

SAMORZĄD: Integracja lekarzy



GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB
LEKARSKICH

7-8 | 2019

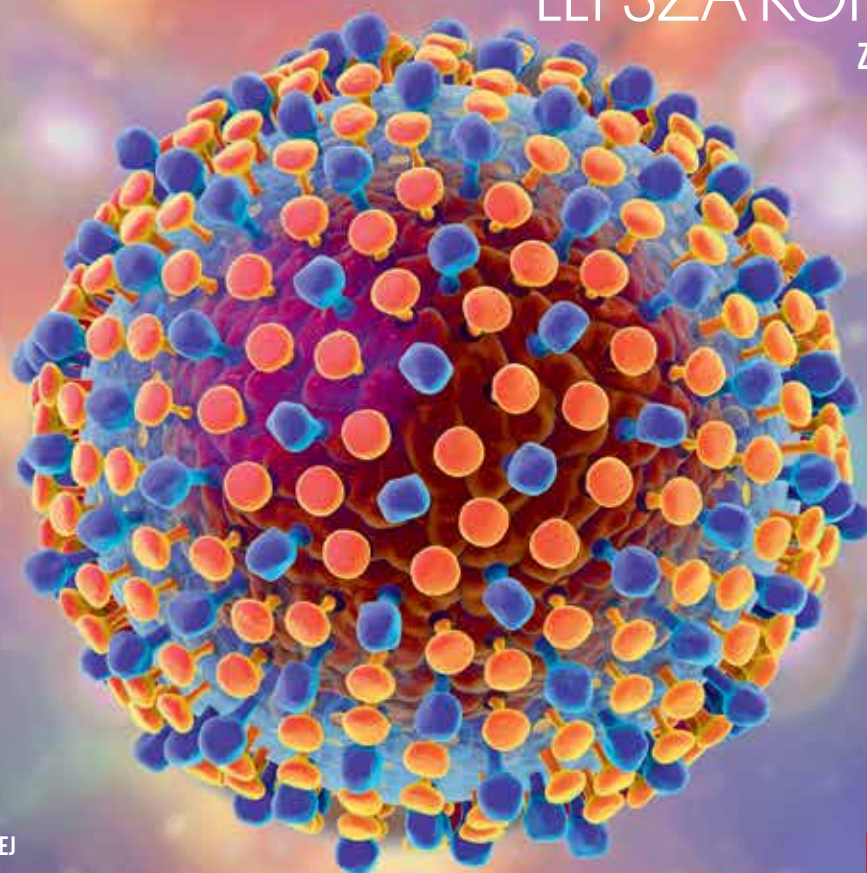
**PIENIĄDZE NA
CYFRYZACJĘ**

NIE TYLKO DLA POZ

Kodeks karny

ZANIM NOWELIZACJA,
LEPSZA KONSULTACJA

ZMIANY ART. 155 W PIGUŁCE



My, Polacy!

KONGRES POLONII MEDYCZNEJ

**Zmiany
w fizjoterapii**

CZYLI, CO LEKARZ
WIEDZIEĆ POWINIEN

VMSS

PYTANIA I ODPOWIEDZI

Temat numeru

WOKÓŁ BŁĘDÓW I NIEPOŻĄDANYCH ZDARZEŃ MEDYCZNYCH

NIEUFNOŚĆ, BRAK MONITOROWANIA
I WIDMO SUROWYCH KAR

52

RATUJĄC NAJMNIEJSZYCH

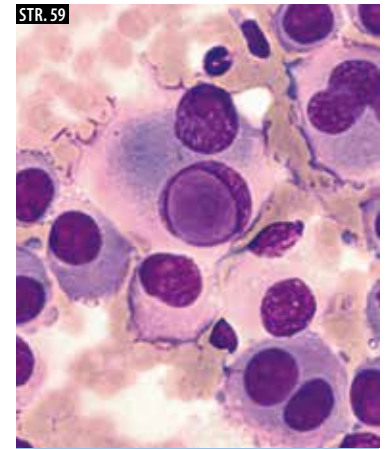
Czy w przypadku najbardziej chorych wcześniaków zaawansowane techniki intensywnej terapii nie są dla nich gorsze niż śmierć?



60

SZTUCZNA KOŚĆ

Jest szansa, że już niebawem polski implantacyjny biomateriał kośćzastępczy będzie powszechnie stosowany w praktyce klinicznej.



Spis treści

Lipiec/sierpień 2019

SAMORZĄD

- 4 | Nie wystarczy mieć rację...
- 7 | My, Polacy!
- 10 | Prawdziwe życie zacznie się po wyborach
- 12 | Integracja lekarzy

TEMAT NUMERU

- 18 | Sprawy o błędy medyczne w prokuraturach
- 19 | Błędne koło

PRAWO I MEDYCyna

- 25 | Pieniądze na e-zła
- 26 | Zmiany art. 155 w pigułce
- 28 | Które informacje należy zachować dla siebie?
- 30 | NSL vs prokuratura
- 32 | Nowe standardy prawne w teleradiologii
- 34 | Fizjoterapia ambulatoryjna - co lekarz wiedzieć powinien

PRAKTYKA LEKARSKA

- 36 | OSP Sobieskiego 110
- 37 | V MSS: pytania i odpowiedzi
- 42 | Biuletyn
- 46 | Pacjent z traumą w gabinecie stomatologicznym
- 48 | Budowanie na relacjach
- 50 | Odciążyc lekarza
- 52 | Myśłami wokół „N”
- 54 | Jubileusz

ZE ŚWIATA

- 56 | Protest kilkuset tysięcy lekarzy
- 57 | Zarobki lekarzy w UK
- 58 | Rodzime uczelnie wysoko w rankingu Leiden

NAUKA

- 59 | Solaria podwójnie złe
- 60 | Sztuczna kość

LEKARSKIE TOWARZYSTWA NAUKOWE

- 62 | Partnerstwo i współpraca

LISTY

- 64 | Nie otrzymuję 6750 zł brutto miesięcznie

PO GODZINACH

- 66 | Trudno wierzyć rządowi
- 67 | Chłopcy z Placu Broni
- 68 | Bez skazy
- 70 | Kultura
- 71 | Sport
- 73 | Serce
- 74 | Pierwszeństwo Lityńskiego
- 76 | Ogłoszenia
- 82 | Jolka lekarska



ANDRZEJ MATYJA

prezes NRL

Dramat rodziny małego Szymona, 11-miesięcznego pacjenta szpitala przy ul. Nie-
kłańskiej w Warszawie, poruszył wielu
rodaków. Dla lekarzy i personelu szpitala
na pewno było to jedno z tych doświad-
czeń zawodowych, które długo jeszcze
będą analizowane z różnych punktów
widzenia, w tym etyki, psychologii de-
cyzji, komunikacji w medycynie. Na uwa-
gę zasługuje też fenomen medialnej wrza-
wy pełnej domysłów, półprawd, insynuacji
i oszczerstw, która rozpętała się wokół
śmierci dziecka. Przeciwnicy mediów spo-
łecznościowych znajdują tu dobitny przykład
destrukcyjnej ich roli, ponieważ osoby nie-
kompetentne i nieuprawnione kreują swoją
wersję zdarzeń, prowokując lawinę hejtu
przeciwko szpitalowi, lekarzom opiekują-
cym się chłopcem, a w konsekwencji pod-
kopując zaufanie do medyków w ogóle.

Z jednej strony mamy lapidarne komu-
nikaty szpitala, unikające jakichkolwiek
szczegółów ze względu na tajemnicę lekar-
ską. Z drugiej, dużo manipulacji w obrazie
i języku – szybko rozprzestrzeniane w sieci
informacje o stanie zdrowia dziecka prze-
kazywane przez osoby pozbawione wie-
dzy medycznej. Bez trudu można znaleźć
w internecie „dziennikarskie” materiały,
informujące o szpitalu, w którym zabito
bezbronne dziecko, ostrzega się rodziców
małych pacjentów przed morderczymi
praktykami personelu tej placówki itp.
Tytuły donoszą o polskim Alfie Evan-
sie, mimo że sytuacje polska i brytyjska

Z SOBIESKIEGO 110

Nie wystarczy mieć rację...

W czasie, który upłynął od poprzedniego wydania „Gazety Lekarskiej”, uwagę przykuwały dwa wydarzenia, które – pozornie odległe – mają wspólny mianownik: zaufanie.

są radykalnie odmienne. Jednak to nie ma znaczenia. Facebookowa wersja zdarzeń szybko idzie w świat. Z dużej „klikalności” chętnie korzystają politycy, którzy choć nie są medykami (a pewnie właśnie dlatego), nie mają oporów, by wypowiedzieć się na tematy zdrowia. Przedstawiciele STOP NOP wiedzą i obwieszczają, że tragedia dziecka to efekt szczepienia. Strach i sensacja dobrze się sprzedają. Tak działały i nadal działają media, z tym że te współczesne nieporównanie szybciej i na większą skalę.

Nasze święte oburzenie tego nie zmienia. Traktując więc internet jako przestrzeń publiczną, powinniśmy zgłaszać wszelkie nadużycia do administratorów czy organów ścigania.

Opieszałość (a może nieudolność?) tych ostatnich nie zniechęci nas. Nie będziemy biernie przyglądać się, jak podważane jest zaufanie do lekarzy i współczesnej medycyny ze szkodą dla pacjentów oraz całego społeczeństwa. Tym bardziej, że obserwujemy, jak manipulacja przenoszona jest z serwisów społecznościowych do mediów głównego nurtu. Tak właśnie było z historią małego Szymka, i nie możemy nad tym przejść do porządku dziennego. Dlatego – jak napisałem do naszego środowiska – apeluję do wszystkich, by nie pozostawali bierni wobec przejawów hejtu.

Mamy dwie równoległe drogi – prawną i edukacyjną. O prawnej wspomniałem wcześniej. O edukacji medialnej mówimy od dawna. Robi się jednak niewiele, by uczyć, jak poruszać się w gąszczu informacji, również o zdrowiu – jak oddzielać ziarno od plew. Taka edukacja potrzebna jest wszystkim, od najmłodszych po seniorów. Zaufanie lekarzom i medycynie opartej na faktach to ważny punkt budowania dobrej relacji między lekarzem a pacjentem.

Słowo „zaufanie” często powraca w dyskusji wokół zmiany art. 155 Kodeksu karnego, wprowadzonej na mocy nowelizacji ustawy z 16 maja br. bez konsultacji z samorządem lekarskim. O zgubnych skutkach tej zmiany dla pacjentów, lekarzy i systemu ochrony zdrowia piszemy na www.nil.org.pl oraz w tym numerze „GL”. Dotarliśmy z argumentacją o szkodach, jakie ta nowelizacja może wywołać, do wiceministra sprawiedliwości, wiceministra zdrowia, prezydenta. Poruszyliśmy media. Nasza szybka reakcja przyniosła efekty.

W momencie, kiedy powstaje ten tekst, wiemy, że rząd przyjął autopoprawkę. Ma ona usunąć groźne zapisy kk, które zwiększyły zagrożenie karne za przestępstwo nieumyślnego spowodowania śmierci do wymiaru od 1 roku do 10 lat pozbawienia wolności, co faktycznie uniemożliwia wymierzenie kary w zawieszeniu. Nowy wymiar kary za przestępstwo z art. 155 kk będzie wynosił od 6 miesięcy do 8 lat pozbawienia wolności, co pozwoli warunkowo zawiesić wykonywanie kary oraz wymierzyć karę grzywny lub ograniczenia wolności zamiast pozbawienia wolności. Tyle wiemy w dniu zamykania tego numeru gazety.

Niestety, już kilkakrotnie rozczarowaliśmy się, ponieważ obietnice nie były spełniane, a nasi koledzy posłowie zawiedli swoje środowisko zawodowe, trzymając się partyjnych wytycznych. Dlatego do deklaracji podchodzimy z ograniczonym zaufaniem. Czekamy, co przyniesie lipiec, kiedy będzie głosowana ta poprawka. Życie uczy, że nie wystarczy mieć rację. Trzeba mieć głosy! A w obecnych czasach, w dobie mediów społecznościowych, trzeba mieć też klikalność. ■

SKRINING

Manifestacja w Warszawie



1 czerwca

6,8

proc. PKB na zdrowie” – tak brzmiało hasło na największym transparenecie, pod którym 1 czerwca lekarze i pacjenci przeszli ulicami Warszawy spod Ministerstwa Zdrowia pod siedzibę parlamentu. Organizatorami manifestacji, która przebiegała w gorącej atmosferze okrzyków i trąbienia

w wuwuzele, był OZZL wraz z Porozumieniem Rezydentów OZZL. – Zasadniczym przesłaniem tej manifestacji jest: dość umierania pacjentów w kolejkach do leczenia – podkreślił przewodniczący OZZL Krzysztof Bukiel. Prezes NRL Andrzej Matyja, przemawiając pod sejmem powiedział, że zdrowie to nie koszt, ale wspaniała inwestycja.

– Dość przetargu politycznego w kwestii zdrowia – zaapelował. – Nie może być tak, że udział stomatologii w naszym kraju w ramach NFZ od 10 lat systematycznie spada – mówił z kolei wiceprezes NRL Andrzej Cisko. W proteście licznie uczestniczyli m.in. członkowie Prezydium NRL, NRL i prezesi ORL. Nagranie wideo i kilkadziesiąt zdjęć z manifestacji na www.gazetalekarska.pl. ■

Koniec cyklu „Wspólnie dla Zdrowia”



25 czerwca

O potrzebie działań długo- i krótkofalowych, nie tylko wobec systemu ochrony zdrowia, ale również w odniesieniu do kadr medycznych, prezes NRL Andrzej Matyja mówił podczas VII konferencji w ramach debaty „Wspólnie dla Zdrowia”. Spotkanie podsumowujące ponad roczny cykl debat odbyło się 25 czerwca w gmachu Wydziału Fizyki Politechniki Warszawskiej m.in. z udziałem ministra zdrowia

Łukasza Szumowskiego i kilkorga wice ministrów. Prezes NRL zaapelował o większe wsparcie finansowe dla uczelni medycznych kształcących lekarzy, jak podkreślił – na najwyższym poziomie, zamiast otwierania kolejnych placówek oferujących kształcenie na kierunku lekarskim, w których jakość kształcenia nie jest jeszcze znana. Więcej o tej i innych konferencjach z cyklu „Wspólnie dla Zdrowia” na www.gazetalekarska.pl. ■

Zgłoś hejt!

W związku z nasilającymi się w internecie akcjami „hejterów” na szpitale oraz pracujących w nich lekarzy, prezes NRL Andrzej Matyja rozmawiał na ten temat z kierownictwem Ministerstwa Sprawiedliwości i Ministerstwa Zdrowia. Głośna w ostatnim czasie sprawa dotycząca Szpitala Dziecięcego przy ul. Niekańskiej w Warszawie nie była bowiem odosobnionym przypadkiem. – Apeluję, aby każdy przypadek ataku hejterskiego zgłaszany był do organów ścigania, a informacja o tym fakcie przekazywana również do Naczelnej Izby Lekarskiej – mówi prezes NRL. ■

SKRINING

ENMCA w NIL

14

czerwca w siedzibie NIL odbyło się 21. spotkanie ENMCA (European Network of Medical Competent Authorities), czyli przedstawiciele instytucji rejestrujących lekarzy i sprawujących pieczę nad wykonywaniem zawodu lekarza w państwach UE oraz EOG. Spotkania w ramach ENMCA służą wymianie informacji i doświadczeń w zakresie spraw związanych z migracją lekarzy w UE i uznawaniem ich kwalifikacji zawodowych.

W obradach w Warszawie udział wzięło 23 przedstawicieli organów z 14 państw, m.in. Danii, Francji, Holandii, Niemiec, Irlandii,

Szwecji, Wlk. Brytanii. W imieniu NIL zebranych powitał Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej dr Grzegorz Wrona, podkreślając znaczenie tego rodzaju współpracy, która z jednej strony służy lekarzom ubiegającym się o uznanie kwalifikacji, a z drugiej przyczynia się do zapewniania bezpieczeństwa pacjentów. Podczas całodziennego spotkania omawiano m.in. kwestie stażu podyplomowego jako uzupełnienia studiów akademickich oraz zastrzeżeń Komisji Europejskiej co do prawidłowości wdrożenia niektórych przepisów w poszczególnych państwach. Jedną z konkluzji jest, że zasadne będzie zwrócenie się do Komisji o wyjaśnienie bądź doprecyzowanie pewnych regulacji prawnych. ■ MS



gazetalekarska.pl

Odpowiedzialność zawodowa lekarzy okiem SN

14

czerwca Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Grzegorz Wrona zorganizował spotkanie szkoleniowe dla okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej, podczas którego prof. Jacek Sobczak wygłosił referat dotyczący dobrowolnego poddania się karze w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.

Uczestnicy szkolenia mieli także możliwość wysłuchania referatu sędziego Sądu Najwyższego Michała Laskowskiego, który odniósł się do zagadnienia konstruowania zarzutów przez OROZ i możliwości ich modyfikacji na etapie postępowania przed sądami lekarskimi. Mgr Paulina Tomaszewska omówiła kwestie mediacji w postępowaniach z zakresu odpowiedzialności za-

wodowej lekarzy. Na zakończenie spotkania, NROZ zwrócił uwagę na budzącą niepokój nowelizację art. 155 Kodeksu karnego i jej konsekwencje w zakresie odpowiedzialności lekarzy.

Ożywiona dyskusja uczestników spotkania pozwoliła na omówienie bieżących spraw, z którymi na co dzień zmagają się rzecznicy na terenie całej Polski. ■ PT

Bioetyka

7

czerwca w siedzibie NIL odbyła się konferencja „Komisje bioetyczne a badania naukowe ludzkiego materiału biologicznego – aspekty etyczne, prawne i praktyczne”. Jednym z celów spotkania było przekazanie informacji o standardach, jakie winny być zachowane w trakcie pobierania, przechowywania i wykorzystywania ludzkiego materiału biologicznego wykorzystywanego do badań naukowych. Organizatorem konferencji był Ośrodek Bioetyki NRL, a gospodarzem spotkania jej przewodniczący, dr hab. Marek Czarkowski. Nagranie wideo i fotogaleria na www.gazetalekarska.pl. ■

Limity i mity

W

śród projektów rozporządzeń, które w ostatnich tygodniach opiniowało Prezydium NRL, było m.in. rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny. W podjętym stanowisku Prezydium NRL poparło jego podwyższenie w odniesieniu do kształcenia przyszłych lekarzy, zwłaszcza w zakresie studiów

prowadzonych w formie stacjonarnej w jęz. polskim, zastrzegając, że powinno wiązać się to z większym finansowaniem uczelni medycznych. W ocenie Prezydium rozkład miejsc na uczelniach powinien preferować przyszłych lekarzy kształcących się w języku ojczystym. Negatywnie oceniono propozycję zwiększenia limitu przyjęć na kierunek lekarsko-dentystyczny. ■

KONGRES POLONII MEDYCZNEJ



My, Polacy!

4 dni, 24 sesje naukowe, 96 prelegentów i 850 uczestników – to krótkie podsumowanie X Kongresu Polonii Medycznej połączonego z III Światowym Zjazdem Lekarzy Polskich.

TEKST **MARIUSZ TOMCZAK**, DZIENNIKARZ

Na jubileuszową edycję Kongresu Polonii Medycznej, który odbył się od 29 maja do 1 czerwca w Gdańsku, licznie przybyli lekarze i lekarze dentyści na co dzień mieszkający i praktykujący w różnych zakątkach świata. Łącznie z 23 państw (od USA po kraje należące niegdyś do ZSRR). Myślą przewodnią tego spotkania było hasło „Postęp techniczny w służbie medycyny”. – Główny cel kongresu stanowi integracja lekarzy polskich z polonijnymi. To olbrzymi, wciąż niewykorzystany potencjał – mówi wiceprezes ORL w Gdańsku, dr Roman Budziński, stojący na czele komitetu organizacyjnego.

Nie będzie cienia przesady w tym, że uroczystą galę otwarcia w Filharmonii Bałtyckiej zdominowało wystąpienie prezesa NRL Andrzeja Matyi. Wprawdzie nie był jedyną osobą przemawiającą tego wieczoru, ale nikt inny nie otrzymał tak gromkich oklasków na stojąco od



Otwarcie kongresu (od lewej): Janusz Kasina i Roman Budziński

kilkuset osób. Pierwsza część wystąpienia nie zapowiadała takich emocji. – Pozwoliłem sobie na złamanie obowiązującej konwencji, ale nie mogę pominąć milczeniem zmian dokonywanych w Kodeksie karnym – powiedział prezes NRL, dodając, że po zmianie brzmienia art. 155 za nieumyślne spowodowanie śmierci lekarzom grozi kara bezwzględniego więzienia. Potem było już tylko „mocniej”. – Nie można w jednym szeregu stawiać kryminalistów, pospolicznych przestępców i lekarzy. Domagamy się doprowadzenia do zmian w prawie i oddzielenia pospolicznych przestępstw od działalności lekarskiej – podkreślił prof. Andrzej Matyja. Prawie wszyscy podnieśli się z foteli, niewzruszony pozostał siedzący w pierwszym rzędzie jeden z najważniejszych lekarzy polityków, przewodniczący senackiej Komisji Zdrowia Waldemar Kraska.

NOWOŚCI NA KAŻDYM KROKU

Wykład inauguracyjny wygłosił dr Marek Radomski z Kanady, przybliżając to, co dzieje się w świecie małych cząstek o wielkim znaczeniu dla rozwoju nowych technologii medycznych. Trudno o lepsze rozpoczęcie cyklu sesji naukowych niż nanomedycyna, skoro o wykorzystywaniu tak mikroskopijnych cząsteczek, przy których przeciętna bakteria czasem jest niczym gigant, coraz częściej mówi się jako filarze postępu w XXI w. Innowacjom w medycynie poświęcone były kolejne wystąpienia polskich lekarzy mieszkających na stałe w Stanach Zjednoczonych: prof. Waldemar Priebe przedstawił nowe osiągnięcia w leczeniu nowotworów, dr Tomasz Rogula zaprezentował coraz większe możliwości robotowej chirurgii bariatrycznej, prof. Maria Siemionow, która zdobyła światową sławę

Specjalnie dla kilkuset lekarzy zagrał Leszek Możdżer





Przemówienie prezesa NRL Andrzeja Matyji o owacje na stojąco



m.in. dzięki prekursorskim, udanym przeszczepom ludzkiej twarzy, przybliżyła etyczne dylematy wynikające z jej transplantacji, a dr Grzegorz Turowski wskazał na jeden z kierunków rozwoju medycyny estetycznej. Z uwagi na wydłużenie życia oraz wszechobecny kult piękna i młodości coraz więcej osób decyduje się na robotyczny przeszczep włosów, co u nas wciąż jeszcze stanowi novum, ale nie za oceanem, zresztą nie tylko wśród miliarderów czy celebrytów. – Proszę zwrócić uwagę, ilu prezydentów Stanów Zjednoczonych nie miało włosów – mówił dr Grzegorz Turowski, dodając, że to nie przypadek. Mocną stroną jego wykładu, podobnie jak wielu innych prelegentów, stanowiły prezentacje

multimedialne. Czasami kilka zdjęć lub krótki film lepiej przemawia do wyobraźni niż potok słów. W podobny sposób wyglądały wystąpienia na sesji dedykowanej stomatologii, na którą licznie przybyli nie tylko lekarze dentyści. Praktycy z Polski i zagranicy prezentowali wręcz niewiarygodne przypadki skutecznego leczenia pacjentów z deformacjami twarzoczaszki, a fotografie i krótkie filmy sprzed leczenia i po jego zakończeniu czasami wręcz zapierały dech w piersiach. Nie, to nie przesada, w ten sposób wystąpienia m.in. dr. Krzysztofa Dowgierda z Olsztyna, dr. Sebastiana Lenkiewicza z Koszalina czy dr. Michała Nawrockiego z Gdańska komentowali uczestnicy kongresu w kuluarach. Trudno się

dziwić, bo stosowanie indywidualizowanych protez stawu skroniowo-żuchwowego, modeli 3D w planowaniu zabiegów chirurgicznych czy laserów w zabiegach z zakresu chirurgii i stomatologii estetycznej potrafi przynieść niesamowite rezultaty, do czego chyba żadna z osób przysłuchujących się ich wykładom nie miała wątpliwości. Sesję zatytułowaną „Rola samorządu lekarskiego w systemie ochrony zdrowia Polski i innych wybranych krajów” otworzyło wystąpienie prezesa Andrzeja Matyji poświęcone 30-leciu odrodzonego samorządu lekarskiego w Polsce, ale w swoim wystąpieniu mówił także o wcześniejszych stuleciach. – Początki samorządności to różnego rodzaju korporacje, gildie czy cechy – przypominał. Zaraz po nim wiceprezes NRL dr Jacek Kozakiewicz próbował odpowiedzieć na lekko prowokacyjne pytania: czy samorząd lekarski jest potrzebny oraz czy solidarność lekarska to przeżytek, czy ważne zobowiązanie? – Jak nas widzą, tak nas piszą. Przyszłość samorządu zależy nie tylko od tego, co mówimy, tylko jak czynimy – mówił wiceprezes Jacek Kozakiewicz, ubolewając, że urynkowanie medycyny doprowadziło do wypaczenia solidarności lekarskiej. W dalszej części mówiono o roli samorządu w systemie ochrony zdrowia Niemiec i odległej Kanady, gdzie – co warto podkreślić – każda prowincja ma inną organizację izb lekarskich.

“Więcej korzyści

Zacieśnienie współpracy w celu podniesienia kwalifikacji naukowych i zawodowych wszystkich polskojęzycznych lekarzy – to główny cel podpisania 31 maja, podczas X Kongresu Polonii Medycznej w Gdańsku, listu intencyjnego. Wśród sygnatariuszy są m.in. Naczelna Rada Lekarska, Stowarzyszenie „Wspólnota Polska”, Federacja Polonijnych Organizacji Medycznych, Fundacja Kościuszkowska i Związek Lekarzy Polskich w Chicago. „Szczególną wagę przywiązujemy do wsparcia młodych naukowców polskich i polonijnych, którzy w przyszłości mogą stać się jedną z podstaw rozwoju polskiej medycyny” – czytamy w dokumencie. Sygnatariusze mają nadzieję, że koordynacja działań Polonii medycznej z przedsięwzięciami planowanymi przez instytucje i organizacje w Polsce przyniesie efekty nie tylko naukowe, ale również patriotyczne i ekonomiczne.

“

Wśród sponsorów wydarzenia była m.in. Naczelna Izba Lekarska. Ciężar organizacji wydarzenia spoczął w ogromnej mierze na OIL w Gdańsku.

WYZWANIA - WCZORAJ I JUTRO
Nie jest możliwe streszczenie 24 sesji naukowych w krótkim artykule, tym bardziej, że wiele z nich odbywało się równoległe w różnych salach. Przez kilka dni dyskutowano także o możliwościach współczesnej radiologii, coraz skuteczniejszym leczeniu nadciśnienia tętniczego, chirurgii naczyniowej i ginekologii. Nie zabrakło wystąpień lekarzy zza naszej wschodniej granicy, np. o współpracy Polaków i Ukraińców w rozwoju medycyny opowiadała lwowianka Oksana Standyk. Był wykład poświęcony zaburzeniom słuchu podczas urazów akustycznych w strefie walk, z czym medycy za naszą wschodnią granicą muszą sobie radzić w związku z konfliktem w Donbasie. Doświadczenia mają bogate, niestety wielu pacjentom nie są w stanie skutecznie pomóc. Niezwykle ciekawa dyskusja wywiązała się po sesji zatytułowanej „Mój artykuł widziany z różnych perspektyw”, moderowanej przez prof. Zbigniewa Wszółka z renomowanej Mayo Clinic na Florydzie. Przysłuchując się dyskusji, odniosłem wrażenie, że niezależnie od szerokości geograficznej nie są dostatecznie uregulowane

kwestie związane z prawami autorскими, co wielu autorów krzywdzi moralnie i finansowo. Dr Piotr Gajewski z wydawnictwa „Medycyna Praktyczna” tłumaczył, jak to się stało, że „Interna Szczeklika” stała się wyśmienitym „naukowym towarem eksportowym” poza granicami Polski i z jakimi problemami mierzą się przy pracy nad dostosowaniem zawartości podręcznika do potrzeb odbiorców z innych krajów. Wbrew pozorom nie chodzi tylko o trudności z przekładem. Kongresowi towarzyszyły liczne wydarzenia kulturalne. W Filharmonii Bałtyckiej prezentowano fotografie i obrazy lekarzy polskich i polonijnych, były występy chórów lekarskich, a uroczystą galę zakończył koncert pianisty jazzowego Leszka Możdżera. Kto chciał, mógł zwiedzić gdański ratusz czy Muzeum Emigracji w Gdyni. Wieczory poświęcano na integrację środowiskową, której kulminacją była biesiada i koncert szantowy nieopodal stoczni, królowały motywy marynarskie, a przebraniem pirackim zaskoczył prezes ORL w Gdańsku Dariusz Kuttella. Rangę wydarzenia podniosła obecność m.in. marszałka senatu Stanisława Karczewskiego, który



Koncert chórów lekarskich

objął kongres patronatem honorowym, oraz prezydent miasta Gdańska Aleksandry Dulciewicz. Wśród sponsorów wydarzenia był m.in. Senat RP, Naczelna Izba Lekarska i Gdański Uniwersytet Medyczny. Ciężar organizacji wydarzenia spoczął w ogromnej mierze na OIL w Gdańsku. Kolejny raz patronem medialnym kongresu była „Gazeta Lekarska”. XI Kongres Polonii Medycznej ma odbyć się za trzy lata, ale gdzie, tego jeszcze nie wiadomo. Pewne wydaje się to, że organizatorów kolejnej edycji czeka poważna dyskusja o jego przyszłej formule. - Izba, która organizuje kongres, bierze na siebie ryzyko finansowe. Przez kilka miesięcy stresowałem się, że wydarzenie może się nie zbilansować - przyznaje dr Roman Budziński. - Być może stworzenie fundacji pozwoliłoby na ustabilizowanie organizacji kongresu - mówił prezes ORL w Rzeszowie Wojciech Domka. O finansach sporo rozmawiano przed tegoroczną edycją, a temat niczym bumerang powrócił w Gdańsku. W czasie ostatniej sesji dr Bogdan Milek z Niemiec, nowy prezes Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych, wybrany na tę funkcję właśnie w Gdańsku, krytycznie odniósł się do propozycji prof. Jerzego Woy-Woyciechowskiego, aby zmienić nazwę wydarzenia na Światowy Kongres Polskich Lekarzy. - Po co dzielić? - zapytał wieloletni prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Kilkanaście dni później prezes FPOM podał się do dymisji; czy jego następcą łaskawym okiem spojrzy na propozycję byłego już prezesa PTL? ■

Wystawa „Historia samorządów lekarskich w Rzeczypospolitej”





KRZYSZTOF MADEJ

wiceprezes NRL

Prawdziwe życie zacznie się po wyborach

Koniec czerwca, żar leje się z nieba. Jedna z córek odebrała świadectwo szkolne, druga też zaliczyła swoje uczelniane sesje, a ja mam taki nastrój, jaki się miewa przed Sylwestrem.

Mam dojmujące odczucie, że wraz z końcem roku szkolnego skończył się jakiś okrągły rok w życiu samorządu lekarskiego, środowiska lekarskiego i systemu ochrony zdrowia. Nie rok kalendarzowy, nie rok akademicki tylko jakiś etap „polityczny” w naszych rojeniach i naszych wysiłkach o nowy kształt polskiego systemu ochrony zdrowia i o właściwe warunki wykonywania zawodu lekarza. Mam oczywiście na myśli nie ostatnie 365 dni, tylko etap, którego początek niech sobie każdy z czytelników zarysował wg własnego odczucia.

Za chwilę wakacje, czyli czas, który oznacza (szczególnie w Polsce) odłożenie na bok trosk i zaangażowań publicznych na rzecz uciech indywidualnych. Jest jeszcze drugi czynnik, który sprawia, że czas tegorocznego lata nie będzie czasem poważnej refleksji reformatorskiej. To parlamentarna kampania wyborcza z całym jej folklorem i irracjonalizmem. Musimy po prostu przeczekać tych wszystkich pajaców, linoskoczków, czarodziejów i nawiedzonych proroków oraz ich obietnice, daleko wykraczające poza kompetencje osobiste oraz instytucjonalne.

Prawdziwe życie zacznie się po wyborach, kiedy będzie nowy rząd, nowy parlament, nowy minister zdrowia, nowy

przewodniczący sejmowej komisji zdrowia, nowi posłowie i senatorowie lekarze. Kimkolwiek by oni nie byli, będą nowi.

Skoro ta cezura czasowo-merytoryczna, charakteryzująca się zawieszeniem na kolku zdrowego, państwowotwórczego rozsądku, może być uznana za koniec starego i początek nowego roku, to właśnie nastał czas na ocenę tego, co było i rachunek sumienia, solenne postanowienie poprawy (czyli postanowienie noworoczne), no i pokuta, tam, gdzie to jest niezbędne.

Przyszłość jest, jak wiadomo, nieprzewidywalna, tym bardziej, że aktualnie dostępne materiały, które tę przyszłość miałyby modelować, są, najogólniej mówiąc, niezbyt mądre. Mam w tej chwili na myśli dotychczasowy dorobek ogólnopolskiej debaty o zdrowiu „Wspólnie dla Zdrowia” oraz materiał pod tytułem „Strategia Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023”. Za chwilę dostaniemy do ręki skłcone naprędce programy partii politycznych idących do wyborów, poślinimy wskaziciela ręki prawej i otworzymy je sobie na rozdziale „zdrowie” albo „zdrowie narodu” lub, być może, „służba zdrowia w służbie narodu”. Jak zwał, tak zwał, ale wtedy zacznie się prawdziwe science fiction i pobaraszkujemy w głębokich diagnozach, śmiałych analizach i prorockich wizjach.

Jedyne, co możemy w miarę odpowiedzialnie, choć bardzo subiektywnie, zrobić, to ocenić zakończony etap, który nazywam „starym rokiem”. Nie ma tu miejsca na monograficzną kronikę, i tak nikt by jej nie przeczytał, bo i po co? Wymienię więc enumeratywnie tylko to, co w mojej ocenie uległo nasileniu w czasie przebytu tak, że zabarwiło ten czas nowymi znaczeniami, problemami i kolorytem.

1 Coraz bardziej doskwierającym jest brak nośnej idei reformatorskiej, brak jakiegokolwiek modelu i wizji docelowego systemu ochrony zdrowia w Polsce. W odpowiedzi

“

Czasami poczucie absurdu jest silniejszym bodźcem do działania niż poczucie krzywdy.

na kryzys systemowy w ochronie zdrowia politycy proponują na razie, górnolotną wprawdzie, ale jedynie wiecową retorykę. System się fragmentaryzuje i atomizuje. Gwałtowne próby administracyjnego wymuszenia spójności organizacyjnej, np. zaprowadzenie sieci szpitali, spowodowało nowe problemy. Jednym z nich jest kryzys SOR-owski. SOR-y, które miały być panaceum na ucywilizowanie, a może ukrycie problemu z utrudnionym dostępem do świadczeń, stały się dramatycznym medialnym wyrzutem społecznym. Do kogo? Oczywiście, że wiadomo do kogo – do lekarzy. Jest trochę jak w sławnej definicji socjalizmu Stefana Kisielewskiego. Socjalizm to ustrój, który zwycięsko rozwiązuje problemy, które sam stworzył. W naszej medycynie jest podobnie.

2. W ramach tej dekonstrukcji systemu postępuje żywiołowa komercjalizacja, zarówno w jego części ubezpieczeniowej, jak i „wolnorynkowej”. Rodzi to szereg nowych problemów, które długo by wymieniać. Podstawą dla nich jest zamiana współpracy i solidarności w realizowaniu misji społecznej na rywalizację. System rozpada się na kolejne fragmenty, z których każdy rządzi się odrębnymi prawami finansowymi.

3. Obserwujemy coraz większe rozwarstwienie w środowisku fachowych pracowników medycyny, a my szczególnie dobrze widzimy je w środowisku lekarskim. To wynik tej walki konkurencyjnej, która skutkuje narastającą liczbą barier w dostępie do rynku, do poprawy warunków wykonywania zawodu, do ścieżek karier i do rozwoju. Samorządowi lekarskiemu coraz trudniej realizować swoją główną misję, tj. integrację środowiska.

4. Nastąpiło gwałtowne utrudnienie dostępu do świadczeń medycznych i wydłużanie się kolejek. Nagle w ostatnim czasie, ku zaskoczeniu opinii publicznej i ekspertów, patologia organizacyjna publicznej służby zdrowia zaczęła się powielać w systemie prywatnym. Czas oczekiwania na wizytę „w prywatce” zaczyna w przypadku niektórych świadczeń być podobny jak w formule „na ubezpieczalnię”.

5. Eksplozja biurokracji. Za-
wsze, gdy władza administracyjna

nie panuje nad kryzysem, ucieka się do zwiększania ciężarów biurokratycznych. To forma kary za własną bezradność i lekarstwo na kryzys, co nigdy nie było skuteczne. Postulat założycielski samorządu lekarskiego i zmienionego ustrojowo państwa, odbiurokratyzowania medycyny, jest nieaktualny. Idziemy w przeciwnym kierunku i jest on niekiedy wprowadzany niezwykle brutalnie.

6. Problemem zaczyna być tzw. hejt na lekarzy i medycynę instytucjonalną. Sprawa oczywiście dolegliwa dla środowiska, niedługo będzie dolegliwa dla społeczeństwa. Do tej pory hejterzy atakowali świat polityki i świat celebrytów medialnych, teraz wyszli z krzaków i zarośli, i rzucili się na medycynę. To wynik lęku, który poprzedza agresję. Do tego należy dodać lęk środowiska lekarskiego przed systematycznie zwiększaną penalizacją działalności leczniczej. To bardzo zmieni sposób uprawiania medycyny. Lęk i agresja, która w wymiarze społecznym będzie wypierać spolegliwą troskę o chorego i zaufanie, zrodzi skutki społeczne. Wydaje się, że lęk społeczny przed nieuzyskaniem adekwatnej pomocy w chwili kryzysu zdrowotnego narasta.

7. Nasilenie praktyk medycyny szamańskiej. To zjawisko w życiu społecznym stare, cyklicznie i gwałtownie się nasilające. Łatwo wykazać, że erupcja czarodziejów w trosce o zdrowie narodu koreluje z nasilaniem się krytycznych ocen funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Aktualnie pan Zięba et consortes szaleją w najlepsze. Często odnieść można wrażenie, że są oni popierani przez dużą część świata polityki i przez media, jako dobrze postrzegana inwestycja w tą ogólnospołeczną agresję, o której było wyżej.

Wiele tych zjawisk ma już wymiar absurdu, np. długość kolejek i czas oczekiwania na świadczenie, kilkuminutowy czas na świadczenie w gabinecie, wożenie chorych od placówki do placówki itd., itd. Bezrozumne jest to zaskoczenie, że w Polsce brakuje lekarzy. Jeszcze niedawno było ich nieco za dużo, a teraz taki problem. Czy to coś zmieni? Może. Czasami poczucie absurdu jest silniejszym bodźcem do działania niż poczucie krzywdy.

To były negatywy. Ale był i pozytyw. Protest rezydentów, który faktycznie zrealizował postawione przez siebie roszczenia placowe. To bardzo ciekawy fenomen socjologiczny, wart analiz i opisanie, że – wydawać by się mogło – najsłabsza część środowiska lekarskiego, okazała się najsilniejszą.

Chciałbym po swojemu i po amatorsku przeanalizować każdy z powyższych punktów, ale się boję i nie zrobię tego. Boję się swoich przełożonych, którzy mogliby chcieć ukarać mnie za krytykę; boję się polityków i dziennikarzy, którzy może chcieliby przypisać mi intencje polityczne, a następnie zniszczyć jako przeciwnika; boję się nawiedzonych działaczy samorządowych, którzy uważają, że tylko oni mają rację (choć jej nie prezentują), a inni nie; boję się antyszczepionkowców, czarnoksiężników, magnetyzerów wody, różnych Ziębów i innych nauczycieli zdrowia i szczęścia dla każdego, którymi to dobrami gotowi są podzielić się za drobną opłatą. Będę więc tylko głupio się uśmiechał, posyłał powłóczyście spojrzenia, przybierał senatorskie pozy i dawał do zrozumienia, że pozostaję w zadumie nad niedoskonałością świata. ■

“

Czas oczekiwania na wizytę „w prywatce” zaczyna w przypadku niektórych świadczeń być podobny jak w formule „na ubezpieczalnię”.



LUCYNA
KRYSIAK

dziennikarz

30 LAT ODRODZONEGO SAMORZĄDU LEKARSKIEGO

Integracja lekarzy

Od początku reaktywacji okręgowe izby lekarskie zabiegają o to, by lekarz miał silne poczucie przynależności do swojej grupy zawodowej.

© L.KRYSIAK@GAZETALEKARSKA.PL



Zawód lekarza wymaga maksymalnego zaangażowania, dyspozycyjności i ustawicznego kształcenia. W obecnej, coraz bardziej skomplikowanej rzeczywistości ekonomicznej i prawnej jego wykonywanie obwarowane jest wieloma przepisami, restrykcjami, a także obciążeniami biurokratycznymi ze strony zarządzających placówkami opieki zdrowotnej. Jest więc narażony na przepracowanie, życie w permanentnym stresie i wypalenie zawodowe. Aby „przeżyć”, potrzebuje wsparcia środowiska, poczucia, że nie jest sam ze swoimi problemami.

WARTOŚĆ SAMA W SOBIE

Od początku reaktywowania izb lekarskich kładziono nacisk na integrację lekarzy. W tamtych czasach każdy jej przejaw, np. wspólne spędzanie wolnego czasu poprzez działalność kulturalną, turystyczną czy sportową, przyjmowano z entuzjazmem, – Wszystko po tej szarej, komunistycznej rzeczywistości było dla nas nowe, atrakcyjne, ale też niewiadome, można więc powiedzieć, że w kontekście formowania się struktur samorządu lekarskiego i ogromnych wyzwań integracja środowiska była wartością samą w sobie, dziś już tego

brakuje – mówi Stanisław Markowski ze Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej w Kielcach, długoletni sędzia sądów lekarskich.

Prezes NRL Tadeusz Chruściel uważał, że do osiągnięć izb w I kadencji należało utworzenie sieci struktur samorządowych i ich materialno-organizacyjnego zaplecza, ale też kładł nacisk na to, jak ważne jest stopniowe uświadomienie siły, jaką tkwi w lekarzach, w ich zbiorowych działaniach opartych na zgodnym uczestnictwie w tych strukturach. Stanisław Leszczyński, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej I kadencji, mówił o integracji tak: „organ rzecznika stara się bronić godności obwinionych lekarzy, dążąc do zdobycia ich zaufania, bo tylko w ten sposób można budować autorytet tego organu, stać na straży równości wobec prawa i sprawiedliwości w orzekaniu”. A Andrzej Fortuna, długoletni wiceprezes NRL, podkreślał, że wszelkie wspólne działania są świadectwem integracji środowiska, nawet jeśli nie wszystkie cele udaje się w pełni zrealizować. Wówczas panowało przekonanie, że obowiązująca, ustawowo uregulowana przynależność lekarzy do izb, jest ich siłą.

BIULETYNY

I „GAZETA LEKARSKA”

Z myślą o integracji lekarzy od 1990 r. okręgowe izby zaczęły wydawać własne biuletyny, a na szczęblu centralnym powołano do życia „Gazetę Lekarską”. Ówczesny jej felietonista, podpisujący się PJASZ, napisał wtedy: „W I kadencji nie doszło do sytuacji, by izby lekarskie przez większość były traktowane jako coś własnego, immamentnie związanego z zawodem”. Po 30 latach problem wciąż jest aktualny, gdyż

która ma sprawować pieczę nad właściwym wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentysty – podkreśla Marek Stankiewicz i dodaje, że nie ma gotowej recepty na integrację, trzeba dostosowywać działania do ciągle zmieniającej się sytuacji.

Ryszard Golański, długoletni prezes i wiceprezes OIL w Łodzi, były wiceprezes NRL i redaktor naczelny biuletynu „Panaceum”, a przez 8 lat redaktor naczelny „GL” przypomina, że integracja jest jednym z ustawowych zadań samorządu le-

w w rozproszeniu, w swoich praktykach indywidualnych, co także nie sprzyja integracji – zaznacza Ryszard Golański. Jego zdaniem nie zmienia to jednak faktu, że należy podejmować działania zmierzające do jednoczenia środowiska.

HIERARCHICZNOŚĆ ZOSTAŁA ZŁAMANA

Już w XVI w. doktor Wojciech Oczko głosił tezę, że ruch zastąpi prawie każdy lek, podczas gdy żaden lek nie zastąpi ruchu. Wielu lekarzy integrację kojarzy z aktywnością, są wśród nich znakomici siatkarze, żeglarze, lekkoatleci, tenisści, triathloniści. Mimo że znaczną część życia spędzają w przychodniach i na salach operacyjnych, znajdują czas, by trenować i brać udział w zawodach, rajdach, spływach kajakowych, piknikach. Przyjeżdżają w towarzystwie tych, którzy dzielą ich sportowe pasje. – To ich zbliża i te więzi są trwałe, jednocześnie poprzez aktywność fizyczną dają dobry przykład pacjentom – podkreśla Krzysztof Makuch, członek NRL, wybitny animator lekarskiego sportu, uczestnik Mistrzostw Świata Medyków (World Medical and Health Games), gdzie Polacy, jeśli chodzi o klasyfikację medalową, należą do czołówek. Uważa, że największym sukcesem jest ilość i różnorodność imprez sportowych odbywających się w Polsce, m.in. Igrzyska Lekarskie w Zakopanem, Światowe Mistrzostwa Lekarzy Polonijnych w Narciarstwie Alpejskim, mistrzostwa w pływaniu, mecze siatkarzy, golfistów, brydżystów...

Ten pogląd podziela Maciej Jachymiak, psychiatra z Nowego Targu, który już po raz 17. będzie organizował Igrzyska Lekarskie w stolicy Tatr. – Może to zabrzmie kontrowersyjnie, ale z mojego punktu widzenia integracja to coś, co izbom lekarskim wychodzi najlepiej. Kiedy organizowałem pierwsze igrzyska, nie przypuszczałem, że zyskają tak ogromną popularność. Co roku mamy 700 startujących, a wraz z osobami towarzyszącymi udział w imprezie bierze 2-3 tys. osób – wylicza Maciej



znaczna część lekarzy postrzega samorząd jako instytucję, która pobiera składkę.

Marek Stankiewicz, pełniący przez 13 lat funkcję redaktora naczelnego „GL”, a także biuletynu Lubelskiej Izby Lekarskiej „Medicus”, uważa, że w środowisku lekarskim doszło do rozwarstwienia interesów, dlatego tak trudno to środowisko scalić. – Inne interesy mają profesorowie, ordynatorzy, specjaliści, a inne rezydenci. Jeśli podejmujemy działanie w jakimś kierunku, to się tego trzymajmy. W moim pojęciu trzeba wreszcie zdać sobie sprawę, że izba nie jest stowarzyszeniem, związkiem zawodowym, ale korporacją prawa publicznego,



karskiego i zwraca uwagę na fakt, że obecnie trudno scalić lekarzy ze względu na charakter ich pracy. – Znaczna część lekarzy pracuje na kontraktach, które nie łączą ich z miejscem pracy, jak było kiedyś, stomatolodzy natomiast pracują

Jachymiak i nadmieniam, że izby organizują blisko 100 imprez sportowych rocznie, co jest fenomenem na skalę światową.

Lista dyscyplin, w których lekarze się udzielają, jest długa. Powstały też lekarskie stowarzyszenia sportowe – tenisistów, kolarzy, lekkoatletów, siatkarzy, koszykarzy, piłkarzy, którzy swoje życie sportowe organizują już poza izbą. A jak było na początku? – Pamiętnym przejawem integracji było, kiedy na jednym ze zjazdów prof. Jan Nielubowicz, wybitny chirurg i honorowy prezes NRL, wprowadził zasadę zwracania się lekarzy do siebie – kolego. Po raz pierwszy poczuliśmy, że jesteśmy sobie równi, profesor i lekarz z przychodni, chi-

humanistycznych wartości, które uznawały medycynę za rodzaj sztuki, zatem jej uprawianie, a nie tylko konsumowanie, uwarściwia i łączy – mówi Katarzyna Bartz-Dylewicz.

WIL rozwija ten kierunek – ma m.in. własny chór i muzyczny zespół kameralny, który stał się załącznikiem liczącej 130 osób Polskiej Orkiestry Lekarzy, koncertującej na całym świecie. W izbie powołano też Komisję ds. Integracji i Wizerunku, której ambicją jest scalać jej członków w różnych przedziałach wiekowych. – Najgorszą opinię na temat izby mają lekarze w średnim wieku, wystąpiliśmy więc do nich z ofertą, np. koncerty gwiazd rocka organizowane w izbie, która pozwala przybliżyć im nie tylko naszą działalność, ale zapewnia relaks – przekonuje przewodniczący komisji Marcin Karolewski.

Włodzimierz Cerański z Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie jako torakochirurg swoje zawodowe życie dzieli pomiędzy salą operacyjną i plenerami malarskimi, gdzie daje upust swoim pasjom. Organizuje ogólnopolskie plenery, w których biorą udział lekarze ze wszystkich izb. – Integrujemy się tak już od 20 lat, a te działania znaczą więcej niż tysiąc pisemnych deklaracji. Jej wartościami są bezpośrednie kontakty, przyjaźnie, które trwają latami – zapewnia Włodzimierz Cerański. Inną pasją – fotografią – dzieli się Dariusz Hankiewicz, laryngolog z Radzyna Podlaskiego, założyciel Galerii Sztuki Nieprofesjonalnej „U lekarzy” w Lubelskiej Izbie Lekarskiej. Lekarze fotograficy to liczne grono lekarzy pasjonatów, którzy integrują się poprzez udział w konkursach fotograficznych i wystawach.

MOŻNA I TAK

Lekarze wojskowi to specyficzna grupa wśród wykonujących ten zawód. Kiedy kończą uczelnię, otrzymują nakaz pracy i rozjeżdżają się po kraju. Ich zwierzchnikiem jest Ministerstwo Obrony Narodowej i muszą się podporządkować odgórnym decyzjom resortu. – Jako samorząd nie mamy wpływu na to,

gdzie trafią, a siedziba naszej izby nie pełni, tak jak w innych izbach, miejsca, gdzie mogliby się spotykać, wspólnie rozwijać swoje pozamedyczne zainteresowania, jednym słowem integrować się – wyjaśnia Artur Płachta, prezes Wojskowej Izby Lekarskiej, i dodaje, że lekarze wojskowi są tej integracji spragnieni, dlatego celebrować wszelkie spotkania absolwentów i przyjaźnie zawarte w czasie studiów. Zawsze jednak czuli i czują się oderwani od cywilnej społeczności lekarskiej i jest to wyzwanie dla samorządu.

Marcin Mierzwa, lekarz rezydent w trakcie specjalizacji z chirurgii ogólnej i przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy w Beskidzkiej Izbie Lekarskiej, mówi, że lekarzom, którzy dopiero stoją na progu swojej drogi zawodowej najbardziej zależy, aby być zintegrowanym w miejscu pracy. – Ta integracja może być rozpatrywana w wielu aspektach, ale w trakcie odbywania specjalizacji największe znaczenie ma relacja mistrz-uczeń. Chirurgii nie można nauczyć się z książek, potrzebna jest praktyka pod okiem starszego, bardziej doświadczonego kolegi, od którego życzliwości zależy, z jakimi umiejętnościami, już jako samodzielni lekarze, pójdziemy do chorych – konkluduje Marcin Mierzwa.

– Integracja lekarzy jest niemożliwa do spełnienia w formule zadawalającej wszystkich. W naszych działaniach próbujemy jedynie pogodzić różnorodność spojrzeń na świat. Równie chętnie namawiamy do jedności, jak kultywujemy indywidualizm. Międzypokoleniowe rozmowy często ograniczamy do magicznej relacji mistrz-uczeń, zapominając o niekoniumkturalnym partnerstwie w pracy. Powołując się na wykształcenie i korzenie zawodów, usiłujemy integrować się wokół nauki i kultury. Niestety, podobnie jak inne grupy, zaczynamy żyć równolegle w portalach społecznościowych. W ten sposób integrację zastępujemy doraźnym iwentem, tracąc się z oczu – podsumowuje Jarosław Wanecki, przewodniczący Komisji Kultury NRL. ■



Integracja lekarzy poprzez kulturę jest obecnie bardziej potrzebna niż kiedykolwiek, ponieważ odchodzimy od humanistycznych wartości.

rurg i lekarz z izby przyjąć. To znaczyło, że hierarchiczność została złamana, że weszliśmy w nowe czasy – podkreśla Krzysztof Makuch.

SIEDZIBA JAK BAZA

Lekarze to grupa zawodowa o umysłach ścisłych. A jednak też piszą wiersze, malują, robią fantastyczne zdjęcia, śpiewają, grają na instrumentach, komponują. Te pozawodowe pasje rozwijają w swoich izbach lekarskich, a ich siedziby stanowią bazę, w której się spotykają na próbach, wieczorkach poetyckich, koncertach, wystawach i wielu innych imprezach promujących ten rodzaj aktywności. Tutaj powstają też kluby lekarza.

Katarzyna Bartz-Dylewicz, lekarz dentysta, przewodnicząca Komisji Kultury, Sportu i Rekreacji w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej, od 30 lat działa na tym polu. – Integracja lekarzy poprzez kulturę jest obecnie bardziej potrzebna niż kiedykolwiek, ponieważ odchodzimy od

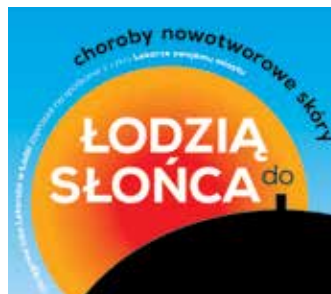
OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Lekarze swojemu miastu



gazetalekarska.pl

Jak zabezpieczyć skórę podczas upalnego lata? Dlaczego kremy z filtrem nie chronią w pełni przed czerniakiem? Kiedy i gdzie należy wykonać badanie dermoskopowe? Na te i inne pytania odpowiadali najlepsi specjaliści – dermatolodzy i chirurdzy onkolodzy – w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Łodzi podczas spotkania „Łódź do słońca”. Wydarzenie miało miejsce 16 czerwca i odbyło się w ramach cyklu „Lekarze swojemu miastu”.



Oprócz prof. Arkadiusza Jeziorskiego, konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii onkologicznej, prelekcje wygłosili m.in. prof. Piotr Rutkowski,

przewodniczący Rady Naukowej Akademii Czerniaka, prof. Witold Owczarek, prezes Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego i prof. Joanna Narbutt, konsultant krajowy w dziedzinie dermatologii. – To kolejne wydarzenie, dzięki któremu wzrasta świadomość pacjentów. Tym razem całe spotkanie poświęciliśmy profilaktyce i leczeniu czerniaka skóry, który jest coraz częściej rozpoznawany wśród naszych pacjentów – poinformował dr Paweł Czekalski, prezes ORL w Łodzi. ■

Prof. Miodek u wielkopolskich lekarzy

Niemal stu lekarzy 7 czerwca spotkało się z prof. Janem Miodkiem we Włoszakowicach. Przyjechali tu na zaproszenie Delegatury Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Lesznie. Profesor opowiadał o terapeutycznej funkcji języka. Komunikację pomiędzy lekarzem i pacjentem nazwał

„szczególną relacją językową”. – To nie jest sytuacja symetryczna, bo chory przychodzi biedny. Udaje się do lekarza ze swoją biedą, czyli chorobą – zaznaczył prof. Miodek. I w tym szczególnym ujęciu podkreślił znaczenie łacińskiego powiedzenia Seneki *res sacra miser*, czyli: nieszczęśliwy, biedny (chory) jest rzeczą świętą. ■

Żywnienie w życiu człowieka

Z inicjatywy Komisji Młodych Lekarzy OIL w Gdańsku zorganizowano w tej izbie nowy kurs: „Co powinien każdy wiedzieć o żywności i żywieniu – kompendium wiedzy”. Szkolenie odbędzie się 5 października, poprowadzi je dr hab. farm. Małgorzata Grembecka. Uczestnicy otrzymają 6 punktów edukacyjnych. Udział jest bezpłatny. Zapisy przyjmowane są przez Biuro Komisji ds. Kształcenia Medycznego telefonicznie lub mailem, a także poprzez stronę internetową gdańskiej izby.

W programie m.in.: rola zaleceń żywieniowych w prawidłowej diecie, rola makroskładników i mikroskładników w profilaktyce chorób niezakaźnych, miejsce suplementów diety w codziennej diecie i profilaktyce chorób dietozależnych, interakcje żywności z lekami i suplementami diety. ■

WRPZ w OIL

Wczerwcu w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie doszło do spotkania przedstawicieli samorządu lekarskiego, pielęgniarów, konsultantów, WUM, NFZ oraz pacjentów z przedstawicielami Warszawskiej Rady Polityki Zdrowotnej i zastępcą prezydenta m.st. Warszawy Pawłem Rabejsem.

Tematy spotkania to m.in.: motywacja dla lekarzy

i przedstawicieli innych zawodów medycznych do pracy w warszawskich szpitalach oraz analiza problemów psychiatrii dzieci i młodzieży oraz propozycje ich rozwiązań. „Spotkanie było trudne i dynamiczne, to na pewno krok naprzód. Problemów dużo, działania trwają, ale wymagają czasu, a rzeczywistość ponagla” – czytamy na Facebookowym profilu warszawskiej izby. ■

Rodzinnie



15 czerwca odbył się Rodzinny Festyn Sportowy Śląskiej Izby Lekarskiej. Jego pomysłodawcą i najbardziej zaangażowanym or-

ganizatorem jest dr Stefan Madej, przewodniczący Komisji Sportu i Rekreacji ORL w Katowicach. Inicjatywa dra Madeja stała się przysłowiowym strzałem w dziesiątkę, ponieważ wydarzenie zgromadziło ponad 130 uczestników - dzieci w wieku do 14 lat wraz z opiekunami, którzy zadeklarowali chęć wzięcia udziału w kolejnym festynie. Warto dodać, że lekarskie ro-

dziny zabierały ze sobą również pociechy poniżej 3 lat. Najmłodszy uczestnik, Aleksander Połedniok, który miał zaledwie pięć tygodni, został okrzyknięty Masketką Festynu. Na wydarzenie przybyli także członkowie Klubu Motocyklowego ŚIL pod przewodnictwem dra Krzysztofa Solany. To była wielka atrakcja dla młodych pasjonatów motoryzacji. ■

“

Inicjatywa dra Stefana Madeja stała się przysłowiowym strzałem w dziesiątkę.

0 wakacyjnej czujności



Lekarze z całej Polski 31 maja spotkali się na konferencji naukowej poświęconej chorobom „przypożyczonym z wakacji”, zorganizowanej przez Wielkopolską Izbę Lekarską oraz Klinikę Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych UM w Poznaniu. Relacja z tego wydarzenia na www.wil.org.pl. ■

Zasiłek na dziecko

Okręgowa Rada Lekarska Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej podjęła uchwałę w sprawie wypłacania jednorazowego zasiłku w kwocie 1000 zł z tytułu urodzenia lub przysposobienia dziecka przez lekarza i lekarza dentystę, który jest członkiem świętokrzyskiej izby. Zasiłek przysługuje na każde żywo urodzone lub przysposobione dziecko. Jest wypłacany na wniosek uprawnionego lekarza niezalegającego w opłatach z tytułu składek członkowskich oraz którego przynależność do ŚIL wynosi minimum 12 miesięcy. W przypadku, gdy oboje rodzice są lekarzami, świadczenie przysługuje tylko jednemu z nich. Uchwała obowiązuje od 1 lipca 2019 r. ■

Rehabilitacja dla lekarzy seniorów



kręgową Radę Lekarską Bydgoskiej Izby Lekarskiej dofinansowuje dwutygodniowe turnusy rehabilitacyjne dla lekarzy emerytów i rencistów, którzy są członkami tej izby. Pomysłodawcą inicjatywy jest Klub Lekarza Seniora BIL. W najbliższym, lipcowym wyjeździe, weźmie udział 21 osób. Jest szansa, że w kolejnych latach z tej oferty będzie mogło skorzystać jeszcze więcej osób.

Jak informuje na łamach „Primum” Maciej Borowiecki, przewodniczący

Klubu Lekarza Seniora, ORL w projekcie budżetu na 2019 r. przewidziała zwiększenie środków finansowych na ten cel w stopniu umożliwiającym dofinansowanie w 2020 r. dwóch turnusów rehabilitacyjnych dla około 40 lekarzy seniorów. Rekrutacja na wyjazdy grupowe w 2020 r. odbędzie się na spotkaniu 4 września br. Zgodnie z regulaminem, o dofinansowanie wyjazdu można ubiegać się nie częściej niż raz na 4 lata w terminach letnich i raz na 2 lata w pozostałych porach roku. ■

Komunikat Kapituły Odznaczenia Meritus Pro Medicis

**Szanowne Koleżanki,
Szanowni Koledzy,**

Zapraszamy wszystkich członków oraz organy izb lekarskich do zgłaszania kandydatur osób, które w szczególny sposób zasłużyły się dla samorządu lekarzy i lekarzy dentystów oraz w Państwa ocenie zasługują na Odznaczenie Meritus Pro Medicis.

Zgodnie z Regulaminem nadawania Odznaczenia Meritus Pro Medicis, przyjętym na podstawie uchwały 15/18/VIII z 9 listopada 2018 r., Odznaczenie może być przyznane co roku łącznie i maksymalnie dziesięciu lekarzom i lekarzom dentystom lub innym osobom szczególnie zasłużonym dla samorządu lekarskiego. Kolejne Odznaczenia Meritus Pro Medicis Kapituła Odznaczenia planuje przyznać na posiedzeniu 17 października 2019 r.

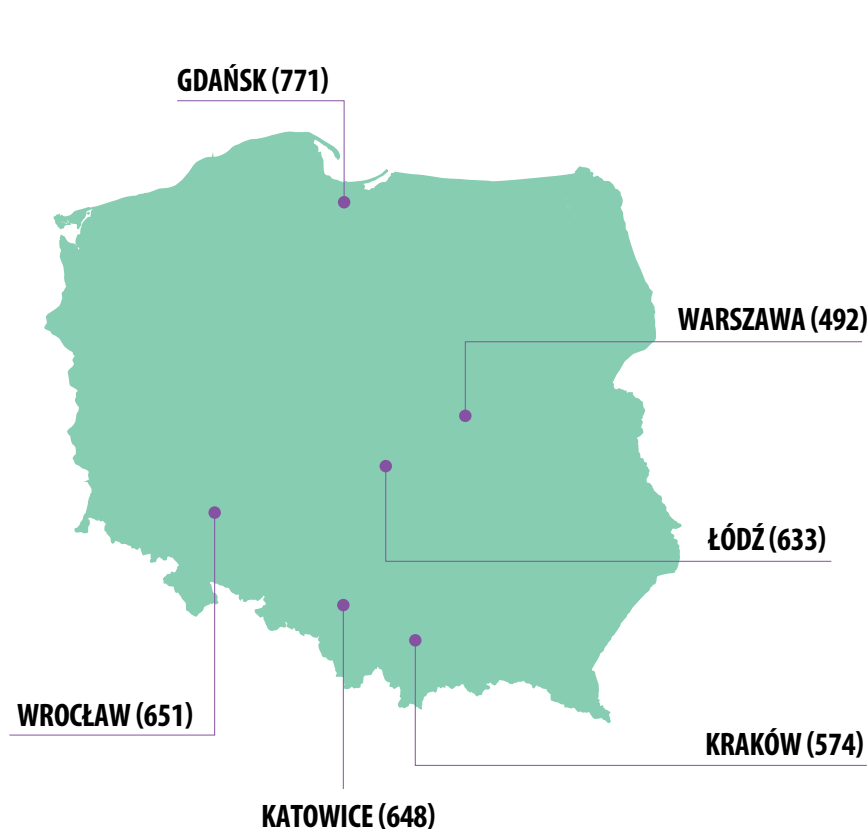
Wzory dokumentów niezbędnych do złożenia wniosku o przyznanie Odznaczenia Meritus Pro Medicis (wniosek oraz list promocyjny) można pobrać na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej poświęconej działalności Kapituły Odznaczenia Meritus Pro Medicis (zakładka „dokumenty”).

Wypełnione wnioski należy nadsyłać na adres: Naczelna Izba Lekarska, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa z dopiskiem na kopercie Meritus Pro Medicis lub na adres poczty elektronicznej a.seweryniak@hipokrates.org do 2 października 2019 r.

*Dr hab. n. med. Andrzej Wojnar
Kancierz Kapituły Odznaczenia Meritus Pro Medicis*

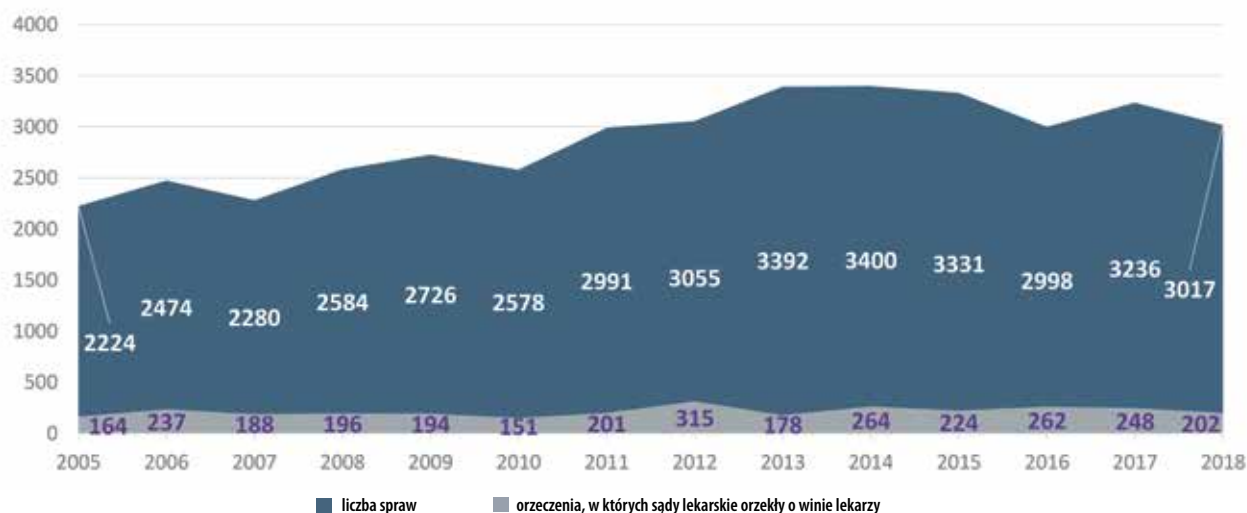
Gdzie jest najwięcej spraw o błędy medyczne?

(okręgi prokuratur regionalnych, dane z 2017 r.)



Liczba postępowań dla spraw o błędy medyczne w prokuraturach regionalnych i okręgowych

Liczba informacji o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego i liczba orzeczeń, w których sąd lekarski orzekł o winie



Źródło: Biuro NROZ, PK, NROZ



MARIUSZ
TOMCZAK

dziennikarz

ANALIZA

Błędne koło

Szpitala coraz częściej borykają się z oskarżeniami o błędy medyczne. System zgłaszania zdarzeń niepożądanych nie istnieje, a przecież dzięki niemu można byłoby je eliminować.

© M.TOMCZAK@GAZETALEKARSKA.PL

Wielu lekarzy przytłacza rosnąca nieufność. Pojawiają się głosy, że każde niepowodzenie w leczeniu, czyli sytuacja wpisana w zawód lekarza, zaczyna być traktowane jako potencjalny błąd medyczny. Mnożą się opinie, że lekarze zaczną rezygnować z podejmowania działań obarczonych ryzykiem, że grozi nam „medycyna asekuracyjna”, że część lekarzy, zwłaszcza młodych, zacznie z tego powodu myśleć o emigracji.

- 170 tysięcy lekarzy z całej Polski wykonuje miliony świadczeń, a do rzeczników odpowiedzialności zawodowej co roku trafia około trzech tysięcy spraw. W dwustu przypadkach stwierdzamy winę lekarzy, kilkudziesięciu z nich ograniczamy lub zawieszamy prawo wykonywania zawodu - wylicza Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Grzegorz Wrona. Obawy nasiliły się kilka tygodni temu po tym, jak pojawiły się informacje o zmianie w art. 155 Kodeksu karnego, jednego z najczęściej stosowanych w sprawach karnych przeciwko lekarzom (chodzi o czyny zakwalifikowane jako nieumyślne spowodowanie śmierci). Świadomość zaostrzenia sankcji za błąd wywołała oburzenie, bo zgodnie z nowelizacją uchwaloną w połowie maja, zamiast kary od 3 miesięcy do 5 lat więzienia, po zmianach ma grozić kara bezwzględnego więzienia od roku do 10

lat, a jeśli śmierć poniesie więcej niż jedna osoba, jej wymiar miałby wynieść 2-15 lat. W tej sprawie stanowczo interweniował samorząd lekarski, a prezes NRL Andrzej Matyja i wiceprezes NRL Krzysztof Madej spotkali się z prezydentem Andrzejem Dudą, tłumacząc głowie państwa powody, dla których ten przepis jest po prostu zły, także dla pacjentów. Wysokość zagrożenia karnego ma zostać obniżona w efekcie, jak mówi prezes Krzysztof Madej, „niełatwych negocjacji i wysiłonego lobbingu medialnego”, który kilkutygodniową batalię określa jako „jedyny możliwy w obecnej dobie politycznej kompromis”. Rząd ma wprowadzić autopoprawkę do projektu kolejnej nowelizacji Kodeksu karnego.

GRANICE HEROIZMU

Jak mówi wiceprezes Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu Sławomir Badurek, obecnie przyznanie się do jakiegoś potknięcia oznacza donos do prokuratury, proces sądowy i bardzo często niezwykle dotkliwą karę w formie zawieszenia prawa wykonywania zawodu, co oznacza brak możliwości zarobkowania. - Po zmianach w Kodeksie karnym realne stanie się też pójście do więzienia. W mojej ocenie zaostrzenie kar spowoduje, że przypadków przyznania się lekarza do błędu, które i dziś są rzadkością, będzie jeszcze mniej. Bo komu instynkt samozachowawczy pozwoli na taki heroizm? - pyta. Kiedy kilka lat temu powołano w prokuraturach regionalnych i okręgowych specjalne wydziały dla spraw o błędy medyczne, lekarze nie zostawiali na tym pomysłu suchej nitki. Mimo że wiele osób uznało ich powstanie za zabieg czysto propagandowy, faktem jest, że wzrosła liczba takich postępowań. W 2015 r. było ich 3394, a w 2018 r. już 5739. - Wzrosła także skuteczność aktów oskarżenia. Dzięki wsparciu ekspertów prokuratorzy w znacznie większym stopniu osobiście przeprowadzają czynności procesowe, zamiast zlecać je np. policji, bardzo poprawiła się także rzetelność opinii sądowo-lekarskich wydawanych przez biegłych - mówi prokurator Ewa Białik z Prokuratury Krajowej.

ALTERNATYWA NIE DZIAŁA

Wydaje się, że działające od kilku lat komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych, które miały ułatwić szybkie uzyskanie odszkodowań i stać się alternatywą dla sądownictwa powszechnego, z roku na rok mają coraz więcej krytyków. Liczba spraw rozpatrywanych w sądach, w wyniku powstania wojewódzkich komisji, miała się zmniejszyć, a tymczasem znacząco wzrosła. Zarzuty wobec komisji, wytoczone niedawno przez Najwyższą Izbę Kontroli, są bardzo poważne. Komisje miały pracować szybko, ale tak się nie dzieje, skoro – jak pokazuje praktyka – jej członkowie czasami zbierają się aż dziewięć razy w celu rozpatrzenia wniosku. Gdy wniosek wpływa, przewodniczący weryfikuje go pod względem formalnym (np. sprawdzając, czy zawiera uzasadnienie), ale jak pokazał niedawno raport NIK, taka weryfikacja następowała nawet po 168 dniach od ich złożenia, a okres od otrzymania stanowiska szpitala do skierowania sprawy na pierwsze posiedzenie sądu orzekającego wynosił od ponad jednego do 3,5 miesiąca, choć zdarzało się, że trwało to nawet dłużej niż rok. Nie powinno więc dziwić, że ponad połowę spraw rozpatrywanych w I instancji rozstrzyga się z opóźnieniem, czyli po ustawowym czteromiesięcznym terminie. Łączne wydatki na

wynagrodzenia członków komisji I kadencji wyniosły ponad 7,5 mln zł, co stanowiło blisko 70 proc. kwoty wydanej na ich funkcjonowanie.

SZPITALA NIE ZGŁASZAJĄ

– Nie mamy w Polsce systemu monitorowania zdarzeń niepożądanych – mówi ekspert ds. ochrony zdrowia dr Jerzy Gryglewicz, dodając, że zgodnie z danymi UE 8-12 proc. pacjentów szpitali doświadcza niepożądanych zdarzeń medycznych. Takich informacji nie gromadzi Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Jak mówi dyrektor Centrum Halina Kutaj-Wąsikowska, z międzynarodowych analiz, jak również z polskiego badania na temat częstości występowania zdarzeń niepożądanych, wynika, że 7-10 proc. pacjentów doznaje szkody w związku z hospitalizacją. Przypina, że szpitale preferują zgłaszanie takich sytuacji jak samowolne oddalanie się pacjentów. – Widać wyraźnie niechęć do analizowania własnej działalności klinicznej, bo to może być wykorzystywane przeciw szpitalom – podkreśla dyrektor CMJ. W badaniu opinii lekarzy i pielęgniarek na temat zdarzeń niepożądanych, jakie przeprowadziła ta jednostka w 2015 r., wyszczególniono główne przyczyny, dla których personel boi się je zgłaszać. Znalazły się wśród nich obawy, by informacja nie przedostała się do mediów i nie trafiła do nadzoru specjalistycznego, strach przed

Ważny wyrok

Kilka tygodni temu zapadł wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie, zmieniający częściowo wyrok sądu I instancji. 600 tys. zł – tyle, wliczając zadośćuczynienie za doznaną krzywdę i za naruszenie praw jako pacjenta oraz odsetki ustawowe za opóźnienie w zapłacie, wyniesie rekompensata za nierozpoznanie guza mózgu u dziecka. Poza tą kwotą małoletni powód otrzyma odszkodowanie za poniesione wydatki w związku z leczeniem i comiesięczną rentę. W sprawie chodziło o to, że kilka lat temu radiolog opisujący wynik badania TK głowy nie rozpoznał u dziecka widocznego na zdjęciu guza. Do rozpoznania doszło rok później w innej placówce, a operacja jego usunięcia była zabiegiem ratującym życie. Chłopiec ma m.in. zaburzenia koordynacji ruchowej i niedowidzi na prawe oko. W sprawach o błędy medyczne pacjenci dostają coraz wyższe zadośćuczynienia. Jest o to łatwiej także dzięki ubiegłorocznym uchwałom Sądu Najwyższego (sygn. akt III CZP 36/17, III CZP 69/17, III CZP 60/17). To w oparciu o nie łatwiej ubiegać się o zadośćuczynienie, bo SN potwierdził, że wyrządzenie ciężkiego i trwałego uszczerbku na zdrowiu może naruszać dobra osobiste poszkodowanego i jego najbliższych.

kompromitacją i reprimendą, strach przed wniesieniem skargi przez pacjenta oraz silna obawa przed wszczęciem działań prawnych przez organy ścigania. Co do tego, że zdecydowana większość zdarzeń niepożądanych

Przykłady zarzutów stawianych lekarzom przez prokuraturę

1

Lekarz nie dokonał oceny stanu zdrowia i nie podjął decyzji o natychmiastowej hospitalizacji pacjentki, mimo że istniały uzasadnione podstawy do przypuszczenia, że napad drgawek z utratą przytomności nie był objawem padaczki, a innej choroby powodującej uszkodzenie centralnego układu nerwowego. Zaniechanie przewiezienia do szpitala skutkowało zgonem tego samego dnia.

Zarzut: nieumyślne narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia.

2

Lekarka nieprawidłowo przeprowadziła poród. Ze znacznym opóźnieniem podjęła decyzję o wykonaniu cesarskiego cięcia, pomimo że sytuacja położnicza, która wystąpiła u matki dziecka, wymagała wykonania cesarskiego cięcia w trybie nagłym. W konsekwencji z gęstych, zielonych wód płodowych wydobyto noworodka będącego w głębokiej zamartwicy i w bardzo ciężkim stanie. Noworodek zaciągnął do płuc wody płodowe z wydaloną wcześniej smółką. Od razu po narodzinach dziecko zaintubowano i przewieziono na oddział intensywnej terapii. Następnego dnia zmarło.

Zarzut: nieumyślne narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

związana jest z zakażeniami szpitalnymi, a ich ilość jest niedoszacowana, nie ma wątpliwości prof. Andrzej Gładysz z Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, który chorobami zakaźnymi zajmuje się zawodowo od lat 60. ubiegłego stulecia. Jego zdaniem potrzebny jest centralny rejestr zakażeń szpitalnych. – On nie jest potrzebny, żeby karać szpitale, ale by wypracować najlepsze praktyki postępowania, do których wszyscy powinni się dostosować – mówi profesor. Poważne wątpliwości wzbudza nawet pobieżne porównanie statystyk poszczególnych placówek: jeden szpital zgłasza 10 proc. zakażeń, inny, prowadzący działalność w podobnej skali, nie zgłasza ich w ogóle. Przekłamate bywają statystyki dotyczące zgonów pacjentów, mających związek ze zdarzeniami niepożądanymi. – Pacjent z nowotworem, który umiera z powodu sepsy, jako przyczynę zgonu ma zapisaną chorobę nowotworową – dodaje prof. Andrzej Gładysz. Szpital szpitalowi nierówny. W wielu placówkach dużo uwagi poświęca się omawianiu stanu pacjentów. Dr Sławomir Badurek pracuje na szerokoprofilowym oddziale internistycznym z kilkoma wiodącymi specjalnościami, gdzie nikt nikomu nie wytnie zdrowego narządu zamiast chorego, ale – jak sam przyznaje – może się oczywiście zdarzyć, że ktoś czegoś nie rozpozna lub nie wdroży optymalnego leczenia. Aby takich sytuacji unikać, przyjęto zasadę omawiania sposobu leczenia pacjentów z udziałem wszystkich lekarzy. – Rozmawiamy na ten temat przynajmniej dwa razy w tygodniu po zakończeniu obchodów, poświęcając najwięcej uwagi tak zwanym trudnym przypadkom. W każdym tygodniu mamy zebrania naukowe, podczas których podsumowujemy leczenie naszych pacjentów i dyskutujemy na temat nowości. Systematycznie analizujemy też zgony, zwracając szczególną uwagę na zgodność stawianych rozpoznań klinicznych z sekcyjnymi – tłumaczy.

MINISTERIALNA ZAMRAŻARKA

Zarówno były minister zdrowia Konstanty Radziwiłł, jak i jego następca Łukasz Szumowski, uchodzą za

zwolenników odejścia od karania za błędy medyczne, ale choć do końca tej kadencji pozostało trochę czasu, to z co najmniej 99-proc. pewnością można powiedzieć, że ustawa o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjentów nie wejdzie w życie w tym roku. W resortowej zamrażarce od dawna leży stos dokumentów dotyczących tej sprawy. Prace aktywne prowadzono jeszcze za czasów ministra Radziwiłła. 2,5 roku temu Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło konsultacje projektu założeń do projektu tej ustawy i... urzędnicy nabrali wody w usta. W toku konsultacji Prezydium NRL wskazywało na duże ryzyko uznania planowanego rejestru zdarzeń niepożądanych za rejestr błędów lekarskich, który mógłby stanowić podstawę do wszczynania postępowań przeciwko lekarzom. „Niewątpliwie jedną z podstaw funkcjonowania rejestru powinien być obiektywizm oraz poufność danych wynikających z rejestru zdarzeń niepożądanych, w tym zapewnienie braku sankcji w związku ze zgłaszaniem tych zdarzeń. Dlatego wprowadzenie ustawy o jakości powinno być połączone z oczekiwanymi zmianami w systemie odszkodowań za zdarzenia niepożądane związane z leczeniem, czyli z wprowadzeniem ustawy o odszkodowaniach za wypadki medyczne” – czytamy w podjętym wówczas stanowisku. Coraz częściej w debacie publicznej pojawia się postulat odejścia od penalizacji personelu zgłaszającego zdarzenia niepożądane oraz konieczności stworzenia systemu wypłacania odszkodowań pacjentom bez orzekania o winie. Tak jest np. w Szwecji. – Zdaję sobie sprawę, że takie rozwiązanie nie spodoba się tym, którzy już w przypadku zaledwie domniemania popełnienia błędu chcieliby lekarza „powiesić”, ale to jedyny sposób, jeśli chcemy otwartej dyskusji o nich – mówi dr Sławomir Badurek. Jak dodaje, szwedzki system powinien zostać wprowadzony nad Wisłą jak najszybciej z uwagi na niedobór lekarzy i pielęgniarek, niedofinansowanie systemu i bałagan organizacyjny. – To wszystko bez wątpienia zwiększa ryzyko popełnienia błędów medycznych – podkreśla. ■

Chaos pojęć

W literaturze, a tym bardziej w dyskusjach, często używa się takich terminów jak: „błąd medyczny”, „błąd w sztuce medycznej”, „błąd wiedzy medycznej”, „błąd lekarski”, „błąd w sztuce lekarskiej”, a czasami pojawia się także pojęcie „błędu leczniczego”. Żaden z nich to nie samo co „zdarzenie niepożądane”. W ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta występuje termin „zdarzenie medyczne”, gdy dochodzi do zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta albo śmierci pacjenta, będącego następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną: diagnozy (jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby), leczenia (w tym wykonania zabiegu operacyjnego), zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego. – W naszym kraju mamy do czynienia z kompletnym pomieszaniem pojęć. Wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych w rzeczywistości zajmują się błędami medycznymi, a nie zdarzeniami. Wśród niepożądanych zdarzeń medycznych są m.in. upadki pacjentów z łóżek – mówi dr Krzysztof Kordel z Zakładu Medycyny Sądowej UM w Poznaniu. Istnieje zasadnicza różnica między zdarzeniami niepożądanymi a błędami medycznymi. – Te pierwsze, czasami nawet bardzo brzemienne w skutkach, występują, pomimo że wszyscy działają prawidłowo w ramach oczekiwanego standardu. O błędzie można mówić wtedy, gdy czyjeś postępowanie nie spełnia ustalonych kryteriów, ale można to orzec dopiero po przeanalizowaniu całej sytuacji – tłumaczy prof. Romuald Krajewski z Centrum Onkologii – Instytutu w Warszawie. To, czym jest błąd medyczny, można wyprowadzić z art. 4 ustawy i zawodach lekarza i lekarza dentystry, w którym opisane są powinności lekarza. – Ma on leczyć zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi mu metodami, zgodnie z zasadami etyki lekarskiej i z należytą starannością – mówi dr Krzysztof Kordel. Wyróżnia się pięć podstawowych błędów medycznych: diagnostyczny, leczniczy, zwany też terapeutycznym (chodzi o szeroko rozumiane niewłaściwe leczenie), techniczny (tzn. manualny, np. nieprawidłowo wykonana procedura), organizacyjny oraz orzecznicy. – Niektórzy mówią też o błędzie decyzyjnym, kiedy lekarz decyduje o niehospitalizowaniu pacjenta – dodaje.

Komentarze

Żeby było mniej błędów, należy stworzyć system zgłaszania zdarzeń niepożądanych z prawdziwego zdarzenia, koncentrujący się nie na czyjeś winie, lecz analizie, jak i dlaczego do nich doszło.



**DR KRZYSZTOF
KORDEŁ**

Zakład Medycyny
Sądowej UM
w Poznaniu

Rodziny pacjentów czasem uważają, że jesteśmy cudotwórcami. Wydaje im się, że kiedy bliska osoba umiera w szpitalu, to na pewno zawinił ktoś z personelu. Ten obraz wykrzywiają media informujące o tysiącach rzekomych błędów. W naszej pracy błędy oczywiście się zdarzają, bo tam, gdzie pracują ludzie, tam dochodzi do jakichś potknięć. Wśród spraw, które opiniuję jako biegły sądowy dla prokuratury, ilość błędów medycznych wynosi 5-8 proc. Pozostałe przypadki, z którymi mam do czynienia, dotyczą przede wszystkim niepowodzenia leczniczego

i powikłań. Najczęściej spotykana sytuacja to taka, w której lekarz postępuje zgodnie ze sztuką, lecz pacjenta niestety nie daje się wyliczyć. Z mojej prawie 40-letniej praktyki lekarskiej wynika, że w Polsce niestety nie uczymy się na błędach. Nasze szpitale są zobowiązane do monitorowania zdarzeń niepożądanych, ale to w praktyce nie funkcjonuje prawidłowo, bo przyznanie się, że coś złego mogło się zdarzyć, powoduje ogromne problemy. Są kraje, w których raportuje się o jakimś zdarzeniu po to, by drugi raz do niego nie doszło. Nasz system nie sprzyja wyciąganiu wniosków z niepowodzeń, by móc uniknąć ich w przyszłości. Żeby tak było, ten, kto zgłasza zdarzenie niepożądane, nie może bać się, że od razu zostanie ono potraktowane jak błąd medyczny. ■

To źle, gdy zawsze próbuje się szukać winy wśród osób wykonujących zawody medyczne. Nie można też utożsamiać błędów medycznych ze zdarzeniami niepożądanymi. Do tych drugich dochodzi, mimo że osoba wykonywała swoje obowiązki w dobrej wierze, nie chcąc, żeby coś złego spotkało pacjenta, a już tym bardziej nie w wyniku rażącego zaniechania z jej strony. Ukrywając zdarzenia niepożądane, nie mamy szansy uniknąć ich w przyszłości. Dlatego wszystkie takie przypadki powinny być zgłaszane w myśl zasady „lepiej zapobiegać, niż leczyć”, ale nie należy karać osób, które decydują się na ich przekazanie. W Europie nie ma przepisów nakazujących donoszenie na

samego siebie, a donosy źle kojarzą się także Polakom z uwagi na historyczne doświadczenia. W założeniach do projektu ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta przewidziano depenalizację osób mających odwagę przyznać się, że stało się coś, czego można było uniknąć. System zgłaszania zdarzeń niepożądanych powinien być dostosowany do realiów danego kraju. Ten, który powstałby u nas, musiałby zostać zaakceptowany przez większość pacjentów, bo prawo powinno być szanowane przez obywateli. Zupełnie inną mentalność mają Polacy, Szwedzi czy Brytyjczycy, inne są nakłady na ochronę zdrowia w Polsce i w Niemczech, inna świadomość prawna jest w Europie, a inna w Stanach Zjednoczonych. ■



**GRZEGORZ
WRONA**

Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej



**PROF. ROMUALD
KRAJEWSKI**

Centrum Onkologii –
Instytut w Warszawie

Nie wszystkie negatywne zdarzenia, które przytrafiają się pacjentowi w szpitalu, muszą być wynikiem błędnego postępowania kogoś z personelu. Takie przekonanie to ogromna pułapka umysłowa, uniemożliwiająca rzetelne analizowanie zdarzeń medycznych. Jeśli po fakcie drobiazgowo przeprowadzimy analizę, to wcześniej czy później znajdziemy winnego, jak kogoś mocniej „dociśniemy”, to zapewne nawet się przyzna. Winnego jest znaleźć łatwo, ale to nie poprawia bezpieczeństwa. Raczej je pogarsza. Analizy bezpieczeństwa służące sprawdzeniu, czy popełniono błąd i jaka była przyczyna zdarzenia niepożądanego, wskazują, że tylko część, a na pewno mniej niż połowa zdarzeń niepożądanych jest spowodowana błędem człowieka.

Znajduje to zresztą odzwierciedlenie w wyrokach sądów, bo w większości prowadzonych spraw uznaje się, że postępowanie medyczne było prawidłowe i pacjentowi nie należy się odszkodowanie. Zdarzenia niepożądane niestety występują także przy postępowaniu, które jest zgodne ze wymaganymi standardami. Oczywiście w Polsce istnieje problem z właściwą realizacją obowiązku zgłaszania zdarzeń niepożądanych, notuje się ich niewiele. To pewien rodzaj sprawozdawczości, który zorganizowany źle, nie jest przydatny w codziennej praktyce lekarskiej. Aby zmienić tę sytuację, należałoby stworzyć warunki organizacyjne i otoczenie prawne, które zachęcałyby do ich zgłaszania, analizowania i wdrażania w praktyce wynikających z tego wniosków. ■



**HALINA KUTAJ-
-WĄSIKOWSKA**

**dyrektor Centrum
Monitorowania
Jakości w Ochronie
Zdrowia**

W Polsce nie ma obowiązku zgłaszania zdarzeń niepożądanych. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia nie gromadzi danych na ten temat, monitorowanie zdarzeń niepożądanych w szpitalach analizowane jest jedynie w trakcie wizyt akredytacyjnych. Szpital, który stara się o akredytację, występuje dobrowolnie z wnioskiem o udzielenie akredytacji do ministra zdrowia za pośrednictwem CMJ. W trakcie wizyty akredytacyjnej wizytatorzy (lekarze, pielęgniarki) zapoznają się z systemem redukcji ryzyka hospitalizacji m.in. w formie monitorowania zdarzeń niepożądanych, czyli identyfikowania, analizowania, wyprowadzania wniosków i wdrażania zaleceń w codzienną praktykę. Zdarzeniami niepożądanymi najczęściej zgłaszanymi w szpitalach są upadki pacjentów i ich samowolne oddalenie się – takie

kategorie zdarzeń wydają się naturalne, zważywszy na brak ochrony prawnej personelu, który decyduje się zgłaszać incydenty zagrażające bezpieczeństwu pacjenta. Podstawowym założeniem przyjętym w krajach europejskich (m.in. Dania, Szwecja, Włochy) dla monitorowania zdarzeń niepożądanych jest uznanie, że nie służy ono do identyfikowania osób, które uczestniczyły w zdarzeniu niepożądanym, lub je zgłosiły. Wymagane jest podejście systemowe w rozumieniu, że zdarzenie sygnalizuje niedoskonałość systemu. Analiza zdarzeń niepożądanych winna koncentrować się na określeniu, jak i dlaczego doszło do zdarzenia, a nie kto je popełnił czy w nim uczestniczył. System cechuje też jasne określenie zasad poufności i anonimizacji danych. Tylko taki system stwarza możliwości do rozmów o niepowodzeniach i uczenia się na błędach. ■

Z mojego kilkunastoletniego doświadczenia jako Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i zastępcy OROZ wynika, że błędem medycznym najczęściej określa się zdarzenie niepożądane występujące w trakcie leczenia. Żeby jednak mówić o błędzie medycznym, musi być wykazana czyjaś wina, np. zaniechanie, brak staranności albo brak wiedzy. W Polsce nadużywa się tego terminu w odniesieniu do sytuacji takich, jak np. powikłania, dziejące się bez niczyjej winy, a szczególnie bez winy lekarza. Moim zdaniem, błędy najczęściej dotyczą braku należytej staranności, zaniechania jakiejś czynności oraz postawienia złej diagnozy, która skutkowałą zastosowaniem nieprawidłowej terapii. W ostatnich latach jedną z najbardziej ryzykownych specjalności lekarskich stała się ginekologia. Sam jestem ginekologiem i widzę tę zmianę. Trudno powiedzieć, czy przy porodach jest najwięcej zdarzeń niepożądanych, ale pewnie wówczas są one najbardziej

spektakularne. Zgon noworodka albo urodzenie niepełnosprawnego dziecka zawsze budzi wielkie emocje, także w mediach. Młodzi lekarze nie chcą się specjalizować w tej dziedzinie, uważając, że praktyka ginekologiczna wiąże się z dużym ryzykiem wystąpienia późniejszych problemów natury prawnej. Tymczasem statystyki w ginekologii i położnictwie są bardzo dobre, plasują one polskich lekarzy na czołowych miejscach w Europie, m.in. pod względem niskiej umieralności okołoporodowej. Polskie szpitale monitorują zdarzenia niepożądane, co wynika m.in. z przepisów dotyczących jakości. Strach przed konsekwencjami wzbudza jednak niechęć do ich ujawniania, bo mogą być potraktowane jako błąd medyczny i doprowadzić do pociągnięcia do odpowiedzialności karnej czy zawodowej. Wszystko to wynika z konstrukcji naszego systemu prawnego, w którym, chcąc skorzystać ze świadczeń odszkodowawczych, trzeba winę przypisać konkretnemu człowiekowi. ■



**DR TADEUSZ
URBAN**

prezes ORL w Katowicach



**BARTŁOMIEJ
CHMIELEWICZ**

Rzecznik Praw Pacjenta

Przeciwdziałanie występowaniu zdarzeń niepożądanych jest kluczowe. Pacjent, który doznał w związku z wystąpieniem takiego zdarzenia szkody na zdrowiu, powinien mieć zagwarantowaną skuteczną drogę w celu uzyskania stosownych świadczeń pieniężnych i pomocy w powrocie do zdrowia. Obecnie funkcjonujący model pozasądowego dochodzenia roszczeń przez pacjentów oparty o wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych nie jest w tym zakresie wystarczający i nie funkcjonuje właściwie. Nieodzownymi elementami prawidłowo funkcjonującego modelu pozasądowego dochodzenia roszczeń jest jego właściwe finansowanie, pozwalające na jego sprawne działanie i wypłatę świadczeń pacjentom w odpowiedniej wysokości, a także wiarygodność, na którą wpływ ma kilka czynników. Jednym z nich jest umiejscowienie tego systemu przy instytucji, do której pacjenci mają zaufanie. W Polsce taką instytucją mógłby być Rzecznik Praw Pacjenta. Istotne

w tym zakresie jest także, kto będzie orzekał o przyznaniu pacjentowi odpowiednich świadczeń. Przywołać w tym miejscu można rozwiązania przyjęte w Szwecji. Odwołanie od pierwszej niekorzystnej decyzji dla pacjenta rozpatruje Zespół ds. Roszczeń Pacjentów. W skład zespołu wchodzi: przewodniczący, który jest lub był sędzią, trzej reprezentanci interesów pacjentów, ekspert medyczny, specjalista ds. opieki zdrowotnej oraz specjalista ds. roszczeń osobowych. W Szwecji nie jest wymagane udowodnienie winy lub zaniedbania. Oczywiście nie da się przenieść jeden do jednego rozwiązań przyjętych w innych krajach. Muszą one uwzględniać różnice wynikające m.in. z obowiązujących systemów prawnych. ■

W PIGUŁCE

Zmiany w prawie atomowym

13 czerwca 2019 r. sejm uchвалиł ustawę zmieniającą ustawę o zmianie ustawy – Prawo atomowe oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej. Wprowadzono tym samym szereg zmian kluczowych z punktu widzenia wykonywania zawodu lekarza dentysty.

Ustawa zakłada m.in.:

- że obowiązek posiadania inspektora ochrony radiologicznej nie będzie dotyczył jednostki ochrony zdrowia prowadzącej działalność polegającą jedynie na wykonywaniu stomatologicznych

zdjęć wewnątrzustnych za pomocą aparatów rentgenowskich służących wyłącznie do tego celu albo prowadzącej działalność polegającą jedynie na wykonywaniu densytometrii kości za pomocą aparatów rentgenowskich służących wyłącznie do tego celu;

- pracowni RTG do zdjęć wewnątrzustnych nie będą podlegały audytom klinicznym zewnętrznym.

Zgodnie z tą nowelą, audyt wewnętrzny może być przeprowadzony przez jedną osobę (nie dwie, jak dotychczas), która jest uprawniona do stosowania

medycznych procedur radiologicznych podlegających audytowi. Wprowadzono również obowiązek przesłania kopii raportu z audytu do komisji procedur i audytu. Zmiana ma nastąpić również w dziedzinie szkoleń z ochrony radiologicznej pacjenta. Obowiązywać będzie system punktowy kształcenia ustawicznego i wymagane zdobycie 20 punktów szkoleniowych w ciągu kolejnych 5 lat.

By ustawa weszła w życie, musi ją jeszcze przyjąć senat i podpisać prezydent. ■

Prowadzenie prywatnego gabinetu a działalność nieewidencjonowana

Zasady działalności nieewidencjonowanej określa art. 5 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r. poz. 646 z późn. zm.). – Działalności gospodarczej nie stanowi działalność wykonywana przez osobę fizyczną, której przychód z tego tytułu nie przekracza w żadnym miesiącu 50 proc. kwoty minimalnego wynagrodzenia, i która w okresie ostatnich 60 miesięcy nie wykonywała działalności gospodarczej – wyjaśnia Ilona Kołodziejska-Komorowska, radca prawny NIL.

W świetle przepisu art. 43 ust. 1 tej ustawy, jeżeli odrębne przepisy stanowią, że dany rodzaj pracy jest działalnością regulowaną, a taką jest działalność lecznicza, przedsiębiorca może wykonywać tę działalność, jeśli spełnia wa-

runki określone przepisami i uzyska wpis do właściwego rejestru działalności regulowanej. Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.) lekarze mogą wykonywać swój zawód w ramach działalności leczniczej na zasadach określonych w tej ustawie oraz w przepisach odrębnych, po wpisaniu do rejestru podmiotów, o którym mowa w art. 100 ustawy.

– W obecnym stanie prawnym brak podstaw do zastosowania do działalności leczniczej wyłączenia spod regulacji działalności regulowanej i stosowania przepisu art. 5 ustawy, który dotyczy prowadzenia działalności nieewidencjonowanej, w tym prowadzenia prywatnych gabinetów lekarskich przez lekarzy emerytów – podsumowuje Ilona Kołodziejska-Komorowska. ■

Raportowanie list oczekujących

1 lipca br. wchodzi w życie przepisy zmieniające sposób sprawozdawania kolejek. Dane o pierwszym wolnym terminie udzielania świadczeń świadczeniodawcy będą musieli przekazać każdego dnia roboczego. Samorząd lekarski wyraził sprzeciw wobec nieracjonalnego poszerzenia zakresu obowiązków świadczeniodawców i poinformował, że:

- art. 23 ustawy o świadczeniach zawiera dodatkowo przepis ust. 4a zezwalający dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu wyrażenie zgody na kontynuowanie cotygodniowego sprawozdawania pierwszego wolnego terminu w przypadku braku możliwości technicznych sprawozdawania tego w każdy dzień roboczy (prezes NRL 24 czerwca 2019 r. zwrócił się pismem do prezesa NFZ o wprowadzenie jednolitych zasad korzystania przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich z tego uprawnienia);

- niezależnie od wystąpienia NRL, świadczeniodawcy zainteresowani pozostaniem przy cotygodniowym sprawozdawaniu powinni złożyć w oddziale wojewódzkim Funduszu stosowny wniosek. Wzór takiego wniosku zamieszczony zostanie na stronach poszczególnych komisji stomatologicznych ORL. ■

DOFINANSOWANIE NA ZAKUP OPROGRAMOWANIA

Pieniądze na e-zła

1 czerwca 2019 r. weszło w życie zarządzenie nr 55/2019/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 31 maja 2019 r. w sprawie warunków udzielania i rozliczania w 2019 r. dofinansowania zakupu oprogramowania dla świadczeniodawców.

TEKST JAROSŁAW KLIMEK,
RADCA PRAWNY OIL W ŁÓDZI

Dofinansowany może być zakup oprogramowania wykorzystywanego do zapewnienia możliwości wystawiania elektronicznych zaświadczeń lekarskich lub dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, który został dokonany i zapłacony w roku 2018 lub 2019.

Zakup musi być dokonany:

- w całości ze środków własnych (nie może być finansowany z wcześniej- szych dotacji z innych źródeł),
- przed złożeniem wniosku o dofinansowanie,
- przy zachowaniu procedur zamówień publicznych, jeśli świadczeniodawca im podlega.

Środki na taki cel zostały przewidziane w art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 13 września 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2019 r., poz. 1925), która wprowadzała możliwość upoważnienia asystentów medycznych do wystawiania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego bezpłatnie przez ZUS. Stanowić je miała różnica powstała z pomniejszenia w roku 2019 kosztów poboru i ewidencjonowania składek na ubezpieczenie

zdrowotne potrącanych przez ZUS ze składek na ubezpieczenie zdrowotne (zamiast 0,2 proc. ZUS potrąca w 2019 r. 0,175 proc.).

O dofinansowanie mogą ubiegać się podmioty, które spełnią wszystkie poniższe warunki:

- mają zawartą z NFZ umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzajach: POZ, NPL, AOS, KAOS, leczenie szpitalne, leczenie szpitalne PSZ, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, rehabilitacja lecznicza, leczenie stomatologiczne, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, opieka paliatywna i hospicyjna, w szerokiej grupie świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie (m.in. KLRP-1, TS/KLWSW/TP/KLRP-1, KOC, KOC II/III, DOK, KO-CZR)
- umowa taka obejmuje okres od 1 stycznia 2019 r. do 31 grudnia 2019 r.
- wystawiają e-zła lub zatrudniają wystawiających e-zła oraz osoby upoważnione do wystawiania e-zła
- u których to świadczeniodawców w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku została wystawiona e-recepta.

Podmiot spełniający te warunki musi złożyć do oddziału NFZ, z którym zawarł umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w opisanych rodzajach, wniosek o udzielenie dofinansowania według wzoru, który stanowi załącznik do omawianego zarządzenia. Termin składania wniosków upływa 10 sierpnia 2019 r. Wnioski rozpatrywane są w kolejności składania do wyczerpania puli środków przewidzianych na dofinansowanie każdemu z oddziałów NFZ. Według informacji przekazanych przez centralę NFZ na

dofinansowanie przeznaczono kwotę 21.267.000 zł.

Do wniosku załącza się:

- specyfikację dofinansowania według wzoru z załącznika do zarządzenia,
- potwierdzone za zgodność z oryginałem kopie dokumentów potwierdzających zakup oprogramowania.

Kwota dofinansowania wynosi:

- 80 proc. wydatków od kwoty bez podatku VAT - jeśli ubiegający się o dofinansowanie odliczył podatek VAT, a wydana kwota nie przekroczyła 1 000 zł,
- 80 proc. wydatków z podatkiem VAT - jeśli ubiegający się o dofinansowanie nie odliczył podatku VAT i wydał mniej niż 1 000 zł,
- 80 proc. od kwoty netto zakupu - jeśli wnioskujący odliczył VAT, ale wydał więcej niż 1 000 zł,
- 80 proc. od kwoty brutto zakupu, jeśli wnioskujący nie odliczył VAT, ale wydał więcej niż 1 000 zł.

Podmioty, których wnioski zostaną zatwierdzone, otrzymają dofinansowanie w ciągu 21 dni od złożenia wniosku, najpóźniej do 31 sierpnia 2019 r. Wypłata następować ma na rachunek bankowy świadczeniodawcy wskazany we wniosku.

Świadczeniodawcy, którzy otrzymają dofinansowanie, są zobowiązani:

- poddać się kontroli NFZ co do wykorzystania dofinansowania i wystawiania e-zła, która może być przeprowadzona do 1 stycznia 2025 r.,
- przechowywać do 1 stycznia 2015 r. dokumentację związaną z zakupem oprogramowania, chyba że powszechnie obowiązujące przepisy przewidują dłuższy okres. ■

KODEKS KARNY

Zanim nowelizacja, lepsza konsultacja

– zmiany art. 155 kk w pigułce

TEKST KRZYSZTOF MADEJ, WICEPREZES
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

1. OD 3 MIESIĘCY DO 5 LAT. Tak przedstawia się w art. 155 zagrożenie karne w obecnie obowiązującym Kodeksie karnym za przestępstwo nieumyślnego spowodowania śmierci. Artykuł ten jest niekiedy stosowany w tzw. procesach lekarskich o błąd w sztuce medycznej. Przepis ten będzie obowiązywał do czasu podpisania przez Prezydenta RP niedawno uchwalonej ustawy zmieniającej Kodeks karny i po upływie *vacatio legis*, czyli w praktyce nie będzie już obowiązywał.

2. OD 1 ROKU DO 10 LAT ustaliła w art. 155 sankcję karną, wspomniana wyżej ustawa, nowelizująca Kodeks karny. Ustawa ta, uchwalona 16 maja 2019 r., przeszła pełny cykl obróbki legislacyjnej w sejmie i senacie, i nie należy spodziewać się ani weta prezydenckiego, ani skierowania do Trybunału Konstytucyjnego, ponieważ ostateczny tekst ustawy powstał na podstawie kilkudziesięciu zmian zaproponowanych przez rząd, i po rozpatrzeniu kilkudziesięciu poprawek wniesionych przez senat i rządowi bardzo zależy na wejściu w życie tej ustawy.

3. OD 6 MIESIĘCY DO 8 LAT – tak wysokość zagrożenia karnego mogłaby wyglądać według kolejnej propozycji, gdyby udało się ponownie znowelizować, znowelizowany już artykuł 155 Kodeksu karnego. Jest na to szansa, ponieważ 18 czerwca Rada Ministrów podjęła decyzję o dalszej zmianie treści art. 155 Kodeksu karnego. Według naszej wiedzy, rząd wprowadzi autopoprawkę do oczekującego w sejmie na rozpatrzenie projektu kolejnej ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny (druk sejmowy nr 3386). Projekt tej ustawy jest jeszcze przed pierwszym czytaniem w sejmie. Propozycję zaakceptował samorząd lekarski i liczy na skuteczne naprawienie, naszym zdaniem, popełnionego błędu.

O nowelizacji Kodeksu karnego, o której mowa w pkt. 2 powyżej, i której skutkiem jest ustawa z dnia 16 maja 2019 r., samorząd lekarski dowiedział się niemalże przypadkiem i poniewczasie, zaalarmowany przez środowiska prawnicze, znające praktykę orzeczniczą w tzw. sprawach lekarskich. Nie dostaliśmy tego projektu do konsultacji społecznych, nie mieliśmy więc szansy

“

Od 1 roku do 10 lat ustaliła w art. 155 sankcję karną ustawa nowelizująca Kodeks karny.

zareagować na etapie procesu legislacyjnego. Działamy *post factum* i w niedoczasie. Żaden z posłów i senatorów lekarzy nie zajął stanowiska w tej sprawie. Nie dostrzegł jej lub nie chciał dostrzec. Sprawa jest ważna nie tylko w kontekście przyszłej praktyki orzeczniczej, w konkretnych pojedynczych sprawach, ale może mieć przewidywalne bardzo negatywne skutki dla całego systemu ochrony zdrowia, o czym pisaliśmy my i liczne media ogólnospołeczne. Należy przypomnieć, że obecny art. 155 Kodeksu karnego dotyczy wszystkich czynów zabronionych i przestępstw, w których dochodzi do nieumyślnego spowodowania śmierci człowieka.

“

Sąd, skazując kogoś za nieumyślne spowodowanie śmierci, nie będzie miał, co do zasady, możliwości wymierzenia innej kary niż kara pozbawienia wolności.

Dla przykładu mogą to być kolizje drogowe w wyniku nieprzestrzegania przepisów ruchu drogowego i ze skutkiem śmiertelnym lub np. bójki również ze skutkiem śmiertelnym. Zastosowanie tego przepisu w stosunku do lekarzy, do osądzania skutków błędu medycznego sprawia, że mamy tutaj pomieszczenie porządków w płaszczyźnie doktryny prawa karnego. Czynności lekarskie nie są podejmowane w złej wierze, ze złym zamiarem, z pierwotnym złamaniem innych przepisów, ale wprost przeciwnie – ze szlachetnych pobudek niesienia pomocy choremu człowiekowi, często będącemu w stanie zagrożenia życia. Dlatego też podnoszony jest ostatnio postulat wprowadzenia do naszych regulacji karnych odrębnych przepisów dotyczących działalności fachowych pracowników medycyny, tak jak to jest w systemach karnych innych krajów. W tej kadencji sejm na pewno nic w tej sprawie nie da się zrobić, ale może w przyszłej? Pożyjemy, zobaczymy.

ARTYKUŁU 155 nie należy jednak czytać w oderwaniu od dwóch innych artykułów Kodeksu karnego tworzących dla niego otoczenie prawne, wpływające na praktykę orzeczniczą: art. 69 i art. 37a. Istota tego artykułu nie zawiera się więc tylko w samych widełkach wymiaru kary, które mogą być zasądzone, ale w łącznym zastosowaniu artykułów: 155, 69 i 37a. Skutkiem tej żonglerki zakresem

penalizacji jest to, czy lekarz ukarany na podstawie art. 155 bezwarunkowo idzie do więzienia czy raczej otrzyma wyrok w zawieszeniu.

ART. 69 Kodeksu karnego stanowi, że sąd może warunkowo zawiesić wykonanie kary pozbawienia wolności, pod warunkiem, że została orzeczona w wymiarze nieprzekraczającym 1 roku. Po nowelizacji art. 155 Kodeksu karnego dokonanej ustawą z dnia 16 maja 2019 r. znika ten „okres nieprzekraczający 1 roku”. Jest 1 rok lub więcej, a więc możliwość warunkowego zawieszenia wykonania kary pojawi się tylko wówczas, gdy sąd wymierzy karę dokładnie 1 roku. Okoliczności przemawiające za wymierzeniem kary wyższej niż minimalna pozbawi sąd możliwości warunkowego zawieszenia orzeczonej kary. Tak więc możliwość zastosowania tzw. zawiasów tkwi w samym orzeczeniu sądu.

ART. 37A dla odmiany daje możliwość orzeczenia kary ograniczenia wolności lub grzywny, zamiast kary pozbawienia wolności jedynie w przypadku skazania sprawcy za przestępstwo zagrożone karą do 8 lat pozbawienia wolności. Podwyższenie górnej granicy wymiaru kary za czyn z art. 155 Kodeksu karnego do 10 lat pozbawienia wolności całkowicie wykluczy możliwość zastosowania przez sąd zapisów art. 37a Kodeksu karnego. A zatem możliwość złagodzenia kary leży po stronie zapisu normy

U Prezydenta RP



Około 45 minut trwało spotkanie prezesa NRL Andrzeja Matyi i wiceprezesa NRL Krzysztofa Madeja z prezydentem Andrzejem Dudą, do którego doszło 7 czerwca. Prezydentowi przedstawiono obawy związane z nowelizacją art. 155 kodeksu karnego i poproszono o wsparcie dla postulatów obniżenia zagrożenia karnego w przypadku popełnienia przez lekarza czynu nieumyślnego spowodowania śmierci pacjenta. – Owocem naszego spotkania jest to, że prezydent obiecał bardzo dokładnie przyjrzeć się nowelizacji kodeksu karnego pod kątem zgłaszanych przez Naczelną Izbę Lekarską zastrzeżeń – mówi prezes NRL. ■

ART 155 KK

Jest stosowany w tzw. procesach lekarskich o błąd w sztuce medycznej.

prawnej. Sąd, skazując osobę za nieumyślne spowodowanie śmierci, nie będzie miał, co do zasady, możliwości wymierzenia innej kary niż kara pozbawienia wolności.

Dlaczego w Naczelnej Izbie Lekarskiej zrodziła się przychylność do poparcia rozwiązania ponownie zaproponowanego przez rząd, a opisanego powyżej w pkt. 3? Bo uznane to zostało za kompromis uzyskany w toku niełatwych negocjacji i wysiłonego lobbingu medialnego. Kompromis ów został oceniony jako jedyny możliwy, w obecnej dobie politycznej. Rząd uzyskał to, na czym mu bardzo zależało, czyli na zaostrzeniu katalogu kar przewidzianych w Kodeksie karnym, a środowisku lekarskiemu na odsunięciu wizji zasądzania kar bezwarunkowych i bezwarunkowego pakowania lekarzy do więzień. Należy zatem wierzyć, że obietnice przemienią się w literę prawa. ■

ZAKRES TAJEMNICY LEKARSKIEJ

Które informacje należy zachować dla siebie?

Specyficzna relacja pacjent-lekarz, powstająca podczas wykonywania czynności lekarskich, powoduje, że lekarze wchodzą w posiadanie informacji dotyczących nie tylko stanu zdrowia pacjenta i procesu jego leczenia, ale też niejednokrotnie jego życia prywatnego.

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

Dla prawidłowego procesu leczenia niezbędne jest, aby ujawnione przez pacjenta informacje były zgodne z prawdą, dlatego też tajemnicy lekarskiej został nadany status ochrony ustawowej (art. 40 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty). Złamanie tajemnicy lekarskiej może spowodować pociągnięcie lekarza zarówno do odpowiedzialności zawodowej (art. 23 Kodeksu Etyki Lekarskiej), karnej (art. 266 Kodeksu karnego), jak i cywilnej (art. 448 Kodeksu cywilnego).

Co do zasady, informacje pozyskane w ten sposób lekarz powinien zachować dla siebie, jednak przewidziano kilka wyjątków, w których ujawnienie tajemnicy lekarskiej nie będzie stanowiło naruszenia prawa.

Takie sytuacje są określone w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentysty i odnoszą się do:

1) zgody wyrażonej przez samego pacjenta;

2) sytuacji, gdy badania lekarskie były przeprowadzone na żądanie uprawnionych organów i instytucji;

3) w sytuacjach szczególnych wskazanych przez ustawę.

AD. 1 – ZGODA WYRAŻONA PRZEZ PACJENTA

Należy pamiętać, że zachowanie tajemnicy lekarskiej nie chroni wartości związanych z lekarzem czy też szerzej pojętą sztuką medyczną, ale jest prawem pacjenta stworzonym dla ochrony jego praw. W związku z tym to właśnie pacjent może zarówno dochodzić roszczeń w przypadku, gdy to prawo zostanie naruszone, ale może też w sposób swobodny z tego prawa zrezygnować.

Lekarz ma możliwość ograniczenia pacjentowi informacji o jego stanie zdrowia, gdy wedle jego oceny za takim ograniczeniem przemawia dobro pacjenta (art. 31 ust. 4 ustawy o zawodzie lekarza), jednak pacjent

ma prawo zażądać od niego przekazania wszystkich informacji (art. 9 ust. 6 ustawy o prawach pacjenta). Poza tymi przypadkami, to pacjent decyduje, komu lekarz może przekazać informacje z nim związane. Forma takiego zwolnienia z tajemnicy jest teoretycznie dowolna, ale dla celów dowodowych lekarz powinien posiadać ją na piśmie, na którym znajduje się zarówno podpis pacjenta, jak i zakres udzielonego zwolnienia. Należy jednak pamiętać, że udzielenie przez pacjenta takiego zwolnienia nie jest skuteczne w przypadku, gdy oświadczenie zostało złożone przez oskarżonego wobec biegłego lub lekarza udzielającego mu pomocy i dotyczy zarzucanego mu czynu (art. 199 kpk). Nie można także przesłuchać lekarza jako świadka na okoliczność wypowiedzi osoby, wobec której podjęto działania na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego co do popełnienia przez nią czynu

zabronionego pod groźbą kary (art. 52 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego). Pacjent oczywiście może zwolnić lekarza z obowiązku zachowania tajemnicy wobec tych organów, jednak tak uzyskane informacje nie będą mogły być wykorzystane w postępowaniu karnym.

AD. 2 - SYTUACJA, GDY BADANIA LEKARSKIE WYKONANO NA ŻĄDANIE ORGANÓW I INSTYTUCJI

Na ujawnienie tajemnicy lekarskiej zgodę może wyrazić także organ władzy publicznej. Lekarz może ujawnić tajemnicę lekarską, jeśli badanie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych na podstawie odrębnych ustaw organów i instytucji. Wówczas lekarz jest zobowiązany do poinformowania o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje (np. w przypadku konieczności stwierdzenia stanu zdrowia ofiary gwałtu czy też sądowego ustalenia wyniku DNA).

AD. 3 - SYTUACJE SZCZEGÓLNE WSKAZANE PRZEZ USTAWĘ

Ustawa przewiduje, że lekarz jest zwolniony z obowiązku zachowania tajemnicy, gdy może to stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób. Należy zwrócić uwagę, że sytuacja ta nie wymaga od lekarza pewności, że tym osobom grozi niebezpieczeństwo, a jedynie istnieje taka potencjalna możliwość. Na przykład w sytuacji, gdy pacjent jest niepoczytalny i nie wyraża zgody na przeprowadzenie zabiegu, którego zaniechanie może spowodować zagrożenie życia, wezwanie członka rodziny i przedstawienie mu sprawy nie będzie naruszeniem tajemnicy lekarskiej.

Natomiast wówczas, gdy zostanie popełnione przestępstwo na szkodę pacjenta, lekarz nie może tej informacji zataić, powołując się na tajemnicę lekarską. Co więcej, lekarz w przypadku niezgłoszenia takiej sytuacji może narazić się na odpowiedzialność karną z art. 240 kk, stanowiącego, że każdy, kto mając wiarygodną wiadomość o karalnym

przygotowaniu albo usiłowaniu lub dokonaniu czynu zabronionego dotyczącego m.in. spowodowania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, zgwałcenia lub wymuszenia czynności seksualnej czy też obcowania płciowego z osobą małoletnią lub doprowadzenia jej do poddania się czynnościom seksualnym, nie zawiadomi niezwłocznie organu powołanego do ścigania przestępstw, podlega karze pozbawienia wolności do 3 lat. Przepis ten uchyla obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej, a wyjątkiem od niego są jedynie wspomniane powyżej sytuacje, gdy zwolnienie to nie jest skuteczne.

Należy także zaznaczyć, że w sytuacji, gdy lekarz zostanie wezwany do osoby, u której po przybyciu stwierdzi zgon - nie powstanie w takim przypadku obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej, gdyż tajemnicę stanowią informacje uzyskane za życia pacjenta, a ponieważ lekarz ich nie nabył, to nie jest w posiadaniu informacji, które należy zachować. Jednak jeżeli lekarz będzie uczestniczył w czynnościach medycznych, które pomimo wszystko zakończą się śmiercią pacjenta - wówczas będzie on objęty tajemnicą lekarską.

Lekarz jest związany tajemnicą również po śmierci pacjenta, chyba że zgodę na ujawnienie tajemnicy wyrazi osoba bliska. Osoba bliską jest: małżonka, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta (art. 3 według ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta). Taka osoba wyrażająca zgodę na ujawnienie tajemnicy może określić zakres jej ujawnienia, jednak w przypadku sprzeciwu innej osoby bliskiej, lub też samego pacjenta za życia - takiej ujawnienie nie jest możliwe. Lekarz w przypadku trudności stwierdzenia, czy osoba występująca o ujawnienie tajemnicy lub sprzeciwiająca się jej ujawnieniu jest osobą bliską, może zwrócić się do sądu o rozstrzygnięcie tej kwestii.

Z kolei gdy lekarz jest przesłuchiwanym w charakterze świadka, tajemnica



Ustawa przewiduje, że lekarz jest zwolniony z obowiązku zachowania tajemnicy, gdy może to stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób.

lekarska go w pełni obowiązuje, chyba że uzyska on zwolnienie z tej tajemnicy przez sąd lub też zakres jego zeznań będzie pokrywał się z udzieloną mu wcześniej zgodą (na podstawie art. 14. ust. 2 pkt 3 ustawy o ochronie praw pacjenta). Natomiast prokurator dla potrzeb postępowania karnego, aby uzyskać wgląd w dokumentację medyczną, nie musi uzyskiwać ani zgody sądu, ani pacjenta. Jeżeli uzna, że w postępowaniu przygotowawczym zachodzi potrzeba dostępu do dokumentacji objętej tajemnicą lekarską, na podstawie art. 226 kpk ma możliwość zażądania, by przekazano mu stosowną dokumentację i lekarz ma obowiązek to zrobić. Należy pamiętać, że to rozwiązanie ustawowe dotyczy wyłącznie dokumentacji, a nie zeznań lekarza.

W sytuacji, w której lekarz zostanie postawiony w stan oskarżenia, będzie on posiadał prawo do składania wyjaśnień nawet wtedy, gdy będą one naruszały tajemnicę lekarską. Wówczas można mówić o kolizji pomiędzy prawem do obrony depozytariusza tajemnicy, a prawem do jej poszanowania należącej do osoby, której ona dotyczy. O ile przekazywane informacje będą związane z istotą oskarżenia, lekarz za ich ujawnienie będzie całkowicie zwolniony z odpowiedzialności za jej naruszenie, gdyż służy to realizacji prawa do obrony, które jest prawem każdego oskarżonego zagwarantowanym w Konstytucji. W takiej sytuacji należy jednak uprzedzić prokuratora czy sąd o fakcie ujawniania tajemnicy lekarskiej, tak aby umożliwić podjęcie ewentualnej decyzji o wyłączeniu jawności rozprawy. ■

ART. 226 KPK

Jeżeli prokurator uzna, że w postępowaniu przygotowawczym zachodzi potrzeba dostępu do dokumentacji objętej tajemnicą lekarską, ma możliwość zażądania, by przekazano mu stosowną dokumentację i lekarz ma obowiązek to zrobić.

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

NSL vs prokuratura

Zaszła pomyłka w zaleceniach dawkowania leku w karcie wypisowej – jak duże mogą być różnice w ocenie tej samej sprawy przez sąd lekarski i prokuraturę? Czy lekarz za taki nieumyślny błąd może trafić do więzienia?

Chora lat 80, skierowana do oddziału kardiologiczno-internistycznego z powodu duszności, zdekompenzowanej cukrzycy i wysokiego ciśnienia tętniczego (230/100). Kobieta była po amputacji palców z powodu stopy cukrzycowej, z niezagojoną, sączącą raną, miała przewlekłą niewydolność nerek, niedomykalność zastawki mitralnej z utrwalonym migotaniem przedsionków na leczeniu przeciwpłazmowym i niewydolność serca.

Po wyrównaniu nadciśnienia i cukrzycy, ze względu na bóle stawów, trzycyfrowe OB, wysokie CRP lekarz prowadzący zlecił rtg. dłoni, które opisano jako dające podstawy do rozpoznania ostrego RZS. Nie udało się uzyskać konsultacji reumatologicznej w szpitalu, oddział reumatologiczny nie wyraził zgody na przejęcie chorej, natomiast udzielił konsultacji telefonicznej, zalecając włączenie Methotrexatu 1 x 3 tabl., i kontrolę za miesiąc w poradni reumatologicznej, co zanotowano w historii choroby. Taki wpis został powtórzony w karcie wypisowej, z tym że zabrakło dopisku 1 x 3 tabl. w tygodniu, i na recepcie. Nie skorygował tego wpisu ordynator, podpisujący kartę wypisową, i chora pobierała przez kilka dni

zalecony lek, do wystąpienia objawów zapalenia jamy ustnej, z wysypką i gorączką.

Lekarz rodzinny z tym rozpoznanem i podejrzeniem zatrucia Methotrexatem skierował chorą do oddziału laryngologii, skąd następnie została przekazana do oddziału wewnętrznego z pododdziałem toksykologii, gdzie po następnych kilku dniach nagle zmarła. Chorej nie reanimowano, nie wykonano sekcji zwłok, a w karcie zgonu wpisano jako przyczynę zatrucie Methotrexatem.

Po dwóch latach od wszczęcia postępowania prokuratura skierowała zawiadomienie do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, który wszczął postępowanie dyscyplinarne i skierował sprawę do okręgowego sądu lekarskiego, z zarzutami z art. 8 KEL. Zarówno OSL, jak i Naczelny Sąd Lekarski, który w postępowaniu odwoławczym rozpatrywał tę sprawę, uznali winę lekarzy, którzy zostali skazani prawomocnym już wyrokiem na kary upomnienia. Ale jednocześnie po 5 latach prokuratura skierowała sprawę do sądu karnego przeciwko tym lekarzom, z art. 160 §1 i 2 Kk, w związku z art. 155 Kk i art. 11 §2 Kk. ■

“

„Kto nieumyślnie powoduje śmierć człowieka, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5” [art. 155 Kk; po nowelizacji tego przepisu: rok do 10 lat lub 15 lat bez możliwości zawieszenia, więcej na ten temat s. 26].

„§1. Kto naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§2. Jeżeli na sprawcy ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§3. Jeżeli sprawca czynu określonego w §1 lub 2 działa nieumyślnie, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

§4. Nie podlega karze za przestępstwo określone w §1-3 sprawca, który dobrowolnie uchylił grożące niebezpieczeństwo.

§5. Ściganie przestępstwa określonego w § 3 następuje na wniosek pokrzywdzonego” [art. 160 Kk].





JACEK MIARKA

przewodniczący NSL

Wina lekarzy nie podlega dyskusji, natomiast NSL, wymierzając karę, wziął pod uwagę następujące okoliczności: obwiniony lekarz był po 24-godzinnej dyżurze i nadal pracował, wykonując m.in. badania echokardiograficzne, a w przerwie usiłując pomóc schorowanej kobiecie mieszkającej na wsi, uzyskał telefoniczną konsultację reumatologiczną, w której – najprawdopodobniej na skutek zmęczenia, w niewłaściwy sposób wpisał dawkę Methotrexatu, nie mając z tym lekiem żadnego doświadczenia. Ordynator oddziału, który podpisał kartę, w dniu konsultacji wszczepiał rozruszniki, też był zmęczony i nie miał żadnego doświadczenia z dawkowaniem leków w reumatologii.

Oboje, ordynator i zastępca, stracili swoje stanowiska i zostali zwolnieni z pracy, co dla lekarzy pracujących wiele lat w szpitalu było już karą bardzo surową i postawiło ich także w trudnej sytuacji zawodowej i materialnej, stąd stosunkowo łagodny wymiar kary wymierzonej przez NSL. Należy podkreślić, iż OROZ postawił zarzut niezgodnego ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej zaordynowania niewłaściwej dawki leku Methotrexat, czego skutkiem było wystąpienie powikłań. NSL uznał, że obwiniona wykazała wysoką empatię i zaangażowanie w leczeniu pacjentki. Warto tu przytoczyć stanowisko Trybunału Konstytucyjnego, zawarte w uzasadnieniu wyroku z 29 czerwca 2010 r. (sygn. akt 28/09): „nie budzi wątpliwości, że każda kara dyscyplinarna dla członka samorządu zawodowego jest dotkliwa, gdyż oznacza negatywną ocenę sposobu wykonywania przez niego zawodu, a tym samym utratę zaufania publicznego, które art. 17 ust. 1 Konstytucji RP

wskazuje jako immanentną cechę tego rodzaju zawodu”.

Inne stanowisko przyjęła w tej sprawie prokuratura. O jej stosunku do obwinionych lekarzy najlepiej świadczy fakt zarządzenia przez prokuratora wpłaty zabezpieczenia majątkowego w kwocie 10 tys. zł oraz wysłanie do obojga lekarzy kuratora sądowego celem zebrania wywiadu środowiskowego od sąsiadów. Na podstawie opinii biegłych z zakładu medycyny sądowej postawiła zarzut z art. 160 §1 i 2, łącznie z art. 155, natomiast nie stosuje art. 160 §3, który mówi o nieumyślnym działaniu i przewiduje łagodniejszy wymiar kary. Ostatnia nowelizacja art. 155 uniemożliwia stosowanie kary w zawieszeniu, czego konsekwencją będzie kara bezwzględniego więzienia. Zakład medycyny sądowej na pytanie prokuratury odpowiedział, że można mówić o związku przyczynowo-skutkowym między przyjęciem zbyt dużej dawki Methotrexatu a śmiercią chorej, w rozumieniu art. 160 KK.

Osobiście uważam, że jeśli nie oznaczono stężenia Methotrexatu we krwi, jeśli nie przeprowadzono sekcji zwłok, biorąc pod uwagę liczne schorzenia i okoliczności nagłego zgonu chorej na dyżurze, bez próby reanimacji, jestem w stanie z mojego własnego 40-letniego doświadczenia zawodowego wskazać kilkanaście innych, bardzo prawdopodobnych przyczyn zgonu, niezwiązanych z zatruciem tym lekiem, których nie można w żaden sposób wykluczyć na podstawie dokumentacji.

Mam nadzieję, że niezawisły sąd karny w swoich ustaleniach nie będzie polegał na mniejszym lub większym prawdopodobieństwie, ale rozstrzygnie tę sprawę zgodnie z kardynalną zasadą „in dubio pro reo”, nie stosując kar drakońskich i nieuzasadnionych w okolicznościach tej sprawy. Na marginesie jestem zmuszony stwierdzić, że w przeprowadzonej naprędce, w sposób nieprzeemyślany, nowelizacji kodeksu karnego, znów znalazły się przepisy „adresowane” do społeczności lekarskiej. Wydaje się, że Prokurator Generalny i Minister Sprawiedliwości nie rozumie, że nadmierna penalizacja lekarzy na skalę niespotykaną w cywilizowanym świecie będzie miała skutek odwrotny od oczekiwanego, a odczują to przede wszystkim nasi pacjenci. ■

TELEMEDYCYNĄ

Nowe standardy prawne w teleradiologii

W ostatnich latach coraz większą popularnością cieszą się różnego rodzaju rozwiązania telemedyczne. Niemniej jednak nowe formy udzielania świadczeń zdrowotnych na odległość są źródłem wielu wątpliwości prawnych.

TEKST MIKOŁAJ MAŚLIŃSKI, PRAWNIK,
DOKTORANT NA WYDZIALE PRAWA
I ADMINISTRACJI UAM W POZNANIU

Ponadto ich zastosowanie rodzi pytanie o jakość tego typu świadczeń. Mając to na uwadze, prawodawca postanowił określić standardy prawne dla radiologii i diagnostyki obrazowej wykonywanej na odległość.

W polskim systemie prawnym nie ma aktu prawnego, który w sposób kompleksowy regulowałby zasady wykonywania świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem rozwiązań telemedycznych. Mowa tutaj o różnego rodzaju formach „świadczenia usług medycznych na odległość”. Co istotne, w przypadku telemedycyny niwelowanie dystansu pomiędzy lekarzem a pacjentem następuje przy wykorzystaniu systemów teleinformatycznych¹. W praktyce mowa tutaj o takich formach porozumiewania się na odległość, które umożliwiają przesył danych i informacji medycznych w formie tekstu, obrazu, dźwięku lub w innej formie (np. telekonferencja).

Rozwiązania telemedyczne od początku ich stosowania budziły szereg wątpliwości prawnych. Krokiem

milowym w tym zakresie było przyjęcie ustawy z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2015 r., poz. 1991 ze zm.). W wyniku tej nowelizacji doszło do daleko idących zmian w polskim systemie prawnym, które uitorowały drogę do udzielania świadczeń zdrowotnych na odległość. Wprawdzie ustawodawca nie posłużył się terminem: telemedycyna, to jednak poza dyskusją pozostaje fakt, że nowe przepisy miały na celu stworzenie ram prawnych do rozwoju tego typu działalności.

Niemniej jednak proces adaptacji regulacji prawnych do nowoczesnych rozwiązań informacyjno-komunikacyjnych w obszarze ochrony zdrowia jest cały czas w toku. Jednym z ostatnich aktów prawnych w tym zakresie jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 kwietnia 2019 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej wykonywanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 834). Co istotne, ww. rozporządzenie weszło w życie 22 maja 2019 r. Na tym tle powstaje pytanie, jak nowe przepisy wpłyną na praktykę lekarską.

CEL I ZAKRES NOWYCH REGULACJI

Jak wskazali projektodawcy nowych przepisów: „postępujące oddzielanie miejsca oceny i opisu badań radiologicznych oraz stawiania rozpoznania od miejsc akwizycji obrazów radiologicznych powoduje, że istnieje potrzeba określenia standardów organizacyjnych w tym zakresie”. Wobec powyższego celem nowych regulacji jest z jednej strony zapewnienie odpowiedniego poziomu jakości świadczeń w obszarze radiologii oraz diagnostyki obrazowej wykonywanej na odległość, a z drugiej – osiągnięcie „niezbędnego, akceptowalnego poziomu bezpieczeństwa pacjentów, jak również zapewnienie wysokiej wiarygodności i rzetelności wyników badań radiologicznych”.

Warto przy tym zauważyć, że rozporządzenie określa standardy organizacyjne opieki zdrowotnej dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej wykonywanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych. Co istotne, użyte w §1 rozporządzenia sformułowanie „podmioty wykonujące działalność leczniczą” świadczy o tym, że badania radiologiczne w formie telemedycznej mogą wykonywać nie

§6

Należy odmówić wykonania badania radiologicznego, jeżeli jakość obrazu radiologicznego lub dane kliniczne przesłane przez podmiot zlecający są niewystarczające do oceny obrazu radiologicznego

tylko podmioty lecznicze, ale także praktyki zawodowe prowadzone przez lekarzy. Należy przy tym podkreślić, że rozporządzenie dookreśla zakres jego zastosowania. Mianowicie, dotyczy ono wykonywania działalności leczniczej w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej w przypadku badań radiograficznych, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego oraz cyfrowej angiografii subtrakcyjnej.

PODSTAWOWE STANDARDY ORGANIZACYJNE USŁUG TELERADIOLOGICZNYCH

Rozporządzenie z 11 kwietnia 2019 r. dość szczegółowo określa standardy organizacyjne wykonywania usług teleradiologicznych. Warto przy tym zauważyć, że przez usługi teleradiologiczne rozumie się tutaj „usługi polegające na elektronicznym przesyłaniu obrazów radiologicznych, w celu ich opisu lub konsultacji, z jednego miejsca do innego za pomocą łącz do transmisji zapewnionych przez niezależnego dostawcę”.

Standardy organizacyjne tych usług określa przede wszystkim § 4 rozporządzenia. W przepisie tym Minister Zdrowia wskazał m.in.:

- 1) na czym polega usługa teleradiologiczna,
- 2) jakie wymagania stawia się lekarzom, którzy wykonują usługi teleradiologiczne,
- 3) jakie warunki należy spełnić, aby możliwe było wykonanie usługi teleradiologicznej,
- 4) jakie elementy powinno zawierać zlecenie usługi teleradiologicznej.

Warto przy tym zauważyć, że podmiot zlecający usługę teleradiologiczną ma obowiązek zapewnić lekarzowi, który tę usługę wykonuje, możliwość kontaktu z osobą wykonującą badanie radiologiczne. Zgodnie z § 4 pkt 6 rozporządzenia, kontakt z osobą wykonującą takie badanie może być zapewniony za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej lub publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych. Wydaje się zatem, że dla spełnienia tego



wymogu wystarczy np. zapewnienie kontaktu telefonicznego.

Obligatoryjne elementy oceny i opisu obrazu radiologicznego w ramach teleradiologii zostały określone w § 5 rozporządzenia. Przykładowo, ocena i opis obrazu radiologicznego powinna zawierać dane pacjenta, oznaczenie lekarza, identyfikator podmiotu świadczącego, a także informacje dotyczące rodzaju badania radiologicznego, użytej metody obrazowania, zastosowanych parametrów fizycznych, a także ilości i rodzaju zastosowanego środka kontrastującego, drogi jego podania oraz zakresu zobrazowanych struktur anatomicznych. Ponadto rozporządzenie określa sytuację, kiedy usługa teleradiologiczna nie jest wykonywana - w § 6 zapisano, że należy odmówić wykonania badania radiologicznego, jeżeli jakość obrazu radiologicznego lub dane kliniczne przesłane przez podmiot zlecający są niewystarczające do oceny obrazu radiologicznego.

Odmowa wykonania tej usługi wymaga uzasadnienia i przekazania podmiotowi zlecającemu. Wprawdzie rozporządzenie nie wskazuje w sposób bezpośredni, kto odmawia wykonania usługi, ale wydaje się oczywiste, że decydować o tym powinien lekarz.

TERMIN NA WDROŻENIE NOWYCH STANDARDÓW

Tytułem uzupełnienia należy dodać, że podmioty wykonujące działalność leczniczą w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej wykonywanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych mają obowiązek dostosować swoją działalność do wymagań określonych rozporządzeniem w terminie 12 miesięcy od dnia jego wejścia w życie. Oznacza to, że termin na dostosowanie ich działalności upływa 22 maja 2020 r.

Z pewnością określenie jasnych reguł udzielania tego typu świadczeń może stanowić bodziec do dalszego rozwoju teleradiologii. Stąd też powyższą inicjatywę należy ocenić pozytywnie. Niewątpliwie jednak stosowanie nowych przepisów w praktyce może doprowadzić do szeregu problemów interpretacyjnych. Wobec powyższego oceny, tego, czy nowe standardy są adekwatne do zapotrzebowania praktyki, będzie można dokonać dopiero po jego pełnej implementacji przez podmioty wykonujące działalność leczniczą. ■

¹J. Haberko, Prawne aspekty telemedycyny, „Medyczna Wokanda” nr 2/2010, s. 49 i n.



Podmiot zlecający usługę teleradiologiczną ma obowiązek zapewnić lekarzowi, który tę usługę wykonuje, możliwość kontaktu z osobą wykonującą badanie radiologiczne.

ZLECANIE ZABIEGÓW FIZJOTERAPEUTYCZNYCH



Fizjoterapia ambulatoryjna

– co lekarz wiedzieć powinien

Od 1 stycznia br. obowiązują nowe zasady wystawiania skierowań na fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych. Pragnę przede wszystkim zwrócić uwagę na przesunięcie ciężaru odpowiedzialności.

TEKST **BARBARA DOBIES-KRZEŚNIAK**,
PRZEWODNICZĄCA ZESPÓŁU DS. REHABILITACJI NIL

Do 31 grudnia 2018 r. wszyscy lekarze kierujący na cykl zabiegów fizjoterapeutycznych musieli określić ich typ. Od 1 stycznia prawo do zlecenia konkretnych zabiegów fizjoterapeutycznych mają wyłącznie lekarze specjaliści: rehabilitacji ogólnej, rehabilitacji medycznej, rehabilitacji w chorobach narządu ruchu.

W takiej sytuacji fizjoterapeuta jest związany zleconymi przez lekarza kierującego zabiegami, a tym samym – odpowiedzialność lekarza jest szeroka, zarówno w zakresie oceny stanu zdrowia, diagnostyki różnicowej, diagnostyki obrazowej, jak i doboru konkretnego sposobu leczenia z uwzględnieniem chorób współistniejących i innych cech pacjenta. Należy mieć na uwadze, że w tym przypadku fizjoterapeuta bez wiedzy i akceptacji lekarza kierującego nie może ingerować

w proces leczenia. Nie oznacza to jednak, że jest on w pełni zwolniony z odpowiedzialności – ponosi odpowiedzialność zawodową za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu. Zatem odpowiedzialność zarówno lekarza, jak i fizjoterapeuty ma charakter zindywidualizowany i jest uzależniona od różnych czynników.

Lekarze innych specjalności, którzy do końca ub.r. mieli możliwość kierowania pacjentów na „cykl zabiegów” fizjoterapeutycznych,

mogą obecnie wystawiać skierowanie „na fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych”. Pacjent, który zgłosi się do świadczeniodawcy z takim skierowaniem, zostanie wpisany w kolejkę oczekiwania na wizytę fizjoterapeutyczną, i to fizjoterapeuta zaplanuje mu postępowanie fizjoterapeutyczne i dobierze zabiegi, uwzględniając m.in. rozpoznania i informacje dodatkowe ze skierowania od lekarza.

Jak wynika z rozporządzenia, skierowanie na fizjoterapię wystawione przez innego lekarza niż lekarz ubezpieczenia zdrowotnego będący lekarzem specjalistą w dziedzinie: rehabilitacji ogólnej lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu, nie zawiera zlecenia zabiegów fizjoterapeutycznych oraz liczby poszczególnych zabiegów w cyklu. Tym samym należy przyjąć, że lekarz inny niż lekarz rehabilitacji nie powinien w skierowaniu określać ani rodzaju, ani liczby zabiegów w cyklu. Jeśli taka informacja zostanie zawarta w skierowaniu, będzie to jedynie sugestia dla fizjoterapeuty.

“ UWAGA

- dla lekarzy o specjalności rehabilitacja (ogólna, medyczna, w chorobach narządu ruchu) rozporządzenie nie wprowadza większych zmian;
- dla pozostałych lekarzy kierujących do fizjoterapii ambulatoryjnej ciężar istotności przekazywanych w skierowaniu informacji położony jest na wyczerpującym zobrazowaniu stanu ogólnego pacjenta oraz określeniu przeciwwskazań do fizjoterapii;
- ponieważ brak jest obowiązującego wzoru skierowania do fizjoterapii ambulatoryjnej – wymagany jest zestaw informacji wypunktowany w rozporządzeniu;
- kierując do fizjoterapii ambulatoryjnej, możemy wymagać informacji zwrotnej o sposobie i efektach leczenia.

O tym, jakie zabiegi zostaną zlecone i przeprowadzone, w tym przypadku decyduje fizjoterapeuta, a lekarz kierujący nie ma realnego wpływu na proces leczenia swojego pacjenta.

CO POWINNO ZAWIERAĆ SKIEROWANIE?

Skierowanie do fizjoterapii ambulatoryjnej musi zawierać pełne informacje o pacjencie: o chorobie podstawowej, chorobach współistniejących oraz wszelkich czynnikach mogących wpływać na fizjoterapię. Dodatkowym utrudnieniem jest brak nowego szablonu skierowania do fizjoterapii ambulatoryjnej. W związku z tym w użyciu pozostały skierowania na „cykl zabiegów” – pod wieloma względami błędnie sugerujące najważniejsze informacje, które powinien fizjoterapeuta przekazać lekarzowi.

Skierowanie do fizjoterapii ambulatoryjnej – zgodnie z rozporządzeniem – musi zawierać wszystkie poniższe informacje:

- a) pieczęć nagłówkową z numerem umowy z NFZ,
- b) imię, nazwisko, adres zamieszkania świadczeniobiorcy oraz numer PESEL,
- c) rozpoznanie w języku polskim,
- d) kod jednostki chorobowej według Klasyfikacji ICD-10,
- e) choroby przebyte i współistniejące oraz inne czynniki, w tym wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta lub przyjmowanie niektórych leków, mogące mieć istotny wpływ na proces rehabilitacji lub na postępowanie fizjoterapeutyczne,
- f) pieczęć i podpis lekarza wystawiającego oraz datę wystawienia skierowania.

Do zadań lekarza w tym przypadku należy dokonanie oceny stanu zdrowia pacjenta i postawienie pełnej diagnozy oraz przedstawienie przeciwwskazań, które mogą nie tylko ograniczać, ale czasem nawet wykluczać zastosowanie określonych procedur fizjoterapeutycznych.

WAŻNE

Od 1 stycznia prawo do zlecania konkretnych zabiegów fizjoterapeutycznych mają wyłącznie lekarze specjaliści: rehabilitacji ogólnej, rehabilitacji medycznej, rehabilitacji w chorobach narządu ruchu. Lekarze innych specjalności, którzy do końca ub.r. mieli możliwość kierowania pacjentów na „cykl zabiegów” fizjoterapeutycznych, mogą obecnie wystawiać skierowanie „na fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych”. Wówczas to fizjoterapeuta planuje postępowanie fizjoterapeutyczne i dobiera zabiegi dla danego pacjenta, uwzględniając m.in. rozpoznania i informacje dodatkowe ze skierowania od lekarza.

Fizjoterapeuta nie jest uprawniony do analizowania wyników badań pacjenta, tym samym bardzo ważne jest precyzyjne określenie przez lekarza rozpoznania jednostki chorobowej oraz zidentyfikowanych u pacjenta przeciwwskazań. Przyjąć należy, że wyczerpujące określenie ww. elementów skierowania będzie stanowiło istotną okoliczność w przypadku przesądzania o ewentualnej odpowiedzialności lub jej braku po stronie lekarza za zabiegi zlecone przez fizjoterapeutę.

Rozporządzenie nakłada na świadczeniodawcę obowiązek informacji zwrotnej. Jednostka realizująca skierowanie przekazuje lekarzowi bezpośrednio albo za pośrednictwem pacjenta informację w postaci papierowej lub elektronicznej o sposobie oraz efektach fizjoterapii. Przepis ten odnosi się do obowiązku świadczeniodawcy, więc informacja przekazana lekarzowi po zakończeniu cyklu zabiegów powinna się znaleźć w dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę. Również lekarz kierujący powinien umieścić ją w dokumentacji medycznej pacjenta.

Dla lekarza, jak i dla fizjoterapeuty nadrzędnym dobrem powinno być zawsze bezpieczeństwo i zdrowie pacjenta – wskazana jest ścisła współpraca pomiędzy przedstawicielami zawodów medycznych. ■



ANDRZEJ CIŚŁO

wiceprezes NRL

DENTAL ESPRESSO

OSP Sobieskiego 110

Daruję sobie głęboką introspekcję, sięgającą czasów, kiedy jako kilkulatek byłem pod wrażeniem fabuły o Wojtku, co to został strażakiem. Dziś pewnie bardziej tęsknym okiem spojrzałbym na mundurową emeryturę strażaka, ale tak to już jest.

Skąd tytułowa OSP na Sobieskiego? No oczywiście z racji ciągłego gaszenia pożarów i likwidowania skutków powodzi. Pożarów gorących głów, co to najpierw zrobią a potem pomyślą, i powodzi „pomysłowości” speców od biurokracji. Nasza Ochotnicza Straż na Sobieskiego działa już również w trybie weekendowym, zapewne i dyżury nocne są głęboko niewykluczone.

O poważnym pożarze związanym z art.155 kk. zapewne na łamach tego numeru wspomniano. O nowym współczynniku korygującym na świadczenia udzielone dzieciom i młodzieży, o akcji pisania wniosków o przywrócenie trybu sprawozdawania pierwszego wolnego terminu raz w tygodniu, o refundacji 80 proc. z marnego tysiąca, jakim jest podstawa obliczenia refundacji za zakup oprogramowania, o nowym prawie atomowym – można przeczytać w zakładkach „sprawy bieżące” strony internetowej NIL i na Twitterze.

Pojawiły się w ostatnich dniach dwie sprawy, o których nie sposób nie napisać szerzej – mam na myśli ustawę o naszych zawodach oraz próbę redefiniowania uprawnień jednego z zawodów pomocniczych – zawodu higienistki stomatologicznej.

Nasza podstawowa ustawa (o zawodach lekarza i lekarza dentystry) musi być znowelizowana. Jak wiemy i pamiętamy, jest to element porozumienia ministra z rezydentami.

Do legislacyjnej obróbki trafił mocno zmodyfikowany, choć bazujący na postulatach młodych lekarzy, projekt ministerstwa. Trudno byłoby podsumować, że nic dla nas się w tym projekcie pozytywnego nie zadziało. Postulowaliśmy, że delegacja upoważniająca ministra do wydania rozporządzenia specjalizacyjnego musi zawierać jasną instrukcję, że należy je wydać, mając na względzie również specyfikę i odmienną formę wykonywania obu zawodów lekarskich. I taki zapis znalazł się w projekcie. Wiele regulacji odnoszących się do tak zaniedbanej sfery naszych specjalizacji ma szansę znaleźć się w tym rozporządzeniu i cała sztuka teraz, aby mądrze to rozporządzenie napisać. Z niewiadomych względów odmówiono nam grzeczności w postaci zmiany art. 53 ustawy, czyli umożliwienia zatrudniania lekarzy w praktykach. Nie wydzielono też żadnych gwarantowanych środków na szkolenie podyplomowe stomatologów i przy okazji, póki co, próbuje się zlikwidować specjalizację na wolontariacie. Piłka w grze, z niczego nie rezygnujemy.

Sprawa zakresu uprawnień higienistek wprawia w jeszcze większe zakłopotanie, gdyż cicha rewolucja, którą planowano, skrzętnie była przed nami ukrywana przez połączone siły ministerstw Edukacji i Zdrowia. Przy powiadomieniu 240 podmiotów, z którymi skonsultowano projekt rozporządzenia MEN o podstawie programowej szkolnictwa branżowego, jakoś dziwnie zapomniano o NIL. A rzecz ważna, bo zaprojektowano higienistkom program kształcenia do zadań uwzględniający współpracę, ale nieuwzględniający nadzoru lekarza dentystry. Za to zaprojektowano oddanie w ich ręce bez nadzoru i zlecenia lekarza całkiem poważne urządzenia i procedury medyczne. Zagwarantowaliśmy sobie od razu, rzecz jasna, miejsce w dalszej dyskusji.

Współczesna stomatologia to dość unikalne połączenie wiedzy i biznesu. Ten misterny gmach różne systemy wznoszą po swojemu. Potem gdzieś przychodzą ludzie, którzy twierdzą, że w „sąsiednim systemie” niektóre klocki się wyjmują, a gmach stoi. Tyle, że być może to inna technologia, a wyjęcie tego samego klocka u nas nie obędzie się bez zawalenia części konstrukcji. Ale czy to z niewiedzy, czy z chęci zysku namawia się do pomajstrowania przy konstrukcji? I najlepiej, żeby nie mówić nic głównym lokatorom, bo się będą pieklić, powiadomią służby, kto wie, może nawet strażaków zawołają... ■



MARTA
JAKUBIAK
redaktor naczelna

STOMATOLOGIA

V MSS: pytania i odpowiedzi

W dniach 14-16 czerwca w Serocku odbywały się V Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne. Przygotowano bogaty program dydaktyczno-naukowy, do zrealizowania którego zaproszeni zostali znakomici prelegenci. Nie zawiedli też uczestnicy – frekwencja była imponująca.

© M.JAKUBIAK@GAZETALEKARSKA.PL

Jednym z mocniejszych punktów tegorocznych MSS była sesja samorządowa, w czasie której udzielano odpowiedzi na pytania lekarzy dentystów dotyczące codziennej praktyki. Można było je zadawać drogą elektroniczną lub bezpośrednio – uczestnicząc osobiście w spotkaniu. Zainteresowanie tematem przerosło chyba nawet oczekiwania organizatorów, bo sala wykładowa wypełniona była do ostatniego krzesła i nie brakowało też chętnych do uczestniczenia w niej na stojąco, choć przebieg sesji można było śledzić online.

Na pytania odpowiadali Andrzej Cisko, wiceprezes NRL i przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL, oraz Dariusz Paluszek, wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentystów, gospodarz i organizator V MSS. Moderatorem była Maria Kłosińska, rzecznik prasowy OIL w Warszawie.

■ Czy lekarz może być zwolniony z opłaty abonamentowej za radioodbiornik?

To pytanie ukazuje, jak bardzo różnorodne mogą być problemy nurtujące lekarzy. Takie padło i trzeba było na nie odpowiedzieć, choć abonament radiowy to kwestia przyszłowiowych paru złotych miesięcznie. Jak każda firma, musimy go płacić, także za ten w samochodzie firmowym. Inaczej rzecz się ma, jeśli chodzi o tantiemy. Europejski Trybunał Sprawiedliwości rozpatrzył skargę na konieczność płacenia tantiem złożoną przez lekarza dentystę z Włoch i orzekł, że lekarz jest zwolniony z takiego obowiązku, bo nie udostępnia muzyki publicznie w rozumieniu prawa UE. Można przeczytać o tym na stronie nil.org.pl w zakładce „Moja praktyka”.

■ Czy dokumentację papierową można zabrać z gabinetu, w którym prowadzona jest również dokumentacja elektroniczna? Chodzi o takie dokumenty jak zgoda na leczenie, kwestionariusz medyczny,

karta badania pacjenta, niezwiązane z kartą wizyt (pytanie dotyczy pacjentów ortodontycznych). To, czy jest to dokumentacja papierowa czy elektroniczna, nie ma znaczenia. Jeśli ktoś przeszedł na dokumentację elektroniczną, a wcześniej prowadził papierową i nie minęło od tego czasu 20 lat, dokumentacja papierowa ma taki sam status jak elektroniczna. O tym, co jest dokumentem medycznym, decyduje rozporządzenie Ministra Zdrowia z 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej. W przypadku ortodoncji trwa dyskusja, czy modele gipsowe są dokumentem. Przeważa opinia, że choć dokumentują stan przed, w trakcie czy po leczeniu, to częścią dokumentacji nie są, choćby z uwagi na definicję w rozporządzeniu, że dokumentacja prowadzona jest w postaci elektronicznej lub papierowej.

W przypadku żądania NFZ, prokuratury czy sądu o wydanie dokumentacji medycznej, trzeba ją wydać.



Andrzej Cisło
i Dariusz Paluszek,
V Mazowieckie
Spotkania
Stomatologiczne

■ A jeśli kilku lekarzy dentystów przyjmowało pacjentów w jednym gabinecie, jeden z nich odszedł i chciałby zabrać dokumentację, czy jest to możliwe?

Nie, podmiot leczniczy nawet nie ma obowiązku skopiowania jej dla lekarza.

Podmiot leczniczy odpowiada za dokumentację i jego zadaniem jest ograniczanie kręgu osób, które mają do niej dostęp. To dane wrażliwe. Lekarz nie może rościć sobie pretensji do posiadania kopii. Musi być też zabezpieczona tak, by nie było możliwości jej zmieniania czy uzupełniania, tak aby nikt nie dokonał zmian na konto lekarza, który ją prowadził, a przestał pracować.

Dysponentem dokumentacji jest pacjent, który może poprosić o kopię i, jeśli ma takie życzenie, udostępnić ją lekarzowi. Oryginał zostaje w gabinecie.

■ Mam roszczeniową pacjentkę. Po wykonanym leczeniu, w mojej ocenie prawidłowym, domaga się ode mnie zwrotu kosztów. Pacjentka powiedziała mi, że mam się cieszyć, że tylko napisała pismo do szefa, nie psuła mi opinii na stronie internetowej. Co zrobić? Z jednej strony oskarża mnie ona o brak profesjonalizmu i oszustwo, z drugiej

strony wiem, że oskarża mnie bezpodstawnie i że oddając jej pieniądze, przyznam jej rację.

Z przykrością trzeba stwierdzić, że koleżanki i koledzy często idą na skróty – dla świętego spokoju zwracają pieniądze. To nie jest dobra praktyka. Co do zasady unikajmy takich sytuacji. To, że pacjent otrzyma coś, czego się domagał, wcale nie oznacza, że nie wróci i nie będzie miał roszczeń. Nadal może psuć lekarzowi opinię, publikując negatywne komentarze w sieci. W sytuacjach, kiedy pacjent wręcz grozi podjęciem kroków idących w kierunku podważenia zaufania do lekarza w oczach innych pacjentów, najlepiej jest skontaktować się z izbą lekarską i rzecznikiem praw lekarza. W OIL w Warszawie próbuje się rozwiązywać takie sprawy z pomocą mediatora, oczywiście za zgodą pacjenta.

Były też takie sprawy, np. w Wielkopolsce, w które włączali się powiatowi rzecznicy konsumenta i przekonali, że jeśli np. pacjent nie może nosić protezy ruchomej, to cena powinna być obniżona lub powinny być zwrócone koszty. Klasyczne niezrozumienie, że leczenie protetyczne to coś więcej niż proteza i takim sugestiom nie należy ulegać.

Niezwykle ważne jest, żeby lekarz wiedział, że nie jest sam. Na nasz

wniosek kilka tygodni temu Rada Europejskich Lekarzy Dentystów uzupełniła swoją rezolucję o wpis, że jeżeli platforma internetowa, która umożliwia zamieszczanie wpisów, nie gwarantuje ich transparentności, lekarz musi mieć prawo do bycia zapomnianym. Przygotowujemy też interwencję związaną z publikacjami w sieci. Widzimy, że nie jest wypełniany obowiązek informacyjny, choć w internecie przetwarzane są informacje o lekarzach. Do jednego z portali wysłaliśmy już pismo z zapytaniem w tej sprawie. Orzecznictwo sądu administracyjnego jest po naszej stronie.

■ Na jakiej zasadzie, prowadząc indywidualną praktykę, mogę zatrudnić innego lekarza?

Art. 53 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty na razie nie daje dużych możliwości: można zatrudnić lekarza w przypadku stażu podyplomowego, szkolenia specjalizacyjnego, ale już nawet nie stażu kierunkowego. Art. 18 ust. 7 ustawy o działalności leczniczej dodatkowo mówi, że w praktyce grupowej świadczeń mogą udzielać wyłącznie wspólnicy. Te akty prawne pozostają więc w sprzeczności.

W życiu często obchodzi się zakaz zatrudniania innego lekarza

w indywidualnej praktyce, a wygląda to tak, że lekarz wynajmuje swoje pomieszczenie i sprzęt innemu lekarzowi, spisuje umowę cywilnoprawną i otrzymuje za ten wynajem honorarium, czasem uzależnione od obrotu, jaki uzyskał lekarz, który taką umowę podpisał. To nie jest wyjście, ale proteza. Taki podmiot to osobna praktyka, która musi mieć własne polityki sanitarne, odpady, swoje RODO, kasę fiskalną, ubezpieczenie i przede wszystkim odrębną dokumentację. Izby zdecydowanie odradzają ten sposób „radzenia sobie” z tym nieracjonalnym zakazem.

Staraliśmy się zmienić istniejące zapisy, by w indywidualnej praktyce możliwe było zatrudnienie jednego asystenta. Mamy już poparcie NRL. Minister zdrowia na razie nie przyjął tego zapisu do nowelizowanej właśnie ustawy.

■ Czy ubezpieczenie opłacane w ramach składki jest wystarczająco wysokie, by pokryć roszczenia? To zależy, jak wysokie są roszczenia. Ubezpieczenie w składce pokrywa kwotę wymaganą ustawą, czyli roszczenie do 75 tys. euro.

■ Co zrobić, gdy rzecznik odpowiedzialności zawodowej uznaje, że winą lekarza dentysty jest, że pacjent nie adaptuje się do protezy? Z tego pytania ewidentnie przebija żal lekarza, że organy jego samorządu prowadzą postępowania nie z powodu błędu lekarza, tylko z powodu niepowodzenia w leczeniu.

Dla porządku – rzecznik może skierować do sądu wnioski o ukaranie, nie może oczywiście uznać jednoosobowo winy lekarza. Nie znamy szczegółów sprawy, nie rozstrzygniemy teraz tej kwestii. Na kanwie tego pytania rodzi się inne – czy istnieje próg istotności przewinienia, poniżej którego nie powinno się prowadzić postępowania? Nie znamy odpowiedzi, ale trzeba je postawić. Jest orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego, może mało znane, ale doniosłe w skutkach, stwierdzające, że każda kara, nawet upomnienie, jest sankcją bardzo poważną

i odbiera lekarzowi wiarygodność nie tylko w relacji z pacjentem, ale i z innymi lekarzami. To jest unikalny stan dotyczący tylko lekarzy i lekarzy dentystów – taką mamy ustawę o izbach. Skoro każda kara jest poważna, to czy nie jest utrudnione jej miarkowanie?

■ Czy izba prowadzi działania związane z tzw. antykanalówcami? Uznaliśmy, że nie ma takiej potrzeby. Zwolennicy koncepcji antykanalowej decydują o sobie – nie chcą leczyć zęba kanałowo, muszą go usunąć. To odróżnia ich w poważnym stopniu od ruchu antyszczepionkowego, gdzie za głoszone poglądy odpowiada swoim zdrowiem zwykle ktoś inny – dziecko lub osoby podatne na zakażenie. Piętnujemy więc koncepcje zakładające szkodliwość leczenia endodontycznego, ale nie będziemy organizować wspólnych debat, aby nie przydawać temu ruchowi zbyt wielkiego znaczenia.

■ Co jeśli nie mam programu do wystawiania e-recept? Obowiązek wchodzi od 1 stycznia 2020 r. Są wyjątki, ale niezbyt liczne i co do zasady wszystkie recepty od 1 stycznia 2020 r. będą miały postać elektroniczną. Do 2025 r. nie zmieniają się zasady wystawiania recepty pro familia i pro auctore – te już raczej zawsze będą receptami papierowymi.

E-recepty można będzie wypisać online, nie trzeba mieć programu gabinetowego. Na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej zamieścimy niebawem linki do filmów instruktażowych, jak zarejestrować się w systemie P1. Jeżeli nie pomogą, trzeba poprosić o wsparcie informatyka. Warto, zrobić to wcześniej – jeszcze przed datą wejścia w życie obowiązku.

Cyfryzacja to ułatwienie, ale też potężny problem, jeśli będzie źle wprowadzana.

Podczas spotkania odbyła się też ożywiona wymiana zdań na temat separatorów oraz wytycznych sanitarnych. Prowadzący debatę zwracali uwagę na duży zakres

niedopowiedzeń i niepewności w tej materii, wynikający głównie z tego, że władze publiczne z jednej strony świadome są specyfiki małych podmiotów, jakimi są praktyki stomatologiczne, z drugiej zaś nie chcą wyjść poza urzędniczą sztampę i unikają rzeczowych rozmów. Prędzej czy

“

To, że pacjent otrzyma coś, czego się domagał, wcale nie oznacza, że nie wróci i nie będzie miał roszczeń.

później sprawy znajdą swoje rozwiązanie. Ważne, aby lekarze dentyści wiedzieli, że może nie istnieć taki stan obowiązków, który „zadowolili kontrolerów” i aby swoim postępowaniem czy obawami nie przysparzali sobie i innym obowiązków dodatkowych. Jako dobry przykład podano niegdyś praktykowane dopinanie do kart pacjentów pasków kontroli chemicznej. Miała to być rekompensata gwarancja zwolnienia z odpowiedzialności w razie choroby pacjenta. Okazuje się, że w świetle dzisiejszych „wytycznych” to nic nie daje. Urzędy nie rozumieją po prostu, że nie istnieje stuprocentowy dowód na rzetelność tej czy innej czynności. Na tym właśnie polega sens zawodu zaufania publicznego. Gdyby na wszystko był stuprocentowy dowód, zaufanie nie byłoby potrzebne – wystarczyłby na wszystko odpowiedni wskaźnik czy próbka.

W części poświęconej na rozmowę o problemach związanych z cyfryzacją poinformowano też, że pod adresem stom.hipokrates.org/edm/ankieta/ankieta.html zamieszczona została ankieta dotycząca działania programów gabinetowych. Warto ją wypełnić i podzielić się swoimi doświadczeniami, by w przyszłości łatwiej było sformułować rekomendacje i znaleźć te programy, które sprawdzają się w pracy. ■

STOMATOLOGIA

Hodowany ząb zamiast protezy?

Już wkrótce taki scenariusz może okazać się realny. Niewykluczone, że rozwój nauki pozwoli na hodowanie zębów w laboratoriach. Naukowcy twierdzą, że to wizja bardziej prawdopodobna, niż się wydaje.

Pionierskie badania przeprowadzili amerykańscy naukowcy w 2018 r. Stworzyli coś w rodzaju „paków” zębowych – zawiązków, które mogłyby wzrastać i wyglądać jak naturalne zęby. Jest też możliwe, aby po zastosowaniu odpowiednich komórek zniszczone zęby mogły się regenerować. Mówi się, że to także przyszłość endodoncji regeneracyjnej.



Jak na razie w naturze wymiana zębów jest możliwa m.in. u ryb, płazów i gadów. Przykładowo: krokodyły amerykańskie w ciągu życia wymieniają każdy z zębów nawet 50 razy.

Komórki macierzyste ze względu na swoje właściwości regeneracyjne i zdolność samoodnowy są już

wykorzystywane w terapii ponad 70 schorzeń. Przyszedł czas na stomatologię odtwórczą. Ich źródłem może być miazga zębowa, przede wszystkim zębów mlecznych, ewentualnie zdrowych zębów stałych, które usunięto (np. zęby mądrości lub podczas leczenia ortodontycznego).

Ilość komórek macierzystych w miazdze zębowej wraz z wiekiem maleje – im młodszy ząb, tym lepiej. Zdeponowany w wyspecjalizowanym laboratorium, odpowiednio opracowany i zamrożony w ciekłym azocie można przechowywać w temperaturze -190°C nawet do 25 lat. ■

Higienistki – planowane zmiany

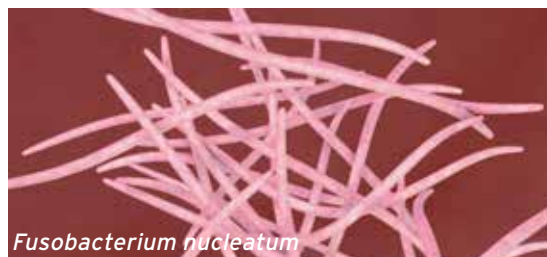
15 czerwca 2019 r. Prezydium NRL podjęło stanowisko w sprawie konieczności nowelizacji rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 16 maja 2019 r. w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz dodatkowych umiejętności zawodowych w zakresie wybranych zawodów szkolnictwa branżowego. Nowa podstawa programowa kształcenia w zawodzie higienistki stomatologicznej nie zawiera sformułowania, że zadania i świadczenia realizowane przez higienistkę będą nadzorowane przez lekarza dentystę. Samorząd lekarski nie został poinformowany o toczących się pracach legislacyjnych nad ww. aktem, pomimo że:

- w ramach konsultacji społecznych projekt ww. rozporządzenia został przekazany 240 podmiotom, w tym również innym samorządom zawodowym, m.in. Naczelnej Izbie Aptekarskiej,

- reguluje ono bardzo ważne kwestie z punktu widzenia lekarzy i lekarzy dentystów, bowiem określa zakres umiejętności osób wykonujących zawód pomocniczy w opiece zdrowotnej.

Jednocześnie Prezydium NRL opowiada się za utrzymaniem kształcenia higienistek stomatologicznych na poziomie szkół policealnych, nie dzieląc w tym zakresie opinii Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego o konieczności przeniesienia całości kształcenia w tym zawodzie na poziom studiów licencjackich. ■

Jama ustna a rak wątroby



Fusobacterium nucleatum

Nowe badanie przeprowadzone przez Queen's University w Belfaście wykazało, że osoby o złym stanie zdrowia jamy ustnej są bardziej narażone na raka wątroby.

Naukowcy przebadali ponad 450 tys. osób w Wielkiej Brytanii, a wyniki ich badań dowiodły, że brak należytej dbałości o zęby i dziąsła może zwiększyć ryzyko zachorowania na raka wątroby nawet o 75 proc. – Zastosowane w badaniu mierniki złego stanu zdrowia jamy ustnej obejmowały bolesne lub krwawiące dziąsła i rozchwiane zęby, oba związane z chorobą dziąseł – mówi dr Haydée WT Jordão, główny autor badania. – Jedna bakteria, *Fusobacterium nucleatum*, pochodząca z jamy ustnej, znajdowała się także w chorej wątrobie, ale jej rola w raku wątroby jest na razie niejasna. Konieczne będą dalsze badania – zapowiedział. ■

STOMATOLOGIA

Nie dziel się szczoteczką



Co czwarty Brytyjczyk (26 proc.) deklaruje, że chętnie podzieliłby się szczoteczką do zębów z członkiem rodziny, przyjacielem, partnerem, sąsiadem lub celebrytą – tak wynika z badania „Ogólnokrajowa ankieta na temat uśmiechu w roku 2019”, przeprowadzonego w maju tego roku.

Dr Ben Atkins, lekarz dentysta i członek zarządu Oral Health Foundation, ostrzega przed takim pomysłem. Szczotkowanie czasami powoduje krwawienie dziąseł, co oznacza, że dzieląc się

szczoteczką do zębów, możesz również dzielić się krwią, a co za tym idzie – chorobami krwi. Kimś, z kim Brytyjczycy najbardziej są skłonni podzielić się szczoteczką do zębów, jest partner. Jedna osoba na siedem (15 proc.) gotowa jest pożyczyć szczoteczkę ukochanej osobie, 8 proc. – członkowi rodziny, 5 proc. – przyjacielowi, a sąsiadowi – 4 proc. Im młodszy respondent, tym bardziej otwarty na dzielenie się z nieznajomym. ■

Podczerwień kontra próchnica

Postępy w technologii obrazowania laserowego mogą wkrótce zmienić sposób praktykowania stomatologii – informuje National Institute for Dental and Craniofacial Research (NIDCR). Szklivo zęba jest prawie przezroczyste przy większych długościach fali światła, dzięki czemu możliwe jest wykrycie próchnicy przy wykorzystaniu bliskiej podczerwieni. Obrazowanie oparte na świetle jest małoinwazyjne i stanowi bezpieczniejszą alternatywę dla promieniowania rentgenowskiego.

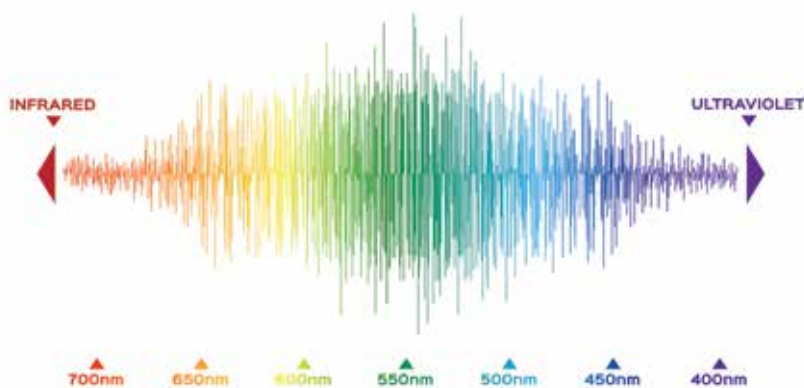
Jak zauważa dr Daniel Fried, profesor stomatologii prewencyjnej i naprawczej na Uniwersytecie Kalifornijskim w San Francisco, większość ubytków tworzy się na powierzchniach zgryzowych zębów. Dentyści sprawdzają wizualnie zęby pod kątem próchnicy, co może prowadzić do fałszywych trafień. Nawet promieniowanie rentgenowskie nie jest wystarczająco czułe, aby wykryć wczesne ubytki okluzyjne.

Bliskiej podczerwieni można także użyć, aby poprawić widoczność kompozytów. Stomatolodzy spędzają więcej czasu na usuwaniu kompozytów i uzupełnieniu

niż na zakładaniu nowych. Jeśli kompozyt jest dopasowany kolorystycznie do zęba, trudno zobaczyć, gdzie jest, co sprawia, że trudno go usunąć bez uszkodzenia sąsiadującego z nim zdrowego szkliwa.

Badania dra Frieda skupiają się na dwóch rodzajach obrazowania opartego na świetle, które mogą zapewnić bardziej precyzyjny obraz niż promieniowanie rentgenowskie, a co za tym idzie – pomóc w zdiagnozowa-

niu i leczeniu próchnicy wcześniej. Obrazowanie w podczerwieni jest wystarczająco czułe, aby wykryć wczesną demineralizację. Optyczna tomografia koherencyjna (OCT), podobna do ultradźwięków, pokazuje przekroje zębów i może obrazować głęboko. – OCT zmieniło praktykę okulistyki. Jest bardzo skuteczny w obrazowaniu siatkówki... i jest również bardzo obiecujący dla stomatologii – powiedział dr Daniel Fried. ■



BIULETYN

NR 4 (189)

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

WARSZAWA, V 2019

REDAKTOR NACZELNY: ARTUR DROBNIAK

Posiedzenie NRL – 31 maja 2019 r.

UCHWAŁA Nr 20/19/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 31 maja 2019 r. w sprawie zatwierdzenia wykonania budżetu i przeznaczenia zysku Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 2018

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 14 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965) uchwala się, co następuje:

§ 1.

1. Zatwierdza się wykonanie budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 2018, które zamyka się sumą bilansu (po stronie aktywów i pasywów) w kwocie 37 238 547,00 PLN.

2. Postanawia się przeznaczyć zysk w kwocie 3 362 637,96 PLN na zasilenie funduszu celowego na zakup lub budowę nowej siedziby Naczelnej Izby Lekarskiej.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

UCHWAŁA Nr 21/19/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 31 maja 2019 r. w sprawie cofnięcia wniosku do Trybunału Konstytucyjnego o kontrolę konstytucyjności prawa

Na podstawie art. 5 pkt 14 i 15 w zw. z art. 39 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965) oraz art. 56 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 30 listopada 2016 r. o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym (Dz. U. z 2016 r., poz. 2072) Naczelna Rada Lekarska uchwala, co następuje:

§ 1.

Naczelna Rada Lekarska cofa w całości wniosek o kontrolę zgodności z Konstytucją

i ustawą przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2017 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentyków odbywających specjalizację w ramach rezydentury złożony na podstawie uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 22/17/VII z dnia 15 grudnia 2017 r. w sprawie wystąpienia do Trybunału Konstytucyjnego, rozpatrywany przez Trybunał Konstytucyjny pod sygnaturą akt Tw 3/18.

§ 2.

Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – Andrzeja Matyję, do złożenia pisma zawierającego wycofanie wniosku, o którym mowa w § 1 oraz do udzielenia pełnomocnictwa do dokonania tej czynności.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

UCHWAŁA Nr 22/19/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 31 maja 2019 r. zmieniająca uchwałę w sprawie zwołania Nadzwyczajnego XV Krajowego Zjazdu Lekarzy

Na podstawie art. 37 ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965) uchwala się, co następuje:

§ 1.

W uchwale nr 18/19/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 22 marca 2019 r. w sprawie zwołania Nadzwyczajnego XV Krajowego Zjazdu Lekarzy § 2 otrzymuje brzmienie: „§ 2 Przedmiotem obrad Zjazdu będą:

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

2) rozpatrzenie projektu uchwały zmieniającej uchwałę w sprawie regulaminu wyborów

do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych, przygotowanego przez Krajową Komisję Wyborczą,

3) rozpatrzenie projektu uchwały zmieniającej uchwałę w sprawie regulaminu wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich,

4) wybory uzupełniające do Naczelnej Komisji Rewizyjnej,

5) wybory uzupełniające do Naczelnego Sądu Lekarskiego,

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

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

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

UCHWAŁA Nr 23/19/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 31 maja 2019 r. w sprawie zmiany uchwały w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry oraz prowadzenia rejstru lekarzy i lekarzy dentyistów

Na podstawie art. 8 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, 577 i 730) i art. 5 pkt 3, 4, 6 i 11 oraz art. 6, 7 i 49 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965) uchwala się, co następuje:

§ 1.

W uchwale Nr 1/17/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 stycznia 2017 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystów, zmienionej uchwałą Nr 7/18/VIII z dnia 31 sierpnia 2018 r., w załączniku nr 4 do uchwały wprowadza się następujące zmiany:

1) tytuł załącznika otrzymuje brzmienie: „Wykaz aktów prawnych, na podstawie których lekarz, lekarz dentysta uzyskał specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w okresie od 1951 r. do 2019 r. oraz wykaz czteroznakowych kodów specjalności uzyskiwanych na podstawie tych aktów prawnych”;

2) w pkt 45 wyrażenie „oraz z 2016 r. poz. 65, 960, 1070, 1239, 1579, 1984 i 2020);” zastępuje się wyrażeniem „, z 2016 r. poz. 65, 960, 1070, 1239, 1579, 1984 i 2020, t. jedn. z 2017 r. poz. 125, 767 i 2371, z 2018 r. poz. 617, 650, 697, 1515, 1532, 1544, 1629, 1669 i 2435 oraz 2019 r. poz. 60 i 150, t. jedn. 537, 577 i 730);”;

3) po pkt 72 dodaje się średnik i pkt 73 i 74 oraz tabelę w brzmieniu: „73) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2017 r. w sprawie wykazu egzaminów organizowanych przez europejskie towarzystwo naukowe równoważnych z Państwowym Egzaminem Specjalizacyjnym oraz wykazu dokumentów potwierdzających złożenie takich egzaminów (Dz. U. poz. 2005);

74) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2019 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. poz. 602)

numer kodu specjalności	nazwa specjalności lekarskiej
0731	Alergologia
0701	Anestezjologia i intensywna terapia
0732	Angiologia
0733	Audiologia i foniatria
0734	Balneologia i medycyna fizykalna
0702	Chirurgia dziecięca
0735	Chirurgia klatki piersiowej
0736	Chirurgia naczyniowa
0703	Chirurgia ogólna

0737	Chirurgia onkologiczna
0738	Chirurgia plastyczna
0704	Chirurgia szczękowo-twarzowa
0739	Choroby płuc
0792	Choroby płuc dzieci
0705	Choroby wewnętrzne
0706	Choroby zakaźne
0707	Dermatologia i wenerologia
0740	Diabetologia
0708	Diagnostyka laboratoryjna
0741	Endokrynologia
0799	Endokrynologia ginekologiczna i rozrodczość
0796	Endokrynologia i diabetologia dziecięca
0710	Epidemiologia
0742	Farmakologia kliniczna
0743	Gastroenterologia
0797	Gastroenterologia dziecięca
0709	Genetyka kliniczna
0744	Geriatrya
0787	Ginekologia onkologiczna
0745	Hematologia
0788	Hipertensjologia
0746	Immunologia kliniczna
0801	Intensywna terapia
0747	Kardiochirurgia
0748	Kardiologia
0762	Kardiologia dziecięca
0793	Medycyna lotnicza

0794	Medycyna morska i tropikalna
0749	Medycyna nuklearna
0750	Medycyna paliatywna
0711	Medycyna pracy
0712	Medycyna ratunkowa
0713	Medycyna rodzinna
0714	Medycyna sądowa
0751	Medycyna sportowa
0716	Mikrobiologia lekarska
0752	Nefrologia
0798	Nefrologia dziecięca
0753	Neonatologia
0717	Neurochirurgia
0718	Neurologia
0763	Neurologia dziecięca
0789	Neuropatologia
0719	Okulistyka
0755	Onkologia i hematologia dziecięca
0754	Onkologia kliniczna
0720	Ortopedia i traumatologia narządu ruchu
0721	Otorynolaryngologia
0790	Otorynolaryngologia dziecięca
0722	Patomorfologia
0723	Pediatrya
0795	Pediatrya metaboliczna
0800	Perinatologia
0724	Położnictwo i ginekologia

0725	Psychiatria
0756	Psychiatria dzieci i młodzieży
0726	Radiologia i diagnostyka obrazowa
0727	Radioterapia onkologiczna
0728	Rehabilitacja medyczna
0757	Reumatologia
0758	Seksuologia
0759	Toksykologia kliniczna
0760	Transfuzjologia kliniczna
0761	Transplantologia kliniczna
0729	Urologia
0791	Urologia dziecięca
0730	Zdrowie publiczne

numer kodu specjalności	nazwa specjalności lekarsko-dentystycznej
0781	Chirurgia stomatologiczna
0704	Chirurgia szczękowo-twarzowa
0782	Ortodoncja
0783	Periodontologia
0784	Protetyka stomatologiczna
0785	Stomatologia dziecięca
0786	Stomatologia zachowawcza z endodoncją
0710	Epidemiologia
0730	Zdrowie publiczne

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Andrzej Matyja

STANOWISKO Nr 9/19/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 31 maja 2019 r. w sprawie ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw

Naczelna Rada Lekarska stanowczo sprzeciwia się zmianie treści art. 155 kodeksu karnego, dokonanej w uchwalonej przez Sejm Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 maja 2019 r. ustawie o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw. Zmiany, na które nie ma zgody samorządu lekarskiego, polegają na tym, że z jednej strony ograniczają do minimum możliwość zawieszenia wykonania kary pozbawienia wolności orzeczonej w stosunku do lekarza uznanego winnym nieumyślnego spowodowania śmierci pacjenta, a z drugiej odbierają sędziom możliwość wymierzenia za taki czyn kary ograniczenia wolności lub grzywny zamiast kary pozbawienia wolności.

Wprowadzanie zmian, które w sposób automatyczny nakładają bezwzględną karę pozbawienia wolności na lekarza, który niosąc pomoc choremu pacjentowi nieumyślnie doprowadzi do jego śmierci, godzi w bezpieczeństwo wykonywania zawodu lekarza. Naczelna Rada Lekarska apeluje do lekarzy, aby w przypadku wejścia w życie tych przepisów, niosąc niezbędną pomoc pacjentom, nie podejmowali nadmiernego ryzyka, które może prowadzić do poniesienia tej odpowiedzialności.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Andrzej Matyja

STANOWISKO Nr 10/19/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 31 maja 2019 r. w sprawie wyceny świadczeń stomatologicznych

Naczelna Rada Lekarska wyraża stanowczy sprzeciw wobec nieujęcia umów w rodzaju leczenia stomatologicznego w procesie podwyższenia wyceny poszczególnych rodzajów świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Przedstawiony do konsultacji publicznych w dniu 27 maja 2019 r. projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie

świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne przewiduje jedynie wzrost współczynnika korygującego wycenę punktową świadczeń udzielonych dzieciom i młodzieży z 1,3 do 1,5. Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę, że przedstawione w tym samym czasie do konsultacji publicznych zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące wyceny innych rodzajów świadczeń (w tym m.in. zarządzenie Prezesa NFZ zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii, czy zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne zdaje się zupełnie pomijać fakt iż:

1) placówki stomatologiczne są dotknięte przynajmniej w takim samym stopniu co pozostali świadczeniodawcy wzrostem kosztów,

2) znaczna część placówek stomatologicznych nie wykonuje świadczeń podlegających ww. współczynnikiowi.

Świadczenia stomatologiczne nie miały od lat rewalioryzowanej wyceny. Procedury zabiegowe wyceniane są na poziomie nieprzystającym do kosztów i ryzyka ich udzielania.

W posiadaniu Prezesa NFZ jest też obszerna korespondencja Naczelnej Rady Lekarskiej wskazująca na konieczność zmiany tabeli punktowej z uwagi na ewidentne wady względnej wyceny punktowej niektórych procedur. Analiza ta poparta jest opinią Konsultanta Krajowego w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją.

Rada wskazuje, że Minister Zdrowia powinien niezwłocznie dokonać:

1) analizy nakładów na leczenie stomatologiczne oraz wyceny świadczeń,
2) niezbędnych korekt w ostatecznej wersji planu finansowego na 2019 r.,
3) analizy wyceny świadczeń stomatologicznych, tak aby spowodować głębsze zmiany w Zarządzeniu będącym przedmiotem konsultacji.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Andrzej Matyja

STOMATOLOGIA

Pacjent z traumą w gabinecie stomatologicznym

Wydawać by się mogło, że pacjenci „po przejściach” to już rzadkość, natomiast obserwacje pokazują coś innego. Oni są – i to niezależnie od wieku, płci, czy świadomości.

TEKST ANNA JASIONOWSKA, LEKARZ DENTYSTA

Nie

ma jednego profilu pacjenta, który jest bardziej lub mniej podatny na traumę. Dlaczego? Bo najczęściej rozpoczyna się ona w momencie, kiedy jesteśmy najbardziej bezsilni – w dzieciństwie. Zatem trudno tu o jakąkolwiek odporność na trudne sytuacje. Inną sprawą jest, że często ci o wyższym statusie społecznym dużo szybciej zgłaszają się ponownie do gabinetu, mając większą świadomość tragicznych skutków długoletniej absencji. I o tym mówią też statystyki – wraz z poziomem zamożności czy statusu społecznego rośnie jakość zdrowia jamy ustnej (w przełożeniu na liczbę zębów).

“

**Kim jest pacjent z traumą?
To osoba, która w wyniku
przykrych dla niej wcześniejszych
doświadczeń zarzuciła wizyty
w gabinecie stomatologicznym.**

Z CZEGO WYNIKAJĄ PRZYKRE DOŚWIADCZENIA?

Z historii, które opowiadają pacjenci, wynika najczęściej, że są to sytuacje ekstremalne lub po prostu nieodpowiednie. I to, co najczęściej spowodowało uraz, to ból. W rzadkich przypadkach irracjonalne zachowanie lekarza, który przekroczył granicę komfortu czy bezpieczeństwa pacjenta. I co ważne, czynniki wyzwalające są zupełnie różne u dzieci i osób dorosłych.

Nie jestem, rzecz jasna, psychiatrą ani psychologiem, zatem nie zajmuję się diagnozowaniem zaburzeń swoich pacjentów. Słowa „trauma” w niniejszym artykule pozwoliłam sobie użyć w znaczeniu powszechnym, niżli czysto naukowym, bo tego nie jestem w stanie dowieść. Odnoszę się do szerokiego grona pacjentów, których cechuje umiarkowany lub o dużym natężeniu strach, a także tych, którzy odpowiadają profilowi pacjenta fobicznego.

Kim jest pacjent z traumą? To osoba, która w wyniku przykrych dla niej wcześniejszych doświadczeń zarzuciła wizyty w gabinecie stomatologicznym, a gdy je kontynuuje,

to z wyraźnymi trudnościami – natury emocjonalnej, a nawet somatycznej. Najczęściej są to przerwy kilku- i kilkunastoletnie, choć zdarzają się i kilkudziesięcioletnie. Problemem i wyzwaniem z perspektywy lekarza nie powinno być wyłącznie zajęcie się kuracją licznych patologii w obrębie jamy ustnej, z którymi zgłasza się pacjent. Lekarz powinien przede wszystkim skupić się na samopoczuciu pacjenta i na tym, aby odwrócić tendencję do zarzucania wizyt, a często i higieny jamy ustnej. Rozróżniając dwie rzeczy – empatię, zrozumienie i mądrość lekarza od terapii psychologicznej, którą nie zajmujemy się i nie powinniśmy jej robić w warunkach fotela dentystrycznego. Ale mądrze kierowany proces prowadzenia pacjenta przez ten trudny dla niego czas może stanowić z automatu terapię.

CLAVUM CLAVO PELLERE?

Już Arystoteles sugerował, aby zwalczać podobne podobnym. Na polskie realia językowe można to przełożyć: „jak klin klinem”. I fakt, jest to najskuteczniejsze rozwiązanie, pod warunkiem, że kuracja

odbywać się będzie pod okiem dobrego specjalisty. Wyobraźmy sobie, że strauatyzowany pacjent trafia do lekarza bez szeroko pojmowanych kompetencji miękkich. Jaki jest tego skutek? Wzmocnienie istniejących przekonań i spotęgowanie strachu. Na szczęście u takich pacjentów najczęściej działa poczta pantoflowa i kierują swe kroki do sprawdzonych gabinetów, jednak dużo prościej byłoby, gdyby osoba z tytułem lekarza postępowała tylko etycznie i należycie wobec pacjenta, wówczas nie byłoby obaw przed tym, że w tak newralgicznym miejscu jak gabinet lekarski może nas spotkać jakakolwiek niepotrzebna przykreść. Stąd niezbędna jest powszechna wiedza z zakresu psychologii i zasad interakcji z drugim człowiekiem. Brzmi irracjonalnie, ale obserwując ogromny rozstrzał ekspresji temperamentów lekarzy, śmiem twierdzić, że są pewne ogólne zasady, które powinny być przestrzegane, bez względu na temperaturę osobowości.

Często pytam swoich pacjentów, co skłania ich do wizyty po tak długim czasie. Nierzadko motywują ich osoby z najbliższego otoczenia i to one są powodem przyścia do gabinetu. Pokazuje to, jak głęboko strach przed leczeniem jest zakotwiczony w pacjencie. Na tyle głęboko, że sami, nie będąc przekonanymi do wizyty, podejmują ją tylko dlatego, że nie mogli już znieść ciągłego ponagłania ze strony najbliższych. Takich osób jest mnóstwo.

“

Nie chodzi o to, by dać się zwariować, ale trzeba mieć na uwadze, że służymy nie tylko wiedzą medyczną, ale przede wszystkim pomocą, po którą drugi człowiek się zgłasza.



I często zgłaszają się już z zaawansowanymi patologiami.

Jednym z absurdalnych przypadków była 18-letnia dziewczyna, która w tym wieku po raz pierwszy stawiała się na wizytę. Zapytana, dlaczego nigdy do tej pory nie była w gabinecie, powiedziała, że się bała. Jak widać strach przed dentyścią jest na tyle ogromny, że potrafi dotyczyć też osoby, które w ogóle nie doświadczyły wizyty, a nawet nie miały bezpośredniego kontaktu ze stomatologiem. To już duży problem, który pokazuje, jak środowisko potrafi stymulować nastawienie. Przede wszystkim odnosi się to do dzieci, które są bardzo plastyczne, jeśli chodzi o kształtowanie światopoglądu, ale i podatne na wszelkiego rodzaju sugestie (nawet te podawane nieświadomie).

W codziennej pracy widzę, jak nieletni są modelowani przez otoczenie. Gdy mają mądrych rodziców, pierwsza wizyta (w zależności od wieku dziecka) jest najczęściej przygodą i tak ją nazywam. Czynności, które wykonuję wobec dziecka pierwszy raz, traktuję neutralnie. To bardzo ważne, żeby nie zaklinać rzeczywistości i nie przesadzać w żadną stronę. Tyczy się to głównie dzieci. Bo postępowanie z pacjentem młodocianym a dorosłym jest zupełnie inne. I nie chodzi tu tylko o dobór słownictwa. Gdy dziecko jest stymulowane przez

otoczenie negatywnymi obrazami lekarza dentyisty, zachowuje się zupełnie inaczej i widać to już od przekroczenia progu gabinetu. Bardzo często trzeba nakreślić to opiekunom, pokazać „z boku”, jak zachowuje się ich syn czy córka, a jak teoretycznie powinno się zachować. Ktoś powie, że wszystko zależy od temperamentu dziecka – to prawda, ale zupełnie inaczej wygląda obawa przed nieznanym, a inaczej strach przed czymś, co zostało mu przedstawione lub co zna.

Adaptacja dzieci i dorosłych strauatyzowanych na fotelu to bardzo obszerny i ważny temat. Tego typu pacjenci, póki nas nie poznają, są niezmiernie wyczuleni na każdy nasz ruch i słowo. Nie chodzi o to, by dać się zwariować, ale trzeba mieć na uwadze, że służymy nie tylko wiedzą medyczną, ale przede wszystkim pomocą, po którą drugi człowiek się zgłasza. Nasze manipulacje w jamie ustnej są równie ważne jak odpowiednie podejście do emocjonalnej strony pacjenta. Jeśli nie czujemy się na siłach podejmować trudnych pacjentów, nie pogłębiajmy ich traumy i po prostu tego nie róbmy. Natomiast, pacjent który po pierwszej wizycie roni łzy ulgi i radości, a na kolejne przychodzi z nieukrywaniem uśmiechem, jest największą motywacją i kwintesencją sensu naszego „pomagania”. *Primum non nocere*, drodzy Koledzy! ■

KOMUNIKACJA W MEDYCYNIE

Budowanie na relacjach



Dobra komunikacja podnosi jakość i skuteczność leczenia.

TEKST **LUCYNA KRYSIAK**, DZIENNIKARZ

Z komunikowaniem się mamy do czynienia na każdym poziomie funkcjonowania lecznictwa i stanowi ono narzędzie do realizacji celów, w których nakłady finansowe powinny być adekwatne do efektów.

Niestety tak nie jest, mimo że od relacji pomiędzy pacjentem a lekarzem, pacjentem a szpitalem oraz lekarzem a systemem zależy nie

tylko jakość i skuteczność leczenia, ale też efekt realizacji programów polityki zdrowotnej. W Okręgowej Izbie Lekarskiej w Łodzi Fundacja „Misja Medyczna” zorganizowała Kongres Komunikacji w Ochronie Zdrowia, poświęcony problemom związanym z tego typu relacjami.

CZUŁY PUNKT

Uczestnicy kongresu podjęli próbę określenia przyczyn niepowodzeń różnego rodzaju przedsięwzięć

prozdrowotnych. Zastanawiali się m.in., dlaczego wielokrotnie dzieje się tak, że znajdują się pieniądze np. na badania profilaktyczne, są placówki, które je organizują, a jest tak słaba zgłaszalność, że ponoszą one fiasko. Dotyczy to badań mammograficznych, cytologicznych, proktologicznych i wielu innych.

Krzysztof Suszek, przewodniczący Rady Fundacji „Misja Medyczna” tłumaczył, że ochrona zdrowia to jeden z tych obszarów, który pod względem komunikacji jest skomplikowany i kontrowersyjny, niepowodzeń należy więc szukać w nietrafionych przekazach. – Zdrowie to czuły punkt, należy zatem wykazać się wyczuciem i delikatnością, ponieważ nieumiejętnie dobrany przekaz potrafi odbiorcę nie tylko zniechęcić, ale wywołać w nim agresję – przestrzegał Krzysztof Suszek i podkreślał, że należy wypracować nowe, bardziej skuteczne mechanizmy komunikowania się, by można było tworzyć efektywne programy profilaktyczne oraz antykrzysowe, a także te poprawiające kontakt na podstawowym poziomie relacji pacjent-lekarz i pacjent-system.

Prof. Ewa Sewerynek, kierująca Zakładem Zaburzeń Endokrynologicznych i Metabolizmu Kostnego UM w Łodzi oraz Ośrodkiem Menopauzy i Osteoporozy w tym mieście odniosła się do zjawiska adherencji, czyli przestrzegania zaleceń terapii, oraz compliance, tzn. systematyczności leczenia.

Jako przykład łamania tych zasad podała osteoporozę, gdzie w przypadku 80 proc. złamań osteoporozycznych nie podejmuje się leczenia, a spośród 9 proc. pacjentów, którzy zgłaszają się na terapię, większość z czasem z niej rezygnuje. Okazuje się, że aż 7 spośród 10 lekarzy nie wie, dlaczego tak się dzieje.

Tak jest nie tylko w endokrynologii, dlatego podejmuje się próby naukowego uzasadnienia tego zjawiska. W onkologii problem jest jeszcze bardziej złożony. Komunikowanie się ma tutaj szczególne znaczenie, gdyż chodzi nie tylko o adherence i compliance, ale i o stronę psychologiczną problemu oraz czas, który lekarz może poświęcić pacjentowi. Prof. Beata Jagielska, prezes Koalicji Medycyny Personalizowanej uważa, że lekarz powinien mieć tyle czasu dla pacjenta, ile wymaga sytuacja, ponieważ każdy, kto usłyszy diagnozę - nowotwór - jest zdezorientowany, a z rozmowy z lekarzem niewiele rozumie i pamięta. Niestety, wymogi kontraktu z NFZ są nieubłagane i dlatego często wywiad jest przeprowadzany schematycznie, a komunikacja zaburzona. Ta nadmiernie rozbudowana administracja niszczy relację pomiędzy lekarzem i pacjentem.

KOMUNIKACJI TRZEBA UCZYĆ

Paweł Czekalski, prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi, która była jednym z patronów medialnych kongresu, powiedział, że sztuki komunikacji powinno się uczyć już na studiach i dotyczy to zarówno przyszłych lekarzy, jak i pielęgniarek, a także kształcących się na kierunku zdrowie publiczne. Jego zdaniem najważniejsza jest komunikacja interpersonalna, polegająca na wymianie informacji, której kwintesencją jest porozumienie się lekarza z pacjentem i jego rodziną, a także zarządzającymi i płatnikiem, ponieważ od tego porozumienia zależy cały proces leczenia i jego skuteczność.

Jakub Gołąb, dyrektor



Komunikowanie się ma w onkologii szczególne znaczenie, gdyż chodzi nie tylko o adherence i compliance, ale i o stronę psychologiczną problemu oraz czas, który lekarz może poświęcić pacjentowi.

Departamentu Komunikacji i Dialogu Społecznego w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta, uważa, że organizowanie opieki zdrowotnej w różnych jego sektorach i na różnych poziomach działania powinno uwzględniać opinie pacjentów, gdyż na tej podstawie można określić ich potrzeby zdrowotne i oczekiwania. - Pacjent wyrabia sobie zdanie na podstawie własnych doświadczeń, o których dowiadujemy się z telefonów na infolinię i to jest dla nas miernikiem tego, co dzieje się w ochronie zdrowia. Najczęściej sygnalizowane są problemy z otrzymaniem świadczenia, długie terminy oczekiwania na wizytę u specjalisty i na zabiegi, brak informacji na temat działań niepożądanych - wylicza Jakub Gołąb. Paweł Paszkowski, prezes Zarządu Centrum Diagnostyki i Terapii Onkologicznej Nu-Med w Tomaszowie Mazowieckim, zgadza się, że jest to niezwykle cenne narzędzie w budowaniu systemu ochrony zdrowia, ale powinno być ono skorelowane z odpowiedzialnością pacjenta za swoje zdrowie, a poziom świadomości w tym zakresie jest w Polsce bardzo niski. Radzi więc zacząć od edukacji obywateli już na poziomie szkół podstawowych i liceów, wykorzystując internet, w tym social media.

KAMPANIE MAJĄ SENS

Agencja On Board Think Kong (OBTK) przeprowadziła badania, które miały odpowiedzieć na pytanie, czy kampanie zdrowotne są prowadzone prawidłowo i czy osiągnięto w nich zamierzone cele.

Posiłowano się ankietą skierowaną do pacjentów, za pomocą której zapytano, czy uczestniczyli w jakiegokolwiek kampanii zdrowotnej i czy pod jej wpływem zmienili coś w swoim życiu. 43 proc. Polaków odpowiedziało, że kampania zmieniła ich podejście do kwestii zdrowotnych. 57 proc. spośród nich zadeklarowało, że zmienili nawyki żywieniowe, przechodząc na bardziej zdrową dietę. Znaczna część przyznała, że kampania spowodowała u nich zmianę trybu życia na bardziej aktywny i skłoniła ich do wykonania podstawowych badań krwi.

- W kampanii zdrowotnej nie chodzi tylko o to, aby zachęcić do zgłaszania się na badania. To bardzo szerokie pojęcie, w którym musi się mieścić cel i odbiorca. Trzeba wiedzieć, do kogo i jak mówić. Aby ta komunikacja była trafiona, należy wybrać odpowiednie narzędzia i kanały. Inne będą przeznaczone dla ludzi młodych, inne dla osób starszych - wyjaśnia Izabela Sałamacha, przedstawicielka agencji OBTK i przekonuje, że chcąc trafić do osób starszych, należy wybrać kanały tradycyjne, np. ulotka, a do młodych - nowoczesne, np. internet. Badania OBTK wykazały, że kampanie zdrowotne mają sens, ale muszą mieć sprecyzowane cele, jasno określoną grupę docelową, do której mają dotrzeć i być skoordynowane z systemem ochrony zdrowia. Uczestnicy kongresu byli zgodni, że komunikacja i koordynacja muszą iść w parze - niezależnie, czy dotyczą kampanii zdrowotnych, czy każdej innej działalności w systemie. ■



LUCYNA
KRYSIAK

dziennikarz

NOWY ZAWÓD MEDYCZNY

Odciażyć lekarza

Lokalna inicjatywa Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, dotycząca powołania zawodu asystenta lekarza, zyskuje na znaczeniu. Przypomnijmy, że celem tego przedsięwzięcia jest usprawnienie pracy chirurgów i tym samym zapewnienie lepszej opieki pacjentom.

© L.KRYSIAK@GAZETALEKARSKA.PL

Asystemi lekarza w SCCS wywodzą się z grupy ratowników medycznych, którzy ukończyli studia licencjackie na Śląskim Uniwersytecie Medycznym. Przykład Śląska stał się inspiracją do dyskusji, jakie działania należałoby podjąć, aby utworzenie nowej grupy zawodowej na polskim rynku pracy stało się możliwe i zostało dostosowane do warunków panujących w zamkniętych i otwartych placówkach opieki zdrowotnej oraz do systemów kształcenia na uczelniach medycznych.

BRAKUJE CHIRURGÓW

Z raportu prof. Grzegorza Wallnera, krajowego konsultanta w dziedzinie chirurgii ogólnej, wynika że w tej specjalności od dłuższego czasu notuje się deficyty kadrowe. Obecnie w Polsce jest zarejestrowanych 9 tys. 557 chirurgów (stan z 31 marca br., Źródło: NIL) z czego 8 tys. 876 jest aktywnych zawodowo. Najwięcej lekarzy tej dziedziny medycyny pracuje w oddziałach chirurgii dziecięcej (1113), chirurgii onkologicznej (834) i chirurgii naczyniowej (559), a najmniej - w oddziałach chirurgii klatki piersiowej (227) i chirurgii plastycznej (224).

O dramatycznej sytuacji świadczy fakt, że rozporządzeniem ministra

zdrowia z 2015 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny, chirurgię ogólną wpisano na listę priorytetowych dziedzin medycyny. Mimo to, w 2017 r. spośród 4 tys. lekarzy szkolących się w dyscyplinach zabiegowych, tylko 1656 wybrało chirurgię ogólną. - Średnia wieku chirurga w Polsce wynosi 60 lat i wkrótce znajdą się oni w wieku emerytalnym, kto zatem stanie przy stołach operacyjnych? - pyta prof. Grzegorz Wallner.

W Polsce nie ma formalnych przepisów regulujących normy zatrudnienia chirurgów w oddziałach, a założenia mówią, że minimalna obsada dyżuru to jeden chirurg stacjonarnie na dobę oraz - opcjonalnie - jeden chirurg w gotowości. Minimalna obsada operacyjna to dwuosobowy zespół zabiegowy. Taki skład personalny spełnia kryterium do podpisania kontraktu przez NFZ. W Polsce jest 500 klinik i oddziałów chirurgii ogólnej. W każdej notuje się braki kadrowe. Profesor Wallner widzi możliwości poprawy sytuacji poprzez zwiększenie rekrutacji kadr medycznych, uatrakcyjnienie zasad wyboru tej specjalności, np. poprzez wzrost ich uposażenia do poziomu 2,5-3 średnich krajowych, ale też przyznaje, że mogłoby pomóc wprowadzenie nowego zawodu

medycznego, czyli zabiegowego asystenta lekarza, który odciażyłby chirurga w jego pracy, zwiększając jego wydajność.

NA ŚCIŚLE OKREŚLONYCH ZASADACH

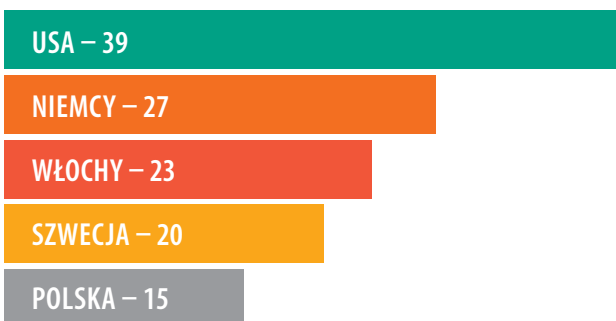
Profesor zastrzega jednak, że nowy zawód może powstać tylko na ściśle określonych zasadach. Muszą być jasno sformułowane uprawnienia zabiegowego asystenta lekarza, obwarowane formalnymi przepisami regulującymi te kwestie. Mógłby on wówczas, pod nadzorem lekarza, prowadzić m.in. dokumentację medyczną (historia choroby, obserwacje, zlecenie badań i produktów leczniczych, wypisy), wydawać orzeczenia o stanie zdrowia, np. o czasowej niezdolności do pracy, działać w zakresie oświaty zdrowotnej i profilaktyki, w tym wykonywania szczepień ochronnych, asystować do operacji, w czasie której mógłby wykonywać proste czynności śródoperacyjne - dreny, szycie, opatrunki.

Zatem asystent mógłby znaleźć swoje miejsce nie tylko na sali operacyjnej czy w oddziale, ale też w podstawowej opiece zdrowotnej, gdzie 50 proc. czasu pracy lekarzowi rodzinnemu zajmują czynności biurokratyczne, co jest marnotrawstwem jego

500

Tyle jest w Polsce
klinik i oddziałów
chirurgii ogólnej.

LICZBA CHIRURGÓW NA 100 TYS. OSÓB



Pod względem liczby chirurgów w przeliczeniu na mieszkańca jesteśmy na jednym z ostatnich miejsc w Europie.

kompetencji. Asystent medyczny może więc zajmować w systemie miejsce we wszystkich jego sektorach. Przekonuje o tym prof. Sylwia Bareja, Academic Director NSU Fort Myers na Florydzie. W USA zawód asystenta lekarza powołano na skutek rosnącego braku lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Obecnie działa tam ponad 120 tys. certyfikowanych asystentów lekarzy. Aby wykonywać ten zawód, trzeba ukończyć studia pierwszego stopnia, w zakresie których wchodzi zajęcia z przedmiotów ścisłych, trzeba też mieć doświadczenie medyczne, listy referencyjne i przejść przez rozmowę kwalifikacyjną. Obecnie w USA są 243 akredytowane programy szkoleń, które trwają od 24 do 36 miesięcy. Obejmują one etapy: dydaktyczny i praktyk klinicznych. Nauka kończy się narodowym egzaminem certyfikującym PANCE, warunkującym otrzymanie licencji stanowej, którą trzeba odnawiać co dwa lata. Wymogiem jej odnowienia jest obowiązkowe doksztalcenie zawodowe. Sam certyfikat narodowy jest odnawiany co 10 lat w formie egzaminu pisemnego.

NAJPIERW PILOTAŻ

Asystenci medyczni muszą być zatem odpowiednio przygotowani do wykonywania swojego zawodu.

Podczas debaty na ten temat, zorganizowanej w SCCS w Zabrze, wyłoniła się koncepcja, że nowy zawód mógłby być realizowany poprzez ścieżkę kształcenia na podbudowie zawodu ratownika medycznego. Uczestnicząca w debacie Małgorzata Gałązka-Sobótka, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, przekonywała, że w tworzeniu polskiego prawa w tym zakresie mogłyby być pomocne kraje, w których systemy kształcenia asystentów medycznych już istnieją, z zastrzeżeniem, że kiedy tworzenie nowego zawodu na początkowym etapie ma charakter oddolnej inicjatywy, musi być poprzedzone pilotażem, dopiero później może nastąpić faza regulacji obejmujących cały kraj. Jej zdaniem najbardziej korzystne byłoby kształcenie na poziomie wyższym magisterskim (studia uzupełniające) lub dwuletnie studia podyplomowe. Kandydatami mogliby być absolwenci kierunków medycznych, np. pielęgniarstwa, ratownictwa, fizjoterapii.

Uczestniczący w debacie Jerzy Friediger, członek Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, zalecał rozważyć w tym zakresie. - Zgadzam się z opiniami, że stanowią oni potencjał, który można wykorzystać, ale czy nie należałoby tego zrobić bez konieczności tworzenia nowego



Młodzi lekarze nie są zainteresowani chirurgią, ponieważ jest to trudna i mało intratna specjalność, wymagająca wieloletniej praktyki. Wynagrodzenie chirurga jest niewspółmierne do wysiłku i umiejętności.

prawa i rewolucji w systemie kształcenia kadr medycznych? Trzeba raczej pomyśleć, jak ich przygotować do nowej roli w zależności od tego, czy będą pracować w POZ, w oddziale szpitalnym, czy na sali operacyjnej. Określić cele i opracować zakres kompetencji, a do tego nie trzeba kształcenia na poziomie studiów magisterskich - przekonywał i dodał, że chodzi o to, by nie wykształcić kolejnej grupy zawodowej, z którą później nie będzie wiadomo, co zrobić, tak jak to się stało z ratownikami medycznymi. ■

RATUJĄC NAJMNIEJSZYCH

Myślami wokół „N”

W amerykańskiej klasyfikacji wykonywanych profesji, zgodnie ze stopniem ich trudności, na pierwszym miejscu znaleźli się astronauta, drudzy byli chirurdzy. Neonatologów próżno szukać na tej liście.

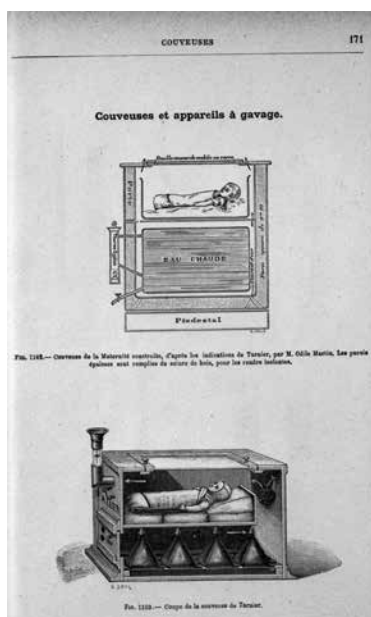
TEKST DR N.MED. **MAGDALENA MAZURAK**,
ODDZIAŁ KARDIOLOGII DZIECIĘCEJ, WOJEWÓDZKI
SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU

Słowa „neonatologia” i „neonatalog” zostały użyte po raz pierwszy w 1960 r. przez Aleksandra Schaeffera w jego podręczniku „Choroby noworodka”. Trzy lata później do szpitala w Bostonie przywieziono nowonarodzonego synka prezydenta Kennedy’ego.

Dziecko urodziło się sześć tygodni za wcześnie, ważyło 2100 gramów, miało kłopoty z oddychaniem. Nietety, zaawansowane techniki wentylacji mechanicznej i intensywnej terapii nie były wtedy dostępne, nawet dla syna prezydenta Stanów Zjednoczonych. Patrick Bouvier Kennedy zmarł dwa dni po narodzinach. Jego śmierć spowodowała burzliwą dyskusję w USA na temat umieralności noworodków. Stwierdzono, że wskaźnik umieralności wśród wcześniaków jest nie do zaakceptowania, wkrótce więc uruchomiono specjalne fundusze i programy badawcze, co było kluczowe dla rozwoju neonatologii jako nauki i miało olbrzymi wpływ na poprawę opieki nad wcześniakami.

INKUBATOR I APGAR

Pierwsze, proste w konstrukcji inkubatory powstały już pod koniec XIX w. Pokazano je publiczności i okazało się, że ludzie chętnie zapłacą za oglądanie tych szklanych domków



Inkubator
wg projektu
Stephane'a
Tarniera,
lata 80. XIX w.

z ich maleńkimi mieszkańcami. Aż do lat 40. ubiegłego wieku doktor Martin Couney, nazywany Doktorem Inkubatorem, organizował pokazy wcześniaków w inkubatorach, które stanowiły część ekspozycji wielkich wystaw czy targów, bądź odbywały się w lunaparkach czy innych miejscach rozrywki. To specyficzne show cieszyło się szalonym powodzeniem.

W 1934 r. dr Couney dostał kuszącą propozycję zajęcia się pięcioraczkami, które urodziły się niemal osiem tygodni za wcześnie, wszystkie razem ważyły nieco ponad pięć kilogramów. Doktor Couney nie przyjął jednak tej oferty, bo był pewien, że dzieci nie uda się uratować. Powszechnie za granicę przeżywalności uznawano wtedy

1500 gramów, a żadna z siostr tylko nie ważyła. Dziewczynki jednak, ku zdumieniu całego świata, przeżyły. Miały po 19 lat, gdy w 1953 r. anestezjolog Virginia Apgar zaprezentowała prostą metodę oceny stanu noworodka w pierwszych minutach jego życia.

MYSIA

Pamiętam, jak w 2005 r. wypisywaliśmy do domu naszą Mysię. W naszej klinice spędziła siedem miesięcy. Urodziła się czternaście tygodni za wcześnie. Ważyła zaledwie 560 gramów. Główka niewiele większa do piłki pingpongowej, kończyny – grubości długopisu. Wola życia tego dziecka była naprawdę niezwykła. W dniu wypisu ważyła 3850 gramów, ale była inna niż te nowonarodzone, starsza, dojrzalsza. Fajna była. Tak się cieszyliśmy, że przeżyła, że rośnie, że poszła do domu.

Nastał piątek rano. Koniec dyżuru. W oddziale wrzask małych gardeł wypełniał całą przestrzeń. Właśnie dowiedzieliśmy się, że nasza Mysia, która miała wyznaczone kontrolne wizyty u specjalistów, te kilkaset kilometrów do Warszawy przejechała autostopem, bo jej 20-letniej mamy nie było stać na taką podróż. Poza tym mama jest w kolejnej ciąży.

Często się zastanawiałam, jakie będą losy tych naszych dzieci, wcześniaków, o których życie walczyliśmy na dyżurach. Czy będą rozwijały się tak, jak ich rówieśnicy, którym natura dała szansę przyjść na świat w terminie porodu? Ale

przecież Churchill, Einstein i de Gaulle też byli wcześniakami. A Newton pojawił się na świecie w Boże Narodzenie i podobno był tak mały, że mieścił się w litrowym garnuszku. Urodził się trzy miesiące za wcześnie i nikt nie wierzył w to, że przeżyje więcej niż kilka dni. Był XVII wiek. Dożył 84 lat.

GDZIE JEST GRANICA?

Niezwykły postęp neonatologii skutkuje tym, że możemy dziś uratować przedwcześnie urodzone dzieci, które jeszcze kilkanaście lat temu miały niewielkie szanse na przeżycie. Pojawiają się jednak sytuacje prowokujące pytania na temat celowości eskalacji intensywnej terapii w przypadku najbardziej niedojrzałych wcześniaków. Gdzie jest ta granica, która sprawia, że rodzą się dylematy etyczne, wątpliwości, czy w przypadku najmniejszych, najbardziej chorych wcześniaków zaawansowane techniki intensywnej terapii nie są dla nich gorsze niż śmierć?

DYLEMATY

Gdzie jest ta granica, która sprawia, że rodzą się dylematy etyczne, wątpliwości, czy w przypadku najmniejszych, najbardziej chorych wcześniaków zaawansowane techniki intensywnej terapii nie są dla nich gorsze niż śmierć?

ich dziecka. Charlotte Wyatt urodziła się w południowej Anglii, czternaście tygodni przed spodziewanym terminem porodu, ważyła wtedy zaledwie 458 gramów. Dziecko, u którego wystąpiło wiele z możliwych powikłań skrajnego wcześniactwa, wielokrotnie wymagało resuscytacji i nawet po kilkunastu miesiącach życia nadal potrzebowało wysokich stężeń tlenu do oddychania. Sędzia wysłuchał opinii lekarzy tworzących interdyscyplinarny zespół specjalistów opiekujących się tym dzieckiem. Według nich ratowanie życia Charlotte Wyatt za wszelką cenę jest bezcelowe i niehumanitarne, bo kolejne próby przynoszą tylko ból i cierpienie. Badania wykazały, że to dziecko najprawdopodobniej nigdy nie będzie słyszało, widziało ani chodziło, a pierwsza, nawet niegroźna infekcja, może być dla niej śmiertelna. Inne zdanie mieli rodzice dziewczynki, szczególnie ojciec, który twierdził, że ich dziecko jeszcze ciągle walczy. Przekonywał, że jeśli zauważy, że ono naprawdę cierpi, to wtedy zmieni zdanie. Sąd przekonały argumenty specjalistów. Uznano, że w tym przypadku życzenie rodziców nie jest równoznaczne z interesem pacjenta i nie wydano nakazu ratowania życia Charlotte w przypadku pogorszenia się jej stanu zdrowia. Sąd uznał, że w takiej sytuacji lekarze powinni podjąć decyzję o zaniechaniu uporczywej terapii po konsultacji z rodzicami, bo w interesie Charlotte nie jest śmierć podczas intensywnych i bezskutecznych zabiegów.

ZOSTAJE TYLKO FOTOGRAFIA

To była bardzo głośna noc. Sylwester. No i Paryż. Tej nocy Juliusowi i Zofii Kossakom (przyszłym dziadkom Marii Pawlikowskiej-Jasnorzewskiej) – urodzili się bliźnięta, dwaj chłopcy: Wojciech, kwadrans przed północą 31 grudnia 1856 r. i Tadeusz, już po północy, czyli 1 stycznia 1857 r. Wydawałoby się, że taka sytuacja nie może się zdarzyć: bliźnięta z różną datą urodzenia – i to nie tylko dzienną, ale i roczną. Sto pięćdziesiąt pięć lat temu ciąża była wielką niewiadomą, niepokojącą niekiedy

tajemnicą, a narodziny bywały także nieoczekiwaną niespodzianką.

Czasami, gdy w nocy byłam na porodówce, przypominała mi się ta ciekawa historia narodzin małych Kossaków. Oni mieli zwykłe imiona, zastanawiam się więc, dlaczego teraz często dzieje się tak, że im noworodek w cięższym stanie, im bardziej niedojrzały, tym rzadsze imię nadają mu rodzice? Kasjan, Ksenia, Amadeusz, Lukrecja... Wracam na erkę. Nerwowe zamieszanie. Jedno z dzieci odchodzi. Uciskając jego klatkę piersiową i masując miniaturowe serce, obserwuję z podziwem szefa dyżuru kierującego akcją. Udało się. „Ja i za dwadzieścia lat nie będę taka mądra” – wyrwa mi się. „No, właśnie za dwadzieścia lat będziesz” – słyszę odpowiedź. Rano przychodzą zmiennicy. A na korytarzu są już nasze dzieci, które półtora roku temu wypisaliśmy do domu i teraz przyszły do nas w odwiedziny. Patrzą nieufnie, wietrzą podstęp. Pamiętają, szelmy, kto im się wkuwał w żyły, gdy leżały w inkubatorach i ważyły trochę ponad pół kilograma...

Tyle wysiłku nas wszystkich, czasu, sprzętu i pieniędzy potrzeba, żeby uratować maleńkiego i chorego wcześniaka. W nocy transfuzja wymienna u jednego z tych najmniejszych. Zaraz po tym nagle pogorszył się stan innego dziecka. Telefony do stacji po krew, osocze, kilkukrotna reanimacja. Bez efektu. Idę do jego mamy. „Proszę pani, stan dziecka jest krytyczny, ono umiera” – mówię. „Wiem, pani doktor, te alarmy tak wyły... ja tak czułam, że to moje”. Nad ranem dziecko zmarło. Matka trzymała ręce w inkubatorze na swoim umierającym dziecku, po którym zostaną jej tylko śpioszki, bransoletka identyfikująca, może zdjęcie. Nie o takich sytuacjach pisała Maria Pawlikowska-Jasnorzewska, ale jakież to trafne: „gdy się miało szczęście, które się nie trafia: / czyjeś ciało i ziemię całą, / a zostaje tylko fotografia / to – to jest bardzo mało”.

Patrząc przez okno erki. Ilu z tych przechodniów ma pojęcie, co robi neonatolog i co oznacza litera „N” na boku karetki reanimacyjnej? ■

“

Tyle wysiłku nas wszystkich, czasu, sprzętu i pieniędzy potrzeba, żeby uratować maleńkiego i chorego wcześniaka.

BADANIE PRZEDMIOTOWE

Jubileusz

Ten felieton dedykuję wszystkim, którzy jak ja przyszli [co za eufemizm!] na świat owego roku, w którym Jimi Hendrix zagrał na festiwalu w Woodstock, Neil Armstrong zrobił sobie spacer po srebrnym globie, a Bardo, Chelmek i Konstancin-Jeziorna zyskały prawa miejskie.



JOANNA SOKOŁOWSKA

pediatra, felietonista

Podobno życie zaczyna się „po”... – a przynajmniej następnego dnia nie jest gorzej.

Przychodzi taki moment, kiedy oglądając po raz setny „Czterdzieści latka”, zdajesz sobie sprawę, że jesteś bardziej Madzią Karwowską niż jej córką Jagodą, a na dodatek młoda koleżanka z pracy, z którą dzielisz się właśnie owym spostrzeżeniem, z roztargnieniem pyta: „Kto to w ogóle są ci Karwowscy?”... Taka sytuacja to znak, że nasz PESEL znajduje się w górnej strefie stanów średnich i oto nadciąga totalny kaktizm – jubileusz.

“

Istnieje cały arsenał magicznych reguł na zaklinanie jubileuszowej rzeczywistości. Każdy sam musi zdecydować, jaką taktykę wybrać. Na własną odpowiedzialność. To nie jest medycyna oparta na faktach.

Oczywiście fakt okrągłej rocznicy – urodzin, zamążpójścia, rozpoczęcia pracy zawodowej czy innej formy zniewolenia – można próbować ukryć, ale zawsze znajdzie się jakiś życzliwy, który pokrzyżuje plany spokojnego ominięcia rocznicowej rafy. Trzeba więc zawczasu przygotować strategię.

Istnieje cały arsenał magicznych reguł na zaklinanie jubileuszowej rzeczywistości. Każdy sam musi zdecydować, jaką taktykę wybrać. Na własną odpowiedzialność. To nie jest medycyna oparta na faktach.

Najbardziej popularna metoda polega po prostu na... świętowaniu. I tu – jako osoba obsesyjnie wręcz unikająca wszelkiego rodzaju gal, rautów i koncertów ku czci – chylę czoła przed każdym, kto z wypiętą do orderu piersią przyjmuje na siebie rolę „szacownego jubilata”. Podziwiam odwagę, hart ducha i dystans do własnej osoby! Choćby bowiem organizator uroczystości nie wiem, jak się starał – choćby formuła spotkania była nadzwyczaj dowcipna i oryginalna, a dowody uznania wyrażone z niebywałą

wprost finezją – ryzyko przemiany bohatera wieczoru w „Dziadka Poszepczyńskiego” jest wysokie. W gąszczu nieuniknionych w tej sytuacji wspomnień, trzeba poruszać się z uwagą sapera i gracją Małgorzaty Rozenek, by nie zorientować się w pewnej chwili, że właśnie opowiadamy zdumionemu koledze o tym, jak odgrzewało się obiad w autoklawie i że kuchenkę mikrofalową to wówczas w „Sondzie” pokazywali panowie Zdzisław Kamiński i Andrzej Kurek.

Należy również pamiętać, że taka forma obchodzenia jubileuszu generuje koszty – nie jest to więc wariant dla osób oszczędnych. Świętujący z nami oczekują zazwyczaj „drobnego poczęstunku”, przy czym wyraz „drobny” to tutaj zwykły eufemizm.

Pewną korzystną modyfikacją powyższego wydaje się opcja „w kupie (pardon!) raźniej”. Przy odrobinie kreatywności i szczęścia możemy znaleźć osobę lub osoby, które mają podobny problem (lub PESEL). Wszystkie koszty – materialne i moralne – rozkładają się wtedy tym korzystniej, im większą grupę przekonamy,

“

Pamiętajcie, proszę, również o tym, że jest jedna osoba, która o tym, że „nic się nie stało”, wiedzieć nie może!

że coś nas łączy. No i rośnie prawdopodobieństwo, że wspomnienie posiłku podgrzewanego w autoklawie przywoła ciepły i nostalgiczny uśmiech przynajmniej na kilku twarzach.

Dość atrakcyjnym rozwiązaniem jest wariant, który nazwałam „Kole-dzy, nic się nie stało!”. Polega on na przejściu, z wdziękiem wspomnianej powyżej Perfekcyjnej Pani Do-mu, do porządku dziennego nad faktem wkroczenia w kolejny etap swojej dorosłości. To tak, jakbyśmy pokazali przemijaniu figę z makiem! „Nie liczę godzin i dat, to życie mi-ja, nie ja...” – śpiewał kiedyś pewien pan. Możemy uczynić z tego wer-su swoje jubileuszowe credo, dając sygnał naszym empatycznym kole-gom, że nie chcemy z nimi w ogóle o tym rozmawiać. W tym, z pozoru prostym rozwiązaniu, kryje się jed-nak pewna niebezpieczna pułapka. Trzeba bardzo uważać, by nie prze-oczyć momentu, w którym już wszy-sczy wokół widzą, że jednak „coś się stało” i zaczynają o tym rozmawiać za naszymi plecami.

Pamiętajcie, proszę, również o tym, że jest jedna osoba, która o tym, że „nic się nie stało”, wie-dzieć nie może! To wasz pracodaw-ca – ten niech wie! Nie ukrywajcie przed nim, że oddaliście mu najlep-sze lata swojej młodości, szczytowe możliwości, pot i łzy. Da wam może za to premię... jubileuszową.

Pewną ekstremalną modyfika-cją udawania, że nic się nie stało, wydaje się metoda „na zapomnie-nie”. Jeżeli drzemie w nas iskierka aktorskiego talentu, którą podsy-cicie starannym przygotowaniem etiudy „To naprawdę dziś?!”, mo-żecie wypaść wiarygodnie i uniknąć żenującego „sto lat!”. Ale uwaga!

Sposób ten, nie dość, że wymaga-jący żmudnych prób, wydaje się być zgoła jednorazowego użytku. Jego powtórne zastosowanie, zwłaszcza jeśli błyśniemy dramatycznym talen-tem, może spowodować, że koledzy

zaczną poszukiwać w naszym rze-komym roztargnieniu znamion pro-cesów starzenia. A tego nie chce-my, prawda?

Jest jeszcze jeden sposób – wy-daje mi się – doskonały. Nazwałam go „Na słonia”. Są przecież rocznice małe i duże. A te duże z pewnością bardziej zasługują na świętowanie niż te małe. Zasłońmy więc na-sze małe, niewiele znaczące, ju-bileuszyki hucznym świętowaniem tych innych, wielkich.

Rok 2019 daje nam ku temu wie-le powodów. Także w samorządzie lekarskim! ■

• REKLAMA

W PIGUŁCE

Indie: protest kilkuset tysięcy lekarzy

17

czerwca setki tysięcy lekarzy protestowało w Indiach przeciw agresywnym zachowaniom pacjentów i ich rodzin oraz złym warunkom pracy.

Jak podaje Reuters, tydzień wcześniej w Kalkucie grupa młodych mężczyzn zaatakowała trzech młodych lekarzy. Celem ataku byli pracownicy szpitala, gdzie zmarł krewny napastników. Krótko po tym wydarzeniu lekarze z całego stanu West Bengal, w geście solidarności,

Protestujący żądali wprowadzenia przepisów zwiększających ochronę personelu medycznego w szpitalach i zaostreżenia kar za ataki ze strony pacjentów i ich bliskich. Demonstrujący podkreślali, że na tego typu sytuacje lekarze są narażeni od dawna.

Jak podaje „The Guardian”, zdaniem dra Rajana Sharmy, prezydenta-elekta IMA, sedno sprawy tkwi w tym, że w Indiach jest zbyt mało lekarzy (1 na tysiąc mieszkańców), niewystarczająca liczba szpitali i brakuje wyposażenia. Warto zwrócić uwagę, że Indie przeznaczają zaledwie 1,4 proc. PKB na opiekę zdrowotną (w planach jest zwiększenie wydatków na zdrowie do 2,5 proc. PKB przed 2025 r.).

Dr Rajan Sharma podkreśla, że w takich warunkach trudno jest pracować, trudno też nie rozumieć zdenerwowania ze strony pacjentów, a w tak napiętej atmosferze łatwo wywołać konflikt. Według sondażu przeprowadzonego przez IMA, aż 75 proc. lekarzy doświadczyło agresji słownej, a 12 proc. – fizycznej. Po poniedziałkowych protestach Harsh Vardhan, minister zdrowia Indii, napisał na Twitterze, że rząd musi ustanowić prawo, w którym atak na lekarza będzie zagrożony karą 12 lat pozbawienia wolności bez możliwości zwolnienia. ■

“

17 czerwca doszło w Indiach do protestu, w którym wzięły udział setki tysięcy lekarzy.

rozpoczęły strajk, a Indian Medical Association (organizacja reprezentująca około 350 tys. z 900 tys. lekarzy praktykujących w Indiach) wezwała wszystkich lekarzy do ogólnokrajowego protestu. W poniedziałek 17 czerwca doszło do protestu, w którym wzięły udział setki tysięcy lekarzy. Szpitale objęto akcją protestacyjną, ale pomoc w nagłych przypadkach była udzielana.

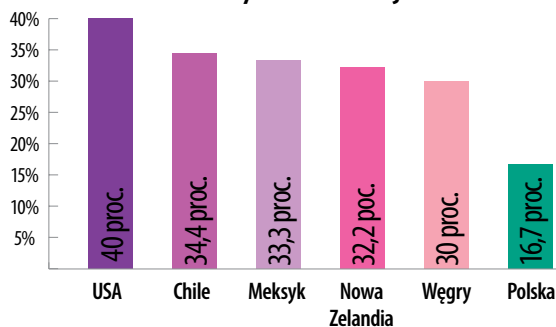
Gdzie jest największy problem z otyłością?

W

ięcej niż jedna osoba na dwóch dorosłych i prawie jedno dziecko na sześciu małoletnich w krajach OECD ma nadwagę lub otyłość.

Najwięcej osób otyłych (w wieku 15+) w stosunku do ogółu dorosłej populacji jest w Stanach Zjednoczonych (40 proc.), kolejne miejsca zajmują Chile, Meksyk i Nowa Zelandia. Wysoko w tej niechlubnej statystyce plasują się także Węgry, Turcja, Portugalia, Kanada i Australia. Najmniej otyłe narody to Japończycy (4,2 proc.) i Koreańczycy (5,5 proc.). Tuż za nimi są Włosi, ale tutaj odsetek otyłych jest już niemal dwa razy wyższy (9,8 proc.). W Polsce jest 16,7 proc. dorosłych otyłych. W ostatnich latach niektóre kraje OECD, w tym m.in. Belgia, Chile, Finlandia, Węgry czy Meksyk wprowadziły

Otyłość w krajach OECD



Odsetek otyłych (15+) w stosunku do ogółu dorosłej populacji danego kraju, OECD Health Statistics 2018

bardziej restrykcyjną politykę fiskalną w stosunku do niektórych produktów potencjalnie niezdrowych (np. słodzone napoje czy pokarmy z dużą zawartością tłuszczów nasyconych są dodatkowo opodatkowane). Podkreśla się także, że w walce z otyłością pomocne są dobrze przeprowadzone kampanie edukacyjne, zawierające czytelne przekazy na temat zdrowego odżywiania. ■

W PIGUŁCE

Zarobki lekarzy w UK

Jakie są pensje lekarzy pierwszego kontaktu i specjalistów w Wielkiej Brytanii? Czy są oni zadowoleni ze swojej pracy? Pod koniec maja ukazał się Medscape UK Doctors' Salary and Satisfaction Report 2019, który zdradza odpowiedź na te pytania.

Okazuje się, że w 2018 r. lekarz pierwszego kontaktu (GP) zarobił średnio 104 tys. funtów (na cały etat), a specjalista – 115 tys. funtów. Odnotowano znaczące różnice w wysokości pensji w zależności od płci – w przypadku GP wynagrodzenie

lekarza było o 26 proc. wyższe niż lekarki, a u specjalistów – mężczyźni mieli pensje aż o 38 proc. wyższe niż kobiety. Zdaniem 67 proc. lekarzy GP i 59 proc. specjalistów wysokość ich zarobków nie jest satysfakcjonująca.

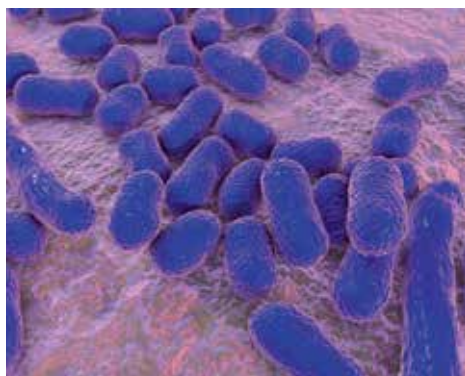
Ile czasu poświęca się w Wielkiej Brytanii na wypełnianie dokumentacji? Niemal połowie ankietowanych ta czynność tygodniowo zajmuje 15 godzin i więcej. A jak bardzo lekarze są zadowoleni ze swojej pracy? Zdecydowana większość jest usatysfakcjonowana, a największą radość daje im poczucie, że są dobrzy w tym,

co robią, wysoko też stawiają relacje z pacjentami. Wśród największych wyzwań wymieniają za duże obciążenie pracą i zbyt wiele regulacji w ramach praktyki w NHS.

Na pytanie, czy wybraliby ponownie studia medyczne, większość respondentów, bo aż 39 proc., udzieliło odpowiedzi, że nie. Zadano też pytanie, czy rozważają decyzję o emigracji. Okazuje się, że połowa biorących udział w badaniu nie planuje emigracji zarobkowej, 31 proc. jest na tak, a 17 proc. nie ma zdania w tej sprawie. ■



Przeciw oporności bakterii



w najmniejszym stopniu przyczyniają się do powstawania antybiotykooporności (ze względu na wąskie spektrum działania).

Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, dyrektor generalny WHO, podkreśla, że wszystkie kraje muszą szukać kompromisu pomiędzy zapewnieniem powszechnego dostępu do ratujących życie antybiotyków, a powstrzymaniem zjawiska antybiotykooporności, rezerwując użycie niektórych z tych leków tylko w najtrudniejszych do zwalczenia infekcjach. – Wzywam wszystkie kraje do zaadaptowania AWaRe, jako praktycznego narzędzia i do wdrożenia tej koncepcji w życie – apeluje dyrektor generalny WHO.

Obecnie każdego roku umiera co najmniej 700 tys. osób z powodu zakażenia lekoopornymi bakteriami. Znacząca część tych zgonów jest spowodowana gruźlicą oporną na leczenie (dane: Raport International Coordination Group on Antimicrobial Resistance z kwietnia br.). Jednym z większych problemów jest wzrost oporności na bakterie Gram-ujemne, w tym *Acinetobacter*, *Escherichia coli* i *Klebsiella pneumoniae*. ■

Chiny wolne od malarii

Państwo Środka ma powód do świętowania. Jak informuje WHO, kraj ten od sierpnia 2016 r. nie zanotował ani jednego rodzimego przypadku zachorowania na malarię.

Chiny od dekad walczyły z wyeliminowaniem tej choroby na swoim terytorium. W 1955 r. zapoczątkowano narodowy program kontroli malarii, który z czasem zaczął przynosić wymierne efekty. Do tego stopnia, że przed końcem 1990 r. liczba całkowita zakażonych spadła do 117 tys. (dla porównania: w latach 40. XX w. notowano około 30 mln przypadków zachorowań). W 2010 r. Chiny ogłosiły, że przed 2020 r. dokonają eradykacji malarii w swoim kraju. Aby to osiągnąć, m.in. wdrożono procedurę szybkiego wykrywania nowych przypadków zakażeń i zapobiegania rozprzestrzenieniu się choroby.

Wiele podjętych działań skutkowało tym, że w 2016 r. odnotowano tylko 3 rodzime przypadki malarii w Chinach, a w 2017 i 2018 r. – żadnego. Także w tym roku nie zareportowano żadnego zachorowania na malarię. Nie oznacza to jednak, że Chińczycy mogą spać spokojnie. Prowincja Yunnan graniczy z trzema państwami, gdzie malaria występuje, więc czujność trzeba zachować. ■

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) opracowała narzędzie, które ma przyczynić się do zwalczania antybiotykooporności. 18 czerwca zainaugurowano globalną kampanię wzywającą rządy do jego zaadaptowania.

AWaRe ma ułatwić bezpieczniejsze i bardziej efektywne stosowanie antybiotyków. Narzędzie dzieli je na trzy grupy, określając, które leki w przypadku określonych infekcji powinny być stosowane w pierwszej kolejności, a których użycie ma być ograniczone, a także te do stosowania w ostateczności. W pierwszej grupie znalazły się więc medykamenty, które

POLACY NA ARENIE MIĘDZYNARODOWEJ

W ścisłym kierownictwie ISfTeH

Prof. Piotr Henryk Skarżyński z Zakładu Niewydolności Serca i Rehabilitacji Kardiologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego objął w kadencji na najbliższe trzy lata (2019-2021) funkcję wiceprzewodniczącego i reprezentanta członków instytucjonalnych Zarządu Międzynarodowego Towarzystwa Telemedycyny i e-Zdrowia (ISfTeH).

“

Misją ISfTeH jest promocja i wspieranie na całym świecie działań z zakresu telemedycyny i e-zdrowia.

O miejsce w radzie zarządu, jako przedstawiciel członków instytucjonalnych, ubiegał się prof. Krishnan Ganapathy, prezydent Fundacji Apollo Telehealth Networking. Pozostałe funkcje objęli: Andy Fischer ze Szwajcarskiego Towarzystwa Telemedycyny i e-Zdrowia (jako przedstawiciel krajowych członków) oraz Michele Griffith z USA (jako przedstawiciel członków indywidualnych).

Wybór polskiego lekarza na stanowisko wiceszefa i reprezentanta członków instytucjonalnych Zarządu ISfTeH jest dowodem uznania za pracę na rzecz rozwoju i promocji telemedycyny w kraju i za granicą, zaangażowanie w rozwój pierwszej Krajowej Sieci Teleaudiologii w Polsce oraz międzynarodowych badań naukowych, badań przesiewowych słuchu i e-konsultacji w Afryce i Azji.

Misją ISfTeH jest promocja i wspieranie na całym świecie działań z zakresu telemedycyny i e-zdrowia, ułatwienie dostępu oraz rozpowszechnianie międzynarodowego know-how, wiedzy i doświadczeń uznanych ekspertów w tej dziedzinie. Towarzystwo jest jednostką partnerską Światowej Organizacji Zdrowia, a także organizacją parasolową dla krajowych organizacji telemedycznych i e-zdrowia, wspierającą organizacje pozarządowe i projekty związane z opracowaniem narzędzi i standardów wykorzystywanych w telemedycynie. Polskie organizacje, będące członkiem Międzynarodowego Towarzystwa Telemedycyny i e-Zdrowia, to Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Instytut Narządów Zmysłów oraz Międzynarodowe Centrum Słuchu i Mowy Medincus. ■

Rodzime uczelnie wysoko w rankingu Leiden

W międzynarodowym rankingu oceniającym uniwersytety pod względem równości płci wśród autorów publikacji naukowych bardzo wysoko uplasowały się polskie uczelnie. Pierwsze miejsce zajął Uniwersytet Medyczny w Lublinie, gdzie 56 proc. kobiet znalazło się wśród autorów wszystkich publikacji. Na kolejnych miejscach były: brazylijski Uniwersytet w Marindze (54,1 proc.) oraz Uniwersytet Belgradzki w Serbii (53,5 proc.). W pierwszej dziesiątce uplasowały się jeszcze dwie polskie uczelnie: Uniwersytet Gdański, który z wynikiem 52,9 proc. zajął czwarte miejsce i Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, który został sklasyfikowany na miejscu siódmym (51 proc.).

Z raportu wynika, że w porównaniu z innymi krajami sytuacja kobiet na polskich uniwersytetach jest wyjątkowo dobra. W pierwszej pięćdziesiątce rankingu było aż trzynaście polskich uczelni, m.in. Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Uniwersytet Medyczny w Łodzi i Warszawski Uniwersytet Medyczny. Najlepsze wyniki osiągnęły uczelnie w Europie Środkowo-Wschodniej i Ameryce Południowej. Raport co roku jest publikowany przez Centrum Badań Naukowych i Technologicznych na Uniwersytecie w Leiden. Podstawą jest ocena wyników naukowych uczelni na całym świecie w oparciu o publikacje ich pracowników. W tym roku po raz pierwszy uwzględniono wskaźnik równowagi płci,

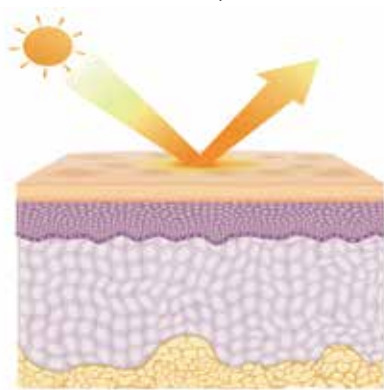


obliczając proporcję kobiet wśród całkowitej liczby autorów. Ogólne wyniki pokazują, że kobiety są autorami jedynie około 30 proc. prac naukowych na całym świecie. Dane zostały wyliczone na podstawie analizy prac, które ukazały się na 963 ujętych w rankingu uczelniach pomiędzy 2014 a 2017 r. Ranking Leiden pokazuje również, że liczba autorek na uniwersytetach stale rośnie. Jednak od poprzedniego badania, obejmującego lata 2006-2009, globalny wynik wzrósł o ok. 3 proc. ■

Uroczystość promocji habilitacyjnych i doktorskich na UM w Lublinie

W PIGULCE

Toksyczne kosmetyki?



Wiele osób, korzystając z uroków słonecznej pogody, chroni swoją skórę kosmetykami z filtrami UV. Czy to

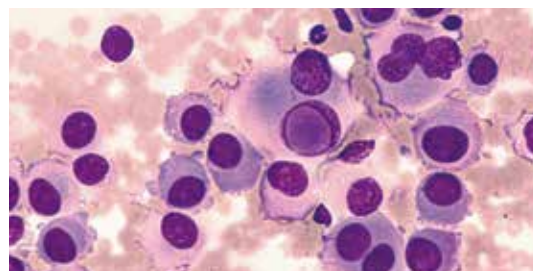
zawsze bezpieczne? Kilka tygodni temu w „JAMA” opublikowano wyniki randomizowanego badania klinicznego, oceniającego stężenie we krwi czterech aktywnych składników kremów z filtrem, po ich zewnętrznym zastosowaniu z maksymalną zalecaną częstością. W badaniu uczestniczyło 24 zdrowych ochotników. Przydzielono ich do czterech grup z dostępnymi komercyjnie formami kosmetyków zawierającymi filtr UV (krem, dwa rodzaje sprayu, balsam). Cztery razy dziennie, przez cztery kolejne dni, badane osoby aplikowały na 75 proc. powierzchni ciała 2 mg kosmetyku na powierzchni 1 cm³ skóry. Krew do badania stężenia aktywnych

substancji kosmetyków pobierano 30 razy w ciągu tygodnia. 23 osoby zakończyły całość badania klinicznego. W pierwszym dniu badania u wszystkich uczestników stężenie aktywnych substancji przekroczyło 0,5 ng/ml (jest to próg wyznaczony przez Amerykańską Agencję ds. Żywności i Leków, powyżej którego kosmetyk powinien zostać poddany dodatkowym badaniom). Oprócz jednego przypadku wysypki, nie stwierdzono działań niepożądanych. W związku z udowodnieniem istotnego wchłaniania do krwiobiegu aktywnych substancji z kremów z filtrami UV, konieczne są dalsze badania oceniające ich potencjalną toksyczność. ■

Solaria podwójnie złe

Otym, że korzystanie z solariów zwiększa ryzyko zachorowania na czerniaka skóry, wiadomo od dawna. Niedawno naukowcy odkryli jednak coś jeszcze. W badaniu opublikowanym w „Journal of the National Cancer Institute” sprawdzono, jaki jest związek korzystania z solariów z wiekiem zachorowania na czerniaka oraz obecnością mutacji BRAFV600E w guzie. W tym celu przebadano 114 chorych na czerniaka, którzy w prze-

szłości opalali się w solariach, oraz 222 chorujących na ten nowotwór, którzy nigdy tego nie robili. Wykazano, że u osób odwiedzających solaria rozpoznawano czerniaka skóry w młodszym wieku (52 vs 64 lata). Mutacja BRAFV600E występowała częściej u tych, którzy kiedykolwiek w życiu skorzystali z solariów (43 proc. vs 28 proc.) oraz u osób, które zaczęły tam chodzić przed 25. r.ż. (62 proc. vs 31 proc.). Dodatkowo zauważono, że u opala-



jących się w solariach, w porównaniu do osób nie odwiedzających ich w ogóle, czerniak częściej występował w obrębie skóry sporadycznie narażonej na działanie promieni słonecznych (66 proc. vs 52 proc.). ■

Nowość nie pomaga

Nowe leki dopuszcza się do obrotu na podstawie nieprawidłowo przeprowadzanych badań klinicznych? Jak donosi jedno z ostatnich wydań „JAMA Oncology”, skutkuje to brakiem dowodów na ich przewagę w stosunku do terapii uznanych za standardowe. Amerykańscy badacze przeanalizowali 145 badań klinicznych z randomizacją, które przeprowadzono w latach 2013-2018. To na

ich podstawie Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (FDA) zarejestrowała 143 leki przeciwnowotworowe. Następnie odrzucono 47 badań jednoramiennych. Według badaczy w 16 (17 proc.) z pozostałych 98 badań chory w ramieniu kontrolnym otrzymywali suboptymalne leczenie. W 25 proc. z nich ograniczono badaczom wybór schematu leczenia, w 63 proc. użyto schematu/leku, który nie był najskuteczniejszym spośród dostępnych, a w 13 proc. stosowano po raz drugi terapię, które miały udowodniony brak skuteczności w powtórnym leczeniu. ■



LIDIA
SULIKOWSKA

dziennikarz

MEDYCYNĄ REGENERACYJNĄ

Sztuczna kość — od pomysłu do komercjalizacji

Z prof. Grażyną Ginalską z Katedry Biochemii i Biotechnologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, współtwórczynią implantacyjnego biomateriału kośćcozastępczego, czyli tzw. sztucznej kości, rozmawia Lidia Sulikowska.



Implantacja
biomateriału
kośćcozastępczego
do kości udowej

GL Kilkanaście lat temu przystąpiła pani, wraz z dr hab. Anną Belcarz, do opracowania tzw. sztucznej kości. Dziś jest szansa, że niebawem będzie ona powszechnie stosowana w praktyce klinicznej. Jak się to wszystko zaczęło?

Pomysł narodził się w 2004 r. Ortopedzi, z którymi współpracowałam, narzekali, że dostępne substytuty kostne, oparte na fosforanie wapnia w postaci granul albo kształtek, są nieporęczne chirurgicznie. W tym czasie, wspólnie z doc. Anną Belcarz, prowadziłyśmy badania nad wykorzystaniem w praktyce polimerów organicznych pochodzenia grzybowego i bakteryjnego. Uznaliśmy, że jeden z nich, polimer cukrowy β -1,3-glukan, można wykorzystać do wytworzenia plastycznego implantacyjnego biomateriału kośćcozastępczego.

Łącząc ten polimer z fosforanem wapnia (w postaci mikroporowatej ceramiki hydroksyapatytowej) udało się wytworzyć elastyczny i sprężysty kompozyt, który nazywany jest powszechnie sztuczną kością.

Opracowane warunki procesowe pozwoliły na uzyskanie przez polimer struktury potrójnej helisy, przypominającej w budowie kolagen. Uzyskana struktura pozwoliła na wnikanie w nią granul fosforanu wapnia i w efekcie powstanie kompozytu. Przebadaliśmy właściwości mechaniczne, biochemiczne, fizykochemiczne oraz biologiczne naszego kompozytu i okazało się, że jest on bardzo podobny do kości człowieka. Materiał został objęty ochroną patentową – w Polsce i kilku krajach Unii Europejskiej.

GL Kompozytu niestety nie opatentowano m.in. w Stanach Zjednoczonych i krajach azjatyckich...

Procedura patentowa w USA i Azji jest niezwykle droga. Między innymi bardzo kosztowne jest wynajęcie obsługi prawnej, czy też kancelarii patentowej. Ponadto zagraniczne zgłoszenie patentowe musi nastąpić w ciągu roku od złożenia wniosku patentowego we własnym kraju. Tak więc, udało nam się opatentować nasz wynalazek w kilku krajach Europy, ale w USA i Azji niestety nie. Nie było wystarczających funduszy na ten cel. Jednak jesteśmy w trakcie patentowania w USA i Japonii urządzeń linii produkcyjnej do tworzenia naszego kompozytu.

GL Jaka jest konkurencja?

Oczywiście na rynku dostępne są inne materiały kośćcozastępcze, bazują one jednak na fosforanie wapnia z dodatkami substancji białkowych pochodzenia zwierzęcego. Nasz biomateriał nie zawiera białka, dzięki czemu eliminujemy ryzyko wystąpienia u pacjenta reakcji immunologicznych i alergicznych oraz zainfekowania chorobami odzwierzęcymi. Poza tym jest on nietoksyczny i sprzyja zasiedlaniu komórek kościotwórczych (osteoblastów), jest hemostatyczny, zapobiega więc powstawaniu skrzepów w miejscu implantacji. Dodatkowo można go nasączyć roztworem leków, np. przeciwzapalnych, przeciwbakteryjnych, co ogranicza ryzyko infekcji okołoperacyjnej. Cechą innowacyjną naszego kompozytu jest tzw.



reaktywność jonowa. Oznacza to przyciąganie jonów wapniowych i fosforanowych z otaczającego implant środowiska i przez to odkładanie własnego hydroksyapatytu w miejscu wszczepienia. Biomateriał jest też poręczny chirurgicznie, czyli przez swoją sprężystość i elastyczność dopasowuje się do ubytku. Z łatwością można go dociąć podczas operacji.

Od kilku lat sztuczna kość jest gotowa do użycia. Kiedy będzie dostępna?

Prace w tym zakresie są bardzo zaawansowane. Jakis czas temu rozpoczęto eksperymenty medyczne z jej zastosowaniem. Realizuje je zespół chirurgów pod kierunkiem prof. Adama Nogalskiego i Kliniki Chirurgii i Medycyny Ratunkowej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Dotychczas nasz kompozyt wszczepiono 10 pacjentom. To były skomplikowane zabiegi, np. u chorych, u których już wcześniej dokonano implantacji innych materiałów kośćcozastępczych, ale zostały one odrzucone przez organizm lub nastąpiło nieodpowiednie zrastanie. Trzeba było dokonać reoperacji, podczas której zastosowano nasz kompozyt. Operacje wykonywane były w obrębie kości kończyn dolnych i górnych. We wszystkich przypadkach materiał przebudował się w tkankę kostną i nie wykazywał niekorzystnych reakcji. Jeden z pacjentów, u którego zabieg przeprowadzono 4 lata temu, dziś chodzi o własnych siłach, a groziła mu amputacja kończyny. Miał duży, kilkunastocentymetrowy ubytek kości udowej.

Na potrzeby rozwoju naszego wynalazku utworzono spółkę, której celem jest komercjalizacja kompozytu. Narodowy Instytut Leków wykonał pulę badań naszego materiału kośćcozastępczego (m. innymi genotoksyczność, alergenicność, drażnienie itp.) wymaganych do jego certyfikacji. Rozpoczęto też testy kliniczne z jego użyciem, współfinansowane przez UE – nadzór medyczny nad tym projektem prowadzą naukowcy z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, a wszczepienia będą odbywać się w kilku ośrodkach klinicznych w Polsce.

Obecnie staramy się o uzyskanie certyfikacji naszego materiału implantacyjnego w Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Po uzyskaniu znaku CE możemy rozpocząć sprzedaż kompozytu w całej Europie. Mam nadzieję, że do końca roku uda się go zdobyć. Natomiast do sprzedaży w USA potrzebna będzie zgoda FDA.

“

Nasz biomateriał nie zawiera białka, dzięki czemu eliminujemy ryzyko wystąpienia u pacjenta reakcji immunologicznych i alergicznych oraz zainfekowania chorobami odzwierzęcymi.



(od lewej) prof. Grażyna Ginalska i dr hab. Anna Belcarz

W jakich dziedzinach można wykorzystać ten kompozyt?

Może być materiałem implantacyjnym przede wszystkim w ortopedii, onkologii (nowotwory kości) jako wypełniacz ubytków kostnych oraz w chirurgii szczękowo-twarzowej u ludzi i u zwierząt.

A w chirurgii stomatologicznej?

Przeprowadzono kilka eksperymentów medycznych w zakresie augmentacji (wypełnienia) zębodołu po ekstrakcyjnego, augmentacji ubytku kostnego powstałego po wyluszczeniu torbieli okołowierzchołkowej w trakcie resekcji korzenia oraz augmentacji bocznej ubytku kostnego powstałego po usunięciu pękniętego korzenia zęba filarowego z pozostawieniem mostu. Co warto podkreślić, z pozytywnym efektem. Obecnie nie zajmujemy się jednak tym obszarem, gdyż chcemy skupić się przede wszystkim na ortopedii.

Jakie jest zainteresowanie waszym wynalazkiem na świecie?

Pokazaliśmy nasz kompozyt na m.in. światowych targach medycznych w Düsseldorfie, Orlando, Dubaju, Singapurze. Przyjmowany jest on znakomicie, jest duże zainteresowanie ze strony dystrybutorów z wielu stron świata, a szczególnie krajów arabskich. Niestety, ze względu na brak certyfikatu europejskiego (CE) nie możemy go jeszcze dystrybuować. Obecnie spółka stara się zainteresować naszym produktem kapitał prywatny.

Innowacyjne wynalazki, tworzone w naszych uczelniach i instytutach, powinny znaleźć wsparcie biznesu. W naszym przypadku do wprowadzenia produktu na rynek konieczne jest np. uruchomienie linii produkcyjnej. Projekt tej linii wraz z specjalnymi urządzeniami już istnieje, ale potrzebujemy co najmniej kilku milionów złotych na ten cel. Aż żal byłoby zatrzymać się teraz z powodu braku funduszy. Zapraszamy wszystkich do współpracy. ■

LEKARSKIE TOWARZYSTWA NAUKOWE

Partnerstwo i współpraca

Z dr. hab. n. med. **Jackiem Durmałą**, prezesem Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

© L.KRYSIAK@GAZETALEKARSKA.PL



GL Praktycznie nie ma dziedziny medycznej, za którą nie stałaby rehabilitacja. Czym jest ta specjalność? Rehabilitacja jest procesem medyczno-społecznym, mającym na celu uzyskanie możliwie najwyższego stopnia sprawności, aktywności i integracji społecznej w oparciu o współpracę interdyscyplinarnego oraz interprofesjonalnego zespołu, którego działania dostosowuje się do potrzeb pacjenta. Ten zakres działalności lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej dotyczy głównie aspektu medycznego. Dość powszechnie rehabilitacja jest błędnie utożsamiana z usprawnianiem lub fizjoterapią. Niepoprawnie stosowane nazewnictwo stwarza zamieszanie i stanowi problem z określeniem kompetencji członków zespołu oraz obszaru interwencji w procesie rehabilitacji.

GL Kto wymaga rehabilitacji?

Tak naprawdę każdy chory może być poddany rehabilitacji. Należy tylko sensownie określić jej zakres w aspekcie medycznym, społecznym, a także ekonomicznym. W ostatnich czasach nastąpił istotny rozwój medycyny interwencyjnej, która ratuje i przedłuża życie, więc aby poprawić jego jakość, niezbędne są czynności przywracające choremu sprawność i samodzielność. Rehabilitacji bliski jest biopsychospołeczny model medycyny, w który opłaca się inwestować. Przykładem takiego działania są kraje Europy Zachodniej.

GL Co się kryje za tym określeniem?

W modelu biopsychospołecznym, inaczej kompleksowym, uwzględnia się spójne podejście do człowieka, zarówno w aspekcie medycznym, zawodowym, jak i społecznym. Największy problem stanowi połączenie tych wszystkich elementów. Przykładowo, Niemcy próbują je łączyć poprzez tworzenie jednolitych aktów prawnych oraz systemów kontrolujących.

W Polsce, niestety, nie ma sprawnie funkcjonującego systemu rehabilitacji. Konsekwencją jest stałe i wieloletnie niedofinansowanie tej specjalności, co zahamowało jej rozwój. Zdaniem ekspertów WHO, w osiągnięciu celu zrównoważonego rozwoju dotyczącego zdrowia proces rehabilitacji jest kluczowy i powinniśmy się tym kierować.

GL O tym się mówi w Polsce od dawna.

Nie mamy jednak narzędzi do przeprowadzenia analiz, które posłużyłyby do oceny i wyceny procedur związanych z rehabilitacją w pojęciu kompleksowym. Wiele osób uważa, że ilość pieniędzy w systemie jest wystarczająca, tylko nie ma spójności i ciągłości w ich wydawaniu.

GL Zatem nie chodzi tylko o finanse.

Tak. Potrzebne są jeszcze rozwiązania systemowe. Przedstawiciele PTReh wspólnie z konsultantami krajowymi w dziedzinie rehabilitacji, z resortem zdrowia, AOTMiT-em, PFRON-em, ZUS-em pracują nad projektem zmian systemowych w tym zakresie. Współuczestniczymy w pilotażowym programie kompleksowej rehabilitacji oraz realizacji programu nowego kierunku studiów kształcących specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją. Powszechnie stosowane w podejściu do rehabilitacji dogmaty evidence-based medicine (EBM) i evidence-based practice (EBP) nie sprawdzają się w rehabilitacji. Proces rehabilitacji należałoby postrzegać przez pryzmat evidence-based public health, który traktuje go w znacznie szerszym kontekście, w kategoriach zdrowia publicznego.

GL Co zrobić, aby taki system zafunkcjonował?

Wzorem anestezjologii wspólnie z konsultantem krajowym chcemy wprowadzić standardy organizacyjne,



Doc. Jacek Durmała:
- Wzorem anestezjologii
wspólnie z konsultantem
krajowym chcemy
wprowadzić standardy
organizacyjne.

“

Proces rehabilitacji należałoby postrzegać przez pryzmat evidence-based public health, który traktuje go w znacznie szerszym kontekście, w kategoriach zdrowia publicznego.

które ułatwiłyby opracowanie systemu spójnej i kompleksowej opieki nad pacjentem. Bez tego trudno planować i prowadzić prawidłową rehabilitację oraz monitorować jej przebieg. Obecny system ogranicza się głównie do stosowania fizjoterapii, a chodzi o to, aby proces rehabilitacji przebiegał kompleksowo.

📌 Czy lepsze efekty przynosi prowadzenie rehabilitacji w otwartych czy zamkniętych placówkach opieki zdrowotnej?

Każdy pacjent potrzebuje dobranej indywidualnie rehabilitacji prowadzonej w różnych warunkach. W związku z tym, inaczej będzie ona prowadzona u pacjentów onkologicznych, inaczej po zawale serca czy udarze mózgu, a jeszcze inaczej po urazach. Stan chorego dyktuje różne metody i cele, dlatego zarówno domowe, otwarte, jak i zamknięte ośrodki są niezbędne.

Takie są fakty

- W Polsce jest ponad dwa tysiące lekarzy rehabilitacji medycznej. Stanowią oni dość liczną grupę specjalistów, ale w obecnym systemie nie są w pełni wykorzystani.
- Za sprawą rozwoju kardiochirurgii, kardiologii inwazyjnej i leczenia udarów mózgu, kluczową stała się wczesna rehabilitacja, ale często nie ma ona ciągłości, co prowadzi u rehabilitowanych do regresu i strat.
- Prawidłowy i skuteczny proces rehabilitacji wymaga stworzenia wielodyscyplinarnego zespołu, który będzie nadzorowany przez lekarza rehabilitacji medycznej.

Istotą jest systemowo zorganizowana i uporządkowana praca w interdyscyplinarnym zespole.

📌 Jakie miejsce zajmują w nim fizjoterapeuci, którzy uzyskali samodzielność?

To są znakomicie wyszkoleni specjaliści w swojej dziedzinie. Fizjoterapia to ważny element rehabilitacji medycznej. Lekarze i fizjoterapeuci różnią się kompetencjami. Lekarze rehabilitacji medycznej oceniają stan zdrowia, stan funkcjonalny chorych, wyznaczają cele realizowane w procesie rehabilitacji oraz kontrolują efekty. Określają przeciwwskazania i ograniczenia stosowanych interwencji. Widzę potrzebę ścisłej współpracy i partnerstwa wszystkich członków zespołu (w tym również lekarzy specjalistów różnych dziedzin) w celu uzyskania najwyższej skuteczności procesu rehabilitacji. Nie można zapomnieć tutaj o pielęgniarkach, psychologach, dietetykach, terapeutach zajęciowych, logopedach...

📌 Świat wprowadza coraz to nowsze metody rehabilitacji chorych. Czy Polska za nim nadąża?

W Polsce próbujemy nadgonić stracone lata, lecz wieloletnie opóźnienia dają o sobie znać.

📌 Jak Polskie Towarzystwo Rehabilitacji wpisuje się w te trendy?

Próbujemy walczyć. Nasi eksperci uczestniczą w pracach Europejskiego i Międzynarodowego Towarzystwa Lekarzy Rehabilitacji (European Society of Physical and Rehabilitation Medicine, International Society of Physical and Rehabilitation Medicine). Dla naszych członków organizujemy bezpłatne szkolenia na szczeblu międzynarodowym. Opracowujemy standardy w zakresie rehabilitacji we współpracy z innymi specjalistami, np. onkologami. Przygotowujemy publikacje o charakterze edukacyjnym. We wrześniu organizujemy w Gdańsku Kongres Rehabilitacji poświęcony niszowej, ale bardzo ważnej dziedzinie – rehabilitacji w chorobach rzadkich. ■

GŁOS CZYTELNIKÓW

E-terroryzm

Ze zdziwieniem i radością zapoznałem się z artykułem w „Gazecie Lekarskiej” nr 5/2019 pt. „Odczłowieczanie zawodu”. Pani prof. Dorota Krzyżyk, która brała udział w dyskusji w Katowicach, odważnie i jako pierwsza poruszyła temat totalnej dehumanizacji medycznej, a konkretnie relacji lekarz – pacjent. E-terroryzm, który Warszawa narzuca relacjom lekarz – pacjent, jest obecnie dramatyczny. E-skierowanie, e-zwolnienie, e-recepta, e-zapis wizyty – spoza tych wszystkich „e” nie widać chorego człowieka.

Młodzi lekarze z laptopem i komórką w ręce nawet nie patrzą na pacjenta, tylko w ekran, żaden z lekarzy nie rozbierze chorego, aby zbadać go fizycznie w miejscu, gdzie pacjent zgłasza dolegliwość. Jak zauważono w artykule, e-lekarz czasem nie widzi chorego spoza komputera.

Piszę w imieniu lekarzy 65+, którzy uczyli się zasad kontaktów z pacjentem w innym wymiarze. Ci lekarze, i ja się również do nich zaliczam, nie będą już uczyli się informatyki, znają sprawdzone przez lata formy kontaktów z chorymi. Dlatego uważam, że jeżeli decyden-

z Warszawy nie ustalą alternatywy: e-badania oraz klasyczne, nie te wszystkie „e”, to bardzo duża liczba lekarzy odejdzie z zawodu na znak bezsilnego protestu z powodu e-terroryzmu.

Chętnie wziąłbym udział w dyskusji na temat tego, czy e-polityka w służbie zdrowia nie pogłębi dehumanizacji w relacji lekarz – pacjent, co zwiększy znaczny już dyskomfort pacjentów, którzy nie chcą być diagnozowani i leczeni przez laptopy, komputery czy smartfony.

Ministerstwo Zdrowia stoi przed absolutną koniecznością umożliwienia pracy zarówno e-lekarzom, jak i poprzez klasyczną jak do tej pory pomoc dla pacjenta w gabinecie (np. z 10 badań zleconych przez komputer, jedynie 2 lub 3 mogą pozwolić na ustalenie diagnozy wstępnej), a potem można zaproponować leczenie – a nie wszystko, co wydrukuje bezduszny komputer! ■

*Z poważaniem
lek. med. Wiesław K. Wysocki
psychiatra, specjalista medycyny sportowej
i medycyny pracy z Cieszyńska*

Nie otrzymuję
6750 zł brutto miesięcznie

W „Gazecie Lekarskiej” nr 06/2019 na str. 16, w artykule „Saga lekarskiego protestu” przeczytałam: „...przyznano lekarzom specjalistom zatrudnionym na podstawie stosunku pracy wynagrodzenie zasadnicze w kwocie nie mniejszej niż 6750 zł brutto”.

Jest to tylko część prawdy. Lekarze specjaliści pracujący na umowę o pracę w szpitalnych poradniach specjalistycznych, spełniający wymogi podwyżki, nie otrzymali jej. Ich pensja jest znacząco niższa niż lekarzy zatrudnionych w tym samym szpitalu, ale w oddziale szpitalnym, mniejsza niż wynagrodzenie lekarza bez specjalizacji po stażu rezydenta, niższa niż średnia krajowa. Ale to nikogo nie obchodzi, nie piszecie o tym na łamach gazety.

W każdym numerze „Gazety Lekarskiej”, tłustym drukiem, na widocznym miejscu powinno być napisane,

że Pan Minister oszukał lekarzy specjalistów, pracujących w szpitalnych poradniach specjalistycznych. Początkowo podwyżka miała też ich dotyczyć, po miesiącu Pan Minister nagle zmienił zdanie. Niestety, nie spotkało się to z odpowiednim protestem i tak już zostało.

Aby pracować w takiej poradni, często trzeba mieć większe kwalifikacje (dodatkowa specjalizacja) niż lekarze pracujący w oddziałach szpitalnych. Po co było się dodatkowo kształcić, aby teraz zarabiać mniej niż lekarz bez specjalizacji?

A dyrekcja szpitala, zmieniająca się od 20 lat, od dwóch dekad ma tę samą „śpiwkę” dla lekarzy specjalistów: że nie ma pieniędzy na podwyżki dla lekarzy. Czy ja już nie doczekam czasów, gdy będę zarabiał 6750 zł brutto miesięcznie? ■

*Czytelnik „GL”
(imię i nazwisko do wiadomości redakcji)*

ECCN w Polsce



Ponad 650 neurofizjologów z 48 krajów wzięło udział w 17. Europejskim Kongresie Neurofizjologii Klinicznej (XVIIth European Congress of Clinical Neurophysiology), który odbył się na początku czerwca w Warszawie.

Podczas spotkania można było zapoznać się z najnowszymi doniesieniami na temat czynnościowej oceny ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, z wykorzystaniem nowoczesnych technik EEG, EMG, multimodalnych potencjałów wywołanych, w połączeniu z ultrasonografią i innymi badaniami neuroobrazowymi. Prezentowano zarówno prace teoretyczne i eksperymentalne, jak i obrazujące zastosowanie kliniczne poszczególnych metod. Dla uczestników było też dostępnych kilkanaście kursów szkoleniowych i warsztatów, które cieszyły się ogromnym zainteresowaniem. Podobnie jak wykłady m.in. prof. Erika Stalberga ze Szwecji, prof. Davida Burke z Australii, prof. Waltera Paulusa z Niemiec, prof. Claudio Babiloni z Włoch, a także prof. Piotra Olejniczaka (USA) i prof. Anny Kostery-Pruszczyk (Polska). Nie zabrakło także gości honorowych – tych, którzy wnieśli ogromny wkład w rozwój neuroelektrofizjologii w naszym kraju.

W ramach kongresu odbyło się także spotkanie zespołu ds. kształcenia w zakresie neuroelektrofizjologii, podczas którego przedstawiono aktualne standardy w tej dziedzinie w krajach członkowskich EMEA Chapter IFCN oraz perspektywy szkoleniowej współpracy międzynarodowej.

Organizatorami spotkania byli: European, Middle East&African (EMEA) Chapter of International Federation of Clinical Neurophysiology (IFCN) oraz Polskie Towarzystwo Neurofizjologii Klinicznej (PTNK). Honorowy patronat nad tym wydarzeniem objęli: rektor UM im. Piastów Śląskich we Wrocławiu prof. dr hab. Marek Ziętek, rektor WUM prof. dr hab. Mirosław Wielgoś oraz minister nauki i szkolnictwa wyższego Jarosław Gowin. „Gazeta Lekarska” była patronem medialnym kongresu. ■



SŁAWOMIR BADUREK

diabetolog, publicysta medyczny

OBSERWACJE

Trudno wierzyć rządowi

Miało być odrobinę lepiej, a tymczasem trafiamy na kolejne miny. Jak się okazało, zapisany w porozumieniu ministra i rezydentów wzrost nakładów publicznych na ochronę zdrowia jest i ma być liczony w oparciu o historyczny PKB.

Na poczynionych w ten sposób oszczędnościach skorzystali beneficjenci programów socjalnych PiS-u. Młodzi lekarze dostali natomiast nauczkę, że umowy ze stroną rządową należy czytać z nie mniejszą uwagą niż te podsuwane przez firmy lichwiarskie. A jeśli władza mówi, że coś robi, to tylko mówi.

Tak jak w przypadku obietnicy zdjęcia z lekarzy czasochłonnego i obwarowanego drakońskimi karami finansowymi obowiązku określania stopnia refundacji na recepcie. W tym przypadku wręcz z nas zakpiono, mnożąc represje dla części lekarzy. I prawdziwy hit sezonu. Perspektywa więzienia za popełnienie błędu. Najniższa kara z tytułu nieumyślnego spowodowania śmierci ma wynosić rok, a nie jak dotychczas – 3 miesiące. Sęk w tym, że kar powyżej roku zawieszać nie można. W przypadku spowodowania śmierci dwóch osób najłagodniejszą sankcją ma być dwuletnie więzienie, co z pewnością bardzo niepokoi położników.

W środowisku lekarskim panuje przekonanie, że za zaostreniem kar stoi minister Ziobro, który toczy z lekarzami własną wojnę. Głównym jej polem jest trwający już trzynasty rok proces z kardiologami, obwinianymi przez rodzinę Ziobrów o przyczynienie się do śmierci ojca ministra. Inny dowód to utworzenie przez Zbigniewa Ziobrę w 2016 r. w kil-

ku wybranych prokuraturach specjalnych zespołów prokuratorów, zajmujących się błędami medycznymi. Z drugiej strony wielu prawników zwraca uwagę na liczne błędy i niedoróbki w nowelizacji kodeksu karnego, określając ją jako bubel prawny.

Zapowiedź zmian w kodeksie karnym wywołała wśród lekarzy poruszenie. Niestety, nie tych, którzy zajmują się polityką. Najbardziej znani spośród „naszych” przedstawicieli w parlamencie – Stanisław Karczewski i Konstanty Radziwiłł – pokazali, że nawet w tak oczywistej dla każdego doświadczonego lekarza praktyka sprawie nie są w stanie postąpić inaczej, niż nakazuje linia partii. Jeszcze bardziej dziwi milczenie lekarzy reprezentujących tzw. opozycję totalną. Ewa Kopacz, Bartosz Arłukowicz i Władysław Kosiniak-Kamysz nawet nie zauważyli okazji, by pokazać, że ich opór przeciwko decyzjom PiS-u może opierać się na rozsądku i obronie ważnego interesu społecznego. Dobrze, że mocno zareagowała NRL. W odpowiedzi na ostrą krytykę Ministerstwo Sprawiedliwości oświadczyło, że znowelizowane przepisy mają odnosić się do pospolitych przestępstw, a błąd medyczny nie musi być kwalifikowany jako nieumyślne spowodowanie śmierci.

Doskonale rozumiem wszystkich, którzy poddają w wątpliwość takie tłumaczenia. Na szczęście to sąd, a nie prokurator wciąż decyduje o kwalifikacji prawnej czynu. A wiarygodność podlegającej Zbigniewowi Ziobrze prokuratury zweryfikuje życie. Jeśli rzeczywiście błędy medyczne mają być traktowane inaczej niż pospolite przestępstwa, prokuratorzy bardzo rzadko sami będą sięgać po art. 155. Tak na marginesie, czemu służy nowelizacja kodeksu karnego, która nie sprzyja przejrzystości prawa, wprowadza wśród lekarzy obawy przed niezasadnie dotkliwą karą, przez co stwarza realne zagrożenie dla pacjentów? Na koniec krótkie podsumowanie. Do tych samych od lat problemów wciąż dochodzą nowe, przez co nasza praca pozostaje nie tylko bardzo uciążliwa, ale i staje się coraz bardziej ryzykowna. Niezależnie, w jakim punkcie kariery zawodowej jesteśmy, nie możemy stać z boku i się przyglądać. ■



Czemu służy nowelizacja kodeksu karnego, która nie sprzyja przejrzystości prawa, wprowadza wśród lekarzy obawy przed niezasadnie dotkliwą karą, przez co stwarza realne zagrożenie dla pacjentów?



JAROSŁAW WANECKI

pediatra, felietonista

EPIKRYZA (90)

Chłopcy z Placu Broni

10 lat temu z okazji rocznicy wyborów czerwcowych zrealizowałem z uczniami szkoły podstawowej sceniczną adaptację książki Ferensa Molnara. W nagrodę aktorzy pojechali na wycieczkę do Gdańska.

Za tło pamiątkowego zdjęcia posłużyła stoczniowa brama, przez którą Polacy wyszli ku wolności. Nie wszyscy w jednym tempie. Jedni uskrzydleni, inni ostrożni. I tak od 30 lat zdajemy codzienny egzamin dojrzałości, gdy Polska zamiast krwi potrzebuje rozumu. Wszystko dzięki kartce do głosowania.

Uzyskując dyplom wyższej uczelni, trzeba było podjąć decyzję o miejscu dalszego życia. Wiele z nas, moich kolegów i koleżanek, którzy rozpoczęli studia w 1989 r., wróciło, bez nakazu pracy, do rodzinnych miast, miasteczek i wsi, do Polski prowincjonalnej, prząsnej, z zapachami folkloru, zabobonu i wszechogarniającej intrygi. Przyjęliśmy wyzwanie, że stąd nasz ród i nasza placówka dla potrzebujących. Byliśmy przecież pierwszym rocznikiem lekarzy wykształconych w wolnej Polsce.

W moich stronach spotkał nas jednak wielki zawód. Po stażu odmówiono nam dalszej pracy i specjalizacji. Płoccy lekarze 1995/96 znaleźli się na pierwszych stronach lokalnych gazet. Okazało się, że młoda inteligencja nie ma drogi usypianej płatkami róż i musi stanąć do wolnorynkowej rywalizacji. Na szczęście, wszystko potoczyło się dobrze. Kuracja wzmocniła nasze siły na przyszłość. Dzisiaj jesteśmy specjalistami, pełnimy ważne funkcje zawodowe i społeczne,

a w biedzie możemy na siebie liczyć. Tymczasem swój Plac Broni definiują nasze dzieci.

30 ostatnich lat spędziłem w gabinecie lekarskim i na równi niemal w teatrze. Ludzie sceny i sztuki wraz ze swymi realizacjami, nawet ci, których krytykuję, są dla mnie wentylem psychicznego bezpieczeństwa, siłą do pracy. Dzięki Komisji Kultury Naczelnej Rady Lekarskiej mogę współpracować z lekarzami i lekarzami dentystami uprawiającymi wszelkie rodzaje działalności artystycznej. Dlatego wołam nieustannie, byśmy hołubili własnych twórców. Oni, podobnie jak kreatorzy profesjonalni, pokazują drogi ku wolności i humanizacji medycyny.

Brama Stoczni Gdańskiej paradoksalnie nadal dzieli Polaków. Szukamy złotego środka, kompromisu, wspólnych celów i nazwisk, z których jednoznacznie moglibyśmy być dumni. Moi mali aktorzy sprzed dekady składają na pamiątkowej fotografii kwiaty pod Pomnikiem Stoczniovców. Czy z tamtej czerwcowej lekcji, dzisiaj już dorośli lekarze, prawnicy, inżynierowie, nauczyciele, przedsiębiorcy, dziennikarze, zapamiętali podstawowe fakty? Czy wiedzą, ile trzeba było czasu, wysiłku, pomyłek, krwi, sprzecznych koncepcji i sporów, rozmów przy Okrągłym Stole i walki na barykadach, ofiar i modlitw, by otworzyć polską bramę na oścież? Czy, idąc w marszu między Miodową a Sejmem, nadal bezwiednie walą głową w mur, który nie runął w politycznym myśleniu o zdrowiu?

(Czy) „te skrzydła okrwawione.

W tyłu bitwach poranione.

Choć zmalęły, spopielęły.

Jeszcze siły nie straciły.

Jeszcze są jak dawniej były (?)¹

Wolny zawód lekarza jest zagrożony. Nemeczek, mimo gorączki, znów wyruszył, by zmierzyć się z Czerwonymi Koszulami. Jego głos ginie w propagandowym szumie o rosnącym budzecie i sanacji Placu Broni. Bramy więzienne stoją zapraszającym do emigracji otworem. „Później... lub pierwej...”²

(Czy te) skrzydła dawnej chwały.

Mogą (jeszcze) unieść nas (?)¹ ■

“

30 ostatnich lat spędziłem w gabinecie lekarskim i na równi niemal w teatrze.

¹ Parafraza tekstu „Polskie skrzydła” Ernesta Brylla, śpiewanego m.in. przez Danutę Rinn. Muzyka Włodzimierza Korcza była sygnałem dźwiękowym spotów wyborczych Komitetów Obywatelskich Solidarności w 1989 r.

² Cyprian Kamil Norwid, „Coś ty Atenom zrobił, Sokratesie”.



AGATA
MORKA

historyk sztuki

BŁĄD MALARSKI

Bez skazy

Co lato tłumy współczesnych wczasowiczów w pogoni za pięknem smażą i obracają urlopowe ciała pod słońcem plaż i na brzegu basenów, wliczonych w ofertę all inclusive czy pakiet last minute.



A



B

Obraz: Joshua Reynolds, „Portret lorda Charlesa Cathcarta”, 1753-1755, Manchester Art Gallery

Smażą, ale i smarują kremami z filtrem w obawie przed ciemnymi zmianami skóry, które zwiastować mogą czerniaka. W osiemnastym wieku ciał na słońcu nie smażono, ale za to malowano na nich czarne znamiona. Również w pogoni za pięknem.

Osiemnastowieczne modnisie albo malowały sobie na twarzach tak zwane muszki, które przypominać miały pieprzyki, albo wręcz naklejały na twarze kropki, gwiazdki czy serduszka w celu wydania się

bardziej ponętnymi. Ten modowy trend przeistoczył niedoskonałość, skazę skóry, w piękno. I nie ominął również płci męskiej.

Jednym z jego być może ciekawszych ujęć jest portret lorda Charlesa Cathcarta. Reynolds, z właściwym sobie romantycznym dramatyzmem, przedstawia tutaj postać młodego żołnierza. Wyprostowany jak struna mężczyzna, umieszczony w klasycznym wnętrzu, ubrany w czerwień, patrzy wprost na widza. Nie jest to spojrzenie spod oka, ale trzeźwy i szczery kontakt wzrokowy, a jednak widzowi

ciężko go utrzymać, bo uwagę przykuwa inny szczegół twarzy lorda.

Pod okiem na policzku portretowanego panoszy się bowiem czarna ni-by-czerniakowa zmiana. Nie jest to jednak w tym przypadku syndrom chorobowy, bazując na nim wydać można przedwczesną diagnozę. Plama na twarzy lorda to w rzeczywistości rodzaj plastra, którym okryto bliznę, której dorobił się w bitwie pod Fontenoy. W jego czasach błada twarz, skażona czarną plamą, to był nie lada rarytas. Zapewne na miarę dzisiejszych spalonych słońcem buź bez skazy. ■

Rozwiązanie zagadki z „GL” 6/2019

1. Usunięcie postaci konia w tle.

Ponoc w początkowych fazach malowania obrazu konia nie było, Füßli dodał go na późniejszym etapie.

2. Rozświetlenie postaci siedzącej na kobiecie.

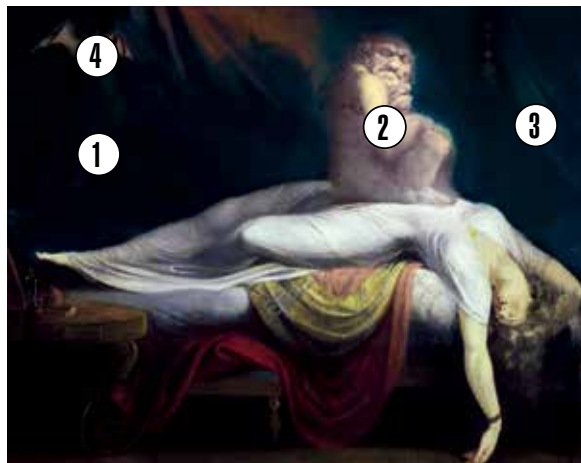
Füßli podkreśla dramatyzm i tajemniczość sceny, używając głębokich kontrastów światła i cienia, szczególnie widoczne jest to w przypadku potwora siedzącego na kobiecie. Pokazanie go w pełnym świetle zburzyłoby tajemniczy nastrój obrazu.

3. Zamiana koloru zastony na niebieski.

Czerwień zastony na obrazie bywa czasem interpretowana jako odniesienie do strumienia krwi, co jeszcze podnosiło dramatyzm całej sceny.

4. Dodanie nietoperza w lewej górnej części obrazu.

Obecność nietoperza byłaby odwołaniem do innego mistrza malowania koszmarów: Francisco Goi. Goya w swoich „Kaprysach” używał sów i nietoperzy jako symboli złych snów i myśli.



Obraz: Johann Heinrich Füßli, „Koszmar”, 1781, Detroit Institute of Arts

NAGRODZENI Z „GL” 6/2019: Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Natalia Jurczuk (Białystok)**. Gratulujemy! Nagrody dodatkowe: **Danuta Obuchowska (Mrągowo)**, **Jaromir Ruta (Kraków)**, **Urszula Rochala (Bydgoszcz)**.

Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl **do 10 sierpnia 2019 r.**

W temacie maila należy wpisać **GL07** oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,

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

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

ufundował voucher obejmujący m.in.:

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

Nagrody dodatkowe dla trzech osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,



Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

ufundowało książki:



KLAUZULA INFORMACYJNA

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

KULTURA

Dla dzieci

Komisja Kultury ORL w Lublinie zaprasza do udziału w IV Ogólnopolskim Konkursie Poetycko-Literackim „Lekarze dzieciom”. Patronat honorowy nad nim objęli prezes NRL Andrzej Matyja i prezes LIL Leszek Buk, a patronat medialny – „Gazeta Lekarska”. Nadsyłanie prac do 31 października.

Koncerty

Orkiestra Kameralna Wielkopolskiej Izby Lekarskiej wraz z Południowo-Niemiecką Orkiestrą Medyczną oraz Południowo-Niemieckim Chórem Medycznym wykonała „Requiem” Antoniego Dvořáka. Koncerty odbyły się: 14 czerwca w Puszczykowie, 15 czerwca w Poznaniu, 16 czerwca we Wrocławiu. Na koncertach w Wielkopolsce obecny był prezes WIL Artur de Rosier.

Fotografia

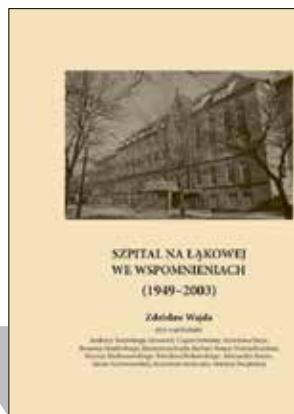
Lubelska Izba Lekarska i UM w Lublinie we współpracy z Lubelskim Towarzystwem Fotograficznym i okręgiem lubelskim Związku Polskich Artystów Fotografików ogłosili IX Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy i Studentów Medycyny. Honorowy patronat objęli: prezes NRL Andrzej Matyja, prezes LIL Leszek Buk, rektor UM w Lublinie Andrzej Drop. Nadsyłanie prac do 31 października.



gazeta**lekarska**.pl

FOTO: SHUTTERSTOCK.COM

NASZA CZYTELNIJA



Szpital na Łąkowej we wspomnieniach (1949-2003)

Redakcja: Zdzisław Wajda

Zbiór osobistych, pełnych emocji wspomnień pracowników Państwowego Szpitala Klinicznego nr 3 Akademii Medycznej w Gdańsku, zwanego szpitalem na Dolnym Mieście. To świadectwo tego, jak wyglądała praca w tej placówce i jaka atmosfera tam panowała. Publikacja zawiera wiele fotografii z życia szpitalnego i nie tylko.



Almanach kobiet chirurgów dziecięcych. Historia polskiej chirurgii dziecięcej (1909-2009) przez pań chirurgów dziecięcych przypadki pisana

Zebrała i opracowała: Irena
Łatawiec-Mazurkiewicz

Książka dokumentuje uczestnictwo kobiet w kreowaniu polskiej chirurgii dziecięcej w pierwszym stuleciu jej istnienia. Opisuje m.in. rozwój tej specjalności w biogramach kobiet chirurgów dziecięcych (ponad 800 haseł). Zawiera również osobiste wspomnienia autorki.

SPORT

Strzelectwo

16 czerwca w Puławach odbyły się zawody Grand Prix Złoty Eskulap w Strzelaniu Myśliwskim w pełnym sześcioboju myśliwskim, według obecnie obowiązujących zasad strzelectwa myśliwskiego Polskiego Związku Łowieckiego.

Igrzyska

W dniach 4-8 września już po raz siedemnasty pod Giewont licznie zjadą lekarze sportowcy z całej Polski. Letnie Igrzyska Lekarskie w Zakopanem odbywają się pod patronatem „Gazety Lekarskiej”.



MTB

Miłośnicy kolarstwa górskiego mogą już szykować swoje rowery! 31 sierpnia odbędą się XXII Mistrzostwa Polski MTB Lekarzy w Istebnej.

FOTO: MAREK STANKIEWICZ, ARCHIWUM PRYWATNE, SHUTTERSTOCK.COM



Człowiek, który nie mógł przestać. Opowieści o nerwicach natręctw

David Adam

Co sprawiło, że etiopska nastolatka zjadła kawałek po kawałku ścianę swojego domu, a dwaj bracia zginęli pod lawiną kompulsywnie gromadzonych rupiec? W którym momencie nieszkodliwa myśl zmienia się w potok dręczących obrazów? Ta publikacja uchyla rąbka tajemnicy skrywającej najmroczniejsze zakamarki ludzkiego umysłu.



Chirurgia onkologiczna t. 3

Redakcja naukowa:
Arkadiusz Jeziorski, Piotr
Rutkowski, Wojciech Wysocki

Seria ta w sposób wyczerpujący opisuje zagadnienia związane z chirurgią onkologiczną. Trzeci, najnowszy tom, poświęcono nowotworom układu pokarmowego, moczowo-płciowego, żeńskich narządów płciowych, chirurgii plastycznej i rekonstrukcyjnej po operacjach, a także operacjom profilaktycznym.

SPORT



Tenis

W dniach od 17 do 19 maja pod egidą Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy we Wrocławiu odbył się Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy PSTL V-Motors Volvo Car Cup, w którym uczestniczyło 84 lekarzy i lekarzy dentystów z całej Polski.

Brydż

Mazowiecka Okręgowa Izba Inżynierów Budownictwa, OIL w Warszawie i Warszawski Związek Brydża Sportowego zapraszają do udziału w VIII Mistrzostwach Polski Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego w Brydżu Sportowym, pod tradycyjną nazwą „Misja”, które odbędą się w dniach 13-14 lipca. **Zgłoszenia: do 4 lipca.**

Jeździectwo

W dniach 10-11 sierpnia w miejscowości Kwieki koło Czerska (woj. pomorskie) odbędą się Międzynarodowe Mistrzostwa Lekarzy w WKKW (wszechstronny konkurs konia wierzchowego) w klasie L. Kontakt: m.orłowski@przychodniachelm.pl

Badminton

W dniach 18-19 maja w hali Centrum Sportowego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi rozegrany został VIII Medyczny Puchar Badmintonu oraz VII Mistrzostwa Polski Lekarzy i Lekarzy Dentystów w Badmintonie. Na starcie zawodów, rozgrywanych w Łodzi pod patronatem NIL i OIL, stanęło ponad 150 osób.



PRZYCHODZI WENA DO LEKARZA

Serce

Puk, puk. „Otwarte! Proszę! – serce woła –
Wciąż jestem wolne, czas jak tchórz ucieka,
Może z nadzieją ktoś, tam na mnie czeka?
Komory puste, jak w maju stodoła.

Nie! Nie mam wady. Zastawki w porządku,
Rytm także, wolny, gotów na emocje,
Pora, by zadbać o jakieś promocje;
Zgoda na wszystko, w granicach rozsądku.

Mnie, na urodzie wielkiej nie zależy,
Lecz mam maleńkie, myślę, że realne,
Skromne życzenie, w istocie banalne:
Zębów niech raczej do innych nie szczerzy.

Cierpliwie zniosę najcięższe zmagania,
O jedno proszę – nie chcę bić dla drania.”

O A U T O R Z E



ANDRZEJ BERNER

Laureat VIII edycji konkursu „Przychodzi wena do lekarza”. I miejsce w kategorii POEZJA.

Lekarz chorób wewnętrznych, specjalista medycyny rodzinnej. W 1975 r. ukończył Akademię Medyczną w Białymstoku i rozpoczął pracę jako kierownik Wiejskiego Ośrodka Zdrowia w Dolistowie, od 7 lat jest Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym w Mońkach,

pomaga też żonie prowadzić praktykę lekarza rodzinnego.

Nigdy nie wystarczała mu rola lekarza. Swoje zainteresowania skierował w stronę przyrody. Zgromadził kolekcję lilii liczącą 1500 odmian. Kłopoty zdrowotne uniemożliwiły mu niestety kontynuowanie tej pasji. Zaczął pisać wiersze przed niespełna dwoma laty. Na pytanie, czy jego wiersze są poezją, odpowiada, że bardziej odpowiada mu określenie: proza rymowana.

HISTORIA I MEDYCyna

Pierwszeństwo Lityńskiego

Michał Lityński – oficer-lekarz oraz badacz, który pierwszy zwrócił uwagę na związek pomiędzy guzem nadnerczy, wydzielającym mineralokortykoidy, i nadciśnieniem tętniczym.

TEKST KRZYSZTOF ZAPĄŁOWICZ, NEUROCHIRURG

O pisał hiperaldosteronizm pierwotny, jednak okoliczności sprawiły, że dopiero po latach uznano go za pierwszego autora tego odkrycia. Jako jego bliski krewny postanowiłem przypomnieć jego postać. Przypadek sprawił, że ostatnio poznałem bliżej jego syna – mieszkającego w Sosnowcu Marka Lityńskiego, który udostępnił mi wiele oryginalnych dokumentów dotyczących ojca.

Michał Lityński urodził się w 1906 r. w Łodzi. Ojciec Ludwik, herbu Grzymała, z wykształcenia felczer, był pracownikiem Kolei Warszawsko-Wiedeńskiej. Matka Kazimiera pochodziła z rodziny Jóźwikiewiczów herbu własnego Leliwa. Małżonkowie około 1903 r. osiedli na stałe w Łodzi. Oprócz Michała mieli czworo dzieci: Zygmunta, Jana, Helenę i Klaudiusza. W rodzinie szanowano szlachecką tradycję, patriotyzm i dążenie do wiedzy.

W 1925 r. Michał rozpoczął studia na wydziale lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego jako podchorąży Oficerskiej Szkoły Sanitarnej i ukończył je w 1931 r. z dyplomem doktora wszech nauk lekarskich. W latach 1932-1936, już jako porucznik, był lekarzem Szkoły Podchorążych Artylerii w Toruniu oraz ordynatorem oddziału wewnętrznego Szpitala Okręgowego w Toruniu. W 1936 r. mianowano go kapitanem i wówczas,



Fotografie Michała Lityńskiego, od lewej: z okresu studiów (1929 r.), z 1945 r., z 1972 r.

aż do końca sierpnia 1939 r., pełnił funkcję ordynatora w Szpitalu Ujazdowskim. Przed 1939 r. został specjalistą chorób wewnętrznych.

WARSZAWA – GDAŃSK – WARSZAWA

W pierwszych miesiącach wojny był komendantem, zorganizowanego przez siebie w Garwolinie, wojennego polowego szpitala wojskowego. Od listopada 1939 r. do wybuchu powstania warszawskiego pracował w Szpitalu Ujazdowskim w Warszawie – jako ordynator oddziału chorób wewnętrznych. Od 1940 r. był żołnierzem AK, działał pod pseudonimem Grzymała jako kapitan-lekarz oddziału „Bakcyli” Sanitariatu Okręgu Warszawskiego. Był też lekarzem zgrupowań „Kedyw” i „Parasol”. Wykorzystując możliwości, jakie dawała oficjalna praca w szpitalu, wraz z zespołem lekarzy i pielęgniarek ukrywał i leczył rannych żołnierzy ruchu oporu, Żydów oraz Polaków ściganych przez Niemców.

Inną konspiracyjną aktywnością Michała Lityńskiego było nauczanie

medycyny na Tajnym Uniwersytecie Warszawskim i Tajnym Uniwersytecie Ziemi Zachodnich w Warszawie oraz szkolenie pomocniczego personelu medycznego. W okresie powstania warszawskiego był lekarzem zgrupowania IV Rejonu AK Warszawa-Śródmieście i kierował trzema punktami sanitarnymi dla rannych powstańców oraz ludności cywilnej. Do kwietnia 1945 r. prowadził poradnię dla wysiedlonych z Warszawy w osadzie Bartniki-Radziwiłłów Mazowiecki. Po wyzwoleniu został zatrudniony przez dyrekcję okręgową Kolei Państwowych i skierowany do Gdańska. W zburzonym mieście organizował służbę zdrowia, pracował jako lekarz kolejowy oraz ordynator w oddziale szpitalnym. W 1946 r. wrócił do Warszawy, gdzie łączył obowiązki lekarza kolejowego z pracą w oddziałach klinicznych. Przez wiele lat wchodził w skład komisji oceniającej uszczerbek zdrowia byłych więźniów hitlerowskich obozów głady i czynił to społecznie. Wyszko- lił ponad 30 specjalistów chorób

12.11.1952

Tego dnia, na posiedzeniu Warszawskiego Koła Towarzystwa Internistów Polskich, Lityński po raz pierwszy przedstawił teorię, że guzy kory nadnerczy wydzielające mineralokortykoidy mogą powodować nadciśnienie.



Michał Lityński (u dołu po lewej) wśród uczestników kursu dla ordynatorów w 1963 r.

wewnętrznych. W 1972 r. odszedł z leczenia zamkniętego i do 1981 r. pracował w poradniach. Niemal do ostatnich miesięcy życia konsultował i udzielał porad. Zmarł 5 marca 1989 r. w Warszawie.

ODKRYCIE UZNANE PO LATACH

Był specjalistą medycyny wewnętrznej i kardiologiem, szczególnie zajmował się leczeniem gruźlicy, cukrzycy i chorób krwi. Jego główny dorobek naukowy to 23 publikacje, dotyczące m.in. czynności wydzielniczej żołądka, kamicy żółciowej, skrobiawicy, niektórych leków przeciwcukrzycowych, leczenia zatrucia sublimatem, zastosowania bakteriofagów do terapii, związku funkcji przytarczyc z kamcią nerkową, zespołu zatoki szyjnej, nadciśnienia tętniczego, białaczki szpikowej, złamań kości, zatorów tłuszczowych, diagnostyki laboratoryjnej fosfolipidów.

Jego najważniejsza publikacja – „Nadciśnienie tętnicze wywołane

guzem korowo-nadnerczowym”, powstała w 1953 r. w klinice kierowanej przez profesora Anastazego Landaua. Na podstawie swoich obserwacji Lityński przedstawił wniosek, że guzy kory nadnerczy wydzielające mineralokortykoidy mogą powodować nadciśnienie. Był to pierwszy na świecie opis hiperaldosteronizmu pierwotnego. Jak wynika z jego zapisów, po raz pierwszy zagadnienie to przedstawił w dniu 12 listopada 1952 r. na posiedzeniu Warszawskiego Koła Towarzystwa Internistów Polskich. Znał biegle języki francuski, niemiecki i rosyjski, jednakże publikował w literaturze fachowej po polsku i jego prace nie były cytowane za granicą. Z tego powodu odkrycie nie zostało docenione i uległo zapomnieniu, a w literaturze światowej opis hiperaldosteronizmu pierwotnego w 1955 r. przypisano endokrynologowi Jerome W. Connowi i nazwano zespołem Conna. Pierwszeństwo Lityńskiego w odkryciu tego zespołu chorobowego przypomniano i uznano dopiero pod

koniec jego życia – w latach osiemdziesiątych XX w.

Inny ciekawy wątek jego badań dotyczy zastosowania bakteriofagów w leczeniu zakażeń infekcji przewodu pokarmowego i układu moczowego, wywołanych bakterią *Escherichia coli*. Bakteriofagi stosował Lityński od 1944 r. w Szpitalu Ujazdowskim, następnie po wojnie w Szpitalu Wolskim, wyniki leczenia opublikował w 1950 r. w „Przeglądzie Lekarskim”. W tamtych latach była to terapia unikatowa i nowatorska.

Był też autorem 4 publikacji o charakterze historycznym. Jego ważniejsze odznaczenia to: Złoty Krzyż Zasługi, Krzyż Walecznych, Krzyż Kawalerski i Oficerski Orderu Odrodzenia Polski, Medal za Udział w Wojnie Obronnej, Krzyż Powstańczy Warszawski, medal Sprawiedliwy wśród Narodów Świata.

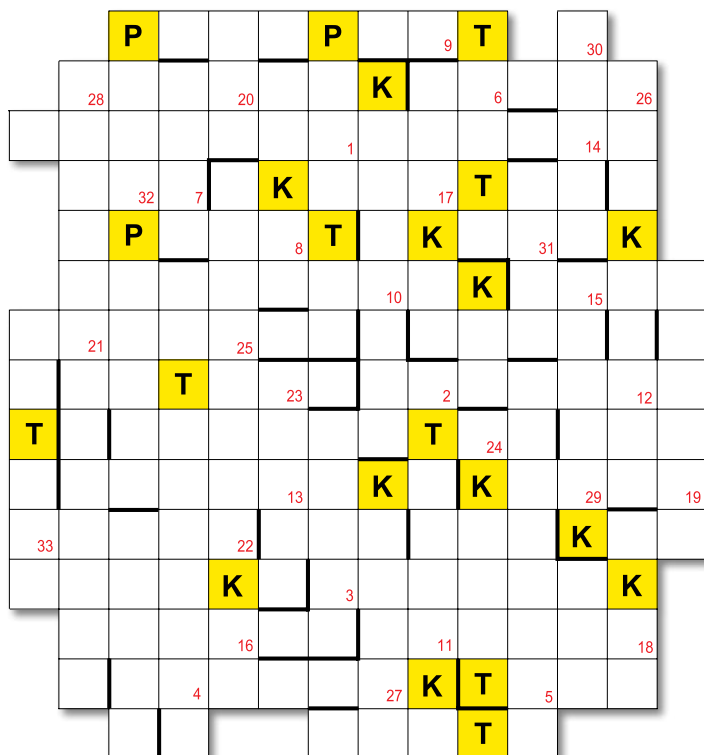
ODDANY CHORYM

Medycyna była dla niego życiową misją i pasją. Stałe dążył do pogłębiania swoich umiejętności, co zwykle odbywało się kosztem czasu poświęcanego rodzinie. Jego pokój przypominał bibliotekę i muzeum – wypełniony literaturą fachową i sprzętem medycznym, pamiątkami oraz szkiełkami z preparatami mikroskopowymi, które oglądał „po godzinach”. Odwiedzałem go w czasach jego emerytury i zastawałem nad rocznikami pism medycznych. Z dumą podkreślał, że „prawdziwa wielka medycyna to interna”, której się poświęcił. Pamiętam go jako człowieka zamkniętego w sobie, ale pełnego wewnętrznego ciepła, nastawionego wraz z żoną na bezinteresowne niesienie pomocy potrzebującym. Ucieszył się, gdy rozpocząłem studia medyczne, podarował mi wtedy swój mikroskop i wiele narzędzi chirurgicznych, mówiąc „zatrzymaj je na ciężkie chwile” (był to okres zimnej wojny). Mam je do dzisiaj jako pamiątki. Jeden z towarzyszy broni po latach określił go jako „wzór lekarza, wybitnego klinicysty, patriotę, człowieka o najwyższych walorach moralnych i intelektualnych, niezwykle prawego, oddanego bez reszty chorym i cierpiącym”. ■

“

Lityński przedstawił wniosek, że guzy kory nadnerczy wydzielające mineralokortykoidy mogą powodować nadciśnienie. Był to pierwszy na świecie opis hiperaldosteronizmu pierwotnego.

Objaśnienia 56 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: K, P i T. Na ponumerowanych polach ukryto 33 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Seneki. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 20 sierpnia 2019 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).



* gaster * portugalska Częstochowa * Ir Sen * zielona wyspa * na kraterze * broń ułana * polska stolica Litwinów * konkurentka Danuski * bakteriobójcza odmiana tlenu * czarzaf * płynne elementy kwiatu * stolica Senegalu * główna grupa kolarzy * uczony * Ateneum lub Narodowy * wąż z „Księgi dżungli” * odebranie prawnego statusu * jajo wszy * stos drewna * królestwo Mesynissy * tysiąc dyn * imię Tyszkiewicz * nasza aspiryna * szkrab, brzdąc * epopeja Wergiliusza * mnóstwo * typ przemiany jamochłonnów * kopuła, koncha * urząd Macieja Raptusiewicza * zawołanie, wrzask * fotograficzny lub usg. * wiek, era * sztuczne jezioro na Dunaju * złoty z Izraela * ...sacra miser * kraskowaty zwyczajny * grecka bogini przeznaczenia * printed * piłka podana górą * między arsenem a bromem * wyznacza kurs * stolica Ghany * pokonany w Kinszasie przez Mohammeda Ali * wokół ringu * kościć i sanki sportowe * śliwka lub gruska * szyk ptasi * dokument na granicy * włoski złoty przed euro * cyjanożelazina * imię Turner * krótkie starcie * liczba komórek w jednostce objętości * płynie przez Łęsko * przytyk, aluzja * ischias

Jerzy Badowski

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 244 („GL” nr 05/2019)

Chirurg to internista, który umie operować.

Nagrody otrzymują:

Tomasz **Ciołak** (Starachowice), Daromir **Godula** (Kraków), Iwona **Zbieranek-Dębicka** (Bydgoszcz). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

WYDAWCA



Naczelna
Rada
Lekarska

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 172 800 tegz.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Skład i opracowanie graficzne
Montownia/Teresa Urawska

Druk
Walstead Central Europe

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

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

