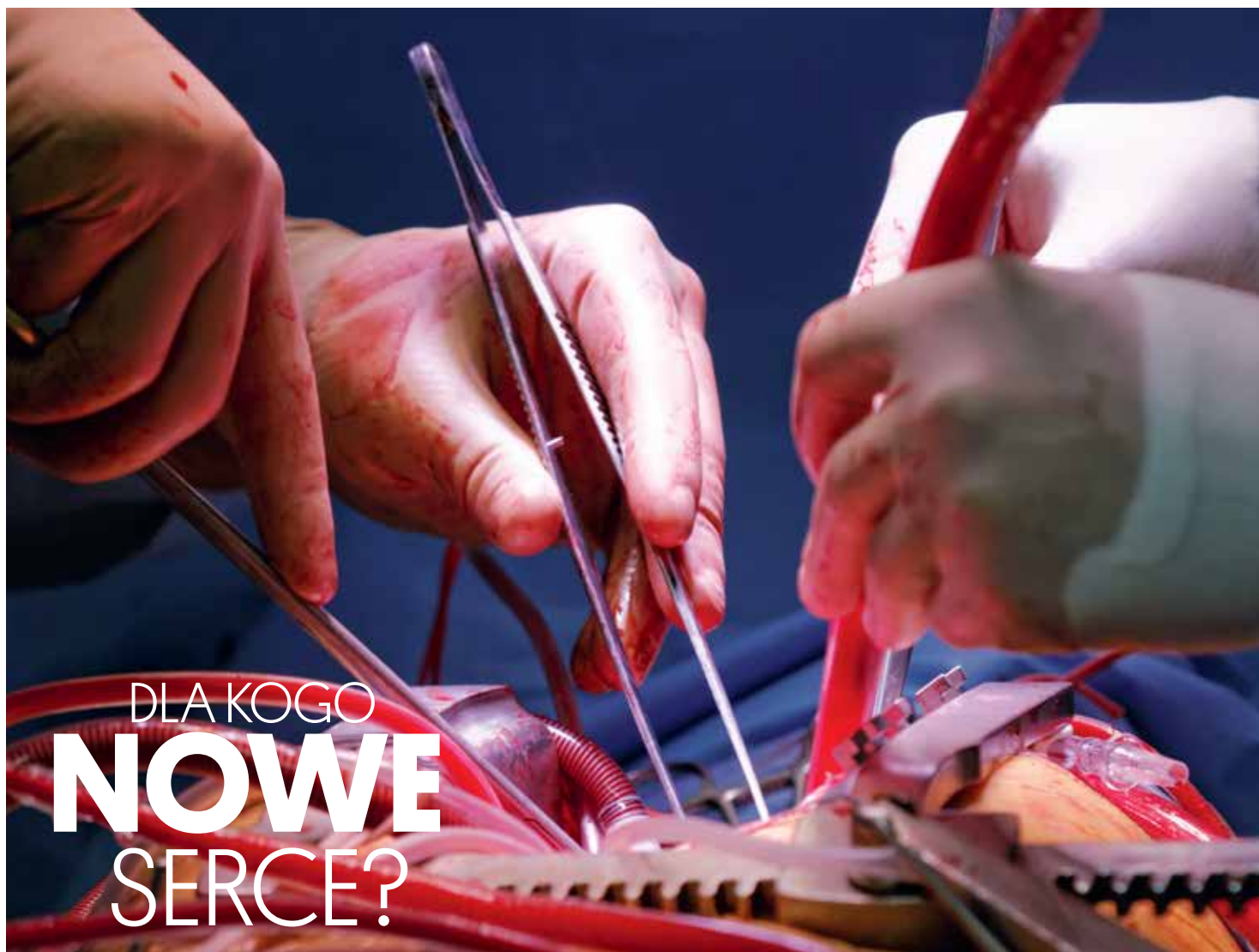


Gazeta Lekarska

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



DLA KOGO
NOWE
SERCE?

SAMORZĄD

Priorytety prezesa NRL

Najważniejsze fragmenty wystąpienia
prof. Andrzeja Matyi na XIV KZL

TEMAT MIESIĄCA

Zimny prysznic

Jak realizowane są zapisy porozumienia
ministra zdrowia z rezydentami

E-DOKTOR

Pacjent nie zgubi, a pies nie zje

Pierwsza elektroniczna recepta w Polsce
została wystawiona i zrealizowana w aptece

Spis treści

- 4 **Na wstępie** R. Golański: Początek kadencji daje nadzieje
- 6 **Z Sobieskiego 110** A. Matyja: Nowe spojrzenie
- 7 **Samorząd:** Priorytety prezesa NRL
- 10 **Skryning**
- 12 **Obserwacje** S. Badurek: Wszystko już było
- 14 **Temat miesiąca:** Zimny prysznic
- 18 **Rozmowa o zdrowiu:** Choroba genów
- 21 **Nasi w Europie** A. Lella: Green dentistry
- 22 **Ze świata:** Coraz mniej ograniczeń
- 24 **Samorząd:** Nowa rzeczywistość
- 26 Nie trzeba nas kochać, wystarczy rozumieć naszą pracę
- 28 **Samorząd**
- 31 **Stomatologia:** Potrzeba wyrazistości
- 32 Wiele zaczyna się tutaj
- 34 O jakość edukacji
- 36 **Punkt widzenia** J. Małmyga: Polskie wakacje czy zdżiczenie obyczajów?
- 37 **Kodeks Etyki Lekarskiej:** Z udarem na toksykologię
- 38 **Lekarskie towarzystwa naukowe:** Zorientowana na pacjenta
- 40 **Reportaż:** Dla kogo nowe serce?
- 44 **E-doktor:** Pacjent nie zgubi, a pies nie zje
- 46 **Nauka w skrócie**
- 48 **Praktyka lekarska:** Niewykorzystane możliwości
- 50 Nadzieją jest immunoterapia
- 52 Filozof też pacjent
- 53 **Polskie innowacje:** Małoinwazyjne leczenie tętniaka w łuku aorty
- 54 **Praktyka lekarska:** Co komu szkodzi, że jest cieplej?
- 56 Sekretarka medyczna odciąża lekarza
- 58 Współczucie lekarza a efekty leczenia
- 60 Możliwości leczenia krótkowzroczności w 2018 r.
- 62 Po pierwsze zdrowie
- 64 Krakowska Deklaracja o Jodzie
- 66 Co sądzimy o naszej pracy zawodowej, proteście lekarzy i cyfryzacji w ochronie zdrowia
- 68 **Stukot białych trepów:** Do kolegów lekarzy, tych młodszych i tych starszych
- 70 **Indeks korzyści:** Idealny pacjent
- 72 **Ze sceny** A. Andrus: Moonlight Story
- 73 **Kultura:** Czarny kwadrat
- 74 **Błąd malarski:** Odleć ze mną
- 76 **Sport**
- Nasza czytelnia**
- 78 **Ogłoszenia**
- 80 **Komunikaty**
- 81 **Epikryza (80)** J. Wanecki: Żrenica
- 82 **Jolka lekarska**



40 Dla kogo nowe serce?



48 Niewykorzystane możliwości



54 Co komu szkodzi, że jest cieplej?



WIĘCEJ NA WWW.GAZETALEKARSKA.PL

KRAKÓW STOLICĄ

W maju Kraków na kilka dni stał się światową stolicą medycyny rodzinnej. 2,5 tys. lekarzy z 60 krajów uczestniczyło w 23. Międzynarodowej Konferencji Lekarzy Rodzinnych WONCA Europe.

RODO OD A DO Z

W dziale Prawo w naszym portalu piszemy o zmianach w zasadach przetwarzania danych osobowych w placówkach medycznych. Informacje zamieszczone są również na stronie nil.org.pl.

Początek kadencji daje nadzieje



Ryszard Golański

Redaktor naczelny
„Gazety Lekarskiej”

W piątek 15 czerwca odbyło się pierwsze posiedzenie nowej Naczelnej Rady Lekarskiej. Miało ono przede wszystkim charakter wyborczy.

W yłoniono Prezydium NRL, które – zgodnie ze słowami prezesa Andrzej Matyi – ma stanowić zespół koordynujący realizację założeń programowych. Założenia te zostały zawarte w uchwale programowej XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy oraz w wystąpieniu wyborczym kandydata na prezesa. Mimo że od zjazdu mija już miesiąc, wciąż jesteśmy na początku VIII kadencji. Propozycje programowe zawarte w uchwale zjazdu mogą Państwo przeczytać na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej, z propozycjami i planami nowego prezesa można się zapoznać w tym numerze „Gazety Lekarskiej”.

Podczas piątkowego spotkania ustalono także, jakie komisje i zespoły NRL będą działały przez najbliższe cztery lata i dokonano wyboru ich przewodniczących. Szczegóły wewnątrz numeru. Tego samego dnia miały miejsce pierwsze posiedzenia Naczelnej Komisji Rewizyjnej i Krajowej Komisji Wyborczej. Przewodniczącą tej pierwszej została Jolanta Orłowska-Heitzman, przewodniczącym drugiej Paweł Sułowski. Składy komisji, spośród członków NRL i przedstawicieli izb okręgowych, zostaną ustalone, poprzez wybory, na kolejnym posiedzeniu NRL 31 sierpnia.

Wśród członków NRL i pośród przewodniczących komisji i zespołów jest wiele nowych osób. Z jednej strony powoduje to konieczność uczenia się przez te osoby samorządu na szczeblu krajowym, z drugiej – przynosi walor innego, świeżego spojrzenia na możliwości rozwiązywania najważniejszych dla lekarzy i lekarzy dentystów problemów.

A rzeczywistość rysuje się przed nami trudna. Jedną z najważniejszych spraw jest wpływ samorządu lekarskiego na warunki wykonywania zawodu lekarza. I nie chodzi tutaj wyłącznie o warunki ekonomiczne, czyli o dochody lekarza, choć to podstawa naszego bytu, ale także o podział czasu pomiędzy działania stricte lekarskie, a administracyjne oraz warunki kształcenia podyplomowego. Najważniejszym celem wydaje się jednak być uzyskanie możliwości realnego wpływania izby na kształt prawa medycznego. Samorząd lekarski powinien być miejscem tworzenia czy współtworzenia projektów ustaw i rozporządzeń oraz zarządzeń, a nie tylko ciałem opiniującym. Wiemy wszyscy, że jedną z naszych największych bolączek jest to, że bez względu na barwę polityczną rządu podczas stanowienia prawa opinie środowiska lekarskiego są kompletnie pomijane lub lekceważone. Niełatwo to będzie zmienić, ale próbować trzeba. Od początku reaktywowania izb lekarskich trwa dyskusja na temat przejęcia przez samorząd lekarski kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów. Problem ten pojawił się podczas zjazdowej dyskusji i jest jednym z punktów programu prezesa Matyi. Naczelna Izba Lekarska i większość izb okręgowych posiada sprawnie działające ośrodki kształcenia. Może dojrzelismy do radykalnych posunięć? Warunkiem podstawowym powinno być przekazanie przez administrację państwową izbom pieniędzy na ten cel. Nie powinno być tak, jak z niektórymi przejętymi od państwa prerogatywami, że finansowane są one z lekarskich składek.

Przed nami okres urlopowy, życzę Państwu satysfakcjonującego wypoczynku. ☺

MIGAWKA

➤ Pierwsze posiedzenie
Naczelnej Rady Lekarskiej
VIII kadencji
(więcej na s. 24).



FOTO: MARTA JAKUBIAK

ZUS żąda oryginałów dokumentacji

Od maja 2017 r. obowiązują zmiany ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Omawiałem je już kilka razy na łamach „Gazety Lekarskiej”, ale czas przyniósł pierwsze przykłady ich stosowania w praktyce.

 **JAROSŁAW KLIMEK** Radca prawny OIL w Łodzi

Otóż zdarza się, że ZUS kontrolując prawidłowość wystawiania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, żąda od lekarzy wydania dokumentacji medycznej w oryginale. Przepisy zmienione w maju 2017 r. wykluczają takie uprawnienie ZUS. Zgodnie z art. 59 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa ZUS ma prawo kontrolować prawidłowość orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby oraz do wystawiania zaświadczeń lekarskich. Sprawują ją lekarze orzecznicy ZUS. Dlatego żądanie udostępnienia dokumentacji w przypadku takiej kontroli musi bezwzględnie pochodzić od lekarza orzecznika ZUS, a nie od jakiegokolwiek pracownika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Art. 59 ust. 3 pkt 3) ustawy o świadczeniach daje lekarzom orzecznikom prawo zażądania od wystawiającego zaświadczenie lekarskie udostępnienia dokumentacji medycznej dotyczącej ubezpieczonego, stanowiącej podstawę wydania zaświadczenia lekarskiego lub udzielenia wyjaśnień i informacji w sprawie. Zwrócić tu trzeba uwagę na ograniczony zakres uprawnienia Zakładu – może ono dotyczyć wyłącznie dokumentacji związanej z wystawieniem konkretnego zaświadczenia, a nie całej, pełnej dokumentacji pacjenta, która może być obszerniejsza, szczególnie w POZ. Tylko w takim też zakresie lekarz jest zwolniony z zachowania tajemnicy lekarskiej. Pójście w tym zakresie „na skróty” i mechaniczne udostępnianie całej dokumentacji pacjenta stanowi naruszenie praw pacjenta i obowiązków lekarza do zachowania tajemnicy lekarskiej. Zachowanie takie może być podstawą roszczeń pacjenta o zadośćuczynienie pieniężne w oparciu o art. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Informacja o tym może dotrzeć do pacjenta, szczególnie jeśli ZUS negatywnie zweryfikuje prawidłowość orzeczenia o niezdolności do pracy i będzie korzystał z procedury odwoławczej i przeglądał akta postępowania kontrolnego prowadzonego przez ZUS.

Istotna jest również forma udostępnienia dokumentacji. ZUS nie może domagać się jej w oryginale. Wydanie jej oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu może nastąpić jedynie na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta. Zgodnie z ustawą, w systemie ubezpieczeń społecznych ZUS jest państwową jednostką organizacyjną i posiada osobowość prawną. O organach władzy państwowej mowa w Konstytucji RP, w art. 7, 163, 228, 238 i 239. Nie ma jednak nigdzie definicji tego pojęcia, a w potocznym rozumieniu ZUS utożsamiany jest z urzędem uprawnionym do władczego ingerowania w życie obywateli. Jednak na gruncie omawianych przepisów nie można uznawać ZUS za organ władzy publicznej. Jest on państwową jednostką organizacyjną, której z mocy ustawy przysługują środki prawne właściwe organom administracji państwowej w sprawach dotyczących ubezpieczeń społecznych. W ustawie o finansach publicznych wyraźnie rozdziela się w strukturze sektora finansów publicznych organy władzy publicznej (organy administracji rządowej, organy kontroli państwowej i ochrony prawa oraz sądy i trybunały) od ZUS. W samej ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – w art. 26 ust. 3 zawierającym katalog podmiotów, którym można udostępnić dokumentację medyczną – odrębnie wymienia się organy władzy publicznej (pkt 2) i organy rentowe (pkt 5). Dlatego udostępnienie dokumentacji na żądanie ZUS powinno nastąpić przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku, przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu). Powinna zostać przesłana listownie, a jeśli przewiduje to regulamin organizacyjny – może to nastąpić za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej lub na informatycznym nośniku danych.

Należy też pamiętać o obowiązku odnotowania faktu udostępnienia dokumentacji w wykazie zawierającym informacje wymienione w art. 27 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. To jeden z nowych obowiązków ciążących od ponad roku na podmiotach wykonujących działalność leczniczą. 

Nowe spojrzenie



Andrzej Matyja

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Widok z okna przy ulicy Krupniczej w Krakowie zmieniłem na widok z okna przy ul. Sobieskiego 110 w Warszawie. Inny widok. Ale też inne spojrzenie.

Inaczej wygląda świat z perspektywy stolicy, inaczej z perspektywy Stołecznego Królewskiego Miasta Krakowa (bo tak brzmi tytuł grodu Kraka, stanowiący jego pełną nazwę). A Kraków, jak wiadomo, lubi tytułować.

No i tyle żartów.

Zupełnie inne są obowiązki prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej niż prezesa okręgowej rady. Nie większe ani mniejsze, ale po prostu inne. Więcej polityki, mniej kontaktów z politykami lub niby-politykami, więcej, a raczej przede wszystkim inne zadania.

Nikt nie zdoła pracować sam. Bez wsparcia współpracowników nie sposób podołać obowiązkowi. Jestem jednak przekonany, że zespół ludzi wybranych do Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej jest zespołem, który podoła czekającym nas zadaniom. Bo nie zamierzam ustąpić z drogi, którą zadeklarowałem w swoim wystąpieniu programowym.

Samorząd lekarski jest reprezentantem wszystkich lekarzy, a rolę Naczelnej Izby Lekarskiej jest reprezentowanie koleżanek i kolegów zgodnie z ich wolą, przekazaną z okręgowych izb lekarskich. Przynależność do izb lekarskich jest obowiązkowa, stąd izby muszą „iść środkiem” – nie mogą reprezentować poglądów jednej grupy lekarzy. Izba nie ma poglądów politycznych, ale jej apolityczność ma się wyrażać w jak najszerzych kontaktach z politykami wszystkich opcji. Tu każdy musi być serdecznie witany i dobrze się czuć. Także nasi koledzy lekarze, którzy chwilowo są parlamentarzystami.

Musimy stać się aktywniejsi we współpracy z władzą. Musimy uzyskać wpływ na tworzenie aktów prawnych, zanim trafią do zaopiniowania. Bo tylko wtedy ten wpływ będzie realny. Musimy przejąć kształcenie podyplomowe lekarzy.

Naczelna Izba Lekarska musi stać się miejscem, w którym będą się ogniskowały działania wszystkich organizacji lekarskich: i tych naukowych, i tych społeczno-zawodowych. Jeżeli nie będziemy działać wspólnie, to nie osiągniemy wiele.

Wiemy, że nie ma współdecydowania bez współodpowiedzialności, dlatego gotowi jesteśmy ją przyjąć.

Dramatyczna jest sytuacja w zakresie kadr lekarskich. Nawet zwiększenie o kolejny tysiąc liczby studentów na wydziałach lekarskich pozwoli odczuć efekty najwcześniej za 11-12 lat. A co w międzyczasie? Jakież decyzje muszą zostać podjęte, bo „samo się” lepiej nie robi.

Lekarze cieszą się ostatnio coraz większym zainteresowaniem organów ścigania. Jest to jak gdyby „powtórka z rozrywki”. Każde niepowodzenie w leczeniu nie może skutkować dochodzeniem prokuratorskim ciągnącym się latami i szukaniem winnych i często oskarżeniem o przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu. Pracy lekarza nie może towarzyszyć strach, o to też musimy walczyć.

Musimy wreszcie we wszystkich sprawach mieć do dyspozycji zespoły najlepszych ekspertów, którzy stworzą podstawy do podejmowania właściwych decyzji i pomogą nam ich bronić.

Trochę mało czasu minęło od Zjazdu, abym mógł się Państwu pochwalić konkretnymi osiągnięciami, ale zdołałem się w tym czasie spotkać z ministrem zdrowia, prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia i marszałkiem Senatu RP. Sporo czasu poświęciłem na zapoznanie się z systemem pracy Biura Izby i jego pracownikami. Z przyjemnością mogłem się przekonać, że w Naczelnej Izbie Lekarskiej pracuje zespół kompetentnych, zainteresowanych sprawami izby pracowników. Teraz czas na pracę merytoryczną.

A tymczasem, ponieważ zbliża się tradycyjny już okres urlopowy, życzę więc wszystkim miłego i udanego wypoczynku. ☺

Priorytety prezesa NRL

Fragmenty wystąpienia programowego prof. Andrzeja Matyi przedstawionego podczas XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy, tuż przed wyborem na funkcję prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej.



1 Niedofinansowanie ochrony zdrowia doprowadziło do problemów, które bezpośrednio odbijają się na zaufaniu do naszego środowiska. Podstawą do odbudowy zaufania i prestiżu naszego zawodu jest stworzenie możliwości jego wykonywania i leczenia pacjenta w jak najlepszych warunkach. To priorytetowe zadanie dla izby. Bezpieczny w swej pracy lekarz to bezpieczny pacjent. Odpowiedzialności za funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce nie wolno nam spychać na innych. Z racji swojej wiedzy, powołania i roli musimy być aktywną stroną w wypracowywaniu właściwych zmian systemowych. Nie petentem, nie biernym recenzentem i to jeszcze post factum, tylko partnerem, a często wręcz inicjatorem tych zmian.

W zdrowiu nie ma nic politycznego, chorujemy bez względu na poglądy czy też przynależność partyjną. Dlatego więc wtedy, gdy rozmawiamy o kształcie systemu ochrony zdrowia, do głosu dochodzi populizm i demagogia, a nie troska o pacjenta, o lekarza czy też zdrowy

rozsądek? Potrzebujemy trwałego konsensusu ponad podziałami politycznymi w zakresie fundamentów ochrony zdrowia. Naszym zadaniem jest uświadamiać rządzących, że nakłady na opiekę zdrowotną to inwestycja, a nie koszt. Naszym priorytetem powinno być dostarczenie rzetelnej, eksperckiej wiedzy i analiz, które pozwolą politykom podejmować właściwe decyzje. Jesteśmy w trakcie lub w przededniu bardzo dużych zmian w prawie i systemie opieki zdrowotnej: wdrażane jest RODO, wkrótce będą następowały zmiany związane z e-dokumentacją, przemodelowaniem koszyka świadczeń gwarantowanych, wyceną procedur i wiele, wiele innych istotnych zmian systemowych. Musimy dążyć do aktywnego udziału w tych pracach. Nasz głos musi być słyszalny, bo dotyczy nas, lekarzy, a tym samym naszych pacjentów.

Chciałbym zaproponować nowe rozwiązania. Wystąpię do pana ministra zdrowia z propozycją powołania grupy roboczej, nawet nieformalnej, składającej się z przedstawicieli resortu oraz naszego samorządu. Zadaniem tej grupy

▲ Wystąpienie podczas XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy.



◀ Prof Andrzej Matyja:
– Wierzę, że prawdziwa integracja środowiska lekarzy i lekarzy dentystów nie tylko jest możliwa, ale jest wręcz konieczna.

Prof. dr hab. Andrzej Matyja

1978 – ukończenie Akademii Medycznej w Krakowie
1982 – specjalizacja I stopnia z chirurgii ogólnej
1988 – tytuł doktora nauk medycznych
1990 – specjalizacja II stopnia z chirurgii ogólnej
2007 – stopień doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie medycyny – chirurgii
2012 – tytuł profesora nauk medycznych
2013 – specjalizacja z chirurgii onkologicznej
2016 – stanowisko profesora zwyczajnego w Uniwersytecie Jagiellońskim na Wydziale Lekarskim

200 publikacji naukowych
400 wystąpień na zjazdach

od 1997 – członek NRL
1997-2001 – członek Zespołu Legislacyjnego NRL
2001-2009 – członek Prezydium NRL oraz wiceprzewodniczący ORL w Krakowie
2009-2018 – prezes ORL w Krakowie
od 2010 – członek Zarządu Głównego Towarzystwa Chirurgów Polskich
od 2015 – przewodniczący Oddziału Krakowskiego Towarzystwa Chirurgów Polskich
od 2018 – prezes NRL

będzie wcześniejsze proponowanie rozwiązań prawnych i organizacyjnych, zanim staną się oficjalnym projektem, a nie – jak do tej pory – opiniowanie procedowanych już projektów. Władza powinna wsłuchiwać się w nasz głos przed podjęciem decyzji. Wierzę, że nasz aktywny udział w wielu pracach będzie dobrze przyjęty, oczekiwany i, mam nadzieję, doceniony przez pana ministra zdrowia. We współpracy z przedstawicielami zawodów zaufania publicznego chciałbym doprowadzić do powołania przy NIL swojego ośrodka, think-tanku, który będzie wypracowywał projekty, opinie i stanowiska w najważniejszych sprawach dotyczących ochrony zdrowia i pozycji lekarzy. Mogą one służyć jako zaczątek do dalszych prac powołanej grupy roboczej. Nic o nas, o lekarzach, bez uczciwego i realnego udziału naszego środowiska.

2 Doskonale wiem, że dosypywanie pieniędzy na poszczególne grupy zawodowe, bez systemowego rozwiązania problemu płac w ochronie zdrowia, tak naprawdę nic nie zmieni. W tym kontekście muszę wspomnieć protest rezydentów, który w ostatnim okresie zdominował dyskusję o problemach ochrony zdrowia. Młodzi koledzy nie chcą już żyć i pracować tak jak my. I mają niezaprzeczalną rację, a naszym wręcz obowiązkiem jest ich wspierać swoim doświadczeniem zawodowym i samorządowym. Naszym obowiązkowym zadaniem jest przywrócenie wiary młodych lekarzy w samorząd, jego mobilność, elastyczność, a przede wszystkim w jego możliwości sprawcze! Ilość młodych delegatów na dzisiejszym zjeździe napędza mnie optymizmem.

3 Chciałbym przejść do kwestii zaufania i solidarności w aspekcie wewnętrznym. Nie możemy tracić ani entuzjazmu do pełnienia funkcji społecznych, ani przekonania, że siła samorządu wypływa z jego masowości. Samorząd jest własnością wszystkich lekarzy, powinien być reprezentantem, głosem i obrońcą środowiska. Jestem przekonany, że skuteczna realizacja zadań postawionych przed naszym samorządem przywróci w naszych koleżankach i kolegach poczucie, że przynależność do izby ma głęboki sens i warto opłacać składki. Składka musi wrócić do lekarza, wiem jak to zrobić. NIL musi być silna i mądra pozycją okręgowych izb lekarskich, ich praktycznym podejściem oraz bliskością z lekarzami i lekarzami dentystami! Prawdziwy i żywy samorząd lekarski jest właśnie tam, w okręgowych izbach lekarskich.

NRL powinna być spoiwem dla naszego samorządu, wyrazicielem zbiorowej woli okręgowych izb lekarskich oraz ich oczekiwań. Dlatego chciałbym wykorzystać aparat fachowców, jakim dysponuje biuro NIL, dla realnej, ale skoordynowanej pomocy dla lekarzy w wielu kwestiach organizacyjno-prawnych czy socjalnych. To nasi prawnicy, a jak trzeba, to również specjaliści z innych dziedzin, muszą przygotowywać dla lekarzy wzorcowe dokumenty, regulaminy i opinie w kluczowych kwestiach oraz propozycje postępowania w określonych sytuacjach. Lekarze przecież oczekują od nas tych działań, dzięki którym będą bardziej świadomi, lepiej zorganizowani, a przede wszystkim będą mieć poczucie bezpieczeństwa i opieki ze strony samorządu! Jestem przekonany, że to inicjatywy okręgowych rad lekarskich, będących najbliżej lekarzy, powinny stanowić inspirację do działania dla NRL i jej prezesa.

4 Solidarność naszego środowiska powinna mieć również bardzo konkretny wymiar socjalny. Jesteśmy jako samorząd zobowiązani do wspierania najmłodszych, ale nie powinniśmy też zapominać o pomocy i szacunku dla naszych seniorów. Wsparcie to powinno przybrać różne formy. Niebagatelną rolę widzę tutaj w Fundacji Lekarzy Lekarzom. To bardzo ważny aspekt naszej działalności, powinniśmy dążyć do jego wdrożenia w każdej okręgowej izbie.

5 Wierzę, że prawdziwa integracja środowiska lekarzy i lekarzy dentyistów nie tylko jest możliwa, ale jest wręcz konieczna. Musimy współpracować, musimy zasypać wszelkie istniejące podziały wewnątrz naszego wspólnego samorządu. To jest możliwe, udało się i z powodzeniem funkcjonuje na poziomie niektórych okręgowych izb lekarskich. Musimy mieć jednocześnie świadomość różnic wynikających ze specyfiki naszych zawodów i zachowywać autonomię we wspólnym samorządzie. Wydaje się to naturalne i oczywiste, by lekarze dentyści mieli prawo do delegowania swoich przedstawicieli do władz centralnych, a nam lekarzom nie pozostaje nic innego jak uszanować ich autonomiczne decyzje.

6 Kwestią trudną, rzutującą na zaufanie członków do swojego samorządu, jak również zaufanie społeczne, jest obraz naszego środowiska kształtowany przez żadne sensacje media. Tendencyjne działania, zmierzające do dyskredytacji środowiska muszą każdorazowo spotykać się ze zdecydowaną naszą reakcją. To zadanie nie tylko dla Rzecznika Praw Lekarza, którego rolą powinno być również promowanie prawdziwego wizerunku lekarza, ale dla całego samorządu, a w szczególności prezesów, z prezesem NRL na czele, a także naszych mediów samorządowych. Opracujemy i wdrożymy nowy jednolity model polityki informacyjnej i działań wizerunkowych!

7 Działając w interesie pacjenta, nie powinniśmy unikać podejmowania odważnych decyzji w obawie o ewentualną odpowiedzialność karną, dyscyplinarną czy cywilną. Nie możemy odczuwać lęku przed napaścią, a do takich sytuacji dochodzi coraz częściej. Bezpieczny lekarz to bezpieczny pacjent, dlatego kolejnym krokiem po „Karcie praw lekarza” musi być zagwarantowanie lekarzowi i lekarzowi dentyście statusu funkcjonariusza publicznego. O to będę zabiegał. Musimy ufać i mieć pełną świadomość, że w sprawach ewidentnych, bezsensownie wszczynanych śledztw musimy liczyć na wsparcie ze strony naszego samorządu.

8 Nie może być mowy o silnym samorządzie bez przejęcia pełnej odpowiedzialności za kształcenie podyplomowe, specjalizacyjne i ustawiczne. Mam świadomość, jak wiele jest w tym zakresie do zmiany, a do tych zmian musimy być dobrze przygotowani. Deklaracja woli tu nie wystarczy, potrzebna jest ciężka praca i to praca wielu z nas.

9 Kwestią, na którą chcę zwrócić uwagę, jest konieczność ograniczenia biurokracji. To właśnie ona, obok nadgodzin, stanowi najczęstszą przyczynę wypalenia zawodowego. Nowe obowiązki, również te związane z wdrożeniem RODO, zajmują nam coraz więcej czasu i powodują frustrację. Jednocześnie obserwuję dynamiczny wzrost liczby lekarzy korzystających z internetu za pośrednictwem urządzeń mobilnych z 26 proc. w 2012 r. do 77 proc. przed rokiem. Ten potencjał musi być wykorzystany, musi poprawić naszą komunikację wewnętrzną, a z drugiej strony stworzyć narzędzia zdejmujące z lekarzy przynajmniej część obciążeń administracyjnych. Skoro już wchodzi nowe obowiązki, na które nie mamy wpływu, izba musi dostarczyć lekarzom użytecznych wzorów, instrukcji czy też oprogramowań, aby ich wprowadzenie wiązało się z jak najmniejszym obciążeniem i ryzykiem kar. Chciałbym w najbliższym czasie stworzyć swoisty kodeks branżowy w zakresie RODO w medycynie.

10 Dostrzegam również olbrzymi potencjał w lepszym pozyskiwaniu środków z Unii Europejskiej na potrzeby naszego samorządu. Rozwinę zespół, który będzie pozyskiwał kompletną wiedzę w tych kwestiach, by przekazać ją do okręgowych izb, a także pojedynczych lekarzy. To już ostatni dzwonek, aby pozyskać te środki na podniesienie jakości i bezpieczeństwa naszej pracy oraz wiedzy lekarzy w różnych obszarach.

11 Na zakończenie słowo o Konwencie Prezesów ORL. To, w mojej ocenie, gremium o roli trudnej do przecenienia. To osoby stojące najbliżej problemów pojedynczego lekarza. To zespół ludzi, który najlepiej wie, jak te problemy rozwiązać. Chciałbym wspólnie zdefiniować jego rolę. Jeśli zjazd powierzy mi mandat prezesa, będę potrzebował nie tylko wsparcia ze strony Prezydium NRL i NRL, ale również Waszej mądrości i doświadczenia. Dlatego już teraz proszę Was o wsparcie i mądre rady na przyszłość!

Koleżanki i Koledzy, chciałbym powiedzieć jeszcze o wiele więcej, bo taki ogrom zadań widzę przed sobą, ale także przed każdym z nas. Trudno teraz powiedzieć o wszystkich zamierzeniach i przedstawić cały swój program. Nie boję się odważnych działań, musimy stanąć i walczyć o prawdziwy obraz naszego środowiska, o pozycję naszego samorządu zarówno wśród samych lekarzy, jak i w całym społeczeństwie. Wiemy, że żadnej władzy nie jest na rękę silny samorząd, ale to nie może nas zniechęcać. To powinno nas wręcz mobilizować, by stać się partnerem, a nie petentem władz. Czuję się na siłach pokierować naszym samorządem i wspólnie z Wami rozwiązać problemy nękające nasze środowisko. Byłem i jestem entuzjastą samorządu, jestem gotowy poświęcić całą swoją energię, aby stał się on najmocniejszym głosem i obrońcą naszego środowiska. I na koniec, cytując Andrzeja Sikorowskiego, nie przeniosę stolicy samorządności lekarskiej do Krakowa. Niech tą stolicą staną się wszystkie okręgowe izby lekarskie, od tej najmniejszej po największe. ☺



Prezydium NRL VIII kadencji

15 czerwca 2018 r. członkowie Naczelnej Rady Lekarskiej wybrali wiceprezesów NRL, skarbnika NRL, sekretarza NRL, zastępcę sekretarza NRL, członków Prezydium NRL oraz przewodniczących komisji i zespołów NRL.

Skład Prezydium NRL VIII kadencji:

prezes NRL **Andrzej Matyja**

wiceprezes NRL **Andrzej Cisko**

wiceprezes NRL **Jacek Kozakiewicz**

wiceprezes NRL **Krzysztof Madej**

skarbnik NRL **Grzegorz Mazur**

sekretarz NRL **Marek Jodłowski**

zastępca sekretarza NRL **Artur Drobnik**

członek Prezydium NRL **Michał Bulsa**

członek Prezydium NRL **Jerzy Friediger**

członek Prezydium NRL **Dariusz Paluszek**

członek Prezydium NRL **Andrzej Wojnar**



Więcej na www.nil.org.pl

Przewodniczący komisji i zespołów NRL VIII kadencji

Komisja Stomatologiczna – **Andrzej Cisko**

Komisja Etyki Lekarskiej – **Andrzej Wojnar**

Komisja Finansowo-Budżetowa – **Dariusz Hankiewicz**

Komisja Kształcenia Medycznego – **Janusz Kłoczko**

Komisja ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów

– **Kazimierz Kłodziński**

Komisja Organizacyjna – **Mariusz Malicki**

Komisja ds. Młodych Lekarzy – **Michał Bulsa**

Komisja ds. Sportu – **Jacek Tętnowski**

Komisja Legislacyjna – **Tomasz Romańczyk**

Komisja ds. Współpracy Międzynarodowej – **Anna Lella**

Komisja ds. Kultury – **Jarosław Wanecki**

Komisja ds. Egzaminów z Języka Polskiego dla Lekarzy

Cudzoziemców – **Mariusz Janikowski**

Zespół ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii

– **Mariusz Janikowski**

Zespół ds. Praktyk Lekarskich – **Jerzy Gryko**

Zespół ds. Reformy Systemu Zgłaszania i Rejestrowania

Zdarzeń Niepożądanych i Szkód w Ochronie Zdrowia

– **Piotr Pawliszak**

WSPOMNIENIE



Krzysztof Ślaski
(1942-2018)

Dla mnie Krzysiu Ślaski to przyjaciel, to profesjonalista, to człowiek, którego odejście jest bardzo bolesne. To wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej, który wspierał mnie jako ówczesnego prezesa ORL Śląskiej Izby Lekarskiej swoją radą i doświadczeniem. Pamiętam nasze wspólne posiedzenia Prezydium ORL w Katowicach i wspólne przejazdy do Warszawy na posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej. Pamiętam jego dobroć, ciepło i doskonale poczucie humoru.

Doktor nauk medycznych, specjalista chirurgii stomatologicznej i szczękowej, mistrz dla wielu pokoleń lekarzy i lekarzy dentystów. Mąż, ojciec, dziadek. Aktywny działacz „Solidarności”.

Pochodził z Lublina, gdzie urodził się 3 września 1942 r. Tam „przeziął” głębokim umiłowanie ojczyzny. Pozostał jej wierny do końca swoich dni. Ukończył studia na Śląskiej Akademii Medycznej. Tam poznał największą swoją miłość – Barbarę. Pracował w Klinice Chirurgii Szczękowej w Katowicach, zorganizował i prowadził Oddział Chirurgii Szczękowej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu. Medycyna była Jego trzecią miłością.

Krzysiu, kiedy odwiedzaliśmy Cię ostatnio, nie przypuszczałem, że choroba zabierze nam Twój uśmiech na zawsze, że widzimy się ostatni raz. Będzie nam Ciebie bardzo brakowało.

Maciej Hamankiewicz

Z ogromnym żalem żegnamy

Dr. n. med. Krzysztofa Ślaskiego

delegata na Krajowy Zjazd Lekarzy II-VI kadencji,
członka Naczelnej Rady Lekarskiej IV i V kadencji,
doświadczonego specjalistę chirurgii stomatologicznej i szczękowej.

Żegnamy dobrego i życzliwego Człowieka,
odznaczonego przez Prezydenta RP

Złotym Krzyżem Zasługi oraz Krzyżem Wolności i Solidarności.
Rodzinie i Bliskim

składamy wyrazy szczerzego współczucia.

Andrzej Matyja

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej
Naczelna Rada Lekarska

Szanowna Pani Doktor, Szanowny Panie Doktorze,

Zgodnie z art. 13 i 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (dalej „RODO”) oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), wypełniając wynikający z wprowadzenia powyższych przepisów obowiązek informacyjny, informujemy, iż firma Heel Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, korzysta z bazy OneKey firmy IQVIA (dawniej IMS Health).

Właścicielem bazy danych jest firma IQVIA Technology Solutions Poland Sp. z o.o., z siedzibą przy ul. Wołoskiej 22, 02-675 Warszawa, wpisana do Rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KSR 0000264899, kapitał zakładowy: 11 764 500,00 zł, NIP 527-252-28-96, REGON 140714136.

Firma Heel Polska Sp. z o.o. przetwarza informacje zawodowe dotyczące lekarzy, farmaceutów, pielęgniarek i innych pracowników ochrony zdrowia znajdujące się w bazie OneKey firmy IQVIA.

W bazie mamy dostęp do następujących informacji o pracownikach ochrony zdrowia: imię i nazwisko, rodzaj pracownika ochrony zdrowia, obszary praktyki i obszary terapeutyczne, specjalizacje wyuczone i wykonywane, nazwa miejsca pracy/środowiska klinicznego oraz adres miejsca pracy/środowiska klinicznego.

Powyższe rodzaje informacji dotyczących Państwa mogą zostać umieszczone i wyszczególnione w bazie danych OneKey, z której korzysta firma Heel Polska Sp. z o.o. Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. f) RODO. Przetwarzając powyższe dane, firma Heel Polska może posiadać prawdziwe i aktualne dane o pracownikach ochrony zdrowia, a dzięki temu realizować wizyty lekarskie oraz apteczne.

Informacje wymienione w bazie danych są wykorzystywane przez firmę Heel Polska Sp. z o.o. w następujących celach:

1) zachowanie zgodności z przepisami prawnymi (np. aby spełnić obowiązki dotyczące przejrzystości lub zgłaszania zdarzeń niepożądanych) oraz zapewnienie bezpośredniej komunikacji z pracownikami ochrony zdrowia w związku z ważnymi, a czasem pilnymi i niezbędnymi dla ratowania życia, ostrzeżeniami dotyczącymi bezpieczeństwa leków, działaniami niepożądanymi leków oraz lekach wycofywanych z rynku;

2) przetwarzanie danych w systemie CRM oraz prowadzenie bezpośredniej komunikacji i działań marketingowych z pracownikami ochrony zdrowia w celu wspierania promocji, dystrybucji i rozwoju produktów i usług medycznych; w celu informowania pracowników ochrony zdrowia o nowych produktach, o nowo zatwierdzonych zastosowaniach istniejących produktów, o wydarzeniach i konferencjach medycznych/związanych z ochroną zdrowia, oraz w celu dystrybucji bezpłatnych próbek m.in. leków, wyrobów medycznych.

Państwa dane osobowe zostały pozyskane z następujących źródeł: mogły zostać wcześniej zgromadzone przez firmę IQVIA bezpośrednio od Państwa, ze źródeł publicznych, takich jak strony internetowe, konferencje, publikacje, media medyczne lub społecznościowe, od innych klientów firmy IQVIA lub za pośrednictwem osoby z Państwa miejsca pracy lub środowiska klinicznego, która została przez Państwa upoważniona do przekazania takich danych osobowych firmie IQVIA.

Państwa dane będą przetwarzane do czasu prowadzenia działań promocyjnych przez firmę Heel Polska skierowanych do osób uprawnionych do wystawiania recept lub do czasu korzystania z usług firmy IQVIA.

Informujemy, że Administratorem danych osobowych jest firma Heel Polska Sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Poleczki 21, 02-822 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 79648, kapitał zakładowy: 250 300,00 zł, NIP 521-28-74-019, REGON 013015810.

Ma Pani, Pan prawo do:

- dostępu do swoich danych osobowych,
- sprostowania danych,
- ograniczenia przetwarzania,
- żądania usunięcia danych,
- przenoszenia danych,
- wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych).

Stosowny wniosek należy złożyć do Administratora na adres e-mailowy: rodo@heel.pl lub na adres korespondencyjny. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą Przedstawiciele Medyczni oraz kierownictwo Działu Sprzedaży firmy Heel Polska Sp. z o.o.

Powyższa wiadomość ma charakter czysto informacyjny i kierowana jest troską o bezpieczeństwo Państwa danych osobowych.

Warszawa, 15 czerwca 2018 roku

Wszystko już było



Sławomir Badurek

Diabetolog, publicysta medyczny

Jest w polityce takie powiedzenie: „Jak nie wiesz, co robić, to powołaj zespół, komisję albo zorganizuj debatę”.

Z punktu widzenia organizatora rozwiązania jest wręcz genialne, bo upłynie czas, sprzeda się swoją propagandę, odwróci uwagę od najważniejszych problemów, stonuje emocje, rozmyje odpowiedzialność, kogo trzeba dowartościuje, a kogo trzeba zgriluje i długo by jeszcze wymieniać korzyści. A na końcu, kiedy okaże się, że nic istotnego się nie zmieniło i nie zmieni, i kiedy być może już ktoś inny przejmie władzę i zacznie organizować swoje debaty, zespoły i komisje, zawsze będzie można dobrodusnie rozłożyć ręce i powiedzieć „chcieliśmy dobrze”. Celnie podsumował to na VIII Krajowym Zjeździe Lekarzy doktor Kuba Sienkiewicz, śpiewając: „Już każdy powiedział to, co wiedział. Trzy razy wysłuchał dobrze mnie. Wszyscy zgadzają się ze sobą. A będzie nadal tak jak jest”.

Uczestniczyłem w tym Zjeździe, ale dopiero, gdy zajrzałem do artykułu, który na jego temat napisałem, uświadomiłem sobie, że miał on miejsce już ponad dwanaście lat temu. Jak ten czas szybko leci! Wybrany po raz drugi na prezesa NRL, doktor Konstanty Radziwiłł, wówczas izbowy jastrząb, twardo walczący o trzy średnie krajowe dla specjalisty, złożył coś w rodzaju samokrytyki, stwierdzając, że nie udało się samorządowi wymóc zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia, wzrostu wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentystów, zapewnić lekarzom wystarczającego dostępu do specjalizacji i zmniejszyć ponoszonych przez lekarzy i lekarzy dentystów kosztów doskonalenia zawodowego. Wśród zadań na kolejną kadencję, ponownie obdarzony zaufaniem delegatów prezes wymienił na czołowym miejscu konieczność poprawy wizerunku lekarzy, szkalowanych przez media. Z wielkimi nadziejami słuchaliśmy goszczącego na obradach ministra zdrowia, profesora Zbigniewa Religi, który przyznał, że pensje lekarzy są skandalicznie niskie. Sporo miejsca podczas oficjalnych i kulaarowych dyskusji poświęcono wtedy wypowiedzi wicepremiera Ludwika Dorna, który chciał brać lekarzy w kamasze.

Biorąc pod uwagę najważniejsze z poruszanych tematów, niedawny Krajowy Zjazd Lekarzy niewiele odbiegał od tego ze stycznia 2006 r. Zabrakło tylko ożywionej wymiany zdań nad wypowiedzią jakiegoś politycznego skandalisty. Co nie znaczy, że dziś już takich nie ma. Gdyby obrady odbyły się kilka miesięcy wcześniej, prawdopodobnie przypominano by słowa posłanki PiS Józefy Hrynkiewicz, która podczas poświęconej lekarzom rezydentom debaty sejmowej krzyknęła pamiętne „Niech jadą!”. Przypominam panią profesor nie tylko po to, by wskazać, że jest ona godną kontynuatką myśli swojego partyjnego antenata. Nazwisko pani Józefy znalazłem na liście 66 ekspertów, powołanych przez ministra Szumowskiego w skład „Społecznej rady narodowej debaty o zdrowiu”. Może powinienem się nawet cieszyć, że posłanka Hrynkiewicz tam jest? Bo jeśli jej propozycja przejdzie i młodzi spakują walizki, to może więcej zostanie dla doświadczonych klinicystów? Żartuję oczywiście, ale to pan minister Szumowski krotocześnie wymyślił, by zaprosić „tegę głowę” w celu uradzenia jak najlepiej podzielić rzekomo ogromne pieniądze, które niczym złoty deszcz mają na nas spaść wraz z obiecany wzrostem nakładów na ochronę zdrowia. Nie podzielałem opinii, raz po raz wypowiadanych na Zjeździe, jakoby pan minister nie wiedział, na co wydać pieniądze. Bo tu nie chodzi o wiedzę, a o linię partii. Pułap magicznych 6 procent PKB na publiczną ochronę zdrowia ma zostać osiągnięty dopiero za siedem lat. Obiecanego chleba zatem nie ma i długo nie będzie, ale już teraz można do woli organizować wszelkiego rodzaju igrzyska, czyli zwoływać debaty i szczyty, usadzać ekspertów za stołami i podstolikami, pisać różnobarwne księgi itd. Doktor Kuba Sienkiewicz już w 2006 r. wyśpiewał nam, jaki będzie efekt.

Proszę przy okazji zauważyć, że pewne sukcesy, jakie zdołaliśmy jako środowisko w ciągu tych dwunastu lat osiągnąć, czyli wzrost wynagrodzeń specjalistów począwszy od 2008 r., a teraz poprawa uposażeń rezydentów, nie były zasługą debat, a wynikiem protestów. I odwrotnie – jeśli mieliśmy, tak jak w przypadku protestu pieczętkowego – dostawaliśmy figę z makiem. Warto choćby od czasu do czasu zrobić użytek z tego, że tak naprawdę wszystko już było. ○

Zimny prysznic



**Mariusz
Tomczak**

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

Nadszedł czas przekucia w ustawy i rozporządzenia tego, co na początku lutego znalazło się w porozumieniu podpisanym między ministrem zdrowia i protestującymi rezydentami.

Na lekarzy powracających do pracy zdługiego, majowego weekendu czekał zimny prysznic, co pewnością pozwoliło im szybciej zapomnieć o piknikowej atmosferze wcześniejszych dni.

NOWELIZACJA USTAWY

Datowany na 8 maja projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przewiduje co prawda osiągnięcie poziomu nakładów na ochronę zdrowia w wysokości co najmniej 6 proc. PKB do 2024 r., ale w wielu miejscach zawiera – mówiąc delikatnie – rozbieżności z treścią porozumienia zawartego 8 lutego między ministrem zdrowia i Porozumieniem Rezydentów OZZL (np. w sprawie dodatku lojalnościowego). „Lekarze wściekli na rząd”, „Rząd chce nas oszukać”, „Rozmowa ostatniej szansy albo strajk” – krzyczały tytuły artykułów sprzed kilku tygodni. Co się zmieniło przez trzy miesiące dzielące zakończenie protestu od skierowania projektu do konsultacji, że mianoby odejść od wcześniejszych ustaleń? Zapytałem o to ministra Łukasza Szumowskiego, pytałem niejedną osobę spoza resortu i często słyszałem, że odpowiedzialność za wypuszczenie w świat nie tego, co należało, ponoszą urzędnicy z Miodowej. Szef resortu od początku prostował niektóre zapisy



zawarte w projekcie nowelizacji i przyznawał rację młodym lekarzom. Potwierdził to zresztą w ostatnich dniach w trakcie rozmów z przedstawicielami Porozumienia Rezydentów.

SAMORZĄD VS RESORT

Nie da się ukryć, że zrobiło się nerwowo. Nic dziwnego, że dyskusja nad projektem nowelizacji zdominowała drugi dzień obrad XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy, który obradował w ostatni weekend maja. W tej sprawie delegaci podjęli kilkustronicowe stanowisko, wskazując szereg szczegółowych propozycji, w tym również takich, na które młodzi lekarze nie zwrócili uwagi w opinii przesłanej resortowi kilka dni wcześniej. 8 czerwca, podczas konferencji uzgodnieniowej, odrzucono większość uwag zgłoszonych do projektu w toku

konsultacji. Nie powinno to zaskakiwać, bo ich ilość była duża. Nie został uwzględniony postulat KZL dotyczący dodatkowego wynagrodzenia dla lekarzy specjalistów. Przedstawiciele ministerstwa wskazali, że uwagi samorządu lekarskiego dotyczące dyżurów medycznych będą przedmiotem prac zespołu, który ma przygotować propozycję nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

BĘDĄ PODWYŻKI

W ostatnich dniach poznaliśmy kolejny owoc negocjacji zakończonych podpisaniem porozumienia w lutym: projekt rozporządzenia ministra zdrowia określającego wysokości wynagrodzeń zasadniczych rezydentów. Zostaną one zróżnicowane przez dwa czynniki: wybraną dziedzinę medycyny i okres odbytej specjalizacji w tym trybie. Dokument trafił do konsultacji publicznych na zaledwie 10 dni, tak aby – jak poinformował resort – wszedł w życie z dniem 1 lipca. Od tego momentu lekarz i lekarz dentysta zakwalifikowany do odbywania rezydentury w dziedzinie nieokreślonej jako priorytetowa ma otrzymywać miesięczne wynagrodzenie brutto w wysokości 4000 zł, a w dziedzinie priorytetowej – 4700 zł. Te kwoty wzrosną począwszy od trzeciego roku rezydentury o 500 zł dla specjalizacji określanych jako nie-priorytetowe i o 600 zł dla specjalizacji-priorytetowych, czyli wyniosą (odpowiednio) 4500 zł i 5300 zł. Ci, co zarabiali kwotę wyższą niż ta zapisana w projekcie rozporządzenia, utrzymają zarobki na dotychczasowym poziomie. ○

DYSKUSJA NAD PROJEKTEM NOWELIZACJI USTAWY ZDOMINOWAŁA DRUGI DZIEŃ OBRAD XIV KRAJOWEGO ZJAZDU LEKARZY. W TEJ SPRAWIE DELEGACI PODJĘLI KILKUSTRONICOWE STANOWISKO.



**Prof. Łukasz Szumowski,
minister zdrowia**

Z mojego punktu widzenia – po ostatnim spotkaniu z rezydentami, kiedy wyjaśniliśmy sobie niejasności – wszystko dotyczące planowanej nowelizacji ustawy jest dogadane.

W podpisanym w lutym br. porozumieniu z rezydentami zobowiązałem się, że zrobię wszystko, aby klauzula opt-out przestała obowiązywać w 2028 r. W przepisach nie można tego ująć w taki sposób. Rozważamy zapisanie w ustawie „na twardo”, że opt-out zniknie. Większość lekarzy funkcjonuje w systemie opartym na środkach publicznych, a żeby dystrybuować publiczne pieniądze, potrzebny jest konsensus społeczny. Niestety nadmierny wzrost wynagrodzeń w ochronie zdrowia nie jest akceptowalny społecznie. Po drugie, trzeba mówić nie tylko o pasku, który pokazuje etatowi pracownicy systemu ochrony zdrowia, ponieważ wielu lekarzy ma różne źródła przychodu. Oczywiście są one okupione bardzo ciężką pracą. Przedstawiciele innych zawodów medycznych również mówią, że pracują ciężko, ale sumarycznie ich przychody nie są tak wysokie, jak zarobki lekarzy. Trzeba jednak podkreślić, że pod tym względem lekarze są grupą wyjątkową, mają bardzo duże obciążenia psychiczne i fizyczne, co widać po śmiertelności, ilości depresji i innych chorobach, a do tego dochodzą jeszcze obciążenia prawne. Lekarze ze Wschodu nie są rozwiązaniem na problemy kadrowe w Polsce. Nasze problemy w tym obszarze należy rozwiązywać m.in. poprzez wprowadzenie zachęt dla lekarzy do pozostania w kraju czy zwiększenie liczby studentów.



**Prof. Andrzej Matyja,
prezes NRL**

Uważam, że moim obowiązkiem jako prezesa NRL jest dopilnowanie, aby zrealizowane zostały zapisy, które znalazły się w porozumieniu podpisanym w lutym między lekarzami rezydentami i ministrem zdrowia Łukaszem Szumowskim. Podpisanie tego porozumienia było konieczne,

bo każdy protest kiedyś musi się zakończyć. Uważam jednak, że na nowo należałoby powrócić do dyskusji nad szybszym dojściem do poziomu 6 proc. PKB wydatków na ochronę zdrowia. 6 proc. PKB zapisane w porozumieniu z ministrem zdrowia to za mało. Ten wzrost powinien być szybszy. Leży to zarówno w interesie lekarzy, jak i pacjentów i będzie korzystne dla budżetu państwa. W zdrowie warto inwestować! Będę się starał namawiać decydentów do tej idei. Naprawiając ochronę zdrowia w Polsce w tak wolnym tempie, nie zdołamy nadrobić dystansu dzielącego nas od innych krajów europejskich. Jak podkreśla WHO, 6,8 proc. PKB na opiekę zdrowotną pozwala uczynić system bezpiecznym dla pacjenta. Większość krajów UE przeznaczają teraz średnio 7-8 proc. swojego PKB na zdrowie, a te wydatki z pewnością nadal będą rosły. Problemy rezydentów są problemami całego samorządu lekarskiego. Musimy pamiętać, że środowiska nie można dzielić. Jesteśmy jednym samorządem: nie ma rezydentów, specjalistów, lekarzy AOS, lekarzy POZ czy „szpitalników”... Samorząd reprezentuje wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów.



**Michał Balsa,
członek Prezydium NRL**

Zmiany legislacyjne wynikają z porozumienia podpisanego pomiędzy ministrem zdrowia a Porozumieniem Rezydentów OZZL 8 lutego, kończącego

protest rezydentów. Wokół nowelizowanych przepisów wyniknęło wiele wątpliwości oraz niedomówień. Strona ministerialna przypisywała niedoskonałość proponowanych zapisów oraz sprzeczność z wcześniejszymi ustaleniami niedopatrzaniu urzędniczemu, a nie złej woli resortu zdrowia. Proponowany pakiet zmian, poza głównym punktem, czyli wzrostem nakładów na ochronę zdrowia do 6 proc. w 2024 r., odnosi się także do innych spraw. Należą do nich m.in. kwestie dyżurów medycznych, przyznania ochrony prawnej należnej funkcjonariuszowi publicznemu, uzyskiwania specjalnego dodatku do wynagrodzenia. Z wyjątkiem punktu dotyczącego wzrostu finansowania ochrony zdrowia w Polsce pozostałe zapisy pozostawiają wiele do życzenia. Niestety w wielu miejscach pierwotny tekst ustawy odchodził od ducha porozumienia z 8 lutego. Spowodowało to natychmiastową reakcję całego środowiska lekarskiego, co przyniosło efekty. Na spotkaniu z prof. Szumowskim przedstawiciele lekarzy rezydentów omówili kształt nowelizacji oraz ustalili zmianę poszczególnych zapisów. Warto podkreślić, że środowisko lekarskie stanowczo i jednym głosem odnosi się do nowelizacji ustawy. Stanowiska Krajowego Zjazdu Lekarzy, Porozumienia Rezydentów OZZL oraz OZZL wyrażone w ramach konsultacji publicznych do tego projektu są ze sobą zbieżne. W jedności siła. Środowisko lekarskie trzyma rękę na pulsie i nie pozwoli na wypaczenie idei podpisanego porozumienia. Było ono trudnym kompromisem, poniżej którego nie wolno zejść. Aktualnie oczekujemy na kształt projektu, który zostanie przyjęty przez komitet stały rady ministrów. Skierowanie nowelizacji do parlamentu będzie kolejnym etapem, w którym środowisko lekarskie będzie musiało pokazać determinację w działaniu. Nie odpuścimy i doprowadzimy do tego, aby zapisy porozumienia weszły w życie zgodnie z treścią i duchem porozumienia z 8 lutego.



**Krzysztof Bukiel,
przewodniczący OZZL**

Jestem skłonny wierzyć ministrowi Łukaszowi Szumowskiemu, że rozbieżności między porozumieniem podpisanym z rezydentami w lutym i niedawnym projektem nowelizacji ustawy nie wynikały

ze złej woli. Jak mówią sami rezydenci, większość tych niejasności niedawno uzgodnili z ministrem. Nie oceniam ani tamtego porozumienia, ani projektu nowelizacji przez pryzmat szczegółowych zapisów, tak jak robią to rezydenci. Moim zdaniem najważniejsze jest to, że obecne w obu dokumentach zapisy o wynagrodzeniu minimalnym dla lekarza staną się początkiem innego myślenia wśród pracowników ochrony zdrowia w Polsce. Po raz

pierwszy minister zdrowia podpisał się pod dokumentem, w którym jest jasno napisane, że pensja lekarza specjalisty powinna wynosić 6750 zł brutto, co stanowi mniej więcej 1,5 średniej krajowej. Wcześniej przedstawiciel jakiegokolwiek rządu nie potwierdził czegoś podobnego w żadnym dokumencie. Przypomnę, że jeszcze niedawno minister Konstanty Radziwiłł obiecywał 1,27 średniej krajowej dopiero w 2021 r. Ustawowy zapis o minimalnym wynagrodzeniu dla wszystkich lekarzy specjalistów w wysokości 6750 zł przyrównałbym do drobnej szczyliny w tamie. Bez względu na to, czy minister Szumowski tego chce, czy nie, ta kwota stanie się punktem odniesienia dla wielu osób. Poczekajmy, a napór wody zrobi swoje. Pewne wrzenie wśród innych zawodów medycznych już się rozpoczęło, bo w powszechnej świadomości utrwała się przekonanie, że lekarze dostali podwyżki. Dyrektorzy szpitali pozostających w trudnej sytuacji kadrowej będą musieli podnieść stawki, nie tylko lekarzom. Nie dziwi mnie pomysł wprowadzenia dodatku lojalnościowego dla młodych lekarzy w zamian za zobowiązanie do pozostania w kraju przez określony czas po zakończeniu rezydentury. Gdybym był w rządzie, to na pewno wprowadzałbym takie mechanizmy. Rządzący mają prawo oczekiwać, że lekarze kształceni w naszym kraju będą pracować w Polsce. Tego typu formy wsparcia (np. w formie stypendiów) znane są w różnych państwach, zresztą w PRL wielu z nas dostawało coś podobnego. Bon lojalnościowy to dużo lepsze rozwiązanie niż propozycja ministra Jarosława Gowina, aby lekarze wyjeżdżający za granicę zwracali koszt odbycia studiów. Taki dodatek podziela zachęcająco, ale – z uwagi na skromną kwotę – raczej nie będzie czynnikiem decydującym o pozostaniu młodego lekarza w Polsce. Większe znaczenie na ewentualną gotowość do wyjazdu ma wysokość wynagrodzenia i warunki pracy po rezydenturze. Rezydentura trwa bowiem kilka lat, kolejne kilkadziesiąt lat jest się specjalistą.



Dr Jarosław Biliński,
wiceprzewodniczący PR OZZL

Podpisując w lutym porozumienie z ministrem zdrowia Łukaszem Szumowskim, umawialiśmy się na to, że tzw. dodatek lojalnościowy otrzymają wszyscy lekarze zobowiązujący się do przepracowania w Polsce co najmniej dwóch lat po zakończeniu rezydentury. Inaczej zapisano to w projekcie nowelizacji ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który trafił do konsultacji na początku maja. W czasie niedawno odbytego spotkania minister Szumowski tłumaczył to błędami komunikacyjnymi w resorcie, dodając, że projekt przeszedł przez wiele działów, które go zmieniły. Moim zdaniem to pan minister odpowiada za cały resort, a na samym końcu ktoś powinien sprawdzić projekt ustawy i skonsultować go z nami. Minister zapewnił, że wszystko, co jest niezgodne z duchem porozumienia z lutego, ma być „odkręcone”, ale dopóki ustawa nie zostanie uchwalona w takim kształcie, jaki będzie zgodny z porozumieniem, to jesteśmy w pełnej gotowości na walkę

o to, co podpisaliśmy w imieniu całej rzeszy lekarzy. Od początku zależało nam na niewykluczeniu żadnego lekarza. Bon lojalnościowy powinni otrzymywać również ci, którzy pracują w placówkach prywatnych. Gdyby było inaczej, wiele osób nie miałoby możliwości odpracowania go nawet w placówkach niepublicznych mających podpisany kontrakt z NFZ, bo często w ogóle nie mają szans na etat. Szacuję, że może to dotyczyć ok. 10 proc. rezydentów w takich dziedzinach jak dermatologia, okulistyka, chirurgia naczyniowa czy ortopedia. Zresztą sam minister powtarza, że prywatne placówki przyczyniają się do skracania kolejek. Zgadza się na to, by oddawać dodatek lojalnościowy w razie wyjazdu za granicę, bo powinien istnieć jakiś mechanizm zachęcający lekarza do pozostania w kraju. Jak wiadomo, największymi zachętami są pieniądze i warunki pracy. Bon ma być pobierany w kwocie netto, wobec czego należałoby go oddawać w kwocie netto powiększonej o składki odprowadzane m.in. do ZUS. W takiej sytuacji nie należałoby oddawać po raz drugi podatku dochodowego, skoro zaliczki z tego tytułu byłyby regularnie odprowadzane. Z naszych rozmów z przedstawicielami resortu i z prawnikami wynika, że w tym zakresie rozwiązanie mogłoby być podobne jak w przypadku lekarzy wojskowych.



Prof. Paweł Górski, przewodniczący rady debaty „Wspólnie dla Zdrowia”

Polityka państwa powinna być uzależniona od wizji, a nie od gaszenia pożarów. Rozumiem irytację młodych ludzi, którzy weszli do zawodu i oczekują więcej. Potrzebne jest jednak rozwiązanie systemowe, polegające m.in. na ustaleniu hierarchii zarobkowej i właściwych proporcji nie tylko między poszczególnymi grupami zawodowymi, ale również wewnątrz nich. Teraz w wielu miejscach mistrz zarabia mniej niż jego uczeń. Wprawdzie w lipcu wejdzie regulacja, zgodnie z którą specjaliści dostaną trochę więcej, ale jest to postawienie szpitali w sytuacji bez wyjścia.

Polityka państwa powinna być uzależniona od wizji, a nie od gaszenia pożarów. Rozumiem irytację młodych ludzi, którzy weszli do zawodu i oczekują więcej. Potrzebne jest jednak rozwiązanie systemowe, polegające m.in. na ustaleniu hierarchii zarobkowej i właściwych proporcji nie tylko między poszczególnymi grupami zawodowymi, ale również wewnątrz nich. Teraz w wielu miejscach mistrz zarabia mniej niż jego uczeń. Wprawdzie w lipcu wejdzie regulacja, zgodnie z którą specjaliści dostaną trochę więcej, ale jest to postawienie szpitali w sytuacji bez wyjścia.



Dr Małgorzata Gałazka-Sobotka,
Uczelnia Łazarskiego

Wszystkie instrumenty motywujące absolwentów kierunków lekarskich do pozostania w Polsce, jak choćby tzw. dodatek lojalnościowy, należy uznać za właściwe i racjonalne. Jednak z wyników badań wynika, że zasadniczym impulsem popychającym do wyjazdu za granicę wcale nie są niskie wynagrodzenia, bo przez wielu lekarzy są one kompensowane poprzez wielozatrudnienie. Prawdziwym powodem ucieczki z Polski jest organizacja systemu ochrony zdrowia, pewien chaos i pozostawienie lekarza samego sobie na wszystkich frontach (w zakresie leczenia, opieki nad pacjentem i biurokracji). To jest zasadnicza przyczyna, do której powinniśmy sięgnąć, chcąc zwiększyć atrakcyjność zatrudnienia.

Choroba genów

GL

ROZMOWA

Z prof. **Maciejem Krzakowskim**, konsultantem krajowym w dziedzinie onkologii klinicznej, rozmawiają **Ryszard Golański** i **Marta Jakubiak**.

GL Do końca czerwca ma powstać koncepcja Narodowego Instytutu Onkologii. Jakie będą najważniejsze założenia tego projektu?

Do opracowania tej koncepcji minister zdrowia zaprosił szerokie grono ekspertów z zakresu onkologii i hematologii. Jestem jednym z nich. Intensywnie pracujemy nad przygotowaniem założeń. W toku prac podjęliśmy jednak decyzję o zmianie nazwy projektu. Teraz mówimy o Narodowej Sieci Onkologicznej.

GL Dlaczego?

Ponieważ ośrodki, które potencjalnie mogą wejść w skład sieci, mają różne uwarunkowania prawne. Nadzorowanie ich przez Narodowy Instytut Onkologii, stworzony na bazie istniejącego Centrum Onkologii – Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie, mogłoby być niezręczne. Sam jest przecież świadczeniodawcą, jednym z największych w Polsce. W założeniach ma więc być w Narodowej Sieci Onkologicznej jednym z krajowych ośrodków koordynujących, obok Instytutu Hematologii i instytutu, w którym posadowiony jest obecnie urzędujący konsultant krajowy w dziedzinie hematologii i hematoonkologii dziecięcej.

GL Jaki jest cel stworzenia NSO?

Wiele osób uważa, że obecny system opieki onkologicznej jest chaotyczny, nieskoordynowany, niezgodny z potrzebami oraz nastawiony na aspekt komercyjny, a nie osiągnięcie efektu. Powstaje wiele ośrodków – czy to radioterapii, czy leczenia systemowego – które nie zawsze są potrzebne, jak wynika z map potrzeb zdrowotnych. Rodzi się niezdrowa konkurencja, polegająca na „podbieraniu sobie” chorych.

Trzeba dążyć do tworzenia tzw. ośrodków kompetencji, umożliwiających kompleksowe postępowanie, które posiadają wszystkie możliwości leczenia danego rodzaju nowotworu. Jeśli chirurg pięć razy w roku zoperuje chorego na raka jelita grubego, raczej nie jest wprawnym operatorem onkologicznym. By takim być, w danym ośrodku takich operacji powinno się wykonać 150 rocznie. Obecny system nie porządkuje tych kwestii, dlatego musimy go przeorganizować.

Stoi za tym także racjonalność ekonomiczna, bo jeżeli czegoś podejmują się osoby, które nie mają dostatecznych kwalifikacji, często generuje to powikłania i niepowodzenia medyczne, które później kosztują.

GL Kiedy projekt wejdzie w życie?

Na biurku ministra zdrowia ma znaleźć się do końca czerwca, a od września ruszy pilotaż w 2-3 województwach.

GL Jak zmieni polską onkologię?

Z mojej lekarskiej perspektywy niesie ze sobą bardzo cenną rzecz: częścią tego projektu będzie wdrażanie wskaźników oceny jakości. Istnieje szereg bezpośrednich wskaźników jakości, jak powikłania okołoperacyjne lub reoperacje. W chirurgii raka piersi wartościowym wskaźnikiem jest częstość wykonywania leczenia oszczędzającego wobec ogólnej liczby zabiegów. Pamiętam, kiedy w Polsce 10 proc. kobiet operowało się oszczędzająco, a w tym samym czasie w Europie robiło się 50 proc. takich operacji. To wskaźnik doskonale obrazujący prawidłowość postępowania. Są też wskaźniki odległe, takie jak przeżycia 5- lub 10-letnie.

Drugim ważnym celem ma być określenie poziomów referencyjności i ustalenie rankingu placówek medycznych, a co za tym idzie – różnicowanie finansowania: ten, kto leczy lepiej, będzie lepiej finansowany.

GL WHO prognozuje, że zachorowalność na choroby nowotworowe będzie rosła. W 2008 r. na świecie wykryto ją u 13 mln osób, a 7 mln chorych zmarło. W 2030 r. liczba zachorowań onkologicznych zwiększy się do ponad 21 mln, a liczba zgonów – do 13 mln. Dlaczego coraz więcej osób choruje na raka?

Z dwóch powodów. Wszystkie społeczeństwa się starzeją, a im jesteśmy starsi, tym większe jest ryzyko wystąpienia nowotworu, gdyż dochodzi do kumulacji różnych mutacji genetycznych, które z czasem powielają się i doprowadzają do nowotworzenia. To po pierwsze. Po drugie, bo źle żyjemy. Mamy nadwagę, jesteśmy coraz mniej aktywni, palimy papierosy i pijemy za dużo alkoholu, poddajemy się nadmiernej ekspozycji na promieniowanie ultrafioletowe, a dodatkowo żyjemy w środowisku, które jest zanieczyszczone.

Które nowotwory zabijają Polaków najczęściej?

Ostatni raport Krajowego Rejestru Zachorowań z 2016 r. podaje, że co roku odnotowuje się w naszym kraju mniej więcej 165 tys. zachorowań na raka, a liczba zgonów z powodu tej choroby to około 100 tys. rocznie. Myślę, że obecnie – w 2018 roku – przekroczyliśmy już liczbę 170 tys. zachorowań.

U mężczyzn i u kobiet zabójcą numer jeden jest rak płuca. U mężczyzn zawsze był numerem jeden, ale u kobiet jeszcze kilkanaście lat temu rozpoznawano go jedynie incydentalnie, w ostatnim czasie stał się jednak liderem, i to nie tylko w Polsce.

GL Jaka jest tego przyczyna?

Bo kobiety palą papierosy. U mężczyzn liczba zachorowań zmalała

850

– tylu jest w Polsce onkologów klinicznych, to o co najmniej 400 za mało.



◀ **Prof. Maciej Krzakowski: – Trzeba dążyć do tworzenia tzw. ośrodków kompetencji, które posiadają wszystkie możliwości leczenia danego rodzaju nowotworu.**

wskaźników leczenie jest prymitywne. Leki ukierunkowane molekularnie dedykowane są konkretnym mutacjom genetycznym.

GL Czy warto się badać pod kątem genetycznego ryzyka wystąpienia nowotworu?

Jeżeli rodowodowo jest potwierdzone zwiększone ryzyko zachorowania, to jak najbardziej tak. Badania należy jednak robić pod nadzorem genetyka klinicznego lub onkologa w poradniach genetycznych.

Obecnie jest wiele placówek, które mają w swojej ofercie pakiety badania genów. Wystarczy wybrać jeden z nich i zapłacić. Niestety, to bardzo źle, że pacjent może zostać z tym sam. Kiedyś zgłosił się do mnie czterdziestokilkuletni mężczyzna, którego pracodawca w ramach prezentu gwiazdkowego wykupił wszystkim pracownikom pakiety badania genów. To był strzęp człowieka. W jednym z genów odnotowano mutację, a on wyczytał w internecie, że może mieć ona związek z drobnokomórkowym rakiem płuca, a tak wcale nie było. Był przerażony, że ma gdzieś raka i prosił, żebym go znalazł.

GL Po leczeniu cisplatyną 70 proc. pacjentek z mutacją genu BRCA1 reaguje na leczenie kompletną remisją patologiczną, a przeżycie dziesięcioletnie odnotowano na poziomie 97 proc. Dlaczego środowisko medyczne nie poszło za ciosem i nie chce cisplatyny włączyć do leczenia raka piersi?

To lek zarejestrowany 20-30 lat temu. Później stworzono leki generyczne. Proces rejestracji leku do konkretnego wskazania jest bardzo kosztowny, wieloetapowy: są badania pierwszej, drugiej, trzeciej fazy z losowym doбором. W przypadku cisplatyny tego zabrakło, co wywołało nieufność środowiska i do dziś jałowe ścieranie się poglądów. 97-procentowa skuteczność takiej terapii nie została zweryfikowana w badaniu z losowym doбором chorych. Bardzo często jest tak, że w badaniu wczesnych faz osiągamy wysoki odsetek odpowiedzi, a później, kiedy dochodzi do badania z randomizacją, ten odsetek okazuje się dużo niższy. Nie chcę absolutnie nic imputować autorom tych badań, ale tak wysoka skuteczność cisplatyny nie została w stu procentach zweryfikowana na zasadach obowiązujących w EBM.

GL Dlaczego świat medyczny nie chce tego zweryfikować?

Jest zainteresowany nowoczesnymi metodami, a cisplatyna jest lekiem starym. Nie identyfikuję się z tym, ale tak niestety jest. Klinicyści zachwyca nowe ciała monoklonalne, a nie stara cisplatyna użyta w nowym wskazaniu.

GL Do kobiety przemawia jednak te 97 proc. Dlaczego nie leczy się tak w Polsce?

Polskie zalecenia wskazują na potrzebę rozważenia u nosicieli mutacji w genach BRCA uzupełniającej chemioterapii okołoperacyjnej (przed- lub pooperacyjnej) z udziałem pochodnych platyny. Podobnie zalecamy rozważenie zastosowania pochodnej platyny w leczeniu uogólnionego raka piersi u kobiet z mutacjami BRCA. W obu przypadkach stosowanie pochodnych platyny dotyczy chorych na tzw. potrójnie ujemnego raka piersi. Tak więc stosowanie

w stosunku do tego, co było wcześniej, bo przeciwdziałanie paleniu papierosów w ich przypadku okazało się skuteczne. Wciąż jest jednak wiele do zrobienia.

GL A na drugim miejscu?

Rak jelita grubego – zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. To typowy przykład nowotworu, w przypadku którego zły styl życia prowadzi do zwiększenia ryzyka zachorowania. No i oczywiście geny, choć zdecydowanie mniejsza część tych nowotworów uwarunkowana jest genetycznie.

W przypadku kobiet groźnym zabójcą jest wciąż rak piersi, bo rocznie z powodu tego nowotworu umiera aż 4,5 tys. kobiet. U mężczyzn jest też dużo zachorowań na raka pęcherza i raka gruczołu krokowego. Choć w przypadku tego ostatniego różnica między zachorowalnością a umieralnością bardzo się powiększyła, dzięki większej wykrywalności na podstawie oceny stężenia PSA.

GL W jaki sposób genetyka może wspierać onkologię?

Nowotwór to choroba genów, dlatego genetyka to przyszłość onkologii. Już odgrywa niezwykle ważną rolę. Na przykład niektórzy palacze nie zachorują na raka płuc. Dzięki badaniom genetycznym można z grupy osób palących wybrać tylko te, które są zagrożone nowotworem i powinny być obserwowane w ramach badań skriningowych.

Genetyka jest potrzebna również przy stawianiu rozpoznania. Diagnostyka nowotworów to nie jest już tylko potwierdzenie obecności raka jakiegoś narządu, ale też ustalenie typu i często również podtypu histologicznego nowotworu oraz konfiguracji czynników predykcyjnych, które zdecydują o wyborze metody leczenia. Jest wiele nowotworów, począwszy od raka piersi, przez raka płuca i jelita grubego, a skończywszy na czerniaku, w przypadku których aberracje genetyczne są nieodłączną częścią diagnostyki. Bez użycia tych

pochodnych platyny nie dotyczy wszystkich kobiet z rozpoznaniem raka piersi.

GL Które nowotwory skuteczniej leczymy, szybciej diagnozujemy?

Symbolem sukcesu jest onkologia dziecięca, gdzie odsetek wyleczeń mamy na poziomie ok. 80 proc., niemal dwa razy wyższy niż u dorosłych. Nie wynika to tylko z tego, że nowotwory te są bardziej wrażliwe na leczenie, ale także z większych zdolności dziecka do regeneracji po działaniach niepożądanych. Bardzo ważne jest, że onkolodzy dziecięcy stworzyli system opieki skoordynowanej. Żadne dziecko nie wymyka się z systemu kilkunastu ośrodków wchodzących w skład sieci placówek onkologii dziecięcej. Dzieci są leczone według protokołów, w których krok po kroku wszystko jest opisane i realizowane zgodnie z wytycznymi. To jest źródło sukcesu.

Postęp zrobiliśmy także w leczeniu niektórych nowotworów hematologicznych. Dzięki skojarzonej, agresywnej terapii udało się osiągnąć bardzo duży odsetek przeżyć. Przykładem może być chłoniak Hodgkina, a także niektóre białaczki.

Trzeci powód do zadowolenia to efekty leczenia zarodkowych nowotworów jądra i jajnika. W przypadku zarodkowych nowotworów jądra wyniki osiągane w Polsce niewiele różnią się od osiągniętych w Stanach Zjednoczonych. Warunkiem uzyskania bardzo dobrych wyników jest kompleksowość postępowania prowadzonego w specjalistycznych ośrodkach. Nawet jednak w krajach posiadających sprawniejszy system opieki obserwowane są gorsze wyniki w sytuacji, gdy leczeniem chorych na zarodkowe nowotwory nie zajmują się wielospecjalistyczne zespoły. O sukcesie można mówić też w przypadku raka piersi, ponieważ siedemdziesiąt kilka procent kobiet w Polsce ma szansę na wyleczenie. W przypadku raka jelita grubego też odnotowujemy poprawę, ale w mniejszym stopniu – odsetek pięcioletnich przeżyć mamy na poziomie 48 proc., więc powoli doganiamy Europę, gdzie wynosi on ponad 50 proc.

GL Które nowotwory zabijają najczęściej?

Rak trzustki, dróg żółciowych, przełyku, płuca. W raku płuca rokowanie powoli poprawia się. W wielu przypadkach udało się osiągnąć znaczny postęp dzięki nowym technologiom lekowym i nowoczesnemu podejściu z udziałem chirurgii i radioterapii. Najgorszy jest wciąż rak trzustki, bo występuje dość często i rakuje krótkim okresem przeżycia, gdyż wykrywamy go zbyt późno.

GL Czy wprowadzenie kart DiLO poprawiło opiekę nad pacjentami onkologicznymi?

Tak, z jednego powodu – narzuciło wielospecjalistyczne podejście do chorego. Pamiętajmy, że to, co robi się źle na początku, powoduje efekt domina i później trzeba naprawiać kolejne błędy. Co by nie mówić o karcie DiLO i pakiecie, który wciąż ma wiele wad, wymóg wielospecjalistycznego konsylium przy podejmowaniu decyzji o wyborze strategii postępowania to zmiana na lepsze.

Wiem, że w niektórych miejscach doszło do karykaturalnych wypaczeń, że w wielospecjalistycznym posiedzeniu uczestniczy nie człowiek – lekarz i chory – tylko pieczętka... Jednak w bardzo wielu placówkach taki zespół zbiera się, by porozmawiać z chorym, przedyskutować jego przypadek i ustalić plan leczenia. Tak powinno być w cywilizowanym świecie.

GL Które obszary w onkologii wymagają systemowo najpilniejszej poprawy?

Najważniejsze jest według mnie monitorowanie efektów zdrowotnych. Beneficjentem każdego postępowania powinien być chory. Najważniejszą rzeczą jest zapewnienie mu, żeby każde postępowanie medyczne było prawidłowe, jakościowo słuszne i uzasadnione, i żeby prowadziło do efektu, którego chory oczekuje, czyli długiej reemisji, do wyleczenia.

W Polsce w wielu miejscach robi się pewne rzeczy, żeby je robić. Brakuje analizy, czy zrobiło się je dobrze, czy w kohorcie stu chorych, którzy się przewinęli, uzyskano lepsze wyniki choć o jeden procent. Tak być nie powinno.

GL W których obszarach dramatycznie odbiegamy od Zachodu?

W leczeniu raka szyjki macicy. To jest nowotwór, na który żadna kobieta nie powinna umrzeć. Może trochę przesadziłem, prawie żadna nie powinna. W Polsce wciąż umierają.

GL Dlaczego?

Nie działa skrining. Za dużo jest przypadków zaawansowanych. Kobiety za późno trafiają do lekarza.

GL Często słyszy się, że opieka paliatywna kuleje...

Opieka paliatywna to hospicjum domowe albo hospicjum stacjonarne, a mamy o połowę mniej łóżek, niż powinniśmy mieć. Są województwa, w których ten deficyt jest jeszcze większy. W opiece paliatywnej mamy też za mało lekarzy. Dodatkowo środki z NFZ nie pokrywają rzeczywistych kosztów opieki. Na przykład ostatnia doba, kiedy chory umiera, jest traktowana jako zerowa, czyli NFZ za nią nie płaci, a przecież bardzo często są to największe koszty.

GL A jak jest z liczbą onkologów?

Patrząc na trzy podstawowe specjalizacje, czyli chirurgię onkologiczną, radioterapię i onkologię kliniczną, mamy około 2 tys. lekarzy. Onkologów klinicznych jest około 850, potrzebnych byłoby jeszcze około 400. Niedobory kadrowe są też w chirurgii onkologicznej i radioterapii.

GL A jak jest z patomorfologami?

Jest ich zdecydowanie za mało. Nie ma chętnych do rozpoczynania tej specjalizacji. To poważny problem. Bez diagnostyki patomorfologicznej nie ma prawidłowego leczenia.

GL Kiedy będziemy mogli zapobiegać chorobom nowotworowym i skutecznie je leczyć?

Tego chyba nikt nie wie. W latach osiemdziesiątych XX w. Japończycy zapowiadali, że około 2010 r. nie będziemy już mieli problemów z nowotworami. Jest rok 2018 i nowotworów jest coraz więcej. Myślę, że za mojego życia na pewno nie uda nam się wygrać całkowicie z tą chorobą. Z drugiej strony, widzę ogromny postęp w okresie ostatnich czterech dekad, czyli w czasie mojej działalności zawodowej. I to jest optymistyczne – postęp jest ewolucyjny, ale stały. ○


Anna Lella

Prezydent Europejskiej Regionalnej
Organizacji Światowej Federacji
Dentystycznej (ERO-FDI)

Green dentistry

Rosnące zainteresowanie ekologią oraz nacisk na podejmowanie działań i stosowanie rozwiązań przyjaznych środowisku naturalnemu nie omija stomatologii.

Kwestie związane z ochroną środowiska w kontekście stomatologii są od pewnego czasu dość częstym tematem dyskusji, w które angażują się nie tylko ekolodzy oraz lekarze dentyści, ale także naukowcy, producenci sprzętu stomatologicznego, a także władze publiczne przyjmujące w tym zakresie różnego rodzaju regulacje prawne, które wielu z nas przypisują o ból głowy i budzą niechęć, nierzadko zresztą uzasadnioną.

Coraz częściej spotykamy się z pojęciem „green dentistry” oznaczającym wprowadzanie kompleksowych rozwiązań ograniczających negatywny wpływ czynności / procedur odbywających się w gabinecie stomatologicznym na środowisko naturalne. Z jednej strony koncepcja ta zakłada, że lekarze dentyści mają obowiązek dbania o środowisko naturalne oraz zapobiegania jego zanieczyszczaniu jako wyraz swej troski zarówno o pacjentów, jak i personel, z którym współpracują. Z drugiej strony podkreśla się, że na dłuższą metę takie podejście pozwoli zaoszczędzić czas i pieniądze, a poniesione na początku (niemałe przecież) koszty ostatecznie się zwracają. Na ile tak rzeczywiście jest, a na ile jest to tylko element marketingu ze strony firm oferujących tego rodzaju rozwiązania, okaże się za jakiś czas.

Niemniej, odpowiedzialność lekarzy dentyistów za kwestie związane z ekologią dostrzega od wielu lat m.in. Rada Europejskich Lekarzy Dentystów (CED), która w kilku swych stanowiskach wskazywała, że stomatolodzy powinni mieć na uwadze wpływ swojej pracy zawodowej na środowisko, a CED czuje się zobowiązana do zachęcania lekarzy dentyistów w Unii Europejskiej do działania w sposób ekologicznie odpowiedzialny, poprzez opracowywanie i rozpowszechnianie zaleceń i rekomendacji w szczególności w zakresie gospodarowania odpadami.

Takie podejście można uznać za uzasadnione – nie tylko z uwagi na dobro środowiska, które zresztą w dużo większym stopniu jest zagrożone przez szereg innych rodzajów aktywności człowieka, ale również z punktu widzenia społecznego wizerunku naszego zawodu. Co nie oznacza oczywiście, że nie powinniśmy protestować w sytuacji, gdy przyjmowane regulacje prawne idą zbyt daleko i nakładają na nas, a pośrednio na naszych pacjentów, obowiązki niewspółmierne do danego zagrożenia.

Jak wiemy, jednym z istotnych w ostatnich latach zagadnień na szczelnie międzynarodowym było określenie działań zmierzających do zwiększenia ochrony zdrowia ludzkiego i środowiska

przed emisjami rtęci i ich związków, czego źródłem jest m.in. amalgamat stomatologiczny. Uzgodniona w 2013 r. tzw. Konwencja z Minamaty w sprawie rtęci przyjęła zasadę stopniowego zmniejszania jego użycia poprzez podejmowanie działań wskazanych w załączniku do Konwencji. W Unii Europejskiej uznano, że wdrożenie jej zapisów powinno następować poprzez akt prawa unijnego określający warunki stosowania rtęci oraz produktów z jej dodatkiem. Przyjęte ostatecznie rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady oprócz tego, że ogranicza sytuacje, w których dozwolone będzie stosowanie amalgamatu, wprowadza także wymóg, aby od 1 stycznia 2019 r. gabinety stomatologiczne, w których stosowany jest amalgamat lub w których usuwane są wypełnienia z amalgamatu, lub zęby zawierające takie wypełnienia, były wyposażone w separatory amalgamatu.

W Polsce, w odróżnieniu od państw, w których separatory są już od jakiegoś czasu w miarę powszechnie w użytku, będzie to niewątpliwie miało przełożenie na dodatkowe, niemałe koszty dla lekarzy prowadzących gabinety stomatologiczne. Z tego też względu samorząd lekarski słusznie domaga się, aby te dodatkowe koszty zostały sfinansowane bądź refundowane ze środków publicznych.

Inną kwestią, o której nie można zapominać, odstępując stopniowo od stosowania amalgamatu na rzecz innych wypełnień, jest odpowiedź na pytanie, jaki wpływ na środowisko naturalne mają takie alternatywne materiały, przede wszystkim najczęściej stosowane materiały kompozytowe na bazie żywicy (resin-based composite, RCB). W dostępnej literaturze podkreśla się, że o ile zagrożenia dla środowiska ze strony rtęci zawartej w amalgamacie są uznane za poważny problem i są przedmiotem różnych działań zapobiegawczych, o tyle niewątpliwym wpływ na środowisko ze strony RCB jest na chwilę obecną trudny do oszacowania z uwagi na ich złożoną strukturę chemiczną i potrzebne są w tym zakresie dalsze wszechstronne badania.

W tym świetle jeszcze większe znaczenie ma to, o co od dawna apeluje środowisko stomatologiczne, a mianowicie o wzmocnienie działań, w szczególności o charakterze profilaktycznym, i zwiększenie środków w celu redukcji występowania choroby próchniczej w populacji, zapobiegania rozwojowi próchnicy pierwotnej. Takie samo podejście zawarte jest w projekcie stanowiska Światowej Federacji Dentystycznej (FDI), które ma być przyjęte na najbliższym zgromadzeniu FDI. ○

Coraz mniej ograniczeń

GL
WYWIAD

Z prof. **Stephanem Haulonem**, światowej sławy liderem terapii wewnątrznaczyniowej aorty, kierownikiem wiodącego ośrodka leczenia chorób aorty w Paryżu, prezesem elektem Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej, rozmawia **Lidia Sulikowska**.



Lidia Sulikowska

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

GL Jakie są obecnie możliwości leczenia małoinwazyjnego chorób aorty? Które zabiegi są już na świecie standardem, a które nadal stanowią duże wyzwanie?

Z technicznego punktu widzenia możemy dziś leczyć wewnątrznaczyniowo 90 proc. patologii aorty. To nie znaczy jednak, że wybór tej metody będzie najlepszy w przypadku każdego pacjenta. W ośrodku, w którym pracuję, operuję niemal tylko wewnątrznaczyniowo, ale wynika to z faktu, że do mnie wysyłani są w głównej mierze chorzy, którzy ze względów zdrowotnych nie mogą mieć wykonanej operacji otwartej i zabieg małoinwazyjny jest dla nich jedyną szansą.

GL Czy zabiegi wewnątrznaczyniowe powinny być przewidziane tylko dla takich pacjentów?

Na początku, gdy pojawiły się opcje leczenia aorty bez otwierania klatki piersiowej czy jamy brzusznej, taki był właśnie zamiar. Metody endowaskularne tworzone były właśnie po to, aby móc leczyć pacjentów, którzy nie przeżyliby tradycyjnej operacji. Z biegiem czasu, w związku z rozwojem tej technologii i dobrymi wynikami terapii, to podejście się jednak zmieniło. Teraz co najmniej 60 proc. operacji związanych z leczeniem patologii aorty wykonuje się wewnątrznaczyniowo.

GL Jaka jest dostępność do zabiegów wewnątrznaczyniowych w leczeniu najtrudniejszych chorób aorty?

Największym problemem jest tak naprawdę dostęp do technologii, która jest niezbędna, by wykonywać tego typu zabiegi. Myślę tu chociażby o dobrym systemie obrazowania śródoperacyjnego czy nowoczesnych stent-graftach. To nie są tanie procedury. Warto jednak mieć na uwadze, że jeśli się zliczy całkowity koszt operacji otwartej, to może

się okazać, że za tę cenę można nabyć cały sprzęt niezbędny do wykonania tego zabiegu w technice małoinwazyjnej.

GL Które z patologii najtrudniej leczyć małoinwazyjnie?

Trzeba stopniowo zdobywać doświadczenie. Najprostsze do zoperowania są tętniaki aorty brzusznej i piersiowej. Gdy to opanujemy, zaczynamy zakładać stent-grafty z odgałęzieniami do tętnic biodrowych wewnętrznych, następnie operujemy tętniaki aorty piersiowo-brzusznej. Dopiero wówczas można leczyć tętniaki w łuku aorty. Choć na pierwszy rzut oka, kiedy obserwuje się taki zabieg, można odnieść wrażenie, że to nieskomplikowana operacja, to tak naprawdę wymaga ona wielkiego skupienia i precyzji, gdyż jednym niewłaściwym ruchem można zabić pacjenta. Prawidłowe wykonanie tego zabiegu wymaga ogromnego doświadczenia i odbycia wcześniej setek prostszych operacji wewnątrznaczyniowych aorty. O tym, jak trudne jest leczenie małoinwazyjne tętniaków w łuku aorty, świadczy fakt, że mniej niż 20 specjalistów na świecie wykonuje tego typu zabiegi. To wciąż rzadkość na świecie.

GL Co jest wyzwaniem na przyszłość?

Nieosiągalne pozostaje jeszcze połączenie zastawki aortalnej z protezą aorty wstępującej, gdyż nie skonstruowano dotychczas takiej protezy dla ludzi, która miałaby odgałęzienia do tętnic wieńcowych. Tego typu proteza wewnątrznaczyniowa jest naszym ostatecznym celem.

GL Kiedy to nastąpi?

Na pewno nie w ciągu najbliższych kilku lat. Mam jednak nadzieję, że będzie ona gotowa, zanim odejdę na emeryturę. Obserwując postęp, jaki następuje w tej dziedzinie medycyny, można przypuszczać, że za jakieś 5-10 lat będziemy wykonywać takie zabiegi.



TAK NAPRAWDĘ NIE MA KONFLIKTU POMIĘDZY CHIRURGIA WĘWNĄTRZNACZYNIOWĄ I OTWARTĄ. TO METODY, KTÓRE SIĘ ŚWIETNIE UZUPEŁNIAJĄ. OBYDWIE SĄ DOBRE. TRZEBA PO PROSTU WYBRAĆ, KTÓRA Z NICH JEST NAJWŁAŚCIWSZA DLA KONKRETNIEGO PACJENTA.

w ciągu 2-3 dni od zabiegu mogą być wypisani do domu. To duży komfort dla chorego, ale też oszczędność dla samej placówki, bo choć sama operacja, ze względu na cenę protezy, jest droga, to licząc wszystkie koszty, m.in. krótszą hospitalizację, cena bardziej się bilansuje.

GL Czy we Francji, gdzie praktykuje pan na co dzień, te zabiegi są limitowane, właśnie ze względu na koszty?

Kiedyś były ograniczania, ale teraz w placówkach wyspecjalizowanych w tym zakresie, w przypadku chorych, u których problematyczne jest wykonanie operacji otwartej, nie mamy problemów z finansowaniem.

GL A co z wewnątrznacyniowym leczeniem patologii aorty wstępującej?

Ośrodki, które zajmują się małoinwazyjnym leczeniem patologii w łuku aorty, interesują się oczywiście także i tą materią. Ograniczeniem jest jednak to, że aby założyć protezę, potrzebny jest fragment zdrowej aorty, a niestety zazwyczaj patologii aorty wstępującej powstają w miejscu, gdzie już odchodzą tętnice wieńcowe. Brakuje więc miejsca, w którym moglibyśmy ją zaimplementować. Są podejmowane próby takiego leczenia w Stanach Zjednoczonych, ale to wciąż opcja terapeutyczna tylko dla tych pacjentów, u których występuje zdrowy odcinek aorty wstępującej, a takich jest niewielu.

GL Jakie są największe ograniczenia leczenia małoinwazyjnego chorób aorty?

Kiedyś największym problemem była sama kwestia dostępu naczyniowego, teraz ograniczeniem są krzywizny aorty bądź właśnie brak tzw. proksymalnego miejsca lądowania, czyli zdrowego fragmentu aorty, co pozwala na implantację stent-graftu. Poza tym trzeba też brać pod uwagę skuteczność takiej protezy w dłuższej perspektywie. Doświadczenia, które mamy z najnowszymi stent-graftami, są nie dłuższe niż pięć lat, więc nie znamy skuteczności takiego leczenia po upływie 20, 30 czy 50 latach od implantacji. Można jednak przypuszczać, biorąc pod uwagę dobre, długoletnie doświadczenia z wykorzystaniem stent-graftów w aorcie brzusznej, że i te najnowsze technologie będą równie skuteczne.

GL Jakie są największe zalety takiej terapii?

Możemy leczyć pacjentów, którzy z powodu złego stanu zdrowia nie mogą być poddani operacji otwartej. To bardzo szybka, małoinwazyjna metoda, dzięki której pacjenci

^ Prof. Stephan Haulon: – Musimy dążyć do tego, aby te zabiegi uprościć, by mogła je wykonywać coraz większa liczba specjalistów, przez co będą bardziej dostępne.

GL Dlaczego zajął się pan leczeniem wewnątrznacyniowym chorób aorty?

W czasie, gdy odbywałem rezydenturę, wykonano pierwszą operację tętniaka aorty techniką małoinwazyjną. Mówiono wówczas, że to nie jest prawdziwa chirurgia. Ja z kolei bardzo się tym tematem zainteresowałem. Zacząłem się kształcić w tym zakresie, odbyłem treningi w USA. Zobaczyłem, że tak naprawdę nie ma konfliktu pomiędzy chirurgią wewnątrznacyniową i chirurgią otwartą. To metody, które się świetnie uzupełniają. Obydwie są dobre, trzeba po prostu wybrać, która z nich jest najwłaściwsza dla konkretnego pacjenta.

GL Jakie jest pana największe marzenie związane z taką chirurgią?

Musimy dążyć do tego, aby te zabiegi uprościć, by mogła je wykonywać coraz większa liczba specjalistów, przez co będą bardziej dostępne. Chciałbym też, aby udało się ograniczyć dawkę promieniowania rentgenowskiego, na którą wystawiany jest chory i lekarz w czasie takiego zabiegu. To na pewno nastąpi. Wszystko idzie w dobrym kierunku, aby właśnie tak było. ○

16 maja w Klinice Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Stephan Haulon nadzorował pod kątem merytorycznym implantację stent-graftu do łuku aorty u pacjenta z rozpoznaniem tętniakiem w tym odcinku aorty. Operację wykonał dr hab. Tomasz Jakimowicz z zespołem. Ośrodek ten wykonał już wcześniej kilka takich zabiegów – wykonując pierwszy w 2016 r. jako jedyny ośrodek w Polsce i 10. na świecie. Jest to najnowocześniejsza technologia stosowana w chirurgii naczyniowej, a dostęp do niej jest jak na razie limitowany wyłącznie dla ośrodków z dużym doświadczeniem w leczeniu wewnątrznacyniowym. Rozmowa z Tomaszem Jakimowiczem na s. 53.

Nowa rzeczywistość

Prezes NRL, 50 członków wybranej na XIV Krajowym Zjeździe Lekarzy Naczelnej Rady Lekarskiej oraz 24 prezesów okręgowych rad lekarskich wchodzących w skład NRL z racji pełnionej przez siebie funkcji, spotkało się na swoim pierwszym posiedzeniu.

🔗 LUCYNA KRYSIAK

15 czerwca odbyło się pierwsze w nowej, VIII kadencji posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej, podczas którego dokonano wyboru Prezydium NRL: wiceprezesa (Jacek Kozakiewicz – Śląska Izba Lekarska, Krzysztof Madej – OIL w Warszawie, Andrzej Cisko – lekarz dentysta, Wielkopolska Izba Lekarska), skarbnika NRL (Grzegorz Mazur – OIL w Łodzi), sekretarza NRL (Marek Jodłowski – Świętokrzyska Izba Lekarska) i jego zastępcę (Artur Drobniak – OIL w Warszawie) oraz członków Prezydium: Michał Bulsa (OIL w Szczecinie), Jerzy Friediger (OIL w Krakowie), Dariusz Paluszek (lekarz dentysta, OIL w Warszawie), Andrzej Wojnar (Dolnośląska Izba Lekarska).

Wybrano także przewodniczących komisji i zespołów NRL. Swoimi głosami członkowie Rady zdecydowali, kto przez najbliższe cztery lata będzie wspólnie z prezesem kierował statkiem o nazwie NIL przy ul. Sobieskiego 110. W Radzie zasiada wiele nowych osób, w okręgowych izbach znanych jednak ze swojego zaangażowania w pracę samorządu, a także wielu młodych lekarzy związanych z Porozumieniem Rezydentów OZZL, działających na rzecz poprawy warunków pracy rezydentów i ich kształcenia oraz podniesienia stawki PKB na ochronę zdrowia. Zespół najbliższych współpracowników skupionych wokół nowego prezesa tworzą jednak



najbardziej doświadczeni działacze samorządowi i to oni będą kreowali nową rzeczywistość w bieżącej kadencji.

STAWIAM NA AUTORSKĄ DRUŻYNĘ

Rekomendując kandydatów na wiceprezesa, członków Prezydium, sekretarza, skarbnika i na inne funkcje, prezes NRL Andrzej Matyja uzasadnił te rekomendacje i zaznaczył, że chciałby stworzyć swoją autorską drużynę, która oprócz kontynuacji wcześniej rozpoczętych projektów i zamierzeń potrafi stworzyć coś nowego, co w samorządowej rzeczywistości będzie się sprawdzać. – Propozycję składu Prezydium NRL przedstawiłem wcześniej,

na pierwszym pozjazdowym spotkaniu Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich, była więc ona przemyślana. Chodziło mi o to, aby w tym gremium znalazły się osoby, które są w stanie spełnić oczekiwania samorządu, aby też towarzyszyły mi w realizacji programu, który przedstawiłem na XIV Krajowym Zjeździe Lekarzy – powiedział prezes Matyja, informując jednocześnie, że po roku zamierza podsumować pracę Prezydium, dokonać oceny i wyciągnąć wnioski. – Nie chciałbym, aby doszło do sytuacji, jaka miała miejsce w minionej kadencji, kiedy skutek animozji odwoływano wiceprezesa i powoływano nowego, co się też wiązało ze zmianą składu

▲ Pierwsze posiedzenie NRL VIII kadencji.

NACZELNA RADA LEKARSKA ZGŁOSIŁA POSTULAT ZWIĘKSZENIA PRZYJĘTYCH W USTAWIE WSPÓŁCZYNNIKÓW PRACY DO POZIOMU OKREŚLONEGO PRZECZ KRAJOWY ZJAZD LEKARZY.

Prezydium, jednak jeśli ktoś nie będzie realizował przyjętych celów, poproszę o rezygnację z pełnionej funkcji – podsumował prezes.

SPRAWY LEGISLACYJNE

Oprócz wyborów na stanowiska funkcyjne NRL, powołania komisji i zespołów oraz ich przewodniczących, Rada po raz pierwszy w nowej kadencji przyjęła trzy stanowiska.

Jedno z nich to stanowisko w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Odnosząc się do tego projektu, członkowie Rady przypomnieli, że współczynniki pracy przyjęte w ustawie o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych w sposób istotny odbiegają od poziomu wynagrodzeń lekarzy, którego domaga się Krajowy Zjazd Lekarzy, a więc jednej średniej krajowej – dla lekarza stażysty, dwukrotnej średniej krajowej – dla lekarza i lekarza dentystry bez specjalizacji, dwuipółkrotnej średniej krajowej – dla lekarza z pierwszym stopniem specjalizacji, trzykrotnej średniej krajowej – dla lekarza posiadającego specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty. Uważają też, że współczynniki pracy przyjęte w ustawie, z których najwyższy – dla lekarzy posiadających tytuł specjalisty lub specjalizację drugiego stopnia – określono na poziomie 1,27, są dalekie od oczekiwań lekarzy. Naczelna Rada Lekarska zgłosiła postulat zwiększenia przyjętych w ustawie współczynników pracy do poziomu określonego przez Krajowy Zjazd Lekarzy. Zastrzeżeń było więcej, zostaną one zebrane i przedstawione resortowi zdrowia.

W sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej



◀ Głosowanie nad jednym z projektów.

Naczelna Rada Lekarska pozytywnie oceniła przewidziane w projekcie rozwiązanie, mające na celu zapewnić wzrost wynagrodzenia ratowników medycznych, z zastrzeżeniem, że wyższa płaca powinna się wiązać ze wzrostem wynagrodzenia zasadniczego.

PO KILKU TYGODNIACH

Mimo że od Zjazdu i wyboru nowych władz samorządowych na szczęblu centralnym minęło kilka tygodni, prezes Matyja zdał relację przed członkami NRL z działań, jakie w tym czasie podejmował. – Odbylem wiele interesujących spotkań, najważniejsze z nich to spotkanie z ministrem zdrowia Łukaszem Szumowskim, które dotyczyło przyszłości samorządu lekarskiego oraz oczekiwań środowiska w tym zakresie – powiedział prezes i dodał, że przedstawił ministrowi prośbę o powołanie nieoficjalnego zespołu samorządowo-ministerialnego, który zajmowałby się sprawami legislacyjnymi z zakresu ochrony zdrowia, ale na etapie tworzenia aktów prawnych, a nie ich opiniowania. Prośba została zaakceptowana i na kolejnym posiedzeniu NRL – jak zapowiedział prezes – taki zespół zostanie wyłoniony. W rozmowach z ministrem padło też zapytanie, dlaczego w odbywającej się narodowej

debacie o zdrowiu nie ma przedstawicieli samorządu lekarskiego czy przedstawicieli samorządu pielęgniarek i położnych? Minister obiecał naprawić to niedopatrzenie.

Istotnym dla samorządu lekarskiego było uczestnictwo w konferencjach dotyczących rozwoju medycyny jako nauki, co wiązało się z przyznaniem grantów naukowych w wysokości 500 tys. zł dla dwóch młodych lekarzy naukowców z Warszawy i Wrocławia za pracę na temat kierunku wykrywania i leczenia molekularnego w chorobach nowotworowych. W nowej kadencji jest mocny nacisk na wspieranie młodych lekarzy, co ma odzwierciedlenie również w docenieniu ich nowatorskich pomysłów i przyznaniu im nagród w konkursie „Supertalenty w medycynie”.

Konstruktywne było też spotkanie z przedstawicielami samorządu pielęgniarek i położnych poświęcone zasadom współpracy oraz z wieloma ekspertami w dziedzinie ochrony zdrowia, do opinii których, opartych na faktach i wyliczeniach, a nie domniemaniach, samorząd będzie się odwoływał. Prezes Matyja przedstawił też propozycje dotyczące budowy przyszłej siedziby NIL, ale – jak podkreślił – projekt ten jest na razie na etapie poszukiwań. ○

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

Ogromnie dziękuję za datki, które do nas napływają z całej Polski: Warszawy, Kluczborka, Legnicy, Mielca, Wieliczki, Kielc, Czarnkowa.

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

**Mariusz Janikowski,
PRZEZES ZARZĄDU
Fundacji Lekarzy Lekarzom**

Nie trzeba nas kochać, wystarczy rozumieć naszą pracę

GL
W Y W I A D

Z Jolantą Orłowską-Heitzman, przewodniczącą
Naczelnej Komisji Rewizyjnej NIL, rozmawiają
Ryszard Golański i Marta Jakubiak.

GL Po pierwsze, gratulujemy objęcia funkcji przewodniczącej Naczelnej Komisji Rewizyjnej VIII kadencji. Od czego komisja rozpocznie prace i jaki będzie w niej podział ról?

Dziękuję za gratulacje. Opadły emocje związane z wyborami, teraz czeka nas praca. Zostało już wybrane prezydium, w skład którego weszli: wiceprzewodniczący Paweł Sobieski z OIL w Płocku i wiceprzewodnicząca lekarz dentysta Halina Teodorczyk z OIL Szczecin, sekretarzem został Filip Płużański z OIL w Łodzi, a zastępcą sekretarza Jarosław Król z WIL w Poznaniu. Po wyborach spotkaliśmy się w tym wąskim gronie i ustaliliśmy, że jeszcze przed wakacjami musimy pochylić się nad regulaminem pracy Naczelnej Komisji Rewizyjnej i spojrzeć na ten dokument całościowo. Od tego zaczniemy.

GL Dlaczego chcecie wrócić do regulaminu?

Musimy sprawdzić, czy jest spójny z aktami prawnymi, które obowiązują w Naczelnej Izbie Lekarskiej. Taki powinien być. Konieczne jest spotkanie ze wszystkimi przewodniczącymi okręgowych komisji rewizyjnych i przedyskutowanie kwestii regulaminów w okręgowych izbach lekarskich. Chcemy wspólnie stworzyć jednolity regulamin dla wszystkich. Wiemy, że obecnie wygląda to różnie.

GL Ilu członków NKR zostało wybranych ponownie, czyli kontynuują pracę kolejną kadencję?

Dwóch. Pozostali to osoby nowo wybrane. Część kolegów jest też jeszcze w innych organach swoich okręgowych izb i muszą w najbliższych dniach zdecydować się, czy będą w NKR, czy też pozostaną w swojej izbie.

Chciałabym zapoznać się raz jeszcze, bardzo szczegółowo, ze sprawozdaniem NKR VII kadencji i zrobić bilans otwarcia. Planuję też spotkać się z szefem Komisji Finansowo-Budżetowej i nowo wybranym skarbnikiem NRL, by zobaczyć, jaki jest bilans otwarcia u nich, bo jako komisja rewizyjna mamy mieć pieczę nad gospodarką finansową całej izby. Czekamy też na ustalenia NRL

odnośnie podejmowania w najbliższym czasie nowych uchwał, które zahaczają o gospodarkę finansową, gdyż nic się nie dzieje bezkosztowo. Na pewno będziemy na bieżąco spotykać się i szybko interweniować, jeśli zajdzie taka potrzeba.

GL Czasami powstają wątpliwości, szczególnie w okręgowych komisjach rewizyjnych, co do zakresu kompetencji komisji rewizyjnej. Styszelśmy niejednokrotnie o sporach między niektórymi okręgowymi radami lekarskimi a komisjami rewizyjnymi. Jak planują państwo rozwiązać ten problem?

Ten spór to spuścizna po komisjach rewizyjnych poprzednich kadencji. Muszę zapoznać się z dokumentami i wnioskami, które wpływały w tamtym czasie, a także sprawdzić, czy są kwestie, które na bieżąco nie były regulowane. Trzeba też wyjaśnić, na czym ma polegać nadzór naczelnej komisji nad okręgowymi.

GL No właśnie, o to swego czasu też był ogromny spór...

Komisje okręgowe czasem negują nadzór Naczelnej Komisji Rewizyjnej, ale przecież jest on zapisany w ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich oraz w regulaminie wyznaczającym ramy działania komisji, który został przyjęty uchwałą Krajowego Zjazdu Lekarzy. Trzeba to raz jeszcze prześledzić i przypomnieć.

Podobny spór miał miejsce, kiedy kierowałam jednym z naczelnych organów izby, pełniąc funkcję Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Wówczas opracowaliśmy wewnętrzny regulamin urzędowania rzeczników i sądów lekarskich, by wyraźnie określić kompetencje i by ich praca została ujednolicona.

Teraz trzeba ustalić, czy mamy ingerować w prace OKR, czy jedynie interweniować w sprawach spornych. W jakim zakresie ma to być współpraca i pomoc, a w jakim jedynie nadzór. Na pewno od września, kiedy zakończy się czas urlopów, rozpoczniemy intensywne prace.



TERAZ TRZEBA USTALIĆ, CZY MAMY INGEROWAĆ W PRACĘ OKR, CZY JEDYNIIE INTERWENIOWAĆ W SPRAWACH SPORNYCH. W JAKIM ZAKRESIE MA TO BYĆ WSPÓŁPRACA I POMOC, A W JAKIM JEDYNIIE NADZÓR.

informacje do wszystkich członków komisji i otrzymać od nich opinie w danej sprawie bez konieczności ściągania ich w tym celu z całej Polski do Warszawy. Aczkolwiek, jeżeli zajdzie potrzeba osobistego stawiennictwa, takie spotkania będziemy organizować.

Chcemy też zobaczyć, jak w praktyce działają komisje w okręgowych izbach lekarskich, dlatego planujemy odwiedzać izby.

GL Kompetencje niektórych pozostawiają wiele do życzenia...

Myślę, że taka sytuacja wynika z niewiedzy. I to jest jeszcze jeden obszar, który musimy zagospodarować – jak najszybciej przeprowadzić niezbędne szkolenia. Jeżeli członkowie komisji albo ich przewodniczący nie znają tajników gospodarki finansowej, a zakładam, że w niektórych przypadkach tak może być, to powinni być przeszkoleni przez fachowców.

Gospodarujemy wspólnymi pieniędzmi, więc trzeba robić to odpowiedzialnie i mądrze.

GL Jak ważne są komisje rewizyjne w strukturach izb?

Ogromnie ważne, gdyż prowadzą nadzór nad gospodarką finansową samorządu. To są społeczne pieniądze wszystkich lekarzy. Pamiętam dyskusję, która toczyła się dwie kadencje temu, czy komisja rewizyjna może ingerować w decyzje rad lekarskich.

GL Może?

Moim zdaniem od tego są inne organy izb lekarskich – są to Naczelna Rada Lekarska lub okręgowa rada lekarska, jak również Krajowy Zjazd Lekarzy lub okręgowy zjazd lekarzy. Zresztą nasze komisje rewizyjne nie mają takich kompetencji, aczkolwiek inne organy izby winny liczyć się z opiniami wydawanymi przez komisje rewizyjne. Uważam, że tylko współpraca organów izb lekarskich, oparta na wzajemnym szacunku i zrozumieniu dla wykonywanej pracy, da efekty oczekiwane przez Koleżanki i Kolegów.

Rzetelnie wykonujemy swoją pracę i działamy w granicach obowiązujących przepisów prawa. Osoby sprawdzające gospodarkę i finanse nie muszą być kochane, ale należy zrozumieć ich pracę i to, do czego zostały powołane. ○

GL Dlaczego zdecydowała się pani przewodniczyć Naczelnej Komisji Rewizyjnej?

Ta dziedzina działalności samorządu zawsze była daleko ode mnie. Przez dwadzieścia lat parałam się sprawami odpowiedzialności zawodowej, potem przez cztery lata byłam członkiem Naczelnej Rady Lekarskiej. Lubię podejmować nowe wyzwania.

GL Czy jest coś, czego się pani obawia, obejmując tę funkcję?

Raczej nie jestem osobą, która się boi. Najpierw, jak wspomniałam już, muszę zrobić bilans otwarcia, żeby wiedzieć, z jaką sytuacją mam do czynienia. Potem przyjdzie czas na ocenę. Jeżeli z bilansu zamknięcia poprzednich kadencji wypływają jakieś konstruktywne wnioski, to będziemy kontynuować pracę we wskazanym wcześniej kierunku. Wszystkie decyzje będziemy podejmować kolegiąlnie, chociaż regulamin daje możliwość przewodniczącemu podejmowania samodzielnych decyzji i inicjowania działań. Według mnie współdecydowanie jest jednak lepsze i bardziej odpowiedzialne.

Żyjemy w dobie komputerów, więc porozumiewanie się na odległość nie stanowi problemu. Można wysłać

^ Jolanta Orłowska-Heitzman: – Gospodarujemy wspólnymi pieniędzmi, więc trzeba robić to odpowiedzialnie i mądrze.

» „Gloria Artis Medicinae” wręczone

W Turośni Kościelnej, podczas wyborczego zjazdu lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku, kilkanaście osób odznaczono Medalem Honorowym „Gloria Artis Medicinae”. Medal białostockiej izby otrzymali: Krzysztof Dach, Maria Gołębiowska, Anna Jakubowska, Maria Teresa Kościł-Grenda,

Mieczysław Adam Kuczyński, Elizabet Maria Miłojewska, Elżbieta Anna Muklewicz, Waldemar Ostapiuk, Jerzy Samusik, Henryka Maria Sobaniec, Mariusz Antoni Święc, Mieczysław Adam Wasielica, Małgorzata Maria Topolska. ○

» Bydgoski chór w Centrum Onkologii

Chór Bydgoskiej Izby Lekarskiej „Medici Cantares” 29 kwietnia wystąpił przed pacjentami i pracownikami Centrum Onkologii w Bydgoszczy. – Za nami kolejny wspaniały koncert! Od balu lekarza brałyśmy udział między innymi w koncercie muzyki filmowej oraz śpiewałyśmy jakże znakomite dzieło: Requiem d-moll W. A. Mozarta. Są jednak takie koncerty jak ten dzisiejszy w Centrum Onkologii, które wzbudzają wielkie emocje i warto o nich coś napisać. Cieszymy się, że nasza pasja potrafi w Was wywołać radość – czytamy na profilu chóru na Facebooku. „Medici Cantares” powstał w 2011 r. z inicjatywy dr Han-ny Śliwińskiej. Do 2014 r. chór prowadziła Monika Waluś, obecnie – Joanna Krause. Tworzą go lekarze, studenci medycyny i inni miłośnicy muzyki. Na początku w ich repertuarze były kolędy, z czasem wzbogacono go także m.in. o pieśni sakralne, ludowe, a także utwory współczesne. Członkowie chóru serdecznie zapraszają chętnych do dołączenia do zespołu. ○

» Gdańsk: będzie ośrodek szkoleniowy

Podpisano akty notarialne dotyczące nabycia działek, na terenie których powstanie ośrodek szkoleniowo-noclegowy Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku. Jak informuje „Pomorski Magazyn Lekarski”, chodzi o działki między ulicami Elizy Orzeszkowej, Dębinki oraz Śniadeckich. Izba jedną z działek kupiła, a dwie pozostałe otrzymała w wieczyste użytkowanie. – W ciągu 6 lat na tym terenie zostanie wybudowany ośrodek szkoleniowo-noclegowy – czytamy na łamach biuletynu gdańskiej izby. ○

» DIL ma nową komisję

Dolnośląska Izba Lekarska ma nową komisję. DRL w czasie swojego pierwszego posiedzenia w VIII kadencji utworzyła komisję ds. warunków zatrudnienia lekarzy i lekarzy dentystów. Przewodniczącą została Patrycja Drozdek. ○



» O prawie i medycynie w Katowicach

W czerwcu odbyła się pierwsza część IV Śląskiej Konferencji Medyczno-Prawnej. Tematem spotkania było opiniowanie sądowo-lekarskie widziane z perspektywy lekarzy i prawników. Mówiono m.in. o błędach

w opiniach i ich przyczynach, a także specyfice opinio-
wania w sprawach stomatologicznych. Prezes śląskiej izby dr Tadeusz Urban poruszył kwestię błędów medycyn-
nego i podkreślał, że w przypadku postępowania nie
powinno dochodzić do przewlekłości, a OROZ w Kato-
wicach dr Stefan Kopocz zwrócił uwagę na brak narzę-
dzi rzetelnej weryfikacji kwalifikacji biegłego ze strony
sądu. Spotkanie odbyło się na Wydziale Prawa i Admi-
nistracji Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach. Śląska
Izba Lekarska była współorganizatorem tego wydarze-
nia. Wśród organizatorów znaleźli się też: SUM w Ka-
towicach, Uniwersytet Śląski w Katowicach, Okręgowa
Izba Adwokacka w Katowicach, a także Samorząd Dok-
torantów Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. Na 26
października zaplanowano drugą odsłonę konferen-
cji, temat spotkania: „Błąd lekarski. Aspekty medycyn-
ne i prawne w zakresie położnictwa i ginekologii, chi-
rurgii, chorób wewnętrznych, pediatrii”. ○

» Medał LIL — zgłaszanie kandydatów

Kapituła Medalu Lubelskiej Izby Lekarskiej zaprasza członków swojej izby do zgłaszania kandydatów osób do odznaczenia Medalem LIL. Zgłoszenia są przyjmowane w formie listu promującego (dostępny na stronie internetowej izby) w sekretariacie lubelskiej izby do 15 października. Zgodnie z regulaminem, Medał LIL jest przyznawany głównie lekarzom, lecz także osobom spoza społeczności lekarskiej, działającym

w sferze zawodowej, społecznej i prywatnej dla dobra ogólnego i dobra stanu lekarskiego, w uznaniu ich zasług szczególnie w dziedzinie kształtowania wzorców osobowych i postaw moralnych. Wyboru dokonuje kapituła. Odznaczenie zostało ustanowione w 2001 r. W roku kalendarzowym spośród zgłoszonych kandydatów medal może być przyznany nie więcej niż pięciu nominowanym do odznaczenia. [O](#)

» Odznaczeni medalem im. prof. Jana Mikulicza-Radeckiego

Podczas wyborczego zjazdu Dolnośląskiej Izby Lekarskiej wręczono Medale im. prof. Jana Mikulicza-Radeckiego. Odznaczenia otrzymali: Jacek Kozakiewicz, Andrzej Matyja, Grzegorz Mazur, Bogdan Łazarkiewicz, Brygida Bogacz, Halina Kmita, Jacek Kolanko, Irena Kowalska, Ewa Krawiecka-Jaworska, Grażyna Ossowska, Zdzisława Piotrowska-Gede, Piotr Polański, Wojciech Sulka. [O](#)

» Łódź szkoli w zakresie transplantologii

Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi poinformowała, że 25 czerwca odbędzie się szkolenie w zakresie transplantologii. W czasie spotkania będzie mowa o przeszczepie od dawcy żywego (prof. dr hab. med. Ilona Kurnatowska), a także zostanie poruszona tematyka pobrania narządów do przeszczepienia i przeszczepu nerki (dr hab. n. med. Adam Durczyński / dr n. med. Piotr Hogendorf). Aby wziąć udział w szkoleniu, trzeba się wcześniej zapisać. Spotkanie odbędzie się w Klubie Lekarza w Łodzi. [O](#)

» RODO — izby wspierają

Na stronach internetowych okręgowych izb lekarskich zamieszczane są materiały, w tym nawet szablony instrukcji ochrony danych osobowych w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, które mogą pomóc we właściwym dostosowaniu praktyki lekarskiej do RODO - unijnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych, które

obowiązuje od 25 maja. Rozporządzenie zmienia zasady przetwarzania, wykorzystywania i przechowywania danych osobowych osób fizycznych, zwiększając ochronę tych danych i nakładając nowe obowiązki na administratorów. RODO dotyczy podmiotów wszystkich branż, w tym także medycyny. Wiele izb organizuje także szkolenia z tej tematyki. [O](#)

» Stomatologia na Mazowszu

W dniach 15–17 czerwca w Serocku odbyły się IV Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne. To wydarzenie cykliczne, o charakterze naukowym, integrujące lekarzy dentystów na Mazowszu. W tegorocznej edycji udział wzięło ponad 500 osób z całej Polski. Organizatorem spotkania była Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym.

– Mieliśmy wielu gości z całej Polski. Staraliśmy się zaprezentować najwyższy poziom merytoryczny i to się udało

– opowiada Dariusz Paluszek, wiceprezes ORL w Warszawie. W tym roku hasłem przewodnim spotkania była „Nauka i integracja – stomatologia interdyscyplinarna”.

Trzy dni spotkań środowisko stomatologiczne miało wypełnione wykładami ekspertów. Zaplanowano wystąpienia m.in. prof. dr hab. Elżbiety Mierzwińskiej-Nastalskiej, prof. dr hab. Jerzego Sokołowskiego, prof. dr hab. n. med. Jolanty Pytko-Polończyk, prof. dr hab. Marzeny Dominiak, prof. dr hab. Doroty Olczak-Kowalczyk. [O](#)

Potrzeba wyrazistości

Z **Andrzejem Cisło**, wiceprezesem Naczelnej Rady Lekarskiej, rozmawiają **Ryszard Golański** i **Marta Jakubiak**.



◀ **Andrzej Cisko:**
– Chciałbym, żeby lekarzom pracowało się bezpieczniej, by mieli komfort pracy, by wiedzieli, że zawsze mogą zgłosić się do swojego delegata.

GL Jak dużo czasu potrzeba na opracowanie takiego narzędzia?

Na pewno nie da się tego zrobić bardzo szybko. To fakt, że jesteśmy już po czasie, bo obowiązek RODO już wszedł, ale wciąż wiele podmiotów nie jest przygotowanych do jego należytego wypełniania. Takie narzędzie musi być przygotowane dobrze, poparte odpowiednią ekspertyzą, nie może zawierać błędów merytorycznych.

Do pracy zabieramy się już teraz, ale pamiętajmy, że sytuacja jest trudna, bo rozkopanych frontów jest wiele. Mnogość tematów, którymi trzeba się zająć, to nie lada wyzwanie.

GL Jak wyobraża pan sobie współpracę z okręgowymi komisjami stomatologicznymi?

Każda komisja okręgowa, zgodnie z regulaminem, ma zagwarantowane miejsca dla swojego przedstawiciela w Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej. Mamy ponadto do dyspozycji bardzo przydatne narzędzie w postaci listy dyskusyjnej, która pozwala na szybką konsultację. Komisja Stomatologiczna NRL jest otwarta na wszystkie problemy, a każda komisja okręgowa, niezależnie od liczby członków, ma taki sam dostęp do skorzystania z kompetencji, jakie ma NRL.

GL Jaki główny cel postawił pan przed sobą?

Zwiększenie stabilizacji podmiotów i praktyk działających na rynku stomatologicznym. Po pierwsze, poprzez zagwarantowanie im, że administracyjne obowiązki będą nakładane racjonalnie. Należy też skutecznie zareagować na praktyki nieuczciwej konkurencji, mam na myśli reklamy. Tematów jest bardzo wiele. Są wśród nich kwestie dotyczące samej podstawy zawodu, spraw związanych z etyką czy kształceniem. Pamiętajmy, że z racji tego modelu wykonywania zawodu, o którym wcześniej wspominałem, stomatolodzy narażeni są na izolację, co w niekorzystnych warunkach sprzyja powstaniu odczucia zagrożenia. Chciałbym, żeby lekarzom pracowało się bezpieczniej, by mieli komfort pracy, by wiedzieli, że zawsze mogą zgłosić się do swojego delegata, tylko muszą wiedzieć, kto nim jest.

Tym wszystkim celom trzeba nadać pewien stopień ważności, stworzyć ich gradację i konsekwentnie punkt po punkcie realizować. Nasze działania muszą być wplecione w politykę Naczelnej Rady Lekarskiej. Myślę, że nadszedł czas na bardzo asertywną postawę środowiska lekarskiego, np. wobec nie zawsze dobrze tworzonego prawa w Polsce. Dzisiaj świat wymaga wyrazistości, dlatego nasza postawa też musi być wyrazista. (P)

GL Po pierwsze, gratulujemy. Po drugie, pytamy o plany na rozpoczynającą się kadencję.

Powiem szczerze, że nie wiadomo, w co najpierw ręce włożyć, ponieważ poza ustawowymi obowiązkami izb zbiegło się kilka bardzo kosztownych, trudnych do realizacji, ważnych obowiązków: RODO, elektroniczna dokumentacja medyczna i separatory amalgamatu. To duże wyzwanie. A rozważając sprawy stomatologii, trzeba zawsze brać pod uwagę specyfikę rynku, który oparty jest w dużej mierze na praktykach indywidualnych bądź bardzo małych podmiotach leczniczych. Ogrom obowiązków spada więc na jednego lub dwóch lekarzy dentystów prowadzących działalność. Naszym zadaniem jest im pomóc, by nie musieli zastanawiać się, czy podołają wymogom administracyjnym.

GL W jaki sposób ta pomoc miałaby wyglądać, np. jeśli chodzi o RODO?

Lekarz powinien otrzymać jeszcze ściślejszą instrukcję od tej, którą już otrzymał. Na stronach OIL, a także ostatnio NIL są dostępne wzory dokumentów do wykorzystania. Nie jest to jednak takie proste, bo nie wystarczy wpisać imię i nazwisko, adres i dane. Trzeba chyba przygotować dla lekarzy narzędzie informatyczne, dzięki któremu będą mogli dokumenty te poukładać tak, by komponowały się w całość, spełniając wymogi RODO.

GL
W Y W I A D

Wiele zaczyna się tutaj

1,6 proc. Polaków w przedziale wiekowym 35-44 lata ma zdrowe przyzębie, a wśród osób w wieku 65-74 lata jedynie 0,6 proc. Nie jest dobrze.

✪ MARTA JAKUBIAK

Trwa ostatni rok realizacji projektu Europejskiej Federacji Periodontologicznej (EFP) poświęconego związkowi pomiędzy chorobami przyzębia a powikłaniami ciążowymi, który skierowany jest do lekarzy dentyków i ginekologów, a przede wszystkim do przyszłych matek. Nielezione choroby przyzębia mogą być czynnikiem ryzyka chorób serca i udarów mózgu. Udowodniono też ich dwutorowy związek z cukrzycą, a także z przedwczesnym porodem i niską masą urodzeniową dziecka.

3%
– tylu Polaków nie myje zębów w ogóle.

Z danych zebranych podczas ogólnopolskiej akcji „Po pierwsze zdrowie”, w której uczestniczyło także Polskie Towarzystwo Periodontologiczne, wynika, że 3 proc. Polaków nie szczotkuje zębów w ogóle. O higienę jamy ustnej mieszkańcy wsi i małych miast dbają zdecydowanie gorzej niż dużych miast. Raz dziennie zęby czyści 12 proc. kobiet i 25 proc. mężczyzn. Prawie 68 proc. nie używa szczoteczki elektrycznych, a 43 proc. nie zna nici dentystrycznych ani ich nie używa. 14 proc. respondentów nie było u stomatologa w ciągu ostatnich dwóch lat.

CIĄŻY NIE TRZEBA SIĘ BAĆ

– Nawet przez chwilę nie zastanawialiśmy się nad przystąpieniem do projektu EFP. Zorganizowaliśmy m.in. panel dyskusyjny z udziałem ginekologów i spotkaliśmy przyjaznym odbiorem zarówno ze strony konsultanta krajowego w dziedzinie perinatologii, prof. Mirosława Wielgośa, jak również konsultanta krajowego w dziedzinie ginekologii i położnictwa, prof. Krzysztofa Czajkowskiego – informuje prof. Renata Górską, konsultant krajowy w dziedzinie periodontologii, prezes

Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego. Dzięki tej współpracy powstał raport, który określa, jakie zabiegi profilaktyczne i lecznicze można wykonać i jakie leki zastosować u ciężarnej.

– Obserwujemy, że zarówno lekarz dentysta, jak i ciężarna pacjentka boją się podjąć jakiegokolwiek interwencji stomatologicznej w obawie, że coś może stać się dziecku. Nikt nie bierze pod uwagę, jakie będą konsekwencje braku leczenia – podkreśla dr hab. Jan Kowalski, specjalista periodontolog. Wyjaśnia, że w pierwszym trymestrze, kiedy dochodzi do tworzenia się organogenezy, można się od wykonywania zabiegów powstrzymać, ale nie ma jednoznacznych dowodów, że są szkodliwe. Często kobiety poddają się leczeniu, nie wiedząc, że są w ciąży i nie ma to złych konsekwencji dla jej przebiegu. – Na pewno drugi trymestr nie jest przeciwwskazaniem do podejmowania interwencji, np. do wykonywania zdjęć rtg., o ile są konieczne. Bardzo często słyszę od pacjentek endodontycznych, że wcześniej nie leczyły się, ponieważ były w ciąży. W drugim trymestrze nie ma przeciwwskazań, poza tymi, które występują u zdrowego człowieka, żeby leczyć zgodnie ze sztuką. To samo dotyczy skalingu i stosowania większych antybiotyków. Lekarze dentyści muszą tylko mieć na uwadze, że kobieta jest w ciąży, co niesie dodatkowe ryzyko. Leczenie absolutnie nie jest zabronione – podkreśla dr Kowalski.

ZAGROŻENIEM BRAK LECZENIA

Zapalenie dziąseł występuje u połowy kobiet w ciąży, a choroby przyzębia częściej stwierdza się u kobiet otyłych, co stanowi również istotny czynnik ryzyka rozwoju preeklampsji w ciąży. – Choroby przyzębia zwiększają ryzyko powstania

znow. stanu przedrzucawkowego, wiążącego się z niebezpiecznym wzrostem ciśnienia tętniczego krwi, białkomoczem oraz zahamowaniem wzrostu płodu – ostrzega prof. Tomasz Konopka, wiceprezes PTP, dolnośląski konsultant wojewódzki w dziedzinie periodontologii. Bakterie z tkanek przyzębia mogą przenikać do krwiobiegu, a potem zakażać łożysko i płód. Mogą również wydzielать szkodliwe toksyny, a cytokiny prozapalne pobudzać groźną dla płodu reakcję zapalną.

ŚWIADOMOŚĆ LEKARZY

Jak oceniają periodontolodzy, wiedza lekarzy praktyków odnośnie opieki stomatologicznej nad kobietami w ciąży nie jest zadowalająca. – W naszym zakładzie prowadzone były badania dotyczące związku zapalenia przyzębia z przedwczesnym porodem, niską wagą urodzeniową, a także z chorobami serca. Bardzo często rozmawiałam z kolegami lekarzami innych specjalności i wiem, że np. lekarze POZ, kardiolodzy, ginekolodzy nie mają nawyku zwracania uwagi na stan zdrowia jamy ustnej i kierowania pacjentek do odpowiednich specjalistów, a przecież jama ustna jest barometrem zdrowia ogólnego. Najlepiej współpraca układa się z diabetologami. Częściej też na stan zdrowia jamy ustnej zaczęli zwracać uwagę laryngolodzy, coraz częściej kierują pacjentów do periodontologów – podsumowuje prof. Górską.

Zaledwie 1,6 proc. Polaków w przedziale wiekowym 35-44 lata ma zdrowe przyzębie, głębokie kieszonki co czwarta osoba w tej grupie, zaś krwawiące dziąsła 15 proc. Wśród osób w wieku 65-74 lata zdrowe przyzębie ma 0,6 proc. osób, a głębokie kieszonki ponad 27 proc. osób



i problem z krwawieniem dziąseł 8 proc. – Czynnikiem najsilniej związanym z liczbą posiadanych zębów jest dochód i wykształcenie, a dopiero potem wiedza o behawiorach stomatologicznych. Im ludzie będą bogatsi i bardziej wykształceni, tym stan zdrowia jamy ustnej będzie lepszy – zauważa prof. Konopka. Podstawą dbałości o zdrowie jamy ustnej jest przede wszystkim higiena.

ELEKTRYCZNE CZY SONICZNE?

Na rynek wciąż wprowadzane są nowe produkty. Dzięki badaniom można w sposób obiektywny ocenić, czy rzeczywiście coś wnoszą, czy są jedynie produktem atrakcyjnie promowanym i nie wyróżniają się niczym szczególnym. – Jeżeli pacjent w ciągu trzech tygodni nie jest w stanie przyswoić sobie, po instruktarzu, prawidłowych zasad szczotkowania i za każdym razem, kiedy przychodzi, stwierdzam, że ma płytkę nazębną, a także pojawiają się złogi twarde – mineralizacja zaczyna się w ciągu 2-3 dni – jest to wystarczający powód, żeby rekomendować mu zakupienie szczoteczki elektrycznej. Z doświadczenia wiem, że pacjenci, którzy używają szczoteczek elektrycznych, mają zdecydowanie lepszą higienę jamy ustnej, zwłaszcza dotyczy to mężczyzn – zauważa prof. Górka.

– Szczoteczki ultradźwiękowe stworzono z myślą o tym, by nie było konieczności dodatkowego czyszczenia przestrzeni międzyzębowych. Uważano, że fala ultradźwiękowa dezaktywuje bakterie. Taka była idea. Badania randomizowane na podwójnie ślepej próbie pokazały

jednak, że tak nie jest – wyjaśnia dr Maciej Nowak, mazowiecki konsultant wojewódzki w dziedzinie periodontologii. Okazało się, że szczoteczki, które były dedykowane przestrzeniom międzyzębowym i miały przeważać nad tymi 3D (oscylacyjno-rotacyjno-pulsacyjnymi), wcale takiej przewagi nie mają. Są porównywalnie skuteczne, a niektóre badania dowiodły nawet, że szczoteczki 3D mają wyższość nad sonicznymi.

Do czyszczenia przestrzeni międzyzębowych wciąż potrzebna jest nitka dentystyczna – w przypadku pacjentów zdrowych, a w przypadku tych z chorobą przyzębia niezbędne są specjalne szczoteczki międzyzębowe przeznaczone do tego celu. – To jeden z lepszych wynalazków wprowadzonych na przestrzeni ostatnich lat – ocenia prof. Górka.

ILE RAZY SZCZOTKOWAĆ?

– Jeżeli ktoś chce czyścić zęby po każdym posiłku, oczywiście może to robić. Z badań wynika jednak, że czyszczenie zębów dwa razy dziennie – rano i wieczorem – jest wystarczające, pod warunkiem jednak, że robi się to skutecznie – również oczyszczając przestrzeń międzyzębową – wyjaśnia prof. Konopka. Jeżeli czyści się zęby nawet pięć razy, ale nieskutecznie, to strata czasu. Lepiej poświęcić go na dokładne oczyszczenie zębów dwa razy w ciągu dnia. – Można sprawdzić, czy pacjent oczyszcza zęby skutecznie, używając tabletek wybarwiających. Bardzo często stosuje je u dorosłych. To działa. Osobiście nie jestem zwolenniczką szczotkowania zębów pięć razy dziennie. Wystarczy dwa razy, ale dokładnie.

Higiena, higiena i raz jeszcze higiena – zarówno w profilaktyce, jak i w leczeniu – podkreśla prof. Górka.

PRZED ŚNIADANIEM CZY PO?

– Minimalny schemat to dwa plus jeden – uważa prof. Konopka. I dodaje, że zęby powinno się czyścić tuż po przebudzeniu, a wieczorem przed położeniem się spać, i koniecznie z oczyszczeniem przestrzeni międzyzębowych. Dlaczego szczotkować przed śniadaniem, a nie po nim? Ponieważ po całej nocy na zębach gromadzi się osad i namnażające się w okresie nocnym bakterie oraz złuszczone nabłonek. – Badania pokazują, że szczotkowanie musi być zrobione bezpośrednio po nocy. Osobiście szczotkuję zęby zarówno po obudzeniu się, jak i po śniadaniu, by przygotować się odpowiednio do pracy – śmieje się wiceprezes PTP.

POTRZEBNA WSPÓŁPRACA

– Na służówkach zna się niewiele osób, a chorób w tym obszarze jest bardzo wiele. Kiedy laryngolodzy, badając gardło, widzą zmiany, przysyłają do nas pacjentów. Widzą patologię, ale nie zawsze wiedzą, jakie może być rozpoznanie, podobnie jak my nie wypowiadają się na temat zmian laryngologicznych. Często są to niestety zmiany przedrakowe. Diagnozujemy też wiele chorób skórnych, które dają objawy wyłącznie w jamie ustnej – mówi prof. Górka.

Pacjent onkologiczny to ogromny problem w stomatologii. – Bardzo ważną rzeczą jest profilaktyka – podkreśla prof. Konopka. W związku ze zmianami obyczajowości jama ustna staje się miejscem, gdzie egzemplifikują się choroby przenoszone drogą płciową, następuje transmisja patologii związanych z wirusami HPV. – To nowe zjawisko, które obserwujemy u młodych ludzi. Bardzo ważne jest ich wczesne wykrywanie – zauważa prof. Konopka. Moment zgłoszenia się pacjenta z nowotworem jamy ustnej do leczenia jest bardzo istotny. – Jako stomatolodzy jesteśmy lekarzami pierwszego kontaktu, ale niestety jest ogromne pole do działania także dla lekarzy innych specjalności, którzy powinni w choć minimalnym stopniu interesować się stanem zdrowia jamy ustnej swoich pacjentów – podsumowuje prof. Górka. (P)

O jakość edukacji

Z prof. **Marzeną Dominiak**, prezydentem Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

GL PTS to jedno z najdłużej działających towarzystw dentystycznych w Polsce. Jaką drogę przeszło od początków do współczesności?

Można śmiało powiedzieć, że generalnie była to droga równoległa do drogi rozwoju polskiej stomatologii, przynajmniej tej powojennej. Inicjatywa założenia towarzystwa była wyznacznikiem potrzeb tamtych czasów. Lekarze dentyści próbowali już wcześniej organizować się wokół własnego zawodu, ale z różnych powodów ich działania nie przybierały twarzy oficjalnej organizacji. W tamtym czasie swojej roli nie spełniły nawet izby lekarsko-dentystyczne, które szybko zostały rozwiązane. PTS powstało w podobnym momencie, kiedy organizowali się pediatrzy, ginekolodzy, kardiologowie. Upór ojców założycieli doprowadził do tego, że już dwa lata od założenia towarzystwa uchwalono statut. Dalszą drogę – do współczesności – wyznaczał rozwój stomatologii. Wraz z ewolucją poszczególnych specjalizacji pojawiały się kolejne, tematyczne sekcje PTS. Ich członkom zawsze towarzyszyła chęć pogłębiania nauk stomatologicznych i przekładania wiedzy na codzienną praktykę. Nie inaczej jest dziś.

GL Przez te lata na pewno zmieniały się cele i priorytety, które z nich dominują obecnie?

Priorytety twardo określa statut, jednak zmieniają się czasy i sposoby realizacji jego założeń. Dziś stanie na straży wiedzy oznacza zupełnie coś innego niż dekadę czy kilka dekad temu. Rynek stomatologiczny jest nabrzmiały od szkoleniowych ofert, wydawałoby się więc, że stanowi wręcz edukacyjny raj. Stomatolog mógłby właściwie edukować się każdego dnia tygodnia. PTS pod moim przewodnictwem zadaje jednak pytania o jakość tej edukacji. Priorytetem PTS jest pełnienie roli edukacyjnego drogowskazu dla wszystkich, którzy chcą leczyć nowoczesnie i bezpiecznie. Mam przez to na myśli dostarczanie tej wiedzy, kreowanie okazji do jej zdobywania, uważną obserwację rynku. To nie jest łatwa rola, jednak w naszym przekonaniu potrzebna.

GL Ilu członków liczy PTS i na jakie profity mogą oni liczyć z tytułu tej przynależności?

Obecnie jest nas około 2500 i nie ma co ukrywać, że w ostatnich latach liczba członków drastycznie spadła. Nie starczyłoby tu miejsca na analizę, dlaczego tak się stało, ale

PTS

ma być przede wszystkim zespołem ludzi stanowiącym siłę napędową polskiej stomatologii.

pamiętajmy, że zawód stomatologa uwolnił się od państwowego systemu opieki zdrowotnej, lekarze stali się przedsiębiorcami, od których wymaga się sprawnego poruszania się w gąszczu przepisów. Przynależność do towarzystwa naukowego straciła więc na znaczeniu, bo istotą dnia codziennego jest biznesowa rzeczywistość.

PTS „został” po stronie nauki, a na tym polu w szalonym tempie rozwinęła się konkurencja. Czasy sprawiły, że coraz mniej modne stało się utożsamianie z towarzystwem naukowym, ale nie należy zapominać, że powstawały towarzystwa tematyczne. Stanowią one jednak tylko punkt wyjścia dla naszych projektów. Stomatolodzy rozumieją, że potrzebują sprawdzonych źródeł wiedzy oraz organizacji, która będzie ich głosem. A więc jesteśmy. Wchodząc z projektem „PTSodnowa”, który ma wprowadzić dopiero kilka miesięcy, już czujemy, że jesteśmy potrzebni i konsekwentnie realizujemy oczekiwania lekarzy dentyków w tym zakresie. Stomatolodzy, ale nie tylko – do współpracy zapraszamy wszystkich uczestników branży – są świadomi profitów z członkostwa.

GL Towarzystwu od blisko 70 lat towarzyszy znak towarowy identyfikujący stowarzyszenie lekarzy dentyków i ich działalność w różnych statutowych obszarach. Gdzie można go spotkać?

Chcemy być wszędzie tam, gdzie dzieje się coś dobrego dla polskiej stomatologii, a nawet szeroko rozumianej medycyny. Wspieramy takie projekty, za którymi przemawia chęć dialogu, współpracy, realizacji celów istotnych dla branżowej społeczności oraz pacjentów. Przyjęliśmy pozycję otwartą. Nie każdy projekt może liczyć na naszą akceptację, ale każdy może się o nią ubiegać. Oczywiście nie jest tak, że jesteśmy wyłącznie uczestnikami. Szkolenia realizowane w oddziałach PTS w całym kraju, Kongres Unii Stomatologii Polskiej czy Kongres Stomatologów Polskich (2019 r.) to wydarzenia, przy których znak PTS prezentuje się najbardziej godnie.

GL Znak towarowy to wizytówka PTS. Jaka jest istota Znak Akceptacji i kto oraz na jakich zasadach może z niego korzystać?

Zasada jest prosta – Znak Akceptacji PTS uzyskuje produkt, który faktycznie jest dobry, a to określają dokładne badania podstawowe (eksperymentalne) i kliniczne. Nie



ma tu miejsca na pomyłki czy luźne traktowanie tematu. Chcemy, aby Znak przynosił korzyści producentom, a te pojawiają się wyłącznie wtedy, kiedy odbiorcy ich produktów uwierzą, że za jego przyznaniem stoją bezstronni fachowcy oraz rzetelna organizacja.

GL PTS ewoluuje, co chciałaby pani zmienić za swojej prezydentury?

PTS przede wszystkim ma być zespołem ludzi stanowiącym siłę napędową polskiej stomatologii. Szkoda byłoby nie wykorzystać potencjału i tradycji tej organizacji. Towarzystwo ma dostarczać rzetelnej i sprawdzonej wiedzy, współpracować z biznesem, prowadzić dialog ze specjalistami innych dziedzin medycyny. Ma wspierać rozwój zawodów, bez których trudno o dobrą pracę stomatologa, a więc higienistek i asystentek. Wreszcie ma także edukować społeczeństwo w zakresie zdrowia jamy ustnej, co już zresztą skutecznie zaczęliśmy w ramach kampanii „Polska mówi aaa”, wspierającej obchody Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej. Nie wyobrażam sobie, aby PTS nie było pytane o zdanie w kwestii zmiany przepisów czy generalnie organizacji systemu opieki zdrowotnej. Na sercu leży nam również rozwój kształcenia akademickiego, który stanowi przecież podstawy stomatologii.

ZAMIERZAMY JAKO PTS, WSPÓLNIE Z REPREZENTANTAMI OŚRODKÓW UNIwersyteckich ORAZ SAMORZĄDU LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW, URUCHOMIĆ CYKL TRZYLETNICH SZKOLEŃ MASTER W IMPLANTOLOGII CZY ORTODONCJI, KTÓRE BĘDĄ RODZAJAMI STUDIÓW PODYPLOMOWYCH.

**▲ Prof. Marzena Dominiak:
– Priorytetem PTS jest pełnienie roli edukacyjnego drogowskazu dla wszystkich, którzy chcą leczyć nowocześnie i bezpiecznie.**

GL Za chwilę doroczne targi CEDE i towarzyszący im 2. Kongres Unii Stomatologii Polskiej. Jaki udział w tym wydarzeniu będzie miał PTS?

Mocno wierzę w projekt „PTSodnowa”, ponieważ w sposób bardzo praktyczny łączy naukę z biznesem. Dziś wymagania wobec stomatologów są bardzo wysokie – zresztą częściowo sami sobie je narzuciliśmy – a rynek jest mocno konkurencyjny. Aby nie zostać w tyle, trzeba znać aktualne standardy leczenia, przepisy prawne, umieć komunikować się z pacjentem i dodatkowo mieć choćby podstawowe rozeznanie z zakresu promocji czy marketingu. Do tego wszystkiego potrzebny jest nowoczesny sprzęt i dobrze byłoby, aby lekarz dentysta potrafił go w pełni wykorzystać. I tutaj naprzeciw tym potrzebom wychodzi wystawa CEDE i towarzyszący jej Kongres Unii Stomatologii Polskiej.

Główną korzyścią z uczestnictwa w tych wydarzeniach ma być konfrontacja własnych umiejętności z najnowszymi trendami w tej dziedzinie. Rolą Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego jest integracja biznesu z nauką oraz koordynacja tzw. Unii Stomatologii Polskiej, czyli nieformalnego porozumienia najważniejszych towarzystw naukowych, podczas procesu powstawania programu edukacyjnego. Jestem zbudowana, w jaki sposób dojraliśmy do przedstawienia wspólnej propozycji agendy wykładów i warsztatów. To wiedza potrzebna każdemu lekarzowi dentyście, szczególnie ogólnie praktykującemu.

GL Wiadomo, że w stomatologii za dynamicznie zmieniającym się rynkiem i za nowoczesnością musi iść kształcenie lekarzy dentystów. Jak Towarzystwo wpisuje się w te realia?

Staramy się być głosem rozsądku w dyskusji o limitach przyjęć na wydziały lekarsko-dentystyczne, zwracając uwagę, że problemem są nie liczby, a algorytm, który nie ujmuje szerokiej perspektywy problemu. Oczywiście dostrzegamy kwestię niewystarczającej liczby miejsc specjalizacyjnych. Dużo uwagi poświęcamy stworzeniu systemu kursów certyfikujących, rekomendujących wybrane umiejętności w stomatologii. Współpracujemy w tym zakresie z Naczelną Izbą Lekarską oraz jej Ośrodkiem Doskonalenia Zawodowego.

Zamierzamy jako PTS, wspólnie z reprezentantami ośrodków uniwersyteckich oraz samorządu lekarzy i lekarzy dentystów, uruchomić cykl trzyletnich szkoleń master w implantologii czy ortodoncji, które będą rodzajami studiów podyplomowych. Prowadzimy dialog w tej sprawie z konsultantami. Specjalną troską otaczamy studentów, w których widzimy przyszłość polskiej stomatologii. Porozumienie podpisane z Polskim Towarzystwem Studentów Stomatologii pozwala młodym adeptom zawodu na korzystne przejście w „dorosłe” struktury. Pracujemy nad Akademią Wiedzy i Praktyki PTS, która podobnie jak Kongres Unii Stomatologii Polskiej ma dostarczać wiedzę na najwyższym poziomie. Myślę, że doskonale rozumiemy wspomniane wyżej realia. ○



Jolanta Małmyga
Sekretarz kolegium
redakcyjnego „Gazety Lekarskiej”

Polskie wakacje czy zdziczenie obyczajów?

*Są osoby, które się pamięta i osoby,
o których się śni*

Carlos Ruiz Zafon

Sezon urlopowy i wakacje. Młodzież po trudach nauki może w końcu odpocząć, ale i rodzice mają do tego prawo. Pytanie tylko, jak i gdzie. Tych, których stać na wyjazdy poza granice naszego kraju, wybrali mniej lub bardziej ekskluzywne miejsca odpoczynku. Można też urlopować w Polsce, przecież mamy wiele atrakcyjnych miejsc: góry i morze oraz inne ciekawe rejony, które warto poznać. Jednak pewnie większość młodych mimo 500 plus pozostanie w miejscu swego zamieszkania i absolutnie nie będą z tego powodu zasmuceni, gdyż będą mogli na luzie przebywać ze swoimi kolegami i robić to, na co mają ochotę, gdyż mniej lub bardziej zapracowani rodzice nie będą mieli czasu ich kontrolować.

Byłam świadkiem, jak przyszłość naszego narodu potrafi się zachowywać. W sklepie starsza pani poprosiła młodą „damę” w wieku 17-18 lat, wagi około 80 kg, z wytatuowanymi motylkami na udach (grubości co najmniej dwóch starszej pani) o pozwolenie przejścia do kasy tylko z jednym zakupem, ponieważ dziewczyna czekała na swojego kolegę z pełnym wózkiem zakupów, który jeszcze nie dotarł do kasy. Oburzona panienka donośnym głosem wyraziła swoje niezadowolenie, używając wielu słów z ulicznej łaciny, o czym głośno na cały sklep poinformowała kolegę. Zachowanie panienki sparaliżowało wszystkich klientów, najbardziej profesjonalnie zachowała się kasjerka, która szybko obsłużyła starszą panią w obawie przed rękoczynami młodej damy o kształtach delfina i agresji rekina ludożercy.

Dla wielu mieszkańców większych czy mniejszych miast wakacje wcale nie kojarzą się ze spokojem i wypoczynkiem, gdyż wtedy młodzi idą na całość. W tzw. blokowiskach, ale i na polach namiotowych odbywają się spotkania z głośną muzyką, zakrapiane piwkiem i nie tylko. Do tego dołączają się amatorzy szalonej jazdy samochodowej i motocyklowej, z piskiem opon jeżdżący po ulicach osiedli. Rośnie pokolenie, które nie umie się zachować, nieposiadające żadnych autorytetów i szacunku dla ludzi starszych. Szkoła i rodzice nie mają wpływu na zachowania większości wyluzowanej młodzieży. Jest także przyzwolenie władzy na karygodne zachowania pewnych grup osób głoszących nacjonalistyczne hasła. Również stróżę porządku nie reagują, ponieważ i tak nie będą w stanie ich skontrolować, przecież o wiele łatwiej jest wypisywać mandaty ludziom przechodzącym w pobliżu centrów handlowych przez ulicę, niestety wcale nie na pasach, których w tych miejscach nie wyznaczono. O wiele prościej jest również pilnować porządku podczas spotkań przedwyborczych naszych parlamentarzystów (jedynę słuszną partii), aby legitymować i spisywać dane osób zadających tzw. niewłaściwe pytania. Dobrym przykładem nie są zapewne obrady sejmu, podczas których wypowiedzi niektórych posłów przypominają mi pannę ze sklepu i tylko czekam, kiedy dojdzie do rękoczynów. Motywem przewodnim przyświecającym prawie wszelkim poczynaniom są pieniądze i to niekoniecznie zdobywane ciężką pracą. Młodzi to widzą i nie dziwi mnie zbytnio, że takie wzorce są łatwiejsze do naśladowania.

Wierzę, że piękna i słoneczna pogoda wakacyjna skłoni, przynajmniej niektórych, do zastanowienia się nad wyborem dobrych wzorców, które można przekazać przyszłym pokoleniom naszych rodaków. Tylko czy będą chcieli je przyjąć do wiadomości i zapamiętać? 

Z udarem na toksykologię

„Naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu” [art. 1. ust. 3]. „Lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas” [art. 8 KEL].

Pod koniec czerwca do 34-letniej pacjentki zostało wezwane pogotowie ratunkowe. Przybyły na miejsce zespół z lekarzem zastał pacjentkę w stanie ogólnym średnim.

U chorej od trzech godzin występował ból głowy w okolicy czołowo-skroniowej, który nie ustąpił po zażyciu trzech tabletek przeciwbólowych, a także wymioty. Z relacji osoby towarzyszącej wynikało, że od pewnego momentu nastąpiło pogorszenie kontaktu pacjentki z otoczeniem, jej mowa stała się niewyraźna i wystąpił niedowład lewej kończyny górnej. Ustalono również, że kobieta od kilku lat przyjmowała (stale) leki antykoncepcyjne, a tego dnia spożywała alkohol w małych ilościach. Miała wysokie ciśnienie tętnicze.

Podjęto decyzję o przewiezieniu chorej w trybie pilnym na SOR-u, z podejrzeniem udaru mózgu. Przyjmujący

chorą obwiniony lekarz (specjalista chirurg) rozpoznał na podstawie pospiesznych i powierzchownych oględzin zatrucie alkoholem i lekami, i odesłał do oddziału toksykologicznego. Tam lekarz postawił jednak (na podstawie wywiadu i badania) rozpoznanie incydentu mózgowego i odesłał pacjentkę do kierującego ją SOR, jednocześnie wykluczając zatrucie. Zalecił wykonanie konsultacji neurologicznej i TK. Badania te potwierdziły rozpoznanie pękniętego tętniaka i krwotoku mózgowego. Na podstawie całości obrazu klinicznego pacjentkę zakwalifikowano do kraniotomii, w czasie której ewakuowano krwiaka, a kość pokrywy czaszki wszczepiono do powłok brzusznych. Pacjentkę w stanie ciężkim, nieprzytomną, przekazano do kliniki anestezjologii i intensywnej terapii, gdzie przebywała ponad tydzień. Stamtąd została przekazana do kliniki neurologii. W trakcie hospitalizacji

pacjentka przeżyła dwa udary niedokrwienne w zakresie obu tętnic MCA, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, a także bakteriemie. Mimo prowadzenia wielokierunkowej terapii, jej stan wciąż się pogarszał. W połowie października zmarła.

Okręgowy sąd lekarski orzekł, że obwiniony lekarz dopuścił się przewinienia zawodowego polegającego na naruszeniu art. 8 i art. 1 ust. 3 Kodeksu Etyki Lekarskiej i wymierzył mu karę pieniężną w wysokości czterokrotnego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, tj. 16 978, 32 zł, z przeznaczeniem na cel charytatywny.

Pełnomocnik obwinionego od powyższego orzeczenia OSL złożył odwołanie do Naczelnego Sądu Lekarskiego. NSL uznał je za niezasadne i utrzymał w mocy orzeczenie sądu pierwszej instancji. ○



Grzegorz Wrona

Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

KOMENTARZ

Ta sprawa znalazła swój finał w związku ze złożoną przez obrońcę kasacją w Sądzie Najwyższym. Sąd kasację oddalił jako oczywiście bezzasadną. Analizując przebieg postępowania ex post, może warto sobie zadać kilka pytań. Dlaczego w niechętny i nieufny sposób przyjmujemy na SOR-ach i w izbach przyjęć wywiad przekazywany o chorych przez kierujących do hospitalizacji lekarzy zespołów ratownictwa medycznego? Czy jedyną przyczyną jest brak czasu? Dlaczego nie dokonując rzetelnego badania, nie dokonując choćby kilkuminutowej osobistej obserwacji, nazbyt chętnie wykluczamy postawione przez naszego

kolegę rozpoznanie i odsyłamy chorego? Dlaczego, znając skutek naszego zaniechania lub zaniedbania, słuchając krytycznych uwag kolegów, pozostajemy w przekonaniu swojej nieomyślności?

Może warto zastanowić się także nad wymiarem orzeczonej kary. Oczywiście nie na miejscu jest pytanie, ile kosztuje życie. Spotykam się ostatnio dość często z orzeczeniami nakładającymi kary pieniężne. Nie mam wątpliwości o współmierności tych kar w przypadkach uczestnictwa lekarzy w reklamach, prezentujących postawy antyzdrowotne, konfliktów wewnątrz korporacyjnych. Nasuwają się jednak wątpliwości, nie tylko mnie, czy w sytuacjach narażenia zdrowia lub życia chorego kara pieniężna, choćby najwyższa, jest właściwa. ○

Zorientowana na pacjenta



Lucyna
Krysiak

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

GL
WYWIAD

Z prof. **Zbigniewem Gaciongiem**, prezesem
Polskiego Towarzystwa Medycyny Personalizowanej,
rozmawia **Lucyna Krysiak**.

GL PTMP to najmłodsze dziecko wśród medycznych towarzystw naukowych. Liczy sobie zaledwie kilka lat. Co zdecydowało o jego powołaniu?

Grupa inicjatywna była duża, jednak najważniejsze, że idea zaistniała w wielu głowach jednocześnie i byli to lekarze różnych specjalności, głównie onkolodzy, którzy już zetknęli się z medycyną personalizowaną w świecie i osoby, które mają doświadczenie w wykorzystaniu metod analizy molekularnej w praktyce klinicznej. Chcieli się tą wiedzą podzielić i zaszczerpić na gruncie polskim. Towarzystwo ma być jej przekaznikiem poprzez wykłady, konferencje, sympozja, publikacje. Stało się też narzędziem do rozmów z decydentami na temat korzyści wynikających z rozwijania tego kierunku leczenia w medycynie. Jako najmłodsze dziecko wśród lekarskich towarzystw naukowych mamy jednak prawo do błędów, ale staramy się na nich uczyć i stawiać sobie coraz bardziej ambitne cele.

GL Jakież?

Medycyna personalizowana (ang. personalized healthcare, personalized medicine) to koncepcja, która opiera się na zrozumieniu różnic między pacjentami chorującymi na tę samą chorobę i na jednoczesnym poznawaniu złożoności chorób. Dzięki tej wiedzy możliwe jest dobieranie odpowiednich terapii do konkretnych grup pacjentów, co pozwala przewidzieć, czy określona terapia okaże się dla nich skuteczna. Medycyna personalizowana oznacza ściśle współdziałanie diagnostyki i terapii, ponieważ to właśnie precyzyjne metody diagnostyczne pomagają ustalić różnice między chorującymi na tę samą chorobę pacjentami, a następnie dopasowywać leczenie do konkretnych grup pacjentów. Zasady medycyny personalizowanej już znajdują praktyczne zastosowanie w wyborze optymalnej terapii raka piersi, płuca czy czerniaka. Wiedza o ludzkim genomie i wysokonakładowego genotypowania pozwala na wykrycie indywidualnych różnic pomiędzy poszczególnymi postaciami choroby i wybór skutecznej, celowanej terapii. Dowodem zrozumienia znaczenia medycyny personalizowanej jest uruchomienie w wielu krajach inicjatyw, które promują i finansują badania w tej dziedzinie. PTMP jako towarzystwo naukowe chce popularyzować tę dziedzinę, pokazywać jaki tkwi w niej potencjał.

Jesteśmy także członkiem działającej w Polsce Koalicji na Rzecz Medycyny Personalizowanej. Istnieje również Europejska Koalicja Medycyny Personalizowanej (The European Alliance for Personalised Medicine), która łączy organizacje pacjentów i ekspertów, a jej głównym celem jest zwiększenie dostępności do personalizowanej terapii i diagnostyki.

GL Czy w medycynie personalizowanej różnimy się poziomem od innych krajów europejskich?

Jeśli chodzi o narzędzia, którymi się posługujemy, metody diagnozowania i leczenia, różnic nie ma. Jeśli chodzi o poziom badań podstawowych, które są źródłem innowacji w medycynie (np. poszukiwania istoty zmian w komórkach nowotworowych, które pozwalają na opracowanie celowanej terapii), bez wątpienia jest on nieporównywalnie wyższy na Zachodzie. Podstawą medycyny personalizowanej są badania nad ludzkim genomem i wykorzystanie wiedzy z zakresu genetyki, genomiki i proteomiki. Badania te są bardzo kosztowne, co ogranicza ich prowadzenie w Polsce. Finansowane są głównie jako badania naukowe prowadzone na małą skalę. Na świecie takie projekty są finansowane zarówno przez różne agendy rządowe, jak i przemysł farmaceutyczny. Przykładowo, w Wielkiej Brytanii rozpoczęty został projekt 100 000 genomów, którego celem jest poznanie dokładnej sekwencji DNA pacjentów oraz ich rodzin. Do projektu włączane są osoby z niektórymi chorobami rzadkimi i nowotworami. Podobne analizy, obejmujące jeszcze większe grupy, przekraczające 1 mln badanych, toczą się w wielu miejscach naszego globu. W Chinach taki projekt finansują władze prowincji Jiangsu. W Stanach Zjednoczonych prezydent Obama podpisał odpowiedni akt prawny dotyczący finansowania badań, tzw. Cancer Moonshot 2010.

GL A terapie stosowane w medycynie personalizowanej?

Z tym jest znacznie lepiej, ponieważ leki stosowane w medycynie personalizowanej są zarejestrowane, przetestowane, sprawdzone, jednak w znacznej mierze nierefundowane. Ale są programy lekowe, dzięki którym pacjenci je otrzymują – np. w leczeniu czerniaka, raka płuca, jelita grubego.

GL Na czym polega fenomen medycyny personalizowanej?

Od wielu lat wiadomo, że na tę samą chorobę ludzie chorują inaczej. W medycynie personalizowanej leczenie dostosowuje się więc do konkretnego pacjenta, a nie do choroby. To może wynikać z tego, że jesteśmy genetycznie różni. Zatem choroba, która wydaje się u jednej i u drugiej osoby taka sama i histopatolog stwierdza to badaniem histopatologicznym, badania molekularne już tego nie potwierdzą a wręcz wykażą, że mamy do czynienia z dwiema różnymi chorobami. Przykładowo czerniak – nowotwór złośliwy, który może doprowadzić do śmierci w ciągu kilku miesięcy, leczony zgodnie z zasadami medycyny personalizowanej pozwala tym chorym żyć znacznie dłużej. Badania molekularne wykazały bowiem, że u części pacjentów występuje mutacja genu BRAF V600, dla której opracowano swoisty lek hamujący rozwój czerniaka, co przedłuża życie pacjentów o wiele lat. Lista chorób, w których stosowane są celowane terapie, liczy już kilkaset pozycji. Można więc powiedzieć, że jest to medycyna zorientowana na pacjenta.

GL Gdzie się sprawdza najbardziej?

W onkologii. Nowotwory są po chorobach układu krążenia największym wyzwaniem i tutaj wciąż szuka się nowych rozwiązań. PTMP wspólnie z Koalicją na Rzecz Medycyny Personalizowanej dążą do tego, aby zwiększyć dostępność do molekularnych badań diagnostycznych oraz by badania te były najwyższej jakości, Polskie Towarzystwo Genetyki Klinicznej oraz Koalicja działają na rzecz wprowadzenia i przestrzegania standardów w tej dziedzinie. Problem jest w tym, że na rynku badań mogą funkcjonować tzw. produkty domowego wyrobu i tutaj kłania się kwestia kontroli, akredytacji i certyfikacji takich laboratoriów. Sprawa jest jednak złożona, ponieważ nie dla wszystkich mutacji takie gotowe zestawy są dostępne, pozostaje więc kwestia nadzoru i kontroli laboratoriów. Rozwiązaniem byłoby scentralizowanie tych badań.

GL Czy każdy lekarz może stosować tego rodzaju leczenie?

Tak, ale nie ma takiej specjalizacji jak medycyna personalizowana, dlatego wiedzę na ten temat uczelnie medyczne powinny wprowadzać do programów nauczania, a także do programów kształcenia podyplomowego. Do niedawna wiedza ta była domeną onkologów, obecnie zaczyna się rozszerzać na specjalistów np. chorób zakaźnych, kardiologów i lekarzy wielu innych specjalności. Jednak wciąż jest za mało informacji na ten temat. Trzeba też odróżnić medycynę precyzyjną od medycyny personalizowanej, ponieważ moim zdaniem to są odrębne pojęcia.

GL To jest pojęcie szersze.

Medycyna precyzyjna – to lepsze poznanie samej choroby, szczególnie ważne w odniesieniu do nowotworów, gdzie istotne różnice widoczne są niejednokrotnie dopiero na poziomie molekularnym. Ogromne nadzieje wiąże się z poznaniem predyspozycji do szeregu chorób, ich przebiegu



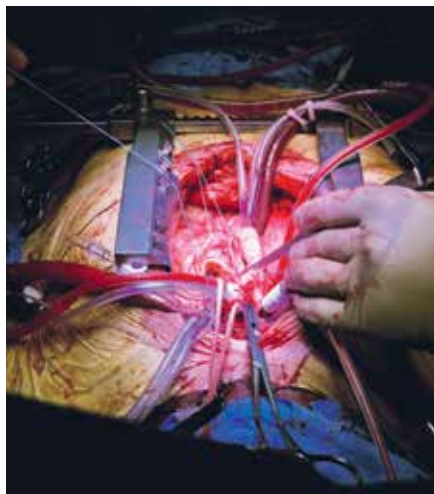
**^ Prof. Zbigniew Gaciong:
– Personalizacja pozwoli na ograniczenie niepotrzebnych terapii.**

i odpowiedzi na leczenie uwarunkowanych cechami genetycznymi pacjenta a nie samej choroby. Przypuszcza się, że szczegółowe poznanie genomu każdego z nas pozwoli na precyzyjne określenie ryzyka określonych chorób, poprzez wykrycie nosicielstwa wariantów genów z nimi związanych. Dotychczasowe dane nie potwierdzają tego założenia i wiele z wykrytych wariantów genów w niewielkim stopniu wpływa na istniejące ryzyko. W odniesieniu do większości chorób – w tym także nowotworów, prawdopodobieństwo zachorowania w największym stopniu wiąże się z czynnikami środowiska i stylem życia. W niektórych przypadkach wykrycie genetycznego podłoża nie doprowadziło do wprowadzenia nowych rodzajów terapii. Przykładowo, w ciągu 25 lat od odkrycia mutacji w genach BRCA1/2, które zwiększają ryzyko raka sutka i jajnika, śmiertelność związana z rakiem sutka zmniejszyła się o 1/3, lecz nie ma to związku z żadną „personalizowaną terapią”.

GL Mówi się, że medycyna personalizowana to medycyna wielkich szans.

Zgadzam się, personalizacja pozwoli na ograniczenie niepotrzebnych terapii i przyczyni się do redukcji kosztów pośrednich związanych z chorobą (świadczenia rentowe, hospitalizacje z powodu powikłań czy postępu choroby). Medycyna personalizowana oznacza ściśle współdziałanie diagnostyki i terapii, ponieważ to właśnie precyzyjne metody diagnostyczne pomagają ustalić różnice między chorującymi na tę samą chorobę pacjentami, a następnie dopasowywać leczenie do konkretnych grup pacjentów. Diagnozowanie choroby na poziomie molekularnym pozwala na tworzenie leków bezpieczniejszych i w długim okresie bardziej opłacalnych. Należy także pamiętać o zagrożeniach. W miarę postępu wiedzy o różnicowaniu naszego gatunku możemy wykrywać warianty genetyczne związane z ryzykiem szeregu chorób. Istnieje potencjalne zagrożenie, że taka informacja może zostać niewłaściwie wykorzystana, na przykład przez towarzystwa ubezpieczeniowe. 

Dla kogo nowe serce?



Na transplantację serca w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu czeka 260 chorych, z czego 10-15 proc. to przypadki pilne. Wykonuje się tutaj najwięcej przeszczepień w kraju. Tutaj także niedawno przeprowadzono pierwsze w Polsce trzy udane retransplantacje.

◉ RYSZARD GOLAŃSKI, MARTA JAKUBIAK, LIDIA SULIKOWSKA

Na miejscu czeka na nas Bogumiła Król z Biura Koordynacji Transplantacji Serca SCCS. – Prof. Marian Zembała przekazał mi wcześniej, że państwo przyjadą. Będziemy musieli jakoś poradzić sobie pod jego nieobecność – mówi już na wstępie. Od razu jedziemy na pierwsze piętro budynku C, gdzie mamy spotkać się z jego synem, doc. Michałem Zembalą, specjalistą kardiochirurgiem transplantologiem, kierownikiem Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii, Transplantologii, Chirurgii Naczyniowej i Endowaskularnej SUM.

W drodze Bogumiła Król wyjaśnia, że rocznie udaje się pomóc 10-20 proc. chorym oczekującym na serce z listy pilnej. Do czasu upragnionej operacji pacjenci muszą przebywać w szpitalu, są na mechanicznym wspomaganie krążenia albo balonie wewnątrzaoortalnym, zależni od leków inotropowych. – W naszym ośrodku najdłużej czekała na

serce 25-letnia kobieta cierpiąca na kardiomiopatię pozapalną, 160 cm wzrostu, z grupą krwi AB, czyli najrzadszą w populacji polskiej. Po 10 latach dostała nowe serce. Teraz jest coachem naszych wioślarzy, medalistów olimpijskich. To doświadczenie sprawiło, że musiała nauczyć się skutecznej motywacji, by osiągnąć cel. Teraz wspiera innych – opowiada pani Bogusia.

POTRZEBNE OD ZARAZ

Na miejscu czas oczekiwania na doc. Zembalę nieco się przedłuża. Trwa spotkanie kwalifikujące do przeszczepienia. W końcu jednak udaje się znaleźć chwilę. – Liczba osób oczekujących na transplantację serca w trybie pilnym to obecnie 25 dorosłych i pięcioro dzieci, w trybie planowym 201 chorych i 30 małych pacjentów, natomiast na przeszczepienie płuc oczkuje 54 chorych. Ogólnowiatowy trend ostatnich lat jest jednak taki, że przeszczepia się coraz mniej serc. W związku z tym, że środowisko anestezyjologiczne niechętnie zgłasza dawców,

▲ Trwa operacja wymiany zastawki aortalnej, mitralnej i trójdzielnej.

szuka się innej drogi pomocy. Bardzo intensywnie rozwija się obszar mechanicznego wspomaganie krążenia. To sprzęt bardzo dobrej jakości, który pozwala osiągnąć dobre wyniki leczenia. Przemysł mocno promuje sztuczne komory, dlatego na świecie implantuje się ich coraz więcej – wyjaśnia Michał Zembała. – Do niedawna wykorzystywano je jedynie jako pomost do transplantacji serca, teraz w wielu przypadkach to terapia docelowa. Niemieccy pacjenci dostają sztuczne komory, które wymieniane są po 6-7 latach. Polscy pacjenci również je mogą dostać, dysponujemy najnowocześniejszymi technologiami, ale to, co odróżnia nas od Niemców, to pieniądze w systemie. Komora kosztuje 300-400 tys. zł, podczas gdy operacja transplantacji serca około 100 tys. zł – dodaje nasz rozmówca.

Czy w Polsce transplantacji także jest mniej? – Od lat ich liczba utrzymuje się na podobnym poziomie. W Polsce wykonuje się około 100 przeszczepień serca rocznie. – W ubiegłym roku w Zabrzu

i Warszawie udało się przeszczepić po 46 serc. Kraków ostatnio przeszczepia znacznie mniej, bo zaledwie ok. 10 rocznie. Również Gdańsk i Poznań jest mało aktywny – wylicza. W tym roku zarbrańscy transplantolodzy zapewne jeszcze poprawią swoją statystykę, bo już teraz, licząc od stycznia do połowy czerwca, mają na koncie wykonanych 37 transplantacji serca.

Największą barierą w zwiększeniu liczby transplantacji jest tylko i wyłącznie liczba dawców. Dlaczego więc w SCCS jest ich więcej niż w innych ośrodkach? – Zaczęliśmy nieco inaczej analizować każdego potencjalnego dawcę i kwalifikować również tych, którzy mają 50 lat i więcej. Te serca, które wcześniej odrzucaliśmy, teraz pobieramy dla równolatków. Niedawno mieliśmy np. dawcę, który miał wadę zastawki aortalnej, ale serce dobre. Zrobiliśmy transplantację i wymieniliśmy tę chorą zastawkę. Zabieg się udał, pacjent ma się dobrze. Moim celem było, kiedy obejmowałem funkcję kierownika, żebyśmy przekroczyli liczbę 50 transplantacji w roku. Liczę, że uda nam się zrobić ich 60. W Europie są tylko dwa ośrodki, które rocznie wykonują ich więcej: Niemcy – 80 i Anglii – 60. Gdyby udało się osiągnąć ten cel, byłibyśmy ośrodkiem numer trzy na Starym Kontynencie – tłumaczy doc. Michał Zembała. To nie jedyny jego cel.

DRUGIE ŻYCIE

To właśnie on przeprowadził niedawno trzy pierwsze w Polsce udane retransplantacje serca. Tego typu zabiegi to jakieś 5 proc. wszystkich przeszczepień serca na świecie. – Zwykle pacjenci po transplantacji żyją średnio 15-17 lat. Organizm zawsze próbuje odrzucić przeszczepione serce, a w konsekwencji je niszczy. Mieliśmy pacjenta po transplantacji z waskulopatią. Wielokrotnie stenowano mu naczynia, mimo to proces postępował. Był coraz bardziej niewydolny. Mój ojciec powiedział, że jedynym ratunkiem będzie dla niego retransplantacja. I choć mieliśmy bardzo przykre doświadczenia, bo wcześniej dwa takie zabiegi się nie udały, postanowiliśmy spróbować – opowiada doc. Zembała.

NA ŚWIECIE SZTUCZNE SERCA IMPLANTUJE SIĘ JUŻ OD 10 LAT. KOSZT JEDNEGO TO 500 TYS. ZŁ. NIEMCY IMPLANTUJĄ ICH OKOŁO 50 ROCZNIE. W POLSCE NIE ZROBIŁ TEGO JESZCZE NIKT.

Udało się. Po retransplantacji, którą doc. Zembała przeprowadził w grudniu 2017 r., wykonał jeszcze dwie kolejne w styczniu i marcu 2018 r. Pojawiła się nadzieja na dłuższe życie dla wszystkich pacjentów po transplantacji serca, szczególnie dla dzieci i tych najmłodszych biorców. Teraz mają bardziej odległą perspektywę niż 17-20 lat. Jest jednak duży dylemat etyczny. Komu dać nowe serce? Temu, który już miał szansę, czy temu, który ma ją po raz pierwszy? – W transplantologii zawsze są dylematy. Nigdy nie chcę znać nazwisk ani biorców, ani dawców – mówi doc. Zembała.

SZTUCZNE SERCE

Shansą dla skrajnie niewydolnych krążeniowo chorych jest jeszcze serce sztuczne. – To jedyne narzędzie, którego w programie leczenia niewydolności nam brakuje, ale planujemy implantację sztucznego serca jeszcze w tym roku. Mamy dwóch kandydatów. Na razie nie mogę nic więcej powiedzieć – zdradza Michał Zembała. Na świecie sztuczne serca implantuje się już od 10 lat. Koszt jednego to 500 tys. zł. Niemcy implantują ich około 50 rocznie. W Polsce nie zrobił tego jeszcze nikt. – Statystyki pokazują jednak, że przeszczepienia od biorcy są dużo skuteczniejsze. Na ogół chorzy, którzy dostają sztuczne serce, są w tak ciężkim stanie, a technologia wciąż tak niedoskonała, że jest zaledwie 50 proc. szans na przeżycie – wyjaśnia.

ZA JEDNYM RAZEM

Idziemy na blok. Jest tu sześć sal operacyjnych: cztery kardiochirurgiczne, jedna hybrydowa, jedna dziecięca. Co prawda dziś żadna transplantacja się nie odbędzie, ale lekarze i tak mają ręce pełne roboty. Na sali hybrydowej właśnie operowana jest pacjentka, lat 70. Trafiła do szpitala zaintubowana, z burzą elektryczną, do wymiany zastawki aortalnej, mitralnej i trójdzielnej, z chorobą wieńcową. Zaglądamy do sali obok,

dziecięcej, gdzie operuje dr Joanna Śliwka. Trwa operacja kanału przedsionkowo-komorowego u 6-miesięcznego maluszka. Zespół pracuje w dużym skupieniu. Widok tak małego pacjenta i miniaturowego serca robi ogromne wrażenie...

Wracamy na salę hybrydową. Jest już docent Zembała, co oznacza, że kardiochirurdzy przystępują do działania. Zostaje włączone krążenie pozaustrojowe. Pytamy dra Jerzego Czapę, anestezjologa, który obserwuje parametry wyświetlane na monitorach, czy jest dobrze. – Czy jest dobrze, to będzie wiadomo za kilka godzin. Na tym etapie nic nie można powiedzieć. To bardzo poważna operacja – odpowiada.

ODDZIAŁ DZIECIĘCY

Leczy się tu pacjentów z całej Polski. Także tych kierowanych do reoperacji z innych ośrodków. – Mamy zaplecze w mechanicznym wspomaganiu krążenia dla dzieci, podobnie jak Kraków i Warszawa. Dodatkowo jest u nas duże zaplecze zastawek, mamy wszystkie, jakie dostępne są na rynku – opowiada dr Śliwka, która właśnie skończyła operować. Wszystko przebiegło zgodnie z planem. Co się czuje, kiedy serce znowu zaczyna bić? – Zmęczenie – odpowiada. Wcześniej po prostu się pracuje. – Dziś samo szycie trwało półtorej godziny. Musieliśmy zrobić zastawki i dwie łąty, okazało się też, że jest dodatkowy ubytek, który trzeba zaszyć – wylicza. Pierwsza doba jest najtrudniejsza. Wszystko się może zdarzyć. Spokój przychodzi dopiero wtedy, kiedy dziecko wychodzi do domu.

Do dyspozycji małych pacjentów jest 15 łóżek, z czego 5 intensywnych, jedno półintensywne. Rocznie operuje się tu 200-250 małych pacjentów. Liczba operacji zawsze zależy od tego, ile w danym czasie wykonano przeszczepień serca. Pacjent po transplantacji musi przebywać w szpitalu i blokuje



łożko, inne operacje są wtedy przesuwane. Także chorzy na mechanicznym wspomaganiu muszą być hospitalizowani. – Dwa lata temu mieliśmy sześcioro dzieci na wspomaganiu, na szczęście byli w różnym wieku, więc jakoś ich rozlokowaliśmy – wyjaśnia pani doktor. Najdłużej pacjent czekał na serce dwa lata. Był taki rok, kiedy udało się przeszczepić 11 serc u dzieci, średnio jest to 5 przeszczepień. W SCCS na nowe serce czeka obecnie 13 dzieci. Najmłodszy biorca miał 6 miesięcy, kiedy dostał serce od niemowlaka. – Żaden inny ośrodek w Polsce nie przeszczepia serc u tak małych dzieci. O narząd do przeszczepienia dla dziecka trudniej niż dla dorosłego. Jest bardzo mało dawców, dlatego że nie są zgłaszani, także rodziny nie chcą wyrażać zgody – informuje dr Śliwka. To bardzo trudna rozmowa, wiele osób nie chce się jej podejmować. – Dzisiaj wypisujemy do domu chłopca, który musi dostać nowe serce. Ma niecałe dwa lata i waży 8 kg. To Marcel. Bardzo trudno będzie znaleźć dla niego dawcę, bo jest malutki. Jest też Klaudia, która od kwietnia jest na mechanicznym wspomaganiu. Ona także potrzebuje serca – podkreśla.

Doktor Śliwka pracowała jako studentka w pracowni doświadczalnej, m.in. z doc. Michałem Zembalą, gdzie uczyła się kardiologii na zwierzętach. Były myszy, szczury, króliki, świni i owce. – Prof. Marian Zembala zawsze mocno naciskał, żebyśmy pracowali w badaniach przedklinicznych. Dzięki temu nabywaliśmy zdolności manualnych. Operowanie myszy, która waży 20 gramów, wymaga ogromnej precyzji – opowiada. Obecnie realizuje trzy projekty: wywoływanie zawału serca u myszy

▲ Operacja kanału przedsionkowo-komorowego u 6-miesięcznego pacjenta.

oraz świń i podawanie komórek macierzystych do regeneracji, wszczepianie do serca świń zastawki płucnej, która powstała we współpracy z Fundacją Rozwoju Kardiologii, trzeci projekt, prowadzony z prof. Buszmanem, to praca nad polską zastawką TAVI, która wszczepiana jest u owiec.

– Nigdy nie wiem, o której wróćę z pracy. Człowiek musi wiedzieć, co chce robić i lubić to, co robi. Gdybyśmy nie lubili tej pracy, nie wiem, czy łatwo byłoby nam wytrzymać 14 godz. w szpitalu, a następnego dnia rano przyjść znowu do pracy – podsumowuje.

PŁUCA TEŻ MOŻNA MIEĆ NOWE

Nasza wizyta byłaby niepełna bez rozmowy o realizowanym w SCCS programie przeszczepiania płuc. Spotykamy się więc z dr. Markiem Ochmanem odpowiedzialnym za program transplantacji płuc, dr. Tomaszem Stącalem i dr.

Maciejem Urlikiem (lekarzami wykonującymi transplantację), a także dr. Piotrem Paskiem, który jeździ po organy i dr. Jarosławem Nęckim, pulmonologiem zajmującym się kwalifikacją biorców.

Co jest najtrudniejsze w transplantacji płuc? – Płuca są połączone ze środowiskiem zewnętrznym, przez co od razu po przeszczepieniu mają kontakt z wieloma patogenami. Trzeba zachować właściwy umiar przy układaniu terapii immunosupresyjnej. To trudne, dlatego w przypadku transplantacji płuc jest znaczna liczba odrzuceń. Największą sztuką jest odpowiedni dobór dawcy i biorcy – tłumaczy dr Marek Ochman. Czy sam zabieg jest trudny? – To zależy od konkretnego narządu, jeśli jest duża ilość zrostów lub występują anomalie w budowie, to oczywiście operacja jest utrudniona – mówi dr Urlik. – Lekarzy, którzy zajmują się transplantacją płuc jest w Polsce niewielu, w tym

➤ Ogrzewanie pacjenta po operacji.





zaledwie czterech (dwóch w SCCS), którzy potrafią zespolić część płucną i naczyniową całkowicie samodzielnie – dodaje z kolei dr Ochman.

W tym roku udało się wykonać w SCCS już 11 przeszczepień płuc, wszystkie obustronne i bez powikłań. – To rekordowa liczba. Reszta Polski (ośrodki w Poznaniu, Szczecinie i Gdańsku – przyp. red.) ma na koncie w sumie 6 zabiegów. Postawiliśmy na modyfikację programu, wzorując się na placówce w Hanowerze, która rocznie wykonuje 140 takich operacji i ma najlepsze wyniki w Europie, jest też jedną z najlepszych na świecie – informuje dr Urlik. Dzięki wprowadzonym zmianom osiągnięto też lepszy wynik finansowy, bo chory szybko wraca do zdrowia, nie ma powikłań, na OIOM-ie przebywa 12 godzin. – Nie używamy bardzo drogich antybiotyków po zabiegu, ale podajemy profilaktycznie te tańsze jeszcze przed, by nie dochodziło do powikłań, dzięki czemu mamy spore oszczędności – tłumaczy dr Ochman.

Przed wszystkim jednak zmieniono kryteria, jakie musi spełnić dawca. – Wiadomo, że dawca otrzymuje leki, które wpływają negatywnie na płuca, ale jest to proces odwracalny już po przeszczepieniu, więc kwalifikujemy takie narządy, które wcześniej nie spełniały naszych wymogów – tłumaczy dr Stącel.

– W tym roku chcielibyśmy przekroczyć liczbę 20 transplantacji, w następnym – 40. Myślimy też o retransplantacji płuc. W historii SCCS wykonano jeden zabieg retransplantacji późnej,

czyli u pacjenta, u którego pierwsze przeszczepione płuco się przyjęło, ale po latach funkcjonowania choroba je zniszczyła. Niestety próba była nieudana – mówi dr Ochman. I dodaje, że wielu lekarzy, w tym pulmonologów, wciąż nie wie, że są w Polsce ośrodki, które z sukcesem przeszczepiają płuca. – Warto do nas pokierować chorego na kwalifikację. Wystarczy ze strony internetowej SCCS pobrać formularz i wysłać na podany numer faksu, a my umówimy pacjenta na wizytę w naszym ośrodku – deklaruje. Jak szacują nasi rozmówcy, w Polsce powinno się wykonywać około 170 transplantacji płuc rocznie (łącznie dorośli i dzieci). Przy obecnej ilości zgłoszeń dawców to niewykonalne. – Organy są zgłaszane zbyt późno, bo nawet w 9. dobie od orzeczenia śmierci mózgu, co ma bardzo zły wpływ na płuca – wyjaśnia dr Stącel.

Kiedyś w zabrzańskim ośrodku wykonywano także przeszczepienia serca i płuca jednocześnie. Operacje takie robił prof. Marian Zembała. Było ich sporo. – Mamy kilku chorych, którzy czekają na takie operacje. Chcemy zrobić je jeszcze w tym roku – deklaruje doc. Zembała.

MUSI BYĆ WIĘCEJ DAWCÓW

Na koniec pukamy jeszcze do drzwi gabinetu prof. Piotra Przybyłowskiego, kardi chirurga, specjalisty transplantologii klinicznej i dyrektora ds. medycznych SCCS, prezesa Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego. – Aby wszystko tutaj działało, tak jak działa, nie wystarczy praca na etacie, potrzebni są ludzie z pasją, zgrany zespół i ogromny wysiłek każdego z nich. Myślę, że udało się nam to osiągnąć – mówi prof. Przybyłowski. Dodaje jednak, że można by pomóc dużo większej liczbie chorych, gdyby nie problem ze zgłaszaniem dawców. – W Europie przyjmuje się, że na milion mieszkańców powinno się przeszczepiać 10 serc, czyli w Polsce rocznie powinno się robić ok. 370 transplantacji, a w najlepszym wypadku jest o połowę mniej. Tam, gdzie jest anesteziologia i intensywna terapia lub neurologia i neurochirurgia, powinien być koordynator, który zidentyfikuje potencjalnych dawców. W praktyce wygląda to tak, że nawet jeśli koordynatorzy są,



to nie zawsze wystarczająco aktywni. Efekt jest taki, że stosunek liczby szpitali w Polsce, które kwalifikują dawców, do ogólnej liczby szpitali jest zatrważająco niski – zauważa. Dodaje jednak, że aby program transplantacyjny działał, musi być aktywny także ośrodek, który wykonuje przeszczepienia. – Nie wystarczy czekać, aż ktoś zadzwoni. Trzeba ciągle się przypominać w tych szpitalach, w których mogą znaleźć się potencjalni dawcy, i edukować lekarzy. My to robimy – podkreśla prof. Przybyłowski. I dodaje, że zabrzański ośrodek planuje nadal rozwijać program wspomagania krążenia i, przede wszystkim, dążyć do tego, by przeszczepień serca i płuc było jak najwięcej. Zwraca jednak uwagę, że niezbędna jest ponowna wycena procedury transplantacyjnej, trzeba też wprowadzić nowe kategorie wyceny umożliwiające zwiększenie jakości pobieranego organu jeszcze przed przeszczepieniem, ponadto brakuje też wyspecjalizowanych ośrodków w kraju, które są w stanie zapewnić kompleksową opiekę chorym. W Zabrze oddział są zawsze pełne. ○

▲ **Marcel i Klaudia, pacjenci SCCS, czekają na nowe serca.**

Pacjent nie zgubi, a pies nie zje

W dniu, w którym z pompą wystawiono i zrealizowano pierwszą e-receptę, rozpoczął się Krajowy Zjazd Lekarzy. Delegaci zaapelowali m.in. o pozostawienie możliwości wystawiania recept w dotychczasowej formie. Co na to resort zdrowia?

● **MARIUSZ TOMCZAK**

Ten moment przejdzie do historii niezależnie od tego, co myśli się o postępującej cyfryzacji naszego życia. 25 maja jeden z lekarzy rodzinnych oficjalnie wystawił pierwszą elektroniczną receptę w Polsce. Chwilę później najbardziej medialny pacjent dnia (był nim prezydent Siedlec) w błysku fleszy wykupił lek w aptece.

PILOTAŻ E-RECEPTY

Pokazowe zrealizowanie e-recepty to część trwającego od lutego pilotażu, w którym uczestniczy 6 placówek medycznych i 59 aptek ze Skierniewic (woj.

łódzkie) oraz Siedlec i powiatu siedleckiego (woj. mazowieckie). Najpierw sprawdzano, czy systemy apteczne i gabinetowe działają tak jak należy, a teraz dodatkowo mamy się przekonać, jakie nastawienie do tej nowinki ma środowisko lekarskie (np. ilu lekarzy aktywnie wystawiało e-recepty i które grupy najchętniej to robiły). Apteki uczestniczące w pilotażu są oznaczone specjalnymi naklejkami. Pilotaż zakończy się we wrześniu. Potem zostaną wyciągnięte wnioski i wprowadzone ewentualne usprawnienia. Odpowiedzialny za cyfryzację wiceminister zdrowia Janusz Cieszyński nie ma wątpliwości, że po jego

250 mln

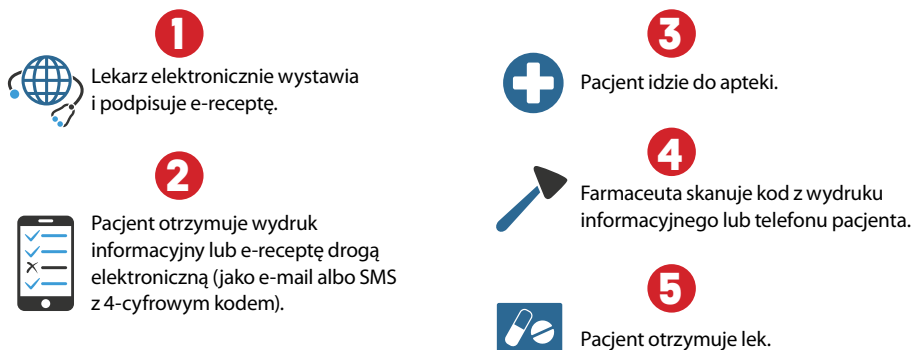
– tyle recept
rocznie
wystawiają
polscy lekarze.

zakończeniu zostaną wprowadzone jakieś zmiany. Łada moment lekarze, farmaceuci i pacjenci będą mogli zgłaszać swoje uwagi związane z funkcjonowaniem programu e-recepta za pośrednictwem specjalnej infolinii. Później przyjdzie czas na stopniowe wprowadzanie systemu wystawiania i realizowania e-recept na terenie całego kraju. Plan jest ambitny, bo – zgodnie z wcześniejszymi zapowiedziami – elektroniczne recepty mają być wystawiane w każdym gabinecie od 1 stycznia 2020 r., czyli za półtora roku. Czasu pozostało niewiele. W nieoficjalnych rozmowach przedstawiciele resortu przyznają, że nie wiadomo, czy ten termin zostanie dotrzymany. Rocznie polscy lekarze wystawiają ok. 250 mln recept (w tym ok. 156 mln refundowanych).

O CO APELUJE SAMORZĄD LEKARSKI?

– E-recepta pozwoli lekarzowi zaoszczędzić czas i poświęcić go na rozmowę z pacjentem. Dzięki e-receptce pacjent i lekarz będą mogli lepiej prześledzić historię przyjmowanych leków, co jest ważne w procesie leczenia – mówi minister zdrowia Łukasz Szumowski. Starsi lekarze jednak nie kryją obaw. Jak wynika z Centralnego Rejestru Lekarzy RP, ok. 28 tys. lekarzy i lekarzy dentyistów wykonuje zawód, mając przynajmniej 66 lat (rocznikowo), a znaczną liczbę stanowią minimum 70-latkowie w dalszym ciągu aktywni zawodowo. O tę grupę upomnieli się delegaci XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy, który niedawno obradował w Warszawie. W podjętym apelu wyrażono „stanowczy protest” wobec sposobu wdrażania e-zwolnienia i e-recepty, bo – jak czytamy w dokumencie – „wielu lekarzy z uwagi na wiek, warunki zdrowotne, brak możliwości używania komputera i dostępu do internetu” nie będzie mogło ich stosować. Zjazd zaapelował do szefa resortu zdrowia oraz ministra rodziny, pracy i polityki społecznej Elżbiety Rafalskiej o zachowanie możliwości wystawiania zwolnień i recept, niezależnie od form elektronicznych, w dotychczasowy sposób.

E-RECEPTA W 5 KROKACH



JAK DZIAŁA E-RECEPTA?

Elektroniczna recepta jest przekazywana pacjentowi za pośrednictwem e-maila, SMS-a lub w formie papierowego

Uwaga: W celu otrzymania e-recepty drogą elektroniczną należy zalogować się do Internetowego Konta Pacjenta przy pomocy profilu zaufanego i zweryfikować swój numer telefonu i adres e-mail.

wydruku informacyjnego, co oznacza, że wraz ze wprowadzeniem nowego sposobu ordynowania leków papier nie zniknie. Niezależnie od tego, na jaką formę zdecyduje się pacjent w trakcie wizyty w gabinecie lekarskim, kluczowe znaczenie ma kod kreskowy. To właśnie ten kod (zawarty w e-mailu, SMS-ie lub na wydruku) czyta farmaceuta. Jeśli pacjent pojawi się w aptece, w której nie ma wszystkich zaordynowanych leków lub zechce wykupić część z nich w jednej placówce, a resztę (m.in. ze względu na niższą cenę) w innej, farmaceuta nie będzie sporządzał żadnych adnotacji albo informował chorego, że reszty medykamentów już nie da się wykupić, bo musi zabrać receptę. Niektórzy właściciele aptek przyznają, że będzie trzeba rozważyć zwiększenie stanów magazynowych, a duże sieci apteczne już myślą o przystosowaniu strategii marketingowych do nowych warunków.

Z MYŚLĄ O SENIORACH

Przez ostatnie miesiące dyrektor Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia Marcin Węgrzyniak (notabene odwołany kilka dni po „odpaleniu” pierwszej e-recepty) często podkreślał, że elektronicznej recepty pacjent ani nie zgubi, ani nie zniszczy oraz – co zawsze wzbudzało wesołość wśród słuchających go osób – nie zje pies. Mają zniknąć problemy w postaci nieczytelności recept czy błędów formalnych (brak pieczętki czy podpisu lekarza). Nowa jakość polega na tym, że wszystkie dane niezbędne do wykupienia leku z e-recepty są dostępne w Internetowym Koncie Pacjenta, które każdy może aktywować pod adresem pacjent.gov.pl. Po zalogowaniu i wpisaniu do systemu swojego adresu e-mail i numeru telefonu, pacjent może otrzymywać wystawione e-recepty na urządzenia mobilne. W IKP znajdzie się historia dotychczas wystawionych e-recept oraz m.in. informacja, czy zostały zrealizowane przez pacjenta. Do dostępu do historii można upoważnić bliskich, dzięki czemu dzieci lub wnuki sprawdzą, czy ich rodzice albo dziadkowie wykupili leki, a w razie potrzeby zrealizują za nich e-receptę i sprawdzą, co zażywali w przeszłości.



Kłopot w tym, że chcąc zalogować się do IKP, najpierw trzeba założyć tzw. profil zaufany.

JAK JEST ZA GRANICĄ?

W Polsce e-recepta to nowość, ale w niektórych europejskich krajach pacjenci zdążyli zapomnieć o istnieniu papierowych druków. Cyfrowe recepty wprowadzono w Wielkiej Brytanii i Holandii już w latach 80. ubiegłego stulecia (oczywiście tamte czasy są nieporównywalne z obecną sytuacją, bo obywatele mogli wtedy co najwyżej pomarzyć o posiadaniu komputera czy telefonu komórkowego). Pod koniec lat 90. zaczęto wprowadzać je na szeroką skalę w Danii i Szwecji, gdzie stosunkowo szybko stanowią większość wystawianych recept. Mimo że w niektórych krajach elektroniczne recepty znane są od dawna, to pewne problemy pozostały nierozwiązane. W razie wystąpienia usterki technicznej czy awarii zasilania system przestaje działać, a pacjenci nie mogą wykupić lekarstw. Przedstawiciele resortu zdrowia,

System obsługujący e-recepty jest jeden, ale producentów oprogramowania wielu.

powołując się na doświadczenia innych państw, wielokrotnie podkreślali, że wprowadzenie elektronicznych recept ma skutkować zmniejszeniem liczby pomyłek (z 6 proc. do 1 proc.), podniesieniem bezpieczeństwa pacjentów, ograniczeniem biurokracji i uszczelnieniem obrotu lekami. – Wdrożenie e-recepty pozwala farmaceutom uzupełnić działania lekarza w leczeniu pacjentów. Farmaceuci, widząc jakieś nieprawidłowości, mogą alarmować lekarzy, że należy coś zmienić w leczeniu pacjenta – mówi wiceminister zdrowia Marcin Czech.

BĘDĄ PIENIĄDZE NA KOMPUTERY I SZKOLENIA

Aby w Polsce projekt się udał, potrzebne są m.in. środki finansowe na zakup komputerów dla szpitali i przychodni. Są bowiem placówki, w których z jednego komputera korzysta cały oddział. Ministerstwo Zdrowia obiecało przeznaczyć na ten cel kilkadziesiąt milionów złotych z własnego budżetu, a dodatkowe środki mają trafić z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, który zaoszczędził niemałą sumę po uruchomieniu e-zwolnień (oszczędności z tego tytułu ponoć idą w miliony złotych). Wkrótce ruszą szkolenia dotyczące funkcjonowania systemu e-recepta. Kursy mają odbywać się na terenie całego kraju do 2021 r. Są adresowane do szpitali i placówek podstawowej opieki zdrowotnej, ich organów założycielskich oraz informatyków zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Warto dodać, że system obsługujący e-recepty jest jeden, ale producentów oprogramowania wielu. Kierownictwo resortu zdrowia nie planuje zmieniać tego modelu, uznając, że wymusi to konkurencję między producentami oprogramowania dla podmiotów leczniczych i farmaceutów, a konkurencja, jak wiadomo, sprzyja podnoszeniu standardów. Ważna rola w zakresie wdrażania elektronicznej recepty przypadnie Radzie ds. Interoperacyjności, będącej organem doradczym i opiniującym dyrektora CSIOZ. W jej skład wchodzi przedstawiciele samorządów zawodowych, organizacji pozarządowych, Narodowego Funduszu Zdrowia, a także dostawcy oprogramowania i regulatorzy. 

Polski wkład w rozwój medycyny



4 czerwca w Senacie RP rozmawiano o udziale polskich naukowców w rozwoju medycyny regeneracyjnej i efektach międzynarodowych prac służących wykorzystaniu komórek macierzystych w leczeniu m.in. udaru mózgu.

Zdaniem prof. Jerzego Waleckiego, przewodniczącego Komitetu Fizyki Medycznej, Radiobiologii i Diagnostyki Obrazowej PAN w Warszawie, Polacy są „narodem naukowo uzdolnionym” i dokonują ciekawych odkryć w zakresie chorób neurodegeneracyjnych, takich jak choroba Alzheimera czy stwardnienie rozsiane. Prof. Tomasz Trojanowski z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie zwrócił uwagę na nieustanny rozwój medycyny regeneracyjnej. Przykładem może być fakt, że przez wiele lat środowisko naukowe było przekonane, iż w centralnym układzie nerwowym nie zachodzi regeneracja obszarów ulegających uszkodzeniu w wyniku procesów chorobowych. Tymczasem ostatnie osiągnięcia wskazują na istnienie możliwości wywołania takiej regeneracji. – To stanowi ogromną nadzieję dla pacjentów dotkniętych różnymi

chorobami układu nerwowego, w tym udarami – powiedział. Jak mówiła dr hab. Małgorzata Dorobek z Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN w Warszawie, obecnie stosowane metody leczenia udaru mózgu są niedoskonałe, ale nadzieją dla chorych po udarze może być medycyna regeneracyjna, gdyż oferuje terapie stymulujące naprawę tkanek i komórek. Obecnie naukowcy wiążą duże nadzieje z tzw. mezenchymalnymi komórkami macierzystymi (można je pozyskiwać z dorosłych tkanek, w tym szpiku kostnego, ale również z łożyska i krwi pępowinowej). Działanie tych komórek w ośrodkowym układzie nerwowym (w miejscu, w którym z powodu udaru doszło do niedokrwienia i martwicy) ma polegać m.in. na hamowaniu procesu zapalnego oraz stymulowaniu wydzielania różnych czynników wzrostu mogących pobudzać naprawę komórek i tkanek. – Niektórzy badacze uważają również, że komórki macierzyste mogą ulec różnicowaniu w neurony – podkreśliła ekspertka. Zaznaczyła jednak, że w ocenie części naukowców nie ma na to wystarczających dowodów. ○

◀ Naukowcy wiążą nadzieje z tzw. mezenchymalnymi komórkami macierzystymi.

Małżeństwo a czerniak

Autorzy badania opublikowanego w „JAMA Dermatology” sugerują, że w ustalaniu częstotliwości wizyt kontrolnych oceniających znamiona skórne warto brać pod uwagę stan cywilny pacjenta.

Amerykańscy badacze postanowili przyrzeć się stopniom miejscowego zaawansowania czerniaka złośliwego w momencie zgłoszenia do lekarza, w zależności od stanu cywilnego chorych. W tym celu przeanalizowali dane ponad 50 tys. osób. Prawie 70 proc. z nich pozostawało w związku małżeńskim, 14,5 proc. było singlami, 7 proc. stanowiły osoby rozwiedzione, a 8,7 proc. owdowiało. W najwyższym stopniu zaawansowania miejscowego (T4) zgłaszały się najczęściej osoby owdowiały ($p < 0.001$). Analiza wieloczynnikowa wykazała, że u singli, osób rozwiedzionych i owdowiałych istotnie częściej nowotwór rozpoznawano w wyższych stopniach zaawansowania niż u chorych pozostających w związkach małżeńskich ($p < 0.001$). Podobną zależność zauważono w odniesieniu do procedury zwanej biopsją węzła wartowniczego (sentinel lymph node biopsy, SLNB), polegającej na pobraniu węzła chłonnego, do którego spływa chłonka z okolicy czerniaka. SLNB powinna być wykonywana u chorych na czerniaka o grubości nacieku ponad 1 mm. Mniej niż połowa (48,8 proc.) osób owdowiałych miała wykonywaną tę procedurę. Analiza wieloczynnikowa wykazała, że SLNB najczęściej wykonuje się u osób pozostających w związkach małżeńskich. ○

Melatonina a sen

Naukowcy z Uniwersytetu Missouri odkryli mechanizm leżący u podłoża działania melatoniny, hormonu związanego z rytmem snu i czuwania. O wynikach badania poinformował „Journal of Pineal Research”.

Na podstawie eksperymentów prowadzonych na myszach ustalono, że melatonina – poprzez aktywację receptora MT1 – hamuje pracę neuronów oreksynowych w bocznej części podwzgórza. Naukowcy zauważyli, że po aplikacji melatoniny w warunkach zaciemnienia (tj. sprzyjających aktywności u myszy) gryzonie biorące udział w eksperymencie stały się mniej skore do harców: łatwiej zasypiały i trudniej było je wybudzić. Zablockowanie receptora melatoninowego MT1 w porze snu sprawiało z kolei, że często się budziły i ciężko im było ponownie zapaść w sen.



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

Źródło: <https://jamanetwork.com>,
<https://onlinelibrary.wiley.com>, <http://naukawpolsce.pap.pl>

Niewykorzystane możliwości

Coraz częściej dyskutuje się o potrzebie zmian w medycynie pracy. Pomysłów jest sporo. Wszystkie zmierzają do tego, aby znacznie lepiej wykorzystać tkwiący w niej potencjał.

● **MARIUSZ TOMCZAK**

Zmiany są potrzebne. Od wielu lat postulujemy przede wszystkim zmianę rozporządzenia w sprawie badań profilaktycznych, ponieważ jest ono nieaktualne – mówi konsultant krajowy w dziedzinie medycyny pracy Paweł Wdówik. Dodaje, że zostało ono ogłoszone ponad 20 lat temu i zawarte w nim zakresy badań nie odpowiadają ani aktualnej wiedzy, ani współczesnym możliwościom diagnostycznym.

– Wszyscy narzekają na obecny system, ale też boją się zmian – mówi dyrektor Instytutu Medycyny Pracy prof. Konrad Rydzyński, dodając, że obecna sytuacja jest frustrująca także dla specjalistów medycyny pracy. Choć mają wysokie kwalifikacje, to w praktyce często tylko zbierają zaświadczenia i wystawiają orzeczenia, mimo że – jak sami mówią – nie po to kończyli medycynę, żeby wyłącznie przybijać pieczątki.

CZY ANGAŻOWAĆ LEKARZY POZ?

Służba medycyny pracy w naszym kraju skoncentrowana jest na chorobach zawodowych i wypadkach w pracy. Zmiany, które zaszły na rynku pracy w ostatnich dwóch-trzech dekadach, spowodowały, że nie obejmuje ona ogromnej liczby pracujących. W ramach obowiązkowej opieki profilaktycznej nad pracownikami prowadzone są badania: wstępne, okresowe i kontrolne. Według danych Instytutu Medycyny Pracy w latach 1997-2014

rocznie wykonywano średnio ponad 4 mln badań profilaktycznych pracowników. – Istniejący system jest postrzegany jako restrykcyjny – uważa rzecznik ministra zdrowia Krzysztof Jakubiak. Nie wszyscy podzielają to zdanie.

Czasami pojawiają się głosy o niedostatecznej wymianie informacji między lekarzami rodzinnymi i lekarzami medycyny pracy. – Moje doświadczenia są nienajgorsze, jednak nie jest najlepiej, ale obieg informacji nie polepszy się bez pogłębienia informatyzacji – mówi dr Michał Sutkowski, rzecznik Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Wiosną było głośno o pomysle wiceministra zdrowia Zbigniewa Króla odnośnie wprowadzenia możliwości wykonywania badań wstępnych i okresowych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. – Mamy mieszane uczucia. Nie chcielibyśmy wchodzić w buty lekarzy medycyny pracy, którzy są bardziej kompetentni w całościowym spojrzeniu na pacjenta w jego środowisku pracy. Trzeba to szanować – komentuje dr Sutkowski.

MORFOLOGIA KRWI PRAWDĘ POWIE

Zdaniem dr. Wdówika służba medycyny pracy mogłaby pomóc w profilaktyce chorób cywilizacyjnych, choć wymagałoby to stworzenia spójnej wizji jej funkcjonowania w systemie ochrony zdrowia. – W wielu krajach potencjał medycyny pracy wykorzystuje się przy realizacji programów profilaktycznych finansowanych ze środków publicznych – podkreśla. Prof.

Wojciech Hanke z Instytutu Medycyny Pracy uważa, że lekarze medycyny pracy powinni aktywniej wspierać pracowników w zakresie profilaktyki. Uzasadnia to m.in. powszechnością palenia tytoniu, coraz częstszym występowaniem otyłości i nadwagi, niewłaściwym sposobem odżywiania oraz powszechnością nadciśnienia tętniczego i wysokiego stężenia glukozy u dużej liczby osób aktywnych zawodowo. Nie bez znaczenia jest również starzenie się populacji, bo – jak wiadomo – część chorób pojawia się wraz z siwiejącymi włosami.

Konsultant krajowy w dziedzinie hematologii prof. Wiesław Jędrzejczak podkreśla, że od ponad 20 lat morfologia krwi nie jest badaniem obowiązkowym dla wszystkich pracowników, co stanowi wielki błąd. – To, co dzieje się we krwi, jest zwierciadłem tego, co zachodzi w organizmie – mówi, dodając, że wykrycie zaburzeń w funkcjach krwi pozwala wykryć wiele chorób, także nowotworowych. – Kiedyś w Polsce 20 proc. przypadków białaczek wykrywano w morfologii krwi obwodowej wykonywanej rutynowo w ramach okresowych badań medycyny pracy, teraz zaledwie 2 proc. Statystyki wskazują, że w innych krajach Europy w tym badaniu wykrywa się nawet do 40 proc. wszystkich przypadków białaczek – podkreśla prof. Jędrzejczak.

PEŁNY LIPIDOGRAM DLA KAŻDEGO?

Zdaniem prezesa Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy prof. Jolanty





◀ Zagrożenia
czyhające na
pracowników
nie są wcale
tak oczywiste.

Walusiak-Skorupy, poszerzenie zakresu badań przyczyniłoby się do zmniejszenia absencji chorobowych, ograniczenia pobytów w szpitalu i spadku liczby zgonów m.in. w obszarze wczesnego wykrywania chorób układu krążenia. W raporcie Fundacji Obywatele Zdrowo Zaangażowani pt. „Medycyna na pracy w prewencji chorób wywołanych wysokim stężeniem cholesterolu”, przygotowanym pod redakcją prof. Artura Mamcarza, podkreślono, że wczesne wykrywanie zaburzeń lipidowych oraz fachowe poradnictwo medyczne daje największe korzyści zdrowotne.

Zdaniem autorów raportu, lekarz medycyny pracy ma unikalną możliwość wykrycia nieprawidłowości w stanie zdrowia pracownika na ich wczesnym etapie m.in. dlatego, że często jest jedynym lekarzem, do którego przez długie lata w miarę regularnie przychodzi pracownik. Ekspertcy zaproponowali m.in. nowelizację rozporządzenia ministra zdrowia i opieki społecznej z 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w kodeksie pracy. Proponują obowiązkowe wykonywanie pełnego lipidogramu u wszystkich osób w ramach badania wstępnego lub okresowego, u których nie wykonano go w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

RAK ZA ETAT

Zagrożenia czyhające na pracowników nie wydają się wcale tak oczywiste,

o czym przekonamy się, odpowiadając na pytanie: czy praca może doprowadzić do zachorowania na nowotwór? Z pewnością narażone są na to osoby mające kontakt z aminami aromatycznymi wykorzystywanymi m.in. przy produkcji barwników i pigmentów (służą do barwienia materiałów włókienniczych, skóry i papieru) oraz w przemyśle gumowym. Jednak nie trzeba pracować w zakładzie stosującym bardzo toksyczne substancje, bo ryzyko czai się dosłownie za rogiem.

Szacuje się, że w ok. 40 proc. przedsiębiorstw w Unii Europejskiej pracownicy mają kontakt z niebezpiecznymi chemikaliami. – Coraz więcej osób w Polsce jest narażonych na działanie chemikaliów w miejscu pracy. Dotyczy to również takich zakładów, które nie kojarzą się z tego rodzaju zagrożeniem, jak np. firmy sprzątające, gabinety kosmetyczne i fryzjerskie czy też służba zdrowia – mówi prof. Danuta Koradecka, dyrektor Centralnego Instytutu Ochrony Pracy – Państwowego Instytutu Badawczego. Znaczącą liczbę zachorowań wynikających z kontaktu z niebezpieczną chemią stanowią choroby nowotworowe (szacuje się, że z ich powodu co roku umiera ponad 102 tys. pracowników w UE, z czego ok. 7,5 tys. w naszym kraju).

ZMIANY W PRZEPISACH?

Ubiegłoroczny raport Najwyższej Izby Kontroli i Państwowej Inspekcji Pracy wykazał brak rozwiązań prawnych pozwalających na skuteczną kontrolę, czy lekarze medycyny pracy i pracodawcy

zapewniają odpowiednie badania profilaktyczne. Skutek? Z jednej strony rośnie ryzyko niezapewnienia pracownikom badań lekarskich adekwatnych do zagrożeń dla ich zdrowia i życia występujących w miejscu pracy, a z drugiej – pracodawcy nie dostają pełnej informacji o przeciwwskazaniach zdrowotnych do pracy na określonych stanowiskach. Wprawdzie obowiązkiem pracodawcy jest objęcie pracowników profilaktyczną opieką zdrowotną, jednak nie nałożono na nich obowiązku przechowywania kopii skierowania na badania w aktach osobowych pracownika. Jak podkreślono w raporcie, uniemożliwia to inspektorom pracy weryfikację tego, czy w skierowaniu zawarto wyczerpujące informacje o czynnikach szkodliwych dla zdrowia występujących na stanowisku pracy, aktualnych wynikach ich badań i pomiarów oraz warunkach uciążliwych.

Zwróciłem się z zapytaniem do resortu zdrowia, czy pomysły zgłaszane przez niektórych ekspertów mają szansę doczekać się realizacji w niedalekiej przyszłości. – Trwają prace analityczne nad wprowadzeniem zmian w regulacjach prawnych dotyczących systemu opieki profilaktycznej nad pracownikami – poinformował rzecznik ministra Łukasz Szumowski, ale nie chciał zdradzić szczegółów. Dodał, że na tym etapie prac trudno jest odnieść się do pytań, w tym również do tego, czy – jak postuluje konsultant krajowy w dziedzinie hematologii – należałoby przywrócić obowiązek wykonywania morfologii krwi obwodowej. ○

40 proc.

– szacuje się, że w tylu przedsiębiorstwach w UE pracownicy mają kontakt z niebezpiecznymi chemikaliami.

Nadzieją jest immunoterapia

W Polsce na raka płuca umiera więcej chorych niż na raka piersi, jelita grubego i gruczolę krokowego łącznie.

❖ LUCYNA KRYSIAK

Co roku w Polsce raka płuca rozpoznaje się u ok. 14 600 mężczyzn i 7000 kobiet. Niestety, pięcioletnie przeżycia uzyskuje się u zaledwie 12 proc. mężczyzn i 17 proc. kobiet.

Niska przeżywalność w tej chorobie związana jest z późnym rozpoznaniem (75 proc. przypadków jest diagnozowanych w stadium zaawansowanym). W raku płuca niedrobnokomórkowym dla wielu chorych niekwalifikujących się do leczenia chirurgicznego standardem nadal pozostaje leczenie systemowe: chemoterapia i radioterapia. U stosunkowo małej części chorych, u których spełnione są kryteria włączenia do leczenia lekami dostępnymi w Polsce w ramach programów terapeutycznych, można zastosować terapię ukierunkowaną molekularnie czy immunoterapię. Dzięki tej ostatniej (niwolumab, pembrolizumab) możliwe jest uzyskanie znacznie dłuższego czasu przeżycia chorych, nawet wieloletniego. Lepsze efekty terapeutyczne można także uzyskać dzięki terapiom molekularnym (erlotynib, gefitynib, afatynib, ozymertynib, kryzotynib, certynib, alektynib).

Chorzy na raka płuca, którzy mogą otrzymać nowoczesne i bardziej skuteczne leczenie to zaledwie kilkaset osób.

NIE KAŻDY SIĘ KWALIFIKUJE

Wśród wszystkich nowotworów złośliwych rak płuca stanowi najczęstszą przyczynę zgonów zarówno u mężczyzn, jak i kobiet. Rocznie wykrywa się ok. 23 tys. nowych przypadków, z tego tylko u 13 proc. notuje się 5-letnie przeżycia. – Rak płuca początkowo przebiega na ogół skąpoobjawowo, jest więc późno wykrywany, objawy występują przeważnie dopiero w stadium zaawansowanym, co skutkuje tym, że aż do 70-75 proc. chorych spośród wszystkich wykrytych przypadków nie

kwalifikuje się do leczenia radykalnego, a jedynie paliatywnego – tłumaczy prof. Halina Batura-Gabryel, kierownik Katedry i Kliniki Pulmonologii, Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej UM w Poznaniu, konsultant krajowy w dziedzinie chorób płuc. Przyczyną niezadowolających wyników leczenia jest m.in. późne zgłaszanie się chorych do lekarza POZ, długi okres od powzięcia podejrzenia raka płuca do rozpoczęcia leczenia, występujące u wielu osób choroby współistniejące, zbyt długie terminy oczekiwania na wynik badania histopatologicznego czy na przyjęcie do szpitala. W raku płuca niedrobnokomórkowym najskuteczniejsze jest leczenie operacyjne, ale do operacji kwalifikuje się ok. 20 proc. chorych – i znów – dlatego, że pacjenci trafiają do diagnostyki zbyt późno.

Rak płuca dzieli się na drobnokomórkowego (15 proc.) i niedrobnokomórkowego (75-80 proc.), pozostałe to raki występujące rzadziej. – Jeśli chodzi o raka drobnokomórkowego, najbardziej złośliwego wśród raków płuca, mamy do dyspozycji tylko tradycyjną chemio- i radioterapię, którą leczymy od kilkudziesięciu lat, dwuletni czas przeżycia osiągamy zaledwie u kilkunastu procent chorych. Mimo intensywnie prowadzonych badań klinicznych, w tym typie raka nie można mówić o przełomie, ale w grupie raka niedrobnokomórkowego już tak – podkreśla prof. Batura-Gabriel.

Rak niedrobnokomórkowy dzieli się na podtypy histologiczne: gruczolakorak (ok. 40 proc.), rak płaskonabłonkowy (30 proc.), wielkokomórkowy (ok. 10 proc.) oraz NOS – rak, którego podtypu nie udało się dokładnie określić. Większość chorych z grupy raków niedrobnokomórkowych, mimo postępów w medycynie, jest leczona starymi metodami chemio- i radioterapią, tylko część chorych kwalifikuje się do terapii molekularnych – najwięcej

70-75%

– tylu chorych spośród wszystkich wykrytych przypadków nie kwalifikuje się do leczenia radykalnego, a jedynie paliatywnego.

z gruczolakorakiem, leczonym inhibitarami kinazy tyrozynowej. Aby jednak pacjent zakwalifikował się do tego rodzaju terapii, musi przejść badania molekularne, genetyczne, potwierdzające mutacje w obrębie genu EGFR, ale kryteriów kwalifikacyjnych jest kilkanaście.

Nowoczesne terapie są refundowane tylko w ramach programów lekowych i jak uważa prof. Batura-Gabryel, jest ich za mało w stosunku do zapotrzebowania. Niektóre nowatorskie leki przeciwnowotworowe są refundowane w innych krajach, brak jednak dostępu do nich w Polsce. Ubolewa, że wśród wszystkich programów lekowych przeznaczonych na leczenie nowotworów najmniej przeznaczają się obecnie na raka płuca, mimo tragicznych statystyk dotyczących czasów przeżycia chorych i liczby zachorowań. Najnowszym osiągnięciem jest włączenie do polskich programów lekowych immunoterapii w postaci leków niwolumabu i pembrolizumabu. Podaje się je chorym z rakiem niedrobnokomórkowym (niwolumab w płaskonabłonkowym) w zaawansowanych stadiach choroby, którzy zostali starannie zakwalifikowani do tej terapii. – Wyniki badań wyraźnie wskazują na znacznie wyższą skuteczność immunoterapii w stosunku do tradycyjnego leczenia i jest to niewątpliwie postęp. Programy terapeutyczne ciągle ewoluują, co daje szansę na lepszy dostęp do nowych, skutecznych terapii raka płuca także dla naszych chorych – podsumowuje konsultant krajowy w dziedzinie chorób płuc.

INNY MECHANIZM DZIAŁANIA

Leki immunologiczne mają zupełnie inny mechanizm działania, przez co nie powodują takiego spustoszenia, jakie tradycyjne terapie. Są to leki nie tylko o udowodnionej wysokiej skuteczności, ale bardziej bezpieczne, bez objawów ubocznych,

charakterystycznych dla chemio- czy radioterapii. Dzięki nim rak płuca z choroby śmiertelnej może zmienić się w chorobę przewlekłą, tak jak to się stało z czerniakiem. Są one testowane również u chorych z rakiem wątroby i jelita grubego, w leczeniu guzów mózgu oraz nowotworów głowy i szyi. Prof. Maciej Siedlar kierujący Zakładem Immunologii Klinicznej CM UJ, krajowy konsultant w dziedzinie immunologii klinicznej, zgadza się, że wprowadzenie leków immunomodulujących w raku płuca stanowi przełom i otwiera drogę do ich stosowania w nowotworach innych narządów.

– Tego rodzaju leczenie stało się możliwe dzięki temu, że rozpoznano patofizjologię rozrostu nowotworowego z punktu widzenia funkcjonowania układu odpornościowego. Zdano sobie sprawę, że rozwijający się nowotwór może w pewien sposób ogłuszać komórki układu odpornościowego, które mają naturalną zdolność rozpoznawania komórek nowotworowych – tłumaczy prof. Siedlar. Stosowane leki są ukierunkowane na immunologiczne punkty kontroli odpowiedzi odpornościowej, tak działa np.

niwolumab – inhibitor punktu kontrolnego PD-1 oraz przeciwciała blokujące receptor i ligand programowanej śmierci (PD-1 i PD-L1). Ich celem jest usprawnienie funkcji limfocytów T cytotoksycznych. – Leki immunokompetentne powodują odhamowanie naturalnej aktywności przeciwnowotworowej układu immunologicznego, która jest zablokowana przez czynniki i substancje wytwarzane przez sam nowotwór lub przez komórki, które są przez niego stymulowane. Pozwalają przywrócić mu fizjologiczną zdolność niszczenia komórek nowotworowych, które w czasie choroby utracił – tłumaczy prof. Siedlar.

WYKRYWAĆ WCZEŚNIEJ

Kiedy po raz pierwszy zastosowano lek ingerujący w układ odpornościowy, nikt nie spodziewał się takich wyników. Czerniak z choroby śmiertelnej zamienił się w chorobę przewlekłą i takie są nadzieje, jeśli chodzi o raka płuca.

Prof. Paweł Śliwiński, prezes Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc, mówi, że zawsze nowe terapie wywołują poruszenie wśród

lekarzy i dają nadzieję chorym na dłuższe życie, ale przypomina, że leczenie to jeden z elementów terapii, ważne jest wczesne rozpoznawanie raka płuca, a z tym – jak wiadomo – jest w Polsce źle. Obraz kliniczny tej choroby maskuje też palenie tytoniu. – Przedstawiciele towarzystwa biorą udział w pracach zespołu pneumonologów, onkologów i torakochirurgów mających na celu poprawę diagnostyki raka płuca – mówi prof. Śliwiński. Szczególnie chodzi o diagnostykę patomorfologiczną i genetyczną, bez których kwalifikacja do leczenia molekularnego czy immunosupresyjnego nie jest możliwa. Chodzi o finansowanie tych badań i standaryzację ośrodków, w których są przeprowadzane, aby zapewnić im wysoką jakość. – We wczesnym rozpoznawaniu raka płuca widzę ogromną rolę lekarzy rodzinnych, których należy uczulić na ten problem, aby przy najmniejszym podejrzeniu wystąpienia tej choroby kierowali pacjenta do dalszej diagnostyki specjalistycznej, wówczas leczenie tymi nowymi terapiami będzie jeszcze bardziej skuteczne – podkreśla prezes PTChP. 

REKLAMA

Filozof też pacjent



Takich konferencji zaplanowano siedem w sześciu miastach. Pierwsza odbyła się 13 czerwca w warszawskim szpitalu MSWiA. Przyszedł na nią m.in. mężczyzna, który przedstawił się jako filozof. Zgłosił się z odległej części sali, a za swoje wystąpienie dostał oklaski.

Obecność przedstawiciela dyscypliny, którą z greki tłumaczy się jako „umiowanie mądrości”, nie powinna dziwić. Wcale nie dlatego, że nie wszyscy filozofowie interesują się medycyną, choć wszyscy – przynajmniej potencjalnie – są pacjentami. Przedmiotem filozofii medycyny jest m.in. refleksja nad koncepcją zdrowia i choroby, co stanowi punkt wyjścia do dyskusji nad kształtem systemu ochrony zdrowia.

MINISTER SIĘ NIE WTRĄCA

Inicjator ogólnopolskiej debaty, minister zdrowia Łukasz Szumowski, ma nadzieję na wypracowanie wieloletniego planu rozwoju służby zdrowia, opartego na porozumieniu różnorodnych środowisk i sił społecznych, tak aby później konsekwentnie dążyć do osiągnięcia wytyczonych celów niezależnie od zmian politycznych. Plan działania musi być oparty na szerokim porozumieniu, bo to, co dotyczy zdrowia, nie ma legitymacji partyjnej i wykracza poza czteroletnią kadencję władzy wykonawczej i ustawodawczej. – Minister zdrowia w debacie nie narzuca nam właściwie nic i w tym upatruję szansę, by powstał dokument niezależny, obowiązujący wszystkich następnych ministrów – podkreśla prof. Paweł Górski, przewodniczący rady społecznej debaty „Wspólnie dla Zdrowia”. Debatę ma pomóc odpowiedzieć przede wszystkim na trzy najważniejsze pytania. Po pierwsze: jak podzielić i jak

Każdy może przyjść na konferencję organizowaną w ramach debaty „Wspólnie dla Zdrowia” i zabrać głos w jej trakcie. Nie trzeba być lekarzem, pielęgniarką czy mecenasem specjalizującym się w prawie medycznym.

☛ **MARIUSZ TOMCZAK**

najlepiej zainwestować zwiększone środki publiczne na ochronę zdrowia? Po drugie: co zrobić, abyśmy jako społeczeństwo i poszczególni obywatele żyli w dobrym zdrowiu jak najdłużej? Po trzecie: w jaki sposób państwo powinno być odpowiedzialne za zdrowie obywateli i pomagało im w dbaniu o swoje zdrowie? – Będziemy pogłębiali wizję systemu, którego oczekujemy do 2030 r. Chcemy stworzyć dokument, który stanie się narzędziem wykorzystywanym w praktyce – mówi dr Małgorzata Gałązka-Sobotka z rady programowej.

SZPITALA DO LIKWIDACJI

Debate jest ogólnonarodowa, ale inspiracji można szukać poza Polską. Nic dziwnego, że na konferencję inauguracyjną zaproszono trzech zagranicznych ekspertów. Zalecenia WHO przedstawiła dr Neelam Dhingra-Kumar, a czeskie doświadczenia wynikające ze zwiększania nakładów na ochronę zdrowia omówiła Lenka Poliaková, doradca tamtejszego ministra zdrowia. Najwięcej emocji wzbudził Erik Jylling z Danii, którego wystąpienie można podsumować jednym zdaniem: podnoszenie nakładów bez ciągłego myślenia o obniżaniu kosztów wszędzie tam, gdzie to możliwe, jest drogą donikąd. Duński system, uważany za jeden z najlepszych na świecie, konsekwentnie stosuje tę zasadę, co widać na przykładzie liczby szpitali (18 lat temu było ich 78, za dwa lata ma być 20) i łóżek szpitalnych (w 1980 r. było ich 42,5 tys.,

2,7

– tyle ma wynosić średnia długość pobytu w szpitalu w Danii za dwa lata.

za dwa lata ma być 13 tys.). – W 1980 r. średnia długość pobytu w szpitalu wynosiła 10 dni, w 2000 r. 6 dni, a dążymy do tego, by w 2020 r. osiągnąć 2,7 dnia – powiedział ekspert.

GDY KULEJE POZ

Duński plan na najbliższe lata obejmuje m.in. wprowadzenie mechanizmów finansowych stymulujących szpitale do ograniczania liczby wizyt szpitalnych, stosowanie zachęt finansowych dla świadczeniodawców w celu wzrostu liczby kontaktów z pacjentami drogą elektroniczną i wzmacnianie leczenia otwartego. – U nas na POZ wydaje się 12 proc. budżetu NFZ, w Danii na szpitale przeznaczają się zaledwie 12 proc. budżetu na zdrowie. Tak długo, jak jest niewydolna opieka ambulatoryjna, tak długo będą nas za dużo kosztowały świadczenia szpitalne – skomentował dr Andrzej Zapaśnik z Porozumienia Zielonogórskiego. W czasie pierwszej konferencji głos zabrało kilkadziesiąt osób (m.in. eksministrowie Marek Balicki i Konstanty Radziwiłł). Niektóre pomysły mogą nie spotkać się z przychylnością większości Polek i Polaków (np. obciążanie kosztami osób lekceważących zalecenia lekarskie czy niestawiających się na umówione wizyty). Podsumowanie zostanie przedstawione za kilka tygodni. Osoby chcące zgłosić swoje propozycje czy uwagi bez wychodzenia z domu mogą przesłać je e-mailem na adres: wspolniedlazdrowia@mz.gov.pl. ☛

Małoinwazyjne leczenie tętniaka w łuku aorty

GL
WYWIAD



W połowie maja w Klinice Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej WUM po raz ósmy założono bez otwierania klatki piersiowej stent-graft do łuku aorty u pacjenta z rozpoznanym tętniakiem. Z dr. hab. **Tomaszem Jakimowiczem**, który jako jeden z niewielu specjalistów na świecie wykonuje ten zabieg, rozmawia **Lidia Sulikowska**.

GL Jesteście pierwszym ośrodkiem w Polsce, a także jednym z nielicznych na świecie, który implantuje protezy do łuku aorty wewnątrznacyniowo. Na czym polega zabieg?

Wykorzystujemy wykonany w najnowszej technologii stent-graft z odgałęzieniami do łuku aorty. Robiony jest on na zamówienie, gdyż musi idealnie pasować do przypadku konkretnego pacjenta. Zakładamy go całkowicie wewnątrznacyniowo. Nie musimy otwierać klatki piersiowej.

GL Nie jest to tania procedura.

Istotnie, koszt zabiegu to około 200 tys. zł, z czego 95 proc. to cena protezy. Wydaje się, że to dużo, ale przecież tutaj chodzi o ratowanie życia człowieka. Oczywiście to, co proponujemy, to nowość, gdyż wciąż standardem w leczeniu patologii łuku aorty jest wykonywanie operacji albo w całości otwartej, albo częściowo endowaskularnie. To bardzo obciążające dla chorego, gdyż wymaga zastosowania krążenia pozaustrojowego i obciążone jest wysokim ryzykiem powikłań. Nie każdy pacjent jest w tak dobrej kondycji, aby wytrzymać na stole operacyjnym kilkanaście godzin. Wielu pacjentów nie jest kwalifikowanych do takiej operacji ze względu na zły stan zdrowia. My dajemy możliwość leczenia małoinwazyjnego, dzięki któremu pacjent szybko powraca do zdrowia. To nowa metoda, ale są już badania naukowe potwierdzające, że jest ona co najmniej równie skuteczna co operacja otwarta.

GL Dostęp do korzystania z tej technologii jest limitowany wyłącznie dla ośrodków z dużym

doświadczeniem w leczeniu wewnątrznacyniowym. Dlaczego?

Zabieg jest małoinwazyjny dla chorego, ale trudny do wykonania dla operatora, więc producent protezy nie chce, by implantowano ją w placówkach bez niezbędnego do tego doświadczenia. Ja starałem się ponad rok, by otrzymać pozwolenie na użycie tej metody. Nasza klinika ma duże doświadczenie w leczeniu wewnątrznacyniowym tętniaków aorty, w tym piersiowo-brzusznych, więc się udało. Zaczęliśmy implantację protezy wewnątrznacyniowej w łuku aorty w 2016 r., jako pierwszy ośrodek w Polsce i 10. na świecie.

GL Co będzie kolejnym wyzwaniem?

W świecie medycznym powoli myśli się o leczeniu wewnątrznacyniowym patologii aorty wstępującej. Nasz ośrodek także przymierza się do podjęcia tego wyzwania.

GL Czy pana zdaniem techniki małoinwazyjne zdominują leczenie chorób aorty?

W naszej klinice potrafimy wykonać wszystkie zabiegi wewnątrznacyniowego leczenia tętniaków i rozwarstwień od łuku aorty do samego dołu tętnicy głównej, ale to nie znaczy, że to najlepsza opcja dla każdego chorego. Ta metoda, jak każda, ma swoje ograniczenia. Chciałbym podkreślić, że niezwykle ważna jest współpraca pomiędzy kardiologami i chirurgami naczyniowymi. Po ty, by móc wspólnie zastanawiać się, czy w przypadku danego pacjenta lepsza będzie operacja otwarta czy małoinwazyjna. Idealnie byłoby, gdyby powstawały wspólne centra kardiologii i chirurgii naczyniowej. ○

Co komu szkodzi, że jest cieplej?

W Polsce coraz częściej obserwujemy fale upałów czy inne ekstremalne zjawiska pogodowe. Jak te zachodzące zmiany klimatu wpływają, i będą oddziaływać w przyszłości, na zdrowie Polek i Polaków? Okazuje się, że problem jest istotny, a zwiększona śmiertelność czy zachorowalność na konkretne choroby bywa ściśle powiązana ze zmieniającymi się warunkami atmosferycznymi.

• LIDIA SULIKOWSKA

Zmiana klimatu powoduje zwiększenie częstotliwości występowania ekstremalnych zjawisk pogodowych. I tak, np. w Europie w wielu miejscach nasila się występowanie silnych opadów deszczu, powodzi, fal upałów, suszy, a nawet huraganów.

Proces ten to nie omija także naszego kraju, niosąc za sobą nie tylko skutki ekonomiczne czy społeczne, ale też zdrowotne. Najnowszy raport organizacji pozarządowych: Koalicji Klimatycznej oraz Heal Polska¹ pokazuje, że zmiana klimatu już teraz powoduje problemy związane ze zdrowiem, które nasila się na przestrzeni kolejnych dziesięcioleci.

ZA GORĄCO, DUŻO DESZCZU

Jak przypominają autorzy raportu, narażenie na ekstremalne ciepło może prowadzić do udaru cieplnego i odwodnienia, a także zaostrzenia chorób sercowo-naczyniowych, oddechowych, mózgowo-naczyniowych i cukrzycy. Długotrwała ekspozycja na promieniowanie UV grozi wystąpieniem raka skóry (także czerniaka złośliwego) oraz zacięmy. Nie wolno też zapominać, że

wzrost temperatury, brak wiatru i duża wilgotność sprzyjają rozwojowi salmonelli i patogenów E. coli. W czasie upałów rośnie też poziom alergenów i pyłków w powietrzu, co stwarza ryzyko pogorszenia stanu zdrowia astmatyków i alergików. Powstaje także ozon troposferyczny, który powoduje poczucie senności, złe samopoczucie, nasila objawy POChP i astmy. W czasie fal upałów podnosi się też poziom zanieczyszczeń w powietrzu, które zaostrzają objawy chorób układu krwionośnego i oddechowego.

W Polsce problemem są także powodzie, które poza stratami ekonomicznymi czy społecznymi, mogą powodować problemy zdrowotne. Najczęstsze choroby zakaźne transmitowane przez wodę to m.in. biegunka, cholera, czerwotka, dur brzuszny, salmonelloza odzwierzęca, tężec, wirusowe zapalenie wątroby typu A, wirusowe zapalenie żółtkowo-jelitowe, zatrucie jadem kiełbasianym, zatrucie gronkowcem. Część z nich już teraz występuje w naszym kraju, pozostałe mogą zmienić obszar występowania i pojawić się u nas w przyszłości. Trzeba też jednak mieć na uwadze, że skutki powodzi

wpływają negatywnie również na zdrowie psychiczne, powodując m.in. ataki paniki, bezsenność, zaburzenia psychosomatyczne, a nawet stres pourazowy czy myśli samobójcze.

W raporcie czytamy również, że dużym zagrożeniem dla zdrowia w Polsce są choroby wektorowe przenoszone przez owady, których występowanie jest silnie uzależnione od temperatury i wilgotności powietrza. Obecnie największy problem w tym zakresie stwarza kleszcz pospolity, który wywołuje boreliozę, kleszczowe zapalenie mózgu oraz babeszjozę. Klimat łagodnieje, a statystyki zachorowań idą w górę. Z danych Głównego Inspektoratu Sanitarnego wynika, że od 2005 do 2014 r. liczba zachorowań na boreliozę wzrosła ponad trzykrotnie, stale rośnie też liczba zachorowań na odkleszczowe zapalenie mózgu. Jak tłumaczą autorzy raportu, kleszcze pojawiają się na coraz wyższych szerokościach geograficznych ze względu na łagodniejsze warunki przetrwania, powiązane ze wzrostem temperatury oraz opadów atmosferycznych. W kraju pojawia się też anaplaзмoza (od 2001 r.) i babeszjoza (pierwszy przypadek opisano w 1997 r.).





▲ Zmiana klimatu stawia nowe wyzwania przed całym sektorem zdrowia, który w bezpośredni sposób odczuje skutki tego procesu.

NIEPOKOJĄCE PROGNOZY

Przedstawiono także scenariusze wpływu zmiany klimatu na zdrowie do 2100 r. Autorzy raportu sygnalizują, że jeśli nie uda się zrealizować ogólnosięwiatowego planu działania, mającego ograniczyć globalne ocieplenie, zawartego na mocy tzw. porozumienia paryskiego z 2015 r., to występujące obecnie skutki zdrowotne związane ze zmianą klimatu będą się nasilać. Zjawisko nie ominie Polski, szczególnie w okresie letnim. Prognozy mówią m.in. o 10 proc. wzroście zachorowań na wszystkie formy nowotworów skóry (najbardziej zagrożone województwa: wielkopolskie i opolskie), wzroście zapadalności na boreliozę (od 58 do 68 proc., a w niektórych województwach nawet do 100 proc.). Częściej zachorujemy na salmonellozę (największy wzrost w latach 2041-2070, a następnie powinien spaść). Jedną z niewielu pozytywnych konsekwencji zmiany klimatu będzie zmniejszenie liczby zgonów spowodowanych infekcjami układu oddechowego. Nawet, jeśli uda się zrealizować postanowienia porozumienia paryskiego, nie uchroni to nas od wzrostu liczby

fal upałów, a co za tym idzie, skutków zdrowotnych z nimi związanych. Znacząco za to ograniczymy choroby i zgony powodowane zanieczyszczeniem powietrza.

Dalszy prognozowany wzrost temperatury sprzyjać będzie rozprzestrzenianiu się kleszczy. W raporcie Koalicji Klimatycznej i Heal Polska czytamy, że w naszym kraju może się pojawić komar tygrysi, wywołujący takie choroby jak: denga, czikunginia, zika, gorączka Zachodniego Nilu czy żółta febra.

EDUKACJA I REKOMENDACJE

Czy jesteście przygotowani na wyzwania, jakie stawia zmieniający się klimat? – Niestety w Polsce wiedza środowisk medycznych na temat wpływu zmiany klimatu na stan zdrowia jest niewielka. Lekarze są głównie nastawieni na diagnostykę i leczenie chorób. W mniejszym stopniu zwracają uwagę na profilaktykę i zdrowie publiczne. Nie doceniają tych zagadnień i skupiają się bardziej na leczeniu skutków niż zwalczaniu przyczyn. W dalszym ciągu zbyt często brakuje refleksji wśród lekarzy, że tak naprawdę przyczyną wielu zgonów czy

zaostrzenia choroby jest zmiana klimatu. Środowisko medyczne jest nieprzygotowane na merytoryczne podjęcie tego tematu. WHO traktuje temat wpływu zmiany klimatu na zdrowie jako jeden z priorytetów, w Polsce ten temat jest marginalizowany. Brakuje refleksji i wiedzy wśród pacjentów, że gdyby podjęli odpowiednie działania zapobiegawcze, mogliby uchronić się przed tragicznymi skutkami, które powodują określone zjawiska pogodowe – uważa dr hab. n. med. Tadeusz Maria Zielonka, członek zarządu Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc. – Już dziś w czasie fal upałów Polacy umierają z powodu chociażby odwodnienia, także w szpitalach, gdzie brakuje klimatyzacji i personelu, który mógłby o właściwych porach nawadniać schorowanych ludzi, którzy sami nie są w stanie tego zrobić – dodaje Tadeusz Maria Zielonka.

Zmiana klimatu stawia nowe wyzwania przed całym sektorem zdrowia, który w bezpośredni sposób odczuje skutki tego procesu. – Służba zdrowia powinna przygotować się na zwiększoną liczbę hospitalizacji z powodu chorób będących konsekwencjami suszy, powodzi, ekstremalnych zjawisk pogodowych czy np. rozprzestrzeniania się wektorów boreliozy – zaznacza Weronika Michalak z Heal Polska i dodaje, że potrzebne są także inne działania. Chodzi m.in. o monitorowanie stanu zdrowia publicznego i aktualnych problemów zdrowotnych społeczeństwa, ze szczególnym uwzględnieniem chorób i schorzeń klimatyzależnych. Ekspertki podkreślają też, że trzeba opracować strategię walki z chorobami wektorowymi, w tym przygotować lekarzy i personel medyczny do leczenia chorób, które dopiero mogą się pojawić w Polsce, a także prowadzić działania edukacyjne, zarówno wśród środowiska medycznego, jak i pacjentów o zagrożeniach zdrowia związanych ze zmianą klimatu oraz o dostępnej profilaktyce. ○

¹ Raport „Wpływ zmiany klimatu na zdrowie”, Koalicja Klimatyczna, Heal Polska, Warszawa 2018

Sekretarka medyczna odciąży lekarza

Wprowadzenie do systemu ochrony zdrowia sekretarek medycznych ma być krokiem milowym w odbiurokratyzowaniu pracy polskiego lekarza.

LUCYNA KRYSIAK

Obliczono, że lekarze przeznaczą na wypełnianie dokumentacji medycznej, wypisów szpitalnych i innych wymaganych przez NFZ czy ZUS formularzy średnio od półtorej do dwóch godzin dziennie.

Jeśli ktoś przejąłby od nich te obowiązki, mogliby ten czas poświęcić pacjentom. Ministerstwo Zdrowia zapowiada wprowadzenie do systemu sekretarek medycznych, które mają zajmować się „papierkową robotą” i w ten sposób odbiurokratyzować pracę lekarza. Wciąż jednak nie wiadomo, skąd wziąć te sekretarki medyczne, w jaki sposób będą one przygotowywane do zawodu i na jakich zasadach mogą być zatrudniane, a także czy znajdą się środki na to przedsięwzięcie. W niektórych placówkach medycznych w Polsce system – sekretarka medyczna na każdym oddziale – już istnieje. Wprowadzie brak uregulowań prawnych stanowiących podstawę, na jakiej powinien działać, ale widać, że ten kierunek szpitale chcą rozwijać.

LEK NA WIELE DOLEGLIWOŚCI

Największą bolączką polskiej ochrony zdrowia są kolejki do specjalistów i oddziałów szpitalnych, a ostatnio deficyty kadrowe związane z emigracją zarobkową lekarzy i starzenie się tych, którzy pozostali w kraju. Praca lekarza jest więc na wagę złota. Zmiany w gospodarowaniu lekarskim potencjałem kadrowym wydają się być konieczne. Ministerstwo Zdrowia chce



▲ Oprócz sekretarek medycznych, takim nowym zawodem są transkrypcjoniści medyczni, zajmujący się spisywaniem notatek i zaleceń lekarskich.

je przeprowadzić, wpisując do nowego rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego zawód sekretarka medyczna, która ma przejąć od lekarza część prac administracyjnych. Jak zaznaczał w swoich wypowiedziach na konferencjach prasowych minister zdrowia Łukasz Szumowski, nowe rozwiązania mają poprawić warunki pracy lekarza i znacząco wpłynąć na jakość

opieki nad pacjentem. Zapowiadał też, że kolejnym krokiem będzie wprowadzenie zawodu opiekuna medycznego, który ma pomagać pielęgniarcom.

Okazuje się, że zawód sekretarki medycznej funkcjonuje w polskich szpitalach od dawna, nie jest więc nowym ani rewolucyjnym rozwiązaniem. Jednak nigdy nie był wpisany do rejestru zawodów medycznych, osoby zajmujące się pracami administracyjnymi tylko nazywano sekretarkami medycznymi, dlatego przy kolejnych restrukturyzacjach szpitali, w poszukiwaniu oszczędności, dyrektorzy placówek medycznych w pierwszej kolejności redukowali etaty tzw. sekretarek medycznych. W chwili, kiedy zawód sekretarki medycznej znajdzie się w rejestrze, na mocy nowego rozporządzenia dotyczącego świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego, automatycznie będą przekazane pieniądze na zatrudnienie takich osób. Uwolniony zostanie także czas pracy lekarza, który przestanie być biurokratą. Obecnie w resorcie trwają prace nad określeniem norm dotyczących zatrudnienia sekretarek, zakresu zadań, które będą mogły przejąć od lekarzy, kompetencji oraz sposobu kształcenia w tym zawodzie.

ZNAĆ JĘZYK MEDYCZNY

W zachodnich systemach leczenia sekretarki medyczne funkcjonują od dawna i są ich ważnym ogniwem. W tej grupie pracowników są osoby zajmujące się wszelkimi sprawami administracyjnymi i socjalnymi,

np. uzgadnianiem terminów badań i wizyt, ułatwianiem kontaktów personelu medycznego pomiędzy innymi oddziałami, a nawet szpitalami (są to asystenci administracyjni personelu medycznego) i stricte sekretarki medyczne, które prowadzą dokumentację medyczną chorego (spisują nagrywany na dyktafon wywiad prowadzony przez lekarza, ustne zlecenie badań, ordynowanie leków, wypełniają formularze wymagane do rozliczeń z płatnikiem). Przygotowaną dokumentację lekarz jedynie sprawdza i firmuje swoim podpisem.

– Jestem entuzjastą tego rodzaju rozwiązań, sam obejmując stanowisko dyrektora szpitala 20 lat temu wprowadziłem ten system, zakupiłem dla wszystkich dyktafony, jednak nie zdał egzaminu, ponieważ okazało się, że aby spełniać rolę sekretarki medycznej, trzeba bardzo dobrze posługiwać się terminologią medyczną, a z tym było najgorzej. Lekarzom więcej czasu zajmowało poprawianie tekstów spisywanych z dyktafonów przez sekretarki medyczne, niż pisanie ich osobiście – tłumaczy prof. Piotr Kuna, dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 im. N. Barlickiego UM w Łodzi i dodaje, że postulował wówczas, aby stworzyć program edukacyjny dla sekretarek medycznych, które mogłyby być zatrudnione w szpitalach i poradniach celem odciążenia lekarzy od prac administracyjnych, jednak postulaty te przeszły bez echa. Szpital na własny użytek przeprowadził wówczas badania, z których wynikało, że 90 proc. czasu zajmuje lekarzowi praca administracyjna, a tylko 10 proc. rozmowa i badanie pacjenta.

– Wykształcenie lekarza, szczególnie specjalisty, np. dobrego neurochirurga, kosztuje więcej niż pilota F16, po czym ten neurochirurg zamiast operować, ginie w papierach, ale język medyczny jest specyficzny i by wykształcić sekretarkę, która będzie go rozumiała, potrzeba odpowiednich

OBECNIE W RESORCIE TRWAJĄ PRACE NAD OKREŚLENIEM NORM DOTYCZĄCYCH ZATRUDNIENIA SEKRETAREK, ZAKRESU ZADAŃ, KTÓRE BĘDĄ MOGŁY PRZEJĄĆ OD LEKARZY, KOMPETENCJI ORAZ SPOSOBU KSZTAŁCENIA W TYM ZAWODZIE.

szkół – mówi prof. Kuna. Uważa, że część z nich powinna zdobywać wykształcenie w systemie licencyjnym, ale program tego kształcenia musi być dostosowany do wymogów określonych dla tego zawodu. – Inny jest język medyczny chirurga, a inny internisty czy psychiatry i to w tym kształceniu powinno być uwzględnione – podkreśla profesor. W Ministerstwie Zdrowia są prowadzone prace analityczne, na podstawie ich wyników zostanie podjęta decyzja o sposobie uzyskiwania kompetencji sekretarki medycznej, tj. o sposobie kształcenia w tym zawodzie.

TRANSKRYPCJONIŚCI I INNI

Zdaniem Jarosława Fedorowskiego, prezesa Polskiej Federacji Szpitali, wprowadzanie nowych zawodów do systemu ochrony zdrowia w Polsce jest zgodne ze światowymi trendami, a Polska jest w tej sferze zapóźniona. Oprócz sekretarek medycznych, takim nowym zawodem są transkrypcjoniści medyczni, zajmujący się spisywaniem notatek i zaleceń lekarskich. Przykładem jest Wielka Brytania, gdzie lekarze na co dzień posługują się dyktafonami. Nagrywają na nie praktycznie wszystko, a transkrypcjoniści z pomocą komputera przelewają te nagrania na papier. Tak powstają raporty, zlecenia, słowem cała dokumentacja niezbędna do prowadzenia pacjenta w czasie jego pobytu w szpitalu.

Amerykanie poszli jeszcze dalej. Na SOR-ach transkrypcjonistów zastępują urzędnicy służące do rozpoznawania mowy, które przekładają nagranie z dyktafonu na zapis elektroniczny.

W wielu krajach zachodnich funkcjonuje także zawód koordynatora opieki medycznej, który wspiera pracę

1000

– około tyle
potrzeba na
początek sekreta-
rek medycznych
wykształconych
w tym kierunku,
aby projekt zafunk-
cjonował.

personelu medycznego. Koordynatorzy są najwyżej cenieni wśród zawodów wspierających pracę lekarza. Funkcję tę pełnią zazwyczaj przeszkolone pielęgniarki. Do ich zadań należy m.in. nadzór i wsparcie realizacji zleceń lekarza oraz opieki nad pacjentem. – Te przykłady świadczą o tym, że w świecie coraz bardziej skomplikowanych zasad funkcjonowania lecznictwa nie ma odwrotu od tworzenia nowych zawodów wspierających i odciążających pracę lekarza, dlatego uważam, że wprowadzenie w Polsce zawodu sekretarki medycznej, a następnie – jak nadmieniał minister zdrowia – opiekuna medycznego czy asystenta medycznego, to krok we właściwym kierunku – powiedział prezes Fedorowski i dodał, że za chwilę będzie konieczne powołanie zawodu bioinżynierów medycznych czy techników terapii oddechowej podających tlen w szpitalach. Wraz z lekarzami wszyscy oni tworzą zespół, w którym każdy pełni swoją rolę.

Jest jednak jeszcze wiele kwestii stojących pod znakiem zapytania, np. czy sekretarki medyczne będą przypisane do ordynatora oddziału, tak jak to jest praktykowane obecnie, czy do poszczególnych lekarzy, którym są najbardziej potrzebne? Prezes PFSz zwraca także uwagę na fakt, że wciąż nie ma przepisów regulujących profesję sekretarki medycznej, choćby w tak delikatnej materii jak przestrzeganie tajemnicy lekarskiej, zasad prowadzenia dokumentacji medycznej, znajomość procedur medycznych czy poruszanie się w przepisach dotyczących ochrony danych osobowych. – To nie będzie łatwe do przeprowadzenia tym bardziej, że jak obliczyliśmy, aby ten projekt zafunkcjonował, na początek potrzeba blisko tysiąc wykształconych w tym kierunku sekretarek medycznych, aby przynajmniej po kilka z nich przypadało na jeden oddział – zaznaczył Fedorowski. ○

W ZACHODNICH SYSTEMACH LECZNICTWA SEKRETARKI MEDYCZNE FUNKCJONUJĄ OD DAWNA I SĄ ICH WAŻNYM OGNIWEM.

Współczucie lekarza a efekty leczenia

GL
WYWIAD

Z prof. **Małgorzatą Krajnik**, kierownikiem Katedry i Zakładu Opieki Paliatywnej Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu, prezesem Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie i współprzewodniczącą Polskiej Grupy Roboczej ds. problemów Etycznych Końca Życia, rozmawia **Lidia Sulikowska**.

GL **Pierwsze skojarzenie, jakie przychodzi na myśl w związku z opieką duchową w medycynie, to posługa duszpasterska, ewentualnie wsparcie psychologiczne.**

Tak jednak nie jest. Ta opieka różni się od wsparcia psychologicznego. Co do posługi duszpasterskiej, rzeczywiście jest częścią opieki duchowej w stosunku do chorych, którzy mają potrzeby religijne. Należy jednak podkreślić, że duchowość jest pojęciem szerszym niż religijność. Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie (PTODM) definiuje ją jako wymiar ludzkiego życia, odnoszący się do transcendencji i innych wartości egzystencjalnie ważnych, w tym pytań o sens cierpienia czy życia. Jest tu także sfera wartości, które są ważne dla chorego, zwłaszcza jego relacje z innymi i sobą samym. Duchowość to coś, co odnosi się do samej istoty człowieczeństwa. Dlatego opiekę duchową może sprawować kapelan, ale olbrzymią rolę do odegrania ma personel medyczny, w tym oczywiście lekarze.

GL **Dlaczego?**

Ponieważ do lekarza trafia człowiek, który w obliczu choroby mierzy się z różnymi ograniczeniami, a także zagrożeniem życia. Rodzą się w nim pytania natury egzystencjalnej. Przez lata nowoczesna medycyna usiłowała tych potrzeb nie zauważać, skupiając się jedynie na problemie stricte medycznym. Okazało się jednak, że tego się nie da oddzielić. Paradoksalnie, im większy postęp medyczny, tym bardziej pacjentom czegoś brakuje. Na opiekę duchową w medycynie zaczęto zwracać szczególną uwagę jakieś 20 lat temu w USA, gdzie najnowsze zdobycze techniki pozwalały coraz to bardziej wydłużać granicę podtrzymywania życia. Zastanawiano się, o co tak naprawdę walczymy. Zaczęto zauważać, jak ważne jest, by w podejmowaniu tego typu decyzji lekarz pomagał

choremu w przyjrzeniu się sferze jego celów i wartości, tak by rzeczywiście działania terapeutyczne służyły dobru tego konkretnego człowieka. Co więcej zauważono, że duchowość pacjenta może być bardzo ważnym zasobem, dającym siłę w chorowaniu, znoszeniu ograniczeń i mierzeniu się ze śmiercią – albo przeciwnie, źródłem cierpienia. Już w raporcie z 1998 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podkreśliła, że dotychczasowe podejście profesjonalistów medycznych, w którym promuje się leczenie chorych poprzez skupienie się jedynie na lekach czy zabiegach operacyjnych, ogranicza patrzenie na pacjenta i dłużej nie może być satysfakcjonujące.

GL **Co to właściwie oznacza dla lekarza?**

Patrzenie na całego człowieka, widzenie go przez pryzmat jego potrzeb, a nie tylko choroby. Trzeba rozmawiać tak, aby pokazać, że nam na nim zależy, słuchać i usłyszeć, co ma nam do powiedzenia. Mówimy o tzw. obecności terapeutycznej, bo jestem z chorym tu i teraz, tak, jakby był jedyny na świecie. W ten sposób można dać odczuć pacjentowi, że jest ważny i niepowtarzalny. To jest też otwartość na pomoc w poszukiwaniu sensu. I współczucie, czyli zgoda na współcierpienie. To znaczy nie tylko umiejętność wyobrażenia sobie, co może przeżywać chory, ale zaakceptowanie tego, że mnie też to będzie „bolało”. Tego typu relacja daje szansę na to, by chory mógł mierzyć się z tym, co go spotyka.

GL **Jest też niezwykle trudna dla lekarza, który nie może zatracić dystansu w pracy, bo to zbyt obciąża psychicznie.**

Okazuje się, że takie zachowywanie dystansu jest złudne, bo zabija w lekarzu poczucie misji, która jest istotą tego

WHO

podkreśla, że leczenie chorych poprzez skupienie się jedynie na lekach czy zabiegach operacyjnych ogranicza patrzenie na pacjenta.

zawodu. Trzeba jednak współczuć i współcierpieć mądrze. Należy zadbać o siebie samego, bo ja też jestem ważny. Na świecie coraz bardziej rozpowszechnione są programy ukierunkowane na zadbanie o lekarzy czy pielęgniarki. W Polsce niezbędne jest systemowe stworzenie w tym zakresie opieki nad personelem medycznym.

GL Jak opiekę duchową realizować w praktyce lekarskiej?

Jest dużo sposobów, które ułatwiają dotarcie do sfery duchowej chorego. W wielu szpitalach na całym świecie już od samego przyjęcia pokazuje się, że przybył do nas człowiek, a nie przypadek. Na przykład, prosząc chorego, aby napisał na kartkach odpowiedzi na pytania dotyczące jego samego (m. in. co jest dla niego najważniejsze). Następna sprawa to budowanie relacji pomiędzy personelem medycznym a pacjentem, o czym już wcześniej wspominałam. I wreszcie, zadbanie o dobrą współpracę lekarzy ze specjalistami opieki duchowej w medycynie, czyli przede wszystkim odpowiednio wykształconymi kapelanami, którzy będą pomocni nie tylko w przypadku potrzeb religijnych, ale np. cierpienia duchowego. Na świecie powstały wytyczne dla lekarzy, w jaki sposób świadczyć opiekę duchową w praktyce, a w podręcznikach amerykańskich zwraca się uwagę na specyfikę działań klinicysty w różnych specjalnościach medycznych, np. w zakresie komunikacji z chorym czy w podejmowaniu decyzji.

GL Jakie jest podejście w naszym kraju?

W Polsce jeszcze nie doczekaliśmy się wytycznych dotyczących opieki duchowej w medycynie, ale PTODM prowadzi działania w tym zakresie. Muszę podkreślić, że widzimy coraz większe zainteresowanie tą tematyką na różnego typu konferencjach medycznych, a lekarze zwracają uwagę, że poprzez postęp technologiczny, który ma wiele niezaprzeczalnych zalet, zatracają relację z chorym.

W Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy udało się wprowadzić zajęcia obowiązkowe dla studentów medycyny z duchowości w medycynie. Bardzo chcielibyśmy, aby nasz program został przyjęty przez inne ośrodki akademickie. W Stanach Zjednoczonych 90 proc. uczelni realizuje podobne programy, więc mam nadzieję, że i u nas tak będzie. Jako PTODM pracujemy też nad wprowadzeniem kształcenia profesjonalistów medycznych w tym zakresie. Mamy także nadzieję, że zmieni się polityka szpitalna w podejściu do chorych, bo można wdrożyć wiele programów, które nie są kosztowne, wymagają jednak uwrażliwienia na pewne kwestie.

➤ **Prof. Małgorzata Krajnik: – Mamy wiele badań, które wskazują, że to, co się dzieje w sferze duchowej, ma przełożenie na śmiertelność pacjenta.**



GL Czy badano skuteczność opieki duchowej realizowanej przez personel medyczny?

Mamy wiele badań, które wskazują, że to, co się dzieje w sferze duchowej, ma przełożenie na śmiertelność pacjenta. Na przykład w 17-letnim badaniu prospektywnym dotyczącym pacjentów zakażonych wirusem HIV okazało się, że bardzo dobre radzenie sobie w sferze duchowej około trzykrotnie zwiększało prawdopodobieństwo dłuższego przeżycia. Udowodniono też wpływ kondycji sfery duchowej na efekty leczenia, a nawet skutki finansowe. W jednym z badań amerykańskich monitorowano pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową, którzy oceniali opiekę duchową świadczoną przez zespół terapeutyczny (m.in. lekarzy, pielęgniarki, kapelanów) wyliczając, ile kosztuje ich ostatni tydzień życia. Okazało się, że ci, którzy byli zadowoleni z udzielonego im wsparcia duchowego, kosztowali o 2,5 tys. dolarów mniej niż ci, którzy zadowoleni nie byli, a w przypadku osób z dużymi potrzebami religijnymi ta różnica wyniosła nawet około 4 tys. dolarów. Oni rzadziej trafiali na oddziały intensywnej terapii, bo byli pogodzeni ze sobą i potrafili znaleźć sens życia w sytuacji, w której się znaleźli. Kolejnym tematem jest umieranie chorego, na nowo ukazane przez badaczy szwajcarskich jako proces duchowej przemiany. Lepšie poznanie tego, co dzieje się w umierających, na czym polega język komunikacji z nimi (słuch i dotyk), przekonuje nas, jak ważne w medycynie jest sięganie do sfery duchowej chorego i lekarza. Ale to już temat na osobną rozmowę. ○

JEST DUŻO SPOSOBÓW, KTÓRE UŁATWIAJĄ DOTARCIE DO SFERY DUCHOWEJ CHOREGO. W WIELU SZPITALACH NA CAŁYM ŚWIECIE JUŻ OD SAMEGO PRZYJĘCIA POKAZUJE SIĘ, ŻE PRZYBYŁ DO NAS CZŁOWIEK, A NIE PRZYPADEK, NP. PROSZĄC CHOREGO, ABY NAPISAŁ NA KARTKACH ODPOWIEDZI NA PYTANIA DOTYCZĄCE JEGO SAMEGO.

Możliwości leczenia krótkowzroczności w 2018 r.

Czy mamy do czynienia ze wzrostem występowania krótkowzroczności?

ANDRZEJ GRZYBOWSKI, PROF. NADZW. DR HAB. N. MED., KATEDRA OKULISTYKI, UNIwersYTET WARMIŃSKO-MAZURSKI

Obecnie krótkowzroczność na świecie osiąga rozmiar epidemii – dotkniętym nią jest już 1,6 mld ludzi, a szacuje się, że do 2050 r. połowa ludzkości na ziemi będzie miała tę wadę. Pojawia się ona już u dzieci, najczęściej w wieku wczesnoszkolnym i może rozwijać się do końca okresu wzrostu, czyli nawet do 25. r.ż. Według aktualnych doniesień, krótkowzroczność najintensywniej rozwija się w Azji południowo-wschodniej i dotyczy krajów takich jak Chiny, Korea Płd., Tajwan, Singapur i Japonia. W ciągu ostatnich 30 lat liczba młodych ludzi z tą wadą wzroku podwoiła się i sięga obecnie nawet 90 proc.

5-10%

– taki odsetek wszystkich dzieci z krótkowzrocznością rozwine wysoką krótkowzroczność, czyli chorobę, która w swoim naturalnym przebiegu prowadzi do pogorszenia widzenia oraz związana jest ze znacznie większym ryzykiem innych poważnych chorób oczu.

Czy problem ten też dotyczy Europy?

W Europie ostatnie badania epidemiologiczne wskazują również istotny wzrost występowania krótkowzroczności, osiągający obecnie poziom ok. 40-45 proc. młodej populacji. Związane jest to m.in. z wczesną edukacją i intensywną pracą wzrokową od najmłodszych lat. Problem jest tak znaczący, że zajmuje się nim „Nature”, ale i prasa codzienna w Europie, np. „The Guardian” i „Financial Times”.

Co powoduje wzrost występowania krótkowzroczności w ostatnich latach?

Ciągle nie wszystko wiemy na ten temat. Dawniej, tzn. od połowy XX w.,

uważano że krótkowzroczność jest determinowana genetycznie. Obecnie wiemy, że wpływ genetyczny na rozwój krótkowzroczności, jeżeli istnieje, ma najprawdopodobniej niewielkie znaczenie. Udowodniono, że na rozwój krótkowzroczności wpływ ma tzw. praca wzrokowa z bliska, czyli czynności takie jak czytanie, pisanie oraz praca przy komputerze. W ostatnich latach podkreśla się, jaki wpływ na wzrost krótkowzroczności u coraz młodszych dzieci mają czynniki związane z rozwojem cywilizacji, wcześniejsza edukacja oraz coraz większa presja i oczekiwania dorosłych, w tym rodziców i nauczycieli.

Wiadomo, że wzrost krótkowzroczności jest proporcjonalny do lat edukacji, a jej progresja jest tym większa, im w młodszym wieku ona wystąpiła. Oznacza to, że u osób z wyższym wykształceniem krótkowzroczność występuje znacznie częściej niż średnio w populacji oraz że jeżeli wystąpi ona u dziecka, np. w 6. r.ż., jej progresja będzie bardziej dynamiczna niż gdyby pojawiła się w 10. r.ż. Ostatnio zapytałem o występowanie krótkowzroczności studentów medycyny 4. roku w Olsztynie i stwierdziłem, że 60-70 proc. z nich jest krótkowzrocznych.

Rozwój technologii i powszechna dostępność takich urządzeń jak komputery, tablety, smartfony, coraz częstsze ich stosowanie do nauki, pracy, a także w czasie wolnym, skróciły

również czas spędzany na świeżym powietrzu, kiedy dzieci ekspozowane są na światło słoneczne. W ostatnich latach udowodniono, że mniej czasu spędzanego na dworze jest istotnym czynnikiem ryzyka wystąpienia krótkowzroczności. Wykazano również, że poprzez zwiększenie ilości czasu spędzanego na dworze można równoważyć podwyższone ryzyko wynikające z pracy z bliska. Ponadto zauważono, że ta wada wzroku występuje częściej u dzieci mieszkających w miastach niż na wsi.

Od lat wiadomo, że dzieci krótkowzrocznych rodziców mają wyższe ryzyko rozwoju krótkowzroczności i uważano to za dowód na istnienie genetycznego podłoża tej wady. Nie udało się jednak potwierdzić genu lub genów związanych jednoznacznie z tą wadą wzroku. Dlatego obecnie uważa się, że dzieci narażone są na podobne czynniki środowiskowe (presja edukacyjna) co ich rodzice, stąd częstsze występowanie u nich krótkowzroczności nie stanowi dowodu na tło genetyczne wady wzroku.

Dlaczego zwiększone występowanie krótkowzroczności ma tak istotne znaczenie?

Pozornie, konsekwencje medyczne krótkowzroczności są ograniczone do problemów związanych z noszeniem okularów lub soczewek korekcyjnych oraz ew. kontrolowaniem właściwej

korekcji u dzieci, by zapobiec rozwojowi niedowidzenia.

Jednak krótkowzroczność, szczególnie wysoka, czyli powyżej 8 dioptrii, jest związana z podwyższonym ryzykiem rozwoju poważnych chorób oczu, takich jak jaskra, zaćma, odwarstwienie siatkówki czy choroby plamki żółtej. Mogą one prowadzić do znacznego upośledzenia widzenia i niepełnosprawności wzrokowej.

Dawniej uważano, że tzw. krótkowzroczność szkolna, czyli pojawiająca się na początku szkoły podstawowej, jest zawsze niska i nie ulega progresji do krótkowzroczności średniej (6-8 dioptrii) i wysokiej (powyżej 8 dioptrii). Obecnie wiemy, że nie jest to prawdą. Krótkowzroczność szkolna może ulegać progresji i skutkować wadą powyżej 8 dioptrii. Ponadto wiadomo, że ok. 5-10 proc. wszystkich dzieci z krótkowzrocznością rozwinię wysoką krótkowzroczność, czyli chorobę, która w swoim naturalnym przebiegu prowadzi do pogorszenia widzenia oraz związana jest ze znacznie większym ryzykiem innych poważnych chorób oczu. I dlatego właśnie epidemia krótkowzroczności stanowi obecnie poważne wyzwanie nie tylko dla okulistów, ale i specjalistów z zakresu zdrowia publicznego. Dla współczesnej okulistyki wady 2-4 dioptrii nie stanowią istotnego wyzwania, jednak powikłania krótkowzroczności powyżej 8-10 dioptrii stanowią mogą poważny problem leczniczy.

Czy jest możliwe zahamowanie krótkowzroczności u dzieci?

Wiemy obecnie całkiem sporo na temat realnych możliwości zahamowania krótkowzroczności, chociaż jest to oparte na wiedzy i doświadczeniach zgromadzonych przez ostatnich 10 lat. Po pierwsze, noszenie okularów lub typowych kontaktowych soczewek korekcyjnych nie hamuje rozwoju krótkowzroczności. Po drugie, stosowane przez wiele lat



niedokorygowanie optyczne (zalecanie mniejszej od rzeczywistej korekcji okularowej) nie działa i nie ma powodów dla jego zalecania.

Aktualne metody hamowania progresji tej wady dzieli się na optyczne oraz farmakologiczne. Optyczne to specjalne wieloogniskowe soczewki kontaktowe lub twarde soczewki kontaktowe zakładane na noc, czyli tzw. ortokorekcja, która polega na modelowaniu powierzchni rogówki przez soczewkę, co umożliwia funkcjonowanie potem przez cały dzień bez okularów. Leczenie farmakologiczne opiera się na stosowaniu kropli z rozcieńczoną atropiną w stężeniach 0,5 proc., 0,1 proc. i 0,01 proc. Skuteczność wyżej wymienionych metod leczenia wynosi ok. 50 proc. zahamowania progresji krótkowzroczności, czyli jeżeli progresja wady wynosi np. 1 dioptrię rocznie, to poprzez zastosowane leczenie można ją zmniejszyć do 0,5 dioptrii rocznie.

Dodatkowo, bardzo ważne jest, by dziecko spędzało jak najwięcej czasu w ekspozycji na światło słoneczne, minimum 2 godz. dziennie. Udało się również w badaniach eksperymentalnych potwierdzić pozytywne działanie sztucznego oświetlenia o odpowiednim natężeniu światła, jednak nie są

dostępne na razie odpowiednie lampy lub żarówki. Ostatnio wykazano również, że czytanie ze zbyt bliskiej odległości przyspiesza progresję krótkowzroczności, dlatego musimy zwracać na to uwagę rodzicom. Wiadomo, że w warunkach słabego oświetlenia przybliżamy tekst do oczu, a w warunkach komfortowego oświetlenia możemy czytać z właściwego dystansu ok. 30 cm. Dlatego właśnie musimy zwrócić uwagę rodzicom na stworzenie bardzo dobrych warunków w zakresie oświetlenia do pracy wzrokowej dziecka.

Leczenie krótkowzroczności jest również dostępne w Polsce i warto, by każdy lekarz poinformował rodziców o takiej możliwości i skierował ich do okulisty zajmującego się tego rodzaju leczeniem. Zmniejszenie ostatecznej wady wzroku o 50 proc., szczególnie w przypadku wad powyżej 3 D, stanowić może dużą korzyść dla pacjenta. Fundacja Okulistyka 21 w Poznaniu wraz z Katedrą Okulistyki UWM w Olsztynie zajmuje się prowadzeniem badań naukowych dotyczących hamowania krótkowzroczności oraz edukacją okulistów i pacjentów. Prowadzimy również współpracę naukową z Kliniką Okulistyczną w Guangzhou (dawny Kanton) w Chinach, a we współpracy z Ministerstwem Nauki i Szkolnictwa Wyższego organizujemy w 2018 r. warsztaty dla zainteresowanych lekarzy – prosimy o przesyłanie do nas zgłoszeń na adres: fwro21@gmail.com. 

▲ Stosowane przez wiele lat niedokorygowanie optyczne (zalecanie mniejszej od rzeczywistej korekcji okularowej) nie działa i nie ma powodów dla jego zalecania.

KRÓTKOWZROCZNOŚĆ SZKOLNA MOŻE ULEGAĆ PROGRESJI I SKUTKOWAĆ WADĄ POWYŻEJ 8 DIOPTRII.

Po pierwsze zdrowie

GL
PATRONAT

Porady otolaryngologów, okulistów i periodontologów cieszyły się największym zainteresowaniem podczas inauguracji wielospecjalistycznego programu przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym „Po pierwsze zdrowie”.

❶ **MARIUSZ TOMCZAK**

Program wystartował w pierwszej środę czerwca w Warszawie. Chętni mogli skorzystać również z porad innych specjalistów: kardiologów, dermatologów, urologów, hematologów, dietetyków, audiologów, foniatorów i psychiatrów dziecięcych. Łącznie przeprowadzono ponad 1300 badań i konsultacji.

– Celem programu jest m.in. kreowanie postaw prozdrowotnych – mówi prof. Henryk Skarżyński, jego pomysłodawca i inicjator. Jak dodaje, dzięki badaniom przesiewowym na bardzo wczesnym etapie można wykryć choroby, które często mogłyby zostać niezdiagnozowane przez długie lata.

WSTYDLIWE NTM

Niektóre pacjentki właśnie wtedy, podczas inauguracji programu, po raz pierwszy rozmawiały o zaburzeniach mikcji i nietrzymaniu moczu. – Nie poruszały tego tematu nawet podczas wcześniejszych wizyt u ginekologa – mówi dr Kamila Żebrowska. Na jednym z najbardziej obleganych stanowisk lekarze okuliści wykonywali rutynowe badania wzroku i udzielali porad dotyczących profilaktyki chorób oczu. Najczęściej pytano o jaskrę – chorobę rozwijającą się powoli, często bezobjawowo, wykrywaną zwykle przypadkiem (np. podczas doboru okularów).

– Około jedna trzecia pacjentów odwiedzających nasze stoisko prosiła o ich obejrzenie pod dermoskopem – mówi dr Agnieszka Staniewska, dodając, że poza oceną znamion, pacjenci zgłaszali się z takimi problemami skórnymi jak wyprysk. – To choroba o podłożu alergicznym, którą można już uznać za chorobę



cywilizacyjną. Pojawia się na skutek uszkodzenia bariery naskórkowej przez detergenty obecne w kosmetykach do mycia i demakijażu – podkreśla dermatolog. Natomiast do dietetyków najczęściej zgłaszały się osoby z nadwagą i otyłością, choć – jak przyznaje Klaudia Wiśniewska – edukowano również osoby niemające problemów z masą ciała.

NIEDOBÓR ŻELAZA A RAK

Hematolodzy zaproszeni do udziału w programie apelowali do pacjentów o wykonywanie podstawowego badania krwi raz w roku nie tylko z uwagi na możliwość wczesnego wykrycia nowotworów krwi, ale również na potencjalną niedokrwistość i leukopenię. – Niedokrwistość ma co 5-6. kobieta, a jej przyczyną jest utrata krwi podczas miesiączki i modne, zwłaszcza bezmięsne, diety odchudzające – wyjaśnia dr Monika Dąbrowska.

Niektóre pacjentki uzupełniają niedobór żelaza bez konsultacji z lekarzem, mimo że czasami konieczne jest farmakologiczne skrócenie miesiączkowania i zmiana sposobu odżywiania. – Spotykając się z takim problemem podczas konsultacji, przekonujemy, że obniżony poziom żelaza to za mało do

postawienia diagnozy. Niezbędne są przynajmniej trzy wyniki badań: poziom żelaza, hemoglobiny i ferrytyny – dodaje. Niedobór żelaza może być objawem m.in. raka jelita grubego, żołądka, jajnika, nerki, płuca czy gruczołu krokowego.

OD ZĘBA DO CHOROÓB OGÓLNYCH

Prof. Renata Górka podkreśla niedostateczną wiedzę o skutkach chorób przyzębia nie tylko wśród pacjentów, ale również lekarzy pierwszego kontaktu. Tymczasem to one mają związek z chorobami serca, udarem mózgu, cukrzycą, chorobą Parkinsona czy reumatoidalnym zapaleniem stawów. – Mogą być przyczyną przedwczesnych porodów, mają związek z niską wagą urodzeniową, a według ostatnich doniesień naukowych nawet z rakiem trzustki – mówi prof. Górka. Na wciąż niedocenianą rolę więzi tworzonej przez matkę i dziecko zwraca uwagę dr Lidia Popek. Wiele zaburzeń psychicznych bierze swój początek w czasie ciąży i podczas pierwszych miesięcy życia, a nawet wtedy, kiedy przyszli rodzice jeszcze nie myślą o posiadaniu potomstwa. – To dlatego bardzo ważne jest jak najwcześniejsze rozpoznanie tych chorób – apeluje dr Popek.

Do połowy września eksperci programu „Po pierwsze zdrowie” odwiedzą ponad 20 miast, tych większych (jak Toruń czy Gdynia) i tych mniejszych (np. Grunwald, Szczeczeszyn, Giżycko), z czego cztery razy Warszawę. To już trzecia edycja programu wspieranego przez Komitet Nauk Klinicznych Polskiej Akademii Nauk i Radę Główną Instytutów Badawczych, nad którym patronat medialny objęła „Gazeta Lekarska”. ❶

^ **Do połowy września eksperci odwiedzą ponad 20 miast.**



Więcej na
www.gazetalekarska.pl

Krakowska Deklaracja o Jodzie

Dzieci, które w okresie płodowym były narażone na niedobór jodu, po narodzinach i w późniejszym wieku gorzej się rozwijają i mają zaburzone funkcje poznawcze.

LUCYNA KRYSIAK

Był czas, kiedy o niedoborach jodu wśród Polaków i następstwach zdrowotnych tego zjawiska było bardzo głośno. Dostrzegając zagrożenie chorobami tarczycy, endokrynolodzy naciskali, aby wprowadzić powszechny obowiązek jodowania soli i od tego czasu na półkach sklepowych w Polsce jodowana sól jest ogólnie dostępna.

Co zatem się stało, że sprawa niedoboru jodu w organizmie i chorób tarczycy z tym związanych powróciła? Okazuje się, że jodowanie soli to jedno, a monitorowanie spożycia tego mikroelementu to drugie, gdyż dotychczas nikt tego nie robił. Zatem sprawa chorób tarczycy związanych z niedoborem jodu wciąż jest aktualna i dotyczy wszystkich krajów europejskich.

SKOORDYNOWANY MONITORING

Dostrzegając problem, powołano międzynarodowy projekt „EUthyroid” nastawiony na eliminację niedoboru jodu i prewencję chorób tarczycy. W ramach tego projektu na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie spotkali się eksperci w tej dziedzinie, którzy opracowali i podpisali Krakowską Deklarację o Jodzie.

Dokument ten jest apelem do polityków, urzędników i specjalistów

ochrony zdrowia publicznego w całej Europie, by w swoich krajach podjęli działania mające na celu wyeliminowanie niedoboru jodu. Naukowcy podpisani pod deklaracją domagają się m.in. powszechnego obowiązku jodowania soli stosowanej do produkcji artykułów spożywczych, regularnego monitorowania spożycia tego mikroelementu i aktywnej profilaktyki zapobiegającej jego niedoborom. Wprawdzie WHO od lat o to apeluje, jednak apele te miały słabą siłę przebicia. Podpisani pod Krakowską Deklaracją o Jodzie eksperci wierzą, że za jej sprawą sytuacja się zmieni. Deklarację podpisali naukowcy z 27 państw.

Henry Volzke, koordynator unijnego projektu „EUthyroid”, w ramach którego powstał ten dokument, podczas konferencji prasowej powiedział, że w każdym kraju są podejmowane działania na rzecz eliminowania niedoboru jodu wśród mieszkańców, ale tak naprawdę nikt nie wie, z jakim skutkiem. Chodzi o to, aby zoptymalizować narodowe programy monitorowania spożycia jodu i dopiero na tej podstawie tworzyć programy profilaktyczne dostosowane do konkretnych, lokalnych potrzeb w tym zakresie.

John Lazarus, dyrektor Światowej Sieci Jodowej (IGN, Iodine Global Network) stwierdził, że deklaracja jest ważnym krokiem na drodze do zapewnienia odpowiedniego spożycia jodu

50%

– taki odsetek noworodków jest narażony na niewielki niedobór jodu.

i dodał, że będzie ona stanowiła dla rządów, dla przedstawicieli przemysłu spożywczego, dla instytucji zdrowia publicznego głos doradczy w ich działaniach na rzecz profilaktyki jodowej. Attilio Caligiani (World Iodine Association) zwrócił uwagę na fakt, że dokument ten pozwoli wdrożyć skoordynowaną strategię zapobiegania i zwalczania niedoboru jodu na poziomie globalnym, a Ashok Bhaseen, prezydent Międzynarodowej Federacji Tarczycowej, że to znacznie podniesie świadomość społeczeństw na temat zagrożeń zdrowotnych wynikających z niedoboru jodu.

NIENARODZONE DZIECI

Skutki niedoboru jodu zaczynają się już w życiu płodowym. Zdaniem ekspertów w tej dziedzinie, w wielu krajach europejskich, które mają dobrowolne programy profilaktyki jodowej, blisko 50 proc. noworodków jest narażonych na niewielki niedobór jodu. A następstwa są poważne.

Jod jest składnikiem hormonów tarczycy, które biorą udział w rozwoju organizmu, w tym odpowiadają za prawidłowy rozwój centralnego układu nerwowego i poziom intelektu. Dzieci, które w okresie płodowym były narażone na niedobór jodu, po narodzinach i później mają zaburzone funkcje poznawcze. Nawet w krajach, gdzie w ogólnej populacji zaopatrzenie

NIEDOBÓR JODU U CIĘŻARNYCH NARAŻA DZIECKO NA RYZYKO UPOŚLEDZENIA FUNKCJI POZNAWCZYCH I OBNIŻENIA ILORAZU INTELIGENCJI.

w jod jest prawidłowe (do takich krajów zalicza się Polska), istnieją grupy, np. kobiety w ciąży i dzieci, które wymagają suplementacji jodu. Niedobór tego pierwiastka u ciężarnych, nawet niewielkiego stopnia, naraża dziecko na ryzyko upośledzenia funkcji poznawczych i obniżenia ilorazu inteligencji. Większość matek nie jest jednak świadoma konsekwencji niskiego spożycia jodu dla rozwoju ich dzieci.

– Nie tylko w okresie ciąży zapotrzebowanie na jod znacznie wzrasta, także u osób leczących się na nadciśnienie tętnicze i inne choroby układu krążenia, gdzie jedną z zasad leczenia jest ograniczanie spożywania soli. Ograniczając w pożywieniu podaż soli, ograniczamy też podaż jodu, a to prowadzi do zaburzeń w wydzielaniu hormonów tarczycy i związanych z tym chorób – tłumaczy prof. Alicja Hubalewska-Dydejczyk, kierownik Oddziału Klinicznego Endokrynologii w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie, dodając, że dzięki Krakowskiej Deklaracji o Jodzie będzie można spojrzeć na problem z szerszej perspektywy.

PRZEŁOŻENIE NA CODZIENNOŚĆ

Jod jest dostarczany do organizmu z płynami i z pożywieniem, występuje także w powietrzu. Wprowadzenie w 1997 r. obowiązkowej profilaktyki jodowej opartej głównie na jodowaniu soli stosowanej w gospodarstwach domowych istotnie poprawiło spożycie jodu w Polsce, co przełożyło

się na poprawę stanu zdrowia społeczeństwa. Jednak środowisko wciąż się zmienia, także nawyki żywieniowe oraz restrykcje zdrowotne związane ze spożywaniem soli, a to – zdaniem ekspertów – wymusza pilną potrzebę wdrożenia długoterminowego programu monitorowania spożycia jodu i dostosowania narzędzi profilaktyki jodowej do zaistniałych zmian. Badanie pilotażowe przeprowadzone w drugiej połowie 2017 r. w Polsce wykazało, że tzw. wrażliwe populacje: kobiety w ciąży i dzieci, wymagają szczególnej uwagi endokrynologów i krajowych decydentów w zakresie opieki zdrowotnej, aby zapewnić im spożycie jodu wystarczające do prawidłowego rozwoju.

Autorzy Krakowskiej Deklaracji o Jodzie przekonują więc, że to nie jest dokument, który utknie gdzieś w szafach decydentów. – Będziemy zabiegać o to, aby jego założenia były realizowane zarówno przez ginekologów położników, jak i endokrynologów, będziemy naciskać, aby zalecali oni kobietom w ciąży suplementację preparatów jodu i to już od początku ciąży, a nie jak to było do tej pory od 10-12. tygodnia – zastrzega prof. Hubalewska-Dydejczyk. Stwierdza także, że na ogół lekarze o tym wiedzą, ale są regiony, np. woj. białostockie, gdzie tego rodzaju suplementacji się nie stosuje, co potwierdziło badanie pilotażowe. Chodzi o to, aby deklaracja znalazła przełożenie na codzienność, aby jej założenia obowiązywały

we wszystkich krajach Unii Europejskiej i były sygnowane jednakowymi przepisami.

PRZYBYWA ZWOLENNIKÓW

Krakowską Deklarację o Jodzie mogą podpisać wszyscy zainteresowani sprawą. Dokument jest już dostępny na stronach internetowych m.in. Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego, które od początku wyraziło akces poparcia dla projektu i aktywnego uczestnictwa w jego realizacji.

Prof. Marek Ruchała, prezes Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego, podkreślił, że w Polsce sytuacja jodowa w porównaniu z wieloma krajami w Europie jest bardzo dobra, o czym zadecydowały wcześniej podjęte działania w tym zakresie, ale trzeba być otwartym na problem, gdyż negatywne skutki niedoboru jodu mogą być zróżnicowane, sytuacja może się zmieniać, należy też mieć szczegółowe rozpoznanie, w jakich grupach ludności (kobiety w ciąży, dzieci, osoby z chorobą wieńcową) i na jakich terenach. – To wymaga monitorowania i Krakowska Deklaracja o Jodzie stworzyła nam taką możliwość – powiedział profesor i zaznaczył, że w kontekście restrykcji nałożonych na ilość spożywanej soli obecnie jodowanie tego produktu może nie wystarczać, aby uniknąć chorób związanych z niedoborem tego pierwiastka. W niektórych krajach joduje się więc już chleb, mleko i wodę mineralną. W Polsce do obrotu wprowadzono kilka wód jodowanych. W przyszłości asortyment produktów jodowanych będzie się poszerzał. – Chodzi o to, abyśmy działali w sposób celowany, aby tego jodu dostarczać nie za mało i nie za dużo, ale w sam raz – podsumował prof. Marek Ruchała. 



SUKCESY POLAKÓW

Prof. **Dariusz Dudek** został prezydentem-elektem Europejskiej Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (EAPCI ESC), a dr **Katarzyna Nessler** prezydentem-elektem Vasco da Gama Movement (VdGM), czyli europejskiej organizacji młodych lekarzy rodzinnych działających w strukturach WONCA. Więcej na www.gazetalekarska.pl.

Co sądzą

o naszej pracy zawodowej, proteście lekarzy i cyfryzacji w ochronie zdrowia



Przemysław Baliński

OBPIS



Romuald Krajewski

OSAI NIL

W kwietniu 2018 r. przeprowadziliśmy badanie opinii środowiska lekarzy i lekarzy dentystów o warunkach ich pracy zawodowej, o zakończonym podpisaniem na początku 2018 r. porozumienia z ministrem zdrowia proteście środowiska lekarskiego i o zapowiedzianym przez Ministerstwo Zdrowia wprowadzeniu obowiązku używania wyłącznie formy elektronicznej przy wystawianiu zwolnień lekarskich, a następnie recept.

Udział w badaniu wzięła rekordowa liczba lekarzy i lekarzy dentystów – łącznie 3290 osób. OSAI NIL bardzo dziękuje za poświęcony czas i zaangażowanie.

PRACA ZAWODOWA

Zarówno na ogólną satysfakcję z pracy zawodowej, jak i oceny poszczególnych jej aspektów największy wpływ mają trzy czynniki: kraj, w którym wykonywany jest zawód, typ zawodu oraz wiek.

Największe różnice w poziomie satysfakcji odnotowano ze względu na pracę w Polsce albo za granicą. Osoby pracujące poza Polską były zdecydowanie bardziej zadowolone ze swej pracy i oceniały istotnie wyżej wszystkie jej aspekty. Pomimo stosunkowo małej próby osób pracujących za granicą skala rozpiętości wyników (ryc. 1) sugeruje rzeczywiste i duże różnice. Obejmują one nie tylko wynagrodzenie i warunki pracy, ale także efekty pracy i satysfakcję pacjenta oraz mniejszy wpływ pracy i życia zawodowego na życie prywatne i rodzinne.

W wynikach osób pracujących w Polsce zwraca uwagę nieco wyższy

15%

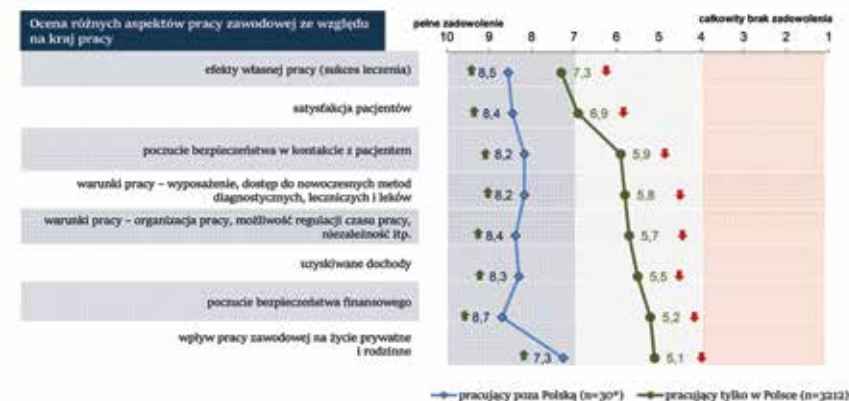
– odsetek lekarzy, którzy dobrze ocenili warunki swojej pracy.

poziom satysfakcji z wykonywania zawodu u lekarzy dentystów. W tej grupie zawodowej odnotowano wyższy odsetek osób bardzo zadowolonych (12% wobec 10% lekarzy), wszystkich ocen pozytywnych (odpowiednio 68% wobec 62%) oraz mniej ocen negatywnych (10% wobec 15%).

W grupie lekarzy najmniejsze zadowolenie, szczególnie wśród osób w wieku do 50 lat, było związane z wpływem pracy na życie prywatne. Wpływ wieku na oceny różnych aspektów pracy

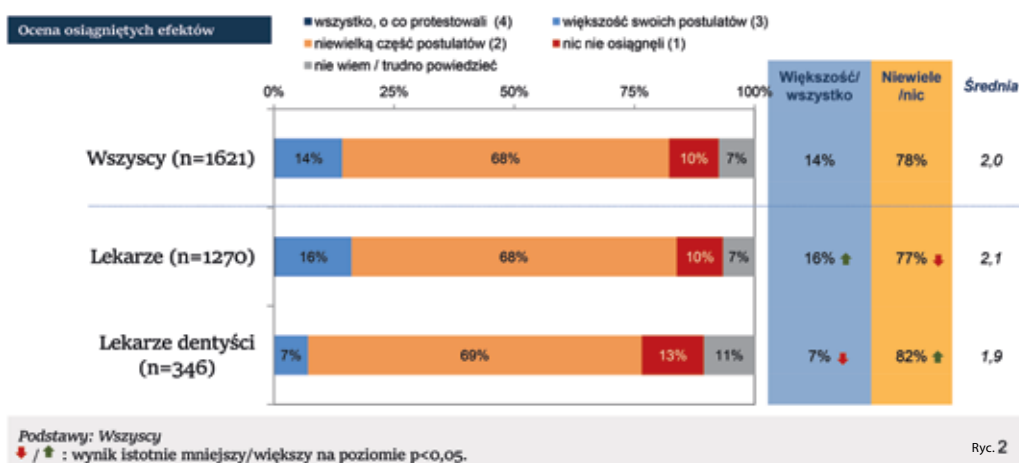
zawodowej przejawiał się także tym, że lekarze mający mniej niż 37 lat byli zdecydowanie mniej zadowoleni ze swej pracy niż starsi koledzy i oceniali niżej wszystkie z objętych badaniem wymiary. Wśród lekarzy dentystów najniższe oceny zanotowano wśród osób w wieku emerytalnym.

Obok oceny ich własnej pracy, respondentów poproszono także o ocenę sytuacji swojej grupy zawodowej. W tym przypadku również oceny lekarzy dentystów były wyższe niż oceny



Podstawa: Wszyscy* miała podstawę
 * / * : wynik istotnie mniejszy/większy na poziomie $p < 0,05$.

Ryc. 1



lekarzy. Warunki pracy swojej grupy zawodowej oceniło jako dobre dwie trzecie (66%) lekarzy dentyistów i tylko co siódmy (15%) lekarz. Całkowity czas pracy ocenił pozytywnie co czwarty (24%) lekarz dentyista i jedynie co siedemnasty (6%) lekarz. W ocenach sytuacji grup zawodowych wystąpiła ta sama prawidłowość, jak w ocenach własnej pracy. Najgorzej oceniali ją najmłodsi lekarze i najstarsi lekarze dentyści.

OPINIE O PROTESTIE LEKARZY

Trzy czwarte lekarzy i dwie trzecie lekarzy dentyistów uważało, że protest z przełomu 2017 i 2018 r. był zdecydowanie potrzebny. Ogółem 86% lekarzy i lekarzy dentyistów uważało, że protest był potrzebny. Przeciwnego zdania był co dziesiąty (10%) respondent.

Według respondentów najważniejszymi spośród deklarowanych przez protestujących celów były zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia (92%) oraz zwrócenie uwagi publicznej na złą sytuację w sektorze (81%). Biorąc pod uwagę, że kolejne cele wskazywała mniej niż połowa badanych, można przyjąć, że dwa wyżej wymienione cele były dość zgodnie uznane przez środowisko jako najważniejsze. Jako trzecie pod względem ważności było wymieniane zwrócenie uwagi publicznej na złą sytuację rezydentów (47%), a nieco mniej głosów (40%) uzyskał wzrost wynagrodzeń rezydentów.

W odpowiedziach na pytanie o efekty protestu widać znaczny sceptycyzm badanych. Niemal nikt (0,2%) nie uważał,

że protestujący osiągnęli wszystkie swoje cele, a tylko co siódmy (14%), że wywalczyli większość tego, co chcieli osiągnąć. Dwie trzecie (68%) respondentów uważało, że protestujący wywalczyli tylko niewielką część swoich postulatów, a co dziesiąta osoba (10%), że nic nie osiągnęli (ryc.2).

Oceniając wagę konkretnych zapisów z porozumienia zawartego z Ministrem Zdrowia, obie grupy zawodowe uznały, że najważniejszym ustaleniem było zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia (68%). W dalszej kolejności respondenci wymienili zlikwidowanie opt-out i ograniczenie czasu pracy do 48 godzin tygodniowo (44%), zwiększenie wynagrodzenia rezydentów (39%), wprowadzenie zawodów sekretarki/asystenta medycznego (36%) oraz ustalenie minimalnych wzrostów wydatków publicznych na ochronę zdrowia (31%).

Według badanych najwięcej korzyści protest przyniósł rezydentom (wypowiedzi pozytywne stanowiły 87%), ponad dwie trzecie (68%) uważało, że skutki protestu będą pozytywne dla całego środowiska, w tym młodych lekarzy/lekarzy dentyistów niebędących rezydentami (66%). W ocenie wpływu protestu na postrzeganie środowiska lekarskiego przez ogół społeczeństwa respondenci byli najbardziej podzieleni. 41% uważało, że będzie on pozytywny, a 29% że negatywny.

CYFRYZACJA W OCHRONIE ZDROWIA

Większość respondentów zadeklarowała, że będzie wystawiać zwolnienia

▲ Dwie trzecie (68%) respondentów uważało, że protestujący wywalczyli tylko niewielką część swoich postulatów, a co dziesiąta osoba (10%), że nic nie osiągnęli (ryc.2).

(61%) oraz e-recepty (68%), kiedy będzie możliwe wystawienia ich tylko w formie elektronicznej. Jednak spośród lekarzy wystawiających dotąd zwolnienia tylko w formie papierowej, co czwarta osoba (25%) zadeklarowała, że po wprowadzeniu obowiązkowej formy elektronicznej nie będzie wystawiać zwolnień, a co piąta (18%) recept. W przypadku obu dokumentów odsetek wypowiedzi negatywnych był zdecydowanie wyższy wśród lekarzy dentyistów.

Na podstawie tych wyników i danych CRL można oszacować, że ok. 15 500 lekarzy i 5400 lekarzy dentyistów może zrezygnować z wystawiania zwolnień lekarskich. Przyjmując jako podstawę obliczeń tylko odpowiedzi zdecydowanie negatywne, liczby te wynoszą odpowiednio 6000 i 600. W przypadku e-recept na leki refundowane byłoby to odpowiednio 10 100 lekarzy i 4 000 lekarzy dentyistów, a przyjmując jako podstawę obliczeń tylko odpowiedzi zdecydowanie negatywne, odpowiednio 3400 i 2100 osób.

Zarówno lekarze, jak i lekarze dentyści dość krytycznie ocenili przepisy wprowadzające nakaz wystawiania zwolnień i recept wyłącznie w formie elektronicznej. W obu grupach zawodowych łącznie odsetek ocen zdecydowanie negatywnych był większy od odsetka ocen zdecydowanie pozytywnych. Wśród lekarzy dentyistów wypowiedzi negatywne zdecydowanie przeważały.

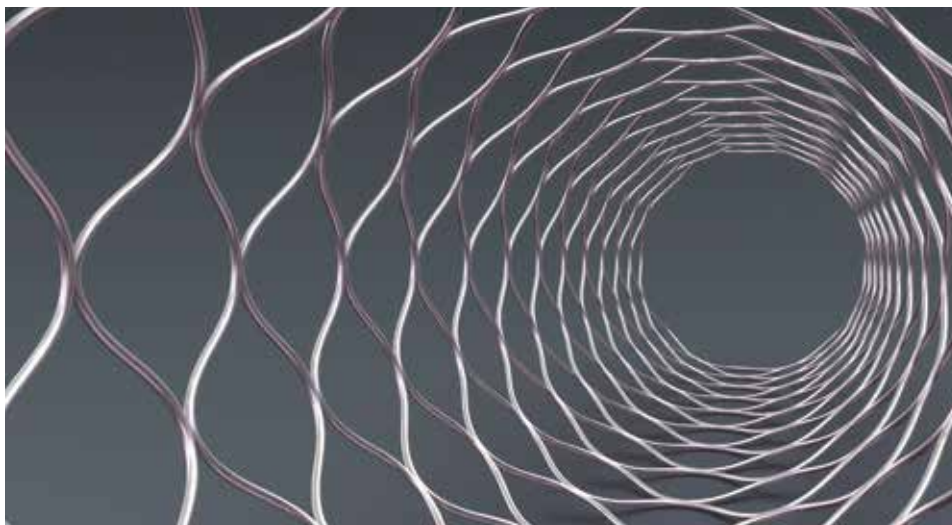
Doświadczenie agresji słownej lub napaści w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się 61% lekarzy i 39% lekarzy dentyistów.

Respondenci pozytywnie ocenili wszystkie aspekty ankiety użytej w tym badaniu. 80% chce, aby wypełnienie ankiety zajmowało do 10 minut i taka sama część zadeklarowała chęć udziału w 1-2 (35%) lub większej liczbie badań (46%) w ciągu roku. ○

Do kolegów lekarzy, tych młodszych i tych starszych

Jestem młodym lekarzem i piszę te słowa 1 czerwca 2018 r., dwa tygodnie przed moimi 32. urodzinami. Rozpaczam właśnie trzeci tydzień rehabilitacji kardiologicznej w programie KOS-zawał.

W.K.



Tak, niestety to prawda, gdyż od 9 maja 2018 r. zaliczam się do młodych zawałowców.

Choroba oczywiście nie wzięła się znikąd. Odkąd pamiętam, zaliczałem się raczej do osób tęgich. Na studiach moje BMI wynosiło około 28 kg/m², a po zakończeniu stażu po raz pierwszy przebiłem masę 100 kg, by na początku maja osiągnąć mój niechlubny szczyt: 114 kg i 34 BMI.

Problemy z ciśnieniem miałem stwierdzone około 10 lat temu i od tego czasu przyjmowałem leki hipotensyjne. Ciśnienie miałem zwykle około 140/90, trudno powiedzieć, by było ono bardzo złe, ale nie można go również uznać za

dobrze kontrolowane. Około pięć lat temu zrobiłem sobie po raz pierwszy lipidogram i tutaj wyniki również nie były dobre, cholesterol całkowity wynosił około 250 mg%, LDL 150 mg% i Triglicerydy 300 mg%. Oczywiście wyniki mnie nie ucieszyły, początkowo mówiłem sobie: mam 28 lat i mam łykać leki na cholesterol jak emeryt?

Na początku tego roku, gdy czułem się już gorzej, pomyślałem sobie, że coś trzeba z tym zrobić, więc zacząłem przyjmować codziennie Fenofibrat 267 mg, ale po dwóch tygodniach

odstawiłem go ze względu na nienajlepszą tolerancję leku.

TAKIE ŻYCIE

Nigdy nie pokochałem siłowni, na którą wielu moich kolegów i członków rodziny regularnie uczęszczało. W którymś momencie po studiach przestałem się regularnie ruszać i zacząłem pracę na półtora etatu. Po etacie w szpitalu wskakiwałem do samochodu i szybko jechałem na kolejne godziny do poradni, by zarobić dodatkowe pieniądze do pensji rezydenta. Śniadanie w szpitalu, obiad w szpitalu, a kolacja w domu na kanapie. Po ponad dziesięciu godzinach w pracy ostatnią rzeczą, na którą miałem ochotę po powrocie do domu, był ruch.

Jadłem też nie najsmakowiej. Lubiłem jeść i nie ukrywam, że smakowało mi mięso. Żartobliwie dodam, że z ryb i sałatek najbardziej lubiłem kurczaka. Nie stroniłem od tłustych pokarmów z grilla i piwa nie zawsze w umiarkowanych ilościach.

Zwiodły mnie trzy rzeczy: mój młody wiek, względnie dobre samopoczucie oraz wiedza o chorobie. Mam 31 lat, trzy razy do roku jadę z żoną na weekend w góry, a o miażdżycy mówię przecież na co dzień moim pacjentom, znam jej przyczyny i objawy, więc nie może mnie zaskoczyć. Jak widać, nie jest to prawda.

ZWIODŁY MNIE TRZY RZECZY: MÓJ MŁODY WIEK, WZGLĘDNI
DOBRE SAMOPOCZUCIE ORAZ WIEDZA O CHOROBIU.

ANALIZA PRZYPADKU

Mój przypadek najprawdopodobniej dopełnił stres. Zakończenie rezydentury w grudniu, ciężka choroba bliskiego członka rodziny i narodzenie pierwszego dziecka niecały miesiąc przed zawałem. Wiele punktów w skali stresu, który spowodował pęknięcie blaszki miażdżycowej w lewej tętnicy wieńcowej.

Zaczęło się od bólu lewej gałęzi zuchwy po wysiłku. Bardzo mnie to zdziwiło, pomyślałem: „Jednak wieńcówka?”. Stopniowo gorsza tolerancja wysiłku, by w kluczowym momencie wywołać poważną duszność przy wchodzeniu na drugie piętro lub po przejechaniu 1400 m rowerem.

Szybkie telefony do znajomych kardiologów pozwoliły wykonać na poczekaniu EKG i ECHO. Zaplanowaliśmy test wysiłkowy, ale dolegliwości pogorszyły się na tyle mocno, że podjęliśmy szybką decyzję: koronarografia.

MAM 31 LAT, TRZY RAZY DO ROKU JADĘ Z ŻONĄ NA WEEKEND W GÓRY, A O MIAŻDŻYCY MÓWIĘ PRZECIEŻ NA CO DZIEŃ MOIM PACJENTOM, ZNAM JEJ PRZYCZYNY I OBJAWY, WIĘC NIE MOŻE MNIE ZASKOCZYĆ. JAK WIDAĆ, NIE JEST TO PRAWDA.

INTERWENCJA

Do szpitala jechałem po „stenta” i modliłem się, żeby tylko po jednego. Choroba tak ograniczyła moją aktywność i normalne życie, że nie chciałem nawet myśleć, że objawy mogą nie ustąpić. Znajomy kardiolog uspokajał mnie przed zabiegiem, że „pewnie tylko wykluczemy chorobę wieńcową”, ale w trakcie zabiegu widziałem, że mina mu zrzedła. „Masz w 95 proc. zwężoną LAD, musimy zrobić tę zmianę” – powiedział. I dobrze.

REFLEKSJA

Od trzech tygodni jestem na L4, zrezygnowałem z jednej dodatkowej pracy, a drugą na czas rekonwalescencji wstrzymałem. Codziennie chodzę na

rehabilitację kardiologiczną i pomagam żonie doglądać mojego miesięcznego syna. I choć czuje się dużo lepiej, pozostało we mnie pewne piętno choroby, strach przed jej nawrotem. Już nigdy nie chciałbym się tak czuć.

Szanowne koleżanki i szanowni koledzy! Zabrzmi to jak truizm, ale dbajmy o siebie, bo młody wiek i wykształcenie medyczne nie dają nam odporności na zawał, udar, raka, POChP i inne zmozy ludzkości. Dajmy sobie czas na chowanie i na odpoczynek. Nie gorimy tak szaleńczo za pieniędzmi, poświęćmy więcej czasu aktywności fizycznej oraz swoim rodzinom, nie zaniedbujmy rutynowych badań. Róbmy to, co przecież zalecamy codziennie każdemu z naszych pacjentów. ☺

REKLAMA

Idealny pacjent



Joanna
Sokołowska

Lekarz pediatra

Polski system ochrony zdrowia da się naprawić – donoszą gazety codzienne i niecodzienne. Sięgam po nie każdego dnia z drżeniem serca, rąk i jeszcze kilku organów, bo może to właśnie dziś przeczytam, że się dokonało!

Na razie drzę, czytam i doznaję cyklicznego rozczarowania, ale przecież jakaś szansa jest – choćby wynikająca z rachunku prawdopodobieństwa... A może po prostu – by faktoid stał się faktem – trzeba robić coś więcej, oprócz drżenia i czytania?

Jak nauczają korporacyjni prorocy, zwani mówcami motywacyjnymi, dla spełnienia marzenia konieczne są trzy kroki. Po pierwsze – trzeba określić jasno cel, po drugie – zaplanować kolejne etapy jego zdobywania, po trzecie – trzeba wizualizować.

Cel jest oczywisty – chodzi o to, żeby było lepiej. I zdrowiej.

Pan minister zaplanował już kolejne etapy zdobywania medycznego Kilimandżaro – tym samym i krok drugi mamy z głowy. Jeśli więc zastanowimy się, gdzie jesteśmy w naszej drodze na szczyt, można śmiało powiedzieć, że szczęśliwie założyliśmy pierwszy obóz. Do tego miejsca docierały zresztą wszystkie poprzednie ekipy, o czym świadczy choćby pozostawiony, jak po bitwie pod Grunwaldem, bałagan. Gdy go posprzątamy – ruszymy dalej. W trakcie sprzątnięcia możemy zaś spokojnie przejść do kroku trzeciego i sobie wizualizować wszystko, czego lekarska dusza zapragnie. To nie jest zresztą specjalnie



trudne; przez lata stworzyliśmy – sobie i innym – wyobrażenie systemu opieki zdrowotnej, które doczekało się ikonicznej wręcz ekranizacji pod znamienym tytułem „Na dobre i na złe”. W serialu tym autorzy zawarli dosłownie wszystko, o czym nadwiślański medyk (i pacjent) mógłby pomarzyć – służbę (nie żadną ochronę!) zdrowia wręcz idealną. Jeśli więc ktoś cierpi na niewydolność wyobraźni – serdecznie polecam obejrzenie dowolnego, jednego z ponad siedmiuset, odcinków! Jest tam piękny szpital, wyposażony w najlepszą aparaturę medyczną, którą obsługuje personel obdarzony

^ Lekarze to medyczni herosi (i heroiny), stawiający dobro pacjenta ponad wszelkimi podziałami i ograniczeniami, także własnymi.

przez stworzyć licznymi przymiotami ciała, duszy i umysłu. Sale pacjentów są piękne i komfortowe, a szpitalny bufet zaopatrzony zgodnie z zasadami piramidy zdrowego żywienia. Lekarze to medyczni herosi (i heroiny), stawiający dobro pacjenta ponad wszelkimi podziałami i ograniczeniami, także własnymi. Piękne pielęgniarki i przystojni sanitariusze kipią wręcz nadmiarem empatii i prześcigają się w czynieniu dobra na dyżurach, a także w czasie wolnym od pracy. Pieniądze płyną szerokim strumieniem zawsze, gdy chodzi o wyrwanie ze szponów choroby jakiejś zbłąkanej, choćby i najmarniejszej, duszyczki.

I gdy już – samodzielnie lub przy wsparciu telewizyjnego tasiemca – będziecie sobie wyobrażać czekające nas medyczne Eldorado, nie zapomnijcie, proszę, o jego bardzo istotnym elemencie. Bez niego, nawet zwizualizowany w pocie czoła prof. Andrzej Falkowicz o dumnej twarzy Geralta z Rivii, powołany na stanowisko ministra zdrowia, nie zrobi nic a nic!

Dla funkcjonowania idealnego systemu usług zdrowotnych kluczowym elementem jest bowiem pacjent. Ale nie taki zwyczajny! To musi być pacjent idealny – po prostu Superpacjent.

Wyobraźmy więc go sobie, wkraczającego do naszego idealnego gabinetu. Kwestię wieku i płci pozostawiam

JEST ZAWSZE PUNKTUALNY, NIE KŁAMIE, LEKI ZAŻYWA ZGODNIE Z ZALECENIAMI, NIE CZYTA ULOTEK, SZCZEPI SIĘ PRZECIWKO GRYPIE, A JEGO BMI OSCYLUJE WOKÓŁ MAGICZNEJ CYFRY 21.

waszym zawodowym preferencjom. Superpacjent wcale nie musi być chory – niech przyjdzie do nas po poradę profilaktyczną albo na zaplanowane badanie. Niech na powitanie opowie o tym, jaką satysfakcję sprawiło mu wypełnienie otrzymanych na poprzedniej wizycie zaleceń i jakie korzyści przyniosło mu ich przestrzeganie. Niech spije z waszych lekarskich ust kolejne porady i rączo pomknij w świat, by wcielać w życie otrzymane wskazówki. A jeśli sięgnął pomiędzy waszymi spotkaniami do internetowych porad, niech teraz przyzna z emfazą: „Doktorze, nawet pan sobie nie wyobraża, jakie tam wypisują głupoty?!“.

Jeśli będzie chory – taki w końcu jego los – niech to będzie choroba, co się zowie, nie jakaś tam halitoza czy inny zespół niespokojnych nóg. Pacjent idealny nie będzie przecież zawracał lekarskiej głowy byle katarem czy gorączką. Ma przecież świadomość, że zajmując wasz czas, może wydłużyć oczekiwanie na poradę lekarską komuś, kto potrzebuje jej bardziej. Ze swoim lekarzem lub farmaceutą kontaktuje się więc tylko wówczas, gdy będzie to niezbędne.

Choroba idealnego powinna być więc dość poważna, ale uleczalna. Niech będzie na tyle rzadka, by diagnostyka sprawiła łapiduchowi trochę satysfakcji, ale

równocześnie na tyle oczywista, by wybrane leczenie było stuprocentowo skuteczne. Idealny pacjent doceni to z pewnością i odpłaci szczerym „Dziękuję!“.

Jest zawsze punktualny, nie kłamie, leki zażywa zgodnie z zaleceniami, nie czyta ulotek, szczepi się przeciwko grypie, a jego BMI oscyluje wokół magicznej cyfry 21. Myje swe ciało regularnie, szczególnie dokładnie przed wizytą w lekarskim gabinecie. Użębienie ma wyleczone – zresztą, co tu leczyć, jeśli od dziecka fluoryzuje i nie pije słodzonych napojów...

I można tak snuć fantazję o Superpacjencie w zasadzie w nieskończoność, a czynność to miła i pożyteczna. Pamiętajcie tylko, proszę, imaginując go sobie, że los bywa przewrotny i także wy możecie kiedyś stanąć wobec konieczności sprostania wymogom odnalezienia się w jego roli. To może być trudne, nawet wówczas, gdy już nakłady na opiekę zdrowotną przekroczył sześć procent PKB. 

REKLAMA

Moonlight Story



Artur Andrus
Satyryk

Wiem, że nikt nie traktuje poważnie pomysłów, które regularnie zgłaszam w tekstach tutaj publikowanych. Trudno. Niejeden geniusz przez całe życie musiał zmagać się z powszechnym niezrozumieniem. Kiedyś ktoś doceni. Oto kolejna propozycja.

Po występie na pewnym festiwalu, w imieniu własnym i kilku obecnych tam gwiazd show-biznesu, postulowałbym wprowadzenie obowiązku leczenia zbyt dobrego samopoczucia.

Wiem, że nikt w takim stanie nie przyjdzie dobrowolnie do lekarza, ale można to rozwiązać w taki sposób, że zbyt dobre samopoczucie takiego celebryty leczy się przy okazji zwykłego skaleczenia, złamania nogi czy infekcji górnych dróg oddechowych. Albo należy w sanepidzie powołać komórkę, której zadaniem będzie oglądanie telewizji, wyłapywanie osobników o zbyt dobrym samopoczuciu i wzywanie ich na przymusowe leczenie. Tak trzeba. I to nie jest tylko moja opinia.

Wśród chwytów retorycznych stosowanych w publicznych dyskusjach, szczególnie śmieszy mnie ten zwrot: „I to nie jest tylko moja opinia”, dorzucany na końcu wypowiedzi. Komentarz do scenariusza ulubionego serialu: „Janusz powinien ożenić się z Bożenką, bo już za długo ją zwodzi. I to nie jest tylko moja opinia”. Recenzja konkursu piosenki: „Strasznie wył i po co te tatuaże? I to nie jest tylko moja opinia”. Już sobie wyobrażam, jak autor takiego stwierdzenia przeprowadza konsultacje z liczным gronem znajomych albo członków rodziny, żeby potem coś takiego wygłosić. Jestem pewien, że w zdecydowanej większości przypadków jest to jednak tylko jego opinia. Może jeszcze szwagier miał podobną, na co wskazywałoby filozoficzne „No widzisz?”, powiedziane po wysłuchaniu wspomnianego komentarza. Trzeba ostrożnie używać tego chwytu, zwłaszcza w sprawach obyczajowych. Wyobraźmy sobie rozmowę dwóch przyjaciółek, w czasie której jedna z nich stwierdza: „Twój mąż jest marnym kochankiem. I nie jest to tylko moja opinia”. Tragedia gotowa.

W pewnym radiu, już kilka lat temu, zauważyłem ciekawe zjawisko. Chodzi o festiwal, którym radio patronuje. Od dawna nie jest już tak, że prezenter radiowy mówi wszystko, co wie na temat takiego wydarzenia, a jeżeli jest tego za dużo – odsyła do strony internetowej. Teraz tego typu informacje się dawkuje. Przepraszam, jestem ignorantem i nie znam wielu występujących na rzeczonych imprezach, ale przypuszczam, że takie powolne, wielomiesięczne podawanie nazw zespołów i nazwisk artystów wymyślono dla dobra słuchaczy. Gdyby te wszystkie informacje dostali na raz, mogliby oszaleć ze szczęścia. Dlatego regularnie, raz w tygodniu, przez parę miesięcy przed imprezą, pojawia się w studiu organizator i w atmosferze niewątpliwiej sensacji ujawnia jedno nazwisko lub jedną nazwę. Na przykład „The Gustibus”. Potem słuchacz ma tydzień na ochłonięcie i... kolejny szok – na perkusji zagra Dave Hangaroo, który na płycie „Moonlight Story”, legendy bluesa azjatyckiego – Tetsuro Kumase, grał na klarnecie. Podobną zasadę – dramatycznego dawkowania informacji – wprowadziłbym w służbie zdrowia. Terminy mamy szczęśliwie odległe, więc spokojnie, bez pośpiechu, wtajemniczamy pacjenta w szczegóły czekającego go zabiegu. Na pierwszym spotkaniu podajemy datę operacji, na drugim nazwisko anestezjologa, na trzecim zdradzamy płęć instrumentariuszki. Po miesiącu pacjent dowiaduje się, kto go będzie operował, a na tydzień przed imprezą... przepraszam – zabiegiem – którego organu będzie dotyczyła ingerencja chirurgiczna. Dla podniesienia atrakcyjności promocyjnej tego typu informacji można jeszcze dodać, że podobną operację, miesiąc przed nagraniem płyty „Moonlight Story”, przeszedł perkusista Dave Hangaroo. ☺

Czarny kwadrat



Joanna
Sokołowska

Laureatka konkursu
„Przychodzi wena
do lekarza” 2018

Wcale nie tak dawno temu, pewien malarz namalował niewielki obraz: czarny kwadrat na białym tle i zatytułował go – jakżeby inaczej – „Czarny kwadrat na białym tle”... Na pewnym etapie swojej artystycznej drogi ten pan malował zresztą także kwadraty w innych kolorach, nawet białe. A jeden to nawet namalował biały na tle białym...

Niektóre z nich zawisły na ścianach nowojorskiego MoMA, brytyjskiej galerii Tate czy paryskiego Centre Pompidou i znajdują się dziś na szczycie listy najdroższych obrazów świata.

Pan nazywał się Kazimierz Malewicz i pochodził z polskiej szlacheckiej rodziny, choć do swojej narodowości podchodził w sposób dość swobodny, deklarując ją w zależności od kierunku wiatru historii i swojej aktualnej sytuacji – raz jako polską, raz rosyjską, a czasem ukraińską. A że wspomniane wiatry w naszej części Europy z pewną regularnością przeistaczają się w tornada i nie są zbyt przychylne artystycznej bohemie, stało się tak, że Rosjanie „skradli” nam wybitnego rodaka, zresztą nie napotykając z naszej strony specjalnego oporu.

Malewicz przekonywał w swoim programie artystycznym, że sztuka powinna być aktem prawdziwego tworzenia, a nie niedoskonałego naśladowania natury. A ponieważ uważał, że malarstwo przedstawiające naturę „przypomina życie nie więcej, niż spódnica przypomina kobietę” – czarny (a więc pozbawiony koloru) kwadrat (formę niewystępującą w naturze) na tle białym (będącym przeciwieństwem koncentracji wszystkich innych barw) – uznał za doskonały symbol wymyślonego przez siebie nurtu intelektualno-artystycznego. Konsekwentnie, dla „Kwadratu” przeznaczał więc w swoich salach wystawienniczych miejsce należne tradycyjnie świętej ikonie – górny róg sali pod sufitem.

Namalowanie wspomnianego na wstępie obrazu – od pomysłu do publicznej prezentacji – zajęło panu Malewiczowi dwa lata. Długo – zważywszy na wymiary: niespełna osiemdziesiąt centymetrów z każdego, jak na przyzwyczajony kwadrat przystało, boku. A może właśnie niezbyt długo – biorąc pod uwagę to, iż przy jego pomocy Kazimierz Sewerynowicz, niejako jednym celnym kopnięciem, wyważył w 1915 r. drzwi do krainy sztuki nowoczesnej oraz to, iż potomni uczynili „Czarny kwadrat” jej radykalnym i rewolucyjnym symbolem.

A teraz, popatrzcie, proszę, na zamieszczoną obok reprodukcję „Czarnego kwadratu” i z ręką na sercu (lub innej ważnej części waszego lekarskiego ciała) przyznajcie, proszę, kto z was, kierowany pierwszym odruchem, nie pomyślał – sam bym takie „dzieło” namalował! Ja pomyślałam...

Znam też takich, którzy słuchając o panu malującym

monochromatyczne figury, rysują na skroni, czasem nawet tej przyprószonej siwizną życiowego doświadczenia, znaczące kółko.

I choć chylę czoła przed tymi, u których obrazy Malewicza wywołują efekt „Wow!”, przyznaję bez wstydu, że należę do tej niezliczonej tłuszczy, która w niemym zachwycie widzi „kobietę”, jeśli „spódnice” namalował jakiś Rembrandt...

Na marginesie, sceptykom, chcącym uniknąć miana ignorantów, proponuję sprawdzoną i zawsze skuteczną w konfrontacji ze sztuką nowoczesną konstatację, że „obraz jest ważnym głosem w dyskusji nad kondycją moralną współczesnego człowieka”. To – niewiele skądinąd znaczące – zdanie, wygłoszone z odpowiednim zaangażowaniem i intonacją, uratuje was przed towarzyskim wykluczeniem właściwie w każdym ekosystemie wielbicieli sztuki – i zatwardziały konserwatystów, i lewicujących ekologów, i szyderców spod znaku Monty Pythona.

Wszystkim, niezależnie od opinii na temat współczesnego malarstwa, winna jestem wyjaśnienie, co mają kwadraty Malewicza do konferencji Płockiej OIL „Natręstwa codzienności”.

Konferencja jest popularnonaukowa, a tematyka wykładów – psychiatryczna. Zapewne wielokrotnie padną więc słowa o zdrowiu psychicznym i chorobie, emocjach, które mogą inspirować lub zabijać, normie i tym, co poza nią wykracza. Zasiądą z nami w salach sierpeckiego skansenu specjaliści od majstrowania w duszy, z naciskiem na naprawianie skołatanej codziennością duszy lekarskiej. Pewnie nie raz zadamy im (i sobie) pytania – taka jest rola tego spotkania – o to, gdzie przebiega ta jakże subtelna granica pomiędzy pasją a szaleństwem, zamiłowaniem a uzależnieniem, poświęceniem a zatraceniem, ryzykiem a ryzykanctwem. Intuicyjnie wyczuwamy, że jej zacieranie nie jest bezpieczne. Choć z drugiej strony, wiemy przecież, jak łatwo ją przekroczyć. I jak trudno dostrzec moment jej przekroczenia.

Przewidywalność i zgodność z procedurą to złoty standard współczesnej medycyny. Czy jednak trwanie w tej strefie bezpieczeństwa jest na pewno zawsze dobre? I komu wolno, jeśli w ogóle, z tej strefy wyjść?

Bo jeśli wyrokujemy, że coś jest wariackim przedsięwzięciem, to czy mówimy to z przyganą, czy raczej z zachwytem? A jeżeli uznajemy, że coś jest szalonym pomysłem, to czy wyrażamy lęk przed niechybną katastrofą, czy zachwyt nad nowatorską ideą?

„Czarny kwadrat na białym tle” był szalonym pomysłem i wariackim przedsięwzięciem. Otworzył nową drogę. Takie drogi dostrzegają tylko nieliczni – geniusze albo szaleńcy... I cała sztuka polega na tym, by odróżnić jednych od drugich. ○

Odleć ze mną



Agata
Morka

Historyk sztuki

Lato nieodmiennie każe mi myśleć o chmurach, o lotach dalekich, wysokich, o podróżach w nieznane czy powrotach do miejsc szczęśliwych. Ale jeśli odlecieć, to nie na skrzydłach czarterów czy w objęciach wulgarnego pomarańcza i fioletu tanich linii lotniczych. Jeśli odlecieć naprawdę, to w delikatny, migotliwy błękit. Jeśli odlecieć, to tylko z Chagallem.

Czy to nad dachami sennych szteltów, czy europejskich stolic, Marc Chagall, ten wyjątkowy pilot wyobraźni, zabiera widza w niezwykle podróż. W jego obrazach rzeczywiste miesza się z wyśnionym, pozbawieni grawitacji zakochani płyną po niebie, domy tańczą, a przeskalanowane zwierzęta stają oko w oko do rozmowy z człowiekiem. Tutaj kosmos staje do góry nogami.

Chagall patrzy na świat z wywróconą głową, tak jak mężczyzna z jego obrazu z 1919 r. Kolor, jak to zwykle u Chagalla, rozłożony został tu z precyzją podsycającą dramaturgię całej sceny: płaska biel korpusu kontrastuje z granatem nieba, rozedrgana żółć policzków koresponduje z podobnie potraktowaną czerwienią ścian domów w tle. Główny bohater sceny siedzi na czymś, co być może tak zwykłym stołkiem, jak i dachem. Tradycyjna perspektywa nie ma tutaj zastosowania, miejsca przenikają się, przecząc rzeczywistym granicom i proporcjom.

Sylwetka mężczyzny przejmuje pierwszy plan, szalonym łukiem wytryskuje z boku płótna ku punktowi najwyższego napięcia na jego środku,

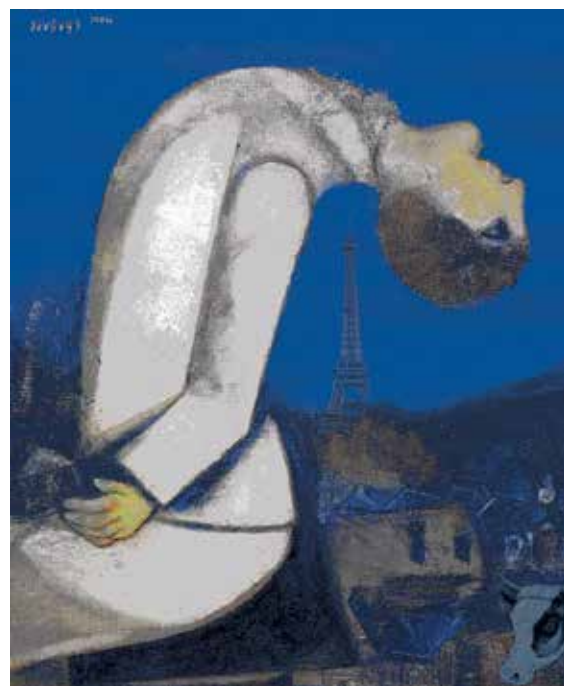
by wreszcie doznać niejakiej ulgi po prawej stronie. Tutaj głowa portretowanego z otwartymi ustami zawisa w niby bólu, niby zachwycie. Ostatnie śmiałe interpretacje obrazu sugerują raczej to pierwsze: możliwe, że Chagall namalował tu tak naprawdę człowieka cierpiącego na ciężki przypadek kręczy szyi.

Neurologiczna przypadłość czy poetyckie uniesienie, którego Chagall był mistrzem? Być może i jedno, i drugie. Czy to chore, czy wyśnione wywrócone spojrzenie Chagalla, pozwala widzieć inaczej, odlecieć daleko, daleko ponad błękit i obłoki.○

➤ Marc Chagall, „Mężczyzna z wywróconą głową” (L'Homme À La Tête Renversée), 1919



obraz A



obraz B



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

Dla jednej z osób, które prześlą
prawidłowe odpowiedzi,

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

ufundował voucher obejmujący m.in.:

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

Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

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

W temacie maila należy wpisać GL07/08.
Proszę nie zapomnieć o podaniu danych kontaktowych
(imię i nazwisko, adres, telefon).
UWAGA – jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

Rozwiązanie zagadki z „GL” 6/2018

OBRAZ ORYGINALNY: B

SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY

**1. Dodanie mocniejszej białej
kryzy koszuli pod szatą portreto-
wanego.**

Wiele portretów Tycjana pokazuje
mężczyzn w białych koszulach wy-
stających spod wierzchniej odzieży.

**2. Dodanie w dłoni portretowa-
nego gałązki pszenicy.**

Wiele było rzekomych lekarstw na ty-
sienie. Hildegarda z Bingen poleca-
ła mieszkankę z tłuszczu niedźwiedzia
i popiołu z gałązek pszenicy.

3. Zmiana tła na czarne.

Malarze północnego renesansu często
malowali swoich modeli na ciemnym
tle, co dodawało portretom dramaty-
zmu, Tycjan stosował podobny zabieg,
na przykład w swoich autoportretach.

**4. Zmiana koloru futra na poma-
rańczowo-żółty.**

Tycjan znany był z używania niezwy-
kle wibrujących kolorów. Do uzyska-
nia żółci używał naturalnych pigmen-
tów, jak orpiment.



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



NAGRODZONY Z „GL” 06/2018

Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju
otrzymuje **Joanna Lusawa z Warszawy**. Gratulujemy!

KLAUZULA INFORMACYJNA

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Naczelna Izba Lekarska z siedzibą w Warszawie, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa.
2. Administrator danych osobowych powołał administratora bezpieczeństwa informacji nadzorującego przetwarzania danych osobowych, z którym można skontaktować się za pośrednictwem adresu e-mail: iod@hipokrates.org.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą dla celu organizacji i przeprowadzenia konkursu „Błąd malarski” / „Jolka lekarska”.
4. Podstawą do przetwarzania danych osobowych jest zgoda na przetwarzanie danych osobowych.

5. Podanie danych jest dobrowolne, jednak konieczne do realizacji celów, do jakich zostały zebrane.
6. Dane nie będą udostępniane podmiotom zewnętrznym z wyjątkiem przypadków przewidzianych przepisami prawa.
7. Dane przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji wyżej określonych celów.
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz z zastrzeżeniem przepisów prawa: prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.
9. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych.
10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą poddawane profilowaniu.



Badminton

W dniach **19-20 maja** w Łodzi rozegrano VII Medyczny Puchar Badmintonu oraz VI Mistrzostwa Polski Lekarzy i Lekarzy Dentystów w Badmintonie. 106 zawodników rozegrało ponad 200 pojedynków w różnych kategoriach wiekowych, zdobywając ponad 13 tys. punktów. ○



Więcej na
www.gazetalekarska.pl

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



Gruźlica – podręcznik klinicysty

**Preter D.O. Davies, Ajit Lalvani,
Muhunthan Thillai**

Kompendium wiedzy na temat gruźlicy – od epidemiologii, przez przegląd ciekawych przypadków, po najnowsze metody leczenia. Książka zawiera praktyczne porady, a także diagramy i fotografie ułatwiające przyswojenie informacji. Publikacja dla lekarzy różnych specjalności i innych pracowników służby zdrowia.



Pulmonologia dziecięca

**Redakcja naukowa: Marek Kulus,
Katarzyna Krenke**

Objawy, zasady diagnozowania i różnicowania najczęściej występujących chorób infekcyjnych i przewlekłych układu oddechowego u dzieci. Przedstawione zostały również choroby rzadkie. Lektura dla lekarzy przygotowujących się do egzaminu specjalistycznego, ale także dla specjalistów pulmonologii, lekarzy rodzinnych oraz pediatrów.

Bieganie

Delegatura Wałbrzyska Dolnośląskiej Izby Lekarskiej zaprasza wszystkich sympatyków sportu do wzięcia aktywnego udziału w II Mistrzostwach Polski Lekarzy w Biegach Górskich, które odbędą się **12 sierpnia** w Ludwikowicach Kłodzkich w ramach IX Biegu na Wielką Sowę. Natomiast Komisja ds. Kultury, Sportu i Rekreacji Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu zaprasza na powakacyjne imprezy biegowe: XXI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Półmaratonie w Gnieźnie (**16 września**), 21. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Biegu na 15 km w Bukówcu Górnym (**23 września**) i XVII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Maratonie w Poznaniu (**14 października**). 



Kolarstwo

1 września w Istebnej odbędą się XXI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Górskim. Prawo startu mają lekarze wraz z rodzinami oraz sympatycy. Wyścig zostanie poprowadzony górkami o średnim stopniu trudności technicznych (w otwartym ruchu drogowym). 



Więcej na
www.gazetalekarska.pl

NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ •



Standardy opieki ambulatoryjnej nad dzieckiem urodzonym przedwcześnie.

Zalecenia Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego i Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Praca zbiorowa

Opracowanie zawiera 15 zaleceń przedstawiających rekomendacje dotyczące postępowania klinicznego i opieki nad noworodkiem. Wytyczne powstały na podstawie rekomendacji europejskich i światowych towarzystw naukowych. Skoncentrowano się na praktycznych aspektach opieki.



Pomiary w ultrasonografii

Paul S. Sidhu, Wui K. Chong, Keshthra Satchithananda

Książka przybliżająca tematykę pomiaru i interpretację podstawowych parametrów ultrasonograficznych, ale także zawierająca informacje w zakresie przygotowania pacjenta do danego badania i techniki jego wykonania. Publikacja zawiera ponad 150 wysokiej jakości obrazów ultrasonograficznych, przedstawiających pomiary różnych narządów. Nie tylko dla radiologów.



) Ogłoszenia




Jarosław Wanecki

Przewodniczący kolegium
redakcyjnego „Gazety Lekarskiej”

Żrenica

Na wypukłej powierzchni gałki ocznej, w czarnym oknie tęczówki, niczym w zwierciadle, odbijają się pomniejszone obrazy otoczenia. Przeglądający się w lustrach oczu ludzie przypominają małe laleczki. Łacińska „pupilla”, której polskim odpowiednikiem anatomicznym jest „żrenica”, to zdrobnienie od wyrazów: lalka, dziewczynka, sierotka. Synonimami opisujemy ponadto: ucznia, studenta, szczeniaka, marionetkę i poczwarkę, która zwiastuje metamorfozę. Światło, emocje i substancje psychoaktywne decydują o zmiennej średnicy żrenic oraz jakości analizowanych obrazów.

W czerwcowy weekend zwiedzałem Tallinn. Stolica Estonii jest nadzwyczaj piękna. Na starówce zachowano długi odcinek murów obronnych i średniowiecznych baszt. Tłumy turystów, gwar, jarmark, perełki architektoniczne, koncerty i doskonałe jedzenie. W dawnym kościele świętego Mikołaja zachował się fragment namalowanego na płótnie „tańca śmieci” z trzynastoma, spośród czterdziestu ośmiu, figurami. Nagie kościotrupy z pustymi oczodołami stanęły między dobrze usytuowanymi duchownymi, władcami, mieszczanami, by w demonicznym pląsie, wspólnie zmierzać do kresu życia, gdzie status ziemski nie ma już żadnego znaczenia. Wszyscy są równi sobie, bez podziału na zawody, funkcje, polityczne wpływy, zgromadzone elektoraty i majątki. Każdy odpowiada za swoje czyny i bezwiednie patrzy w dal.

Nieopodal bramy dzielącej Dolny i Górny Tallinn zajrzałem do bogato wyposażonego muzeum lalek teatralnych. W kilkunastu salach zebrano różnorodne eksponaty ze spektakli działającej w tym samym budynku sceny, znanej głównie z prezentacji bajek dla dzieci. Kukiełki, pacynki, marionetki na sznurkach, lalki i pojazdy mechaniczne. Maski, peruki, parawany, dekoracje, ekrany cieni, pudełka sceniczne do przedstawień domowych.

Tradycje teatru lalkowego sięgają czasów prehistorycznych i wiążą się z wykorzystaniem figur w obrzędach religijnych o charakterze widowiskowym. Z czasem przedstawienia lalkowe stały się rozrywką świecką, komediową, wykorzystywaną w szopce, aluzyjną, bez aktorskiej koterii i wolne od przypadkowości. Lalkę odczytywano jako metaforę ludzkiej egzystencji, żrenicę, przez którą można pokazać więcej i odważniej. Ponad sto lat temu legło to u podstaw teorii

„nadmarionety”, pozbawionej egoizmu, służącej wyłącznie sztuce. U Kantora grały bezwiedne manekiny.

Anatomiczne i położnicze figury woskowe z Florencji (lalki z wymodelowanymi narządami wewnętrznymi) zrewolucjonizowały szkolenie chirurgów w austriackim „Josephinum” założonym w 1784 r. Współczesna epoka wiedeńskiego muzeum rozpoczęła się od wystawy „Fantom oka i wykrywacz kul”.

W tallińskim muzeum jeden z kilkunastu eksponowanych Pinokiów zgromadzonych w przeszklonych gablotach zamrugał niewinnie mechanicznymi oczami. Drugi, zawieszony na sznurkach, czekał na „ożywienie” za pomocą krzyżaka połączonego ze stawami rąk i nóg. Kawałek pomalowanego drewna, mały kłamczuch z długim nosem i uroczym spojrzeniem. Poruszyłem nitkami. Pinochio grzecznie usiadł i wysłuchał tekstu Władysława Reymonta opisującego ostatni Sejm z 1794 r.: „Mów takim do rozumu, to ziewają, ale praw im duby smalone o świętej żrenicy wolności szlacheckiej, ekscytuj bądadą o równości z królami (...) a wydzieraj się przy tym ze wszystkiej mocy, machaj rękoma jak wiatrak, to się w końcu z czułości popłaczą i gotowi cię nawet porwać na ręce a ogłosić zbawcą ojczyzny”.

Założyłem okulary, pochylając się nad samorządowymi dokumentami programowymi, które mają strzec żrenicy wolności lekarskiej w bliższej i dalszej przyszłości. Zapowiadają nową optykę i pociąganie za inne sznurki w teatrze polityki zdrowotnej, jakby otwierała się przed figurami sceniczna „Kraina snu” Edgara Allana Poe: „... kraj ten jest Eldorado, bo wędrowiec, co tu zboczy / Przez zamknięte widzi oczy. / Przed otwartą zaś żrenicą – Świat ten – wieczną tajemnicą. (...) / Duch, co błądzi ziemią tą / Przez zaćmione patrzy szkło”.

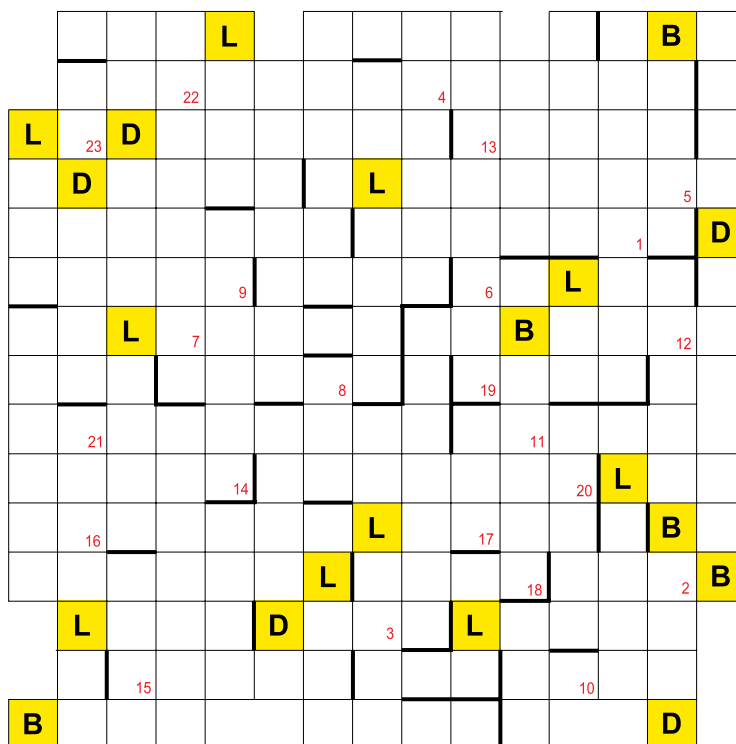
Odwiesiłem Pinokia na miejsce. W jego żrenicach dostrzegłem lustrzane odbicie otoczenia. ○



Objaśnienia 69 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: B, D i L.

Na ponumerowanych polach ukryto 23 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl, której autorem jest profesor Alicja Chybińska. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 20 sierpnia 2018 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* „Klauzula informacyjna” na s. 75



Rozwiązanie Jolki lekarskiej 234 („GL” nr 05/2018)

Tylko dobry człowiek może być dobrym lekarzem.

Nagrody otrzymują:

Agnieszka Cholewczuk (Kraków),
Marcin Nazimek (Wola Rafałowska),
Agnieszka Nowacka-Gers (Sochaczew). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

* owulacja * pierwszy rywal na Mundialu * autor „Solaris” * archipelag z Ponta Delgada * futerał na okulary * tytułowa bohaterka noweli Prusa * haemorrhagia * Partia Socjalistycznego Odrodzenia Arabskiego * imię Sadata * drugie miasto Grecji * pseudo Eisenhowera * córka Minosa z nicią * odbył (łac.) * pierwszy komputer na świecie * słynna śpiewaczka opery * w Krakowie z opactwem benedyktynów * Córki Niepokalanego Poczęcia NMP * aerofon ze stroikiem podwójnym * karetka reanimacyjna * Musorgskiego z wystawy * boa na szyi * stolica Szlezwik-Holsztyn * trzeci syn Jakuba i Lei * karetka na Sybir * stawia dobro innych nad własne * samogwałt * użyteczna azjatycka żywica * płynie przez Berno * ostatnia faza lotu * linia komunikacyjna za frontem * jazda na deskorolce (ang.) * periosteum * gruba niemiecka armata sięgająca Paryża * między Mrągówem a Giżyckiem * brak przestrzeni * miasto na pn.-wsch. od Neapolu * pnącze z dżungli * androblastoma * jednostka przewodności elektrycznej * supersnajer Grzegorz * miejsce narodzin Einsteina * Protoatlantyk * założyli chanat w Panonii * cauda * ofiara Balladyny * szelest, szum * chińska herbata * ukochany Afrodyty * wada kształtu odlewu * pierwiastek o l. at. 41 * Wisława Szymborska * nurt w sztuce, głównie włoskiej, między renesansem a barokiem * mieszka w Oulu * satysfakcja * kobra * imię Cembrzyńskiej * wietrzna * objaw, symbol * pokój na zamku * główny port Tesalii * kmotr, chrzestny * pierwsze wyjście kartą * cięta lub kluta * specjalna służba antykorupcyjna * część powiatu * półwysep mnichów z górą Athos * wzmocniony brzeg zagła * eter gliceryny i kwasu oleinowego * colostrum

Jerzy Badowski

Wydawca:



**Naczelna Rada
Lekarska**

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 170 400 tegz.

Kolegium redakcyjne:
Jarosław Wanecki (przewodniczący)
Ryszard Golański
Marek Jodłowski
Jolanta Małmyga
Wojciech Marquardt
Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk

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

Zastępca redaktora naczelnego:
Marta Jakubiak
Tel. 608 316 248
m.jakubiak@gazetalekarska.pl

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

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

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

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

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

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

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

Opracowanie graficzne:
Teresa Urawska

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

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

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

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótnych, adjustacji, zmiany tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń. Autorów prosimy o przysyłanie tekstów zapisanych na CD, e-mail w edytorze pracującym w środowisku Windows. Publikacja ta 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).

