

PRAWO: LECZENIE POZA WSKAZANIAM I Z CHPL

PISMO IZB
LEKARSKICH

7-8 | 2022



GAZETA LEKARSKA

TEMAT NUMERU

BEZ OSĄDZANIA

Środowisko lekarskie chce
wprowadzenia systemu no-fault



30

Czas na zmianę myślenia

Obecnie odpowiedzialność lekarza opiera się na przepisach karnych powszechnie obowiązujących, a nie swoistych, czyli znajdujących zastosowanie tylko do lekarza. Czy nadal tak być powinno?

56

Technologia dobrze wykorzystana

Sztuczna inteligencja coraz śmielej wkracza do praktyki klinicznej, szczególnie w zakresie radiologii. Pojawia się też jednak coraz więcej pytań związanych z bezpieczeństwem jej stosowania.



49

Ospa małpia

To wirusowa choroba odzwierzęca z objawami podobnymi do tych, jakie występowały w przeszłości u pacjentów z ospą prawdziwą.

SAMORZĄD

- 4 Działamy
(Łukasz Jankowski)
- 6 O tym się mówi

TEMAT NUMERU

- 8 Fakty i liczby
- 9 Bez oszczędzania
- 12 Sonda

SAMORZĄD

- 14 Nowe wyzwania
- 18 Co przyniesie przyszłość?
- 22 Środowisko lekarskie – czy takie zwierze w ogóle żyje?
(Krzysztof Madej)

PRAWO I MEDYCyna

- 25 Lekarz, emerytura, ZUS, sqd...
- 26 Nikomu nic się nie stało, a płacić trzeba
- 28 Leczenie poza wskazaniami z ChPL
- 29 Kara za stosowanie homeopatii
- 30 Czas na zmianę myślenia
- 32 Zmiana izby

PRAKTYKA LEKARSKA

- 33 Stomatologia
(Paweł Barucha)
- 35 Wiedzy nigdy dość
- 38 Nowe wytyczne
- 39 Biuletyn
- 46 Bezpieczeństwo w szpitalach
- 48 Skan mózgu wykryje chorobę Alzheimera
- 49 Ospa małpia
- 52 Potrzebujemy zastrzyku nowej energii
- 56 Technologia dobrze wykorzystana
- 58 Bezpiecznie i po ludzku
- 59 Szkolenia z perspektywą
- 60 Lekarzu, nie zapominaj o swoim leczeniu!
- 62 Mami
- 65 Wspomnienie

PO GODZINACH

- 66 Kierunek bezpieczeństwo
(Sławomir Badurek)
- 67 Męska rzecz...
(Jarosław Wanecki)
- 68 Pod spódnicą
- 70 Kultura
- 73 Sport / Zjazdy koleżeńskie
- 74 Ogłoszenia
- 82 Jolka lekarska

OD REDAKCJI

Marta Jakubiak
Redaktor naczelna

**NIE UKRYWAM,
ŻE MAM TREMĘ**

Po trzech latach pełnienia funkcji redaktora naczelnego zostałam wywołana do tablicy – jako stojąca na czele zespołu „Gazety Lekarskiej” mam napisać kilka słów do naszych Czytelników, do Państwa. To niełatwe zadanie. Długo zastanawiałam się, co powinno być w tym słowie wstępnym. To zaledwie kilka zdań, ale jakże ważnych. W końcu zdecydowałam. Będzie w nim coś o nas. O redakcji.

Być redaktorem naczelnym to wielka odpowiedzialność, niemałe wyzwanie, ale też ogromne wyróżnienie. I radość. Bo zespół „Gazety Lekarskiej” tworzą ludzie, którzy się lubią i lubią to, co robią. Mądrzy. Każdy kolejny numer jest dla nich szansą na znalezienie jeszcze ciekawszego tematu. Napisanie go lepiej. Na lepszy wynik. Zawsze ścigają się ze sobą, nie między sobą. I nigdy nie zapominają, dla kogo tworzą gazetę.

SZANOWNI PAŃSTWO,
KOLEŻANKI I KOLEDZY

Pierwszy miesiąc izbowej działalności za nami. Wybraliśmy nowy zarząd izby. Zarząd, którego rolą nie jest zasiadanie i administrowanie, a działanie. Wyłoniliśmy pełnomocników, rzecznika praw lekarza, przewodniczących komisji, stworzyliśmy zespoły, wyznaczyliśmy konkretne projekty i kierunki działania. Nie czekamy, aż problemy same do nas przyjdą, by wtedy przygotować odpowiedzi. Jesteśmy gotowi, mamy do zrealizowania zadania, według planu, który sami sobie narzucamy. Życzę wszystkim wybranym osobom powodzenia i dużo sił w realizacji postawionych celów.



Łukasz Jankowski
Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

DZIAŁAMY

Dużym wyzwaniem stojącym przed naszym środowiskiem jest urealnienie i uyrnkowanie wynagrodzeń. Wobec obraźliwych dla naszego środowiska i daleko odbiegających od samorządowych postulatów propozycji zawartych w ustawie o płacy minimalnej w ochronie zdrowia, naszym celem powinno być doprowadzenie do sytuacji, w której żaden lekarz nie będzie zgadzał się na zarobki w przewidzianej przez rząd wysokości. Powinniśmy wszyscy, jako środowisko, wymusić, żeby lekarz nie zarabiał płacy minimalnej, niezależnie od jej wysokości zapisanej w ustawie. Płaca minimalna nie może być płacą realną lekarza.

Zawsze, gdy mowa jest o wynagrodzeniach, mam poczucie, że z naszych postulatów musimy się tłumaczyć. Owszem, konieczne jest objaśnianie i przedstawianie pacjentom, decydentom i społeczeństwu naszej perspektywy, ale nie będziemy przeproszać za to, że potrzebujemy lepszych warunków pracy i zwyczajnie chcemy godnie zarabiać, że chcemy zrationalizować liczbę godzin naszej pracy i troszczyć się o warunki wykonywania zawodu. Zachęcam do refleksji nad tym, w jakim stanie jest nasz system ochrony zdrowia

i nasze państwo, jeśli proponuje lekarzom - wysoko wykwalifikowanym i w gruncie rzeczy niezastępowalnym specjalistom - płacę wg ustawy o płacy minimalnej. Jako samorząd będziemy podejmowali starania o jak najszybsze wytyczenie ścieżki do realnej płacy w wysokości trzech średnich krajowych dla lekarza specjalisty. Ale starania te wymagają też oddolnego, środowiskowego wsparcia - czyli godzenia się przez każdego lekarza na wynagrodzenie zgodne z kompetencjami i doświadczeniem, a nie na płacę minimalną.

Ale praca w izbie w ostatnich dniach to nie tylko walka o ostateczny kształt ustawy o wynagrodzenia. Nie zapominamy w tych dniach także o potrzebach walczącej Ukrainy. Kolejne karetki, zakupione i wyposażone ze środków izbowej fundacji Lekarze Lekarzom zostały przekazane i służą do niesienia pomocy potrzebującym.

Powinniśmy również wspierać naszych ukraińskich kolegów lekarzy. To wsparcie musi być jednak mądre i rozsądne. Wielokrotnie podkreślałem, że aby pracować w polskim systemie ochrony zdrowia, trzeba znać polski system i polski język. Dobrym pomysłem jest płatny staż adaptacyjny. Dzięki takiemu rozwiązaniu

wszyscy czulibyśmy się bezpiecznie - od pacjenta, przez współpracowników, po samego lekarza, który wraz z doświadczeniem i wiedzą zyskałby po prostu poczucie większej pewności siebie w funkcjonowaniu w skomplikowanej przecież polskiej opiece zdrowotnej. Samorząd lekarski jest gotów pomóc lekarzom zza granicy wdrożyć się do pracy w polskim systemie i certyfikować znajomość języka polskiego. Przedstawiliśmy Ministerstwu Zdrowia propozycje rozwiązań w tym zakresie. Czekamy na odzew strony rządowej.

Najważniejszym tematem ostatnich dni stał się również system no-fault. Nasze stanowisko dotyczące konieczności zwolnienia lekarzy z odpowiedzialności karnej prezentowaliśmy wyraźnie i stanowczo w przestrzeni publicznej. Odpowiedzią na nasz głos były zapowiedzi strony rządowej wprowadzenia czegoś na kształt systemu no-fault z zastrzeżeniem, że „nie będzie to system no-fault, jaki jest wyobrażeniem wielu lekarzy”. Konkretnie zapisy projektu mają zostać niebawem przedstawione do konsultacji. My od razu możemy odnieść się do tych tajemniczych zapisów konkretnie - potrzebujemy ustawy w sposób faktyczny dającej lekarzowi i pacjentowi poczucie bezpieczeństwa leczenia. A te konkrety, na których trzeba się oprzeć, to: wyłączenie lekarzy z odpowiedzialności karnej (z zachowaniem tej odpowiedzialności wyłącznie w przypadku zgonu pacjenta lub rażącego błędu, którego ocena nie wymaga wiadomości specjalnych), przy niezmienniej odpowiedzialności cywilnej i zawodowej; wprowadzenie rejestru zdarzeń niepożądanych, umożliwiającego analizy skutkujące eliminowaniem błędów medycznych; wdrożenie funduszu kompensacyjnego, gwarantującego pacjentom lub ich rodzinom szybką wypłatę świadczenia, niezależnie od udowodnienia winy. Będziemy chcieli w najbliższych tygodniach zaproponować samorządowy projekt rozwiązań legislacyjnych w tym zakresie.

Dużo więcej o no-fault przeczytają Państwo na kolejnych stronach „Gazety Lekarskiej”. Biorąc pod uwagę priorytety samorządu i okoliczności - było dla nas oczywiste, że no-fault musi być tematem numeru.



”
**Nasze stanowisko
dotyczące
konieczności
zwolnienia lekarzy
z odpowiedzialności
karnej
prezentowaliśmy
wyraźnie i stanowczo
w przestrzeni
publicznej.**



Renata Jeziółkowska
rzecznik prasowy NIL

O TYM SIĘ MÓWI

BEZPIECZEŃSTWO LECZENIA



Ostatnie tygodnie przed wakacjami nie były czasem lekkich tematów w przestrzeni publicznej. Dziennikarze z różnych redakcji codziennie zwracali się z prośbami o komentarze, a wydane przez Naczelną Radę Lekarską i jej Prezydium stanowiska dawały początek dyskusjom opierającym się na perspektywie lekarza i pacjenta, sprowadzanej do bezpieczeństwa leczenia. Wypowiadając się w mediach, kładliśmy nacisk na tłumaczenie, dlaczego zwiększanie presji na lekarzy nie służy ani lekarzom, ani pacjentom, ani rozwojowi medycyny oraz na to, by nie utożsamiać pojęcia no-fault z bezkarnością.

”

Wiemy z doświadczenia, że robienie czegoś na siłę i wbrew komuś nigdy nie przynosi dobrego efektu. Jeżeli będziemy zmuszać młodych lekarzy do dalekiego wyjazdu od miejsca zamieszkania na specjalizację, tylko po to, żeby go w jakimś szpitalu powiatowym umieścić, to tylko zniechęcimy ich do całego systemu opieki zdrowotnej i do pozostania w kraju”.

*dr Klaudiusz Komor, wiceprezes
NRL dla „Rynku Zdrowia”*

CHIRURGIA

Zwracaliśmy uwagę na uwarunkowania prawne zniechęcające do wybierania specjalizacji zabiegowych. Dziennikarze kierowali prośby o konkretne dane i komentarze. Informowaliśmy, że w Polsce jest 8910 lekarzy ze specjalizacją z chirurgii ogólnej, którzy wykonują zawód. Z tego 2494 to specjaliści I stopnia. Liczby te są dramatycznie niskie. Przy okazji tego tematu również odnosiliśmy się do no-fault oraz warunków pracy, na które godzi się coraz mniej osób.

REZYDENTURA W SZPITALU POWIATOWYM

W imieniu NRL lekarze odnosili się do regulacji zakładających, że rezydenci część programu specjalizacji będą musieli odbywać w szpitalach powiatowych. Emocje wzbudza przede wszystkim wątek przymusu, stąd często padało sformułowanie „zsyłka”.

„MŁODY DYDAKTYK”

Duże zainteresowanie mediów wzbudził pomysł Ministerstwa Zdrowia, by studenci VI roku medycyny uczyli swoich młodszych kolegów studentów. Lekarze podkreślają, że koncepcja „Młody dydaktyk” nie była konsultowana ze środowiskiem lekarskim, odnieśli się do niej w sposób krytyczny.

REJESTR CIĄŻ

W odpowiedziach na pytania o rejestr ciąży przedstawiciele Naczelnej Rady Lekarskiej zwracali uwagę, że dostęp dla lekarza do informacji o ciąży pacjentki byłby cenny np. w sytuacji, gdyby pacjentka była nieprzytomna. Rejestr mógłby stać się przydatnym narzędziem dla lekarzy. Odrębną kwestią pozostaje natomiast to, kto jeszcze i na jakich zasadach mógłby być uprawniony do wglądu w ten rejestr.

SAMORZĄD – WEWNĄTRZ I NA ZEWNĄTRZ

Media, przede wszystkim te branżowe, informowały o sprawach kadrowych w samorządzie. O składzie prezydium, poszczególnych gremiów i indywidualnych funkcjach. Relacjonowano, co wydarzyło się na pierwszym posiedzeniu NRL nowej kadencji, jak również informowano o współpracy i wspólnych celach samorządów zawodów medycznych, których przedstawiciele spotkali się w siedzibie NIL w Warszawie.

LEKARZE Z UKRAINY

Szef NRL w wypowiedziach medialnych podkreślał, że nie chce stawiać samorządu lekarskiego i resortu zdrowia po dwóch stronach barykady w sprawie medyków z Ukrainy. Deklarował otwartość na współpracę z Ministerstwem Zdrowia w sprawie uproszczenia procedur. Jednocześnie zwracał uwagę, że lekarz musi znać język polski i polski system ochrony zdrowia, a w poznaniu ich mógłby służyć staż adaptacyjny.

”

Liczba zaświadczeń o postawie etycznej wydanych w tym roku lekarzom i lekarzom denty stom ubiegającym się o uznanie kwalifikacji w innych krajach Unii Europejskiej nie dziwi samorządu lekarskiego. Od dawna zwracaliśmy uwagę na problemy systemowe i warunki leczenia, które zniechęcają lekarzy do pracy w polskim systemie ochrony zdrowia”.

Rzecznik prasowy NIL
dla portalu ABC Zdrowie

„Rezygnacja z części ustnej egzaminu pozwoli tym lekarzom szybciej rozpocząć pracę z uprawnieniami specjalistów, co w obliczu problemów kadrowych w systemie ochrony zdrowia nie pozostaje bez znaczenia. W tym kontekście podkreślić należy również fakt, że czas, w którym lekarze skupiają się na przygotowaniach do drugiej części PES, mogłoby przeznaczyć dla pacjentów”.

Fragment pisma prezesa NRL
do Ministra Zdrowia

”

Lekarze bojący się leczyć pacjentów to największy problem. Dzisiaj chirurdzy, ginekolodzy i inni przedstawiciele specjalizacji zabiegowych są poddani ogromnej presji również przez to, że może grozić im odpowiedzialność karna nawet za niezawiniony błąd medyczny. A młodzi nie wybierają tych specjalizacji. Stronią od chirurgii, stronią od ginekologii”

Łukasz Jankowski, prezes NRL
w „Rzeczpospolitej”

WYNAGRODZENIA

W mediach dyskusja toczyła się na każdym etapie procedowania projektu ustawy dot. wynagrodzeń w ochronie zdrowia. Niezmiennie podkreślaliśmy, że ustawa powinna wskazywać drogę dojścia do stopniowej realizacji postulatów środowiska lekarskiego – wyrażonych również podczas Krajowego Zjazdu Lekarzy – czyli do minimalnego wynagrodzenia na poziomie dwóch średnich krajowych dla lekarza bez specjalizacji i trzech średnich dla specjalisty. Ponadto w wydanym przez Prezydium NRL stanowisku tłumaczono, że celem jest racjonalizowanie trybu pracy lekarzy, co w sposób oczywisty przełoży się na bezpieczeństwo leczenia, a tym samym poprawę opieki nad pacjentem. Tłumaczono, że lekarze chcą pracować w systemie umożliwiającym wykonywanie pracy w wymiarze czasu równym jednemu etatowi, w takim, który nie będzie wymuszał pracy ponad siły, mającej być sposobem na łatanie dziur kadrowych w publicznych placówkach medycznych. Prezydium NRL wyraziło poparcie również dla innych grup zawodowych w słusznych dążeniach do podwyższenia współczynników pracy. Obok tematu wynagrodzeń dziennikarze pisali o pracoholizmie wśród lekarzy, gdzie w wypowiedziach samych zainteresowanych powtarzały się określenia typu „reakcja na patologiczny system”, „zmęczenie dopominaniem się o godną płacę”.

PAŃSTWOWY EGZAMIN SPECJALIZACYJNY

Media cytowały pismo skierowane przez prezesa NRL do Ministra Zdrowia w sprawie rezygnacji z części ustnej egzaminu w przypadku uzyskania przez lekarza z części pisemnej oceny co najmniej dobrej. W piśmie pojawił się również wątek uruchomienia od 1 stycznia 2023 r. bazy pytań, z których będzie tworzony testowy PES.

NIL W INTERNECIE

 www.nil.org.pl    @NaczelnaL

Zachęcam wszystkich Państwa do zaglądania na stronę internetową nil.org.pl oraz do śledzenia naszych profili w mediach społecznościowych. Znajdą nas Państwo na Twitterze, Facebooku i Instagramie pod hasłem @NaczelnaL. W internecie na bieżąco publikujemy najważniejsze wydarzenia z życia samorządu oraz wzmianki z mediów – cytaty z telewizji, radia, portali i gazet. Wśród osób zabierających głos w imieniu samorządu, prócz prezesa i rzecznika prasowego, są członkowie prezydium i Naczelnej Rady Lekarskiej. Dzięki dobrej współpracy lekarzy oraz Działu Mediów i Komunikacji NIL głos środowiska lekarskiego jest lepiej i szerzej słyszalny. Odpowiadamy na liczne pytania dziennikarzy i dbamy, by w każdym ważnym temacie dotyczącym ochrony zdrowia jasno wybrzmiały opinie samorządu.

PRAWO, PRESJA, PRIORYTETY

Samorząd lekarski w sposób zdecydowany krytykował pomysł zaostrzenia kar za nieumyślne błędy medyczne. Wielokrotnie podkreślaliśmy negatywne konsekwencje wprowadzania dodatkowej presji. Odnosiliśmy się w tym kontekście do konieczności wprowadzenia systemu no-fault, opartego na założeniach sprawdzających się np. w Szwecji, który nie koncentruje się na winie i karze, a na szybkiej rekompensacie dla pacjenta lub jego rodziny oraz skupia się na identyfikowaniu i eliminowaniu błędów w przyszłości. Decydenci na etapie prac Sejmowej Komisji Nadzwyczajnej ds. nowelizacji Prawa Karnego wycofali się z zaostrzenia zapisów Kodeksu karnego, które mogą dotyczyć lekarzy, ale postulat samorządu związany z rozwiązaniami odpowiadającymi no-fault jest i będzie przez NIL forswany. Planowane są działania edukacyjne i „motywacyjne” w tym zakresie. Kwestie bezpieczeństwa leczenia – bo w taki sposób samorząd określa tę ideę – przywołuje przy większości poruszanych w mediach wątków.

UPRAWNIENIA RATOWNIKÓW

Często cytowane było krytyczne stanowisko Prezydium NRL wobec rozszerzenia uprawnień ratowników medycznych. W stanowisku zwrócono uwagę m.in., że rozszerzenie puli leków, które mogą stosować ratownicy medyczni, o te używane w trakcie znieczulenia ogólnego, jest niezasadne i może stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów.

Fakty i liczby

Część danych statystycznych może zaskakiwać. Może zamiast szukać winnych, warto zacząć wyciągać wnioski?

1 rok

od dnia, w którym wnioskodawca dowiedział się o zakażeniu, uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia albo nastąpiła śmierć pacjenta – w takim terminie należy złożyć wniosek do wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych (jednak nie później niż 3 lata od zdarzenia).

1 zł

nawet tak niską kwotę świadczenia proponowano pacjentowi w ramach postępowań prowadzonych w systemie komisji wojewódzkich, m.in. dlatego wiele osób szuka sprawiedliwości w sądzie, choć miały one je odciążyć od prowadzenia spraw o błędy medyczne.

1 na 157 spraw

o błąd medyczny prowadzonych przez prokuraturę kończy się skazaniem lub warunkowym umorzeniem postępowania karnego – wynika z danych za lata 2016 i 2017 (mówili o tym prof. Jarosław Berent i dr Anna Smędra w czasie XVIII Zjazdu Polskiego Towarzystwa Medycyny Sądowej i Kryminologii, który odbył się w 2019 r.*).

857 pozwów

w sprawach o naprawienie szkody wyrządzonej przez ochronę zdrowia (w przypadku zgonu pacjenta jeden pozew może dotyczyć kilku uprawnionych) wpłynęło do sądów cywilnych w 2018 r., a prokuratura wszczęła w tym czasie 2217 spraw o błędy medyczne. To niewiele, zważywszy, że przez cały rok w szpitalach ogólnych hospitalizowano 7,68 mln pacjentów.

1751 spraw

o błędy medyczne wszczęto w prokuraturach w 2021 r. W latach 2018-2020 rocznie wszczymano ich odpowiednio: 2217, 2161, 1797. Niewiele trafiło na wokandę. W ciągu ostatnich 4 lat (2018-2021) skierowaniem aktu oskarżenia zakończyło się odpowiednio: 153, 197, 199 i 216 spraw, a wyrokiem skazującym jeszcze mniej.

5206 spraw

o błędy medyczne prowadzono w prokuraturach w ubiegłym roku, a w latach 2018-2020 było to odpowiednio: 5739, 5905, 5464 (dane Prokuratury Krajowej). Kilka lat temu minister sprawiedliwości i prokurator generalny Zbigniew Ziobro zezwolił na tworzenie w prokuraturach działów nadzorujących takie postępowania.

100 tys. zł

(maksymalnie) może wynosić wysokość świadczenia kompensacyjnego z tytułu jednego zdarzenia medycznego w odniesieniu do jednego wnioskodawcy w przypadku śmierci pacjenta – przewiduje to projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, który trafił do konsultacji publicznych rok temu.

500 tys. zł

tyle wynosiła oczekiwana przez poszkodowanych kwota za śmierć osoby bliskiej wg badań, na które powołano się w uzasadnieniu do przepisów przewidujących tworzenie wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych (ponad 10 lat temu). Oczekiwana wysokość odszkodowania i zadośćuczynienia nie zawsze idzie w parze z ich orzeczeniami i wyrokami sądowymi.

2 mln zł

odszkodowania z odsetkami musi zapłacić Regionalny Szpital Specjalistyczny w Grudziądzu rodzinie głęboko niepełnosprawnej dziewczynki z powodu popełnienia błędu medycznego, do którego doszło przed laty przy porodzie. Dodatkowo sąd przyznał dziecku rentę w wysokości 5540 zł miesięcznie. Pogorszyło to sytuację i tak mocno zadłużonej placówki.

* Źródło: www.pomylkalekarza.pl

ANALIZA

Bez osądzania



Mariusz Tomczak
dziennikarz

O systemie no-fault mówi się na wiele sposobów. Za rzadko jednak tłumaczy się korzyści, które dzięki niemu mogą odnieść pacjenci. Obawy, że relacje lekarz-pacjent zmieniają się w wolnoamerykankę są nieuzasadnione, choć nie tak rzadkie.

Moim priorytetem jest wprowadzenie systemu no-fault. Chcę przekonać do niego pacjentów i decydentów – mówi prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski. Kilka tygodni temu z taką deklaracją wystartował w wyścigu o najważniejszą funkcję w samorządzie zawodowym lekarzy i lekarzy dentyistów. Wobec tego, że większość delegatów XV Krajowego Zjazdu Lekarzy oddała głos właśnie na niego, można domniemywać, że środowisko lekarskie podziela tę wizję i również opowiada się za szybkim urzeczywistnieniem no-fault w Polsce.

MOŻNA JEDNYM ZDANIEM, ALE...

Problem w tym, że znaczna część społeczeństwa o systemie no-fault w ogóle nie słyszała, a w trakcie dyskusji na ten temat panuje zamieszanie wynikające z niezrozumienia tego pojęcia, jak i funkcjonowania ochrony zdrowia. Jego istotę da się opisać jednym zdaniem – to po prostu rozwiązanie umożliwiające uzyskanie odszkodowania lub zadośćuczynienia bez szukania i wskazywania winnych. Sporo osób rozciąga pojęcie no-fault do granic możliwości, tak jakby było z gumy, i robią to w zasadzie wszyscy: niektórzy lekarze, politycy, wielu publicystów, część prawników, osoby deklarujące się jako zwolennicy i przeciwnicy takiego rozwiązania. W debacie publicznej na pierwszy plan często wysuwa się jeden aspekt: odstąpienie od karania za błędy medyczne. Nie zawsze zwraca się uwagę, że chodzi o te popełniane nieumyślnie i pewnie dlatego sporo osób mylnie utożsamia wprowadzenie no-fault z zalegalizowaniem ucieczki od jakiegokolwiek ponoszenia odpowiedzialności.

DOBRO PACJENTA NAJWAŻNIEJSZE

System ochrony zdrowia powstał z myślą o zabezpieczeniu i poprawie stanu zdrowia i życia ludności, a w jego centrum jest, a przynajmniej zawsze powinien być, pacjent. Brzmi jak frazes, ale to właśnie temu powinny być podporządkowane działania podejmowane w ramach polityki zdrowotnej państwa

(kształcenie lekarzy, budowa szpitali, zatrudnianie w nich medyków i personelu administracyjnego, kupno specjalistycznego sprzętu i aparatury itd.). Warunki wykonywania zawodu lekarza są niedoceniane w kontekście funkcjonowania opieki zdrowotnej. Nie zawsze rozumiany jest fakt, że ograniczając lub wręcz zdejmując z medyków prawdopodobieństwo tłumaczenia się przed prokuratorem za zdarzenia niepożądane lub udowadniania niewinności przed sądem, osoby diagnozujące i leczące mogą skoncentrować się na tym, co najważniejsze – ratowaniu życia i zdrowia pacjentów.

TO NIE CEL, LECZ ŚRODEK DO CELU

Sporo osób, mówiąc o systemie no-fault, koncentruje się na odstąpieniu od karania za nieumyślne błędy medyczne, podczas gdy jest to tylko jeden ze środków mających doprowadzić do nadrzędnego celu, jakim powinno być stworzenie systemu przyjaznego, bezpiecznego i jak najbardziej efektywnego dla pacjenta. W ramach no-fault odchodzi się od klasycznego systemu odpowiedzialności odszkodowawczej opartej na kryterium winy. Rekompensata finansowa należy się pacjentowi lub członkom jego rodziny bez orzekania, z czyjej winy powstało niepożądane zdarzenie medyczne. Pacjent w ogóle nie musi korzystać z pomocy adwokata czy radcy prawnego, a świadczenie uzyskuje dużo szybciej w porównaniu do postępowania sądowego.

UMOWA SPOŁECZNA STWORZY NOWY ŁĄD

Wprowadzeniu systemu no-fault powinno towarzyszyć, jakkolwiek górnolotnie to brzmi, zawarcie umowy społecznej. To właśnie dzięki niej tworzy się porządek społeczny, zapewniający trwanie i rozwój całej zbiorowości. Oczywiście można wprowadzić no-fault, ignorując choćby próbę stworzenia fundamentów pod umowę społeczną lub czegoś, co może ją przypominać, ale wówczas – jak dowodzą minione dzieje – zmiany wprowadza się znacznie trudniej, wolniej i nie są one trwałe. Tego uczy zarówno historia, jak i filozofia – ta pierwsza

Sporo osób rozciąga pojęcie no-fault do granic możliwości.

Obecnie bywa tak, że niektórzy dyrektorzy krzywo patrzą na osoby zgłaszające nawet drobne nieprawidłowości związane z pracą szpitala. Oblewa ich zimny pot, bo oczyma wyobraźni widzą utratę własnego stanowiska w atmosferze medialnego skandalu połączonego z oskarżeniami o rażące zaniedbanie obowiązków, które doprowadziło np. do śmierci pacjenta. W ślad za wprowadzeniem no-fault i nowej kultury bezpieczeństwa musi iść przekonanie, że do popełnienia błędu po prostu trzeba się szybko przyznać, bo chodzi o życie lub zdrowie pacjenta.

jest nauczycielką życia, a druga królową nauk, choć wielu lekarzy tym zaszczytnym mianem określa medycynę. Jednak to właśnie w filozofii, choć także w kilku innych dziedzinach nauki, znajdziemy powód, dla którego taką umowę warto ustanowić – jest nim potrzeba ładu społecznego.

KULTURA BEZPIECZEŃSTWA I SAMODOSKONALENIE

Dobrze, by wprowadzeniu systemu no-fault w ochronie zdrowia towarzyszyło wykształcenie się kultury bezpieczeństwa. Nie da się tego zadekretować nakazami czy zakazami. Owszem, przepisy prawa mogą wspierać jej tworzenie, funkcjonowanie i rozwój, ale nie zastąpią mentalnej zmiany, która musi iść w ślad za wprowadzeniem no-fault. W grę wchodzi m.in. położenie jeszcze większego nacisku na samodoskonalenie i poprawę procedur. Można zatem stwierdzić, że system no-fault daje pewnego rodzaju korzyści personelowi medycznemu, ale też stawia przed nim wymagania. Społeczeństwo, zawierając umowę z medykami, polegającą na zagwarantowaniu, że żaden nie trafi za kratki po popełnieniu nieumyślnego błędu, nie zwalnia ich z troski o wysoką jakość opieki i staranność przy

udzielaniu świadczeń – tak, by w jak największym stopniu ograniczyć ryzyko pojawienia się sytuacji zagrażających życiu i zdrowiu pacjentów. Zmian związanych z wprowadzeniem kultury bezpieczeństwa nie wprowadza się po to, by – jak myślą niektórzy – lekarze czy pielęgniarki popełniali te same błędy i uchodziło im to płazem, lecz z myślą o bardziej skutecznej eliminacji ryzyk obecnych w systemie oraz nauce na potknięciach, swoich i cudzych.

PLACÓWKI MEDYCZNE POWINNY DZIAŁAĆ INACZEJ

W ramach kultury bezpieczeństwa musi zmienić się model funkcjonowania placówek medycznych w kierunku „uczących się organizacji”. Kto zgłębił podstawy nauki o zarządzaniu i psychologii społecznej nie tylko wie, na czym to polega, ale również zdaje sobie sprawę, że wymaga upływu czasu. Jeśli w szpitalu dojdzie do błędu lub zdarzenia niepożądanego, to niczego nie zamyka się pod dywan. Najpierw wysiłek personelu koncentruje się na pomocy pacjentowi. Kolejny krok stanowi analiza powodów wystąpienia takiej sytuacji, a następnie szuka się odpowiedzi na pytanie, co zrobić, aby w przyszłości jej uniknąć. Na końcu są wdrażane potrzebne zmiany. Aby analizować i wyciągać wnioski, jest potrzebny m.in. rejestr zdarzeń niepożądanych. Taki z prawdziwego zdarzenia, a nie będący fikcją wymuszoną przepisami. Tworzenie rejestru nie ma wielkiego sensu, gdy brakuje zrozumienia dla sensu jego działania wśród personelu i kadry kierowniczej.

CO MINISTER ZDROWIA OBIECAŁ NRL?

Na początku września miną dokładnie dwa lata, odkąd minister zdrowia Adam Niedzielski, tuż po objęciu urzędu, zadeklarował, że „zrobi wszystko”, by wprowadzić system no-fault w Polsce. Taka obietnica padła w czasie posiedzenia NRL w obecności kilkudziesięciu lekarzy i lekarzy dentystów, co niewątpliwie nadało jej jeszcze większe znaczenie. Wsłuchując się w niedawno wypowiedziane słowa ministra, szanse na pełną realizację jego deklaracji złożonej samorządowcom wydają się niewielkie. – System no-fault, o którym wszyscy marzyliśmy, jest kontrowersją i to trzeba otwarcie powiedzieć. My, jako uczestnicy systemu ochrony zdrowia, jesteśmy do niego w stu procentach przekonani, ale na poziomie politycznym jest trudny do wytłumaczenia – stwierdził kilka tygodni temu Adam Niedzielski. Te kontrowersje wynikają z różnych powodów i, wbrew pozorom, nie chodzi tylko o świat wielkiej polityki. Obecnie za głównego hamulcowego uznawany jest minister sprawiedliwości Zbigniew Ziobro, ale upatrywanie w nim jedynej przeszkody w zmianie przepisów na te, których oczekuje środowisko lekarskie, to duże uproszczenie.

KLIMAT POLITYCZNY I SPOŁECZNE PRZYZWOLENIE

Trudno powiedzieć, skąd czasami bierze się przekonanie, że w parlamencie lub ławach rządowych wszyscy poza Solidarną Polską, na której czele stoi Zbigniew Ziobro, poparliby no-fault. W końcu okazja do jego wprowadzenia była już za czasów ministrów Konstantego Radziwiłła i Łukasza Szumowskiego, ponieważ po wyborach parlamentarnych wygranych przez PiS w 2015 r., liczba posłów Solidarnej Polski była znacznie mniejsza od tej po wyborach z 2019 r. Poza tym dr Radziwiłł, politycznie związany z obecnym obozem władzy, wielokrotnie publicznie deklarował, że jest zwolennikiem pozasądowego systemu rekompensowania szkód medycznych bez

Projekt rozczarował

W skierowanym w połowie ubiegłego roku do konsultacji publicznych projekcie ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta znalazło się rozwiązanie do pewnego stopnia wzorowane na no-fault, ale nieodpowiadające oczekiwaniom środowiska lekarskiego. Opiniując ten projekt, Prezydium NRL wskazało, że zdarzenie niepożądane nie powinno stanowić podstawy do wszczęcia postępowania dyscyplinarnego, postępowania w sprawie o wykroczenie, postępowania karnego czy postępowania z zakresu odpowiedzialności zawodowej, chyba że byłoby spowodowane niedozwolonym czynem popełnionym umyślnie. „Aby osiągnąć założenia programowe systemu no-fault należałoby zatem w ustawie wprost wskazać, że zgłoszenie zdarzenia niepożądanego wyłącza odpowiedzialność za błąd medyczny zarówno karną, dyscyplinarną, jak i cywilną (o której w ustawie nie ma ani słowa) osoby, która dokonała zgłoszenia. Bez takich regulacji w dalszym ciągu będziemy mieli do czynienia z brakiem dostatecznej ochrony prawnej osób zgłaszających zdarzenia niepożądane” – czytamy w stanowisku Prezydium NRL podjętym w sierpniu 2021 r.

konieczności dowodzenia winy. Prof. Szumowski jako szef resortu zdrowia, zwłaszcza w czasie mniej formalnych spotkań, z rozbijającą szczerością przyznawał, że ten postulat jest mu bliski, ale brakuje klimatu politycznego i społecznego przyzwolenia do jego wprowadzenia. Warto przypomnieć i o tym, że zanim obecny obóz polityczny przejął ster władzy, w czasie 8-letnich rządów koalicji PO-PSL (2007-2015) nie wprowadzono rozwiązania wzorowanego na no-fault, choć w środowisku lekarskim takie oczekiwania formułowano, a przez kilkanaście miesięcy na czele rządu stała lekarka Ewa Kopacz. Wówczas polityczna rola Zbigniewa Ziobry była znacznie mniejsza m.in. z powodu jego kilkuletniej nieobecności w polskim parlamencie i wykluczeniu z PiS.

CZEKAJĄC NA CUD

Niektórzy spoglądają niezbyt przychylnym okiem na system no-fault z uwagi na wygórowane oczekiwania związane z leczeniem (nie każdą chorobę da się wyleczyć, a wraz z jej rozwojem szanse na to maleją), nieznamość sytuacji w ochronie zdrowia (np. niedofinansowanie, deficyt kadrowy, niewystarczający dostęp do innowacyjnych terapii) czy brak zrozumienia specyfiki wykonywania zawodów medycznych. Część pacjentów i ich rodzin nie przyjmuje do wiadomości, że lekarz jest... tylko lekarzem. Mimo najszczerzych chęci i ogromnego zaangażowania całego zespołu medyków, stale pogłębianej wiedzy, wykorzystaniu najnowocześniejszego sprzętu i stosowaniu kosztownych terapii, nie zawsze da się dokonać cudu, choć oczywiście w medycynie one też się zdarzają. Są osoby doszukujące się czyjejs winy w niepomyślnym wyniku leczenia, do czego może dojść po postawieniu prawidłowej diagnozy i podjęciu wszystkich niezbędnych działań bez zbędnej zwłoki. Niepowodzenie w leczeniu to nie to samo co błąd lekarski, ma inne przyczyny, choć skutki obu mogą być podobne. Wiele osób za błąd medyczny uznaje też zdarzenie niepożądane, ale tutaj na szczęście świadomość z roku na rok rośnie.

DLACZEGO WARTO ZDJĄĆ PRESJĘ?

Sami lekarze wskazują, że wśród argumentów przemawiających za wprowadzeniem systemu no-fault jest m.in. zmniejszenie presji w trakcie codziennego wykonywania zawodu. Obawiają się odpowiedzialności karnej za zdarzenia niepożądane i niezawinione błędy medyczne. – Jeżeli kierowca autobusu wyprzedza „na trzeciego” i kogoś potrąci na przejściu dla pieszych, to za to odpowiada, tak jak medyk popełniający rażący błąd medyczny. Jednak gdybyśmy kierowcy, temu jeżdżącemu zgodnie z przepisami, ciągle grozili, to nie wykonywałby dobrze swojej pracy, bo czułby ciągłą presję – mówi prezes NRL Łukasz Jankowski, dodając, że wielu lekarzy wzywanych jest przez prokuraturę albo wie o takich przypadkach od koleżanek i kolegów. – Taka atmosfera utrudnia pracę – dodaje. Ten strach ma konsekwencje w postaci pogłębiania się zjawiska medycyny defensywnej, zwanego też czasami medycyną asekuracyjną lub obronną. Polega ono na podejmowaniu czynności mających na celu zmniejszenie ryzyka pozwu sądowego. Czasami zleca się więcej badań niż potrzeba lub kieruje pacjenta na nie zawsze niezbędne konsultacje u specjalistów, co generuje koszty i wydłuża kolejki, a w lekarzach narasta złość, bo chcieliby pracować inaczej. Że cierpią na tym pacjenci, nie trzeba chyba dodawać.

LĘK, WYPALENIE ZAWODOWE, EMIGRACJA

Presja, której poddawani są lekarze, przyczynia się do narastania lęku i frustracji. Może być też przyczyną wypalenia zawodowego lub podjęcia decyzji o wyjeździe do kraju, w którym środowisko pracy jest bardziej przyjazne niż w Polsce lub przynajmniej za takie uchodzi. Strach przed surowym prokuratorem zniechęca młodszych lekarzy do wyboru takich specjalizacji jak chirurgia, gdzie ryzyko popełnienia błędu lub bycia o to oskarżonym jest wyższe niż w tych uznawanych za „bezpieczniejsze”. Niektórzy odchodzą ze szpitali i podejmują pracę np. w ambulatoriach. W obliczu deficytu szpitalnych kadr medycznych pacjenci jeszcze dłużej czekają na potrzebny zabieg, tym bardziej, że niektóre oddziały są zawieszane lub zamykane z powodu braku lekarzy, odchodzenia z pracy w szpitalnictwie lub przechodzenia do sektora prywatnego. W takiej sytuacji część lekarzy może zostać podwójnie poszkodowana – w życiu zawodowym i prywatnym. Nie dość, że rośnie obciążenie pracą i nacisk przełożonych na wypełnianie dziurawych grafików, to na dodatek w sytuacji, gdyby sami potrzebowali pomocy medycznej, dłużej zaczekają w kolejce – tak jak inni pacjenci.

LEKARZ TEŻ CZŁOWIEK

W dyskusji o no-fault za rzadko mówi się o tym, że lekarz to też człowiek. Czy trzeba upokarzać długim i żmudnym postępowaniem sądowym chirurga o 20-letnim stażu pracy, na którego dotychczas nie było nawet najmniejszych skarg, ale pech chciał, że pewnego dnia nieumyślnie popełnił błąd przy jednoczesnym wystąpieniu kilku różnych czynników: przemęczenia (brał kolejne dyżury, bo w jego szpitalu są wakaty), niewłaściwej organizacji pracy w placówce (za co nie powinien ponosić odpowiedzialności, tym bardziej, że zwracał na to uwagę swoim szefom) i śmierci żony (utrata kogoś bliskiego jest wstrząsającym przeżyciem uruchamiającym różne psychologiczne zjawiska, które mogą wpływać na życie zawodowe i wydaje się wątpliwe, by wszyscy lekarze doskonale radzili sobie w takich sytuacjach)? Znowu warto odwołać się do filozofii, która podpowiada, że człowiek z natury rzeczy jest niedoskonały. Dlaczego zatem niektórzy tak stanowczo żądają ponoszenia od medyków surowej odpowiedzialności za nieumyślne błędy, skoro sami zapewne mają na swoim koncie nie tak krótką listę potknięć w miejscu pracy? ■

Kadłubowe rozwiązanie?

Samorząd lekarski wskazuje na potrzebę ochrony prawnej „sygnalistów”, tak by osobie zgłaszającej zdarzenie niepożądane nie groziła utrata zatrudnienia czy rozwiązanie kontraktu łączącego ją z placówką. Ważne jest również to, aby w ramach jednego zgłoszenia ochrona obejmowała nie tylko lekarza, ale również osoby współuczestniczące w leczeniu i opiece nad pacjentem, co wydaje się uzasadnione w związku z dominującym w szpitalnictwie modelem pracy zespołowej. Nie wiadomo, kiedy i w jakim kształcie projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta trafi do łaski marszałkowskiej, ale od dłuższego czasu w środowisku medycznym rodzą się obawy o to, czy w razie wprowadzenia w życie kadłubowego no-fault (tzn. przepisu w brzmieniu podobnym do zawartego w tym projekcie), nie zamknie to przynajmniej na kilka lat szansy na pełne urzeczywistnienie postulatu nieosądzania lekarza za zdarzenia niepożądane czy nieumyślnie popełnione błędy medyczne.

OPINIE

Sonda

Środowisko lekarskie coraz głośniej domaga się wprowadzenia w Polsce systemu no-fault. Nie tylko medycy wskazują, że powinien to być ważny element zmian w ochronie zdrowia, wprowadzanych z myślą o lekarzach i lekarzach dentystach, ale przede wszystkim o pacjentach.



Piotr Pawliszak
pełniący funkcję prezesa ORL w Warszawie, przewodniczący Zespołu ds. Reformy Systemu Zgłaszania i Rejestrowania Zdarzeń Niepożądanych i Szkód w Ochronie Zdrowia NRL

W Polsce próbuje się pociągać lekarzy do odpowiedzialności karnej z artykułów 155, 156 i 160 Kodeksu karnego. Jednak z danych Prokuratury Krajowej wynika, że wśród wszystkich spraw o tzw. błędy medyczne zakończonych wydaniem decyzji merytorycznej, tylko w ok. 7 proc. przypadków skierowano do sądu akt oskarżenia lub wnioski o dobrowolne poddanie się karze. Oznacza to, że w ponad 90 proc. takich spraw nie dopatrzonego się cech przestępstwa. Stąd logicznym jest, że karanie za błędy medyczne następuje jedynie w przypadkach moralnie uzasadnionych, czyli głównie rażącego niedbalstwa

(tzn. gdy przewinienia są tak ewidentne, że ich ocena nie wymaga wiedzy szczególnej). W pozostałych – nie służy ani lekarzom, ani pacjentom, ani państwu. Kwestią sporną pozostaje to, czy również zgon pacjenta nie powinien zostać wyłączony spod odpowiedzialności karnej. Przekonanie, że surowe karanie lekarzy (pojawiające się m.in. w kontekście prób zaostreżenia art. 155 Kodeksu

W systemie no-fault znosi się orzekanie o winie.

karnego) zmniejszy prawdopodobieństwo występowania niepożądanych zdarzeń medycznych, jest błędne. Z danych National Institute of Justice, komórki naukowo-badawczej Departamentu Sprawiedliwości USA, która od kilkunastu lat obserwuje działanie systemu kar, wynika, że dotkliwość kary nie wpływa na zmniejszenie częstości

występowania przewinień. W medycynie dodatkowo jest z tym związana możliwość „uniknięcia nieumyślnego błędu” – to oczywisty oksymoron. Niemniej jednak dużo silniejszym czynnikiem zmniejszającym częstość występowania przewinień jest nieuchronność ich wykrycia, a ekwiwalentem tego może być obligatoryjny rejestr zdarzeń niepożądanych. Dla mnie system no-fault to forma umowy społecznej połączona z kreowaniem kultury bezpieczeństwa, która powinna zastąpić obecną od lat „kulturę” obwiniania i strachu. W systemie no-fault znosi się orzekanie o winie, co radykalnie zmienia dynamikę relacji lekarz-pacjent w sytuacji ewentualnego błędu i roszczenia. Kompleksowy system no-fault jest też pacjentocentryczny, gdyż skupia się na jak najszybszym przekazaniu pacjentowi rekompensaty za doznaną szkodę, a długofalowo ma zmniejszać ryzyko powtarzania się tych samych błędów – ma więc walor edukacyjny i jest sprawiedliwy w ujęciu społecznym zarówno wobec lekarzy, jak i pacjentów. ■



Stanisław Iwańczak
pełnomocnik dyrektora Katowickiego Centrum Onkologii ds. bezpieczeństwa pacjentów, diagnosta laboratoryjny, absolwent Śląskiej Akademii Medycznej

Pojęcie no-fault bardzo często jest używane nie tak, jak trzeba. Tak naprawdę powinno się mówić o „no-fault compensation”, tzn. o systemie umożliwiającym uzyskanie odszkodowania bez orzekania o winie. Aby zrozumieć, skąd w ogóle wzięto się to pojęcie, trzeba cofnąć się kilkadziesiąt lat wstecz – do lat 70. XX w. w Nowej Zelandii, która była prekursorem rozwiązań opartych na odejściu od wskazywania winnych. Początkowo dotyczyły one wypadków drogowych i związanych z nimi wypłat odszkodowań – oparto się na założeniu, że nikt nie szuka winnego. Dopiero w późniejszych latach zakresem no-fault objęto odszkodowania za obrażenia medyczne ponoszone w czasie wypadków drogowych, a w 2005 r. również zdarzenia niepożądane i błędy

medyczne. Na świecie nie ma uniwersalnego rozumienia systemu no-fault compensation, a regulacje obowiązujące w poszczególnych krajach różnią się w szczegółach, np. co do sposobu wypłaty odszkodowania czy możliwości odwoływania się od decyzji. Jednak generalnie dotyczy ono wyłącznie kompensacji finansowej szkody powstałej w wyniku jakichś działań. W ochronie zdrowia powinno być ono używane tylko w odniesieniu do zadośćuczynienia

Istotą jest kompensacja szkód bez orzekania o winie.

za szkody wyrządzone pacjentom m.in. z tytułu zdarzeń niepożądanych czy błędów medycznych. W praktyce stało się multipojęciem obejmującym różne kwestie związane z bezpieczeństwem pacjenta, które nie są ściśle związane z no-fault, np. system rejestracji zdarzeń niepożądanych. W Polsce, kiedy mówi się o no-fault, bardzo mocno podnoszona jest kwestia niewskazywania winnego. Chodzi o to, by nie szukać ich wśród lekarzy, pielęgniarek,

farmaceutów, diagnostów laboratoryjnych i przedstawicieli innych zawodów medycznych. Część środowisk opiniotwórczych i pacjenckich jest negatywnie nastawiona do tej idei, bo nie rozumie, że istotą no-fault nie jest wprowadzenie systemu bez ponoszenia jakiegokolwiek winy czy uchwalenie przepisów zwalniających z odpowiedzialności za popełnione błędy, lecz kompensacja szkód bez orzekania o winie. To zasadnicza różnica. Pojęciem nadrzędnym wobec no-fault compensation jest bezpieczeństwo pacjenta (ang. patient safety). No-fault stanowi tylko jeden z elementów systemu bezpieczeństwa pacjenta, a w jeszcze szerszym ujęciu – bezpieczeństwa w systemie opieki zdrowotnej. Warto o tym pamiętać. W naszym kraju bardzo często no-fault mylnie utożsamia się z całością zagadnień związanych z rejestracją zdarzeń niepożądanych, systemem odpowiedzialności zawodowej czy kulturą bezpieczeństwa, a nawet zamiennie stosuje się te pojęcia. Przy okazji zwracam uwagę, że błąd medyczny nie zawsze stanowi przyczynę zdarzenia niepożądanego, a bezpieczeństwo pacjenta jest uzależnione od wielu czynników, w tym m.in. od bezpieczeństwa personelu, co dla wielu osób nie jest oczywiste. ■



Robert Mołdach
członek Rady Ekspertów
przy Rzeczniku Praw
Pacjenta, współzałożyciel
Instytutu Zdrowia
i Demokracji

Ochrona zdrowia to sektor wysokiego ryzyka – podobnie jak transport lotniczy czy wydobywanie kopalin, nie wspominając o branży kosmicznej czy energetyce jądrowej. Łączy je m.in. to, że popełniane w tych branżach błędy mogą dotykać dużej liczby osób i – a by im zapobiegać – w znacznym stopniu stosowane są podobne procedury bezpieczeństwa. Od lat te sektory czerpią od siebie nawzajem różne doświadczenia w zakresie podnoszenia bezpieczeństwa personelu i osób, na które oddziałują. Wiele osób nie traktuje ochrony zdrowia jako sektora wysokiego ryzyka,

choć trzeba przyznać, że na przestrzeni ostatnich 20 lat to postrzeganie bardzo się zmieniło. Jako pacjenci mamy duże zaufanie do personelu medycznego, oddając się pod jego opiekę i powierzając lekarzom czy pielęgniarkom swoje zdrowie i życie. Nie zawsze myślimy o tym, że personel medyczny pracuje w bardzo złożonych warunkach, w których z pozoru

Ochrona zdrowia to sektor wysokiego ryzyka.

nawet drobne błędy mogą prowadzić do katastrofalnych skutków dla pacjenta, podobnie jak np. w lotnictwie dla pasażerów. Od innych sektorów podwyższonego ryzyka ochrona zdrowia może się uczyć sprawiedliwego traktowania, co ma duże znaczenie w kontekście systemu no-fault nie tylko

w obszarze medycyny. Kultura sprawiedliwego traktowania polega na ocenianiu pracowników zgodnie z ich umiejętnościami i sytuacją, w której się znaleźli. Nie można przykładać tej samej miary do identycznego błędu bez spojrzenia na sytuację, w której znalazł się człowiek, bez spojrzenia na otoczenie i dojrzałość organizacji, w których działa, a także bez uwzględnienia jego doświadczenia. Czym innym jest przypadek młodego lekarza, bez zaplecza i doświadczenia, pozostawionego w pojedynkę na dyżurze, zderzającego się z ogromem wyzwań, na które jest nieprzygotowany osobiście i systemowo, a czym innym sytuacja doświadczzonego zespołu profesjonalistów popełniającego błąd, który w ogóle nie powinien być się wydarzyć. Medycyna powinna czerpać z wzorców postępowania obecnych w innych sektorach wysokiego ryzyka, gdzie od lat skutecznie rozwiązuje się niektóre ważne problemy. Nie trzeba wszystkiego wymyślać od nowa. ■



Michał Sutkowski
członek Zarządu Głównego
Kolegium Lekarzy Rodzinnych
w Polsce, nieprzerwanie od
1989 r. pracuje jako lekarz w POZ

System no-fault ułatwia znalezienie prawdziwej przyczyny, z powodu której dochodzi do zdarzenia niepożądanego albo błędu medycznego. Po jego wprowadzeniu można usystematyzować wszystkie te przypadki i doprowadzić do ograniczenia ryzyka ich wystąpienia lub nawet całkowicie je wyeliminować. W ochronie zdrowia błędy dość często mają charakter systemowy, a nie ludzki. To jeden z powodów, by

karać co do zasady tylko w sytuacjach ewidentnie kryminalnych. Doświadczenia innych państw wskazują, że po wprowadzeniu no-fault nie zamiata się niczego pod dywan, a lekarz i pacjent przestają być nastawieni do siebie nieufnie. Mam nadzieję, że dyskusja o możliwości

Błędy często mają charakter systemowy.

wprowadzenia no-fault to przyczynek do rozpoczęcia poważnej debaty o prawach i obowiązkach pacjentów. Sam Rzecznik Praw Pacjenta wskazuje, że warto na ten temat rozmawiać, ale w obszarze legislacji jak na razie niewiele się dzieje. Chodzi o to, by relacje opierały się

na zasadzie partnerskiej, a nie paternalistycznej, ale też – jak mówił prof. Tadeusz Tołłoczko – nie klientelistycznej. System no-fault może w tym pomóc. Poprawa relacji lekarz-pacjent ma duże znaczenie dla poprawy sytuacji w ochronie zdrowia. Niestety w przeszłości narosły pewne antagonizmy między tymi, którzy leczą i tymi, którzy są leczeni. Często antagonizował decydent, organizator systemu czy płatnik, ustawiając się tak jakby bokiem do lekarzy, co było szczególnie widoczne zwłaszcza w czasie pandemii. To dobrze, że dużo mówi się o perspektywie pacjenta, a Ministerstwo Zdrowia deklaruje, że system ochrony zdrowia ma być nakierowany właśnie na niego. Trzeba jednak pamiętać, że perspektywa pacjenta musi uwzględniać perspektywę lekarza. ■



Magdalena Kołodziej
wiceprzewodnicząca Rady
Organizacji Pacjentów przy
ministrze zdrowia, prezes
Fundacji „My Pacjenci”

Jestem zwolenniczką systemu no-fault, jak i tego, by po wystąpieniu niepożądanych zdarzeń medycznych wyciągano wnioski w celach rozwojowych bez zamykania niczego pod dywan. Myślą przewodnią w pracy lekarza musi być podejmowanie działań mających na celu pomoc pacjentowi, nawet jeśli czasami wiązałyby się one z możliwym niepowodzeniem. W niektórych

przypadkach dla chorego może jednak nie być innej drogi ratunku i albo lekarz podejmie się skomplikowanego zabiegu, albo się wystraszy i zrezygnuje z niosącego ryzyko działania. Lekarz nie powinien czuć presji ze strony przepisów prawa

Lekarz nie powinien czuć presji.

karnego, lecz przede wszystkim walczyć o życie i zdrowie pacjentów. Jeśli nad nim i zespołem podejmującym się leczenia czy bardzo trudnego zabiegu wisi zagrożenie, że w razie, gdyby coś się nie powiodło lub popełniono by nieumyślny

błąd, mogą trafić do więzienia, bez wątpienia jest to ze szkodą dla pacjenta. Sankcje karne mogą prowadzić do unikania przez medyków podejmowania niektórych decyzji ze strachu. Świat coraz bardziej idzie w kierunku wprowadzania rozwiązań typu no-fault. Takie podejście zaczyna być stosowane także w Polsce. W Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku nie unika się raportowania błędów czy zgłaszania zdarzeń niepożądanych, a wręcz jest to wskazane. Kiedy do nich dojdzie, zespół analizuje sytuację i dyskutuje nad możliwymi rozwiązaniami, tak by wyciągnąć wnioski i uniknąć ich popełnienia w przyszłości. Powinniśmy dążyć do takiego propacjenckiego podejścia. ■



Lucyna Krysiak
dziennikarz

IX KADENCJA NRL

Nowe wyzwania

Odbywające się 3 czerwca pierwsze w IX kadencji posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej rozpoczęło mocnym akcentem. NRL, w nowym składzie, podjęła decyzję o zwołaniu XVI Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy, który będzie poświęcony przede wszystkim problemom etycznym, komentarzom do Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz ewentualnym zmianom w tym dokumencie.



Wniosek w tej sprawie już na samym początku obrad zgłosił Maciej Hamankiewicz (prezes NRL VI i VII kadencji, obecnie członek NRL i Śląskiej Izby Lekarskiej), argumentując, że najważniejszym zadaniem, jakie społeczeństwo powierzyło samorządowi lekarskiemu, jest dbałość o zasady etyczne, których lekarz winien przestrzegać, wykonując swój zawód. Podkreślił też, że jeśli tę kadencję rozpocznie się od takiej uchwały, świat dowie się, jak bardzo środowisku zależy, aby KEL dostosowywać do realiów.

NADZWYCZAJNY KZL

Konieczność wprowadzenia zmian w Kodeksie Etyki Lekarskiej dostrzegano już

w poprzednich kadencjach. W gorących dyskusjach rodziły się komentarze do zapisów w tym dokumencie, ale nie były one przedstawiane szerszemu gronu, a – zdaniem zwolenników tych zmian – NKZL stworzyłby taką możliwość. Prezes NRL Łukasz Jankowski, ustosunkowując się do wniosku Macieja Hamankiewicza (który chciał, by nadzwyczajny zjazd w całości poświęcić zagadnieniom etyki), powiedział, że samorząd czeka też modyfikacja kodeksu wyborczego i do tematu KEL należałoby także dołączyć związane z tym sprawy. Zatem pod rozważę poddał zakres tematyczny NKZL. Michał Balsa, prezes ORL w Szczecinie, zaznaczył, że ze względu na koszty związane z organizacją zjazdu, jest za tym, aby tematyka NKZL była skomasowana, a nie skupiała się tylko

na zagadnieniach etyki lekarskiej. Z kolei Paweł Czekalski, prezes ORL w Łodzi, przestrzegał, że jeśli samorząd lekarski nie będzie pilnował spraw etyki i samorządności zawodowej, zostanie zepchnięty na margines. Dyskusja toczyła się nie tylko wokół tematyki przyszłego zjazdu, ale też terminu, kiedy miałyby się odbyć. Podkreślano, że potrzeba czasu, aby się do niego odpowiednio przygotować pod kątem merytorycznym. Ostatecznie członkowie NRL ustalili, że XVI NKZL odbędzie się w dniach 16-18 maja 2024 r., a przedmiotem obrad będą zarówno tematy dotyczące etyki lekarskiej, jak i propozycji zmian w regulaminie wyborów do organów izb lekarskich na stanowiska funkcyjne i trybu ich odwoływania zgłoszonych przez Krajową Komisję Wyborczą.



KONFRONTACJA

DOŚWIADCZENIA Z MŁODOŚCIĄ

Po dyskusji inicjującej zwołanie XVI NKZL, przystąpiono do wyborów wiceprezesów NRL na IX kadencję samorządu lekarskiego. Zostali nimi: Klaudiusz Komor z Beskidzkiej Izby Lekarskiej, Mateusz Kowalczyk z OIL w Łodzi oraz Paweł Barucha ze Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej. Wybrano także sekretarza NRL, którym został Grzegorz Wrona (Wielkopolska Izba Lekarska), i jego zastępcę Pawła Doczekalskiego (OIL w Warszawie). Skarbnikiem NRL pozostał Grzegorz Mazur z OIL w Łodzi, a w składzie Prezydium NRL znaleźli się także: Halina Borgel-Marek, Damian Patecki, Miłkołaj Sinica, Piotr Kalkowski i Dariusz Samborski.

Analizując skład osobowy wybranych na stanowiska funkcyjne NRL IX kadencji, można zauważyć, że to zespół łączący doświadczenie z młodością wprowadzającą do samorządu lekarskiego nowe wartości. – Ta konfrontacja postaw i opinii osób reprezentujących różne pokolenia może inspirować i sprzyjać kreatywności. Jestem zbudowana tym, że nowa kadencja stwarza możliwości realizowania się w pracy samorządowej zarówno lekarzom legitymującym się dużym stażem i dorobkiem działacza, jak i młodym lekarzom, którzy reprezentują pokolenie dorastające w dobie nowoczesnych technologii, systemów komunikacji, odważnych sposobów myślenia – mówi Halina Borgel-Marek i dodaje, że IX kadencja może być bardzo interesującym okresem w wytyczaniu i rozwijaniu nowych kierunków działań samorządu lekarskiego.

NOWA FUNKCJA: KOORDYNATOR KONWENTU PREZESÓW

Zanosi się na to, że IX kadencja przyniesie wiele zmian. Jedną z nich jest

Analizując skład osobowy wybranych na stanowiska funkcyjne NRL IX kadencji, można zauważyć, że to zespół łączący doświadczenie z młodością wprowadzającą do samorządu lekarskiego nowe wartości.

powołanie mocą uchwały NRL koordynatora Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich oraz Wojskowej Rady Lekarskiej. To właśnie prezesowi tej ostatniej powierzono pełnienie tej funkcji. Artur Płachta jako koordynator będzie kierował pracą konwentu, przewodniczył jego obradom oraz przedstawiał Naczelnej Radzie Lekarskiej cykliczne sprawozdania z działalności tego organu. Istotną zmianą jest, że prezes NRL przestał być członkiem KPORL, ale może uczestniczyć w jego posiedzeniach jako osoba zaproszona (podobnie jak inne osoby wytypowane przez koordynatora). Konwent ma działać, jak dotychczas, na prawach komisji, jego działalność ma być finansowana z budżetu NRL, a obsługę administracyjną ma zapewnić biuro Naczelnej Izby Lekarskiej. Ideą powołania funkcji koordynatora jest, aby prezesi izb lekarskich, będący członkami konwentu, mieli poczucie równości. Koordynator powoływany przez NRL spełnia niejako funkcję techniczną, będzie bowiem łącznikiem pomiędzy tym gremium i Prezydium NRL. – W przeszłości zdarzało się, że na posiedzenie konwentu nie był wpuszczany członek NRL, obecna uchwała na to przyzwala. Tak

jak w każdej innej komisji, w obradach tego organu może uczestniczyć osoba wydelegowana przez NRL – tłumaczy prezes Łukasz Jankowski.

LEKARZE

Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

Po raz pierwszy w historii samorządu lekarskiego Naczelna Rada Lekarska powołała Pełnomocnika ds. Lekarzy z Niepełnosprawnościami. Funkcję tę powierzono Olegowi Nowakowi z OIL w Warszawie, który sam, będąc po wypadku komunikacyjnym, porusza się na wózku inwalidzkim, ale mimo tych ograniczeń wykonuje zawód lekarza i działa społecznie, starając się pomagać osobom będącym w podobnej sytuacji. Jak podkreśla, lekarzy takich jak on, których z powodu różnych zdarzeń losowych dotknęła niepełnosprawność, jest znacznie więcej. Niestety spotykają się oni z ostracyzmem w miejscu pracy i potrzebują instytucjonalnej pomocy, której może im udzielić samorząd lekarski. Jeden z lekarzy zwrócił się już o taką pomoc do prezesa NRL. Człowiek ten, będąc w trakcie specjalizacji z pediatrii, a więc specjalności niezabiegowej, napotkał na bariery formalne, które uniemożliwiają mu odbycie szkolenia. Był na tyle zdesperowany w swoich dążeniach do ukończenia specjalizacji, że zastanawiał się nawet nad rezygnacją z orzeczenia o niepełnosprawności, mimo że jest ona znacznego stopnia.

Oleg Nowak, nowo wybrany Pełnomocnik ds. Lekarzy z Niepełnosprawnościami NRL, zadeklarował, że będzie dążył do tego, aby temat niepełnosprawności wśród lekarzy przestał być ignorowany. – Większość problemów, które dotyczą takie osoby, dotąd była załatwiana nieformalnie i to się musi zmienić. Trzeba stworzyć narzędzia, którymi moglibyśmy się w tych naszych działaniach posługiwać. Na początek

chcę przyrzeć się prawu, by zawalczyć o wprowadzenie bardziej przychylnych przepisów umożliwiających niepełnosprawnym lekarzom kształcenie i podejmowanie pracy mimo oporu kierowników placówek czy oddziałów, a także za pomocą kampanii społecznych nagłośnić problem w środowisku i wśród pacjentów – zaznacza Oleg Nowak. Odnosząc się do słów pełnomocnika, prezes NRL Łukasz Jankowski poinformował, że rozmawiał już w tej sprawie z ministrem zdrowia i okazuje się, że brakuje np. prostego rozporządzenia, które na wniosek lekarza z orzeczoną niepełnosprawnością umożliwiłoby indywidualizację programu stażu podyplomowego czy programu specjalizacji. Jako przykład podaje studenta medycyny uczącego się na WUM, który ma niedowład ręki wskutek nie do końca wykształconej kończyny i spełnienie wobec niego wymogów formalnych na stażu, takich jak np. szcicie chirurgiczne, jest niemożliwe. Jednak to nie powinno mu zamykać drogi zawodowej – tym bardziej, że po ukończeniu studiów i stażu podyplomowego chce się specjalizować w medycynie rodzinnej. – Jako samorząd będziemy łamać te bariery i pokazywać, że w XXI w. nie ma miejsca na ostracyzm – podkreśla Łukasz Jankowski.

WYŻSZA SKŁADKA?

Jednym z punktów obrad pierwszego w IX kadencji posiedzenia NRL było powołanie Zespołu ds. analizy wysokości składki członkowskiej. Będzie nim kierował Jan Kowalczyk, przewodniczący Komisji Finansowo-Budżetowej NRL. W skład zespołu weszli także: Grzegorz Mazur (skarbnik NRL), Tomasz Kozioł, Marcin Karolewski, Radosław Piwowarczyk (jeden z inicjatorów zmniejszenia odsetka odpisu składki na NIL i podniesienia składki członkowskiej).

Już na XV Krajowym Zjeździe Lekarzy odbyły się dyskusje na temat trudności finansowych okręgowych izb lekarskich, które – wychodząc naprzeciw oczekiwaniom lekarzy – coraz bardziej rozszerzają zakres działalności, ale z trudem są w stanie wygospodarować ze swoich budżetów pieniądze na te cele.

Temat wysokości składki zawsze budził kontrowersje wśród lekarzy i lekarzy dentyków. Tym razem jednak wydaje się, że przy galopującej inflacji należy ponownie rozważyć podniesienie obowiązującej od 2015 r. składki członkowskiej

odprowadzanej na samorząd lekarski (wynoszącej obecnie 60 zł miesięcznie). Na razie jednak trudno mówić o konkretnych decyzjach. Trzeba poczekać na ustalenie powołanego przez NRL Zespołu ds. analizy składki członkowskiej. Już jednak wiadomo, że ewentualną podwyżką nie mogą być obciążeni seniorzy i lekarze, którzy znaleźli się w trudnej sytuacji materialnej. Należy też pokazać lekarzom, na jakie cele przeznaczają się pieniądze z ich składek i odpowiednio uargumentować, że podwyżka jest uzasadniona.

W NADZWYCZAJNYCH SYTUACJACH

Najpierw COVID-19 i ponad dwa lata zmagania z pandemią, podczas której lekarze walczyli z wirusem SARS-CoV-2 na wielu frontach, sami często stając się jego ofiarami. Później w Polsce pojawiła się fala uchodźców z objętej wojną Ukrainy, których też trzeba objąć opieką medyczną i nieść pomoc kadrom medycznym w tym kraju. To właśnie z myślą o takich sytuacjach Naczelna Rada Lekarska na jednym z ostatnich posiedzeń minionej kadencji powołała fundusz celowy – gromadzone tam środki mogą być przeznaczone na zapewnienie, organizację i sfinansowanie różnych form wsparcia potrzebnego w razie zdarzeń nadzwyczajnych. Środki funduszu mogą być w szczególności wykorzystane na zakup towarów i usług potrzebnych w razie zaistnienia nadzwyczajnej sytuacji, organizację lub sfinansowanie szkoleń adaptacyjnych, zawodowych i językowych dla osób i instytucji związanych z ochroną zdrowia, a także na realizację nadzwyczajnych zadań związanych z ochroną zawodu lekarza i lekarza dentydy. NRL zobowiązała się w terminie do 30 czerwca 2022 r. określić regulamin wydatkowania środków z tego funduszu. Regulamin, który przedstawiono na posiedzeniu 3 czerwca, jest prosty, zawiera techniczne zalecenia, jak korzystać z funduszu, a także określa, kto jest dysponentem środków w nim zgromadzonych i na jakich zasadach mają one trafić do potrzebujących. Chodzi o to, aby w nadzwyczajnych sytuacjach fundusz mógł być jak najszybciej uruchomiony.

Podsumowując pierwsze w IX kadencji posiedzenie NRL, prezes Łukasz Jankowski powiedział, że powoli opada kurz wyborczy i wyłaniają się kierunki działań, które pozwalają z optymizmem patrzeć w przyszłość. ■

Przewodniczącymi stałych komisji i zespołów NRL oraz ośrodków NIL IX kadencji zostali:

- Komisja Etyki Lekarskiej
Artur de Rosier
- Komisja Finansowo-Budżetowa
Jan Kowalczyk
- Komisja Kształcenia Medycznego
Damian Patecki
- Komisja ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów
Stefan Sobczyński
- Komisja Organizacyjna
Paweł Czekalski
- Komisja ds. Młodych Lekarzy
Paweł Doczekalski
- Komisja ds. Sportu
Marcin Szczęśniak
- Komisja Legislacyjna
Jerzy Jakubiszyn
- Komisja ds. Egzaminów z Języka Polskiego dla Lekarzy Cudzoziemców
Mery Topolska-Kotulecka
- Zespół ds. wizerunku zawodu lekarza i lekarza dentydy
Łukasz Szmygel
- Zespół ds. Reformy Systemu Zgłaszania i Rejestrowania Zdarzeń Niepożądanych i Szkód w Ochronie Zdrowia
Piotr Pawliszak
- Zespół ds. E-zdrowia
Michał Gontkiewicz
- Ośrodek Współpracy Zagranicznej
Wojciech Domka
- Ośrodek ds. Opiniowania Sądowo-Lekarskiego i Orzecznictwa
Ryszard Szozda
- Ośrodek Bioetyki
Mariusz Goniewicz
- Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentyków
Artur Drobnik
- Ośrodek Kultury i Dziedzictwa Historycznego
Jarosław Wanecki

Podczas pierwszego posiedzenia NRL dokonano także wyboru Rzecznika Praw Lekarzy (**Monika Potocka**) oraz mediatora (**Marzena Plucińska**). Członkowie Naczelnego Sądu Lekarskiego na przewodniczącego NSL wybrali Jacka Miarkę.

IX KADENCJA SAMORZĄDU LEKARSKIEGO

Co przyniesie przyszłość?

Bez posiadania szklanej kuli i przekonania o jej cudownej mocy, nie da się przewidzieć, z czym przyjdzie się mierzyć samorządowi lekarskiemu w trakcie tej kadencji (2022-2026). Można jednak zarysować przynajmniej niektóre czekające go wyzwania.

Mariusz Tomczak dziennikarz

Po pojawieniu się pandemii relacje między samorządem lekarskim i Ministerstwem Zdrowia zaogniły się. Urzędnicy rzadko wsłuchiwali się w głos płynący ze środowiska lekarskiego, które wraz z innymi medykami stało na pierwszej linii frontu walki z COVID-19. Resort na ogół nie brał pod uwagę pomysłów przekazywanych w formie pisemnej lub argumentów prezentowanych w debacie publicznej.

Wiele apeli i stanowisk NRL i Prezydium NRL przepadało bez echa. Nie wiadomo, jaka będzie sytuacja epidemiczna w okresie jesienno-zimowym i czy, tak jak rok i dwa lata temu, nie dojdzie do skokowego wzrostu liczby zachorowań na COVID-19. Jeśli koronawirus uderzy ze zdwojoną siłą, a szpitale ponownie zapełnią się zakażonymi pacjentami, na linii rząd-lekarze może znowu mocno zaiskrzyć.

TRUDNE RELACJE Z URZĘDNIKAMI

Pod koniec sierpnia miną dwa lata, odkąd tekę ministra zdrowia objął Adam Niedzielski. Od początku daje do zrozumienia, że NIL jest jednym z wielu, jak to się współcześnie określa, interesariuszy, czyli podmiotów pozostających pod wpływem działalności resortu lub mogących oddziaływać na kierunek jego działań. Ta postawa wskazuje, że nowym władzom samorządu lekarskiego nie będzie łatwo przekonywać go do swoich racji. Powołana kilka miesięcy temu Rada Organizacji Pacjentów przy ministrze zdrowia może w pewnym stopniu sugerować zmianę w myśleniu szefa resortu, ale na razie jest za wcześnie, żeby ocenić, jakie skutki przyniesie jej

Spór o wynagrodzenia w ochronie zdrowia pozostaje nierozwiązany.

działalność i czy będą one korzystne dla środowiska lekarskiego. Najważniejszym celem tej rady będzie konsultowanie projektów legislacyjnych. W gruncie rzeczy pacjenci i lekarze mają wspólnego wroga (chorobę) i ten sam cel (pokonanie lub ograniczenie jej skutków), więc powinni się wspierać. W praktyce nie zawsze to gra do jednej bramki.

NO-FAULT, USTAWA O JAKOŚCI

Od wielu miesięcy ogromne kontrowersje budzą projekty dwóch ustaw: o jakości w opiece zdrowotnej i o bezpieczeństwie pacjenta oraz o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa. Ten pierwszy wciąż daje nadzieję na wprowadzenie w Polsce systemu no-fault, mimo że na razie niewiele ma z nim wspólnego. Jak wskazuje prezes NRL Łukasz Jankowski,

Niekorzystne sygnały nadchodzące z gospodarki światowej i sytuacja zmieniająca się na naszym podwórku postawi przed samorządem lekarskim niełatwe zadanie, by w mniej sprzyjającym otoczeniu rynkowym i w obliczu słabszych danych makroekonomicznych przekonać polityków, że wydatki na ochronę zdrowia to inwestycja, a nie koszt.

urzeczywistnienie no-fault stanowi najważniejszą kwestię dla lekarzy, która w dużym stopniu zadecyduje m.in. o przyszłych losach publicznego szpitalnictwa. Ministerstwo Zdrowia ma liczne pomysły na jego uzdrowienie, ale na ogół są odległe od oczekiwań wielu lekarzy. W oparciu o projektowane przepisy miałyby powstać system monitorowania zdarzeń niepożądanych, ale sporo osób wątpi, czy zaspokoją pokładane w nim oczekiwania. Pojawiają się obawy dotyczące planowanej autoryzacji, tj. oceny spełnienia wymagań w zakresie leczenia szpitalnego (obowiązkowej dla podmiotów finansowanych ze środków publicznych) i akredytacji związanej z oceną jakości opieki i bezpieczeństwa pacjenta (dobrowolnej). Od kilkunastu miesięcy przedstawiciele samorządu lekarskiego starają się przekonywać decydentów do odmiennego spojrzenia na te zagadnienia.

TSUNAMI NAD SZPITALAMI?

Wśród szpitalników pojawiają się obawy związane z powstaniem Agencji Rozwoju Szpitali (przewiduje to projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, który prawdopodobnie po wakacjach trafi do Sejmu). ARS stanie się przedłużonym ramieniem ministra zdrowia, oceniającym działalność placówek w oparciu o kondycję ekonomiczno-finansową. Prezes agencji zyska uprawnienia do nagradzania najlepszych i karania słabszych. Wdrażanie programu restrukturyzacyjnego przez placówki znajdujące się w kiepskiej sytuacji finansowej, co będzie określane na podstawie wskazanych w ustawie wskaźników, ma nadzorować wytypowany przez niego

nadzorca, a w tych najgorszych kierowanie przejmie czasowo zarządca. W niektórych szpitalach istnieje ryzyko pojawienia się zarzewia poważnego konfliktu w związku z pojawieniem się osoby o sporych kompetencjach i wykształceniu niemedycznym, która może planować zmiany kolidujące z przekonaniem kadr medycznych o tym, co jest dobre dla pacjentów, a co nie.

TRWA SPÓR O WYNAGRODZENIA

Od 1 lipca wzrastają minimalne wynagrodzenia pracowników ochrony zdrowia, ale wciąż pozostaje odległa droga do spełnienia doskonale znanych decydom postulatów samorządu lekarskiego (specjaliści – trzy średnie krajowe, lekarze z pierwszym stopniem specjalizacji – 2,5-krotność średniej krajowej, lekarze bez specjalizacji i rezydenci – dwie średnie, lekarz stażysta – równowartość średniej krajowej). Nowelizacja ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych zmienia współczynniki pracy, służące wyliczeniu płacy m.in. lekarzy i lekarzy dentystów, ale nie przewiduje dojścia do poziomu wynagrodzeń wskazywanego w licznych apelach i stanowiskach podejmowanych w ostatnich latach przez KZL, NRL czy Prezydium NRL. To oznacza, że spór o wynagrodzenia w ochronie zdrowia pozostaje nierozwiązany. Im dłużej będziemy pozostawać w środowisku podwyższonej inflacji, tym szybciej dojdzie do skrzyżowania szabel na tle płacowym między rządem i przynajmniej częścią medyków.

6 PROC. PKB „NA PAPIERZE”

W najbliższych latach środowisko lekarskie z pewnością nie ustanie w domaganiu się przyspieszenia tempa wzrostu nakładów finansowych na ochronę zdrowia. W tym roku, zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej, mają one wynieść 6 proc. PKB, a w 2027 r. – 7 proc. PKB. Czy tak się stanie, to już zupełnie inny temat, bo sposób liczenia podawany jest w wątpliwość. Warto dodać, że w nieodległej przeszłości samorząd lekarski odniósł na tym polu pewne sukcesy, przebijając się ze swoją argumentacją do opinii publicznej. W związku z wyborami do Sejmu i Senatu (mają odbyć się jesienią 2023 r.), do Parlamentu Europejskiego (2024 r.)

Szansa

Sporo osób utożsamia się z hasłem „polska ochrona zdrowia kona”, które towarzyszyło zeszłorocznemu protestowi medyków w „białym mieście”. W trakcie trzech nadchodzących kampanii wyborczych zapewne znajdą się tacy, którzy wezmą je na swoje sztandary, oczywiście pod trochę zmienioną nazwą. Dla środowiska lekarskiego to szansa na danie wkładu merytorycznego do debaty publicznej i dokonanie próby przebicia się z własną narracją. W znacznym stopniu to mizéria finansowa decyduje o tym, co i w jakim czasie lekarz zaferuje pacjentowi. Oczywiście nie tylko pieniądze za to odpowiadają, ale niewątpliwie czas kampanii wyborczej sprzyja, by głośno o tym mówić.

i prezydenckimi (2025 r.) postulat wzrostu nakładów zapewne zagości na ustach wielu polityków, w tym także tych, którzy stronią od zabierania głosu na ten temat i nie zawsze są w stanie wyjaśnić, jaki wpływ na polski system ochrony zdrowia ma poseł, senator, eurodeputowany czy głowa państwa.

KOMU SZKODZI INFLACJA?

Wzrost cen towarów i usług odbija się na każdej lekarskiej kieszeni (wg najnowszych danych GUS w maju br. inflacja wyniosła 13,9 proc. rdr, czyli była najwyższa od 24 lat). To zjawisko nie omija ani publicznego, ani prywatnego sektora ochrony zdrowia, sprawiając, że wielu placówkom trudniej wiązać koniec z końcem. Paradoksalnie wyższa inflacja pomaga rządowi w realizacji ustawowej obietnicy zwiększania nakładów na zdrowie, tyle że nie oznacza to realnego wzrostu wydatków w stosunku do PKB w roku bieżącym, a przez to, że te nakłady nie rosną znacząco, nasz dystans wobec innych krajów UE nie zmniejsza się, choć przecież powinien. Możliwy spadek tempa wzrostu gospodarczego znajdzie swoje odzwierciedlenie w podejściu najważniejszych osób w państwie do zarządzania wydatkami. Mniejsze wpływy budżetowe pociągną za sobą konieczność zwiększenia dochodów (np. w formie podatków i innych danin publicznych), cięcia wydatków lub zwiększenia deficytu. Trudno

oczekiwać, aby publiczne leczenie na tym skorzystało.

WOJNA = WZROST WYDATKÓW

W kontekście wydatków budżetowych trzeba pamiętać i o tym, że z powodu rosyjskiej agresji Polska ponosi koszty związane z szeroko rozumianym wsparciem dostarczającym walczącej Ukrainie i pomocą udzielaną uchodźcom. W naszym systemie ochrony zdrowia pojawiła się lub z czasem do niego trafi grupa dodatkowych pacjentów ze Wschodu, a ponadto wzrosły potrzeby związane z podniesieniem bezpieczeństwa narodowego. W debacie wybrzmiewają opinie, że zagraża nam już nie koronawirus, lecz obce wojska. Można dyskutować, na ile jest to realne, i długo spierać się, czy w grę wchodzi konwencjonalny atak czy wojna hybrydowa, ale faktem pozostaje, że kilka miesięcy temu staliśmy się krajem przyfrontowym. Bezsprzeczne jest i to, że wśród naszych sąsiadów (nawet w Niemczech) politycy zgadzają się co do potrzeby skokowego wzrostu wydatków na cele wojskowe, choć przez długie lata konsekwentnie je ograniczali. Dopiero za kilka lat przekonamy się, na ile wojna w Ukrainie wpłynęła na zmianę struktury wydatków budżetowych w naszej części Europy, ale już dziś można założyć, że mobilizacja wysiłków na rzecz wzmocnienia potencjału militarnego poprawi bezpieczeństwo, ale bezpośrednio nie pomoże ochronie zdrowia.

LIBERALIZACJA DOSTĘPU DO ZAWODU

Z sytuacją za naszą południowo-wschodnią granicą wiąże się kwestia podejmowania pracy w Polsce przez obywateli Ukrainy. Ministerstwo Zdrowia jeszcze przed lutową agresją Federacji Rosyjskiej wprowadziło uproszczony tryb przyznawania PWZ dla lekarzy cudzoziemców spoza UE, bardzo mocno krytykowany przez NRL, a później dodatkowo złagodziło wymagania związane ze znajomością języka polskiego, co również napotkało na duży opór, zresztą nie tylko w środowisku medycznym. Wprawdzie samorząd lekarski włączył się w pomoc dla uchodźców, w tym ukraińskich lekarzy i ich rodzin, a także dla ludności cywilnej pozostającej w ogarniętym walkami kraju, ale nie zapomina, że został powołany m.in. do sprawowania pieczy nad należyтым i sumiennym wykonywaniem zawodu.

W ocenie NRL sytuacja w Ukrainie, a także potrzeby zdrowotne uchodźców przebywających w naszym kraju uzasadniają wprowadzenie wyjątkowych rozwiązań prawnych, ale nie może to oznaczać obniżenia poziomu bezpieczeństwa udzielania świadczeń zdrowotnych polskim pacjentom. Przyznanie lekarzom cudzoziemcom uprawnień zawodowych pozwalających na opiekę nad Polakami powinno wiązać się z odpowiednią znajomością języka.

RESORT ZROBI KROK W TYŁ?

Przedstawiciele samorządu lekarskiego zapewne nie zrezygnują z przekonywania ministra zdrowia do wyciągnięcia wniosków z tego, że w niektórych krajach UE obowiązują regulacje wymagające od lekarzy biegłego posługiwania się językiem urzędowym, podczas gdy w Polsce pojawiają się lekarze składający oświadczenie o znajomości języka polskiego, którzy w trakcie załatwiania prostych czynności administracyjnych w izbach okręgowych porozumiewają się za pośrednictwem tłumacza. Do tego doprowadziły niedawno wprowadzone przepisy. Jeden z pomysłów propagowanych przez prezesa NRL dotyczy wprowadzenia stażu adaptacyjnego dla lekarzy z Ukrainy. Jego program byłby ustalany indywidualnie. W trakcie 6-12 miesięcy lekarz zapoznawałby się z naszym systemem i pomagał jako tłumacz, ale mógłby również badać pacjentów, uzupełniać pod nadzorem dokumentację medyczną oraz wypisywać pod nadzorem skierowania i recepty. Czy decyden- ci wyjdą naprzeciw takiemu rozwiązaniu?

ZASKAKUJĄCE POMYSŁY

Wiele znaków zapytania towarzyszy przyszłym zmianom w kształceniu przed- i podyplomowym. Po wprowadzeniu jesienią ubiegłego roku przepisów umożliwiających tworzenie wydziałów lekarskich w uczelniach zawodowych i akademiach nauk stosowanych, pojawiły się kolejne nieoczekiwane pomysły. W środowisku lekarskim zagotowało się m.in. w związku z propozycją zniesienia obowiązkowego stażu podyplomowego (wysłała ona z KRAUM, ale minister zdrowia od razu ją poparł). Kilka miesięcy temu Prezydium NRL nie zostawiło na tym pomysle suchej nitki, wskazując, że choć pewne zmiany są potrzebne, staż powinien pozostać, ponieważ pomaga w zapewnieniu właściwego poziomu kształcenia i prowadzi

do nabycia przez absolwentów uczelni medycznych uprawnień do samodzielne- go wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry. Czy nowe władze samorządu zdołają do tego przekonać resort?

STUDENCI NAUCZĄ STUDENTÓW?

Resort rozważa umożliwienie prowadzenia niektórych zajęć dla osób rozpoczynających studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym przez koleżanki i kolegów z VI roku, a przynajmniej w taki sposób można zrozumieć jedną z niedawnych wypowiedzi wiceministra zdrowia Piotra Brombera. Analizowane jest też wprowadzenie obowiązkowego egzaminu praktycznego na zakończenie studiów. Ponadto toczą się prace nad możliwością skrócenia czasu specjalizacji, np. poprzez eliminację niektórych kursów. Niewykluczone, że dojdzie do powrotu dyskusji o zmniejszeniu liczby specjalizacji, do czego przymierzali się poprzednicy obecnego ministra zdrowia i nawet podjęli pewne działania w tym kierunku, choć ostatecznie odstąpili od tego zamiaru. Samorząd z pewnością będzie chciał wówczas wpłynąć na kierunek zmian.

ETYKA ZDOMINUJE ZJAZD

W ustawie o izbach lekarskich ustanawianie zasad etyki lekarskiej oraz dbanie o ich przestrzeganie jest wymienione na pierwszym miejscu wśród zadań stojących przed samorządem. Dla części lekarzy stanie na straży zasad etycznych jest najważniejszym elementem jego funkcjonowania. Od dłuższego czasu ze środowiska dochodzą głosy o potrzebie przeprowadzenia bardzo poważnej dyskusji o ewentualnych zmianach

w KEL. Przyjęty w 1991 r. Kodeks był nowelizowany dwa razy: w 1993 r. oraz dekadę później. Mimo że nie jest źródłem prawa powszechnego, naruszanie zawartych w nim norm wiąże się z odpowiedzialnością zawodową, w pewnych okolicznościach mogącą skutkować pozbawieniem PWZ. Na początku czerwca NRL podjęła uchwałę w sprawie zwołania Nadzwyczajnego XVI KZL, który miałby się odbyć za niecałe dwa lata. To pierwsza uchwała rady w nowej kadencji, co podkreśla rangę sprawy. Przedmiotem obrad ma być m.in. omówienie problemów etycznych.

CO DALEJ Z SAMORZĄDNOŚCIĄ?

Kilka tygodni temu jak grom z jasnego nieba pojawiła się informacja, że do Trybunału Konstytucyjnego wpłynął wniosek grupy posłów o zbadanie zgodności z konstytucją przepisów dotyczących przynależności do izb adwokackich i radcowskich. Natychmiast pojawiły się głosy, że to może być pretekst do podminowania fundamentów, w oparciu o które działają zawody zaufania publicznego, lub przygotowanie gruntu pod ograniczenie ich niezależności. Są obawy, że stanowisko trybunału może dotyczyć pośrednio także samorządu lekarskiego. Oczywiście wszystko zależy od tego, co znajdzie się w ogłoszonym wyroku. Nieprzypadkowo niedawno zakończony KZL zwrócił uwagę na potrzebę ochrony niezależności działań przejętych od administracji rządowej. Nie jest tajemnicą, że istnienie samorządów zawodowych nie każdemu jest na rękę, a niektórym politykom marzy się centralne sterowanie. ■

Wcieniu wyborów

Od kilkunastu miesięcy zapowiedź zmian reguł gry w sektorze szpitalnictwa wywołuje lawinę złych emocji dalece wykraczających poza środowisko lekarskie (m.in. z powodu planu kategoryzacji placówek). Głosy sprzeciwu dochodzą także z kręgów popierających rząd, np. Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego, w którym władzę sprawują samorządowcy z PiS, wskazał na etapie opiniowania projektu ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, że „lekarze nie będą chcieli wiązać się ze szpitalami o najniższych kategoriach”, co dodatkowo je pogłęży. Wobec tego, że szpitalnictwo stanowi ważny filar systemu ochrony zdrowia, z którym zawodowo związana jest znacząca liczba lekarzy, może się okazać, że izby lekarskie zostaną zmuszone do podjęcia aktywności w sprawach związanych z zapowiadaną przez ministra zdrowia reformą. Niewykluczone, że część pomysłów wzbudzających największy opór nie zostanie uchwalona. Możliwy jest również scenariusz wprowadzenia w życie najbardziej drażliwych rozwiązań dopiero po wyborach parlamentarnych, tak by nie podsycać obaw w czasie zabiegania o poparcie społeczne.

W PIGUŁCE

Zjazd polonii medycznej w Olsztynie

XI Kongres Polonii Medycznej i IV Światowy Zjazd lekarzy Polskich odbędzie się w dniach 1-4 czerwca 2023 r. w Olsztynie. Współorganizatorem wydarzenia jest Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska. Główny organizator kongresu to, tradycyjnie, Federacja Polonijnych Organizacji

Medycznych. W pomoc w realizacji przedsięwzięcia włączyli się także Uniwersytet Warmińsko-Mazurski oraz Stowarzyszenie „Wspólnota Polska”. Program merytoryczny spotkań ma skupiać się wokół wyzwań, jakie stoją przed współczesną medycyną.

Kongres jest znakomitą okazją do wymiany doświadczeń pomiędzy rodakami z całego świata. Wydarzenie odbywa się tradycyjnie co trzy lata – poprzednio zorganizowano je w 2019 r. w Gdańsku. Kolejne miało odbyć się w tym roku, ale przełożono je na 2023 r., tak aby wpisało się w obchody 550. rocznicy urodzin Mikołaja Kopernika, wybitnego astronoma, ale też lekarza.

Konwentem Prezesów pokieruje koordynator

W obecnej IX kadencji samorządu lekarskiego Konwentem Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich kierować będzie koordynator. Uchwałę w tej sprawie podjęła Naczelna Rada Lekarska na posiedzeniu, które odbyło się 3 czerwca br. Decyzją NRL funkcję tę powierzono Arturowi Płachcie, prezesowi ORL Wojskowej Izby Lekarskiej. W poprzedniej kadencji konwentem kierował przewodniczący, który był wybierany przez prezesów ORL wchodzących w jego

skład i wśród nich samych. Konwent jest platformą wymiany opinii, informacji i doświadczeń pomiędzy okręgowymi izbami lekarskimi. Wspiera koordynację realizowanych przez nie zadań ustawowych oraz tych wynikających z uchwał, stanowisk i apeli NRL. W jego skład wchodzi prezesi okręgowych rad lekarskich i prezes ORL Wojskowej Izby Lekarskiej (więcej na temat roli koordynatora konwentu na str. 15 bieżącego wydania „GL”).

Interwencja w sprawie biegłej kosmetolog

Lubelska Izba Lekarska zareagowała na fakt ustanowienia kosmetolog biegłą sądową z zakresu zabiegów iniekcyjnych. Prezes ORL LIL wystąpił do prezesa Sądu Okręgowego w Lublinie z prośbą o rozważenie zakresu wydanej przez niego decyzji.

„W piśmie z dnia 13 czerwca 2022 r. prezes LIL zwrócił uwagę na kontrowersje związane z ustanowieniem biegłej niebędącej le-

karzem, jako eksperta do oceny czynności, jakie powinien wykonywać lekarz. Podkreślił, że decyzja ta sankcjonuje niejako działania kosmetyczek wykraczające poza zakres ich umiejętności wynikających z procesu edukacyjnego, jak np. praca z produktami krwiopochodnymi czy iniekcja substancji biologicznie czynnych” – czytamy w komunikacie opublikowanym na stronie izby.

Nowy szef warszawskiej izby

Wiceprezes ORL w Warszawie Piotr Pawliszak został pełniącym funkcję prezesa tej izby. Zdecydowano o tym podczas zwołanego na początku czerwca nadzwyczajnego posiedzenia okręgowej rady lekarskiej. Dotychczasowy prezes warszawskiej izby Łukasz Jankowski podczas odbywającego się w maju XV Krajowego Zjazdu Lekarzy został wybrany na prezesa Naczelnej Rady

Lekarskiej IX kadencji samorządu lekarskiego, w związku z czym zrezygnował z przewodzenia warszawskiej izbie.

Piotr Pawliszak to absolwent I Wydziału Lekarskiego WUM, specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej. Swoją działalność samorządową rozpoczął w 2018 r. W VIII kadencji był zastępcą sekretarza ORL w Warszawie.

Dla Ukrainy



14 czerwca ze Śląskiej Izby Lekarskiej wyruszył transport sprzętu medycznego do jednego ze szpitali w Ukrainie. Został on zakupiony dzięki funduszom zebranych w zbiórce uruchomionej przez Fundację Pro Medico. Na konto fundacji z dopiskiem „Darowizna dla Ukrainy” wpłynęło 7 tys. zł. Za tę kwotę zakupiono m.in. ostrza chirurgiczne, skalpele, pęsety, kleszcze hemostatyczne, kleszyczki PEAN, kleszyczki KOCHER, imadła, nożyczki, igłotrzymacze, nici chirurgiczne, opaski elastyczne i rękawiczki chirurgiczne. Całość została przetransportowana do Lwowa karetką zakupioną przez Fundację Lekarze Lekarzom.

Więc samorząd nam się ukonstytuował. Od dołu do samej góry. Wiem, pamiętam – wszystkie panie od jęz. polskiego, jak Polska długa i szeroka, przypominają, że zdania od „więc” się nie zaczyna.

Słowo „więc” to spójnik, który w zdaniu złożonym przyłącza wyrażenie przedstawiające skutek tego, o czym była wcześniej mowa, lub wniosek wynikający z treści poprzedniego zdania. Otóż to – a więc..., bo to, o czym chcę teraz napisać, to nawiązanie i kontynuacja tego, o czym pisałem już poprzednio, czyli o potrzebie refleksji programowej w izbach lekarskich, która – zdaniem niektórych piękno- duchów – powinna poprzedzać działanie.

Z tym budowaniem programów działania na każdym piętrze aktywności społecznej, od drobnych nieformalnych grup obywatelskich, poprzez partie polityczne, aż do państw jako całości, to trudna sprawa, bo jest to często działalność pogardzana i traktowana jako zupełnie niepotrzebna. Kto czyta programy partii politycznych przed wyborami? Dzisiaj na ludzi działają memy, tweety, klipy, afery, skandale, celebryci i różni inni pajace z zaciągu politycznego, a nie rozważania o celach dalekosiężnych i umowach społecznych. Przecież to, jak być powinno i co należy robić, jest jasne i wiadome od dawna bez programów, i to jest właśnie program. Ma być łatwo, szybko, tanio, bezpiecznie i, przede wszystkim, rentownie. Rentownie podwójnie, potrójnie... no tyle, ile trzeba.

Etymologicznie rzecz biorąc konstytuowanie się (od łac. *constituere* – tworzyć) to określenie struktury organizacji, przydzielenie określonym osobom określonych funkcji w trybie nominacji lub wyborów



Krzysztof Madej

ŚRODOWISKO LEKARSKIE – CZY TAKIE ZWIERZĘ W OGÓLE ŻYJE?

(czyli mówiąc „po naszymu”: „obsadzenie stołków”) oraz przyjęcie zasad i metod działania całej struktury.

”

**W swojej masie
zawodowej jesteście
coraz bardziej
zróżnicowani.**

Ponieważ struktura jest z góry określona, personalia załatwione, reguły obsady i zasady działania całości organizacji i jej części, a nawet cele, są ustawowo predefiniowane, to gdzie jest miejsce na kreację programową i po co to całe gadanie? W tej całej wyliczance brakuje jeszcze

jednego bardzo istotnego elementu, czyli metod działania, których nie da się nigdzie na stałe zapisać (np. *izby lekarskie co roku organizują protesty uliczne w postaci przemarszów i białych miasteczek przeciwko zbyt niskim zarobkom personelu ochrony zdrowia*) i trzeba je na bieżąco wymyślać w miarę rozwoju życiowych wypadków, by szukać dróg do osiągnięcia tej najwyższej organizacyjnej cnoty, jaką ostatnio okrzyknięto „skuteczność”.

Konstytuowanie przebiegało w atmosferze, ujmę to najdelikatniej, rozwarstwienia pokoleniowych (*signum temporis*), żeby nie używać terminu „walka pokoleń”, bo słowo „walka” źle się kojarzy, a ponadto zadeklarowaliśmy sobie, *post factum*, miłość międzypokoleniową, szczególnie do naszych kochanych emerytów i którzy są tym sympatyczniejsi, że nie konkurują z nami na rynku świadczeń.

Cóż z tego, żeśmy się tak umówili, skoro TVN24 już 14 maja (za Twitterem) obwie-

ścił, że rezydenci wzięli Naczelną Izbę Lekarską, a jeden z zapalczywych trybunów tego środowiska tryumfalnie doniósł, że po siedmiu latach starań młodzież lekarska uzyskała w samorządzie lekarskim większościową przewagę. I jeszcze dodał, że życzy innym swoim rówieśnikom, żeby akcją rezydentów powtórzyli w innych dziedzinach życia społecznego, np. w polityce. To dosyć oryginalny, daleko idący postulat ustrojowy, bo do tej pory nie było mowy, że niedomogi naszego życia państwo-

wego, politycznego i gospodarczego wynikają z zachwiania równowagi na stronę gerontokracji, tak jak to się przypisywało korporacji lekarskiej. Wygląda na to, że do licznych mniejszości społecznych, które trzeba wyzwolić, w tym wypadku z opresji starców, jest adolescencyjna warstwa naszego społeczeństwa. Niech i tak będzie, walka się nasila w miarę ugruntowywania się pokoju. To jest ta dialektyka, do której zdążyłem się już przyzwyczaić.

Tych siedem lat to prawie jak oblężenie Konstantynopola w latach 1394-1402 prowadzone przez sułtana osmańskiego Bajazyda I Błyskawicę. Tyle że Bajazyd odstąpił od oblężenia, bo sam został zaatakowany przez Timura i musiał podjąć z nim walkę. Nasi zdobywcy wdarli się na mury Naczelnej Izby Lekarskiej po drabinach dotychczasowych sukcesów, zajęli twierdzę, wycieli załogę w pień i zawiesili swoje proporce na wieżach Zamku Wysokiego. Nie ma co, trzeba przyznać, że biorąc pod uwagę różnicę sił witalnych, sędziwi obrońcy bronili się imponująco długo. Oczami

wyobraźni widzę, jak zmęczeni wiekiem i nieustanną wiecznie przegrywaną walką, przez siedem lat snują się po blankach murów, szorując tarczami o ziemię, powłócząc nogami obutymi w stalowe ciężmy, z ciężkimi hełmami stale opadającymi na oczy.

Jak powiedział to kiedyś mój ulubiony felietonista: „figury zostały rozstawione, czas zacząć grę”. A o co idzie ta gra? Jednym z haseł, które pojawiło się w debacie międzykadencyjnej, była/jest „skuteczność”. Na razie działania skuteczne mamy zadeklarowane. Podobno z punktu widzenia „pijarowego” takie deklaracje są bardzo ważne i silnie oddziałują na elektorat. Wyjaśnił mi to kiedyś pewien ekspert mądrała, kiedy zakładane było przez pana posła Piotra Marca (Liroy’a) stowarzyszenie „Skuteczni”. Dziwiłem się wówczas, że można się nazwać skutecznym, zanim się cokolwiek zrobiło, ale wyjaśniono mi, że tak właśnie trzeba, bo „rzecz nienazwana nie istnieje”. W polityce to się nazywa „nameing”. Niech więc będzie, że dalej w to wierzę, mimo dalszych losów wspomnianego stowarzyszenia.

A czego ta skuteczność ma dotyczyć? „To jest dobre pytanie”, jak odpowiedział kiedyś na zadane mu pytanie Lesław Małeska (i na tym poprzestał). Sprawa to niby łatwa, bo ustawa o izbach lekarskich w art. 5 wymienia 24 zadania dla samorządu lekarskiego. Jednak w szczątkowej dyskusji programowej w tym, jak to nazywam, okresie międzykadencyjnym, używane było hasło, że samorząd lekarski trzeba redefiniować w odpowiedzi na nowe czasy. Choć sam już raz z przekonaniem użyłem tego zawołania, nie bardzo wiem, co by to miało oznaczać. Czy któreś z wymienionych zadań się zdezaktualizowało i przybyły nowe? Czy może zadania są w porządku, a rzecz dotyczy jakichś, niestosowanych dotychczas, zasad i metod działania?

Mimo to powinniśmy spróbować poszukać odpowiedzi na kilka pytań częściowych, tych na niższym poziomie, w stosunku do głównych haseł i zadań programowych. Dziś dla przykładu i jakiegoś początku wspomnę, ze szczupłości miejsca i braku pewności, że to kogoś zainteresuje, o dwóch, góra trzech sprawach.

Jest wśród tych zadań taki tajemniczy punkt 13: „integrowanie środowiska lekarskiego”. Oznaczałoby to, że dawny legislator był przekonany, że jest coś takiego, jak środowisko lekarskie, i że są jakieś metody

na integrowanie tegoż środowiska, i że to integrowanie jest wartością społeczną. Co do tego domniemanego przekonania zdania są jednak podzielone. Można oczywiście założyć, że posiadanie dosyć rzadkiego społecznie wykształcenia, dosyć hermetycznej wiedzy przyrodniczej oraz że objęci jesteśmy dosyć zunifikowanym i szczelnym systemem zasad i norm: naukowych, etycznych i obyczajowych (wszystkie one wiążą się ze sobą ściśle w jeden konglomerat), w naturalny sposób czyni z nas, *in gremio*, coś, co nazywamy środowiskiem.

Jest przecież trochę grup zawodowych, które mają wiele z wymienionych wyżej atrybutów, a jakoś nie podejrzewamy, że tworzą lub powinny tworzyć to, co my, na potrzeby własnej ideologii, próbujemy nazywać środowiskiem. To z naszej strony trochę takie przekonanie, jakie zawarte jest w micie założycielskim o masonerii. Oto średniowieczni budowniczowie gotyckich katedr, posiadając unikalne umiejętności, dzięki którym możliwe jest wznoszenie niewyobrażalnych w tamtych czasach konstrukcji, przekształcają się w organizację, z wpływami wykraczającymi daleko poza wyjściowe kompetencje.

Opowiadał mi kiedyś pewien starszy już inżynier, działacz jednego z kilkudziesięciu stowarzyszeń naukowo-technicznych wchodzących w skład Naczelnej Organizacji Technicznej, że dawno temu w kilku edycjach wyborów do parlamentu ten naczelny organ wystawiał swoją listę. Mieli nadzieję, że środowisko inżynierów poprze swoich kandydatów i dzięki temu będą mieli szansę zmienić coś na lepsze w życiu przemysłowym i gospodarczym, nieustająco demolowanym przez polityków. Ku frustracji działaczy lista dostawała poparcie żadne. Co by to mogło oznaczać? Że nie ma żadnego środowiska czy że jest środowisko, tylko nie jest ono skłonne do zbiorowego działania?

Tak samo my wierzymy, że gdyby udało się, wykorzystując tę środowiskową spójność, doprowadzić do wspólnego działania, to spełniony byłby podstawowy warunek osiągnięcia, wspomnianej wyżej, skuteczności, czyli wymuszenia na decydencie realizacji naszej woli. A więc to samo pytanie: czy zmniejszająca się stale frekwencja wyborcza w wyborach samorządowych oznacza, że nie ma środowiska lekarskiego, czy...? Patrz wyżej.

W swojej masie zawodowej jesteśmy

coraz bardziej zróżnicowani, podzieleni na specjalności kliniczne, na grupy hierarchicznie wzajem siebie usytuowane, na formy prawne wykonywania zawodu, na kategorie placówek, w których się zatrudniamy, i na koniec na frakcje wiekowe. Mamy coraz bardziej zróżnicowany dostęp do apañaży wynikających z uprawiania zawodu i coraz trudniejsze warunki pracy: niedobory kadrowe, gwałtowny rozrost biurokracji, przeregulowanie administracyjne, etatyzacja i agresja państwa w zakresie odpowiedzialności prawnej. W środowisku toczy się raczej gospodarcza walka konkurencyjna niż solidarność korporacyjna, a o sile tej postawy w skali zbiorowej, jaką jest solidarność, mogliśmy się przekonać na przykładzie najnowszej historii Polski.

Innym przykładem z tych dylematów jest to, czy zawód lekarza, który już w zasadzie nie ma atrybutów zawodu wolnego, powinien być tak traktowany i co z tego powinno wynikać.

No i pkt. 14 art. 5 ustawy - wizerunek społeczny lekarza. Zawsze bawiły mnie te pomysły firm doradczych na poprawę wizerunku. Wizerunek to można budować dla firmy, która coś produkuje: dobry produkt, ale publika o tym nie wie, albo kiepski, ale trzeba wmówić, że on jest lepszy od innych. Jakoś to nie pasuje do „produktu”, jakim jest lekarz.

Kiedyś pewien znamienity profesor startował w wyborach na prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej. Przegrał z kretešem. Nie dogadał się z salą (sala oczekiwała prywatyzacji i komercjalizacji ochrony zdrowia - wyglądała biznesmena medycznego). W swoim przemówieniu powiedział, że najważniejszym zadaniem samorządu jest zbliżenie mas członkowskich izb lekarskich do swojej organizacji. Pędzę do niego wzburzony po klęsce i mówię: cóż ty za bzdury opowiadałeś. Przecież nikt tego hasła nie rozumie, bo nie wiadomo, jak miałyby być realizowane. Jak byś zamierzał to osiągać? Ze smutkiem w oczach odparł: nie wiem, ale trzeba próbować.

Badaniami nad zagadnieniem, czy takie zwierzę jak „środowisko lekarskie” w ogóle żyje, postanowiłem poświęcić się w najbliższej przyszłości. Sądzę, że zajmie mi to najbliższe cztery lata i na ten czas przyznałem sobie prywatny grant sponsorski. O wynikach poinformuję niezwłocznie po zakończeniu badań. Tymczasem bardzo zaaferowany pędzę do tej roboty. Pa! ■■■

W PIGUŁCE

Lekarzu, zaktualizuj swoje dane

Okręgowe izby lekarskie przypominają o obowiązku aktualizacji danych w rejestrze PWZ. Jeśli lekarz/lekarz dentysta zmieni adres zamieszkania, telefon kontaktowy czy np. e-mail, powinien o tym

fakcie powiadomić izbę, której jest członkiem. Obowiązek informowania dotyczy także m.in. takich kwestii, jak zmiana imion i nazwiska, uzyskanie stopnia/tytułu naukowego, zaprzestania wykonywania

zawodu na terenie Polski, przejścia na emeryturę lub rentę, a także dokumentacji potwierdzającej wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentystry. Zaktualizowane dane w rejestrze to także pewność, że lekarz otrzyma „Gazetę Lekarską” (chyba że poinformował swoją OIL, że nie chce jej otrzymywać w wersji papierowej). ■■■

WIĘCEJ MIEJSCA

Dolnośląska Izba Lekarska rozbudowała i zmodernizowała zabytkowy pałac hrabiny Fryderyki von Proskau zlokalizowany przy ul. Kazimierza Wielkiego 43 we Wrocławiu, który został przyłączony do pałacu Selderów z ul. Kazimierza Wielkiego 45. Izba tym samym powiększyła swoje zasoby lokalowe.

UNIWERSYTET DLA SENIORA

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie uruchamia Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”. Słuchaczem może być członek warszawskiej izby, który ma skończone 59 lat. Aby wziąć udział w zajęciach, trzeba się zarejestrować (rejestracja rusza 2 sierpnia).

BECIKOWE ONLINE

Członkowie OIL w Łodzi mogą już składać wnioski o przyznanie becikowego bez wychodzenia z domu. Procedura jest bardzo prosta – wystarczy załogować się na swój profil na stronie łódzkiej izby, odnaleźć właściwy wniosek, wypełnić go, dołączyć wymagane dokumenty i wysłać. Aby otrzymać zapomogę, przynajmniej jedno z rodziców musi być członkiem OIL w Łodzi.

NA TWITTERZE I INSTAGRAMIE

Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie rozszerza swoją obecność w mediach społecznościowych. Aktywna dotychczas na Facebooku, jest teraz także na Instagramie, Twitterze i LinkedIn, gdzie informuje o podejmowanych działaniach i planowanych inicjatywach.

Odnaczeni nie tylko za lata pracy



Tegoroczne Złote i Srebrne Eskulapy, nadawane przez delegaturę Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Pile, rozdane. W sumie przyznano 18 złotych i 12 srebrnych odznaczeń. Uroczystość ich wręczenia odbyła się 4 czerwca. Złote Eskulapy otrzymują lekarze i lekarze dentyści po 50 latach od uzyskania prawa wykonywania zawodu, natomiast Srebrne Eskulapy – po 25 latach. Mogą je otrzymać tylko te osoby, które swoją postawą oraz osiągnięciami zawodowymi są wzorem do naśladowania.

- Odnaczenia nie są przyznawane tylko z uwagi na czas, jaki upłynął od uzyskania dyplomu. Trzeba sobie na nie zasłużyć, zarówno ścieżką zawodową i dokonaniem na tym polu, ale także postawą życiową, czyli przyzwoitością i uczciwością także poza pracą – podkreśla Joanna Habużyńska-Turek, przewodnicząca delegatury WIL w Pile.

Pełna lista odznaczonych oraz film z wydarzenia są dostępne na stronie internetowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. ■■■

Dla fanów starej motoryzacji

Komisja Sportu i Rekreacji Śląskiej Izby Lekarskiej zaprasza do wzięcia udziału w I Ogólnopolskim Zlocie Pojazdów Zabytkowych w Będzinie „MEDI OLD CAR 2022”. Planowany termin spotkania pasjonatów starej motoryzacji wśród medyków to wrzesień/październik 2022 r. Organizatorzy wydarzenia przypomi-

nają, że za pojazd zabytkowy uznaje się samochód mający co najmniej 25 lat. Szczegółowe informacje zostaną opublikowane na stronie ŚIL (kontakt w sprawie zlotu: Artur Pietrusa, tel. 606 213 444, e-mail: pietrusa.uro@gmail.com; Grzegorz Boryczka, tel. 604 836 246, e-mail: grzegorz.boryczka@op.pl). ■■■

PRACA W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH

Lekarz, emerytura, ZUS, sąd...

O tym, że warto odwoływać się do sądu od negatywnych decyzji ZUS, nie trzeba przekonywać. Niejednokrotnie sprawa, która skazana była na niepowodzenie przed organem rentowym, zakończyła się pozytywnie dla odwołującego. Warto jednak czasem zwrócić uwagę na poziom absurdu wynikający ze zbyt sztywnego stanowiska organu.

Beata Wierzchowska radca prawny NIL

Przykładem takiej sprawy jest odmowa uznania przez ZUS okresu pracy lekarza psychiatry za okres pracy w szczególnych warunkach, której powodem był brak formalnego świadectwa pracy w tychże szczególnych warunkach¹.

ABSURDALNE ŻĄDANIE

Nie byłoby w tym żądaniu nic dziwnego, gdyby nie to, że sprawa dotyczyła lekarza, repatrianta z Kazachstanu, który złożył wniosek o zaliczenie do stażu emerytalnego okresu pracy na stanowisku lekarza psychiatry, wykonywanej do 1995 r. na terenie Kazachstanu. Psychiatra spełnił warunek posiadania obywatelstwa polskiego jako repatriant. Legitymował się również okresem ponad 15 lat pracy w szczególnych warunkach wykonywanej stale i w pełnym wymiarze czasu pracy, jednakże na tę okoliczność miał jedynie inne dowody niż świadectwo pracy (książeczka pracownika, świadkowie), nie dysponował zaś formalnym świadectwem pracy w warunkach szczególnych na odpowiednim druku.

Oczywiste jest, że skoro zakład pracy znajdował się na terenie byłego ZSRR, to nie miał on obowiązku wydawania świadectwa pracy na druku wynikającym z polskich przepisów emerytalnych i lekarz nie mógł dysponować takim dokumentem. Mimo to ZUS domagał się formalnego świadectwa pracy i nie zaliczył lekarzowi do stażu pracy

w szczególnych warunkach okresów zatrudnienia na terenie byłego ZSRR w charakterze lekarza psychiatry na oddziałach psychiatrycznych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, a po pozytywnym dla lekarza wyroku sądu I instancji nadal kwestionował zasadność zaliczenia tego okresu przez sąd. W apelacji organ zarzucił sądowi niewłaściwe zastosowanie polegające na uznaniu okresów wykonywania pracy przez repatrianta w trakcie zatrudnienia na terenie Kazachstanu jako okresu pracy w szczególnych warunkach, uprawniającego do emerytury w niższym wieku.

SĄDY VS ZUS

Sąd Apelacyjny utrzymał stanowisko sądu I instancji, wskazując, „iż zgromadzony w sprawie materiał dowodowy pozwala na jednoznaczne stwierdzenie, że ubezpieczony w spornym okresie zatrudnienia na stanowisku lekarza psychiatry od 18 stycznia 1980 r. do 31 lipca 1995 r. na terenie byłego ZSRR (Kazachstan) wykonywał pracę w szczególnych warunkach stale i w pełnym wymiarze czasu pracy (...). W świetle ugruntowanego stanowiska judykatury nie budzi wątpliwości również fakt możliwości zaliczenia ubezpieczonemu jako osobie uznanej za repatrianta okresu pracy w warunkach szczególnych za granicą. Sąd Apelacyjny w pełni podziela pogląd Sądu Najwyższego wyrażony w uchwale z dnia 23 września 1992 r.”²,

w której SN stwierdził, że okres zatrudnienia za granicą osoby uznanej za repatrianta może być wliczony do okresu pracy wykonywanej w szczególnych warunkach. Sąd Najwyższy wskazał na brak przesłanek jurystycznych do odmiennego traktowania repatriantów w zakresie ich uprawnień do świadczeń emerytalno-rentowych z tytułu wykonywania za granicą pracy w szczególnych warunkach. Podobne stanowisko zajął Sąd Apelacyjny we Wrocławiu w wyroku z dnia 7 lutego 2012 r.³. W ocenie SA zawarte w apelacji twierdzenia stanowiły w istocie polemikę z prawidłowymi i nie budzącymi wątpliwości ustaleniami sądu I instancji.⁴

Negowanie przez ZUS stanowiska sądów obu instancji przedłużyło okres uzyskania prawa do emerytury przez lekarza repatrianta o 16 miesięcy... Przypadek tego lekarza nie jest odosobniony. A przecież „nie można czynić ze swego prawa użytku, który by był sprzeczny ze społeczno-gospodarczym przeznaczeniem tego prawa lub z zasadami współżycia społecznego. Takie działanie lub zaniechanie uprawnionego nie jest uważane za wykonywanie prawa i nie korzysta z ochrony”⁵. Czy jednak organy rentowe zawsze o tym pamiętają? ■

¹ Wyrok SA w Łodzi III AUa 1434/14, LEX nr 1916632.

² Uchwała SN z 23.09.1992 r., II UZP 16/92, OSNC 1993, nr 5, poz. 76.

³ Wyrok SA we Wrocławiu z 7 lutego 2012 r., III AUa 1556/11, LEX nr 1120464.

⁴ Wyrok SA w Łodzi z 27 sierpnia 2015 r., III AUa 1434/14, LEX nr 1916632.

⁵ Art. 5 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1740 z późn. zm.).

ROSZCZENIA ZA NARUSZENIE PRAW PACJENTA

Nikomun nic się nie stało, a płacić trzeba

Powszechnie łączy się roszczenia pacjentów wobec lekarzy z błędami lekarskimi. Tak jednak nie jest, a zapominają o tym zarówno lekarze, jak i pacjenci, a także ich profesjonalni pełnomocnicy procesowi.

Jarosław Klimek radca prawny OIL w Łodzi

Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta daje podstawy do żądania zapłaty zadośćuczynienia, nawet jeśli udzielanie świadczeń zdrowotnych zakończyło się sukcesem medycznym i nie doszło do uszczerbku na zdrowiu pacjenta.

Prawo do występowania z takimi roszczeniami umożliwia art. 4 ust. 1 i 2 tejże ustawy. Zgodnie z tymi przepisami w razie zawinionego naruszenia:

- praw pacjenta: sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę,
- prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności: sąd może, na żądanie małżonka, krewnych lub powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawiciela ustawowego, zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez nich cel społeczny.

Oba te przepisy odsyłają do art. 448 Kodeksu cywilnego, który mówi o roszczeniach w przypadku naruszenia dóbr osobistych.

WYSTARCZY SAMO NARUSZENIE PRAWA

Podstawa żądania zasądzenia odpowiedniej kwoty pieniężnej pojawia się, jeżeli w wyniku leczenia dojdzie do



naruszenia praw pacjenta, bez względu na to, czy w następstwie tego naruszenia wystąpiły skutki w postaci uszczerbku na zdrowiu pacjenta, co potwierdził Sąd Apelacyjny w Lublinie w wyroku z 21 listopada 2018 r. (I ACa 83/18). Uzupełniając sąd ten wskazał jeszcze, że jeśli w wyniku tych samych zaniedbań popełnionych przez personel medyczny wystąpi dodatkowo skutek w postaci uszczerbku na zdrowiu pacjenta,

wówczas pacjentowi przysługują dwa roszczenia – za naruszenie praw pacjenta i za doznaną krzywdę.

Naruszenie praw pacjenta stanowi samodzielną podstawę odpowiedzialności i przysługuje z samego faktu naruszenia praw pacjenta rozumianych jako element jego dóbr osobistych (wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 16 maja 2019 r. I ACa 253/18). Decydujące o odpowiedzialności udzielającego

świadczeń zdrowotnych jest wyłączenie wykazanie naruszenia skatalogowanych w ustawie praw pacjenta i zawinienie podmiotu świadczącego. Pacjent nie musi udowadniać, że doszło do naruszenia prawnie chronionego dobra osobistego – wystarczy wskazać konkretne naruszenie praw pacjenta (wyrok Sądu Najwyższego z 10 stycznia 2019 r. II CSK 293/18).

Prawa pacjenta, których naruszenie może skutkować taką odpowiedzialnością, to: prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, prawo do informacji o swoim stanie zdrowia, prawo do zachowania tajemnicy informacji z nim związanych, prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, prawo do poszanowania intymności i godności, prawo do dokumentacji medycznej (nie dotyczy dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia pacjenta), prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza, prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, prawo do opieki duszpasterskiej.

PRAKTYKA ORZECZNICZA

W wyroku z 8 marca 2018 r. Sąd Apelacyjny w Poznaniu (sprawa I ACa 917/17) uznał, że nieudzielenie pacjentowi pełnej informacji o możliwych metodach leczenia, nawet jeżeli nie są one refundowane, stanowi czyn bezprawny, i można domagać się zadośćuczynienia za samo nieudzielenie prawidłowej, pełnej informacji. Nie ocenia się przy tym rozmiaru cierpień, bo nie są one przesłanką odpowiedzialności.

Z kolei Sąd Apelacyjny w Białymstoku uznał w wyroku z 15 kwietnia 2015 r. (sprawa I ACa 816/14), że naruszenie prawa pacjenta do właściwego standardu opieki medycznej uzasadnia uwzględnienie roszczeń pacjenta i zasądzenie zadośćuczynienia. Dał także cenną i korzystną dla lekarzy wskazówkę, że krzywda z tego tytułu nie może być zrównana, jeśli chodzi o kompensatę pieniężną, z zadośćuczynieniem zasądzanym w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia.

Na lekturę zasługuje też m.in. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 10 marca 2021 r. (sprawa I ACa 1009/19), w którym sąd wskazał, że rzeczą strony występującej z żądaniem jest podanie konkretnego prawa pacjenta, które – w jej ocenie – zostało naruszone, a sąd nie może się tego domyślać ani wyręczać w tym zakresie strony powodowej. Przytoczyć trzeba też rozstrzygnięcie Sądu Apelacyjnego w Szczecinie, który w wyroku z 3 czerwca 2015 r. orzekł, że powołanie się na naruszenie praw pacjenta nie

w każdym przypadku oznacza zasadność roszczenia. Przedmiot ocen wyznacza bowiem pełna podstawa faktyczna powództwa, a na nią składa się równorzędnie – obok twierdzeń dotyczących samego zachowania lekarza, które zdaniem pacjenta były niezgodne z prawem – także wskazanie, jakie ujemne skutki takiego zachowania mają podlegać kompensacie.

Kwoty zasądzone tytułem zadośćuczynienia w takich sprawach oscylują w granicach od kilku do kilkudziesięciu tysięcy złotych. ■

LEKARZ PYTA, PRAWNIK ODPOWIADA

Leczenie poza wskazaniami z ChPL

Czy ordynacja poza zarejestrowanymi wskazaniami (off-label) stanowi eksperyment medyczny, a zatem czy podlega właściwym dla eksperymentu obwarowaniom prawnym? A jeśli nie, to czy lekarz ma obowiązek przyjmować od pacjenta pisemną zgodę na tego rodzaju terapię?

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

Zastosowanie leku poza wskazaniami zawartymi w Charakterystyce Produktu Lekczniczego, potocznie zwane ordynacją off-label, budzi pewne obawy w praktyce dnia codziennego.

Wprawdzie lekarz ma obowiązek (i prawo!) wykonywać swój zawód zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, to jednak wyjście poza pewne urzędowe ramy (wszakże tak można postrzegać zapisy ChPL) powoduje niepokój co do legalności takiego postępowania. Pomijając definicje kształtowane przez prawo międzynarodowe i piśmiennictwo, podkreślić należy, że żaden przepis polskiego prawa nie nakazuje lekarzowi ordynacji wyłącznie in-label, czyli według zarejestrowanych w ChPL wskazań.

TO NIE EKSPERYMENT, ALE...

W doktrynie prawników zajmujących się zagadnieniami prawa medycznego przyjmuje się, że ordynacja off-label, która wprawdzie wychodzi poza zarejestrowane wskazania, lecz jest jednak poparta wiedzą medyczną, nie będzie stanowiła eksperymentu medycznego. Zgodnie ze stanowiskiem Narodowego Funduszu Zdrowia (który jednak może wypowiadać się głównie w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych) o terapii zgodnej z aktualną wiedzą medyczną świadczy spełnienie jednego z poniższych: (1) terapia jest oparta na produktach leczniczych mających odpowiednie wskazania w ChPL, (2) terapia

jest oparta na wieloletniej i ugruntowanej praktyce klinicznej, opisanej w aktualnych podręcznikach z dziedziny farmakologii lub danej specjalności medycznej, (3) terapia jest oparta na wiarygodnych dowodach naukowych, opublikowanych w uznanych czasopismach naukowych, potwierdzających skuteczność i zasadność wybranego postępowania¹. Przekroczenie powyższych ram przeniesie ordynację off-label na pole eksperymentu medycznego, ze wszystkimi jego prawnymi obwarowaniami.

LEPIEJ MIEĆ ZGODĘ NA PIŚMIE

Rozważyć w tym miejscu należy, czy lekarz decydujący się ordynować produkt leczniczy off-label, musi dokonać jakichś dodatkowych czynności lub formalności. Odpowiedzi na to pytanie dostarczają przepisy prawa medycznego, m.in. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, dotyczące normalnego toku leczenia. Zgodnie z tymi normami udzielanie świadczeń zdrowotnych jest możliwe wówczas, gdy pacjent wyrazi uprzednią, dobrowolną, świadomą i poinformowaną zgodę. Aby zgoda ta korzystała w tym przypadku z przymiotu „poinformowania”, lekarz musi dołożyć podwyższonych starań, żeby przekazać pacjentowi szczegóły dotyczące jego sytuacji zdrowotnej, przyczyny stosowania nietypowej ordynacji, oczekiwane i prognozowane skutki leczenia, oraz ryzyka i następstwa, które mogą z tego wynikać lub się z tym wiązać. Żaden z przepisów

nie przesądza jednakże o konieczności odbierania od pacjenta w takiej sytuacji zgody na leczenie w formie pisemnej.

Z art. 34 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty wynika obowiązek przyjmowania zgody w formie pisemnej w przypadku zabiegów operacyjnych lub metod leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, i ta ogólna zasada nie znajduje przełamania w ordynacji off-label. Ze swojego doświadczenia kilkunastoletniej pracy z lekarzami stwierdzamy jednak, że w przypadku takiej ordynacji dobrze stosować zgodę pisemną w każdej sytuacji. Ordynacja taka następuje zazwyczaj wówczas, gdy dotychczas stosowane leczenie jest nieskuteczne lub niezadowalające, co oczywiście jest czynnikiem skrajnie stresogennym dla pacjenta i jego rodziny. Jednocześnie pacjent, który postanowi przeczytać ulotkę zaleconego mu produktu leczniczego – nie znajdzie w niej swojego schorzenia, lub stwierdzi, że lek jest podawany niezgodnie z zaleceniami producenta (w inny sposób, z użyciem innej drogi, wobec innej grupy pacjentów, w innej dawce etc.). Jest to prosta droga do nieporozumień, a zasada przyjmowania zgody pisemnej w takich okolicznościach pomoże tych nieporozumień uniknąć lub szybko je zażegnać. Wpływa ona zatem na poprawę komfortu pracy w tych trudnych okolicznościach i stwarza poczucie zabezpieczenia prawnego. ■

¹ Komunikat Centrali NFZ w sprawie procedur stosowania produktu leczniczego poza wskazaniami rejestracyjnymi z dnia 7 lutego 2007 r.

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Kara za stosowanie homeopatii

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, po zapoznaniu się z treścią artykułu zamieszczonego na portalu internetowym, wszczął postępowanie wyjaśniające w sprawie publicznych wypowiedzi lekarzy, wskazując, że zachodzi podejrzenie, iż zawarte w artykule wypowiedzi przedstawiają niezgodne z aktualną wiedzą medyczną i obowiązującymi przepisami prawa stanowiska, podważające m.in. zasadność i konieczność wykonywania obowiązkowych szczepień u dzieci według kalendarza szczepień.

Aleksandra Gil biuro NROZ

Na podstawie zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego ustalono, że jeden z lekarzy niejednokrotnie stawał na stanowisku, że homeopatia z dużym powodzeniem zajmuje się leczeniem powikłań poszczepiennych. Jak ustalono, lekarz za pośrednictwem portalu internetowego zapisywał pacjentów na wizyty na terenie działania różnych izb lekarskich. Zgodnie z notą biograficzną zamieszczoną na tym portalu, określał się on jako lekarz, któremu udało się odnaleźć w klasycznej homeopatii, a w swojej pracy „łączy homeopatię i podejście systemowe”.

Okręgowy sąd lekarski uznał lekarza za winnego popełnienia czterech

Argumentów przeciwko stosowaniu homeopatii dostarczają NRL i towarzystwa lekarskie.

przewinień zawodowych, w tym tego, że stosował w celach diagnostycznych i leczniczych metody o nieudowodnionej skuteczności, to jest homeopatii, czym naruszył art. 1 ust. 3 w zb. z art. 57 ust. 1 KEL, i wymierzył obwinionemu karę nagany. Naczelny Sąd Lekarski utrzymał w mocy orzeczenie sądu I instancji w części zarzutu dotyczącego homeopatii, argumentując, wbrew stanowisku obrony, że w chwili obecnej brak jest jakichkolwiek dowodów naukowych na skuteczność terapeutyczną homeopatii,

a jej stosowanie może prowadzić do negatywnych dla pacjenta skutków zdrowotnych, np. wskutek zarzucenia leczenia skutecznymi i niezbędnymi metodami konwencjonalnymi. NSL zwrócił także uwagę na to, że 8 listopada 2002 r. Naczelna Rada Lekarska wydała stanowisko Nr 24/02/IV w sprawie tzw. medycyny alternatywnej, negatywnie oceniając zjawisko coraz większej ekspansji nieracjonalnych i niezalecanych metod tzw. medycyny alternatywnej oraz przypominając, że posługiwanie się tymi metodami jest niezgodne z art. 57 Kodeksu Etyki Lekarskiej. Od orzeczenia NSL obrońca obwinionego wywiódł kasację. Sąd Najwyższy oddalił ją jako oczywiście bezzasadną. ■

KOMENTARZ



Zbigniew Kuzyszyn
Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

Problem stosowania przez lekarzy tzw. medycyny alternatywnej został uwzględniony w art. 57 KEL, który określa, że nie wolno posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe lub bezwartościowe. Co więcej, po 10 latach rozszerzono ten zapis o metody niezwyfikowane naukowo. Dodatkowo ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry obowiązuje do

wykonywania zawodu zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

Co jakiś czas tego typu sprawy wracają jednak na wokandę – zarówno sądów lekarskich, jak i Sądu Najwyższego. Orzecznictwo w tym zakresie jest jednoznaczne. Argumentów przeciwko stosowaniu homeopatii dostarczają NRL i towarzystwa lekarskie. Stanowisko NRL z 2002 r. krytykujące stosowanie medycyny alternatywnej potwierdzono w 2008 r., gdy ponownie NRL wypowiedziała się w sprawie stosowania homeopatii i pokrewnych metod przez lekarzy i lekarzy dentyistów oraz organizowania szkoleń w tych dziedzinach. Sąd Najwyższy w 2018 r. uznał, że NRL, realizując ustawowe zadania, miała prawo zająć stanowisko

w sprawie określenia jakiejś metody za naukowo niezwyfikowaną.

Przytacza się także opublikowaną w „The Lancet” w 2005 r. metaanalizę, która wykazała brak skuteczności terapeutycznej homeopatii. Konferencja Prezesów Towarzystw Lekarskich w 2008 r. stwierdziła, że homeopatia jest niezgodna z aktualną wiedzą. Ponadto w 2014 r. zespół NIL ds. oceny aktualnych dowodów naukowych w swym raporcie stwierdził, że rozcieńczenia homeopatyczne (milionowe lub większe) działają jak placebo i z badań nie wynika, aby woda zachowywała „pamięć” substancji w niej rozpuszczonych. W tej sprawie po raz kolejny Sąd Najwyższy potwierdził słuszność linii orzeczniczej sądów lekarskich, oddalając kasację jako oczywiście bezzasadną. ■

ODPOWIEDZIALNOŚĆ LEKARZY

Czas na zmianę myślenia

Obecnie odpowiedzialność lekarza opiera się na przepisach karnych powszechnie obowiązujących (a nie swoistych, czyli znajdujących zastosowanie tylko do lekarza)¹, zamieszczonych w rozdziale XIX Kodeksu karnego (przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu). Czy tak nadal być powinno?

dr hab. **Teresa Gardocka** prof. Uniwersytetu SWPS, dyrektor Instytutu Prawa USWPS

Przepisy karne penalizujące nieumyślne spowodowanie śmierci lub nieumyślne spowodowanie uszczerbku na zdrowiu odnoszą się w obecnym porządku prawnym zarówno do lekarza, jak i np. dróżnika, który nie zamknie szlabanu kolejowego, lub kontrolera ruchu lotniczego, który nie zauważy, że dwa samoloty są na liniach kolizyjnych względem siebie, doprowadzających swoim działaniem do wypadku.

Współczesna medycyna jest jednak na tyle skomplikowaną dziedziną działalności człowieka, że z kilku względów ewentualne zawinione niekorzystne skutki działania leczniczego lub jego niepodjęcia nie powinny być dłużej traktowane na równi z innymi czynami, z których wyniknęły złe skutki. Względem te to przede wszystkim:

- skomplikowany charakter działań leczniczych, wymagający przy podejmowaniu decyzji rozważania różnych okoliczności, w tym ściśle indywidualnych, odnoszących się do konkretnego pacjenta, przy czym nie każdy czynnik wpływający na decyzję wynika wprost z przeprowadzonych uprzednio badań, wiele z nich wynika z doświadczenia lekarza, i to zarówno w zakresie diagnozy, jak i podjętej terapii;
- eksperymentalny charakter medycyny jako nauki, z czym związana jest



konieczność podejmowania pewnego, rozsądnego ryzyka w wielu sytuacjach, gdy diagnoza nie może być pewna, a zastosowana terapia może być różna, trudna do przewidzenia co do rezultatu w konkretnym przypadku;

- znaczne indywidualne różnice między pacjentami – co do reakcji na leki i podatności na leczenie przy tej samej jednostce chorobowej, które to okoliczności może być bardzo trudno przewidzieć;

- okoliczności zewnętrzne, niezwiązane ściśle z leczeniem, a raczej z organizacją działalności leczniczej, jak dostępność leków i aparatury, kosztowność terapii, powiązania organizacyjne między różnymi służbami medycznymi, np. na linii ratownik medyczny w szpitalnym oddziale ratunkowym – lekarz.

To tylko najważniejsze kwestie, które muszą mieć wpływ na decyzje dotyczące odpowiedzialności lekarza już na etapie jej ustawowego ukształtowania.

Rzeczywistość medycyny i jej obecny poziom powodują, że nie można regulacji prawnych ogólnie obowiązujących stosować do lekarza w procesie leczenia pacjenta. Wina nieumyślna, w ogóle trudna do ustalenia w każdym konkretnym zdarzeniu, ma w przypadku lekarza inną miarę. Z reguły rozważa się przy tak zwanych błędach medycznych niedbalstwo – czy sprawca mógł i powinien przewidzieć, że to, co robi, lub czego zaniechał, może spowodować skutek o charakterze przestępnym (śmierć pacjenta lub uszczerbek na jego zdrowiu). Rzadziej lekkomyślność – czy, przewidując możliwość powstania skutku w takiej postaci, przypuszczał lekkomyślnie, że go uniknie.

GRÓŻBA MEDYCYNY DEFENSYWNEJ

Przykładanie tych powszechnie obowiązujących miar do lekarza nie odpowiada obecnie charakterowi jego

pracy. Poza krańcowymi, oczywistymi z punktu widzenia odpowiedzialności, przypadkami, gdy lekarz spał, zamiast być przy pacjentach lub wyszedł z pracy, lekkomyślnie sądząc, że nic złego się podczas jego nieobecności nie wydarzy, działalność lecznicza podjęta przez lekarza pełna jest decyzji z konieczności ryzykownych, podejmowanych przy niedostatkach danych, niedostatkach doświadczenia, wreszcie – niedostatkach organizacyjnych systemu. Alternatywą jest ostrożne niedziałanie – zwane medycyną defensywną, któremu oczywiście sprzyja zagrożenie błędem odpowiedzialnością karną z kodeksu karnego w dzisiejszym jej kształcie, czyli jak dróżnik, który nie zamknie szlabanu lub jak kontroler ruchu lotniczego, który zagada się z kolegą.

Doktryna no-fault, rozważana dziś jako opozycja do odpowiedzialności karnej lekarza, nie wyklucza tej odpowiedzialności. Stanowi jednak próbę jej ograniczenia do drastycznych naruszeń obowiązków przez lekarza, gdy wyniknęła z tego szkoda dla pacjenta. Doktryna ta sprzeciwia się szukaniu winy lekarza lub zespołu medycznego w każdym przypadku szkody. Sprzeciwia się takiemu prostemu myśleniu, że jak nastąpiła śmierć lub uszczerbek na zdrowiu pacjenta, to ktoś temu zawinił i analizowaniu tej winy tak, jak czyni się to w każdym innym przypadku wystąpienia szkody.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ KARNA LEKARZY W ŚWIELE PRAWA

Z reguły jako podstawa odpowiedzialności wskazywany jest art. 155 Kodeksu karnego – nieumyślne spowodowanie śmierci, a także przepisy dotyczące nieumyślnego uszczerbku na zdrowiu (art. 156 par. 2. k.k. i 157 par. 3 k.k.) oraz przepisy dotyczące przerywania ciąży.

Przepisy dotyczące przerywania ciąży ustanawiają przestępstwa powszechne, ich sprawcą może być każdy, nie tylko osoba wykonująca jeden z zawodów medycznych, chociaż we współczesnych realiach przerywania ciąży wbrew przepisom ustawy dokonuje z reguły lekarz (art. 152 k.k.).

Opis przestępstwa spowodowania uszczerbku prenatalnego (art. 157a k.k.) zawiera natomiast w par. 2 szczególny kontratyp odnoszący się tylko do spowodowania w procesie leczenia uszkodzenia ciała lub zagrażającego życiu płodu rozstroju zdrowia, jeżeli uszkodzenie lub uszczerbek stanowi następstwo działań leczniczych podjętych przez lekarza i koniecznych dla uchylenia niebezpieczeństwa grożącego życiu lub zdrowiu kobiety ciężarnej albo dziecka poczętego. A więc okoliczność przesądzająca o braku przestępstwa odnosi się wyłącznie do lekarzy.

Doktryna no-fault, rozważana dziś jako opozycja do odpowiedzialności karnej lekarza, nie wyklucza tej odpowiedzialności. Stanowi jednak próbę jej ograniczenia do drastycznych naruszeń obowiązków przez lekarza, gdy wyniknęła z tego szkoda dla pacjenta.

Jestem przekonana, że nadszedł czas, by odejść od takiego myślenia, podejmując próbę nowego, odmiennego w przypadku lekarza od powszechnie obowiązującego modelu odpowiedzialności karnej za nieumyślne spowodowanie szkody dotyczącej pacjenta. Sformułowanie definicji takiego deliktu jest rzeczą trudną i będzie wymagać współdziałania prawników z lekarzami, ale chyba nadszedł już czas, by taki trud podjąć. ■

¹ Obecna regulacja odpowiedzialności karnej lekarza ma tylko jeden przepis swoisty w związku z procesem leczenia. Jest to art. 192a k.k. zakazujący leczenia bez zgody pacjenta.

W PIGUŁCE

Zmiana izby

Jak wygląda procedura przejścia lekarza/lekarza dentysty do innej okręgowej izby lekarskiej? W jakim przypadku proces ten może zostać wstrzymany?

W przypadku złożenia przez lekarza/lekarza dentystę wniosku o przeniesienie do innej izby lekarskiej, komisja ORL izby, do której następuje przeniesienie, stwierdza nie tylko formalną poprawność wniosku i kompletność towarzyszących mu dokumentów, ale także zasięga informacji w przedmiocie karalności w Rejestrze Ukaranych Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej oraz o ewentualnym prowadzeniu postępowania przez okręgowego rzecznika odpowiedzialności

zawodowej, zawisłości sprawy w sądzie lekarskim, zawieszeniu prawa wykonywania zawodu lekarza albo postępowaniu prowadzonym przez okręgową radę na podstawie art. 11 lub 12 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Ta procedura jest regulowana w § 20 ust. 5 i 6 Regulaminu szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty, wpisywania na listę członków okręgowej izby lekarskiej i wpisu do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów, prowadzenia okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów i Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów

Rzeczypospolitej Polskiej, który jest załącznikiem nr 1 do uchwały nr 1/17/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 stycznia 2017 r., wydanej na mocy ustawowego prawa NRL do określenia szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania PWZ lekarza/lekarza dentysty i prowadzenia rejestru lekarzy¹. Członkowie izb lekarskich obowiązani są stosować się do uchwał organów izb lekarskich².

W przypadku uzyskania informacji o toczącym się w stosunku do lekarza postępowaniu, komisja obowiązana jest wystąpić do okręgowej rady lekarskiej z wnioskiem o nieprzyjęcie lekarza do izby i niewpisanie go na listę członków, zaś okręgowa rada podejmuje w tej sprawie stosowną uchwałę. ■■■

¹ Art. 8 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 790 z późn. zm.).

² Art. 8 pkt. 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1342).

KRAJOWA ADMINISTRACJA SKARBOWA

Szerszy dostęp do danych bankowych obywateli od 1 lipca



W związku ze zmianą art. 48 ustawy o Krajowej Administracji Skarbowej¹, od 1 lipca br. naczelnikom urzędów skarbowych będzie przysługiwało szersze uprawnienie do uzyskania danych bankowych, dotychczas zastrzeżone tylko dla naczelników urzędów celno-skarbowych oraz Szefa KAS.

Najważniejszą zmianą wynikającą z nowelizacji art. 48 ustawy o KAS jest jednakże to, iż wszystkie te organy od 1 lipca br. zyskają dostęp do informacji o rachunkach bankowych osoby fizycznej, nawet nie posiadającej statusu podejrzanego, gdy postępowanie przygotowawcze lub czynności wyjaśniające będą prowadzone

w związku z czynami popełnionymi w zakresie działalności osoby fizycznej. Będzie też możliwe uzyskanie informacji o pełnomocnikach rachunku bankowego wskazanego w żądaniu.

Resort finansów zapewnia, co prawda, że „organy KAS prowadzą postępowanie przygotowawcze jedynie w przypadku uzasadnionego podejrzenia popełnienia czynu zabronionego i co ważne, po formalnym wszczęciu postępowania przygotowawczego. Zatem zmieniony przepis art. 48 ustawy o KAS nie może być stosowany bez uzasadnionej przyczyny i bez powiązania z popełnionymi czynami, które są przedmiotem prowadzonego już postępowania przygotowawczego w sprawie osoby podejrzanego o popełnienie przestępstwa”^{2,3} nie mniej jednak możliwość uzyskania wglądu do kont każdej osoby fizycznej, a nie tylko podejrzanego o popełnienie wykroczenia skarbowego czy przestępstwa skarbowego, budzi uzasadnione obawy. ■■■

¹ Ustawa z dnia 29 października 2021 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2105 z późn. zm.) – art. 20.

² Komunikat Ministerstwa Finansów z 22 lutego 2022 r., www.gov.pl/web/finanse.

³ Odpowiedź z 16 maja 2022 r. na interpelację nr 33166 w sprawie tajemnicy bankowej.

STOMATOLOGIA

Na ostatnim posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej powierzono mi funkcję wiceprezesa. Mam koordynować i prowadzić sprawy dotyczące lekarzy dentyistów. Liczę na szeroką współpracę komisji stomatologicznych izb okręgowych. Poprosiłem już ich przewodniczących o nakreślenie najważniejszych i najpilniejszych spraw, którymi powinniśmy się zająć w pierwszej kolejności. Chciałbym, abyśmy działali według zasady „słuchamy i działamy”. Ze swojej strony deklaruję obecność w Naczelnej Izbie Lekarskiej każdego tygodnia, by czas działał na naszą korzyść.



Paweł Barucha

wiceprezes NRL

WITAM SERDECZNIE, SZANOWNE KOLEŻANKI I SZANOWNYCH KOLEGÓW

Dzięki decyzji prezesa Łukasza Jankowskiego, lekarze dentyści mają po raz pierwszy swoje biuro w NIL. Pozwoli to na lepszą i skuteczniejszą organizację pracy. Świadczy to również o poważnym podejściu do wspólnego samorządu lekarzy i lekarzy dentyistów. Tylko wspólnie możemy działać dla dobra naszych Koleżanek i Kolegów.

2 września odbędzie się pierwsze posiedzenie Komisji Stomatologicznej NRL w nowej kadencji, podczas którego nakreślimy plan działania. ■■■

W PIGUŁCE

Wspólna polityka FDI i Lancet Migration



Zdrowie jamy ustnej społeczności wysiedlanych to zaniedbany problem zdrowotny na świecie. World Dental Federation (FDI) i Lancet Migration uznały, że musi się to zmienić i ogłosiły wspólną politykę dotyczącą zdrowia jamy ustnej dla przemieszczających się osób.

Według danych zawartych w arkuszu informacyjnym WHO, dotyczącym uchodźców i migrantów, na całym świecie jest ponad miliard ludzi przemieszczających się z powodu wymuszonych globalnych przesiedleń. Są to grupy szczególnie wrażliwe, które często borykają się

z nierównościami w zakresie zdrowia jamy ustnej, a ponadto są bardziej narażone na rozwój chorób.

FDI i Lancet Migration stoją na stanowisku, że obecne systemy opieki zdrowotnej państw muszą solidarnie rozwiązać ten problem i zwiększyć dostęp do opieki stomatologicznej poprzez jej integrację z systemami ogólnymi opieki zdrowotnej. Wytyczne skierowane są do decydentów, rządów i systemów opieki zdrowotnej, organizacji pozarządowych oraz charytatywnych, a także do naukowców i instytucji badawczych.

W opisie polityki uwypuklono obecne luki w systemie. Kluczowe wezwania do działania obejmują m.in. zwiększenie odpowiedzialnych systemów nadzoru epidemiologicznego, edukację w zakresie zdrowia jamy ustnej, poprawę dostępu do takiej opieki, a także do technologii cyfrowych. Jak piszą autorzy, zdrowie jamy ustnej jest fundamentalną częścią ogólnego stanu zdrowia i podstawowym prawem człowieka. ■■■

Źródło: fdiworlddental.org

MODELE 3D

Ważny krok do odtworzenia szkliwa

Ubytki i uszkodzenia szkliwa są naprawiane przez lekarzy dentystów za pomocą syntetycznych białych materiałów wypełniających. Nie było dotychczas naturalnej alternatywy dla tego rozwiązania, jednak w przyszłości nowy model 3D z ludzkimi komórkami macierzystymi zębów może to zmienić.

Wyniki badań na ten temat prowadzone przez prof. Hugo Vankelecom z KU Leuven (Belgia) i prof. Anneliesa Bronckaersa

z Universiteit Hasselt (Belgia) zostały opublikowane w „Cellular and Molecular Life Sciences”. – Zaletą tego typu modelu 3D jest to, że rzetelnie odtwarza oryginalne właściwości komórek macierzystych. Możemy w laboratorium uzyskać mały fragment naszego organizmu i wykorzystać go jako model badawczy – tłumaczy prof. Vankelecom.

Źródło: eurekalert.org

ZDROWIE OGÓLNE

Wpływ protez na niedobory żywieniowe



Jak wynika z niedawno opublikowanych badań przeprowadzonych przez Regenstrief Institute w Indianapolis i Indiana University School of Dentistry (USA), pacjenci, którzy otrzymali protezy, mogą wymagać poradnictwa żywieniowego. Zespół badawczy porównał stan odżywienia 3519 osób, które otrzymały zdejmowane protezy częściowe lub całkowite, a także uzupełnienia protetyczne osadzone na implantach lub filarach, ze stanem odżywienia 6962 członków grupy kontrolnej, którzy nie mieli uzupełnień protetycznych lub nie wymagali leczenia protetycznego. Oprócz wieku i płci

autorzy wzięli pod uwagę inne czynniki dostępne w elektronicznej dokumentacji medycznej, w tym rasę, historię leczenia i status ubezpieczenia.

U pacjentów z całkowitym bezzębiem po otrzymaniu protezy analiza wyników pokazała znaczne zmniejszenie stężenia albuminy w surowicy, kreatyniny i azotu mocznika we krwi (BUN) oraz zwiększony szacowany współczynnik filtracji kłębuszkowej (eGFR) w tej samej grupie. U pacjentów z częściowym bezzębiem nastąpił spadek hormonu tyreotropowego (TSH), BUN i poziomu cholesterolu całkowitego. Dane dotyczące pacjentów bezzębnych w łuku szczękowym lub żuchwowym wykazały również zmniejszenie BUN i eGFR.

– Protezy to znacząca zmiana. Nie zapewniają już takiej samej wydajności żucia, przez co mogą zmienić się nawyki żywieniowe człowieka. Stomatolodzy muszą być tego świadomi i udzielać porad żywieniowych lub kierować na nie swoich pacjentów. Oni potrzebują wsparcia w okresie przejściowym i czasem dalszego monitorowania w tym zakresie – podkreśla dr Thankam Thyvalikakath, starszy autor badania, naukowiec w Regenstrief Institute i dyrektor ds. informatyki stomatologicznej w Indiana University School of Dentistry.

Badanie „Nutritional assessment of denture wearers using matched electronic dental-health record data” zostało opublikowane w „Journal of Prosthodontics”.

Źródło: us.dental-tribune.com

AGRESJA WOBEC MEDYKÓW

Stomatolog obezwładnia nożownika



Dr Faraz Farahnik (po lewej) i higienista Parham Saadat

Dr Faraz Farahnik i higienista Parham Saadat, opuszczając gabinet dentystryczny w południowej Kalifornii, zobaczyli po drugiej stronie ulicy mężczyznę uciekającego z Centrum Medycznego Szpitala Encino. Obficie krwawił.

Obaj natychmiast podbiegli do ranego. – Pomogliśmy ustabilizować krwawienie i poleciliśmy wszystkim, aby wezwali policję i sanitariuszy – opowiada dr Farahnik. Ktoś powiedział, że w oddziale ratunkowym ugodzony nożem lekarz potrzebuje pomocy. Gdy weszli do szpitala, zobaczyli w krwawej scenie przemoc napastnika. Podbiegli do niego i wepchnęli do pobliskiej szafy. Przytrzymali drzwi, aby nie mógł się wydostać. Potem poprosili gapiów, aby go przypilnowali, a sami zajęli się udzielaniem pomocy ofiarom w oddziale ratunkowym aż do przyjazdu policji i zespołu pogotowia.

Według Departamentu Policji w Los Angeles, 35-letni Ashkan Amirsoleymani wszedł do oddziału ratunkowego podmiejskiego centrum medycznego i poprosił o leczenie z powodu lęku. Chwilę później wyciągnął nóż i dźgnął trzech medyków. Na szczęście wszyscy przeżyli.

– W danej chwili widzieliśmy ludzi, którzy potrzebowali pomocy. Takie zachowanie było dla nas czymś naturalnym – podkreślają bohaterowie z gabinetu stomatologicznego.

Jak poinformowała policja, nożownik usłyszał trzy zarzuty usiłowania zabójstwa.

Źródło: ada.org

STOMATOLOGIA



Marta Jakubiak
redaktor naczelna

Wiedzy nigdy dość

Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne to jedno z najważniejszych w kraju wydarzeń organizowanych dla lekarzy dentystów. Podczas tegorocznej, szóstej już edycji, mówiono o jamie ustnej w kontekście COVID-19, a także kwestiach prawnych związanych z wykonywaniem zawodu.

Program zawierał aż 40 wykładów, które podzielono na sesje specjalistyczne: stomatologii zintegrowanej, dziecięcej, chirurgii stomatologicznej, gerostomatologiczną, stomatologii zachowawczej, protetyczną, periodontologiczną, ortodontyczną oraz implantologiczną.

DOKUMENTACJI LEPIEJ NIE POPRAWIAĆ

Niektóre z wykładów poświęcone były odpowiedzialności zawodowej w kontekście roszczeń pacjentów, uznawaniu chorób zawodowych, czy systemów informatycznych zapewniających sprawne funkcjonowanie gabinetów w obszarze EDM (m.in. obsługujące e-recepty, e-skierowania, e-ZLA), prowadzących rejestr zdarzeń medycznych i ułatwiających zarządzanie placówką medyczną. Przestrzegano, że każdą ingerencję w system informatyczny można odnaleźć, dlatego też w przypadku ewentualnych roszczeń nie należy wstecznie uzupełniać dokumentacji. Ten fakt zawsze zostanie odnotowany i może działać na niekorzyść lekarza, który dokonuje korekty wcześniejszego wpisu. Dokumentację najlepiej uzupełniać czy dokonywać jej korekt bezpośrednio po wizycie pacjenta, można oczywiście dane wprowadzać z niewielkim opóźnieniem, np. dnia kolejnego, ale nie należy nadmiernie odkładać ich w czasie. I trzeba pamiętać, by dane były jak najbardziej szczegółowe – np. zawierały również adnotację o zaleceniach przekazanych ustnie, jak zasugerowanie pacjentowi



Podczas wykładu dr hab. Małgorzaty Nędzy-Góry „Fałszywy alarm. Bezpieczne zmiany w jamie ustnej”

konsultacji u innego specjalisty, mimo że samo skierowanie nie zostało wystawione. Padały pytania o opóźnienia spowodowane zawieszeniem się systemu, które uniemożliwiają wprowadzenie wpisów w dokumentacji. Taki fakt również jest odnotowany w systemie, więc wynikające z tego tytułu opóźnienie będzie dla sprawdzającego całkowicie zrozumiałe.

Wśród prelegentów znaleźli się wykładowcy akademicki, konsultanci krajowi i wojewódzcy w poszczególnych dziedzinach stomatologii, prezesi towarzystw naukowych, lekarze

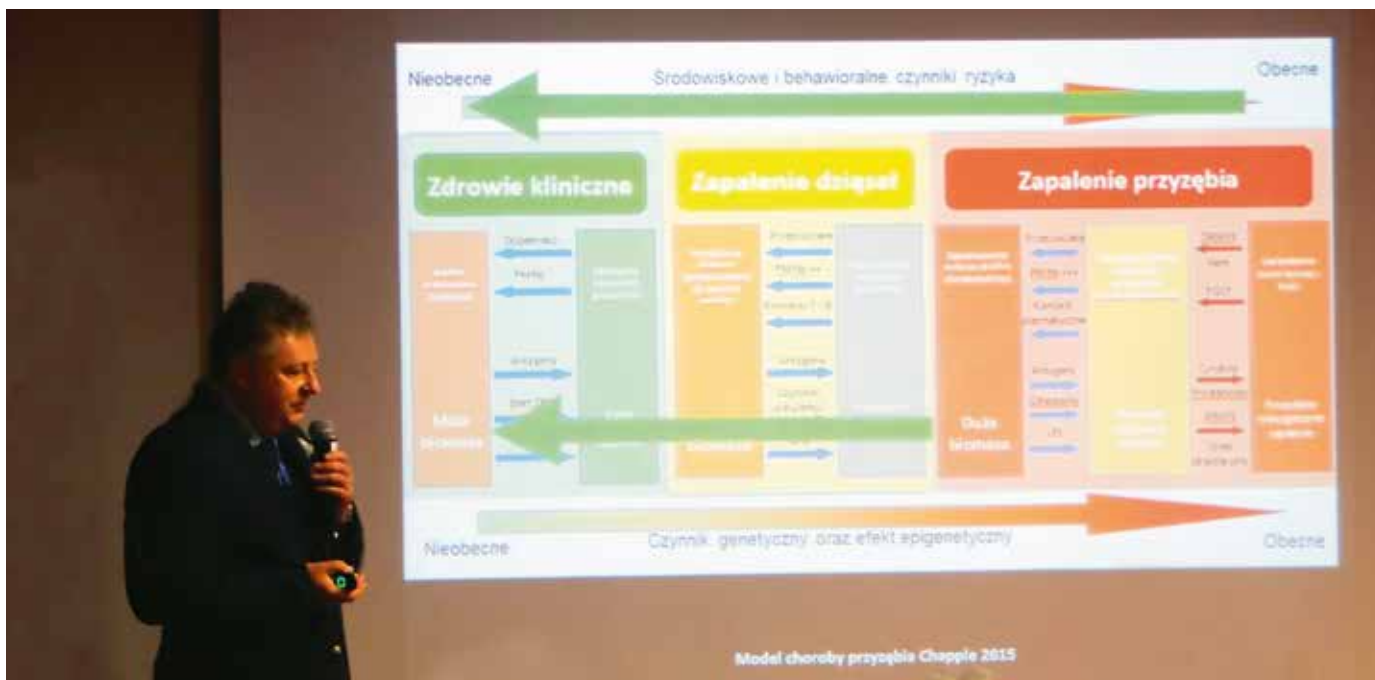
praktycy i przedstawiciele organów odpowiedzialności zawodowej, a nawet ubezpieczycieli, którzy chętnie dzielili się doświadczeniami dotyczącymi roszczeń.

Podczas jednej z sesji, periodontologicznej, skupiono się na omówieniu zmian, których wystąpienie w jamie ustnej ma związek z przechorowaniem COVID-19, a także tych, które zaobserwowano po podaniu szczepionki przeciwko SARS-CoV-2. Dodatkowo, jak zauważył dr Maciej Nowak, mazowiecki konsultant wojewódzki w dziedzinie periodontologii, COVID-19 doprowadził także do zmiany behawioru społeczeństw. Wiele się zmieniło.

PANDEMIA A LECZENIE STOMATOLOGICZNE

Jako że do infekcji koronawirusem dochodzi drogą kropelkową, w pracy stomatologa zarówno wielkość, jak i rodzaj wirusa ma znaczenie, gdyż podczas leczenia produkowany jest aerozol. Jednak nie każdy aerozol jest taki sam. Na przykład kiedy strumień wodno-powietrzny kierowany jest na sterylną końcówkę, wytwarza się aerozol zupełnie inny od tego, który kierowany jest na tkanki pacjenta. Należy więc pamiętać, że piaskowanie będzie dużo bardziej zakaźne niż np. leczenie ubytku czy wykonanie skalingu.

Bardzo duże znaczenie ma także wielkość cząstek. Te o małych rozmiarach (<50µm) mogą być przenoszone nawet na kilka metrów i utrzymywać się w powietrzu do 40-45 minut. Dlatego np. w przypadku piaskowania bezpieczniejsze będzie



Dr Maciej Nowak przybliżył temat zmian w jamie ustnej powstających w wyniku infekcji COVID-19

korzystanie z gabinetu jednofotelowego, w którym jest możliwość przewietrzenia czy odkażenia pomieszczenia po zakończeniu wizyty.

Można spodziewać się, że po pandemii koronawirusa w praktyce stomatologicznej na stałe zostaną dodatkowe środki ochrony osobistej, jak np. maseczki, które zapewne będą udoskonalane, ale sama przyłbica już nie wystarczy. Podsumowano również ten trudny czas, jeśli chodzi o dostępność do świadczeń. Okazuje się, że w czasie pandemii duże jednostki na Mazowszu radykalnie zmniejszyły swoją dostępność, natomiast małe gabinety problem pandemiczny udźwignęły.

ŚLADY COVID-19 W JAMIE USTNEJ

Co wiadomo po trzydziestu miesiącach od wybuchu pandemii? Pewien obraz już się wyłonił. Zaobserwowano, że u pacjentów chorujących na COVID-19 dochodziło do utraty smaku i powonienia, w jamie ustnej wystąpiły też objawy w postaci pęcherzyków, zmian rumieniowych (zmianie zapalnej ulega cała błona śluzowa, nie tylko fragmenty z wykwitami), obecne były też nadżerki, owrzodzenia, pęcherze. Charakterystyczny był również pęknięty lub pozbawiony brodawek język. Występowały grudki, strupy, pojawiało

się samoistne krwawienie, a na końcu także zła higiena jamy ustnej – bo skoro boli, codzienne zabiegi higieniczne pacjent zaniedbuje.

Zmiany pocovidowe najczęściej dotyczą języka (38 proc.), błony śluzowej i warg (26 proc.), a także podniebienia (22 proc.). – Niejednokrotnie spotykam w swojej praktyce pacjentów, którzy mają nadżerki półksiężycowate. Jest to bardzo charakterystyczny objaw i znajduje potwierdzenie także w dostępnym światowym piśmiennictwie naukowym – mówił dr Maciej Nowak. Jeszcze przed ogłoszeniem pandemii zgłosiła się do niego pacjentka, która wróciła z Singapuru. W wywiadzie przyznała, że w czasie wyjazdu chorowała na gripę. Wyleczyła się z niej, ale w jamie ustnej pojawiły się bolesne wykwity. Były to półksiężycowate nadżerki. Zanim pojawił się SARS-CoV-2, medycyna wiązała takie zmiany z kiłą, dlatego dr Nowak skierował ją na badania ogólne. Później, już w erze covidowej, do gabinetu zgłaszało się coraz więcej pacjentów z takim objawem. I przewiduje się, że takich osób będzie przybywać.

Według naukowców wystąpienie takiego powikłania jest dowodem na neurotropowość wirusa SARS-CoV-2. Wykwity pojawiają się przeciwieństwie wzdłuż przebiegu hipotetycznego nerwu.

UTRZYMYWANIE SIĘ W CZASIE

Zauważono, że kiedy wszystkie objawy ogólne COVID-19 ustąpiły, to pojawiły się zmiany w jamie ustnej lub wciąż się w niej utrzymywały. 20-30 proc. chorych doświadczało zaburzenia smaku, suchości w jamie ustnej, miało wybroczyny, poszerzone naczynka, nawracającą kandydozę i owrzodzenia, zakażenia HSV1, język geograficzny, także obrzęki symetryczne i niesymetryczne wargi, neuralgie. Z danych zawartych w piśmiennictwie naukowym wynika, że powikłania mogą utrzymywać się od pół roku do roku, a w niektórych przypadkach nawet dłużej. Zdarzało się również i tak, że w czasie choroby nie było objawów w obrębie jamy ustnej, a pojawiły się dopiero po 2-3 miesiącach po przechorowaniu COVID-19.

JĘZYK GEOGRAFICZNY

To dość ciekawa przypadłość. Niepokoi pacjentów, czasem niepokoi też lekarzy. W literaturze ma wiele nazw, jest np. określana jako zapalenie języka łagodne i wędrujące. Objawia się w nieregularnych rumieniowych obszarach pozbawionych brodawek nitkowatych. W miejscach, gdzie brodawek nie ma, pojawiają się czerwone wędrujące plamy. Na obrzeżach tych zmian brodawki rozrastają się, tworząc okalające je białe granice. Dość charakterystyczną cechą jest zmienność

obrazu w czasie. Pola bez brodawek nitkowatych są bardziej wrażliwe na zmiany temperatury, ostre i kwaśne pokarmy. Pojawienie się tej patologii znacznie częściej dotyczy osób zmagających się z atopowym zapaleniem skóry.

W ramach koła naukowego grupa studentów, pod kierownictwem dr hab. Małgorzaty Nędzy-Góry z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, prowadziła badanie, którego jednym z elementów było fotografowanie języków o różnych porach dnia. Był to pomysł, który zrodził się w czasie lockdownu, a zrealizowano go jako projekt „Pokaż język”. To część pracy licencjackiej, której wyniki znane będą niebawem. – Wielki szacunek dla moich studentów, którzy w ciągu dwóch tygodni przesłali mi ponad sto fotografii języków. Dokonali też bardzo ciekawej analizy zebranego materiału. Mamy już swoje przemyślenia dotyczące występowania patologii nazywanej językiem geograficznym – poinformowała dr hab. Małgorzata Nędzy-Góra. Jak podkreśla, analizując zmiany pocovidowe w obrębie języka, brakuje punktu odniesienia, jak dany język wyglądał przed zachorowaniem, jak powstawały np. zmiany półksiężycowate. Obecnie w bazie projektu są już zdjęcia trzystu języków.

Są też pacjenci, którzy nigdy nie chorowali na COVID-19, ale po przyjęciu szczepionki przeciwko SARS-CoV-2 pojawiły się u nich zmiany w jamie ustnej – takie, jak obserwowane u osób chorujących. To najczęściej nadżerki, obrzęk warg i poszerzone naczynka. Odnotowano też występowanie nawracającej opryszczki. Pojawienie się powłok naukowcy łączą z ogólnym stanem i odpornością organizmu pacjenta.

ZDROWIE JAMY USTNEJ A BEZPIECZEŃSTWO

Na ogólny stan zdrowia i bezpieczeństwo bardzo duży wpływ ma obecność chorób przyzębia i zaniedbań higienicznych. Trzeba pamiętać, że wirusy kumulują się w biofilmie nazębnym. Kiedy higiena jest zaniedbana, biofilm stanowić będzie groźny rezerwuuar wirusów. O ryzyku zakażenia się koronawirusem decyduje zatem nie tylko kontakt bezpośredni, ale także kumulacja wirusów w biofilmie.

Doświadczenia minionych trzydziestu miesięcy pokazały także, że pacjenci z problemami periodontologicznymi mieli zdecydowanie cięższy

przebieg choroby, częściej też trafiali na oddziały intensywnej terapii i niestety dość często dochodziło w ich przypadku do zgonów. Poprawa stanu zdrowia jamy ustnej może więc zmniejszyć zachorowalność i śmiertelność z powodu COVID-19. Potwierdzają to liczne prace naukowe z całego świata.

POGORSZENIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Samotność, depresja, myśli samobójcze. Na dodatek w Polsce i na świecie odnotowuje się bardzo duży wzrost samobójstw wśród dzieci. Takim zjawiskom sprzyjały atomizacja społeczeństwa, odizolowanie, samotność, ale też problemy stomatologiczne.

Pacjenci zmienili swoje podejście do życia. Stali się bardziej apatyczni. Często towarzyszyło im poczucie lęku, brak motywacji do działania, mają zaburzenia pamięci, ale też cierpią na depresję, borykają się z poczuciem osamotnienia i myślami samobójczymi. Również do lekarzy dentystów będą trafiali pacjenci z takimi problemami.

POJAWIENIE SIĘ SUPERGRZYBA

Obserwuje się coraz więcej zakażeń *Candidą*, ale nie *albicans*, lecz *auris* – to patogenny drożdżak o zasięgu globalnym, powodujący epidemie w placówkach zamkniętej opieki zdrowotnej, często oporny na powszechnie stosowane leki przeciwgrzybicze, niekiedy ich wszystkie trzy główne klasy: triazole, polieni i echinokandyny. *Candida auris* wzięto na celownik w Stanach Zjednoczonych, również z powodu dramatycznych wydarzeń związanych z pandemią COVID-19. Amerykańska agencja federalna Centrum Zwalczania i Zapobiegania Chorobom (CDC, ang. Centers for Disease Control and Prevention), uznała *C. auris* za jedno z największych zagrożeń związanych z lekoopornością w Ameryce. W 2020 r. w USA odnotowano 1272 potwierdzone przypadki zakażenia tym patogenem, co stanowiło 400-procentowy wzrost w stosunku do łącznej liczby przypadków odnotowanych w 2018 r.

C. Auris jest wyjątkowo złośliwy, lubi nie tylko środowisko organizmu człowieka, ale też to zewnętrzne. Jest zdolny przetrwać przez długi czas np. na pościeli szpitalnej czy innych powierzchniach sprzętów szpitalnych. Amerykanie

zaobserwowali, że odsetek przeżyć pacjentów chorych na COVID-19 w stanie ciężkim był wyższy u tych, którzy pozostali w domu niż w przypadku hospitalizowanych – częściej trafiali pod respirator, częściej umierali.

ROZMOWA, EDUKACJA I PROFILAKTYKA

Podkreślano, jak ważna jest rozmowa z pacjentem, wytłumaczenie mu zależności zdrowia jamy ustnej w odniesieniu do zdrowia ogólnego, a także roli walki z biofilmem – profesjonalnej, ale też tej domowej. Należy pamiętać o edukowaniu, przypominaniu i tłumaczeniu zasad piramidy żywieniowej, podkreślaniu znaczenia prawidłowego poziomu witaminy D w organizmie. W czasie pandemii okazało się bowiem, że pacjenci, którzy mieli prawidłowy poziom witaminy D, nie chorowali na COVID-19 albo przechodzili go bardzo łagodnie. Ważna jest codzienna aktywność fizyczna, dieta trzy (warzywa) do jednego (owoce), zioła zamiast soli. I oczywiście należy pamiętać o odpowiednim nawodnieniu organizmu oraz uzupełnianiu płynów – dziennie co najmniej 1,5 l wody.

KTÓRA SZCZOTECZKA NAJLEPSZA

Jak oceniają eksperci, najbardziej wydajne są te z grupy pulsacyjno-rotacyjno-oscylacyjnych. Na drugim miejscu rekomendacji znalazły się mniej wydajne szczoteczki soniczne. Najslabiej wypadają szczoteczki manualne. Jest jednak jedna podstawowa zasada – każda szczoteczka jest dobra, jeśli pacjent zabiegi higieniczne wykonuje regularnie i wie, jak danej szczoteczki używać prawidłowo. Niestety w przypadku wielu osób tak nie jest. Dlatego zawsze warto zapytać, jakich szczoteczek pacjenci używają i w jaki sposób. I warto uczyć ich, jak z nich korzystać. ■

VI Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne odbyły się w Serocku pod Warszawą, w dniach 10-12 czerwca. Organizatorzy tego wydarzenia to Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, Komisja ds. Lekarzy Dentystów OIL w Warszawie, Warszawski Uniwersytet Medyczny oraz Centrum Kariery Lekarza. Za udział przyznawane było 25 punktów edukacyjnych.

UZALEŻNIENIA

Nowe wytyczne

Wiele osób chciałoby zerwać z nikotynizmem, ale nie potrafi tego zrobić.
Nowe wytyczne ekspertów, adresowane m.in. do lekarzy, mogą pomóc
w rzuceniu nałogu. NIL wspiera tę inicjatywę.

Mariusz Tomczak dziennikarz

Uzależnienie od nikotyny jest chorobą ujętą w międzynarodowej klasyfikacji chorób. Istnieją skuteczne metody jego leczenia, zarówno farmakologiczne, jak i nefarmakologiczne.

Prezentacja 15 rekomendacji w uzależnieniu od tytoniu, różniących się siłą zalecenia i pewnością danych, odbyła się 30 maja, w przededniu Światowego Dnia Bez Tytoniu. Kilkudziesięciopiętnicowy dokument zawierający rekomendacje z uzasadnieniem i komentarzami ekspertów jest skierowany do wszystkich pracowników opieki zdrowotnej, w tym lekarzy i zarządzających opieką zdrowotną (całość wraz z suplementem jest dostępna w portalu internetowym „Gazety Lekarskiej” i na stronie NIL). – Nowe wytyczne postępowania sformułował wielodyscyplinarny zespół polskich ekspertów przy wsparciu przedstawicielstwa WHO w Polsce, w oparciu o dane naukowe o najwyższej jakości, pochodzące z przeglądów systematycznych Cochrane – mówi prof. Małgorzata Bała, kierownik Katedry Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej CM UJ, jedna ze współautorek wytycznych.

ŚLAD W DOKUMENTACJI PACJENTA

W dokumentacji medycznej każdego pacjenta powinna być odnotowywana informacja o używaniu przez niego wyrobów tytoniowych – tak brzmi jedna z rekomendacji. Zyskała ona jednoznaczność wśród ekspertów. Z punktu widzenia lekarzy jest jednoznaczna i łatwa w zastosowaniu. Ze względu na to, że osoby rzucające palenie wracają do nałogu, należy ją aktualizować w czasie każdego kontaktu z pacjentem. Dwie silne rekomendacje oparte o dane

Bagatelizowana lista grozy

Liczba osób pozostających w szponach nałogu zadziwia (w naszym kraju to ok. 8 mln). – W Polsce palenie tytoniu jest drugą przyczyną zgonów. Połowa palaczy umiera z powodu chorób odtytoniowych – mówi prof. Piotr Jankowski, przewodniczący Komisji Promocji Zdrowia Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, współautor wytycznych. Używanie wyrobów tytoniowych to główny czynnik powodujący nowotwory. Wiele osób, słysząc słowo „rak”, odczuwa paniczny strach, ale nie zawsze o nim pamięta, gdy sięga po papierosa. Tymczasem w Polsce nawet 31 proc. zgonów z powodu nowotworów (w tym aż 44 proc. u mężczyzn) można przypisać paleniu tytoniu. Istnieje jednoznaczny związek między paleniem tytoniu a występowaniem raka jamy ustnej i nosowej, zatok, gardła, krtani, przełyku, żołądka, trzustki, jelita grubego, wątroby, nerki, moczowodu, pęcherza moczowego, szyjki macicy, jajnika, białaczki, a u kobiet także raka piersi. Lista równie imponująca, co budząca grozę. Palenie papierosów jest też jedną z głównych przyczyn zawałów serca, niewydolności serca, tętniaków aorty i udarów mózgu oraz główną przyczyną POChP.

naukowe o dużej lub umiarkowanej pewności danych dotyczą udzielania przez pracowników opieki zdrowotnej porad zalecających zaprzestanie palenia oraz stosowania intensywnego poradnictwa indywidualnego. Oba zalecenia dotyczą także kobiet w ciąży. Dane naukowe wskazują, że porada udzielona przez lekarza lub pielęgniarkę w porównaniu

z jej brakiem wiąże się z większym prawdopodobieństwem zaprzestania palenia w okresie co najmniej 6 miesięcy. Mniej było badań dotyczących siły przekonywania ze strony lekarzy dentystów, ale również w tym przypadku zauważono większe prawdopodobieństwo odstawienia tytoniu. Zastosowanie każdej z nefarmakologicznych metod osobno (np. porada lekarza lub pielęgniarki, poradnictwo grupowe lub telefoniczne) zwiększa szansę na zaprzestanie palenia o kilkadziesiąt procent, co przekłada się na 20-40 osób więcej na 1 tys. osób odstępujących od nałogu.

JAK POMAGA FARMAKOLOGIA?

Rekomendacje silne, poparte danymi o wysokiej pewności, odnoszą się do stosowania nikotynowej terapii zastępczej, a także bupropionu i warenikliny u wszystkich palących z wyjątkiem kobiet w ciąży (ze względu na niewystarczające dane autorzy wytycznych nie sformułowali wobec nich takiego zalecenia). Z kolei stosowanie cytyzyny u palących, z wyjątkiem ciężarnych, stanowi również silną rekomendację, ale z umiarkowaną pewnością danych, podobnie jak oferowanie poradnictwa telefonicznego wszystkim palącym (też z wyjątkiem kobiet w ciąży) czy łączenie leczenia farmakologicznego ze wsparciem behawioralnym. Metody farmakologiczne (np. nikotynowa terapia zastępcza, bupropion, wareniklina, cytyzyna) zwiększają szansę na zaprzestanie palenia o 55-398 proc., co przekłada się na od 57 do 139 osób więcej na 1 tys. osób odstępujących od nałogu przy małych lub umiarkowanych działaniach niepołączonych. To liczby, wobec których nie da się przejść obojętnie. ■

Pobierz wytyczne



BIULETYN

NR 4 (212)

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

WARSZAWA, V-VI 2022

REDAKTOR NACZELNY: PAWEŁ DOCZEKALSKI

**OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
XV KRAJOWEGO ZJAZDU LEKARZY
W WARSZAWIE
z dnia 23 maja 2022 r.
o wynikach wyborów na stanowisko Prezesa
Naczelnej Rady Lekarskiej**

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r., poz. 1342) oraz § 45 ust. 1 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 stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 2/22/VIII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 8 lutego 2022 r., na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego XV Krajowego Zjazdu Lekarzy obwieszcza się co następuje:

na stanowisko Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej na okres IX kadencji (2022-2026) został wybrany: lek. Łukasz Jankowski

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
Paweł Susłowski

**OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
XV KRAJOWEGO ZJAZDU LEKARZY
W WARSZAWIE
z dnia 23 maja 2022 r.
o wynikach wyborów na stanowisko
Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności
Zawodowej**

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r., poz. 1342) oraz § 45 ust. 1 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

stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 2/22/VIII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 8 lutego 2022 r., na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego XV Krajowego Zjazdu Lekarzy obwieszcza się co następuje:

Nacelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej na okres IX kadencji (2022-2026) został wybrany: lek. Zbigniew Kuzyszyn

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
Paweł Susłowski

**OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
XV KRAJOWEGO ZJAZDU LEKARZY
W WARSZAWIE
z dnia 23 maja 2022 r.
o wynikach wyborów do Naczelnej Rady
Lekarskiej**

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r., poz. 1342) oraz § 45 ust. 1 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 stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 2/22/VIII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 8 lutego 2022 r., na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego XV Krajowego Zjazdu Lekarzy obwieszcza się co następuje:

członkami Naczelnej Rady Lekarskiej na okres IX kadencji (2022-2026) zostali wybrani:

1. Barucha Paweł, lekarz dentysta
2. Biliński Jarosław, lekarz
3. Bojarska-Łoś Monika, lekarz
4. Borgiel-Marek Halina, lekarz dentysta
5. Brzezin Zbigniew, lekarz
6. Bujko Jacek, lekarz

7. de Rosier Artur, lekarz
8. Doczekalski Paweł, lekarz
9. Domka Wojciech, lekarz
10. Drobnik Artur, lekarz
11. Dudziński Leszek, lekarz dentysta
12. Dyniewicz Agata, lekarz
13. Flaga-Łuczkiewicz Magdalena, lekarz
14. Goniewicz Mariusz, lekarz
15. Hamankiewicz Maciej, lekarz
16. Herman Krzysztof, lekarz
17. Imiela Tomasz, lekarz
18. Janusz Przemysław, lekarz
19. Jasek Łukasz, lekarz
20. Jodłowski Marek, lekarz
21. Kalkowski Piotr, lekarz
22. Karolewski Marcin, lekarz
23. Kocbach Piotr, lekarz
24. Kołodziej Grzegorz, lekarz
25. Komor Klaudiusz, lekarz
26. Kosikowski Jakub, lekarz
27. Kowalczyk Mateusz, lekarz
28. Kowarzyk Stanisław, lekarz
29. Kozioł Tomasz, lekarz
30. Maksymowicz Radosław, lekarz dentysta
31. Matuszewski Michał, lekarz
32. Matysiak Aleksander, lekarz
33. Mazur Grzegorz, lekarz
34. Nowiński Marcin, lekarz
35. Paluszek Dariusz, lekarz dentysta
36. Patecki Damian, lekarz
37. Pawliczak Filip, lekarz
38. Plucińska Marzenna, lekarz
39. Rogowski Marek, lekarz dentysta
40. Samborski Dariusz, lekarz dentysta
41. Sharma Rita, lekarz
42. Siarkiewicz Andrzej, lekarz dentysta
43. Sikora Maciej, lekarz dentysta
44. Sinica Mikołaj, lekarz
45. Szczęśniak Marcin, lekarz dentysta
46. Szczurko Jolanta, lekarz dentysta
47. Szymgel Łukasz, lekarz
48. Szulca Mateusz, lekarz
49. Wojciechowski Michał, lekarz
50. Wrona Grzegorz, lekarz

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
Paweł Susłowski

**OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
XV KRAJOWEGO ZJAZDU LEKARZY
W WARSZAWIE
z dnia 23 maja 2022 r.
o wynikach wyborów na stanowisko
Zastępcy Naczelnego Rzecznika
Odpowiedzialności Zawodowej**

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r., poz. 1342) oraz § 45 ust. 1 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 stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 2/22/VIII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 8 lutego 2022 r., na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego XV Krajowego Zjazdu Lekarzy obwieszcza się co następuje:

- Zastępcami Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej na okres IX kadencji (2022-2026) zostali wybrani:
1. Adamowicz Robert lekarz
 2. Barański Jacek, lekarz dentysta
 3. Bierca Jacek, lekarz
 4. Derkowski Wojciech, lekarz
 5. Drozd Wojciech, lekarz
 6. Hańska Jolanta, lekarz dentysta
 7. Lubecki Krzysztof, lekarz
 8. Majewski Włodzimierz, lekarz
 9. Małecki Janusz, lekarz
 10. Matthews-Brzozowska Teresa, lekarz dentysta
 11. Narolska-Wierczewska Elżbieta, lekarz
 12. Nekanda-Trepka Ładysław, lekarz
 13. Opinc Jacek, lekarz
 14. Różański Jacek, lekarz
 15. Szałkowski Marek, lekarz dentysta
 16. Szeląg Joanna, lekarz
 17. Szpinda Łukasz, lekarz
 18. Tarkowska Anna, lekarz dentysta
 19. Wenglarzy-Kowalczyk Wanda, lekarz
 20. Wnęk Włodzimierz, lekarz
 21. Żak Lech, lekarz

**PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ**
Paweł Susłowski

**OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
XV KRAJOWEGO ZJAZDU LEKARZY
W WARSZAWIE
z dnia 23 maja 2022 r.
o wynikach wyborów do Naczelnego
Sądu Lekarskiego**

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r., poz. 1342) oraz § 45 ust. 1 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 stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 2/22/VIII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 8 lutego 2022 r., na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego XV Krajowego Zjazdu Lekarzy obwieszcza się co następuje:

członkami Naczelnego Sądu Lekarskiego na okres IX (2022–2026) kadencji zostali wybrani:

1. Bednarz Stefan, lekarz
2. Bednorz Włodzimierz, lekarz
3. Bukowski Marek, lekarz
4. Dec Anna, lekarz
5. Fórmaniak Jacek, lekarz
6. Golański Ryszard, lekarz
7. Gorczyński Tomasz, lekarz
8. Jarosz Konrad, lekarz
9. Juzala Ireneusz, lekarz
10. Kocot Jacek, lekarz
11. Krajewski Romuald, lekarz
12. Kruszewski Jerzy, lekarz
13. Kubisa Bartosz, lekarz
14. Latos Iwona, lekarz
15. Lesyng-Pawłowska Grażyna, lekarz
16. Łyczewska Mariola, lekarz dentysta
17. Malkowski Wojciech, lekarz
18. Matkowski Jerzy, lekarz
19. Matysiak Paweł, lekarz
20. Mazur Jacek, lekarz
21. Miarka Jacek, lekarz
22. Miarka Maciej, lekarz
23. Miernik-Podłęsko Sylwia, lekarz
24. Mieszczański Paweł, lekarz
25. Miękus-Pączek Ewa, lekarz dentysta
26. Minowski Piotr, lekarz
27. Nosarzewski Jerzy, lekarz
28. Orliński Leszek, lekarz
29. Sobiech Piotr, lekarz dentysta
30. Szozda Ryszard, lekarz
31. Telega Michał, lekarz dentysta
32. Wępieć Michał, lekarz
33. Winciunas Piotr, lekarz
34. Wysokińska-Miszczuk Joanna, lekarz dentysta
35. Zaorski Krzysztof, lekarz
36. Zelenay Wojciech, lekarz
37. Ziara Katarzyna, lekarz

**PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ**
Paweł Susłowski

**OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
XV KRAJOWEGO ZJAZDU LEKARZY
W WARSZAWIE
z dnia 23 maja 2022 r.
o wynikach wyborów do Naczelnej Komisji
Rewizyjnej**

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r., poz. 1342) oraz § 45 ust. 1 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 stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 2/22/VIII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 8 lutego 2022 r., na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego XV Krajowego Zjazdu Lekarzy obwieszcza się co następuje:

członkami Naczelnej Komisji Rewizyjnej na okres IX kadencji (2022–2026) zostali wybrani:

1. Kopociński Zbigniew, lekarz
2. Kula Bogdan, lekarz
3. Maszluch Mirosław, lekarz dentysta
4. Matyja Andrzej, lekarz
5. Nakraszewicz Małgorzata, lekarz dentysta
6. Orłowska-Heitzman Jolanta, lekarz
7. Radomska-Hnatyszyn Kamila, lekarz
8. Sobieski Paweł, lekarz
9. Stankiewicz Marek, lekarz
10. Szkutnik Jacek, lekarz dentysta
11. Wanecki Jarosław, lekarz
12. Weiszewska Alicja, lekarz
13. Winczyk Kaja, lekarz
14. Wiśniewska Magda, lekarz
15. Witczak Mariusz, lekarz

**PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ**
Paweł Susłowski

**OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
XV KRAJOWEGO ZJAZDU LEKARZY
W WARSZAWIE
z dnia 23 maja 2022 r.
o wynikach wyborów do Krajowej Komisji
Wyborczej**

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r., poz. 1342) oraz § 45 ust. 1 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 stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu

Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 2/22/VIII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 8 lutego 2022 r., na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego XV Krajowego Zjazdu Lekarzy obwieszcza się co następuje:

członkami Krajowej Komisji Wyborczej na okres IX kadencji (2022–2026) zostali wybrani:

1. Buśla Michał, lekarz
2. Hasiąg Barbara, lekarz
3. Janusz Przemysław, lekarz
4. Jasek Łukasz, lekarz
5. Kalkowski Piotr, lekarz
6. Kaźmierczak-Zagórska Zyta, lekarz
7. Klimza Małgorzata, lekarz
8. Kotuła Jacek, lekarz dentysta
9. Kowalczyk Mateusz, lekarz
10. Kowalczyk Stanisław, lekarz
11. Kuchta Piotr, lekarz dentysta
12. Malicki Mariusz, lekarz
13. Maślankowska Joanna, lekarz dentysta
14. Płachta Artur, lekarz
15. Sobczyński Stefan, lekarz
16. Sowiński Jacek, lekarz
17. Szafrńska-Kocun Wioletta, lekarz
18. Szuber Maria, lekarz
19. Topolska-Kotulecka Mery, lekarz dentysta
20. Wrona Grzegorz, lekarz

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ

Paweł Susłowski

OBWIESZCZENIE PREZYDIUM KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ

z dnia 2 czerwca 2022 r.

o wygaśnięciu mandatu członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r., poz. 1342) oraz § 45 ust. 3 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 stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 2/22/VIII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 8 lutego 2022 r., oraz § 4 ust. 3 Regulaminu Krajowej Komisji Wyborczej, stanowiącego załącznik do uchwały nr 16 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., na podstawie uchwały Prezydium Krajowej Komisji Wyborczej z dnia 3 czerwca 2022 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej lek. dent. Małgorzaty Nakraszewicz, obwieszcza się co następuje:

Wygasa mandat członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej na okres IX kadencji 2022-2026 lek. dent. Małgorzaty Nakraszewicz.

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ

Jacek Kotuła

OBWIESZCZENIE PREZYDIUM KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ

z dnia 2 czerwca 2022 r.

o uzyskaniu mandatu członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r., poz. 1342) oraz § 45 ust. 3 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 stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 2/22/VIII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 8 lutego 2022 r., oraz § 4 ust. 3 Regulaminu Krajowej Komisji Wyborczej, stanowiącego załącznik do uchwały nr 16 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., na podstawie uchwały Prezydium Krajowej Komisji Wyborczej z dnia 3 czerwca 2022 r. w sprawie uzyskania mandatu członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej przez lek. dent. Bożenę Urban, obwieszcza się co następuje: Członkiem Naczelnej Komisji Rewizyjnej na okres IX kadencji (2022-2026) została lek. dent. Bożena Urban.

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ

Jacek Kotuła

OBWIESZCZENIE PREZYDIUM KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ

z dnia 3 czerwca 2022 r.

o wygaśnięciu mandatu członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r., poz. 1342) oraz § 45 ust. 3 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 stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w brzmieniu określonym w załączniku do

obwieszczenia Nr 2/22/VIII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 8 lutego 2022 r., oraz § 4 ust. 3 Regulaminu Krajowej Komisji Wyborczej, stanowiącego załącznik do uchwały nr 16 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., na podstawie uchwały Prezydium Krajowej Komisji Wyborczej z dnia 3 czerwca 2022 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej lek. Andrzeja Matyi, obwieszcza się co następuje: Wygasa mandat członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej na okres IX kadencji 2022-2026 lek. Andrzeja Matyi.

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ

Jacek Kotuła

OBWIESZCZENIE PREZYDIUM KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ

z dnia 3 czerwca 2022 r.

o wygaśnięciu mandatu członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r., poz. 1342) oraz § 45 ust. 3 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 stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 2/22/VIII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 8 lutego 2022 r., oraz § 4 ust. 3 Regulaminu Krajowej Komisji Wyborczej, stanowiącego załącznik do uchwały nr 16 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., na podstawie uchwały Prezydium Krajowej Komisji Wyborczej z dnia 3 czerwca 2022 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej lek. dent. Jacka Szkutnika, obwieszcza się co następuje: Wygasa mandat członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej na okres IX kadencji 2022-2026 lek. dent. Jacka Szkutnika.

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ

Jacek Kotuła

OBWIESZCZENIE PREZYDIUM KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ

z dnia 3 czerwca 2022 r.

o wygaśnięciu mandatu członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r., poz. 1342) oraz § 45 ust. 3 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 stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 2/22/VIII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 8 lutego 2022 r., oraz § 4 ust. 3 Regulaminu Krajowej Komisji Wyborczej, stanowiącego załącznik do uchwały nr 16 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., na podstawie uchwały Prezydium Krajowej Komisji Wyborczej z dnia 3 czerwca 2022 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej lek. Kai Winczyk, obwieszcza się co następuje:
Wygasa mandat członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej na okres IX kadencji 2022-2026 lek. Kai Winczyk.

**PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ**

Jacek Kotuła

**UCHWAŁA Nr 1/22/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 3 czerwca 2022 r.**

**w sprawie zwołania Nadzwyczajnego XVI
Krajowego Zjazdu Lekarzy**

Na podstawie art. 37 ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

1. Zwołuje się Nadzwyczajny XVI Krajowy Zjazd Lekarzy, zwany dalej „Zjazdem”, w dniach 16-18 maja 2024 r.
2. Ustalenie miejsca Zjazdu powierza się Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 2.

Przedmiotem obrad Zjazdu będzie:

- 1) omówienie problemów etycznych,
- 2) rozpatrzenie projektu uchwały w sprawie przyjęcia komentarzy do Kodeksu Etyki Lekarskiej,
- 3) rozpatrzenie ewentualnych zmian jednostek redakcyjnych Kodeksu Etyki Lekarskiej określonych przez Naczelną Radę Lekarską odrębną uchwałą podjętą do 30 czerwca 2023 r.
- 4) 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, przygotowaną przez Krajową Komisję Wyborczą.

§ 3.

Zorganizowanie Zjazdu powierza się Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Grzegorz Wrona

PREZES

Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA Nr 2/22/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 3 czerwca 2022 r.
w sprawie upoważnienia do składania
oświadczeń w zakresie praw i obowiązków
majątkowych Naczelnej Izby Lekarskiej**

Na podstawie art. 5 pkt 23 oraz art. 39 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r., poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Do składania oświadczeń w zakresie praw i obowiązków majątkowych Naczelnej Izby Lekarskiej upoważnia się:

- 1) Łukasza Jankowskiego – Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej;
- 2) Pawła Baruchę – Wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej;
- 3) Klaudiusza Komora – Wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej;
- 4) Mateusza Kowalczyka – Wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej;
- 5) Grzegorza Mazura – Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Grzegorz Wrona

PREZES

Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA Nr 3/22/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 3 czerwca 2022 r.
w sprawie Konwentu Prezesów Okręgowych
Rad Lekarskich**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 6 i 7 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342), uchwała się, co następuje:

§ 1.

1. Powołuje się Konwent Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich, zwany dalej Konwentem.
2. Konwent stanowi platformę wymiany opinii, informacji i doświadczeń okręgowych izb lekarskich.
3. Konwent wspiera koordynację realizacji przez okręgowe izby lekarskie ich zadań ustawowych oraz wynikających z uchwał, stanowisk i apeli Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 2.

W skład Konwentu wchodzi Prezesi Okręgowych Rad Lekarskich i Prezes Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej.

§ 3.

Pracami Konwentu kieruje Koordynator powoływany przez Naczelną Radę Lekarską spośród osób, o których mowa w § 2, na okres kadencji.

§ 4.

1. Koordynator:

- 1) kieruje pracą Konwentu;
- 2) przewodniczy obradom Konwentu;
- 3) przedstawia Naczelnej Radzie Lekarskiej cykliczne sprawozdania z działalności Konwentu obejmujące 6-miesięczne okresy jego aktywności.
2. W razie nieobecności Koordynatora, jego obowiązki pełni wyznaczony przez niego członek Konwentu.

§ 5.

1. Posiedzenia Konwentu odbywają się w formie spotkań online, hybrydowych lub stacjonarnych.
2. Posiedzenia Konwentu zwołuje Koordynator z własnej inicjatywy lub na wniosek co najmniej 1/3 członków Konwentu.
3. W pracach i posiedzeniach Konwentu mogą uczestniczyć Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, wydelegowani przedstawiciele okręgowych izb lekarskich, oraz w roli obserwatora członkowie Naczelnej Rady Lekarskiej.
4. Koordynator ma prawo zapraszać na posiedzenia Konwentu inne osoby niż wskazane powyżej.

§ 6.

Naczelna Rada Lekarska określa w uchwale budżetowej limit środków na pokrycie kosztów związanych z działalnością Konwentu.

§ 7.

Konwent działa na prawach komisji Naczelnej Rady Lekarskiej, w zakresie nieuregulowanym w niniejszej uchwale do jego działania stosuje się uchwałę Nr 18/16/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 września 2016 r. w sprawie zasad i trybu powoływania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej oraz regulaminu ich działania z tym, że uchwała w sprawie Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich nie wygasa wraz z zakończeniem kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 8.

Obsługę administracyjną Konwentu zapewnia biuro Naczelnej Izby Lekarskiej.

§ 9.

Traci moc uchwała Nr 8/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 31 sierpnia 2018 r. w sprawie Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich.

§ 10.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Grzegorz Wrona

PREZES

Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA Nr 4/22/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 3 czerwca 2022 r.**

**w sprawie powołania komisji i zespołów
Naczelnej Rady Lekarskiej**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 5 i 6 ustawy z dnia 2

grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342) i § 6 ust. 1 Regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 14/X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, zmienionej uchwałą nr 5 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 maja 2016 r. oraz uchwałą nr XV Krajowego Zjazdu Lekarzy z 13 maja 2022 r. uchwała się, co następuje:

§ 1.

Powołuje się następujące stałe komisje i zespoły Naczelnej Rady Lekarskiej:

- 1) Komisja Etyki Lekarskiej,
- 2) Komisja Finansowo-Budżetowa,
- 3) Komisja Kształcenia Medycznego,
- 4) Komisja ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów,
- 5) Komisja Stomatologiczna,
- 6) Komisja Organizacyjna,
- 7) Komisja ds. Młodych Lekarzy,
- 8) Komisja ds. Sportu,
- 9) Komisja Legislacyjna,
- 10) Komisja ds. Egzaminów z Języka Polskiego dla Lekarzy Cudzoziemców,
- 11) Zespół ds. wizerunku zawodu lekarza i lekarza dentystry,
- 12) Zespół ds. Reformy systemu zgłaszania i rejestrowania zdarzeń niepożądanych i szkód w ochronie zdrowia,
- 13) Zespół ds. e-zdrowia.

§ 2.

Traci moc uchwała Nr 2/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 15 czerwca 2018 r. w sprawie powołania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona *Lukasz Jankowski*

UCHWAŁA Nr 5/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 3 czerwca 2022 r. w sprawie powołania przewodniczących komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust.1 pkt 5 i 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342) oraz § 2 ust. 1 załącznika do uchwały nr 18/16/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 września 2016 r. w sprawie zasad i trybu powoływania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej uchwała się, co następuje:

§ 1.

Powołuje się przewodniczących następujących stałych komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej:

- 1) Komisja Etyki Lekarskiej – Artur de Rosier,
- 2) Komisja Finansowo-Budżetowa – Jan Kowalczyk,
- 3) Komisja Kształcenia Medycznego – Damian Patecki,

- 4) Komisja ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów – Stefan Sobczyński,
- 5) Komisja Organizacyjna – Paweł Czekalski,
- 6) Komisja ds. Młodych Lekarzy – Paweł Doczekalski,
- 7) Komisja ds. Sportu – Marcin Szczęśniak,
- 8) Komisja Legislacyjna – Jerzy Jakubiszyn,
- 9) Komisja ds. Egzaminów z Języka Polskiego dla Lekarzy Cudzoziemców – Mery Topolska-Kotulecka,
- 10) Zespół ds. wizerunku zawodu lekarza i lekarza dentystry – Łukasz Szmygel,
- 11) Zespół ds. Reformy Systemu Zgłaszania i Rejestrowania Zdarzeń Niepożądanych i Szkód w Ochronie Zdrowia – Piotr Pawliszak,
- 12) Zespół ds. e-zdrowia – Michał Gontkiewicz.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona *Lukasz Jankowski*

UCHWAŁA Nr 6/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 3 czerwca 2022 r. w sprawie powołania kierownika Ośrodka Współpracy Zagranicznej

Na podstawie art. 39 ust.1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342) oraz § 3 ust. 2 uchwały nr 25/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie Ośrodka Współpracy Zagranicznej, uchwała się, co następuje:

§ 1.

Na stanowisko kierownika Ośrodka Współpracy Zagranicznej na okres IX kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej powołuje się kol. Wojciecha Domkę.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona *Lukasz Jankowski*

UCHWAŁA Nr 7/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 3 czerwca 2022 r. w sprawie powołania koordynatora Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 6 i 7 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) oraz § 3 uchwały Nr 3/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 3 czerwca 2022 r. w sprawie Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich uchwała się, co następuje:

§ 1.

Na stanowisko koordynatora Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich na okres

IX kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej powołuje się kol. Artura Płachtę.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona *Lukasz Jankowski*

UCHWAŁA Nr 8/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 3 czerwca 2022 r. w sprawie powołania Rzecznika Praw Lekarza

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 3 i 8 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) oraz § 3 ust. 1 uchwały Nr 15/10/VI Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie utworzenia Biura Praw Lekarza, zmienionej uchwałą nr 23/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 27 czerwca 2014 r. uchwała się, co następuje:

§ 1.

Na stanowisko Rzecznika Praw Lekarza na okres IX kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej powołuje się kol. Monikę Potocką.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona *Lukasz Jankowski*

UCHWAŁA Nr 9/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 3 czerwca 2022 r. w sprawie powołania kierownika Ośrodka ds. Opiniowania Sądowo-Lekarskiego i Orzecznictwa

Na podstawie art. 39 ust.1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342) oraz § 3 ust. 2 uchwały nr 29/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie Ośrodka ds. Opiniowania Sądowo-Lekarskiego i Orzecznictwa, uchwała się, co następuje:

§ 1.

Na stanowisko kierownika Ośrodka ds. Opiniowania Sądowo-Lekarskiego i Orzecznictwa na okres IX kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej powołuje się kol. Ryszarda Szozdę.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona *Lukasz Jankowski*

UCHWAŁA Nr 10/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 3 czerwca 2022 r. w sprawie Ośrodka Kultury i Dziedzictwa Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342), uchwała się, co następuje:

§ 1.

Powołuje się Ośrodek Kultury i Dziedzictwa Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej, zwany dalej „Ośrodkiem”.

§ 2.

1. Ośrodek zajmuje się zagadnieniami związanymi z działalnością kulturalną polskich lekarzy, lekarzy dentyistów a także badaniami historycznymi dotyczącymi środowiska lekarskiego. Zadaniami Ośrodka są w szczególności:

- 1) organizacja i współudział w organizowaniu imprez kulturalnych;
- 2) koordynowanie imprez kulturalnych o znaczeniu ogólnopolskim organizowanych przez izby lekarskie;
- 3) wnioskowanie do Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej o dofinansowanie imprez, o których mowa w pkt 1 i 2;
- 4) gromadzenie dokumentacji i pamiątek dotyczących historii polskich lekarzy, lekarzy dentyistów i ich organizacji;
- 5) sporządzanie opracowań i analiz dotyczących historii polskich lekarzy, lekarzy dentyistów i ich organizacji oraz ich publikacja;
- 6) szerzenie wiedzy o historii polskich lekarzy, lekarzy dentyistów i ich organizacji.

2. Zadania, o których mowa w ust. 1, Ośrodek realizuje m.in. we współpracy z:

- 1) organami Naczelnej Izby Lekarskiej oraz okręgowymi izbami lekarskimi;
- 2) uczelniami medycznymi;
- 3) instytucjami prowadzącymi badania historyczne oraz archiwami;
- 4) stowarzyszeniami twórczymi lekarzy i lekarzy dentyistów.

§ 3.

1. Działalnością Ośrodka kieruje kierownik i Rada Ośrodka.

2. Kierownika Ośrodka powołuje na okres kadencji Naczelna Rada Lekarska.

3. W skład Rady Ośrodka wchodzi kierownik Ośrodka oraz 14 członków powołanych przez Naczelną Radę Lekarską na okres kadencji. W skład Rady Ośrodka wchodzi co najmniej trzech lekarzy dentyistów.

4. Członków Rady Ośrodka Naczelna Rada Lekarska wybiera spośród kandydatów zaproponowanych przez kierownika Ośrodka. Kierownik Ośrodka przedstawia Naczelnej Radzie Lekarskiej kandydatów do Rady Ośrodka po uprzednim uzgodnieniu ich kandydatur z Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 4.

1. Do zadań kierownika Ośrodka należy:

- 1) kierowanie bieżącą działalnością Ośrodka;
- 2) zwoływanie posiedzeń Rady Ośrodka w miarę potrzeb, nie rzadziej jednak niż raz na pół roku;
- 3) składanie corocznych sprawozdań z działalności Ośrodka Naczelnej Radzie Lekarskiej.

2. Zadaniem Rady Ośrodka jest:

- 1) współpraca z kierownikiem Ośrodka w zakresie realizacji zadań Ośrodka;
- 2) opracowywanie rocznego programu pracy Ośrodka.

§ 5.

Działalność Ośrodka jest finansowana ze środków Naczelnej Izby Lekarskiej

§ 6.

Obsługę administracyjną Ośrodka zapewnia biuro Naczelnej Izby Lekarskiej.

§ 7.

Traci moc uchwała Nr 27/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie Ośrodka Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej.

§ 8.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Grzegorz Wrona

PREZES

Lukasz Jankowski

UCHWAŁA Nr 11/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 3 czerwca 2022 r. w sprawie powołania Zespołu roboczego ds. analizy wysokości składki członkowskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4, art. 40 ust. 4 i art. 5 pkt 20 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Powołuje się Zespół roboczy ds. analizy wysokości składki członkowskiej, zwany dalej „Zespołem” w składzie:

- 1) Jan Kowalczyk – Przewodniczący
- 2) Grzegorz Mazur
- 3) Tomasz Kozioł
- 4) Marcin Karolewski
- 5) Radosław Piwowarczyk.

§ 2.

Do zadań Zespołu należy przeprowadzenie analizy aktualnej uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie wysokości składki członkowskiej pod kątem dostosowania wysokości składki do obecnych i prognozowanych kosztów prowadzenia działalności przez jednostki samorządu lekarskiego oraz przedstawienie propozycji zmian tej uchwały.

§ 3.

Zobowiązuje się Zespół do przedstawienia Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wyników swojej pracy wraz z propozycjami szczegółowych rozwiązań w terminie do 12 sierpnia 2022 r.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Grzegorz Wrona

PREZES

Lukasz Jankowski

UCHWAŁA Nr 12/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 3 czerwca 2022 r. w sprawie wyboru mediatora

Na podstawie art. 113 ust. 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

1. Do pełnienia funkcji mediatora w Naczelnej Izbie Lekarskiej wybiera się kol. Marzenę Plucińską.

2. Mediator sprawuje swoją funkcję do czasu wyboru mediatora na następną kadencję Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Grzegorz Wrona

PREZES

Lukasz Jankowski

UCHWAŁA Nr 13/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 3 czerwca 2022 r. w sprawie powołania Przewodniczącego Ośrodka Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 w zw. z art. 5 pkt 22 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342, z późn. zm.) w zw. z § 3 ust. 1 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej Nr 23/18/VIII z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie Ośrodka Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej, uchwała się, co następuje:

§ 1.

Na stanowisko Przewodniczącego Ośrodka Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej powołuje się kol. Mariusza Goniewicza.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Grzegorz Wrona

PREZES

Lukasz Jankowski

UCHWAŁA Nr 14/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 3 czerwca 2022 r. w sprawie powołania Pełnomocnika Naczelnej Rady Lekarskiej ds. lekarzy z niepełnosprawnościami

Na podstawie art. 5 pkt. 14 w związku z art. 39 ust. 1 pkt 3, 4 i 8 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Na okres IX kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej ustanawia się kol. Olega Nowaka Pełnomocnikiem Naczelnej Rady Lekarskiej ds. lekarzy z niepełnosprawnościami.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

UCHWAŁA NR 15/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 3 czerwca 2022 r. w sprawie regulaminu funduszu celowego zdarzeń nadzwyczajnych

Na podstawie art. 114 ust. 1 i 3 i art. 40 ust. 4 z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r., poz. 1342) oraz § 2 ust. 2 uchwały nr 8/22/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 8 kwietnia 2022 r. w sprawie utworzenia funduszu celowego zdarzeń nadzwyczajnych uchwała się, co następuje:

§ 1.

Przyjmuje się Regulamin funduszu celowego zdarzeń nadzwyczajnych utworzonego uchwałą Nr 8/22/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 8 kwietnia 2022 r., który stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

*Załącznik do uchwały NRL nr 15/22/IX
z dnia 3 czerwca 2022 r.*

Regulamin funduszu celowego zdarzeń nadzwyczajnych

§ 1.

Fundusz celowy zdarzeń nadzwyczajnych, zwany dalej Funduszem, jest funduszem rezerwowym Naczelnej Izby Lekarskiej utworzonym uchwałą Nr 8/22/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 8 kwietnia 2022 r.

§ 2.

1. Środki gromadzone na Funduszu, mogą być przeznaczone na zapewnienie, organizację i sfinansowanie różnych form wsparcia potrzebnego w razie zdarzeń nadzwyczajnych, w szczególności na zakup towarów i usług potrzebnych w razie zaistnienia nadzwyczajnej sytuacji, organizację lub sfinansowanie szkoleń adaptacyjnych, zawodowych i językowych dla osób i instytucji związanych z ochroną zdrowia.

2. Wsparcie, o którym mowa w ust. 1, powinno być w pierwszej kolejności przeznaczone dla lekarzy i lekarzy dentyków, członków samorządu lekarskiego.

3. Środki Funduszu mogą być także wydatkowane na realizację nadzwyczajnych zadań związanych z ochroną zawodu lekarza i lekarza dentystry.

§ 3.

Przed wydatkowaniem środków z Funduszu

należy każdorazowo ocenić, czy wystąpiło zdarzenie nadzwyczajne lub czy istnieje potrzeba realizacji nadzwyczajnego zadania, które nie mogły być objęte rocznym planowaniem budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej.

§ 4.

Wydatkowanie środków Funduszu powinno być dokonywane w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasady optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów danego wydatku.

§ 5.

O wydatkowaniu środków Funduszu decyduje Naczelna Rada Lekarska, wskazując każdorazowo zdarzenie nadzwyczajne uzasadniające ich wydatkowanie, określając szczegółowy cel wydatkowania oraz maksymalną kwotę wydatkowanych środków, o wydatkowaniu środków Funduszu do kwoty 200.000 zł może zdecydować Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.

UCHWAŁA Nr 16/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 3 czerwca 2022 r. w sprawie powołania kierownika Ośrodka Dokształcania Zawodowego

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) oraz § 6 ust. 2 uchwały nr 21/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie Ośrodka Doskonalenia Zawodowego, uchwała się, co następuje:

§ 1.

Na stanowisko kierownika Ośrodka Doskonalenia Zawodowego na okres IX kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej powołuje się kol. Artura Drobnika.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

UCHWAŁA Nr 17/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 3 czerwca 2022 r. w sprawie upoważnienia Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 23 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – Łukasza Jankowskiego do jednoosobowego reprezentowania Naczelnej Izby Lekarskiej w zakresie zaciągania zobowiązań majątkowych do wysokości 50.000 zł netto, w tym do

podpisywania dokumentów i zawierania umów cywilnoprawnych, niezbędnych do realizacji zadań Naczelnej Izby Lekarskiej.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

WICEPREZES
Klaudiusz Komor

UCHWAŁA Nr 18/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 3 czerwca 2022 r. zmieniająca uchwałę w sprawie upoważnienia Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej do działania w imieniu Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 40 ust. 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

W § 1 uchwały nr 2/10/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 12 lutego 2010 r. w sprawie upoważnienia Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej do działania w imieniu Naczelnej Rady Lekarskiej punkt 9 otrzymuje brzmienie: „9) podejmowania zobowiązań finansowych o wartości przewyższającej kwotę 400.000 złotych”.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

UCHWAŁA Nr 19/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 3 czerwca 2022 r. w sprawie powołania kierownika Ośrodka Kultury i Dziedzictwa Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) oraz § 3 ust. 2 uchwały nr 10/21/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 3 czerwca 2022 r. w sprawie Ośrodka Kultury i Dziedzictwa Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej, uchwała się, co następuje:

§ 1.

Na stanowisko kierownika Ośrodka Kultury i Dziedzictwa Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej na okres IX kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej powołuje się kol. Jarosława Waneckiego.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

ZAKAŻENIA PERSONELU MEDYCZNEGO

Bezpieczeństwo w szpitalach

Szacuje się, że rokrocznie w Polsce w trakcie wykonywania codziennych czynności służbowych dochodzi do 37 tys. zranień wśród personelu medycznego¹. Dane epidemiologiczne wskazują, że najbardziej narażone są pielęgniarki i lekarze. Koalicja na Rzecz Bezpieczeństwa Szpitali apeluje o systemowe podejście do problemu.

Katarzyna Redmerska dziennikarz

Zakłucia i zranienia pracowników ochrony zdrowia spowodowane ostrymi narzędziami medycznymi stwarzają poważne zagrożenie transmisji patogenów krwiopochodnych (HBV, HCV i HIV). Jak podaje Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), rozpoznawane zakażenia po zranieniu się sprzętem używanym w placówkach medycznych aż w 37 proc. dotyczą wirusa wywołującego WZW typu B, w 9 proc. – WZW typu C oraz w 4,4 proc. – HIV.

100 ZRANIEŃ KAŻDEGO DNIA

Pracownicy ochrony zdrowia uznawani są za grupę zawodową, która jest najbardziej narażona na kontakt z materiałem potencjalnie zakaźnym w środowisku pracy. Szczególne ryzyko wiąże się z narażeniem na szkodliwe czynniki biologiczne (SCB) przenoszone przez krew. Jak się okazuje, w polskich placówkach medycznych problem zakłuć/zranień personelu jest zjawiskiem powszechnym.

Raport Najwyższej Izby Kontroli („NIK o ochronie pracowników szpitali przed zranieniami i napromieniowaniem”) wskazuje, że każdego dnia wśród pracowników ochrony zdrowia dochodzi do niemal 100 zranień. Niestety na sześć z nich zgłaszane jest tylko jedno, pozostałe są ignorowane zarówno przez samych pracowników (m.in. z obawy, że popełnili błąd, więc nie chcą się do niego przyznać), jak i przez pracodawców (m.in. chęć uniknięcia

potencjalnie wysokich kosztów rekompensat). Skala problemu jest poważna – w ocenie NIK na zranienia w codziennej pracy narażonych jest aż 247,5 tys. pracowników, w tym chirurdzy, ginekolodzy, pielęgniarki, położne, ratownicy medyczni, lekarze dentyści.

Alarmujące dane płyną też z raportu pn. „Implementacja Dyrektywy Rady 2010/32/UE w polskich szpitalach” – wedle tego dokumentu blisko 70 proc. personelu medycznego zraniło się nawet do pięciu razy podczas swojej kariery zawodowej, z czego 40 proc. nie zgłosiło takiego zdarzenia w swoim miejscu pracy. Jak informuje dr Paweł Witt, przewodniczący Rady Ekspertów Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali i prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki, w polskich placówkach ochrony zdrowia na 100 łóżek szpitalnych rocznie przypada od 12 do 30 zakłuć. – Te dane są bardzo niepokojące – komentuje dr Witt.

Bezpieczeństwo pracowników ochrony zdrowia w dużym stopniu zależy od warunków, jakie panują w miejscu pracy. Niestety, ze względu na wciąż niewystarczającą ilość bezpiecznego sprzętu dostępnego w szpitalach, personel medyczny narażony jest na kontakt z materiałem biologicznym. Dlaczego tak się dzieje, pomimo obowiązywania przepisów² nakładających na placówki medyczne konieczność stosowania bezpiecznego sprzętu, m.in. wyrobów medycznych służących do cięcia czy

kłucia wyposażonych w zabezpieczenia chroniące przez zranieniem, a także przeprowadzania wśród pracowników szkoleń z ich bezpiecznego użytkowania? Placówki medyczne brak wyposażenia stanowisk pracy w sprzęt zapobiegający zranieniom (m.in. bezpiecznych igieł do pobierania krwi, ampułek bezigłowych) tłumaczą trudną sytuacją finansową i wysokimi kosztami takich zakupów. Zdaniem dr. Pawła Witta brakuje systemowych i edukacyjnych działań, które pomogłyby wdrażać przepisy w życie.

Opisując temat zakłuć i zranień wśród personelu medycznego, nie można pominąć problemu niedoboru kadrowego. Jak wskazuje Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, kierownicy podmiotów leczniczych z przyczyn finansowych nie przestrzegają obowiązujących norm zatrudnienia pielęgniarek w oddziałach szpitalnych, co w konsekwencji powoduje konieczność objęcia opieką pielęgniarską znacznie większej liczby pacjentów. – Taka sytuacja może powodować dużo większe ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych, w tym zranień i zakłuć – tłumaczy NIPiP.

CEL: STWORZYĆ BEZPIECZNE ŚRODOWISKO PRACY

Eksperci podkreślają, że jedynie odpowiednie regulacje prawne, zastosowanie bezpiecznego, łatwego w użytkowaniu sprzętu medycznego oraz właściwych procedur, a także szkolenia, mogą przyczynić się do ograniczenia

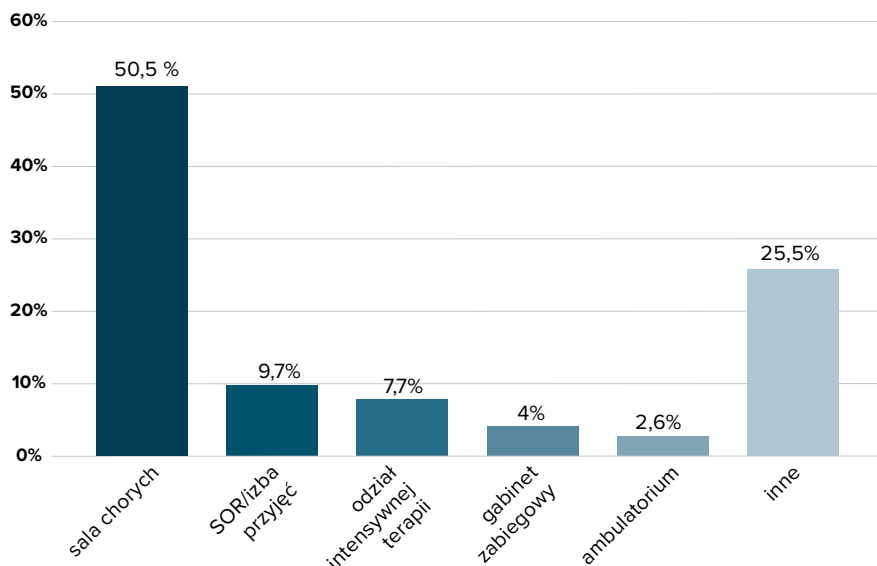
narażenia pracowników sektora opieki zdrowotnej na mikroorganizmy przenoszone przez krew.

Jednym z rozwiązań, które może pomóc w poprawie bezpieczeństwa, jest przestrzeganie zasad zawartych w deklaracji „Bezpieczny szpital to bezpieczny pacjent”, przygotowanej przez Koalicję na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali. Koalicję tworzą: Polska Federacja Szpitali, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych, Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Terapii oraz Główny Inspektorat Sanitarny. Jej celem jest redukcja liczby przypadków ekspozycji zawodowej związanej ze zranieniami i zakłuciami podczas codziennej pracy personelu medycznego.

Wszystkie działające w Polsce placówki medyczne mogą podpisać się pod deklaracją na stronie internetowej www.deklaracja-bezpiecznyszpital.pl. Składając podpis, szpital zobowiązuje się m.in. do oceny ryzyka wystąpienia ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny oraz określenia, czy na danym stanowisku konieczne jest używanie sprzętu bezpiecznego. Ponadto musi opracować i wdrożyć konkretne wytyczne dla pracowników odnośnie sposobu postępowania, gdy dojdzie do zakłucia lub zranienia oraz prowadzenie ich rejestru.

Pod deklaracją podpisało się już kilkadziesiąt placówek z całej Polski, m.in. Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu. Jak mówi Katarzyna Kapuścińska, dyrektor tej placówki, podpisanie deklaracji potraktowano jako zobowiązanie do wprowadzenia i przestrzegania konkretnych wytycznych i zasad, które przede wszystkim mają na celu poprawę bezpieczeństwa personelu medycznego i pacjentów. – Chciałabym dodać, że analizujemy okoliczności i przyczyny każdego zdarzenia niepożądanego typu zakłucie i zranienie, a także monitorujemy stosowanie bezpiecznego sprzętu przez personel. Mamy nadzieję, że dzięki przystąpieniu do projektu popularyzujemy w naszym szpitalu dobre praktyki, które zapewnią możliwie najbezpieczniejsze środowisko pracy dla naszych pielęgniarek, lekarzy, ratowników. Chcemy, aby nasz szpital był bezpiecznym miejscem pracy – zaznacza Kapuścińska.

W jakich pomieszczeniach placówek medycznych najczęściej dochodzi do zakłuć?



Źródło: ciop.pl

Zapytana, do ilu rocznie zakłuć/zranień dochodzi w placówce, którą kieruje, odpowiada, że np. w 2020 r. było 15 takich zdarzeń, a w 2021 r. – tylko 8. Problem najczęściej dotyczy pielęgniarek, ale zdarzają się także incydenty zakłucia lekarzom i ratownikom medycznym. W placówce stosowane są ampułki bezigłowe oraz tzw. opinacze typu backhaus. Przeprowadzane są też cykliczne szkolenia personelu pielęgniarskiego z uwzględnieniem działań eliminujących narażenie na zranienie ostrymi narzędziami. – Stosujemy schematy postępowania po ekspozycji zawodowej na krew i inne materiały potencjalnie zakaźne. Procedura jasno określa, jakie kroki trzeba podjąć bezpośrednio po ekspozycji i potem po zgłoszeniu się do poradni poekspozycyjnej – podsumowuje Katarzyna Kapuścińska.

PROBLEM W CAŁEJ UE

Polska deklaracja Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali jest zgodna z duchem dokumentu opracowanego przez Komisję Europejską pod nazwą „Strategiczne ramy UE dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy na lata 2021-2027. Bezpieczeństwo i higiena pracy w zmieniającym się świecie pracy”, według którego KE będzie promować podejście oparte na „Wizji zero” w zakresie zgonów związanych z pracą w sektorze

ochrony zdrowia. W dokumencie znaleźć można informacje dotyczące monitorowania i raportowania incydentów, aktualizacje oceny ryzyka zawodowego oraz wytyczne w odniesieniu do m.in. protokołów dotyczących nadzoru w zakresie ochrony pracowników.

W ramach UE do 2025 r. ujednolicone mają zostać przepisy dotyczące produkcji i zakupu sprzętu medycznego zmierzające do wprowadzania nowoczesnych sprzętów, bezpiecznych w użyciu dla pracowników. Trzeba bowiem mieć na uwadze, że nie tylko polskie szpitale zmagają się z problemem zakłuć i zranień personelu medycznego. Jak mówi dr Paweł Witt, wstępne wyniki badania przeprowadzonego przez IPSOS MORI na zlecenie Europejskiej Sieci Biobezpieczeństwa (ang. European Biosafety Network, EBN), którym objęto ponad 300 tys. pracowników ochrony zdrowia w 80 dużych szpitalach publicznych w całej Europie, wskazują, że na przestrzeni ostatniego roku liczba zranień ostrymi narzędziami wzrosła o 22 proc., przy czym 98 proc. respondentów odpowiedziało, że wzrost ten był wynikiem zwiększonej presji i stresu związanego z pandemią COVID-19. ■

¹ Dane pochodzą z ogólnopolskiego badania „Implementacja Dyrektywy Rady 2010/32/UE w polskich szpitalach” przeprowadzonego przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki.

² Dyrektywa Rady 2010/32/UE.

NAUKA W PIGUŁCE

Sposób na NAFLD

Hormon wzrostu poprawia stan wątroby u pacjentów z niealkoholową stłuszczeniową chorobą wątroby (NAFLD), redukując poziom tłuszczu i stan zapalny – tak wynika z badań przedstawionych 14 czerwca na ENDO 2022, corocznym spotkaniu Towarzystwa Endokrynologicznego w Atlancie (Georgia, USA).

– Dwa czynniki ryzyka w przypadku niealkoholowej stłuszczeniowej choroby wątroby, czyli otyłość i cukrzyca, stają się coraz bardziej powszechne – mówi Laura Dichtel z Massachusetts General Hospital i Harvard Medical School w Bostonie. NAFLD jest najczęstszą przewlekłą chorobą wątroby w krajach uprzemysłowionych, a jej

rozpowszechnienie zależy od badanej populacji i metody diagnostycznej. Zachorowalność roczna na świecie wynosi 28/1000 w krajach zachodnich.

– Obecnie nie mamy żadnych metod leczenia tej choroby zatwierdzonych przez Agencję Żywności i Leków (FDA). Jedyne skuteczne leczenie jest utrata masy ciała. Zrozumienie, w jaki sposób hormon wzrostu modyfikuje obecność tłuszczu w wątrobie i stanu zapalnego u chorych z NAFLD, może przyczynić się do opracowania nowatorskich terapii celowanych – zauważa Laura Dichtel.

Rozpoczynając badania, naukowcy chcieli dowiedzieć się, czy podawanie hormonu wzrostu u zdrowych osób dorosłych z nadwagą/otyłością i u pacjentów z niealkoholową stłuszczeniową chorobą wątroby poprawi ich wyniki. W tym celu przebadali 41 uczestników, którym w randomizowanym,

podwójnie ślepych badaniu przez sześć miesięcy podawano hormon wzrostu lub placebo. Okazało się, że tłuszcz w wątrobie i połączony pomiar stanu zapalnego i zwłóknienia wątroby, mierzone za pomocą MRI, poprawiły się w grupie osób przyjmujących hormon wzrostu w porównaniu z grupą placebo. Poprawiły się też wyniki testów funkcji wątroby i markery stanu zapalnego. Hormon wzrostu był dobrze tolerowany i nie było żadnych obaw dotyczących bezpieczeństwa.

– Badania te przybliżają nas o krok do zrozumienia, w jaki sposób nasze własne hormony wpływają na NAFLD – zauważa Dichtel. – Wyniki są bardzo ciekawe, ponieważ pokazują, że zwiększenie poziomu hormonu wzrostu w organizmie może przyczynić się do poprawy stanu wątroby u pacjentów z NAFLD – podkreśla badaczka. ■■■

Źródło: endocrine.org

Skan mózgu wykryje chorobę Alzheimera

Naukowcy zaadaptowali algorytm opracowany do stosowania w klasyfikacji guzów nowotworowych i zastosowali go do analizy mózgu pod kątem choroby Alzheimera.

W tym celu podzielili mózg na 115 regionów, aby ocenić każdy z nich, i przydzielili im 660 różnych cech, takich jak rozmiar, kształt i tekstura. Następnie „wyszkolili” algorytm do określenia, gdzie zmiany mogą obrazować istnienie choroby.

Do diagnozowania choroby Alzheimera stosuje się obecnie szereg testów, co może zajmować nawet kilka tygodni. Opisane przez naukowców z Imperial Department of Surgery and Cancer (Londyn, UK) podejście wymaga zaledwie jednego skanu mózgu metodą rezonansu magnetycznego (MRI) 1,5 Tesli, powszechnie stosowanego w większości szpitali, i odpowiedniego algorytmu. Swoją myśl na analizowanie MRI mózgu badacze przetestowali, wykorzystując dane z Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative ponad 400 pacjentów z chorobą Alzheimera we wczesnym i późniejszym stadium, zdrowych osób z grupy kontrolnej oraz pacjentów z innymi schorzeniami neurologicznymi, w tym otępieniem czołowo-skroniowym i chorobą Parkinsona. Testom poddano również dane ponad 80 pacjentów z Imperial College Healthcare NHS Trust (Londyn, UK).



Jak się okazało, w 98 proc. przypadków system uczenia maszynowego oparty na MRI dokładnie przewidział, czy pacjent ma chorobę Alzheimera. Był również w stanie z dość dużą dokładnością odróżnić wczesne i późne jej stadium. – Obecnie żadne inne proste i powszechnie dostępne metody nie są w stanie wykryć choroby Alzheimera na takim poziomie dokładności, więc nasze badania są ważnym krokiem naprzód. Wielu pacjentów, którzy zgłaszają się do poradni leczenia zaburzeń pamięci, ma również inne schorzenia neurologiczne, ale nawet w tej grupie chorych nasz system jest w stanie odróżnić pacjentów z chorobą Alzheimera od tych, którzy jej nie mają – mówi prof. Eric Aboagye z Imperial Department of Surgery and Cancer, który prowadził badania. Opracowany system odnotował zmiany w tych obszarach mózgu, które nie były wcześniej związane z chorobą Alzheimera, w tym

w mózdzku i międzymózgowiu brzuszynym. – Chociaż neuroradiolodzy już interpretują skany MRI, aby pomóc w diagnozowaniu choroby Alzheimera, istnieją prawdopodobnie takie ich cechy, które nie są widoczne nawet dla specjalistów. Korzystanie z algorytmu zdolnego do wybierania tekstury i subtelnych cech strukturalnych mózgowi dotkniętych chorobą Alzheimera może wzbogacić panel informacji uzyskiwanych dzięki standardowym technikom obrazowania – zauważa dr Pareshe Malhotra, neurolog i konsultant w Imperial College Healthcare NHS Trust, a także badacz w Imperial Department of Brain Sciences. Wyniki badań „A predictive model using the mesoscopic architecture of the living brain to detect Alzheimer's disease” zostały opublikowane w „Communications Medicine” Nature. ■■■

Źródło: eurekalert.org

ROZPOZNANIE, OBJAWY, POSTĘPOWANIE

Ospa małpia

To wirusowa choroba odzwierzęca z objawami podobnymi do tych, jakie występowały w przeszłości u pacjentów z ospą prawdziwą, chociaż klinicznie jej przebieg jest łagodniejszy.

Piotr Meryk (przewodniczący Zespołu ds. epidemiologii ORL w Krakowie), **Karolina Łukasz**, **Emilia Zegan**
Oddział Obserwacyjno-Zakaźny Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego w Krakowie

7 maja br. Wielka Brytania zgłosiła pierwszy w Europie, zawleczony przypadek tej choroby (u osoby podróżującej z Nigerii). Do 14 czerwca zanotowano ok. 1160 potwierdzonych przypadków zakażenia z 22 krajów Starego Kontynentu (w tym jeden w Polsce) oraz 724 w nieendemicznych krajach europejskich poza UE/EOG, a także w obu Amerykach, Australii i Azji.

OD GORĄCZKI DO WYKWIOTÓW SKÓRNYCH

Okres inkubacji małpiej ospy wynosi zwykle od 6 do 13 dni, ale może trwać też od 5 do 21 dni. Transmisja z człowieka na człowieka może wynikać z bliskiego kontaktu z wydzielinami dróg oddechowych, zmian skórnych osoby zakażonej lub niedawno skażonych przedmiotów. Przenoszenie drogą kropelkową zwykle wymaga przedłużonego kontaktu twarzą w twarz, co pracowników ochrony zdrowia, domowników i inne osoby mające bliski kontakt z aktywnymi przypadkami naraża na większe ryzyko. Przeniesienie może również nastąpić przez łożysko z matki na płód (co może prowadzić do wrodzonej ospy małpiej) lub podczas bliskiego kontaktu w trakcie i po porodzie. Spożywanie nieodpowiednio ugotowanego mięsa i innych produktów pochodzenia zwierzęcego zakażonych zwierząt jest możliwym czynnikiem ryzyka.

Infekcję można podzielić na dwa etapy.

1. Okres prodromów (trwający od 0 do 5 dni), charakteryzujący się gorączką, intensywnym bólem głowy,

powiększeniem węzłów chłonnych, bólem pleców, bólami mięśni i nasiloną astenią. Limfadenopatia jest charakterystyczną cechą małpiej ospy w porównaniu z innymi chorobami, które początkowo mogą wyglądać podobnie (ospa wietrzna, odra, ospa prawdziwa).

2. Okres wykwitów skórnych, który zwykle rozpoczyna się w ciągu 1-3 dni od pojawienia się gorączki. Wysypka jest bardziej skoncentrowana na twarzy i kończynach niż na tułowie. Występuje na twarzy (w 95 proc. przypadków) oraz dłoniach i podeszwach stóp (w 75 proc.). Zajęte są również błony śluzowe jamy ustnej (w 70 proc. przypadków), narządy płciowe (30 proc.), spojówki (20 proc.)

Ospa małpia jest zwykle samoograniczającą się chorobą z objawami trwającymi od 2 do 4 tygodni.

oraz rogówki. Wysypka rozwija się kolejno od plamek do grudek, pęcherzyków, krost oraz strupów, które wysychają i odpadają. Liczba zmian waha się od kilku do kilku tysięcy. W ciężkich przypadkach zmiany mogą się zlewać, aż do złuszczenia się dużych fragmentów skóry.

DIAGNOSTYKA I ROKOWANIA

Ospa małpia jest zwykle samoograniczającą się chorobą z objawami trwającymi

od 2 do 4 tygodni. Przebieg może być ciężki u dzieci, kobiet w ciąży lub osób w trakcie immunosupresji. Powikłania ospy małpiej mogą obejmować wtórne infekcje, odoskrzelowe zapalenie płuc, posocznice, zapalenie mózgu i zapalenie rogówki z następującą utratą wzroku. Stopień, w jakim może wystąpić bezobjawowa infekcja, jest nieznany.

Diagnostyka różnicowa obejmuje inne choroby wysypkowe, takie jak ospa wietrzna, odra, bakteryjne infekcje skóry, świerzb, kiła i alergię związane z lekami. Limfadenopatia podczas prodromalnego stadium choroby może być kliniczną cechą odróżniającą ospę małpią od ospy wietrznej lub ospy prawdziwej.

Leczenie jest objawowe, wtórne infekcje bakteryjne należy leczyć zgodnie ze wskazaniami. Lek przeciwwirusowy tecovirimat, który został opracowany na ospę prawdziwą, został zarejestrowany przez Europejską Agencję Leków (EMA) dla ospy małpiej w 2022 r., nie jest jeszcze powszechnie dostępny.

W kilku badaniach obserwacyjnych wykazano, że szczepienie przeciwko ospie prawdziwej jest skuteczne w zapobieganiu ospie małpiej w około 85 proc. Nowsza szczepionka, oparta na zmodyfikowanym atenuowanym wirusie krowianki (szczep Ankara), została zatwierdzona do zapobiegania ospie małpiej w 2019 r. Jest to szczepionka dwudawkowa, której dostępność pozostaje ograniczona.

WHO opracowała definicje przypadków dla obecnej epidemii ospy małp w krajach nieendemicznych.

Ospa małopía występuje głównie w środkowej i zachodniej Afryce. Kraje endemiczne tej choroby to: Benin, Kamerun, Republika Środkowoafrykańska, Demokratyczna Republika Konga, Gabon, Ghana, Wybrzeże Kości Słoniowej, Liberia, Nigeria, Republika Konga, Sierra Leone i Sudan Południowy. Wirus ospy małopiej utrzymuje się w środowisku wśród gryzoni, w tym: wiewiórek, szczurów gambijskich, myszy pasiastych, popielic, także małp naczelnych. Notowane są tam przypadki zakażeń u ludzi (poprzez ugryzienie lub bezpośredni kontakt z krwią, mięsem, płynami ustrojowymi lub zmianami skórnymi/słuzówkowymi zakażonego zwierzęcia).

Nazwa monkeypox pochodzi od pierwszego odkrycia wirusa u małp w duńskim laboratorium w 1958 r. Pierwszy przypadek u człowieka zidentyfikowano u dziecka w Demokratycznej Republice Konga w 1970 r.

● **Podjezany przypadek:** osoba w każdym wieku z niewyjaśnioną ostrą wysypką w kraju, w którym nie występuje ospa małopía ORAZ co najmniej jeden z następujących objawów: ból głowy, ostry początek gorączki ($>38,5^{\circ}\text{C}$), powiększenie węzłów chłonnych, bóle mięśni, ból pleców, astenia ORAZ dla których następujące najczęstsze przyczyny ostrej wysypki nie wyjaśniają obrazu klinicznego: ospa wietrzna, półpaśiec, odra, zika, denga, chikungunya, opryszczka pospolita, bakteryjne zakażenia skóry, rozsiane zakażenie gonokokiem, kiła pierwotna lub wtórna, chancroid, ziarniniak weneryczny, ziarniniak pachwinowy, mięczak zakaźny, reakcja alergiczna i wszelkie inne lokalnie istotne częste przyczyny wysypki grudkowej lub pęcherzykowej.

● **Prawdopodobny przypadek:** osoba spełniająca definicję sprawy dla podejrzanego przypadku ORAZ co najmniej jedno z poniższych: powiązanie epidemiologiczne (narażenie twarzą w twarz bez ochrony oczu i dróg oddechowych); bezpośredni kontakt fizyczny ze skórą lub zmianami skórnymi, w tym kontakt seksualny; kontakt ze skażonymi

materiałami, takimi jak odzież, pościel lub przybory kuchenne pochodzącymi od prawdopodobnego lub potwierdzonego przypadku ospy małopiej w ciągu 21 dni przed wystąpieniem objawów; podróż do kraju, w którym występuje endemiczna ospa małopía w ciągu 21 dni przed wystąpieniem objawów; ryzykowne kontakty seksualne w ciągu 21 dni przed wystąpieniem objawów; pozytywny wynik testu serologicznego na ortopokswirusa, w przypadku braku szczepienia przeciwko ospie lub innej znanej ekspozycji na ortopoksywirus; hospitalizacja z powodu choroby.

● **Przypadek potwierdzony:** przypadek spełniający definicję przypadku podejrzanego lub prawdopodobnego i potwierdzony laboratoryjnie dla wirusa ospy małopiej przez wykrycie unikalnych sekwencji wirusowego DNA za pomocą reakcji łańcuchowej polimerazy w czasie rzeczywistym (PCR) i/lub sekwencjonowania.

TO JUŻ EPIDEMIA

W krajach nieendemicznych jeden przypadek jest uważany za epidemię. Kluczowymi celami nadzoru i badania przypadków ospy małopiej w obecnym kontekście jest jak najszybsza identyfikacja przypadków, skupisk i źródeł infekcji w celu zapewnienia optymalnej opieki klinicznej, izolowanie przypadków w celu zapobiegania dalszemu przenoszeniu, identyfikacja kontaktów i zarządzanie nimi oraz dostosowanie skutecznych metod kontroli i zapobiegania w oparciu o najczęściej identyfikowane drogi przenoszenia. Obecnie trwają prace nad globalnym formularzem zgłaszania przypadków.

OBOWIĄZUJĄCA PROCEDURA

W Polsce przypadki podejrzenia zachorowania na ospę małopią podlegają niezwłocznemu zgłoszeniu przez lekarza do państwowego powiatowego inspektora sanitarnego na numer telefonu alarmowego, który jest publikowany w Biuletynie Informacji Publicznej właściwej stacji sanitarno-epidemiologicznej. Następnie zgłoszenie należy przesłać na formularzu ZLK-1.

Każdy pacjent z podejrzeniem ospy małopiej powinien być izolowany. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2022 r. osoby podejrzone o zachorowanie na ospę małopią podlegają obowiązkowej hospitalizacji



– do czasu ustalenia innej etiologii zachorowania albo wykluczenia zakażenia wirusem ospy małopiej, natomiast osoby, u których potwierdzono laboratoryjnie zakażenie wirusem ospy małopiej – podlegają obowiązkowej hospitalizacji przez czas wskazany przez lekarza (do czasu całkowitego wygojenia się pęcherzy i odpadnięcia strupów).

Osoby, które miały styczność (bliski kontakt) z osobą podejrzaną o zachorowanie na ospę małopią, zgodnie z decyzją państwowego powiatowego inspektora sanitarnego podlegają: obowiązkowej kwarantannie albo nadzorowi epidemiologicznemu – do czasu ustalenia innej etiologii zachorowania albo wykluczenia zakażenia wirusem ospy małopiej u osoby, która była źródłem narażenia, a osoby, które miały styczność (bliski kontakt) z osobą, u której potwierdzono zakażenie lub zachorowanie na ospę małopią, podlegają obowiązkowej kwarantannie przez okres czasu trwający do 21 dni, licząc od dnia następującego po ostatnim dniu styczności.



W kilku badaniach obserwacyjnych wykazano, że szczepienie przeciwko ospie prawdziwej jest skuteczne w zapobieganiu ospie małpiej w około 85 proc.

ŚRODKI OSTROŻNOŚCI DLA MEDYKÓW

Prawdopodobieństwo przeniesienia zakażenia na pracowników ochrony zdrowia ocenia się jako bardzo niskie, jeśli w opiece nad pacjentem personel przestrzega stosowania środków ochrony indywidualnej (ŚIO) o standardzie nie mniejszym niż: jednorazowy nieprzemakalny długi fartuch z długimi rękawami, jednorazowe rękawiczki ochronne, jednorazowe ochraniacze na buty, maseczka filtrująca klasy FFP2, gogle lub przyłbica.

Należy również poinstruować pacjenta, aby nosił maskę medyczną, gdy ma bliski kontakt (poniżej 1 m) z pracownikami ochrony zdrowia lub innymi pacjentami. Dodatkowo do zakrycia zmian chorobowych można użyć bandaża, prześcieradła lub fartucha, aby zminimalizować potencjalny kontakt ze zmianami skórnymi. Środki ostrożności związane z izolacją i przenoszeniem należy kontynuować aż do czasu całkowitego wygojenia się pęcherzy i odpadnięcia strupów. Materiał pochodzący od zakażonych pacjentów (np. pościel) pozostają zakaźne przez miesiące, a nawet lata. Pomimo tego pokswirusy są wrażliwe na dostępne preparaty dezynfekujące.

Szczepienia po ekspozycji (najlepiej w ciągu czterech dni od ekspozycji) mogą być brane pod uwagę w niektórych krajach w przypadku kontaktów o wyższym ryzyku, takich jak pracownicy ochrony zdrowia, w tym personel laboratoryjny.

Chociaż dokładne mechanizmy przenoszenia obecnej epidemii ospy małpiej są nadal badane i prawdopodobnie różnią

się od tych związanych z SARS-CoV-2, ważne jest, aby przypomnieć, że ogólne środki ostrożności zalecane przeciwko COVID-19 mają również w dużej mierze chronić przed przenoszeniem wirusa ospy małpiej. ■

(Oprac. na podstawie informacji i zaleceń WHO, ECDC oraz GIS na dzień 14 czerwca 2022 r.)

Wirus ospy małpiej jest otoczkowym dwuniciowym wirusem DNA, który należy do rodzaju *Orthopoxvirus* z rodziny *Poxviridae*. Istnieją dwa kłady wirusa ospy małpiej: zachodnioafrykański i dorzecza Konga (z Afryki Środkowej). Zakażenia u ludzi kładem z Afryki Zachodniej wydają się powodować łagodniejszy przebieg w porównaniu z kładem dorzecza Konga, ze wskaźnikiem śmiertelności przypadków wynoszącym 3,6 proc. w porównaniu do 10,6 proc. w przypadku kładu dorzecza Konga. Obecne zalecenia do Europy są spowodowane odmianą zachodnioafrykańską, która ma łagodniejszy przebieg.

Potrzebujemy zastrzyku nowej energii

Z prof. Agnieszką Mastalerz-Migas, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej i konsultant krajową w dziedzinie medycyny rodzinnej, rozmawia Lucyna Krysiak.

Wybitny znawca medycyny społecznej prof. Per Fugelli powiedział, że miernikiem medycyny rodzinnej jest prymat osoby i relacji nad technologią. Czy coś się zmieniło w tym podejściu?

Podejście jako idea jest wciąż aktualne. Medycyna rodzinna została jedną z nielicznych specjalizacji, która widzi całego człowieka i to holistyczne postrzeganie jest wpisane w jej rdzeń. U pacjenta uwzględnia się więc nie tylko aspekt medyczny jego problemów zdrowotnych, ale też otoczenie, czyli funkcjonowanie w rodzinie, w społeczności lokalnej i w pracy. Jednak o prymacie osoby i relacji nad technologią prof. Fugelli mówił na kongresie w Sztokholmie prawie 30 lat temu i od tego czasu wiele się zmieniło. Nie uciekniemy przed technologiami, przeciwnie, służą one lekarzowi rodzinemu jako narzędzie. Jednak powinna być zachowana równowaga pomiędzy relacją z pacjentem, budowanym przez lata zaufaniem, a technologią, by tej relacji nie zaburzyć, co niestety się zdarza.

Jaka jest obecnie pozycja medycyny rodzinnej w systemie opieki zdrowotnej?

Medycyna rodzinna jest specjalnością niejako przypisaną do podstawowej opieki zdrowotnej, która jest filarem systemu ochrony zdrowia. W tym obszarze leczenia pracuje najwięcej lekarzy, to tutaj realizuje się też najwięcej świadczeń. Bez niej trudno sobie wyobrazić leczenie, a pozytywne jest, że wzrasta zainteresowanie młodych lekarzy specjalizowaniem się w medycynie rodzinnej. W ubiegłym roku liczba chętnych prawie dwukrotnie przekroczyła liczbę miejsc specjalizacyjnych, na szczęście resort zdrowia zwiększył ich pulę, więc każdy, kto chciał rozpocząć szkolenie specjalizacyjne, mógł to zrobić. To świadczy m.in. o tym, że są lekarze, którym idea holistycznego podejścia do pacjenta jest bliska, ale obserwujemy też pewną stagnację. Wydaje się, że po 30 latach funkcjonowania, specjalność ta powinna stać wyżej w hierarchii. Trzeba mieć jednak na uwadze, że medycynę rodzinną wprowadzano w trudnych warunkach zmian ustrojowych w kraju i reformy systemu ochrony zdrowia (odejście od tzw. modelu Siemaszki, reforma szpitali, likwidacja ZOZ-ów, powstawanie praktyk lekarzy rodzinnych i związanych z tym zmian w kształceniu specjalizacyjnym – przyp. red.).

Spośród blisko 40 tys. lekarzy zatrudnionych w POZ mamy niespełna 13 tys. lekarzy rodzinnych. To o wiele za mało.

Na początku lat 90. była „powiewem Zachodu”, miała unowocześnić podejście do opieki nad pacjentem. Niestety, bez politycznego wsparcia i jednoznacznie obranego kierunku działań, trudno było o rozwój. Medycyna rodzinna przez lata była marginalizowana, ograniczano rozległe kompetencje lekarzy zdobyte podczas szkolenia specjalizacyjnego, dodatkowo z narracją klinicystów do studentów, że „jak się nie będziesz uczył, zostaniesz rodzinnym”. To się zmienia, ale wymaga wielu przeobrażeń.

Jakich?

Na wielu polach. W systemie, szkoleniu, ale także w sposobie myślenia. Nie chodzi o zmiany rewolucyjne, ale o przypomnienie, czym jest medycyna rodzinna i jaka jest rola lekarza rodzinnego. Chodzi także o umiejscowienie go w nowoczesnym systemie ochrony zdrowia, określenie, jakie są jego zadania i jak się ma w nim odnaleźć. Obsługujemy z nowoczesnymi technologiami, aplikacjami opartymi na sztucznej inteligencji, rozwiązaniami telemedycznymi, cyfryzacją, a wielu lekarzy medycyny rodzinnej wykonuje pracę medycznej sekretarki, do której pacjent przychodzi po skierowania, zaświadczenia, kontynuację recept. W tej sytuacji idea kompleksowej i długofalowej opieki nad pacjentem schodzi na dalszy plan. Zawężony został także praktyczny zakres kompetencji lekarza rodzinnego, który powinien być przewodnikiem pacjenta, pomagać w zarządzaniu jego zdrowiem, czyli realizować profilaktykę, kompleksowo sprawować opiekę nad chorymi przewlekle, z dostępem do badań, możliwością konsultacji specjalistycznej, ale na zasadach partnerskich, a nie wysłania pacjenta, by sam sobie szukał miejsca i terminu.

Wierzy pani, że te patologie systemowe uda się odwrócić?

Medycyna rodzinna ma ogromny potencjał, więc na pewno należy próbować. Swoją rolę w tym procesie mają zapowiadane od lipca zmiany w zakresie diagnostyki. Do POZ wprowadza się szereg badań, które dotąd ze względów finansowych nie były dostępne, np. badanie poziomu ferrytyny, witaminy B12 i kwasu foliowego, pozwalające określić przyczynę niedokrwistości, czy badanie antygenu *Helicobacter pylori* w kale. Będą one finansowane z budżetu powierzonego, jeśli lekarz nie wykorzysta przekazanych mu środków, wrócą one do płatnika. Wprowadza się także szybkie testy diagnostyczne, głównie w celu ograniczenia zbędnej antybiotykoterapii, ponieważ jest ogromny problem z antybiotykopornością. Strep-test wykrywający paciorkowca z wymazu z gardła pozwoli określić przyczynę objawów w zapaleniu gardła, a szybki test CRP pozwoli w wielu wypadkach zrezygnować z antybiotyku przy infekcji wirusowej lub wykryć poważną infekcję bakteryjną. Na tej liście są także przeciwciała anti-CCP, wykorzystywane w diagnostyce reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS), czy przeciwciała anti-HCV, wykrywające wirusowe zapalenie wątroby typu C. Niemożność zlecenia tych badań przez POZ uniemożliwiała pełną diagnostykę częstych schorzeń i wymuszała kierowanie pacjenta do poradni specjalistycznej celem ich wykonania.

To znaczące zmiany. Czy wiąże się z wprowadzeniem projektu koordynacji opieki nad pacjentem?

Opieka koordynowana obejmie znacznie szerszy zakres działań – kompleksową opiekę nad chorymi przewlekle, konsultacje ze specjalistami wybranych dziedzin, edukację pacjentów prowadzoną przez pielęgniarki. To jest duże przedsięwzięcie, wymagające zaangażowania obecnego personelu medycznego i wprowadzenia do systemu nowych osób. Opieka koordynowana ma ruszyć jesienią, ale podjęcie się koordynacji nie będzie obligatoryjne, więc na pewno nie wszystkie placówki POZ przystąpią do realizacji tego programu. Jego wdrożenie będzie wymagało czasu, szkoleń, przygotowań.

POZ, tak jak inne specjalności medyczne, cierpi na deficyty kadrowe.

Spośród blisko 40 tys. lekarzy zatrudnionych w POZ mamy niespełna 13 tys. lekarzy rodzinnych. To o wiele za mało. Tym bardziej, że część z nich jest w wieku emerytalnym. Jak już wspomniałam, ostatnio rośnie zainteresowanie lekarzy medycyną rodzinną, ale by ich znacząco przybyło w systemie, potrzeba wielu lat. Rocznie egzamin specjalizacyjny z medycyny rodzinnej zdaje około 300-400 lekarzy, ale nie wszyscy podejmują pracę w publicznym sektorze. Problemem jest także nierówny rozkład sił, w dużych miastach o lekarza rodzinnego jest łatwiej, w małych miejscowościach pozyskanie go graniczy z cudem. Trudno stworzyć zachęty, aby lekarz rodzinny chciał pracować na wsi. Potrzeba innych rozwiązań, z wykorzystaniem nowoczesnych technologii.

Najpierw pandemia COVID-19, potem uchodźcy z Ukrainy, teraz zagrożenie małpą ospą i zapowiedź kolejnej fali SARS-CoV-2. Jak udziwnić te wyzwania?

Pandemia nauczyła nas, że nie jesteśmy w stanie przewidzieć ani precyzyjnie zaplanować przyszłości. Przez



Prof. Agnieszka Mastalerz-Migas: – Potrzebujemy jasnego komunikatu, że medycyna rodzinna jest ważną specjalizacją dla systemu.

ostatnie kilkadziesiąt lat nie było sytuacji, kiedy musieliśmy mierzyć się z tak ogromną liczbą zachorowań i zgonów. Małpia ospa nie zagraża w takim stopniu jak COVID-19, a SARS-CoV-2, jeśli nie pojawi się jakaś nowa groźna mutacja, stanie się sezonowym zagrożeniem, przeciwko któremu będziemy się szczepić. Są już wypracowane procedury, które należy stosować. Mimo zaskoczenia, które jest wpisane w tego rodzaju zjawiska, szybciej będzie można na nie zareagować. Za sprawą uchodźców z Ukrainy nasza populacja zwiększyła się o ok. 3 mln, w dużej mierze są to dzieci, kobiety i osoby starsze, które stanowią obciążenie dla systemu ochrony zdrowia, ale większym problemem jest bariera językowa. Próba porozumienia się i udzielenia pomocy zabiera dużo czasu i rodzi ryzyko popełnienia błędów.

Przez pandemię zwiększyła się liczba osób z chorobami przewlekłymi. Jak w tym kontekście sprawdzają się teleporady i na jakich zasadach są udzielane?

Zarządzenie prezesa NFZ ze stycznia 2020 r. wprowadziło obowiązek udzielania teleporad w POZ przynajmniej przez dwie godziny w tygodniu. Lekarze przyjęli je niechętnie, ale pandemia wymusiła tę formę kontaktu jako bezpieczną np. dla pacjentów chorych przewlekle. Teleporada stała się również dominującą formą opieki nad pacjentami z COVID-19 leczonymi w domu. Niestety, część placówek zaczęła ich nadużywać. Sprawę częściowo uregulowało rozporządzenie Ministra Zdrowia z sierpnia 2020 r., modyfikowane w marcu 2021 r., które określa, komu można udzielać teleporad, a kto wymaga wizyty bezpośredniej. Rezygnujemy z teleporad w przypadku podejrzenia zaostrzenia choroby przewlekłej czy podejrzenia choroby nowotworowej.

Jednak już omówienie wyników badań, kontynuacja leków, sprawy dotyczące edukacji zdrowotnej można odbyć zdalnie. Nie udziela się teleporad np. dzieciom do 6 r.ż., a jeśli pacjentowi proponuje się kontakt zdalny, a on sobie życzy mimo wszystko kontaktu bezpośredniego z lekarzem, to ma on prawo wyboru. Teleporada usprawnia system, ale nie może stanowić jego podstawy.

W jakich kierunkach powinna rozwijać się medycyna rodzinna i jaki udział ma w tym Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej?

Medycyna rodzinna jest specjalizacją wszechstronną, w której bardzo dużo miejsca poświęca się profilaktyce. Zapewnia pacjentowi i jego rodzinie kompleksową opiekę w zdrowiu i w chorobie. Warto o tym przypominać, zanim określi się lekarza rodzinnego jako zajmującego się doraźnymi problemami, kierującego do poradni specjalistycznych i kontynuującego zaordynowane tam leczenie. To splota rolę lekarzy rodzinnych. Jednak ta idea nie zrealizuje się bez ludzi, pieniędzy i zaangażowania, zarówno po stronie rządzących, jak i samych lekarzy rodzinnych. Potrzebujemy zastrzyku nowej energii i jasnego komunikatu, że medycyna rodzinna jest ważną specjalizacją dla systemu. Współczesny lekarz rodzinny powinien mieć dużą wiedzę, wciąż ją aktualizować i tak się dzieje za sprawą Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, które organizuje szkolenia, webinary, konferencje, kongresy, kursy online. Towarzystwo zapewnia lekarzom rodzinnym na bieżąco dostęp do najnowszych

Teleporada usprawnia system, ale nie może stanowić jego podstawy.

informacji na temat postępowania w COVID-19, zespołach bólowych czy szczepieniach, a także wielu problemach klinicznych. Chodzi o rekomendacje, wytyczne, omawianie aktów prawnych, które PTMR przygotowuje specjalnie w wersji opracowanej dla potrzeb POZ.

Czy trudno łączyć funkcję prezesa PTMR i krajowego konsultanta ds. medycyny rodzinnej?

Trudno, ponieważ pełnienie funkcji prezesa tak dużego towarzystwa jest czasochłonne, podobnie jak praca konsultanta krajowego tak ważnej systemowo dziedziny, ale są też plusy, ponieważ praca konsultanta krajowego daje wgląd w bieżące sprawy związane z funkcjonowaniem medycyny rodzinnej i można z tą wiedzą dotrzeć do lekarzy poprzez kanały edukacyjne towarzystwa. Staram się łączyć te funkcje, choć wiele osób może widzieć w tym konflikt. Konsultant krajowy jest pracownikiem Ministerstwa Zdrowia, a towarzystwo reprezentantem środowiska. Jednak pracuję tak, aby to, co firmuję swoim nazwiskiem, miało charakter merytoryczny. Mam własne poglądy, a one nie zależą od zajmowanego stanowiska. ■

Tytuł doktora honoris causa dla prof. Rudnickiego

24 maja w sali Sejmu Śląskiego w Katowicach miała miejsce uroczystość wręczenia tytułu doktora honoris causa prof. dr. hab. Markowi Rudnickiemu, nadanego przez Śląski Uniwersytet Medyczny. Marek Rudnicki jest absolwentem ŚIAM (1972), współzałożycielem „Solidarności” w CSK Katowicach Ligocie, zaangażowanym w pomoc górnikom poszkodowanym po pacyfikacji kopalni „Wujek” w 1981 r. Od 1987 r. mieszka w USA, jest uznanym chirurgiem przewodu pokarmowego w stałym kontakcie z uczelnią. To także lider polonii medycznej w Chicago, a w latach 2009-2016 prezes Światowej Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych i współorganizator Kongresów Polonii Medycznej. Jest docenianym w Polsce i na świecie działaczem społecznym, patriotą, oddanym lekarzem, ambasadorem polskiej medycyny. (KM) ■



FOTO: ARCHIWUM PRYWATNE

90-lecie Narodowego Instytutu Onkologii



takich jak prof. Łukaszczyk czy prof. Koszarowski, rozwi-
jął się i dziś jest referencyjnym ośrodkiem onkologicz-
nym, odpowiedzialnym za istotne działania w ramach
zwalczania chorób nowotworowych, jak Narodowa
Strategia Onkologiczna, Krajowy Rejestr Nowotworów
czy tworzenie wytycznych – mówi prof. Jan Walewski,
obecny dyrektor NIO-PIB (aktualna nazwa placówki).

Narodowy Instytut Onkologii jako ośrodek referencyjny
współtworzy wytyczne do leczenia onkologicznego, ko-
ordynuje wprowadzanie Narodowej Strategii Onkologicz-
nej, zajmuje się także działalnością naukowo-badawczą.
Realizuje tym samym ideę Marii Skłodowskiej-Curie, która
chciała, by w instytucie łączono działalność badawczą
z praktyką zastosowania odkryć naukowych w leczeniu
pacjentów – w myśl zasady „od stołu laboratoryjnego do
łóżka pacjenta”. ■

W tym roku przypada 90.
rocznica powstania Naro-
dowego Instytutu Onko-
logii im. Marii Skłodow-
skiej-Curie – Państwowego Instytutu
Badawczego w Warszawie. Uroczyste
obchody związane z tym pięknym jubi-
leuszem odbyły się w maju br. Patronat
honorowy nad wydarzeniem objął prezy-
dent Andrzej Duda.

W ramach obchodów zorganizowano
międzynarodową konferencję naukową
„90 lat rozwoju nowoczesnej onkologii
w Polsce”, uhonorowano odznaczenia-
mi państwowymi i resortowymi zasłu-
żonych pracowników instytutu, był też
czas na podsumowania 90 lat funkcyj-
nowania tej placówki. W ramach impre-
zy towarzyszącej odbyło się Studenckie
Onko-Forum 2022.

Historia powstania instytutu rozpo-
czyyna się na początku lat. 30. XX w.
9 marca 1923 r. Polski Komitet ds. Zwa-
lczania Raka powołał „Komitet Daru Na-
rodowego im. Marii Skłodowskiej-Curie
w celu zbudowania Instytutu Radowe-
go w Warszawie”. Budowa rozpoczęła
się w 1925 r. na placu przy ul. Wawel-
skiej w Warszawie, podarowanym pod
inwestycję przez Uniwersytet Warszaw-
ski. Na uroczystość wmurowania kamie-
nia węgielnego przybyła sama Maria
Skłodowska-Curie. Otwarcie Instytutu
Radowego w Warszawie miało miejsce
29 maja 1932 r.

– Instytut Radowy przeżywał trudne
chwile. Był zniszczony w trakcie wojny, zo-
stał odbudowany, następnie rozbudowa-
ny w nowym miejscu na Ursynowie. Z po-
mocą wielkich postaci polskiej onkologii,

AI W OCHRONIE ZDROWIA



Lidia Sulikowska
dziennikarz

Technologia dobrze wykorzystana

Sztuczna inteligencja coraz śmielej wkracza do praktyki klinicznej, szczególnie w zakresie radiologii. Pojawia się też jednak coraz więcej pytań związanych z bezpieczeństwem jej stosowania. Dyskutowano na ten temat podczas II edycji konferencji „AI w Zdrowiu”, która odbyła się w połowie czerwca w Warszawie.



Smartfony, a wraz z nimi elektroniczne opaski i zegarki (wearables), już od dłuższego czasu wspomagają ich użytkowników we wprowadzeniu zdrowego stylu życia. Są już dostępne liczne urządzenia monitorujące jakość snu, aktywność fizyczną, ciśnienie, tętno, EKG, saturację, temperaturę, a w niedalekiej przyszłości będą i takie, które dokonają bezinwazyjnego pomiaru glukozy we krwi. Dzięki nim osoby z chorobami sercowo-naczyniowymi, cukrzycą czy otyłością mogą lepiej kontrolować swoje zdrowie, a co

za tym idzie – unikać poważnych powikłań. Są też liczne aplikacje, które np. kontrolują regularne zażywanie leków i utrzymanie prawidłowej diety, a nawet pomagają radzić sobie z problemami psychicznymi czy bezsennością.

Są to jedne z najprostszych rozwiązań technologicznych związanych z branżą zdrowotną. Na rynku pojawia się jednak coraz więcej urządzeń wyposażonych w zaawansowane algorytmy sztucznej inteligencji (artificial intelligence, AI), które są coraz częściej wykorzystywane przez podmioty lecznicze i samych lekarzy.

POZIOM WYŻEJ

Narzędzia AI mogą m.in. wspierać systemy informacyjne szpitali, optymalizować zamówienia czy skuteczniej zarządzać pracą personelu medycznego. Potrafią też usprawniać proces zapisów i przyjęć pacjentów, a nawet odciążać medyków z części obowiązków administracyjnych. Są też takie, które znajdują zastosowanie w samej praktyce klinicznej, np. w genetyce i patomorfologii. W radiologii, gdzie rozwiązania oparte na sztucznej inteligencji mają największe jak dotąd zastosowanie, wykorzystywane są urządzenia wyposażone

w technologię do analizy badań obrazowych, usprawniające diagnostykę różnych chorób. Powstają algorytmy będące w stanie m.in. wychwycić choroby płuc, a także zmiany nowotworowe, choroby serca czy udary. Jak zapewniają producenci, ich precyzja pozwala na wykrycie tak drobnej zmiany, która mogła umknąć oku specjalisty. Na całym świecie brakuje radiologów, a tego typu narzędzia, stworzone w oparciu o uczenie maszynowe, mogą w szybkim czasie dokonać analizy tysięcy badań obrazowych i tym samym priorytetyzować przypadki, którymi w pierwszej kolejności powinien zająć się specjalista, a więc przyspieszać diagnozę u tych pacjentów, w przypadku których jest to najbardziej potrzebne. Z kolei jeszcze bardziej zaawansowane narzędzia, oparte na technologii uczenia głębokiego, znajdują zastosowanie np. przy wczesnym wykrywaniu choroby Alzheimera czy retinopatii cukrzycowej.

Zainteresowanie sztuczną inteligencją rośnie na całym świecie, także w naszym kraju, np. oprogramowanie zawierające algorytmy zaprojektowane w oparciu o AI do automatycznej detekcji zmian uwapnionych w obrębie naczyń wieńcowych wdrożono w kilku polskich szpitalach (m.in. w Poznaniu i Wrocławiu). Z kolei narzędzie wspierające diagnozę stopnia złośliwości guzów nerek na podstawie obrazu tomografii komputerowej zastosowano w dwóch placówkach na Pomorzu. Podobnych przykładów jest, rzecz jasna, dużo więcej.

PO PIERWSZE BEZPIECZEŃSTWO

Rozwój sztucznej inteligencji w ochronie zdrowia z pewnością będzie postępował i stanie się ważnym elementem rozwoju medycyny. Trudno się od tego odżegnywać, wszak różnego typu rozwiązania AI mogą w fantastyczny sposób angażować pacjenta w proces leczenia, zwiększać jego świadomość zdrowotną, a bardziej zaawansowane technologie – poprawiać skuteczność i szybkość diagnozowania. Błędem jest jednak przyjmowanie wszystkiego z całym dobrodziejstwem inwentarza. Ekspert zabierający głos podczas konferencji „AI w zdrowiu” zgodnie podkreślają, że ważne jest, aby wypuszczane na rynek urządzenia były wiarygodne. Znaczenie tego aspektu dostrzega coraz więcej krajów.

Niemcy ponad dwa lata temu wprowadzili tzw. DiGA Fast Track, w ramach którego lekarze mogą przepisywać pacjentom na receptę aplikacje, które są sprawdzone i zatwierdzone w niemieckim systemie opieki zdrowotnej (m.in. w zakresie monitoringu zdrowia, rehabilitacji, wsparcia terapii onkologicznej i zdrowia psychicznego). Analogiczne rozwiązania wprowadzono m.in. w Korei Południowej, Wielkiej Brytanii i Australii.

**Powstają algorytmy
będące w stanie m.in.
wychwycić choroby
płuc, a także zmiany
nowotworowe, choroby
serca czy udary. Jak
zapewniają producenci,
ich precyzja pozwala na
wykrycie tak drobnej
zmiany, która mogłaby
umknąć oku specjalisty.**

Podobnie sytuacja wygląda w przypadku zaawansowanych algorytmów sztucznej inteligencji wykorzystywanych w praktyce klinicznej. Rozwiązań na rynku jest tak dużo, że trudno samodzielnie zweryfikować, które z nich są rzeczywiście bezpieczne i skuteczne. Aby ułatwić medykom wybór tych najbardziej wartościowych, przeprowadzane są procesy ich certyfikacji. Amerykańska FDA zatwierdziła już kilkaset urządzeń medycznych działających w oparciu o AI, z czego zdecydowana większość (ok. 70 proc.) ma zastosowanie w radiologii, a także (choć zdecydowanie mniej) w kardiologii. Z kolei brytyjskie NHS realizuje projekt dotyczący testowania dokładności modeli sztucznej inteligencji używanych w ochronie zdrowia – ma to poprawić bezpieczeństwo rozwiązań przyjmowanych do użytku w opiece zdrowotnej.

Decydując się na wprowadzenie danej technologii do praktyki klinicznej, bezwzględnie trzeba więc sprawdzić, czy produkt jest certyfikowany, a także zapoznać się z informacją, na jakich danych konkretny algorytm był trenowany. Im większa i lepiej dobrana baza, tym lepsza jakość algorytmu.

GDZIE JEST GRANICA?

Jak bardzo można ufać sztucznej inteligencji? Trzeba pamiętać, że AI nie zastępuje lekarza i nie podejmuje za niego decyzji, a po prostu wspiera procesy terapeutyczne i diagnostyczne. Ekspert podkreśla, że jest to tylko narzędzie w rękach profesjonalistów. Wątpliwości, które mogą mieć lekarze, myśląc o wykorzystywaniu w swojej pracy rozwiązań zbudowanych w oparciu o AI, jest wiele. Np. co się stanie, jeśli lekarz zrobi inaczej, niż podpowiada mu algorytm? Albo jeśli zrobi to, co podpowiada narzędzie AI i coś złego zadzieje się z pacjentem? Czy algorytm może zdecydować o przyjęciu pacjenta do szpitala czy skierowaniu do specjalisty? Czy wykorzystanie sztucznej inteligencji powinno być odnotowane w dokumentacji medycznej? Jak korzystać z AI z poszanowaniem praw pacjenta i z zachowaniem należytej staranności?

Na te i wiele innych pytań można znaleźć odpowiedź w dokumencie opracowanym przez Polską Federację Szpitali, Koalicję AI w zdrowiu oraz GRAI ds. sztucznej inteligencji¹. Biała Księga „AI w praktyce klinicznej” stanowi pewnego rodzaju drogowskaz, jak w bezpieczny sposób używać sztucznej inteligencji przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Mimo że to opracowanie nie stanowi prawa, to jednak w sytuacji, gdy brakuje regulacji legislacyjnych stricte odnoszących się do wykorzystania AI w ochronie zdrowia², zdecydowanie warto sięgnąć po ten dokument. Warto także pamiętać, że w obecnym stanie prawnym odpowiedzialność za świadczenia zdrowotne obciąża lekarzy i inne osoby wykonujące zawody medyczne, a nie narzędzia wykorzystywane do ich udzielania.

Zapewne sztuczna inteligencja będzie w pewien sposób transformować system ochrony zdrowia, ale to – w jakim kierunku będzie ona podążać, zależy od ludzi. Jedno jest pewne. AI na pewno nie zastąpi lekarza. Może być jednak cennym narzędziem, wspomagającym go w codziennej praktyce klinicznej. ■

¹ Grupa Robocza ds. Sztucznej Inteligencji (sekcja zdrowie), utworzona w ramach Kancelarii Prezesa Rady Ministrów.

² W Polsce, ale też innych państwach, jest to obszar nieuregulowany prawnie. Z kolei prace legislacyjne na poziomie Unii Europejskiej są jeszcze na wczesnym etapie.

Biała Księga „AI
w praktyce klinicznej”



Bezpiecznie i po ludzku

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego NIL rozpoczyna cykl szkoleń oparty o współpracę z Rzecznikiem Praw Pacjenta. Pierwsze z nich będą poświęcone opiece okołoporodowej.

Lucyna Krysiak dziennikarz

Bartłomiej Chmielowiec, RPP, uważa, że bezpieczeństwo osób korzystających z opieki zdrowotnej, a w tym wypadku kobiet rodzących, wymaga wspólnych działań różnych środowisk i ekspertów systemu ochrony zdrowia.

Dlatego, dostrzegając zbieżność celów, wystąpił do Naczelnej Izby Lekarskiej z inicjatywą współpracy w zakresie tego rodzaju szkoleń. Chodzi o poprawę standardów opieki zdrowotnej poprzez wspólne działania skierowane do pacjentów i personelu medycznego. Jak zaznaczyć, kwestie opieki okołoporodowej mają wymiar wieloaspektowy i są skomplikowane merytorycznie, zaliczają się do tzw. tematów trudnych. Stąd pomysł, aby zainicjować cykl szkoleń organizowanych przez ODZ NIL i RPP, z programem zbudowanym na podstawie spraw kierowanych na jego biurko. Dotyczą one np. ograniczeń w realizacji porodów rodzinnych w czasie pandemii COVID-19, problemów z dostępnością do świadczeń zdrowotnych dla kobiet w ciąży, nieprawidłowości przy wykonywaniu procedur medycznych w trakcie porodu, które mogą skutkować negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi dla pacjentki lub jej dziecka.

– To szkolenie otwiera współpracę edukacyjną Naczelnej Izby Lekarskiej z Rzecznikiem Praw Pacjenta i chcemy, by oscylowała ona wokół problemów najbardziej drażliwych, trudnych – tłumaczy dr n. med. Artur Drobnik, kierownik Ośrodka Doskonalenia Zawodowego NIL. Rzecznik Praw Pacjenta dysponuje danymi na temat najczęściej występujących zdarzeń medycznych zgłaszanych przez pacjentów jako potencjalne szkody im wyrządzone, a ponieważ poród jest statystycznie jedną z najczęstszych procedur medycznych, jest więc niewrażliwym punktem na

styku pacjent – system opieki zdrowotnej. – Musimy dokładać wszelkich starań, by niezależnie od regionu Polski i wielkości miejscowości porody odbywały się w zbliżony jakościowo sposób, nieprzerwanie pracować nad tzw. kompetencjami miękkimi, udoskonalaniem przekazu pacjentom medycznych informacji, co ma znaczenie szczególnie w tak dynamicznym proce-

Spośród 10 257 ankietowanych kobiet, 40 proc. sygnalizowało, że doświadczyło trudności z dostępem do świadczeń.

sie, jakim jest akcja porodowa – podkreśla Artur Drobnik. Jego zdaniem w tym wspólnym przekazie organizatorów szkoleń powinno jednak wybrzmieć, że zrozumienie i współpraca leży po obu stronach kontaktu pacjent-lekarz.

CZARNO NA BIAŁYM

Wyniki raportu Fundacji „Rodzić po Ludzku” z lutego 2021 r. dotyczącego opieki okołoporodowej podczas pandemii COVID-19 wskazują na podobieństwo problematyki spraw trafiających do Rzecznika Praw Pacjenta. U ponad 60 proc. rodzących kobiet przy porodzie nie było nikogo bliskiego, mimo że według standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej mają one prawo do obecności wskazanej przez siebie osoby (standard nie przewidywał jednak zagrożenia epidemiologicznego, jakim była pandemia COVID-19).

Ze zrozumiałych względów opieka okołoporodowa w czasie pandemii ucierpiała na wielu polach. Spośród 10 257 ankietowanych kobiet, 40 proc. sygnalizowało,

że doświadczyło trudności z dostępem do świadczeń (1 proc. kierowano na teleporadę, 15 proc. miało odwołane wizyty lekarskie, 9 proc. nie mogło skontaktować się z przychodnią, 8 proc. – z konkretnym lekarzem, a u 6 proc. czas oczekiwania na wizytę znacznie się wydłużył). Ankietowane rodzące zauważyły jednak większe wsparcie i zaangażowanie personelu medycznego. Pozytywnie oceniły też umiejętności komunikacyjne medyków (przekazywanie informacji i okazywanie szacunku). Według ankiety w dalszym ciągu jednak w szpitalach zdarzała się przemoc. 10 proc. kobiet doświadczyło ze strony personelu medycznego krzyków i wyśmiewania, 21 proc. – niestosownych komentarzy, 56 proc. nie uzyskało wystarczających informacji dotyczących stanu zdrowia dziecka podczas porodu.

W ankiecie uczestniczyli też lekarze i położne. Prawie 50 proc. z nich doświadczyło problemów zdrowotnych jako konsekwencji przemęczenia, a 30 proc. – zmian skórnych i odparzeń wskutek stosowania środków ochrony osobistej. Raport ujawnił też, że wzrósł poziom stresu medyków, wpływając na ich życie zawodowe i osobiste. Nie otrzymali oni także dostatecznego wsparcia ze strony systemu. Duża część personelu medycznego nie miała możliwości uczestniczenia w szkoleniach z metod radzenia sobie ze stresem, a ponad 80 proc. nie miała dostępu do konsultacji psychologicznych i spotkań ze specjalistami z zakresu chorób zakaźnych. W relacjach pacjent-personel medyczny w czasie pandemii prawie 50 proc. ankietowanych stwierdziło, że dzięki poczuciu wspólnoty wobec szczególnych okoliczności związanych z COVID-19, ich stosunki z pacjentkami uległy poprawie. Na jakość komunikacji wpływały natomiast przeciążenie personelu pracą oraz ograniczenia wynikające z korzystania ze środków ochrony osobistej. ■

DOSKONALENIE ZAWODOWE

Szkolenia z perspektywą

Z Bartłomiejem Chmielowcem, Rzecznikiem Praw Pacjenta,
rozmawia Lucyna Krysiak.

Jak zrodził się pomysł współpracy Rzecznika Prawa Pacjenta z Ośrodkiem Doskonalenia Zawodowego NIL?

Współpraca i dialog z personelem medycznym to dla mnie jedno z najważniejszych kierunków działań zmierzających do poprawy standardów bezpieczeństwa pacjenta. Od lat podejmuję inicjatywy z zakresu edukacji skierowane do podmiotów leczniczych, organizując szkolenia dotyczące praw pacjentów i komunikacji z pacjentami. Wierzę, że ta edukacja jest obustronna. Dzięki spotkaniom z lekarzami, pielęgniarkami, ratownikami medycznymi poznajemy punkt widzenia kadry, ich problemy i wyzwania, przed jakimi stoją w codziennych kontaktach z pacjentem.

Czego ma dotyczyć ta współpraca i od czego zaczynacie?

Rozpocynamy od organizacji szkolenia z zakresu praw pacjenta w opiece okołoporodowej, które zaplanowaliśmy z konsultantem krajowym w dziedzinie perinatologii prof. Mirosławem Wielgosiem. Program tego wydarzenia będzie oparty o case study, a więc konkretne przypadki, które zostały zgłoszone do RPP. Obszar merytoryczny będzie obejmował procedury medyczne w opiece okołoporodowej, przykłady naruszeń praw pacjenta i wytyczne dotyczące prawidłowego postępowania, a także standardy obejmujące komunikację z pacjentami. Szkolenie kierujemy do lekarzy specjalistów oraz lekarzy w trakcie specjalizacji, w szczególności w dziedzinie położnictwa i ginekologii. Prowadzącymi będą wybitni eksperci, reprezentujący zarówno środowisko medyczne, jak i Rzecznika Praw Pacjenta.

Jakie są plany na przyszłość?

Myślimy o współpracy długoterminowej. W kontekście wspólnych szkoleń, opieka okołoporodowa to bardzo ważny, ale nie jedyny obszar, w którym potrzebna jest edukacja i dialog o bezpieczeństwie i prawach pacjenta. Jako Rzecznik chciałbym, aby takie szkolenia miały charakter cykliczny i obejmowały również inne dziedziny medycyny. Podjęliśmy już z NIL rozmowy na ten temat.

Jakie inicjatywy – oprócz wspólnych szkoleń i konferencji – zamierzacie jeszcze razem realizować?

Nasza współpraca ma charakter otwarty. Już dziś widzimy inne możliwości wspólnych inicjatyw. Nie zatrzymamy się tylko na szkoleniach, czy organizacji konferencji. Rozmawiamy w NIL m.in. o wspólnych badaniach i analizach, czy stanowiskach w sprawach systemowych. Rzecznik i NIL, z uwagi na obszary swojej działalności, często czerpią wiedzę na ten temat z różnych źródeł, poczynając od pacjentów i personelu medycznego.

Ta różnorodność spojrzeń jest niezwykle cenna i pozwoli na podejmowanie skuteczniejszych i kompleksowych działań.

Jak ważne z punktu widzenia praw pacjenta jest przestrzeganie standardów opieki okołoporodowej?

Kluczowe. Cięża, poród, narodziny dziecka to szczególne rewiry zetknięcia się pacjenta z systemem ochrony zdrowia. To intymne momenty dla pacjentki i jej rodziny, ale też sytuacje trudne i wymagające, w których konieczne są umiejętności zespołu terapeutycznego oraz współpraca z pacjentką. Jak wskazuje praktyka i treść spraw kierowanych do mojego biura, nierzadko pozornie błaha nieprawidłowość czy luka w komunikacji z pacjentką mogą być tragiczne w skutkach zarówno dla matki, jak i jej dziecka. Właśnie z tego względu dążymy, aby w każdym podmiocie leczniczym kobiety miały zapewnić bezpieczne warunki porodu i opieki.

Jak pan ocenia obecny stan opieki okołoporodowej?

Wydaje się, że choć przestrzeganie standardu opieki okołoporodowej ma się coraz lepiej, wciąż pozostaje wiele do zrobienia. Obszary te łączą kwestie przestrzegania procedur medycznych i postępowania zgodnie z aktualną wiedzą medyczną z właściwą komunikacją z pacjentkami czy realizacją innych praw pacjenta.

Od czego zależy przestrzeganie standardów opieki okołoporodowej?

Jej poziom jest wypadkową wielu czynników, a jednym z nich są uwarunkowania konkretnego podmiotu leczniczego. Wśród nich można wskazać wdrożenie wewnętrznych procedur, w tym tych dotyczących analizy zdarzeń niepożądanych, obciążenie stresem i pracą personelu czy znajomość przepisów, poczynając od katalogu praw pacjenta. Z pewnością okoliczności związane z pandemią COVID-19 stanowiły ogromne utrudnienie w codziennej pracy personelu medycznego i wpłynęły na realizację opieki nad pacjentem. Swoją rolę odegrały także dynamicznie zmieniające się okoliczności funkcjonowania systemu, w tym regulacje, zalecenia i wytyczne dotyczące procedur obowiązujących w czasie pandemii. W realizacji standardów niezwykle istotna jest także relacja personelu medycznego z pacjentką. Decyzja o posiadaniu dziecka i sam moment porodu są często połączone ze stresem, bólem, emocjami. Personel medyczny musi być gotowy na taką konfrontację, a pacjentka na współpracę z medykami. Sukces wymaga przygotowania i kompetencji obu stron. Z tego względu, w działaniach edukacyjnych należy docierać zarówno do podmiotów leczniczych, jak i pacjentów. ■

Lekarzu, nie zapominaj o swoim leczeniu!

Światowa Organizacja Zdrowia ocenia, że spośród pacjentów leczących się przewlekłe, zaleceń terapii nie realizuje w pełni co najmniej połowa. A jak jest wśród lekarzy?

Prof. **Przemysław Kardas** kierownik Centrum Badań nad Przestrzeganiem Zaleceń Terapeutycznych i Zakładu Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi



Nie mamy się co łudzić, nawet najlepsze, profesjonalne wykształcenie nie jest gwarantem systematyczności leczenia. Wszelkiej maści profesjonaliści medyczni – lekarze, pielęgniarki, farmaceuci i inni – wcale nie wypadają na tle innych lepiej. Wręcz przeciwnie, niektóre badania wskazują nawet, że radzą sobie ze swoim leczeniem gorzej niż ich podopieczni.

Oczywiście, częściowo wynika to ze zwykłego zapomnienia. Zabiegane lekarskie życie faktycznie nie sprzyja temu, żeby pomyśleć o sobie, i pamiętać o codziennym zażywaniu leków. Zwłaszcza, gdy jest się na dyżurze lub po dyżurze, albo w delegacji czy na szkoleniu... I w ten właśnie sposób na 30 dni w miesiącu może przypaść 10

bez przyjęcia leków, co jest skuteczną gwarancją całkowitej nieskuteczności terapii.

Co gorsza jednak, czasami nieprzyjęcie przepisanych leków wynika ze świadomej decyzji pacjenta-lekarza. No bo po tej metforminie mam takie nieprzyjemne wzdęcia brzucha; coś pisali ostatnio o tym, że statyny zwiększają ryzyko cukrzycy... Niestety, choroby przewlekłe nie zapominają o nas, gdy my zapominamy o nich. Tu nie ma co liczyć na dyspensę, więc – jeśli zależy nam na własnym zdrowiu, leki służące do leczenia chorób przewlekłych musimy przyjmować każdego dnia.

No dobrze, ale jak sobie z tym poradzić w praktyce? Naukowcy z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi opracowali rozwiązanie, które wspomaga osoby zmagające się z trudami realizacji codziennej terapii. To aplikacja na telefony

komórkowe nosząca nazwę „Moje zdrowie na co dzień”, która pomaga pacjentom w systematycznym prowadzeniu leczenia. Co jednak najważniejsze, w przypadku pojawienia się problemów z realizacją terapii, aplikacja podpowiada, jak je rozwiązać. Dzięki temu można lepiej dbać o swoje zdrowie i osiągać lepsze wyniki leczenia.

Pierwotnie aplikacja została stworzona przede wszystkim z myślą o osobach w wieku 50+, posiadających co najmniej jedną z bezobjawowych chorób przewlekłych, ale w praktyce może korzystać z niej każdy. Oczywiście, nadaje się również dla naszych pacjentów. Im również zdarzają się, i to nierzadko, odstępstwa od terapii zaleconej przez lekarza. Aby skorzystać z aplikacji, wystarczy użyć kodów QR widocznych poniżej, za pomocą których można ściągnąć ją na swój telefon. Jest ona bezpłatna.

Aplikacja powstała w ramach Programu GATEKEEPER – to projekt naukowy wspierany przez Unię Europejską w zakresie tzw. zdrowia cyfrowego. Więcej informacji o problemach z systematycznym leczeniem oraz o samym narzędziu „Moje zdrowie na co dzień”, w tym materiał wideo, który pokazuje, jak działa, można znaleźć na stronie www.mojezdrowie.umed.pl. ■

Google Play:



AppStore:



MISJE MEDYCZNE

Mami

Z Heleną Pyz, polską lekarką i misjonarką świecką, od ponad 30 lat działającą w Ośrodku Rehabilitacji Trędowatych Jeevodaya w Indiach, rozmawia Lidia Sulikowska.

Dlaczego wyjechała pani z Polski?

Pod koniec lat 80. usłyszałam o ośrodku dla trędowatych w Indiach prowadzonym przez ciężko chorującego już wówczas księdza Adama Wiśniewskiego, pallotyna. Założył on tę placówkę na skraju wsi Gatapar w stanie Chhattisgarh w 1969 r. wspólnie z siostrą Barbarą Birczyńską. Był w zasadzie jedynym w tamtym rejonie lekarzem zajmującym się osobami doświadczonymi przez trąd. Pomyślałam, że ktoś musi kontynuować jego dzieło. Nie wyjechałam jednak od razu. Do Indii przyleciałam dopiero w lutym 1989 r., niestety już po śmierci ks. Wiśniewskiego, więc nie dane mi było go poznać. Przygotowania do tej podróży trwały około pół roku. Dużo czasu zajęło załatwienie wszelkich formalności. Pamiętajmy, że to były jeszcze czasy PRL.

Był strach przed wyjazdem?

Nie. Co prawda nie miałam doświadczenia w leczeniu trądu czy chorób tropikalnych, ponadto jako dziecko zachorowałam na polio i od tamtej pory mam kłopoty z poruszaniem się, ale jednak nie odczuwałam strachu. Po prostu chciałam tam być. Inna sprawa, że nie myślałam, że zostanę tak długo (śmiech).

Co okazało się na miejscu?

Pierwsze, co w Indiach zobaczyłam i zapamiętałam, to ogromna bieda. Była też oczywiście bariera językowa do pokonania, ale ktoś mi kiedyś pięknie powiedział, że język miłości rozumieją wszyscy. To prawda.

Sam ośrodek to charytatywna placówka leczniczo-wychowawcza dla pacjentów, a także ich rodzin. Zrobił na mnie duże i pozytywne wrażenie. To nie tylko miejsce, gdzie chorujący na trąd mogą otrzymać fachową pomoc medyczną. Jest tu przychodnia, ale także kościół, internat i szkoła dla dzieci, dom kobiet, warsztaty etc. To drugi, po zapewnieniu opieki medycznej, ważny filar naszej działalności. W ośrodku mogą znaleźć schronienie ludzie chorujący i wyleczeni, naznaczeni przez trąd na całe życie, a przez to wykluczeni ze społeczeństwa.

To znaczy?

Niestety tylko szybko wprowadzona terapia daje możliwość wyleczenia bez pozostawienia po przechorowaniu trwałych, widocznych śladów na ciele. Jeśli na czas podamy leki, chory może funkcjonować w swojej społeczności, bo nikt nie zorientuje się, że dopadł go trąd. Jeśli jednak mieszkańcy wsi albo miasteczka dowiedzą się, że ktoś choruje,



Helena Pyz: – Ktoś mi kiedyś pięknie powiedział, że język miłości rozumieją wszyscy. To prawda.

W Indiach jest ponad połowa wszystkich trędowatych na świecie, a mimo to wiedza o tej chorobie jest zadziwiająco mała.

może on zostać napiętnowany i wypędzony. Czasem z domu wyrzucają go nawet najbliżsi, bo jeśli oni tego nie zrobią, to zostanie wypędzona cała rodzina albo zablokuje im się dostęp do wody pitnej. Zjawisko nie jest tak częste, jak dawniej, ale nadal obecne. Nieważne, że po podaniu pierwszej dawki leku pacjent praktycznie nie zakaża. Lęk pozostał.

W Indiach trąd budzi odrazę, bywa uważany za karę boską, dlatego także wyleczeni trędowaci z widocznymi oznakami przebytej choroby mają ogromny problem z funkcjonowaniem w społeczeństwie. Mimo że nie zarażają, są odrzucani. Wykluczenie niestety nadal jest zjawiskiem powszechnym. Często zdarza się, że naznaczony przez trąd nie może wrócić do wioski. Takie osoby trafiają najczęściej do kolonii trędowatych. A razem z nimi dzieci, bo przecież szkoła nie przyjmuje dziecka trędowatego. Kolonie to okropne miejsca, gdzie brakuje podstawowych warunków potrzebnych do życia. Człowieka czeka tam w zasadzie wegetacja. Dlatego mogą

zostać w naszym ośrodku, podjąć pracę, a ich dzieci zdobyć podstawowe wykształcenie.

Stąd Jeevodaya w nazwie ośrodka?

Zdecydowanie tak. Słowo to oznacza w sanskrycie „świt życia”. Bo nasz ośrodek to miejsce, gdzie ludzie doświadczeni przez trąd zaczynają żyć od nowa. Społeczeństwo ich odrzuca, uważa za niebitych, chce o nich zapomnieć. My przywracamy w nich wiarę. Tutaj mogą się wyleczyć, a potem pracować. Po prostu mogą żyć.

Gdyby świadomość o trądzie w Indiach była większa, los pacjentów byłby inny?

Trąd straszliwie trawi ten kraj. W Indiach jest ponad połowa wszystkich trędowatych na świecie, a mimo to wiedza o tej chorobie jest zadziwiająco mała. Brakuje edukacji, przez co szwankuje wczesna diagnostyka i leczenie. Trąd powszechnie kojarzony jest wyłącznie z późnymi powikłaniami, jak zniekształcenia czy oszpecenia ciała, a nie z małą

**Czasem mam wrażenie,
że przejmuję się ich zdrowiem bardziej
niż oni sami. Za to uwielbiają leki.
Im więcej, tym lepiej. Akropłówki
i zastrzyki jeszcze bardziej, bo uważają,
że od razu ich uzdrowią.**

plamką na plecach, która jest jednym z pierwszych zwiastunów późniejszego przebiegu choroby. Niestety w Indiach także dostęp do leczenia jest bardzo ograniczony. Można się zgłosić do szpitala państwowego, ale placówki te zazwyczaj są w dużych miastach. Z kolei lekarze praktykujący prywatnie nie chcą leczyć osób chorujących na trąd, bo jeśli przyjmowałiby ich w swoich gabinetach, inni pacjenci by do nich nie przyszli. Czasem po prostu bardzo trudno uzyskać pomoc na czas. A późna diagnoza to w zasadzie wyrok na resztę życia, bo – jak już powiedziałam – trwałe znamiona trądu na ciele zazwyczaj wykluczają z życia społecznego.

W ośrodku na pomoc mogą liczyć także osoby z innymi dolegliwościami, prawda?

Prowadzimy przychodnię dla trędowatych, ale też udzielamy innej pomocy medycznej dla okolicznej, ubogiej ludności. W zespole medycznym jestem jedynym lekarzem, ale pomagają mi przyuczeni paramedycy, pielęgniarka, лаборant i aptekarz.

Mamy obecnie rocznie ok. 10 tys. pacjentów i ok. 100 nowych przypadków trądu. Kiedyś było ich rocznie nawet 600, więc sytuacja chyba faktycznie nieco zmienia się na lepsze.

Przed pandemią organizowaliśmy także tzw. wyjazdową przychodnię, w promieniu 200 km od ośrodka. Średnio raz w miesiącu pakowaliśmy leki i ruszaliśmy w teren, także do kolonii trędowatych. Niestety ze względu na COVID-19 ta działalność została zawieszona.

Jakimi pacjentami są Hindusi?

Są specyficzni. Nie potrafią określać dokładnie, jakie mają

objawy i od jak dawna. Często pytam chorego, co mu dolega, a on mi odpowiada: „ty mi powiedz”. Nie potrafią zająć się własnym zdrowiem, brakuje im konsekwencji w leczeniu. Czasem mam wrażenie, że przejmuję się ich zdrowiem bardziej niż oni sami. Za to uwielbiają leki. Im więcej, tym lepiej. A kroplówki i zastrzyki jeszcze bardziej, bo uważają, że od razu ich uzdrowią. Są też mało odporni na ból. Z kolei pokoleniowe niedożywienie powoduje, że mają niską odporność. Dlatego często miewają infekcje górnych i dolnych dróg oddechowych. Zdarzają się osoby z bardzo zaawansowaną gruźlicą. Za to jeszcze nigdy nie spotkałam się z przypadkiem zapalenia wyrostka robaczkowego.

Pani również zмага się z chorobą...

Moja niepełnosprawność mi nie przeszkadza. Choruję od dzieciństwa. Już się przyzwyczaiłam. Nawet teraz, gdy poruszam się na wózku, nie rozczulam się nad sobą. Zresztą, chyba ta moja choroba w pewnym sensie pomaga także moim pacjentom w Jeevodaya. Nie tylko oni mają problemy.

Czy władze w Indiach wspierają działalność Jeevodaya?

Jesteśmy tolerowani, ale bez przesady – przecież zajmujemy się osobami, na których nikomu nie zależy. Utrzymujemy się z datków, które otrzymujemy dzięki działaniom Sekretariatu Misyjnego Jeevodaya w Warszawie, będącego jednostką organizacyjną Instytutu Prymasa Wyszyńskiego.

Trudno jest pomagać w takiej sytuacji?

Nie to jest najważniejsze. Jestem tu dla ludzi, nie dla administracji.

Nazywają panią mami, czyli mamą. Dlaczego?

Pewnie dlatego, że trzeba się jakoś do mnie zwracać (śmiech). Generalnie w Indiach nie używa się zwrotów grzecznościowych, nie woła się po imieniu. Mówi się np. matka Mehala, żona Dayarama, mąż Lajity etc. Mnie nazywają mamą chyba dlatego, że doceniają opiekę, jaką im daję. Wiedzą, że troszczę się o nich. To bardzo miłe. I cieszę się, że mnie akceptują. ■

HELENA PYZ urodziła się 10 kwietnia 1948 r. w Warszawie. Po ukończeniu studiów medycznych pracowała w jednej z warszawskich przychodni rejonowych oraz w placówce medycznej w Ząbkach. W latach 80. zaangażowała się w działalność „Solidarności” (przewodnicząca komisji zakładowej jednego z ZOZ-ów). Odznaczona za pracę na rzecz trędowatych Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, a także wieloma innymi orderami i wyróżnieniami. ■

WSPOMNIENIE

Ewelina Hrycaj-Małanicz

(1941-2022)

Krzysztof Makuch

18 maja odeszła na wieczny lekarski dyżur doc. dr med Ewelina Hrycaj-Małanicz, wspaniała lekarka, oddana bez granic działalności społecznej, a także kochająca mama i babcia.

Ewelina urodziła się w 1941 r. we Lwowie, z którym związana była przez całe życie. Stała na straży polskich tradycji Lwowa, miasta „Semper Fidelis”, kultywując tradycje polskiej kultury i osiągnięcia lwowskiej medycyny w trudnych relacjach wynikających z niełatwej polsko-ukraińskiej historii.

Była współzałożycielką Stowarzyszenia Lekarzy Polskich we Lwowie (1991 r.), a od 1995 r. – jego prezesem. Zadaniem SLP była integracja środowiska medycznego w tym mieście, podwyższanie kwalifikacji zawodowych i pomoc medyczna Polakom w Ukrainie. Od początku nawiązała kontakty z Naczelną Izbą Lekarską oraz Ośrodkiem Współpracy z Polonią Medyczną NIL, co umożliwiło dzieciątkom polskich lekarzy z Ukrainy odbycie stażu w Polsce. Uczestniczyła aktywnie wraz z lekarzami SLP we wszystkich Kongresach Polonii Medycznej, a w 1997 r. wprowadziła to stowarzyszenie do Federacji Polskich Organizacji Medycznych na Obczyźnie.

Swoją postawą inspirowała do działalności społecznej każdego, kto miał okazję ją poznać, łącznie

z ukochaną córką Barbarą, także lekarką. Była wspaniałą mamą za-kochaną w swoim wnuku Danielu. Zapisała piękną kartę, kierując działalnością uniwersytetu trzeciego wieku, aktywizując pokolenie seniorów Lwowa. Niezwykle ważnymi wydarzeniami były zorganizowane, mimo wielu przeciwności, obchody 10-lecia oraz 20-lecia SLP, a także 150-lecia Lwowskiego Towarzystwa Medycznego (założonego przez polskich lekarzy 2 grudnia 1867 r.), które były lekcjami patriotyzmu przypominającymi piękne karty polskości Lwowa.

Za swoją działalność została uhonorowana m.in. Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski oraz medalem „Gloria Medicinae” – najwyższym odznaczeniem Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. 20 maja, po uroczystej mszy pogrzebowej w kościele św. Antoniego, w asyście przyjaciół, przedstawicieli kultury i nauki Lwowa oraz oficjalnych delegacji, Ewelina Hrycaj-Małanicz została pochowana na cmentarzu Janowskim we Lwowie.

Miałem szczęście od prawie 30 lat z uznaniem obserwować działalność Eweliny. Niezwykle sobie cenię naszą współpracę, a przede wszystkim naszą przyjaźń, ciepło jej gościnnego domu i wspaniałej rodziny. Ewelinko, odeszłaś tak nagle, będzie nam Ciebie bardzo brakowało. Wierzę, że tylko odeszłaś, a nie umarłaś, *abiit non obiit*.



Ewelina Hrycaj-Małanicz (1941-2022)

Stała na straży polskich tradycji Lwowa, miasta „Semper Fidelis”, kultywując tradycje polskiej kultury i osiągnięcia lwowskiej medycyny w trudnych relacjach wynikających z niełatwej polsko-ukraińskiej historii.

NAUKA W PIGUŁCE

Sukces polskich ortopedów



Pod koniec czerwca w Lizbonie (Portugalia) odbył się największy kongres ortopedyczny w Europie EFORT Congress, podczas którego rozstrzygnięto konkurs na najlepsze prace naukowe ze Starego Kontynentu.

Zespół Kliniki Ortopedii i Rehabilitacji WUM pod kierownictwem dr. Bartosza Maciąga oraz dr. hab. Artura Stolarczyka zajął trzecie miejsce za pracę związaną z endoprotezoplastyką stawów kolanowych pt. „Establishing Femoral

Component Rotation Using Dynamic Tensioner Improves Patellar Position After Total Knee Replacement With Use Of Anatomic Implants - Randomized-Controlled Trial”.

- Jest to niebywały sukces całego polskiego środowiska ortopedycznego, gdyż nigdy w historii w sesji plenarnej tego renomowanego kongresu nasz kraj nie zajął tak wysokiego miejsca - podkreśla dr Bartosz Maciąg.

Źródło: wum.edu.pl

Zjazd specjalistów medycyny pracy



W dniach 20-22 października 2022 r. w Sandomierzu odbędzie się XIV Krajowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy. „Gazeta Lekarska” objęła to wydarzenie patronatem medialnym.

Hasłem przewodnim tegorocznego spotkania są szanse i wyzwania medycyny pracy w dobie zagrożeń współczesnego świata. Program zjazdu obfituje w wiele wystąpień eksperckich, przewidziano

także warsztaty praktyczne z zakresu orzecznictwa, nadarza się więc świetna okazja do zaktualizowania wiedzy medycznej i wymiany doświadczeń. Podczas zjazdu odbędzie się też Walne Zgromadzenie Delegatów PTMP, w czasie którego zostanie wybrany prezes PTMP na kolejną kadencję.

Szczegółowe informacje na stronie internetowej wydarzenia (<http://www.14zjazdptmp.pl>).

Gigantyczna bakteria

Nowo odkryta bakteria *Thiomargarita magnifica* przeczy definicji mikroorganizmu - jej nitkowata pojedyncza komórka ma długość nawet centymetra.

Na gnijących liściach zatopionych w namorzynach Gwadelupy na Karaibach czają się niezwykle, nitkowate stworzenia. Organizmy te, dochodzące do centymetra długości, są największymi jak dotąd odkrytymi bakteriami jednokomórkowymi. Nazwane *Thiomargarita magnifica*, żyją dzięki utlenianiu siarki i są 50 razy większe niż jakakolwiek inna znana dotychczas bakteria.

Bakterię znalazł po raz pierwszy w 2009 r. biolog Olivier Gros, podczas eksploracji namorzyn na Gwadelupie, gdzie pracuje na Uniwersytecie Antyli we francuskich Indiach Zachodnich. - Na początku myślałem, że to coś w rodzaju grzyba albo coś podobnego, ale na pewno nie bakteria, może eukarionta - mówi Gros. Kiedy wrócił do swojego laboratorium w Pointe-à-Pitre na Gwadelupie, zbadał swoje odkrycie pod mikroskopem. Dopiero wtedy zdał sobie sprawę, że nie patrzy na eukarionta - i że znalazł coś wyjątkowego.

W 2018 r. biolog morski Jean-Marie Volland z Lawrence Berkeley National Laboratory w Kalifornii przyjrzał się bliżej tym bakteriom. W namorzynach można również znaleźć inne nitkowate bakterie, ale wszystkie składają się z dziesiątek lub setek komórek. - To, co jest bardzo wyjątkowe w *Thiomargarita magnifica*, to fakt, że całe włókno, które jest jednym z najdłuższych włókien, stanowi tylko jedną komórkę - podkreśla Volland. Bakteria ta wyróżnia się nie tylko swoim rozmiarem. W innych materiał genetyczny swobodnie unosi się w komórce, zwykle w postaci tylko jednego kolistego chromosomu, a w przypadku tej informacja genetyczna jest przechowywana w setkach tysięcy pepin. To struktury transportujące materiał genetyczny, które nazwano tak od francuskiego słowa pépin, oznaczającego małe nasiona wewnątrz owoców. Łącznie zawierają one do 700 tys. kopii genomu.

- Naprawdę nie powinniśmy lekceważyć ewolucji, ponieważ nie możemy do końca odgadnąć, dokąd zmierza - powiedział Levin. - Nie domyśliłbym się, że taka bakteria istnieje, ale teraz, kiedy ją widzę, dostrzegam logikę ewolucji - zaznaczył.

Autorzy wyniki swoich badań przedstawili w lutym tego roku, niedawno zostały opublikowane w „Nature”.

OBSERWACJE

Ostrzeżenia przed prokuratorem dobrze pamiętam jeszcze z czasów studiów. Dziś brzmią one głośniejsze, a towarzyszy im poczucie kafkowskiej bezsilności i niepewności.

Paradoks polega na tym, że po wielu latach pracy i kształcenia podyplomowego nigdy wcześniej moje przygotowanie do praktyki w zawodzie nie było lepsze niż obecnie.

Z poczuciem, że „coś wisi nad głową”, nie jestem sam. Młodzi na SOR-ach, zanim zdecydują: „przyjąć czy odesłać?”, robią masę badań, konsultują, obserwują... Główna przyczyna to wcale nie brak miejsc na oddziale, a własne bezpieczeństwo. Podobnie jest podczas hospitalizacji, gdy kluczowe decyzje podejmują starsi i bardziej doświadczeni. Coraz częściej odbieram telefony - prośby o konsultację: „przyjdź, zobacz, bo rodzina jest bardzo roszczeniowa”. Wskazań merytorycznych najczęściej nie ma, ale nie odmawiam. Nieweluję w ten sposób wcale niebezpieczne obawy lekarza prowadzącego o ewentualne zarzuty nieskonsultowania pacjenta z innym specjalistą.

Chcę także wierzyć, że postępując w ten sposób, zapobiegam kolejnemu odejściu z pracy w szpitalu. Kryzys kadrowy w szpitalnictwie nasila się od lat. Pandemia mocno zaciemniła obraz, dając złudne nadzieje, że jak tylko koronawirus odpuści, przekształcone w covidowe oddziały wrócą do zgodnej ze swoim profilem działalności. Już widać, że nie wszędzie się to udało, a będzie tylko gorzej. Właśnie rozpoczęty sezon urlopowy powiększy braki kadrowe,



Sławomir Badurek

diabetolog i nefrolog, publicysta medyczny

KIERUNEK BEZPIECZEŃSTWO

a wymuszone łatanie dziur w grafikach skończy się jesienią upadkiem niejednego oddziału.

Przyczyn odejść ze szpitala jest wiele, ale na pierwszy plan wysuwa się stan permanentnego przepracowania w quasiniewolniczym systemie spowodowanym koniecznością opieki nad wieloma chorymi w coraz mniej licznych zespołach. W przypadku rezygnacji z pracy w szpitalu doświadczonych specjalistów i niewybierania przez lekarską młodzież „trudnych” specjali-

zacji, coraz większą rolę odgrywa obawa popełnienia błędu i grożący z tego tytułu konsekwencjami. Wprawdzie ryzyko skazania lub warunkowego umorzenia postępowania karnego jest bardzo małe (tylko jedna na 157 spraw wg danych za 2017 r.), ale sama konieczność tłumaczenia się przed prokuratorem działa traumatyzująco. Nie bez znaczenia jest tutaj przewlekłość

postępowania, a także konieczność nieraz wielokilometrowych podróży na przesłuchania, odkąd błędami medycznymi zajmują się wyspecjalizowane działy w wybranych prokuraturach. Lekarze są oczywiście świadomi, że porażki w medycynie zdarzają się, a tzw. należyta staranność to termin pojemny oraz nieprecyzyjny i, co z tego wynika, łatwy do użycia przeciwko nim. Dlatego na różne sposoby starają się zabezpieczyć przed ewentualnymi oskarżeniami, a gdy dojdzie do błędu, dbają, by nie został odkryty. Tak to działa od lat. Dla pacjentów medycyna defensywna oznacza w najlepszym razie stratę czasu i dodatkowy stres, w najgorszym - poważne powikłania niepotrzebnych badań.

Nowy prezes NRL chce to zmienić. Wprowadzenie systemu no-fault na wzór skandynawski, czyli przesunięcie akcentu z pytania „kto zawinił?” na „czy pacjent doznał szkody?” byłoby korzystne zarówno dla lekarzy, jak i pacjentów. Sukcesem jest poparcie projektu przez Ministra Zdrowia i Rzecznika Praw Pacjenta. Niestety to za mało, a trudno sobie wyobrazić, by Zbigniew Ziobro poparł no-fault w proponowanej formie. Oznacza to, że albo będziemy musieli uzbroić się w cierpliwość i poczekać na zmianę szefa resortu sprawiedliwości, albo trzeba się liczyć z wprowadzeniem karykaturalnego rozwiązania, dyscyplinującego lekarzy, czyli de facto pogłębiającego obecne patologie w obszarze błędów medycznych. Wizja kija zamiast marchewki jest bardzo prawdopodobna, bo z uwagi na pogłębiający się kryzys i nasilającą się frustrację społeczeństwa, władza jeszcze mocniej skupi się na szukaniu „winnych” i próbach odwracania uwagi od własnych niepowodzeń. Dlatego, walcząc o poprawę, trzeba zadbać, by nie wpaść z deszczu pod rynnę. ■■■

”

Wizja kija zamiast marchewki jest bardzo prawdopodobna.

EPIKRYZA (120)

Okularów z poprzedniego felietonu nie znalazłem, ale szczęśliwie nie zgubiłem jeszcze zapasowych. Ogłoszenie straty wzbogaciło mnie jednak o kilka przyjaznych esemesów i wypasione etui, подарowane przez zatroskane koleżanki. Prezent traktuję symbolicznie. Oto przez stare szkła będę patrzył na samorządową przyszłość. Wprost z nowego opakowania.

Na początek wspomnienie z „Zeszytu Historycznego”, który wydaliśmy z okazji 100-lecia izb lekarskich w Polsce. W trakcie opracowywania materiałów ówczesny wiceprezes NRL Krzysztof Madej zauważył, że zapomniałem zapytać o rolę kobiet w polskiej medycynie. Gorączkowe poszukiwania zaowocowały trudną rozmową, a następnie świetnym tekstem doktor Magdaleny Wyrzykowskiej, specjalistki chirurgii. Młoda autorka pisała dziewięć miesięcy temu: „Zastanawiam się, co powoduje, że choć kobiety leczą i pielęgnują, uznawane są za niezdolne do budowania zespołów i zarządzania finansami, co więcej do kierowania własnymi karierami, a ich wybory zawodowe są tak szeroko dyskutowane. Możliwe, choć to tylko śmiała hipoteza, że potencjał i zdolności społeczne, intelektualne i fizyczne kobiet stanowią niedoceniony i niewykorzystany kapitał kadr, ale świetnie funkcjonujący obecnie system ochrony zdrowia prawdopodobnie nie potrzebuje takich rozwiązań”.

Przeglądałam efekty wyborów do władz Naczelnej Izby Lekarskiej



Jarosław Wanecki
pediatra, felietonista

MĘSKA RZECZ...

AD 2022. Tutaj także potencjał kobiet czeka na załamanie doskonale działających mechanizmów. I tak, w Prezydium NRL nie ma zmian. Jedenastoosobowe grono upiększa jedna rodzyńka, ale, co warto podkreślić, stomatologiczna. W pozostałych organach i Krajowej Komisji Wyborczej – żadna z koleżanek nie została liderką. W komisjach problemowych i ośrodkach, poza pojedynczymi wyjątkami, wszystkie przewodnictwa krajowe i zagraniczne objęli mężczyźni. Adekwatny zatem wydaje się kolejny cytat z eseju Mag-

daleny Wyrzykowskiej: „Oczywiście widzę kwitnącą kontynuację XIX-wiecznej medycyny, władczą i stanowczą, bez tych wszystkich irytujących kobiecych ozdóbek. Świat i zanurzona w nim medycyna

”

**Okularów
z poprzedniego felietonu
nie znalazłem, ale
szczęśliwie nie zgubiłem
jeszcze zapasowych.**

kochają porządek, a to, co było, jest zawsze lepsze niż to, co będzie”.

Lekarska kompania reprezentacyjna nowej kadencji, łącznie z oficerskim szlifem koordynatora Konwentu Prezesów ORL, to – zgodnie z artystycznym zamysłem Agnieszki Osieckiej – „chłopcy malowani”, którzy wybrali się na wojenkę o przyszłość samorządu. Jednogłośnie męską i skuteczną. Wśród nich widnieje także moje nazwisko, jak kocioł złośliwie przyganiający garnkowi. Na zapleczu NIL jest już trochę lepiej, ale czy słowo „zaplecze”, użyte w tym kontekście, nie jest w istocie rzeczą oskarżeniem: „Bez kobiet medycyna miałaby się zapewne wspaniale. Nie byłoby jałowej dyskusji o równouprawnieniu, seksizmie, dyskryminacji, rozprawiania nad brakiem empatii, kształtem relacji międzyludzkich. Nie byłoby problematycznej negacji dotychczasowego ładu. Nie zapominajmy, że kwestia macierzyństwa rujnuje często skrupulatnie plany pracodawców, grafiki dyżurowe, programy specjalizacji i w ogóle... życie. Rola kobiet lekarzek jest więc bardzo wątpliwa”?

„Może więc supermocą kobiet w medycynie jest ich niewidzialność? Według danych MEiN kobiety stanowią 75% studentek kierunków medycznych. Tej przewagi liczebnej nie widać na „Listach 100” i... w równouprawnionym samorządzie lekarek i lekarek dentynek. ■■■

”
**Przeglądałam efekty
wyborów do władz
Naczelnej Izby Lekarskiej
AD 2022. Tutaj także
potencjał kobiet
czeka na załamanie
doskonale działających
mechanizmów.**

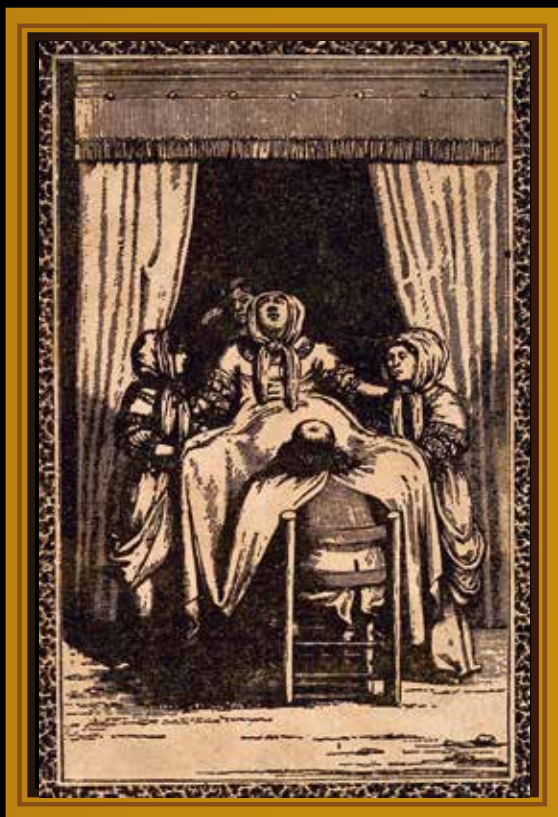


Agata Morka
doktor historii
sztuki

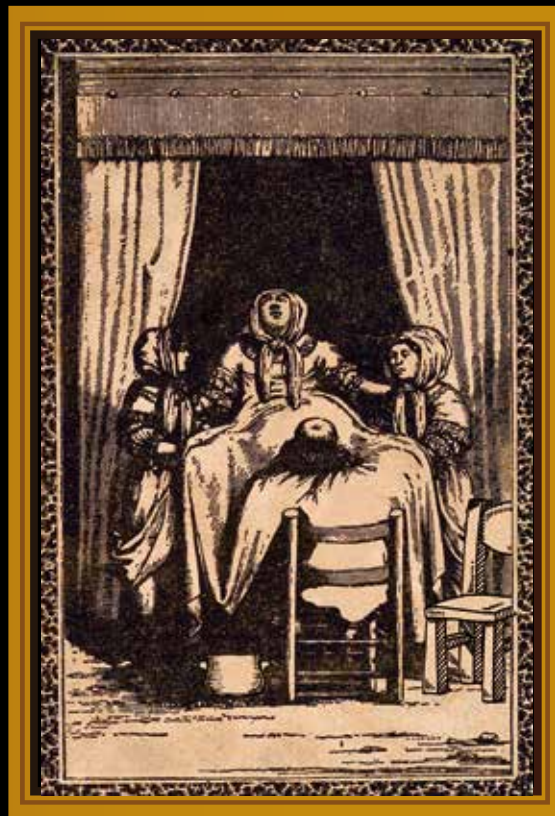
BŁĄD MALARSKI

Pod spódnicą

Od współczesnych ojców mdlejących na porodówkach, po tych, którzy zawzięcie starają się uwiecznić przyjście potomków na świat, trzymając kamery wideo zamiast dłoni partnerek: obecność mężczyzn przy akcie porodu nie była i chyba nadal nie jest rzeczą oczywistą. A co, jeśli lekarzem przyjmującym poród jest mężczyzna?



Obraz: „Rodząca kobieta, której pomaga chirurg grzebiący pod prześcieradłem, aby oszczędzić jej wstydu”, 1711, drzeworyt. Kolekcja Wellcome Trust



Osiemnastowieczny drzeworyt pokazuje, jak w owym czasie radzono sobie z lekarską, męską obecnością przy narodzinach. Rycina przedstawia scenę dość zastanawiającą: w jej centrum siedzi kobieta, wsparta na ramionach dwóch innych. Główna bohaterka wznosi oczy do nieba, podczas gdy jedna z jej pomocniczek uważnie ją obserwuje. Druga natomiast skupia całkowicie uwagę na intrygującym zabiegu odbywającym się pod uniesioną spódnicą. Odwrócona do widza plecami postać, w pozycji wskazującej na pewien dyskomfort,

siedzi na krześle, z głową ponad okalającym ją materiałem. Dłonie postaci zaś nurkują w głąb, pomiędzy zasłonięte nogi rodzącej. Tytuł w sposób tak dosadny, jak i zabawny wyjaśnia, że nurkująca postać to w istocie lekarz, który przyjmuje poród, robiąc to na ślepo, tak by nie zawstydzić pacjentki.

Tradycyjnie, przynajmniej jeśli o zachodnioeuropejskiej tradycji mówić, rodzenie dzieci było sprawą typowo kobiecą, rozgrywaną w przenośni i dosłownie

pod spódnicami. Porody rozgrywały się w towarzystwie kobiecych krewnych bądź położnych, które oferowały rodzącym wsparcie w tym ekstremalnym wydarzeniu. Nawet w przypadku porodów królewskich, które traktowano niemalże jak spektakl, w którym uczestniczyć mogło nawet kilkaset osób, mężczyźni nie byli traktowani jako siła wspierająca. Nawet wykwalifikowani lekarze musieli jeszcze w XVIII w. wykonywać swój zawód pod spódnicami i prześcieradłami. ■

Rozwiązanie zagadki z „GL” 06/2022

1. Usunięcie kota.

Oprócz ludzi di Bartolo wprowadza na tę zastanawiającą izbę przyjęć również zwierzęta. Pies wypręża się w nieprzyjaznej pozycji, patrząc na kota. Obecność tego ostatniego na obrazie jest konieczna dla pokazania konfliktu między nimi.

2. Zmiana koloru czapki i peleryny centralnej figury rektora na czerwony.

Czerwone szaty, zwłaszcza peleryna i kapelusz, zazwyczaj zarezerwowane były dla kardynałów. Figura rektora szpitala, wielokrotnie malowanego przez di Bartolo, zawsze ubrana jest

w czarną suknię ze złotymi mankietami, czarne nakrycie głowy i brązową pelerynę.

3. Zmiana trzech herbów na górze obrazu na herb Sieny.

Oficjalnym znakiem Sieny był lew i biało-czarny herb, który do dziś zobaczyć można na wielu budynkach tego miasta, zatem jego użycie w tym fresku byłoby uzasadnione.

4. Zmiana koloru szaty mnicha.

Kolory szat mnisich są uzależnione od rodzaju zakonu, do którego przynależą. Brązowe sugerowałyby franciszkanina.



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

NAGRODZENI Z „GL” 06/2022: Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Piotr Bąk z Brzeziej Łąki**. Gratulujemy! Nagrody dodatkowe: **Julia Awgul (Szczecin)**, **Iryna Ogonowska-Chamara (Radom)**, **Bartosz Sawicki (Gorzów Wielkopolski)**.

Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 10 sierpnia 2022 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

WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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

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

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



KLAUZULA INFORMACYJNA

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

KULTURA

30-lecie chóralistyki

Aleksandra Bakun Medici pro Musica



11 czerwca w Sali Koncertowej Państwowej Szkoły Muzycznej w Olsztynie odbył się jubileuszowy koncert z okazji 30-lecia istnienia i działalności artystycznej Chóru Lekarzy Medici pro Musica. To zespół cieszący się coraz większą popularnością i sympatią środowiska medycznego oraz artystycznego regionu Warmii i Mazur.

Dzięki życzliwemu i hojnemu patronatowi Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej, już w drugim roku reaktywacji odrodzonego samorządu lekarskiego

(w 1991 r.) mogliśmy zacząć realizować naszą pasję chóralnego muzykowania, będąc pierwszym tego typu zespołem wśród medyków. Obecnie kultura lekarska może poszczycić się aż 11 chórmi, działającymi przy okręgowych izbach lekarskich.

Trudny czas pandemii COVID-19 nie powstrzymał nas, było wręcz przeciwnie. Mimo prawie dwuletniej przerwy w koncertowaniu, wszystkie chóry pracowały online i w efekcie zrealizowały promocyjne teledyski, nagrane przy finansowym wsparciu Komisji Kultury NRL.

W bogatym programie koncertu Chóru Medici pro Musica, którego kierownikiem artystycznym jest charyzmatyczna Małgorzata Wawruk, znalazły się m.in. utwory klasyczne, wykonane ze stowarzyszeniem Grupy Smyczkowej Absolwent, pod dyktando Doroty Obijalskiej, a także pieśni a cappella czy równie ambitna klasyka z repertuaru Kabaretu Starszych Panów. Owacyjnie przyjęto gościa koncertu, Mateusza Michałowskiego, syna naszego chóralnego małżeństwa, Doroty i Macieja Michałowskich, świeżo upieczonego absolwenta Uniwersytetu Muzycznego im. F. Chopina w Warszawie. Swoim barytonowym głosem bravurowo wykonał słynne arie z opery „Rigoletto” G. Verdiego oraz „Carmen” G. Bizeta. Zaprośiliśmy także współpracującą z nami Anię Śleszyńską-Górny, lekarkę i znakomitą skrzypaczkę, której melancholijna interpretacja „Oblivion” Astora Piazzoli wstrzymała w zamyśleniu oddech sali koncertowej.

Wykonana przez nas popularna piosenka „Śpiewać każdy może”, nazwana żartobliwie hymnem zespołu, miała być zachętą skierowaną do młodego pokolenia lekarzy, aby otworzyli swoje serca i umysły na sztukę i śmiało zasilali nasze 30-letnie szeregi. W przeciwnym razie chóralistyka lekarska może już niebawem przejść do historii. ■

FOTO: WIML

NASZA CZYTELNIJA



Neurologia dziecięca w praktyce pediatrii. Nowe spojrzenie

Redakcja naukowa:
Ilona Kopyta

Publikacja na temat wybranych problemów neurologicznych wieku dziecięcego (m.in. padaczki, schorzeń naczyń tętniczych i żylnych mózgu, rdzeniowego zaniku mięśni, choroby Pompego). Znajdziemy tutaj informacje o aktualnej diagnostyce uwzględnionych w zestawieniu schorzeń i ich nowoczesnych terapiach. Jest też rozdział poświęcony błędom z zakresu neurologii dziecięcej w ramach opinowania sądowo-lekarskiego.



Ja, lekarz z Polski. Siedem lat na Wyspach

Grzegorz Szymczyk

Zbiór wspomnień lekarza, specjalisty położnictwa i ginekologii, który niedługo po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej wyjechał do Wielkiej Brytanii, gdzie przez siedem lat pracował w angielskich szpitalach prywatnych, państwowych (NHS), a także w polskich przychodniach. Autor dzieli się czytelnikami własnymi doświadczeniami i obserwacjami z życia na emigracji. Pokazuje też wiele różnic pomiędzy brytyjskim i polskim systemem opieki zdrowotnej.

KULTURA

Wystawa malarstwa

Ryszard Golański

Lekarze to osoby wrażliwe na piękno i uzdolnione artystycznie. Ich talenty owocują różnymi formami wyrazu. Piszą wiersze i prozę, grają, śpiewają, fotografują i malują. Miejscami, gdzie lekarze artyści często znajdują pomoc i wsparcie, są izby lekarskie.

W maju sale Klubu Lekarza Łódzkiej izby lekarskiej przy ul. Czerwonej 3 wypełniły sztalugi, na których mieniły się kolorami prace malarskie lekarzy z całej Polski, a po raz drugi także prace z zagranicy. 29 maja, podczas otwarcia XIX Ogólnopolskiej i II Międzynarodowej Wystawy Malarstwa Lekarzy, licznie przybyli widzowie mieli możliwość obejrzenia 118 prac, które były dziełami 62 autorów. Dominowały panie (44). Najliczniej były reprezentowane izby łódzka i warszawska (po 11 artystów). Wielkopolską Izbę Lekarską reprezentowało 9 twórców. Zgromadzeni mieli okazję obejrzeć nie tylko prace lekarzy z Poznania i okolic, ale także album:



Laureat Złotej Palety Tomasz Lesiak

„By się rozwijać”, wydany przez Koło Lekarzy Malujących izby poznańskiej.

Międzynarodowy charakter nadały wernisażowi prace Fridy Loren, lekarza psychiatry z Lund w Szwecji. Prezentowane na wystawie obrazy oceniało profesjonalne jury (przewodnicząca

Maria Sadowska oraz Leokadia Bartoszek i Dariusz Cybula). Pierwszą nagrodę – Złotą Paletę – przyznano Tomaszowi Lesiakowi, chirurgowi z Łodzi za zestaw martwe natury przedstawiające gruszki, Srebrną Paletę otrzymała Danuta Krawczuk z Łodzi za pracę „Wilk wojownik”. Brązową Paletą jury nagrodziło „Melancholię” Ewy Murak-Kozaneckiej, psychiatry z Aleksandrowa Łódzkiego. Przyznano także pięć wyróżnień. Otrzymali je: Tadeusz Wolski, Nina Lachiewicz, Bogdan Kądziała, Piotr Kazimierak i Renata Żenkiewicz. Swoją opinię o prezentowanych obrazach mogli także wyrazić wszyscy obecni. Przeprowadzono plebiscyt publiczności. Jego laureatką została Elżbieta Napieralska-Krzysiek, dermatolog z Aleksandrowa Łódzkiego, autorka prac „Nadzieja” i „Azyli”.

Słowa uznania kierują pod adresem dwóch osób, dzięki którym tegoroczne spotkanie z plastyczną twórczością lekarzy i lekarzy dentystów należy uznać za wydarzenie ważne i udane. To komisarz wystawy Małgorzata Majewska-Kawińska oraz dyrektorka biura OIL w Łodzi Iwona Szelewa, od dwunastu lat zajmująca się przygotowaniem wystawy. Za rok jubileusz, do zobaczenia w łódzkim Klubie Lekarza w ostatnią niedzielę maja. ■

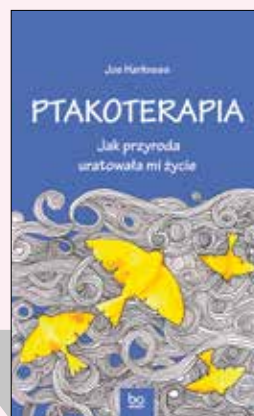
FOTO: RYSZARD GOLAŃSKI



Kompendium zdrowia publicznego w dobie pandemii COVID-19

Redakcja:
Ewa Kleszczewska,
Małgorzata Knaś

Źródło wiedzy o współczesnych problemach zdrowia publicznego i nowych wyzwaniach z tym związanych, ze szczególnym uwzględnieniem kwestii zdrowia publicznego podczas pandemii COVID-19. To książka m.in. dla pracowników medycznych i studentów uczelni medycznych. Informacje w niej zawarte pomogą ulepszać funkcjonowanie osób zajmujących się działaniem na rzecz poprawy stanu zdrowia populacji.



Ptakoterapia. Jak przyroda uratowała mi życie

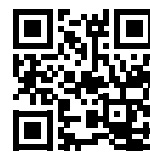
Joe Harkness

Obserwacja ptaków, połączona z bliskim kontaktem z naturą, może pozytywnie wpływać na nasze samopoczucie. Autor w tej szczerej i osobistej książce pokazuje, jak przyglądanie się tym zwierzętom pomogło mu pokonać depresję i stany lękowe. Przekazuje też praktyczne wskazówki, jak dla poprawy własnego zdrowia psychicznego i odzyskania spokoju ducha wykorzystać drzemający w ornitologii potencjał.



**„Havana Queen Story”, dr Robin Yong (medycyna
podróżnicza, Canberra, Australia)
Srebrny Medal Fotoklubu RP PhotoArtMedica 2021**

GazetaLekarska.pl 



www.photoartmedica.pl

PhotoArtMedica 2022

Travel photography
Free theme
Medical photography

Fotografia podróżnicza
Temat wolny
Fotografia medyczna

10th Jubilee
International
Salon of Artistic
Photography
for Physicians

X Jubileuszowy
Międzynarodowy
Salon
Fotografii
Artystycznej
Lekarzy

Closing date: September 17, 2022
Nadajcie prace do: 17 września 2022 r.



PhotoArtMedica 2022

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



SPORT

Za nami

W dniach **26-29 maja** w Sielpi Wielkiej w woj. świętokrzyskim rozegrano XX Mistrzostwa Polski Lekarzy i Rodzin Lekarskich Blitz i Rapid Championat SzachMedica. Uczestniczyli w nich zawodnicy reprezentujący osiem izb okręgowych. Mistrzem Polski Lekarzy w Blitzu został Piotr Wiśniewski, a Mistrzem Polski Lekarzy w Rapid – Michał Jaromin. W punktacji drużynowej zwyciężyły izby: śląska, świętokrzyska i dolnośląska.

Z kolei w dniach **21-23 kwietnia** odbyły się XVII Mistrzostwa Polski Lekarzy Dębica 2021/2022, nad którymi patronat honorowy objął prezes NRL, a patronat medialny – „Gazeta Lekarska”. Organizatorami zawodów były m.in. Komisja Sportu i Rekreacji NRL, Komisja Sportu i Turystyki ORL w Rzeszowie, dębickie koło Polskiego Towarzystwa Lekarskiego i Polskie Towarzystwo Medycyny Sportowej. Zmaganiom pływackim towarzyszyła konferencja naukowo-szkoleniowa „Postępy w medycynie sportowej”. Więcej na stronie www.oil.rzeszow.pl. ■

FOTO: ARCHIWUM PRYWATNE

Zapowiedzi

7 sierpnia w Ludwikowicach Kłodzkich w Górach Sowich odbędzie się VI edycja Mistrzostw Polski Lekarzy w Biegu Górskim w ramach legendarnego Biegu na Wielką Sowę. Wspaniałe widoki i 10-kilometrowa trasa, w większości pod górę, z pewnością pozostawią niezapomniane wrażenia.

Natomiast w dniach **2-4 września** Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska organizuje XXI Żeglarskie Mistrzostwa Polski Lekarzy na jeziorze Roś. Startują załogi 4-osobowe (złożone z minimum dwóch lekarzy), przy czym sternikiem jachtu musi być lekarz. Regaty odbędą się na łodziach typu DELPHIA 21, a – jak zapewniają organizatorzy – obydwa wieczory żeglarskie zostaną spędzone na wspólnej biesiadzie. Szczegóły na stronie www.regaty.wmil.olsztyn.pl. „Gazeta Lekarska” jest patronem medialnym tego wydarzenia. ■

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE**ZJAZD ABSOLWENTÓW AM W LUBLINIE (1981-1987), 35 LAT**

Zapraszamy na jubileuszowy zjazd koleżeński. Termin i miejsce: 8 października 2022 r. godz. 19.00, Hotel Focus w Lublinie. Nocleg na hasło „Zjazd”. Zgłoszenia na e-mail: bogorek1@gmail.com, tel. 605 690 295 (Basia Ogórek), tel. 503 519 271 (Gosia Piłat), tel. 606 880 211 (Maciek Kościelecki), tel. 601 989 998 (Andrzej Szerej). Koszt uczestnictwa: 400 zł. Zgłoszenia wraz z opłatą przyjmujemy do 10 września 2022 r. Nr konta do wpłat: 92 1020 3147 0000 8102 0119 6880 (w tytule: imię i nazwisko).

ABSOLWENCI WYDZIAŁU STOMATOLOGICZNEGO AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1972

Zapraszamy na obchody z okazji 50-lecia ukończenia Akademii Medycznej we Wrocławiu (rocznik 1972), które odbędą się w dniach

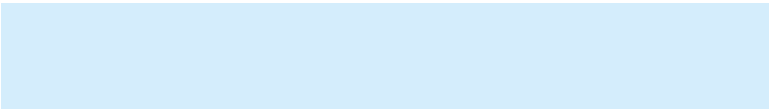
9-10 września 2022 r. we Wrocławiu. Program zjazdu wraz z wysokością opłat na www.dilnet.wroc.pl w zakładce „społeczność”. Wpłaty prosimy dokonywać na konto 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 31 lipca 2022 r. z dopiskiem „Zjazd 1972”. Informacje: Patrycja Malec (tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl).

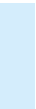
ABSOLWENCI AM W SZCZECINIE, ROCZNIK 1972

50-lecie – odnowienie dyplomu 23 września 2022 r. w Akademii na Rybackiej. Spotkania towarzyskie 23 i 24 września w hotelu NOVOTEL CENTRUM w Szczecinie, koszt: 480 zł/os. Wpłaty do 15 sierpnia 2022 r. na konto 83 1020 4795 0000 9602 0184 6948 z dopiskiem „ZJAZD”. Nazwiska takie jak na tablo. Osoby towarzyszące mile widziane. Indywidualnie zamawiamy pobyt w hotelu NOVOTEL na hasło „ZJAZD” (tel. 91 480 14 00). Lucyna Kuźnicka-Hałaburda (tel. 601 945 731, e-mail: lkuznicka@poczta.onet.pl).

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

Ogłoszenia

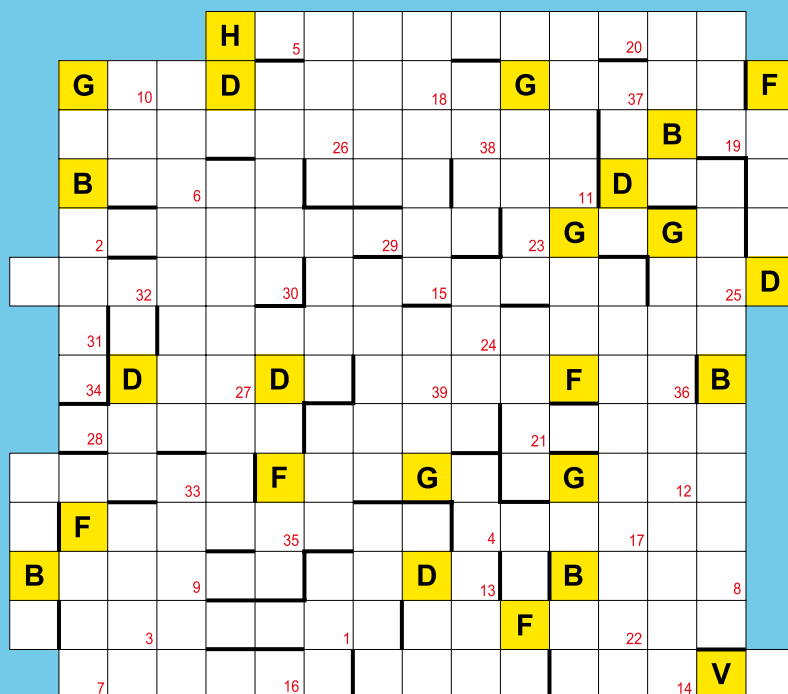






**Wydawnictwo Lekarskie PZWL to specjaliści,
wiedza i zaangażowanie.**

Z kodem PZWL25 wszystkie książki drukowane
zamówione na www.pzwl.pl 25 proc. taniej!



Objaśnienia 69 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: B, D, F, G, H i V. Na ponumerowanych polach ukryto 39 liter hasła, które stanowią rozwiązanie. Jest to myśl Franka Lloyda. Hasło należy przestać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 15 sierpnia 2022 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* lissencephalia * ksywa Borika * miejsce pobytu Iżej chorych na COVID-19 * drzewo ze srebrnikowców * dymi na Sycylii * katar sienny (skrót) * poeta lord George * rozsiane krzepnięcie śródnacyniowe * organizmy w przypowierzchniowej części gleby * miejsce narodzin Szymborskiej * wzrost stężenia ciał ketonowych we krwi * filozof z Królewca * pyrosis * kraj z Libreville * ... Siao Ping * tkanka (łac.) * para komórek * rodnik o wzorze MH4 * kilka warstw kartonu * aqua * niechęć, uraza * mroźna i sroga * laudanum * biały dom w Maroku * pus * jednostka pojemności elektrycznej * namiastka * skaner do TK * do wywołania dyrektyw * myśl przewodnia * cytoplazma komórki jajowej * pieśń Konopnickiej i Nowowiejskiego * twory uszypułowane * mrówki kuchenne * folia celulozowa * dietylamid kwasu lizerginowego * doktryna filozofa z Efezu * bezbarwna ciecz o zapachu chloroformu * pacioreczniki * ser owczy z Podhala * wzięwanie tlenu * rura karabinu * leczniczy szlam wulkaniczny

* zespół urzędów * C6H6 * przed oligoceniem * żółty substrat barwników * papuga z Nowej Zelandii * tynkowanie gliną * btoğanostan * argentyńsko-brazylijski cud natury * znamiona (łac.) * francuski burmistrz * lipoproteiny dużej gęstości * pies Stasia i Nel * we Włocławku i Asuanie * zapalenie tętnicy głównej (łac.) * sędzia islamski * flexibilitas * z zakładami Carl Zeiss * klepa * ekspresja emocji * ... Tse Tung * z jej soku tequila * płynie przez Kościan * alkohol w olejku eterycznym * lacrimae * sławne procesem czarownic * imię patrona OIL w Warszawie

Jerzy Badowski

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 274 („GL” nr 05/2022)
Żyjesz zbyt krótkie, aby było male.

Nagrody otrzymują:

Justyna Bolech-Gruca (Kraków), Weronika Łuczowska (Łódź), Agnieszka Malinowska (Gdynia), Aneta Rzesoś (Poznań), Iwona Szmajdych-Smyczek (Zory). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

WYDAWCA



**Naczelna
Rada
Lekarska**

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 181 000 egz.

Rada Programowa

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

Redakcja

ul. Jana III Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa
tel. (22) 558 80 40, redakcja@gazetalekarska.pl

Marta Jakubiak (redaktor naczelna)

tel. 698 297 739

naczelnyn@gazetalekarska.pl

Lidia Sulikowska (sekretarz redakcji)

tel. 668 854 344

l.sulikowska@gazetalekarska.pl

Lucyna Krysiak (dziennikarz)

tel. 696 487 048

l.krysiak@gazetalekarska.pl

Mariusz Tomczak (redaktor portalu internetowego)

tel. (22) 558 80 40

m.tomczak@gazetalekarska.pl

www.gazetalekarska.pl

Reklama i marketing

Elżbieta Tarczyńska

tel. 606 699 830

e.tarczyńska@gazetalekarska.pl

Ogłoszenia

Sebastian Knysak

tel. (22) 559 13 26

ogloszenia@gazetalekarska.pl

Projekt:

Łukasz Szczepanowski

Skład:

Montownia/Teresa Urawska

Druk

Walstead Central Europe

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

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

