

Gazeta Lekarska

) P I S M O I Z B L E K A R S K I C H



XIV KRAJOWY ZJAZD LEKARZY

ZE ŚWIATA

Europa walczy z odrą

W ostatnim czasie odnotowuje się gwałtowny wzrost zachorowań na odrę

REPORTAŻ

Przypadek John/Joan

Tu diagnozowanie i leczenie to duże wyzwanie. O rutynie nie ma mowy

STUKOT BIAŁYCH TREPÓW

Rzemiosło czy sztuka?

Są bardziej zamknięci na innych, a kontakt lekarz-pacjent to analiza przypadku

Spis treści

- 4 **Na wstępie** R. Golański: To idzie młodość
- 6 **Skrining**
- 8 **Samorząd:** Jedność i godność
- 10 Niezwykle ważna i delikatna materia
- 12 **Obserwacje** S. Badurek:
Lekcja Alfiego Evansa
- 14 **Temat miesiąca:** XIV Krajowy Zjazd Lekarzy
- 18 **Rozmowa o zdrowiu:** Potrzebujemy
mądrzej strategii rozwoju
- 21 **Nasi w Europie** R. Krajewski: Nowe
wyzwania na 60. urodziny UEMS
- 22 **Ze świata:** Europa walczy z odrą
- 24 **Samorząd**
- 27 **Zgryz** L. Dudziński: Refleksje
na początek i koniec
- 28 **Stomatologia:** Profil kształcenia
ogólnoakademicki
- 30 **Punkt widzenia** J. Małmyga:
Rozmawiamy ze sobą
- 31 **Wspomnienie**
- 32 **Lekarskie towarzystwa naukowe:**
Cyfrowy świat
- 34 **Prawo i medycyna:** Łatwiej
o zadośćuczynienie?
- 36 **Kodeks Etyki Lekarskiej:** Stomatolog
na wokandzie
- 37 **Biuletyn**
- 41 **Reportaż:** Przypadek John/Joan
- 44 **E-doktor:** E-swiat nad Wisłą
- 46 **Nauka w skrócie**
- 47 **Polskie innowacje:** Tak się leczy skoliozę
w Olsztynie
- 48 **Praktyka lekarska:** Zmniejszyć śmiertelność
- 50 Problemy interny na Mazowszu 2018
- 51 **Historia i medycyna:** Lekarz dzieci
- 52 **Stukot białych trepów:**
Rzemiosło czy sztuka?
- 54 **List do redakcji:** Nie stygmatyzujemy
- 56 **Indeks korzyści:** Głuptak zwyczajny
- 58 **Ze sceny** A. Andrus:
Dwie sekundy przerwy
- 59 **Kultura:** Poezja. Proza. Felieton
- 60 **Błąd malarski:** Łyso mi
- 62 **Kultura**
Nasza czytelnia
- 63 **Sport**
- 64 **XVI Wystawa Malarstwa Lekarzy**
- 65 **Ogłoszenia**
- 72 **Komunikaty**
- 73 **Epikryza [79]** J. Wanecki: Makbet
- 74 **Jolka lekarska**



WIĘCEJ NA WWW.GAZETALEKARSKA.PL

RODO

Od 25 maja, w związku z wejściem w życie unijnego rozporządzenia, obowiązują nowe zasady ochrony danych. Ważne zmiany nie omijają placówek ochrony zdrowia (w tym m.in. szpitali). O czym trzeba pamiętać?

REZYDENCI

W wielu miejscach są rozbieżności z porozumieniem podpisanym z MZ – w taki sposób PR OZZL oceniło projekt nowelizacji ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

To idzie młodość

Cztery lata temu, na przełomie VI i VII kadencji samorządu lekarskiego, wiele mówiono o konieczności odmłodzenia organów izb, zarówno okręgowych, jak i naczelnych. Jak to często bywa, na mówieniu się skończyło. Tym razem sytuacja była zgoła odmienna – młodzież wzięła sprawy w swoje ręce.



Ryszard Golański

Redaktor naczelny
„Gazety Lekarskiej”

Młodym lekarzom świetne przygotowanie do wyborów dał protest rezydentów. Nauczyli się bardzo sprawnie komunikować między sobą. Poznali, co to znaczy działać w grupie i realizować wspólne cele. Doświadczenia te zostały przełożone na wiosenne zjazdy okręgowe. Trzeba przyznać, że efekty tych działań nie zawsze były pomyślne.

Przykładem może być Kraków, gdzie młodzi lekarze i lekarze dentyści promowali własnego kandydata na prezesa okręgowej rady lekarskiej. Po wygranej Roberta Stępnia, zwolennicy kontrkandydata zrezygnowali z ubiegania się o bycie członkiem okręgowej rady lekarskiej i delegatem na Krajowy Zjazd Lekarzy. Jedni mówili, że takie zachowanie to dziecinada, inni, że szkoda zapału i energii tych młodych ludzi. Kolejna opinia: świeże spojrzenie na sprawy krakowskiego samorządu byłoby bardzo korzystne.

Świadcami prawdziwej rewolucji personalnej byliśmy w Warszawie. Uczestniczyłem w zjeździe jako gość i mogłem na własne oczy oglądać sprawność organizacyjną i skuteczność wyborczą mazowieckich rezydentów. Andrzej Sawoni, który w minionej kadencji był prezesem, wiele zrobił dla warszawskiej izby. Przez wiele osób był bardzo pozytywnie oceniany. Oczywiście nie brakowało także głosów krytycznych. Na warszawskim zjeździe odniosłem wrażenie, że o wyborach decyduje fala, która ma przynieść zmiany personalne.

Mniej istotne okazały się być dotychczasowe zasługi, ważniejsze były nadzieje związane z osobą nową, Łukaszem Jankowskim, i jego pomysłami na przyszłość lekarskiego samorządu. Na Krajowym Zjeździe Lekarzy rewolucji nie było. Kandydatami na prezesa było trzech doświadczonych lekarzy samorządowców. Nowy prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, prof. Andrzej Matyja, przez dwie ostatnie kadencje kierował izbą krakowską. Z pewnością jedną z przyczyn jego sukcesu, obok doświadczenia, dobrej znajomości samorządu i przygotowania merytorycznego, była umiejętność zjednywania sobie ludzi. W tym ludzi młodych. Kolejnym powodem zwycięstwa Andrzeja Matyi, jest według mnie fakt, że nie był on blisko związany z osobami, które przez ostatnie osiem lat kierowały naszym samorządem na poziomie centralnym.

Nowo wybrany Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, Andrzej Wrona, będzie kontynuował pracę na tym stanowisku. Więcej o zamierzeniach obu panów mogą Państwo przeczytać w rozmowach „Gazety Lekarskiej”, które zostały przeprowadzone na gorąco, jeszcze podczas zjazdu (s. 8 i 10).

Wiele nowych osób jest w Naczelnej Radzie Lekarskiej. Zarówno w gronie prezesów izb okręgowych, jak i wśród osób wybranych podczas zjazdu. Mam nadzieję, że osoby te dostarczą samorządowi wiele pozytywnej energii i zapału do działań na rzecz lekarzy i lekarzy dentyistów. Pozytywne opinie zyskały przeprowadzone przez naszą redakcję relacja na www.gazetalekarska.pl online ze zjazdu i bieżący fotoreportaż – dziękujemy. ☺

MIGAWKA

➤ Maciej Hamankiewicz
– prezes NRL VII kadencji
i Andrzej Matyja wybrany
przez delegatów na XIV Krajowy
Zjazd Lekarzy na prezesa NRL
VIII kadencji.



FOTO: MARTA JAKUBIAK

E-recepty

W końcu kwietnia 2018 r. poinformowano o zamiarze przesunięcia terminu wyznaczonego wcześniej na 1 lipca 2018 r., od którego zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby mają być wystawiane w postaci elektronicznej. Prawie w tym samym czasie weszły w życie dwa ważne akty prawne, które przybliżają kolejny etap cyfryzacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

 **JAROSŁAW KLIMEK** Radca prawny OIL w Łodzi

Jest to ustawa z dnia 1 marca 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wprowadzeniem e-recepty (Dz.U. 2018 r., poz. 697) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2018 r. w sprawie recept.

Akty te mają zasadnicze znaczenie dla odejścia od papierowej formy wystawiania recept, jednak w samej treści recepty nie wprowadzają zmian. Zasadniczej zmianie uległa za to konstrukcja przepisów obu tych aktów. Z rozporządzenia zniknęły wszystkie przepisy, które regulowały prawa i obowiązki adresatów tych przepisów. Uznano, że są to kwestie, które powinny być regulowane ustawą i do ustawy zostały przeniesione. Rozporządzenie pozostało aktem regulującym czysto techniczne sprawy związane z wystawieniem i realizacją recept. Zmiany mają również porządkować systematykę przepisów, tak aby uniknąć w przyszłości problemów z ich interpretacją ze względu na niefortunne umiejscowienie w treści aktów.

Zgodnie z nowymi przepisami recepty mają być wystawiane w postaci elektronicznej lub jeszcze, w drodze wyjątku – w papierowej. Tradycyjna, papierowa forma recepty może być stosowana wyłącznie w sześciu sytuacjach: gdy nie ma dostępu do systemu teleinformatycznego służącego do ich wystawiania, recepty wystawianych pro auctore i pro familie, recept transgranicznych, recept dla osób o nieustalonej tożsamości, recept wystawianych przez osoby uprawnione będące obywatelami UE czasowo i okazjonalnie wykonującymi zawód w Polsce, recept na produkty, które nie są w Polsce dopuszczone do obrotu. Wskazać tu trzeba, że ustawa nie określa daty, od której tylko w tych sześciu sytuacjach będzie można wystawić receptę papierową. Stanie się tak w momencie, kiedy uruchomiony zostanie i udostępniony osobom uprawnionym system teleinformatyczny umożliwiający wystawianie e-recept. Jest za to jasno określony moment, od którego nie będą mogły

być wystawiane papierowe recepty pro auctore i pro familie. Jest to 31 grudnia 2025 r. Od tego dnia recepty dla wystawiającego i najbliższych będą wystawiane wyłącznie w formie elektronicznej.

Nowe regulacje wprowadzają zasady postępowania w przypadku zakończenia okresu zatrudnienia lub śmierci lekarza, utraty, kradzieży, sfalszowania, nieuprawnionego pozyskania druków recept. W takich przypadkach konieczne jest zawiadomienie właściwego oddziału NFZ, któremu – jeśli było to możliwe do ustalenia – podaje się numery takich recept. Po takiej informacji zostają one zablokowane, a apteki mają obowiązek odmowy wydania przepisanych na nich leków. Zniesiono również ograniczenie w ilości środków antykoncepcyjnych, jakie mogą zostać przepisane na pojedynczej recepcie, które wynikało z maksymalnego czasu ich stosowania. Teraz wszystkie produkty mogą być przepisywane na rok. Na receptach trzeba też będzie podawać kod uprawnień dodatkowych pacjenta (wcześniej przepisy nie przewidywały tego wprost, a jedynie ze wzoru recepty). Wprowadzono również bardziej rygorystyczne zasady korzystania z zapotrzebowań na produkty lecznicze. Trzeba będzie wskazywać, ilu pacjentom podano leki z poprzedniego zapotrzebowania, zapewnić, że były i będą one wykorzystane wyłącznie dla leczenia własnych pacjentów. Wszystko pod groźbą odpowiedzialności karnej.

E-recepty będą podpisywane kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePU-AP albo z wykorzystaniem systemu udostępnianego przez ZUS.

Zmieniono również przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Zgodnie z nowym brzmieniem art. 42 ust. 2 tej ustawy do wystawienia recepty niezbędnej do kontynuacji leczenia nie jest konieczna obecność pacjenta, jeśli wcześniej pacjent był zbadany przez lekarza osobiście lub za pośrednictwem systemów teleinformatycznych, lub systemów łączności. Poprzednia konstrukcja przepisów dopuszczała taką możliwość, kiedy pacjent był wcześniej zbadany osobiście przez lekarza. 



**Katarzyna
Strzałkowska**

Rzecznik prasowy
Naczelnej Izby
Lekarskiej

Organy odpowiedzialności

Grzegorz Wrona został wybrany przez delegatów XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy na Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Zastępcami NROZ zostali: Robert Adamowicz, Jacek Barański, Teresa Bieńko, Jacek Bierca, Maciej Cymerys, Krzysztof Dach, Wojciech Drozd, Anna Glińska, Piotr Gryglas, Artur Hartwich, Teresa Korta, Zbigniew Kuzyszyn, Andrzej Kuźawczyk, Krzysztof Lubecki, Włodzimierz Majewski, Krystyna Małecka-Kuźawczyk, Janusz Małecki, Teresa Matthews-Brzozowska, Ładysław Nekanda-Trepka, Mieczysław Orzeł, Karolina Pyziak-Kowalska, Marek Rybkiewicz, Anna Serafinowska-Kielczewska, Kazimierz Swoboda, Marek Szalkowski, Joanna Szeląg, Anna Tarkowska, Zofia Waryszewska-Chrzastek, Wanda Wenglarzy-Kowalczyk, Lech Żak.

Do składu Naczelnego Sądu Lekarskiego zostali wybrani: Włodzimierz Bednorz, Stanisław Bień, Marek Bukowski, Lech Chatkowski, Zygmunt Chojnacki, Danuta Daroszevska, Anna Dec, Jacek Fórmaniak, Tomasz Gorczyński, Marian Janowski, Ireneusz Juzala, Jacek Kacalak, Jacek Kocot, Waldemar Kostewicz, Wojciech Koźuch, Jerzy Kruszewski, Iwona Latos, Agnieszka Latoszek-Skierkowska, Grażyna Lesyng-Pawłowska, Wojciech Łącki, Mariola Łyczewska, Wojciech Malkowski, Jerzy Matkowski, Paweł Matysiak, Jacek Miarka, Sylwia Miernik, Piotr Minowski, Jerzy Nosarzewski, Leszek Orliński, Rafał Pędich, Ryszard Roztoczyński, Michał Telega, Piotr Winciunas, Joanna Wysokińska-Miszczuk, Krzysztof Zaorski, Wojciech Zelenay, Krzysztof Zieliński.

Przewodniczący NSL zostanie wybrany przez członków NSL na odrębnym spotkaniu. ○



Prof. Andrzej Matyja został wybrany przez delegatów XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy na prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej VIII kadencji. Do Naczelnej Rady Lekarskiej wybrani zostali: Jarosław Biliński, Michał Balsa, Jan Cieśliński, Andrzej Cisło, Artur Drobniak, Leszek Dudziński, Mieczysław Dziedzic, Jerzy Friediger, Ryszard Golański, Mariusz Goniewicz, Maciej Hamankiewicz, Dariusz Hankiewicz, Bożena Hoffman, Tomasz Imiela, Jerzy Jakubiszyn, Mariusz Janikowski, Przemysław Janusz, Łukasz Jasek, Marek Jodłowski, Zyta Kaźmierczak-Zagórska, Ryszard Kępa, Janusz Kłoczko, Krzysztof Kordel, Jan Kowalczyk, Jacek Kozakiewicz, Romuald Krajewski, Grzegorz Krzyżanowski,

Małgorzata Lindorf, Krzysztof Madej, Krzysztof Marchewka, Michał Matyszewski, Grzegorz Mazur, Marta Moczydłowska, Anita Pacholec, Dariusz Paluszek, Damian Patecki, Tomasz Romańczyk, Agnieszka Ruchała-Tyszler, Mikołaj Sinica, Janusz Spustek, Radosława Staszak-Kowalska, Alina Stępnik-Mardzyńska, Robert Szczepara, Jolanta Szczurko, Jacek Tętnowski, Iwona Świętkowska, Bartosz Urbański, Andrzej Wojnar, Łukasz Wojnowski, Jacek Woszczyk.

Naczelna Rada Lekarska liczy 75 osób. W jej skład wchodzi oprócz osób wybranych na zjeździe prezesi okręgowych rad lekarskich i Wojсковей Rady Lekarskiej. ○



◀ **Przedstawiciel
Prezydenta RP
prof. Piotr
Radziszewski
wręczył
odznaczenia
państwowe.**



Odznaczenia państwowe

Decyzją Prezydenta RP działacz samorządu lekarskiego otrzymali następujące odznaczenia państwowe: lekarz Stefan Sobczyński Złoty Krzyż Zasługi, lekarz dentysta Anna Lella Srebrny Krzyż Zasługi, lekarz Dorota Orlicka Srebrny Krzyż

Zasługi, lekarz Artur de Rosier Medalem Srebrnym za Długoletnią Służbę. Odznaczenia zostały wręczone na XIV Krajowym Zjeździe Lekarzy przez przedstawiciela Prezydenta RP Piotra Radziszewskiego oraz ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego. ○



Więcej na
www.gazetalekarska.pl

))) NKR i KKW

Wyborem delegatów XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy do Naczelnej Komisji Rewizyjnej weszli:

Grzegorz Antkowski, Maciej Borowiecki, Paweł Gruenpeter, Stanisław Hapyn, Jarosław Król, Piotr Laszka, Jacek Mazur, Jolanta Orłowska-Heitzman, Filip Płuzański, Joanna Rzodkiewicz, Paweł Sobieski, Anna Starzyńska, Halina Teodorczyk, Anna Wilmowska-Pietruszyńska, Elżbieta Wojnarowicz.

Do Krajowej Komisji Wyborczej zostali wybrani: Paweł Barucha, Karina

Buxakowska, Maria Dura, Mariusz Janikowski, Marek Jodłowski, Wojciech Kądz, Włodzimierz Kardas, Zyta Kaźmierczak-Zagórska, Jacek Kotuła, Mariusz Malicki, Krzysztof Marchewka, Ładysław Nekanda-Trepka, Jolanta Orłowska-Heitzman, Dorota Radziszewska, Stefan Sobczyński, Paweł Susłowski, Krzysztof Tuszyński, Łukasz Tysler, Jarosław Wanecki, Anna Zmysłowska.

Przewodniczący NKR i KKW zostaną wybrani na odrębnych spotkaniach. ○

))) Meritus Pro Medicis

Najwyższe odznaczenie „Meritus pro Medicis”, nadawane szczególnie zasłużonym dla samorządu lekarskiego, odebrali podczas XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy: lekarz Robert Adamowicz, lekarz i lekarz dentysta Halina Borgiel-Marek, lekarz Roman Budziński, lekarz Grażyna Lesyng-Pawłowska, lekarz Grzegorz Mazur, lekarz dentysta Anna Serafinowska-Kiełczewska, lekarz dentysta Jolanta Smrekowska-Mokrzycka, lekarz dentysta Anna Śpiałek, lekarz Zygmunt Ziółkiewicz. Odznaczenie dla lekarza dentysty Marty Rodziewicz-Kabarowskiej nieobecnej na Zjeździe odebrała Jolanta Smrekowska-Mokrzycka. Odznaczenie nadane pośmiertnie lekarzowi Tadeuszowi Wencłowi odebrała rodzina. Odznaczenie dla śp. Andrzeja Podoleckiego zostało wręczone 17 lutego 2018 r. w obecności rodziny i przyjaciół. ○

))) Hominem Inveni

Medal im. Dr. Władysława Biegańskiego „Hominem Inveni” przyznawany osobom lub instytucjom zaangażowanym w działalność społeczną lub filantropijną ukierunkowaną na niesienie bezinteresownej pomocy i wsparcia potrzebującym otrzymali: lekarz Anna Byrczek, lekarz Ryszard Kępa, lekarz Barbara Kopczyńska, Stowarzyszenie Użytkowników Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej oraz Ich Rodzin i Przyjaciół „Feniks” w Kołobrzegu. ○

))) Recepty — apel do MZ

Prezydium NRL zaapelowało do Ministra Zdrowia o pilną analizę przepisów dotyczących wystawienia recepty. Zdaniem Prezydium NRL wprowadzone przepisami ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wprowadzeniem e-recepty oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2018 r. w sprawie recept, rozwiązania dotyczące wystawiania recepty, w szczególności zakresu zamieszczanych na nich informacji są niejasne i budzą wątpliwości interpretacyjne. Skutkiem tych niejasności są powtarzające się sytuacje, w których pacjenci nie otrzymują w aptece potrzebnego im leku. Sytuacje takie zdarzają się również w przypadkach, gdy recepta wystawiona została zgodnie z wymogami wynikającymi z powyższych przepisów. ○

))) Odszedł prof. Łukasz Kulczycki

W wieku 107 lat z lekarskiego grona odszedł prof. Łukasz Kulczycki – lekarz integrujący polonijne środowisko medyczne w Ameryce z Polską. Od 1952 r. współpracował m.in. ze Związkiem Lekarzy Polskich w Chicago. Odznaczony Medalem „Gloria Medicine” przez Polskie Towarzystwo Lekarskie. ○

))) Kadencja OIL 2018-2022

Wybory na VIII kadencję izb lekarskich dobiegły końca. 21 kwietnia odbył się ostatni z okręgowych zjazdów sprawozdawczo-wyborczych: Okręgowej Izby Lekarskiej w Bydgoszczy. Na prezesa ORL wybrano lekarza Marka

Bronisza, na okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej lekarza Elżbietę Narolską-Wierczewską. Pełna lista w poprzednich numerach „GL” oraz na stronie www.nil.org.pl w zakładce „wybory w OIL”. ○

))) Sportowcy Roku

Lekarzami sportowcami roku 2017 zostali: w kategorii kobiet Anna Jurkiewicz-Śpiewak, w kategorii mężczyzn Barnaba Pustelniak. Wyróżnienie otrzymał Stanisław Świerad. Najlepszą drużyną została reprezentacja piłkarska OIL w Gdańsku: Mateusz Czajkowski

(kapitan), Bartosz Woźniak, Błażej Borowy, Nerijus Prusinowski, Mikołaj Mielke, Andrzej Kadyłak, Marek Grabowski, Michał Zapaśnik, Bartek Wieczorek, Damian Łupiński, Maciej Niedźwiecki, Wojciech Bruzdowicz, Wojciech Babiński, Konrad Szydłowski. ○

))) Osoby niepełnosprawne

W związku z trwającym kilkadziesiąt dni w Sejmie RP protestem prowadzonym w imieniu osób niepełnosprawnych Prezydium NRL wyraziło zrozumienie dla sytuacji osób o znacznym stopniu niepełnosprawności i zwróciło się z apelem do Prezesa Rady Ministrów o niezwłoczne podjęcie rzeczowych rozmów zmierzających do zbliżenia stanowisk i rozwiązania problemu. Prezydium NRL podjęło także stanowisko w sprawie projektu ustawy o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności, wnosząc uwagę dotyczącą prawa do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej. Zdaniem Prezydium NRL jeden z zapisów projektu może skutkować znacznym ograniczeniem

dostępności do świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza, w szczególności w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, dla innych grup świadczeniobiorców, ze względu na nielimitowany dostęp do ww. świadczeń przez świadczeniobiorców posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności. W uzasadnieniu uwagi Prezydium NRL podało m.in. dane GUS, wg których liczba osób z orzeczoną znaczną stopniem niepełnosprawności w roku 2014 wyniosła 1062,8 tys. w skali Polski (źródło: Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r. GUS, Warszawa 2016). Odsetek osób niepełnosprawnych prawnie w skali kraju wynosi około 11 proc., z czego ok. 1/3 ma orzeczoną znaczny stopień niepełnosprawności. ○

Jedność i godność

Z prof. **Andrzejem Matyją**, prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej, rozmawiają **Ryszard Golański** i **Marta Jakubiak**.

GL
WYWIAD

GL Gratulujemy. XIV Krajowy Zjazd Lekarzy zdecydował, że to pan będzie stał na czele samorządu. Czym jest dla pana objęcie funkcji prezesa i jaki cel wyznaczył pan sobie na początek?

To olbrzymi zaszczyt, że przedstawiciele środowiska lekarskiego wybrali mnie do pełnienia tej funkcji. Jednocześnie mam świadomość, jaka ciąży na mnie odpowiedzialność z tym związana. Chciałbym przede wszystkim, aby samorząd i izby lekarskie przestały kojarzyć się lekarzom jedynie z obowiązkiem uiszczania składki, aby każdy lekarz, będąc członkiem samorządu, czuł, że jest to jego organizacja, jego izba. Moją misją będzie stworzenie takich warunków, by lekarz mógł przyjść z każdą sprawą, zwłaszcza w trudnych sytuacjach życiowych, a izba będzie mogła mu pomóc. Drzwi na Sobieskiego 110 są otwarte dla każdego lekarza.

Nie mogę obiecać, że każdy postulat, z różnych powodów, będzie zrealizowany. Postaram się jednak, by główne problemy, które dotyczą naszego środowiska, a więc gwarancji bezpiecznego wykonywania zawodu, zostały rozwiązane. Chciałbym także zburzyć sztucznie wytworzone podziały, które są wygodne zwłaszcza dla decydentów, jak bastion POZ, AOS czy szpitalników. Naszym obowiązkiem jest integrowanie środowiska, a nie podpalanie i ciągnięcie kołdry w różne strony.

GL Swego czasu stomatolodzy postulowali, by dokonać podziału samorządu na odrębne izby: lekarzy i lekarzy dentystów...

Siła naszego samorządu jest w jedności. Wiem, że wykonywanie zawodu przez lekarzy i lekarzy dentystów różni się w pewnych obszarach. Chciałbym zachować pełną autonomię stomatologów i uszanować wszystkie ich postulaty, jeżeli dotyczą tylko i wyłącznie środowiska lekarzy dentystów. Gwarantuję, że będę reprezentował ich suwerenny głos. Na pewno nie chciałbym ich pouczać.

GL Ile będzie kontynuacji działań samorządu z poprzedniej kadencji, a co zamierza pan zmienić?

Będę przede wszystkim dążył do zmiany wizerunku lekarza i samorządu lekarskiego wewnątrz naszej korporacji zawodowej. W 1989 r., kiedy tworzone izby lekarskie w Polsce, panował niewiarygodny entuzjazm związany z ich powstaniem. Przez lata, w związku ze słabością

interwencyjności, wygasł. Zainteresowanie lekarzy działalnością samorządu stawało się coraz mniejsze, a działania jego liderów oceniane były źle. Chciałbym dotrzeć do lekarzy i zmienić sposób komunikowania się z nimi.

Nie będę mówić o całym programie, który mam już ułożony, ale na pewno jest w nim samorząd lekarski działający nie jako Naczelna Rada Lekarska i jej prezes. Samorząd to okręgowe rady lekarskie. To tam jest prawdziwa samorządność, tam decydują się losy lekarzy. Chciałbym, aby Naczelna Rada Lekarska i jej prezes byli spoiwem pomysłów okręgowych rad lekarskich. Realizację tych pomysłów uważam za swój obowiązek. Dla dobra każdego lekarza i lekarza dentysty.

Będę kontynuować dotychczasową działalność moich poprzedników, ale zamierzam też proponować nowe działania mające na celu zapewnienie godnej i godziwej pracy lekarzy. I nie chodzi wyłącznie o podnoszenie ich wynagrodzeń. Lekarz musi pracować w godnych warunkach i godnie realizować przysięgę Hipokratesa. To moje kluczowe cele.

GL W jaki sposób zamierza pan te cele realizować?

Na pewno będę dążył do zmiany finansowania ochrony zdrowia. Kiedy powstawały kasy chorych, domagaliśmy się 11 proc. PKB. Przedstawiciele rządu przekonywali nas, że to, co proponują, czyli 7 proc. PKB, to jest to nasze 11 proc. Tak przedstawiali słupki i matematykę, że wychodziło im, iż 7 i 11 są tożsame. Gdyby wówczas posłuchali naszych postulatów i przyjęli, że składka na zdrowie co roku będzie rosła, dziś bylibyśmy w innym miejscu.

Nie ma i nie będzie bezpieczeństwa przy takim poziomie finansowania opieki zdrowotnej, jaki jest obecnie. Chciałbym jak najszybciej spotkać się z decydentami, z ministrem zdrowia, i porozmawiać o rozwiązaniu problemów, które mamy, byśmy mogli powiedzieć, że wspólnie znaleźliśmy rozwiązanie, jak osiągnąć 6 proc. PKB na zdrowie w krótszym czasie, niż zapisano w ustawie. Myślę, że gdyby dobrze policzyć i potraktować zdrowie jako inwestycję, a nie koszt, to podobnie jak w przypadku każdej inwestycji, rozciąganie w czasie jej realizacji jest dużo bardziej kosztowne, niż skrócenie tego czasu do minimum.

Gdybyśmy potrafili wspólnie wynegocjować dodatkowe środki, byłoby to z korzyścią dla wszystkich. Mam nadzieję, że uda nam się wskazać, gdzie można je znaleźć

STANOWIMY JEDEN SAMORZĄD. PROBLEM REZYDENTÓW JEST PROBLEMEM NAS WSZYSTKICH.

i wejdą do systemu jeszcze przed rokiem zagwarantowanym w ustawie, by w 2024 r. osiągnąć poziom finansowania podobny do tego, jaki jest w krajach zachodniej Europy.

GL O zwiększenie nakładów walczyli też rezydenci. Czy samorząd nadal będzie ich wspierał, by zapisane w porozumieniu z ministrem obietnice zostały spełnione?

Uważam, że skoro porozumienie podpisują dwie strony, to są zobowiązane do jego realizacji. Moim obowiązkiem będzie dopilnowanie, aby zapisy, które znalazły się w tym dokumencie, były zrealizowane. Jeśli złożenie podpisu miało tylko i wyłącznie charakter polityczny, chodziło tylko o uspokojenie sytuacji, to porozumienia nie ma.

Stanowimy jeden samorząd. Problem rezydentów jest problemem nas wszystkich. Każdą rzecz, która będzie potrzebna – wsparcie finansowe, organizacyjne, prawne – musimy im zapewnić. Rezydenci są członkami naszej korporacji zawodowej jak każdy inny lekarz. Władza od lat próbuje nas dzielić, dlatego powiem raz jeszcze: jesteśmy jednym samorządem, nie ma rezydentów, specjalistów, lekarzy AOS, POZ, szpitalników i innych. Środowiska nie można dzielić.

GL W Polsce lekarzy jest za mało. Co myśli pan o koncepcji rządu, by otworzyć się na medyków zza naszej wschodniej granicy?

Od lat wielokrotnie już mówiliśmy, że czeka nas luka pokoleniowa. Nikt z decydentów nas nie słuchał. Do rządzących ten głos dotarł dopiero teraz. Niestety.

Luka pokoleniowa, która powstała przez ostatnie lata, spowodowała, że lekarzy jest za mało i są oni, tak jak nasze społeczeństwo, coraz starsi. Ludzie żyją dłużej, ale chcielibyśmy żyć zdrowo, dlatego będzie potrzebna coraz większa liczba lekarzy. Nie da się ich wyprodukować i wprowadzić do zawodu z dnia na dzień. Uważam, że pomysł ze sprowadzeniem lekarzy ze Wschodu jest pomysłem złym. Rozumiem, że rząd zakłada, iż każdy lekarz, który przyjedzie do Polski, niezależnie od kraju pochodzenia, będzie tak wykształcony jak lekarz polski. Gdyby tak było, nie widzę przeszkód. Ale tak nie jest.

Jako samorząd jesteśmy zobowiązani, by dbać o prawidłowe wykonywanie zawodu lekarza. Nie możemy narażać naszych pacjentów na dopuszczanie do pracy osób niedokształconych. Jeżeli ktoś przejdzie



^ Andrzej Matyja: – Będę kontynuować dotychczasową działalność moich poprzedników, ale zamierzam też proponować nowe działania mające na celu zapewnienie godnej i godziwej pracy lekarzy.

procedury, które są obowiązkowe dla polskich lekarzy, jesteśmy otwarci, by stał się członkiem naszej rodziny lekarskiej.

GL Czy samorząd będzie też włączał się w obszary dotyczące kształcenia polskich lekarzy?

Lekarze jako jedna z niewielu grup zawodowych są zobligowani aktami prawnymi do podnoszenia swojej wiedzy i umiejętności. Mamy obowiązek zdobywania punktów edukacyjnych. Chciałbym promować tych lekarzy, którzy realizują ten obowiązek. Urzeczywistnić programy nauczania w kształceniu podyplomowym. Wielokrotnie mówiliśmy o przejściu systemu kształcenia przez samorząd. Chciałbym kontynuować tę wizję. Wiem, że to wymaga dużego nakładu pracy, ale jesteśmy do tego już częściowo przygotowani. Uważam, że kształcenie podyplomowe, specjalizacyjne i kształcenie ustawiczne lekarzy jest bardzo ważnym elementem działalności samorządu.

GL Będzie pan starał się pogodzić obowiązki prezesa i lekarza?

Jestem chirurgiem i nadal chcę nim pozostać. Mam świadomość, że prezesem się bywa, a lekarzem jest się przez całe życie. Mam nadzieję, że moi zwierzchnicy pozwolą mi zaplanować pracę tak, bym mógł godzić wykonywanie zawodu z pełnieniem funkcji prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej. Wierzę, że można to zrobić. ○

Niezwykłe ważna i delikatna materia

Z **Grzegorzem Wroną**, Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej, rozmawiają **Ryszard Golański** i **Marta Jakubiak**.

GL
WYWIAD

GL Gratulujemy. XIV Krajowy Zjazd Lekarzy zdecydował, że kolejną kadencję będzie pan pełnił funkcję Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Jakie wnioski z minionej kadencji przełożył pan na obecną?

Nowelizując ustawę o izbach lekarskich w roku 2009, przewidzieliśmy na pracę na stanowiskach funkcyjnych maksymalnie osiem lat. Wydaje mi się, że każdy, kto obejmuje funkcję w samorządzie, musi przygotować program na taki właśnie czas. Ja to zrobiłem. Cztery lata doświadczeń na tym stanowisku nakazują mi kontynuować już podjęte, a istotne dla naszego środowiska tematy.

Najistotniejszą według mnie rzeczą, której oczekują od nas wszystkie strony postępowania wyjaśniającego, a oczekiwać powinni przede wszystkim nasi koledzy lekarze, to sprawne przeprowadzanie postępowań. Wyznaczyliśmy sobie granicę maksymalnie 6 miesięcy na sprawę, a w sytuacjach nadzwyczajnych – 12. Z przykrością muszę stwierdzić, że wciąż nie wyrabiamy się w czasie. Także ja sam często występuję do Naczelnego Sądu Lekarskiego o zgodę na wydłużenie postępowania.

Po doświadczeniach minionej czteroletniej kadencji musimy znowu pochylić się nad tym tematem i zastanowić po pierwsze, dlaczego tak się dzieje, a po drugie – co trzeba zmienić, żeby było inaczej – lepiej, sprawniej.

GL No właśnie, dlaczego tak się dzieje?

Nowelizując ustawę o izbach lekarskich, bardzo dużo zmieniliśmy również w temacie orzecznictwa. Po pierwsze, stroną postępowania stał się pokrzywdzony i otrzymał swoje prawa, których ja jako rzecznik muszę dochowywać. Wprowadziliśmy również drugą stronę postępowania, czyli lekarza, którego postępowanie dotyczy. Jesteśmy jedynym samorządem zawodowym, który taką stronę wpisał, razem ze wszystkimi jej uprawnieniami.

Po drugie, trzeba pamiętać, że badamy niezwykle ważną i delikatną materię. Tu nie wolno podejmować decyzji, nie wysłuchawszy wszystkich stron, bez uzyskania odpowiedzi na wszystkie pytania. Jako Naczelnny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej jestem obrońcą godności zawodu lekarza. Nie mogę dopuścić do tego, żeby koledzy lekarze i lekarze dentyści byli niesłusznie karani za czyny, które nie są przewinieniem zawodowym.

GL Jaka nomenklatura używana jest w stosunku do lekarza przed sformułowaniem przez rzecznika wniosku o ukaranie?

Różnica między lekarzem, którego dotyczy postępowanie, a obwinionym, jest zasadnicza. Obwiniony został zdefiniowany w ustawie – to osoba, w stosunku do której rzecznik odpowiedzialności zawodowej wydał postanowienie o przedstawieniu zarzutów. Zanim tak się stanie, jest to podmiot niezdefiniowany. Jeżeli nie prowadzę postępowania wyjaśniającego w stosunku do lekarza RG, to wzywam go jedynie w charakterze świadka. Ale jeśli złożona skarga dotyczy lekarza RG, to przecież wyjaśniane okoliczności będą przede wszystkim jego dotyczyć – jego – czyli lekarza, którego postępowanie dotyczy. Nie wolno jednak zapominać, że to rzecznik ma dowieść, że zostało popełnione przewinienie zawodowe lub takiego przewinienia nie było, a nie lekarz.

GL Mówi się, że obejmując ten urząd cztery lata temu, wprowadził pan rewolucję. Na czym ona polegała?

Ustaliliśmy, że organ rzecznika odpowiedzialności zawodowej jest organem jednoosobowym. To wynika z ustawy i historii orzecznictwa w zakresie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Prezes sądu lekarskiego jest upoważniony do jednoosobowego podejmowania decyzji, ale jedynie administracyjnych. Orzekanie to zadanie dla składu kolegiального. Rzecznik nie orzeka kolegialnie.

Wobec powyższego pełnienie funkcji rzecznika wiąże się z jednoosobową odpowiedzialnością. To wynika też z substancji wyborczej. Na krajowym zjeździe lekarzy wybierane są dwie osoby: Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej. Moi wielcy poprzednicy, podkreślam to – wielcy, nie chcąc brać na siebie jednoosobowej odpowiedzialności, dyskutowali te bardzo trudne decyzje o ewentualnym przewinieniu zawodowym w szerszym gronie, powoływali mniejsze albo większe zespoły. My orzekamy jednoosobowo.

Jest jeszcze jedna kwestia. Chronimy godność zawodu lekarskiego. Od nas nie mają prawa wyciec żadne informacje. Nasze postępowanie jest niejawne. Dopiero od momentu rozpoczęcia postępowania w sądzie lekarskim obowiązuje zasada jawności. To była rewolucja. Na początku były wątpliwości.



GL Jak układała się współpraca z okręgowymi rzecznikami odpowiedzialności zawodowej?

Staram się, i chyba udaje mi się to robić, szanować samodzielność ich pracy. Jednak wszystkie sprawy dotyczące używania przez lekarzy środków odurzających objąłem nadzorem.

GL Dlaczego?

Bo chcę mieć wiedzę, jak te sprawy się toczą. Są sytuacje, kiedy rzecznicy sami zwracają się do mnie, żebym to ja poprowadził postępowanie. Wielu z nich dostrzegło, że niejednokrotnie jest to korzystne dla sprawy i dla lekarza. Zawsze jadę tam, gdzie mnie zapraszają. Dziękuję za te zaproszenia wszystkim rzecznikom. W kilku miejscach poproszono mnie o koleżeńskie interwencje, bo widziano możliwość poprawienia czegoś.

Cztery lata temu powiedziałem, że rzecznicy odpowiedzialności zawodowej nie są prokuratorami i nigdy nie będą. Oni nie walczą z ludźmi, ale walczą z patologią. Najwyższą wartością, której mamy bronić, jest Kodeks Etyki Lekarskiej. Drugą wartością są przepisy zawarte w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Jest jeszcze jedna rzecz: XIV Krajowy Zjazd Lekarzy przyjął uchwałę określającą wytyczne na najbliższe cztery lata. Prezes NRL i NROZ są zobowiązani, by dopilnować ich realizacji.

▲ **Grzegorz Wrona: – Jako Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej jestem obrońcą godności zawodu lekarza.**

GL Jaki będzie zatem najważniejszy cel do realizacji w tej kadencji?

Obrona godności zawodu lekarza poprzez znajdowanie patologii i próbę zapobiegania im.

GL Dlaczego współpraca Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej jest ważna?

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej musi w pełnym zakresie współpracować z prezesem NRL. Ja taką współpracę i zaufanie deklaruję. Pamiętajmy, że zadaniem samorządu jest sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu lekarza. Tylko wspólnie możemy tę pieczę sprawować należycie.

Nowy prezes deklaruje, że chciałby, aby samorząd zajął się również kształceniem lekarzy oraz nadzorowaniem ich doskonalenia zawodowego. Dwoma rękami podpisuję się pod tym planem. Mam jednocześnie świadomość, że składając swój podpis, na mnie i moich kolegów rzeczników nakładam nowy obowiązek. Lekarz jest zobowiązany do postępowania zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dlatego prowadząc swoje postępowania, będę musiał prosić lekarza nie tylko o prawo wykonywania zawodu, ale też zaświadczenie o dopełnieniu obowiązku doskonalenia zawodowego.

Pamiętajmy, że to, co uchwali Naczelna Rada Lekarska, dla rzecznika staje się przepisem. Jej kompetencje uznał także Sąd Najwyższy, który powiedział, że opinia Rady jest ponad opiniami biegłych. To opinię NRL uznał jako wiążącą, rozstrzygając jedno z postępowań.

GL Czy wzrasta liczba skarg na lekarzy?

Utrzymuje się na podobnym poziomie. Od 3-4 lat do rzeczników wpływa około 3-3,5 tys. wniosków rocznie. Około 10 proc. z nich kończy się wnioskiem o ukaranie i trafia do lekarskich sądów. Rzecznicy naprawdę rzetelnie przykładają się do wyjaśnienia spraw, ale chciałbym też, żeby ta rzetelność była połączona z bardzo wysoką płynnością.

GL Co będzie wyzwaniem dla rzecznika?

Nie unikniemy elektronizacji. To chyba będzie największe wyzwanie i największy problem. Musimy mieć bezpieczny dostęp do sieci z zachowaniem wszelkich zasad poufności. W sieci będą przecież nie tylko akta, ale będą prowadzone na odległość przesłuchania. Do tego nie wystarczy komunikator typu skype. By takie przesłuchanie mogło być przeprowadzone, musi być odpowiednie pomieszczenie, bezpieczne łącze, pracownik, który jest certyfikowanym gwarantem bezpieczeństwa. I to po dwóch stronach. Takie wymogi nakłada jedno z rozporządzeń Ministra Sprawiedliwości. To będzie zmiana najważniejsza także dla sądów.

GL Kiedy ta zmiana ma się dokonać?

Jeszcze w tej kadencji. Pamiętajmy, że rozstrzygamy niezwykle ważne sprawy dla członków samorządu zawodu zaufania publicznego. Dlatego już teraz zadaję pytanie, czy ja i moi koledzy jesteśmy na to gotowi? ()

PAMIĘTAJMY, ŻE TO, CO UCHWALI NACZELNA RADA LEKARSKA, DLA RZECZNIKA STAJE SIĘ PRZEPISEM. JEJ KOMPETENCJE UZNAŁ TAKŻE SĄD NAJWYŻSZY.

Lekcja Alfiego Evansa



Sławomir Badurek

Diabetolog, publicysta medyczny

Ogromne emocje wzbudziła w Polsce sprawa Alfiego Evansa. Śledząc medialne relacje, a szczególnie komentarze, zawładnęło mną silne przekonanie, że każdy widział dokładnie to, co chciał.

Antyszczepionkowcy dostrzegli w Alfim ofiarę przymusu szczepionkowego, prawnicy wieszczili o triumfie cywilizacji śmierci, zwolennicy lewicy nie szczędzili krytyki kościołowi, który ich zdaniem zachęcał do przedłużania męczarni chłopca, zewsząd sypały się gromy na bezduszny sąd i w jeszcze większym stopniu na lekarzy, oskarżanych o eutanazję, prowadzenie na malcu eksperymentów, tudzież chęć sprzedaży jego organów.

Pełna emocji wymiana zdań zepchnęła na dalszy plan główną oś sporów, czyli granice władzy rodziców i państwa. Różne padały opinie, ale bez ryzyka można przyjąć tezę, że w Polsce nie ma społecznego przyzwolenia, by w takich przypadkach, jak ten Alfiego, to sąd, a nie rodzice podejmował najważniejsze dla dziecka decyzje. Wiele było głosów, jak to jest możliwe w Anglii. Z pewnością tylko niektórzy w naszym kraju wiedzą, że od prawie trzydziestu lat w Wielkiej Brytanii obowiązuje Children's Act, który daje państwu możliwość interwencji, gdy zagrożone są prawa dziecka, w szczególności jego życie. Children's Act, jak i podobne regulacje ograniczające władzę rodziców, obowiązujące w wielu wysoko rozwiniętych krajach, nie wzięły się znikąd. Jeśli na Zachodzie około połowa małżeństw rozpada się w pierwszym roku, a wiele dzieci rodzi się z krótkotrwałych związków, to nic dziwnego, że wsparci paragrafami urzędnicy wchodzą w buty rodziców. Sam nie mam wątpliwości, że w zdecydowanej większości przypadków rodzice o wiele lepiej od biurokratów wiedzą, co jest lepsze dla ich dzieci. Dlatego ułomnością brytyjskiego prawa jest, w mojej ocenie, możliwość ograniczania władzy rodzicielskiej, kiedy jest to zupełnie niepotrzebne. Tak jak w sprawie Alfiego.

Doceniam wysiłki lekarzy z Liverpoolu, którzy przez wiele miesięcy toczyli bój o życie chłopca, konsultując się z „całym światem”, ale nie rozumiem, dlaczego nie zezwolili oni rodzicom Alfiego zabrać go tam, gdzie chciano nadal się nim opiekować. Nie trafia do mnie argument o cierpieniach chłopca związanych z dalekim transportem i koniecznością ponownego podłączenia go do respiratora. Nawiasem

mówiąc, niedługo przed śmiercią Alfiego rodzice zrezygnowali z podróży do Watykanu i chcieli zabrać syna do domu. Nie przekonuje mnie uzasadnienie, jakoby rodzice Alfiego chcieli, przedłużając mu za wszelką cenę życie, ukończyć swój ból i brak akceptacji dla tragicznej diagnozy. Proszę sobie wyobrazić dorosłego chorego w terminalnym stadium nowotworu, którym opiekujemy się w hospicjum. Czy jeśli ów chory, z różnych względów, łącznie z takimi, które wydają się nam irracjonalne, poprosiłby o wypis do domu lub przeniesienie do innej, podobnej placówki, gdzie chętnie by go przyjęto, byłibyśmy w stanie mu odmówić? Czy zasłanilibyśmy się jego dobrem, a widząc, że obstaje przy swoim, wystąpilibyśmy do sądu z wnioskiem o ubezwłasnowolnienie? I wreszcie, jak byśmy się czuli, widząc, że naszego hospicjum strzeże dzień i noc kordon policjantów pilnujących, by nieposłuszny podopieczny nie zdołał go opuścić?

W Liverpoolu mieliśmy do czynienia z przypadkiem utraty zaufania do lekarzy przez rodziców hospitalizowanego dziecka. To, jak doskonale wiemy, zdarza się nie tylko na Wyspach, ale i na co dzień w wielu polskich szpitalach. Wzajemna ufność w relacjach lekarz-pacjent to bardzo delikatna materia, która łatwo się rwie. Współcześnie dużo łatwiej niż kiedyś. Dzięki temu, co zwykliśmy, nieraz mocno na wyrost, nazywać postępem i nowoczesnością, do pacjentów i ich bliskich dochodzi coraz więcej podszeptów, by lekarzom nie ufać. Wielki w tym udział mediów, z internetem na czele, żyjących ze skrajności, tj. opowiadania o ciemnych stronach medycyny i rzekomo cudownych metodach leczenia. Z naszej perspektywy, łączące nas z pacjentami relacje zakłócają twórcy prawa, wymuszający, byśmy przed każdą decyzją analizowali, czy przypadkiem sobie nie zaszkodzimy. Wspomnieć należy o działaniach organizatorów systemu ochrony zdrowia, formalizujących do granic absurdu nasze kontakty z pacjentami. Zdarza się również, że sami przykładamy zbyt małą wagę do rozmów z chorymi i ich bliskimi. Nie wiem, który z wymienionych czynników miał kluczowe znaczenie w przypadku Alfiego Evansa i po czyjej stronie było więcej racji. Tak naprawdę nie jest to istotne, bo zaufanie między lekarzem a pacjentem (jego opiekunem prawnym) to podstawowy warunek kontynuowania terapii lub opieki w danym ośrodku. ○

XIV Krajowy Zjazd Lekarzy



Lucyna
Krysiak

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

Bieżąca kadencja samorządu lekarskiego będzie przebiegała pod znakiem wielu trudnych i kontrowersyjnych zmian zachodzących w ochronie zdrowia.



Jaki wpływ na te zmiany będzie miał samorząd lekarski? W jakim stopniu będzie współuczestniczył w pracach legislacyjnych dotyczących sektora opieki zdrowotnej? Czy zdoła na tyle umocnić swoją pozycję, aby liczyli się z nim politycy i z petenta stał się ich partnerem?

Czy uda się wpłynąć na rządzących, aby przyspieszyli deklarowany wzrost nakładów na ochronę zdrowia do 6 proc. PKB i zrealizowali wszystkie postulaty Porozumienia Rezydentów?

Na te i inne pytania trudno odpowiedzieć wprost. Jednak 400 delegatów z całego kraju podczas odbywającego się 25-26 maja w Warszawie Sprawozdawczo-Wyborczego XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy i Lekarzy Dentystów, oddając głosy na osoby zdeklarowane działać w tym kierunku, uwierzyło, że osiągną one zamierzone cele.

W OBLICZU ZMIAN

To był ważny zjazd – z jednej strony rozliczał poprzednią ekipę z wykonania założonych zadań, dokonywał

wyboru nowych władz, a także wytyczał nowe kierunki działań na bieżącą, VIII już kadencję działalności samorządowej na szczeblu centralnym. O randze tego wydarzenia świadczyła obecność na otwarciu wielu znamienitych gości, m.in. marszałka Senatu Stanisława Karczewskiego, ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego, prof. Piotra Radziszewskiego z Narodowej Rady Rozwoju przy prezydencie RP czy metropolity warszawskiego kard. Kazimierza Nycza, który odprawił też mszę świętą w intencji zjazdu w kościele pod wezwaniem Zwiastowania

217 GŁOSAMI ODDANYMI PRZEZ DELEGATÓW WYBORY WYGRAŁ PROF. ANDRZEJ MATYJA I ZOSTAŁ NOWYM PREZESEM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ. NA PROF. ROMUALDA KRAJEWSKIEGO ODDANO 129 GŁOSÓW, A NA KRZYSZTOFA KORDELA – 49. WYBORY ODBYWAŁY SIĘ W ATMOSFERZE PODNIECENIA I ZMĘCZENIA, TRWAŁY DO GODZ. 3.00 NAD RANEM.



Fotorelacja na
www.gazetalekarska.pl



Pańskiego w Warszawie. Stanisław Karczewski, życząc owocnych obrad, w swojej wypowiedzi przestrzegał, aby niezależnie od okoliczności, piastowanych funkcji, zajmowanych stanowisk zawsze pamiętać o tym, że jest się lekarzem i aby kwestie związane z wykonywaniem tego zawodu stawiać na pierwszym miejscu. – Politykiem się bywa, lekarzem jest się do końca życia – podkreślił, gratulując jednocześnie samorządowi lekarskiemu skutecznych działań na rzecz przywrócenia stażu podyplomowego. Od miesięcy, głównie za sprawą protestu Porozumienia Rezydentów, głośno jest o konieczności podniesienia nakładów na lecnicstwo, które ma pomóc rozwiązać zarówno problemy związane z warunkami pracy i płacy lekarzy, jak i skróceniem kolejek do specjalistów i szpitali na planowane zabiegi. Minister Zdrowia Łukasz Szumowski, mówiąc o zmianach, jakie zachodzą w lecnicstwie, odwołał się do uchwalenia ustawy, która w latach 2018-2024 ma zapewnić wzrost nakładów na ochronę zdrowia do 6 proc. PKB, co w przeliczeniu na pieniądze ma stanowić 820 mld zł więcej w systemie. – Liczę, że ta ustawa stworzy lekarzom lepsze perspektywy pracy w swoim zawodzie i doprowadzi do wzrostu wynagrodzeń, a w konsekwencji wielu z nich przekona, by pozostali w kraju, bo kapitał ludzki w ochronie zdrowia jest najważniejszy – powiedział

minister, dodając, że ustawa będzie nowelizowana, jest w trakcie konsultacji i wciąż jeszcze jest czas na to, aby wyjaśnić sporne kwestie, doprecyzować jej przepisy. Szef resortu poinformował również, że obecnie trwają prace nad nowelizacją ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty. Uczestniczą w nich i młodzi lekarze, i eksperci. Ze spół ten ma do jesieni przedstawić założenia nowej ścieżki specjalizacji.

W podobnym tonie wypowiadał się prof. Piotr Radziszewski z Narodowej Rady Rozwoju przy Prezydencie RP. Życząc delegatom dokonywania dobrych wyborów, podkreślił ich znaczenie w sytuacji zapowiadanych zmian. – To osoby wybrane na tym właśnie zjeździe będą decydować o tym, czy samorząd lekarski mądrze przeprowadzi lekarzy przez meandry reform, które nas czekają – zaznaczył prof. Radziszewski. Ze szczególnym aplauzem delegaci przyjęli słowa Jacka Treli, prezesa Naczelnej Rady Adwokackiej, który podkreślił, że wprowadzenie struktury organizacyjnej samorządu adwokatów i lekarzy jest nieco inna, obu wykonywanym zawodom przyświeca dobro człowieka, ale bez finansowania na racjonalnym poziomie, godziwych wynagrodzeń, stworzenia odpowiednich warunków pracy, lekarz zmuszony pracować na kilku etatach będzie je narażał. – Rolą samorządu jest naciskać na rządzących, aby stworzyli system, który będzie bezpieczny dla lekarza

i pacjenta – tłumaczył J. Trela, podkreślając, że adwokaci zawsze będą w tych dążeniach wspierać samorząd lekarski. Jako przykład podał pomoc adwokatów w mediacjach podczas protestu rezydentów.

OSTATNIE DWIE KADENCJE

Po ośmiu latach, od 2010 do 2018 r. (dwie kadencje), pełnienia funkcji prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz dokonał podsumowania działań podejmowanych w tym czasie przez członków NRL oraz komisje działające w tej strukturze. W swoim przemówieniu podkreślił, że przez te 8 lat NRL umocniła swoją pozycję zarówno w środowisku lekarskim jak i generalnie w społeczeństwie, poprawiając wizerunek samorządu, a także nie bojąc się podejmować odważnych decyzji, choćby w sprawie Protestu Rezydentów czy zwracając się w spornych kwestiach prawnych do Trybunału Konstytucyjnego. Nawiązując do korzystnych dla lekarzy wyroków TK w sprawach m.in. pakietu onkologicznego, tajemnicy lekarskiej, dostępu do pytań zdających LEK, LDEK i PES czy klauzuli sumienia, wyraził przekonanie, że te wyroki uzmysłowiły politykom, że ze zdaniem samorządu lekarskiego przy ustanawianiu prawa trzeba się liczyć. Zarzucano lekarzom, że klauzulę sumienia wykorzystują do odmowy wykonania zadań, które są im narzucane.

▲ Uczestnicy zjazdu z kartami do głosowania przechodzą do urn wyborczych.

209

– tyle głosów uzyskał w wyborach na funkcję NROZ Grzegorz Wrona, na jego kontrkandydata Wojciecha Drożdża głosowało 186 delegatów.

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego jasno określił, że lekarz ma obowiązek działania zgodnie z własnym sumieniem. – Ten wyrok umacnia znaczenie wolności zawodu lekarza, w kontekście okazywanego mu zaufania publicznego – powiedział ustępujący prezes NRL M. Hamankiewicz. Konsekwencją tego wyroku było też uznanie Kodeksu Etyki Lekarskiej za pełnoprawny akt w obrocie prawnym. Orzeczenie TK i późniejsze wyroki Sądu Najwyższego uwzględniają zapisy KEL jako odnośnika prawa do etyki. – Przekonanie, że lekarz leczy zgodnie z sumieniem i to sumienie jest oparte na prawie, jest dla lekarza bardzo ważne, ponieważ daje mu poczucie bezpieczeństwa – przypomniał M. Hamankiewicz, który wysoko ocenił pracę komisji działających w strukturze NRL. Szczególnie odtworzonej podczas trwania minionej kadencji Komisji Legislacyjnej, która z opiniującej akty prawne przesyłane do NIL przerodziła się w wypracowującą propozycje nowych rozwiązań, wpływając tym samym na powstawanie zmian ustawowych. Z NIL wyszły także opracowane przez Komisję Kształcenia Medycznego propozycje nowych rozwiązań w zakresie szkoleń podyplomowych, w tym specjalizacji, które zostaną włączone przez Ministerstwo Zdrowia do projektu zmian ustawowych w tym zakresie. Wszystkie sprawozdania organów działających w strukturze NIL zostały w formie elektronicznej przekazane delegatom, aby mogli wcześniej się z nimi zapoznać i się do nich ustosunkować. Po raz pierwszy w historii sprawozdawczo-wyborczych

zjazdów lekarzy posłużono się tego rodzaju rozwiązaniem. Ustosunkowując się do słów padających z mówniczy oraz sprawozdań organów działających w strukturach NIL, delegaci dyskutowali na ten temat zarówno na sali obrad jak i w kuluarach.

TRZECH KANDYDATÓW, JEDEN ZWYCIĘZCA

Na funkcję prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej na najbliższą kadencję zgłoszono trzech kandydatów – Romualda Krajewskiego, dotychczasowego wiceprezesa NRL, Krzysztofa Kordela z Wielkopolskiej Izby Lekarskiej oraz Andrzeja Matyja z Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie. Wszyscy trzej mają za sobą doświadczenie poparte długim stażem w działalności na rzecz lekarskiej samorządności i szereg zasług w tym zakresie. Jednak zwyciężyć mógł tylko jeden. 217 głosami oddanymi przez delegatów wybory wygrał prof. Andrzej Matyja i został nowym prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej. Na prof. Romualda Krajewskiego oddano 129 głosów, a na Krzysztofa Kordela – 49. Wybory odbywały się w atmosferze podniecenia i zmęczenia, trwały do godz. 3.00 nad ranem, ale nikt nie protestował, ponieważ delegatom chodziło o to, aby zmieścić się w programie w razie, gdyby potrzebna była dogrywka. W kuluarach spekulowano, że jest to prawdopodobne. Ta jednak okazała się niepotrzebna. Bezwzględna większość głosów potrzebnych do tego, żeby wygrać wybory, wyniosła 199. Andrzej Matyja przekroczył tę liczbę. Przybliżając sylwetkę nowego prezesa NRL, należy przypomnieć, że urodził



się w 1953 r., jest absolwentem Akademii Medycznej w Krakowie. Od początku swojej kariery zawodowej, tj. od 1978 roku, był związany z I Katedrą Chirurgii Ogólnej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum oraz ze Szpitalem Uniwersyteckim w Krakowie. Specjalizację w zakresie chirurgii ogólnej zdobył w 1990 r., natomiast w 2013 r. został specjalistą chirurgii onkologicznej. Był członkiem Zarządu Głównego Towarzystwa Chirurgów Polskich, a także twórcą Sekcji Przepuklinowej działającej w strukturach tego towarzystwa. W latach 2009-2014 piastował stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie transplantologii klinicznej dla województwa podkarpackiego, a także zasiadał w Krajowej Radzie Transplantacyjnej. Przez dwie ostatnie kadencje pełnił również funkcję prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie. W swoim exposé profesor podziękował za zaufanie, jakim obdarzyło go środowisko i zapewnił, że zdaje sobie sprawę z odpowiedzialności, jaka spoczywa na jego barkach. Zapewnił też,

▲ Delegaci zabierają głos w dyskusji.

▼ Głosowanie przez podniesienie mandatu i naciśnięcie odpowiedniego przycisku na pilocie do głosowania oraz głosowanie przy urnach wyborczych.





że chce reprezentować całe środowisko. Uważa, że głos 180 tys. lekarzy musi być słyszalny, gdyż nie można tworzyć reformy lecznictwa bez udziału środowiska. – Izba powinna być partnerem władzy, a nie petentem czy recenzentem – podkreślał nowo wybrany prezes, dodając, że wśród priorytetów spraw, w których będzie aspirował do tej roli należy wymienić m.in. wspieranie rezydentów, wzmocnienie okręgowych izb lekarskich, obronę wizerunku lekarzy i odpowiedzialność za ich kształcenie. Odnosił się też do obecności lekarzy dentystów w samorządzie, wyrażając przekonanie, że siła tkwi w jedności i dążenie stomatologów do autonomii tylko osłabiłoby ich pozycję. Zapewnił jednocześnie, że chce uszanować ich postulaty i reprezentować interesy lekarzy dentystów na różnych forach. Będzie też zabiegał o to, aby przedstawiciele samorządu lekarskiego dołączyli do grona zapowiadanej przez ministra zdrowia debaty „Wspólnie dla zdrowia”. Chciałby też, by w nowej kadencji NRL była spoiwem dla pomysłów rodzących się w izbach okręgowych.

Tej samej nocy wybrano Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Został nim Grzegorz Wrona, pełniący tę funkcję również w poprzedniej kadencji. Uzyskał 209 głosów, podczas gdy jego kontrkandydat Wojciech Drozd ze Śląskiej Izby Lekarskiej – 186. – Praca rzeczników najczęściej nie jest dobrze postrzegana przez kolegów lekarzy, jest narażona na krytykę środowiska, różnych instytucji i społeczeństwa, zwłaszcza

kiedy sprawa ma znamiona sensacji i staje się obiektem zainteresowania mediów. Niezależnie od tego w trosce o wizerunek wykonujących zawód lekarza będziemy robić swoje i podejmować kolejne wyzwania, nawet te najtrudniejsze – zastrzegł G. Wrona.

WYBRANI DO ORGANÓW NIL

Delegaci wybrali też nowy skład Naczelnej Rady Lekarskiej, członków Naczelnego Sądu Lekarskiego, zastępców Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i członków Naczelnej Komisji Rewizyjnej oraz Krajowej Komisji Wyborczej (listy ich członków podaliśmy w skrócie). Do Komisji Uchwał i Wniosków wpłynęło 85 projektów uchwał, apeli i stanowisk. Jak podkreślił przewodniczący komisji Ryszard Golański, to rekordowa ilość, w całej historii zjazdów krajowych samorządu lekarskiego nie odnotowano takiego przypadku. Zdołano jednak przegłosować spośród nich zaledwie 35, ponieważ ze względu na brak kworum, zjazd musiał być zakończony. Spośród nich przyjęto najważniejszą – uchwałę programową, która wytycza zadania samorządu lekarskiego na najbliższe cztery lata. Zjazd przyjął stanowisko w sprawie projektu nowelizacji ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Zdaniem delegatów projekt ustawy nie realizuje porozumienia zawartego między rezydentami a ministrem zdrowia. Delegaci w przedstawionych na zjeździe projektach

▲ Tak delegaci XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy wybierali reprezentantów do organów NIL VIII kadencji.

postulowali m.in., aby stworzyć lekarzom dentystom możliwość zatrudniania lekarza w indywidualnej praktyce lekarskiej, a także zwrócili się z apelem do ministra zdrowia, ministra finansów i ministra środowiska o zwrot kosztów instalacji separatorów amalgamatu w gabinetach stomatologicznych. Na zjeździe podjęto też stanowisko, w którym po raz kolejny przypomniano postulat ustalenia minimalnego wynagrodzenia lekarzy i lekarzy dentystów na poziomie dwóch średnich krajowych dla lekarza bez specjalizacji i lekarza rezydenta, 2,5 dla lekarzy z I stopniem specjalizacji, 3 średnich krajowych dla specjalistów i średniej krajowej dla lekarzy po stażu. Delegaci domagają się także likwidacji obowiązku wystawienia recept i zwolnień wyłącznie w formie elektronicznej. Chcą, by można było bezterminowo korzystać z wystawiania tych dokumentów zarówno w jednej, jak i drugiej formie. Swoje postulaty argumentują tym, że e-zwolnienia i e-recepty to rozwiązanie nie dla wszystkich, starsi lekarze nie radzą sobie z elektroniką i wolą wypisywać zwolnienia w formie papierowej. Krajowy Zjazd Lekarzy zwrócił się także z apelem o wprowadzenie ustawowego obowiązku publikacji tekstów jednolitych zarządzeń prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Projekty uchwał, stanowisk i apeli, których zjazd nie zdołał rozpatrzyć, będą rozpatrywane na najbliższych posiedzeniach Naczelnej Rady Lekarskiej. Projekty uchwał, stanowisk i apeli, których zjazd nie zdołał rozpatrzyć, będą rozpatrywane na najbliższych posiedzeniach Naczelnej Rady Lekarskiej. ○

GOŚCIE

Na zjazd przybyli m.in. marszałek Senatu Stanisław Karczewski, minister zdrowia Łukasz Szumowski, prof. Piotr Radziszewski z NRR przy Prezydencji RP i metropolita warszawski kard. Kazimierz Nycz.

Potrzebujemy mądrej strategii rozwoju

GL
ROZMOWA

Z prof. **Pawłem Górskim**, przewodniczącym Rady Programowej debaty „Wspólnie dla Zdrowia”, projektu powstałego przy Ministrze Zdrowia, byłym rektorem UM w Łodzi, rozmawiają **Ryszard Golański** i **Lucyna Krysiak**.

GL Panie profesorze, co kryje się pod terminem debata „Wspólnie dla Zdrowia”?

Deбата, której pełna nazwa brzmi „Wspólnie dla Zdrowia – rozmawiamy, słuchamy, działamy”, została zainicjowana przez ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego i jak wskazuje jej tytuł, chodzi w niej o to, aby wspólnie usiąść do stołu i rozmawiać o problemach opieki zdrowotnej. Celem tych rozmów jest uzyskanie jasnej odpowiedzi na pytania, w jakiej rzeczywistości się poruszamy, jeśli chodzi o funkcjonowanie leczenia, jakie zmiany powinny być wprowadzone, aby to leczenie działało lepiej, jakie są oczekiwania pacjentów w tym zakresie, a jakie środowiska medycznego. Założeniem debaty jest, aby odpowiedzi na te i szereg innych istotnych pytań posłużyły do stworzenia strategii, na której będzie można się oprzeć, reformując system. Dlatego do dyskusji zostali zaproszeni nie tylko eksperci w dziedzinie ochrony zdrowia, autorytety medyczne, ale także przedstawiciele organizacji pacjenckich, samorządów, wyższych uczelni i związków. To nie jest debata jednorazowa, na której dyskutuje się, formułuje wnioski, a potem każdy rozjeżdża się do domu i nic z tego nie wynika. Dokumenty z naszej debaty muszą uwzględniać odmienności polskiej demografii, kultury zdrowotnej, uwikłania w rozmaite przepisy prawne.

GL Jak więc jest w przypadku tej debaty?

W ramach projektu zaplanowaliśmy cykl konferencji odbywających się od czerwca tego roku do czerwca 2019 r. Podczas spotkań dyskutowane będą zagadnienia przygotowane wcześniej w toku obrad roboczych przez poszczególne zespoły. Naszym celem jest bardzo szerokie spojrzenie na zdrowie publiczne, a szczególnie na system ochrony zdrowia.

Nie będziemy w stanie wszystkiego, co się kryje pod terminem zdrowie publiczne, objąć tą debatą. Musielibyśmy dotrzeć do wszystkich środowisk, również ekonomistów, menedżerów zdrowia, zaangażować media, by stworzyć mechanizm uświadamiania społeczeństwa o sprawach zdrowia, a to na obecnym poziomie potrzeb i oczekiwań jest nieosiągalne, choć w przyszłości tego nie wykluczam. Ograniczamy się więc do ochrony zdrowia jako takiej, a dlatego „Wspólnie dla Zdrowia”, bo w ramach tego pojęcia mieszczą się prawnicy, specjaliści od ekonomii, zarządzania, teoretycy zarządzania, grupy pacjentów i przedstawiciele wszystkich zawodów medycznych, a także związkowcy. Obecnie na liście uczestników debaty są 64 osoby, a będzie ich jeszcze więcej, ponieważ do poszczególnych „stolików” debaty zapraszani są eksperci w swojej dziedzinie, którzy wprawdzie nie są członkami rady i nie będą uczestniczyli w finalnym momencie tworzenia dokumentu w sposób bezpośredni, jednak pośrednio będą go kształtować, rozwiązując poszczególne zagadnienia.

GL Cemu ma służyć powołanie rady programowej przy tym projekcie?

Rada ma zorganizować i koordynować cykl zaplanowanych debat. Ani więc nie zlikwiduje kolejek, ani nie dołoży pieniędzy na leczenie. Liczę jednak na to, że doprowadzimy do takiej zmiany strukturalnej i proceduralnej, że za jakiś czas te kolejki przestaną być tak upiorne.

Wszyscy dostrzegamy nieudolność obecnego systemu, ale samym dołożeniem pieniędzy nie uzdrowimy go. Trzeba wytyczyć nowe kierunki, którymi można będzie kroczyć, aby zmienić obecną sytuację. Radę stanowi gremium pięcioosobowe. Oprócz mnie, jako przewodniczącego, jej uczestnikami są: prof. Tomasz Hryniewicz, dyrektor Instytutu Kardiologii w Warszawie, dr Małgorzata Gałązka-Sobotka,

FAKT

Jeśli strategia będzie dobra, wytrzyma próbę czasu, nawet jeśli zmienią się rządy i ministrowie.



prof. Piotr Czauderna, prof. Waldemar Paruch. Wszyscy doświadczeni i zaangażowani w działania na rzecz poprawy sytuacji w ochronie zdrowia.

Pierwsze spotkanie członków rady odbyło się na początku maja i miało kluczowe znaczenie, ponieważ określiliśmy tematy tzw. stolików. Osoby przydzielone do pracy przy tych stolikach muszą same wypracować cele tematów, którymi się zajmują i przesłać protokół do prezydium rady. Podczas konferencji jej uczestnicy będą debatowali nad ustaleniami zawartymi przy tych stolikach. Czyli konferencja vel debata jest finałem obrad częściowych, odbywających się przy stolikach.

**RADĘ STANOWI GREMIUM
PIĘCIOOSOBOWE. OPRÓCZ MNIE, JAKO
PRZEWODNICZĄCEGO, JEJ UCZESTNIKAMI
SĄ: PROF. TOMASZ HRYNIEWIECKI,
DR MAŁGORZATA GAŁĄZKA-SOBOTKA,
PROF. PIOTR CZAUDERNA, PROF. WALDEMAR
PARUCH.**

▲ **Prof. Paweł Górski: – Wszyscy dostrzegamy nieudolność obecnego systemu, ale samym dołożeniem pieniędzy nie uzdrowimy go.**

GL O konieczności odbycia ogólnopolskiej debaty o zdrowiu mówi się od lat, ale nigdy nie doszło do realizacji tych zamierzeń. Czy to będzie epokowe wydarzenie?

Sadzę, że tak. Temat ten był podnoszony na wielu forach, ale przez całe dziesięciolecie, mimo że było wielu sensownych ministrów zdrowia, którzy usiłowali zrobić coś pozytywnego, nie wychodziło, ponieważ odbijali się od ściany, nie tylko ze względu na bariery finansowe, ale dlatego, że służbę zdrowia traktowano bardziej werbalnie niż realnie. Wszyscy politycy, jeszcze przed rokiem 1989, a po 1989 tym bardziej, mieli ochronę zdrowia na sztandarach, ale jak przychodziło co do czego, rozkładali w niemocy ręce, wskazując na szereg, często wydumanych, trudności. Wszystkie reformy odbywały się pod presją, np. walki o podwyżki płac, a nie pod presją logiki czy racjonalnych pomysłów.

Jeżeli po tej debacie stworzymy dokument zawierający ramy strategicznych działań, będzie się mógł w nich poruszać nie tylko minister zdrowia, ale cała ochrona zdrowia. To szansa na to, aby wreszcie w Polsce niezależnie od tego, jaki rząd obejmie władzę, będą te wytyczne realizowane. Potrzebujemy mądrej strategii rozwoju, która będzie obliczona na lata, a więc jest to projekt dalekosiężny. Zaznaczam jednak, że to wydarzenie w pewnym sensie ma charakter teoretyczny, ponieważ nikt nie ma zamiaru wyręczać ministra zdrowia w jego bieżącej działalności.

GL Czego resort zdrowia spodziewa się po tym projekcie?

Strategia zawsze składa się z celów odległych i średnioterminowych. Te ostatnie polegają na wyznaczeniu mierników niezbędnych do osiągnięcia tych ostatecznych. Takim typowym miernikiem zdrowia jest np. długość życia Polaków, ale powinny one także obejmować racjonalizację zatrudnienia czy hospitalizację z uwzględnieniem poziomu referencyjności. Cele odległe powinny dotyczyć strategii przekształceń, która ma wyjść poza ochronę zdrowia.

Jeśli po debacie powstanie dokument, który zakończy się rekomendacjami, będziemy wiedzieli, co czynić. Dopóki jednak taki dokument nie powstanie, nie wolno nam posługiwać się pojęciem „rekomendacje”. Te sześć, a może siedem lub nawet osiem konferencji ma określoną strukturę. Ich liczba nie jest jeszcze ostatecznie ustalona, ale najbliższa pt. „Pacjent i system” odbędzie się 13 czerwca w szpitalu na ul. Wołoskiej w Warszawie. W mojej ocenie ta konferencja będzie najbardziej znacząca, ponieważ wszystkie pozostałe będą się musiały odwoływać do wypracowanych tam ustaleń.

GL Czy będą też brane pod uwagę doświadczenia innych państw, w których lecnictwo funkcjonuje lepiej niż w Polsce?

Do udziału w debacie zaprosiliśmy znawców tematu z zagranicy, a konkretnie z Belgii, Czech, Danii, i nie był to

NIE MA SPÓJNEJ KONCEPCJI PROFILAKTYKI CHORÓB NOWOTWOROWYCH, SĄ PROGRAMY RAKA PIERSI, PŁUCA, NERKI, ALE NIE SĄ ONE KOMPATYBILNE. PODOBNIEST Z CHOROBIAMI UKŁADU KRĄŻENIA.

przypadkowy wybór, ponieważ państwa te także swego czasu przechodziły metamorfozę leczenia. Chciałbym jednak podkreślić, że wszelkie próby przeniesienia tamtych systemów na rodzimy grunt są z założenia absurdalne. Żaden niemiecki, belgijski czy hiszpański system do nas nie pasuje, ponieważ różnimy się demografią, poziomem zasobności, kulturą zdrowotną i tysiącem problemów prawnych.

Tu nie chodzi tylko o ustawę o ochronie zdrowia, ale dopasowanie jej przepisów do szeregu innych ustaw funkcjonujących w państwie, a także do zapisów w Konstytucji RP, struktury gospodarczej i funkcjonowania wyższych uczelni. A zatem przeniesienie systemu z jednego kraju do innego nie zadziała, jednak doświadczenie, którym się z nami podzielił zagraniczni goście, na pewno nas wzbogaci.

GL Co jest obecnie największą bolączką ochrony zdrowia w Polsce?

Brak wytyczonych celów strategicznych. Założenie, że ludzie mają być zdrowsi to truizm. Gdyby były wytyczne cele, można by im podporządkować odpowiednie narzędzia, jak np. ustalenie zasad opieki koordynowanej. Podobnie jest z referencyjnością szpitali, która powinna być oczywistością, a nie jest. Referencyjność musi mieć przyporządkowanie osobowe i finansowe, a nie ma. Rozproszenie sił i środków, z którym mamy do czynienia w hospitalizacji, rzutuje na funkcjonowanie całej służby zdrowia, zabiera pieniądze i jest przyczyną napięć. Dublowanie się ról, niepotrzebne wydatki, brak skoordynowanych działań generują tylko koszty i pogłębiają frustrację.

Mówiąc o największych bolączkach, na pierwszym miejscu wymieniam brak pieniędzy. To niewątpliwie problem, ale umieściłbym go dopiero na drugim miejscu. Ważniejszy jest problem z przyporządkowaniem procesów w ramach struktury. W Polsce jest wyjątkowo niski poziom profilaktyki. Powołanie instytucji lekarza rodzinnego z założenia miało być wtopione w profilaktykę, ale tak się nie stało i nie jest to wina lekarzy rodzinnych, ale błędów strukturalnych. Nie ma spójnej koncepcji profilaktyki chorób nowotworowych, są programy raka piersi, płuca, nerki, ale nie są one kompatybilne. Podobnie jest z chorobami układu krążenia. Także pieniądze w ochronę zdrowia są wydawane źle – chaotycznie, według zasad tworzonych przez lobbystów, a nie według oceny epidemiologicznej i kultury zdrowotnej na danym terenie, co podkreślam na każdym kroku.

GL Nowe rządy, nowi ministrowie wprowadzają własne koncepcje. Jaka jest szansa, że wypracowana poprzez debatę za tego rządu strategia rozwoju wytrzyma próbę czasu?

Założyliśmy, że do czerwca przyszłego roku zakończymy cykl konferencji. Tylko dwie z nich są przewidziane w Warszawie – pierwsza i ostatnia. Reszta spotkań odbędzie się w innych miastach w Polsce. Chodzi o to, aby dotknąć problemów społeczności miejscowej i by w protokołach uwzględnić także ich głos, zmierzyć się z ich oczekiwaniami. Te oczekiwania są już badane przez CEBOS, gdyż tylko poprzez sondaże możemy uzyskać tego rodzaju informacje.

Stworzyliśmy wokół debaty pewien system kontroli opinii społecznej, który pomoże nam realnie ocenić sytuację. Wierzę w ten projekt, nie wyobrażam sobie, że mógłby nie zakończyć się opracowaniem strategii przeobrażeń w ochronie zdrowia. Jeśli strategia będzie dobra, wytrzyma próbę czasu, nawet jeśli zmienią się rządy i ministrowie.

GL To ogromne wyzwanie, czy rok na debatę i skonstruowanie nowych zasad funkcjonowania leczenia to nie za mało?

To prawda, że czasu jest mało, ale też w tej debacie widzimy niepowtarzalną szansę na zmiany i trzeba zrobić wszystko, żeby ją wykorzystać. Ta debata choć ma na celu stworzenie strategii tych zmian w teorii, nie będzie oderwana od rzeczywistości. Poprzez pracę w zespołach roboczych przy stolikach będzie bardzo blisko realiów, codziennych problemów – finansowania, wynagrodzeń, kolejek, wprowadzania nowoczesnych technologii medycznych, programów terapeutycznych itd.

GL Załóżmy, że nowa strategia zmian w lecnictwie naprawdę powstanie, zostaną opracowane rekomendacje, czyli wskazówki, jak je wdrożyć. I co dalej?

Nie odpowiem na to pytanie, ponieważ to już kwestia polityków i tego, jak potraktują nasze rekomendacje wypracowane w tej dyskusji. Dyskusji społecznej, eksperckiej, a nie politycznej czy światopoglądowej, co dotychczas nie było praktykowane.

Jeśli politycy podejść do sprawy poważnie, to możemy liczyć, że dołączymy do krajów, w których służba zdrowia funkcjonuje należycie. Jeśli nie, nasze problemy będą się pogłębiać i każde działanie w kierunku poprawy sytuacji będzie miało charakter doraźny. Społeczeństwo w końcu to zrozumie i się temu sprzeciwi. Dokument dotyczący strategii zmian w ochronie zdrowia zostanie przesłany nie tylko do szefa resortu, ale do parlamentu, do mediów i zostanie przedstawiony społeczeństwu. Obecny minister zdrowia zapewnił nas, że będzie pracował zgodnie z wypracowanymi wytycznymi. (O)



Romuald Krajewski
Prezydent Europejskiej
Unii Lekarzy Specjalistów

Nowe wyzwania na 60. urodziny UEMS

Właśnie zakończyliśmy wiosenne posiedzenie Rady UEMS, na które otrzymaliśmy zaproszenie od Kolegów z Maroka. Było to pierwsze posiedzenie Rady UEMS w Afryce.

O dległe wyjazdy, chociaż zwykle nie są bardziej kosztowne, zawsze sprawiają zabieganym europejskim lekarzom sporo kłopotów. Wystarczy jednak zobaczyć, jak ogromne znaczenie ma obecność dużej organizacji europejskiej dla miejscowych specjalistów i środowiska, aby wszystkie kłopoty uznać za nieistotne. Nieprawdopodobnie gościnni i serdeczni koledzy z Maroka zapewnili doskonałe warunki oraz bezbłędną organizację.

Maroko ma 35 mln ludności i tylko 30 tys. lekarzy z izbą lekarską zorganizowaną na wzór Francji. Członkiem UEMS jest zrzeszenie lekarzy specjalistów praktykujących prywatnie. Chcą oni korzystać z doświadczeń i wsparcia lekarzy europejskich w organizacji szkolenia, egzaminów, doskonalenia zawodowego.

W żadnym z trzech wypełnionych posiedzeniami dni nie udało nam się zakończyć obrad w przewidzianym czasie, ale nikt chyba tego nie żałował. Pomimo trudnych tematów dyskusja była ciekawa i za duży sukces uważam niezwykle pozytywną atmosferę obrad, wspólne poszukiwanie dobrych rozwiązań, zamiast wymyślania problemów.

Największym problemem był projekt wspólnego portalu do zarządzania finansowego. W organizacji składającej się z ponad 60 bardzo samodzielnych, dużych grup rozproszonych po całej Europie, takie propozycje, związane z dodatkowymi kosztami, zawsze budzą sporo emocji. Trzeba było równie emocjonalnie apelować o ścisłą współpracę. Apel pomógł i mam nadzieję, że ostatni etap porządkowania zarządzania finansami będzie wkrótce za nami.

Wyzwań nam nie brakuje. Europejska platforma tworzenia i udostępniania programów kształcenia specjalizacyjnego we wszystkich specjalnościach „europejskich”, czyli wyliczonych w aneksie V dyrektywy o uznawaniu kwalifikacji oraz standaryzacja egzaminów europejskich to dwa najbardziej oczywiste przykłady.

Koledzy z European Board and College of Obstetrics and Gynaecology, Sekcji UEMS w dziedzinie położnictwa i ginekologii, przedstawili organizację i bardzo dobre działanie grupy młodych lekarzy specjalizujących się w tej dziedzinie. Prezydentem European Network of Trainees in OG jest obecnie doktor Agnieszka Horala z Polski. Podobne, ale mniej zorganizowane grupy istnieją w innych specjalnościach. Kolejnym zadaniem dla UEMS będzie zorganizowanie wymiany doświadczeń pomiędzy tymi grupami i stworzenie w naszej organizacji jeszcze jednej struktury, która umożliwi także właściwe uwzględnienie w programach szkolenia i w egzaminach opinii szkolących się młodych lekarzy.

Będziemy też mogli znacznie rozszerzyć nasze europejskie działania polityczne. UEMS zdecydowanie koncentruje się na działaniach użytecznych, praktycznych i potrzebnych lekarzom specjalistom. Większość naszych propozycji jest wdrażana na zasadzie dobrowoli, poprzez aktywność członków UEMS i towarzystw naukowych. Część jednak wymaga zapewnienia warunków zależnych od polityków. Do tego też potrzeba wspólnego działania.

Aby te projekty podjąć, konieczny jest udział wszystkich sekcji, komisji, grup roboczych i ogromna wola współpracy. Niezbędne jest też zaangażowanie do wspólnych celów środków, których w UEMS na szczęście nie brakuje. Są one jednak wewnętrznie podzielone pomiędzy różnymi strukturami. W ciągu ostatnich lat udaje nam się coraz skuteczniej budować wzajemne zaufanie, współpracę i zaangażowanie we wspólne cele całej organizacji.

UEMS w tym roku obchodzi 60. urodziny i cieszę się, że przy tej okazji będziemy mogli mówić o bardzo licznych, konkretnych działaniach, z których korzystają lekarze w Europie i na innych kontynentach oraz o planach na przyszłość. Po kilku trudnych i dla mnie bardzo pracowitych latach możemy już spokojniej myśleć o przyszłości UEMS. Na posiedzeniu Rady w Maroku było to bardzo dobrze widoczne. ○

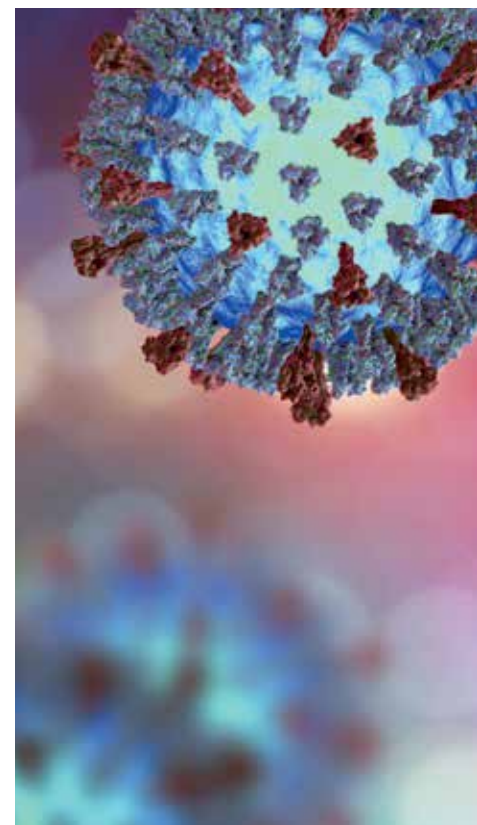
Europa walczy z odra



Lidia Sulikowska

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

W latach 2010-2013 w Europie nastąpił gwałtowny wzrost zachorowań na odrę. Sytuacja powtórzyła się w ubiegłym roku, a stan ten trwa do dziś. Czy ta niebezpieczna choroba w końcu odpuści na Starym Kontynencie?



Jeszcze dekadę temu wydawało się, że eliminacja odry z Europy jest całkiem realna. Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization, WHO) przewidywała nawet, że problem ten przestanie istnieć do 2015 r. Nic z tego. Prognozy okazały się nazbyt optymistyczne.

W latach 2010-2013 doszło do dużego wzrostu zachorowań (ponad 31 tys. odnotowanych przypadków w 2013 r., o 348 proc. więcej niż w 2007 r.). Później sytuacja zaczęła się stabilizować, nie na długo jednak. Wyniki danych epidemiologicznych za 2017 r. opublikowane w lutym tego roku ponownie zszokowały Europejczyków. Informowano o ponad 21 tys. zachorowań

UKRAINA

– w tym kraju od początku roku do około połowy maja odnotowano już ponad 15 tys. przypadków zachorowań na odrę.

– ponad 4 razy więcej niż w 2016 r. (5273). 35 osób zmarło. – To tragedia, której po prostu nie możemy zaakceptować – mówiła wówczas dr Zsuzsanna Jakab, dyrektor regionalny WHO na Europę. Najwięcej przypadków odry było w Rumunii (5562), we Włoszech (5006) i na Ukrainie (4767). Wysokie wskaźniki zanotowano w Grecji (967), Niemczech (927), Serbii (702), nieco mniej we Francji (520), Rosji (408), Belgii (369), Wielkiej Brytanii (282), Bułgarii (167), Hiszpanii (152) i Szwajcarii (105).

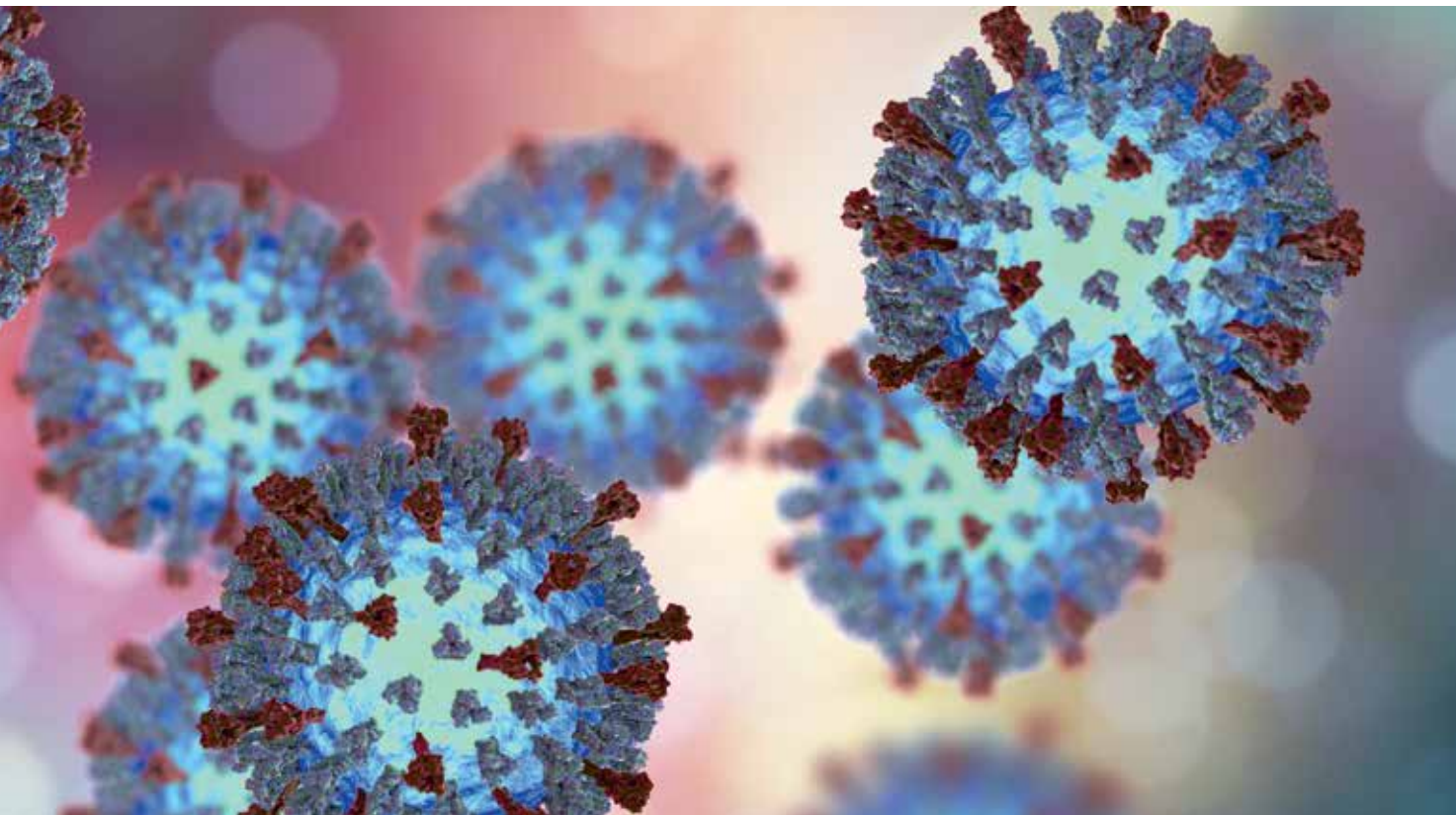
GDZIE JESTEŚMY TERAZ?

Dane publikowane na bieżąco zarówno przez WHO, jak i Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) oraz doniesienia medialne z poszczególnych krajów

nie napawają optymizmem. Początek 2018 r. potwierdził kontynuację niekorzystnego trendu z ubiegłego roku, a z każdym miesiącem sytuacja zdaje się pogarszać. WHO przez pierwsze dwa miesiące 2018 r. odnotowała w Europie więcej przypadków zachorowań niż w tym samym okresie przez ostatnie pięć lat. Największa epidemia trwa na Ukrainie, ale znaczącą liczbę zachorowań (w okresie styczeń-luty 2018 r.) odnotowano także w Serbii, Francji, Gruzji, Grecji, we Włoszech, w Rosji.

Zgodnie z najnowszymi danymi, prezentowanymi w raporcie ECDC, od początku roku do około połowy maja odnotowano już ponad 15 tys. przypadków zachorowań na odrę na Ukrainie, z czego ponad 6 tys. osób zachorowało tylko w ciągu ostatniego miesiąca, a 9 pacjentów zmarło. Zresztą dane dla całego regionu europejskiego są złe. W Serbii od początku roku zachorowało już ponad 5 tys. osób, w Rumunii – ponad 2700 (epidemia w tym kraju trwa

POCZĄTEK 2018 R. POTWIERDZIŁ KONTYNUACJĘ NIEKORZYSTNEGO TRENDU Z UBIEGŁEGO ROKU, A Z KAŻDYM MIESIĄCEM SYTUACJA ZDAJE SIĘ POGARSZAĆ.



od października 2016 r.; dotychczas zachorowało około 13 tys. osób, 52 osoby zmarły), we Francji – przeszło 2100, prawie 2000 przypadków zanotowano w Grecji. Ogniska epidemii utrzymują się też we Włoszech, Albanii i Gruzji. Odra nie odpuszcza także Rosji (ponad 800 chorych), co jest tym bardziej niepokojące, że już niebawem odbędą się tam Mistrzostwa Świata w Piłce Nożnej, które skupią rzesze kibiców, co może jeszcze spotęgować rozprzestrzenianie się wirusa. Ponad 100 zachorowań mamy już w Czechach, Portugalii i Hiszpanii, na Białorusi – niemal 70. W ostatnim czasie wirus był szczególnie aktywny w Niemczech (176 zachorowań do tej pory), niepokojące dane płyną także z Wielkiej Brytanii – w Anglii odnotowano już 440 zarażonych (o ponad 170 więcej niż w całym ubiegłym roku). W Polsce jak dotychczas raportowano o 44 zachorowaniach. Według ECDC chorują zarówno dzieci, jak i młodzież oraz dorośli, w tym pracownicy ochrony zdrowia.

PROBLEMEM – BRAK SZCZEPIEŃ

Eksperti są zgodni, aby zapanować nad odrą, trzeba zwiększyć liczbę zaszczepionych na tę chorobę. Jak informuje WHO, by choroba zniknęła ze Starego Kontynentu, 95 proc. populacji musi przyjąć drugą dawkę szczepionki, a obecnie jedynie kilka krajów UE/EFTA spełnia ten warunek. Co ciekawe, choć we wszystkich krajach Unii Europejskiej szczepionka przeciw odrze jest rekomendowana, to nie we wszystkich krajach jest obowiązkowa. Nie ma przymusu zaszczepienia dziecka m.in. w Niemczech, Grecji czy Rumunii. Francja wprowadziła obowiązkowe szczepienie dopiero z początkiem tego roku.

Niestety, działania ruchów antyszczepionkowych skutecznie przekonują niektórych rodziców, by zaniechać wykonania szczepionki u swojego dziecka, kwestionując jej bezpieczeństwo i informując o pozytywnych aspektach przechorowania odrzy. Mało się mówi natomiast o możliwych powikłaniach, a także zwiększeniu ryzyka

zarażenia osób, które ze względów zdrowotnych nie mogą być zaszczepione. O tym, jak brak odpowiedniego poziomu wyszczepialności wpływa na rozprzestrzenianie się wirusa odrzy, świetnie pokazuje przykład Ukrainy. W 2008 r. wyszczepialność dzieci w tym kraju drugą dawką szczepionki wynosiła 95 proc. Przed 2016 r. wskaźnik ten spadł do poziomu 31 proc., najgorszego w Europie, a prawdopodobnie nawet na całym świecie. Od lipca 2017 r. podejmowane są intensywne działania, by poprawić tę statystykę. Pod koniec ubiegłego roku udało się zaszczepić pierwszą dawką 93 proc. roczniaków i drugą dawką 91 proc. sześciolatków. Epidemia jednak zdążyła wybuchnąć, czego skutki doskonale widzimy obecnie. ○

▲ Eksperti są zgodni, aby zapanować nad odrą, trzeba zwiększyć liczbę zaszczepionych na tę chorobę.

Źródło: WHO; European Centre for Disease Prevention and Control. Communicable Disease Threats Report, 19 May 2018; ECDC.

» Konferencja na 100-lecie niepodległości w Olsztynie

Ośrodek Historii Warmińsko-Mazurskiej Medycyny zachęca do wzięcia udziału w konferencji „Lekarze w walce o Niepodległą”, która odbędzie się w dniach 9–10 listopada w siedzibie Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie. Wydarzenie odbędzie się z okazji 100-lecia odzyskania przez Polskę niepodległości, w ramach III Spotkań Medyków z Historią. Konferencja poświęcona będzie lekarzom i ich roli w odzyskaniu przez nasz kraj

niezależności i suwerenności po latach zaborów. Tematy sesji naukowych to m.in.: lekarze okresu 1914–1920 (praca zawodowa, działalność społeczno-polityczna); organizacja medycyny w ówczesnym czasie; lekarze na polu walki; ośrodki kształcenia lekarzy; lekarze w świecie polityki. Na spotkanie serdecznie zapraszają przewodniczący Ośrodka Historii Warmińsko-Mazurskiej Medycyny dr Jan Zygmunt Trusewicz i prezes ORL WMIL Anna Lella. [O](#)

» Sale OIL w Warszawie do wykorzystania dla członków izby

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie udostępnia bezpłatnie członkom dwie sale swojej siedziby. Aby skorzystać z tej możliwości, trzeba wcześniej dokonać rezerwacji za pośrednictwem strony internetowej warszawskiej izby (nie wcześniej niż 2 miesiące i nie później niż 3 dni robocze przed terminem udostępnienia). Sale będą udostępniane tylko w celach non-profit. Zabronione jest organizowanie spotkań krypto-marketingowych z udziałem podmiotów prowadzących działalność gospodarczą, w szczególności podmiotów z branży farmaceutycznej oraz producentów sprzętu medycznego.

Dostępne są dwa pomieszczenia: mieszcząca się na parterze sala im. prof. Szenajcha (na 50 osób, wyposażenie – rzutnik, ekran, nagłośnienie, klimatyzacja, układ konferencyjny) oraz sala nr 501 na piątym piętrze (na 19 osób, wyposażenie – rzutnik, ekran, klimatyzacja, układ owalny). Wszelkie informacje na ten temat można uzyskać drogą mailową (sale@oilwaw.org.pl) lub pod numerem telefonu: (22) 542 83 48. [O](#)

» Nagroda im. Aleksandry Gabrysiak dla dr Modlińskiej

Już po raz 24. przyznano nagrodę OIL w Gdańsku im. Aleksandry Gabrysiak. Statuetkę otrzymała dr Aleksandra Modlińska z Zakładu Medycyny Paliatywnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w trakcie sprawozdawczo-wyborczego zjazdu lekarzy gdańskiej izby, który odbył się 17 marca br. Nagroda im. Aleksandry Gabrysiak jest przyznawana wybitnym lekarzom, którzy robią o wiele więcej niż wymaga od nich praca. To wyróżnienie dla lekarzy z pasją i powołaniem. Dr Aleksandra Modlińska to specjalista z zakresu chorób wewnętrznych, medycyny paliatywnej i diabetologii. Od ośmiu lat kieruje Domem Hospicyjnym Caritas im. św. Józefa w Sopocie. Przewodnicząca Prof. Grażyna Świątecka z kapituły nagrody podkreślała podczas przemówienia, że pracownicy i pacjenci mówią o uhonorowanej, że „z naszą doktor Olą dopłyną do każdego łądu”. Dodała, że to wspinały lekarz na trudny czas umierania. [O](#)

» Kielce: nowa siedziba coraz bliżej

Świętokrzyską Izbę Lekarską już wkrótce czeka przeprowadzka. Jak czytamy na łamach marcowo-kwietniowego numeru „Eskulapa Świętokrzyskiego”, powoli dobiegają prace przy budowie nowej siedziby, zlokalizowanej w Kielcach u zbiegu alei Popiełuszki i ul. Wrzosowej. Obecnie trwają roboty wykończeniowe, potem trzeba jeszcze będzie uporządkować i zagospodarować teren wokół nieruchomości. Budowa rozpoczęła się jesienią 2016 r. Budynek jest dwukondygnacyjny, na parterze będzie do dyspozycji m.in. sala konferencyjna o pow. 130 m kw., w której możliwa będzie organizacja szkoleń dla lekarzy. [O](#)

»»» Będą te kursy, których chcą lekarze

Komisja Kształcenia Medycznego Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku jest w trakcie przygotowywania programu szkoleń dla lekarzy i lekarzy dentystów, które będą odbywać się od września br. do czerwca 2019 r. Przewodniczący komisji Roman Budziński zaprasza do zgłaszania propozycji tematów oraz nazwisk wykładowców, którzy mieliby dane szkolenie realizować. – Zależy nam na tym, aby program szkoleń jak najlepiej odpowiadał potrzebom lekarzy i lekarzy dentystów. Dlatego prosimy

o zgłaszanie tematów szkoleń szczególnie potrzebnych. Często bywamy na różnych konferencjach i szkoleniach, gdzie słyszymy ciekawe wykłady i świetnych wykładowców. Możemy spróbować zaprosić ich do naszej izby – informuje Roman Budziński na stronie internetowej gdańskiej izby. Wszelkie propozycje należy wysłać na e-mail: komisjaskształcenia@oilgdansk.pl. Każdy członek OIL w Gdańsku ma prawo do udziału w tych szkoleniach bezpłatnie, o ile opłaca składkę członkowską. ☺

»»» Delegatura w Skierniewicach — nowa siedziba

Od 1 maja br. Delegatura Skierniewicka Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi ma nową siedzibę. Nowy adres biura to: Skierniewice, ul. Rybickiego 8, pok. 327 (budynek Business Center). ☺

»»» Medale LIL rozdane

Podczas okręgowo-sprawozdawczo-wyborczego zjazdu lekarzy lubelskiej izby, który odbył się 24 marca, wręczono medale LIL. Odznaczenia otrzymały lekarki – Marta Anna Ryss (pediatra) i Monika Bojarska-Łoś (specjalista chorób wewnętrznych, diabetolog). Medal Lubelskiej Izby Lekarskiej jest przyznawany osobom, które działają dla dobra ogólnego i dobra stanu lekarskiego, są wzorem do naśladowania. Mogą je otrzymać nie tylko lekarze. ☺

REKLAMA

» Mitosierni Samarytanie wybrani

16 marca odbyła się finałowa gala Plebiscytu „Mitosierni Samarytanin roku 2017” organizowanego przez Stowarzyszenie Wolontariat św. Eliasza oraz Okręgową Izbę Lekarską w Krakowie. To już XIV edycja tego konkursu. W sumie wyłoniono 14 laureatów. Najwyższe odznaczenie w kategorii „Pracownik służby zdrowia” otrzymała Brygida Mazgaj, pielęgniarka z Krakowa. Wyróżnienie specjalne w tej kategorii – za ratowanie pacjentki w wigilię, u której doszło do przerwania rdzenia kręgowego, otrzymali krakowscy lekarze: Robert Chrzanowski, Michał Kłosiński, Stanisław Mariusz Kruk. Z kolei w kategorii „Osoba bezinteresownie niosąca pomoc Drugiemu Człowiekowi” najwyższe odznaczenie otrzymała Lucyna Raszek z Nysy, która działa w grupie poszukiwawczo-ratunkowej, służy opieką medyczną dla pielgrzymów. Pani Lucyna przyjęła do swojego domu samotną, umierającą kobietę, zapewniając jej pomoc medyczną i duchową. ☺

» „WILOBUS” u leszczyńskich lekarzy

W maju odbyło się pierwsze z cyklu spotkań prezesa i przedstawicieli Prezydium Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z członkami delegatur. Samorządowcy dotarli „WILOBUSEM” do Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Lesznie. Rozmawiano m.in. o problemach środowiska lekarskiego i przygotowaniach do zmian w ochronie zdrowia. Planowane są kolejne spotkania w delegaturach. Kampania samorządowców ma na celu przedstawienie osób działających w strukturach WIL, przedstawienie, czym zajmuje się izba, co ma do zaferowania, ale także poznanie opinii i codziennych problemów lekarzy. – Bardzo często docierały do mnie głosy, że lekarze z terenu nie wiedzieli dokładnie, po co jest izba, czym się zajmujemy, te spotkania mają to zmienić – mówił podczas spotkań w Lesznie Artur de Rosier, prezes wielkopolskiej izby. – Rozpoczęliśmy odwiedzanie delegatur, bo zależy nam przede wszystkim na tym, żeby poznać opinie lekarzy i ich problemy, zwłaszcza te na szczęblu delegatur, ponieważ są one zupełnie inne niż te, z którymi spotykamy się w Poznaniu – dodał z kolei Marcin Karolewski, skarbnik ORL WIL. ☺



» Lekarski Dzień Dziecka w Szczecinie

Komisja ds. Kultury, Sportu i Rekreacji ORL w Szczecinie organizuje Lekarski Dzień Dziecka. Festyn odbędzie się 10 czerwca. Udział jest bezpłatny, zgłoszenia są przyjmowane tylko od członków izby, za pomocą elektronicznego formularza zgłoszeniowego lub telefonicznie. W zgłoszeniu należy zadeklarować liczbę uczestników (dorosłych i dzieci). Zapewniono wiele atrakcji dla najmłodszych, w czasie festynu odbędzie się także zbiórka publiczna „Lekarze – Dzieciom”. ☺

» Warszawa uhonorowała zastużonych

5 kwietnia, w czasie okręgowo-sprawozdawczo-wyborczego zjazdu lekarzy warszawskiej izby, wręczono: odznaczenia „Laudabilis” (Ewa Gałęcka, Maria Danielska-Klimek), Medale im. prof. Jana Nielubowicza (Tadeusz Parnowski,

Włodzimierz Pypno i Aleksandra Słabik-Ledóchowska), Medale im. dr. Jerzego Moskwy (Zbigniew Binio, Ewa Bochyńska-Bar, Arkadiusz Ciupak oraz Andrzej Jóźwiak), a także „Mentora” dla wyróżniającego się kierownika specjalizacji (Marcin Kalisz). ☺


Leszek Dudziński

Wiceprezes NRL, przewodniczący
Komisji Stomatologicznej NRL

Refleksje na początek i koniec

W samorządzie prawie zawsze dużo się dzieje, ale ostatnie dni obfitowały w wyjątkowe wydarzenia. Zapadały niezwykle ważne decyzje, przyszedł czas na podsumowania i spojrzenie w przyszłość.

Najpierw wizyta w Krakowie, gdzie odbywała się uroczysta gala i wręczenie nagród siódmej edycji konkursu poetycko-literackiego „Przychodzi wena do lekarza”. Było to wydarzenie niezwykle uroczyste, zorganizowane w przepięknych wnętrzach Teatru im. Juliusza Słowackiego w Krakowie. Oprawa zrobiła na mnie tym większe wrażenie, że nieco wcześniej miałem możliwość obejrzeć Lwowski Narodowy Akademicki Teatr Opery i Baletu im. Salomei Kruszelnickiej. To dwie perełki godne zobaczenia.

Z dużym podziwem patrzyłem na kolegów piszących lekarzy. Zastanawiałem się, jak to robią, że mimo wykonywania zawodu, któremu muszą poświęcać tak dużo uwagi i czasu, potrafią przelać swoje myśli na papier, gdy nadchodzi ich wena. Miałem przyjemność wręczyć nagrody w kategorii „felieton” tym, którzy swoje teksty publikują w biuletynach okręgowych i „Gazecie Lekarskiej”. Sam również zostałem wyróżniony przez Okręgową Radę Lekarską w Krakowie honorowym odznaczeniem za szczególne zasługi dla środowiska lekarskiego, za co kolegom z Małopolski serdecznie dziękuję.

W murach klasztornych w Tyńcu, kiedy szedłem po schodach, które przetrwały ponad 1100 lat, nie mogłem oprzeć się refleksjom dotyczącym mojego życia zawodowego i życia w ogóle. Dopiero tam, w takim bezpośrednim kontakcie z kulturą średniowiecza, z tradycją, której nie da się w żaden sposób podważyć, z przepięknym otoczeniem i spojrzeniem na Wisłę z nieco innej perspektywy, człowiek uświadamia sobie, że choć robi coś, co na co dzień wydaje się ważne, to w stosunku do tego, co jest długowiecznością, znaczy niewiele. Pomyślałem, że w tym roku obchodzimy 100-lecie niepodległości Polski. Miałem to szczęście, że znacząca część tej wolnej Polski to było też moje życie. Wolność międzywojenna trwała zbyt krótko, a druga wojna światowa zabrała ludziom zbyt wiele czasu. Zastanawiałem się też, jak wiele można było zrobić po wojnie, co się udało, a czego nie udało się zrobić. Była reaktywacja samorządu i budowanie nowej, lepszej ojczyzny.

Niedawno zakończył się Sprawozdawczo-Wyborczy XIV Krajowy Zjazd Lekarzy. Miałem ogromną satysfakcję, że wśród uhonorowanych odznaczeniami państwowymi znalazła się przedstawicielka lekarzy dentystów – dr Anna Lella, która otrzymała Srebrny Krzyż Zasługi, a najwyższe odznaczenie samorządowe „Meritus pro Medicis” wręczono pięciu lekarzom dentystom. To ogromne wyróżnienie, którego serdecznie im gratuluję.

Niepokój mój wzbudziły wystąpienia przedstawicieli świata polityki i tych, którzy będą decydowali o kształcie systemu ochrony zdrowia w Polsce. Nikt nie dostrzega problemów stomatologii, a planując debaty poświęcone rozmowom o przyszłości, nie znajduje się miejsca na panel poświęcony stomatologii. To naprawdę zły znak.

Niepokoi również fakt, że przy zmianach kadencji odchodzimy od ewolucji, na rzecz prawie rewolucyjnych zmian. Gratuluję wszystkim, którzy zostali wybrani do pełnienia ważnych funkcji w samorządzie VIII kadencji. Jednocześnie słowa podziękowania kieruję do tych, którzy ciężko i uczciwie pracowali przez ostatnie cztery lata. To była naprawdę twórcza kadencja. Dużo spraw ważnych dla naszego środowiska udało się wynegocjować. Potrafiliśmy rozmawiać z kolegami z uczelni medycznych, towarzystw naukowych, a także z przedstawicielami innych zawodów medycznych. Osiągaliśmy cele poprzez dobrze prowadzony dialog, czasem dzięki mądrym negocjacjom. Wszystkim dziękuję za ten owocny czas wspólnej pracy.

Niepokojące doniesienia płyną z budynku przy Miodowej. Odchodzą ludzie, z którymi współpracowaliśmy od wielu lat, którzy byli przychylni naszej grupie zawodowej, dzięki którym dużo spraw udało się rozwiązać. Idzie nowe.

Nie mógłbym nie wspomnieć o Konferencji Okręgiego Stołu, która niedawno odbyła się w Lublinie. Raz jeszcze serdecznie dziękuję prof. Teresie Bachanek za wieloletni trud wkładany w pracę nad doskonaleniem systemu kształcenia w stomatologii, zarówno przed-, jak i podyplomowego. O wnioskach, które wypłynęły w tym roku, opowiada prof. Barbara Kochańska w rozmowie zamieszczonej na kolejnych stronach. ☺

Profil kształcenia ogólnoakademicki

Z prof. **Barbarą Kochańską**, wiceprezydentem Polskiego Towarzystwa Edukacji Medyczno-Dentystycznej „Sapientia”, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

GL
W Y W I A D

GL W kwietniu tego roku w Lublinie odbyła się XX Międzynarodowa Konferencja Okrągłego Stołu poświęcona zmianom w kształceniu przed- i podyplomowym w stomatologii. Czego miałyby one dotyczyć?

Przed wszystkim chcę zaznaczyć, że „okrągły stół” w stomatologii raz do roku skupia grono osób, które ze względu na zajmowane stanowiska i pełnione funkcje, a także długoletnie doświadczenie zawodowe na temat kształcenia przed i podyplomowego mają naprawdę wiele do powiedzenia.

Organizatorami konferencji było Polskie Towarzystwo Edukacji Medyczno-Dentystycznej „Sapientia” oraz Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej z Endodoncją UM w Lublinie. Konferencji przewodniczyła prof. Teresa Bachanek, która jest prezydentem PTMED „Sapientia” i od wielu lat angażuje się w działania na rzecz poprawy systemu kształcenia lekarzy dentystów. Patronat nad konferencją objęli: rektor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, wojewoda lubelski, marszałek województwa lubelskiego i prezydent Lublina. W konferencji wzięli udział przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, władz uczelni medycznych z całego kraju, dziekani i prodekanowie wydziałów prowadzących kierunki lekarsko-dentystyczne, konsultanci krajowi, kierownicy i pracownicy katedr i zakładów oraz goście z uczelni zagranicznych (Holandii, Gruzji, Ukrainy, Indii i Izraela). To świadczy o szerokim zainteresowaniu sprawami kształcenia lekarzy dentystów i randze tego wydarzenia.

Program konferencji był ukierunkowany na najbardziej aktualne zagadnienia związane z kształceniem przed- i podyplomowym w stomatologii oraz rozwojem stomatologii w aspekcie zmian ustawowych. Chodzi m.in. o ustawę „Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce”. Wprowadzenie tej ustawy będzie wiązało się z daleko idącymi zmianami w funkcjonowaniu uczelni i to było m.in. przedmiotem dyskusji na konferencji. Wyłynął przy tym problem nowego katalogu dziedzin i dyscyplin naukowych, który mamy poznać w najbliższym czasie. Równie istotnym zagadnieniem poruszonym na konferencji były zmiany, które należałoby wprowadzić do obowiązującego obecnie standardu kształcenia oraz podjęcie jednoznacznej decyzji odnośnie określenia poziomu kształcenia na kierunku lekarsko-dentystycznym.

GL Kwestie te znalazły odbicie już w wykładach wprowadzających.

Zagadnienia te znalazły odbicie m.in. w wykładzie prof. Marika Ziętka. Porównanie programów kształcenia realizowanego w polskich uczelniach i niektórych krajach Unii Europejskiej przedstawiła prof. Maria Chomyszyn-Gajewska, natomiast goście zagraniczni omówili problemy związane z kształceniem lekarzy dentystów w ich krajach. Tego rodzaju zestawienia i porównania mogą być pomocne przy tworzeniu nowych programów dydaktycznych. Tematem, który wywołał żywą dyskusję, były studia anglojęzyczne na kierunku lekarsko-dentystycznym i ewaluacja procesu kształcenia. Prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego prof. Marzena Dominiak zwróciła uwagę na „kompetencje miękkie” i ich miejsce oraz znaczenie w kształceniu lekarzy dentystów. Nowym i także aktualnym tematem były technologie informatyczne oraz możliwości ich wykorzystania w realizacji procesu dydaktycznego na kierunku lekarsko-dentystycznym.

GL Zawsze były uwagi krytyczne zdających Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy (LDEK) oraz egzamin specjalizacyjny (PES), szczególnie w kwestii dostosowania systemu egzaminowania do realiów.

Uczestniczący w konferencji dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych prof. Mariusz Klencki przedstawił analizę wyników z kilku sesji LDEK, zarówno w odniesieniu do absolwentów krajowych, jak i absolwentów studiów anglojęzycznych, a także w aspekcie kształcenia podyplomowego w kontekście obowiązków kierowników specjalizacji wynikających z wprowadzenia Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMKPM).

GL Co to za system?

Jest to system teleinformatyczny, który w swoim założeniu ma wspomagać przebieg procesu kształcenia podyplomowego kadr medycznych. Kierownik specjalizacji w ramach nadzoru nad przebiegiem szkolenia specjalizacyjnego potwierdza w elektronicznej karcie specjalizacji wykonane procedury, odbyte kursy i staże kierunkowe. Pozwala to na

ODNIESIONO SIĘ RÓWNIEŻ DO ZASAD KSZTAŁCENIA W WARUNKACH SYMULACJI – UZNANO, ŻE ZAJĘCIA TE NIE POWINNY STANOWIĆ WIĘCEJ NIŻ 30 PROC. GODZIN PRZEDMIOTÓW KIERUNKOWYCH (PRZEDKLINICZNYCH I KLINICZNYCH).

bieżąc analizować i korygować, planować i śledzić, a także oceniać jakość i skuteczność kształcenia specjalizacyjnego. Kształcenie podyplomowe lekarzy dentystów było tematem odrębnej sesji, na której konsultanci krajowi z poszczególnych dziedzin stomatologicznych omawiali obecnie obowiązujące programy specjalizacji. Przedstawiali również opracowywane w zespołach roboczych propozycje zmian, które mają na celu urealnienie, a także uaktualnienie programów specjalizacji. Działania te mają przede wszystkim usprawnić i podnieść jakość kształcenia specjalizacyjnego.

GL Do jakich wniosków doszli uczestnicy konferencji w obliczu zapowiadanych zmian wynikających z ustawy „Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce?”

W związku z przygotowywanym nowym rozporządzeniem dotyczącym standardów kształcenia m.in. dla studiów przygotowujących do zawodu lekarza dentysty, znaczna liczba wniosków dotyczyła propozycji zmian w obowiązującym obecnie standardzie kształcenia. Przede wszystkim stwierdzono konieczność wprowadzenia do standardu zapisu określającego profil kształcenia na kierunku lekarsko-dentystycznym jako ogólnoakademicki.

Część wniosków dotyczyła zmian w organizacji studiów, liczby godzin zajęć, punktów ECTS, formy prowadzonych zajęć, zasad organizacji praktyk. Niektóre z proponowanych zmian były konsekwencją określenia profilu kształcenia na kierunku lekarsko-dentystycznym jako ogólnoakademickim. Zdaniem uczestników konferencji, reformę należałoby wprowadzić m.in. do programu nauczania na V roku studiów. Na tym roku powinna być uwzględniona możliwość realizacji innych form zajęć niż tylko ćwiczenia praktyczne. Wnioskowano, aby z ogólnej liczby godzin przeznaczonych na realizację poszczególnych przedmiotów przewidzianych do praktycznego nauczania klinicznego na V roku można było wykorzystać na zajęcia seminaryjne do 15 proc. godzin. Wnioskowano również, aby na roku V, poza obowiązkową według standardu liczbą 900 godzin zajęć praktycznych, była możliwość realizowania także innych przedmiotów zawierających treści związane z organizacją i zarządzaniem gabinetem stomatologicznym oraz z prawem medycznym. Odniesiono się również do zasad kształcenia w warunkach symulacji – uznano, że zajęcia, które w ramach kształcenia realizowane są w warunkach symulacji, nie powinny stanowić więcej niż 30 proc. godzin przedmiotów kierunkowych (przedklinicznych i klinicznych).

Zwrócono także uwagę na konieczność ujednolicenia zapisu w standardzie określającym liczbę punktów ECTS przyznanych praktykom wakacyjnym. Uznano, że należy pozostawić zapis, który przypisuje praktykom wakacyjnym łącznie 16 punktów ECTS. Jeden z wniosków dotyczył zmian w programie stażu podyplomowego – uznano, że powinno się go uzupełnić o kształcenie w zakresie „kompetencji miękkich”. Należałoby się zastanowić, czy podobnego uzupełnienia nie

wprowadzić również do standardu kształcenia przeddyplomowego. Uczestnicy konferencji poruszyli także aspekt finansowy i konieczność zapewnienia uczelniom środków finansowych niezbędnych na pokrycie kosztów wprowadzania zmian wynikających z dostosowania działalności uczelni do wymagań nowej ustawy.

GL Studenci kierunku lekarsko-dentystycznego od zawsze zgłaszają problemy z praktycznym kształceniem klinicznym.

Moim zdaniem, na problemy związane ze specyfiką praktycznego nauczania klinicznego na kierunku lekarsko-dentystycznym zwraca uwagę przede wszystkim kadra nauczająca, akcentując aspekty prawne tego zagadnienia. Znalazło to odbicie również we wnioskach tej konferencji, gdzie poruszano kwestie unormowania prawnego zasad kształcenia klinicznego studentów na kierunku lekarsko-dentystycznym. Zdaniem uczestników konferencji brakuje takiego aktu prawnego, który określałby wyraźnie ramy prawne działania studentów w czasie realizacji klinicznego nauczania praktycznego (również w ramach praktyk wakacyjnych). Jesteśmy zgodni co do tego, że wskazane byłoby jak najszybsze podjęcie działań legislacyjnych zmierzających do kompleksowego uregulowania tego problemu.

GL Wnioskowano też o powołanie konwentu dziekanów/prodziekanów kierunków lekarsko-dentystycznych. Czemu miałyby to służyć?

Działania konwentu dotyczyłyby m.in. prac związanych z oceną i aktualizacją programów dydaktycznych, a także innych kwestii wynikających z bieżącej organizacji kształcenia na kierunku lekarsko-dentystycznym. Zdaniem uczestników konferencji, taka struktura mogłaby m.in. sprzyjać wzajemnej wymianie poglądów i doświadczeń, a także ułatwić wypracowywanie wspólnych rozwiązań w ramach bieżącej działalności. ()

Z żalem i smutkiem żegnamy Naszego Kolegę i Przyjaciela

Śp. lek. Jerzego Baranowskiego

wspaniałego Lekarza, dobrego i życzliwego Człowieka,
Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
Okręgowej Izby Lekarskiej w Częstochowie w IV i V kadencji (2002-2010),
Delegata na Krajowy Zjazd Lekarzy
przez wiele lat działającego dla dobra samorządu.

Rodzinie i Bliskim Zmarłego wyrazi szczerego współczucia składają

Maciej Hamankiewicz

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej VII kadencji
wraz z Naczelną Radą Lekarską

Grzegorz Wrona

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Naczelnej Izby Lekarskiej
wraz z zespołem Zastępców

Rozmawiamy ze sobą

*„Nigdy nie jest za późno na bycie
mądrym człowiekiem”*

Daniel Defoe



Jolanta Małmyga

Sekretarz kolegium
redakcyjnego „Gazety Lekarskiej”

Jak odpowiedzieć na pytanie 10-latka: **kto jest mądry i czy może mieć taki sam rozum jak jego tata? Odpowiedziałam, że mózgu jeszcze się udało przeszczepić, a wszelkie domysły zapewne pochodzą z gier komputerowych.** – Tak, ciociu, to prawda, ale czy nie można tego zrobić i jak ocenić, kto jest mądry? – **do-pytywał. Powiedziałam, że mądrość to wiedza, którą zdobywamy przez naukę, czytając książki ze zrozumieniem, najlepiej głośno, gdyż wtedy skupiamy się na tym, co czytamy.** To również umiejętność logicznego myślenia, jaką daje rozwiązywanie zadań matematycznych. Ważne jest też ćwiczenie pamięci podczas nauki, np. języków obcych. I przede wszystkim należy chcieć nauczyć się rozmawiać ze wszystkimi ludźmi. – Tylko ciociu mało kto chce rozmawiać – odpowiedział. – **Moi koledzy ciągle tylko patrzą się w tablety, komórki i wszyscy gramy w gry. To jest taki świat, który możemy mieć na zawołanie, a ani rodzice, ani inni ludzie nie mają czasu na rozmowy z nami, no to jak mam wiedzieć, kto jest mądry – stwierdził. No właśnie, to jest pytanie.**

Ten sam problem dotyczy też nas, dorosłych. Nie wiem, czy nie potrafimy rozmawiać, czy też nie chcemy z obawy przed koniecznością skupienia się na rozmowie i próbie udzielenia odpowiedzi. Wiem, że to zajmuje czas, wymaga poświęcenia, uwagi rozmówcy. Powoływanie się na brak czasu nie jest dobrą wymówką. Skoro nie mamy go na rozmowę z własnymi dziećmi, to jak nauczyć się rozmawiać z innymi ludźmi.

Świetnym przykładem jest trwający, kiedy to piszę, protest rodziców dzieci niepełnosprawnych, z którymi nie chce nikt rozmawiać. Przedstawiciele władzy, jeśli w końcu przychodzą po wielu prośbach protestujących, to próbują narzucić własne pomysły na rozwiązanie problemów niepełnosprawnych obywateli naszego kraju. Politycy przecież wiedzą lepiej, czego potrzebują niepełnosprawni i ich opiekunowie, więc nie widzą potrzeby, aby rozmawiać i dyskutować. Moim zdaniem, po prostu nie umieją i nie chcą rozmawiać, bo szkoda im czasu. Wynik tego protestu przy buciu i arogancji władzy jest raczej nietrudny do przewidzenia.

Podobnie wygląda sytuacja z ludźmi chorymi, z którymi również nikt nie ma czasu porozmawiać i nie tylko wyjaśnić, na czym polega choroba, ale w przypadku, kiedy pacjent jest operowany, nikt nie potrafi znaleźć czasu na wyjaśnienie, jaki to zabieg i na czym polega oraz jakie będzie dalsze postępowanie. Nie ma czasu na normalną rozmowę, czas nagli, gdyż czeka sporo biurokracji do wypełnienia. Wpatrzony w komputer lekarz nie dostrzega rozterek pacjenta, który czuje się lekceważony, a wystraszony nawet nie ma odwagi zapytać i prosić o wyjaśnienia, po prostu zostaje samotny w tłumie i nie pozostaje mu nic innego, jak doszkolić się u doktora Google. Jednak są wyjątki w stylu doktora Judyma, który kosztem własnego czasu rozmawia z pacjentami, tyle tylko, że wówczas wydłuża się czas oczekiwania na przyjęcie następnych i znowu niezadowolenie niektórych, ale i tak bardziej ceniony jest taki lekarz, gdyż każdy wie, że nie jest kolejnym numerkiem, więc warto poczekać.

Wszyscy mamy własne problemy, więc szkoda czasu na wsłuchiwanie się i obciążanie problemami innych. Po prostu wykonuję zleconą mi pracę, najlepiej jak potrafię, tylko czy na pewno? W każdym zawodzie potrzebna jest chociażby odrobina czasu na wysłuchanie rozmówcy i okazanie mu zainteresowania. Obojętność i zamykanie się na drugiego człowieka to nie tylko egoizm i chronienie się przed obciążaniem dylematami innych ludzi, ale przede wszystkim nieumiejętność wykazania się chęcią rozmowy i odrobiną empatii. Żyjemy w skomputeryzowanym świecie, który takich uczuć nie wymaga. Teraz to nawet nie wszystkie urządzenia elektryczne czy inny sprzęt elektroniczny są wyposażone w instrukcję obsługi, a jeżeli takowe są dostępne, to są napisane „po polsku” – językiem, który trudno zrozumieć zwykłemu zjadaczowi chleba, gdyż zapewne piszą je osoby obdarzone wiedzą informatyczną bez potrzeby słownego komunikowania się z odbiorcą. Moim zdaniem nie potrzeba wiele dla poprawy kontaktów międzyludzkich, a może tak z samego rana wystarczy spojrzeć w lustro, uśmiechnąć się do siebie i powiedzieć, jak miło zobaczyć radosną twarz i zabrać ten obrazek na cały dzień ze sobą, wówczas wszyscy też się uśmiechną i łatwiej przyjdzie bez obawy nawiązać rozmowę. ☺

Prof. dr hab. Witold Bartnik (1944-2018)

🔗 ROMAN TOMECKI



Kochany Witku, Przyjacielu,

rozmawialiśmy całkiem niedawno, tuż przed... Byłeś zmęczony, ale pełen optymizmu. Obiecaliśmy sobie kolejne spotkanie. Mieliśmy potrzebę powspominania różnych zdarzeń zawodowych i życiowych, które towarzyszyły nam przez 40 lat spędzonych ramię w ramię w klinice, na wykładach, kongresach, konferencjach, egzaminach.

Prawdopodobnie spędziliśmy razem więcej czasu niż z naszymi żonami. Byłeś zawsze niezawodny, odpowiadający, przyjazny. Tak wiele obrazów, słów, gestów, ciepła zostawiłeś w mojej głowie i sercu.

Pierwszy Twój wykład dla zespołu Kliniki w 1967 r. Przedstawiałeś rozwój układu odpornościowego i zacząłeś od: „Czy wiecie Państwo, że gołąb to jest taki ptak, zwierzę, które posiada bursę Fabriciusa...”. Rozbawiło to słuchaczy, którzy przecież wiedzieli, że gołąb to ptak, ale wielu nagle zdało sobie sprawę, że to także zwierzę. Nikt z nas nie przewidywał, że słuchamy przyszłego wykładowcy najwyższej klasy. Każdy z Twoich późniejszych setek wykładów był oszlifowaną perfekcyjnie perełką. Chciałeś mieć pewność, że słuchacze wiedzą, o czym mówisz, i stąd potrzeba powiedzenia, że gołąb to ptak, a zarazem zwierzę. Miałeś grono fanów swojej Osoby i wykładów. Jeździli oni

za Tobą po całej Polsce. Zawsze po wykładzie przychodziłeś niespokojny i pytałeś: „jak było?”. Odpowiedź była tylko jedna – świetnie. Zazdrościłem Ci swady, niezwyklej wiedzy, logiki, perfekcyjnej grafiki przeźroczy. Ta ostatnia pokazywała Twój niezwykły artyzm. Tworzyłeś obrazy. Pięknie rysowałeś.

Ogromny jest Twój dorobek naukowy. To ponad 200 publikacji, w tym w czasopiśmie o najwyższej randze międzynarodowej. To ogromny wysiłek twórczy, który przyniósł ponad 20 nagród naukowych różnych towarzystw medycznych i Ministra Zdrowia oraz członkostwo wielu towarzystw w Polsce, a także Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych. Swoje pasje redakcyjne realizowałeś w pracach komitetów redakcyjnych i rad naukowych wielu czasopism.

Jakim cudem miałeś czas na normalne życie?

Prowadziłeś specjalizacje, doktoraty, recenzowałeś habilitacje, prace doktorskie, dorobek kandydatów do awansu naukowego, byłeś Prezesem Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii. Do tego wiele lat trudnej choroby, obciążającej fizycznie i choć tego nie okazywałeś, psychicznie.

Zawsze szanowałem i podziwiałem Twoją wielkość i Twoją normalność,

ogromną miłość do córki Oleńki, dbałość o dom, o Żonę Iżę, wcześniej o Rodziców i Brata.

Pamiętam lipiec 1978 r., wczesny ranek, słońce, z łodzi na jeziorze Drwęckim pierwszy raz w życiu łapiesz ryby. Wyciągasz pięknego okonia – ileż było w Tobie radości i zdumienia. Okonia wypuściliśmy, bo nie lubiłeś jeść ryb, ale tak jak gołąb był ptakiem, tak śledź już nie był rybą i jadałeś go chętnie.

Ile radości dawały Ci kolorowe papugi siadające na ramionach w czasie naszego pobytu na wyspach tropikalnych. Lubiliśmy muzykę, byle nie kameralną: otwarcie kongresu w pięknych Łażniach w Karlowych Varach, pełna gala i sextet smyczkowo-wioloncelowy. Rzadko nam się spało tak dobrze. Szkoda, że koncert trwał tak krótko. Wracaliśmy nocą z konferencji w Katowicach. Prowadziłem samochód. Śpiewaliśmy na całe gardło „We are the champions”. Ileż było w tym spontanicznej radości.

W gorszych chwilach nuciliśmy „The show must go on”. Lubiliśmy Queen. Lubieś też Agnieszkę Osiecką, dotkliwie zdając sobie sprawę, że życie to bal, na który nie będziemy drugi raz zaproszeni.

Witku! Jestem szczęśliwy, że spędziłem z Tobą tyle lat i jestem nieszczerliwy, że odszedłeś. Do zobaczenia. 🔗

Cyfrowy świat

Z prof. **Andrzejem Urbanikiem**, prezesem Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

GL
W Y W I A D

GL 70 proc. wszystkich rozpoznań jest stawianych na podstawie badań radiologicznych. Jak diagnostyka obrazowa zmieniła medycynę?

Stało się to za sprawą odkrycia i wprowadzenia do praktyki promieni X (nazwanymi na cześć odkrywcy promieniami Roentgena), co umożliwiło bezinwazyjne oglądanie wnętrza ciała człowieka, a przez to pokazywanie zmian chorobowych. Spowodowało to rewolucję w rozumieniu procesów patologicznych, a także dało całkiem nowe możliwości ich leczenia i monitorowania. To prawda, że udział radiologii w stawianiu rozpoznań szacuje się na ponad 70 proc., ale proszę zwrócić uwagę, że są dyscypliny – neurochirurgia czy medycyna urazowa, gdzie 100 proc. rozpoznań to rozpoznania radiologiczne. Stąd tak wielka odpowiedzialność ciąży na radiologach.

GL Jednak od czasów zastosowania pierwszych aparatów rentgenowskich wiele się zmieniło.

Mimo nowych i ogromnych możliwości, jakie stworzyła diagnostyka radiologiczna, szybko zdano sobie sprawę z jej ograniczeń. Niewielka rozdzielczość tkankowa oraz nakładanie się struktur ciała na klasycznych zdjęciach rentgenowskich, które są de facto obrazami sumacyjnymi, to tylko niektóre z nich. Usunęła je tomografia komputerowa (TK), rozszerzając kilkusetkrotnie rozdzielczość tkankową, umożliwiając uwidocznienie nie tylko poszczególnych narządów, ale ich budowy. TK pokazuje ciało w bardzo złożony sposób, bo i w rekonstrukcjach przestrzennych, i w wybranych tkankach (np. tylko kości lub tylko tkanki miękkie).

Kolejnym krokiem w rozwoju radiologii było wprowadzenie diagnostyki ultrasonograficznej, rezonansu magnetycznego, a także procedur radiologii zabiegowej (interwencyjnej). Aparatura radiologiczna cały czas jest udoskonalana. I nie chodzi tylko o najbardziej zaawansowane technologie, jak TK czy MR. Już najnowszej generacji „zwykłe” aparaty rtg. działają w technice cyfrowej, bezpośredniej, co oznacza, że po ekspozycji od razu uzyskujemy obraz na ekranie monitora i możemy go poddać przetworzeniom. Co więcej, wykonuje się cyfrowe obrazy warstwowe w technice tzw. tomosyntezy. Można także wykonywać badania z ekspozycją promieniowania o różnej twardości, co pozwala na tzw. obrazowanie spektralne, przydatne w redukcji artefaktów na zdjęciach kosztownych z obecnością elementów metalowych. W opcje

tomosyntezy oraz możliwość badania ze środkiem kontrastującym są już wyposażone najnowszej generacji mamografy, co sprawia, że ich skuteczność diagnostyczna jest na poziomie MR.

GL Dokąd zmierza radiologia?

Współczesna radiologia dąży do tego, aby obrazy otrzymane z badań obrazowych były zbliżone do obrazów oglądanych przez lekarza wykonującego endoskopię lub zabiegi operacyjne. Służą temu zaawansowane techniki rekonstrukcyjne obrazowania trójwymiarowego oraz w opcji wirtualnej endoskopii. W ten sposób obrazy z badań radiologicznych stają się pomocne dla lekarzy niebędących radiologami. Mogą być „podpowiedzią” dla prowadzenia operacji, a w wielu przypadkach wręcz mogą zastąpić klasyczne endoskopie, jak to się dzieje w przypadku wirtualnej kolonoskopii. Taka „naturalność” obrazów radiologicznych ułatwia kontakt i porozumienie radiologa z innymi specjalistami, a taka współpraca to niezbędny warunek, aby wszystkie możliwości diagnostyki obrazowej były w pełni wykorzystane. Istnieje także szereg obrazów, które pozwalają – na podstawie np. badania TK – dokonywać symulacji pooperacyjnej. Takie programy przeznaczone są np. dla chirurgów twarowo-szczękowych. Idąc dalej – dane obrazowe z badań TK, zapisane w postaci cyfrowej, mogą sterować pracą drukarki 3D, tworząc rzeczywiste modele pozwalające na przeprowadzenie na nich symulowanego zabiegu operacyjnego lub zaplanowanie, np. wykonania implantu czy dopasowania protezy dla indywidualnego pacjenta. Medycyna staje się w jak najmniejszym stopniu inwazyjna i radiologia wychodzi temu naprzeciw, rozwijając radiologię zabiegową (interwencyjną). Wreszcie kwestia wczesnej diagnostyki, w której chodzi o to, aby zmiany patologiczne rozpoznawać, zanim spowodują zmiany w strukturze ciała. Stąd rozwój obrazowania molekularnego. W przypadku rezonansu magnetycznego coraz większe zastosowanie ma protonowa spektroskopia, która pozwala na zidentyfikowanie zmian w tkance (najczęściej mózgowej), zanim nastąpi jej uszkodzenie. Umożliwia też bezinwazyjne różnicowanie charakteru tych zmian. Istotny tu jest rozwój urządzeń hybrydowych, czyli SPECT/CT, PET/CT i PET/MR. Łączą one radiologię z medycyną nuklearną. Z kolei w technice funkcjonalnego obrazowania MR można pokazać, jak pracuje mózg, ale już stoimy przed kolejnymi

wyzwaniami – zastosowania na dużą skalę programów CAD (computer-aided design), sztucznej inteligencji czy strukturyzacji opisów, a wreszcie zmiany systemu działania radiologii – podobnie jak całego systemu opieki zdrowotnej – z Volume-Based Radiology na Value-Based Radiology.

GL Na ile cyfryzacja zawładnęła diagnostyką obrazową?

Współczesna radiologia staje się w całości cyfrowa, bowiem aparaty TK i MR od początku generowały obrazy cyfrowe, podobnie jak pozostałe urządzenia najnowszej generacji. W nowoczesnych zakładach radiologii czy diagnostyki obrazowej zniknęły zdjęcia na błonach, a obrazy są rejestrowane w pamięci na serwerach i pacjenci otrzymują je na płytach CD lub DVD. Cyfrowa rejestracja danych obrazowych umożliwia ich przetwarzanie, co dało możliwości zobaczenia tego, co nie jest widoczne na pierwszy rzut oka. Cyfrowe dane mogą też być przysyłane za pośrednictwem internetu, co pozwala je konsultować i opisywać na odległość. Praktycznie w każdym zakładzie radiologii funkcjonują systemy RIS, czyli Radiologiczne Systemy Informatyczne przetwarzające dane opisowe, oraz PACS – Systemy Archiwizacji i Komunikacji Obrazowej przetwarzające dane obrazowe. Słowem cyfrowy świat to chleb powszedni dla wszystkich zaangażowanych w diagnostykę obrazową.

GL Czy radiologia to chętnie wybierana specjalizacja przez lekarzy?

Radiologia przeżywała kryzys w końcu lat 70. XX w. Gdy jednak wprowadzono TK, stała się atrakcyjna. Mimo to radiologów brakuje, a sprzętu i miejsc pracy dla nich przybywa. Mamy ok. 2,5 tys. specjalistów radiologii, a szkoli się ok. 700. Duży odsetek to osoby starsze, które trzeba będzie kimś zastąpić. Zdanie egzaminu specjalizacyjnego nie jest łatwe ze względu na bardzo szeroki zakres wiedzy i umiejętności, jakie musi posiadać radiolog. Dlatego PLTR prowadzi aktywną działalność szkoleniową. Sztandarowym przedsięwzięciem są organizowane dwa razy w roku kursy w ramach tzw. Szkoły Radiologii PLTR. Najlepsi specjaliści z wybranych działów radiologii szkolą młodych adeptów, a te szkolenia są nieodpłatne i na najwyższym poziomie. Towarzystwo organizuje też szkolenia dla techników elektroradiologii, a także dla studentów zarówno kierunku lekarskiego, jak i elektroradiologii. Pod naszym patronatem i przy aktywnym udziale odbywają się co roku trzy sympozja naukowo-szkoleniowe „Radiologia wspólna sprawa”, „SOFOR – Studenckie, Ogólnopolskie Forum Radiologiczne” oraz „Młoda Elektroradiologia”. To tylko niektóre przedsięwzięcia. Bardzo ważnymi wydarzeniami zarówno naukowymi, ale także edukacyjnymi dla całego środowiska związanego z diagnostyką obrazową, są odbywające się co trzy lata Zjazdy PLTR.

GL Jak sprawdził się pana pomysł, aby krajowy egzamin specjalizacyjny był równoważny z European Diploma in Radiology (EDiR)?

To okazało się prawdziwym strzałem w dziesiątkę. W ciągu ostatnich kilku lat do tego egzaminu przystąpiło ponad 1200



^ **Prof. Andrzej Urbanik:**
– Współczesna radiologia dąży do tego, aby obrazy otrzymywane z badań obrazowych były zbliżone do obrazów oglądanych przez lekarza wykonującego endoskopię lub zabiegi operacyjne.

osób, w tym prawie 400 Polaków. Jest on trudniejszy niż polski egzamin specjalizacyjny i w dodatku odbywa się w języku angielskim, ale nasi, zwłaszcza młodzi koledzy, znakomicie dają sobie radę. Konieczność bardzo intensywnej nauki przed EDiR sprawia, że rośnie poziom wykształcenia polskich radiologów.

GL Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne powstało w 1925 r. i jest jednym z najstarszych.

PLTR zawsze starało się stymulować rozwój radiologii w Polsce, przybliżać i wdrażać najnowsze osiągnięcia. Szczególnie ta rola była widoczna w bardzo trudnym okresie powojennym. Dlatego należy mieć ogromny szacunek dla ówczesnych liderów. Obecnie staramy się być wszędzie tam, gdzie omawia się sprawy związane z diagnostyką obrazową. Z przykrością muszę jednak stwierdzić, że nie zawsze nasz merytoryczny głos jest brany pod uwagę przez decydentów.

GL W tej pogoni za nowoczesnością trudno się odnaleźć lekarzom, a także pacjentom. Co na to PLTR?

W przypadku lekarzy, Krajowe Centrum Ochrony Radiologicznej w Ochronie Zdrowia, przy naszej współpracy, wydało w wielkim nakładzie „Wytyczne dla lekarzy kierujących na badania obrazowe”. To jedno z najlepszych na świecie opracowań autorstwa Royal College of Radiology, jest znakomitą przewodnikiem po świecie diagnostyki obrazowej i z pewnością już teraz stanowi wielką pomoc dla wszystkich lekarzy w naszym kraju. Widzimy jednak ogromną potrzebę edukacji społecznej w tym zakresie, dlatego rozpoczęliśmy realizację odpowiedniego programu, który zaprezentujemy 8 listopada, w czasie obchodów Międzynarodowego Dnia Radiologii. Już teraz zapraszam na to wydarzenie. (O)

Łatwiej o zadośćuczynienie?



Mariusz
Tomczak

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

Wyrządzenie ciężkiego i trwałego uszczerbku na zdrowiu może naruszać dobra osobiste poszkodowanego i jego najbliższych – potwierdził kilka tygodni temu Sąd Najwyższy. Oznacza to, że mogą ubiegać się o zadośćuczynienie.

Wprawdzie uchwały Sądu Najwyższego (sygn. akt III CZP 36/17, III CZP 69/17, III CZP 60/17) dotyczą przede wszystkim wypadków komunikacyjnych, ich konsekwencje będą prawdopodobnie znacznie szersze, znajdując zastosowanie m.in. w sprawach poszkodowanych na skutek błędów medycznych (np. przy porodzie) czy wypadków przy pracy.

W jakim stopniu ułatwią one wykazanie, że jeśli jakość życia uległa pogorszeniu na skutek wypadku osoby bliskiej, to można zażądać rekompensaty finansowej? Na to pytanie próbowano znaleźć odpowiedź w czasie konferencji Rzecznika Finansowego i Rzecznika Praw Pacjenta, która odbyła się 19 kwietnia w Warszawie pod hasłem „Rekompensata za utratę zdrowia i życia – praktyczne aspekty dochodzenia roszczeń”. Pod koniec marca obaj rzecznicy podpisali porozumienie o współpracy, którego celem ma być ułatwienie pacjentom i klientom instytucji finansowych uzyskania wsparcia w dochodzeniu ich praw (głównie w przypadkach związanych z pobytem w placówce medycznej).

CIEŻKI USZCZERBEK

– Linia orzecznicza zaprezentowana przez Sąd Najwyższy w uchwałach podjętych na kanwie spraw dotyczących zadośćuczynienia dla osób bliskich ofiar wypadków komunikacyjnych będzie odnosiła się także do spraw z zakresu błędów medycznych, w których

pacjent w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych doznał ciężkiego i trwałego uszczerbku na zdrowiu – powiedział Rzecznik Praw Pacjenta Bartłomiej Chmielowiec, dodając, że od 3 kwietnia – na mocy art. 83 ustawy o Sądzie Najwyższym – wniosek o rozstrzygnięcie rozbieżności w orzecznictwie sądów powszechnych w zakresie wykładni przepisów prawa może przedstawić także Rzecznik Praw Pacjenta. Podobne zdanie przedstawiła Rzecznik Finansowy Aleksandra Wiktorow. – Sąd Najwyższy przesądził, że można przyznać zadośćuczynienie za krzywdę osobom najbliższym poszkodowanego, który na skutek czynu niedozwolonego doznał ciężkiego i trwałego uszczerbku na zdrowiu. Chodzi o przypadki, w których członek rodziny jest w tzw. stanie terminalnym czy wegetatywnym – powiedziała. Utrzymywanie normalnych relacji i więzi rodzinnych z osobą, która żyje, aczkolwiek nie ma z nią żadnego kontaktu lub jest on bardzo mocno ograniczony, a leczenie nie rokuje znaczącej poprawy, stanowi naruszenie dobra osobistego osób bliskich i – jak podkreśliła Aleksandra Wiktorow – zasługuje na zadośćuczynienie pieniężne.

WOJEWÓDZKIE KOMISJE

Dobłą alternatywą dla postępowań sądowych mogą być wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach

16

– tylu członków liczą wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych.

medycznych, ale – o czym nie można zapominać – ich praca nie stanowi wykonywania władzy publicznej. Zdaniem prof. Doroty Karkowskiej z Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego ich działalność powinna zostać jednak zreformowana w celu zmniejszenia zbędnego formalizmu, tak aby przyspieszyć postępowania. – Komisje zaczęły być postrzegane jako przednówek sądu. W moim przekonaniu zasięganie opinii biegłych powinno być tylko w wyjątkowych sytuacjach, kiedy w składach nie ma specjalistycznej wiedzy – podkreśliła. Należałoby również rozważyć zróżnicowanie liczby członków komisji (obecnie według ustawy w jej skład wchodzi 16 osób), bo obciążenie sprawami nie jest równomierne. O ile przez pierwsze 3,5 miesiąca tego roku na Mazowszu było ok. 320 spraw, o tyle na Podlasiu ok. 20. – W tym roku mamy już 60 nowych spraw i część odwoławczych z poprzedniej kadencji – powiedziała prof. Dorota Karkowska, będąca jednocześnie przewodniczącą Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Warszawie.

OPINIE BIEGŁYCH

Dochodząc swoich praw w sądzie pacjent skarży się m.in. na wysokie koszty (nawet w przypadku wygranej i zasądzenia niemałej kwoty

LINIA ORZECZNICZA ZAPREZENTOWANA PRZEZ SĄD NAJWYŻSZY BĘDZIE ODNOSIŁA SIĘ TAKŻE DO SPRAW Z ZAKRESU BŁĘDÓW MEDYCZNYCH.

zadośćuczynienia w ostatecznym rozrachunku można nie zyskać ani złotówki), przewlekłość postępowań (z czym wiąże się czasami ryzyko przedawnienia) i – jak wskazywała radca prawny Jolanta Budzowska, specjalizująca się w sprawach odszkodowawczych – niewiele, a czasami nic nie wnoszące do sprawy opinie biegłych. – System opiniowania w sprawach o błędy medyczne wymaga rewolucyjnych, a nie ewolucyjnych zmian. Koszty opinii to te koszty procesu, które trzeba jak najszybciej zracjonalizować. Sąd powinien oceniać wiarygodność dowodu z opinii biegłych, a nie zajmować się wyszukiwaniem medyków, którzy przyjmą zlecenie – powiedziała mec. Jolanta Budzowska. W polemikę z jej wystąpieniem wszedł Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Grzegorz Wrona. Zgadając się z opinią mec. Budzowskiej, że to nie pieniądze stanowią trudność w dostępie do biegłych, wskazała na obciążenie pracą i liczebność kadr medycznych. – W Polsce lekarzy jest tyle, ile jest, a doba ma 24 godziny. Naszym obowiązkiem jest diagnozowanie, leczenie i rehabilitacja chorych, a lekarze są zobowiązani, aby tym zadaniom poświęcić należyty czas – powiedział dr Grzegorz Wrona, dodając, że tego wymaga także Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej. – Orzekanie, w dodatku dla coraz większej ilości uprawnionych organów, jest czynnością drugorzędną – podkreślił. Odnosząc się do głosu dr. Wrony, Rzecznik Praw Pacjenta powiedział, że widzi konieczność odbudowy zaufania w relacjach lekarz-pacjent. Mogłoby w tym pomóc pozasądowe rozpatrywanie sporów bez orzekania o winie, w którym odszkodowanie wypłacano by w związku z zaistniałym uszczerbkiem na zdrowiu bez konieczności badania winy personelu medycznego.

PIENIĄDZE ZA KRZYWDĘ

Wśród ekspertów z zakresu prawa medycznego coraz częściej pojawia się postulat standaryzacji zadośćuczynień. To niełatwe zadanie, bo wśród naukowców i praktyków ściera się

▲ **Krzywdę trudno zmierzyć, a tym bardziej przeliczyć na pieniądze.**

wiele poglądów. Jak zauważył prof. Marcin Orlicki z Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu, zadośćuczynienie odnosi się do skutków zdarzeń w sferze psychiki. Sąd nie przyznaje bowiem zadośćuczynienia za uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia, utratę osoby bliskiej czy naruszone dobro osobiste. W orzecnictwie dobro osobiste ujmowane jest w różny sposób (np. prawo do życia w rodzinie, prawo do niezakłóconego życia rodzinnego, szczególna więź emocjonalna, więź emocjonalna łącząca osoby bliskie). Art. 448 Kodeksu Cywilnego stanowi, że w razie naruszenia dobra osobistego sąd może przyznać temu, czyje dobro osobiste zostało naruszone, odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznana krzywdę lub na jego żądanie zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez niego cel społeczny. Chodzi więc o subiektywnie odczuwany efekt pewnego zdarzenia, bo krzywdę trudno zmierzyć, a tym bardziej przeliczyć na pieniądze.

PRAWO DO MIARKOWANIA

– Standaryzacja zadośćuczynień oparta wyłącznie o klasyfikację zakresu uszkodzeń ciała jest w obecnym stanie prawnym nie do pomyślenia – podkreślił prof. Marcin Orlicki. Mimo że nie jest zwolennikiem pełnej swobody sądu w określaniu zasadności roszczenia o zadośćuczynienie i jego wysokości, skłania się ku uregulowaniu

tych spraw. Obecnie nie wiadomo, kiedy należy przyznać zadośćuczynienie, a kiedy nie. Nie wiadomo również, czy naruszenie każdego dobra osobistego pociąga za sobą obowiązek zapłaty zadośćuczynienia, jaki jest wyjściowy poziom zadośćuczynienia w przypadku poszczególnych rodzajów krzywd oraz jakie są czynniki przemawiające za jego podwyższeniem, a jakie za obniżaniem. – Ustawodawca powinien wskazać czynniki, które powinny być brane przez sąd pod uwagę przy określaniu wysokości zadośćuczynień, a być może nawet określić kwotowo minimalną i maksymalną ich wysokość, które powinny być zasądzone w przypadku naruszenia poszczególnych kategorii dóbr osobistych – mówił profesor z UAM. W opinii radcy prawnego Aleksandra Daszewskiego z biura Rzecznika Finansowego, standardy określające wysokość zadośćuczynień za śmierć dla najbliższych należy ustalić w oparciu o uśrednione wartości zasądzone w ostatnich latach, a daleko idące uznanie sędziowskie należałoby utrzymać w przypadku zadośćuczynień dla poszkodowanego lub za stany wegetatywne. – Sędzia powinien mieć prawo do tzw. miarkowania wysokości zadośćuczynienia, czyli określenia adekwatnej jego wysokości na bazie konkretnej indywidualnej sprawy po przeanalizowaniu dowodów zgromadzonych w sprawie – powiedział mec. Aleksander Daszewski. ○



Stomatolog na wokandzie

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

Do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej wpłynęła skarga na lekarza dentystę dotycząca leczenia ortodontycznego.

Po założeniu aparatu stałego pacjentka zauważyła, że siekacze zaczęły „unosić się do góry”, pogorszyło się też ustawienie zębów w górnym łuku, zamki były „krzywo i niedbale doklejone”, przez co często się odklejały. Pacjentka podjęła decyzję o rezygnacji z leczenia u obwinionego. Jej nowy lekarz prowadzący, specjalista ortodonta, polecił jej kontakt z izbą lekarską, gdyż wg niego obwiniony lekarz popełnił błąd i nie posiadał kwalifikacji niezbędnych, by podjąć leczenie ortodontyczne.

Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej po zbadaniu sprawy zdecydował o zasięgnięciu opinii biegłego. Ten uznał, że plan leczenia ortodontycznego bez ekstrakcji w górnym łuku był błędny i uniemożliwiał wyleczenie wady zgryzu pacjentki. Ponadto pozycjonowanie zamków na zębach odbiegało od wzorcowego i wraz z zastosowanym

systemem leczenia (łuk ciągły) prowadziło do pogarszania się warunków zgryzowych i estetycznych. Obwiniony lekarz oświadczył, że informacje przedstawione przez pacjentkę są nieprawdziwe, a skarga bezpodstawną. Na wniosek OROZ opinię w sprawie wydał konsultant krajowy w dziedzinie ortodonta, który uznał, że obwiniony lekarz nie posiada specjalistycznej wiedzy, by podjąć leczenie ortodontyczne pacjentów dorosłych aparatami stałymi. OROZ skierował sprawę do okręgowego sądu lekarskiego w związku z naruszeniem art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

OSL po zbadaniu sprawy i przesłuchaniu stron uznał winę lekarza. Wymierzył mu karę ograniczenia wykonywania zawodu lekarza dentysty w zakresie ortodonta na okres 2 lat. Pełnomocnik obwinionego złożył odwołanie do Naczelnego Sądu Lekarskiego, który przekazał sprawę do ponownego rozpatrzenia, by ten wyjaśnił rozbieżności między zeznaniami obwinionej i pokrzywdzonej dotyczącymi liczby oraz rodzaju wizyt,

ustalenia planu leczenia oraz określenia daty popełnienia przewinienia zawodowego.

Sprawa została ponownie rozpatrzona przez sąd pierwszej instancji. W dniu podpisania zgody na leczenie obwiniony lekarz dentysta nie dysponował aktualnym zdjęciem pantomograficznym i kefalometrycznym, a podczas podpisywania zgody na leczenie pacjentka nie mogła być dokładnie oraz zgodnie z zasadami praktyki ortodontycznej zdiagnozowana, a tym samym poinformowana o sposobach leczenia, ryzyku i rokowaniu. Sąd nie dał wiary karcie historii choroby dostarczonej przez lekarza, lecz oparł się na obiektywnych dowodach. Obwiniona przyjęła plan leczenia, jednak jego założenia były błędne i niezgodne ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej. OSL uznał winę obwinionego lekarza i orzekł o ograniczeniu wykonywania zawodu lekarza dentysty w zakresie ortodonta na okres 2 lat. Od powyższego orzeczenia OSL odwołanie do NSL złożył obrońca obwinionego. Naczelny Sąd Lekarski uznał je jednak jako bezzasadne i utrzymał w mocy orzeczenie OSL. ○



Grzegorz Wrona

Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

KOMENTARZ

Na wstępie należy podkreślić, że opisane powyżej zdarzenie nie jest pierwszym kontaktem obwinionego lekarza z OROZ i z sądami lekarskimi. Nad obwinionym ciąży już poprzednie ograniczenie czynności lekarza w zakresie ortodonta na okres 2 lat za inne, ale podobne przewinienie. Sąd orzekając wymiar kary, miał świadomość kary orzeczonej poprzednio, choć uprawomocniła się w okresie późniejszym. I zapewne skład orzekający dyskutujący w czasie sędziowskiej narady uznał, że lekarzowi dać trzeba szansę na zrozumienie, iż nie posiada właściwych dla wykonywania tego rodzaju świadczeń kwalifikacji praktycznych i formalnych, stąd po raz drugi orzekł tę samą,

a nie wyższą, karę. A przecież ortodonta to szczególnie dziedzina wiedzy, wkraczająca wielokrotnie w funkcjonowanie bardzo ważnego dla naszego zdrowia narządu. Być może rzecznik i sąd, rozważając zbieżność czasu, stwierdzając określony poziom wiedzy praktycznej i teoretycznej lekarza, rozważały potrzebę weryfikacji wystarczającego przygotowania zawodowego lekarza, o którym mowa w naszej, lekarskiej ustawie. I wreszcie zapewne również spostrzeżony przez organa odpowiedzialności zawodowej wątek rozpoczęcia biegu skargi. Nasz Kodeks Etyki Lekarskiej stawia nam wymóg, aby „wszelkie uwagi o dostrzeżonych błędach w postępowaniu innego lekarza przekazać przede wszystkim temu lekarzowi”. Mam nadzieję, że taka rozmowa między Kolegami miała miejsce. ○

BIULETYN

NR 1 (180) ROK XXVIII

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

WARSZAWA, I 2018

© REDAKTOR NACZELNY: MAREK JODŁOWSKI

Posiedzenie NRL – 12 stycznia 2018 r.

UCHWAŁA Nr 1/18/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 12 stycznia 2018 r.

w sprawie cofnięcia wniosku
do Trybunału Konstytucyjnego o kontrolę
konstytucyjności prawa

Na podstawie art. 5 pkt 14 i 15 w zw. z art. 39
ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r.
o izbach lekarskich (Dz.U. z 2016 r. poz. 522,
z późn. zm.) oraz art. 56 ust. 2 pkt 1 ustawy
z dnia 30 listopada 2016 r. o organizacji i trybie

postępowania przed Trybunałem Konstytucyj-
nym (Dz. U. z 2016 r., poz. 2072) Naczelna Ra-
da Lekarska uchwala, co następuje:

§ 1.

Naczelna Rada Lekarska cofa w całości wnio-
sek o kontrolę konstytucyjności prawa – niektó-
rych przepisów ustawy o świadczeniach opieki
zdrowotnej finansowanych ze środków publicz-
nych, złożony na podstawie uchwały Nr 5/15/
VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 10 kwiet-
nia 2015 r. w sprawie wystąpienia z wnioskiem
do Trybunału Konstytucyjnego, rozpatrywany

przez Trybunał Konstytucyjny pod sygnatu-
rą akt K 15/15.

§ 2.

Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Lekar-
skiej – Macieja Hamankiewicza do złożenia pi-
sma zawierającego wycofanie wniosku, o któ-
rym mowa w § 1.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

BIULETYN

NR 2 (181) ROK XXVIII

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

WARSZAWA, IV 2018

© REDAKTOR NACZELNY: MAREK JODŁOWSKI

Posiedzenie NRL – 20 kwietnia 2018 r.

UCHWAŁA NR 2/18/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 20 kwietnia 2018 r.

w sprawie przyjęcia projektu ustawy
o zmianie ustawy o systemie
ubezpieczeń społecznych

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grud-
nia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. z 2018 r.,

poz. 168) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Przyjmuje się projekt ustawy o zmianie
o systemie ubezpieczeń społecznych w zakre-
sie dotyczącym przekazywania przez Zakład
Ubezpieczeń Społecznych po wydaniu orze-
czenia ustalającego niezdolność do pracy ubez-
pieczonego, będącego lekarzem kopii opinii le-
karskiej w celu umożliwienia okręgowej radzie

lekarskiej oceny stanu zdrowia, niezbędne-
go do wykonywania zawodu lekarza lub leka-
rza dentystry, stanowiący załącznik do niniej-
szej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

Projekt
Załącznik do uchwały
Nr 2/18/VII
Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 20 kwietnia 2018 r.

Ustawa

z dnia

o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych

Art. 1.

W ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.¹⁾) w art. 50 dodaje się ust. 20 w brzmieniu:

„20. Zakład każdorazowo po wydaniu przez lekarza orzecznika Zakładu lub komisję lekarską Zakładu orzeczenia ustalającego niezdolność do pracy ubezpieczonego będącego lekarzem lub lekarzem dentystą, przekazuje okręgowej radzie lekarskiej, której lekarz lub lekarz dentysta jest członkiem, kopię opinii lekarskiej, zawierającej w szczególności kod choroby ubezpieczonego ustalony według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, wydanej przez lekarza orzecznika Zakładu lub komisję lekarską Zakładu w postępowaniu o ustalenie prawa do świadczeń z ubezpieczeń społecznych lub innych świadczeń wypłacanych przez Zakład, bez wiedzy i zgody lekarza lub lekarza dentysty, którego dotyczą dane zawarte w opinii – w celu umożliwienia okręgowej radzie lekarskiej oceny stanu zdrowia niezbędnego do wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty.”

Art. 2.

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

UZASADNIENIE

Zgodnie z art. 5 pkt 2, 4 i 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168) do zadań samorządu lekarskiego należy sprawowanie pieczy nad należyty i sumienny wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentysty, zawieszanie prawa wykonywania zawodu oraz ograniczenie w wykonywaniu zawodu oraz prowadzenie postępowania w przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty. W związku z realizacją tych zadań okręgowa rada lekarska, jeżeli stwierdzi, że istnieje uzasadnione podejrzenie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu lub ograniczenia w wykonaniu ściśle określonych czynności medycznych ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentysty, jest zobowiązana

podjąć postępowanie zmierzające do oceny stanu zdrowia lekarza lub lekarza dentysty. Postępowanie to toczy się zgodnie z przepisami art. 12 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2018 r. poz. 617, z późn. zm.) i mają do niego zastosowanie przepisy ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 1257, z późn. zm.). Warunkiem podjęcia powyższego postępowania jest stwierdzenie przez okręgową radę lekarską, że istnieje uzasadnione podejrzenie niezdolności lekarza lub lekarza dentysty do wykonywania zawodu.

Natomiast lekarz orzecznik i komisja lekarska Zakładu Ubezpieczeń Społecznych każdorazowo w postępowaniu związanym z wydaniem orzeczenia w przedmiocie niezdolności do pracy wydaje między innymi opinię lekarską, w której zamieszcza informacje odnoszące się do stanu zdrowia ubezpieczonego. Przekazanie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych opinii lekarskiej w przypadku, gdy lekarz orzecznik lub komisja lekarska stwierdzili niezdolność do pracy, umożliwi okręgowej radzie lekarskiej dokonanie wstępnej oceny stanu zdrowia lekarza lub lekarza dentysty. W razie ustalenia, że stan zdrowia opisany w przekazanej opinii lekarskiej może wpływać na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentysty, okręgowa rada lekarska będzie podejmować postępowanie zgodnie z art. 12 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Projektowana zmiana ma także na celu zapewnienie spójności systemu, tak, aby lekarz lub lekarz dentysta, wobec którego lekarz orzecznik lub komisja lekarska Zakładu Ubezpieczeń Społecznych stwierdzili niezdolność do pracy, był jednocześnie zawieszony w wykonywaniu zawodu lub ograniczony w wykonywaniu określonych czynności medycznych z uwagi na stan zdrowia. Dotyczy to przede wszystkim tych przypadków, gdy lekarz lub lekarz dentysta, pomimo całkowitej niezdolności do pracy orzeczonej przez Zakład, nadal wykonuje zawód.

UCHWAŁA Nr 3/18/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 20 kwietnia 2018 r.

w sprawie organizacji X Kongresu Polonii Medycznej w 2019 r.

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 19 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168) uchwala się, co następuje:

§ 1.

1. Powierza się Okręgowej Izbie Lekarskiej w Gdańsku organizację X Kongresu Polonii Medycznej w 2019 r.
2. Przeznacza się kwotę 150.000 zł na organizację X Kongresu Polonii Medycznej.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 4/18/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 20 kwietnia 2018 r.

w sprawie sprawozdania kadencyjnego Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 19 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Przedstawia się XIV Krajowemu Zjazdowi Lekarzy sprawozdanie z VII kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiące załącznik do uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Maciej Hamankiewicz

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

UCHWAŁA Nr 5/18/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 20 kwietnia 2018 r.

w sprawie zatwierdzenia wykonania budżetu i przeznaczenia zysku Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 2017

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 14 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168) uchwala się, co następuje:

§ 1.

1. Zatwierdza się wykonanie budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 2017, które zamyka się sumą bilansu (po stronie aktywów i pasywów) w kwocie 33.713.925,48 PLN.
2. Postanawia się przeznaczyć zysk w kwocie 3.881.742,08 PLN na zasilenie funduszu celowego na zakup lub budowę nowej siedziby Naczelnej Izby Lekarskiej.

¹ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 106, 138, 357, 398 i 650.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 6/18/VII

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

z dnia 20 kwietnia 2018 r.

w sprawie przyjęcia informacji o działalności samorządu lekarzy i lekarzy dentystów w 2017 r.

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

§ 1.

Przyjmuje się informację o działalności samorządu lekarzy i lekarzy dentystów w 2017 r., stanowiącą załącznik do uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Maciej Hamankiewicz

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

STANOWISKO Nr 1/18/VII

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

z dnia 20 kwietnia 2018 r.

w sprawie stosowania szczepionek w praktyce medycznej

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z raportem przygotowanym przez powołany uchwałą Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej Nr 184/17/P-VII z dnia 15 września 2017 r. zespół ekspertów ds. oceny aktualnych dowodów naukowych dotyczących szczepień ochronnych oraz zaleceń dotyczących ich stosowania w praktyce medycznej, stanowiącym załącznik do niniejszego stanowiska stwierdza, że szczepienia należą do najważniejszych zdobyczy współczesnej medycyny, ratują życie i chronią przed powikłaniami związanymi z niebezpiecznymi chorobami zakaźnymi. Są najskuteczniejszym i najbezpieczniejszym sposobem zapobiegania chorobom zakaźnym. Potwierdzają ten fakt liczne i wiarygodne wyniki badań naukowych wysokiej jakości. Szczepienia chronią przed 26 chorobami zakaźnymi. Dzięki nim zlikwidowano jedną z najgroźniejszych chorób zakaźnych – ospę prawdziwą.

Współcześnie wiele chorób zostało znacząco ograniczonych, stopniowo postępuje proces eradykacji poliomyelitisa w Regionie Europejskim WHO oraz eliminacji odry, różyczki i różyczki wrodzonej. Ekspertsi oceniają, że około 122 milionów osób zawdzięcza życie szczepieniom, bez których nie miałyby szansy przeżycia nawet okresu dzieciństwa. Zostały uratowane dlatego, że na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat zaszczepiono miliardy dzieci przeciw chorobom takim jak odra, gruźlica, poliomyelitisa, błonica, tężec, krztusiec czy pneumokokowe zapalenie płuc. Każdego roku na świecie podawanych jest około 1 miliarda dawek szczepionek, które ratują przed śmiercią około 2,5 miliona osób.

Dlatego Naczelna Rada Lekarska wskazuje, że:

- 1) szczepienia są najlepszą znaną metodą profilaktyki chorób zakaźnych dla wszystkich osób, niezależnie od wieku;
- 2) szczepionki spełniają obecnie najwyższe standardy bezpieczeństwa i ryzyko związane z ich stosowaniem jest znikome;
- 3) zadaniem lekarzy jest przekazywanie pacjentom i społeczeństwu rzetelnej wiedzy naukowej na temat szczepionek i szczepień;
- 4) przekazywanie nieopartych na aktualnej wiedzy medycznej informacji o szczepieniach jest niezgodne z zasadami wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO Nr 2/18/VII

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

z dnia 20 kwietnia 2018 r.

w sprawie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o utworzeniu Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z poselskim projektem ustawy o zmianie ustawy o utworzeniu Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, nadesłanym przy piśmie Pana Adama Podgórskiego, Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 10 kwietnia 2018 r., znak: GMS-WP-173-102/18 zgłasza następujące uwagi do projektu: Samorząd lekarski od wielu lat zgłasza potrzebę zwiększania liczby studentów kształconych na kierunku lekarskim. Konieczność zwiększenia limitu miejsc na studiach lekarskich wynika ze stale rosnącego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne, konieczności zapewniania pacjentom odpowiedniej dostępności do świadczeń

oraz istnienia luki pokoleniowej w wielu dziedzinach medycyny. Rada podkreśla jednak, że zwiększenie liczby przyjęć na studia nie może w żadnym wypadku odbywać się kosztem jakości kształcenia. Tymczasem projekt ustawy przewiduje, że w przypadku ubiegania się przez Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie wyłączony będzie obowiązek uzyskania pozytywnej oceny jakości kształcenia Polskiej Komisji Akredytacyjnej oraz nie będą stosowane inne obowiązki wymienione w art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej brak obowiązku posiadania pozytywnej opinii Polskiej Komisji Akredytacyjnej niesie za sobą ryzyko obniżenia poziomu jakości kształcenia. Przy braku możliwości kontrolowania jakości kształcenia przez Polską Komisję Akredytacyjną nie jest możliwe utrzymanie efektów kształcenia na poziomie dającym rękojmię utrzymania europejskich standardów kształcenia.

Jednocześnie Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę na niedopuszczalną rozbieżność pomiędzy zapisami projektowanej ustawy a uzasadnieniem załączonym do projektu. W art. 1 pkt 2 projektu ustawy przewidującym dodanie nowego art. 4 ust. 3 do ustawy o utworzeniu Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie wskazano, że w stosunku do tej Uczelni nie będzie miał zastosowania cały art. 11 ust. 3 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym, który mówi o obowiązku posiadania przez uczelnię uprawnień do nadawania stopnia naukowego doktora, obowiązku uzyskania pozytywnej opinii Polskiej Komisji Akredytacyjnej, zatrudnienia odpowiedniej liczby nauczycieli akademickich oraz obowiązku prowadzenia badań naukowych w dziedzinie związanej z kierunkiem studiów. Natomiast w treści uzasadnienia do projektu ustawy wskazano, że projektodawcy chodzi jedynie o nie stosowanie wobec tej Uczelni art. 11 ust. 3 pkt 2 lit. b tiret pierwszy ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym, który zobowiązuje do posiadania pozytywnej oceny jakości kształcenia Polskiej Komisji Akredytacyjnej.

Ponadto Naczelna Rada Lekarska wskazuje, że projekt ustawy nie wyjaśnia, w jakim zakresie i w oparciu o jakie zasoby organizowane będzie kształcenie w zawodzie lekarza na wzmiankowanej Uczelni. Bez tej wiedzy niemożliwe jest stwierdzenie, iż rozszerzenie działalności Uczelni na ten obszar jest zasadne.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Maciej Hamankiewicz

Przypadek John/Joan



Rok temu w Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka w Katowicach przy Klinice Pediatrii i Endokrynologii Dziecięcej powstał Pododdział Zaburzeń Rozwoju Płci, w którym kompleksową opieką otacza się dzieci i młodzież. Diagnozowanie ich i leczenie to duże wyzwanie. O rutynie nie ma tu mowy.

📍 MARTA JAKUBIAK, LIDIA SULIKOWSKA

W połowie lat sześćdziesiątych XX w. w Kanadzie przyszły na świat bliźnięta – dwaj chłopcy. U jednego z nich, Johna, gdy był w wieku siedmiu miesięcy, podczas chirurgicznego zabiegu naprawy stulejki przez kauteryzację, doszło do znacznego uszkodzenia prącia.

Chirurgia plastyczna była wówczas na zbyt niskim poziomie, aby zrekonstruować uszkodzony organ. Rodzice poprosili o pomoc psychologa i seksuologa Johna Moneya z Gender Identity Institute, który w tamtym czasie zasłynął dzięki badaniom nad osobami interseksualnymi. Był on zdania, że dziecku do drugiego roku życia można dowolnie przypisać płeć żeńską lub męską. U chłopca wykonano wstępny zabieg feminizujący zewnętrzne narządy płciowe i zaczęto go wychowywać jako dziewczynkę – Joan.

NIE MA PROSTYCH ROZWIĄZAŃ

Eksperyment nie powiódł się. John mimo upływu lat nie zaakceptował bycia

dziewczynką: oddawał moc na stojąco, wybierał zabawy typowe dla chłopców, nie chciał nosić sukienek, nie akceptował swojego wyglądu. Gdy miał 12 lat, zaczął podawać mu estrogeny. Nie chciał ich przyjmować. Jako 14-latek zdecydował, że chce żyć jak mężczyzna. Rozpoczął procedurę zmiany płci. 11 lat później ożenił się. W wieku 38 lat popełnił samobójstwo. Nie on jeden był ofiarą ideologii przypisywania płci.

– W latach 80. i 90. rozpoczęły się procesy przeciwko lekarzom – pacjenci czuli się okaleczeni, mieli pretensje, że ktoś w przeszłości podjął za nich niesłuszną decyzję. Stało się jasne, że fizyczna zmiana płci w bardzo wczesnym wieku, a następnie wychowywanie w konkretnej roli, to zła droga. Dziś doskonale wiemy, że najważniejsza jest płeć mózgu. Jej kształtowanie rozpoczyna się we wczesnym okresie życia płodowego, między 6. a 12-14. tygodniem, i to do niej powinniśmy dostosowywać ewentualne korekcie. Niestety, brak laboratoryjnych czy obrazowych markerów pozwalających na wczesną identyfikację

▲ **Dr hab. n. med. Aneta Gawlik, inicjatorka utworzenia pododdziału zaburzeń rozwoju płci u dzieci w GCZD w Katowicach.**

płci mózgu. Identyfikuje ją sam pacjent, do tego jednak potrzebny jest czas związany z dojrzewaniem. Dlatego też w połowie lat 90. XX w. Intersex Society of North America podjęło decyzję o zakazie przeprowadzania operacji korekcji płci do czasu pełnoletniości. Pierwszy duży konsensus dotyczący pacjentów z zaburzeniami płci opracowany został przez europejskich i amerykańskich ekspertów dopiero w 2006 r. Systematyzował on zarówno nazewnictwo, podział/klasyfikację zaburzeń rozwoju płci, jak i postępowanie diagnostyczne oraz terapeutyczne. W części krajów Starego Kontynentu wstrzymuje się leczenie do czasu decyzyjności pacjenta, gdy ten dochodzi do okresu dojrzewania, ma świadomość swojego ciała i płci. Są też kraje bardzo konserwatywne w tym temacie, głównie muzułmańskie, gdzie wciąż decyzje o wyborze płci i często nieodwracalnych zabiegach korekcji zewnętrznych narządów płciowych podejmowane są przez rodzinę pacjenta. W Polsce w ewidentnym naszym zdaniem jednostkach chorobowych proponujemy korekcję na



wczesnym etapie życia, ale gdy są wątpliwości co do przyszłej identyfikacji płci pacjenta, radzimy odroczenie interwencji chirurgicznej czy hormonalnej – tłumaczy dr hab. n. med. Aneta Gawlik, inicjatorka utworzenia Pododdziału Zaburzeń Rozwoju Płci u dzieci w GCZD w Katowicach. Im dłużej rozmawiamy z panią doktor, tym bardziej zdajemy sobie sprawę, że kwestia zaburzeń rozwoju płci i związana z nimi identyfikacja płciowa to niezwykle skomplikowana materia, a nauka wciąż wie zbyt mało na ten temat.

CO WIADOMO NA PEWNO?

Na świecie z zaburzeniem rozwoju płci rodzi się jedno na 4,5-5 tys. żywo urodzonych dzieci. W Polsce jest podobnie. Właściwie wszystkie ośrodki endokrynologiczne w naszym kraju zajmują się leczeniem tego typu zaburzeń. – W GCZD także diagnozowano i leczono je od dawna, jednak dopiero, gdy „oflagowaliśmy” się jako oddzielna jednostka, liczba pacjentów znacząco wzrosła. Pewnie dlatego, że w mediach było o nas głośno, bo zarówno pacjenci, jak i lekarze dowiedzieli się, że możemy zapewnić kompleksową opiekę wielospecjalistycznego zespołu w jednym miejscu, dzięki czemu rodzic z chorym dzieckiem nie musi chodzić do różnych specjalistów i każdemu z nich od nowa przedstawiać swój, nierzadko złożony i dla wielu wstydlivy, problem – wyjaśnia dr Gawlik.

Pododdział funkcjonuje w ramach Kliniki Pediatrii i Endokrynologii Dziecięcej. Skierowanie do oddziału wystawić może lekarz, który rozpozna nieprawidłowości w zakresie rozwoju płciowego. Pododdział kontraktowany jest w ramach kliniki. Nie ma na ten cel osobnej umowy z NFZ ani też nie jest wydzielona liczba odrębnych łóżek, by nie stygmatyzować pacjentów. – Stworzenie tej jednostki było możliwe nie tylko dzięki dobrej współpracy z lekarzami,

▲ Pododdział kontraktowany jest w ramach oddziału endokrynologii dziecięcej. Nie ma na ten cel osobnej umowy z NFZ ani też nie jest wydzielona liczba odrębnych łóżek, by nie stygmatyzować pacjentów.



którzy od dawna konsultowali ze mną pacjentów, ale również dzięki przychylności i pomocy kierownika kliniki prof. Ewy Małeckiej-Tendery oraz dyrektora GCZD Mariana Kreisa – mówi dr hab. Gawlik. W zespole, poza specjalistami endokrynologii wieku rozwojowego są urodzicy dziecięcy dr Grzegorz Kudela i dr hab. Tomasz Koszutski, ginekolog prof. Agnieszka Droszól-Cop, genetyk kliniczny dr hab. Maria Kalina oraz psycholog mgr Jagoda Sikora. Ponadto w sytuacjach trudnych zawsze mogą liczyć na wsparcie psychologa klinicznego dr n. hum. Aleksandry Nowak, genetyka klinicznego prof. Aleksandry Jezeli-Stanek oraz prawnika dr hab. Agnieszki Bielskiej-Brodziak. W gronie ekspertów jest również seksuolog dr Beata Wróbel.

– Jako endokrynolog rozmawiam z pacjentem lub jego opiekunem, pytam o wszystkie szczegóły, by potem omówić jego problem w szerokim gronie naszych ekspertów. Nasze konsylia to dyskusje na argumenty, w czasie których lekarze przekonują do swoich racji. Są pacjenci, u których postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne nie sprawia dużych trudności, ale jest też grupa pacjentów, głównie dotyczy to najmłodszych, z nieprawidłowymi narządami płciowymi i rodzajem zaburzenia, które od początku stawia pod znakiem zapytania przyszłą identyfikację płci, w przypadku których nie ma utartego schematu postępowania. Dlatego o dalszym postępowaniu decydujemy wspólnie. Rodzice jako opiekunowie prawni odgrywają tu bardzo istotną rolę. To do nich należy ostateczna decyzja o administracyjnej rejestracji płci – dodaje nasza rozmówczyni.

Najczęściej trafiają tu pacjenci z zaburzeniami steroidogenezy, w tym z wrodzonym przerostem kory nadnerczy (WPN), hipogonadyzmem, z dysgenezą gonad,

również dziewczęta z zespołem Turnera (w klasyfikacji zaliczane także do ZRP), a także pacjenci z całkowitą lub częściową niewrażliwością na androgeny. Najczęściej do diagnostyki kierowani są lub zgłaszają się z własnej inicjatywy zaniepokojeni rodzice z noworodkiem lub niemowlęciem, u którego niepokój budzi wygląd zewnętrznych narządów płciowych: zbyt małe prącie, wnętrostwo, spodziectwo, przerośnięta łechtaczka, zrośnięte wargi sromowe, wy-czuwalne u dziewczynki w pachwinach gonady. – U większości pacjentów ryzyko popełnienia błędu jest niewielkie, ale są też dzieci z takimi zaburzeniami, w przypadku których ryzyko błędnego określenia płci jest duże. Trzeba być bardzo ostrożnym – wyjaśnia dr Gawlik.

Co zrobić w takiej sytuacji? – Staramy się przekonać rodziców naszych podopiecznych, szczególnie tych którzy chcieliby szybkiego rozstrzygnięcia i rozwiązania problemu, że należy wstrzymać się od wszelkiej korekcji do czasu, w którym pacjent jest zdolny do samodzielnego określenia swej tożsamości płciowej. Często jest to możliwe dopiero w okresie dojrzewania płciowego. Fizjologicznie zaczyna się ono po 8. r.ż. u dziewczynki i po 9. r.ż. u chłopca – tłumaczy dr Aneta Gawlik. To ważny moment w obserwacji klinicznej pacjenta. Takie jest założenie, ale nie jest to proste, bo nieprawidłowe narządy płciowe przecież stygmatyzują. Rodzice pytają, jak wytłumaczyć paniom w przedszkolu czy rodzinie, że nasze dziecko wygląda tak, a nie inaczej. Pojawia się obawa, że społeczeństwo go nie zaakceptuje. Są też problemy bardzo przyziemne, począwszy od tego, jakie imię dziecku nadać. W Polsce, inaczej niż np. w Niemczech, nie ma możliwości wyboru trzeciej płci, trzeba ją określić tuż po jego urodzeniu, „bez zbędnej zwłoki” – tak nakazuje ustawodawca.

Płeć X

W naszym kraju, inaczej niż w Niemczech, można określić tylko płeć żeńską lub męską.

– W pojedynczych przypadkach, kiedy istnieją wątpliwości, a kolejne wyniki badań nie przynoszą jednoznacznego rozwiązania, nawet jeżeli sięgamy po najnowsze techniki biologii molekularnej, to ostatecznie rodzice decydują o nadaniu płci żeńskiej lub męskiej, często kierując się „rodzicielską” intuicją. W takich sytuacjach ważne jest wstrzymanie się od wszelkich radykalnych kroków, w tym chirurgicznej korekcji czy terapii hormonalnej. Obserwujemy dziecko – apeluje.

Czy rodzice godzą się na taki rozwój wypadków? – Nie zdarzyło się, żeby ktoś po przekazaniu takiego planu leczenia trzasnął drzwiami i przeniósł się do innego ośrodka. Jeśli rodzice mają wątpliwości co do naszej decyzji, jesteśmy otwarci, by zasięgać opinii innego lekarza, w innym ośrodku z doświadczeniem w problematyce ZRP – mówi dr Gawlik.

W postawieniu właściwego rozpoznania mogą pomóc badania molekularne, są one jednak bardzo drogie. Czasem udaje się je wykonać dzięki współpracy, najczęściej międzynarodowej. – Z reguły jest tak, że zwracamy się do kolegów z innych ośrodków klinicznych, którzy są w trakcie zbierania materiału badawczego w danej jednostce chorobowej, w ramach grantu przeznaczonego na ten cel. Korzyść jest obopólna. Znajomość przebiegu klinicznego przy zidentyfikowanej konkretnej mutacji daje szansę na lepszą opiekę kolejnym pacjentom z takim samym zaburzeniem genetycznym. Badania molekularne robione są po to, by szukać podobieństw i przewidywać przebieg choroby – precyzuje nasza rozmówczyni.

Od 2-3 lat powstają też europejskie sieci referencyjne (European Reference Networks – ERN), zrzeszające jednostki opieki zdrowotnej w całej Europie, których celem jest walka ze złożonymi lub rzadkimi chorobami i zaburzeniami. Koordynatorzy ERN w celu dokonania przeglądu rozpoznania i przebiegu leczenia pacjenta zwołują wirtualną radę specjalistów z różnych dziedzin medycyny przy użyciu przeznaczonej do tego platformy internetowej i narzędzi telemedycznych. – ZRP bez wątplenia należy do chorób rzadkich, stąd też powołany został odrębny panel ds. ZRP w obrębie Endo-ERN. Mamy nadzieję w najbliższym czasie włączyć się do sieci – informuje dr Gawlik.

PŁEĆ MÓZGU JEST NAJWAŻNIEJSZA I TO DO NIEJ NALEŻY DOSTOSOWAĆ NARZĄDY PŁCIOWE, A NIE NA ODWRÓT. IDENTYFIKACJI PŁCIOWEJ NIE MOŻEMY I NIE CHCEMY ZMIEŃIAĆ.

NIE TYLKO DLA NAJMŁODSZYCH

U części pacjentów dość łatwo stwierdzić, że cierpią na zaburzenia rozwoju płci, kiedy już po narodzeniu od razu widać anomalie w zakresie zewnętrznych narządów płciowych. Jest jednak też druga grupa chorych, u których narządy zewnętrzne nie budzą wątpliwości, a zgłaszają się do specjalisty dopiero w wieku kilkunastu lat z powodu braku postępu czy zaburzeń dojrzewania. To na przykład pacjenci z całkowitą niewrażliwością na androgeny. – Po wykonaniu usg. okazuje się, że np. dziewczynka nie miesiączkuje, bo nie ma struktur wewnętrznych wywodzących się z przewodów Müllera, a w rzucie jajników uwidaczniają się struktury odpowiadające jądrom. W tym momencie możemy już przypuszczać, że jest to pacjent z kariotypem męskim 46,XY, ale w sensie identyfikacji płciowej funkcjonuje jak kobieta – opowiada dr Gawlik.

Co wtedy? Najtrudniejszy jest aspekt psychologiczny, bo trzeba przekazać informację, że kariotyp jest męski, że gonaady pacjentki to nie jajniki, tylko jądra, które ostatecznie trzeba będzie usunąć, ponieważ stanowią ryzyko nowotworzenia. Trzeba pacjentkę też odpowiednio przygotować do współżycia, bo zazwyczaj ma wykształcony jedynie zachyłek pochwy. To są dziewczyny z najładniejszą cerą, bez trądziku i konieczności depilowania owłosienia. Wiele z nich w wieku wczesnodziecięcym było operowanych z powodu przepukliny pachwinowej, w której była gonaada. – Chirurg wprowadza gonadę tam, gdzie powinna być, zakładając, że to jajnik, choć z reguły, ale nie w stu procentach przypadków, jajniki tak nisko nie schodzą... – zauważa doktor Gawlik.

MÓZG DECYDUJE

Do ośrodka zgłaszają się także rodzice z dziećmi, u których problem stanowią zaburzenia tożsamości płciowej. – To osoby, które mają prawidłowo wykształcone narządy płciowe, ale nie akceptują fizyczności, którą ofiarowała im natura. Ich płeć psychiczna nie jest zgodna z płcią genetyczną, gonadalną i somatyczną

– wyjaśnia dr Gawlik. Zadaniem lekarzy jest ustalenie, czy to rzeczywiście transseksualizm. Sprawdzają m.in., czy zaburzeń nie powodują nieprawidłowe stężenia hormonów, muszą też wykluczyć choroby psychiatryczne. Jeśli zaburzenie tożsamości płciowej zostaje potwierdzone, pacjent może być poddany procedurom zmiany płci, w tym administracyjnym, hormonoterapii i zabiegowi chirurgicznemu. – Płeć psychiczna, potocznie nazywana płcią mózgu, jest nadrzędna, najważniejsza, nie modyfikowalna i to do niej należy dostosować narządy płciowe, a nie na odwrót.

PISZCIE, DZWOŃCIE

Czy zaburzenia rozwoju płci są na czas rozpoznawane? Co najmniej od dwóch lat wszystkie nowo narodzone dzieci w Polsce są objęte przesiewem w kierunku wrodzonego przerostu nadnerczy (jako ostatnie do przesiewu weszły województwa śląskie i małopolskie). Jest jednak wiele jednostek chorobowych, które mogą umknąć przy rutynowych działaniach. Na szczęście świadomość w środowisku medycznym wciąż rośnie. – Nieprawidłowo wykształcone narządy płciowe zawsze wymagają zastanowienia. Nie można się spieszyć. Trzeba dobrze sprawdzić, z jaką płcią mamy do czynienia, skonsultować dziecko u endokrynologa, urologa, ginekologa i genetyka klinicznego. Jednoosobowa decyzja może być błędna i zła dla pacjenta. Czasem postawienie właściwej diagnozy w przypadku choroby rzadkiej trwa zbyt długo. Warto, by lekarze podstawowej opieki zdrowotnej byli wyczuleni na definicję pierwotnego braku miesiączki, by nie zwlekali z diagnostyką do pełnoletności, aby odesłali pacjentkę do endokrynologa lub ginekologa wcześniej. W przypadku chłopców niepokojącym sygnałem sugerującym ZRP może być wnetrostwo czy ginekomastia. W diagnozowaniu i leczeniu zaburzeń rozwoju płci potrzebna jest interdyscyplinarna komunikacja. Nasz ośrodek jest otwarty na kontakt. Piszcie, dzwońcie, wysyłajcie dokumentację. Nie odmówimy nikomu – deklaruje doktor Gawlik. ○

FAKT

Od 2 lat wszystkie nowo narodzone dzieci w Polsce są objęte przesiewem w kierunku WPN.

E-świat nad Wisłą

Cyfryzacja coraz śmielej wkracza w nasze życie. Na przykład od 1 czerwca odpis aktu urodzenia i numer PESEL rodzice malucha otrzymają w formie papierowej i elektronicznej. A jakie zmiany czekają lekarzy?

● **MARIUSZ TOMCZAK**

Wydaje się, że apele samorządu lekarskiego odniosły skutek: pod koniec kwietnia minister resortu rodziny, pracy i polityki społecznej Elżbieta Rafalska ugięła się, zapowiadając przesunięcie wejścia w życie e-zwolnień. Od 1 lipca miały być one jedyną formą wystawiania zaświadczeń lekarskich o niezdolności do pracy.

OD KIEDY E-ZWOLNIENIA?

Zgodnie z przepisami znowelizowanymi w połowie maja będą obowiązywać od 1 grudnia. O pozostawienie możliwości wystawiania papierowych zaświadczeń zabiegał samorząd lekarski, zwracając uwagę, że część najstarszych lekarzy, m.in. pracujących w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, może mieć problemy z wystawianiem e-zwolnień. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej byłoby to nie tylko rzucaniem kłód pod nogi licznej grupie lekarzy w wieku emerytalnym, co wręcz uniemożliwieniem części z nich wykonywania zawodu. Z Centralnego Rejestru Lekarzy RP wynika, że ok. 28 tys. lekarzy i lekarzy dentystów wykonuje zawód mając 66 lat albo więcej (stan na koniec kwietnia 2018 r.), a znaczną liczbę stanowią osoby w wieku co

najmniej 70 lat. Ponadto, zdaniem samorządu lekarskiego, brak możliwości wystawiania papierowych zwolnień lekarskich spowodowałby trudności na obszarach, na których nie ma dostępu do internetu i ograniczyłby możliwość ich wystawiania w czasie wizyt w domu pacjenta, a problemy z wystawianiem e-ZLA pojawiają się już teraz w przypadku konieczności konserwacji czy usuwania awarii systemu.

ASYSTENT WYPISZE E-ZLA

Pomimo, że lekarze wystawiają coraz więcej elektronicznych zaświadczeń lekarskich, są regiony, w których ich odsetek jest niewielki. W skali całego kraju od stycznia do końca kwietnia br. wystawiono ponad 1,5 mln zaświadczeń lekarskich w formie e-ZLA i prawie 166,5 tys. zaświadczeń lekarskich w aplikacjach gabinetowych wobec prawie 8,2 mln w formie papierowej. Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Gertruda Uścińska podkreśla, że dostęp do zwolnień od chwili wystawienia, a nie po 7 dniach, ma działać prewencyjnie. Spodziewa się zmniejszenia ich ilości, co będzie miało dalsze konsekwencje, także finansowe. W 2017 r. wydatki na zasiłki chorobowe stanowiły nieco ponad połowę spośród wydatków

28 tys.

– tylu lekarzy i lekarzy dentystów wykonuje zawód mając 66 lat albo więcej (Centralny Rejestr Lekarzy RP, stan na 30.04.2018 r.).

na świadczenia pieniężne z funduszu chorobowego, a 94,5 proc. zaświadczeń lekarskich wystawiano do 30 dni. Ministerstwo Zdrowia obiecuje uregulowanie prawnego statusu asystentów medycznych, tak aby – na zlecenie lekarzy – mogli wypisywać e-zwolnienia. Takim asystentem medycznym mogłaby zostać sekretarka, recepcjonistka czy pielęgniarka. Na podnoszone obawy, że przysporzy to im dodatkowych obowiązków, resort odpowiada, że nowe przepisy miałyby tylko dać taką możliwość, aby wszystko odbywało się zgodnie z prawem.

PILOTAŻ E-RECEPTY

Od początku lutego trwa pilotaż e-recepty. Bierze w nim udział 6 placówek medycznych i 59 aptek ze Skierniewic, Siedlec oraz powiatu siedleckiego. 25 maja minister zdrowia Łukasz Szumowski wziął udział w inauguracji e-recepty, a pierwszym pacjentem, któremu wystawiono jej elektroniczną wersję, był prezydent Siedlec. Realizacja elektronicznych recept ma następować na podstawie wydruku informacyjnego lub pliku wysyłanego e-mailem lub w oparciu o czterocyfrowy kod recepty (wysłany SMS-em) w połączeniu z numerem PESEL pacjenta. Na wydruku informacyjnym oraz w pliku wysyłanym e-mailem znajduje się kod kreskowy, który jest skanowany przez farmaceutę w aptece. W systemie znajdzie się informacja, czy recepta została zrealizowana (może to być pomocne w monitorowaniu terapii



RESORT ZDROWIA OBIECUJE UREGULOWAĆ PRAWNY STATUS ASYSTENTÓW MEDYCZNYCH, TAK ABY – NA ZLECENIE LEKARZY – MOGLI WYPISYWAĆ E-ZWOLNIENIA.



u chorych przewlekłe). Jeśli lekarz przepisze kilka leków, pacjent będzie mógł wykupić część medykamentów w jednej aptece, a pozostałe gdzie indziej. – Chcemy, aby każda apteka w Polsce od 1 stycznia 2019 r. obsługiwała elektroniczną receptę – zapowiada wiceminister zdrowia Janusz Cieszyński. Od 1 stycznia 2020 r. e-recepty miałyby być dostępne w każdym gabinecie lekarskim na terenie kraju.

LEKARZE O E-ZMIANACH

Z raportu „E-zdrowie oczami lekarzy”^{*} wynika, że choć ponad 4 na 10 lekarzy chciałoby mieć możliwość wystawiania zwolnień i recept przez internet, to jednocześnie niemal 1/3 nie akceptuje takiego rozwiązania, zaś co piąty nie jest do niego przekonany. Mimo to zdecydowana większość zdaje sobie sprawę, że nowoczesne technologie wkroczą szerzej do publicznej służby zdrowia w niedalekiej przyszłości. – Cyfryzacja służby zdrowia przyniesie korzyści w postaci skrócenia czasu przeznaczanego przez lekarza na biurokratyczne czynności i dzięki temu będzie mógł on skupić się na pacjencie, a nie tylko jego dokumentach. Dobrze skonstruowane oprogramowanie automatyzuje pracę lekarzy na tyle, że podczas wizyty lekarz będzie mógł poświęcić więcej czasu samemu pacjentowi, a jednocześnie skrócić się jej czas, co wpłynie na zmniejszenie kolejek do specjalistów – mówi kardiolog Filip Diks. Kluczowe wydają się słowa

„dobrze skonstruowane”, bo nowinki techniczne powinny być proste w obsłudze i praktyczne w zastosowaniu.

CHORZY CHCĄ E-ZDROWIA

Prawie 3 na 4 ankietowanych w badaniu „E-zdrowie oczami Polaków”^{**} chciałoby otrzymywać drogą elektroniczną receptę lub zwolnienie. Co ciekawe, oczekują tego nie tylko młodzi, ale i najstarsi pacjenci (w grupie wiekowej 50+ za tym rozwiązaniem opowiada się prawie 73 proc. ankietowanych). Te wyniki nie powinny dziwić, bo środowisko pacjenckie coraz głośniejsze domaga się powszechniejszego wykorzystania technologii cyfrowych w szeroko rozumianej ochronie zdrowia. Można było się o tym przekonać podczas 8. edycji warsztatów dialogu społecznego w ramach projektu „Razem dla zdrowia”, które pod koniec kwietnia odbyły się w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej. Pod hasłem „Pacjent w epoce informacji – wyzwania dla instytucji publicznych w Polsce” rozmawiano o modelu systemu informacji dla pacjentów wypracowanym w gronie pacjenckich think thanków. Model ten obejmuje cztery różne obszary, a żeby działał sprawnie, powinien uwzględniać m.in. wykorzystywanie portali internetowych, czatów, aplikacji mobilnych, całodobowych informacji telefonicznych, autoryzowanych zasobów wiedzy dostępnych online i sztucznej inteligencji. Wojciech Wiśniewski z Fundacji Onkologicznej Alivia zwrócił uwagę, że ten model wyręczyłby profesjonalistów

▲ Środowisko pacjenckie coraz głośniejsze domaga się wykorzystania technologii cyfrowych w szeroko rozumianej ochronie zdrowia.

8,2 mln

– prawie tyle zaświadczeń lekarskich w formie papierowej wystawiono od stycznia do końca kwietnia br.

medycznych, w tym m.in. lekarzy, z przekazywania bardzo podstawowych informacji (np. jak jest skonstruowany system ochrony zdrowia).

E-PACJENT OMIJA KOLEJKI

Portale, w których można sprawdzić czas oczekiwania na świadczenia medyczne, już teraz pomagają pacjentom uzyskać informację, gdzie udać się po pomoc w swoim powiecie czy województwie. Wciąż – jak wskazywał pełnomocnik prezesa NFZ ds. kontaktów z organizacjami pozarządowymi i organami władzy publicznej Marek Woch – nie wszyscy dysponujący dostępem do internetu wiedzą o takich narzędziach, myśląc, że jest jedna długa kolejka do lekarzy i nie ma możliwości skrócenia czasu oczekiwania na wizytę w przychodni czy na oddziale szpitalnym. Tymczasem kolejkę czasami można ominąć – wystarczy kilka kliknięć komputerową myszką. Pacjenci nie są grupą jednorodną, ich oczekiwania się różnią i – wraz z upowszechnianiem nowych technologii – zmieniają. – Są tacy, którzy wolą otrzymywać informacje od rzeczywistego lekarza czy pielęgniarki, a są tacy, którzy wolą, by wyświetlił im to iPhone – mówił dyrektor Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia Marcin Węgrzyniak. Dodał, że w uruchamianym portalu pacjent.gov.pl już na starcie powinna być możliwość dostępu do danych np. z ostatnich 10 lat. – Wszystkie funkcjonalności powinny być użyteczne dla pacjenta, a pozbawione wiedzy teoretycznej, z którą nie wiadomo co zrobić – mówiła Maria Libura z Centrum Analiz Klubu Jagiellońskiego, oceniając portale dedykowane polskim pacjentom. Z pewnością jeszcze sporo wody upłynie w Wiśle, zanim Iwia część informacji o każdym pacjencie będzie dostępna na wyciągnięcie ręki ze smartfonem, niemniej wydaje się, że im szybciej to nastąpi, tym lepiej. – E-zdrowie to szyna, po której wjeżdża pociąg wiedzy – podkreśliła prezes Fundacji My Pacjenci Ewa Borek. ○

^{*} Badanie „E-zdrowie oczami lekarzy” przeprowadzono metodą wywiadów telefonicznych, wspomaganych komputerowo (CATI) na grupie reprezentatywnej 200 lekarzy dowolnej specjalizacji aktywnie wykonujących zawód. Badanie „E-zdrowie oczami Polaków” przeprowadzono metodą wywiadów online (CAWI) na panelu internetowym SW Panel na grupie reprezentatywnej 1000 osób. Oba zrealizował Instytut Badawczy ARC Rynek i Opinie.

Tego jeszcze nie było



Centrum Medycyny Regeneracyjnej i Centrum Medycyny Translacyjnej mają być pierwszymi w Polsce ośrodkami tego typu. Tworzy je w Warszawie Centrum Badań Przedklinicznych i Technologii (CePT).

Cele stawiane przed dwiema placówkami są ambitne: mają prowadzić badania i wdrażać innowacyjne terapie związane z nanotechnologią, inżynierią tkankową, genetyczną i wykorzystaniem komórek macierzystych w walce z chorobami cywilizacyjnymi. – Udało nam się zbudować odpowiednią infrastrukturę i świetne zespoły badawcze. Mamy potencjał, aby stać się wiodącym w skali świata ośrodkiem naukowo-badawczym. Utworzenie przez nas Centrum Medycyny Regeneracyjnej i Centrum Medycyny Translacyjnej to kolejny krok w tym kierunku – podkreśla prof. Jadwiga Turło, prorektor ds. Nauki i Transferu Technologii WUM. Utworzenie Centrum Medycyny Regeneracyjnej daje ogromne możliwości terapeutyczne i stwarza nadzieję na leczenie szeregu schorzeń za pomocą wykorzystania komórek macierzystych ludzkiego organizmu (np. oparzeń powłok skórnych,

▲ Polscy naukowcy chcą stworzyć nową gałąź nauk biomedycznych: farmakologię komórek macierzystych.

schorzeń układu krwiotwórczego, uszkodzeń mięśnia sercowego, wątroby czy niektórych schorzeń ośrodkowego układu nerwowego, regeneracji narządów i starzejących się tkanek). – Mamy ambicję stworzyć nową gałąź nauk biomedycznych: tzw. farmakologię komórek macierzystych – mówi prof. Mariusz Ratajczak, kierownik Centrum Medycyny Regeneracyjnej. Z kolei Centrum Medycyny Translacyjnej skupi się na przyspieszeniu wprowadzenia wyników biomedycznych eksperymentów do terapii dla pacjentów. Jedną z nich ma być innowacyjna strategia CAR-T, wykorzystywana do walki z nowotworami, uznawana czasami za jedno z najnowszych osiągnięć medycyny. Opiera się na połączeniu terapii celowanej, medycyny personalizowanej i immunoterapii. Spektakularne efekty działania tej terapii widać w leczeniu ostrej białaczki limfoblastycznej. – W wersji optymistycznej zakładamy, że w ciągu 3-5 lat od osiągnięcia sprawności operacyjnej będziemy dysponowali kandydatami na terapię CAR-T lub CAR-NK – podkreśla dr hab. Radosław Zagożdżon, kierownik Zakładu Immunologii Klinicznej Instytutu Transplantologii WUM. ○

Demencja a leki

Zażywanie przez długi czas niektórych leków przeciwdepresyjnych, a także tych stosowanych w chorobie Parkinsona oraz w leczeniu pęcherza moczowego może zwiększyć ryzyko wystąpienia demencji. Przyjmowanie antycholinergików przez przynajmniej rok podwyższało ryzyko demencji o ok. 30 proc. – to wniosek naukowców z University of East Anglia sformułowany po analizie danych ponad 40 tys. pacjentów w wieku 65-99 lat, u których rozpoznano demencję pomiędzy kwietniem 2006 r. a lipcem 2015 r. Porównano je z danymi należącymi do ponad 280 tys. osób bez rozpoznanej demencji. Ponadto badacze dokonali analizy ponad 27 mln recept. Wyniki niedawno opublikowano w „British Medical Journal”. To było największe z dotychczasowych badań w zakresie wykazania domniemanego związku przyczynowo-skutkowego między przyjmowaniem leków antycholinergicznych i pojawieniem się demencji. Te wcześniejsze potwierdzały jego istnienie, niemniej nie udzielały odpowiedzi na pytanie, które leki mogą powodować takie skutki. ○

Patrz, co jesz

10-procentowy wzrost udziału spożycia wysokoprzetworzonych artykułów w diecie powoduje 10-proc. wzrost ryzyka rozwoju raka piersi i nowotworu ogółem.

Do takiego wniosku doszli francuscy badacze, którzy przeanalizowali zwyczaje żywieniowe ponad 100 tys. osób pod kątem spożycia wysokoprzetworzonych produktów. Jak wiadomo, charakteryzują się one m.in. wysoką zawartością cukrów, nasyconych tłuszczów oraz licznych dodatków chemicznych powstających podczas ich przemysłowej obróbki (smażenia, pieczenia, uwodnienia itd.). Do najczęściej spożywanych artykułów tego typu należały: słodkie przekąski (26 proc.), słodkie napoje (20 proc.), płatki śniadaniowe i inne artykuły skrobiowe (16 proc.), wysoko przetworzone owoce i warzywa (16 proc.) oraz pokarmy mięsne i rybne (12 proc.). W ciągu pięciu lat obserwacji nowotwór rozpoznano wśród 2228 badanych. Co ciekawe, nie wykazano związku pomiędzy dietą a częstością występowania raka gruczołu krokowego i jeli



Najnowsze doniesienia ze świata nauki i medycyny na www.gazetalekarska.pl

Źródło: The BMJ <https://www.bmj.com>, Serwis PAP Nauka w Polsce <http://naukawpolsce.pap.pl>

Tak się leczy skoliozę w Olsztynie



Z dr. **Pawłem Grabałą** ze Szpitala Dziecięcego w Olsztynie, który wraz z zespołem zastosował nowatorskie w skali kraju (a prawdopodobnie nawet Europy) leczenie ekstremalnie skrzywionego kręgosłupa u 7-letniej pacjentki, rozmawia **Lidia Sulikowska**.

GL
WYWIAD

GL Zaproponował pan terapię, mimo że inni oferowali już tylko hospicjum. Co konkretnie dolegało dziewczynce?

Pacjentka cierpi na szybko postępującą kifoskoliozę. Narastająca deformacja spowodowała niewydolność oddechową. Gdy do nas trafiła, poruszała się na wózku inwalidzkim i miała ogromne problemy z oddychaniem. Inne ośrodki w Polsce, gdzie ją konsultowano, nie chciały podjąć się operacji korygującej kręgosłup ze względu na wrodzoną łamliwość kości, na którą cierpi dziewczynka. Przy tym schorzeniu po wykonaniu stabilizacji kręgosłupa może dojść do wyłamania i destabilizacji zastosowanych implantów, a nawet uszkodzenia rdzenia kręgowego. We Francji zaproponowano pacjentce leczenie polegające na zastosowaniu rozciągania za pomocą wyciągu bezpośredniego grawitacyjnego HALO, ale NFZ nie chciał pokryć kosztów terapii. Pozostało jedynie hospicjum. Zdecydowaliśmy więc, że podejmiemy się wieloetapowego leczenia operacyjnego połączonego z terapią zachowawczą.

GL Nie bał się pan podjąć ryzyka?

Miałem powody, żeby zmierzyć się z tym wyzwaniem. Odbyłem staże w USA dotyczące chirurgii kręgosłupa u dzieci w renomowanych ośrodkach, m.in. w Mayo Clinic oraz Washington Medical University in St. Louis, gdzie skutecznie leczono takie przypadki z całego świata. Przed operacją skonsultowaliśmy naszą podopieczną z amerykańskimi kolegami, którzy utwierdzili nas w przekonaniu, że warto spróbować. Zastosowaliśmy nowatorskie w skali naszego kraju leczenie. Ponad pół roku temu pacjentka przeszła pierwszą operację, polegającą na założeniu śrub w kręgosłup stosowanych w osteoporozie u pacjentów w podeszłym wieku. Przytwierdziliśmy je specjalnymi preparatami mocującymi, zastosowaliśmy też przyczepy kostne. Wszystko po to, by uzyskać adekwatną stabilność i uniknąć złamania. Potem na 6 miesięcy założyliśmy opaskę wyciągu grawitacyjnego HALO, aby stopniowo rozciągać kręgosłup. W tym czasie doszło do przebudowy słabej, osteoporotycznej kości w miejscu implantacji śrub. Następnie wykonaliśmy drugi zabieg – polegający na finalnej korekcji i stabilizacji kręgosłupa.

GL Jakie są postępy leczenia?

Udało nam się zmniejszyć skrzywienie kifozy ze 160 do około 80 stopni, a skoliozę – ze 130 do 70 stopni. Kręgosłup został zbalansowany, znacząco poprawiła się przez to postawa ciała. Dziecko chodzi samodzielnie, ograniczyliśmy niewydolność oddechową, nastąpił też wzrost wagi z 11 do prawie 18 kg oraz wydłużenie wzrostu o prawie 12 cm.

GL Jakie będzie dalsze postępowanie?

W przyszłości dziewczynkę czeka albo operacyjne rozciąganie obecnie założonych implantów, zgodnie z postępującym wzrostem kręgosłupa, lub wymiana ich na implant magnetyczny, rozciągany nieoperacyjnie. W wieku 10-11 lat, gdy największy wzrost mamy już za sobą, powinna odbyć się właściwa, docelowa operacja stabilizująca kręgosłup i dodatkowo korygująca uzyskany obecnie efekt.

GL To nie pierwszy pana sukces, jeśli chodzi o wdrażanie nowych technik leczenia deformacji kręgosłupa u dzieci. Jako jeden z pierwszych w Polsce zaczął pan wszczepiać implanty magnetyczne, a oddział urazowo-ortopedyczny olsztyńskiej placówki bierze udział, jako pierwsza jednostka w Europie, w wielośrodkowym badaniu prospektywnym, dotyczącym leczenia operacyjnego skolioz idiopatycznych.

Projekt ten prowadzi elitarna Harms Study Group. Faktycznie, zaproponowano nam w nim udział, gdy byłem na jednym z zagranicznych sympozjów. Temat leczenia skolioz u dzieci fascynuje mnie od dawna i zamierzam dalej pomagać najmłodszym naprawiać ich kręgosłupy. Nie jest to łatwy temat, wymaga ciągłego samokształcenia w ośrodkach wprowadzających nowoczesne techniki za granicą. W ostatnich latach nastąpił duży postęp w tym zakresie, a naukowcy wciąż pracują nad ulepszeniem implantów. Warto zwrócić uwagę na fakt, iż najmłodsza generacja implantów dla najmniejszych dzieci uzyskała ogólną dostępność w USA w 2014 r., a w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym w Olsztynie w 2017 r. (O)

Zmniejszyć śmiertelność

Choroby układu krążenia to wciąż główny zabójca Polek i Polaków. Czy KOS-zawał i KONS poprawią tę statystykę? Czy doczekamy się systemu, w którym będziemy leczyć udary mózgu tak skutecznie, jak zawały serca?

LIDIA SULIKOWSKA



Na te i wiele innych pytań próbowali odpowiedzieć uczestnicy i organizatorzy 22. edycji warsztatów Warsaw Course on Cardiovascular Interventions (WCCI), które w dniach 25-27 kwietnia odbyły się w Warszawie.

EFEKTY OPIEKI POZAWAŁOWEJ

Choroby sercowo-naczyniowe są przyczyną prawie połowy wszystkich zgonów w naszym kraju (GUS, 2015). Eksperti wskazują wiele działań, dzięki którym można zmienić tę sytuację. Jednym z nich jest zmniejszenie wysokiej śmiertelności w pierwszym roku u pacjentów po zawałe. Ma temu służyć działający od października ubiegłego roku program kompleksowej opieki po zawałe mięśnia sercowego (KOS-zawał).

Świadczenie obejmuje diagnostykę zawału, terapię zgodnie ze wskazaniami klinicznymi oraz ambulatoryjną opiekę specjalistyczną i rehabilitację kardiologiczną w okresie 12 miesięcy od wystąpienia zawału mięśnia sercowego. Z pewnością taka opieka poprawia rokowanie pacjentów, o ile jest właściwie zorganizowana, dobrze realizowana i szeroko dostępna. Jakie są oceny dotychczasowego działania programu?

– Widzimy jego słabości, ale na szczęście przewidziano pewne korekty – mówił podczas WCCI prof. Robert Gil, kierownik Kliniki Kardiologii Inwazyjnej CSK MSWiA w Warszawie, członek ZG Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Chodzi o postulowane od dłuższego czasu zmiany niektórych zapisów, zarówno w kwestii rozszerzenia

dostępu o nowe procedury, jak i korzystniejszego finansowania, dzięki czemu być może więcej ośrodków zechce przystąpić do tego programu, przez co będzie on bardziej osiągalny dla chorych. Od czerwca ma obowiązywać nowa wersja zarządzenia NFZ w tej sprawie. Dokument wprowadza nowy współczynnik korygujący na świadczenia kardiologiczne dla dużych podmiotów (1,1), mnożnik dla ośrodków z dzienną rehabilitacją (również 1,1), uwzględnia wszystkie dostępne na rynku procedury elektroterapii oraz zawiera klarowny zapis dotyczący rozliczenia pacjenta w przypadku przedterminowego ukończenia programu.

KROK DALEJ

Miejmy nadzieję, że zmiany te odniosą skutek, tym bardziej, że według szacunków PTK program ten może dać efekty w postaci zmniejszenia śmiertelności nawet o 3 tys. zgonów w skali roku. Jednak, jak zauważa prof. Robert Gil, nie można ograniczać się do zapewnienia kompleksowej opieki pacjentom tylko przez rok od wystąpienia zawału. – Ponad połowa zawałowców ma uszkodzone, niewydolne serce. Musimy ich objąć stałą, efektywną opieką, dzięki której będą żyć dłużej i rzadziej będą hospitalizowani. PTK przygotowało pilotaż takiego programu (kompleksowa opieka nad pacjentami z niewydolnością serca – KONS). Ma on ruszyć najpóźniej w drugiej połowie tego roku w kilku ośrodkach w kraju. Częściowo będzie finansowany przez PTK, częściowo ze

▲ **Choroby sercowo-naczyniowe są przyczyną prawie połowy wszystkich zgonów w naszym kraju (GUS, 2015).**

GL
PATRONAT

środków publicznych. Mam nadzieję, że jeśli się sprawdzi, to w 2019 r. będzie działał w całym kraju. Oczywiście potrzebne są na ten cel pieniądze z NFZ – wyjaśnia prof. Robert Gil.

Pomysłodawcy tej inicjatywy dodają także, że KONS powinien objąć wszystkich pacjentów z NS, nie ograniczając go jedynie do osób po zawale mięśnia sercowego. – Niewydolność serca to w Polsce prawdziwa epidemia. Na to groźne schorzenie cierpi już nawet milion Polaków – podkreśla prof. Adam Witkowski, kierownik Kliniki Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej Instytutu Kardiologii w Warszawie, prezes-elekt PTK. Program ma połączyć POZ, AOS, leczenie interwencyjne, elektroterapię i rehabilitację. Przewidziano w nim m.in. monitoring pacjenta poprzez regularne wizyty i badania diagnostyczne oraz kontrolne hospitalizacje.

SPECJALISTA OD UDARU

Gorącą dyskusję wzbudziła także kwestia stworzenia sprawnie działającego systemu, w którym pacjent z ostrym udarem niedokrwinnym mózgu szybko otrzymuje pomoc. – Chcielibyśmy, by powstała sieć podobna do tej, która od wielu lat działa i sprawdza się w przypadku leczenia zawałów serca – wyjaśnia prof. Adam Witkowski. – Prace nad takim programem trwają już dwa lata i końca nie widać – dodaje z kolei prof. Gil. W czym tkwi problem? Zdaniem ekspertów PTK barierą w utworzeniu takiej sieci są braki kadrowe i infrastrukturalne. Aby wypełnić lukę kadrową, proponują złagodzenie wymogów specjalizacyjnych dla kardiologów interwencyjnych, angiologów i chirurgów naczyniowych, które trzeba spełnić, by leczyć interwencyjnie udar mózgu. Jak wyjaśnia prof. Robert Gil, obecnie obowiązujące wymogi szkoleniowe są zbyt restrykcyj-

OBECNIE JEST TYLKO KILKA MIEJSC W KRAJU, GDZIE ZAPEWNIĄ SIĘ CAŁODOBOWĄ POMOC PACJENTOM Z UDAREM MÓZGU. POTRZEBA DEKADY, BY NEUROLOGI I RADIOLOGI SAMI ZDOŁALI ZBUDOWAĆ OGÓLNOKRAJOWY SYSTEM.

na realizację tej ścieżki kariery zawodowej. – Trzeba wyznaczyć rozsądne warunki, jakie musimy spełnić, by bezpiecznie wykonywać te procedury. Nie chcemy przejmować leczenia udarów, nam chodzi jedynie o to, żeby nie budować od nowa systemu – mówi prof. Robert Gil. – Kardiologowie interwencyjni, angiologowie i chirurdzy naczyniowi są przygotowani do pełnienia 24-godzinnych dyżurów 7 dni w tygodniu. Mamy też świetnie wyszkolone pielęgniarki i techników do tej pracy w 160 sprawnie działających pracowniach hemodynamicznych w całym kraju. Możemy istotnie wspomóc swoją kadrą i infrastrukturą leczenie ostrych udarów. Obecnie jest tylko kilka miejsc w kraju, gdzie zapewnia się całodobową pomoc pacjentom z udarem mózgu. Potrzeba dekady, by neurologowie i radiolodzy sami zdołali zbudować ogólnokrajowy system. Takie działanie nie ma racji bytu – uważa prof. Wojciech Wojakowski, szef Kliniki Kardiologii i Chorób Strukturalnych Serca III Katedry Kardiologii SUM w Katowicach i sekcji Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych PTK.

NOWE TECHNOLOGIE

Podczas warsztatów WCCI rozmawiano również o nowych, małoinwazyjnych technikach, dzięki którym można ratować życie chorych. Chodzi m.in. o przecewnikowe leczenie wad zastawki mitralnej czy przezsłone wszczepienie zastawki aortalnej – TAVI (PTK od 2015 r. prowadzi kampanię „Stawka to życie. Zastawka to życie”, zwiększającą świadomość społeczną

na temat wad zastawkowych serca oraz dostępności do nowoczesnych metod dla pacjentów. Koordynatorami akcji są prof. Adam Witkowski i prof. Dariusz Dudek, prezydent-elekt EAPCI ESC). – Problem dotyczy pacjentów z uszkodzonym sercem z chorobami współtowarzyszącymi, którzy nie mogą być poddani tradycyjnemu zabiegowi ze względu na duże obciążenie organizmu. Można ich zoperować małoinwazyjnie, ale te technologie są drogie. Trzeba jednak wziąć pod uwagę, że o ile sam zabieg jest faktycznie kosztowny, to po przeprowadzeniu takiego leczenia pacjent będzie w przyszłości rzadziej hospitalizowany – tłumaczy prof. Wojciech Wojakowski. I dodaje, że o ile zabieg TAVI jest w Polsce coraz częściej wykonywany (z 453 w roku 2015 do 1041 w 2017), to przecewnikowe leczenie wad zastawki mitralnej to wciąż rzadkość. – W Polsce wykonujemy około 20-40 takich operacji rocznie, 5 razy mniej, niż wskazują potrzeby. Problemem jest niedostateczne finansowanie – podsumowuje prof. Wojakowski.

Pomysłów na redukcję liczby zgonów powodowanych schorzeniami kardiologicznymi jest więcej, miejmy nadzieję, że możliwie najwięcej z nich zostanie uwzględnionych w Narodowym Programie Zdrowia Kardiologicznego, którego powstanie hucznie zapowiadał w czasie swojego exposé premier Mateusz Morawiecki w grudniu 2017 r. Program ponoć jest tworzony, choć jak przyznaje prof. Robert Gil z PTK, dotychczas odbyło się tylko jedno spotkanie w tej sprawie. ○

FAKT

Bez dodatkowych środków finansowych nie da się wdrażać nowoczesnych metod leczenia.

Obarczenie genem — zapowiedziana refundacja

Ministerstwo Zdrowia zapowiedziało nowelizację rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, m.in. fakt, że jeszcze w tym roku zostanie wprowadzona refundacja dla świadczeń usunięcia i odtworzenia piersi w przypadku obarczenia genem BRCA 1.

„Gazeta Lekarska” (nr 5/2018) publikowała wywiad z prof. Janem Lubińskim, który podkreśla, że „w Polsce wyjątkowo często występuje wspomniana mutacja BRCA1 – dotyczy ona ok. 200 tys. Polaków, w tym 100 tys. kobiet i tej samej liczby mężczyzn, u których zwiększa ona nieznacznie ryzyko zachorowania na raka prostaty i innych nowotworów, a znaczenie pierwszoplanowe ma tu nosicielstwo tej mutacji i przekazywanie jej dzieciom”. Po zapowiedziach ministerstwa szczególnie zachęcamy do lektury tej rozmowy. ○



Problemy interny na Mazowszu 2018

Oddział Warszawski Towarzystwa Internistów Polskich i konsultant wojewódzki dr Marek Stopiński, jak co roku zaprosili osoby zainteresowane problemami interny do Nowego Domu Sztuki w Radziejowicach.

RYSZARD GOLAŃSKI



Konsultant krajowy, prof. Jacek Imiela, przedstawił dane dotyczące lekarzy pracujących w internie. W Polsce jest 18 tys. specjalistów chorób wewnętrznych i 14 tys. specjalistów w dziedzinach szczegółowych. Przede wszystkim ta pierwsza liczba jest niewystarczająca, zwłaszcza że średnia wieku tej grupy wynosi 55 lat.

Liczba łóżek internistycznych maleje, a liczba pacjentów rośnie. W roku 2017 było to ponad 9 mln chorych. Ważną sprawą jest przywrócenie przyszpitalnych specjalistycznych przychodni internistycznych. Dr Stopiński mówił o zmniejszającej się sukcesywnie liczbie łóżek na Mazowszu. Jednym z powodów takiego trendu jest fakt, że są one deficytowe. To się, niestety, nie zmienia od lat. Ogromne są problemy kadrowe. Mapy zdrowotne nie odzwierciedlają sytuacji w internie. Sieć szpitali niewiele się zmieniła. Oddziały szpitalne ponoszą konsekwencje niewydolnego systemu POZ i AOS. 30 procent chorych to osoby powyżej 80. r.ż. Statystyki szpitalne są niewiarygodne, bo często wpisuje się jako rozpoznanie chorobę najlepiej płatną. Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, Maciej Hamankiewicz, poinformował o przesunięciu terminu wprowadzenia elektronicznej formy zwolnień e-ZLA na 1 stycznia 2019 r. Mówił także

o narastającym problemie wypalenia zawodowego lekarza.

Drugi dzień spotkania rozpoczął bardzo ciekawy wykład prof. Ryszarda Gellerta, dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego o proponowanych zmianach w systemie kształcenia podyplomowego w zakresie specjalności szczegółowych. 13 kwietnia minister Szumowski powołał zespół do spraw nowelizacji ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty w zakresie kształcenia. Polska jest ewenementem na skalę europejską. Funkcjonuje u nas 86 specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów. W samej internie jest to 21 specjalizacji. Długi jest przeciętny czas specjalizowania się, wynosi on 6,5 roku. 10 tys. lekarzy kończy specjalizację w starym trybie, 14 tys. specjalizuje się w nowym. Prof. Gellert mówił także o nowoczesnych formach kształcenia, na przykład za pośrednictwem specjalistycznych portali internetowych. Sporo czasu poświęcił Systemowi Monitorowania Kształcenia, który jest powszechnie krytykowany, głównie ze względu na trudności związane z korzystaniem z niego, ale który ma także dobre strony. Przede wszystkim dostępność do informacji.

W dyskusji wiele krytycznych uwag padło pod kątem systemu rezydenckiego. Wskazywano na zbyt dużą liczbę miejsc w ośrodkach akademickich oraz długie

Podczas konferencji w Radziejowicach lekarze, dyrektorzy szpitali oraz specjaliści w obszarze ochrony zdrowia rozmawiali o problemach i potrzebach polskiej interny.

okresy nieobecności rezydenta w podstawowym miejscu pracy, ze względu na konieczne staże. Użyto nawet określenia, że rezydentura to gwóźdź do trumny interny. Mówiono, że lekarz powinien być zatrudniany i opłacany przez szpital, a nie przez ministra.

W drugiej sesji tego dnia wybitni specjaliści w dziedzinie diabetologii przedstawiali nowoczesne sposoby leczenia cukrzycy, ze szczególnym uwzględnieniem insulinoterapii. Dyskutowano także o licznych powikłaniach towarzyszących cukrzycy, przede wszystkim ze strony układu krążenia i układu wydalniczego. Ważnym tematem była insulinoterapia u chorych w wieku podeszłym. Wiele do życzenia pozostawia możliwość leczenia tych pacjentów po okresie hospitalizacji. Organizacyjnie jest tu sporo do zrobienia. Wprowadzone w ramach sieci szpitali rozwiązanie nie rozwiązuje wielu problemów. Jak bumerang wraca sprawa kompetentnego leczenia osób z cukrzycą przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, a niekoniecznie przez lekarzy diabetologów. Do tych ostatnich powinni trafić chorzy problematyczni. Tymczasem diabetycy wolą leczyć się u specjalistów. Powoduje to wydłużanie kolejek. Konferencję tradycyjnie zakończyło wystąpienie mecenasa Jarosława Klimka, który mówił o ważnych nowych regulacjach prawnych, które weszły lub wejdą w roku 2018.

GL
PATRONAT

Lekarz dzieci

W przyszłym roku minie 70 lat od ukazania się w polskiej literaturze naukowej pierwszego artykułu o mukowiscydozie. Jego autorką była Zofia Lejmbach, na co – po jednej z naszych publikacji – zwróciła uwagę prof. Zofia Rajtar-Leontiew.

✪ **MARIUSZ TOMCZAK**



Chyba każdemu, kto zna historię naszego kraju, rok 1901 kojarzy się z wybuchem strajku szkolnego dzieci we Wrześni. W tym czasie polskie ziemie znajdowały się pod okupacją trzech sąsiadów.

W zaborze rosyjskim, gdzie represjonowano Polaków nie mniej niż w zaborze pruskim, 16 września tego roku przyszła na świat Zofia Lejmbach. Jej ojciec, lekarz, bezpłatnie leczył najbiedniejszych. Matka uczyła małą Zosię, podobnie jak pięcioro jej rodzeństwa, patriotycznych wierszy.

ZASTĘPOWA, PEOWIAK, STUDENTKA

Co najmniej od 15. roku życia była harcerką. Nie powinno dziwić, że jako nastolatka działała w Polskiej Organizacji Wojskowej, czyli tajnej organizacji zbrojnej stawiającej za cel walkę o niepodległość Polski i przygotowanie kadr dla jej przyszłej armii. Była kurierem, zajmowała się przechowywaniem broni i materiałów wybuchowych, a w czasie wojny z bolszewikami przeprowadziła przez

linię frontu grupę żołnierzy. Gdyby wpadli w ręce czerwonoarmistów, z dużym prawdopodobieństwem wszyscy zginęliby w okrutny sposób. Studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego rozpoczęła w 1920 r., wkrótce po Cudzie nad Wisłą, który – jak się miało okazać – zdecydował o zachowaniu naszej niepodległości na dwie dekady i zniweczył plany rozprzestrzenienia rewolucji komunistycznej na Europę Zachodnią. Los jej nie rozpieszczał. Utrzymywała się sama, pracując w drukarni, bo rodzina przez kilka lat pozostała poza granicami odrodzonej Rzeczypospolitej. Bywało, że nie miała co włożyć do garnka. Mimo to uzyskała upragniony dyplom.

KONSPIRATORKA, POWSTANIEC

Staż odbyła na położnictwie. Jako lekarz pracowała najpierw niedaleko Baranowicz. To wówczas postanowiła zostać pediatrą. Później przeniosła się do stolicy. W czasie drugiej wojny światowej m.in. organizowała małe szpitaliki dla lżejszych rannych, a jej mieszkanie na warszawskim Żoliborzu służyło jako miejsce produkcji fałszywych dowodów osobistych

▲ **Zofia Lejmbach, ps. Róża (druga od prawej) w czasie powstania warszawskiego na ul. Moniuszki.**

i kryjówka dla Żydów, których planowo eksterminowały niemieckie władze. Podczas powstania warszawskiego opiekowała się rannymi (sama zresztą również została wtedy ranna). W 1945 r., kiedy na ulicach Berlina trwały jeszcze ostatnie potyczki z Niemcami, rozpoczęła pracę w warszawskiej Klinice Dziecięcej przy ul. Litewskiej. W 1946 r. została ordynatorem w szpitalu przy ul. Działdowskiej, a dwa lata później adiunktem w stołecznej Akademii Medycznej.

NAUKOWIEC, PROREKTOR

Jako pierwsza w Polsce opisała przypadki mukowiscydozy, którą ówczesnie określano mianem dysporia entero-broncho-pancreatica congenita familiaris. „Częstsze występowanie w latach ostatnich w wielu krajach zespołu dysporia enterobronchopancraticzna nasuwa przypuszczenie, że i w Polsce zdarzają się przypadki tego schorzenia, tylko są nieopisywane i nierozpoznawane. W szpitalu im. Karola i Marii w ciągu 2 lat ostatnich rozpoznano to schorzenie w 5 przypadkach. Z tego 3 przypadki na podstawie badań sekcyjnych” – czytamy w dwumiesięczniku „Pediatria Polska” w 1949 r. (pisownia oryginalna). Tytuł profesora nadzwyczajnego otrzymała w 1959 r. W latach 1962-65 była prorektorem AM w Warszawie do spraw klinicznych. W 1971 r. przeszła na emeryturę. Po przemianach ustrojowych uczestniczyła w spotkaniach organizowanych w ramach Światowego Związku Żołnierzy Armii Krajowej. Na wieczny dyżur odeszła 5 września 1995 r. w wieku 94 lat.

Zofia Lejmbach żyła w burzliwych czasach, nierzadko widząc przeróżne okrucieństwa, a przez to, że aktywnie udzielała się społecznie i zawodowo, trudno opisać jej sylwetkę w krótkim artykule. W kościelnym nekrologu określona została skromnie, aczkolwiek treściwie, jako „Lekarz Dzieci”, i zapewne w taki sposób zapamiętało ją wielu dorosłych już dziś pacjentów. Blisko współpracujące z nią osoby wspominały obchody lekarskie doktor Lejmbach jako kształcące i skrupulatne. ○

Źródła:

Rajtar-Leontiew Z., Lejmbach Zofia [w:] B. Urbanek (red.), Słownik biograficzny polskich nauk medycznych XX wieku, 2004, t. 3, z. 1, s. 41-45; Spis powstańczych biogramów, <https://www.1944.pl/powstancze-biogramy/zofia-lejmbach,26800.html>; Uljasz A., Profesor Zofia Lejmbach (1901-1995). Patriotka i społecznik, „Przegląd Nauk Historycznych”, 2011, r. X, nr 1, s. 205-219.

Rzemiosło czy sztuka?



**Marta
Jakubiak**

Zastępca redaktora
naczelnego
„Gazety Lekarskiej”

Z pomocy medycznej korzysta zazwyczaj ambulatoryjnie. O tym, że lekarze różnie traktują swoich kolegów czasami słyszał, sam też tego doświadczył.



Jedni są bardziej otwarci na kontakt, życzliwi i dostępni. Swoje zachowania opierają jeszcze na starych zasadach koleżeńkości i etyki lekarskiej.

Podchodzą do innych przedstawicieli tego zawodu z szacunkiem i pewnym etosem. Starają się być pomocni, gdy ich kolega lekarz pojawi się na szpitalnym korytarzu lub w poczekalni przychodni. Zawodową solidarność czują także w stosunku do kolegów lekarzy emerytów. – Myślę, że wiele wynosi się nie tylko z domu, ale też ze szkoły – tego można się nauczyć od swoich mistrzów. Studiowałem w latach 70., miałem więc możliwość kształtowania się jako lekarz u profesorów, którzy swój zawód zdobywali jeszcze przed wojną. To była ta zacna, stara szkoła. Oni nie traktowali nas per noga, lecz starali się pokazać nam jak najwięcej i z pewną atencją wpoić nam dobre zasady.

^ Chirurg, który miał wtedy dyżur i konsultował mamę, po prostu wyprosił mnie z sali.

W ich wykonaniu uprawiane zawodu lekarza było sztuką – opowiada doktor Mieczysław, na co dzień pracujący w podstawowej opiece zdrowotnej.

Jest też druga grupa lekarzy, jak za uważa mój rozmówca. Są bardziej zamknięci na innych, a kontakt lekarz-pacjent to dla nich jedynie analiza danego przypadku. W ich wykonaniu medycyna to bardziej lub mniej wprawne rzemiosło. Czym różni się od lekarzy z tej pierwszej grupy?

MAM DUŻO CIERPLIWOŚCI

Pewnego dnia 84-letnia mama doktora Mieczysława miała wypadek i trochę się potłukła. Trafili na SOR. To właśnie tu bliżej poznał subtelne różnice między lekarzami z tych dwóch grup. – Przyznam, że potraktowano mnie trochę nieładnie. Chirurg, który miał wtedy dyżur i konsultował mamę, po prostu wyprosił mnie z sali. Wiedział, że jestem lekarzem – opowiada doktor Mieczysław. Był nieco zaskoczony taką reakcją kolegi.

– Wydawało mi się, że mogę pomóc, w skrócie przybliżyć, co się stało, powiedzieć, jaki jest stan ogólny mamy. Nie pozwolono mi na to. Chirurg powiedział, że wie, co ma robić i moja obecność jest zbędna – wspomina. – Nie chciałem przeszkadzać, więc wyszedłem. Nie jestem człowiekiem natarczywym. Grzecznie czekałem za drzwiami. Cierpliwości w życiu mam dużo. Bo warto być cierpliwym, nie konfliktować się. Tak żyje się lepiej – dodaje.

Pytam, jak sądzi, dlaczego został wyproszony z sali? – Trudno mi powiedzieć, nie wiem. To był lekarz spoza naszego miasta, dojeżdżający tu na dyżury. Nie znałem go, on także nie znał mnie – wyjaśnia. I przyznaje, że było mu trochę przykro, że został tak potraktowany. Uważa, że rodzina ma prawo być z chorym, a w przypadku osoby starszej jest to szczególnie ważne. Według doktora Mieczysława powinno to być przyjęte jako

JEST TEŻ DRUGA GRUPA LEKARZY, JAK ZAUWAŻA MÓJ ROZMÓWCĄ. SĄ BARDZIEJ ZAMKNIĘCI NA INNYCH, A KONTAKT LEKARZ-PACJENT TO DLA NICH JEDYNI ANALIZA DANEGO PRZYPADKU.

zasada. Przecież chory jest zdezorientowany, zagubiony, często nie potrafi dokładnie opowiedzieć, co się z nim dzieje, przedstawić swoich dolegliwości, nazwać objawów. A przecież wiadom jest, że bardzo ważny. Rodzina niejednokrotnie mogłaby pomóc w jego pełniejszym zebraniu. – Pan doktor potraktował mnie tak trochę z góry, zupełnie niepotrzebnie... – zauważa.

Jednak gdy czekali na wyniki badań radiologicznych, w miarę upływu czasu kontakt między doktorem Mieczysławem a lekarzem dyżurnym stał się nieco lepszy. – Na koniec wizyty podziękowałem i podaliśmy sobie ręce. Zabrałem mamę do domu, na szczęście nie stało się nic poważnego, nie było żadnych złamań – wspomina z uśmiechem.

REFLEKSJE

Na co dzień to on pomaga innym. Rzadko korzysta z pomocy lekarzy. – Jeśli już muszę, to idę do kolegów, z którymi dobrze się znamy. Pracuję w dużej przychodni, więc praktycznie wszystkich specjalistów mam na

miejsku. W naszym środowisku komunikujemy się świetnie. Zwykle staramy się ułatwić koledze lekarzowi dostęp do świadczenia, a nasi pacjenci nie protestują – opowiada.

Bardzo pochwała ten życzliwy koleżeński układ. Uważa, że lekarz powinien mieć takie niepisane prawo, by być uprzywilejowanym. Sam jako lekarz też stara się w miarę możliwości ułatwiać innym kolegom lekarzom korzystanie ze świadczeń. – Jeżeli lekarze siedzą w poczekalni w kolejce, to nie przyjmują pacjentów. Jeśli nie leczą chorych, to tych chorych jest więcej pod gabinetami innych lekarzy – tłumaczy.

W środowisku, w którym funkcjonuje od lat, nie ma problemów z odnalezieniem się w systemie. System staje się mniej przyjazny wówczas, gdy trafia się do lekarza spoza tego kręgu. – Sam fakt bycia lekarzem nie ma wtedy znaczenia. Gdy jestem osobą nieznaną, jestem po prostu obcym. To nie jest reguła, ale zazwyczaj tak jest – tłumaczy. Uważa, że w kontaktach między lekarzami takie rzeczy nie

powinny mieć miejsca. Trzeba uczulać medyków, zwłaszcza młodych adeptów tego zawodu, żeby nie zapominali o wzajemnym szacunku w zawodzie, żeby życzliwie traktowali innych kolegów, niezależnie od tego, czy znają ich osobiście.

BEZ OBAW

Lekarz to z pewnością nie będzie ten pacjent, który może nadużywać przywilejów czy życzliwości innego kolegi. – Jeżeli przychodzi do lekarza, to znaczy, że dzieje się coś złego, że naprawdę potrzebuje pomocy. Fakt, że czasami niektórzy się gubią, wpadają w nadmierny stres czy hipochondrię. Ale im trzeba pomóc. Choć lekarze wiedzą o swoim organizmie więcej niż pacjent nie-lekarz, to w obliczu choroby często są zagubieni – tłumaczy. Dlaczego tak się dzieje? – Ponieważ nie wiedzą, jak postąpić w stosunku do siebie samych, jak zinterpretować wyniki badań, odczytać objawy. Wolą zdać się na doświadczenie i wiedzę innych – odpowiada. Trzeba o tym pamiętać. ☺

GL

Jeśli chcesz opowiedzieć swoją historię, napisz lub zadzwoń do naszej redakcji.

REKLAMA

Nie stygmatyzujemy

◉ MAGDALENA FLAGA-ŁUCZKIEWICZ

GL
LISTY



▲ Rozmowa o zdrowiu z nr. 4/2018 „Gazety Lekarskiej”

Jestem lekarzem psychiatrą specjalizującym się w leczeniu lekarzy. Przeczytałam z zainteresowaniem [...] wywiad z Prof. Heitzmanem w kwietniowym numerze „GL”. Ostatnie pytania dotyczyły kondycji psychicznej lekarzy i zaburzeń psychicznych wśród lekarzy. Nie jestem w stanie zgodzić się z częścią twierdzeń Pana Profesora.

Według badania EZOP co czwarta osoba w naszym społeczeństwie ma zaburzenie psychiczne. Zdecydowana większość tych osób jest w stanie z powodzeniem pełnić wszelakie zawodowe i społeczne role! Sugerowanie, że „lekarze z depresjami, z psychozami...” to osoby, które należy „kierować do prac (...) o charakterze

administracyjnym” stoi w ogromnej sprzeczności z destygmatyzacją, która jest światowym nurtem w psychiatrii. Zapewne jest to niefortunny skrót myślowy – oczywiście osoba w ostrej psychozie nie jest w stanie wykonywać de facto żadnego zawodu. Ale lekarz chorujący na np. depresję nawracającą lub dwubiegunową (które w świetle klasyfikacji psychiatrycznej są przecież chorobami psychicznymi), który jest objęty dobrą, regularną opieką, może być świetnym fachowcem i nie ma powodów, by odsuwać go od pracy z pacjentem! Mam ogromny sprzeciw wobec beztroskiego uogólniania jednostkowych sytuacji na całe grupy, których to zagrożenie nie dotyczy. To jest krzywdzące i podtrzymuje stygmatyzację.

Obawiam się, że lekarz, który rozważał zasięgnięcie fachowej porady psychiatry, ale wcześniej przeczytał wywiad z Profesorem, może zmienić zdanie z obawy, że psychiatra „zabierze” mu prawo wykonywania zawodu. Taki lekarz będzie się leczył sam albo zgodnie ze społecznym przyzwoleniem zacznie sięgać po alkohol (w końcu alkohol jest bardziej akceptowany niż „psychotropy”). Tym samym, zamiast zachęcać i „odczarowywać” leczenie psychiatryczne, autorytet z dziedziny psychiatrii tworzy atmosferę zagrożenia i stygmatyzacji.

Nie zgodzę się też z tym, że każdy lekarz, który sam sobie przepisuje leki, staje się lekomanem! Bardzo często jest zupełnie na odwrót. ◉

ODPOWIEDŹ

◉ JANUSZ HEITZMAN, DR HAB.N.MED. PROF. IPiN

Zuwagą zapoznałem się z reakcją Pani Doktor Magdaleny Flagi-Łuczkiwicz na wywiad, jakiego udzieliłem „Gazecie Lekarskiej”. W pełni zgadzam się z opinią Pani Doktor w kwestii niestygmatyzowania każdego chorego, również gdy jest nim lekarz chorujący na zaburzenia psychiczne. Ten pogląd jest mi szczególnie bliski, bo całą swoją aktywność zawodową właśnie temu poświęcam. Zwłaszcza, by nie różnicować chorych na tych lepszych i gorszych – bo chorych psychicznie.

Problem w wywiadzie, do którego się Pani odnosi, był jednak inny. Pytanie, które zostało mi zadane, dotyczyło zawieszania prawa wykonywania zawodu lekarza z powodu jego choroby psychicznej. Nie chodziło tu o domysły, tylko o odniesienie się do faktu niezdolności do pracy w zawodzie z powodu choroby psychicznej – psychozy.

Już samo wszczynanie takiej procedury jest w moim odczuciu trudne i bardzo obciążające. Przecież decyzja samorządu lekarskiego, nawet bardzo wnikliwa i obiektywna, może pozbawić lekarza podstaw nie tylko egzystencji

materialnej, ale i sensu życia, bo dla wielu lekarzy niezależnie od choroby, zawód lekarza jest jednak poświęceniem i powołaniem. Gdy przyczyną tego staje się choroba – coś, co w sposób niezawiniony dodatkowo go obarcza cierpieniem, można zastanawiać się nad koniecznością przeformułowania procedury takiej decyzji będącej mimo wszystko – sankcją za bycie chorym. Być może zmiany wymaga samo zdefiniowanie zawieszenia prawa wykonywania zawodu lekarza z powodu choroby, właśnie przez fakt, że cierpiącego lekarza dotkniętego chorobą umysłu naznacza się i piętnuje.

Z drugiej strony, samorząd lekarski ma stać na straży najwyższego poziomu świadczonych usług medycznych, gdzie nie można przyzwolić na usprawiedliwione chorobą psychiczną błędy medyczne. To nadrzędna odpowiedzialność za czyjeś życie i zdrowie, ale też za chorującego psychicznie lekarza, który w tej chorobie nie traci całkowicie krytycyzmu i może być zawodowo czynny, upoważnia izby lekarskie do decyzji, by zminimalizować ryzyko szkody medycznej.

W swojej odpowiedzi na pytanie o najczęstsze psychiatryczne przyczyny zawieszania prawa wykonywania zawodu, wskazałem te, z którymi stykamy się najczęściej: zespół zależności alkoholowej będący tzw. chorobą alkoholową, uzależnienie od leków (najczęściej benzodiazepin), a w dalszej kolejności choroby psychiczne. Oczywiście takie, które

(co sama Pani Doktor zauważyła) eliminują z możliwości świadczenia pracy. Chodzi tu o psychozy bądź z kręgu schizofrenii, bądź choroby afektywnej. Moja wypowiedź nie dotyczyła zatem zaburzeń depresyjnych niepsychotycznych, stanów lękowo-depresyjnych, nawracających niepsychotycznych epizodów depresyjnych itp. Twierdzi Pani Doktor, że „osoba w ostrej psychozie nie jest w stanie wykonywać de facto żadnego zawodu”. Trudno mi się z tym zgodzić. Ostra psychoza przecież nie trwa wiecznie czy latami. Jej cechą jest ustępowanie pod wpływem leczenia objawów zaburzonego myślenia czy spostrzegania. Choć niekiedy ma tendencję do zaostrzania się, stany te są krótkotrwałe, po których następuje okres remisji objawów. Jednak nawet uporczywe objawy psychotyczne nie niszczą podmiotowości pacjenta, jego prawa do godności, potrzeby przynależności, prawa do pracy. Stąd dla tej grupy chorujących, różnych zawodów i profesji, też medycznych, mamy obowiązek zapewnienia miejsc pracy o niskim ryzyku. Warto wspomnieć i o tym, że zawieszenie prawa wykonywania zawodu z powodu niezdolności do jego wypełniania nie jest i nie może być przysłowiowym skazaniem kogoś na śmierć zawodową. Orzeczenie, z reguły ma charakter czasowy i przy utrzymującej się poprawie stanu zdrowia, po przeprowadzeniu opartej o badanie ekspertów komisyjnej ocenie, prawo wykonywania zawodu lekarza zostaje przywrócone.

Samo mówienie o chorujących psychicznie i uzależnionych przedstawicielach naszego zawodu nie będzie „stygmatyzowaniem psychiatrią”. Więcej, destygmatyzowanie to dostrzeganie

problemu i szukanie rozwiązań, organizowanie wsparcia i pomocy. Nie sposób nie odnieść się do przywoływanej diagnozy depresji. Zaburzenia depresyjne są na tyle powszechne, że czynienie z faktu leczenia się z tego powodu – czynnika dyskryminującego zawodowo byłoby działaniem niczym nieuzasadnionym i szkodliwym, tak się zresztą nie dzieje. Z drugiej strony w spektrum objawowym choroby afektywnej, psychotycznej i nawracającej depresji ujawniają się również myśli i działania suicydalne, głęboko destrukcyjne. Niestety, samobójstwa wśród lekarzy również się zdarzają i nierzadko dotyczą tych, którzy pozostali sami ze swoją depresją, nie chcieli ujawnić tej choroby i nie podejmowali leczenia, być może z lęku przed zawodowym odrzuceniem i naznaczeniem. W tym kontekście przybliżenie zagadnień własnego zdrowia psychicznego musi iść równoległe z tworzeniem klimatu wsparcia, zaufania, dawania poczucia bezpieczeństwa i nadziei na wyleczenie. Podobnie problem uzależnionych lekarzy nie tylko od alkoholu, ale i od leków, nie jest bagatelny. Dotyczy to lekarzy na całym świecie. Warto sięgnąć do licznych publikacji, które analizują to zagadnienie i szukają środków zaradczych.

Najważniejsze jest jednak kierowanie się zasadą, że nigdy sama diagnoza, nawet bardzo poważna, nie powinna kogokolwiek eliminować z możliwości wykonywania zawodu i pracy. Jedynie jej skutki, gdy mogą stać się dla kogoś zagrożeniem – nie automatycznie, ale przecież wnikliwie, muszą być analizowane. Stare zasady naszego zawodu: „Primum non nocere” Horatiusa i „Medice, cura te ipsum” – są stale aktualne. 

REKLAMA

Głuptak zwyczajny



Joanna
Sokołowska

Lekarz pediatra

Kto śledził losy głuptaka Nigela z nowozelandzkiej wyspy Mana, ten wie, że im bardziej się chce w coś wierzyć, tym łatwiej dać się oszukać – doświadczyło tego to ptaszysko z krańca świata, gdzie wszystko stoi na głowie.

Jako rasowy głuptak (mniej obraźliwie rzecz ujmując, typowy przedstawiciel gatunku *Morus bassanus*) – z urody coś pomiędzy mewą a albatrosem – prezentował Nigel przywiązanie do raczej tradycyjnych wartości.

Wiedziony instynktem, a może nawet tęsknotą za lepszą przyszłością, bardzo chciał mieć dom i rodzinę. Podobno głuptaki tak mają. Ponad wszystko cenią sobie własną kwaterę w sercu kolonii pobratymców i towarzystwo jakiejś miłej, aczkolwiek nieco krzykliwej pani głuptakowej. W takich sprzyjających okolicznościach oceanicznej przyrody oddają się wychowaniu swoich piskląt z wyjątkowym, graniczącym z brakiem rozsądku, poświęceniem. Powszechnie jednak wiadomo – i to w całym królestwie zwierząt – odszukanie odpowiedniego partnera może być równie trudne, jak znalezienie uczciwego dewelopera. Być może dlatego głuptaki

należą do gatunków ginących... Na pomoc ruszyli lokalni ekolodzy. I choć może idea ocalenia głuptaków na wyspie Mana była słuszną, w jej imię Nigela poddano okrutnej manipulacji. Aby zachęcić morusy do osiedlania się na klifach, ludzie zbudowali bowiem betonową atrapę głuptakowej kolonii – pełną gniazd i osobników obojga płci. Nie wiem, czy Nigel był wyjątkowo mało rozważny, czy zbyt romantyczny, czy nie przeczytał „drobnego druczku” w umowie najmu – dość, że jako jedyny przedstawiciel swojego gatunku dał się ekologom wystrychnąć na dudka (a to zupełnie inny ptaszek)... Zamieszkał samotnie w kolonii betonowych głuptaków. Mało tego, ulokował tu swoje uczucia... Jak ptasi Pigmalion wybrał sobie betonową panią głuptakową, zbudował jej gniazdo, czyścił piórka z betonu, próbował rozmawiać, nie bacząc na jej uporczywe betonowe milczenie. Podobno inny, bardziej pragmatyczny głuptak

Norman, odwiedzał kuzyna na Mana kilkakrotnie i namawiał do emigracji. Ptaszysko postanowiło jednak honorowo trwać przy raz podjętej decyzji. Aż do końca.

Skąd moje zainteresowanie losem Nigela? Już wyjaśniam – mammy z sobą dużo wspólnego... Jako pediatra z średniej wielkości miasta, pracujący w średniej wielkości szpitalu, każdego dnia coraz bardziej bowiem czuję, że należę – jak Nigel – do ginącego gatunku. I choć staram się na co dzień nie dramatyzować, wszystko jednak wskazuje na to, że wkrótce podzielę jego los. Na razie moja „kolonia”, gabinet lekarski szpitalnego oddziału, z dnia na dzień liczy coraz mniej osobników – coraz starszych, jednej płci, z urody coś między mewą i albatrosem... Wszystkie przysiadły tu wiele lat temu i – jak na głuptaki przystało – trzymają się swojego wyboru z uporem godnym rajskej wyspy. Są odporne na zmiany

^ Zamieszkał samotnie w kolonii betonowych głuptaków. Mało tego, ulokował tu swoje uczucia...

NA RAZIE MOJA „KOLONIA”, GABINET LEKARSKI SZPITALNEGO ODDZIAŁU, Z DNIA NA DZIEŃ LICZY CORAZ MNIEJ OSOBNIKÓW – CORAZ STARSZYCH, JEDNEJ PŁCI, Z URODY COŚ MIĘDZY MEWĄ I ALBATROSEM... WSZYSTKIE PRZYSIADŁY TU WIELE LAT TEMU I – JAK NA GŁUPTAKI PRZYSTAŁO – TRZYMAJĄ SIĘ SWOJEGO WYBORU Z UPOREM GODNYM RAJSKIEJ WYSPY.



klimatu, mało wymagające, nieco ekscentryczne w swoim przekonaniu, że praca to nie tylko zarabianie pieniędzy. Bardzo wytrzymałe. Ale na pisklęta raczej widoków nie ma... Nic dziwnego – szpitalny klif, nie tylko pediatryczny, nie należy do najwygodniejszych. Od czasu do czasu przyleci jakiś nowy osobnik, popatrzy, posłucha i... odlatuje. Podobno tam, gdzie odlatują, jest dużo lepiej. Coraz łatwiej w to uwierzyć...

O tym, że musi być naprawdę źle, pomyślałam jednak dopiero wówczas, gdy Ministerstwo Zdrowia postanowiło zadziałać, na wzór ekologów z Nowej Zelandii. Ogłoszono, że pediatria jest jedną ze specjalizacji priorytetowych i jako taka, z dnia na dzień, stanie się atrakcyjna. W kolejnych deklaracjach, projektach i porozumieniach, urzędnicy zaczęli wabić młodych lekarzy perspektywą lepszych zarobków, łatwiejszej i lepiej płatnej pracy, pomocy w – nomen omen – założeniu gniazda. I choć wiele już wody upłynęło w Wiśle, odkąd ministerialni heroldzi ogłosili radosną nowinę, jak na razie niestety zmian na lepsze nie widać. Może dlatego, że ten specjalizacyjny „priorytet” jest taką samą atrapą, jak betonowa kolonia głupek na wyspie Mana... Obowiązujący

system nie preferuje przecież w żaden sposób tych miejsc, w których lekarzy brakuje i będzie brakowało coraz bardziej – szpitali poza ośrodkami klinicznymi. Nie daje także jakiegokolwiek poczucia związku (a więc też i odpowiedzialności) ze szpitalem, w którym kształcą się młodzi medycy. Nie uczy pracy w zespole, nie buduje relacji pomiędzy pokoleniami. Nie daje niczego, w co powinien wierzyć wchodzący do lekarskiego zawodu młody człowiek. Utrwała za to przekaz, że rezydentura to czas i miejsce „podarowane” lekarzowi przez państwo na kształcenie, a oceniać i rozliczać je można tylko w wymiarze nakładów finansowych – poniesionych i przez państwo jako darczyńcę, i przez lekarza jako stronę obdarowaną przywilejem kształcenia, za który zresztą winna spłacić społeczeństwo dług. Zaś po spłacie długu – tak to rozumiem – wszyscy są wolnymi ptakami, choćby i głuptakami. I każdy może odlecieć tam, gdzie czystsze powietrze i lepszy klimat.

Może się więc zdarzyć, że w pokoju lekarskim jakiegoś szpitala już wkrótce pozostanie tylko jakiś samotny Nigel. I że będzie on ciekawostką internetu. ☺

Dwie sekundy przerwy



Artur Andrus
Satyryk

Zwykłą życzliwość ludzie odbierają czasami jako przejaw złośliwości. Na dowód historia sprzed paru lat.

Koleżanka Marii Czubaszek – satyryczki, pisarki, mistrzyni świata w dystansie do siebie samej i innych – chciała się pochwalić efektami intensywnej diety. Pokazywała się z każdej strony, przyjmowała najprzeróżniejsze pozy.

Nie doczekawszy się specjalnego zainteresowania, powiedziała lekko zdenerwowana: „No popatrz, jak schudłam!”, na co Marysia: „Nie martw się, nie widać”. Po jakimś czasie zrozumiałem, że coś, co mogło być potraktowane jako kobieca złośliwość, tak naprawdę było specyficznie wyrażoną formą troski. Posłużę się jeszcze własnym przykładem. Kiedy usłyszałem od znajomej: „O, schudłeś”, tego samego wieczoru byłem już w restauracji z niezdrowym i niedietetycznym jedzeniem. Bo skoro schudłem, to znaczy, że mogę sobie pofolgować. Nie chwalmy. Albo chwalmy ostrożnie. Stosujemy na przykład taką formę komplementowania: „Schudłaś” – dwie sekundy przerwy – „Czy mi się wydaje?”. Powściągliwość w chwaleniu efektów diety pomoże osobie chwalonej wytrwać w dalszej walce z nadwagą.

Alosza Awdiejew, profesor nauk humanistycznych i artysta krakowskiej „Piwnicy pod Baranami”, kawał swojego życia zawodowego poświęcił na zbieranie najlepszych dowcipów świata. Zebrał je w książce „Opowiem ci kawał. Życie ludzkie od zabawnej strony”. Na stronie 39 trafiłem na taki: „– Ja tu patrzę na tabelę – mówi mąż do żony, która stoi na wadze – i mnie wychodzi, że musisz mieć cztery i pół metra wzrostu”. I już słyszę to oburzenie na męską złośliwość. A przecież on wcale jej nie sugeruje, że ma schudnąć. Może rosnąć.

Jeśli w ten sposób spojrzymy na krytykę, może się wkrótce okazać, że nawet internetowy hejt to specyficzna forma ludzkiej życzliwości. Zresztą zauważyłem, że coraz częściej

obywatele świata wirtualnego podejmują działania, które mają na celu ucywilizowanie, a może nawet ocieplenie hejtu. Na przykład ostatnio znane kobiety zamieszczają w internecie swoje zdjęcia bez makijażu. Wiedzą, że mogą się narazić na krytykę, ale masowa skala tej akcji powoduje, że hejterzy są bezradni. Co z tego, że zadrwią ze zmarszczek jednej gwiazdy, jak w kolejce do obśmiania czekają już zmarszczki dwustu innych? Moim zdaniem to genialny pomysł na walkę z internetowym chamstwem. Trochę tylko się boję, jaką kontrakcję wywoła to przedsięwzięcie. Bo w internecie jest tak zawsze: jak się rozpęta burza wokół braku ścieżek rowerowych – odzywają się obrońcy pieszych, ktoś napisze o potrzebie szczepień – od razu reagują przeciwnicy, jak się ukaże zdjęcie Trumpa – musi się pojawić Kim Dzong Un. Przypuszczam, że odpowiedź na publikację zdjęć znanych kobiet bez makijażu będzie wysyp fotografii nieznanymi mężczyznami z makijażem. Ale za próbę osławiania i ocieplania hejtu trzymam kciuki. Jeśli akcja się powiedzie, za parę lat nikogo nie będą dziwiły rozmowy sąsiadek:

– A co u córki słychać?

– Martynka skończyła farmację, ale zrezygnowała z zawodu i została hejterką w międzynarodowej korporacji. Pięniądze marne, ale ma satysfakcję, bo robi coś ważnego dla ludzi. Zniechęca do kredytów mieszkaniowych. Niedawno zdobyła statuetkę „Złotej Kalumni” w konkursie ogłoszonym przez Ministerstwo Kultury i Unię Europejską.

I na koniec delikatnie podpowiem, co z tego tekstu może się przydać w pracy polskiemu lekarzowi. Ostrożność. Kiedy pojawia się pacjent i przedstawia aktualne wyniki badań, nawet jeśli są ku temu powody, proszę nie wpadać w euforię. Żeby go nie zniechęcić do dbania o zdrowie, proszę stosować formułkę: „O, wyniki dużo lepsze” – dwie sekundy przerwy – „Czy mi się wydaje?”. ○

Przychodzi wena do lekarza

Poezja. Proza. Felieton



Po raz siódmy w krakowskim Teatrze Juliusza Słowackiego rozdano nagrody Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego im. Profesora Andrzeja Szczeklika. Obok poezji i prozy, komplementarne składy jurorów i redaktorów oceniły felietony publikowane w pismach izb lekarskich.

✪ JAROSŁAW WANECKI

Uroczystej gali corocznie towarzyszą koncerty. Od poprzedniej edycji Komisja Kultury NRL prezentuje twórczość medyków. W tym roku wystąpiła „Operacja Muzyka” pod dyktando Dobrochny Martenki, która zagrała utwory Komedy i Lorenca oraz witała na scenie laureatów.

Orkiestra Kameralna Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu została założona w 2006 r. i od tamtej pory podbija serca publiczności, zdziwionej profesjonalnym poziomem wykonawców. Po przerwie wystąpili Maja i Andrzej Sikorowscy z zespołem.

Jak na konkurs literacki przystało, prezentowano fragmenty tekstów jedenastu laureatów, które wcześniej nagrali aktorzy scen krakowskich i plockich. Całość otwierał MIT w wykonaniu Jerzego Treli, pochylonego nad egzemplarzem „Nieśmiertelności” Andrzeja Szczeklika. Na tle książek biblioteki Państwowej Wyższej Szkoły Teatralnej prozę i poezję interpretowali: Anna Polony, Małgorzata Gałkowska, Anna Radwan, Ewa Kaim,

Radek Krzyżowski, Juliusz Chrzastowski i Jacek Romanowski. Statuetki akrobata odebrali poeta Bogdan Stangrodzki („Poetka we śnie”) i pisarka Małgorzata Nowaczyk („Cienką nicią połączone”), której twórczość została doceniona po raz czwarty z rzędu. Miejsca drugie przypadły w udziale Barbarze Rysz-Postawie („Arytmia”) oraz parze prozatorskiej Monice Kunstman i Markowi Gawlikowi („Anatomia pamięci”). Trzecie miejsca zajęli: ponownie Monika Kunstman („Wieczór wspomnień”) i Tomasz Kardacz („Ananke”). Ponadto w poezji wyróżniono Pawła Grabowskiego („Moich kilku przyjaciół nie żyje”).

Ogłoszenie werdyktu felietonistów poprzedziły fragmenty czytane przez Sylwię Krawcównę, Maję Rybicką, Magdalenę Tomaszewską i Marka Walczaka, na tle zabytkowej ściany Okręgowej Izby Lekarskiej w Płocku, gdzie swoje głosy oddawali w kwietniu redaktorzy pism izb lekarskich. Na wielkim ekranie ukazały się okładki wszystkich polskich biuletynów. Zwyciężczynią kategorii została Joanna Sokołowska za teksty wydrukowane

w „Gazecie Lekarskiej” i plockim „Biuletynie” („Strachy na Lachy” / „Czarny kwadrat”). Drugie miejsce zajęła Agnieszka Kania z Opola („Anielskość”). Na trzecim miejscu uplasowała się redaktorka naczelna „Biuletynu informacyjnego” z Olsztyna, Beata Januszkio-Giergielewicz („Pęknięte serce”). Dodatkowo wyróżniono pułkownika Włodzimierza Kuźmę piszącego dla wojskowego „Skalpela” („Do którego roku życia powinien pracować lekarz?”). Wszystkie prace zaprezentujemy w kolejnych numerach „Gazety Lekarskiej”, a „Medycyna Praktyczna” zebrała je w rozdanej uczestnikom gali pokonkursowej książce „Odczytując siebie na nowo”.

Laureatom gratulowali na scenie: Maria Szczeklika, Anna Dymna, Ewa Lipska, Bronisław Maj, Waldemar Hładki, Ryszard Golański, Piotr Gajewski, Robert Stępień, Andrzej Matyja oraz po raz pierwszy w historii trzej wiceprezesów Naczelnej Rady Lekarskiej: Zyta Kaźmierczak-Zagórska, Leszek Dudziński i Romuald Krajewski. Po raz drugi miałem przyjemność realizacji teatralnej tego ważnego dla kultury lekarskiej, literackiego wydarzenia. (✪)



Łyso mi



Agata
Morka

Historyk sztuki

Utrata włosów to sprawa odwiecznie wstydliva. Od Juliusza Cezara, smarującego ponoć zawzięcie skalp smarowidłem z proszku z myszy i końskich zębów na bazie niedźwiedziego tłuszczu, po współczesnych mężczyzn w typie drwała, którzy brak czupryny zdają się rekompensować bujnymi brodami, łysy nikt być nie chce. A już na pewno niewielu chciałoby eksponować gołą czaszkę na własnym portrecie.

Renesansowe malarstwo portretowe przypomina mi czasem współczesne media społecznościowe, ten fantastyczny korowód próżności, gdzie każdy chce wyglądać pięknie i młodo. Pod pędzlami wielkich malarzy mężczyźni i kobiety w kwiecie wieku, z włosami bujnymi, w pysznych sukniach, obwieszeni klejnotami, futrami i innymi atrybutami swej świetności stoją przeciw upływającemu czasowi, walcząc o nieśmiertelność. Rzadko zdarza się znaleźć wśród portretowanych brzydala. Nie mówiąc już o łysym.

Portret Giacomo Dolfina zdaje się być nieco inny w wyrazie, Tycjan przedstawia tu mężczyznę jak na standardy XVI w. niemłodego. Futrzana pelisa okalająca szyję portretowanego dowodzi jego statusu, tak jak zmarszczona twarz dowodzi nieuniknionej siły grawitacji. Łysej głowy nie kryje ani pod peruką, ani pod czapką. Giacomo z pewnością siebie patrzy prosto w oczy widza, nie wstydząc się znaków upływającego czasu. Jest w tym portrecie zgoda na niedoskonałość i mistrzowska celebrowanie braku. Pod pędzlem Tycjana łysina nabiera szczególnego światła.

Od naparu z rzepy po tak zwany zaczes: sposobów na brak jest pod dostatkiem, łącznie z najprostszym rozwiązaniem: akceptacją. Najcieplej może o łysinie w typie Giacomo mówiła Hildegarda z Bingen, ta niezwykła średniowieczna mniszka-wizjonerka, pisarka i kompozytorka. Lubię patrzeć na łyse głowy jej oczami. Pisała: „Osoba z dużym, szerokim łysym plackiem ma w środku siebie silne źródło ciepła. To wewnętrzne ciepło i pot z jej głowy wypychają włosy, nie pozwalając im rosnąć”. ☺

▼ Tycjan,
„Portret Giacomo Dolfina”,
około 1531.

obraz A



obraz B





Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na
bladmalarski@gazetalekarska.pl
do 15 czerwca 2018 r.

W temacie maila należy wpisać GL06.
Proszę nie zapomnieć o podaniu danych kontaktowych
(imię i nazwisko, adres, telefon).
UWAGA – jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

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

Dla jednej z osób, które prześlą
prawidłowe odpowiedzi,

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

ufundował voucher obejmujący m.in.:

- dwa noclegi dla dwóch osób w apartamencie
- dwa śniadania i dwa obiady w hotelowej Restauracji Magnolia oraz uroczystą kolację dla dwojga
- pakiet zabiegów (dla dwóch 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

Rozwiązanie zagadki z „GL” 5/2018

OBRAZ ORYGINALNY: A

SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY

1. Domalowanie na końcach rozpiętanego ciała kobiety pasów złota i błękitu.

Otwarte płaty ciała kobiety wyglądają nieco jak anielskie skrzydła. Dodanie pasów na ich końcach jeszcze bardziej podkreśliłoby ten anielski charakter, nawiązując do pasiastych, anielskich skrzydeł malowanych na przykład przez Fra Angelico.

2. Dodanie na jednym z kręgów dużego numeru.

Jako że grafiki Gautiera miały naukowy charakter, towarzyszyły im opisy mięśni czy kręgów. Elementy te znaczone były literami albo numerami. Tak jest i w przypadku tej grafiki, jednak Gautier utrzymał te znaki w stonowanych kolorach, czyniąc je ledwo widocznymi. Umieszczenie tak

dużego numeru byłoby więc przesadą i zapewne oderwałoby uwagę widza od kontemplowania obrazu dla jego walorów czysto estetycznych.

3. Dodanie u dołu obrazu sznurków, jak od gorsetu.

Rozpięte plecy kobiety, z kręgami wyglądającymi jak elementy dekoracyjne, pomylić można niemalże z piękną suknią, gdzie żebra stają się żebrami gorsetu.

4. Zmiana koloru tła na szary.

Gautier d'Agoty eksperymentował z technikami graficznymi. Używając metod druku znanych z mezzotinty, wprowadzał do swoich grafik pyszny kolor o wielu niuansach. To właśnie on stał się jednym ze znaków rozpoznawczych jego prac.



^ Jacques Fabien Gautier d'Agoty, „Anatomia kobiecego kręgosłupa”, około 1745.



NAGRODZENI Z „GL” 04/2018 I 05/2018

Voucher do Hotelu Prezydent*** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Grzegorz Sokół z Rzeszowa (04/2018)** oraz **Michalina Korzenecka z Redy (05/2018)**. Gratulujemy!

Barwy życia

„Barwy życia” – pod takim tytułem zaprezentowano majową wystawę prac Stefanii Bojdy w Galerii Zmiennej Szpitala Śląskiego w Cieszynie. Autorka swoje prace pokazywała już na kilkudziesięciu ekspozycjach zarówno zbiorowych, jak i indywidualnych, w kraju i za granicą. 



Trofea chóru

Młodzi medycy pod dyktando dr hab. Anny Moniuszko w dniach **4-6 maja** wzięli udział w V Międzynarodowym Konkursie i Festiwalu Chóralnym „Królowej Adriatyku”, który odbył się w miastach San Leo oraz Cattolica w północnych Włoszech. Występy zespołów oceniali jurorzy z Kanady, Australii i Włoch, którzy uhonorowali występ Chóru UMB Złotem w kategorii chórów dorosłych. Chór UMB wziął także udział w rywalizacji o Grand Prix Konkursu, uzyskując w tej konkurencji Srebrny Medal i nagrodę specjalną dla Najlepszego Dyrygenta Konkursu, którą członkowie jury wyróżnili prowadzącą chór Annę Moniuszko. Chór Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku to jeden z najstarszych akademickich zespołów chóralnych w Polsce. 

Plener fotograficzny

Komisja Kultury Okręgowej Rady Lekarskiej w Lublinie zaprasza pasjonatów fotografii do udziału w VI Ogólnopolskim Plenerze Fotograficznym Lekarzy, który odbędzie się w dniach **18-23 września** w Kazimierzu Dolnym nad Wisłą. 

Lekarze dzieciom

Komisja Kultury Okręgowej Rady Lekarskiej w Lublinie ogłasza III Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Literacki „Lekarze dzieciom”. Dodatkowe informacje na stronie internetowej www.kultura.oil.lublin.pl. 

Konkurs fotograficzny

Lubelska Izba Lekarska i Uniwersytet Medyczny w Lublinie, we współpracy z Lubelskim Towarzystwem Fotograficznym i Związkiem Polskich Artystów Fotografików Okręg Lubelski, ogłaszają VIII Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy i Studentów Medycyny. Nadsyłanie prac do **31 października**. Rozstrzygnięcie do 18 listopada 2018 r. Wernisaż z wręczeniem nagród zaplanowano na 8 grudnia 2018 r. 



Więcej na
www.gazetalekarska.pl

NASZA CZYTELNIJA • NASZA CZYTELNIJA • NASZA CZYTELNIJA • NASZA CZYTELNIJA • NASZA CZYTELNIJA • NASZA CZYTELNIJA • NASZA CZYTELNIJA • NASZA CZYTELNIJA • NASZA CZYTELNIJA •



Atlas „Stomia u dzieci”

Małgorzata Markiewicz-Kijewska

Konsultacja naukowa: Piotr Kaliciński

Pomocne narzędzie do pracy z pacjentem. Atlas zawiera 28 sekcji tematycznych. Informacje są prezentowane na dwóch stronach – jednej dla pacjenta, drugiej dla lekarza/pielęgniarki. Publikacja jest bezpłatna dla specjalistów, aby ją otrzymać, wystarczy wysłać prośbę na adres: biuro@stomalife.pl.



Nie jesteśmy bogami (cz. 2)

Jolanta Gromadzka-Anzelewicz

Zbiór reportaży o znakomitych, oddanych swojej pracy lekarzach i ich podopiecznych. Każda z opowieści to odrębna historia konkretnego pacjenta, która szczególnie zapadła w pamięć specjalisty. Książka jest drugą z cyklu „Nie jesteśmy bogami” autorstwa dziennikarki Jolanty Gromadzkiej-Anzelewicz – pierwsza ukazała się w 2016 r.



Pływanie

W dniach **26-27 kwietnia** na dębickim basenie po raz 14. odbyły się Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu. Udział wzięło 75 zawodników (w tym 22 kobiety) reprezentujących 16 okręgowych izb lekarskich z całego kraju. Gościem specjalnym była Otylia Jędrzejczak. (O)

DoctorRiders

W dniach **23-26 sierpnia** w Słoku koło Bełchatowa odbędzie się XIV Ogólnopolski Motocyklowy Złot Lekarzy „DoctorRiders” 2018. Dodatkowe informacje na stronie internetowej OIL w Łodzi. (O)

Lekka atletyka

Od 30 czerwca do 1 lipca na Stadionie Miejskim w Toruniu odbędą się 7. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce organizowane równolegle z 28. Mistrzostwami Polski Weteranów w Lekkiej Atletyce. Zaplanowano rywalizację w konkurencjach: bieg na 100, 200, 400, 1500 i 5000 m, skok w dal, skok wzwyż, trójskok, pchnięcie kulą, rzut dyskiem, rzut oszczepem, rzut młotem. (O)

Wielobój i pentathlon

10 czerwca na Stadionie Miejskim w Toruniu odbędą się 3. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wielobojach Rzutowych i Pentathlonie. Organizowane będą równolegle z Mistrzostwami Polski Weteranów w Pięcioboju Lekkoatletycznym i Mistrzostwami Polski Weteranów w Wielobojach Rzutowych. (O)

Narciarstwo

21 marca na stoku Heuberg Arena w Alpach Austriackich odbyły się XXII Światowe Mistrzostwa Lekarzy Polonijnych w Narciarstwie Alpejskim. Organizatorem imprezy był honorowy prezes Związku Lekarzy Polskich w Chicago dr Bronisław Orawiec. (O)



BJJ

12 maja w Hali Wielofunkcyjnej AWF we Wrocławiu, przy wspaniałej atmosferze stworzonej przez kibiców i 23 zawodników, odbyły się I Mistrzostwa Brazylijskiego Jiu-Jitsu we Wrocławiu. Impreza była współfinansowana przez Dolnośląską Izbę Lekarską. (O)



Więcej na
www.gazetalekarska.pl

FOTO: ARCHIWUM PRYWATNE

NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 •



W szoku. Od lekarki do pacjentki. Cała prawda o służbie zdrowia

Rana Awdish

Historia lekarki, która pewnego dnia staje się ciężko chorym pacjentem. Trafia do szpitala, gdzie dotychczas pracowała i poznaje realia tej placówki z zupełnie innej perspektywy. Odkrywa brak empatii, ale także zaniedbania i popełniane błędy. Doświadczenie to zmieniło jej spojrzenie na relację pacjent-lekarz.



Szczepienia ochronne w profilaktyce chorób zakaźnych u dzieci

Redakcja naukowa: Anna Bednarek, Małgorzata Bartkowiak-Emeryk, Jacek Wysocki

Kompendium wiedzy na temat chorób zakaźnych wieku dziecięcego wraz z omówieniem możliwości współczesnej immunoprofilaktyki. Publikacja została objęta patronatem przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.

XVI Wystawa Malarstwa Lekarzy

RYSZARD GOLAŃSKI



Od siedemnastu lat Klub Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi prezentuje dokonania malarskie lekarzy i lekarzy dentystów. Na tegorocznej wystawie, której wernisaż odbył się 20 maja, zaprezentowano 96 obrazów 54 autorów. Wśród nich 35 lekarzy i 19 lekarzy dentystów.

Dominują panie, ich przedstawicielek było 41. Oglądać można dzieła lekarzy z 23 miast. Najwięcej z Łodzi i Poznania (po 11 osób), a także z Warszawy (8 autorów). Pozostałe miejscowości to: Gdańsk, Kielce, Płock, Kraków, Szczecin, Olsztyn, Złotoryja, Środa Wielkopolska, Pasym, Janów Lubuski, Gnieźno, Aleksandrów Łódzki, Zduńska Wola, Rybnik, Międzyrzec Podlaski, Ostrów Wielkopolski, Puszczykowo, Swędów, Tuszyn, Pabianice i Marki.

Wyjątkowo bogata jest w tym roku paleta stosowanych technik: olej, akryl, pastel, akwarela, ołówek, tusz, a także technika mieszana i komputerowa. Komisja Konkursowa Jury, składająca się z profesorów Łódzkiej Akademii Sztuk Pięknych, w osobach – Andrzej Gierga przewodniczący Jury oraz członkowie Bogumił Łukaszewski i Henryk Hofman – główną nagrodę, Złotą Paletę, przyznała Mieczysławowi Chruścielowi, ginekologowi ze Szczecina, osobie doskonale znanej wśród malujących doktorów i w całym środowisku lekarskim jako wybitnego portrecisty. Nagrodzono zestaw: „Portret Doktora Mieczysława Brykczyńskiego” i „Portret Matki”, Srebrna Paleta powędrowała do Tadeusza Wolskiego, lekarza anesteziologa i internisty z Marek, za obrazy „Włodzimierz Cerański lekarz-artysta” oraz „Amalfi”. Trzecią nagrodę

otrzymał Tomasz Lesiak, chirurg z Łodzi, za „Audiofil – portret Arka Łysienia” i „Różę”. Przyznano także cztery wyróżnienia: Romualdowi Bładowskiemu, Andrzejowi Frasiowi, Annie Grzybowski i Krystynie Kępińskiej.

Eklektyczne wnętrza Klubu Lekarzy były wypełnione po brzegi. Według szacunków wernisaż obejrzało ponad 150 osób. O gustach się nie dyskutuje. Poziom prac był bardzo różnicowany, od całkowicie amatorskich, malowanych ręką początkującego malarza, po profesjonalne, jak dra Chruściela. Z całym szacunkiem dla nagrodzonych obrazów i ich autorów, na mnie największe wrażenie zrobiły obrazy: Romualda Bładowskiego „Falszywe odbicie” (i nie byłam w tej opinii odosobniona) oraz „Przy brzegu” Alicji Naruszewicz-Petrenko. Warto tę wystawę zobaczyć. Zapraszamy za rok, w ostatnią niedzielę maja. ◯

▲ Eklektyczne wnętrza Klubu Lekarzy były wypełnione po brzegi. Według szacunków wernisaż obejrzało ponad 150 osób.

▼ Na tegorocznej wystawie zaprezentowano 96 obrazów 54 autorów.



) Ogłoszenia

Ogłoszenia



UWAGA: Uprzejmie informujemy, że ogłoszenia do „Gazety Lekarskiej” przyjmujemy pod numerem telefonu: (22) 559 13 26. Ostateczny termin przysyłania zamówień do numeru 07-08/2018 upływa 13.06. Warunkiem zamieszczenia ogłoszenia jest dołączenie do zamówienia dowodu wpłaty.

Cennik ogłoszeniowy: Konkurs na ordynatora 1800 PLN+ VAT 23%. Zatrudnię lekarza, drobne: 19 PLN za słowo + VAT 23%.

Konto Nr IBAN: PL 47 1240 1109 1111 0000 0516 2660. Wpłaty dokonane na inne konto niż podane nie będą uwzględniane. Bez dołączonego dowodu wpłaty zamówienie nie będzie zakwalifikowane do druku. Przyjmujemy także ogłoszenia przesyłane drogą elektroniczną: m.ostaszewski@gazetalekarska.pl













Komunikaty

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO POMORSKIEJ AKADEMII MEDYCZNEJ W SZCZECINIE, LATA STUDIÓW 1987-1993

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 25. rocznicy ukończenia studiów, które odbędzie się w dniach 28-30 września 2018 r. w gościnnych progach hotelu Focus w Szczecinie. Z uwagi na różne opcje uczestnictwa w zjeździe prosimy o zapoznanie się z ramowym programem na stronie <https://www.facebook.com/Absolwencipam1993-320687524728878>. Informacje zjazdowe: Małgorzata Domagała-Dobrzycka, tel. 606 975 059, malgi@neo-strada.pl, Sławomir Olczyk, tel. 601 282 191, olczyks@gmail.com. Termin wpłat na zjazd upływa 31 lipca 2018 r.

ABSOLWENCI AKADEMII MEDYCZNEJ W LUBLINIE, ROCZNIK 1988

Z okazji 30. rocznicy ukończenia studiów organizujemy spotkanie o godz. 17.00 w sobotę 29 września 2018 r. w hotelu „Victoria” w Lublinie przy ul. Narutowicza 58/60. O godz. 15.00 msza św. i pamiątkowe zdjęcie. Koszt uczestnictwa to 180 zł od osoby (bez noclegu). Wpłaty na konto hotelu „Victoria” od 01 do 20 września 2018 r. Bank PBS numer konta: 48 8642 1126 2012 1146 7407 0002 z dopiskiem „30 lat”. Rezerwacja miejsc noclegowych indywidualnie w hotelu „Victoria” do 31 lipca 2018 r. na hasło „30 lat” – email: info@victorialublin.pl, tel. 577 900 603, tel. 815 327 011 pani Renata Zielińska. Bank PBS numer konta: 48 8642 1126 2012 1146 7407 0002 Maile do kontaktu: bozenajarosz@poczta.onet.pl, dorotabp63@tlen.pl, janusz.kocki@tlen.pl, roman@gaweda.com.

ABSOLWENCI AKADEMII MEDYCZNEJ W LUBLINIE, ROCZNIK 1968

Z okazji jubileuszu 50-lecia ukończenia studiów organizujemy spotkanie koleżeńskie 6 października 2018 r. (sobota) połączone z uroczystością odnowienia dyplomu, które odbędzie się w hotelu „Focus” w Lublinie, Aleje Krańskie 80. Orientacyjny koszt uczestnictwa – 300 zł (bez noclegu), wpłata na konto nr: Jan Hałabuda 43 1020 1260 0000 0602 0162 8346 do 15 września 2018 r. Rezerwacja hotelu we własnym zakresie, tel. (81) 527 00 44 do 31 lipca na hasło: „zjazd absolwentów”. Informacje i zgłoszenia: Jan Hałabuda, e-mail: janeffa@gmail.com.

ABSOLWENCI AKADEMII MEDYCZNEJ W LUBLINIE, ROCZNIK 1983

Z okazji 35. rocznicy ukończenia studiów organizujemy spotkanie koleżeńskie 27 października 2018 r. (sobota) w hotelu „AGIT” w Lublinie, ul. Wojciechowska 29. Koszt uczestnictwa w spotkaniu (bez noclegu) wynosi 300zł od osoby. Wpłaty na konto: konta Bożena Kowal, Teresa Dobrzańska-Pielichowska 89 2490 0005 0000 4000 6051 6545 tytułem – opłata zjazdowa. Rezerwacja hotelu we własnym zakresie – telefonicznie na hasło – „zjazd absolwentów” (tel. Hotel AGIT 721 103 300). Osoby do kontaktu: Bożena Kowal, bozenakowal@autograf.pl, Teresa Dobrzańska-Pielichowska, teresa.dobrzanska@gmail.com.

UWAGA! PROSIMY O NADSYŁANIE KOMUNIKATÓW NIE DŁUŻSZYCH NIŻ 800 ZNAKÓW (ZE SPACJAMI).



Jarosław Wanecki

Przewodniczący kolegium
redakcyjnego „Gazety Lekarskiej”

Makbet

Intelektualny spór o to, czy ludzkie wybory zależą od wolnej woli, przeznaczenia, gwałtu, przekupstwa i oszczerstw, trwa od zawsze. Wróżbę losu znajdziemy w literaturze wszystkich epok. Starożytna Pytia na zdobnym trójnogu wieszczy przyszłość z oparów ziemi przed ołtarzem greckiego boga Słońca. Proroctwo Starego Testamentu opisuje nadejście Mesjasza. Apokalipsa św. Jana zapowiada Sąd Ostateczny. Szekspirowskie wiedźmy krzyczą: „Złe dobre jest, a dobre – złe”. 170 lat temu Juliusz Słowacki miał wizję „słowiańskiego papieża”.

Przy okazji „Roku Szekspirowskiego” przed dwoma laty brytyjski wydawca Hogarth Press zaprosił do współpracy bestsellerowych pisarzy i powierzył im zadanie przetłumaczenia dzieł Mistrza na język współczesnego odbiorcy. Bez większego echa przeszły nowe premiery inspirowane „Zimową opowieścią”, „Kupcem weneckim”, „Poskromieniem złoŹnicy” i „Otellem”. Podobnie stało się z bardzo dobrą próbą odkodowania „Burzy” Margaret Atwood. Aż nadszedł czas, gdy we wszystkich witrynach księgarskich ustawiono stosy „Macbetha” z zakrwawionym sztyletem i nazwiskiem Jo Nesbo.

Krzysztof Jasiński wystawił w krakowskim Teatrze STU „Wiedźmy”. Przedpremierowy spektakl obejrzeli podczas pożegnalnego spotkania prezesi izb lekarskich oraz członkowie prezydium poprzedniej kadencji. Autorska kompilacja dzieł Szekspira zamieniła się w magiczny kocioł, w którym losy bohaterów mieszają czarownice latające na połamanych parasolkach, wróżbita Prospero i rozdająca karty w grze Hekate. Widownia staje się świadkiem szeregu przeobrażeń dobra i zła w toczącym się kole fortuny życia, „które jest tylko przechodnim półcieniem / Nędznym aktorem, który swą rolę / Przez parę godzin wygrawszy na scenie / W nicość przepada – powieścią idioty / Głośną, wrzaskliwą, a nic nie znaczącą”.

Translacja Jo Nesbo przenosi nas do miasta, w którym mieszkańcy są zakładnikami walczących ze sobą o dominację grup, a ich przewodnim hasłem jest powrót do „złego wieku”. Osiąganiu celów towarzyszą stosy trupów z twarzami przyjaciół, ich dzieci i żon. Czyszczenie pola z każdego ziarna przepowiedzianego, maszerującego, birmańskiego lasu czy – jak chce autor – poruszenia lokomotywy przeszłości, wydaje się trwać w nieskończoność.

Wszyscy są wrogami wszystkich. Narkotyczny wywar pozwala na coraz śmielsze kroki, interwałowo daje moc do kolejnej eskalacji przemocy. Za krew płacą tutaj krwią.

Lady Makbet w nowej odsłonie to po prostu Lady. Prowadzi kasyno i dba o swoją spółdzielnię, w której losy ruletki uszczęśliwiają hazardystów, uzależniając od kolejnych pożyczek, podwyższania stawek i przebijania szklanego sufitu sondaży w kadencyjnych rozdaniach. Kasyno jest eleganckim lokalem dla wybrańców, ich doboru nie należy mylić z wyborem. Lady stawia wszystko na jedną kartę i wygrywa, ale pojedyncze zwycięstwo nadal nie zaspokaja ambicji. „Niech żyje Makbet, pan na zamku Glamis”. Duncan musi umrzeć!

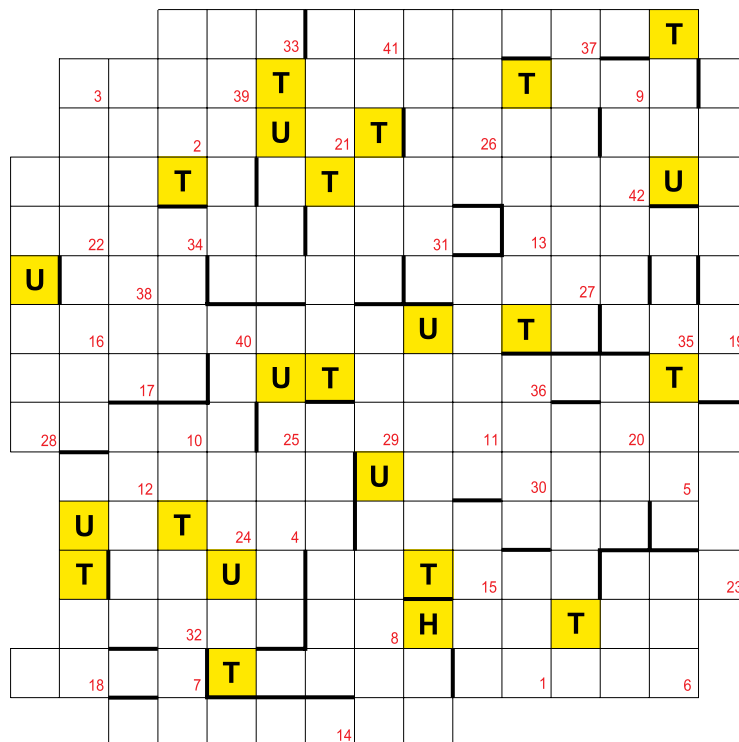
„Jesteś jak ryba podnawka. Za mały, żeby zostać zdradzony, możesz tylko zdradzać. Rekin pozwala ci się do siebie przyssać, bo czyścisz go z innych gorszych pasożytów, a w zamian on obwozi cię po oceanach świata. I tak sobie podróżujecie. Ku obopólnemu zadowoleniu, związani taką intymnością i bliskością, że można ją pomylić z przyjaźnią. I tak to trwa, dopóki nie pojawi się większy, zdrowszy rekin”. Współczesne kredo Lady, naznaczonej genetycznym piętnem choroby umysłu, po czterystu latach znów każe myć ręce z krwi. Nieustannie i nieskutecznie. Piętno zostało zapisane w tej opowieści na zawsze.

Rozbawiłem przyjaciół, mówiąc o nowym Makbecie. Kpiłi, że tak późno zajrzałem do lektury, znanej każdemu, kto potrafi czytać. Oczywiście Szekspir wystarczy, ale przypomnienie tej historii przez Nesbo, uważam za inspirujące. Makbet nie umiera nigdy, zmienia tylko imiona, adresy i autorów, którzy piszą na jego cześć.

Andrzej Sikorowski wyszedł z Teatru Słowackiego po kolejnej „Wenie” i udał się na Piwną 7, aby móc wspólnie z wróżką znów zanucić „Przed wami sława / wieczna zabawa / wszystko jak z nut / pieniędzy w brud / Wspaniałe płyty / piękne kobity / zdrowie jak dzwon / wygodny tron”. ... **we krwi.** ○



Objaśnienia 67 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: H, T i U. Na ponumerowanych polach ukryto 42 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl, której autorem jest Oscar Wilde. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 6 lipca 2018 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).



Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 233 („GL” nr 04/2018)

Mądrość jest córką doświadczenia.

Nagrody otrzymują:

Roland Bednarski (Pasek),
Paulina Hajnos-Durajewska
(Nowa Sól), **Grażyna Ordyniec**
(Chełm). Fundatorem nagród jest
Wydawnictwo Lekarskie PZWL,
www.pzwl.pl.
Nagrody prześlemy pocztą.

* twórca szczepionki przeciwko chorobie Heinego-Medina * funkcja Kopernika we Fromborku * tropikalny nietoperz
roślinożerny * założyciel dynastii Guptów * egzaminacyjna lub parlamentu * królewscy z Madrytu * przepływa przez
Krzemieniec * trofeum z rogów kozicy * największy z wróblowatych * imię Dankowskiej, sławnej szybowniczki * sms z
obrazkiem * stolica Friuli-Wenecja Julijska * oszklone na świat * pierwszy stopień naukowy * opłata graniczna * prezydent
Portugalii (1976-86) * narzędzie do sera i marchwi * dren * apostoł zwany skałą * trzecie miasto Korei Południowej *
odczytywał dane z taśmy perforowanej * miś torbaczk * strzelona bramka * nierządnicą u Zoli * zwolennik samodziel-
ności terytorium * odkryty z polonem * chęć dokonania czegoś * płynie w Goleniowie * mąż Nefretiti * potomstwo
ssaków z jednej ciąży * odwołanie od orzeczenia sądu niższej instancji * autor „Wspomnień niebieskiego mundurka” *
do podpisu prezydenta * colon sigmoideum * popularny chordefon szarpany * stolica hrabstwa Lanarkshire * Qashqai
* nauka o świetle * następstwo zbrodni * konstruktor Mirage * osobiwość, rzadkość * bogactwo ludności * podgatu-
nek kułana * podium dla artystów * miasto nad dolnym Sanem * zagrał Chmielnickiego * ukochana doktora Żywago *
podsumowanie * celtycka bogini rolnictwa * roztropek, mądrala * świńska twarz * mała nuta * peruwiańska źródłowa
rzeka Amazonki * dyscyplina wywodząca się z kung fu * kururu * jałowcówka * polski czynsz płacony państwu * strefa
* gatunek storczyka * pieśniarz celtycki * tam mkną po szynach niebieskie tramwaje * gnacie * nadmierne wydzielanie
śliny (łac.) * japońska świątynia shinto * kraj z Santo Domingo * wytwór * coma

Jerzy Badowski

Wydawca:



**Naczelna Rada
Lekarska**

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 172 500 tegz.

Kolegium redakcyjne:
Jarosław Wanecki (przewodniczący)
Ryszard Golański
Marek Jodłowski
Jolanta Małmyga
Wojciech Marquardt
Katarzyna Strzałkowska

Redaktor naczelny:
Ryszard Golański
Tel. 600 909 382
naczelny@gazetalekarska.pl

Zastępca redaktora naczelnego:

Marta Jakubiak
Tel. 608 316 248
m.jakubiak@gazetalekarska.pl

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

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

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

Redakcja:
Tel. (22) 558 80 40
Fax (22) 558 80 42
redakcja@gazetalekarska.pl

Stale współpracują:

Artur Andrus (Warszawa)
Jerzy Badowski (Olsztyn)
Sławomir Badurek (Toruń)
Jarosław Klimek (Łódź)
Anna Lella (Olsztyn)
Agata Morka (Berlin)
Joanna Sokołowska (Płock)

Redaktor portalu internetowego:
Mariusz Tomczak
m.tomczak@gazetalekarska.pl

Adres redakcji:
00-764 Warszawa,
ul. Jana III Sobieskiego 110
www.gazetalekarska.pl

Opracowanie graficzne:
Teresa Urawska

Reklama i marketing:

Elżbieta Tarczyńska
Tel. (22) 559 13 26
Fax (22) 558 80 42
Tel. 606 699 830
e.tarczyńska@gazetalekarska.pl

Ogłoszenia:
Michał Ostaszewski
Tel. (22) 559 13 26
Fax (22) 558 80 42
m.ostaszewski@gazetalekarska.pl

Druk:
LSC Communications Poland Sp. z o.o.

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega
sobie prawo do skrótnów, adjustacji, 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 prze-
znaczona jest tylko dla osób uprawnionych do wystawiania
recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczni-
czymi w rozumieniu przepisów ustawy z 6 września 2011 r.
– Prawo farmaceutyczne (Dz.U. nr 126, poz. 1381, z późn.
zmianami i rozporządzeniami).

