

SAMORZĄD: 7,5 jest większe od 9

GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB
LEKARSKICH

10 | 2019

O PEDOFILII, MEDYCZNIE

WYWIAD Z PROF. ZBIGNIEWEM
LEW-STAROWICZEM

ICD-11

NIEBAWEM NOWA WERSJA KLASYFIKACJI WHO

ZMIANY W PIGUŁCE

■ Leczenie ból u dzieci

ZROZUMIEĆ MAŁEGO PACJENTA

■ Prezydent FDI w Polsce

SPOTKANIE Z WŁADZAMI NIL

■ Casus Baby Fae

CO STAŁO SIĘ W SZPITALU
W LOMA LINDA?

Temat numeru

MAGNES I SÓL

MINISTER: BĘDZIE 8 PROC. PKB

34

KUSPI CEDE 2019

Trzy dni solidnej dawki wiedzy dla stomatologów. Czym zaskoczyła tegoroczna edycja spotkania w Poznaniu?



48

WCIAŻ DALEKO

DO ŚWIATOWEJ CZOŁÓWKI

Wywiad z prof. Grażyną Rydzewską, prezes Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii.



Spis treści

Październik 2019

SAMORZĄD

- 4 | Wybory - i co dalej?
- 5 | List Otwarty Prezesa NRL do Obywateli Rzeczypospolitej
- 8 | 7,5 jest większe od 9
- 10 | Sądy lekarskie
- 13 | Refleksja polemiczna

TEMAT NUMERU

- 18 | Polska w liczbach
- 19 | Magnes i sól
- 22 | Punkt widzenia
- 24 | Zaczyna wrzeć
- 25 | Słodka iluzja samorządności

PRAWO I MEDYCyna

- 26 | Ambulatoryjna opieka ze wskazań nagłych
- 27 | Informatyzacja ochrony zdrowia - poradnik

- 28 | Co zrobić z dokumentacją medyczną?
- 30 | Niewłaściwa nerka

PRAKTYKA LEKARSKA

- 31 | Międzynarodowo
- 32 | FDI 2019: nowe projekty i zmiany w kierownictwie
- 33 | Prezydent FDI w NIL
- 34 | CEDE - konfrontacja wiedzy z praktyką
- 37 | Stany nagłe w stomatologii
- 38 | O pedofilii, medycznie
- 41 | Biuletyn
- 44 | Czy ten pomysł odejdzie do lamusa?
- 48 | Jest lepiej, ale daleko nam do światowej czołówki
- 50 | ... i po bólu?

- 54 | Mniej niż milimetr
- 56 | Powrót Grzesia

ZE ŚWIATA

- 58 | Nowe rozdzianie
- 60 | Australijczyk w gabinecie GP
- 61 | Kto zarabia najwięcej?

NAUKA

- 62 | Antybiotyk nr 1

PO GODZINACH

- 64 | PiS, pic, retusz i łatanie dziur
- 65 | Skłębione sieci
- 66 | Casus Baby Fae
- 69 | rozmowa z umierającą
- 70 | O włos
- 72 | Kultura
- 74 | Sport
- 76 | Ogłoszenia
- 82 | Jolka lekarska



ANDRZEJ MATYJA

prezes NRL

Z SOBIESKIEGO 110

Wybory – i co dalej?

Gdy opadnie wyborczy kurz, okaże się, że podjęcie odważnych i dalekowzrocznych decyzji o zmianach w systemie ochrony zdrowia będzie jeszcze trudniejsze niż dotychczas. Czeką nas twarde lądowanie po wyborczych i okołowyborczych uniesieniach.

Kto po zalewie prostych, kilkupunktowych recept na uzdrowienie ochrony zdrowia w Polsce będzie miał odwagę stanąć przed opinią publiczną i powie o ograniczeniu koszyka świadczeń gwarantowanych, o podwyższeniu składki zdrowotnej, o współpłaceniu, o ubezpieczeniach zdrowotnych, czy – bardziej przyziemnie – uprzedzi, że żaden lekarz ani system nie zdejmuje z nas odpowiedzialności za zdrowie nasze i naszej rodziny, za to, co się je, jak żyje, czy dba o profilaktykę itp., itd.?

Obym się mylił, ale jestem pewien, że w opinii publicznej obecna kampania wyborcza wzmocni przekonanie, że modelowe rozwiązanie to zapewnienie przez onnipotentne państwo szybkiego dostępu do pełnego spektrum usług medycznych. Wyborcom żonglerka procentami (6 proc., 6,2 proc., a może 6,8 proc., jeszcze lepiej 7 proc., a dlaczego nie 11 proc. udziału wydatków na ochronę zdrowia w PKB?) niewiele mówi i przypomina zaklęcia przybliżające nas do wytęsknionego ideału.

Nie zdziwmy się, że po wyborczej bitwie jeszcze powszechniejsze będzie przekonanie, że wystarczy więcej pieniędzy, by szybko dogonić europejskich liderów. Znów będziemy świadkami gaszenia pożarów, doraźnego ratowania sytuacji kryzysowych. Na kolejnych konferencjach słyszeć

będziemy biadolenie o braku koniecznych, trudnych, dalekowzrocznych politycznych decyzji, a na demonstracjach i protestach trybuni ludowi będą wywieszać transparenty z nośnymi hasłami. Marzy nam się wyrwanie z tego chocholego tańca...

W tym miejscu niedawno pisałem o oddolnej społecznej presji na polityków, by rozpoczęli zmiany. Nadal tak myślę, ale jak uczy doświadczenie ostatnich trzydziestu lat, konieczny jest dialog, pokazanie alternatywnych ścieżek, wypracowanie w toku negocjacji najlepszych rozwiązań.

Tak właśnie się działo w krajach, które stawiane są za wzór do naśladowania, jeśli chodzi o systemy ochrony zdrowia. Prace nad zmianami toczyły się tam długo, ponieważ słuchano ekspertów i reprezentantów różnych środowisk, analizowano warianty i ich konsekwencje, przebijano resortowe silosy, równolegle przygotowywano i edukowano społeczeństwo, dbano o przejrzystość procesu...

Stworzenie sprawnego, efektywnego systemu, dającego pacjentom i personelowi poczucie bezpieczeństwa, to trudny, społeczny proces. To również prawdziwy test jakości stanowienia prawa w trybie konsultacji, negocjacji, szacunku dla reprezentantów różnych środowisk. Zmian w ochronie zdrowia, czyli w bardzo delikatnej tkance społecznej, nie da się odgórnie narzucić, nie podejmując dialogu. Słowem, pozytywistyczna praca u podstaw tak bliska stanowi lekarskiemu okazuje się jak najbardziej aktualna w obecnej dobie.

Rozbudzone podczas kampanii oczekiwania i rozhuśtane nastroje mogą – paradoksalnie – utrudnić i opóźnić wprowadzenie potrzebnych zmian w ochronie zdrowia. Może zabraknąć społecznego przyzwolenia dla wcale niełatwych kroków, skoro podczas kampanii zaserwowano paletę prostych kilkupunktowych pomysłów na poprawę, ale nie powiedziano, że ich osiągnięcie pociąga za sobą koszty. Wyborcze obietnice wykreowały wymaginowany świat.

Wybory się skończą, wybrańcy zasiądą w parlamentarnych fotelach i na ministerialnych stołkach, a my, lekarze, nadal będziemy swoimi twarzami firmować niewydolny system, który fundują nam politycy. Z tym, że oni wolni są od odpowiedzialności za swoje działania, w przeciwieństwie do nas, gdy decydujemy o życiu i zdrowiu pacjenta. Ta świadomość nie może nas paraliżować, dlatego jako reprezentant środowiska lekarzy poczułem się w szczególny sposób upoważniony, by w otwartym liście wystosowanym 19 września br. zaapelować do polityków, aby w końcu zaczęli spłacać kredyt zaufania, który dostają od Polaków w kolejnych wyborach*. Jako samorząd zawodowy, którego konstytucyjną rolą jest ochrona interesu publicznego, będziemy nie tylko recenzentami poczynań rządzących, ale zamierzamy stanowczo i konsekwentnie egzekwować zasady dobrego rządzenia, kultury dialogu i autentycznych konsultacji z różnymi interesariuszami systemu ochrony zdrowia, w tym z lekarzami. ■

* List otwarty publikujemy na s. 5 (red.)

LIST OTWARTY

Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej do Obywateli Rzeczypospolitej

19 września 2019 r.

Szanowni Państwo,

w obecnej kampanii wyborczej, jak nigdy w ciągu ostatnich trzydziestu lat, mówi się o dramatycznej sytuacji w polskiej ochronie zdrowia. Czyżby politycy zauważyli, że nie ma już zgody Polaków na brak bezpieczeństwa zdrowotnego? Samorząd lekarski od ponad dwóch dekad informuje o narastających problemach kadrowych, finansowych i organizacyjnych. Wielokrotnie alarmowaliśmy, że system jest niewydolny, że pacjenci umierają w kolejkach. Głos środowisk zawodów medycznych w tej sprawie wybrzmiewał już wiele razy. W ostatnim czasie szczególnie aktywnie zwracaliśmy się z naszymi apelami o poprawę sytuacji do gremiów odpowiedzialnych za kształt systemu ochrony zdrowia w Polsce, jego finansowanie, organizację i rozwój kadr. Dawaliśmy konkretne propozycje rozwiązań.

Otwarci na dialog, z nadzieją przyjęliśmy deklarację Ministerstwa Zdrowia o współpracy i cyklicznych spotkaniach z Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej. Pierwsze, które odbyło się przed rozpoczęciem parlamentarnej kampanii wyborczej, okazało się jak na razie jedynym. Kolejne, zaplanowane na dzisiaj, po przesłaniu do Ministerstwa Zdrowia listy najpilniejszych, bardzo konkretnych spraw do omówienia i problemów do rozwiązania, zostało odwołane.

Nie ma zgody lekarzy na skrajne niedofinansowanie, które pogarsza jakość opieki nad pacjentami i bezpieczeństwo chorych, przeciążenie kadr, coraz gorszy dostęp do specjalistów i leczenia, postępującą degradację polskich szpitali i pogłębiające się ich zadłużanie, przedwczesne zgony, brak edukacji zdrowotnej, a w konsekwencji pogarszający się stan zdrowia polskiego społeczeństwa. Na problemy te zwróciliśmy uwagę już 22 sierpnia br., kiedy to podczas pierwszego w historii wspólnego spotkania przedstawicieli wszystkich samorządów zawodów medycznych, samorządów lokalnych, pracodawców ochrony zdrowia, lekarskich związków zawodowych i organizacji pacjenckich, sformułowaliśmy list otwarty do Prezydenta RP, Premiera RP, Ministra Zdrowia i liderów partii politycznych.

Unikanie poważnego dialogu, ruchy pozorne, działania doraźne i niespójne deklaracje składane pod presją kalendarza wyborczego już wywołują radykalizację i zmuszają do podejmowania akcji, by władza i politycy wreszcie zauważyli, że nie ma zgody na dalszą zapaść w ochronie zdrowia. Wspólnie domagamy się zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia, jasnego ustalenia poziomu tych nakładów w relacji do PKB i ścieżki dojścia do poprawy. Domagamy się razem zmniejszenia dystansu do innych krajów europejskich, jeśli chodzi o dostępność do opieki medycznej i jakość leczenia.

Jako prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, reprezentujący wszystkich lekarzy w Polsce, apeluję do ugrupowań politycznych, aby w poczuciu odpowiedzialności za zdrowie i życie obywateli wreszcie wzięli odpowiedzialność za składane obietnice i podjęli konkretne działania w celu naprawy systemu ochrony zdrowia i zwiększenia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli Rzeczypospolitej. Konieczne jest podniesienie standardów stanowienia prawa, prowadzenia odpowiedzialnej dyskusji merytorycznej, dojrzałych negocjacji w wypracowaniu społecznego, ponadpartyjnego konsensu dla zdrowia.

Niepokoi fakt, że kampania wyborcza wokół zdrowia i licytacja obietnic ma charakter populistyczny. Nie dajmy się zwieść dobrze brzmiącym deklaracjom. Rozliczajmy obietnice wyborcze, pytając, kiedy i w jaki sposób będą zrealizowane, skąd wziąć pieniądze. Zaczniemy wymagać spełniania obietnic.

Życie i zdrowie Polaków zasługuje na więcej, niż dostawaliśmy dotychczas. Najwyższy czas, by kredyt zaufania, który politycy dostają podczas kolejnych wyborów, w końcu zaczęli spłacać.

Prezes NRL Andrzej Matyja

SKRINING

48 h i basta!



Prezydium NRL zaapelowało do zarządzających podmiotami leczniczymi o poszanowanie decyzji lekarzy i lekarzy dentyistów o ograniczeniu czasu pracy maksymalnie do 48 godzin na tydzień. Zgodnie z art. 96 ustawy o działalności leczniczej oraz

dyrektywy unijnej o niektórych aspektach organizacji czasu pracy, podpisanie przez pracownika klauzuli opt-out musi być zawsze wyrazem dobrowolnie wyrażonej przez niego woli. Pod żadnym pozorem pracownik nie może być zmuszany przez pracodawcę do podpisania zgody na pracę w wymiarze przekraczającym 48 godzin w tygodniu. Ma również prawo w dowolnym momencie wypowiedzieć taką zgodę i, co ważne, nie musi nawet usprawiedliwiać swojej decyzji. ■

Podwyżki

Dobra wiadomość dla części młodych lekarzy. Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie stażu poddyplomowego lekarza i lekarza dentyisty przewiduje podwyżkę dla stażystów. I choć podniesienie wysokości wynagrodzenia cieszy, Prezydium NRL w podjętym stanowisku wskazało, że postulowany poziom wynagrodzeń stażystów, którego domaga się samorząd lekarski, powinien odpowiadać przeciętnemu miesięcznemu wynagrodzeniu w sektorze przedsiębiorstw. Warto przypomnieć, że zgodnie z jednym ze stanowisk podjętych w czasie XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy, lekarz stażysta powinien zarabiać przynajmniej średnią krajową. ■

Polka w Europie



“ – Myślę, że nikt nie ma już wątpliwości – ochrona zdrowia w Polsce jest obiektem wyłącznie gry politycznej, a nie obiektem merytorycznego zainteresowania władz państwowych, bez względu na opcję polityczną – powiedział dr Jerzy Friediger, reprezentujący Prezydium NRL podczas konferencji „Polka w Europie”. ■

FOTO: Rafał Holubicki

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy,

23 czerwca 2017 r. Naczelna Rada Lekarska ustanowiła Medal im. Dra Władysława Biegańskiego „Hominem Inveni”, który przyznawany jest osobom lub instytucjom zaangażowanym w działalność społeczną lub filantropijną ukierunkowaną na niesienie bezinteresownej pomocy i wsparcia potrzebującym (uchwała NRL nr 12/17/VII).

Zapraszamy członków i organy izb lekarskich, a także przedstawicieli instytucji związanych z ochroną zdrowia, do zgłaszania kandydatur osób lub instytucji, które położyły szczególne zasługi o charakterze społecznym lub filantropijnym i zasługują Waszym zdaniem na Medal „Hominem Inveni”.

Wypełnione wnioski należy przesłać na adres: Naczelna Izba Lekarska, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa z dopiskiem na kopercie Medal „Hominem Inveni” lub na adres poczty elektronicznej a.seweryniak@hipokrates.org do 10 grudnia 2019 r.

Mariusz Janikowski
Sekretarz Kapituły Medalu „Hominem Inveni”

SKRINING

Ważne, lecz odwołane

Zaplanowane na 19 września spotkanie Prezydium NRL z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia nie doszło do skutku. „Wiadomość przekazano tuż po przesłaniu przez PNRL propozycji tematów do omówienia” – podano w komunikacie opublikowanym na stronie internetowej NIL.

“

Znane są zagadnienia, jakie władze samorządu lekarskiego planowały omówić z kierownictwem resortu zdrowia.



Do chwili zamykania tego numeru przyczyny odwołania pozostały niezbrane. Znane są jednak zagadnienia, jakie władze samorządu lekarskiego planowały omówić z kierownictwem

resortu zdrowia. Po pierwsze, jakie są losy projektu ustawy zmieniającej ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentysty? Czy ministerstwo opracowało tekst uwzględniający uwagi zgłoszone w czasie konsultacji społecznych? Po drugie, jakie są losy projektu ustawy o zmianie ustawy o izbach lekarskich dotyczącego przejmowania zagranicznych orzeczeń dyscyplinarnych wobec lekarzy i lekarzy dentystów? Po trzecie, jakie jest aktualne stanowisko resortu odnośnie interpretacji przepisów dotyczących zejścia po dyżurze i czy zejścia po dyżurach wydłużają okres specjalizacji? Po czwarte, jakie są ustalenia kontroli przeprowadzonej przez Ministerstwo Zdrowia w podmiotach leczniczych dotyczącej naruszenia przez szpitale praw lekarzy co do czasu pracy i wynagrodzenia za dyżury lekarskie, o którą NRL wnioskuje w styczniu? Miało też paść pytanie o stanowisko resortu

co do rekompensaty kosztów wdrażania elektronicznej dokumentacji medycznej. W odniesieniu do stomatologii planowano wystąpić z postulatem zorganizowania rady, będącej przeglądem spraw ważnych dla lekarzy dentystów, bowiem w zakresie świadczeń publicznych postęp wymaga zdecydowanego impulsu ze strony resortu, a NFZ zwleka z rozmowami w sprawie uaktualnienia tabeli punktowej. Kolejny temat to limit przyjęć na studia na kierunku lekarsko-dentystycznym; NRL od wielu lat bezskutecznie zwraca się o podjęcie dyskusji na temat racjonalnej liczebności korporacji stomatologicznej. Poza tym samorządowcy chcieli zaapelować o zintensyfikowanie działań mających doprowadzić do obciążenia stanowiska dedykowanego stomatologii w Departamencie Kształcenia Ministerstwa Zdrowia (konkurs ogłoszono, ale nie został rozstrzygnięty). ■

Ograniczanie biurokracji

Opinowanie projektów aktów prawnych stanowi jeden z ważnych obowiązków samorządu lekarskiego. Prezydium NRL pozytywnie oceniło projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie uproszczonego wzoru zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne przysługujące comiesięcznie w przypadku kontynuacji zlecenia. Można powiedzieć, że to krok w dobrą stronę w kierunku ograniczania biurokratycznej młotki, ale zbędnych obowiązków, które odciągają lekarzy od pacjentów, wciąż jest za dużo. ■

Nowy rok szkolny



Rozpoczęcie nowego roku szkolnego zbiegło się w czasie z wejściem w życie ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami oraz wydaniem zarządzenia Prezesa NFZ nr 120/2019/DSOZ zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie

świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne. – Niestety, uwagi NRL zgłoszone stanowiskiem Prezydium NRL z dnia 23 sierpnia nie zostały uwzględnione. Zdaniem Zespołu Radców Prawnych NIL, zarządzenie to nie wypełnia zapisu art. 136 ust. 2 pkt 1b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie, w jakim błędnie określa sposób dostosowania wielkości kontraktu do wymogów wykonania umowy – mówi Andrzej Cisko, wiceprezes NRL, będący jednocześnie przewodniczącym Komisji Stomatologicznej NRL. Cały komunikat Komisji na www.gazetalekarska.pl. ■



KRZYSZTOF MADEJ

wiceprezes NRL

7,5 jest większe od 9

Ten felieton [felieton „niniejszy” – jakież to piękny zaimek przymiotny wskazujący, od staropolskiego słowa „ninie” – teraz] z racji tematu, który chcę w nim poruszyć, dla jednych będzie nudny, dla innych, właśnie z racji tegoż tematu, irytujący. Chcę się bowiem pokręcić nieco przy sprawie nakładów finansowych na ochronę zdrowia.

T oż to jakieś trudne do wytrzymania natręctwo. Wszyscy o tym piszą i mówią od kilkudziesięciu lat, a przez ostatnie 20 szczególnie intensywnie.

Organizowane są marsze protestacyjne, medialne akcje społeczne, głodówki, kampanie, konferencje, wydawane są oświadczenia, a pointa tego wszystkiego jest zawsze taka sama. Pieniądzy jest za mało i jak dalej będzie tak za mało, to tym razem naprawdę nastąpi prawdziwy kryzys w skali państwa. Co to znaczy „prawdziwy”, nikt nie wyjaśnia, ale pewnie taki, który zachwieje tradycyjnym i utrwalonym u nas systemem politycznym (a przecież jest on taki piękny: prosty i klarowny). Wysokość nakładów na ochronę zdrowia była przecież przyczyną główną reformy polegającej na wprowadzeniu tzw. systemu ubezpieczeniowego, czyli uchwalenia w lutym 1997 r. ustawy o kasach chorych. Władza ludowa skąpiła zawsze na medycynę – wprowadźmy zatem fundusz celowy pochodzący ze składek obywateli, a uzbierana pula będzie po pierwsze większa, a co najważniejsze, całkowicie odporna na decyzje planistów finansowych,

czyli złych i tępych urzędników, żerujących na ludzkiej krzywdzie. Pierwotnym zamysłem było ustanowienie składki na poziomie 9% podstawy wymiaru składki, czyli przychodu, z ryczałą, ustawowo określoną perspektywą wzrostu tej składki do 11% i to w całości odliczanej od podatku. Efekt tego pomysłu wydawał się wówczas bardzo zachęcający, pieniędzy miało być rzeczywiście dużo, dużo więcej i nikt ich nie mógł „rąbnąć”. Długa była droga i łamańców co niemiara z pomysłem wprowadzenia „kas chorych” (tak jak u nas przed wojną, no i przede wszystkim w Niemczech). W samym tylko okresie vacatio legis, a więc przed wejściem w życie, ustawa była nowelizowana ok. 20 razy. W krótkim też czasie składkę z 9% zmniejszono do 7,5%. Pamiętam pewnego ministra, który z pryncypialnym przekonaniem i wewnętrznym żarem udowadniał, że ta zmniejszona składka przyniesie większe wpływy do kas chorych. Pominę nazwisko tego geniusza matematyki, bo po co mu ta sława. Ja do końca życia zapamiętam, że 7,5 jest większe od 9. Jak wyglądają inne stosunki matematyczne, nie wiem, ale to wiem na pewno. Aby zamknąć tę część wspomnień – teraz płacimy składkę w wysokości 9% podstawy wymiaru składki, ale od podatku odliczamy tylko 7,75.

Było jednak w tej operacji ustrojowej założenie dużo ważniejsze. Dowodzono, że kierowanie strumienia pieniędzy do placówek ochrony zdrowia na podstawie kontraktów, czyli umów cywilnoprawnych między płatnikiem i medykiem (w ten sposób próbując uniknąć obrzydliwego słowa „świadczeniodawca”), w cudowny sposób zracjonalizuje wydawanie pieniędzy. Będą miliony negocjacji i miliony kontraktów, w których wszystko będzie mierzone,

“

Skutek jest taki, że większość tzw. programów reformy lub reformy-reformy ochrony zdrowia sprowadza się do wyszczególniania efektów docelowych zmian, a nie określenia dróg dojścia do nich.

zważone, opisane i „obwarowane”. Jedna strona umowy „do bólu” rozliczy wykonanie kontraktu, a druga w przypływie ewangelicznego szalu wykona wszystko, co w kontrakcie taniej i szybciej, a zaoszczędzone środki przeznaczy na dodatkową porcję świadczeń (dzisiaj powiedzielibyśmy: „nadwykonań”). W ten sposób udało się puścić w ruch swoje perpetuum mobile, przy pomocy którego za coraz mniejszą ilość pieniędzy wykonywano by coraz większą liczbę świadczeń. Państwo myślało, że kpię, bo używam „lekkiego pióra”. Kiedyś udowodnię, że nie. Na emeryturze ponownie zacznę czytać materiały z przeszłości i napiszę opracowanie pt. „Historia braku pieniędzy w polskim systemie ochrony zdrowia na przestrzeni dziejów”.

Krótko mówiąc, trik z uwolnieniem polskiej medycyny spod kurateli państwa i wyrwaniem się spod tego strasznego kołowrotu polityki nie udało się. Obecnie wielkość nakładów (ze środków publicznych) na ochronę zdrowia przykładamy do tzw. PKB i aktualnym paradygmatem politycznym jest to, że powinny one wynosić 6,8%. Ja w ten wskaźnik wierzę, choć jego wiarygodność wywodzę tylko z porównań z podobnymi wskaźnikami w innych krajach. Teraz, podobno, na ochronę zdrowia w roku 2019 wydaliśmy 4,52% w stosunku do PKB. Za to, co po przecinku, nie biorę odpowiedzialności, bo jest na ten temat tak wielki zamęt i polityczna mgła, że każdy z czytelników może trafić na inną końcówkę. Środki publiczne w naszym medycznym przypadku to suma pieniędzy uzyskanych ze składki zdrowotnej obywateli i tego, co dorzuca państwo z budżetu, czyli innych form opodatkowania gospodarki i obywateli. Jest zatem oczekiwanie, że państwo uzupełni budżet medycyny o te ponad 2% (czyli więcej, niż idzie na wojsko) w stosunku do PKB, w szybkim i radykalnym tempie.

Na rozmaitych zjazdach, posiedzeniach i konferencjach byłem naocznym i nausznym świadkiem, jak kolejni ministrowie zdrowia (w swojej działalności samorządowej przeżyłem ich 19) reagowali na

publicznie kierowane do nich roszczenie przedstawicieli naszego samorządu zawodowego (o, pardon: i związku zawodowego) o gwałtowne, skokowe wręcz zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia – żeby zapobiec zbliżającemu się kryzysowi. Wszyscy reagowali tak samo, a wielu z nich posłużyło się tym samym obrazowaniem swojego wywodu. „Okay – powiedali – macie rację, ja też tak uważam, trzeba będzie do tego dojść, ale na razie..., nasz system jest jak dziurawe wiadro: im więcej do niego będziemy wlewać wody, tym więcej wypłynie bezproduktywnie. Najpierw musimy to wiadro uszczelnić”. Są w naszej zbiorowej wyobraźni takie literackie niemalże figury: wsiowego głupka, który wlewa wodę do dziurawego wiadra, i któremu wydaje się, że jak już uda mu się je napełnić, mimo wyciekania, to będzie ono napełnione, albo próby napełniania wiadra durszlakiem, albo dziecka, które chce wiaderkiem przenieść morze do dołka na plaży. Wszystko to po to, jak rozumiem, żeby gamoniom wyjaśnić, że aby dzieło naprawy systemu się udało, musi być naprawiane w odpowiedniej kolejności i w odpowiednim tempie. Na wyżyny tej „logiki” wbił się ostatnio marszałek Stanisław Karczewski, który na ostatnim Forum Ekonomicznym w Krynicy stwierdził, że istotne dofinansowanie polskiego systemu zdrowia mogłoby być dla niego, w efekcie, szkodliwe. Że niby straszliwe marnotrawstwo. Kilka zdań dalej ci sami mówcy zapewniają, że polska medycyna jest genialna, bo przy pomocy tak niewielkich środków zapewnia tak wiele świadczeń, na światowym niekiedy poziomie. Pełna schizofrenia.

Tylko że nikt nie wyjaśnia, czym są te dziury w systemie i jak je uszczelnić. W ogóle nikt niczego nie wyjaśnia i nie próbuje niczego wyjaśnić. Nie podejmuje się prób postawienia diagnozy. Chyba ze strachu, że naruszy się tę, na wstępie wspomnianą przeze mnie ironicznie, pożądaną równowagę gry politycznej lub że naruszy się interesy grupowe i nie zapanuje nad roszczeniami. Skutek jest taki, że większość tzw. programów reformy lub reformy-reformy ochrony zdrowia sprowadza się do wyszczególniania efektów docelowych zmian, a nie określenia dróg dojścia do nich. Wymieniłem kilka z tych celów do osiągnięcia: skrócenie kolejek do specjalistów, skrócenie czasu oczekiwania na SOR-ach, poprawa wyników leczenia onkologicznego, skrócenie czasu oczekiwania na operacje... itd., itd., itd., a zresztą, przeczytajcie Państwo programy partii politycznych idących do tego-rocznych wyborów. Wszystko to oczywiście zrobimy, mówią oni, potrzebujemy tylko władzy. Prawda, jak niewiele? My też mówimy, że wszystko to zrobimy, potrzebujemy tylko: większej stawki kapitałowej w POZ-ie, większej liczby, lepszego wycenionych kontraktów w AOS-ie, oddłużenia szpitali, lepszego wyceny świadczeń w szpitalach powiatowych, podniesienia płac w każdej grupie zawodowej, lepszego wyceny świadczeń w szpitalach klinicznych, bieżącego opłacania nadwykonań, zniesienia limitów... itd., itd., itd.

Czy „my” i „oni” spotkają się kiedyś i pogadają o wspólnej trosce? Wątpię, bo mówią różnymi językami, a tłumaczy brak. Każda ze stron trwa w przekonaniu, że tylko jej język oddaje rzeczywistość, a druga tylko bezrozumnie bełkocze. ■

“

Są w naszej zbiorowej wyobraźni takie literackie niemalże figury: wsiowego głupka, który wlewa wodę do dziurawego wiadra, i któremu wydaje się, że jak już uda mu się je napełnić, mimo wyciekania, to będzie ono napełnione.

LUCYNA
KRYSIAK

dziennikarz

30 LAT ODRODZONEGO SAMORZĄDU LEKARSKIEGO

Sądy lekarskie

Sądzenie lekarza przez jego kolegę po fachu zawsze budziło kontrowersje.



W odrodzonym, liczącym 30 lat samorządzie lekarskim, obok Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i rzeczników okręgowych funkcjonuje Naczelny Sąd Lekarski i okręgowe sądy lekarskie.

Historia sądownictwa lekarskiego sięga jednak roku 1921. Wówczas mocą ustawy o izbach lekarskich powołano Sąd Lekarski. W jego strukturze działał rzecznik dyscyplinarny – tę funkcję pełnił jeden z członków SL, wyznaczany przez przewodniczącego tego organu. Przewodniczący wybierał także, spośród sędziów lekarzy, oskarżyciela. Sąd Lekarski obejmował więc w swoich strukturach całe postępowanie i działał samodzielnie. Tego rodzaju rozwiązanie dziś budziłoby wątpliwości. Podział władzy i kompetencji jest dla nas oczywistością. Zadawano by pytania – jak organ, który ma osądzać, jednocześnie wyznacza ze swojego składu sędziowskiego kogoś, kto

prowadzi postępowanie i jest jego stroną? W 1934 r. wyszła nowa ustawa o izbach lekarskich, jeszcze bardziej umacniająca rolę Sądu Lekarskiego, który do momentu likwidacji izb lekarskich po II wojnie światowej samodzielnie zajmował się wszystkimi sprawami dotyczącymi odpowiedzialności zawodowej lekarzy.

PRZECIERANIE SZLAKÓW

Kiedy w 1989 r. weszła w życie ustawa o izbach lekarskich, na mocy której wszystkie sprawy związane z odpowiedzialnością zawodową z rąk administracji państwowej przejął samorząd lekarski, rozdzielenie roli rzeczników odpowiedzialności zawodowej i sądów lekarskich – podobnie do zasad obowiązujących prokuraturę i sądy powszechne – było oczywiste. W styczniu 1990 r. wybrano Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i jego zastępców oraz członków Naczelnego Sądu Lekarskiego. W marcu 1990 r. odbyło się I plenarne posiedzenie NSL.

1. Tomasz Gorczyński, Stefan Bednarz, Jacek Miarka, Jerzy Matkowski, Krzysztof Zaorski (Jachranka, 2005)
2. Romuald Krajewski i Stanisław Leszczyński

Przewodniczącym I kadencji został nieżyjący już prof. Tadeusz Wencel, I zastępcą – Zuzanna Koniczyńska, II zastępcą – Anna Makowska. Prezes Sądu Najwyższego wyznaczył wówczas do współpracy z NSL trzech sędziów ze swojego grona – Halinę Gordon-Krakovską i Lidę Miśturkiewicz z Izby Karnej oraz Teresę Romer z Izby Administracyjnej, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych.

Sąd powstał, jednak kiedy w maju 1990 r. na jednym z posiedzeń NRL prof. Tadeusz Wencel miał zrelacjonować, jak organ, któremu przewodniczy, wywiązał się z podjętych działań, okazało się, że nie było o czym sprawozdawać, ponieważ brakowało rozporządzenia wykonawczego dotyczącego działalności sądów lekarskich. Powiedział wówczas: „Brak aktów wykonawczych uniemożliwia nam funkcjonowanie”. Dwa lata później, kiedy akty wykonawcze już obowiązywały, pojawiły się inne problemy. Rodził się Kodeks Etyki Lekarskiej, który wielu lekarzy

utożsamiało z narzędziem służącym do karania za przewinienia.

Wypowiadając się na łamach „Gazety Lekarskiej” na temat tworzącego się wówczas KEL i towarzyszących temu emocji, prof. Wencel wyjaśniał lekarzom, że KEL to nie Kodeks karny: „W Naczelnym Sądzie Lekarskim zespołowi orzekającemu przewodniczy sędzia Sądu Najwyższego, a więc zawodowy sędzia najwyższej rangi, co stanowi zabezpieczenie dla oskarżonego przed nieprawidłowościami formalnymi i daje społeczeństwu gwarancje, że nie istnieje w sądzie lekarskim żadne „lobby” środowiskowe, że nie dochodzi do tuszowania spraw. Jeśli przewinienia mają rzeczywiste miejsce, są one oceniane i karane zgodnie z obowiązującym prawem”.

NA WŁAŚCIWYM MIEJSCU

Ta pierwsza kadencja działalności NSL była więc bardzo trudna. Obok administracyjnego zorganizowania odpowiedzialności zawodowej w nowej strukturze trzeba było zabiegać o zaufanie środowiska, przekonywać do tego rodzaju działalności samorządu lekarskiego. W II i III kadencji funkcję przewodniczącego NSL pełnił prof. Władysław Nasiłowski. Jeśli chodzi o prawodawstwo, miał już przetarte szlaki, zresztą sam także je przecierał – swoim zaangażowaniem, postawą i współtworząc KEL. Profesor był w tym czasie jedną z najważniejszych postaci polskiej medycyny sądowej, nauczycielem wielu pokoleń lekarzy i prawników. To on przeprowadzał ekspertyzy zabitych górników podczas pacyfikacji kopalni „Wujek”. To on przygotowywał wiele ekspertyz beatyfikacyjnych księdza Jerzego Popiełuszki.

Wspomina się go jako niekwestionowany autorytet zawodowy i moralny. Wybór na przewodniczącego NSL był więc poparty nie tylko jego ogromną wiedzą i doświadczeniem w zakresie medycyny sądowej, ale nieskazitelną postawą etyczną. Jak podkreślają następcy profesora, był to właściwy człowiek na właściwym miejscu. Podczas jednej z uroczystości honorujących jego dokonania nawiązał do relacji mistrz-uczeń,



zaznaczając, że szkołę orzecznictwa przejął od swojego nauczyciela prof. Tadeusza Pragłowskiego. Powiedział wówczas, że życzyłby prawnikom, aby prawo dla wszystkich było zawsze wartością odniesienia, niezależnie od nacisków politycznych.

NOWE WYZWANIA

Przejmując schedę po tak wybitnej postaci prof. Romuald Krajewski, przewodniczący NSL IV i V kadencji, nie miał łatwo. Jednak nowe kadencje wyznaczały nowe wyzwania, z którymi trzeba było się zmierzyć. Toczyła się gorąca dyskusja na temat braku przejrzystości w odpowiedzialności zawodowej, napędzana przez organizację pacjenczką „Primum non nocere” i choć była ona mało merytoryczna, wymuszała na sądach lekarskich nowe standardy postępowania. Za sprawą przeobrażeń w polskim sądownictwie, wycofano też z działalności NSL sędziów Sądu Najwyższego, co spowodowało istotne zmiany w jego funkcjonowaniu.

– Zastanawiano się, jak sądy mają funkcjonować w nowej rzeczywistości i jakie powinny być uprawnienia stron – tłumaczy prof. Romuald Krajewski. Wycofanie z działalności Naczelnego Sądu Lekarskiego zawodowych sędziów Sądu Najwyższego było zmianą kluczową. Ich obecność w składach orzekających podnosiła rangę Naczelnego Sądu Lekarskiego i zabezpieczała przed popełnianiem błędów proceduralnych. – Uczyliśmy się od nich prawa, podejścia do problemów odpowiedzialności zawodowej, sporządzania akt – wymienia

1. Spotkanie rzeczników odpowiedzialności zawodowej i sędziów NSL (Kraków, 2007): Stefan Bednarz, Jerzy Nosarzewski, Wojciech Łącki z pracownikami kancelarii NSL.
2. Władysław Nasiłowski (Katowice, 2016)



prof. Krajewski. Uważa, że miało to swoje dobre strony, ponieważ w sprawach lekarzy dominuje aspekt medyczny i lekarz ma największą wiedzę, aby móc oceniać pracę drugiego lekarza, zaś sprawy proceduralne czy formalne schodzą wówczas na drugi plan. Przejmowanie całości postępowania, w którym nie uczestniczyli już zawodowi sędziowie, wymagało od lekarzy dokładniejszego kształcenia się w tym kierunku. Mimo że formalnie sędziowie nie występowali już w składach orzekających NSL, nie odmawiali pomocy. Dyskutowano też nad rolą stron, szczególnie pokrzywdzonego, oraz nad jawnością postępowania. Efektem było nadanie pokrzywdzonemu uprawnienia strony oraz wprowadzenie pełnej jawności rozpraw sądów lekarskich. Wielką rolę we wprowadzeniu tych zmian miały kancelarie, które zajmują się dokumentacją. Za kadencji prof. Krajewskiego wprowadzono statystykę dotyczącą liczby wpływających i sądzonych spraw, a także czasu postępowania. Ten system funkcjonuje do dziś, będąc najlepszym źródłem informacji o pracy NSL.

MERYTORYCZNIE NIEZALEŻNE

O poprzednich kadencjach działania Naczelnego Sądu Lekarskiego można powiedzieć, że ich celem było utrzymanie merytorycznej niezależności. I to się udało, sądownictwo lekarskie pozostało w kompetencji lekarzy. Kolejnym przewodniczącym, VI już kadencji NSL, został dr Jerzy Nosarzewski. Praca sądu i jego problemy nie były mu obce, ponieważ w NSL działał od początku

FAKT

Pierwsza kadencja działalności NSL była bardzo trudna.



i czterokrotnie był jego wiceprzewodniczącym. – Miałem to szczęście, że zaczynałem w czasie, kiedy w składach orzekających byli jeszcze sędziowie Sądu Najwyższego, od których uczyliśmy się tej trudnej profesji. Przecież mieliśmy do czynienia z zagadnieniami prawa karnego, a byliśmy amatorami w tej materii – tłumaczy Jerzy Nosarzewski.

W tym czasie przygotowywany był także projekt nowelizacji ustawy o izbach lekarskich z 1989 r. Ponieważ lekarzom działającym w sądach lekarskich zaczął coraz bardziej doskwierać brak profesjonalnego wsparcia sędziów zawodowych, którym zakazano działania poza gmachami sądów powszechnych, w części projektu dotyczącego odpowiedzialności zawodowej chciano przeformułować zapis, aby przynajmniej sędziowie w stanie spoczynku mogli brać udział w składach orzekających, ale ustawodawcy go odrzucili. Chociaż zupełnie co innego wykazywały dane dotyczące orzekanych kar, o sądach lekarskich krążyła wówczas w mediach opinia, że stanowią klan i zawsze staną po stronie lekarza, nawet jeśli wykazano ewidentnie, że jest winien zarzucanego mu czynu. – Taki obraz naszego działania bardzo nas bolał, tym bardziej, że z rozmów z sędziami Sądu Najwyższego wynikało, że na wiele spraw spojrzeliby łagodniej niż sami lekarze, zatem opinia, że stanowimy klan białych kitlów, nie miał pokrycia w rzeczywistości – przekonuje Jerzy Nosarzewski, który z troską patrzy w przyszłość. Mówi,

że spraw jest coraz więcej, a chętnych do pracy w sądach lekarskich nie ma. Pracuje stara gwardia, która się wykrusza.

ADEKWATNIE DO PRZEWINIENIA

Dr Wojciech Łącki był przewodniczącym NSL w VII i VIII kadencji, a więc w czasie, kiedy znowelizowano ustawę o izbach lekarskich, a tym samym uległy zmianie niektóre zapisy dotyczące funkcjonowania sądów lekarskich. Dotychczas działały one na mocy rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z 1990 r. w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. – Większość zapisów z tego rozporządzenia została przeniesiona do ustawy, ale też znalazły się nowe, m.in. rozszerzony katalog kar, dzięki któremu zwielokrotniło się pole manewru sędziów i można było zasądzać wyroki bardziej adekwatne do przewinienia – mówi Wojciech Łącki. Uważa, że w sądownictwie lekarskim to był ważny moment, ponieważ poprawiło się funkcjonowanie całego pionu odpowiedzialności zawodowej.

Nie bez znaczenia były zmiany w Kodeksie karnym – pewne zapisy z prawa powszechnego wprowadzono do sądownictwa lekarskiego, co wprowadziło sędziom większe uprawnienia, ale też obarczyło nowymi obowiązkami, np. prowadzeniem szerszego postępowania dowodowego. – Intencją ustawodawców było usprawnienie naszej pracy, danie nam większej swobody, ale zapomniano o tym, że dla lekarza

Spotkanie szkoleniowe sędziów NSL i OSL w Jachrance.

działalność w sądzie lekarskim to praca społeczna, nowe obowiązki stały się więc obciążeniem, ponieważ jest nas za mało – podsumowuje Wojciech Łącki.

NA DEFICYCIE

Przewodniczący NSL w bieżącej, IX kadencji, Jacek Miarka mówi, że ma wielki szacunek dla pracy swoich poprzedników i wysiłku, jaki włożyli w budowanie pionu orzecznictwa zawodowego lekarzy, a jednocześnie ubolewa nad tym, jak kurczy się grono ludzi zajmujących się tego rodzaju działalnością w samorządzie lekarskim. – Sędzia lekarski powinien mieć specjalne predyspozycje, aby móc zajmować się sądeniem lekarzy, którzy na co dzień są jego kolegami z pracy. Każda sprawa to konfrontacja z naszym doświadczeniem zawodowym zdobytym w wielu miejscach zatrudnienia, równie ważna jest znajomość zawartości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, w którym dzieje się coraz gorzej, bo brakuje lekarzy, pielęgniarek, pieniędzy, i umiejętność zachowania dystansu emocjonalnego, dzięki czemu można spojrzeć na sprawę w sposób obiektywny – wylicza Jacek Miarka i przekonuje, że dla lekarzy sprawujących funkcję sędziów każda sprawa to lekcja pokory, to uczenie się na cudzych błędach. Tak, jak jego poprzednicy, dostrzega, że osądzanie lekarza przez lekarza budzi w środowisku niechęć, ale też przypomina, jakie to ważne dla realizacji idei samorządności i sprawowania pieczy nad wykonywaniem zawodu. – Decyzję o wymierzeniu kary w takiej lub innej formie zawsze podejmujemy zespołowo, często narada zespołu sędziowskiego jest bardzo burzliwa, a kompromis osiągamy drogą głosowania, werdykt nie zależy więc od jednej czy dwóch osób, ale większości – tłumaczy Jacek Miarka i dodaje, że każdy sędzia chciałby wyjść z sali rozpraw z poczuciem dobrze spełnionego obowiązku i czystym sumieniem. Z poczuciem, że nie zbagatelizował krzywdy pacjenta, ale i nie wyrządził krzywdy koledze. ■

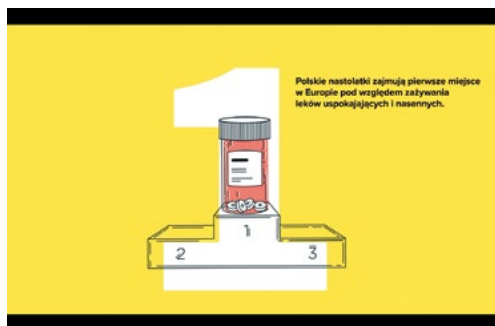
FAKT

Spraw jest coraz więcej, a chętnych do pracy w sądach lekarskich nie ma.

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Edukacja młodzieży

Z początkiem roku szkolnego Śląska Izba Lekarska wystartowała z akcją edukacyjną „Liczy się zdrowie” skierowaną do młodzieży. Co tydzień zamieszczana jest w sieci animacja dotycząca innego problemu – pierwszy wyemitowany materiał poświęcony był lekcom uspokajającym. Pozostałe tematy, które zostaną przedstawione w formie multimedialnej pigułki z wiedzą i przestrożą, to: e-papierosy, psychodrinki, ortoreksja i cyberchondrycy. Hasło tytułowe akcji „Liczy się zdrowie” nie tylko podkreśla, jak ważną rolę odgrywa zdrowie w życiu każdego z nas, ale także fakt, że problemy zdrowotne przekładają się na



konkretne liczby, które obrazują skalę problemów i zmuszają do refleksji. Animacje są wyświetlane także w Tramwajach Śląskich. Akcja będzie miała swój finał 22 października – na ten dzień zaplanowano konferencję z udziałem specjalistów od wspomnianych problemów, które grożą współczesnej młodzieży, a wielu młodych ludzi już się z nimi boryka. ■

90. urodziny lekarzy dentystów

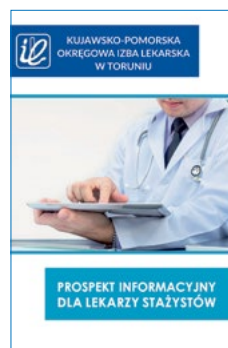


Spotkanie z jubilatami w siedzibie DIL.

Nestorzy dolnośląskiej stomatologii: dr Teresa Kozaczek, dr Zofia Masztalerz oraz dr n. med. Ryszard Rzeszutko obchodzą w tym roku jubileusz 90-lecia urodzin. 12 września w siedzibie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu na nadzwyczajnym posiedzeniu Komisji Stomatologicznej DRL odbyła się uroczystość z tej okazji. Na spotkaniu obecni byli najbliżsi jubilatów, a także m.in. prezes dolnośląskiej izby dr Paweł Wróblewski z wiceprezes i przewodniczącą KS DRL Iwoną Świętkowską, prof. Marzena Dominiak, prof. Beata Kawala, Jolanta Orłowska-Heitzman i inni. Teresa

Kozaczek (adiunkt Katedry i Zakładu Ortodoncji AM we Wrocławiu) oraz Ryszard Rzeszutko (długoletni pracownik Katedry i Kliniki Chirurgii Stomatologicznej AM we Wrocławiu) pojawili się na uroczystości osobiście. Dr Zofię Masztalerz (adiunkt Katedry i Zakładu Stomatologii Zachowawczej i Dziecięcej AM we Wrocławiu) reprezentowała córka.

Dzięki Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego prof. Małgorzata Radwan-Oczko wręczyła jubilatom Medal im. prof. Tadeusza Szczęsnego Owińskiego. Od KS DRL nestorzy otrzymali szklaną statuetkę z wizerunkiem św. Apolonii. ■



Informator dla stażystów

Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska opublikowała „Prospekt informacyjny dla lekarzy stażystów”, który ma ułatwić podjęcie decyzji dotyczące wyboru miejsca odbywania stażu podyplomowego i przyszłych specjalizacji na obszarze działania izby. W informatorze znalazły się placówki medyczne wraz z opisem dostępnych w nich staży cząstkowych w ramach stażu podyplomowego oraz informacji na temat możliwości odbywania specjalizacji w danych dziedzinach medycyny. Wymieniono także dodatkowe atuty omawianych szpitali. Opracowanie jest dostępne na stronie internetowej KPOIL. ■

GŁOS CZYTELNIKÓW

Mój(?) Samorząd po 30 latach

Konferencja, która odbyła się 17 maja br. z okazji 30-lecia reaktywowania Samorządu Lekarskiego, była okazją zarówno do wspomnień, jak i do ocen i refleksji. Moje wystąpienie nawiązywało do lat 80., kiedy to przemianom ustrojowym towarzyszyła ogromna potrzeba reformowania służby zdrowia. Reaktywowanie samorządu otwierało te możliwości. Entuzjazm i zaangażowanie to był wielki kapitał tamtych lat, a całe 30-lecie izbowe to niewątpliwie sukcesy i porażki. Są obszary, gdzie moim zdaniem można było działać lepiej. Nie byliśmy nigdy skutecznym i liczącym się partnerem zmieniających się rządów i ministrów zdrowia. Zarówno Naczelna Rada Lekarska, jak i Okręgowe Rady nie uczestniczyły w przygotowaniu koncepcji rozwiązań systemowych i ich skutecznym wprowadzeniu. Ucierpiała na tym ranga samorządu, a ostatecznym tego efektem było oddanie spraw reformowania systemu rezydentom.

Nie służy prestiżowi samorządu masowe wypisywanie druków L4 dla kolejnych grup zawodowych i brak reakcji w tej skandalicznej sprawie organów izby. Nie może być zgody na tak nieetyczne postępowanie, jak masowe zamykanie gabinetów w POZ czy nawoływanie do odejścia od łóżka chorego, a także zamiast gotowości do pracy w sytuacjach kryzysowych namawianie do egzekwowania „opt-out”. Słabość samorządu to pole do działania związków zawodowych, które kierują się raczej egoizmem grupowym, proponując działania nie zawsze w pełni etyczne, do czego jest zobowiązany samorząd. Sprawa, która budzi głęboki niepokój, to coraz szersze wprowadzanie wynagrodzeń za działalność samorządową. Opłacany urzędnik będzie chciał zawsze jak najwięcej zarobić i nie stracić stanowiska. Dobro wspólne traci na rzecz dobra własnego. Nie do końca jest oczywista planowana zmiana bardzo dobrego kodeksu etyki lekarskiej, powinny wystarczyć komentarze ułatwiające interpretację.

Niech te krytyczne uwagi nie przesłaniają niewątpliwych dokonań, o których wiele i wielu będzie się wypowiadało z okazji jubileuszu. ■

Michał Kurowski

przewodniczący Naczelnej Komisji Rewizyjnej I kadencji, przewodniczący I Zjazdu

OD REDAKCJI

Refleksja polemiczna

Kiedy do naszej redakcji wpłynął list dra Michała Kurowskiego, był to głos, który zainicjował wewnątrzredakcyjną dyskusję.

Długo rozmawialiśmy o postawionych w nim тезach. Uznaliśmy zgodnie, że taka dyskusja o samorządzie na łamach będzie dobrym akcentem w roku jubileuszowym, a z zespołu tworzącego „Gazetę

Lekarską” to dr Krzysztof Madej jest najlepszą osobą, by się jej podjąć – jako ten, który, zna samorząd niemal od samego początku, przez dwie kadencje stał na jego czele i aktywnie uczestniczy w życiu izb. ■

Powyższy list dr. Michała Kurowskiego do redakcji „Gazety Lekarskiej” jest, przez Niego samego napisanym, streszczeniem wystąpienia, jakie miał na konferencji w Naczelnej Izbie Lekarskiej z okazji 30-lecia uchwalenia ustawy o izbach lekarskich. List został przesłany do redakcji z prośbą o publikację, wyrażoną w słowach – jak to się mówi – nie znoszących sprzeciwu.

Publikujemy więc ten list po redakcyjnej dyskusji. Uznaliśmy, że trzeba zmierzyć się z krytyką, bo czasami z krytyki i polemiki płyną dobre wnioski na przyszłość. A że nie jest miło ani pojedynczemu człowiekowi, ani organizacji być publicznie krytykowanym, cóż, to emocje, a nie meritum.

Dr Michał Kurowski prowadził pierwszy Krajowy Zjazd Lekarzy, zaraz po tym, jak izby okręgowe się ukonstytuowały i wybrały swoich delegatów do reprezentacji ogólnokrajowej, oraz był pierwszym przewodniczącym Komisji Rewizyjnej Naczelnej Izby Lekarskiej. Ma więc tytuł być uznawanym za Ojca Założyciela samorządu lekarskiego w Polsce. Ponieważ czwarte Przykazanie mówi: „Czcij ojca swego i matkę swoją”, to ojciec mówi, a nam, szczeniakom, wypada słuchać. Tylko mi także jesteśmy już w latach, przysługuje nam więc nie tyle prawo synowskiego buntu, bo na bunt już za późno, ale prawo do repliki, polemiki, zgody, sprzeciwu, refleksji itd. Jako przewodniczący Rady Programowej „Gazety Lekarskiej” podejmę tę polemikę, bo takie mi postawiono zadanie z urzędu, zastrzegając się, że moje uwagi są wyłącznie osobiste, niekonfrontowane z kimkolwiek i nieuzgadniane z nikim.

Pierwsza konstatacja (mówiąc bardzo oględnie, ale można by też powiedzieć, zarzut) dotyczy braku koncepcji rozwiązań systemowych i ich skutecznego wprowadzania. Przez te 30 lat w życiu samorządu bywały różne okresy o mniejszej lub większej zdolności do kreacji

koncepcji systemowych. Ale podzielał ten zarzut. Rzeczywiście w samorządzie nie ma takiego centrum stałej pracy programowej i centralnie usytuowanego sztabu, który myślałby w kategoriach strategii. Naczelna Rada Lekarska działa w sposób akcyjny i reaktywny, a nie systematyczny i metodyczny. Nie ma w tej chwili szerokiego zaplecza eksperckiego, które otrzymywałoby zadania refleksji ogólnosystemowej lub zadania cząstkowe, których rozwiązania można by włączyć w ogólny program.

Naczelna Rada Lekarska, która zbiera się raz na dwa miesiące, i jej Prezydium, które obraduje raz na dwa tygodnie, z natury rzeczy nie mogą być wydolnym ośrodkiem programotwórczym i lobbystycznym. A stawiamy przed sobą oczekiwania i zadania opiniowania i współdziałania z rządem, ministrem zdrowia, innymi ministrami, Sejmem, Senatem, Narodowym Funduszem Zdrowia i wieloma, wieloma innymi osobami i instytucjami. Trzeba przeorganizować centralę samorządu, bo przy pomocy pracy kilku czy w porwach kilkunastu osób nie udźwignie ona tego, czego oczekuje od niej całe środowisko lekarskie. Skutkiem tej niedomogi programotwórczej jest sięganie po broń najprostszą, po protesty. Protestujemy przeciwko temu, co już wprowadzono i co nam się nie podoba, i żądamy od polityków, w mechanizmie protestu, zrobienia tego, co nam się spodoba. Ale czego? To już inna sprawa. Kto jest najbardziej sprawny w organizowaniu protestów, ten prowadzi, ale zawsze przecież zwycięży postulat zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia.

Zarzut masowego wypisywania druków L4 dla kolejnych grup zawodowych i brak reakcji w tej sprawie organów izby.

Pozwolę sobie zauważyć, że medialnie rozpętana akcja epatowania opinii publicznej tym, że lekarze masowo wypisują „lewe” zwolnienia, dotyczyła tylko jednej grupy zawodowej, czyli policjantów. W późniejszym czasie, gdy nauczyciele zaczęli grozić eskalacją

różnych form strajku, zaczęto również sugerować, że użyją narzędzia, jakim jest absencja strajkowa, ale na zwolnieniu lekarskim. Do niczego takiego nie doszło i wszystko wyglądało na straszenie społeczeństwa przy pomocy medialnych fantazji. Wracając do policjantów, gdy opinia publiczna została już porządnie „nakręcona”, że lekarze, z sobie tylko wiadomych powodów, w ten swoisty sposób przyłączyli się do strajku policjantów, w organach samorządu rozdzwoniły się telefony dziennikarzy z pytaniami, jak zamierzamy zareagować na akcję wystawiania „lewych” zwolnień. Zaczęliśmy uprzejmie informować, że ZUS, który jest instytucją właściwą w tej sprawie, ma potężne narzędzia kontroli zasadności orzekania o niezdolności do pracy i należy z tymi pytaniami zwracać się do ZUS-u.

Wskazywaliśmy również drogę prowadzącą do rzeczników odpowiedzialności zawodowej, z których każdy, bez wątpienia, powinien zareagować na nieetyczne postępowanie lekarza i wdrożyć postępowanie wyjaśniające. Prosiłiśmy także o każdą wiarygodną informację (także ZUS) o takich niemedyceńskich, a strajkowych przesłankach wystawiania zwolnienia z pracy po to, aby skierować ją na ścieżkę odpowiedzialności zawodowej. Nie otrzymaliśmy żadnej informacji i żadnego zgłoszenia. Któregoś dnia zacząłem nawet przemyśliwać, czy samorząd nie powinien zaapelować do lekarzy, aby szczególnie skrupulatnie dokumentowali wskazania do orzeczenia do niezdolności do pracy, aby nie dać się uwikłać w politykę, ale uznano, słusznie, że byłoby czymś niestosownym nawoływać do „lepszego” pracy, skoro dotychczasowa nie rodziła złych skutków prawnych. Tym bardziej, że wszystko skończyło się tak szybko, jak się zaczęło, i z dnia na dzień przestano pokazywać lekarzy jako oszustów w makroskali.

Postulat pilnowania wyraźnej granicy pomiędzy kompetencjami i działaniami samorządu

zawodowego i związków zawodowych jest dla mnie bardzo czytelny i bliski.

Jednakże samorząd, często z braku innych możliwości i z konieczności, podejmował próby wpływu na rzeczywistość poprzez różne formy protestów i bojkotów. Tym samym upodabniał swoje publiczne działanie do działań związków zawodowych. Na szczęście tzw. odchodzenie od łóżek chorych czy zamykanie przychodni to były tylko groźby, a nie realne działanie, i nic złego się nie stało. A czy dostatecznie stanowczo potępialiśmy takie groźby mogące skutkować nieetycznymi działaniami? Czasami się nie dało, widząc brak dobrej woli z drugiej strony konfliktu społecznego i konstatując, że groźniejsze dla społeczeństwa jest niedopuszczanie

do łóżek i przychodni chorych z powodu zaniechań państwa. A namawianie lekarzy do walki z kryzysem przy pomocy klauzuli „opt-out” nie znajdzie już posłuchu, bo kryzys jest nieustający i „opt-out” już tu nie pomoże. „Opt-out” jest po to, aby zrobić do pensji, a nie aby zwalczać kryzys.

W sprawie płacenia za pracę w samorządzie na stanowiskach funkcyjnych pogląd mam jasny.

Jeśli ktoś profesjonalizuje się w pracy programowej i administracyjnej samorządu i rezygnuje dla tego zadanania z innych zatrudnień jako lekarz, ma otrzymać słuszną zapłatę. Tu patrz: punkt pierwszy.

W sprawie pojawiających się ostatnio nawoływań do rychłej

nowelizacji kodeksu etyki podzielałam sceptycyzm dr. Kurowskiego.

Jakoś nie czuję się przekonany, że jest taka paląca potrzeba. Ale proszę mnie przekonać, jestem otwarty na argumenty, których publicznie jeszcze chyba nie wyartykułowano. A wszelkiego rodzaju komentarze, interpretacje, dywagacje i myśli wysoka w obszarze etyki lekarskiej jest ze wszechmiar wskazana, tym bardziej że – odnoszę takie wrażenie – samorząd nie dorobił się jeszcze takiej monograficznej i kanonicznej układni norm etycznych i ich zapisu kodeksowego, który byłby swoistym i wyczerpującym dziełem samorządu.

Krzysztof Madej,
przewodniczący Rady Programowej „GL”

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE



Wczoraj i jutro

Mija 30 lat od reaktywowania samorządu lekarskiego. W izbach okręgowych rozpoczęły się obchody tej ważnej rocznicy. Jako pierwsza uroczystą galę zorganizowała Śląska Izba Lekarska.

– Co należy zmienić, aby samorząd lekarski był liderem postaw

obywatelskich lekarzy? – pytał prezes NRL Andrzej Matyja podczas uroczystej gali, która odbyła się 21 września w Katowicach. Zdaniem prezesa NRL okrągła rocznica reaktywowania izb lekarskich powinna skłaniać lekarzy i lekarzy dentyków nie tylko do wspomnień i podsumowań, ale także refleksji nad tym, czy

spełniły się marzenia twórców odrodzonego samorządu. – Musimy zastanowić się nad sprawami, którymi zajmowaliśmy się przez 30 lat, które z nich zachować i pielęgnować, i w jaki sposób przetożyć je na XXI wiek – mówił prof. Andrzej Matyja do ponad 1000 lekarzy, którzy pojawili się w siedzibie Narodowej Orkiestry Symfonicznej Polskiego Radia.

– Chcieliśmy świętować 30-lecie odrodzenia samorządu lekarskiego w jak najszerzym gronie, nie tylko z lekarzami, którzy na co dzień są związani z samorządem – powiedział prezes ORL w Katowicach Tadeusz Urban. W swoim wystąpieniu zwrócił uwagę na to, że lekarska samorządność, czyli autonomia i niezależność, jest wielką wartością dla całego środowiska. – Na przykład KEL został uchwalony dla lekarzy przez lekarzy. Skargi dotyczące naruszenia zasad etyki czy błędów w sztuce rozpoznają lekarze, eksperci w danych dziedzinach. Prawo wykonywania zawodu jest przyznawane kolegią lekarzom przez grupę lekarzy – wyliczał prezes ORL w Katowicach. Dodał, że dzięki samorządowi lekarze podnoszą swoje kwalifikacje oraz mogą liczyć na pomoc w trudnych sytuacjach losowych. – Historia uczy, że samorządność można stracić, dlatego należy o nią po prostu dbać – podkreślił prezes ORL w Katowicach. Podczas części oficjalnej lekarzom i lekarzom denty stom zostały wręczone odznaczenia państwowe nadane przez prezydenta Andrzeja Dudę, a kilkunastu członków ŚIL odebrało odznakę honorową „Za Zasługi Dla Ochrony Zdrowia”. ■

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Rozmowy z politykami
o stomatologii

18

września odbyło się spotkanie członków Komisji Stomatologicznej ORL w Szczecinie z parlamentarzystami z woj. zachodniopomorskiego oraz kandydatami do Sejmu i Senatu. Rozmawiano m.in. o opiece stomatologicznej w szkole na kanwie ustawy o opiece szkolnej, braku możliwości zatrudniania lekarzy w praktykach zawodowych, niewystarczającej możliwości podnoszenia kwalifikacji zawodowych w ramach specjalizacji

lekarsko-dentystycznych i organizacji opieki stomatologicznej w ramach środków publicznych.

– Spotkaliśmy się ze zrozumieniem i autentycznym zainteresowaniem naszymi problemami. Okazało się, że tematyka dotycząca opieki stomatologicznej i realiów jej wykonywania jest zupełnie obca przeciętnemu „Kowalskiemu”. Tym bardziej cieszy spora frekwencja i aktywność podczas rozmowy – informuje Agnieszka Ruchała-Tyszler, przewodnicząca KS ORL w Szczecinie. ■

Lepszy kontakt
z izbą

Lubelska Izba Lekarska utworzyła nowe narzędzia komunikacji z lekarzami. Są to: newsletter (z najważniejszymi informacjami, ofertami pracy oraz aktualnymi wydarzeniami izby – rozsyłany dwa razy w miesiącu), forum dyskusyjne (<https://forum.oil.lublin.pl>, aby z niego korzystać, trzeba się zarejestrować) oraz zamknięta grupa na Facebooku. Niebawem, bo jeszcze w tym roku, biuletyn izby – „Medicus”, poza wersją papierową, będzie dostępny także w formie elektronicznej, w postaci internetowego wydania z uzupełnianymi na bieżąco najważniejszymi informacjami. ■

Zdrowa Praca
w Wielkopolsce

W ostatnim dniu sierpnia przedstawiciele Wielkopolskiej Izby Lekarskiej wraz z prezesem ORL WIL Arturem de Rosier spotkali się z przedstawicielami Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy Region Wielkopolska, by mówić o warunkach pracy i płacy lekarzy. Spotkanie było kontynuacją tradycji wspólnego działania wielkopolskiego samorządu lekarskiego i związku zawodowego na rzecz ochrony zawodu lekarza i lekarza dentysty. ■

Debata wokół RODO

Wielkopolska Izba Lekarska organizuje ogólnopolską debatę na temat RODO z udziałem wybitnych specjalistów w tej dziedzinie. Spotkanie odbędzie się 22 października w Poznaniu. Szczegóły na www.wil.org.pl. ■

Przeciw agresji pacjentów

Na początku września w siedzibie OIL w Warszawie doszło do spotkania przedstawicieli izby z dyrektorami mazowieckich szpitali. Dyskutowano na temat zjawiska hejtu wobec personelu medycznego. Rozmawiano m.in. o napaści na lekarzy w szpitalu przy ul. Niekańskiej w Warszawie, do którego doszło w czerwcu. Wówczas musiała interweniować policja. Po tym zdarzeniu ORL w Warszawie powołała Zespół ds. monitorowania naruszeń

w ochronie zdrowia, który zawiadomił prokuraturę o możliwości popełnienia przestępstwa w tej sprawie. W czasie spotkania zaproponowano dyrektorom, aby przeszkolić rzeczników szpitali w zakresie obrony przed hejtem w mediach. Dyrektorzy obecni na spotkaniu przyznali, że agresja wobec środowiska lekarskiego nasila się i to nie tylko ze strony pojedynczych pacjentów, ale także bardziej zorganizowanych grup. Zaoferowali współpracę w walce z tym zjawiskiem. ■

Polska w liczbach





MARIUSZ
TOMCZAK

dziennikarz

ANALIZA

Magnes i sól

Na Forum Ekonomiczne, największą konferencję w Europie Środkowo-Wschodniej, do Krynicy zjechało przeszło 4 tys. osób z ponad 60 krajów. Część z nich specjalnie po to, by wziąć udział w Forum Ochrony Zdrowia.

© M.TOMCZAK@GAZETALEKARSKA.PL

Krynica niczym magnes przyciąga ludzi ze sfer politycznych, gospodarczych i społecznych. Trudno znaleźć drugie takie miejsce, w którym przez trzy dni można spotkać tak wielu decydentów. Nawet ci, którzy krytykują formułę tego spotkania, przyjeżdżają tu rok w rok.

W związku z tym, że w dniach 3-5 września w ramach XXIX Forum Ekonomicznego odbyła się jubileuszowa edycja Forum Ochrony Zdrowia, nie zabrakło podsumowań ostatniej dekad. – 10 lat temu stwierdziłem, że publiczna ochrona zdrowia w Polsce jest w stanie głębokiego kryzysu. Czy coś się zmieniło? Stawiam tezę, że niewiele – w ten sposób swoje wystąpienie w Krynicy rozpoczął prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzej Matyja, nawiązując do słów, które padły z jego ust w 2009 r. Zdaniem prof. Matyi, trzy najważniejsze obszary w ochronie zdrowia, wymagające kompleksowej sanacji, to: finansowanie, organizacja i efektywność systemu oraz zasoby kadrowe. Bez poprawy sytuacji w tych trzech dziedzinach reformy w innych po prostu spalą na panewce, a zwiększenie puli dostępnych środków, polepszenie wydolności systemu i autentyczna troska o warunki pracy lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia powinny stanowić



ponadpartyjny konsensus (najważniejsze fragmenty tego wystąpienia prezentujemy na str. 22). Zdaniem ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego w ciągu ostatniego roku w ochronie zdrowia zaszło wiele zmian, zwłaszcza w zakresie inwestowania w kadry medyczne. Ci, którzy spodziewali się w Krynicy przedwyborczych fajerwerków, srogo się jednak zawiedli. W kulisach huczało od plotek, że w związku z kampanią wyborczą obóz rządzący ustami premiera Mateusza Morawieckiego albo ministra Łukasza Szumowskiego obieca medykom coś spektakularnego. Nic takiego nie nastąpiło. Minister miał do przekazania dwie ważne wiadomości. Pierwsza – 6 proc. PKB na zdrowie to w jego ocenie za mało, dlatego chciałby zwiększyć pulę środków do 8 proc. Gdy to powiedział, niektórzy wstrzymali oddech. Druga – najpierw, jak podkreślił, musi zostać „zrealizowana do końca” tzw. ustawa 6 procent, a dopiero potem zacznie się dyskusja nad „ustawą 8 procent”. I wtedy z tych, co chwilę wcześniej wstrzymali oddech, zeszło powietrze... Trzymając się tej wersji i zakładając, że obóz PiS wygra październikowe wybory, a kolejne nie odbyłyby się w przyspieszonym terminie, tzw. ustawa 8 procent

Od lewej:
prof. Andrzej Fal,
prof. Andrzej Matyja,
dr Adam Niedzielski.

weszłaby w życie nie w czasie kolejnej kadencji (lata 2019-2023), ale jeszcze w następnej. Pół żartem pół serio można powiedzieć, że choć wybory do sejmu i senatu tuż-tuż, w Krynicy poznaliśmy główny postulat PiS w zakresie polityki zdrowotnej w kampanii wyborczej mającej się odbyć za kolejne 4 lata.

ILUZORYCZNE PODWYŻKI?

O ile w odniesieniu do tempa wzrostu PKB nakłady publiczne na ochronę zdrowia nie będą rosnać w spektakularnym tempie, o tyle faktem jest wzrost wydatków nominalnych. – Jestem przekonany, że w przyszłym roku osiągniemy ok. 112 mld zł – zapowiedział minister Łukasz Szumowski. Urzędowy optymizm ministra studiował w jednym z paneli dyskusyjnych m.in. dyrektor szpitala specjalistycznego w Tarnowie Marcin Kuta, podkreślając, że wzrost nakładów na ochronę zdrowia nie musi oznaczać automatycznego zwiększania puli środków na leczenie, bo ten pierwszy skonsument m.in. podwyżki wynagrodzenia minimalnego w szpitalach. A słowa te padły jeszcze przed kolejnymi obietnicami prezesa PiS Jarosława Kaczyńskiego, że celem jego formacji są m.in. skokowe podwyżki pensji minimalnej w kolejnej kadencji, co z pewnością wpłynie na kondycję finansową wielu placówek medycznych. W Krynicy minister zdrowia naszkicował mapę najważniejszych wyzwań na przyszłość, co można odczytywać jako listę priorytetów na kolejną kadencję parlamentu, jeśli tylko PiS pozostanie u władzy. Wśród nich wymienił kwestie związane z demografią i starzeniem się społeczeństwa, usystematyzowanie relacji między podstawową opieką zdrowotną, specjalistyką i szpitalnictwem, a także zmniejszenie kolejek do badań specjalistycznych i leczenia specjalistów.

Przez trzy dni wiele dyskutowano o sytuacji panującej nie tylko w środowisku lekarskim, ale również wśród innych zawodów medycznych. Wielu ekspertów przekonywało w Krynicy, że warto zwiększyć rolę absolwentów zdrowia publicznego, z czym zgodził się wiceminister zdrowia Józef Szczurek-Żelazko. – Myślę, że powszechnie panujący pogląd, że zazdrośnie strzeżemy swoich kompetencji zawodowych, jest fałszywy. To nieprawda – w taki sposób członek Prezydium NRL Jerzy Friediger odpowiedział na zadane mu pytanie, czy lekarze chętnie dzielą się zadaniami i odpowiedzialnością z innymi zawodami medycznymi. Korzystając z okazji, że kilka metrów dalej siedziała wspomniana przed momentem wiceminister Józef Szczurek-Żelazko, zaapelował, by sformułować przepisy w sposób wykluczający potencjalne konflikty na linii lekarz-farmaceuta czy lekarz-fizjoterapeuta (najważniejsze fragmenty wystąpienia dr. Jerzego Friedigera publikujemy na str. 22).

ASYSTENCI PO WYBORACH?

Ciekawy przebieg miała debata z udziałem polityków dotycząca priorytetów i celów polityki zdrowotnej na lata 2019-2023, ale to, co usłyszała publiczność, było raczej do przewidzenia. Przedstawiciel obozu władzy, wiceprzewodniczący sejmowej Komisji Zdrowia Tomasz Latos z PiS mówił, że niezależnie od oceny tempa wzrostu nakładów na ochronę zdrowia, uchwalenie tzw. ustawy 6 procent stanowi przełom. – Przez lata tylko słyszeliśmy, że taką polityczną decyzję trzeba podjąć, my ją podjęliśmy – mówił z dumą. – Przede wszystkim uważamy, że opieka zdrowotna powinna znaleźć się ponad podziałami. Najwyższy czas, aby ustalić takie minimum działań

“

NIL partnerem F0Z

Odbywające się od 1992 r. Forum Ekonomiczne to prestiżowe spotkanie przedstawicieli kręgów gospodarczych i politycznych, niekiedy nazywane „polskim Davos”. Od 10 lat jego nieodłączną część stanowi Forum Ochrony Zdrowia. Wśród jego parterów instytucjonalnych są m.in. Ministerstwo Zdrowia, Naczelna Izba Lekarska i OIL w Krakowie. W tym roku łącznie odbyło się ponad 200 paneli dyskusyjnych i wykładów m.in. z aktywnym udziałem przedstawicieli samorządu lekarskiego.

poza bieżącymi sporami – podkreślił poseł Tomasz Latos. Z tymi ostatnimi deklaracjami trudno się nie zgodzić. Reprezentujący Koalicję Obywatelską senator Tomasz Grodzki złożył chyba więcej obietnic niż reszta dyskutantów razem wzięta, a wymowną gestykulacją akcentował, że prawda leży akurat po jego stronie. Wśród pomysłów na rozwiązanie bolączek kadrowych wskazał m.in. wykorzystanie potencjału drzemiącego w 35 tys. farmaceutów zredukowanych do roli, jak podkreślił, sprzedawców za ladą. – Studentom VI roku medycyny chcemy płacić za to, że będą pracowali, ucząc się zawodu, jako asystenci lekarza – powiedział prof. Tomasz Grodzki. Podkreślił, że nie można zmieniać systemu bez akceptacji szeroko rozumianego środowiska medycznego, i dodał, że jego solą jest pacjent. O daleko idące zniesienie limitów na leczenie i oddłużenie szpitali publicznych, właśnie z myślą o pacjentach, apelował dyrektor Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie Wojciech Konieczny, reprezentujący Sojusz Lewicy Demokratycznej. Jego zdaniem placówki posiadające w swojej strukturze oddziały ratunkowe powinny mieć wycenę świadczeń o 30 proc. wyższą, a ponadto należałoby wprowadzić ponadzakładowy układ zbiorowy pracy. Na wprowadzenie systemu kontroli działalności dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zwiększenie motywacji finansowej wśród pracowników ochrony zdrowia położyła nacisk radna Sejmiku Województwa

“

Funkcjonowanie ochrony zdrowia to konkretny wydatek, nie da się uciec od dyskusji o pieniądzu.

27

– od tylu lat odbywa się Forum Ekonomiczne w Krynicy.



Małopolskiego Urszula Nowogórska z Polskiego Stronnictwa Ludowego.

KAŻDA STRZYKAWKA KOSZTUJE

To, co wyjątkowo zwróciło uwagę, to fakt, że kandydaci niewiele mówili, w jaki sposób chcieliby zrealizować swoje obietnice i skąd wziąć na to środki. Niestety, podczas większości dyskusji w Krynicy, nie tylko tych z udziałem polityków, główny akcent kładziono na to, co zrobić, ale rzadko wspomniano o tym, w jaki sposób. Czy nie powinno być tak, że w ślad za zgłaszaną propozycją należałoby od razu prezentować sposób jej realizacji wraz ze źródłami finansowania? Funkcjonowanie ochrony zdrowia, tak jak innych dziedzin, to konkretny wydatek, dlatego nie da się uciec od dyskusji o pieniądzu. Wydaje się, że w obliczu szybkiego postępu w medycynie, wzrastających oczekiwań społecznych i potrzeb zdrowotnych oraz kosztów funkcjonowania ochrony zdrowia rosnących znacznie szybciej niż stopień bogacenia się, ekonomiczny wymiar debat o polityce zdrowotnej zacznie przybierać na sile zarówno w Polsce, jak i w innych krajach. Mało kto w czasie Forum Ekonomicznego zwracał uwagę na ten aspekt. Jedną z osób poruszających ten problem był dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego prof. Grzegorz Gielera (jego wypowiedź streszczamy na str. 23). Zdrowie jest wartością bezcenną, ale skoro, jak mawiał wybitny Noblista, nie ma darmowych obiadów, tak i trudno oczekiwać, by istniało darmowe leczenie – każda strzykawka,

lek czy szpitalne łóżko kosztuje. Takie to oczywiste, a wielokrotnie jest przemilczane. Jednocześnie postulat wprowadzenia współpłacenia za leczenie czy premiowania placówek za jakość i osiągany efekt wracał w czasie paneli dyskusyjnych niczym bumerang. – Społeczeństwo polskie oczekuje zmian w systemie ochrony zdrowia. Pokazują to liczne badania. Większość z nas ma poczucie, że stworzenie efektywnego systemu trzeba zacząć od fundamentów – zauważył Maciej Bogucki, dyrektor Europejskiego Centrum Strategii i Polityki Zdrowotnej. W jego ocenie przed Polakami stoją dwa zasadnicze pytania: czy potrzebne jest połączenie publicznego i prywatnego sektora oraz czy warto wprowadzić możliwość kontraktowania świadczeń najwyższej jakości niezależnie od tego, czy pacjentowi pomocy udziela podmiot publiczny, czy prywatny. Nietrudno się domyślić, jakie zdanie mieli ci, którzy nie są uwikłani w zobowiązania natury politycznej, ale głos wsparcia dla tych idei nadszedł w Krynicy z trochę nieoczekiwanej strony. – Podczas kontraktowania należy brać pod uwagę jakość i bezpieczeństwo świadczeń. To jest najistotniejsze, a nie fakt, czy świadczeniodawcą to podmiot prywatny, czy publiczny – powiedział Rzecznik Praw Pacjenta Bartłomiej Chmielowiec. Dodał, że potrzebna jest nie tylko społeczna dyskusja na ten temat, ale również zmiana konstytucji. Rzecznik nie wspominał, że przede wszystkim konieczna jest wola polityczna, bo najważniejsze partie unikają tego tematu jak ognia od wielu lat. ■

Dr Jerzy Friediger w panelu dyskusyjnym „Czy służba zdrowia może istnieć bez ludzi?”.

11,2 MLD ZŁ

– tyle wyniosą publiczne nakłady na ochronę zdrowia w 2020 r.

Filozofia władzy

Na szczególną uwagę zasługuje kilka wypowiedzi, które mogliśmy usłyszeć podczas tegorocznego Forum Ekonomicznego. – Polacy oczekują stopniowej poprawy – powiedział minister zdrowia Łukasz Szumowski. – Wrzucenie w tej chwili do systemu olbrzymich pieniędzy zakończyłoby się dramatycznie, bo te pieniądze na pewno nie zostałyby wykorzystane dobrze. Ten stopniowy wzrost jest najlepszą formą wzmacniania systemu opieki zdrowotnej – stwierdził marszałek senatu Stanisław Karczewski, zresztą też lekarz. – Najważniejsze jest płacenie za efekt i racjonalne gospodarowanie środkami, których nigdy nie będzie wystarczająco dużo. Wzrost nakładów na opiekę zdrowotną nie jest odpowiedzią na wszystko – podkreślił z kolei p.o. prezesa NFZ Andrzej Niedzielski, ekonomista, który kilka tygodni temu zastąpił dr. Andrzeja Jacynę. Tego typu opinie z ust decydentów nie padają po raz pierwszy, a czujne ucho powinno umieć je wyłowić spośród setek innych. Te trzy wypowiedzi bardzo wiele mówią o filozofii obecnej ekipy rządzącej w zakresie finansowania systemu ochrony zdrowia. Otóż z jednej strony można przypuszczać, że obóz PiS nie dokona rewolucji, kładąc nacisk na zmiany o charakterze ewolucyjnym, a z drugiej – zanim zdecyduje się nie na zastrzyk finansowy, lecz dorzucenie worka złota, będzie próbował łątać dziury, przez które pieniądze przelatują jak przez dziurawe wiadro (to metafora używana przez jednego z byłych wiceministrów zdrowia w rządzie PiS, niemniej podobne opinie słyszy się z ust wielu aktualnych decydentów). Chcąc prognozować, co wydarzy się w następnej kadencji, gdyby ponownie ster rządów trafił w ręce obozu PiS, wydaje się, że ewolucji nie będzie tylko tam, gdzie wpompowanie pieniędzy i gruntowna zmiana przepisów pozwoli łatwo wykazać opinii publicznej sukces, tak jak niedawno obserwowaliśmy w przypadku zmniejszenia kolejek do zabiegów usunięcia żółci, wszczepienia endoprotez czy do badań tomografii komputerowej.

Punkt widzenia

Podczas Forum Ekonomicznego rozmawiano m.in. o finansowaniu ochrony zdrowia, stanie kadr medycznych, relacjach między zawodami medycznymi i zdrowiu publicznym.



**PROF. ANDRZEJ
MATYJA**

prezes NRL

Już 10 lat temu, w czasie wystąpienia na Forum Ekonomicznym w Krynicy, mówiłem, że nasz system jest w stanie głębokiego kryzysu. Od tego czasu, niestety, niewiele się zmieniło, co potwierdzają wyniki wielu rankingów i raportów, zarówno krajowych, jak i międzynarodowych. Kiedy spoglądam na finansowanie ochrony zdrowia, to od wielu lat widzę trwające polityczne tchórzostwo. Już minister Zbigniew Religa proponował wzrost składki zdrowotnej o 0,25 proc. rocznie i gdybyśmy byli bardziej odważni, już osiągnęlibyśmy pułap 11 proc. To prawda, że na najbliższe lata wzrost finansowania został ustawowo zagwarantowany, ale jest on niewystarczający. Średnia europejska za rok 2017 to 7 proc. Europa nam ucieka. Od wielu lat publiczna ochrona zdrowia jest jedną z najbardziej zaniedbywanych dziedzin w naszym kraju. Niepokojący jest m.in. brak skuteczności onkologicznej. Jesteśmy jednym z krajów, w których w ostatnim roku wzrosła umieralność z powodu raka piersi. To prawda, że ostatnio zaszły pewne zmiany na lepsze, ale ich tempo nie jest adekwatne ani w stosunku do potrzeb pacjentów,

ani oczekiwań kadr medycznych. Zmiany, nawet te idące w dobrym kierunku, są niespójne i dokonywane doraźnie, dlatego nie mogą być takim optymistą jak minister zdrowia. Trzy najważniejsze priorytety w ochronie zdrowia, wymagające kompleksowych działań, to: finansowanie, organizacja i efektywność systemu, zasoby kadrowe. Bez naprawy tych trzech silnie ze sobą powiązanych dziedzin, zmiana w innych obszarach się nie uda. Wzrasta liczba studentów medycyny, ale w największym stopniu rośnie pula miejsc na płatnych studiach w trybie anglojęzycznym. Osoby te zasilą opiekę zdrowotną innych krajów. Czy nie warto dofinansować uczelnie publiczne, żebyśmy mogli kształcić przede wszystkim przyszłych polskich lekarzy, a nie zagranicznych? Lekarze przyjeżdżający z innych państw, chcąc podejmować pracę w Polsce, powinni spełniać takie same wymagania co lekarze wykształceni w naszym kraju, tak by polski pacjent nie był narażony na niższą jakość świadczeń zdrowotnych. Moim zdaniem w Polsce nie ma systemu ochrony zdrowia. Każda opcja polityczna proponuje co innego, a często nawet w tej samej partii kolejni ministrowie mają inne wizje. Dopóki nie będzie spójnej, długofalowej wizji systemu, to będziemy tylko dyskutować i długo pozostaniemy w tym samym miejscu, w którym jesteśmy dziś. Decyzje dotyczące ochrony zdrowia muszą być dalekowzroczne i pozostawać z dala od bieżącej polityki. ■

Powszechnie panujący pogląd, że lekarze zażośnie strzegą swoich kompetencji zawodowych, jest fałszywy. Obecnie w bardzo wielu miejscach dostrzega się tylko lekarza, co nie wydaje się konieczne. Chcielibyśmy jednak, by ci, którzy podejmują się leczenia lub współdecydowania o postępowaniu terapeutycznym, zdawali sobie sprawę, że za swoje działania ponoszą odpowiedzialność. Przepisy powinny być sformułowane tak, by uniknąć sytuacji, w której zlecone przez nas leczenie samodzielnie zmienia np. farmaceuta. Słusznie, że fizjoterapeuta będzie zlecał poszczególne zabiegi, bo ma większą wiedzę na ten temat niż lekarz, ale trzeba pamiętać o ponoszeniu odpowiedzialności za decyzje wydawane w ramach posiadanych kompetencji zawodowych. Szefem szpitalnego zespołu zakażeń nie musi być lekarz, lecz może np. diagnosta laboratoryjny wyszkolony w zakresie mikrobiologii. Podobnie sytuacja

wygląda w odniesieniu do przedstawicieli innych zawodów medycznych. Od pewnego czasu toczy się dyskusja o wprowadzeniu do systemu asystentów lekarzy. Obawiam się, że kiedy pojawi się nowy zawód medyczny, decydenci mogą powiedzieć tak: „Macie asystentów, oni będą za was wypełniać dokumenty”. Stworzenie dodatkowego zawodu, który mógłby przejąć tylko część tych obowiązków, nie pomoże w rzeczywistym obciążeniu lekarzy. Ważniejsza jest dokładna analiza, czy stopy papierów, które musimy wypełniać, są potrzebne, i czy wniosek, który do tej pory liczył jedną czy dwie strony, musi liczyć aż siedem. W Polsce jest za dużo specjalizacji lekarskich. Mamy ich aż 77, a w większości krajów europejskich jest po ok. 50. Bez szkody dla pacjentów i kształcenia możemy zlikwidować ich co najmniej 20-25 i powinniśmy zrobić to już teraz, po prostu wstrzymując nabór. Jako samorząd lekarski złożyliśmy już ministrowi zdrowia taką propozycję. ■



**DR JERZY
FRIEDIGER**

członek Prezydium NRL



**JÓZEFA
SZCZUREK-ŻELAZKO**

sekretarz stanu
w Ministerstwie
Zdrowia

W sumie mamy prawie o 20 tys. lekarzy w systemie więcej niż w 2014 r., ale odczucie braku lekarzy nadal istnieje i musimy podejmować kolejne działania, aby zapewnić bezpieczeństwo odpowiedniej ilości kadr. Można z pełną odpowiedzialnością powiedzieć, że w tej chwili praktycznie nie obserwujemy zjawiska emigracji zarobkowej. Oczywiście zdarzają się wyjazdy, ale niekoniecznie motywowane wyłączeniem się z wyższych zarobków w innych krajach. Zwiększamy liczbę miejsc w tych uczelniach, które do tej pory kształciły pielęgniarki, co owocuje zwiększeniem liczby studentek. Realizujemy w środowisku nowatorski projekt:

przeznaczamy środki w programie „Wsparcie na starcie” do uczelni, które mogą być wykorzystane jako stypendia od II roku studiów, a po zakończeniu studiów przekazujemy dodatkowo 100 zł co miesiąc dla każdej pielęgniarki, która pozostanie w polskim systemie finansowanym ze środków publicznych. Liczymy, że jeżeli pielęgniarka czy pielęgniarz przepracują dwa lata w szpitalu, już na tyle się zwiążą, że zostaną w systemie. W tym roku Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych przekazała informację, że wydano więcej praw wykonywania zawodu niż wynosi liczba absolwentów kierunku pielęgniarstwa, co świadczy o tym, że pielęgniarki wracają. ■

W czasie Forum Ekonomicznego wiele mówiono o zdrowiu publicznym, ale znaczna część dyskusji na ten temat była mało efektywna. Każdy podkreślał, że zdrowie publiczne jest ważne, a profilaktyka kluczowa. Co z tego, skoro w praktyce trudno zauważyć działania, które potwierdzałyby te słowa. Mamy ustawę o zdrowiu publicznym i Narodowy Program Zdrowia – polityczne narzędzia do realizacji dobrze zdefiniowanych celów w tym zakresie. Okazuje się, że są trudności z finansowaniem Narodowego Programu Zdrowia, brakujące zintegrowane działania wynikające z ustawy o zdrowiu publicznym, nie ma partnerstwa ze strony innych resortów i dobrej woli ministra finansów, który w środkach przeznaczonych na NPZ widzi tylko rezerwę finansową. Spójrzmy na mapę Europy i sprawdźmy stężenie benzo(a)pirenu (produktu spalania węgla) występujące w różnych regionach. Polska wyraźnie się wyróżnia. Wysoki poziom benzo(a)pirenu to konsekwencja polityki państwa. Pewne produkty, którymi w wielu krajach nie wolno palić w piecach, u nas są powszechnie stosowane, np. spalamy

9 mln ton pyłu węglowego importowanego z wschodniej granicy, najbardziej szkodliwego paliwa stałego. W Polsce dopiero teraz wprowadza się zakaz sprzedaży pieców mających dolne spalanie, czyli tych przyczyniających się do wysokiego zanieczyszczenia powietrza. Czyste powietrze jest klasycznym przykładem walki z czynnikami chorób cywilizacyjnych, w których inne priorytety (ekonomia) okazują się ważniejsze niż ludzkie zdrowie. Generalnie problem zdrowia publicznego jest złożony. Rola państwa i samorządów lokalnych jest olbrzymia, ale ważna jest również odpowiedzialność indywidualna. Jeśli widzę żółty dym w kominie u swojego sąsiada, to znak, że spala toksyczny dla środowiska plastik. Palacz papierosów szkodzi przede wszystkim sobie, a jeżeli ktoś w piecu nie pali tym, czym powinien, szkodzi nie tylko sobie, ale i okolicznym mieszkańcom. To jest klasyczny przykład, iż wszyscy jesteśmy interesariuszami zdrowia publicznego, bowiem zintegrowany, indywidualny i zbiorowy wysiłek na rzecz wdrażania polityki prozdrowotnej ma np. w walce o zdrowe powietrze krytyczne znaczenie. ■



**PROF. BOLESŁAW
SAMOLIŃSKI**

wiceprzewodniczący
Kapituły Narodowego
Komitetu Seniora



**PROF. GRZEGORZ
GIELERA**

dyrektor Wojskowego
Instytutu Medycznego

A nalizy przeprowadzone przez duże światowe firmy doradcze jasno pokazują, że do roku 2025 lub 2028, w zależności od przyjętej perspektywy czasowej, roczny wzrost kosztów funkcjonowania systemów ochrony zdrowia w państwach rozwiniętych będzie w granicach 5,7–5,8 proc. Połowa kwoty koniecznej do funkcjonowania systemu nie znajduje pokrycia w budżetach państw. Tę różnicę jesteśmy w stanie ponieść, podnosząc efektywność działania systemu i obniżając jego koszty. To dzieje się m.in. dzięki wdrażaniu

systemów informatycznych w zarządzaniu i podejmowaniu decyzji diagnostycznych, ale konieczna jest też zmiana sposobu finansowania świadczeń, czyli wprowadzenie współpłacenia przez pacjenta. Finansowy udział pacjenta w poprawie swojego stanu zdrowia musi nastąpić poprzez jasne zdefiniowanie koszyka świadczeń gwarantowanych oraz doubezpieczenie. Jako dyrektor dużego szpitala chcę powiedzieć, że każdego dnia stajemy przed coraz większymi wyzwaniem związanym z postępowaniem technologicznym. Państwa nie stać na kosztowne innowacje, musi się pojawić dodatkowa forma finansowania, zwłaszcza w obszarze innowacyjnych terapii i nowych technologii. ■

Zaczyna wrzeć

W czasie Forum Ekonomicznego wiele dyskutowano o mizerii finansowej w ochronie zdrowia. W ostatnich tygodniach środowisko medyczne podjęło rękawicę, bo oczekuje działania, a nie ciągłych debat.

Dość rozmów, oczekujemy konkretnych działań i propozycji – mówi prezes NRL Andrzej Matyja.

Tuż po spotkaniu, które odbyło się 22 sierpnia w siedzibie NIL w Warszawie, wspólny apel do prezydenta Andrzeja Dudy, premiera Mateusza Morawieckiego, ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego oraz liderów partii politycznych wystosowali przedstawiciele samorządów zawodów medycznych (poza NIL, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych, Krajowa Izba Fizjoterapeutów), samorządów terytorialnych (Związek Powiatów Polskich), organizacji pracowników

“

„Tego głosu nie można już lekceważyć” – napisano w liście do najważniejszych polityków.

ochrony zdrowia (m.in. OZZL), pracodawców i menedżerów publicznych, jak i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej (Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych, Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego) wspólnie z reprezentacją pacjentów (Fundacja „Alivia”, Fundacja My Pacjenci).

DOŚĆ ŻEBRANIA O PIENIADZE

„Po raz pierwszy w sprawach ochrony zdrowia wypowiadają się wspólnie przedstawiciele zawodów medycznych, organizacji menedżerów ochrony zdrowia, pacjentów, organów założycielskich i samorządów



terytorialnych. Tego głosu nie można już lekceważyć” – napisano w liście do najważniejszych polityków w naszym kraju. Padają w nim i inne mocne słowa, m.in. że znajdująca się „w stanie głębokiego kryzysu” publiczna ochrona zdrowia to „najbardziej zaniedbana dziedzina” spośród tych, w których sytuacja zależy bezpośrednio od władz, a „ratując zdrowie i życie pacjentów”, nie można „żebrać” u decydentów „o każdy grosz”. Zdaniem autorów listu „złej sytuacji publicznej ochrony zdrowia jako całości” nie zmieniają „pozytywne działania podejmowane przez rząd”, bo są „nieliczne”, „niespójne” i mają „doraźny charakter”.

PRESJA NA DECYDENTÓW

Także w sierpniu została zainaugurowana akcja „Zdrowa Praca” prowadzona przez Porozumienie Rezydentów OZZL wraz z OZZL. Wspiera ją NIL. Główny cel: maksymalnie 48 godzin pracy w tygodniu. Organizatorzy wezwali wszystkich lekarzy do wypowiedzenia klauzuli opt-out do końca sierpnia oraz rezygnacji z dodatkowych prac od początku października.

Szacują, że do połowy września na ten krok zdecydowało się 2,5-3 tys. lekarzy. Natomiast na początku września przedstawiciele OIL w Warszawie zainaugurowali kampanię społeczną „Narodowy Kryzys Zdrowia”. Towarzyszy jej kontrowersyjne hasło „Polska to chory kraj”. Głównym celem kampanii jest solidarna walka pacjentów, lekarzy i polityków o publiczny system ochrony zdrowia, który – jak podkreślają organizatorzy – jako jedyny może zapewnić Polakom dostęp do pełnego spectrum świadczeń medycznych. Prezes ORL w Warszawie Łukasz Jankowski tłumaczy, że konieczne jest zwiększenie nakładów finansowych na ochronę zdrowia do 6,8 proc. PKB w 2021 r. i 9 proc. PKB w 2030 r. – Chcemy zaangażować społeczeństwo w wywieranie presji na polityków, by zajęli się służbą na rzecz wyborców, którzy właściwie nie mają głosu, gdy próbują zdrowieć w tym chorym systemie. To politycy mają powiedzieć „jak, skąd, jakimi środkami” zrealizują postulaty – tłumaczy Damian Patecki, rzecznik prasowy Porozumienia Rezydentów, które od początku jest partnerem akcji. Jak dodaje, rozmachu nadaje jej nie liczba billboardów czy efektowny spot, lecz rozmiar głębokiego kryzysu ochrony zdrowia ukazany w merytorycznym rozwinięciu głównego hasła kampanii (np. kolejka do kardiologa dziecięcego wynosi 12 miesięcy, a czas oczekiwania do endokrynologa – 24 miesiące). Postulaty kampanii jednogłośnie poparł Konwent Prezesów OIL. Pod manifestem adresowanym do posłów i senatorów oraz polityków kandydujących w najbliższych wyborach parlamentarnych, każdy może podpisać się na stronie internetowej www.polskatochorykraj.pl. ■

KRYNICA 2019 / PARTNERSTWO ZAWODOWE

Słodka iluzja samorządności

Czy z brakiem pracowników w służbie zdrowia można sobie poradzić, wymieniając kompetencje między zawodami medycznymi? Nad sposobami uzupełnienia braków kadrowych zastanawiano się podczas jednego z paneli krynickiego Forum Ochrony Zdrowia w gronie większości zawodów medycznych. Jak zwykle, zabrakło czasu na konkretne konstatacje. VIP-y biegali z debaty na debatę.

TEKST **MAREK STANKIEWICZ**, LEKARZ, PUBLICYSTA,
KIEROWNIK OŚRODKA HISTORYCZNEGO NIL

Wśród zawodów medycznych utrwaliło się naiwne przekonanie, że jeśli jakieś środowisko zawodowe wywalczy sobie możliwość tworzenia samorządu, to automatycznie będzie mogło decydować o swych losach, majątności i zasobności swoich portfeli. Jednym słowem, będzie mogło rządzić się po swojemu. Na nie do końca swoim poletku.

W ochronie zdrowia, oprócz lekarzy i farmaceutów, do elitarnego grona zaliczono dotychczas tylko pielęgniarki, położne, fizjoterapeuty i diagnostów laboratoryjnych. Przedstawiciele wszystkich tych zawodów konsekwentnie domagają się dość osobliwych przywilejów. Pielęgniarki chcą udzielać porad, aptekarze otaczać pacjentów opieką farmaceutyczną, zaś diagnostów żałują, że nie mogą mieć wiążącego słowa w interpretacji wyników badań laboratoryjnych. Szkopuł w tym, że medycyna w swej istocie nie składa się z elit, a elitarność wręcz jej szkodzi i ją szpeci. Bo zawsze pachnie bylejakością. W polskiej medycynie

panuje wciąż hierarchia podejmowania decyzji, wcale już często niezwiązana z autorytetami lekarskimi. Szpitalami w Polsce zarządzają dziś ekonomiści i inżynierowie. Na stanowiskach dyrektorskich przewinął się już nawet górnik, choreograf czy stolarz. Ta hierarchia coraz powszechniej w zachodniej medycynie ustępuje na rzecz partnerstwa zawodowego. W Wielkiej Brytanii lekarz i pielęgniarka to już wręcz terapeutyczny standard. Ale do tego trzeba dorosnąć i pozbyć się bez reszty wzajemnych uprzedzeń. Bo medycyna i opieka zdrowotna to jeden wielki zbiorowy obowiązek i wysiłek wszystkich pracowników. Od ordynatora i szefa kliniki do dozorczy szpitalnego parkingu.

Nie odkryję prochu stwierdzeniem, że lekarz i pielęgniarka to duet skazany na sukces. One po prostu wykonują wiele czynności przypisanych lekarzom bez najmniejszego grymasu ani sprzeciwu, w dzień i w nocy, co najmniej od wielu dekad. Co więcej, lekarze to milcząco aprobują. Bo im ufają. A dyrekcje szpitali cieszą się, bo mają święty spokój.

Zawodowa samorządność to nie jest sobiepaństwo. To ochrona interesu społecznego, a nie własnej profesji. To po prostu korporacja prawa publicznego, której administracja przekazała część swoich uprawnień w przekonaniu, że te zadania wykona

lepiej, staranniej i z większym namysłem niż uniwersalny urzędnik. Taki sposób sprawowania władzy istotnie wzbogaca demokrację. W naszym kręgu kulturowym bogactwo to może być oparte na pozytywnych wartościach, takich jak dobro, słuszość, sprawiedliwość, przydatność, zasadność, poprawność itp. Nie powinno być zaś oparte na wartościach, które nie korespondują z normami moralnymi funkcjonującymi w naszym kręgu kulturowym, np. interesem silniejszego, bogatszego, sprytniejszego czy też maksymalizacją zysku bez uwzględnienia innych czynników. A więc, jakby z definicji, żaden zawodowy samorząd, czyli zawód publicznego zaufania, nie może dążyć do „załatwienia” sobie przywilejów, w imię fałszywej iluzji zawodowej suwerenności. Bo po drodze zgubi im się pacjent, który i tak ma tego wszystkiego po dziurki w nosie.

Od lat ktoś przy tym bałaganie całkiem sprytnie majstruje. Co więc z tym zrobić? Jeszcze śmielej demaskować antagonizmy. A pół żartem, to tak, jakby próbować odpowiedzieć, kto powinien gotować. Zależy co? Jajecznicę może każdy. Kaczkę w pomarańczach – ktoś, kto już trochę się zna na kuchni. Ale zawodowy kucharz na pewno poradzi sobie z tym doskonale. ■

W PIGULCE

Ambulatoryjna opieka ze wskazań nagłych

To nowy zakres świadczeń, który chce wprowadzić NFZ. Ma to rozwiązać problem przepełnionych SOR-ów, gdzie przychodzą pacjenci, którym nie udało się dostać się do poradni.

“

Nowy zakres świadczeń chce wprowadzić NFZ.

Do konsultacji trafił projekt nowelizacji zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka

specjalistyczna. Zgodnie z jego zapisami zostanie wprowadzony nowy zakres skojarzony pn. ambulatoryjna opieka ze wskazań nagłych.

Świadczenia mają być realizowane w poradniach specjalistycznych: ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dorosłych i dzieci, chirurgii dziecięcej oraz okulistycznych dla dorosłych i dzieci – spełniających określone warunki aparaturowe. Świadczenia będą rozliczane według wyższego, wynoszącego 1,6, współczynnika, w odniesieniu do świadczeń okulistycznych w ciągu 14 dni od rozpoznania, a ortopedycznych – 60 dni. Projekt zakłada też podniesienie stawek za ambulatoryjne wizyty małych pacjentów oraz wybrane pierwsze wizyty dorosłych w ramach świadczeń z zakresu alergologii, endokrynologii, kardiologii i neurologii. Konsultacje kończą się 25 września. ■

Pacjent i lekarz spotkają się online?



16 września do konsultacji społecznych został skierowany projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Proponowane zmiany mają na celu uwzględnienie w przepisach usług telemedycznych. Doprecyzowane ma być udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach ambulatoryjnych poprzez dopuszczenie, obok bezpośredniego kontaktu z pacjentem, także kontakt na odległość, za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Na konsultację przewidziano 14 dni. ■

Sądowy szach mat

Trwający ponad trzy lata proces cywilny zainicjowany pozwem NIL przeciwko redaktorowi naczelnemu tygodnika „Newsweek Polska” został ostatecznie zakończony wygraną samorządu lekarskiego.

– Przypominam, że w 2016 r., jeszcze w trakcie VII kadencji samorządu, Naczelna Izba Lekarska, rękami ówczesnego rzecznika prasowego NIL, domagała się sprostowania nieprawdziwych informacji dotyczących wysokości dotacji otrzymanej z Ministerstwa Zdrowia, które ukazały się w artykule pt. „Książę”. Nieprawdziwość materiału prasowego polegała na podaniu

rażąco błędnej kwoty dotacji przekazanej NIL („Newsweek” zawyżył tę kwotę o prawie 15 mln zł). Odmowa ze strony redaktora naczelnego zmusiła NIL do złożenia pozwu sądowego – tłumaczy prezes NRL Andrzej Matyja. Sprawę rozpatrywano w pięciu instancjach sądowych, w tym dwukrotnie wypowiadał się w niej Sąd Najwyższy. – Od wyroku nakazującego sprostowanie nie przysługują już środki odwoławcze, oczekujemy więc, że redaktor naczelny tygodnika „Newsweek Polska”, pan Tomasz Lis, niebawem zamieści je bez potrzeby podejmowania działań egzekucyjnych na łamach czasopisma – podkreśla prezes NRL. ■



eZdrowie

Przewodnik
od A do Z

Wrzesień 2019

Co lekarz powinien wiedzieć

 kalendarium zmian w obszarze e-wzrostu w ochronie zdrowia
 korzyści dla pacjentów, lekarzy i farmaceutów wynikające z rewolucji technologicznej
 krok po kroku, jak rozpocząć pracę z e-receptą

Informatyzacja ochrony zdrowia – poradnik

ANDRZEJ MATYJA, PREZES NRL

Cyfryzacja jest znaczącym wyzwaniem dla każdej dziedziny życia. W przypadku medycyny sprawa jest o tyle trudniejsza, że proces istotnie przypomina operację na żywym organizmie. Dane, jakie wytwarzamy, należą do najbardziej wrażliwych, nie tylko z punktu widzenia ochrony danych osobowych, ale i etyki lekarskiej. Do tego wielu z nas jest na tyle utrudzonych niełatwą codziennością, że czujemy, iż dostosowanie się do nowych wyzwań, których sami nie podjęliśmy, zabierze nam kolejną porcję czasu, którego w nadmiarze nie mamy.

Z drugiej strony, to my sami czasem nadkładamy pracy, nie mając dostępu do danych o leczeniu pacjentów, lub będąc zmuszonymi do weryfikowania informacji, lub wręcz budowania obrazu dotychczasowego leczenia z fragmentarycznych informacji przekazywanych nam przez pacjentów.

Przekazujemy dziś za pośrednictwem „Gazety Lekarskiej” publikację, której pomysłodawcą jest Ministerstwo Zdrowia. Jest w niej wiele informacji, których w jednym miejscu dotąd nie mieliście okazji zobaczyć.

Zainteresowanie reformą dokumentacji medycznej jest jednym z priorytetów NRL w tej kadencji. Jednym z pierwszych naszych wystąpień były pisma dotyczące gwarancji harmonijnego, akceptowalnego dla wszystkich planu wdrażania cyfryzacji opieki zdrowotnej w Polsce. A zagrożenie nie brakowało i nie

brakuje. Udało się przekonać władze publiczne do odstąpienia od „administracyjnego motywowania” świata lekarskiego do elektronizacji dokumentacji medycznej – tym bowiem byłby sztywny nakaz wdrożenia cyfrowej dokumentacji już od 1 stycznia 2019 r. (§ 10a Ogólnych Warunków Udzielania Świadczeń). Wszystkie działania, które merytorycznie koordynuje działający przy Prezydium NRL Zespół ds. EDM, mają na celu zagwarantowanie uczciwych reguł organizacji rynku informatycznego (co niezmiennie ważne dla prowadzących własną działalność), ale i racjonalnego wymiaru obowiązków, jakie przypaść mają w udziale lekarzom pracującym w podmiotach leczniczych. Dokładna analiza wskazuje, że „uzysk negocjacyjny” jest w tym obszarze wbrew pozorom całkiem spory.

Jedno jest pewne: mimo że koszt wdrożenia cyfrowej dokumentacji jest wysoki i powinien być należycie zrefundowany, to po kilku latach proporcja wartości się odwróci: to wpisane naszym staraniem dane o leczeniu będą rzeczywistym kapitałem zgromadzonym w naszych systemach informatycznych. I dlatego tak bardzo akcentujemy potrzebę zagwarantowania możliwości przeniesienia ich w nadzwyczajnych sytuacjach do innego systemu. Z tego samego też powodu nie chcemy ich wystawiać na ryzyko dostępu do nich osób nieuprawnionych (organizacja wymiany EDM pomiędzy placówkami).

Pełne i zakończone sukcesem wdrożenie prowadzenia i wymiany e-dokumentacji nie uda się bez zmniejszenia liczby dokumentów zaliczanych do dokumentacji medycznej oraz bez uproszczenia procedur rozliczeniowych z Funduszem. W przeciwnym wypadku zmienimy tylko rodzaj nośnika danych, a czasu przeznaczanego na czynności niezwiązane bezpośrednio z przyjmowaniem pacjentów nie ubędzie.

Prześledźcie Państwo załączoną do „Gazety Lekarskiej” publikację. Skorzystajcie z wskazanych w niej adresów stron internetowych, z których dowiedzie się więcej. Są również wśród nich i nasze izbowe pozycje, jak www.nil.org.pl/edm, gdzie znajdziecie ścieżkę prowadzącą do wszystkich innych dokumentów NIL poświęconych cyfryzacji. Jest tam również nasz własny poradnik. ■

“

Przekazujemy dziś za pośrednictwem „Gazety Lekarskiej” publikację, której pomysłodawcą jest Ministerstwo Zdrowia. Jest w niej wiele informacji, których w jednym miejscu dotąd nie mieliście okazji zobaczyć.

ZAPRZESTANIE DZIAŁALNOŚCI PODMIOTU LECZNICZEGO

Co zrobić z dokumentacją medyczną?

Od ponad dwóch lat obowiązują przepisy ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta regulujące postępowanie z dokumentacją medyczną po zaprzestaniu prowadzenia działalności leczniczej.

TEKST JAROSŁAW KLIMEK,
RADCA PRAWNY OIL W ŁÓDZI

Przybliżałem już zasady postępowania dotyczące praktyk zawodowych lekarzy. Jednak lekarze wykonują zawód nie tylko w formie praktyk indywidualnych czy grupowych, ale prowadzą również podmioty lecznicze we wszelkich przewidzianych prawem formach – od jednoosobowej działalności gospodarczej po spółki kapitałowe. Co wobec tego należy zrobić, jeśli taki podmiot leczniczy zaprzestaje działalności?

Zasadą jest, że dokumentację medyczną podmiotu zaprzestającego wykonywania działalności leczniczej przejmuje podmiot, który przejął jego zadania (art. 30a ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). Ma ona zastosowanie w przypadku dokonania czynności prawnej, w wyniku której dochodzi do przejęcia zadań podmiotu leczniczego przez inny podmiot.

POTRZEBNA UMOWA

Co jednak w sytuacjach, gdy nie ma podmiotu, który przejmuje

prowadzenie działalności? Mogą to być przypadki całkiem świadomego działania, np. całkowitej likwidacji działalności albo zdarzenie losowe, jak śmierć czy choroba uniemożliwiająca kontynuowanie aktywności gospodarczej. Częściową odpowiedź na to pytanie daje art. 30a ust. 3 ustawy. Przewiduje on, że za przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej po zaprzestaniu udzielania świadczeń zdrowotnych odpowiada podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, z którym podmiot zaprzestający wykonywania działalności leczniczej zawarł umowę o przechowywanie dokumentacji medycznej. Czyli musi dojść do zawarcia umowy o przechowywanie dokumentacji medycznej i do tego ustawa, jeśli interpretować jej zapisy dosłownie, ogranicza krąg podmiotów, z którymi umowa taka może zostać zawarta, wyłącznie do podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. Musi być zatem podmiot udzielający świadczeń zainteresowany przejęciem dokumentacji i podmiot,

który taką dokumentację przekaze. To może dostarczyć problemów – dotarcie do kolejnych pacjentów nie musi być wystarczającą zachętą do przejęcia obowiązków przechowywania i udostępniania dokumentacji, z drugiej strony będzie to sytuacja śmierci lub ciężkiej choroby lekarza prowadzącego jednoosobowo podmiot leczniczy.

INTERWENCJA WOJEWODY

Zgodnie z § 13 ust. 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru, we wniosku o wykreślenie z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wskazuje się miejsce przechowywania dokumentacji. Koresponduje z nim wcześniejszy przepis – § 76 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Jeśli wniosek o wykreślenie nie zawiera takiego wskazania, to wojewoda (jako prowadzący rejestr) zwraca do wskazania w wyznaczonym terminie podmiotu, z którym zawarta została umowa na przechowywanie dokumentacji (art. 30a ust. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). Jeśli wezwanie takie będzie bezskuteczne, wojewoda określi sposób postępowania z dokumentacją na koszt wykreślanego podmiotu, a koszty te są egzekwowane na podstawie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (art. 30a ust. 5 i 6 ww. ustawy). W wyroku z 8 czerwca 2017 r. (sygn. akt VII SA/Wa 605/17) WSA w Warszawie orzekł, że sposób postępowania z dokumentacją może być określony w decyzji o wykreśleniu podmiotu z rejestru lub w odrębnej decyzji wydanej już

WAŻNE

Zasadą jest, że dokumentację medyczną podmiotu zaprzestającego wykonywania działalności leczniczej przejmuje podmiot, który przejął jego zadania.

po wykreśleniu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Zapewne koszty określone przez wojewodę będą wyższe niż w przypadku dobrowolnego wskazania przechowawcy dokumentów, dlatego lepiej zastosować się do wezwania. W przypadku śmierci lekarza prowadzącego jednoosobowo podmiot leczniczy wykreślenie następuje z urzędu i w takiej sytuacji zastosowanie powinien znaleźć art. 30a ust. 7 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, który stanowi, że w przypadku gdy nie jest możliwe ustalenie podmiotu odpowiedzialnego za przechowywanie dokumentacji medycznej po zaprzestaniu wykonywania działalności leczniczej, za przechowywanie dokumentacji medycznej odpowiada wojewoda.

Wyrok WSA w Warszawie z 8 czerwca 2017 r., o którym wspominałem, zawiera również pewną wskazówkę, jak interpretować omawiane przepisy – trzeba to robić tak, żeby najszerzej chronić prawa pacjentów. Zarówno do informacji, do tajemnicy informacji i do dokumentacji medycznej, w tym ochrony tej dokumentacji przed nieuprawnionym ujawnieniem. Przepisy trzeba interpretować w taki sposób, żeby nie doprowadzić „do pozostawienia danych pacjentów bez należytej opieki, narażając je na ryzyko dostania się w posiadanie osób nieupoważnionych, czy też na ich utratę i związane z tym zagrożenie dla interesów pacjentów, dotyczące braku rzetelnej informacji o przebiegu ich leczenia”. Wyrok dotyczy co prawda zdarzeń, które nastąpiły przed wejściem w życie art. 30a ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ale zapadł gdy przepis ten już wszedł w życie i został w nim przywołany jako dodatkowy argument za wydanym rozstrzygnięciem.

ZMIANA DOTYCZĄCA PRAKTYKI

Przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania dają jeszcze jedną możliwość postępowania z dokumentacją medyczną, z której niestety skorzystać mogą wyłącznie praktyki zawodowe, i to do 1 kwietnia 2020 r. (wtedy to rozporządzenie traci moc w związku ze zmianą przepisu ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta stanowiącego delegację do jego wydania). W przypadku zaprzestania wykonywania praktyki lekarskiej dokumentacja może zostać wydana przez lekarza pacjentowi na jego wniosek. Niestety przepis ogranicza taką możliwość wyłącznie do dokumentacji powstałej w praktykach zawodowych i wydającym ma być lekarz, więc nie znajdzie on zastosowania w przypadku śmierci prowadzącego praktykę. Przepis ten formalnie nie utracił mocy, jednak nieco odmiennie reguluje zasady postępowania z dokumentacją niż ustawa i dlatego może się on już nie znaleźć w nowym rozporządzeniu regulującym kwestie dokumentacji medycznej. ■

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Niewłaściwa nerka

Okręgowy sąd lekarski uznał lekarza specjalistę chirurgii i urologii za winnego popełnienia błędu medycznego, polegającego na tym, że wykonując zabieg nefrektomii u chorego z guzem nowotworowym nerki lewej, usunął mu zdrową nerkę prawą.

Lekarza ukarano wysoką karą pieniężną. Od powyższego orzeczenia odwołał się okręgowy rzecznik odpowiedzialności

zawodowej, uznając karę za rażąco niewspółmierną do popełnionego czynu. Naczelny Sąd Lekarski utrzymał w mocy wyrok OSL. ■



KOMENTARZ



JACEK MIARKA

przewodniczący NSL

NSL przeanalizował akta sprawy i ocenił wszystkie okoliczności ze względu na fakt, że tego typu pomyłka wydaje się niemożliwa w XXI w., w nowoczesnym, posiadającym wszelkie możliwe certyfikaty jakości, szpitalu klinicznym.

Chory został zakwalifikowany do operacji i skierowany do kliniki z prawidłowym, postawionym przez obwinionego na podstawie USG i TK, rozpoznaniem guza nerki lewej – i tak wpisał chorego do książki oczekujących wypełnianej, także na potrzeby NFZ, elektronicznie. W karcie DILO, wypełnianej elektronicznie, wpisane jest rozpoznanie guza nerki, bez określenia strony. W skierowaniu do kliniki, drukowanym z komputera po podaniu kodu z ICD-10, wydruk także nie zawiera opisu strony, po której wystąpiła zmiana (kod ICD tego nie przewiduje). Natomiast w planie operacyjnym, wypełnianym także elektronicznie, z wyprzedzeniem tygodnia, zgodnie z wymogami NFZ i organizacją sal operacyjnych, wypełniający inny lekarz pomylił się, i wpisał nefrektomię prawostronną. Po kilku dniach, przy przyjęciu, lekarz obwiniony, na podstawie planu operacyjnego i oświadczenia pacjenta, wpisał do historii choroby guz

nerki prawej. Nie miał możliwości weryfikacji, bo oryginalna dokumentacja wraz z wynikiem USG i TK, zgodnie z zarządzeniem dyrekcji, znajdowała się w punkcie DILO (co naszym zdaniem narusza Ustawę o prawach pacjenta z 2008 r.), czynnym w godz. 8.00–15.00 w innej części szpitala, a nie pamiętał szczegółów swojej konsultacji sprzed kilku tygodni. Konsultujący chorego przed zabiegiem internista i anestezjolog wpisali w dokumentacji – zgodnie z planem operacyjnym – nefrektomię prawostronną, a chory podpisał świadomą zgodę na taki zabieg. W czasie odprawy porannej w klinice w dniu zabiegu podniesiono brak oryginalnej dokumentacji i wyników badań obrazowych w historii choroby, ale obwiniony nie sprawdził dokumentacji i choremu usunął zdrową nerkę.

Oceny OROZ, OSL i NSL, co do winy lekarza, są zgodne. Naszym zdaniem pełna dokumentacja chorego do poważnego zabiegu operacyjnego powinna znajdować się w historii choroby, i nie powinno się stawiać wymogów administracyjno-urzędniczych ponad bezpieczeństwo i dobro chorego, jednak nie zwalnia to lekarza operującego od obowiązku starannej analizy dokumentacji chorego przed zabiegiem.

Natomiast co do kary, NSL wziął pod uwagę, że równolegle toczyło się postępowanie karne, które zgodnie z naszymi przewidywaniami skończyło się także wyrokiem skazującym, otwierającym drogę do roszczeń cywilnych. Wzięliśmy także pod uwagę następujące okoliczności:

- zachowanie obwinionego w czasie postępowania – sam zgłosił swoją pomyłkę kierownikowi kliniki i choremu, wyrażając żal i skruchę. Zrobiono wszystko, aby naprawić ten błąd, udało się choremu usunąć guza nerki lewej z zachowaniem nerki i jej funkcji. Lekarz stwierdził przed sądem, że ciężko mu żyć ze świadomością tego, co się stało.
- został zwolniony dyscyplinarnie z pracy w klinice, w której nienagannie pracował 26 lat, i był cenionym lekarzem i operatorem, w trakcie rozprawy nadal nigdzie nie pracował.
- postulowane przez OROZ odsunięcie obwinionego od operacji byłoby naszym zdaniem zbyt daleko idącą represją i przy ogromnym deficycie specjalistów dotknęłoby także potencjalnych pacjentów.
- nie był on jedynym winnym zaistniałej sytuacji, a tylko on został postawiony przed sądem. ■



ANDRZEJ CISŁO

wiceprezes NRL

DENTAL ESPRESSO

Międzynarodowo

Dziś nastawimy nasz nasłuch na nieco szerszy zakres. O samym przekazaniu władzy w Światowej Federacji Dentystycznej oraz o wizycie nowego Prezydenta FDI w siedzibie NIL uważny Czytelnik tego wydania dowie się już z innych szpalt „GL”.

Warto też odnotować spory sukces dr Kingi Grzech-Leśniak, którą podczas ostatniego Kongresu FDI w San Francisco wybrano do prestiżowego Dental Practice Committee.

Jesienią ubiegłego roku szeroko informowaliśmy na stronie internetowej NIL o rezolucji Rady Europejskich Lekarzy Dentystów (CED) „Corporate Dentistry in Europe”, zwracającej uwagę na styk medycyny i biznesu, na znaczenie powszechności zasad etyki zawodowej niezależnie od formy prowadzenia działalności w stomatologii. Okazuje się, że kłopoty z prowadzącymi podmioty lecznicze przedsiębiorcami niebędącymi lekarzami to nie tylko polska przypadłość. Ta rezolucja, jak i przyjęta później rezolucja dotycząca zasad reklamy oraz niezbędnych wymogów dla portali umożliwiających ocenianie lekarzy przez pacjentów – to sygnały wskazujące na chęć i potrzebę uporządkowania niełatwych, trochę pozostawionych dotąd swojemu biegowi, spraw.

Już w poprzedniej kadencji, właśnie z wniosku stomatologów, NRL podjęła stanowisko o konieczności zarezerwowania funkcji kierownika podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń lekarskich dla lekarzy.

Piszę o tym dlatego, że w ostatnich dniach w Brukseli grupa robocza CED omawiała projekt następnej rezolucji, w której jako zabezpieczenie wpływu korporacji dentystycznych na środowiska biznesowe postuluje się, aby osobom reprezentującym spółki prowadzące przychodnie stomatologiczne przyznawane było obowiązkowo członkostwo w korporacjach lekarskich. W naszych warunkach to oczywiście niemożliwe z przyczyn ustawowych, a i sam ruch zapewne wzbudzi mieszane uczucia. Ale dowodzi pewnej determinacji, skoro podejrzwane raczej o hermetyczność korporacje gotowe są otworzyć się w celu zapewnienia jawnych reguł działania rynku stomatologicznego.

Wracając na chwilę do San Francisco i Kongresu FDI: jednym z dokumentów, jakie podjęło Zgromadzenie Ogólne, była rezolucja „Malocclusion in Orthodontics and Oral Health”. Z relacji, jakie Komisja Stomatologiczna otrzymuje każdorazowo od osób delegowanych, wynika, że projekt wzbudził spore emocje z powodu zbyt rygorystycznego podejścia do kwestii uprawnień do prowadzenia leczenia ortodontycznego. Po, zapewne gorącej, debacie proponowane sformułowania złagodzone.

Sam pakuję już bagaż podręczny, aby wybrać się na jeden dzień (27 września) do Wilna, i pogratulować Litewskiej Izbie Dentystycznej 15-letniej działalności. Zwyczajową krótką prezentację chcę poświęcić roli samorządu w niekończącym się procesie reformowania opieki zdrowotnej. To taki rzadki przypadek, kiedy z racji obywatelstwa kraju dotkniętego wieczną reformą na starcie jest się ekspertem. Pozmieniało się od czasów Wyspiańskiego. Już ta „polska wsi” ani zaciszna, ani spokojna.

Wokół polityki zagranicznej od lat toczy się w naszym samorządzie ożywiona dyskusja. Zapewne wolelibyśmy, aby sformułowania przyjmowanych dokumentów były bardziej konkretne. To taka przypadłość szczególnie dużych organizacji – aby każdy mógł się odnaleźć w przyjętej formule, wnioski muszą być przeniesione na nieco wyższy poziom ogólności, przez co zazwyczaj tracą na wyrazistości. Czasem jednak płynące sygnały świadczące o determinacji w porządkowaniu rzeczywistości są zupełnie niezależną wartością, dowodzącą, że zgłaszane przez nas postulaty nie są próbą wykreowania na siłę problemu. ■

“

Postuluje się, aby osobom reprezentującym spółki prowadzące przychodnie stomatologiczne przyznawane było obowiązkowo członkostwo w korporacjach lekarskich.

STOMATOLOGIA

FDI 2019: nowe projekty i zmiany w kierownictwie



Przedstawiciele
Polski w San
Francisco.

Światowy Kongres Dentystyczny FDI zorganizowany przez American Dental Association, który odbył się na początku września w San Francisco, zgromadził ponad 30 tys. uczestników z całego świata. Obradom Parlamentu Stomatologicznego FDI towarzyszył kongres naukowy i wystawa sprzętu oraz materiałów stomatologicznych. Wśród wykładowców znaleźli się w tym roku przedstawiciele polskiej stomatologii: prof. Ingrid Różyto-Kalinowska,

prof. Katarzyna Emerich, prof. Tomasz Gedrange, Jan Pietruski.

Przekazano delegatom materiały do kampanii Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej 2020. Biuro FDI podsumowało tegoroczną edycję i wciąż rosnące zainteresowanie mediów problematyką profilaktyki i znaczenia zdrowia jamy ustnej. Kampania ŚDZJU 2019 odnotowała 456 wydarzeń w 161 krajach, w które zaangażowano 700 tys. osób w mediach społecznościowych i osiągnięto zasięg medialny 2,8 mld ludzi.

W San Francisco powołano też nowe władze FDI. O wybór do pięciu komitetów stałych (Dental Practice Committee, Education Committee, Membership Liaison and Support Committee, Public Health Committee, Science Committee), a także zarządu, na stanowisko skarbnika i prezydenta-elekta ubiegało się 39 kandydatów. Delegaci

w głosowaniu wyłonili z tej grupy 10 osób, w tym prezydenta-elekta, skarbnika i trzech nowych członków rady, czyli ścisły zarząd FDI, który następnie wybrał do pracy w poszczególnych grupach kolejne sześć osób. Polska reprezentacja dysponowała czterema głosami.

Dokonano też zaprzysiężenia na prezydenta FDI dr. Gerharda Seeberegera, który w latach 2017-2019 sprawował ten urząd jako prezydent-elekt. – Zanim Gerhard Seebereger został wybrany na prezydenta-elekta FDI, przewodniczył obradom światowej federacji jako marszałek parlamentu stomatologicznego. W strukturach międzynarodowych reprezentuje jedną z włoskich organizacji stomatologicznych Associazione Italiana Odontoiatri – Italian Dental Association – informuje dr Anna Lella, która w tym roku zakończyła przewodnictwo europejskiej części światowej federacji – ERO FDI.

Kolejny Światowy Kongres Stomatologiczny, FDI 2020, organizowany wspólnie z Chińskim Stowarzyszeniem Stomatologicznym, odbędzie się w dniach 1-4 września 2020 r. w Szanghaju. ■



gazetalekarska.pl

Kinga Grzech-Leśniak w stałym Komitecie FDI

Podczas Światowego Kongresu Dentystycznego ADA FDI dr n med. Kinga Grzech-Leśniak została członkiem Komitetu ds. Praktyk Stomatologicznych.

Z Polski zgłoszeni zostali trzej kandydaci. Prof. Andrzej Matyja, prezes NRL, zgłosił kandydaturę prof. Jolanty Pytko-Polańczyk do Science Committee, a prof. Marzena Dominiak, prezydent PTS – dr Kingę Grzech-Leśniak do Dental Practice Committee oraz prof. Ingrid Różyto-Kalinowską do Science Committee.

W niedzielę 8 września rada FDI wybrała dr Kingę Grzech-Leśniak do



Dental Practice Committee. Sukces zapewniła jej m.in. znakomita prezentacja podczas tzw. przesłuchań kandydatów. Członkowie Dental Practice Committee doradzają FDI w kwestiach związanych z funkcjonowaniem praktyk stomatologicznych.

Dr Kinga Grzech-Leśniak jest ekspertem w zakresie periodontologii i stomatologii laserowej, inicjatorką utworzenia Polskiego Towarzystwa Stomatologii Laserowej. Od lat wspiera działania Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, aktywnie włączając się w jego działania. Współpracuje z Ośrodkiem Doskonalenia Zawodowego NIL.

Przypomnijmy, że od dwóch lat członkiem Komitetu Edukacyjnego FDI jest prof. Marzena Dominiak. Nigdy dotąd w historii Polska nie miała dwóch członków w tzw. komitetach stałych FDI. To wielki sukces. ■

STOMATOLOGIA

Prezydent FDI w NIL

To nie lada wyróżnienie dla lekarzy dentyistów z naszego kraju. Nowy szef największej na świecie organizacji stomatologicznej w pierwszą po zaprzysiężeniu podróż zagraniczną udał się do Polski.

TEKST **MARIUSZ TOMCZAK**, DZIENNIKARZ

Lekarze i stomatolodzy powinni współpracować ponad podziałami dla dobra pacjenta – powiedział prezydent Światowej Federacji Dentystrycznej (FDI) Gerhard Seeberger w czasie spotkania z prezesem NRL Andrzejem Matyją i wiceprezesem NRL Andrzejem Cisko.

Z władzami samorządu lekarskiego spotkał się w siedzibie NIL w Warszawie 19 września, czyli dwa tygodnie od chwili, gdy stanął na czele największej organizacji stomatologicznej na świecie. W spotkaniu w siedzibie NIL uczestniczyli również prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego prof. Marzena Dominiak i skarbnik generalny PTS prof. Tomasz Gedrange.

CENNY GŁOS STOMATOLOGÓW

– Polski lekarz dentyista niczym nie odbiega w zakresie wykształcenia od innych lekarzy dentyistów nie tylko w Europie, ale i na całym świecie. Nie zdarzyło się, aby lekarze dentyści z Polski nie otrzymali pracy w krajach „starej” Unii Europejskiej, a jest wręcz odwrotnie, bo ich umiejętności są oceniane wysoko – powiedział prezes NRL Andrzej Matyja. Odnosząc się do tych słów, prezydent FDI Gerhard Seeberger przyznał, że polscy stomatolodzy są dobrze wykształceni, nie ustępują



wiedzą koleżankom i kolegom z innych krajów, co jest jednym z powodów, dla których powinni mieć wpływ na decyzje podejmowane w zakresie zdrowia na forum międzynarodowym. – Wasz głos jest bardzo cenny – dodał. Już wiele lat temu Gerhard Seeberger dał się poznać jako krytyk rozdziału medycyny i stomatologii, określając to jako historyczny błąd. Wiele osób spodziewa się, że jako szef FDI będzie dążył do ściślejszej współpracy stomatologów z lekarzami. Podczas spotkania w siedzibie NIL wrócił pamięcią do czasu swoich studiów, podkreślając, że od wielu lat obserwuje pewne współzawodnictwo między osobami wykonującymi oba te zawody.

Od lewej: Marzena Dominiak, Gerhard Seeberger, Andrzej Matyja, Andrzej Cisko, Tomasz Gedrange.

WSPÓŁPRACA PRZED WSZYSTKIM

– Nie możemy być podzieleni, musimy być razem. Bez względu na to, czy ktoś jest lekarzem, czy stomatologiem, do pewnego momentu powinniśmy być kształceni w taki sam sposób. Wszyscy składaliśmy przysięgę Hipokratesa. Niezależnie od specjalizacji powinniśmy rozmawiać ze sobą o zdrowiu i dla dobra pacjentów, współpracować ponad podziałami – podkreślił. Dodał także, że konieczna jest ścisła współpraca lekarzy dentyistów z lekarzami różnych specjalności, bo kondycja jamy ustnej oddziałuje na zdrowie całego organizmu. W czasie spotkania sporo miejsca poświęcono kształceniu lekarzy dentyistów, w przypadku którego władze samorządu lekarskiego i prezydent FDI zdają się mieć podobne zdanie. – Ostatnio stoczyliśmy batalię o ogólnoakademicki charakter profilu kształcenia lekarzy dentyistów. Profil ten został przywrócony na kierunku lekarsko-dentyistycznym (w poprzednim rozporządzeniu był nieokreślony – przyp. red.). Mamy poważny problem z kształceniem poddyplomowym. Pomimo że jest nas 22 proc., to z puli rezydentur, jedynej oficjalnej ścieżki rozwoju zawodowego stomatologów, specjalizację rozpoczyna co rok tylko 3,5 proc. lekarzy dentyistów – mówił wiceprezes NRL Andrzej Cisko.

Gerhard Seeberger jest niemieckim lekarzem dentyistą mieszkającym od lat we Włoszech. Swoją misję jako szef najważniejszej organizacji stomatologicznej na świecie zakończy w 2021 r. W poprzednich latach odwiedził nasz kraj, m.in. uczestnicząc w odchodach 20. rocznicy reaktywowania izby lekarskiej w Poznaniu w 2009 r. ■



CEDE – konfrontacja wiedzy z praktyką

Przez trzy dni [26-28 września] Poznań gościł lekarzy dentystów z kraju i zagranicy na 3. Kongresie Unii Stomatologii Polskiej i 28 edycji Środkowoeuropejskiej Wystawy Produktów Stomatologicznych CEDE.

TEKST **LUCYNA KRYSIAK**, DZIENNIKARZ

Ambicją organizatorów było połączenie najlepszych projektów edukacyjnych, wspieranych przez najważniejsze towarzystwa naukowe, z praktyczną stroną wykonywania zawodu lekarza dentysty w systemie opartym o evidence based medicine.

Ta konfrontacja najnowszej wiedzy z praktyką była dostrzegalna na każdym poziomie realizacji programu kongresu poprzez wykłady, warsztaty (100 wykładowców, 70 wykładów i warsztatów) oraz ofertę wystawową (170 wystawców z 28 krajów) połączoną z licznymi

prezentacjami sprzętu najnowszej generacji, narzędzi dentystycznych, materiałów i środków do higieny jamy ustnej.

ZNAK CZASU

Dla stomatologów CEDE to najważniejsze wydarzenie w branży dentystycznej. Przyjeżdżają do Poznania, aby być na bieżąco z nowinkami technicznymi. Tu mogą zobaczyć i dotknąć najnowszej generacji urządzeń, ocenić jakość ich wykonania, poznać nowe materiały używane w stomatologii zachowawczej i estetycznej, uczestniczyć w prezentacjach, które wielu producentów

CEDE

100 wykładowców
70 wykładów
i warsztatów
170 wystawców
z 28 krajów

organizuje z aktywnym udziałem publiczności. Można więc usiąść na fotelu dentystycznym i doświadczyć na sobie unikalnych zabiegów, które dopiero wchodzą do praktyki. Doktor Anna Kubica-Gemel z Piotrkowa Trybunalskiego mówi, że na CEDE przyjeżdża co roku i nie opuściła jeszcze żadnej wystawy. – To prawda, że dziś wszystko można obejrzeć w internecie i tą samą drogą dokonać zakupów, ale tej świątecznej i niepowtarzalnej atmosfery, która tu panuje, nie da się niczym zastąpić – dodaje. W jej opinii targi to niezwykle ważne dla środowiska spotkanie

integracyjne. – Pracujemy prze-
ważnie w prywatnych gabinetach
i na co dzień nie mamy ze sobą kon-
taktu. W Poznaniu spotykamy się,
często po latach, rozmawiamy, wy-
mieniamy doświadczeniami i to jest
bardzo cenne, ponieważ przypie-
czętowanie naszej przynależności do
grupy zawodowej – podkreśla Anna
Kubica-Gemel.

Marek Wiktorowski, prezes spół-
ki „Exactus” – organizatora CEDE,
mówi, że towarzysko-integracyj-
ny cel przyświecał temu wydarze-
niu od początku. Zwraca uwagę, że
impreza wciąż ewoluuje, z formu-
ły strictly wystawowej przeobraziła
się w ściśle powiązaną z zapleczem
naukowym. – Znakiem czasu stało
się, aby znaleźć równowagę mię-
dzy merkantylną częścią handlowo-
prezentacyjną i naukową – podkre-
śla prezes i dodaje, że po kongresie
FDI, który odbył się trzy lata temu
w Poznaniu, poprzeczka się podnio-
sta i trzeba było sprostać nowym
wyzwaniom. Zauważa, że na świe-
cie obowiązują wysokie standardy,
za którymi stoi profesjonalizm fa-
chowców, jeśli chodzi o sprzęt, ma-
teriały, sposoby leczenia, system
szkoleń i przygotowanie lekarza do
pracy w gabinecie. W Polsce wciąż
jeszcze zdarza się, że lekarze den-
tyści opierają się na opiniach pro-
ducentów i dopiero życie je wery-
fikuje. CEDE stwarza możliwości
edukacyjne w tym zakresie.

OPARTE NA FAKTACH

Polscy lekarze dentyści od lat li-
czą się na arenie międzynarodowej,

o czym świadczy wizyta w Pozna-
niu nowego prezydenta FDI dra
Gerharda Seebergera. Jego udział
w Kongresie Unii Stomatologii Pol-
skiej nie był więc przypadkowy.
Wystąpił tu w roli eksperta w za-
kresie endodoncji. Jego głos w sesji
„Stomatologia biologiczna: Netflix
vs Evidence Based Dentistry” był
zdecydowaną reakcją FDI na pró-
by deprecjonowania leczenia kana-
łowego przez tzw. ruchy anty-
endodontyczne. Jako autor „Białej
Księgi leczenia endodontycznego”
udowadniał szkodliwość tego ro-
dzaju poglądów.

Prof. Agnieszka Mielczarek, kon-
sultant krajowy ds. stomatologii za-
chowawczej z endodoncją i prze-
wodnicząca tej sesji, przekonuje,
że „Biała Księga” jest ważnym do-
kumentem systematyzującym wie-
dzę z zakresu współczesnej endo-
doncji i stanowi rodzaj rzetelnego
kompilum przeznaczonego nie
tylko dla endodontów, ale całego
środowiska medycznego, ponie-
waż zawiera podstawowe infor-
macje dotyczące aktualnej definicji,
znaczenia i zakresu procedur en-
dodontycznych oraz istotne infor-
macje z etiologii, diagnostyki i epi-
demiologii chorób miazgi i tkanek
okołowiezchołkowych.

Na potwierdzenie dr Hubert Go-
łąbek pokazał, jaka jest rzeczywi-
sta przeżywalność korzeni i zębów
leczonych endodontycznie i jakie
płyną korzyści z takiej terapii dla
pacjenta. Dr n. hum. Tomasz So-
bierajski z Instytutu Stosowanych
Nauk Społecznych Uniwersytetu

“

**Lekarze dentyści, aby radzić sobie
z pacjentami, którymi rządzą
„medyczni googlersi”, powinni poznać
mechanizmy funkcjonowania mediów.**

Warszawskiego stwierdził, że coraz
trudniej odróżnić prawdę od fałszu,
gdyż opinie zastępują fakty, a spo-
łeczeństwo przyjmuje je za pewnik.
Jego zdaniem lekarze dentyści, aby
radzić sobie z pacjentami, którymi
rządzą „medyczni googlersi”, powin-
ni poznać mechanizmy funkcjono-
wania mediów.

Na temat mikrobiotu kanałów
zębowych i jego związku z po-
wstawianiem nowotworów, o czym
przekonują przeciwnicy leczenia en-
dodontycznego, mikrobiolog prof.
Robert Bucki z Białegostoku za-
strzegł, że aktualne dane epi-
demiologiczne, jak i wyniki klinicznych
badań eksperymentalnych nie po-
twierdziły tego rodzaju zależności.
– W przypadku 20 proc. nowotwo-
rów udowodniono związek z zaka-
żeniami mikrobiologicznymi, np. wiru-
sem HPV, wirusem wywołującym
zapalenie wątroby czy *Helicobacter*
pylori wywołującym raka żołądka,
ale przedstawianie leczenia kana-
łowego jako czynnik ryzyka wystą-
pienia raka jest czystą spekulacją –
mówi profesor.





PRZEŁAMAĆ TABU

Błędy w stomatologii to temat tabu, rzadko lekarze dentyści się do nich przyznają i niechętnie o nich mówią. Dr n. med. Wojciech Bednarz, wiceprezes PTS, powiedział, że wreszcie należy przełamać to tabu i, wykorzystując własny autorytet, pokazać, omówić i przeanalizować przyczyny powstawania niepowodzeń medycznych, aby młodzi ludzie mogli się uczyć. – To jest uczciwe i potrzebne, ponieważ wciąż sprzedaje się „straganiarstwo”, zyskując w ten sposób pacjentów, a chodzi o rzetelne leczenie i wizerunek lekarza dentysty.

W leczeniu periodontologicznym problemy zaczynają się od błędnego zrozumienia etiopatogenezy i podjęcia błędnych decyzji w zakresie zapalenia przyzębia. Prof. Małgorzata Pietruska z Białegostoku uważa, że tego rodzaju niepowodzenia są skutkiem ograniczania diagnostyki do oceny statusu tkanek przyzębia oraz leczenia tylko stricte periodontologicznego. To także skutek błędów w podejmowaniu decyzji dotyczących wyboru metod leczenia zarówno niechirurgicznego, jak i chirurgicznego.

Prof. Małgorzata Pietruska uważa, że można ich unikać, ale trzeba

uczyć lekarzy dentyistów kompleksowego podejścia do diagnostyki osób z zapaleniem przyzębia oraz wyboru nowoczesnych technik zabiegowych. Prof. Teresa Sierpińska, konsultant krajowy w dziedzinie protetyki stomatologicznej mówi, że bardzo trudno przyznać się do powikłań, ale zaznacza, że trzeba je wkalkulować w wykonywanie zawodu dentyisty. – Zawsze pewien odsetek pacjentów jest obciążony powikłaniami, rzecz w tym, aby przestać udawać, że ich nie ma, i rozmawiać o poszczególnych przypadkach, aby je analizować i dzięki temu im zapobiegać – tłumaczy prof. Teresa Sierpińska.

LEKARZ CZY USŁUGODAWCA?

Stomatologia to dziedzina sprywatyzowana. Gabinety i kliniki dentyistyczne są podmiotami leczniczymi świadczącymi usługi medyczne, ale działającymi na zasadzie prywatnych praktyk. Łączą więc cele medyczne z biznesowymi. Prof. Jerzy Kopania, filozof, etyk i bioetyk, zwrócił uwagę na fakt, że w niektórych specjalnościach medycznych, a w stomatologii w szczególności, urynkowienie stwarza problemy etyczne z wykonywaniem tego zawodu. Zastanawia

się jednocześnie, czy możliwe jest wytyczenie granicy między terapią a działaniem nieterapeutycznym, ale wymagającym wiedzy i umiejętności medycznych. Ponieważ lekarz pobiera wynagrodzenie za swoją pracę stomatologa, rodzi się problem, w jakiej mierze ma kierować się etyką lekarską, a na ile etyką biznesu.

– Stomatolodzy otrzymują wiele propozycji ze strony różnego rodzaju firm menedżerskich, biznesowych, pijarowskich, które zajmują się organizowaniem kursów dla biznesmenów, osób prowadzących własną działalność gospodarczą, których celem jest pozyskanie większej liczby klientów – tłumaczy prof. Jerzy Kania i pyta, czy w przypadku lekarzy dentyistów chodzi o klientów czy pacjentów. Uważa, że dochodzi tutaj do sprzeczności między tym, co nakłada na lekarza deontologia lekarska, a tym, na co pozwala mu uczciwie prowadzony biznes.

WSŁUCHIWAĆ SIĘ W GŁOS DENTYSTÓW

Tegoroczny program Kongresu Unii Stomatologii Polskiej zaskakiwał różnorodnością tematyczną. – Dobieraliśmy tematy wykładów i warsztatów, sugerując się zdaniem lekarzy dentyistów, którzy wyrażali opinie na ten temat w ankietach. Pisali, co jest dla nich interesujące, co należałoby zmienić w programie, o jakie zagadnienia go wzbogacić. W tym roku kongres zdominowały mity endodontyczne, błędy w periodontologii i radiologii, stomatologia biologiczna i cyfrowa, profilaktyka onkologiczna, stomatologia laserowa – wylicza prof. Marzena Dominiak, prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego i przewodnicząca Rady Naukowej KUSP, zaznaczając, że program ten wsparła Światowa Federacja Dentyistyczna FDI.

Swoją ślad na CEDE pozostawili też studenci wydziałów stomatologii. Podczas sesji „Naukowy zawrót głowy – nowości w nauce” zaprezentowali najciekawsze prace z ostatnich kilku miesięcy. Karol Pajdak i Oskar Komisarek omówili powikłania w zespółowym leczeniu

“

Błędy w stomatologii to temat tabu. Lekarze dentyści rzadko się do nich przyznają i niechętnie o nich mówią. Należy przełamać to tabu i, wykorzystując własny autorytet, pokazać, omówić i przeanalizować przyczyny powstawania niepowodzeń medycznych, aby młodzi mogli się uczyć.

ortodontyczno-chirurgicznym, Zofia Loster, Valeria Ischenko, Joanna Banas i Natalia Banduła oceniły poziom stresu wśród studentów stomatologii, biorąc pod lupę czynniki stresogenne, a Wojciech Tynior, Iwona Szymiec, Karolina Bednarek i Roksana Grabowska pochylił się nad wiedzą i świadomością uczniów szkół ponadgimnazjalnych na temat profilaktyki stomatologicznej. Aleksandra Syrico i Alicja Kałdunska dokonały analizy wpływu UAV i skali Mallampati na ryzyko wystąpienia OBS, a Alicja Kacprzak, Adam Wawrzynkiewicz i Adrian Strzecki dokonali oceny zmian pojawiających się z wiekiem w trzonowcach szczęki i wymiarach podniebienia.

NADAŻAĆ ZA NOWINKAMI

Dariusz Kutella, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Gdańsku, także stomatolog i stały bywalec na CEDE, uważa, że wykonywanie zawodu lekarza dentysty wymaga

permanentnego kształcenia, podnoszenia kwalifikacji, a to jest możliwe dzięki bezpośredniej konfrontacji tego, co nowatorskie, z własnymi umiejętnościami, a kongres i wystawa CEDE stwarzają taką możliwość. Oferują w jednym miejscu i w jednym czasie edukację połączoną z praktyką.

– Stomatologia dynamicznie się rozwija i często trudno nadążyć za tymi zmianami, a nam jako samorządowi lekarskiemu zależy, aby lekarze dentyści poszerzali wiedzę i doskonalili umiejętności – przekonuje Dariusz Kutella. Jako jeden z przykładów dynamicznego procesu zmian przytacza protetykę, która od wielu lat opiera się na wyciskach alginatowych i silikonowych, a obecnie wypiera je skanowanie. Wystarczy włożyć pacjentowi do jamy ustnej końcówki wielkości pisaka skanującego powierzchnię zębów. Skan jest opracowywany elektronicznie, co pozwala na bezkontaktowe pozyskanie

materiału i bardziej precyzyjne dopasowanie protezy do ubytków.

Dr Dariusz Paluszek, również stomatolog, członek Naczelnej Rady Lekarskiej i Prezydium NRL, mówi, że jest bardzo wiele imprez organizowanych przez firmy produkujące sprzęt i materiały dentystyczne oraz stowarzyszenia medyczne oferujące różne formy kształcenia, ale zarówno kongres jak i wystawę CEDE postrzega jako zdecydowanie wyróżniające się na tym polu. – Lekarz otrzymuje tutaj kompleksową obsługę, ma kontakt z nowatorskimi technologiami, ma okazję zetknąć się z najnowszymi trendami w tej dziedzinie, a do tego rozwijać się naukowo – podkreśla Dariusz Paluszek. Mówi, że samorząd lekarski ceni sobie współpracę z Polskim Towarzystwem Stomatologicznym, które z uwagi na wysoki poziom merytoryczny swojej działalności sprzyja poszerzaniu pola podnoszenia kwalifikacji zawodowych lekarzy dentyków. ■

FAKT

Swoją ślad na CEDE pozostawili też studenci wydziałów stomatologii.

STOMATOLOGIA

Stany nagłe

Najczęściej zdarzają się po znieczuleniu, na fotelu u chirurga. Aż 35 proc. było związanych z chorobami przewlekłymi pacjenta.

– 44 proc. lekarzy dentyków doświadczyło przynajmniej jednego epizodu stanów ogólnoustrojowego zagrożenia zdrowotnego w ciągu roku wśród swoich pacjentów – zwraca uwagę prof. Mariusz

Szuta, konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej, pomysłodawca stworzenia wytycznych Grupy Roboczej Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego i Polskiej Rady Resuscytacji w zakresie postępowania personelu gabinetów stomatologicznych z pacjentami w stanie ogólnoustrojowego bezpośredniego zagrożenia zdrowotnego. Niemal 39 proc. tych

Najczęstsze zdarzenia:

- omdlenie (51%)
- łagodna reakcja anafilaktyczna (8,4%)
- atak duszniczy bolesnej (8,3%)
- hipotensja ortostatyczna (7,4%)
- napad drgawkowy (5,2%)
- napad astmatyczny (4,5%)
- hiperwentylacja (4,3%)
- reakcja poadrenalinowa (3%)
- incydent hipoglikemiczny (2,9%)
- nagłe zatrzymanie krążenia (1,1%)
- ostra reakcja anafilaktyczna (0,9%)
- ostry zespół wieńcowy (0,9%)
- zatrucie lekiem znieczulenia miejscowego (0,67%)

Pierwsze objawy ogólnoustrojowego stanu zagrożenia zdrowotnego były manifestowane:

- w czasie wykonywania znieczulenia miejscowego (54,9%)
- w trakcie procedury zasadniczej (22,9%)
- po wykonaniu procedury zasadniczej (15,2%)
- po wyjściu pacjenta z gabinetu (5,5%)
- przed rozpoczęciem leczenia, na fotelu (1,5%)

zdarzeń pojawiło się u pacjentów, u których zaistniała konieczność przeprowadzenia zabiegu z zakresu chirurgii stomatologicznej, a na drugim miejscu – stomatologii zachowawczej z endodoncją (leczenie kanałowe). ■

SEKSUOLOGIA

0 pedofilii, medycznie

Z prof. **Zbigniewem Lew-Starowiczem**, psychiatrą i psychoterapeutą, ekspertem z zakresu seksuologii i konsultantem krajowym w tej dziedzinie, rozmawia **Marta Jakubiak**.

GL Ostatnio wiele się mówi o pedofilii. Czy to dobrze?

Tak, bo dzięki nagłośnieniu problemu będzie mniej skrzywdzonych dzieci. Ludzie stają się bardziej ostrożni, a rodzice i opiekunowie – czujniejsi. Jest większa wiedza, więc pedofilię łatwiej można demaskować. Z urzędu ścigana jest pornografia o charakterze pedofilskim, co ma głęboki sens, bo może być ona bodźcem stymulującym. Coraz częściej podejmowane są działania profilaktyczne poprzez edukację.

Chciałbym jednak jeszcze bardziej uczulać na problem i mówić, jak chronić dzieci. Programy informacyjne powinny być realizowane w skali ogólnopolskiej i emitowane w najważniejszych kanałach telewizyjnych. Jeśli wiemy, że mężczyźni mający skłonności do pedofilii często są zniewieściami, gdyż jako dzieci mieli bardzo dobry kontakt z dominującymi w rodzinie matkami, to warto uczulać na tę kwestię rodziców, by w przypadku chłopców wzmacniali ich cechy męskie.

GL Jak?

W moich czasach było to harcerstwo i służba wojskowa. Teraz trzeba poszukać innych form typowo męskich aktywności. Można też przeciwdziałać lękom wobec kobiet, eliminując stereotypy dotyczące płci przeciwnej, a także uczulać na skracanie dystansu, na zły dotyk. Dzieci powinny wiedzieć, że nie są kochane przez wszystkich, że nie każdy miły dorosły jest dobry.

GL Zaostrzenie kar też będzie zapobiegawcze?

Dla pedofila nie ma znaczenia, czy za molestowanie dziecka pójdzie do więzienia na trzy czy trzydzieści lat, bo on ma osobowość zaburzoną, a przecież jedną z cech takiej osobowości jest niewyciąganie wniosków. Podniesienie wymiaru kar jest de facto jedynie zwiększeniem poczucia bezpieczeństwa w społeczeństwie.

GL Wśród osób której orientacji jest najwięcej pedofilów?

Ostatnio najwięcej mówi się o pedofilii homoseksualnej, ale nie oznacza to, że jest najczęstsza. Zachowania pedofilskie obecne są również w relacjach



Wśród stu osób, które zostają oskarżone o seks z dziećmi, 10 proc. stanowią pedofile fiksacyjni, czyli tacy, którzy urodzili się z taką skłonnością.

kazirodycznych, gdzie mamy do czynienia z kontaktami ojca z córką, która zastępuje mu żonę, z różnych przyczyn, np. małżonkom nie układa się współżycie. Wśród księży częstsza jest pedofilia homoseksualna.

GL Dlaczego akurat wśród księży?

Ponieważ mamy do czynienia z grupą mężczyzn, w której – co przyznają same ośrodki kościelne – jest dużo osobowości niedojrzałych, również jeśli chodzi o rozwój psychoseksualny. Badałem trzydziestu księży, którzy mieli seks z dziećmi, i u wszystkich rozpoznałem tę niedojrzałość.

GL Z czego ona wynika?

Chłopcy, zanim trafią do seminarium, są zwykle ministrantami. Już wówczas przyjmują określoną rolę, podczas pełnienia której zostają zaburzone fazy rozwoju psychoseksualnego. Są delikatniejsi, bardziej uduchowieni i wrażliwi. Potem trafiają do seminarium, które funkcjonuje w oparciu o system mocnego trzymania kleryków: są zamknięci, izolowani, przebywają w męskim świecie. Bardzo specyficznym świecie. Ich seksualność nie może w takich warunkach się rozwinąć. Kiedy kończą naukę, ich seksualność wreszcie gdzieś może znaleźć ujście. Cały czas są w męskim świecie, idą więc w stronę zainteresowań mężczyznami.



W przypadku tych, którzy unikają jawnych homoseksualnych kontaktów, seksualność idzie w kanał boczny – w kierunku chłopców. Relacja księdza z ministrantami jest bardziej naturalna i budzi mniej podejrzeń niż wszelkie relacje z dziewczynkami lub kobietami.

🔴 A to nie tak, że boją się kobiet?

W przypadku księży problem tkwi w trzech obszarach: niedojrzałość, zahamowany rozwój psychoseksualny i specyficzna postawa wobec kobiet. O dość rozpoznawanej wśród duchownych osobowości niedojrzałej już wspominałem. Ponadto, mają żyć w celibacie, a hormony buzują. Kobiety są problemem, który trzeba rozwiązać. Jest też pewien antyfeminizm, wzmacniany odpowiednimi opowieściami: kobiety są niedojrzałe, emocjonalne, kierują się namiętnościami. Jednocześnie budzą lęk, więc trzeba mieć wobec nich dystans. Poza tym rola kobiety w kościele nie jest duża. To wszystko decyduje o tym, w jakim kierunku idzie osobowość, także ta psychoseksualna.

🔴 Jakie inne, poza kapłaństwem, są zawody podwyższonego ryzyka?

Ktoś, kto ma skłonność do dzieci, będzie szukał pracy umożliwiającej mu kontakt z nimi. Wśród moich pacjentów było wielu pedagogów, nauczycieli i tych, którzy wykonywali pracę umożliwiającą im kontakt z nieletnimi, jak organizatorzy kolonii czy obozów. Miałem pacjenta pedofila, który był palaczem w kotłowni przedszkola. Był też organizator chórów dziecięcych.

W zakładzie seksuologii, proszę mi wierzyć, mieliśmy przedstawicieli prawie wszystkich zawodów, aktorów, polityków, ludzi mediów, lekarzy też.

🔴 Pediatriów?

Nie, nie byli to pediatri. Lekarze w ogóle bardzo rzadko trafiają na takie badania, ale trafiają.

🔴 Pacjenci sami się zgłaszają czy są kierowani np. przez sąd albo policję?

Są trzy grupy chorych. Pierwsza to ta z orzecznictwa sądowo-seksuologicznego. Pacjentów kierują na badania prokuratura i sąd, byśmy orzekli, czy mamy do czynienia z pedofilem. W 20 proc. oskarżenia okazują się fałszywe, głównie te w sprawach rozwodowych. Druga grupa to osoby skierowane decyzją sądu na leczenie ambulatoryjne. Trzecia grupa, dla mnie najcenniejsza, to ludzie, którzy przychodzą z prośbą o pomoc. Wiedzą, że mają pociąg do dzieci, ale nie chcą ich skrzywdzić. To oni dostarczają najwięcej informacji na temat istoty pedofilii. Osoby z dwóch pierwszych grup zawsze utrzymują, że są niewinne i nie mają nic wspólnego z pedofilią.

🔴 Czy zawsze środowisko wzbudza skłonności pedofilskie?

Wśród stu osób, które zostają oskarżone o seks z dziećmi, 10 proc. stanowią pedofile fiksacyjni, czyli tacy,



Prof. Zbigniew Lew-Starowicz:
- Pamiętajmy, że wśród pedofilów jest wielu z zaburzoną osobowością: niedojrzałą, dyssocjalną, narcystyczną, a leczenie osobowości jest bardzo trudne.

którzy urodzili się z taką skłonnością. Druga grupa to pedofile regresywni, niejako wtórni, jak np. mężczyźni mający serię niepowodzeń w relacjach z dorosłymi, co budzi u nich poczucie małej wartości w roli męskiej, są zakompleksieni, czują się odrzucony i boją się kobiet. Uciekają w świat, który jest według nich bezpieczniejszy, w którym mogą być guru. Dla tej grupy młodzi chłopcy, młode dziewczęta, mogą stać się atrakcyjni. Z kolei dorastającym dzieciakom imponują dorośli, są autorytetami w szkole, klubie, na obozie. Może dojść do naturalnej fascynacji, także tej erotycznej. I tak się zaczyna.

Trzeba w tym momencie także doprecyzować pojęcia. Pedofilia to pociąg do ciała dziecka. Ale do tego worka wrzuca się także efebofilie, czyli pociąg do młodych mężczyzn, i nimfofilie, czyli pociąg do młodych kobiet. W tych dwóch grupach pociągające jest nie dziecko, ale młoda kobieta i młody mężczyzna, do 16.-17. r.ż. Wiek kodeksowy to cały czas wiek 15 lat, dlatego seks z osobą do 15. r.ż. uznawany jest za pedofilię. Obcowanie z osobą do 15. r.ż. karze się prawem, ale nie oznacza ono, że mamy do czynienia z pedofilią. Efebofilia i nimfomania to nie pedofilia.

🔴 Można wyleczyć z pedofilii?

To zależy od przyjętych celów. Jeżeli jako kryterium wyleczenia przyjmujemy, że pacjent nie ma już zachowań

pedofilskich, kontroluje popęd, nie ma recydywy i pewnych rzeczy nie robi, to można mówić o wyleczeniu. Jednak czy można to orzec z całą pewnością? Pamiętam, że kiedy byłem młodym, mało doświadczonym terapeutą, zgłosił się do mnie mężczyzna, który sam szukał pomocy, ponieważ zbliżał się do dzieci znajomych, ale jeszcze nie przekroczył granicy. Po terapii przestał interesować się dziećmi, sprawdziłem jego reakcję na pornografię pedofilną – nie występowała, ożenił się z dorosłą kobietą. Byłem zachwycony, że udało mi się wyleczyć pedofila. Po dwóch latach zapisał się na wizytę, z żoną, ponieważ pojawiły się pewne kłopoty we współżyciu. Wraz z nim do gabinetu weszła 29-letnia kobieta, która wyglądała i zachowywała się jak uczennica: dwa warkoczki, bielełkie ponczożki... Czy ja go wyleczyłem? Nie wiem.

❗ Czy lekarz ma obowiązek zgłoszenia pedofilii, czy powinien zachować tajemnicę lekarską?

To bardzo delikatna sprawa. Nie znam terapeutów, którzy sięgnęliby po telefon i zawiadomili policję lub prokuraturę, że siedzi u nich w gabinecie pedofil. Zazwyczaj zawierają kontrakt: jeśli jeszcze raz dotknie pan dziecka, będę musiał zawiadomić policję. Gdyby jednak przyszedł pacjent, który molestuje dziecko, mieszka z nim, to z pewnością bym to zgłosił. Tak było przyjęte do niedawna. Obecnie jednak sytuacja prawna nieco się zmieniła. Jeżeli pacjent miał dzień przed wizytą kontakt z dzieckiem, teoretycznie należy o tym zawiadomić. Taki obowiązek został zapisany w znowelizowanym niedawno Kodeksie karnym. Dyskutujemy o tym w naszym środowisku.

❗ Jak rozstrzygnąć ten konflikt?

Uważam, że tajemnica lekarska jest jak spowiedź księdza. Widzę tylko jeden wyjątek: jeśli ktoś przychodzi do mnie i jest aktywnym pedofilem, to popełnia przestępstwo, które mam obowiązek zgłosić.

❗ Jak duży odsetek ludzi ma skłonności do dzieci?

Szacuje się, że około 3-5 proc. mężczyzn. Nie oznacza to jednak, że wszyscy to pedofile aktywni. Mogą to być osoby, które oglądają filmy porno z udziałem dzieci i oni w tych statystykach też są ujęci.

❗ Mimo wszystko to dużo...

Bardzo dużo, zwłaszcza że nie mamy danych dotyczących kobiet, nawet szacunkowych, a wśród nich takie zaburzenia także występują. Tylko trudniej je dostrzec. Czułości ze strony kobiety nie są postrzegane w charakterze erotycznym. Musiałyby istnieć niezbita dowody, i kilka takich przypadków znam, kiedy to mężowie montowali kamery, żeby kobiecie udowodnić pedofilię.

❗ Czy powołanie państwowej komisji ds. wyjaśniania przypadków pedofilii pomoże lekarzom?

Niczego nie zmienia. Nadal pozostaniemy na pierwszej linii, a ze zdiagnozowanymi i skazanymi osobami coś później trzeba zrobić. Są już programy profilaktyczne

stosowane w Polsce, jak farmakoterapie i kastracja chemiczna. Tak na marginesie, to termin ukuty na potrzeby polityczne, bo wyborcy się cieszą, że pedofila wykastrovano na zawsze, podczas gdy proces ten jest odwracalny. W zakładach karnych są oddziały terapeutyczne, część skazanych trafia np. do ośrodka w Gostyninie. Jest też kilka ośrodków ambulatoryjnych. Pedofilów leczy się również w zakładach zamkniętych w szpitalach psychiatrycznych, np. w Choroszczy czy Starogardzie Gdańskim.

Leczenie poprzez psycho- i farmakoterapię trwa 2-3 lata, a w modułach kontrolnych nawet do 16 lat. Jest bardzo skomplikowane i żmudne. Jego istota nie polega na kontrolowaniu impulsów seksualnych i panowaniu nad seksualnością. Najtrudniejsze jest dojście do empatii wobec ofiar i zrozumienie, dlaczego swoim postępowaniem wyrządza się krzywdę.

Pamiętajmy, że wśród pedofilów jest wielu z zaburzoną osobowością: niedojrzałą, dyssocjalną, narcystyczną, a leczenie osobowości jest bardzo trudne. Stosujemy takie metody leczenia jak na świecie, tyle że od niedawna, właściwie wraz z kampanią „Zły dotyk”.

Terapią zajmują się lekarze ze specjalizacją z seksuologii, jest ich niewielu, a także psycholodzy. Niedawno powstał narodowy zawód: psychoseksuolog, ale specjalistów jeszcze nie mamy, ponieważ psychologowie ubiegający się o taką specjalizację dopiero będą zdawać egzamin państwowy.

❗ Jaki jest sens leczenia pedofila?

Ryzyko recydywy jest mniejsze. Pamiętajmy, że seks jest jednym z najsilniej odczuwanych popędów, a cykl dewiacyjny uruchamiany jest przez sytuacje stresowe, jak utrata pracy czy konflikt w związku. W sytuacji dużego stresu można równoważyć go preparatami psychotropowymi. Dla takich pacjentów mam zawsze kilkanaście minut na wizytę, poza stałym grafikiem.

❗ Pedofilem jest się do końca życia tak jak alkoholikiem?

To podobieństwo ma sens. Chyba że mamy osobę ewidentnie wyleconą z pedofilii, która z sukcesem ułożyła sobie życie.

❗ A co z ofiarami?

Rodzice boją się, że molestowane dzieci będą miały to wszystko, co znajduje się w podręczniku psychiatrii i psychopatologii seksualnej. To mit i stygmatyzowanie: był kontakt z pedofilem, będzie nieszczęście. Negatywne następstwa występują jedynie u około połowy skrzywdzonych.

Organizm człowieka ma mechanizmy obronne, które pozwalają mu zdrowieć. Nasza psychika samosteruje się zdrowotnie. Bardzo pomaga w tym procesie także otoczenie, wsparcie rodziny. Ofiara czasem zastanawia się, co takiego jest w niej, że wybrała właśnie ją. Trzeba rozwijać poczucie współwiny dziecka. Potrzebna jest też szybka i profesjonalna pomoc specjalistów. ■

BIULETYN

NR 6 (191)

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

WARSZAWA, IX 2019

REDAKTOR NACZELNY: ARTUR DROBNIAK

Posiedzenie NRL – 6 września 2019 r.

UCHWAŁA Nr 26/19/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 6 września 2019 r. w sprawie wysokości dotacji przeznaczonej na organizację doskonalenia zawodowego prowadzonego przez okręgowe izby lekarskie w 2020 r.

Na podstawie art. 39 ust. 1 i art. 40 ust. 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965 z późn. zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1.

W 2020 r. przeznacza się kwotę 300 000 zł na dotacje, o których mowa w § 8 uchwały Nr 21/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie Ośrodka Doskonalenia Zawodowego, dla okręgowych izb lekarskich z przeznaczeniem na organizację doskonalenia zawodowego.

§ 2.

1. Dotacje przyznawane są w trzech turach, trzy razy do roku, w wysokości każdorazowo 1/3 kwoty, o której mowa w § 1 uchwały.
2. Decyzje o przyznaniu dotacji podejmuje Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w drodze uchwały.

§ 3.

1. Maksymalną wysokość dotacji, jaka może zostać przyznana danej okręgowej izbie lekarskiej na organizację doskonalenia zawodowego prowadzonego przez tę izbę w jednej turze, z zastrzeżeniem ust. 2, ustala się dla poszczególnych okręgowych izb lekarskich na poziomie:

- 1) Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku – 3 551 zł,
- 2) Okręgowa Izba Lekarska w Bielsku-Białej – 1 909 zł,
- 3) Okręgowa Izba Lekarska w Bydgoszczy – 2 379 zł,

4) Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku – 6 681 zł,

5) Okręgowa Izba Lekarska w Gorzowie Wielkopolskim – 612 zł,

6) Okręgowa Izba Lekarska w Katowicach – 9 098 zł,

7) Okręgowa Izba Lekarska w Kielcach – 2 536 zł,

8) Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie – 8 947 zł,

9) Okręgowa Izba Lekarska w Lublinie – 5 670 zł,

10) Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi – 7 327 zł,

11) Okręgowa Izba Lekarska w Olsztynie – 2 033 zł,

12) Okręgowa Izba Lekarska w Opolu – 1 715 zł,

13) Okręgowa Izba Lekarska w Płocku – 739 zł,

14) Okręgowa Izba Lekarska w Poznaniu – 7 865 zł,

15) Okręgowa Izba Lekarska w Rzeszowie – 2 585 zł,

16) Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie – 3 396 zł,

17) Okręgowa Izba Lekarska w Tarnowie – 884 zł,

18) Okręgowa Izba Lekarska w Toruniu – 1 660 zł,

19) Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie – 16 879 zł,

20) Okręgowa Izba Lekarska we Wrocławiu – 8 183 zł,

21) Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze – 1 113 zł,

22) Wojskowa Izba Lekarska – 2 109 zł,

23) Okręgowa Izba Lekarska w Koszalinie – 917 zł,

24) Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie – 1 213 zł.

2. W przypadku, gdy nie wszystkie okręgowe izby lekarskie złożą wnioski

o dofinansowanie w danej turze, maksymalne wysokości dotacji, jakie mogą zostać przyznane tym okręgowym izbom lekarskim, które złożyły wnioski o dofinansowanie, są zwiększane proporcjonalnie do liczby członków danej okręgowej izby lekarskiej oraz wysokości wnioskowanej dotacji przy użyciu algorytmu zawartego w załączniku do uchwały Nr 186/19/P-VIII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 5 września 2019 r.

§ 4.

Dotacja może stanowić do 50% kosztów kształcenia poniesionych przez okręgową izbę lekarską i może obejmować wyłącznie koszty wynagrodzenia prowadzących szkolenie, koszty wynajęcia sali, koszty promocji szkolenia oraz koszty materiałów edukacyjnych (pomocy dydaktycznych) przekazanych nieodpłatnie uczestnikom szkolenia.

§ 5.

W przypadku, gdy suma wnioskowanych dotacji przekracza 1/3 kwoty, o której mowa w § 1 uchwały, wysokość dotacji zależy od wysokości wnioskowanej kwoty dotacji oraz liczebności członków okręgowych izb lekarskich i jest wyliczana na podstawie algorytmu, o którym mowa w § 3 ust. 2.

§ 6.

W przypadku, gdy suma wnioskowanych w danej turze dotacji będzie mniejsza od 1/3 kwoty, o której mowa w § 1, to kwotę przypadającą na dotacje w kolejnej turze powiększa się o wartość dotacji niewykorzystanych w poprzedniej turze.

§ 7.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**UCHWAŁA Nr 27/19/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 6 września 2019 r.
w sprawie obchodów 30-lecia
reaktywowania izb lekarskich**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 23 i art. 114 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965 z późn. zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Postanawia się zorganizować w dniu 7 grudnia 2019 r. obchody 30-lecia reaktywowania izb lekarskich, zwane dalej obchodami.

§ 2.

1. Z budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej przeznaczona jest na organizację obchodów kwota 260 tys. zł (słownie: dwieście sześćdziesiąt tysięcy złotych).

2. Do udziału w obchodach zaproszeni zostaną:

1) członkowie Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Komisji Rewizyjnej i Naczelnego Sądu Lekarskiego, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej i jego Zastępcy oraz członkowie Krajowej Komisji Wyborczej,

2) osoby delegowane przez okręgowe izby lekarskie i wojewską izbę lekarską,

3) goście zaproszeni przez Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej.

3. Ustala się 250 miejsc dla uczestników, o których mowa w ust. 2 pkt 2. Prezesi okręgowych izb lekarskich ustalą podział liczby tych miejsc pomiędzy poszczególne okręgowe izby lekarskie.

4. Ustala się, że koszt udziału w obchodach przypadający na jednego uczestnika wyniesie do 1000 zł (jeden tysiąc złotych).

5. Koszty udziału uczestników, o których mowa w ust. 2 pkt 2 pokryją okręgowe izby lekarskie w wysokości stanowiącej iloczyn liczby uczestników z danej okręgowej izby lekarskiej oraz kwoty stanowiącej koszt uczestnictwa przypadającego na jednego uczestnika.

6. Koszty udziału uczestników, o których mowa w ust. 2 pkt 1 i 3, pokryje Naczelna Izba Lekarska.

7. Koszty dojazdu uczestników, o których mowa w:

1) ust. 2 pkt 1 i 3 – pokrywa Naczelna Izba Lekarska,

2) ust. 2 pkt 2 – pokrywają okręgowe izby lekarskie.

8. W przypadku pozyskania funduszy zewnętrznych, przeznaczonych na organizację obchodów, kwoty wymienione w ust. 1 i 4 ulegną proporcjonalnemu obniżeniu.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Andrzej Matyja

**UCHWAŁA Nr 28/19/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 6 września 2019 r.
w sprawie upoważnienia
do zbycia udziałów w April Polska
Medbroker Sp. z o. o.**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 23 i art. 40 ust. 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Upoważnić Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – Andrzeja Matyję i Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej – Grzegorza Mazura do zbycia udziałów w April Polska Medbroker Sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie po cenie nie niższej niż wartość nominalna tych udziałów.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Andrzej Matyja

**UCHWAŁA Nr 29/19/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 6 września 2019 r.
w sprawie rozwiązania umowy
z dnia 3 listopada 2015 r. oraz
umowy z dnia 21 maja 2018 r.,
zawartych z Waldemarem
Dobrzyńskim prowadzącym
działalność gospodarczą
pod firmą „Confido”
Waldemar Dobrzyński**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 23 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Zobowiązać Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzeja Matyję oraz Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej Grzegorza Mazura do rozwiązania umowy z dnia 3 listopada 2015 r. oraz umowy z dnia 21 maja 2018 r., zawartych z Waldemarem Dobrzyńskim prowadzącym działalność gospodarczą pod firmą „Confido” Waldemar Dobrzyński, z uwagi na nieusunięcie przez Wykonawcę, w terminie wyznaczonym mu pismem z dnia 2 lipca 2019 r., wad programu komputerowego tworzonego na podstawie tych umów.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Andrzej Matyja

**UCHWAŁA Nr 30/19/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 6 września 2019 r.
zmieniająca uchwałę w sprawie
przyznania stypendiów
Naczelnej Rady Lekarskiej**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 19 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965) w zw. z pkt. 12 załącznika nr 3 do Regulaminu przyznawania stypendiów Naczelnej Rady Lekarskiej stanowiącego załącznik nr 1 do uchwały nr 9/19/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 25 stycznia 2019 r. oraz w związku z omyłką Komisji Stypendialnej podczas tworzenia listy rankingowej stanowiącej załącznik do Uchwały nr 24/19/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 28 czerwca 2019 r. w sprawie przyznania stypendiów Naczelnej Rady Lekarskiej, uchwala się, co następuje:

§ 1.

W uchwale nr 24/19/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 28 czerwca 2019 r. w sprawie przyznania stypendiów Naczelnej Rady Lekarskiej wprowadza się następujące zmiany:

1) § 1 uchwały otrzymuje brzmienie: „Naczelna Rada Lekarska przyznaje Stypendia Naczelnej Rady Lekarskiej lekarzom wymienionym w załączniku do uchwały”;

2) załącznik do uchwały otrzymuje tytuł: „Lista lekarzy, którym przyznano Stypendium Naczelnej Rady Lekarskiej”;

3) w załączniku do uchwały uchyla się listę lekarzy dentyistów, którym przyznano Stypendium Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Andrzej Matyja

**STANOWISKO nr 14/19/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 6 września 2019 r.
w sprawie dobrych praktyk
dotyczących organizacji wydarzeń
edukacyjnych w ramach doskonalenia
zawodowego lekarzy i lekarzy
dentyistów**

Naczelna Rada Lekarska, mając na uwadze konieczność zapewnienia, aby doskonalenie zawodowe lekarzy i lekarzy dentyistów odbywało się w sposób obiektywny, oparty na wiedzy medycznej, wolny od jakichkolwiek wpływów wykraczających poza aktualny stan wiedzy medycznej, przyjmuje zbiór dobrych praktyk stanowiący załącznik do niniejszego stanowiska.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Andrzej Matyja

Zbiór dobrych praktyk dotyczących organizacji wydarzeń edukacyjnych w ramach doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów

I.

Program kształcenia, materiały edukacyjne i proces szkolenia powinny być wolne od wszelkich form stronniczości tzn.:

- 1) treść kształcenia zawarta w programie powinna być wolna od jakiegokolwiek wpływu ze strony sponsorów;
- 2) decyzje organizatorów szkolenia dotyczące wydarzeń edukacyjnych (kursów, konferencji, sympozjów, internetowych programów edukacyjnych) powinny być wolne od jakiegokolwiek wpływu ze strony sponsorów;
- 3) organizator szkolenia nie powinien przyjmować wsparcia sponsora, jeżeli z jego udzieleniem związane są jakieś warunki dotyczące programu kształcenia, wyboru tematów wykładów, wyboru treści poszczególnych sesji, tematów do dyskusji lub wyboru wykładowców.

II.

1. W przypadku, gdy sponsorem jest podmiot lub osoba związana z przemysłem farmaceutycznym lub medycznym, sponsor nie powinien być bezpośrednio zaangażowany w przygotowanie wydarzenia edukacyjnego. Organizator powinien zadbać, aby sponsor, ani jego przedstawiciel:

- 1) nie brali udziału w organizacji wydarzenia, w szczególności zapraszali uczestników szkolenia i wykładowców, prowadzili rejestrację uczestników, wydawali zaświadczenia (certyfikaty) o ukończeniu szkolenia;
 - 2) nie brali udziału w przygotowaniu programu naukowego (programu kształcenia); nie wchodzili w skład komitetu organizacyjnego lub komitetu naukowego; nie mieli wpływu na treści programu kształcenia, wybór wykładowców czy też wybór tematów;
 - 3) nie brali udziału w realizacji programu naukowego (w roli prezentera, prelegenta, wykładowcy lub prowadzącego jakiegokolwiek zajęcia edukacyjne).
2. Informacje dotyczące komercyjnych sympozjów satelitarnych podmiotów branżowych (tytuł, prelegenci, sesje, sponsorzy) powinny być prezentowane odrębnie od programu naukowego i materiałów szkoleniowych.
3. Informacje o sponsorach i ich produktach mogą być prezentowane wyłącznie oddzielnie od programu naukowego / programu kształcenia.

III.

1. Organizator powinien zadbać, aby wszystkie materiały edukacyjne, w tym program kształcenia, program kursu,

konferencji, sympozjum, internetowego programu edukacyjnego, były wolne od jakiegokolwiek formy reklamy i jakichkolwiek form stronniczości. Na programie kształcenia nie powinno znajdować się logo sponsora. Na programie kształcenia dopuszczalne jest umieszczenie jedynie logo organizatora kształcenia.

2. Organizator powinien zadbać, aby wydarzenie edukacyjne nie przewidywało:
 - 1) reklamowania produktu lub producenta produktu bezpośrednio związanego z jakimkolwiek materiałem edukacyjnym lub programem kształcenia;
 - 2) wykorzystania nazwy sponsora w tytule lub w treści programu naukowego, programu kształcenia, materiałów edukacyjnych, sesji naukowej lub wykładu naukowego;
 - 3) wyświetlania nazw marek lub logo poszczególnych podmiotów na przeźroczach (prezentacji), filmach wideo w czasie wykładów naukowych lub umieszczenia ich w programie naukowym, programie kształcenia jak również na stronach internetowych zawierających materiały szkoleniowe internetowego programu edukacyjnego.
3. Treści reklamowe, inne niż wskazane w ust. 2 pkt 1, muszą być wyraźnie oddzielone od naukowych i edukacyjnych elementów programu oraz oznaczone jako materiały reklamowe.
4. Niedozwolone jest prezentowanie w materiałach edukacyjnych nazw handlowych leków i wyrobów farmaceutycznych oraz nazw handlowych wyrobów medycznych.
5. Organizatorzy powinni wymagać od wszystkich wykładowców umieszczenia deklaracji konfliktu interesów w prezentacjach.

IV.

1. Nazwy wydarzeń edukacyjnych powinny być zgodne z ustawą z dnia 7 października 1999 r. o języku polskim (Dz.U. z 2019 r. poz. 1480). Nazwy obcojęzyczne są dopuszczalne, o ile jest to uzasadnione międzynarodowym charakterem wydarzenia edukacyjnego, udziałem zagranicznych gości czy wykładowców lub powszechnie stosowaną terminologią w danym obszarze kształcenia medycznego.
2. Nazwy nadawane poszczególnym formom kształcenia podyplomowego powinny być formułowane z użyciem naukowej terminologii i powinny odnosić się do tematu omawianego w programie kształcenia, aby na podstawie tytułu można było poznać przedmiot i zakres zdarzenia edukacyjnego. Rekomenduje się unikanie kolokwializmów przy ustalaniu nazw wydarzeń edukacyjnych.
3. Nazwa wydarzenia edukacyjnego i jego deklarowanego programu powinna

być zgodna z rzeczywistym przebiegiem i treścią tego wydarzenia.

4. Nazwy wydarzeń edukacyjnych nie mogą odwoływać się do metod profilaktyki, diagnozowania i leczenia uznawanych za nieskuteczne, bezwartościowe, czy szkodliwe, chyba że z nazwy wydarzenia jednoznacznie wynika, że celem szkolenia jest przedstawienie lekarzom i lekarzom dentystom rekomendacji do niestosowania tych metod.

**STANOWISKO Nr 15/19/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 6 września 2019 r.
w sprawie poselskiego projektu
ustawy o zmianie ustawy o prawach
pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta**

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, przekazany przy piśmie Pana Dariusza Salamończyka – Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 7 sierpnia 2019 r., znak: GMS-WP-173-199/19, przedstawia następujące uwagi do przedmiotowego projektu. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej kompensacja szkód doznanych w związku z udzielanym świadczeniem opieki zdrowotnej powinna następować w drodze rekompensat przyznawanych w ramach jednego, spójnego i wolnego od konieczności wskazywania winnych, systemu. Ciężar finansowy takiego systemu powinien spoczywać przede wszystkim na Państwie z dodatkowym wsparciem ze strony producentów produktów leczniczych.

System taki powinien obejmować szkody doznane w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych bez względu na rodzaj świadczenia zdrowotnego czy też formę organizacyjnoprawną podmiotu udzielającego tego świadczenia.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej zamiast tworzenia, obok istniejącego, niedoskonałego systemu rekompensat szkód będących następstwem zdarzeń medycznych w szpitalach, kolejnego systemu dedykowanego do ustalania rekompensat za szkody wynikające z powikłań poszczepiennych, potrzeba jest wypracowania nowego, systemowego rozwiązania tych kwestii. Systemowe rozwiązanie, oparte na jednej strukturze, jednolitych procedurach i przesłankach ustalania prawa do rekompensaty, zapewni lepszą koszt-efektywność takiego systemu, niż tworzenie kilku odrębnych systemów / instytucji, działających w oparciu o odmienne reguły oraz finansowanych w odmienny sposób. Z powyższych względów Naczelna Rada Lekarska negatywnie ocenia projekt ustawy.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

PWZ DLA LEKARZY SPOZA UE BEZ NOSTRYFIKACJI

Czy ten pomysł odejdzie do lamusa?

Projekt nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty zawiera przepisy umożliwiające pracę w Polsce [ograniczoną czasowo i co do miejsca] specjalistom spoza UE bez konieczności nostryfikowania dyplomu. Pomysł wywołał dyskusję. Czy kontrowersyjne zapisy ostatecznie zostaną zmienione?

TEKST LIDIA SULIKOWSKA, DZIENNIKARZ

W Polsce, aby móc wykonywać zawód lekarza / lekarza dentysty, trzeba posiadać prawo wykonywania zawodu. Wszyscy ci, którzy kształcili się poza granicami naszego kraju, aby otrzymać ten dokument, muszą spełnić określone wymogi – inne dla osób wykształconych w Unii Europejskiej, inne poza nią. Kwestie te reguluje obecnie obowiązująca ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Chodzi przede wszystkim o potwierdzenie kwalifikacji zawodowych.

WYMAGANA NOSTRYFIKACJA

– Jeśli chodzi o lekarzy z państw członkowskich UE, a także Islandii, Liechtensteinu, Szwajcarii i Norwegii, procedura jest stosunkowo prosta. Osoby, które ukończyły w tych państwach studia lekarskie lub lekarsko-dentystyczne, są objęte systemem automatycznego uznawania kwalifikacji. System ten jest określony w przepisach prawa unijnego i opiera się na tym, że ww. państwa ustaliły minimalne wymogi kształcenia, co daje gwarancję posiadania odpowiednich kwalifikacji zawodowych po ukończeniu w jednym z tych państw pełnego cyklu szkolenia. Oczywiście trzeba dodatkowo

spełnić wymogi związane ze znajomością jęz. polskiego, niekaralnością, odpowiednim stanem zdrowia – wyjaśnia Marek Szewczyński, radca prawny Naczelnej Izby Lekarskiej.

Natomiast osoby, które kształciły się poza UE, muszą wykazać swoje kwalifikacje zawodowe poprzez procedurę nostryfikacji dyplomu (porównanie programów kształcenia), którą przeprowadzają polskie uczelnie. – Często zdarza się, że występują różnice programowe, a wówczas trzeba złożyć egzamin nostryfikacyjny jako warunek uznania dyplomu za równoważny. Po nostryfikacji dyplomu, aby uzyskać PWZ, lekarz musi jeszcze, analogicznie jak absolwenci polskich uczelni, odbyć staż podyplomowy albo uzyskać uznanie stażu odbytego za granicą oraz złożyć egzamin LEK lub LDEK – tłumaczy mec. Szewczyński.

PROPOZYCJA SZYBSZEJ ŚCIEŻKI

Jak widać, jest to procedura czasochłonna. O uproszczonej ścieżce otrzymania PWZ dla lekarzy i stomatologów z dyplomem spoza UE mówiono już w połowie 2018 r., a przed kilkoma miesiącami pomysł ten zmaterializował się – w projekcie nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty opublikowanym 31 maja.

Zaproponowano uproszczenie procedury nostryfikacyjnej, która polegać miałaby na złożeniu jednolitego egzaminu w formie testu organizowanego przez Centrum Egzaminów Medycznych. Zdaniem samorządu lekarskiego tryb nostryfikacji polegający tylko na przeprowadzeniu egzaminu, do którego przystąpić mogłaby każda osoba, która uzyskała w państwie trzecim (tj. spoza UE) dyplom lekarza albo lekarza dentysty, jest nadmiernie uproszczony i niesie za sobą ryzyko uznawania dyplomów uzyskanych po odbyciu studiów niespełniających standardów kształcenia wymaganych w Polsce i w UE.

Jednak to nie te przepisy wywołały największe kontrowersje. W projekcie nowelizacji przewidziano dodatkowy, odrębny tryb dostępu do wykonywania zawodu dla lekarzy i stomatologów z dyplomem spoza UE, który nie wymaga uznawania kwalifikacji, czyli przechodzenia przez nostryfikację (art. 7 ust. 2a-2k), choć trzeba zaznaczyć, że ta droga ma prowadzić do uzyskania ograniczonych uprawnień do praktykowania w naszym kraju.

Przepisy przewidują, że lekarz, który wykaże się posiadaniem

“

Lekarz bądź lekarz dentysta, który uzyskałby takie ograniczone PWZ, musiałby nostryfikować dyplom w okresie 5 lat.

dyplomu oraz tytułu specjalisty i ma kilkuletnie doświadczenie zawodowe, będzie mógł uzyskać PWZ ograniczone czasowo (maksymalnie do 5 lat) i co do miejsca (tylko w podmiocie leczniczym, którego dyrektor zaprosił go do pracy). Przed podjęciem zatrudnienia taka osoba będzie musiała odbyć przeszkolenie praktyczne trwające nie dłużej niż 12 miesięcy, pod nadzorem opiekuna. Lekarz bądź lekarz dentysta, który uzyskałby takie ograniczone PWZ, musiałby nostryfikować dyplom w okresie 5 lat.

OBAWA O JAKOŚĆ

Miesiąc po opublikowaniu projektu, NRL w stanowisku z 28 czerwca

odniosła się krytycznie do proponowanego rozwiązania. Zwrócono uwagę na kilka kwestii. Po pierwsze, zdaniem NRL, projektowane przepisy nie wskazują jakichkolwiek kryteriów weryfikacji faktycznej wiedzy i umiejętności lekarzy, wprowadzając jedynie formalne wymogi okazania dyplomu lekarza i dyplomu lekarza specjalisty oraz zaświadczenia o trzyletnim doświadczeniu zawodowym jako specjalista w danej dziedzinie. „Częste zastrzeżenia budzi na przykład jakość kształcenia specjalizacyjnego w części państw nieunijnych, a projektowane przepisy w sposób bezkrytyczny nakazują akceptację każdego dokumentu, który będzie się określał jako dyplom specjalisty” – czytamy w stanowisku NRL. Samorząd lekarski mówi wprost, że zaproponowane rozwiązanie jest wbrew interesowi pacjentów i postuluje całkowite odstąpienie od takiego rozwiązania.

Pojawiają się też wątpliwości, czy te przepisy są zgodne z prawem UE. – Co prawda państwa członkowskie UE mają swobodę co do określania

Czy dyrektorzy podmiotów leczniczych chętnie zatrudniliby lekarzy specjalistów spoza UE w ramach uproszczonej procedury otrzymania zezwolenia na pracę? Zapytałam o to przedstawicieli szpitala w Suchej Beskidzkiej, który z powodu braków kadrowych musiał zamknąć oddział obserwacyjno-zakaźny. Uzyskałam odpowiedź twierdzącą. Na pytanie, czy widzą jakieś zagrożenia związane z tym rozwiązaniem, Monika Wróblewska-Polak, rzecznik Prasowy ZOZ w Suchej Beskidzkiej, odpowiedziała, że „obawy mogą dotyczyć poziomu kwalifikacji, gdyż powszechnie wiadomo, że system kształcenia lekarzy w Polsce i lekarzy ze wschodu jest różny”. Zaznaczyła jednak, że „obaw takich nie mieli nasi południowi sąsiedzi (Słowacja, Czechy, Węgry), którzy pozyskali i nadal skutecznie pozyskują lekarzy z Ukrainy, dla których stworzyli specjalne programy pomocowe, umożliwiające m.in. wyrównywanie różnic w kwalifikacjach zawodowych”.

trybu, w jakim uznają u siebie kwalifikacje lekarzy spoza UE, to jednak powinny zapewniać, że ten proces będzie pozwalał ustalić, że określone wymogi kształcenia zostały spełnione, np. okres studiów lekarskich musi wynosić co najmniej 5 lat i obejmować co najmniej 5 500 godzin nauczania. Proponowana uproszczona ścieżka nie daje możliwości takiej weryfikacji – zwraca uwagę mec. Szewczyński.

ŁATANIE DZIUR

Za opracowanie przepisów odpowiedzialne jest Ministerstwo Zdrowia. Dlaczego resort chciał takich zmian? W uzasadnieniu do projektu czytam, że wprowadzenie rozwiązań umożliwiających zatrudnienie w trybie uproszczonym lekarzy specjalistów cudzoziemców spoza UE to wyjście naprzeciw oczekiwaniom kierowników podmiotów leczniczych borykających się z brakiem kadry medycznej. Czytam także, że zaproponowane rozwiązanie jest podobne do tego stosowanego już w tym zakresie w Niemczech.

Czy projektowane zmiany upraszczające wymagania dla otrzymania zezwolenia na pracę dla lekarzy cudzoziemców spoza UE rodzą wątpliwości w zakresie odpowiedzialności zawodowej? A jeśli lekarz, który posiadać będzie ograniczone co do miejsca i czasu PWZ, popełni błąd w czasie wykonywania zawodu...?



GRZEGORZ WRONA

Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

Zgodnie z proponowanymi przepisami lekarz będzie mógł pracować tylko w konkretnej placówce medycznej, na zaproszenie dyrektora tego podmiotu, co jednak nie zwalnia go z odpowiedzialności za popełniane błędy. Aby otrzymać prawo wykonywania zawodu, nawet w ograniczonym zakresie, trzeba być członkiem właściwej okręgowej izby lekarskiej, a każdy członek OIL w pełni podlega odpowiedzialności zawodowej. Nie mam co do tego żadnych wątpliwości.

Chciałbym uczulić lekarzy cudzoziemców, aby przed podjęciem pracy zapoznali się z polskim prawem, także korporacyjnym. Brak wiedzy w zakresie obowiązującego prawa miejscowego to zresztą problem, który generalnie dotyczy lekarzy pracujących poza granicami własnego kraju. Często osoby te, wyjeżdżając do pracy do innego państwa, nie znają lokalnych realiów prawnych. Myślą, że są one identyczne jak w ich ojczyźnie, co często okazuje się nieprawdą. To rodzi czasem problemy, włącznie z ryzykiem pociągnięcia do odpowiedzialności za czyny, które ich zdaniem – są zgodne z prawem. Proces ten można zaobserwować, analizując sprawy zgłaszane w europejskim systemie wymiany informacji na rynku wewnętrznym (IMI). Nie mam natomiast wątpliwości, że wejście w życie zapowiadanej noweli postawi przed odpowiedzialnością zawodową wiele pytań, na które trzeba będzie znaleźć szybko odpowiedzi.

REKLAMA

BĘDZIE ZMIANA?

Na pytania skierowane do resortu zdrowia, dotyczące m.in. niezgodności zaproponowanych rozwiązań z prawem unijnym, a także obaw, czy w polskich placówkach medycznych zaczną leczyć lekarze bez faktycznie zweryfikowanych umiejętności, nie otrzymałam odpowiedzi. Sylwia Wądrzyk, dyrektor biura komunikacji w resorcie zdrowia, poinformowała natomiast, że po uwzględnieniu uwag zgłaszanych podczas konsultacji publicznych i międzyresortowych treść poszczególnych

przepisów uległa modyfikacjom, i że mogą one się zmieniać na kolejnych etapach prac nad projektem.

Czy to oznacza, że przepisy znacząco ułatwiające podjęcie pracy lekarzom specjalistom z dyplomem spoza UE jednak nie znajdą się w finalnej wersji projektu nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty? Z czego konkretnie dotyczą te modyfikacje, o których informuje MZ? Niestety, na to pytanie nie znamy jeszcze odpowiedzi.

Choć termin zgłaszania uwag do projektu nowelizacji w trybie

konsultacji publicznych upłynął 30 czerwca, to w momencie oddawania gazety do druku jeszcze ich nie opublikowano, podobnie nie ma odniesienia się wnioskodawcy (Ministerstwo Zdrowia) do zgłoszonych uwag. Z resortu zdrowia otrzymałam jedynie informację, że projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw może jeszcze zmieniać się na kolejnych etapach prac, dlatego przedstawienie szczegółowych rozwiązań będzie możliwie w późniejszym terminie. ■

KOMENTARZE



**DR HAB. N. MED.
DAMIAN CZYŻEWSKI**

**Prorektor
ds. Klinicznych SUM
w Katowicach**

Wobec niedoboru kadry lekarskiej w Polsce niezbędne staje się wypracowanie przepisów prawnych umożliwiających zatrudnianie personelu z zagranicy, w tym także spoza Unii Europejskiej. Jednocześnie rozwiązania takie nie mogą skutkować obniżeniem jakości kwalifikacji osób dopuszczanych do zawodu w naszym kraju, i tym samym obniżać poziom bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli RP.

Wskazać należy, że prace nad przepisami dot. nostryfikacji dyplomów lekarzy kształconych poza granicami Polski muszą uwzględniać fakt, że nauczanie w ww. zawodzie regulowane jest Dyrektywą 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych. Z tychże względów oczywistym jest, że jakakolwiek zmiana przepisów krajowych, zmierzająca do ułatwienia dopuszczenia lekarzy spoza UE do wykonywania zawodu w Polsce, musi brać pod uwagę warunki unijne, które należy spełnić, aby

uzyskać dyplom lekarza. Dotyczy to m.in. programu nauczania na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym, liczby godzin zajęć dydaktycznych, egzaminów zdawanych w warunkach polskich po zakończeniu studiów (LEK i LDEK). Polska jako członek Unii Europejskiej zobowiązana jest respektować wymogi uregulowań wydanych przez organy UE.

Niemniej jednak wobec niedostatecznej liczby lekarzy w Polsce należy wypracować takie regulacje, które nie będą stanowiły zawiłej i długotrwałej procedury administracyjnej, przy zachowaniu jednakże wysokich standardów w ocenie kompetencji zawodowych lekarzy ubiegających się o nostryfikację. Trzeba mieć bowiem świadomość, że osoba ta będzie udzielała szczególnych świadczeń w systemie ochrony zdrowia.

Niezalenie od konieczności ułatwienia dostępu do zawodu lekarzom spoza Polski, za konieczne uznaję przedsięwzięcie działań zmierzających do istotnego ograniczenia emigracji zarobkowej absolwentów zawodów medycznych. Mam tu na uwadze nie tylko wzrost płac, ale także zmianę obecnych warunków realizacji specjalizacji. Przy czym racjonalne planowanie kadr medycznych winno być procesem stałym, obejmującym określenie potrzeb personalnych nie tylko w wymiarze ilościowym, ale także jakościowym. ■

Niedobór lekarzy nie może uzasadniać przyjmowania przez Polskę rozwiązań, które mogą nieść ze sobą ryzyko dla pacjenta oraz różnicować jakość i bezpieczeństwo opieki. Procedury uproszczone są potrzebne. Powinny jednak opierać się na umowach międzynarodowych uznających, pod określonymi warunkami, standardy i zakres edukacji medycznej w danym państwie oraz formułującymi normy ewentualnej edukacji pomostowej. Jeśli ze względu na zróżnicowane standardy i praktyki wewnętrzne danego państwa, nie jest ono w stanie złożyć odpowiednich gwarancji o charakterze globalnym, umowa międzynarodowa powinna w takim wypadku określać procedury uznawania uprawnień wybranych uczelni

i uzupełniania nabytych na nich kompetencji. W każdym wypadku tak powstała procedura uproszczona nie może oznaczać ryzyka degradacji jakości opieki nad polskimi pacjentami oraz pogłębiania nierówności w zdrowiu.

Na marginesie dodam, że problemy szpitali należy w pierwszej kolejności rozwiązywać, kierując się potrzebami pacjentów, a nie infrastruktury, to znaczy kształtując kliniczny i organizacyjny ład sieci szpitali, inwestycji terytorialnych, zakresów świadczeń, zadań środowiskowych, wyceny procedur, współpracy z placówkami innych szczebli opieki, schematów opieki, kompetencji i substytucji zawodowej, aby wymienić tylko te najważniejsze. Poszukiwanie lekarzy z zagranicy to powinna być ostateczność, a nie systemowe rozwiązanie. ■



**ROBERT
MOŁDACH**

**Instytut Zdrowia
i Demokracji**

LEKARSKIE TOWARZYSTWA NAUKOWE

Jest lepiej, ale daleko nam do światowej czołówki

Z prof. Grażyną Rydzewską, prezes Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, rozmawia Lucyna Krysiak.

GL Z jakimi wyzwaniami mierzy się obecnie polska gastroenterologia?

Oczekiwania wobec gastroenterologii są nieadekwatne do możliwości. Przykładowo, w przypadku nieswoistych chorób zapalnych jelit (choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego – przyp. red.) dostępność do leczenia zgodnego ze światowymi standardami kuleje od lat. Wprawdzie choroby te zalicza się do niszowych, bo zachorowalność sięga 100 tys. pacjentów, a więc mówimy o grupie stosunkowo wąskiej, jednak dotyczą one osób młodych, wchodzących w życie i dzieci, a przebieg tych chorób jest dramatyczny. Postępem jest wprowadzenie na listę refundacyjną dwóch nowych leków, ale to nie wystarcza. Polskie Towarzystwo Gastroenterologii wraz z sejmową Komisją Praw Pacjenta i organizacją Eksperti dla Zdrowia opracowało model koordynowanej opieki nad pacjentami z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit, ale nie jest w stanie go przeforować. Nikt nie powiedział nie, ale też nikt nie podjął decyzji, by go wprowadzić.

GL Jak wyglądałaby taka skoordynowana opieka?

Obecnie chorzy z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit w sytuacji zaostrzeń, a są to bardzo poważne stany, trafiają do przypadkowych oddziałów szpitalnych, SOR-ów, poradni, gdzie nie bardzo wiadomo, co z nimi zrobić. Nasz model zakłada utworzenie 20-30 ośrodków w Polsce, które gwarantowałyby pacjentom odpowiednią diagnostykę, dostęp do badań klinicznych, wielospecjalistyczną opiekę – lekarzy, pielęgniarek, chirurga, dietetyka, psychologa. Towarzystwo określiło nawet wskaźniki kontrolowania i monitorowania takiej opieki, potrzeba tylko decyzji i pieniędzy na uruchomienie tego modelu. Z prowadzonego przez PTG-E rejestru takich chorych wynika, że 75 proc. z nich w momencie wpisania na listę ma mniej niż 35 lat, a jedna czwarta to są dzieci. Chodzi więc także o to, aby ci chorzy, wchodząc w dorosłość, nie zagubili się gdzieś po drodze w zawiłościach systemu.

GL Równie trudnym tematem są choroby wątroby i trzustki.

Specjalizujący się w tej dziedzinie prof. Marek Hartleb, wiceprezes PTG-E, wraz z zespołem przygotował projekt opieki nad pacjentem z marskością wątroby skierowany głównie do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, aby wiedzieli, jak się takimi chorymi opiekować, a także rekomendacje, jak postępować w niealkoholowym stłuszczeniu wątroby. Schorzenie to stało się cywilizacyjną plagą. Wiedza na ten temat jest mała zarówno wśród lekarzy, jak i pacjentów, którzy muszą wiedzieć, że otyłość, nadwaga, zespół metaboliczny to czynniki ryzyka stłuszczenia wątroby, które prowadzi do niewydolności tego narządu. Jeśli chodzi o trzustkę, to w leczeniu zarówno ostrego, jak i przewlekłego zapalenia tego narządu nie ma przełomu, ale dzięki postępom w metodach diagnostycznych jesteśmy w stanie wiele zmian wykryć wcześniej. Ogromną rolę spełnia endosonografia, która pozwala na diagnostykę guzów torbielowatych prowadzących wprost do raka trzustki. Natomiast wczesna diagnostyka raka trzustki jest wprawdzie niesłyszanie ważna, ale na razie, niestety, w niewielkim stopniu zmienia niepomyślne rokowanie.

“

Trzeba pamiętać, że infekcja *Helicobacter pylori* to poważny czynnik ryzyka raka żołądka. Bakteria ta została uznana przez WHO jako karcinogen I grupy.





❗ Powszechne stały się zakażenia bakterią *Helicobacter pylori*. Jaka jest skala problemu?

W przeszłości zakażenie dotyczyło 80 proc. Polaków. Obecnie, dzięki skutecznej eradykacji, jest znacznie mniej tych infekcji, ale też coraz trudniej poddają się leczeniu, ponieważ bakteria stała się oporna na wiele antybiotyków. Na przykład kiedyś wystarczył schemat: klarytromycyna, metronidazol, amoksycylina, dziś on nie wystarcza. Obecnie eradykacja odbywa się schematem 4-lekowym z bizmutem i tetracykliną. Trzeba pamiętać, że infekcja *Helicobacter pylori* to poważny czynnik ryzyka raka żołądka. Bakteria ta została uznana przez WHO jako karcinogen I grupy. W wytycznych, zarówno polskich, jak i europejskich, jest wyraźnie powiedziane, że każdy pacjent zakażony tą bakterią powinien być leczony. Leczenie infekcji *Helicobacter pylori* zdecydowanie zmieniło „krajobraz gastroenterologii.” Jest mniej zakażeń, mniej leczenia klasycznej choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy, za to narastają uszkodzenia polekowe, po niesteroidowych lekach przeciwzapalnych.

Prof. Grażyna Rydzewska:
- Tak naprawdę zarówno gastroscopia, jak i kolonoskopia powinny być wykonywane „od ręki”, ponieważ jest to ważny element walki z rakiem.

❗ Jest jeszcze choroba refluksowa i zespół jelita nadwrażliwego.

Ta pierwsza to dolegliwość, na którą cierpi kilkanaście procent społeczeństwa i wciąż stanowi problem, jeśli chodzi o prawidłowe leczenie. PTG-E wraz z Towarzystwem Medycyny Rodzinnej wydało rekomendacje dotyczące postępowania w chorobie refluksowej, licząc, że to pomoże poprawić sytuację. Problemem jest także leczenie zespołu jelita nadwrażliwego. Również w tej chorobie PTG-E opracowało rekomendacje dotyczące diagnostyki i postępowania. Dotychczas terapia tego zespołu polegała wyłącznie na leczeniu objawowym, teraz uczymy się także możliwości leczenia przyczynowego.

“

W Polsce mamy około 1000 gastroenterologów, ale zapotrzebowanie na pomoc lekarzy tej specjalności jest większe. Skupieni są oni w dużych miastach, w małych to specjalność deficytowa.

Duży nacisk kładzie się obecnie na rolę mikrobiomu, gdyż u 40-60 proc. chorych wykryto zaburzenia składu flory bakteryjnej jelita cienkiego. To nowe i obiecujące podejście do tej choroby.

❗ Jaki wpływ na stan układu pokarmowego ma żywienie?

Kluczowy. Obecnie kładzie się ogromny nacisk na żywienie naturalne. Zalewają nas produkty przetworzone, nafaszerowane polepszaczami smaku, konserwantami, barwnikami, składnikami przedłużającymi przydatność do spożycia, a jest coraz więcej dowodów na to, że wzrastająca liczba chorób układu pokarmowego o podłożu autoimmunologicznym, czyli nieswoiste zapalenia jelit, wątroby, trzustki, właśnie z tym się wiąże.

❗ Jaka jest dostępność do badań endoskopowych i leczenia?

Niezadowolająca. W Polsce, paradoksalnie, szybciej można uzyskać badanie rezonansem magnetycznym i tomografem komputerowym niż badanie endoskopowe, które jest podstawą w diagnostyce chorób układu pokarmowego i należy je traktować jako pierwszy etap na tej drodze. Endoscopia jest tańsza niż RM i TK, ale kontrakty na usługi ambulatoryjne w tym zakresie są niskie, dlatego kolejki są długie i pacjenci wielokrotnie muszą się kłaść do szpitala, aby zrobić diagnostykę. Tak naprawdę zarówno gastroscopia, jak i kolonoskopia powinny być wykonywane „od ręki”, ponieważ jest to ważny element walki z rakiem, w tym jelita grubego, który dominuje wśród nowotworów. Prof. Jarosław Reguła, konsultant krajowy w dziedzinie gastroenterologii i wiceprezes PTG-E, współtwórca programu Ministerstwa Zdrowia dotyczącego profilaktyki walki z rakiem jelita grubego, także dostrzega, że słabym punktem naszej ochrony zdrowia jest dostępność do rutynowych badań endoskopowych. Podobnie jest z dostępem do enteroskopii dwubalonowej czy endosonografii, która jest ważnym badaniem w chorobach trzustki.

❗ Co ma świat, czego my nie mamy, jeśli chodzi o gastroenterologię?

Właśnie lepszą dostępność do diagnostyki i nowoczesnego leczenia, ale powoli nadążamy za światem. Poprzez kongresy, sympozja, konferencje mamy kontakt z najnowszymi metodami diagnozowania i leczenia, jednak wciąż daleko nam do światowej czołówki.

❗ Nad czym obecnie pracuje towarzystwo?

Miedzy innymi nad projektem interaktywnej mikroedukacji pacjenta. Na bazie rejestru pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit opracowaliśmy pięciominutowe wykłady, które będą na żądanie przesyłane pacjentom na smartfony. To edukacja celowana. Jeśli pacjent i tak szuka informacji u „doktora Google”, lepiej byłoby, aby informacje na tematy, które go interesują, otrzymał od specjalistów. ■



LIDIA
SULIKOWSKA

dziennikarz

REPORTAŻ

... i po bólu?

Nadal bywa chowany pod szpitalne łóżka i w kąty gabinetów lekarskich. Spychany na dalszy plan, bo na celowniku jest walka z „główną” chorobą. Czy lekarze opiekujący się dziećmi w dostateczny sposób dostrzegają problem bólu? Czy potrafią skutecznie pomagać?



Odwiedzam Klinikę Anestezjologii i Intensywnej Terapii Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” (IPCZD), jeden z największych ośrodków anestezjologii i intensywnej terapii dzieci w Polsce. Chcę porozmawiać z zespołem o jego doświadczeniach związanych z leczeniem bólu u pacjentów pediatrycznych.

NIEMOŻLIWE, ŻE BOLI

Podstawowe pytanie: jak wygląda w Polsce leczenie bólu u dzieci? – Wydaje mi się, że w dalszym ciągu jest wiele problemów wymagających rozwiązania – mówi prof. Andrzej Piotrowski, kierownik kliniki. I jednym z nich wymienia szereg niedomagań,

zarówno jeśli chodzi o leczenie bólu pooperacyjnego i przewlekłego, jak i tego, który występuje przy wykonywaniu drobnych zabiegów czy w czasie transportu karetką.

– Pracownicy części szpitali mają wiedzę i narzędzia, jak postępować, i stosują procedury zapewniające terapię bez bólu, są jednak i takie placówki, gdzie problem bólu jest marginalizowany. W wielu z nich bezpośrednią opiekę pooperacyjną nad dzieckiem sprawują lekarze i pielęgniarki oddziałów zabiegowych, działający wedle utartych schematów działania, jeśli chodzi o walkę z bólem. Ich wiedza jest czasem niewystarczająca i wówczas potrzebna jest pomoc osób,

które specjalizują się w tej materii, a tych często brakuje – zwraca uwagę prof. Piotrowski. W IPCZD działa zespół leczenia bólu składający się z pielęgniarzy anestezjologicznych i anestezjologów. Codziennie jeden z pielęgniarzy robi obchód po całym szpitalu, wchodzi na każdy oddział i pyta lekarzy oraz pielęgniarki, czy jest u nich dziecko, u którego potrzebne jest wsparcie w opanowaniu bólu. Jeśli tak, umawiana jest konsultacja z anestezjologiem. Ponadto lekarze mają obowiązek wezwania tego zespołu, jeśli u pacjenta ból przekracza określoną wartość na skali. Taki zespół to jednak raczej luksus niż codzienność polskich szpitali.

NIE PODAM, BO MOGĘ ZASZKODZIĆ

Zdaniem mojego rozmówcy, w dalszym ciągu istnieje obawa przed podawaniem opioidów, ze względu na ryzyko wystąpienia depresji oddechowej. – Poza tym personel pyta pacjenta, czy boli, a jeśli uzyskuje odpowiedź twierdzącą, to i tak nic z tym się nie robi. Bo przecież godzinę temu podano lek. To niewłaściwe podejście. Podstawą leczenia bólu jest brak dawek maksymalnych i podawanie leków w regularnych odstępach czasowych, a nie na żądanie. Jeśli boli, to znaczy, że zaaplikowano zbyt małą dawkę i za późno – wyjaśnia prof. Piotrowski. Światowa Organizacja Zdrowia już w 2012 r. wprowadziła m.in. to zalecenie, a także i to, aby stosować dwustopniową drabinę analgetyczną (u dzieci już ból umiarkowany powinien być leczony opioidami). Zalecenia mówią także, żeby podawać leki w sposób najmniej stresujący nieletniego pacjenta. – Trzeba mieć na uwadze nie tylko to, co się podaje, ale też, jaką drogą. Mamy szeroką gamę leków, które można podać doustnie zamiast domięśniowo czy dożylnie – przypomina prof. Piotrowski.

Dodaje, że problemem jest też opieka nad pacjentami, z którymi nie ma kontaktu, leczonymi w oddziałach intensywnej terapii. – Personel czasem nie potrafi właściwie ocenić, czy chorego coś boli. A przecież mamy metody oceny bólu nawet u osób zwiotczonych. Następny problem jest taki, że nie radzimy sobie z uśmierzaniem bólu, który występuje przy wykonywaniu drobnych zabiegów, takich jak np. nakłucia, usuwanie drenów czy szwów. W przypadku niemowląt (do 3. mies. ż.) świetnie sprawdza się podanie 25-30 proc. glukozy na język przy wykonywaniu drobnych, aczkolwiek bolesnych procedur. Ból nie



Porozumienie się z dzieckiem, walka z jego lękami jest możliwa tylko wtedy, gdy będziemy rozumieć, dlaczego dziecko się boi.

jest skutecznie eliminowany także w karetkach transportujących dzieci, np. w przypadku oparzeń. Najbardziej bolesne są te powierzchowne, a nie raz zdarza się, że dziecko dostaje pół tabletki metamizolu, podczas gdy na świecie powszechnie praktykuje się podawanie morfiny albo chociaż ketaminy. Inna sprawa, że na wyposażeniu karetek nie ma ketaminy, czego zupełnie nie pojmuję – konkluduje prof. Piotrowski.

TRZY NA CAŁY KRAJ

Kolejny temat to ból przetrwały pooperacyjny i ból przewlekły, z którego opanowaniem trudno sobie poradzić. Wówczas warto skierować dziecko do poradni leczenia bólu. Niestety, w Polsce mamy wiele poradni tego typu, ale dla dorosłych. Tych dedykowanych dzieciom jest jak na lekarstwo. Na oficjalnej stronie NFZ informującej o terminach leczenia (<https://terminyleczenia.nfz.gov.pl>) w rubryce „Poradnia leczenia bólu” pojawia się pokaźna liczba świadczeniodawców. Jednak po zaznaczeniu opcji „Poradnia leczenia bólu dla dzieci” pojawiają się tylko trzy placówki – dwie w Katowicach i jedna w Warszawie. Właśnie w IPCZD.

Poradnia działa tu od maja. Już dawno myślano o jej utworzeniu, ale barierą były braki kadrowe. Na szczęście udało się te trudności pokonać. Utworzenia poradni podjęła się dr Anna Szumowska, anestezjolog od 20 lat związana z warszawskim Centrum Zdrowia Dziecka. Ona także potwierdza, że w kraju jest sporo

do zrobienia w zakresie walki z bólem zarówno u pacjentów dorosłych, jak i dzieci. Podkreśla, że podstawowe zadanie to zwiększanie świadomości wśród personelu medycznego. – Zadbanie o to, by chorego nie bolało, powinno być jednym z nadrzędnych celów. Oczywiście najważniejsze jest wyleczenie, ale równie istotne jest, by ten proces przebiegał bez bólu. Uważam, że najlepiej na tym polu radzą sobie onkolodzy dziecięcy – stwierdza dr Szumowska.

Dlaczego jest tak niewiele poradni leczenia bólu dla dzieci? – Myślę, że mamy niewielu specjalistów zajmujących się tym tematem – odpowiada dr Szumowska. W poradni, którą kieruje, pracuje kilku anestezjologów, trzech pielęgniarzy, a także psycholog i fizjoterapeuta. – Lekarz kieruje dzieci do mnie na konsultację, jeśli zaistnieje taka potrzeba. Zapewniamy im terapię w oddziale rehabilitacji CZD, a jeśli są z innego regionu Polski, to rozpisujemy plan, który mogą realizować u siebie – tłumaczy fizjoterapeuta Wanda Drożdż.

Kto trafia do poradni? – Obecnie mamy sporo pacjentów z przetrwałym bólem pooperacyjnym, wypisanych z oddziałów CZD i skierowanych do nas na kontynuację. Są też pacjenci onkologiczni, a także wymagający rehabilitacji. Mamy również kilkunastu dzieci z zespołem Sudecka (CRPS). Działamy jeszcze bardzo krótko i brakuje wiedzy wśród lekarzy, że jest taki ośrodek i można do niego kierować pacjentów z trudnym do opanowania bólem. Zapraszamy do kontaktu także lekarzy, którzy chcą się skonsultować



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

Ogromnie dziękuję za datki, które napływają do nas z całej Polski: Gdańska, Miedzianej Góry, Warszawy, Nowego Sącza, Legnicy, Mielca, Czarnkowa, Kluczborka, Tarnowa.

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

Mariusz Janikowski, prezes Zarządu Fundacji Lekarze Lekarzom



O POSTĘPACH W KARDIOLOGII I ONKOLOGII

12 października w Częstochowie organizowana jest Międzynarodowa Konferencja Naukowa Towarzystwa Lekarskiego Częstochowskiego i OIL w Częstochowie „Postępy w kardiologii i onkologii”. „Gazeta Lekarska” objęła patronatem medialnym to wydarzenie. W programie znalazło się wiele wykładów. W czasie spotkania zostaną także wręczone Honorowe Statuetki Biegańskiego – najwyższe odznaczenie TLC. ■

KONTROWERSJE W OKULISTYCE

Katedra i Klinika Okulistyki Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu zaprasza do udziału w IX Międzynarodowej Konferencji „Okulistyka – kontrowersje”. Wydarzenie odbędzie się dniach 24-26 października w Hali Stulecia. „Gazeta Lekarska” objęła patronatem medialnym to wydarzenie. Spotkanie będzie miało formułę debat dotyczących najbardziej kontrowersyjnych tematów współczesnej okulistyki. Konferencja organizowana jest cyklicznie. Uczestniczy w niej ponad 1000 okulistów. ■

SPOTKANIE TRANSPLANTOLOGÓW W ZAKOPANEM

Zbliża się 14. edycja Kongresu Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego. Wydarzenie odbędzie się w dniach 17-19 października w stolicy Tatr. Kongres organizowany jest co dwa lata i gromadzi średnio ponad 700 uczestników – w tym wielu zagranicznych gości. To najstarsze tego typu wydarzenie odbywające się w Polsce. „Gazeta Lekarska” objęła je patronatem medialnym. ■

O BORELIOZIE W DŻWIRZYNIE

W dniach 10-11 października w Dżwirzynie odbędzie się „Ogólnopolska konferencja boreliozywa”. Podczas spotkania omówione zostaną istotne aspekty kliniczne i diagnostyczne boreliozy oraz innych chorób wektorowych występujących w Polsce. „Gazeta Lekarska” objęła patronatem medialnym to wydarzenie. ■

co do wyboru najlepszej terapii. To, czy leczenie będzie skuteczne, zależy od wielu czynników, m.in. umiejętności rotowania leków czy użycia analgezji regionalnej, np. stosowania blokad nerwów obwodowych i spłotów. Najważniejsze, aby zdiagnozować, co jest przyczyną bólu i dopiero na tej podstawie zaproponować właściwy lek, czy to przeciwzapalny, czy opioid, a nawet leki przeciwpadaczkowe czy przeciwdepresyjne – jak w przypadku bólów neuropatycznych – podkreśla dr Anna Szumowska.

WIDZIEĆ OCZAMI DZIECKA

Jak się współpracuje z małymi pacjentami? – pytam Rafała Mazura, pielęgniara anestezjologicznego zarówno poradni, jak i zespołu leczenia bólu. – Super, o wiele lepiej niż z dorosłymi. Bo dzieci są szczerze, oczywiście o ile



Podstawowe pytanie: jak wygląda w Polsce leczenie bólu u dzieci?

potrafimy z nimi rozmawiać i umiemy ich wysłuchać. Wiele osób boi się pracy z pacjentem pediatrycznym. Taki pacjent wydaje się im bardziej wymagający i poniekąd tak jest, ale jeśli się nauczymy pracować z dziećmi, to zostanie to wynagrodzone po trzykroć – odpowiada pielęgniarka. Podkreśla też olbrzymią rolę rodziców w procesie terapeutycznym. Szerzej tę kwestię przybliży mi psycholog poradni leczenia bólu dla dzieci IPCZD, Justyna Korzeniewska.

– Rodzice, podobnie jak wszyscy członkowie zespołu leczącego, swoją postawą mogą dać dziecku poczucie bezpieczeństwa. To ważne, bo niepokój i lęk wzmacniają odczucia bólowe. Zależność jest bardzo prosta. W stresie, lęku, złości napinamy mięśnie i przyspieszamy oddech, a to zawsze zwiększa dyskomfort i nasila ból. Działania przeciwnie, takie jak odpowiednia

pozycja, rozluźnienie, relaksacja, spokojny oddech, łagodzą ból i wzmacniają działanie środków przeciwbólowych. Dzieci szybko orientują się, w jakiej sytuacji się znajdują, przyjemnej czy groźnej. To duże wyzwanie dla mamy i taty, aby zachować spokój i jeszcze zaszczepić go dziecku. Zadanie trudne, ale niezbędne, a w jego dobrym wykonaniu może pomóc psycholog – tłumaczy. Dodaje, że wdrożenie zaleceń psychofizycznych, które pomagają w łagodzeniu bólu, wymaga dłuższego treningu. Maluch nie rozumie poleceń „nabierz dużo powietrza”, „oddychaj równo”, „wydłuż wydech”, „rozluźnij kończynę” itp. Za to świetnie poradzi sobie z tym, jeśli może wydmuchiwać bańki mydlane czy dmuchać z całej siły w gwizdek.

Porozumienie się z dzieckiem, walka z jego lękami jest możliwa tylko wtedy, gdy będziemy rozumieć, dlaczego dziecko się boi. Jak podkreśla Justyna Korzeniewska, psycholog pomaga uchwycić jego sposób rozumowania. – Na przykład dziecko cierpi z powodu uporczywego bólu głowy, a pielęgniarka kłuje je w rękę, w celu założenia wenflonu i dożylnego podania leku. Maluch nie rozumie, dlaczego personel zajmuje się jego ręką, i po co zadaje mu dodatkowy ból. W przypadku małych pacjentów wiele leków wynika właśnie z braku możliwości zrozumienia tego, co dzieje się w ich ciele i zasadności postępowania medycznego – podkreśla Justyna Korzeniewska.

O tym, że z bólem trzeba walczyć, mówi się w Polsce coraz więcej. Problematyka skutecznego leczenia bólu była przedmiotem wielu wystąpień Rzecznika Praw Obywatelskich, Rzecznika Praw Pacjenta oraz interpelacji poselskich. 11 maja 2017 r. weszła w życie ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw. W art. 20a tego aktu prawnego zapisano, że pacjent ma prawo do leczenia bólu, a podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany podejmować działania polegające na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia. ■

POLACY NA ARENIE MIĘDZYNARODOWEJ

EFMA: krótszy czas pracy kontra wypalenie zawodowe

Dr

Anna Lis-Święty i dr Michał Matuszewski z Ośrodka Współpracy Zagranicznej Naczelnej Rady Lekarskiej uczestniczyli w Europejskim Forum Stowarzyszeń Medycznych (EFMA) w Czarnogórze, gdzie dyskutowano m.in. o warunkach pracy w ochronie zdrowia w kontekście wypalenia zawodowego wśród lekarzy.

Okazuje się, że problem dotyczy nie tylko Polski, ale też Wielkiej Brytanii, Holandii, Niemiec i innych krajów europejskich, w których nakłady na ochronę zdrowia są znacznie wyższe niż u nas, co przekłada się na wyższe wynagrodzenia i lepsze warunki pracy. – Dowiedzieliśmy się nie tylko, jakie zagrożenia dla lekarza i pacjenta niesie wypalenie zawodowe, ale też, że jest to problem globalny (poznaliśmy statystyki) i jak różne kraje sobie z nim radzą – tłumaczy Michał Matuszewski i dodaje, że na jednym z wykresów porównano pensje polskich specjalistów w stosunku do średnich wynagrodzeń w państwach Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD). Polska znalazła się na ostatnim miejscu, nawet za Łotwą i Litwą, mimo że – jak wynikało z rozmów kuliarnych – polscy specjaliści są w Europie bardzo wysoko oceniani.

Europa problem wypalenia zawodowego wśród lekarzy traktuje poważnie. Aby walczyć z tym



zjawiskiem, np. w Holandii preferuje się pracę w niepełnym wymiarze godzin. 40 proc. holenderskich młodych medyków już pracuje w takim systemie, a Wielka Brytania planuje rozszerzyć liczbę specjalizacji, w których będzie to możliwe (do tej pory projekt dotyczył lekarzy specjalizujących się w medycynie ratunkowej). Z ankiety przeprowadzonej przez brytyjski resort zdrowia wynika, że prawie 75 proc. badanych wskazuje intensywność swojej pracy jako dużą lub bardzo dużą. Michał Matuszewski uważa, że warto przyjrzeć się pomysłom przeciwdziałającym wypaleniu zawodowemu, zwłaszcza że według danych opublikowanych w *Annals of Internal Medicine* objawy wypalenia zawodowego dotyczą lekarzy prawie dwukrotnie częściej niż pracowników innych branż. ■

Sukces lekarzy na DDW

Pracę naukową przygotowaną przez Barbarę Włodarczyk oraz zespół Kliniki Chorób Przewodu Pokarmowego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (w składzie: dr Anna Borkowska, dr Przemysław Włodarczyk, prof. Ewa Małecka-Panas, dr Anita Gąsiorowska) wyróżniono tytułem „Poster of Distinction” i zaprezentowano na światowej konferencji Digestive Disease Week 2019 w San Diego, USA. Streszczenie uznano za jedno z 10 proc. najlepszych prac spośród wybranych do prezentacji w sesji

plakatowej. Lekarzom z Łodzi już po raz kolejny przyznano tę nagrodę.

Digestive Disease Week (DDW) jest wiodącym na świecie forum edukacyjnym dla naukowców, klinicystów, badaczy, studentów i stażystów pracujących w gastroenterologii, hepatologii, endoskopii przewodu pokarmowego, chirurgii przewodu pokarmowego i pokrewnych dziedzinach.

W pracy zaprezentowano badanie, które dotyczy problemu wczesnej diagnostyki raka trzustki. Klinika Chorób Przewodu Pokarmowego UM w Łodzi uczestniczy w wielu

projektach międzynarodowych zajmujących się uwarunkowaniami genetycznymi chorób tego narządu, m.in. „PANDORA” i „GRAP” – Genetic Risk Contribution to Alcoholic Chronic Pancreatitis), a prof. Ewa Małecka-Panas jako członek Komitetu Zarządzającego Akcji Unii Europejskiej COST BM1204 została zaproszona do ich realizacji. Projekty te mają na celu zwrócenie uwagi zarządzających ochroną zdrowia w UE na złe wyniki leczenia raka trzustki, koordynowanie i prowadzenie badań naukowych w tej dziedzinie. ■



MARTA
JAKUBIAK

redaktor naczelna „GL”

REKONSTRUKCJA DRÓG CHŁONNYCH

Mniej niż milimetr

Rozmowa z dr. n med. **Danielem Maliszewskim** z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Janusza Korczaka w Słupsku i Oddziału Chirurgii Onkologicznej Szpitala Specjalistycznego w Kościerzynie, chirurgiem onkologicznym i chirurgiem piersi, specjalizującym się w technice mikrochirurgicznej. W Polsce jest on pionierem metody rekonstrukcji dróg chłonnych stosowanej przez prof. Takumi Yamamoto z Japonii.



GL Na czym polega istota tej metody?

To procedury supermikrochirurgiczne. Chirurg operuje na naczyniach poniżej 1 milimetra. U pierwszych operowanych tą metodą pacjentów, by umożliwić odpływ chłonki, wykonaliśmy tzw. anastomozy, czyli zespolenia pomiędzy naczyniami limfatycznymi a układem żylnym. Przeszczepiliśmy też tam, gdzie występował problem, węzły chłonne pobrane z podbródka lub pachwinowe powierzchowne.

GL Jakie problemy mieli operowani pacjenci?

Pierwszą pacjentką była 19-letnia dziewczyna, która w dzieciństwie chorowała na nowotwór. Gdy miała dwa lata, usunięto jej wszystkie węzły chłonne w obrębie jamy brzusznej. Konsekwencją tego leczenia był nawracający obrzęk chłonny kończyn dolnych, który sprawiał, że miała problemy z chodzeniem. Drugą operowaną osobą była 42-letnia kobieta z obrzękiem nogi, chorująca w przeszłości na raka jajnika, a trzecią 53-latką z obrzękiem limfatycznym ręki, po usunięciu raka piersi i radioterapii.

GL Od kiedy wykonuje się rekonstrukcje dróg chłonnych?

Na świecie robiono je już w latach 80. XX w. Nie jest to co prawda zabieg bardzo szeroko przeprowadzany, ze

względu na niezbędne wymagania sprzętowe i techniczne. W Japonii rocznie wykonuje się już 600-700 takich operacji, a w Stanach Zjednoczonych nawet kilka tysięcy. W Polsce jesteśmy drugim ośrodkiem wykonującym zabiegi na układzie chłonnym. W Słupskim szpitalu od marca tego roku robimy rekonstrukcje dróg chłonnych związanych z obrzękami po leczeniu właściwie wszystkich nowotworów, a także po urazach i w przypadku tych o nieustalonym pochodzeniu.

GL Ilu pacjentów już zoperowaliście?

Dwunastu. Efekty są znakomite. Obrzęki udało się zredukować nawet w osiemdziesięciu procentach. Następnie chorzy już czekają na operację. Kolejka liczy obecnie ponad sto osób z całej Polski.

GL Kiedy podejmuje się decyzję o leczeniu chirurgicznym?

Podstawą leczenia obrzęku limfatycznego jest terapia zachowawcza. Najczęściej jest to kompresoterapia i drenaż limfatyczny. Stosuje się też zabiegi i ćwiczenia zmniejszające obrzęk. Pacjent może wykonywać je sam lub we współpracy z rehabilitantem i fizjoterapeutą. Chirurgia pojawia się wówczas, gdy w leczeniu zachowawczym dochodzimy do ściany. Kiedy nie przynosi ono efektów.

GL Jak przebiega operacja?

Najpierw wykonujemy limfografię, która pozwala ocenić aktualny stan układu chłonnego. Przy użyciu zieleni indocyjaninowej wizualizujemy, którędy drogi chłonne przebiegają, gdzie są drożne, a gdzie przepływu nie ma. Oceny stopnia ich uszkodzenia dokonujemy, wykorzystując skalę japońską. Kiedy mamy już pełen obraz, robimy cięcia w miejscach, gdzie jest problem z odpływem chłonki, i łączymy je z naczyniami żylnymi. Dzięki takiemu zespoleniu chłonka odpływa do układu żylnego. Sam mechanizm jest bardzo prosty, wyzwaniem jest połączenie tak małych naczyń. Ich średnica sięga 0,3-0,2 milimetra.



📌 Jak duży zespół potrzebny jest do przeprowadzenia operacji?

Około 4-5 osób. Staramy się, żeby zawsze było dwóch operatorów, którzy pracują jednocześnie, w dwóch różnych miejscach, pod dwoma mikroskopami. Taki sposób pracy znacznie skraca czas zabiegu.

📌 Jak długo trwa operacja?

Od dwóch do ośmiu godzin.

📌 Jakie jest ryzyko powikłań?

W przypadku anastomoz limfatycznych ryzyko właściwie nie istnieje. Pacjent wychodzi do domu następnego dnia po operacji. W przypadku transferu węzłów chłonnych i odtwarzania ich właściwie od zera, ryzyko jest na poziomie 1-2 proc. – może pojawić się obrzęk chłonny w miejscach, gdzie węzły zostały pobrane. Innego ryzyka nie ma.

📌 Czy coś dyskwalifikuje pacjentów do operacji?

Aktywna choroba nowotworowa. Pacjent musi być wyleczony onkologicznie.

📌 Jak duża jest skala problemu, ile osób powinno być poddanych takiej rekonstrukcji?

W mojej ocenie jest to około 100 tys. osób w Polsce. Wystarczy policzyć. Każdego roku mamy ponad 18 tys. nowotworów piersi. Praktycznie u każdej kobiety, u której usunięte zostały węzły chłonne, rośnie od 7 do 40 proc. ryzyko obrzęku. Zwiększa się ono także w przypadku naświetlań. Wystarczy, że jedna dziesiąta pacjentek onkologicznych poddanych leczeniu będzie miała taki problem, to już mamy 1800 osób. A patrząc na lata minione, kiedy zabiegi chirurgiczne były dużo bardziej inwazyjne, liczba potencjalnych pacjentek się zwiększa. Są przecież jeszcze nowotwory jajnika, szyjki macicy, układu chłonnego, gruczołu krokowego, czerniaki, uszkodzenia dróg chłonnych podczas zabiegów operacyjnych i diagnostycznych, obrzęki pierwotne. To olbrzymia grupa chorych.

Ośrodki, które wykonują obecnie takie rekonstrukcje, nie są w stanie zaspokoić potrzeb. Lekarze chcą się uczyć leczenia w taki sposób i wykonywać zabiegi, ale same umiejętności nie wystarczą. Potrzebny jest specjalistyczny sprzęt, czyli co najmniej jeden mikroskop, bo operujemy w 15-20-krotnym powiększeniu, aparat do limfografii. To milionowe nakłady.

Polscy i japońscy lekarze wykonali wspólnie wolne przeszczepy węzłów chłonnych (LNT) oraz anastomozy limfatyczno-żylnych (LVA).

Przy tak niewydolnym systemie, jaki mamy w Polsce, szanse, że będzie więcej ośrodków rekonstruujących drogi chłonne, są niewielkie.

📌 Co sprawiło, że zajął się pan takimi rekonstrukcjami?

Ponieważ to ostatni etap w leczeniu raka piersi. Najpierw było leczenie oszczędzające, potem pojawiły się pacjentki wymagające amputacji z rekonstrukcją. Były powikłania i płaty, które trzeba było zastosować. Doszliśmy do etapu, w którym potrafiliśmy pięknie zoperować i odtworzyć pierś, ale nie byliśmy w stanie odtworzyć układu chłonnego. Sięgnęliśmy więc dalej – po rekonstrukcję dróg chłonnych. W ten sposób doszliśmy do mikrochirurgii.

📌 Dlaczego w Słupsku?

Od 2015 r. to jeden z ważniejszych ośrodków na mapie Polski, jeśli chodzi o leczenie raka piersi. Odsetek rekonstrukcji jednoczasowych jest tu bardzo wysoki, teraz pojawiła się mikrochirurgia. Jest sprzęt i otwartość na innowacje kadry zarządzającej. Myślę, że w leczeniu raka piersi robimy wszystko to, co robią lekarze w najlepszych ośrodkach na świecie.

📌 Kolejnym krokiem będzie...

Rekonstruowanie dróg chłonnych to przykład wchodzenia w bardzo finezyjną chirurgię. To przyszłość medycyny. Supermikrochirurgia, operująca na naczyniach poniżej jednego milimetra, daje ogromne możliwości do wykorzystania w leczeniu wielu innych jednostek chorobowych. Z sukcesem wykorzystuje się ten potencjał w Stanach Zjednoczonych, Japonii czy Korei.

My też staramy się wykorzystać możliwość podejmowania interwencji na tak małych naczyniach. Już teraz z kolegami ortopedami robimy zabiegi w obrębie kończyn dolnych, u pacjentów zagrożonych ich utratą. Wykonujemy rekonstrukcje ubytków pourazowych struktur żylnych, kostnych czy mięśni. W planach mamy też rekonstrukcje w obrębie tułowia. Z czasem nasze działanie będziemy rozszerzać na inne obszary. Staramy się cementować to, co już udało nam się wytworzyć, lecząc też coraz więcej jednostek chorobowych wymagających rekonstrukcji. Na razie moim konikiem pozostają naprawki, poprawki i rekonstrukcje związane z leczeniem piersi. ■

BADANIE PRZEDMIOTOWE

Powrót Grzesia

Czy pamiętacie wiersz Juliana Tuwima o „Grzesiu kłamczuchu i jego cioci”? Tak, ten o chłopczyku poproszonym o wrzucenie do skrzynki pocztowej listu do wuja Leona.



JOANNA SOKOŁOWSKA

pediatra, felietonista

Dopiero niedawno zdałam sobie sprawę z tego, że negatywnym bohaterem tego dziełka literatury dla dzieci nie jest wcale Grzesiu, z desperacją starający się zasłużyć na pochwałę kuzynki. Przecież to tylko pacholę, ufnie patrzące na świat i z ciekawością odkrywające jego zawiłości!

Prawdziwym szwarccharakterem jest tu demoniczna, pozbawiona skrupułów ciotka, manipulująca dzieciakiem, sprowadzająca go swymi pytaniami na haniebną ścieżkę kłamstwa – drogę, która nieuchronnie wiedzie w jednym kierunku. Dokąd? O tym później.

A że Grześ do mataczenia przejawiał szczególny talent, to już inna sprawa...

Podobno kłamstwo jest zjawiskiem powszechnym. Wszyscy

oszukujemy i jesteśmy oszukiwani na potęgę. I nie chodzi tu o zwykłe mówienie nieprawdy. Bo kłamstwo – zgodnie z jedną z jego definicji – to „intencjonalne wprowadzenie w błąd drugiej osoby, bez uprzedzenia jej o zamiarze takiego zachowania”. Ważny jest również element osiągnięcia korzyści odniesionych przez oszusta. Badacze ludzkiej natury różnego autoramentu – psycholodzy, antropolodzy, filozofowie i socjolodzy – twierdzą nawet, że kłamstwo może być wręcz wyrazem altruizmu. Używamy go nie tylko, gdy chcemy, by nas zaakceptowano, ale również wtedy, gdy chcemy uchronić kogoś przed niemiłą informacją (dlatego może tak ochoczo koleżanki wykrzykują na swój widok rytualne „ale pięknie dziś wyglądasz!”). „Powiedz babci, że ci smakował szpinak” – radzimy

własnym dzieciom, starając się, by i babcia była zadowolona, i wnuczek nagrodzony za swoją „szczerłość”. Podobno co czwarta dłuższa rozmowa nie może się obejść bez kłamstwa. Kłamią więc dzieci i dorośli, kobiety i mężczyźni, lekarze i pacjenci (moi nie kłamią – bo to noworodki – ale to jedynie potwierdzający regułę wyjątek).

Badania wskazują, że najlepiej kłamię się rano – wtedy jeszcze stosunkowo dobrze znosimy dyskomfort wynikający z wprowadzania bliźnich w błąd, zwany przez niektórych wyrzutami sumienia. Bo to nie jest tak, że kłamstwo służy po nas, jak woda po kaczce! Oszust za każdym razem musi stoczyć wewnętrzną walkę, której wyrazem jest spojrzenie rzucone z ukosa na adwersarza (podobno tylko mistrzowie umieją kłamać prosto w oczy), pąsowy rumieniec, czoło zroszone potem, specyficzna gestykulacja – pocieranie nosa, wzruszanie ramionami, zastanianie ust.

Podobno łatwiej kłamię się pod presją czasu albo w nadziei na wynagrodzenie – badania wskazują, że najlepiej kłamią osoby zawodowo związane z handlem i finansami.

Oczywiście do kłamstwa, jak do wszystkiego, można mieć większy



Badacze ludzkiej natury różnego autoramentu – psycholodzy, antropolodzy, filozofowie i socjolodzy – twierdzą nawet, że kłamstwo może być wyrazem altruizmu.



Badania wskazują, że najlepiej kłamię się rano – wtedy jeszcze stosunkowo dobrze znosimy dyskomfort wynikający z wprowadzania bliźnich w błąd, zwany przez niektórych wyrzutami sumienia.

lub mniejszy talent. Profesor Richard Wiseman, autor eksperymentów psychologicznych dotyczących kłamstw (ale też – nie zapominajmy o tym – iluzjonista, a więc oszust zawodowy), proponuje wykonanie „testu D” dla oceny predyspozycji do szalbierstwa. Test polega na narysowaniu na własnym czole palcem dominującej ręki litery „D”. Można to zadanie wykonać na dwa sposoby – tak by brzusek litery był skierowany do prawego ucha piszącego lub odwrotnie. Tylko w tym drugim przypadku literka będzie czytelna dla obserwatora, a zdaniem Wisemana wykonująca test osoba wykaże się wysokim poziomem kontroli własnych zachowań, a więc predyspozycją do kłamania. Profesor Wiseman milczy na temat tego, czy tej regule podlegają radiolodzy – oni przecież zawsze wszystko widzą odwrotnie...

A wracając do wiersza Tuwima – czy zastanawialiście się kiedyś, kim został Grzesiu, gdy dorósł i jak potoczyły się losy jego cioci? Pytanie to stawiam nie bez przyczyny właśnie na przełomie września i października, tuż przed nadchodzącymi wyborami parlamentarnymi. To przecież czas szczególny dla utalentowanych kłamczuchów. Wypatrujcie ich!

Nie mam oczywiście pewności, ale wydaje mi się, że już dorosły bohater wiersza Tuwima został politykiem i właśnie odwiedził moje rodzinne miasto – tym razem jako wysoki urzędnik państwowy

zajmujący się resortem zdrowia, aplikujący do parlamentu na jednej z tutejszych list. Muszę wyjaśnić, że tu, gdzie mieszkam, powszechne jest przekonanie o zgubnym dla zdrowia wpływie górującego nad miastem zakładu przemysłu paliwowego. Kombinat petrochemiczny dymi, błyska nocą pochodniami spalanych frakcji ropy, przypomina o sobie cuchnącymi wyziewami. Raz na kilka lat ktoś podejmuje próbę odpowiedzi na pytanie: szkodzi czy nie szkodzi? Bo że coś nam tu szkodzi, nikt nie ma wątpliwości. Otóż więc, wspomniany przeze mnie wysoki urzędnik, stosując dawno wypróbowaną metodę, wyjaśnił nam, co jest przyczyną tego, że częściej chorujemy i żyjemy krócej – brak aktywności fizycznej, alkohol, palenie papierosów i smog. O wpływie wielkiego przemysłu na jakość środowiska – cicho sza! A potentat paliwowy ochoczo zadeklarował pomoc w zorganizowaniu kampanii edukacyjnej promującej zdrowy tryb życia i podpisał list intencyjny, gwarantujący pomoc w szerzeniu oświaty zdrowotnej i profilaktyki.

– Oj, Grzesiu, Grzesiu! – zawołali mieszkańcy mojego miasta. – Przecież my ci żadnego listu nie dawaliśmy...

Pozostaje jeszcze kwestia, kim jest teraz zła ciotka, o której względu nadal zdaje się zabiegać Grzesiu kłamczuszek. Ale tego chyba nikomu nie trzeba wyjaśniać. ■

ICD-11

Nowe rozdanie

Za nieco ponad dwa lata zacznie obowiązywać nowa wersja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Co znajdzie się w ICD-11? Z **Palomą Cuchi**, dyrektorem przedstawicielstwa Światowej Organizacji Zdrowia [WHO] w Polsce, rozmawia **Lidia Sulikowska**.

GL Jaka jest właściwie idea stosowania ICD?

Dla mnie tę klasyfikację można porównać do języka esperanto. W tym sensie, że dostarcza wystandaryzowane dane i słownictwo, co pomaga diagnozować i monitorować problemy zdrowotne. Jest ona odzwierciedleniem języka medycyny, za pomocą którego łatwo mogą porozumieć się lekarze na całym świecie. To istotne, abyśmy mówili o chorobach w ten sam sposób. Złamanie ręki, nieważne, czy zdarzyło się w Polsce, Meksyku czy Indiach, musi być identycznie nazwane. Im precyzyjniej jesteśmy w stanie się komunikować, tym lepsze mamy rozeznanie o stanie zdrowia ludności poszczególnych państw. Dzięki informacjom zebranych za pomocą naszej klasyfikacji możemy obserwować trendy dotyczące epidemiologii różnych chorób na całym świecie. Ta wiedza jest niezbędna, aby kształtować skuteczną politykę zdrowotną. Niedawno dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, szef WHO, powiedział, że ICD to coś, z czego możemy być naprawdę dumni, bo pozwala zrozumieć, dlaczego ludzie chorują i umierają, dzięki czemu potrafimy zapobiegać cierpieniu i ratować ludzkie życie.

GL Dlaczego dokonano rewizji klasyfikacji?

ICD-10, która obecnie obowiązuje, została przyjęta w maju 1990 r. Co prawda od tego czasu wielokrotnie ją nowelizowano, ale wymagała już kompleksowej rewizji. To naturalne działanie. Istotną cechą ICD jest właśnie jej dynamika. Postęp w medycynie zmusza do aktualizacji dotychczasowej wiedzy i zmiany spojrzenia na aktualne problemy zdrowotne. Staramy się te procesy uwzględnić właśnie poprzez aktualizację naszej klasyfikacji. O potrzebie rewizji decydują same kraje członkowskie Światowej Organizacji Zdrowia.

Prace nad ICD-11 zaczęły się już w 2011 r., a podczas tegorocznego Światowego Zgromadzenia Zdrowia (World Health Assembly) wszystkie państwa należące do WHO przyjęły jej finalną wersję. Co prawda do lutego 2020 r. można jeszcze zgłaszać ewentualne poprawki, bardziej tu chodzi jednak o kwestie techniczne, dostosowanie klasyfikacji do poszczególnych systemów opieki zdrowotnej. Generalnie ICD-11 jest gotowa.

GL Jakie są najważniejsze zmiany?

Przede wszystkim klasyfikacja jest o wiele bardziej precyzyjna w stosunku do swojej poprzedniczki. Dzięki nowej konstrukcji listy można bardzo dokładnie określić rodzaj schorzenia u danego pacjenta. Wszystko po to, aby móc jeszcze lepiej zrozumieć, dlaczego ludzie chorują, co dokładnie im dolega i czy stosowane metody leczenia są skuteczne. Dzięki tym informacjom łatwiej będzie – zarówno zarządzającym placówkami medycznymi, jak i całym systemem opieki zdrowotnej – wyciągać wnioski na przyszłość.

Mamy dużo więcej, bo ok. 55 tys. kodów jednostek chorobowych i przyczyn zgonów, a dodatkowo jest jeszcze zachowana przestrzeń do rozbudowy. Dodatkowo ICD-11 jest w pełni elektroniczna i można ją w łatwy sposób zintegrować z systemami informatycznymi wykorzystywanymi w placówkach medycznych. Należy podkreślić, że struktura nowej klasyfikacji jest o wiele bardziej przejrzysta, przez co łatwiej się nią posługiwać. Można ją także wykorzystywać do monitorowania innych niż dotychczas celów, np. umożliwia zbieranie danych na temat antybiotykooporności, ułatwia też dokumentowanie zdarzeń niepożądanych i ocenę, czy środowisko pracy jest niebezpieczne. Kody w ICD-11 nadal będą alfanumeryczne, ale liczba znaków została zwiększona, a schemat kodowania jest teraz dostosowany do struktury danego rozdziału.

GL Przejdźmy do nowości dotyczących klasyfikacji chorób. Jedną z szeroko diskutowanych kwestii było umieszczenie na liście medycyny tradycyjnej.

Rzeczywiście, ICD-11 zawiera dodatkowy rozdział na temat diagnozowania opartego na medycynie tradycyjnej, ale chciałabym wyraźnie zaznaczyć, że poszczególne kategorie w nim zawarte nie sugerują ani nie popierają określonego rodzaju leczenia. Chodzi nam jedynie o zbieranie informacji dotyczących stosowania medycyny tradycyjnej i możliwość porównania ich ze standardową medycyną. Trzeba zrozumieć, że medycyna tradycyjna jest powszechnie praktykowana w wielu



“

W ICD-11 znalazły się także np. wypalenie zawodowe oraz uzależnienie od gier (gaming disorder), które jednak trzeba rozumieć szerzej, jako nałóg od urządzeń elektronicznych, takich jak komputer, smartfon etc.



państwach, które są członkami WHO. Wciągając ją na naszą listę, zyskujemy narzędzie do monitorowania pacjentów leczonych w ten sposób. Obecnie nie mamy narzędzi, dzięki którym możemy zbadać, jakie są skutki jej stosowania.

Jednocześnie chciałam podkreślić, że WHO przestrzega Konwencji ONZ o międzynarodowym handlu dzikimi zwierzętami i roślinami gatunków zagrożonych wyginięciem (CITES).

📺 Pojawił się także dział zaburzeń zdrowia seksualnego. Nasze postrzeganie seksualności zmieniało się na przestrzeni dekad. Zaledwie kilkadziesiąt lat temu osoby o odmiennej orientacji seksualnej zamykano w szpitalach psychiatrycznych, dziś nie uznajemy ich jako osoby z zaburzeniem zdrowia psychicznego. Za tymi zmianami podąża też nasza klasyfikacja, stąd nowy dział. W ICD-11 zaburzenia tożsamości płciowej i różnego rodzaju parafilie nie są już w dziale chorób psychicznych. Sklasyfikowano je jako zaburzenia zdrowia seksualnego. Ponadto pojawiła się nowa jednostka chorobowa – zaburzenia libido.

📺 Co jeszcze się zmieniło?

W ICD-11 znalazły się także np. wypalenie zawodowe oraz uzależnienie od gier (gaming disorder), które jednak trzeba rozumieć szerzej, jako nałóg od urządzeń elektronicznych, takich jak komputer, smartfon etc. Mamy nadzieję, że dzięki uwzględnieniu ich w klasyfikacji uda się lepiej rozpoznać te zjawiska i w przyszłości opracować precyzyjne wytyczne i zalecenia, jak im przeciwdziałać.

📺 Jak będzie wyglądać przejście na ICD-11?

To wymaga dostosowania się, zarówno lekarzy, jak i całych systemów ochrony zdrowia. Obecnie wiele krajów już przygotowuje się do wdrożenia. Proces ten może zająć sporo czasu i wysiłku, ale warto.

Pamiętajmy, że najpierw trzeba przetłumaczyć klasyfikację na język ojczysty (WHO zapewnia tłumaczenie

Paloma Cuchi: – Prace nad ICD-11 zaczęły się już w 2011 r., a podczas tegorocznego Światowego Zgromadzenia Zdrowia wszystkie państwa należące do WHO przyjęły jej finalną wersję.

jedynie na 6 oficjalnych języków), opracować instrukcje użytkowania, przeszkolić personel opieki zdrowotnej. Obecnie w poszczególnych krajach utworzono specjalne komitety adaptacyjne. WHO oferuje czynne wsparcie we wdrożeniu. 31 państw już zaangażowało się w przeprowadzenie testów w terenie. Równolegle odbywają się spotkania międzynarodowe, są też organizowane szkolenia dla jednostek odpowiedzialnych za implementację. W Polsce np. spotykamy się z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia i NFZ, które są odpowiedzialne za wdrożenie ICD-11 do placówek medycznych. Oczywiście samo przejście na nowy system jest powodem pewnego stresu, ale to kwestia czasu. Na koniec wszyscy będą zadowoleni.

📺 ICD-11 ma obowiązywać od stycznia 2022 r. Co to w praktyce oznacza?

Oczywiście nie jest tak, że wraz z tą datą w magiczny sposób wszyscy zaczną działać w nowej rzeczywistości. Trudno oczekiwać, że wszystkie kraje będą rzeczywiście przygotowane i od tego momentu zaczną posługiwać się nową wersją klasyfikacji. To nie dzieje się z dnia na dzień. To proces, do którego jedni przygotowują się szybciej, inni wolniej. Tak naprawdę to każdy kraj decyduje, w jakim tempie wprowadza nową edycję klasyfikacji, np. są jeszcze państwa, które funkcjonują w oparciu o ICD-9. Jestem jednak dobrej myśli. W ostatnim czasie odbyłam spotkanie z innymi przedstawicielami WHO na region europejski, i sporo część uczestników zwróciła się już o wsparcie we wdrożeniu ICD-11. W listopadzie br. będziemy znać liczbę krajów ze wszystkich regionów, które zgłosiły się z prośbą o wsparcie we wdrożeniu. Na pewno znajdą się i takie państwa, które nie będą gotowe. Generalnie jednak wszystkie kraje przyjęły uchwałę Światowego Zgromadzenia Zdrowia o ICD-11, co oznacza, że chcą się nią posługiwać, więc docelowo będzie ona obowiązywać na całym świecie. ■

1.01.2022

od tego momentu zacznie obowiązywać nowa wersja klasyfikacji.

W PIGUŁCE

Australijczyk w gabinecie GP

Z jakimi problemami zdrowotnymi zgłaszają się obywatele Australii do lekarzy pierwszego kontaktu? Okazuje się, że zdecydowanie najczęstszym powodem wizyty są zaburzenia psychiczne. Na kolejnych miejscach znalazły się problemy z układem mięśniowo-szkieletowym, oddechowym oraz zaburzenia hormonalne i metaboliczne.

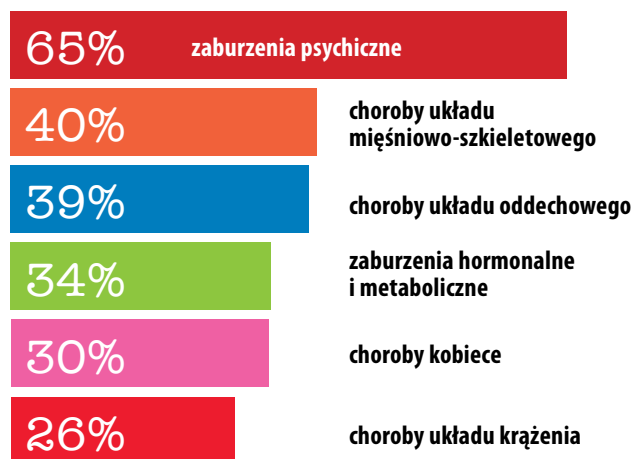


RACGP zrzesza ponad 90 proc. lekarzy GP w Australii.

Jak wynika z sondażu przeprowadzonego przez Royal Australian College of General Practitioners (RACGP; organizacja zrzeszająca ponad 90 proc. lekarzy GP w Australii) na grupie 1200 lekarzy, aż 65 proc. badanych wskazało problemy zdrowia psychicznego jako najczęstszą dolegliwość, z którą zgłaszali się do nich pacjenci. Chodzi przede wszystkim o depresję, zaburzenia nastroju czy niepokój.

Fakt ten nie cieszy lekarzy, gdyż taki pacjent potrzebuje zdecydowanie więcej czasu i uwagi, niż pozwala na to stan-

Problemy, z którymi najczęściej spotyka się lekarz rodzinny



dardowa konsultacja lekarska, której udzielają w ramach powszechnego, finansowanego z podatków systemu Medicare. W efekcie chorzy albo nie otrzymują opieki w takim wymiarze, w jakim powinni, albo muszą dopłacać za dodatkowy, poświęcony im czas. Niekiedy zdarza się też, że lekarze tracą, gdyż przyjmują chorych na dłuższą wizytę, wiedząc, że nie otrzymają zapłaty za ten dodatkowy czas. ■

4 kraje tracą status wolnych od odry



A lbania, Czechy, Grecja i Wielka Brytania utraciły status krajów wolnych od rodzimych zachorowań na odrę – czytamy w komunikacie Światowej Organizacji Zdrowia, opublikowanym 29 sierpnia. Są to dobre wiadomości, gdyż Austria

i Szwajcaria uzyskały status krajów wolnych od odry, wykazując przerwanie transmisji endemicznego wirusa przez ostatnie 36 miesięcy.

Decyzje zostały podjęte podczas lipcowego spotkania Komisji Weryfikacyjnej ds. Eradykacji Odry i Różyczki Europejskiego Regionu WHO (European Regional Verification Commission for Measles and Rubella Elimination – RVC) przez niezależną grupę ekspertów.

Status wolnych od rodzimego wirusa odry ma obecnie w sumie 35 krajów, spośród wszystkich 53 należących do Europejskiego Regionu WHO. Choroba jednak nie odpuszcza. Z ostatnich szacunków WHO wynika, że w pierwszej połowie tego roku odnotowano już 90 tys. potwierdzonych przypadków zachorowań na odrę na Starym Kontynencie – co już przekracza liczbę chorych za cały poprzedni rok. ■

W PIGUŁCE

Kto zarabia najwięcej?

W najnowszym raporcie Medscape porównano wynagrodzenia lekarzy z siedmiu krajów. Pod uwagę wzięto USA, Brazylię, Meksyk, a także kilka krajów europejskich.

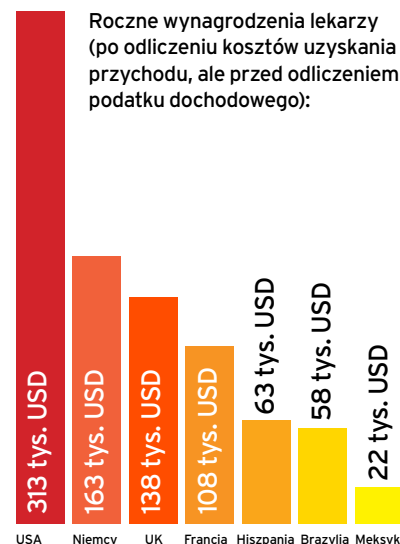
Okazuje się, że największe zarobki osiągają amerykańscy lekarze (313 tys. USD rocznie). Na drugim miejscu są Niemcy (163 tys. USD), na trzecim – Brytyjczycy (138 tys. USD), a za nimi Francuzi (108 tys. USD). Wśród krajów Europy w zestawieniu znalazła się jeszcze Hiszpania (63 tys. USD). Dużo mniejsze pensje są w Brazylii (58 tys. USD) i Meksyku (22 tys. USD).

Czy lekarze są zadowoleni z poziomu swojego wynagrodzenia? W USA ponad połowa specjalistów i lekarzy ogólnych jest usatysfakcjonowana, nieco gorzej swoją sytuację zarobkową postrzegają Niemcy. W Hiszpanii natomiast jedynie 13

proc. specjalistów i 16 proc. lekarzy GP jest zadowolonych z zarobków, a we Francji i Meksyku – 26 proc.

Raport pokazuje wyraźną różnicę pomiędzy zarobkami lekarzy w USA, a pozostałymi krajami ujętymi w tym zestawieniu. Okazuje się jednak, że w Stanach Zjednoczonych także edukacja medyczna jest najdroższa, a na dodatek trwa najdłużej (8 lat). Nauka w publicznej uczelni medycznej kosztuje tam średnio 35 tys. USD rocznie. Dla porównania, jak podaje Medscape, w UK roczny koszt nauki wynosi 11 tys. USD, a w Hiszpanii – od 600 do 1,7 tys. USD. W Niemczech za naukę w publicznej uczelni trzeba zapłacić ok. 600 USD w skali roku, we Francji – 800 USD, a w Brazylii i Meksyku edukacja lekarzy jest bezpłatna.

Kto jest najbardziej zadowolony z możliwości rozwoju zawodowego? Niekwestionowanym liderem są Amerykanie i Niemcy (ponad



90 proc.), nieco mniej usatysfakcjonowani są Meksykanie (89 proc.), Brytyjczycy (84 proc.) i Brazylijczycy (80 proc.). Najmniej zadowoleni ze swojej pracy są Hiszpanie (73 proc.) i Francuzi (71 proc.). ■

Ze szpitala w Hadze znowu wyciekły dane

We wrześniowym numerze „Gazety Lekarskiej” pisaliśmy o tym, jak urząd ochrony danych osobowych w Holandii (odpowiednik polskiego UODO) ukarał jeden ze szpitali w Hadze grzywną w wysokości 460 tys. euro za naruszenie RODO.

Placówka nie zastosowała właściwych środków zabezpieczenia danych, przez co naruszona została prywatność jednego z pacjentów (informacje trafiły do osób, które nie były związane z leczeniem pacjenta i nie miały do nich prawa wglądu).

W ostatnim czasie doszło do ujawnienia kolejnego incydentu naruszenia danych osobowych, którego dopuścili się pracownicy

haskiej placówki. Jak informuje mgr inż. Sylwia Miezio z polskiej sieci inspektorów danych osobowych RODONET, pracownicy używali dokumentacji medycznej (z informacjami o osobach przebywających w szpitalu, takie jak imiona, nazwiska, daty urodzenia, dolegliwości oraz historie choroby i przyjmowanych leków) jako notatniki do prywatnych zapisków i wynosili je poza teren ośrodka. Zdarzenie wyszło na jaw, gdy jeden z klientów supermarketu znalazł pozostawioną listę zakupów w wózku na zakupy, zrobioną na wydruku wypełnionej dokumentacji medycznej. Zdarzenie zgłoszono do holenderskiego urzędu ochrony danych osobowych. ■

UK: brakuje lekarzy pierwszego kontaktu

Royal College of General Practitioners (RCGP), organizacja skupiająca lekarzy rodzinnych w Wielkiej Brytanii, alarmuje, że nie ma wystarczającej liczby lekarzy tej specjalności w systemie, aby odpowiednio zabezpieczyć opiekę nad pacjentem.

Obecnie każdego roku 3,5 tys. lekarzy rozpoczyna szkolenia prowadzące do uzyskania specjalizacji z medycyny rodzinnej. RCGP wzywa, aby zwiększono tę pulę do 5 tys. miejsc.

Szefowa tej organizacji, prof. Helen Stokes-Lampard, wystosowała pismo do Naczelnego Sekretarza Skarbu w rządzie UK, Rishiiego Sunaki, wzywając do zwiększenia budżetu na edukację i szkolenie lekarzy rodzinnych i innych pracowników służby zdrowia o co najmniej 3,6 proc. Zwróciła także uwagę, że potrzebne są działania, w tym finansowe, dzięki którym udałoby się zatrzymać już pracujących lekarzy w systemie lub przyciągnąć do niego tych, którzy zrezygnowali z pracy. Według najnowszych danych NHS liczba lekarzy rodzinnych pracujących w pełnym wymiarze godzin spadła o 576 od czerwca 2018 r. do czerwca br. ■

W PIGUŁCE

Antyból nr 1



Polacy stworzyli związek chemiczny posiadający właściwości przeciwbólowe 5 tys. razy bardziej skuteczne niż najsilniejsze stosowane dotychczas środki.

“

Na rynek może trafić niezwykle skuteczny lek uśmierzający ból, np. o podłożu neuropatycznym czy w ostrych stanach urazowych.

Jak działa nowa substancja? Oddziałuje na receptory opioidowe, co powoduje wygaszanie reakcji bólowych, a także na receptor melanokortylowy czwarty, odpowiadający za wysyłanie sygnału inicjującego ból. Podanie tego związku sprawia, że wysłane zostają jednocześnie dwa sygnały: pierwszy hamuje i uśmierza istniejący już ból, a drugi wygasa źródło jego wywoływania. – To ogromna przewaga nad dotychczas znanymi środkami przeciwbólowymi, ponieważ one wszystkie działają albo w jeden, albo w drugi sposób, ale żaden z nich nie wykorzystuje naraz obu – mówi dr Rafał Wieczorek z zespołu naukowców z Wydziału Chemii Uniwersytetu Warszawskiego, którzy przy współpracy ze specjalistką Instytutu Farmakologii PAN, prof. Barbarą Przewłocką, stworzyli tę nową substancję. Trwają zaawansowane prace nad rozpoczęciem pierwszej fazy testów klinicznych. Jeśli zakończą się one pomyślnie, na rynek może trafić niezwykle skuteczny lek uśmierzający ból, np. o podłożu neuropatycznym czy w ostrych stanach urazowych, co byłoby ratunkiem dla wielu ludzi zmagających się z przewlekłymi bólami, na które obecnie nie ma skutecznego lekarstwa. ■

Muzyka jak tabletka



Otym, że muzyka łagodzi obyczaje, wiadomo od dawna. Okazuje się, że pozwala także zmniejszyć dolegliwości bólowe.

W „European Journal of Cancer Care” opublikowano pracę tajwańskich badaczy oceniającą wpływ muzyki na samopoczucie chorych na nowotwór. W badaniu wzięło udział 60 chorych na raka piersi, które losowo przydzielono do dwóch grup. Pierwsza z nich słuchała w domu wybranego gatunku muzyki 5 dni w tygodniu przez 30 min. Grupa kontrolna przez taki sam czas i z taką samą częstotliwością słuchała dźwięków otoczenia. Kobiety na początku badania oraz

kolejno w jego 6., 12. i 24. tygodniu wypełniały kwestionariusz, w którym w skali 0-4 oceniały 25 objawów (m.in. występowanie nudności i wymiotów, utratę apetytu, ubytek masy ciała, trudności ze snem). Wyniki dla poszczególnych objawów sumowano. Na osobnych skalach pacjentki oceniały również zmęczenie i dolegliwości bólowe. W trakcie badania suma nasilenia objawów fizycznych w grupie eksperymentalnej znacząco malała w porównaniu do grupy kontrolnej (średnio ok. 5 punktów mniej w 6. tygodniu, 7 punktów mniej w 12. tygodniu, prawie 9 punktów mniej w 24. tygodniu). W grupie słuchającej muzykę mniejsze było również odczuwanie bólu i zmęczenia. ■

Alzheimer ma płęć

Szacuje się, że do 2050 r. liczba osób z chorobą Alzheimera może wzrosnąć trzykrotnie, w tym 2/3 chorych będą stanowiły kobiety.

Choroba Alzheimera jest najczęstszą przyczyną występowania demencji u osób powyżej 65. r.ż. To, że większość pacjentów z Alzheimerelem to panie, dotychczas wiązano przede wszystkim z tym, że żyją dłużej od mężczyzn. Przyczyny i postęp choroby są jednak słabo poznane, a naukowcy od dawna próbują znaleźć odpowiedź na pytanie, dlaczego jedną płęć dotyka ona znacznie częściej. Z pomocą przychodzi technika pozytronowej tomografii emisyjnej (PET). Z badania przeprowadzonego przez naukowców z Vanderbilt University Medical Center wynika, że odpowiedzialność ponosi odmienna budowa mózgu. W mózgu kobiety ma szybciej rozprzestrzeniać się białko tau, którego skupienie jest jedną z cech charakterystycznych choroby Alzheimera. O odkryciu poinformowano kilka tygodni temu w czasie międzynarodowej konferencji Alzheimer's Association w Los Angeles. ■



SŁAWOMIR BADUREK

diabetolog, publicysta medyczny

OBSERWACJE

PiS, pic, retusz i łatanie dziur

Oto słowa kluczowe zwięzłego podsumowania minionych czterech lat w ochronie zdrowia. Dla tych, którzy liczyli na gruntowne, korzystne zmiany w systemie, był to czas stracony. Przynajmniej, że sam znalazłem się w gronie liczących na więcej.

Znałem socjalistyczne inklinacje Prawa i Sprawiedliwości, ale zakładałem, że doktor Radziwiłł, czyli lekarz praktyk i – jak się wydawało – znawca systemu, będzie w stanie nieco zboczyć z wytyczonego przez partię kursu na manowce. Czas ku temu był wyborny, bo w gospodarce sprzyjała koniunktura, a w polityce pełnia władzy zachęcała do wprowadzania zmian. Niestety, szanse nie zostały wykorzystane, stąd moje gorzkie refleksje na koniec kadencji.

W kategorii „pic” przyznaję palmę pierwszeństwa sieci szpitali. Koncepcja wyłonienia i odpowiedniego wsparcia finansowego najważniejszych lecznic, których zadaniem byłoby zapewnienie szerokiego dostępu do wysokiej jakości usług specjalistycznych, forsowana jeszcze przez profesora Religę, została zrealizowana przez PiS w karykaturalny sposób. Zgodnie ze zdroworozsądkowymi przewidywaniami, pacjent stał się kosztem, a ten jest jak zwykle niechciany. W rezultacie kolejki, czyli podstawowy problem systemu, nie zmniejszyły się, a w wielu przypadkach nawet się wydłużyły, bo wskutek zmian (dez)organizacyjnych w podstawowej opiece zdrowotnej zwiększył się napływ pacjentów do szpitali.

W kategorii „retusz” wyróżniam zwiększenie finansowania ochrony

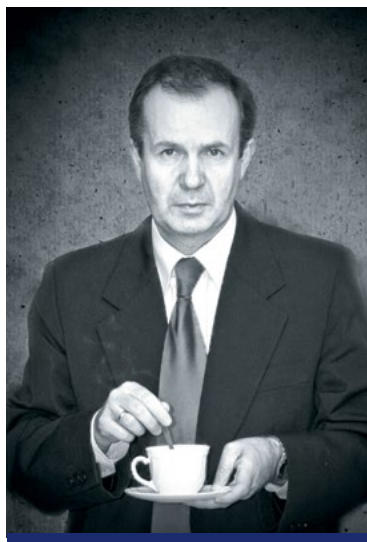
zdrowia. Gdyby nie dobrze zorganizowany i, mimo ostrej nagonki prądowych mediów, przychylnie przyjęty przez społeczeństwo protest lekarzy rezydentów, nie byłoby nawet tej drobnej korekty. Nie wytyczono by również marszruty zmierzającej do osiągnięcia w 2024 r. pułapu 6 proc. PKB na publiczną ochronę zdrowia.

Pora na kategorię „łatanie dziur”. Jako że jest to podstawowy mechanizm, dzięki któremu rodzima opieka zdrowotna jeszcze jakoś „jedzie”, można by długo dywagować, co wybrać. Skoro odniosłem się do finansowania i organizacji systemu, nie pozostaje mi nic innego jak nawiązać do kadr, bo jest to trzeci podstawowy filar, decydujący o kondycji sektora. Zmianą na plus było zwiększenie limitów przyjęć na wydziały lekarskie. Szkoda, że niewiele zrobiono, by zachęcić planujących wyjazd z Polski do pozostania. Nic nie stało na przeszkodzie, by premier Morawiecki, chwalący się zerową stawką PIT dla pracowników do 26. r. ż., wydłużył okres obowiązywania ulgi w przypadku deficytowych zawodów, wymagających ukończenia studiów. Wszyscy specjalizujący się lekarze bardzo dobrze przyjęliby organizowanie zawsze, gdy to możliwe, kursów specjalizacyjnych online, co pozwoliłoby im zaoszczędzić czas i pieniądze. Inna sprawa, że aberracją nie do przyjęcia jest stan obecny, kiedy trzeba mieć dużo szczęścia, by w upatrzonym terminie zapisać się na kurs z prawa medycznego lub orzecznictwa. Nic się nie robi, by zachęcić do powrotu tych, którzy wyjechali w ostatnich kilku lub kilkunastu latach, choć moglibyśmy w ten sposób zyskać świetnie wykształconych fachowców.

Planuje się za to uzupełnianie braków kadrowych lekarzami zza wschodniej granicy, przede wszystkim z Ukrainy, gdzie PKB na osobę jest niższy niż w Egipcie. Ministerstwo Zdrowia pracuje nad ustawą umożliwiającą lekarzom spoza UE podjęcie bez nostryfikacji pracy w szpitalu. Nie mam nic przeciwko zatrudnianiu lekarzy spoza Polski, ale jeśli pochodzą oni z krajów, gdzie poziom kształcenia przed- i podyplomowego nie odpowiada standardom UE, warunkiem uzyskania prawa wykonywania zawodu powinien być egzamin nostryfikacyjny i językowy. Proponowana przez ministerstwo droga na skróty to nic innego jak dyskryminowanie kończących studia w Polsce i jednocześnie zachęcanie ich do wyjazdu na Zachód. ■

“

Planuje się uzupełnianie braków kadrowych lekarzami zza wschodniej granicy, przede wszystkim z Ukrainy, gdzie PKB na osobę jest niższy niż w Egipcie.



JAROSŁAW WANECKI

pediatra, felietonista

EPIKRYZA (92)

Skłębione sieci

Październik jest pierwszym miesiącem, w którym podatek dochodowy jest niższy o 1 proc. Poprawa zdrowia w wyniku tej obniżki może nastąpić wyłącznie w prywatnych gabinetach lekarskich. W ten sposób suma, która mogłaby zasilić chorych, została pożarta przez kampanię wyborczą.

Pamiętam, z jaką nadzieją przyjęliśmy w 2015 r. nominację ministerialną sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej, wcześniej prezesa i wiceprezesa, człowieka, wydawało się, bezgranicznie zaangażowanego w sprawy środowiska. Masowo i autentycznie, niezależnie od sympatii politycznych wierzyliśmy, że będzie lepiej, sensowniej, inaczej. Nadziei nie przesłoniły doświadczenia z poprzednikami, koleżankami i kolegami, kolejno uwikłanymi w partyjne zobowiązania i bratobójczą walkę w imię sloganów o etyce i chorych. Nie raz już próbowano łączyć lekarski mandat zaufania i przechodnie berło władzy wręczane w Pałacu Prezydenckim. Powiązania, a może nawet wpływy, miały uzdrowić pacjenta i lekarza. Ambitne wizje szły zawsze z dymem. Po kolei paliły się słupy graniczne zdrowia publicznego i wiarygodności. Aroganckie słowa zastąpiono kosmicznymi pyłami obietnic rzucanymi podczas konferencji prasowych.

„Czekam na wiatr, co rozgoni / Ciemne skłębione zasłony...”

Miodowe lata dla zdrowia nie nadeszły, a czarne chmury znów wiszą nad systemem. Strategia „POZ dla każdego” została zapomniana. Nie przebiła się koncepcja, że lepiej dopłacić do unikających ubezpieczenia, albo pracujących za granicą, niż pozabawić kilku

milionów obywateli konstytucyjnego prawa do opieki i zaprzestać kontrolowania ich zdrowia. Rachunek oszczędności wystawiają pogarszające się statystyki. Mimo wzrostu gospodarczego i transferów socjalnych, z godną podziwu zaciętością odbyła się pokazowa wojna, a następnie „chocholi taniec” z rezydentami. Premier i pierwszy w tej kadencji minister, wspólnie stanęli na barykadzie, lekceważąc postulaty pokolenia własnych (w dosłownym sensie) dzieci. W zamian ważniejsza stała się populistyczna wolność w decydowaniu o szczeniach obowiązkowych, przyhamowana ogniskami zachorowań na odrę. Proepidemicy urosli w siłę, chociaż gwoździ sprawiedliwości trzeba uznać, że wprowadzono zmiany rozszerzające kalendarz szczepień. Sieć szpitali zaplątała się w sieć zadłużeń, a większość z nas nadal nie wie, na czym polegał nowatorski efekt zmiany.

Tymczasem wiedza przegrywała z propagandą i reklamami. Ministerstwo Zdrowia nie stanęło w obronie drzew ani praw mniejszości seksualnych, mimo obowiązujących definicji WHO i Kodeksu Etyki Lekarskiej. Polityczna biegunka afirmowała spalanie węgla. Ekologiczne sumienie udusiło się w koniunkturalnym milczeniu. Zdanie o medycynie opartej na faktach to coraz częściej pusty frazes.

Standardowo wydłużają się kolejki, mimo że liczba porad wzrasta, ale umowy nie nadążają za oczekiwaniami. Hasło o etatyzmie pozostało jałowe. Uznając nawet, że lekarze polubili prywatną praktykę w zakładzie leczniczym, to państwo polskie, a za nim dyrektorzy, zezwolili na „dzięką prywatyzację” w szpitalach. Konsekwencją są zamykane oddziały. Lojalność pracodawcy i pracownika zanika, a jakość usług spada.

Opinia lekarzy o coraz trudniejszych warunkach pracy jest powszechna. Elektronizacja i pseudoinfolinie nie dały jak dotąd wyników, a groźba nasilonej ucieczki z zawodu starszego pokolenia dotknie każdą jednostkę, zanim jakkolwiek asystentka zacznie zbawczą posługę. Koszty pracy, oczekiwań płacowych, innowacji i potrzeb obywateli to nakłady, które powinny być pokryte ze wzrostu gospodarczego oraz dostosowania procentowego PKB bez księgowych manipulacji. W październiku nie starczyło premierowi i kolejnemu ministrowi wyobraźni, aby zamienić 1 proc. podatku osobistego na wzrost nakładów na zdrowie. ■

“

Ambitne wizje szły zawsze z dymem. Po kolei paliły się słupy graniczne zdrowia publicznego i wiarygodności.

HISTORIA I MEDYCyna

Casus Baby Fae

1984 r. – to wtedy Górna Wolta zmienia nazwę na Burkina Faso, premierę ma „Seksmisja”, a firma Apple wprowadza na rynek pierwszego Macintosha. To także rok, w którym rodzą się: Mark Zuckerberg, książę Harry oraz... Stephanie Fae Beauclair, którą świat poznał jako Baby Fae.

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



Stephanie Fae urodziła się 14 października 1984 r. w Barstow Hospital w Kalifornii, trzy miesiące przed terminem. Ważyła 5 funtów (ok. 2,2 kg). Z powodu objawów sugerujących niewydolność krążenia dziecko trafiło do Loma Linda University Medical Center, ok. 60 mil od Los Angeles.

Tam postawiono rozpoznanie: HLHS, czyli zespół hipoplazji lewej części serca, charakteryzujący się zwężeniem lub zarośnięciem zastawki mitralnej i/lub aortalnej, różnego stopnia niedorozwojem lub brakiem

Operacja Baby Fae pod kierunkiem Leonarda Bailey'a, 26 października 1984 r.



Co takiego stało się w szpitalu w Loma Linda, że William Norwood musiał w ten sposób wspierać swojego kolegę po fachu?

lewej komory, niedorozwojem aorty wstępującej i łuku aorty. Nieleczona wada powoduje zgon w okresie noworodkowym w 95 proc. przypadków. Na początku lat 80. XX w. William Norwood zaproponował technikę, która okazała się być kamieniem milowym w leczeniu HLHS.

Baby Fae operował zespół pod kierunkiem Leonarda Bailey'a 26 października 1984 r. Operacja się udała, noworodek został wybudzony, ssął z butelki. Kilka dni po zabiegu doktor Bailey otrzymał telegram: „Illegitimate non carborundum!” Good luck! William Norwood, MD” (Nie daj się gnębić tym draniom! Powodzenia!). Co takiego stało się w szpitalu w Loma Linda, że William Norwood musiał w ten sposób wspierać swojego kolegę po fachu? Leonard Bailey nie wykonał u noworodka operacji metodą Norwooda. Baby Fae przeszczepiono serce. Nie ludzkie. Serce pawiana.

KSENOKARDIOPRZESZCZEPY

Kilka miesięcy wcześniej Magdi Yacoub w Londynie wykonał przeszczep serca u 10-dniowego noworodka z HLHS. Trzydniowy noworodek-dawca pochodził z Holandii, miał uszkodzony mózg. Biorca – Holly Roffey – zmarł w 18 dniu po operacji z powodu powikłań. Transplantację serca u dzieci były trudniejsze niż u dorosłych – nie tylko z technicznego punktu widzenia. Brakowało dawców. Leonard Bailey, wówczas szef kardiologii szpitala w Loma Linda, już od kilku lat przeprowadzał udane próby przeszczepienia serc między gatunkami, głównie owiec i kóz (wykonał ich ponad 200).



SERCE MAŁPY

Skąd wziął się pomysł, by ludzkiemu noworodkowi przeszczepić serce małpy? Oddajmy głos Bailey'owi: „Jednym z największych bodźców [...] była świadomość, że system odpornościowy noworodka jest rzeczywiście dość wyjątkowy – bardzo mało agresywny w porównaniu do starszego dziecka lub dorosłego. Nie ma żadnego doświadczenia. Stąd pojawiła się interesująca koncepcja, że noworodek może otrzymać przeszczep i dorastać bez żadnej immunosupresji. Właściwie udało nam się to udowodnić. Mieliśmy kozę o imieniu Livingston, która została przeszczepiona jako noworodek i osiągnęła 6. miesiąc życia bez żadnej immunosupresji. Kozę bez immunosupresji jednak przeżywały średnio około dwa i pół miesiąca. Potem rozpoczął się powolny proces odrzucania. Chcieliśmy wiedzieć, co możemy jeszcze zrobić”.

Potem był Jean Borel i cyklosporyna: „Skontaktowałem się z Jeanem Borelem – poznałem go wcześniej przy okazji prezentacji, którą miałem kiedyś w Teksasie. Zgodził się wystać mi trochę tego materiału. (...) Przygotowaliśmy grupę małych kóz do alloprzeszczepów kozich. Wykonaliśmy przeszczepy i podaliśmy wszystkim cyklosporynę. To wystarczyło. Cyklosporyna A stała się podstawą naszej immunosupresji.

(...) A potem zaczęliśmy się zastanawiać, co mogłoby być potencjalnym dawcą dla człowieka. (...) Wkrótce odkryliśmy, że ponad 80 procent DNA u pawianów jest identyczne z człowiekiem”.

Bailey zapytany, dlaczego wybrał pawiana, zamiast ssaka z rzędu naczelnych bardziej do ludzi zbliżonego ewolucyjnie, np. szympansa albo goryla, odpowiedział podobno: „Nie wierzę w ewolucję”. Ale przyczyna była prozaiczna: po prostu wykorzystanie gatunków chronionych było technicznie dużo trudniejsze.

PRZYGOTOWANIA

Projekt oceniło wielu zewnętrznych recenzentów. Protokół zakładał pięć krzyżowych przeszczepień u noworodków z HLHS. Pewnego dnia Bailey'a zatrzymał na korytarzu jeden z kardiologów dziecięcych i zapytał, kiedy zamierza zacząć, bo ma dziecko z tą wadą. Nie do końca było to precyzyjne stwierdzenie, bo dziecko zostało wypisane do domu z powodu braku możliwości terapii. Lekarz obiecał skontaktować się z rodziną i sprawdzić, czy są zainteresowani leczeniem operacyjnym. Byli.

SUKCES MEDYCYNY CZY JEJ ŚLEPY ZAUŁĘK?

Sandra Nehlsen-Cannarella, immunolog pracująca dla Bailey'a, rozpoczęła immunofenotypowanie, celem

była identyfikacja najbardziej zgodnego immunologicznie pawiana, którego serce miało być przeznaczone dla Baby Fae. Przetestowani zostali: Matka Baby Fae (obserwowano słabą reakcję immunologiczną), kilku pracowników laboratorium (silna reakcja), Sandra Nehlsen-Cannarella (słaba reakcja) oraz trzy pawiany (silna reakcja). U trzech kolejnych pawianów stwierdzono słabą reakcję, z tej grupy jeden (o imieniu Goobers) zaprezentował niezwykle słabą reakcję i to właśnie on został dawcą serca.

Musieli się śpieszyć, bo stan dziecka zaczął się gwałtownie pogarszać, nie do końca jednak byli pewni, czy dokonali wyboru najlepszego dawcy. Po czterech godzinach od operacji wydawało się, że się udało. Kolejne obserwacje tylko to potwierdziły. Stan dziecka stopniowo się poprawiał. „Mieliśmy szczęście.

1. Od lewej: Leonard Bailey z dr. Sandrą Nehlsen-Cannarella i Baby Fae.
2. Już po operacji. Personel przytrzymuje słuchawkę telefonu, aby mała pacjentka mogła usłyszeć głos swojej mamy.

“

**Aż 20 dni czy tylko 20 dni?
Bez przeszczepu dziecko żyłoby
zapewne podobnie długo.
Czy miało to sens?**



Media były na bieżąco informowane o stanie zdrowia Baby Fae.

Wszystko poszło pięknie. Jej reakcja na operację była po prostu idealna” – wspominał kardiochirurg. Dotąd nigdy człowiek nie przeżył aż 20 dni z sercem pobranym od zwierzęcia. Aż 20 dni czy tylko 20 dni? Bez przeszczepu dziecko żyłoby zapewne podobnie długo. Czy miało to sens?

ECHA

Światowe media śledziły krok po kroku poczynania lekarzy z Loma Linda (na prośbę rodziców media używały jedynie drugiego imienia dziewczynki: Baby Fae). Lekarze byli przy niej dzień i noc. No i w końcu stało się, powoli ją tracili. I nie wiedzieli, dlaczego. Wydawało im się, że nie przesadzili z immunosupresją. A jednak dziecko zmarło – z powodu niewydolności krążenia wynikającej z odrzucenia przeszczepianego narządu.

Czy przyczyną była odpowiedź humoralna objawiająca się wytwarzaniem przeciwciał przeciwko grupie AB (dziecko miało grupę krwi O)? W kwietniu 2019 r. ukazała się ciekawa publikacja sugerująca, że u Baby Fae znacznie większe znaczenie od niezgodności grup

głównych miała niezgodność gatunkowa związana z obecnością u małp człękoksztaltnych kwasu N-glikoliloneuraminowego (Neu5Gc), którego u człowieka nie ma, dlatego organizm ludzki wytwarza przeciwciała anti-Neu5Gc.

Przyszedł czas na krytykę, tę konstruktywną, jak i totalną. Pojawiało się coraz więcej pytań i wątpliwości. Czy było dostępne inne serce – dziecka? Czy rodziców odpowiednio poinformowano o alternatywnych metodach leczenia HLHS? Czy wiedzieli o operacji metodą Norwooda? Powielano informację, że publikacje Baileya były odrzucane w wiodących, opiniotwórczych czasopismach. Agendy rządowe nie chciały finansować jego eksperymentów. Zachwytów powszechnych więc nie było. Uwielbienia tłumów też nie. Kardiochirurg dostawał nawet groźby.

BABY MOSES

Pierwszy udany przeszczep serca u noworodka wykonano w szpitalu Loma Linda 15 listopada 1985 r. Biorca, którego tożsamość dla

mediów utajniono pod przydomkiem Baby Moses, urodził się z HLHS. Część opinii publicznej była przekonana, że Leonard Bailey powtórzył casus Baby Fae. Prawda była jednak inna: Baby Moses przeszczepiono serce ludzkiego noworodka. Jak do tego doszło?

Niecały rok po transplantacji u Baby Fae przyszło na świat dziecko z ciężkim niedotlenieniem okołoporodowym, nie udało się go uratować, a wolą rodziców było, żeby narządy tego noworodka posłużyły innym. Nikt jednak nie chciał dziecięcych narządów. Z jednym wyjątkiem. Tak to wspominał Bailey: „Powiedziałem: cóż, myślę, że weźmiemy to serce”. Eddie Anguiano z przeszczepionym sercem żyje do dziś, ma 34 lata, mieszka w Las Vegas.

Szpital w Loma Linda ma dziś największe na świecie doświadczenie w transplantacjach serca u dzieci (wykonano tam m.in. ponad sto przeszczepów serca u noworodków). Leonad Bailey w ciągu swojej kariery zawodowej wykonał 376 przeszczepów serca u dzieci. Zmarł 12 maja 2019 r. w wieku 76 lat. ■

PRZYCHODZI WENA DO LEKARZA

rozmowa z umierającą

siedzimy i rozmawiamy. twoje oczy są bardziej niebieskie niż dawniej. wydaje mi się, że jesteś z gipsu i powietrza. obiecujesz mi, że jak już wyzdrowiejesz, pójdziemy razem na spacer przez pole. tak. obie kiwamy głowami. ty nigdy nie umiałaś kłamać. wiem, że w szafie masz strój na całkiem inne wyjście.

chciałabym bardzo, żeby śmierć była z boku. nie miała twojej pamięci, szaf ani garsonek. czuję, że siedzi w tobie i przepowiada mi przyszłość. wiem – mówisz to wszystko i jest ci trochę głupio, za niedelikatność. z godnością podnosisz kubek do ust. drży ci ręka.

para z herbaty, zagięcia kołdry, jasne światło przepuszczone przez firanki są tłem tylko. to ty tak ładnie umierasz.

chciałabym powiedzieć ci jakoś, a nie umiem, że masz w sobie pastele, które cię przerysują w całości, bardzo delikatnie, na tę lewą stronę. zostanie tu tylko podszywka.

gazeta**lekarska**.pl

O A U T O R Z E

ANNA NIERÓDKIEWICZ

**Laureatka VIII edycji konkursu „Przychodzi wena do lekarza”
II miejsce w kategorii POEZJA.**

Specjalista onkologii klinicznej z 10-letnim stażem pracy. Pracuje w Szpitalu im. dra Sokołowskiego w Wałbrzychu, w oddziale onkolo-

gii. Interesuje się człowiekiem – w najszerszym znaczeniu tego słowa. Uwielbia czytać, pasjonuje się także malarstwem i muzyką. W pracy najważniejsza jest dla niej możliwość wykształcenia z chorym więzi, wzajemnego zrozumienia. Pisze wiersze od ok. 20 lat.

AGATA
MORKA

historyk sztuki

BŁĄD MALARSKI

0 włos

Gdzieś pod koniec ubiegłego tysiąclecia kobiety oddały się walce, na której po dziś dzień spędzają dobrą część życia. Batalia ta nie ma nic wspólnego z prawem do głosowania, parytetami czy otrzymywaniem pensji równej tej męskiej. To wojna cicha, acz systematyczna i zażarta. Wojna o włos.



Obraz: Portret Barbary Urslerin, kolekcja Wellcome Trust, Londyn, autor nieznany

Aby wyeliminować przeciwnika, stosuje się w niej narzędzia iście barbarzyńskie: żyłki czy rozgrzany воск przykładany na przerażone tydki, niekiedy bardziej humanitarnie traktowane laserem. W czasach, gdy owłosienie ciała jest zjawiskiem tępiącym, Barbara Urslerin jawi się jako ekstremalna przeciwwaga do współczesnej dyktatury braku.

Barbara, urodzona w XVII w. na terenie Niemiec, dotknięta była hipertrichozą, objawiającą się nadmiernym owłosieniem ciała.

Przypadłość ta, zwana także syndromem wilkołaka, w jej przypadku przełożyła się na miękkie ciemno-blond pukle pokrywające twarz. Ta jej niezwykła aparycja zyskała międzynarodową sławę. Barbara podróżowała po świecie, gdzie egzaminowali ją kolejni lekarze.

Istnieje wiele przedstawień Barbary, do tych najczęstszych należą ryciny, na których kobieta stoi przy klawesynie, na którym grała ponoć po mistrzowsku. Mnie jednak urzeka najbardziej jeden olejny portret Barbary. Nie jest tu pokazana jako wybrzyk natury z zaskakującym talentem muzycznym. To portret na serio.

W tej dość ciasnej kompozycji nie ma miejsca na nic poza nią samą. Ustawiona klasycznie, *en trois quart*, portretowana ubrana jest w ciemną suknię. W tym monochromatycznym portrecie malarz gra z kapkami czerwieni, jest ona na kokardzie, we włosach Barbary i wreszcie znaczy jej pełne usta. Barbara patrzy na widza ze spokojem i godnością, jej piwne oczy przebijają przez blond gęstwinę. To włosy lśniące i miękkie, z którymi walczyć nie ma po co. To włosy, których chciałoby się dotknąć. ■

Rozwiązanie zagadki z „GL” 9/2019

1. Dodanie czerwonego krzyża na torsie świętego.

Legenda głosi, że święty Roch urodził się ze znamieniem w kształcie krzyża na piersi, które to miało świadczyć o jego wyjątkowości.

2. Dodanie psa u stóp świętego.

Nieodłącznym towarzyszem świętego Rocha jest na wielu przedstawieniach pies, który ponoć uratował świętemu życie, wylizując jego rany.

3. Podciągnięcie pończochy świętego ponad kolano.

Święty Roch często przedstawiany jest z podwiniętą szatą tak, by wyeksponować jego rany, w tym przypadku do zwykłego podciągnięcia dodano jeszcze opuszczenie pończochy, co jeszcze bardziej przyciąga uwagę widza w kierunku rany.

4. Usunięcie muszli z kapelusza świętego.

Musze symbolizować miały status pielgrzyma, ich obecność na kapeluszu wędrującego świętego Rocha była więc jak najbardziej uzasadniona.



Obraz: „Święty Roch”,
Pinacoteca di Bari,
XV-XVI w.

NAGRODZENI Z „GL” 9/2019: Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Jagoda Matuszczyk-Łobaziewicz (Kraków)**. Gratulujemy! Nagrody dodatkowe: **Krzysztof Borski (Poznań)**, **Bartosz Boško (Gdańsk)**, **Anna Glik-Szymłowska (Będzin)**.

Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl **do 15 października 2019 r.**

W temacie maila należy wpisać **GL10** oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,

HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

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

ufundował voucher obejmujący m.in.:

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

Nagrody dodatkowe dla trzech osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,



Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

ufundowało książki:



KLAUZULA INFORMACYJNA

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

KULTURA

Lekarze i medycyna w Basenie Artystycznym

14 września na deskach Nowej Sceny Warszawskiej Opéry Kameralnej odbyła się światowa premiera musicalu „Przerwana Cisza”.



To wyjątkowe wydarzenie, bowiem pomysłodawcą i autorem libretta jest prof. Henryk Skarżyński. Muzykę do „Przerwanej Cisy” skomponował Krzesimir Dębski, a spektakl wyreżyserował Michał Znaniecki. Obok profesjonalnych artystów na scenie pojawili się także aktorzy-pacjenci, podopieczni prof. Skarżyńskiego.

Libretto porusza ważne tematy: wykluczenie osób niesłyszących i przywracanie ich do pełnego społecznego życia. Opowiada historię osób niesłyszących, ich dorastanie, problemy w szkole, brak akceptacji rówieśniczej i uczenie się życia na nowo, po operacji przywracającej słuch. Pokazane są też dylematy rodziców, brak zrozumienia i radość z powrotu

do świata dźwięków. Znaczący jest też wątek medyczny i ukazanie, jak następuje przełom. „Pani córka będzie głucha. Nic nie możemy zrobić” – lekarz informuje matkę małej pacjentki. I tak jak 27 lat temu dokonał się przełom w medycynie, tak dokonuje się również na deskach Warszawskiej Opéry Kameralnej. „Jest nadzieja. Możemy zoperować pani córkę” – mówi medyk, lecz nie daje gwarancji, że zabieg się uda.

16 lipca 1992 r. prof. Henryk Skarżyński jako pierwszy lekarz w Europie Środkowo-Wschodniej dokonał operacji wszczepienia implantu ślimakowego, przywracając osobie niesłyszącej słuch. ■



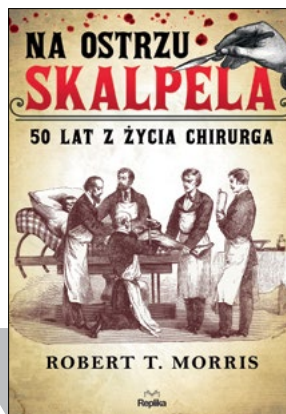
NASZA CZYTELNIJA



Trójdzielnno-autonomiczne bóle głowy

Izabela Domitrz, Wojciech Kozubski

Monografia o objawach klinicznych, patofizjologii, neuroradiologii i możliwościach terapeutycznych w trójdzielnno-autonomicznych bólach głowy. Autorzy prezentują najnowszą wiedzę dotyczącą m.in. nowych jednostek chorobowych (zespoły SUNCT i SUNA), zmian w klasyfikacjach i wytycznych, a także postępu w zakresie badań, przede wszystkim neuroobrazowych, oraz w terapii.



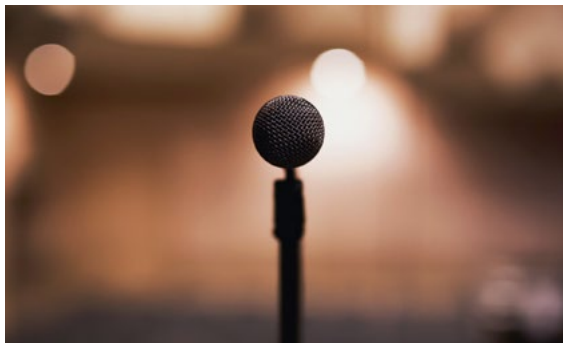
Na ostrzu skalpela. 50 lat z życia chirurga

Robert T. Morris

Czym mogło zakończyć się wejście na salę operacyjną z zapalonym cygaretem? Od kiedy stosowano kokainę jako środek znieczulający przy operacjach i jak ją podawano? Czy muchy przeszkadzały w operacji? Na te i wiele innych pytań poznamy odpowiedź, zagłębiając się w lekturę nowego wydania książki z wspomnieniami chirurga Roberta T. Morrisa praktykującego na przełomie XIX i XX w.

KULTURA

Muzyka



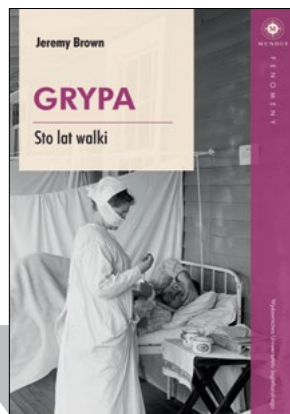
Na **13 października** zaplanowana jest premiera płyty pt. „Miłość ci wszystko wybaczy”. 14 piosenek z okresu międzywojennego zaśpiewała lekarka i wokalistka Ewelina Sielska-Badurek, a aranżacji partii fortepianowej dokonała jedna z najznakomitszych współczesnych polskich pianistek Emilia Sitarz. Patronem wydania płyty jest m.in. NIL i PTL, a „Gazeta Lekarska” objęła ją patronatem medialnym. ■

Fotografia

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

Literatura

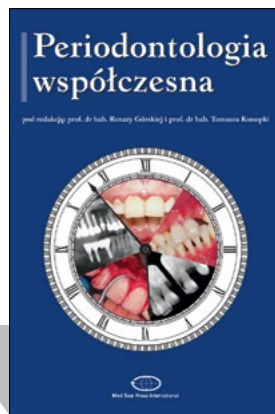
Komisja Kultury ORL w Lublinie zaprasza do udziału w IV Ogólnopolskim Konkursie Poetycko-Literackim „Lekarze dzieciom”. Patronat honorowy nad nim objęli prezes NRL Andrzej Matyja i prezes LIL Leszek Buk, a patronat medialny – „Gazeta Lekarska”. Nadsyłanie prac do **31 października**. ■



Grypa. Sto lat walki

Jeremy Brown

Amerykański lekarz i dziennikarz przedstawia skomplikowaną historię wirusa grypy. Analizuje obecny stan wiedzy, omawia kontrowersje związane ze szczepionkami i lekami przeciwwirusowymi, ale też zadaje pytanie o przyszłość. Ostrzega, że wciąż nie ma odpowiedzi na najistotniejsze pytania dotyczące tego wirusa, a jego zdolność do mutacji i zaraźliwość należy uznać za realne zagrożenie dla świata.



Periodontologia współczesna

Redakcja: prof. Renata Górską, prof. Tomasz Konopka

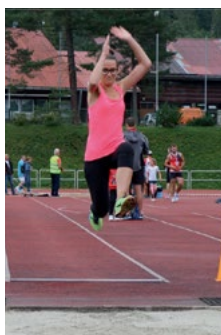
Opracowanie zawierające aktualny stan wiedzy dotyczącej etiopatogenezy, epidemiologii, klasyfikacji, profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób jamy ustnej. Autorzy są doświadczonymi nauczycielami akademickimi i klinicystami z różnych ośrodków naukowych. Publikacja jest zilustrowana licznymi rycinami, zdjęciami klinicznymi i pantomogramami.

SPORT

XVII Igrzyska Lekarskie

Po raz siedemnasty lekarze sportowcy spotkali się pod Tatrąmi. Zawody rozegrano w piętnastu dyscyplinach. Wzięło w nich udział około sześciuset lekarzy i stu lekarskich dzieci. Czterodniowe zmagania każdego dnia kończono ceremoniami medalowymi.

TEKST MACIEJ JACHYMIAK



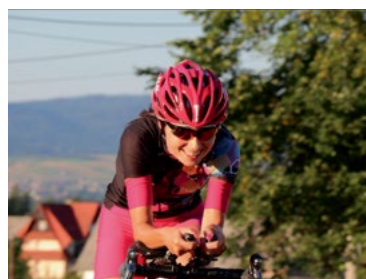
Najpopularniejsza, jak zwykle, była piłka nożna. Zwyciężył Soccer Biały-stok, a wśród seniorów – Masters Ukraina. Podczas igrzysk odbył się też mecz drużyn 11-osobowych, Polska – Ukraina, zakończony wynikiem 5:3. W turnieju koszykówki wystąpiła reprezentacja Litwy, która w pasjonującym finale pokonała Warszawę, a w meczu o brąz Łódź zwyciężyła „Silesię” pod dwóch dogrywkach. Wśród seniorów najlepszy był „Śląsk” złożony z dawnych mistrzów turnieju open. W siatkówce Mińsk, Szczecin i Łódź zakończyły turniej z tą samą ilością zwycięstw, decydowały małe punkty. Złoto w siatkówce seniorów zdobyła Łódź. W sumie w igrzyskach wzięło udział ponad 40 zespołów.

Frekwencja dopisała na trasach kolarskich. Niezłe też obstawione były dyscypliny „raketowe”, w tym szczególnie tenis stołowy, w którym od lat wiedzimy prym na światowych Medigames. Po drugiej stronie Tatr, w Łomnicy, rozegrano turniej

golfa, organizowany od lat w ramach igrzysk przez prof. Artura Czekierdowskiego z Lublina.

Uciążliwe były remonty na zakopiańskim COS, związane z budową tras narciarskich, ale zawody w „królowej sportu” się odbyły. Padło wiele wspaniałych wyników, w tym ponad 40-metrowy rzut dyskiem dr. Leszka Albiniaka z Olkusza, który był nowym rekordem igrzysk. Rekordów zresztą było więcej, co będzie odnotowane w klasyfikacji prowadzonej przez dr. Juliana Pełkę. Za organizację dyscyplin „rzutowych” szczególne podziękowania należą się dr. Konradowi Bońdzie, który od lat odnosi sukcesy w tej dyscyplinie, także na arenie międzynarodowej, oraz opiekuje się nią na igrzyskach.

Ostatni w kolejności był tradycyjnie triathlon, rozgrywany na jeziorze Czorsztyńskim, w ośrodku prowadzonym przez dr. Lucjana Habiedę, niestrudzonego triathlonistę i maratończyka. Pogoda w tym roku była wymarzona!



Bardzo atrakcyjnie wypadł bieg cross country rozegrany w centrum Zakopanego, na Górnej Równi Krupowej. Uczestnicy byli także zadowoleni z nowej trasy MTB, usytuowanej w „Bramie w Gorce”.

Najwięcej radości towarzyszyło startom dzieci, które miały na igrzyskach swoje konkurencje.

Uczestnicy pożegnali się i umówili na kolejne sportowe spotkania. Rozdano setki medali. Litwini, odbierając swoje krążki za sukces w koszykówce, zaśpiewali na podium (a cappella) hymn narodowy. I to było wzruszenie...

Do zobaczenia za rok! ■



gazetalekarska.pl

FOTO: RADOSŁAW JASTRZEŃSKI

SPORT

Nordic walking



Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego w Krakowie świętuje swoje 65-lecie. Z tej okazji **1 września** zorganizował „Marsz dla zdrowia” – marsz nordic walking. Przed startem i po nim organizatorzy zaplanowali sporo dodatkowych atrakcji, np. testy wysiłkowe. Jubileusz szpitala objął patronatem honorowym prezydent Krakowa, a imprezę medialnie wsparła „Gazeta Lekarska”.

Rajd

W dniach **3-11 sierpnia** odbył się „Rajd Górski Służby Zdrowia Bieszczady 2019” zorganizowany przez Komisję Turystyki i Sportu ORL w Rzeszowie, przy wsparciu Komisji Sportu NRL. Wzięło w nim udział ponad 200 osób – najmłodsza uczestniczka, Marysia, miała 2 miesiące, a najstarszy uczestnik – 75 lat.

Tenis

Od 12 do 14 lipca pod egidą Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy odbył się „Medbledon” – pierwszy w historii Polski turniej tenisowy lekarzy na prawdziwej, naturalnej nawierzchni trawiastej. 78 lekarzy rywalizowało w Michałówku k. Łowicza. Turniej wsparły m.in. NIL i OIL w Łodzi. We wrześniu odbyły się również Mistrzostwa Klubu „Tatry” w Tenisie Ziemnym pod patronatem Związku Podhalan w Północnej Ameryce.



Przez pięć sierpniowych dni trwały XXVIII Polonijne Mistrzostwa Lekarzy w Tenisie Ziemnym, których organizatorem był honorowy prezes Związku Lekarzy Polskich w Chicago dr Bronisław Orawiec. Patronat nad turniejem sprawował Konsulat RP w Chicago. Natomiast we wrześniu, pod patronatem Związku Podhalan w Północnej Ameryce, odbyły się Mistrzostwa Klubu „Tatry” w Tenisie Ziemnym.

gazeta**lekarska**.pl

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE

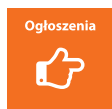
45-LECIE ODDZIAŁU STOMATOLOGII WYDZIAŁU LEKARSKIEGO W WARSZAWIE

W dniach 5-6 października br. w Zielonym Dworcu w Leoncinie odbędzie się spotkanie koleżeńskie lekarzy, którzy w 1974 r. ukończyli Oddział Stomatologii Wydziału Lekarskiego w Warszawie. To już minęło 45 lat. Serdecznie zapraszam. Kontakt: Helena Deszczyńska, tel. 602 233 454.

WYDZIAŁ LEKARSKI AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1995

Zapraszamy na spotkanie z okazji 25-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 25-27 września 2020 r. w Zieleńcu. Program zjazdu wraz z wysokością opłat na www.dilnet.wroc.pl. Wpłaty prosimy dokonywać na konto 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 31 grudnia 2019 r. z dopiskiem „Zjazd 1995”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: Patrycja Malec, tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl. Za Komitet Organizacyjny: Radosław Tarkowski

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

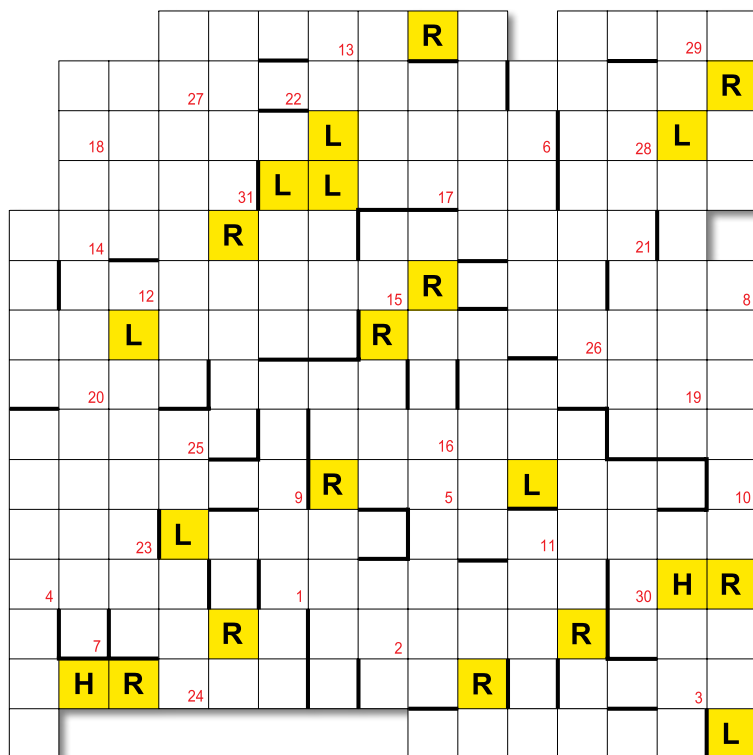


UWAGA: Uprzejmie informujemy, że ogłoszenia do „Gazety Lekarskiej” przyjmujemy pod numerem telefonu: (22) 559 13 26. Ostateczny termin przysyłania zamówień do numeru **11/2019** upływa **17.10.2019**. Warunkiem zamieszczenia ogłoszenia jest dołączenie do zamówienia dowodu wpłaty.

Cennik ogłoszeniowy: Konkurs na ordynatora 2000 PLN+ VAT 23%. Zatrudnię lekarza, drobne: 20 PLN za słowo + VAT 23%.

Konto Nr IBAN: PL 47 1240 1109 1111 0000 0516 2660. Wpłaty dokonane na inne konto niż podane nie będą uwzględniane. Bez dołączonego dowodu wpłaty zamówienie nie będzie zakwalifikowane do druku. Przyjmujemy także ogłoszenia przesyłane drogą elektroniczną: o.anisko@gazetalekarska.pl

Objaśnienia 68 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: H, L i R. Na ponumerowanych polach ukryto 31 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Seneki. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 20 października 2019 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).



* cecha palców w zespole Marfana * 100 000 dekagramów * obecny Tannenberg * pomysł nieczysty * klient, interesant * przeciek (ang.) * poetycki kult brzydoty * kraj z Bamako * organizacja harcerska od 1989 r. * Ilie, rumuński supertenista * ostry z burczakami * fenicka bogini miłości i płodności * Komisja Ścigania Zbrodni przeciwko Narodowi Polskiemu * sawanna znad Orinoko * miłośnik * do tabakiery * cel karawany * z Zielonego Wzgórza * kraj z Lublana * lokalizacja * prodrmy napadu padaczki * nagość * Ariel Sharon dla bliskich * piłka za linią * objawienie św. Jana * rentgenowska lub wisząca * zakończenie utworu muzycznego * bezsenna wyspa * ruch dążący do pokoju * gotowy do fermentacji alkoholowej * do całowania * pseudo Huberta Wagnera * nazwisko Nel * czyni złodzieja * flamaster * chirurgiczne lub bokerskie * bezdroża * wyspa z Douglas * zagęszczone produkty * śnieg lub deszcz * Dolly * zachwyt, poklask * rzymska bogini wojny * łączy kółka * oddział na czatach * komórkowa w dysplazji * ubytek, uszczerbek * Sur * strzela korkiem * umożliwiał pracę na dnie * olefina * belka na dnie kadłuba * Olga, autorka powieści „Bieguni” * rzeźnicy, bojownicy * pudełka z błoną rtg. * Anethum * duplikat * Irlandia * podróż służbowa * kumpel Mośka z dowcipów * nucleolus * bliskie stosunki * zachodnia dolina Tatr * podstępny chorąży Otella * sprężynka wewnątrz naczynia * miasto z Tadż Mahal * krymskie Mickiewicza * antropologiczna dolina pod Duesseldorfem

Jerzy Badowski

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 246 („GL” nr 07-8/2019)

Ludzie bardziej wierzą oczom niż uszom.

Nagrody otrzymują:

Anna Kosmowska (Poznań), Kamila Mitka (Kraków), Jolanta Wiczeorek (Kielce). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

WYDAWCA



Naczelna
Rada
Lekarska

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 177 300 tegz.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Skład i opracowanie graficzne
Montownia/Teresa Urawska

Druk
Walstead Central Europe

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

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do 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 recepty oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy z 6 września 2011 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. nr 126, poz. 1381, z późn. zmianami i rozporządzeniami).

