

WAŻNY TEMAT: RATOWANIE ŻYCIA TO NIE PRZESTĘPSTWO



GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB
LEKARSKICH

9 | 2022



TEMAT NUMERU

CENA WOJNY

Co agresja na Ukrainę ma
do ochrony zdrowia w Polsce?



38

Rośnie liczba studentów kierunku lekarskiego. Jest on dostępny w każdym województwie przynajmniej w jednej uczelni.

56

Słowo „pacjent” kryje w sobie ciekawą i bogatą historię. Jego trzon powtarza się w wielu językach i do dziś zachowała go polszczyzna w postaci Pasji, która oznacza Mękę Chrystusa.



48

Otyłych należy leczyć, a nie odchudzać. Ponad 100 tys. nowotworów rozpoznawanych rocznie w krajach UE to wyłącznie skutki otyłości.

SAMORZĄD

- 5 To nie taśma produkcyjna (Łukasz Jankowski)
- 6 O tym się mówi
- 8 Ratowanie życia to nie przestępstwo

TEMAT NUMERU

- 12 Fakty i liczby
- 13 Cena wojny
- 16 Sonda

SAMORZĄD

- 18 Lekarze z ograniczoną sprawnością
- 22 Quo vadis medice?

PRAWO I MEDYCyna

- 27 Czy zabieg był potrzebny?
- 28 Kolejna kara za naruszenie RODO dla podmiotu leczniczego
- 30 Udostępnianie OC na żądanie pacjenta
- 31 Niewłaściwa diagnoza
- 32 Usługi prania na rzecz szpitala bez zwolnienia z VAT
- 33 Lekarz lekarzowi...?

PRAKTYKA LEKARSKA

- 34 Stomatologia (Paweł Barucha)
- 35 Interakcje żywieniowe sprzyjające zapaleniu przyzębia
- 36 3D kontra frezowanie

- 37 Próchnica wciąż straszy
- 38 Nie ma dowodów
- 41 Nie produkujemy lekarzy na eksport

SAMORZĄD

- 43 Biuletyn NRL

PRAKTYKA LEKARSKA

- 47 AI w onkologii
- 48 Otyłych należy leczyć, a nie odchudzać
- 50 Co dalej?
- 51 Kogo czeka kolejna koronajesień?
- 52 Problem tkwi w relacjach
- 54 Dostrzegajmy tych, którzy nas potrzebują
- 56 Perspektywa pacjenta
- 58 Portfele amerykańskich rezydentów
- 59 Rząd USA: dostęp musi być otwarty
- 60 Światowy Zjazd Lekarzy Polskich w Olsztynie

PO GODZINACH

- 62 Wszystko (i nic) do poprawy (Sławomir Badurek)
- 63 Stan rzeczy (Jarosław Wanecki)
- 64 Pogromca zapomnianej epidemii
- 65 Od tańca do różańca
- 70 Kultura
- 75 Sport
- 78 Ogłoszenia
- 82 Jolka lekarska

OD REDAKCJI



Marta Jakubiak

Redaktor naczelna

DWIE RZECZYWISTOŚCI

Pamiętam sprawę lekarza, która toczyła się przed organami odpowiedzialności zawodowej. Obwiniony przeoczył na zdjęciu RTG złamanie. Nieważne, że nie mógł go zobaczyć, bo obraz był bardzo niewyraźny, zrobiony starym sprzętem, który już ledwo działał (innego nie było). Sąd orzekł winę lekarza, bo w świetle prawa to on odpowiada ostatecznie za jakość leczenia. Tak jest.

Może być jednak inaczej. Ten sam pacjent, ten sam lekarz, ten sam przypadek medyczny. Jednak nie ma skargi pacjenta, lecz zostaje wszczęte postępowanie, którego celem jest ustalenie, dlaczego lekarz nie zauważył złamania. Nikt nie pyta, kto jest winny. Ustala się przyczynę wystąpienia niepożądanego zdarzenia medycznego: lekarz nie stwierdził złamania, ponieważ go nie widział, gdyż obraz był wadliwy. Jakie jest postępowanie? Aparat RTG zostaje wymieniony (wyeliminowano błąd z systemu), a lekarz może wykonywać swoją pracę bezpiecznie. Bezpieczni są też pacjenci. A ten, który został narażony na cierpienie, otrzymuje zadośćuczynienie i systemowe wsparcie, by jak najszybciej powrócił do zdrowia.

No-fault.



SZANOWNI PAŃSTWO, KOLEŻANKI I KOLEDZY

Wakacje nie były czasem wolnym od tematu kształcenia. Wręcz przeciwnie, bardzo dużo w przestrzeni publicznej mówiło się o studiach medycznych, poziomie takich studiów i późniejszej ścieżce absolwentów kierunków lekarskich. Ale w tych dyskusjach to głównie nasze środowisko wybiegało w przyszłość. Mam poczucie, że rozwiązania proponowane przez decydentów, nawet gdy w swym zamyśle słuszne, są oderwane od jakiegokolwiek strategii i podejścia systemowego.

Organizatorzy systemu ochrony zdrowia jakby zapominali, że „wrzucenie” tematu to nie jest rozwiązanie problemu, istotny jest kontekst, konsekwencje przekładające się na późniejsze funkcjonowanie opieki zdrowotnej, warunki naszej pracy i jakość tej opieki w perspektywie pacjenta. Czy „produkcja” lekarzy rozwiąże problemy kadrowe i sprawi, że dostępność świadczeń zdrowotnych zwiększy się? A może zwiększy się „eksport” lekarzy, bo system nie będzie przygotowany na znacznie większą liczbę nowych absolwentów kierunków lekarskich? Obecnie problem jest już z dostępnymi miejscami stażowymi, a także z miejscami specjalizacyjnymi. Problem, polegający również na tym, że ze względu na warunki pracy i uwarunkowania prawne młodzi lekarze nie decydują się np. na specjalizacje zabiegowe. Bez poprawy warunków pracy nadzieja na zapewnienie luk w obszarach, gdzie ta praca jest pod wieloma względami najbardziej niewdzięczna, a także niebezpieczna pod kątem prawnym, może okazać się złudna. Przykład Hiszpanii pokazuje, że zwiększenie limitów na studia medyczne przełożyło się na zdecydowany wzrost emigracji. Statystyki dotyczące Hiszpanii obrazują trend, który dla naszego kraju może być kiepskim prognozą. Lepiej byłoby uczyć się na cudzych błędach...



Łukasz Jankowski
Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

TO NIE TAŚMA PRODUKCYJNA

Zazwyczaj za produkcją taśmową nie stoi wysoka jakość. Obniżenie jakości kształcenia w przypadku przyszłych lekarzy może okazać się dramatyczne w skutkach. Dla

”

Obniżenie jakości kształcenia w przypadku przyszłych lekarzy może okazać się dramatyczne w skutkach.

pacjentów przede wszystkim, ale też dla samych młodych lekarzy, którzy zderzą się ze ścianą niewydolnego systemu i mogą być postrzegani, ba! mogą czuć się - i w rzeczywistości niestety być - gorzej przygotowani do wykonywania zawodu.

Wątpliwość wzbudził również pomysł Ministerstwa Zdrowia wprowadzający kredyty na studia medyczne. Kredyty na studia medyczne pewnie dla niektórych młodych osób są jedyną szansą na zdobycie wykształcenia lekarskiego. Decyzja o wzięciu takiego kredytu musi być jednak odpowiedzialna, podjęta po rozważeniu ryzyka i dogłębnym przemyśleniu. Warunki umorzenia - jeżeli nie zmieniają się warunki pracy w publicznym systemie ochrony zdrowia - mogą okazać się niemożliwe lub bardzo trudne do spełnienia. Bo wybór specjalizacji deficytowej

i zobowiązanie do „lojalki” na 10 lat w publicznej ochronie zdrowia - w obecnych „standardach” tej ochrony zdrowia - to ogromne wyzwanie. Nierozumiałe jest również tłumaczenie MZ, że wprowadzenie takich kredytów ma ułatwić studiowanie medycyny osobom, które nie dostałyby się na bezpłatne studia i wspomóc ich studia w trybie niestacjonarnym. To wprost przyznanie do kierunku, w jakim zmierza resort - zwiększenie kształcenia bez zwracania uwagi na jakość.

Warunki pracy to, jak niezmiennie podkreślamy, również bezpieczeństwo leczenia, poczucie bezpieczeństwa prawnego. Dlatego

podjęliśmy kolejne działania na rzecz wprowadzenia w Polsce systemu bezpieczeństwa leczenia opartego na idei no-fault. Prócz legislacji ważna w tym wszystkim jest świadomość społeczna pozytywnych efektów dla pacjentów, wynikających z no-fault. Pracujemy więc nie tylko nad projektem ustawy, ale też nad kampanią społeczną. Opracowaliśmy memorandum, za nami jest konferencja ekspercka „Ratowanie życia to nie przestępstwo”. Liczymy, że naszym przekazem ucinamy interpretacje utożsamiające no-fault z bezkarnością. Wszelkie nadinterpretacje i półprawdy jako samorząd staramy się prostować i wyjaśniać również na bieżąco, w wywiadach, a najchętniej w ramach bezpośredniego dialogu, na który jesteśmy otwarci.

Szeroko rozumiane warunki pracy, o których poprawę wciąż się upominamy, nakładana na nas presja, krzywdzące stereotypy, hejt, nierzadko odbijają się na naszym zdrowiu psychicznym. Ogromnie ważne jest, byśmy potrafili zadbać o siebie, nie ugięli się pod ciężarem oczekiwań i obciążeń. Mając na uwadze ten niezwykle istotny dla naszego środowiska aspekt, zarekomendowałem Naczelnej Radzie Lekarskiej powołanie pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyków. Będziemy pracowali nad programami i projektami, których celem będzie zapewnienie wsparcia psychicznego tak wielu potrzebujących go koleżankom i kolegom.



Renata Jeziółkowska

Rzecznik prasowy NIL

KSZTAŁCENIE

Samorząd lekarski zwraca uwagę, że receptą na brak lekarzy nie jest ich „produkcja”. W odniesieniu do otwierania kierunku lekarskiego na uczelniach niemedycznych prezes NRL przedstawił ministrowi edukacji i nauki Przemysławowi Czarnekowi dane dotyczące Hiszpanii – gdzie po skokowym zwiększeniu liczby studentów medycyny drastycznie wzrosła emigracja. Łukasz Jankowski podkreślał konieczność systemowego, a nie wycinkowego spojrzenia na kwestie kształcenia, tak by absolwenci mogli liczyć m.in. na miejsca specjalizacyjne, by nie kształcić lekarzy na eksport.

„Właśnie otwierają się kierunki studiów [lekarskich – przyp. red.], które funkcjonują, nawet pomimo negatywnej opinii Państwowej Komisji Akredytacyjnej, na tak zwanym statusie warunkowo dopuszczonym do kształcenia. My przeciwko temu protestujemy. Uważamy, że pacjent ma prawo, jeżeli staje przy jego łóżku lekarz, być pewien, że ten lekarz został wykształcony na uczelni, która daje rękojmię tego kształcenia”.

Łukasz Jankowski, prezes NRL w TOK FM

O TYM SIĘ MÓWI

NIE MÓWIMY O BEZKARNOŚCI

Ogromny nacisk w wypowiedziach medialnych kładliśmy na temat systemu no-fault i znaczenie bezpieczeństwa leczenia. Dokładnemu wytłumaczeniu złożonych kwestii w prosty sposób służyło przygotowane w Naczelnej Izbie Lekarskiej memorandum oraz zorganizowana przez nas konferencja ekspercka. Tym samym chcieliśmy uciąć pojawiające się w przestrzeni publicznej narracje, że no-fault oznacza bezkarność. Relację z konferencji publikujemy na kolejnych stronach. Poniżej – przegląd wątków komentowanych i prezentowanych przez NIL w prasie, radiu, telewizji, na portalach internetowych.

DYSKUSJE NA ŁAMACH PRASY?

Termin (3 sierpnia) naszej konferencji „Ratowanie życia to nie przestępstwo” zbiegł się w czasie z momentem, gdy szerokim echem w środowisku lekarskim odbił się jeden z wywiadów udzielonych przez ministra zdrowia. Prezes NRL poproszony przez dziennikarzy o komentarze odniósł się w sposób merytoryczny do słów ministra oraz w odpowiedzi na zawarte w tekście półprawdy dot. m.in. systemu no-fault zaprosił Adama Niedzielskiego na wspomnianą debatę ekspercką w NIL.

KOLEJNY OBSZAR DZIAŁAŃ PROPACJENCKICH

Informowaliśmy o porozumieniu o współpracy podpisanym przez prezesa NRL Łukasza Jankowskiego i Rzecznika Praw Pacjenta Bartłomieja Chmielowca. Dotyczy ono wspólnych projektów, m.in. konferencji i szkoleń dla personelu medycznego.

NO-FAULT TEMATEM NR 1 SPOTKAŃ

Z aprobatą dla przedstawionej przez prezesa NRL koncepcji systemu wprowadzającego warunki bezpiecznego leczenia odniósł się Rzecznik Praw Obywatelskich Marcin Wiącek. RPO zadeklarował współpracę. Założenia przygotowywanego przez NIL projektu ustawy dotyczącej wprowadzenia tego systemu Łukasz Jankowski omówił także podczas spotkania (7 lipca) z przewodniczącą senackiej Komisji Zdrowia Beatą Małecką-Liberą i marszałkiem Senatu Tomaszem Grodzkim oraz na spotkaniu z ministrem zdrowia Adamem Niedzielskim (6 lipca). Media informowały o pracach nad lekarskim projektem ustawy.

EMIGRACJA LEKARZY

Podawaliśmy najnowsze dane dotyczące wyjazdów lekarzy do pracy za granicą. W ciągu siedmiu miesięcy tego roku po zaświadczenia potrzebne, by ubiegać się o pracę w innych krajach Unii Europejskiej, zgłosiło się więcej lekarzy niż w całym poprzednim roku.

PROJEKT ROZPORZĄDZENIA DOT. SPECJALIZACJI

Media cytowały stanowisko prezydium NRL w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia, w którym negatywnie oceniono sposób prowadzenia prac nad przygotowaniem projektu tego aktu prawnego, czego skutkiem będzie zbyt późne jego wydanie i opublikowanie.

STOMATOLOGIA

W kontekście kosztu prywatnej wizyty u lekarza dentystry pojawiał się w mediach temat stomatologii.

„Lekarze dentyści zostali wypchnięci z systemu ubezpieczeń społecznych. Po prostu nasze usługi, które mają być świadczone na pewnym poziomie, czego – jak powiedziałem – oczekują od nas pacjenci, są drogie”.

dr Dariusz Paluszek z Naczelnej Rady Lekarskiej

KREDYTY NA STUDIA

Lekarze z NRL zaznaczali, że kredyty na studia, oparte na zaproponowanych przez rząd zasadach, uzależniających możliwość umorzenia od wyboru specjalizacji deficytowej i zobowiązania do pracy przez 10 lat w publicznej ochronie zdrowia, nie są rozwiązaniem problemów kadrowych, a aspektem, którego nie należy pomijać jest kwestia odpowiedzialności i konsekwencji takiej decyzji dla studenta.

HEJT

Lekarze z samorządu zawodowego w zdecydowany sposób reagują na hejt dotyczący lekarzy. A ten pojawia się również wewnątrz środowiska i również spotyka się z krytyką ze strony NIL. Izba zapowiada wdrożenie mechanizmów mających na celu walkę z hejtem przeciwko lekarzom, który to nie ma nic wspólnego z konstruktywną krytyką i merytoryczną dyskusją.

„Tak późne wydanie aktu wykonawczego do ustawy uniemożliwia zarówno lekarzom, lekarzom denty stom, jak również organom prowadzącym to postępowanie, w szczególności wojewodom, właściwe przygotowanie się do procesu rekrutacji. Budzi to obawy samorządu lekarskiego, a w szczególności lekarzy i lekarzy denty stom zamierzających

uczestniczyć w tym postępowaniu, czy jesienne postępowanie kwalifikacyjne, które ma odbywać się według nowych zasad, zostanie przeprowadzone bez zakłóceń”.

Fragment Stanowiska Prezydium NRL w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy denty stom

„Pracownicy ochrony zdrowia stanowią szczególną grupę, która jest narażona na większe ryzyko ciężkich zakażeń ze względu na dużą ekspozycję podczas opieki nad pacjentami, jak również mogąca przyczynić się do transmisji wirusa w placówkach leczniczych, w przypadku zachorowania”.

Fragment apelu PRNL w sprawie szczepień personelu medycznego przeciwko COVID-19 drugą dawką przypominającą

4. DAWKA SZCZEPIONKI PRZECIWKO COVID-19 DLA MEDYKÓW

Na naszej stronie internetowej informowaliśmy, że czwartą dawką, czyli drugą dawką przypominającą, od 17 sierpnia może szczepić się personel medyczny oraz pracownicy podmiotów medycznych, studenci kierunków medycznych, farmaceuci. W sprawie szczepień medyków Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej 29 lipca skierowało apel do MZ. PNRL podkreślało istotność umożliwienia szczepienia się kolejnym grupom oraz zachęcało zarówno medyków, jak i pacjentów mających już taką możliwość do korzystania z ochrony, jaką daje szczepionka.

PEŁNOMOCNIK NRL DS. LEKARZY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

Z dużym zainteresowaniem dziennikarzy spotkał się temat niepełnosprawności wśród lekarzy. Wiele redakcji odnotowało fakt powołania przez NRL pełnomocnika ds. lekarzy z niepełnosprawnościami. Z wybranym na tę funkcję Olegiem Nowakiem przeprowadzono szereg wywiadów.

KOLEJKI DO SPECJALISTÓW

Czas oczekiwania w kolejkach to wątek, który pojawia się przy wielu tematach związanych z problemami systemu opieki zdrowotnej.

WYNAGRODZENIA

Przedstawiciele NRL wypowiadali się na temat wynagrodzeń i kwestii wypłacania bądź problemów z wypłacaniem pieniędzy lekarzom. Zapowiadali interwencje samorządu w przypadkach ich niewypłacania.

„Ja słyszę od pacjenta, że on ma wizytę kontrolną na NFZ za pół roku, a widzę, że stan wymaga pilnej interwencji. Napiszę skierowanie na cito, natomiast na NFZ jest szalenie ciężko się dostać, ponieważ te kolejki są bardzo długie, a związane jest to z niedofinansowaniem ochrony zdrowia i tym, że lekarzy jest bardzo mało”.

Paweł Doczekalski, przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy NRL

AMBASADORZY BEZPIECZEŃSTWA LECZENIA

Pod takim szyldem zorganizowaliśmy pierwsze z cyklu spotkanie przedstawicieli komisji młodych lekarzy z okręgowych izb lekarskich z terenu całej Polski. Spotkanie miało charakter warsztatowy, a uczestnicy koncentrowali się m.in. na tworzeniu jasnych i prostych przekazów o złożonych zagadnieniach. Głównymi tematami były system no-fault i bezpieczeństwo leczenia – wątki związane z powstającym w samorządzie lekarskim projektem ustawy oraz kształtowanie wizerunku lekarzy i lekarzy denty stom.

Ratowanie życia to nie przestępstwo

Wokół trzech filarów, składających się na system zwiększający bezpieczeństwo leczenia – zarówno z perspektywy pacjenta, jak i lekarza – toczyła się dyskusja podczas konferencji eksperckiej zorganizowanej 3 sierpnia w Naczelnej Izbie Lekarskiej. Omówione zostało przyjęte przez Naczelną Radę Lekarską memorandum dotyczące postulowanego m.in. przez środowisko lekarskie wprowadzenia komplementarnych rozwiązań opartych na idei no-fault.

Renata Jeziółkowska Rzecznik prasowy NIL

Filary systemu, a tym samym filary dyskusji, to: wyłączenie lekarzy z odpowiedzialności karnej w sytuacjach zdarzeń niepożądanych, z zachowaniem jej w przypadku rażącego niezachowania staranności, utworzenie funduszu kompensacyjnego oraz rejestru zdarzeń niepożądanych.

W konferencji uczestniczyli: Łukasz Janowski, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej; Przemysław Rosati, prezes Naczelnej Rady Adwokackiej; Ewelina Nazarko-Ludwiczak z Fundacji My Pacjenci; dr Robert Moidach, członek Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta, współzałożyciel Instytutu Zdrowia i Demokracji; Stanisław Iwańczak, pełnomocnik dyrektora ds. bezpieczeństwa pacjentów w Katowickim Centrum Onkologii. Konferencję poprowadziła Renata Jeziółkowska, rzecznik prasowy Naczelnej Izby Lekarskiej. Memorandum w sprawie zwiększenia bezpieczeństwa i jakości leczenia poprzez wprowadzenie systemu opartego na idei no-fault było punktem wyjścia do dyskusji. Przyjęte przez NRL memorandum stanowiące analitycznie przedstawioną diagnozę, z wnioskami będącymi czymś w rodzaju rekomendowanej terapii, zostało zreferowane przez prezesa NRL. – Jesteśmy lekarzami, naszym nadrzędnym celem jest bezpieczeństwo i zdrowie

pacjenta. Tutaj nie można mówić o perspektywie lekarza innej niż perspektywa pacjenta, bo te perspektywy dążą do tego samego. Pacjent przychodzi do lekarza, bo chce uzyskać poradę, odzyskać zdrowie, jeśli jest chory, a lekarz chce z pełną odpowiedzialnością, najlepiej jak tylko może i na ile mu system pomoże, pomóc temu pacjentowi – powiedział Łukasz Janowski.

Goście konferencji zostali poproszeni o zrecenzowanie założeń zawartych w memorandum oraz zestawienie ich ze swoją perspektywą i doświadczeniami.

Presja wywierana na lekarza – odpowiedzialność karna lekarza przekładająca się na sytuację i lekarza, i pacjenta.

W pierwszym wątku prezes Naczelnej Rady Adwokackiej, Przemysław Rosati, wyjaśniał sens wyłączenia (niecałkowicie) odpowiedzialności karnej w przypadku lekarzy. – Prowadzę kilkanaście postępowań, gdzie bronię lekarzy albo członków personelu medycznego – perfuzjonistów, pielęgniarki, położne. Nie ma takiego postępowania, które byłoby sprawne, które w perspektywie pacjenta doprowadziłoby do szybkiego rozstrzygnięcia sprawy. Pacjent jest takim centralnym punktem dla lekarza, ale sposób ukształtowania odpowiedzialności karnej nie może blokować lekarza w procesie leczenia. Lekarz nie może się zastanawiać,

czy nadrzędna jest procedura, czy nadrzędne jest dobro pacjenta. Lekarz w ten sposób tak naprawdę traci pierwiastek innowacyjności, możliwości rozwoju medycyny, bo siłą rzeczy zastanawia się, czy procedura mu na to pozwala.

Do kwestii winy i kary odniosła się Ewelina Nazarko-Ludwiczak z Fundacji My Pacjenci. – System, który obecnie funkcjonuje, jest systemem bardzo antypacjentocentrycznym. (...) Funkcjonuje w oparciu o to, że trzeba kogoś obarczyć winą, często znaleźć kozła ofiarnego – bo wiemy, że do błędu dochodzi często wskutek różnych zdarzeń, co powoduje, że pacjent wiele miesięcy pozostaje bez tego, co jest z jego perspektywy kluczowe – czyli bez naprawienia szkody, która powstała. (...) Błędy, tak jak każde kryzysy, zdarzają się w medycynie i będą się zdarzały. Cała aura skupia się na tym, by znaleźć kogoś, kto zostanie ukarany. To jest z perspektywy pacjenta bezsensowne. Musimy jak najszybciej nauczyć się tego, by o błędach i zdarzeniach niepożądanych rozmawiać, żeby wyciągać z nich wnioski, by je eliminować, by było ich jak najmniej.

O tym, jak koncentrowanie się na kwestii winy wpływa na aspekt bezpieczeństwa pacjenta, wypowiedział się Stanisław Iwańczak, pełnomocnik dyrektora ds. bezpieczeństwa pacjentów w Katowickim Centrum Onkologii. – Trzeba spojrzeć na

bezpieczeństwo w ochronie zdrowia jako całość. W jego obrębie mamy bezpieczeństwo pacjenta, ale mamy również bezpieczeństwo personelu medycznego. Mamy całą przestrzeń implikacji i powiązań, jeżeli nie mamy komfortu również prawnego i dobrych warunków pracy, to nie możemy rozmawiać o bezpieczeństwie pacjenta. (...) Kryminalizacja, penalizacja zdarzeń

i jakiegokolwiek stopień nieadekwatnej odpowiedzialności prawnej wiąże się z pogorszeniem stanu bezpieczeństwa pacjenta. Prezes samorządu lekarskiego przedstawił perspektywę lekarzy, którzy w swojej codziennej pracy zderzają się z sytuacjami, gdy przed podjęciem decyzji medycznej, muszą brać pod uwagę ewentualne konsekwencje prawne.

- Proszę zobaczyć, co dzieje się w naszych lekarskich głowach. To znaczy - moment, w którym my traktujemy pacjenta jako potencjalne źródło kłopotów, zagrożenie dla naszego bezpieczeństwa, to jest moment całkowitego zakończenia tak naprawdę nie tylko relacji lekarz-pacjent, ale medycyny jako takiej. My po prostu przestajemy

leczyć pacjenta, tylko zaczynamy leczyć dokumentację dla prokuratora. To jest ogromna porażka tego systemu, który mamy w tej chwili - argumentował Łukasz Jankowski.

Robert Młodach, członek Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta, współzałożyciel Instytutu Zdrowia i Demokracji, ale też pilot, przywołał analogie z branży lotniczej.

- Główna lekcja z lotnictwa, którą powinniśmy przenieść do medycyny, to zadawać pytanie: nie kto jest winny, ale co poszło nie tak? To absolutny fundament. (...) Jeżeli dochodzi do jakiegoś zdarzenia, to na jego drodze zdarzają się różnego rodzaju wydarzenia, które mogą wpływać na dane zdarzenie, ograniczać je lub promować. Ten ostatni - lekarz, pilot, ktokolwiek odpowiedzialny - działa w warunkach pewnego łańcucha zdarzeń.

Fundusz kompensacyjny - możliwość szybkiego otrzymania środków niezależnie od wykazania winy.

Drugi wątek w dyskusji rozpoczął się od wypowiedzi Przemysława Rosatego, który mówił o uwarunkowaniach prawnych w obecnym i postulowanym przez lekarzy systemie. - Procedury są bardzo ważne. One muszą być, dlatego że w ten sposób nie dopuszczamy do anarchii w miejscu pracy czy w ramach zakładu opieki zdrowotnej. One też w sposób czytelny rozgraniczają zakresy odpowiedzialności czy zakres zobowiązań po stronie pacjenta. Ale z drugiej strony procedura nie może być elementem, który blokuje albo rozwój medycyny, albo wymaga od lekarza ponadprzeciętnych zdolności, które często są niemożliwe do zastosowania, jeżeli te decyzje muszą być podejmowane na cito, na już, w tym momencie.

Robert Młodach zaznaczał, że w dobrze działającym funduszu kompensacyjnym kluczowy powinien być czas. - Myślę, że ważniejsze dla pacjentów jest nie poszukiwanie winnego, tylko myśl, żeby takie zdarzenia [niepożądane - przyp. red.] więcej się nie zdarzały. Podsumowując: szybkość, sprawność tego procesu, brak dodatkowej traumy, zrozumienie tego, co zaszło i na koniec pewne takie uspokojenie, że - tak to było moje przeżycie, moja trauma, ale dobrze by było, żeby nikt inny w taki sam sposób tego nie zaznał.

Memorandum w sprawie zwiększenia bezpieczeństwa i jakości leczenia poprzez wprowadzenie systemu opartego na idei no-fault było punktem wyjścia do dyskusji.



Od lewej: Stanisław Iwańczak, Robert Młodach, Ewelina Nazarko-Ludwiczak, Przemysław Rosati, Łukasz Jankowski, Renata Jeziółkowska.

Zdaniem Stanisława Iwańczaka, z punktu widzenia pacjenta aktualny system praktycznie nie działa. – *Bardzo niewielka grupa pacjentów ma możliwość w ogóle starania się o zadośćuczynienie i ponoszenia kosztów udawadniania winy czy związku przyczynowo-skutkowego. A koszty rekompensat są czasami po prostu bulwersujące. Z drugiej strony mamy antagonizowanie relacji lekarz-pacjent. – Powinniśmy rozumieć słowo kompensacja. Nie powinniśmy tego sprowadzać tylko do możliwości otrzymania świadczenia pieniężnego, ze względu na to, że dla części pacjentów idealną kompensacją jest możliwość jak najszybszego naprawienia skutków działania niepożądanego w innym ośrodku, ośrodku bardziej specjalistycznym – podkreśliła Ewelina Nazarko-Ludwiczak, mówiąc o wielu problemach, z jakimi mierzą się pacjenci.*

O szerzej rozumianej kompensacji mówił również Łukasz Jankowski. – *Jeżeli doszło do zdarzenia niepożądanego, to w interesie i pacjenta i lekarza jest, żeby doszło do tej kompensacji nie rozumianej tylko rzeczywiście jako świadczenie pieniężne, ale jako jak najszybszy powrót do zdrowia. (...) Dzisiaj, przez brak etapu kompensacji dla pacjenta, my jako lekarze nie możemy działać dla pacjenta, nie możemy zadbać o jego zdrowie.*

Rejestr zdarzeń niepożądanych – identyfikacja (nieukrywanie) i eliminowanie, wyciąganie wniosków na przyszłość

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej otworzył ostatni z wątków dyskusji. – *Chcemy mieć możliwość uczenia się i to najchętniej, najlepiej, na błędach innych. Na studiach uczymy się na case'ach, czyli przypadkach klinicznych. Analiza przypadków z naszego środowiska pracy wpływałaby na poprawę jakości leczenia.*

Dzisiaj system zachęca do zamykania pod dywan, czyli „nie mówmy o tym, bo jeszcze przyjdzie pan prokurator”.

Robert Moidach odniósł się do drogi, którą lotnictwo już ma za sobą. Zaznaczył, że w lotnictwie rejestr jest fundamentem. – *Uniwersalny mianownik dla rejestrów [zdarzeń niepożądanych – przyp. red.] to wytworzenie atmosfery współpracy – kultury bezpieczeństwa. Oczywiście jej jedną ramą jest rama prawna, ale drugą ramą jest rama społeczna. (...) Przyjmijmy, że rejestr będzie prowadzony, przyjmijmy, że nawet będą pojawiały się rzetelne opisy zdarzeń, ale na koniec musi być umiejętność korzystania z niego. Czyli taka kultura wymiany wiedzy, kultura uczenia się, kultura nieobwiniania się, tylko kultura zrozumienia. To wszystko zamyka się w pojęciu kultury sprawiedliwego traktowania.*

O aspekcie pogłębiania dyskusji w celu zwiększenia świadomości społecznej wspomniała Ewelina Nazarko-Ludwiczak. – *Niezbędne są działania, kampanie, edukacja, które nauczą sporą część społeczeństwa i uzmysłowią, na czym tak naprawdę system no-fault polega i ile korzyści każdemu z nas, każdemu pacjentowi gwarantuje. (...) My [Fundacja MY PACJENCI – przyp. red.] oceniamy toczące się dyskusje publiczne jako bardzo płytkie. Są wykorzystywane jakieś pojedyncze, drastyczne przykłady – których ilość vs. ilość świadczeń w polskim systemie opieki zdrowotnej – to jest jakiś promil promili; są oparte na jakichś bardzo prostych emocjach, są bardzo podbijane w pewnych przekazach o cechach politycznych.*

Na konieczność wybrzmiewania pojęcia kultury w kontekście bezpieczeństwa zwracał uwagę Stanisław Iwańczak. – *Kultura bezpieczeństwa jest katalizatorem reakcji bezpieczeństwa pacjenta. Bez tego*

katalizatora będziemy mieć dokumenty tylko stworzone. Natomiast elementem kultury bezpieczeństwa jest kultura sprawiedliwego traktowania lekarza, pielęgniarki, diagnosty, wszystkich zawodów medycznych. (...) Nie możemy się uczyć tylko na podstawie zdarzeń niepożądanych. Dobrym przykładem jest kultura proaktywna. My, wiedząc, jakie mamy zagrożenia, podejmujemy działania. Wobec takiego faktu i naszych warunków pracy w opiece zdrowia, wg mnie niemożliwe jest karanie lekarzy, którzy pracują w skrajnie trudnych warunkach, skrajnie niezintegrowanych systemach.

Omawiany ostatni wątek Przemysław Rosati zakończył konkluzją: – *Wymiar sprawiedliwości nie zawsze dysponuje tą niezbędną wiedzą specjalistyczną. I na „koniec dnia” pacjent zostaje sam i jest pogrążony w wieloletnich procesach. Dwa dni temu byłem na przesłuchaniu w sprawie błędu, postępowanie trwa szósty rok... Więc sami państwo odpowiedźcie sobie, gdzie jesteście dzisiaj.*

W ramach podsumowania wszyscy eksperci potwierdzili, że zgadzają się z kierunkiem wytyczonym w memorandum. ■■■



Wideo z konferencji eksperckiej NIL „Ratowanie życia to nie przestępstwo”



Memorandum ws. zwiększenia bezpieczeństwa i jakości leczenia poprzez wprowadzenie systemu opartego na idei no-fault

81,9%

stan zaszczepienia społeczeństwa przeciw odrze w 2020 r. w Ukrainie wg WHO (po podaniu 2 dawek szczepionki MMR). W I. 2017-2019 doszło tam do epidemii odrzy, a we wcześniejszych latach do załamania realizacji programu szczepień.

5,5 mln

liczba osób odprowadzonych przez Straż Graniczną na przejściach z Ukrainy do Polski od 24 lutego do połowy sierpnia. W odwrotnym kierunku odprowadzono wówczas ponad 3,6 mln osób. Według danych ONZ w tym czasie Ukrainę opuściło ponad 10,6 mln osób.

1133

tyle wniosków o udzielenie zgody na wykonywanie zawodu w ramach tzw. uproszczonego dostępu od 24 lutego złożyli do ministra zdrowia lekarze i stomatolodzy z Ukrainy. Wydano 475 pozytywnych decyzji (stan na 16 sierpnia). Po uzyskaniu takiej zgody lekarz składa wniosek do OIL o przyznanie odpowiedniego PWZ.

23%

wśród tyłu ukraińskich rodzin uchodźców przebywających w Polsce, Czechach, Słowacji, Mołdawii, Rumunii i na Węgrzech była przynajmniej jedna osoba wymagająca szczególnej opieki, a 82 proc. musiało rozstać się przynajmniej z jednym bliskim członkiem swojej rodziny (dane Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych do spraw uchodźców, stan na połowę lipca br.).

FAKTY I LICZBY

Konsekwencje rosyjskiej agresji na Ukrainę wpływają na polski system ochrony zdrowia zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio. Na razie jednak wiele danych, zwłaszcza dotyczących kosztów wojny, jest podawana bardzo ogólnikowo.

19%

najprawdopodobniej tyle wyniesie inflacja w I kw. 2023 r. Taka prognoza, przygotowana przez NBP, znalazła się w lipcowym „Raportie o inflacji” RPP. Scenariusz jest w dużym stopniu uzależniony od skutków agresji zbrojnej przeciw Ukrainie, która obejmuje m.in. dalszy silny wzrost cen surowców. Drożyzna coraz bardziej uderza w szpitale. Niezwykle dotkliwe są wzrosty kosztów energii elektrycznej i tlenu. Wiele firm chce aneksować umowy, zaczyna brakować pieniędzy na zapłaty podwykonawcom.

25,4 mld zł

(0,97% polskiego PKB w 2021 r.) – wartość całkowitych rocznych wydatków władz publicznych i prywatnych wydatków Polaków przeznaczonych na pomoc uchodźcom w ciągu pierwszych 3 miesięcy wojny (wg szacunków Polskiego Instytutu Ekonomicznego).

1,35 mln

prawdopodobnie tyle wynosiła liczba Ukraińców mieszkających w naszym kraju przed rozpoczęciem pełnoskalowej agresji przez Rosję. Powiązania rodzinne i towarzyskie między uchodźcami a obecną wcześniej diasporą wpłynęły na to, dokąd wielu z nich udało się po przekroczeniu granicy.

13,2 tys.

tyłu obywateli Ukrainy, którzy mają status uchodźcy w Polsce, zaszczepiło się przeciw COVID-19 po 24 lutego (dane z 18 sierpnia). Ministerstwo Zdrowia zastrzega, że dane dotyczą tylko osób, którym nadano numer PESEL z powodu działań wojennych w Ukrainie i w związku z tym mogą być one niekompletne.

ANALIZA

CENA WOJNY

Polska nie jest stroną w konflikcie za naszą południowo-wschodnią granicą, ale od pierwszych dni rosyjskiej inwazji boryka się z jej następstwami. Co wojna w Ukrainie ma do ochrony zdrowia w naszym kraju?



Mariusz Tomczak

Dziennikarz

Każda wojna to morze cierpienia, a także ogromne koszty dla mieszkańców państw bezpośrednio dotkniętych. Z wieloma konsekwencjami borykają się kraje sąsiadujące z obszarem objętym działaniami militarnymi i powiązane ze stronami konfliktu (gospodarczo, społecznie, politycznie, kulturowo).

Media poświęcają sporo uwagi relacjonowaniu przebiegu wojny rozpętanej przez prezydenta Władimira Putina oraz informowaniu o pomocy finansowej, humanitarnej (w tym medycznej) i wojskowej płynącej dla naszych sąsiadów, zarówno tych, którzy pozostają w Ukrainie, jak i uchodźców.

POLSKA W CZŁÓWCE

O kosztach tej wojny wspomina się rzadziej. Szacunki polskiego rządu zawarte w specustawie o pomocy obywatelom Ukrainy szybko okazały się zaniżone, a media ogólnopolskie niespecjalnie drążą ten temat. Pojawiają się obawy, by nie zostać posądzonym o znieczulicę czy wpisywanie się w prokremlowską narrację. Czasami słychać opinie, że skoro giną niewinni cywile, z tygodnia na tydzień rośnie liczba osób, które straciły najbliższych, a ich dorobek życia mieści się w małej walizce, trzeba pomagać, nie pytając o nic. Polski Instytut Ekonomiczny (rządowy think tank) oszacował, że wydatki władz publicznych przeznaczone na pomoc uchodźcom wraz z kwotą prywatnych wydatków Polaków poniesionych na ten cel tylko w ciągu pierwszych trzech miesięcy wojny sięgnęły 25,4 mld zł, co odpowiada blisko 1 proc. PKB naszego kraju w 2021 r. O konsekwencjach rosyjskiej

agresji zbrojnej więcej mówi się za granicą niż w Polsce. Z obliczeń „Financial Times” sprzed kilku tygodni, ukazujących skalę pomocy humanitarnej i militarnej dla Ukrainy obliczanej w relacji do zamożności danego kraju, czyli do PKB, wynika, że Polska znajduje się w pierwszej trójce (za USA i Wielką Brytanią). Według analizy stacji BBC wśród krajów, które w największym stopniu udzielają pomocy wojskowej Ukrainie liczonej kwotowo, również jesteśmy na trzecim miejscu. Zdaniem szefa KPRM, Michała Dworczyka, do połowy maja tylko na wsparcie militarne Ukrainy Polska przeznaczyła 7 mld zł.

WYDATKI, PODATKI, DŁUG

Rząd nie ma swoich pieniędzy. Wydatki publiczne, również te ponoszone w związku z wojną w Ukrainie, są finansowane z podatków (czasami dla zmylenia opinii publicznej określanych jako „opłaty” czy „daniny”) i z emitowanego przez państwo długu (co przypuszczalnie skończy się zwiększeniem opodatkowania w przyszłości). Tak po prostu jest, na dłuższą metę praw ekonomii się nie oszuka. I nie ma to nic wspólnego z „wypominaniem” pomocy uciekinierom wojennym. Od kilku miesięcy szerokim strumieniem płynie dla nich pomoc ze strony zwykłych obywateli, co bezpośrednio nie obciąża budżetu państwa. Do tego dochodzą środki z Unii Europejskiej, choć w tym przypadku sytuacja jest bardziej złożona. Gdyby nie wojna, te pieniądze mogłyby sfinansować inne cele, kto wie, może część

wspomogłaby ochronę zdrowia? Na rzecz uchodźców trafiały m.in. niewykorzystane środki z polityki spójności i zaliczki z programu REACT-EU, który powstał z myślą o ograniczeniu skutków pandemii.

POMOC MEDYCZNA ZAWSZE KOSZTUJE

Część uchodźców z Ukrainy, którzy znaleźli schronienie w Polsce, stała się pacjentami lub wkrótce może zacząć korzystać z publicznej ochrony zdrowia. To dodatkowo obciąża nasz system borykający się przecież z niedofinansowaniem i długimi kolejkami do świadczeń. W debacie publicznej temat ten został zepchnięty na margines, bo koszty pomocy medycznej dla obywateli Ukrainy, jak wielokrotnie zapewniały władze, nie pochodzą z budżetu NFZ. Ale z pustego i Salomon nie naleje. Część środków przeznaczonych na wsparcie uchodźców (opieka medyczna, w tym zakup wyrobów medycznych, wypłata świadczeń rodzinnych, rodzicielskich i społecznych itp.) pochodzi z Funduszu Pomocy utworzonego na mocy specjalnej ustawy w państwowym Banku Gospodarstwa Krajowego. Fundusz zasilają pieniądze m.in. z budżetu państwa, sprzedaży obligacji i wpłat od darczyńców. To ozna-

cza, że z podatków i emisji długu też. To koszt utraconych korzyści (te podatki i ten dług nie dofinansują szpitali czy prorozwojowych celów niezwiązanych z ochroną zdrowia), za który - podkreślę to wyraźnie - nie należy obarczać ludzi uciekających przed rosyjskimi bombami. Adresatem pretensji powinny być władze na Kremlu.

Wydatki są finansowane z podatków i długu.



Ucieczka cywili z miasta Irpień (obwód kijowski).

JĘZYK, DOKUMENTACJA, BEZPIECZEŃSTWO

Po przybyciu rzeszy uciekinierów wojennych, dosłownie z dnia na dzień w niektórych placówkach medycznych pojawiły się nowe, zupełnie nieznane problemy. Wzajemną komunikację utrudnia bariera językowa, więc wizyty trwają dłużej. Za naszą południowo-wschodnią granicą używa się zarówno języka ukraińskiego, jak i rosyjskiego, a sporo osób posługuje się tzw. surżykiem, czyli mieszaniną obu. Uchodźcy przychodzą do gabinetu lekarskiego bez udokumentowanego rozpoznania choroby, czasami – tak jak polscy pacjenci – nie do końca wiedząc, co im dolega i jakie leki przyjmowali. Brak dokumentacji medycznej to duże wyzwanie dla bezpieczeństwa zdrowotnego ukraińskich pacjentów, ale też bezpieczeństwa prawnego lekarzy. Jeśli nawet jakimś cudem ktoś ma przy sobie opakowanie leku, to dla wielu medyków, zwłaszcza młodszych, cyrylica jest nie do odczytania. Czy kontrolerzy NFZ nie wytkną kiedyś lekarzom ewentualnych pomyłek?

INNY PROGRAM I KWALIFIKACJE

W związku z napływem uchodźców, wśród których są także przedstawiciele zawodów medycznych, pojawiły się głosy, by

ukraińskim lekarzom czy pielęgniarkom szeroko uchylić drzwi do wykonywania zawodu w Polsce. Szkopuł w tym, że bez znajomości naszego języka nie są w stanie przeprowadzić wywiadu oraz odczytać i wypełnić dokumentacji medycznej. Ukraińscy lekarze zdobywali wykształcenie w oparciu o zupełnie inny program nauczania niż polscy, a kształcenie specjalizacyjne za wschodnią granicą trwa znacznie krócej, co rodzi wątpliwości, na ile są przy-

gotowani do udzielania świadczeń medycznych w polskich realiach. Samorząd lekarski wielokrotnie zwracał uwagę, że wprowadzone w trakcie pandemii przepisy umożliwiły zatrudnianie lekarzy cudzoziemców

spoza UE o niezwykłych kwalifikacjach, bez wymogu znajomości języka polskiego, którzy nie mieli jakiegokolwiek styczności z naszym systemem. Resort zdrowia jednak nie podziela tych obaw. Od 24 lutego do 16 sierpnia lekarze i stomatolodzy z Ukrainy złożyli do ministra zdrowia 1133 wnioski o udzielenie zgody na wykonywanie zawodu w ramach tzw. uproszczonego dostępu (po jej uzyskaniu składa się wniosek do OIL o przyznanie odpowiedniego PWZ), a minister wydał 475 pozytywnych decyzji. W skali kraju niewiele, ale w przypadku mniejszych oddziałów

dotatkowa obecność jednego czy dwóch lekarzy ze Wschodu nie jest bez znaczenia.

EXODUS LUDNOŚCI, MIGRACJE MEDYKÓW

Można przypuszczać, że jeśli w kolejnych latach ułatwienia dla lekarzy ze Wschodu zostaną utrzymane, ich liczba w Polsce wzrośnie, ale skali tego zjawiska nie da się przewidzieć. Rozpoczęcie rosyjskiej inwazji doprowadziło do migracji ponad 10 mln ludzi (czyli prawie 1/4 populacji Ukrainy) w niespełna miesiąc, z czego 3,3 mln uciekło za granicę, głównie do Polski. Gdyby doszło do zaostrzenia walk lub okupacji jeszcze większej części terytorium Ukrainy, exodus ludności może się nasilić. Oczywiście nie wszystkie osoby o wykształceniu medycznym, które podejmą pracę w polskich placówkach, zwiążą się z naszym krajem na długie lata lub na zawsze. Część wróci do swojej ojczyzny, gdy ustaną działania wojenne, a dla innych możemy okazać się

Załamata się ciągłość opieki nad pacjentami z HIV.

Wojna w „spichlerzu Europy”, jak bywa nazywana Ukraina, przekłada się na wzrost cen żywności. Stawki proponowane szpitalom w umowach przez firmy cateringowe rosną, a zdjęcia posiłków serwowanych po ekstremalnie taniej wciąż mogą bić rekordy popularności w mediach społecznościowych.

tylko „przystankiem” w drodze do innych krajów UE. Będą i tacy, którzy nie wyjadą w rodzinne strony nawet, gdy dojdzie do zawieszenia broni. Niewykluczone natomiast, że na emigrację zdecydują się niektórzy mężczyźni w wieku 18-60 lat (którzy od kilku miesięcy, z małymi wyjątkami, mają zakaz opuszczania kraju). Co z tego jednak, że w naszym systemie przybędzie dodatkowy personel medyczny z Ukrainy, skoro zrównoważy to napływ uchodźców (potencjalnych pacjentów)?

RYZIKO WYBUCHU EPIDEMII

Minister zdrowia Ukrainy Wiktor Laszko ostrzegł, że wojna niesie ze sobą ryzyko wybuchów epidemii chorób zakaźnych. Ograniczony dostęp do pomocy medycznej, w tym do szczepionek, pogorszenie warunków sanitarno-higienicznych, przebywanie w zatłoczonych, źle wentylowanych schronach, brak dostępu do czystej wody, chowanie zmarłych w płytkich grobach, niedożywienie – to wszystko powoduje wzrost zagrożenia na terenach objętych walkami, a w związku z migracją ludności także w całym regionie. Nie ma co siać paniki czy straszyć przed kontaktami z osobami uciekającymi przed wojną, ale warto być świadomym potencjalnych niebezpieczeństw wynikających z napływu rzeszy ludzi z kraju, w którym sytuacja epidemiologiczna pozostawiała wiele do życzenia, jeszcze zanim rosyjskie pociski zaczęły spadać na Kijów i Charków. W obliczu wojny nie jest możliwe, by prawidłowo funkcjonował nadzór w zakresie chorób zakaźnych, co może okazać się brzemienne w skutkach. Nasz kraj powinien się na to przygotować.

LICZBY NIE KLAMIA

W ubiegłej dekadzie w Ukrainie doszło do załamania systemu szczepień ochronnych. Jeszcze przed lutową inwazją odnotowywano znaczące różnice w odsetku zaszczepionych dzieci (60-99 proc.) w zależności od grupy wiekowej i regionu. Wielu dorosłych Ukraińców sceptycznie odnosi się do szczepień, nie ufa instytucjom medycznym i ulega fake newsom (notabene często rozsiewanym przez rosyjskie trolle). Nieprzypadkowo w ostatnich latach kwitł handel podrabianymi świadectwami szczepień. Kilka lat temu nasz sąsiad zmagał się z epidemią odry. Statystycznie w Ukrainie znacznie częściej choruje się na gruźlicę niż w Polsce. Do niedawna liczbę osób zakażonych wirusem HIV w Ukrainie szacowano na 250 tys., a kraj

miał jeden z najwyższych wskaźników zachorowań na AIDS w Europie Wschodniej i Azji Środkowej. W trakcie prowadzenia działań wojennych załamała się ciągłość opieki nad wieloma aktywnie leczonymi pacjentami z HIV. Poziom zaszczepienia przeciw COVID-19 wśród Ukraińców jest niższy niż w Polsce (ok. 35 proc. pół roku temu). Z danych resortu zdrowia wynika, że spośród uchodźców, którzy przekroczyli granicę 24 lutego lub później, do połowy sierpnia zaszczepiło się kilkanaście tysięcy.

TYKAJĄCA BOMBA?

To, co dzieje się u naszych sąsiadów, można śledzić w czasie rzeczywistym dzięki relacjom korespondentów wojennych i za pośrednictwem mediów społecznościowych. Portale internetowe są pełne drastycznych relacji, nagrań i zdjęć ukazujących piekło wojny. Widzimy obrazy zniszczonych miast, słyszymy o ludziach ginących w domach, ostrzeliwaniu szpitali. Nie brakuje doniesień o torturowaniu, okaleczaniu i zabijaniu jeńców, wykorzystywaniu seksualnym cywilów. Siedząc w wygodnym fotelu z dala od linii frontu niełatwo sobie wyobrazić, co czują tysiące Ukraińców, którzy nie mogą zasnąć, bo z mediów dowiadują się o ciężkich walkach toczonych w pobliżu rodzinnej miejscowości, gdzie są ich bliscy. Można przyjąć za pewnik, że wśród uchodźców już przebywających w Polsce, jak i tych, którzy w trakcie wojny czy po jej zakończeniu przyjadą do naszego kraju, są i będą osoby traumatyzowane. Tymczasem polscy pacjenci z problemami psychicznymi już teraz czekają w i tak zbyt długich kolejkach.

UNIEZALEŻNIENIE KOSZTUJE

Przesuwając pionki na geopolitycznej szachownicy prezydent Rosji doprowadził do zmiany myślenia milionów ludzi na naszym kontynencie. Polityków też, a to oni pociągają za budżetowe sznurki. Brutalna napaść na Ukrainę wzmogła dyskusję o uniezależnieniu się od importu surowców energetycznych z Rosji, który zasila 1/3 ich budżetu. Odwrócenie się plecami od Moskwy w krótko- i średniookresowej perspektywie finansowo zaboli, bo oznacza wyższe koszty wytwarzania energii, przekładające się na wzrost cen dóbr i usług, również tych niezbędnych do funkcjonowania dużych podmiotów leczniczych i praktyk indywidualnych. W raporcie Komisji Europejskiej jako główną przyczynę gwałtownego wzrostu cen energii w I kwartale br. w Europie wskazano właśnie wojnę w Ukrainie.

CZOŁG ZAMIAST TOMOGRAFU

W tym roku Polska wyda na obronność 2,4 proc. PKB, a już od przyszłego roku ustawa o obronie ojczyzny zakłada wzrost środków przeznaczonych na ten cel do 3 proc. PKB (dla porównania: w 2023 r. nakłady na ochronę zdrowia wyniosą minimum 6 proc. PKB). W połowie lipca prezes PiS Jarosław Kaczyński zapowiedział, że chce, by docelowo Polska przeznaczała na obronność 5 proc. PKB. Czołgi, śmigłowce, transportery opancerzone, artyleria, drony kosztują. Większe wydatki publiczne na cele wojskowe to potencjalnie mniej pieniędzy w innych obszarach działania państwa. Rykoszetem może to uderzyć w ochronę zdrowia. I może nie dlatego, że rząd (ten czy kolejny) wycofa się z ustawowej obietnicy zwiększenia nakładów do 7 proc. PKB do 2027 r. – po prostu nie dojdzie do przyspieszenia tego wzrostu, tak jak chcą medycy.

MNIEJ WIZYT?

Bez wątpliwości wojna w Ukrainie przyczyniła się do wzrostu inflacji w Polsce, co negatywnie rzutuje na koszty bieżącego utrzymania szpitali, remontów, wydatków na sprzęt, leki, odczynniki. Bywa, że obecni lub potencjalni wykonawcy usług domagają się wpisania do umów klauzuli pozwalających na równoważenie dodatkowych kosztów w obliczu inflacji.

Niektórzy menedżerowie próbują gromadzić zapasy produktów medycznych, co dodatkowo napędza ich ceny. Osłabienie kursu złotego związane m.in. ze wzrostem globalnej awersji do ryzyka w następstwie rozpoczęcia rosyjskiej agresji zbrojnej przekłada się na wzrost cen towarów importowanych, co odbija się na kieszeniach personelu medycznego i pacjentów. Drożyzna najbardziej uderza w osoby najmniej zarabiające, które coraz częściej mogą stawać przed koniecznością ograniczania wydatków w aptece lub, w skrajnym przypadku, rezygnacji z wykupu recept. Niektórzy z przyczyn finansowych nie wykonają odpłatnej diagnostyki lub nie pójdą na prywatną wizytę lekarską. Będą kupować tańszą, często gorszej jakości żywność, a przecież dieta jest jednym z ważniejszych czynników wpływających na zdrowie.

Sonda

W Polsce coraz wyraźniej doświadczamy szeregu negatywnych konsekwencji społeczno-gospodarczych związanych z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę. Konflikt trwający od pół roku oddziałuje także na system ochrony zdrowia w naszym kraju.



Krzysztof Kopec

Prezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego – Krajowi Producenci Leków

Wojna w Ukrainie oddziałuje zarówno na ceny leków, jak i ich dostępność, a więc bezpieczeństwo lekowe. Już od pierwszych dni wojny zaczęły pojawiać się pewne problemy. Na przykład w polskich zakładach farmaceutycznych część pracowników była z Ukrainy, w niektórych przypadkach to nawet 10 proc. załogi.

Po rozpoczęciu rosyjskiej agresji wielu mężczyzn wróciło do kraju walczyć. Z kolei część biur naszych członków w Ukrainie w związku z wybuchem wojny została zamknięta. Poza tym sporo ich pracowników powołano do czynnej służby wojskowej. Warto wspomnieć, że nasze firmy pomagały wielu pracownikom ewakuować się z Ukrainy wraz z rodzinami i oferowały im pracę w Polsce. Obawialiśmy się również, że zabraknie papieru do wytwarzania opakowań farmaceutycznych, ponieważ znaczną jego część sprowadzano z Białorusi. Firmy zdywersyfikowały źródła dostaw, ale ceny wzrosły. Najpierw pandemia, a teraz wojna w Ukrainie przyczyniły się do wzrostu inflacji i osłabienia kursu złotego, co musi odbić się na kosztach produkcji medykamentów. Ceny leków refundowanych na razie pozostały takie,

**Pewne jest jedno –
ceny leków
nie spadną.**

jak były, bo są regulowane, a firmy biorą rosnące koszty na siebie. Jednak sytuacja, w której się znaleźliśmy, sprawia, że w cenach trzeba będzie uwzględnić zarówno wzrost cen energii oraz składników do produkcji leków, inflację, jak i presję, pod którą znajduje się polska waluta. Coraz więcej mówi się o potencjalnych brakach w dostawie prądu i gazu. Taki kryzys mocno wpłynąłby na przemysł farmaceutyczny. Gdyby choć na jeden dzień stanęły linie produkcyjne, to z uwagi na proces walidacji, obowiązujące regulacje i konieczność przestrzegania dobrych praktyk, przywrócenie produkcji mogłoby nastąpić dopiero po tygodniu lub dwóch, a nawet jeszcze bardziej odległym czasie. Z kolei jeśli zabraknie energii do utrzymania odpowiedniej temperatury czy wilgotności w magazynach, w których leki i substancje do ich produkcji muszą być przechowywane w określonych warunkach, co narzucają przepisy, trzeba będzie je zutylizować. Chcemy tego uniknąć. Jesteśmy w kontakcie z Ministerstwem Zdrowia oraz Ministerstwem Klimatu i Środowiska. Staramy się o dopisanie producentów leków i substancji czynnych do listy przedsiębiorstw mających zagwarantowany możliwie najdłuższy dostęp do dostaw energii elektrycznej w sytuacji przymusowych ograniczeń w przesyle. Pewne jest jedno – ceny leków nie spadną.



Prof. Andrzej M. Fal

Prezes Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego

Wybuch wojny w Ukrainie doprowadził do pojawienia się dużej fali uchodźców, którym trzeba zapewnić pomoc medyczną i społeczną. To niesie za sobą konkretne wyzwania w obszarze zdrowia publicznego.

Bardzo ważną kwestią jest zabezpieczenie się przed ewentualnymi epidemiami, które mogą pojawić się w związku z tym, co dzieje się za naszą wschodnią granicą. Co ważne, przed tym ryzykiem możemy się uchronić dzięki szczepieniom. Powinniśmy na to zwrócić dużą uwagę. Trzeba weryfikować stan zaszczepienia uchodźców i w razie potrzeby uzupełnić, co wydaje się szczególnie istotne m.in. w związku ze zwiększoną populacją dzieci i młodzieży w szkołach, i nie chodzi mi tylko o szczepienia przeciwko wirusowi SARS-CoV-2. Wygląda na to, że nie wszyscy uczniowie z Ukrainy są wyszczepieni w podobnym stopniu i w stopniu wymaganym w Polsce poprzez kalendarz szczepień obowiązkowych. Nie zawsze mieli taką możliwość w swoim kraju, gdzie zresztą obowiązuje inny kalendarz szczepień niż w Polsce. Ponadto ważne wydaje się przygotowanie do ochrony przed skażeniami i zanieczyszczeniami, w tym także tymi, które potencjalnie mogą nastąpić w przyszłości. Wiemy, że Rosjanie atakują elektrownie atomowe, duże zakłady chemiczne. Wobec ataków na takie obiekty niewiele da się zrobić z dala od frontu.



Dr Sławomir Dudek

Główny ekonomista Forum Obywatelskiego
Rozwoju, adiunkt w Szkole Głównej Handlowej

Wojna w Ukrainie wpłynęła nie tylko na zmianę priorytetów deklarowanych przez polityków, ale przede wszystkim ujawniła słabości systemowe i złe zarządzanie finansami publicznymi w ostatnich latach.

W odpowiedzi na to, co się dzieje za naszą wschodnią granicą, rząd zapowiedział wzrost wydatków obronnych do 3 proc. PKB już w przyszłym roku, jednocześnie realizuje kosztowne programy socjalne i pomocowe, np. różne tarcze, i dodatkowo obniżył niektóre podatki, nie mówiąc w ogóle, skąd weźmie na to wszystko pieniądze. Badania opinii publicznej pokazują, że społeczeństwo nie jest gotowe, by pła-

Ochrona zdrowia może stać się ofiarą.

cić wyższe daniny, np. podatek na ochronę zdrowia. Znaleźliśmy się w klinczu. Obawiam się, że w związku z wojną trwającą w Ukrainie w budżecie państwa na pewne ważne wydatki zabraknie pieniędzy, a usługi publiczne, w tym ochrona zdrowia, mogą stać się ofiarami tego konfliktu. Będzie trudniej o dodatkowe nakłady na ochronę zdrowia, które zgodnie z zapowiedziami za kilka lat osiągną 7 proc. PKB. Napływ uchodźców to wzrost liczby potencjalnych pacjentów, a wysoka inflacja to rosnące koszty funkcjonowania placówek ochrony zdrowia, m.in. z powodu droższych usług. Mamy słabnącą złotówkę, co skutkuje m.in. wzrostem cen paliw, które jest kupowane za dolary, i wzrostem cen towarów pochodzących z importu. Nie omija

to szpitali. Odsetek PKB na ochronę zdrowia, obronę narodową czy szkolnictwo wyższe nie bierze się z nieba. Samo zapisanie w ustawie procentów, jeśli nie jest połączone z rozwojem gospodar-

czym, nic nie da. Co z tego, że rząd obiecuje rosnące wydatki na ochronę zdrowia, skoro kształtuje politykę tak, że w przyszłości czeka nas spowolnienie lub w długim okresie polska gospodarka nie będzie się rozwijać.



Dr Maciej Kuligowski

Dyrektor ds. medycznych NZOZ Podkarpackiego
Centrum Zdrowia Psychicznego w Przemyślu

Trudno powiedzieć, ilu uchodźców z Ukrainy może mieć zaburzenia psychiczne związane z doświadczeniem wojny. Wydaje się jednak, że sporo, skoro nawet u osób pochodzących z terenów nieobjętych bezpośrednio walkami, np. z okolic Lwowa, są obserwowane objawy stresu pourazowego podobne do tego, którego doświadczali polscy żołnierze wracający z misji z Iraku czy Afganistanu.

Było to widoczne zwłaszcza przez pierwsze dwa-trzy miesiące po rozpoczęciu rosyjskiej inwazji, gdy wielu uchodźców pojawiło się w okolicach Przemyśla. Z relacji ludzi, którzy się nimi opiekowali, jak również obserwacji kadry naszej poradni, wynika, że

te osoby z dużym niepokojem, a nierzadko lękiem i paniką, reagowały na coś, co mogło przypominać odgłosy wybuchów lub walk, np. przelatujący helikopter, przejeżdżający samochód czy pociąg, wyjąca syrenę. Do Polski przybyła bardzo zróżnicowana grupa osób, spośród których niektórzy już są pacjentami lub w przyszłości nimi będą. Wśród uchodźców są ludzie bezpośrednio dotknięci działaniami wojennymi, w tym m.in. ci, którzy opuścili swoje domy z jedną

Są obserwowane objawy stresu pourazowego.

czy dwiema reklamówkami i nie wiedzą, czy kiedykolwiek odzyskają swój majątek. Wiele osób musiało zostawić swoich bliskich, a do Polski przyjechały głównie kobiety z dziećmi, które mężów i ojców na ogół zostawiły w kraju ogarniętym wojną. Zdarza się, że niektóre osoby przebywające w Polsce w chwili rozpoczęcia walk zdecydowały się wrócić do Ukrainy, aby walczyć – to stanowi zupełnie odrębny problem z punktu widzenia psychiatrii. Jest też mnóstwo dzieci wyrwanych ze swojego środowiska, a na to wszystko nakłada się bariera językowa.



Adam Szyszka

Członek Medycznego Zespołu Ratunkowego PCPM,
ratownik medyczny pomagający uchodźcom

Jeszcze w lutym, zaraz po rozpoczęciu rosyjskiej inwazji, część Ukraińców chodząca przewlekłe czy będąca w trakcie leczenia choroby nowotworowej musiała opuścić swoje rodzinne strony. Wielu trafiło do Polski.

Niektórzy uciekali dosłownie w kapciach, bez żadnych ubrań na zmianę, inni mieli możliwość spakować jedną walizkę. Zdecydowana większość opuszczała kraj bez dokumentacji medycznej. Kiedy trafili do Polski, różne schorzenia, które wcześniej im doskwierały, a przez pewien czas o nich zapomnieli, przypominały o sobie. Obecność uchodźców w naszym kraju to spore wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia. Polscy medycy muszą zmierzyć się z dodatkowymi pacjentami, co przy ograniczonych zasobach i środkach finansowych stanowi pewne obciążenie. Jako organizacja humanitarna na swojej drodze spotykamy bardzo wielu uczynnych ludzi.

Obecność uchodźców to wyzwanie dla systemu.

W publicznym systemie trafiamy na wspólnie pielęgniarki i lekarzy, którzy dosłownie stają na głowie, by wspomóc proces leczenia uchodźców. Niektóre prywatne firmy medyczne mają dodatkowe okna czasowe, kiedy przyjmowani są uchodźcy, tak by nie utrudniać realizacji bieżących potrzeb zdrowotnych Polaków. Często wiąże się to z dodatkowymi godzinami pracy czy koniecznością zatrudnienia dodatkowego personelu. Trzeba liczyć się z tym, że u niektórych ukraińskich uchodźców mogą pojawić się problemy natury psychicznej. Wielu ma traumę i wykazuje symptomy zespołu stresu pourazowego (PTSD), ale to tylko jedna strona medalu. Z powodu wybuchu agresji zbrojnej lub ucieczki za granicę niektóre osoby z zaburzeniami psychicznymi musiały przerwać proces leczenia. Niewykluczone, że u jednych mogą pojawić się silniejsze objawy, a inni będą wymagać większego nadzoru.

LEKARZE Z OGRANICZONĄ SPRAWNOŚCIĄ

Niepełnosprawność, wrodzona lub nabyta, może dotknąć każdego, niezależnie od wykonywanego zawodu.



Lucyna Krysiak

Dziennikarz

W środowisku medycznym dominuje pogląd, że lekarz powinien być wydolny przez 24 godziny na dobę. Niepełnosprawność w tej grupie zawodowej nie zawsze więc spotyka się z akceptacją. Jednak w dobie wzrostu liczby chorób przewlekłych oraz urazów (w tym komunikacyjnych) prowadzących często do utraty pełnej sprawności, problem narasta. Ocenia się, że takich lekarzy jest coraz więcej – niestety napotykają oni na wiele barier zarówno natury prawnej, jak i społecznej, dotyczącej niechęci i wykluczenia, jeśli chodzi o realizację planów zawodowych.

PRAGNĄ SIĘ REALIZOWAĆ

Z myślą o ich potrzebach Naczelna Rada Lekarska powołała w nowej kadencji pełnomocnika ds. lekarzy z niepełnosprawnościami NIL. Został nim Oleg Nowak, lekarz z Warszawy w trakcie specjalizacji z radiologii, znany w środowisku z działań na rzecz medyków potrzebujących pomocy w związku ze swoją niepełnosprawnością.

Dotąd jednak działalność ta miała charakter prywatny. Instytucja pełnomocnika pozwala o tego rodzaju działaniach rozmawiać z decydentami i angażować w nie osoby spoza środowiska, np. prawników. Oleg Nowak uważa, że tym samym otwiera się szereg nowych możliwości systemowego rozwiązywania problemów lekarzy z niepełnosprawnościami. Sam jeździ na wózku inwalidzkim, więc zna je z autopsji. Jego historia mogłaby posłużyć za scenariusz filmowy. Jako 18-latek był bardzo sprawny fizycznie i wiele czasu poświęcał na uprawianie sportu. Wtedy wydarzył się w górach niefortunny upadek na snowboardzie. Jego kręgosłup uległ uszkodzeniu. Niestety, leczenie i rehabilitacja nie przywróciły sprawności w nogach – pozostało mu poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego. Mimo to nie zrezygnował z marzeń o studiach medycznych, ukończył je na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym (był wówczas jedynym studentem medycyny w Polsce poruszającym się na wózku) i podjął pracę w zawodzie. Jak mówi, wymagało to od niego samozaparcia, odwagi, samodyscypliny. Pochodzi z lekarskiej rodziny (ojciec i brat są chirurgami), medycyna była mu więc w jakiś sposób pisana. Miał pójść ich śladem, ale wózek inwalidzki

pokrzyżował te plany. W związku ze swoją niepełnosprawnością wybrał radiologię i czuje się usatysfakcjonowany tym wyborem. Specjalizacja ta jest dla niego mniej obciążająca niż chirurgia.

W internecie są wprawdzie doniesienia o lekarzach poruszających się na wózku inwalidzkim, którzy operują chorych – np. Ted Rummel, chirurg z Missouri (USA) sparaliżowany od pasa w dół, po sali operacyjnej porusza się w specjalnie zaprojektowanym pionizatorze – ale w Polsce to utopia.

Oleg Nowak zaznacza jednak, że zarówno w czasie studiów, jak i odbywania stażu podyplomowego oraz specjalizacji spotykał się z życzliwością kolegów i pracodawców. W Doppler Instytut – Warszawskim Instytucie Naczyniowym zamontowano nawet podest, dzięki któremu może wykonywać dopplerowskie badanie układu żylnego. Badania pacjentów w standardowy sposób zmuszały go do przyjmowania pozycji obciążającej kręgosłup.

Dla lekarzy z niepełnosprawnościami, szczególnie poruszającymi się na wózkach, bardzo ważna jest powierzchnia podłogi gabinetu, dostęp do wind, miejsc parkingowych, toalet. Problemem bywa także zaplecze socjalne, zwłaszcza w uczelniach i starszych szpitalach, gdzie infrastruktura utrudnia im codzienne poruszanie się.

Kiedy w dziekanacie powiedziałem, że jestem niepełnosprawny i mam na to stosowny dokument, zrobiono wielkie oczy i wyrażono wątpliwości, czy należy mnie dopuścić do studiów.

Jak przekonuje Oleg Nowak, ten aspekt problemu pilnie wymaga rozwiązania. Zapewnia, że z racji pełnionej przez siebie funkcji będzie zachęcał decydentów do instalowania urządzeń ułatwiających życie niepełnosprawnym lekarzom. Obecnie wprowadza się je z myślą o pacjentach, a nie o pracownikach.

UDAJĄ FORMALNIE ZDROWYCH

Niepełnosprawność osób poruszających się na wózku inwalidzkim jest widoczna, ale są lekarze, u których trudno ją rozpoznać podczas rozmowy czy badania pacjenta. Aby uniknąć kłopotów związanych z kształceniem specjalistycznym, czy też rozmów z pracodawcą w tonie „co ja mam z panem/panią zrobić, potrzebuję kogoś, kto będzie brał dyżury, pracował tam, gdzie brakuje lekarzy itd.”, skrywają swoją niepełnosprawność i rezygnują z orzeczenia o niepełnosprawności.

Adrian Filip z Warszawy, lekarz kończący specjalizację z pediatrii, od dzieciństwa cierpi na przepuklinę oponowo-rdzeniową. To wada wrodzona wywołująca szereg zaburzeń, np. chodu czy pęcherza moczowego. Przeszedł wiele operacji i rehabilitacji. Mówi, że w tym czasie szpitale i przychodnie praktycznie były jego domem, a lekarze – rodziną. To oni dodawali mu otuchy, to od nich dostawał wsparcie. I to wtedy postanowił, że też zostanie lekarzem i będzie niósł pomoc takim jak on. Zanim zaczął studiować medycynę, zaliczył



Dr Ted Rummel pracuje na wózku inwalidzkim.

trzy lata biologii i korzystał ze wsparcia biura funkcjonującego przy uczelni, które udzielało pomocy studentom. Dotyczyła ona m.in. możliwości dofinansowania nauki, ale też innych form w zależności od indywidualnych potrzeb studiującego. Gdy przeniósł się na medycynę, sądził, że tam jest podobnie, ale się przeliczył.

– Kiedy w dziekanacie powiedziałem, że jestem niepełnosprawny i mam na to stosowny dokument, zrobiono wielkie oczy i wyrażono wątpliwości, czy należy mnie dopuścić do studiów – wspomina Adrian Filip. Wtedy dojrzał, okrzepł i zrozumiał, że może liczyć tylko na siebie i nie wolno mu się poddać. Skończył studia, założył rodzinę, jeździ samochodem, ale zna swoje ograniczenia

– m.in. ze względu na ból pleców nie może długo przebywać w pozycji stojącej, przez co bardzo cierpiał podczas zajęć z przedmiotów zabiegowych. Wybrał więc specjalność związaną z siedzącą pracą w przychodni – pediatrię. Uważa, że to dobry wybór, bo świetnie dogaduje się z dziećmi. Dotychczas miał orzeczoną niepełnosprawność, ale jeszcze przed rozpoczęciem stażu podyplomowego, kiedy kończyła się jej ważność i znów trzeba było stanąć przed komisją (orzeczenie o niepełnosprawności jest czasowe), postanowił z niego zrezygnować.

– Uznałem, że orzeczenie, zamiast ułatwiać, utrudnia mi życie. Kiedy podejmowałem rozmowy na temat wyboru specjalizacji, spotkałem się z oporem i niechęcią zarówno



Oleg Nowak podczas wykonywania badania.

przedstawicieli izb lekarskich, jak i pracodawców. Choć wiadomo było, że wymogów dotyczących chirurgii czy medycyny ratunkowej nie będę mógł spełnić i nie wybiorę tych kierunków, przekonywano mnie, że niezależnie od specjalizacji lekarz powinien cechować się tężyzną fizyczną, co było dla mnie frustrujące – tłumaczy Adrian Filip. Takich jak on, którzy ukrywają swoją niepełnosprawność, zrzekają się orzeczeń i udają formalnie zdrowych, jest więcej (szacuje się, że 100-200) wśród lekarzy z niepełnosprawnościami.

WIELE ZALEŻY OD PODEJŚCIA

Filip Pawliczak z Łodzi w tamtejszej okrojonej izbie lekarskiej pełni funkcję podobną do powierzonej Olegowi Nowakowi w NIL. Urodził się z wrodzoną wadą serca i przeszedł wiele operacji. Jego problemów zdrowotnych nie widać, ale w związku z wadą serca ma m.in. arytmie, co powoduje przeciwwskazania do pracy nocnej. Ponadto pewnego dnia nadejdzie nieunikniona niewydolność tego narządu. Ma orzeczoną niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym. Pracuje w Klinice Kardiologii i Wad Wrodzonych Dorosłych Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, gdzie może spokojnie specjalizować się w internie. Jednak w pierwszym miejscu pracy nie było to takie oczywiste. Pracodawca, wiedząc, że ma orzeczoną niepełnosprawność, nie zezwalał mu dyżurować nawet w trybie towarzyszącym, co pozbawiało go jakiegokolwiek wynagrodzenia za godziny nadliczbowe (twardo trzymał się przepisów), a jednocześnie obciążał go pracą wymagającą zostawiania po godzinach, za co nie przewidywał żadnej zapłaty (niezgodnie z przepisami).

– To pokazuje, jak wiele zależy od podejścia, w moim przypadku to dowód na brak szacunku dla osoby niepełnosprawnej. Zresztą nie raz usłyszałem, że lekarz powinien być w pełni dyspozycyjny i dawano mi odczuć, że moje ograniczenia to mój problem – wspomina ten czas Filip Pawliczak i dodaje, że był tym zdruzgotany, tym bardziej, że słyszał to także od lekarzy, którzy przecież wykonują zawód szczególny. Zapewnia, że zawsze chciał być lekarzem, to było jego marzeniem i chociaż kosztuje go to wiele wysiłku, jest zdeterminowany, by je spełniać. Uważa, że wiele prawnie uregulowanych spraw, jeśli chodzi o zatrudnianie niepełnosprawnych lekarzy, jest kompletnie nieprzestrzeganych. – Regulacje prawne dotyczące zasad zatrudniania osób z orzeczoną niepełnosprawnością są i nie trzeba na siłę ich zmieniać, ale

często przepisy są interpretowane w zależności od potrzeb placówki. Niektóre zagadnienia pozostają w ogóle bez interpretacji. W przypadku orzeczenia o niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym, pracownikowi przysługują np. 10 dodatkowych dni urlopu, które nie wiadomo, czy przedłużają szkolenie specjalizacyjne, czy nie. Jeśli Kodeks pracy jest nadrzędny do programu specjalizacji albo szkolenia, to jego przepisy powinny być przestrzegane, a tak nie zawsze jest – tłumaczy Filip Pawliczak i podkreśla, że często pewne bariery w tym zakresie wynikają bardziej z nieznamośności prawa i braku świadomości niż ze złych intencji. Instytucja pełnomocnika może to zmienić. Jego zdaniem należy też przyrzeć się lekarzom, którzy mają niepełnosprawne dzieci i poszukać możliwości udzielenia im wszelkiej pomocy, przede wszystkim włączenia ich w życie społeczne, które często poświęcili dla dobra rodziny.

NADZIEJA UMIERA OSTATNIA

Bartosz Tadeusiak, lekarz z Gliwic, doświadczył trudów i ograniczeń związanych z niepełnosprawnością pod koniec pierwszego roku studiów medycznych. Nasilające się bóle po prawej stronie głowy, promieniujące do kręgosłupa, okazały się być objawem guza mózgu z podejrzeniem glejaka wielopostaciowego. Tego rodzaju diagnoza mogła załamać nawet najsilniejszego, ale – jak się okazało – nadzieja umiera ostatnia. Po operacji i badaniach histopatologicznych stwierdzono, że nowotwór nie jest złośliwy, ale zdążył już

począć spustoszenia w postaci porażenia lewej strony ciała. Na rehabilitację Bartosz Tadeusiak musiał więc wjechać na wózku inwalidzkim, ale w najgorszym stanie była jego lewa ręka. Po kilku tygodniach intensywnego usprawniania stanął na nogi, jednak niedowład nie do końca ustąpił.

– Ponieważ to wszystko zadziało się późną wiosną i latem, ku zdziwieniu otoczenia udało mi się zaliczyć pierwszy rok studiów i w październiku z czystą kartą rozpocząć nowy rok akademicki, choć rehabilitacja trwała jeszcze miesiącami – wspomina ten czas Bartosz Tadeusiak. Dodaje, że nie było łatwo pogodzić naukę z intensywnymi ćwiczeniami, ale nie poddał się, a wspierali go w tym rodzice, inni studenci i fizjoterapeuta. Po ukończeniu studiów było oczywiste, że robienie specjalizacji z dziedzin zabiegowych jest niemożliwe, wybrał więc psychiatrię, choć będąc pod wrażeniem wyprodukowanego wówczas filmu „Bogowie” i roli Tomasza Kota, na początku

studiów marzył o chirurgii. Zaznacza, że decyzja o wyborze specjalizacji była najdłuższym przemyślanym wyborem w życiu. Mimo licznych zainteresowań na studiach, m.in. neurologią, końcówka nauki i staż podyplomowy zarażyły go pasją do psychiatrii.

Lekarzy z ograniczoną sprawnością jest więcej niż widać to gołym okiem. Wielu z nich ma np. protezy słuchowe, częściową utratę wzroku, tak powszechną obecnie cukrzycę, wady serca, deficyty po leczeniu nowotworów. Ich droga zawodowa jest nie tylko trudna ze względu na te ograniczenia, ale też z powodu dyskryminacji o podłożu materialnym. Nie mają bowiem możliwości dorabiania w innych placówkach, tak jak to praktykuje większość lekarzy, czy dyżurowania. – Szczepie mówiąc, zawsze myślałem, że niepełnosprawność wśród lekarzy to sprawa marginalna. Dopiero kiedy sam znalazłem się w tej grupie, zacząłem dostrzegać takie osoby i utożsamiać się z ich problemami – mówi Bartosz Tadeusiak. Choć sam nigdy nie miał żadnych problemów prawnych i nie czuł, by ktokolwiek rzucał mu kłody pod nogi, uważa decyzję NRL o powołaniu pełnomocnika ds. lekarzy z niepełnosprawnościami za trafioną. Mimo ograniczeń i pracy na rezydenturze znajduje jeszcze czas, by pracować w przychodni, gdzie praktykował po stażu podyplomowym. Uważa, że warto sobie wytyczać i definiować cele, do których należy dążyć, nawet małymi krokami, bo to człowieka rozwija i hartuje.

PRZECIERANIE SZLAKÓW

Oleg Nowak, który jako pełnomocnik ds. lekarzy z niepełnosprawnościami NIL przeciera szlaki, jeśli chodzi o postrzeganie niepełnosprawności w tej grupie zawodowej, twierdzi, że bardzo ważne jest nagłaśnianie i przybliżanie ich problemów w środowisku. Na razie nie wiadomo konkretnie, jaka jest skala zjawiska, gdyż w historii samorządu lekarskiego dotąd nie prowadzono takich badań. Wiadomo jednak, że niepełnosprawność, szczególnie nabyta (upośledzająca np. sprawność dłoni czy kręgosłupa), w dużym stopniu dotyczy również lekarzy dentystów, co w ich sytuacji nierzadko oznacza konieczność odejścia od zawodu. Mają oni bowiem mniejsze możliwości wyboru niezabiegowej ścieżki zawodowej. Ich praca polega na bezpośrednim kontakcie z pacjentem, sprawności rąk i wymuszonej pozycji podczas leczenia chorób jamy ustnej. W ich przypadku także istnieje konieczność wypracowania konkretnych rozwiązań, które samorząd lekarski będzie mógł wdrażać lub zabiegać o ich wprowadzenie u decydentów. ■■■

**Lekarzy
z ograniczoną
sprawnością jest
więcej niż widać to
gołym okiem.**

100 LAT SAMORZĄDNOŚCI LEKARSKIEJ

QUO VADIS MEDICE?

Jarosław Wanecki Redaktor naczelny „Zeszytu Historycznego”
kierownik Ośrodka Kultury i Dziedzictwa Historycznego NIL

W 2021 r. samorząd lekarski obchodził 100-lecie uchwalenia przez Sejm II RP ustawy o izbach lekarskich. Pandemia uniemożliwiła organizację jubileuszu.

Zwyczajowo w uroczystościach rocznicowych bierze udział niewielka część, z liczącego 200 tysięcy, środowiska lekarskiego w Polsce. Stąd pomysł wydania „Zeszytu Historycznego”, który razem z „Gazetą Lekarską” trafił do rąk wszystkich koleżanek i kolegów, odpowiadając na 100 pytań o przeszłość, teraźniejszość i przyszłość polskiej medycyny oraz związanych z tym nadziei i zagrożeń.

W ramach szerokiej debaty o medycynie narracyjnej, poszukiwaniu korzeni zawodowych i wizji jutra, „Medycyna Praktyczna” w porozumieniu z Ośrodkiem Kultury i Dziedzictwa Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej rozpoczęła ponowną prezentację setki przemyśleń, jakie padły w największej od dziesięcioleci publicznej debacie samorządowej. Pełne wydawnictwo dostępne jest również na stronach internetowych

NIL. Dodatkowo, wokół pytań i odpowiedzi, Uniwersytet Wrocławski organizuje 18 listopada konferencję naukową z udziałem przedstawicieli samorządu lekarskiego.

Tym z Państwa, którzy poczuli się urażeni brakiem zaproszenia do publikacji, zadałem pytanie numer 101: Quo vadis medice? Mecenas konkursu, TU INTER POLSKA S.A., zaoferował zwycięzcom roczne ubezpieczenie turystyczne. Prac przyszło niewiele, zaledwie trzy, stąd podjęliśmy decyzję o opublikowaniu wszystkich nadesłanych tekstów wspólnie – w jednym numerze „Gazety Lekarskiej”. I, co oczywiste, równorzędnym nagrodzeniu autorów: Piotra Domańskiego, Piotra Wardacha i Jerzego Woy-Wojciechowskiego.

Jan Z. Trusewicz z Olsztyna, organizator konferencji historycznych, sugerował podczas XV Krajowego Zjazdu Lekarzy, abyśmy wrócili do pomysłu uczczenia 100-lecia izb lekarskich w Polsce, których konstituowanie trwało aż do 1923 r. Temat nie znalazł poklasku. Wolimy iść naprzód, zamiast oglądać się w tył. Pytanie jednak dalej brzmi: dokąd?

Zwyczajowo w uroczystościach rocznicowych bierze udział niewielka część, z liczącego 200 tysięcy, środowiska lekarskiego w Polsce. Stąd pomysł wydania „Zeszytu Historycznego”.



NAGRODY OTRZYMUJĄ:

- PIOTR DOMAŃSKI
- PIOTR WARDACH
- JERZY WOY-WOJCIECHOWSKI

Piotr Wardach

Idę poczekać na swoją kolej
Do poczekalni futurystycznej
Tymczasem swoją pracę użyję
Cyfrowej eminencji – sztucznej inteligencji

Już wyczekują w mojej przychodni
Nowego cyborga z głową w chmurze
Co wszystkich zrozumie i ujmie
„Bo dobrze patrzy mu z kamer”.

Kodeks etyczny – cybernetyczny
Každy algorytm śmaki-owaki
Tysiąc problemów w milisekundzie
I do toalety chodzić nie musi...

Ppor. lek. **Piotr Domański**

Konkursowe pytanie na studiach lekarskich w Polsce zaskakuje swą otwartością i szerokim polem do interpretacji. Jestem przekonany, że przed redakcją „Gazety Lekarskiej” czeka lektura wielu różnorodnych, bardzo interesujących i wielowątkowych prac. Zagadnieniem, które uznałem za próbę odpowiedniej i ważnej odpowiedzi na pytanie sto pierwsze, jest „compliance”. Nie chodzi tu jednak o standardowe znaczenie stosowania się pacjenta do naszych zaleceń terapeutycznych. Poszukując odpowiedzi, starałem się jak najwięcej opisać jak najszerzy temat i właśnie mechanizm, które opisuje wspomniane angielskie słowo, trafnie wpisuje się w problematykę, którą chcę poruszyć.

Współpraca pacjenta (społeczeństwa) z lekarzem (ochroną zdrowia) w szerszym aspekcie opisywały pandemiczne realia, które aż do bólu ukazały nam wiele rzeczy. Pandemia powiedziała pokerowe „sprawdzam”. I sprawdziła. Przede wszystkim nasze społeczeństwo, zarządzanie tym społeczeństwem i ochroną zdrowia. Poznaliśmy wiele odpowiedzi na pytania, których wcześniej nie zadawaliśmy, ciesząc się z lat względnego spokoju. Opisanie ich wszystkich z pewnością przekraczałoby ramy dozwolonej liczby znaków. Pandemia pokazała, w jaki sposób rozwój w dziedzinie medycyny ogranicza śmierć, chorobę i cierpienie. Leczenie ludzi na zupełnie nową chorobę stanowiło ogromne wyzwanie, któremu po prostu trzeba było sprostać. Ponadto szczepienia, leki, badania genetyczne – z mojej strony olbrzymi ukłon w stronę polskich naukowców z Białegostoku za odkrycie genu predysponującego do ciężkiego przebiegu COVID-19. Niewątpliwie – nauka w służbie ludzkości. Pandemiczne realia obnażyły „compliance” społeczeństwa w odniesieniu do czegoś tak obiektywnego, zwyczajnie prawdziwego – świata nauki. Nie ma wiary w naukę. Odnośnie faktów naukowych albo ma się wiedzę albo nie. Nieufność

do świata nauki objawia się w wielu aspektach. Doskonale widocznych, pandemicznych, takich jak między innymi procent zaszczepionych pełną dawką, umieralność, zapadalność, tendencje do podrabiania certyfikatów, „foliarska” retoryka wolności oraz ruchy antyszczepionkowe sięgające aż po polski rząd. By sprawy pandemiczne nie zdominowały nam widoku na całość lichego, społecznego „compliance”, warto dodać zmieniający się systematycznie, od dłuższego czasu, stosunek wobec stanu lekarskiego. Jestem młodym lekarzem i nie znam innych czasów niż obecne. Rozmawiając jednak ze starszymi lekarzami, obecny jest zawsze wspólny mianownik – kiedyś lekarzy bardziej szanowano. Dołóżmy do tego obecny rozwój alternatywnych, nieskutecznych metod terapeutycznych, bombardowanie zewsząd reklamami suplementów diety oraz niejednokrotnie celowe nagonki mające na celu podkopywanie reputacji lekarzy. Wśród tych „niedogodności” nie możemy jednak zapominać, że naszą najważniejszą misją jest dobro chorego. Trzeba go całkowicie wysłuchać i być dla niego ostoją w burzliwych czasach. Trudne zadanie? Każdy z nas musi sam na to pytanie sobie odpowiedzieć... Pandemia bezlitośnie obnażyła wiedzę o zdrowiu publicznym Polaków. My, jako grupa zawodowa mająca największe o nim pojęcie, często nie rozumiemy, jak można się nie zaszczepić. Ci, którzy tego nie zrobili, nie zawsze są uzależnieni od krnąbrności i jakże polskiego „zastaw się, a nie daj się”. Często wynika to z lęku, nieufności i wciąż – braku wiedzy. Jak potężnym orężem jest internetowa dezinformacja, przekonałem się sam. Mimo wykonywanego przeze mnie zawodu i licznych godzin spędzonych na tłumaczeniu, jak działają szczepienia i jaki mają profil bezpieczeństwa, nadal duża część mojej rodziny się nie zaszczepiła. W tym miejscu chciałbym powiedzieć jasno i otwarcie – wszyscy jesteśmy żołnierzami na froncie walki z dezinformacją. Lekarze z urzędu powinni być oficerami i w tej walce przodować, bo to od nas wymaga

się prawdy. Słowo „walka” nie jest tu żadnym nadużyciem. Celowe rozpowszechnianie dezinformacji jest w dzisiejszych czasach faktem i zagrożeniem na wielką skalę. Plądruje społeczeństwo i zmienia politykę. Jest ona o tyle groźna, gdyż ludzie niemający świadomości, że treści są fałszywe (z powodu niedostatecznej edukacji i braku ogłady w pewnych sytuacjach), podają je dalej. W dobie Internetu rozpowszechnia się to we wzroście niemalże wykładniczym. Mylące infografiki trafiają do milionów odbiorców wierzących, że niosą one prawdę. Tę lukę w wiedzy zapełniają iluzja nauki, bazując na „chłopskorozumskich” prawidłach logicznych. O groźno, niejednokrotnie sygnowane jest to przez ludzi z tytułami naukowymi. To ogromnie duże wyzwanie dla nas, ponieważ w krótkim czasie zostaliśmy poddani olbrzymiej próbie. Duża część społeczeństwa zaufała fałszywym informacjom, nijak mającym się ze światem nauk medycznych, którego jesteśmy reprezentantami. To wszystko daje nam obraz oddalenia się pewnych dróg. Zestawienie pytań *quo vadis populo* i *quo vadis medice*, zwłaszcza w czasie rzeczywistym, może nie da nam konkretnej odpowiedzi na żadne z nich, ale pozwoli je do siebie porównać. Wniosek, jaki wyciągnąłem, jest taki, że w Polsce mamy problem z ich zbieżnością. Oczywiście unikam generalizowania, wpadania w ponury pesymizm oraz poczucia bezsilności, zakładając, że wszystko zawodzi. Wskazuję na problemy, które „robią różnicę” i choć żaden z nich nie jest pojedynczo nie do rozwiązania, to, łącząc je wszystkie, jest już trudniej. To wyzwania obecnych czasów, którym musimy stawić czoła. Tego wymaga nasza tytułowa droga. Gdzie ona prowadzi? Do zdrowszego świata. Czego wymaga? Odważyć użyć się nieco zakurzonego hasła: powołania. Naszym etycznym obowiązkiem jest dbanie, by dwie drogi – ludzi i medycyny – przebiegały jak najbliżej siebie.

Prof. **Jerzy Woy-Wojciechowski**

W czasie mej pracy lekarskiej słyszałem wiele uwag, jaki winien być dobry lekarz. Ma być łatwo dostępny, cierpliwy, mądry, no i mieć powołanie, służąc stale choremu, zgodnie z przykazaniem „Kochaj bliźniego swego, jak siebie samego”. Paweł Walewski pisał: „lekarze jacy są, każdy widzi – skromni i zarozumiali, biedni i bogaci, uprzejmi i opryskliwi. Są tacy, jak całe społeczeństwo. Choć całe społeczeństwo chciałoby, by byli lepsi”.

Wiele czynników wpływa na pracę lekarzy, jak wiara, dobrobyt, polityka, środowisko, a głównie postęp medycyny. A jaki będzie lekarz przyszłości? W. Hugo pisał, że „przyszłość nie należy do człowieka”, a R. Virchow twierdził, że „medycyna to polityka”, ale obserwując choćby rozwój genetyki, nie jesteśmy w stanie przewidzieć, co nas czeka. Czego dokonają nasze dzieci? Jakie wirusy z Wuhan nas dopadną? Jedno jest pewne. Żyjemy coraz dłużej, zdrowiej i z większą świadomością. Medycyna towarzyszy człowiekowi od zarania ludzkości. Przez wieki misjonarze leczyli, w klasztorach były szpitale, i wszyscy chcieli tego samego, czy to w prehistorii, starożytności, średniowieczu, czy współcześnie – ratować ludzkie życie, przedłużać je, uzdrawiać.

Do Hipokratesa, który nauczał, że „lekarz musi znać całość natury, zanim będzie mógł leczyć pacjenta”, medycyna była teurgiczna. Przez wieki rozwijała się wokół wybitnych lekarzy, przy czym dla chrześcijan największym był Zbawiciel uzdrawiający trędowatych i ślepych. Grecki lekarz, pracujący w Rzymie – Galen (129-199), pisząc 300 rozpraw medycznych, zalecał, by lekarz był też filozofem. W XIV w. już noszono okulary, a postęp w medycynie był coraz większy dzięki takim lekarzom, jak Paracelsus, A. Paré, a w Polsce astronom, a zarazem lekarz M. Kopernik, J. Struś (dzieło o tętnie, 1559), W. Oczko (praca o kile „Przymiot”, 1581), a także Jan Jonston z Leszna (1603).

Gdy H. Kołłątaj nawoływał do szanowania zdrowia, to uczeni XVIII w. bali się, że brak paszy dla koni może zahamować postęp, bo one wtedy były jedynym niosącym go środkiem. Gdy przez wieki medycyna „podróżowała wozem”, to w XIX w. pędziła już „Orient Expressem”, a w XX w. nowe odkrycia, leki i techniki sprawiły, że gnała jak rakietą. Odkryto grupy krwi (K. Landsteiner), immunologię (L. Hirsfeld), zaczęto leczyć cukrzycę (Banting i Best), stosować antybiotyki (Fleming), dializy (Kolff), USG, scyntyografię, endoskopię, tomografię komputerową, rezonans magnetyczny. Możemy być też dumni z osiągnięć Polaków, gdy I. Łukasiewicz oświecił świat lampą naftową, K. Funk odkrył pierwszą witaminę B1, dwukrotna laureatka Nagrody Nobla M. Skłodowska-Curie odkryła polon i rad, a współcześnie Maria Siemionow pierwsza przeszczepiła twarz w USA, A. Maciejewski – w Bytomiu, a Z. Religa z sukcesem przeszczepiał serca. Ten postęp medycyny dał więcej ludzkości niż wszystkie loty kosmiczne. Stojąc przy grobie Majmonidesa w Tyberiadzie, wspominałem go, gdy w 1174 r. w Egipcie zmęczony pisał: „Po raz pierwszy od 24 godzin mogę coś zjeść i zaraz idę do moich pacjentów – wypisuję recepty i wyjaśniam im, jak mają sobie radzić ze swoimi przypadłościami. Chorzy przychodzą i wychodzą, aż zapada noc (...). Jestem tak wyczerpany, że nie mam siły otworzyć ust”. Ten wielki lekarz, idąc do pracy, modlił się: „Oby miłość do sztuki, którą wykonuję, była dla mnie cały czas motorem mojego działania. Oby nigdy chciwość ani skąpstwo, ani żądza sławy lub wielkiego rozgłosu nie zaprzętały mojego umysłu, gdyż są one wrogami prawdy i dobroczynności i łatwo mogłyby mnie zwieść i sprawić, że zapomniabym o moim wzniosłym celu czynienia dobra Twoim dzieciom. Obdarz mnie siłą serca i umysłu, tak aby gotowe one były służyć bogatym i biednym, dobrym i złym, przyjacielom i wrogom i obym w pacjencie moim widział tylko cierpiącego bliźniego (...).

O Boże, wyznaczyłeś mnie, abym czuwał nad życiem i śmiercią Twoich stworzeń. Oto jestem, gotowy do wypełnienia mojego powołania. Amen”. Ta piękna modlitwa winna towarzyszyć każdemu lekarzowi w jego pracy. Jak wielką drogę przebyła medycyna od tamtych, tak odległych, do naszych czasów. Przez wieki praca lekarzy była różna, lecz zawsze pełna poświęcenia i oddania chorym.

Gdy wruszony wręczyłem memu ojcu, skromnemu lekarzowi dentyście z Kleczewa, mój dyplom lekarza, skierował do mnie słowa, które zawsze mam w pamięci: „Nie musisz być wielkim uczonym czy specjalistą. Bądź dobrym lekarzem, dobrym człowiekiem i pracuj z sercem”. Tak, pamiętam, że już Seneka mówił – „ludzie będą płacić lekarzowi za wiedzę, za serce zostają mu winni”, bo praca lekarza to i zawód, i powołanie, i stałe uzupełnianie wiedzy oraz służenie drugiemu człowiekowi 25 godzin na dobę, od złozenia Przysięgi Hipokratesa po kres życia. QUO VADIS MEDICE? QUO VADIS ET QUONAM DUCIS MEDICINAE? QUO VADIS ZIEMIO? – pędząca gdzieś w kosmos 1675 km/godz., rotując w niezmiernym systemie gwiazdnym z niewyobrażalną szybkością 810.000 km/godz. QUO VADIS ŻYCIE? Życie nie pędzi tak szybko, daj mi się sobą nacieszyć.



OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Konferencja Medyczno-Prawna

„Prawo do godnej śmierci a terapia daremna” – pod takim hasłem 14 października na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach odbędzie się V Śląska Konferencja Medyczno-Prawna. Wydarzenie organizowane jest przez Uniwersytet Śląski, Śląski Uniwersytet Medyczny, Śląską Izbę Lekarską, Izbę Adwokacką w Katowicach i Okręgową Izbę Radców

Prawnych w Katowicach. W Konferencji weźmie udział m.in. Rzecznik Praw Obywatelskich Marcin Wiącek. Spotkanie jest przeznaczone dla prawników i lekarzy, a także studentów medycyny i prawa zainteresowanych prawem medycznym. W konferencji można uczestniczyć także online. Szczegóły: <http://lekarzprawniczy.sum.edu.pl>.



DYSKUSJE O LECZNICTWIE OTWARTYM

We wrześniu ruszają spotkania Komisji ds. Lecznictwa Otwartego Lubelskiej Izby Lekarskiej. Zaplanowano już kilka pierwszych posiedzeń. 14 września uczestnicy będą rozmawiać o EDM (wymiana danych między przychodniami POZ-AOS-szpital), 12 października – o COVID-19 (co było, co jest i co nas czeka), a 16 listopada o wzajemnej współpracy pomiędzy psychiatrą środowiskową a lekarzami rodzinnymi.

#PRAWNICZECZWARTKI

Na facebookowym profilu OIL w Gdańsku w każdy czwartek publikowane są odpowiedzi na pytania w zakresie prawa medycznego. Cykl zatytułowany „prawnicze czwartki” jest tworzony w oparciu o zagadnienia, o których wyjaśnienie zwracają się lekarze – członkowie gdańskiej izby. Na pytania odpowiada biuro prawne OIL w Gdańsku. Dotychczas poruszono m.in. kwestie związane z odpowiedzialnością majątkową lekarza w sprawach karnych. Z kolei w poniedziałki, w ramach cyklu #poznajswojazibę, zamieszczane są posty prezentujące sylwetki osób aktywnych w gdańskim samorządzie lekarskim.

Interwencja ws. braków na OIOM-ie

Rzecznik Praw Lekarzy OIL w Warszawie, Monika Potocka, zwróciła się do Rzecznika Praw Pacjenta, Bartłomieja Chmielowca, z prośbą o interwencję w sprawie jednego z warszawskich szpitali. Jak informuje, problemem są powtarzające się przypadki niewystarczającej obsady na oddziale intensywnej terapii tej placówki. Monika Potocka interweniowała już w tej sprawie w 2020 r. – wówczas wystąpiła do NFZ, opisując problem, co za skutkowało

kontrolą w tym szpitalu. Ta wykazała szereg nieprawidłowości i w efekcie szpital ukarano kwotą ponad 167 tys. zł. RPL warszawskiej izby uważa jednak, że „działania NFZ nie kończą sprawy”. W piśmie skierowanym do Rzecznika Praw Pacjenta wniosła, aby rozważył on możliwość skierowania pisma do Zarządu Województwa Mazowieckiego (organu nadzorującego szpital) o pociągnięcie do odpowiedzialności prawnej dyrektora tej placówki.

Staż podyplomowy w pigułce

Bydgoska Izba Lekarska rozpoczęła akcję informacyjną dla lekarzy stażystów. W ramach cyklu „Staż podyplomowy – Poradnik” publikowane są na stronie internetowej izby oraz na Facebooku najważniejsze informacje dotyczące stażu podyplomowego, zaprezentowane w atrakcyjnej, plakatowej formie. Pierwszy post to odpowiedź na pytanie, jakie dokumenty są potrzebne do rozpoczęcia stażu, w drugim omówiono temat pieczęćki lekarskiej. Kolejne zagadnienia, które mogą zainteresować młodych lekarzy, już wkrótce.

O głosie ludzkim profesjonalnie

22 września w Lidzbarku Warmińskim odbędzie się I Ogólnopolska konferencja naukowo-szkoleniowa „Trakt głosowy – zagadnienia interdyscyplinarne”. Organizatorem spotkania jest Katedra Otolaryngologii, Chorób Głowy i Szyi UWM w Olsztynie, przy współudziale Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej oraz Katedry Wokalistyki Akademii Muzycznej w Krakowie. Jest to wydarzenie skierowane m.in. do lekarzy audiologów i foniatorów, otorynolaryngologów, pedagogów śpiewu, śpiewaków i logopedów. Jak informują organizatorzy, celem konferencji jest wypracowanie konsensusów dotyczących interdyscyplinarnego podejścia do profesjonalnego głosu ludzkiego. W programie przewidziano zarówno wykłady, jak i warsztaty praktyczne.

OKRĘGOWE IZBY LECARSKIE

Coraz gorszy dostęp do stomatologa na NFZ

Prezydium ORL Beskidzkiej Izby Lekarskiej jest głęboko zaniepokojone zmniejszaniem się dostępności dla mieszkańców Podbeskidzia bezpłatnej opieki stomatologicznej. „Stomatodzy zrzeszeni w naszej Izbie są zgodni co do katastrofalnego stanu uzębienia sporej części mieszkańców, zwłaszcza

niepokojąca jest frekwencja próchnicy wśród dzieci i młodzieży. Obecnie na ilość 169 756 tys. mieszkańców Bielska-Białej i 166 405 tys. mieszkańców powiatu bielskiego, przypada odpowiednio 22 (Bielsko-Biała) i 17 (powiat) podmiotów, co jest liczbą dalece niewystarczającą. W reszcie powiatów Podbeskidzia

sytuacja jest porównywalna lub gorsza” – czytamy w stanowisku podjętym 2 sierpnia br. Prezydium podkreśliło, że taki stan rzeczy jest spowodowany przez zbyt niskie stawki za leczenie oraz rosnące obowiązki biurokratyczne, co zniechęca lekarzy dentystów do zawierania kontraktów z NFZ.

MATKI LEKARKI W ŁODZI

Przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Łodzi powstał Zespół Matek Lekarek. Przewodniczącą została Aleksandra Świercz-Pawliczak. Zespół ma integrować i wspierać lekarki, które wkroczyły w rodzicielski etap życia. Jednym z pierwszych projektów jest organizacja szkoleń ze szczepień ochronnych (29 września – szczepienia dorosłych), 8 października – szczepienia dzieci).

ŚILNI RAZEM

Śląska Izba Lekarska po raz trzeci zaangażowała się w akcję charytatywną polegającą na wydaniu kalendarza, który ma zwrócić uwagę, jak ważna jest profilaktyka. Tym razem skoncentrowano się na problemach kardiologicznych. Pierwsza edycja kalendarza („Śilne Kobiety”) dotyczyła wczesnego wykrywania kobiecych chorób nowotworowych, druga (Śilni Mężczyźni”) – męskich. Edycja kalendarza na 2023 r. jest zatytułowana „Śilni Razem”. Bohaterami zdjęć są pary lekarskie, które chcą zachęcić wszystkich do badań profilaktycznych chorób kardiologicznych. Premiera kalendarza odbędzie się we wrześniu. Jego dystrybucję poprowadzi Fundacja Nu-Med. Dochód ze sprzedaży przeznaczony zostanie na badania kardiologiczne dla mieszkańców regionu.

0 odpowiedzialności zawodowej

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w Białymstoku wraz z Okręgowym Sądem Lekarskim w Białymstoku organizują konferencję szkoleniową pt. „Odpowiedzialność zawodowa lekarza”. Spotkanie odbędzie się w dniach 30 września – 2 października w Białymstoku. To już ósma edycja wydarzenia. W programie m.in. konsensusalne formy zakończenia sporu, stosunek do opinii biegłego, nieprawidłowe zachowania w przebiegu posiedzeń sądowych, a także warsztaty praktyczne.

Nauka ukraińskich lekarzy

Ponad 50 lekarzy i lekarzy dentystów z ogarniętej wojną Ukrainy uczy się jęz. polskiego w ramach kursu organizowanego przez Wielkopolską Izbę Lekarską. Dzięki pozyskanemu dofinansowaniu uczestnictwo w zajęciach jest bezpłatne. Środki pochodzą z Funduszu Pracy, którym dysponuje Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. – Możemy przeznaczyć aż 162 tys. zł na kształcenie lekarzy i lekarzy dentystów, którzy zasilą system ochrony zdrowia w Polsce. Chcemy, żeby byli to medycy w pełni samodzielni, którzy przejdą egzamin językowy Naczelnej Izby Lekarskiej – podkreśla Marek Saj, dyrektor biura WIL.

Śladami mistrzów



Uczestnicy spotkania w DIL

W czerwcu we Wrocławiu spotkali się pasjonaci historii medycyny: członkowie Ośrodka Dokumentacji Historycznej Śląskiej Izby Lekarskiej, Ośrodka Pamięci i Dokumentacji Historycznej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej oraz Komisji Historycznej Wojskowej Izby Lekarskiej. Spotkanie

skłoniło do dyskusji o wspólnej historii ośrodków i było okazją do przypomnienia takich postaci, jak m.in.: prof. W. Bross, prof. Z. Steusing, jak również całej plejady znakomitych uczonych wywodzących się z Uniwersytetu Fryderyka Wilhelma, którzy przeszli do historii światowej medycyny. (KBF)

LECZENIE PACJENTA

CZY ZABIEG BYŁ POTRZEBNY?

Ostatnio kilkakrotnie przybliżałem zagadnienia związane z odpowiedzialnością lekarza za udzielone świadczenia zdrowotne. Dotyczyły one zarówno błędów lekarskich, jak i sytuacji, w których roszczenia pacjentów uznane zostają za uzasadnione, mimo że udzielone świadczenie zdrowotne zakończyło się sukcesem medycznym i nie doszło do uszczerbku na zdrowiu [ale jednak naruszone zostały prawa pacjenta].

Jarosław Klimek Radca prawny OIL w Łodzi

Omawiałem też skutki nieudzielenia pacjentowi pełnych informacji i wyłączenie odpowiedzialności za powikłania (czyli gdy u pacjenta występują dolegliwości mimo tego, że świadczenie zdrowotne zostało udzielone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną). Ponieważ życie pisze przeróżne scenariusze, weźmy z każdej z tych sytuacji po trochu i sprawdźmy, jak efekt takiego zabiegu oceniony zostanie przez przepisy regulujące odpowiedzialność cywilną.

ZAKWESTIONOWANA ZASADNOŚĆ OPERACJI

Z taką sytuacją zmierzył się Sąd Apelacyjny w Szczecinie w sprawie zakończonej wyrokiem wydanym 17 marca 2021 r. (sprawa I ACa 646/19). Pacjentka pozwała szpital, twierdząc, że nie będąc odpowiednio poinformowaną o zabiegu operacyjnym, jego konsekwencjach i możliwych powikłaniach, została nakłoniona do poddania się temu zabiegowi bez istniejących wskazań medycznych i w jego konsekwencji pojawiły się powikłania. Gdyby miała wiedzę i świadomość innych, mniej ryzykownych metod leczenia swojej przypadłości, nie wyraziłaby zgody na operację niosącą za sobą nieodwracalne konsekwencje oraz ryzyko powikłań wiążących się z uciążliwościami w codziennym życiu.

Sąd ustalił na podstawie opinii instytutu naukowego, że w chwili wykonywania zabiegu, polegającego na usunięciu zdrowego organu, nie było wskazań do jego przeprowadzenia ze względu na obawę

rozwinęcia się choroby nowotworowej. Do tego schorzenie mogło być leczone w mniej inwazyjny sposób i wystarczyło poddać pacjentkę cyklicznym badaniom profilaktycznym. Szczególnie, że nie istniały u niej genetyczne predyspozycje do rozwoju choroby nowotworowej. Sąd przyjął także, że przy znacznej ilości kampanii informacyjnych dotyczących profilaktyki nowotworowej, podkreślanii jej znaczenia dla pozytywnych wyników leczenia i powszechnych lękach przed zapadnięciem na chorobę onkologiczną, normalne jest przystanie przez pacjenta na operację bez kwestionowania jej konieczności i zakresu, jeśli na dodatek podstawą takiej decyzji są informacje od lekarza uznawanego za doświadczonego specjalistę w swojej dziedzinie medycyny. Istotą sporu nie był więc sposób przeprowadzenia operacji (mimo że jej przebieg był trudny do odtworzenia), a konieczność i zasadność jej wykonania.

PRAWO DO INFORMACJI

W uzasadnieniu wyroku wskazano również, że przy możliwych różnych opcjach terapeutycznych pacjent każdorazowo musi być szczegółowo poinformowany o wszystkich konsekwencjach zastosowania każdej z nich, w tym o stopniu i możliwym zakresie ryzyka powikłań – tak, aby mógł w sposób w pełni świadomy uczestniczyć w wyborze najlepszej dla siebie metody. Zakresu przekazywanych informacji nie wyznacza pogląd lekarza na to, ile pacjent powinien

wiedzieć, ale to, ile rozsądna osoba w takiej sytuacji obiektywnie powinna dowiedzieć się od lekarza. Warto również zwrócić uwagę, że dokumentacja przychodni, w której pacjentka była leczona, obejmująca informacje udzielane chorej w związku z planowanym zabiegiem, nie zastępuje i nie uzupełnia dokumentacji szpitala, w którym przeprowadzany jest zabieg, nawet jeśli lekarz prowadzący leczenie ambulatoryjne i przeprowadzający zabieg to ta sama osoba.

Powikłanie, do jakiego doszło u pacjentki, było typowe, chociaż występujące bardzo rzadko i nie mieściło się w kategorii błędu medycznego, a w granicach ryzyka zawodowego. Zabieg przeprowadzony został prawidłowo, co potwierdziła opinia instytutu.

Istotę wyroku, jaki zapadł w tej sprawie, streścić można więc następująco:

- jeżeli stan zdrowia pacjenta nie stanowi wystarczającej podstawy do przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, to jego wykonanie determinuje przyjęcie, że miało ono charakter bezprawny i zawiniony;
- przesądza to samoistnie o odpowiedzialności za wszelkie (także mające charakter choćby nietypowego powikłania) skutki tego zabiegu;
- brak wystarczających wskazań medycznych do zastosowania określonej procedury medycznej kreuje odpowiedzialność za jej skutki, niezależnie od oceny prawidłowości jej przeprowadzenia. ■■■

**Powikłanie,
do jakiego doszło
u pacjentki, było
typowe.**

KOLEJNA KARA ZA NARUSZENIE RODO DLA PODMIOTU LECZNICZEGO

Zgłaszanie zaistniałych naruszeń danych osobowych przez administratorów pozwala ograniczyć negatywne skutki owego naruszenia, a jednocześnie chroni administratorów danych przed karami administracyjnymi.

Beata Wierzchowska Radca prawny NIL



Jeden z podmiotów leczniczych, prowadzony w formie samodzielnie publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w lipcu br. został obciążony administracyjną karą pieniężną w wysokości 10 tys. zł, nałożoną przez Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych na podstawie stosownej decyzji. W SP ZOZ-ie doszło do ujawnienia danych osobowych osobie nieuprawnionej (innemu pacjentowi administratora) w wyniku błędu lekarza wystawiającego skierowanie do poradni specjalistycznej.

Jak doszło do tej sytuacji? Lekarz odpowiedzialny za wystąpienie naruszenia ochrony danych osobowych wskazał m.in., że pacjent

(P.Ż.) po badaniu i ocenie badań został przez niego skierowany do jednej z poradni tegoż szpitala, ale po pewnym czasie chory wrócił do jego gabinetu z pretensją, że ta poradnia jest nieczynna do odwołania. Aby pacjent nie tracił czasu, lekarz wystawił mu skierowanie do innej poradni z prośbą o leczenie, ale z powodu zdenerwowania spojrzawszy nie w tę kartę choroby i omyłkowo wypisał nie te dane pacjenta. Wziął pod uwagę dane innego pacjenta (A.W.), a w zasadzie pacjentki, ale dodatkowo pomylił w tych danych imię.

NIE TEN PACJENT

Postępowanie w tej sprawie zostało wszczęte przez organ nadzorczy w związku

z informacją przekazaną przez Rzecznika Praw Pacjenta o możliwości zaistnienia naruszenia ochrony danych osobowych w ww. podmiocie. Wszak jeden z lekarzy zatrudnionych w tej placówce wystawił skierowanie do poradni specjalistycznej, zawierające dane osobowe innej osoby, tj. imię, nazwisko, adres zamieszkania, numer ewidencyjny PESEL oraz informację o rozpoznaniu i celu porady (dane wrażliwe). Na pytanie, czy w związku z tym incydem dokonana została przez administratora analiza pod kątem ryzyka naruszenia praw lub wolności osób fizycznych, niezbędna do oceny, czy doszło do naruszenia ochrony danych skutkującego koniecznością zawiadomienia organu nadzorczego oraz osoby, której dane dotyczą, UODO otrzymał dość zaskakującą odpowiedź.

NARUSZENIE CZY INCYDENT?

Okazało się bowiem, że administrator „po dokonaniu wstępnej, uproszczonej analizy poziomu ryzyka zdarzenia, ze względu na jego zakres przedmiotowo-podmiotowy (potencjalnie pokrzywdzona została jedna osoba fizyczna, której to dane ujawnione zostały jednej, możliwej do zidentyfikowania osobie w wąskim i błędnym zakresie), zakwalifikował je jako incydent bezpieczeństwa”. Tym samym pracownicy ww. działu

administratora podjęli decyzję o niedokonywaniu zgłoszenia incydu Prezesowi UODO oraz „(...) ze względu na okoliczność, iż incydent nie wywiera znaczących skutków dla praw i obowiązków osoby, której dane dotyczą”, administrator podtrzymał swoją decyzję o braku konieczności dokonania zawiadomienia Prezesa UODO oraz osób, których dane dotyczą.

UODO nie zgodził się ze stanowiskiem administratora danych. W opinii organu nadzorczego doszło w tej sprawie do naruszenia danych osobowych, które polegało na ujawnieniu, w wyniku błędu lekarza wystawiającego skierowanie do poradni specjalistycznej, danych osobowych osobie nieuprawnionej (innemu pacjentowi administratora) w zakresie: nazwisko, adres zamieszkania, numer ewidencyjny PESEL oraz informacje o stanie zdrowia.

KLUCZOWA KWESTIA MOŻLIWEJ IDENTYFIKACJI

Organ stwierdził, że wydany przez lekarza dokument co prawda zawierał omyłkę w imieniu pacjenta, ale pozostałe dane zawarte na ww. skierowaniu, tj. nazwisko,

adres zamieszkania oraz nr PESEL, dotyczyły tej osoby i podkreślił, że nastąpił jedynie błąd pisarski (tzw. literówka) w zakresie imienia osoby, której dane zostały wpisane do skierowania do poradni specjalistycznej, które zostało wydane innemu pacjentowi.

W ocenie Urzędu nie zachodziła w tej sprawie wskazywana przez administratora okoliczność, że „potencjalnie pokrzywdzona została jedna, nieistniejąca w rzeczywistości osoba fizyczna”, gdyż pomimo błędu w imieniu tej osoby można ją w sposób łatwy zidentyfikować. Organ wskazał, że dla takiej identyfikacji wystarczające jest dysponowanie danymi w postaci nazwiska, adresu zamieszkania oraz nr PESEL. UODO zwrócił też uwagę, że na skierowaniu do poradni specjalistycznej, wydanym przez lekarza administratora nieuprawnionej osobie (innemu pacjentowi), znajdowały się także dane o stanie zdrowia obejmujące informacje

dotyczące rozpoznania i celu porady. UODO podkreślił, że gdyby przyjąć, że wpisane w treści skierowania do poradni specjalistycznej ww. informacje o stanie zdrowia dotyczą w rzeczywistości nie-

uprawnionego odbiorcy (pacjenta, któremu wydano skierowanie), to sam fakt bycia przez panią A. W. pacjentem Poradni [...] jest również informacją o jej stanie zdrowia, a ponadto informacją w tym zakresie zwiększa możliwość identyfikacji tej osoby.

Jak wynika z treści wydanej decyzji o na-

łożeniu kary, UODO zakwalifikował działanie administratora jako świadomy brak zawiadomienia o naruszeniu zarówno organu nadzorczego, jak i osoby, której dane dotyczą. Ze szczegółowym opisem stanu faktycznego można zapoznać się na stronie UODO.

¹ <https://www.uodo.gov.pl/decyzje/DKN.5131.34.2021>

UODO zakwalifikował działanie administratora jako świadomy brak zawiadomienia o naruszeniu zarówno organu nadzorczego, jak i osoby, której dane dotyczą.

• REKLAMA •

LEKARZ PYTA, PRAWNIK ODPOWIADA

UDOSTĘPNIANIE OC NA ŻĄDANIE PACJENTA



Pacjenci coraz częściej zwracają się do lekarzy z żądaniem udostępnienia informacji o zawartej umowie ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej. Czy przekazanie tych danych jest obowiązkowe?

Aleksandra Kosiorek Radca prawny **Damian Konieczny** Adwokat Biuro Prawne OIL w Gdańsku

Sytuacja dotycząca ujawnienia danych na temat OC jest niepokojąca dla lekarzy, nie są oni bowiem pewni, czy podanie tych informacji jest obligatoryjne, czy pozostaje w ich interesie, oraz czy nie postawi ich na przegranej pozycji. Boją się oceny, że skoro lekarz wydał dane dotyczące polisy, oznaczać to musi, że uznał swoją winę i przyznał się do popełnienia błędu medycznego.

KOGO DOTYCZY NAKAZ?

W pierwszej kolejności należy zastanowić się, czy istnieje przepis nakazujący lekarzowi zadośćuczynić żądaniu pacjenta. Źródła takiej regulacji należy poszukiwać w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Zgodnie z art. 14 ust. 2 pkt 2 tej ustawy podmiot wykonujący działalność leczniczą, na wniosek pacjenta, udziela: „niezbędnych informacji na temat zawartych umów ubezpieczenia, o których mowa w art. 25 ust. 1” (obowiązkowych umów ubezpieczenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą – przyp. autorów). Przypomnieć należy, że „podmioty wykonujące działalność leczniczą” to zarówno podmioty lecznicze (np. SP ZOZ), a także indywidualne i grupowe praktyki lekarskie i lekarsko-dentystyczne.

Tym samym nie należy mieć wątpliwości, że w przypadku złożenia takiego wniosku przez pacjenta, każdy lekarz i lekarz dentysta prowadzący praktykę zawodową lub podmiot leczniczy powinien udostępnić żądane informacje (najczęściej jest to prośba o wydanie kserokopii polisy lub podanie jej numeru). Jednocześnie

przepisu nie należy traktować w sposób zawężający – do złożenia żądania w imieniu pacjenta jest uprawniony również adwokat lub radca prawny działający w sprawie, inna osoba posługująca się pełnomocnictwem, oraz w przypadku osób małoletnich lub ubezwłasnowolnionych – przedstawiciele ustawowi (rodzice, opiekun lub kurator). Nie jest również istotne, czy wniosek zostanie złożony pisemnie, ustnie, za pomocą poczty e-mail – każda z tych form jest dopuszczalna, i aktualizuje po stronie lekarza prawny obowiązek udostępnienia żądanych informacji. Odmowa wydania danych ubezpieczyciela może stanowić potencjalne naruszenie prawa pacjenta oraz przepisów dotyczących wykonywania zawodu, co w konsekwencji może skutkować odpowiedzialnością zawodową przed organami izby.

Obowiązek posiadania i – co stanowi tego oczywiste następstwo – wydania informacji o polisie nie dotyczy lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę – takie osoby nie mają statusu „podmiotów wykonujących działalność leczniczą” i nie ponoszą co do zasady względem pacjenta odpowiedzialności za szkody, korzystają bowiem z OC swojego pracodawcy, na którego odpowiedzialność i ryzyko wykonują swoją pracę.

NIE TAKI DIABEŁ STRASZNY...

Jednocześnie wskazać trzeba, że zadośćuczynienie żądaniu i przekazanie danych

ubezpieczyciela nie stanowi w żadnym wypadku przyznania się do błędu medycznego. Skoro bowiem coś jest wyrazem realizacji obowiązku ustawowego, nie może być uznawane jako okoliczność wpływająca negatywnie na dalszy tok spraw. Z doświadczenia w praktyce stwierdzić dodatkowo należy, że zaangażowanie ubezpieczyciela

do sprawy i oceny roszczeń pacjenta już na tym etapie stanowi pewne ułatwienie dla lekarza, którego dotyczy żądanie zapłaty odpowiedniej sumy pieniężnej – od tego momentu ubezpieczyciel, któremu zależy na do-

głębokiej analizie podstaw odszkodowania lub zadośćuczynienia, włącza się do sprawy wraz ze swoim prawnym-medycznym zapleczem, podejmuje korespondencję z pacjentem lub jego pełnomocnikiem, dokonuje oceny ewentualnej szkody na zdrowiu przez biegłych, z którymi współpracuje etc. Podanie danych ubezpieczyciela może być także korzystne na przyszłość, gdyż zwiększa szansę na to, że w ewentualnym postępowaniu sądowym pozwanym będzie również (albo wyłącznie) ubezpieczyciel, a nie lekarz. Pacjent, który nie zna danych ubezpieczyciela, będzie w takim wypadku zmierzał do skierowania sprawy przeciwko podmiotowi, który zna, czyli lekarzowi. Należy również przypomnieć, że ubezpieczyciele przy ocenie składki na kolejny okres biorą pod uwagę szkody zaspokojone z polisy OC, a nie ilość potencjalnie bezzasadnych roszczeń zgłoszonych do nich. ■■■

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

NIEWŁAŚCIWA DIAGNOZA

Okręgowy sąd lekarski uznał, że lekarz specjalista psychiatra popełnił przewinienie zawodowe, polegające na nieprawidłowym postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym w prywatnym gabinecie wobec 18-letniej pacjentki, matki 10-miesięcznego dziecka.

Lekarz błędnie rozpoznał zaburzenia psychotyczne na podstawie głównie wywiadu ze znacznie starszym konkubentem kobiety, a następnie, po trzech dniach, wystawił (już bez badania) zaświadczenie o stanie jej zdrowia i wydał ten dokument osobie nieupoważnionej, oraz zaocznie skierował pacjentkę do szpitala psychiatrycznego bez przeprowadzenia badania

kontrolnego bezpośrednio przed skierowaniem.

OSL za to postępowanie wymierzył lekarzowi karę nagany. Od tego orzeczenia obwiniony odwołał się do Naczelnego Sądu Lekarskiego, który utrzymał w mocy orzeczenie OSL. Obwiniony złożył jeszcze kasację do Sądu

Najwyższego, który oddalił ją jako oczywiście bezzasadną.

***Osoba badana
powinna znaleźć
się w centrum
uwagi lekarza.***

Art. 16 ust. 1 KEL:

„Lekarz może nie informować pacjenta o jego stanie zdrowia bądź o leczeniu, jeśli pacjent wyraża takie życzenie. Informowanie rodziny lub innych osób powinno być uzgodnione z chorym”.

Art. 8 KEL:

„Lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należyłą starannością, poświęcając im niezbędny czas”.

KOMENTARZ



Jacek Miarka

Przewodniczący NSL

Dla pełnego zrozumienia orzeczenia należy uzupełnić fakty i okoliczności towarzyszące sprawie. Pokrzywdzona mieszkała z konkubentem od 16. r.ż., jej partner miał wtedy 30 lat. Po urodzeniu dziecka doznawała przemocy fizycznej i psychicznej, co jest udokumentowane w aktach obdukcji. Chciała od niego odejść, ale groził, że odbierze jej dziecko, a ją umieści w szpitalu psychiatrycznym. W końcu powiedział, że pójdą do psychologa na terapię małżeńską, lecz poszli na wizytę do psychiatry, a po otrzymaniu od niego odpowiednich dokumentów złożył wniosek do sądu o odebranie jej praw do opieki nad dzieckiem. Psychiatra i psycholog badający pokrzywdzoną na prośbę jej rodziców zaprzeczyli istnieniu u niej zaburzeń psychicznych, a stwierdzili zespół stresu pourazowego związany z sytuacją ciągłej przemocy psychicznej i fizycznej, której doznawała przewlekłe w związku z konkubentem. Taką samą opinię wydało niezależnie dwóch kolejnych psychiatrów, biegłych sądowych, powołanych przez sąd powszechny i OSL.

Zdaniem NSL, w ciągu 20-minutowej wizyty, przy kontakcie głównie z konkubentem, co należy ocenić jako krótkotrwałą, a tym samym powierzchowną ocenę stanu psychicznego, nie było żadnych podstaw do rozpoznania psychozy i zapisania Olanzapiny, leczenia antypsychotycznego u zdrowej osoby. Natomiast wypisanie po trzech dniach skierowania do szpitala psychiatrycznego i wydanie go osobie nieupoważnionej, bez badania pokrzywdzonej, jest jawnym złamaniem zapisów art. 11 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Psychiatria jest specjalizacją szczególną, wymagającą wielkiej wrażliwości, a osoba badana powinna się znaleźć w centrum uwagi lekarza. Rzetelne badanie powinno stwarzać choremu poczucie bezpieczeństwa i dawać mu przekonanie, że lekarz chce mu pomóc, a tak niestety nie było w opisaney sprawie.



USŁUGI PRANIA NA RZECZ SZPITALA BEZ ZWOLNIENIA Z VAT

Beata Wierzchowska Radca prawny NIL

Wojewódzki Sąd Administracyjny w Gdańsku zajmował się niedawno kwestią usług prania wykonywanego na rzecz szpitala w kontekście zwolnienia z podatku VAT¹.

Mianowicie, spółka będąca podatnikiem VAT, która nie świadczy usług z zakresu opieki zdrowotnej, wystąpiła z wnioskiem do Krajowej Informacji Skarbowej o interpretację podatkową, wskazując, że świadczy kompleksowe usługi prania i dezynfekcji bielizny oraz odzieży szpitalnej na rzecz podmiotów posiadających status podmiotu leczniczego, który wykonuje działalność leczniczą, świadcząc usługi w zakresie opieki medycznej służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia. Jej zdaniem takie

usługi wykonywane na rzecz podmiotu leczniczego pozostają ściśle powiązane z usługą medyczną służącą profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu i przywracaniu zdrowia, wykonywaną przez podmiot leczniczy. Krajowa Informacja Skarbowa uznała to stanowisko za błędne, wobec czego spółka wniosła skargę do WSA. Jaki był wyrok w tej sprawie? Wprawdzie WSA potwierdził, że świadczone przez spółkę usługi prania są ściśle związane z usługami podstawowymi podmiotu leczniczego (gdyż czynności tego rodzaju, pomimo że same nie wchodzą w zakres opieki medycznej, są ściśle z nimi związane, bo – nie stanowiąc celu samego w sobie – służą należytemu wykonywaniu opieki w stosunku do pacjentów oraz właściwemu przygotowaniu zabiegów medycznych), jednakże spółka

nie może skorzystać ze zwolnienia przewidzianego w art. 43 ust. 1 pkt 18a ustawy o VAT². Warunkiem tego zwolnienia jest bowiem nie tylko to, aby świadczone usługi były ściśle związane z usługami podstawowymi, lecz również – jak wynika z art. 43 ust. 17a ustawy o VAT – żeby były dokonywane przez podmioty świadczące usługi podstawowe, tj. z zakresu opieki medycznej. Sąd, oddalając skargę, podkreślił, że nie budzi wątpliwości, że spółka nie świadczy usług z zakresu opieki medycznej, nie jest podmiotem leczniczym i dlatego świadczone przez spółkę usługi nie mogą być zwolnione z VAT na podstawie art. 43 ust. 1 pkt 18a ustawy o VAT.

¹ Wyrok WSA w Gdańsku z dnia 21 czerwca 2022 r., sygn. akt. I SA/Gd 119/22.

² Ustawa z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 931 z późn. zm.)

*Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci
nestora polskiej medycyny sądowej,*

**prof. dr. hab. n. med.
Władysława Nasiłowskiego**

*wieloletniego Kierownika Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej SUM,
odznaczonego Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski, Krzyżem
Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi,
Brązowym Krzyżem Zasługi z Mieczem. W samorządzie pełnił m.in.
funkcję Przewodniczącego okręgowego sądu lekarskiego (I, III, IV kadencja),
Przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego (II kadencja).*

Rodzinie oraz Współpracownikom

składamy najszczerze kondolencje.

Lukasz Jankowski

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej wraz z NRL

oraz

Jacek Miarka

Przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego

wraz z Zespołem Sędziów

*Z wielkim smutkiem przyjęliśmy
wiadomość o śmierci*

**dr. n. med.
Krzysztofa Szubera**

*laryngologa i wieloletniego samorządowca.
Był prezesem Okręgowej Rady Lekarskiej
w Rzeszowie II, V i VI kadencji oraz wiceprezesem
w kadencjach IV i VII.*

Rodzinie i współpracownikom,

wyrazy współczucia składa

Lukasz Jankowski

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

LIST DO REDAKCJI

LEKARZ LEKARZOWI...?

Postanowiłem napisać na temat uznawania COVID-19 za chorobę zawodową pracowników ochrony zdrowia [wydaje mi się, że problem dotyczy nie tylko medyków].

Ryszard Szozda Kierownik Ośrodka ds. Opiniowania Sądowo-Lekarskiego i Orzecznictwa NIL

Oficjalna lista chorób zawodowych znajduje się w wykazie dołączonym do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych. Świadczenie z tytułu choroby zawodowej można otrzymać tylko wskutek stwierdzenia w określonym okresie choroby, która znajduje się w wykazie.

Chorobę zawodową można rozpoznać w czasie zatrudnienia albo po zakończeniu pracy w narażeniu zawodowym. Podejrzenie występowania może zgłosić pracodawca, lekarz, pracownik lub były pracownik. Informacja o takim zgłoszeniu musi trafić do powiatowego inspektora sanitarnego oraz

do państwowego okręgowego inspektora pracy. Wykaz chorób zawodowych zawiera 26 pozycji, a ostatnią są „choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa”. Nie można określić (w tym przypadku) okresu, w którym wystąpienie udokumentowanych objawów chorobowych upoważnia do rozpoznania choroby zawodowej pomimo wcześniejszego zakończenia pracy w narażeniu zawodowym. Choroba zawodowa, aby została rozpoznana, a następnie stwierdzona, musi powstać w trakcie wykonywania pracy (narażającej na powstawanie tej choroby), znajdować się w wykazie chorób zawodowych.

I teraz przechodzę do zasadniczego problemu. Jak wiemy, COVID-19 jest chorobą mieszczącą się w określeniu punktu 26 wykazu chorób zawodowych. Samo rozporządzenie ani inne akty prawne nie wskazują, na jakiej podstawie można tę chorobę rozpoznać jako zawodową. Nie dotyczy to tylko pracowników ochrony zdrowia, ale także innych, gdzie istnieje możliwość zakażenia w trakcie pracy. Samo stwierdzenie choroby (nawet bez objawów) związanej z wykonywaniem pracy powinno wystarczyć do jej rozpoznania za zawodową. Przykład: Była sobie lekarka, specjalista laryngologii. Zakaziła się wirusem wywołującym COVID-19. Udowodniono z przeważającym prawdopodobieństwem, że do zakażenia doszło w trakcie wykonywania pracy. Praktycznie nie miała objawów, ale rozpoznanie zostało jednoznacznie potwierdzone. Otrzymała stosowne skierowanie do poradni chorób zawodowych. Lekarz z tej poradni odmówił rozpoznania choroby zawodowej, bowiem lekarka nie miała zmian płucnych. Niestety dla poradni WOMP rozpoznanie choroby nie wystarczyło. Moim zdaniem w taki sposób są „załatwiani”

pracownicy ochrony zdrowia w całej Polsce (można wtedy rozpoznać mniej chorób zawodowych?). Próbowałem wyjaśnić problem. Dowiedziałem się, że aby rozpoznać COVID-19 jako chorobę zawodową, trzeba mieć

nie tylko potwierdzenie choroby nabytej w trakcie pracy, ale trzeba mieć także objawy płucne – a takie jest „zdanie ekspertów”. Czyli ich zdaniem sama choroba nabyta w trakcie pracy nie wystarczy? A co z postępowaniem medycznym wskazującym

na inne następstwa owej infekcji? Z ostrożności, nie jest zadaniem ani lekarzy WOMP ani inspektorów sanitarnych stwierdzanie wysokości uszczerbku na zdrowiu.

Jeżeli chodzi o uszczerbek na zdrowiu, to jest on orzekany przez lekarzy orzeczników ZUS i wynosi od 0 do 100 proc. Natomiast z obecnej wiedzy medycznej wynika, że infekcja COVID-19 może powodować następstwa dotyczące nie tylko tkanki płucnej, a potwierdzeniem jej przebiegu jest dodatni test. Ja, ani za pierwszym ani za drugim razem, przechodząc tę infekcję, nie miałem zmian płucnych. Za pierwszym razem było to ostre zapalenie zatok, a za drugim – ostre zapalenie krtani i tchawicy. Gdyby nie to, że do zakażenia doszło nie w trakcie pracy, nie miałbym szans na rozpoznanie choroby zawodowej. Reasumując, należy „zrewidować” pogląd na rozpoznawanie i stwierdzanie infekcji COVID-19 jako choroby zawodowej. Jeżeli dochodzenie epidemiologiczne wykaże z przeważającym prawdopodobieństwem, że do infekcji doszło w trakcie wykonywania pracy zawodowej, winno się rozpoznać chorobę zawodową (a następnie ją stwierdzić). A w przypadkach, kiedy odmówiono jej rozpoznania (jako choroby zawodowej), raz jeszcze (niejako z urzędu) wrócić do sprawy. ■■■

Drogiemu Koledze

dr. n.med.

Januszowi Małeckiemu

*Zastępcy Naczelnego Rzecznika
Odpowiedzialności Zawodowej Naczelnej Izby
Lekarskiej*

wyrazy głębokiego współczucia

z powodu śmierci Żony

– uśpianego Lekarza i dobrego Człowieka –

składają

*Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności
Zawodowej Naczelnej Izby Lekarskiej*

*wraz z zespołem Zastępców
i pracownikami Biura*

STOMATOLOGIA

Na 2 września zaplanowano pierwsze posiedzenie Komisji Stomatologicznej NRL. Będzie ono niezwykle ważne, bo postanowimy, jakimi sprawami będziemy zajmować się w tej kadencji. Na pewno powstanie zespół, który zajmie się kontraktami z NFZ. W obecnej sytuacji gwałtownego wzrostu kosztów utrzymania praktyk stomatologicznych, konieczny jest wzrost nakładów na publiczną opiekę dentystyczną. Zaledwie 1,83 proc. ogólnego budżetu NFZ trafia do stomatologii. To powoduje ciągłe zmniejszanie liczby chętnych do współpracy z NFZ. W przeszłości zdarzyło się już jednak prawie 4 proc. na stomatologię. Wydaje się, że taki wzrost nie spowoduje problemów w publicznej opiece zdrowotnej, a znacząco poprawi



Paweł Barucha

Wiceprezes NRL

WITAM SERDECZNIE, SZANOWNE KOLEŻANKI I SZANOWNYCH KOLEGÓW

sytuację lekarzy dentystów pracujących w oparciu o kontrakt z NFZ. Nie rozwiązany problemem jest mała

dostępność do specjalizacji. Zespół ds. kształcenia i nauki NRL powinien wypracować metody na poprawienie tej trudnej sytuacji. Musimy mieć gotowe rozwiązania do przedstawienia Ministerstwu Zdrowia.

Działalność gospodarcza nastrocza wiele problemów i wiąże się z ogromną liczbą obowiązków. Wzorem lat poprzednich powołamy zespół, który pomoże je wszystkie zebrać i w przystępny sposób zaprezentować. Okres wakacji nie sprzyja organizowaniu spotkań. Sezon urlopowy rządzi się swoimi prawami. Mimo tych trudności udało się kilkakrotnie spotkać z ministrem Piotrem Bromberem. Stomatologia jest bardzo ważna z punktu widzenia społecznego. Jesteśmy w trakcie powoływania w Ministerstwie Zdrowia Zespołu ds. Stomatologii.

STOMATOLOGIA W PIGUŁCE

COVID-19 a stany lękowe i depresja

Pierwsze amerykańskie badanie mające na celu zbadać zdrowie psychiczne lekarzy dentystów podczas pandemii, a także związek między szczepionką COVID-19 a zdrowiem psychicznym pracowników placówek stomatologicznych, zostało opublikowane w sierpniowych numerach „The Journal of the American Dental Association” i „Journal of Dental Hygiene”. Jego wyniki dostępne są także online na jada.ada.org.

Jak pokazują wyniki badania prowadzonego od czerwca 2020 r. do czerwca 2021 r., 17,7 proc. pracowników placówek stomatologicznych miało objawy lękowe, 10,7 proc. zgłosiło objawy depresji, a 8,3 proc. objawy obu. Wzięło w nim udział 8902 respondentów, którzy co miesiąc uczestniczyli w anonimowej ankiecie internetowej.

Higienistki stomatologiczne zgłaszały wyższe wskaźniki objawów depresji niż stomatolodzy (i w każdym badanym punkcie czasowym), przy czym wskaźniki objawów depresji osiągnęły szczyt w grudniu 2020 r., a spadły w 2021 r. i od tego momentu utrzymywały się na stałym poziomie. Pod koniec okresu badania obie grupy miały stosunkowo podobne wskaźniki – 11,8 proc. dla stomatologów i 12,4 proc. dla higienistek. – Co ciekawe, pracownicy dentystycznej opieki zdrowotnej zgłaszali niższe wskaźniki lęku i objawów depresji niż ogół społeczeństwa, mimo że byli na pierwszej linii frontu i zapewniali opiekę zdrowotną podczas pandemii – mówi Stacey Dershewitz, główna autor badania z George Washington University (USA). – W miarę trwania pandemii niezwykle ważne jest, aby pracownicy placówek

stomatologicznych rozwijali zdolność rozpoznawania i radzenia sobie z oznakami i objawami zaburzeń psychicznych u siebie i swoich współpracowników, promowali zdrowe środowisko pracy, zmniejszali wpływ stresu na pracę i dawali wsparcie tym, którzy zmagają się z emocjami – podkreśla badaczka.

Objawy lękowe niektórych uczestników badania zmniejszyły się po przyjęciu szczepionki przeciwko COVID-19. Osoby niezaszczepione, które zamierzały się zaszczepić, odczuwały znacznie więcej objawów lękowych (20,6 proc.) w porównaniu do tych w pełni zaszczepionych (14,1 proc.). Badanie to jest częścią trwających wspólnych wysiłków badawczych między American Dental Association (ADA) i American Dental Hygienists Association (ADHA).

Źródło: ada.org

STOMATOLOGIA W PIGUŁCE

Interakcje żywieniowe sprzyjające zapaleniu przyzębia



W nowym badaniu opublikowanym w mSystems naukowcy pod kierunkiem Uniwersytetu w Osace (Japonia) odkryli, jak *Fusobacterium nucleatum* przyczynia się do rozwoju zapalenia przyzębia.

W mikrobiomie jamy ustnej zachodzi metaboliczne żywienie krzyżowe, w którym bakterie wydzielają produkty – często jako odpady odżywcze – które są konsumowane przez inne bakterie, promując w ten sposób przetrwanie tych bakterii. – Aby

lepiej zrozumieć, w jaki sposób interakcje metaboliczne *Fusobacterium nucleatum* mogą przyczyniać się do rozwoju choroby dziąseł, przeanalizowaliśmy współkultury tej bakterii z występującymi w jamie ustnej bakteriami komensalnymi – mówi główny autor badania Akito Sakanaka. Okazało się, że *Fusobacterium nucleatum* wytwarza poliaminy, takie jak putrescyna i kadaweryna, poprzez metaboliczne żywienie krzyżowe z innymi bakteriami komensalnymi. Poliaminy te tworzą sprzyjające warunki do wzrostu i rozprzestrzeniania się patogenu przyzębia *Porphyromonas gingivalis*, sprzyjając rozwojowi zapalenia przyzębia. Naukowcy przestrzegają, że zaniedbanie szczotkowania zębów może dawać szerokie możliwości żerowania krzyżowego, w którym bakterie jamy ustnej spontanicznie zaczynają wymieniać metabolity za pośrednictwem *Fusobacterium nucleatum*, co ostatecznie prowadzi do wzrostu liczby patogenów przyzębia. Artykuł „*Fusobacterium nucleatum* Metabolically Integrates Commensals and Pathogens in Oral Biofilms” został opublikowany w mSystems at DOI.

Źródło: eurekaalert.org

Bezpieczna ortodoncja

Lakier fluorkowy, ozon i oktenidyna zmniejszają częstość występowania białych plamek i próchnicy podczas leczenia ortodontycznego – wynika z badania przeprowadzonego przez zespół naukowców z Zakładu Stomatologii Interdyscyplinarnej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.

Zespół badawczy, w skład którego wchodzi Katarzyna Grocholewicz, Paulina Mikłasz, Alicja Zawisłak, Ewa Sobolewska i Joanna Janiszewska-Olszowska, wyniki swoich badań opublikował w „Nature”.

Jak pokazały trzyletnie obserwacje pacjentów, najczęściej atakowanymi zębami były siekacze boczne, a następnie kły, przedtrzonowce i siekacze centralne. Nie zaobserwowano bocznej predylekcji ani różnicy dla górnego i dolnego łuku zębowego.



Co najmniej jedną nową początkową zmianę próchnicową stwierdzono u 72,9 proc. pacjentów. Ubytki rozwijają się w ciągu pierwszych 12 miesięcy leczenia ortodontycznego u 61 proc. pacjentów. Gwałtowny wzrost częstości występowania WSLs widoczny był w ciągu pierwszych 6 miesięcy leczenia – próchnicę początkową stwierdzono u 38 proc. pacjentów, a po 12 miesiącach – u 46 proc.

„Nawet niezwykle intensywny program profilaktyczny nie był w stanie całkowicie zapobiec WSLs i zmianom próchnicznym. Jednoczesne stosowanie lakieru fluorkowego, ekspozycji na gaz ozonowy i oktenidynę wydaje się mieć korzystny wpływ na ograniczenie rozwoju WSL” – napisano we wnioskach z badania.

Źródło: nature.com

STOMATOLOGIA W PIGULCE

3D kontra frezowanie

Naukowcy z Tohoku University Graduate School of Dentistry w Japonii odkryli, że wytwarzanie korony za pomocą druku 3D metodą cyfrowego przetwarzania światła (DLP) daje produkt lepszej jakości niż można osiągnąć poprzez tradycyjne frezowanie.

W ostatnich latach frezowane korony wykonane w technologii CAD/CAM stały się popularną alternatywą dla tradycyjnych uzupełnień metalicznych, dzięki lepszemu zużyciu i estetycznym właściwościom kompozytów żywicznych. Nowe badanie pokazało jednak, że postępy w drukowaniu DLP mogą zaoferować jeszcze coś lepszego.

Korony drukowane metodą DLP okazały się bardziej dokładne i miały mniej rozbieżności marginalnych. Naukowcy

zauważyli, że zwłaszcza na guzkach korony frezowane miały wyższy wskaźnik odchylen wymiarowych i że w przypadku próby korekcji na wewnętrznych powierzchniach frezowanych produktów, które miały ujemne odchylenia, powstawały rowki. Druk 3D osiągał też wyższy poziom dokładności dopasowania wymiarów, niezależnie od kształtu łącznika. Naukowcy zauważyli, że przyszłe badania mogą ocenić odporność na pękanie i biokompatybilność koron drukowanych w 3D jako protez stałych.

Badanie zatytułowane „Porównanie dokładności koron z żywicy kompozytowej wytworzonych metodami druku trójwymiarowego i frezowania” zostało opublikowane w „Dental Materials Journal”.

Źródło: dental-tribune.com

Lekarze dentyści odmawiają przyjęć

Czterech na pięciu lekarzy dentystów National Health Service w Szkocji nie przyjmuje nowych dorosłych pacjentów na leczenie, a niemal 80 proc. praktyk NHS nie bierze pod opiekę nowych dzieci – donosi BBC.

Z kolei szkocki rząd podaje, że ponad 95 proc. populacji jest zarejestrowanych u lekarza dentystry NHS. I podkreśla, że siła robocza stomatologów w Szkocji (54 na 100 tys. mieszkańców) jest większa niż w Anglii (42 na 100 tys. mieszkańców). Tymczasem lekarze dentyści w Szkocji przeprowadzają o 28 proc. mniej zabiegów.

BBC News skontaktowało się z prawie 7 tys. praktyk NHS w Wielkiej Brytanii (to prawie wszystkie, które oferują leczenie ogólnostomatologiczne społeczeństwu). 90 proc. placówek NHS nie przyjmowało nowych dorosłych pacjentów, a 80 proc. nie przyjmowało nowych dzieci. W Szkocji liczby te wynosiły odpowiednio 82 proc. i 79 proc.

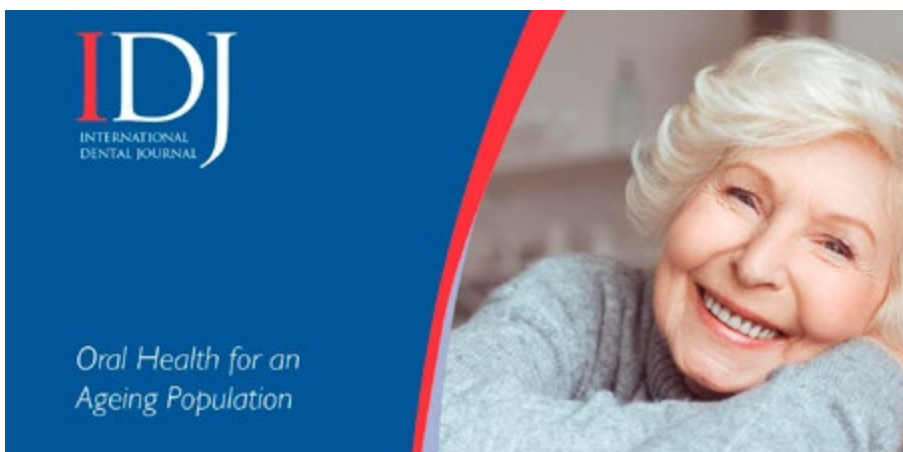
Stomatologia zawsze była mieszanką pacjentów prywatnych i NHS. Ale od kilku lat tradycyjny „dentysta z ulicy” zmienia się. COVID-19 nie pomógł, a wielu nadal musi ustalać priorytety spotkań, próbując nadrobić zaległości. Mimo że rząd płaci za każdą przeprowadzaną procedurę, wielu twierdzi, że to wsparcie finansowe nie wystarcza, aby zapewnić stabilną pracę NHS.

Coraz więcej gabinetów jest przejmowanych przez właścicieli komercyjnych, którzy nie mają obowiązku przyjmować nowych pacjentów NHS. Coraz więcej osób informuje, że lekarz dentysta NHS wyrejestrował ich i teraz przyjmuje wyłącznie pacjentów prywatnych. Być może 95 proc. Szkotów jest nadal zarejestrowanych u dentysty NHS, ale jeśli tylko 18 proc. praktyk przyjmuje nowych pacjentów, za kilka lat wszystko może wyglądać zupełnie inaczej.

W świetle danych BBC Brytyjskie Stowarzyszenie Stomatologiczne ponownie wezwało szkocki rząd do udzielenia krótkoterminowego wsparcia finansowego lekarzom denty stom, by mogli rozwiązać zaległości powstałe w związku z epidemią COVID-19. Apelują także o nowy, długoterminowy model stomatologii NHS.

Źródło: bbc.com

Z myślą o seniorach



Światowa Federacja Dentystyczna (FDI) opracowała i udostępniła dodatek do „International Dental Journal” na temat zdrowia jamy ustnej starzejącej się populacji – „Oral Health for an Ageing Population”. Dostęp do treści jest otwarty.

Globalnie starsza populacja rośnie wykładniczo. Przewiduje się, że do 2050 r. 25 proc. światowej populacji – około 2 miliardów ludzi – będzie w wieku powyżej 60 lat. Już teraz uwzględnia się fakt, że osoby starsze mogą być szczególnie

dotknięte złym stanem zdrowia jamy ustnej i bardziej podatne na rozwój chorób zębów, takich jak próchnica, zapalenie przyzębia, suchość w jamie ustnej, a także utratę zębów, co będzie miało wpływ na ogólną jakość ich życia i ogólny stan zdrowia.

W dodatku „Oral Health for an Ageing Population” znajdziemy dane na temat m.in. środków i działań zapobiegawczych, które należy podjąć, aby chronić zdrowie jamy ustnej i prowadzić zdrowe życie.

Źródło: ada.org

STOMATOLOGIA

Próchnica WCIAŻ STRASZY

Z prof. *Dorotą Olezak-Kowalczyk*, konsultantem krajowym w dziedzinie stomatologii dziecięcej oraz prezesem Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej, rozmawia Lucyna Krysiak.

Wydano nowe wytyczne dotyczące postępowania w urazach zębów.

Systematyzują one sposób postępowania i wskazują, jak należy diagnozować i jaką metodą leczniczą wybrać. Zmianie uległy zalecenia dotyczące m.in. postępowania w przypadku wtłoczeń zębów oraz terminy kontroli pourazowych. Muszę także wspomnieć o aktualizacji zaleceń dotyczących profilaktyki fluorkowej, która zawiera wszystkie najważniejsze informacje o metodach, środkach, bezpieczeństwie i skuteczności różnych metod profilaktyki nie tylko u dzieci i młodzieży, ale także u dorosłych. Zostaną one przedstawione już 24 września na konferencji „Międzypokoleniowe problemy współczesnej stomatologii” organizowanej przez PTSD, PTSG oraz OIL w Warszawie, a następnie opublikowane.

Jaki obecnie jest stan zdrowia jamy ustnej polskich dzieci?

W naszym kraju nadal częstość występowania próchnicy zębów i jej nasilenie są bardzo duże niezależnie od wieku badanych. Choroba próchnicowa dotyczy od 41,1 proc. do 84 proc. dzieci posiadających zęby mleczne i od 74,9 proc. do 93,2 proc. młodzieży z uzębieniem stałym, a należy pamiętać, że ciężar próchnicy przenosi się z dzieci na dorosłych. W Polsce są bardzo duże potrzeby w zakresie opieki stomatologicznej dzieci i młodzieży. Wraz z wiekiem zmniejszają się potrzeby rutynowego leczenia, a wzrastają te dotyczące leczenia

powikłań próchnicy. Potrzebę ekstrakcji co najmniej jednego zęba stałego zdiagnozowano już u 4,7 proc. 18-latków. Około 30 proc. 7-latków wymaga ekstrakcji co najmniej jednego zęba mlecznego. Z tych powodów polskie dzieci i młodzież rzadko się śmieją, co wpływa na jakość komunikacji i relacji w grupie. Próchnica jest także powodem absencji w placówkach oświatowych i utrudnia prawidłowe odżywianie.

”

**Odsetek
realizowanych
świadczeń
profilaktycznych dla
dzieci i młodzieży jest
niewielki.**

Jakie są największe potrzeby, jeśli chodzi o stomatologię dziecięcą?

Właściwie dotyczą one wszystkiego – edukacji, profilaktyki i leczenia. Uważam, że najważniejsze jest zapobieganie, rozpoczęte już w okresie prenatalnym, najpóźniej w wieku niemowlęcym, i kontynuowane przez całe życie. Aby profilaktyka

była skuteczna, niezbędna jest edukacja oraz motywacja rodziców i dzieci. Badania prowadzone w ramach programu „Monitorowanie stanu zdrowia populacji polskiej w 2020 r.” wykazały bardzo duże braki w tym zakresie.

Podstawowe znaczenie mają błędy dietetyczne, niewystarczająca profilaktyka fluorkowa oraz niewłaściwe zachowania higieniczne. Dalece niewystarczający jest też poziom wiedzy stomatologicznej nauczycieli wychowania przedszkolnego i nauczania początkowego, uniemożliwiający prowadzenie przez nich edukacji na temat zdrowia jamy ustnej i metod zapobiegania próchnicy zębów u dzieci. Badania ujawniły, że tylko co ósmy z nich wiedział, że już od pierwszego zęba należy używać pasty z fluorem, a większość błędnie uważała, że dziecko w wieku przedszkolnym powinno już samodzielnie szczotkować zęby. Blisko połowa była przekonana, że stosowanie pasty do zębów z fluorem u dzieci jest kontrowersyjne ze względu na szkodliwy wpływ tego pierwiastka na organizm. Niezbędna jest więc edukacja bezpośrednia dzieci i młodzieży, ale także grupy zawodowej zajmującej się ich kształceniem.

Czy coś drgnęło w tym zakresie?

Efektom prac realizatorów programu „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w 2020 r.” było opracowanie i oddanie do użytku scenariuszy lekcji dla nauczycieli, pomocy dydaktycznych dla dzieci i młodzieży, które powinny być wykorzystane w działaniach edukacyjnych. Niestety odsetek realizowanych świadczeń profilaktycznych dla dzieci i młodzieży jest niewielki. Brak jest także programu edukacyjnego i profilaktycznego o zasięgu ogólnopolskim. Propozycja takiego programu i jednocześnie kontynuacji programu monitorowania stanu zdrowia populacji polskiej nie została zaakceptowana przez MZ, więc jego kontynuacji nie będzie. Taki monitoring dostarczał cennych informacji, których obecnie zostaniemy pozbawieni. Są ogromne potrzeby w zakresie leczenia stomatologicznego, ale dostęp do niego jest coraz bardziej ograniczany. Niezbędna jest bowiem właściwa wycena świadczeń dla dzieci i młodzieży oraz wprowadzenie procedur specjalistycznych. Obecna wycena jest zbyt niska, dlatego lekarze dentyści coraz częściej rezygnują z podpisania umowy z NFZ na realizację świadczeń dla dzieci i młodzieży. ■■■



Warszawski Kongres Medyczny dla Młodych Naukowców na WUM

KSZTAŁCENIE PRZEDDYPLOMOWE

Nie ma dowodów

Rośnie liczba studentów kierunku lekarskiego. Jest on dostępny w każdym województwie przynajmniej w jednej uczelni, choć niekoniecznie medycznej. W przyszłym roku w Warszawie kształceniem przyszłych lekarzy zajmie się już piąta placówka. To jeszcze nie koniec.

Mariusz Tomczak Dziennikarz

W systemie ochrony zdrowia możemy mieć nowe szpitale, najnowocześniejszy sprzęt, najlepsze technologie medyczne, ale to nie wystarczy, jeżeli nie będzie personelu medycznego: lekarzy, pielęgniarek czy ratowników medycznych – mówi minister zdrowia Adam Niedzielski. Trudno się z tymi słowami nie zgodzić, bo to nie łóżka czy szpitalne mury diagnozują i leczą.

Nie wszyscy jednak podzielają pomysł ministra na przeciwdziałanie deficytowi kadr medycznych. Dalekosiężna wizja powinna być nakierowana na poprawę dostępności pacjentów do lekarzy. Jeden z najważniejszych celów do jej urzeczywistnienia stanowi wzrost liczby jak najlepiej wyedukowanych, zadowolonych z warunków pracy i płacy specjalistów, którzy wyjazdy za granicę traktowaliby raczej jako okazję do zdobycia nowych kwalifikacji lub krótkotrwałą przygodę, po której wracaliby do kraju.

CO PRZEWIDUJE RESORT ZDROWIA

Obecny szef resortu zdrowia kontynuuje politykę prowadzoną przez kilku jego poprzedników, stawiając na zwiększanie naboru na studia na kierunku lekarskim połączone z tworzeniem takiej możliwości w kolejnych uczelniach. To pociąga za sobą wzrost liczby studentów i, w perspektywie kolejnych lat, zapewne absolwentów medycyny, ale w dłuższej perspektywie (np. za 10-15 lat) nie musi skutkować trwałym wzrostem liczebności lekarzy wykonujących zawód w Polsce. Nie ma na to dowodów, a urzędowe prognozy są tylko przewidywaniami, które albo się sprawdzą, albo nie.

PREZES NRL: NIE TĘDY DROGA

Podjęcie decyzji o wyjeździe z kraju wymaga determinacji, a nierzadko także odwagi, ale – w związku z obecnością Polski w UE i strefie Schengen, unifikacją części przepisów, szerokimi możliwościami nauki języków obcych, niedostatkiem kadr lekarskich w krajach uchodzących

za bardziej przyjazne do wykonywania zawodu oraz przetarciem emigracyjnego szlaku przez starszych lekarzy – nie jest tak trudne jak dwie-trzy dekady temu. – Receptą na problemy z dostępnością świadczeń medycznych, wynikające z braków kadrowych w ochronie zdrowia, nie jest „produkcja” lekarzy łącząca się z obniżaniem jakości kształcenia i odebraniem od kolejnych etapów pracy w zawodzie i dalszego szkolenia – podkreślił w połowie sierpnia prezes NRL Łukasz Jankowski w czasie rozmowy z ministrem edukacji i nauki Przemysławem Czarnek. Do spotkania doszło nieprzypadkowo, ponieważ sprawy kształcenia są na radarze samorządu lekarskiego, a resort zdrowia wspólnie z MEiN dąży do uruchamiania studiów medycznych w kolejnych uczelniach. W ubiegłym roku minister Czarnek mocno się w to zaangażował.

KSZTAŁCENIE NA EKSPORT?

Prezes NRL zwrócił uwagę, że system nie jest i w najbliższym czasie wciąż nie

będzie gotowy na zapewnienie absoluwentom satysfakcjonujących warunków odbywania specjalizacji i wykonywania pracy, co rodzi ryzyko kształcenia lekarzy na eksport. Wyraził nadzieję, byśmy byli mądrzy przed szkodą i nie poszli za przykładem Hiszpanii, gdzie po zwiększeniu limitów na studia skokowo wzrosła emigracja (więcej na ten temat na s. 41). Wymiana argumentów NIL z resortem zdrowia i MEiN trwa od dłuższego czasu, a jak się zakończy, nie wiadomo. Pewne jest to, że jeszcze nie tak dawno premier Mateusz Morawiecki z goryczą krytykował poprzednie rządy za doprowadzenie do wyjazdu z naszego kraju ok. 30 tys. lekarzy w ciągu 15-20 lat. – Polska na dorobku wspiera bogaty Zachód, bogatą Szwecję, bogate Niemcy, bogatą Francję. Czy to jest normalne? – retorycznie pytał szef rządu.

16 WOJEWÓDZTWO, 23 UCZELNIE

W każdym województwie jest już przynajmniej jedna uczelnia kształcąca przyszłych lekarzy. 23 placówki, w tym 4 niepubliczne, mają zielone światło na prowadzenie studiów na kierunku lekarskim w nadchodzącym roku akademickim. W tej statystyce nie uwzględniam prywatnej Akademii Medycznych i Społecznych Nauk Stosowanych w Elblągu.

UJ dopiero ósmy

W nadchodzącym roku akademickim największy limit miejsc na studia stacjonarne w języku polskim mają SUM (723) i UM w Łodzi (720, w tym 200 finansowanych przez MON). Trzeci w zestawieniu jest WUM (550). Niektórych może zaskoczyć fakt, że stołeczna uczelnia nie jest liderem tego zestawienia. Na czwartej pozycji są ex equo uniwersytety medyczne w Poznaniu i Lublinie. Kolejne miejsca zajmują: GUMed, UM we Wrocławiu i PUM w Szczecinie. Dopiero ósme miejsce zajmuje UJ w Krakowie (240), cieszący się statusem najstarszej polskiej uczelni wyższej i chlubiący się najdłuższą tradycją kształcenia lekarzy. Limit uczelni założonej przez króla Kazimierza Wielkiego jest zaledwie o 40 miejsc większy niż prywatnej Wyższej Szkoły Technicznej w Katowicach, która przyszłych lekarzy kształci od zaledwie czterech lat, a jej historia sięga niespełna dwóch dekad.

Pod koniec sierpnia uczelnia nie widniała jeszcze w rozporządzeniu ministra zdrowia dotyczącym limitów przyjęć w roku akademickim 2022/2023, ale studenci kierunku lekarskiego mają rozpocząć naukę od października. To zwińczenie 7-letnich starań władz uczelni, które wspierali lokalni politycy.

MIEDZY GDAŃSKIM A OLSZTYNEM

Rekrutacja w Elblągu trwa od 11 sierpnia. Rozpoczęła się już kilka dni po otrzymaniu pozwolenia z MEiN. Resort zarekomendował ministrowi zdrowia określenie limitu przyjęć na poziomie 75 osób. Na elbląskiej uczelni studia stacjonarne są płatne. Poza opłatą rekrutacyjną (85 zł) trzeba uiścić wpisowe (2 tys. zł) i regulować nie tak niskie czesne. Pierwszy i drugi semestr kosztują po 20 tys., a z każdym rokiem opłaty wzrastają (nauka na VI roku będzie oznaczała wydatek 25 tys. zł za semestr). Bazę kształcenia praktycznego mają stanowić: Wojewódzki Szpital Zespolony i Szpital Miejski św. Jana Pawła II. W pewnym sensie AMiSNS stanie się regionalną konkurencją, a przynajmniej alternatywą dla Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, w którego murach przyszli lekarze kształcą się od kilkunastu lat, a także dla GUMed. Liczący ok. 115 tys. mieszkańców Elbląg to najstarsze miasto w woj. warmińsko-mazurskim. Z Elbląga do Gdańska jest zaledwie 60 km.

CZĘSTOCHOWA, PŁOCK, TARNÓW, KALISZ

Również od października studia na kierunku lekarskim zostaną zainaugurowane w Uniwersytecie Humanistyczno-Przyrodniczym im. Jana Długosza w Częstochowie. To owoc kilkuletnich starań władz uczelni działającej w tym liczącym ok. 200 tys. mieszkańców mieście. W tym przypadku również doszło do ponadpartyjnej zgody wielu polityków. Zainteresowanie nowym kierunkiem w UHP w Częstochowie przerosło najśmielsze oczekiwania. Po pierwszej dobie od rozpoczęcia rekrutacji w systemie zarejestrowało się 431 osób w trybie stacjonarnym (limit uczelni wynosi 60). Wyniki zostaną ogłoszone w trzecią sobotę września. Zajęcia kliniczne mają się odbywać w kilku szpitalach w woj. śląskim i łódzkim. Kierunek lekarski chcą mieć u siebie kolejne placówki. Jedną z nich jest

Akademia Mazowiecka w Płocku (miasto zamieszkuje taka sama liczba ludności co Elbląg), w którą 1 października przekształci się miejscowa Mazowiecka Uczelnia Publiczna. MZ wydał już w tej kwestii pozytywną opinię. Podobne plany ma Akademia Kaliska im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu i Akademia Nauk Stosowanych w Tarnowie. Oba miasta liczą po ok. 100 tys. mieszkańców.

PROSEKTORIUM NA WYNAJEM

Od przyszłego roku studia medyczne ruszą w Uniwersytecie Warszawskim. To będzie piąta uczelnia kształcąca przyszłych lekarzy w stolicy, a przecież jeszcze kilka lat temu taką możliwość dawała tylko jedna. Przypadek UW jest szczególny, bo wydział lekarski był jednym z pięciu pierwszych na tej uczelni sięgającej korzeniami początku XIX w., a kształcenie przyszłych lekarzy odbywało się jeszcze ponad 70 lat temu. W trakcie pierwszych dwóch lat funkcjonowania nowego kierunku w dużym stopniu kształcenie żaków zostanie oparte o kadre zatrudnioną w uczelni, ale

z czasem ulegnie to zmianie. Początkowo wydział medyczny będzie zlokalizowany w gmachu Centrum Nauk Biologiczno-Chemicznych UW. Docelowo powstanie odrębny budynek dydaktyczny, a władze uniwersytetu zapowiadają

*Trwa
wymiana
argumentów NIL
z decydentami.*

starania o rozwój własnej infrastruktury na potrzeby kształcenia klinicznego. UW nie ma prosektorium, ale planuje podpisać w tej sprawie umowę z zewnętrznym podmiotem, tak by wszystkie formalne wymagania związane z kształceniem zostały spełnione. To zresztą nie powinno zaskakiwać, skoro np. studenci medycyny z UKSW w Warszawie uczą się na WUM m.in. anatomii. Koordynacją działań nad uruchomieniem medycyny w murach UW zajmuje się prof. Zbigniew Izdebski, pedagog i seksuolog, który kilka lat temu był pełnomocnikiem rektora Uniwersytetu Zielonogórskiego ds. utworzenia kierunku lekarskiego. Jego pierwsi absolwenci opuścili uczelnię w ubiegłym roku.

PEWNY LUBLIN, NIEPEWNE SIEDLCE

Za rok studia medyczne również ruszą w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim. Uczelnia ma zgodę MEiN oraz pozytywne rekomendacje Polskiej Komisji Akredytacyjnej i szefa resortu zdrowia. Po sąsiedzku nawiązano współpracę z UM

w Lublinie, a poza tym z placówkami zagranicznymi: Medical College of Wisconsin (USA), Poliklinika Gemelli i z Uniwersytetem Rzymskim „La Sapienza” (Włochy), Uniwersytecie Nawarry (Hiszpania), Holy Spirit University of Kaslik (Liban). Kolejną uczelnią planującą uruchomienie kierunku lekarskiego w roku akademickim 2023/2024 jest Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach. Trwają poszukiwania kadry naukowej i ustalanie programu studiów, a także prowadzone są prace inwestycyjne, m.in. budowa pracowni anatomii prawidłowej. Jeśli medycynę będzie można studiować w Siedlcach położonych niecałe 90 km od stolicy, byłoby to najmniejsze polskie miasto dające taką możliwość (liczy ok. 77 tys. mieszkańców).

PRYWATNE WYPRZEDAJĄ PUBLICZNE

Spośród uczelni niepublicznych pierwszą umożliwiającą rozpoczęcie studiów na kierunku lekarskim była Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego. Nastąpiło to 6 lat temu. Obecnie to nie ona ma największy limit miejsc na studia stacjonarne w języku polskim, lecz WST w Katowicach (wynosi on 200, tj. aż o jedną czwartą więcej od Frycza). Co ciekawe, katowicka uczelnia ma zaledwie o 4 miejsca mniejszy limit na tych studiach niż UMK w Toruniu i jednocześnie wyraźnie większy od kilku uczelni publicznych. Na tle katowickiej WST skromnie wypadają uniwersytety: Zielonogórski (90), Jana Kochanowskiego w Kielcach (100) i Rzeszowski (110). Od tych trzech uniwersytetów większy limit miejsc na studia stacjonarne w języku polskim ma również niepubliczna Uczelnia Medyczna im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, która otrzymała uprawnienia do prowadzenia studiów na kierunku lekarskim w 2020 r.

REKORDY POPULARNOŚCI

Studia medyczne biją rekordy popularności. Każdy, kto opowiada się za poszerzaniem oferty edukacyjnej o kierunek lekarski, wskazuje na niedobór kadr i tłum młodych ludzi walczących o indeksy, którzy każdego roku odchodzą z kwitkiem. W Uniwersytecie Rzeszowskim na najbardziej oblegany kierunek, chyba nie trzeba dodawać, że chodzi o lekarski, podczas I tury naboru zgłosiło się

2410 kandydatów, choć dostępnych jest tylko 110 miejsc (tj. 21,9 os./miejsc). Dla porównania: przed rokiem o tyle samo miejsc ubiegało się 2121 kandydatów, dwa lata temu – 2129 osób o 80 miejsc, a przed trzema laty – 2219 osób o 80 miejsc. W stolicy Podkarpacia pierwszy rocznik ukończył studia medyczne przed rokiem. Z jednej strony konkurencja jest spora, choć dla nikogo nie jest tajemnicą, że wiele osób próbuje szczęścia na kilku uczelniach

czy kierunkach, wierząc, że im więcej możliwości wybierze w ramach procedury rekrutacyjnej, tym większa szansa, że gdzieś się dostanie. Z drugiej strony obecnie młodzi ludzie mają dużo łatwiej niż choćby pokolenie wyżu demograficznego z początku lat 80. XX w., którzy ok. 20 lat temu zjadali konkurowali o indeksy, mając do wyboru znacznie uboższą ofertę. I nie dotyczyło to tylko medycyny.

10 LAT W SYSTEMIE PUBLICZNYM

Kilka tygodni temu Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Bankiem Gospodarstwa Krajowego uruchomiło Fundusz

Kredytowania Studiów Medycznych. Osoby płacące za studia na kierunku lekarskim (nie ma znaczenia, czy to uczelnia publiczna, czy prywatna) prowadzone w języku polskim mogą starać się o kredyt w Banku Pekao S.A. Maksymalna kwota kredytu na semestr nauki w nadchodzącym roku akademickim wynosi 20 tys. zł. Niedużo, ale chodzi o to, by wystarczyło na czesne. Spłata zaczyna się po 12 latach od ukończenia studiów – przez ten czas absolwent ma spłacać połowę odsetek (resztę, w formie dopłat do oprocentowania, pokryje Fundusz). Szybko pojawiła się lawina krytyki, że wsparcie kierowane jest do osób osiągających gorsze wyniki w nauce, które nie dostały się na bezpłatne studia. Młodzi lekarze nie zostawili także suchej nitki na warunkach umorzenia kredytu. Aby do tego doszło, trzeba przepracować w publicznej ochronie zdrowia 10 lat w ciągu 12 lat od ukończenia studiów (okres skracca się, jeśli kredyt był udzielony na mniej niż 6 lat studiów) i uzyskać tytuł specjalisty w dziedzinie uznanej za priorytetową w dniu rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego. Jedno i drugie ogranicza swobodę wyboru kariery zawodowej.

KREDYTOWA KULA U NOGI?

Powstanie FKSM oznacza, że zamiast przede wszystkim tworzyć coraz lepsze warunki pracy i płacy, tak by po skończeniu studiów i specjalizacji młodzi lekarze nie myśleli o wyjeździe za granicę na stałe, pojawia się możliwość otrzymania wsparcia finansowego (blisko ćwierć miliona zł) powiązanego z zaciągnięciem wieloletniego zobowiązania. Złośliwi twierdzą, że to kula u nogi. Na długie lata przywiąże ona młodego kredytobiorcę do publicznego systemu ochrony zdrowia, tak mocno krytykowanego za niedofinansowanie, na dodatek wymuszając kształcenie w dziedzinach, od których adepci medycyny raczej stronią od dłuższego czasu. Może to oznaczać rezygnację lub opóźnienie czasu rozpoczęcia realizacji marzeń o byciu kardiologiem (ta specjalizacja nie jest uznana za deficytową, podobnie jak kilkadziesiąt innych). Informacja o zaciągnięciu tak dużego zobowiązania będzie dostępna w BIK do momentu jego spłaty, co wpłynie na zdolność kredytową. Oprocentowanie jest zmienne, co samo w sobie stanowi czynnik ryzyka. Konia z rzędem temu, kto przewidzi sytuację na rynku stóp procentowych za kilkanaście lat. ■■■

Oczywisty trend

W kształceniu przeddyplomowym od dłuższego czasu trend wydaje się oczywisty. Zwiększa się liczba studentów na kierunku lekarskim m.in. dzięki zmianie przepisów i za sprawą rozszerzania oferty edukacyjnej o mniejsze uczelnie, w tym niepubliczne. Nierzadko są to placówki o niezwykle skromnym doświadczeniu w kształceniu w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu. Bywa i tak, że do niedawna koncentrowały się na prowadzeniu kierunków w ogóle niezwiązanych z nimi. Nic dziwnego, że mnożą się obawy o jakość kształcenia przeddyplomowego: że część placówek nie posiada odpowiedniej kadry dydaktycznej i bazy klinicznej, że studenci są pozbawieni dostępu do prosektorium, że nie ma wysokiej jakości preparatów anatomicznych. Mówi się o coraz niższych progach pozwalających dostać się na studia, co oznacza mniejsze wymagania formalne już na samym początku drogi do zdobycia dyplomu lekarza. Skoro łatwiej o indeks, studia mogą zacząć być postrzegane jako mniej elitarne w odbiorze społecznym.

KSZTAŁCENIE

Nie produkujemy LEKARZY NA EKSPORT

Jak wielu nowych lekarzy każdego roku zasila hiszpańską ochronę zdrowia i dlaczego wielu z nich szybko decyduje się na emigrację? Z lekarką *Urszulą Kozinią*, która jako studentka w ramach wymiany Erasmus przez dwa lata studiowała w tym kraju i miała okazję poznać tamtejsze realia, rozmawia Marta Jakubiak.

🇵🇸 Kiedy poznała pani Hiszpanię?

To był mój 5. i 6. rok studiów, lata 2015-2017. Przez ten czas zawarłam w Hiszpanii wiele znajomości i dobrze poznałam tamtejszy system ochrony zdrowia z perspektywy studenta medycyny. Mogłam też przyjrzeć się, jak funkcjonują w nim pacjenci i lekarze, z jakimi problemami się borykają.

Wciąż utrzymuję kontakt z częścią znajomych z uczelni, dlatego wiem, jak potoczyły się ich medyczne kariery zawodowe. Część z nich pracuje w zawodzie lekarza, jednak usłyszałam też wiele historii o rezygnacji z medycyny czy wyborze drogi niezgodnej z pierwotnymi marzeniami. Nie dawało mi spokoju, dlatego tak wiele osób zrezygnowało, choć ukończyli studia, dlatego postanowiłam zgłębić temat.



🇵🇸 I jakie są pani spostrzeżenia?

W latach 2008-2009 składano rocznie ok. 600-700 wniosków o zaświadczenia niezbędne do wyjazdu za granicę do izb lekarskich. W latach 2010-2012 ten trend zaczął stopniowo nabierać tempa. To, co się stało po roku 2013, może niepokoić. Obecnie wydawanych jest około 4 tys. zaświadczeń rocznie i szacuje się, że trzy czwarte osób pobierających zaświadczenia wyjeżdża. Tendencja od 10 lat jest rosnąca.

🇵🇸 Czy to oznacza, że nie ma pracy dla lekarzy w Hiszpanii, że jest ich zbyt wielu?

W tym kraju od lat mówi się, że lekarzy brakuje i naprawdę trudno jest znaleźć medyka do pracy. Dotyczy to lekarzy specjalistów, a nie lekarzy bez specjalizacji.

🇵🇸 To skąd wynika tak duża emigracja? Po co Hiszpania produkuje lekarzy na eksport?

Mówi się, że brakuje lekarzy w kraju i dlatego zwiększane są limity przyjęć na studia, ale z kolei życie pokazuje, że wciąż bardzo gwałtownie wzrasta tendencja emigracyjna. Wyjeżdżających jest wielu, myślę, że zbyt wielu. Szacuje się, że w ubiegłym roku do wyjazdu szykowało

się liczba lekarzy stanowiąca około 60 proc. liczby lekarzy kończących studia lekarskie. Okazuje się więc, że ta polityka się nie sprawdza.

Z perspektywy absolwentów wydziałów medycznych obiektywną przeszkodą w pozostaniu w zawodzie lekarza może być trudność w znalezieniu swojej drogi zawodowej tuż po studiach. Duży wzrost emigracji zaczął się wówczas, gdy na rynku pojawili się absolwenci roczników, w których gwałtownie zwiększono limity przyjęć na studia. System nie był w stanie asymilować absolwentów z tamtych roczników.

🇵🇸 Dokąd emigrują?

Najpopularniejsze kierunki to Francja i Niemcy. Połowa wyjeżdżających to osoby młode, poniżej 35. r.ż.

🇵🇸 Ile lekarzy rocznie opuszcza uczelnie medyczne?

Ponad 6 tys. rocznie. W Hiszpanii działa ponad 50 wydziałów lekarskich.

🇵🇸 Dlaczego wyjeżdżają?

Ponieważ nie dla wszystkich, którzy kończą medycynę, są miejsca rezydentur. Oczywiście nie od razu się poddają. Jest grupa osób, które do rekrutacji przystępują ponownie i ponownie. Nie chcą zaakceptować drogi zawodowej niezgodnej ze swoimi predyspozycjami i zainteresowaniami. Efekt jest taki, że z roku na rok

zwiększa się liczba kandydatów podchodzących do rekrutacji po raz kolejny. Kumulują się. Na przykład w 2020 r. bardzo duża liczba osób nie znalazła swojego miejsca w systemie kształcenia podyplomowego. Na prawie 15 tys. kandydatów biorących udział w rekrutacji na specjalizację, która w Hiszpanii odbywa się raz w roku, bez miejsca specjalizacyjnego zostało ponad 7,5 tys. lekarzy. W tym samym roku 4 tys. osób poczyniło kroki w kierunku emigracji.

Jeżeli ktoś się nie dostanie na specjalizację, to oczywiście może pracować jako lekarz bez specjalizacji, ale dla tych osób możliwości zatrudnienia są mocno ograniczone. W praktyce pozostają zawieszane w próżni czasem przez długi czas, dla niektórych zbyt długi.

❗ Czy rząd podejmuje jakieś działania, aby zapobiec takiej sytuacji?

Analizowałam to, co dzieje się w tym obszarze i nie dostrzegam działań zmierzających do racjonalizacji kształcenia, a przecież od roku 2008 do 2021 zaświadczenia niezbędne do wyjazdu za granicę pobrało ponad 40 tys. lekarzy wykształconych na hiszpańskich wydziałach lekarskich. Liczba rezydentur nieznacznie rośnie, ale nieproporcjonalnie do zwiększania liczby miejsc na wydziałach lekarskich. I zaskakuje fakt, że wciąż zwiększane są limity przyjęć na studia medyczne.

❗ Jaka jest liczba miejsc w uczelniach prywatnych, a jaka w publicznych?

W 2022 r. w uczelniach państwowych było 5831 miejsc i 1614 w placówkach oferujących prywatne studia stacjonarne. Dla porównania w Polsce w tym roku mamy 5688 miejsc na studia stacjonarne niepłatne na uczelniach państwowych, 1756 na studia odpłatne w języku polskim oraz 1879 na studiach odpłatnych w języku angielskim.

❗ Jak ważna jest koordynacja pomiędzy liczbą lekarzy opuszczających wydziały medyczne, a możliwościami kształcenia podyplomowego i zatrudniania ich w systemie ochrony zdrowia?

Zachowanie proporcji wydaje się kluczowe. Przykład Hiszpanii pokazuje, że trzeba myśleć o ochronie zdrowia w odległej perspektywie czasowej, nie tylko tu i teraz, ale tak, żeby za 6-7 i więcej lat zgadzały się nie wyłącznie wskaźniki, ale było optymalne i ekonomiczne zagospodarowanie potencjału ludzkiego.

❗ Czy można obawiać się, że scenariusz hiszpański powtórzy się w Polsce?

Zobaczmy już niebawem, kiedy roczniki ze znacznie zwiększonymi limitami przyjęć będą kończyć studia i staż podyplomowy. Wiele będzie zależało od dostępności szkolenia podyplomowego i troski o warunki pracy lekarzy specjalistów. Ryzyko jest duże, szczególnie że Polska już kształci lekarzy w szybszym tempie niż Hiszpania.



Zachowanie proporcji jest kluczowe. Trzeba myśleć o ochronie zdrowia w odległej perspektywie czasowej.

Dlatego, decydując się na zwiększenie liczby wydziałów lekarskich w Polsce i limitów przyjęć na studia medyczne, warto przyjrzeć się temu, co zdarzyło się w Hiszpanii, żebyśmy w Polsce nie produkowali lekarzy na eksport. Bardzo bym chciała, żeby do tego nie doszło, żeby młodzi lekarze i młode lekarki nie musieli rezygnować z wymarzonego zawodu lub nie byli zmuszeni wyjeżdżać. Myślę, że większość osób, która idzie na studia medyczne, widzi siebie w konkretnym miejscu systemu.

❗ Nie można wymagać od kogoś, kto marzy o byciu psychiatrą i ma do tego predyspozycje, żeby został chirurgiem?

Oczywiście, że nie, bo to prosta droga do produkowania lekarzy wypalonych zawodowo albo odchodzących z zawodu. O ile można zaakceptować, że robi się specjalizację nie tę stricte wymarzoną, ale jedną z rozważanych, o tyle konieczność podjęcia jakiegось całkowicie poza predyspozycjami i zainteresowaniami będzie dla niektórych końcem – albo odejść z zawodu, albo wyjechać. Jeżeli robi się to, co się lubi, można zdziałać znacznie więcej i o niebo lepiej.

Dostosowanie optymalnej liczby lekarzy dla potrzeb naszego kraju i skali przyjęć na studia, a następnie późniejsza koordynacja liczby absolwentów z miejscami na szkoleniach podyplomowych, wydaje się być niezwykle ważne. To powinno być jak naczynia połączone. Szkoda byłoby wejść w scenariusz hiszpański. Oczywiście tych dwóch krajów nie można porównywać zero-jedynkowo, można jednak wysnuć pewne wnioski i obawy.

❗ Ile jest lekarzy w Hiszpanii?

Na pewno liczba absolwentów jest tam mniejsza niż zakładana liczba absolwentów w Polsce, mimo że Hiszpania ma o około 10 mln mieszkańców więcej. Mają też więcej lekarzy w systemie. Aby mieć odniesienie do sytuacji w Polsce, należałoby porównać liczby sprzed lat. W 2012 r., kiedy emigracja przyspieszyła, było ich 228 917. W 2006 r., kiedy gwałtownie rosły limity przyjęć i migracja lekarzy do Hiszpanii była duża, było to 203 091. U nas wg danych Naczelnej Izby Lekarskiej w sumie jest 157 409 lekarzy, w tym 10 831 posiada PWZ, ale nie wykonuje zawodu, 4679 ma PWZ na czas odbycia stażu, a także są w tej grupie uwzględnieni lekarze z zawieszonym PWZ oraz cudzoziemcy z czasowym bądź ograniczonym prawem wykonywania zawodu. Dodatkowo nie wiadomo, jaka w Polsce jest obecnie liczba ludności po fali imigracji spowodowanej wojną w Ukrainie oraz jaka będzie skala wyjazdów lekarzy, ponieważ procesy administracyjne wymagają czasu.

❗ Jaka jest liczba absolwentów medycyny w innych krajach?

W Niemczech, z wielkością populacji 83 mln, rocznie uczelnie kończy 6 tys. młodych lekarzy; we Francji, z wielkością populacji 67 mln, 6-7 tys.; w Szwecji na 10 mln obywateli przypada 1,3 tys. absolwentów wydziałów lekarskich.

❗ Dlaczego nie kontynuowała pani nauki w Hiszpanii, nie zdecydowała się tam zostać?

Przez moment o tym myślałam, ale oprócz chęci pozostania blisko rodziny zobaczyłam, że istnieje ogromne ryzyko, iż nie dostanę się na wymarzoną specjalizację, a jest to dla mnie ważniejsze niż kraj zamieszkania. ■■■

Biuletyn

NR 5 (213)

WARSZAWA, VI 2022

Paweł Doczekalski Redaktor naczelny

OBWIESZCZENIA KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ

**OBWIESZCZENIE
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 10 czerwca 2022 r.
o wynikach wyborów
na stanowisko Przewodniczącego
Naczelnego Sądu Lekarskiego**

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., na podstawie protokołu komisji wyborczej zgromadzenia wyborczego Naczelnego Sądu Lekarskiego do przeprowadzenia wyborów na Przewodniczącego i dwóch zastępców przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego obwieszcza się, co następuje:

w wyniku przeprowadzonych w dniu 2 czerwca 2022 r. wyborów na stanowisko Przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego ogłasza się, że Przewodniczącym Naczelnego Sądu Lekarskiego na okres IX kadencji 2022-2026 został:

lek. Jacek Miarka

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
Jacek Kotuła

**OBWIESZCZENIE
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 10 czerwca 2022 r.
o wynikach wyborów na stanowisko
Zastępcy Przewodniczącego Naczelnego
Sądu Lekarskiego**

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., na podstawie protokołu komisji wyborczej zgromadzenia wyborczego Naczelnego Sądu Lekarskiego do przeprowadzenia wyborów na Przewodniczącego i dwóch zastępców przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego obwieszcza się, co następuje:

w wyniku przeprowadzonych w dniu 2 czerwca 2022 r. wyborów na stanowisko Zastępcy Przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego ogłasza się, że Zastępcami Przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego na okres IX kadencji 2022-2026 zostali:

lek. Leszek Orliński

lek. dent. Mariola Łyczewska

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
Jacek Kotuła

**OBWIESZCZENIE
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 10 czerwca 2022 r.
o wynikach wyborów na stanowisko
Przewodniczącego
Krajowej Komisji Wyborczej**

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., na podstawie protokołu komisji skrutacyjnej zgromadzenia wyborczego Krajowej Komisji Wyborczej obwieszcza się, co następuje:

w wyniku przeprowadzonych w dniu 2 czerwca 2022 r. wyborów na stanowisko Przewodniczącego Krajowej Komisji Wyborczej ogłasza się, że Przewodniczącym Krajowej Komisji Wyborczej na okres IX kadencji 2022-2026 został:

lek. dent. Jacek Kotuła

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
Jacek Kotuła

**OBWIESZCZENIE
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 10 czerwca 2022 r.
o wynikach wyborów na stanowisko
Zastępcy Przewodniczącego
Krajowej Komisji Wyborczej**

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., na podstawie protokołu komisji skrutacyjnej zgromadzenia wyborczego Krajowej Komisji Wyborczej obwieszcza się, co następuje:

w wyniku przeprowadzonych w dniu 2 czerwca 2022 r. wyborów na stanowisko Zastępcy Przewodniczącego Krajowej Komisji Wyborczej ogłasza się, że Zastępcami Przewodniczącego Krajowej Komisji Wyborczej na okres IX kadencji 2022-2026 zostali:

lek. dent. Joanna Maślankowska
lek. Grzegorz Wrona

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
Jacek Kotuła

**OBWIESZCZENIE
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 10 czerwca 2022 r.
o wynikach wyborów na stanowisko
Sekretarza
Krajowej Komisji Wyborczej**

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., na podstawie protokołu komisji skrutacyjnej zgromadzenia wyborczego Krajowej Komisji Wyborczej obwieszcza się, co następuje:

w wyniku przeprowadzonych w dniu 2 czerwca 2022 r. wyborów na stanowisko Sekretarza Krajowej Komisji Wyborczej ogłasza się, że Sekretarzem Krajowej Komisji Wyborczej na okres IX kadencji 2022-2026 została:

lek. Zyta Kaźmierczak-Zagórska

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
Jacek Kotuła

**OBWIESZCZENIE
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 10 czerwca 2022 r.
o wynikach wyborów na stanowisko
Członka Prezydium
Krajowej Komisji Wyborczej**

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., na podstawie protokołu komisji skrutacyjnej zgromadzenia wyborczego Krajowej Komisji Wyborczej obwieszcza się, co następuje:

w wyniku przeprowadzonych w dniu 2 czerwca 2022 r. wyborów na stanowisko Członka Prezydium Krajowej Komisji Wyborczej ogłasza się, że Członkiem Prezydium Krajowej Komisji Wyborczej na okres IX kadencji 2022-2026 został:

lek. Michał Balsa

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
Jacek Kotuła

**OBWIESZCZENIE
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 13 czerwca 2022 r.
o wynikach wyborów na stanowisko
Wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej**

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., na podstawie protokołu komisji wyborczej zgromadzenia wyborczego Naczelnej Rady Lekarskiej do przeprowadzenia wyborów na Wiceprezesów, Sekretarza, Zastępcy Sekretarza, Skarbnika i członków Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej obwieszcza się, co następuje:

w wyniku przeprowadzonych w dniu 3 czerwca 2022 r. wyborów na stanowisko Wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej ogłasza się, że Wiceprezesami Naczelnej Rady Lekarskiej na okres IX kadencji 2022-2026 zostali:

lek. dent. Paweł Barucha
lek. Klaudiusz Komor
lek. Mateusz Kowalczyk

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
Jacek Kotuła

**OBWIESZCZENIE
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 13 czerwca 2022 r.
o wynikach wyborów na stanowisko
Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej**

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., na podstawie protokołu komisji wyborczej zgromadzenia wyborczego Naczelnej Rady Lekarskiej do przeprowadzenia wyborów na Wiceprezesów, Sekretarza, Zastępcy Sekretarza, Skarbnika i członków Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej obwieszcza się, co następuje:

w wyniku przeprowadzonych w dniu 3 czerwca 2022 r. wyborów na stanowisko Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej ogłasza się, że Skarbnikiem Naczelnej Rady Lekarskiej na okres IX kadencji 2022-2026 został:

lek. Grzegorz Mazur

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
Jacek Kotuła

OBWIESZCZENIE
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 13 czerwca 2022 r.
o wynikach wyborów na stanowisko
Sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej

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., na podstawie protokołu komisji wyborczej zgromadzenia wyborczego Naczelnej Rady Lekarskiej do przeprowadzenia wyborów na Wiceprezesów, Sekretarza, Zastępcy Sekretarza, Skarbnika i członków Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej obwieszcza się, co następuje:

w wyniku przeprowadzonych w dniu 3 czerwca 2022 r. wyborów na stanowisko Sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej ogłasza się, że Sekretarzem Naczelnej Rady Lekarskiej na okres IX kadencji 2022-2026 został:

lek. Grzegorz Wrona

*PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ*
Jacek Kotuła

OBWIESZCZENIE
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 13 czerwca 2022 r.
o wynikach wyborów na stanowisko
Zastępcy Sekretarza Naczelnej Rady
Lekarskiej

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., na podstawie protokołu komisji wyborczej zgromadzenia wyborczego

Naczelnej Rady Lekarskiej do przeprowadzenia wyborów na Wiceprezesów, Sekretarza, Zastępcy Sekretarza, Skarbnika i członków Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej obwieszcza się, co następuje:

w wyniku przeprowadzonych w dniu 3 czerwca 2022 r. wyborów na stanowisko Zastępcy Sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej ogłasza się, że Zastępcą Sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej na okres IX kadencji 2022-2026 został:

lek. Paweł Doczekalski

*PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ*
Jacek Kotuła

OBWIESZCZENIE
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 13 czerwca 2022 r.
o wynikach wyborów na stanowisko
Członka Prezydium
Naczelnej Rady Lekarskiej

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., na podstawie protokołu komisji wyborczej zgromadzenia wyborczego Naczelnej Rady Lekarskiej do przeprowadzenia wyborów na Wiceprezesów, Sekretarza, Zastępcy Sekretarza, Skarbnika i członków Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej obwieszcza się, co następuje:

w wyniku przeprowadzonych w dniu 3 czerwca 2022 r. wyborów na stanowisko Członka Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej ogłasza się, że Członkami Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej na okres IX kadencji 2022-2026 zostali:

lek. Piotr Kalkowski
lek. Damian Patecki
lek. Mikołaj Sinica
lek. dent. Halina Borgiel-Marek
lek. dent. Dariusz Samborski

*PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ*
Jacek Kotuła

OBWIESZCZENIE
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 13 czerwca 2022 r.
o wynikach wyborów na stanowisko
Przewodniczącego
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., na podstawie protokołu komisji wyborczej zgromadzenia wyborczego Naczelnej Komisji Rewizyjnej do przeprowadzenia wyborów Przewodniczącego i dwóch zastępców Sekretarza Naczelnej Komisji Rewizyjnej obwieszcza się, co następuje:

w wyniku przeprowadzonych w dniu 3 czerwca 2022 r. wyborów na stanowisko Przewodniczącego Naczelnej Komisji Rewizyjnej ogłasza się, że Przewodniczącym Naczelnej Komisji Rewizyjnej na okres IX kadencji 2022-2026 został:

lek. Paweł Sobieski

*PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ*
Jacek Kotuła

OBWIESZCZENIE
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 13 czerwca 2022 r.
o wynikach wyborów na stanowisko
Zastępcy Przewodniczącego
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., na podstawie protokołu komisji wyborczej zgromadzenia wyborczego Naczelnej Komisji Rewizyjnej do przeprowadzenia wyborów Przewodniczącego i dwóch zastępców Sekretarza Naczelnej Komisji Rewizyjnej obwieszcza się, co następuje:

w wyniku przeprowadzonych w dniu 3 czerwca 2022 r. wyborów na stanowisko Zastępcy Przewodniczącego Naczelnej Komisji Rewizyjnej ogłasza się, że Zastępcami Przewodniczącego Naczelnej Komisji Rewizyjnej na okres IX kadencji 2022-2026 zostali:

lek. Jolanta Orłowska-Heitzman

lek. dent. Mirosław Maszluch

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ

Jacek Kotuła

OBWIESZCZENIE

KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ

z dnia 13 czerwca 2022 r.

**o wynikach wyborów na stanowisko
Sekretarza 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., na podstawie protokołu komisji wyborczej zgromadzenia wyborczego Naczelnej Komisji Rewizyjnej do przeprowadzenia wyborów Przewodniczącego i dwóch zastępców Sekretarza Naczelnej Komisji Rewizyjnej obwieszcza się, co następuje:

w wyniku przeprowadzonych w dniu 3 czerwca 2022 r. wyborów na stanowisko Sekretarza Naczelnej Komisji Rewizyjnej ogłasza się, że Sekretarzem Naczelnej Komisji Rewizyjnej na okres IX kadencji 2022-2026 został:

lek. Mariusz Witczak

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ

Jacek Kotuła

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 13 czerwca 2022 r.

**o wynikach wyborów na stanowisko
Zastępcy Sekretarza 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., na podstawie protokołu komisji wyborczej zgromadzenia wyborczego Naczelnej Komisji Rewizyjnej do przeprowadzenia wyborów Przewodniczącego i dwóch zastępców Przewodniczącego, Sekretarza oraz zastępcy Sekretarza Naczelnej Komisji Rewizyjnej obwieszcza się, co następuje:

w wyniku przeprowadzonych w dniu 3 czerwca 2022 r. wyborów na stanowisko Zastępcy Sekretarza Naczelnej Komisji Rewizyjnej ogłasza się, że Zastępcą Sekretarza Naczelnej Komisji Rewizyjnej na okres IX kadencji 2022-2026 została:

lek. Kamila Radomska-Hnatyszyn

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ

Jacek Kotuła

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 20 czerwca 2022 r.

**o wynikach wyborów na stanowisko
I Zastępcy Naczelnego Rzecznika
Odpowiedzialności Zawodowej**

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., na podstawie protokołu

komisji wyborczej zgromadzenia wyborczego Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej powołanej do przeprowadzenia wyborów pierwszego i drugiego zastępcy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej obwieszcza się, co następuje:

w wyniku przeprowadzonych w dniu 10 czerwca 2022 r. wyborów na stanowisko I Zastępcy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej ogłasza się, że I Zastępcą Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej na okres IX kadencji 2022-2026 została:

lek. dent. Anna Tarkowska

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ

Jacek Kotuła

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 20 czerwca 2022 r.

**o wynikach wyborów na stanowisko
II Zastępcy Naczelnego Rzecznika
Odpowiedzialności Zawodowej**

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., na podstawie protokołu komisji wyborczej zgromadzenia wyborczego Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej powołanej do przeprowadzenia wyborów pierwszego i drugiego zastępcy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej obwieszcza się, co następuje:

w wyniku przeprowadzonych w dniu 10 czerwca 2022 r. wyborów na stanowisko II Zastępcy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej ogłasza się, że II Zastępcą Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej na okres IX kadencji 2022-2026 została:

lek. Wanda Wenglarzy-Kowalczyk

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ

Jacek Kotuła

NAUKA W PIGUŁCE

AI w onkologii

W międzynarodowym badaniu prowadzonym przez zespół badawczy Mayo Clinic, wykorzystującym sztuczną inteligencję (AI), badacze opracowali algorytm poprawiający trafność przewidywania nawrotów raka jelita grubego. Wyniki opublikowali w „Gastroenterology”.

Dr Rish Pai, patolog z Mayo Clinic w Arizonie (USA) i starszy autor badania, opracował algorytm segmentacji głębokiego uczenia się, aby zidentyfikować różne regiony w guzach dzięki wykorzystaniu niemal 6500 cyfrowych obrazów. Algorytm może identyfikować różne regiony w obrębie guza i wyodrębniać z nich dane ilościowe. – Konwertuje obraz na zestaw liczb, które są unikalne dla danego guza. Duża liczba tych, które przeanalizowaliśmy, pozwoliła nam dowiedzieć się, które cechy były najbardziej predyktywne dla zachowa-

nia guza. Możemy teraz zastosować to, czego się nauczyliśmy, aby przewidzieć, jak guz będzie się zachowywał – wyjaśnia dr Pai. Wyłączając nowotwory skóry, rak jelita grubego jest trzecim najczęściej diagnozowanym nowotworem w USA (wg American Cancer Society). Algorytm może np. zidentyfikować podzbiór pacjentów, którzy nie będą wymagać chemioterapii, gdyż w ich przypadku prawdopodobieństwo nawrotu choroby jest niskie. Może również pomóc w identyfikacji pacjentów o wysokim ryzyku nawrotu, którzy mogą odnieść korzyści z bardziej intensywnego leczenia lub intensywniejszej obserwacji.

Dr Pai planuje w przyszłości wykorzystać algorytm, by lepiej zrozumieć mechanizmy nawrotu guza i sprawdzić, czy jest w stanie przewidzieć reakcję na niektóre terapie, takie jak immunoterapia. ■■■

Źródło: gastrojournal.org

Co czyni nas ludźmi

Ludzki mózg różni się od mózgów wszystkich innych zwierząt, w tym nawet najbliższych krewnych naczelnych. Naukowcy z Yale (USA), dokonując analizy typów komórek w korze przedczołowej czterech gatunków naczelnych, zidentyfikowali cechy specyficzne dla każdego z nich, szczególnie dla człowieka. Wyniki swoich badań opublikowali w czasopiśmie „Science”.

Po zgrupowaniu komórek o podobnych profilach ekspresji ujawniono 109 wspólnych ich typów u naczelnych, ale także pięć, które nie były wspólne dla wszystkich gatunków. Obejmowały one rodzaj mikrogleju lub komórek odpornościowych specyficznych dla mózgu, które były obecne tylko u ludzi, oraz drugi typ wspólny wyłącznie dla ludzi i szympanów.

Jak donoszą naukowcy, to, co czyni nas ludźmi, może też sprawiać, że jesteśmy podatni na choroby neuropsychiatryczne. – My, ludzie, żyjemy w zupełnie innym środowisku o unikalnym stylu życia w porównaniu z innymi gatunkami



naczelnych, a komórki glejowe, w tym mikroglej, są bardzo wrażliwe na te różnice – wyjaśnia Nenad Sestan, profesor neurobiologii. – Rodzaj mikrogleju znajdującego się w ludzkim mózgu może reprezentować odpowiedź immunologiczną na środowisko – zaznacza. ■■■

Źródło: eurekalert.com

Niezdrowe newsy



Osoby z obsesyjną chęcią ciągłego sprawdzania wiadomości są bardziej narażone na stres, niepokój, a także zły stan zdrowia fizycznego – wynika z badania opublikowanego w recenzowanym czasopiśmie „Health Communication”.

Celem badania było m.in. wyjaśnienie pojęcia problematycznej konsumpcji wiadomości (zjawisko znane potocznie jako uzależnienie od newsów) i zbadanie jej wpływu na zdrowie. Bryan McLaughlin, profesor reklamy w Wyższej Szkole Mediów i Komunikacji w Texas Tech University (USA), i jego współpracownicy, dr Melissa Gotlieb i dr Devin Mills, przeanalizowali dane z ankiety internetowej przeprowadzonej wśród 1100 dorosłych Amerykanów. Analiza wykazała, że 24-godzinny cykl informacyjny nieustannie zmieniających się newsów (od pandemii COVID-19 po inwazję Rosji na Ukrainę, protesty na dużą skalę, masowe strzelaniny i niszczyielskie pożary) może mieć poważny wpływ na samopoczucie psychiczne i fizyczne ludzi. Jak zauważa prof. Bryan McLaughlin, obserwowanie tych wydarzeń w wiadomościach może wywołać u niektórych osób stan wysokiej czujności i sprawiać, że ich motywacje do śledzenia newsów stają się zbyt intensywne, przez co świat wydaje się ciemnym i niebezpiecznym miejscem. – Ci ludzie, zamiast się wycofać, brną głębiej, pogłębiając obsesję na punkcie newsów i sprawdzając ich aktualizacje przez całą dobę, aby złagodzić stres emocjonalny. To nie pomaga. Im częściej sprawdzają, tym bardziej newsy zaczynają ingerować w inne aspekty ich życia – tłumaczy badacz. Przez takie zachowanie wpadają w błędne koło śledzenia informacji, w którym się gubią. ■■■

Źródło: tandfonline.com

LEKARSKIE TOWARZYSTWA NAUKOWE



Otyłych NALEŻY LECZYĆ, A NIE ODCHUDZAĆ

Z prof. *Pawłem Bogdańskim*, prezesem Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, rozmawia Lucyna Krysiak.

1 Coraz więcej osób boryka się z nadmierną masą ciała, a wśród nich młodzież i dzieci. Co na to lekarze?

Z przerażeniem muszą stwierdzić, że jesteśmy bezradni, tym bardziej, że zarówno podejmowane działania medyczne, jak i różnego rodzaju inicjatywy społeczne próbujące wpływać na ludzi, by prowadzili tryb życia zapobiegający otyłości, nie skutkują. Potrzebna jest szeroko zakrojona i bardzo odpowiedzialna dyskusja dotycząca problemu otyłości oraz przeorganizowanie systemu opieki zdrowotnej, aby móc skutecznie leczyć tę chorobę. Niestety, wciąż jest ona traktowana jako problem estetyczny. Często pacjenci chorujący na otyłość są stygmatyzowani, także w środowisku lekarskim. Już na wejściu do gabinetu chory na otyłość słyszy: „proszę się odchudzić” i nierzadko te słowa są przekazywane w bardzo nieprzyjemny sposób.

Każdy lekarz powinien wiedzieć, że otyłość to poważna, przewlekła choroba, bez tendencji do samoistnego ustępowania, za to z tendencjami do nawrotów, manifestująca się ponad 200 potencjalnymi powikłaniami, m.in. cukrzycą typu 2, nadciśnieniem tętniczym, a także chorobami serca, naczyń i stawów. Jest też niezależnym kancerogenem, zwiększa więc ryzyko zachorowania na raka. Ponad 100 tys. nowotworów rozpoznawanych rocznie w krajach Unii Europejskiej to wyłącznie skutki otyłości. Dodatkowo otyłość opóźnia rozpoznanie choroby nowotworowej, utrudnia jej leczenie i pogarsza rokowanie.

1 Większość krajów zmaga się z tym problemem, jak Polska wypada na tym tle?

Fatalnie, jesteśmy w czołówce krajów, gdzie otyłość przybrała rozmiary epidemii. Z danych epidemiologicznych uzyskanych z NFZ przed pandemią COVID-19 wynika, że 68 proc. Polaków i 53 proc. Polek ma nadmierną masę ciała. Jednak najbardziej niepokoi, że w tym czasie gwałtownie wzrosła liczba chorujących na otyłość dzieci i osób młodych, a badania wskazują, że ryzyko otyłości w życiu dorosłym wzrasta u nich 18-krotnie. Mamy więc do czynienia z problemem złożonym, wieloaspektowym.

Paradoksalnie, pacjenci chorujący na otyłość ustawiają się w coraz dłuższych kolejkach do specjalistów, którzy leczą powikłania tej choroby, a nie samą chorobę, co jest nielogiczne, nieekonomiczne i sprzeczne z uniwersyteckim myśleniem, jak powinno się leczyć choroby.

1 Czy mamy narzędzia, aby leczyć otyłość?

Oczywiście, istnieją jasno sprecyzowane zasady kompleksowego postępowania nefarmakologicznego, możliwości wykorzystania nowoczesnej farmakoterapii oraz możliwość rozważenia, zgodnie z aktualnymi wytycznymi, operacji bariatrycznych. Zasady nowoczesnej terapii otyłości przedstawiliśmy w dokumencie „Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na

otyłość 2022". Zachęcam lekarzy do zapoznania się ze stanowiskiem PTLO opublikowanym w maju tego roku.

Niestety ciągle jeszcze w większości sytuacji żaden specjalista nie zajmuje się kompleksowym leczeniem tej choroby. Opiera się na procedurach właściwych dla jego specjalności, gdzie otyłość jako jednostka chorobowa nie istnieje, nie jest więc w nich uwzględniana. Najczęściej pacjenci trafiają do lekarzy różnych specjalności już na etapie znacznego zaawansowania otyłości z licznymi powikłaniami, a w tej chorobie potrzebne jest wczesne rozpoznanie i podjęcie właściwej, zindywidualizowanej i kompleksowej terapii. Pora też odczarować stereotypy myślenia o pacjentach chorujących na otyłość, że to ich wina, bo nie dbają o siebie. Z doświadczenia wiem, że większość z nich wielokrotnie podejmowała walkę o zredukowanie masy ciała, która kończyła się najczęściej porażką. Nawet jeśli tracili na wadze, i to znacznie, z czasem znów tyli, ponieważ nastąpił nawrót choroby. Także wysyłanie pacjenta chorującego na otyłość do dietetyka jest błędem, bo to lekarz ma prowadzić leczenie, a dietetyk je wspomagać pod jego kontrolą, a nie odwrotnie.

1 Jak często otyłość jest rozpoznawana przez lekarzy jako choroba i na jakim etapie?

Niestety rzadko, a często mijają lata, zanim lekarz w sposób odpowiedzialny mówi pacjentowi, że choruje na otyłość, przewlekłą, nawracającą chorobę, bez tendencji do samoistnego ustępowania, którą trzeba leczyć. Jeszcze rzadziej deklaruje, że podejmie się tego leczenia wraz z całym zespołem terapeutycznym, aby ustrzec pacjenta przed jej konsekwencjami.

2 Dlaczego tak się dzieje?

Ponieważ konieczna jest zmiana podejścia do problemu. Zrozumienie, zarówno ze strony medyków, jak i samych pacjentów oraz środowiska, w którym żyją, że osoby chorujące na otyłość należy leczyć, a nie odchudzać. Propagowanie tego poglądu jest wyzwaniem dla naszego towarzystwa.

3 Co medycyna wie o przyczynach otyłości?

Nie są one do końca znane. Na pewno zmiana stylu życia nie wystarczy, aby rozwiązać problem. Analizowanych jest wiele czynników, które predysponują do rozwoju tej choroby, np. czynniki genetyczne, ale też epigenetyczne, dotyczące zmian biochemicznych w łańcuchu DNA przekazywanych przez rodziców w okresie prokreacyjnym. Powodują one, że niektórzy mają większą tendencję do przyrostu masy ciała, co oznacza, że nawet za niewielkie błędy dietetyczne płacą wysoką cenę. Badania pokazują, że dzieci mam i ojców chorujących na otyłość już od narodzin

są bardziej predysponowane do rozwoju otyłości. Analizowanych jest także wiele czynników w zakresie zmian neurohormonalnych wpływających na działanie ośrodków głodu, sytości, nagrody. Już wiadomo, że u części osób jest silna predyspozycja do rozwoju tej choroby. Poza tym żyjemy w środowisku sprzyjającym przyrostowi masy ciała – wszechobecny stres, coraz częstsze zaburzenia snu, większość czasu spędzana przed komputerem, to wystarczające powody, aby



Ponad 100 tys. nowotworów rozpoznawanych rocznie w krajach Unii Europejskiej to wyłącznie skutki otyłości.

jedzenie traktować jak rekompensatę, tym bardziej, że jest na wyciągnięcie ręki. Kiedy w USA zaczęła narastać epidemia otyłości, Amerykanie naliczyli ponad 200 czynników ryzyka rozwoju tej poważnej choroby.

4 Od czego trzeba zacząć, aby zmniejszać epidemię otyłości?

Od podstaw. Przede wszystkim należy spojrzeć na chorobę otyłościową przez pryzmat każdej innej choroby przewlekłej, a także ustalić, kto i na jakim etapie ma ją leczyć – kiedy lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, a kiedy lekarze określonych specjalności. Konieczna jest też zmiana stosunku lekarzy i organizatorów ochrony zdrowia do tej choroby i osób chorujących na otyłość.

Już na początku postawienia diagnozy powinna być wytyczona strategia postępowania, uwzględniająca wiele czynników z wykorzystaniem działań nefarmakologicznych, nowoczesnej farmakoterapii i innych dobrze udokumentowanych metod, a także zaangażowanie zespołu terapeutycznego, którym kieruje lekarz. W skład takiego zespołu powinien wchodzić m.in. dietetyk, fizjoterapeuta, psycholog, a leczenie powinno przebiegać etapami. W pierwszym etapie chodzi o modyfikację i weryfikację sposobu odżywiania, włączenie aktywności fizycznej oraz opieki psychologa, który pomoże wypracować pozytywne nastawienie do strategii terapeutycznej. Jeśli postępowanie nefarmakologiczne nie skutkuje, pacjent wchodzi w etap leczenia farmakologicznego. Mamy cztery nowoczesne leki zarejestrowane w leczeniu otyłości, których skuteczność

i bezpieczeństwo potwierdziły badania kliniczne. Leki te nie tylko pomagają w redukcji masy ciała, ale w leczeniu powikłań otyłości, m.in. chronią serce i naczynia, pomagają przywrócić prawidłowe ciśnienie tętnicze, regulować poziom cukru. Niestety, nie są refundowane.

5 Ostatnio zaczął funkcjonować program leczenia otyłości KOS-BAR. Czy jest szansa, że realnie pomoże pacjentom?

Chirurgia bariatryczna to jeszcze jedno narzędzie, po które należy sięgać, jeśli farmakoterapia jest nieskuteczna. Natomiast nie powinna być stosowana zamiast innych metod, ale jako ich uzupełnienie. Program KOS-BAR jest finansowany z budżetu państwa, dzięki czemu wzrasta jego dostępność dla chorych wymagających leczenia chirurgicznego, a są to pacjenci cierpiący na otyłość śmiertelną. Często u nich leczenie farmakologiczne jest przygotowaniem do zabiegu, gdyż każda redukcja masy ciała pozwala u nich zmniejszyć ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych. W dobie wprowadzania coraz nowocześniejszych leków w leczeniu otyłości, farmakoterapia z czasem może stać się alternatywą dla leczenia operacyjnego. Czekaemy na refundację tych leków. Liczymy na przełom w tej sprawie, gdyż leczenie powikłań otyłości jest wielokrotnie droższe niż koszty ponoszone przez płatnika związane z refundacją.

6 W Polsce nie ma specjalizacji z obesitologii. Jak w tym chaosie, rozproszeniu i niechęci z różnych stron otyły pacjent ma wiedzieć, gdzie uzyskać profesjonalną pomoc?

Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości podjęło działania uświadamiające, że otyłość jest chorobą przewlekłą, którą należy leczyć. Zaangażowaliśmy się w kampanię społeczną „Porozmawiajmy szczerze o otyłości” promującą nowe rozwiązania. Chcemy budować świadomość społeczeństwa i środowiska medycznego na ten temat. Nasze towarzystwo skupia lekarzy pasjonatów zajmujących się leczeniem otyłości. Są wśród nich m.in.: interniści, endokrynolodzy, kardiolog, hipertensjolog, diabetolog, nefrolog, gastroenterolog, pediatra, chirurg, ale zainteresowanie tematem rośnie. To dla nich PTLO przygotowuje szkolenia, kursy, to im dedykuje webinaria, a na stronie towarzystwa zamieszczane są informacje na temat ośrodków, do których lekarze mogą kierować pacjentów chorujących na otyłość.

Tworzymy zaplecze, aby wkrótce móc podjąć rozmowy z resortem zdrowia w sprawie utworzenia specjalizacji z obesitologii. Równolegle będziemy naciskać na zbudowanie systemu ambulatoryjnego leczenia otyłości z poradniami i zapleczem szpitalnym dostosowanym sprzętowo do zajmowania się pacjentami chorującymi na otyłość.



PANDEMIA

CO DALEJ?

Czy jesienią albo zimą dojdzie do niekontrolowanego wybuchu pandemii COVID-19? Czy zagrażają nam jeszcze bardziej zjadliwe warianty koronawirusa? Te pytania zadaje sobie wielu lekarzy. Na razie niestety brakuje odpowiedzi.

Mariusz Tomczak Dziennikarz

Za nami już trzecie koronawakacje. Dane przewoźników mówią, że w lipcu na niektórych lotniskach ruch pasażerski był większy niż w analogicznym miesiącu w 2019 r., czyli w ostatnim roku przedpandemicznym. Przypadek? Nie sądzę.

Polacy znacznie mniej obawiają się koronawirusa, a liczne badania i sondaże opinii publicznej wskazują na duży stopień społecznego zmęczenia różnymi konsekwencjami pandemii. Wiele osób czuje się wręcz poirytowanych medialnymi dyskusjami o COVID-19, „straszeniem”

skutkami wynikającymi z zakażenia, przypominaniem o potrzebie przestrzegania zaleceń związanych z pandemią. Nie wróży to najlepiej, jeśli dojdzie do wzrostu zachorowań, a z takim scenariuszem trzeba się liczyć w przyszłości.

MILIONY W CHŁODNIACH

Do 25 sierpnia w Polsce wykonano ponad 56 mln szczepień przeciwko COVID-19, a liczba osób w pełni zaszczepionych przekroczyła 22,5 mln. Pod koniec wakacji w magazynach RARS było ponad 25,3 mln dawek, co każe przypuszczać, że w najbliższym czasie preparatów dla nikogo nie zabraknie. Wydaje się jednak wątpliwe, by nasi rodacy masowo zaczęli zabiegać o trzecią i kolejną dawkę szczepienia. Niektórzy oczekiwali dożywotniej gwarancji, że po przyjęciu jednej czy dwóch szczepionek w ogóle nie zachorują. Ich nadzieje brutalnie zweryfikowało życie. Nawet u osób trzykrotnie zaszczepionych przeciw COVID-19 zdarza się ciężki przebieg tej choroby, co wynika m.in. z „przebiegłej” natury wirusa. Skłonność do koronainiekcji zmniejszyła się tak, jak spadło społeczne przyzwolenie na stosowanie drakońskich restrykcji. I wcale nie jest to tylko polska specyfika.

CZWARTA DAWKA DLA MEDYKÓW

Motywacji do szczepień nie brakuje w środowisku lekarskim. Jeszcze pod koniec lipca Prezydium NRL wystosowało apel do ministra zdrowia o pilne wypracowanie

zaleceń dotyczących drugiej dawki przypominającej dla medyków. Nic dziwnego, ponieważ stanowią oni grupę narażoną na większe ryzyko ciężkich zakażeń ze względu na dużą ekspozycję podczas opieki nad pacjentami, co dodatkowo może przyczynić się do transmisji wirusa w placówkach leczniczych. Apel nie pozostał bez echa. Od 17 sierpnia czwartą dawką, czyli właśnie drugą przypominającą, może szczepić się personel medyczny, pracownicy podmiotów medycznych czy studenci kierunków medycznych. Cztery tygodnie wcześniej taką możliwość wprowadzono dla osób po 60. r.ż. i pacjentów w wieku 12+ o obniżonej odporności. Medycy otrzymają szczepionkę mRNA: Comirnaty (Pfizer) lub Spikevax (Moderna). Resort zdrowia zalecił przyjęcie tego samego preparatu, co przy pierwszym szczepieniu przypominającym.

SYGNAŁ ALARMOWY: TESTY

W okresie wakacyjnym dzienna liczba zakażeń zwiększała się, ale liczbom prezentowanym przez Ministerstwo Zdrowia daleko do danych ze stycznia czy lutego br. – Wszystko wskazuje na to, że w zasadzie jesteśmy w apogeum – mówił w połowie sierpnia o letniej fali pandemii minister zdrowia Adam Niedzielski, do-

dając, że we wrześniu czy październiku raczej nie należy spodziewać się wzrostu liczby zachorowań, ale jest to możliwe nieco później. Środowisko lekarskie obawia się zaostrzenia sytuacji epidemicznej w kolejnych miesiącach, ale martwi również to, że

Rzeczywista skala zakażeń nie jest znana.

obecna rzeczywista skala zakażeń nie jest znana. Zdaniem eksperta NRL ds. zagrożeń epidemicznych dr. Pawła Grzesiowskiego dane liczbowe przekazywane przez resort zdrowia są zaniżone 10-krotnie, a być może nawet 20-krotnie. Jeszcze dalej idzie dr Franciszek Rakowski z Interdyscyplinarnego Centrum Modelowania Matematycznego i Komputerowego UW, twierdząc, że faktyczna liczba zakażeń może być nawet 20-50 razy większa. Sierpniowy wzrost sprzedaży testów do wykrywania wirusa SARS-CoV-2 w aptekach może stanowić sygnał alarmowy sugerujący, że Polacy chorują w domowych pieleszach, a opinie, że oficjalne raporty mocno rozminają się z rzeczywistością, nie są bezpodstawne. ■■■

Wyższe ryzyko

W ostatnich tygodniach pojawiły się ważne doniesienia naukowe związane z SARS-CoV-2. Między innymi kolejna praca potwierdziła, że ryzyko zapalenia mięśnia sercowego jest znacznie wyższe (11 razy) po zakażeniu tym wirusem niż po szczepieniu przeciwko COVID-19. Badana grupa objęła prawie 43 mln osób w wieku 13+ zaszczepionych w Wielkiej Brytanii. Mimo że o chorobie wiadomo coraz więcej, przed lekarzami wciąż skrywa ona wiele tajemnic. Jej odległe skutki nadal nie są dobrze znane, choć lista powikłań u ozdrowieńców jest coraz dłuższa i coraz lepiej udokumentowana. Bardzo ważne i nie zawsze dostatecznie doceniane jest to, że problemy zdrowotne pojawiają się także u pacjentów, którzy chorobę przeszli łagodnie.

ZE ŚWIATA

KOGO CZEKA KOLEJNA KORONAJESIEŃ?

W większości krajów lato upłynęło w miarę spokojnie [przynajmniej według oficjalnych danych], ale wielu ekspertów obawia się, że koronawirus wywołujący COVID-19 w nadchodzących miesiącach może powrócić ze zdwojoną siłą.



Lidia Sulikowska

Dziennikarz

Zgodnie z danymi publikowanymi przez Worldometers, od początku ogłoszenia pandemii na całym świecie potwierdzono w sumie ponad 600 mln zakażeń koronawirusem wywołującym COVID-19 i 6,5 mln zgonów spowodowanych tą chorobą (stan na koniec sierpnia).

W ciągu ostatnich czterech miesięcy odnotowano ok. 100 mln nowych zakażeń wirusem (od ok. 600 tys. do 1 mln na dobę). Pod koniec sierpnia było ok. 18 mln przypadków aktywnych. Dla przypomnienia - przez pierwsze cztery miesiące tego roku (styczeń-kwiecień) zareportowano sporo ponad 200 mln nowych przypadków zakażeń, a w samym kwietniu było ok. 40 mln przypadków aktywnych. Pod koniec sierpnia najwięcej nowych zakażeń odnotowano w Japonii, Korei Południowej, Rosji i USA.

KTO STAWIA NA TESTY

Dane te mogą uspokajać, pod warunkiem oczywiście, że pokazują rzeczywistą skalę zakażeń. To z kolei, jak niezmiennie podkreśla Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), uzależnione jest od liczby wykonywanych testów. Niestety, część państw odchodzi od polityki monitorowania rozwoju pandemii poprzez testowanie na szeroką skalę, co w konsekwencji przekłada się na mniejszą liczbę oficjalnie wykrywanych przypadków zakażeń. Dlatego też WHO

radzi podchodzić do danych epidemicznych z ostrożnością.

Jak podaje Worldometers, w czołówce państw wykonujących testy w kierunku wykrycia koronawirusa są: Dania, Austria i Zjednoczone Emiraty Arabskie (statystycznie wykonano ok. 20 testów/1 mieszkańca). Nieźle wypadają też m.in. Hiszpania, Grecja, Wielka Brytania, a nawet Czechy (w zależności od kraju 5-10 testów na 1 os.). Z kolei w Finlandii i Norwegii statystycznie wykonano dwa testy na mieszkańca. Polska jest w ogonie Europy, jeśli chodzi o liczbę przeprowadzanych testów (1 test na 1 os.). W wielu krajach jest jednak znacznie gorzej, np. w Brazylii przypadło statystycznie 0,3 testu na mieszkańca (mniej niż w Rwandzie i Indiach).

Liderem pod względem liczby potwierdzonych przypadków zakażeń wirusem wywołującym COVID-19 (stan na koniec sierpnia) pozostaje USA (ponad 96 mln). Na drugim miejscu są Indie (45 mln), a na trzecim – Francja i Brazylia (po ok. 35 mln). Kolejne kraje z największą liczbą potwierdzonych przypadków zakażeń to: Niemcy (32 mln), Wielka Brytania (24 mln) i Korea Południowa (ok. 23 mln). Według oficjalnych statystyk z powodu COVID-19 najwięcej osób zmarło dotychczas w USA (ponad 1 mln), Brazylii (680 tys.), Indiach (527 tys.).

ODPORNOŚĆ I MASKA

Rozwój pandemii jest również uzależniony, rzecz jasna, od odporności poszczepiennej/ po przechorowaniu COVID-19, która z czasem niestety spada. Dyrektor generalny WHO Tedros Adhanom Ghebreyesus zwraca uwagę, że w dalszym ciągu 1/3 światowej populacji nie przyjęła żadnej szczepionki przeciw COVID-19. Szef Światowej Organizacji Zdrowia niedawno wezwał rządy wszystkich państw, aby doprowadziły do zaszczepienia każdego pracownika ochrony zdrowia, osób starszych i innych grup ludzi, którym koronawirus zagraża najbardziej.

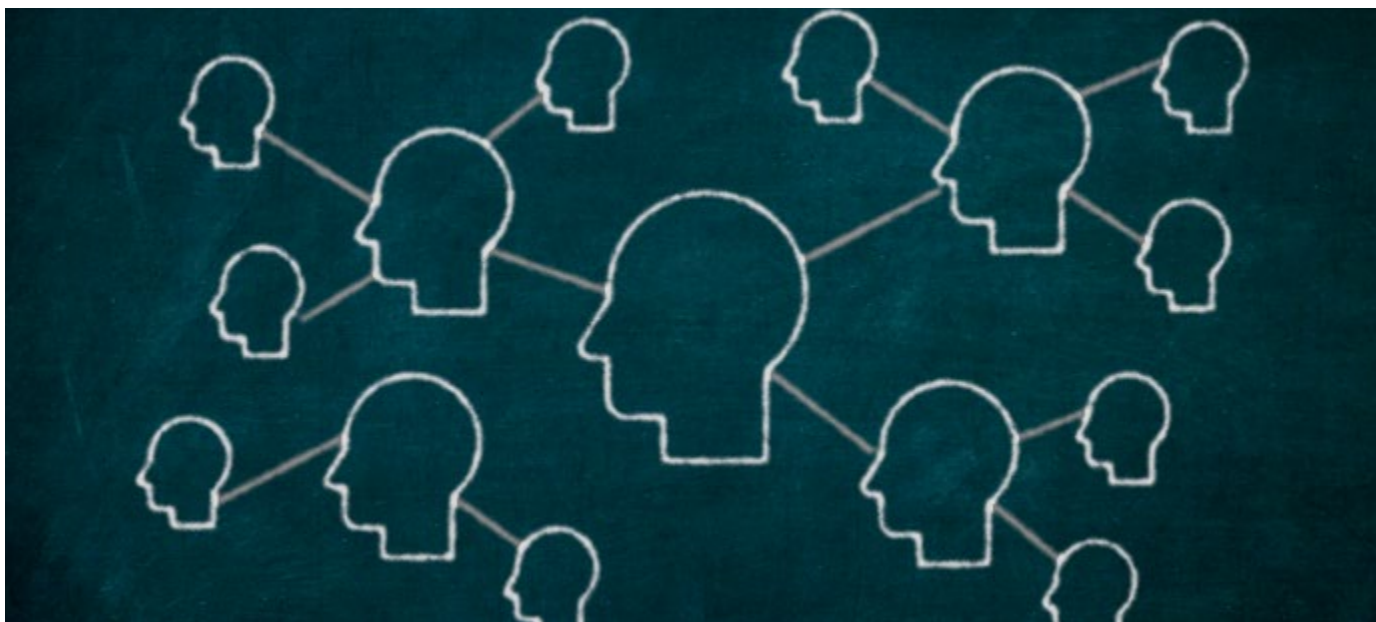
Inny ważny element wpływający na ograniczanie rozprzestrzeniania się pandemii to przestrzeganie zasad DDM (dystans/dezynfekcja/maseczka). I choć w wielu krajach restrykcje związane z ograniczaniem społecznych kontaktów zdecydowanie poluzowano, to część państw już teraz myśli o powrocie do części ograniczeń w nadchodzących miesiącach. Na przykład w Niemczech od 1 października najprawdopodobniej trzeba będzie nosić maseczkę (typ N95) podczas podróży pociągiem, autobusem i samolotem. Wymagane będzie również wykonanie testu m.in. przed wejściem do szpitala czy domu opieki społecznej.

Źródło: www.worldometers.info, WHO

Problem tkwi w relacjach

O tym, że nad medycyną wisi widmo dehumanizacji, mówi się w środowisku lekarskim od dawna, głównie przy okazji wprowadzania nowych technologii, sztucznej inteligencji, telemedycyny i nagromadzenia biurokratycznych rozwiązań ograniczających kontakt medyków z pacjentem.

Lucyna Krysiak Dziennikarz



Eksperci zajmujący się budowaniem relacji na linii ochrona zdrowia – pacjent oraz analizowaniem problemów związanych z humanizacją procesu diagnostyczno-terapeutycznego i funkcjonującego obecnie systemu leczenia debatowali na ten temat podczas I Kongresu Humanizacji Medycyny, zorganizowanego w czerwcu przez Uniwersytet Warszawski przy współpracy Ministerstwa Zdrowia oraz Agencji Badań Medycznych.

WIĘCEJ CZASU DLA PACJENTA

Badacze z Uniwersytetu Warszawskiego przygotowali raport dotyczący relacji

pacjentów z pracownikami medycznymi, którego wstępne wyniki przedstawił na kongresie prof. Zbigniew Izdebski, kierownik Katedry Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Seksuologii UW oraz szef Katedry Humanizacji Medycyny i Seksuologii Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego. Wynika z niego, że to właśnie brak czasu jest kluczowym czynnikiem utrudniającym budowanie prawidłowych relacji między pacjentem a personelem medycznym. Na

problem ten wskazywało ponad 90 proc. lekarzy i przeszło 40 proc. pacjentów. Badania przeprowadzono w 114 jednostkach medycznych (94 szpitalach i 20 poradniach w całej Polsce)¹.

Humanizacja medycyny nie jest przeciwstawna postępowi medycznemu i nowoczesnym technologiom medycznym.

Ankietowani sygnalizowali, że najważniejsza jest dla nich jasna i zrozumiała komunikacja, poświęcenie czasu pacjentowi, uprzejme traktowanie, staranność i dokładność wykonywanych czynności medycznych, a także wytyczenie procesu leczenia, konieczne

do wykonania procedur oraz przewidzenia potencjalnych skutków ubocznych terapii. Na pytanie – co jest najważniejsze w komunikacji na linii medyk-pacjent – 32 proc. pacjentów odpowiedziało, że indywidualne podejście, a wśród pracowników medycznych z tą odpowiedzią identyfikowało się 52 proc. ankietowanych. Dla 36 proc. medyków (głównie ratownicy medyczni) najważniejsza była staranność wykonywanych zadań. 38 proc. pacjentów odpowiedziało, że istotne jest dla nich wysłuchanie ich i poświęcenie im czasu przez personel. Z kolei 64 proc. pracowników medycznych wskazało (głównie pielęgniarki), że istotna jest dla nich prawidłowa komunikacja werbalna.

Jeśli chodzi o czynniki mogące utrudniać prawidłowe relacje na linii chory – personel, znów pojawił się problem braku czasu. Sygnalizowało go aż 92 proc. lekarzy i 42 proc. pacjentów. Na nadmierną biurokrację najczęściej wskazywali lekarze, a na braki kadrowe – pielęgniarki. 25 proc. pacjentów twierdziło, że przeszkodą w nawiązaniu dobrych relacji jest brak zainteresowania chorymi ze strony personelu. 17 proc. pacjentów wskazało na arogancję i odgórne traktowanie ze strony personelu, a 35 proc. badanych skarżyło się na problem arogancji w zachowaniu, tyle że ze strony pacjentów, i byli to głównie ratownicy medyczni, którzy częściej też niż inni pracownicy wskazywali na trudności w uzyskaniu od chorych informacji.

CZERPAĆ Z WZORCÓW

Debatując o humanizacji medycyny, warto odnieść się do niezującego już prof. Kazimierza Imielińskiego, który uważał, że jest ona czymś więcej niż komunikacją kliniczną. Profesor, poprzez utworzenie i działalność Polskiej Akademii Medycyny i Światowej Akademii Medycyny im. Alberta Schweitzera, zapisał się w historii jako propagator tej idei, a wydana przez UW 30 lat temu pod jego redakcją praca „Uniwersalizm i medycyna” do dziś inspiruje i zachęca do rozważań filozoficznych oraz wytyczania nowych kierunków działań na rzecz humanizacji medycyny. Prof. Imieliński zorganizował w sumie kilkanaście sympozjów poświęconych humanizacji medycyny, w których uczestniczyło 28 laureatów Nagrody Nobla z różnych

dziedzin nauki. – Tematyka humanizacji medycyny już wtedy była przedstawiana z różnych perspektyw, a omawiane wówczas problemy nie straciły na swej aktualności. Tak jak dziś chodziło w nich o relacje między personelem medycznym i pacjen-

tem, filozofię i techniki leczenia, a także o to, jak ważna w procesie leczenia jest osobowość lekarza – przekonywał prof. Zbigniew Izdebski. Ekspert zaznaczał, że nie zmieniły się też cele, w których niezmiennie chodzi o zidentyfikowanie tego, co utrudnia nawiązanie prawidłowych i satysfakcjonujących relacji między pacjentami a medykami, oraz o wypracowanie takich postaw i zachowań, które by sprzyjały

osiąganiu tej satysfakcji.

POSTĘP ZOBOWIĄZUJE

Idee głoszone przez prof. Imielińskiego nie tylko nie straciły na aktualności, ale stały się jeszcze bardziej wymowne. I to nie tylko ze względu na dokonujący się postęp w medycynie, który paradoksalnie oddalił lekarza od pacjenta, ale też m.in. na pandemię COVID-19, która pokazała, jakie spustoszenia sieje izolacja, nadużywanie teleporad, uniemożliwienie rodzinom kontaktów z hospitalizowanymi bliskimi. Pandemia pokazała też nowe oblicze służb medycznych, które zmuszone do przestrzegania procedur związanych z ograniczaniem rozprzestrzeniania się koronawirusa, oddalały się od pacjentów. Sytuacja zagrożenia wprowadzała napięcia, frustracje, co nie sprzyjało budowaniu dobrych relacji.

– Wprowadzanie do nauk medycznych humanizacji medycyny jest jednym z najbardziej istotnych pozamedycznych aspektów podnoszenia jakości leczenia i wydłużania życia chorych. Szczególnie teraz, w dobie rozwoju sztucznej inteligencji, telemedycyny i ograniczeń związanych z zagrożeniem epidemicznym, pacjent powinien być w centrum podejmowanych działań niezależnie od tych okoliczności – przekonywał Radosław Sierpiński, prezes Agencji Badań Medycznych. Także zdaniem innych uczestników

kongresu humanizacja medycyny nie jest przeciwstawna postępowi medycznemu i nowoczesnym technologiom medycznym. Nawiązuje do medycyny opartej na dowodach, postępie wiedzy oraz działaniach koncentrujących się na filozofii myślenia o człowieku, z uwzględnieniem poszanowania, godności, autonomii i praw pacjenta. Prof. Maria Siemionow, dyrektor kształcenia mikrochirurgii na Uniwersytecie Illinois w Chicago (USA), także nie widzi sprzeczności pomiędzy wprowadzaniem nowych technologii a zachowaniem humanizacji w medycynie, o czym przekonywała podczas swojego wykładu dotyczącego innowacyjnych procedur w chirurgii rekonstrukcyjnej i transplantologii oraz nowych terapii komórkowych w aspekcie humanizmu i etyki lekarskiej zgodnej z przysięgą Hipokratesa. Prof. Siemionow jako pierwsza w USA przeprowadziła zabieg przeszczepienia twarzy. Nie mogłaby tego dokonać bez postępu technologicznego. Jednocześnie pomogła pacjentce, której przywróciła nie tylko twarz, ale poczucie wartości i godności. – *Humanus*, czyli ludzki, oznacza, że człowiek w naturalny sposób powinien być traktowany tak, aby nie było wątpliwości, że zasługuje na szacunek – powiedziała prof. Maria Siemionow. Odwołując się do medycyny regeneracyjnej i transplantologii dodała, że szczególnie ważne jest, aby o etyce medycznej i filozofii

moralnej mówić wówczas, gdy wprowadza się nowe terapie – takie, które budzą podziw, ale i mogą być kontrowersyjne. Jej zdaniem np. transplantacje ręki, krtań, twarzy, tchawicy i macicy wymagają od lekarza szczególnego podejścia, w którym pacjent musi być w centrum myśli i zainteresowania, gdyż bez zbudowania właściwych relacji trudno byłoby uzyskać efekt terapeutyczny.

Uczestnicy kongresu zgodnie stwierdzili, że istnieje potrzeba rozwijania humanizacji medycyny, zaznaczając jednocześnie, że od kilku lat w Polsce temat kwestii związanych z komunikacją kliniczną i poprawą relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem jest podejmowany coraz częściej, co dobrze rokuje na przyszłość.

Szczególnie ważne jest, aby o etyce medycznej i filozofii moralnej mówić wówczas, gdy wprowadza się nowe terapie – takie, które budzą podziw, ale i mogą być kontrowersyjne.

¹ W badaniu wzięło udział 4012 osób (205 lekarzy, 1233 pielęgniarki i położne, 169 ratowników medycznych, 436 członków pozostałego personelu medycznego oraz 1672 pacjentów).

MEDYCYNĄ PALIATYWNĄ



Dostrzegajmy TYCH, KTÓRZY NAS POTRZEBUJĄ

ROZMAWIAŁA: LIDIA SULIKOWSKA

Kiedy rok temu odwiedzałam w Michałowie lekarza Pawła Grabowskiego i zespół jego współpracowników, miałam okazję zobaczyć, z jaką pasją i zaangażowaniem pomagają oni osobom zbliżającym się do kresu życia*. Dowiedziałam się też wówczas o budowie pierwszego wiejskiego hospicjum stacjonarnego na Podlasiu. Dziś placówka przyjmuje już pacjentów.

GL Wyjechał pan w odległy zakątek Polski, by pomagać niesamodzielnym, schorowanym mieszkańcom podlaskich wsi. Najpierw utworzył pan hospicjum domowe, a od niedawna działa też placówka stacjonarna. Pomysł mógł wydawać się nieosiągalny, a jednak udało się go zrealizować. Gratuluję.

Dziękuję, ale to efekt pracy zespołowej. Okazuje się, że nie ma rzeczy niemożliwych, tylko trzeba sporo determinacji, żeby je osiągnąć. Budowa hospicjum stacjonarnego pokazała, jak wielu jest do brych ludzi.

Budowę zaczęliśmy w 2019 r. we wsi Maćkówka. Inwestycja została sfinansowana z darowizn, zebraliśmy na ten cel aż 17 mln zł. U uruchomiliśmy już i w pełni wyposażyliśmy pierwsze skrzydło budynku. Działamy od 1 lipca. Brakuje jeszcze 1 mln zł, aby dokończyć inwestycję, jestem jednak dobrej myśli. Niedawno to było 1,5 mln zł, ale zgłosiła się do nas pewna kobieta i ofiarowała 500 tys. Wyobraża sobie pani? Takie cuda dzieją się na Podlasiu.

GL Ilu chorych możecie przyjąć?

Obecnie warunki socjalne pozwalają na przyjęcie 18 pacjentów, a docelowo będzie to nawet drugie tyle. Na razie podpisaliśmy kontrakt z NFZ na 10 łóżek. Zainteresowanie jest duże, mamy już listę oczekujących. Niestety, teraz nie jesteśmy w stanie wziąć pod opiekę więcej osób.

GL Dlaczego?

Mamy ogromną trudność ze skompletowaniem kadry wymaganej przez płatnika. Na 10 łóżek potrzeba aż sześć etatów pielęgniarzkich. Szkoda, bo gdyby wymogi były nieco mniej wyśrubowane, moglibyśmy np. zatrudnić więcej opiekunów i byłoby nam łatwiej uzupełnić kadrę.

Świadczenia związane z opieką hospicyjną są nisko wyceniane, przez co nie jesteśmy w stanie zaoferować pielęgniarce atrakcyjnego wynagrodzenia. Prawda jest taka, że kontrakt wystarcza na pokrycie jedynie wydatków na wynagrodzenia pracowników.



A przecież trzeba utrzymać ośrodek i zapewnić warunki hospicyjne przebywającym tam pacjentom. Dlatego musimy liczyć na wsparcie darczyńców, bez których nie da się udźwignąć obciążeń związanych z prowadzeniem takiej placówki. Tak nie powinno być. Dlaczego musimy stale prosić indywidualnych darczyńców, żeby hospicjum mogło powstać i działać? Czy ludzie na wsi nie zasługują na godne umieranie?

”

Budynek hospicjum jest nowoczesny i przyjazny chorem.

1 To właśnie najbardziej przeszkadza w pomaganiu chorem?

Najgorsza jest urzędniczość. Chodzi mi o to, że medycyna jest coraz mniej ludzka. Musimy zadowolić NFZ, ciąć koszty, optymalizować pracę... Ja to wszystko rozumiem, ale biurokracja rozwinęła się tak bardzo, że zapominamy, dla kogo to wszystko robimy. Najważniejszy musi być pacjent, a nie kontrakt, nie pan urzędnik, nie kontroler ani dyrektor administracyjny. A może urząd wsparłby swoimi siłami administracyjnymi takie jednostki, bo zabraknie sił na pomaganie pacjentom? Widzi pani, ja jestem ogromnie szczęśliwy, że udało się zbudować i otworzyć to hospicjum, ale jestem też strasznie zmęczony tymi wszystkimi formalnościami, jakie trzeba spełnić, by otrzymać kontrakt z NFZ. Bo to jest coś, co kradnie nam czas, którego potrzebujemy dla chorego.

2 Na zmianę w tym zakresie chyba jednak potrzeba solidnej rewolucji.

Ależ ja nie żądam nie wiadomo czego. Chciałbym po prostu normalności. Jak patrzę, ile formularzy sprawozdawczych pielęgniarki mają do wypełnienia, aby udowodnić, że nie jesteśmy złodziejami, to coś się we mnie gotuje. Nie tak powinien wyglądać system opieki zdrowotnej. Okropnie frustrujące są też same obwarowania

mówiące, kogo można przyjąć do hospicjum. Według mnie to miejsce dla każdego chorego na nieuleczalną chorobę w schyłkowym stadium, ale zgodnie z kryteriami NFZ trzeba być szczęśliwcem mającym wybrane jednostki chorobowe. Mam taki wewnętrzny bunt, że urzędowo nie każdy potrzebujący może liczyć na pomoc. Cieszę się jednak bardzo, że kiedy cierpiący pacjent do nas trafi, to dostanie godną opiekę. Budynek hospicjum jest nowoczesny i przyjazny chorem. Pokoje są dwuosobowe. Jest też możliwość wyjechania

Paweł Grabowski urodził się w Krakowie. Ukończył stomatologię, a następnie kierunek lekarski. Przez pewien czas był związany zawodowo z Centrum Onkologii – Instytutem im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie (obecnie: Narodowy Instytut Onkologii), a potem z lokalnym hospicjum domowym. Dekadę temu wyjechał na Podlasie. Założył hospicjum domowe im. Proroka Eliasza w Michałowie, niewielkim miasteczku położonym w powiecie białostockim. W 2019 r. rozpoczął budowę hospicjum stacjonarnego w zlokalizowanej nieopodal Makówce. Placówka zaczęła funkcjonować w lipcu br.

łożkiem do ogrodu. Pacjenci mają wsparcie i pomoc życzliwego personelu.

3 Jak liczna jest kadra?

Poza pielęgniarkami mamy kilku opiekunów, fizjoterapeutę, psychologa. Przypominamy się do uruchomienia wolontariatu. Już są chętni – i to zarówno wśród osób starszych, jak i młodszych. Lekarzem pełnoetatowym jestem ja, pomaga mi jeszcze jedna pani doktor, a kilku specjalistów oferuje doraźnie konsultacje. Wspiera nas małżeństwo psychiatrów, dwoje chirurgów, urolog, gastroenterolog. Zadzwoił do mnie nawet dr Tadeusz Borowski-Beszta, kierownik hospicjum w Białymstoku, legenda medycyny paliatywnej w naszym regionie, i zadeklarował, że mogę liczyć na jego pomoc. To jest niesamowite, co tu się dzieje. Przydałoby się nam na stałe wsparcie lekarza, który czuje ducha medycyny paliatywnej. Wierzę, że ktoś taki się znajdzie i pomoże. Praca w hospicjum stacjonarnym to dla mnie duże obciążenie, tym bardziej, że w dalszym ciągu chcę kontynuować pracę hospicjum domowego, od którego wszystko się zaczęło. Dla wielu nie ma lepszego miejsca do chorowania i umierania niż własny dom.

4 Jakie są pana najbliższe plany na przyszłość?

Chciałbym rozwijać pomoc dla osób niesamodzielnych w naszym regionie. Na obszarach wiejskich trudno żyć osobom schorowanym. Dlatego już od jakiegoś czasu nasze fundacyjne hospicjum domowe wdraża opiekę nad osobami zależnymi i nieuleczalnie chorymi. Projekt „Dać to, czego naprawdę potrzeba” polega na dostrzeżeniu ludzi, którzy mogą dać kawałek siebie innym. Przecież gdzieś jest ośrodek pomocy społecznej, są koła gospodyń wiejskich, jest ochotnicza straż pożarna, klub seniora etc. My tutaj staraliśmy się ich wszystkich zapoznać, tak by efektywnie wspierali potrzebujących. Tu chodzi o proste, prozaiczne czynności, jak uporządkowanie komuś podwórka, zawiezenie do lekarza czy wykupienie leków z apteki. W rozproszeniu trudno jest pomagać, w sieci – łatwiej. Kojarzy mi się to z kluczem gęsi. Ptaki, gdy lecą pojedynczo, zużywają dużo więcej energii, niż gdy pokonują drogę razem. Dostrzegamy osoby, które potrzebują naszego wsparcia. Naprawdę niewiele potrzeba, aby czynić dobro. Ważne, żeby działać wspólnie, bo wtedy jest i łatwiej, i skuteczniej.

* „Mała Szwecja na Podlasiu”, „Gazeta Lekarska” nr 12/2021-01/2022

PERSPEKTYWA PACJENTA

Słowo „pacjent” kryje w sobie ciekawą i bogatą historię. Jego trzon powtarza się w wielu językach, także w angielskim [patient], i do dziś zachowała go polszczyzna w postaci Pasji [od późnołacińskiej formy passio], która oznacza Mękę Chrystusa.

prof. **Aleksander Woźny** Kierownik Zakładu Medioznawstwa, Instytut Dziennikarstwa i Komunikacji Społecznej, Wydział Filologiczny, Uniwersytet Wrocławski

W poszukiwaniach jego korzeni dotarłem do znaczenia, które na pierwszy rzut oka wprawia w zdumienie. Mianem „pacjent” określano jeszcze w XVIII w. ofiarę każdej wymierzanej jako kara skazańcom.

Od opisu tortur, jakim został poddany niedoszły zabójca króla Ludwika XV – Robert François Damiens – rozpoczyna się jedno z najsłynniejszych dzieł francuskiego filozofa Michela Foucaulta, „Nadzorować i karać. Narodziny więzienia”. Oto scena, która rozegrała się na placu Grève w Paryżu 28 marca 1757 r. Skazaniec, według zgromadzonych przez Foucaulta dokumentów, miał być „[...] szarpany obcęgami w piersi, ręce, uda i łydki, [...] a miejsca, skąd będą drzeć pasy, polewane płynnym ołowiem, wrzącą oliwą, [...]”; następnie ciało rozwłózione i rozerwane w cztery konie, potem członki i korpus spalone”. Każni przyglądali się nie tylko paryżanie, ale także cudzoziemcy, a pośród nich słynny Casanova, który uznał to przerażające widowisko za tak brutalne, że upodobanie w nim mogły znaleźć jedynie „zatwardziałe serca”.

LEKARZ OSKARŻYCIEL

Swoistą odmianę zatwardziałości serca u niektórych kolegów po fachu dostrzegał prof. Antoni Kępiński. Określał ją mianem „postawy sędziego” i diagnozował u tych spośród lekarzy psychiatrów, którzy wywoływali u pacjentów ostre reakcje obronne, stosując wobec nich podejście wartościująco-oskarżycielskie¹. Opisywany przez Kępińskiego mechanizm brzmi znajomo dla

”

Wszystko, co się wydarza, musi być opowiedziane

(„Rozumiejące serce”, Alain Finkielkraut)

czytelnika Foucaulta, który przypomina, że metody stosowane wobec „storturowanego pacjenta” były powszechnie akceptowane w postępowaniu sądowym i służyły do wydobywania od podejrzanego przyznania się, a w konsekwencji – wyznania winy. Jednak „pacjent” nie był całkowicie bezbronny. Mógł wygrać w procesie oskarżycielskim, a nawet uniknąć kary śmierci. Wystarczyło jedynie, pomimo nasilających się tortur, nie przyznawać się do winy.

Wspierając mnie w próbach rozwiązywania zagadki filologicznej dotyczącej „pacjenta”, prof. Luiza Rzymowska z Uniwersytetu Wrocławskiego odwołała się z kolei do starożytnych źródeł potwierdzanych w wysokospecjalistycznych słownikach. I tak, przenosząc się do świata początków chrześcijaństwa, wydobyla stamtąd znaczenia zawarte w greckim πάσχω (páscho) i w łacińskim *patiens*. Wędrownika znaczeń, dokonująca się poprzez wieki, pokazuje, że w polskim słowie „pacjent”, które przeszło do nas z jęz. niemieckiego, pobrzmiewa także – oprócz udręki czy znoszenia tortur ciała,

obecnych w starożytnej grece – łacińska *pacientia*, czyli cierpliwość, rozumiana przez św. Tomasza z Akwinu jako cnota, która ma chronić i podtrzymywać dobro moralne.

ROZMAWIAĆ I SŁUCHAĆ

Jak zatem traktować naszego „pacjenta”, cierpiącego i zarazem cierpliwego? Dziś wszyscy mówią o perspektywie pacjenta, wszak to ona ma być podstawą uzyskiwanych przez szpitale certyfikatów akredytacyjnych. Nie mówi się natomiast o tym, że jest to kluczowe pojęcie medycyny narracyjnej, która od ćwierćwiecza, czyli od kiedy została powołana do życia na renomowanym amerykańskim Uniwersytecie Columbia, nieustannie apeluje do lekarzy, że poczucie bezpieczeństwa czy nawet psychicznego komfortu pacjenta zależy przede wszystkim od umiejętności komunikowania się z nim. Nie komunikowania do, jak w marketingu, gdzie często manipuluje się klientem, lecz – raz jeszcze trzeba to potworzyć – rozmowy z pacjentem i niezbędnej w komunikowaniu się umiejętności słuchania. Niestety nie uczy się tego ani na studiach, ani podczas licznych szkoleń zalecanych medykami. Co więcej, często utwierdza się ich w przekonaniu, że stosowane w praktyce osłony komunikacyjne, poczynając od oddzielającego lekarza od pacjenta ekranu komputerowego, są najlepszym sposobem okiełznania niesubordynacji „trudnego pacjenta”. Bo pacjenci mają być odbiorcami, natomiast nadawcą jest tylko jeden. Bo przecież, jak zauważa inicjator raportu na 100-lecie samorządu lekarskiego, dr Jarosław Wanecki, o ileż wygodniej jest pytać innych, zwłaszcza pacjentów, i wygłaszać własne poglądy w każdej sprawie.

O MEDYCYNIE NARRACYJNEJ WE WROCŁAWIU



18 listopada Instytut Dziennikarstwa i Komunikacji Społecznej Uniwersytetu Wrocławskiego organizuje konferencję dla lekarzy i badaczy akademickich z całej Polski poświęconą medycynie narracyjnej oraz komunikacji w sytuacjach granicznych oraz trudnych. W czasie spotkania odbędzie się m.in. dyskusja na temat sposobów przywracania pacjentowi aktywności komunikacyjnej. Będzie też mowa o przeciwdziałaniu wypaleniu zawodowemu w środowisku lekarskim. „Gazeta Lekarska” została patronem medialnym konferencji. Informacje: www.medycyna-narracyjna.pl, kontakt@medycyna-narracyjna.pl.

W PUŁAPCE EMOCJONALNYCH UNIKÓW

Respektowania perspektywy pacjenta nieczęsto uczą na szkoleniach prowadzonych przez psychologów, bo przecież trudno uznać za takie instrukcje typu: jak okiełznać „trudnego pacjenta” (którego dzieli się na podklasy: konfliktowy, labilny emocjonalnie, perfekcyjny, sztywny, histeryczny itd.)² czy jak skutecznie bronić się przed drem Google. Oferuje się tam także metody przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu, zalecając dystans emocjonalny wobec pacjenta i nieprzenoszenie do domu problemów ze szpitala.

Doświadczenie zdobyte w trakcie prowadzonych warsztatów z medycyny narracyjnej dowodzi, że właśnie emocjonalne uniki czy zamykanie w sobie niedopowiedzianych czy nieopowiedzianych nikomu szpitalnych historii to najprostsza droga do wypalenia zawodowego. Takie zagrożenie dotknęło, jak się okazuje, wielu spośród uczestników spotkań z medycyną

narracyjną. Najbardziej traumatycznym przeżyciom zawodowym lekarzy, skrywanym przez lata przed rodziną i kolegami z pracy, a opowiedzianym na moją prośbę w czasie warsztatów, towarzyszyła ulga pozbycia się noszonego przez wiele lat ciężaru. Doniosłe dla prowadzonych przeze mnie spotkań z medycyny narracyjnej okazały się także doświadczenia zapisane w pamiętniku „To będzie bolało”, autorstwa Adama Kay’a, brytyjskiego lekarza, który porzucił ukochany zawód i został telewizyjnym komikiem, celebrytą-błaznem. Jego biografia to historia niewysłuchanej, dramatycznej opowieści lekarza, który słyszał od pracujących z nim w szpitalu kolegów sakramentalne: „to chleb powszedni, musisz się przyzwyczaić”. Okazała się ona na tyle przerażającym, ale i fascynującym materiałem, że na jej podstawie zrealizowano niedawno najnowszą produkcję Netflix.

WEJŚCIE DO ŚWIATA CHOREGO

Tego, co niewypowiedziane, przemilczone, wstydliwie i pominięte, jest znacznie więcej po stronie pacjenta. Wszyscy

znacie – mówi do lekarzy podczas szkoleń matka chrzestna medycyny narracyjnej prof. Rita Charon z Uniwersytetu Columbia – szpitalne korytarze zalegane przez postacie milczących pacjentów. Tych, którzy krwawią, którzy nie mają nóg, których twarze wyrażają smutek i cierpienie. Zadaniem medyków, dodaje Charon, jest uruchomić wyobraźnię, aby niczego nie uronić z ich historii. Co więcej, wyzwaniem, przed którym stanie każdy lekarz, któremu zależy na perspektywie pacjenta, jest uczestniczenie w ich budowaniu.

Najlepszym narzędziem do tego celu jest literatura, zarówno przeżyte w lekturze lekarza wiersze i powieści, jak i jego własna twórczość literacka. To właśnie ona jest najdoskońalszym sposobem nazywania emocji i wyrażania doświadczeń egzystencjalnych, jak i środkiem pokazującym, jak poprzez słowa dotrzeć do zamkniętego własną perspektywą świata pacjenta. I jak mu pomóc.

¹ „Komunikowanie się lekarza z pacjentem”, s. 83-84, Wrocław 2000 r.

² Tamże, s. 58-59.

ZE ŚWIATA

Zawód, który niszczy psychikę



Brak równowagi pomiędzy pracą a wypoczynkiem, prześladowanie i nękanie, depresja i myśli samobójcze, natłok administracyjnych obowiązków, niespełnienie zawodowe – oto obraz wyłaniający się z ogólnokrajowego sondażu przeprowadzonego wśród kanadyjskich lekarzy opublikowanego pod koniec sierpnia przez Canadian Medical Association. Wyniki „National Physician Health Survey” są niepokojące. Sześciu na dziesięciu badanych stwierdziło, że ich zdrowie psychiczne jest w gorszej kondycji niż przed pandemią COVID-19. Dużym problemem jest depresja i odczuwanie niepokoju. Ponad połowa lekarzy czuje się wypalona zawodowo. Więcej niż 1/3 miała myśli samobójcze. Przeszło połowa ankietowanych ma problem z zachowaniem równowagi pomiędzy życiem zawodowym a prywatnym. Niemal 80 proc. respondentów nie jest spełniona zawodowo. 78 proc. badanych

doświadczyło prześladowania/nękania podczas pracy, z czego aż u 40 proc. nie była to sytuacja incydentalna. Ankietowani skarżyli się też na natłok pracy związany z wypełnianiem obowiązków administracyjnych (muszą przez to pracować średnio ok. 10 godzin tygodniowo dodatkowo). Sondaże NPHS są przeprowadzane cyklicznie od 2017 r. Jeszcze przed wybuchem pandemii ich wyniki pokazywały, że wykonywanie zawodu lekarza może wpływać negatywnie na zdrowie psychiczne pracujących, a COVID-19 sprawił, że to ryzyko się nasiliło. Dr Alike Lafontaine, prezes CMA, podkreśla, że najnowsze dane NPHS po raz kolejny pokazują, jak tragiczna jest sytuacja w kanadyjskiej opiece zdrowotnej. Badanie przeprowadzono na grupie 4 tys. lekarzy i studentów medycyny w okresie październik-grudzień 2021 r. ■■■

Źródło: CMA

Ukraina: bilans strat

24 sierpnia minęło pół roku od ataku Rosji na Ukrainę. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w wojnie zginęło w tym czasie ponad 5,4 tys. cywilów. Potwierdzono już 445 ataków związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia, w których zginęło 86 osób, a 105 zostało rannych.

Jak informuje Międzynarodowa Organizacja ds. Migracji (IOM), wśród rzeczy, których najbardziej brakuje Ukraińcom, są m.in. leki. Utrudniony dostęp do świadczeń medycznych. – Potrzeby ukraińskich placówek me-

dycznych są ogromne. W ciągu tych kilku miesięcy ich lista zmieniła się z kilkudziesięciu do kilku tysięcy pozycji. Zaczynając od najprostszych, jak wata i bandaż, przez łóżka, po sprzęt medyczny taki jak pompy infuzyjne czy respiratory – komentuje Jakub Belina-Brzozowski z Polskiej Misji Medycznej. PMM dotychczas dostarczyła zaopatrzenie do ponad 50 placówek w całym kraju. To tylko jedna z szeregu inicjatyw – pomoc humanitarna płynie do Ukrainy z wielu organizacji na całym świecie. ■■■

Źródło: WHO, PMM

Portfele amerykańskich rezydentów

Lekarz rezydent praktykujący w USA zarabia średnio 64,2 tys. USD rocznie (wynagrodzenie jest mniejsze w pierwszych latach rezydentury, po czym sukcesywnie rośnie). Dla większości młodych medyków taka pensja nie jest satysfakcjonująca – wynika z sondażu Medscape, opublikowanego pod koniec lipca. Wynagrodzenia rezydentów w ciągu ostatnich kilku lat wzrosły o 16 proc., ale od czasu ogłoszenia pandemii COVID-19 wzrost pensji wyraźnie spowolnił.

Jak pokazują wyniki sondażu, tylko 27 proc. badanych uważa, że jest sprawiedliwie wynagradzana za pracę (w 2015 r. ponad 60 proc. młodych lekarzy było zadowolonych ze swojej pensji). W ich opinii zarobki nie rekompensują liczby przepracowanych godzin. Tylko 15 proc. ankietowanych lekarzy poświęca na pracę ok. 40-50 godzin tygodniowo. Ponad 40 proc. badanych pracuje 60-70 godz. w tygodniu, a 1/4 – ponad 70. Wielu młodych lekarzy uważa też, że pensje są niesatysfakcjonujące w porównaniu np. z przychodami pielęgniarek, biorąc pod uwagę wymagane od nich umiejętności. Sondaż pokazał również, że aż połowa badanych ma do spłacenia kredyt za studia medyczne (studia w USA są zazwyczaj płatne) w wysokości co najmniej 200 tys. USD. Jedynie co piąty rezydent nie ma długu zaciągniętego na edukację. Pocieszające jest jednak to, że zazwyczaj rezydenci są zadowoleni ze swojego szkolenia specjalizacyjnego oraz nadzoru, jaki mają nad sobą. 86 proc. oceniło swoją relację z lekarzem prowadzącym jako dobrą lub bardzo dobrą. ■■■

Źródło: MEDSCAPE

NAUKA W PIGUŁCE

Rząd USA: dostęp musi być otwarty

Administracja prezydenta Joe Bidena poinstruowała wszystkie amerykańskie agencje, aby wymagały natychmiastowego dostępu do badań finansowanych przez władze federalne po ich opublikowaniu. Nowa zasada ma obowiązywać najpóźniej od 2026 r.

Stany Zjednoczone są największym na świecie sponsorem badań naukowych. Obecnie obowiązujące zasady dopuszczają nawet roczne opóźnienie w umieszczeniu dokumentów z badań poza paywalami. Zmiana, która ma zostać wdrożona do końca 2025 r. (a może nawet wcześniej), jest bodźcem dla rosnącego ruchu otwartego dostępu (OA), który ma na celu publiczne udostępnienie wyników badań naukowych.

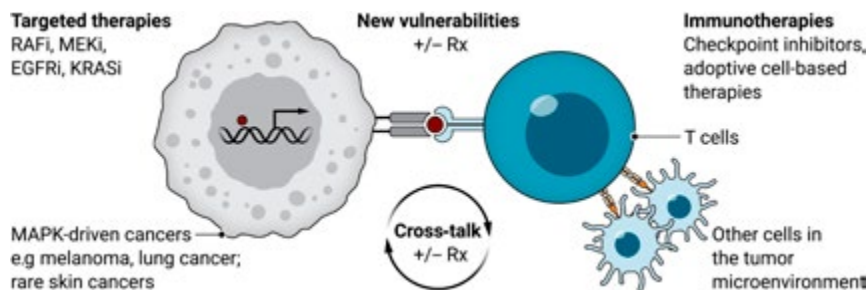
Zmiana polityki została ogłoszona 25 sierpnia w wytycznych, które Biuro Polityki Naukowej i Technologicznej Białego

Domu (OSTP) wydało agencjom federalnym. OSTP zaleca, aby agencje zapewniły, że zrecenzowane prace grantów zostaną udostępnione w zatwierdzonym przez agencję repozytorium publicznym bezzwłocznie po publikacji.

- Ci, którzy śledzą trendy OA, czekają, aby zobaczyć, jak polityka USA zmieni ogólnie branżę publikacji naukowych. Wiele będzie zależeć od reakcji wydawców - komentuje decyzję Robert Kiley, szef strategii w cOAlition S (konsorcjum krajowych agencji badawczych i sponsorów z dwunastu krajów europejskich). Z kolei wydawcy czasopism, którzy skontaktowali się z „Nature”, twierdzą, że popierają cele Białego Domu i zapewniają, że autorzy będą mogli spełnić nowe wymagania dotyczące otwartego dostępu do publikacji.

Źródło: nature.com

Onkologia



Terapia skojarzona przełamuje oporność.

Badania nad rakiem wkraczają w ekscytującą erę, w której pojedyncze terapie służą jako cegiełki dla stworzenia kombinacji, której celem będzie osiągnięcie tego, czego monoterapie często nie są w stanie osiągnąć: trwałej kontroli guza u większości pacjentów z guzem przerzutowym.

„Jednoczesne lub sekwencyjne podawanie najsukurszych kombinacji będzie wymagało wszechstronnego zrozumienia, w jaki sposób komórki rakowe i interakcja

w mikrośrodkowisku guza zmieniają się pod wpływem różnych wyzwań terapeutycznych i jak może to wpłynąć na wynik kolejnych terapii. Długofalową wizją i misją mojego laboratorium jest budowanie tej wiedzy” - napisała Anna C. Obenauf z Instytutu Patologii Molekularnej Vienna Biocenter (Austria) w pracy zatytułowanej „Mechanism-based combination therapies for metastatic cancer”, która ukazała się na łamach „Science”.

Źródło: science.org

Nowa skala ryzyka u pacjentów z migotaniem przedsionków

Międzynarodowe badanie prowadzone na dużą skalę przez nowojorską sieć szpitali Mount Sinai (USA) przyniosło pierwszy wynik oceny ryzyka, który może pomóc przewidzieć śmiertelność pacjentów z migotaniem przedsionków (AFib), którzy przeszli pomyślnie przezcewnikową wymianę zastawki aortalnej (ang. transcatheter aortic valve replacement, TAVR) i zostali wypisani do domu.

Wyniki badania, znanego jako ENVISAGE-TAVI AF, zostały ogłoszone 28 sierpnia na Kongresie Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC 2022). - Nasze badanie koncentruje się wyłącznie na pacjentach wysokiego ryzyka TAVR z migotaniem przedsionków, który jest dobrze rozpoznawanym substytutem niekorzystnego rokowania - mówi główny badacz dr George Dangas, profesor medycyny (kardiologia) i dyrektor ds. innowacji sercowo-naczyniowych w The Zena and Michael A. Wiener Cardiovascular Institute w Icahn School of Medicine.

Naukowcy z Mount Sinai prowadzili międzynarodowe badanie ENVISAGE-TAVI w 173 ośrodkach w 14 krajach, aby porównać bezpieczeństwo i skuteczność różnych terapii u pacjentów z AF/TAVR, którzy wymagają doustnej antykoagulacji. Przeanalizowali przypadki 1426 pacjentów od 5 do 12 dni po TAVR i obserwowali ich przez rok, aby ocenić czynniki prognostycznej śmiertelności. Spośród 178 pacjentów (12,5 proc.), którzy zmarli w tym czasie, większość była w wieku powyżej 64 lat, miała chorobę nerek i (lub) niewydolność serca, większą wagę, nienapadowe migotanie przedsionków (częste, uporczywe i trwałe migotanie przedsionków trwające dłużej niż tydzień), spożywała napoje alkoholowe, i miała historię poważnych krwawień lub predyspozycji do krwawienia podczas zabiegu. Badacze przypisali poziom ryzyka do każdego z tych predyktorów. Po obliczeniu całkowitego ryzyka podzielili pacjentów na trzy kategorie: niskie ryzyko (pomiędzy 0-10), umiarkowane (pomiędzy 11-15) i wysokie (powyżej 16). Potwierdzili ocenę ryzyka i odkryli, że śmiertelność była ponad dwukrotnie większa u pacjentów z umiarkowanym ryzykiem (10,1 proc.) i trzykrotnie w grupie wysokiego ryzyka (17 proc.) w porównaniu z grupą niskiego ryzyka (4,8 proc.).

Źródło: eurekaalert.org

POD PATRONATEM NRL

ŚWIATOWY ZJAZD LEKARZY POLSKICH W OLSZTYNIE

1-4 CZERWCA 2023 R.

Po czterech latach przerwy spotkanie polskich lekarzy pracujących w kraju i za granicą odbędzie się w Olsztynie.



Już przed rokiem Federacja Polonijnych Organizacji Medycznych zwróciła się z prośbą do Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej o organizację kolejnego, XI już, Kongresu Polonii Medycznej oraz IV Światowego Zjazdu Lekarzy Polskich.

Pozytywna odpowiedź WMIL w Olsztynie była podstawą do procedowania tematu przez Naczelną Radę Lekarską. Od czasu podjęcia przez NRL uchwały powierzającej organizację tego wydarzenia warmińsko-mazurskiej izbie, podjęto szereg działań organizacyjnych i stan przygotowań jest już bardzo zaawansowany. Dokładamy wszelkich starań, by spotkanie w Olsztynie było wyjątkowe, które nie tylko pogłębi więzi Polonii z Polską, ale także wzmocni relacje międzyludzkie, koleżeńskie i zawodowe, pozostawiając przy tym wspaniałe i trwałe wspomnienia.

Spotkania lekarzy polskich pracujących w kraju i za granicą odbywają się tradycyjnie od 1991 r. Gospodarzami poprzednich kongresów były: Katowice, Częstochowa, Kraków, Toruń, Warszawa, a ostatnio Gdańsk. Zawsze odbywały się siłą organizacyjną poszczególnych izb okręgowych, jaki i przy wsparciu finansowym oraz merytorycznym NRL. Podobne będzie i tym razem. Nie do przecenienia pozostaje możliwość bezpośredniej konsultacji i wymiany doświadczeń, a zjazd daje szansę nawiązania relacji do dalszych wspólnych badań. W Olsztynie postawiliśmy sobie również wyzwanie, by zaprosić i aktywizować młodszych lekarzy, którzy korzystają z migracji w ramach UE, jak i pokolenie Polaków urodzonych już poza

graniami naszego kraju. Zależy nam, by ich więzi z Polską były równie silne, jak więzi ich rodziców.

30 marca br., w obecności Wojewody Warmińsko-Mazurskiego, Marszałka Województwa Warmińsko-Mazurskiego oraz Prezydenta Miasta Olsztyna został podpisany list intencyjny, którego sygnatariuszami są Federacja Polonijnych Organizacji Medycznych, Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w Olsztynie, Naczelna Izba Lekarska, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie oraz Stowarzyszenie „Wspólnota Polska”, w którym partnerzy postanawiają podjąć współpracę w celu zorganizowania w dniach 1-4 czerwca 2023 r. w Olsztynie XI Kongresu Polonii Medycznej połączonego z IV Światowym Zjazdem Lekarzy Polskich. Wśród celów kongresu wymieniono: zacieśnianie międzynarodowej współpracy naukowej lekarzy polskich i polonijnych; promowanie tworzenia programów edukacyjnych dla polskich lekarzy niezależnie od miejsca

ich zamieszkania w ośrodkach, w których pracują wybitni polscy naukowcy; ułatwianie kontaktu i współpracy pomiędzy studentami, początkującymi lekarzami oraz doświadczonymi specjalistami. Podpisanie listu odbiło się szerokim echem w mediach. Wydarzenie wpisuje

**Tytuł konferencji
„Wyzwania
Współczesnej
Medycyny”
zobowiązuje.**

ich zamieszkania w ośrodkach, w których pracują wybitni polscy naukowcy; ułatwianie kontaktu i współpracy pomiędzy studentami, początkującymi lekarzami oraz doświadczonymi specjalistami. Podpisanie listu odbiło się szerokim echem w mediach. Wydarzenie wpisuje

się bowiem w cykl „wydarzeń kopernikańskich” związanych z obchodami 550. rocznicy urodzin Mikołaja Kopernika, wybitnego uczonego i lekarza, który większość swojego dorosłego, twórczego życia spędził na Warmii. Na pewno wszystkich uczestników kongresu zaintryguje Inkunabuł Medyczny na zamku olsztyńskim - największy skarb Biblioteki Muzeum Warmii i Mazur w Olsztynie, gdyż jest to jedyna zachowana w zbiorach polskich książka z biblioteki Mikołaja Kopernika.

Tytuł konferencji „Wyzwania Współczesnej Medycyny” zobowiązuje komitet naukowy, aby wypełnić nadchodzący Światowy Zjazd Lekarzy Polskich treścią

o nowinkach technologicznych czy współczesnych terapiach. Z tym większą satysfakcją ośrodek olsztyński pochwali się nowym, unikatowym urządzeniem. System ZAP-X jest zainstalowany zaledwie w kilku ośrodkach na świecie (w USA, Niemczech, we Włoszech, w Chinach, trwają prace instalacyjne w Zurichu, Paryżu i w Olsztynie). Uruchomienie urządzenia w Ośrodku Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego umożliwi rozwinięcie międzynarodowej współpracy naukowej i klinicznej w zakresie schorzeń mózgowia, rdzenia kręgowego oraz schorzeń głowy szyi.

Rozwój i rozpowszechnienie metod leczenia, jaki otwiera możliwość instalacji tego urządzenia, ma szczególne znaczenie

w kontekście starzejących się populacji krajów rozwiniętych - starsi pacjenci ze względu na ryzyko powikłań nie mogą być leczeni przy pomocy tradycyjnych metod chirurgicznych.

Podczas przyszłorocznego zjazdu nie zabraknie też paneli dyskusyjnych o bieżącej sytuacji zawodu w poszczególnych krajach, debat o współczesnych problemach medycznych, jak również sytuacji, z jakimi musimy mierzyć się w związku z wojną w Ukrainie, abyśmy mogli sprostać wyzwaniom medycyny wojennej.

Zapraszamy do Olsztyna

Anna Lella - prezes WMIL

Sergiusz Nawrocki - prorektor CM UWM



O seksualności i niepełnosprawności



Zbliża się IV edycja Konferencji Sekson - o seksualności i rodzicielstwie osób z niepełnosprawnością ruchową, której tematem przewodnim będzie „Ciało i cielesność”. Wydarzenie odbędzie się w dniach 15-16 października w Warszawie (z możliwością uczestnictwa online). Patronat honorowy nad konferencją objął prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. „Gazeta Lekarska” została patronem medialnym.

Celem konferencji jest m.in. obalenie mitów na temat życia intymnego oraz rodzinnego osób z niepełnosprawnościami oraz działanie na rzecz zwiększenia dostępności w zakresie usług medycznych na zasadzie równych szans. Spotkanie przeznaczone jest dla specjalistów i ekspertów z zakresu seksuologii, ginekologii, urologii, psychologii oraz przedstawicieli środowisk osób z niepełnosprawnością. Organizatorem konferencji jest Fundacja Avalon. Więcej na www.sekson.pl.

OBSERWACJE

Wygłąda na to, że współpraca między POZ a szpitalami najlepiej układała się w czasach PRL-u.

Wielu lekarzy z przychodni pracowało przed południem w oddziałach internistycznych, co dawało im możliwość prowadzenia pacjenta zarówno podczas hospitalizacji, jak też w ambulatorium. A ponieważ ordynator interny sprawował nadzór merytoryczny nad lekarzami z poradni, tworzącymi wraz ze szpitalem ZOZ, skierowania do szpitala wydawano z rozmysłem lub po uzgodnieniu z szefem oddziału.

Na początku lat 90. ten model organizacyjny uznano za przestarzały, stawiając na lekarzy rodzinnych, których anonsowano niczym „alfy i omegi” systemu, mające – przede wszystkim własnymi siłami – zapewnić pacjentom profesjonalną i kompleksową opiekę medyczną. Założenia były dobre, ale rzeczywistość poszła swoimi drogami. Szpitalnictwo i POZ to dziś odrębne, nieskore do współpracy byty, przy czym lekarzom rodzinnym zdaje się to nie przeszkadzać, a przynajmniej przeszkadzać

znacznie mniej niż medykom pracującym w szpitalach. Mogliśmy się o tym przekonać, kiedy pod koniec czerwca prof. Jacek Różański, konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych, zaproponował powołanie w szpitalach koordynatorów, którzy wspólnie z lekarzami POZ planowałyby diagnostykę i leczenie kierowanych do szpitali pacjentów. Rolą koordynatora byłoby również doradzanie diagnozowania



Sławomir Badurek

Diabetolog i nefrolog, publicysta medyczny

WSZYSTKO (I NIC) DO POPRAWY

w ramach POZ, o ile tylko jest to możliwe. Prof. Różański postulował, by to na lekarzach rodzinnych spoczywał obowiązek zapewnienia pacjentom nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Co bardzo istotne, padła także propozycja

dodatkowego finansowania świadczeń, poza stawką kapitacyjną.

Trudno tym propozycjom odmówić sensu, ale do możliwości ich realizacji droga daleka. Lekarze rodzienni w mig wyłapali, że gdyby plany zostałyby zrealizowane, przybyłoby im

pracy i niekoniecznie pieniędzy. No i od razu się zaczęło. Profesorowi dostało się w mediach, że poucza (jak przystało na profesora!) i zajmuje się nie swoimi sprawami. Profesor ripostował, że jest praktykiem dyżurującym w internistycznej izbie przyjęć (za co też mu się dostało, bo stamtąd nie widać tego, co dostrzegają lekarze rodzienni w swoich gabinetach). W ten sposób dyskusja odeszła od głównego wątku,

a propozycje zostały, przynajmniej czasowo, zamiecione w kąt. Szkoda, bo to, że zmiany są potrzebne, widać gołym okiem – z perspektywy szpitala, przychodni i pacjenta oczywiście też. Nie jest wiedzą ekspercką stwierdzenie, że najbardziej dziś brakuje szerszych możliwości diagnostyki i leczenia w ramach POZ, dzięki czemu można by uniknąć wielu skierowań na SOR i poby-

tów szpitalnych. Aby tak się stało, potrzebne są zmiany organizacyjne i finansowe. Z jakichś nieoczywistych względów nikt „na górze” nie chce się za to zabrać.

Od lat nic się nie zmienia: jak badania i konsultacje, to w SOR, jak kroplówka, to na oddziale. Ów szpitalocentryzm dużo kosztuje,

jest mało efektywny i niewygodny dla pacjentów. Problem na pewno nie tkwi w braku koordynatorów, bo w przytłaczającej większości przypadków nie potrzeba specjalistycznej wiedzy, a bardzo prostych decyzji i działań. Za to niezbędne byłoby zaangażowanie pielęgniarek, bo gros interwencji w domu pacjenta wymagałoby nieskomplikowanych zabiegów pielęgniarstwa. Przy okazji – czy ktoś z pielęgniarkami na ten temat rozmawiał? Samo przeniesienie nocnej i świątecznej pomocy medycznej „pod dach” POZ zmieni niewiele, bo trzeba być świadomym, że usługi te będą świadczyć ci sami co dziś lekarze. Dużo bardziej przydatna byłaby integracja systemów informatycznych, pozwalająca lekarzom POZ śledzić losy swoich podopiecznych poza godzinami ich pracy, a lekarzom szpitalnym dać wgląd do historii choroby kierowanych do ich oddziałów pacjentów. Jak widać, na linii POZ-szpitala do poprawy jest dużo, może nawet wszystko. Co wcale nie oznacza, że w bliskiej perspektywie zajdą jakiegokolwiek istotne zmiany.■

”

**Wizja kija zamiast
marchewki
jest bardzo
prawdopodobna.**

EPIKRYZA (121)

Muzeum Narodowe w Warszawie obchodzi 160. rocznicę powstania. Po kilku latach personalnych przepychanek i nieco gorszej passie, wróciły na afisz galerii propozycje przyciągające tłumy zwiedzających. Wielopokoleniowa kolejka do kas pokazuje, jak bardzo wszyscy tęsknimy za normalnością, uciekając w świat sztuki przed złą wróżbą jutra.

Obok niewymagających reklamy stałych wystaw malarstwa polskiego i udostępnionej pół wieku temu ekspozycji z nubijskiego miasta Faras, po raz pierwszy MNW pokazało czternaście świeżo zakupionych prac Marca Chagalla. Ponad wszystko jednak, do połowy października, warto znaleźć kilka godzin wolnego czasu, aby doświadczyć naprawdę imponującego i ciekawie zaaranżowanego zbioru dzieł Witkacego. Pośród dziesiątek portretów z zakopiańskiej pracowni artysty, moją uwagę przykuł, zabawny z pozoru, „projekt porozumienia się p. Bagińskiej z Witkiewiczem w celu wznowienia normalnych stosunków towarzysko-telefonicznych”. Odręcznie spisana umowa, na niewielkiej połówkowej kartce, zawiera paragrafy o nierobieniu sobie „żadnych świństw” między kontrahentami oraz unikania „osobistych aluzji i żarcików”. Prosty przepis konsensu z lat międzywojennych mógłby doskonale sprawdzić się na polu szeroko pojmowanej etyki zawodów lekarskich i modnej ostatnio medycyny narracyjnej.

Jak widać, w otoczeniu dzieł sztuki także trudno oderwać się od



Jarosław Wanecki

Pediatra, felietonista

STAN RZECZY

refleksji na temat „normalnych stosunków towarzysko-telefonicznych”. Dlatego warto było, po witkiewiczowskim koktajlu barw, form i wizji, zejść piętro niżej. W bocznej sali muzealnej, przy okazji jubileuszu, postanowiono zaprezentować

”

**Zwykła rzecz. Spojrzeć
w lustro, zanim zrobi
się aluzję o swoim
kontrahencie...**

przedmioty zalegające w magazynach, grupując je według rytmu dnia i nocy. Kuratorzy wystawy „Stan rzeczy” zachęcają do konfrontacji artefaktów pochodzących z różnych epok, kultur

i stron świata, które służyły dawniej w codziennym życiu. W niewielkim katalogu można znaleźć prosty klucz wystawienniczego układu, wychodzący z założenia, że nasze podstawowe potrzeby nie zmieniły się od czasów narodzin cywilizacji. Budzimy się, zaspakajamy fizjologiczne potrzeby, myjemy, ubieramy, pracujemy, bawimy w towarzystwie, komunikując się z nim na różne sposoby. Potrzebujemy do tego

urządzeń, ubrań, gier, zastawy stołowej, oświetlenia i przekaźników informacji. Oczywiście nie posługujemy się już maszyną do pisania, ale klawiatura laptopa pełni przecież tę samą funkcję. Są jednak rzeczy o niejasnej współcześnie użyteczności i tajemniczych nazwach. Konia z rzędem temu, kto wie, do czego służyły: zograskop, lizeska, atenska, paż, bużuarek, trembleska

czy kraszuarka. Nawet Witkacy nie używał werierry, służącej do schładzania kieliszków.

„Stan rzeczy” to według warszawskich historyków sztuki opowieść o muzealnych zasobach, dbałości o zabytkowe starocie oraz pamięci i wiedzy o przedmiotach z przeszłości.

Łatwo stąd wywieść naturalnie nasuwające się pytania. Czy wciąż zmieniające się wokół nas rzeczy poprawiają także „stosunki towarzysko-telefoniczne między kontrahentami”? Czy zastąpienie słoja na pijawki (których tylko we Francji zużywano w drugiej połowie XIX w. ponad miliard rocznie) suplementami diety pozwala na „uwalnianie złej krwi” i pozbycie się dolegliwości trawiących naszych pacjentów? Czy z barokowej apteczki można wyjąć skuteczne lekarstwo na polaryzację umysłów i światów? Czy przez monokl, przechowywany w skórzanym etui widać więcej wspólnych spraw do załatwienia? Czym zastąpić balowy karnet, by zatańczyć jak nikt dotąd?

Po wejściu i przed wyjściem z wystawy spojrzałem na ręczne lustro pochodzące z Egiptu. Nowe Państwo. XVIII dynastia. Trzy, może cztery tysiące lat od wypolerowania miedzi, w której przeglądała się Wielka Małżonka Królewska. Zwykła rzecz. Spojrzeć w lustro, zanim zrobi się aluzję o swoim kontrahencie....



POGROMCA ZAPOMNIANEJ EPIDEMII

Czwarty jeździec Apokalipsy, będący wyobrażeniem zarazy nękającej ludzkość, pojawiał się na przestrzeni wieków wielokrotnie, a metody walki z epidemią były wprost proporcjonalne do poziomu ówczesnej medycyny.

Mieczysław Dziedzic Ośrodek Dokumentacji Historycznej Śląskiej Izby Lekarskiej

W kontekście pandemii COVID-19, dyrektor pewnej firmy farmaceutycznej stwierdził, iż postępy w badaniach nad wirusami i szczepionkami pozwalają na to, że „można mieć broń biologiczną rano i szczepionkę po południu”. Nie zawsze jednak stworzenie szczepionki w stosunkowo szybkim czasie było możliwe. Zanim dochodziło do eradykacji śmiertelnych chorób zakaźnych, medycyna zmierzała do zwycięstw małymi krokami.

O sukcesach w walce z epidemią decydowały: synteza obserwacji naukowych, zastosowanie metod z różnych dziedzin rozwijającej się medycyny, kompleksowe wykorzystanie dostępnych możliwości technologicznych, geniusz odkrywcy połączony z systematyczną i wytrwałą pracą w laboratoriach oraz opracowanie wyników eksperymentów, co zezwalało na wdrożenie właściwego postępowania profilaktycznego i terapeutycznego na szeroką skalę.



Prof. Rudolf Weigl, fotografia sytuacyjna w laboratorium podczas pracy.

TYPHUS EXANTHEMATICUS

Przykładem rozwijającej się wakcynologii były pionierskie osiągnięcia lwowskiego profesora Rudolfa Stefana Weigla (1883-1957), prowadzące do wytworzenia szczepionki przeciwko tyfusowi plamistemu (*Typhus exanthematicus*, dur plamisty, wysypkowy), który dziesiątkował mieszkańców Europy. Ta choroba, obarczona wysoką śmiertelnością (10-60 proc.), jest zoonozą, co stwierdził w 1909 r. francuski lekarz Charles JH Nicolle z Instytutu Pasteura w Paryżu. Wykrycie powszechnie występującego zwierzęcego wektora tej choroby zakaźnej (zwykłej wszy odzieżowej, *Pediculus vestimenti*) było na tyle doniosłe, że w 1928 r. Nicolle otrzymał Nagrodę Nobla z fizjologii i medycyny. Odkrycie potwierdzało, że zaniedbania higieniczne, zagęszczenie i migracje ludności sprzyjają rozwojowi epidemii. Nad czynnikiem etiologicznym tyfusu plamistego pracowali dwaj badacze: Howard T. Ricketts i Stanisław Prowazek, którzy w trakcie eksperymentów naukowych ulegli zakażeniu i zmarli na tyfus. Dla upamiętnienia ich nazwisk odkrywca tej Gram-ujemnej bakterii (nieznanej dotychczas przyczynie śmierci milionów ludzi), którym był Henrique da Rocha Lima, nadał imię: *Rickettsia prowazekii*.

WALKA Z WSZAWICĄ NIE WYSTARCZY

Tyfus przyczynił się do odwrotu Napoleona spod Moskwy (śmierć poniosło ok. 400 tys. żołnierzy), a podczas I wojny światowej zmarło z powodu tej choroby ok. 3 mln ludzi. W czasie rewolucji w Rosji zachorowało 25 mln osób, a Lenin miał powiedzieć, że „albo socjalizm pokona wszy, albo wszy pokonają socjalizm”. Już na początku I wojny światowej na tyfus zmarło ok. 200 tys. żołnierzy austriackich i serbskich. Zwalczenie epidemii mogło więc zadecydować o sukcesach na froncie i dlatego do wojska powoływano specjalistów od walki z wszawicą. W tym czasie docent Rudolf Weigl, jako parazytolog, był lekarzem w szpitalu wojskowym w Przemyślu, rozpoczynającym prace nad szczepionką, a od 1918 r. kierował Pracownią do Badań nad Tyfusem Plamistym (w Muzeum Narodowym Ziemi Przemyskiej znajduje się zbiór przedmiotów z wyposażenia laboratorium). Potwierdzono, że zwalczanie wszawicy nie jest wystarczającą metodą walki z tyfusem – niezbędne jest wytworzenie swoistej szczepionki. W 1920 r. Rudolf Weigl został powołany na stanowisko



Laboranci podczas karmienia zakażonych wszy w pracowni badań nad dudem plamistym prof. Rudolfa Weigla.

” Tyfus przyczynił się do odwrotu Napoleona spod Moskwy (śmierć poniosło ok. 400 tys. żołnierzy), a podczas I wojny światowej zmarło z powodu tej choroby ok. 3 mln ludzi. W czasie rewolucji w Rosji zachorowało 25 mln osób.

profesora biologii ogólnej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie i badania nad szczepionką przeciw tyfusowi były kontynuowane.

Potrzebne były substraty, a więc w tym przypadku – wszy. Hodowla tych zwierząt

doświadczalnych okazała się trudna, bo insekty tolerowały jako pożywkę jedynie świeżą krew. Oryginalnym pomysłem prof. Weigla było konstruowanie dla dojrzałych osobników specjalnych klatek, które przymocowane do skóry człowieka karmiciela



Zofia Weigl, żona prof. Rudolfa Weigla, w fartuchu laboratoryjnym podczas pracy.

odżywiały się przez ssanie krwi i składały jajeczka, z których wylęgały się młode owady. Ich rozmnażanie było pierwszym etapem niezbędnym do produkcji szczepionki. Uzyskaną w ten sposób hodowlę zakażano następnie bakterią tyfusu poprzez wstrzykiwanie do odbytu wszy zawiesiny, po czym owady ponownie umieszczano w klatkach na skórze szczepionych karmicieli przez kolejnych pięć dni. W tym czasie bakterie namnażały się w jelitach insektów.

Kolejnym etapem był zabieg z dziedziny mikrochirurgii, czyli resekcja jelita. Dodać należy, że rozmiary dorosłej 12-dniowej wszy to od 3 do 5 mm. Jak podaje Wacław Szybalski: „Przy użyciu ostrego skalpela, pod 16x binokularnym mikroskopem, było robione nacięcie pomiędzy tułowiem a odwłokiem wszy, a jelita zakażone przez Rickettsie były wycinane i wypreparowane przy pomocy skalpela. Normą dla preparatora było wypreparowanie około 300 wszy w ciągu godziny. Oba końce jelita były odcinane i zakażone jelita były przenoszone do moździerzy Weigla zawierających 0,5 proc. roztwór fenolu, gdzie stopniowo tworzyły delikatną zawiesinę”. Szczepionki przygotowywano w dawkach: 15, 30 i 90 wszy. Do szczepienia przeciwko tyfusowi stosowano trzy szczepienia, co tydzień we wzrastających dawkach.

„ Uzyskaną hodowlę zakażano bakterią tyfusu poprzez wstrzykiwanie do odbytu wszy zawiesiny, po czym owady ponownie umieszczano w klatkach na skórze szczepionych karmicieli przez kolejnych pięć dni. W tym czasie bakterie namnażały się w jelitach insektów.

NA MIARĘ NOBLA

Pokonanie epidemii tyfusu plamistego można uznać za jeden z ważniejszych sukcesów w dziejach medycyny. Skuteczność kampanii szczepień przeciwtyfusowych przeprowadzonych w koloniach francuskich Afryki, w Chinach i w Abisynii przyniosły prof. Weiglowi światową sławę i członkostwo Nowojorskiej i Belgijskiej Akademii Nauk oraz Polskiej Akademii Umiejętności. W 1930 r. otrzymał Krzyż Komandorski Orderu Odrodzenia Polski, w 1937 r. Order Leopolda, najwyższe odznaczenie od króla Belgii za szczepionkę dla belgijskich misjonarzy, a od papieża Piusa XI najwyższe odznaczenie dla osób świeckich – Order św. Grzegorza. Wybuch II wojny światowej uniemożliwił przyznanie mu Nagrody Nobla, do której był nominowany.

Pozyskanie dużej ilości szczepionek, stanowiących jedyną ochronę przed epidemią tyfusu plamistego, było bardzo istotne dla okupantów Lwowa: sowieckiego i niemieckiego. Według relacji Stefana Szybalskiego, „pierwszy sekretarz Ukraińskiej Partii Komunistycznej – Nikita Chruszczow – odwiedził Weigla w jego instytucie i zaoferował mu tytuł członka Akademii Nauk i kierownictwo Instytutu Naukowego w Moskwie”. Mimo że profesor odmówił, zagwarantowano ochronę jego pracowników przed deportacjami na Syberię. Profesor także w okresie okupacji niemieckiej został zmuszony do współpracy, a jednocześnie otrzymał propozycję objęcia katedry w Berlinie i przyjęcie niemieckiego obywatelstwa, na co, mimo austriackiego pochodzenia, a nawet groźby śmierci, nigdy się nie zgodził. W 1942 r. prof. Weigl był po raz kolejny zgłoszony do Nagrody Nobla, ale wobec odmowy podpisania volkslisty Niemcy odmówili poparcia jego kandydatury.

KARMICIELE

Instytut Badań nad Tyfusem Plamistym we Lwowie rozrastał się, produkując na potrzeby armii niemieckiej duże ilości

szczepionki, a prof. Weigl zastrzegł sobie prawo do całkowitej swobody w doborze personelu. Zatrudnienie w instytucie, potwierdzone w dokumencie pracy („Ausweis”), chroniło przed łapankami, aresztowaniem, wywiezieniem na roboty do Niemiec i do obozów koncentracyjnych. Praca w charakterze karmicieli wesz czy pracowników fizycznych zapewniała względne bezpieczeństwo przed represjami, z czego korzystali studenci, młodzież gimnazjalna, członkowie Szarych Szeregów, żołnierze KeDywu AK Okręgu Lwowskiego, profesorowie Uniwersytetu Jana Kazimierza, Politechniki Lwowskiej i ok. 5 tys. przedstawicieli lwowskiej inteligencji. Wśród nich byli późniejsi inicjatorzy lotów na Księżyc i konstruktorzy bomby atomowej. Niemal 80 ówczesnych studentów karmiących wszy uzyskało po wojnie nominacje profesorskie. Długa lista nazwisk wybitnych Polaków (m.in.: W. Orlicz, B. Knaster, Z. Herbert, E. Romer, S. Skrowaczewski, A. Szczepkowski, S. Banach...), których pomógł ochronić prof. Weigl, zatrudniając ich na etacie, potwierdza jego patriotyczne motywacje.

Członkowie Lwowskiej Szkoły Matematycznej rozwiązywali teorie „miary i przestrzeni” (nazwane później przestrzeniami Banacha), pisząc kopiowymi ołówkami na blatach stolików w kawiarni „Szkocka” i, tolerując oczywisty dyskomfort, dokarmiali wszy zamknięte w pojemnikach przymocowanych do ciała. W tym czasie Szybalski pilnował, „by w ferworze ich dyskusji nie nastąpiło przekarmienie wszy przez czas dłuższy niż 45 minut, ponieważ wszy laboratoryjne utraciły swój naturalny instynkt przerwania konsumpcji ze zgubnym dla siebie skutkiem, ponieważ ich jelita zaczynały pękać od nadmiaru krwi”.

ODRZUCONY W POWOJENNEJ POLSCE

Produkowaną przez Instytut Tyfusu Plamistego i Badań nad Wirusami szczepionkę wysyłano na front dla niemieckiej armii.

Równocześnie pracownicy instytutu, działając za zgodą prof. Weigla w konspiracyjnych strukturach państwa podziemnego, zaopatrywali w szczepionkę ludność cywilną, partyzantów i dostarczali ją do obozów koncentracyjnych na Majdanku i w Auschwitz, co było zagrożone karą śmierci. Do żydowskiego getta we Lwowie, Warszawie i w innych miastach, gdzie wybuchały epidemie, ok. 30 tys. szczepionek przemycili pracownicy instytutu i syn profesora – Wiktor.

Dr Wiktor Weigl rozpoczął studia lekarskie na Uniwersytecie we Lwowie, które ukończył w 1962 r. na Śląskiej Akademii Medycznej, a następnie podjął pracę w klinice dermatologicznej, a do roku 1985 pracował w Zabrze jako lekarz rejonowy. Napisał niezwykle ciekawe „Wspomnienia o moim ojcu”, które są ilustracją prywatnego i naukowego życia profesury lwowskiej. Wiosną 1944 r., kiedy instytut został ewakuowany do Niemiec, prof. Rudolf Weigl opuścił Lwów i przeniósł się do Krościenka, potem do Krakowa, gdzie był profesorem mikrobiologii ogólnej na Uniwersytecie Jagiellońskim (1945-1948), a następnie na Uniwersytecie Poznańskim (1948-1951). Po przejściu na emeryturę zmarł nagle w Zakopanem w 1957 r. w wieku 74 lat. Został pochowany w Alei Zasłużonych na Cmentarzu Rakowickim w Krakowie.

Dokonania Rudolfa Weigla, które doprowadziły do wykreślenia tyfusu plamistego z listy najgroźniejszych epidemii na świecie, nie zostały należycie docenione w wybranej przez niego ojczyźnie. Profesor nie potrafił zaakceptować ustroju politycznego i z tego powodu w 1948 r. władze komunistyczne udaremniły przyznanie mu Nagrody Nobla, do której ponownie był nominowany. Nie zezwolono, aby został członkiem Polskiej Akademii Nauk. Był też oskarżany przez byłych współpracowników o kolaborację z okupantem, bo szczepionka przeciwtyfusowa była stosowana w ambulatoriach frontowych Wehrmachtu. Za uratowanie tysięcy istnień ludzkich Instytut Yad Vashem w roku 2003 przyznał Rudolfowi Weiglowi tytuł „Sprawiedliwy Wśród Narodów Świata”, który odebrała mieszkająca w Zabrzu wnuczka profesora – Krystyna Weigl-Albert.

Jedyną oznaką uhonorowania wiedzy i zasług prof. Rudolfa Weigla w Polsce są ulice jego imienia: w Krakowie, Poznaniu i we Wrocławiu, gdzie znajduje się kamienny obelisk, szpital w Blachowni i tablica pamiątkowa w szkole, do której uczęszczał w Jaśle. ■■■



Obraz: Hendrick Hondius za Pieterem Breugelem, „Pielgrzymka epileptyków do kościoła w Molenbeek”, 1642 r.

BLĄD MALARSKI

Od tańca do różańca

Tegoroczne lato jest kolejnym, które przyszło nam spędzać w czasie światowej epidemii. Jakoś nauczyliśmy się nawigować między kolejnymi okresami zakazów i rozluźnień, podróżować z paszportami szczepionek, w maskach lub bez masek. Lato 1518 r. w Strasburgu również przyniosło jego mieszkańcom epidemię, której ofiarą padła duża część miasta. A zaczęło się niewinnie: od tańca.



Agata Morka
Doktor historii sztuki

W pewne lipcowe popołudnie mieszkanka szesnastowiecznego Strasburga, pani Troffea, poczuła silną potrzebę tańca. Poddąła się temu impulsowi na ulicy i nie przestała tańczyć przez kilka dni. Nie powstrzymały jej ani krwawiące stopy, ani skrajne wyczerpanie. Było coś

zaraźliwego w tym jej tańcu, bowiem nie trzeba było długo czekać, aby przyłączyli się do niej kolejni spontaniczni tancerze. Pod koniec sierpnia w Strasburgu tańczyło już ponad 400 osób. Władze miasta próbowały zaradzić sytuacji to modlitwą, to budowaniem sceny dla tańczących z muzykami, w nadziei, że im szybciej się wytańczą, tym szybciej im przejdzie.

Ta taneczna epidemia, zwana niekiedy choreomanią, nie była przypadkiem odosobnionym. Niewyjaśniona choroba, czasem interpretowana jako zbiorowa histeria bądź reakcja na stres związany z ubóstwem czy seksualną frustracją, podnosiła łeb i w innych krajach. W XIII w. tańczyło miasteczko Erfurt, w XIV w. tańczył Akwizgran, w XVI w. taneczna gorączka opanowała Bazyleę. Jej

odmianę przedstawił na swojej rycinie Hondius. Widać tu intrygujący korowód postaci, z ciałami powyginanymi w niby-tanecznych konwulsjach. Jeśli wierzyć tytułowi, byli to ludzie cierpiący na epilepsję, udający się na pielgrzymkę w celu wyleczenia choroby. Alternatywne interpretacje i tytuły ryciny pozwalają ją jednak wiązać również z przypadkami choreomanii. Boska pomoc była jednym z najczęściej aplikowanych leków w przypadkach tej dolegliwości.

Boskiej interwencji próbowały także władze Strasburga, ale odmawiane różańce nie przyniosły skutku. Epidemia tańca zbierała coraz szersze żniwo, ludzie padali ze zmęczenia, umierali na ataki serca, ale nie mogli przestać. I nagle we wrześniu wszystko ustało. Tak jak nagle epidemia przyszła, tak nagle odeszła. ■■■

ROZWIĄZANIE ZAGADKI Z „GL” 7-8/2022

1. Usunięcie postaci w tle.

Ilość osób uczestniczących w akcie porodu w historii wahała się: od tylko położnej do nawet kilkuset obserwujących, jeśli rodził się królewski potomek.

2. Dodanie w tle zarysu krzesła, na którym siedzieć miałaby rodząca kobieta.

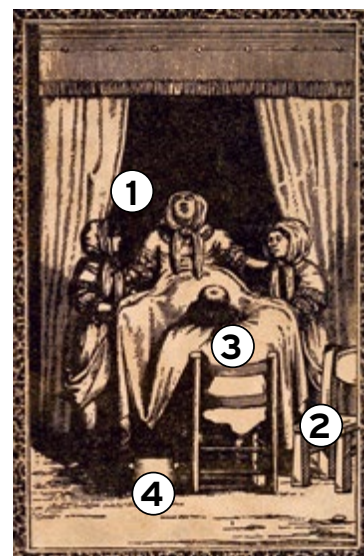
Kobiety w czasie porodów od wieków sadzano na specjalnie do tego celu przygotowanych krzesłach. Przedstawienia tego typu pochodzą z najróżniejszych epok i krajów.

3. Zamknięcie materiału na plecach lekarza tak, że wyglądać by mógł jak peleryna.

W celu zapewnienia intymności pacjentce zakrywano jej dolne partie ciała, używając do tego celu prześcieradła, które mocowano wokół szyi lekarza.

4. Dodanie naczynia u stóp lekarza.

Jedną z praktyk, którym starano się zapobiec, szczególnie jeśli chodziło o porody w rodzinach królewskich, było zatrzymanie przez uczestniczących w porodzie placenty z obawy, że mogłaby być ona wykorzystana do czarnej magii. Obecność jakichkolwiek naczyń wokół rodzącej w takich wypadkach była ściśle kontrolowana.



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

NAGRODZENI Z „GL” 7-8 2022:

Voucher do Hotelu Prezydent** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Krystyna Siudyka-Szubert z Dąbrowy Górniczej. Gratulujemy!**

Nagrody dodatkowe: Wioletta Budych-Nowak (Zalasewo), Krzysztof Kanabaj (Poznań), Ewa Pawłowska (Gdańsk)



WSKAŹ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY. Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 19 września 2022 r. W temacie maila należy wpisać GLO9 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

DLA JEDNEJ Z OSÓB, KTÓRE PRZEŚŁA PRAWIDŁOWE ODPOWIEDZI

HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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

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

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

**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.

POPŁYNEŁY DŹWIĘKI...

Międzynarodowy Festiwal Muzyczny Dzieci, Młodzieży i Dorosłych z Zaburzeniami Słuchu „Ślimakowe Rytm” to bez wątpienia wyjątkowe święto dla tych, którzy powracają lub dopiero wchodzą do niezwykłego świata dźwięków, ale także zespołu Światowego Centrum Słuchu w Kajetanach, dzięki któremu mogą tego dokonać. To także niezwykle wydarzenie dla wszystkich, którzy mogą w nim uczestniczyć.

Marta Jakubiak Redaktor naczelna



VIII galowy koncert finałowy odbył się w Sali Koncertowej im. Miry Zimińskiej-Sygietyńskiej w siedzibie Państwowego Zespołu Ludowego Pieśni i Tańca „Mazowsze” w podwarszawskich Otrębusach. Wśród zaproszonych osób znaleźli się przedstawiciele władz państwowych, środowisk akademickich, naukowych, medycznych i przedsiębiorców, a także miłośnicy i przyjaciele tego niezwykłego święta.

Koncert rozpoczął się od uwertury „Carmen” George’a Bizeta, którą zagrała orkiestra „Mazowsza” pod batutą Jacka Bonieckiego. – Ten koncert dedykowany jest tym, którzy tych dźwięków nie słyszeli. Wśród nich są osoby obdarowane wielkim talentem muzycznym. Doświadczenia tych ludzi są bardzo trudne, ale radość z odzyskanego słuchu wielka – powiedział maestro Boniecki. Na scenie pojawiła się dama polskiej opery, Bogumiła Dziel-Wawrowska, doktorantka Uniwersytetu Fryderyka

Chopina w Warszawie współpracująca z Teatrem Muzycznym w Łodzi. Zaśpiewała arię „Suknio, coś mnie tak ubrała” z „Hrabiny” Stanisława Moniuszki. To był potężny głos. Tegoroczna edycja festiwalu była nieco inna od poprzednich, gdyż hybrydowa. Występy części laureatów można było podziwiać na żywo, inni łączyli się z salą koncertową online – z Niemiec, Austrii, Kazachstanu, Finlandii czy Stanów Zjednoczonych. Na scenie można było podziwiać zespół tancerzy i solistów „Mazowsza” oraz zwycięzców poprzednich edycji konkursu, artystów-pacjentów, którzy muzykowaniem zajmują się już zawodowo, koncertują.

Wisienką na torcie był niezwykle spektakl muzyczny zatytułowany „Kalejdoskop barw polskich”, który zabrał gości w wyjątkową muzyczną podróż po Polsce. Na program złożył się wybór pieśni i tańców z różnych zakątków Polski, a także tańce narodowe. Państwowy Zespół Ludowy Pieśni i Tańca im. Tadeusza Sygietyńskiego nieustająco zachwycą na najwyższym poziomie.

– Ósmy, fantastyczny Festiwal „Ślimakowe Rytm” przechodzi do historii. Na pewno będzie zapamiętany przez uczestników, gości, przyjaciół jako wydarzenie artystyczne, naukowe, z akcentem wielkiego humanizmu, bo poza kulturą, nauką i medycyną odwołuje się do instynktów głęboko zakorzenionych w człowieku. Artyści zespołu Mazowsze dziś pokłonili się przed innymi artystami, których droga do osiągnięć artystycznych była znacznie trudniejsza. Te dwa światy, przenikając się, pokazały, jak piękny może być świat – powiedział na zakończenie prof. Henryk Skarżyński.

Lipiec to miesiąc wyjątkowy dla Światowego Centrum Słuchu i dla światowej otolaryngologii. 16 lipca 1992 r. – 30 lat temu – prof. Henryk Skarżyński przeprowadził pierwszą w Polsce operację wszczepienia implantu ślimakowego osobie dorosłej całkowicie niesłyszącej, dzień później taki implant otrzymało 5-letnie niesłyszące dziecko. W 1997 r. – 25 lat temu – profesor rozpoczął pierwszy na świecie program zachowania przedoperacyjnych resztek słuchu przed wszczepieniem implantu ślimakowego, a 12 lipca 2002 r. – 20 lat temu – wykonał pierwszą na świecie operację wszczepienia implantu osobie z częściową głuchotą. Te przełomowe wydarzenia stały się powodem do świętowania.



Zjazd malujących lekarzy

Włodzimierz Cerański

Przez 10 czerwcowych dni w Skłudzewie, położonym w połowie drogi między Toruniem a Bydgoszczą, odbył się XXI Ogólnopolski Plener Malujących Lekarzy. Hasłem przewodnim tegorocznej edycji było „Nieznane Kujawsko-Pomorskie 2022”.

Nazwa adekwatna do sytuacji: zupełnie nam nieznanego Skłudzewa, gdzie od 1989 r. działa Fundacja Piękniejszego Świata pod kierownictwem artystów plastyków dydaktyków Danuty Sowińskiej-Warmbier i Leszka Warmbiera. Miejsce: pałac i zespół parkowy, specjalnie przeznaczone do pracy dydaktycznej z dziećmi, młodzieżą szkolną, studentami i dojrzałymi profesjonalistami

w dziedzinie plastyki szeroko rozumianej. Po raz pierwszy fundacja gościła niecodziennych artystów – lekarzy, którzy zjechali z wielu izb: wielkopolskiej, szczecińskiej, łódzkiej, płockiej, lubelskiej, rzeszowskiej, śląskiej i warszawskiej. Prowadzący fundację to wspaniała rodzina, synowie Krzysztof – artysta tworzący w metalu, Rafał – artysta komentator sztuki, jednocześnie dydaktycy uczelni w Toruniu i Bydgoszczy, prowadzili hotel i kuchnię. Atmosfera to *genius loci*. Powstały prace od realizmu po abstrakcje i wspaniałe grafiki. Nasi twórcy to Grażyna Szukałska i Barbara Żyła z Poznania, Roberta Marcinkowska z Gniezna, Iza Dowgier-Witczak z Łodzi, Hanna Woźniak-Kwiatkowska z Płocka, Anna Skowron i Halina

Mąkowska z Mielca, Mieczysław Chruściel ze Szczecina, Małgorzata Bochenko ze Świdnika, Krystyna Skupień z Rybnika oraz z Warszawy: Anna Boszko, Anna Grzybowska, Anita Gębska-Kuczerowska, Krystyna Dowgier-Malinowska, Katarzyna Chojnacka-Pniewska, Wiktoria Mikulska, Katarzyna Kwarecka, Stefan Werbel, Włodzimierz Cerański oraz gościnnie – Maryla Beniger i Waldemar Rogala.

Na wernisażu poplenerowym wystawiono 83 prace, wysoko ocenione przez pp. Warmbierów.

W czasie pleneru Anita Gębska-Kuczerowska otrzymała informację o nadaniu tytułu tytuł profesora uniwersyteckiego UKSW. Zostało to odnotowane w annałach XXI Ogólnopolskiego Pleneru Malujących Lekarzy.



RECENZJA

Jaki będzie lekarz przyszłości?

Irena Kaczmarczyk

Takie pytanie zadaje sobie i lekarzom Zdzisław Gajda, autor kolejnej książki związanej z medycznym Krakowem, którą obdarzył tytułem „Cracovia Medica”. W obszernej publikacji możemy śledzić rozwój medycyny, jej metody badawcze i możliwości techniczne na przestrzeni wieków.

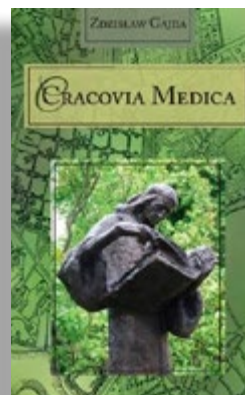
Zdzisław Gajda potraktował temat chronologicznie. Zaczyna od medycyny na Wawelu, czyli chorób królów i ich lekarzy, a następnie przechodzi do medycyny pod Wawelem, czyli leczenia mieszkańców Krakowa. W kolejnych rozdziałach prezentuje historyczny rys wydziału lekarskiego, wymieniając nazwiska zasłużonych, wybitnych lekarzy, opisuje zmiany po reformie Komisji Edukacji Narodowej i przybliża rozwój krakowskich klinik – chirurgicznej, położniczej, okulistycznej oraz aseptyki i stomatologii.

Autor pisze również o narodzinach i rozwoju pediatrii, urologii, laryngologii. Poświęca rozdział chorobom zakaźnym (syfilis, kołtun, wścieklizna, ospa, cholera, gruźlica), które dziesiątkowały krakowian. Przybliży czytelnikowi narodziny nowych metod leczenia: homeopatię, brownizm, mesmeryzm, brusselizm, wodolecznictwo i elektryczność. Sporo miejsca poświęca pielęgniarcom, pogotowiu ratunkowemu i towarzystwom naukowym. Pochyla się także nad medycyną popularną, pisząc o właściwościach leczniczych kawy i herbaty.

„Cracovia Medica” jest cenną publikacją opartą na dokumentach archiwalnych, stąd dużo przytaczanych cytatów. Często są to humorystyczne wiersze, fragmenty wypowiedzi ówczesnych lekarzy i pacjentów. Spopularyzowaną przez Zdzisława Gajdę historię krakowskiej medycyny czyta się bez znużenia oka. Autor opracował ją do roku 1918. Książkę

dedykował Krakowowi, „miastu zawsze mu wiernemu”.

A dlaczego Zdzisław Gajda martwi się o lekarza przyszłości? Czy lekarz schowa się za sterłą wynikami badań i przestanie widzieć chorego? Dowiedzie się o tym, Drodzy Czytelnicy, z tej znakomicie napisanej książki.



NASZA CZYTELNI

POLSKIE HERBARIA RENESANSOWE JAKO ŹRÓDŁO WIEDZY MEDYCZNEJ

Redakcja: Barbara Wasiewicz

Herbarze epoki odrodzenia są przedmiotem zainteresowania przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych. Lekarze mogą w nich znaleźć informacje o stanie wiedzy medycznej w dobie renesansu. Z książki dowiemy się, jakie surowce roślinne stosowano w przypadku m.in. problemów kardiologicznych, gastroenterologicznych, stomatologicznych i psychiatrycznych. Autorzy porównali też wiadomości zapisane w renesansowych zielnikach ze współczesną wiedzą medyczną.



ŻYWIENIE W CHOROBY SERCA

Redakcja naukowa: Michał Czapla, Piotr Jankowski

W publikacji przedstawiono wartościowe plany żywieniowe dla pacjentów cierpiących na różne schorzenia układu krążenia. Są też wyjaśnienia dotyczące prawidłowego postępowania dietetycznego u pacjentów w zależności od ich wieku (dzieci, osoby starsze), a także np. zalecenia dla chorych po przeszczepieniu serca oraz osób w stanach niedożywienia. Czytelnik znajdzie także informacje na temat farmakoterapii i stosowania suplementów diety, a także psychologicznych aspektów diety.



KULTURA

Puls Słowa



XIII Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Prozatorski dla lekarzy i lekarzy dentyków „Puls Słowa” został rozstrzygnięty. Uroczyste rozdanie nagród zaplanowano na 15 października podczas Warszawskiej Jesieni Poezji.

W kategorii „poezja” I nagrodę zdobyła Agnieszka Rautman-Szczepańska ze Sztokholmu, II nagrodę – Renata Paliga ze Szczecina, a III nagrodę – Zbigniew Kostrzewa z Łowicza. Wyróżnienia przyznano Bolesławowi Sawickiemu z Łodzi oraz Zbigniewowi A. Łobodzińskiemu z Mińska Mazowieckiego.

W kategorii „proza” I nagrodę przyznano Agnieszce Kani z Opola, II nagrodę – Witoldowi Kopciowi z Wąsosz, a III nagrodę otrzymała Renata Paliga ze Szczecina. Wyróżniono Annę Pituch-Noworolską z Krakowa oraz Marka Pawlikowskiego z Łodzi.

Wyróżnienia drukiem w kwartalniku społeczno-kulturalnym „Własnym Głosem” przypadły Natalii Szejko z Sochaczewa oraz Katarzynie Wierzbickiej z Otwocka.

Fotokonkurs

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

Dla dzieci



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

Wystawa

Tradycyjnie w październiku w Klubie Lekarza w Łodzi przy ul. Czerwonej 3 odbędzie się Międzynarodowa Wystawa Fotograficzna Lekarzy, tym razem pod hasłem „Odkryte na nowo”. Termin dostarczania fotografii upływa **10 października.** Wernisaż wystawy, podczas którego zostaną ogłoszone wyniki konkursu fotograficznego, odbędzie się 23 października. Wystawa potrwa do 28 października.

IDEALNY OPIEKUN NIE ISTNIEJE



Karolina Jurga

Przewodnik, który pomaga zrozumieć świat osoby na różnych etapach choroby otępiennej, zbiór ponad 14-letnich doświadczeń autorki wzbogaconych przeżyciami setek opiekunów i osób z demencją. Książka pokazuje nie tylko perspektywę pacjenta, ale tłumaczy także emocje i reakcje, których doświadczają jego opiekunowie. To lektura, którą zdecydowanie warto polecić bliskim pacjentów z demencją.

SCHRONISKO, KTÓRE PRZESTAŁO ISTNIEĆ



Sławek Gortych

Debiut literacki absolwenta stomatologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. To wciąż gający górski kryminał, w którym teraźniejszość przenika się z przeszłością. Młody stomatolog Maksymilian Rajczakowski wyjeżdża w Karkonosze, aby odpocząć od rodzinnych problemów. Tam jednak, zamiast wytchnienia, czeka na niego do rozwikłania tajemnica związana z wojenną przeszłością i losami pewnego górskiego schroniska... Fabuła książki oparta jest na prawdziwej historii.



PHOTOARTMEDICA



„Dziewczynka z liściem”, dr Dorota Kaczmarek (specjalista chorób oczu, Wrocław)
Uczestniczka Salonu PhotoArtMedica 2021

GazetaLekarska.pl 



www.photoartmedica.pl



PhotoArtMedica 2022

X Jubileuszowy
Międzynarodowy Salon Fotografii Artystycznej Lekarzy
Nadysyłanie prac do 17 września 2022 r.



Tematyka:
Fotografia podróżnicza
Temat wolny
Fotografia medyczna

Informacja i zgłoszenie: www.photoartmedica.pl



PHOTOARTMEDICA 2022

Zbliża się X Jubileuszowy Międzynarodowy Salon Fotografii Artystycznej Lekarzy „PhotoArtMedica 2022”. Termin nadsyłania prac upływa 17 września (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, ponadto po raz pierwszy zostanie przyznana nagroda im. dr. Władysława Biegańskiego w kategorii „fotografia medyczna” dla fotografii o szczególnych walorach etycznych, ufundowana przez Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie).

Zdjęcie każdego uczestnika zostanie opublikowane w katalogu pokonkursowym.

Regulamin i zgłoszenia: www.photoartmedica.pl.

SPORT

Z medycyny NIE ZREZYGNUJĘ

Do najbliższych igrzysk, które odbędą się za dwa lata, stawiam na sport – mówi *Katarzyna Zdziebło*, lekarka stażystka z Mielca i tegoroczna podwójna wicemistrzyni świata w chodzie, w rozmowie z Mariuszem Tomczakiem.

📌 Ile trzeba trenować, aby zdobyć aż dwa srebrne medale w czasie jednych mistrzostw świata?

W moim przypadku to suma wysiłku i czasu włożonego w treningi przez ostatnie 12 lat. Kiedy osiąga się poziom światowy w jakiejś dyscyplinie, nawiązując rywalizację z najlepszymi zawodnikami, trzeba bardzo mocno zmienić swoje życie. Nie chodzi tylko o znalezienie czasu na regularne treningi, ale o podporządkowanie całego życia sportowi. Każdego dnia sportowiec powinien wszystko zaplanować – to, kiedy wstaje i kiedy chodzi spać, musi mieć czas na rozciąganie i rozluźnianie, regularne wizyty u fizjoterapeutów i rehabilitantów. Do tego wszystkiego dochodzą dojazdy. Sam trening chodziarski o różnej intensywności zajmuje mi ponad dwie godziny, a przygotowanie się do niego drugie tyle. Sport jest dość czasochłonny.

📌 Czy trudno pogodzić wyczynowe uprawianie sportu ze studiami medycznymi?

Moim zdaniem jest to wykonalne, ale bardzo trudne. Skończyłam studia na kierunku lekarskim na Uniwersytecie Rzeszowskim, godząc sport z edukacją, choć z powodu nauki i egzaminów nie mogłam sobie pozwolić na wyjazdy na zgrupowania dające największe możliwości treningowe. Wszystkie egzaminy udało mi się jednak zdać w pierwszym terminie. Ostatni rok bardzo intensywnie przygotowywałam się do lipcowych mistrzostw świata. Obecnie jestem w trakcie 13-miesięcznego stażu

podyplomowego, ale niełatwo godzić te obowiązki z karierą sportową. Staż odbywam z różną intensywnością. Zdarza się, że muszę brać urlop, mimo że wszystko bardzo dokładnie planuję.

📌 Pani doktor, czy wyczynowe uprawianie sportu jest zdrowe?

Na pewno nie i zdaję sobie z tego sprawę, ale w moim przypadku sprawy zaszły za daleko. Dla mnie sport to już nie tylko hobby, ale styl życia.

📌 Co wobec tego robi wicemistrzyni świata, by dbać o swoje zdrowie?

Zwracam uwagę na odpowiednią dietę, regenerację i sen. Korzystam z zabiegów fizjoterapeutycznych, chodzę na rehabilitację wzmacniającą mięśnie osłabione treningami. Wspomagam regenerację stawów. Staram się dbać o balans, tak by uniknąć przeciążeń i w przyszłości nie wiązało się to np. z koniecznością interwencji ze strony medycyny naprawczej. To m.in. z tego powodu po zakończeniu sezonu staram się być aktywna sportowo w inny sposób niż wtedy, kiedy przygotowuję się do startu w zawodach. Kiedy trenuje się wyczynowo, trzeba wspomagać się suplementacją czy dodatkowymi dawkami antyoksydantów. Poza tym korzystam z sauny, odnowy biologicznej, krioterapii, a ostatnio zaczęłam próbować zabiegów w komorze hiperbarycznej. W związku z wykształceniem interesuję się nowymi badaniami naukowymi

w zakresie medycyny sportowej i czasami sprawdzam na sobie, czy coś działa.

📌 Jak długo pierwszeństwo w pani życiu będzie miał sport, a nie medycyna?

Do najbliższych igrzysk olimpijskich, które odbędą się za dwa lata w Paryżu, stawiam na chodźstwo. Mam nadzieję, że powalczę o medal. Z uwagi na to, że zdobyłam dwa krążki na ostatnich mistrzostwach świata w Eugene, uznałam, że w moim życiu jest krótka chwila na skoncentrowanie się na sporcie i tak chcę zrobić, ale z medycyną nie zrezygnuję. Praca lekarza to bardzo duże poświęcenie, a nie chciałabym czegoś robić na pół gwizdka. Zresztą w tym zawodzie można się rozwijać do końca życia. Intensywnie myślę nad wyborem przyszłej specjalizacji, mimo że jeszcze nie podjęłam ostatecznej decyzji. W czasie studiów bardzo interesowały mnie gastroenterologia, psychiatria, medycyna rodzinna, a ostatnio radiologia, ale jako lekarz bardzo chciałabym pomagać zawodnikom, co w naturalny sposób kieruje mnie w stronę medycyny sportowej. Już teraz, jako sportowiec i lekarz, mogę pogłębiać wiedzę w tym obszarze.

📌 W związku z tym, że to wywiad dla „Gazety Lekarskiej”, nie mogę pominąć pytania o pani lekaarskie tradycje w rodzinie.

Mój tata jest chirurgiem naczyniowym, a mama lekarzem rodzinnym. Siostra studiuje na kierunku lekarskim, a brat ukończył wydział lekarsko-dentystyczny. ■■■

Katarzyna Zdziebło (ur. 28 listopada 1996 r. w Mielcu) – polska lekkoatletka specjalizująca się w chodzie sportowym. Srebrna medalistka mistrzostw świata w lekkoatletyce w Eugene w USA (lipiec br.) na dystansach 20 km (czas: 1:27:31), który jest rekordem Polski, i 35 km (z czasem 2:40:03), poprawionym własnym rekordem Polski. Brązowa medalistka mistrzostw świata w Maskat w Omanie (marzec br.). Wicemistrzyni Europy z Monachium na dystansie na 20 km (sierpień br.). Dziesiąta zawodniczka letnich igrzysk olimpijskich w japońskim Tokio (2021 r.) na dystansie 20 km.

Medigames 2022

Krzysztof Makuch



Gospodarzem tegorocznej, 41. edycji Mistrzostw Świata Medyków (World Medical and Health Games) był portugalski kurort Vila Real de Santo Antonio w prowincji Algarve. W odbywających się 3-10 lipca zawodach udział wzięło 1477 zawodników z 40 krajów. Rywalizowano w 20 dyscyplinach.

Reprezentacja polskich medyków, choć mniej liczna niż w latach poprzednich, odniosła wiele spektakularnych

sukcesów. Na lekkoatletycznym stadionie królowali Maciej Michalak (złote medale w biegu na 100 m i 200 m oraz w pięcioboju), Konrad Bońda (złoto w pchnięciu kulą, rzucie oszczepem i dyskiem), Robert Gajda (złoto w biegu na 800 m), a także Grzegorz Gidziński, Wiktoria Korfel, Ewa Jarzembowicz. Ponadto polska sztafeta (Michalak, Gałuszka, Gajda, Bieda) wygrała bieg 4x100 m. Honoru polskich pływaków bronił Jan Kośmider, zdobywając medale na krytym basenie i złoto na dystansie 4 km na otwartym akwenie.

W silnie obsadzonym turnieju piłki nożnej 7-osobowej po wyrównanym finale srebro zdobyli piłkarze „Intersilesia”, a najlepszym strzelcem turnieju został Adam Wiejkuc. W turnieju piłki plażowej nasi siatkarze (Korfel, Makuch, Jarzembowicz) po wielu latach odzyskali mistrzowski tytuł. W kolarstwie szosowym Mateusz Adamkiewicz zdobył srebro w klasyfikacji generalnej, a w swojej kategorii wiekowej złoto, wyprzedzając Piotra Braszczyńskiego. W trójkboju siłowym złoto zdobyli Maciej Michalak oraz debiutujący na WMHG Mateusz Kowalski, osiągając najlepszy wynik ze wszystkich startujących zawodników (220-150-250).

W turnieju badmintonu królowała Andżelika Kisielewska, zdobywając z córką Katarzyną złoto w deblu, srebro w singlu oraz brąz w mikście z Januszem Korfelem. Dodatkowo złoto w singlu w swoich kategoriach wywalczyli Lidia Kwiecińska-Bożek, Wiktoria Korfel, Krzysztof Makuch, a srebrne medale - Ewa Jarzembowicz oraz Janusz Korfel, zaś w deblu kobiet srebro zdobyła Ewa Jarzembowicz z Wiktoria Korfel, a mężczyzn - Krzysztof Makuch z Frankiem Schleenbeckerem (Niemcy). W turnieju tenisa stołowego Matusz Gałuszka zdobył złoto w singlu, srebro w turnieju open, a dorobek medalowy uzupełnili w grze pojedynczej Lidia Kwiecińska-Bożek (złoto) oraz Krzysztof Makuch (brąz). W tenisie ziemnym złotym medalistą został Bronisław Orawiec, uznany lekarz polonijny i honorowy prezes ZLP w Chicago.

Zawodom tradycyjnie towarzyszyła konferencja naukowa poświęcona medycynie sportowej. Przyszłoroczna edycja WMHG odbędzie się na Maderze. Wcześniej pora na rywalizację na igrzyskach lekarskich w Zakopanem. Zachęcam wszystkich do udziału w sportowej rywalizacji i lekarskiej integracji. ■■■



TENIS

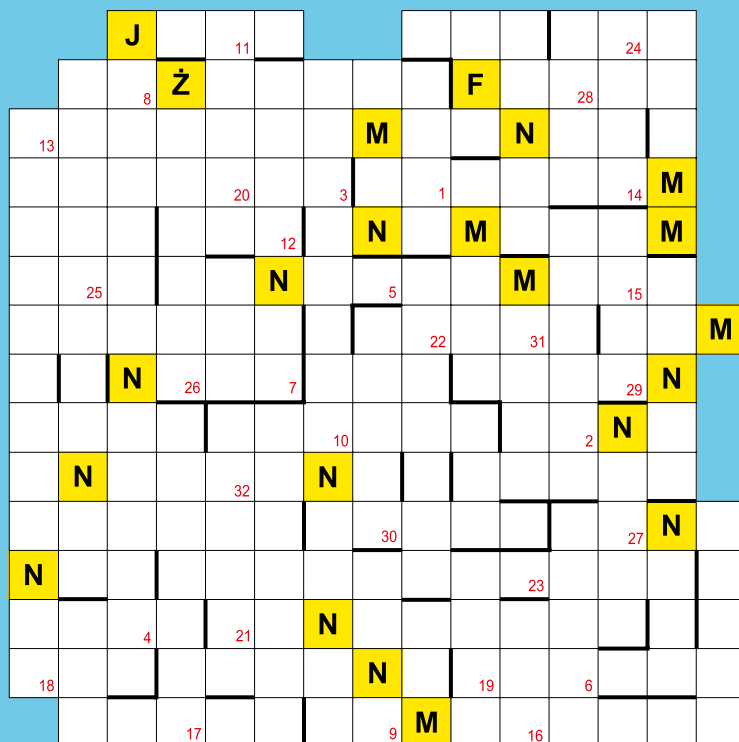
14 sierpnia w Prospect Heights w stanie Illinois (USA) zakończyły się Mistrzostwa Klubu „Tatry” w Tenisie Ziemnym pod patronatem Związku Podhalan w Północnej Ameryce. Pierwsze miejsce wśród panów wywalczył Andrzej Harmata, a wśród pań - Halina Kosińska. - Sport wzmacnia organizm, zmniejsza ryzyko niektórych chorób, kształtuje charakter - mówi dr Bronisław Orawiec, organizator turnieju i honorowy lekarz klubu.

Ogłoszenia



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

Z kodem PZWL23 wszystkie książki drukowane
zamówione na www.pzwl.pl 23 proc. taniej!



Objaśnienia 71 haseł podano w przypadkowej kolejności.
W diagramie ujawniono wszystkie litery: J, F, M, N i Ż. Na ponumerowanych polach ukryto 32 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myślnik Winstona Churchilla. Hasło należy przesać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 25 września 2022 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* tetania * płynie w Pińcowie * gargulec * futurolog i pisarz, studiował medycynę * Jean-Baptiste, mistrz kobiecej psychiki * mały koń * rzymski na trawieniu * pd. ramień Renu * lingwistyka * elektroencefalogram * mieszkanka Baku * kochał ją Quasimodo * własne ja * osteoporoza * bohaterka „Chaty za wsią” * kończyły dolne * gród 45 km na pd.-wsch. od Szczecina * imię żony Wołodyjowskiego * nie sen * nauka o psach * więzień łagru * eksterioryzacja * papa Feliks, sławny trener * przed FSB * tańcowała z igitą * dygni nad Katanią * królewskie miasto nad Rodanem * opera na otwarcie Kanału Sueskiego * serw w siatkę * galwanokauter * ojciec chrzestny * kochał Klarę * hypernutritio * fódz indyjska * deser brzoskwińowo-truskawkowo-waniliowy * mędrzec Goethego * umowa międzynarodowa * obszar uprawny * waleriana * tor pod Bolonią

* animator marionetek * szklwiwo (łac.) * hiszpański Ludwik * kociot, sagan * stymuluje erytropoezę * wyspa z Mitylena * ... et labora * do niej po leki * jezioro z rzeką Oglio * nasz kontrwywiad * akroblast * kotki na wierzbie * fenek * mierzy zawartość minerałów w kości * miasto i rzeka wpadająca do Bielej * lista * most (łac.) * nazwisko Sabaty * część walki bokserskiej * colon sigmoideum * obicanki * rzeka opiewana przez Słowackiego * hyperaemia * dyrektor warszawskiego oddziału IPN * kaczkę (ros.) * lwowski tobus * ułatwia drobnoustrojom rozprzestrzenianie się w tkankach * gród nad Jeziorakiem * as wywiadu JKM * rynek ateński * flagellatio

Jerzy Badowski

Rozwiązanie jolki lekarskiej nr 275 („GL” nr 06/2022)
Miłość daje, ale niczego nie żąda.

Nagrody otrzymują:

Nagrody otrzymują: Bogusława Bielówka (Przeworsk), Kamila Kamińska (Płock), Dorota Olczak (Kobyłanka), Zuzanna Remlein (Kliny), Leszek Zalewski (Łęka Opatowska). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

WYDAWCA



**Naczelna
Rada
Lekarska**

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 180 800 egz.

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

naczelny@gazetalekarska.pl

Lidia Sulikowska (sekretnarz 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.tarczynska@gazetalekarska.pl

Ogłoszenia

Sebastian Knysak

tel. (22) 559 13 26

ogloszenia@gazetalekarska.pl

Projekt:

Łukasz Szczepanowski

Skład:

Montownia/Teresa Urawska

Druk

QUAD

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

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótów, adiacji, zmiany tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń. Autorów prosimy o przysyłanie tekstów zapisanych na CD, e-mail w edytorze pracującym w środowisku Windows. Publikacja ta przeznaczona jest tylko dla osób uprawnionych do wystawiania 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).

