



GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB
LEKARSKICH

06 | 2022



XV Krajowy Zjazd Lekarzy

Chcę wnieść nową energię | Siła we współdziałaniu
Działamy uczciwie i w dobrej wierze | Lekarze dentyści IX kadencji

W tym numerze

NR 06/2022 CZERWIEC GAZETA LEKARSKA

8

TEMAT NUMERU

XV Krajowy Zjazd Lekarzy



52

Dieta pomaga młodym mężczyznom pokonać depresję

45

Co ustalono w Bukareszcie i Porto?



45 STOMATOLOGIA



Samorząd

- 4 Na nowo, skutecznie, z wzajemnym szacunkiem (Łukasz Jankowski)
- 6 KZL wytycza kierunek działań

Temat numeru / XV Krajowy Zjazd Lekarzy

- 8 Fakty i liczby
- 9 Zmiana
- 12 Sonda
- 15 Chcę wnieść nową energię
- 20 Działamy uczciwie i w dobrej wierze
- 22 Tego chcą lekarze
- 26 Lekarze dentyści IX kadencji
- 28 Fotorelacja

Samorząd

- 30 Reprezentanci izb w organach NIL

- 32 Wzbudzanie zaufania – kompetencja miękka czy twarda? (Krzysztof Madej)

Prawo i medycyna

- 35 Udzielanie informacji służbom mundurowym
- 36 Odpowiedzialność za leczenie i wypowiedzanie umów
- 37 Podważenie zaufania do zawodu lekarza
- 38 Przymusowy zaległy urlop
- 40 LEK: niesprawiedliwe procenty

Praktyka lekarska

- 41 System (Andrzej Cisko)
- 42 Siła we współdziałaniu
- 45 Co ustalono w Bukareszcie i Porto?
- 49 Układ odpornościowy pamięta
- 50 Chodzi o sprawnie działającą sieć powizań

- 53 Alkohol niszczy serce bardziej niż zakładano

- 55 Pierwszy krok
- 56 Są pilni i wytrwali
- 58 Tak wygląda wojna

Po godzinach

- 62 Pracoholicy biorą wolne (Sławomir Badurek)
- 63 Ogłoszenie drobne (Jarosław Wanecki)
- 64 W labiryncie migotania przedsionków
- 68 Czy wybrańcy Melpomeny umierają młodo? (cz. II)
- 70 Zamiast lamperii
- 72 Kultura
- 75 Sport
- 76 Zjazdy koleżeńskie
- 77 Ogłoszenia
- 82 Jolka lekarska

Na nowo, skutecznie, z wzajemnym szacunkiem



Łukasz Jankowski
prezes NRL

Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy, dziękuję za zaufanie i możliwość tworzenia razem z Wami samorządu przyszłości. Zaufanie środowiska lekarskiego jest dla mnie jednocześnie ogromnym zobowiązaniem.

W czasie, gdy niedofinansowany system ochrony zdrowia został dodatkowo wyniszczony przez pandemię, gdy nawarstwiają się problemy wynikające ze zbyt małej liczby lekarzy, gdy zrzuca się na nas odpowiedzialność za nieomni systemowe przy jednoczesnym podkopywaniu wizerunku naszego zawodu i stwarzania nam coraz gorszych i coraz bardziej niebezpiecznych warunków pracy, niezbędny jest mocny samorząd zawodowy. Mocny i skuteczny. Budowanie właśnie takiego samorządu jest moim celem.

Samorząd przyszłości, co podkreślałem podczas Krajowego Zjazdu Lekarzy, słucha, angażuje, skutecznie działa. Słuchanie i angażowanie dotyczy wszystkich lekarzy i lekarzy dentyków, niezależnie od wieku, etapu ścieżki zawodowej, specjalizacji. Podobnie musi być ze skutecznym działaniem – skutecznie działać musimy na rzecz całego naszego środowiska. Niezwykle ważna jest – dla mnie osobiście i w pracy w samorządzie – atmosfera wzajemnego szacunku. Musi to być nie-naruszalny standard. Niwelowanie wewnętrznych podziałów umacnia nas i pozwala na osiągnięcie lepszych efektów na zewnątrz.

Podwyższanie standardów. Niezbędne jest zarówno w samorządzie, jak też w naszej lekarskiej codzienności. Standardem nie może być praca ponad siły czy praca, której towarzyszy groźba bezwzględnego więzienia za nieumyślny błąd. Samorząd musi działać w kwestii standardów na zewnątrz, ale również w sposób samokrytyczny spojrzeć na siebie. Na zasadzie surowej oceny, autorefleksji i wyciągnięcia wniosków. W mojej ocenie szczególnie ważne jest wzmocnienie pionu odpowiedzialności zawodowej, co z kolei będzie argumentem na rzecz wprowadzenia realnego systemu no-fault.

Otwartość. Chcę, by z tą cechą kojarzył się samorząd. Zarówno w kontekście dyskusji, pomysłów, jak również przestrzeni w sensie dosłownym. Siedziba NIL będzie miejscem, w którym lekarze będą mogli spotykać się, organizować zebrania, korzystać z budynku, który należy do nas wszystkich. Przygotujemy narzędzie pozwalające na synchronizację rezerwacji sal. Z pewnością będziemy stawiać na szkolenia organizowane przez mający ogromny potencjał, funkcjonujący coraz prężniej, unowocześniony Ośrodek Doskonalenia Zawodowego.

**Niwelowanie
wewnętrznych podziałów
umacnia nas i pozwala
na osiągnięcie lepszych efektów
na zewnątrz.**

Wielu z Państwa, nie znając mnie jeszcze, zapewne ma już jakieś zdanie na mój temat, odczucia, pierwsze wrażenie. Powstać może na podstawie rozmów z koleżankami i kolegami lekarzami, na podstawie doniesień medialnych czy też różnych stereotypów. Proponuję, byśmy zwyczajnie poznali się. Będę bardzo wdzięczny za ocenianie moich działań, a teraz – na początku pełnienia funkcji prezesa NRL – proszę o Państwa zaufanie. Decyzja o kandydowaniu była głęboko przemyślana, zdaję sobie sprawę z odpowiedzialności i wyzwań, które przede mną stoją, z problemów, którym należy stawić czoła. Jestem prezesem w pełni gotowym na to wszystko. ■



**Alicja
Szczepczyk**

Dział Mediów
i Komunikacji NIL

SKRINING

IX kadencja z nowym prezesem NRL

Podczas XV Krajowego Zjazdu Lekarzy, który odbył się w dniach 12-14 maja, delegaci z całej Polski wybierali nowe władze samorządu lekarskiego IX kadencji. Prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej został Łukasz Jankowski (dotychczasowy prezes ORL w Warszawie). Nowym Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej został Zbigniew Kuzyszyn, zastępując ustępującego Grzegorza Wronę, który był



NROZ przez ostatnie dwie kadencje. Delegaci decydowali też o wyborze członków NRL, zastępców NROZ, członków Krajowej Komisji Wyborczej, Naczelnej Komisji Rewizyjnej oraz Naczelnego Sądu Lekarskiego (pełne listy można znaleźć na stronie NIL).

Więcej o XV Krajowym Zjeździe Lekarzy w rubryce „Temat numeru” na stronach 8-29. ■



KZL wytycza kierunek działań

Samorządowa pomoc prawna dostępna dla lekarzy i lekarzy dentystów całą dobę, jakość i organizacja kształcenia przed- i podyplomowego, przepisy dotyczące nieporządanych zdarzeń medycznych i ich skutków, apel do lekarzy i organizacji lekarskich Federacji Rosyjskiej o potępienie agresji Rosji na Ukrainę, zmniejszenie odpisu finansowego okręgowych izb lekarskich na rzecz Naczelnej Izby Lekarskiej (z 15 proc. na 10 proc.) – to jedne z najważniejszych tematów poruszonych w trakcie XV KZL.

Delegaci zwrócili się do ministra zdrowia m.in. o lepsze wykorzystanie potencjału POZ, o realizację jego zobowiązania z 2018 r. odnośnie zniesienia obowiązku oznaczania na recepcie poziomu refundacji leku i o poprawę organizacji PES ze szczególnym uwzględnieniem przygotowania i zapewnienia standaryzacji pytań testowych.

W kwestiach dotyczących kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów zaapelowano, aby przebiegało ono wyłącznie w uczelniach akademickich. Delegaci opowiedzieli się także za utrzymaniem stażu podyplomowego. Wskazali, że niezbędne jest dokonanie przeglądu specjalizacji oraz powiązanie kształcenia specjalizacyjnego z certyfikacją umiejętności. Zjazd zaapelował również o umożliwienie odbywania przez lekarzy dentystów specjalizacji z mikrobiologii lekarskiej.

W ocenie KZL należy wdrożyć regulacje prawne premiujące podmioty prowadzące specjalizację lekarzy i lekarzy dentystów w procesie kontraktowania świadczeń z NFZ oraz uporządkować zasady wynagradzania kierowników specjalizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych.

Zaapelowano także, aby lekarze i lekarze dentyści nie odmawiali przedstawicielom samorządu pisanie opinii w zakresie posiadanych specjalności.

Poruszono też kwestię zmian w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Wymaga się uchylenia przepisów dot. zasady uznawania stopnia naukowego doktora za równoważny z realizacją programu specjalizacji w dziedzinach lekarsko-dentystycznych. Delegaci apelują o zmiany w zasadach udzielania PWZ w Polsce osobom, które uzyskały kwalifikacje poza UE.

Zobowiązano NRL do podjęcia działań umożliwiających osobom zainteresowanym zmianę prenumeraty „GL” oraz biuletynu właściwej OIL w wersji papierowej na wersję elektroniczną.

Ustalono liczby członków organów NIL, zastępców NROZ i członków Krajowej Komisji Wyborczej IX kadencji. Delegaci dokonali również zmian w uchwałach w sprawie regulaminu NRL, regulaminu wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich, regulaminu wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej oraz przyjęli nowy Regulamin Naczelnej Komisji Rewizyjnej.

Zmieniono uchwałę w sprawie wykazu funkcji w NIL, których pełnienie może być wynagradzane, oraz zobowiązano NRL do zmiany zasad wynagradzania za pracę na rzecz organów NIL zajmujących się odpowiedzialnością zawodową.

W czasie obrad zatwierdzono sprawozdania kadencyjne NRL, NKR, NROZ, NSL i KKW. Udzielono także absolutorium NRL za okres kadencji w latach 2018-2022.

Wszystkie dokumenty znajdują się na stronie NIL. ■

Odznaczenia dla zasłużonych

W czasie XV KZL, jeszcze przed wyborami, podsumowano minioną kadencję samorządu lekarskiego i wręczono odznaczenia samorządowe – „Meritus Pro Medicis” oraz Medale im. dr. Władysława Biegańskiego „Hominem Inveni”. Rozdano także statuetki Hipokratesa (wyróżnienie prezesa NRL dla osób i instytucji, które szczególnie wspierały samorząd lekarski w minionej kadencji) oraz nagrody dla najlepszych lekarzy sportowców za lata 2019, 2020 i 2021.

Krajowy Zjazd Lekarzy jest najwyższą władzą samorządu lekarskiego. Zgodnie z ustawą o izbach lekarskich uczestniczą w nim delegaci wybrani przez okręgowe zjazdy lekarzy (na XV KZL wybrano 492 delegatów) oraz, z głosem doradczym, niebędący delegatami członkowie ustępujących organów Naczelnej Izby Lekarskiej. Liczbę delegatów z poszczególnych izb okręgowych ustala Naczelna Rada Lekarska na podstawie regulaminu wyborów.

Szczegółowe relacje z XV KZL są dostępne na stronach internetowych NIL i „Gazety Lekarskiej”. ■

Art. 155 KK ponownie w Sejmie

Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw (druk nr 2024), przewidujący m.in. zaostreżenie kar za nieumyślne spowodowanie śmierci, w tym za błędy medyczne, jest mocno krytykowany przez środowisko lekarskie, czego wyraz dano m.in. podczas XV Krajowego Zjazdu Lekarzy. Samorząd lekarski sprzeciwia się zaostreżeniu sankcji z art. 155 KK od momentu pojawienia się tego pomysłu.

Podczas obrad Podkomisji stałej do spraw nowelizacji prawa karnego reprezentujący samorząd lekarski mec. Michał Kozik z Zespołu Radców Prawnych NIL podkreślał, że zmiany w przepisach zwiększą ryzyko orzeczenia kary pozbawienia wolności bez możliwości warunkowego jej zawieszenia oraz utrudnią sędziom skorzystanie z art. 37a KK, czyli z orzeczenia innej kary (np. grzywny). Zwrócił też uwagę, że lekarze i lekarze dentyści nie mogą być traktowani jak przestępcy, a nowelizacja

spotęguje zjawisko tzw. medycyny asekuracyjnej. W opinii samorządu lekarskiego zaostreżenie kar może doprowadzić do tego, że lekarze i lekarze dentyści przestaną wybierać specjalizacje zabiegowe jako kierunek ścieżki zawodowej i będą częściej podejmować pracę np. w ambulatoriach, gdzie ryzyko błędu czy wyrządzenia szkody jest mniejsze, niż w czasie pracy w szpitalu.

Środowisko lekarskie oczekuje realizacji obietnicy ministra zdrowia o wprowadzeniu systemu no-fault. Chodzi jednak o realny system, w którym nie jest kluczowe koncentrowanie się na szukaniu i karaniu winnego po stronie personelu medycznego, a sposób zrekomensowania pacjentowi lub jego rodzinie wyrządzonej szkody.

Posłowie nie zmienili treści omawianego projektu ustawy – będzie on nadal procedowany w brzemieniu przedstawionym przez ministra sprawiedliwości. ■

30-lecie Domu Lekarza Seniora



18 maja, w 30. rocznicę utworzenia Domu Lekarza Seniora im. dr. Kazimierza Fritza w Warszawie, jego pensjonariuszy odwiedzili przedstawiciele samorządu lekarskiego, w tym prezes NRL Łukasz Jankowski. Spotkanie było okazją do wspomnień, drobnych gestów oraz rozmów o tym, co było i jest ważne dla lekarzy i lekarzy dentystów. ■

Wyróżnienia środowiskowe

Maj nie był wyłącznie miesiącem wyborów. Prezes NRL VIII kadencji Andrzej Matyja odebrał w imieniu samorządu lekarskiego trzy wyróżnienia:

- **Serce za Serce** – jako wyraz szacunku za zaangażowanie w trosce o bezpieczeństwo społeczeństwa oraz dla trudnej pracy przedstawicieli środowisk medycznych.

- **Tytuł Człowiek Roku 2020** – podziękowania dla wszystkich pracowników ochrony zdrowia, walczących o zdrowie i życie Polaków w czasie największej od 100 lat pandemii COVID-19.
- **Nagrodę Specjalną Press Club Polska** dedykowaną wszystkim polskim lekarzom i naukowcom popularyzującym wiedzę o pandemii koronawirusa i przeciwdziałającym pseudonaukowej dezinformacji. ■

Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

dr. Kazimierza Bryndala

*znamienitego samorządowca, autorytetu w środowisku
lekarsko-dentystycznym, prezesa Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby
Lekarskiej w Toruniu w latach 1997-2001*

oraz

Jego Żony, lekarki dentystki
dr Eleonory Sobieckiej-Bryndal

Synom Jackowi, Rafałowi, Michałowi oraz Kubie,
Rodzinie, Współpracownikom i całemu środowisku
lekarsko-dentystycznemu

składam wyrazy najszczerzego współczucia i żalu

Łukasz Jankowski

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Z wielkim żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

śp.

dr Eweliny Hrycaj-Małanicz

*Prezes Stowarzyszenia Lekarzy Polskich we Lwowie,
niezwykle aktywnej działaczki na rzecz polskiej społeczności
na Ukrainie. Była odznaczona m.in. Krzyżem Kawalerskim Orderu
Odrodzenia Polski, Medalami Gloria Medicinæ i im. Dr. Władysława
Biegańskiego „Hominem Inveni”, wyróżniona odznaką honorową
„Zasłużony dla Kultury Polskiej”.*

Rodzinie oraz Współpracownikom

składam wyrazy głębokiego współczucia

Łukasz Jankowski

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

4 – co tyle lat, zgodnie z ustawą o izbach lekarskich, NRL zwołuje KZL. Uczestniczą w nim delegaci wybrani przez zjazdy okręgowe oraz, z głosem doradczym, niebędący delegatami członkowie ustępujących organów NIL. Z kolei nadzwyczajny zjazd NRL zwołuje z własnej inicjatywy, na wniosek NKR lub co najmniej 1/3 ORL.

6 prezesów stanęło na czele NRL w ciągu minionych trzech dekad: Tadeusz Chruściel (I kadencja, lata 1989-1993), Krzysztof Madej (II-III kadencja, 1993-2001), Konstanty Radziwiłł (IV-V kadencja, 2001-2010), Maciej Hamankiewicz (VI-VII kadencja, 2010-2018), Andrzej Matyja (VIII kadencja, 2018-2022), Łukasz Jankowski (IX kadencja).

10 – co najmniej tyle lat muszą wykonywać zawód lekarza/lekarza dentystry kandydaci do pełnienia funkcji rzecznika odpowiedzialności zawodowej, jego zastępcy czy członka sądu lekarskiego. Jeśli zostaną wybrani, nie mogą należeć do innego organu izby lekarskiej, z wyjątkiem KZL i zjazdów okręgowych – zabrania tego ustawa.

Fakty i liczby

XV Krajowy Zjazd Lekarzy przeszedł do historii. Kilkuset lekarzy i lekarzy dentystrów wybrało nowe władze swojej korporacji zawodowej i żywo dyskutowało nad działalnością samorządu zarówno w minionych, jak i nadchodzących latach.

15 krajowych zjazdów lekarzy odbyło się do tej pory (poprzedni był w 2018 r., dwa lata temu zjazd został odwołany z powodu pandemii). Dla samorządu lekarskiego są one najważniejszym forum, podczas którego rozliczana jest działalność poszczególnych kadencji, wytyczane są kierunki działania na kolejne lata i toczy się debata o przyszłości środowiska.

100-lecie samorządu lekarskiego obchodziliśmy w ubiegłym roku. Celem utworzonej w 1921 r. NIL i wojewódzkich izb lekarskich było m.in. porządkowanie spraw dotyczących interesów lekarzy, określanie ich obowiązków wobec społeczeństwa, poprawa relacji między członkami izb, obrona praw i godności lekarzy, współdziałanie z władzami w sprawach zdrowia publicznego.

33,5 roku minęło od I KZL, który odbył się w grudniu 1989 r. Było to kilka miesięcy po wyborze tzw. sejmu kontraktowego, do czego doszło w wyniku porozumień politycznych Okrągłego Stołu. Izby, będące strukturami zarządzającymi i wykonawczymi, tworzone od początku. To było ogromne wyzwanie dla lekarzy i stomatologów.

50 lekarzy i lekarzy dentystrów zostało wybranych na ostatnim KZL w skład NRL. Poza członkami NRL wybranymi przez zjazd w jej skład wchodzi: prezes NRL i prezesi ORL. Zgodnie z ustawą, do Prezydium NRL może być wybrany wyłącznie członek Rady niebędący prezesem ORL, a co najmniej jeden z wiceprezesów musi być lekarzem dentystą.

383 lekarzy i 109 lekarzy dentystrów – taki podział mandatów dla delegatów na KZL na okres IX kadencji (tj. w latach 2022-2026) obowiązuje zgodnie z uchwałą NRL z 11 grudnia 2021 r. Najwięcej delegatów stomatologów wywodzi się z izb: warszawskiej (18), krakowskiej (10), wielkopolskiej, dolnośląskiej, śląskiej (po 9), a także gdańskiej i łódzkiej (po 8).

492 delegatów jest uprawnionych do uczestnictwa w KZL w obecnej kadencji. Zgodnie z ustawą, ich liczbę z poszczególnych izb okręgowych ustala NRL na podstawie regulaminu wyborów. Najwięcej delegatów wywodzi się z OIL w Warszawie (83), a najmniej z OIL w Gorzowie Wlkp. (3). Po czterech delegatów posiadają izby mające siedziby w Koszalinie, Płocku i Tarnowie.

XV KRAJOWY ZJAZD LEKARZY

Zmiana



Mariusz Tomczak
dziennikarz

Delegaci XV Krajowego Zjazdu Lekarzy postawili na zmianę. Nowym prezesem NRL został dotychczasowy szef największej izby okręgowej, Łukasz Jankowski, kreślący przed lekarzami i lekarzami dentystami wizję „samorządu przyszłości”.

W dniach 12-14 maja dokonały się ważne zmiany na samym szczycie samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów. Organizatorzy XV Krajowego Zjazdu Lekarzy z pewnością nie byli przesądni, bo przykuwające olbrzymią uwagę wybory prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej zostały zaplanowane i przeprowadzone w piątek trzynastego.

DYCHOTOMIA MYŚLENIA: KUSZĄCA, ALE BŁĘDNA

Jeszcze zanim doszło do zjazdu, w niektórych mediach, portalach społecznościowych czy rozmowach toczonych w lekarskich dyżurkach, nadchodzącą rywalizację o najważniejszą funkcję w IX kadencji samorządu lekarskiego (lata 2022-2026) określano w schematyczny sposób jako starcie dwóch obozów: młodych lekarzy ze starszym pokoleniem działaczy. Dychotomia myślenia, niedopuszczająca do żadnego „pomiędzy”, wykroczyła poza środowisko lekarskie – część mediów w ten sposób informowała o nadchodzących wyborach i tak zrelacjonowała ich przebieg. Pojawia się jednak pytanie, czy istotę sporu faktycznie stanowił podział delegatów oparty tylko o datę urodzenia i liczbę siwych włosów na głowie. Choć na pierwszy rzut oka teza o „konflikcie pokoleniowym” jest niezwykle nośna i prosta do zrozumienia, zwłaszcza w kularowych pogawędkach, zbyt mocno upraszcza rzeczywistość. Gdyby do analizy, na ile jest ona prawdziwa, zaprzęgnąć trochę wiedzy z pogranicza socjologii, politologii i psychologii społecznej, można by ją łatwo obalić nawet bez gruntownej znajomości personaliów delegatów i ich wieku.

DWÓCH KANDYDATÓW, DWIE OSOBOWOŚCI

Bezsprzeczne jest za to coś innego: rywalizacja o najważniejszą funkcję w NRL okazała się starciem dwóch osobowości doskonale znanych w środowisku medycznym, ale także szerokiej opinii. Obaj kandydaci aktywnie uczestniczą w debacie publicznej i tym, co mówią, odcisnęli na niej swoje piętno.

W ostatnich kilku latach niezliczoną ilość razy występowali w najbardziej opiniotwórczych mediach czy w trakcie ważnych konferencji, a ich argumenty dotarły do znacznej części społeczeństwa. Do decydentów też. Po jednej stronie w wyborcze szranki stanął prof. Andrzej Matyja, specjalista chirurgii ogólnej i chirurgii onkologicznej, który zanim cztery lata temu został prezesem NRL, przez dwie kadencje kierował ORL w Krakowie. W 2018 r., w czasie poprzedniego zjazdu krajowego, pokonał dwóch swoich kontrkandydatów, prof. Romualda Krajewskiego i dr. Krzysztofa Kordela, w I turze.

Z POROZUMIENIA REZYDENTÓW DO ORL I NRL

Po drugiej stronie stanął świeżo upieczony specjalista nefrolog, Łukasz Jankowski, który szerzej dał się poznać kilka lat temu jako jeden z liderów Porozumienia Rezydentów. Punktował niedomagania systemu ochrony zdrowia, odważnie wchodząc w polemiki z politykami skąpiącymi grosza na dofinansowanie placówek medycznych i nieskorymi do podjęcia decyzji o pod-

wyższe wynagrodzeń młodym lekarzom i innym medykom. To ta organizacja w 2017 r. doprowadziła do spektakularnego i brzemienne w skutkach protestu, wpływając na niektóre rozstrzygnięcia podejmowane na najwyższym szczeblu politycznym. Przyczyniła się również do dokonania zmiany na stanowisku ministra zdrowia. W 2018 r., w czasie zjazdu OIL w Warszawie, Łukasz

Jankowski został wybrany prezesem tej najliczniejszej izby okręgowej. Jako rezydent pokonał ówczesnego prezesa warszawskiej ORL, chirurga dr. Andrzeja Sawoniego. W maju br. w demokratycznej rywalizacji wygrał z innym zabiegowcem – prezesem NRL VIII kadencji Andrzejem Matyją.

Teza o „konflikcie pokoleniowym” jest nośna, ale mocno upraszcza rzeczywistość.

PODOBNA OCENA RELACJI Z RESORTEM ZDROWIA

Od pierwszych chwil od rozpoczęcia XV KZL emocje sięgały zenitu. Prezentacje obu kandydatów koncentrowały się na programie pozytywnym i omawianiu pomysłów na kolejne lata. Momentami nie brakowało uszczypliwości, co chętnie podchwyciły niektóre media, ale dominowała dyskusja

o konkretach, choć wypowiedzi bywały krótkie. W licznych kwestiach obaj mieli podobne poglądy. Żaden z kandydatów nie próbował wspinać się na Himalaje obietnic bez pokrycia, tak dobrze znane z przepychanek partyjnych bonzów. To, nawiasem mówiąc, istotna różnica między tym, co słyszeli delegaci w trakcie KZL, a tym, co można zobaczyć w wydaniu wielu złotoustych polityków, gdy ubiegają się o władzę w wyborach powszechnych. Być może częściowo sprzyja temu odmienny mechanizm selekcji kandydatów, ale z pewnością powodów jest znacznie więcej. Zarówno Andrzej Matyja, jak i Łukasz Jankowski, zapewniali o swojej apartyjności. Odnosili się również do trudnych relacji z resortem zdrowia. Prof. Matyja powiedział, że od dłuższego czasu dialog między ministrem zdrowia i samorządem to „ustawka”, a jego kontrkandydat ocenił, że jest on „skrajnie trudny i fasadowy”. – Szkoda, że zbyt często byliśmy traktowani jako opozycja polityczna czy rywal, stanowiący zagrożenie, zamiast jako merytoryczny partner w rozwiązywaniu problemów – mówił w trakcie zjazdu prezes Andrzej Matyja, nawiązując do mijającej kadencji.

SYSTEM NO-FAULT TO PRIORYTET

Jako pierwszy, z racji alfabetycznej kolejności nazwiska, swój program zaprezentował dr Łukasz Jankowski. Podkreślił, że chciałby stworzyć „samorząd przyszłości” (takie było jego hasło wyborcze), który słucha, angażuje się i skutecznie działa. – Priorytetem w mojej koncepcji „samorządu przyszłości” jest wprowadzenie systemu no-fault i wzmocnienie pionu odpowiedzialności zawodowej, poprawa wizerunku lekarza i prestiżu zawodu – wymieniał. Dodał, że równie ważne jest stworzenie poczucia wspólnoty, tak by każdy lekarz miał pewność, że jest członkiem korporacji zawodowej, na którą zawsze może liczyć. Łukasz Jankowski zwrócił uwagę na potrzebę lepszego wykorzystania potencjału tkwiącego w NIL i izbach okręgowych. Z kolei prof. Andrzej Matyja powiedział, że kandyduje na drugą kadencję, głęboko wierząc w istotną rolę samorządu zawodowego dla lekarzy i lekarzy dentystów. Mówił o dokonaniach ostatnich czterech lat, mocno akcentując kilkudziesięcioletni dorobek akademicki. Podkreślał, że zna problemy młodych lekarzy choćby dlatego, że na Uniwersytecie Jagiellońskim jest mentorem wspierającym ich rozwój, a w ostatnich latach w strukturach NIL aktywnie współpracował z rezydentami. Przypomniał, że mimo niełatwej

współpracy z resortem zdrowia, w trakcie pandemii samorząd przeformował niektóre rozwiązania (np. wycofanie obowiązkowej kwarantanny dla lekarzy, uznanie COVID-19 za chorobę zawodową, wydanie decyzji o powszechnym dostępie personelu medycznego do testów na SARS-CoV-2). Zapowiedział, że w przyszłej kadencji chciałby dalej wzmacniać podstawy korporacji lekarskiej.

SAMORZĄD NIE MOŻE NIKOGO WYKLUCZAĆ

Wynik wyborów (głosowanie było tajne) nie pozostawił złudzeń, w kim nadzieje ulokowała większość delegatów: Łukasz Jankowski otrzymał 252 głosy, jego kontrkandydat Andrzej Matyja – 192. – Nie ma miejsca w samorządzie, by kogokolwiek wykluczać – powiedział nowo wybrany prezes NRL, deklarując otwartość na „dobre pomysły”. Zapewnił, że choć sam jest lekarzem, nie zapomni o lekarzach dentystach, bo samorząd postrzega jako „wspólnotę obojga zawodów”. Poza wyborami prezesa NRL, delegaci wybrali Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (specjalista chorób wewnętrznych i diabetolog Zbigniew Kuzyszyn z OIL w Opolu otrzymał większe poparcie od lekarki dentystki Anny Kot z OIL w Krakowie), zastępców NROZ oraz członków: Naczelnego Sądu Lekarskiego, Naczelnej Komisji Rewizyjnej i Krajowej Komisji Wyborczej. W dniu, w którym dokonano wyborów, obrady rozpoczęły się rano, a zakończyły późną nocą.

W OBLICZU WOJNY I PANDEMII

Dr Łukasz Jankowski obejmuje prezesurę w dość szczególnym momencie. Od kilku miesięcy za naszą południowo-wschodnią granicą trwa regularna wojna. Konflikt w Ukrainie już wpłynął na polski system ochrony zdrowia, a wiele znaków na ziemi i niebie wskazuje, że z poważnymi problemami wynikającymi z rosyjskiej agresji dopiero przyjdzie się zmierzyć. Pomoc medyczna udzielana uchodźcom nieznanym naszego języka to dopiero początek wyzwań, tym bardziej, że nie wiadomo, jak długo rosyjskie wojska będą zrzucać bomby na ukraińskie osiedla i ostrzeliwać szpitale. Po drugie, wciąż trwa pandemia. Wprawdzie w połowie maja stan epidemii został w Polsce zastąpiony stanem zagrożenia epidemicznego, ale nie da się przewidzieć, czy po wakacjach koronaproblemy nie wrócą, tak jak było rok i dwa lata temu, gdy jesienna fala zachorowań na COVID-19 nadwyrężała możliwości systemu ochrony zdrowia oraz wyczerpała, fizycznie i psychicznie, wielu lekarzy. Czy jeśli dojdzie do nawrotu epidemii, a rząd i minister zdrowia będą chcieli jej przeciwdziałać w sposób odmienny od wizji kreślonej przez NRL, tak jak było w minionej kadencji, nowy prezes zdoła przekonać decydentów do odstąpienia choćby od części zamierzeń? Tego nie wiadomo, ale jest pewne, że środowisko lekarskie będzie tego oczekiwać od prezesa Jankowskiego.

CEL JEST JASNY: NAKŁADY MUSZĄ ROSNĄĆ

Relacje między Ministerstwem Zdrowia i samorządem lekarskim są dalekie od ideału, a w trakcie pandemii jeszcze bardziej się zaogniły. W opinii dużej części lekarzy rząd i resort zdrowia bezpardonowo narzucają swoją wolę, a przez to, że – jak sami mówią – na ogół nie są brane pod uwagę ich argumenty i obawy, raz po raz wprowadzane są przepisy uprzykrzające życie zawodowe. Co więcej, uderza to czasem w pacjentów, którzy np. za długi czas oczekiwania winią personel medyczny,

Meritus Pro Medicis

W trakcie zjazdu wręczono odznaczenia samorządowe

„Meritus Pro Medicis”. Uhonorowano nimi 24 lekarzy i lekarzy dentystów w uznaniu dla szczególnych zasług dla środowiska lekarskiego. Oto lista nagrodzonych: Teresa Bieńko, Mieczysław Boguszyński, Monika Bojarska-Łoś, Jerzy Górny, Waldemar Grabowski, Waldemar Hładki, Andrzej Karczewski, Małgorzata Klimza, Janusz Kłoczko, Stefan Kopocz, Anna Kot, Piotr Laska, Iwona Latos, Mariola Łyczewska, Wojciech Malkowski, Lesław Jacek Pypec, Halina Teodorczyk, Anna Wilmowska-Pietruszyńska, Krzysztof Wójcikiewicz, Grzegorz Wrona, Joanna Wysokińska-Miszczuk, Jacek Zajczek, Krzysztof Zaorski, Wojciech Zelenay.

a i on bywa ofiarą złych przepisów. Kością niezgody jest m.in. finansowanie publicznej ochrony zdrowia oraz wizja jej dalszego rozwoju, a może raczej, jak ocenia część lekarzy, brak całościowej strategii. Jak dotąd samorząd lekarski krytycznie recenzował większość pomysłów obecnego obozu władzy na uzdrowienie sytuacji w szpitalach i placówkach POZ oraz lekceważące, zdaniem wielu lekarzy dentystów, podejście do problemów publicznej stomatologii. Nowy prezes NRL i przynajmniej część członków nowo wybranej NRL znana jest z głośnego i konsekwentnego upominania się o wyższe nakłady na ochronę zdrowia. W ostatnich latach starali się przekonać do tego jak największą część opinii publicznej, co w naturalny sposób tworzy oś sporu między nimi i decydentami politycznymi.

JAK „WIELKA POLITYKA” PUKA DO DRZWI

Nie wszyscy lekarze interesują się polityką, ale wielu polityków, przynajmniej od czasu do czasu, interesuje się lekarzami. Na razie mało kto myśli o tym, że na horyzoncie wyłania się kampania wyborcza do Sejmu i Senatu. O ile nie dojdzie do przedterminowych wyborów, nowy parlament wybierzemy jesienią 2023 r. Nowa większość parlamentarna i nowy rząd, choćby wywodzili się z tego samego obozu politycznego, szefem rządu pozostałby Mateusz Morawiecki, a ministrem zdrowia Adam Niedzielski, może, aczkolwiek nie musi, sprzyjać środowisku lekarskiemu. Przez to, że do wyborów parlamentarnych pozostało mniej niż 1,5 roku, okoliczności, w których przyjdzie działać nowym władzom samorządu lekarskiego, są dość nieprzewidywalne. W obliczu tej niepewności nowy prezes NRL, nowe Prezydium NRL i nowa NRL mogą stanąć przed szansą na przekonanie decydentów do wprowadzenia części zmian oczekiwanych przez tysiące lekarzy, w tym takich, które wiążą się z poniesieniem dodatkowych nakładów finansowych. Równie dobrze mogą nic nie wskórać, jeśli obóz władzy uzna, że bardziej opłaca się gra pozorów, a partyjni spin doktorzy wytyczą kurs na zwarcie ze środowiskiem lekarskim.

WEWNĘTRZNE ZRÓŻNICOWANIE TO FAKT

Nie można zapominać i o tym, że nowy prezes NRL stanął na czele samorządu skupiającego mocno wewnątrznie zróżnicowane grupy zawodowe. To zróżnicowanie systematycznie rośnie, jeśli spogląda się na zmiany, jakie zaszły w ciągu ostatnich 10 czy 20 lat. Podział na lekarzy i lekarzy dentystów jest najbardziej oczywisty, ale niewiele wyjaśnia specyfikę wykonywania zwłaszcza tego pierwszego zawodu. Podział na „szpitalników” i osoby zatrudnione w POZ również mało tłumaczy, podobnie jak na pracujących w systemie publicznym i niepublicznym, ot, choćby dlatego, że wiele osób pracuje w państwowych placówkach na kontrakcie. Nic dziwnego, że warunki pracy i płacy mocno różnią się nawet w ramach tej samej specjalności. Sporo lekarzy oczekuje bardziej odważnego stosowania nowoczesnych technologii w procesie diagnozowania i leczenia oraz obsługi pacjenta, ale nie brakuje takich, którym pełzająca e-rewolucja źle się kojarzy, zresztą nie bez powodu, bo cyfryzacja sprawia im trudności. Są takie obszary w polskiej medycynie, gdzie zmiany zachodzą powoli, ale są i takie miejsca, skąd polscy lekarze bez cienia kompleksów mogą konkurować ze swoimi koleżankami i kolegami z zachodniej części Europy, nierzadko ich wyprzedzając, choć niekoniecznie w zakresie siły nabywczej wynagrodzeń, ale gdzie indziej i ten dystans się zmniejsza.

Wgąszczu pytań

Wyborom na prezesa NRL towarzyszyły długa, bo około trzygodzinna seria pytań do obydwu kandydatów. Delegaci pytali m.in. o pomysły na działanie NIL w zakresie przeciwdziałania wypalenia zawodowego i wsparcia matek lekarek, tak by łatwiej godziły obowiązki rodzinne z kontynuowaniem pracy zawodowej. Pytano również o to, jakie korzyści odnoszą polscy lekarze z członkostwa w organizacjach międzynarodowych, a także, czy nowe władze samorządu są w stanie wpłynąć na poprawę znajomości języka polskiego wśród lekarzy ze Wschodu, którzy coraz liczniej pojawiają się w szpitalach.

POPRZECZKA ZAWIESZONA BARDZO WYSOKO

Przed nowymi władzami samorządu lekarskiego sporo pracy, a materia, z którą przyjdzie się im zmierzyć, nie jest łatwa. W dodatku wymaga ona szerokiego, interdyscyplinarnego spojrzenia, znacznie wykraczającego poza wiedzę zdobytą w murach uczelni medycznych. Nowy prezes NRL bardzo wysoko ustawił sobie poprzeczkę, gdyż w trakcie XV KZL zadeklarował, że chce doprowadzić do wprowadzenia w Polsce systemu no-fault. Będzie do tego namawiać decydentów i pacjentów, a przecież zarówno wśród polityków, jak i reszty społeczeństwa nie brakuje obaw i głosów sprzeciwu. Prezes Łukasz Jankowski jest przekonany, że wprowadzony z prawdziwego zdarzenia system no-fault powinien stanowić jeden z fundamentów zmian w opiece zdrowotnej. W jego ocenie gra toczy się nie tylko o ułatwienie warunków pracy lekarzom, ale przede wszystkim o dobro pacjentów i przetrwanie szpitalnictwa, a mówiąc dokładniej – zahamowanie coraz wyraźniej rysującej się jego zapaści wynikającej w dużej mierze z kryzysu kadrowego. – Jest coraz mniej chętnych do pracy w specjalizacjach zabiegowych m.in. dlatego, że lekarze boją się ewentualnej odpowiedzialności karnej nawet za niezawiniony błąd medyczny – mówi. Statystyki te słowa niestety potwierdzają. ■

Podziękowania

Zjazdy lekarzy są doskonałą okazją do podziękowania osobom, które dokonały czegoś ważnego albo wyróżniają się na tle reszty społeczeństwa lub środowiska lekarskiego. W trakcie XV KZL wręczono Medale im. dr. Władysława Biegańskiego „Hominem Inveni” osobom i instytucjom zaangażowanym w działalność społeczną lub filantropijną ukierunkowaną na niesienie bezinteresownej pomocy i wsparcia potrzebującym (Dominika Kulczyk, Allegro.pl, Nestlé Polska, Maria Gross, Tomasz Borowski-Besza, Janusz Cholewiński, Tomasz i Beata Głazewscy), a także statuetki Hipokratesa – wyróżnienie prezesa NRL dla osób i instytucji szczególnie wspierających samorząd lekarski w minionej kadencji (uhonorowano nimi szefa Kancelarii Prezesa Rady Ministrów Michała Dworczyka, europosłankę Joannę Kopcińską, prezydenta Lions Club Poznań Pillory Karola Działoszyńskiego, wiceprezesa Raben Logistics Janusza Anioła i dr. Tomasza Karaudę). Większość odznaczonych odebrała wyróżnienia osobiście. Nagrodzono też najlepszych lekarzy sportowców (więcej na s. 75).

XV KRAJOWY ZJAZD LEKARZY

Sonda

W związku z tym, że na XV Krajowym Zjeździe Lekarzy miało dojść do wyborów najważniejszych władz samorządu lekarskiego, w środowisku od dłuższego czasu buzowały emocje. Udzielały się one zarówno delegatom, jak i wielu innym osobom, którym na sercu leży dobro lekarskiej samorządności.

GazetaLekarska.pl ✨



Prof. **Andrzej Matyja**
prezes NRL VIII kadencji
(2018-2022), były prezes ORL
w Krakowie, od 1978 r. związany
zawodowo z Collegium Medicum
Uniwersytetu Jagiellońskiego

Jestem przekonany, że skuteczność samorządu będzie zależeć od jego siły, sprawności i spójności, a brak międzypokoleniowej solidarności stanie się źródłem porażki. Po ostatnim Krajowym Zjeździe Lekarzy izby okręgowe zrzeszające prawie 100 tys. członków mają marginalną reprezentację w nowej NRL, co budzi mój duży niepokój. W trakcie XV KZL podziały były bardzo widoczne, ale na ogół nie dotyczyły one rozbieżności co do oceny problemów, z którymi mierzymy się od lat. Niestety na ostatni zjazd zostały przeniesione metody walki wyborczej znane ze świata polityki. W ostatnich latach doświadczaliśmy ich wielokrotnie w parlamencie, gdy sejmowa większość raz po raz odrzucała nasze propozycje wbrew merytorycznym argumentom. Choćbyśmy nie wiem, jak długo i jak kwieciste mówili o etosie naszego zawodu i organizowali różne kampanie medialne, w naszym środowisku nie powinno być miejsca na obniżanie standardów czy uwłaczanie godności lekarskiej. Jeśli sami siebie nie będziemy szanować, nie będziemy szanowani przez naszych pacjentów. Zaczynam zadawać sobie pytanie: jaka będzie przyszłość samorządu lekarskiego? Na zjeździe złowieszczo zabrzmiały słowa jednego z gości, prezesa Naczelnej Rady Adwokackiej, który mówił o planowanym zamachu na samorządy zawodów prawniczych. Ostrzegł lekarzy i lekarzy dentystów: dziś my, jutro wy. Stąd życzę nowo wybranym władzom NRL i nowemu prezesowi silnego kręgosłupa, tak by pamiętali, że mocny samorząd to nie tylko

sprawa jednego środowiska, lecz ważna kwestia ustrojowa. Jedno z najważniejszych wyzwań stojących przed naszym samorządem stanowi zachowanie jego niezależności, w tym niezależności politycznej, i wypełnianie konstytucyjnej roli w sprawowaniu pieczy nad należytym wykonywaniem zawodu w granicach interesu publicznego i jego ochrony. Zaprzysiężanie się z jakąkolwiek władzą doprowadzi do końca naszej samorządności, przestaniemy być zawodem zaufania publicznego.

W kolejnych miesiącach i latach trzeba czuć nad kształtem regulacji systemowych w zakresie organizacji i zarządzania ochroną zdrowia, finansowania świadczeń ze środków publicznych czy wykonywania zawodu zgodnie z naszą wiedzą i KEL. Ogromnym wyzwaniem będzie przygotowanie systemu ochrony zdrowia na nowe kryzysy. Oby samorząd

Oby nowi członkowie NRL nie dali się uwieść politykom.

nie musiał naprawiać skutków błędnych ministerialnych decyzji i nie wpisał się w podejmowanie działań szkodliwych dla nas i naszych pacjentów. W uchwałach KZL wiele uwagi poświęcono m.in. kształceniu kadr. Dobrze, że w dokumentach zjazdowych zwraca się uwagę na to, by lekarze i lekarze dentyści kształcili się wyłącznie w uczelniach akademickich, a także na powiązanie kształcenia specjalizacyjnego z certyfikacją umiejętności. Delegaci wyrażali głośno swój niepokój w kwestii nabywania uprawnień przez lekarzy spoza Unii Europejskiej, głównie ze Wschodu. Oby nowi członkowie NRL nie dali się w tej kwestii uwieść politykom. Niezwykle ważny obszar naszej pracy stanowi bezpieczeństwo prawne,

zawodowe i finansowe. Nie ma i nigdy nie było mojej zgody na obniżanie wynagrodzeń lekarzom i lekarzom denty stom. Podwyżki minimalnych wynagrodzeń, jakie mają wejść w życie od 1 lipca br., są upokarzające w porównaniu do wzrostu płacy minimalnej i średniego wynagrodzenia w Polsce. Skoro w krajach o podobnej strukturze funkcjonowania ochrony zdrowia, takich jak Słowacja i Węgry, wynagrodzenie lekarza specjalisty wynosi ok. 2,5-krotność średniej krajowej, to dlaczego u nas jest inaczej i nie może się to w końcu zmienić? To pytanie trzeba zadawać ministrowi zdrowia. Wydaje mi się, że kwestia upokarzających podwyżek wynagrodzeń dla lekarzy i lekarzy denty stom będzie pierwszym punktem spornym między nowym prezesem NRL a ministrem zdrowia.

Chciałbym podziękować wszystkim delegatom za udział w XV KZL, a zwłaszcza tym, którzy poparli mój program. Ocena mojej działalności w ciągu ostatnich czterech lat może być zróżnicowana – dla jednych byłbym dobrym prezesem, dla innych niekoniecznie, ale ważne, że byłem prezesem wyrazistym i przyzwoitym. Dziękuję wszystkim pracownikom biura NIL i wszystkim tym, bez których mroźniejszej pracy samorząd by nie istniał. Nowym władzom NIL, z prezesem Łukaszem Jankowskim na czele, życzę podejmowania trafnych decyzji – dla dobra naszego samorządu. Takich nieopartych na emocjach, a przemyślanych, które usatysfakcjonują wszystkich lekarzy i lekarzy denty stom. Skoro nowa NRL jest już wybrana, pozostaje czekać na efekty jej działań. Zawsze łatwiej składać obietnice, a dużo trudniej je spełnić. Na koniec pragnę wyraźnie podkreślić, że w trakcie zjazdu, tuż po ogłoszeniu wyniku wyborów, chciałem zabrać głos, aby m.in. pogratulować nowo wybranemu prezesowi, niestety prezydium zjazdu udzieliła się panująca atmosfera i nie dopuszczono mnie do mikrofonu. No cóż, trudno tutaj o komentarz. ■



Dr **Maciej Hamankiewicz**
prezes NRL w latach 2010-2018,
były prezes ORL w Katowicach,
delegat na KZL nieprzerwanie od
1991 r.

XV Krajowy Zjazd Lekarzy dokonał bardzo głębokich zmian w składzie osobowym władz Naczelnej Izby Lekarskiej. Średnia wieku członków NRL

będzie niższa niż w poprzedniej kadencji, ale mimo pewnego niepokoju wśród części delegatów jestem spokojny, bo w Radzie są też m.in. bardzo doświadczeni i bardzo pracowici działacze ze starszego pokolenia. Duże doświadczenie, mimo młodego wieku, ma nowy prezes NRL, który jako szef izby warszawskiej wykazał się wielką pracowitością i zdolnościami organizacyjnymi. Poza tym obwarowania ustawowe i regulaminy pracy NRL sprawiają, że w mniejszym stopniu istotną rolę odgrywają personalia, a w większym to, do

czego został powołany nasz samorząd. W mojej ocenie najistotniejszym elementem funkcjonowania samorządu lekarskiego jest stanie na straży zasad etycznych. Niedawno stworzono komentarz do KEL i będę się opierał, by niektóre zapisy obecnie obowiązującego Kodeksu zostały zmienione. Mam nadzieję, że właśnie w tym celu wkrótce zostanie zwołany nadzwyczajny zjazd i np. wiosną przyszłego roku będziemy mogli podyskutować na ten temat. W ostatnich latach zaproponowałem szereg zagadnień etycznych, które powinny zostać

omówione przynajmniej przez NRL. W trakcie ostatniego zjazdu dużą dyskusję wzbudziła kwestia odpisu składki na NIL. Uważam, że izba powinna być solidarnie wspierana przez wszystkich członków, ale w związku z tym, że zbieranie składek stanowi kompetencję izb okręgowych, w praktyce wygląda to różnie. Moim zdaniem składka powinna być odpisywana od składki należnej, co będzie stanowiło olbrzymi bodziec dla izb, które niekoniecznie ściągają zaległości z taką determinacją jak np. Śląska Izba Lekarska. Nowe władze samorządu lekarskiego stoją przed wieloma wyzwaniami, w tym m.in. w obliczu

Zjazd dokonał bardzo głębokich zmian.

problemu wynikającego z funkcjonowania tzw. ustawy covidowej, dopuszczającej do rynku pracy lekarzy spoza Unii Europejskiej, głównie z Ukrainy, którzy nie przechodzą dostatecznej weryfikacji swoich kwalifikacji. Polscy lekarze studiujący na uniwersytetach medycznych za wschodnią granicą takiego przywileju nie mają. Skoro

minister zdrowia uważa, że epidemia się skończyła, to wszyscy, którzy tą drogą otrzymali PWZ, powinni mieć je zawieszane. Poważne wyzwanie stanowi również zmiana w systemie szkolnictwa zawodowego pozbawiona społecznego nadzoru nad jakością kształcenia w myśl powiedzenia: „nie matura, lecz chęć szczera zrobi z ciebie prawie felczera”. Być może minister zdrowia uważa, że w Polsce wystarczy poziom wiedzy felczerskiej. Jeśli tak jest, to dlaczego nie zezwala na specjalizowanie się z kardiologii w ciągu trzech lat po ukończeniu studiów jak za wschodnią granicą? ■



Dr **Magda Wiśniewska**
przewodnicząca XV Krajowego
Zjazdu Lekarzy, przewodnicząca
Konwentu Prezesów ORL
VIII kadencji, prezes ORL
w Szczecinie VII-VIII kadencji

Trzydniowe obrady XV Krajowego Zjazdu Lekarzy były intensywne i dla sporej części delegatów zaskakujące. Były też demokratyczne, choć czasami z niepotrzebnymi emocjami. Po raz pierwszy w historii w końcu przewodniczącą KZL została kobieta, z czego bardzo się cieszę. Dyskusja delegatów nad wprowadzeniem systemu no-fault unaocznia, że to kwestia wymagająca pilnego wprowadzenia w życie. Jeśli czegoś w tej sprawie nie zrobimy, wykonywanie zawodu lekarza stanie się chyba jednym z najbardziej ryzykownych wyzwań, jakie można sobie zafundować w życiu. Patrząc na to, co obecnie dzieje się w prokuraturach regionalnych, wprowadzenie no-fault, i to jak najszybciej, jest niezbędne. Sporo uchwał, apeli i stanowisk przyjętych w trakcie XV KZL odnosi się do szeroko rozumianej poprawy warunków pracy. To dobitnie

wskazuje, że dla lekarzy i lekarzy dentystów liczy się nie tylko wysokość wynagrodzenia, ale i środowisko, w którym pracujemy. Na każdym zjeździe, i tak było także tym razem, istotną kwestią są sprawy dotyczące kształcenia podyplomowego. Naczelna Izba Lekarska powinna mieć w tym obszarze jak najwięcej do powiedzenia i dobrze by było, gdyby docelowo przeszło ono w całości pod skrzydła

System ochrony zdrowia to kołos na glinianych nogach.

samorządu lekarskiego. Wyzwań stojących przed NRL w kolejnej kadencji jest bardzo dużo. System ochrony zdrowia w Polsce w dalszym ciągu jest kolosem na glinianych nogach, a kadr medycznych, w tym lekarzy, jest zdecydowanie za mało. Co trzeba zrobić, by lekarze po ukończeniu studiów chcieli zostać w Polsce? Bardzo istotne jest m.in. poprawienie warunków odbywania specjalizacji. O tym i o wielu innych tematach samorząd lekarski i Ministerstwo

Zdrowia muszą ze sobą rozmawiać. Wolałabym nie mówić, że stoimy po dwóch stronach barykady, ale na razie tak to niestety wygląda. Kierownictwo resortu zdrowia to decydenci. My, lekarze, nimi nie jesteśmy. Do tej pory było tak, że na początku nowej kadencji samorządu powiewało optymizmem i środowisko lekarskie liczyło na nowe otwarcie, ale dość szybko okazywało się, że nasze postulaty nie są brane pod uwagę. Liczę na to, że w nowej kadencji próby znalezienia konsensusu między Ministerstwem Zdrowia i środowiskiem lekarskim okażą się bardziej skuteczne niż dotychczas, ale żeby tak się stało, powinniśmy w końcu zacząć być traktowani jako partner. Nie chcemy być petentem. Pewne nadzieje daje to, że nowy prezes NRL Łukasz Jankowski dał się poznać jako osoba potrafiąca nawiązać dialog z decydentami. W jego zespole są nie tylko, jak się często mówi, młodzi lekarze, ale również ci bardziej doświadczeni. Przy okazji zauważę, że zaliczanie do grona młodych lekarzy rocznika, do którego należy nowy prezes NRL, stanowi chyba lekkie nadużycie – ci lekarze i lekarze dentyści powoli wchodzi w wiek średni, a ci najmłodsi chyba nawet mogliby poczuć się lekko urażeni. ■



Zbigniew Brzezina
delegat na KZL od I kadencji
i jedyny członek NRL zasiadający
w niej nieprzerwanie od 1989 r.,
były prezes ORL w Częstochowie

Kiedy w 1989 r. odbył się I Krajowy Zjazd Lekarzy i po raz pierwszy wszedłem w skład Naczelnej Rady Lekarskiej, miałem dopiero 31 lat i dostałem od kolegów ksywę „Młody” – dziś już nikt tak mnie nie nazywa. A na poważnie – odnosząc się do ostatniego zjazdu, nie można mówić o rewolucji polegającej na odsunięciu na boczny tor profesora przez młodych lekarzy. Przypomnę, że na początku II kadencji doszło

do podobnej sytuacji – młody dr Krzysztof Madej, zastąpił prezesa I kadencji prof. Tadeusza Chruściela. Przez ostatnie 33 lata w samorządzie dochodziło do różnych sytuacji. Były już zjazdy, gdy lekarz medycyny

Starsi mają inne oczekiwania niż młodzi.

wygrywał ze znamiennym profesorem. Demokracja ma swoje prawa, zawsze wygrywa większość, tak po prostu jest. Z jednej strony samorząd ma dyscyplinować lekarzy, a z drugiej powinni ich wspierać w budowaniu prestiżu i pozycji zawodowej. Wszyscy chcą od

samorządu skuteczności, ale bez wątpliwości starsi mają inne oczekiwania niż młodzi. Dziś lekarze nie chcą pracować ponad siły i sprzeciwiają się, by byli do tego zmuszani moralnie czy finansowo. Już dziesięć lat temu mówiłem, że zbliża się czas, gdy dla polskich lekarzy ważniejszą sprawą staną się warunki pracy, a niekoniecznie pieniądze. W latach 90. była inna sytuacja, bo wszyscy mówili o tym, jak wielkie pieniądze zarabiają lekarze na Zachodzie. Kilkanaście lat temu nastąpił wzrost wynagrodzeń lekarzy i dziś niewielu pamięta, że była to również zasługa samorządu. Aktywność w wyborach do izb lekarskich zależy od ich postrzegania. Podstawową kwestię stanowi akceptacja istnienia samorządu. Najgorzej, gdy ktoś nie wierzy w żadne zmiany. Wtedy w ogóle nie głosuje. ■



Dr Jarosław Biliński
członek NRL od 2018 r., jeden z byłych liderów Porozumienia Rezydentów, w ostatnich latach jeden z najbliższych współpracowników nowo wybranego prezesa NRL

Łukasz Jankowski jest człowiekiem konkretnym. Z konkretnymi hasłami wszedł na mównicę, prezentując swój program wyborczy w trakcie Krajowego Zjazdu Lekarzy. W czasie jego prezesury na pewno nie należy spodziewać się poklepywania po plecach i czegoś, co określam mianem polityki salonowej. Jest człowiekiem nastawionym ideowo, nawet kosztem osobistych relacji z politykami i ważnymi urzędnikami. Jego wybór to dobra zmiana, co nie oznacza, że prof. Andrzej Matyja był złym prezesem – tego absolutnie nie powiem. Łukasza poznałem na przełomie lat 2016/2017. Od początku blisko współpracaliśmy, najpierw w Porozumieniu Rezydentów, a potem w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie, starając się zrobić jak najwięcej dla naszego środowiska. Celem było zwiększenie świadomości lekarzy, ale również obywateli, tak by w ochronie zdrowia coś „pękło”. Nie wszystko się udało, ale chyba najlepiej oceni to historia. Z jednej strony potrzeba dużo większego zaplecza i oddolnego poruszenia naszych koleżanek i kolegów, by liderzy mogli dokonać czegoś naprawdę wielkiego, a z drugiej – doszło jednak do dużych zmian i większej otwartości na różne nowe pomysły

i rozwiązania. Obecnie jednym z najważniejszych wyzwań jest zapaść kadrowa w ochronie zdrowia, która z roku na rok staje się coraz bardziej widoczna. To pociąga za sobą rozwarstwienie w zakresie warunków pracy i płacy między systemem państwowym i prywatnym. Coraz więcej lekarzy odchodzi z publicznych placówek, szukając lepszego miejsca do wykonywania zawodu. Prezes NRL musi działać w kierunku poprawy tych warunków, bo jest źle, a będzie jeszcze gorzej. Drugie kluczowe zadanie stojące przed samorządem lekarskim to zahamowanie upadku prestiżu zawodu lekarza i poprawa jego oceny wśród społeczeństwa. Obecne opinie na temat lekarzy często przekładają się

Nie należy spodziewać się poklepywania po plecach.

na rosnącą liczbę pozwów sądowych. Lekarze stają się kozłem ofiarnym za wszystkie niedomagania systemu, a pacjenci nie szanują lekarzy, bo nie widzą w nich autorytetu, przez co dużo łatwiej iść do sądu i oskarżyć nas o domniemane błędy. Warto przy tym podkreślić, że zdecydowana większość spraw kończy się umorzeniami, bo okazuje się, że nie ma winy lekarza, za to są problemy systemowe. I właśnie dlatego potrzebne jest wprowadzenie systemu no-fault. Pacjent szybko otrzymałby odszkodowanie, nie byłoby skupiania się na szukaniu winnego, ale na znalezieniu problemu, by tak przebudowywać organizację pracy i w przyszłości

ograniczyć do minimum ryzyko jego powtórnego wystąpienia lub wręcz je wyeliminować. Wielkim zadaniem stojącym przed NRL i prezesem będzie przekonanie decydentów do jego wprowadzenia oraz właściwe ujęcie tego w aktach prawnych. Oczywiście wyzwani stojących przed samorządem jest dużo więcej. Może nie jestem obiektywny, ale prezes Jankowski będzie najbardziej słuchanym przez polityków szefem samorządu lekarskiego. Z jego zdaniem muszą i będą się liczyć. Pokazał to jeszcze w Porozumieniu Rezydentów, a szczególnie jako szef izby okręgowej w Warszawie. Często zabierał głos w mediach, a zespół, który stworzył wokół siebie, stał się opiniotwórczy. Rząd i Ministerstwo Zdrowia będą mieli trudniej niż do tej pory, bo sprawy będą nazywane po imieniu, a cel działań podejmowanych przez nowe władze jest jasny: skuteczna zmiany w ochronie zdrowia. Pamiętajmy jednak, że trudno o to bez wsparcia ze strony środowiska lekarskiego, dlatego nowy prezes na pewno postawi na solidną komunikację ze wszystkimi członkami izb lekarskich. Wśród lekarzy musi zwiększyć się świadomość, jak można poprawić swój byt. W czasie zjazdu zaskoczył mnie przebieg debaty między obydwojema kandydatami na prezesa NRL IX kadencji – Andrzejem Matyją i Łukaszem Jankowskim. Zadano im wiele pytań, padały na nie konkretne odpowiedzi. To była żywa dyskusja, nikt nie nabierał wody w usta. Z rozmów kulaarowych wiem, że część delegatów zmieniła zdanie pod wpływem odpowiedzi udzielanych przez kandydatów i to dotyczyło obydwu panów. ■



Mateusz Szulca
wiceprezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, przewodniczący Porozumienia Rezydentów, lekarz w trakcie specjalizacji z ortopedii

Dla najmłodszych stażem lekarzy najważniejsze są, co zrozumiałe, sprawy bezpośrednio ich dotyczące, czyli choćby kwestie związane z egzaminami czy liczbą miejsc rezydenckich, ale od samego początku kariery spoglądamy również na to, co nas czeka po ukończeniu specjalizacji. W związku z tym, że oprócz specjalizowania się pracujemy równolegle w POZ czy NPL, szybko mamy styczność z ogólną problematyką ochrony zdrowia. Na pierwszy plan wysuwa się konieczność wprowadzenia systemu no-fault, który, jeśli wejdzie w życie we właściwej formie, zaofiaruje lekarzom poczucie pełni bezpieczeństwa w pracy. Przed nowymi władzami samorządu lekarskiego, zarówno na szczeblu okręgowym, jak i w NIL, stoi zadanie wzmocnienia przekonania o potrzebie i znaczeniu istnienia izb. Są one cenną wartością

dla naszego środowiska, z pięknymi, stuletnimi tradycjami. Należy podjąć działania, aby nasza korporacja nie kojarzyła się jedynie z polityką i hierarchicznością, a stała się żywą tkanką, w ramach której można otrzymać wsparcie, doskonalić się oraz dzielić pasją. Wielu lekarzy nie bierze czynnego udziału w życiu izb okręgowych, a przecież to my, lekarze, je

To my, lekarze, tworzymy izby okręgowe.

tworzymy. To dlatego tak ważne jest pokazywanie, co izby mogą zrobić dla lekarzy i co zrobiły do tej pory. Osiągnięcia są bardzo duże, ale wiele osób, zwłaszcza tych tuż po studiach, w ogóle o nich nie wie. Czasami się dziwię, gdy opowiadam im, czym naprawdę zajmuje się samorząd na co dzień i jacy ludzie w nim pracują. W ostatnim czasie zmieniła się struktura władz izb lekarskich, a wśród oczekiwań stawianych przez wiele osób przed samorządem IX kadencji, włączając mnie, jest takie zaaranżowanie jego prac, by dało się uzyskać jak najwięcej korzyści ze współpracy kilku pokoleń lekarzy i lekarzy dentystów. Trzeba dobrze wykorzystać

oraz połączyć mądrość i doświadczenie tkwiące w wieloletnich działaniach samorządu z wigorem i potencjałem tych, którzy dopiero rozpoczynają pracę w jego strukturach. Zarówno od młodszych, jak i starszych działaczy, słyhać pytanie – czy to się uda? Ja uważam, że tak. Znam sporo przykładów fantastycznej współpracy między starszymi i młodszymi lekarzami. Oczywiście są przypadki, najczęściej na podłożu politycznym czy wynikającym z konkretnych cech charakteru, gdzie decydenci, używając swoich wpływów, dla swoich korzyści napędzają negatywną narrację, coraz bardziej polaryzując środowisko. Niestety, poczucie przynależności do określonej grupy i myślenie na skróty kusi wielu, ale – jak każda droga na skróty – okaże się w końcu zgubne. Moim zdaniem konflikt pokoleniowy jest zbyt mocno „rozdmuchany”. W rzeczywistości nie ma przecież podziału na dwa obozy. Wprawdzie obecny prezes NRL wywodzi się ze środowiska Porozumienia Rezydentów i jest zaliczany do grona młodych, ale wśród członków Naczelnej Rady są osoby w różnym wieku. Każde pokolenie lekarzy ma w niej przedstawicieli, co łatwo zweryfikować – wystarczy spojrzeć na wiek jej członków, by się przekonać, że złowrogie hasło „młodzi przejęli izby” jest nieprawdziwe. ■

XV KRAJOWY ZJAZD LEKARZY

Chcę wnieść nową energię

Z Łukaszem Jankowskim, nowo wybranym prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej, rozmawia
Marta Jakubiak.

„Młodzi” wycieli „starych” – takie głosy słyszało się po zjeździe. Nowy samorząd to samorząd dla młodych? Dlaczego dla wielu doświadczonych działaczy nie znalazło się miejsce w Naczelnej Radzie Lekarskiej IX kadencji?

Jesteśmy już po zjeździe, wyborcze emocje opadają. Decyzją XV Krajowego Zjazdu Lekarzy wyłoniliśmy nową Naczelną Radę Lekarską, w skład której weszli i młodzi, i średni wiekiem, i trochę starsi. Każdy z nich jest reprezentantem środowiska lekarskiego. Mam nadzieję, że traktują ten wybór tak jak ja – jako zobowiązanie do ciężkiej pracy. Zapraszam każdego, kto chce współpracować dla dobra środowiska.

Myślę, że moja prezesura zakończy pewien konflikt między młodszym a starszym pokoleniem. Chcę być prezesem kompromisu. Takim, który łączy, a nie dzieli.

Czym ta kadencja będzie różnić się od poprzedniej?

Obiecałem delegatom pełne zaangażowanie i zamierzam zrealizować tę obietnicę. Chciałbym wnieść nową energię do samorządu. Jestem otwarty na współpracę ze wszystkimi, którzy mają pomysł i chcą go zrealizować.

Tę kadencję pragnę oprzeć na słuchaniu, a następnie angażowaniu lekarzy, a także ekspertów w takie działania, dzięki którym dojdzie do realizacji zgłaszanych potrzeb. Tylko tak będziemy skuteczni. Już pojawił się pierwszy projekt oparty na takiej kanwie. Zrodził się on z inicjatywy lekarzy z niepełnosprawnościami, którzy zgłaszali problemy w dostępie do zawodu. Jesteśmy po pierwszych rozmowach. Ich efektem będzie zgłoszenie nowej Naczelnej Radzie Lekarskiej propozycji powołania pełnomocnika ds. lekarzy z niepełnosprawnościami. Chcemy znosić bariery, działając wspólnie. Pokazać czynami, że jako środowisko jesteśmy nie tylko otwarci, ale też realnie wspieramy koleżanki i kolegów, którzy chcą wykonywać zawód.

Ten prosty przykład pokazuje, jak postrzegam samorząd: słuchamy, angażujemy i skutecznie działamy. Mam nadzieję, że projekt ten zakończy się sukcesem.



Łukasz Jankowski: – Chcę, byśmy nie byli postrzegani jako samorząd salonowy, ale jako samorząd lekarzy, narzędzie dla środowiska służące do wdrażania potrzebnych zmian.

Stanowiska, które wydajemy, każdorazowo muszą być poparte ofensywą medialną. To jest coś, z czym władza jeszcze się liczy.

Startował pan w wyborach z hasłem „Samorząd przyszłości”. Czyli jaki?

To izba bliżej lekarzy. Chcę, byśmy nie byli postrzegani jako samorząd salonowy, ale jako samorząd lekarzy, będący narzędziem dla środowiska służącym do wdrażania potrzebnych zmian. Już po pierwszych dniach widzę, jak wielki potencjał tkwi w naszym samorządzie i w Naczelnej Izbie Lekarskiej. Będziemy to narzędzie wykorzystywać skutecznie.

Mam nadzieję, że mój pomysł, jak zagospodarować taki potencjał, okaże się dobry w skutkach dla środowiska i przełoży się na poprawę warunków pracy każdego lekarza i lekarza dentysty.

Deklarował pan, że chce łączyć środowisko, a nie dzielić. W jaki sposób można scalać ludzi o różnych poglądach? Gdzie widzi pan taką płaszczyznę, zwłaszcza po rewolucji, jaka dokonała się na XV KZL?

Nie proponuję radykalnych zmian ani w samorządzie, ani w strukturze biura NIL. Dostrzegam jednak konieczność ewolucyjnego rozwoju i dostosowywania się do wyzwań, które przynosi codzienność i za chwilę przyniesie przyszłość.

Myszę, że osoby, które nie oddały na mnie głosu, z czasem przekonają się do mojej osoby, widząc, że jestem naprawdę otwarty na współpracę i skuteczny w działaniu. Wierzę, że spojrzą przyjaźniejszym okiem na zmianę, która się dokonała. Tę zmianę, która oznacza skuteczne wykorzystanie narzędzia, jakim jest samorząd lekarski. Mam nadzieję udowodnić, że potrafię mądrze z niego korzystać. Na pewno nie stanie się to za sprawą wyłącznie jednej osoby – prezesa. Naczelna Izba Lekarska to zespół ludzi zaangażowanych w działanie na rzecz środowiska – to profesjonalni pracownicy i oczywiście zaangażowani lekarze. Chcę rozmawiać z każdym.

Dziś, po wyborach, to, czy ktoś głosował na mnie, czy na mojego poprzednika, nie ma już znaczenia. Liczy się to, jak może zaangażować się w działania Naczelnej Izby Lekarskiej.

Jaka będzie współpraca z okręgowymi izbami lekarskimi?

Będąc prezesem OIL w Warszawie, miałem poczucie, że z poziomu Naczelnej Izby Lekarskiej brakuje koordynacji działań w okręgach. NIL powinna łączyć i wspierać skuteczne działania izb okręgowych. Będę chciał taką koordynację wprowadzić na różnych polach – poczynając od wspólnych szkoleń dla rzeczników praw lekarza, dla działów medialnych izb, poprzez współdziałanie w zakresie rodzących się na bieżąco tematów, jak chociażby przywołany wcześniej problem lekarzy z niepełnosprawnościami czy wspólne decydowanie o tym, w jakim trybie wydajemy decyzje administracyjne, np. lekarzom zza wschodniej granicy, którzy zgłaszają się po prawo wykonywania zawodu. Planuję też unowocześnić biuro prawne, tak by powstał system, w którym okręgowe izby lekarskie mogą zgłosić się do NIL o wsparcie prawne i wyjaśnienie wątpliwości na poziomie skoordynowanym centralnie. Jesteśmy organem drugiego rzędu, w pierwszej kolejności to na izbach okręgowych leży cały ciężar wydawania decyzji administracyjnych. Muszą one czuć wsparcie pionu centralnego i planuję im je dawać.

A co chciałby pan zrobić dla środowiska lekarskiego?

Nie jestem związany ani ze środowiskiem naukowym, ani żadnym innym. Jestem po prostu lekarzem praktykiem, przedstawicielem środowiska lekarskiego. Wiem, w jakich warunkach pracują dziś polscy medycy i jakie mają problemy, bo sam je odczuwam. Sytuacja wymaga, aby postawić dziś akcenty na dwie lub trzy główne sprawy. Od nich powinniśmy zacząć działanie w samorządzie.

Na sztandarowy projekt wybrałem system no-fault i planuję zrobić wszystko, żeby wszedł on w życie, by lekarze nie musieli bać się kary za niezawiniony błąd medyczny czy za wystąpienie zdarzenia niepożądanego. Już zacząłem działać. Pierwsze dni to spotkania z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia, jestem też umówiony z osobami odpowiedzialnymi

KIM JEST NOWY PREZES NRL?

ŁUKASZ JANKOWSKI – lekarz, specjalista nefrologii, dotychczasowy prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie (od 2018 r.), członek Naczelnej Rady Lekarskiej. Absolwent podyplomowych studiów menedżerskich „Zarządzanie w Ochronie Zdrowia” na Uniwersytecie Warszawskim. Doktorant I Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Zawodowo związany z Kliniką Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych w Warszawie. Członek Rady Polityki Zdrowotnej m.st. Warszawy oraz Sektorowej Rady ds. Kompetencji – Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna. Organizator kampanii społecznych („Narodowy Kryzys Zdrowia” – 2019 r., „#niezapominaj” – 2020 r., „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem” – 2021/2022 r.), zwracających uwagę przede wszystkim na niedomogi systemowe w ochronie zdrowia, a ostatnio głównie na pogłębiający się problem braku dostępu do leczenia dla pacjentów zmagających się z chorobami innymi niż COVID-19.



za ten obszar w Ministerstwie Sprawiedliwości. Pukam do wielu drzwi, żeby przekonać decydentów, że warto nam zaufać i wdrożyć system no-fault. Dla lekarzy, ale przede wszystkim dla pacjentów.

Przed nami jest duża dyskusja o profesjonalizacji samorządowego pionu odpowiedzialności zawodowej. To także obszar w zakresie zainteresowania każdego lekarza.

Na czym miałyby to polegać?

W pionie odpowiedzialności zawodowej pracują wolontariusze z ogromną wiedzą ekspercką. Trzeba ich wesprzeć szkoleniami i skoordynować z poziomu centralnego wszystko to, co dzieje się w okręgach. Mam nadzieję ściśle



Media uwieczniają chwilę tuż po ogłoszeniu wyników.



Delegaci na XV Krajowy Zjazd Lekarzy w drodze do urn wyborczych.

współpracować z nowym Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej. Wiem, że potrzebne są pieniądze, żeby prowadzić szkolenia i zwracać realne koszty związane z pełnieniem funkcji rzecznika odpowiedzialności zawodowej i sędziego NSL. To nie powinna być praca, którą lekarz wykonuje po godzinach, ale taka, w którą może się w pełni zaangażować. W strukturach samorządu pion odpowiedzialności zawodowej musi być odpowiedni i adekwatny do tego, jakim jesteśmy zawodem.

Jak składka będzie wracać do lekarza?

Mam bardzo dobre doświadczenia z programem „Ubezpieczenie w składce”, który wprowadziliśmy w Okręgowej Izbie

CELE I PRIORYTETY

- wprowadzenie systemu no-fault
- wzmocnienie pionu odpowiedzialności zawodowej
- słuchanie, angażowanie i skuteczne działanie
- wsparcie dla członków samorządu i wpływ na opinię publiczną
- poprawa wizerunku lekarza i prestiżu zawodu
- stworzenie poczucia wspólnoty i pewności, że lekarz jest członkiem dobrze funkcjonującego samorządu, na który zawsze może liczyć

Lekarskiej w Warszawie. Prowadzę już rozmowy nad projektem wdrożenia takiej inicjatywy we wszystkich izbach okręgowych. Myślę, że byłby to dobry początek. Dziś składka jest pożytkowana w interesie lekarskim m.in. w obszarze działania organów odpowiedzialności zawodowej czy komisji ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu. Chcemy, by było to więcej.

Należy jednak pamiętać, że jeżeli chcemy utrzymać naszą samorządność, a przez to decydować sami o własnych sprawach, musimy pogodzić się z tym, że składkę na samorząd płacimy, ale lwia jej część powinna wracać do lekarzy. Pamiętam o tym.

Na ostatnim KZL delegaci zdecydowali o zmniejszeniu odpisu składki na Naczelną Izbę Lekarską z 15 proc. do 10 proc. właśnie po to, by więcej pieniędzy zostawało w okręgowych izbach. To pozwoli skuteczniej działać w interesie członków każdej z nich. Pieniądze powinny pracować na rzecz lekarzy.

NIL jest organem koordynującym i nie ma swoich członków, których mają izby okręgowe, dlatego z tego poziomu trudniej sprawić, by do nich wracała. Mam ambicje, żeby każda izba była dla szeregowego lekarza ostoją i miejscem, w którym będzie czuł się zaopiekowany, i do którego będzie mógł się zwrócić o pomoc, kiedy zajdzie taka potrzeba.



Oczekiwanie i radość wygranej.

Jak zamierza pan budować relacje z władzą, żeby głos samorządu przekładał się na realne zmiany?

Dialog z władzą jest dziś bardzo trudny. Mimo naszej otwartości i merytorycznych argumentów niewiele się zmienia. Dlatego stanowiska, które wydajemy, każdorazowo muszą być poparte ofensywą medialną. To jest coś, z czym władza jeszcze się liczy.

Priorytetem musi być działanie medialne skierowane do pacjentów. Trzeba wyjść poza nasze środowisko i szeroko nagłaśniać problemy, o których mówimy. A żeby to było skuteczne, musimy zabierać głos w sprawach naprawdę ważnych i wtedy krzyczeć głośno.

Konieczne jest wzmacnianie środowiska lekarskiego poprzez rozwój silnego i nowoczesnego, odpowiadającego potrzebom lekarzy, samorządu zawodowego.

Od 1 lipca wejdą w życie wyższe wynagrodzenia minimalne dla medyków, w tym dla lekarzy. Rząd mówi, że to sukces.

W wielu niedofinansowanych placówkach płaca minimalna staje się, z konieczności, płacą realną. Jeżeli, tak jak jest w tym projekcie ustawy, realne wynagrodzenie lekarza specjalisty ma wynosić 1,45 średniej krajowej i być niższe niż to, co wynegocjowali rezydenci w 2018 r. – wtedy to było 1,6 średniej krajowej – to taka propozycja absolutnie zasługuje na ocenę negatywną. Trzeba być realistą i zdawać sobie sprawę z tego, że w tej chwili na pewno trudno byłoby wywalczyć postulat samorządu trzech średnich krajowych dla specjalistów, ale oczekujemy zarysowania drogi dojścia do takiego wynagrodzenia, a nie uznania, że temat jest zakończony na poziomie 1,45 średniej i zabetonowania takiej pensji na lata. Nie tędy droga.

Tak nie zahamuje się odpływu kadry do innych krajów Europy. Z taką wysokością realnych zarobków, bo do tego sprowadza się ustawa o płacy minimalnej, jesteśmy niekonkurencyjni wobec innych krajów i nie będziemy mieć w Polsce lekarzy. Oni odpłyną za granicę albo będą się przebranżawiać.



Czy wizerunek lekarza trzeba poprawić?

To oczywiście, że tak. Pytanie tylko, jak należy to zrobić. Myślę, że potrzebne są celowane akcje medialne. Jedną z nich, czyli „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem”, mamy już za sobą. Naszym zamiarem było pokazanie ludzkiej twarzy lekarza. Chcieliśmy uzmysłowić społeczeństwu, że wykonujemy zawód, który jest ważny, ale mamy również swoje rodziny, problemy. Uczłowieczenie lekarza jest kluczowe, bo służy m.in. budowaniu zaufania między lekarzem a pacjentem. Będziemy korzystać z medialnej drogi kreowania wizerunku lekarza. Chcemy też uświadamiać społeczeństwu, że za niedoskonałości systemu i trudy pacjenta nie odpowiadają lekarze, lecz politycy.

Jest pan nefrologiem. Dlaczego akurat ta specjalizacja?

Przyznaję, że najpierw wybrałem miejsce pracy, potem specjalizację. Wiedziałem, że idę tam, gdzie jest świetna atmosfera, dlatego rozpocząłem staż w Szpitalu Klinicznym Dzieciątka Jezus w Warszawie. Wiedziałem, że w Klinice Medycyny Transplantacyjnej panują bardzo koleżeńskie relacje.

Najpierw wybrałem zespół, potem nefrologię. Nie zawiodłem się. Nie żałuję tego wyboru. Za mną naprawdę piękne lata doświadczeń. Polecam koleżankom i kolegom, którzy szukają dla siebie przyszłej drogi zawodowej, żeby zwracali uwagę nie tylko na wybór specjalizacji, ale też na to, gdzie będą ją odbywali. Ja mogłem liczyć na pełne wsparcie kierownictwa i prof. Magdaleny Durlik, za które bardzo dziękuję. Na takie wsparcie może liczyć każdy rezydent, który w klinice, gdzie pracuję, będzie odbywał specjalizację. Chciałbym, żeby każdy lekarz miał szczęście pracować w tak przyjaznym zespole. ■

XV KRAJOWY ZJAZD LEKARZY

Działamy uczciwie i w dobrej wierze

Z dr. Zbigniewem Kuzyszynem, nowo wybranym Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej, rozmawia Marta Jakubiak.

XV Krajowy Zjazd Lekarzy zdecydował, że to właśnie pan w IX kadencji samorządu lekarskiego będzie pełnił funkcję Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Gratuluje. Kim jest Zbigniew Kuzyszyn?

Jestem przede wszystkim lekarzem. Jednak kiedy zdecydowałem się podjąć działalność samorządową na poziomie okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, bardzo zainteresowało mnie prawo medyczne. Najpierw ukończyłem studia podyplomowe, potem zostałem magistrem prawa.

Jako specjalista chorób wewnętrznych i diabetologii mam za sobą pracę w kilku szpitalach, ale także w pogotowiu, ZUS-ie, administracji. Byłem też nauczycielem akademickim i dyrektorem Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu. Obecnie jestem ordynatorem Pododdziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Wojewódzkiego w Opolu. Dzięki tym wszystkim doświadczeniom zawodowym, mam szerokie spojrzenie na pracę lekarza. To pomaga w wypełnianiu obowiązków w pionie odpowiedzialności zawodowej.

Jeśli chodzi o orzecznictwo lekarskie, w IV kadencji zostałem zastępcą okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej i pełniłem tę funkcję przez osiem lat, równocześnie będąc członkiem komisji etyki lekarskiej opolskiej izby. W VI i VII kadencji byłem rzecznikiem okręgowym, a przez następną kadencję – zastępcą Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. W IX kadencji Krajowy Zjazd Lekarzy zdecydował, że to ja będę pełnił funkcję NROZ.

Dlaczego zdecydował się pan kandydować?

Kiedy dobiegała końca druga kadencja dra Grzegorza Wrony (NROZ VII i VIII kadencji – przyp. red.), zastanawialiśmy się w gronie jego zastępców, kto mógłby kontynuować jego pracę. Uważaliśmy, że powinien to być ktoś z grona okręgowych rzeczników bądź z grona zastępców. W pewnym momencie zapadła cisza i wówczas poczułem na sobie wzrok obecnych. Nie było wyjścia, musiałem spróbować. Zwłaszcza, że niedawno przeszedłem COVID-19. Bardzo ciężko. Spędziłem kilka tygodni w szpitalu, byłem podłączony do respiratora, potem pod ECMO. Lekarze byli przygotowani na najgorsze. Wyszedłem z tego. Dostałem drugie życie.



Zbigniew Kuzyszyn: – Samorząd lekarski postrzegany jest również przez pryzmat pionu odpowiedzialności zawodowej.

Wierzył pan w zwycięstwo?

Liczyłem się z tym. Jednak cieszyłbym się z każdego rozstrzygnięcia wyborów. Z jednej strony czuję się kompetentny i gotowy do podjęcia funkcji Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, ale gdyby wygrała moja kontrkandydatka, dr Anna Kot, miałbym pewnie łatwiejsze i spokojniejsze życie. Proszę spojrzeć na moje biurko. Z częścią tych teczek już się dziś zapoznałem, ale został jeszcze ogrom do przejrzania.

Zakładam, że nie są to zaległości po poprzednim NROZ...

Oczywiście, że nie (śmiech). To sprawy bieżące. Każdego dnia rzecznik musi się mierzyć z taką ilością dokumentów, bowiem tyle wpływa nowych spraw. To praca, która wymaga ogromnego poświęcenia, m.in. życia rodzinnego i zawodowego.

Być Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej to...

Wykonywać bardzo odpowiedzialną, trudną, ale niezwykle ważną pracę. W pierwszej instancji rzecznicy wszystko robią od początku do końca wg założonego przez siebie planu działania, w drugiej otrzymuje się sprawę już „zamkniętą” po zgromadzeniu dowodów. Naczelnny rzecznik musi zapoznać się z nią, porozumieć z rzecznikiem wcześniej prowadzącym sprawę, by zgłębić i zrozumieć niuanse danego postępowania, których w protokole przecież nie ma. Trzeba więc wykonać pracę podwójną – pójść tokiem myślenia poprzednika i pochylić się nad samą sprawą.

Bycie Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej to bardzo odpowiedzialna funkcja także z racji tego, że samorząd lekarski postrzegany jest również przez pryzmat pionu odpowiedzialności zawodowej. Jest ważna wizerunkowo.

Jakie postawił pan sobie główne cele?

Nie trzeba ich wymyślać. Są konkretne zadania do wykonania. Główny cel to wypełniać swoje ustawowe obowiązki najlepiej, jak można to robić, z korzyścią dla społeczeństwa i środowiska lekarzy.

Jak widzi pan współpracę z rzecznikami okręgowymi?

To organy niezależne od NROZ. Ważne, by procedury określone ustawą i stosowane przez wszystkich były jednolite, żeby prowadzone były w podobny sposób w każdej z izb. Tu upatruję istotną rolę Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej – w organizowaniu szkoleń, spotkań z sędziami sądów lekarskich, na których można przedstawiać oczekiwania czy zgłaszać uwagi dotyczące naszej współpracy.

Co powiedziałby pan lekarzowi, który jako obwiniony po raz pierwszy spotyka się z rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej?

Rzecznik nie jest wrogiem lekarza, na którego złożono skargę czy obwinionego. W toku postępowania sądowego zdarza się niekiedy nawet tak, że rzecznik, który wcześniej wnosił o ukaranie lekarza, prosi o jego uniewinnienie. Poza tym kary, o które wnosimy, nie mają na celu złamania komuś życia, tylko moralnego zadośćuczynienia pokrzywdzonemu, jeśli rzeczywiście doszło do przewinienia zawodowego. Pokazujemy, że jako środowisko nie tolerujemy zachowania stojącego w sprzeczności z prawem i Kodeksem Etyki Lekarskiej. Nad każdą sprawą zakończoną na etapie Naczelnego Sądu Lekarskiego pochyla się w sumie dwunastu lekarzy – sędziów i rzeczników. Postępowanie jest rozważne i sprawiedliwe. Choć ukarani mają zazwyczaj poczucie krzywdy, są też tacy, którzy rozumieją, za co i dlaczego karę ponieśli.

Z czego może wynikać takie całkowite negowanie własnej winy?

Lekarze czasem nawet nie wiedzą, że doszło do zdarzenia niepożądanego. Powikłania się zdarzają i tylko czasem są efektem błędu, a niezwykle rzadko świadomego braku staranności. Przecież nie może być tak, że każdą śmiercią w szpitalu zajmuje się prokurator, jeśli tylko rodzina ma taką wolę. Prokurator powinien wkraczać wyłącznie w sytuacjach,

Stoimy na straży dobrego imienia lekarza – jeśli nie popełnił przewinienia, oczyścimy go; jeśli je popełnił, musi wziąć za to odpowiedzialność. Działamy uczciwie i w dobrej wierze – jako rzecznicy i jako lekarze.

gdy dochodzi do rażącego zaniedbania, przestępstwa, świadomego działania na szkodę pacjenta.

Nowo wybrany prezes NRL, Łukasz Jankowski, mówił podczas swojego wystąpienia, że jednym z głównych jego celów będzie profesjonalizacja pionu odpowiedzialności zawodowej. Czy zgadza się pan z tym postulatem i dostrzega konieczność zmian w tym kierunku?

Ogromnie ważne jest, żeby do organów odpowiedzialności zawodowej nie trafiały osoby przypadkowe. Jeśli taki postulat miałby oznaczać właśnie to, jestem jak najbardziej za. Zawsze chcieliśmy, by do sądu i rzeczników trafiali ludzie, którzy czują pracę orzeczniczą, lekarze z mocną podbudową prawną.

Czy lekarze chcą podejmować się funkcji rzecznika odpowiedzialności zawodowej?

Nie wiem, czy jest jakaś izba, która nie ma problemu z kadrami... Właściwie wszystkie mają wakaty.

Z czego to wynika?

Niestety przez część środowiska lekarskiego jesteśmy postrzegani jako wrogowie. Takie podejście nie zachęca do podjęcia funkcji rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Nikt nie chce robić sobie wrogów z kolegów lekarzy. Ale przecież my nie jesteśmy wrogami. Ogromnie wierzę, że może się to postrzeganie zmienić. Kiedy zacząłem informować lekarzy, na których wpłynęła skarga, że nie wszczęłem postępowania, widziałem ich życzliwość. A przecież w przypadku większości skarg, które wpłynęły do mnie jako OROZ, odmawiałem wszczęcia postępowania. Wcześniej nie informowaliśmy o tym lekarzy, oni nawet nie wiedzieli, że do rzecznika odpowiedzialności zawodowej ktoś skargę złożył. Wprowadziłem więc taką zasadę, by informować lekarzy. Zakończony niedawno XV Krajowy Zjazd Lekarzy przyjął nowelizację regulaminu wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej, w której znalazły się zapisy o tym, że postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego doręcza się nie tylko pokrzywdzonemu i jego pełnomocnikowi, jeżeli został ustanowiony, ale także lekarzowi. Ponadto rzecznik przed wszczęciem postępowania wyjaśniającego może wystąpić do lekarza z wnioskiem o zajęcie pisemnego stanowiska w sprawie. To zmiany w dobrym kierunku.

Stoimy na straży dobrego imienia lekarza – jeśli nie popełnił przewinienia, oczyścimy go; jeśli je popełnił, musi wziąć za to odpowiedzialność. Działamy uczciwie i w dobrej wierze – jako rzecznicy i jako lekarze. ■

XV KRAJOWY ZJAZD LEKARZY

Tego chcą lekarze

Krajowy Zjazd Lekarzy wytycza kierunki działań NIL na kolejne lata i niczym barometr pokazuje stan nastrojów w środowisku. W trakcie obrad delegaci z całego kraju omawiają, a czasami spierają się o to, jakie cele powinny być priorytetowe dla samorządu.

Mariusz Tomczak dziennikarz

Chcąc szczegółowo omówić tematy, o których dyskutowano w trakcie trzydniowych obrad XV Krajowego Zjazdu Lekarzy (12-14 maja), zabrakłoby miejsca na łamach „Gazety Lekarskiej”. Prezydium zjazdu na różne sposoby starało się dyscyplinować delegatów do nierozwlekania wystąpień, bo czas nie jest z gumy, a spraw do omówienia było sporo.

CO CZYTA MINISTER ZDROWIA?

W trakcie KZL wiele postulatów wybrzmiało do mikrofonu na sali obrad, a niektóre kwestie znalazły swoje odzwierciedlenie w treści podjętych uchwał, apele i stanowisk. Nawet dość pobieżna lektura dokumentów przyjętych w głosowaniu przez delegatów unaocznia ogrom wyzwań i bolączek, z którymi mierzą się lekarze i lekarze dentyści. Dokumenty zjazdowe są niezwykle cenną podpowiedzią dla nowych władz NRL, ale również dla organizatorów systemu ochrony zdrowia. Ci ostatni też nas czytają, co w trakcie KZL w obecności kilkuset osób przyznał wiceminister zdrowia Piotr Bromber. Z rozbijającą szczerością powiedział, że jego szefa, ministra Adama Niedzielskiego, ubódł jeden z wywiadów opublikowanych kilka tygodni wcześniej w „Gazecie Lekarskiej”. Czy kierownictwo resortu zdrowia zareaguje równie krytycznie na uchwały, apele i stanowiska podjęte przez KZL, nie wiadomo, ale z pewnością dzięki poznaniu postulatów środowiska znacznie lepiej zrozumie jego oczekiwania.

ETYKA, STATUS I SZACUNEK

W specjalnej uchwale XV KZL przyjął program samorządu lekarskiego na lata

2022-2026. Podkreślono w nim m.in. potrzebę promowania przestrzegania zasad zawartych w Kodeksie Etyki Lekarskiej. To nie przypadek, bo wielu lekarzy za jedno z najważniejszych zadań izb lekarskich uważa stanie na straży zasad etycznych. W uchwale programowej zawarto też konieczność zintensyfikowania działań na rzecz poprawy wizerunku izb, statusu społecznego lekarzy i lekarzy dentyistów oraz wzmocnienia szacunku do obu zawodów, a także poszerzenia zakresu działania samorządu i jego kompetencji w obszarze

Dokumenty zjazdowe są cenną podpowiedzią dla władz NRL.

kształcenia przed- i podyplomowego. Te oczekiwania KZL mogą oznaczać zapowiedź nasilenia działalności informacyjnej skierowanej zarówno do członków izb, jak i opinii publicznej, nie wyłączając decydentów, dla których analiza nastrojów społecznych często odgrywa kluczową rolę przy podejmowaniu ważnych decyzji. Mogą również wiązać się z dalszym rozwojem Ośrodka Doskonalenia Zawodowego NIL, który w minionej kadencji szeroko rozwinął skrzydła. O tym, czy faktycznie tak się stanie, zdecyduje nowo wybrany prezes NRL Łukasz Jankowski, nowa NRL i członkowie Prezydium tego gremium.

ZAMACH NA SAMORZĄD ZAWODOWY?

Z uchwały programowej mocno wybrzmiewa potrzeba ochrony niezależności działań samorządu w obszarze

odpowiedzialności zawodowej oraz przyznawania prawa wykonywania zawodu. To znamienne, że początek obrad XV KZL zbiegł się z informacją o wpłynięciu do Trybunału Konstytucyjnego wniosku o zbadanie konstytucyjności przepisów dotyczących zasad przynależności do izb adwokackich i radcowskich. Wprawdzie dotyczy on Naczelnej Rady Adwokackiej i Krajowej Rady Radców Prawnych, ale nie wiadomo, czy wkrótce parlamentarzyści stojący za wnioskiem do TK nie zechcą „zająć się” ustawą o izbach lekarskich. Nie brakuje osób dążących do marginalizacji znaczenia samorządów zaufania publicznego, bo nie zawsze dostrzega się pełniącej przez nie rolę. Są politycy marzący o prowadzeniu ich na smyczy lub wręcz całkowitej likwidacji. Takie opinie są obecne nie tylko wśród działaczy partii związanych z obecnym obozem władzy.

SYSTEM PRZYJAZNY DLA KAŻDEGO

W uchwale programowej wskazano potrzebę „aktywnego współdziałania” (m.in. z ministrem zdrowia) na rzecz opracowania systemu ochrony zdrowia „przyjaznego dla pacjentów i lekarzy”, w którym ocena prawna niepożądanych zdarzeń medycznych nie skupiałaby się na szukaniu winnego. O tym, jak bardzo istotne jest to zagadnienie, świadczy dyskusja poprzedzająca przyjęcie apelu do premiera Mateusza Morawieckiego oraz ministrów sprawiedliwości i zdrowia o zmianę przepisów dotyczących zdarzeń niepożądanych. Zdaniem KZL zasadniczym celem powinno być wprowadzenie w Polsce tzw. systemu no-fault, co, nawiasem mówiąc, minister Adam Niedzielski obiecał prawie dwa lata temu tuż po objęciu urzędu, goszcząc

na posiedzeniu NRL. W projekcie ustawy o jakości w ochronie zdrowia przewidziano rozwiązanie stanowiące krok w tym kierunku, ale na pewno nie o to chodzi tysiącom lekarzy i samorządowi lekarskiemu. Wprawdzie mogą liczyć na poparcie m.in. ze strony Rzecznika Praw Pacjenta, ale na najwyższym szczeblu władzy, także w rządzie, nie brakuje bardzo silnego sprzeciwu wobec wprowadzenia dość rewolucyjnych, jak na polskie warunki, regulacji.

ALBO NO-FAULT, ALBO REGRES

Środowisko medyczne coraz głośniej domaga się odróżnienia w przepisach prawa działań podejmowanych w dobrej wierze, przy których może dojść do wystąpienia niepożądanego zdarzenia medycznego, od takich, gdzie jest zamiar spowodowania komuś krzywdy. Lekarze zabierający głos w czasie KZL byli przekonani, że po wprowadzeniu systemu no-fault dojdzie do ograniczenia zjawiska „medycyny asekuracyjnej”. Obecnie brak no-fault krępuje ręce lekarzom, przez co szkodzi pacjentom, a także zwiększa obawy młodych o wiązanie kariery zawodowej ze specjalizacjami o podwyższonym ryzyku wystąpienia sytuacji pozwogennych. Wydaje się, że zabieganie o no-fault stanie się jednym z priorytetowych celów władz NIL w IX kadencji. Nowy prezes NRL uznał to za jedną z kluczowych zmian, do których powinno dojść w nieodległej przyszłości. W przeciwnym razie polskie szpitalnictwo może czekać regres, czego nie przystępuje nawet szczodre dosypanie grosza. Bo to nie mury czy łóżka leczą, lecz medycy; bez nich nawet najlepiej wyposażony szpital to tylko budynek.

UCIAĆ ŁEB

BIUROKRATYCZNEJ HYDRZE

O tym, że w gabinetach lekarskich brakuje czasu na bezpośrednią komunikację z pacjentem, wiadomo od dawna, ale w ostatnich latach niewiele zrobiono, by coś się zmieniło na lepsze. Czas pracy lekarza, tak bezcenny dla pacjenta, zbyt często wypełnia ślęczenie nad stosem papierowych i elektronicznych dokumentów i formularzy. Nic dziwnego, że delegaci dostrzegli potrzebę zdopinowania władz samorządu IX kadencji w walce o zmniejszenie obciążeń administracyjnych. To nie jest nowy postulat, ale z uwagi na kolejne głowy wyrastające z biurokratycznej hydrze, nie powinno

zaskakiwać, że wybrzmiał w czasie KZL. Wobec tego, że na sali obrad nie brakowało przedstawicieli młodszego pokolenia lekarzy, przyzwyczajonych raczej do korzystania ze smartfonów i tabletek niż kartek i długopisów, to oczekiwanie zyskało dodatkowy wymiar.

APEL DO ROSYJSKICH LEKARZY

Czy tego chcemy, czy nie, sytuacja międzynarodowa wpływa na życie milionów Polaków, w tym również na to, o czym myślą i co robią lekarze i lekarze dentyści. Od trzech miesięcy wielu z przeżeniem i współczuciem śledzi wydarzenia za naszą południowo-wschodnią granicą. W czasie zjazdu środowisko lekarskie zaapelowało do swoich koleżanek i kolegów z Federacji Rosyjskiej, w tym także do działających w tym kraju organizacji lekarskich, o stanowcze i jednoznaczne potępienie agresji na Ukrainę, a w szczególności dokonywanych tam zbrodni, przypadków mordowania, grabieży i gwałtów na ludności cywilnej oraz ataków na szpitale i inne obiekty, w których udzielana jest pomoc medyczna. Apel podjęty przez zjazd to

kolejny głos polskich medyków dający wyraz przywiązania do idei humanitaryzmu. Ci, którzy na co dzień diagnozują i leczą, doskonale zdają sobie sprawę z tego, ile cierpienia powodują rosyjskie pociski, bomby i kule z karabinów.

O MEDYKACH SPOZA UE

Do sytuacji na Ukrainie, aczkolwiek w zupełnie innym kontekście, odnosi się także inny z przyjętych apeli. Otóż KZL zaapelował do ministra zdrowia o podjęcie działań legislacyjnych na rzecz uchylecia art. 7 ust. 2a-2k ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, z zastrzeżeniem lekarzy i stomatologów z Ukrainy, na czas trwającej tam rosyjskiej agresji. Chodzi o przepisy adresowane do osób mających kwalifikacje uzyskane poza Unią Europejską, dzięki którym mogą otrzymać PWZ na określony zakres czynności zawodowych, okres i miejsce zatrudnienia. Zjazd chciałby wprowadzenia przepisów obligujących osoby, które otrzymały PWZ w uproszczonym trybie, do przystąpienia do Lekarskiego Egzaminu Weryfikacyjnego w terminie 12 miesięcy (nie wszyscy wiedzą, na czym polega ten zupełnie nowy egzamin, więc spieszę z wyjaśnieniem: do LEW może przystąpić osoba, która uzyskała w państwie nienależącym do UE dyplom lekarza, uprawniający do wykonywania na jego terytorium zawodu lekarza, po ukończeniu co najmniej 5-letnich studiów). Z kolei w odniesieniu do osób pracujących jako lekarze specjaliści na podstawie trybu uproszczonego, KZL oczekuje wprowadzenia regulacji zobowiązujących do złożenia egzaminu analogicznego do PES.

„LEKARZE DWÓCH PRĘDKOŚCI”

Te postulaty nie powinny nikogo zaskakiwać, bo w minionej kadencji samorząd lekarski bardzo krytycznie ocenił obniżanie poprzeczki medykom z zagranicy, a wielu polskich lekarzy jest wręcz oburzonych przepisami, których gorącym orędownikiem stał się minister Adam Niedzielski. Doprowadziły one do pojawienia się „lekarzy dwóch prędkości” (w taki sposób ten mechanizm, jeszcze jako szef izby warszawskiej, określał prezes Łukasz Jankowski). Bezprecedensowe uchylene drzwi do rynku pracy w sektorze ochrony zdrowia w Polsce dokonane m.in. pod pretekstem braku lekarskich rąk do pracy w czasie pandemii, obecne kierownictwo resortu

Potrzebny przegląd specjalizacji

To, że zjazd domaga się utrzymania stażu podyplomowego, nie oznacza, że nie widzi potrzeby dokonania dużych zmian w obszarze kształcenia. W czasie obrad wybrzmiał głos o potrzebie dokonania przeglądu specjalizacji oraz powiązania kształcenia specjalizacyjnego z certyfikacją umiejętności. Mogłoby to przyczynić się do poprawy dostępności świadczeń zdrowotnych i przyspieszenia procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Dyskusja na temat liczby specjalizacji lekarskich toczy się od dawna, ale jak dotąd resort zdrowia nie zdecydował się na wprowadzanie poważniejszych zmian, choć wydaje się oczywiste, że skoro brakuje lekarzy, to kadrami należy zarządzać racjonalnie i, jakkolwiek to zabrzmi, oszczędnie, unikając zawężania uprawnień lekarzy i mnożenia specjalizacji.

zdrowia uważa za korzystne dla pacjentów. Ba, czasami można odnieść wrażenie, że uznaje to za epokowe osiągnięcie, powołując się na głosy zadowolenia niektórych dyrektorów szpitali, którzy dzięki nowym przepisom zyskali szansę na załatwienie części braków kadrowych.

CO ZE STAŻEM PODYPLOMOWYM?

W zawód lekarza wpisane jest stałe pogłębianie wiedzy, dlatego na zjazdach krajowych często podnoszone są kwestie dotyczące kształcenia przed- i podyplomowego. W jednym ze stanowisk podjętych przez ostatni ZKL za konieczne uznano utrzymanie stażu podyplomowego. Dyskusja na temat jego możliwej likwidacji powróciła jesienią za sprawą zgłoszonej przez Konferencję Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych i popartej przez ministra zdrowia propozycji jego zniesienia. W opinii zjazdu w obecnym systemie kształcenia staż podyplomowy stanowi integralny element edukacji, umożliwiający zdobycie umiejętności praktycznych niezbędnych w pracy, a obecnie program i przebieg studiów nie pozwala na pełne przygotowanie przyszłych lekarzy i lekarzy dentystów do rzucenia na głęboką wodę zaraz po uzyskaniu dyplomu. Zdaniem delegatów, likwidacja stażu w obecnych uwarunkowaniach groziłaby obniżeniem jakości przygotowania do podjęcia samodzielnego wykonywania zawodu. Stwarzałoby to potencjalne niebezpieczeństwo dla pacjentów i narażało młodych absolwentów medycyny na poniesienie odpowiedzialności cywilnej i karnej.

„ZAWODÓWKOM” GŁOŚNE „NIE!”

ZKL zaapelował do premiera i szefa resortu zdrowia o powrót do rozwiązań prawnych przewidujących kształcenie na kierunkach lekarskich i lekarsko-dentystycznych wyłącznie w uczelniach akademickich. Nie powinno to dziwić, zważywszy na bardzo krytyczne opinie płynące z ust wielu lekarzy po tym, gdy w ubiegłym roku minister Adam Niedzielski z ministrem edukacji i nauki Przemysławem Czarńskim zapowiedzieli tworzenie „zawodówek” dla lekarzy. Najpierw pojawiło się niedowierzanie, a potem obawy o zainicjowanie procesu „felczerizacji” zawodu lekarza. Ponadto zwrócono się do ministra zdrowia o podjęcie działań w celu poprawy organizacji Państwowego

Pomoc prawna 24 h na dobę

Wiele uwagi poświęcono kwestiom związanym z bezpieczeństwem prawnym, odgrywającym coraz większe znaczenie w codziennej pracy lekarzy i lekarzy dentystów. Apel do okręgowych rad lekarskich o zorganizowanie pomocy prawnej dostępnej przez całą dobę można uznać jako idący z duchem czasów. Wskazano w nim, że koordynacja tego wsparcia powinna znaleźć się w gestii rzeczników praw lekarzy działających przy OIL. Gdyby do tego doszło, pociągnęłoby to za sobą wzrost ich znaczenia. W klimat współczesności wpisuje się uchwała ZKL zobowiązująca NRL do podjęcia działań mających na celu wprowadzenie, dla osób zainteresowanych, możliwości przesyłania „Gazety Lekarskiej” i magazynów wydawanych przez OIL również za pośrednictwem poczty elektronicznej. Dyskusja poprzedzająca jej przyjęcie kolejny raz unaoczniała, że w środowisku lekarskim są zarówno zwolennicy, jak i przeciwnicy wydawnictw drukowanych. I trudno się dziwić, bo gusta czytelnicze były, są i pozostaną różne. Ważne, by mieć świadomość różnicy zdań.

Egzaminu Specjalizacyjnego ze szczególnym uwzględnieniem standaryzacji pytań testowych. To wyjście naprzeciw toczzonej w ostatnich latach dyskusji o nie zawsze poprawne formułowanie pytań, na co zwraca uwagę wielu młodych lekarzy, choć nie tylko oni podnoszą takie zarzuty.

O POROZUMIENIU Z REZYDENTAMI

Warto zwrócić uwagę na apel wzywający ministra zdrowia do realizacji zobowiązania wyrażonego w porozumieniu podpisanym w lutym 2018 r. z Porozumieniem Rezydentów OZZL w kwestii zniesienia obowiązku oznaczania na recepcie poziomu refundacji leku. Czas leci nieubłaganie, minęły już ponad trzy lata od zakończenia protestu rezydentów (wśród osób grających w nim pierwsze skrzypce był nowo wybrany prezes NRL), a środowisko wciąż nie doczekało się spełnienia tego zapisu. Ponadto ZKL zwrócił się do ministra

zdrowia o wpisanie „fachowych pracowników medycznych” na listę osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń zdrowotnych poza kolejnością. Na szczególną uwagę zasługują apele: o wprowadzenie przepisów premiujących podmioty prowadzące specjalizacje w procesie kontraktowania świadczeń z NFZ oraz o odbywanie specjalizacji z mikrobiologii lekarskiej przez lekarzy dentystów. To ostatnie rozwiązanie pozwoliłoby zwiększyć liczbę specjalistów w tej dziedzinie, umożliwiając pracę w zawodzie osobom, które ze względów zdrowotnych nie mogą jej kontynuować przy fotelu pacjenta. Wobec niedoboru kadr pomysł wydaje się być ciekawy.

POZ W OBLICZU PANDEMII

Delegaci zaapelowali do ministra zdrowia o lepsze wykorzystanie potencjału POZ w obliczu długu zdrowotnego narosłego w wyniku pandemii COVID-19. Zjazd, poza zwiększeniem nakładów finansowych, widzi potrzebę tworzenia zachęt dla młodych lekarzy do wybierania specjalizacji z medycyny rodzinnej oraz wprowadzenia rozwiązań umożliwiających dalszy rozwój lekarzom rodzinnym. Zwrócono również uwagę na konieczność zintegrowania systemów informatycznych, tak by poprawić przepływ informacji do i z opieki podstawowej. Sporo emocji wzbudziły kwestie finansowe. Delegaci opowiedzieli się m.in. za zmniejszeniem odpisu finansowego wnoszonego przez OIL na rzecz NIL do 10 proc. od kwoty składek, które wpłynęły na rachunki izb w poprzednim miesiącu kalendarzowym. Podjęcie uchwały w tej sprawie poprzedziła dyskusja, w czasie której podnoszono obawy, że mniejsze wpływy pociągną za sobą ograniczenie skali działania NIL, a przecież samorząd powinien rosnąć w siłę, rozszerzać zakres swojej działalności i podejmować kolejne inicjatywy, a to wszystko coraz więcej kosztuje, nie tylko z powodu wysokiej inflacji. ■

Nie wszystkie projekty apeli, uchwał czy stanowisk wniesione przez delegatów rozpatrzone w trakcie zjazdu. Te zaopiniowane przez Komisję Uchwał i Wniosków XV ZKL, którymi nie zdążyli się zająć delegaci, trafiają do NRL.



Lucyna Krysiak
dziennikarz

XV KRAJOWY ZJAZD LEKARZY

Lekarze dentyści IX kadencji

Łukasz Jankowski, nowo wybrany prezes NRL, zadeklarował podczas XV KZL (jeszcze jako kandydat), że kiedy wygra wybory, stanie murem za lekarzami dentydami i nie odwróci się od problemów, z którymi się mierzą. Chodzi m.in. o specjalizację, kształcenie podyplomowe i rażąco niskie kontrakty z NFZ na świadczenia dentystyczne.



Lekarze dentyści
podczas XV KZL.

Stomatolodzy w samorządzie lekarskim co jakiś czas zastanawiają się, czy lepiej im jest we wspólnocie ze wszystkimi lekarzami, czy może powinni zabiegać o odłączenie się i utworzenie własnego samorządu. Ostatnie lata dowodzą jednak, że w budowaniu struktur samorządowych są oni na równi z innymi lekarzami i dyskusja na temat odłączenia się znacznie przycichła. Może dlatego, że w samorządzie lekarskim głos lekarzy dentyistów coraz bardziej się liczy. Widocznym przykładem na poparcie tej tezy jest fakt, że prezesami sześciu okręgowych izb lekarskich w obecnej, IX kadencji, są właśnie lekarze dentyści. Decydują oni o sprawach wspólnoty lekarskiej nie tylko w swoich okręgach, ale jako prezesi, będąc z automatu

Do składu IX kadencji NRL wybrano 11 lekarzy dentyistów.

członkami Naczelnej Rady Lekarskiej, mają wpływ na kierunek i spektrum działań całego środowiska.

W PIONIE ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

W rozpoczynającej się IX kadencji samorządu lekarskiego stomatolodzy pełnią także ważne funkcje zastępców Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Są to lekarze dentyści: Anna Tarkowska (OIL w Warszawie), Jolanta Hańcka (OIL w Łodzi), Jacek Barański (OIL w Lublinie), Marek Szałkowski

(Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w Olsztynie) oraz Teresa Brzozowska-Matthews (Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu).

Anna Tarkowska jest zastępcą NROZ od początku reaktywowania izb lekarskich. – To trudna, odpowiedzialna i niewdzięczna praca, ale potrzebna. Jest coraz więcej skarg na lekarzy, nie wyłączając stomatologów, i trudno, żeby w sprawach dotyczących leczenia jamy ustnej wypowiadał się np. ginekolog. Uważam więc, że zastępców NROZ lekarzy dentyistów jest w naszym gronie i tak za mało – przekonuje Anna Tarkowska. Jej zdaniem wśród nowych zastępców są potrzebni lekarze dentyści, ze świeżym spojrzeniem na sprawy trafiające do rzeczników odpowiedzialności zawodowej, choćby ze względu na ich złożoność. Taka konfrontacja na pewno wiele wnosi.

Jolanta Hańska znalazła się po raz pierwszy w gronie zastępców NROZ, chociaż doświadczenie w tej dziedzinie zdobyła, pełniąc funkcję zastępcy rzecznika odpowiedzialności zawodowej w swojej izbie okręgowej. – Nie obawiam się tej pracy, bo wiem, na czym ona polega, jednak do zastępców na szczeblu NROZ trafiają sprawy najbardziej skomplikowane i sama jestem ciekawa, jaki to jest stopień trudności – tłumaczy Jolanta Hańska. Najwięcej zarzutów pacjentów wobec stomatologów dotyczy świadczeń z zakresu ortodoncji, protetyki i stomatologii zachowawczej. Najmniej (są to pojedyncze przypadki) jest spraw z zakresu chirurgii szczękowo-twarzowej.

Stomatolodzy, którzy znaleźli się wśród członków Naczelnego Sądu Lekarskiego IX kadencji, to: Joanna Wysokińska-Miszczuk (Lubelska Izba Lekarska w Lublinie), Piotr Sobiech (OIL w Warszawie), Ewa Miękus-Pączek (OIL w Warszawie), Mariola Łyczewska (OIL w Gdańsku) i Michał Telega (OIL w Krakowie).

Podczas XV KZL delegaci wybierali także m.in. członków Naczelnej Komisji Rewizyjnej i Krajowej Komisji Wyborczej. W tych organach także znaleźli się stomatolodzy. W NKR są to: Małgorzata Nakraszewicz (Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu), Mirosława Maszluha (OIL w Gdańsku), Jacek Szkutnik (Lubelska Izba Lekarska w Lublinie), a w KKW: Jacek Kotuła (OIL w Zielonej Górze), Joanna Maślankowska (OIL w Płocku), Mery Topolska-Kotulecka (OIL w Warszawie), Piotr Kuchta (OIL w Warszawie).

PARTNERSTWO W DZIAŁANIU

Nowo wybrany prezes NRL Łukasz Janowski w swoim exposé powiedział, że w pracy samorządowej kluczowe są dla niego słuchanie, angażowanie i skuteczne działanie. Naczelna Rada Lekarska to forum, gdzie te deklaracje w największym stopniu będą konfrontowane z opiniami jej członków. Dla lekarzy dentyistów NRL to miejsce, gdzie przedstawiają decyzje zapadające na posiedzeniach Komisji Stomatologicznej NRL. Biorąc udział w dyskusjach i głosowaniach uchwał, opracowywaniu stanowisk oraz apeli dotyczących wszystkich zrzeszonych w samorządzie lekarskim, są współtwórcami wizji działań NRL i wytyczania ich kierunku.

Do składu NRL IX kadencji wybrano 11 lekarzy dentyistów. Są to: Dariusz Paluszek (OIL w Warszawie), Paweł Barucha (Świętokrzyska Izba Lekarska w Kielcach), Dariusz Samborski (OIL w Lublinie), Marek Rogowski (Bydgoska Izba Lekarska w Bydgoszczy), Andrzej Siarkiewicz (OIL w Warszawie), Maciej Sikora (Świętokrzyska Izba Lekarska w Kielcach), Marcin Szczęśniak (OIL w Gdańsku), Jolanta Szczurko (OIL w Białymstoku), Radosław Maksymowicz (OIL w Rzeszowie), Halina Borgiel-Marek (OIL w Katowicach), Leszek Dudziński (Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w Olsztynie).

Jeśli jednak doliczyć do nich sześciu prezesów stomatologów izb okręgowych, którzy obligatoryjnie wchodzi w skład NRL, ta liczba wzrasta do 17. Paweł Barucha, stomatolog i prezes ORL Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej w VII i VIII kadencji podkreśla, że liczba lekarzy dentyistów wybranych na prezesów okręgowych izb lekarskich świadczy o ich prestiżu w oczach całego środowiska. – Lekarze stanowią w naszym samorządzie znaczącą większość, więc aby powierzyć prezesurę lekarzowi dentyście, trzeba mieć do niego i jego programu ogromne zaufanie – mówi Paweł Barucha. Tym większy to prestiż, że stomatologom zaufały duże izby, np. OIL w Gdańsku, OIL w Krakowie czy Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska. – To świadczy o tym, że lekarze dentyści są partnerami w działaniu i ich pozycja w samorządzie lekarskim jest ugruntowana – podkreśla Paweł Barucha.

WYJĄTKOWA KADENCJA

XV KZL poprzedziło ostatnie w minionej kadencji posiedzenie Komisji Stomatologicznej NRL. Jej przewodniczący oraz wiceprezes NRL VIII kadencji Andrzej Cisko powiedział, że była to kadencja wyjątkowa, ponieważ w tych trudnych, pandemicznych warunkach, na lekarzy dentyistów spadło wiele problemów do rozwiązania jednocześnie. Chodzi m.in. o cyfryzację, RODO, politykę rtęciową, dane o odpadach, nowe prawo atomowe, a także walkę o wyższe finansowanie i wycenę świadczeń refundowanych. Udział stomatologii w budżecie NFZ wynosi już poniżej 2 proc., co oznacza, że rocznie publiczny płatnik przeznacza na leczenie każdego pacjenta 52 zł. Z tego powodu lekarze dentyści gremialnie rezygnują z kontraktów z NFZ.

Bilans wyborów

Wśród zastępców Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej 24 proc. stanowią lekarze dentyści, w składzie Naczelnej Rady Lekarskiej – 22 proc., w Naczelnym Sądzie Lekarskim – 13,5 proc., a w Naczelnej Komisji Rewizyjnej i w Krajowej Komisji Wyborczej – po 20 proc. Średnia uczestnictwa stomatologów we władzach samorządowych na szczeblu centralnym wynosi 18 proc.

Spotkanie, o które NRL zabiegała od tygodni w sprawach kontraktów, ostatecznie odbyło się 13 maja, a następne planowane było na 24 maja (w tym dniu „GL” trafiła do druku). Zarówno podczas specjalnie zorganizowanego dla delegatów stomatologów spotkania przedjazdowego, jak i podczas dyskusji zjazdowej, Andrzej Cisko podkreślał wagę szerokiej palety zainteresowań ustępującej komisji, co ma swoje odzwierciedlenie w 13-stronnicowym sprawozdaniu kadencyjnym. Dowodził w nim m.in., że mit o zajmowaniu się izb lekarskich tylko kontraktami, jest całkowicie nieprawdziwy i szkodzi samorządowi.

Dariusz Paluszek, członek NRL VIII i IX kadencji, a także Komisji Stomatologicznej NRL, zauważa, że walka o wysokość nakładów na publiczną stomatologię i wyceny poszczególnych świadczeń ciągnie się od początku reaktywowania samorządu lekarskiego i, mimo że są to bardzo dolegliwe tematy, na ten moment dla lekarzy dentyistów są bardzo ważne, ale nie priorytetowe. – Priorytetem dla naszego środowiska jest kondycja praktyk lekarskich, które w znacznym stopniu ucierpiały z powodu pandemii, rosnących cen materiałów, energii elektrycznej, inflacji i wielu innych niesprzyjających okoliczności, także wojny w Ukrainie – tłumaczy Dariusz Paluszek i zaznacza, że obecnie prawie każdy lekarz dentyista jest przedsiębiorcą, często zatrudnia w swojej praktyce także inne osoby i coraz trudniej jest to przedsiębiorstwo utrzymać. Jego zdaniem należy pilnie szukać nowych i bardziej skutecznych rozwiązań tych problemów przy wsparciu samorządu lekarskiego. ■

Trzy dni zjazdu to nie tylko głosowania, choć wybory przykuwały wielką uwagę i wzbudziły sporo emocji. To także wiele dyskusji, zarówno na sali obrad, jak i w kulisach, oraz okazja do wręczenia odznaczeń osobom wyróżniającym się w środowisku lekarskim. Więcej zdjęć do zobaczenia w naszym portalu internetowym www.gazetalekarska.pl.





FOTO: DARIUSZ HANKIEWICZ / MARTA JAKUBIAK / ARTUR PEDRYC

Reprezentanci izb w organach NIL



GazetaLekarska.pl

Podczas XV Krajowego Zjazdu Lekarzy (12-14 maja w Warszawie) odbyły się wybory do organów Naczelnej Izby Lekarskiej i Krajowej Komisji Wyborczej IX kadencji samorządu lekarskiego.

Ilu reprezentantów poszczególnych okręgowych izb lekarskich zostało wybranych do tych organów?

Prezesem NRL został członek OIL w Warszawie. Wśród 50 osób wybranych podczas zjazdu do nowej kadencji NRL znalazło się dziewięć osób z warszawskiej izby, sześć – z Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, pięć – z OIL w Łodzi, cztery – z OIL w Gdańsku, po trzy – ze Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej i Lubelskiej Izby Lekarskiej, po dwie – z Beskidzkiej Izby Lekarskiej, Bydgoskiej Izby Lekarskiej, Śląskiej Izby Lekarskiej, Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej, OIL w Rzeszowie, OIL w Szczecinie, a po jednym – z OIL w Białymstoku, OIL w Częstochowie,

OIL w Krakowie, Opolskiej Izby Lekarskiej, OIL w Tarnowie, Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, OIL w Zielonej Górze, Wojskowej Izby Lekarskiej (w skład NRL wchodzi jeszcze – z urzędu – każdy prezes okręgowej rady lekarskiej) i prezes NRL.

W składzie 21 zastępców NROZ znalazło się sześciu członków OIL w Warszawie, trzech – ze śląskiej izby, dwóch – z OIL w Łodzi, a także po jednym z dziesięciu izb (bydgoskiej, lubelskiej, warmińsko-mazurskiej, opolskiej, wielkopolskiej, wojskowej, OIL w Białymstoku, OIL w Rzeszowie, OIL w Szczecinie, OIL w Zielonej Górze). Nacelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej został członek OIL w Opolu.

37-osobowy skład członków NSL tworzą: dziewięć osób z warszawskiej izby, pięć – ze śląskiej izby, czterech – z gdańskiej izby, trzech – z OIL w Łodzi, po dwóch – z izby świętokrzyskiej,

lubelskiej, opolskiej, dolnośląskiej, OIL w Szczecinie, OIL w Krakowie, po jednym – z izby bydgoskiej, płockiej, wielkopolskiej i wojskowej.

Decyzją delegatów w Naczelnej Komisji Rewizyjnej IX kadencji znalazło się po dwóch członków z OIL w Gdańsku, OIL w Krakowie, izby lubelskiej, płockiej, dolnośląskiej, po jednym z OIL w Łodzi, OIL w Szczecinie, OIL w Zielonej Górze, a także izby warmińsko-mazurskiej oraz wojskowej.

Z Kolejną Krajową Komisję Wyborczą tworzy 20 osób, w tym po trzy – z OIL w Warszawie i izby wielkopolskiej, po dwie – z OIL w Częstochowie, OIL w Łodzi, a także izby lubelskiej, a po jednej z ośmiu izb (beskidzka, opolska, płocka, dolnośląska, wojskowa, OIL w Rzeszowie, OIL w Szczecinie, OIL w Zielonej Górze).

Szczegółowe wyniki wyborów są dostępne na www.nil.org.pl, a pełna relacja z XV KZL na www.gazetalekarska.pl. ■

Wojskowi wreszcie na swoim

Od 1 maja Wojskowa Izba Lekarska działa pod nowym adresem – przy ul. Jana Pawła Woronicza 15 w Warszawie. Jednogłośnie decyzja o zakupie nieruchomości, gdzie mieści się nowa siedziba izby, zapadła w marcu br. podczas okręgowego zjazdu wojskowych lekarzy. Teraz mają oni do dyspozycji ok. 550 mkw. powierzchni, na których zmieszczą się nie tylko pomieszczenia biurowe, ale też m.in. sala szkoleniowa i lokale dla organów odpowiedzialności zawodowej.

Przez ostatnich kilka miesięcy siedziba izby zlokalizowana była w wynajętym lokalu przy ul. Edwar-da Jelinka 48 w Warszawie. Było to tymczasowe rozwiązanie – na czas poszukiwań miejsca docelowego. Wcześniej, przez kilkanaście lat, Wojskowa Izba Lekarska funkcjonowała w wynajmowanym lokalu przy ul. Koszykowej 78 w Warszawie (musiała się przeprowadzić jesienią ub.r. po otrzymaniu wypowiedzenia umowy użyczenia lokalu). ■

Zmiana we władzach bydgoskiej izby

Szymon Suwała, wybrany pod koniec marca przez okręgowy zjazd lekarzy na prezesa Bydgoskiej Izby Lekarskiej IX kadencji, złożył rezygnację z pełnienia tej funkcji. W oficjalnym piśmie skierowanym do okręgowej komisji wyborczej poinformował, że podjął tę decyzję z powodów zdrowotnych i osobistych. Do czasów wyborów nowego prezesa jego obowiązki przejmie Aleksandra Śremska, wiceprezes BIL. ■

Czterech rzeczników w Wielkopolsce

O prawa lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w IX kadencji zadba aż czterech rzeczników. Są nimi wiceprezesi: Marcin Karolewski – Rzecznik Praw Lekarza, dr Stanisław Dzieciuchowicz – Rzecznik Praw Lekarza Seniora, Mateusz Szulca – Rzecznik Praw Młodego Lekarza, a także Jacek Zabielski – Rzecznik Praw Lekarza Dentysty. – Jest to próba ułatwienia dostępu, skrócenia dystansu, pokazania, że

jesteśmy dla Was, że możecie się do nas zgłaszać ze swoimi problemami. Wydaje mi się, że lekarzowi na rezydenturze znacznie łatwiej będzie porozmawiać z Mateuszem, seniorowi ze Stanisławem. Jacek znacznie lepiej niż Marcin zrozumie stomatologa, z kolei nikt tak jak Marcin nie wczuje się w sytuację szpitalnika – wyjaśnia prezes Okręgowej Rady Lekarskiej WIL dr Krzysztof Kordel. ■

Polsko-ukraiński piknik medyczny

22 maja Beskidzka Izba Lekarska zorganizowała (wspólnie z gminą Bielsko-Biała i senatorką Agnieszką Gorgoń-Komor) polsko-ukraiński piknik medyczny. Wydarzenie miało wspomóc integrację Polaków z uchodźcami, którzy uciekli z ogarniętej wojną Ukrainy. Podczas pikniku można było skorzystać z bezpłatnych porad specjalistów (kardiologia, internia, onkologia, stomatologia, chirurgia, pediatria, urologia, psychiatria, neuropatologia), zorganizowano także warsztaty z resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Na miejscu byli również tłumacze, był też poczęstunek.

Beskidzka Izba Lekarska organizuje kolejną już akcję pomocy Ukrainie – tym razem paczkę przetrwania. Izba przygotowuje pakiety dla dzieci i dorosłych, które powinny wystarczyć na przetrwanie przez tydzień w rejonach Ukrainy pozbawionych dostaw żywności, środków higienicznych i podstawowych leków. Można wesprzeć akcję, wpłacając darowiznę, lub samodzielnie przygotować paczkę (na stronie izby można znaleźć listę produktów, które powinny się w niej znaleźć). Dary przyjmowane są w siedzibie BIL. ■

Konferencja dla lekarzy dentystów



Zbliża się szósta edycja Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych – jednego z najważniejszych dentystrycznych wydarzeń naukowych w Polsce. Konferencja odbędzie się w dniach 10-12 czerwca w Serocku pod Warszawą, organizatorami są Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, Komisja ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie, Warszawski Uniwersytet Medyczny i Centrum Kariery Lekarza.

Program obfituje w kilkadziesiąt wykładów z niemal każdego obszaru wiedzy stomatologicznej, które zostaną przedstawione przez wykładowców akademickich, a także konsultantów krajowych i wojewódzkich. Za udział w konferencji lekarzom denty stom przysługują aż 25 punktów edukacyjnych. Szczegóły na www.izba-lekarska.pl ■



Wzbudzanie zaufania – kompetencja miękka czy twarda?

Kilka tygodni temu do NIL wpłynęło imienne zaproszenie dla mnie do wzięcia udziału w konferencji i warsztatach, które w tytule i w programie miały „komunikację w medycynie”. W pierwszym odruchu nastroszyłem się, ponieważ zaproszenie to było z gatunku „nie do odrzucenia”.

Krzysztof Madej

Rektor mojej uczelni, z sobie tylko wiadomych powodów (ja ich nie znam), wytypował mnie do „pracy” w gremium osób zaproszonych z różnych instytucji i organizacji. Ponieważ – strawestuję tu klasyka – „rektorowi się nie odmawia”, inaczej mówiąc, wypadało mi uznać, że prośba jest rozkazem i „ochoczo” pobiegłem na wspomnianą imprezę.

Warto zauważyć na wstępie, że coś, co hasłowo określa się „komunikacją w medycynie”, należy do coraz szerszego nurtu propagującego nabywanie tzw. kompetencji miękkich. Nazwanie, bo nie zdefiniowanie, tych kompetencji jest cokolwiek trudne, co widać w samej nazwie, która wydaje się być prostym i niedoskonałym tłumaczeniem angielskiego terminu: soft skills. W polskim tłumaczeniu nawiązuje do konsystencji, co jest pewną przewrotną metaforą, a przecież chodzi o sprawności charakterologiczne, osobowościowe i kulturowe. Ale powyższe też nie brzmi dobrze.

Wyobrażam sobie taką rozmowę zatrudnianego lekarza z dyrektorką zakładu opieki zdrowotnej. Po sprawdzeniu wszystkich dokumentów, uprawnień i rekomendacji, pada pytanie: czy posiada pan doktor kompetencje miękkie? Oj tak, pani dyrektor, bardzo miękkie!

Podstawowym powodem moich obiekcji towarzyszących mi w zdążaniu na gościnne, dla wspomnianych warsztatów, salony firmy o nazwie „Wework” (chętnie mój szpital nazwałbym „Weheal”), jest to, że wyjściowo mam sceptyczny stosunek do tych tzw. kompetencji miękkich. Może nie tyle do tych, tak dziwnie nazywanych, właściwości osobowościowych oraz sprawności ducha i rozumu, ale do tego upowszechnionego przekonania, że owe szlachetne przymioty i przejawy osoby ludzkiej w jej relacjach społecznych mogą być uzyskiwane w drodze krótkich

kursów. Najlepiej przeprowadzanych online, czyli bez międzyludzkiej, osobistej relacji szkolącego i szkolonych. Zawsze fascynowała mnie ta maniera, że pomimo technicznych możliwości uczestnicy różnych spotkań i szkoleń online wyłączają kamery, i zadowolają się komunikacją między sobą tylko na planie akustycznym. W kontekście tematu głównego naszych rozważań, to dodatkowa komplikacja logiczna, bo przecież mówimy o komunikacji. Wszak jeden nerw wzrokowy prowadzi od 0,8 do 1,2 mln włókien nerwowych, a nerw przedsionkowo-ślimakowy tylko 30 tys. włókien. Do tego dochodzi jeszcze smak, węch, dotyk i coś, co nazwę czuciem głębokim, i wcale nie mam tu na myśli propriocepcji.

Ostatnimi czasy wybuchła jakaś żywiołowa moda na szkolenia w zakresie kompetencji miękkich. Jak grzyby po

deszczu powstają firmy instruujące, jak radzić sobie w tym trudnym i niesprzyjającym każdemu z nas środowisku, jaką jest ciżba ludzka wokół, a i izby lekarskie uwijają się jak w ukropie i proponują coraz szerszą ofertę szkoleń dla swoich członków w zakresie kompetencji miękkich. Czegóż my tu nie mamy? „Zarządzanie emocjami

jako element wzmacniania swojej odporności psychicznej”, „praca z pacjentem w praktyce lekarskiej w ujęciu psychologicznym”, „budowanie i zarządzanie zespołem medycznym”, „jak przyciągnąć lekarzy i stworzyć prorozwojowe i przyjazne środowisko pracy” itp. itd. Czyli jak spuentował to kiedyś mój znajomy: jak wygaszać konflikty lub celowo je wywoływać, a następnie zwycięsko je wygrywać dla swoich niecznych celów.

Mam wrażenie, że te kursy stały się substytutem czytania ze zrozumieniem, czyli z dodatkowym wysiłkiem, jakim jest myślenie z intencją prorozwojową. Czytanie rzeczywiście jest czynnością powoli zanikającą. W szkoleniu nie

Po sprawdzeniu wszystkich dokumentów, uprawnień i rekomendacji, pada pytanie: czy posiada pan doktor kompetencje miękkie? Oj tak, pani dyrektor, bardzo miękkie!

trzeba czytać, wykładowca mówi w skrócie, i nie trzeba myśleć, bo prowadzący już wszystko za nas przemyślał i jeszcze wyciągnął wnioski praktyczne. Czegoż chcieć więcej.

Byłem kiedyś świadkiem rozmowy sceptyków i entuzjastów któregoś z wątków szkoleniowych w tym zakresie. Ktoś poirytowany przedłużającą się wymianą argumentów zareplikował krótko: „ale przecież pacjent ma prawo oczekiwać, żeby lekarz nie był chamem”. Inny wypalił „to zrobimy kurs, jak nie być chamem w medycynie”. Po tym dalsza dyskusja stała się bezprzedmiotowa, a ja coś czuję, że zapisałbym się na taki kurs, bo obawiam się, że czegoś w tym względzie może mi brakować i mógłbym nie spełniać oczekiwań swoich pacjentów.

Wszystko to są tematy z obszaru kompetencji miękkich, tylko że gdy zaczynamy mówić o komunikacji w medycynie, to oznaczać to ma jedynie jednostronną relację lekarz – pacjent. Aspekty komunikacji pomiędzy lekarzami, lekarzami i pozostałymi pracownikami placówek ochrony zdrowia (np. i szczególnie ze studentami), lekarzami i ich pracodawcami oraz różnymi elementami żywo-
łu społecznego, od jednostek do grup społecznych, instytucji i organizacji, pozostają rozproszone w innych tematach.

Dlaczego tak się dzieje? Odpowiedź na to pytanie pojawiła się w czasie warsztatów, kiedy okazało się, że najsilniejsza argumentacja i motywacja uzasadniająca wychodziła od przedstawicieli kadry zarządzającej i organów założycielskich i ubezpieczycieli. Rola lobby ubezpieczeniowego jest tu kluczowa. Uważa się bowiem, że najwięcej roszczeń z powodu niezadowolającej jakości i efektów leczenia ma wspólny mianownik w niewłaściwej komunikacji, a więc w niewłaściwym przepływie informacji. Od lekarza do pacjenta.

Sądzę też, że ta moda bierze się z pewnej bezradności w zapanowaniu nad dekompozycją systemu ochrony zdrowia i z pocieszającej nadziei, że naprawa funkcjonowania ostatniego ogniwa realizowania opieki zdrowotnej uszlachetni system i poprawi jego efektywność, a wyższych ogniw zarządczych nie trzeba będzie ruszać, zresztą nie wiadomo, jak to zrobić.

Przedstawiono koncepcję oceny jakości świadczenia zdrowotnego uwzględniającą także jakość komunikacji medycznej jako podstawę do różnicowania wyceny świadczenia.

A ja tam jestem za „kompetencjami twardymi”. Skoro nieudolnie tłumaczymy z angielskiego na polski, to hajże odwrotnie: heavy metal skills. Rzetelna wiedza, evidence-based medicine, oparta na twardych, naukowych dowodach, wysoka kultura, żelazne zasady, twarde postanowienia. Tylko że tego się nie osiągnie na krótkich kursach dodatkowych. A szkoda. Chętnie skończyłbym kurs wysokiej kultury humanistycznej i zawodowej. Oprawiłbym sobie certyfikat w ramki i powiesił na ścianie. Wtedy wszyscy by widzieli, że jestem kulturalny, a tak mogą być wątpliwości.

Tym niemniej wyszedłem udelektowany. To tak jak w życiu, nie chce się ruszyć z kanapy i oddać zajęciom sportowym, a jak już się człowiek przemoże i zmusi, to potem się

cieszy, że czuje się lepiej i nie może się nadziwić i uwierzyć, że mu się nie chciało.

Wyszedłem udelektowany, bo utwierdziłem się w przekonaniu w tym, co wiem od dawna, że od prób rozwiązywania drobnych efektorowych problemów polskiej medycyny do prawdziwej i społecznie korzystnej refleksji systemowej, z politycznymi i administracyjnymi skutkami, droga bardzo daleka i aktualnie nie do przebycia.

Jest jeszcze drugi powód poznawczy, który sprawił mi satysfakcję z udziału w „warsztatach”. Jedna z osób otwierająca konferencję i warsztaty powołała się na publikację pt. „Public Trust In Physicians – U.S. Medicine In International Perspective” (N Eng J of Med. 371;17, October 2014). Jest to raport z cyklicznie powtarzanego w wielu krajach badania społecznego (w oryginale: publicznego) zaufania do lekarzy i ma on charakter analizy porównawczej. Tym razem chodziło o Stany Zjednoczone. Badanie przeprowadzone jest w 29 krajach uprzemysłowionych i Polska

w tym rankingu znajduje się na ostatnim 29. miejscu. Metodologia tego badania jest dosyć skomplikowana i nie miejsce na jej opisywanie. W skrócie badane są trzy parametry: zaufanie do lekarzy, zaufanie do liderów systemu ochrony zdrowia (czyli zarządzających) i zaufanie do całego systemu. Najsilniejszy-

mi relacjami w tym układzie jest zaufanie do lekarzy, które oddziałuje na postrzeganie systemu i zaufanie do systemu, co rzutuje na postrzeganie pozycji lekarzy. Uderzyło mnie, że czym innym w badaniach tego typu może być prestiż zawodu, a czym innym zaufanie. Wydawać by się mogło, że prestiż powinien być prostą funkcją zaufania, lecz sprawa jest bardziej skomplikowana. W Polsce badanie zaufania do lekarzy ma też już dosyć długą praktykę, bodajże od 2001 r. Mam wrażenie, że to przyszło z polityki i z badaniem stanu ducha elektoratu przy pomocy takiego parametru, jakim jest zaufanie, bo to najsilniej przekłada się na decyzję wyborczą. Na początku mojej „kariery” lekarskiej mówiło się tylko o prestiżu (w dzisiejszej dobie 4-6. miejsce, po strażakach, ratownikach medycznych i pielęgniarkach, kiedyś 3. – po profesorze uniwersyteckim i księdzu).

Prestiż to prestiż, polata wysoko sam z siebie, jak Duch Święty, a zaufanie trzeba budować i spełniać niezbędne dla niego warunki. Takim warunkiem ma być prawidłowa komunikacja medyczna, w której trzeba się szkolić. Kiedy w kuluarach zapytałem, czy można się wyszkolić w charyzmie, erudycji, komunikacji i autorytecie, odpowiedziano: „można nie czuć muzyki i rytmu i nie umieć tańczyć, ale jak się pójdzie na kurs tańca, to nikt się nie pozna, że ma się pierwszy stopień umuzykalnienia, tj. że się odróżnia, czy grają, czy nie”.

Czyż temat: „jak budować prestiż i zaufanie do lekarzy, ich godność i wysoką pozycję społeczną” nie jest doskonałym tematem do szkoleń w izbach lekarskich? Chętnie bym się zapisał na takie szkolenie albo mogę je też przeprowadzić. Wszystko jedno. ■

A ja tam jestem za „kompetencjami twardymi”. Skoro nieudolnie tłumaczymy z angielskiego na polski, to hajże odwrotnie: heavy metal skills.

W KOMPUTERZE LUB SMARTFONIE

Fotorelacje z KZL



W dniach 12-14 maja odbył się XV Krajowy Zjazd Lekarzy. „Gazeta Lekarska”, tak jak w poprzednich latach,

relacjonowała na żywo jego przebieg w portalu internetowym, a po raz pierwszy dodatkowo na Facebooku, więc trzydniowe obrady można było śledzić za pośrednictwem komputerów, smartfonów czy tabletów. W czasie obrad nie brakowało emocji, a w naszym portalu nie brakuje zdjęć, którymi udokumentowaliśmy te niezwykle istotne dla środowiska lekarskiego dni. Zachęcamy do obejrzenia naszych fotorelacji, zwłaszcza delegatów, być może na zdjęciach odnajdą siebie? ■

Skóra z butelki

Najpierw pobiera się od oparzonego pacjenta fragment skóry, która nie uległa oparzeniu, potem przez kilka tygodni trwa hodowla jej komórek w specjalnej butelce, by wreszcie umieścić je w częściowo zagojonej ranie oparzeniowej. W taki sposób specjaliści z Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich, które jest czołową placówką w kraju w zakresie leczenia urazów oparzeniowych i ran przewlekłych, pomagają pacjentom przywrócić naturalny wygląd skóry i poprawić komfort życia. Hodowlą skóry z fragmentu pobranego przez chirurgów zajmują się pracownicy Banku Tkanek CLO. – To proces, który trwa 2-3 tygodnie. Fragmenty skóry są pobierane najczęściej z rąk i nóg, nie pobiera się ich ze skóry głowy. Ważne jest, by miejsce pobrania było jak najdalej położone od rany oparzeniowej, co zmniejsza ryzyko zakażenia pobranego fragmentu – mówi dr Agnieszka Kłama-Baryła, dodając, że właśnie zakażenie mikrobiologiczne pochodzące od pacjenta jest najczęstszą przyczyną niepowodzenia hodowli. Tempo namnażania komórek zależy m.in. od cech osobniczych człowieka i jego wieku (skóra dzieci rośnie szybciej niż w przypadku osób starszych). Jeśli wszystko idzie zgodnie z planem, pacjent zyskuje własną nową skórę. – Na początku może nie wygląda ładnie, bo jest czerwona, czasem widać siatkowanie, ale wszystko z czasem ulega poprawie i kolor skóry jest coraz lepszy – podkreśla. ■

Odszkodowanie za NOP

880 wniosków o przyznanie świadczenia wpłynęło w ciągu trzech miesięcy od powołania Funduszu Kompensacyjnego Szczepień Ochronnych. – Wydaliśmy do tej pory 97 decyzji, dzięki którym przyznano łącznie ponad 677 tys. zł w ramach odszkodowania za niepożądane odczyny poszczepienne – poinformował RPP Bartłomiej Chmielewicz w drugiej połowie maja. Wszystkie przeanalizowane wnioski dotyczą szczepień przeciw COVID-19, co odpowiada obecnemu zakresowi działania funduszu. Od przyszłego roku obejmie on również szczepienia obowiązkowe. Więcej na www.gazetalekarska.pl. ■

Rehabilitacja

Do konsultacji publicznych trafił projekt rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Zmiany dotyczą m.in. rozpoznań kwalifikujących do rehabilitacji i wymogów dotyczących personelu. Spośród uprawnionych do wystawiania skierowania wykreślono lekarza oddziału chorób wewnętrznych. W dokumencie określono m.in. minimalne wymagania w zakresie wyposażenia w sprzęt medyczny. Doprecyzowano też zakres świadczenia przez dodanie porady lekarskiej i wizyty fizjoterapeutycznej oraz określenie minimalnych czasów trwania zabiegów. Więcej na ten temat piszemy w naszym portalu. ■

Jak choruje Wrocław?

Dzieciom doskwierają problemy emocjonalne i nadwaga, a dla dorosłych zagrożeniem jest podwyższone ciśnienie i wysoki cholesterol. Takie wnioski wysuwają się z raportu o stanie zdrowia populacji mieszkańców Wrocławia. Powstał on dzięki współpracy UM we Wrocławiu i władz miasta. Jak mówi prof. Tomasz Zatoński, przeprowadzone wśród 2050 osób badanie Picture było bardzo szczegółowe i pozwoliło zebrać materiał, który będzie dokładnie interpretowany przez specjalistów. Już teraz jednak wiadomo o problemach wrocławian w funkcjonowaniu emocjonalnym i psychospołecznym związanych z pandemią. Niezwykle niepokojące jest m.in. to, że aż u 46 proc. badanych potwierdzono zaburzenia profilu lipidowego. Tyle samo procent badanych dorosłych cierpi na problemy z nadmierną masą ciała. ■

Leki w szpitalu



Podczas pobytu w szpitalu, niezależnie od leczenia związanego z głównym powodem hospitalizacji, pacjentowi należy zapewnić również leki lub odpowiednie zamienniki, przyjmowane przez niego na stałe (np. w związku z chorobą przewlekłą). Dopuszczalne jest wykorzystanie leków, z którymi pacjent zgłosił się do szpitala, jednak nie można od niego lub jego rodziny wymagać zakupu i dostarczenia leków niezbędnych na czas hospitalizacji. Takie działanie stanowi naruszenie obowiązujących przepisów i, zdaniem Rzecznika Praw Pacjenta, przesądza o stosowaniu przez szpital praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów. Podstawę prawną, na którą powołuje się RPP, podajemy w dziale „Prawo” na www.gazetalekarska.pl, ale o sprawie wspominamy również na Facebooku. ■

LEKARZ PYTA, PRAWNIK ODPOWIADA

Udzielanie informacji służbom mundurowym

Do indywidualnej praktyki prowadzonej przez lekarza psychiatrę zwrócił się komendant miejski policji z żądaniem udzielenia informacji, czy wskazany przez niego funkcjonariusz korzystał ze świadczeń medycznych z zakresu opieki psychiatrycznej lub leczenia uzależnień.

Aleksandra Kosiorek radca prawny
Damian Konieczny adwokat, Biuro Prawne OIL w Gdańsku

Ponadto wymagał od lekarza udzielenia informacji, czy posiadane przez psychiatrę dane wskazują na ograniczenie sprawności umysłowej funkcjonariusza-pacjenta lub negatywnie wpływają na zdolność do pracy z dostępem do informacji niejawnych. Jednocześnie poprosił o wystawienie zaświadczenia, że w stosunku do wskazanej osoby nie ma przeciwwskazań do wykonywania pracy z dokumentami niejawnymi. Co powinien zrobić lekarz w takiej sytuacji?

PRZESŁANKI DO UCHYLENIA Tajemnicy

W pierwszej kolejności wskazać należy, że zgodnie z art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego: „osoby wykonujące czynności wynikające z niniejszej ustawy są obowiązane do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym powezmą wiadomość w związku z wykonywaniem tych czynności, stosownie do odrębnych przepisów, a nadto z zachowaniem przepisów niniejszego rozdziału”. Tym samym oczywiste jest, że ustawa przewiduje zachowanie tajemnicy zawodowej przez lekarza psychiatrę, wprowadzając jednakże szczególne przesłanki co do okoliczności, w których tajemnica ta może zostać uchylona.

Zgodnie z art. 50 ust. 2 pkt 4 przywołanej ustawy, od obowiązku zachowania tajemnicy osoba wymieniona w ust. 1 jest zwolniona w stosunku do: Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Służby

Kontrwywiadu Wojskowego, Agencji Wywiadu, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Policji, Żandarmerii Wojskowej, Straży Granicznej, Służby Więziennej, Służby Ochrony Państwa i ich upoważnionych pisemnie funkcjonariuszy lub żołnierzy w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia postępowania sprawdzającego na podstawie przepisów o ochronie informacji niejawnych. Podkreślić zatem należy, że co prawda tajemnica lekarska może zostać uchylona wobec powyżej wskazanych służb, jednakże tylko w opisanym przez ustawę zakresie.

Zakres informacji, który może być ujawniony na żądanie w związku z postępowaniem sprawdzającym, wynika z art. 24 ust. 3 ustawy z dnia 5 sierpnia 2010 r. o ochronie informacji niejawnych: „W toku poszerzonego postępowania sprawdzającego ustala się ponadto, czy istnieją wątpliwości dotyczące: (...) 2) informacji o chorobie psychicznej lub innych zakłóceniach czynności psychicznych ograniczających sprawność umysłową i mogących negatywnie wpłynąć na zdolność osoby sprawdzanej do wykonywania prac, związanych z dostępem do informacji niejawnych; 3) uzależnienia od alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych”.

BEZ ZAŚWIADCZENIA

Należy zatem wskazać, że pytanie zadane lekarzowi przez komendanta miejskiego policji mieściło się w zakresie przewidzianym w ustawie o ochronie informacji

niejawnych oraz w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, a zatem można i należy udzielić na to zapytanie odpowiedzi. Jednocześnie jednak, żadna z powyższych ustaw nie przewiduje obowiązku wystawienia przez lekarza zaświadczenia o treści wnioskowanej przez komendanta. Jeżeli służby mundurowe mają jakiegokolwiek wątpliwości co do występowania negatywnych przesłanek w zakresie dostępu do informacji niejawnych, powinny skierować swojego funkcjonariusza na badanie lekarskie i ocenę lekarską przeprowadzoną pod tym kątem. Lekarz, do którego wystąpiono z zapytaniem, powinien ograniczyć się wyłącznie do przedstawienia informacji, które powziął podczas udzielania świadczeń, a nie dokonywać oceny zdolności funkcjonariusza do jakichkolwiek czynności.

Podkreślić jeszcze należy odmienną uprawnienia do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia od prawa dostępu do dokumentacji medycznej. Są to pojęcia pozornie zbliżone, lecz w istocie całkowicie od siebie różne. Uprawnienie do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia nie obejmuje automatycznego lub pochodnego uprawnienia do uzyskiwania jakiegokolwiek dokumentacji medycznej pacjenta. Kwestia udostępniania dokumentacji służbom mundurowym w opisywanym w niniejszym artykule zakresie była w 2021 r. przedmiotem oceny Rzecznika Praw Obywatelskich, który jednoznacznie wskazał, że takie żądanie wykracza poza ustawowe uprawnienia służb. ■

Odpowiedzialność za leczenie i wypowiedzanie umów

Wielokrotnie już przybliżałem Państwu orzeczenia sądów, z których płyną interesujące wskazówki praktyczne. Czas wrócić do analizy takich orzeczeń. Tym razem dotyczą one odpowiedzialności lekarza za udzielone świadczenia zdrowotne i umów o udzielanie takich świadczeń.

Jarosław Klimek radca prawny OIL w Łodzi

Często zdarza się, że pacjenci niezadowoleni z przebiegu leczenia, przerywają je i występują z roszczeniami wobec lekarza.

Z wyroku Sądu Apelacyjnego w Krakowie z 14 stycznia 2014 r. (I ACa 1348/13) można wyprowadzić wniosek, że w ramach każdego stosunku umownego (także pomiędzy lekarzem a szukającym pomocy pacjentem) jego strony zobowiązane są do współdziałania (art. 354 Kc). Nie wyklucza to możliwości podjęcia decyzji o zerwaniu umowy. Ale odpowiedzialność za skutki rezygnacji pacjenta z dalszego leczenia obciąża lekarza jedynie, gdy poprzedzające taką decyzję czynności były wykonywane przez lekarza w sprzeczności z powszechnie uznanym stanem wiedzy medycznej. Bez znaczenia jest przy tym możliwość przyjęcia innego niż zastosowany modelu leczenia – ocenia się ten sposób leczenia, jaki został wdrożony, i to z momentu rozpoczęcia procesu leczenia pacjenta (procesy toczą się latami i ewentualny postęp medycyny nie może być brany pod uwagę do oceny zdarzeń z przeszłości).

UMOWA STARANNEGO DZIAŁANIA

Z kolei Sąd Apelacyjny w Szczecinie (sprawa I ACa 865/13) zajmował się bardzo ciekawą kwestią wpływu podporządkowania się lekarza naleganiom pacjenta co do szybkości procesu leczenia (założenie mostu porcelanowego na świeżo wszczepione implanty, by uniknąć kolejnych wizyt związanych z przyjazdami z zagranicy). Na

łaszczyźnie odpowiedzialności deliktowej (z czynów niedozwolonych) sąd uznał, że działanie lekarza nie było bezprawne, co spowodowało oddalenie roszczeń o zadośćuczynienie. Jednak na płaszczyźnie odpowiedzialności kontraktowej (za nienależyte wykonanie umowy) sąd przyjął, że istnieją podstawy do odpowiedzialności lekarza. Przewidywał on bowiem, że zastosowanie się do oczekiwań pacjenta zakończy się fiaskiem leczenia. Uległ jednak w tym zakresie jego prośbom, co nie usprawiedliwia go jako profesjonalisty. Powinien odmówić leczenia zgodnego z wymaganiami pacjenta i skierować go do innego lekarza.

Oba sądy były zgodne co do tego, że umowa o świadczenie usług medycznych jest w zasadzie umową starannego działania, a nie rezultatu. Jej efekt jest zależny od wielu czynników, także niezależnych od lekarza, a mających źródło w indywidualnych cechach organizmu pacjenta, a także obiektywnie możliwych powikłań. Dostrzegły jedynie pewne elementy tej umowy, którym można przypisywać wartość rezultatu (nie tyle efekt leczenia, ale uzyskanie trwałego efektu, np. w postaci zintegrowania z kością wprowadzonego implantu).

ROZWIĄZANIE UMOWY ZA WYPOWIEDZENIEM

Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z 30 czerwca 2020 r. (VI ACa 915/19) rozstrzygnął spór między lekarzem a podmiotem leczniczym związany z wypowiedzeniem łączącego ich „kontraktu”. Z uzasadnienia tego orzeczenia

wynika, że chociaż art. 27 ust. 4 pkt 8 ustawy o działalności leczniczej wymaga, by umowa o świadczenie usług zdrowotnych zawierała postanowienia dotyczące szczegółowych okoliczności uzasadniających jej rozwiązanie za wypowiedzeniem, to ustawodawca nie precyzuje, o jakie okoliczności chodzi, w szczególności nie wskazuje, czy mają być istotne, czy też ważne. Tym samym spełnieniem wymogu ustawowego będzie wskazanie przez strony jakiegokolwiek okoliczności rozwiązania umowy. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie przepis ten nie ma walurowi bezwzględnie obowiązującego, co powoduje, że brak wskazania w umowie szczegółowych okoliczności uzasadniających wypowiedzenie umowy z zachowaniem terminu wypowiedzenia nie wyklucza możliwości dokonania takiego wypowiedzenia. W przypadku zaś, gdy jedna ze stron zdecyduje się na rozwiązanie umowy, nie powoduje, że staje się ono bezskuteczne. Konsekwencjami finansowymi rozwiązania takiej umowy zajmował się Sąd Apelacyjny w Łodzi w wyroku z 30 czerwca 2016 r. (I ACa 20/16). Umowa, której spór dotyczył, nie przewidywała okoliczności uzasadniających jej rozwiązanie za wypowiedzeniem. Łódzki sąd uznał, że przyczyny rozwiązania takiej umowy należy oceniać w kategoriach ważnego powodu, o którym mowa w art. 746 § 1 KC. Uznał, że w rozpatrywanej sprawie nie było ważnego powodu rozwiązania umowy i zasądził na rzecz lekarza odszkodowanie w wysokości wynagrodzenia do upływu terminu, na jaki umowa została zawarta. ■

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Podważenie zaufania do zawodu lekarza

Okręgowy sąd lekarski uznał za winnego lekarza, który, występując publicznie podczas debaty społecznej zorganizowanej w siedzibie Sekretariatu Konferencji Episkopatu Polski, przedstawił niezgodny z aktualnym stanem wiedzy medycznej oraz obowiązującymi przepisami prawa pogląd, iż stwierdzenie przez lekarzy śmierci pnia mózgu jest bezprawne, nieuzasadnione medycznie oraz nieetyczne.

O bwiniony, wyrażając ten pogląd, jednocześnie podważył zaufanie do zawodu lekarza, czym naruszył art. 1 ust. 3 Kodeksu Etyki Lekarskiej. OSL wymierzył lekarzowi karę upomnienia.

Adwokat obwinionego odwołał się od tego orzeczenia do Naczelnego Sądu Lekarskiego, wnosząc o uniewinnienie. NSL utrzymał wyrok w mocy, zwracając jednocześnie uwagę na inne wypowiedzi obwinionego: „jeżeli chory trafia do szpitala, to wcześniej powinien być

leczony na miejscu wypadku, a często tak się nie dzieje”, „zobaczcie państwo, do czego dochodzimy, że jeszcze trochę i wszystkich będziemy traktować, że się nadają na dawców narządów”. Takie wypowiedzi, zdaniem NSL, stanowią przejaw publicznego dyskredytowania całej rzeszy lekarzy zajmujących się intensywną terapią i transplantologią, którzy ratują życie innych chorych.

Adwokat obwinionego złożył kasację od wyroku NSL, która została oddalona przez Sąd Najwyższy jako oczywiście bezzasadna. ■

Takie wypowiedzi, zdaniem NSL, stanowią przejaw publicznego dyskredytowania całej rzeszy lekarzy zajmujących się intensywną terapią i transplantologią, którzy ratują życie innych chorych.

KOMENTARZ



Jacek Miarka
przewodniczący NSL

Podstawą prawidłowego działania każdego lekarza, jak i orzekania przez sądy lekarskie, jest KEL. Kodeks ten w art. 30-32 określa pomoc w stanach terminalnych, natomiast art. 33-37 stanowią o transplantacji.

Zgodnie z art. 34 „lekarz, po stwierdzeniu śmierci mózgowej, winien podtrzymywać funkcjonowanie komórek, tkanek i narządów, jeżeli mają one być przeszczepione”. Konfrontacja tej w jasny sposób sformułowanej powinności etycznej z publicznymi wypowiedziami obwinionego, iż „rozpoznanie śmierci mózgowej jest nieetyczne”, prowadzić może jedynie do wniosku, że obwiniony albo nie zna w ogóle KEL, albo znając go, z pełną świadomością kwestionuje

jego podstawowe zasady, a – co gorsza – dyskredytuje publicznie lekarzy, którzy tych konkretnych zasad etycznych przestrzegają, co niewątpliwie podważa zaufanie do samego zawodu lekarza.

Istnieje zasadnicza różnica pomiędzy pojęciem śpiączki mózgowej, a pojęciem śmierci mózgu, której obwiniony nie przyjmuje do wiadomości. Otóż śpiączka mózgowa (różnej etiologii) jest stanem dość często spotykanym w medycynie i dokładnie opisanym ze swoimi czterema stadiami, i często odwracalnym, czasem samoistnie, ale zawsze przy odpowiedniej opiece i rehabilitacji. Tylko w stadium 4, komisyjnie i w pełnej zgodzie z obowiązującymi przepisami, w dwóch etapach, z odpowiednim interwałem czasowym i po potwierdzeniu przez szczegółowe badania, trzech specjalistów, w tym obowiązkowo anestezjolog i neurolog lub neurochirurg, orzeka się o śmierci mózgu.

Jak wynika z polskich statystyk, rocznie rozpoznaje się u nas ok. 15 tys. przypadków śpiączki mózgowej, z czego tylko u ok. 500 chorych (a więc u 1 na 30)

rozpoznano śmierć mózgu i pobrano narządy do transplantacji.

W ciągu ostatnich lat w Polsce maleje liczba przeszczepów, a jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy są nieodpowiedzialne, publiczne wypowiedzi niektórych polityków i, niestety, także lekarzy. Należy podkreślić, że kwestia tak ważna i delikatna, jak stwierdzanie śmierci mózgu, i ściśle z tym związane odłączanie urządzeń podtrzymujących życie czy też kwalifikowanie niektórych z tych chorych jako dawców narządów dla ratowania życia innych chorych, są wspierane rekomendacjami komisji bioetycznych i oparte na standardach i rekomendacjach przygotowanych przez wybitnych specjalistów w całym cywilizowanym świecie. Mam nadzieję, że czasy wszystkichujących lekarzy, wypowiadających się apodyktycznie i bezkrytycznie, według tylko własnych przekonań, niepopartych aktualną wiedzą medyczną, o tym, co jest jedynie słuszne pod względem moralnym i medycznym, na szczęście się kończą. ■

W PIGUŁCE

Przymusowy zaległy urlop

Beata Wierzchowska radca prawny NIL

Mimo że od 16 maja br. zniesiono w Polsce stan epidemii, pracodawcy nadal mogą udzielać pracownikom urlopu wypoczynkowego bez ich zgody i z pominięciem planu urlopów. W dalszym ciągu obowiązuje bowiem przepis art. 15gc specustawy koronawirusowej¹, który umożliwia pracodawcy udzielenie do 30 dni urlopu – niewykorzystanego przez pracownika w poprzednich latach kalendarzowych – w terminie przez siebie wskazanym.

Warto bowiem pamiętać, że przepis ten ma zastosowanie nie tylko w okresie stanu epidemii, ale również w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego ogłoszonego z powodu COVID-19,

W dalszym ciągu obowiązuje przepis art. 15gc specustawy koronawirusowej, który umożliwia pracodawcy udzielenie do 30 dni urlopu – niewykorzystanego przez pracownika w poprzednich latach kalendarzowych – w terminie przez siebie wskazanym.

a taki stan trwa. Na podstawie stosownego rozporządzenia Ministra Zdrowia z 12 maja 2022 r. odwołano bowiem na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stan epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2², ale w tym samym dniu, kolejnym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 12 maja 2022 r., ogłoszono stan zagrożenia epidemicznego w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2³. ■

¹ Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2021 r. poz. 2095 z późn. zm.)

² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 maja 2022 r. w sprawie odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. poz. 1027)

³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 maja 2022 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. poz. 1028)

Zgoda pacjenta na przekazanie informacji o leczeniu

Podmioty wykonujące działalność leczniczą spotykają się notorycznie z wnioskami instytucji ubezpieczeniowych o udzielenie informacji o pacjentach oraz wnioskami o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjentów. Należy pamiętać, że są to dwa całkowicie odrębne tryby postępowania, wynikające z dwóch odrębnych reżimów prawnych. Co za tym idzie – inne są wymogi stawiane zakładom ubezpieczeń w celu realizacji swoich praw.

Wniosek o udzielenie informacji, kierowany na podstawie art. 38 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej¹, może dotyczyć:

- przyczyn hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badań diagnostycznych i ich wyników, innych udzielonych świadczeń zdrowotnych, wyników leczenia oraz wyników sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;

- przyczyn leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badań diagnostycznych i ich wyników, innych udzielonych świadczeń zdrowotnych oraz wyników leczenia;
- wyników przeprowadzonych konsultacji;
- przyczyn śmierci ubezpieczonego. Udzielane informacje nie mogą jednakże obejmować wyników badań genetycznych.

Co ważne, wniosek o udzielenie informacji winien być bezwzględnie podpisany przez lekarza upoważnionego przez zakład ubezpieczeniowy, o czym stanowi ust. 5 ww. przepisu. Jeśli chodzi o zgodę pacjenta, to w tym przypadku wniosek nie musi jej zawierać w załączeniu, a wystarczające jest powołanie się na jej istnienie. „Do wystąpienia dołącza się informację o wyrażeniu zgody ubezpieczonego lub osoby, na rachunek

której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, albo jej przedstawiciela ustawowego, wraz ze wskazaniem daty i formy wyrażenia tej zgody”². Wystarczające jest zatem oświadczenie lekarza kierującego wniosek o posiadaniu przez zakład ubezpieczeniowy takiej zgody.

Udostępnienie dokumentacji medycznej następuje natomiast w trybie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³. Kwestie udostępniania dokumentacji medycznej oraz sposób udostępniania reguluje art. 26 i 27 tej ustawy. Podkreślenia wymaga jednak, iż uzyskanie przez zakład ubezpieczeniowy źródłowej informacji, jaką stanowi dokumentacja medyczna pacjenta, wymaga bezwzględnie wykazania udzielonej przez pacjenta zgody na taki dostęp, poprzez jej załączenie do wniosku kierowanego do PWDL. Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej nie musi być natomiast podpisany przez lekarza, lecz przez osobę upoważnioną do działania w imieniu zakładu. ■

¹ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1130)

² § 2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2020 r. w sprawie informacji udzielanych zakładom ubezpieczeń przez podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz Narodowy Fundusz Zdrowia (Dz. U. poz. 784)

³ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849 z późn. zm.)

WPIGUŁCE

Podejrzenie niedostatecznego przygotowania zawodowego

Prawo wykonywania zawodu, co do zasady, jest przyznawane na czas nieokreślony. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty przewiduje jednakże mechanizmy dające możliwość oceny, czy po przyznaniu PWZ nie powstały po stronie lekarza/lekarza dentysty okoliczności powodujące konieczność ewentualnego zawieszenia go w uprawnieniach zawodowych.

Beata Wierzchowska radca prawny NIL

Jednym z takich mechanizmów jest art. 11 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Warunkiem skorzystania z owego mechanizmu jest powzięcie przez okręgową radę lekarską uzasadnionego podejrzenia niedostatecznego przygotowania zawodowego lekarza. Podejrzenie może wypływać z każdego możliwego źródła, jednakże warunkiem bezwzględnym jest, aby było to podejrzenie uzasadnione.

Z treści przywołanego przepisu wynika, że jedyną przesłanką dla powołania komisji, mającej w przyszłości wydać opinię o przygotowaniu zawodowym lekarza, stanowi „podejrzenie niedostatecznego przygotowania zawodowego lekarza”. Oznacza to, że w razie powzięcia takiego podejrzenia aktualizuje się ww. obowiązek tego organu, który nie jest związany z wymogiem konsultacji czy zawiadomienia zainteresowanego lekarza o zamiarze powołania komisji w celu wydania opinii o jego przygotowaniu zawodowym. Ocenę, czy zachodzi „uzasadnione podejrzenie niedostatecznego przygotowania lekarza do wykonywania zawodu”, ustawodawca pozostawił uznaniu okręgowej rady lekarskiej (Wyrok NSA z 27.02.2007 r., II OSK 427/06, LEX nr 366315).

ROLA ORL

Uzasadniony interes publiczny nakazuje zatem organom samorządu lekarskiego



czuwanie nad prawidłowym wykonywaniem zawodu lekarza/lekarza dentysty. Jak podkreślił Naczelny Sąd Administracyjny w niedawno wydanym wyroku kończącym spór lekarza z okręgową radą lekarską o zasadność powołania komisji do oceny stanu jego przygotowania zawodowego, „zawód lekarza jest zawodem zaufania publicznego. Do cech zawodu zaufania publicznego należy m.in. konieczność zapewnienia prawidłowego i zgodnego z interesem publicznym wykonywania zawodu, ze względu na znaczenie, jakie dana dziedzina aktywności zawodowej ma w społeczeństwie, jak również staranność

i dbałość przedstawicieli tych zawodów o interesy osób korzystających z ich usług, troska o ich osobiste potrzeby, a także zapewnienie ochrony gwarantowanych przez Konstytucję praw podmiotowych jednostek (zob. wyroki Trybunału Konstytucyjnego z dnia: 24 kwietnia 2015 r., sygn. K 19/14, OTK ZU nr 3/A/2015, poz. 32; 7 marca 2012 r., sygn. K 3/10, OTK ZU nr 3/A/2012, poz. 25; 26 marca 2008 r., sygn. K 4/07, OTK ZU nr 2/A/2008, poz. 28). Trzeba przy tym mieć na uwadze, że z mocy art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, samorząd zawodowy (izba lekarska) sprawuje pieczę nad należytym wykonywaniem zawodu lekarza”.

W przywołanym przypadku zakończonym ww. wyrokiem NSA, uzasadnione podejrzenie niedostatecznego przygotowania zawodowego lekarza okręgowa rada lekarska powzięła w związku ze skargą złożoną przez rodzica dziecka, z której wynikało, że podczas wizyty u pani doktor (w efekcie której dziecko miało być zbadane pod kątem kwalifikacji do obowiązkowych szczepień ochronnych) lekarz wypowiadała wobec matki tezy, jakoby dzieci nie powinno się szczepić, ponieważ obniża to odporność. Lekarz miała również kwestionować zasadność szczepień przeciwko pneumokokom, twierdząc, że dzieje się to z krzywdą dla dzieci i jest „przesadą”. ■

¹Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2021 r. poz. 790 z późn. zm.)

²Wyrok NSA z 15.03.2022 r., II GSK 78/22, LEX nr 3323601

OPINIE

LEK: niesprawiedliwe procenty

W postępowaniu konkursowym o rozpoczęcie specjalizacji lekarskiej / lekarsko-dentystycznej w trybie rezydenckim uwzględnia się wynik lekarskiego egzaminu końcowego. Do odbywania szkolenia specjalizacyjnego kwalifikuje się lekarzy z najlepszymi wynikami LEK.

Marek Czarkowski Przewodniczący Ośrodka Bioetyki NRL V-VIII kadencji

Zgodnie z obowiązującym wzorem świadectwa złożenia LEK, wynik egzaminu jest wyrażony w procentach prawidłowych odpowiedzi¹.

Pozycję lekarza w gronie wszystkich osób kandydujących do danej rezydentury wyraża wartość ułamka dziesiętnego (wyrażona w procentach): $\frac{a+b}{c+d} \times 100\%$, w którym liczbie a odpowiada liczba punktów zdobytych przez lekarza na egzaminie LEK, liczbie b odpowiada liczba punktów za osiągnięcia naukowe (maksymalnie do 5 pkt. za publikacje naukowe oraz dodatkowe 5 pkt. za doktorat), liczbie c odpowiada maksymalna liczba możliwych do zdobycia punktów w danej sesji LEK, a liczbie d maksymalna liczba możliwych do zdobycia punktów za osiągnięcia naukowe, czyli 10².

Sesje LEK są organizowane dwukrotnie każdego roku – wiosną i jesienią. Od sesji wiosennej 2021 r. udostępniono zdającym bazę pytań. Każdy test zawiera obecnie 140 pytań z bazy oraz 60 nowych pytań. A zatem każdy test jest inny. Już po udostępnieniu bazy pytań poziom trudności poszczególnych egzaminów określony liczbą punktów, jaką uzyskały osoby z najwyższym wynikiem w danej sesji, znacznie różnił się i wynosił odpowiednio: 192, 187 i 196 punktów. Lekarze, którzy zdawali egzaminy w różnych sesjach, mogą startować w tym

samym postępowaniu konkursowym o rozpoczęcie specjalizacji. W praktyce oznacza to, że osobę z najwyższym wynikiem w swojej sesji, która uzyskała np. 187 punktów, w porównaniu do osoby, która w innej sesji też uzyskała najlepszy wynik, ale było to 196 punktów, podczas łącznej analizy wyników obu testów będzie kilkaset miejsc w postępowaniu konkursowym o specjalizację (wartość procentowa liczona dla 187 punktów będzie niższa niż dla 196). Wynika z tego, że niezależny od wiedzy lekarza poziom trudności LEK w poszczególnych sesjach stanowi dodatkowe i nieuzasadnione kryterium segregacyjne, ponieważ lekarze, którzy przystąpili do LEK w sesji, w której egzamin był trudniejszy, mają mniejsze szanse na zakwalifikowanie się do odbycia szkolenia specjalizacyjnego. I dlatego aktualnie obowiązujący sposób przedstawiania wyniku LEK jest, w mojej opinii, niesprawiedliwy.

Lepszym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie wartości percentylowych³ zamiast procentowych. Wynik egzaminu wyrażony w percentylach określa położenie danej osoby względem całej grupy osób zdających egzamin w danej sesji i niezależnie od poziomu trudności egzaminu. Dla przykładu, wyniki osób, które w poszczególnych sesjach LEK były najlepsze w swojej sesji, mogą różnić się, jeśli chodzi o wartość procentową, podczas gdy w wartościach percentylowych będą zawsze wynosić 100.

Postuluję, aby zmienić sposób obliczania ułamka $\frac{a+b}{c+d}$ w taki sposób, by liczbie a odpowiadał iloczyn liczby 2 oraz wyniku LEK wyrażonego w percentylach, natomiast liczbie c zawsze liczba 200.

Stosowanie percentyli zamiast procentów jest wyborem lepszym, ale nie idealnym. Nie można zagwarantować identycznego rozkładu wartości odsetkowych wyników z różnych sesji LEK. Jednak rozpiętość pomiędzy wartościami percentyli wynikającymi z różnic w rozkładzie wartości procentowych jest zdecydowanie mniejsza od rozpiętości różnic w wartościach procentowych uzyskiwanych przez zdających w różnych sesjach LEK. Nie zgadzam się również z argumentem, że większym zróżnicowaniem niż poziom trudności testów charakteryzować się mogą grupy zdających lekarzy, tym bardziej, że LEK w każdej sesji jesiennej i kolejnej, wiosennej, zdają te same roczniki, a różnica najlepszych odpowiedzi wynosiła ostatnio aż 9 punktów (187 i 196 prawidłowych odpowiedzi). ■

¹Załącznik nr 2 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego (Dz.U. 2021 poz. 828)

²<https://www.gov.pl/web/uw-mazowiecki/wyniki-postepowan-kwalifikacyjnych3>

³Każdemu lekarzowi sprawdzającemu swój wynik LEK na stronie Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi udostępniona jest także liczba zdających z wyższym wynikiem wyrażona w wartości procentowej. Percentyl oblicza się, odejmując od liczby 100 tę wartość procentową.

System



Andrzej Cisto
wiceprezes NRL

Za nami Krajowy Zjazd Lekarzy. Zmiany wart, nawet pokoleniowe, nie są czymś niezwykłym. Bardziej zajmujące dla nas jest to, czy kurz bitewny za bardzo nie odcisnie piętna na przyszłych wydarzeniach.

Szliśmy na ten Zjazd z zadaniem ugruntowania w delegatach stomatologach poczucia, że zwartość naszej grupy zawodowej jest w zasięgu ręki. Z inicjatywy KS NRL, której dotąd szefowałem, odbyliśmy duże, przedzjazdowe spotkanie. Pierwsze z tak szeroką formułą dyskusji. Takie, które miało też być prezentacją pomysłów i osobowości. Przy dość znacznej, 75 proc. frekwencji miało to sens. Media próbują czasem ilustrować pozycję stomatologów w samorządzie liczbą zajmowanych miejsc w organach. Gdyby tak patrzeć, to wobec bariery ustawowych 23 proc. sytuacja nigdy nie wyglądałaby dobrze. Tymczasem siłą naszą może być tylko konsensus osiągnięty wewnątrz grupy, gdyż tylko tak można skłonić takie organy jak NRL do pozostawienia spraw stomatologicznych w dużej części do rozstrzygnięcia jej samej. Konsensusu na Allegro się nie kupi, próżno szukać go też w grach przedwyborczych. Jego budowaniu musi służyć system wyborczy, który promować winien merytoryczną dyskusję i budowanie składu managementu grupy w sposób optymalny, zgodny z wolą i interesem grupy. W ramach przygotowań do wspomnianego spotkania przedzjazdowego każdy mający zamiar kandydować do organów NIL mógł wypełnić odpowiednią ankietę z opisem własnych spostrzeżeń i zamierzeń. Jednak na 21 stomatologicznych kandydatów do NRL, taką ankietę wypełniło zaledwie siedmioro. Ale i to było niestety do przewidzenia. Właśnie ów system skłania bowiem do poszukiwania realnego poparcia wyborczego poza naszą grupą.

Pożegnanie się z Czytelnikami tym felietonem zasygnalizowałem miesiąc temu. Od dłuższego czasu zamiar nieustannie się o ponowny wybór na zajmowane stanowisko sygnalizowałem moim współpracownikom. Tego się publicznie wcześniej nie ogłasza z troski o ciągłość rozmów z urzędami publicznymi. Ale faktem jest (przynaję, że tu bieg wydarzeń mnie zaskoczył), że konieczności całkowitego zakończenia służby na rzecz NIL, acz zawsze możliwej, miałem prawo całkiem serio nie kalkulować. Wielu

44 felietony to spora dawka emocji z mojej strony, szczególnie w tak naznaczonej niezwykłymi zdarzeniami kadencji.

delegatów zaskoczyło też, że poza szefem KS NRL, także nikt z obojga jego zastępców, ani sekretarz Komisji nie wejdą w skład Rady. Zawsze w takich razach wypada się zapytać: „czy tak miało być, czy tylko tak wyszło?”. Jeśli to pierwsze, to odcięcie od NRL całego teamu „ciągnącego robotę” przez 8 kadencji byłoby czymś osobliwym. Jeśli tylko „tak wyszło”, to pewnie przyjrzyć się właśnie systemowi wyborczemu i temu, czy jest dopasowany do potrzeb mniejszościowej grupy, jaką są stomatolodzy. Pisałem o tym przez lata, że owo niedopasowanie zaskoczy nas pewnego dnia. I to odczucie unosiło się nad sporą częścią kuluarowych dyskusji. W ogóle odnoszę wrażenie, że to, o czym pisałem miesiąc temu (wybory izbowe jako element powołania do służby publicznej), nie jest czymś, co głęboko tkwi w świadomości izbowej. Tymczasem, im dalej odchodzimy od wzorca służby publicznej, tym trudniej będzie nam obronić niezależność, jeśli szeroko komentowane ostatnio próby zamachu na nią (choćby sprawa w TK o sygnaturze K/06/22) „staną u bram” izb lekarskich. Samorządowi trzeba życzyć jak najlepiej. Po zakręcie, jak to z drogami bywa, będzie kiedyś jakaś prosta, bo mety na zakrętach się nie projektuje, a i ludzie prawdziwie wolni nie pielęgnują bez końca podziałów czy urazów.

Czytelnikom tej kolumny dziękuję za wyrozumiałość. To, że nie zawsze mogłem wytłumaczyć mechanizmy rządzące omawianymi tematami, zrzućmy na deficyt talentu i objętość utrudniającą szerszy opis. Niemniej 44 felietony to spora dawka emocji z mojej strony, szczególnie w tak naznaczonej niezwykłymi zdarzeniami kadencji. ■



stomatolodzy.org.pl



Lucyna Krysiak
dziennikarz

STOMATOLOGIA

Siła we współdziałaniu

Samorządność zawsze była dla stomatologów bardzo ważna, a od czasu, kiedy zaczęli ją dzielić z lekarzami innych specjalności, to wyrazicielem ich poglądów i stanowisk na temat spraw związanych z wykonywanym przez nich zawodem stała się Komisja Stomatologiczna Naczelnej Rady Lekarskiej.

To na posiedzeniach tego gremium rodziły się koncepcje prezentowane później na zjazdach lekarzy, posiedzeniach NRL, a także na zewnątrz, m.in. podczas spotkań z decydentami, od których zależy wprowadzenie proponowanych postulatów w życie.

NA WŁASNYCH WARUNKACH

Prof. Halina Ey-Chmielewska, nauczyciel akademicki i członek Rady Ośrodków Historycznego NRL, w jednym z tekstów opublikowanych w „Gazecie Lekarskiej” powiedziała, że stomatologia zawsze rządziła się swoimi prawami, ponieważ lekarze dentyści nie zapomnieli o tym, że choć krótko, ale mieli autonomiczny samorząd (powołany na mocy ustawy o izbach lekarsko-dentystycznych w 1938 r.). Jednak wraz z wybuchem wojny zlikwidowano go i nigdy się nie odrodził w takiej formie.

51 lat później (ustawą o izbach lekarskich z 1989 r.) połączono środowiska lekarzy i lekarzy dentystów, a 30 listopada 1991 r. została powołana Komisja Stomatologiczna NRL, która do dziś wytycza kierunki działania tej grupy zawodowej w samorządzie lekarskim. O potrzebie utworzenia KS NRL dyskutowano już na posiedzeniach Komitetu Organizacyjnego Izby Lekarskich, co znaczy, jak ważną rolę miała ona spełniać. Pierwszym przewodniczącym Komisji Stomatologicznej NRL był Andrzej Fortuna z Nowego Sącza (wiceprezes NRL w II i III kadencji). Rekomendował go prof. Włodzimierz Józefowicz z Łodzi, ówczesny szef

Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, który miał wtedy znaczący głos w formowaniu się struktur samorządowych w części dotyczącej lekarzy dentyków.

Andrzej Fortuna zapisał się w historii jako orędownik spójnego systemu organizacyjnego stomatologii i negocjator traktatu akcesyjnego do UE w zakresie spraw stomatologicznych. Do zwolenników idei umacniania pozycji lekarzy dentyków poprzez działania

Przez wszystkie kadencje toczy się batalia KS NRL o zwiększenie nakładów na ten cel.

KS NRL w kraju i za granicą był także Zbigniew Żak z Krakowa (członek Komitetu Organizacyjnego Izby Lekarskich, a w IV kadencji wiceprezes NRL i przewodniczący KS NRL) oraz Anna Lella z Olsztyna (wiceprezes NRL w V i VI kadencji), która po objęciu przewodnictwa KS NRL miała już wytyczony kierunek działań, ale poszła jeszcze dalej w ich realizacji, czego dowodzi jej obecna wysoka pozycja w strukturach FDI. Od lat pełni ona ważną funkcję we władzach ERO FDI, a w minionym roku została członkiem zarządu Council of European Dentists w kadencji 2021-2024, promując polską stomatologię w świecie.

DAŻENIA DO PRYWATYZACJI

Zmiana ustroju i powołanie w 1989 r. samorządu lekarzy i lekarzy dentyków nie oznaczało dla stomatologów



Halina Ey-Chmielewska



Wojciech Grabe



Andrzej Fortuna

wyjścia ze starych, państwowych struktur organizacyjnych opieki dentystrycznej, odgórnego finansowania, a także nowych możliwości rozwoju prywatnych praktyk. Nadal o wszystkim decydowały resort zdrowia i urzędy wojewódzkie, mentalnie tkwiące w epoce komunizmu. Pierwsze posiedzenia KS NRL po 1989 r. były więc ukierunkowane na sprawy związane z funkcjonowaniem stomatologii w dopiero przeobrażającej się rzeczywistości. Dotyczyły opiniowania ministerialnych projektów rozporządzeń dla podstawowych świadczeń, stażu podyplomowego i specjalizacji lekarzy dentyistów, a także kontraktów i sposobu rozliczania się z kasami chorych. Wszystko to było dla stomatologów nowe i trudne.

Kiedy członkowie komisji dostali z ówczesnego Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej do zaopiniowania projekty rozporządzeń w sprawie wykazu podstawowych świadczeń i materiałów stomatologicznych przygotowanych zgodnie z zapisem art. 31 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, ostro je skrytykowali. Obawiali się, że środki przeznaczone na te świadczenia będą niewystarczające i nie zapewnią do nich dostępności wszystkim ubezpieczonym. Jak się później okazało, obawy te były

Porównując pierwsze zadania, jakie sobie wytyczyła Komisja Stomatologiczna NRL w latach 90. minionego stulecia, i ostatnie kadencje, widać, jak wiele się zmieniło w świadomości jej członków, a także, jak poszerzył się zakres podejmowanych przez nich tematów.

słuszne, a skutki podjętych wówczas decyzji przez rządzących odczuwalne są do dziś. Przez wszystkie kadencje toczy się batalia KS NRL o zwiększenie nakładów na ten cel.

ZAWODOWO POWIĄZANI

Komisji Stomatologicznej NRL zawsze leżała na sercu integracja środowiska lekarzy dentyistów. Kluczowe dla wytyczenia dróg, którymi mieli kroczyć w przyszłość jako grupa zawodowa, było spotkanie w Rytrze (1-2 maja 1992 r.), na które przyjechało 140

lekarzy dentyistów z całego kraju. Prof. Janusz Piekarczyk z Akademii Medycznej w Warszawie, ówczesny prezes PTS, powiedział na tym spotkaniu, że integracja nie powinna zawężać się do środowiska stomatologów. Uważał, że lekarze dentyści, kończąc studia, otrzymują solidne wykształcenie medyczne. Wprawdzie ukierunkowane na leczenie schorzeń jamy ustnej, ale za sprawą zajęć z anatomii, histologii, fizjologii, mikrobiologii i patologii, zbliżone do tych, jakie otrzymują studenci medycyny. Dają też one przygotowanie m.in. w zakresie farmakologii, chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych. Przekonywał, że dzięki temu lekarze i lekarze dentyści są ze sobą zawodowo powiązani, czego wyrazem jest m.in. wspólny samorząd. Przejawiało się to np. w walce KS NRL o uzyskanie prawa lekarzy dentyistów do specjalizacji. Ówczesne przepisy nie zezwalały na odbywanie staży specjalizacyjnych w przypadku, kiedy lekarz dentyista nie był zatrudniony w placówce publicznej ochrony zdrowia. Prywatnie praktykujący zostali więc pozbawieni tej możliwości, a co za tym idzie – podnoszenia swoich kwalifikacji. Walkę o specjalizację rozstrzygnęła Naczelna Rada Lekarska, która zajęła stanowisko w tej sprawie, umieszczając kształcenie specjalizacyjne lekarzy dentyistów w dokumencie obejmującym w całości problem kształcenia specjalizacyjnego lekarzy.

PRZEWAŻAŁY POZYTYWY

1 grudnia 1993 r., niedługo przed III Krajowym Zjazdem Lekarzy, Andrzej Fortuna (ówczesny przewodniczący KS NRL) został zapytany, czy powołanie komisji było potrzebne i czy spełniła pokładane w niej oczekiwania środowiska. Andrzej Fortuna odpowiedział, że tak, ponieważ udało się zintegrować środowisko i uczestniczyć w pracach nad projektami reformującymi system opieki zdrowotnej w zakresie organizacji usług dentystrycznych i ich finansowania. Dzięki naciskom KS NRL lekarze dentyści praktykujący prywatnie uzyskali też prawo do wystawiania recept i orzekania o niezdolności do pracy. Ale najważniejszym osiągnięciem – jego zdaniem – było przywrócenie stażu

podyplomowego dla absolwentów stomatologii, chociaż wytyczne w sprawie ich przebiegu wymagały skorygowania (MZiOS wprowadziło je bez konsultacji z samorządem lekarskim). Sukcesem na ten czas było także opracowanie przez Zespół Praktyk Prywatnych i Prywatyzacji pod kierunkiem lekarza dentysty Wojciecha Grabego z Gdańska, wiceprezesa KS NRL w I kadencji, Katalogu Punktowego Wartościowania Pracy Lekarza Stomatologa, który stał się wzorcem wyceny procedur stomatologicznych, stanowiąc podstawę do rozliczeń z kasami chorych. Katalog został stworzony m.in. w oparciu o doświadczenia amerykańskich, szwedzkich i niemieckich systemów. Jak tłumaczył jego autor, ubezpieczyciel chciał wówczas stosować własne wyliczenia, krzywdzące finansowo lekarzy dentystów, projekt był więc odpowiedzią na te działania.

KOMISJA WIELOPROBLEMOWA

Przez 31 lat funkcjonowania w strukturach samorządu lekarskiego, Komisja Stomatologiczna NRL okrzepła i nabrała doświadczenia. Liczy 41 członków. W jej gronie zasiadają członkowie NRL i przewodniczący komisji stomatologicznych okręgowych rad lekarskich lub osoby wskazane przez ORL. Komisja zajmuje się zarówno przedstawianiem Naczelnej Radzie Lekarskiej wniosków, stanowisk, opinii dotyczących wykonywania zawodu lekarza dentysty, jak i spraw dotyczących opieki stomatologicznej, w tym m.in. organizacji systemu ochrony zdrowia i spraw dotyczących indywidualnych/

Przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL

w poszczególnych kadencjach

- **Andrzej Fortuna** z Nowego Sącza, przewodniczący KS NRL w II i III kadencji oraz wiceprezes NRL w tym okresie
- **Zbigniew Żak** z Krakowa, przewodniczący KS NRL w IV kadencji i pierwszej połowie V kadencji oraz wiceprezes NRL w tych kadencjach
- **Anna Lella** z Olsztyna, przewodnicząca KS NRL w drugiej połowie V kadencji oraz pełnej VI kadencji, wiceprezes NRL w tym okresie
- **Agnieszka Ruchała-Tyszler** ze Szczecina, przewodnicząca KS NRL w pierwszej połowie VII kadencji oraz wiceprezes NRL w tym okresie
- **Leszek Dudziński** z Olsztyna, przewodniczący KS NRL w drugiej połowie VII kadencji oraz wiceprezes NRL w tym okresie
- **Andrzej Cisko** z Poznania, przewodniczący KS NRL VIII kadencji oraz wiceprezes NRL w tym okresie

grupowych praktyk prywatnych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, sytuacji młodych lekarzy dentyków i studentów stomatologii, spraw bytowych lekarzy dentystów i ich

rodzin.

Porównując pierwsze zadania, jakie sobie wytyczała Komisja Stomatologiczna NRL w latach 90. minionego stulecia, i ostatnie kadencje, widać, jak wiele się zmieniło w świadomości jej członków, a także, jak poszerzył się zakres podejmowanych przez nich tematów. Przykładem jest np. zbieranie i analizowanie informacji o sytuacji epidemiologicznej ludności w zakresie zdrowia jamy ustnej, podejmowanie wspólnie z lekarzami działań na rzecz poprawy zdrowia Polaków (choroby współzależne od stanu zdrowia jamy ustnej), opracowywanie koncepcji kształcenia specjalizacyjnego lekarzy dentystów czy sposobu uzyskiwania umiejętności oraz doskonalenia zawodowego. Tego rodzaju działania wymagają dogłębnej znajomości tematów i prawa, KS NRL w obecnym kształcie może więc powoływać stałe lub doraźne zespoły robocze. Do pracy w tych zespołach zapraszane są osoby spoza komisji oraz eksperci w swoich dziedzinach. Bardzo ważna w realizacji wytyczanych zadań jest też współpraca z komisjami stomatologicznymi okręgowych rad lekarskich oraz komisjami problemowymi NRL. Dzięki temu Komisja Stomatologiczna NRL podnosi stale swój poziom merytoryczny, a jej status w strukturach samorządu lekarskiego wciąż wzrasta. ■

Źródło:

Zygmunt Wiśniewski, „Kronika Izby Lekarskiej w Polsce w latach 1945-2005”

Zygmunt Wiśniewski, „Kronika Izby Lekarskiej w Polsce – kontynuacja (2005-2009)”

STOMATOLOGIA



Posiedzenie ogólne CED w Porto

Co ustalono w Bukareszcie i Porto?

W ostatnich tygodniach doszło do dwóch istotnych spotkań dotyczących europejskiej stomatologii – sesji plenarnej ERO i posiedzenia ogólnego CED. Dyskutowano m.in. o kadrach, nieuniknionej cyfryzacji, a także o tym, że współczucie dla lekarzy dentystów z Ukrainy nie oznacza dopuszczenia ich do zawodu na terenie UE bez uprzedniej weryfikacji, czy są wykształceni zgodnie ze standardami unijnymi.

Marek Szewczyński radca prawny NIL

Sesja plenarna Europejskiej Organizacji Regionalnej Światowej Federacji Dentystycznej (ERO) odbyła się w dniach 29-30 kwietnia br. w Bukareszcie – po raz pierwszy od września 2019 r. z osobistym udziałem delegatów (NIL reprezentowali dr Anna Lella, dr Ewa Siewierska-Chomeniuk i r.pr. Marek Szewczyński, a z ramienia PTS – prof. Marzena Dominiak).

Gospodarzem spotkania było Rumuńskie Towarzystwo Stomatologiczne. Większość osób podkreślała, jak ważna jest możliwość ponownego

osobistego uczestnictwa z delegatami z innych państw, zwłaszcza z osobami, które nie biorą udziału w pracach innych europejskich organizacji stomatologicznych.

ZMIANY W ZARZĄDZIE

Podczas sesji plenarnej ERO prezes elekt dr Simona Dianışková ze Słowacji przejęła stanowisko prezesa od dr. Michaela Franka (Niemcy), wybrano też pozostałych członków nowego zarządu ERO na lata 2022-2025: dr Edoardo Cavallè z Włoch został prezesem elektem, prof. Taner Yücel z Turcji to nowy sekretarz generalny, dr Oliver Zeyer ze Szwajcarii został członkiem

zarządu i skarbnikiem, a prof. Paula Perlea z Rumunii – członkiem zarządu.

Prof. Taner Yücel przedstawił ciekawe podsumowanie raportów krajowych składanych przez organizacje członkowskie. Pandemia COVID była nadal istotnym zagadnieniem na szczepku krajowym; innym głównym tematem zainteresowania był rozwój tzw. stomatologii korporacyjnej w wielu krajach europejskich. Z kolei prof. Nikolai Sharkov w imieniu prezesa FDI przedstawił raport z bieżącej działalności FDI, m.in. działania związane z ograniczaniem stosowania amalgamatu dentystycznego w ramach zobowiązań, jakie przyjęto na siebie wiele



Zarząd CED

państw w ramach Konwencji z Minamaty w sprawie rtęci.

Delegaci, na wniosek zarządu ERO, przyjęli też uchwałę wyrażającą pełną solidarność z narodem Ukrainy i ukraińskimi lekarzami dentystami. W rezolucji podkreślono, że inwazja na Ukrainę przez siły rosyjskie kosztowała już życie wiele osób i spowodowała, że miliony ludzi opuściły swoje domy i uciekły do innych krajów. ERO zadeklarowała pełną solidarność z mieszkańcami Ukrainy, szczególnie z ukraińskimi lekarzami dentystami i ich współpracownikami.

Delegaci zatwierdzili też sprawozdanie finansowe za 2021 rok, przyjęli budżet na 2022 rok, ponadto przedstawiono sprawozdania z prac wszystkich siedmiu grup roboczych oraz omówiono plany ich dalszych działań.

OBRADY W PORTO

Trzy tygodnie po bukaresztańskiej sesji plenarnej ERO doszło do kolejnego spotkania przedstawicieli europejskiej stomatologii (20 – 21 maja) – tym razem na posiedzeniu ogólnym Rady Europejskich Lekarzy Dentystów (CED) w Porto

(NIL reprezentowali dr dr Anna Lella, dr Ewa Siewierska-Chomeniuk, dr Kacper Gałan i r.pr. Marek Szewczyński).

Poprzedziło je spotkanie zarządu CED (19 maja) z udziałem wiceprezes tej organizacji dr Anny Lelli, podczas którego omówiono m.in. potrzebę uaktualnienia „EU Manual of Dental Practice”, kompendium wiedzy przygotowanego na zlecenie CED na temat stomatologii w poszczególnych państwach europejskich, w tym Polski.

Prezes Portugalskiej Izby Lekarzy Dentystów Miguel Pavão, witając w Porto uczestników, wytknął nieobecność portugalskiego ministra zdrowia. Stwierdził, że jest to dodatkowy dowód na to, że znaczenie zdrowia jamy ustnej nadal nie jest doceniane.

Prezes CED Freddie Sloth-Lisbjerg wskazał m.in., że w marcu CED wydało wspólnie z zarządem ERO oświadczenie potępiające rosyjską agresję na Ukrainę i stale wspiera pomoc, jaką środowiska stomatologiczne wielu państw udzielają ukraińskim lekarzom dentystom i pozostałym mieszkańcom tego kraju. Jednocześnie podkreślił, że niesiona pomoc i współczucie wobec Ukrainy nie

CED skierowała pismo do władz litewskich wspierające samorządność zawodową na Litwie, która jest w ostatnim okresie ograniczana.

oznacza, że ukraińscy lekarze dentyści mogą podejmować pracę w innych państwach UE bez uprzedniego uznania ich kwalifikacji i ustalenia, czy kształcenie, które odbyli, spełnia standardy wynikające z prawa unijnego. Dr Sloth-Lisbjerg przypomniał także o informacji prasowej opublikowanej w styczniu, zachęcającej lekarzy dentystów i ich pacjentów do szczepień przeciwko COVID-19. CED skierowała też pismo do władz litewskich wspierające samorządność zawodową na Litwie, która jest w ostatnim okresie ograniczana.

Delegaci przyjęli jednogłośnie zmianę statutu CED, która ogranicza możliwość zasiadania w zarządzie CED przez te same osoby do maksymalnie trzech kadencji (12 lat).



W Bukareszcie NIL reprezentowali dr Anna Lella, dr Ewa Siewierska-Chomeniuk i r.pr. Marek Szewczyński, a PTS – prof. Marzena Dominiak.

NIE UNIKNIEMY CYFROWEJ TRANSFORMACJI

Zatwierdzono też dokument roboczy dot. e-umiejętności w stomatologii („eSkills for dentists”) podkreślający, że w obliczu cyfrowej transformacji w stomatologii, lekarze dentyści muszą pogłębiać swą wiedzę w tym zakresie, ucząc się korzystać z coraz to nowych cyfrowych narzędzi w ochro-

w formie zdalnej we współpracy z IMMUNION 28 czerwca. Jego celem jest omówienie metod i działań pozwalających zwiększać zaufanie pacjentów do szczepień. Każdy zainteresowany może wziąć w nim udział po uprzedniej rejestracji (vaxcom@uantwerpen.be).

CED śledzi na bieżąco prace Komisji Europejskiej dot. programu studiów stomatologicznych. Sformułowane

CED śledzi na bieżąco prace Komisji Europejskiej dot. programu studiów stomatologicznych.

nie zdrowia. Dokument zawiera wykaz czterech kategorii e-umiejętności (m.in. w zakresie relacji z pacjentem, korzystania ze sztucznej inteligencji) potrzebnych w praktyce zawodowej.

Przyjęto również kilka zmian w stanowisku w sprawie stomatologii i bezpieczeństwa pacjentów w okresie COVID-19, wskazując w szczególności, że zalecenia w nim zawarte mają odpowiednie zastosowanie do innych, podobnych zagrożeń dla zdrowia publicznego.

Grupa robocza ds. zdrowia jamy ustnej przekazała informacje nt. webinaru dot. szczepień adresowanego do praktykujących stomatologów i studentów, które zostanie zorganizowane

niedawno zalecenia firmy konsultingowej w tym zakresie będą niedługo opublikowane i KE będzie podejmować decyzje co do ewentualnych zmian.

KADRY W STOMATOLOGII

Anna Lella przedstawiła prace grupy zadaniowej ds. rynku wewnętrznego, której jest przewodniczącą. W najbliższym czasie grupa będzie starała się przygotować projekt stanowiska w sprawie kadr w stomatologii, które ma uwzględniać takie zagadnienia jak rozwój stomatologii korporacyjnej i komercjalizację opieki stomatologicznej, malejącą chęć młodych lekarzy dentyстів na zakładanie własnych gabinetów i ponoszenie ryzyka finansowego,

ERO jest organizacją lekarsko-dentystyczną działającą w strukturach Światowej Federacji Dentystycznej (FDI), skupiającą główne krajowe organizacje stomatologiczne z Europy należące do FDI (państwa z Europy wg definicji WHO, tj. z uwzględnieniem byłych republik ZSRR oraz Izraela). Naczelna Izba Lekarska jest członkiem ERO, tworząc wraz z Polskim Towarzystwem Stomatologicznym tzw. Polski Komitet Narodowy.

CED jest organizacją reprezentującą zawód lekarza dentysty w UE, zrzeszającą główne krajowe organizacje lekarsko-dentystyczne z 31 państw europejskich (państwa członkowskie UE, państwa EOG, Szwajcaria, Wlk. Brytania).

różnice w liczbie kadry stomatologicznej w poszczególnych państwach. Delegaci odbyli dość długą dyskusję w tej sprawie, podkreślając, że te zagadnienia mają kluczowe znaczenie dla przyszłości europejskiej stomatologii.

W prezentacji podsumowującej raporty krajowe sporządzone przez organizacje z 21 państw podkreślono m.in., że państwa takie jak Finlandia, Irlandia, Niderlandy, Dania zgłaszają niedobór lekarzy dentyстів, a Austria, Czechy, Norwegia wskazują, że jest ich zbyt dużo w odniesieniu do potrzeb zdrowotnych pacjentów w tych państwach.

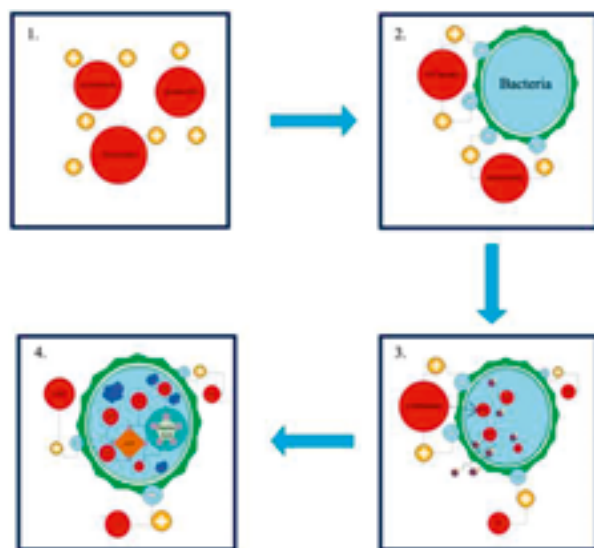
Z kolei prezes Stowarzyszenia ds. Kształcenia Stomatologicznego w Europie (ADEE) prof. Pål Barkvoll z Uniwersytetu w Oslo zwrócił uwagę na komercjalizację kształcenia stomatologicznego, które jest prowadzone przez rosnącą liczbę uczelni prywatnych niemających właściwego zaplecza akademickiego. Mówił też o znaczeniu stażu podyplomowego jako praktycznym uzupełnieniu studiów, szczególnie w kontekście ograniczeń w kształceniu w czasie pandemii. ■

Chlorheksydyna w stomatologii

Frank Poppolo Deus z Wydziału Stomatologii, University of Toronto (Kanada), oraz Aviv Ouanounou z Wydziału Nauk Klinicznych, Farmakologii i Stomatologii Prewencyjnej, Wydziału Stomatologii, University of Toronto (Kanada) dokonali przeglądu aktualnych zastosowań chlorheksydyny (CHX) w stomatologii w oparciu o mechanizm jej działania.

Autorzy przeszukali literaturę za pomocą słów kluczowych „chlorheksydyna”, „mechanizm działania”, „działania niepożądane” i „stomatologia”, korzystając z baz danych w systemie bibliotecznym Uniwersytetu w Toronto. W sumie zidentyfikowano 1100 publikacji, 100 przeanalizowano i wykorzystano 67 z nich.

W artykułach wymieniono wiele obszarów nakładania się zastosowań i działania CHX. Wyniki analiz pokazały, że chlorheksydyna głównie jest dodatkiem do terapii, choć ma wiele różnych zastosowań. Płyn do płukania jamy ustnej to najlepszy środek do krótkotrwałego stosowania, gdy nie jest możliwe zastosowanie profilaktyki mechanicznej w zapobieganiu zapaleniu dziąseł, a także do utrzymania właściwej higieny jamy ustnej. Produkty CHX często są stosowane w periodontologii, po zabiegach chirurgicznych oraz w profilaktyce zabiegów inwazyjnych przy minimalnych



Mechanizm działania (MOA) dla chlorheksydyny

skutkach ubocznych. Wśród negatywnych działań niepożądanych zgłaszanych przez pacjentów najbardziej negatywne było przebarwienie zębów.

Z publikacji wynika też, że płyn do płukania jamy ustnej CHX wydaje się być skuteczniejszy w porównaniu do żeli. Zalecane są stężenia od 0,12% do 0,2%; każdy płyn do płukania ust o stężeniu powyżej 0,2% niepotrzebnie zwiększa ryzyko wystąpienia działań niepożądanych. Chlorheksydyna ma zastosowanie w różnych dziedzinach stomatologii, w tym chirurgii jamy ustnej, periodontologii, a nawet stomatologii ogólnej. W leczeniu długotrwałym, zwłaszcza u pacjentów z paradontozą (stadium I-III) poddawanych leczeniu zachowawczemu, polecane są chipy CHX. Są one również zalecane jako uzupełnienie leczenia chirurgicznego implantów u pacjentów z *periimplant mucositis* i *periimplantitis*. ■

Źródło: sciencedirect.com

Nanoboty kontra bakterie

Według Amerykańskiego Stowarzyszenia Endodontów, rocznie przeprowadza się około 25 mln zabiegów leczenia kanałowego, a ponad 90 proc. z nich kończy się powodzeniem. Aby rozwiązać problem niepowodzenia leczenia z powodu nieodpowiedniej dekontaminacji systemu kanałów korzeniowych, naukowcy z Indyjskiego Instytutu Nauki i firmy Theranautilus zajmującej się nanorobotyką wykazali, że roboty o rozmiarach nano mogą być skutecznie wykorzystywane do zabijania bakterii w kanałkach zębinowych.

– Kanałki zębinowe są bardzo małe, a bakterie znajdują się głęboko w tkance. Obecne techniki nie są wystarczające, aby wejść do ich wnętrza i zabić bakterie – mówi Shanmukh Srinivas, pracownik naukowy w Center for Nano Science and

Engineering (CeNSE) w Indyjskim Instytucie Nauki.

W ramach badania naukowcy zbadali potencjał aktywnie manewrowanych nanobotów do dezynfekcji kanałków zębinowych. Po wstrzyknięciu do pobranych próbek zębów nanoboty były w stanie penetrować głęboko wewnątrz kanałków zębinowych pod kontrolą urządzenia generującego pole magnetyczne o niskim natężeniu. Manipulując polem magnetycznym, naukowcy byli w stanie sprawić, że powierzchnia nanobotów generowała ciepło, dzięki czemu zabijane były bakterie. – Żadna inna technologia nie może teraz tego dokonać – wyjaśnia główny autor badania, dr Debayan Dasgupta, pracownik naukowy w CeNSE.

Nanoboty były w stanie przeniknąć do 2000 µm do kanałków zębinowych, osiągając w ten sposób ogromną głębokość penetracji, znacznie większą w porównaniu z irygacją aktywowaną ultradźwiękami i laserem. Naukowcy uważają, że używanie ciepła do zabijania bakterii jest bezpieczną alternatywą dla stosowania ostrych środków chemicznych lub antybiotyków.

Naukowcy są już bardzo blisko wdrożenia tej technologii w warunkach klinicznych. Pracują obecnie nad nowatorskim urządzeniem, które można umieścić w jamie ustnej pacjenta i które pozwala lekarzowi dentyście podczas leczenia kanałowego wprowadzać nanoboty i manipulować nimi wewnątrz zęba. ■

Źródło: dental-tribune.com

Układ odpornościowy pamięta

Osoby z ciężką chorobą dziąseł są bardziej narażone na inne stany zapalne, takie jak choroby serca i zapalenie stawów, i na odwrót. Nowe badania ujawniają mechanizm leżący u podstaw tego powiązania.

Naukowcy ze School of Dental Medicine wraz z międzynarodowym zespołem badaczy, w tym z Uniwersytetu Technicznego w Dreźnie, w artykule opublikowanym na łamach „Cell” wyjaśniają, jak wrodzona pamięć immunologiczna może sprawiać, że jeden rodzaj stanu zapalnego (jak np. choroba dziąseł) zwiększa podatność na inne (jak np. zapalenie stawów). Dzieje się tak za sprawą zmian w prekursorach komórek odpornościowych w szpiku kostnym.

Zespół wykazał również (w modelu mysim), że biorcy szpiku kostnego byli predysponowani do cięższego zapalenia stawów, jeśli ich dawca cierpiał na zapalenie dziąseł. – Chociaż używamy jako naszego modelu zapalenia przyzębia i zapalenia stawów, nasze odkrycia wykraczają poza te przykłady – informuje George Hajishengallis, profesor Penn Dental Medicine i autor badań na ten temat. Naukowcy twierdzą, że mechanizm ten powinien skłonić do ponownego zastanowienia się nad sposobem wyboru dawców szpiku kostnego, ponieważ ci z określonymi typami pamięci immunologicznej wywołanymi przez leżące u ich podłoża stany zapalne mogą narażać biorców na wyższe ryzyko zaburzeń zapalnych.

– Wiedzieliśmy, że choroba dziąseł zwiększa ryzyko chorób współistniejących. Prawdą jest również odwrotność: np. u osób z zapaleniem okrzężnicy występuje zwiększona częstość występowania chorób przyzębia – wyjaśnia Hajishengallis. Rozważano różne zależności, ale żaden mechanizm unifikujący nie był w stanie wyjaśnić tej dwukierunkowości. Zaczęto więc myśleć o możliwym mechanizmie jednoczącym, który leżałby u podstaw takiego związku.

Opierając się na swoim wcześniejszym odkryciu dotyczącym „wytrenowanych” prekursorów w szpiku kostnym, naukowcy postanowili sprawdzić, czy uda im się prześledzić źródło związku między chorobami współistniejącymi z wrodzonym treningiem odpornościowym. Aby przetestować tę hipotezę, zespół najpierw wykazał, że w ciągu tygodnia od wywołania u myszy choroby przyzębia, komórki szpiku i komórki progenitorowe rozrosły się. Badając je kilka tygodni później, po ustąpieniu zapalenia przyzębia, naukowcy nie zauważyli znaczących zmian w wyglądzie i zachowaniu komórek. Jednak komórki progenitorowe prawdopodobnie zapamiętały stan zapalny, na który były narażone, ponieważ zawierały ważne zmiany epigenetyczne (zmiany w markerach molekularnych, które wpływają na sposób włączania i wyłączania genów, ale nie zmieniają rzeczywistej sekwencji DNA). Oznaczało to, że zmiany wywołane stanem zapalnym mogą zmienić sposób ekspresji genów po prowokacji w przyszłości. I tak, myszy z indukowaną chorobą przyzębia wykazywały silniejszą reakcję na późniejszą prowokację układu odpornościowego. To dowód na powstanie wytrenowanej odporności.

Podsumowaniem całości eksperymentu okazał się przeszczep szpiku kostnego. Dwieście komórek macierzystych ze szpiku kostnego przeszczepiono myszom, które nigdy nie miały choroby dziąseł i którym napromieniono własny szpik kostny. – Myszy, które otrzymały przeszczep od tych z zapaleniem przyzębia, rozwinęły cięższe zapalenie stawów niż myszy, które otrzymały komórki macierzyste od myszy zdrowych – wyjaśnia Hajishengallis.

Kolejne projekty będą miały na celu zbadanie, jaki związek z chorobami przyzębia mogą mieć inne stany zapalne. Ich wyniki mogą uzmysłowić, jak ważne jest zdrowie jamy ustnej dla ogólnego stanu zdrowia. ■

Źródło: sciencedaily.com

Chodzi o sprawnie działającą sieć powiązań

Z prof. Maciejem Kupczykiem, prezydentem Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, rozmawia Lucyna Krysiak.

Jak COVID-19 wpływa na przebieg astmy i różnego rodzaju alergii?

Publikacje naukowe wskazują wyraźnie, że w przeciwieństwie do innych chorób przewlekłych, m.in. dotyczących układu krążenia, a także nowotworów i obturacyjnej choroby płuc związanej z paleniem tytoniu (POCHP), astma oskrzelowa i alergię w istotny sposób nie zwiększają ryzyka zakażenia koronawirusem i nie przyczyniają się do cięższego przebiegu COVID-19. Wyjątkiem są pacjenci z najcięższymi postaciami astmy, u których występują choroby współistniejące.

Większym problemem w czasie trwania pandemii były obciążenia organizacyjne dla systemu opieki zdrowotnej. Świadczenia z zakresu alergologii często udzielane są w ośrodkach internistycznych, pulmonologicznych czy dermatologicznych, a wiele z nich przeprofilowano na oddziały covidowe, co utrudniło dostęp do diagnostyki i leczenia. Nauczyliśmy się jednak optymalizować ten dostęp, kładąc nacisk na opiekę ambulatoryjną, odciażając w ten sposób ośrodki szpitalne. Pomogły nam w tym teleporady, które w przypadku już rozpoznanej astmy i innych postaci alergii okazały się dobrą formą kontaktu z chorymi.

Co zainspirowało Polskie Towarzystwo Alergologiczne do utworzenia Koalicji na Rzecz Leczenia Astmy?

Astma i alergię to najczęstsze choroby przewlekłe wśród dzieci, młodzieży i tzw. młodych dorosłych. Pod opieką NFZ jest ok. 2,5 mln pacjentów z rozpoznaniem astmy, a objawy tej choroby występują u około 3-4 mln osób. Szacuje się, że od wystąpienia pierwszych objawów do rozpoznania choroby mija 7 lat. Oznacza to, że nie wszyscy chorzy trafiają do alergologa na odpowiednio wczesnym etapie, nie wszyscy podejmują systematyczne leczenie i są objęci właściwą opieką specjalistyczną. Celem Polskiego Towarzystwa Alergologicznego jest promowanie najnowszej wiedzy medycznej i wytyczanie standardów postępowania. Opóźnienie rozpoznania i brak wdrożenia prawidłowego leczenia może prowadzić do rozwoju ciężkich postaci chorób alergicznych. Dobrym przykładem jest astma oskrzelowa, w leczeniu której nadużywa się tzw. leków ratunkowych, stosuje się systemowe kortykosteroidy, które ze względu na objawy uboczne są dla pacjentów obciążające. Koalicja na Rzecz Leczenia Astmy to platforma zrzeszająca przedstawicieli różnych środowisk, w tym lekarzy, pacjentów oraz ekspertów organizacji opieki

zdrowotnej, powołana do dyskusji i wypracowania rozwiązań pozwalających uniknąć tego rodzaju zagrożeń.

W jaki sposób?

Wśród lekarzy i decydentów promujemy przekaz, że warto wcześniej rozpoznawać astmę i alergię, wdrożyć optymalne leczenie, objąć je refundacją, aby minimalizować negatywny wpływ tych przewlekłych chorób na życie pacjentów i ich rodzin oraz system opieki zdrowotnej. Przekonujemy, że to się opłaca, również z punktu widzenia farmakoekonomiki. Każdy powinien wiedzieć, że niedopuszczenie do ciężkiej postaci astmy to uniknięcie niepotrzebnych świadczeń rentowych, pogorszenia wydolności układu oddechowego i kosztów związanych z hospitalizacją w specjalistycznym ośrodku.

A rozwiązania systemowe?

Odnoszą się do synergii pomiędzy podstawową opieką zdrowotną, ambulatoryjną opieką specjalistyczną i ośrodkami specjalistycznymi, gdzie leczy się pacjentów z ciężkimi postaciami astmy i alergii. Chodzi o zachowanie współpracy między tymi sektorami, ale też o usprawnienie przepływu informacji, np. tych dotyczących ordynowania leków. Przykładem takich rozwiązań jest wykorzystanie e-recepty, która daje możliwość uzyskania informacji zwrotnej, jak pacjenci są leczeni. Od dawna wiemy, że nadużywa się stosowania leków ratunkowych lub glikokortykosteroidów systemowych, co oznacza, że choroba jest źle kontrolowana. Dzięki informacji zwrotnej za pomocą e-recepty możemy skorygować błędy i zoptymalizować leczenie. Mamy poparcie Ministerstwa Zdrowia i planujemy za kilka miesięcy wprowadzić to rozwiązanie do praktyki klinicznej.

Czyli to prawda, że astma jest w Polsce słabo kontrolowana?

Jak już wspominałem, bardzo ważne jest wczesne rozpoznanie. Nie do przecenienia jest w tym rola lekarzy medycyny rodzinnej. Pierwsze objawy powinny skłonić lekarza pierwszego kontaktu, by pogłębić diagnostykę lub wysłać pacjenta do specjalisty. To samo dotyczy referencyjnych ośrodków specjalistycznych, gdzie chorzy mają dostęp do najnowocześniejszych metod diagnostyki i terapii, w tym do programów lekowych. Na każdym kolejnym etapie diagnostyki i leczenia kluczowa jest współpraca między lekarzami tych specjalności i ośrodkami. Zbudowanie sprawnie działającej sieci powiązań to podstawa

tej współpracy, która przekłada się na poprawę jakości opieki zdrowotnej chorych.

Są doniesienia naukowe, że glikokortykosteroidy wziewne łagodzą przebieg COVID-19.

U chorych z rozpoznaniem astmy leczonych glikokortykosteroidami wziewnymi w dawkach terapeutycznych rzeczywście ryzyko zakażenia koronawirusem i ciężkiego przebiegu infekcji jest mniejsze. Ta wiedza jest spójna z wcześniejszymi obserwacjami, że prawidłowe leczenie astmy zmniejsza ryzyko zaostrzenia wynikające z infekcji wywołanej innymi wirusami, np. RV lub paragrypy. W czasie trwania pandemii pojawiły się też publikacje, że stosowanie glikokortykosteroidów wziewnych na wczesnym etapie zakażenia koronawirusem u osób niechorujących na astmę zmniejsza ryzyko progresji, czyli przejścia tej infekcji w postać cięższą, wymagającą leczenia w oddziale intensywnej terapii.

Ilu mamy w Polsce alergologów i czy młodzi lekarze chętnie specjalizują się w tej dziedzinie?

Polskie Towarzystwo Alergologiczne zrzesza wszystkich zainteresowanych najnowszą wiedzą dotyczącą astmy i chorób alergicznych. Oprócz alergologów są to także lekarze różnych innych specjalności, a także pielęgniarki i przedstawiciele innych zawodów medycznych. PTA liczy ok. 1600 członków. Alergologia to specjalizacja z pogranicza interny, pulmonologii, pediatrii, dermatologii, laryngologii, dzięki czemu pozwala spojrzeć holistycznie na pacjenta. Interdyscyplinarny charakter tej specjalności sprawia, że jest interesująca dla młodych lekarzy i nie brakuje chętnych do specjalizowania się w tym kierunku.

Od lat notujemy niepokojący wzrost zachorowań na astmę i alergię.

To prawda. Ze względu na zmiany w diecie i zmiany klimatu pojawiają się nowe, nieznane wcześniej alergeny, wzrasta też częstość występowania ciężkich, zagrażających zdrowiu i życiu postaci alergii, w tym anafilaksji np. po pokarmach lub lekach. Skala uczuleń jest ogromna, szacuje się, że dotyczy 40 proc. populacji.

Ocieplenie klimatu sprawiło, że zmienia się flora i fauna naszego kraju, w związku z czym identyfikujemy nowe alergeny wziewne. Zmiany klimatyczne zmieniają okresy wegetacji, co wpływa na pylenie roślin. Pojawiają się owady, których dotąd nie znaliśmy – stanowią one zagrożenie dla osób uczulonych na jady owadów błonkoskrzydłych. Problemem są już wspomniane alergię na leki. Nie tylko powszechnie stosowane leki przeciwbólowe i antybiotyki, ale też nowoczesne terapie biologiczne, onkologiczne czy środki kontrastowe oraz nowe produkty żywnościowe, egzotyczne owoce i warzywa. Powszechne w naszej diecie stały się owoce morza, które u osób uczulonych także mogą powodować ciężkie reakcje alergiczne. I tej nowej alergologii musimy się uczyć.

Dokąd zmierza współczesna alergologia?

W kierunku rozwoju metod diagnostyki molekularnej, komponentowej, która przekłada się na dokładność rozpoznania i rokowanie w przyszłości, szczególnie w ciężkich postaciach reakcji anafilaktycznych. Mamy już dostęp do terapii biologicznych w przypadku ciężkiej astmy, ale też atopowego



Prof. Maciej Kupczyk – U chorych z rozpoznaniem astmy leczonych glikokortykosteroidami wziewnymi w dawkach terapeutycznych rzeczywście ryzyko zakażenia koronawirusem i ciężkiego przebiegu infekcji jest mniejsze.

zapalenia skóry czy przewlekłej pokrzywki spontanicznej. PTA nieustannie czyni starania, by te nowoczesne terapie były objęte refundacją. Rzecz w tym, aby NFZ rozumiał, że nie chodzi tylko o refundację nowych leków, ale finansowanie nowoczesnych procedur i dobrą organizację ośrodków. Przykładem jest tutaj immunoterapia alergenowa, która jest jedynym przyczynowym leczeniem alergii, zmniejsza ryzyko rozwoju nowych uczuleń i astmy u pacjentów z alergicznym nieżytem nosa. PTA zabiega o dostęp do tej terapii.

Jaka jest skuteczność szczepień przeciwko COVID-19 u chorych na astmę i z alergiami?

Na początku obawialiśmy się u nich reakcji na szczepionki przeciwko COVID-19. Ale pacjenci z astmą i alergiami dobrze znosili szczepienia, a odsetek i rodzaj objawów poszczepiennych był porównywalny do całej populacji. PTA opracowało i wydało w tej sprawie zalecenia, aby nie było wątpliwości co do tego, że szczepionki są bezpieczne i skutecznie chronią przed zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Rolą naszego towarzystwa jest upowszechnianie wiedzy na temat astmy oraz chorób alergicznych i opracowywanie zaleceń wpisuje się w ten kierunek działań. Prowadzimy edukację, szkolenia, webinaria, a nasze konferencje kierujemy zarówno do lekarzy, jak i pacjentów, np. organizując dla nich zajęcia z postępowania w przypadku wystąpienia anafilaksji, dostępu do adrenalin, która ratuje życie, a jest z tym problem np. w placówkach oświatowych. Po wielu miesiącach rozmów Ministerstwo Zdrowia zwróciło się do Polskiego Towarzystwa Alergologicznego o przygotowanie zaleceń dla dzieci i młodzieży w przypadku nagłego wystąpienia anafilaksji lub np. zaostrzenia objawów astmy w warunkach placówki oświatowej. Zalecenia te, opracowane przez naszych ekspertów, mają być opublikowane przez MZ, zyskując tym samym umocowanie prawne, by można je było wprowadzić w życie. ■

Dieta pomaga młodym mężczyznom pokonać depresję



Takie wnioski płyną z wyników 12-tygodniowego randomizowanego badania kontrolnego, przeprowadzonego przez naukowców z University of Technology Sydney, które zostało opublikowane w recenzowanym „American Journal of Clinical Nutrition”.

Każdego roku depresja dotyka około 1 mln Australijczyków. Jest to istotny czynnik ryzyka samobójstw i główna przyczyna śmierci młodych dorosłych w tym kraju.

– Istnieje wiele powodów, dla których z naukowego punktu widzenia uważamy, że jedzenie wpływa na nastrój. Na przykład około 90 proc. serotoniny jest

wytwarzane w naszych jelitach przez mikroby jelitowe. Pojawiają się dowody, że te drobnoustroje mogą komunikować się z mózgiem za pośrednictwem nerwu błędnego, czyli tak zwanej osi jelito-mózg – mówi Jessica Bayes, doktorantka na Wydziale Zdrowia UTS i główna badaczka. – Aby mieć pozytywne drobnoustroje, musimy karmić je błonnikami, który znajduje się w roślinach strączkowych, owocach i warzywach – podkreśla.

Dieta zastosowana w badaniu naukowców z Sydney była bogata w kolorowe warzywa, rośliny strączkowe i pełnoziarniste, tłuste ryby, oliwę z oliwek oraz surowe, niesolone orzechy. To pierwsze

randomizowane badanie kliniczne oceniające wpływ diety śródziemnomorskiej na objawy depresji u młodych mężczyzn (w wieku 18-25 lat). – Osoby przypisane do diety śródziemnomorskiej były w stanie w krótkim czasie, pod okiem dietetyka, znacząco zmienić swoją pierwotną dietę – zauważa Bayes, co stanowiło pewien element pozytywnego zaskoczenia dla badaczy.

Około 30 proc. pacjentów z depresją nie reaguje odpowiednio na standardowe leczenie poważnych zaburzeń depresyjnych, takie jak terapia poznawczo-behawioralna i leki przeciwdepresyjne. – Dlatego lekarze i psychologowie powinni rozważyć możliwość skierowania młodych mężczyzn z depresją do dietetyka, a zmianę przyzwyczajęń żywieniowych traktować jako ważny element leczenia depresji klinicznej – sugeruje Bayes. To ważny wkład do powstającej psychiatrii żywieniowej, nowej dziedziny, której celem jest badanie wpływu, jaki określone składniki odżywcze i wzorce żywieniowe mają na zdrowie psychiczne. ■

Źródło: American Journal of Clinical Nutrition

Najlepsi naukowcy medyczni

Pierwszą edycję rankingu najlepszych naukowców zajmujących się medycyną opublikował portal Research.com – to jedna z głównych stron internetowych poświęconych badaniom nad medycyną, oferująca wiarygodne dane o dorobku naukowym.

Ranking poparty jest rzetelną analizą, na podstawie której powstaje lista czołowych naukowców z dziedziny medycyny, oparta na skrupulatnym badaniu 166 880 naukowców w Google Scholar i Microsoft Academic Graph. Dla „medycyny” zbadało ponad 65 743 profile. Ranking zawiera wartości indeksu h, publikacji i cytowań zebranych do 6 grudnia 2021 r.

Na liście znalazło się 19 nazwisk z Polski. ■

miejsce w rankingu krajowym	imię i nazwisko	miejsce w rankingu światowym	indeks Hirscha	liczba cytowań	liczba publikacji
1.	Piotr Ponikowski	949	132	197 901	670
2.	Jan Lubiński	2949	105	53 520	554
3.	Andrzej Budaj	5525	92	95 829	236
4.	Maciej Banach	5744	91	50 856	1004
5.	Hania Szajewska	7422	86	30 496	294
6.	Michał Tendra	8912	82	123 631	277
7.	Jacek Jassem	8911	82	44 834	492
8.	Adam Torbicki	8922	82	130 262	272
9.	Andrzej Szczekliak	10 329	79	21 454	306
10.	Dariusz Dudek	10 262	79	34 348	533
11.	Roman Topór-Mądry	11 574	76	130 054	117
12.	Marek L. Kowalski	11 842	76	42 424	278
13.	Godefridus J. Peters	11 972	75	26 208	398
14.	Tadeusz Robak	12 362	75	27 239	586
15.	Stanisław J. Konturek	12 411	75	16 517	374
16.	Krzysztof Selmaj	14 008	72	29 645	276
17.	Gabriel Nowak	14 135	72	15 196	315
18.	Andrzej Pilc	16 105	70	14 355	247
19.	Janusz K. Rybakowski	16 085	70	16 146	380

Źródło: research.com

Alkohol niszczy serce bardziej, niż zakładano

Według badań, których wyniki przedstawiono w maju w Madrycie (Hiszpania) podczas Heart Failure 2022, kongresie naukowym Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC), poziom spożycia alkoholu uważany obecnie przez niektóre kraje za bezpieczny ma większy wpływ na rozwój niewydolności serca, niż sądzono dotychczas.

– Badanie to uzupełnia istniejące dotychczas dowody, że potrzebne jest bardziej ostrożne podejście do spożywania alkoholu – powiedziała autorka badania dr Bethany Wong ze Szpitala Uniwersyteckiego św. Vincenta w Dublinie (Irlandia). – Jeśli nie pijesz, nie zaczynaj. Jeśli pijesz, ogranicz tygodniowe spożycie do mniej niż jednej butelki wina lub mniej niż 3,5 puszki 500 ml piwa 4,5 proc. – ostrzega badaczka. Według Światowej Organizacji Zdrowia, Unia Europejska jest regionem o największym nasileniu spożycia alkoholu na świecie.

W badaniu wzięło udział 744 dorosłych w wieku powyżej 40 lat, z ryzykiem rozwoju niewydolności serca z powodu czynników ryzyka, takich jak np. nadciśnienie, cukrzyca, otyłość, lub ze stanem przedsercowym (czynniki ryzyka i nieprawidłowości serca, ale bez objawów). Średnia wieku badanych wynosiła 66,5 roku, 53 proc. stanowiły kobiety. Wykluczono osoby pijące w przeszłości i pacjentów z niewydolnością serca z objawami (np. duszność, zmęczenie). Czynność serca mierzono za pomocą echokardiografii.

Naukowcy przeanalizowali związek między spożywaniem alkoholu a zdrowiem serca przez medianę 5,4 roku. Łącznie 201 (27 proc.) pacjentów nie spożywało alkoholu, podczas gdy 356 (48 proc.) spożywało jego niewielką ilość, a 187 (25 proc.) spożywało go w stopniu umiarkowanym lub wysokim. W porównaniu z grupą o niskim spożyciu, osoby z umiarkowanym lub wysokim

spożyciem były młodsze, częściej płci męskiej i miały wyższy wskaźnik masy ciała.

W grupie osób przed niewydolnością serca umiarkowane lub wysokie spożycie wiązało się z 4,5-krotnie zwiększonym ryzykiem pogorszenia zdrowia, w porównaniu z osobami, które nie piły alkoholu w ogóle. Jednocześnie w grupie ryzyka nie stwierdzono związku między umiarkowanym lub wysokim spożyciem alkoholu a progresją do stanu przedsercowego lub objawowej niewydolności serca. Nie znaleziono też związków ochronnych z niskim spożyciem alkoholu.

– Nasze badanie sugeruje, że picie ponad 70 g alkoholu tygodniowo przez Europejczyków wiąże się z pogorszeniem stanu zdrowia serca lub progresją choroby do objawowej niewydolności serca. Nie zaobserwowaliśmy żadnych korzyści z niskiego spożycia alkoholu – informuje dr Wong. Wyniki sugerują, że kraje europejskie powinny wprowadzić niższe limity bezpiecznego spożycia alkoholu u pacjentów przed niewydolnością serca. ■

Źródło: eurekaalert.org

Zapobieganie infekcjom szpitalnym bez antybiotyków

Każdego roku około 1,7 mln Amerykanów ulega infekcjom szpitalnym, co skutkuje niemal 100 tys. zgonów z powodu powikłań z tym związanych i pochłaniania około 30 mld dolarów na ich leczenie.

Zdaniem ekspertów największymi winowajcami – odpowiedzialnymi za dwie trzecie tych infekcji – są urządzenia bądź wyroby medyczne, takie jak cewniki, stenty, zastawki i rozruszniki serca, których powierzchnie często pokrywają się szkodliwymi filmami bakteryjnymi. Nowatorska obróbka powierzchni opracowana przez zespół naukowców pod kierownictwem University of California, Los Angeles (UCLA) może w przyszłości poprawić bezpieczeństwo.

Nowe podejście, przetestowane zarówno w warunkach laboratoryjnych, jak i klinicznych, polega na osadzeniu cienkiej warstwy tzw. materiału obojnaczojonowego na powierzchni i trwałego związania tej warstwy z leżącym poniżej podłożem za pomocą promieniowania ultrafioletowego. Powstała bariera zapobiega przyleganiu bakterii i innych potencjalnie szkodliwych

materiałów organicznych do powierzchni i powodowaniu infekcji. Odkrycia zespołu zostały opublikowane 19 maja w czasopiśmie „Advanced Materials”.

Naukowcy zastosowali obróbkę powierzchniową na kilku powszechnie stosowanych materiałach, a następnie przetestowali ich odporność na różne rodzaje bakterii, grzybów i białek. Odkryli, że wzrost biofilmu zmniejszył się o ponad 80 proc., a w niektórych przypadkach nawet o 93 proc., w zależności od szczepu drobnoustrojów. – Zmodyfikowane powierzchnie wykazywały silną odporność na mikroorganizmy i białka, co jest dokładnie tym, do czego dążyliśmy – powiedział Richard Kaner, profesor innowacji materiałowych z UCLA i starszy autor badań. – Powierzchnie znacznie zmniejszyły lub nawet zapobiegły tworzeniu się biofilmu – podkreślił.

W badaniu klinicznym wzięło udział 16 długoterminowych użytkowników cewników moczowych, którzy przeszli na cewniki silikonowe z nowym obojnaczojonowym wykończeniem powierzchni. Dziesięć

pacjentów opisało stan dróg moczowych jako „znacznie lepszy” lub „zdecydowanie lepszy”, a 13 deklarowało, że chcą kontynuować stosowanie nowego cewnika. – Kilka tygodni temu jedna pacjentka przyjechała do UCLA, aby podziękować nam za zmianę jej życia. To coś, o czym jako materiałoznawcy nigdy nie myśleliśmy w kontekście swojej pracy – powiedział Kaner.

– Piękno tej technologii to korzyść w postaci zapobiegania lub minimalizowania wzrostu biofilmu bez konieczności stosowania antybiotyków. Chroni pacjentów korzystających z urządzeń medycznych, a tym samym chroni nas wszystkich przed opornością drobnoustrojów i proliferacją superbakterii – podkreśla Kaner. Dwubiegunowe polimery stosowane w obróbce powierzchni są niezwykle biokompatybilne i bardzo mocno absorbują wodę, tworząc cienką barierę hydratacyjną, która zapobiega przyleganiu bakterii, grzybów i innych materiałów organicznych do powierzchni. Technologia ta jest bardzo skuteczna, nietoksyczna i stosunkowo tania w porównaniu z innymi obecnymi metodami obróbki powierzchni wyrobów medycznych, takimi jak powłoki z antybiotykiem lub srebrem. ■

Źródło: eurekaalert.org

DZIAŁALNOŚĆ ODZ NIL

Pierwszy krok

Ukraińscy lekarze i stomatolodzy, którzy w ostatnich miesiącach nieoczekiwanie stali się uchodźcami, często chcą pracować w swoim zawodzie, ale na ogół nie znają języka polskiego.

Lucyna Krysiak dziennikarz

Z pomocą przyszedł im samorząd lekarski. Ośrodek Doskonalenia Zawodowego NIL organizuje dla lekarzy i stomatologów z Ukrainy kursy języka polskiego. Zajęcia odbywają się online.

OBOPÓLNA KORZYŚĆ

Polskie leczenie, a w szczególności szpitale, cierpią na deficyty kadrowe. Najbardziej brakuje anestezjologów, pediatrów, neonatologów, ale też chirurgów (również dziecięcych) i specjalistów w innych dziedzinach. Jak podaje Centralny Rejestr Lekarzy, 35 tys. lekarzy specjalistów ma już ponad 65 lat – jeśli wszyscy podjęliby nagle decyzję o przejściu na emeryturę, często nie byłoby kim obsadzić dyżurów w szpitalach, a kolejki jeszcze bardziej by się wydłużyły. Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) podaje, że w naszym kraju na 1 tys. pacjentów przypada zaledwie 2,3 lekarza, podczas gdy np. w Grecji ten wskaźnik wynosi 6,3, w Austrii – 5,1, w Portugalii – 4,6, w Czechach – 3,7, a na Słowacji – 3,5.

Zatrudnienie lekarzy uchodźców z Ukrainy może nieco wzmocnić polski system ochrony zdrowia, ale przede wszystkim byłoby korzystne dla nich samych. Nie bez znaczenia jest fakt, że w ostatnich tygodniach, wraz z napływem uchodźców, pojawiła się liczna grupa dodatkowych pacjentów. Samorząd lekarski chce wspomóc lekarzy uchodźców w tej wyjątkowo trudnej sytuacji, jednak nie przyzwala do pójścia drogą „na skróty”.



JĘZYK TO KLUCZ

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego NIL, angażując się w pomoc dla lekarzy uchodźców z Ukrainy, połączył siły z okręgowymi izbami lekarskimi, które często pomagają im w weryfikacji dokumentów (osoby chętne do odbycia kursu muszą przedstawić dokument świadczący o ukończeniu uczelni medycznej w Ukrainie, a także dokument potwierdzający przybycie do Polski po 24 lutego 2022 r.). Artur Drobnik, wiceprezes NRL i p.o. kierownika ODZ NIL mówi, że dla lekarzy z Ukrainy starających się o pracę w placówkach medycznych w Polsce znajomość języka polskiego jest kluczowa, a oferowane przez ośrodek kursy są cenną pomocą,

choć stanowią dopiero pierwszy krok na drodze do uzyskania uprawnień do leczenia. – Stanowisko samorządu lekarskiego jest niezmiennie: lekarze z Ukrainy powinni na takich samych warunkach jak inni uzyskiwać prawo wykonywania zawodu. Muszą więc nostryfikować dyplom i zdać egzamin z języka polskiego przed Komisją ds. Egzaminów z Języka Polskiego dla Lekarzy Cudzoziemców – zastrzega Artur Drobnik.

Inicjatywa pomocy uchodźcom z Ukrainy wykonującym zawód lekarza zrodziła się w marcu tego roku na wyjazdowym posiedzeniu NRL w Toruniu. Informacje o bezpłatnych kursach językowych zostały podane do publicznej wiadomości, a lekarze z Ukrainy swoimi kanałami dowiedzieli się, że jest taka możliwość i chętnie z niej korzystają. ODZ NIL zorganizował zajęcia z nauki języka polskiego na szczeblu podstawowym dla ponad 100 osób podzielonych na siedem grup, ale wciąż przybywa zgłoszeń. Zorganizowano też dwie grupy kursantów (20 osób) doskonalących umiejętności z języka polskiego na poziomie średniozaawansowanym.

W odpowiedzi na zgłaszane przez polskich lekarzy potrzeby ODZ NIL zorganizował także podstawowy kurs języka ukraińskiego. Szkoliło się 166 polskich lekarzy podzielonych na 12 grup. Kursy trwają 15 tygodni. Są prowadzone przez profesjonalne szkoły nauki języków obcych i kończą się uzyskaniem certyfikatu potwierdzającego poziom znajomości języka oraz upoważniającego do nauki na kolejnych poziomach. ■

Są pilni i wytrwali

Z Heleną Jołtuchowską ze szkoły językowej AngloMan, lektorką języka polskiego jako obcego prowadzącą kursy językowe dla lekarzy uchodźców z Ukrainy w Ośrodku Doskonalenia Zawodowego NIL, rozmawia Lucyna Krysiak.

Jest pani Ukrainką z polskimi korzeniami. Jak to jest uczyć swoich rodaków języka polskiego?

Jestem dyplomowanym lektorem języka angielskiego oraz polskiego i prowadzę kursy w tym kierunku. Od siedmiu lat żyję i pracuję w Polsce. Znam język polski bardzo dobrze i mam kwalifikacje, by nauczać ukraińskich lekarzy języka polskiego. Ponieważ z wykształcenia jestem również farmaceutką – pedagogika jest moim drugim kierunkiem studiów – terminologia medyczna jest mi znana i często z tego korzystam jako lektor. Myślę, że z dobrym skutkiem.

Czy języki polski i ukraiński są do siebie gramatycznie podobne?

Tak, zarówno w języku polskim, jak i ukraińskim mamy podział na deklinację, a więc odmianę przez przypadki i koniugację dotyczącą odmiany czasowników. Różnice są w nazewnictwie i tego nazewnictwa, jak w poznawaniu każdego języka

Lekarze w Ukrainie w swojej praktyce lekarskiej powszechnie posługują się nazewnictwem łacińskim chorób i ich objawów.

obcego, trzeba się nauczyć. Najtrudniej jest z końcówkami wyrazów. Szkolącym się trudno jest pojąć, że np. „widzę dzieci” ma brzmień „widzę je”, a nie „widzę ich”, tak jak powiedziałby to mieszkaniec Ukrainy. To dla niego niezrozumiałe. Także odmiana wyrazów przez niektóre przypadki sprawia moim kursantom problem.

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego NIL umożliwia naukę języka polskiego ukraińskim lekarzom. Co sprawia im największą trudność?

Terminologia medyczna. Lekarze w Ukrainie w swojej praktyce lekarskiej powszechnie posługują się nazewnictwem łacińskim chorób i ich objawów. Dotyczy to zarówno komunikacji pomiędzy lekarzami i innym personelem medycznym, jak i rozmów z pacjentami. W Polsce przeważa język polski w komunikowaniu się lekarzy między sobą, a jeszcze bardziej w relacjach z pacjentem. Dla lekarza z Ukrainy to nowość, że np. pneumonia to zapalenie płuc, bronchit to zapalenie oskrzeli, a appendicitis to zapalenie wyrostka robaczkowego. Ukraińscy pacjenci są przyzwyczajeni do tego stylu pracy lekarzy

i rozumieją łacińską terminologię chorób. Przynajmniej na poziomie niezbędnym do porozumiewania się w sytuacjach, kiedy potrzebna jest pomoc medyczna.

Jak długo lekarze z Ukrainy muszą się uczyć języka polskiego, aby się nim swobodnie posługiwać z uwzględnieniem terminologii medycznej?

To zależy od tego, ile czasu kursant przeznacza na naukę. Jeśli poświęciłby pięć godzin dziennie, to w ciągu pięciu miesięcy jest w stanie opanować język polski na tyle, by się nim swobodnie posługiwać. Należy zaznaczyć jednak, że praca z lektorem to jedno, ale po zajęciach trzeba odrabiać lekcje, czyli uczyć się słówek, całych zwrotów i zdań. Pomaga też np. słuchanie piosenek, podcastów i oglądanie polskich filmów. Dla osiągnięcia średniozaawansowanego poziomu B1 jednemu lekarzowi wystarczy pięć miesięcy nauki, a innemu może to zająć nawet dwa lata. Wtedy będzie mógł się posługiwać tym językiem na tyle, by rozpocząć swoją drogę w celu dopełnienia formalności niezbędnych do uzyskania prawa wykonywania zawodu lekarza na polskich warunkach, tak by móc podjąć pracę w szpitalu lub innej placówce medycznej. Jednak to najlepszy ze scenariuszy, ten podstawowy etap edukacji języka może trwać dłużej, nawet rozciągnąć się na kilka lat.

Czy są techniki przyspieszające proces nauczania języków?

Jest ich wiele, ale chodzi o skuteczność. Ja stawiam na ciężką pracę. Kursy, które prowadzę, są intensywne, trwają pięć tygodni po półtorej godziny dziennie. Jednak z doświadczenia wiem, że bez wysiłku włożonego przez kursantów, ten cel może być osiągnięty połowicznie. Chcę zaznaczyć, że po naszych kursach znajomość języka polskiego u lekarzy z Ukrainy jest na tyle dobra, że mogą oni pracować, choć oczywiście nie wszyscy osiągają poziom B1. Metodologię prowadzenia kursów dostosowuję do potrzeb grupy. Ponieważ w tym wypadku są to lekarze, połowa zajęć dotyczy gramatyki, a połowa terminów medycznych.

Z lekarzami pracuje się trudniej niż z innymi grupami zawodowymi?

Lekarze to perfekcyjniści. Czują na sobie ciężar odpowiedzialności wykonywanego zawodu i chcieliby uniknąć błędów związanych ze słabą znajomością języka. Bardzo im zależy na nauce, są pilni i wytrwali. Notujemy wśród nich stuprocentową frekwencję na zajęciach. ■

ZE ŚWIATA

Tak wygląda wojna

Od 24 lutego do 18 maja doszło już co najmniej do 235 ataków na infrastrukturę ochrony zdrowia w Ukrainie. To liczba przypadków potwierdzonych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), kolejne są weryfikowane.

GazetaLekarska.pl ✨



Przeprowadzane ataki utrudniają udzielanie pomocy ludziom pilnie potrzebującym opieki lekarskiej, destabilizują pracę placówek medycznych i niszczą struktury systemu ochrony zdrowia w zaatakowanym przez Rosjan kraju. Wpływają także na codzienną pracę medyków. Wiele placówek ma braki w zaopatrzeniu w środki medyczne i leki. Problemem są niedobory paliwa. Mimo że pomoc płynie do Ukrainy z całego świata, to nie zawsze może być dostarczona w miejsca, gdzie jest bardzo potrzebna. Najgorsza sytuacja występuje

w obszarach najbardziej dotkniętych walkami.

Według wstępnej oceny WHO dotyczącej 32 placówek zajmujących się pacjentami onkologicznymi, aż 88 proc. z nich raportowało o zmniejszonej zdolności do udzielania świadczeń medycznych pacjentom, m.in. w zakresie radioterapii czy zapewnienia opieki paliatywnej. Zdecydowana większość dorosłych chorujących na raka pozostała w Ukrainie, dzieci potrzebujące opieki onkologicznej w większości ewakuowano do innych krajów, w tym do Polski. Dużym problemem jest też ograniczony dostęp do wsparcia psychologicznego

i psychiatrycznego, a ludzi potrzebujących takiej pomocy – ze względu na traumy związane z doświadczeniem wojny – przybywa. WHO alarmuje również, że pogarszający się dostęp do bieżącej wody i przebywanie w zatłoczonych piwnicach czy schronach powoduje wzrost ryzyka wybuchu epidemii chorób zakaźnych, m.in. odry, cholery, błonicy czy COVID-19.

Jak w trudnych warunkach wojny radzi sobie personel medyczny? O swoich dotychczasowych doświadczeniach opowiadają lekarze z różnych regionów Ukrainy. Ze względów bezpieczeństwa nie podajemy ich nazwisk. ■

OLGA, laryngolog, Tarnopol

Pojawia się bardzo dużo dzieci z nerwicą gardłową i bruksizmem oraz wielu dorosłych pacjentów z ostrym ubytkiem słuchu. Można powiedzieć, że przyjmujemy osoby, dla których jesteśmy nie tylko lekarzami specjalistami, ale również psychoterapeutami. Pacjenci często chcą się wyzalić. ■

ILJA, ginekolog, Czerwonogród (obwód lwowski)

Na początku maja w naszym szpitalu, w porównaniu do pierwszych dni wojny, było trochę mniej rannych, ale z uwagi na alarmy przeciwlotnicze bardzo często ewakuowaliśmy pacjentów do schronu znajdującego się w piwnicy budynku. Pacjentów jest tyle samo, co przed rosyjską inwazją, ale to dlatego, że nie prowadzimy planowych hospitalizacji. Dominują pilne zabiegi i porody. Odkąd Rosja zaatakowała Ukrainę, nasze warunki pracy są znacznie trudniejsze, także z psychologicznego punktu widzenia. Wszyscy pacjenci dzielą się swoimi traumatycznymi doświadczeniami, nie kryjąc przy tym emocji. Każdy mówi o wojnie, o swoim domu, o tym, skąd przyjechał... Na szczęście mamy prawie cały niezbędny sprzęt, choć doskwiera nam brak narzędzi chirurgicznych. Staramy się oszczędnie korzystać z tego, co mamy. Próbujemy, na wszelkie możliwe sposoby, uzupełniać zaopatrzenie. Nie mamy jednak dużego wyboru. Szczęśliwie wolontariusze w znacznym stopniu wypełniają nasze braki. Cały czas pacjenci pytają mnie, czy warto uciekać, a jeśli tak, to gdzie. Nie mogę nikomu nic doradzić. Ja zostaję na miejscu do końca – aż do momentu, gdy zwyciężymy. W moim szpitalu każdy, od salowej do lekarza, pracuje na najwyższych obrotach. Wspieramy się, bo kochamy nasz kraj. ■

JURIJ, lekarz, anestezjolog, Lwów

Fabryka z Charkowa, która produkowała środki przeciwbólowe, stanęła wkrótce po rozpoczęciu rosyjskiego ataku, więc te leki po prostu przestały do nas docierać. W związku z tym musieliśmy ograniczyć wszystkie zabiegi operacyjne. Nikt nie wiedział, ile potrwa taka sytuacja. Mogliśmy powrócić do operowania pacjentów dopiero po tygodniu przerwy. Podobne problemy pojawiły się, gdy przestała pracować fabryka w Kijowie, która jako jedyna w Ukrainie produkowała Protaminę. Mimo problemów z dostawami leków staramy się ze wszystkich sił, żeby zapewnić pacjentom odpowiednie leczenie oraz opiekę. ■

ROMAN, neurolog, Towste (obwód tarnopolski)

Leczę wiele osób uciekających przez Rosjanami.

Pomagam im zarówno jako lekarz, jak i wolontariusz. Na początku wojny w czasie wolnym od pracy, zazwyczaj w nocy, jeździłem do Winnicy i do Chmielnickiego [miasta w zachodniej części Ukrainy – przyp. red.]. Zdarzały się dyżury, podczas których przenosiłem pacjentów do piwnicy na czas alarmów powietrznych. W pamięć zapadł mi zwłaszcza pacjent z psychozą, który non stop krzyczał: „Rakieta! Rakieta!”. To było przerażające. ■

TARAS, laryngolog, szpital wojskowy w Kijowie

Przez pierwszych kilka tygodni wojny pracowałem, mieszkając w szpitalu. Nie miałem ani jednego dnia wolnego. Teraz, żeby dojechać na czas do pracy z prawobrzeżnej części Kijowa na lewą stronę Dniepru, już dzień wcześniej szukam sposobu, by przedostać się przez rzekę, albo wyjeżdżam z domu kilka godzin wcześniej niż kiedyś, by dotrzeć do pracy tramwajami i metrem. Często ponoszę z tego tytułu dodatkowy koszt. W naszym szpitalu generalnie nie mamy dużych problemów z wyposażeniem medycznym, chociaż na co dzień niektórych leków i sprzętu bardzo brakuje. Jako lekarze szukamy sposobów, by je zakupić i zdobyć, także za granicą. ■

WASYL, lekarz w trakcie specjalizacji z chorób wewnętrznych, Tarnopol

Od początku wojny kontaktuję się z ludźmi z całego świata, aby pozyskiwać pieniądze i zaopatrzenie medyczne dla pacjentów i naszych żołnierzy. Żaden ukraiński lekarz nie powinien mówić, czy w jego placówce leczy się wojskowych, ponieważ Rosjanie śledzą takie informacje i może się to źle skończyć zarówno dla nich, jak i dla medyków. Odkąd wybuchła wojna, wielu Ukraińców zostało wolontariuszami. Staramy się wszyscy wspierać w tym trudnym czasie. W pierwszych dniach wojny w punkcie krwiodawstwa w Tarnopolu było tak dużo chętnych, że trzeba było odmawiać osobom, które zgłosiły się do oddawania krwi. W moim mieszkaniu przez pewien czas mieszkali uchodźcy z Kijowa, bo stracili swój dom. Czasami alarmy przeciwlotnicze są co kilka godzin, w ciągu dnia i w nocy. Schodzimy wtedy do schronów. Bywa tak, że nie śpimy z tego powodu do rana. Myślę, że wielu osobom ciężko zrozumieć, jak żyje się w takich warunkach i co czujemy. Mimo to staramy się kontynuować naukę, staże dla młodych lekarzy odbywają się online. Chcę podziękować Polakom za pomoc. Dziękuję szczególnie tym, którzy pomagają naszym żonom, dzieciom i rodzicom w czasie, gdy my jesteśmy w Ukrainie. Moja żona z dzieckiem czują się bezpiecznie właśnie dzięki rodzinie przebywającej w Polsce. ■

RELACJE

WIKTOR, lekarz medycyny ratunkowej, Żytomierz

Tak jak większość Ukraińców, nie spodziewałem się takiego zaostrzenia konfliktu. Myślałem, że wojna zatrzyma się na wschodzie kraju. 24 lutego, gdy rosyjskie wojska wkroczyły na terytorium Ukrainy z różnych stron, zapanował chaos. Wszyscy byli zszokowani. W pracy pielęgniarka, z którą pracuję, zapytała ze strachem w oczach: „Doktorze, co będziemy teraz robić?”. Odpowiedziałem wtedy: „Będziemy pracować. Ilu pacjentów mamy dzisiaj zarejestrowanych?”. Po pracy w poradni zawsze wracam do domu autobusem. Tamtego dnia z Malyna do Żytomierza [ok. 120 km od Kijowa – przyp. red.] podróżowałem autobusem z uchodźcami, którzy jechali z Kijowa do Iwano-Frankiwska [ok. 150 km od granicy ukraińsko-rumuńskiej – przyp. red.]. Nie wiedziałem, co przyniesie przyszłość, jak długo potrwają walki i jakie będą skutki tej wojny. W Żytomierzu jeden z pasażerów zapytał mnie, dokąd będę uciekać. Ja jednak nigdzie nie wyjechałem. Zostałem. Jeszcze tego samego dnia obydwo moich braci wezwano do wojska.

Pamiętam, jak pod koniec lutego byłem z siostrą w punkcie krwiodawstwa. Tłum ludzi. Wysoko nad nami latały samoloty, ale nie wiedzieliśmy, czy ukraińskie, czy rosyjskie. W pewnym momencie jeden z nich bardzo zniżył lot. Intuicyjnie krzyknąłem: „Połóżcie się na ziemię!”, po czym upadłem na podłogę. Byłem zaskoczony, że nikt poza mną tego nie zrobił. Kilka lat wcześniej, jako student, byłem w Donbasie, więc wiedziałem, jak należy zachować się w takich sytuacjach. To, jak naprawdę wygląda wojna, uświadomiłem sobie 26 kwietnia. Miałem dyżur w pogotowiu. Tego dnia jeździliśmy głównie do rannych. Byłem przerażony, gdy w centrum swojego rodzinnego miasta zobaczyłem rannych żołnierzy, zarówno ukraińskich, jak i rosyjskich, a także rannych cywili, którzy bronili naszego miasta. To byli na ogół młodzi chłopcy. Pamiętam morze krwi, segregację, szybkie badania, sprawdzanie, czy człowiek żyje, czy można mu jeszcze udzielić pomocy... Tego dnia pomagałem rannym w czasie bombardowania, widziałem wówczas pierwsze poszkodowane dzieci i ciała młodych, nieżyjących już kobiet, na zrujnowanych ulicach mojego miasta. Do domu wracałem w czasie, gdy wiele osób przebywało w schronach. ■



FOTO: SCIENCE DIRECT.COM

PRZYJACIEL LEKARZY PISARZY

ŚP.

JERZY TRELA

aktor, reżyser, rektor AST w Krakowie
od dekady związany z galami konkursu literackiego
„Przychodzi wena do lekarza” im. Prof. Andrzeja Szczeklika

Rodzinie i Najbliższym

wyrazy szczerego współczucia
w imieniu Komisji Kultury NIL,
stowarzyszeń twórczych lekarzy
oraz „Medycyny Praktycznej”

składa

Jarosław Wanecki



SZTUCZNA INTELIGENCJA W OCHRONIE ZDROWIA

14 czerwca br. w Warszawie odbędzie się II edycja konferencji AI w Zdrowiu (możliwość udziału online). Wydarzenie ma charakter międzynarodowy i jest pierwszym na tak dużą skalę w Europie środkowo-wschodniej spotkaniem na temat sztucznej inteligencji i innowacji w zdrowiu. Współorganizatorami przedsięwzięcia są Polska Federacja Szpitali i Koalicja AI w Zdrowiu. Udział w wydarzeniu jest bezpłatny. Patronem medialnym konferencji jest „Gazeta Lekarska”.

Odpowiedzialność za algorytmy, zastosowanie AI w podmiocie leczniczym, aspekty biznesowe i technologiczne, współpraca ze startupami i wreszcie rola blockchain w zdrowiu – o tym wszystkim będzie mowa podczas zapowiadanej konferencji. W czasie spotkania zostanie też zaprezentowana Biała Księga „AI w praktyce klinicznej”.

Więcej na <https://aiwzdrowiu.pl/> ■



ZA ROK WIELKIE ŚWIĘTO RADIOLOGÓW

W dniach **15-17 czerwca 2023 r.** we Wrocławiu odbędzie się 43. Kongres Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego. „Gazeta Lekarska” objęła to wydarzenie patronatem medialnym.

Kongres jest doskonałą okazją do wymiany wiedzy i doświadczeń, a także przedstawienia osiągnięć i sukcesów w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej. Organizatorzy spotkania stawiają sobie za cel również szeroką integrację towarzyską, a także zachęcają wszystkich radiologów, techników elektroradiologii, pielęgniarki, fizyków medycznych, inżynierów, studentów oraz lekarzy innych specjalności do nadsyłania swoich prac w formie prezentacji ustnych i plakatowych.

Prezydentami kongresu są prof. Andrzej Cieszanowski, prezes Zarządu Głównego PLTR, a także prof. Marek J. Sęsiadek, członek ZG PLTR. Szczegóły dotyczące wydarzenia na www.pltr2022.pl ■

REKLAMA

Pracoholicy biorą wolne



Stawomir Badurek

diabetolog i nefrolog,
publicysta medyczny

Na początku maja „Polityka” podała wyniki ankiety oceniającej nastawienie Polaków do pracy. W porównaniu z podobnym badaniem przeprowadzonym ćwierć wieku temu, zmalał odsetek doradzających innym pracowitość i wykonywanie pracy z sercem.

Młodzi dwa razy częściej od starych twierdzą, że praca to tylko sposób na zarabianie na życie i nie warto się jej poświęcać. Trendy uwidocznione w przeprowadzonej przez Kantar sondzie widać wyraźnie także w środowisku lekarzy.

Należę do pokolenia karmionego mitem o powołaniu jako niezbędnym warunku bycia dobrym lekarzem. A dobry lekarz, czyli ten z powołania, to taki, który postrzega swoją pracę przede wszystkim jako moralny obowiązek i nie przykłada wielkiej wagi do aspektów materialnych. Głośno nam o tym przypomniano, zwłaszcza przy okazji akcji protestacyjnych, dbając jednocześnie, by tak zwane masy miały właściwy obraz doktora, czyli kogoś ponad miarę zapracowanego, skromnie ubranego, przemierzającego maluchem trasę spod bloku do szpitala lub przychodni. Modelowanie wizerunku lekarza w społeczeństwie okazało się przy tym wyjątkowo skuteczne. W sierpniu 2007 r., ówczesny marszałek Sejmu Ludwik Dorn, pytany o ustawę podtrzymującą podwyżki w ochronie zdrowia, publicznie zakpił z lekarzy, puszczając w eter słynne „po-każ lekarzu, co masz w garażu”.

Dziś, czyli piętnaście lat później, wizja Judyma z malucha już nie obowiązuje, ale wcześniejsze społeczne nauki wcale nie poszły w las – nadal wiele osób uważa, że „lekarze mają, ale im się nie należy”. Zakładam, że są to dzieci wyznawców pelerowskiej zasady „czy się stoi, czy się leży...”, żyjący według jej współczesnej wersji: „czy się stoi, czy się leży, zasiłek (koniecznie z plusem) się należy”. Zdziwiłby się jeden z drugim, gdyby się dowiedział, że dziś lekarze godzą się często na znaczącą obniżkę dochodów pod warunkiem poprawy komfortu pracy. Nie chcą pracować przez cały dzień lub dobę, w świętki i piątki. Chcą korzystać z urlopów i spać we własnym łóżku. Z oczywistych względów spełnienie tych warunków nie jest możliwe w przypadku pracy w szpitalu. Nic więc dziwnego, że coraz więcej doświadczonych specjalistów nie chce tam pracować. W wielu szpitalach jest także problem z rezydentami, bo albo ich nie ma, albo nie są zainteresowani dyżurowa-

niem ponad wymaganą programem specjalizacji liczbę godzin. Młodzi wolą dorabiać „na mieście”, bo praca łatwiejsza i mniej odpowiedzialna, a przy tym z reguły dużo lepiej wynagradzana. Tak oto ubywa w systemie pracoholików z przymusu, goniących z pracy do pracy tylko dlatego, że wszędzie podle płacono, więc chcąc zadbać np. o zawartość garażu, trzeba było koniecznie zostać wieloletowcem. Na tej wieloletowości opierał się zresztą cały system, tłumacząc polski fenomen działających, mimo ogromnego braku lekarzy, szpitali i przychodni. Właśnie obserwujemy zanik tego z pozoru niezwyklego zjawiska.

Jeszcze kilka lat temu zamknięcie oddziału szpitalnego z powodu braku kadry było rzadkością. Dziś takich przypadków jest wiele. Co najgorsze, jest to coraz częściej ignorowane przez organizatorów systemu, choć podobna sytuacja już dawno dotknęła zamożniejsze kraje, dając nam szansę (niewykorzystaną) przygotowania się na kryzys, nim ostatni lekarz na jakimś potrzebnym oddziale zgasi światło. Obserwując spowodowany wojną napływ lekarzy (głównie lekarek) z Ukrainy, można odnieść wrażenie, że jak ów przysłowiowy „głupi” mamy szczęście, i braki kadrowe, przynajmniej w newralgicznych miejscach, takich jak SOR-y, interny i pediatrie, zostaną załatwane. To hurraoptymizm. Wśród dwóch milionów uchodźców wojennych, którzy zdecydowali się u nas zostać na dłużej, do 6 maja zaledwie 359 lekarzy i lekarzy dentyстів złożyło do Ministra Zdrowia wnioski o przyznanie prawa do wykonywania zawodu. Biorąc pod uwagę, że w Polsce na tysiąc mieszkańców przypada 2,4 lekarza (dane OECD), to dwoma milionami ludzi opiekuje się 4800 lekarzy. Nawet jeśli uwzględnimy, że od ubiegłego roku pracę w Polsce podjęło 1450 lekarzy zza wschodniej granicy, napływ kadry lekarskiej absolutnie nie równoważy potrzeb, podyktowanych ogromną liczbą uchodźców i wcześniejszą falą emigrantów zarobkowych z Ukrainy. Oznacza to, że luki kadrowe po odchodzących ze szpitali rodzimych specjalistach, „wyleczonych” z pracoholizmu, nie zostaną wypełnione, a dostępność do świadczeń dla pacjentów jeszcze się pogorszy. ■

Ogłoszenie drobne



Jarosław Wanecki
pediatra, felietonista

Zgubiłem okulary. W ciągu ostatnich kilku lat uławiły mi czytanie. Pilnowałem ich jak oka w głowie. Aż tu nagle, w ferworze zadań komisji wyborczej XV Krajowego Zjazdu Lekarzy, zniknęły z zasięgu mojej ręki i, co gorsza, wzroku. Przepadły, mimo natychmiast wszczętych poszukiwań i pośpiesznej retrospekcji, gdzie mogły się podziać.

Ktokolwiek widział, ktokolwiek wie – krzyknąłem po cichu do pustej sali konferencyjnej, zaglądając pod setki krzeseł, stoły, prezydialne podwyższenie i w zakamarki zasłonięte banerami. Pozostawione w auli tablety, gazety, książki, szminki, puste butelki po wodzie i poprzewracane filiżanki na wozach wykładzinie przykuwały uwagę i wzmagały nadzieję, leżąc wśród kilkuset porzuconych kartek z nadrukami nazw poszczególnych okręgów, które rezerwowały, jeszcze chwilę temu, miejsca izbowych delegacji. Niczym Tuwimowski pan Hilary, brnąłem w głąb nieprzystosowanej do wielkich obrad auli. Niestety, w żadnym sektorze nie miałem szczęścia.

Zmierzając do hotelowej recepcji, spotkałem wiele osób, którym mówiłem o swojej stracie. Ojjoj. Wzruszało mnie współczucie przyjaciół, a nawet chęć podjęcia kolejnej misji poszukiwawczej. Zbierałem rady i riposty: „kupisz sobie lepsze” albo „stać cię przecież na nowe”. W ramach pocieszenia słyszałem o stratach większych. Jedni zgubili telefony, inni liczydła zjazdowe. Ktoś szukał żony. Usłyszałem anegdotę o samorządowym weteranie, który zgubił pokój, błąkając się z magnetyczną kartą od drzwi do drzwi, przepraszając na prawo i lewo, że istnieje. Mijałem znajome i obce twarze osób wypatrujących umówionych przy windach koleżanek i kolegów, którzy prawdopodobnie na dłużej, niż zapowiadali, przepadli w restauracyjnym tłumie głodnym komentarzy. Zaciekały mnie krótkoterminowe oferty skorzystania ze szkielec, przez które z ironią patrzyły oczy tych, którzy właśnie coś odnaleźli. Jednak kiedy je zdejmowali z nosów, ich cel, a może tylko przywódca, stojący na przedzie karawany, wyraźnie się rozmywał

i natychmiast wycofywali się z tak pochopnie rzuconej propozycji odstąpienia od własnych wyborów. W zamian gotowi byli coś przeczytać, ba, anektować moje projekty w zastępstwie, usłużnie pokierować, być białą laską ostrzegającą przed ujawniającym się ślepcem.

Jedni zgubili telefony, inni liczydła zjazdowe. Ktoś szukał żony.

W recepcji pokazano mi kilka par okularów oprawionych na różowo lub czarno. Miałem nawet przez chwilę ochotę przymierzyć niektóre z nich, niczym w salonie optycznym. Powstrzymał mnie brak danych o właścicielach. Czasem lepiej nie widzieć, jak dalekiej korekty w ocenie postaw wymagają od siebie inni. Czasem lepiej nie widzieć, żeby mniej bolało.

Fenomenem drobnych ogłoszeń prasowych jest ich nieślabnąca popularność. W „Gazecie Lekarskiej” przez dwie dekady drukowany był kącik matrymonialny, który w szpitalnych oddziałach i przychodniach bił rekordy cytowań, świadcząc o poczytności samorządowego miesięcznika. Romantyczny anonś zmieniał perspektywę, bawił, był krzykiem samotności, a czasem wyrazem ślepej wiary, że znajduje się ktoś, kto ma podobny sposób patrzenia na świat. Wspólny hashtag.

Wróciłem do domu. Z lekarskiej torby wyjąłem okulary zapasowe. Jutro pójde zamówić u optyka kolejną parę, a może nawet dwie. Ucieszyłbym się jednak, gdyby odesłano mi też stare szkła – porysowane przeszłością, bez której poznania, marne mogą się okazać wizje przyszłości. ■

HISTORIA I MEDYCYNĄ

W labiryncie migotania przedsionków

Migotanie przedsionków, czyli zupełną niemiaryowość tętna, zaobserwowano już w starożytności, ale dopiero wynalazek Laenneca (stetoskop) sprawił, że można było wykazać związek między czynnością serca (przedsionków) a regularnością tętna.

Dr n.med. **Magdalena Mazurak** Oddział Kardiologii Dziecięcej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu

„Serce mi drży i tańczy, ale to nie z radości”

William Shakespeare, „Opowieść zimowa” (akt 1, scena 2)

Pierwszym, który stwierdził migotanie przedsionków *in vivo*, tzn. zobaczył tę arytmie na własne oczy u umierających zwierząt, był prawdopodobnie William Harvey, który w dziele „De Motu Cordis” (1628 r.) napisał: „(...) zauważyłem, że po tym jak serce właściwe, a nawet prawy przedsionek, ustawały w biciu i wydawały się na krawędzi śmierci, skryty ruch, falowanie-palpacji, wyraźnie utrzymywał się we krwi prawego przedsionka tak długo, jak długo krew była zauważalnie nasycona ciepłem i życiem”.

DELIRIUM CORDIS

Niemal półtora wieku później Carl Wilhelm Nothnagel opisał nieregularne tętno związane z migotaniem przedsionków, a zjawisko to nazwał *delirium cordis* (1876 r.). W 1902 r. ukazała się monografia „The study of the pulse” szkockiego pioniera arytmologii Jamesa MacKenziego. Zaprezentował on graficzny zapis tętna przy pomocy skonstruowanego przez siebie urządzenia (poligrafu), który pozwalał na rejestrację zarówno tętna żylnego, jak i fali pochodzącej z tętnic. To właśnie MacKenzie zauważył, że w czasie *delirium cordis* do żyły szyjnej nie dociera fala przedsionkowa (nie dochodzi do efektywnego skurczu przedsionków). Co ciekawe, sam MacKenzie miał arytmie na skutek choroby niedokrwiennej serca. Zarejestrował u siebie migotanie przedsionków w 1901 r. Choroba niestety postępowała, bóle dławicowe nasilały

**Jedno wejście,
jedno wyjście, jedna
prawdziwa droga między
nimi i wiele ślepych
zaułków – to są zasady
operacji labiryntu.**

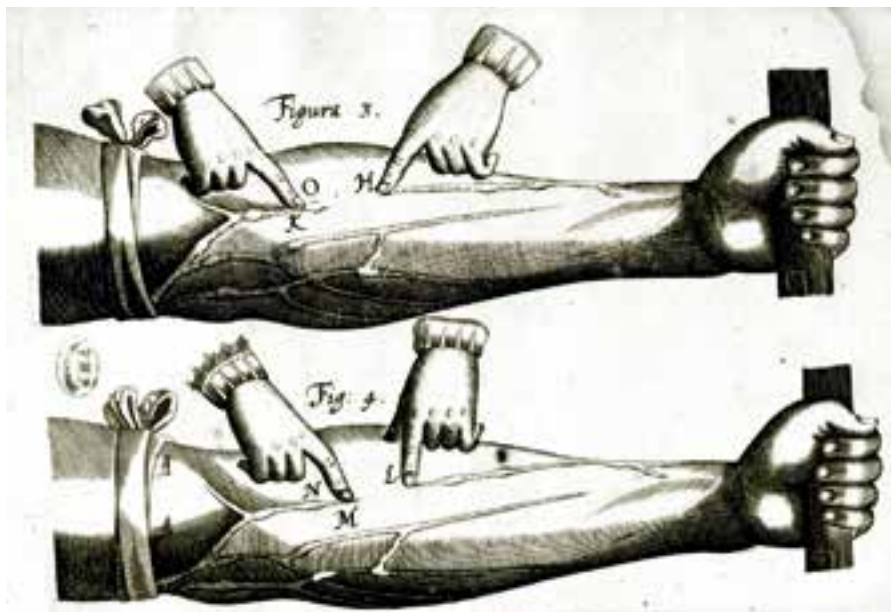
się, a kolejnego zawału serca Sir James MacKenzie nie przeżył i zmarł w 1925 r. Jego przyjaciel, John Parkinson (znany z eponimu zespół Wolfa-Parkinsona-White’a), wykonał badanie autopsyjne serca arytmologa (taka była wola zmarłego), stwierdzając rozległe zmiany w naczyniach wieńcowych z cechami świeżego i przebytego zawału serca.

A CO POWIEMY O CZŁOWIEKU SPADAJĄCYM ZE SCHODÓW?

Zanim Norman Holter skonstruował swój słynny aparat, jedyną możliwą analizą zapisu czynności serca była ocena krótkotrwałego zapisu EKG u pacjenta w spoczynku. Uzasadniając swoją potrzebę stworzenia urządzenia do długotrwałego monitorowania, Norman Holter porównał analizę zapisu pracy serca do analizy rudy metalu (do jego rodziny należały kopalnie złota i srebra w USA): „Gdybym posiadał całą górę Mount Helena, wziął z jej podłoża kamień, poddał analizie laboratoryjnej i dostał wynik: tu jest 37% cynku i 11% ołowiu, to mógłbym stwierdzić, że cała Mount Helena ma taki sam skład. To jest coś, co w każdej dziedzinie nauki nazywa

się niewłaściwym doborem próby (...) Dokładnie tak samo dzieje się, kiedy w gabinecie bierzesz do ręki elektrokardiogram. Oceniasz dwanaście do czternastu uderzeń serca. A przecież serce bije sto dwadzieścia tysięcy razy dziennie. Więc patrzysz na te dwanaście uderzeń z tych stu dwudziestu tysięcy i mówisz: «Jest pan zdrowy»... Albo: «Jest pan bardzo chory, proszę przestać palić!». Poza tym: czy życie polega na leżeniu na kozetce z zatrzymanym oddechem i nie poruszaniem się? A co powiemy o narciarzu? Skoczkach narciarskich? Człowieku spadającym ze schodów? Tym, który zjadł trzy posiłki jeden za drugim? Albo tym pijanym jak bęła? Albo potrąconym przez samochód? Żadna z tych sytuacji nie odpowiada przecież tej, kiedy człowiek po prostu tylko leży!”.

Pierwszy aparat rejestrujący w sposób ciągły czynność serca został skonstruowany przez Normana Holtera w 1947 r., ważył 38 kg i mieścił radioodbiornik oraz ciężkie baterie. Historyczne zdjęcie z tego okresu przedstawia wynalazcę pedałującego na stacjonarnym rowerze, i dźwigającego na plecach przypięty pasami 38-kilogramowy rejestrator. Już w 1952 r. udało się ten ciężar zmniejszyć 32-krotnie, do masy ok. 1,2 kg. Kolejnym krokiem było zastąpienie radia magnetofonem z taśmą i dalsza miniaturyzacja urządzenia, a następnie stworzenie systemu do rejestracji i dowolnego przetwarzania obrazu EKG w taki sposób, by 24-godzinny zapis można było odtworzyć w nieco ponad kwadrans.



Ilustracja z dzieła Williama Harvey'a „Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus”, 1628 r. (Źródło: BIUSante)

EKG

„Historię rozpoznawania migotania przedsionków charakteryzuje mętność naszych wizji i ciemność w oczach” – powiedział Sir Thomas Lewis w czasie swojego wykładu w Londynie w 1912 r., dając do zrozumienia, że nadal jesteśmy ślepi mimo wielu odkryć przybliżających nas do zrozumienia istoty tej arytmii. To właśnie Lewis jest autorem koncepcji *reentry*, leżącej u podłoża migotania przedsionków. Według niego, zjawisko fali krążącej (*reentry*) wokół anatomicznej przeszkody wyjaśnia mechanizm powstawania zarówno trzepotania, jak i migotania przedsionków – w zależności od rozmiaru obwodu (*macro-* i *microreentry*) i okresu refrakcji zaangażowanych tkanek. Thomas Lewis był entuzjastą niedawnego wynalazku Willema Einthovena (aparatu EKG), który sam wdrażał do praktyki, to właśnie jego nazywa się ojcem elektrofizjologii klinicznej. Po przebyciu zawału serca w 45. roku życia, Thomas Lewis zrezygnował z palenia 70 papierosów dziennie, był też jednym z pierwszych, który uznał związek między chorobami układu krążenia a paleniem tytoniu.

Prawdopodobnie pierwszą publikacją w języku polskim dotyczącą migotania przedsionków i różnicowania tej arytmii za pomocą elektrokardiografii była praca z 1919 r. Semerau-Siemianowskiego, który wyodrębnił pięć postaci tej niemiarowości zupełnej: zwykłą, przewlekłą, nieutralną, przejściową i napadową. Sześć lat później wraz z Klementyną

Rachoń opublikował pracę dotyczącą stosowania chinidyny w przewlekłym migotaniu przedsionków z objawami niewydolności krążenia. To także on ukuł staromodne dziś pojęcie: „ruch maneżowy”, który jest odpowiednikiem terminu *circus movement*, odzwierciedlającego hipotezę wysuniętą wcześniej przez Thomasa Lewisa o krążącym pobudzeniu w przedsionku (*reentry*).

OPIUM DLA SERCA

Paradoksalnie, odkrycie i opisanie mechanizmu migotania przedsionków przyszło później niż odkrycia farmakoterapii i leków umiarawiających tę arytmie (z różną oczywiście skutecznością). Przełomem w kardiologii było opisanie leku zwalniającego rytm komór u pacjentów z migotaniem przedsionków i niewydolnością krążenia. Odkrycie związane było ze stosowaniem preparatów roślinnych (naparstnicy) w przypadku obrzęków. W 1785 r. William Withering opublikował swoje spostrzeżenia ze stosowania digoksyny w różnych stanach klinicznych. W 1935 r. digoksynę nazwano opium dla serca.

Zaburzenia rytmu serca od początku swojej kariery zawodowej badał Karel Wenckebach. Przeprowadzał doświadczenia przy użyciu tzw. kimografu, rejestrował arytmie serca u żaby. Warto sobie uświadomić, że fundamentalne odkrycia dotyczące automatyzmu serca i elektrofizjologii, których Wenckebach dokonał na początku XX w., pochodziły sprzed ery elektrokardiografii. To on wprowadził do

terapii chinidynę – nowy lek antyarytmiczny, który jako pierwszy zastosował u pacjenta z migotaniem przedsionków. Po podaniu 1 g chininy udało się przywrócić prawidłowy rytm zatokowy. Odkrycia skutecznego leku dokonał Wenckebach przypadkiem: jeden z jego pacjentów zjawił się u niego w trakcie napadu migotania przedsionków. – To nic takiego, jutro wrócę i będzie po wszystkim – powiedział pacjent. – A co pan z tym zrobi? – zapytał Wenckebach. – Biorę chininę na malarię. I serce się uspokaja – odpowiedział pacjent.

ELEKTROTECHNIKA

Niestety, farmakoterapia arytmii w wielu przypadkach była mało skuteczna i konieczne stało się poszukiwanie innych metod, czyli elektroterapii. Z pojęciem kardiowersja i defibrylacja nieodmiennie wiąże się nazwisko amerykańskiego chirurga Claude'a Becka. W czasie jednego ze staży podyplomowych był on świadkiem błyskawicznej akcji resuscytacyjnej: podczas operacji urologicznej w czasie wprowadzania narzędzi anestezjolog zasygnalizował zatrzymanie akcji serca. Z sali operacyjnej natychmiast wybiegł lekarz rezydent, by wezwać straż pożarną. Wkrótce rozległ się dźwięk syreny, a chwilę potem strażacy wpadli do sali operacyjnej z pulmonatorem (urządzeniem do wentylacji stosowanym wówczas w resuscytacji) i podłączyli go do chorego. Ale pacjenta nie udało się już uratować. Wspominając tę sytuację, Claude Beck na początku lat 40. ubiegłego wieku napisał: „Mam pełne przekonanie, że chirurdzy nie powinni stanów zagrożenia życia pozostawiać strażakom. Powinniśmy się tym zająć sami”.

W 1947 r. Claude Beck operował czternastoletniego chłopca z powodu znacznej deformacji klatki piersiowej. W czasie szycia powłok skórnych tętno nagle przestało być wyczuwalne. Otwarto klatkę piersiową. Beck palpacyjnie wyczuł nieprawidłową czynność serca – stwierdził migotanie komór. Rozpoczął masaż serca. Wiedział, że nikt dotąd nie przeżył migotania komór. Podano epinefrynę, potem naparstnicę. Chwilę później jego asystent przywiózł eksperymentalny defibrylator Becka wykorzystujący prąd zmienny. Jednak prąd o napięciu 1500V nie przywrócił rytmu zatokowego. Beck kontynuował masaż, ponownie podano leki. Po następnych 25 minutach Beck wykonał kolejną defibrylację, tym razem



Elektrokardiograf Thomasa Lewisa z ok.1930 r. (Źródło: domena publiczna)

skuteczną. Cała akcja reanimacyjna trwała 70 min. Trzy godziny później pacjent wybudził się, był w logicznym kontakcie. Żył jeszcze dwie dekady, zmarł w młodym wieku, z nieznanego powodu.

W latach 30. Naum Gourvich w Moskwie w ramach badań do swojej pracy doktorskiej odkrył, że wyładowania prądu stałego były znacznie bardziej skuteczne i mniej szkodliwe niż prądu zmiennego. W 1952 r. skonstruował pierwszy na świecie komercyjny model monofazowego defibrylatora prądu stałego.

KARDIOWERSJA

Podobne działania podejmowali lekarze na drugim końcu świata. Na początku lat 60. Bernard Lown (urodzony na Litwie amerykański kardiolog) nawiązał współpracę z inżynierem. Był to Baruh Berkovits, świadomy niedoskonałości terapii prądem zmiennym, znał bowiem wyniki doświadczeń Gourvicha. Berkovits zdecydował się zbudować defibrylator prądu stałego możliwy do szerszego wykorzystania. W 1961 r. Lown przygotowywał się do testowania jego defibrylatora na psach pod kątem możliwego klinicznego zastosowania w przyszłości m.in. w terapii migotania przedsionków. Przeprowadzono serię eksperymentów obejmujących ocenę skuteczności i bezpieczeństwa stosowania prądu stałego na dużej liczbie psów. To właśnie podczas tych doświadczeń

grupa eksperymentatorów, świadoma istotności unikania wyładowania w fazie nadwrażliwej (strefa migotania komór), wprowadziła synchronizację wyładowania z zespołem QRS. Wtedy ustalono tzw. sinusoidalny impuls defibrylujący (monofazową falę), nazwaną później falą Lowna, o wysokiej skuteczności i bezpieczeństwie wyładowania w trakcie rytmu innego niż migotanie komór. Ba-

Nie ma odważnych chirurgów, są tylko odważni pacjenci.

dania te zakończyły się zastosowaniem kardiowertera-defibrylatora prądu stałego u pierwszych pacjentów. To właśnie Lown jest twórcą pojęcia „kardiowersja”, określającego zsynchronizowane wyładowanie podczas arytmii innej niż migotanie komór. W 1962 r. Lown ze współpracownikami opisał swój sukces terapii częstoskurczu komorowego pojedynczym monofazowym wyładowaniem u dziewięciu pacjentów. Lown stopniowo rozszerzył wskazania do kardiowersji, technika rozpowszechniła się i z eksperymentalnej metody leczenia stała się standardem terapii. W 1962 r. Berkovits opatentował swój defibrylator prądu stałego.

Przez kolejne lata trwały prace nie tylko nad możliwościami terapii, ale i patofizjologią powstawania tej arytmii.

W 1998 r. Michael Haissaguerre opublikował pracę, w której nie tylko wykazał, że żyły płucne są istotnym źródłem pobudzeń ektopowych, inicjujących napady migotania przedsionków, ale także udowodnił, że te ogniska odpowiadają na leczenie za pomocą ablacji prądem o częstotliwości radiowej (RF). Badana populacja składała się z 45 pacjentów. Żyły płucne zostały zidentyfikowane jako główny wyzwalacz (trigger) przedsiolkowych ektopowych pobudzeń za pomocą mapowania wewnątrzsercowego, fluoroskopii i obrazowania angiograficznego. Wśród pacjentów, u których wcześniej nie wykonywano ablacji z powodu migotania przedsionków, w 94 proc. przypadków przedsiolkowe ognisko wyzwalające pochodziło z żył płucnych. Był to przełom, który stał się podstawą do stworzenia przez elektrofizjologów standardów leczenia migotania przedsionków.

PROCEDURA LABIRYNTU

Kamienie milowe kardiologii nieodmiennie związane są z losami pacjentów. To ich odwaga i podjęcie decyzji „bycia pierwszym”, czyli zgoda na poddanie się pionierskiej procedurze, dała szansę odważnym kardiologom i kardiochirurgom na zrobienie kolejnego kroku naprzód. Wspomnienia lekarzy pionierów z tych pierwszych zabiegów stanowią niezwykle cenne źródło, bowiem poza faktami od bezpośrednich świadków, poznajemy też emocje, które towarzyszyły tym wydarzeniom. Jednym z takich świadectw są wspomnienia kardiochirurga James'a Coxa, opowiadającego o pierwszej operacji labiryntu (Cox-Maze), tj. procedurze polegającej na przeprowadzeniu w przedsiolkach odpowiednich nacięć tworzących labirynt i zapobiegających rozprzestrzenianiu się tej arytmii.

Tak autor tej techniki wspominał spotkanie ze szczególnym pacjentem: „Pewnego czerwcowego dnia 1986 r. odebrałem telefon od kapitana pilota z Cypru, George'a Dheere. Kapitan Dheere miał 37 lat i przeszedł incydent TIA (przemijający atak niedokrwienny) w wyniku migotania przedsionków. Dostał antykoagulację i oczywiście został uziemiony, co go najbardziej dotknęło. Przeczytał nasz artykuł z 1982 r. zatytułowany „Chirurgiczne leczenie migotania przedsionków”, w którym opisaliśmy, w jaki sposób można ograniczyć

migotanie przedsionków, stosując procedurę izolacji lewoprzedsionkowej. Pomimo naszych prób zniechęcenia go, kapitan Dheere przyleciał do St. Louis kilka dni później i nalegał, abyśmy wykonali mu zabieg. Podczas tygodniowego pobytu Dheere odwiedził nasze laboratorium badawcze i odkrył, że niedawno opracowaliśmy technikę nacięć przed-sionka (atrial transection) – procedurę, która była pierwszą specjalnie stworzoną do terapii migotania przedsionków ze wskaźnikiem wyleczenia równym 100 proc. w naszym modelu zwierzęcym. Nalegał na poddanie się temu zabiegowi, ale my odmówiliśmy, argumentując, że metoda nie jest gotowa do zastosowania klinicznego. Niezadowolony i zawiedziony powrócił na Cypr, nadal z migotaniem przedsionków, pomimo leczenia amiodaronem. We wrześniu 1986 r. kapitan Dheere powrócił do St. Louis i oświadczył, że nie wyjedzie, dopóki nie zrobimy czegoś w celu złagodzenia jego arytmii. Po długich dyskusjach między zespołami kardiologów klinicznych i doświadczalnych oraz kardiochirurgami, po otrzymaniu zgody komisji etycznej szpitala Barnes, zdecydowaliśmy się wykonać procedurę *atrial transection*. Kapitan Dheere pozostał bezobjawowy przez pięć miesięcy po zabiegu, ale potem rozwinęło się u niego wirusowe zapalenie osierdzia i doszło do nawrotu migotania przedsionków.

Kolejnym pomysłem Jamesa Coxa w zakresie chirurgicznego leczenia migotania przedsionków była operacja labiryntu. W pracy opisującej pierwszego leczonego tą techniką pacjenta Cox wspomina, jak doszło do powstania tej koncepcji: „(...) nagle zdałem sobie sprawę, że wszystko, co jest konieczne do zniesienia migotania przedsionków (...), może zostać osiągnięte przez stworzenie blizn w przedsionkach, które w istocie byłyby podobne do prostego labiryntu. (...) Jedno wejście, jedno wyjście, jedna prawdziwa droga między nimi i wiele ślepych zaułków – to są zasady operacji labiryntu”. 25 września 1987 r. James Cox wykonał pierwszą operację tą techniką. Dowiedziawszy się o tym, kapitan Dheere zaczął nalegać na wykonanie u niego konwersji z atrial transection do procedury labiryntu. Po pięciu miesiącach (czyli w lutym 1987 r.) zabieg wykonano. Niestety, w ósmej dobie po operacji pojawiło się jatrogenne atypowe trzepotanie lewego

Norman Holter ze swoim aparatem na plecach (Źródło: domena publiczna)



przedsionka i konieczna była ablacja. Po tym zabiegu kapitan Dheere pozostał bezobjawowy do końca życia. Nie potrzebował leków antyarytmicznych, co więcej – powrócił do pracy pilota cypryjskich linii lotniczych.

W 2003 r. kapitan George Dheere zmarł nagle na zawał serca, nie doczekawszy swoich 54. urodzin. Przeszedł do historii kardiologii jako pierwszy pacjent, u którego wykonano chirurgiczny zabieg ablacji migotania przedsionków i jako drugi, u którego wykonano procedurę labiryntu. Do historii medycyny przeszło zdjęcie kapitana

Dheere’a biegnącego po stopniach rzymskiego amfiteatru w Kurionie na jego ojczystym Cyprze. Fotografii zrobił James Cox w niecałe dwa lata po wykonaniu u pilota procedury labiryntu. Tak Cox wspominał swojego pacjenta: „Bez odwagi i uporu tego odważnego cypryjskiego pilota opracowanie procedury labiryntu opóźniłoby się o co najmniej 10 lat, a być może ona nigdy by nie powstała. Moje osobiste doświadczenia z kapitanem Georgem Dheere i operacją labiryntu tylko wzmocniły moje przekonanie: nie ma odważnych chirurgów, są tylko odważni pacjenci”. ■

Czy wybrańcy Melpomeny umierają młodo? (CZ. II)

Aby móc odpowiedzieć na tytułowe pytanie, kontynuujemy przegląd przyczyn śmierci kompozytorów operowych (pierwsza część tekstu ukazała się w nr 5/2022 „GL”).

Anna Gryczka-Dziadecka okulista, członek Krakowskiego Stowarzyszenia Miłośników Opery „Aria”

Nowotwory zabierają ludzi w różnym wieku. Wielki kompozytor węgierski Béla Bartók (1881–1945), twórca m.in. opery „Zamek Sinobrodęgo”, zmarł w trakcie podróży po USA z powodu przewlekłej białaczki w wieku 64 lat.

KOMPLIKACJE POOPERACYJNE

Giacomo Puccini (1858–1924), w szczycie powodzenia swoich oper „Tosca”, „Madama Butterfly” oraz „Cyganeria”, zmarł po operacji nowotworu krtani. Nie dokończył „Turandot”. Bezpośrednią przyczyną jego śmierci był zawał serca (miał 66 lat). Komplikacje po zabiegach chirurgicznych z powodu chorób nowotworowych bywały przyczyną odejścia również innych artystów. Wielbiciel uciech życia Gioacchino Rossini (1792–1868) przez wiele lat borykał się z chroniczną rzeżączką, natomiast przyczyną jego śmierci były powikłania po zabiegu z powodu guza odbytnicy. Umarł w wieku 76 lat.

Benjamin Britten (1913–1976), czołowy kompozytor angielski, twórca słynnej opery „Peter Grimes”, zakończył życie z powodu powikłań po zabiegu chirurgicznym na zastawce serca. Chorował na niewydolność wieńcową i ostatecznie zmarł w wyniku udaru (miał 63 lata). Z kolei z powodu neurochirurgicznych powikłań pooperacyjnych w wieku 62 lat odszedł z tego świata Maurice Ravel (1875–1937). Podejrzewano u niego nowotwór mózgu. Prawdopodobnie miał chorobę Alzheimera. Wszyscy znają jego utwór symfoniczny „Bolero”. Jest też twórcą oper „Dziecko i czary” oraz „Hiszpańska godzina”.



Przez wiele lat toczyła się dyskusja na temat przyczyn śmierci Ludwiga van Beethovena (1770–1827).

ŚMIERĆ PRZEZ ZAKAŻENIE

Kompozytorów dziesiątkowały też choroby zakaźne. Na cholerę w wieku 50 lat zmarł Piotr Czajkowski (1824–1874), twórca „Eugeniusza Oniegina”, „Damy Pikowej” oraz licznych baletów („Jezioro łabędzie”, „Dziadek do orzechów”). Istnieje hipoteza sugerująca, że artysta

specjalnie wypił kubek z wodą zarażoną cholerą, dokonując tym samym śmierci samobójczej.

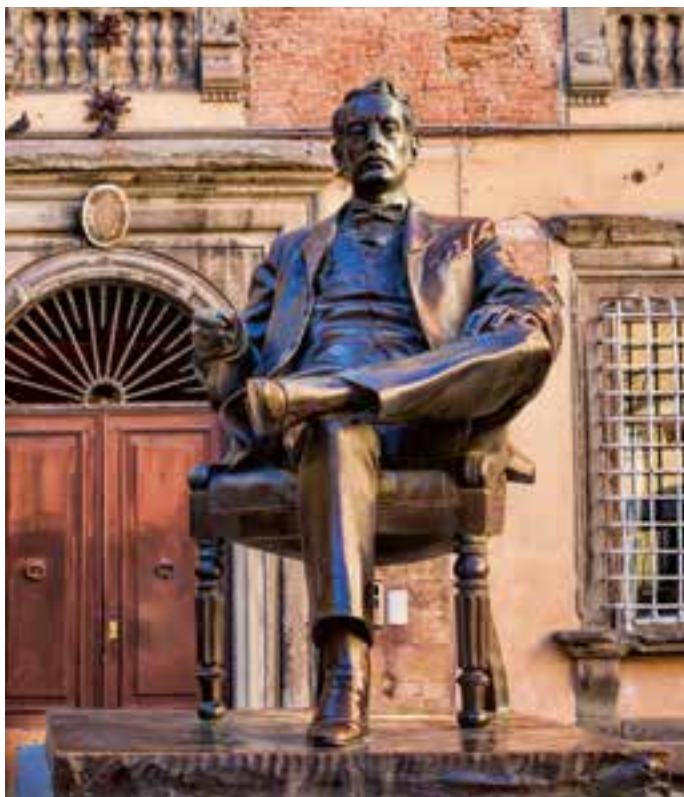
Z kolei zapalenie płuc, które bywało jeszcze nie tak dawno chorobą śmiertelną, pokonało Johanna Straussa syna (1825–1899). Kompozytor, zwany „królem walca”, zmarł w wieku 74 lat. Był twórcą m.in. „Barona Cygańskiego” i „Zemsty Nietopera”. Podobny los spotkał czeskiego kompozytora Leoša Janáčka (1854–1928). Twórca oper „Katia Kabanowa” oraz poruszającej „Jenufy” zmarł również na zapalenie płuc, i także w wieku 74 lat.

Przez wiele lat toczyła się dyskusja na temat przyczyn śmierci Ludwiga van Beethovena (1770–1827). Próbowano też rozwiązać zagadkę głuchoty geniusza. Artysta zmarł w 57. roku życia w śpiączce wątrobowej z powodu marskości wątroby. Podejrzewa się, że miał chorobę Crohna, cierpiał także na niewydolność krążenia, ale bezpośrednią przyczyną śmierci było zapalenie płuc.

Względnie młodo, bo w wieku 50 lat, z powodu sepsy zmarł Alban Berg (1885–1935), twórca oper „Wozzeck” i „Lulu”. Wspólnie z Arnoldem Schönbergiem i Antonem Webernem tworzył tak zwaną „drugą szkołę wiedeńską”.

SERCE

Do częstych przyczyn zgonów kompozytorów należy też zawał serca. Dość młodo, bo w wieku 54 lat, na tę dolegliwość zmarł Stanisław Moniuszko (1819–1872), ojciec naszej opery narodowej („Halka”, „Straszny Dwór”, „Hrabina”). Taka jest też przyczyna zgonu Antonina Dwořaka



(1841–1904), czeskiego kompozytora bardzo popularnej i lubianej przez publiczność całego świata opery „Rusałka,” a przede wszystkim „Symfonii z Nowego Świata”. W jego przypadku powikłaniem był udar mózgu.

Względnie młodo, bo mając 53 lata, dokonał żywota także Aleksander Borodin (1833–1887), wykształcony w Petersburgu profesor chemii fizjologicznej (zawał mięśnia sercowego). Podobno mawiał, że „przywoity człowiek nie uprawia zawodo-wo muzyki ani miłości”. Jego jedyna opera „Książę Igor” kojarzy się nieodmiennie z „Tańcami połowieckimi” oraz z przebojem muzyki „młodzieżowej” „Prince Igor” w wykonaniu Warrena G.

Richard Wagner (1813–1883), wielki reformator opery, twórca „Pierścienia Nibelunga”, „Tristana i Izoldy”, „Tannhäusera”, „Lohengrina” i wielu innych, równie ważnych, umarł w Wenecji na zawał serca, mając lat 70. Również Arrigo Boito (1842–1918), pół-Polak (po matce Polce), utalentowany librecista (Verdiowskie „Otello”, „Falstaff”) oraz kompozytor („Mefistofeles”), zmarł z powodu zawału serca, gdy miał 76 lat. Camille Saint-Saëns (1835–1921), kompozytor oper „Samson i Dalila”, „Thais” i innych, umarł na zawał serca w 86. roku życia. W podobnym wieku – 85 lat – i z tego samego powodu

zmarł Richard Strauss (1864–1949), twórca m.in. oper „Kawaler ze srebrną różą”, „Salome”, „Elektra”.

KOMPOZYTOR W SŁUSZNYM WIEKU

Porzekadło ludowe, że wybrańcy muz umierają młodo, nie zawsze się jednak sprawdza. Wielu kompozytorów dożyło „słusznego” wieku i umarło z powodu tak zwanej starości. Towarzyszyły im oczywiście schorzenia charakterystyczne dla upływu lat.

Udar, typowe schorzenie wieku podeszłego, skróciło życie Charlesa Gounoda (1818–1893), francuskiego kompozytora romantycznego, znanego z oper „Faust”, „Romeo i Julia”. Umarł w wieku 75 lat. Co najmniej kilka udarów przeżył Friedrich Georg Händel (1685–1759). Ostatni, w 74. roku życia, doprowadził do jego śmierci. Kompozytor, urodzony w Niemczech, większość swego życia zawodowego spędził w Londynie. Ten niezwykle płodny artysta napisał wiele oper. Do naszych czasów w repertuarze pozostały „Kserkses”, „Rinaldo”, „Agryppina”, „Juliusz Cezar”. Powszechnie znany jest głównie ze swoich oratoriów „Mesjasz” i „Stworzenie Świata”.

W 90. roku życia zmarł Daniel François Auber, kompozytor oper „Fra diavolo”, „Niema z Portici”. Niewiele młodszy był

Istnieje hipoteza sugerująca, że artysta specjalnie wypił kubek z wodą zarażoną cholerą, dokonując tym samym śmierci samobójczej.

Giuseppe Verdi (1813–1901), który odszedł w wieku 88 lat z powodu kolejnego udaru. Był spełnionym artystą – wiele jego dzieł to podstawowy kanon domów operowych: „Traviata”, „Rigoletto”, „Trubadur”, „Aida”, „Moc przeznaczenia” i szereg innych. Do długowiecznych zaliczał się także Jan (Johann Julius Christian) Sibelius (1865–1957), znany głównie z poematu symfonicznego „Finlandia” oraz suity „Karelia”. Pisał także muzykę do dramatów. Zmarł w 92. roku życia.

Światowej sławy pianista, kompozytor i mąż stanu Ignacy Jan Paderewski (1860–1941) dożył 81 lat. Komponował głównie muzykę symfoniczną. Napisał tylko jedną operę – „Manru” (na podstawie powieści Józefa Ignacego Kraszewskiego „Chata za wsią”). Gdy nieraz oglądałam go na filmach dokumentalnych, wydawał mi się dużo starszy. Wyniszczenie wynikało jednak z choroby nowotworowej jelita grubego z przerzutami do płuc. Przeżył też udar mózgu.

Czołowy kompozytor radziecki Dymitr Szostakowicz (1906–1975), twórca opery „Lady Makbet mceńskiego powiatu” oraz bardzo popularnych „suit jazzowych”, zmarł z powodu stwardnienia zanikowego bocznego.

Jak więc widać z przytoczonych wyżej przykładów, chyba nie da się obronić poglądu, że w przypadku kompozytorów operowych „wybrańcy muz umierają młodo”. Zapewne takie przypadki zdarzały się, zdarzają i będą zdarzać, ale też sporo jest przykładów artystów długowiecznych. Na tym tle wyróżniać zdają się dyrygenci – z tego zapewne powodu, że, jak się sądzi, w ich przypadku wysiłek intelektualny harmonijnie łączy się z nie-małym wysiłkiem fizycznym. ■

Literatura:

- P. Kamiński, „Tysiąc i jedna opera”, Kraków 2008
- „Encyklopedia Muzyczna”, PWM 1997
- J. O’Shea, „Muzyka i medycyna”, Kraków 1998
- H. Swolkień, „Verdi”, Kraków 1983
- H. Swolkień, „Aleksander Borodin”, Warszawa 1979



Agata Morka
doktor historii
sztuki

BŁĄD MALARSKI

Zamiast lamperii

Współczesne szpitale kojarzą się nieodmiennie z wnętrzami funkcjonalnymi. Minimalistyczny wystrój, zredukowany do tego, co naprawdę potrzebne, idzie w parze z wymogami sterylności. Pacjenci melancholijnie wgapiąją się w mdławozielone ściany sal-pudełek. A co, jeśli zamiast seledynowej lamperii pacjent zobaczyłby nad głową gotyckie sklepienia i freski?



Obraz: Domenico di Bartolo, fresk „Opatrzanie chorych”, szpital Santa Maria della Scala, Siena, 1441-1442



Taką możliwość mieli jeszcze do lat 90. ubiegłego stulecia pacjenci szpitala Santa Maria della Scala. Zaledwie kilka kroków od sieneńskiego duomo wznosi się ten szpitalny kompleks. Jako jeden z najstarszych w Europie szpitali, Santa Maria della Scala była nie tylko ważnym ośrodkiem medycyny. Szpital korzystał z licznych donacji i mógł sobie pozwolić na kupowanie ziemi i zatrudnianie artystów do dekorowania okazałych izb przyjęć, sal operacyjnych i krużganków. Domenico di Bartolo był jednym z artystów zaproszonych do współpracy. W swoim fresku „Opatrzanie chorych” uwiecznił piętnastowieczną izbę przyjęć.

Dzieje się tutaj. Di Bartolo podkreśla ruch w scenie, z obu jej stron wprowadzając element odciętych częściowo ramą fresku noszy. Oto z lewej wdziera się do kadru mężczyzna i kładzie na łożku chorego, rozpaczliwie uczepionego jego ramienia. Z prawej szpitalni pomocnicy wnoszą kolejne nosze, dając widzowi do zrozumienia, że to niezwykle zajęta renesansowa izba przyjęć. W centrum zgromadziła się grupa lekarzy debatująca nad przypadkiem chorego z otwartą raną uda. Jeden z lekarzy obmywa nogi pacjenta, podczas gdy konsylium naradza się co do dalszych postępowań. W dyskusji nie przeszkadza im nawet obecność najeżonego psa, który również znalazł dla siebie

miejsce w tym kipiącym energią zbiorowisku. Co mnie jednak urzeka w tym dynamicznym przedstawieniu, to kontrast. To historia, która rozgrywa się wśród niemalże obojętnego zgiełku kolorów, wzorów, tłumu napierających na siebie postaci. Jeśli poprowadzić linię pomiędzy dłońmi pierwszoplanowych bohaterów, to właśnie w tym owalu kryje się najpotężniejszy ładunek emocjonalny fresku. Pośród dłońmi pacjenta, zasłaniającymi strachliwie pierś, a tymi troskliwie myjącymi mu stopy i tymi, które palcami wskazują, jak przebiegać będzie proces leczenia. To w tym absolutnym skupieniu, na przekór zgiełkowi otoczenia, di Bartolo uchwycić zdołał sedno izby przyjęć. ■

Rozwiązanie zagadki z „GL” 05/2022

1. Dodanie żonkili na pierwszym planie na trawie.

Żonkile są symbolem Walii, zatem ich obecność na obrazie, biorąc pod uwagę pochodzenie Price'a, nie byłaby nieuzasadniona.

2. Usunięcie długich włosów Price'a.

Długie, siwe włosy były jedną z cech charakterystycznych ekscentrycznego doktora.

3. Skrócenie spodni tak, by było widać gołą kostkę bez skarpetki.

Nienoszenie skarpetek było jednym ze skrzętnie przestrzeganych przykazań Price'a: uważał on je za niehigieniczne i odmawiał ich noszenia.

4. Zamiana księżycy, który Price trzyma w lewej ręce, na kieliszek szampana.

Ponoć na krótko przed śmiercią Price poprosił o kieliszek szampana. Wypił go i umarł.



A.C. Hemming, „Portret Williama Price'a z Llantrisant w kostiumie druida z kozami”, ok. 1918 r., Wellcome Collection

NAGRODZENI Z „GL” 05/2022: Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Kornelia Karwowska z Bydgoszczy**. Gratulujemy! Nagrody dodatkowe: **Agnieszka Janic (Kłobuck), Jolanta Jankowska (Łomża), Aleksandra Żórawik (Wrocław)**.

Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 20 czerwca 2022 r. W temacie maila należy wpisać GL04 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przestać jedną odpowiedź.



Dla jednej zosób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,

HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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

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

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



KLAUZULA INFORMACYJNA

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

KULTURA

Fotokontkurs

Lubelska Izba Lekarska i UM w Lublinie we współpracy z Lubelskim Towarzystwem Fotograficznym i Związkiem Polskich Artystów Fotografików Okręg Lubelski ogłaszają XI Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy i Studentów Medycyny. Honorowy patronat nad konkursem objęli: prezes NRL, prezes LIL i rektor UM w Lublinie. Nadsyłanie prac: do **31 października**. ■



FOTO: SHUTTERSTOCK.COM

NASZA CZYTELNIJA



Psychoterapia. Między wiedzeniem a niewiedzeniem

Redakcja: Wojciech Drath,
Bogdan de Barbaro

Jak przejść z systemowego wiedzenia do ponowoczesnego niewiedzenia? Prezentowana książka pokazuje, że proces terapeutyczny z wykorzystaniem wiedzy o psychice pacjenta i metodach terapeutycznych bywa czasem nie tak skuteczny, jak odrzucenie tego wszystkiego i przyjęcie czegoś zupełnie odwrotnego – niewiedzy, zawahania na dotychczasowe postępowanie, a nawet wyjścia ze schematu codziennej praktyki.



Chory na nowotwór – opieka stomatologiczna

Redakcja naukowa:
Agnieszka
Bogusławska-Kapała,
Izabela Strużycka,
Grzegorz W. Basak

Publikacja przedstawiająca najnowszą wiedzę dotyczącą profilaktyki i leczenia chorób jamy ustnej występujących na różnych etapach terapii onkologicznej lub transplantacji komórek krwiotwórczych. Znajdziemy tutaj algorytmy diagnostyczno-lecznicze zarówno dla lekarzy medycyny, jak i lekarzy dentyków.

KULTURA

Dla dzieci

Komisja Kultury Lubelskiej Izby Lekarskiej po raz szósty organizuje Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Literacki „Lekarze dzieciom”. Odbywa się on w dwóch kategoriach: poezja i proza. Prace należy nadesłać do **10 października**. Patronat honorowy nad konkursem objął prezes NRL, a patronat medialny – „Gazeta Lekarska”. ■

**Plener**

Komisja Kultury ORL w Lublinie zaprasza pasjonatów fotografii do udziału w IX Ogólnopolskim Plenerze Fotograficznym Lekarzy w dniach **6-11 września** w Kazimierzu Dolnym nad Wisłą, organizowanym przy współudziale NRL. Liczba miejsc: 20. Uwaga: liczy się kolejność zgłoszeń. ■


www.gazetalekarska.pl

FOTO: SHUTTERSTOCK.COM



Na łasce brutalni. Kobiety w świecie medycyny

Olivia Campbell

Jeszcze na początku XIX w. medycyna nie była łaskawa dla kobiet – lekarzami byli tylko mężczyźni, a panie często unikały pomocy medycznej, bo badania przeprowadzano w bolesny i poniżający sposób. W tamtych czasach trzy zdeterminowane kobiety przetrwały szlaki dla swoich następczyń, i otworzyły im drzwi do zawodu lekarza. Co jednak najważniejsze – dzięki nim medycyna zaczęła bardziej dostrzegać potrzeby zdrowotne kobiet.



Żyletkę zawsze noszę przy sobie. Depresja dzieci i młodzieży

Małgorzata Gołota

Z danych Komendy Głównej Policji wynika, że sukcesywnie rośnie liczba prób samobójczych podejmowanych przez młodych ludzi. Wypowiadający się w książce specjaliści – m.in. psychiatry, a także Brunon Hołyst, pionier wiktymologii i suicydologii w Polsce, tłumaczą, dlaczego tak się dzieje i przede wszystkim – co robić, aby temu przeciwdziałać, czyli zapobiec śmierci samobójczej młodego człowieka.



**„Kambodża”,
prof. Jacek Wilczyński
(ginekolog położnik, Łódź)
Brązowy Medal Fotoklubu RP
PhotoArtMedica 2013**



www.photoartmedica.pl

PhotoArtMedica 2022

Zbliża się **X Jubileuszowy Międzynarodowy Salon Fotografii Artystycznej Lekarzy PhotoArtMedica 2022**. Termin nadsyłania zgłoszeń upływa 17 września br. (kategorie konkursowe: fotografia podróżnicza, temat wolny, fotografia medyczna; nagrody: Grand Prix, medale Międzynarodowej Federacji Sztuki Fotograficznej FIAP, medale Fotoklubu RP, medale PhotoArtMedica, honorowe wyróżnienia, nagrody specjalne). Zdjęcie każdego uczestnika zostanie opublikowane w katalogu pokonkursowym. Regulamin i zgłoszenia: www.photoartmedica.pl. ■

SPORT

Najlepsi lekarze sportowcy

W czasie XV Krajowego Zjazdu Lekarzy uhonorowano sportowców wywodzących się ze środowiska lekarskiego, którzy w ostatnich latach mieli znakomite osiągnięcia w różnych dyscyplinach.



Sport łączy różne pokolenia.

Grupa wyróżnionych była liczna (z lat 2019-2021), bo w związku z odwołaniem zjazdu przed dwoma laty z powodu pandemii, władze samorządu lekarskiego zostały pozbawione dogodnej okazji do złożenia części z nich gratulacji na szerszym forum. Ta nadarzyła się 12 maja, pierwszego dnia zjazdu. Pamiątkowe dyplomy i upominki wręczył prezes VIII kadencji NRL prof. Andrzej Matyja i przewodniczący Komisji Sportu NRL Jacek Tętnowski w obecności kilkuset delegatów.

Najlepszymi lekarzami sportowcami w 2019 r. zostali: Agnieszka Widziszowska (Śląska Izba Lekarska w Katowicach, specjalista w dziedzinie otorynolaryngologii oraz audiologii i foniatrii) za udane występy tenisowe oraz Grzegorz Siteń (Okręgowa Izba Lekarska w Rzeszowie, pediatra i nefrolog) za wyniki osiągnięte w narciarstwie alpejskim, kolarstwie szosowym i triathlonie. Debiutantem 2019 r. została Marta Bukowska (OIL w Łodzi, rezydent psychiatrii dzieci i młodzieży),

a najlepszą drużyną – koszykarze OIL w Łodzi, którzy m.in. wywalczyli tytuł mistrzów Polski lekarzy w koszykówce (skład zwycięskiej drużyny: Sebastian Dubel, Jakub Jankowski, Wojciech Jankowski, Piotr Kosielski, Radosław Kubiak, Paweł Kubiński, Kajetan Pstrągowski, Andrzej Zwierchowski, Jakub Żabierek, Sebastian Żabierek). Za 2019 r. sportowe wyróżnienia trafiły do otolaryngologa Joanny Urbaniak z OIL w Łodzi (dyscypliny: bieganie, badminton, squash, tenis stołowy) i chirurga ogólnego z OIL w Rzeszowie Bogdana Solarskiego (dyscypliny: tenis, pływanie, narciarstwo, bieganie). W 2020 r. odbyło się niewiele zawodów sportowych z powodu trwającej pandemii. Wyróżnienie przyznano tylko Kazimierzowi Kleczowi (ŚIL w Katowicach), specjalście w zakresie neurologii i rehabilitacji.

Najlepszymi lekarzami sportowcami 2021 r. zostali: Olga Stępień-Wyrobiec (ŚIL w Katowicach, specjalista medycyny rodzinnej oraz geriatrii), która ma niewątpliwy talent do pokonywania rywali w biegach na średnim i długim

dystansie, a także Mariusz Faff (OIL w Rzeszowie, specjalista chorób wewnętrznych), często niezwykczony w zawodach pływackich. Debiutantem 2021 r. została Aleksandra Stasiak (OIL w Gdańsku, lekarz w trakcie specjalizacji z chorób płuc), która również jest doskonałą pływaczką. Tytuł najlepszej drużyny ubiegłego roku powędrował do męskiej lekarskiej reprezentacji tenisa w składzie: Marcin Pokrzywnicki, Tomasz Maziak, Dariusz Gajecki, Robert Telega, Robert Kowalczyk, Lech Borkowski. Podczas Mistrzostw Świata w Tenisie Lekarzy w Turcji drużynowo wywalczyli oni złoty medal i zdobyli mistrzostwo świata w Pucharze Narodów. Z kolei wyróżnienie za 2021 r. powędrowało do rąk prof. Janusza Emerich z OIL w Gdańsku, specjalisty w dziedzinach położnictwo i ginekologia oraz ginekologia onkologiczna. Profesor ma sukcesy sportowe w narciarstwie alpejskim, pływaniu i grze w tenisa. Wszystkim nagrodzonym serdecznie gratulujemy i zachęcamy do dalszego propagowania swoją postawą hasła: „w zdrowym ciele, zdrowy duch”! ■

SPORT



Lekka atletyka

18-19 czerwca, Stadion Miejski w Toruniu – w tych dniach i w tym miejscu odbędą się 11. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce, które zostaną rozegrane równoległe z 32. Mistrzostwami Polski Masters w Lekkiej Atletyce. Osoba uczestnicząca w zawodach może być klasyfikowana podwójnie, zarówno w mistrzostwach weteranów, jak i lekarzy. ■

FOTO: SHUTTERSTOCK.COM

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ W KRAKOWIE, ROCZNIK 1986 (UWAGA – ZMIANA TERMINU)

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 35+/lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Krakowie, które odbędzie się 30.09.2022 r. o godz. 20.00 w restauracji Hotelu Prezydent w Krynicy Zdroju. Zgłoszenia uczestnictwa wraz z osobami towarzyszącymi można dokonać do Mirosławy Ciarki-Golonki, e-mail: lekmcg@gmail.com Bieżące informacje będą również dostępne na www.absolutorium-am86.pl

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU, ROCZNIK 1987

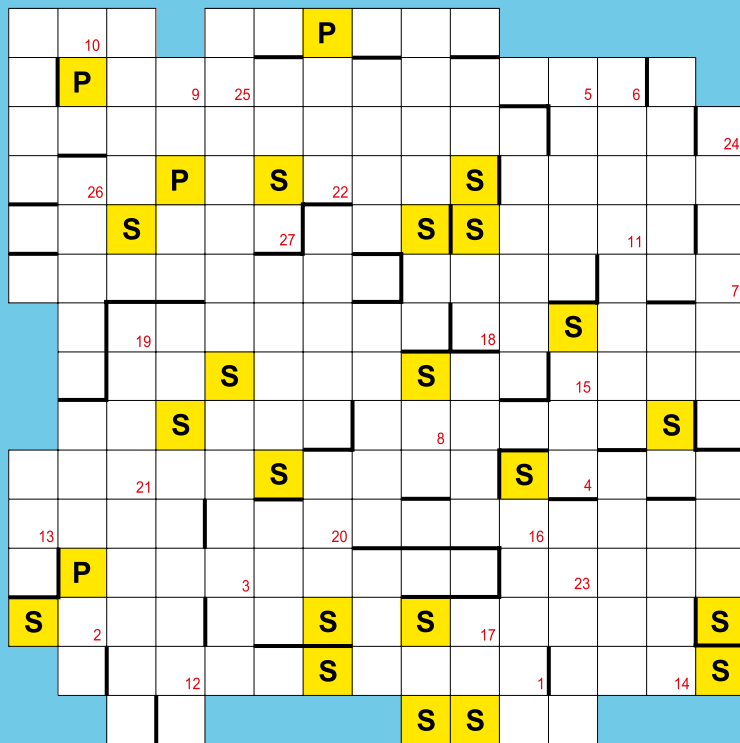
35 lat po dyplomie. Spotkanie towarzyskie, Hotel Mercure w Poznaniu, 22 października 2022 r., od godziny 19.00, koszt: 350 zł. Informacje i zapisy: Witold Draber (tel. 601 452 024, e-mail: ewdraber@gmail.com). Wpłaty na konto 50 1020 4027 0000 1502 0228 6060 z dopiskiem „zjazd”. Możliwość zakwaterowania w hotelu po promocyjnej cenie na hasło: „zjazd 187”.

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



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

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



Objaśnienia 67 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery P i S. Na ponumerowanych polach ukryto 27 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Lwa Tołstoja. Hasło należy przesłać na kartce pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 25 czerwca 2022 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* meniscus articularis * po sierpie * workowata sieć na ryby * otwarcie klatki piersiowej * gleby lub rosyjskie samoloty * odprowadza wodę z dachu * ofiary kolacji wigilijnej * francuski policjant * między wodorem a litem * autor „Rycerza w tygrysiej skórze” * spec od literatury i języka rosyjskiego * płaska z błoną RTG * Amiza * układ renina-angiotensyna-aldosteron * mała Henryka * arachnodactylia * tytan uosabiający nieśmiertelność * w Tatrach zwany halnym * mieszkanka Ammanu lub Dubaju * opakowanie orzecha * zew do zawodu lekarza * dziękczynne i błagalne * super * największe koty * dziedzina Lema * tłuszcz z wątroby dorszowatych * linie między państwami * aspirator * przetak lub rzeszoto * jedna czwarta * stafilocoki * opakowanie do maści * hinduskie pozdrowienie * grupa krzyżująca się w obrębie gatunku * egipska bogini nieba * wstępny plan (ang.) * przedmurze (łac.) * król Tauridy, syn Jazona * erytropoetyna * stolica Tesalii * płaci emerytury * odwodnienie

* słoneczny (ang.) * odkryty przez państwa Curie * włosy na starość * partner Metodę * dzięki karp * istota półgociniczna z serialu „Doktor Who” * krach, upadek * skątygrafia receptorów somatostatynowych * film o Martyniuku * śledzona (łac.) * Władimir Iljicz * Birnam w „Makbecie” * karetka reanimacyjna * mały kontrabas * malleolus * port przy ujściu Rioni * chów stresujący kury * tkanka (ang.) * miejsce przetwórstwa stali lub szkła * wodna na nierównym szlaku * rzadki przysmak * biało-czarny chalcedon * lioness * pierwszy lotnik * otęłość (łac.)

Jerzy Badowski

**Rozwiązanie Jolki Lekarskiej nr 273 („GL” nr 04/2022)
Ludzie wierzą chętnie w to, czego pragną.**

Nagrody otrzymują:

Jacek Jarco (Bielsko-Biała), Anna Ludwiczak (Częstochowa), Ewa Nowicka (Warszawa), Alicja Szumska (Poznań), Weronika Lea Śliwińska (Gdańsk). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwł.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

WYDAWCA



**Naczelna
Rada
Lekarska**

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 180 400 egz.

Rada Programowa

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

naczelny@gazetalekarska.pl

Lidia Sulikowska; sekretarz redakcji; Tel. 668 854 344

l.sulikowska@gazetalekarska.pl

Lucyna Krysiak; dziennikarz; Tel. 696 48 70 48

l.krysiak@gazetalekarska.pl

Mariusz Tomczak; redaktor portalu internetowego

m.tomczak@gazetalekarska.pl

www.gazetalekarska.pl

www.facebook.com/gazetalekarska

Tel. (22) 558 80 40

redakcja@gazetalekarska.pl

Adres redakcji

00-764 Warszawa,
ul. Jana III Sobieskiego 110

Reklama i marketing

Elżbieta Tarczyńska

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

e.tarczyńska@gazetalekarska.pl

Ogłoszenia

Sebastian Knysak

Tel. (22) 559 13 26

ogloszenia@gazetalekarska.pl

Stale współpracują

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

Projekt:

Łukasz Szczepanowski

Skład:

Montownia/Teresa Urawska

Druk

Walstead Central Europe

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

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

