamowania ich metabolizmu i niwelowania poziomu wirulencji. Poza tym korzeń zęba leczonego endodontycznie jest optymalną, naturalną alternatywą dla implantu zębowego. Jego parametry biomechaniczne są nieporównywalnie lepsze niż tradycyjnych implantów zębowych. Dodatkowo wszczepienie implantu może skutkować pojawieniem się *periimplantitis*, czyli destrukcji kości wokół wszczepu. Nie jest to więc rozwiązanie bezwzględnie pozbawione ryzyka niepowodzenia.

Warto również zauważyć, że w ostatnich latach wiele miejsca w dyskusjach epidemiologicznych poświęca się udokumentowanej zależności pomiędzy utratą uzębienia a rozwojem chorób zagrażających życiu, w tym chorób neurodegeneracyjnych. Warto zatem walczyć o każdy naturalny ząb. „Profilaktyczne ekstrakcje zębów” leczonych kanałowo, które nie wykazują cech aktywnych ognisk zapalnych, są formą okaleczania pacjenta i należy je traktować w kategorii błędu w sztuce. ■

STOMATOLOGIA

Choroby przyzębia a Alzheimer

Naukowcy z Seoul National University w Korei Południowej zbadali tę zależność. Wyniki swoich badań opublikowali w „Journal of the American Geriatrics Society”.

Analizując dane z lat 2005-2015, dotyczące 262 349 osób w wieku 50 lat i starszych, zauważono, że istnieje związek między ciężką chorobą dziąseł i zapaleniem przyzębia a zwiększonym ryzykiem demencji. Ze względu na ograniczenia projektowe badania, wyniki te potraktowano jedynie jako sugestię, a nie dowody naukowe. Jednocześnie podczas retrospektywnych badań kohortowych, analizujących wyniki badań prowadzonych wcześniej na zwierzętach i ludziach, zauważono powiązania między przewlekłym zapaleniem przyzębia a demencją. Naukowcy tłumaczą, że przyczyną są bakterie bytujące w zakażonych dziąsłach, które przedostają się do krwiobiegu, a następnie przechodzą przez barierę krew-mózg, przez co mogą wywołać zapalenie tkanki mózgowej, a nawet pobudzić produkcję białek odpowiedzialnych za chorobę Alzheimera.



Badania prowadzili także Amerykanie, którzy również dostrzegli zależność pomiędzy stanem przyzębia a kondycją mózgu. W „Science Advances” opublikowano wyniki badań dr. Stephena Dominy, którego zespół badał tę relację na myszach. Naukowcy skupili się na wpływie na mózg bakterii *Porphyromonas gingivalis* - gram-ujemnego beztlenowca, bytującego w jamie ustnej. Obecność tej bakterii stwierdzono także w mózgach osób, u których lekarze zdiagnozowali chorobę Alzheimera. Analizując przypadki myszy, zespół dr. Dominy zauważył, że zakażenie *P. gingivalis* prowadzi do zwiększonej produkcji beta-amyloidu. Przyjrano się także gingipainom, toksycznym enzymom tych bakterii.

Zarówno w ludzkich mózgach, jak i u myszy wysokie poziomy gingipain można wiązać z obecnością dwóch innych białek, powiązanych z rozwojem Alzheimera: tau i ubikwityny.

Naukowcy zidentyfikowali też związek, zwany „COR388”, jako najskuteczniejszy inhibitor gingipainu. COR388 zmniejszył obecność *P. gingivalis* w mózgu po zakażeniu tą bakterią i obniżył zapalenie neurologiczne. Zatrzymał również wytwarzanie toksycznego beta-amyloidu i wywierał ochronny wpływ na neurony w hipokampie. COR388 jest już w fazie badań. Ochothnicy - zarówno osoby zdrowe, jak i osoby z rozpoznaniem choroby Alzheimera - dobrze zareagowali na ten związek. ■

PONAD 16%

– tylu dorosłych Polaków w wieku od 35 do 44 lat ma ciężką postać zapalenia przyzębia. To jeden z najgorszych wyników w Europie.



gazetalekarska.pl

Wypalenie zawodowe – ankieta PTS

Wstając rano, czuję się zmęczony/a na myśl o nowym dniu pracy...” czy „Czuję w sobie duże pokłady energii”?

Polskie Towarzystwo Stomatologiczne na swojej stronie internetowej zamieściło ankietę, z prośbą skierowaną do lekarzy dentyistów o jej wypełnienie. Zebrane dane mają pomóc w ocenie aktualnej skali problemu wypalenia w tym zawodzie.

Lekarze dentyści to grupa zawodowa szczególnie predysponowana do ulegania wypaleniu zawodowemu, a w ostatnim czasie zjawisko to rozpowszechnia się wśród osób w coraz młodszym wieku. ■

ŚDZJU w NIL

Niskie nakłady na opiekę stomatologiczną ze środków publicznych są nie do przyjęcia - mówił wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzej Cisko podczas konferencji, która odbyła się 21 marca z okazji Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej. Naczelna Izba Lekarska wraz z Polskim Towarzystwem Stomatologicznym zwracają uwagę, że stomatologia nie może być poza nawiasem publicznego systemu opieki zdrowotnej. Relacja z tego wydarzenia na www.gazetalekarska.pl. ■



MAŁGORZATA WIŚNIEWSKA

dziennikarz medyczny

KOMUNIKACJA W MEDYCYNIE

Dziennikarz, lekarz, odwaga

Jakiś czas temu zadzwoniła do mnie lekarka – neonatolog, alarmując, że w jednym ze szpitali w Polsce stoi całkowicie pusty oddział intensywnej terapii noworodkowej. Z nowoczesnego sprzętu nie skorzystało jeszcze ani jedno dziecko, podczas gdy na innych oddziałach w tym województwie brakuje miejsc.

Dyrektor szpitala potwierdził: oddział stoi, bo nie ma kontraktu. Fundusz go nie podpisał, bo – jak twierdzi – zabezpieczył wystarczającą liczbę miejsc w innych oddziałach w tym regionie. Szykował się interwencyjny, emocjonalny temat, pokazujący, że wyliczenia NFZ nie pokrywają się z rzeczywistością.

Kiedy jednak zaproponowałam dykcję, że chętnie opiszę problem, pokażę w telewizji pusty oddział i porozmawiam z lekarzami, którzy od miesiący czekają na pacjentów, zabrakło odwaganych, by o tym opowiedzieć. Temat nie powstał, oddział jeszcze przez wiele miesięcy stał pusty.

Moja praca od lat polega na pokazywaniu sukcesów i porażek medycyny, ale żaden temat nie powstałby bez udziału lekarzy i pacjentów, którzy zdecydowali się o tym opowiedzieć. Czasem spotykam się z zarzutem, że wciąż ci sami specjaliści występują w mediach. Problem w tym, że wielu ciekawych rozmówców unika dziennikarzy, nie chce, by w środowisku mówiono o nich, że „robią sobie publicity”, że mają „parcie na szkło”. A przecież to dzięki lekarzom, którzy otwarcie mówią o problemach systemu lub o przełomowych zabiegach, można odzyskać trudne tematy.

Komunikacja między lekarzem a dziennikarzem może zmieniać rzeczywistość. Lekarz musi mieć jednak pomysł na swój przekaz i odwagę, by wyjść z nim do mediów.

„Kiedy zaczynałam operować w połowie lat osiemdziesiątych, nowotwory były tematem wstydlivym” – mówi dr Sławomir Mazur, chirurg z warszawskiego Instytutu Onkologii. Lekarze nie mówili pacjentom, że są chorzy na raka. Sytuacja zaczęła się zmieniać wraz z pojawieniem się nowych metod diagnozy i terapii. Przybywało pacjentów leczonych z sukcesem, łatwiejsza stała się rozmowa o nowotworach. Ponad 30 lat temu w Instytucie Onkologii powstał pierwszy klub Amazonki. To one zaczęły opowiadać – najpierw innym pacjentkom, potem w mediach – swoje historie. One pierwsze zaczęły mówić: „badajcie się, bo wcześniej wykryty rak to większe szanse wyleczenia”.

„Pamiętam, jak 24 lata temu w „Twoim Stylu” przeczytałam pierwsze wywiady z Amazonkami” – mówi Elżbieta Kozik, późniejsza założycielka Ruchu Społecznego Chorych na Nowotwory. „Chorowałam wtedy na raka piersi i myślałam, że wkrótce umrę. Byłam tym kobietom wdzięczna, że się odważyły przyznać do choroby i pokazały, że rak to nie wyrok” – wspomina. „Wszystko jednak wymagało długiej pracy i zmiany myślenia” – mówi dr Mazur. „Kiedy wraz z Edwardem Towpikiem wykonaliśmy pierwsze rekonstrukcje piersi w 1986 r., wielu onkologów uznało, że to zbyt ryzykowny zabieg i odradzali pacjentkom rekonstrukcje: „Po co to pani? Taka operacja może tylko sprowokować nawrót choroby” – opowiada. Dwadzieścia lat później – w 2004 r. – do Polski została sprowadzona brytyjska wystawa zdjęć kobiet po rekonstrukcji piersi „Odzyskana Kobiecość”. „Pamiętam, kiedy otwieraliśmy ją w Olsztynie, szukałam kobiet, które przeszły tę operację. Zgłosiła się jedna” – mówi Marzena Smolińska, organizatorka wystawy. Wtedy, 15 lat temu, rekonstrukcje piersi były uznawane za fanaberię i niewiele kobiet w Polsce miało odwagę się o nie upomnieć. Wystawa, a potem kolejne, już z udziałem polskich Amazonek, przyczyniły się do zmiany świadomości. Okazało się, że rekonstrukcje piersi i odzyskana kobiecość po chorobie to ważny etap leczenia, który ma wpływ na dalsze życie. Dziś te zabiegi stają się standardem, ale bez pierwszych lekarzy, którzy pokazali, że takie operacje są możliwe i potrzebne, bez odwaganych pacjentek, które się pokazały, ta zmiana nie mogłaby się dokonać. ■

KOMUNIKACJA W MEDYCYNIE

Psychoonkologia

Z mgr **Beatą Wiatrowską**, psychoterapeutą, psychoonkologiem i superwizorem psychoonkologii, rozmawia **Marta Jakubiak**.

GL Co jest podstawą dobrej komunikacji?

„Spieszę się, spieszę się bardzo – usłyszałam niedawno od lekarza w szpitalu, kiedy zapytałam o plany leczenia bliskiej mi osoby. Choć rozmowa trwała jeszcze przez dwadzieścia minut, ja stałam, a lekarz siedział. Wciąż z tyłu głowy miałam, że się spieszy” – opowiedziała mi pacjentka. To przykład zakłócenia komunikacji, które w przyszłości może mieć negatywny wpływ na zbudowanie dobrego kontaktu pomiędzy lekarzem a pacjentem i rodziną pacjenta.

GL Jaka jest ta dobra komunikacja?

To komunikacja, która buduje zaufanie do lekarza i poczucie bezpieczeństwa pacjenta. Niezwykle ważna jest pierwsza rozmowa, bo tworzy dobrą relację na przyszłość. To początek długiego leczenia.

Trzeba też pamiętać, że pacjent potrzebuje przestrzeni, żeby zadać pytanie i usłyszeć odpowiedź. Chodzi zarówno o przestrzeń architektoniczną, jak i psychologiczną.

GL Czyli...?

Przestrzeń architektoniczna to gabinet, pokój, a nie korytarz. Miejsce, gdzie pacjent może czuć się bezpiecznie, gdzie lekarz nie odbiera telefonu, ale jest skupiony na pacjencie. To przestrzeń, w której chory ma szansę być usłyszany, a lekarz ma szansę być uważnym.

Jeżeli chodzi o przestrzeń psychologiczną, to umiejętność zadawanie pytań i reakcja na odpowiedzi – empatyczna, współodczuwająca, ale niemająca nic wspólnego ze współczuciem. Uważność to dopytywanie, doprecyzowanie. Bardzo potrzebna, by rozmowa była dobra. A dobra rozmowa to podstawa dobrej komunikacji. W życiu również.

GL Dlaczego rozmowa z pacjentem onkologicznym jest szczególnie ważna?

Człowiek, który dostaje diagnozę „choroba nowotworowa”, być może na początku nawet nie słyszy, co zostało powiedziane, komunikat nie dociera do niego. Potrzebuje kolejnego spotkania i rozmowy, żeby usłyszał i zrozumiał. Potrzebuje też czasu, by zadać pytania. Dodatkowo musi mieć przestrzeń, o której wspominałam. W komunikacji z pacjentem onkologicznym każde słowo ma ogromne znaczenie, na każdym etapie choroby.

To człowiek, który znajduje się w sytuacji kryzysu wywołanego chorobą. Będzie on przez dłuższy czas w stałym kontakcie z zespołem medycznym. Im szybciej komunikacja zostanie zbudowana, tym mniej będzie skutków ubocznych wynikających z komunikacji złej. Lekarz, pielęgniarka, psycholog – każdy ma inne zadanie, ale jedno jest wspólne – zaopiekowanie się pacjentem. Jesteśmy po to, żeby zdjąć z niego jak najwięcej trudności, bólu fizycznego, emocjonalnego i egzystencjalnego.

GL Czego boją się pacjenci onkologiczni?

Pracuję z chorymi otoczonymi opieką paliatywną. Wcześniej przez wiele lat pracowałam w poradni onkologicznej, m.in. z kobietami po mastektomii, w trakcie chemii i radioterapii. Przez lata obserwuję, jakie dokonują się zmiany. Dziś, dzięki mnogości terapii oferowanych przez medycynę, wśród pacjentów coraz rzadziej pokutuje przekonanie, że rak to wyrok. Coraz rzadziej pytają: „czy ja umrę?”, częściej: „co mogę zrobić, żeby leczenie było bardziej skuteczne?”. Oczywiście gdzieś w głębi duszy boją się śmierci, która może być następstwem choroby, ale choroba to już nie jest wyrok. Kobiety boją się utraty włosów, że nie zostaną zaakceptowane bez piersi. Matki, że nie zdążą wychować dzieci, boją się o siebie, o swoich bliskich. I przede wszystkim boją się bólu.

U pacjentów onkologicznych zmieniają się priorytety. Czas płynie inaczej. Często słyszę: „za dużo pracowałam, nie odpoczywałam”, „żyłam w biegu”, „nie dbałam o siebie, wszystko robiłam dla innych”, „sam z własnej woli nie zatrzymałbym się, ale choroba zmusiła mnie do tego”. Pytają też, co spowodowało, że zachorowali na raka. Odpowiadam, że choroba często pojawia się, żeby coś w życiu zmienić. Organizm jest bardzo mądry. Rozum nie pozwala na zmiany, a ciało mówi „stop”. Proszę o refleksję, dlaczego ciało powiedziało „nie”. Choroba jest po coś.

GL A jakie są rozmowy z pacjentami terminalnymi?

Od nich często słyszę: „za mało poświęcałam sobie czasu, nie żyłam tak, jak chciałam”, że za bardzo liczyli się z potrzebami innych, zapominając o własnych. Wielu z nich jednak nie robi takich podsumowań, bo wciąż mają nadzieję. Świadome przygotowywanie się na śmierć jest trudne.



Beata Wiatrowska:
- W każdym momencie, w którym się znajdujemy, jest czas, by przyjrzeć się sobie.

Co wyjątkowego jest w pacjentach onkologicznych?

Chyba to, że mają więcej odwagi. Gdy doświadczą kryzysu choroby, jest w nich jakiś rodzaj zwolnienia się z powinności. Pamiętam pacjentkę, która robiła w domu wszystko: sprzątała, gotowała, prała. Na czas choroby jej mąż i synowie przejęli obowiązki. Okazało się, że świetnie sobie radzą. Kiedy kryzys minął, liczyli, że wszystko wróci do starego porządku. Ale nie – ona już się nie zgodziła. „Tamtej kobiety już nie ma” – powiedziała mi na jednym ze spotkań. Podzielili obowiązki między siebie.

Dla wielu osób przed chorobą mówienie „nie” było czymś zakazanym. A przecież mówienie „nie”, kiedy nie można czegoś zrobić, jest dbałością o własne potrzeby, czas. To danie przyzwolenia drugiemu człowiekowi na to samo. To naturalna forma komunikacji: „proszę” – „nie mogę”. Ważne jest jednak, w jaki sposób to „nie” wypowiadamy.

Czego pacjentom brakuje w komunikacji z lekarzem?

Uważności na to, co mówią na swój temat. Skarżą się, że jest to bagatelizowane. Tak, jakby pacjent miał tylko wymiar choroby, a nie ten ludzki – osadzenia w życiu rodzinnym, zawodowym, społecznym. A przecież leczymy człowieka w jego chorobie, a nie tylko jego chorobę.

Mówię zawsze, że nie ma trudnych pacjentów. Oni są w trudnej sytuacji, kryzysu, zagrożenia, lęku. Chodzi o to, abyśmy pomagali im to udźwignąć.

“

Dobra komunikacja to słowa mówione w sposób spokojny, życzliwy, rozumiejący.

Między innymi budując dobrą komunikację?

Tak. Dobra komunikacja to słowa mówione w sposób spokojny, życzliwy, rozumiejący. Zdanie wypowiedziane w pośpiechu, podenerwowaniu, rozdrażnieniu będzie brzmiało inaczej niż to wypowiedziane spokojnie. Dźwięk wyostrzony wywołuje negatywne odczucia. Może też budzić lęk.

Lekarze mają zazwyczaj niewiele czasu na rozmowę.

Tak, to prawda, ale dla pierwszorazowego pacjenta zawsze warto wygospodarować więcej czasu, bo ta pierwsza rozmowa jest niezwykle ważna. I zawsze dobrze uprzedzić, już na początku wizyty, np.: „mam dla pana dwadzieścia minut”. I powiedzieć to tak, żeby wybrzmiało, że to aż dwadzieścia minut. Po takim komunikacie pacjent sam kontroluje, co chce powiedzieć, o co zapytać.

Określenie czasu na rozmowę świadczy o szacunku do siebie i pacjenta. Kiedy lekarz tego nie robi, a mową ciała pokazuje, że tego czasu nie ma, rozmowa staje się nerwowa, a komunikacja zła. Pamiętajmy, że siedemdziesiąt procent komunikatów pochodzi z mowy ciała.

Niekiedy włączają się u lekarza nieświadome mechanizmy obronne, złość czy poirytowanie. Aby pomagać, musi być wolny od takich emocji, ale nie obojętny.

Jak to zrobić?

Współodczuwać, rozumieć, być życzliwym i uważnym. Angażować się emocjonalnie na tyle, aby oddzielić życie pacjenta od życia osobistego.

Jakie błędy w komunikacji z pacjentem są najczęściej popełniane?

Między innymi te wynikające z pośpiechu, mechanizmów obronnych, bagatelizowania objawów. Sformułowania: „każdy tak reaguje”, „proszę się nie martwić”, „każdy przez to przechodzi”, „wszystko będzie dobrze” mogą brzmieć zbyt ogólnie, niewiarygodnie lub zobowiązująco. Pacjent chce odniesienia do swojej sytuacji. Lepiej zapytać: „co pana martwi?”. I kiedy lekarz pozna obawy pacjenta, łatwiej mu sformułować dobry komunikat: „proszę się nie martwić, to minie” lub „proszę się nie martwić, zaopiekujemy się panem, żeby to minęło”.

A nie „poradzimy sobie z tym”?

Mówienie w liczbie mnogiej, jak np. „teraz się położymy i zbadaamy”, jest błędem. Podświadomość robi swoje. Wielokrotne wypowiadanie przez lekarza zdań w liczbie mnogiej może sprawić, że komunikat zasieje się w jego podświadomości i z każdym pacjentem „lekarz będzie się kładł i badał”. To może stać się dla niego wyczerpujące i obciążające.

Pracujemy zawodowo średnio około trzydziestu lat. W każdym momencie, w którym się znajdujemy, jest czas, by przyjrzeć się sobie. I zawsze jest czas, żeby coś zmieniać. To kwestia samorozwoju i świadomości siebie. A żeby pomagać innym i ich zrozumieć, trzeba mieć bardzo dobrze poukładany system własnych przekonań. Trzeba być świadomym zasobów i własnych ograniczeń. Jeżeli jest jakaś trudność w nas, to mamy trzydzieści lat na zmiany. Ta perspektywa jest bardzo optymistyczna. ■

PROBLEMY ODDZIAŁÓW INTERNISTYCZNYCH

Diagnoza jest, leczenia brak

Tak można jednym zdaniem podsumować konferencję „Problemy interny na Mazowszu”, która, jak co roku, odbyła się w Pałacu w Radziejowicach. 12 i 13 kwietnia, na zaproszenie konsultanta wojewódzkiego ds. interny dr. Marka Stopińskiego, spotkali się ordynatorzy oddziałów chorób wewnętrznych, dyrektorzy szpitali, przedstawiciele władz państwowych i samorządowych oraz samorządu lekarskiego.

TEKST **RYSZARD GOŁAŃSKI**, CZŁONEK RADY PROGRAMOWEJ „GAZETY LEKARSKIEJ”

Mimo że tematem konferencji były sprawy związane z interną w konkretnym województwie, zawsze traktuję to spotkanie jako soczewkę, w której skupione są problemy, z którymi zmagają się oddziały internistyczne w całej Polsce. Podobnie było tym razem.

SYSTEM NIE WIDZI PACJENTA

Otwierając konferencję, dr Stopiński zwracał uwagę na zmianę czasu pracy lekarzy, ograniczenie tygodniowego wymiaru czasu pracy rezydentów i, w konsekwencji, kłopoty z obsadzeniem wszystkich dyżurów. Utrzymuje się tendencja do zmiany miejsca pracy przez internistów – wolą pracować w POZ. W konsekwencji na jednego lekarza w oddziale przypada 15 pacjentów, a powinno 6-8. Paradoksalnie, lekarze mówią, że trudniej właściwie opiekować się chorymi w tych szpitalach, które są całkowicie skomputeryzowane.

Wszyscy wiedzą, że nie jest możliwe prowadzenie szpitala bez interny, ale płatnik wydaje się uważać inaczej. Pacjenci oddziałów chorób wewnętrznych to w 30 proc. osoby powyżej 80 r. ż., z wieloma chorobami. NFZ płaci za leczenie jednej. Poważnym problemem jest brak sal intensywnego nadzoru – szczebla pośredniego pomiędzy interną a intensywną terapią. Prof. Jacek Imiela, konsultant krajowy



Prof. Jacek Imiela i dr Marek Stopiński

w dziedzinie interny, stwierdził, że chory jest ważny dla lekarza, ale nie dla systemu. Podstawowym problemem, zgłaszanym od lat, jest niedofinansowanie. POZ nie spełnia swojej roli – często chory bez badań i leczenia kierowany jest do szpitala. Konieczne są też zmiany w kształceniu podyplomowym. Po trzech latach modułu internistycznego powinien być egzamin.

RESORT NIE WIDZI PROBLEMU

Zaskakujące było wystąpienie wiceministra zdrowia Macieja Miłkowskiego. Wiele osób, które się wcześniej wypowiadały, wyrażały radość z obecności przedstawiciela resortu w tak wysokiej randze i kierowały pod jego adresem konkretne pytania i wątpliwości. Tymczasem pan minister w ogóle nie odniósł się do tych pytań i można było odnieść wrażenie, że wygłosił tekst przygotowany wcześniej i niekoniecznie na tę konferencję. Prezes OIL w Warszawie Łukasz Jankowski stwierdził, że dziwi

się słowom wiceministra, który powiedział, że interna w Polsce jest w dobrej kondycji, bo słowa, które wcześniej padły podczas konferencji, temu przeczą. Tytułowe stwierdzenie padło z ust Janusza Sobolewskiego, wicedyrektora Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego.

LECZENIE POTRZEBNE OD ZARAZ

To była już 10. edycja tej konferencji, diagnoza co do przyczyn tak złej sytuacji interny na Mazowszu i w Polsce została dawno postawiona, ale nie rozpoczęto leczenia. Jerzy Friediger, przedstawiciel Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, stwierdził, że barbarzyństwem jest stworzenie takiego systemu opieki zdrowotnej, w którym leczenie chorych się nie opłaca. W piątek był on jednym z ostatnich mówców, natomiast w sobotę otworzył drugi dzień konferencji wykładem pod tytułem: „Interna i pediatria – specjalizacje niechciane”. Zwracał uwagę na to, jakie, często niespodziewane, konsekwencje przynosi, a szczególnie będzie przynosić w przyszłości, ustawowy zapis eliminujący z podstawowej opieki zdrowotnej pediatrów i internistów. Aż się prosi, aby tegoroczną konferencję podsumować apelem: skoro znamy diagnozę, to rozpocznijmy leczenie, bo interna, nie tylko na Mazowszu, umiera. ■



gazetalekarska.pl

BIULETYN

NR 3 (188)

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

WARSZAWA, III 2019

REDAKTOR NACZELNY: ARTUR DROBNIAK

Posiedzenie NRL – 22 marca 2019 r.

**UCHWAŁA Nr 13/19/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 22 marca 2019 r.
w sprawie przyjęcia informacji
o działalności samorządu lekarzy i lekarzy
dentystów w 2018 r.**

Na podstawie art. 39 ust. 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r., poz. 168) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Przyjmuje się informację o działalności samorządu lekarzy i lekarzy dentystów w 2018 r., stanowiącą załącznik do uchwały.

§ 2.

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 14/19/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 22 marca 2019 r.
zmieniająca uchwałę w sprawie terminów
posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej
w roku 2019**

Na podstawie art. 39 ust. 1 oraz art. 5 pkt 20 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168, z późn. zm.), uchwala się, co następuje:

§ 1.

W uchwale nr 20/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 9 listopada 2018 r. w sprawie terminów posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej w roku 2019 wprowadza się następujące zmiany:

- 1) znosi się termin 20 grudnia
- 2) dodaje się termin 7 grudnia.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**UCHWAŁA Nr 15/19/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 22 marca 2019 r.
zmieniająca uchwałę w sprawie składu
komisji i zespołów Naczelnej Rady
Lekarskiej**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 5 i 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168) i § 6 ust. 1 Regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 14 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej uchwala się, co następuje:

§ 1.

W uchwale Nr 11/18/VIII z dnia 31 sierpnia 2018 r. w sprawie składu komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej w § 1 pkt 7 w miejsce Macieja Mrożewskiego wpisuje się Mariusza Smolika.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**UCHWAŁA NR 16/19/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 22 marca 2019 r.
w sprawie przyjęcia projektu
ustawy o zmianie ustawy o zawodach
lekarza i lekarza dentysty
oraz ustawy o działalności
lecniczej**

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r., poz. 168 z późn. zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Przyjmuje się projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, oraz ustawy o działalności leczniczej. Projekt ustawy wraz z uzasadnieniem stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchyła się uchwałę Naczelnej Rady Lekarskiej Nr 6/17/VII z 10 marca 2017 r. w sprawie przyjęcia projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem 2 kwietnia 2019 r.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**Załącznik do uchwały NRL
Nr 16/19/VIII z 22 marca 2019 r.**

**Ustawa z dnia ...
o zmianie ustawy o zawodach lekarza
i lekarza dentysty oraz ustawy
o działalności leczniczej**

Art. 1. W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2018 r. poz. 617) art. 53 otrzymuje brzmienie:

„Art. 53

1. Lekarz, lekarz dentysta wykonujący praktykę lekarską, z wyjątkiem indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład, może zatrudniać:

1) lekarza, lekarza dentystę w celu odbywania przez niego stażu podyplomowego, szkolenia specjalizacyjnego, stażu kierunkowego lub szkolenia w celu uzyskania umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonego świadczenia zdrowotnego, w przypadku prowadzenia odpowiednio stażu podyplomowego, szkolenia specjalizacyjnego, stażu kierunkowego lub szkolenia w celu uzyskania umiejętności z zakresu węższych

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

dziedzin medycyny lub udzielania określonego świadczenia zdrowotnego,

2) lekarza, lekarza dentystę w celu zastępstwa w przypadku czasowej i przemijającej niezdolności do pracy,

3) lekarza, lekarza dentystę w celu udzielenia określonego świadczenia zdrowotnego, 4) poza przypadkami opisanymi w pkt. 1-3, jednego lekarza, lekarza dentystę w ramach stałej współpracy.

2. Lekarz, lekarz dentysta, o którym mowa w ust. 1, jest obowiązany do poinformowania organu prowadzącego rejestr o zatrudnieniu lekarza, lekarza dentysty.”

Art. 2. W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.) w art. 18 ust. 7 otrzymuje brzmienie:

„7. Lekarze prowadzący grupową praktykę lekarską, będący współnikami albo partnerami spółki, o której mowa w art. 5 ust. 2 pkt 1 lit. b, muszą spełniać warunki, o których mowa w ust. 1 albo 2.”

Art. 3. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

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

**UCHWAŁA Nr 17/19/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 22 marca 2019 r.
w sprawie przyznania stypendiów
Naczelnej Rady Lekarskiej**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 19 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168, z późn. zm.) w zw. z pkt. 12 załącznika nr 3 do Regulaminu przyznawania stypendiów Naczelnej Rady Lekarskiej stanowiącego załącznik nr 1 do uchwały nr 9/19/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 25 stycznia 2019 r. uchwała się, co następuje:

§ 1.

Naczelna Rada Lekarska przyznaje Stypendia Naczelnej Rady Lekarskiej lekarzom i lekarzom dentystom wymienionym w załączniku do uchwały.

§ 2.

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 18/19/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 22 marca 2019 r.
w sprawie zwołania Nadzwyczajnego
XV Krajowego Zjazdu Lekarzy**

Na podstawie art. 37 ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168) uchwała się, co następuje:

§ 1.

1. Zwołuje się Nadzwyczajny XV Krajowy Zjazd Lekarzy, zwany dalej „Zjazdem”, w dniach 22-24 maja 2020 r.

2. Ustalenie miejsca Zjazdu powierza się Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 2.

Przedmiotem obrad Zjazdu będą:

1) omówienie aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia i przyjęcie ewentualnych stanowisk w tej sprawie,

2) rozpatrzenie projektu uchwały zmieniającej uchwałę w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych, przygotowanego przez Krajową Komisję Wyborczą,

3) wybory uzupełniające do Naczelnej Komisji Rewizyjnej,

4) rozpatrzenie projektu uchwały zmieniającej uchwałę w sprawie regulaminu Naczelnej Komisji Rewizyjnej,

5) rozpatrzenie wniosków Zespołu roboczego ds. analizy przepisów Kodeksu Etyki Lekarskiej.

§ 3.

Zorganizowanie Zjazdu powierza się Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**UCHWAŁA Nr 19/19/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 22 marca 2019 r.
zmieniająca uchwałę w sprawie
utworzenia funduszu stypendiów dla
lekarzy i lekarzy dentystów w celu
doskonalenia zawodowego oraz
regulaminu przyznawania stypendiów**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 19 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168, z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1.

W uchwale nr 9/19/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 25 stycznia 2019 r. wprowadza się następujące zmiany:

1) § 7 Regulaminu przyznawania stypendiów Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiącego załącznik nr 1 do uchwały, otrzymuje brzmienie:

„§ 7

Osoba ubiegająca się o stypendium składa następujące dokumenty:

1) wypełniony komputerowym pismem wniosek o przyznanie stypendium NRL; 2) dokument potwierdzający wynik

z Lekarskiego Egzaminu Końcowego/ Lekarskiego Egzaminu Państwowego/ Lekarsko – Dentystycznego Egzaminu Końcowego/ Lekarsko – Dentystycznego Egzaminu Państwowego, a w przypadku lekarza posiadającego tytuł specjalisty – dokument potwierdzający wynik egzaminu specjalizacyjnego;

3) dyplom uzyskania stopnia doktora lub doktora habilitowanego nauk medycznych lub nauk o zdrowiu jako załącznik do podpunktu „doświadczenie naukowe” wniosku o przyznanie stypendium NRL; 4) listę publikacji naukowych, ogłoszeń zjazdowych kandydata, potwierdzone przez Główną Bibliotekę Lekarską lub Bibliotekę Medyczną funkcjonującą przy odpowiednim uniwersytecie medycznym, jako załącznik do podpunktu „doświadczenie naukowe” we wniosku o przyznanie stypendium NRL. Informacja dla publikacji naukowej musi zawierać następujące podpunkty: tytuł publikacji, autorzy, czasopismo, punktacja MNiSZ, punktacja IF, rok publikacji;

5) oświadczenie dotyczące ogłoszenia zjazdowego, w tym sesji plakatowej, jako załącznik do podpunktu „doświadczenie naukowe” we wniosku o przyznanie stypendium NRL – wzór oświadczenia umieszczony jest w załączniku nr 3;

6) dyplom ukończenia studiów podyplomowych powiązanych tematycznie z ochroną zdrowia, jako załącznik do podpunktu „doświadczenie naukowe” we wniosku o przyznanie stypendium NRL; 7) dokument potwierdzający odbycie stażu lub kursu zawodowego, jako załącznik do podpunktu „kursy i staże zawodowe” we wniosku o przyznanie stypendium NRL;

8) zgodę kierownika ośrodka, w którym będzie się odbywał staż w przypadku stażu indywidualnego - jeśli dotyczy stażu.

9) Potwierdzenie dokonania doskonalenia zawodowego w okresie rozliczeniowym 4-letnim zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów wydane przez odpowiednią okręgową izbę lekarską.

2) Załączniki nr 1-3 do Regulaminu przyznawania stypendiów Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiącego załącznik nr 1 do uchwały, otrzymują brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

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

**STANOWISKO Nr 5/19/VIII
NACZELNEJ RADY
LEKARSKIEJ
z dnia 22 marca 2019 r.
w sprawie realizacji porozumienia
podpisanego przez Ministra
Zdrowia z Porozumieniem
Rezydentów OZZL**

Naczelna Rada Lekarska wyraża stanowczy sprzeciw wobec nierealizowania przez Ministerstwo Zdrowia i Rząd RP zapisów porozumienia z dnia 8 lutego 2018 r. zawartego pomiędzy reprezentującym stronę rządową Ministrem Zdrowia a reprezentującymi stronę społeczną lekarzami rezydentami (zwanego dalej „Porozumieniem”).

W obliczu nierealizowania wielu punktów Porozumienia, które w świadomości podpisujących go lekarzy reprezentujących Naczelną Radę Lekarską, Porozumienie Rezydentów oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy było pierwszym krokiem do uzdrowienia sytuacji w opiece zdrowotnej w Polsce i wstępem do reformy systemu ochrony zdrowia, a także wobec braku wystarczających działań nakierowanych na skokowy wzrost jej finansowania, szczególnie w zakresie jak najszybszego dojścia do uzgodnionego przez strony poziomu nakładów publicznych na ochronę zdrowia wyrażonego odsetkiem PKB, Naczelna Rada Lekarska wzywa Ministerstwo Zdrowia i Rząd RP do podjęcia natychmiastowych działań naprawczych, a porozumienie w chwili obecnej uznaje za nierealizowane. Naczelna Rada Lekarska wzywa wszystkie Okręgowe Rady Lekarskie, a także organizacje branżowe i środowiska pacjentów do podjęcia działań skutkujących konsolidacją sił dla przyspieszenia niezbędnej, głębokiej reformy systemu ochrony zdrowia, będącej wykładnikiem rozwoju cywilizacyjnego.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski *Andrzej Matyja*

**STANOWISKO Nr 6/19/VIII
NACZELNEJ RADY
LEKARSKIEJ
z dnia 22 marca 2019 r.
w sprawie potrzeby nowelizacji
art. 9 ust. 1
ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r.
o zawodach lekarza i lekarza
dentysty**

Naczelna Rada Lekarska, uwzględniając informacje przekazane przez okręgowe izby lekarskie, dostrzegając, że przepis art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (dalej: ustawa) nie reguluje we właściwy sposób zasad wyrażania przez rady lekarskie zgody bądź

odmowy wyrażenia zgody w przypadku zaproszenia lekarza nieposiadającego w Polsce prawa wykonywania zawodu do prowadzenia teoretycznego i praktycznego nauczania zawodu lub do udziału w konsylium lekarskim oraz do wykonywania zabiegów, których potrzeba wynika z programu nauczania lub z konsylium. Naczelna Rada Lekarska stwierdza, że konieczne jest określenie w omawianym przepisie, jakimi przesłankami może albo powinna kierować się rada lekarska, podejmując decyzję co do wyrażenia zgody w przypadkach wskazanych w art. 9 ust. 1 pkt. 1 i 2 ustawy.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej, mając na uwadze wyjątkowy charakter regulacji art. 9 ust. 1 ustawy, która pozwala na udzielanie w Polsce, w ograniczonym zakresie, świadczeń zdrowotnych przez lekarzy i lekarzy dentystów z zagranicy, którzy nie uzyskali w Polsce prawa wykonywania zawodu, nie wykazali znajomości języka polskiego, nie podlegają systemowi odpowiedzialności zawodowej, należy określić, że rada lekarska może odmówić wyrażenia zgody, jeżeli uzna, że okres, na jaki lekarz został zaproszony, lub częstotliwość bądź regularność takich zaproszeń wskazują na możliwość nadużywania instytucji zaproszenia wynikającej z przepisu art. 9 ust. 1. Byłaby to regulacja analogiczna do przepisu art. 9 ust. 12 ustawy dotyczącego oceny tymczasowego i okazjonalnego charakteru wykonywania zawodu w Polsce przez lekarzy z innych państw członkowskich Unii Europejskiej. Biorąc pod uwagę, że od uchwały okręgowej rady lekarskiej w sprawie wyrażenia albo odmowy wyrażenia zgody w ww. przypadkach przysługuje odwołanie do Naczelnej Rady Lekarskiej, a na uchwałę Naczelnej Rady Lekarskiej skarga do sądu administracyjnego, konieczne jest doprecyzowanie omawianej regulacji.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski *Andrzej Matyja*

**STANOWISKO Nr 7/19/VIII
NACZELNEJ RADY
LEKARSKIEJ
z dnia 22 marca 2019 r.
w sprawie projektu ustawy
o zmianie ustawy – Kodeks
postępowania karnego oraz
niektórych innych ustaw**

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy – Kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw, przekazany przy piśmie Pana Adama Podgórskiego – Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 4 marca 2019 r. znak GMS-WP-173-38/19 akceptuje zmianę w art. 21 poprzez dodanie § 1a wprowadzającego obowiązek

zawiadamiania właściwego organu samorządu o ukończeniu postępowania toczącego się z urzędu przeciw osobom będącym członkami samorządu zawodowego w sprawie o czyn związany z wykonywaniem ich obowiązków zawodowych. Zawiadomienie w tym zakresie jest szczególnie ważne, gdyż popełnienie takiego przestępstwa może stanowić podstawę do wszczęcia postępowania dyscyplinarnego.

Biorąc jednakże pod uwagę terminy przedawnienia (3-letni termin wszczęcia postępowania oraz 5-letni termin karalności), określone w art. 64 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168 z późn. zm.), właściwe organy samorządu powinny być zawiadamiane również o wszczęciu postępowania przeciw osobom, będącym członkami samorządu zawodowego w sprawie o czyn związany z wykonywaniem ich obowiązków zawodowych.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski *Andrzej Matyja*

**STANOWISKO Nr 8/19/VIII
NACZELNEJ RADY
LEKARSKIEJ
z dnia 22 marca 2019 r.
w sprawie projektu ustawy
Pakiet Społeczny Ludowców
oraz o zmianie niektórych
innych ustaw**

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z poselskim projektem ustawy Pakiet Społeczny Ludowców oraz o zmianie niektórych innych ustaw, nadesłanym przy piśmie Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu – Pana Adama Podgórskiego z dnia 12 marca 2019 r., znak: GMS-WP-173-58/19 pozytywnie opiniuje kierunek zmian wyrażony w art. 3 projektu ustawy przewidujący zwiększenie środków publicznych na finansowanie ochrony zdrowia. Samorząd lekarski pozytywnie ocenia przewidzianą w projekcie ustawy propozycję skrócenia okresu, w którym nakłady na ochronę zdrowia mają osiągnąć 6% PKB. Wskazuje się jednak, że docelowo samorząd oczekuje wzrostu nakładów na ochronę zdrowia w wysokości minimum 6,8 % PKB.

Jednocześnie Naczelna Rada Lekarska wnioskuję, aby w projekcie ustawy doprecyzować, że przy obliczaniu procentowego poziomu nakładów na ochronę zdrowia należy opierać się na prognozowanym PKB na dany rok, a nie na historycznej wartości PKB sprzed dwóch lat, jak obecnie proponuje Ministerstwo Zdrowia.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski *Andrzej Matyja*



LIDIA
SULIKOWSKA

dziennikarz

DEHUMANIZACJA W ZAWODZIE LEKARZA

Odczułowieczanie medycyny

Postęp techniczny, informatyzacja, rosnąca rola pieniądza i czasochłonne procedury biurokratyczne zmieniają medycynę. Jak bardzo? Czy proces dehumanizacji narasta i w jakim zakresie należy go zatrzymać?

© L.SULIKOWSKA@GAZETALEKARSKA.PL



Deбата ekspercka
w czasie konferencji
„Dehumanizacja
medycyny -
postscriptum”,
23 marca, Katowice

Na te i inne pytania próbowano odpowiedzieć w czasie konferencji „Dehumanizacja medycyny - postscriptum”, zorganizowanej przez Śląską Izbę Lekarską i Katolickie Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, która odbyła się pod koniec marca w studiu nagrań Polskiego Radia Katowice.

Wnioski, podobnie jak 3,5 roku temu, podczas I edycji tej konferencji, nie są optymistyczne. Żyjemy w czasach postępującego procesu dehumanizacji w całym społeczeństwie. To zjawisko występujące na całym świecie w wielu dziedzinach życia, dociera więc także do zawodu lekarza i całej medycyny. Procedury stają się ważniejsze od relacji międzyludzkich, a kult zysku

i technicyzacja przysłaniają spojrzenie na drugiego człowieka. W przypadku ochrony zdrowia ten proces może zagrażać prawidłowej relacji na linii lekarz-pacjent, co ma ogromne znaczenie.

FINANSJALIZACJA OCHRONY ZDROWIA

Jednym z bardziej wyraźnych czynników dehumanizacyjnych jest



gazeta**lekarska**.pl

coraz większy wpływ mechanizmów rynkowych na ochronę zdrowia. – Obserwujemy kult zysku. Pieniądz stał się w ochronie zdrowia fetyszem, a jakość została zepchnięta na drugi plan. Dla decydentów liczą się przede wszystkim sprawozdania finansowe, efektem leczenia jest zainteresowany głównie lekarz i pacjent. Przeciw nam jest choroba, ale też system, w którym przyszło nam funkcjonować, który jest coraz mniej ludzki – uważa dr n. med. Jacek Kozakiewicz, wiceprezes NRL.

Finansjalizacja wpływa na wartości i normy społeczne. – Lekarz zaczyna uznawać prawa rządzące światem finansów w swojej pracy, co burzy zaufanie. Prawda statystyczna przesłania indywidualność każdego pacjenta – tłumaczy dr n. med. Marcin Jabłoński, psychiatra, certyfikowany psychoterapeuta Sekcji Naukowej Psychoterapii i Sekcji Naukowej Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, który od kilku lat bada to zjawisko. W jednym z przeprowadzonych badań ankietowych szukał odpowiedzi na pytanie, jak polskie środowisko lekarskie jest zróżnicowane pod względem akceptacji reguł rynku w swej pracy zawodowej, w tym – czy młodzi lekarze są bardziej podatni na to zjawisko. Okazuje się, że PESEL ma znaczenie. Młodzi są bardziej skłonni zaakceptować reguły świata finansów w swojej pracy niż ich starsi koledzy, skłonność ta częściej też dotyczy mężczyzn i specjalistów z dziedzin zabiegowych.

– Młodym lekarzom łatwiej jest poddać się regułom finansjalizacji, bo w takich czasach się po prostu wychowywali. Badanie, o którym mowa, wykazało również, że to właśnie w tej grupie wiekowej jest najwięcej osób, dla których finansowa korzyść z pracy ma duże znaczenie – wyjaśnia Marcin Jabłoński i dodaje, że zadał też ankietowanym pytanie, czy są nieufni wobec swoich pacjentów. – Odpowiedzi mnie zaniepokoiły. Okazało się, że aż 70 proc. badanych (w różnym wieku, różne specjalności) traktuje swoich pacjentów z pewną dozą nieufności, co przecież zaburza podstawę ich wzajemnej relacji. Dla 30

proc. ankietowanych to, co zostało zapisane w dokumentacji, jest bardziej istotne niż to, co powiedziano podczas wizyty. Blisko połowa stwierdziła także, że ma prawo zrezygnować z dalszego leczenia chorego, jeśli uznaje tę relację za zbyt obciążającą. Podobny odsetek sądzi, że lekarz nie powinien poświęcić się dla pacjenta. Pocięszające, że zdecydowana większość badanych nie godzi się na odmowę udzielenia świadczeń, gdy to jest nieopłacalne dla placówki medycznej, ale uzasadnione pod względem etycznym. Chciałbym jednak podkreślić, że badanie, którego wyniki przytaczam, nie jest reprezentatywne, co nie zmienia faktu, że pokazuje pewne zjawiska, które mogą zagrażać etosowi zawodu, dlatego warto tę wiedzę dalej zgłębiać – informuje Marcin Jabłoński.

MOC SŁOWA

Dehumanizacja objawia się także w komunikacji medycznej. W kontaktach lekarza z pacjentem słowo odgrywa szczególną rolę. Słowa – te wypowiedziane i te niewypowiedziane (bo na przykład nie padło odpowiednie pytanie) decydują o zdrowiu, a nawet życiu pacjenta – o trafnej diagnozie, skutecznym leczeniu, komforcie psychicznym uczestników aktu komunikacji. To, co i jak mówimy, piszemy, jakich słów używamy, odgrywa szczególną rolę w budowaniu bądź też niszczeniu relacji, w ustanawianiu prawdziwej więzi międzyludzkiej bądź zamykaniu się na nią. – Trzeba uwrażliwiać na tę kwestię – mówi prof. Danuta Krzyżyk, adiunkt na Wydziale Filologicznym Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, sekretarz Rady Języka Polskiego przy Prezydium PAN.

Jak to zjawisko wygląda w praktyce? Pacjent nierzadko staje się numerkiem w poczekalni i przypadkiem klinicznym w gabinecie. Jest świadczeniobiorcą usług, a lekarz ich świadczeniodawcą. Obydwaj znajdują się w placówce medycznej, która staje się miejscem handlu z koszykiem świadczeń i cennikiem usług medycznych na czele. W tle czai się płatnik – NFZ, który



Pacjent to nie artroskopia spod trójki czy zawał z piątki. Człowiek chory nie przestaje przez sam fakt choroby być człowiekiem – podkreśla prof. Danuta Krzyżyk.

limituje usługi. – Te słowa czy wyrażenia, obecne m.in. w aktach prawnych, są przejawem komercjalizacji służby zdrowia, sprowadzają proces leczenia do transakcji kupna-sprzedaży. Pozbawiają podmiotowości zarówno lekarza, jak i pacjenta. Lekarz powinien przecież leczyć, a nie świadczyć usługi. Pacjent to nie artroskopia spod trójki czy zawał z piątki. Człowiek chory nie przestaje przez sam fakt choroby być człowiekiem – podkreśla prof. Danuta Krzyżyk.

W komunikacji medycznej nie tylko słowa są ważne. Równie istotna jest przestrzeń, w której toczy się rozmowa. Na przykład nawiązanie kontaktu wzrokowego, kluczowego w procesie właściwej komunikacji, może uniemożliwić źle ustawiony monitor komputera. Zasłania on pacjenta, bywa, że to na nim przede wszystkim jest skupiona uwaga lekarza. Pacjent w takiej sytuacji może odczuwać dyskomfort, może mieć poczucie, że jest lekceważony. Rodzi się w nim niepokój. – Taki sposób komunikacji jest ułomny i nie wspomaga procesu leczenia. Lekarz, rozmawiając z pacjentem, powinien wyrażać słownie i pozasłownie zainteresowanie swoim rozmówcą – dodaje prof. Krzyżyk.

Jak podkreśla dr n. med. Elżbieta Kortyczko, prezes Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich, nie wolno się godzić na odczłowieczanie medycyny. – Nasz zawód wyrósł na humanizmie. Każdy lekarz, składając przysięgę Hippokratesa, deklaruje, że będzie służył zdrowiu i życiu człowieka. Trudności administracyjne, biurokracja, technicyzacja czy społeczne uwarunkowania nie zwalniają lekarza z przynoszenia choremu ulgi, nadziei oraz pełnego zrozumienia jego sytuacji – mówi Elżbieta Kortyczko. ■

CIEKAWO

Młodzi są bardziej skłonni zaakceptować reguły świata finansów w swojej pracy niż ich starsi koledzy.

MANIFESTACJA LEKARZY W WARSZAWIE

Powrót do protestów

1 czerwca o godzinie 13:00 w Warszawie odbędzie się manifestacja lekarzy. Frekwencja będzie bardzo ważna, dlatego proszę zarówno Was, Drogie Koleżanki i Koledzy, jak i Wasze Rodziny oraz Przyjaciół, o obecność. Musimy pokazać naszą niezgodę na łamanie zapisów porozumienia z dnia 8 lutego, a zwłaszcza brak wzrostu nakładów na ochronę zdrowia.

TEKST DAMIAN PATECKI, LEKARZ REZYDENT

To będą hasła przewodnie manifestacji, jak i ewentualnego protestu. Obawiam się, że jeśli nasze środowisko stanowczo nie zaprotestuje, również w przyszłym roku nie wzrośnie odsetek produktu krajowego brutto przeznaczanego na ochronę zdrowia.

Od frekwencji uzależnione są dalsze kroki. Poważnie rozważany jest powrót do ograniczania czasu pracy, w tym wypowiedzenia klauzuli opt-out, mający się rozpocząć w lipcu. Osobiście uważam, że jeśli jako środowisko nie zdobędziemy się na odwagę, by pokazać niezgodę, to po wyborach będzie na to za późno. Niedługo będzie układany budżet na przyszły rok i to od nas samych zależy, czy zdrowie nareszcie stanie się priorytetem.

Poprzednie wspólne działania lekarzy przyniosły wymierne efekty. Wierzę, że tym razem będzie podobnie. Nawet jeśli porozumienie nie zostało zrealizowane w całości, to mimo wszystko jest ono dobrym punktem odniesienia. W najbliższym czasie będzie się również ważyć los projektu Ustawy o zawodzie lekarza

i lekarza dentysty, opracowanego pod kierownictwem Jarka Bilińskiego. Członkowie Naczelnej Rady Lekarskiej włożyli w niego bardzo dużo pracy i zaapelowali o jak najszybsze przyjęcie.

Niezależnie od tego, czy zostanie zorganizowany masowy protest, czy też nie, warto przypomnieć, że ciągle obowiązuje nas apel NRL z 2017 r. dotyczący ograniczania czasu pracy. Został on ogłoszony w trakcie protestu głodowego i dał początek akcji wypowiedzenia klauzuli opt-out.

Wreszcie, jako założyciel Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy i współorganizator protestu głodowego uważam, że po prostu pracujemy

za dużo i powinniśmy oddolnie starać się ograniczać czas pracy. Lipiec jest świetnym miesiącem na to, żeby zacząć cieszyć się życiem, zwolnić, odpocząć, zapobiec wypaleniu zawodowemu.

Wydaje mi się, że wszyscy, jako środowisko, potrzebujemy czegoś w rodzaju psychoterapii grupowej. Zrzucenia ze swoich barków olbrzymiego ciężaru odpowiedzialności za kształt systemu ochrony zdrowia, za jego wydolność i za to, czy wszystkie dziury w grafiku zostały obsadzone. To politycy odpowiadają za to, jak wygląda leczenie pacjentów i swoją ciężką pracą nie jesteśmy w stanie skompensować ich błędów, a zwłaszcza niewystarczająco wysokiego finansowania opieki zdrowotnej. My powinniśmy głośno wyrażać niezgodę i robić to w imieniu pacjentów, którzy są zbyt słabi, by móc się sprzeciwić.

Mówiąc obrazowo, staramy się dopłynąć jak najdalej dziurawym statkiem, zamiast wpłynąć do portu i spróbować go naprawić. Nie dbamy o własne zdrowie, o czas na regenerację, o jakość snu, o relacje z bliskimi. Nie zastanawiamy się nad tym, jak postrzegają nas pacjenci i czy mamy moralne prawo udzielać im rad dotyczących stanu zdrowia, skoro rujnujemy swoje własne.

Dla osób, do których te argumenty nie przemawiają, powiem tylko, że prawa rynku działają również i w ochronie zdrowia. Można zarabiać tyle samo, pracując mniej godzin, wystarczy tylko przez pewien czas zmniejszyć podaż na usługi lekarskie. Pokazał to poprzedni protest. ■

“

Chciałbym postawić kilka pytań, wierzę, że odpowiedzi na nie ułatwi podjęcie decyzji o wzięciu udziału w manifestacji i akcji ograniczania czasu pracy:

- 1) Czy przyrzeczenie lekarskie zobowiązuje do pracy ponad normę?
- 2) Czy praca lekarza jest tak łatwa, że można pracować więcej?
- 3) Czy w ciągu ostatnich 30 lat sytuacja pacjentów i pracowników poprawiła się bez protestów?
- 4) Czy działania z ostatnich kilku lat przyniosły poprawę zarówno sytuacji, jak i wizerunku lekarzy w społeczeństwie?
- 5) Czy chcemy pracować w dobrze działającym systemie?

KONTROWERSJE WOKÓŁ PKB NA ZDROWIE

6% to nie zawsze 6%

Można zakładać, że rozmowy na temat poziomu finansowania ochrony zdrowia powinny być wolne od dowolności interpretacyjnej. Matematyka jest wszak nauką ścisłą i dalece bardziej precyzyjną od chociażby prawa, którym próbujemy opisać i zdefiniować otaczającą nas rzeczywistość. Ostatnie tygodnie pokazały, jak błędne jest to oczekiwanie.

TEKST **WOJCIECH IDASZAK**, RADCA PRAWNY NIL

Minister zdrowia w podpisanym 8 lutego 2018 r. porozumieniu z rezydentami zobowiązał się, że na finansowanie ochrony zdrowia przeznaczać się będzie corocznie środki finansowe w wysokości nie niższej niż 6 proc. PKB, z zastrzeżeniem że wysokość środków finansowych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia w latach 2018-2023 nie może być niższa niż: 4,78 proc. PKB w 2018 r.; 4,86 proc. PKB w 2019 r.; 5,03 proc. PKB w 2020 r.; 5,30 proc. PKB w 2021 r.; 5,55 proc. PKB w 2022 r.; 5,80 proc. PKB w 2023 r.

Wartość PKB jest ustalana na podstawie wartości określonej w obwieszczeniu prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, wydawanym na podstawie art. 5 ustawy z dnia 26 października 2000 r. o sposobie obliczania wartości rocznego produktu krajowego brutto. Ta wartość w trakcie danego roku może zostać skorygowana.

W przyjętej przez Sejm RP 5 lipca 2018 r. ustawie o 6 proc. PKB na zdrowie postanowienia dotyczące ustalania wartości PKB zmodyfikowano w porównaniu do treści porozumienia tak, że zniknęła możliwość korygowania wartości PKB w trakcie danego roku. Zamiast tej możliwości w ustawie wprost wskazano, że punktem wyjścia dla obliczania poziomu nakładów na ochronę zdrowia będzie wartość PKB obliczona według stanu na dzień 31 sierpnia.

Na skutek powyższych zmian okazało się, że 6 proc. PKB nie równa się 6 proc. PKB. Ministerstwo Zdrowia dla

W 2019 r. nakłady na ochronę zdrowia to

4,86%

PKB wg MZ

4,61%

PKB wg PR OZZL

obliczenia poziomu wydatków na ochronę zdrowia w 2019 r. korzysta z danych GUS za rok 2017. W ten sposób, według Ministerstwa Zdrowia, przewidziany w ustawie poziom finansowania – 4,86 proc. – został osiągnięty, a nawet przekroczony. Gdy jednak odniesiemy dane finansowe dotyczące wydatków na ochronę zdrowia w 2019 r. do wartości PKB za rok 2018, to okazuje się, że daleko nam do poziomu 4,86 proc. nakładów na ochronę zdrowia.

BRAKUJĄCE 10 MLD ZŁ

Gdy zdaniem ministerstwa nakłady na ochronę zdrowia w 2019 r. przekraczają 4,86 proc. PKB, to w ocenie środowiska lekarskiego, w szczególności rezydentów, wobec których szef resortu zdrowia podjął zobowiązanie w lutym 2018 r., nakłady te sięgają nie więcej niż 4,61 proc. PKB. Gdyby do obliczeń poziomu nakładów na system ochrony zdrowia wykorzystać dostępne dane GUS na temat wartości PKB z 2018 r., to okazałoby się, że w systemie w 2019 r. brakuje około 10 mld zł.

Warto jeszcze odnotować, że w ustawie dodatkowo wskazano, że wydatki na ochronę zdrowia, poza wydatkami budżetowymi na ochronę zdrowia

oraz kosztami NFZ obejmą również odpis dla AOTMiT, koszty ujęte w planie finansowym Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych oraz odpis dla Agencji Badań Medycznych. Środki finansowe przeznaczane na te zadania nie były przewidziane w treści porozumienia jako wchodzące w wydatki na ochronę zdrowia. Nie były one zatem brane pod uwagę przy określaniu minimalnej wartości nakładów na ochronę zdrowia w odniesieniu do procenta PKB.

Opisana powyżej rozbieżność stanowisk, dotycząca poziomu finansowania systemu ochrony zdrowia, była przedmiotem burzliwej debaty podczas posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia z 2 kwietnia br. Dyskusję zakończyła zgłoszona propozycja przyjęcia przez komisję dezyderatu do premiera, ministra finansów oraz ministra zdrowia o coroczne zwiększanie wydatków na ochronę zdrowia (o odsetki PKB przewidziane w ustawie) według prognoz na dany rok, zawartych w wieloletnim planie finansowym państwa tak, jak jest to przyjęte przy prognozowaniu wydatków winnych częściach budżetu państwa, np. dotyczącej obrony narodowej. Komisja, 10 głosami „przeciw” wobec 6 głosów „za” sprzeciwiła się przyjęciu takiego dezyderatu. ■

KONTROWERSJE WOKÓŁ E-RECEPT



Granat w chlebaku

W środowisku lekarskim coraz częściej słychać opinie, że obligatoryjne wprowadzenie e-recept od 1 stycznia 2020 r. to będzie wielki problem zarówno dla lekarzy, jak i pacjentów.

TEKST **MARIUSZ TOMCZAK**, DZIENNIKARZ

Ponad 0,5 mln – tyle recept w formie elektronicznej wystawiono od połowy ubiegłego roku do końca marca br. w niemal 200 miastach. W kwietniu pierwsze e-recepty wystawiło 150 podmiotów leczniczych. Liderem miesiąca jest woj. lubelskie. Personel medyczny w całym kraju wystawiał średnio 16 tys. e-recept dziennie (w dni robocze). Czy to dużo, czy mało, każdy może ocenić sam, zważywszy na to, że rocznie polscy lekarze wystawiają ok. 250 mln recept.

Patrząc na dane statystyczne, można pomyśleć, że proces cyfryzacji postępuje, bo coraz więcej gabinetów przyłącza się do fali elektronicznych rozwiązań. Ta ostatnia wzbiera, a coraz więcej lekarzy boi się, że już za kilka miesięcy niektórych zatopi.

Zgodnie z obowiązującymi obecnie przepisami, od nowego roku wszyscy lekarze będą musieli wystawiać recepty wyłącznie w e-formie. – Jeśli ten pomysł faktycznie wejdzie w życie od stycznia przyszłego roku, to wielu pacjentów nie wykupi swoich leków, a złość skupi się na nas – mówi członek NRL Dariusz Hankiewicz.

JAK DZIAŁA E-RECEPTA?

Niektórzy lekarze od dawna wystawiają recepty, korzystając z komputera i drukarki, ale – co warto podkreślić – to nie są e-recepty. Elektroniczna recepta jest przekazywana pacjentowi za pośrednictwem e-maila, SMS-a albo w formie papierowego wydruku informacyjnego. Oznacza to, że nawet po wprowadzeniu nowego sposobu ordynowania leków papier nie zniknie. Kluczowe znaczenie ma kod kreskowy podany w e-mailu,

SMS-ie lub na papierowym wydruku, to on zostanie przeczytany przez farmaceutę. Aby przy wdrożeniu obowiązku wystawiania e-recept na terenie całego kraju uniknąć przykrych niespodzianek, rok temu ruszył pilotaż w wybranych placówkach w Skierniewicach (woj. łódzkie) oraz Siedlcach i pow. siedleckim (woj. mazowieckie). – To nie był pilotaż, tylko kapotaż – komentuje prezes ORL w Łodzi Paweł Czekalski, nawiązując w tej grze słów do wypadku lotniczego polegającego



Nawet po wprowadzeniu nowego sposobu ordynowania leków papier nie zniknie.

na przewróceniu się samolotu kołami do góry. Ironizuje, bo tylko nieliczne e-recepty zrealizowano bez pośrednictwa papieru.

IKP ALBO PAPIER

Wprawdzie chcąc otrzymać e-receptę, nie trzeba posiadać Indywidualnego Konta Pacjenta, ale żeby całkiem zrezygnować z papieru, trzeba się o nie postarać. Aby uzyskać do niego dostęp, należy bezpłatnie założyć Profil Zaufany (podpis elektroniczny do podpisywania podań i wniosków składanych do podmiotów publicznych), a następnie zalogować się za jego pomocą do IKP. Niby proste, ale czy dla wszystkich? – Nie każdy pacjent jest w stanie założyć IKP. Wątpię, że zrobią to osoby starsze, a przede wszystkim im wystawiamy recepty – mówi Paweł Czekalski, dodając, że wielu pacjentów nie ma nawet komputera i telefonu komórkowego. – Dla niektórych słowo „komórka” kojarzy się z miejscem, gdzie trzyma się węgiel – dodaje. Ci, którzy szczęśliwie założą Profil Zaufany, muszą ponadto pamiętać o jego trzyletniej ważności (potem można przedłużać ważność o kolejne trzy lata). Co zatem z osobami wykluczonymi cyfrowo lub tymi, którzy nie chcą korzystać z e-usług? – Mamy dwa rozwiązania: te osoby mogą udzielić pełnomocnictwa do swojego IKP zaufanej, bliskiej osobie lub nie korzystać z IKP i prosić o wydruk informacyjny – wyjaśnia rzecznik prasowy ministra zdrowia Sylwia Wądrzyk. W środowisku lekarskim pojawiły się niedawno głosy, jakoby przychodnie rodzinne mogłyby zostać przymuszone do zakładania IKP swoim pacjentom. Zapytałem o to w resorcie zdrowia, ale zaprzeczono. Obawy nie wzięły się znikąd, bo nie tak dawno jeden z wiceministrów sondował możliwość zakładania takich kont w przychodniach, co potwierdził w rozmowie ze mną prezes Porozumienia Zielonogórskiego Jacek Krajewski. – Niestety sprawdzają się zapowiedzi o zaangażowaniu poradni lekarskich w proces wdrażania reformy. Ma to się stać naszymi rękami – mówi wiceprezes NRL Andrzej Cisło, dodając, że Ministerstwo Zdrowia

UWAGA!

Przy e-recepcie nie ma odpisów

przedstawiło właśnie do konsultacji projekt ustawy, zgodnie z którym poradnie mające zawarty kontrakt z NFZ mają być punktami poświadczającymi Profil Zaufany. Zdaniem wiceprezesa NRL to niewykonalne. – Może chlebak czasami służy do noszenia granatów, ale działalność lecznicza ponad wszelką wątpliwość koncentruje się na zapobieganiu chorobom, ich diagnozowaniu i leczeniu, a nie wypełnianiu zadań czysto administracyjnych – podkreśla Andrzej Cisło.

DIABEŁ TKWI W SZCZEGÓŁACH

Samorząd lekarski stara się trzymać rękę na pulsie, czego echa odnajdujemy m.in. w stanowiskach Prezydium NRL z ostatnich miesięcy oraz wielu spotkaniach z urzędnikami. Zdaniem wiceprezesa NRL Andrzeja Cisko, kontrowersje wzbudza m.in. sprawa częściowej realizacji e-recept. – Apelowaliśmy do Ministerstwa Zdrowia o umożliwienie częściowej realizacji e-recept w różnych aptekach, aby pacjenci nie wymuszali odrębnego wydruku na każdy lek – mówi wiceprezes NRL. Z informacji, jakie otrzymałem z resortu, wynika, że wprowadzenie zasady „jeden produkt leczniczy = jedna e-recepta” to zgoda na realizację recept w różnych aptekach. Jeśli lekarz przepisze pacjentowi w ramach jednego pakietu trzy leki, to pacjent może wykupić każdy lek w trzech różnych placówkach. – W przypadku recept papierowych w takich sytuacjach pacjent otrzymał odpis na te leki, które nie zostały jeszcze wykupione i musiał wrócić do tej samej apteki, aby je zrealizować, ale tracił refundację, jeśli lek na receptę był przepisany ze zniżką. Przy e-recepcie nie ma odpisów, każdy lek może być kupiony w innej aptece przy zachowaniu refundacji – zapewnia rzecznik ministra zdrowia. Zdaniem Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia skoro na jednej e-recepcie będzie jeden lek, a w pakiecie e-recept takich pojedynczych ordynacji może być pięć, to nie przysporzy to lekarzom problemu. – Czasami leków wypisuje się więcej – oponuje Andrzej Cisło.

Wątpliwości

Bardzo wielu lekarzy sprzeciwia się przede wszystkim temu, by wystawianie elektronicznych recept było obligatoryjne. Nie chcą, by tradycyjne recepty odeszły do lamusa z wielu powodów. Bo część starszych lekarzy nie poradzi sobie z wystawianiem e-recept. Bo wprowadzając ustawę, nie przeprowadzono konsultacji publicznych. Bo nie wszędzie jest internet, a tym bardziej szybkie połączenie z siecią. Bo zdarzają się przerwy w dostawie prądu, dostępu do internetu i systemu e-zdrowie (P1). Bo sprzęt się czasami zawiesza. Bo długopisem receptę wypisuje się szybciej. Bo e-recepta wydłuży i tak niemałe kolejki. Bo w innych krajach nie decydowano się na tak radykalny wariant jak zmuszanie lekarzy, by z dnia na dzień odeszli od tradycyjnych recept. – W Szwecji 25 lat temu zaczęto wprowadzać e-recepty, ale w dalszym ciągu obowiązują także te papierowe. Szwedzcy urzędnicy na pytanie, kiedy te ostatnie znikną, mówią, że dopiero wtedy, gdy lekarze przestaną je wystawiać – mówi Dariusz Hankiewicz. Cyfrowe recepty wprowadzono w niektórych krajach (Wielka Brytania, Holandia) już w latach 80. XX w. Pod koniec lat 90. zaczęto je wykorzystywać na szeroką skalę w Danii i Szwecji, gdzie dość łatwo stanowiły większość wystawianych recept. Mimo to pewne problemy pozostają nierozwiązane nawet tam, gdzie e-recepty stosowane są od dawna, np. w razie wystąpienia usterki technicznej czy awarii zasilania system przestaje działać, a pacjenci nie mogą wykupić leków. Ministerstwo Zdrowia, powołując się na doświadczenia innych państw, wśród korzyści ze stosowania elektronicznych recept wymienia m.in. zmniejszenie liczby pomyłek (z 6 proc. do 1 proc.), podniesienie bezpieczeństwa pacjentów, ograniczenie biurokracji i uszczelnienie obrotu lekami. Nie powinno więc dziwić, że resort nie planuje zmiany terminu wprowadzania e-recept ani odstąpienia od obligatoryjności ich wystawiania dla wszystkich lekarzy.

Jest jeszcze wiele niewiadomych, także w kwestii ustalania poziomu refundacji, ale kluczowa wydaje się sprawność programów gabinetowych. – Na poprawne ich przygotowanie producenci potrzebują czasu, a może przede wszystkim stabilnych założeń, ale stabilność nie jest mocną stroną tej reformy – ubolewa Andrzej Cisło. Pozostało tylko kilka miesięcy. ■

BADANIE PRZEDMIOTOWE

Co dalej, młody maturzysto?

To dzieje się w jakiś magiczny sposób, niezależnie od tego, jak sroga była zima i jak układa się kalendarz Centralnej Komisji Egzaminacyjnej. Wiadomym znakiem czasu matur są kwitnące kasztanowce – nie pamiętam, żeby kiedykolwiek było inaczej.



JOANNA SOKOŁOWSKA

pediatra, felietonista

Być może w tym roku będzie tak samo, choć Anno Domini dwa tysiące dwiętnastego sprawa wydaje się nieco bardziej skomplikowana i zależna nie tylko od układu wyżów i niżów barycznych nadciągających znad Oceanu Atlantyckiego. Załóżmy jednak, że natura dostosuje się do trudnej sytuacji na linii nauczyciele kontra rząd i rzesze świeżo upieczonych absolwentów będą mogły odpowiedzieć sobie na pytanie: „Co dalej, młody maturzysto?” w tradycyjnych okolicznościach przyrody.

Wychodząc im naprzeciw, a także ku pomocy wszystkim tym, którzy wciąż mają w swoim otoczeniu nastolatka z Herzschermerem u progu edukacyjnej dorosłości – domyślam się, że jest ich całkiem sporo

grupa – proponuję rozważną analizę wyboru przyszłej ścieżki kariery. Sprawa nie jest prosta, gdyż w czasach powszechnego nadmiaru wszystkiego możliwości są właściwie nieograniczone.

Kryteria wyboru wydają się oczywiste – sława, chwała i duże pieniądze – trzy elementy, które gwarantują życiowy sukces. Oczywiście optymalne byłoby ich połączenie w jedną zgrabną całość. Podobno jest to osiągalne nie tylko dla członków brytyjskiej rodziny królewskiej...

Karta dań rodzimego szkolnictwa wyższego mieni się wszystkimi kolorami i poza tradycyjnymi – studiami uniwersyteckimi, politechnicznymi i artystycznymi – obfituje w egzotyczne pozycje, których życiowej przydatności i celowości możemy się, my prostaczkowie, jedynie domyślać.

Można więc studiować „Etnofilologię kaszubską” na Uniwersytecie Gdańskim albo „Zarządzanie parafią” na Uniwersytecie Ekonomicznym we Wrocławiu. Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie oferuje studia podyplomowe na kierunkach „Życie wśród kwiatów” lub „Pies w społeczeństwie”

– sama nie wiem, która propozycja wydaje się bardziej kusząca. Na Uniwersytecie Śląskim w Katowicach można uzyskać tytuł licencjata w zakresie „Muzyki użytkowej”, gwarantujący umiejętność tworzenia „nowoczesnych produktów muzycznych” – cokolwiek to znaczy. Uniwersytet Szczeciński proponuje kierunek „Design thinking”, co, podobnie jak „Internet rzeczy” Politechniki Poznańskiej, brzmi jakby rodem z dystopijnej wizji świata stworzonego przez Jamesa Camerona w „Terminatorze”. Znam jednak jednego takiego, który na pytanie, co może robić w życiu zawodowym absolwent takiego kierunku, odpowiada, że wszystko – może więc mój sceptycyzm jest tutaj nieuzasadniony...

W tym kontekście wybór wydziału lekarskiego dowolnego uniwersytetu medycznego wydaje się raczej tradycyjnym i bezbarwnym – aż sama się dziwię, że nadal cieszy się wśród potencjalnych studentów taką popularnością. Bo to i studia długie, i przynajmniej na razie jednostopniowe, więc po kilku semestrach raczej trudno zmienić pochopnie podjętą po maturze decyzję. A i zajęcia przewidziane w ich

“

Kryteria wyboru wydają się oczywiste – sława, chwała i duże pieniądze.



Nieprzypadkowo piszę o nauczycielach tuż obok lekarzy – to dwie profesje, które polegają na majstrowaniu w człowieku. Od umiejętności zaś i wiedzy majstra zależy często całe życie jego podopiecznego.

toku, choć dla niektórych fascynujące, z pewnością są mniej estetyczne niż na „Życiu wśród kwiatów”.

Mogłoby się wydawać, że świeżo upieczony właściciel dyplomu lekarza jest już samodzielnym ukształtowanym zawodowo pracownikiem – nic bardziej mylnego! Wiedzą o tym stażyści, wiedzą jeszcze lepiej ci, którzy po raz pierwszy samodzielnie muszą podjąć decyzję, która zaważy na życiu i zdrowiu innego człowieka. I czasem aż trudno rozsądzić, czy trudniej cudze dzieci uczyć, czy może je leczyć, choć o satysfakcji finansowej, do której dążą lekarze, nauczyciele nawet nie marzą. A studia pedagogiczne z jakiegoś powodu wciąż są równie popularne, jak medyczne.

Można oczywiście, jeśli się ma talent i dużo szczęścia, zostać medycznym celebrytą – mieć swój własny telewizyjny show, gabinet odwiedzany przez znanych i bogatych, choć nie zawsze chorych. Wtedy i sława, i chwała płyną szerokim strumieniem, że o pieniądzach nie wspomnę. Tym, którzy wśród opadających płatków kasztanowca podejmują decyzję o studiach medycznych, proponuję jednak o tym nie opowiadać – dla dobra nas wszystkich.

O pedagogach celebrytach nie słyszałam, ale też może gdzieś są.

Nieprzypadkowo piszę o nauczycielach tuż obok lekarzy – to dwie profesje, które polegają na majstrowaniu w człowieku. Od umiejętności zaś i wiedzy majstra zależy często całe życie jego podopiecznego.

Wszyscy, którzy mają tego świadomość, rozumieją, że czasem trzeba odejść od łóżka chorego lub od tablicy, by pokazać, jak nasze uparte trwanie jest ważne i wartościowe.

Dla tych, którzy nie chcieli nigdy zostać medycznymi celebrytami i/lub finansowymi krezusami, trzymam w zanadrzu historię, która przydarzyła mi się w ostatnich dniach. Byłam z matką, emerytowaną nauczycielką, w pewnym urzędzie. W trakcie załatwiania formalności do stanowiska, przy którym byłyśmy obsługiwane, podeszła młoda elegancka kobieta w kostiumie zgodnym z urzędowym dress kodem. Przedstawiła się, wręczyła mamie niewielki firmowy podarunek. – Pani profesor mnie nie poznaje – powiedziała i podała swoje panieńskie nazwisko i rocznik. – Może pani pamięta – kontynuowała – tuż przed maturą zmarła moja matka i chciałam wtedy przerwać naukę. To pani sprawiła, że tego nie zrobiłam. Egzamin dojrzałości zdałam w terminie i dziś jestem, dzięki temu, dyrektorem tego urzędu.

Byłam wzruszona – podobnie jak moja matka, jak pani dyrektor i jej podwładna, która była świadkiem tej wymiany zdań.

Byłam też dumna, bo dla takich chwil warto jest pracować – czasem za marne pieniądze, bez wielkiej chwały i sławy, jako nauczyciel lub lekarz w mało znaczącym szpitalu lub przychodni oddalonej od akademickiego ośrodka. Po ty, by choć raz usłyszeć, że zmieniło się czyjeś życie na lepsze. ■

W PIGUŁCE

Zarobki lekarzy w USA

Jak wysoka jest pensja chirurga, a ile zarabia pediatra? W kwietniu opublikowano najnowszą edycję Medscape Physician Compensation Report, podsumowującego poziom wynagrodzeń lekarzy pracujących w Stanach Zjednoczonych w 2018 r. Średni dochód lekarza za cały ubiegły rok wyniósł 313 tys. USD (to ok. 20 proc. więcej niż w 2015 r.). Największe wynagrodzenia otrzymują ortopedzi, chirurdzy plastyczni i otolaryngolodzy (460-480 tys. USD za rok). Zarobki na poziomie

Dochód roczny wg specjalizacji w 2018 r.



- ortopeda – 482 tys. USD
- radiolog – 419 tys. USD
- okulista – 366 tys. USD
- pulmonolog – 331 tys. USD
- neurolog – 267 tys. USD
- pediatra – 225 tys. USD



Pomimo różnic w wysokości pensji, zdecydowana większość badanych i tak nie wybrałaby innej specjalizacji.

powyżej 400 tys. USD w skali roku dotyczą kardiologów, dermatologów, radiologów, gastroenterologów i urologów. W przedziale 390-350 tys. USD mieszczą się pensje anestezjologów, chirurgów, okulistów, onkologów i specjalistów medycyny ratunkowej. Wśród najmniej opłacanych specjalistów są pediatrzy, lekarze rodzinni, endokrynolodzy, interniści (poniżej 250 tys. USD). Pomimo różnic w wysokości pensji, zdecydowana większość

badanych i tak nie wybrałaby innej specjalizacji. Co istotne, odnotowano znaczące różnice pomiędzy zarobkami ze względu na płeć – mężczyźni otrzymywali pensje nawet o ponad 30 proc. wyższe od kobiet.

Raport, poza informacjami o wynagrodzeniach, zawiera także wiele informacji dotyczących pracy lekarzy w USA. Ankietowanych m.in. zapytano, ile czasu poświęcają pacjentom, a ile na wypełnianie dokumentacji i inne zadania administracyjne. Okazuje się, że niezależnie od specjalizacji, spędzają średnio 40 godz. tygodniowo z pacjentem. Kwestia czasu, który zajmuje tzw. papierologia, jest bardziej zróżnicowana. Ponad 1/3 badanych poświęca na te czynności ponad 20 godz. w tygodniu, a prawie 40 proc. – ponad 10

godz. Autorzy raportu podkreślają, że nastąpił znaczący wzrost w tym zakresie, bo jeszcze w 2012 r. więcej niż połowa lekarzy spędzała tylko 1-4 godz. na wypełnianiu dokumentacji.

Co ciekawe, ponad 90 proc. ankietowanych przyznało, że praca jest dla nich satysfakcjonująca, choć frustracja i wypalenie nie są obce w ich zawodzie. Wśród największych trudności związanych z wykonywaniem swoich obowiązków wymieniają m.in. zbyt dużo regulacji, nadgodziny i pracę z trudnym pacjentem. Za największe atuty uważają relacje z chorymi, możliwość wykonywania zawodu, który daje satysfakcję i dobre wynagrodzenie. Raport powstał na podstawie danych zebranych od ok. 20 tys. lekarzy, reprezentujących ponad 30 specjalizacji. ■

Opieka farmaceutyczna na Wyspach

W Wielkiej Brytanii rola farmaceuty to coś więcej niż tylko sprzedaż leków w aptece. Farmaceuta ma być opiekunem pacjenta. Apteki oferują wiele usług w tym zakresie. – Wszystkie usługi są kontraktowane przez NHS i finansowane głównie ze środków publicznych i polis zdrowotnych – tłumaczy Kinga Stojek, kierownik jednej z londyńskich aptek. W Londynie aż 90 proc. aptek wyposażonych jest w specjalny

pokój konsultacyjny, w którym farmaceuci mogą oferować swoje usługi. Najbardziej istotnym segmentem ich pracy jest tzw. MUR, czyli przegląd leków pacjenta, konsultacje z nim i rozmowa o skutkach ubocznych przyjmowanych medykamentów. Działają też m.in. program NMS, czyli opieka farmaceuty przez 3-4 tygodnie po wprowadzeniu nowego, długoterminowego leku przez lekarza. Rolą farmaceuty jest tutaj np.

niwelowanie ewentualnych skutków ubocznych, które mogą wystąpić po wprowadzeniu nowego leku, czy podjęcie decyzji, która pora dnia jest najlepsza do przyjęcia danego farmaceuty. W aptekach można ponadto uzyskać poradę odnośnie diety, sposobów rzucenia palenia, zmierzyć ciśnienie, dokonać przeglądu domowej apteczki czy zdać leki, których termin ważności upłynął. Apteki prowadzą również sezonowe szczepienia. ■

W PIGULCE

Zdrowie najmłodszych: nowe rekomendacje

Więcej czasu na zabawę, mniej siedzenia przed telewizorem czy tabletem i poprawa jakości snu – tak w skrócie można podsumować najnowsze wytyczne dla dzieci poniżej 5. r.ż. opracowane przez zespół ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Zalecenia są proste: należy

zastąpić długotrwały, siedzący tryb życia przed ekranem bardziej aktywną zabawą z opiekunem (np. czytanie, opowiadanie, śpiew i łamigłówki) przy jednoczesnym zapewnieniu odpowiedniej ilości dobrej jakości snu. Dzieci w wieku 1-4 lata powinny spędzać co najmniej 180 min na różnego rodzaju

aktywnościach fizycznych i około 10-14 godz. poświęcać na sen, w tym drzemki. W przypadku dzieci w pierwszym roku życia nie zaleca się oglądania czy grania na różnego typu urządzeniach elektronicznych w ogóle, a u dwulatków i starszych – ma to być maksymalnie jedna godzina dziennie. ■

Wypalenie zawodowe lekarzy w UK

Ośmiu na dziesięciu lekarzy jest poważnie zagrożonych wypaleniem zawodowym – tak wynika z sondażu przeprowadzonego przez British Medical Association. Powodem jest przede wszystkim wyczerpanie, a najbardziej narażeni są młodzi medycy. Przebadano w sumie 4,3 tys. lekarzy i studentów medycyny. 90 proc. ankietowanych jest zdania, że środowisko pracy/nauki ma wpływ na ich kondycję psychiczną. Niemal 1/3 deklaruje, że miała w przeszłości zdiagnozowane zaburzenia dotyczące ich zdrowia psychicznego. Czterech na dziesięciu badanych przyznało, że doświadcza obecnie symptomów depresji, wypalenia, niepokoju, cierpienia emocjonalnego, stresu lub innych problemów psychicznych, które mają wpływ na ich pracę/szkolenie/studia. Około 30 proc. respondentów stwierdziło, że radzi sobie z problemami psychicznymi za pomocą alkoholu, narkotyków lub samodzielnie przepisując sobie leki – to zjawisko, które w szczególności dotyczy osób starszych i mężczyzn. Autorzy raportu podkreślają, że pomimo iż w ostatnich latach wzrosła w społeczeństwie świadomość na kwestie dotyczące zdrowia psychicznego, to wśród personelu medycznego wciąż jest to temat tabu. By zwrócić uwagę na problem, BMA zainicjowała w 2018 r. projekt, który ma poprawić stan psychiczny lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia, co w konsekwencji prowadzić będzie do lepszej opieki nad pacjentem. ■

.....REKLAMA

POLACY NA ARENIE MIĘDZYNARODOWEJ

Ryby mogą pomóc „sercowcom”

Prof. Marcin Ufnal, kierownik Zakładu Fizjologii i Patofizjologii Eksperymentalnej WUM, został uhonorowany „Article Impact Award 2018”. Nagroda ta przyznawana jest za publikację w „American Journal of Physiology”, która w danym roku wzbudziła największe zainteresowanie w środowisku naukowym i społecznym.

“

W czasie pierwszych czterech miesięcy pełny tekst publikacji pobrano ponad 1700 razy.

Prof. Ufnal wyróżnienie to otrzymał jako autor korespondujący pracy „Chronic, low-dose TMAO treatment reduces diastolic dysfunction and heart fibrosis in hypertensive rats”. W czasie pierwszych czterech miesięcy od jej publikacji pełny tekst pobrano ponad 1700 razy, informacja o pracy ukazała się na 15 międzynarodowych portalach ogólnonaukowych i znajduje się obecnie wśród 5 proc. prac, które wzbudziły największe zainteresowanie spośród publikacji naukowych śledzonych przez ALMETRIC. Wcześniej otrzymała wyróżnienie APS select.

Publikacja dotyczy wpływu TMAO – związku pochodzącego od bakterii jelitowych człowieka, na układ krążenia. W badaniach klinicznych wykazano, że wzrost stężenia TMAO w osoczu krwi u osób ze zwiększonym ryzykiem chorób sercowo-naczyniowych może być zgubny dla układu krążenia. Zespół prof. Ufnala pokazał, że wzrost stężenia TMAO w chorobach układu krążenia może chronić i jest kompensacyjną odpowiedzią organi-



zmu na niekorzystne czynniki. – Wykazaliśmy korzystny wpływ stosowania TMAO na układ krążenia w zwierzęcym modelu nadciśnienia tętniczego i niewydolności serca z zachowaną frakcją wyrzutową. Związek ten akumulują ryby żyjące w szczególnie niekorzystnych środowiskach, na dużej głębokości i w zasolonej wodzie, narażone na tzw. stres hydrostatyczny i osmotyczny. U osób z nadciśnieniem tętniczym i niewydolnością serca także panują warunki stresu hydrostatycznego i osmotycznego: wysokie ciśnienie i zaburzenia elektrolitowe. By móc wyciągać dalej idące wnioski, sprawdzamy wpływ TMAO na innych modelach niewydolności serca – wyjaśnia prof. Marcin Ufnal dodając, że ten kierunek badań jest obiecujący, a TMAO może być jednym z czynników łączących wysokie spożycie ryb z mniejszym ryzykiem wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych. ■

Certyfikat SWEET za holistyczne podejście

Klinika Diabetologii Dziecięcej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego otrzymała międzynarodowy certyfikat potwierdzający najwyższą jakość opieki nad dziećmi chorującymi na cukrzycę. Centre of Reference for Pediatric Diabetes to renomowany certyfikat przyznawany przez grupę SWEET. – Doceniono wieloletnie doświadczenie połączone z wysoką jakością specjalistycznej

i holistycznej opieki diabetologicznej w naszym ośrodku. Dla pacjentów, również tych z zagranicy, to sygnał, że w Katowicach leczymy cukrzycę u małych pacjentów diabetologicznych na najwyższym światowym poziomie z pełną dostępnością do najnowocześniejszych technologii stosowanych w cukrzycy – podkreśla prof. Przemysław Jarosz-Chobot, kierująca oddziałem i zastrzega, że certyfikat jest wyrazem uznania

pracy całego zespołu: lekarzy, pielęgniarek, dietetyków i edukatorów diabetologicznych.

Do inicjatywy SWEET przystąpiło już 64 ośrodków na całym świecie, kolejnych 65 placówek jest obecnie w trakcie ubiegania się o nadanie członkostwa. Katowice są drugim polskim ośrodkiem (po Warszawskim Uniwersytecie Medycznym), który znalazł się w tym elitarnym gronie. ■



gazetalekarska.pl

W PIGUŁCE

Zabójcze implanty

Opisano pierwszy na świecie przypadek chłoniaka związanego z operacją powiększenia pośladków za pomocą implantów. Chłoniak anaplastyczny z dużych komórek (ALCL) jest rzadkim nowotworem układu chłonnego. Jednym z czynników ryzyka jego rozwoju jest wszczepienie implantów

o nierównej powierzchni (tzw. teksturowanych). Są one wykorzystywane w rekonstrukcjach piersi po mastektomii lub do powiększania piersi ze względów estetycznych. Przebieg choroby jest powolny, rozpoczyna się najczęściej 8-10 lat po wszczepieniu implantu i objawia się jako obecność nowego zbiornika płynowego w okolicy protezy. W większości przypadków leczenie polega na usunięciu implantu wraz z otaczającą go torebką. Według Amerykańskiej Agencji ds. Żywności i Leków (FDA) od 2010 r. w USA zgłoszono 660 przypadków

wystąpienia ALCL związanego z implantami piersi. W ostatnich tygodniach w „Aesthetic Surgery Journal” opublikowano pierwszy na świecie opis przypadku rozwoju ALCL u pacjentki poddanej operacji plastycznej powiększenia pośladków z użyciem implantów teksturowanych. Nowotwór, w postaci owrzodzenia skóry pośladków, z przerzutami do płuc, wystąpił zaledwie rok po zabiegu. Pomimo wdrożenia agresywnej chemioterapii pacjentka zmarła kilka miesięcy później z powodu niewydolności nerek i płuc. ■

“

660 przypadków wystąpienia ALCL związanego z implantami piersi zgłoszono od 2010 r. w USA

Medycyna stylu życia



Chcąc skutecznie odpowiedzieć na epidemię chorób cywilizacyjnych XXI w., trzeba uwierzyć w to, że dbanie o własne zdrowie ma sens. Dobre efekty przynosi m.in. zbilansowana dieta, regularna aktywność fizyczna i umiejętność zarządzania stresem. Nie mają co do tego wątpliwości eksperci uczestniczący w I Międzynarodowym Kongresie Polskiego Towarzystwa Medycyny Stylu Życia w Warszawie. Przez dwa dni (13-14 kwietnia) specjaliści przybliżali filary medycyny stylu życia przy frekwencji, która przerosła najmilsze oczekiwania organizatorów. Tematem

przewodnym pierwszego dnia była otyłość i jej powikłania, drugiego – szeroko rozumiane zdrowie i dobrostan psychiczny. Próbowano odpowiedzieć m.in. na pytanie: jak żyć, żeby nie chorować, a jeśli już do tego dojdzie, to jak najlepiej sobie radzić z chorobą? Medycyna stylu życia to prewencja, leczenie i wsparcie terapii farmakologicznej. Dzięki interdyscyplinarności ma szansę skutecznie oddziaływać na kilkanaście czynników ryzyka. Kilka miesięcy temu powstało Polskie Towarzystwo Medycyny Stylu Życia, którego misją jest promocja medycyny stylu życia w środowisku profesjonalistów (m.in. lekarzy) i wśród społeczeństwa. ■

Żyjący lek

Metoda CAR-T czasem określana jest jako „żyjący lek”. To stosunkowo nowa broń w leczeniu m.in. ostrej białaczki limfoblastycznej. CAR-T polega na modyfikacji genetycznej limfocytów w celu zwiększenia ich zdolności do rozpoznawania komórek nowotworowych. – W naszym organizmie stale powstają komórki nowotworowe, ale na ogół są one natychmiast rozpoznawane i niszczone przez limfocyty – mówi prof. Grzegorz Basak (WUM). Terapia CAR-T imituje naturalne mechanizmy obronne zwalczania komórek rakowych i, co najważniejsze, znacznie wydłuża czas przeżycia, czasami nawet pozwala na całkowite wyleczenie z choroby. – Po roku od zastosowania terapii CAR-T uzyskuje się remisję aż u 90 proc. pacjentów z oporną na leczenie przewlekłą białaczką limfoblastyczną. Spośród nich aż 60 proc. chorych ma szansę na wyleczenie, na długotrwałe remisję – dodaje prof. Grzegorz Basak. „Żyjący lek” nie jest jeszcze dostępny w naszym kraju nawet w badaniach klinicznych, ale wkrótce może się to zmienić. Badania nad terapią CAR-T są prowadzone w WUM. Jej stosowanie musi odbywać się w specjalistycznych ośrodkach (m.in. ze względu na toksyczność). ■

NOWE BADANIA KLINICZNE WE WROCŁAWIU

DBS i TMS w leczeniu depresji

Katedra i Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu realizuje badanie kliniczne dotyczące wykorzystania głębokiej stymulacji mózgu w terapii depresji odpornej na standardowe leczenie. Z kierownikiem tego projektu, prof. **Joanną Rymaszewską**, rozmawia **Lidia Sulikowska**.

Od lewej:
dr J.A. Beszlej
(psychiatra,
psychoterapeuta),
dr hab. P. Tabakow
(neurochirurg)
oraz prof. J.
Rymaszewska
(psychiatra) na
szkoleniu DBS
w Amsterdamie



mózgu w leczeniu nerwicy natręctw odpornej na leczenie. Badania nad wykorzystaniem tej metody w przypadku leczenia ciężkich przypadków depresji wciąż trwają.

GL Jakie są prognozy?

Wyniki badań są bardzo obiecujące. Obecnie nie ma wątpliwości, że DBS jest skuteczna w leczeniu depresji. Efekty pojawiają się w ciągu kilku tygodni od operacji wszczepienia elektrod do mózgu i uruchomienia stymulacji. Teraz klinicyści w swoich badaniach koncentrują się przede wszystkim na zlokalizowaniu najlepszych miejsc do implementacji elektrod i ustawienia najwłaściwszych parametrów stymulacji. Coraz więcej ośrodków na całym świecie bierze w nich udział. Jednostka, którą reprezentuję, czyli Klinika Psychiatrii UM we Wrocławiu, przy wsparciu Kliniki Neurochirurgii naszej uczelni, jako jedyna w Polsce postanowiła przyłączyć się do zgłębienia tego tematu.



GL Głęboka stymulacja mózgu (deep brain stimulation, DBS) ma udowodnioną skuteczność i zastosowanie w praktyce klinicznej w leczeniu schorzeń neurologicznych, w tym choroby Parkinsona czy różnego typu dysfunkcji motorycznych. Okazuje się jednak, że może być skuteczna także w terapii zaburzeń psychicznych. Rzeczywiście, nauka ma coraz więcej dowodów na skuteczne stosowanie DBS u pacjentów z problemami psychicznymi. Wszystko zaczęło się od obserwacji. W trakcie leczenia poprzez głęboką stymulację mózgu chorych neurologicznych zauważono, że ta terapia ma pozytywny wpływ także na stan psychiczny pacjentów. Okazało się, że podczas stymulacji ośrodków podkorowych mózgu dochodzi do zmian w całym mózgowiu i w zależności od typu zaburzenia psychicznego zachodzi zwiększanie lub wyciszenie przekazywania przez komórki nerwowe. Są już pierwsze sukcesy tych obserwacji. Amerykańska FDA w 2008 r. zaakceptowała stosowanie głębokiej stymulacji

GL W jaki sposób?

Niedawno uruchomiliśmy badanie kliniczne. Przygotowania do tego projektu trwały w sumie trzy lata. Z pewnością pomogło nasze dotychczasowe doświadczenie, bo prowadziliśmy badanie dotyczące wykorzystania metody głębokiej stymulacji mózgu w leczeniu odpornej nerwicy natręctw. Odbiliśmy też z dr. Aleksandrem Beszlejem szkolenie w jednej z placówek w Holandii, uzyskując certyfikat niezbędny do uruchomienia badań w zakresie stosowania DBS w psychiatrii. Mamy też zgodę Komisji Bioetycznej na prowadzenie tego projektu naukowego. Z naszych doświadczeń w zastosowaniu DBS w OCD wynika, że poprawia się nastrój chorych, a objawy lękowe ulegają znacznej redukcji. Czekamy na pierwszych pacjentów z depresją oporną na leczenie. Na razie będzie ich kilkoro. Rekrutacja ruszyła w marcu, ale to wciąż temat otwarty. Nie jest łatwo znaleźć odpowiedniego pacjenta, bo mamy szereg



Prof. Joanna Rymaszewska:
- Obecnie nie ma wątpliwości, że DBS jest skuteczną w leczeniu depresji.

kryteriów wykluczających. Jesteśmy jednak dobrej myśli. Jeśli wszystko pójdzie zgodnie z planem, wystąpimy o duży grant na realizację naszych badań. Jest szansa, że dwa inne polskie ośrodki włączą się do tego projektu.

DLACZEGO bada się wykorzystanie DBS tylko w przypadku leczenia ciężkich zaburzeń depresji?

Głęboka stymulacja mózgu to metoda inwazyjna, dlatego jeśli jest szansa na poprawienie stanu zdrowia pacjenta za pomocą leków czy psychoterapii, należy na tym poprzestać. Badania kliniczne na całym świecie zajmują się wykorzystywaniem DBS w najtrudniejszych przypadkach depresji, charakteryzującej się przewlekłym przebiegiem i dużą opornością na standardowe leczenie. DBS może być dla tych chorych ostatnią szansą na powrót do normalności.

JAK przebiega leczenie?

Do wybranych określonych ośrodków w mózgu wprowadza się dwie cieniutkie elektrody, omijając istotne obszary w CUN - tu niezwykle ważne są przygotowania z neuroobrazowaniem struktur mózgu i precyzyjną neuronawigacją. Elektrody łączy się podskórnie ze stymulatorem wszczepionym w okolicy podobojczykowej. Tak samo wygląda to w przypadku stymulatorów serca. Po zabiegu pacjenci są regularnie kontrolowani - najpierw co dwa tygodnie z ustawianiem odpowiednich parametrów stymulacji, a następnie po roku raz na dwa miesiące. Należy mieć na uwadze, że to terapia na całe życie, przy jednoczesnym przyjmowaniu leków

i korzystaniu z psychoterapii. Za operacje wszczepienia elektrod u naszych pacjentów odpowiedzialni będą doświadczeni specjaliści z Kliniki Neurochirurgii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu - zespół dr hab. Pawła Tabakowa - z którymi ściśle współpracujemy, podobnie jak z naszymi ekspertami neuroradiologami. Ci lekarze wykonują operacje DBS od ponad 10 lat u pacjentów neurologicznych.

DBS to nie jedyna nowatorska metoda leczenia trudnych przypadków depresji, która jest testowana w Klinice Psychiatrii UM we Wrocławiu.

To prawda. Będziemy też zgłębiać skuteczność stosowania przezczaszkowej stymulacji magnetycznej (ang. transcranial magnetic stimulation, TMS) u pacjentów z depresją oporną na leczenie. To metoda neurostymulacji, która - w przeciwieństwie do DBS - jest całkowicie nieinwazyjna i bezbolesna. Wykorzystuje się impulsy magnetyczne do precyzyjnej stymulacji aktywności neuronalnej, pobudzając lub hamując określone obszary kory mózgowej. Oddziałują one na zewnętrzną powierzchnię mózgu do ok. 5 cm w głąb, inicjując dalsze zmiany. Zabiegi są wykonywane w warunkach ambulatoryjnych. Sesje odbywają się codziennie przez kilka tygodni. Dysponujemy nowoczesnym aparatem TMS z neuronawigacją (co wymaga ścisłej współpracy z neuroradiologami z dr hab. Anną Zimny na czele). Podobnie jak z DBS, przeszliśmy szkolenie certyfikowane przez UEMS z ekspertami z Maastricht University. Obecnie metoda TMS w leczeniu depresji jest uznana (przez FDA w 2008 r.) przy zastosowaniu około półgodzinnych sesji o niewielkim natężeniu pobudzenia. W fazie badań klinicznych natomiast znajdują się różne protokoły stymulacji, m.in. metoda krótkich, kilkuminutowych sesji, o wysokim natężeniu pobudzenia, co jest przedmiotem naszych badań. Rekrutacja pacjentów już ruszyła. Planujemy niedługo rozszerzyć badanie zastosowania TMS u chorych z zaburzeniami odżywiania i pacjentów z wczesnymi zaburzeniami pamięci. ■

Kryteria klasyfikacji

Do projektu badawczego dotyczącego wykorzystania terapii DBS w leczeniu depresji poszukiwane są osoby cierpiące na zdiagnozowane, zgodnie z kryteriami DSM-V, zaburzenie depresyjne nawracające, trwające co najmniej 5 lat, u których występuje oporność na standardowe leczenie (szczegóły dotyczące kryteriów włączających i wykluczających na stronie internetowej Katedry Kliniki psychiatrii UM we Wrocławiu - www.psych.umed.wroc.pl; kontakt: psychiatria@umed.wroc.pl). Wśród przeciwwskazań są m.in. występowanie innych zaburzeń psychicznych, niektóre choroby neurologiczne oraz inne poważne obciążenia somatyczne. Kwalifikację do zabiegu przeprowadza zespół składający się z psychiatry, neurochirurga i anestezjologa.

LEKARSKIE TOWARZYSTWA NAUKOWE

Prowizoryczne łatanie dziur

Z prof. **Jarosławem Drobnikiem**, prezesem Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, rozmawia **Lucyna Krysiak**.



© L.KRYSIAK@GAZETALEKARSKA.PL

GL Jaka jest kondycja medycyny rodzinnej?

Nienajlepsza, podobnie jak całej podstawowej opieki i ochrony zdrowia. System jest głęboko niedofinansowany i niespójny na każdym jego szczeblu. W tej sytuacji próbuje się znaleźć protezy i przerzucać coraz więcej zadań i odpowiedzialności na POZ. Jest to wygodne, np. szpital zawsze może ograniczyć procedury diagnostyczne czy przyjęcia, tłumacząc, że nie ma pieniędzy, natomiast my nie możemy wyrzucić naszych pacjentów z poczekalni. Zatem chorych jest coraz więcej, a czasu, który możemy im poświęcić, coraz mniej. Jakby tego było mało, prowadzi się kampanie profilaktyczne, kierując je do POZ, nie dając na to żadnych środków i nie prowadząc edukacji zdrowotnej pacjentów. Oczekiwania wobec podstawowej opieki zdrowotnej są nadmiernie rozbudzone, ale za tym nic się nie kryje.

GL Na przykład?

Ostatnio POZ ma opiniować oraz kwalifikować dzieci i młodzież do uprawiania sportu. Ani nie jesteśmy do tego merytorycznie przygotowani (nie ma tego typu kursów dla lekarzy), nie mamy też odpowiednich narzędzi. Lekarz podczas jednej wizyty pacjenta nie jest w stanie ocenić, czy jest on zdolny do trenowania sztuk walki, biegów czy jakiegokolwiek innej dyscypliny sportowej, ale w kategoriach prawnych ma obowiązek wystawić mu takie zaświadczenie. Aby móc to stwierdzić, trzeba wykonać diagnostykę, znać specyfikę określonej dyscypliny, obciążenia treningowe, wymagania trenerów. Ponadto to kolejna procedura o charakterze orzeczniczym, za którą nie idą pieniądze.

GL Wokół ustawy o POZ było sporo zamieszania. Czy coś zmieniła na lepsze?

Ustawa miała być dla nas światłem w tunelu, ale

w obecnym kształcie niczego nie rozwiązuje. Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, wspólnie z Porozumieniem Zielonogórskim i Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy, zgłosiło szereg uwag do tej ustawy jeszcze na etapie projektu, licząc, że zostaną one uwzględnione, ale tak się nie stało. Przede wszystkim nie określono ustawowo roli podstawowej opieki zdrowotnej, a co za tym idzie - obowiązków i sposobu finansowania POZ.

GL Czy ma pan na myśli opiekę koordynowaną?

Między innymi. Opieka koordynowana ma łączyć moment wejść w życie, a rozporządzenie w tej sprawie nie określa, jaka jest rola lekarza i zespołu (lekarz, pielęgniarka, położna), jakie jest formalnoprawne powiązanie tych elementów i jakie będą koszty tego przedsięwzięcia. W ocenie PTMR to kompletna aberracja. Wprowadzicie program pilotażowy POZ Plus, w którym m.in. wprowadzono badanie bilansowe, czyli kompleksową ocenę stanu zdrowia pacjenta, i już wiadomo, że jest to bardzo dobra rzecz, ale nie wszędzie można zrealizować ten projekt. Szansę, że zafunkcjonuje, mają duże podmioty, które skupiają kilkadziesiąt tysięcy pacjentów. Ta filozofia przypomina powrót do dawnych ZOZ-ów. Dziś jednak mamy inną rzeczywistość.

GL Bilans dotyczy określenia najważniejszych potrzeb zdrowotnych pacjenta, a to wydaje się sensowne.

To prawda, ale pacjent, który w ramach tego projektu ma mieć wykonany bilans - ocenę ryzyka występowania chorób, by na tej podstawie móc go zaklasyfikować do kategorii chorób przewlekłych - wymaga przynajmniej 20-40-minutowej konsultacji lekarza i badań przeprowadzanych przez pielęgniarki (te czynności muszą być wykonywane wspólnie), gdyż na tej podstawie jest kierowany do leczenia stacjonarnego lub ambulatoryj-



Prof. Jarosław Drobnik: - Ustawa miała być dla nas światłem w tunelu, ale w obecnym kształcie niczego nie rozwiązuje.

nego. To ogrom pracy nad pacjentem i mały podmiot, który wejdzie w opiekę koordynowaną, nie poradzi sobie ani finansowo, ani kadrowo z tym zadaniem.

❗ Na ile medycyna rodzinna jest kompatybilna z SOR-ami, ze specjalistyczną opieką ambulatoryjną, z oddziałami szpitalnymi? Na SOR-ach umierają ludzie...

Umierają i będą umierać, ponieważ SOR-y są przeciążone, niedofinansowane, podobnie zresztą jak pozostałe ogniwa systemu. Jednak to, co dzieje się na SOR-ach, to jawny sygnał, że system się wali. Nie edukujemy pacjentów, jak mają się zachować w razie zachorowania, w jakich sytuacjach mogą poczekać i zgłosić się do lekarza POZ, a kiedy mają jechać na SOR czy wezwać pogotowie. Obliczono, że 80 proc. pacjentów trafiających na SOR-y nigdy nie powinno się tam znaleźć. Ale też brakuje lekarzy, pielęgniarek, pieniędzy, co zaburza kompatybilność pomiędzy POZ, SOR-ami i specjalistyką. To odbywa się na zasadzie prowizorycznego łątania dziur na każdym szczeblu, a nie spójnego, sprawnie funkcjonującego systemu. Długo chowano głowę w piasek, aż zaczęli umierać ludzie.

“

Opieka koordynowana łąda moment ma wejść w życie, a rozporządzenie w tej sprawie nie określa, jaka jest rola lekarza i zespołu, jakie jest formalnoprawne powiązanie tych elementów i jakie będą koszty tego przedsięwzięcia.

❗ Czy są chętni, by się specjalizować w medycynie rodzinnej? Do niedawna większość specjalizujących się wybierała kardiologię, dermatologię, alergologię, jako bardziej atrakcyjne dziedziny.

To się zaczyna zmieniać. Medycyna rodzinna ma coraz większe wzięcie, miejsca specjalizacyjne są niemal w pełni wykorzystane. Dzieje się tak, ponieważ mimo bałaganu, z jakim mamy do czynienia, jest to jedno ze stabilniejszych ogniw systemu. Jednak wciąż mamy kult specjalisty, specjalista to fetysz i pacjenci wręcz domagają się specjalistycznych badań, konsultacji, nawet jeśli nie są one konieczne. Osobiście nie mam nic przeciwko tego rodzaju podejściu, pod warunkiem, że za tym pójdą pieniądze. Zatem należy się zastanowić, czy na poziomie POZ uprawiać medycynę specjalistyczną, czy promować lekarza POZ, który jest w stanie w dużej mierze odciążyć specjalistów. Pod warunkiem, że będzie szanowany i będzie miał takie możliwości. Osobiście wybieram ten drugi wariant.

❗ Czy towarzystwo opracowuje wytyczne dotyczące funkcjonowania medycyny rodzinnej?

Bazujemy na wytycznych europejskich, nie mamy ambicji tworzenia wytycznych dotyczących konfiguracji systemu, ponieważ można to robić, kiedy się ma poważnego partnera po drugiej stronie. Resort zdrowia powinien się w końcu zastanowić, czy chce rozwijać podstawową opiekę zdrowotną, czy nie. Jeśli tak, to musi poważnie traktować ten sektor ochrony zdrowia, rozmawiać ze środowiskiem lekarzy rodzinnych, wspólnie ustalać standardy postępowania. Tu nie chodzi tylko o finansowanie, bo może się okazać, że pieniądze się znajdują, ale nie będzie miał kto ich skonsumować. Pojawia się pytanie - gdzie znaleźć dobrego lekarza do POZ, który przeprowadzałby z pielęgniarkami świetne bilanse? To złożony problem. Mamy potencjał, ale nie mamy pomysłu, jak go sensownie wykorzystać. ■

“

W podstawowej opiece zdrowotnej pracuje 12 tys. lekarzy rodzinnych, internistów, pediatrów, a potrzeba ich co najmniej dwa razy tyle, aby w pełni zabezpieczyć potrzeby pacjentów. Są oni niezwykle cenieni poza granicami kraju. W Polsce wciąż się zapomina, że też są specjalistami w swojej dziedzinie, i traktuje się ich po macoszemu.

GŁOS CZYTELNIKÓW

Opieka końca życia

W trakcie czytania nr. 3/2019 „GL” natrafiłem na artykuł w sekcji „Głos czytelników” na temat eutanazji. Chciałbym się do niego odnieść. Traktuje on o semantycznej potrzebie odróżnienia słowa eutanazja od słowa uśmiercanie. Oprócz tego autor, doktor Ferfecki, tłumaczy, jak według niego należy rozumieć pojęcie eutanazji: „oznacza ono przebycie ostatniego etapu człowieczego żywota, jakim jest umieranie i ostatecznie śmierć, w sposób nieuwłaczający godności człowieka, pozbawiony ekstremalnych cierpień”. To wzbudziło moje wątpliwości – czy nie ma innego sposobu na godne umieranie?

W kolejnej części autor przygląda się postawie doktora Macieja, który napisał artykuł „Pozwólcie odejść” i był świadkiem uporczywego, bolesnego utrzymywania przy życiu bliskiej osoby. Doktor Ferfecki jest zdziwiony, dlaczego mimo to doktor Maciej jest przeciwny eutanazji. Chciałbym w tym miejscu, jako lekarz w trakcie specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii, odpowiedzieć autorowi, że istnieją inne sposoby przynoszenia ulgi w cierpieniu niż przyspieszanie śmierci.

Ogólnym celem działania oddziałów intensywnej terapii (OIT) jest zapewnienie przetrwania krytycznego okresu choroby zagrażającej życiu i przywrócenie pacjenta do stanu funkcjonowania, który będzie dla niego do przyjęcia. Niestety nie zawsze jest to możliwe i zdarza się, że po pogłębionej diagnostyce nastąpi komisyjne zaprzestanie terapii. Dotyczy to szczególnie pacjentów ze współistniejącymi chorobami przewlekłymi w zaawansowanych stadiach lub z nieoperacyjnymi zmianami nowotworowymi. W takich sytuacjach nawet bardzo intensywne leczenie będzie miało niewielki wpływ na proces umierania. Zamiast tego może rzeczywiście być źródłem dodatkowego cierpienia i upokorzenia (liczne nakłucia, ciągły gwar personelu, alarmy urządzeń, zapalone światło przez całą noc itp.).

Z tego powodu istnieje potrzeba odmiennego traktowania tych pacjentów, szczególnie przed, w trakcie i po odstąpieniu od leczenia podtrzymującego życie. Taka opieka określana jest jako „opieka końca życia” i charakteryzuje się zwiększoną wrażliwością personelu. Jest ukierunkowana na ochronę godności człowieka, m.in. poprzez dobrą komunikację między lekarzami a chorymi i ich rodzinami. Światowa Federacja Towarzystw Intensywnej Terapii (skupiająca ponad 80 organizacji) w 2016 r. wydała dokument, w którym podniesione są liczne zagadnienia etyczne, społeczne, prawne i kulturowe związane z opieką końca życia na OIT. Zachęca również wszystkie towarzystwa do prowadzenia debaty na temat opieki końca życia na OIT-ach

z uwzględnieniem lokalnych potrzeb. Według American College of Critical Care Medicine „opieka końca życia staje się zmiennym obszarem w intensywnej terapii i wymaga tak samo wysokiego poziomu wiedzy i kompetencji jak wszystkie inne dziedziny praktyki OIT”.

Gdy lekarz OIT rozpozna, że jego pacjent, w niedającej się powstrzymać sposób, zbliża się do śmierci, to często nie ma możliwości przekazania go do domu lub ośrodka opieki paliatywnej. Zatem w obliczu zbliżającej się śmierci chorego lekarz intensywnista nie odstępował od niego, ale zmienia perspektywę swoich działań. Nie mogąc osiągnąć wyleczenia choroby, łagodzi jej objawy, towarzyszy choremu i jego rodzinie, wykazuje więcej troski o ich samopoczucie i szacunek wobec ich przekonań i pragnień, wprowadza elementy opieki paliatywnej. Polskie wytyczne odnośnie terapii prowadzonych daremnie zawierają następujący zapis: „decyzje o ograniczeniu określonych metod podtrzymywania funkcji narządów nie zmniejszają znaczenia leczenia paliatywnego, zapewniającego eliminację cierpienia pacjenta i zapewnienie mu optymalnego komfortu (w tym pielęgnacji, nawadniania, żywienia, dostępu bliskich i osób wspierających, uśmierzania niekorzystnych dolegliwości), a nawet wysuwają ten aspekt terapii na plan pierwszy”.

Polska medycyna XXI w. dysponuje wieloma środkami przeciwbólowymi, zarówno technikami farmakologicznymi, jak i interwencyjnymi, skutecznymi w leczeniu bólu. Ponadto stosowana jest tzw. sedacja paliatywna, polegająca na wprowadzeniu chorego w stan „śpiączki” tak, by mieć pewność, że nie czuje on bólu, ale także nie pozbawiając go życia. Dlatego nie zgadzam się z autorem, jakoby eutanazja miała być przeciwwagą dla sytuacji niemożliwości zatrzymania procesu umierania czy uporczywej terapii. Zadaniem lekarza jest podjęcie wysiłku, aby pacjentowi pomóc, a nie kapitulacja, jaką jest podanie mu zabójczego środka. Nawet Hipokrates, jasno i wyraźnie, sformułował normę w tej kwestii.

Doktor Ferfecki napisał także, że „młodym lekarzom brakuje empatii, która jest (powinna być) nieodzowna w pracy w naszym zawodzie”. Ja, jako młody lekarz (mam 31 lat), zdaję sobie sprawę z tego, że ciężko chorzy pacjenci przeżywają kryzys egzystencjalny i zadają sobie pytanie o sens życia, o sens cierpienia. Jestem gotowy udzielać im wsparcia poprzez tworzenie atmosfery zaufania, poświęcenia dodatkowego czasu, nie zmuszania ich do niczego. Staram się nawiązać z nimi relację terapeutyczną – towarzyszyć, reagować na bieżąco na prezentowane przez nich emocje, choć w części przeżywać razem z nimi ból, którego doświadczają. ■

Maciej Klimasiński

GŁOS CZYTELNIKÓW

Mam za sobą doświadczenie umierania

Wnawiazaniu do artykułu z rubryki „Głos czytelników”, autorstwa Leona Ferfeckiego (nr 3/2019 „GL”), i ja chciałabym się odnieść do tematyki eutanazji. Zagadnienie to jest zwykle omawiane w odniesieniu do INNYCH, ja natomiast chciałabym poruszyć je w odniesieniu do SIEBIE samej. Dlaczego? Ponieważ mam za sobą doświadczenie umierania.

Ten moment (byłam wówczas 2 lata po zakończeniu studiów) był dla mnie dramatyczny i zaważył na całym moim dalszym, „darowanym” życiu. Co było wówczas ważne? Nie to, czy będę dalej żyła, bo ze śmiercią już się wówczas pogodziłam, ale fakt, że w moim życiu uczyniłam tak MAŁO DOBREGO. Doświadczenie to wpłynęło na moje dalsze losy/sprawy, tak osobiste, jak zawodowe. I od tego czasu żyję jakby w cieniu *memento mori*, bo już wiem, że na końcu życia będzie się liczyło tylko to, co było PRAWDZIWYM – nie udawanym czy wykonywanym tylko na pokaz – DOBREM. Mając zaś świadomość swoich słabości, wad czy nieumiejętności, wiem, że nie zawsze udawało/udaje mi się

sprostać takiemu wymaganiu, i że dlatego jest/będzie potrzebna jakaś forma zadośćuczynienia.

W takim też duchu jestem gotowa przyjąć każdy rodzaj śmierci, ze wszystkimi trwogami i cierpieniami, które jej będą towarzyszyć. I właśnie dlatego nie życzyłabym sobie, by ktoś „podarował” mi wtedy „dobrą” śmierć. Widziałam zgony, w których pacjent zaakceptował to wszystko, co było związane z jego umieraniem. Ludziom tak właśnie umierającym towarzyszyłam i od nich uczyłam się sztuki umierania. Owocem zaś moich przeżyć i doświadczeń związanych ze śmiercią i umieraniem jest prezentacja pt. „Czego nauczyli mnie umierający pacjenci”, którą w ubiegłym roku przedstawiłam na konferencji w Zabrze. Przed wykładem znajoma pani magister zapytała mnie: „Pani doktor, dlaczego taki smutny temat?”. Odpowiedziałam: „Nie jest smutny. Niesie przesłanie nadziei i pokoju”. Po wykładzie widziałam w oczach słuchaczy łzy wzruszenia. Ufam, że te oczy, które zapłakały, nie wydadzą wyroku śmierci, choćby chciano jej przypisać miano „dobrej”. ■

Maria Klajn

REKLAMA



SŁAWOMIR BADUREK

diabetolog, publicysta medyczny

OBSERWACJE

Pół wieku bez czarodzieja

Bardzo lubię słuchać muzyki. Słucham, kiedy tylko mogę. W domu, w pracy, w samochodzie. Kiedy piszę ten felieton, w tle przyjemnie wibrują utwory liryczne Griega. Muzyka mnie uspokaja, relaksuje i pozwala lepiej się skoncentrować. Jaka? Każda dobra.

Szczególnie cenię klasykę i jazz. W tej pierwszej stosunkowo łatwo się rozsmakować. Tyle tu zachwycających dzieł takich geniuszy jak Bach, Mozart albo Chopin, że wystarczy otworzyć się na to, co znane, a dobry wykonawca i akustyka sali koncertowej już po kilku razach mogą rozbudzić chęć do własnych poszukiwań. Z jazzem niby jest podobnie, a jednak trochę inaczej, powiedziałbym, trudniej. Podzielałam opinię wypowiedzianą kiedyś przez Stanisława Soykę, że do jazzu trzeba dojrzeć. Ja dojrzałam dość późno, bo po trzydziestce.

Jeśli miałbym wymienić jedno nazwisko, które w moim jazzowym dojrzywaniu odegrało największą rolę, bez wahania wskazałbym na Komedę. Komeda, jak prawie wszystkim miłośnikom jego twórczości wiadomo, naprawdę nazywał się Krzysztof Trzcíński. Wiedza, że ten wielki jazzman był lekarzem, jest o wiele mniej powszechna. Jest w tym z pewnością zasługa samego Komedy, który kilka miesięcy po zdaniu egzaminu na pierwszy stopień specjalizacji z laryngologii rzucił pracę w poznańskiej klinice, by do reszty oddać się jazzowi. Nie jest do końca jasne, co go pchnęło w kierunku medycyny. Wiele wiemy o jego fascynacji jazzem, trwającej od wczesnego dzieciństwa, ale zgoła nic nie wiadomo nie tylko o medycznych, ale i szeroko pojętych przyrodniczych zainteresowaniach

dorastającego Krzysztofa. W gimnazjum w Ostrowie Wielkopolskim uczęszczał do klasy humanistycznej, uczył się słabo, został dopuszczony do egzaminu dojrzałości, po powtarzaniu klasy maturalnej. Skąd więc medycyna? Najprawdopodobniej decydujący głos mieli rodzice. Gdy Krzysztof, latem 1950 r., nie dostał się na wydział lekarski do Poznania „z powodu braku miejsc”, pani Trzcíńska, sobie tylko znanym sposobem, sprawiła, że syn został przyjęty z odwołania. Studentem był przeciętnym. Jedną z nielicznych ocen bardzo dobrych miał z laryngologii, w której zaczął się specjalizować w klinice prof. Aleksandra Zakrzewskiego.

Oceniając Komedę jako ucznia i studenta przez pryzmat zbieranych przez niego ocen, musimy wziąć pod uwagę, jak bardzo pochłaniała go muzyka. Jeśli uświadomimy sobie, że już w szkole średniej miał swój zespół muzyczny, a w czasach studenckich regularnie koncertował w różnych miejscach Polski, będziemy mieli obraz bardzo zdolnego młodego człowieka, któremu czas potrzebny na realizację wielkiej muzycznej pasji nie pozwolił rozwinąć skrzydeł w jakiegokolwiek innej dziedzinie.

Komeda jest znany przede wszystkim jako kompozytor muzyki filmowej. Któż nie słyszał jego kołysanki z „Dziecka Rosemary”, która swego czasu podbijała amerykańskie listy przebojów? Jest taka scena w filmie Andrzeja Wajdy „Niewinni czarodzieje” z 1960 r. „Komeda!” – Tadeusz Łomnicki, grający ekscentrycznego lekarza jazzmana, zaczepia idącego przed nim kolegę, a zaraz potem każe wymienić mu trzy cnoty ewangeliczne. „Wiara, nadzieja, miłość” – odpowiada po krótkim namyśle niewysoki okularnik. Gdy 23 kwietnia 1969 r. niespełna 38-letni Krzysztof Komeda umierał w klinice neurochirurgii na Oczipki, nie było już nadziei. Nie miała jej nawet towarzysząca mu w ostatnich chwilach żona Zofia. To głównie dzięki jej staraniom ciężko chory Krzysztof kilka dni wcześniej został przetransportowany z Los Angeles, gdzie w październiku 1968 r. doznał poważnego urazu głowy, najprawdopodobniej niechcący zepchnięty z przydomowej skarpy przez przyjaciela Marka Hłaskę. Co dokładnie wtedy się stało, już się nie dowiemy, bo wszyscy świadkowie zdarzenia nie żyją. Tak jak nie dowiemy się, ile wspaniałej muzyki mógłby Krzysztof Komeda jeszcze napisać... ■

“

Kilka miesięcy po zdaniu egzaminu na pierwszy stopień specjalizacji z laryngologii rzucił pracę w poznańskiej klinice, by do reszty oddać się jazzowi.



JAROSŁAW WANECKI

pediatra, felietonista

EPIKRYZA (88)

Kwiaty polskie

70 lat temu ukazało się pierwsze wydanie poematu dygresyjnego Juliana Tuwima. Nieukończzone dzieło wciąż inspiruje do refleksji. Dlatego, gdy „jestem chory” [nie sam przecież], „na jakąś rozpacz przemijania”, proponuję kulturalny powrót do poetyckich metafor.

Wiele bukietów, „wiązanych wzwyż i stromo”, trzeba przygotować z okazji jubileuszy 2019 r. 100-lecie świętują PCK i Ministerstwo Zdrowia. 80 lat temu wybuchła II wojna światowa. Po raz 75. wspomnimy Powstanie Warszawskie. Od 40 lat zmienia się „oblicze Ziemi, tej Ziemi”. W kwietniu 1989 r. zakończono obrady Okrągłego Stołu, dzięki którym przeprowadzono wybory czerwcowe i powołano rząd Tadeusza Mazowieckiego. Już dwie dekady Polska należy do NATO, a od 15 lat do Unii Europejskiej. W tym czasie pracę rozpoczęło pokolenie, które nie pamięta stanu wojennego. Historia oczekiwań zatoczyła koło, w którym jedną z osi jest samorząd lekarski i zdrowie Polaków. „Symboliczny kwiatek do kożucha”.

Ileż się nad nią nawzdychały
Kuzynki, ciotki i bratowe,
Bardzo pocziwe, ale... zdrowe (...)
Ileż zbawiennych dla jej serca
Każda z nich rad gotowych miała! (...)
Albo mówiły: rzuć to wszystko
I tych doktorów i lekarstwa
Tobie potrzebne towarzystwo...*

Z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, 30 lat temu, Sejm PRL uchwalił ustawę o izbach lekarskich. Ostatnią w swojej kadencji, a jednocześnie pierwszą, która po półwieczu otwierała drzwi obywatelskiego samostanowienia. Iluzja świeżości trwała krótko. Nieprzewidywalne i niezbadane zaczęły być losy kolejnych reform, ustaw karcących i faktycznego odejścia od wolności zawodu, zdanego na łaskę władzy. Z obcicywanych róż często zostawały tylko kolce.

*W niewoli jestem u bez mała,
160-ciu funtów ciała,
U powikłanej maszynierii
Mózgowych zwójów, żył, arterii,
U poplątanych nerwów, kiszek,*

*Worków, pęcherzy, miechów, komór,
Zębatych szczelin, jam, otworów,
Pulsuję, dudnię, sapię, dyszę,
Bój we mnie nie wybuchłych chorób,
Pęd we mnie cieczy, soków, płynów,
Wytwórnia kwasów, miazg, zacinów,
Żyję, genialna kupa gnoju,
Na łaskę i nienasakę zdany
Nieprzewidywanych, niezbadanych
Wybryków, doznań i rozstrojów,
Na samowolę i kaprysy,
Mikroskopijnych we mnie rojów.*

Do wazonu odrodzonych izb lekarskich wkładamy kwiaty umiejętności i pomyłek. Obok płatków szlachetnych, wonnych i krzyczących kolorami, są tam też bardziej stonowane i polne. W bukietach nie raz, nie dwa, są też chwasty, z którymi nie potrafimy się obchodzić, zaciskając łykem odcięte od korzeni wodonośne lodygi.

*... A gdy będziemy, Nekropolu,
Przybliżyć się do twych przedmieści,
Kłękniemy kwarantanną w polu,
Nadziei pełni i boleści:
Nadziei – że nam przyjaciele
Naprzeciw wyjdą z Miasta Krzyżów,
Niosący w oczach przebaczenie
I też radości, a nie wyrzut.*

Niech perłowe, jubileuszowe porządki wygarną z izbowych pamięci „poemat dygresyjny” o społecznikach w białych kitlach. O ogrodnikach, którym chciało się niekoniecznie pracować na rzecz wszystkich – na chwałę godności dwóch zawodów. Dobra lekarska sława dopełni metaforę kwiatów, medali na piersiach, znaczenia słów podstawowych oraz historycznych wystąpień o cyklach kwitnienia i przemijania. ■

* Wszystkie cytaty zaczerpnięto z poematu „Kwiaty polskie” Juliana Tuwima

AGATA
MORKA

historyk sztuki

BŁĄD MALARSKI

Na piersi

Portrety Matki Boskiej z Dzieciątkiem to jeden z najbardziej zgranych motywów w zachodnio-europejskiej historii sztuki. Wyglądają zawsze tak samo: nietykalna w swej czystości Madonna siedzi z dzieckiem na kolanach, czy to podtrzymując malca, czy też go karmiąc. Nuda. A co stałoby się, gdyby Madonna nabrała rysów królewskiej nałożnicy, a z jej sukni niepowstrzymanie buchnęła naga, ponętna pierś? Skandal.

Około 1450 r. Jean Fouquet namalował dyptyk, którego prawe skrzydło stało się skandalem równym temu, jaki wywołała w latach osiemdziesiątych XX w. Madonna z jej prowokującymi piosenkami. Namalował Matkę Boską z Jezusem, karmiącą, z obnażoną pierśią, otoczoną przez anioły.

Tak naprawdę nie chodziło jednak o piersi, Madonnę Lactans malowali włoscy renesansowi mistrzowie od Boltraffiego po Leonarda. Jest to ujęcie tak powszechne, że wsiąknęło w zbiorową wyobraźnię, nie darmo wokół portretu „Upadłej Madonny z wielkim cymem” pędziła wymagany van Klopma rozgrywa się akcja kultowego „Allo 'Allo!'”.

Chodziło o modelkę, której Fouquet użył do tego przedstawienia. Agnes Sorel była kochanką Karola VII, znaną z ekstrawaganckiego życia i umiłowania do śmiałych sukien. Nie nadawała się na Madonnę.

Agnes zmarła nagle, w wieku 28 lat, w czwartej ciąży, w podróży do swojego królewskiego kochanka. Oficjalnym powodem śmierci była



czerwonka, jednak historycy odnosili się do tej diagnozy z niejakim sceptycyzmem. Ponad pięć wieków po śmierci Agnes, jej ciało zostało ekshumowane, a francuski paleopatolog zasugerował, że to jednak nie jelita, a siła zewnętrzna zabiła królewską nałożnicę. Odkrył w jej ciele znaczne ilości rtęci, co doprowadziło go do hipotezy, że Agnes została otruta. W kontekście jej skandalicznego życia, diagnoza ta wydaje się być słuszna.

Tak naprawdę wydaje mi się, że w obrazie tym nie chodzi jednak ani o piersi, ani o skandal. Lubię patrzeć na twarz Agnes, lekko smutną, skupioną. Na jej ciało, którego kształty zostały odrealnione, jego niezmierną biel, podkreśloną jeszcze przez wysyconą niebieskość i czerwień aniołów. Czy to Madonna, czy wyzwolona kochanka, jest w swym onirycznym spojoju po prostu boska. ■

Obraz: Jean Fouquet, „Madonna z dzieciątkiem, otoczeni przez anioły”, dyptyk z Melun, około 1450, Królewskie Muzeum Sztuk Pięknych, Antwerpia

Rozwiązanie zagadki z „GL” 4/2019

1. Rozłożone ręce.

Jednym z tików błazna było to, iż często pocierał o siebie ręce. Velazquez uchwycił ten charakterystyczny gest w swoim portrecie.

2. Zamiana kryzy na kołnierz.

Podobny kołnierz obecny jest w innym sławnym portrecie błazna pędzla Velazqueza, przedstawiającego siedzącego Sebastiana de Morra, błazna na dworze Filipa IV.

3. Zamiana przedmiotu po prawej stronie błazna na lutnię.

Postacie błaznów często portretowane były z atrybutami swego fachu, jak np. instrumenty muzyczne. Frans Hals przedstawił błazna w sławnym portrecie, zatytułowanym „Błazen z lutnią”.

4. Pociemnienie tła.

Velazquez jest mistrzem światła i cienia, jego portrety oparte są jednak na nieco mniej dramatycznych kontrastach niż te, które znaleźć można u Rembrandta. Pociemnienie tła byłoby bardziej w stylu holenderskiego malarza.



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

NAGRODZENI Z „GL” 4/2019: Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Dorota Pajor (Tarnów)**. Gratulujemy! Nagrody dodatkowe: **Marta Czerwińska (Wrocław)**, **Jarosław Mozgiał (Kielce)**, **Marta Zawierta-Oleksowicz (Kąty Wrocławskie)**.

Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl **do 23 maja 2019 r.**

W temacie maila należy wpisać **GL05** oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,

HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

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

ufundował voucher obejmujący m.in.:

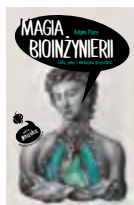
- 2 noclegi dla 2 osób w apartamencie
- 2 śniadania i 2 obiady w hotelowej Restauracji Magnolia oraz uroczystą kolację dla dwojga
- pakiet zabiegów (dla 2 osób) w hotelowej Ambasadzie Zdrowia i Urody SPA (Masaż dla dwojga, Ajurwedyjski masaż na „Talaxa Spa”, Złoty zabieg na ciało)
- możliwość korzystania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

Nagrody dodatkowe dla trzech osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,



Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

ufundowało książki:



KLAUZULA INFORMACYJNA

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

KULTURA

Wystawa



- Był jak ogień - powiedział 20 marca prezydent Andrzej Duda podczas otwarcia wystawy „Mistrz Religa. Człowiek, lekarz, polityk” w Senacie. Została ona przygotowana przez Główną Bibliotekę Lekarską z okazji 10. rocznicy śmierci prof. Zbigniewa Religi. Na wystawę składają się plansze informacyjne dotyczące jego życia i działalności jako lekarza i polityka. Oprócz zdjęć są też cenne pamiątki. - Profesor wiedział, że za wielką medycyną muszą podążać odpowiednie środki finansowe, zwłaszcza w obliczu przemian ustrojowych - podkreślił wiceprezes NRL Jacek Kozakiewicz podczas spotkania wspomnieniowego, które odbyło się po wernisażu.

Konkurs

LIL i UM w Lublinie we współpracy z Lubelskim Towarzystwem Fotograficznym i Związkiem Polskich Artystów Fotografików Okręg Lubelski ogłaszają IX Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy i Studentów Medycyny. Honorowy patronat nad konkursem objęli: prezes NRL Andrzej Matyja, prezes LIL Leszek Buk i rektor UM w Lublinie prof. Andrzej Drop. Nadsyłanie prac do 31 października.

Plener

Komisja Kultury ORL w Lublinie zaprasza pasjonatów fotografii do udziału w VII Ogólnopolskim Plenerze Fotograficznym Lekarzy w dniach 17-22 września w Kazimierzu Dolnym nad Wisłą organizowanym przy współudziale NRL. Wycofanie opłaty możliwe do 31 sierpnia.

Kongres

25 maja w Płocku o g. 10.00 odbędzie się Mały Kongres Kultury Lekarskiej, który organizuje Komisja Kultury Naczelnej Rady Lekarskiej.



KONCERT CHARYTATYWNY

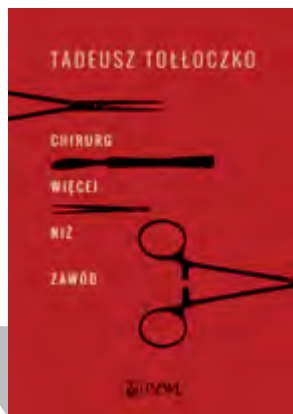
Poludniowo - niemiecki chór medyczny
Poludniowo - niemiecka orkiestra lekarzy
Operacja Muzyka - Orkiestra Kameralna Wielkopolskiej
Izby Lekarskiej

Hospicjum
Palium



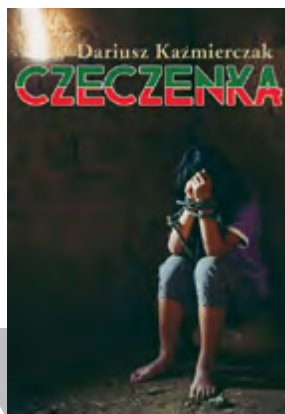
POZNAŃ
Archikatedra pw. św. App. Piotra i Pawła w Poznaniu
Sobota 15.06.2019, godz.: 20:00
Wstęp wolny

NASZA CZYTELNICIA



Chirurg. Więcej niż zawód Tadeusz Tołłoczko

Opowieść nestora polskiej chirurgii. Prof. Tołłoczko pisze, że „jako chirurg urodził się w 1957 r. w I Katedrze i Klinice Chirurgicznej AM w Warszawie” i dzieli się z czytelnikami wzruszającymi wspomnieniami. Niektóre śmieszą do łez, inne pobudzają do głębokiej refleksji. Odkrywa dotąd nieodkryte, za pomocą świetnych anegdot i niezwykle trafnych spostrzeżeń.



Czeczenka Dariusz Kaźmierczak

Hadiya ucieka ze swej ojczyzny, okupowanej przez Rosjan. W Bieszczadach przydarza się jej niewyobrażalna tragedia, a to dopiero początek pełnej napięcia historii. To najnowsza powieść Dariusza Kaźmierczaka, lekarza i pisarza, laureata konkursu „Przychodzi wena do lekarza”. Autor zadebiutował w 2008 r. powieścią „Cesarskie cięcie”, w następnych latach ukazały się kolejne książki.

SPORT

Narciarstwo

13 marca w Alpach Austriackich odbyły się XXIII Światowe Mistrzostwa Lekarzy Polonijnych w Narciarstwie Alpejskim. Mistrzostwa zorganizował honorowy prezes Związku Lekarzy Polskich w Chicago dr Bronisław Orawiec.

Bieg

Pierwszy weekend kwietnia to tradycyjnie termin zmagania lekarzy w biegu na 15 km. Już po raz 22. zmierzili się w Bukówcu Górnym w ramach mistrzostw Polski.

Kolarstwo

W dniach 14-15 czerwca w Bychawie odbędą się Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Szosowym. Trasa taka sama, jak w ubiegłym roku.



Lekka atletyka

W dniach 23-30 marca w Toruniu odbyły się 8. Halowe Mistrzostwa Świata Masters w Lekkiej Atletyce. W zawodach uczestniczyło ok. 4 tys. osób z 88 krajów świata, wśród których było 850 Polaków (w tym 9 lekarzy).

BJJ

11 maja we Wrocławiu odbędą się II Mistrzostwa Polski Brazylijskiego Jiu-Jitsu Lekarzy, w których udział mogą wziąć także studenci. Zawody są współorganizowane przez Dolnośląską Izbę Lekarską.



gazetalekarska.pl

Tenis

W dniach 14-17 marca pod egidą Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy w Stalowej Woli odbyły się XXII Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie, w których uczestniczyło 76 lekarzy i lekarzy dentyistów. W tym roku mija 20 lat od chwili powołania do życia Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy. O tym, co nakłoniło lekarzy do zainicjowania rozgrywek tenisowych, pisze Zbigniew Frenszkowski na www.gazetalekarska.pl.

Konno

Klub Jeździecki, działający przy Komisji Sportu i Rekreacji ORL w Łodzi, zaprasza do udziału w XIII Ogólnopolskim Rajdzie Konnym Lekarzy im. Majora Hubala, który zaplanowano w dniach 7-9 czerwca. Bazą wypadową będzie ośrodek w Mikołajowie k. Kuluszek.



PDM-2. Podręcznik diagnozy psychodynamicznej. Tom 1
Redakcja: Vittorio Lingiardi, Nancy McWilliams

PDM-2 to ugruntowana empirycznie alternatywa systemów DSM i ICD lub ich dopełnienie. Podręcznik został napisany z myślą o opracowaniu przypadku i planowaniu terapii. Pierwszy tom opracowania jest poświęcony funkcjonowaniu osobowości i problemom psychicznym w okresie dorosłości oraz w wieku podeszłym. Zawiera liczne opisy przypadków.



Wybrane zagadnienia z neurologii dziecięcej

Redakcja: Krystyna Mitosek-Szewczyk

Książka przybliży najważniejsze zagadnienia z zakresu neurologii dziecięcej, z jakimi spotyka się lekarz w codziennej praktyce. Opisano w niej m.in. wady rozwojowe ośrodkowego układu nerwowego, choroby uwarunkowane genetycznymi zaburzeniami metabolicznymi, neuroinfekcje, guzy mózgu, autyzm. Opisy są specjalistyczne, a jednocześnie jasne i praktyczne.

HISTORIA I MEDYCyna

Anomalia Ebsteina

Od habilitacji Wilhelma Ebsteina mija w tym roku 150 lat. Jako młody, 28-letni lekarz odkrył coś, czego inni wcześniej nie zauważyli. Dziś jego nazwisko znane jest kardiologom na całym świecie, ale w Jaworze nie ma po nim żadnego śladu pamięci. To dobry moment, żeby nasze pokolenie to nadrobiło.

TEKST **DR N.MED. MAGDALENA MAZURAK**, ODDZIAŁ KARDIOLOGII
DZIECIĘCej, WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU

Urodził się w rodzinie o korzeniach niemiecko-żydowskich, w Jaworze, małym miasteczku, które opuścił, żeby dalej się kształcić. Już za życia zdobył sławę jednego z najlepszych specjalistów w dziedzinie chorób metabolicznych. Opublikował 237 artykułów, z których 12 dotyczyło układu sercowo-naczyniowego. Eponim „anomalia Ebsteina” stał się swoistym testamentem jego dokonań.

PRZYPADEK JOSEPHA PRESCHERA

Wilhelm Ebstein przybył na studia do Wrocławia, jednak już po kilku miesiącach przeniósł się na uczelnię berlińską, uchodzącą za bardziej prestiżową. W 1859 r. ukończył studia medyczne, dwa lata później został asystentem w Szpitalu Wszystkich Świętych (Allerheiligen-Hospital) we Wrocławiu. 28 czerwca 1864 r. do tego szpitala został przyjęty 19-letni robotnik Joseph Prescher. U pacjenta od dzieciństwa występowała narastająca duszność i kołatania serca. Ponadto stwierdzono wyniszczenie, nasiloną sinicę oraz pulsowanie żył szyjnych synchroniczne z rytmem serca. Śmierć nad sercem rozpoczęła się w skurczu i trwała do rozkurczu, opukiwaniem stwierdzono powiększenie sylwetki serca. Na podstawie tych danych rozpoznano wrodzoną wadę serca.



Wilhelm Ebstein
ok. 1885 r.

Osiem dni później Joseph Prescher zmarł, a następnego dnia Wilhelm Ebstein wykonał sekcję zwłok. Półtora roku później opublikował artykuł

zilustrowany świetnymi, szczególnie rycinami swojego kolegi Oskara Wyssa: „O bardzo rzadkim przypadku niedomykalności zastawki trójdzielnej spowodowanej wadą wrodzoną”. Paradoksalnie jednak praca zawierająca opis wady, której Ebstein zawdzięcza nieśmiertelność swojego nazwiska, przeszła niemal bez echa. Autor opublikował ją na początku swojej kariery zawodowej, ale dopiero po jego śmierci zainteresowano się tą publikacją.

W 1869 r. Wilhelm Ebstein habilitował się na podstawie pracy „Die Recidive des Typhus” i otrzymał stanowisko „privatdozent”, co dawało mu prawo do wygłaszania wykładów na uniwersytecie. W szpitalu Wszystkich Świętych we Wrocławiu pracował 9 lat, jego karierę zawodową przerwała wojna francusko-pruska. Po powrocie z kampanii zatrudnił się w przytułku dla ubogich we Wrocławiu. W 1874 r. objął katedrę na uniwersytecie w Getyndze, gdzie spędził resztę życia. Zmarł w 1912 r. z powodu udaru mózgu.

W dzisiejszym świecie bardzo wąskich specjalności może zdumiewać niezwykła różnorodność zainteresowań klinicznych i naukowych Wilhelma Ebsteina. Był lekarzem-humanistą, interesował się literaturą i sztuką, a swoje przemyślenia opublikował m.in. w książkach: „Medycyna w Biblii i Talmudzie”, „Choroby Marcina Lutra

i ich wpływ na jego stan psychiczny i fizyczny”, „Schopenhauer i jego choroby, prawdziwe i domniemane”.

KU PAMIĘCI

W 2012 r. w czasopiśmie „Kardiologia Polska” opublikowaliśmy z prof. Jackiem Kusa artykuł na temat anomalii Ebsteina. Jedna trzecia tekstu stanowiła przyczynek do biografii bohatera tego kardiologicznego eponimu, urodzonego w Jaworze w 1836 r. W 2018 r. ponownie sięgnęłam do postaci Wilhelma Ebsteina, postanowiłam napisać pracę biograficzną, aby przybliżyć postać tego wybitnego lekarza kardiologom na całym świecie. W amerykańskim opiniotwórczym czasopiśmie kardiologicznym „Texas Heart Institute Journal” opublikowaliśmy z prof. Jackiem Kusa artykuł pt. „The two anomalies of Wilhelm Ebstein”. Napisaliśmy, że z nazwiskiem Ebsteina związane są dwie anomalie – pierwsza dotyczy wady serca, którą opisał, a druga związana jest z brakiem jakiegokolwiek upamiętnienia tej postaci na Dolnym Śląsku.

Niedługo po ukazaniu się tej publikacji w skrzynce na listy znalazłam kopertę. Znaczek wskazywał, że nadawca pochodzi z Belgii. W środku był list, w którym napisano m.in. (po tłumaczeniu na jęz. polski): „Z dużym zaskoczeniem przeczytałam Pani artykuł o Wilhelmie Ebsteinie, opublikowany w „Texas Heart Institute Journal”. (...) Bardzo fajnie było poznać historię lekarza, który opisał moją wrodzoną wadę serca, korygowaną w Mayo Clinic (...). Dzięki Pani mogłam przeczytać niemiecką kopię oryginalnego dokumentu, w którym dr Ebstein tak dobrze opisał ten problem. Jeśli dobrze zrozumiałem, to nie

Dawny Szpital
Wszystkich
Świętych
we Wrocławiu
(Allerheiligen
Hospital),
widok z 2012 r.



ma zbyt wielu pamiątek, jeśli chodzi o Wilhelma Ebsteina. To szkoda. Czy są jakieś inicjatywy mające na celu upowszechnienie wiedzy na temat jego osiągnięć?”.

Autorem listu był Benoit Mores, doradca ministra zdrowia Belgii. Zmotywowana, próbowałam ustalić, jakie są możliwości nadania ulicy we Wrocławiu imienia Wilhelma Ebsteina, procedura ta okazała się jednak skomplikowana i czasochłonna. Niedługo potem dostałam kolejny list od mojego belgijskiego czytelnika, w którym napisał, że odbył podróż do Jawora i Wrocławia i faktycznie nie ma tam żadnych śladów pamięci związanych z Ebsteinem. Wkrótce przysłał mi też kopie listów wysłanych do dyrektora Muzeum Regionalnego w Jaworze z apelem o upamiętnienie postaci Wilhelma Ebsteina. Nadawcami byli kolejno: minister zdrowia Królestwa Belgii Maggie de Block, prezes Belgijskiego Towarzystwa Kardiologicznego prof. Marc Claeys, kardiochirurg z Mayo Clinic prof. Joseph A. Dearani oraz Niemieckie Stowarzyszenie Młodocianych i Dorosłych z Wadami Wrodzonymi Serca (JEMAH). Pomyślałam, że szkoda byłoby zmarnować taką wspólną międzynarodową inicjatywę i listy te pokazałam prof. Marianowi Zembali. To był strzał w dziesiątkę.

UPAMIĘTNIE NIE, NA JAKIE ZASŁUŻYŁ

Prof. Marian Zembala z typowym dla siebie entuzjazmem, pasją, zaangażowaniem i konsekwencją zaczął intensywnie działać. Rezultatem było

zorganizowanie spotkania z władzami miasta Jawora, które odbyło się 8 lutego 2018 r. Rozmowy dotyczyły oczywiście możliwości upamiętnienia w tym mieście Wilhelma Ebsteina. Zapadła decyzja o powstaniu w Muzeum Regionalnym specjalnej ekspozycji poświęconej temu wybitnemu lekarzowi. Jego imię postanowiono też nadać oddziałowi dziecięcemu tamtejszego szpitala.

21 września 2019 r. ma dojść do międzynarodowego spotkania związane z nadaniem skwerowi w Jaworze jego imienia (w miejscu, gdzie kiedyś stał jego dom rodzinny). Na specjalnej sesji rady miejskiej Wilhelm Ebstein zostanie honorowym obywatelem miasta Jawor. Udział w konferencji potwierdzili minister zdrowia Łukasz Szumowski, ambasadorzy Niemiec i Izraela oraz światowej sławy kardiochirurdzy zajmujący się anomalią Ebsteina, tj. prof. Patrick Perier (Paryż), prof. Rudiger Lange (Monachium), prof. Jose Pedro Da Silva (Pittsburgh), prof. Joseph Dearani (Rochester). Punkt widzenia pacjenta z anomalią Ebsteina zaprezentuje nasz belgijski czytelnik, Benoit Mores. Wyświetlony zostanie film edukacyjny poświęcony Wilhelmowi Ebsteinowi – jest to wspólne przedsięwzięcie Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Polskiego Towarzystwa Kardiotorakochirurgów, Dolnośląskiej Izby Lekarskiej i miasta Jawor. Po obradach nastąpi odsłonięcie w Ratuszu popiersia doktora Ebsteina. Wieczór uświetni specjalny koncert organowy w Kościele Pokoju. ■

“

21 września 2019 r. ma dojść do międzynarodowego spotkania związanego z nadaniem skwerowi w Jaworze imienia Ebsteina.



**AGNIESZKA
KANIA**

laureatka konkursu
„Przychodzi wena
do lekarza”

PRZYCHODZI WENA DO LEKARZA

Anielskość

Z aniołami tylko kłopot. Mimo że ich naturą jest duchowość, ciągle się przebierają. Stroją się w piórka i zwiewne szaty, noszą aureole, zbroje i maski. Bo tradycja podpowiada kostiumy. Chcąc zaistnieć w świadomości człowieka, potrzebują czegoś w rodzaju fartucha roboczego. Potem wracają do swych zwykłych form (przeźroczystych, niewidocznych), przypominają o sobie poruszoną firanką czy pajęczyną, której wczoraj nie było. Nawet jeśli wierzymy, że zaludniają świat, mało kto je spotyka. Objawiają się tylko nielicznym i to najczęściej sam na sam. Chociaż bywają wyjątki. Kiedy w roku 583 szalała w Rzymie zaraza, anioł z ognistym mieczem wstrzymał procesję prowadzoną przez Grzegorza Wielkiego i na oczach tłumu schował broń do pochwy. Dał znak, że pomór właśnie się skończył (niektórzy uważają, że zobaczył go jedynie papież, zebrani zaś – przekonani o nieomyślności ojca Kościoła – potwierdzili obecność świetlistego).

Upadłe anioły poruszają się natomiast stadami. Jean Bodin – sędzia królewski, profesor prawa na uniwersytecie w Tuluzie i autor „Demonomanii czarowników” – opowiadał, jak pewnego dnia 1542 roku na placu w Konstantynopolu zebrało się sto pięćdziesiąt demonów. Skąd się tam wzięły? Z uroków oczywiście. Dawniej bez trudu można było kogoś zaczarować, rzucić zaklęcie, sprawić, że nieuczciwy rejent kładł się spać jako urzędnik państwowy, a budził się jako zmora. Czarodziejów było wielu. Niechby tylko ktoś spojrział inaczej, włożył koszulę na lewą stronę, wypił psią juchę, potknął się o wystający korzeń, a wróż natychmiast zabierał się do pracy i robił wszystko, by obrócić człowieka w diabła.

Wszędzie roiło się od zmór. Anthony Masters znalazł aż czterysta osiemdziesiąt sześć przyczyn, dla których zwykły nieboszczyk mógł się stać upiorem. Wystarczyła mała pomyłka, zaniechanie, niedopełnienie rytuału przejścia, a umrzyk szukał pomsty, wyl, straszył i nawiedzał żyjących. W demony przeobrażały się także – jak utrzymywał Jean-Claude Schmitt – ofiary gwałtownej śmierci, dusze skalane, niepogrzebani (insepulti), samobójcy (biothanati) i kobiety zmarłe w połogu. Jeśli dodać ekskomunikowanych, nieochrzczonych, pozbawionych ostatniego namaszczenia, dzieci ze związków kazirodczych, urodzone jako siódme w rodzinie i – o dziwo – w czepku urodzone, to okazuje się, że na każdym rogu pomieszkiwał jakiś diabeł.

Sztuka nie może się obejść bez aniołów i szatanów. Zaludniają one kościoły, cmentarze i obrazy, występują w filmach, zaglądają do opery i teatru. Bo artystów zawsze pociągały byty niepoznawalne zmysłami. Co robią anioły? Doradzają, prowadzą przez życie i wiodą w zaświaty, dają znaki, wskazówki, przestrogi, czasem też odwrócić się od człowieka. Czesław Miłosz zwierzył się kiedyś: „Słyszałem ten głos nieraz we śnie/ I co dziwniejsze, rozumiałem mniej więcej? Nakaz albo wezwanie w nadziemskim języku”. Cóż to za „nadziemski język”, słyszały, ale rozumiały tylko dla nielicznych?

W latach czterdziestych zeszłego stulecia psychiatrzy Leo Kanner z Baltimore i Hans Asperger z Wiednia opisali osoby wycofane z życia, zapadnięte w siebie, przebywające w innym świecie. Doktorzy bacznie przyglądali się pacjentom, którzy wybrali wyobcowanie. Lekarzom zdawało się, że oni wciąż wątpią i nie dowierzają, że skrywają się coraz głębiej i głębiej. Żyli osobni, mieli oczy pozbawione wyrazu, rozmyte, wyglądali, jakby zabłądzili we własnym „ja”, przenicowali się do środka, odgradzili od tego, co na zewnątrz. I próbowali przetrwać w drugiej przestrzeni. Nieprzynależni.

Uczni zastanawiali się, czy oddzielenie od drugiego jest wyborem czy też przekazywaną rodzinie powinnością, możliwością czy narzuconym przez biologię przymusem i wreszcie – wyróżnieniem czy skazą. Jakimś niezwykłym zbiegiem okoliczności obaj lekarze (nic niewiedzący o sobie) znaleźli dla osób dotkniętych tą chorobą określenie „autystyczny”. Nie był to przypadek, bo autos po grecku znaczy sam, i już na początku XX wieku psychiatra Eugen Bleuler nazwał autystycznymi schizofreników, którzy starali się zawęzić relacje z innymi, wycofać się i wykluczyć świat zewnętrzny, obejść go, uczynić niepotrzebnym.

A może to wcale nie psychiatrzy, ale Bolesław Leśmian jako pierwszy opisał autyzm? Przecież on, zanim jeszcze pojawiły się jakiegokolwiek wzmianki o osobach naznaczonych, przekonywał, że po „cienistym istnieć bezładzie” błąka się Znikomek, który „nie widzi świata tak samo”. Tłumaczył, że na rozstajach dróg mieszka „snem trącony” Dźnanda, po łąkach krąży Zmierzchun, a nad rzekami wędruje Śnigrobek, co „się wsnuł do krainy półduchów i półciał”. I wierzył w rusalki – one żyją „by istnieć mniej więcej”, przeczuwał, że gdzieś na tym świecie jest Srebroń – „Niepoprawny Istnieniowiec”. Czyżby to poeta zrozumiał chorobę i już przed wojną opowiedział o niej? Pojął nieprzynależność, potrzebę zanurzenia się we własnym „ja”, widział rzewność, oderwanie się od rzeczywistości i chęć przetrwania w sobie. Anielskość.

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE**ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM W LUBLINIE, ROCZNIK 1964-1970**

Spotkanie odbędzie się w dniach 7-9 czerwca 2019 r. w hotelu Renesans w Zamościu. Koszt: 250 zł od osoby plus opłata za zakwaterowanie. Wpłaty na numery kont organizatorów do 20 maja: 66 1020 3176 0000 5102 0033 8376 (Liliana Szymańska-Mazur, tel. 605 589 587, lilianamazur@gmail.com), 24 1240 2496 1111 0000 3761 2432 (Jolanta Żuber-Wieczorkiewicz, tel. 604 415 883, jwieczorkiewicz@gazeta.pl). Noclegi: tel. (84) 677 59 30 na hasło: „Zjazd lekarzy”. Numer konta do wpłat za noclegi: Bank PKO SA I/O Zamość Pl 66 1240 2816 1111 0000 4015 2345.

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO ŚLĄSKIEJ AKADEMII MEDYCZNEJ, ROCZNIK 1989

Zapraszamy na spotkanie z okazji 30-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego ŚLAM, które odbędzie się w dniach 14-16 czerwca 2019 r. Miejsce spotkania: Hotel Stok w Wiśle. Koszt uczestnictwa: 335 zł (135zł + 200zł). Zgłoszenia uczestnictwa e-mailem (konieczna@inspire-congress.pl). Rezerwacja noclegów indywidualnie w hotelu na hasło „Absolwenci”. Informacji udziela: Katarzyna Stępień (tel. 601 496 397), Dorota Konieczna-Kujawa (tel. 609 040 390).

BAL ABSOLWENTÓW Z OKAZJI XX-LECIA UKOŃCZENIA AM W BYDGOSZCZY, ROCZNIK 1993-1999

7 września 2019 r., godz. 17.00, Hotel Słoneczny Młyn, ul. Jagiellońska 96 w Bydgoszczy. Chętnych do wzięcia udziału prosimy o kontakt e-mail: balabsolwenta1999@wp.pl, Agnieszka Meder (de domo Świątkowska).

ABSOLWENCI UM W POZNANIU, ROCZNIK 1957-1963

Zapraszamy na spotkanie w Pałacu Książąt Radziwiłłów w Antoninie w dniach 6-8 września 2019 r. Koszt uczestnictwa: 350 zł. Wpłaty prosimy dokonywać na konto: Andrzej Krzak – Zjazd Lekarski Santander Bank S.A. Oddział w Ostrowie Wlkp. Pl. Bankowy 1. 06 1090 1160 0000 0000 1600 6249. Zakwaterowanie na hasło „Zjazd lekarski”, Pałac Myśliwski Antonin – tel. (62) 734 83 00, Nadleśnictwo Antonin – tel. (62) 734 81 24. Kontakt: Andrzej Krzak, ul. D. Chłapowskiego 27F, 63-400 Ostrów Wlkp., tel. 601 646 043 / (62) 736 27 77, e-mail: akrzak@vp.pl.

WYDZIAŁ LEKARSKI AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1984

Zapraszamy na spotkanie z okazji 35-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu,

które odbędzie się w dniach 20-22 września 2019 r. (Vital & SPA Resort Szarotka). Program Zjazdu dostępny na stronie www.dilnet.wroc.pl. Opłata od absolwenta/osoby towarzyszącej wynosi 500 zł. Wpłaty na konto 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 30 czerwca z dopiskiem „Zjazd 1984”. Informacje: Patrycja Malec, tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl.

WYDZIAŁ LEKARSKI AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1973

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 45-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 4-5 października 2019 r. we Wrocławiu. Program Zjazdu wraz z wysokością opłat dostępny na stronie www.dilnet.wroc.pl. Wpłaty na konto 04 1140 2004 0000 3202 7869 3609 (odbiorca: Halina Bielecka) do 15 czerwca z dopiskiem „Zjazd 1973”. Informacje: Patrycja Malec, tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl.

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM w BIAŁYMSTOKU, ROCZNIK 1973-1979

Zjazd absolwentów z okazji 40-lecia ukończenia studiów odbędzie się w dniach 11-13 października 2019 r. w Hotelu „Traugutta 3” w Białymstoku (www.hoteltraugutta3.pl). Koszt uczestnictwa: 400 zł. Konto: mBank 14 114 017 750 000 200 000 000 000 z dopiskiem „Zjazd Absolwentów”. Wpłaty do 15 września. Szczegóły: Sławomir Kosidło (tel. 609 280 780, e-mail mzakrz@wp.pl). Rekomendowane hotele w Białymstoku: Traugutta 3 i Podlasie.

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM W LUBLINIE, ROCZNIK 1999

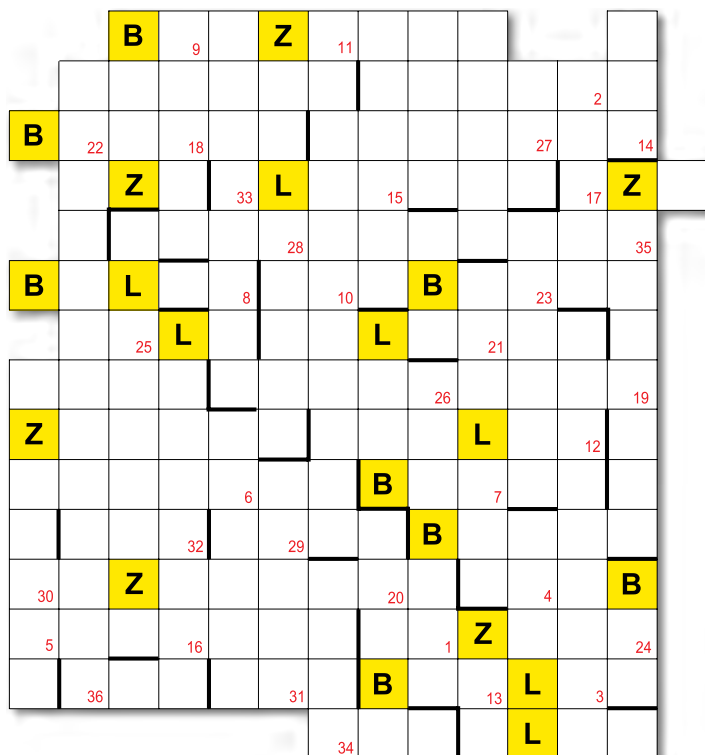
Spotkanie z okazji 20-lecia ukończenia studiów odbędzie się 19 października 2019 r. w Hotelu Focus w Lublinie. Opłata wynosi 300 zł. Wpłaty na konto: Rafał Sapuła, Bank PKO BP 21 1020 5356 0000 1102 0117 9381, tytułem: imię, nazwisko – AM Lublin 1999. Komitet Organizacyjny: Dariusz Skal (tel. 608 588 844, e-mail: dariusz.skala@wp.pl), Artur Danieluk (tel. 605 601 399, e-mail: art1974dan@o2.pl), Rafał Sapuła (tel. 609 737 085, e-mail: rafal.sapula@wp.pl), e-mail KO: medycyna1999lublin@gmail.com.

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM W WARSZAWIE, ROCZNIK 1979

Zapraszamy na spotkanie z okazji 40-lecia ukończenia studiów. Komitet Organizacyjny organizuje uroczyste spotkanie towarzyskie 23 listopada 2019 r. w Hotelu Bellotto w Warszawie, ul. Senatorska 13/15. Koszt: 400 zł. Bliższe informacje: e-mail: biuro@medius.com.pl z dopiskiem „Zjazd Absolwentów 1979”, www.absolwenci2019.pl. KO: Joanna Pawłowska, Krzysztof Zieniewicz, Agnieszka i Marek Migdałowie, Grażyna i Jacek Naorniakowscy, Małgorzata Walewska-Wolf, Piotr Małkowski.

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

Objaśnienia 60 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: B, L i Z. Na ponumerowanych polach ukryto 36 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Tadeusza Kielańskiego. Hasło należy przesłać na kartce pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 25 maja 2019 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).



* mandibula * święty Apis * dwa w kiju * Izrael, najbogatszy przemysłowiec XIX-wiecznej Łodzi * lekarz Napoleona III, twórca narzędzi chirurgicznych * land z Wiesbaden * uprawiany krewniak pieczarki * międzynarodowy system ciężarówek * pochodna kwasu sulfonowego lub karboksylowego * wielkie budynki * obszar krzewiasty * zaznacza w książce miejsce czytania * ból ucha * pod Grunwaldem * latają w klatce i tramwajach * autor „Pigmaliona” * unasiennianie * ręczny karabin maszynowy * najlepsza basket liga * epolet * laski lub pociski * partnerka Kalego * wyspa pod Kalmarem * obszar trwale podmokły * krwi Londona * stronnik, sympatyk * książę ukarany przez Myszków * „Jezioro łabędzie” * xanthomatosis * potwór ze skandynawskich pieczar * nocny motyl * pogląd o poznawczym boskim oświeceniu umysłu * infuzja lub enema * morska na Rozewiu * mieszka w Libii i Kuwejcie * mały zwój * Jacques, amerykański badacz zapłodnienia (1859-1924) * bóg, bożek * naukowiec, badacz * wojowniczy wschodni sąsiad Izraelitów * Wielki, grany przez Nowickiego * starożytny Sur * łacina * łączenie metalowymi łącznikami * birkut lub biała rdza * sympatyczny układ warg * ester lub sól kwasu octowego * epoka kamienia głodzonego * Centralna Agencja Wywiadowcza * książę Monako do 2005 * ciało (gr.) * trudność, przeszkoda * wieś wiktoria Prądzyńskiego * węgiel wysokoenergetyczny * korbowy lub Pomorski * szewczyk smokobójca * miłość do X Muzy * następca Gierka * nieszczęśliwy * Archibald, lekarz i pisarz, autor „Cytadeli”

Jerzy Badowski

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 242 („GL” nr 03/2019)

Przypadek sprzyja tylko umysłom przygotowanym.

Nagrody otrzymują:

Magdalena **Kuźmnik** (Białowa), Karolina **Martin** (Poznań), Elżbieta **Mroczo** (Białystok). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

WYDAWCA



Naczelna
Rada
Lekarska

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 173 500 tegz.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Skład i opracowanie graficzne
Montownia/Teresa Urawska

Druk
Walstead Central Europe

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

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótnych, 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 recepty oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy z 6 września 2011 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. nr 126, poz. 1381, z późn. zmianami i rozporządzeniami).

