

# Gazeta Lekarska

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

## SŁUCHAĆ lekarzy



### SAMORZĄD

#### Nie zabijaj

Współczesna medycyna to coraz więcej wątpliwości natury etycznej

### STOMATOLOGIA

#### Leczmy mleczaki

Dowiedziano naukowo i klinicznie, że od tego zależy zdrowie ogólne dziecka

### PRAWO I MEDYCYNĄ

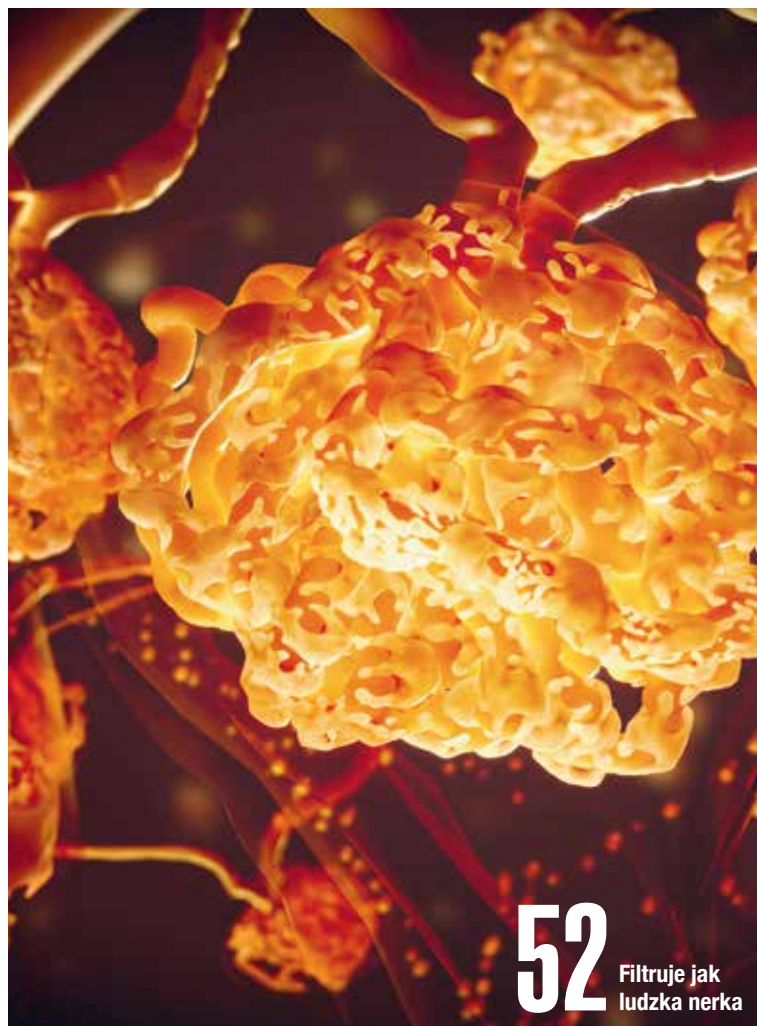
#### Większa ochrona

Naruszenie nietykalności cielesnej lekarza będzie surowiej karane



# Spis treści

- 4 Na wstępie** R. Golański: Nowa recepta – koncepcja VBHC
- 6 Z Sobieskiego 110** A. Matyja: Zdrowie dla żadnej władzy nie było priorytetem
- 7 Temat miesiąca** Słuchać lekarzy
- 12 Rozmowa o zdrowiu** Racjonalnie
- 15 Obserwacje** S. Badurek: Walka z wiatrakami
- 16 Samorząd** Informacje z OIL
- 17** Musimy być bardziej roszczeniowi
- 18** Nie zabijaj
- 20 Kodeks Etyki Lekarskiej** Niezapłacone składki
- 21 Dental espresso** Andrzej Cisko: Duma i uprzedzenie
- 22 Stomatologia** Praktyczny wymiar stomatologii
- 24** Leczymy mlecza
- 25 Nasi w Europie** R. Krajewski: 60 lat w Europie
- 26 Ze świata** Można być bardziej skutecznym
- 28 Nauka w skrócie**
- 29 Reportaż** Na wokandzie NSL
- 32 Lekarskie towarzystwa naukowe**  
Stawiamy na obrazowanie molekularne
- 34 Polskie innowacje** Transplantacja bez transfuzji krwi
- 35 Biuletyn**
- 42 Prawo i medycyna** Brakuje biegłych lekarzy sądowych
- 44** Większa ochrona
- 46 Praktyka lekarska** Antybiotyki a dysbioza jelitowa
- 48** Medycyna 2018/19
- 50** Głodny jak pacjent?
- 52** Filtruje jak ludzka nerka
- 54 Historia i medycyna** Lekarz, polityk, patriota. Stefan Dąbrowski (1877-1947)
- 56 Indeks korzyści** Macierz Sokołowskiej
- 58 Ze sceny** A. Andrus: Columbo u dentysty
- 59 Kultura** Cienką nicią połączone
- 60 Błąd malarski** Na cokole
- 62 Kultura**  
Nasza czytelnia
- 64 Sport** XVI Igrzyska Lekarskie
- 65 Ogłoszenia**
- 72 Komunikaty**
- 73 Epikryza [82]** J. Wanecki: NIL DESPERANDUM
- 82 Jolka lekarska**



**52** Filtruje jak ludzka nerka



Praktyczny wymiar stomatologii **22**



**46** Antybiotyki a dysbioza jelitowa



WIĘCEJ NA [WWW.GAZETALEKARSKA.PL](http://WWW.GAZETALEKARSKA.PL)

## WYNAGRODZENIA

Ilu lekarzy rezydentów i lekarzy specjalistów złożyło oświadczenia i skorzystało z możliwości otrzymania podwyżek? Czy wpłynie to na problemy z obsadą kadrową?

## KONGRES PTK

135 sesji tematycznych, 500 wykładowców – tak prezentuje się w liczbach XXII Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, który w dniach 13-15 września odbył się w Krakowie.

# Nowa recepta – koncepcja VBHC

Gdyby zapytać Polaków, kto powinien decydować o organizacji opieki zdrowotnej w Polsce, jestem przekonany, że zdecydowana większość wskazałby lekarzy jako osoby najbardziej kompetentne w tej sprawie. Politycy z pewnością zajęliby odległe miejsce.

**R**eczywistość jest zgoła odmienna – to politycy decydują. A w praktyce parlamentarnej to nawet nie pojedynczy poseł czy senator, tylko partia polityczna i jej liderzy. Od lat, bez względu na to kto, jaka koalicja, aktualnie decyduje o stanowieniu prawa, środowisko lekarskie ma ten sam problem. W obu izbach parlamentu zawsze zasiadają lekarze. Ich liczba jest zmienna, ale jedno się nie zmienia. W chwili uzyskania mandatu przestają myśleć samodzielnie. Ich prywatna opinia o rozwiązaniu proponowanym w ustawie nie ma kompletnie znaczenia. I tak zagłosują w sposób wskazany przez kierownictwo klubu parlamentarnego.

Jeżeli jesteś posłem partii rządzącej, każdy pomysł rządu jest najlepszy, choćbyś miał o nim złą opinię, wynikającą z doświadczeń i lat pracy jako lekarz. Jeżeli jesteś posłem opozycji, masz głosować przeciwko każdej propozycji rządu, nawet jeśli uważasz ją za rozsądną i słuszną. Oczywiście lekarze bywają także członkami rządu, ministrami i wiceministrami, nie tylko w resorcie zdrowia. To na nich spoczywa największa odpowiedzialność za to, w jakich warunkach pracują lekarze. Problemem od dziesięcioleci jest to, że o odpowiedzialności lekarzy posłów, senatorów i ministrów możemy mówić w kontekście partii politycznej. Oni sami często mówią o odpowiedzialności

wobec wyborców. Nie ma natomiast mowy o odpowiedzialności wobec własnego środowiska zawodowego, wobec koleżanek i kolegów lekarzy i lekarzy dentyistów.

Przykładem na to, że opinia środowiska lekarskiego nie jest, niestety, ważna jest Forum Ekonomiczne w Krynicy. Na tym ważnym wydarzeniu, o którym piszemy w temacie miesiąca, nie było panelu organizowanego przez lekarzy, ale był panel fizjoterapeutów! Jak słusznie zauważa prezes Matyja, o najważniejszych sprawach w ochronie zdrowia mówili politycy i eksperci, a nie lekarze na co dzień pracujący w przychodniach i szpitalach, borykający się z trudnościami, jakie obecny system stwarza i pacjentom, i lekarzom.

Jednym z pomysłów na poprawę sytuacji ekonomicznej jest koncepcja VBHC – value based healthcare. Pieniądze mają iść nie za pacjentem ani świadczeniem, ale mają podążać za efektem terapii. Premier Morawiecki mówił w Krynicy, że służba zdrowia jest i będzie dla obecnego rządu priorytetem. Czy mamy takie poczucie?

Październik to początek nowego roku akademickiego. Dyplom lekarza można uzyskać w coraz większej liczbie polskich uczelni. Największymi uczelniami medycznymi są Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Uniwersytet Medyczny w Łodzi i Warszawski Uniwersytet Medyczny. Ale przyszłych lekarzy kształcić będzie także Wyższa Szkoła Techniczna w Katowicach. Si! Chętnych nie brakuje. Dlatego uczelnie proponują różne zachęty. Uniwersytet Zielonogórski oferuje studentom wydziału lekarskiego 2 tys. zł od III roku studiów. Szczegóły na str. 48. ○



**Ryszard Golański**

Redaktor naczelny  
„Gazety Lekarskiej”

## MIGAWKA

➤ 10 września w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej odbyły się warsztaty „Poprawa opieki nad pacjentem onkologicznym” z udziałem m.in. dwóch wiceministrów zdrowia, prezesa AOTMiT, wiceprezesa NFZ, przedstawicieli środowiska lekarskiego oraz organizacji pacjenckich. Padły ważne deklaracje dotyczące rejestrów medycznych. Więcej na [www.gazetalekarska.pl](http://www.gazetalekarska.pl).



FOTO: MARTA JAKUBIAK

# RODO c.d.

W związku z wejściem w życie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady [UE] 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE [ogólne rozporządzenie o ochronie danych] trafiło do państwa mnóstwo dokumentów. Były to choćby formularze zgód na przetwarzanie danych, informacje o przetwarzaniu danych i prawach w związku z tym przysługujących, umowy o powierzenie przetwarzania danych.

 **JAROSŁAW KLIMEK** Radca prawny OIL w Łodzi

**Podmioty wykonujące działalność leczniczą mogą przetwarzać dane osobowe pacjentów bez ich zgody, jeśli jest to niezbędne do celów profilaktyki zdrowotnej lub medycyny pracy, do oceny zdolności pracownika do pracy, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej lub zabezpieczenia społecznego, leczenia lub zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej lub zabezpieczenia społecznego (art. 9 ust. 2h) RODO.**

Informowanie pacjentów o możliwości uzyskania świadczeń nie będzie wymagało ich zgody, nawet jeśli może doprowadzić do zwiększenia ilości udzielanych świadczeń, jeśli jest to uzasadnione zawartymi w dokumentacji medycznej danymi o stanie zdrowia pacjenta, rokowaniami co do tego stanu czy czynnikami ryzyka. Podobnie zgoda nie jest potrzebna, gdy informacje przekazywane są pacjentowi w wykonaniu obowiązku wynikającego z przepisów prawa (choćby w przypadku szczepień). Zgoda nie jest potrzebna także w przypadkach „klasycznych”, jak w każdej działalności gospodarczej, np. przy ustalaniu, dochodzeniu, obronie roszczeń. Zakres przetwarzanych danych regulują przepisy dotyczące dokumentacji medycznej, ale adekwatne do celów przetwarzania będzie również zbieranie szerszych danych kontaktowych (telefon, e-mail). Zgody pacjenta wymagało będzie przetwarzanie w celach marketingowych (ale nie związanych bezpośrednio ze zdrowiem pacjenta), w ramach badań klinicznych i naukowych.

Obowiązek przekazywania pacjentom informacji wskazanych w art. 13 RODO musi być wykonywany w takiej formie i w taki sposób, żeby mogły one do nich dotrzeć i zostać zrozumiane, nawet jeśli będzie to komunikat obrazkowy. Sugerowane sposoby to umieszczanie informacji w dokumentach, jakie pacjent otrzymuje przy udzielaniu świadczeń, na stronach internetowych czy portalu służącym do obsługi pacjenta, w ogólnodostępnych miejscach, z których pacjenci muszą skorzystać podczas wizyty (rejestracja, poczekalnia),

w regulaminie organizacyjnym podmiotu. Dyskusyjne jest to, czy wystarczy zastosowanie jednej z takich form, czy większej ich liczby (co raczej nie będzie zbyt uciążliwe).

Omówienia wymaga też kwestia umów powierzenia przetwarzania danych. Problemy praktyczne pojawiają się tu w przypadku podmiotów współpracujących z pracodawcami np. w zakresie medycyny pracy czy przy współpracy z lekarzami prowadzącymi praktykę wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład. W pierwszym przypadku współpracują ze sobą dwaj niezależni administratorzy danych i do przetwarzania danych w celu udzielania świadczeń zdrowotnych osobom wskazanym przez pracodawcę nie jest konieczne zawieranie z nim umowy o powierzenie przetwarzania danych. Podobnie będzie w przypadku współpracy z zakładem ubezpieczeń zlecającym badania, podmiotem świadczącym usługi w zakresie diagnostyki laboratoryjnej czy obrazowej. W przypadku lekarza udzielającego świadczeń w zakładzie leczniczym w ramach własnej praktyki nie dochodzi do przekazania całości bądź części działań związanych z przetwarzaniem organizacji zewnętrznej (mimo odrębnej podmiotowości lekarza udzielającego świadczeń), a całe przetwarzanie odbywa się wewnątrz zakładu leczniczego i to na określonych przez ten zakład zasadach i przy wykorzystaniu jego środków. Lekarz wykonuje wobec tego swoje czynności na podstawie upoważnienia, a nie umowy o powierzenie przetwarzania danych. Ma w tym zakresie podobną pozycję do pracowników zatrudnionych na umowy o pracę. Analogicznie należy traktować stażystów czy lekarzy w trakcie specjalizacji.

Obecnie trwają prace nad kodeksem postępowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą, który zgodnie z art. 40 RODO ma pomóc we właściwym stosowaniu jego przepisów. Stosowanie takiego kodeksu, po jego zatwierdzeniu przez Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jest jednym z elementów wskazujących na wywiązywanie się z obowiązków przewidzianych RODO, a także stanowić czynnik łagodzący przy karaniu za ewentualne naruszenia tych obowiązków. 

# Zdrowie dla żadnej władzy nie było priorytetem



**Andrzej Matyja**

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Pogoda w Polsce w tym roku okazuje się nadzwyczaj łaskawa, od kwietnia rozkoszowaliśmy się piękną, pełną słońca aurą. Mam nadzieję, że udało się Wam znaleźć czas na wakacyjne wytchnienie i odpoczynek w otoczeniu najbliższych. To właśnie nasi najbliżsi płacą niełatwą cenę za nasze codzienne zabieganie, za brak czasu i cierpliwości wobec nich.

**Z przykrością należy stwierdzić, że system ochrony zdrowia w Polsce niestety nigdy nie był traktowany przez władze z należytą troską. Oczywiście nikt tego oficjalnie nie powie, ale patrząc na marne skutki wprowadzanych zmian oraz narastającą frustrację środowiska lekarskiego, widać, że zdrowie dla żadnej władzy nie było priorytetem. O frustracji pacjentów nawet nie wspominać, bo ona jest tak oczywista, że zaczyna brakować słów, by ją w kulturalny sposób nazwać.**

Mówię o tym dlatego, że powyższe nastawienie decydentów pokutuje jakością propozycji i planów, a jeżeli nawet te nie są złe, to ich wykonanie najczęściej fatalne. Brak woli politycznej wprowadzenia realnych zmian sprawia, że prawo nie nadąża za rzeczywistością. Przez to niemożliwe są sensowne zmiany w sposobie finansowania systemu ochrony zdrowia. I nie chodzi tutaj wyłącznie o nakłady finansowe, ale w pierwszym rzędzie o płacenie za to, co przynosi pożądaný skutek. Rozumiem, że należy sprawdzać, na co wydaje się pieniądze, ale może warto zacząć tak płacić, by zacząć motywować lekarzy, a nie wprowadzać mechanizmy, które nie działają, a prowokują do szukania dróg obejścia nieżyciowych sytuacji. Obecnie jesteśmy zmotywowani do wykonywania procedur, bardzo szczegółowego ich opisywania, odznaczania kolejnych punktów w komputerze. Nie tędy droga.

Najczęściej słyszymy nierealne propozycje, które nie przystają do rzeczywistości. Zmiany nie są systemowe,

tylko służą do gaszenia pożarów, przy czym gasi się je w sposób, który tylko potęguje problemy w przyszłości. Nie można kazać płacić NFZ pieniędzmi, których ten nie ma. Potrzebujemy systemu, który będzie zachęcał ludzi do dbania o własne zdrowie. Musimy pamiętać, że problemy zostawione same sobie stają się coraz poważniejsze. Nie można robić kolejnych reform, wyciągając środowisko lekarskie z ich projektowania i wdrażania.

Od wielu lat podkreślamy, że autonomia lekarzy, jako przedstawicieli wolnego zawodu, powinna także obejmować wolny wybór wielkości czasu zatrudnienia, jego rodzaju itp. Wejście w życie z dniem 24 sierpnia tzw. ustawy 6%, obciążonej wieloma wątpliwościami, jest małym kroczkiem, bo trudno to nazwać krokiem w kierunku zapewnienia lekarzom polskim odpowiednich warunków pracy, zbliżonych do tych, które mają nasi koledzy ze zdecydowanej większości krajów europejskich. Warunki pracy to nie tylko wynagrodzenie, choć ich ważny element, zwłaszcza w aspekcie jednej z ważnych przyczyn emigracji finansowo-szkoleniowej. Wraz z innymi organizacjami lekarskimi będziemy konsekwentni w walce o kolejne kroki... Mówiłem o tym podczas ostatniego Forum Ekonomicznego w Krynicy, podkreślając, że w kolejnych jego edycjach w każdej sesji winni występować lekarze praktycy, a nie tylko eksperci, mistrzowie teoretycznych rozważań. Chcemy, aby lekarze także w Polsce godnie zarabiali, a nie dorabiali poprzez „mnożenie” miejsc zatrudnienia, kosztem swojego zdrowia i swoich rodzin. ○

# Słuchać lekarzy

5 tys. osób z 60 krajów uczestniczyło w XXVIII Forum Ekonomicznym. O ochronie zdrowia dużo mówili premier, minister zdrowia i kilkoro innych członków rządu, a prezes NRL apelował, aby uważniej słuchać głosu lekarzy.

📍 **MARIUSZ TOMCZAK**



**N**a trzy dni (4-6 września) Krynica-Zdrój stała się „polskim Davos” i gospodarczym centrum Europy, a zdrowie jednym z tematów, który zdominował odbywające się tam tegoroczne Forum Ekonomiczne. O zdrowiu rozmawiano przede wszystkim w trakcie paneli dyskusyjnych Forum Ochrony Zdrowia, którego partnerem instytucjonalnym były Naczelna Izba Lekarska i Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie.

Pierwsza debata Forum Ochrony Zdrowia rozpoczęła się, jeszcze zanim nastąpiło oficjalne otwarcie Forum Ekonomicznego. Rozmawiano o pomysłach na ograniczenie używania wyrobów tytoniowych w zakładach pracy. Po danych, jakie zaprezentował dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny Grzegorz Juszczak, żaden

pracodawca, ale i pracownik, nie powinien spoglądać obojętnie na palaczy: przerwy na papierosa mogą skumulować się do 22 dni w roku, a zgodnie z niektórymi badaniami osoby palące przebywają na zwolnieniach lekarskich średnio 2,7 dni dłużej niż ci, którzy nie są w szponach nałogu.

## „ŁATWIEJSI” SĄ TAŃSI

Podczas kolejnych paneli dyskusyjnych rozmawiano o udziale prywatnych wydatków w finansowaniu opieki zdrowotnej oraz współdziałaniu sektora publicznego i prywatnego na rzecz profilaktyki i leczenia. – Nie tylko w Polsce mówi się o tym, że prywatne placówki koncentrują się przede wszystkim na „łatwiejszych” pacjentach, spijając z rynku samą śmietankę – przyznał dyrektor ds. systemów opieki zdrowotnej w Komisji Europejskiej Andrzej Ryś.

Nadzieje na lepszą współpracę pomiędzy sektorem publicznym

a prywatnym daje niedawna nowelizacja ustawy o partnerstwie publiczno-prywatnym. – Ma ona, między innymi, ułatwić podpisywanie umów przez publiczne podmioty, także lecznicze, z prywatnymi firmami – podkreśliła dyrektor Szpitala Wojewódzkiego im. św. Łukasza w Tarnowie Anna Czech.

O rolę laboratoriów szpitalnych prezes firmy Diagnostyka Jakub Swadźba spierał się z wiceministrem zdrowia Maciejem Miłkowskim. – Fundusz nikogo nie karze, a nagradza placówki, które inwestują we własne laboratoria – mówił wiceminister Miłkowski. Później dyskutowano o mechanizmach alokacji środków w ochronie zdrowia oraz próbowano odpowiedzieć na pytanie, w jaki sposób transformacja cyfrowa, przez niektórych nazywana najważniejszym trendem cywilizacyjnym naszych czasów, wpływa na zaangażowanie pacjenta i poprawę opieki medycznej.

▲ **Od lewej:** premier Mateusz Morawiecki, minister zdrowia Łukasz Szumowski, wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski, prezes NRL Andrzej Matyja.

**GL**  
PATRONAT



## PŁACIĆ ZA EFEKTY LECZENIA?

Drugi dzień Forum rozpoczął blok tematyczny „Pacjent i system: zasady działania opieki medycznej. Źródła finansowania”, inaugurując kolejną konferencję w ramach debaty „Wspólnie dla Zdrowia”. – Dużą część dodatkowych środków na ochronę zdrowia pochłoną podwyżki wśród pracowników ochrony zdrowia. Płace powinny wzrosnąć, bo bez tego nigdy nie będziemy mieć ludzi, którzy będą pracowali z zadowoleniem i uśmiechem – powiedział minister Szumowski. Po jego wystąpieniu prof. Piotr Czauderna z Narodowej Rady Rozwoju podsumował pierwszą debatę z cyklu „Wspólnie dla Zdrowia”, a następnie rozgorzała dyskusja o – jakże mogło być inaczej – finansach.

Przysłowiowy kij w mrowisko włożył dyrektor Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego dr hab. Christoph Sowada. – Musimy mądrze wydać pieniądze, bo inaczej w systemie nic się nie zmieni – zaapelował, powołując się na Stany Zjednoczone, gdzie ochrona zdrowia pochłania ok. 18 proc. PKB, ale – w jego ocenie – wyniki leczenia często pozostawiają wiele do życzenia.

Jak przypomniła dr Małgorzata Gałązka-Sobotka z Uczelni Łazarskiego, mimo że w ostatnich latach rosły wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia na leczenie, to liczba udzielonych świadczeń pozostała na podobnym poziomie. Zdaniem części ekspertów w obliczu krótkiej kasy finansowej pomocne wydaje się oparcie systemu o koncepcję value based healthcare (VBHC). – Chodzi w niej nie o to, aby pieniądź szedł za pacjentem, placówką czy świadczeniem, ale aby podążał za efektem terapii – podkreślała.

Tego dnia rozmawiano jeszcze o innowacjach organizacyjnych oraz o tym, czy w opiece zdrowotnej jesteśmy gotowi do przejścia na model płacenia za efekty. Zdaniem szefa resortu zdrowia, jeszcze nie. – Na razie nie pozwala na to obecny poziom informatyzacji, brakuje też rejestrów medycznych. Najpierw musimy mieć sprawne narzędzia do gromadzenia i analizowania danych – powiedział minister Szumowski. Podkreślił, że dążenie do premiovania za osiągnięcie określonych wskaźników i lepszą efektywność nie oznacza całkowitej rezygnacji z płacenia za procedury medyczne. – To zrozumiałe, że w wielu sytuacjach nie można w medycynie

▲ **Od lewej:**  
**prezes NFZ**  
**Andrzej Jacyna,**  
**dyrektor w KE**  
**Andrzej Ryś,**  
**poseł Beata**  
**Małecka-Libera,**  
**Piotr Czauderna**  
**z NRR.**

uzyskać oczekiwanego efektu terapii, a rokowania od początku są złe. Są pacjenci terminalni, są przypadki nieskutecznej reanimacji – wyliczał minister zdrowia.

## RECEPTA MORAWIECKIEGO

Panel „Inwestycje w zdrowie a gospodarka zdrowia – wyzwania zdrowotne państwa w kontekście rozwoju gospodarczego”, nie przypadkiem określany nieformalnym posiedzeniem Rady Ministrów, bez wątpienia zdominował drugi dzień Forum. – Służba zdrowia jest i będzie dla nas priorytetem – podkreślił premier Mateusz Morawiecki, czego dowodem ma być wzrost publicznych nakładów na ochronę zdrowia do 6 proc. PKB w 2024 r. Za „zmianę rewolucyjną” uznał wpisanie do ustawy minimalnego odsetka wydatków PKB na publiczną ochronę zdrowia.

Mówił, że Polska „sfinansowała służbę zdrowia bogatym krajem”, bo po 1989 r. za granicę wyjechało 20-30 tys. lekarzy. Podkreślił, że w zeszłym roku na zakupy nowego sprzętu medycznego rząd przeznaczył najwięcej pieniędzy od 30 lat, m.in. dzięki uszczelnieniu ścieżalności podatku VAT. Jego zdaniem w ochronie zdrowia – podobnie jak w przypadku podatków – jest „dziura”, którą można „odzyskać dla budżetu”, a wprowadzenie e-recept, e-zwolnień i e-skierowań pozwoli uniknąć „nadużyć i nieprawidłowości”. Kiedy przemawiał premier, trudno było o wolne miejsce, a na sali byli obecni m.in. marszałkowie

**ZDANIEM PREZESA NRL EKSPERCI POWINNI SKONCENTROWAĆ SIĘ NA ZORGANIZOWANIU PRACY LEKARZOM TAK, ABY MIELI JAK NAJWIĘCEJ CZASU DLA PACJENTÓW.**

Sejmu i Senatu Marek Kuchciński i Stanisław Karczewski.

Po wystąpieniu premiera kilkoro członków Rady Ministrów rozpoczęło debatę. Szefowa resortu finansów Teresa Czerwińska podkreśliła, że obecnie na ochronę zdrowia przeznacza się 4,86 proc. PKB, czyli więcej niż zaplanowano w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zdaniem ministra zdrowia, skoro mamy do czynienia z „bezprecedensowym” wzrostem nakładów na ochronę zdrowia, najważniejszym wyzwaniem stanie się teraz sprawiedliwy podział dodatkowych pieniędzy, bo trzeba zdecydować, czy przeznaczać je głównie na leczenie tu i teraz, czy raczej na profilaktykę, co byłoby inwestycją w przyszłość.

Na konieczność wzmocnienia profilaktyki zwróciła uwagę minister rodziny, pracy i polityki społecznej Elżbieta Rafalska, bo z tytułu absencji chorobowej pracodawcy płacą 6,3 mld zł (państwo wydaje najwięcej na zasiłki krótkoterminowe). Z kolei minister inwestycji i rozwoju Jerzy Kwieciński podkreślił, że środki przeznaczone na ochronę zdrowia powinny być traktowane jako wydatki rozwojowe.

## MISTRZOSTWO ŚWIATA

Trzeciego dnia w panelu dyskusyjnym „Organizacja systemu ochrony zdrowia – w poszukiwaniu efektywności” aktywny udział wzięł prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzej Matyja. Apelowal o to, żeby decydenci znacznie uważniej słuchali lekarzy, bo to oni są na co dzień przy łóżku pacjenta, dzięki czemu widzą znacznie więcej niż ci, którzy siedzą za biurkiem i próbują spoglądać na system ochrony zdrowia głównie przez pryzmat wykresów i tabel.

– Nie boję się powiedzieć, że w Polsce mamy najbardziej efektywną ochronę zdrowia w Europie. Jeżeli przy takich nakładach jesteśmy w stanie zrobić to, co robimy dla naszych pacjentów, to jest to chyba mistrzostwo świata – podkreślił prezes NRL. Dodał, że eksperci powinni skoncentrować się na takim zorganizowaniu pracy, aby lekarze mieli jak najwięcej czasu dla pacjentów, a zmuszanie ich do wypełniania stosów dokumentów to marnowanie potencjału tych, którzy leczą chorych. Wystąpienie prezesa NRL, jako jedno z nielicznych w ciągu całych trzech dni, nagrodzono brawami.

Wiceprzewodnicząca sejmowej Komisji Zdrowia Beata Małecko-Libera, będąca uczestnikiem tego samego panelu dyskusyjnego, podkreśliła, że w czasie tegorocznego Forum Ochrony Zdrowia przez wszystkie przypadki odmieniano



▲ Po wystąpieniu premiera ministrowie rozpoczęli debatę, którą określono jako nieformalne posiedzenie Rady Ministrów.

słowa „innowacyjność” i „efektywność”, a za rzadko rozmawiano o fundamentalnych celach, jakie należałoby osiągnąć. Dyrektor Departamentu Funduszy Europejskich i E-zdrowia Ministerstwa Zdrowia Agnieszka Kister zwracała uwagę na coraz większą rolę telemedycyny, a dyrektor Wojewódzkiego Instytutu Medycznego Grzegorz Gielera mówił o tym, jakie wyzwania dla szpitali stanowi wydłużenie życia pacjentów, i wbrew pozorom nie jest to tylko wielochorobowość. Natomiast prezes Centrum Medycznego Mavit Andrzej Mądrała przybliżył dobre praktyki stosowane przez placówki niepubliczne.

## PIERWSZY REJESTR MEDYCZNY

Ostatniego dnia dyskutowano jeszcze m.in. o procedurach CAR-T, określanych czasem jako technologia XXII w., przyszłości funduszy unijnych w ochronie zdrowia oraz gospodarce senioralnej.

Wiele uwagi poświęcono tematowi kosztów pośrednich, często pomijanych przy podejmowaniu decyzji, w jaki sposób wydawać środki finansowe. Z zaprezentowanego w Krynicy raportu wynika, że zaledwie ok. 10 tys. osób z chorobą Leśniowskiego-Crohna to dla gospodarki koszt szacowany w skali roku na ok. 140 mln zł (wynika z trwałej niezdolności do pracy lub częstych nieobecności w miejscu zatrudnienia). Wiceminister zdrowia

Marcin Czech przyznał, że koszty pośrednie są ważne, choć w praktyce wiele osób patrzy głównie na te bezpośrednie. – Wychodzimy powoli z silosowości ministerstw i patrzymy na całą gospodarkę globalnie. Nieobecność w pracy to jedno, obniżona produktywność to druga sprawa, trzeba je połączyć – powiedział.

Dość burzliwy przebieg miała dyskusja poświęcona rehabilitacji, którą w pewnym uproszczeniu można podsumować jako starcie dwóch punktów widzenia: środowiska lekarskiego i fizjoterapeutów. Zarzuty przedstawicieli Krajowej Izby Fizjoterapeutów odpierał prezes NFZ Andrzej Jacyna, aktywny w czasie wielu paneli w Krynicy. Jak podkreślił, prowadzenie rejestrów medycznych znajduje się wśród zadań publicznego płatnika, i jako pierwszy powstanie rejestr onkologiczny. Na finansowe konsekwencje braku rejestrów zwrócił uwagę wiceminister zdrowia Sławomir Gadowski. – Bez nich trudno nam będzie podjąć decyzję, w co warto inwestować – zaznaczył. ○



Więcej na  
www.gazetalekarska.pl

**DECYDENCI ZA RZADKO SŁUCHAJĄ LEKARZY,  
CZYLI TYCH, KTÓRZY NA CO DZIEŃ SĄ PRZY ŁÓŻKU  
PACJENTA, A NA SYSTEM OCHRONY ZDROWIA  
CZĘSTO SPOGLĄDAJĄ GŁÓWNIEM PRZEZ PRYZMAT  
WYKRESÓW I TABEL – PODKREŚLIŁ PREZES NRL.**



### ANDRZEJ MATYJA, PREZES NRL

W czasie tak ważnych wydarzeń jak te w Krynicy, w których uczestniczyło wielu członków rządu z premierem Mateuszem Morawieckim i ministrem zdrowia Łukaszem Szumowskim na czele, zawsze musi być prezentowany punkt widzenia środowiska lekarskiego. Niestety, za sprawą organizatorów, w czasie Forum Ekonomicznego i Forum Ochrony Zdrowia zbyt często zabierały głos osoby prezentujące punkt widzenia urzędników czy zarządzających placówkami, a za rzadko lekarze praktycy, na co dzień stojący przy łóżkach pacjentów i najlepiej znający ich problemy. To jest błąd często popełniany w debacie publicznej, że o kierunkach zmian w ochronie zdrowia dyskutują zazwyczaj osoby koncentrujące się na ekonomice, a przecież na zdrowie nie wolno patrzeć wyłącznie z tej perspektywy. Nawet najlepsi eksperci nie znają codziennej rzeczywistości i problemów, z którymi stykają się lekarze, przez co nie są w stanie przedstawić skutecznych rozwiązań polepszających sytuację. Rolą ekspertów powinno być przede wszystkim tworzenie takich warunków osobom, które stawiają diagnozy i leczą, aby można było w pełni wykorzystywać wiedzę i umiejętności lekarzy oraz innych zawodów medycznych, m.in. pielęgniarów, o których w Krynicy również „zapomniano”. My, lekarze, najlepiej wiemy, że presja ze strony pacjentów jest olbrzymia. Polscy pacjenci są dobrze wyedukowani i niczym nie różnią się od chorych z innych krajów, oczekując stosowania medycyny na najwyższym poziomie. O to niestety w naszych warunkach niełatwo. Przede wszystkim z powodu za niskich nakładów na ochronę zdrowia, bo 6 proc. PKB, jakie mamy osiągnąć za kilka lat, to zdecydowanie za mało. Inny z powodów to zmuszanie lekarzy do wykonywania dużej ilości zbędnych czynności biurokratycznych. Czas z tym skończyć, dlatego w Krynicy – korzystając z okazji, że w Forum uczestniczyło wielu decydentów – mocno o to zaapelowałem. Przez ten potop papierologii marnowany jest nasz potencjał, co negatywnie odbija się na zdrowiu pacjentów. ○



### JACEK KOZAKIEWICZ, WICEPREZES NRL

W czasie Forum Ekonomicznego w Krynicy z ust premiera Mateusza Morawieckiego usłyszeliśmy, że służba zdrowia jest priorytetem rządu. Ta deklaracja cieszy, a środowisko lekarskie oczekuje, że rząd dotrzyma słowa. Jako samorząd lekarski jesteśmy przekonani, że zdrowie nie jest kosztem, lecz najlepszą inwestycją zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i społecznym, dlatego staramy się przekonywać polityków, by właśnie w taki sposób patrzyli na wydatki na ochronę zdrowia. Cieszymy się z rosnących nakładów publicznych na ten cel, ale niepokoi nas tempo tego wzrostu. W wyniku wieloletnich zaniedbań startujemy bowiem z bardzo niskiego poziomu, a wolne tempo sprawi, że w dalszym ciągu będziemy odstawać od innych krajów. Jak powiedziała w Krynicy minister finansów Teresa Czerwińska, obecnie na ochronę zdrowia z publicznych środków przeznacza się 4,86 proc. PKB. W swoim wystąpieniu premier Morawiecki powiedział również, że po 1989 r. Polskę opuściło od 20

do 30 tys. lekarzy. Niestety nie wspomniał bliżej o trzech zasadniczych powodach tej emigracji. Polscy lekarze wyjeżdżali ze względu na olbrzymie dysproporcje w wynagrodzeniach, lepszy dostęp do możliwości szkoleniowych oraz fakt, że są bardzo dobrze przygotowani do wykonywania zawodu. Znam wielu lekarzy, którzy wyjechali na Zachód, ale nie znam ani jednego, który powrócił do kraju, bo tam się nie sprawdził. Niedobór kadr lekarskich można zlikwidować nie tylko poprzez wzrost kształcenia, ale przede wszystkim likwidując przyczyny wyjazdów. Podczas jednego z paneli dyskusyjnych dyrektor Departamentu Funduszy Europejskich i E-zdrowia w Ministerstwie Zdrowia Agnieszka Kister mówiła o zagrożeniu, jakie może spowodować raportowanie elektroniczne. Z uwagi na brak personelu pozalekarskiego, który mógłby wykonywać te czynności, może to oznaczać dodatkowe obciążenie dla lekarzy i tak obłożonych wieloma biurokratycznymi obowiązkami. Czy naprawdę jesteśmy tak bogatym krajem, aby wysoko wykształceni lekarze wykonywali proste czynności pozamedyczne? Samorząd lekarski traktuje postęp technologiczny jako szansę, ale dostrzega również wynikające z niego zagrożenia. Informatyzacja musi służyć medycynie, medycyna nie może być podległa wobec komputerów. Coraz nowocześniejsze narzędzia powinny wspierać lekarzy, a nie eliminować ich z procesu diagnostyczno-terapeutycznego. ○



### JERZY FRIEDIGER, CZŁONEK PREZYDIUM NRL

Podczas Forum w Krynicy na korzyści wynikające z profilaktyki zwracał uwagę nie tylko minister Łukasz Szumowski, ale również minister Elżbieta Rafalska i w tej sprawie nie można się z nimi nie zgodzić. Jeśli chce się wcześniej wykrywać nowotwory, należałoby m.in. zapewnić wcześniejszą dostępność do badań. Trzeba jednak pamiętać, że wszystko kosztuje, profilaktyka również. Tymczasem w NFZ środki finansowe na działania profilaktyczne są nieznaczne. Inną sprawą, że w naszym kraju nie ma planu wczesnego wykrywania chorób. Minister zdrowia pytał, czy w kolejnych latach dodatkowe środki finansowe przeznaczyć przede wszystkim na leczenie, czy raczej na profilaktykę. Dziś pieniędzy nie wystarcza ani na jedno, ani na drugie, a jeśli dopiero za 4 lata chcemy osiągnąć poziom 6 proc. PKB, to nie widzę szansy na poprawę tej sytuacji. Tymczasem wiele lat temu, tworząc system kas chorych, przyjęto założenie, że na zdrowie będzie przeznaczane 11 proc. PKB. Środki na ochronę zdrowia nie zwiększają się w tempie, w jakim rosną wydatki. Wystarczy spojrzeć na zadłużenie szpitali, na sytuację w szpitalach powiatowych, na zmieniające się i coraz bardziej kosztowne standardy czy zarobki w ochronie zdrowia. Podstawowym problemem jest przepaść między oczekiwaniami i potrzebami a możliwościami finansowymi. Minister Jerzy Kwieciński powiedział, że jeśli do wydatków budżetowych na ochronę zdrowia dołożymy wydatki w sektorze prywatnym, to w Polsce są one dwa razy mniejsze niż w USA. Skoro z trudem pokrywamy bieżące potrzeby leczenia, to zamiast debatować o tym, czy należy inwestować w nowoczesne technologie, rozmawiamy o tym, skąd wziąć pieniądze na ten cel, bo to, że potrzebne są innowacje, jest oczywiste. Reasumując, z przykrością stwierdzam, że wszystkie dyskusje w trakcie Forum prowadzone były przez „ekspertów” nie znających realiów ochrony zdrowia, bez udziału profesjonalistów medycznych. Takie debaty toczą się na kolejnych Forach, jednak nie mają one żadnego pozytywnego wpływu na funkcjonowanie ochrony zdrowia. ○

# Racjonalnie

Z dr. hab. n. med. **Jarosławem Pinkasem**, Głównym Inspektorem Sanitarnym, rozmawiają **Ryszard Golański** i **Marta Jakubiak**.

**GL**  
ROZMOWA

## **GL Jaki jest podstawowy cel działania Głównego Inspektora Sanitarnego?**

Został on opisany w ustawie dotyczącej Państwowej Inspekcji Sanitarnej. To najważniejsza instytucja związana z szeroko rozumianym zdrowiem publicznym i silne ramię Ministerstwa Zdrowia.

Jestem niezwykle dumny, że wygrałem konkurs na to stanowisko. Wydaje mi się, że będzie to ukoronowanie mojej dotychczasowej działalności lekarsko-meniadżerskiej, bo do pełnienia tej funkcji przygotowywałem się chyba przez całe swoje zawodowe życie. Pracę meniadżerską rozpocząłem jako bardzo młody człowiek, gdy półtora roku po studiach, praktykując jako chirurg w małym szpitalu powiatowym w Łosicach, zostałem dyrektorem terenowej stacji sanitarno-epidemiologicznej. Wyznaczono mnie do pełnienia tej funkcji niemal nakazem i początkowo myślałem, że doświadczenie to będzie upiorne. Okazało się jednak fascynującym zadaniem. Później zarządzałem zakładami opieki zdrowotnej, dwukrotnie byłem wiceministrem w resorcie zdrowia, a także sekretarzem stanu w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów.

Najważniejszym celem dla mnie, jako Głównego Inspektora Sanitarnego, będzie zmiana wizerunku Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Chcę, by była postrzegana jako instytucja edukacyjno-doradcza, a nie związana wyłącznie z kontrolami i karaniem, penalizacją i strachem.

## **GL Jak zamierza pan to zrobić?**

Na to potrzebne są lata pracy. Wydawanie mądrych decyzji i tworzenie mądrego prawa, racjonalnego, dopasowanego do rzeczywistości. Możemy je zmieniać stopniowo, wyłącznie ewolucyjnie. Musimy najpierw przekonać do niego środowisko, dopiero potem możemy wdrożyć, a kiedy trzeba – egzekwować.

Kontrola jest potrzebna, ale musimy pamiętać, że ludziom trzeba ufać. Jeżeli mają poczucie bezpieczeństwa i wiedzą, że jest instytucja, która może być im pomocna, to zazwyczaj nie popełniają błędów albo popełniają ich znacznie mniej. Chcemy, żeby Państwowa Inspekcja Sanitarna była instytucją pomocną wszystkim, których kontroluje. Chcę, by myślano o sanepidzie jak o instytucji, która

udziela wsparcia lekarzom, a nie czyha na ich błędy. Wskazuje, gdzie może zaistnieć problem zagrażający bezpieczeństwu personelu medycznego oraz pacjentów. Nigdy nie walczyłem z sanepidem. Zawsze uważałem, że przychodzą do mnie partnerzy, a nie ci, którzy próbują wyłączyć mnie karać, wykazać moją niewiedzę, brak kompetencji. Miałem same dobre doświadczenia.

A ponieważ najlepszą formą kontroli jest samokontrola, planujemy wprowadzać checklisty i wysyłać je z prośbą, by dany podmiot sprawdził konkretne parametry swojego funkcjonowania i taki spis pokontrolny odesłał do nas.

## **GL To będzie rewolucja...**

To nie będzie rewolucja, ale wprowadzenie racjonalnej zmiany.

## **GL GIS nadzoruje i kreuje działania mające na celu dobro i zdrowie publiczne obywateli. Co stanowi obecnie największe zagrożenie dla zdrowia Polaków?**

Po pierwsze, zanieczyszczenie środowiska. Po drugie, ruchy antyszczepionkowe. Po trzecie, braki edukacyjne i nie stosowanie się do najważniejszego paradygmatu medycyny, jakim jest medycyna stylu życia. Chciałbym, żebyśmy doprowadzili do tego, że w roku 2030 Polska będzie wolna od dymu tytoniowego. I musimy jak najszybciej wyeliminować nowe narkotyki.

## **GL Ile osób już zabiły? Mamy jakieś statystyki?**

Statystyki są, ale z pewnością zaniżone, nie oddają rzeczywistej skali problemu. 21 sierpnia weszła w życie ustawa z 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Dzięki niej wprowadzono obowiązek informacyjny na temat zatrucia i podejrzeń zatrucia oraz zgonów spowodowanych przez nowe narkotyki, czyli tzw. dopalacze. Zebrane dane mają trafiać do Głównego Inspektora Sanitarnego, dzięki czemu można będzie urealnić istniejące statystyki. Jedno jest pewne, z powodu zażywania tych substancji ludzie umierają. Problem jest olbrzymi.

Dzięki ustawie będziemy wiedzieć, gdzie i co jest, i ile tego jest. Ponieważ mamy dwa swoje laboratoria, będziemy



mogli szybko reagować – przebadać zabronione substancje i dopisać do rozporządzenia Ministra Zdrowia, kiedy w jakimś regionie pojawi się dużo zatruć. Do tej pory najczęściej odnotowaliśmy w Zgierzu, Pabianicach, Łodzi, a także na Śląsku. Taka statystyka może wynikać z faktu, że są tam dwa wielkie ośrodki toksykologiczne i z tego powodu zgłaszalność jest tam największa.

Chylę czoła przed Ministrem Zdrowia i Głównym Inspektorem Sanitarnym, że doprowadzili do zmiany ustawy. Dzięki niej penalizacja jest jednoznaczna i nieuchronna jest kara. Mam jednocześnie świadomość, że teraz, po wejściu w życie ustawy, może nastąpić szczególnie trudny okres, bo rynek zostanie zalany dopalaczami, których sprzedawcy będą chcieli się pozbyć za grosze.

Właściwie nie powinniśmy już mówić o „dopalaczach”, ale o „nowych narkotykach”. „Dopalacze” to był szkodliwy eufemizm, gdyż konotował skojarzenia bardziej z napięciem energetycznym niż niebezpieczną używką.

#### **GL Miał pan kiedyś kontakt z osobą, która zażyła takie nowe narkotyki?**

Tak, widziałem dramat związany z ich zażywaniem. Nie zapomnę przypadku z mojego lekarskiego życia, sprzed kilku lat, kiedy pracowałem w szpitalu kardiologicznym

**▲ Jarosław Pinkas:**  
**– Chcemy, żeby Państwowa Inspekcja Sanitarna była instytucją pomocną wszystkim, których kontroluje.**

w Józefowie. Przywieziono do nas pacjenta z powodu bólu wyglądającego na wieńcowy, a tak naprawdę dolegliwości spowodowane były zażyciem nowych narkotyków. Byliśmy bezradni. Mimo wsparcia oddziału toksykologicznego nie udało nam się go uratować.

Byłem też kilkakrotnie w ośrodkach detoksykacji, pracując w Ministerstwie Zdrowia. Rozmawiałem z młodymi ludźmi i pytałem, dlaczego zażyli te zabójcze substancje. Nie potrafili odpowiedzieć. Wiem, że ustawa nie wyeliminuje potrzeby, która jest w głowie, ale dzięki niej możemy skuteczniej walczyć z procederem udostępniania nowych narkotyków.

#### **GL Jak wyeliminować potrzebę?**

Najważniejsza jest edukacja i znalezienie odpowiedzi na pytanie, dlaczego ludzie sięgają po te zabójcze substancje. Ważni są rodzice, ważny jest dom. Jeżeli ludzie mają w miarę poukładane życie, nie potrzebują stymulacji narkotykami, uciekania od problemu. Trzeba poznać ich motyw, by móc zapobiegać. Pamiętajmy, że substancje stosowane w nowych narkotykach są coraz bardziej wysublimowane, a ci, którzy je produkują, są zawsze krok przed nami. Dodatkowo lekarze mogą leczyć tylko objawowo. Dlatego tak ważna jest profilaktyka.

#### **GL Przeprowadzone w marcu ubiegłego roku badanie wśród pracowników ochrony zdrowia wykazało, że ok. 30 proc. lekarzy reprezentuje postawę wątplącą wobec korzyści wynikających ze szczepień przeciw grypie. W jaki sposób Główny Inspektor Sanitarny planuje wspierać ruch proszczepienny?**

Każdą inicjatywę proszczepienną będę wspierał zawsze. Proszę nawet nie przytaczać takich danych. Szczepienie się, także na grypę, i przekonanie do szczepień pacjenta wątplącego jest obowiązkiem lekarza. Jako Główny Inspektor Sanitarny zrobię wszystko, żeby lekarz wyposażony był w argumenty, które umożliwią mu dyskusję z wątplącymi i przekonanie ich do jedynie słusznego postępowania, za którym stoi evidence-based medicine.

#### **GL Rozmowy z wątplącymi nie są łatwe...**

Wiem, ponieważ bardzo często używają oni retoryki uniemożliwiającej prowadzenie normalnej dyskusji, wobec czego lekarz niejednokrotnie jest bezradny. Zwłaszcza że ma dla pacjenta tak mało czasu. Wykonuje procedurę medyczną, a czas na edukację jest tym czasem, który musimy zabrać innemu pacjentowi, który już czeka pod drzwiami.

Chciałbym, żeby środowisko lekarskie bardzo mocno wsparło zarówno Ministra Zdrowia, jak i Głównego Inspektora Sanitarnego w rozpowszechnianiu wiedzy o tym, że szczepienia są największym dobrodziejstwem ludzkości. Przecież to dostęp do wody oraz właśnie szczepienia spowodowały, że na świecie jest tylu ludzi.

Zawsze byłem zdeklarowanym zwolennikiem szczepień. Sam się szczepię, moi bliscy również. Dziś przeciwko

## CHCIAŁBYM, ŻEBY ŚRODOWISKO LEKARSKIE BARDZO MOCNO WSPARŁO ZARÓWNO MINISTRA ZDROWIA, JAK I GŁÓWNEGO INSPEKTORA SANITARNEGO W ROZPOWSZECZNIANIU WIEDZY O TYM, ŻE SZCZEPZENIA SĄ NAJWIĘKSZYM DOBRODZIEJSTWEM LUDZKOŚCI.

grypie zaszczepił się mój syn. Niedługo zaczyna staż i powiedział, że nie wyobraża sobie, żeby tego nie zrobić, bo mógłby stanowić zagrożenie dla swoich pacjentów. Nie ma lepszego nośnika informacji niż profesjonaliści medyczni. Exempla trahunt.

### **GL Jak jest z higieną w placówkach medycznych – przychodniach, szpitalach, gabinetach?**

Bardzo różnie. Są placówki wzorcowe, ale i takie, które są z czystością na bakier. Myślę, że w dużej mierze jest to związane z infrastrukturą udzielania świadczeń zdrowotnych, niewystarczającą ilością pieniędzy w systemie. Proszę jednak pamiętać, że dostępne środki finansowe przeznacza się w pierwszej kolejności na pensje, a na poprawę infrastruktury często ich już nie wystarcza. Brak środków nie może być jednak usprawiedliwieniem, bo najważniejsza jest wiedza i chęci, a dopiero potem pieniądze. Bardzo wiele zależy też od tego, jak zorganizowany jest zespół.

### **GL Jak wygląda sytuacja epidemiologiczna w roku 2018? Ze statystyk wynika, że wzrosła m.in. liczba zachorowań na odrę (w 2015 – 48 osób, w 2016 – 133 osoby), a zmalała liczba zakażeń gronkowcem (2005 – 658, 2015 – 98, 2016 – 37).**

Liczba zachorowań na odrę wzrosła nie tylko w Polsce, ale też w Europie. Niedawno mieliśmy ognisko zakażeń pod Siedlcami, ale jest już opanowane dzięki niezwykle sprawnemu działaniu inspekcji powiatowej i wojewódzkiej.

### **GL Jednym z ważniejszych zagadnień, jeśli chodzi o zakażenia, jest narastające zjawisko antybiotykooporności. Jakie dostrzega pan zagrożenia z nim związane?**

To problem na całym świecie. Nie ma walki z antybiotykoopornością bez wspólnych działań inspekcji weterynaryjnej i Główniej Inspekcji Sanitarnej. Trzeba uwrażliwiać na ten problem także środowisko lekarskie, by nie przepisywano pacjentom antybiotyków bez potrzeby.

### **GL Jakie są granice autonomii np. powiatowego inspektora sanitarnego i inspektorów kontrolujących placówki? Skąd się biorą różnice w interpretacji przepisów i w wysokości mandatów w różnych stacjach?**

Mamy 16 wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych, 318 powiatowych i 10 granicznych. Inspekcja

nie jest instytucją spionizowaną. Nie do końca mamy wpływ na to, co się dzieje w terenie. Spionizowanie inspekcji na pewno doprowadziłoby do ujednolicenia działań kontrolerów. Na pewno będziemy starali się wprowadzać nowe przepisy w taki sposób, żeby były jednoznaczne interpretacyjnie w całym kraju. Teraz niestety nie są. Do zarejestrowania zakładu fryzjerskiego w Łodzi wymaga się zupełnie czegoś innego niż zarejestrowania go w Warszawie. Nie powinno tak być. Musi nastąpić unifikacja prawna. Mogę obiecać, że na pewno pochylę się nad tym problemem, by wymogi rejestracyjne i odbiorowe gabinetów lekarskich były ujednolicone i racjonalne.

### **GL Jedną z ważniejszych spraw dla środowiska lekarzy dentystów to separatory amalgamatu. Jaka jest pana opinia na ten temat? Pracownicy sanepidu mają sprawdzać wywiązywanie się z tego obowiązku.**

To temat nowy. Osobiście mam wątpliwości, co do sensowności regulacji przyjętych przez Unię Europejską. Mogę zadeklarować, że wspólnie ze środowiskiem lekarzy dentystów spróbujemy znaleźć rozwiązania najmniej dokuczliwe, a kontrolerzy będą mieli taką wykładnię prawną, która w sposób rozsądny pozwoli je przeprowadzić.

### **GL Jakie cele wyznacza pan sobie, rozpoczynając pracę w GIS?**

Rozwiązywać na bieżąco wszystkie problemy i mądrze kontynuować to, co zrobił mój poprzednik.

Muszę rozwiązać problem nowych narkotyków, podjąć skuteczną walkę z ruchem antyszczepionkowym i rozwiązać problem suplementów diety. I mam jedno marzenie: żeby prawo, które tworzymy, nie było kontestowane, ale jego wprowadzaniu towarzyszyło przekonanie, że jest ono zasadne i potrzebne.

### **GL Czy kontynuując to, co zrobił poprzednik, również pan będzie raperem GIS-u?**

Nie mam takich zdolności wokalnych, a minister Marek Posobkiewicz jest niepowtarzalny. Zrobił naprawdę dużo dobrego. Państwowa Inspekcja Sanitarna powinna być obecna w mediach i była. Teraz będziemy jednak mieli inną formę przekazu. Myślę, że także bardzo ciekawą i równie atrakcyjną. To także będzie sztuka. Niedługo przekonają się państwo o tym. Jednocześnie chcę poprosić moje środowisko, środowisko lekarskie, żeby wspierało nas w działaniach. ☺



**Sławomir Badurek**  
Diabetolog, publicysta medyczny

# Walka z wiatrakami

Rząd premiera Morawieckiego ogłosił rozpoczęcie wojny z dopalaczami. Za handel tymi substancjami lub posiadanie ich znacznych ilości przewidziano kary więzienia. To przyszłość. Teraźniejszość to nałożony na placówki ochrony zdrowia obowiązek raportowania zatruć do Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

**O**znacza to więcej biurokratycznych obowiązków dla lekarzy, bo trudno przypuszczać, by raporty były tworzone przez jakieś bezosobowe „placówki”.

Ponieważ na oddziale, na którym pracuję, „dopalenia” pacjenci są dość często hospitalizowani, nowa powinność od razu przypomniła mi lutową deklarację ministra Szumowskiego, zapowiadającą odciążenie lekarzy od papierkowej roboty poprzez przerzucenie jej na sekretarki medyczne. Rzecz jasna dodatkowo w tym celu zatrudnione, bo te, które już pracują w szpitalach, mają po uszy pracy związanej z wyręczaniem NFZ. Jak na razie nikt tych dodatkowych sekretarek nie widział, bo pan minister najwyraźniej zapomniał, że ta istotnie dobra zmiana kosztuje.

Nie wypominałbym prof. Szumowskiemu niedotrzymania jednej z pierwszych obietnic po objęciu teki ministra zdrowia, gdybym wierzył w skuteczność podejmowanych przez obecny rząd antydopalaczowych działań. W dobrej sprawie można byłoby poświęcić cenny czas i nie narzekać. Ja jednak doskonale pamiętam, jak z dopalaczami walczył osiem lat temu premier Donald Tusk. Ile było wtedy prężenia muskułów i mocnych zapowiedzi, że „żarty się skończyły”! I nawet raporty też, tak jak dziś, trzeba było pisać. Zlikwidowano wówczas 1300 tzw. smart shopów, ale problem pozostał. W miejscu pozamykanych sklepów pojawiły się nowe, najczęściej rejestrowane przez te same osoby, wzrosły możliwości zakupu dopalaczy w sieci. Dziś są one do nabycia m.in. jako talizmany kierowcy, odstraszające złych duchów, pogromcy wampirów, amulety, kadzidełka, rozpałki do pieca, sole do kąpeli, środki kolekcjonerskie albo modelarskie. Zazwyczaj z adnotacją na opakowaniu, która niczym porozumiewawcze mrugnięcie okiem „przestrzega”, że produkt nie nadaje się do spożycia, należy go chronić przed dziećmi lub traci swoje właściwości po otwarciu.

Z daleka wyczuwalna bezczelność handlarzy nie bierze się znikąd. Rozprawdzają oni bowiem „nowe substancje psychoaktywne, które nie podlegają kontroli, choć mogą wywoływać szkody zdrowotne porównywalne do substancji, których obrót jest zakazany lub odbywa się według określonych przepisów”. Tak w uproszczeniu brzmi oficjalna definicja dopalaczy. A propos nazwy, to została ona dobrze przez kogoś pomyślana i służy interesom handlarzy. Któż by – w czasach powszechnego wypalenia – nie chciał się od czasu do czasu pobudzić, poprawić sprawność fizyczną i umysłową? Młodzi ludzie, przede wszystkim mężczyźni, z całą pewnością chcą. A że zamiast twórczej euforii bardzo często pojawia się nieokiełznana agresja albo myśli prowadzące do samobójstwa? Handlarzy nie obchodzi to na pewno. Dla nich najważniejsze, że sprzedawanego produktu nie ma na żadnej czarnej liście. A jeśli się tam znajdzie, to chemik z Chin albo z Indii, bo tam najczęściej produkuje się dopalacze, chętnie zsyntetyzuje coś nowego. Możliwości są praktycznie nieograniczone. Dla nas, lekarzy, problem polega na tym, że w przypadku zatrucia jakąś dopalaczową nowością nie dysponujemy ani metodami precyzyjnej diagnostyki, ani celowanego leczenia i w grę wchodzi wyłącznie postępowanie objawowe.

Donald Tusk, kiedy szedł na wojnę z dopalaczami, stwierdził, że „prawo jest tu bezradne”. Nie powinno to jednak oznaczać bezradności państwa. Czekam na przykład, aż minister lub nawet premier, skoro problem jest tak poważny, ogłosi, że zatruci dopalaczami będą ponosić koszty dokonanych w szpitalach zniszczeń. Zdarza się bowiem, że w podpalaczowym szale lecą szyby, niszczone jest szpitalny sprzęt i meble. Dopalenia powinni też płacić za zaangażowanie w ich ratowanie ponadstandardowej liczby osób. Hospitalizacja z własnej głupoty też nie powinna być obciążeniem dla państwowej kasy, w odróżnieniu od leczenia odwykowego. Uderzenie po kieszeni byłoby skutecznym straszakiem przed dopalaczami przynajmniej dla części sięgających po nie osób. Jeśli nie usłyszymy o takich zmianach, będzie to oznaczało, że rząd zamierza odegrać kolejną odsłonę walki z wiatrakami, zostawiając problem biegowi wydarzeń. ○

## » Gdańsk: szkolenie z dokumentacji medycznej

27 października w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku odbędzie się bezpłatne szkolenie na temat udostępniania dokumentacji medycznej. Za udział przysługują 4 punkty edukacyjne. Zapisy prowadzi biuro Komisji ds. Kształcenia Medycznego (tel. 58 524 32 07 lub 58 524 32 27, e-mail: komisjaskształcenia@oilgdansk.pl).

W programie m.in. informacje o osobach, organach i podmiotach uprawnionych do dostępu do dokumentacji medycznej; zasady i tryb wnioskowania o dostęp do dokumentacji medycznej przez pacjenta lub osoby upoważnione; zasady udostępniania dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta; wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej; prowadzenie rejestru udostępnień. ☺

## » Pomagają w wyborze specjalizacji

Komisja ds. Młodych Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie zaprasza lekarzy stażystów na szkolenie „Świadomy wybór specjalizacji”, które odbędzie się 18 października w Wojewódzkiej Bibliotece Publicznej w Krakowie. To już kolejne spotkanie z tego cyklu. W czasie spotkania będzie można spotkać lekarzy rezydentów, którzy opowiedzą o swojej pracy i podzielą się swoimi doświadczeniami. ☺

## » „Medium”: e-forma czy papier?

Dolnośląska Izba Lekarska, w trosce o finanse i ochronę środowiska, zachęca swoich członków do zmiany formy kolportażu pisma izbowego „Medium”, proponując wersję elektroniczną gazety albo 1 egzemplarz drukowany dla małżeństwa lekarskiego. Osoby chcące dokonać takiej zmiany proszone są o zgłoszenie się i podanie potrzebnych danych. ☺

## » WIL z nową bazą hotelową

Od 28 sierpnia działa „WILla Medica”, obiekt noclegowy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Budynek jest położony w Poznaniu, tuż obok siedziby głównej WIL. Jak informują przedstawiciele izby, obiekt powstał z myślą o członkach izby przyjeżdżających do Poznania na cykliczne szkolenia i konferencje. Lekarze i lekarze dentyści mają do dyspozycji 7 pokoi noclegowych (płatne). ☺

## » Lekarz wśród zawodów zaufania publicznego

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie wzięła udział w IX Rodzinnym Pikniku Mazowieckiego Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego. Wydarzenie miało miejsce 15 września w Parku Rydza Śmigłego w Warszawie. Warszawiacy mogli przyjrzeć się bliżej 16 zawodom zaufania publicznego, w tym pracy lekarzy i lekarzy dentyistów. Dla odwiedzających warszawska izba zapewniła m.in. akcję edukacyjną na temat karmienia piersią, promowano też prozdrowotne postawy w zakresie higieny jamy ustnej i żywienia, a chór OIL w Warszawie „Medicantus” wystąpił z koncertem pieśni patriotycznych. Lekarze informowali też o tym, jak ważne są szczepienia. Dla OIL w Warszawie to temat, w który w ostatnim czasie bardzo się angażuje. W ramach akcji „Kocham, więc szczepię” drukowane są plakaty, udostępniane są też ulotki edukacyjne na temat istoty szczepień, a także organizowane spotkania eksperckie związane z tym zagadnieniem. ☺

## » Warsztaty dla lekarzy POZ w Katowicach

Śląska Izba Lekarska organizuje „III Jesienne Spotkania Lekarzy Medycyny Rodzinnej”. Warsztaty odbędą się 13 października w siedzibie śląskiej izby. Podczas spotkania będzie mowa m.in. o probiotykach, nowych wytycznych postępowania w nadciśnieniu płucnym, wybranych aspektach prawa medycznego w pracy lekarza, pacjentach z dusznością w POZ, niedoczynności i nadczynności tarczycy w praktyce lekarza rodzinnego. ☺

## » E-informator o zmianach w prawie

Wielkopolska Izba Lekarska wspólnie z Kancelarią Adwokatów i Radców Prawnych P.J. Sowisło- & Topolewski S.K.A. wdrażają projekt polegający na cyklicznej publikacji e-informatora prawnego, w którym można znaleźć najnowsze zmiany w prawie istotne z punktu widzenia wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentyisty w ramach praktyki zawodowej. Będą one dotyczyły zarówno zagadnień stricte związanych z prawem medycznym, jak też związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej oraz zatrudnianiem lekarzy w podmiotach leczniczych. Biuletyn ma ukazywać się co 14 dni. Pierwszy numer opublikowano 14 września. Jest on dostępny na stronie internetowej izby. Informator będzie też rozsyłany za pomocą izbowego newslettera. ☺

# Musimy być bardziej roszczeniowi

Z **Krzysztofem Madejem**, wiceprezesem Naczelnej Rady Lekarskiej, rozmawiają **Ryszard Golański** i **Marta Jakubiak**.

## **GL** Dlaczego zdecydował się pan objąć funkcję wiceprezesa NRL?

Wraz z końcem VII kadencji kończyło się to, co przez lata było spetryfikowane. Pojawiła się więc możliwość, by coś zmienić i zbudować od nowa. Postanowiłem z niej skorzystać. Doceniłem również aktywność młodzieży lekarskiej i zrozumiałem, czym spowodowana jest frustracja młodych lekarzy i ich chęć zaangażowania się w samorząd. Zdałem sobie sprawę, że podziela ich frustrację. Między innymi dlatego postanowiłem po latach ponownie skierować swoje kroki w stronę samorządu.

## **GL** Czym będzie zajmował się pan w najbliższej kadencji?

To wciąż jeszcze pytanie otwarte. Przypisywanie zadań i formułowanie celów na VIII kadencję wciąż trwa. Już teraz mogę jednak wskazać obszar, w którym jest wiele do zrobienia. Po trzydziestu latach nowej Polski, w jej nowym kształcie ustrojowym przesądzono różne rzeczy, zaprojektowano je i zrealizowano z lepszym lub gorszym skutkiem, jak np. zręby życia gospodarczego czy prawa finansowego, wiele obszarów życia społecznego, administracyjnego i politycznego, ale jednego z tematów nie rozpracowano w stopniu społecznie zadowalającym – nie zrobiono tego w takim inżynierskim znaczeniu projektowym. Żeby zbudować samolot, który kiedyś wzbieje się w powietrze i bezpiecznie wylądować, najpierw trzeba mieć doskonale przygotowany projekt.

Polski system ochrony zdrowia nie jest i nigdy nie był zbudowany według określonego modelu organizacyjnego i finansowego. Wciąż nie znamy odpowiedzi na fundamentalne pytanie, kto jest odpowiedzialny za kształtowanie polityki zdrowotnej w naszym kraju. Chciałbym swoje doświadczenia życiowe, jako działacza samorządowego i jako lekarza praktyka, wykorzystać w dyskusji programowej dotyczącej tego właśnie tematu.

## **GL** Jak zrobić to, czego innym nie udało się dokonać przez lata?

Samorząd lekarski był, a w ostatnim czasie był nawet bardzo, reaktywny. Trzeba to zmienić. Otrzymywał od opiniowania różne projekty mniej lub bardziej zrozumiałych przepisów wykonawczych, które dotyczyły wycinkowych i hermetycznych dziedzin medycyny. Wspólnie z prawnikami pochylał się nad nimi, analizował je i recenzował. Ale nic z tego nie wynikało, bo nie było odpowiedzi na fundamentalne pytanie: jak ma wyglądać równowaga finansowa w wykorzystywaniu nakładów, którymi dysponujemy, i jak ma przebiegać próba budowania ładu społecznego w zapewnieniu dostępu do świadczeń zdrowotnych. Na pytanie, co zrobić, żeby zażegnać nieustający kryzys w ochronie zdrowia, wciąż dostawaliśmy odpowiedź, że pieniędzy jest tyle, ile jest i możemy dzielić tylko tyle, ile mamy. Niby logiczne, ale jednak mało mądre.

Ponieważ państwo polskie i klasa polityczna nie dały do tej pory odpowiedzi na pytanie, jaki jest model systemu ochrony zdrowia w Polsce, skazani zostaliśmy na programy polityczne poszczególnych partii. Jedna formacja wprowadziła kasy chorych, inna je zlikwidowała i wprowadziła NFZ. Obecna koalicja zapowiadała przed wyborami likwidację NFZ-u, a na Forum Ekonomicznym w Krynicy politycy gratulowali sobie, że tak jak jest, jest dobrze. Zakładano, że finansowanie realizacji świadczeń zdrowotnych na podstawie negocjowanych umów cywilnoprawnych zoptymalizuje wykorzystanie niewystarczających środków. Nie udało się. Ostatecznie w wielu miejscach



kontrakty zamieniono na ryczałty. Historia zatoczyła koło. Fantazjowano, że komercjalizacja lub prywatyzacja w ochronie zdrowia będzie ozdrowieńczą, nie bardzo są na to dowody. Itd., itd., długo mógłbym wymieniać. Zataczamy się od płotu do płotu. Tak być nie powinno.

Jak wprowadzano kasy chorych, jeden z moich ówczesnych uczonych mentorów powiedział: „Nie wyjdzie im ta reforma ochrony zdrowia, nie wyjdzie”. Dlaczego? – pytam. „Bo chcą urynkować świadczenia zdrowotne, a nie chcą urynkować pracy ludzkiej”. Czy on czasami nie miał racji?

## **GL** Co w związku z tym?

Skoro nie ma modelu ustrojowego, skoro politycy i urzędnicy przywołani ad hoc do systemu ochrony zdrowia nie są w stanie zagwarantować ładu w ochronie zdrowia, chciałbym spróbować znaleźć w środowisku lekarskim taką grupę osób, która byłaby zdolna do pracy programotwórczej. To nie jest oczywiście główne zadanie samorządu, ale jestem gotów wziąć udział w takiej pracy.

## **GL** Jakie są zatem zadania samorządu?

Zostały wskazane w ustawie, jak np. sprawowanie pieczy nad wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentysty. I jest ich tak wiele, że potrzeba istnienia naszej korporacji zawodowej jest bezdyskusyjna. Nie będę ich wszystkich przytaczał. Ja myślę o przyjęciu przez samorząd pewnej postawy – musi przestać być reaktywny i stać się bardziej roszczeniowy. Ale to roszczenie będzie miało sens tylko wówczas, kiedy przyjmie postać krytyki konstruktywnej. Wierzę, że znajdzie się w samorządzie grupa entuzjastów, którzy są na tyle zdyscyplinowani intelektualnie i pokorni wobec własnej niewiedzy, że zaproponują mądre rozwiązania, ku rozsadze decydentów.

## **GL** Czym zajmuje się pan już teraz jako wiceprezes NRL?

Jednym z zadań, które mi powierzono, jest kreowanie polityki medialnej. Samorząd robi bardzo dużo, a środowisko lekarskie o jego działaniach nic nie wie albo wie niewiele. Stworzenie bardziej doskonałych form przekazu informacji jest więc niezwykle ważną rzeczą. Obecnie recepcja wysiłków samorządu wśród lekarzy jest zła. Musimy to zmienić. 

**^ Krzysztof Madej:  
– Samorząd lekarski był, a w ostatnim czasie był nawet bardzo, reaktywny. Trzeba to zmienić.**

# Nie zabijaj

Z dr. hab. n. med. **Markiem Czarkowskim**, przewodniczącym Ośrodka Bioetyki NRL, rozmawiają **Ryszard Golański i Marta Jakubiak**.

**GL**  
W Y W I A D

## **GL Po co medycynie bioetyka, a samorządowi lekarskiemu Ośrodek Bioetyki?**

To bardzo dobre pytanie. Współczesna medycyna zaczyna ingerować w takie aspekty ludzkiego życia i stwarza takie możliwości działania, że coraz więcej procedur i zabiegów budzi wątpliwości natury etycznej. Pojawiają się też bardzo istotne problemy w praktyce lekarza. Umiejętność podtrzymywania ludzkiego życia jest już tak rozwinięta, że można by nie pozwolić człowiekowi umrzeć, podtrzymując go sztucznie przy życiu odpowiednią aparaturą. Trzeba rozstrzygać: kiedy leczenie staje się uporczywe, a kiedy zasadne i powinno być kontynuowane. Na takie pytania medycyna nie udziela odpowiedzi. Należy ona do nauk empirycznych, w których głównym narzędziem poznawczym są badania naukowe. Etyka, filozofia, prawo to dziedziny, w których empiria nie jest najważniejsza. Tu przekonuje się ludzi do swojego stanowiska, oczywiście używając racjonalnej argumentacji i logiki rozumowania, ale ścierają się poglądy, a nie fakty. Dlatego w dyskusjach dotyczących etyki medycznej niejednokrotnie pojawiają się spory.

## **GL Czy są one w ogóle do rozstrzygnięcia?**

Rozstrzygnięcie ich jest bardzo trudne, czasem rzeczywiście niemożliwe. Mówimy wówczas o dylematach moralnych, bo każdy, kto optuje za swoim stanowiskiem, ma mocne i uzasadnione argumenty etyczne. Często różnice stanowisk wynikają z odmiennej interpretacji norm.

Najważniejszą normą w relacjach międzyludzkich jest „nie zabijaj”. Wszystkie problemy w medycynie, które dotyczą początków ludzkiego życia, przerywania go, zaprzestawiania leczenia to najbardziej gorące tematy. Tu „nie zabijaj” nabiera jednak zupełnie innego wymiaru. Wielu etyków i filozofów ma mocne argumenty za tym, że lekarzom nie wolno przerywać życia ludzkiego i powinni ratować je za wszelką cenę. Są jednak też tacy, którzy widzą problem zupełnie inaczej, także wytaczając bardzo mocną argumentację. Proszę zwrócić uwagę, że Kodeks Etyki Lekarskiej nie wypowiada się wprost w kwestii np. dopuszczalności przerywania ciąży.

## **GL Dlaczego?**

Sądzę, że środowisko lekarskie nie byłoby w stanie porozumieć się co do ustalenia jedynych słusznych zapisów. Przyjęcie czegokolwiek na zasadzie, że większość

ma rację, niczego nie załatwia, bo mniejszość pozostaby nieprzekonana i wściekła.

W czasie tak gorących sporów Ośrodek Bioetyki NRL, który nigdy nie opowiada się za jedynie słusznym stanowiskiem, lecz przedstawia władzom samorządowym, opinii publicznej czy zainteresowanym stronom złożoność zagadnienia, jest niezwykle potrzebny. Nie wyznaczamy jedynie słusznych kierunków w etyce medycznej. Staramy się uświadamiać, z jak złożonymi i skomplikowanymi sprawami mamy do czynienia.

Nie wiem, na ile jesteśmy w stanie nad wszystkim zapanować na tym etapie rozwoju ludzkości. Dlatego potrzebne są różnego rodzaju instytucje, jak szpitalne komisje etyczne, które pomagają w rozstrzyganiu sporów.

## **GL Czy takie komisje są w każdym szpitalu i czym się zajmują?**

Kiedy powstało Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia oraz opracowano standardy i postawiono konkretne wymogi akredytacyjne dla szpitali, chcieliśmy sprawdzić, w ilu szpitalach są już komisje etyczne i w ilu powstaną. Jedyna w Polsce praca badawcza dotycząca takich komisji została wykonana przez nasz ośrodek. Wysłaliśmy krótkie ankiety do wszystkich szpitali klinicznych oraz innych posiadających akredytację z prośbą o ich wypełnienie i odesłanie. Okazało się, że w kraju działa jedynie około stu komisji etycznych, co stanowi 6 proc. wszystkich szpitali. Ponad 2/3 komisji powstało dopiero po wprowadzeniu standardów, a ponad 1/3 nie opiniowała żadnych spraw.

## **GL A jeśli pytano o coś komisje, to czego dotyczyły pytania?**

Na ogół proszono o rozstrzygnięcie sporów personalnych. Pytania dotyczące dylematów etycznych w medycynie stanowiły zaledwie kilkanaście procent.

Otrzymane w tym badaniu wyniki bardzo nas zaskakowały i zastanawiamy się, czy rzeczywiście lekarze, pacjenci i ich bliscy nie spotykają się z trudnymi etycznie sytuacjami.

## **GL Będą kolejne badania?**

Tak, planujemy przeprowadzić je w dwóch obszarach. Jedno będzie badaniem populacyjnym i sprawdzeniem, co na temat istnienia komisji etycznych w szpitalach myśli

opinia publiczna, czy osoby niebędące lekarzami widzą potrzebę ich istnienia.

Chcemy też zadać pytania lekarzom. To badanie już się toczy. Na stronie Centrum Bioetyki UW zamieszczona została ankieta „Trudne decyzje kliniczne w praktyce lekarskiej” (cbb.uw.edu.pl). Gorąco zachęcam wszystkich do jej wypełnienia. Państwu to zajmie chwilę, a nam pozwoli uzyskać niezwykle cenną wiedzę – czy lekarze rzeczywiście potrzebują konsultacji etycznych. Ankietę można wypełniać do końca listopada.

#### **GL W których dziedzinach wiedza na temat dylematów etycznych lekarzy jest szczególnie ważna?**

Tam, gdzie problemy pojawiają się najczęściej. Bardzo zależy nam na opiniach lekarzy pracujących w hospicjach, internistów, anestezjologów, ginekologów, neonatologów. W innych specjalizacjach problemy również istnieją, dlatego zachęcam wszystkich do dzielenia się swoimi opiniami i doświadczeniami.

#### **GL Ile ankiet udało się już pozyskać?**

Ponad dwieście. W dwóch trzecich respondenci zgłaszali problemy natury etycznej i widzieli potrzebę istnienia szpitalnych komisji. Już teraz mogą powiedzieć, że tematyka zgłaszanych przez lekarzy zagadnień wymagających rozstrzygnięcia jest mocno zróżnicowana. Ponad 50 proc. respondentów zgłosiło problem dotyczący braku zgody pacjenta na leczenie. Bardzo nam jednak zależy na większej liczbie odpowiedzi, tak by badanie to odzwierciedlało w sposób jak najbardziej prawdziwy rzeczywiste problemy etyczne, z jakimi lekarze spotykają się w swojej pracy. Więcej będę mógł powiedzieć dopiero po zakończeniu badania i przeanalizowaniu jego wyników.

#### **GL Czy trudnych decyzji klinicznych nie można rozstrzygać, bazując na Kodeksie Etyki Lekarskiej?**

Czasem pojawiają się tak trudne zagadnienia, że nie można ich rozstrzygnąć, opierając się wyłącznie na zapisach KEL. W identycznej sytuacji klinicznej jeden chory może chcieć zrezygnować z proponowanej opieki, a nawet prosić, by już nic więcej nie robić, a drugi będzie się domagał, by robić wszystko, nawet to, czego nie zalecają standardy, by go ratować. Mamy więc identyczne sytuacje medyczne, ale zupełnie odmienne oczekiwania pacjentów. Jak postąpić? Decyzja musi być indywidualna, zgodna z KEL i prawem. A lekarz musi ją podjąć.

Czasem rodzi się konflikt, np. w zespole anestezjologicznym, gdyż część lekarzy twierdzi, że pacjenta należy podłączyć do urządzeń podtrzymujących go przy życiu,



**> Marek Czarkowski:  
– Nie wyznaczamy jedynie słusznych kierunków w etyce medycznej. Staramy się uświadamić, z jak złożonymi i skomplikowanymi sprawami mamy do czynienia.**

a inni twierdzą, że będzie to terapia uporczywa i się na to nie zgadzają. To są właśnie te problemy, w przypadku których komisje etyczne powinny zabierać głos. Ale nie tylko. Przecież pierwsza na świecie szpitalna komisja etyczna została powołana w celu racjonalizacji ratującej życie procedury – dializoterapii.

Komisja może być w pewnym sensie mediatorem, może wydać opinię, przytoczyć argumentację za i przeciw, ale nie jest od narzucania własnego zdania. Konsultacje etyczne, podobnie jak konsultacje medyczne, to opinie, które mają na celu ułatwienie zrozumienia problemu i przedstawienia zaproponowanego rozwiązania. Lekarz może, ale nie musi postąpić zgodnie z sugestią komisji. Z drugiej strony trudno zarzucić takiemu lekarzowi, że nie dochował należytej staranności przy sprawowaniu opieki nad pacjentem.

#### **GL Czy lekarzom można jeszcze inaczej pomóc w podejmowaniu trudnych decyzji medycznych?**

Zdecydowanie tak. Współczesna opieka zdrowotna wymaga nie tylko wiedzy medycznej, ale także znajomości etyki lekarskiej. Coraz częściej znajomość etyki będzie kluczową umiejętnością w prawidłowym sprawowaniu opieki zdrowotnej. I dlatego tak istotne są szkolenia z zakresu bioetyki prowadzone w okręgowych izb lekarskich dla lekarzy stażystów. Na początku bieżącego roku odbyło się w Naczelnej Izbie Lekarskiej spotkanie osób z okręgowych izb lekarskich zaangażowanych w szkolenie stażystów z zakresu etyki medycznej. Obecnie Ośrodek Bioetyki udostępnił na swojej stronie internetowej materiały źródłowe w polskich wersjach językowych, które obok KEL mogą pomóc lekarzom w zaznajomieniu się ze złożonymi zagadnieniami etycznymi. Wszystkie materiały są dostępne dla każdego zainteresowanego na stronie bioetyka.net.

Dylematy towarzyszą każdemu z nas. Warto wiedzieć, jak je rozwiązywać. I mieć świadomość, że niektórych jednoznacznie rozwiązać się nie da, zwłaszcza gdy dotyczy zdrowia i życia drugiego człowieka. 

**WSPÓŁCZESNA OPIEKA ZDROWOTNA WYMAGA  
NIE TYLKO WIEDZY MEDYCZNEJ, ALE TAKŻE  
ZNAJOMOŚCI ETYKI LEKARSKIEJ.**

# Niezapłacone składki

„Lekarze powinni solidarnie wspierać działalność swego samorządu, którego zadaniem jest zapewnienie lekarzom należytej pozycji w społeczeństwie” [art. 59 zd.1 KEL].

**Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej, na wniosek skarbnika ORL, skierował do okręgowego sądu lekarskiego wniosek o ukaranie lekarki, która mimo ciężącego na niej obowiązku opłacania składki członkowskiej i wezwania jej do uregulowania zaległości nie wywiązała się z tego obowiązku.**

Na początku 2014 r. obwiniona lekarka przeszła na emeryturę, lecz nie poinformowała o tym fakcie swojej okręgowej izby lekarskiej. Nie złożyła też do ORL oświadczenia, że nie osiąga przychodu z tytułu wykonywania zawodu lekarza ani wniosku o obniżenie w związku z tym składki członkowskiej do 10 zł miesięcznie lub zwolnienie jej z opłacania takiej składki w ogóle. OSL po rozpatrzeniu sprawy uznał lekarkę

winną zarzucanego jej przewinienia zawodowego i nałożył na nią karę pieniężną w wysokości 1415 zł płatną na rzecz jednego z hospicjów. Obciążył ją również kosztami postępowania, które wyniosły 1531,60 zł. Obwiniona odwołała się do Naczelnego Sądu Lekarskiego. W odwołaniu zarzuciła m.in. naruszenie prawa materialnego, polegającego na uznaniu, że nieopłacenie składek stanowi naruszenie art. 59 zd. 1 KEL; naruszenie przepisów postępowania poprzez nieuwzględnienie wniosków dowodowych mających znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy; niewspółmierność orzeczonej przez OSL kary; przekroczenie zasad swobodnej oceny dowodów. Obwiniona wnioskuje jednocześnie o zmianę orzeczenia OSL i zaakceptowanie jej deklaracji, że dobrowolnie wpłaci 180 zł na rzecz zaległych składek (należną kwotę skarbnik

OIL wyliczył w wysokości 860 zł, należną za okres 2.2014-7.2015).

Naczelny Sąd Lekarski wnikliwie przeanalizował sprawę i zmienił skarżone orzeczenie sądu pierwszej instancji w zakresie nałożonej na obwinioną kary, udzielając jej upomnienia. Nie rozstrzygał o wysokości należnych składek płatnych na rzecz OIL, ale uchylił obowiązek uiszczenia kary pieniężnej, uznając, iż jest ona niewspółmierna do popełnionego przewinienia, a przesłanki określające jej wysokość nieznanne. Koszty postępowania obwiniona miała pokryć jedynie w połowie, gdyż złożone przez nią odwołanie uznano w części za zasadne, pozostałą należnością obciążono Skarb Państwa.

Od orzeczenia tego obwiniona złożyła kasację do Sądu Najwyższego, który uchylił orzeczenie NSL, przekazując sprawę do ponownego rozpatrzenia. ○



**Grzegorz Wrona**

Naczelny Rzecznik  
Odpowiedzialności  
Zawodowej

## KOMENTARZ

Nie może budzić wątpliwości, że opłacanie składek członkowskich jest obowiązkiem lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu. Wynika to chociażby z orzeczenia Sądu Najwyższego (SDI 17/15). Nie powinno budzić wątpliwości, że rażąco uporczywe uchylanie się od wypełniania tego obowiązku jest przewinieniem zawodowym polegającym na naruszeniu art. 59 KEL i wówczas za zasadne należy uznać wkroczenie organów odpowiedzialności zawodowej. Nie powinniśmy też zapominać, że prezes, skarbnik i okręgowa rada lekarska posiadają uprawnienie do zastosowania przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji w zakresie ściągnięcia nieopłaconych składek (art. 116 uoia). Co do zasady zatem, każdorazowe angażowanie rzecznika odpowiedzialności zawodowej

w dyscyplinowanie lekarza do opłacania składek budzić musi wątpliwości.

W opisywanej sprawie zapadło już, ponownie po wyroku SN, orzeczenie NSL, w którym ustalono okres czynu i kwotę nieopłaconych składek. Sąd ponownie orzekł karę upomnienia, ustnie uzasadniając niestosowność orzeczenia w tej sprawie kary pieniężnej.

I wnioskując na kanwie tego orzeczenia, warto zabiegać, aby sądy lekarskie, rozważając możliwość nałożenia kary pieniężnej, dokonywały, choćby opartej jedynie o składane zeznania lub wyjaśnienia, oceny finansowych zasobów karanego lekarza. I aby odnosiły się w uzasadnieniu orzeczenia do ocenionych możliwości.

Nie zapominajmy także o kosztach postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, które najczęściej obciążą ukaranego lekarza. Jeśli sąd postanowi inaczej, wówczas koszty postępowania mogą przekroczyć kwotę nieopłaconych składek. Kto wówczas będzie najbardziej pokrzywdzonym? ○



**Andrzej Cisto**

Wiceprezes Naczelnej  
Rady Lekarskiej

# Duma i uprzedzenie

Felietony te powinny odzwierciedlać to, czym żyje stomatologia. Kierując się tą zasadą, powinienem dziś napisać duży tekst albo o autoklawach, albo o EDM, o szansach na zmianę wyceny świadczeń w NFZ itp. Ale o tym nie napiszę.

**N**apisać chcę bowiem o czymś, co większość z nas bardziej zawsze czuło, niż wiedziało, co gdzieś zawsze wisiało nie-dopowiedziane w rozmowach odbywanych w urzędach różnych szczebli lub wyzierało z przeróżnych pism. Chodzi o rezerwę, jaką nawa państwowa żywi do komercyjnego sektora medycyny.

Niby od 30 lat jesteśmy gospodarką rynkową, zapisaną w Konstytucji własność prywatną szanujemy. I niby wszyscy wiedzą, że jesteśmy krajem na dorobku i publicznego płatnika nie stać na pełen koszyk świadczeń, a przecież gdzieś pacjenci ich potrzebujący muszą je znaleźć. To wszystko wiadomo. Skąd więc pomysł, że w relacji polegającej na pobraniu wynagrodzenia bezpośrednio od pacjenta jest coś, co wyraźnie ją odróżnia od tej, w której pieniądze przekazane są poprzez płatnika?

Nie chcę uderzać w wielkie dzwony. Przystępując do pisanja, dwa razy upewniłem się, czy mam wystarczająco dużo argumentów, aby felieton ten nie został odebrany jako wyraz przewrażliwienia. Spotkaliśmy się jednak ostatnio z dość wyraźnymi przykładami deprecjonowania sektora komercyjnego:

**1.** Lekarz jako funkcjonariusz publiczny. Postulat ochrony lekarza podnoszony był od dawna. Sprawa nabrała jednak rumieńców w momencie podpisywania przez rezydentów porozumienia z ministrem. Już wówczas na forum Krajowego Zjazdu Lekarzy zapytałem, co to za różnica, czy lekarz udziela świadczeń publicznych, czy niepublicznych. Tak to zostało jednak zapisane i tak zostało to potem ujęte w ustawie (art.44 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty). Mało tego, legislatorzy się chyba pogubili, gdyż zamiast zapisu o ochronie lekarza udzielającego świadczeń publicznych mamy zapis o ochronie lekarza zatrudnionego w jednostce, która posiada kontrakt z Funduszem, a to zasadnicza różnica. Wyszło więc groteskowo, jak zawsze gdy pracuje się z zadaną tezą, że jeden rodzaj misji chcemy chronić bardziej niż inne.

**2.** „Bon patriotyczny” nie dla stomatologów. Zapewne z tego samego względu ministerstwu wydaje się, że nie opłaca

się wiązać młodych rezydentów-stomatologów zwiększonym wynagrodzeniem rezydenckim (warunek przepracowania w kraju 2 lat z 5 po specjalizacji). Choć ustawie daleko do precyzji, jednak to interpretacja ministerstwa pozbawia młodych stomatologów-rezydentów prawa do zdecydowania, czy chcą zagwarantować swoje „dwa z pięciu”, czy też nie. A decyzja powinna należeć do nich. I tu też taki sam nonsensowny zapis jak w art.44. Kryterium gwarancji nie jest przepracowanie 2/5 przy udzielaniu świadczeń publicznych, tylko praca w placówce posiadającej kontrakt. Zostawiając na boku stomatologię, zapytać warto, czy jakikolwiek młody specjalista nie jest sam w sobie wartością? Musi koniecznie potwierdzać swą wartość, pracując dla systemu?

**3.** Sprawa specjalizacji stomatologicznych i cały czas dramatycznie małej liczby rezydentur. Tu już dysponujemy „twardymi dowodami” w postaci pism i oficjalnych rozmów, w których sugeruje się, że specjalizowanie się stomatologów nie jest tak do końca opłacalne, gdyż potem „znikają oni z systemu”, więc może gdyby odpracowali parę lat po specjalizacji „na państwowym”, no może... kto wie... może rezydentur byłoby więcej.

Dodać można jeszcze podejrzliwość żywioną przez Fundusz wobec udzielania świadczeń komercyjnych w czasie zgłoszonym do umowy, pomimo że w danej chwili nie ogranicza to dostępności do świadczeń. Wszystko to razem skłania do sformułowania następującego Manifestu:

*Lekarz nie uczy się dla samego siebie. Wartość lekarza nie zależy od miejsca, w którym pracuje, a już na pewno nie od tego, czy wynagrodzenia otrzymuje od pacjentów czy od pacjentów za pośrednictwem płatnika. To nie lekarze, a władze publiczne ograniczają koszyk i w przypadku stomatologii finansują tylko podstawowe świadczenia. Jeśli lekarz podwyższa swoje kwalifikacje, to zawsze podnosi tym poziom opieki i przyczynia się do rozwoju dziedziny, którą się para. Jeśli, nie uchybiwszy etyce zawodowej, odniesie sukces finansowy, to zapewne w wyniku ciężkiej pracy, czasem ryzyka, które najczęściej poręczył własnym majątkiem. I powinien być dla społeczeństwa powodem dumy, a nie uprzedzenia.* ○

# Praktyczny wymiar stomatologii

Środkowoeuropejska Wystawa Produktów Stomatologicznych CEDE ze stricte wystawienniczej zmieniała się w forum eksperckie łączące pokaz nowości w branży dentystycznej z wiedzą i edukacją.

✎ LUCYNA KRYSIAK



**N**iemal 200 wystawców, blisko 10 tys. zwiedzających, ok. 1300 osób uczestniczących w wykładach, panelach dyskusyjnych, prezentacjach, warsztatach organizowanych na stoiskach wystawienniczych, a także uczestniczących w konkursach, których celem było uzyskanie informacji na temat najnowszych technologii w dziedzinie stomatologii to bilans tegorocznych 27. targów CEDE połączonych z 2. Kongresem Unii Stomatologii Polskiej oraz działaniami odnowionego Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego.

Tegoroczna, odbywająca się dniach 20-22 września w Poznaniu impreza wyraźnie zaakcentowała swoje cele, w których postawiła na łączenie tego, co najnowsze, z wiedzą i codziennymi potrzebami praktykujących lekarzy dentystów. Wychodząc

im naprzeciw, organizatorzy stworzyli bazę aktywności wystawców. Zwiedzający mogli wejść na stronę internetową CEDE i odszukać w łatwy sposób właściwą zakładkę dotyczącą konkretnej prezentacji, konkretnego wykładu, pokazu czy warsztatu. – Baza aktywności to nasza nowość, ale już wiemy, że system się sprawdził, znacznie ułatwiając zwiedzającym poruszanie się w gąszczu różnych ofert i wydarzeń, które miały miejsce na targach i tego rodzaju formułę będziemy rozwijać w przyszłości – zapewnia organizator Ewa Mastalerz, prezes firmy „Exactus”.

## JAK NAJBLIŻEJ POTRZEB

CEDE to nie tylko wystawa, to towarzyszący imprezie 2. Kongres Unii Stomatologii Polskiej, któremu w tym roku przyświecała idea dostosowania programu do codziennych potrzeb lekarzy dentystów zarówno

▲ Stoiska, gdzie prowadzono pokazy i warsztaty, były oblegane.

początkujących, jak i legitymujących się dużym doświadczeniem, a także higienistek i asystentek stomatologicznych. Program łączył nowoczesne procedury endodontyczne, implantologiczne czy chirurgiczne z podstawową, ale niezbędną wiedzą dotyczącą m.in. leczenia mleczaków, antybiotykoterapii czy fundamentalnych badań przyzębia.

Oprócz ekspertów w dziedzinie stomatologii do udziału w kongresie po raz pierwszy zaproszono lekarzy ogólnych, wybitnych specjalistów w swoich dziedzinach, którzy wspólnie ze stomatologami rozstrzygali ważne dylematy dotyczące, m.in. oporności na antybiotyki, leczenia dentystycznego ciężarnych, seniorów czy małych dzieci. Prof. Waleria Hryniewicz z Narodowego Instytutu Leków podczas panelu poświęconego antybiotykoterapii ostrzegła, że w stomatologii obowiązują takie same zasady stosowania antybiotyków, jak w innych dziedzinach medycyny i tutaj także dochodzi do nadużyć, w wyniku czego wzrasta oporność na te leki. Prowadzący panel prof. Tomasz Kaczmarzyk, specjalista chirurgii stomatologicznej, tłumaczył, że powinno się ściśle przestrzegać wskazań do podania antybiotyków, a w stomatologii, niestety, zasada ta jest często łamana, szczególnie w sytuacjach, kiedy podaje się je zamiast wykonania zabiegu. – Największym błędem, jaki można popełnić, jest leczenie zakażenia zębopochodnego tylko antybiotykiem, bez wdrożenia leczenia przyczynowego – podkreślił profesor i dodał, że to niestety częste zjawisko.

Tematem, który wzbudził również duże zainteresowanie, była opieka stomatologiczna nad kobietą ciężarną, specyficzne potrzeby ciężarnych, sposoby ich





^ **Lekarze dentyści przyjechali po wiedzę praktyczną.**

znieczulania, profilaktyki próchnicy. – Mam nadzieję, że wiedza, którą dzielimy się ze stomatologami, pozwoli im się ośwoić z tematem kobiety w ciąży u dentysty, tym bardziej, że stan jamy ustnej wpływa w sposób istotny na powikłania przebiegu ciąży – wyjaśniała dr Anna Cyganek, ginekolog, transplantolog z I Kliniki Ginekologii i Położnictwa Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i przekonywała, by nie bać się takich pacjentek. Ambicją prelegentów – co wielokrotnie podkreślali – było przekazanie słuchaczom wzorcowych recept na leczenie, opartych na aktualnych, światowych wytycznych. Takie zalecenia przygotowali też prowadzący panel leczenia stomatologicznego ciężarnych.

### WYSŁUCHAĆ I ZASTOSOWAĆ

Różne punkty widzenia, dylematy, dyskusje podejmowane na kongresie z założenia miały zainspirować uczestników do nowych zawodowych wyzwań. Prof. Teresa Sierpińska, konsultant krajowy w dziedzinie protetyki stomatologicznej, mówiąc o patologicznym starciu zębów, podkreśliła, że jest nie tylko pod wrażeniem doboru tematów przygotowanych na kongres, ale ich praktycznego ujęcia. – Wysłuchać i zastosować we własnej praktyce, czyli skorzystać z oferowanej



wiedzy, by rozwijać się zawodowo z korzyścią dla pacjenta – zaznacza prof. Sierpińska, a dr n. med. Jolanta Kostrzewa-Janicka, specjalista protetyki stomatologicznej z Warszawy, podkreślała, że lekarzom denty stomom najbardziej w codziennej pracy przydają się instrukcje i zalecenia, gdyż dzięki nim wiedzą, co robić nawet w trudnych do rozstrzygnięcia sytuacjach. Takie zalecenia praktyczne dotyczące protetyki wkrótce zostaną opracowane dzięki współpracy z ośrodkami w Lublinie, Poznaniu, Krakowie, Białymstoku, a więc tymi, które zajmują się zaburzeniami czynnościowymi.

Prof. Marcin Kozakiewicz, kierownik Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej z UM w Łodzi, praktyczny wymiar dostrzega także w ogromnym potencjale tkwiącym w stomatologii w kontekście wykrywania nowotworów jamy ustnej. – Lekarz denty sta z powodzeniem może być onkologiem pierwszego kontaktu, ponieważ lekarz POZ nie jest w stanie wykryć zmian w jamie ustnej ledwo dostrzegalnych gołym okiem, a dentysta jest wyposażony w odpowiednie narzędzia – mówi Kozakiewicz i dodaje, że w tej kwestii także potrzebne jest opracowanie praktycznych wskazówek dotyczących podstawowych objawów czy drobnych zabiegów pozwalających usunąć te zmiany, aby lekarze dentyści wiedzieli, jaka jest waga ich wczesnego wykrycia.

### PTS W NOWEJ ODSŁONIE

To jeszcze jeden dowód na to, że obecnie na CEDE jeździ się przede wszystkim po wiedzę. Swoją wyraźny udział w imprezie zaznaczyło w tym roku Polskie Towarzystwo Stomatologiczne, które miało własne stoisko, na którym non-stop obecni byli wybitni eksperci w różnych dziedzinach stomatologicznych. Konsultacje z nimi stały się okazją do bezpośredniej wymiany zdań na tematy nurtujące każdego praktykującego lekarza denty stę. Były też niepowtarzalną okazją do rozwiania wielu merytorycznych wątpliwości. Na stoisku przez cały czas odbywały się rozmowy

z wiedzających z ekspertami. Widać było, że ta forma poszerzania wiedzy cieszyła się zainteresowaniem. Na briefingu prasowym prof. Marzena Dominiak, prezydent PTS i przewodnicząca Rady Naukowej 2. Kongresu Unii Stomatologii Polskiej, opowiedziała o działaniach towarzystwa podjętych od momentu, kiedy została jego prezydentem, podkreślając parokrotnie, że w odnowionej formule chce reprezentować społeczność stomatologiczną w szerokim zakresie i kryją się za tym konkretne działania.

Na dobry początek PTS oferuje absolwentom studiów stomatologicznych członkostwo (na rok lub dwa – dla członków PTSS) bez ponoszenia jakichkolwiek opłat. Korzyści obejmują m.in. bonifikaty w opłatach za szkolenia, zniżki na produkty firm partnerskich, specjalne oferty firm ubezpieczeniowych, możliwość korzystania z terminali płatniczych za przysługującą złotówkę. Otwarto też dla wszystkich dostęp do periodyków naukowych „Protetyka” („Prosthodontics”) i „Czasopisma Stomatologicznego” („Journal of Stomatology”). – Bardzo mocno stawiamy na wiedzę, ale ta wiedza musi być wciąż aktualizowana, konfrontowana z praktyką i PTS będzie nad tym sprawować pieczę. Chcemy być przede wszystkim zespołem ludzi napędzających polską stomatologię, stanowiących wartość merytoryczną o znaczącej sile oddziaływania – zaznacza prof. Dominiak i dodaje, że w działaniach PTS nie może zabraknąć współpracy z samorządem lekarskim. – Moją ideą jest jednoczenie stomatologii i pierwszym krokiem, jaki zrobił odnowiony PTS, było podpisanie umowy z Naczelną Radą Lekarską, aby zmanifestować, że jesteśmy razem, co się przekłada na konkretne działania w postaci nieodpłatnych szkoleń dla stomatologów, np. szkolenia laserowego czy radiologicznego, prowadzonych w izbie – wylicza, wierząc, że działania te będą kontynuowane i rozwijane w porozumieniu z nowymi władzami samorządowymi. Uważa, że równie ważne są szkolenia organizowane przez PTS w okręgowych izbach lekarskich, co dobrze wróży na przyszłość, jeśli chodzi o kierunek, w jakim powinny rozwijać się szkolenia podyplomowe. – Dzięki tej współpracy będziemy mówić wspólnym głosem i o to nam chodzi – podsumowuje prof. Dominiak. ○

▼ **Instrukcje i zalecenia to dla stomatologa nieoceniona pomoc w praktyce.**



# Leczmy mleczaki

Z prof. **Dorotą Olczak-Kowalczyk**, konsultantem krajowym w dziedzinie stomatologii dziecięcej, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

**GL**  
W Y W I A D

## **GL Jak to jest z zębami mlecznymi – leczyć je czy nie leczyć, skoro w swoim czasie i tak wypadną?**

Leczyć i to bezwzględnie. Dowiedzono naukowo i klinicznie, że od tego zależy zdrowie ogólne dziecka i jakość jego życia, gdyż nieleczone mleczaki tak samo boją jak nieleczone zęby człowieka dorosłego. Od ich stanu, a może przede wszystkim, zależy jakie wyrosną u dziecka zęby stałe. Rzecz w tym, że nie każdy stomatolog chce podjąć się leczenia zębów mlecznych. Są z tym duże problemy.

## **GL Skąd ten opór?**

Dziecko to pacjent specyficzny. Kręci się, wierci, boi, płacze. Lekarz dentysta musi wykazać się cierpliwością, poświęcić mu dużo więcej czasu niż osobie dorosłej. Decydują o tym także oczekiwania rodziców dziecka, którym wydaje się, że leczenie to zabieg mało kontaktowy, wręcz komfortowy. A to nieprawda.

## **GL A co na to epidemiologia?**

Od lat w Polsce były prowadzone badania monitorujące stan zdrowia jamy ustnej Polaków, także w grupach dzieci w wieku 3-6 lat, i okazało się, że nadal tylko od kilku do kilkunastu procent mlecznych zębów, które wymagają interwencji stomatologicznej, jest leczonych. Wprawdzie leczenie zębów mlecznych jest refundowane przez NFZ, ale czas, który poświęca się dziecku, jest dłuższy i tego kontakty nie biorą pod uwagę.

Leczenie dziecka w wieku 3-4 lat jest naprawdę wyzwaniem, ponieważ polega nie tylko na wykonaniu procedury, ale przekazywaniu zaleceń rodzicom i dziecku przy każdej wizycie, co również wymaga dodatkowego czasu. A te zalecenia to część profilaktyki choroby próchnicowej, więc są niezwykle ważne.

## **GL Aż trudno uwierzyć, że tak wiele dzieci wymaga leczenia stomatologicznego, skąd to się bierze?**

Z zaniedbań higienicznych i złej diety, w której panuje wszechwładztwo cukru. Trzeba sobie zdawać sprawę, że jest w wielu produktach, nie tylko w słodyczach, a w ciągu pierwszych dwóch lat życia dzieci nie powinny mieć z nim kontaktu. Dziecko w tym wieku powinno znać smak cukru tylko z mleka matki, a nie ze słodzonych herbat. Choroba próchnicowa jest chorobą wieloczynnikową, wprawdzie w części jest

warunkowana predyspozycją genetyczną, w dużej mierze zależy też od składu śliny, jednak największą winę ponosi cukier i niedostateczna higiena jamy ustnej.

## **GL Czy są rekomendacje dotyczące leczenia zębów mlecznych?**

Jest ich szereg opracowanych przez Polskie Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej (PTSD) i Polski Oddział Sojuszu na Rzecz Przyszłości Wolnej od Próchnicy. Wprawdzie każdy stomatolog dziecięcy wie, jak postępować z dzieckiem, i nie potrzebuje rekomendacji. Dziećmi zajmują się jednak także stomatolodzy tzw. ogólni i dla nich tego rodzaju zalecenia okazują się niezbędne.

Zebrałiśmy ekspertów i opracowaliśmy zalecenia dotyczące żywienia dzieci w kontekście zapobiegania próchnicy, zalecenia, jak stosować profilaktykę fluorkową, opracowaliśmy też paszporty specjalne, które są dostępne na stronie PTSD i acff.pl. Każdy lekarz może je sobie wydrukować. Chodzi o to, aby nie tylko lekarze skorzystali z tej wiedzy, ale też rodzice.

## **GL Czyli nie tylko leczymy mleczaki, ale zapobiegamy próchnicy tych pierwszych zębów u dzieci.**

Badania wskazują, że próchnicę ma blisko 50 proc. trzylatków, 80 proc. ośmiolatków i ten odsetek wzrasta dramatycznie. Średnio 2 zęby mleczne u trzylatków są już objęte próchnicą, a blisko 5 zębów u dzieci starszych. Jest więc o co walczyć tym bardziej, że powikłania próchnicy są straszne. Nieleczona szybko doprowadza do chorób miazgi, tkanek wokół zęba, tzw. infekcji okołozębowych, które u dzieci manifestują się jako przetoki, ropnie, zapalenia tkanek oczodołu, uszu, a nawet mogą wystąpić powikłania ze strony układu nerwowego. Jeśli dziecko ma jakiś problem ogólnomedyczny, te powikłania mogą być jeszcze cięższe. A co najważniejsze – próchnica zębów mlecznych jest czynnikiem ryzyka występowania próchnicy zębów stałych.

Na Kongresie Unii Stomatologii Polskiej chcieliśmy pokazać sposoby radzenia sobie ze zmianami próchnicowymi i różne metody – mniej lub bardziej inwazyjne – w leczeniu próchnicy u dzieci oraz dać lekarzom możliwość ich wyboru. Po kongresie chcemy zebrać wiedzę na ten temat i wydać przewodnik, który – mam nadzieję – znajdzie się w wyposażeniu gabinetu każdego lekarza dentysty. ○



**Romuald Krajewski**  
Prezydent Europejskiej  
Unii Lekarzy Specjalistów

# 60 lat w Europie

W dniu 20 lipca 1958 r. w Brukseli przedstawiciele organizacji lekarzy specjalistów z sześciu krajów ówczesnej Wspólnoty Europejskiej założyli Union Europeenne des Medecins Specialistes, obecnie największą organizację profesjonalną lekarzy europejskich i jedyną, do której należą organizacje reprezentujące lekarzy specjalistów ze wszystkich krajów Unii Europejskiej i krajów stowarzyszonych.

**E**fekty 60 lat współpracy europejskich specjalistów, z których korzystają lekarze w UE i poza nią, są imponujące. W UE, która daje możliwość wykonywania zawodu w licznych krajach, bardzo ważne jest, aby kompetencja specjalistów była podobna i tylko w wyniku współpracy, dialogu i aktywnego uczestnictwa przedstawicieli wszystkich krajów mogą powstać jednolite, wysokiej jakości, a jednocześnie praktyczne programy. To UEMS robi od wielu lat i programy specjalizacji akceptowane przez Radę UEMS są wzorem dla wielu krajów.

Taki sam cel przyświeca organizowanym we współpracy z europejskimi towarzystwami naukowymi egzaminom. Tu z kolei warto podkreślić ważną także przy tworzeniu programów szkoleń współpracę pomiędzy specjalnościami, którą zapewnia UEMS. Efektem jest harmonizacja standardów i wysoka jakość, która sprawia, że dobrowolne egzaminy są często egzaminami krajowymi, a w licznych krajach spoza UE są uznawane za równoważne z uzyskaniem tytułu specjalisty, oczywiście po odbyciu wymaganego szkolenia specjalizacyjnego.

Akredytacja międzynarodowego doskonalenia zawodowego to kolejny przykład korzyści z aktywnej współpracy lekarzy z wielu krajów. Wprowadzony przez UEMS EACCME model akredytacji polegający na równoległej ocenie programów i materiałów edukacyjnych przez specjalistów w danej dziedzinie, organizację zajmującą się doskonaleniem zawodowym w kraju, gdzie wydarzenie edukacyjne się odbywa oraz przez administrację systemu akredytacji zapewnia wysoką jakość, ale jeszcze ważniejszą korzyścią jest stała wymiana doświadczeń i propozycji pomiędzy wszystkimi zainteresowanymi krajami. Doceniły to organizacje odpowiedzialne za rejestrację i uznawanie punktów edukacyjnych w krajach poza UE, jak American Medical Association, które automatycznie uznaje punkty uzyskane za udział w doskonaleniu akredytowanym przez EACCME.

Te aktywności są już bardzo dobrze rozwinięte, ale dużo jest ciągle do zrobienia. Na przykład w zakresie coraz częściej dyskutowanych sposobów utrzymywania kompetencji zawodowej.

Tu UEMS ma propozycję, którą określamy jako European Fellowship. Będzie to opracowana przez lekarzy specjalistów dobrowolna alternatywa dla nadmiernie biurokratycznych i obciążających lekarzy systemów wprowadzanych przez administrację.

W UEMS mniej mówimy o działaniach na forum politycznym. Są one jednak ważną aktywnością organizacji i tu przede wszystkim uwagę zwracamy na wspólne wypracowywanie stanowisk europejskich organizacji lekarzy. Najważniejsze przykłady to stanowisko z Luksemburga (2015) dotyczące rozwoju zawodowego lekarzy, wskazujące, że ustalanie zasad rozwoju i doskonalenia zawodowego powinno należeć do lekarzy, oraz tegoroczne stanowisko w sprawie centralnej roli lekarzy w ochronie zdrowia wskazujące, że praktyka medyczna wymaga współpracy wielu zawodów, ale aby zapewniać jakość i bezpieczeństwo, musi być koordynowana przez lekarzy. Stanowiska te wykorzystują krajowe organizacje lekarzy do formułowania postulatów dotyczących organizacji kształcenia i ochrony zdrowia.

Sześćdziesiąt lat to dużo. Były one dobrze wykorzystane przez europejskich lekarzy specjalistów. Wartość bycia razem we wspólnej Europie podkreśliło w szczególności sposób British Medical Association po decyzji o opuszczeniu UE przez Wielką Brytanię. Takie sytuacje stają się okazją do docenienia tej wartości, która po wielu latach współpracy może stać się czymś codziennym i prawie niedostrzegalnym. W liście BMA do UEMS czytamy, że lekarze są przygotowani do zajmowania się niekorzystnymi sytuacjami i BMA tak samo jest przygotowane do zajęcia się problemami wynikającymi z brexitu oraz zdecydowanie potwierdza swoje zaangażowanie w pracę organizacji europejskich lekarzy.

Gratulując UEMS licznych osiągnięć, życzymy więc także dalszego rozwoju i wyrażamy nadzieję, że europejscy lekarze będą jeszcze bardziej zjednoczeni we wspólnej pracy dla jakości ich praktyki i bezpieczeństwa europejskich pacjentów.

# Można być bardziej skutecznym



Lidia Sulikowska

Dziennikarz  
„Gazety Lekarskiej”

**GL**  
WYWIAD

Z prof. **Rubenem Ordą**, przewodniczącym Międzynarodowej Szkoły Senologii Międzynarodowego Towarzystwa Senologicznego, byłym prezesem tej organizacji, a także założycielem Izraelskiego Towarzystwa Senologicznego, rozmawia **Lidia Sulikowska**.

**GL Rak piersi, a właściwie gruczołu sutkowego, to najczęściej występujący nowotwór złośliwy wśród kobiet w Polsce. Na świecie jest podobnie. Z czego wynika tak wysoka zachorowalność z powodu tego nowotworu?**

To pytanie, na które szukam odpowiedzi od wielu lat. Być może jest to spowodowane wpływem różnych czynników związanych m.in. ze środowiskiem naturalnym, dietą, ale też np. kwestiami dziedzicznymi. Zapewne wiele z nich razem wziętych ma wpływ na taką, a nie inną epidemiologię tej choroby.

**GL Gdzie odnotowujemy największą liczbę zachorowań?**

Głównie w krajach zachodnich, w tym także w Izraelu. Jest to związane m.in. z proporcją kobiet w populacji, które posiadają dziedziczną formę choroby. Mogę tu podać przykład Żydów aszkenazyjskich, mieszkających zarówno w USA, jak i Izraelu. Trzeba jednak pamiętać, że czynniki genetyczne odpowiadają za ok. 10 proc. zachorowań w populacji.

**GL W których państwach stosunkowo mało osób choruje?**

Dość trudno jest odpowiedzieć na to pytanie. Im kraj mniej rozwinięty, tym statystyka lepiej wygląda, ale przecież w krajach o niskim dochodzie, np. w Afryce, jest to wynikiem po prostu słabej rozpoznawalności. Diagnostyka jest niedostępna dla wielu kobiet. To oznacza, że nie jesteśmy w stanie określić zachorowalności na właściwym poziomie.

**GL Jaki jest najważniejszy model profilaktyki w raku piersi?**

To zależy od wielu czynników. Na przykład kobiety, u których ryzyko zachorowania jest zwiększone, bo w rodzinie wystąpił rak piersi, czasem proszą o przeprowadzenie

prewencyjnej obustronnej mastektomii. Inne wolą być po prostu regularnie badane.

**GL A czy osobiście doradziłby pan pacjentce obciążonej genetycznie wykonanie prewencyjnej mastektomii?**

Moim zadaniem jest przekazanie wszystkich możliwości profilaktycznych. To jedna z nich, ale nie jedyna. Pacjentka może zamiast tego uczestniczyć w programie obserwacji. Jedne panie nie chcą takiego zabiegu, dla innych strach przed zachorowaniem jest tak wielki, że decydują się na ten krok. Tu jest ważne, czego chce sama kobieta.

**GL A co z profilaktyką kobiet całej populacji?**

Po pierwsze badanie fizykalne. Ważne są też badania przesiewowe. Akceptowalne jest wykonywanie mammografii u kobiet od 40.r.ż. raz na dwa lata. W przypadku wątpliwości kierujemy pacjentkę na badanie rezonansem magnetycznym.

**GL Kto powinien wykonać testy diagnostyczne, wykrywające mutacje powodujące raka piersi?**

Każdy, u którego w rodzinie były zachorowania.

**GL Jak, na przestrzeni lat, zmieniały się standardy terapii?**

Wiele lat temu standardowym leczeniem była radykalna mastektomia, niezależnie od stadium zaawansowania choroby. Z czasem udowodniono, że nie ma różnicy w efekcie leczenia pomiędzy pacjentkami, u których zastosowano terapię radykalną, a tymi, które leczono zachowawczo, w przypadku miejscowej resekcji w połączeniu z radioterapią. W wielu przypadkach wystarczy wykorzystanie mniej agresywnego leczenia. Później udowodniono także, że nie ma konieczności przeprowadzenia pełnej resekcji wszystkich węzłów chłonnych w dole pachowym u każdej pacjentki, wystarczy

## KOBIETY, U KTÓRYCH RYZYKO ZACHOROWANIA JEST ZWIĘKSZONE, BO W RODZINIE WYSTĄPIŁ RAK PIERSI, CZASEM PROSZĄ O PRZEPROWADZENIE PREWENCYJNEJ OBUSTRONNEJ MASTEKTOMII. INNE WOLĄ BYĆ PO PROSTU REGULARNIE BADANE.

usunąć 1-3 węzły i obserwować. To bardzo ważne, bo usunięcie wszystkich węzłów chłonnych grozi pojawieniem się obrzęku limfatycznego.

### **GL Rozumiem, że obecnie dążymy do zastosowania wszędzie, gdzie to możliwe, leczenia zachowawczego.**

Tak, ale jednocześnie trzeba brać pod uwagę sytuację społeczno-ekonomiczną pacjentki. Na przykład weźmy pod uwagę chorą, u której zastosowano leczenie zachowawcze, obejmujące radioterapię pooperacyjną po usunięciu zmiany miejscowej, a która mieszka daleko od ośrodka oferującego taką terapię i nie ma możliwości uzyskać lokalnie tego leczenia. W takich przypadkach być może większy sens miałoby przeprowadzenie radykalnej mastektomii. Po to właśnie, aby nie musiała przechodzić radioterapii, do której ma utrudniony dostęp.

### **GL Jakie są największe wyzwania związane z rakiem piersi?**

Ważne, aby patrzeć na pacjenta z perspektywy biomolekularnej. Wówczas można zaoferować spersonalizowane leczenie. Takie podejście staje się na świecie standardem, ale konieczny jest dalszy rozwój.

### **GL Czy onkolodzy są przygotowani?**

Muszą być. To powód, dla którego specjaliści powinni angażować się w prowadzenie badań klinicznych i uczestniczyć w krajowych i międzynarodowych spotkaniach. Po to, aby uzyskiwać aktualną wiedzę. To ma ogromne znaczenie. Działania te stymulują lekarzy i dzięki nim uzyskują najbardziej aktualne informacje. Świat zmienia się, poziom wiedzy również.

### **GL Międzynarodowe Towarzystwo Senologiczne przyznaje akredytację ośrodkom, które zajmują się diagnostyką i leczeniem raka piersi zgodnie z określonym programem. Chodzi o ideę Breast Cancer Units. Co jest w nim najważniejsze?**

Program oparty jest na koncepcji, która została zaakceptowana na świecie jako optymalne podejście dla rozpoznawania oraz leczenia raka piersi. Mówimy tutaj o podejściu wielodyscyplinarnym, obejmującym chirurgów, histopatologów, onkologów, radiologów, psychoonkologów, epidemiologów, badaczy, fizyków etc. Współpraca obejmuje nie tylko przedstawicieli zawodów medycznych, choć oni oczywiście stanowią rdzeń, ale także innych profesji, pomocnych

w leczeniu tego nowotworu. Pojawiło się wiele publikacji, które udowadniają, że leczenie pacjentów w oparciu o multidyscyplinarność jest znacznie skuteczniejsze. Rokowania poprawiają się, a śmiertelność spada. Okazuje się, że omawianie przypadków na takich spotkaniach często prowadzi do innego rozpoznania, co skutkuje zmianą sposobu leczenia.

### **GL Jak wiele ośrodków funkcjonuje w ten właśnie sposób?**

Akredytację potwierdzającą, że ośrodek działa w oparciu o ideę Breast Cancer Units, przyznaje wiele organizacji na całym świecie. Na przykład Amerykanie stworzyli własny program akredytacyjny. W Europie z kolei działa w tym zakresie m.in. EUSOMA, choć poszczególne kraje, np. Niemcy, Szwajcaria czy Hiszpania, także mają własne, krajowe programy. Nasza organizacja stworzyła międzynarodowy program akredytacji. Przystudiowaliśmy wszystkie programy, które funkcjonują na świecie i włączyliśmy do naszego te kwestie, które są najważniejsze. Ostatnio wprowadziliśmy też tzw. system podwójnej akredytacji. To połączenie programu obowiązującego w danym kraju z naszym. Warto także wspomnieć o inicjatywie Komisji Europejskiej, która stara się zunifikować programy akredytacyjne dla ośrodków zajmujących się leczeniem raka piersi w Europie. Nasz międzynarodowy program jest traktowany jako jedno ze źródeł dla tej inicjatywy.

### **GL Po co się starać o akredytację?**

Istotnie, ludziom trudno się zmienić. Skoro od lat leczymy w określony sposób pacjentki, to po co cokolwiek modyfikować. To konserwatywne podejście. Są również osoby, które myślą, że zmiana będzie kosztowna, a to nieprawda. Kiedy wiele dyscyplin współpracuje ze sobą, unikamy duplikacji wykonywania świadczeń, a co za tym idzie, niepotrzebnych kosztów. Trzeba o tym wszystkim wiedzieć, wówczas można podjąć świadomą decyzję, aby uczestniczyć w takim programie. Daje on optymalne podejście do leczenia.

### **GL Jakie jest pana największe marzenie odnośnie raka piersi?**

Aby terapia tej choroby polegała na leczeniu nieagresywnym, zgodnie z podejściem biomolekularnym, poczynawszy od rozpoznania po spersonalizowane leczenie dla każdej pacjentki. Chciałbym, aby taki model funkcjonował na całym świecie. ☺



Prof. Ruben Orda od lat jest związany z Międzynarodowym Towarzystwem Senologicznym (Senologic International Society, SIS). W przeszłości był prezesem tego towarzystwa, a obecnie, poza przewodniczeniem Międzynarodowej Szkoły Senologii SIS, pełni funkcję dyrektora Międzynarodowego Programu Akredytacji SIS. Jest także członkiem redakcji kilku międzynarodowych czasopism naukowych i autorem ponad 200 publikacji naukowych.

# Jednoczesna transplantacja

## Dzieci chcą palić

**Na Starym Kontynencie rośnie odsetek dzieci poniżej 15. r.ż. zaczynających przygodę z nikotyną.**

Niepokojąca sytuacja panuje w całej Europie Wschodniej, gdzie liczba dzieci w wieku 11-15 lat (szczególnie dziewcząt zaczynających palenie) wyraźnie wzrosła – wynika z raportu przedstawionego przez naukowców w piśmie „PLOS ONE” po analizie historii palenia 120 tys. osób z 17 krajów naszego kontynentu. Największy wzrost zanotowano w przypadku dziewcząt mieszkających w Europie Zachodniej (podczas gdy w 1970 r. na każdy tysiąc palić zaczynało 20, to w 2005 r. było ich już 40). – Prowadzone od 1970 r. kampanie przeciwko paleniu wydają się w dużej mierze działać, jednak ich przesłanie nie trafiło do najmłodszych – mówi prof. Cecilie Svanes z University of Bergen. Wcześniejsza nikotynowa inicjacja prowadzi do silniejszego uzależnienia. – Jeśli mężczyźni zaczynali palić przed 15. r.ż., miało to wpływ na zdrowie ich przyszłych dzieci – dodaje prof. Svanes. ☺

## Posiłek a sen

**Pora spożycia ostatniego posiłku i zaśnięcia mają związek z ryzykiem zachorowania na niektóre nowotwory.**

Badania wykazywały zwiększone ryzyko zachorowania na raka piersi i raka gruczołu krokowego u osób pracujących w trybie zmianowym. Natomiast w badaniu opublikowanym w czasopiśmie „International Journal of Cancer” przeanalizowano wpływ godziny spożycia ostatniego posiłku oraz udawania się do snu na ryzyko zachorowania na te nowotwory. Od 1205 chorych na raka piersi i 621 chorych na raka gruczołu krokowego zebrano informacje dotyczące godziny spożywania wieczornego posiłku oraz udawania się do snu. Z badania wykluczono osoby pracujące w trybie zmianowym. Wykazano, że osoby udające się do snu od razu po wieczornym posiłku mają o 20 proc. wyższe ryzyko zachorowania na raka piersi i raka gruczołu krokowego niż ci, którzy kładli się spać ponad dwie godziny po posiłku. Dodatkowo zauważono, że u osób spożywających wieczorny posiłek przed godziną 21.00 ryzyko zachorowania było mniejsze o 16 proc. na raka piersi i o 26 proc. na raka gruczołu krokowego w porównaniu do osób jedzących po godzinie 22.00. ☺



**P**ierwszą w Polsce operację jednoczasowego przeszczepienia serca i wątroby przeprowadzili dwaj ściśle współpracujący ze sobą zespoły chirurgów z Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby WUM oraz z Kliniki Kardiologii Instytutu Kardiologii w Aninie.

Takie transplantacje wykonuje niewiele ośrodków na całym świecie. Polscy specjaliści operowali 51-letniego pacjenta przez 7 godzin (30-31 sierpnia). Pacjent czuje się dobrze. Na odpowiedniego dawcę czekał od marca. – Na sali operacyjnej w pewnym momencie jednocześnie było 20 osób – mówi prof. Mariusz Kuśmierczyk. Zabieg przeszczepienia wątroby przeprowadził zespół pod kierunkiem prof. Krzysztofa Zieniewicza, w składzie: dr hab. Krzysztof Dudek, dr Marcin Kotulski, dr Maciej Krasnodębski i dr Aneta Skowrońska-Pietkun. Zabieg implantacji serca przeprowadzony został przez zespół prof. Kuśmierczyka, w składzie: dr Jerzy Lichomski, lek. Mateusz Kuć, dr Krzysztof Kuśmierski, dr hab. Małgorzata Sobieszkańska-Malek,

▲ **Od prawej: prof. Mariusz Kuśmierczyk, dr hab. Tomasz Hryniewiecki, prof. Krzysztof Zieniewicz.**

anestezjolog dr Ewa Sitkowska-Rysiak i lek. Małgorzata Jasińska oraz perfuzjonista: Jarosław Szymański. Początek programu transplantacji wątroby w Klinice Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby sięga 30 grudnia 1994 r., kiedy zespół chirurgiczny (dr Jacek Pawlak, doc. Bogdan Michałowicz i dr Krzysztof Zieniewicz przy współudziale dr. Pawła Nyckowskiego, dr. Piotra Małkowskiego, dr. Ireneusza Grzelaka i dr. Marka Schaeffera) przeszczepił wątrobę – jako pierwszy w Polsce – z powodzeniem. Biorczynią była 46-letnia pacjentka z krańcową niewydolnością narządu w przebiegu pierwotnej żółciowej marskości wątroby. Chora żyje w dobrym stanie ogólnym po dziś dzień. Program przeszczepiania wątroby w Klinice Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby WUM jest największy w naszym kraju i mieści się w ścisłej czołówce ośrodków transplantacyjnych w Europie. Od 1994 r. w Klinice dokonano ponad 2000 przeszczepień wątroby. Roczne przeżycie biorców przeszczepionej wątroby wynosi w Klinice ok. 90 proc., a 5-letnie ok. 60 proc. wg danych z European Liver Transplant Registry. ☺



Najnowsze doniesienia ze świata nauki i medycyny na [www.gazetalekarska.pl](http://www.gazetalekarska.pl)

Źródło: WUM, [onlinelibrary.wiley.com](http://onlinelibrary.wiley.com), [naukawpolsce.pap.pl](http://naukawpolsce.pap.pl)

FOTO: WUM

# Na wokandzie NSL



Otwieram posiedzenie Naczelnego Sądu Lekarskiego. Pokrzywdzony nie stawiał się, obwiniony nie stawiał się. Obecny jest zastępca Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

✪ MARTA JAKUBIAK, LIDIA SULIKOWSKA

**R**ozpoczyna się pierwsza rozprawa. Jesteśmy w Naczelnym Sądzie Lekarskim przy ul. Sobieskiego 110 w Warszawie, najwyższej instancji orzecznictwa lekarskiego. Rozstrzygane są tu postępowania z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyistów, w głównej mierze odwołania od orzeczeń okręgowych sądów lekarskich. Posiedzenia są jawne, chyba że któraś ze stron wniesie o wyłączenie jawności, a skład orzekający się do tego wniosku przychyli.

Na wokandzie jest dzisiaj 6 spraw. Orzekać w nich będzie 5 sędziów, gdyż wszystkie dotyczą odwołań od orzeczeń sądów pierwszej instancji. W składzie orzekającym zasiadają dziś: Marian Janowski, Jerzy Nosarzewski, Wojciech Zelenay (lekarze) oraz Joanna Wysokińska-Miszczuk i Wojciech Koźuch (lekarze dentyści). Dla tego ostatniego to dzień szczególnie – pierwszy raz będzie pełnił rolę sędziego Naczelnego Sądu Lekarskiego. Czy nie boi się podjąć tego

wyzwania? – Oczywiście, że mam obawy. To olbrzymia odpowiedzialność. Od naszej decyzji zależy los lekarza, jego kariera zawodowa. Czasem trudno jednoznacznie rozstrzygnąć, kto ma rację. Trzeba być bardzo wyważonym i mieć na uwadze wszelkie „ale” – odpowiada Wojciech Koźuch.

W NSL pracuje w sumie 37 sędziów. – Zawsze dobieramy skład sędziowski tak, aby był jak najbliższy dziedzinie, której sprawy dotyczą. Jest nas jednak wciąż za mało, serdecznie zapraszam kolegów i koleżanki lekarzy do współpracy – zachęca Jerzy Nosarzewski, internista i nefrolog, związany z tą instytucją niemal od samego początku, czyli reaktywacji samorządu lekarskiego.

W rozprawach NSL uczestniczy też Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej lub jego zastępcy. Jak wynika z wokandy, dziś będziemy mogli zobaczyć: Marka Rybkiewicza, Jacka Biercę i Annę Tarkowską (zastępców NROZ), a w jednej z rozpraw będzie uczestniczył sam Grzegorz Wrona (NROZ). Zarówno pokrzywdzeni, jak

**▲ Na sali rozpraw Naczelnego Sądu Lekarskiego: sędziowie orzekający oraz Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej.**

i obwinieni nie muszą stawiać się przed sądem drugiej instancji, co zresztą często się zdarza, ale rzecznik musi być obecny na rozprawie zawsze.

## LEKARZ KONTRA LEKARZ

Godz. 10.00, pierwsza rozprawa. Na sali obecny jest Marek Rybkiewicz, zastępca Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Pokrzywdzony nie stawiał się, obwiniony nie stawiał się. Przewodniczący składu orzekającego, Jerzy Nosarzewski, rozpoczyna posiedzenie sądu. Referuje dotychczasowy przebieg sprawy. Na oddziale urologii został skierowany pacjent z powodu krwawienia z dróg moczowych i znacznej anemizacji. Pełniący dyżur lekarz po przeprowadzeniu badania i wykonaniu usg. stwierdził, że nie ma wskazań do przyjęcia chorego na oddział urologii. Na konsultację poproszono lekarza internistę z oddziału wewnętrznego. Doszło do sporu, gdzie chory powinien trafić: na oddział wewnętrzny czy urologię. Ostatecznie decyzję podjął lekarz dyżurny SOR. Po konsultacji lekarz internista

(obwiniony) zamieścił w dokumentacji medycznej wpis: „postawę [...]”, który odmówił przyjęcia pacjenta, uważa za niegodną lekarza”. Sąd pierwszej instancji uznał to stwierdzenie za dyskredytujące i naruszające zasady Kodeksu Etyki Lekarskiej (art. 52), wymierzając obwinionemu karę upomnienia.

– Proszę o ustosunkowanie się do wniosku rzecznika odpowiedzialności zawodowej – przewodniczący Nosarzewski zwraca się do Marka Rybkiewicza. – Wnoszę o utrzymanie w mocy orzeczenia sądu pierwszej instancji – mówi rzecznik. – Sąd po naradzie wyda orzeczenie – oświadcza przewodniczący. Opuszczamy salę.

– Sąd po naradzie wydał orzeczenie – przewodniczący odczytuje jego treść. Rzecznik, publiczność i protokolant stoją. Miejsca siedzące zajmują dopiero wówczas, gdy sędzia uzasadnia podjętą przez NSL decyzję o utrzymaniu w mocy orzeczenia sądu pierwszej instancji. – Tego typu uwaga nie powinna znaleźć się w dokumentacji medycznej. Lekarz nie odmówił przyjęcia, ale starał się umieścić pacjenta w oddziale, który uznał za właściwy – tłumaczy przewodniczący Nosarzewski. I dodaje, że gdy oddziały są przepełnione, scysje zdarzają się coraz częściej. Nie można jednak ulegać emocjom. – Strony otrzymają pełne uzasadnienie w ustawowym czasie. Dziękuję, zamykam posiedzenie – tak kończy się pierwsza z rozpraw.

## PRZEDAWNIE

Godz. 10.45. Kolejna rozprawa. Na sali stawia się Grzegorz Wrona, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej. – Rozpoczynam posiedzenie Naczelnego Sądu Lekarskiego w składzie tu obecnym. Pokrzywdzony zawiadomiony prawidłowo, nie stawiał się. Obwiniony zawiadomiony prawidłowo, nie stawiał się – sprawozdaje przewodniczący Nosarzewski. Czego dotyczy ta sprawa? Okręgowy sąd lekarski uznał lekarza winnym przewinienia zawodowego polegającego na naruszeniu art. 8 i art. 53 ust. 3 KEL, to jest niedołożenia należytej staranności w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym w czasie pobytu chorej w szpitalu. Wymieniono

szereg zaniechań prowadzących do nieprzeprowadzenia pełnej i właściwej diagnostyki, która mogła zmienić sposób postępowania medycznego. Sąd pierwszej instancji wymierzył obwinionemu karę nagany. – Proszę o zabranie głosu Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej – przewodniczący zwraca się do Grzegorza Wrony. – Wnoszę o uchylenie orzeczenia i umorzenie postępowania – wnioskuję rzecznik. Przekazanie sprawy do ponownego rozpatrzenia jest niemożliwe, gdyż od czasu zajścia zdarzenia minęło już pięć lat i sprawa się przedawniła. Sąd umarza postępowanie.

## URAZ MAŁOLETNIEGO

Godz. 11.30. Funkcję przewodniczącego składu sędziowskiego obejmuje Marian Janowski, chirurg. Na sali ponownie nie ma ani obwinionych, ani pokrzywdzonego. Sprawa dotyczy chłopca, u którego dwóch lekarzy, pracujących w dwóch różnych miastach, nie rozpoznało złamania kości promieniowej lewej ręki. Okręgowy sąd lekarski uznał lekarzy winnych przewinienia zawodowego, ponieważ błędnie ocenili zdjęcie rtg., chociaż widoczne było na nim złuszczenie nasady dalszej kości promieniowej lewej. Nałożył na nich kary w wysokości dwukrotnego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia na cele charytatywne. Jeden z lekarzy odwołał się do NSL, wnioskując o uniewinnienie lub przekazanie sprawy do okręgowego sądu lekarskiego celem ponownego rozpatrzenia. Przydzielony do tej sprawy zastępca NROZ Marek Rybkiewicz, chirurg dziecięcy, uważa, że błąd lekarza nie budzi wątpliwości – To charakterystyczne złamanie wieku dziecięcego, trudno go nie rozpoznać – ocenia. Jaka będzie decyzja sądu? Poznajemy ją po naradzie. NSL utrzymał w mocy orzeczenie sądu pierwszej instancji.

## DRZAZGA W PALCU

Godz. 12.15. Tym razem młody chłopak oskarża lekarza, specjalistę chirurgii ogólnej, o to, że nie usunął metalowej drzazgi wbitej w kciuk jego prawej ręki. Zdaniem obwinionego nie było podstaw do interwencji chirurgicznej, bo nie stwierdził on bolesności dotykowej i wnikięcia ciała obcego. Inny lekarz, do którego udał się pacjent, po zbadaniu kciuka stwierdził obrzęk, odnalazł też i usunął ciało obce (3 mm metalu).

OSL nie doszukał się w postępowaniu lekarza znamion przewinienia zawodowego bądź błędu w sztuce lekarskiej, w związku z czym wydał orzeczenie uniewinniające. Pokrzywdzony odwołał się do NSL. Osobiście stawiał się na rozprawie. Wnioskując o uchylenie wcześniejszego orzeczenia i skierowanie sprawy do ponownego rozpatrzenia w okręgowym sądzie lekarskim. NSL przychyliła się do jego wniosku, a w uzasadnieniu wyjaśnia, że ciało obce znajdujące się w palcu mogło sprawiać ból, ze względu na duże unerwienie tej części ciała, a obwiniony lekarz – zdaniem sądu – nie przeprowadził badania dokładnie.

Dlaczego pokrzywdzony nie wnosi o zmianę orzeczenia przez NSL? Ponieważ w sytuacji, gdy sąd lekarski pierwszej instancji wydaje orzeczenie uniewinniające lekarza, NSL może jedynie albo się z tym orzeczeniem zgodzić, albo skierować sprawę do OSL do ponownego rozpatrzenia. – To w sumie była dość błaha sprawa. Czy NSL nie powinien zajmować się wyłącznie poważniejszymi przypadkami? – pytamy sędziego Nosarzewskiego. – Trzeba działać zgodnie ze sztuką i wiedzą medyczną. Staranność w wykonywaniu zawodu obowiązuje nas zawsze – wyjaśniał sędzia.

**NSL PROWADZI ROCZNIE OKOŁO 200 POSTĘPOWAŃ ODWOŁAWCZYCH. DO TEGO DOCHODZĄ SPRAWY WNOSZONE BEZPOŚREDNIO PRZES NROZ.**



## POWIKŁANIA I ZGON

Godz. 13.00. Składowi sędziowskiemu przewodniczy Wojciech Zelenay, chirurg. Sprawa dotyczy wyjątkowo tragicznych zdarzeń. Młodą pacjentkę operowano w związku ze zmianą w śródpierściu. Kobieta w wyniku powikłań zmarła. Rodzina pokrzywdzonej oskarżyła lekarza, który wykonywał zabieg, o brak należytej staranności, niewłaściwą ocenę możliwości zoperowania zmiany, a także doprowadzenie do powikłań w trakcie operacji, które spowodowały śmierć chorej. Okręgowy sąd lekarski uniewinnił lekarza. Rodzina nie zgodziła się z takim orzeczeniem, stąd dzisiejsza rozprawa. NSL podtrzymał orzeczenie uniewinniające sądu pierwszej instancji. Podkreślił, że o metodzie terapii decydowało konsylium, a nie obwiniony lekarz, a pacjentka wyraziła świadomą zgodę na zabieg obarczony ryzykiem powikłań. W uzasadnieniu ustnym sędzia Zelenay podkreślił, że lekarz nie jest gwarantem powodzenia operacji. Ma po prostu działać w zgodzie z zasadami sztuki lekarskiej. I w tym przypadku tak było. Nie każda operacja kończy się sukcesem. W obu powyższych sprawach rolę lekarskiego oskarżyciela pełnił Jacek Bierca, chirurg.

## BRAK STARANNOŚCI

Godz. 13.45. To już ostatnia rozprawa. Składowi sędziowskiemu przewodniczy Joanna Wysokińska-Miszczyk, lekarz dentysta. Na sali obecny jest obrońca obwinionego lekarza. Sprawa dotyczy błędów w leczeniu protetycznym. OSL orzekł karę upomnienia. Zastępca NROZ, Anna Tarkowska, wnosi o utrzymanie w mocy orzeczenia sądu pierwszej instancji. Odpowiada na zarzuty zawarte w odwołaniu. Opinia biegłego

przedłożona przez obronę nie została dopuszczona, ponieważ przygotowujący ją lekarz nawet nie zbadał pacjentki. Poza tym wniosek odwoławczy zawiera wiele błędów, jak pomyłone nazwisko czy błędne daty. Skład orzekający NSL utrzymuje w mocy orzeczenie OSL. – Sama sprawa nie była skomplikowana. Skomplikowane było leczenie, a pacjentka trudna. Trudniejsza, niż się wydawało – podsumowuje zastępca NROZ.

## SPOKOJNIE NIE ZNACZY ŁATWO

– Dziś było dość spokojnie, bez spraw, które budzą kontrowersje. Coraz częściej na sali rozpraw jednak pojawiają się strony postępowania wraz z profesjonalnymi obrońcami, a to powoduje zwiększenie emocji, które skład sędziowski musi opanować – wyjaśniają pracownicy Kancelarii NSL.

Podjęcie decyzji jak zawsze nie było łatwe. – Dzisiejsza wokanda była trudna, ale poradziliśmy sobie. Pacjenci mogliby być mniej roszczeniowi, a lekarze bardziej empatyczni i podejmujący się zadań, które są w stanie należycie wykonać. Przede wszystkim jednak jedni z drugimi powinni rozmawiać. Myślę, że wówczas o wiele mniej sporów kończyłoby się w sądzie – komentuje sędzia Joanna Wysokińska-Miszczyk.

NSL prowadzi rocznie około 200 postępowań odwoławczych. Do tego dochodzą sprawy wnoszone bezpośrednio przez NROZ. Czas od wpłynięcia sprawy do wydania przez NSL orzeczenia to zazwyczaj kilka miesięcy. Jakie orzeczenia podejmuje NSL? Mniej więcej jedna czwarta spraw jest przekazywana do ponownego rozpatrzenia przez sądy pierwszej instancji. Są też orzeczenia uniewinniające, czasem umorzenia. Najczęściej stosowana jest

kara upomnienia, nagany oraz kary pieniężne. Sporadycznie są orzekane zakazy pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach ochrony zdrowia, zawieszenia i pozbawienia prawa wykonywania zawodu. Najwięcej spraw dotyczy chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych, medycyny ratunkowej, ortopedii, położnictwa i ginekologii, stomatologii, w tym protetyki stomatologicznej, a także spraw natury etycznej, w tym m.in. konfliktów między lekarzami, choć to akurat nie są częste przypadki. Jest też sporo spraw związanych z nieopłaceniem przez lekarzy i lekarzy dentyków składek należnych samorządowi. Od prawomocnego orzeczenia NSL przysługuje kasacja do Sądu Najwyższego. Trafia tam ok. 30 spraw rocznie.

Pacjenci mogą dochodzić swoich praw również przed sądem powszechnym, Rzecznikiem Praw Pacjenta lub przed komisjami orzekającymi o zdarzeniach medycznych. Najczęściej wybierają sądownictwo powszechne. – Wynika to z faktu, że sądy lekarskie nie orzekają o odszkodowaniach. Poza tym nie każdy niezadowolony pacjent trafia ze swoją sprawą na wokandę sądu lekarskiego. To rzecznik odpowiedzialności zawodowej decyduje po zbadaniu skargi i przeprowadzeniu czynności sprawdzających, czy postępowanie w danej sprawie zostanie w ogóle wszczęte lub czy na jakimś etapie nie zostanie umorzona – wyjaśnia sędzia Nosarzewski.

Nie każda operacja kończy się sukcesem, co nie znaczy, że niepowodzenie było błędem... – jeszcze brzmiało nam w głowie słowa wypowiedziane na sali rozpraw. Ale także te, że trzeba działać zgodnie ze sztuką, a staranność w wykonywaniu zawodu obowiązuje zawsze. ○

## ^ Sędziowie NSL:

**Joanna Wysokińska-Miszczyk, Wojciech Zelenay, Marian Janowski, Jerzy Nosarzewski, Wojciech Kozuch.**

# Stawiamy na obrazowanie molekularne



Lucyna  
Krysiak

Dziennikarz  
„Gazety Lekarskiej”

**GL**  
W Y W I A D

Z dr. n. med. **Bogdanem Małkowskim**, prezesem Polskiego Towarzystwa Medycyny Nuklearnej, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

## **GL Czym jest medycyna nuklearna?**

Jest to dziedzina, która zajmuje się diagnostyką i terapią przy użyciu izotopów promieniotwórczych, rozumianych w szerokim znaczeniu tego słowa, ponieważ podaje się izotopy zarówno żyjące krótko, jak i trochę dłużej, a także izotopy czyste, jak i związane z substancjami, które niosą je do miejsca przeznaczenia. Często pada pytanie o brachyterapię, w której również wykorzystuje się izotopy. Otóż my podajemy tzw. otwarte źródła promieniowania, czyli znaczniki dożylnie lub doustnie, które rozchodzą się po całym organizmie ale ukierunkowane są na poszczególne narządy, organy, czy na poszczególne procesy metaboliczne, które chcemy zbadać. Tak więc znacznik, który stosujemy, jest albo czystym izotopem promieniotwórczym, np. jod 131 w chorobach tarczycy, lub jest to znacznik będący substancją organiczną, do której jest doczepiony izotop i razem wędrują na miejsce przeznaczenia, np. gal 68 związany z PSMA w nowotworach prostaty. Elementem ciągnącym jest cząstka organiczna, a izotop znakuje miejsce, w którym jest ona gromadzona czy metabolizowana.

## **GL Wydaje się, że w czasach powszechnie dostępnej tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego, medycyna nuklearna zeszła na dalszy plan.**

Nie należy różnicować tych metod na zasadzie, która z nich jest lepsza czy gorsza. Tomograf i rezonans to techniki morfologiczne, medycyna nuklearna to technika molekularna. Często jest kojarzona ze scyntygrafią, w której podawało się jod promieniotwórczy, który gromadził się w tarczycy i obserwowano ten proces. Ale to już przeszłość. Obecnie techniki scyntygraficzne są bardziej wyrafinowane (scyntygrafia perfuzyjna mózgu, mięśnia sercowego, badanie jąder podstawy mózgu przy chorobie Parkinsona). Stosuje się tu techniki przestrzenne, techniki SPECT, które pozwalają pociąć na warstwy badany organ i zobaczyć, jak się w nim gromadzi podany znacznik.

Metodą wiodącą medycyny nuklearnej jest pozytonowa tomografia emisyjna (PET/MR i PET/CT) – technika najbardziej zaawansowana. Wykorzystywany jest w niej zupełnie inny rodzaj izotopu niż jod czy technet, który wiąże się z różnymi substancjami organicznymi, badając procesy biochemiczne zachodzące w narządach. Jednym słowem – zarówno tomografia komputerowa, jak i rezonans magnetyczny to techniki morfologiczne obrazujące budowę danego narządu i zmiany w tym narzędzie, które zaszły pod wpływem choroby. Natomiast medycyna nuklearna pokazuje metabolizm, molekularne mechanizmy danej patologii. Oto przykład – klasycznym znacznikiem w PET jest wyznakowana fluorem glukoza, która jest gromadzona przez nowotwory w bardzo dużych ilościach, przez co widać ognisko zmniejszonego metabolizmu glukozy. Jeśli połączymy techniki – PET z tomografią lub PET z rezonansem, to mamy obraz morfologiczny i metaboliczny. Czyli kompletny, a to są dla lekarza prowadzącego niezwykle cenne informacje.

## **GL Czy głównie chodzi o nowotwory?**

Nie, chociaż obecnie bardzo duży nacisk jest położony na diagnostykę onkologiczną, zwłaszcza w Ośrodku Onkologicznym w Bydgoszczy, w którym pracuję. Przykładowo, w chłoniakach PET jako pierwsze i najdokładniejsze badanie obrazowe powinno pokazać stopień zaawansowania choroby. Porównując zastosowane tu techniki konwencjonalne – rezonans magnetyczny i tomografię komputerową – PET CT daje o 40 proc. dokładniejszy obraz zmian w narządach. Możliwości wykorzystania tych technik medycyny nuklearnej, a zwłaszcza PET, sięgają znacznie dalej – obrazują choroby ośrodkowego mózgu, np. chorobę Alzheimera czy Parkinsona. Wprawdzie jest to domena dużych ośrodków amerykańskich, ale w Polsce również można przeprowadzać tego rodzaju badania, jednak to kosztowne procedury. Należy pamiętać też o kardiologii nuklearnej, która stała się podspecjalnością kardiologii i w USA zdominowała

100

– tylu jest w Polsce specjalistów w dziedzinie medycyny nuklearnej.

tę dziedzinę medycyny. W Polsce jest to mało wykorzystywana technika, szczególnie scyntygrafia perfuzyjna serca obrazująca niedokrwienie tego narządu. A szkoda.

#### **GL Mimo tych zalet mało się mówi o medycynie nuklearnej, czy jest to specjalność niszowa?**

Mamy w Polsce 100 specjalistów w tej dziedzinie i nie ukrywam, że specjalizują się w niej pasjonaci. Specjalizacja jest zaliczana do podstawowych, trwa 5 lat, ale są lekarze, którzy decydują się na medycynę nuklearną np. po internie czy pediatrii. W porównaniu z technikami rentgenowskimi, których początki sięgają pierwszej połowy minionego stulecia, jest to stosunkowo młoda dziedzina i nie do końca jeszcze doceniona, co wiąże się także z niedofinansowaniem procedur związanych z diagnostyką i leczeniem izotopami promieniotwórczymi. Lekarzowi prościej jest skierować pacjenta na tomografię komputerową czy rezonans magnetyczny niż na badanie PET. W zasadzie dopiero wtedy wystawia takie skierowanie, kiedy trzeba zweryfikować wyniki tych poprzednich badań, np. w nowotworach przy ocenie skuteczności chemio- czy radioterapii. PET pozwala ocenić, czy leczenie należy zmienić, czy kontynuować.

W naszej specjalności wykorzystuje się izotopy związane ze znacznikami zarówno do diagnostyki, jak i do leczenia, przy czym to nie jest ten sam izotop. Taki sposób postępowania nazywa się teranostyką. Na świecie jednak pracuje się już nad tym, aby do jednego znacznika przyłączyć zarówno izotop, który pełniłby funkcję diagnostyczną, i izotop o funkcji leczniczej. Wydaje się, że to już niedaleka przyszłość. Praktyczne zastosowanie tej techniki widzimy w chwili obecnej w nowotworach neuroendokrynnych, ale zaczyna się już ją stosować w nowotworach prostaty.

#### **GL Jakie są potrzeby, a jakie możliwości korzystania z dobrodziejstw medycyny nuklearnej?**

W nowotworach, gdzie czas jest kluczowym czynnikiem decydującym o powodzeniu leczenia, diagnostyka PET powinna być przeprowadzona jak najszybciej.

Wydaje się, że obecnie w Polsce liczba ośrodków medycyny nuklearnej jest wystarczająca, ostatnie kilka lat przyniosło także odnowienie parku maszynowego, zwłaszcza w klasycznej medycynie nuklearnej, ale finansowanie procedur przez NFZ jest tak niskie, że tworzą się kolejki. Na niedoszacowanie procedur cierpimy od początku, to są zaszłości minionych systemów, ale zarówno głosy PTMN w tej sprawie, jak i krajowego konsultanta w dziedzinie medycyny nuklearnej pozostają bez echa. Jednym słowem – mamy sprzęt i wysoko wyspecjalizowanych lekarzy medycyny nuklearnej, a nie mamy kontraktów na poziomie, który pozwoliłby zaspokoić potrzeby chorych. Niektóre procedury nie są nawet w części refundowane, co utrudnia do nich dostęp.

**➤ Dr Bogdan Małkowski:**  
**– Mamy sprzęt i wysoko wyspecjalizowanych lekarzy medycyny nuklearnej, a nie mamy kontraktów na poziomie, który pozwoliłby zaspokoić potrzeby chorych.**



#### **GL W ostatnich latach w medycynie nuklearnej wiele się zmieniło, czego dotyczy ten postęp?**

Kiedy rozpoczynałem pracę, naszym marzeniem była gammakamera do badań serca. Dziś dysponujemy aparaturą, która jeśli chodzi o nowoczesność, niczym nie ustępuje wyposażeniu najlepszych ośrodków na Zachodzie. To jest dziedzina, która bardzo dynamicznie się rozwija. Nie tylko chodzi o sprzęt, ale o rodzaje znaczników oraz procedur, które jesteśmy w stanie przeprowadzić, np. w psychiatrii, gdzie za pomocą PET można prześledzić procesy metaboliczne mózgu i ocenić postęp chorób otępiennych oraz skuteczność ich leczenia. Monitorowanie przebiegu wielu chorób za pomocą zbadania procesów biochemicznych w poszczególnych narządach staje się obecnie standardem, szczególnie w kontekście medycyny personalizowanej, dobieranej do konkretnego pacjenta. Za pomocą medycyny nuklearnej można zobrazować procesy zapalne, co ma znaczenie w ortopedii czy chirurgii naczyniowej. W zasadzie nie ma dziedziny, w którą by nie wkraczała i ten zakres wciąż się powiększa.

#### **GL Jakie działania podejmuje Polskie Towarzystwo Medycyny Nuklearnej, by dziedzina ta, wzorem innych krajów, zyskała na znaczeniu?**

Możliwości obrazowania morfologicznego się kończą. Doszliśmy już do tak dużej rozdzielczości, że dalszy postęp jest trudny do osiągnięcia w warunkach klinicznych. Obrazowanie molekularne staje się więc jednym z priorytetów w diagnostyce. Poznawanie metabolizmu patologii związanych z poszczególnymi chorobami to przyszłość, od której nie ma odwrotu. PTMN angażuje się w działania na rzecz rozwijania tej specjalności. Opracowuje wytyczne dotyczące standardów postępowania w medycynie nuklearnej, które są zgodne z wytycznymi Amerykańskiego i Europejskiego Towarzystwa Medycyny Nuklearnej. Jesteśmy więc w kontakcie ze światem i oferujemy to, co preferuje najnowsza nauka. ○

**PRZYKŁADOWO, W CHŁONIAKACH PET JAKO PIERWSZE I NAJDOKŁADNIEJSZE BADANIE OBRAZOWE POWINNO POKAZAĆ STOPIEŃ ZAAWANSOWANIA CHOROBY.**

# Transplantacja bez transfuzji krwi



Lekarze Kliniki Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu przeprowadzili u chorego autotransplantację komórek krwiotwórczych bez stosowania transfuzji krwi. Z szefem zespołu, który podjął się tego zadania, prof. dr. hab. **Tomaszem Wróblem**, rozmawia **Lidia Sulikowska**.

**GL**  
WYWIAD

## **GL Czy rezygnacja z przetaczania krwi nie była podejmowaniem niepotrzebnego ryzyka?**

Gdybyśmy nie podjęli się tego zadania, pacjent nie zdecydowałby się na transplantację szpiku, co w jego przypadku zapewne skończyłoby się tragicznie. Owszem, ryzyko ewentualnych powikłań było nieco większe niż przy wspomaganiu transfuzją krwi, ale potencjalne korzyści z samego wykonania przeszczepu dużo większe. Mężczyzna nie wyraził zgody na przetoczenie ze względów wyznaniowych, ale był pozytywnie nastawiony, chciał się ratować i zastosować się do wszystkich innych naszych zaleceń. Znaleźliśmy nić porozumienia. Lekarz nie może mieć paternalistycznego podejścia, trzeba uwzględniać potrzeby chorego. Oczywiście nie jesteśmy kelnerami, którzy zrobią wszystko na życzenie pacjenta, ale tam, gdzie to możliwe, trzeba się dostosować. I przede wszystkim słuchać, czego od nas oczekuje.

## **GL Co było najtrudniejsze w podjęciu tej decyzji?**

Największym wyzwaniem było przełamanie bariery psychologicznej, która tkwiła w nas, lekarzach. Czasem trudno jest zaryzykować i zrobić coś inaczej, niż dyktuje standard.

## **GL W jaki sposób udało się ominąć konieczność transfuzji krwi?**

Nasz podopieczny chorował na chłoniaka Hodgkina, nie reagował na dotychczasowe leczenie, megachemioterapia wspomagana autotransplantacją szpiku była szansą na przełamanie oporności. W takim przypadku najpierw pobiera się od chorego komórki krwiotwórcze i zamraża je. W dalszym etapie stosuje się bardzo intensywną chemioterapię. Następnie przeszczepia się komórki krwiotwórcze. Zanim przeszczepione komórki hematopoetyczne podejmą pracę, pacjent pozostaje w okresie aplazji. Wówczas chory wymaga przetoczeń masy erytrocytarnej i płytkowej. My takiej procedury

nie mogliśmy wdrożyć. Staraliśmy się więc osiągnąć jak najwyższy poziom hemoglobiny przed przeszczepieniem. Pacjent otrzymywał preparaty z żelazem, a także leki poprawiające szczelność naczyń krwionośnych. Dbaliśmy też, aby po zabiegu nie poruszał się bez asysty. Wszystko po to, aby zredukować ryzyko krwawień i objawów niedokrwienia.

## **GL Na kim się wzorowaliście?**

Tego typu zabiegi były już wykonywane na świecie, szczególnie w USA, choć to oczywiście dość rzadkie przypadki. Mogliśmy jednak zapoznać się literaturą medyczną w tym temacie.

## **GL Zabieg wykonano w grudniu 2017 r. Jak czuje się pacjent?**

Autotransplantacja się udała, bez konieczności zrobienia transfuzji, a jeśli chodzi o jego podstawową chorobę – chłoniaka Hodgkina – to chory jest pod stałą obserwacją.

## **GL Pokazał pan tym doświadczeniem, że w całym procesie leczenia ważne jest współdecydowanie z chorym o wyborze terapii. Jaka jest granica takiego postępowania?**

Często się nad tym zastanawiam. Na pewno stawiane przez pacjenta oczekiwania co do wyboru metody leczenia nie mogą być sprzeczne z aktualną wiedzą medyczną. Myślę, że trzeba zważyć potencjalne ryzyko w stosunku do możliwych do osiągnięcia korzyści. Każda tego typu decyzja jest indywidualna. Na pewno jednak trzeba rozmawiać i mieć do siebie zaufanie. Boli mnie to, co się obecnie dzieje w polskiej medycynie. Nagonki medialne na lekarzy osłabiają zaufanie, które jest nieodzowne w relacji pacjent-lekarz. Moi skandynawscy koledzy powiedzieli mi ostatnio, że w Polsce uprawia się medycynę defensywną. Lekarze często przyjmują postawę pasywną z obawy przed zarzutami o popełnienie błędu. Myślę, że budowanie zaufania i szacunku dla kompetencji lekarzy jest warunkiem postępu w medycynie. (O)

# BIULETYN

NR 4 (183) ROK XXVIII

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

WARSZAWA, VIII 2018

© REDAKTOR NACZELNY: ARTUR DROBNIAK

## Posiedzenie NRL – 31 sierpnia 2018 r.

### **UCHWAŁA Nr 4/18/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 31 sierpnia 2018 r.**

w sprawie wyboru mediatora

Na podstawie art. 113 ust. 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2018 r. poz. 168) uchwala się, co następuje:

#### **§ 1.**

1. Do pełnienia funkcji mediatora w Naczelnej Izbie Lekarskiej na okres VIII kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej wybiera się Zytę Kaźmierczak-Zagórką.

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

#### **§ 2.**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Andrzej Matyja

### **UCHWAŁA Nr 5/18/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 31 sierpnia 2018 r.**

zmieniająca uchwałę w sprawie składu, zasad działania i zadań Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust.1 pkt 5 i 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2018 r. poz. 168) i § 6 ust. 1 Regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 14 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, zmienionej uchwałą nr 5 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 maja 2016 r., uchwala się, co następuje:

#### **§ 1.**

W § 1 uchwały Nr 4/10/VI z dnia 12 lutego 2010 r. w sprawie składu, zasad działania i zadań Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej, zmienionej uchwałą Nr 9/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 kwietnia 2014 r., dodaje się ustęp 3 o brzmieniu:

„3. Prezydium Komisji składa się z przewodniczącego,

dwóch wiceprzewodniczących, sekretarza, zastępcy sekretarza i członka prezydium komisji”.

#### **§ 2.**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Andrzej Matyja

### **UCHWAŁA Nr 6/18/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 31 sierpnia 2018 r.**

w sprawie realizacji uchwał, stanowisk i apeli XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy

Na podstawie art. 39 ust.1 pkt 5 i 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. 168) i § 6 ust. 1 Regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 14 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej uchwala się, co następuje:

#### **§ 1.**

1. Zobowiązuje się następujące komisje i zespoły Naczelnej Rady Lekarskiej do opracowania i przedstawienia Naczelnej Radzie Lekarskiej sposobu realizacji uchwał, stanowisk i apeli XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy:

- 1) Komisja Kształcenia Medycznego – apel Nr 14,
  - 2) Zespół ds. praktyk lekarskich – uchwała Nr 17,
  - 3) Zespół ds. polityki medialnej NIL – apel Nr 10
  - 4) Rzecznik Praw Lekarza – uchwała nr 13.
2. Wyznacza się termin do dnia 31 marca 2019 r. do wykonania i przedstawienia opracowań, o których mowa w ust. 1.

#### **§ 2.**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Andrzej Matyja

### **UCHWAŁA Nr 7/18/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 31 sierpnia 2018 r.**

w sprawie zmiany uchwały w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu

lekarza i lekarza dentystry oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystry

Na podstawie art. 8 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2018 r. poz. 617, 650, 697, 1515 i 1532) i art. 5 pkt 3, 4, 6 i 11 oraz art. 6, 7 i 49 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168) uchwala się, co następuje:

#### **§ 1.**

W uchwale Nr 1/17/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 stycznia 2017 r. w sprawie zmiany uchwały w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystry wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 20 w ust. 2 po pkt 4 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 5 w brzmieniu:

„5) dokumentów lub elektronicznej informacji przekazanych przez Centrum Egzaminów Medycznych – w przypadku danych określonych w art. 49 ust. 5 pkt 22 ustawy o izbach lekarskich.”;

2) w Regulaminie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry, wpisywania na listę członków okręgowej izby lekarskiej i wpisu do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystry, prowadzenia okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystry w Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystry Rzeczypospolitej Polskiej, stanowiącym załącznik nr 1 do uchwały, w § 33:

a) w ust. 2:

– pkt 3 otrzymuje brzmienie:  
„3) zarządza przekazanie informacji o ukaraniu lekarza do Centralnego Rejestru, właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia,”;

– pkt 5 otrzymuje brzmienie:  
„5) zarządza przekazanie do Centralnego Rejestru, właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia informacji o upływie okresu obowiązywania kary – w dniu następującym po dniu zakończenia obowiązywania kary,”;

b) w ust. 3 pkt 3 otrzymuje brzmienie:  
 „3) zarządza przekazanie informacji o zawieszeniu lub ograniczeniu do Centralnego Rejestru, właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia;”,  
 c) w ust. 4:  
 – pkt 3 otrzymuje brzmienie:  
 „3) zarządza przekazanie informacji o zakazie wykonywania zawodu do Centralnego Rejestru, właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia;”,  
 – pkt 5 otrzymuje brzmienie:  
 „5) zarządza przekazanie do Centralnego Rejestru, właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia informacji o upływie okresu wykonywania środka – w dniu następującym po dniu zakończenia wykonywania środka lub otrzymania informacji o zakończeniu wykonywania środka zabezpieczającego;”,  
 d) w ust. 5 pkt 3 otrzymuje brzmienie:  
 „3) zarządza przekazanie informacji o zawieszeniu w wykonywaniu zawodu do Centralnego Rejestru, właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia;”,  
 e) w ust. 6:  
 – pkt 3 otrzymuje brzmienie:  
 „3) zarządza przekazanie informacji o ograniczeniu w wykonywaniu zawodu do Centralnego Rejestru, właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia;”,  
 – pkt 5 otrzymuje brzmienie:  
 „5) zarządza przekazanie do Centralnego Rejestru, właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia informacji o upływie okresu wykonywania środka – w dniu następującym po dniu zakończenia wykonywania środka;”,  
 f) w ust. 9 pkt 3 i 4 otrzymują brzmienie:  
 „3) przekazania niezwłocznie do Centralnego Rejestru, właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia informacji dotyczącej zawieszenia lub ograniczenia w wykonywaniu zawodu albo zakazu wykonywania zawodu, okresu zawieszenia, ograniczenia lub zakazu i zmiany numeru rejestracyjnego;  
 4) przekazania do Centralnego Rejestru, właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia informacji dotyczącej upływu okresu zawieszenia, ograniczenia lub zakazu i zmiany numeru rejestracyjnego – w dniu następującym po dniu, w którym upływa okres zawieszenia lub ograniczenia w wykonywaniu zawodu albo zakazu wykonywania zawodu;”,  
 g) w ust. 10 lit. c otrzymuje brzmienie:  
 „c) przekazanie do Centralnego Rejestru, właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia informacji o usunięciu wzmianki o zawieszeniu w wykonywaniu zawodu i zmiany numeru rejestracyjnego – w przypadku lekarza, który miał tymczasowo zawieszone prawo wykonywania zawodu lekarza lub był zawieszony w wykonywaniu zawodu postanowieniem sądu lub prokuratora;”,  
 h) w ust. 11 pkt 2 otrzymuje brzmienie:  
 „2) przekazania do Centralnego Rejestru, właściwego

oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia informacji o usunięciu wzmianki o zawieszeniu lub ograniczeniu w wykonywaniu zawodu i zmiany numeru rejestracyjnego;”,  
 3) we wzorach zarządzeń prezesa okręgowej rady lekarskiej w związku z zawieszeniem prawa wykonywania zawodu lub ograniczeniem w wykonywaniu zawodu, stanowiących załącznik nr 31 do Regulaminu zmienianego w pkt 2:  
 a) we wzorze nr 1 w § 1 ust. 5 otrzymuje brzmienie:  
 „5. Przekazać informację o zawieszeniu wykonywania zawodu i okresie jego obowiązywania Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych, Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, wojewodzie i pracodawcy wymienionego \*lekarza \*lekarza dentysty.”,  
 b) we wzorze nr 2 w § 1 ust. 5 otrzymuje brzmienie:  
 „5. Przekazać informację o \*ograniczeniu zakresu czynności w wykonywaniu zawodu \*lekarza \*lekarza dentysty \*zakazu pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia i okresie jego obowiązywania Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych, Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, wojewodzie i pracodawcy wymienionego \*lekarza \*lekarza dentysty.”,  
 c) we wzorze nr 3 w § 1 ust. 5 otrzymuje brzmienie:  
 „5. Przekazać informację o tymczasowym zawieszeniu prawa wykonywania zawodu i okresie jego obowiązywania Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych, Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, wojewodzie i pracodawcy wymienionego \*lekarza \*lekarza dentysty.”,  
 d) we wzorze nr 4 w § 1 ust. 5 otrzymuje brzmienie:  
 „5. Przekazać informację o tymczasowym ograniczeniu zakresu czynności w wykonywaniu zawodu \*lekarza \*lekarza dentysty i okresie jego obowiązywania Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych, Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, wojewodzie i pracodawcy wymienionego \*lekarza \*lekarza dentysty.”,  
 e) we wzorze nr 5 w § 1 ust. 4 otrzymuje brzmienie:  
 „4. Przekazać informację o zakazie wykonywania zawodu i okresie jego obowiązywania Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych, Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia i pracodawcy wymienionego \*lekarza \*lekarza dentysty.”,  
 f) we wzorze nr 6 w § 1 ust. 4 otrzymuje brzmienie:  
 „4. Przekazać informację o zawieszeniu w wykonywaniu zawodu i okresie jego obowiązywania Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych, Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia i pracodawcy wymienionego \*lekarza \*lekarza dentysty.”,  
 g) we wzorze nr 7 w § 1 ust. 5 otrzymuje brzmienie:  
 „5. Przekazać informację o ograniczeniu w wykonywaniu zawodu i okresie jego obowiązywania Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych, Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia i pracodawcy wymienionego \*lekarza \*lekarza dentysty.”,  
 4) w Wykazie aktów prawnych, na podstawie których lekarz, lekarz dentysta uzyskiwał specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w okresie od 1951 r. do 2016 r. oraz wykazie czteroznakowych kodów specjalności uzyskiwanych na podstawie tych aktów prawnych, stanowiących załącznik nr 4 do uchwały, pkt 45 otrzymuje brzmienie:

„45) ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152 i Nr 88, poz. 554, z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 60, poz. 636 i Nr 64, poz. 729, z 2000 r. Nr 12, poz. 136, Nr 60, poz. 698, Nr 94, poz. 1037 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 89, poz. 969, Nr 113, poz. 1207 i Nr 126, poz. 1382 i 1383; t. jedn. z 2002 r. Nr 21, poz. 204, Nr 76, poz. 691, Nr 152, poz. 1266 i Nr 153, poz. 1271, z 2003 r. Nr 90, poz. 845 oraz z 2004 r. Nr 92, poz. 882);  
 od 1 maja 2004 r. nastąpiła zmiana tytułu ustawy na: ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204, Nr 76, poz. 691, Nr 152, poz. 1266 i Nr 153, poz. 1271, z 2003 r. Nr 90, poz. 845, z 2004 r. Nr 92, poz. 882 i 885, Nr 173, poz. 1808 i Nr 210, poz. 2135 oraz z 2005 r. Nr 94, poz. 788 i Nr 175, poz. 1461; t. jedn. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943, z 2006 r. Nr 117, poz. 790, Nr 191, poz. 1410 i Nr 220, poz. 1600, z 2007 r. Nr 123, poz. 849, Nr 166, poz. 1172 i Nr 176, poz. 1238 oraz z 2008 r. Nr 58, poz. 351; t. jedn. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 40, poz. 323, Nr 76 poz. 641 i Nr 219, poz. 1706 i 1708 oraz z 2010 r. Nr 81 poz. 531, Nr 107, poz. 679 i Nr 238, poz. 1578, t. jedn. z 2011 r. poz. Nr 277, poz. 1634 i; Nr 291, poz. 1707, z 2012 r. poz. 95 i poz. 1456, z 2013 r. poz. 1245, 1287, 1645 i 1650, t. jedn. z 2015 r. poz. 464, 1633, 1893, 1991 i 2199 oraz z 2016 r. poz. 65, 960, 1070, 1239, 1579, 1984 i 2020; t. jedn. z 2017 r. poz. 125, 767 i 2371; t. jedn. z 2018 r. poz. 617, 650, 697, 1515 i 1532);”.

## § 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ  
 Marek Jodłowski

PREZES  
 Andrzej Matyja

### **Uchwała Nr 8/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 31 sierpnia 2018 r.**

w sprawie Konwentu Prezesów Okręgowych  
 Rad Lekarskich

Na podstawie art. 39 ust.1 pkt 5 i 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2018 r. poz. 168), § 6 ust. 1 Regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 14 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, uchwała się, co następuje:

## § 1.

1. Powołuje się Konwent Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich, zwany dalej Konwentem.

2. Konwent jest stałym gremium opiniodawczo-doradczym Naczelnej Rady Lekarskiej i Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej działającym na prawach komisji Naczelnej Rady Lekarskiej, do którego w zakresie nieuregulowanym w niniejszej uchwale stosuje się uchwałę Nr 18/16/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 września 2016 r. w sprawie zasad i trybu powoływania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej oraz regulaminu ich działania z tym, że uchwała w sprawie powołania Konwentu nie wygasa wraz z zakończeniem kadencji

Naczelnej Rady Lekarskiej.

## § 2.

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

## § 3.

Zadaniem Konwentu jest w szczególności:

- 1) wymiana doświadczeń w zakresie działalności okręgowych rad lekarskich i okręgowych izb lekarskich;
- 2) opracowanie i przedstawienie Naczelnej Radzie Lekarskiej z własnej inicjatywy lub na zlecenie Naczelnej Rady Lekarskiej projektów uchwał, stanowisk i apeli w sprawach istotnych dla samorządu lekarzy i lekarzy dentyistów;
- 3) koordynacja działań zmierzających do realizacji uchwał, stanowisk i apeli Naczelnej Rady Lekarskiej przez okręgowe izby lekarskie oraz zgłaszanie Naczelnej Radzie Lekarskiej wątpliwości związanych z ich realizacją;
- 4) wspieranie współpracy wszystkich organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz organów okręgowych izb lekarskich w sprawach istotnych dla samorządu lekarskiego.

## § 4.

1. Konwent na pierwszym posiedzeniu zwołanym po pierwszym posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej danej kadencji wybiera ze swojego składu, na okres kadencji: przewodniczącego, dwóch zastępców przewodniczącego oraz sekretarza, tworzących Prezydium Konwentu.
2. Posiedzenie, o którym mowa w ust. 1, zwołuje, otwiera i prowadzi do czasu wyłonienia przewodniczącego Konwentu Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej.
3. Wyborów, o których mowa w ust. 1, dokonuje się zwykłą większością głosów w obecności co najmniej 2/3 członków Konwentu.
4. Odwołanie członków Prezydium Konwentu może nastąpić zwykłą większością głosów w obecności co najmniej 2/3 członków Konwentu.
5. Kadencja Przewodniczącego, Zastępców Przewodniczącego oraz Sekretarza Konwentu trwa 4 lata i kończy się z chwilą rozpoczęcia posiedzenia Konwentu, o którym mowa w ust. 1, kolejnej kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej.
6. W przypadku, gdy Przewodniczący Konwentu przestaje zajmować stanowisko funkcyjne Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej lub Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej, obowiązki Przewodniczącego Konwentu przejmuje najstarszy z Wiceprzewodniczących.
7. W przypadku, gdy w sytuacji opisanej w ust. 5 Wiceprzewodniczący Konwentu przestaje zajmować stanowisko funkcyjne Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej lub Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej, obowiązki Przewodniczącego Konwentu przejmuje drugi Wiceprzewodniczący, a w przypadku, którym on również przestanie zajmować stanowisko funkcyjne Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej lub Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej, najstarszy członek Konwentu.
8. W przypadku, gdy Sekretarz Konwentu przestaje zajmować stanowisko funkcyjne Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej lub Rady Lekarskiej

Wojskowej Izby Lekarskiej, przeprowadza się wybory uzupełniające na stanowisko Sekretarza Konwentu.

## § 5.

1. Przewodniczący Konwentu:
  - 1) kieruje pracą Konwentu;
  - 2) przewodniczy obradom Konwentu;
  - 3) reprezentuje Konwent.
2. W razie nieobecności Przewodniczącego, jego obowiązki pełni wyznaczony przez niego Wiceprzewodniczący.

## § 6.

1. Wiceprzewodniczący Konwentu:
  - 1) pełni obowiązki Przewodniczącego w czasie jego nieobecności;
  - 2) wykonuje zadania powierzone przez Przewodniczącego.
2. Sekretarz Konwentu:
  - 1) przygotowuje posiedzenia Konwentu;
  - 2) sporządza protokół z posiedzenia Konwentu;
  - 3) nadzoruje prowadzenie dokumentacji.

## § 7.

1. Posiedzenia Konwentu odbywają się w miarę potrzeb, nie rzadziej niż raz na dwa miesiące.
2. Konwent nie obraduje w okresie pomiędzy dniem posiedzenia Krajowego Zjazdu Lekarzy zwołanego w celu przeprowadzenia wyborów organów Naczelnej Izby Lekarskiej, a dniem pierwszego posiedzenia wybranej przez ten Zjazd Naczelnej Rady Lekarskiej.
3. Posiedzenia Konwentu zwołuje Przewodniczący z własnej inicjatywy lub na wniosek co najmniej 1/3 członków Konwentu.
4. Posiedzeniom Konwentu przewodniczy Przewodniczący lub wyznaczony przez niego Wiceprzewodniczący.
5. Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej uczestniczy w posiedzeniach Konwentu z głosem doradczym.
6. Konwent ma prawo zapraszać na swoje posiedzenia przewodniczących innych komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej lub każdą inną osobę, jeżeli uzna, że jej wysłuchanie może być korzystne dla interesu lekarzy i lekarzy dentyistów.
7. Z posiedzeń Konwentu sporządza się protokół, który podpisuje Sekretarz.
8. Protokół zawiera:
  - 1) numer kolejny protokołu;
  - 2) datę posiedzenia;
  - 3) porządek posiedzenia;
  - 4) relację z przebiegu posiedzenia;
  - 5) załączniki w postaci:
    - a) listy obecności;
    - b) treści przyjętych dokumentów.
9. W uzasadnionych sytuacjach posiedzenia Konwentu mogą przebiegać z wyłączeniem ich jawności.

## § 8.

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

## § 9.

Obsługę administracyjną Konwentu zapewnia biuro Naczelnej Izby Lekarskiej.

## § 10.

Traci moc uchwała nr 9/10-VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 26 marca 2010 r. w sprawie Konwentu Przewodniczących Okręgowych Rad Lekarskich.

## § 11.

1. Osoby zajmujące w dniu wejścia w życie uchwały stanowiska, o których mowa w § 2 ust. 1, zachowują te stanowiska do dnia wyłonienia ich następców przez pierwsze posiedzenie Konwentu zwołane w następnej kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej, zgodnie z trybem określonym w § 2.
2. Na najbliższym posiedzeniu po wejściu w życie uchwały Konwent przeprowadzi wybory uzupełniające na wakujące stanowiska Wiceprzewodniczących.

## § 12.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Andrzej Matyja

### UCHWAŁA Nr 9/18/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 31 sierpnia 2018 r.

w sprawie powołania zespołu ds. oceny ofert na zakup siedziby Naczelnej Izby Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4, art. 40 ust. 4 i art. 5 pkt 20 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168) uchwała się, co następuje:

## § 1.

Powołuje się zespół ds. oceny ofert dotyczących zakupu nowej siedziby Naczelnej Izby Lekarskiej, zwany dalej „Zespołem” w składzie:

- 1) Paweł Barucha
- 2) Wojciech Domka
- 3) Marek Jodłowski
- 4) Magda Wiśniewska
- 5) Robert Stępień
- 6) Jacek Tętnowski

## § 2.

Zobowiązuje się Zespół do przedstawienia w terminie do dnia 14 grudnia 2018 r. rekomendacji co do wyboru oferty na zakup nowej siedziby Naczelnej Izby Lekarskiej.

## § 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Andrzej Matyja

### UCHWAŁA Nr 10/18/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 31 sierpnia 2018 r.

w sprawie powołania Rzecznika Praw Lekarza

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 3 i 8 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168) oraz § 3 ust. 1 uchwały Nr 15/10-VI Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie utworzenia Biura Praw Lekarza, zmienionej uchwałą nr 23/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 27 czerwca 2014 r. uchwała się, co następuje:

## § 1.

Na stanowisko Rzecznika Praw Lekarza na okres VIII kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej powołuje

się Grzegorza Krzyżanowskiego.

## § 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ  
Marek Jodłowski

PREZES  
Andrzej Matyja

### **UCHWAŁA Nr 11/18/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 31 sierpnia 2018 r.**

w sprawie składu komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 5 i 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168) i § 6 ust. 1 Regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 14 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej uchwała się, co następuje:

## § 1.

Powołuje się następujące osoby do komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej:

- 1) Komisja Etyki Lekarskiej  
Członkowie: Ryszard Kępa, Stanisław Bień, Marta Klimkowska-Misiak, Antoni Marcinek, Włodzimierz Gajewski, Ewa Tuszkiewicz-Misztal, Andrzej Kunkel, Elżbieta Subczyńska, Elżbieta Rusiecka-Kuczałek;
- 2) Komisja Finansowo-Budżetowa  
Członkowie: Leszek Dudziński, Ryszard Golański, Jacek Tętnowski, Jan Cieśliski, Janusz Legutko, Zbigniew Teter, Zbigniew Kijas, Anna Glińska, Krzysztof Wójcikiewicz;
- 3) Komisja Kształcenia Medycznego  
Członkowie: Michał Balsa, Romuald Krajewski, Zyta Kaźmierczak-Zagórska, Agnieszka Ruchała-Tyszler, Stefan Sobczyński, Dorota Radziszewska, Bartosz Urbański, Stefan Antosiewicz, Lech Kucharski;
- 4) Komisja ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów  
Członkowie: Halina Teodorczyk, Jolanta Kieres, Krzysztof Tuszyński, Andrzej Kierzek, Liliana Kulesza, Elżbieta Kuszewska, Józefa Marjańska-Radziszewska, Apolonia Szajner, Ryszard Grabowski;
- 5) Komisja Organizacyjna  
Członkowie: Marek Jodłowski, Paweł Barucha, Krzysztof Kordel, Paweł Czekalski, Mariusz Janikowski, Jolanta Szczurko, Zyta Kaźmierczak-Zagórska, Łukasz Wojnowski, Jacek Kotuła;
- 6) Komisja ds. Młodych Lekarzy  
Członkowie: Adam Wróbel, Patrycja Drodzdek, Mateusz Kowalczyk, Paweł Doczekalski, Jakub Bajera, Filip Stramecki, Piotr Nowak, Michał Głogowski, Joanna Rzodkiewicz;
- 7) Komisja ds. Sportu  
Członkowie: Maria Szuber, Klaudiusz Komor, Ryszard Golański, Marcin Szczęśniak, Jerzy Staszczuk, Grzegorz Czajkowski, Zbigniew Kijas, Aleksander Skop, Maciej Mroźewski;
- 8) Komisja Legislacyjna  
Członkowie: Paweł Barucha, Jerzy Jakubiszyn, Grzegorz Wrona, Anita Pacholec, Ryszard Mońdział, Mieczysław Dziedzic, Ładysław Nekanda-Trepka, Ewa Kralkowska, Joanna Skonecka;
- 9) Komisja ds. Kultury  
Członkowie: Włodzimierz Cerański, Aleksandra

Bakun, Urszula Chonin, Dariusz Hankiewicz, Bożena Hoffman, Joanna Maślankowska, Stanisław Mysiak, Jerzy Lach, Maciej Romanowski;

10) Zespół ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii  
Członkowie: Marcin Lewicki, Elżbieta Rusiecka-Kuczałek, Paweł Sztwiertnia;

11) Zespół ds. Praktyk Lekarskich  
Członkowie: Wojciech Perekitko, Małgorzata Lindorf, Wojciech Ratajczak, Beata Kożak;

12) Zespół ds. Reformy systemu zgłaszania i rejestrowania zdarzeń niepożądanych i szkód w ochronie zdrowia

Członkowie: Mieczysław Dziedzic, Piotr Winciunas, Mariusz Witczak, Filip Płużański.

## § 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ  
Marek Jodłowski

PREZES  
Andrzej Matyja

### **UCHWAŁA Nr 12/18/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 31 sierpnia 2018 r.**

w sprawie składu Komisji ds. Egzaminów z Języka Polskiego dla Lekarzy Cudzoziemców Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168), art. 7 ust. 6a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2018 r. poz. 617, 650, 697, 1515 i 1532) i § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 czerwca 2009 r. w sprawie zakresu znajomości języka polskiego w mowie i piśmie, niezbędnej do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, oraz egzaminu ze znajomości języka polskiego, niezbędnej do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty (Dz. U. poz. 908) oraz § 6 ust. 1 Regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 14 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej uchwała się, co następuje:

## § 1.

Powołuje się następujące osoby do składu Komisji ds. Egzaminów z Języka Polskiego dla Lekarzy Cudzoziemców Naczelnej Rady Lekarskiej:

Maria Dura, Bożena Hoffman, Marek Jodłowski, Zyta Kaźmierczak-Zagórska, Małgorzata Klimza, Katarzyna Marzec, Dariusz Paluszek, Agnieszka Ruchała-Tyszler, Stefan Sobczyński, Marek Stankiewicz, Jolanta Szczurko, Mery Topolska-Kotułka, Piotr Winciunas oraz Agata Bartoszewska.

## § 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ  
Marek Jodłowski

PREZES  
Andrzej Matyja

### **STANOWISKO Nr 4/18/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 31 sierpnia 2018 r.**

w sprawie bezpieczeństwa dokumentacji medycznej

Naczelna Rada Lekarska wyraża głęboki niepokój w związku z brakiem reakcji Ministra Zdrowia na wystąpienia samorządu lekarskiego dotyczące zmian w zasadach prowadzenia dokumentacji medycznej wynikających z wchodzących stopniowo w życie przepisów prawa.

W stanowisku nr 12/18/P-VIII z dnia 29 czerwca 2018 r. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwróciło się do Ministra Zdrowia z ponownym wnioskiem o pilne uchylene § 10a załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przewidującego obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej.

Szeroko uzasadnione stanowisko Prezydium nie doczekało się do dnia dzisiejszego odpowiedzi. Tymczasem wobec braku określenia niezbędnych wymogów stawianych programom do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej inwestycji placówek medycznych w elektroniczną dokumentację medyczną mogą w dużej części okazać się niecelowe. Tym bardziej więc niepokoić może, że Ministerstwo Zdrowia wbrew zapisom ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia deklaruje brak zainteresowania ogłoszeniem tych wymogów.

Ponadto, wobec wydania rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 941) wymagane staje się prowadzenie części dokumentacji szpitalnej w standardzie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej, do czego znaczna część szpitali nie jest odpowiednio przygotowana.

Naczelna Rada lekarska jest zdania, że wprowadzanie elektronicznej dokumentacji medycznej może nastąpić wyłącznie wówczas gdy placówkom medycznym zostanie prawnie zagwarantowana realna możliwość zmiany oprogramowania bez obawy utraty zgromadzonych danych. Jest to technicznie możliwe, lecz wymaga od dawna postulowanej zmiany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę, że sprawni przepływ informacji o zdarzeniach medycznych nie jest tylko kwestią wywiązania się placówki medycznej z obowiązku ustawowego i nie jest tylko kwestią relacji cywilnoprawnej pomiędzy placówką a dostawcą oprogramowania. Jest to ponad wszystko kwestia wiarygodności Systemu Informacji Medycznej, a więc i bezpieczeństwa pacjentów oraz ich danych.

Mając na uwadze, jak ważnym obszarem funkcjonowania ochrony zdrowia zarówno dla bezpieczeństwa pacjentów, jak i dla lekarzy oraz placówek medycznych, jest dokumentacja medyczna, samorząd lekarski uważa, że Ministerstwo Zdrowia powinno podjąć pilne działania zmierzające do przyjęcia prawidłowych rozwiązań dotyczących prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej.

SEKRETARZ  
Marek Jodłowski

PREZES  
Andrzej Matyja

**STANOWISKO Nr 5/18/VIII  
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ  
z dnia 31 sierpnia 2018 r.**

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy  
o dowodach osobistych oraz niektórych innych  
ustaw

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o dowodach osobistych oraz niektórych innych ustaw, przesłanym przy piśmie Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 31 lipca 2018 r., znak: GMS-WP-173-215/18, wskazuje, że konsekwencją wprowadzenia możliwości używania przewidywanego w warstwie elektronicznej dowodu osobistego podpisu zaufanego i podpisu osobistego w systemach elektronicznych systemu ochrony zdrowia jest odstąpienie rządu od planów wprowadzenia elektronicznego prawa wykonywania zawodu lekarza oraz elektronicznego prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty.

Naczelna Rada Lekarska przypomina, że prace legislacyjne mające umożliwić wdrożenie elektronicznych dokumentów prawo wykonywania zawodu dla lekarzy i lekarzy dentystów, zostały wstrzymane w pierwszej połowie 2018 r. na ostatnim etapie prac legislacyjnych w rządzie.

Informatyzacja systemu ochrony zdrowia w Polsce bezwzględnie wymaga wyposażenia lekarzy i lekarzy dentystów w dokument potwierdzający ich kwalifikacje zawodowe i umożliwiający weryfikację tożsamości, uprawnień w systemach ochrony zdrowia. Projektowany dokument dowodu osobistego nie może zastąpić takiego narzędzia umożliwiającego wykonywanie zawodów lekarza i lekarza dentysty w środowisku informatycznym.

Wobec powyższego odstąpienie od projektu wyposażenia polskich lekarzy i lekarzy dentystów w nowoczesny, wyposażony w warstwę elektroniczną, dokument potwierdzający uprawnienia zawodowe i umożliwiający jednocześnie pracę w systemach informatycznych ochrony zdrowia jest w ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej decyzją błędną.

SEKRETARZ  
Marek Jodłowski

PREZES  
Andrzej Matyja

**STANOWISKO Nr 6/18/VIII  
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ  
z dnia 31 sierpnia 2018 r.**

w sprawie obywatelskiego projektu ustawy  
o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu  
zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z obywatelskim projektem ustawy o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, przesłanym przy piśmie Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 7 sierpnia 2018 r., znak: GMS-WP-173-220/18, negatywnie opiniuje przedmiotowy projekt.

Przedłożony do zaopiniowania projekt ustawy przewiduje likwidację obowiązkowych szczepień ochronnych, co w ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej skutkować będzie wzrostem zachorowań na choroby zakaźne i w dalszej perspektywie może prowadzić do epidemii. Projekt ustawy należy ocenić jako groźny

dla bezpieczeństwa zdrowotnego w szczególności w sytuacji, w której w Europie występują duże migracje ludności z obszarów, na których nie są prowadzone masowe szczepienia ochronne i gdzie występują choroby zakaźne, które dzięki szczepieniom ochronnym udało się w Polsce wyeliminować. Ryzyko epidemiologiczne związane z tymi zjawiskami jest realne, czego dowodem są doniesienia o rosnącej liczbie zachorowań na choroby zakaźne takie jak odra.

Według aktualnej wiedzy medycznej nie ma skuteczniejszej metody ochrony przed chorobami zakaźnymi niż poprzez szczepienia ochronne. Dlatego zmiany przewidziane w projekcie ustawy stanowią realne zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego. Podkreślić należy, że rozwiązania zawarte w opiniowanym projekcie ustawy stoją w rażącej opozycji do, wynikającego z treści art. 68 ust. 4 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, obowiązku zwalczania chorób epidemicznych.

SEKRETARZ  
Marek Jodłowski

PREZES  
Andrzej Matyja

**STANOWISKO Nr 7/18/VIII  
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ  
z dnia 31 sierpnia 2018 r.**

w sprawie projektu ustawy o zmianie niektórych  
ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami  
oczekujących na udzielenie świadczenia opieki  
zdrowotnej

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, zamieszczonym na stronie internetowej Rządowego Centrum Legislacji, o której poinformował Pan Zbigniew Król – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia w piśmie z dnia 16 sierpnia 2018 r. znak: FZP.0212.6.2018.AW, przedstawia następujące uwagi do projektowanej ustawy:

Proponowany przepis art. 59aa ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ustanawia wymóg wystawienia skierowania w postaci elektronicznej, o których mowa w art. 32, art. 57 i art. 58 ustawy za wyjątkiem skierowania wystawionego:

1) dla osoby o nieustalonej tożsamości;  
2) w przypadku braku dostępu do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;

3) na potrzeby świadczenia opieki zdrowotnej, udzielanego poza granicami kraju, o którym mowa w art. 42a.

Z kolei w ust. 3 przepisu zawarto wymóg wystawienia skierowania, o którym mowa w art. 32 w postaci elektronicznej, w przypadku gdy:

1) uprawnia świadczeniobiorcę do wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia oraz otrzymania tego świadczenia od świadczeniobiorcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy skierowanie;

2) otrzymania świadczenia opieki zdrowotnej realizowanego wyłącznie na podstawie skierowania,

jeżeli świadczenie to będzie finansowane ze środków innych niż środki publiczne.

Zatem wprowadzenie obligatoryjnego wymogu wystawiania skierowania w postaci elektronicznej w ww. przypadkach w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie projektowanej ustawy będzie kolidowało z art. 56 ust. 3 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, który zawiera ogólną regulację, że skierowania mogą być wystawiane w postaci papierowej do końca 2020 r.

SEKRETARZ  
Marek Jodłowski

PREZES  
Andrzej Matyja

**STANOWISKO Nr 8/18/VIII  
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ  
z dnia 31 sierpnia 2018 r.**

w sprawie projektu dokumentu „Polityka Lekowa  
Państwa 2018-2022”

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem dokumentu „Polityka Lekowa Państwa 2018-2022” przekazany przy piśmie Pana Marcina Czecha – Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z dnia 23 lipca 2018 r., znak: IK: 1392671.AL, pozytywnie ocenia dostosowanie się Ministerstwa Zdrowia do rekomendacji WHO dotyczącej tworzenia dokumentu określającego politykę lekową państwa, jako elementu polityki zdrowotnej.

Jednocześnie zwraca uwagę, że przedstawiony dokument zawiera głównie opis stanu obecnego oraz diagnozę, podczas gdy propozycje rozwiązań ujęte są w sposób ogólnikowy. Projekt dokumentu, w zakresie w jakim określa priorytetowe cele szczegółowe polityki lekowej państwa na najbliższe cztery lata, jest kierunkowo zbieżny z niektórymi postulatami, zgłaszanymi Ministrowi Zdrowia przez samorząd lekarski.

Naczelna Rada Lekarska przedstawia poniżej szczegółowe uwagi, które w jej ocenie powinny zostać uwzględnione w projektowanym dokumencie:

**I. W zakresie profilaktyki pierwotnej:**

1. Naczelna Rada Lekarska popiera działania mające na celu rozszerzenie dostępu do szczepień ochronnych w celu zmniejszenia zapadalności na choroby zakaźne. Samorząd lekarski od dawna podkreśla kluczową rolę szczepień ochronnych w profilaktyce pierwotnej. Naczelna Rada Lekarska w stanowisku nr 1/18/VII z dnia 20 kwietnia 2018 r. w sprawie stosowania szczepionek w praktyce medycznej, stwierdziła, że szczepienia należą do najważniejszych zdobyczy współczesnej medycyny, ratują życie i chronią przed powikłaniami. Są najskuteczniejszym i najbezpieczniejszym sposobem zapobiegania chorobom zakaźnym.

2. Jednocześnie Naczelna Rada Lekarska wyraża głębokie zaniepokojenie przedstawioną koncepcją wprowadzenia zasad nadawania uprawnień do kwalifikacji i wykonywania wybranych szczepień ochronnych farmaceutom. W ocenie samorządu lekarskiego, proponowane rozwiązanie, które zostało uzasadnione potrzebą odciążenia systemu ochrony zdrowia, jest zbyt daleko idące. Farmaceuty, jako grupa zawodowa nie mają kwalifikacji zawodowych w zakresie badania pacjenta i wykonywania procedur medycznych, a apteki nie są podmiotami

leczniczymi. Należy wyraźnie podkreślić, że badanie pacjenta, kwalifikacja do szczepienia i wykonanie szczepienia jest uprawnieniem lekarza.

3. Naczelna Rada Lekarska popiera działania mające na celu usprawnienie działań związanych z realizacją obowiązku szczepień ochronnych, w tym działania legislacyjne zmierzające do wskazania w przepisach prawa świadczeniodawców innych niż mających umowę z NFZ jako podmiotów uprawnionych do realizacji szczepień szczepionkami kupowanymi przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

4. Naczelna Rada Lekarska popiera działania mające na celu zahamowanie zjawiska wzrostu liczby niezaszczepionych dzieci i przypomina, że Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej apelem nr 8/17/P-VII z dnia 7 lipca 2017 r. zwróciło się do Ministra Zdrowia o podjęcie prac legislacyjnych zmierzających do wprowadzenia ustawowego obowiązku przedstawienia przed przyjęciem do żłobka, przedszkola oraz szkoły zaświadczenia potwierdzającego wykonanie u dziecka szczepień obowiązkowych. Obowiązek taki chroniłby dzieci, które zostały poddane szczepieniom obowiązkowym, ograniczając ich kontakt z osobami niezaszczepionymi, a także stanowiłby dodatkowy bodziec do poddania szczepieniom dzieci dotychczas niezaszczepionych.

5. Naczelna Rada Lekarska przypomina, że samorząd lekarski zgłaszał Ministrowi Zdrowia postulat wprowadzenia ze względu na ochronę zdrowia publicznego obowiązkowych, finansowanych ze środków publicznych szczepień ochronnych przeciwko grypie dla pracowników ochrony zdrowia oraz dzieci i młodzieży szkolnej.

6. Ponadto w ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej zasadne byłoby wprowadzenie ustawowego obowiązku przedstawienia przez obcokrajowców, przy rejestracji miejsca pobytu w Polsce, zaświadczenia o wymaganych szczepieniach ochronnych, do których, zgodnie z przepisami ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu chorób zakaźnych u ludzi, obowiązane są osoby przebywające na obszarze Polski.

7. Naczelna Rada Lekarska jest zdania, że w celu zwiększenia bezpieczeństwa i liczby szczepień, polityka lekowa państwa powinna uwzględnić wprowadzenie możliwości prowadzenia obrotu szczepionkami przez podmioty lecznicze, z tym zastrzeżeniem, że dotyczy to sytuacji, gdy szczepionki te są użyte w danym podmiocie do realizacji procedury szczepienia. Takie rozwiązanie zdecydowanie zwiększa bezpieczeństwo szczepień poprzez zapewnienie właściwego przechowywania produktów i zmniejsza ryzyko przerwania ciągu chłodniczego przez pacjenta, który obecnie musi dostarczyć szczepionkę do miejsca szczepienia.

## II. W zakresie dostępności rynkowej:

1. Naczelna Rada Lekarska popiera działania mające na celu weryfikację procesu zmiany kategorii dostępności produktów leczniczych. Obecnie kryteria zmiany kategorii dostępności są niejasne, a regulacje w tym zakresie zbyt liberalne.

2. Naczelna Rada Lekarska popiera działania mające na celu zwiększenie bezpieczeństwa stosowania suplementów diety przez konsumentów. W ocenie samorządu lekarskiego, obowiązujące

regulacje dotyczące rejestrowania suplementów diety w Głównym Inspektoracie Sanitarnym są niewystarczające i należy wprowadzić ustawowy obowiązek badania składu suplementów diety. Wzmocnienie nadzoru nad przestrzeganiem przepisów prawa żywnościowego powinno być realizowane poprzez wprowadzenie obowiązku przedstawienia Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu wyników badań składu suplementów diety.

3. Samorząd lekarski popiera działania mające na celu zmniejszenie zjawiska nieuzasadnionego względami medycznymi przyjmowania suplementów diety. Zgadza się również co do oceny, że intensywna reklama produktów dostępnych bez recepty i suplementów diety wpływa na decyzje zakupowe i prowadzi do nadmiernej konsumpcji tych produktów. Ponadto należy podkreślić, że przyjmowanie leków i suplementów diety pod wpływem reklamy powoduje ryzyko powstania niebezpiecznej interakcji tych produktów z innymi przyjmowanymi przez pacjenta lekami. Naczelna Rada Lekarska w apelu Nr 2/16/VII z dnia 4 marca 2016 r. zwróciła się do Ministra Zdrowia o niezwłoczne podjęcie prac legislacyjnych zmierzających do wprowadzenia do treści ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia oraz ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, ograniczeń w zakresie reklamy żywności oraz wyrobów medycznych, polegających na uniemożliwieniu reklamy tych produktów przy wykorzystaniu wizerunku osób posiadających wykształcenie medyczne lub farmaceutyczne lub odwoływaniu się do osób sugerujących posiadanie takiego wykształcenia lub odwoływaniu się do zaleceń takich osób. W stanowisku Nr 53/16/P-VII z dnia 16 września 2016 r. w sprawie reklamy leków, wyrobów medycznych oraz suplementów diety Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazało na takie problemy jak:

- stale rosnącą liczbę reklam leków sprzedawanych bez recepty oraz suplementów diety,
- stosowanie w reklamach wielu wprowadzających w błąd praktyk polegających m.in. na sugerowaniu, że suplementy diety mają działanie podobne do leków, stwierdzeń dotyczących skuteczności i celowości stosowania tych produktów, które nie znajdują potwierdzenia w rzetelnych badaniach naukowych, opakowań bardzo mało różniących się od opakowań leków,
- niebezpieczeństwo wprowadzania w błąd odbiorców reklamy, którzy poszukując samodzielnie sposobów rozwiązania problemów zdrowotnych lub zmniejszenia dolegliwości mogą w wyniku reklamy powziąć nieuzasadnione przekonanie, że stosując skuteczne leczenie i narażać w ten sposób na szwank zdrowie swoje i innych osób,
- pojawienie się w reklamach pseudonaukowych sformułowań sugerujących potrzebę leczenia nieistniejących w rzeczywistości chorób i wprowadzenie przez to odbiorców w błąd co do oceny własnego stanu zdrowia oraz podejmowanie przez nich niepotrzebnych i nieskutecznych działań, a także ponoszenie zbędnych wydatków,
- posługiwanie się przez reklamodawców wizerunkiem pracowników medycznych lub sugerowanie, że pracownicy medyczni, w szczególności

lekarze i lekarze dentyści, polecają reklamowany produkt w celu wywarcia u odbiorcy reklamy wrażenia, że ma on właściwości lecznicze. Podobnie, sprzedawanie tych produktów w aptekach może wprowadzać konsumentów w błąd co do ich przydatności leczniczej.

Samorząd lekarski zauważa, że nieodpowiedzialna reklama leków nabywanych bez recepty prowadzi do ich nadużywania i zwiększenia częstości związanych z tym powikłań.

4. Odnosząc się do zawartych w projekcie dokumentu danych o odnotowanym na rynku wzroście wydatków na promocję wszystkich produktów dostępnych w aptekach bez recepty, samorząd lekarski podtrzymuje postulat o rozważenie wprowadzenia w Polsce zakazu bądź ograniczenia reklamy leków dostępnych bez recepty, wyrobów medycznych oraz suplementów diety. Natomiast, jeżeli reklama leków, wyrobów medycznych oraz suplementów diety kierowana do społeczeństwa jest dopuszczona, musi ona podlegać ścisłej kontroli pod kątem rzetelności przekazu i prawdziwości zawartych w niej informacji. W ocenie samorządu lekarskiego konieczne byłoby więc stworzenie jednolitych przepisów prawnych dotyczących sposobu reklamy produktów leczniczych, wyrobów medycznych i suplementów diety.

5. Samorząd lekarski podtrzymuje również postulat zawarty w ww. stanowisku Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej o rozważenie, czy suplementy diety, jako produkty niezwiązane z procesem leczenia powinny być sprzedawane w aptekach. Wydaje się bowiem racjonalne, aby w aptekach można było nabywać produkty i wyroby służące leczeniu lub wspomagające ten proces.

6. Samorząd lekarski stoi na stanowisku, że obrót lekami powinien co do zasady odbywać się w placówkach aptecznych, pod nadzorem wykwalifikowanych profesjonalistów posiadających specjalistyczną wiedzę z zakresu farmacji. Odstępstwa od tej zasady powinny być ograniczone do takich sytuacji i takich leków, co do których ryzyko wystąpienia zagrożenia dla zdrowia pacjenta ograniczone będzie do minimum. Pacjent, kupując lek poza apteką, nie ma możliwości uzyskania rzetelnej, fachowej informacji od farmaceuty dotyczącej np. dawkowania czy możliwych interakcji z innymi lekami. Jest to o tyle istotne, że pacjenci decydując się na zakup leków OTC często kierują się informacjami przekazywanymi w reklamach, które nie mogą zastąpić informacji, które przekazać może lekarz lub farmaceuta.

7. W odniesieniu do celu polityki lekowej, jakim jest zwiększenie liczby zgłoszeń działań niepożądanych do poziomu uzasadnionego wielkością populacji, liczbą osób wykonujących zawody medyczne oraz wielkością prowadzonej farmakoterapii, Naczelna Rada Lekarska postuluje wprowadzenie dogodnego systemu rejestracji zgłaszania niepożądanych działań leków. W projekcie dokumentu wskazano, że nastąpi wzmocnienie zaplecza technicznego umożliwiającego sprawne przekazywanie zgłoszeń działań niepożądanych oraz ich bieżącą analizę – brak jednak wyjaśnienia, o jakim zapleczu technicznym jest tu mowa.

### III. W zakresie dostępności refundacyjnej:

1. Autorzy dokumentu w ogóle nie odnoszą się do zasadniczego problemu systemu refundacji: wysokich dopłat pacjentów do leków refundowanych – warto przypomnieć, że wysokość dopłat do leków refundowanych w Polsce jest jedną z najwyższych w Europie (jeśli nie najwyższą). Ten problem nie został poruszony w części „diagnostycznej” dokumentu; brakuje także propozycji rozwiązań.

2. W projekcie dokumentu zostały przedstawione zasady podejmowania decyzji refundacyjnych. Naczelna Rada Lekarska uważa, że decyzje refundacyjne powinny obejmować wszystkie grupy chorych. Nie do akceptacji jest system refundacji, w którym decyzja o refundacji leku generycznego automatycznie oznacza, iż pacjent dotychczas leczony lekiem oryginalnym, jest zmuszony w praktyce, wbrew stanowisku lekarza, do zmiany terapii na lek generyczny – takie sytuacje mają miejsce w leczeniu szpitalnym i z perspektywy medycznej są niedopuszczalne, zwłaszcza w niektórych obszarach terapeutycznych, jak np. transplantologii. Warto podkreślić po raz kolejny, że dostępność leków refundowanych ze środków publicznych powinna uwzględniać także leki najnowszej generacji.

3. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej, refundację należy skierować głównie na preparaty o wysokich kosztach, i zrezygnować z rozporoszonych dopłat do leków o niskim koszcie miesięcznej kuracji, przy których refundacja jest kilkuzłotowa.

4. Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę, że w przedłożonym dokumencie nie została przewidziana realizacja zgłaszanego przez środowiska lekarskie postulatu zdjęcia z lekarzy obowiązku oznaczania poziomu odpłatności przy wystawianiu recepty.

5. Samorząd lekarski popiera działania mające na celu zmniejszenie udziału pacjenta w finansowaniu leków refundowanych. Samorząd lekarski postuluje zwiększenie dostępności leków z listy „75+” poprzez nadanie uprawnienia do ich przepisania we wskazaniu refundacyjnym nie tylko lekarzom POZ, ale również lekarzom specjalistom, a także wprowadzenie możliwości wystawiania na leki z listy „75+” recept pro auctore i pro familiae.

6. Samorząd lekarski wyraża zaniepokojenie projektowanym wprowadzeniem centralnych zakupów leków mających na celu pozyskiwanie leków o możliwie najkorzystniejszych cenach. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej takie rozwiązanie może prowadzić do nabywania najtańszych odpowiedników leków i zmniejszenia dostępności do nowoczesnej terapii.

7. Naczelna Rada Lekarska popiera działania zmierzające do wypracowania zasad preskrypcji i finansowania leków biorównoważnych. Wprowadzenie do terapii leków biorównoważnych będzie miało wpływ na obniżenie cen drogich leków biologicznych.

### IV. W zakresie przemysłu farmaceutycznego:

1. Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę, że w obowiązującym stanie prawnym nie funkcjonują już umowy upoważniające do wystawiania recept na leki refundowane. Umowy takie wygasły

z dniem 31 grudnia 2016 r. na mocy przepisu art. 45 ust. 1 ustawy z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw. W polityce lekowej na lata 2018-2022 nie powinno się zatem ich wymieniać.

### V. W zakresie roli lekarzy, pielęgniarek i farmaceutów:

1. Naczelna Rada Lekarska, w tym miejscu, jeszcze raz podkreśla, że badanie pacjenta, kwalifikacja do szczepienia i wykonanie szczepienia jest kompetencją lekarza, której w żaden sposób nie może przejąć farmaceuta.

2. Naczelna Rada Lekarska wyraża zaniepokojenie brakiem podejmowania skutecznych działań mających na celu odciążenie lekarzy od zbędnych czynności biurokratycznych. Niepokoi fakt przedłużania się procesu wprowadzania systemów informatycznych w ochronie zdrowia, które mają zmniejszyć zaangażowanie lekarzy w procesy biurokratyczne i pozwolić im przeznaczyć więcej czasu pacjentowi. Z drugiej strony wprowadzanie w życie w trybie przyspieszonym, bez konsultacji publicznych aktów prawnych, tak jak to miało miejsce w odniesieniu do e-recepty, powoduje problemy z interpretacją i stosowaniem nowych przepisów.

Mając na uwadze, że zakreślony horyzont czasowy na realizację celów zawartych w projekcie polityki lekowej państwa obejmuje zaledwie 4 lata, wydaje się, że w dokumencie powinny znaleźć się 2-3 priorytety, opisujące kluczowe problemy do rozwiązania, jak choćby te zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych, tj.: zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu:

- a) chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu,
- b) nowotworów złośliwych,
- c) przewlekłych chorób układu oddechowego,
- d) cukrzycy,

które nie znalazły szczególnego miejsca w Polityce Lekowej Państwa.

Samorząd lekarski stwierdza, że ogólnikowe potraktowanie wielu tematów pozostawia niedosyt informacji co do planowanych sposobów realizacji wyznaczonych celów.

SEKRETARZ  
Marek Jodłowski

PREZES  
Andrzej Matyja

### APEL Nr 1/18/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 31 sierpnia 2018 r.

do Ministra Zdrowia oraz Ministra Środowiska w sprawie sfinansowania kosztów dostosowania gabinetów stomatologicznych do wymogów wynikających z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/852 z dnia 17 maja 2017 r. w sprawie rtęci oraz uchylającego rozporządzenie (WE) nr 1102/2008

Naczelna Rada Lekarska, wykonując postanowienia uchwały nr 16 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., apeluje do Ministra Zdrowia i Ministra Środowiska o podjęcie wspólnych działań mających na celu sfinansowanie kosztów dostosowania gabinetów stomatologicznych do wymogów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/852 z dnia 17 maja 2017 r. w sprawie rtęci oraz uchylającego rozporządzenie (WE) nr 1102/2008.

Zgodnie z art. 10 ww. rozporządzenia od dnia 1 stycznia 2019 r. podmioty prowadzące gabinety stomatologiczne, w których stosowany jest amalgamat stomatologiczny lub w których usuwane są wypełnienia z amalgamatu stomatologicznego lub zęby zawierające takie wypełnienia, będą zobowiązane do zainstalowania i utrzymania separatorów amalgamatu.

Samorząd lekarski, dostrzegając uzasadnioną obawę niewykonalności powyższego obowiązku przez wszystkie gabinety stomatologiczne, jednocześnie, w piśmie do Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2018 r. znak: NRL/ZRP/MK/530-1/1256/2018, zaproponował rozłożenie wykonania powyższego obowiązku na najbliższe kilka lat.

Niezależnie od powyższego należy podkreślić, że realizacja wymogów wynikających z Rozporządzenia PE i Rady pozostanie w dalszym ciągu dla lekarzy dentystów znacznym wydatkiem. Samorząd lekarski zwraca uwagę, iż koszt instalacji (zakup i montaż) separatora amalgamatu nie będzie jedynym wydatkiem związanym z wykonaniem przedmiotowego obowiązku. Na gabinetach stomatologicznych będzie ciążyła konieczność pokrycia kosztów serwisowania zainstalowanych urządzeń, a wraz z upływem lat – ich wymiany, a także pojawią się zwiększone koszty związane z utylizacją odpadów amalgamatowych.

W związku z powyższym oraz z uwagi na to, że stosowanie separatorów amalgamatu nie służy ani zapewnieniu lepszej jakości świadczeń stomatologicznych, ani ułatwieniu pracy lekarzy dentyków, a celem ich instalacji jest wyłącznie ochrona środowiska – samorząd lekarski apeluje o refundację podmiotom prowadzącym gabinety stomatologiczne poniesionych kosztów z tego tytułu, poprzez zaangażowanie środków publicznych lub unijnych bądź umożliwienie odliczenia tych kosztów od podatku. Samorząd lekarski wskazuje przy tym, że wiele nakładanych przez Państwo obowiązków z zakresu ochrony środowiska korzysta ze znacznego finansowania ze środków unijnych, budżetowych lub innego rodzaju wsparcia finansowego. Uwzględniając znaczną liczbę podmiotów, które muszą wykonać powyższy obowiązek, jak również biorąc pod uwagę tak ważny – podkreślony w preambule Rozporządzenia – dla Unii Europejskiej cel, którym jest ochrona środowiska, zasadne wydaje się ustanowienie programu, który w całości lub w części zasilany byłby środkami unijnymi.

SEKRETARZ  
Marek Jodłowski

PREZES  
Andrzej Matyja

# Brakuje biegłych lekarzy sądowych

Spośród blisko 16 tys. biegłych sądowych ok. 3 tys. stanowią lekarze. Liczba ta nie zaspokaja potrzeb sądów, które z powodu deficytu biegłych specjalistów z dziedzin medycznych muszą przesuwac terminy rozpraw.

❧ LUCYNA KRYSIAK

**P**roblem nie jest nowy, sądy borykają się z nim od paru lat, ale obecnie się pogłębia. Lekarzy biegłych sądowych ubywa, a nie ma chętnych, by ich zastąpić.

Ministerstwo Sprawiedliwości zleciło nawet analizę sytuacji, dotąd jednak nie zapadły decyzje w tej sprawie. A chodzi głównie o niskie gratyfikacje wynikające z bycia biegłym lekarzem sądowym. Funkcję tę pełnią medycy – eksperci w swojej dziedzinie, nie idą jednak za tym pieniądze adekwatne do pracy, jaką muszą wykonać. Stawki są godzinowe: od 45 zł w przypadku lekarza do 70 zł w przypadku profesora, które – jak twierdzą biegli – nie są dostateczną rekompensatą.

Najczęściej jako biegli z dziedzin medycznych powoływani są psychiatry, ale też ortopedzi, gastrologi, alergolodzy, interniści i lekarze węższych specjalności, np. okuliści czy kardiochirurdzy. W tych ostatnich deficyt jest odczuwalny najbardziej. W przypadku lekarzy biegłymi są zazwyczaj ordynatorzy, lekarze w stopniu profesora lub co najmniej doktora nauk medycznych.

## AKTA WYSYPUJĄ SIĘ Z SZAFY

Wydawanie opinii w wielu postępowaniach trwa bardzo długo. Nawet dwa, trzy lata. Dotyczy to np. spraw z zakresu błędów w sztuce lekarskiej. Często takie opinie muszą zostać wydane przez zakłady medycyny sądowej lub uniwersytety medyczne. Prof. Stanisław Ostrowski, biegły sądowy z kilkunastoletnim stażem, specjalista w dziedzinie kardiochirurgii z Kliniki Kardiochirurgii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, to potwierdza. – Akta, które przekazują mi sądy do zaopiniowania, dosłownie wysypują się z szafy. To skutek

niewystarczającej liczby biegłych, szczególnie w wąsko specjalistycznych dziedzinach medycznych, a taką jest kardiochirurgia – tłumaczy prof. Ostrowski i przestrzega, że jeśli nie będzie zachęty finansowej, by więcej lekarzy decydowało się przyjąć funkcję biegłego sądowego, ten deficyt będzie się pogłębiał, a procesy jeszcze bardziej będą się przedłużać. Uważa, że pełnienie funkcji biegłego jest ważne społecznie, ponieważ przyczynia się do ustalenia prawdy, ale jest też odpowiedzialne i czasochłonne.

Lekarz, aby wydać opinię, musi nie tylko zapoznać się aktami, ale oprócz własnego doświadczenia podeprzeć ją różnego rodzaju publikacjami bądź zasięgnąć opinii innego specjalisty. Opinia musi być rzetelna, profesjonalna i wykonana w terminie. Wymagania wobec biegłych są więc wysokie. Tymczasem – jak wynika z danych Ministerstwa Sprawiedliwości – podstawowa stawka wynagrodzenia biegłego za godzinę pracy wynosi w zależności od stopnia złożoności problemu będącego przedmiotem opinii oraz warunków, w jakich opracowano opinię – od ok. 23 zł do 32 zł. W przypadku biegłych posiadających stopień doktora ok. 45 zł, doktora habilitowanego – ok. 55 zł, profesora – ok. 70 zł – za godzinę. W razie złożonego charakteru problemu będącego przedmiotem opinii stawka może być podwyższona o 50 proc.

Biegłym przysługuje zwrot kosztów dojazdu do miejsca wykonania czynności, ponieważ poza sporządzeniem opinii są oni zobowiązani do udziału w wyznaczonych rozprawach sądowych, które odbywają się w różnych miejscowościach.

– Wynagrodzenie zależy od tego, ile godzin biegły poświęca na daną sprawę. Wykonanie merytorycznej opinii w poważnych sprawach medycznych wymaga ogromnej wiedzy i udokumentowania

50%

– o tyle może być podwyższona stawka godzinowa biegłego w przypadku złożonego charakteru problemu będącego przedmiotem opinii.

wielostronicowymi wywodami. Za taką pracę przysługująca kilkusetzłotowa gratyfikacja nie może być satysfakcjonująca – przekonuje prof. Ostrowski i dodaje, że trudno się dziwić, że specjaliści dysponujący najrozleglejszą wiedzą, mający niepodważalny autorytet w reprezentowanej dziedzinie medycyny unikają pełnienia funkcji biegłych sądowych.

## POTRZEBNE NOWE ROZWIĄZANIA

Biegłym sądowym może zostać lekarz, który posiada szczególne umiejętności i wiedzę z danej dziedziny medycyny. Musi też spełniać określone warunki: korzystać z pełni praw cywilnych i obywatelskich, mieć ukończone 25 lat, dawać rękojemnie należytego wykonywania obowiązków biegłego, mieć nieposzlakowaną opinię, wyrazić zgodę na powołanie na funkcję biegłego. Biegli lekarze sądowi dzielą się na trzy grupy: lekarze, którzy mają specjalizację z medycyny sądowej, lekarze, którzy opiniują w różnych dziedzinach medycyny, np. w ortopedii, neurochirurgii, kardiochirurgii, pediatrii oraz psychiatry, i lekarze, których opiniowanie na gruncie postępowania karnego jest regulowane odrębnymi przepisami, ponieważ w sprawach o orzeczeniu niepczytalności zlecane jest przedstawienie opinii dwóch biegłych psychiatrów.

– Biegli sądowi są powoływani w trybie administracyjnym i ustanawiani przy każdym sądzie okręgowym. Prezes sądu okręgowego ustanawia biegłego i wpisuje go na listę biegłych prowadzoną przy każdej takiej placówce. Biegły jest powoływany na okres pięciu lat z możliwością przedłużenia okresu pełnienia funkcji na dalszy oznaczony okres – wyjaśnia sędzia Paweł Sydor, rzecznik Sądu Okręgowego w Łodzi, i zaznacza, że przed objęciem funkcji biegły składa przyrzeczenie przed prezesem

sądu okręgowego. Lekarz zostając biegłym, nie może więc odmówić wykonania należących do niego obowiązków zleconych przez sąd, prokuratora lub inny organ prowadzący postępowanie karne. Warunki wynagrodzenia biegłych regulują przepisy Kodeksu postępowania karnego, ustawy o kosztach sądowych, a także stosowne rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości. – Sądy nie mają mocy sprawczej, aby regulować sprawy wynagrodzeń biegłych i chociaż na nie spada odium niezadowolonych z ich strony w postaci niechęci do przyjmowania na siebie tego obowiązku, nie możemy nic zrobić w tym zakresie – zastrzeżenie Paweł Sydor.

Ale problem nabrzmiewa, dlatego zlecono Instytutowi Wymiaru Sprawiedliwości badania dotyczące funkcjonowania biegłych sądowych, w tym analizę kosztów ponoszonych z tego tytułu przez wymiar sprawiedliwości. Czy wyniki tych badań posłużą opracowaniu propozycji nowych rozwiązań zmieniających stawki za sporządzenie przez nich opinii z zakresu medycyny oraz zasad ich ustalania? Czas pokaże.

## ZA MAŁO LEKARZY

Deficyt biegłych sądowych z zakresu medycyny ma także swoje drugie dno. Wiąże się bowiem z niedostateczną ogólną liczbą lekarzy, w tym specjalistów w Polsce i ich przeciążeniem pracą. W obecnych realiach lekarz specjalista w swojej dziedzinie zwykle pracuje w kilku miejscach – w poradni, na SOR, pełni całodobowe dyżury w szpitalu, które są na tyle obciążające, że trudno jeszcze wygospodarować czas na pracę biegłego sądowego. Do tego wszystkiego lekarze są zaangażowani w pracę jako orzecznicy ZUS, w komisjach orzekających o niepełnosprawności itp.

– Lekarz jest przede wszystkim dla pacjenta, ma leczyć, bo to jest jego podstawowa powinność, a dopiero później angażować się w pracę na rzecz sądów czy innych instytucji, choć są to niewątpliwie społecznie ważne funkcje – podkreśla Grzegorz Wrona, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej NRL. Jednocześnie zaznacza, że funkcje te wymagają od lekarzy wydających opinie w różnych sprawach, nie tylko sądowych, wnikliwości, rzetelności, a to zobowiązuje. I nie chodzi tylko o sporządzenie

ekspertyz, ale o czas, który biegły musi podporządkować terminom rozpraw, które są nienaruszalne. Musi więc np. znaleźć zastępstwo przy stole operacyjnym, na dyżurze, w poradni czy na uczelni, gdzie ma zajęcia ze studentami. Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej nawiązuje w tym miejscu do pracy okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej i sądów lekarskich, które także często mają trudności z namówieniem autorytetów medycznych do sporządzania opinii na rzecz samorządu zawodowego lekarzy. – To, co przeżywają sądy w związku z deficytem biegłych sądowych lekarzy, odczuwają na własnej skórze rzecznicy odpowiedzialności zawodowej w okręgowych izbach. Dlatego swego czasu proponowałem, aby stworzyć wspólną listę osób, które samorząd lekarski rekomenduje jako ekspertów, gotowych opiniować sprawy, z którymi zgłoszą się do nich rzecznicy, co znacznie usprawniłoby i przyspieszyłoby bieg spraw kierowanych do okręgowych rzeczników – zauważa Grzegorz Wrona i zastanawia się, czy wobec pogłębiającego się deficytu lekarzy biegłych sądowych nie należałoby wrócić do tematu. ○

## CZAS

Biegły lekarz sądowy musi podporządkować pracę terminom rozpraw, które są nienaruszalne.

REKLAMA

# Większa ochrona



**Mariusz Tomczak**

Dziennikarz  
„Gazety Lekarskiej”

Kilka tygodni temu zwiększyła się liczba lekarzy i lekarzy dentystów objętych ochroną prawną przysługującą funkcjonariuszom publicznym. W dalszym ciągu nie dotyczy to wszystkich osób wykonujących oba zawody.

**S**amorząd lekarski domaga się, by ochrona prawna należąca funkcjonariuszowi publicznemu przysługiwała każdemu lekarzowi i lekarzowi dentyście w trakcie wykonywania czynności zawodowych. Jednak na początku wakacji postowie nie wyrazili na to zgody.

## JAK BYŁO?

W porozumieniu podpisanym kilka miesięcy temu przez ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego z Porozumieniem Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy znalazła się obietnica poszerzenia ochrony prawnej dla lekarzy. Minister zapewnił, że podjęcie działania w celu przedłożenia Radzie Ministrów projektu zmieniającego ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentystry w taki sposób, aby – jak czytamy w dokumencie – lekarzowi pracującemu w publicznej służbie zdrowia w czasie udzielania przez niego świadczeń zdrowotnych przysługiwała ochrona właściwa dla funkcjonariusza publicznego.

– Zgodnie z porozumieniem z dnia 8 lutego 2018 r. minister zdrowia zobowiązał się do wprowadzenia ochrony prawnej dla lekarzy i lekarzy dentystry, przysługującej funkcjonariuszowi publicznemu. Był to postulat osób pracujących bezpośrednio na tzw. pierwszej linii frontu – przypomina Michał Balsa, członek Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, a jednocześnie jeden z liderów Porozumienia Rezydentów OZZL. W chwili podpisywania porozumienia przez ministra Łukasza Szumowskiego i rezydentów (a mówiąc precyzyjniej, jeszcze kilka tygodni temu) ochrona należąca funkcjonariuszom publicznym obejmowała tylko lekarzy świadczących pomoc doraźną lub gdy zwłoka w podjęciu czynności świadczenia opieki zdrowotnej mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała albo ciężkiego rozstroju zdrowia. W praktyce zawężało to krąg do lekarzy pracujących w szpitalnych oddziałach ratunkowych, izbach przyjęć i karetkach pogotowia.

## FAKT

**Naruszenie nietykalności cielesnej lekarza będzie podlegać surowszej karze.**

## JAK JEST?

Sytuacja zmieniła się 24 sierpnia wraz z wejściem w życie tzw. ustawy 6 procent, czyli ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1532). Objęła ona ochroną należną funkcjonariuszom publicznym lekarzy i lekarzy dentystry wykonujących zawód w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w tym podmiocie. Nowe przepisy dotyczą lekarzy, którzy pracują w publicznych placówkach, ale nie obejmują m.in. prowadzonej przez nich działalności administracyjnej i badawczej. Dzięki przyznanej ochronie osoby dopuszczające się przestępstwa naruszenia nietykalności cielesnej czy znieważenia lekarza będą podlegać surowszej odpowiedzialności karnej (zgodnie z art. 222 i 226 Kodeksu karnego).

**Serdecznie dziękuję za wszelkie wpłaty,** dzięki którym możemy pomagać naszym podopiecznym

– Koleżankom i Kolegom, którzy znaleźli się w ciężkiej sytuacji życiowej. Prosimy o wsparcie nawet bardzo symboliczną kwotą – razem możemy sprawić, że czyjś los choć trochę się odmieni.

Ogromnie dziękuję za datki, które do nas napływają z całej Polski: Inowrocławia, Grodziska Mazowieckiego, Warszawy, Kluczborka, Legnicy, Mielca, Czarnkowa.

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

**Mariusz Janikowski,  
PREZES ZARZĄDU  
Fundacji Lekarze Lekarzom**

## NOWE PRZEPISY DOTYCZĄ LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW, KTÓRZY PRACUJĄ W PUBLICZNYCH PLACÓWKACH, ALE NIE OBEJMUJĄ M.IN. PROWADZONEJ PRZEZ NICH DZIAŁALNOŚCI ADMINISTRACYJNEJ I BADAWCZEJ.

– Z punktu widzenia bezpieczeństwa pracy lekarza i lekarza dentystry tego typu ochrona prawna jest potrzebnym i dobrym rozwiązaniem. Szkoda, że regulacja dotyczy tylko podmiotów finansowanych ze środków publicznych – mówi Michał Balsa. Jak wskazuje wielu lekarzy, bez względu na miejsce świadczenia pracy, a więc niezależnie od miejsca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, osoby udzielające pomocy pacjentom narażone są na negatywne zachowania pacjentów w podobnym stopniu. – W ośrodkach prywatnych wykonuje się taką samą pracę, zatem ochrona powinna obowiązywać również w przypadku udzielania takich świadczeń – dodaje dr Balsa. Zdaniem wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzeja Cisko, po nowelizacji art. 44 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, kryterium rozstrzygającym o ochronie nie jest udzielanie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, lecz praca w placówce, która zawarła taką umowę. – Mogą być przypadki, że pracujący w takim podmiocie lekarze i lekarze dentyści nie będą udzielać świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, lecz tylko komercyjnie, ale zostaną ochroną objęci z tytułu samej pracy w takim podmiocie – mówi wiceprezes NRL, dodając, że samorząd lekarski zamierza dalej zabiegać o rozszerzenie ochrony na wszystkich lekarzy i stomatologów.

### **JAK BĘDZIE?**

Rozszerzenie ochrony spowodowane jest – jak przyznaje wielu lekarzy – wcale nie tak rzadkimi przypadkami fizycznych i słownych ataków na osoby udzielające świadczeń zdrowotnych. „Sytuacje te, a także stres związany z możliwością ich wystąpienia mają negatywny wpływ na warunki pracy lekarzy i lekarzy dentyistów oraz na jakość udzielanych przez nich świadczeń. Jest to szczególnie odczuwalne w podmiotach wykonujących działalność leczniczą finansowanych

ze środków publicznych jako zobowiązanych do udzielania świadczeń najszerszej grupie pacjentów” – napisało w uzasadnieniu nowelizacji ustawy. Podkreślano w nim również, że finansowanie świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych nadaje im przymiot publicznoprawny, przez co lekarz w trakcie ich udzielania de facto wspomaga realizację obowiązków państwa

wynikających z art. 68 Konstytucji RP.

– Pacjent, oprócz praw, posiada także obowiązki i powinien szanować personel medyczny, w tym również nas, lekarzy – podkreśla Michał Balsa, dodając, że w jego ocenie w ostatnich latach agresja ze strony pacjentów wyraźnie wzrosła. W jakim stopniu nowe przepisy ograniczą takie przypadki, przekonamy się w przyszłości. 

REKLAMA

# Antybiotyki a dysbioza jelitowa



Piotr  
Kochan

Dr n. med., Katedra  
Mikrobiologii UJCM

Bez umniejszania znaczenia innych specyfików przeciwdrobnoustrojowych, penicylina była prawdopodobnie jednym z najważniejszych odkryć farmacji i medycyny ubiegłego milenium, a zarazem przełomem w leczeniu bakteryjnych chorób zakaźnych.

**J**ednak niewiele osób wie, iż od czasu przypadkowego odkrycia silnego antagonizmu grzyba wobec bakterii, dokonanego przez Aleksandra Fleminga w 1928 r., minęło ponad 10 lat, nim Dr Ernst Chain i Sir Howard Florey zajęli się penicyliną od strony chemicznej. Dzięki ich wysiłkom mogliśmy w 1940 r. przeczytać o leku, a niewiele później poznaliśmy penicylinę w lecznictwie.

Już do 1945 r. powstały wielkie zakłady farmaceutyczne w USA zajmujące się produkcją penicyliny. Wszyscy trzej naukowcy otrzymali w 1945 r. nagrodę Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny. Sam Fleming podczas wykładu noblowskiego żartował, że z przypadkowej drobnej obserwacji w szpitalu w Londynie powstał olbrzymi przemysł. Jednak nie było to pierwsze odkrycie Fleminga. Pierwszego znaczącego dokonał w 1922 r. – odkrył on bowiem lizozym – białko o działaniu przeciwbakteryjnym.

Już wtedy Fleming przepowiedział gwałtowny rozwój

antybiotyków – cytując jego słowa z wykładu noblowskiego: „I wcale nie dotarliśmy do końca historii o penicylinie. Prawdopodobnie jesteśmy na samym jej początku. Żyjemy w erze chemicznej i penicylina może zostać tak zmodyfikowana przez chemików, że wszystkie jej wady mogą zostać usunięte, a wytworzony produkt finalny może być nowocześniejszy i lepszy... i pozostaje jeszcze wiele (substancji) do zbadania”.

Niestety, już wtedy, gdy otrzymał nagrodę Nobla, wiadomo było o działaniach niepożądanych oraz o niepowodzeniach leczniczych przy użyciu penicyliny. Po pierwsze, z powodu błędów w stosowaniu, a po drugie, z powodu oporności szczepów. Sam Fleming w swych publikacjach podawał tabele z opornością i wrażliwością na swój lek, które obecnie należałoby zmodyfikować. Ostrzegał także przed erą lekooporności, jak wspomniano w ostatnim artykule na łamach „Gazety Lekarskiej”, autorstwa Jadwigi Wójkowskiej-Mach oraz Tomasza Bochenka. Fleming miał rację – żyjemy w czasach lekooporności, gdzie bardzo

## FAKT

Antybiotyki, w tym penicylina, nie są całkowicie bezpieczne i to nie tylko z powodu oporności.

często antybiotyki stosowane są niewłaściwie, a tylko kwestią czasu jest rozwój oporności drobnoustrojów na nowo wynalezione leki. O lekooporności należy wspomnieć także w kontekście działań niepożądanych. Często niepowodzenie leczenia wiąże się z powtórным leczeniem antybiotykowym albo skojarzonym leczeniem przy zastosowaniu dwóch lub więcej leków. Tym samym pacjent jest narażony na działania niepożądane już nie jednego, ale kilku preparatów. Także błędne kojarzenie leków może zwiększać ryzyko wystąpienia działań niepożądanych. Jednak nie będę dalej brnął w temat lekooporności, ponieważ jest to materiał, który winien ukazać się w kolejnym wydaniu „Gazety Lekarskiej”.

Cytując noblistę: „Penicylina nie jest toksyczna we wszystkich wskazaniach i celach leczniczych, stąd nie ma obawy o przedawkowanie i zatrucie pacjenta” – Fleming mylił się co do jednego – antybiotyki, w tym penicylina, nie są całkowicie bezpieczne i to nie tylko z powodu oporności.

**Działania niepożądane antybiotyków.** Niektóre antybiotyki

mogą powodować odczyny alergiczne, w tym reakcje anafilaktyczne. Dotyczy to przede wszystkim penicyliny, ale także innych antybiotyków, w tym betalaktamów. Zwykle stwierdzone uczulenie u pacjenta jest przeciwwskazaniem do stosowania leku, choć na świecie istnieją tzw. zalecenia odczulania na antybiotyki. Dla przykładu: „Przewodnik Terapii Przeciwdrobnoustrojowej Sanforda” podaje możliwe schematy odczulania dla penicyliny zarówno doustnej, jak i pozajelitowej oraz wielu innych antybiotyków. Odczulanie takie, w razie konieczności, przeprowadza się na OIOM-ie z pełnym zabezpieczeniem parametrów życiowych pacjenta.

Inne działania niepożądane antybiotyków to między innymi: biegunki, nudności i wymioty, bóle i zawroty głowy, napady drgawek, ototoksyczność i inne zaburzenia układu przedsionkowego, zaburzenia poziomu glukozy, zaburzenia czynności serca, w tym wydłużenie QTc, zaburzenia czynności wątroby, zaburzenia czynności szpiku i neutropenia, eozynofilia, małopłytkowość, nefrotoksyczność, zaburzenia widzenia oraz nadwrażliwość na światło. Leki te powodują wiele innych działań niepożądanych, w dużej mierze zależnych od grupy leku. Część powyżej wymienionych działań niepożądanych jest ciężka i może zagrażać życiu pacjenta.

**Dysbioza.** Mając na uwadze fakt, że na i w naszym organizmie żyje więcej komórek bakteryjnych, aniżeli mamy komórek ludzkich i bakterie te pełnią istotną rolę ochronną i antagonistyczną wobec patogenów, wspomagają trawienie i zapewniają szczelność bariery jelitowej, jednym z najważniejszych działań niepożądanych związanych ze stosowaniem antybiotyków, w tym szeroko zakresowych, jest dysbioza, czasami określana mianem dysbakteriozy. Dysbioza świadczy o zaburzeniu równowagi mikrobiologicznej naszego organizmu, powodując najczęściej zmniejszenie populacji tzw. prawidłowej flory dominującej

w danym obszarze naszego ciała, powodując przerost drobnoustrojów niepożądanych, a czasami wręcz patogennych, z dalszymi następstwami.

Dysbioza w literaturze odnosi się przede wszystkim do dysbiozy jelitowej, choć może być także związana z innymi lokalizacjami, np. jamą ustną czy pochwą.

Dysbioza jelitowa jest związana z patogenizacją zarówno schorzeń układu pokarmowego, jak i pozajelitowych. W najnowszych doniesieniach autorzy postulują związek dysbiozy, szczególnie we wczesnym wieku, z nieswoistymi zapaleniami jelit (IBD), zespołem jelita drażliwego (IBS), celiakią. Pozajelitowe schorzenia to m.in. alergie i astma, zespół metaboliczny wraz z chorobami sercowo-naczyniowymi i otyłością.

Mając na uwadze jelita, należy koniecznie wspomnieć o SIBO (ang. Small Intestinal Bacterial Overgrowth), po polsku zwanym zespołem przerostu flory bakteryjnej jelita cienkiego oraz o (ii) zakażeniach *C. difficile*.

SIBO to rozrost w znacznych proporcjach bakterii z jelita grubego w jelicie cienkim lub przerost innych bakterii, które zazwyczaj nie dominują we florze jelita cienkiego. Klinicznie manifestuje się plejadą objawów: od biegunek poprzez wszystkie możliwe symptomy niestrawności do objawów niedoboru witamin. Schorzenie to może przysparzać znacznych trudności diagnostycznych oraz leczniczych. Za możliwe leczenie SIBO uznaje się modyfikację diety, probiotyki, przeszczep mikroflory jelitowej oraz... antybiotyki.

Z kolei zakażenie *Clostridium difficile* (ostatnio postuluje się zmianę nazewnictwa na *Clostridioides difficile*), spowodowane przerostem tych bakterii po antybiotykoterapii, jest jedną z najczęstszych biegunk szpitalnych, w lekkich postaciach powodujące uporczywe biegunki, a w ciężkich rzekomobłoniaste zapalenie jelit z możliwymi



powikłaniami. Leczeniem tutaj jest odstawienie antybiotyku przyczynowego, stosowanie wankomycyny, fidaksonomycyny lub metronidazolu (w postaciach mniej uporczywych) oraz przeszczep mikroflory jelitowej.

Obok wyżej wymienionych metod leczenia, wspomniano także o probiotykach. Probiotyki to żywe drobnoustroje, które podane w odpowiednich dawkach przynoszą korzyści zdrowotne u pacjenta. Jednak, aby odpowiednio dobrać dany szczep i dawkę w danym schorzeniu związanym z dysbiozą, warto posłużyć się doniesieniami w literaturze medycznej. Jednymi z wielu publikacji, które warto polecić, są aktualizowane regularnie zalecenia Światowej Organizacji Gastroenterologii – WGO (<http://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/probiotics-and-prebiotics/probiotics-and-prebiotics-english>) z tabelą szczepów przygotowaną zgodnie z zasadami EBM (ang. evidence-based medicine) oraz regularnie ukazujące się doniesienia międzynarodowego towarzystwa naukowego pt. „International Scientific Association of Probiotics and Prebiotics” (<https://isapscience.org/publications/>). (C)

▲ Wynik badania  
epsilometrycznego lekowrażliwości (Etest) cefalosporyny nowej generacji o nazwie Ceftobiprol, świadczący o praktycznie całkowitej oporności badanego szczepu (badanie własne).

# Medycyna 2018/19

Osoby planujące studia na kierunku lekarskim mają coraz większy wybór. Za kilka lat prawo wykonywania zawodu otrzymają lekarze z dyplomami uczelni – przynajmniej z nazwy – technicznych.

➤ **MARIUSZ TOMCZAK**



**S**tudenci tylko niektórych kierunków mają to szczęście, aby być na ustach najważniejszych osób w kraju podczas ich wystąpień na ważnych spotkaniach.

Na początku września premier Mateusz Morawiecki w czasie Forum Ekonomicznego w Krynicy-Zdroju mówił o przyszłych lekarzach, podkreślając, że o ile jeszcze trzy-cztery lata temu w systemie stacjonarnym na uczelniach medycznych kształciło się 3 tys. osób, o tyle obecnie ich liczba wzrosła do 4,7 tys. – Żeby wykształcić lekarza różnej specjalizacji, państwo ponosi koszt od 500 tys. do 1 mln zł – podkreślał.

W roku akademickim 2018/19 największy limit przyjęć na jednolite

studia magisterskie prowadzone w języku polskim w formie stacjonarnej i niestacjonarnej ma Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, wyprzedzając Uniwersytet Medyczny w Łodzi (o ile wliczymy 120 miejsc finansowanych przez ministra obrony narodowej) i Warszawski Uniwersytet Medyczny. Liczba miejsc na uczelniach medycznych rośnie, ale coraz więcej jest również uczelni niemedycznych (w tym niepublicznych), które podejmują się kształcenia przyszłych lekarzy. Kuszenie studenta nabiera coraz większego tempa.

## PRZYSZŁYCH LEKARZY POŻENIĄ Z MECHATRONIKĄ

Z początkiem października ruszają studia na kierunku lekarskim w Wyższej

▲ **Liczba studentów ciągle rośnie.**

Szkole Technicznej w Katowicach. Do niedawna reklamowała się ona jako uczelnia techniczno-artystyczna, ale od paru miesięcy strona internetowa uczelni zachęca do studiowania z pasją nie tylko na takich kierunkach jak architektura, budownictwo, gospodarka przestrzenna, grafika czy wzornictwo, ale także zaprasza w swe mury przyszłych adeptów medycyny. 1 października naukę ma rozpocząć 90 studentów w języku polskim (w tym 80 w formie stacjonarnej). Uczelnia wnioskuje do ministra zdrowia o przyznanie limitu przyjęć na kierunek lekarski w wysokości 170 miejsc, ten jednak nie wyraził zgody, argumentując, że będzie to z pożytkiem dla jakości kształcenia. Starania o uruchomienie tego kierunku trwały 6 lat. Przed władzami uczelni stoi nie lada wyzwanie, gdyż zapowiadają integrację kształcenia w nowo powstałym Wydziale Nauk Medycznych z kierunkami technicznymi, przede wszystkim z – uwaga, to nie przejęzyczenie – mechatroniką, czyli dziedziną łączącą w sobie mechanikę, elektronikę, informatykę czy automatykę. – Zamierzamy wzbogacić tradycyjny cykl szkolenia studentów medycyny o zagadnienia z zakresu informatyki i mechatroniki. Rozbudowanie kierunku medycznego o aspekt techniczny umożliwi przyszłym lekarzom nabyć umiejętności, które będą mogli wykorzystywać w leczeniu pacjentów – mówi Marzena Kłiś z biura prasowego WST w Katowicach. W jej ocenie lekarze nie powinni krytycznie odbierać takiego medyczno-technicznego aliansu, skoro mają na uwadze rozwój współczesnej medycyny i dobro pacjenta. Jak zapewnia Marzena Kłiś, zajęcia kliniczne i praktyczne będą się odbywały

w przychodniach, na oddziałach szpitalnych oraz w placówkach zapewniających wysokospecjalistyczny sprzęt.

## **ILE WYNOSI CZESNE NA PRYWATNYCH UCZELNIACH?**

WST w Katowicach nie jest pierwszą prywatną placówką, która może kształcić przyszłych lekarzy. Trzy lata temu uprawnienia do prowadzenia studiów na kierunku lekarskim – jako pierwsza niepubliczna uczelnia w Polsce – otrzymała Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego. Kształcenie przyszłych lekarzy ruszyło tam w październiku 2016 r. Rok później studia medyczne zaoferowała Uczelnia Łazarskiego w Warszawie. Studia stacjonarne w języku polskim na kierunku lekarskim w WST w Katowicach i w Krakowskiej Akademii kosztują 20 tys. zł za semestr, a w Uczelni Łazarskiego 27 tys. zł. Opłata rekrutacyjna w Katowicach wynosi 100 zł, ale po zakwalifikowaniu kandydata na studia trzeba jeszcze zapłacić wpisowe (2,4 tys. zł). Dla porównania: w krakowskim Fryczu opłata rekrutacyjna wynosi 5 tys. zł (w przypadku zakwalifikowania kandydata na studia połowę tej kwoty zalicza się w poczet czesnego za pierwszy semestr), a w Łazarskim kandydaci najpierw wpłacają 80 zł, a po zakwalifikowaniu na studia dodatkowe 400 zł.

## **1,5 TYS. CHĘTNYCH NA 90 MIEJSC**

O tym, że między Lublinem, Kielcami i Radomiem istnieje rywalizacja, wiadomo nie od dziś. Dwie dekady temu to ostatnie straciło status stolicy województwa. Uniwersytet Medyczny w Lublinie istnieje od dawna, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach od paru lat posiada Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, a od roku akademickiego 2017/18 – po trzech latach starań – medycynę można studiować na Uniwersytecie Technologiczno-Humanistycznym w Radomiu. Prestiż miasta ma teraz wzrosnąć. Na żaden inny kierunek w UTH w Radomiu nie było tyle chętnych, co na medycynę. Na jednolite studia magisterskie na kierunku lekarskim zarejestrowało się ponad 1,5 tys. osób, opłatę rekrutacyjną wniosło prawie 1,3 tys. kandydatów, przyjętych zostało tylko 90 osób (o 20 miejsc więcej niż w ubiegłym roku). Poza tym naukę rozpocznie 40 studentów niestacjonarnych. Główna baza

## **NA POCZĄTKU WRZEŚNIA REKTOR UNIwersYTETU HUMANISTYCZNO-PRZYRODNICZEGO W CZĘSTOCHOWIE OGŁOSIŁA, ŻE CHCE DOPROWADZIĆ DO URUCHOMIENIA KIERUNKU LEKARSKIEGO.**

kliniczna znajduje się w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym w Radomiu. Jak mówi rzecznik prasowy rektora UTH w Radomiu, Aneta Mirosz, liczba kandydatów ubiegających się o miejsce wskazuje, że decyzja o utworzeniu kierunku lekarskiego była słuszna. – Nie jesteśmy uczelnią techniczną, lecz uniwersyte-tem, na którym jest osiem wydziałów, cztery techniczne i cztery nietechniczne. Od 2009 r. na naszej uczelni istnieją inne kierunki medyczne: fizjoterapia i pielęgniarstwo – wyjaśnia.

## **2 TYS. ZŁ CO MIESIĄC JUŻ NA III ROKU**

Nietypowy sposób na przyciągnięcie lekarzy znalazły władze woj. lubuskiego. Studentom kierunków lekarskich od III do VI roku oferują 2 tys. zł miesięcznie (z wyłączeniem miesięcy wakacyjnych) pod warunkiem związania zawodowej przyszłości z regionem na tyle czasu, ile wyniesie łączny okres pobierania pomocy materialnej (liczony pełnymi latami). Trzeba zobowiązać się m.in. do dokonania wyboru specjalizacji lekarskiej w uzgodnieniu z podmiotem leczniczym dającym zatrudnienie (wybór szkolenia specjalizacyjnego jest ograniczony do dziedzin medycyny, w których występują niedobory kadry lekarskiej na terenie województwa). Ci, którzy złamią warunki umowy, będą musieli zwrócić pełną kwotę samorządowego stypendium. – Inwestycja w stypendia zwróci nam się z nawiązką – zapewnia marszałek województwa Elżbieta Polak. 1 września ruszył drugi nabór wniosków (potrwa do końca października). Kilka miesięcy temu, gdy program ogłoszono po raz pierwszy, zgłosiły się 62 osoby (jedna ostatecznie zrezygnowała), spośród których tylko 38 jest związana z woj. lubuskim. Na taką formę pomocy materialnej zdecydowały się osoby studiujące medycynę nawet na drugim końcu Polski (np. z Lublina, Olsztyna i Rzeszowa), bo stypendium jest skierowane nie tylko dla studentów Uniwersytetu Zielonogórskiego, gdzie od paru

lat kształcą się przyszli lekarze. Chętnych byłoby z pewnością więcej, ale miesięczne dochody w rodzinie osoby ubiegającej się o stypendium nie mogą przekroczyć pewnego pułapu, co z góry skreśla osoby pochodzące z nieco zamożniejszych rodzin.

## **ZIELONE ŚWIATŁO OD PREZYDENTA**

W połowie lipca prezydent Andrzej Duda podpisał nowelizację ustawy o utworzeniu Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. Prezydentki podpis zakończył proces legislacyjny związany z ubieganiem się o uprawnienia do prowadzenia studiów na kierunku lekarskim w murach tej uczelni. Kilka tygodni wcześniej Sejm przyjął projekt wspomnianej ustawy zdecydowaną większością głosów (na 410 „za” było 359 posłów, także z opozycji). Rozpoczęło się odliczanie do dnia, w którym pierwszych 80 studentów medycyny odśpiewa uroczyste „Gaudeamus igitur”. Będzie to trzecia uczelnia w stolicy oferująca kształcenie na kierunku lekarskim. Wiele wskazuje na to, że nie ostatnia ani w Warszawie, ani w kraju, bo w kolejce ustawiają się kolejne miasta. Na początku września rektor Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego w Częstochowie Anna Wypych-Gawrońska zdradziła, że chce doprowadzić do uruchomienia kierunku lekarskiego. Rozmowy władz uczelni z częstochowskimi szpitalami trwają. Wiceminister nauki i szkolnictwa wyższego Piotr Müller oficjalnie zadeklarował wsparcie rządu dla tej inicjatywy. Myliłby się jednak ten, kto sądzi, że placówki, w których już odbywa się kształcenie na kierunku lekarskim, spoczęły na laurach. W ostatnich dniach Uniwersytet Opolski, gdzie studia medyczne uruchomiono w ubiegłym roku, pozyskał dodatkowe kilka milionów złotych na utworzenie Centrum Badań i Innowacji w Chorobach Sercowo-Naczyniowych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego. ☺

# 27 tys. zł

– tyle kosztuje semestr na kierunku lekarskim (stacjonarnie) w Uczelni Łazarskiego.

# Głodny jak pacjent?

Co najmniej 30 proc. hospitalizowanych pacjentów jest niedożywionych, a terapia żywieniowa w szpitalach nie jest właściwie realizowana – takie wnioski płyną z najnowszego raportu<sup>1</sup> Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu.

LIDIA SULIKOWSKA

**N**iedożywienie to brak równowagi pomiędzy zapotrzebowaniem na składniki pokarmowe i energię a ich podażą (problem dotyczy też osób otyłych). Skutki mogą być dla pacjenta katastrofalne – trudniej mu walczyć z chorobą, jest narażony na zwiększone ryzyko powikłań i infekcji, rany gorzej się goją. Hospitalizacja się przedłuża, a ryzyko zgonu wzrasta.

– Różnica pomiędzy efektami leczenia pacjenta dobrze odżywionego i niedożywionego jest ogromna. 3/4 osób niedożywionych ma powikłania pooperacyjne. Chory z zapaleniem płuc, który jest niedożywiony, przebywa w szpitalu średnio o tydzień dłużej. Czasem ze względu na zły stan odżywienia, co dobrze widać u pacjentów onkologicznych, trzeba przerwać terapię – informuje prof. Stanisław Kłęk, prezes Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu.



## DZIAŁANIA, Z KTÓRYCH NIC NIE WYNIKA

Dane zebrane w najnowszym raporcie PTŻPDiM pokazują, jak lekarze w szpitalach radzą sobie z rozpoznawaniem i leczeniem niedożywienia wśród swoich pacjentów. Wyniki tej analizy nie są optymistyczne. W raporcie czytamy, że niedożywienie dotyczy nieco ponad 30 proc. hospitalizowanych. Wszyscy oni powinni otrzymać specjalistyczną terapię żywieniową. Niestety w większości przypadków leczenie to nie jest wdrażane poprawnie.

– Średnio około 1/3 osób niedożywionych powinna otrzymywać specjalistyczne żywienie medyczne drogą doustną, około połowy – dojelitowo, a pozostali – pozajelitowo. Niestety nasz raport wykazał, że w polskich szpitalach ta proporcja jest zupełnie inna – informuje prof. Stanisław Kłęk. Istotnie, z zebranych informacji wynika, że aż ponad 85 proc. chorych otrzymuje żywienie drogą doustną, z czego w ponad 80 proc. przypadków lekarze nie potrafili określić, jaki konkretnie rodzaj diety

był stosowany. Nie ma więc żadnej pewności, że dieta miała jakiegokolwiek walory żywienia klinicznego. W przypadku pacjentów, u których zaordynowano żywienie drogą dojelitową i pozajelitową (w sumie ok. 15 proc.), także w przytłaczającej większości ankietowani lekarze nie byli w stanie określić, co konkretnie podawano chorym. – Zdarza się, że dieta podawana dojelitowo to w rzeczywistości zwykły miks kuchenny, a nie żywienie medyczne – zaznacza Kinga Szczepanek, anestezjolog ze

**^ Ponad 85 proc. chorych otrzymuje żywienie drogą doustną.**

## CHORY Z ZAPALENIEM PŁUC, KTÓRY JEST NIEDOŻYWIANY, PRZEBYWA W SZPITALU ŚREDNIO O TYDZIEŃ DŁUŻEJ.

szpitala specjalistycznego w Skawinie. – Według naszych danych tylko ok. 20 proc. pacjentów otrzymuje prawidłową interwencję żywieniową, co jest niesatysfakcjonujące, ponieważ np. w Danii otrzymuje ją aż 97 proc. chorych – mówi z kolei prof. Kłęk.

### Z EKONOMIĄ NA BAKIER

Zazwyczaj, jak nie wiadomo, o co chodzi, to chodzi o pieniądze, a w przypadku polskiej ochrony zdrowia – ich brak. Jednak nie tym razem. Leczenie żywieniowe to przede wszystkim gotowe diety przemysłowe podawane dojelitowo i pozajelitowo (w pełni refundowane). Jak informują eksperci PTŻPDIM, za jeden dzień żywienia do przewodu pokarmowego NFZ płaci 100 zł, pozajelitowego – od 100 zł do ponad 300 zł w zależności od składu pokarmu. Z kolei koszty, jakie generuje pacjent niedożywiony w czasie pobytu w szpitalu, stale rosną. – Jeśli choremu rozejdzie się zespoleenie jelitowe, ponieważ rana nie zagoi na skutek niedożywienia, to jest to dodatkowe 20 tys. zł kosztu dla szpitala. W Stanach Zjednoczonych wyliczono, że hospitalizacja niedożywionych chorych była od 1,5 do 5 razy dłuższa. Różnica kosztów pobytu między pacjentem prawidłowo odżywionym a niedożywionym w oddziałach zabiegowych wynosiła około 5,5 tys. dolarów – wylicza prof. Kłęk.

Gdzie więc tkwi problem? – Nie wiem. Mamy opracowane standardy żywienia, informacje są dostępne. Na kursach specjalizacyjnych z chirurgii, anestezjologii i intensywnej terapii oraz interny obowiązują zajęcia z tego zakresu. W praktyce jednak pacjenci są źle kwalifikowani do danej terapii żywieniowej albo w ogóle nie jest ona włączana. Ponadto lekarze

zbyt często szacują, że chory da radę zjeść samodzielnie, a potem nie sprawdzają, czy posiłek faktycznie zjedzono. Jedną z głównych analiz żywieniowych, jakie prowadzimy, dotyczy zwrotów jedzenia, które otrzymują pacjenci w szpitalu. Wynika z nich, że około 1/3 wydawanego pożywienia pozostaje na talerzach. Taka sytuacja powinna wzbudzić refleksję, czy nie potrzeba zmienić drogi żywienia. Poza tym bywają sytuacje, że chory jest wręcz głodzony, bo przez kilka dni wykonywane są badania, a potem operacja, więc nieustannie trzeba być na czczo. Podawane są za to w dużych ilościach płyny infuzyjne, które są niedoborowe. Gdzie tu sens, gdzie logika – zauważa mój rozmówca.

Jak zmienić tę sytuację? Jednym z rozwiązań jest włączenie już na etapie studiów medycznych nauczania o stosowaniu terapii żywieniowej. Pomóc mogliby także dietetycy, z tym że niestety zbyt często etat ten jest traktowany jako koszt, z którego lepiej zrezygnować. I oczywiście szkolenia, choć tych, jak mówi prof. Kłęk, organizowanych jest mnóstwo, a mimo to temat jest w praktyce lekceważony.

### SÓL I TŁUSZCZ MLECZNY

Pisząc o problemach związanych z leczeniem niedożywienia, nie można nie wspomnieć o kondycji diety szpitalnej ogólnej. – Ta sfera odżywiania nikogo nie interesuje. Oczywiście nie jest tak wszędzie, np. jedna z rzeszowskich placówek potrafi dać pacjentowi dwa rodzaje zup i drugich dań do wyboru na obiad, mając stawkę żywieniową na dobę w wysokości 9 zł – zaznacza prof. Kłęk.

A jednak, zbyt często dieta szpitalna jest uboga w składniki odżywcze,

a wręcz niezdrowa. Od przeglądania facebookowej strony „Posiłki w szpitalach”, gdzie można zamieszczać zdjęcia dań, jakie podawane są w czasie hospitalizacji, aż włos się jeży na głowie. Na talerzach parówkowa, białe pieczywo (czasem z pleśnią), majonez, pasztetowa... Wrzucane są najgorsze przykłady, powiedzą jedni, inni zarzucą, że to kłamstwa, jednak stworzenie i istnienie takiej strony powinno dawać do myślenia.

W ostatnim czasie raport na temat jadłospisów szpitalnych opublikowała Najwyższa Izba Kontroli<sup>2</sup>. Autorzy tej analizy wyraźnie podkreślają, że posiłki w szpitalach są nieadekwatne do stanu zdrowia pacjentów. Pacjentom serwowano za mało warzyw i owoców, za dużo mięsa czerwonego, tłustych przetworów mięsnych, tłustych wędlin, w tym gorszej jakości. Podawano potrawy trudnostrawne i bogate w nasycone kwasy tłuszczowe, ryby konserwowe, a zamiast masła – tłuszcz mleczny. Badania próbek posiłków wykazały niedobory składników odżywczych, mogących powodować m.in. odwapnienie, zmiękczenie i zniekształcenie kośćca, niedokrwistość, stany lękowe, bezsenność, nadciśnienie czy zaburzenia w funkcjonowaniu nerek. Było za to sporo witaminy A, która w nadmiarze może być toksyczna. W większości szpitali stwierdzono też zbyt duży udział soli w posiłkach (od 142 proc. do 374 proc. normy).

Niestety, obowiązujące w Polsce przepisy nie określają norm żywieniowych w szpitalach, a problemy finansowe zmuszają dyrektorów szpitali do oszczędności. Te jednak mogą okazać się pozorne, bo zła dieta może wpływać negatywnie na stan chorego, a co za tym idzie, powodować dodatkowe koszty, niewspółmiernie większe od tych, które generują zbilansowane jadłospisy. ○

# 20%

– tyle wynosi odsetek pacjentów, którzy otrzymują prawidłową interwencję żywieniową.

1 „Ocena terapii żywieniowej w polskich szpitalach”, Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i metabolizmu, czerwiec 2018.  
2 „Żywienie pacjentów w szpitalach”, Najwyższa Izba Kontroli, 2018.

# Filtruje jak ludzka nerka

Chorzy z przewlekłą niewydolnością nerek wymagający leczenia nerkozastępczego będą mogli poddawać się hemodializie rozszerzonej przy użyciu nowoczesnych dializatorów oraz dializie otrzewnowej monitorowanej on-line przez personel.

**LUCYNA KRYSIAK**

**S**tanie się to możliwe dzięki nowym technologiom, które zostały zaprezentowane i dyskutowane na 24. Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego.

Te innowacyjne rozwiązania są przede wszystkim skierowane do osób starszych, cierpiących nie tylko na niewydolność nerek, ale na szereg innych dolegliwości wieku starczego, ograniczających ich mobilność. Rozszerzona dializoterapia oraz dializa otrzewnowa w połączeniu z telemedycyną mają w znaczący sposób podnieść skuteczność leczenia i jakość życia tych pacjentów.

Jak podkreślił prof. Michał Nowicki, prezes PTN, problemy nefrologiczne starzejącej się populacji będą narastać. Wprawdzie przewlekła choroba nerek może rozwinąć się u każdego, jednak ryzyko zachorowania rośnie wraz z wiekiem. Problem dotyczy głównie osób po 60. roku życia. – Jeśli choroba nerek jest wcześniej zdiagnozowana, istnieje większa szansa na zahamowanie procesu chorobowego w tych narządach i uniknięcie nieodwracalnych zmian. Późno wykryta rokuje źle i pacjentów można utrzymywać przy życiu tylko dzięki dializom, na ten moment jedynie standardowym hemodializom i dializom otrzewnowym, ale w najbliższym czasie rozszerzona hemodializa może stanowić w tej chorobie przełom, na który długo czekali zarówno chorzy, jak i lekarze – zaznacza prof. Nowicki.

## PODSTĘPNA I PÓŹNO ROZPOZNAWALNA

Przewlekła choroba nerek jest obecnie uznawana za chorobę cywilizacyjną i stanowi poważny problem społeczny. Chorujących na nerki jest więcej niż chorych na cukrzycę. Jak podaje krajowy konsultant w dziedzinie nefrologii, prof. Ryszard Gellert, cierpi na nią nawet 4 mln Polaków. W Polsce jest obecnie dializowanych 20 tys. pacjentów, z czego 19 tys. poddawanych jest hemodializie, a około 1 tys. dializie otrzewnowej. Profesor zaznacza, że tak duży odsetek dializowanych wiąże się z wykrywaniem choroby dopiero w stadium wymagającym wdrożenia leczenia nerkozastępczego.

Szacowana częstość występowania przewlekłej choroby nerek w różnych badaniach epidemiologicznych wynosi od 10 do 18 proc. osób dorosłych. – Najczęstszą przyczyną postępującego uszkodzenia nerek są choroby przewlekłe, takie jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, kłębuszkowe zapalenie nerek czy zakażenia. Proces upośledzenia sprawności nerek w przewlekłej chorobie może toczyć się latami. Odpowiednie leczenie jedynie go spowalnia, ale nie może odwrócić – tłumaczy prof. Nowicki i zaznacza, że w schyłkowej niewydolności nerek jedynym wyjściem jest dializoterapia lub transplantacja, rzecz jednak w tym, że na nerkę od dawcy czeka się latami. Pozostaje więc leczenie nerkozastępcze. Do niedawna wybór odbywał się między hemodializą oznaczającą

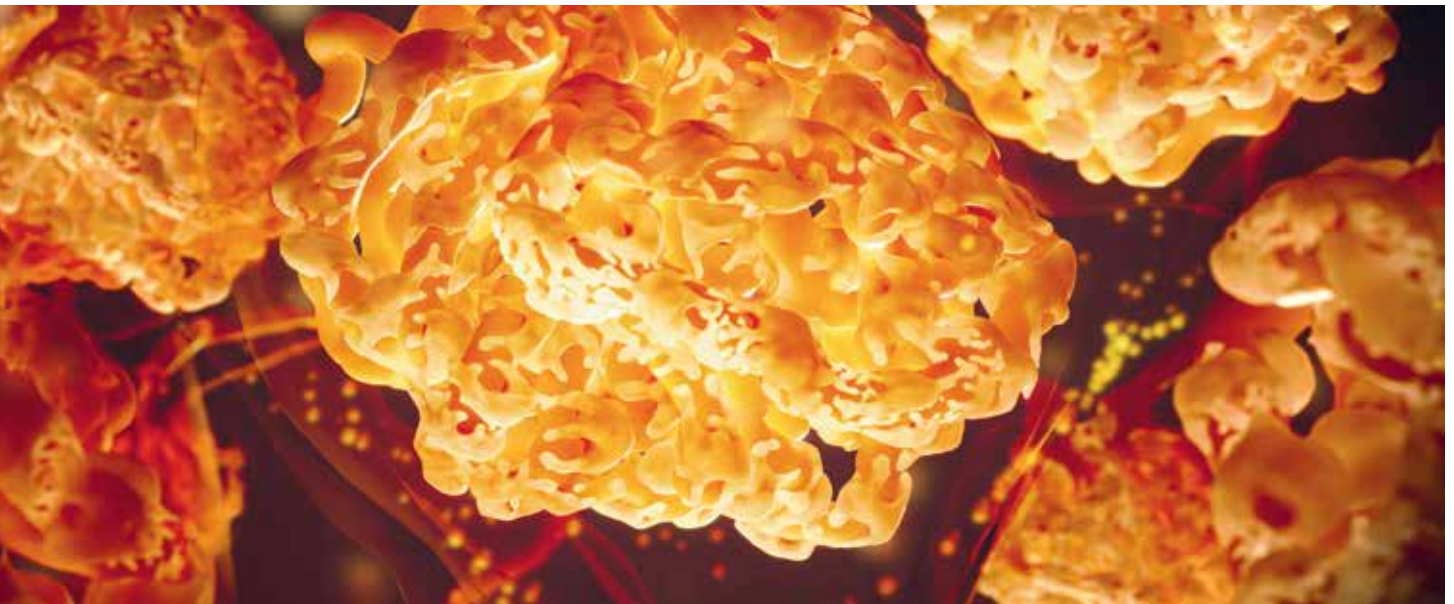
podłączanie do tzw. sztucznej nerki w stacji dializ lub dializą otrzewnową, którą można przeprowadzać w domu, ale ze względu na czynności, których pacjent musi się nauczyć, tego rodzaju terapii poddaje się zaledwie kilka procent wszystkich dializowanych.

## ROZSZERZONA HEMODIALIZA HDX

Obecnie wykorzystuje się już urządzenia, których działanie jest zbliżone do pracy ludzkiej nerki. Takie urządzenie do dializoterapii jest już w Polsce dostępne, ale na razie pozostaje w sferze marzeń, jeśli chodzi o powszechne stosowanie. Jak jednak zapewniają nefrolodzy, od postępu nie ma odwrotu i wkrótce jego wykorzystanie stanie się standardem. Wyniki badań pacjentów poddanych rozszerzonej hemodializie, zaprezentowane podczas 54. Kongresu Europejskiego Towarzystwa Nefrologicznego (ERA-EDTA) oraz w trakcie Kongresu Kidney Week 2017 organizowanego przez Amerykańskie Towarzystwo Nefrologiczne (ASN) wskazują, że nowa technologia może przyczynić się do istotnej poprawy jakości życia oraz stanu klinicznego pacjentów z przewlekłą chorobą nerek. Terapia HDx opiera się na wykorzystaniu nowego dializatora, który, dzięki zastosowaniu nowatorskiej technologii budowy błony dializacyjnej, skutecznie usuwa z krwi duże i średnie cząstki oraz toksyny

## FAKT

Obecnie wykorzystuje się już urządzenia, których działanie jest zbliżone do pracy ludzkiej nerki.



mocznicowe, co dotychczas nie było osiągalne w takim stopniu w konwencjonalnej hemodializie. To oznacza, że nowa technologia umożliwia oczyszczenie krwi z toksycznych związków w stopniu zbliżonym do pracy ludzkiej nerki. – Nowa technologia rozszerzonej hemodializy jest równie prosta jak konwencjonalna hemodializa, ponieważ dializator zastosowany w HDx jest kompatybilny ze sprzętem stosowanym powszechnie do hemodializy. Pozwoli to stacjom dializ stosować skuteczniejszą terapię bez konieczności inwestowania w dodatkowy specjalistyczny sprzęt i szkolenia personelu medycznego – podkreśla prof. Ryszard Gellert.

Według badań opublikowanych przez naukowców, nowa technologia rozszerzonej hemodializy znacznie efektywniej usuwa szeroką gamę dużych średnich cząstek, które nie są w wystarczający sposób odsiewane z zastosowaniem aktualnie dostępnych metod dializoterapii. – Z wielkim zainteresowaniem i nadzieją patrzymy na możliwości, które daje rozszerzona hemodializa. Osoby dializowane pozaustrojowo spotykają się z ogromnymi ograniczeniami w codziennym życiu, często także odczuwają skutki działań niepożądanych związanych z hemodializą czy hemodiafiltracją. To wielka szansa dla chorych, których jakość życia może istotnie się poprawić – mówi dr Iwona Mazur, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Dializowanych, a prof. Michał Nowicki, prezes PTN,

zapewnia, że trwają liczne badania oceniające długoterminowe korzyści zastosowania tej metody i są też plany prowadzenia takich badań w Polsce w ramach działalności naukowo-badawczej towarzystwa.

### POD KONTROLĄ ON-LINE

Innowacyjne rozwiązania w terapii nerkozastępczej wprowadza się też w dializach otrzewnowych. W przypadku dializy otrzewnowej, osoby ze schyłkową niewydolnością nerek mogą samodzielnie dializować się w domu oraz dodatkowo być pod stałą zdalną kontrolą lekarską on-line. A wszystko dzięki przełomowej technologii telemedycznej z użyciem nowoczesnego cyklera. Ta nowa metoda znacząco wpływa na bezpieczeństwo i wygodę pacjentów. – Monitorowanie on-line pozwala lekarzowi na bieżąco śledzić proces dializy pacjenta, ocenić efekty i wykryć nawet niewielkie różnice w jej przebiegu. Pacjent natomiast ma komfort przebywania w domu, bez konieczności odwiedzania placówek ochrony zdrowia. Ta telemedyczna technologia zapewnia lepszą współpracę z pacjentem oraz dostosowanie rytmu dializ do jego codziennych obowiązków. Jest dobrym rozwiązaniem również dla osób starszych, dla których dojazd do stacji dializ mogą być utrudnione ze względu na postępującą chorobę – wylicza korzyści wynikające ze stosowania technologii telemedycznej prof. Beata Naumnik, kierownik I Kliniki Nefrologii

i Transplantologii z Ośrodkiem Dializ UMB. Nowe cyktery ze specjalną przystawką pozwalają w przyklinicznym Ambulatorium Dializy Otrzewnowej on-line „podglądać”, co pacjent robi w domu. Widać w tym programie każde podłączenie cyklera, czas zalegania płynu w jamie otrzewnowej, problemy z wypływem lub podczas napełniania, można także ocenić, czy czas leżakowania płynu był odpowiedni, ile jest ultrafiltracji, czy nie było problemów technicznych z dializą itp. Jeżeli któryś wskaźnik nie spełnia kryteriów, na monitorze komputera zainstalowanego przy pacjencie pojawia się czerwona flaga. Jeżeli wszystko jest w porządku, flaga jest zielona. – Czerwona flaga wymaga zawsze wyjaśnienia, ponieważ często sygnalizuje, że dzieje się coś złego, że jest problem z wypływem czy napełnianiem lub z odwodnieniem chorego. Często pacjent nie przywiązuje uwagi do tych nieprawidłowości, bo nie odczuwa jeszcze żadnych dolegliwości, ale system jest na tyle czuły, że już to sygnalizuje – tłumaczy prof. Naumnik.

System komputerowy jest tak zaprojektowany, że na życzenie lekarza pokaże wszystkie interesujące go parametry zabiegu. Białostocka klinika jest pierwszym ośrodkiem w Polsce testującym ten system. Na 47 dializowanych otrzewnowo pacjentów, 10 jest monitorowanych on-line. Najstarszy ma ponad 90 lat, a najmłodszy 24. 

**▲ Ciałka nerkowe filtrujące krew w nerce.**

# Lekarz, polityk, patriota Stefan Dąbrowski (1877-1947)

Są w historii postaci znaczące, które nigdy zapewne nie doczekają się wzmianki w podręczniku. Ich dokonania giną w cieniu rzucanym przez innych, uznanych za znakomitszych.

◉ KAZIMIERZ JANICKI OŚRODEK HISTORYCZNY NIL

**D**latego warto przypomnieć – spośród licznej grupy tych, którzy w pierwszych dziesięcioleciach minionego wieku wyróżnili się w polskim życiu politycznym – sylwetkę prof. Stefana Dąbrowskiego. Choć nie było mu dane odegrać w wydarzeniach epoki roli kluczowej, to jednak uczestniczył w nich aktywnie. Aktywność ta, szczególnie w okresie walk o odzyskanie przez Polskę niepodległości w 1918 r., nie pozostała bez znaczącego wpływu na otaczającą go rzeczywistość polityczno-społeczną.

Urodzony w 1877 r. w Warszawie pod panowaniem rosyjskiego cesarza Aleksandra II, a zmarły w Poznaniu w dwa lata po zakończeniu II wojny światowej był postacią, która zapisała się w historii medycyny polskiej oraz posiada swoje miejsce w dziejach prawicowego nurtu politycznego. Należał do obozu Narodowej Demokracji, w latach 1922-1935 sprawując mandat poselski, a równocześnie był cennym lekarzem i cieszącym się renomą badaczem, znawcą zagadnień chemii medycznej oraz fizjologii, dziekanem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego, następnie zaś rektorem tejże uczelni.

Ukończył studia na wydziale lekarskim Cesarskiego Uniwersytetu Warszawskiego w 1900 r. Pracę naukową kontynuował w Paryżu i we Lwowie. W 1913 r. uzyskał tytułu profesora nadzwyczajnego Uniwersytetu



▲ Stefan Dąbrowski, 1919 r.  
Ze zbiorów PAN Archiwum w Warszawie Oddział w Poznaniu.

Lwowskiego. W chwili wybuchu I wojny światowej został skierowany do Nowego Targu, gdzie objął stanowisko lekarza miejskiego. Od 1915 r. działał w Książęco-Biskupim Komitecie pomocy dla dotkniętych klęską wojny. Była to organizacja założona przez biskupa Adama Sapiechę, koordynująca pracę ratunkową dla ludności cywilnej poszkodowanej przez wojnę na

terenie Galicji i Królestwa Polskiego. Stefan Dąbrowski sprawował funkcję delegata Komitetu w Nowym Targu.

W 1916 r. powrócił do Lwowa. Pracę naukową na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Lwowskiego z powodzeniem łączył z działalnością niepodległościową. We Lwowie brał udział w zakonspirowanych działaniach Ligi Narodowej. Za głównego wroga sprawy niepodległości Polski uważał Niemcy. Jednym z kierunków jego działalności było przeciwdziałanie planom werbunku w Królestwie. Podjął się analizy stanu wyczerpania zasobów ludzkich w państwach centralnych. Dojrzała w nim myśl naukowego zbadania rezerw sił walczących, którym przypisywał doniosły wpływ na losy wojny. Ustalił, że w 1916 r. nastąpi krytyczny okres, zaczynający poważny niedobór rezerw ludzkich przeznaczonych do służby wojskowej w Niemczech i Austro-Węgrzech. W formie poufnego memoriału wzywał do zapobieżenia powstaniu regularnej armii polskiej u boku Niemców. Zadaniem społeczeństwa polskiego miało być – według Dąbrowskiego – zachowanie sił ludzkich dla własnego państwa, które wkrótce miało się odrodzić. Dowodem na słuszność jego teorii był akt obwieszczonego 5 listopada 1916 r. w Warszawie i Lublinie. Manifest dwóch cesarzy, zapowiadający utworzenie państwa polskiego, miał im zjednać polską opinię publiczną celem uzyskania polskiego żołnierza z Królestwa. W tej

## PROF. STEFAN DĄBROWSKI NALEŻAŁ DO POKOLENIA, KTÓRE ODEGRAŁO ZNACZĄCĄ ROLĘ W PROCESIE KONKRETYZACJI BLIŻSZYCH I DALSZYCH CELÓW POLITYCZNYCH POLAKÓW PODCZAS I WOJNY ŚWIATOWEJ, POKOLENIA, KTÓRE WNIOŚŁO TAKŻE SWÓJ UDZIAŁ W PROCES FORMOWANIA SIĘ PAŃSTWA POLSKIEGO.

sytuacji Dąbrowski postanowił upublicznić wyniki badań. Opracowanie pt. „Wojna światowa w świetle cyfr i wpływ rezerw Kongresówki na dalszy jej przebieg” opublikował anonimowo w 1917 r.

Przez cały rok 1917 Dąbrowski kontynuował badania statystyczne nad wyczerpaniem rezerw w państwach centralnych. Zachęcony zgodnością wyników, rozważając przebieg powołań i strat w armii austro-węgierskiej, sformułował teorię wojny integralnej, przez którą rozumiał wojnę prowadzoną do całkowitego wyczerpania rezerwuaru ludności płci męskiej. W styczniu 1918 r. wyliczył stan rezerw na bieżący rok. Prognozował, że chwila krytyczna nastąpi jesienią 1918 r.!

Odegrał także sporą rolę w tworzeniu tajnych struktur wojskowych obozu narodowego, które powołano do życia w ostatnich miesiącach przed upadkiem monarchii austro-węgierskiej. Był głównym inicjatorem tego dzieła oraz pomysłodawcą nazwy: Polskie Kadry Wojskowe. W ich szeregach skupiło się ok. 200 osób. Formacja ta przeżyła swój chrzest bojowy podczas walk polsko-ukraińskich o Lwów, które wybuchły 1 listopada 1918 r.

Przystępując do wojny z Ukraincami o Lwów, Polacy utworzyli namiastkę władz cywilnych w postaci Komitetu Obywatelskiego. W jego skład wszedł Dąbrowski, do którego zadań należała organizacja militarnej pomocy dla miasta i prowadzenie biura uzupełnień wojskowych. Po wycofaniu się Ukraińców ze Lwowa 22

listopada 1918 r., polskie władze rozpoczęły organizowanie wojska przeznaczonego do dalszych walk o Galicję Wschodnią. W działaniach tych brał udział Dąbrowski, pracując w komisji poborowej.

Odzyskanie przez Polskę niepodległości w 1918 r. otworzyło przed Dąbrowskim, przedstawicielem liczącego się środowiska, nowe perspektywy politycznej działalności. Z początkiem 1919 r., po spotkaniu z premierem Ignacym Paderewskim, został delegatem rządu przy udającej się do Galicji Wschodniej misji francuskiego gen. Josepha Berthélemy'ego. Misji polecono zbadać sytuację w Galicji Wschodniej i poinformować władze alianckie o sytuacji militarnej na terenie Lwowa. Kilkanaście miesięcy później, wiosną 1920 r., Dąbrowski objął stanowisko wiceministra spraw zagranicznych. Pozostał na nim przez czternaście miesięcy, zajmując się m.in. sprawami plebiscytów na Warmii i Mazurach oraz próbą rozwiązania polsko-litewskiego sporu o Wileńszczyznę. Niebawem po utracie funkcji rządowej poświęcił się ponownie pracy naukowej, teraz prowadzonej na uniwersytecie w Poznaniu, dokąd przeniósł się ze Lwowa w 1921 r.

Na Wydziale Lekarskim UP kierował Zakładem Chemii Fizjologicznej. Z sukcesami prowadził badania dotyczące funkcji nerek. Szeroko rozwijał analizę składników moczu i krwi, opracowując wiele metod badawczych w tej dziedzinie. W 1939 r. wybrany został rektorem UP. Wobec wybuchu



▲ **Stefan Dąbrowski na Cmentarzu Obrońców Lwowa, 1936 r. Ze zbiorów PAN Archiwum w Warszawie Oddział w Poznaniu.**

wojny funkcji w przewidzianym terminie nie objął. Po wojennej tułaczce obowiązki rektorskie podjął w 1945 r. Atakowany przez przedstawicieli nowej władzy tracił stopniowo możliwości efektywnego działania. Urlopowany na własną prośbę w 1946 r., niebawem zachorował na serce. Zmarł 23 marca 1947 r. i został pochowany na cmentarzu w podpoznańskim Puszczykowie.

Prof. Stefan Dąbrowski należał do pokolenia, które odegrało znaczącą rolę w procesie konkretyzacji bliższych i dalszych celów politycznych Polaków podczas I wojny światowej, pokolenia, które wniosło także swój udział w proces formowania się państwa polskiego. Wyrazem uznania dla jego osoby i osiągnięć były przyznane mu odznaczenia m.in.: Krzyż Walecznych (1921), Krzyż Obrońców Lwowa (1921), Krzyż Niepodległości (1933). ○

H. Karoń, „Profesor dr Stefan Dąbrowski – lekarz i pierwszy biochemik poznański”, [w:] „Wkład lekarzy i farmaceutów wielkopolskich do rozwoju nauk medycznych”, pod red. M. Stańskiego, Warszawa – Poznań 1975, s. 93-99.

J. Malinowski, „Stefan Dąbrowski (1877-1947). Biografia polityczna”, Poznań 2014.

# Macierz Sokołowskiej



Joanna  
Sokołowska

Lekarz pediatra

TIME MANAGEMENT

Ten felieton dedykuję wszystkim koleżankom, które godzą rolę matki, żony, gospodyni domowej, zaopatrzeniowca, dekoratora wnętrz, korepetytora, kierowcy i trenera [nie swojej] kariery z rolą specjalistki lub rezydentki „udzielającej świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych”.

**P**owstał on w drodze na konferencję medyczną, na którą wymknęłam się pomiędzy obrotami okręgowej rady lekarskiej a dyżurem, a zrodził z przeświadczenia, że świat naszych obowiązków wygląda wprawdzie, jak przysłowiowa damska torebka, ale to nieprawda, że rządzi nim chaos...

Jeśli więc czasem i wam wydaje się, że w natłoku zdarzeń nie dacie już rady wziąć kolejnego dyżuru lub kilku godzin w zaprzyjaźnionej przychodni bez ryzyka, że dziecko własne przywita was radosnym okrzykiem: „O! Cio-cia przyszła!” lub życzliwa koleżanka na wasz widok szepnie z filuternym błyskiem w oku: „Co to, zapuszczasz włosy?” (kładąc szczególny nacisk na słowo „zapuszczasz”) – zapewniam was – dacie radę. Wystarczy planowanie, konsekwencja i odrobina asertywności. Znajdźcie czas na wszystko – nawet pisanie pracy specjalizacyjnej podczas symultanicznego lepienia wigilijnych uszek. Wystarczy zastosować „macierz Eisenhowera” – receptę na dowolne zaginanie czasoprzestrzeni, przekazywaną przez współczesnych

szamanów, zwanych „mówcami motywacyjnymi”. Wsłuchajcie się więc w głos płynący, za ich pośrednictwem, zza wielkiej wody i z zaświatów. Oto do was – kobiet, które – jak komórki macierzyste – żadnej pracy się nie boją – woła w języku Szekspira (tu zaś w dowolnym tłumaczeniu) pocziwy generał Dwight Eisenhower:

„To, co ważne, rzadko bywa pilne, a to, co pilne, rzadko bywa ważne”!

Opierając się na tej – jakże złotej – myśli, generał zaleca podzielenie swoich obowiązków, zobowiązań, zaległości i spraw do załatwienia na cztery kategorie, z uwzględnieniem ich ważkości i naglącego charakteru. Pierwsza kategoria to sprawy pilne i ważne, druga – ważne, ale mogące chwilę poczekać, trzecia – zawiera te, które są pilne, choć wcale istotne nie są. Do ostatniej – czwartej – trafić powinno to, co załatwione wcześniej czy później, nie wpłynie w żaden sposób na losy waszej rodziny czy kondycję tego najpiękniejszego ze światów.

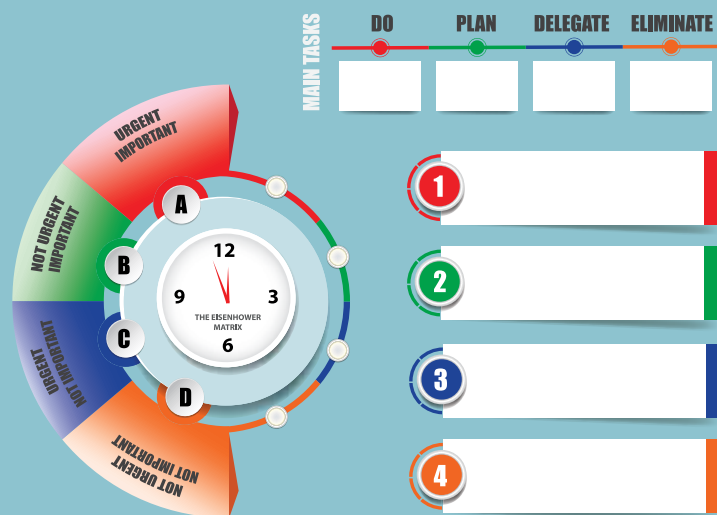
Tadam! Tak oto właśnie tworzycie własną „macierz Eisenhowera” – narzędzie pozwalające na „zarządzanie sobą w czasie”!

Pewnie niejedna z was, patrząc teraz na swoją lodówkę oklejoną karteczkami – przypominajkami, stwierdzi – niczym molierowski Pan Jourdain – „U licha! Już przeszło 20 lat tworzę „macierze Eisenhowera”, nic o tym nie wiedząc!”. To teraz już wiecie!

Pierwsza ćwiartka – pilne i ważne – to wasz osobisty szpitalny oddział ratunkowy i OIOM w jednym – potrzebny, choć nie lubiany. Im mniej tu spraw, tym lepiej. Tu jednak trafi niechybnie dzisiejszy dyżur (jeśli okażecie się jedyną osobą w oddziale, która nie jest ani przed, ani po dyżurze) i zadania z gatunku „Mamo, na jutro trzeba zrobić zielnik” zgłoszone przez pacholę w wieku wczesnoszkolnym tuż po godzinie dwudziestej.

Podobno, by osiągnąć sukces, trzeba jak najwięcej spraw załadować do drugiej ćwiartki „macierzy Eisenhowera”. Tu sobie planujemy, układamy, wpisujemy w kalendarze. Jakże budująco wygląda więc miesiąc zaplanowany przez Perfekcyjną Panią Domu Świadczącą Usługi w Warunkach Całodobowych!

^ Podobno, by osiągnąć sukces, trzeba jak najwięcej spraw załadować do drugiej ćwiartki „macierzy Eisenhowera”.



– sześć dyżurów (ale co drugi weekend „wolny”), jedno szkolenie, wizyta u dentysty, wyjazd do znajomych na Mazury, kiszenie ogórków (bo przecież nadeszła jesień), mycie okien (bo przecież skończyło się lato). Zakupy, fryzjer, wyjście do kina, lektura „Pediatrii po dyplomie”, spacer z psem, no i nowy numer „Przekroju” do przeczytania. Wszystko ułożone, jak w pudełeczku... Jeśli pudełeczko okaże się zbyt ciasne, prawie zawsze można za Scarlett O’Harą powiedzieć: „pomyślę o tym jutro” i uznać czytanie „Pediatrii po Dyplomie” za ekskluzywną przyjemność, przeniesioną tym samym do ostatniej ćwiartki macierzy.

Zadania z trzeciej kategorii, pan Eisenhower poleca „delegować” – czyli, mówiąc mniej elegancko – zrzucić na inne osoby z kręgu rodziny i znajomych. Sprzątanie domu – troskliwemu mężowi, który lubi sprzątać; zakupy – troskliwemu mężowi, który lubi robić zakupy (mamy szczęście, jeśli to wciąż ta sama osoba); oddziałową statystykę – koleżance, która chwilowo jest w pourlopowej euforii; wyjście do poradni,

działającej w ramach naszego oddziału – innej koleżance (to zdecydowanie nie może być ta koleżanka od statystyki). Tu winna jestem jednak uprzedzić was o istniejącym ryzyku, inni – i troskliwy mąż, i koleżanka z pourlopowo ograniczoną poczytalnością – też tworzą swoje macierze. Może się więc niestety zdarzyć, że powierzone zadania drogą trzecich ćwiartek delegują, nie oglądając się na was, nie wiadomo komu. Tym sposobem niezafatwiona sprawa wróci, i to wprost do waszej „oio-m’owej” pierwszej ćwiartki.

To, co nie jest pilne i ważne, trafić ma zgodnie z przyjętymi założeniami, do ćwiartki ostatniej. Już na pewno wiecie, że znajdzie się tam wszystko to, co wydaje się najprzyjemniejsze. Żeby jednak nie zwariować, trzeba i w tej przestrzeni spędzić chwilę. I stąd ten felieton.

P.S. Wigilijne uszka proponuję umieścić w ćwiartce ważne i mniej pilne, przewidzianej do realizacji we wrześniu. Dzięki procesowi zamrażania, w christmasowej atmosferze uzupełnicie bibliografię do pracy specjalizacyjnej... ☺

# Columbo u dentysty



**Artur Andrus**

Satyryk

Czego można życzyć młodym ludziom, którym świetnie się układa prywatnie i zawodowo, a piękne życie przed nimi? Na ich ślub napisałem wiersz. W związku z tym, że obydwójce są dentystami, znalazł się tam taki fragment: Niech każde z Was uczucia łaknie/ I dajcie dużo szczęścia światu/ I niech Wam nigdy nie zabraknie/ Cyrkonu ani alginatu.

**B**yć może wtrącanie określeń zaczerpniętych z języka zawodowego Państwa Młodych w wierszu na ich ślub nie jest zbyt romantyczne, ale przynajmniej będą wiedzieli, że to na pewno dla nich. Na weselu, a dokładnie na „oczepiny z medycyny”, przygotowałem zestaw ludowych przyspiewek poświęconych ich koleżankom i kolegom różnych specjalizacji, typu: **Czerwone jabłuszko/ Skocznie gra harmoszka/ Oj przebiera nóżką/ Anestezjolożka/ Chociaż nóżki w tańcu zmienia/ Już ją obie nóżki bołą/ Nie da, nie da jej wytchnienia/ Żwawy otolaryngolog.**

Obejrzałem powtórkę jednego z odcinków serialu o poruczniku Columbo. I się wzruszyłem. Po raz pierwszy widziałem to prawie czterdzieści lat temu. Rodzice pozwalali dziewięcioletniemu dziecku siedzieć przed telewizorem, bo wiedzieli, że to porządne kino umiarkowanej akcji. Nie ma niepotrzebnej przemocy, drastycznych scen, pościgów – ktoś tylko kilka razy strzeli, a potem już spokojnie. Zachwyca mnie konstrukcja tego filmu. To chyba jedyny kryminał, w którym nie czeka się w napięciu na rozwiązanie zagadki „Kto zabił?”. Bo to wiadomo już na początku. Potem przez dziewięćdziesiąt minut obserwuje się, jak Columbo wpada na trop mordercy. Bo że wpadnie, nie ma żadnej wątpliwości. Swoją drogą, dla prawdziwości przekazu i lepszego samopoczucia śledczych oglądających ten serial na całym świecie, twórcy scenariusza powinni wymyślić przynajmniej jeden odcinek, w którym Columbo się myli i aresztuje nie tego, kogo powinien. Ale trzeba też przyznać, że autorzy nie unikali tematów trudnych, nie idealizowali życia amerykańskiego policjanta. W odcinku, który widziałem, Columbo ma zapłacić za naprawę samochodu. Markotnieje, kiedy dowiaduje się, że aż 65 dolarów. I pyta:

- Przyjmujecie czeka?
- Nie ma pan karty kredytowej? – zdziwił się mechanik.
- Jestem z policji.
- Tajna akcja?
- Za niska pensja.

Zachwyca mnie strój porucznika. Nie zdziwiłbym się, gdyby jakiś badacz tej sfery życia stwierdził kiedyś, że to właśnie Columbo był prekursorem stylu hipsterskiego w USA. Ale zaraz... Dlaczego właściwie streszczam Szanownym Czytelnikom odcinek starego amerykańskiego serialu? To forma zawołanej psychoterapii. Nie chcę niepokoić rodziny, a muszę komuś opowiedzieć o tym, że po pierwsze – są filmy, które oglądałem już prawie czterdzieści lat temu, czyli to już chyba po młodości, a po drugie... Zaniepokoił mnie sposób, w jaki zaczynam kojarzyć pewne fakty. W tym odcinku jest scena, w której porucznik Columbo leży na fotelu u dentysty. Lekarz zwraca policjantowi uwagę, że obaj (i dentysta, i porucznik) mają włoskie korzenie (chodzi o pochodzenie, nie o zęby), przez co wszyscy będą ich już zawsze kojarzyć z mafią. Bo wiadomo – jak Włoch, to mafia. I dokładnie w tym momencie, w którym pan doktor zegnał porucznika słowami:

– Radzę zmienić nazwisko i nie gryźć niczego twardego... przypomniałem sobie, że mam napisać wiersz na ślub znajomych dentystów. Błagam o pomoc! Być może ktoś z Państwa wie, jak ta przypadłość się nazywa? A jeszcze bardziej chciałbym poznać odpowiedź na pytanie, czy to minie? I czy może się rozwinąć? Na przykład do takiego stanu, że słysząc w radiu „Kołyśankę Rosemary” będę sobie przypominał, że mam iść do zielarni po kolendrę, bo rozmaryn nie pomaga? ☹

# Cienką nicią połączone

## (fragmenty)

*Manhattan, 24 kwietnia 1953, tuż przed północą*

W garderobie za sceną Carnegie Hall, Ella Fitzgerald szykowała się do nowojorskiej odsłony „Największego Show '53”. Rozpoczynający się o północy koncert jazzowy był jej drugim występem tego wieczoru i – również po północy – Ella kończyła trzydzieści sześć lat. Tak osobiście obchodziła urodziny. Pudrując wysokie kości policzkowe przed rześcisie oświetlonym lustrem, myślała być może o czekającym ją występie i połyskliwych brylantach zdobiących dekolty, palce i nadgarstki przeważająco białej publiczności w pierwszych rzędach parteru. O mieniących się sukniach wieczorowych kobiet i białych wieczorowych marynarkach mężczyzn. O futrach z norek strzegących przed chłodem manhattańskiej nocy, gdy damy z towarzystwa i ich zamożni towarzysze przebiegną tych trzydzieści parę kroków do Carnegie Deli na 57 Ulicy. Lecz zapewne bliżsi jej byli widzowie z czwartego balkonu, który wspinał się pod strop w głębi sali – tam miejsca były tańsze, odcienie skóry bardziej różnicowane.

Ellę Fitzgerald stać było na futra. Miała brylanty. Miała też niezaprzeczalny talent i niezrównany etos pracy. Potrafiła zakwilić jak drozd i zabuczeć jak Sachmo; potrafiła spontanicznie naśladować dowolny instrument orkiestry. Wszystko to jednak nie ustrzegło jej w tym roku przed wyrzuceniem z pierwszej klasy samolotu na trasie Honolulu-Sydney, gdy kazano jej ustąpić miejsca białym pasażerom przybyłym w ostatniej chwili. W Carnegie Hall, gdzie wraz z nią mieli wystąpić Frankie Laine i Woody Herman, policja raczej nie wtargnie do jej garderoby, szukając narkotyków, tak jak to się zdarzyło wtedy w Teksasie. Była bezpieczna, przynajmniej na dziś wieczór.

Lustro garderoby odbijało jej ciemnobrązowe oczy o poziomych, niemal azjatyckich, dolnych powiekach. Co czyni człowieka? Kolor skóry? Wzrost i waga? Śpiewny głos? Co przesądzi o drodze życia Elli – jej talent czy jej rasa? Z biologicznego punktu widzenia biała skóra dominuje tylko w północnych szerokościach geograficznych Europy i Azji. Jest stosunkowo młodym osiągnięciem ewolucji rodzaju ludzkiego i, wbrew potocznej opinii z czasów Elli, nie znamionuje większej inteligencji, przedsiębiorczości ani uzdolnień. Warianty trzech genów determinujących pigmentację skóry były obecne w krwi Elli od dnia jej narodzin, wytwarzając melanicę w stopniu zapewniającym jej przodkom ochronę przed silnym afrykańskim słońcem. A ci rzekomo czyści biali z pierwszych rządów? Ich krew nosiła ślady genetyczne świadczące o tym, że wcale nie są tacy czyści – wielu miało krew afrykańską i tubylczą, chociaż żaden by się do tego nie przyznał.

I głos Elli. U ludzi i ptaków śpiewających gen FOXP2 pozwala na opanowanie mowy i wokalizacji muzycznej. U zeberek gen ten aktywuje się różnie w zależności od celu śpiewu – czy jest nim samiczka, czy coś innego. U ludzi mutacje genu FOXP2 powodują ciężką afazję i brak koordynacji mięśni artykulacyjnych.

Już na scenie, Ella wykonała swoją dziką wersję „Bluesa St. Louis” i, wspólnie z Louisem Jordanem, poderwała widownię na nogi jakimiś modulacjami w „Stone Cold Dead in the Market”. Jej wariant FOXP2, wyszlifowany przez lata ćwiczeń wokalnych, stworzył niezwykle głos Lady Elli, Pierwszej Damy Piosenki, Królowej Jazzu. (



**Małgorzata Nowaczyk**

Laureatka konkursu  
„Przychodzi wena  
do lekarza” (2017)



Więcej na  
[www.gazetalekarska.pl](http://www.gazetalekarska.pl)

# Na cokole



Agata  
Morka

Historyk sztuki

Sławni malarze doczekują się cokołów, ich sylwetki puszą się na pomnikach z brązu. Co najwięksi patronują artystycznym uczelniom, miejskim placom albo przynajmniej bocznym ulicom, jeśli ich wielkość była jednak zbyt mała, by nazwać po nich główną aleję. Niewielu pochwalić się jednak może faktem, że ich imieniem ochrzczono chorobę.

**M**alarze holenderscy malowali ludzi starych i pokurczonych" obwieszcza smętny intelektualista na statku z „Rejsu” Piwowskiego. Pieter Brueghel (starszy), jeden z najwybitniejszych przedstawicieli północnego renesansu, rzeczywistość podpada pod tę kategorię estetyczną. Znany jest jednak przede wszystkim ze scen rodzajowych, w których niezliczone sylwetki ludzkie oddają się niezliczonym czynnościom dnia codziennego, od pieczenia chleba po polowanie.

Nieczęsto zdarza się Breughlowi malować portret. „De Gaper” to zatem obraz wyjątkowy pod wieloma względami. Twarz portretowanego, opatrzona zdrowym rumieńcem, zastygła w zastanawiającym spazmie. Szeroko otwarte usta i zmarszczone czoło sugerują pewien wysiłek. Malarz nie daje nam żadnych wskazówek co do tego, co spowodować mogło tak wyjątkowy wyraz twarzy mężczyzny. Breughel umieszcza go na ciemnym tle, kadrując ciasno i nie dodając szczegółów na dalszym planie.

Obraz ten zaintrygował w latach siedemdziesiątych ubiegłego stulecia neurologów. Dopatrzonego u mężczyzny

cech wskazujących na dystonię twarzy objawiającą się między innymi szeroko otwartą szczęką. Lekarze sugerowali, że malarz uchwycił tę właśnie neurologiczną kondycję, a syndrom ten nazwano od obrazu syndromem Breughla.

Zupełnie tej interpretacji nie kupuję. Jak dla mnie mężczyzna ziewa. Ale kupuję wyrażenie „syndrom Breughla”. Według mnie leży on jednak gdzieś indziej: z dala od medycyny, pomników i cokołów. Postacie i sceny, które wyszły spod pędzla malarza, łączą celebrację nawet najbardziej banalnych przejawów życia. To obserwacja codzienności tak skrupulatna, jak i ciepła. Syndrom Breughla to ukochanie zwykłości. ☺



obraz A

Obraz: Piotr Brueghel Starszy, „De Gaper”, Musees Royaux des Beaux Arts, Bruksela



obraz B

# Rozwiązanie zagadki z „GL” 9/2018

**OBRAZ ORYGINALNY: A**  
**SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY**

## 1. Rozjaśnienie ubrania chorej tak, że staje się prawie białe.

Chyba najsławniejszym z obrazów nastoletniego Picassa jest „Pierwsza komunია”. Na tym obrazie mistrzowsko oddał szczególnie strój dziewczynki, ze wszystkimi niuansami bieli, których brak w „Nauce i miłosierdziu”.

## 2. Usunięcie filiżanki, którą podaje kobiecie pielęgniarka.

Kompozycja obrazu utrzymana jest w ramach zasady złotych proporcji. Picasso stosuje ciekawy zabieg, umieszczając filiżankę w samym centrum malowidła, w punkcie newralgicznym, nadając jej nuklearnej niemal mocy.

Jej nieobecność złamałaby dramatyzm całej sceny.

## 3. Pozbawienie doktora brody.

Charakterystyczna postać doktora, wąsacza i brodacza nie mogłaby wyglądać ani trochę inaczej, jako że modelem był tutaj ojciec Picassa, José Ruiz Blasco, który często służył synowi za modela.

## 4. Przemalowanie ściany na błękit.

Obraz utrzymany jest w spokojnej, monochromatycznej kolorystyce z przewagą brązów i ugrów. Brak w nim jeszcze śmielszych kolorów, które obecne będą w przyszłych obrazach Picassa.



▲ Pablo Picasso „Nauka i miłosierdzie”, 1897



## Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na [bladmalarski@gazetalekarska.pl](mailto:bladmalarski@gazetalekarska.pl) do 15 października 2018 r.

W temacie maila należy wpisać GL10.

Proszę nie zapomnieć o podaniu danych kontaktowych (imię i nazwisko, adres, telefon).

UWAGA – jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

## Nagroda główna

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

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,

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

ufundował voucher obejmujący m.in.:

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

## Nagrody dodatkowe



► Fundatorem książek jest Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, [www.wuj.pl](http://www.wuj.pl).



## NAGRODZENI Z „GL” 9/2018

Voucher do Hotelu Prezydent\*\*\* Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Małgorzata Szymańska ze Szczecina**. Gratulujemy!

Nagrody dodatkowe: Marta Mozoł-Jursza z Poznania, Magdalena Niedziela z Warszawy, Lech Żak z Warku

### 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](mailto: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.

# Chirurgica w Nepalu

RYSZARD GOLAŃSKI

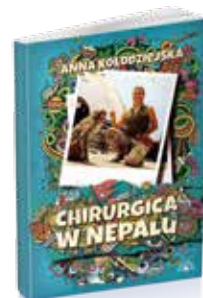
„Masz osiem, dziesięć, a może trochę więcej lat. Za każdym razem, kiedy układasz się do snu i zamykasz oczy, widzisz obrazy. Są jak żywe. Stoisz w nich na dziobie okrętu pirackiego, latasz w przestworzach albo jako chirurg wyruszasz na wyprawę na koniec świata. Potem podrastasz. Zaczynasz odróżniać sny od jawy. Marzenia pod powiekami pojawiają się coraz rzadziej. W końcu całkiem znikają. Przytłoczony rzeczywistością zapominasz, że w ogóle je miałeś. Do czasu, aż pewnego dnia dostrzeżesz dłonie przed sobą. Są obleczone białą gumą rękawiczek. Brudną i lepką od krwi. Zobaczysz światło lamp, mieniące się w ostrzu skalpela. Poczujesz chłód metalu. Stalowe

narzędzie ciąży w dłoni. I nagle przypominasz sobie o marzeniach. Kiedyś je miałeś. One wciąż są w tobie. Wcale nie są nierealne. Możesz je spełnić. Tylko czy wystarczy ci odwagi?” Ten cytat lepiej odda charakter autorki niż najbardziej wnikliwa recenzja.

Anna Kołodziejaska, zaraz po zakończeniu studiów lekarskich ruszyła z niedawno wynajętego pokoju w Poznaniu na koniec świata, do Katmandu. Od dawna marzyła o wyjeździe do któregoś z krajów Trzeciego Świata, gdzie mogłaby pomagać. Przyszło jej zmagać z trudami lekarskiej posługi w miejscu szczególnie: Centrum Leczenia Rozszczepów Podniebienia i Oparzeń na periferiach stolicy Nepalu. Towarzyszyło

jej przekonanie, że da radę temu wyzwaniu i że robi dokładnie to, co powinna. Domyślam się, że spora liczba czytelników gazety odwiedziła Nepal. Ale czy byli państwo w nepalskim prowincjonalnym szpitalu? W książce znajdziemy opisy dramatycznych sytuacji. Nie tylko ze względu na rodzaje urazów, szczególnie u dzieci, którym młoda lekarka musiała sprostać. Dla lekarza z Europy dramatyczne były warunki pracy. Na przykład brak na oddziale chirurgicznym i leczenia oparzeń środków dezynfekcyjnych. Znaczną część książki zajmują zdjęcia, nie tylko z sali operacyjnej. Niektóre przepiękne. Książka została wydana pod patronatem „Gazety Lekarskiej”. ○

GL  
PATRONAT



Więcej na  
[www.gazetalekarska.pl](http://www.gazetalekarska.pl)

## Konkurs

Znamy wyniki IX Ogólnopolskiego Konkursu Poetycko-Prozatorskiego dla Lekarzy i Lekarzy Dentystów, który został zorganizowany staraniem m.in. NIL oraz Komisji Kultury, Sportu i Turystyki OIL w Warszawie. ○

## Wernisaż

8 października mija termin nadsyłania prac na Ogólnopolską Wystawę Fotograficzną Lekarzy pod hasłem „Światło, barwa, cisza”. Wernisaż odbędzie się 21 października o godz. 17 w Klubie Lekarza w Łodzi. Wystawa potrwa do 26 października. ○

## Wystawa

20 września w Łazienkach Królewskich w Warszawie – w ramach obchodów 100-lecia odzyskania niepodległości – uroczyste otwarto wystawę „Ułańska jesień...” poświęconą gen. Bolesławowi Wieniawie-Długoszowskiemu – doktorowi medycyny i bodaj najslawniejszemu polskiemu kawalerzyście. W otwarciu wystawy, nad którą patronat honorowy roztoczył minister zdrowia, uczestniczył wiceprezes NRL Jacek Kozakiewicz. ○

NASZA CZYTELNI • NASZA CZYTELNI • NASZA CZYTELNI • NASZA CZYTELNI • NASZA CZYTELNI • NASZA CZYTELNI • NASZA CZYTELNI • NASZA CZYTELNI • NASZA CZYTELNI •



### Pediatria

Redakcja: Jacek Józef Pietrzyk, Przemko Kwinta

3-tomowy podręcznik, w którym zawarto wszechstronną i najbardziej aktualną wiedzę w zakresie pediatrii, opartą na wiarygodnych wynikach badań naukowych (EBM) i praktycznym doświadczeniu autorów. W ramach zakupu podręcznika czytelnik otrzymuje też dostęp do biblioteki multimedialnej z ponad tysiącem plików – zdjęć, filmów i plików dźwiękowych.



### Agonia. Lekarze i pacjenci w stanie krytycznym

Paweł Kapusta

Zbiór reportaży o tym, jak lekarze, ratownicy, pielęgniarki i inni przedstawiciele zawodów medycznych, a także pacjenci próbują odnaleźć się w utrudniającym ratowanie życia systemie ochrony zdrowia. Systemie, który konfliktuje i nie pozwala leczyć tak, jak wiedza na to pozwala. Mocne i niestety do bólu prawdziwe historie.



## Żagle

Jak co roku na początku września odbyły się organizowane przez Warmińsko-Mazurską Izbę Lekarską w Olsztynie Żeglarskie Mistrzostwa Polski Lekarzy. 28. edycja imprezy ściągnęła 29 załóg lekarskich z terenu całego kraju. (O)

## Triathlon



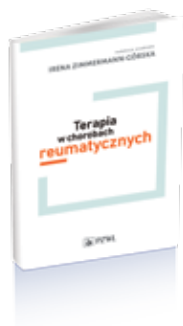
Więcej na  
[www.gazetalekarska.pl](http://www.gazetalekarska.pl)

Ziemia Sandomierska po raz kolejny gościła najwszechstronniejszych sportowców spośród lekarzy. W X Mistrzostwach Polski Lekarzy w Triathlonie na dystansie sprinterskim wzięło udział 19 koleżanek i kolegów z całego kraju. (O)

## Squash

W dniach 17-18 listopada w Gliwicach odbędą się 7. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Squashu. Organizatorami imprezy jest Komisja Sportu NRL, Śląska Izba Lekarska w Katowicach oraz dr Tomasz Romańczyk z grupą trenerów i sędziów tej dyscypliny. Zapisy przyjmowane są do 31 października. (O)

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



### Terapia w chorobach reumatycznych

Redakcja: Irena Zimmermann-Górska

Kompendium wiedzy na temat najważniejszych zagadnień związanych z chorobami reumatologicznymi u dzieci i dorosłych. Najnowsze wytyczne i wskazówki postępowania. Przydatne w codziennej pracy zarówno reumatologów, jak i lekarzy medycyny rodzinnej. Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji objął tę książkę patronatem.



### Pasma i smugi

Janusz Limon

Autor, genetyk kliniczny, powraca z nową publikacją, zabierając nas w podróż pełną przemyśleń na temat życia i śmierci. „W promieniach słońca przesuwają się pasma i smugi naszego życia związane z cierpieniem, rozkoszą, rozpaczą, bólem, radością i lękiem – pomiędzy nimi przebiega smuga cienia śmierci. Zabłąkani na granicy między światłem i cieniem. To my”.

# XVI Igrzyska Lekarskie

RYSZARD GOLAŃSKI



**C**o roku miasto u stóp Giewontu odwiedza rzesza lekarzy uprawiających liczne dyscypliny sportowe. Towarzyszą im rodziny. W tym roku zwracała uwagę bardzo duża liczba dzieci. Czasami maluchów.

Najlepszy dowód, że w niektórych dyscyplinach dla tej grupy zawodników była powoływana kategoria – do 2 lat. Wrzesniowe spotkanie pod Tatrami lekarzy i ich rodzin to prawdziwe sportowe święto, sympatyczne spotkania towarzyskie i świetna zabawa. Nie znaczy to, że rywalizacja jest na żarty. Gdybym tak napisał, z pewnością poczuliby się urażeni uczestnicy igrzysk, zwłaszcza ci najmłodsi, dla których start jest prawdziwym przeżyciem. Zawody są traktowane poważnie, ale odbywają się w niezwykle sympatycznej, koleżeńskiej atmosferze.

Przez kilkanaście lat sportowych zmagani utworzyły się grupy lekarzy-zawodników skupionych przez konkretną dyscyplinę. Przykład dali tenisiści, którzy utworzyli stowarzyszenie. Świetnie zorganizowana jest Lekarska Grupa Kolarska, z Krzysztofem Matrasem na czele, podobnie jest z lekkoatletami, których zawody koordynują Julian Pełka i Konrad Bońda, pływakami czy siatkarzami.

W kuluarach sportowych zmagani komentowano, szczególnie wśród lekkoatletów i pływaków, temat podziału zawodników na kategorie wiekowe. Przedmiotem rozmów było też finansowanie przez izby okręgowe udziału

swoich przedstawicieli w igrzyskach, ale także w mistrzostwach Polski lekarzy. Izby różnie podchodzą do sportu i rekreacji swoich członków. Różnice w budżetach komisji sportu są ogromne. Niektóre izby nie szczędzą pieniędzy na to, aby zwracać, choćby częściowo, koszty udziału swoim reprezentantom, w innych takiego punktu w budżecie izby nie ma. Pięknie prezentowali się podczas igrzysk członkowie Śląskiej Izby Lekarskiej ze Stefanem Madejem na czele.



Wszyscy ubrani w nowe, piękne białoczerwone dresy z logo izby. Innym tematem finansowym było zwracanie kosztów udziału lekarzy w MediGames, czyli światowych mistrzostwach medyków. Te sprawy z pewnością będą przedmiotem dyskusji podczas posiedzenia Komisji ds. Sportu i Rekreacji Naczelnej Rady Lekarskiej.

Szczegółowe wyniki rywalizacji znajdą państwo na stronie igrzysk: [www.igrzyskalekarskie.pl](http://www.igrzyskalekarskie.pl). Dotyczy to przede wszystkim dyscyplin indywidualnych. Niektóre koleżanki i niektórzy koledzy, na przykład w pływaniu i lekkoatletyce, zdobywali po kilka złotych medali. Z kronikarskiego obowiązku przedstawiam wyniki zmagani w grach drużynowych. Turniej piłki nożnej wygrała drużyna z Białogostoku, pokonując w finale Łódź. Trzecie miejsce, co było niespodzianką, zajął Medyk Zabrze. Wśród seniorów zwyciężyli koledzy ze Szczecina. W koszykówce złote medale zawisły na piersiach warszawian, zwycięskich w meczu z Lublinem. Trzecie miejsce zajęła Łódź I. Wśród seniorów najlepsi byli koledzy z Grodna. Zwycięzcami zostali siatkarze z Mińska, po pokonaniu Szczecina. Poznań pośród seniorów.

Igrzyska od lat są dowodem na to, że lekarze potrafią dawać przykład aktywnego trybu życia, tak ważnego dla naszego zdrowia. Słowa podziękowania ślę w imieniu wszystkich uczestników do organizatorów, nieustrudzonych Izby i Macieja Jachymiaków. ○



Więcej na  
[www.gazetalekarska.pl](http://www.gazetalekarska.pl)



# ) Ogłoszenia













# Komunikaty

## **ABSOLWENCI AKADEMII MEDYCZNEJ W LUBLINIE, ROCZNIKI UKOŃCZENIA STUDIÓW: 92 I 93**

Minęło około dwudziestu pięciu lat, od kiedy ukończyliśmy studia w lubelskiej Akademii Medycznej. 20 października 2018 r. o godz. 17.00 w Hotelu Focus w Lublinie przy ul. Skowronkowej 2 (bardziej znanym jako hotel Focus przy Al. Warszawskiej) odbędzie się spotkanie dwóch roczników ukończenia studiów: 92 i 93. Koszt uczestnictwa: 275 PLN na osobę. Prosimy o płatność przelewem na konto: PKO Bp 93 1020 3150 0000 3302 0109 1552. Termin wpłat: do 10 października. Nie będzie możliwości płatności w dniu imprezy na miejscu. Noclegi we własnym zakresie. Piszcie maila na e-mail: [zjazdroku9293@gmail.com](mailto:zjazdroku9293@gmail.com). Szukajcie nas na Facebooku (wpisując w wyszukiwarkę: „zjazdroku9293”). W imieniu organizatorów – Ireneusz Drożak.

## **ABSOLWENCI AMG, ROCZNIK 1987-1993**

Minie niebawem 25 lat, kiedy wręczono nam dyplomy AMG, jest okazja, aby się spotkać. Zarezerwowaliśmy hotel Orle w Gdańsk So-bieszewo od 30 listopada do 2 grudnia 2018 r. Prosimy o wpłatę kwoty 200 PLN na konto: NUMER RACHUNKU 93 1140 2004 0000 3602 3180 2302. Zamawianie noclegów do końca września, ale płatność w dniu przyjazdu w recepcji. Zgłoszenie zakwaterowania na e-mail [info@orle.com.pl](mailto:info@orle.com.pl) na hasło ZJAZD KOLEŻEŃSKI. Prosimy o przekazanie tej informacji do osób, z którymi macie kontakt. Komitet organizacyjny: Jacek Gulczyński, Jola Ferszka-Bykowska, Ania Starzyńska, Maciek Krzyżanowski. Strona zjazdu <http://amg-reunion-2018.pl/>

**UWAGA! PROSIMY O NADSYŁANIE KOMUNIKATÓW NIE DŁUŻSZYCH NIŻ 800 ZNAKÓW (ZE SPACJAMI).**



**Jarosław Wanecki**  
Pediatria, felietonista

# NIL DESPERANDUM\*

– Nie trzeba rozpaczać\*. W niedzielę zdobędziemy K2 – usłyszałem na spotkaniu jury konkursu „Przychodzi wena do lekarza” od aktorki i zaangażowanej aktywistki społecznej Anny Dymnej. Po powrocie do domu przeczytałem informację o niezwyklej akcji Fundacji SMA organizującej wyprawę osób niepełnosprawnych z ekwipunkiem, tragarzami, alpinistami i zakładaniem baz na kolejnych poziomach w drodze na szczyt. Kopiec Kościuszki to krakowskie dwa razy duże K. Widok na królewskie miasto z wysokości ponad 35 metrów jest podobno przepiękny i wart wysiłku pokonującego słabości.

**N**ie trzeba rozpaczać – mówimy do naszych pacjentów, z którymi stajemy przed wyzwaniem pokonania choroby. Nie musi być śmiertelna, wystarczy, że jej leczenie zmienia życiowe plany i uniemożliwia ich realizację. Świadomość, że ze szczytu wymarzonej góry, zamiast zapierającego dech krajobrazu, zobaczymy świat kąpiący się we mgle, z dzwonkiem przy szpitalnym łóżku, bywa obezwładniająca.

Przez kilka ostatnich tygodni intensywnie opracowywałem teksty do specjalnego wydawnictwa z okazji stulecia niepodległości. Medycyna w tym czasie dokonała ogromnych postępów. Nie o tym jednak chciałem pisać. Bardziej niż sama historia odkryć i pokonywania niemocy interesowały mnie dzieje zawodów lekarskich, naszego organizowania się, wzajemnego postrzegania, dyskusji o przywilejach i obowiązkach, zmieniających się normach. Szukałem tego, co połączyło rozerwane przez zaborców kawałki ziemi i ludzi tam pracujących, a znalazłem katalog różnic i mgliście opisane wielopłaszczyznowe nieporozumienia. Tak, jakby publiczne i pokątne rozrywanie białego fartucha, dzielenie się na grupy interesów, brak konsensusów i deptanie dokonanych poprzedników były przypisane wolności praktyki lekarskiej. Szukałem chwały i oczywiście znalazłem wiele świetlanych przykładów, mądrych słów, budujących dokonania i wielkich autorytetów. A mimo to szczyt zdobyty przez pokolenia poprzedników zasnuwa, na moim osobistym obrazie, gęsta mgła. Horyzont tam nie rysuje się nawet w minimalnym procencie. Nie wiadomo, jak wysokie jest urwisko pod stopami. Z dołu słychać zamiast srebrnych dzwonów zwyczajstwa ciągły jęk narzekania i trąbkę wzywającą do ataku. Proporzec z dumnym *Salus aegroti suprema est*, ledwo widoczny i poszarpany, dynda na starym drzewcu wbitym w słaby punkt wizerunku lekarza.

Teksty pokazałem kandydatom sztuki lekarskiej i prawniczej, licząc się z surową oceną. Przyswiewiał mi jednak pewien cel nadrzędny. Chciałem usłyszeć, co wiedzą o historii, etyce i modelach relacji. Spodziewałem się wszystkiego, co najgorsze: odmowy współpracy, drwiny, cynicznych uwag, krytyki, której jak każdy autor nie lubię. W zamian dostałem kilka godzin dyskusji, wymiany poglądów i nadziei pomieszaną ze zwątpieniem. Podano mi intelektualny koktajl, którego składniki okazały się dla mnie z jednej strony intrygujące, z drugiej zatrważające.

Po pierwsze, dowiedziałem się, że młode pokolenie inaczej czyta niż starsze. Wiedza o otaczającym świecie, selekcjonowana z szumu informacyjnego, jest traktowana bardziej powierzchownie, raczej przeglądana ruchem palca po smartfonie niż ołówką wyszukującego cytaty linijka za linijką. Poszukiwany jest konkretny lub abstrakcyjny, fantazja, kreacja. Na to nakłada się szybkość podejmowanych decyzji. Klik. Hokus pokus i każdy nas polubi, my mamy rację, przecież walczymy o słuszną sprawę, wszystkim będzie lepiej...

Po drugie, zgodnie z odwiecznym prawem zmiany, znalazłem się w miejscu innego spojrzenia niż rówieśnicy mojego dziecka. Historia to dla nich wyłącznie tło, którego horyzont jest tak szeroki, że nie warto zbyt daleko jej zgłębiać. Ważniejsza historia jest teraz, bo tworzymy ją my. Stare dzieje są fajne, ale nie determinują wyciągania wniosków. Każdy chce sparzyć się sam. To powtórzenie moich myśli sprzed lat, bo sinusoida błędów trwa od wieków. Wszystko już było, ale fortuna zakochana jest w kole.

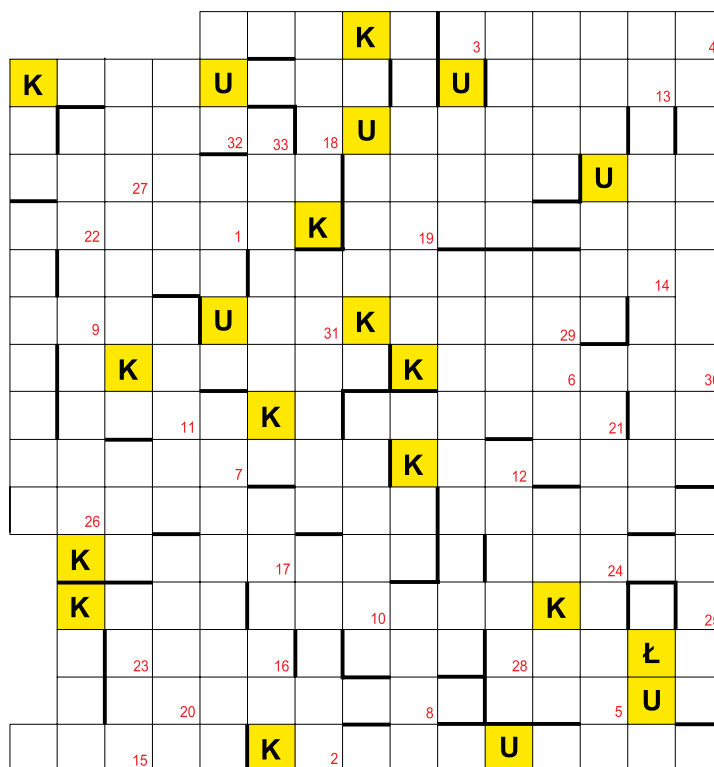
W ostatnim stuleciu lekarze zdobyli niejedną górę marzeń, ale i kopców pozostawili wiele. Wyprawa po złote runo godnej praktyki powinna zabezpieczać się nitkami ciągłości między przeszłością a nowym horyzontem. Trzeba działać, nie tracąc nadziei, przygotować bazy w drodze na szczyt i przeczeć mgłę niedopowiedzeń. ○



**Objaśnienia 71 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: K, Ł i U.**

**Na ponumerowanych polach ukryto 33 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Arystotelesa. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres [jolka@gazetalekarska.pl](mailto:jolka@gazetalekarska.pl) do 20 października 2018 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).**

\* „Klauzula informacyjna” na s. 63



Rozwiązanie Jolki lekarskiej 236 („GL” nr 07-08/2018)

**Nowotwory wakacji nie mają.**

Nagrody otrzymują:

**Paulina Kukułka** (Mielec),  
**Mateusz Malik** (Olsztyn),  
**Irena Warniełto-Filipiak** (Toruń).

Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, [www.pzwl.pl](http://www.pzwl.pl). Nagrody prześlemy pocztą.

\*\* lamblioza \* Czerwona lub Kijowska \* krzyżacki okręg adm.-wojsk. \* uzdrowisko nad Rabą \* partner Issa w Dżibuti \* zaciśnięta dłoń \* corpus \* rodzaj lodów owocowych \* katgut i kordonek \* gród w Łacjum między Akwela a Terni \* nawierzchniowa warstwa zbitego śniegu \* szewski stres poniedziałkowy \* gladiator walczący na ślepo \* reguluje przyrządy optyczno-pomiarowe \* fundus \* struna w łuku \* elaborat \* koagulacja tkanek elektrodami \* uchodzi w Karaczi \* poddaje się \* bardzo twarda skała na ozdoby i sprzęt laboratoryjny \* iluzjon dziś \* łuk po burzy \* trójtlenek arsenu \* miejsce urodzenia Einsteina \* meblowy stolarz-artysta \* ptasi zwany słońską trawą \* przed pojutrzem \* pustożęć z Azji Środkowej \* periosteum \* nadaje winom cierpkawy smak \* octan organiczny w chorobie wieńcowej \* cykliczna forma muzyczna \* pnące dzungle \* tlenek węgla \* premier Belgii (1974-78) \* przedpokój \* Mollusca \* chroni elewację przed deszczówką \* znawca Włoch \* cyanosis \* pozdrowienie od Owsia \* wrota (łac.) \* główny port Chorwacji \* kiesa, sakiewka \* głowowa lub łonowa \* Al-..., sławny meczet w Jerozolimie \* Pakt Bezpieczeństwa Pacyfiku \* alumen \* dawne materace \* część młota młyna służąca do uderzania \* proteaza serynowa \* Centralna Agencja Wywiadowcza \* japońska mata słomiana \* kurze ziele \* przeciwległy zenitowi \* lanugo \* stolica Umbrii \* 12-y księżyc Urana \* świętego Wita \* premier ZSRR (1964-80) \* rzucany na ring \* ogarnięci niemocą \* sędzia mużułmański \* pół połówki \* trujący i leczniczy z akonityną \* wiedza o religii \* Tipo lub 126P \* podgatunek \* córka Scypiona Afrykańskiego, wzór rzymskiej matrony \* brak współdziałania różnych części ciała

Jerzy Badowski

**Wydawca:**



**Naczelna Rada  
Lekarska**

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 173 800 tegz.

Redaktor naczelny:

**Ryszard Golański**  
Tel. 600 909 382  
[naczelny@gazetalekarska.pl](mailto:naczelny@gazetalekarska.pl)

Zastępca redaktora naczelnego:

**Marta Jakubiak**  
Tel. 608 316 248  
[m.jakubiak@gazetalekarska.pl](mailto:m.jakubiak@gazetalekarska.pl)

Dziennikarze:

**Lucyna Krysiak**  
Tel. 696 48 70 48  
[l.krysiak@gazetalekarska.pl](mailto:l.krysiak@gazetalekarska.pl)

**Lidia Sulikowska**  
Tel. 668 854 344  
[l.sulikowska@gazetalekarska.pl](mailto:l.sulikowska@gazetalekarska.pl)

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

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

Redaktor naczelny  
Biuletynu NRL:  
**Artur Drobnik**

Stale współpracują:

**Artur Andrus** (Warszawa)  
**Jerzy Badowski** (Olsztyn)  
**Sławomir Badurek** (Toruń)  
**Maciej Hamankiewicz** (Katowice)  
**Jarosław Klimek** (Łódź)  
**Romuald Krajewski** (Warszawa)  
**Anna Lella** (Olsztyn)  
**Agata Morka** (Berlin)  
**Joanna Sokołowska** (Płock)  
**Jarosław Wanecki** (Płock)

Redaktor portalu internetowego:

**Mariusz Tomczak**  
[m.tomczak@gazetalekarska.pl](mailto:m.tomczak@gazetalekarska.pl)

Adres redakcji:  
00-764 Warszawa,  
ul. Jana III Sobieskiego 110  
[www.gazetalekarska.pl](http://www.gazetalekarska.pl)

Opracowanie graficzne:  
**Teresa Urawska**

Reklama i marketing:

**Elżbieta Tarczyńska**  
Tel. (22) 559 13 26  
Fax (22) 558 80 42  
Tel. 606 699 830  
[e.tarczyńska@gazetalekarska.pl](mailto:e.tarczyńska@gazetalekarska.pl)

Ogłoszenia:

Tel. (22) 559 13 26  
Fax (22) 558 80 42  
[e.tarczyńska@gazetalekarska.pl](mailto:e.tarczyńska@gazetalekarska.pl)

Druk:

**LSC Communications Poland Sp. z o.o.**

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



