



GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB
LEKARSKICH

10 | 2021



Protest medyków

Dość oklasków | Nadzieja umiera ostatnia | Etyka protestu
Co wolno lekarzowi specjaliście? | Jesień obaw | Praca tylko dla zaszczepionych

W tym numerze

NR 10/2021 PAŹDZIERNIK GAZETA LEKARSKA



PRAWO I MEDYCYNĄ

31

Dowód
w sprawie



42

Nadzieja
umiera ostatnia

STOMATOLOGIA



16

TEMAT NUMERU

Fotorelacja
z protestu medyków

Samorząd

- 4 Pomysł jakże piękny w swej prostocie (Andrzej Matyja)
- 6 Zawodówki dla lekarzy
- 8 Biedni pacjenci, biedni filozofowie, biedni felietoniści (Krzysztof Madej)
- 11 Nastał czas odrodzenia

Temat numeru

- 16 Fotorelacja
- 18 Protest w liczbach
- 19 Dość oklasków
- 22 Potrzebne są zmiany
- 24 Etyka protestu

Prawo i medycyna

- 28 Zmiany w zakresie kontroli zwolnień lekarskich

30 Co wolno lekarzowi specjalście?

- 31 Dowód w sprawie
- 36 Zlecenie badań
- 38 Orzekajmy odpowiedzialnie

Praktyka lekarska

- 40 Szeroki front robót (Andrzej Cisko)
- 41 Trzecie zęby nie wyrosną
- 42 Nadzieja umiera ostatnia
- 45 Inteligentne implanty dentystyczne
- 46 Biuletyn
- 47 Jesień obaw
- 50 Kto nas będzie operował?
- 52 Witamina D3: konieczna zmiana wytycznych?
- 53 RAI a rak
- 54 Przełamać tabu

55 Potrzebny plan naprawczy

- 58 Serce nie zaczeka
- 60 Pierwiastki etyczne w Przysiędze Hipokratesa
- 62 Zabawa w doktora

Ze świata

- 65 Praca tylko dla zaszczepionych

Po godzinach

- 66 Déjà vu 2.0 (Sławomir Badurek)
- 67 Wybór mądrze adresowany (Jarosław Wanecki)
- 68 O znikaniu
- 70 Kultura
- 73 Sport
- 75 Ogłoszenia
- 82 Jolka lekarska

Pomysł jakże piękny w swej prostocie



Andrzej Matyja
prezes NRL

Minister Adam Niedzielski znalazł rozwiązanie problemu, nad którym biedzimy się od lat. Można? Można!

Brakuje lekarzy. Naszą narodową dumę ranią statystyki, które pokazują, że jesteśmy na szarym końcu w Unii Europejskiej i wśród krajów OECD. Najwyższy czas, byśmy poszybowali w górę rankingów. Od czegoż jest kreatywność! Wystarczy sięgnąć do naszej pięknej narodowej tradycji i skarbnicy mądrości. Przecież „Dla chcącego nic trudnego”, „Chcieć to móc”, „Nie matura, lecz chęć szczerza robi z ciebie oficera”, a jest też i uwspółcześniona wersja: „Nie matura, lecz chęć szczerza robi z ciebie wizjonera...”.

Takim inspiracjom mógł ulec minister Adam Niedzielski. A może były to bogate doświadczenia z lat 50. ubiegłego wieku, kiedy wystarczyły przyspieszone kursy, by szybko uzupełniać kadrowe braki i zastępować reakcyjny element przedwojennych elit?

Teraz przyszedł czas, by szeroko otworzyć dostęp do lekarskiej profesji. Jakże wielką niesprawiedliwością było, że w uczelniach medycznych o jedno miejsce ubiegało się kilkanaście osób, do tego jeszcze egzaminy ustne sprawdzały predyspozycje kandydatów. Trudne studia nie wszystkim udawało się skończyć w terminie. Potem były jeszcze kolejne szczeble – egzaminy, staże, specjalizacje... Podobne bariery nadal trzeba pokonywać i przez takie sito nie wszystkim udaje się przejść. Skoro więc podaż nie zaspokaja popytu, to każdy ekonomista powie, że najwyższy czas, by do zawodu dopuścić więcej chętnych. Nic to, że może ledwo zdadzą maturę. Kształćmy więcej i szybciej. Kadrowa taśma produkcyjna musi przyspieszyć, a to dzięki szkołom zawodowym, które uzyskają prawo kształcenia lekarzy.

Skoro podaż nie zaspokaja popytu, to każdy ekonomista powie, że najwyższy czas, by do zawodu dopuścić więcej chętnych. Nic to, że może ledwo zdadzą maturę. Kształćmy więcej i szybciej.

Ten jakże piękny w swej prostocie pomysł pozwoli nam szybko dogonić peleton, a ilość – kto wie, może jak kiedyś uczono – przejdzie w jakość. Ciekawe tylko, czy autorzy propozycji w przyszłości będą chcieli życie swoje lub swoich bliskich oddać w ręce medyków wyedukowanych na skrót? Ale, kto by teraz sobie tym głowę zaprzętał, gdy trzeba czym prędzej wypełniać rubryki w sprawozdaniach i przed kamerami oznajmiać, jak sprawnie można sobie radzić z wyzwaniami.

Minister Niedzielski podzielił się swoim jakże nowatorskim pomysłem przy okazji gospodarskiej wizyty w centrum symulacji medycznej jednej ze szkół zawodowych. Placówka ma charakter wieloprofilowy, można by wręcz powiedzieć – holistyczny, bo oprócz Instytutu Medycznego ma również Instytut Nauk Społecznych,

Instytut Techniczny oraz Instytut Gospodarki Rolnej i Leśnej. Jest to jedna z 25 szkół zawodowych, które kształcą na kierunkach medycznych na poziomie licencjackim lub magisterskim. Są to najczęściej pielęgniarstwo, ratownictwo medyczne, fizjoterapia, zdrowie publiczne.

Można przypuszczać, że ambicją tych uczelni będzie teraz uruchomienie kierunków lekarskich. Kto wie, czy w ich ślady nie pójdzie osiem innych uczelni zawodowych, które do tej pory nie zdecydowały się na profil medyczny, choć można przypuszczać, że prawdopodobne wsparcie z funduszy unijnych będzie zachęcało do takich decyzji. Na pewno wiele będzie zależeć od wymagań programowych, ale przecież można skonstruować je tak, by i tu nie ustawiać zbyt wysoko poprzeczki. A legislatorom z Ministerstwa Zdrowia pomysłowości odmówić nie sposób, skoro możliwość kształcenia lekarzy w szkołach

zawodowych „dorzucono” do projektu ustawy, który kilka miesięcy wcześniej Naczelna Izba Lekarska otrzymała do zaopiniowania, tyle że projekt ów dotyczył... kredytów studenckich.

Twórcom ustawy nie przeszkadza, że uczelnie zawodowe zlokalizowane są w miejscowościach bez silnego zaplecza akademickiego. Nie mają one tradycji w kształceniu lekarzy, pozbawione są zaplecza klinicznego czy rozbudowanej bazy szpitalnej umożliwiającej zdobycie praktycznej wiedzy i umiejętności przez adeptów sztuki lekarskiej. Nie można przy tym zapominać, że w szpitalach zlokalizowanych w małych ośrodkach brakuje kadry medycznej, która na dodatek – z racji wieku – szybko się wykrusza. Kto zatem weźmie na siebie rolę nauczycieli i mentorów, kiedy coraz mniej licznej kadrze będzie brakować czasu dla pacjentów? Pomysłodawcy „zawodówek” pewnie wierzą, że symulatory, YouTube czy zajęcia wirtualne wypełnią tę lukę.

Może oczarowani możliwościami telemedycyny liczą, że studia lekarskie „obsłużą” teledukacja (skoro można prowadzić już operacje na odległość, to cóż stoi na przeszkodzie, by na przykład chirurgii uczyć w ten sam sposób!). Podpowiadam też, by szukając niekonwencjonalnych rozwiązań, sięgnąć do prekursora teleterapii Anatolija Kaszpirowskiego. Da się to nawet zrealizować w formie niskobudżetowej dzięki powtórkom materiałów archiwalnych. Przed laty gromadziły przed ekranami telewizorów miliony widzów, teraz też frekwencja będzie wysoka, skoro popularność różnych czarodziejów w naszym narodzie rośnie. Zasięg oddziaływania tej jakże nowatorskiej inicjatywy można zwiększyć, podejmując współpracę z sieciami dyskontów, co pozwoli dodatkowo obniżyć koszty. Rozwiązaniem nie do pogardzenia jest również wielozawodowość. Potencjał weterynarza, jako osoby o wykształceniu akademickim, można wykorzystać w procesie edukacji w lekarskich zawodówkach. Ponadto cóż stoi na przeszkodzie, by zaopiekował się on w ramach pakietu usług nie tylko zwierzakami, ale i przedstawicielami

homo sapiens. Polecamy też uwadze Ministra Zdrowia potencjał ochotniczej staży pożarnej, która doskonale wypełni lukę po ratownikach medycznych, gdy ich zapadł do pracy zgaśnię.

Z całą pewnością wachlarz możliwości, jaki może roztoczyć przed nami ekipa ministra Niedzielskiego, daleko wykracza poza powyższy skromny katalog pomysłów, który podpowiada wyobraźnia pobudzona ostatnimi propozycjami MZ. Te edukacyjne innowacje niewątpliwie będą wskazówką dla menadżerów ochrony zdrowia, którzy zamierzają się ubiegać o certyfikaty uprawniające do zarządzania placówkami medycznymi. Minister Niedzielski – orędownik takich dowodów kompetencji – sam daje świadectwo, ile kreatywności może wykrzesać z siebie menadżer, gdy tylko wyrwie się z okowów kostycznego medycznego myślenia. Wystarczy tylko chcieć!

Nam, lekarzom, lotna myśl organizatorów naszej ochrony zdrowia może zaimponować. My tak twardo stąpamy po ziemi, opieramy się na dowodach, ufamy wiedzy akademickiej, znamy wartość nauki od mistrzów i mentorów i zachodzimy w głowę, dlaczego funduje się społeczeństwu pomysły na „zawodówki” dla lekarzy, zamiast wykorzystać potencjał i dorobek szkół zawodowych, by ich absolwentów pielęgniarstwa, fizjoterapii, nauki o zdrowiu, ratownictwa medycznego, wyedukowanych opiekunów medycznych wprowadzać do publicznej ochrony zdrowia, dając godziwe wynagrodzenia, proponując prace odciążające lekarzy, by ci zniechęceni do pracy w kraju nie wyjeżdżali za granicę. Powoływanie asystentów chirurga, a wcześniej – dopuszczenie do polskiej ochrony zdrowia lekarzy spoza Unii Europejskiej bez dostatecznego sprawdzenia ich kwalifikacji i znajomości języka polskiego czy wreszcie najnowszy pomysł uruchomienia przyspieszonego kształcenia lekarzy (i to w czasie, gdy MZ chwali się projektem ustawy o jakości), to gra pozorów i żonglerka pomysłami. Dobrze, jeśli okaże się placebo, bo może to być lekarstwo gorsze od choroby. ■



**Alicja
Szczepczyk**

Dział Mediów
i Komunikacji NIL

SKRINING

Wielki Protest Pracowników OZ



11 września ponad 30 tys. (niektórzy mówią o 40, a nawet 50 tys.!) medyków, personelu niemedycznego i pacjentów przeszło wspólnie ulicami Warszawy w ramach Wielkiego Protestu Pracowników Ochrony Zdrowia. To pierwszy w historii protest na tak dużą skalę, w którym udział wzięli przedstawiciele wszystkich zawodów medycznych. Trasa marszu przebiegała obok siedziby Ministerstwa Zdrowia, a następnie wzdłuż Kancelarii Prezydenta. Kolejnym etapem dla manifestujących był Sejm. Protestujący doszli w okolice Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, przed którą powstało Białe Miasteczko 2.0.

Na każdym przystanku postulaty protestujących przedstawiali przedstawiciele Ogólnopolskiego Komitetu

Protestacyjno-Strajkowego, w skład którego wchodzi reprezentanci samorządów zawodów medycznych i związków zawodowych zrzeszonych w branży ochrony zdrowia, oraz organizacji wspierających protest – nagrania można obejrzeć na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej. Dostępna jest również obszerna fotorelacja „Gazety Lekarskiej” z tego wydarzenia.

Ponadto, codziennie na stronie internetowej „GL” (www.gazetalekarska.pl) zamieszczane są informacje dot. działalności białego miasteczka. Zachęcam również do obserwowania mediów społecznościowych NIL, gdzie można znaleźć m.in. transmisje na żywo konferencji prasowych protestujących. ■



Rozmowy trwają

21 września Ogólnopolski Komitet Protestacyjno-Strajkowy podjął rozmowy z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia w sprawie trwającego protestu medyków i realizacji jego postulatów. Spotkania, które odbywają się dwa razy w tygodniu, początkowo przedstawiciele komitetu oceniali jako wyjście z impasu, jednak wciąż nie padły konkretne propozycje. Według protestujących resort zdrowia gra na zwłokę – podkreśla się, że przekazane m.in. wycenienia kosztów spełnienia postulatów były niekompletne i zawierały błędy, a materiały przedstawiane podczas spotkań to te same, wielokrotnie omawiane na posiedzeniach Zespołu Trójstronnego. Zdaniem komitetu nie przybliży to do porozumienia. ■

Zawodówki dla lekarzy

Minister zdrowia Adam Niedzielski ogłosił pod koniec września, że resort, wspólnie z Ministerstwem Edukacji i Nauki, przygotował projekt o kształceniu lekarzy w szkołach zawodowych. Pomysł z oburzeniem przyjęło m.in. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.

W swoim stanowisku zwraca uwagę, że zapowiadana zmiana kłóci się z celem procedowanego aktualnie projektu ustawy o jakości, ponieważ obniży ona standardy kształcenia lekarzy i lekarzy dentyistów, które według PNRL powinno bezwzględnie zachować charakter uniwersytecki. Podkreślono również, że proponowane przygotowanie zawodowe lekarzy będzie przede wszystkim szkodliwe dla pacjentów i ich bezpieczeństwa, jak i ewentualnych absolwentów takich uczelni. ■

Prezes NRL zachęca do szczepień

Wraz z rozpoczęciem roku szkolnego, prezes NRL Andrzej Matyja zwrócił się do uczniów oraz ich rodziców i opiekunów z apelem o zaszczepienie się przeciw COVID-19. Podkreślił, że od szczepień zależy nie tylko zdrowie czy bezpieczeństwo bliskich i przyjaciół, ale i rozwój oraz przyszłość.

Apel został również przekazany do ministra edukacji i nauki Przemysława Czarńka oraz ministra zdrowia Adama Niedzielskiego z prośbą o rozpowszechnienie i o wspólne zadbanie o zdrowie, bezpieczeństwo i ciągłość edukacji w trybie stacjonarnym młodych Polek i Polaków. ■

Kropla wydrąży skałę?

Samorząd lekarski wielokrotnie apelował do władz o podjęcie skutecznych działań w sprawie nasilającej się fali hejtu i zachowań naruszających przepisy kodeksu karnego w stosunku do lekarzy i lekarzy dentyków, m.in. promujących i realizujących Narodowy Program Szczepień przeciw COVID-19. Składane przez NRL zawiadomienia do organów ścigania były dotychczas umarzane lub traktowane jako przestępstwa prywatnoscargowe, które nie leżą w kręgu zainteresowania prokuratury.

W piśmie z 6 września minister zdrowia przekazał informację z Prokuratury Krajowej, że Prokuratura Regionalna w Warszawie została zobowiązana do przeprowadzenia analizy akt postępowań pod kątem prawidłowości procedowania spraw o zniesławienie lekarzy zaangażowanych w program szczepień przeciwko wirusowi SARS-CoV-2.

Dodatkowo do prokuratorów regionalnych w całym kraju zostało skierowane pismo z wytycznymi/instrukcjami, w którym wskazano, aby prokuratury czyniły regułą prowadzenie postępowań dotyczących zniesławienia w ww. kategorii spraw z urzędu, nie zaś na wniosek samego pokrzywdzonego.

Prezes NRL Andrzej Matyja stwierdził z aprobatą, że „kropla drąży skałę” i oczekuje konkretnych działań ze strony prokuratury, dla której ochrona osób ratujących zdrowie i życie powinna być priorytetem, tym bardziej że osoby te angażują się w realizację programów rządowych mających zapewnić populacyjną odporność przeciw COVID-19. Podkreślił również, że samorząd lekarski nie spocznie w swoich działaniach w zwalczaniu hejtu wobec medyków. ■

Forum Ekonomiczne 2021



Panel „Rola kadr medycznych w systemie ochrony zdrowia”

W tegorocznej edycji Forum Ekonomicznego w Karpaczu nie zabrakło wystąpień przedstawicieli Prezydium NRL.

Prezes NRL wziął udział w debacie pt. „Odpowiedzialny sektor zdrowotny – czyli jak zapewnić zrównoważenie i elastyczność systemu ochrony zdrowia, dbając o efektywne zarządzanie, najwyższą jakość opieki nad pacjentem oraz zminimalizowanie śladu ekologicznego chorób”, w którym dyskutowano o potrzebie wypracowania długofalowych rozwiązań wzmacniających system ochrony zdrowia, szczególnie istotnych w kontekście bezprecedensowych wyzwań, wynikających z pandemii COVID-19. Jednym z kluczowych wątków był brak kadr medycznych – prof. Matyja zwrócił uwagę na lukę pokoleniową wśród aktywnych zawodowo lekarzy i lekarzy dentyków oraz, że dopiero teraz 30-letnie zaniedbania w tej kwestii są naprawiane.

W sesji „Telemedycyna: perspektywy na przyszłość, między koniecznością a efektywnością” wystąpił wiceprezes NRL Artur Drobniak, przypominając, że telemedycyna to nie tylko porady telefoniczne, a szansa na rozwój m.in. komunikacji i diagnostyki w różnych specjalizacjach.

Podczas ostatniego dnia forum odbyła się sesja „Rola kadr medycznych w systemie ochrony zdrowia”, którą moderował prezes NRL. Zaproszeni przedstawiciele zawodów medycznych omówili problemy kadrowe swoich środowisk, ich wpływ na funkcjonowanie całego systemu ochrony zdrowia i kondycję zdrowia publicznego. Rozpoczynając panel, prof. Matyja powiedział jasno, że kadry medyczne to fundament systemu, a sytuacja w ochronie zdrowia pogarsza się właśnie z powodu braku medyków.

Jako panelista, dr Drobniak omówił czynniki pogarszające sytuację w ochronie zdrowia: zwiększającą się migrację lekarzy z publicznego do prywatnego sektora, rosnącą liczbę aktywnych zawodowo lekarzy po 70. r.ż. i starzejące się społeczeństwo.

Istotnymi wydarzeniami w trakcie forum były konferencje prasowe przedstawicieli Ogólnopolskiego Komitetu Protestacyjno-Strajkowego, podczas których komentowano m.in., jak rzeczywiście przebiega dialog Ministerstwa Zdrowia z zawodami medycznymi.

Szczegółowe relacje na stronach internetowych Naczelnej Izby Lekarskiej oraz „Gazety Lekarskiej”. ■



Biedni pacjenci, biedni filozofowie, biedni felietoniści

W bieżącym sezonie problematyka funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce jest dosyć modna.

Krzysztof Madej

Początkowo chciałem napisać: „w bieżącym sezonie politycznym”, ale ugryzłem się w język (a może w klawiaturę), bo tak się jakoś dzieje, że używanie słów: „polityka” czy „polityczny” ma wydźwięk pejoratywny. To zapewne za sprawą odstręczającego stylu, w jakim polityka jest w naszym kraju uprawiana. Należałoby więc raczej uczenie, współcześnie i eufemistycznie mówić o „komunikacji społecznej” i to na dokładkę „w przestrzeni medialnej”.

Całe życie zbiorowe i społeczne kształtowane jest przez politykę i polityków, a my się wzbraniamy, ażeby nazywać rzeczy po imieniu. Najlepszym, moim zdaniem, dowodem na tę właściwość w kierowaniu i reformowaniu życia zbiorowości jest właśnie medycyna instytucjonalna. O paradoksie (!), więcej w niej polityki niż refleksji wywodzącej się z tej dyscypliny medycznej, która nazywa się zdrowiem publicznym.

Mamy więc w tej chwili niebywałą erupcję doniesień medialnych, traktujących o tzw. służbie zdrowia. W tym pojęciu mieści się zarówno medycyna uprawiana w wymiarze jednostkowym, jak i zbiorowym, praca lekarzy, pielęgniarek i innych profesjonalistów z tzw. zawodów medycznych, a także wszelkie instytucje związane z medycyną i ochroną zdrowia, głównie zakłady opieki zdrowotnej. Z wyjątkiem Ministerstwa Zdrowia. Ministerstwo Zdrowia jakoś mi pojęciowo do „służby zdrowia” nie pasuje. Jest gdzieś indziej, wyżej, no i nie ciąży na nim ten zakres odpowiedzialności, który tradycyjnie przypisujemy „służbie zdrowia”. Podobnie, do pojęcia „służba zdrowia” bardziej pasują publiczne zakłady opieki zdrowotnej, bo niepubliczne to raczej opieka medyczna.

Oczywiście to medialne ożywienie wywołane jest w pierwszym rzędzie pandemią i wszystkimi perturbacjami, jakie w ochronie zdrowia i w życiu społecznym ona niesie. Ostatnio protest środowisk zawodów medycznych też podniósł falę rozważań o przyszłości systemu ochrony zdrowia.

Pandemia zakażeń wirusem SARS-CoV-2 jest unikalnym doświadczeniem ludzkości, wywołującym w różnych krajach specyficzne dla nich skutki. W Polsce, oprócz licznych podobieństw z innymi krajami w zastosowaniu środków walki z wirusem, mamy swój obszar egzotyki.

Protest pracowników ochrony zdrowia to w ciągu ostatnich 30 lat zjawisko cykliczne. Każda formacja polityczna i każda kadencja samorządu miała swój protest. Wynika to, moim zdaniem, z takiego psychologicznego mechanizmu, że zapewnienia i obietnice zestawione z nadziejami wyrażanymi na początku, po przejęciu władzy nie spotkały się z realizacją lub choćby próbą realizacji na koniec.

Myślę jednak, że jest jeszcze jeden mechanizm, który skłania różnych komentatorów życia społecznego, publicystów, felietonistów, a nawet – jak będzie poniżej – filozofów do refleksji nad medycyną w wymiarze społecznym. Zdaje się, że niektórzy politycy i dziennikarze powoli zaczynają uświadamiać sobie skalę kryzysu, przyszłe skutki przeszłych zaniechań i dzisiejszych kłopotów. Przykładem niech będzie kryzys demograficzny w środowiskach fachowych pracowników medycyny. Te średnie wieku lekarzy i pielęgniarek wskazują, że za 5-6 lat może być naprawdę ciężko. Stąd te gwałtowne i dramatyczne próby ratowania systemu: plany importu lekarzy spoza Unii Europejskiej na zasadzie wyjątku i odstępstwa od przyjętych w Unii reguł zatrudniania lekarzy, otwieranie wydziałów lekarskich, gdzie się da, choćby w szkołach zawodowych, kredyty na odpłatne studia lekarskie (będą pieniądze, będą pod nie tworzone miejsca szkoleniowe), ci różni asystenci lekarzy czy pomocnicy chirurgów i szeregi innych pomysłów.

Z racji hobbystycznych zainteresowań, staram się swoim osobistym radarem skanować tę falę publikacji i szukać w nich wiarygodnych recept.

Zawsze w takich razach każdy z nas, a już w szczególności felietonista, który szuka pojedynczych fenomenów, najdobitniej ilustrujących ogólne prawidłowości,

ustawia sobie ranking zdarzeń, które zrobiły największe wrażenie, czyli co mi się z tego powodu najbardziej podobało.

Jestem trochę jak ten mały Jasio, który był w kinie na ciekawym filmie. Po powrocie do domu rodzice pytają go, co mu się w kinie najbardziej podobało? Wentylator, odpowiedział Jasio.

Otóż największe wrażenie zrobił na mnie felieton Jana Hartmana w „Polityce” z 8 września br. (nr 37) pt. „Biedni lekarze”. Profesor Hartman jest filozofem z nieskrywanymi ciągłotami politycznymi i wśród jego zainteresowań znajduje się bioetyka. Z tego powodu wypowiada się niekiedy i pisze o bioetyce, a więc o tym, co nas, w „Gazecie Lekarskiej”, interesuje szczególnie, czyli o medycynie i ochronie zdrowia. Bardzo trudno podejmuje się polemikę z tekstem, którego czytelnicy nie znają i prawdopodobnie po niego nie sięgną. Zawsze rodzi się też obawa, że polemika będzie nie z tym, co autor rzeczywiście napisał, lecz z własną już interpretacją. Z drugiej jednak strony każdy autor musi się liczyć z tym, że jego odczytanie, nawet gdy jest jednostkowe, stanowi rzeczywistość dla odbiorcy, z którą przecież można polemizować.

Streszczę więc „Biednych lekarzy” w punktach.

1. Lekarze zarabiają nadmiernie dużo (są przepłacani), szczególnie w sektorze prywatnym, a także są ustawieni „pod kątem” firm farmaceutycznych. „Pracują na zbyt wielu etatach, a i tak trudno się do nich dopchać”. Mógłby ktoś odnieść wrażenie, że autor sugeruje wnioskowanie, że gdyby pracowali mniej, to dostęp byłby łatwiejszy.
2. Lekarze mają powody obawiać się fali coraz większej liczby pozwów ze strony swoich pacjentów – i dobrze im tak. Niestety biegli powoływani w tych wieloletnich procesach są przypadkowi i niekompetentni.
3. Sądy lekarskie mają taką wadę, że lekarze mają w nich z zasady przewagę nad pacjentami.
4. W szpitalach nie powołano komitetów bioetycznych mających zadanie rozwiązywania konfliktów, skutkiem czego nie ma za grosz zaufania między pacjentami i lekarzami (nazywanymi przez prof. Hartmana „interesariuszami systemu”), rośnie między nimi agresja i przewrażliwienie.
5. Retoryka etosu lekarskiego ma cechy wyznania religijnego i przez to nie pozwala na zestrzanie „interesów zdrowotnych pacjentów z ekonomicznymi interesami lekarzy”.
6. Kodeks Etyki Lekarskiej „ocieka korporacjonizmem”, zleca przemilczanie nadużyć i konfliktów oraz cenzurę.
7. Korporacja lekarska jest tak „okopana” w swoim sprzeciwie dla bycia ocenianą z zewnątrz, że nawet minister Arłukowicz, który zamówił u bioetyków opracowanie nt. konfliktów interesów w medycynie, nie dał rady zrobić z tego opracowania użytku.

Kopernik odkrył prawdę o układzie słonecznym, wychodząc z błędnych, właściwych dla swojej epoki, założeń. Pozwólmy zatem innym błędzić, jeśli tylko autentycznie poszukują prawdy.

8. Korporacyjny konserwatyzm, nieprzewalczony paternalizm i zapóźnienie w budowaniu kultury bioetycznej w stosunku do Zachodu powodują taką irytację demokratyzującego się społeczeństwa, że wynikający z tego konflikt społeczeństwa z korporacją lekarską musi skończyć się zwycięstwem społeczeństwa. Wynika to z różnic liczebności stron konfliktu. Pacjenci to przecież całe społeczeństwo. Cóż to wobec coraz mniejszej garstki lekarzy.

9. Medycyna to pole walki o pierwszeństwo w dostępie do leczenia, o pieniądze i stanowiska.

To przerażająca wizja sytuacji w ochronie zdrowia w Polsce. Oto stoją naprzeciwko siebie dwa zbrojne obozy i toczą bój okrutny, ażeby wydrzeć dla siebie od przeciwnika to, czego mu zbywa, a czego uważają oni, że tamci mają w nadmiarze. Wizja ta ma jednak pewną słabość kryjącą się w słowach „o pierwszeństwo w dostępie do leczenia”.

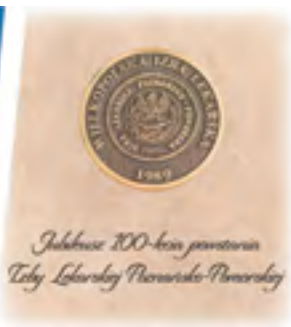
Z tego wynikałoby, że jednak nie ma nadmiaru w dostępie do leczenia. A może nie ma też nadmiaru w ilości pieniędzy. Bo, że nie ma nadmiaru w liczbie stanowisk, to wiadomo od zarania ludzkości.

Czy taka diagnoza jest dobrym punktem wyjścia do leczenia chorej medycyny? To temat na inne rozważania. I nie ta wyliczanka pretensji była przedmiotem mojego szczególnego zainteresowania. To standardowy zestaw oskarżeń, jak to lekarze i te ich okropne izby lekarskie stoją na przekór potrzebom państwa i obywateli. Najważniejsza jest pointa felietonu. Dlatego zacytuję prof. Hartmana wiernie i bez skrótów: „Rosnący napór roszczeń pacjentów i ich prawników, połączony z presją na ograniczenie kosztów leczenia, a nierzadko również z ideologią narzucaną przez władze, sprawiają, że wielu lekarzom po prostu się odechciewa. Przyjmują defensywną, samoobronną postawę, lecząc tak, aby minimalizować ryzyko terapeutyczne. Mają spokój, lecz pacjenci nie wychodzą na tym najlepiej. Jeśli nic się nie zmieni, lekarze i pielęgniarki wyjadą, w mniej dochodowych, a przy tym konfliktogennych dziedzinach, jak ginekologia i położnictwo, młodzi nie będą chcieli się specjalizować, aż w końcu system się zwinie w kłębek. Pieniądze nie wystarczą, żeby temu zapobiec. Nawet w medycynie pieniądze to nie wszystko”.

Święte słowa. Pewien filozof, którego bardzo sobie cenię, w jednym ze swoich wystąpień użył takiej sentencji: Kopernik odkrył prawdę o układzie słonecznym, wychodząc z błędnych, właściwych dla swojej epoki, założeń. Pozwólmy zatem innym błędzić, jeśli tylko autentycznie poszukują prawdy.

Chyba, że chcemy się tylko żywić konfliktem. Jest bowiem taka naiwna wiara, że pokój społeczny zapanuje wówczas, gdy wszyscy wygrają wojny ze wszystkimi. ■

Nadzwyczajny zjazd i setna rocznica powstania samorządu



4 września w Poznaniu odbył się XLV Nadzwyczajny Okręgowy Zjazd Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej oraz uroczystości jubileuszowe 100-lecia powstania Izby Lekarskiej Wielkopolsko-Pomorskiej.

Mimo braku kworum, spotkanie w ramach XLV NOZL WIL było doskonałą okazją do rozmów na temat bieżącej sytuacji w ochronie zdrowia. Rozmowy prowadzono w ramach paneli dyskusyjnych – były one poświęcone problemom lekarzy dentystów, lekarzom POZ, szpitalnictwu oraz

sytuacji epidemicznej. W trakcie spotkania wręczone zostały także odznaczenia Zasłużony dla Wielkopolskiej Izby Lekarskiej oraz Medal Honorowy WIL.

Drugą część zjazdu wypełniły uroczystości jubileuszu 100-lecia powstania Izby Lekarskiej

Poznańsko-Pomorskiej. Na obchodach obecni byli m.in. prezesi OIL w Gdańsku i Toruniu, a także przedstawiciele innych samorządów zaufania publicznego i przedstawiciele władz publicznych. Uczestnicy mieli okazję obejrzeć premierowy pokaz filmu opowiadającego historię utworzenia i rozwoju samorządu lekarskiego, który został zrealizowany przez wielkopolską izbę. Wydarzeniu towarzyszyła wystawa malarska z pracami lekarek z Koła Malujących Lekarzy WIL. ■

O fundamentach zrozumienia pacjenta

O co tak naprawdę chodzi w byciu empatycznym dla pacjenta? Dlaczego studenci medycyny ostatnich lat studiów są dużo mniej empatyczni niż na początku drogi kształcenia? Jak budować porozumienie i zaufanie w relacji z chorym, ale nie wpaść w pułapkę litości czy identyfikacji z jego problemami? Polecamy lekturę artykułu

„O empatii, współodczuwaniu i zadowalaniu choroby”, który ukazał się we wrześniowym numerze „Medium”, biuletynie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Autorem tekstu jest prof. Aleksander Woźny, kierownik Zakładu Medioznawstwa w Instytucie Dziennikarstwa i Komunikacji Społecznej Uniwersytetu Wrocławskiego. ■

Wreszcie na swoim

Od 1 września Beskidzka Izba Lekarska funkcjonuje w nowej – i co najważniejsze – własnej siedzibie, zlokalizowanej przy ul. Bystrzańskiej 23 w Bielsku Białej. Numery telefonów oraz adresy mailowe pozostały bez zmian.

Dotychczas BIL działała przy ul. Kraśńskiego, w budynku należącym do miasta. Budynek ten już dawno przestał wystarczać, jeśli chodzi o oczekiwania w zakresie prowadzenia działalności izby. ■

Poradnik, jak działać w sytuacjach spornych

Monika Potocka, Rzecznik Praw Lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, przygotowała dla lekarzy i lekarzy dentystów schematy postępowania w przypadku, gdy pacjent lub osoba mu bliska utrudnia udzielanie świadczeń lub jest agresywna. Materiały edukacyjne są dostępne na stronie internetowej warszawskiej izby. ■

Łódź: w sprawie Ośrodka Leczenia Ostrego Zatrucia

Okręgowa Rada Lekarska w Łodzi odniosła się do likwidacji Ośrodka Leczenia Ostrego Zatrucia w IMP w Łodzi. W dokumencie zaznaczono, że wraz z likwidacją tej placówki powstaje realne zagrożenie życia i zdrowia pacjentów, którzy ulegli ostremu zatruciu na terenie woj. łódzkiego.

Izba wylicza, że ośrodek ten rocznie hospitalizował i leczył ambulatoryjnie ok. 2 tys. chorych, a ponadto lekarze dyżurni przez całą dobę udzielali konsultacji telefonicznej lekarzom z innych oddziałów szpitalnych z miejscowości, w których nie ma ośrodków toksykologicznych. W apelu wezwano „do bezzwłocznego odtworzenia oddziału leczenia ostrego zatrucia z informacją toksykologiczną i zlokalizowanie go najlepiej w miejskim lub wojewódzkim szpitalu wieloprofilowym”. ■

Dla kogo medal?

Do 15 października można zgłaszać propozycje kandydatur osób do odznaczenia Medalem Lubelskiej Izby Lekarskiej. Wniosek w formie listu promującego (formularz dostępny na stronie izby) należy przesłać do sekretariatu LIL.

Medal jest przyznawany głównie lekarzom, lecz także osobom spoza społeczności lekarskiej, działającym w sferze zawodowej, społecznej i prywatnej dla dobra ogólnego i dobra stanu lekarskiego.

100 LAT SAMORZĄDNOŚCI LEKARSKIEJ W POLSCE



Lucyna Krysiak
dziennikarz

Nastał czas odrodzenia

Kiedy we wrześniu 1989 r. powołano w Polsce pierwszy niekomunistyczny rząd, urzeczywistnienie marzeń o reaktywowaniu samorządu lekarskiego jako korporacji zawodowej stało się realne.

Wprawdzie ustawę o izbach lekarskich uchwalono wcześniej (17 maja 1989 r.) i był to ostatni akt legislacyjny Sejmu Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej, to do wprowadzenia w życie jej zapisów doszło już w wolnej Polsce. Przemiany te odbywały się w klimacie chaosu i konfliktów interesów. Część środowiska lekarskiego, związana z systemem komunistycznym, forsowała swoich ludzi, chcąc tym samym wpływać na kierunek działań izb lekarskich. Lekarze identyfikujący się z ruchem solidarnościowym nie chcieli do tego dopuścić, widząc w nich zagrożenie dla idei samorządności.

ODŁOŻONY NA PÓŹNIEJ

Piotr Kordel w swojej publikacji „Geneza, struktura i funkcjonowanie samorządu lekarskiego w Polsce w latach 1989-2009”, opisując okoliczności, w jakich doszło do reaktywacji samorządu lekarskiego, przypomina, że już 12 grudnia 1981 r., na odbywającym się w Poznaniu II Zjeździe Krajowej Sekcji Służby Zdrowia NSZZ „Solidarność”, przedstawiono projekt ustawy o samorządzie lekarskim. Dokument ten, po poprawkach wniesionych przez delegatów, był gotowy, by trafić pod obrady Sejmu. Zjazd zakończył się jednak trzy godziny przed północą, a – jak wiadomo – o północy wprowadzono w Polsce stan wojenny. Projekt trzeba było odłożyć ad acta.

Zaangażowani w sprawę postowie zasiadający w Komisji Zdrowia i członkowie Polskiego Towarzystwa Lekarskiego nie ustawiali jednak w staraniach, aby wrócić do tematu reaktywacji samorządu lekarskiego. Musiało jednak minąć kilka



Zbigniew Gburek

lat, zanim udało się nim zainteresować szersze grono polityków. Wiosną 1986 r. ZG PTL zainicjował spotkanie z posłem Marianem Królem, przewodniczącym sejmowej Komisji Polityki Społecznej, Zdrowia i Kultury Fizycznej ze Zjednoczonego Stronnictwa Ludowego, który oddelegował na nie swojego zastępcę, Zbigniewa Gburka, posła Stronnictwa Demokratycznego, prof. Śląskiej Akademii Medycznej,

Niezależnie od tych perturbacji projekt został przyjęty przy jednym głosie wstrzymującym. Pojawiły się jednak kolejne przeszkody.

ówczesnego kierownika Katedry Reumatologii, Kliniki Reumatologii i Rehabilitacji, a także sekretarz komisji Mirosławę Rudowską. Ze strony PTL w spotkaniu uczestniczyli: Zdzisław Lewicki, Bogdan Kamiński, Józef Hornowski, Adam Czarnecki, Felicja Łapkiewicz i mec. Witold Preiss.

Prof. Gburek deklarował wówczas, że będzie popierać w Sejmie inicjatywę powołania samorządu lekarskiego i... słowa dotrzymał. Kiedy władza gorliwie forsowała założenia resortowej ustawy o opiece zdrowotnej i zawodach medycznych, prof. Gburek przypominał, że podczas prac poprzedniej kadencji Sejmu uznano za celowe reaktywowanie samorządu medycznego i wyposażenie go m.in. w kompetencje z dziedziny postępowania dyscyplinarnego. Zwrócił też uwagę, iż projekt resortowy nie przewiduje istnienia samorządu medycznego i zmierza do utrzymania dotychczasowych zasad odpowiedzialności zawodowej pracowników medycznych, opartych na funkcjonowaniu ocenianej bardzo negatywnie Komisji Kontroli Zawodowej.

POŻYTKI Z REAKTYWACJI

Dzięki staraniom prof. Gburka postowie zdecydowali, że obok prowadzenia prac nad ustawą o opiece zdrowotnej i zawodach medycznych, należy pochylić się nad przywróceniem izb lekarskich i powołali podkomisję ds. samorządu lekarskiego.

I tak prof. Gburek stał się nieustrudzonym rzecznikiem odtworzenia korporacji lekarskiej. Do znudzenia przypominał posłom o korzyściach płynących z reaktywowania izb lekarskich. Ostatecznie na jego wniosek 8 czerwca 1988 r. komisja postanowiła wystąpić z poselską

inicjatywą ustawodawczą opracowania projektu ustawy o samorządzie lekarskim. Poseł Zbigniew Gburek został upoważniony przez klub Stronnictwa Demokratycznego do zebrania wymaganej liczby podpisów pod tym projektem. Zebrał ich ponad sto, dzięki czemu 15 czerwca 1988 r. projekt ustawy o samorządzie lekarskim trafił pod obrady Sejmu. Poparły go wszystkie kluby poselskie i skierowały do odpowiednich komisji.

W tym czasie powołano także podkomisję odpowiedzialną za dalsze prace nad ustawą, na której czele stanął poseł doc. Janusz Szymborski z PZPR. Ale 6 lutego 1989 r. rozpoczęły się rozmowy Okrągłego Stołu. Sprawy związane z reformami systemu opieki zdrowotnej omawiane były w podzespole ds. zdrowia, który był elementem zespołu ds. gospodarki i polityki społecznej. Jego pracami kierowali ze strony koalicyjno-rządowej: Wojciech Guglas z OPZZ i wiceminister zdrowia Andrzej Wojtczak, a ze strony solidarnościowo-opozycyjnej – prof. Zofia Kuratowska.

Już na pierwszym posiedzeniu (18 lutego 1989 r.) temat reaktywacji izb lekarskich pojawił się w dyskusjach przedstawicieli stron koalicyjno-rządowej i solidarnościowo-opozycyjnej. Zarówno osoby z kręgu władz, jak i NSZZ „Solidarność” widzieli w samorządzie lekarskim potencjał do włączenia się w naprawę niewydolnego systemu opieki zdrowotnej, nacechowanego nadmierną centralizacją, brakiem ewidencji kosztów, nierówną alokacją środków. Reprezentujący stronę rządową Andrzej Wojtczak przekonywał, że izby lekarskie mogą wspomagać reformę systemu ochrony zdrowia, jego decentralizację, uspołecznienie i równouprawnienie sektorów państwowego, spółdzielczego i prywatnego. Dla strony solidarnościowo-opozycyjnej odrodzenie izb było jednym z warunków poprawy sytuacji w ochronie zdrowia. Socjolog doc. Edmund Wnuk-Lipiński określił to wówczas tak: „Jest kilka fundamentalnych celów strategicznych, których realizacja wydaje się niezbędna – legalizacja „Solidarności”, rozumiana jako środek do pełnego upodmiotowienia pracowników służby zdrowia, jej odpolitycznienie (nie ma medycyny antysocjalistycznej ani socjalistycznej, jest tylko medycyna dobra lub zła), usamodzielnienie placówek służby zdrowia wraz z wprowadzeniem samorządu pracowniczego, rewitalizacja samorządu lekarskiego, zniesienie administracyjnych barier dla rozwoju różnorodnych form



Ikony odrodzenia samorządu: profesorowie Tadeusz Lesław Chruściel i Zbigniew Chłap

opieki zdrowotnej publicznej, czyli administrowanej przez państwo, społecznej i prywatnej oraz ekonomizacja połączona z radykalną reformą ubezpieczeń społecznych (...)”.

SKRAJNE EMOCJE

Jednocześnie negocjujące strony miały zastrzeżenia do procedowanego w Sejmie projektu ustawy o izbach lekarskich. Dr Wojciech Guglas z OPZZ stwierdził, iż projekt proponuje utworzenie scentralizowanej i kosztownej instytucji o charakterze kontrolno-dyscyplinarnym. Sugerował opracowanie takiego projektu, który uzyska powszechną aprobatę środowiska lekarskiego.

Prof. Zbigniew Chłap, patofizjolog z Krakowa, ówczesny członek Komisji Zdrowia Komitetu Obywatelskiego przy przewodniczącym NSZZ „Solidarność”, wskazał, że zaproponowana w projekcie poselskim część dyscyplinarna izb lekarskich jest nadzbyt rozbudowana. Jednym słowem, zapisy projektowanej ustawy o samorządzie lekarskim, głównie w części dotyczącej odpowiedzialności zawodowej lekarzy, budziły skrajne emocje. Strona solidarnościowo-opozycyjna (dr Marek Edelman i prof. Andrzej Szczekliki) wskazywała na problem upolitycznienia służby zdrowia – funkcjonujące tzw. nomenklatury przy obsadzaniu stanowisk kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej i w uczelniach medycznych. Izby lekarskie miały być na to lekarstwem. Jednak niezależnie od tych krytycznych uwag, wszystkim lobbującym za powołaniem izb lekarskich zależało, aby ten najważniejszy dokument

dotyczący reaktywowania samorządu lekarskiego był kompletny, również w kwestii prawnych podstaw organizowania izb lekarskich.

NOWE PRZESZKODY

To był ostatni z punktów projektu ustawy, który wymagał dopracowania, ale sprawy przybrały niekorzystny obrót. Trwały obrady Okrągłego Stołu i wszystkie oczy były zwrócone na to, co się tam działo. Prof. Jacek Żochowski, ówczesny prezes Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, zaangażowany w reaktywację izb lekarskich, zastrzegając, że może zabraknąć czasu na przyjrzenie się przez komisję projektowi ustawy o izbach lekarskich i jej uchwalenie jeszcze w IX kadencji Sejmu PRL. W związku ze strajkiem poczty warszawskiej były też problemy z dostarczeniem posłom na czas zawiadomień o posiedzeniu komisji.

Opozycja nie dawała jednak za wygraną, domagała się wystosowania pisma do posła Janusza Szymborskiego, przewodniczącego podkomisji prowadzącej prace nad ustawą o samorządzie lekarskim, wzywającego do uchwalenia ustawy jeszcze w bieżącej kadencji Sejmu. Strona rządowa odmówiła jego podpisania, tłumacząc, że nie ma takich kompetencji, ma je tylko premier i Prezydium Rady Ministrów. Mimo to sprawę samorządu lekarskiego przekazywano „wyżej”, czyli zespołowi ds. gospodarki i polityki społecznej.

Równolegle strona solidarnościowo-opozycyjna przeprowadziła w środowisku własne konsultacje nad projektem, a Krajowa Komisja Koordynacyjna

„Solidarności” upoważniła swoich przedstawicieli do działań na rzecz uchwalenia ustawy o izbach lekarskich jeszcze w IX kadencji Sejmu. 17 kwietnia 1989 r. na połączonym posiedzeniu wszystkich komisji i ministerstw oraz Centralnego Urzędu Planowania, Prokuratury Generalnej, Sądu Najwyższego, PRON, OPZZ, NSZZ „Solidarność”, PTL i akademii medycznych zaprezentowano prace podkomisji nad tą ustawą. W dyskusji Hanna Maciejewska z Federacji ZZ Pracowników Ochrony Zdrowia przedstawiła szereg zastrzeżeń do poszczególnych zapisów, wnioskując o skierowanie projektu do konsultacji. Poseł Ryszard Czyż z PZPR wniósł o odroczenie debaty na ten temat, co wiązałoby się z odłożeniem ustawy *ad calendas grecas* i zablokowaniem uchwalenia jej przed końcem IX kadencji Sejmu. Widać było w tym jawną niechęć osób związanych z dawnym systemem do izb lekarskich, które postrzegane były jako konkurencja. W trakcie prac nad ustawą komisje zdecydowały o zmianie nazwy z „ustawy o samorządzie lekarskim” na „ustawę o izbach lekarskich”.

Niezależnie od tych perturbacji projekt został przyjęty przy jednym głosie wstrzymującym. Pojawiły się jednak kolejne przeszkody. W związku z licznymi głosami sprzeciwu warszawskich lekarzy należących do „Solidarności” wobec powołania Kolejowej Izby Lekarskiej (26 kwietnia 1989 r.), posłowie jeszcze raz musieli odnieść się do sprawy jej wyodrębnienia. W rezultacie zapis utrzymano w mocy, a do tekstu ustawy włączono zapisy mówiące o ochronie prawnej stosunku pracy dla działaczy izb. Było to ostatnie posiedzenie Komisji w sprawie ustawy o samorządzie lekarskim. W końcu dokument trafił pod obrady Sejmu. Głosowanie odbyło się 17 maja 1989 r. podczas VII sesji Sejmu IX kadencji na 48. posiedzeniu. Ustawa została

uchwalona jednogłośnie. Działo się to jednak pod nieobecność posłów klubu ZSL, którzy ostentacyjnie wyszli w czasie wystąpienia posła sprawozdawcy. Na szczęście pozostali posłowie zostali i udało się uratować quorum.

SAMI SWOI?

19 czerwca 1989 r. powołano Komitet Organizacyjny Izb Lekarskich. W jego skład weszło 177 osób. 74 osoby zgłosił Zarząd Główny PTL, 21 – PTS, 18 osób wskazało Zrzeszenie Polskich Towarzystw Lekarskich. Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia zgłosiła 22 członków Komitetu, natomiast Komisja Krajowa „Solidarności” – 15. Pozostałych członków Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich wskazał Minister Zdrowia.

Pierwsze posiedzenie odbyło się 6 lipca 1989 r. w siedzibie resortu zdrowia i miało ono charakter organizacyjny. Wyłoniono 29-osobowe prezydium, które miało kierować pracami Komitetu. Przewodniczącym został prof. Jacek Żochowski, a jego zastępcami: dr Adam Czarnecki, prof. Włodzimierz Józefowicz, dr Jerzy Moskwa, prof. Władysław Nasiłowski. Członkami prezydium wybrano: prof. Józefa Bogusza, dra Jana Ciećkiewicza, prof. Zbigniewa Chłapa, płk prof. Eugeniusza Dziuka, lek. stom. Andrzej Fortuń, prof. Bolesława Górnickiego, prof. Zbigniewa Gburka, dra Artura Hartwicha, prof. Bogdana Kamińskiego, prof. Zdzisława Kleinroka, dra Ireneusza Kliksa, lek. med. Annę Kwietniewską, lek. stom. Ryszarda Łopucha, lek. med. Annę Maciejewską, doc. Jerzego Niedziółkę, dr Bożenę Pietrzykowską, prof. Stanisława Rudnickiego, prof. Alicję Ryżewską, prof. Henryka Stangreckiego, doc. Janusza Szymborskiego, dra Rafała Taczanowskiego, dr Wandę Terlecką, doc.

Jerzego Woy-Wojciechowskiego oraz dra Zbigniewa Żaka.

Pierwsze plenarne posiedzenie Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich zdecydowało o utworzeniu 11 izb terytorialnych i trzech izb resortowych (wojewódzkiej, kolejowej i MSW). Siedzibami izb okręgowych wybrano miasta – Białystok, Bydgoszcz, Gdańsk, Katowice, Kraków, Lublin, Łódź, Poznań, Szczecin, Warszawę i Wrocław, gdyż tam znajdowały się akademie medyczne.

4 sierpnia 1989 r. odbyło się posiedzenie prezydium KOIL z udziałem posłów i przewodniczących komisji problemowych. Wybrano wówczas sekretarzy Komitetu Organizacyjnego: prof. Tadeusza Chruściela i dr Bożenę Pietrzykowską. Dr Jerzy Moskwa tak podsumował to wydarzenie: „Pierwsze zebranie Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich było burzliwe i chaotyczne. Naszym celem było sprawne i szybkie przeprowadzenie wyborów do władz poszczególnych izb okręgowych i zorganizowanie Krajowego Zjazdu. Największe emocje budziły zasady podziału terytorialnego oraz kryterium wyboru delegatów. Często – niestety – ambicje brały górę nad rozsądkiem. Czy uniknięto sporów politycznych? – myślę, że nie, choć często wynikały one z nieznamomości istoty samorządu zawodowego. Spotkałem się z oburzeniem, gdy po raz pierwszy użyłem tego określenia. Wiele pomógł w tej sprawie list ówczesnego rzecznika praw obywatelskich prof. Ewy Łętowskiej, w którym wyjaśniała krytykującym, że izby lekarskie to korporacja prawa publicznego, której administracja przekazała część swoich uprawnień”. ■

Źródła:

Piotr Kordel, „Geneza, struktura i funkcjonowanie samorządu lekarskiego w Polsce w latach 1989-2009”

Zygmunt Wiśniewski, „Kronika Izb Lekarskich w Polsce w latach 1945-2005”

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Cerebrum Medici

Bydgoska Izba Lekarska czeka na zgłoszenia kandydatur lekarzy i lekarzy dentyistów do uhonorowania wyróżnieniem Cerebrum Medici. Zgłoszenia (wraz z uzasadnieniem) są przyjmowane do 15 października w siedzibie izby lub za pośrednictwem poczty elektronicznej.

Wyróżnienie jest przyznawane za wybitne osiągnięcia naukowe, promowanie środowiska lekarzy BIL, za zasługi m.in. w zakresie organizacji działalności społecznej, kulturalnej, sportowej, a także za całokształt działalności na rzecz środowiska lekarskiego. ■

Spotkanie izbowych prawników

Pod koniec września w Zamościu odbyła się konferencja prawników izb lekarskich. Organizatorem wydarzenia była Lubelska Izba Lekarska. Podczas spotkania dyskutowano o zmianach w prawie w obszarze ochrony zdrowia, które w ostatnim czasie weszły w życie, m.in. na temat przyznawania warunkowego

prawa wykonywania zawodu lekarzowi cudzoziemcowi spoza UE. Dyskusja dotyczyła się także m.in. wokół zgody na zabieg medyczny w świetle prawa karnego, teleporad medycznych oraz wybranych regulacji prawnych dot. wykonywania zawodu lekarza w czasie stanu nadzwyczajnego / stanu epidemii. ■

Lekarz, generał, premier



17 września w Gąbinie otwarto izbę pamięci Sławoja Felicjana Składkowskiego. Ekspozycja znajduje się w odrestaurowanym domu, w którym w 1885 r. urodził się i spędził pierwsze lata dzieciństwa ostatni premier II Rzeczypospolitej.

Ekspozycję, wraz z burmistrzem miasta i gminy Gąbin Krzysztofem Jadczakiem oraz prezeską Towarzystwa Miłośników Ziemi Gąbińskiej Anną Ostrowską, otwierali przedstawiciele samorządu lekarskiego: prezes Wojkowej Izby Lekarskiej Artur

Maria Balcerzak (OZZL), Artur Płachta (WIL), Ryszard Mońdział (OIL Płock), Anna Ostrowska (TZMG), Lech Łukaszewski (TZMG)

Płachta i prezes OIL w Płocku Ryszard Mońdział.

Wystawione w izbie pamiątki są darem Jadwigi Składkowskiej, z d. Dołęga-Mostowicz. Oprócz rękopisu pamiętnika Składkowskiego, są tu liczne dokumenty i fotografie rodzinne, bardzo osobiste listy, pisane przez generała do żony, oraz dedykowane jej rysunki i wiersze. W gablocie poświęconej działalności medycznej znajduje się lekarska torba generała, zestaw narzędzi chirurgicznych, a także studencki indeks zawierający listę nauczycieli zawodu ówczesnego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Otwarcie wystawy towarzyszyła konferencja naukowa poświęcona gen. Składkowskiemu. (js) ■

(Wystawa stała – Gąbin ul. Stary Rynek 6)

PR dla lekarzy

Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku przygotowała kurs online z obszaru public relations dla lekarzy i lekarzy dentyistów. Uczestnicy podczas wirtualnego spotkania dowiedzą się m.in. jak zachować się w przypadku ataku mediów, oskarżeń pacjentów i internautów.

Kurs odbędzie się 20 listopada – mogą w nim wziąć udział członkowie zrzeszeni w białostockiej izbie, którzy mają uregulowane składki członkowskie. Zgłoszenia są przyjmowane do 17 listopada. Liczba miejsc ograniczona. ■

II Rodzinny Festyn Sportowy ŚIL



Piłki, bramki, tory przeszkód, zajęcia fitness, taniec, a do tego dmuchane zamki, bańki mydlane, malowanie twarzy, kolorowe warkoczki, fotobudka i wiele innych atrakcji. Wszystko w ramach II Rodzinnego Festynu Sportowego Śląskiej Izby Lekarskiej, zorganizowanego przez Komisję Sportu i Rekreacji oraz Komisję ds. Młodych Lekarzy ORL w Katowicach.

W sumie ponad 70 dzieci i wnuków lekarzy i lekarzy dentyistów spróbowało swoich sił w kilkunastu konkurencjach. Medal, dyplom i drobny upominek na rozpoczęcie roku szkolnego otrzymał każdy mały sportowiec. Dużą atrakcją była wizyta psów ratowniczych z ich przewodnikiem dr. Jackiem Dutkiewiczem. II Festyn Sportowy ŚIL zakończył się meczem dwóch lekarskich drużyn piłkarskich – Medyka Zabrze i FCL SILE-SIA. Laur zwycięstwa przypadł drużynie z Zabrze. ■

Największa manifestacja pracowników ochrony zdrowia w III RP



Na ulice wyszli przedstawiciele wszystkich zawodów medycznych



Od soboty 11 września w Warszawie trwa protest, który zainicjował Ogólnopolski Komitet Protestacyjno-Strajkowy Pracowników Ochrony Zdrowia. Rozpoczął się wielką manifestacją, w której udział wzięło kilkadziesiąt tysięcy lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, diagnostów laboratoryjnych, ratowników medycznych, a także pacjentów. Jeszcze tego samego dnia niedaleko kancelarii premiera wyrosło białe miasteczko, w którym w ciągu dnia odbywają się m.in. badania profilaktyczne, a w nocy medycy śpią w namiotach. Rozmowy z resortem zdrowia rozpoczęły się 1,5 tygodnia później. Protest ma trwać aż do skutku, czyli do spełnienia wszystkich postulatów. ■

FOTORELACJA **Marta Jakubiak**



To w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej w połowie wakacji ogłoszono zawiązanie komitetu protestacyjno-strajkowego

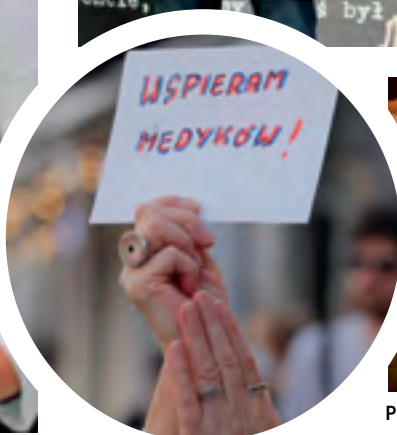


W białym miasteczku można skorzystać m.in. z darmowych konsultacji i badań profilaktycznych

Wielu medyków, niezależnie od wykonywanego zawodu, czuje się niedocenianych i lekceważonych przez polityków



Młodzi medycy widzą coraz wyraźniej kryzys kadrowy



Pierwszy wieczór w białym miasteczku

Protest w liczbach

Medycy po raz kolejny wyszli na ulice. Ramie w ramie manifestowali swoje niezadowolenie z sytuacji w ochronie zdrowia m.in. lekarze i lekarze dentyści, pielęgniarki i położne, ratownicy medyczni, fizjoterapeuci, diagnosty laboratoryjni, a wspierali ich pacjenci.

Kilkadziesiąt relacji,
wywiady i galerie
zdjęć z protestu



7 dni

(12-18 września) w białym miasteczku aktywnie przybliżano problemy, z którymi boryka się ochrona zdrowia. Takich rozmów, dyskusji i warsztatów byłoby dużo więcej, gdyby nie doszło do tragicznego w skutkach okaleczenia się przez starszego mężczyznę niezwiązanego z protestem.

8% PKB

na system opieki zdrowotnej znacznie szybciej niż planuje rząd – tak brzmi jeden z postulatów Ogólnopolskiego Komitetu Protestacyjno-Strajkowego Pracowników Ochrony Zdrowia, którego powstanie ogłoszono 2 sierpnia w czasie konferencji w siedzibie NIL w Warszawie.

10. dnia

protestu w Centrum Partnerstwa Społecznego „Dialog” doszło do pierwszych rozmów między medykami i przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia. „To pierwszy krok do wyjścia z impasu i jesteśmy tym bardziej zdeterminowani do dalszych działań” – napisali po spotkaniu.

15 lat

pracy zawodowej powinno uprawniać do urlopu zawodowego – to jeden z postulatów komitetu protestacyjno-strajkowego. Wśród innych są m.in. podwyżki wynagrodzeń, wzrost wyceny świadczeń, ryczałtów i dobokaretki, zatrudnienie dodatkowych pracowników administracyjnych.

90% kobiet

nie zgłaszała się na badania mammograficzne w czasie pandemii w niektórych województwach – powiedział prof. Cezary Szczylik w 6. dniu protestu, gdy w białym miasteczku tematem przewodnim była onkologia. Podkreślił, że spodziewa się fali nowych zachorowań na nowotwory.

210 zdjęć

z manifestacji pracowników ochrony zdrowia, która odbyła się 11 września w Warszawie, jest dostępnych w portalu „Gazety Lekarskiej”. Wraz z fotorelacjami z białego miasteczka udostępniliśmy już kilkadziesiąt zdjęć z protestu, który relacjonujemy na www.gazetalekarska.pl.

300

a nawet 400 godz. miesięcznie pracuje część ratowników medycznych. – Chcemy skończyć z tą chorą sytuacją, która odbywa się kosztem naszego zdrowia i życia. Temu chcemy powiedzieć „dość” i dlatego tu jesteśmy – mówił w białym miasteczku ratownik medyczny Adam Piechnik.

16 tys. zł

brutto ma zarabiać Piotr Bromber, dotychczasowy dyrektor Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, który trzeciego dnia protestu został powołany na stanowisko wiceministra zdrowia, gdzie odpowiada m.in. za dialog społeczny. To on we wrześniu spotykał się z protestującymi.

30 tys.

– ta liczba najczęściej padała w kontekście frekwencji w czasie manifestacji, do której doszło 11 września w Warszawie. Jej cel organizatorzy wyjaśniali następująco: „uświadomienie społeczeństwa o złej sytuacji, w jakiej znajduje się polska ochrona zdrowia i kto za ten stan faktycznie odpowiada”.

ANALIZA

Dość okłasków



Pracujący 300 godzin w miesiącu ratownik medyczny przywozi pacjenta na SOR, w którym przyjmuje – przemęczony tak samo jak on – lekarz. Stamtąd trafia na oddział, gdzie jak w ukropie uwija się nie mniej wyczerpana pielęgniarka. Medycy powiedzieli „dość!”.

Mariusz Tomczak
dziennikarz

Od dłuższego czasu pogłębia się rozdźwięk między władzą i tymi, co diagnozują, leczą i na tysiąc innych sposobów pomagają pacjentom w publicznej ochronie zdrowia. Wielu medyków zarzuca rządowi, że się ich nie szanuje i lekceważy. Są źli, słysząc o kolejnym festiwalu obietnic, który szerokim łukiem omija osoby z wykształceniem medycznym.

Rozgoryczenie rośnie, gdy dowiadują się o kolejnych milionach, nierzadko miliardach złotych, które rząd lekką ręką przeznacza na błahe w ich przekonaniu cele, nie dostrzegając, że są przepracowani, sytuacja kadrowa jest zła, potrzeby zdrowotne starzejącego się społeczeństwa rosną, a dalekie od oczekiwań wynagrodzenia podgryza największa od 20 lat inflacja. Nie chcą walczyć o ludzkie życie kosztem własnego i nie chcą pracować wyłącznie za okłaski. Trudno się temu dziwić.

PUDROWANIE TRUPA

– Pierwszym i arcyważnym zadaniem będzie służba zdrowia – taką obietnicę złożył premier Mateusz Morawiecki w czasie wygłaszania sejmowego exposé w 2017 r., gdy przejmował ster władzy. – Nie rozwiązaliśmy problemów zdrowotnych Polaków bez lekarzy – dopowiadał dwa lata później, także w czasie exposé. Znacznej części środowiska lekarskiego od dawna nie przekonują obietnice premiera jakoby ochrona zdrowia stanowiła priorytet rządu. Od dawna lekarze czują się zepchnięci na boczny tor w zakresie współdecydowania o polityce zdrowotnej. – Pudrujemy trupa – słysząc z wielu stron, gdy opisują sytuację panującą w publicznych placówkach, z których kolejne osoby uciekają do sektora prywatnego. Te opinie zaczęły narastać kilka miesięcy po tym, gdy w lutym 2018 r. ówczesny minister zdrowia Łukasz Szumowski zawarł porozumienie z rezydentami. Wiele osób miało nadzieję na przełom, co okazało się iluzją.

19 ZŁ BRUTTO ZAMIAST DODATKU

Niezadowolenie wzmoгло się w trakcie pandemii, która dla wielu medyków stanowiła najtrudniejszy okres w karierze

zawodowej – trzeba było pracować jeszcze dłużej i pod znacznie większą presją dyrektorów, wojewodów i resortu zdrowia. Dodatki covidowe, zamiast okazać się bonusem za pracę w ciężkich warunkach, stały się kością niezgody – wszyscy o nich mówią, ale nie każdy lekarz je otrzymał. A jeśli już ktoś te pieniądze dostał, to nierzadko po przepychankach z przełożonymi i niekoniecznie w wysokości, której oczekiwał. Czara goryczy przełamała się w czerwcu, po odrzuceniu przez większość sejmową poprawki Senatu do ustawy o płacach minimalnych w podmiotach leczniczych. Do rangi symbolu urosła podwyżka wynagrodzenia zasadniczego dla lekarzy specjalistów w wysokości 19 zł brutto (z 6750 zł do 6769 zł brutto) i to pod warunkiem podpisania „lojalki” zobowiązującej do nieudzielania tożsamych świadczeń w innej placówce finansowanej ze środków publicznych. – Odebraliśmy to jako policzek – mówi prof. Andrzej Matyja, prezes NRL.

ISKRA, KTÓRA ZAPALIŁA PŁOMIEŃ

Nowe współczynniki pracy, w oparciu o które określa się najniższe wynagrodzenie zasadnicze, zirykowały nie tylko lekarzy, skłaniając część związków zawodowych i samorządów zawodów medycznych do ściślejszej współpracy. Na początku sierpnia w siedzibie NIL w Warszawie ogłoszono powstanie Ogólnopolskiego Komitetu Protestacyjno-Strajkowego Pracowników Ochrony Zdrowia. Jego postulaty mocno wykraczają poza kwestie płacowe, a jeden z najważniejszych mówi o znacznie szybszym wzroście nakładów na system opieki zdrowotnej niż planuje rząd do 8 proc. PKB. Kilka dni przed powstaniem komitetu Rada Ministrów przyjęła projekt nowelizacji ustawy podnoszący te nakłady do 7 proc. PKB w 2027 r., ale komitet uważa, że to zdecydowanie za mało i zbyt wolno. – Chcemy rozwiązań systemowych. Działania Ministerstwa Zdrowia są doraźne i nie zmieniają w zasadniczy sposób sytuacji w ochronie zdrowia – wskazuje Artur Drobniak, wiceprezes NRL.

UZBROJENI W WUWUZELE

30 tysięcy osób, część uzbrojona w transparenty i wuwuzele. Lśniące biel fartuchów lekarskich i pielęgniarskich, jaskrawo pomarańczowe ubrania ratowników medycznych. Stetoskop

na szyi lub czepek pielęgniarski na głowie. Gdzieniegdzie wpinki z logo okręgowych izb lekarskich czy organizacji związkowych. To wszystko można było zobaczyć 11 września wśród uczestników manifestacji pracowników ochrony zdrowia w Warszawie, którą jeszcze tego samego dnia ochrzczono mianem największego protestu medyków w III RP. Był on zupełnie inny od tych, do których przywykli mieszkańcy stolicy i miliony Polaków czerpiących wiedzę o najważniejszych wydarzeniach w kraju z serwisów informacyjnych czy mediów społecznościowych. Niewykluczane, że w życiu prywatnym wielu medyków uśmiech nie schodzi z ust, ale na ulicach stolicy nie demonstrowali tryskający radością optymiści. Dominowało głębokie rozczarowanie rzeczywistością panującą w publicznej ochronie zdrowia i tym, co niekoniecznie widzą pacjenci, choć to oni padają ofiarą systemu. Do medyków dołączyli też pacjenci.

TRZY DEKADY INDOLENCJI

Wśród tłumu unosił się żal, a czasami złość, wymieszana z poczuciem beznadziejności i bezsilności, czemu dawano upust, odpowiadając na pytania dziennikarzy licznie towarzyszącym demonstrantom. Mocno oberwało się politykom, zresztą nie tylko tym z obecnego obozu władzy. Wszystkim rządcom po 1989 r. zarzucano nieudolność, zamiatanie pod dywan problemów ochrony zdrowia i brak strategicznego podejścia do autentycznej, a nie pozorowanej reformy. – Oni nie słuchają nas od 30 lat. Nie obchodzi ich nasze zdrowie – mówi Anna Bazydło, wiceprzewodnicząca Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy. To, co myślały i czuły medycy, można było wyczytać z haseł, które wiele osób miało na własnoręcznie zrobionych transparentach. Dobitnie unaocznili one ogrom niedomagań i patologii, z jakimi na co dzień mierzą się lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni, fizjoterapeuci czy diagnosty laboratoryjni. Skupiły jak w soczewce najważniejsze bolączki osób wykonujących zawody medyczne i w prosty sposób ujęły to, co znalazło się w postulatach komitetu protestacyjno-strajkowego, a co często w zawiły sposób tłumaczyły tęgie głowy.

POWOŁANIEM SIĘ NIE NAJESZ

Wydaje się, że wśród transparentów najwięcej haseł odnosiło się do warunków pracy i płacy, a mianowicie niesatysfakcjonujących pensji, przepracowania, tak mocno wpisanej w polską ochronę zdrowia wieloletowości, obaw o przedwczesny zgon i coraz dramatyczniej dających się we znaki braków kadrowych („Żądamy godnych zarobków”, „1 lekarz 1 etat”, „Harujemy za trzech, zarabiamy grosze”, „Powołaniem się nie najesz”, „Jakość w miejsce bylejałości”, „Lekarz = zawód. Nie wolontariat”, „Krótko żyjemy, bo ciężko pracujemy”, „Spieszmy się kochać lekarzy, tak szybko odchodzą”, „1 pielęgniarka na 30 pacjentów! Komu pomóc jako pierwszemu?”, „Umieramy o 20 lat wcześniej niż inne Polki”). – Żeby pacjent był bezpieczny, medycy też muszą być bezpieczni – podkreśla Michał Balsa, członek Prezydium NRL.

PUBLICZNA OCHRONA ZDROWIA KONA

Niektóre z haseł wskazywały na katastrofalny, przedzawałowy lub wręcz agonizujący stan publicznej ochrony zdrowia („System umarł”, „Publiczna ochrona zdrowia kona!”, „Zapraszamy na oddział, bo niedługo zamykamy”, „Narodowy fundusz

zagłady”), a także na głębokie wzburzenie sposobem, w jaki sposób medycy – jak mówi wielu z nich – są traktowani przez władze („Mamy dość lekceważenia”, „Byliśmy bohaterami, jesteśmy frajerami”). Były bezpośrednie odniesienia do decydentów („Politycy! Nie róbcie z medyków niewolników!”, „Minister do dymisji!”, „Zabrać politykom, dać medykom”), a niektóre z haseł ocierały się o czarny humor („Grabarze murem za ministrem i rządem”). Kreatywnością wykazali się stomatolodzy, choć to, na co wskazywali, nie miało pozytywnego przesłania. Jedna z protestujących maszerowała z przymocowaną na plecach kartką z napisem: „Ostatni dentysta z NFZ na terenie trzech gmin”, inna trzymała w ręce kij z wypisaną na kartonie wymowną informacją: „1900 zł. Moja emerytura. Lekarz dentysta”, a kolejne dwie osoby niosły duży transparent z hasłem: „Dentysta bez waloryzacji od 13 lat”.

BEZ NAS SYSTEM NIE ISTNIEJE

Pojawiły się hasła przypominające o kluczowej roli zawodów medycznych w funkcjonowaniu opieki zdrowotnej, bo to nie łóżka czy szpitalne mury leczą, lecz osoby z wykształceniem medycznym („Bez nas system nie istnieje”, „Szpital bez personelu to tylko budynek!”, „Nie ma medycyny bez diagnostyki”), jak i wskazujące na to, że należy trzymać się ponad podziałami („Lekarki solidarne z pielęgniarkami i ratowniczkami”). Nie zabrakło haseł o propacjenckim przesłaniu („Nasze problemy problemami pacjentów”, „Razem dla dobra pacjenta”). Demonstrowały też osoby z prostymi, ale jakże jasnymi deklaracjami: „Chcemy leczyć w Polsce”. Zwieńczeniem manifestacji było powstanie białego miasteczka niedaleko kancelarii premiera. – Będziemy siedzieć tutaj dotąd, aż zostaną spełnione wszystkie nasze postulaty – zapowiedział Wojciech Szaraniec, przewodniczący Porozumienia Rezydentów. Całodobowa obecność medyków w namiotach stała się wizerunkowym kłopotem dla rządu.

Pokaż lekarzu, co masz w garażu

W debacie publicznej niczym bumerang powróciła kwestia wynagrodzeń, choć pełna uogólnień, półprawd i niedopowiedzeń. Do pewnego stopnia to zasługa Polskiego Instytutu Ekonomicznego, rządowego think-tanku nadzorowanego, o czym zapewne nie każdy wie, przez premiera. Niemal przed samym protestem PIE opublikował wyniki analizy przeprowadzonej na podstawie baz danych Ministerstwa Finansów o podatkach za 2019 r. – mediana miesięcznego przychodu brutto lekarzy wyniosła 16,7 tys. zł (co oznacza, że połowa zarabiała mniej, a połowa więcej), a średnia – ponad 25 tys. zł. Lotem błyskawicy obiegło to prawie wszystkie media, wpływając na publiczny dyskurs. Wprawdzie autorzy opracowania podali, że te przychody obejmują wszystkie zarobki, tzn. niekoniecznie związane z opieką zdrowotną, i że medycy często pracują znacznie więcej niż 40 godzin tygodniowo, ale sporo osób skupiło się na kwotach, zupełnie pomijając fakt, że to konsekwencja wielogodzinnej pracy w kilku miejscach, w dodatku kosztem życia prywatnego i nierzadko własnego zdrowia.



11 września w Warszawie odbyła się najliczniejsza manifestacja pracowników ochrony zdrowia w III RP.

PRZECIĄGANIE LINY I GRA NA CZAS

Stanowczość, upór, determinacja – te słowa doskonale opisują zachowanie medyków w pierwszej fazie protestu, przypominającej trochę grę w ping-ponga z rządem, choć być może nie jest to najlepsze porównanie na określenie sporu o przyszłość publicznej ochrony zdrowia. Kiedy zapowiedzieli, że jednym z żelaznych postulatów są bezpośrednie rozmowy z premierem, błyskawicznie powołano nowego wiceministra zdrowia do prowadzenia dialogu z protestującymi. Gdy pojawiły się pytania, dlaczego ma zarabiać dwa razy więcej od lekarza specjalisty z wieloletnim stażem pracy, resort odpowiadał, by rozróżniać wynagrodzenie lekarza „faktyczne od minimalnego”. Gdy medycy nie przychodzili na spotkania, bo nie było na nich szefa rządu, a – jak podkreślali – z dotychczasowych rozmów z ministrem Adamem Niedzielskim niewiele wynikało, ten ostatni zarzucał „bojaźliwość” i „skrajny populizm”, dodając, że traktuje protest jako „formę negocjacji”, po czym w sukurs szefowi resortu zdrowia przychodzili inni – jego rzecznik apelował o przestrzeganie „zasad czystej kultury”, a prezydencka minister pouczała, że „nieobecni nie mają racji”. Kiedy strona rządowa dostała postulaty protestujących, to żądała ich „urealnienia”, a jak medycy prosili o przekazanie dokładnej metodologii, w oparciu o którą uznano ich oczekiwania za „kosmiczne”, nie dostali tego, na co czekali.

NIEDOCENIANA ROLA BIAŁEGO MIASTECZKA

Czas pokaże, czy rozpoczęty 11 września z dużym przytupem protest pracowników ochrony zdrowia stanie się katalizatorem zmian w publicznej ochronie zdrowia albo przynajmniej jedną z przyczyn, która do nich doprowadzi. Od dawna obowiązuje metoda doraźnego gaszenia pożarów i dokładania pieniędzy na wybrane cele, a nie o to chodzi komitetowi protestacyjno-strajkowemu. Jedno nie ulega wątpliwości – dzięki protestowi problemy, z jakimi na co dzień zmagają się medycy, silniej przenikają do debaty publicznej, w czym duża zasługa wielu mediów, a w konsekwencji trafiają do świadomości społeczeństwa. To ważne, bo wiele osób, w tym także liderzy opinii, nie ma pojęcia, jak wygląda praca w publicznym szpitalu oraz

Dzięki protestowi problemy medyków silniej przenikają do debaty publicznej.

iloma wyrzeczeniami okupiona jest praca lekarza, pielęgniarki czy ratownika medycznego. Niektórzy mają wykrzywiony obraz, bo korzystają wyłącznie z prywatnych placówek. Im więcej dowiedzą się niemedycy, tym bardziej zaczną utożsamiać się z postulatami protestujących, a im lepiej bolączki pracowników ochrony zdrowia rozumieją wyborcy, tym większa szansa, że wpłynie to na decydentów – tych, którzy są obecnie u władzy lub tych, którzy ich zastąpią.

CO PRZYNIESIE PROTEST?

Kiedy te okoliczności weźmie się pod uwagę, a do tego doda fakt, że w coraz większym stopniu stajemy się społeczeństwem informacyjnym dryfującym w stronę mediokracji i „demokracji sondażowej”, znacznie lepiej można zrozumieć, dlaczego w białym miasteczku pod Kancelarią Prezesa Rady Ministrów każdego dnia poruszano inne zagadnienia w trakcie codziennych konferencji prasowych, warsztatów i prelekcji edukacyjnych. Sytuacja zmieniła się w sobotni poranek 8. dnia działania białego miasteczka. Starszy mężczyzna, który w poprzednich dniach odwiedzał protestujących, na ich oczach dokonał samookaleczenia i mimo pomocy udzielonej przez medyków z białego miasteczka zmarł po przewiezieniu do szpitala. Ta śmierć wszystkich zszokowała. Zdecydowano się na zmianę formuły protestu. Medycy dalej spali w namiotach, ale prowadzili „cichy dyżur”. 21 września odbyły się pierwsze rozmowy komitetu protestacyjno-strajkowego z resortem zdrowia, dwa dni później kolejne, a zaraz potem częściowo wznowiono aktywność znaną z pierwszych dni protestu – medycy powrócili do wykonywania badań profilaktycznych i udzielania konsultacji. Dotychczasowe rozmowy z wiceministrem zdrowia Piotrem Bromberem, jak sami mówią, nie dotyczyły najważniejszych spraw. Czy w październiku dojdzie do zawarcia porozumienia, czy do zaostrzenia protestu? ■

Potrzebne są zmiany

Najpierw wielotysięczna manifestacja, potem białe miasteczko. Czy kolejny już zryw medyków doprowadzi w końcu do rzeczywistej poprawy sytuacji w publicznej ochronie zdrowia? Czy rządzący spełnią zgłaszane od lat postulaty?

GazetaLekarska.pl ✨



Artur Drobnik
wiceprezes NRL,
jeden z liderów Komitetu
Protestacyjno-Strajkowego
Pracowników Ochrony
Zdrowia

Od lutego prowadziliśmy rozmowy z rządem w ramach Zespołu Trójstronnego ds. Ochrony Zdrowia, ale postulaty lekarzy oraz innych zawodów medycznych traktowano niepoważnie. Byliśmy zapraszani w charakterze gości, a nasze argumenty od razu odrzucano. Nie mogliśmy się zgodzić, by związki zawodowe i samorządy zawodów medycznych były traktowane jak piąte koło u wozu, a medycy zostali na łasce rządu i dwóch organizacji: NSZZ „Solidarność” i Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych, które tak naprawdę zrzeszają i reprezentują niewielu pracowników medycznych. To dlatego powstał Komitet Protestacyjno-Strajkowy Pracowników Ochrony Zdrowia,

w skład którego wchodziły organizacje skupiające niemal 600 tys. pracowników ochrony zdrowia. NSZZ „Solidarność” i OPZZ skupiają ich maksymalnie 45 tys. Przestaliśmy brać udział w spotkaniach Zespołu Trójstronnego, bo spotkaliśmy się z arogancją ze

Protest rozpoczęły wszystkie zawody medyczne.

strony władzy, doświadczając monologu Ministerstwa Zdrowia. Głos medyków pomijano, nie było chęci do podjęcia z nami merytorycznych rozmów, bo stronie rządowej – przynajmniej do tej pory – chodziło tylko o zaakceptowanie bez mrugnienia okiem propozycji przedstawianych przez ministra zdrowia. 11 września protest rozpoczęły wszystkie zawody medyczne. To dowód na zjednoczenie się środowiska oraz na to, że publiczny system ochrony zdrowia naprawdę znajduje się w opłakanym stanie i wszyscy pracownicy to widzą.

Na ulicach Warszawy demonstrowało kilkadziesiąt tysięcy osób, które chciały, by stał się on bardziej przyjazny dla pacjentów i dla medyków, a Polacy czuli się bezpiecznie i mieli pewność, że zostanie im udzielona profesjonalna i szybka pomoc, gdy zajdzie taka potrzeba. Protest, który kontynuujemy w białym miasteczku, to przede wszystkim walka o bezpieczeństwo pacjentów i bezpieczeństwo medyków oraz sprzeciw wobec dramatycznej i nieustannie pogarszającej się sytuacji kadrowej w publicznej ochronie zdrowia. W obliczu kryzysu kadr medycznych nie widzimy innej możliwości niż walka o lepsze warunki pracy i płacy dla tych pracowników, którzy pracują w publicznych placówkach. Jednym ze sposobów na rozwiązanie problemu jest zwiększenie finansowania publicznej ochrony zdrowia. Najbardziej boli nas to, że doszło do spłaszczenia naszych postulatów do kwestii wynagrodzeń, a szczególnie wynagrodzeń lekarzy, podczas gdy protest dotyczy przede wszystkim innych grup zawodowych oraz poprawy funkcjonowania systemu. ■



Michał Balsa
członek Prezydium NRL,
jeden z liderów Komitetu
Protestacyjno-Strajkowego
Pracowników Ochrony Zdrowia

Ten protest musiał wybuchnąć z powodu braku chęci do dialogu ze strony rządzących. Gdyby w poprzednich miesiącach doszło do merytorycznych rozmów z lekarzami i innymi zawodami medycznymi, nikt by nie wyszedł na ulice. Gdy jest dialog i wzajemne zrozumienie, to nie wychodzi się na ulice, żeby zaprotestować. Środowisko medyczne od dawna rozmawiało z ministrem Adamem Niedzielskim, ale przekonał się, że to nie przynosi żadnych rezultatów. Za każdym razem

minister zdrowia próbował udowodnić, że jest dobrze, pokazując wyczerpanie z Excela tym, którzy na co dzień pracują w publicznej ochronie zdrowia i z bliska widzą, co się dzieje m.in. w szpitalach oraz jak wiele spraw wymaga pilnej naprawy. Na początku września, w trakcie Forum Ekonomicznego w Karpaczu, minister zapewniał nasz

Gdy wybuchł protest, minister nie łagodził emocji.

komitet protestacyjno-strajkowy, że dojdzie do spotkania z premierem już kolejnego dnia, jednak ostatecznie nic takiego nie miało miejsca. Jeśli ktoś nie dotrzymuje obietnic, trudno wierzyć w szczerość jego intencji. Komitet protestacyjno-strajkowy stara się chłodno spoglądać na wszystko i starannie analizuje każdy ruch kierownictwa

Ministerstwa Zdrowia. Ponieważ nie jesteśmy przekonani o dobrej woli resortu, dlatego chcieliśmy bezpośredniego spotkania z premierem Mateuszem Morawieckim. Najbardziej zaskoczyło mnie, że gdy wybuchł protest, minister Adam Niedzielski nie próbował nawet łagodzić emocji, tylko licznymi wypowiedziami zwiększał temperaturę sporu. Poza tym z jednej strony w świetle kamer zapewniał, że trwają rozmowy z medykami, podczas gdy osoby, z którymi się spotykał, nie były przedstawicielami reprezentatywnych organizacji zrzeszających pracowników ochrony zdrowia. To zła strategia. Trzeba mówić prawdę, a nie manipulować faktami. Po tragicznym wypadku w białym miasteczku, gdy osoba niezwiązana z naszym protestem popełniła samobójstwo, stwierdziliśmy, że sytuacja stała się nieprzewidywalna i trzeba usiąść do rozmów z resortem. ■



Wojciech Szaraniec
przewodniczący Porozumienia
Rezydentów OZZL,
lekarz rezydent okulistyki

Wzorowaliśmy się na białym miasteczku z 2007 r., które również powstało przed Kancelarią Prezesa Rady Ministrów. Zanim doszło do protestu, który rozpoczął się 11 września, przez kilka miesięcy byliśmy mamieni obietnicami przez ministra zdrowia, że po trzeciej fali pandemii dojdzie do poważnych zmian w publicznej ochronie zdrowia. Na samych zapewnieniach i obietnicach się kończyło. Postanowiliśmy zorganizować protest przed czwartą falą, bo nic się nie

zmieniło. W dalszym ciągu pacjenci długie godziny spędzają w szpitalnych oddziałach ratunkowych, nie mogą się doczekać na ważne badania diagnostyczne i umierają w kolejkach pozostawieni bez niczyjej

Wzorowaliśmy się na białym miasteczku z 2007 r.

pomocy. Pandemia pokazała czarno na białym, że system ochrony zdrowia nie działa w newralgicznych momentach, ale nie tylko ona sprawiła, że postanowiliśmy wyjść na ulice. Niestety po proteście, do którego doszło na przełomie 2017 i 2018 r., zostaliśmy oszukani. Ówczesny minister Łukasz Szumowski zapewniał, że zniknie obowiązek wypisywania poziomu

refundacji na receptach, tak by lekarz skupił się na pomocy pacjentom, a nie szukaniu informacji o stopniu odpłatności za leki. Zbędna biurokracja, zresztą nie tylko w tym aspekcie, zabiera czas, jaki można poświęcić chorym. Przede wszystkim miało dojść do znacznego wzrostu nakładów na ochronę zdrowia w relacji do PKB. Dzisiaj rządzący pokazują na konferencjach prasowych piękne tabele, że 7 proc. PKB osiągniemy w 2027 r., choć średnia europejska już teraz jest znacznie wyższa. Nie godzimy się na to. Wszystkie postulaty Komitetu Protestacyjno-Strajkowego Pracowników Ochrony Zdrowia są ważne. Osobiście najbardziej zależy mi na tym, by lekarz mógł skupić się na pomocy pacjentowi, a także miał czas na rozmowę z nim i wykonanie dokładnego badania. ■



Anna Bazydło
wiceprzewodnicząca
Porozumienia Rezydentów
OZZL, lekarz rezydent
psychiatrii

Jestem osobą, która urodziła się i wychowała w Polsce, a moja mama, pielęgniarka, przez wiele lat stawiała czoła narastającym trudnościom w publicznej ochronie zdrowia. Od dawna nie widzę poprawy sytuacji, a warunki pracy stają się wręcz coraz gorsze. Martwię się o bezpieczeństwo pacjentów oraz swoich bliskich i brak możliwości udzielenia im pomocy, czego wiele osób doświadczyło

szczególnie w trakcie pandemii. Mimo że jestem lekarzem, nie byłam w stanie udzielić pomocy swojej rodzinie, bo system okazał się niewydolny, z czego konsekwencjami mierzymy się do dziś. W obecnym kształcie raczej nie widzę możliwości

System okazał się niewydolny.

przyszłej pracy w systemie publicznym ze względu na warunki pracy, obciążenie zadaniami, które są nieadekwatne do kompetencji czy konieczność rozwiązywania problemów znajdujących się na poziomie organizacyjnym. Moim celem jako

lekarza powinno być niesienie pomocy i wdrażanie leczenia, a nie walka z tym, że system nie działa. Niestety do protestów pracowników ochrony zdrowia dochodzi regularnie, co tylko potwierdza tezę, że efektywne zmiany nie są wprowadzane. Najbliższym mi postulatem jest coś, co można określić krótko: bezpieczny pacjent i bezpieczny medyk to jedno. To hasło, które powinno stać za nami, a pacjenci muszą zrozumieć, że komfort naszej pracy, dostępność do badań i do diagnostyki oraz to, w jakim jesteśmy stanie psychofizycznym, wpływa na jakość udzielonej pomocy i jak szybko rozpoczną się nasze działania. Chciałabym, aby w publicznym systemie ochrony zdrowia można było pracować bezpiecznie i zdrowo. ■



Gilbert Kolbe
rzecznik prasowy
Białego Miasteczka 2.0,
mgr pielęgniarstwa

W białym miasteczku są przedstawiciele wszystkich zawodów medycznych. Ze strony pacjentów jest duże zainteresowanie badaniami profilaktycznymi i konsultacjami specjalistycznymi z różnych dziedzin, np. pielęgniarstwa. Wiele osób przychodzi tu, aby porozmawiać bez limitu czasu

przeznaczanego zazwyczaj na wizytę w gabinecie lekarskim. Pacjenci chętnie rozmawiają z nami o problemach ochrony zdrowia i przedstawiają swój punkt widzenia. My tłumaczymy nasze postulaty i wyjaśniamy, że problem dotyczy nie tylko

Protest ma trwać do skutku.

wynagrodzeń, ale również m.in. braku personelu i tego, że jesteśmy bardzo mocno przemęczeni. Najbliższym mi postulatem jest zmniejszenie biurokracji i wprowadzenie urlopu na podratowanie

zdrowia, z którego mogłyby skorzystać m.in. moje koleżanki, pielęgniarki na oddziałach. Ze względu na specyfikę pracy mają m.in. problemy z kręgosłupem i dysfunkcje układu kostno-szkieletowego. Protest był nieuchronny, ponieważ politycy wielu partii od wielu lat „przykrywali” problemy ochrony zdrowia. Uznaliśmy, że jedynym sposobem jest rozpoczęcie działań, które nie zakończą się na pojedynczej manifestacji, ale przejdą w formę ciągłej presji na rządzących, by rzetelnie zajęli się naprawą sytuacji. Protest ma trwać do skutku, a w związku z biernością Ministerstwa Zdrowia nie wykluczamy rozszerzenia działalności białego miasteczka. ■



Marta Jakubiak
redaktor naczelna

JAK WALCZYĆ O ZMIANY

Etyka protestu

Z prof. dr. hab. Pawłem Łuków, filozofem i etykiem, profesorem nauk humanistycznych, nauczycielem akademickim z Uniwersytetu Warszawskiego, rozmawia Marta Jakubiak.

Jakie były najczęstsze powody rozpoczęcia protestów przez lekarzy?

Dane empiryczne nie są zbyt bogate, ale na podstawie tych dostępnych z innych krajów można wnosić, że lekarze i lekarki najczęściej protestowali z powodu ciągłych zmian organizacyjnych w ochronie zdrowia, a także niedotrzymywania przez pracodawców porozumień w sprawie wynagrodzeń i warunków pracy. Inne kwestie to m.in. poczucie niemożności zapewnienia pacjentom dobrej opieki z powodu braku odpowiedniego wyposażenia, niewystarczającego dostępu do leków i braku wsparcia ze strony podmiotów odpowiedzialnych za organizację ochrony zdrowia.

Czy lekarze mają moralne prawo do strajku?

Prawo do strajku uważa się za podstawowe prawo pracownicze. Trzeba jednak pamiętać, że jest to najbardziej radykalna forma sprzeciwu. Międzynarodowa Organizacja Pracy umieszcza na liście tzw. essential services (usługi kluczowe) szpitale, których pracownicy nie mają prawa strajkować.

Dlaczego świadczenia medyczne są szczególne?

Ponieważ wykonującym je osobom powierza się dobra fundamentalne – zdrowie i życie człowieka. Bez tych dóbr nie można osiągać większości innych rzeczy, na których nam zależy. Dlatego w bodaj wszystkich kulturach praca lekarzy lub uzdrowicieli była wyróżniona.

Wyróżniony, czyli lekarzom wolno więcej niż innym?

Lekarzom, podobnie jak np. nauczycielom i prawnikom, w niektórych sytuacjach wolno wręcz mniej właśnie ze względu na to, że podejmują się dbania o te szczególne dobra. Z tego samego powodu w zawody medyczne wbudowany jest konflikt między tym, co można nazwać dobrem lub interesem chorego, a dobrem lub interesem lekarza. Lekarz wykonuje swój zawód zarówno po to, by zadbać o zdrowie i życie pacjenta, jak i po to, by uzyskać środki utrzymania dla siebie i swojej rodziny czy na realizację swoich pasji. A priorytet co do zasady ma dobro pacjenta, troska o które może nakładać na lekarza rozmaite ograniczenia sięgające także jego życia prywatnego. Co więcej, bycie lekarzem to nie tylko zawód, ale też rola społeczna. Lekarki i lekarze tradycyjnie zajmowali wysoką pozycję społeczną i często wyznaczano od nich więcej niż od tzw. zwykłych śmiertelników. Np. uważano, że pewne rozrywki są niegodne lekarzy lub że

lekarze powinni być wzorami etycznymi dla innych członków społeczności. Dzisiaj to się w pewnym stopniu zmienia, ale pozycja społeczna osób wykonujących zawód lekarza nadal pozostaje wysoka.

Dlaczego profesje są zawodami szczególnymi?

Po pierwsze dlatego, że profesjonalista ma wiedzę i umiejętności, które nie są dostępne dla każdego przez to, że są rozległe i skomplikowane, a ponadto prawo uzależnia dostęp do zawodu od spełnienia określonych warunków. Nawet jeśli więc techniczna wiedza medyczna jest łatwo dostępna – np. w książce, którą można kupić w księgarni czy w internecie – to zrozumienie tej wiedzy i właściwe wykorzystanie w większości przypadków wymaga specjalnego przygotowania.

Po drugie, lekarze podejmują zindywidualizowane decyzje, które muszą uwzględniać bardzo wiele czynników, w odniesieniu do konkretnych osób. Posługują się wiedzą naukową,

Prawo do strajku uważa się za podstawowe prawo pracownicze. Trzeba jednak pamiętać, że jest to najbardziej radykalna forma sprzeciwu.

która opiera się na prawdopodobieństwach i zależnościach ogólnych, w zastosowaniu do niepowtarzalnych osób z ich szczególnymi cechami i uwarunkowaniami. Tym samym lekarz bądź lekarz bierze odpowiedzialność moralną za to, co się zdarzy z pacjentem w zakresie, w jakim jego los zależy od diagnozy lub zalecenia terapeutycznego.

Po trzecie, profesjonalści podlegają standardom etycznym adresowanym specjalnie do nich. Ocena jakości pracy profesjonalisty nie opiera się wyłącznie na ocenie tego, czy uzyskano pożądane efekty, ale też na tym, czy w dążeniu do tych efektów przestrzegano odpowiednich standardów. Niezwykle ważną część tych standardów stanowią normy etyczne zawodu. Od tego, jak profesjonalści medyczni przestrzegają tych zasad często zależy zarówno powodzenie relacji z pacjentem, jak również efekty leczenia. Na przykład prawdomówność i szacunek do pacjenta sprzyjają zaufaniu, które z kolei korzystnie wpływa na przestrzeganie zaleceń lekarskich.

Prof. Paweł Łuków: – Zazwyczaj ludzie decydują się protestować, ponieważ są przekonani, że ich dotychczasowe działania nie przynosiły efektu, ponieważ nie były doceniane lub były lekceważone.



Standardy etyczne są niezbędne?

Oczywiście. Stosowanie wiedzy naukowej do konkretnego przypadku wymaga np. staranności. A ta może wymagać samodyscypliny, przezwyciężenia zniechęcenia czy słabości. Każdy czasem przeżywa chwile zniechęcenia lub rozczarowania. Normy etyczne w profesjach takich jak lekarska są właśnie po to, by tak uporządkować czy ukształtować myślenie i postępowanie lekarza, aby pomimo słabości i ograniczeń lekarz troszczył się o chorego najlepiej, jak to jest w danych warunkach możliwe.

Lekarz profesjonalista to...

...osoba nie tylko posiadająca wiedzę medyczną i sprawna w diagnostyce oraz leczeniu, ale również przywiązana do ideałów o charakterze etycznym, głosząca je słowami i realizująca swoimi czynami. Lekarze i lekarki mają zaświadczać tym, co robią, że pewne wartości mają dla nich szczególne znaczenie.

Etyka zawodowa często wkracza w prywatność profesjonalistów. Zalety i wady moralne składają się na charakter moralny profesjonalny. Jednak granice etyki lekarskiej, czy w ogóle granice etyki, nie są oczywiste. Ideały zawodowe kształtują życie prywatne, a życie osobiste wpływa na postawy w pracy. Dzieje się tak między innymi dlatego, że zalety i wady charakteru moralnego na ogół wzajemnie na siebie wpływają. Posługując się bardziej tradycyjną terminologią, można powiedzieć, że cnoty – ale też wady – tworzą „zespoły”.

To znaczy?

Jeżeli doskonalimy się w jednej sferze, to istnieje duża szansa, że będziemy doskonalili się również w innych. I na odwrót. Jeżeli podupadamy w pewnych aspektach moralnych, to będziemy podupadać w innych. Na przykład prawdomówność wymaga umiejętności rozstrzygnięcia komu i jak wiele należy powiedzieć – a więc np. sprawiedliwego osądu – a może też wymagać przezwyciężenia strachu, a więc odwagi. I odwrotnie: tchórzliwość sprzyja zakłamaniu i nieuczciwości.

Jak rodzi się protest?

Najpierw warto wyjaśnić, czym jest protest. Można go rozumieć na co najmniej trzy sposoby. Po pierwsze protest można pojmować jako stanowcze wyrażenie odmiennego zdania. Po drugie, jako wyartykułowanie frustracji w sytuacji, gdy próbuję się z kimś porozumieć, a ten ktoś nie słucha albo udaje, że nie rozumie, o co nam chodzi. Protestując, wyrażamy wtedy frustrację, żeby przełamać pat komunikacyjny. Po trzecie, przez protest można rozumieć określone działanie, które wykracza poza komunikowanie się – choć również ma charakter komunikacyjny, to nie jest wyłącznie mówieniem, które ma na celu nie tylko przedstawienie swoich oczekiwań drugiej stronie, ale też spowodowanie zmiany jej postawy lub postępowania.

Jakie protest może przybierać formy?

Może przyjąć formę względnie łagodną, np. noszenia plakietki w klapie, publikowania opinii i ocen na różnych forach. Ale może też przyjąć formę działań, które są uciążliwe dla adwersarza, ponieważ nie pozwalają mu realizować jego zamierzeń. Protest może być też wybiórczy. Na przykład pracownik może w proteście odstąpić od realizowania części swoich zadań, a inne wykonywać jak zwykle. Wybiórczość protestu pozwala m.in. sterować dolegliwością protestu dla adwersarza. Protest nie musi realizować najbardziej radykalnych scenariuszy. Protestem mogą być też odezwy, apele. W przypadku zawodów medycznych znakomita większość protestów miała i ma charakter wybiórczy.

Kto protestuje?

Ci, którzy chcą uniknąć otwartego konfliktu; zazwyczaj ze zdecydowanie silniejszym adwersarzem. Strony sporu, które sądzą, że mają porównywalną siłę, zwykle negocjują, a w skrajnych wypadkach walczą. Protestują zaś ci, którzy mają mniejszą siłę negocyjną, a równocześnie nie chcą walczyć. Protest jest czymś ostrym i zdecydowanym, ale nie jest pójściem na zwanie. Jest o krok przed nim. Zazwyczaj ludzie decydują się protestować, ponieważ są przekonani,

że ich dotychczasowe działania nie przynosiły efektu, ponieważ nie były doceniane lub były lekceważone. Intencja protestujących jest taka: nie chcemy otwartego konfliktu, ale chcemy drugiej stronie dobitnie uświadomić powagę sytuacji i konieczność zmiany.

Jaki jest mechanizm protestu?

Chodzi o to, aby na adwersarza, który jest odpowiedzialny za jakąś sferę lub dąży do jakiegoś celu, zadziałać tak, by poniósł straty, jeśli nie spełni postulatów protestujących. Najczęściej chodzi o straty materialne lub wizerunkowe, które utrudniają lub uniemożliwiają mu osiągnięcie jego celów.

Jak można analizować protest z perspektywy etycznej?

W odniesieniu do profesji protesty można oceniać z perspektywy deontologicznej czy etosowej przez odwołanie się do powinności i ideałów definiujących daną profesję. Wówczas pytamy o to, czy dany zawód w ogóle dopuszcza zachowania określonego rodzaju. Odwołujemy się wtedy do idei takich, jak godność zawodu lub odpowiedzialność wobec odbiorcy świadczeń. Pytaniem kluczowym jest wtedy to, czy powinności definiujące profesję są absolutne oraz czy równie mocno i w każdej sytuacji wiążą każdego członka grupy zawodowej.

Jest też perspektywa konsekwencjalistyczna, w której protest analizuje się z punktu widzenia jego skutków. Pytamy wtedy o to, czy oczekiwane korzyści wystarczająco przeważają nad ciężarami, jakie protest za sobą pociąga. Tu wszystko zależy od tego, jak zdefiniujemy korzyści i ciężary, kto będzie je ponosił, a kto odniesie korzyści z protestu. W przypadku protestów lekarek i lekarzy często wskazuje się na to, że obecni pacjenci ponoszą ciężary, a korzyści mogą odnieść pacjenci w przyszłości. Bo zmiany na ogół następują po jakimś czasie. W tej perspektywie kluczowa jest też odpowiedź na pytanie o to, w jak odległej przyszłości można się spodziewać poprawy i jakie są szanse, że poprawa ta faktycznie nastąpi.

Ze względu na charakter zawodów medycznych – które łączą elementy zarówno etosowe, jak i są nastawione na przysparzanie pacjentom korzyści – obydwie perspektywy są uzasadnione w analizie protestów.

Czy powinności lekarskie są absolutne?

W przypadku świadczeń, które nie ratują życia lub nie chronią przed poważną i nieodwracalną szkodą, nie muszą takie być. Ważne jest też to, jak powinności profesjonalistów są traktowane przez pacjentów. Jak już wspominałem, lekarze i lekarki, oprócz tej zawodowej, pełnią też inne role i mają powinności wobec osób innych niż pacjenci, np. wobec swoich pracodawców czy rodzin. Powinności profesjonalistów medycznych funkcjonują w złożonym kontekście społecznym i instytucjonalnym.

O jakich korzyściach z protestu medyków można mówić, zakładając, że dobro chorego jest najwyższym nakazem?

Większość protestów wiąże się z kwestiami socjalnymi lub płacowymi, ale nie chodzi w nich wyłącznie o korzyści i wynagrodzenia, co wiąże się z wbudowanym w profesję konfliktem, o którym mówiliśmy wcześniej. Jeżeli protestujący potrafią przekonać pacjentów, że poprawa warunków pracy lub

Jeżeli protestujący potrafią przekonać pacjentów, że poprawa warunków pracy lub wyższe wynagrodzenia medyków przełoży się na podniesienie jakości udzielanych świadczeń, to reakcje społeczne będą inne niż wtedy, gdy tego powiązania nie wykażą lub nie będzie ono przekonujące dla pacjentów.

wyższe wynagrodzenia medyków przełoży się na podniesienie jakości udzielanych świadczeń, to reakcje społeczne będą inne niż wtedy, gdy tego powiązania nie wykażą lub nie będzie ono przekonujące dla pacjentów. Niewątpliwą korzyść dla pacjentów jest wtedy, gdy protest przyczynia się do zwiększenia szans na lepszą niż do tej pory opiekę zdrowotną.

A jeśli działania protestacyjne nie przyniosą skutków?

To usprawiedliwienie ich będzie trudne, a może nawet niemożliwe. Przystępujący do protestu zawsze podejmują ryzyko moralne, a jego podjęcie najlepiej usprawiedliwia sukces protestu. Natomiast brak powodzenia prawdopodobnie nie tylko nie usprawiedliwi protestujących, ale może ich wręcz narazić na krytykę.

Czym ryzykują lekarze?

Protesty przyjmujące bardziej zdecydowane formy wystawiają profesjonalistów medycznych na takie ryzyka, jak zakwestionowanie ich przywiązania do głoszonych ideałów etycznych. Przez to też mogą podważać ich integralność moralną. Ryzykiem jest też podważenie zaufania do grupy zawodowej przez przypisywanie jej członkom niskich motywacji. To zaś może się przełożyć na obniżenie zaufania do konkretnych pracowników medycznych, co z kolei może negatywnie wpłynąć na diagnostykę i leczenie. Działania protestacyjne mogą być nieskuteczne lub niewystarczająco skuteczne, co po stronie samych profesjonalistów może spowodować rozczarowanie i utratę motywacji do pracy. Protest to także ryzyko sprzeniewierzenia się normom i ideałom swojego zawodu, kiedy w ferworze sporu możemy zrobić więcej, niż byśmy zrobili w bardziej komfortowych warunkach.

Warto też zwrócić uwagę na to, że profesjonalści medyczni nie mają zbyt wielu opcji w kształtowaniu swojej przyszłości zawodowej. Nie jest łatwo „odpuścić”. Trudne i wieloletnie kształcenie sprawia, że nie mogą po prostu się przekwalifikować, a przez to stają się w pewnym sensie zakładnikami swojego zawodu.

Czy można zmniejszać te ryzyka?

Można, np. przez minimalizowanie uciążliwości podejmowanych działań dla obecnych pacjentów przy zachowaniu ich uciążliwości dla adwersarza. Ryzyko moralne zmniejsza się też wtedy, gdy pacjenci są poinformowani o celach tych działań i je akceptują, zanim jeszcze protest się rozpocznie. Bez ich wsparcia – a więc bez ich akceptacji dla okresowych uciążliwości w imię przyszłych korzyści – protesty profesjonalistów medycznych mają znikome szanse powodzenia. Akceptacji przez pacjentów sprzyja z kolei klarowne zdefiniowanie celów i realistyczna ocena szans na ich osiągnięcie. ■

Zmiany w zakresie kontroli zwolnień lekarskich

Za sprawą wejścia w życie art. 88 ustawy o doręczeniach elektronicznych¹ od 5 października 2021 r. obowiązują zmiany w zakresie kontroli zwolnień lekarskich.

Beata Wierzchowska radca prawny NIL

Jak wiadomo, prawidłowość orzekania przez lekarzy o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich podlega kontroli, którą wykonują lekarze orzecznicy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Aby przeprowadzić kontrolę takiego zwolnienia, lekarz orzecznik ZUS może przeprowadzić badanie lekarskie ubezpieczonego w wyznaczonym miejscu, w miejscu jego pobytu lub skierować ubezpieczonego na badanie specjalistyczne przez lekarza konsultanta ZUS. Może też zażądać od wystawiającego zaświadczenie lekarskie udostępnienia dokumentacji medycznej dotyczącej ubezpieczonego, a stanowiącej podstawę wydania zaświadczenia lekarskiego lub udzielenia wyjaśnień i informacji w sprawie czy wreszcie zlecić wykonanie badań pomocniczych w wyznaczonym terminie. Ubezpieczony jest natomiast zobowiązany udostępnić posiadaną dokumentację medyczną lekarzowi przeprowadzającemu badanie w wyznaczonym przez ZUS miejscu czy też w miejscu jego pobytu.

DORĘCZENIE ELEKTRONICZNE CZY PAPIEROWE?

Znowelizowany za sprawą ustawy o doręczeniach elektronicznych art. 59 ust. 5a ustawy o świadczeniach pieniężnych w razie choroby i macierzyństwa² wprowadza regulację, zgodnie z którą ZUS będzie teraz wysyłał również zawiadomienia do ubezpieczonego o terminie badania na adres do doręczeń

W przypadku skorzystania z możliwości doręczenia na adres do doręczeń elektronicznych zawiadomienie przekazuje się na piśmie w postaci elektronicznej.

elektronicznych wpisany do bazy adresów elektronicznych, poza tym przez operatora wyznaczonego z wykorzystaniem publicznej usługi hybrydowej, jak również za pomocą operatora pocztowego, pracowników ZUS lub innych upoważnionych osób oraz za pośrednictwem pracodawcy.

W przypadku skorzystania z możliwości doręczenia na adres do doręczeń elektronicznych zawiadomienie przekazuje się na piśmie w postaci elektronicznej. Z kolei w przypadku wysłania zawiadomienia przez operatora wyznaczonego z wykorzystaniem publicznej usługi hybrydowej, jak również za pomocą operatora pocztowego – zawiadomienie przekazuje się na piśmie w postaci papierowej.

Jeśli ZUS skorzysta z wysłania zawiadomienia za pośrednictwem operatora pocztowego, będzie ono dostarczane na adres pobytu ubezpieczonego, umieszczony w treści zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy. Jeżeli ubezpieczony w okresie czasowej niezdolności do pracy będzie przebywał pod innym adresem niż znajdujący się w dokumentacji medycznej, będzie musiał poinformować o tym lekarza wystawiającego zaświadczenie. O każdej kolejnej zmianie adresu, który został wskazany na zaświadczeniu lekarskim, ubezpieczony będzie musiał w ciągu trzech dni powiadomić swojego

pracodawcę oraz ZUS. W przypadku zaś, gdy ubezpieczony nie wskaże lekarzowi wystawiającemu zaświadczenie lekarskie właściwego adresu, pod którym będzie przebywał w okresie czasowej niezdolności do pracy lub nie powiadomi o jego zmianie, obowiązują wtedy domniemanie prawidłowego doręczenia.

Przepisy nadal przewidują też uprawnienie do przekazania zawiadomienia o terminie badania telefonicznie oraz za pośrednictwem poczty elektronicznej. W przypadku zawiadomień dokonywanych telefonicznie będą one realizowane na numer telefonu, w posiadaniu którego jest organ rentowy lub pracodawca. Skuteczność takiego zawiadomienia zależy jednak od zarejestrowania rozmowy, za zgodą ubezpieczonego. Również w przypadku zawiadomień dokonywanych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej będą one realizowane na adres elektroniczny będący w posiadaniu ZUS bądź pracodawcy. Zawiadomienie przekazane za pomocą środków komunikacji elektronicznej rodzi skutek doręczenia, jeżeli doręczający otrzymał potwierdzenie jego otrzymania przez ubezpieczonego. ■

¹Ustawa z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych (Dz. U. poz. 2320 z późn. zm.)

²Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2021 r. poz. 1133)

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Co wolno lekarzowi specjaliście?

Na konferencji naukowej lekarz endokrynolog przedstawił wyniki pracy zrealizowanej w prywatnym gabinecie, obejmującej chorych w wieku od 4 do 90 lat, którym, mimo prawidłowych lub nieznanych poziomów stężenia hormonów tarczycy, podawał kilkakrotnie w ciągu doby olbrzymie dawki tyroksyny, sięgające do 3000 mikrogramów na dobę.

Prowadzący sesję zgłosił sprawę do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Jednocześnie kilka oddziałów szpitalnych z tego województwa zgłosiło przypadki ciężkiej, jatrogennej nadczynności tarczycy u chorych „leczonych” w taki sposób, pojawiły się także skargi samych pacjentów. Równolegle sprawę podjęła też prokuratura, co skończyło się prawomocnym wyrokiem sądu karnego, i zawieszeniem lekarzowi prawa wykonywania zawodu na dwa lata. Okręgowy sąd lekarski także skazał obwinionego lekarza na zawieszenie prawa wykonywania zawodu na dwa lata, natomiast Naczelny Sąd Lekarski skrócił tę

Lekarz specjalista, mając swobodę wyboru w zakresie postępowania, nie może przekraczać granic, które wyznacza aktualny stan wiedzy medycznej.

karę do jednego roku, biorąc pod uwagę wykonanie wyroku sądu karnego.

Kasacja od orzeczenia NSL złożona do Sądu Najwyższego została oddalona jako oczywiście bezzasadna. ■

Art. 2 ust.1 KEL:

„Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu; lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem.”

Art. 6 KEL:

„Lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze. Powinien jednak ograniczyć czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych choremu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy.”

KOMENTARZ



Jacek Miarka
przewodniczący NSL

Uzyskanie specjalizacji wymagające lat pracy, nauki i wyrzeczeń niewątpliwie nobilituje w środowisku lekarskim, dając uprawnienia do samodzielnej pracy i kierowania oddziałem. Natomiast lekarz specjalista, mając swobodę wyboru w zakresie postępowania, nie może przekraczać granic, które wyznacza aktualny stan wiedzy medycznej.

Maksymalne, skuteczne dawki tyroksyny po całkowitym usunięciu tarczycy zazwyczaj nie przekraczają 300 mikrogramów, a stosowanie olbrzymich dawek przez obwinionego nie miało jakichkolwiek racjonalnych podstaw klinicznych i stanowiło zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia pacjentów. Oporność na hormony tarczycy, na którą powoływał się obwiniony, lecz się zupełnie inaczej. Prowadzenie leczenia z zastosowaniem dawek leku przekraczającego wielokrotnie zalecenia kliniczne i ChPL musi być ocenione jako przekroczenie swobody działań zawodowych.

Należy zwrócić też uwagę na prezentowaną w sprawie postawę obwinionego, który mimo długotrwałego postępowania przed sądami karnym i lekarskim nadal nie ma jakiegokolwiek poczucia winy i świadomości krzywdy wyrządzonej chorym, ufającym jego wiedzy i rzetelności. Taka postawa, prezentowana przed sądem, nie sprzyja chęci złagodzenia kary. ■

POSTĘPOWANIA KARNE

Dowód w sprawie

O roli lekarza w postępowaniu karnym
w sprawach o przestępstwa popełnione na szkodę małoletnich.

Agnieszka Gorczyńska prawnik, psychotraumatolog, prokurator rejonowy w Malborku

Małoletni, czyli osoba poniżej 18. r.ż. (art. 10 k.c.¹) może być pokrzywdzonym szeregiem przestępstw. W praktyce lekarskiej najczęściej mamy do czynienia z małoletnim jako ofiarą znęcania się fizycznego i psychicznego, różnych uszkodzeń ciała, a także przestępstw przeciwko wolności seksualnej (zachowań pedofilnych, gwałtu), ale również narażenia na niebezpieczeństwo (np. kiedy rodzice nie są w stanie zapewnić dziecku należytej opieki i stwarzają sytuację zagrażającą jego życiu lub zdrowiu).

Praktyka prokuratorska w ostatnim czasie pokazuje niestety, że tych przestępstw dopuszczają się bardzo często osoby najbliższe lub te, które z racji wykonywanego zawodu mają z małoletnim częsty kontakt (np. nauczyciele, opiekunowie). Dlatego tak ważna jest rola innych osób, w tym właśnie lekarzy, aby symptomy czy też przesłanki wskazujące na uzasadnione podejrzenie zaistnienia przestępstwa na szkodę małoletniego zauważyć, odpowiednio zareagować, a także zabezpieczyć wszystkie możliwe dowody dla ewentualnego postępowania karnego.

DOKUMENTACJA MEDYCZNA

Jednym z podstawowych dokumentów wytworzonych przez lekarza, które mogą być wykorzystane dla przyszłego procesu karnego (i staną się podstawą opinii dla innego lekarza – biegłego medycyny sądowej czy innego specjalisty lub tzw. biegłego *ad hoc*), jest oczywiście dokumentacja lekarska, obejmująca przeprowadzony przez lekarza wywiad, badania i wydane dla pacjenta zalecenia.

W kwestii wykorzystania dokumentów zawierających tajemnicę lekarską decyduje prokurator (art. 226 k.p.k.²). Mimo że dokumentacja sama w sobie zawiera tajemnicę zawodową, nie ma w tym przypadku zastosowania przepis art. 180 §2 k.p.k., zatem nie muszą być spełnione dodatkowe przesłanki i warunki, jak przy przesłuchaniu lekarza jako świadka w postępowaniu karnym.

W postępowaniu przygotowawczym – prokurator, a w postępowaniu sądowym – sąd, by uzyskać dostęp do konkretnej dokumentacji lekarskiej, wydaje postanowienie o żądaniu wydania rzeczy.

W praktyce najczęściej trudności budzi badanie ofiary gwałtu lub innego wykorzystania seksualnego, w szczególności jeśli ofiarą jest małoletni.

OBDUKCYJA

Elementem dokumentacji medycznej może być także obdukcja lekarska, czyli zaświadczenie wydane wskutek przeprowadzenia specjalistycznego badania lekarskiego ukierunkowanego stricte na stwierdzenie i opisanie konkretnych obrażeń ciała wynikających z zaistniałego zdarzenia. W tym celu do lekarza zgłasza się sam pokrzywdzony, a w przypadku małoletniego jest on przyprowadzany na badanie przez przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego.

Czynność ta może zostać wykonana przez każdego lekarza, czy to lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, czy w ramach prywatnej porady lekarskiej,

a także w ramach opieki nocnej lub oddziału ratunkowego szpitala.

Dokument ten nie ma waloru dowodowego, tak jak każda inna dokumentacja lekarska będzie podstawą analizy dla opiniującego na zlecenie organów ścigania czy sądu biegłego lub zespołu biegłych.

BADANIE OFIARY GWAŁTU I CZYNU PEDOFILSKIEGO

W praktyce najwięcej trudności budzi badanie ofiary gwałtu lub innego wykorzystania seksualnego, w szczególności jeśli ofiarą jest małoletni. Wymaga ono nie tylko odpowiedniej wiedzy, umiejętności i doświadczenia zawodowego, ale przede wszystkim empatii, wycucia i wiedzy psychologicznej. Wszystko po to, aby zapewnić pokrzywdzonemu komfort podczas badania i nie doprowadzić do wtórej wiktymizacji. Osoba, która doznała traumy wykorzystania seksualnego, czy to jednorazowej czy rozłożonej w czasie, boryka się z różnymi emocjami, może być albo nadmiernie ekspresyjna, chce opowiadać o tym, czego doznała, albo też wycofana lub nieobecna. Trudniej, jeśli jest to dziecko na takim etapie rozwojowym, kiedy nie jest w stanie zrozumieć, co się stało, targają nim sprzeczne emocje i odczucia, a nie ma jeszcze wiedzy, doświadczenia życiowego i instrumentów, by sobie z doznaną sytuacją poradzić w momencie badania.

Rolą lekarza nie jest w tym momencie ani ustalanie stanu faktycznego (poza niezbędnym do przeprowadzenia badania), ani też udzielanie wsparcia psychologicznego, a tym bardziej ocena zachowania czy okoliczności zdarzenia.

W badaniu nie powinny uczestniczyć osoby trzecie, poza bliskimi ofiary, jeśli



o to ona prosi. Nie ma potrzeby, a nawet nie jest to wskazane, by w badaniu uczestniczył funkcjonariusz policji, nawet jeśli jest tej samej płci. Jeśli lekarz potrzebuje pomocy czy asysty, winien przybrać do czynności osobę z personelu medycznego.

Lekarz występuje wtedy w roli tzw. specjalisty, osoby wykonującej konkretne badanie i czynności specjalistyczne według pewnego schematu. W tym przypadku musi być to lekarz konkretnej specjalizacji – ginekologii i położnictwa, choć niekoniecznie dziecięcej, gdyż takie badanie musi być przeprowadzone niezwłocznie po ujawnieniu przestępstwa – tak aby ewentualny materiał genetyczny i inne ślady przestępstwa nie uległy zatarciu, zatem przez każdego specjalistę, do którego zgłasza się policja z ofiarą przestępstwa.

Pakiet ginekologiczny składa się z zestawu do pobierania materiału genetycznego w celu jego identyfikacji z różnych obszarów ludzkiego ciała, tj. jamy ustnej, genitaliów męskich, pochwy, odbytu, paznokci i skóry. Szczegółowa instrukcja zawiera wskazówki pobrania materiału genetycznego z określonej partii ciała. Wymazówki, ampułki i torebki dołączone do pakietu

są odpowiednio opisane, tak by pakowanie pobranego materiału odbyło się według określonych zasad.

Z przeprowadzanego badania lekarz

Obdukcja lekarska może zostać wykonana przez każdego lekarza, czy to lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, czy w ramach prywatnej porady lekarskiej, a także w ramach opieki nocnej lub oddziału ratunkowego szpitala.

sporządza sprawozdanie, które składa się z czterech części (wywiad i obserwacje zawierające konkretne zamknięte pytania; badanie lekarskie, które wymaga oznaczenia na rycinach ujawnionych na ciele cech wskazujących na użycie przemocy wraz z opisem śladów przemocy seksualnej; protokół zabezpieczenia śladów; pokwitowanie przez funkcjonariusza policji zabezpieczonych śladów).

ZAWIADOMIENIE O PRZESTĘPSTWIE

Jeśli w trakcie wykonywania praktyki lekarz nabędzie uzasadnionego podejrzenia popełnienia przestępstwa na szkodę małoletniego, ma społeczny, a w zakresie określonej kategorii przestępstw – prawny obowiązek zawiadomienia o przestępstwie.

Ustawodawca przewidział w art. 240 k.k. odpowiedzialność karną osoby, która mając wiarygodną wiadomość o karalnym przygotowaniu albo usiłowaniu lub dokonaniu określonych czynów zabronionych, nie zawiadamia niezwłocznie organu powołanego do ścigania przestępstw. Zatem jeśli lekarz otrzyma informację lub sam w wyniku własnych czynności zawodowych poweźmie podejrzenie, że dziecko jest ofiarą zabójstwa, działań zmierzających do pozbawienia go życia, czy ofiarą wykorzystania seksualnego, powinien o tym zawiadomić organy ścigania, by nie narazić się samemu na ewentualną odpowiedzialność karną.

Przy czym, jeśli chodzi o małoletnich po ukończeniu 15. r.ż., znamieniem przestępstwa jest ponadto użycie przez sprawcę takich metod jak przemoc fizyczna czy psychiczna, groźba, podstęp lub wykorzystanie bezradności

Do pełnienia czynności biegłego jest obowiązany nie tylko biegły sądowy, lecz także każda osoba, o której wiadomo, że ma odpowiednią wiedzę w danej dziedzinie.

Należy mieć na uwadze, że placówki medyczne to jedne z podmiotów mających ustawową legitymację, a z drugiej strony obowiązek do wdrożenia procedury niebieskiej karty, jeśli w ramach swojej działalności ujawnią, że małoletni jest ofiarą przemocy w rodzinie.

LEKARZ JAKO ŚWIADEK

Zgodnie z prawem każda osoba wezwana w charakterze świadka ma obowiązek stawić się i złożyć zeznania. Taki obowiązek ma również lekarz, którego rolą jest w takiej sytuacji przedstawienie faktów, złożenie relacji o tym, co zaobserwował czy czego się dowiedział w ramach pracy zawodowej o konkretnym zdarzeniu. Z tym, że jako osoba obowiązana do zachowania tajemnicy lekarskiej, może być przesłuchiwana co do faktów objętych tą tajemnicą tylko wtedy, gdy jest to niezbędne dla dobra wymiaru sprawiedliwości, a okoliczność nie może być ustalona na podstawie innego dowodu.

W postępowaniu przygotowawczym w przedmiocie przesłuchania lub zezwolenia na przesłuchanie decyduje sąd.

W trakcie przesłuchania lekarzowi jak każdemu świadkowi przysługuje prawo do uchylenia się od odpowiedzi na pytanie, jeżeli udzielenie odpowiedzi mogłoby narazić jego lub osobę dla niego najbliższą na odpowiedzialność za przestępstwo.

LEKARZ JAKO BIEGŁY

Inna jest natomiast rola lekarza – biegłego sądowego. Jeżeli bowiem stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy wymaga wiadomości specjalnych, zasięga się opinii biegłego albo biegłych. W celu jej wydania można też zwrócić się do instytucji naukowej

lub specjalistycznej. Powołany biegły – lekarz z zakresu medycyny sądowej lub innej specjalizacji, w zależności od charakteru danej sprawy, powinien być wpisany na listę biegłych prowadzoną przez prezesa właściwego miejscowo sądu okręgowego.

Do pełnienia czynności biegłego jest obowiązany nie tylko biegły sądowy, lecz także każda osoba, o której wiadomo, że ma odpowiednią wiedzę w danej dziedzinie. Zatem niejako wbrew woli danego lekarza może on być zaangażowany w proces karny, mimo że nie zwracał się o wpisanie na tzw. listę biegłych.

Opinia sądowo-lekarska może przybrać formę pisemną lub ustną. Na etapie postępowania przygotowawczego ma ona zazwyczaj formę pisemną, zawiera odpowiedzi na konkretne pytania zadane przez organ ścigania w postanowieniu o powołaniu biegłego. Biegły wydaje swoją opinię w oparciu o zabezpieczoną dokumentację medyczną oraz inne materiały z akt sprawy karnej, takie jak przeprowadzone czynności procesowe, np. oględziny ciała, miejsca czy przesłuchania świadków, pokrzywdzonego.

Jeśli opinia jest niepełna lub niejasna albo gdy zachodzi sprzeczność w samej opinii lub między różnymi opiniami w tej samej sprawie, można wezwać ponownie tych samych biegłych lub powołać innych.

Jeśli opinia nie zawiera powyższych uchybień, stanowi dowód w sprawie. W zależności od wyniku postępowania przygotowawczego czy dalszego biegu sprawy w sądzie, na tym może się kończyć rola biegłego lekarza.

Jeśli sprawa znajdzie swój finał w sądzie, inni uczestnicy postępowania – oskarżony, jego obrońca, oskarżyciel posiłkowy, jego pełnomocnik czy sąd – mogą poddać przedstawioną opinię ponownej analizie czy weryfikacji, co będzie oznaczać dla biegłego lekarza konieczność wydania uzupełniającej opinii, stawienia się w sądzie na rozprawie i udzielenia odpowiedzi na dodatkowe pytania stron czy też nawet konfrontacji z innymi biegłymi.

Przebieg procesu jurysdykcyjnego i rola biegłego na tym etapie postępowania to jednak temat na osobny artykuł. ■

wynikającej z choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego lub wprowadzenia w stan powodujący brak zdolności do rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania swoim postępowaniem, czyli np. odurzenie środkami odurzającymi czy psychotropowymi lub upojenie alkoholem, podanie leków.

Co do osoby, która nie ukończyła 15. r.ż., ustawodawca przyjął założenie, iż jest ona niedojrzała psychofizycznie do podjęcia współżycia seksualnego. Zatem bez względu na metodę działania sprawcy penalizowane jest doprowadzenie takiej osoby do obcowania płciowego, dopuszczenie się wobec takiej osoby innej czynności seksualnej lub doprowadzenie jej do poddania się takim czynnościom albo do ich wykonania.

Zawiadomienie o przestępstwie nie ma określonych wymogów formalnych. Powinno jednak zawierać dane umożliwiające identyfikację pokrzywdzonego, osoby podejrzanej o przestępstwo, ewentualnych świadków czy innych źródeł dowodowych. Umożliwi to podjęcie niezwłocznie odpowiednich działań przez organy ścigania, zabezpieczenia dowodów w ramach własnych kompetencji.

¹ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (tj. Dz.U. z 2020, poz. 1740, 2320)
² Ustawa z dnia 06 czerwca 1997 r. (Dz.U. z 2021, poz. 534, 1023)

ORZECZENIA SĄDOWE

Zlecanie badań

Kilkukrotnie już próbowałem przybliżyć państwu orzeczenia sądów w sprawach dotyczących wykonywania zawodu lekarza. Niektóre z nich precyzują zakres uprawnień i obowiązków zawodowych lekarzy. Inne stanowią cenną wskazówkę, jak należy postępować w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych, żeby uniknąć przykrych konsekwencji w sferze odpowiedzialności czy to cywilnej, czy karnej.

Jarosław Klimek radca prawny OIL w Łodzi

Do pierwszej z grup zaliczyć można wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z 9 lutego 2021 r. w sprawie VII SA/Wa

2173/20. Sprawa dotyczyła skargi jednego z podmiotów leczniczych na decyzję Rzecznika Praw Pacjenta, który uznał, że tenże podmiot leczniczy narusza zbiorowe prawo pacjentów do świadczeń zdrowotnych.

WYSOKOŚĆ WYNAGRODZENIA ZALEŻNA OD ZLECANYCH BADAŃ

Naruszenie to polegało na wprowadzeniu do umów zawieranych z lekarzami postanowień pomniejszających przysługujące lekarzom wynagrodzenie o część kosztów zleconych przez nich badań diagnostycznych. Podmiot, w którym takie praktyki miały miejsce, miał zawartą z NFZ umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Wynagrodzenie lekarzy było ustalane jako określony procent wynagrodzenia płaconego za konsultacje specjalistyczne przez NFZ (wypracowanych punktów za poszczególne procedury) po pomniejszeniu o określoną w umowie część kosztów badań diagnostycznych zleconych w trakcie tych konsultacji.

Zdaniem Rzecznika Praw Pacjenta dochodziło w ten sposób do naruszenia praw pacjentów do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej udzielanych z należytą starannością – pacjenci mogli nie mieć zleconych badań, bo lekarze stawali w sytuacji konfliktu interesów oraz pod presją utraty zarobków. Rzecznik przywołał przy

tym przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które wprost stanowią, że koszty badań musi ponosić świadczeniodawca. Do tego uznał, że nie jest istotne, czy rzeczywiście doszło do sytuacji, w których jakieś badania nie zostały zlecone. Wystarczy bowiem samo zagrożenie takim zaniechaniem i negatywne skutki odbioru takich postanowień u lekarzy i pacjentów.

Argumentacja Rzecznika Praw Pacjenta została w pełni podzielona przez WSA. Dodatkowo sąd wskazał, że umowy zawierane w ramach udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków doznają daleko idących ograniczeń w zakresie swobody stron co do kształtowania ich treści. Ograniczenia te wynikają zarówno z przepisów prawa nakazujących wykonanie niezbędnych badań diagnostycznych na koszt świadczeniodawcy, jak i z przepisów gwarantujących pacjentom prawo do świadczeń zdrowotnych, a także przepisów zobowiązujących lekarzy do wykonywania zawodu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej. Sąd posiłkował się przy wyrokowaniu również stanowiskiem Prezydium NRL z grudnia 2019 r., w którym położono nacisk na niedopuszczalność jakichkolwiek nacisków na lekarzy, które mogłyby ich skłaniać do limitowania pacjentom dostępu do badań wbrew aktualnemu stanowi wiedzy medycznej.

SKUTKI ZANIECHANIA PRZEPROWADZENIA BADAŃ

Drugiej grupy zagadnień dotyczy wyrok Izby Karnej Sądu Najwyższego z 4 marca 2020 r. w sprawie IV KK 221/19. Rozważania

sądu w tym wypadku dotyczą skutków zaniechania przeprowadzenia badań diagnostycznych, których wynik może nie dać całkowitej pewności co do stanu zdrowia pacjenta i oceny takiej sytuacji zgodnie z zasadą, że niedające się usunąć wątpliwości należy rozstrzygać na korzyść oskarżonego (in dubio pro reo) – art. 5 § 2 Kk. Lekarz, który był oskarżony w tej sprawie, najpierw został skazany za narażenie pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, które to narażenie mógł przewidzieć (art. 160 § 2 i 3 Kk). Potem został przez sąd okręgowy uniewinniony w oparciu o zasadę z art. 5 § 2 Kk. W końcu sprawa trafiła do Sądu Najwyższego. Zwrócił on uwagę, że w przypadku czynów z art. 160 § 2 i 3 Kk nie chodzi wyłącznie o spowodowanie sytuacji, w której pacjent znajdzie się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, ale również na utrzymaniu, spotęgowaniu, niezmnieszeniu poziomu tego niebezpieczeństwa w czasie, kiedy lekarz, jako gwarant, zobowiązany jest do działania. Dlatego zdaniem Sądu Najwyższego lekarz musi podejmować wszystkie takie działania, które dają szansę na wykluczenie czy ograniczenie niebezpieczeństwa, a nie tylko te, które prowadzą do tego w sposób pewny. Jeśli istnieje dostatecznie duże prawdopodobieństwo odwrócenia niebezpieczeństwa, to lekarz musi podjąć działania, które do tego prowadzą. Nie może ograniczyć się tylko do tego, co ponad wszelką wątpliwość daje pożądaný skutek terapeutyczny. ■

NIESTAWIENNICTWO W SĄDZIE

Orzekajmy odpowiedzialnie

Z Michałem Wepsięciem, specjalistą medycyny sądowej, członkiem Rady Ośrodka ds. Opiniowania Sądowo-Lekarskiego i Orzecznictwa Naczelnej Izby Lekarskiej, rozmawia Lidia Sulikowska.

W połowie listopada w siedzibie NIL w Warszawie odbędzie się konferencja na temat orzekania o niezdolności do stawienia na rozprawie sądowej z powodu choroby. Skąd wzięła się potrzeba organizacji tego spotkania? Czy jest problem z wystawianiem takich zaświadczeń?

Nieobecność oskarżonego lub np. jego obrońcy na rozprawie sądowej czy nieuczestniczenie w innych czynnościach procesowych może mieć duży wpływ na opóźnianie przebiegu procesu i w konsekwencji np. doprowadzić do uniknięcia odpowiedzialności karnej oskarżonego, co poza oczywistymi negatywnymi społecznie skutkami również może rodzić nie-dobre konsekwencje dla ewentualnych pokrzywdzonych, którzy chcą dochodzić swoich praw.

Z tego też powodu ważne jest, aby zaświadczenia lekarskie usprawiedliwiające niestawienie na rozprawie z powodu choroby były wystawiane przez lekarzy w sposób prawidłowy. Niestety często tak nie jest.

Dlaczego?

W ocenie Rady Ośrodka ds. Opiniowania Sądowo-Lekarskiego i Orzecznictwa NIL brakuje usystematyzowanych, jednolitych zasad związanych z wystawianiem takich zaświadczeń. Mamy nadzieję, że te standardy uda nam się wypracować w najbliższym czasie. Brak wytycznych i praktykowane różne sposoby rozstrzygania w/w kwestii powodują, że wydawane zaświadczenia w zdawałoby się analogicznych sytuacjach chorobowych są różne. Z niektórych opracowań wynika nawet, że istotne różnice pomiędzy wnioskami opinii sporządzanymi przez lekarzy w ramach zakładów medycyny sądowej a lekarzami spoza tych jednostek w sytuacjach skrajnych sięgają nawet 75 proc.

Przedstawiane przez stronę postępowania zaświadczenia lekarskie często bywają weryfikowane – na polecenie sądu – przez innego lekarza. Niestety niejednokrotnie się zdarza, że ich wnioski są wzajemnie wykluczające się. W ocenie Rady Ośrodka niestety nie jest to problem jednostkowy. Zdarza się np., że dostajemy do weryfikowania zaświadczenia o niezdolności stawienia w sądzie z uwagi na to, że osoba przebywa na zwolnieniu, a jak przeanalizujemy dokumentację medyczną z tym związaną, to okazuje się, że pacjent zgłosił

lekarzowi od dwóch dni okresowe bóle brzucha i kłopoty ze snem, tj. objawy kompletnie nieweryfikowalne.

Skąd aż takie rozbieżności?

Lekarz orzeka o niemożności stawienia się danej osoby na rozprawie w oparciu o własną wiedzę medyczną i doświadczenie zawodowe. Standardy mogłyby jednak bardziej konkretyzować, jaki stan w danej jednostce chorobowej uniemożliwia stawienie w sądzie. To zdecydowanie zmniejszyłoby skalę rozbieżności, bo teraz np. jeden lekarz, badając pacjenta – lub nawet bez takiego badania – stwierdza, że jest on wystarczająco zdrowy, by wziąć udział w rozprawie, a drugi – że nie.

Problemem są też obecnie obowiązujące sformalizowane druki zaświadczeń dla lekarzy sądowych, które są lakoniczne, krótkie i niewiele informacji można tam zawrzeć, co – samo w sobie – sprawia, że takie zaświadczenie może być łatwo zakwestionowane.

Lekarze mogą się jednak oburzać, że ktoś im będzie narzucać, jak mają orzekać.

Nie dostrzegam tu konfliktu. Przecież obecnie mamy mnóstwo różnego rodzaju wytycznych postępowania – np. w przypadku diagnostyki i leczenia konkretnych chorób.

Co do zasady, o niestawieniu na rozprawie z powodu choroby może orzekać lekarz sądowy, czyli taki, który zawarł umowę w tym zakresie z prezesem danego sądu okręgowego. Sądy współpracują z lekarzami sądowymi różnych specjalności. Kwestia ta jest uregulowana w ustawie z dnia 15 czerwca 2007 r. o lekarzu sądowym.

Taki stan prawny obowiązywał przed wejściem w życie art. 91 ustawy z dnia 16 kwietnia 2020 r. o szczególnych instrumentach wsparcia w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2. Przepis ten umożliwił w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii ogłoszonego z powodu COVID-19 wystawianie zaświadczeń przez każdego lekarza i lekarza dentyście praktykującego w Polsce, a nie tylko lekarza sądowego. Inna sprawa, że nawet przed wprowadzeniem tej normy prawnej sądy często uwzględniały orzeczenia od

różnych lekarzy, nie tylko sądowych – w zależności od konkretnego przypadku.

Zresztą z niektórych analiz prawniczych wynikało już wcześniej, że zaświadczenie takie ma prawo wystawić każdy lekarz, a nie tylko lekarz sądowy. Pamiętajmy też o art. 2 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zgodnie z którym wykonywanie zawodu lekarza polega m.in. na wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich.

Czyli mamy bałagan prawny?

Na pewno mamy przepisy prawne, które w sposób niejednoznaczny precyzują tę kwestię. Rada Ośrodka dostrzega potrzebę uporządkowania tej materii.

W jakim kierunku?

Sprawa jest dyskusyjna, na pewno będzie to jeden z tematów rozmów zbliżającej się konferencji. Chciałbym jednak podkreślić, że dla mnie problemem nie jest to, czy zaświadczenie wystawia lekarz sądowy czy jakiegokolwiek inny lekarz posiadający polskie PWZ. Problemem jest jakość tych zaświadczeń. I nie ma tu znaczenia, czy orzeka lekarz sądowy, czy nie. Jakość bywa różna, niezależnie kto wystawiał taki dokument.

Ale czy lekarze sądowi nie są bardziej wyspecjalizowani w tej kwestii?

Obecnie, aby zostać lekarzem sądowym, w zakresie posiadanych umiejętności wystarczy jedynie spełnić warunki formalne związane z wykształceniem medycznym. Nie

mamy żadnych informacji na temat obowiązkowych kursów dla takich lekarzy, które musieliby ukończyć, aby lepiej przygotować się do swoich zadań, a chyba taka była intencja ustawodawcy, tj. stworzyć grupę zawodową lekarzy posiadających specjalistyczną wiedzę na temat zasad obowiązujących przy wydawaniu zaświadczeń dla sądów, co nie jest przecież podstawą szkolenia lekarzy klinicystów.

Obecnie trzeba skoncentrować się na wypracowaniu w miarę możliwości jednolitych standardów wystawienia takich zaświadczeń, a także szkoleniu lekarzy w stwierdzaniu niezdolności danej osoby do udziału w rozprawie czy w czynnościach procesowych. Zdaniem Rady Ośrodka powinien powstać system, w którym lekarz – jeśli chce orzekać w tym zakresie – musi odbyć odpowiedni kurs.

Chcielibyśmy uwrażliwić lekarzy, aby relacji z osobą, która przychodzi po zaświadczenie o braku możliwości uczestnictwa w rozprawie, nie traktowali jak relacji ze swoim pacjentem, który przychodzi po poradę. Ta pierwsza opiera się często na wzajemnym zaufaniu, natomiast przy wydawaniu zaświadczeń lekarz powinien postępować jak biegły, czyli weryfikować to, co zgłasza osoba, która przyszła po taki dokument.

W sytuacji, gdy dochodzi do weryfikacji zaświadczenia o niezdolności uczestnictwa w rozprawie, zgodnie z art. 377 k.p.k. lekarz, który je sporządził, może zostać wezwany do sądu jako biegły. Pamiętajmy, objawy choroby, które usprawiedliwiają nieobecność na rozprawie, powinny być rzeczywiste i dostrzegalne dla badającego lekarza. Trzeba to mieć na uwadze. ■

Szeroki front robót



Andrzej Cisto
wiceprezes NRL

W tak ważnej dla naszej profesji kwestii ustalenia modelu ścieżki rozwoju zawodowego jesteśmy raczej cały czas na początku drogi, ale żaden trud nie jest zbyt duży, aby o taki mądry i racjonalny model zadbać.

Zpotoku zdarzeń ostatnich tygodni wyłonić wypada tyle, ile udźwignie rozmiar tych szpał. Dlatego wybór tematów jest trudny, gdyż naprawdę wiele się dzieje. W nadchodzących tygodniach tempa nabierze nasza kampania, jaką prowadzić będziemy w mediach społecznościowych. Bazuje ona na wnioskach z czerwcowej konferencji pt. „Zdrowe zęby ratują życie”, a przydaliśmy jej nowy podtytuł: „Trzecie zęby nie wyrosną”.

Dobrze się składa, że w chwili, gdy numer ten trafi do skrzynek pocztowych, będzie jeszcze sporo czasu, aby stomatologiczne praktyki indywidualne i grupowe przyłączyły się do badania kosztów świadczeń gwarantowanych, jakie na zlecenie ministra, a wskutek naszych nawoływań do podniesienia wyceny, prowadzi Agencja Taryfikacji. W serwisie internetowym KS NRL łatwo można odnaleźć podstronę opisującą to badanie i zarys instruktażu. Planowane jest też (w dniach 6-7 października), organizowane przez Agencję Taryfikacji, szkolenie, które ułatwić ma poprawne wypełnienie specjalnie dla praktyk lekarskich przygotowanego formularza. Jest to też wynik naszych zabiegów, aby w tym precedensowym z wielu względów badaniu kosztów udzielania świadczeń w stomatologii ująć małe podmioty, których w stomatologii jest zdecydowana większość. Koniecznie proszę odwiedzić to miejsce w naszym serwisie i przyłączyć się do badania. Nie może nas w tej wycenie zabraknąć – to z pewnością wydarzenie, które w tej kadencji będzie jednym z ważniejszych realizowanych „projektów”.

Następnym, jakże ważnym wydarzeniem jest spotkanie, które miało miejsce w przeddzień oddania tekstu do druku. 27 września w siedzibie NIL odbyło się spotkanie konsultacyjne, na które zaprosiliśmy wszystkich konsultantów krajowych w dziedzinach lekarsko-dentystycznych, przedstawicieli uczelni, uczelnianych jednostek prowadzących szkolenie specjalizacyjne i takich samych nieakademickich jednostek specjalizujących stomatologów. Powód był dość oczywisty – marazm specjalizacyjny, którego widowym znakiem jest śladowa liczba przyznawanych rezydentur w stomatologii. Ten element

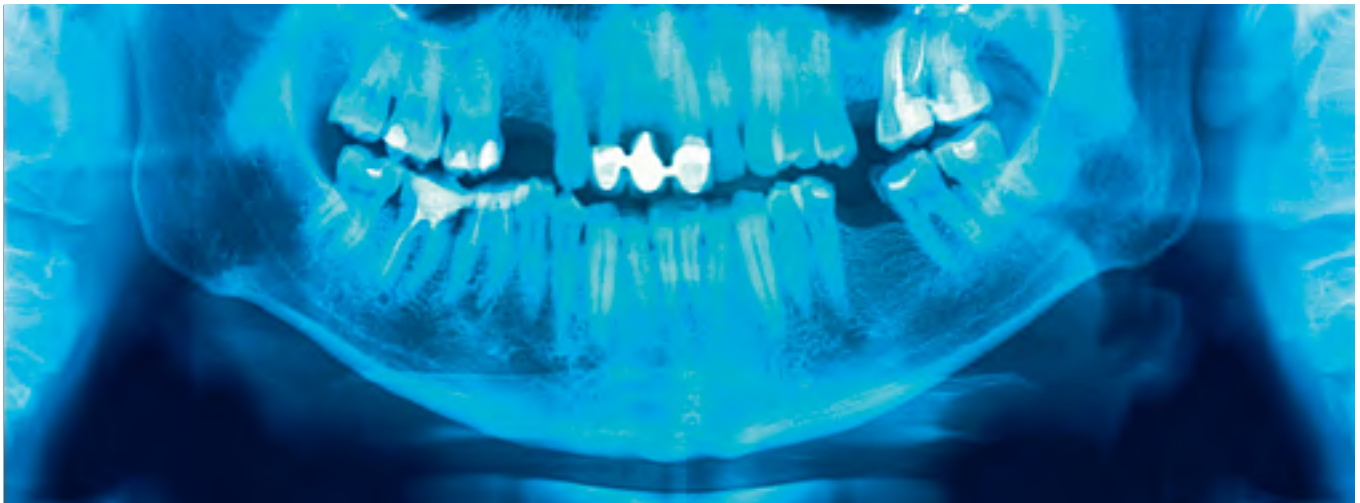
naszej stomatologicznej układanki chyba nawet bardziej boleśniej niż sprawy „funduszowe” dopełnia obrazu pozostawienia stomatologii samej sobie. Cieszę się bardzo, że mogliśmy liczyć na obecność wszystkich konsultantów, w tym części osobiście. Trudno w kilku zdaniach podsumować tak ważne spotkanie. Powiem tylko, że udowodniło z całą mocą sens takich spotkań, gdyż (jak wspominałem w poprzednim felietonie) stomatologię dotknął niezwykle pluralizm interesów – wiele środowisk patrzy na rzeczywistość z własnego punktu widzenia, co w jakimś stopniu jest zrozumiałe. Niemniej pewne standardy muszą być

Jeśli nie będzie to droga powszechnego dostępu do specjalizacji, to trzeba znaleźć, zdefiniować, urzędowo określić, a następnie sfinansować coś, co ją zastąpi.

spełnione. Skoro jesteśmy zawodem zaufania publicznego, to atrybut jego społecznej doniosłości musi rozpościarać się również na sprawy kształcenia podyplomowego. Musi się znaleźć recepta na taką formułę ścieżki zawodowej, w której potrzebne kwantum wiedzy, jaką trzeba nabyć po okresie studiów, uzupełnione będzie przy wsparciu środków publicznych. Jeśli nie będzie to droga powszechnego dostępu do specjalizacji, to trzeba znaleźć, zdefiniować, urzędowo określić, a następnie sfinansować coś, co ją zastąpi. Mamy takie same jak lekarze potrzeby kształcenia i takie samo prawo do ich zaspokojenia. Powszechna ścieżka edukacyjna musi być dostępna. I jako centralnie zaprojektowany i koordynowany program szkoleniowy (jak to jest w przypadku specjalizacji) gwarantować powinien ułożenie w metodologiczną całość. Podsumowując odbyte spotkanie, stwierdzić trzeba, że jesteśmy cały czas na początku tej drogi, ale nigdy nie jest za późno, aby pracom nad tak ważnym zagadnieniem nadać nową jakość i priorytet. Ale roboty jest dość na tylu frontach, że ten zsumowany „front robót” zaczyna swą szerokością wręcz straszyć. ■

STOMATOLOGIA W PIGUŁCE

Udzielanie świadczeń RTG



20 września w Dzienniku Ustaw ukazało się (poz. 1725) Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia prowadzących działalność związaną z narażeniem w celach medycznych, polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej lub diagnostyki związanej z podawaniem pacjentom produktów radiofarmaceutycznych.

To kluczowy akt prawny, na podstawie którego wszystkie placówki stomatologiczne wykonujące świadczenia

radiologiczne, poza rtg punktowym, które jest zwolnione z tego obowiązku, muszą wystąpić do wojewódzkiego inspektora sanitarnego z wnioskiem o wydanie zgody na udzielanie tych świadczeń. Jeden z zapisów tego rozporządzenia, dotyczący wymogów w zakresie kwalifikacji personelu, określa m.in., że jednostka ma zapewnić „jednego lekarza dentystę, który w ramach ustawicznego rozwoju zawodowego, o którym mowa w art. 3 ust. 1b pkt 1 lit. b i c oraz pkt 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U.

z 2021 r. poz. 790 i 1559), nabył umiejętności w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych związanych z realizacją takich procedur, potwierdzone w sposób i na zasadach określonych w tych przepisach”.

To duże wyzwanie, gdyż podmiotów z zarejestrowanymi stomatologicznymi urządzeniami rtg innymi niż rtg punktowe jest przynajmniej 3,5 tys. Naczelna Rada Lekarska rozpoczęła działania, by takie szkolenia przygotować. Proszę śledzić informacje pojawiające się na stronie nil.org.pl. ■

Trzecie zęby nie wyrosną



To hasło kampanii społecznej, jaką 17 września rozpoczęła Naczelna Rada Lekarska, aby zwrócić uwagę na ogromne zaniedbanie stomatologii w Polsce. Poprawy wymaga zarówno dostępność do świadczeń w ramach NFZ, jak i ich wycena.

Jak podkreśla Andrzej Cisto, wiceprezes NRL i przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL, tą kampanią samorząd chce upomnieć się o przywrócenie właściwego miejsca polskiej stomatologii w ochronie zdrowia, a także zwrócić uwagę rządzących na to, w jakich warunkach przyszło obecnie pracować lekarzom denty stom. ■

Źródło: nil.org.pl

STOMATOLOGIA



Lidia Sulikowska
dziennikarz

Nadzieja umiera ostatnia

W kilkudziesięciotysięcznej manifestacji medyków, która 11 września przeszła ulicami Warszawy, nie mogło zabraknąć lekarzy dentyistów.

Licznie zgromadzeni stomatolodzy przyszli w ramach solidarności z lekarzami i pozostałymi zawodami medycznymi, ale też alarmowali o problemach dotyczących swojego środowiska – w tym przede wszystkim o zbyt niskich nakładach na publiczną stomatologię, co przekłada się na fatalny stan zdrowia jamy ustnej Polek i Polaków.

– Tutaj po prostu trzeba dzisiaj być. Nie tak powinna wyglądać opieka zdrowotna w naszym kraju: kolejki do specjalistów, trudno o przyjęcie do szpitala, marne płace dla medyków – tłumaczy Katarzyna Żółkiewicz-Kabać, lekarz dentyista specjalistka stomatologii dziecięcej z Olsztyna. Mimo że sama pracuje prywatnie, to – jak podkreśla – nie mogło jej zabraknąć, bo trzeba się solidaryzować, żeby w końcu było lepiej. Żeby wzrosły wynagrodzenia i warunki pracy się poprawiły.

– Chcemy polepszania sytuacji w ochronie zdrowia, nie tylko dla nas, lekarzy dentyistów. Tu chodzi o pracowników wszystkich zawodów medycznych i pacjentów. O to, w jakich warunkach pracujemy i w jakich są leczeni chorzy. Nie tracimy nadziei, że ktoś w końcu nas wysłucha. Jeśli będziemy siedzieć cicho, nigdy nic się nie zmienia – komentuje z kolei Anna Lella, periodontolog, prezes ORL Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej, a w latach 2016-2019 prezydent Europejskiej Regionalnej Organizacji Światowej Federacji Dentyistycznej ERO-FDI.

JUDYMOVY KONTRAKT

„Dentyista bez waloryzacji od 13 lat”, „Rządzie, płać realnie za leczenie, a nie



Lekarze dentyści stanowili liczną grupę protestujących

Tutaj po prostu trzeba dzisiaj być. Nie tak powinna wyglądać opieka zdrowotna w naszym kraju.

po przecenie!”, „Istnieją pacjenci leczący zęby w ramach NFZ, wkrótce nie będą mieć gdzie”, „Publiczna stomatologia w zapaści” – to tylko niektóre z haseł niesionych na transparentach demonstrujących, opisujących stan stomatologii finansowanej ze środków publicznych. Haseł, które w bardzo wymowny sposób



Dr Andrzej Cisko, wiceprezes NRL

Kiedy nowa wycena świadczeń?

Jak informuje Prezydium NRL w apelu z 24 września br., środowisko stomatologiczne od dawna domaga się gruntownej zmiany wyceny świadczeń gwarantowanych, a – jak dotychczas – jedynie podniesiono o 0,2 współczynnik korygujący wartość świadczeń udzielanych dzieciom i młodzieży oraz tabelę punktową w części dotyczącej procedur endodontycznych. Obecnie trwają prace w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nad wyceną świadczeń chirurgicznych i periodontologicznych.



Dr Lidia Zaleska (powyżej) / dr Anna Lella i dr Katarzyna Żółkiewicz-Kabać (poniżej)



pokazują, jak polskie władze dbają o stan zdrowia jamy ustnej Polaków.

Zgromadzeni 11 września w Warszawie lekarze dentyści, którzy pracują na kontraktach z NFZ, podkreślali przede wszystkim, że już dawno doszli do ściany, bo ich praktyki nie mają szansy zbilansować się i jeśli władze nie zmieniają



Tuż przed rozpoczęciem przemarszu ulicami Warszawy

podejścia do finansowania publicznej stomatologii, ta całkowicie zniknie z mapy Polski.

Powodem takiej sytuacji jest obowiązująca wycena punktu rozliczeniowego, która pochodzi sprzed wielu lat i po prostu nie jest opłacalna dla praktyk.

– Jestem tutaj, aby walczyć o zmianę wyceny świadczeń, która od kilkunastu lat niestety pozostaje na tym samym poziomie. Przykładowo, za usunięcie zęba Fundusz płaci 20 zł. To jakaś totalna bzdura – mówi Elżbieta Chrościciel z Kielc, lekarka dentystka realizująca świadczenia ze środków publicznych. – Chciałabym, żeby wreszcie było lepiej – podkreślała moja rozmówczyni.

JESTEM TU DLA SWOICH PACJENTÓW

Postulat dotyczący potrzeby zwiększenia finansowania leczenia stomatologicznego ze środków publicznych i urealnienia wyceny świadczeń był szczególnie głośny, i nie ma się czemu dziwić. Na głodowym kontrakcie chce pracować coraz mniej praktyk, co z kolei wprost przekłada się na mniejszą dostępność do publicznej stomatologii, a to z kolei odbija się na złej kondycji jamy ustnej polskiego społeczeństwa. Szczególnie wśród osób, których nie mogą sobie pozwolić na prywatne leczenie.

– Będąc tutaj, walczę o godny kontrakt z NFZ, ale to tak naprawdę walka

o moich pacjentów, których nie stać na leczenie w prywatnej praktyce. Oni mnie potrzebują – opowiada Lidia Zaleska, kolejny lekarz dentysta stojący w tłumie protestujących medyków. Na plecach ma przyklejoną kartkę z wymownym hasłem: „Ostatni dentysta z NFZ na terenie trzech gmin”. Podkreśla, tak samo zresztą jak inni stomatolodzy, że od 2008 r.

Na głodowym kontrakcie chce pracować coraz mniej praktyk, co z kolei wprost przekłada się na mniejszą dostępność do publicznej stomatologii.

wycena świadczeń nie drgnęła. – W tej sytuacji wielu lekarzy dentystów rezygnuje z udzielania świadczeń w ramach NFZ. Za oferowane pieniądze nie da się utrzymać praktyki. Łudzę się jeszcze, że będę mogła pracować, lecząc pacjentów w ramach kontraktu z funduszem, a jednocześnie godnie zarabiać – przyznaje Lidia Zaleska. Dodaje, że stomatologia komercyjna sobie poradzi, ona też, ale co z pacjentami, których nie stać na płacone? Nie wiem, co jej odpowiedzieć.

Trzecie zęby nie wyrosną

W połowie września NIL zainaugurowała kampanię społeczną przeciwko niskim nakładom na leczenie stomatologiczne w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia i zaniżonej wycenie świadczeń gwarantowanych. W ramach akcji pt. „Trzecie zęby nie wyrosną” odbyła się konferencja prasowa, podczas której przedstawiciele środowiska lekarsko-dentystycznego alarmowali o problemach stomatologii, stworzono także film na potrzeby kampanii, w którym podkreśla się, że aż 98 proc. Polaków zмага się z próchnicą, a NFZ przeznaczają na leczenie stomatologiczne Polaka jedynie 52 zł na osobę rocznie.

– To już kolejny protest, w którym uczestniczę. Jestem tutaj, bo nadal nic się nie zmienia. Prawdopodobnie niestety czeka mnie jeszcze niejedna manifestacja w życiu. Nie mamy innych środków perswazji, za pomocą których moglibyśmy wstrząsnąć decydentami i opinią publiczną, a trzeba pokazać, że źle się dzieje w ochronie zdrowia – komentuje Andrzej Cisko, wiceprezes NRL. Czy istnieje jakaś szansa na dialog lekarzy dentystów z resortem zdrowia i rządem? – Szansa jest zawsze. Ale do rozmowy trzeba woli dwóch stron – odpowiada Andrzej Cisko.

O to jednak coraz trudniej, biorąc pod uwagę chociażby to, że samorząd lekarski od dawna bezskutecznie domaga się rzetelnej debaty na temat problemów środowiska lekarzy dentystów, przyznawanych miejsc rezydentycznych dla specjalizacji lekarsko-dentystycznych jest jak na lekarstwo, a w upublicznionym niedawno rządowym projekcie dotyczącym ustanowienia ram strategicznych rozwoju systemu ochrony zdrowia na najbliższe lata pt. „Zdrowa przyszłość” nie ma ani jednego zdania o stomatologii. Jeśli weźmiemy do tego fakt, że w planie finansowym NFZ na ten rok udział wydatków na świadczenia stomatologiczne spadł poniżej 2 proc., a liczba umów z NFZ o ponad 35 proc. w ciągu ostatniej dekady, to trudno o optymizm. ■

STOMATOLOGIA W PIGUŁCE

Sprzeciw wobec aneksów bez nowej wyceny świadczeń

24 września Prezydium NRL skierowało do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia apel o wprowadzenie jednolitych zasad organizacji udzielania świadczeń stomatologicznych po wygaśnięciu obecnych obowiązujących umów w rodzaju „Leczenie stomatologiczne”.

W końcu czerwca przyszłego roku wygasają pięcioletnie umowy o udzielanie świadczeń stomatologicznych w większości województw w kraju. Dyrektorzy niektórych oddziałów wojewódzkich Funduszu przedkładają gabinetom stomatologicznym propozycję przedłużenia umowy. Proponowany termin

obowiązkiwania aneksu w jednym przypadku sięga końca 2022 r., w innym zaś do połowy 2023 r. Treść przepisu będącego podstawą prawną zawarcia takiego aneksu, czyli art. 18 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz.U. z 2020 r., 567) sugeruje, że przyjęcie takiej procedury oznacza przeprowadzenie postępowania konkursowego dopiero po zakończeniu stanu zagrożenia epidemicznego. „Trudno sobie zatem wyobrazić, że prolongowanie

dotychczasowych warunków umów na praktycznie nieoznaczony okres spotka się z aprobatą świadczeniodawców – stomatologów. Obowiązująca wycena punktu rozliczeniowego pochodzi sprzed wielu lat, nie uwzględnia w ogóle wymogów ostatniej regulacji płac w podmiotach leczniczych, powszechnej inflacji i zapowiadanych podwyżek świadczeń niezbędnych do utrzymania poradni zabiegowej” – podkreśla PNRL. W ostatnim czasie na terenie kraju unieważniono kilkadziesiąt postępowań konkursowych z powodu niewpłynięcia żadnej oferty. ■

Źródło: nil.org.pl

Inteligentne implanty dentystyczne

Naukowcy opracowują inteligentny implant dentystyczny, który jest odporny na rozwój bakterii i generuje własną energię elektryczną poprzez żucie i szczotkowanie, aby zasilić odmaładzające tkanki światło. Innowacja może przedłużyć żywotność implantu.

Ponad 3 mln ludzi w Stanach Zjednoczonych ma implanty dentystyczne, które zastępują utracony ząb i są skokowym postępowaniem w stosunku do protez lub mostów, znacznie bezpieczniejsze, bardziej dopasowane i zaprojektowane tak, by wytrzymać 20 lat lub dłużej. Niestety, implanty często nie spełniają tych oczekiwań, wymagają wymiany za 5-10 lat z powodu miejscowego stanu zapalnego lub choroby dziąseł, co wymaga powtórzenia kosztownej i inwazyjnej procedury.

„Chcieliśmy rozwiązać ten problem, dlatego wymyśliliśmy nowy, innowacyjny implant” – powiedział Geelsu Hwang, adiunkt na University of Pennsylvania School of Dental Medicine. Nowy implant będzie wdrażał dwie kluczowe technologie: materiał z nanocząsteczkami, który



jest odporny na kolonizację bakteryjną, oraz wbudowane źródło światła do prowadzenia fototerapii, zasilane naturalnymi ruchami jamy ustnej, takimi jak żucie lub szczotkowanie zębów. ■

Źródło: mbio.asm.org

65 organizacji łączy siły FDI

W odpowiedzi na publiczne konsultacje dotyczące projektu Globalnej Strategii Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dotyczącej walki z chorobami jamy ustnej, Światowa Federacja Stomatologiczna (FDI) połączyła siły z 65 organizacjami w celu przedstawienia wspólnej odpowiedzi na projekt WHO.

„Jesteśmy gotowi wesprzeć WHO i państwa członkowskie w opracowaniu i wdrożeniu globalnej strategii, późniejszego planu działania na rzecz zdrowia jamy ustnej na 2023 r. (w tym ram monitorowania i celów na 2030 r.) oraz „najlepszych zakupów” NCD i innych zalecanych interwencji dotyczących zarządzania zdrowiem jamy ustnej, wzmocnienia globalnego planu działania na rzecz zapobiegania i kontroli chorób niezakaźnych na lata 2013–2030 oraz zbliżającego się planu wdrożenia na lata 2023–2030” – czytamy w komunikacie FDI. Jednym ze współsygnatariuszy zgłoszenia do konsultacji WHO jest Polskie Towarzystwo Stomatologiczne. ■

Źródło: fdiworlddental.org

Z PANDEMIĄ W TLE

Jesień obaw

Na horyzoncie wyłania się kolejna fala zachorowań na COVID-19, ale już teraz poraża liczba nadmiarowych zgonów. Sytuacja kadrowa w publicznej ochronie zdrowia rodzi dodatkowe obawy o to, co będzie dalej.

Mariusz Tomczak dziennikarz

Znajnowszych danych Eurostatu wynika, że po 1,5 roku pandemii Polska znajduje się w czołówce krajów UE pod względem liczby nadmiarowych zgonów, czyli tych powyżej średniej z ostatnich lat. Mnożą się pytania, ilu z nich można było uniknąć. Mając w pamięci liczne przykłady niewydolności systemu w ostatnich miesiącach, takie jak faktyczny paraliż niektórych placówek czy długie kolejki karetek przed szpitalami, trudno przypisać je wyłącznie lekceważeniu stanu swojego zdrowia czy strachowi pacjentów, którzy nie zgłaszali się po pomoc w obawie przed zakażeniem koronawirusem.

TWARDE DANE

W 2020 r. udzielono o 1/5 mniej świadczeń medycznych w porównaniu z poprzednim rokiem (niedotkniętym przez pandemię). W 2019 r. i 2018 r. do szpitali trafiało ponad 9 mln osób, a w ubiegłym roku – ponad 2 mln mniej. Polacy znacznie rzadziej pojawiali się w gabinetach lekarzy specjalistów i lekarzy rodzinnych. Spoglądając choćby tylko na te liczby, nasuwa się wiele hipotez mogących wyjaśnić sytuację, w której część pacjentów covidowych i niecovidowych, w tym chorujących przewlekłe, zmarła nie otrzymawszy pomocy na czas lub w ogóle. Spójrzmy na bardziej aktualne dane. Z kilkumiesięcznym poślizgiem NFZ opublikował raport, dzięki któremu można lepiej ocenić wpływ pandemii na szpitalnictwo, a także konsekwencje dla zdrowia i życia pacjentów. W marcu br. zakończyło się 460 tys. hospitalizacji, co oznacza 8,5-proc. wzrost do marca 2020 r. (w tym miesiącu pojawił się polski



Po 1,5 roku pandemii Polska znalazła się w czołówce krajów UE pod względem liczby nadmiarowych zgonów.

„pacjent zero”, WHO ogłosiła pandemię, a placówki zaczynały ograniczać liczbę przyjmowanych pacjentów), a w lutym br. zakończyło się 413 tys. hospitalizacji – o 29 proc. mniej niż w lutym 2020 r. (tj. w miesiącu poprzedzającym ogłoszenie pandemii). Wnioski nasuwają się same.

NOWA FALA JUŻ JEST

– Czwarta fala jest nieunikniona, ona już jest – powiedział w połowie września minister zdrowia Adam Niedzielski, ostrzegając przed „przyspieszeniem procesu pandemicznego”. – Czwarta fala rozpęta się wolniej, ale może trwać dłużej – ocenia dr Paweł Grzesiowski, ekspert NRL ds. walki z COVID-19. Od wielu tygodni pojawiają się obawy, że w okresie jesienno-zimowym szpitale zapełnią

się pacjentami covidowymi tak jak rok temu. Na domiar złego systematycznie rośnie liczba osób z odległymi skutkami COVID-19 utrzymującymi się przez wiele miesięcy po ustąpieniu zakażenia. Czasami mają one nieoczywisty charakter i zdarzają się nawet u tych, których choroba potraktowała ulgowo. – Można chorować łagodnie, ale konsekwencje nie zawsze są łagodne – ostrzega prof. Krzysztof Tomasiewicz, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Rośnie też liczba pacjentów, którzy kilka miesięcy temu zakończyli leczenie fazy ostrej COVID-19, ale nadal utrzymują się u nich poważne problemy zdrowotne. Lekarze widzą pozytywne efekty rehabilitacji u tej grupy ozdrowieńców. To pewnie kluczowy

powód wydłużenia z sześciu miesięcy do roku okresu kwalifikowania pacjentów pocovidowych do rehabilitacji finansowanej przez NFZ. Liczba placówek nie jest oszałamiająca, ale rośnie.

ZAWIESZANE ODDZIAŁY

Pada mnóstwo pytań nie tylko o sytuację epidemiczną, lecz również kadrową. Coraz więcej osób zastanawia się, kto będzie leczył pacjentów covidowych, pocovidowych i tych z setkami innych schorzeń, skoro same łóżka i aparatura medyczna nikomu nie pomogą. W ostatnich miesiącach zamknięto, zawieszono albo ograniczono działalność kilkudziesięciu oddziałów szpitalnych. W debacie publicznej ocenia się to na kilka sposobów. Jedni mówią, że system ochrony zdrowia załamał się i gorzej być już nie może, a to, co wypływa na światło dzienne, unaocznia, że doszliśmy do ściany. Drudzy oceniają, że sytuacja jest groźna, a system chwieje się w posadach, ale wciąż się nie załamał. Jeszcze inni uważają, że larum podnoszone o publiczne szpitalnictwo wprawdzie ma głębokie uzasadnienie, ale spoglądając na sytuację w skali całego kraju, nie wydaje się, by system znalazł się w przededniu agonii. Ci ostatni jednak przyznają, że z punktu widzenia zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych, pojawiają się kłopoty, których nie wolno bagatelizować. Niezależnie od tego, jaki prezentuje się punkt widzenia, pewne wydaje się jedno – ciągłość działania niektórych oddziałów szpitalnych jest zagrożona, a w związku z tym można wysnuć wniosek, co do którego panuje względna zgoda – rośnie liczba pacjentów pozbawionych odpowiedniej opieki.

REMONT CZY BRAK PODWYŻEK?

Oficjalnie mówi się o „problemach ze skompletowaniem personelu” i „brakach kadrowych”, a czasem o „absencji zdrowotnej załogi”. Bywa, że oddział ma kilkunastodniową „przerwę w pracy”, spowodowaną „urlopem personelu”, a gdzieś tam chodzi o „remont” lub „modernizację”. Oczywiście czasami faktycznie powodem zamknięcia oddziału są znacznie wcześniej zaplanowane prace budowlane, ale nierzadko za czasowym wyłączeniem jego funkcjonowania kryje się drugie dno. Nie brakuje przypadków, gdy faktyczną przyczynę stanowi spór o wynagrodzenia. Wielu lekarzy mówi wprost, że

Co czwarty to emeryt

Procentowy udział lekarzy posiadających prawa emerytalne wśród ogółu zatrudnionych w publicznym lecznictwie już dawno stał się sygnałem alarmowym. – 25 proc. chirurgów w Polsce przekroczyło wiek emerytalny. Dzisiaj są, ale jutro może ich nie być – mówi prof. Dawid Murawa, prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej, dodając, że średnia wieku polskich chirurgów wynosi ok. 60 lat. Pandemia zdemolowała m.in. chirurgię. Niektóre oddziały przekształcano w covidowe, a część chirurgów oddelegowano do walki z COVID-19. Wielu przez długie tygodnie nie pozwalano zbliżyć się do stołu operacyjnego, mimo że długie lata kształcili się i doskonalili umiejętności praktyczne z myślą o pomaganiu pacjentom ze skalpelem w rękę. – Największą grupę chirurgów ogólnych tworzą emeryci po 70. r.ż. – dodaje Krzysztof Hałabuz, przewodniczący Porozumienia Chirurgów „Skalpel”.

stawki, za które pracują, są dalekie od oczekiwań. To niezadowolenie pogłębiło się po uchwaleniu nowych przepisów o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego w podmiotach leczniczych oraz ogłoszeniu „Polskiego Ładu”, który ma fiskalnie uderzyć m.in. w lekarzy, i to nie tylko pracujących na kontraktach. Huczy o tym w mediach, a w dyżurkach to jeden z najczęstszych tematów do rozmów.

SĄ DŁUGI, PENSJE IDĄ W DÓŁ

Bywa, że lekarzom oferowane są mniej korzystne warunki zatrudnienia z uwagi na pustki w szpitalnej kasie. Kilka miesięcy temu w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 3 w Rybniku wybuchł konflikt o dodatki za „zejścia z dyżurów”, doprowadzając do odejścia części lekarzy i zawieszenia działania czterech oddziałów. Jeden jest zamknięty na cztery spusty od lipca, a ten stan ma się utrzymać przynajmniej do końca roku. We wrześniu zadłużona po uszy placówka otrzymała dotację z budżetu woj. śląskiego, ale chętnych do pracy nie ma. – Rozpisujemy postępowania konkursowe na zatrudnienie lekarzy. Musimy je ciągle ponawiać – przyznaje Ewa Fica, dyrektor rybnickiego szpitala. Taka sytuacja panuje nie tylko na Śląsku. Bywa, że lekarze świadomie rezygnują z pracy w kilku miejscach oraz nie chcą brać dyżuru za dyżurem, co po części bezpośrednio wynika z przemęczenia po wielogodzinnej pracy w dobie pandemii, a częściowo z niechęci do ponoszenia kolejnych wyrzeczeń kosztem życia osobistego. Nie należy zapominać o odchodzeniu ze szpitalnictwa do AOS i POZ, gdzie dla części medyków warunki pracy są bardziej komfortowe, czy do sektora prywatnego, nie wspominając o wyjazdach

za granicę, choć w czasie pandemii nie przybrały one masowego charakteru.

LEKARZ NA WAGĘ ZŁOTA

W niektórych placówkach jest tak mało lekarzy, zwłaszcza w najbardziej deficytowych specjalnościach, że po odejściu jednej osoby dopięcie grafiku staje się na nie lada wyzwaniem. Z uwagi na to, że ciężko znaleźć kogoś na zastępstwo, nasila się presja ze strony przełożonych, co psuje radość z wykonywania zawodu i kolejne osoby popycha do ograniczania liczby godzin spędzanych na dyżurach lub podejmowania decyzji o odejściu z coraz mniej przyjaznego miejsca pracy. Kolejną przyczyną zamykania, zawieszania i ograniczania działalności oddziałów szpitalnych jest spadająca aktywność zawodowa ze strony lekarzy w wieku emerytalnym. Ich liczba z roku na rok rośnie. Ograniczają godziny pracy lub rezygnują z dodatkowego zarobku, bo z jednej strony chcą wreszcie odpocząć, a z drugiej – namawia ich do tego organizm.

NIGDY NIE MÓW NIGDY

Problemy kadrowe nabrzmiewały przez długie lata i nie da się ich rozwiązać jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki. Wielu medyków zdaje sobie z tego sprawę, co wzmacnia frustrację. Po pojawieniu się wirusa SARS-CoV-2 atmosfera wśród pracowników ochrony zdrowia pogorszyła się nie tylko w związku z poczuciem zagrożenia nowym patogenem, ale również, a może – jak ocenia część lekarzy – przede wszystkim z uwagi na politykę władz i towarzyszącą jej szeroko rozumianą niepewność. – Pandemia nauczyła nas zasady: „nigdy nie mów nigdy” – te słowa wypowiedziane ostatnio przez pełnomocnika rządu ds. Narodowego Programu Szczepień Michała Dworczyka kolejny raz potwierdzają, że

mniej świadczeń medycznych udzielono w 2020 r. niż poprzednim roku (niedotkniętym przez pandemię).

warto zachować dużą ostrożność w czasie słuchania deklaracji najważniejszych osób w państwie o zarządzaniu przyszłą sytuacją epidemiczną. Ponad 1,5-letni okres walki z COVID-19 obfitował w nieoczekiwane zwroty akcji, nagłą rewizję wielu założeń podawanych przez rząd do informacji publicznej i podejmowanie decyzji, z których uzasadnieniem decydenci mieli poważny kłopot nawet wśród najbardziej zagorzałych zwolenników.

SZCZEPIENIE POPLACA

Od dłuższego czasu placówki zapełniają się zakażonymi pacjentami, których poza koronawirusem często łączy jedno – nie zaszczepili się. – W szpitalach z powodu COVID-19 praktycznie pojawiają się tylko osoby niezaszczepione – przyznaje prof. Krzysztof Simon, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. W placówce dysponującej największym oddziałem zakaźnym w woj. dolnośląskim, w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu, nie brakuje dni, gdy żaden z kilkudziesięciu pacjentów hospitalizowanych z powodu COVID-19 nie jest zaszczepiony. Spośród 188 pacjentów, którzy z tej samej przyczyny od połowy sierpnia do połowy września trafili do szpitali w woj. podlaskim, niezaszczepionych było 73 proc. – W naszej placówce średnio na ok. 30 pacjentów w pełni uodpornione są dwie-trzy – mówi dr hab. Andrzej Cieśla, kierownik Klinicznego Oddziału Chorób Zakaźnych w szpitalu w Łańcucie. Na wypadek wzrostu liczby zakażonych pacjentów dla każdego województwa jest przygotowany plan rozbudowy infrastruktury covidowej, ale publicznie niewiele o tym wiadomo. Powracają pytania o szpitale tymczasowe, stopniowo wygaszane od

przełomu kwietnia i maja. Na razie, przynajmniej oficjalnie, nie jest brane pod uwagę ponowne uruchomienie placówki na Stadionie Narodowym, choć ostatnio w niektórych mediach pojawiły się zgoda odmienne informacje. W połowie września było 12 szpitali tymczasowych aktywnych i 11 pasywnych.

KTO MA PRZECIWCIAŁA?

Tempo szczepień przeciw COVID-19 przyhamowało wiele tygodni temu. Mamy miliony dawek, a mało chętnych do ich przyjęcia. Niedawno ruszyły szczepienia w szkołach, ale wielkiego zainteresowania nie ma. – Wątpliwym sukcesem polskiego programu szczepień nie odbiega zasadniczo od wyników uzyskanych w innych państwach Europy Wschodniej – ocenia dr hab. Wojciech Feleszko z Kliniki Pneumonologii i Alergologii Wieku Dziecięcego WUM. Z niedawnego badania zrealizowanego przez ARC Rynek i Opinia we współpracy z WUM wynika, że wśród przeciwników szczepienia jest więcej kobiet i tylko nieliczni dopuszczają możliwość zmiany zdania. Coraz bardziej uzasadniona wydaje się opinia, że większość osób dorosłych, która chciała się zaszczepić, już to zrobiła. Do końca sierpnia w Polsce w pełni zaszczepiło się mniej niż 19 mln osób, a we wrześniu nie przekroczyliśmy „okrągłych” 20 mln, choć nie tak wiele zabrakło. Patrząc na te liczby, można odnieść wrażenie, że kampanie informacyjne i profrekwencyjne

przyniosły ograniczony skutek. Mimo to są pewne powody do optymizmu. – Ponad 70 proc. polskiego społeczeństwa ma przeciwciała SARS-CoV-2 – poinformował w połowie września rzecznik ministra zdrowia Wojciech Andrusiewicz, powołując się na wyniki badań NIZP-PZH. Przy takim poziomie odporności społeczeństwa w czasie kolejnej fali pandemii liczba hospitalizacji może być mniejsza niż wiosną czy rok temu, a obciążenie pracą, przynajmniej części lekarzy, prawdopodobnie nie da tak mocno w kość jak wtedy. To jednak tylko gdybanie, bo pandemiczna rzeczywistość wielokrotnie przerastała nasze wyobrażenia i kpiła z prognoz ekspertów.

TRZECIA DAWKA DLA MEDYKÓW

Na początku września 220 tys. osób z siedmiu grup z zaburzeniami odporności zostało uprawnionych do przyjęcia przypominającej dawki szczepionki. Chodzi m.in. o osoby leczące się przeciwnowotworowo, po przeszczepieniach narządowych, które przyjmują leki immunosupresyjne lub terapie biologiczne, po przeszczepieniu komórek macierzystych w ciągu ostatnich dwóch lat czy dializowane przewlekle z powodu niewydolności nerek. – Sporo badań potwierdza istotne obniżanie się poziomu odporności po ok. 8-9 miesiącach od przyjęcia drugiej dawki szczepionki przeciw COVID-19 – mówi dr Konstanty Szułdrzyński, kierownik Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii CSK MSWiA w Warszawie. Dwa tygodnie później Rada Medyczna przy premierze zarekomendowała podawanie dawki przypominającej osobom powyżej 60. r.ż., chorującym przewlekle i personelowi medycznemu. Z pewnym zaskoczeniem można przyjąć późniejszą decyzję rządu o uruchomieniu już od 24 września rejestracji na szczepienia dla wszystkich osób w wieku 50+ i pracowników medycznych mających stały kontakt z pacjentem bez czekania na stanowisko Europejskiej Agencji Leków. Stosowane będą tylko produkty firm Pfizer i Moderna, w tym również dla osób, które wcześniej przyjęły preparaty AstraZeneca i Johnson & Johnson. Jest jeden warunek: musi upłynąć pół roku od pełnego zaszczepienia. Wprawdzie już wcześniej trzecią dawkę zaczęto podawać m.in. w kilku krajach UE, ale do tej pory rząd wielokrotnie ucinął dyskusje w kwestii szczepionek, powołując się na brak rekomendacji EMA. Przypadek? ■

Odwiedziny dzielą

W czasie pobytu w szpitalu nadal trzeba liczyć się z utrudnieniami spowodowanymi pandemią.

Resort zdrowia i GIS wydali wytyczne, w których nie rekomendują odwiedzania pacjenta, który nie zaszczepił się, nie przebył zakażenia koronawirusem lub nie posiada negatywnego wyniku testu w kierunku SARS-CoV-2 przez osoby niezaszczepione, które nie są ozdrowieńcami albo nie posiadają negatywnego wyniku testu. Odwiedziny będą możliwe w wyjątkowych sytuacjach, np. w przypadku wizyt pożegnalnych, a szczegóły ma określić kierownik podmiotu leczniczego. Rekomendacje stanowią próbę uregulowania kwestii, która w ostatnich miesiącach zrodziła wiele sporów m.in. na oddziałach ginekologiczno-położniczych czy onkologicznych, ale mimo ich pojawienia się duża odpowiedzialność w tej kwestii spocznie na barkach lekarzy. Zapewne w dalszym ciągu będzie panowała pewna dowolność co do tego, komu wolno odwiedzać hospitalizowanego pacjenta, a komu nie, co nie pomoże w uspokojeniu i tak napiętej sytuacji w wielu szpitalach.

LEKARSKIE TOWARZYSTWA NAUKOWE

Kto nas będzie operował?

Z prof. Wojciechem Kielanem, prezesem Towarzystwa Chirurgów Polskich, rozmawia Lucyna Krysiak.

W Polsce średnia wieku chirurga wynosi 60 lat. Jak głęboki kryzys kadrowy przechodzi ta specjalność?

W ostatnich latach sukcesywnie zmniejsza się liczba lekarzy chętnych do specjalizowania się w chirurgii. Jak poinformował mnie konsultant krajowy ds. chirurgii ogólnej, na ten moment w całym kraju jest 400 wolnych miejsc specjalizacyjnych w tej dziedzinie. W niektórych województwach nikt nie zgłasza chęci wyboru rezydentury z chirurgii. Znaleźliśmy się w sytuacji, gdzie oddziałem kieruje ordynator w wieku powyżej 70 lat i ma do dyspozycji 2-3 asystentów po 60. r.ż. Jest wiele oddziałów chirurgicznych, które nie mogą nawet obsadzić specjalistami codziennych ostrych dyżurów. Uważam, że problem będzie się pogłębiał, gdyż nie widać zainteresowania studentów kończących studia medyczne tą specjalizacją. Trzeba zrobić wszystko, aby chirurgia stała się dla lekarza ponownie atrakcyjną drogą kariery zawodowej.

Resort zdrowia chce na sale operacyjne wprowadzić asystentów chirurgów, co miałoby odciążyć lekarzy w pracy. Gdzie jest więc miejsce dla rezydentów?

Trzeba tu jednoznacznie podkreślić, że rezydent, kończąc studia medyczne, posiada PWZ i jest pełnoprawnym lekarzem, specjalizującym się w dziedzinie, którą wybrał, w tym wypadku w chirurgii na oddziale i na sali operacyjnej. Natomiast tzw. asystentem chirurga ma być ratownik medyczny lub pielęgniarz, który po odbyciu odpowiedniego szkolenia pomaga chirurgowi specjalście lub także rezydentowi w wykonywaniu jego obowiązków lekarskich i ta pomoc ma się odbywać pod ich nadzorem.

Już od ponad 20 lat w USA oraz w wielu krajach Unii Europejskiej pracują asystenci chirurgów i tamtejsi lekarze bardzo sobie chwalą to rozwiązanie. Warto jednak pamiętać, że funkcjonują tam zupełnie inne proporcje płacowe w tych grupach zawodowych. Atrakcyjność specjalności chirurgicznej oraz pracy w kraju można byłoby podnieść poprzez m.in. podwyżki płac rezydentów, ale i doświadczonych specjalistów oraz poprawę warunków pracy i poszerzenie możliwości kształcenia się na atrakcyjnych kursach i stażach.

Jaki model kształcenia obowiązuje dla specjalizujących się w chirurgii ogólnej i węższych specjalnościach, np. chirurgii endoskopowej, onkologicznej, oparzeń, rekonstrukcyjnej...



Prof. Wojciech Kielan: – Znaleźliśmy się w sytuacji, gdzie oddziałem kieruje ordynator w wieku powyżej 70 lat i ma do dyspozycji 2-3 asystentów po 60. r.ż.

Aktualnie program szkolenia w zakresie chirurgii ogólnej uwzględnia dwa moduły – podstawowy i rozszerzony. Moduł podstawowy jest wspólny dla np. chirurgii ogólnej, onkologicznej czy naczyniowej. Dopiero w drugim module, tzw. specjalistycznym, programy, a więc i wymagania stawiane specjalizantom, ulegają zmianom.

Obecnie jest pięć specjalizacji chirurgicznych: chirurgia ogólna, onkologiczna, naczyniowa, plastyczna, dziecięca, a ponadto wywodzące się z chirurgii ogólnej – chirurgia klatki piersiowej, kardiochirurgia, ortopedia, urologia czy neurochirurgia. Chirurgia endokrynologiczna i endoskopowa nie są specjalizacjami w rozumieniu ustawy, ale szczególnymi umiejętnościami nabytymi przez chirurga w toku wieloletniego samokształcenia, brania udziału w licznych kursach, atestowanych przez odpowiednie sekcje TChP oraz organizacje międzynarodowe.

Z chirurgii ogólnej wyrasta coraz więcej wąskich specjalności. To dobrze czy źle?

W dobie kryzysu chirurgii, rosnącej średniej wieku chirurga w Polsce, mnożenie specjalizacji chirurgicznych wydaje się

niecelowe, należy jednak dostrzegać, że oddziały chirurgiczne przechodzą transformację i coraz częściej idą w kierunku zawężania się w operacjach danego narządu czy obszaru ciała. Młody chirurg, pracując w danym ośrodku, nabywa tych dodatkowych umiejętności, tracąc jednak „uniwersalność”, jaką prezentuje chirurg ogólny. Stąd w programie specjalizacji istnieje obowiązek odbywania staży w innych ośrodkach klinicznych lub szpitalach oraz oddziałach o innym profilu zabiegowym, np. na neurochirurgii czy urologii.

W kształceniu podyplomowym coraz większą uwagę przywiązuje się także do roli kierownika specjalizacji jako osoby, której zadaniem jest nadzór nad zdobywaniem umiejętności przez młodego adepta chirurgii, ale także wychwycenie u niego szczególnych preferencji i umiejętności lub ich braku i reagowanie na nie.

Czy potrzebne są zmiany w szkoleniu specjalizacyjnym, np. w pracy zespołowej, wykorzystywaniu nowych technologii czy specjalistycznych manekinów symulacyjnych?

Za sprawą ogromnego skoku w technologiach medycznych szkolenie specjalizacyjne młodych chirurgów uległo w ostatnim czasie licznym zmianom. Jeszcze 20 lat temu nie w każdym oddziale chirurgicznym był porządny sprzęt laparoskopowy, a teraz nikt nie potrafi wyobrazić sobie, żeby przeprowadzać zabiegi bez laparoskopu. Technologia daje nam olbrzymie możliwości, o ile właściwie z niej skorzystamy i przede wszystkim będziemy mieć do niej łatwy dostęp.

W tej chwili w Polsce przy niemal wszystkich większych uczelniach funkcjonują centra symulacji medycznych. Ich udział w szkoleniu chirurgów jest jednak nadal marginalny. Prowadząc w takim centrum ćwiczenia dla studentów, staraliśmy się wychwycić tych z predyspozycjami manualnymi. Niejednokrotnie spotykaliśmy się jednak z opinią studentów, że praca chirurga jest mozolna i ciężka, kojarzy się im z godzinami wystanymi przy stole operacyjnym, a samo szkolenie trudne i męczące.

Uważam, że niezbędne jest zwiększenie na szkoleniach liczby godzin opartych o nowe technologie, co mogłoby je uatrakcyjnić. Wprawdzie dostępność do fantomów specjalistycznych czy centrów symulacji rośnie, jednak w mojej ocenie nadal jest niewystarczająca. Decyduje o tym wiele czynników, często bardzo przyziemnych – brak miejsca na oddziale, żeby zorganizować pracownię szkoleniową, czy brak funduszy. Udział w kilkudniowych, zorganizowanych szkoleniach poza szpitalem wiąże się natomiast z nieobecnością w pracy, a czas przewidziany na takie aktywności w programie specjalizacji jest bardzo krótki. To smutne, ale pomimo postępu technologicznego udział w szkoleniu chirurgów nadal nie jest adekwatny do potrzeb. Tym bardziej że telemedycyna jest coraz bardziej rozpowszechniona i być może za kilka lat chirurg, będąc w jednym ośrodku, zooperuje pacjenta przebywającego 300-500 km od niego. Młode pokolenie chirurgów należałoby już do takiego świata przygotowywać.

Jakie piętno odcisnęła na chirurgii pandemia COVID-19?

W 2020 r., w związku z koniecznością wstrzymania planowych przyjęć, bardzo wydłużyły się kolejki do zabiegów. Równocześnie utrudniło to realizację kontraktów z NFZ. Obecnie

staramy się nadrobić zaległości w planowych zabiegach, co przyczynia się do dodatkowego obciążenia pracą. Należy dodać, że duża część personelu lekarskiego i pielęgniarskiego w tym czasie chorowała na COVID-19 lub przebywała na kwarantannie i nie mogła wykonywać swoich obowiązków. Zamykano też wiele oddziałów chirurgicznych, przekształcając je na „covidowe”. Znaczna część rezydentów nie mogła w tym czasie odbywać zaplanowanego szkolenia specjalizacyjnego, co odbiło się na ich procesie kształcenia. Towarzystwo będzie ich wspierać i ułatwiać nadrobienie straconego czasu.

Podobno pandemia przyczyniła się do rozwoju chirurgii robotowej.

Sądzę, że są to zjawiska niezależne. W polskich warunkach nie widzę mechanizmu, zwłaszcza finansowego, który umożliwiłby nasilony rozwój chirurgii robotowej w odpowiedzi na potrzeby związane z pandemią. To zbyt piękne, by było prawdziwe. Bezpieczeństwo i jakość pracy chirurgów raczej nie jest priorytetem decydentów w ochronie zdrowia, zwłaszcza jeżeli wymagałoby to kosztownych rozwiązań.

Co najbardziej pogrąża rodzimą chirurgię i co zrobić, aby to zmienić?

Utrzymująca się od lat zbyt niska wycena procedur chirurgicznych w rozliczeniach z NFZ, zwłaszcza w przypadkach trudnych, wymagających długotrwałego leczenia i wielokrotnych reoperacji. Zła sytuacja finansowa kumuluje się, co utrudnia działanie oddziałów i unowocześnianie naszej pracy. Kolejnym problemem jest odpływ młodych kadr lekarskich. Nasza specjalizacja wydaje się mniej atrakcyjna dla młodych lekarzy

niż dawniej, w dodatku wielu wybiera karierę poza granicami kraju. Trudna sytuacja jest jeszcze bardziej widoczna w odniesieniu do personelu pielęgniarskiego. Do tego mamy notoryczny brak czasu w związku z rosnącą górą dokumentacji medycznej, którą trzeba wypełnić, co koliduje z pracą na sali operacyjnej. Są też

coraz większe problemy organizacyjne związane z napływem chorych, zwłaszcza ostrodrożurowych, przy tendencji do zamykania oddziałów chirurgii ogólnej i przesyłania do oddziałów chirurgicznych chorych przewlekłe z oddziałów wewnętrznych, w których nie ma już dla nich miejsca. Jako Towarzystwo będziemy temu przeciwdziałać.

We wrześniu odbył się 70. Kongres Chirurgów Polskich. Co wniósł, jeśli chodzi o obecny stan polskiej chirurgii i możliwości rozwoju tej specjalności?

To było otwarte spotkanie naukowe prawie tysiąca chirurgów z całej Polski. Po długiej przerwie mogliśmy w bezpośrednich rozmowach skonfrontować swoje opinie na tematy obejmujące wszystkie dziedziny chirurgii ogólnej, onkologicznej i małoinwazyjnej. Wykłady dotyczyły najnowszych standardów postępowania w tych dziedzinach. Zaproszeni goście z zagranicy wkomponowali się w tematykę wykładami na najwyższym poziomie. Jestem przekonany, że mimo wielu trudności, o których mówiłem, polska chirurgia nie pozostaje w tyle i na pewno w wielu dziedzinach dorównuje najlepszym. ■

To smutne, ale pomimo postępu technologicznego udział w szkoleniu chirurgów nadal nie jest adekwatny do potrzeb.

NAUKA W PIGUŁCE

Witamina D3: konieczna zmiana wytycznych?

Wyniki najnowszych badań opublikowanych pod koniec września w „PNAS” („Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America”) mogą sugerować, że wcześniejsze wytyczne dotyczące ekspozycji na słońce dla optymalnej syntezy witaminy D, oparte na badaniu próbek skóry, mogą wymagać korekty.

W badaniu przeprowadzonym przez naukowców z King's College London, przy wsparciu NIHR Guy's and St Thomas' Biomedical Research Centre, przetestowano optymalne długości fal promieniowania ultrafioletowego (UVR) pod kątem wytwarzania witaminy D przez ludzką skórę w świetle słonecznym.

Choć UVR ze światła słonecznego może powodować oparzenia słoneczne i raka skóry, jest to najważniejsze źródło witaminy D. Obliczenie potencjalnego ryzyka i korzyści wynikających z ekspozycji na światło słoneczne nie jest proste, ponieważ skutki zdrowotne ekspozycji na promieniowanie UV różnią się znacznie w zależności od długości fali w spektrum promieniowania UV. Na przykład promieniowanie UVB

(zakres fal od 280 do 315 nm) słoneczne zawiera mniej niż 5 proc. promieniowania UVB o krótkiej długości fali, ale jest ono odpowiedzialne za ponad 80 proc. reakcji na oparzenia słoneczne. Każdy skutek zdrowotny wynikający z ekspozycji na słońce ma własną, unikalną zależność od długości fali.

Związek między specyficznymi długościami fal UVB a produkcją witaminy D został określony ponad trzydzieści lat temu w próbkach skóry (ex vivo). Ponieważ odkrycie nie jest dość dobrze ugruntowane, pojawiły się wątpliwości co do jego dokładności.

Naukowcy pod kierunkiem prof. Antony'ego Younga z King's College London zmierzili poziom witaminy D we krwi u 75 zdrowych młodych ochotników przed, w trakcie i po częściowym lub całkowitym narażeniu na pięć różnych sztucznych źródeł promieniowania UVB z różnymi ilościami promieniowania UVB. Chcieli określić różnicę między korzyściami wynikającymi z ekspozycji na słońce, które obejmują syntezę witaminy D, a ryzykiem oparzeń słonecznych i raka skóry. Następnie porównali swoje wyniki z tymi, które można

by prognozować na podstawie starego badania ex vivo witaminy D i stwierdzili, że poprzednie badanie nie jest dokładnym predyktorem korzyści z ekspozycji na promieniowanie UV.

To oznacza, że wiele obliczeń ryzyka i korzyści z ekspozycji na promieniowanie słoneczne UV musi zostać zweryfikowanych z uwzględnieniem zmienionej wersji zależności długości fali dla witaminy D.

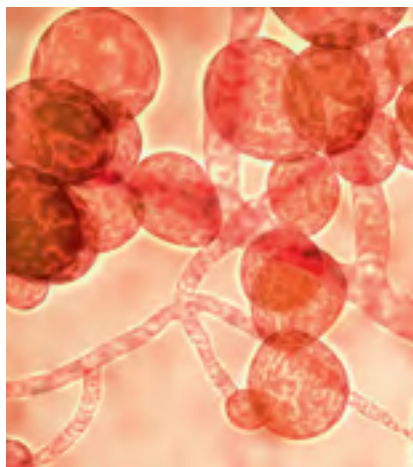
– Nasze badanie pokazuje, że obliczenia ryzyka w stosunku do korzyści wynikających z ekspozycji na słońce mogą wymagać ponownej oceny. Wyniki badania są aktualne, ponieważ globalny komitet techniczny, Commission internationale de l'éclairage, który ustala standardy UVR, będzie mógł przedyskutować opublikowane wyniki w celu ponownej oceny wytwarzania witaminy D w zależności od długości fali – powiedział prof. Antony Young. Naukowcy planują dalsze badania, mające na celu określenie ryzyk i korzyści związanych z wykorzystaniem światła słonecznego. ■

Źródło: eurekalert.org

Candida Auris coraz groźniejsza

Ten patogen grzybiczy wzbudza duże obawy ze względu na zdolność do wywoływania zakażeń i epidemii, jego odporność na środki przeciwdrobnoustrojowe i środki dezynfekujące oraz utrzymywanie się na ludzkiej skórze i w środowisku nieożywionym. W ostatnim czasie coraz bardziej rozprzestrzenia się też w środowisku szpitalnym.

Zespół Diana M. Proctora z sekcji Genomiki Mikrobiologicznej, Oddziału Genomiki Translacyjnej i Funkcjonalnej National Human Genome Research Institute, National Institutes of Health, Bethesda w USA podjął się próby zdefiniowania zakresu kolonizacji skóry i zbadał mikrobiom związany z kolonizacją *C. Auris*, aby uzyskać informacje na temat nadzoru nad tym niebezpiecznym zjawiskiem i przyszłych strategii łagodzenia jego skutków.



Amerykańscy naukowcy pobrali próbki wymazów i dane kliniczne w trzech punktach czasowych między styczniem a kwietniem 2019 r. od 57 rezydentów

(do 10 miejsc na ciele każdy) wykwalifikowanej placówki pielęgniarstwa wyposażonej w wentylację, z endemicznym *C. Auris* i rutynową kąpielą z glukonianem chlorheksydyny (CHG). Integracja danych drobnoustrojowo-genomicznych i epidemiologicznych ujawniła utajoną *C. Auris* kolonizację wielu miejsc ciała, z których próbki nie są powszechnie kierowane do badań przesiewowych.

„Modelowanie dynamiki ludzkiego mikrobiomu dostarczyło wglądu w leżące u podstaw zmiany w zbiorowisku grzybów skóry jako możliwy modyfikowalny czynnik ryzyka nabycia i przetrwania *C. auris*” – podkreślają amerykańscy naukowcy. Wyniki swoich badań opublikowali na łamach „Nature”. ■

Źródło: nature.com

Ekstremalne upały a ludzkie zachowania

Wraz ze wzrostem temperatury rośnie przemoc i agresja, a spada koncentracja i produktywność – twierdzą naukowcy.

Od ponad wieku badacze dokumentują trudności ludzi w radzeniu sobie z ekstremalnym upałem. Wiele z tych prac było dotychczas prowadzonych w warunkach laboratoryjnych. Kilkadziesiąt lat temu psycholog społeczny Craig Anderson i jego współpracownicy pokazali studentom cztery filmy wideo par zaangażowanych w dialog. Okazało się, że studenci przebywający w nieprzyjemnie ciepłych pokojach oceniali wszystkie pary, nawet te neutralne, jako bardziej wrogie niż studenci przebywający w pokojach o komfortowej temperaturze. Co ciekawe, studenci w nieprzyjemnie zimnych pokojach również ocenili pary jako wrogie.

Badania przeniesiono ostatnio w obszar życiowych realiów. W lipcowym dokumencie roboczym National Bureau of Economic

Research opisano obserwacje prowadzone na więźniach ze stanu Mississippi, także tych pozbawionych klimatyzacji. Anita Mukherjee z University of Wisconsin-Madison i Nicholas Sanders z Cornell University przyjrzeni się wskaźnikom przemocy w 36 zakładach karnych. W każdym z nich dochodziło średnio do 65 aktów przemocy rocznie. W dni powyżej 27°C – które zdarzają się nieco ponad 60 razy w roku – prawdopodobieństwo przemocy wśród więźniów wzrastało o 18 proc. Ekstrapolując dane z Mississippi, Mukherjee i Sanders oszacowali, że upały powodują w amerykańskich zakładach karnych dodatkowe 4000 aktów przemocy każdego roku.

Związek między upałem a ludzkim zachowaniem wykracza jednak poza problem przemocy. Zespół prof. Jamesa Park z UCLA School najpierw badał amerykańskich uczniów, a potem indyjskich robotników. Analiza wykazała, że wydajność



pracowników zaczęła spadać, gdy średnia maksymalna dzienna temperatura wzrosła powyżej 20°C. Z kolei zespół pod kierunkiem urbanistki Menu Tewari zaobserwował, że gdy temperatura przekroczy 35°C, średnia dzienna produkcja tkacka spada o ok. 2 proc., a szycie odzieży nawet o 8 proc. w porównaniu z dniami poniżej 30°C. Wyniki swoich badań opublikowali w „Journal of Political Economy”. ■

Źródło: sciencenews.org

RAI a rak

Czy terapia jodem radioaktywnym (RAI) w nadczynności tarczycy wiąże się ze zwiększonym ryzykiem raka?

Choroba Gravesa-Basedowa (GD), toksyczne wole wieloguzkowe i toksyczny gruczolak są najczęstszymi przyczynami nadczynności tarczycy u młodszych osób żyjących na obszarach z niedoborem jodu oraz u osób starszych w regionach z niedoborem jodu. Obecnie dostępne są trzy główne opcje leczenia nadczynności tarczycy: leczenie lekami przeciwtarczycowymi (ATD), terapia jodem radioaktywnym (RAI) oraz zabieg chirurgiczny. Każde z nich niesie ze sobą określone korzyści i zagrożenia, dlatego międzynarodowe wytyczne dotyczące leczenia nadczynności tarczycy rekomendują stosowanie spersonalizowanego leczenia zgodnie z warunkami klinicznymi, analizą ryzyka i korzyści oraz preferencjami pacjenta. W Europie około dwie trzecie członków Europejskiego Towarzystwa Tarczycowego preferuje pierwsze podejście z ATD. Terapia RAI lub operacja to ostateczne opcje leczenia, które z powodu trwałego zniszczenia lub usunięcia tarczycy powodują niedoczynność tarczycy. RAI jest zwykle

leczeniem drugiego rzutu u pacjentów z GD, u których doszło do nawrotu po początkowym leczeniu tionamidem, u osób nietolerujących ATD oraz u osób z chorobami serca. Jednak RAI jest preferowaną terapią pierwszego rzutu w przypadku GD w Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii, ponieważ wiąże się z wyższym odsetkiem wyleczeń i niższym odsetkiem nawrotów w porównaniu z ATD.

W ostatnich latach pojawiły się jednak sprzeczne dane dotyczące ryzyka nowotworów złośliwych u pacjentów z nadczynnością tarczycy po terapii RAI. 17 września na łamach „JAMA” ukazał się artykuł „Ryzyko raka po leczeniu radioaktywnym jodem w nadczynności tarczycy: przegląd systematyczny i metaanaliza”, autorstwa dr Sung Ryul Shim z Korea University College of Medicine w Seulu i współpracowników będący przeglądem systematycznym i metaanalizą, uwzględniającym m.in. 12 badań obserwacyjnych i 479 452 uczestników.

Koreańscy naukowcy wykazali, że terapia RAI nie była związana ze znaczącym wzrostem ogólnego ryzyka zachorowania na raka lub zachorowalności lub śmiertelności z powodu raka

w określonej lokalizacji, z wyjątkiem raka tarczycy. Jednak na podstawie dwóch badań z informacjami na temat podawanej dawki RAI zaobserwowano liniową zależność dawka-odpowiedź pomiędzy terapią RAI a śmiertelnością z powodu raka łitego.

„Biorąc pod uwagę globalne zastosowanie terapii RAI w nadczynności tarczycy, potrzebne są dalsze badania w celu ilościowego oszacowania miejscowego ryzyka raka związanego z terapią RAI, szczególnie przy wyższych dawkach” – podkreślają badacze.

W tej przeprowadzonej metaanalizie ogólne łączne ryzyko zachorowania na raka po ekspozycji na terapię RAI w porównaniu z brakiem ekspozycji nie było istotne. Zaobserwowano jednak liniową zależność dawka-odpowiedź pomiędzy terapią RAI a śmiertelnością z powodu raka łitego. Odkrycia te sugerują, że ryzyko raka wywołanego promieniowaniem po leczeniu RAI z powodu nadczynności tarczycy jest niewielkie i, w badaniach obserwacyjnych, może być wykrywalne tylko przy wyższych poziomach podanej dawki. ■

Źródło: jamanetwork.com

DOSKONALENIE ZAWODOWE

Przełamać tabu

Rak jelita grubego zajmuje niestety wysokie, trzecie miejsce wśród chorób onkologicznych pod względem liczby zgonów w naszym kraju. Zdaniem ekspertów dzieje się tak, ponieważ jest zbyt późno wykrywany. Najczęściej na etapie, kiedy proces nowotworowy jest już zaawansowany.

Lucyna Krysiak dziennikarz

Rak jelita grubego to także jedna z najczęściej występujących chorób nowotworowych w Polsce – trzecia wśród mężczyzn i czwarta wśród kobiet. Często rozwija się przez długie lata, nie dając żadnych objawów, dlatego ważne jest wykonywanie badań profilaktycznych, dzięki którym można go wykryć we wczesnym stadium rozwoju.

ZMOTYWOWAĆ DO DZIAŁANIA

Istnieją dwie uznane metody badania profilaktycznego w kierunku wykrywania raka jelita grubego: kolonoskopia i test na krew utajoną w kale, ale w Polsce wciąż są one zbyt rzadko wykonywane. Z ankiet przeprowadzonych w ramach Narodowego Testu Zdrowia Polaków wynika, że aż 61 proc. osób w wieku 55-64 lata nigdy się takim badaniem nie poddawało.

Tymczasem w naszym kraju co roku diagnozuje się 18 tys. nowych zachorowań na raka jelita grubego – gdyby wcześniej u tych pacjentów wykonano kolonoskopię lub test na krew utajoną, ich szanse na wyzdrowienie znacząco by wzrosły. Co więcej, kolonoskopia daje jednocześnie możliwość usunięcia polipów podczas badania, co zapobiega rozwojowi raka w przyszłości. Mimo korzyści wynikających z tego badania, pacjenci unikają go, ponieważ jest ono postrzegane jako nieprzyjemne, inwazyjne, obarczone ryzykiem powikłań, a na dodatek dotyczy sfery intymnej i jest tematem tabu.

Proktolodzy podkreślają, że podczas kolonoskopii pacjenci odczuwają jedynie niewielki dyskomfort,

W Polsce od 2000 r. funkcjonuje program profilaktyki raka jelita grubego oparty o kolonoskopię (więcej: pbp.org.pl), ale problemem jest niska zgłaszalność. Zdaniem specjalistów w poprawie tej sytuacji kluczową rolę mogliby odegrać lekarze podstawowej opieki zdrowotnej.

a zdecydowana większość z nich nie wymaga znieczulenia ogólnego. Wskazują także na niskie ryzyko wystąpienia poważnych powikłań, takich jak perforacja jelita (1/15 tys. przypadków). Uważają, że należy nagłaśniać te dane, aby motywować pacjentów do zgłaszania się na to badanie.

PRZESZKOLIĆ LEKARZY POZ

W Polsce od 2000 r. funkcjonuje program profilaktyki raka jelita grubego oparty o kolonoskopię (więcej: pbp.org.pl), ale problemem jest niska zgłaszalność. Zdaniem specjalistów w poprawie tej sytuacji kluczową rolę mogliby odegrać lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. To oni w bezpośrednich rozmowach podczas wizyt w przychodni mogą zmotywowować swoich pacjentów do zgłoszenia się na kolonoskopię, ale – żeby te działania były skuteczne – medyków warto w tym kierunku przeszkolić.

Aby przybliżyć problematykę profilaktyki jelita grubego oraz zapewnić narzędzia niezbędne w rozmowie z pacjentem, Ośrodek Doskonalenia Zawodowego NIL uruchomił cykl zdalnych spotkań dla lekarzy POZ w tym zakresie. ODZ liczy na to, że szkolenia wpłyną na zgłaszalność pacjentów na badania

profilaktyczne w kierunku wykrywania raka jelita grubego, co przełoży się na spadek wskaźnika zachorowalności i umieralności z powodu tej choroby. Pierwsze trzy sesje już się odbyły. Dotyczyły one patofizjologii, rozpoznawania i leczenia raka jelita grubego (prof. Mirosław Szura), profilaktyki pierwotnej tej choroby z uwzględnieniem metod badań przesiewowych i ich skuteczności (dr Marek Bugajski), wad i zalet testów na krew utajoną (dr Anastazja Dagny-Pilonis), organizacji Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego w Polsce (prof. Jarosław Reguła), a także kolonoskopii jako badania przesiewowego oraz jako narzędzia terapeutycznego.

Dotychczas przeszkolono pod tym kątem 140 lekarzy POZ z całej Polski. Kolejny cykl szkoleń rozpocznie się w październiku. Spotkania są prowadzone online. Udział lekarzy w szkoleniu uprawnia do uzyskania certyfikatu z czterema punktami edukacyjnymi.

Równolegle do tej zakrojonej na szeroką skalę akcji szkoleniowej rusza kampania społeczna „Z miłości do życia. Rusz się na kolonoskopię”, której patronem jest m.in. Naczelna Izba Lekarska (więcej: www.kolonoskopia.pl). ■

PROFILAKTYKA RAKA JELITA GRUBEGO

Potrzebny plan naprawczy

Z prof. Jarosławem Regułą, kierownikiem Klinik Gastroenterologii, Hepatologii i Onkologii Klinicznej CMKP oraz Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Curie-Skłodowskiej w Warszawie, rozmawia Lucyna Krysiak.

Wiemy już, że Program Badań Przesiewowych w kierunku wykrywania raka jelita grubego nie okazał się sukcesem. Co poszło nie tak?

Moim zdaniem nie można mówić o całkowitej porażce. W ciągu 20 lat trwania programu osiągnięto bardzo wiele, chociaż rzeczywiście spodziewaliśmy się więcej. Jeśli chodzi o sukcesy, to stworzono sieć wysokiej jakości ośrodków kolonoskopowych w Polsce, wypracowano standardy mierzenia jakości kolonoskopii, które stały się obowiązujące na całym świecie, a polscy kolonoskopiści – co można powiedzieć na podstawie formalnych porównań – osiągnęli bardzo wysoki poziom kwalifikacji zawodowych, wyższy niż w wielu krajach nawet Europy Zachodniej. Ponadto uzyskano spadek umieralności na raka jelita grubego u kobiet oraz zahamowano wzrost umieralności u mężczyzn, a także stworzono narzędzie informatyczne SI PBP, służące do kontroli on-line na żywo wykonywanych kolonoskopii w ponad 150 ośrodkach w Polsce.

To czego, nie udało się osiągnąć, to zasięg geograficzny ośrodków realizujących PBP. Ciągłe pozostają białe plamy, szczególnie w Polsce wschodniej i częściowo w północnej, gdzie dostępność do diagnostyki nie jest w pełni zapewniona, a zgłaszalność na badania przesiewowe w systemie z zaproszeniami oscylowała na początku wokół 30 proc., by w ostatnich latach znacznie się pogorszyć do poziomu poniżej 20 proc. Dodatkowo, z powodu pandemii COVID-19 ten wskaźnik obniżył się jeszcze bardziej. Wartości te są znacznie niższe niż na przykład w Skandynawii, gdzie zgłaszalność na wszystkie programy profilaktyczne osiąga 60-80 proc.

Zgłaszalność na badania profilaktyczne generalnie jest w Polsce problemem. Czy to wynik braku świadomości społeczeństwa, czy może system jest do poprawki?

To wynik wielu różnorodnych czynników. Przede wszystkim kuleje edukacja zdrowotna, a ponadto istnieje powszechny brak zaufania do ochrony zdrowia i lekarzy. Powodem tego stanu rzeczy są wieloletnie zaniedbania oraz błędy w edukacji społeczeństwa, sprawiające, że wielu ludzi ma większe zaufanie do znachorów, sąsiadów, tego, co powie rodzina, niż do lekarzy. Lekarze zawsze byli dobrym celem ataków propagandowych. Stopień uświadczenia społeczeństwa widać na przykładzie aktualnie rozgrywanej się akcji szczepień przeciw COVID-19, gdzie z niezrozumiałych względów antyszczepionkowcy mają tak duży posłuch.



Prof. Jarosław Reguła:
– W Polsce, podobnie jak na całym świecie, znacznie spadła liczba wykonywanych badań przesiewowych szczególnie w pierwszym okresie pandemii.

W jakim stopniu badania wykrywające choroby nowotworowe, w tym raka jelita grubego, ucierpiały w zderzeniu z pandemią COVID-19?

W Polsce, podobnie jak na całym świecie, znacznie spadła liczba wykonywanych badań przesiewowych szczególnie w pierwszym okresie pandemii. Powody były liczne, po pierwsze taka była decyzja ogólnokrajowa w pierwszych miesiącach pandemii, aby nie wykonywać zabiegów nienajpilniejszych. Potem, w ramach drugiej i trzeciej fali, dołączył do tego strach pacjentów przed odwiedzaniem szpitali i przychodni oraz niedobory kadry lekarskiej i pielęgniarskiej, która była odsyłana na kwarantannę i izolację ze względu na większą niż gdzie indziej częstość zakażeń. Liczby wykonywanych badań przesiewowych jeszcze do dziś nie wróciły do stanu sprzed pandemii.

Jeśli chodzi o wczesną wykrywalność nowotworów i przeżywalność chorych, jesteśmy w ogniu Europy. Jak to zmienić?

Nie przesadzałbym z tym ogonem Europy, chociaż to prawda, że nie jesteśmy w czołówce krajów, które mogłyby się poszczycić bardzo dobrymi wynikami diagnostyki i leczenia nowotworów. Ta sytuacja dotyczy nie tylko onkologii, ale w ogóle całej ochrony zdrowia, która od wielu lat jest niedofinansowana. Zaniedbania dotyczą zarówno infrastruktury medycznej (budynki, sprzęt), wynagrodzeń personelu, szkoleń lekarzy i wielu innych aspektów systemu ochrony zdrowia. Jak to zmienić? Trzeba przygotować porządną plan naprawczy i go realizować systematycznie po rozpisaniu jego etapów na lata. Poprawa nie nastąpi z dnia na dzień. ■



Serce nie zaczeka

XXV Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w Poznaniu – o porażkach, priorytetach, najnowszych technologiach, wytycznych ESC na najbliższe lata i nowych wyzwaniach na przyszłość.

Lucyna Krysiak dziennikarz

Wskutek pandemii COVID-19 kardiologia znacząco ucierpiała. W stosunku do 2019 r. aż o 17 proc. wzrosła śmiertelność z powodu chorób sercowo-naczyniowych, a o 35 proc. spadła zgłaszalność pacjentów do szpitali i tym samym liczba wykonywanych zabiegów w ostrych zawałach serca. Co więcej, aż o 70 proc. zmniejszyła się liczba planowanych zabiegów, pogorszyła się też opieka nad chorymi z niewydolnością serca.

Odbywający się na przełomie września i października w Poznaniu XXV Międzynarodowy Kongres PTK był w dużej mierze poświęcony tym problemom.

ZAŁAMANIE SYSTEMU

Z raportu „Polska kardiologia 2021”, przedstawionego przez prof. Jarosława Kaźmierczaka, krajowego konsultanta w dziedzinie kardiologii, wynika, że na wzrost śmiertelności z powodu chorób sercowo-naczyniowych nałożyło się wiele czynników i leżą one zarówno po stronie systemu opieki zdrowotnej, jak i samych pacjentów. Do takiej sytuacji przyczynił się m.in. istotny spadek w 2020 r., bo aż o 15,7 proc., implantacji, czyli wymian stymulatorów serca, kardiowerterów-defibrylatorów oraz zamknięcie gabinetów lekarskich (POZ, AOS) oraz przejście na porady wyłącznie zdalne. Takie rozwiązanie, funkcjonujące w dobie pandemii, nie sprawdziło

się głównie u tzw. pacjentów pierwszorazowych lub z wyraźnym zaostrzeniem objawów sercowo-naczyniowych. Na wzrost śmiertelności wpłynęła także bezpośrednio pandemia SARS-CoV-2, ponieważ pacjenci z chorobami sercowo-naczyniowymi po zakażeniu koronawirusem umierali częściej niż inni chorzy. Nałożył się na to także lęk przed wezwaniem pogotowia ratunkowego i brak aktywności fizycznej związanej z lockdownem.

– Sytuacja musi się zmienić, zarówno jeśli chodzi o dostępność do zabiegów w ostrych stanach, jak i zaplanowanych. Problemem jest także czas oczekiwania chorych na wizytę do kardiologa – podkreślał prof. Jarosław Kaźmierczak,

zaznaczając, że zarówno lekarzy tej specjalności, jak i ośrodków wykonujących zabiegi jest w Polsce wystarczająco dużo. Obecnie praktykuje blisko 4 tys. kardiologów, czyli 104/1 mln mieszkańców, a docelowo potrzeba 110/1 mln, ale około 800 lekarzy jest w trakcie specjalizacji. To dobrze rokuje, niestety problemem jest ich nierównomierne rozmieszczenie. Nadal w niektórych regionach dostęp do leczenia kardiologicznego jest utrudniony, szczególnie w przypadku zabiegów ablacji zaburzeń rytmu serca.

Prof. Jacek Legutko, sekretarz ZG PTK, dyrektor Instytutu Kardiologii UJ CM w Krakowie, zaznaczył, że na tak drastyczny wzrost śmiertelności wpłynął także czas dotarcia pacjenta do odpowiedniego oddziału (np. chorych z objawami zawału serca umieszczano tam dopiero po 12 godzinach) i niestosowanie się do programu KOS-zawał, który określa zarówno standardy dotyczące czasu trawienia pacjenta do ośrodka, jak i leczenia oraz zapewnienia kompleksowej opieki specjalistycznej po opuszczeniu szpitala.

PRIORYTETY I NOWE TECHNOLOGIE

Kardiolodzy są zgodni, że nie ma już powrotu do czasów sprzed pandemii. COVID-19 wymusił zmiany w organizacji opieki kardiologicznej i konieczność wprowadzania do leczenia nowych programów, technologii i leków. Głównie chodzi o terapie nefarmakologiczne w stymulacji pracy serca u pacjentów z zaburzeniami rytmu, o zdalne monitorowanie urządzeń wszczepialnych (jest szansa, że to świadczenie będzie niebawem refundowane), stymulację bezelektrodową (LLPM) czy kamizelkę defibrylującą (WCD – zewnętrzny defibrylator) oraz wszczepialne rejestratory zdarzeń. Te ostatnie pozwalają na zdiagnozowanie przyczyn utraty przytomności oraz zmniejszenie ryzyka ponownego udaru u pacjentów po już przeżytym udarze, którego przyczyną jest migotanie przedsionków.

Zdaniem specjalistów, aby poprawić sytuację pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi, trzeba zacząć od rozwiązań najprostszych – skrócić czas oczekiwania na miejsce w specjalistycznych oddziałach, zwiększyć liczbę zabiegów i operacji, dokonać zmian w refundacji nowoczesnych leków. Prof. Przemysław Mitkowski, nowo wybrany prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, kierownik Pracowni Elektroterapii Serca

Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego w Poznaniu zauważa, że ostatnia dekada przyniosła ogromny postęp technologiczny w kardiologii, ale ze względu na brak refundacji nowe opcje terapeutyczne są dostępne w ograniczonym zakresie. Widzi też konieczność organizacji opieki nad dorosłymi z wadami wrodzonymi serca, wprowadzenie koordynowanej opieki nad chorymi z niewydolnością serca za pomocą programu KONS lub co najmniej w jego części w ramach Krajowej Sieci Kardiologicznej (KSK).

**Obecnie praktykuje blisko
4 tys. kardiologów,
czyli 104/1 mln
mieszkańców, a docelowo
potrzeba 110/1 mln, ale
około 800 lekarzy jest
w trakcie specjalizacji.
To dobrze rokuje,
niestety problemem jest
ich nierównomierne
rozmieszczenie.**

– Dostępność do nowych technologii medycznych nielekowych i objęcie chorych programami kompleksowej opieki oznacza ogromny postęp, ale bez refundacji nowoczesnej farmakoterapii, czyli leków przeciwzakrzepowych (riwaroksaban, dabigatran, apiksaban), przeciwplatek (ticagrelor, prasugrel), a także leków stosowanych w niewydolności serca (sakubtryl/walsartan, flosyny), to leczenie nie przyniesie zamierzonego efektu – zaznacza prof. Przemysław Mitkowski. Leczenie niewydolności serca opiera się na czterech równoważnych grupach leków, które każdy z chorych, o ile nie ma indywidualnych przeciwwskazań, powinien otrzymać. Spośród tych grup dwie nie są w Polsce refundowane [sakubtryl/walsartan (ARNI) i flosyny]. W badaniach klinicznych udowodniono ponad wszelką wątpliwość ich skuteczność, w tym około 20-26 proc. redukcji zgonów i hospitalizacji z powodu pogorszenia wydolności serca. Leki te są w pierwszej klasie rekomendacji Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) obejmujących terapie niewydolności serca. PTK prowadzi rozmowy na temat ich refundacji z resortem zdrowia, ale – jak podkreśla nowy prezes – są one bardzo trudne.

NOWE WYTYCZNE ESC

Pandemia dotknęła nie tylko polską kardiologię. Konieczność zmian w organizacji opieki nad chorymi z chorobami sercowo-naczyniowymi dostrzegły także inne kraje. W sierpniu br. na dorocznym kongresie Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne (ESC) ogłosiło nowe wytyczne w zakresie diagnostyki i leczenia określonych chorób serca i naczyń oraz ich prewencji. Dotyczą one niewydolności serca, wad zastawkowych tego narządu, stymulacji i terapii resynchronizującej serce oraz prewencji chorób sercowo-naczyniowych.

Wytyczne te podsumowują obecny stan wiedzy i proponują praktyczne rozwiązania, z których lekarze mogą skorzystać podczas diagnostyki i leczenia określonych jednostek chorobowych, a także w prewencji wtórnej układu sercowo-naczyniowego, np. oceny czynników ryzyka nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, hipercholesterolemii.

– To są wytyczne, a nie rekomendacje, jednak wiele z zaleceń proponowanych przez ESC można z powodzeniem przełożyć na rodzimy grunt – podkreśla prof. Adam Witkowski, ustępujący prezes PTK, kierownik Kliniki Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej Narodowego Instytutu Kardiologii w Warszawie. Najbardziej spektakularne są jednak nowe wytyczne ESC dotyczące terapii farmakologicznej niewydolności serca, ale niektóre leki w klasie I, a więc najwyższej klasie zaleceń ESC, nie są refundowane w Polsce, o czym przy każdej okazji z ubolewaniem przypominają działacze PTK. Nowa w tych zaleceniach jest także modyfikacja wskazań do przezcewnikowego leczenia zwężenia zastawki aortalnej i niedomykalności zastawki mitralnej. Tych zabiegów nadal wykonuje się w Polsce zbyt mało. Z kolei wytyczne dotyczące stymulacji i resynchronizacji serca skupiają się m. in. na wskazaniach do tej formy terapii u pacjentów z niewydolnością serca. – Tegoroczne wytyczne ESC dotyczą obszarów chorób serca, które się wzajemnie przenikają, stąd wynikają uzgodnione, wspólne zalecenia w określonych metodach diagnostyki i terapii. Co istotne, w większym lub mniejszym stopniu przekładają się one na codzienną praktykę kliniczną, choć barierą są specyficzne ograniczenia wynikające z braku lub niewystarczającej refundacji nowoczesnych terapii – podsumowuje prof. Adam Witkowski i zapewnia, że PTK nie ustaje w staraniach, aby takie refundacje uzyskać. ■

ETYKA I MEDYCYNĄ

Pierwiastki etyczne w Przysiędze Hipokratesa

Każdy lekarz nosi w sercu tę Przysięgę. „Przyjmuję z czcią i głęboką wdzięcznością nadany mi stopień lekarza (...), przyrzekam i ślubuję (...).”

Jerzy Woy-Wojciechowski Prezes Honorowy Polskiego Towarzystwa Lekarskiego

Będąc na wyspie Kos, gdzie w 460 r. p.n.e. urodził się Hipokrates, oczami wyobraźni ujrzałem medyków – w białych tunikach, w pobliżu jatrejonu, pod platanem, przy swoim mistrzu, na tle świątyni Asklepiosa...

Z 72 ksiąg „Corpus Hippocraticum” najbardziej znana jest „Przysięga”. Ten tekst po blisko 2500 lat nadal jest w dużej mierze aktualny. Postęp medycyny rzuca jednak wyzwanie, by Przysięga była aktualna i nadążała za rozwojem immunologii, syntezy leków, cytologii, biochemii molekularnej, transplantologii, inżynierii genetycznej i za możliwościami przedłużania życia.

Praktyka stawia nowe pytania, lecz odpowiedź na nie każdy musi znaleźć w swym sumieniu i doświadczeniu.

SZTUKA LECZENIA

Lekarz, etyk i filozof Heliodor Świącicki mówił: „medycyna jest bez wątpienia nauką, ale spełnianie zawodu lekarskiego, opiekowanie się chorym, jest i było zawsze sztuką”, zaś „celem artysty jest wytworzenie piękna, celem lekarza jest przywrócenie piękna zdrowego człowieka, bowiem wyleczony pacjent to dla lekarza żywy obraz estetyczny wywołany jego sztuką”.

Tak, medycyna to sztuka leczenia. Kanony zawodu można ująć w regulaminy i formuły prawne, ale trudniej ująć w paragrafy sztukę. Czy idealnym lekarzem winien być uczony wertujący nowinki z zakresu diagnostyki i terapii?



Patrząc na postęp medycyny, dający tyle możliwości leczenia i przedłużaniu życia, ma się wrażenie, że nie nadąża za nim docenianie roli sumienia lekarza oraz utrwalanie uczuć wyższych, które można ująć słowami: etyka i serce lekarza.

A może cierpliwy samarytanin lub genialny diagnosta? To odwieczne pytania.

Przysięgę Hipokratesa składa dojrzały człowiek, absolwent trudnych, wieloletnich studiów, który zetknął się już z odpowiedzialnością zawodową, cierpieniem, śmiercią, problemami szybkiej decyzji i wyborem trafnego postępowania. Lecz postawy lekarza winno się kształtować wcześniej. W rodzinie o wysokim autorytecie moralnym i w szkole.

DOBRY LEKARZ, CZYLI KTO?

Co prawda Denis Diderot mówił: „najlepszym lekarzem jest ten, którego nie mogę znaleźć”, a Voltaire, że „sztuka medyczna polega na zabawianiu pacjenta, podczas gdy natura leczy chorobę”, ale dobrze wiemy, że dobry lekarz jest jak oficer na froncie – toczy walkę z chorobą, cierpieniem, śmiercią. Dziś od lekarza wymaga się szerokiej wiedzy, nie tylko medycznej, benedyktyńskiej cierpliwości, stałych wyrzeczeń w życiu prywatnym i absolutnej charyzmy w służbie choremu. No i doświadczenia.

Stan lekarski, jak całe społeczeństwo, jest zróżnicowany. Wymienię, subiektywnie, kilku sklasyfikowanych przeze mnie przedstawicieli medycyny.

Medicus desperatus – „lekarz zdesperowany”. Nie umie się znaleźć w warunkach wolnego rynku, tęskni za czasami, gdy ktoś „na górze” o wszystkim myślał i nie trzeba było się zastanawiać, ile kosztują usługi medyczne. To lekarz, który tęskni za czasami, gdy można było wypisywać skierowania na wszelkie

badania *largo manum*, bo przecież służba zdrowia jest za darmo.

Medicus dexter – „lekarz zręczny”. Umie doskonale znaleźć się w nowej rzeczywistości wolnego rynku.

Medicus oeconomicus – „lekarz ekonomista”. Świetnie gospodaruje, potrafi zadbać o dobrą praktykę w dobrze urządzonym, prywatnym gabinecie. To ci lekarze sprawili, że dostęp do wielu świadczeń medycznych jest powszechny.

Medicus rapax – „lekarz zachłanny”. Na szczęście to rzadka i nieliczna odmiana „lekarza ekonomisty”. Już w trzy lata po rozpoczęciu praktyki nie może spać, bo ordynator ma lepszy samochód. Chętnie dyżuruje w wolne dni, bo za nie więcej płacą, za to niechętnie zostaje w pracy po godzinach, bo ma akurat zajęcia w spółdzielni, prywatnym gabinecie czy kogoś zastępuje za „uczciwe” (jak mówi) pieniądze. Jego dewizą jest cytat z Talmudu: „lekarz niebiorący nic, nie wart nic”. Nie wstydzi się zapytać „za ile?” lub „co z tego będę miał?”.

Medicus formica laboris – „lekarz pracowita mrówka”. Jest typem pracowolika. Chętnie podejmuje się dodatkowej pracy, „bo pacjent z daleka przyjechał, kolega zachorował i nie ma nikogo chętnego na dyżur”. Uważa, że obowiązkowość i uczciwa praca są najważniejsze.

Medicus magister – „lekarz nauczyciel”. Ma wrodzone zdolności wychowawcze i pedagogiczne. Śledzi fachową literaturę, lubi uzupełniać wiedzę. Jest typem lekarza, bez którego działalność uczelni i postęp nauki byłyby trudne.

Medicus helluo librorum – „lekarz mól książkowy”. To specyficzna odmiana „lekarza nauczyciela”. Molowi książkowemu chęć poszerzenia wiedzy teoretycznej przesłania nieraz sens medycyny – konieczność niesienia pomocy chorym.

Medicus traditionalis seu antiquo modo – „lekarz tradycjonalista”. Niechętnie posługuje się nowymi technikami medycznymi i mówi, że żadne „enemy” nie zastąpią jego doświadczenia. W badaniach chorych jest skrupulatny i mimo awersji do nowinek medycznych najczęściej jest dobrym diagnostą i terapeutą.

Medicus technicus – „lekarz steknowany”. Uwielbia wszelkie nowoczesne techniki diagnostyczne. Lekarz ten

bez kompletu badań uzupełniających niechętnie stawia rozpoznanie. Prof. Gryglewski z Krakowa ostrzega, że „jeżeli lekarze technicznych umiejętności i fachowej wiedzy nie dopełnią błędną staroświecką Sztuką Medyczną – chorzy wymienią ich na sztukmistrzów”.

Medicus politicus – „lekarz polityk”. Był w dawnych czasach, jest i obecnie, postacią często spotykaną. Nie tylko w parlamencie, gdzie zasiada wielu lekarzy. Także w izbach działa wielu, dla których polityka jest chlebem powszednim. Dla lekarza polityka medycyna

Tak, medycyna to sztuka leczenia. Kanony zawodu można ująć w regulaminy i formuły prawne, ale trudniej ująć w paragrafy sztukę.

często schodzi na drugi plan.

Medicus publicus – „lekarz społecznik”. Podejmuje akcje charytatywne, organizuje konferencje, działa w towarzystwach naukowych. Nigdy nie rezygnuje z zawodu. Takim „nawiedzonym lekarzom” zawdzięczamy, że mamy samorząd, że w wiejskich ośrodkach zdrowia są dobre warunki pracy.

Medicus magnus – „lekarz wielki”. Wzorzec dla studentów i lekarzy. W tej grupie jest wielu Kawalerów Medalu Gloria Medicinae, bo *Medicus magnus* jest rzeczywiście „chwałą medycyny”, a jego „życie to ofiarna służba ludziom, to stale przejawiany najwyższy szacunek dla zdrowia i życia ludzkiego, to sumienne wykonywanie sztuki leczenia, podtrzymywanie honoru i tworzenie nieprzemijających wartości dla dobra stanu lekarskiego”.

Medicus cum cordis – „lekarz z sercem”. Dar serca wypływa z najszlachetniejszych pobudek i uczuć lekarza, który odnosi się do osób chorych, jak do swych braci. Okazuje im miłość, bezgranicznie poświęca się im i oddaje serce.

WIEDZA I WARTOŚCI

Co sprawia, że lekarze startujący z jednego punktu, jakim jest uczelnia medyczna, często różnią się w dalszej praktyce? Różni ich nie tylko stan wiedzy, często uzupełnianej przez całe życie, ale wartości takie jak m.in.

najwyższy szacunek dla zdrowia i życia ludzkiego, uczciwość, poświęcenie, życzliwość, wrażliwość, cierpliwość, chęć służenia i oddania drugiemu człowiekowi, szacunek dla cierpiącego, dbanie o najwyższą jakość usług czy widzenie w drugim człowieku bliźniego, a nie tylko przypadku chorobowego. Dyrgentem tych wartości jest ludzkie sumienie, a mieszczą się one nie w granicach wiedzy zdobywanej przy użyciu podręczników, wykładów, komputerów, ale w wartościach aksjologicznych decydujących o wartości człowieka, wartości lekarza. To one decydują, czy lekarz ma postawę humanitarną dla pacjenta i jest tym, o którym się mówi, że ma powołanie do pracy.

Przez 2500 lat lekarze składają, zgodnie z postępowaniem medycyny, stale aktualizowaną, Przysięgę Hipokratesa. Wiek XIX dał rozwój chirurgii, narkozę, aseptykę, erę szczepień i promienie X. Wiek XX to postęp w biochemii, genetyce, immunologii, cytologii, transplantologii, od Bantinga i Besta erę insulinoterapii, od Fleminga – antybiotykoterapii, od sztucznej nerki Kolfa – dializoterapii, aż do nowych technik, jak endoskopia, laparoscopia, scyntygrafia, cewnikowanie serca, USG, CT czy NMR. Te techniki sprawiły, że ciało ludzkie jest szeroko otwarte dla oczu lekarza. Czy także dla serca? Patrząc na postęp medycyny, dający tyle możliwości leczenia i przedłużaniu życia, ma się wrażenie, że nie nadąża za nim docenianie roli sumienia lekarza oraz utrwalanie uczuć wyższych, które można ująć słowami: etyka i serce lekarza.

Najlepszej wiedzy, godnych warunków pracy i „właśnie serca przenikniętego miłością ludzi” życzę sobie i wszystkim lekarzom.

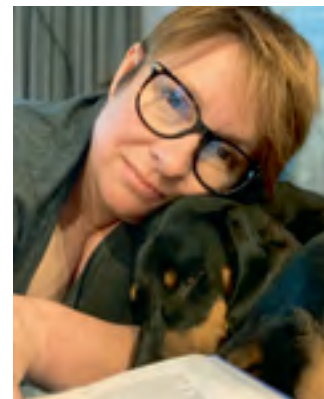
Bo będąc lekarzem, czyli wykonując i zawód, i sztukę leczenia, i powołanie w służeniu innym, jedynie swoją wiedzę możemy sprzedać. Serce tylko podarować. A wtedy zgodnie z hinduską maksymą: „gdy nie możesz zostać królem, zostań lekarzem”, sztuka leczenia w połączeniu z darem serca będzie prawdziwie królewskim darem. Darowanym przez każdego, nawet najbardziej zapracowanego lekarza, od chwili złożenia Przysięgi Hipokratesa, przez 12 miesięcy w roku, przez 7 dni w tygodniu, o każdej godzinie. Bo lekarzem zostaje się już na zawsze, od chwili zaślubin z medycyną po kres życia. ■

Tekst opracowany na podstawie wykładu inauguracyjnego Anno domini 2021/22

BADANIE PRZEDMIOTOWE

Zabawa w doktora

Najważniejsze w życiu to spełniać swoje marzenia! Przyzna to każdy – czy to wychowany na książkach przygodowych Juliusza Verne’a tradycyjny romantyk, czy pragmatyczny przedstawiciel pokolenia „Z”. Swoje marzenie postanowił także spełnić – o czym poinformował za pośrednictwem mediów społecznościowych oraz popularnych portali internetowych – pan Rafał Jas.



Joanna Sokołowska pediatra, felietonista

Pan Rafał, absolwent wydziału dziennikarstwa i komunikacji społecznej Uniwersytetu Warszawskiego, pnący się dotychczas po szczeblach dziennikarskiej kariery w TVP3, postanowił... zostać lekarzem.

Na drodze do spełnienia jego marzenia stanął jeden szkopuł (a właściwie szkopuły dwa). Pierwszą rafą, o którą mogły się rozbić plany pana Rafała, był wiek metrykalny – znamienne czterdzieści i cztery – skutkujący pewną dezaktualizacją jego świadectwa dojrzałości jako elementu kwalifikacji na studia medyczne. Wszak jednak – jak udowodnił pan Rafał – wciąż jeszcze jesteśmy Europejczykami i świat, przynajmniej ten medyczny, nie jest ograniczony Morzem Bałtyckim, Tatrami, Odrą i Nysą Łużycką oraz płótnem ministra Dworczyka. Znalazł więc u naszych południowych sąsiadów, na Uniwersytecie Pavla Jozefa Šafárika w malowniczych Koszycach, wydział lekarski dla obcokrajowców, na który dostać się można na podstawie zdanego egzaminu testowego.

Nie jest to takie trudne... Poza dysponowaniem niebagatelną kwotą trzydziestu euro na pokrycie kosztów rekrutacji, trzeba jeszcze wykuć na blachę, dostarczone przez uniwersytet przygotowawcze zestawy pytań. Dwieście z nich – po połowie z biologii i chemii – pojawi się podczas trwającego półtorej godziny egzaminu. Wystarczy odpowiedzieć prawidłowo na więcej niż siedemdziesiąt procent, a potem... Potrzebne będzie już tylko czyste serce, szlachetne pobudki i żarliwy zapał do ciężkiej nauki, by po sześciu latach uzyskać wymarzone wykształcenie. Pan Rafał wykuł, zapłacił, zdał i już prawie witał się z gąską... Jest jednak jeszcze ta druga skała, którą musi wyminąć, żeglując do celu – dość pokaźne czesne, na które trudno będzie zarobić studentowi. Tu pan Rafał, stosując się do złotej zasady Scarlett O’ Hary, postanowił odłożyć zmartwienia na później i założyć zbiórkę internetową na swoje studenckie utrzymanie. Wszak znajdują się chyba rodacy chętni do zrzutki na formowania nowego medyka... Podpowiem, może w przyszłości koledze po fachu, że są także programy stypendialne, pozwalające po ukończeniu studiów odpracować studencki dług w jakimś szpitalu daleko od głównej szosy, a to – zapewniam – prawdziwe wyzwanie!

Studentowi, który po cichu deklaruje chęć zostania specjalistą chorób dzieci – wypada mi tylko pogratulować. Co do zasady, podzielam jego fascynację medycyną, w szczególności zaś moją ukochaną pediatrią. Szanuję motywację wynikającą z osobistych przeżyć. Chcę wierzyć, że doświadczenie życiowe i zdobyta zapewne w dziennikarskim fachu wiedza humanistyczna staną się opoką dla przyszłego medyka. Trochę mi tylko żal, że gdy pan Rafał uzyska dyplom specjalisty pediatry, ja już będę na emeryturze.

Dziennikarzowi – jeśli to rodzaj obserwacji uczestniczącej, która ma na celu pokazanie drogi od studenta medycyny do lekarza specjalisty – będę z szacunkiem sekundować, a może nawet dorzucę grosz do kiesy żaka. Mam nadzieję, że pokaże, iż medycyna to nie tylko romantyczna przygoda i droga do samorealizacji. To wybór, który pociąga za sobą konieczność odsunienia na dalszy plan własnych potrzeb, czasem nawet tych podstawowych, wystawienia na próbę przyjaźni i rodzinnych relacji. To nie tylko satysfakcja z poprawy czyjegoś samopoczucia, naprawy zdrowia czy uratowania życia. To często bolesna lekcja pokory. To także żmudne zmaganie z urzędniczymi procedurami i nudną biurokracją. To również sposób zarabiania na życie – nie każdy może i nie każdy chce liczyć na internetową zbiórkę. Ale o tym zapewne redaktor Jas już słyszał.

Może dlatego, że Rafał Jas dumnie pozował do zdjęcia jako świeżo upieczony student medycyny, niemal równocześnie z rozpoczynającym się 11 września ogólnopolskim protestem przedstawicieli zawodów medycznych, wyczuwam w całym przedsięwzięciu jakieś fałszywe tony (a może to tylko oznaki mojego zawodowego zmęczenia i pogłębiającej się frustracji?).

Ale jeśli pan Rafał chce nam pokazać, że zostać lekarzem to dla chętnego nic trudnego, jeżeli chce udowodnić, że poczucie powołania i misyjność zapewnią byt i zawodowy rozwój lub jeśli tylko chce spróbować pobawić się medycyną, a przy okazji rzucić kamieniem w medyków, domagających się poszanowania swoich praw, to powiem, trawestując słowa bajki Ignacego Kraszewskiego „Dzieci i żaby”, że to zła zabawa!

Bo dla nas to nie igraszka, nam chodzi o życie. Nie tylko nasze. ■



Nowotwory głowy i szyi: pozostań czujny

W ramach kampanii „Make Sense – Zrozumieć Nowotwory Głowy i Szyi,” w dniach 20-24 września br. odbywał się IX Europejski Tydzień Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi. W wybranych szpitalach i przychodniach prowadzone były bezpłatne badania, działania edukacyjne zwiększające świadomość opinii publicznej oraz spotkania z decydentami mającymi wpływ na ochronę zdrowia.



Tegoroczna edycja odbywała się pod hasłem: „Nowotwory Głowy i Szyi: Pozostań czujny. Nie ignoruj objawów

w czasie pandemii COVID-19”. Twórcy kampanii zwracali uwagę m.in., że pandemia wirusa SARS-CoV-2 spowodowała znaczący spadek liczba rozpoznań nowych przypadków nowotworów głowy i szyi.

Kampania prowadzona była przez Polskie Towarzystwo Nowotworów Głowy i Szyi. Więcej informacji na temat tej akcji oraz o samych nowotworach głowy i szyi na www.gazetalekarska.pl. ■

O amputacjach w Krakowie



W dniach 15-16 października w Krakowie odbędzie się II Krajowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Forum Amputacji pt. „Amputacje – niewidzialni pacjenci”.

Spotkanie skierowane jest do lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, psychologów, terapeutów i wszystkich zainteresowanych tematyką amputacji. Osseointegracja, profilaktyka u osób z cukrzycą, amputacje w wyniku wypadku, terapia trudno gojących się ran, wczesna rehabilitacja i protezowanie to tylko niektóre tematy zaplanowane do omówienia podczas pierwszego dnia konferencji. Dzień drugi to warsztaty. ■

Szczegóły i rejestracja na stronie: www.forumamputacji.pl



REKLAMA

W PIGUŁCE

Jesienna fala



Grupa ludzi stojących w kolejce, aby przyjąć darmowe szczepienie przeciwko COVID-19 w budynku Primary Health Center Rajagopala Nagar. Indie, 23 września 2021 r.

We wrześniu odnotowano ok. 15 mln nowych przypadków zakażeń wirusem SARS-CoV-2 na całym świecie.

W tym czasie z powodu COVID-19 zmarło ok. 300 tys. osób. Na początku miesiąca globalnie przybywało nawet 700 tys. zakażonych dziennie, ale pod koniec września liczba ta spadła poniżej 400 tys. W jakim kierunku pandemii rozwinie się tej jesieni?

Zgodnie z danymi publikowanymi przez Worldometers, od początku wybuchu pandemii do 28 września br. potwierdzono w sumie ok. 233,1 mln zakażonych SARS-CoV-2 (z czego 18,5 mln to przypadki aktywne) i niemal 4,8 mln zgonów z powodu COVID-19. We wrześniu najwięcej nowych zakażeń (globalnie) było raportowanych z USA, Wielkiej Brytanii, Turcji, Rosji, Indii i Filipin.

Kraje, które w tym miesiącu zanotowały u siebie najwięcej dziennie przypadków zakażeń koronawirusem od początku wybuchu pandemii, to m.in. Białoruś, Syria, Korea Południowa, Singapur, Serbia i Australia.

W dalszym ciągu liderem pod względem liczby potwierdzonych przypadków zakażeń SARS-CoV-2 jest USA (niemal 44 mln – wzrost o 4 mln we wrześniu, ale liczba dziennych zakażeń w stosunku do sierpnia spadła). Na drugim miejscu są Indie (33,7 mln, przyrost o 1 mln w ciągu ostatniego miesiąca, co oznacza jeden z najbardziej spokojnych miesięcy od wiosennego kryzysu), a na trzecim – Brazylia (21,4 mln). Kolejne kraje z największą liczbą potwierdzonych przypadków zakażeń od początku kryzysu wywołanego wirusem SARS-CoV-2 to: Wielka Brytania (7,7 mln), Rosja (7,4 mln), Turcja (7 mln), Francja (6,9 mln). Według oficjalnych statystyk dotychczas z powodu COVID-19 najwięcej osób zmarło w USA (ponad 700 tys.), Brazylii (prawie 600 tys.), Indiach (prawie 450 tys.), Meksyku (niemal 280 tys.) i Rosji (204 tys.). W Polsce dotychczas potwierdzono 2,9 mln zakażeń koronawirusem, a ponad 75 tys. osób zmarło z powodu COVID-19.

Szczepienia przeciwko COVID-19 są prowadzone na całym świecie. Do 28 września br. niemal 45 proc. światowej

doroślej populacji otrzymało już co najmniej jedną dawkę szczepionki, ale niestety tylko nieco ponad 2 proc. stanowią osoby pochodzące z najbardziej niebezpiecznych krajów (dane: Our World in Data, statystyki opracowywane przez badaczy z Uniwersytetu Oksfordzkiego). Dwie dawki szczepionki otrzymała ok. 1/3 światowej populacji, w tym m.in. wszyscy dorośli obywatele Gibraltaru, 85 proc. Portugalczyków, 82 proc. mieszkańców Zjednoczonych Emiratów Arabskich, 77 proc. Singapurczyków, 75 proc. Duńczyków, 72 proc. Belgów, ale już tylko np. 16 proc. Białorusinów i mieszkańców Indii, 12,5 proc. Ukraińców i 1,36 proc. Syryjczyków.

Niektóre kraje zdecydowały się na podawanie trzeciej dawki szczepionki przeciwko COVID-19, choć w różnych zakresach (przeważnie jest ona dedykowana medykom, seniorom i osobom o obniżonej odporności, z kolei w Izraelu proponowana jest dawka przypominająca wszystkim osobom powyżej 12. r.ż.). Trzecią dawkę przyjął już prezydent USA Joe Biden. ■

Źródło: WWW.WORLDOMETERS.INFO, BBC, WWW.OURWORLDINDATA.ORG

Praca tylko dla zaszczepionych

Od 15 września we Francji obowiązuje prawo umożliwiające zawieszenie w pełnieniu obowiązków bez wynagrodzenia pracowników ochrony zdrowia (w szpitalach, domach opieki, pogotowiu ratunkowym), którzy nie przyjęli ani jednej dawki szczepionki przeciwko COVID-19. Tydzień wcześniej French Public Health Agency informowała, że nawet 12 proc. pracowników szpitali i 6 proc. lekarzy w prywatnych praktykach nie zaszczepiła się przeciw COVID-19.

W przeddzień wejścia w życie tej regulacji kilkuset demonstrantów manifestowało swoje niezadowolenie przed siedzibą francuskiego Ministerstwa Zdrowia w Paryżu, protesty odbyły się także w kilku innych miastach. Dzień po wprowadzeniu nakazu minister zdrowia Francji Olivier Veran poinformował o zawieszeniach przez pracodawców trzech tysięcy pracowników związanych z sektorem ochrony zdrowia w związku z nieprzyjęciem szczepionki przeciw COVID-19. Dodał jednak, że zapewnienie ciągłości opieki zdrowotnej nie jest zagrożone. Pod koniec września, według danych opublikowanych przez „The Times”, zawieszonych było już ok. 20 tys. pracowników medycznych.

Władze Francji podkreślają jednak, że w tym kraju pracuje w sumie ok. 2,7 mln medyków, z czego zdecydowana większość przyjęła szczepionkę, a wśród tych, którzy nie zdecydowali się tego zrobić, przeważa personel pomocniczy.



Aby być przywróconym do pracy, nie wystarczy przyjęcie jednej dawki – należy do 15 października zaszczepić się także drugą dawką.

Francja to nie jedyny kraj, który zdecydował się na wprowadzenie rozwiązań mających skuteczniej zachęcić medyków

do zaszczepienia się przeciw COVID-19. We Włoszech podobny obowiązek dla pracowników ochrony zdrowia wprowadzono pod koniec maja br., a od niedawna takie prawo działa także w Grecji. ■

Źródło: FRANCE24.COM, „THE TIMES”

UE: więcej pieniędzy na wsparcie dla polskich lekarzy



Komisja Europejska przeznaczyła dodatkowe 74,6 mln euro na specjalistyczne szkolenia i wsparcie psychologiczne dla lekarzy i innych pracowników medycznych, realizowane w ramach programu Europejskiego Funduszu Społecznego „Wiedza, edukacja, rozwój”. ■

ŹRÓDŁO: KE PRZEDSTWICIELSTWO W POLSCE

Déjà vu 2.0



Stawomir Badurek

diabetolog,
publicysta medyczny

I znów ten sam scenariusz: bierność rządu, zapaść finansowa i organizacyjna publicznej ochrony zdrowia, ostry protest zawodów medycznych, zaoferowanie podjęcia rozmów przez ministra i przewijające się w tle obrazki, że wcale nie jest tak źle, a już doktorom powodzi się wręcz znakomicie...

Latwo przewidzieć, co z tego wyniknie. Ano NIC! Nic, jeśli wziąć pod uwagę realizację głównego i zarazem dokładnie tego samego postulatu od 30 lat – żadnej naprawy systemu nie będzie. Być może tu i ówdzie pojawi się trochę grosza, przede wszystkim po to, by ugasić największe pożary. Władza znów coś obieca, zapowie zmiany, zaprosi na rozmowy, może nawet zwoła okrągły stół albo ogłosi szczyt. To nic nie kosztuje, a zobowiązanie do realizacji ma czysto umowny charakter (kto, oprócz lekarzy, pamięta obiecywane przez ministra Szumowskiego zatrudnienie asystentów medycznych?). Jak podczas każdego takiego protestu ze zdwojoną siłą jesteśmy bombardowani przekazami, ile to rząd zjednoczonej prawicy już zrobił dla poprawy zdrowia Polek i Polaków, a ile zamierza dokonać w najbliższych latach. Po raz enty słyszymy tę samą płytę i co pewne – nie po raz ostatni.

Dawno przestałem się temu dziwić, chociaż jest co poprawiać i nawet wiadomo jak. Szkopuł w tym, że jak zwykło się mówić, nie ma politycznej woli do gruntownych zmian. Nie tylko po stronie rządzących, ale i w liczącej się w walce o władzę opozycji, co niepokoi najbardziej, czyniąc rzeczywistość bezalteranatywną. Rzecz jasna nie biorę pod uwagę pusto brzmiących frazesów typu: „jak my dojdziemy do władzy, to...” (tu długa lista, co się skróci, podniesie i uprości). Dla rządzących, niezależnie, czy u steru są akurat „nasi”, czy „oni”, najlepiej jest tak, jak jest. Tak jest najtańszej i najbezpieczniej. Co najważniejsze – wszystko się jakoś kręci. A jak mocniej zaskrzypi, to się coś obieca, zapowie zmiany...

Odczuwalne usprawnienie obecnego systemu, opierającego się na deklarowanej powszechnej dostępności wszystkiego dla wszystkich, wymagałoby znaczących nakładów finansowych, czyli nie wchodzi w grę. Gdyby chcieć wprowadzić system efektywniejszy, z konkurencją ubezpieczalni lub choćby wprowadzić współpłacenie, jako regulator popytu na usługi, trzeba by podjąć niepopularne decyzje, co też nie wchodzi w grę. Można by sobie pozwolić na faktyczną reformę, gdyby rządzący i koalicja uznali, że ochrona zdrowia wymaga wspólnych działań, ale na to tym

bardziej nie ma szans. Poza tym, jeśli impulsem do zmian nie była śmierć tysięcy ludzi, odciętych od opieki medycznej podczas natarcia koronawirusa, to dla czego miałyby nim być nawet najbardziej zdecydowany, głośny i cieszący się poparciem społecznym protest?

Z każdym dniem od wygaśnięcia wiosennej fali coraz mniej osób pamięta, jak było. Mieliśmy 120 tysięcy nadmiarowych zgonów i to jest liczba przerażająca, ale mimo to nieszczęście dotknęło bezpośrednio tylko wybrane rodziny. Coraz mocniej za to przebijają się, że „było ciężko, ale daliśmy radę”. Tak działa alzheimerowska pamięć społeczna. Obawiam się, że białe miasteczko będzie dla rządzących argumentem za zwiększeniem składki zdrowotnej w ramach Polskiego Ładu. Z punktu widzenia celów propagandowych nie jest istotne, że pozyskane w ten sposób pieniądze posłużą realizacji kolejnych transferów społecznych, a nie popra-

Jeśli impulsem do zmian nie była śmierć tysięcy ludzi, odciętych od opieki medycznej podczas natarcia koronawirusa, to dla czego miałyby nim być nawet najbardziej zdecydowany, głośny i cieszący się poparciem społecznym protest?

wie funkcjonowania publicznej opieki zdrowotnej. Paradoksalnie zdecydowanie wyższą składkę zapłacą nie tylko lekarze, często ostatnio wskazywani jako ci, którym dobrze się powodzi, ale także inni protestujący – przede wszystkim pielęgniarki i ratownicy, „docenieni” w ten sposób za swoją pracowitość.

Wieloletnia bierność na górze nie oznacza ciszy w systemie. Sześć lat rządów zjednoczonej prawicy to bardzo intensywny rozwój sektora prywatnego. Jakkolwiek dziwnie i dla wielu zaskakująco to zabrzmiało, ale takiej koniunktury w gabinetach prywatnych jak za Jarosława Kaczyńskiego nie było nigdy. ■

Wybór mądrze adresowany



Jarosław Wanecki
pediatra, felietonista

Po raz kolejny stajemy do wyborów samorządowych, przekonując się, jak różne są nasze wyobrażenia o lekarskiej korporacji w porównaniu z zadaniami wpływającymi z ustawy.

Na jednym z placów Neapolu stoi hellenistyczny monument czasów rzymskich, który po setkach lat zapomnienia powrócił na swoje miejsce w epoce renesansu. Wykopany w XV w. posąg nie miał głowy, a za sprawą dzieci wokół jego torsu postać przedstawiano jako symbol miasta, które karmi swoich mieszkańców. Wielką zatem była konsternacja Neapolitańczyków, gdy po rekonstrukcji głowy „Corpo di Napoli”, zamiast matki żywicielki, zobaczyli brodatą personifikację boga rzeki Nil.

Zespół „Gazety Lekarskiej” intensywnie przygotowuje się do specjalnego wydania, w którym z okazji 100-lecia pierwszej polskiej regulacji o izbach przedstawi poglądy na temat działalności korporacji dwóch zawodów lekarskich w ciągu ostatniego wieku. W subiektywnej ocenie, rozpisanej na głosy, nie zabraknie wspomnienia o funkcjonalnej przerwie lat 1950-90, kiedy na mocy likwidacyjnego dekretu odebrano samorządowi reprezentację środowiska wobec władz państwowych. Przez cztery dekady forum było puste i nieme. O wszystkich aspektach zawodu decydowali urzędnicy. Nie raz i nie dwa postanowienia administracji miały charakter represji. Wolność zawodu była naprawdę bardzo iluzoryczna.

Odnaleziona w maju 1989 r. idea samorządu lekarskiego stanęła ponownie na placu dostępnym dla publiczności. Problem w tym, że grupy widzów, w zależności od stażu, statusu i miejsca obserwacji, inaczej zapamiętały albo wyobrażały sobie monumentalne „Corpo di Medici”, czyli alegoryczną matkę karmiącą i chroniącą środowisko lekarskie przed wszystkimi zagrożeniami, wszelką zmianą i krytyką.

Jakie zatem oblicze powinien mieć NIL, aby nie zawieść oczekiwań lekarskiej publiczności stojącej przed cokołem?

Czy kadencyjna rekonstrukcja antycznej głowy może wpłynąć na większe zainteresowanie i zaangażowanie? Czy odbudowany z takim wysiłkiem pomnik coraz bardziej pokrywa się mchem? Czy delegaci na zjazdy stają się z roku na rok coraz bardziej dostojnymi kustoszami muzealnego obiektu? Czy za fasadą statui etyki i deontologii toczy się już inna gra, daleka od symbolicznych i wzniosłych zamierzeń twórców dzieła? Czy izba lekarska to tylko turystyczna ciekawostka, tło

Przez cztery dekady forum było puste i nieme. O wszystkich aspektach zawodu decydowali urzędnicy. Nie raz i nie dwa postanowienia administracji miały charakter represji. Wolność zawodu była naprawdę bardzo iluzoryczna.

fotografii podczas ceremonii odebrania prawa wykonywania zawodu lekarza i logo z ostatnim pożegnaniem na szarfach pogrzebowych wieńców? Jak bardzo zależy nam, aby dotrzeć do „Piazzetta del Nilo”? A może interesują nas już tylko pałace i zamki na wzgórzach, odległe ogrody Capri, wysokie klify Sorrento i święty spokój głębokich katakumb rejonu Sanita?

Opowiadanie historii samorządu lekarskiego, wzbogaczone nawet najbardziej eleganckimi legendami o założycielach i wspomnieniem strzelistych aktów przeszłości, nikogo do wyborów nie zachęci. Aby odebrać kopertę, wyjąć kartę do głosowania, oddać głos i wrzucić list do skrzynki, trzeba minimalnego przekonania o wpływie na mądre oblicze korporacji. Parafrazując tytuł programu rozrywkowego, twarz izby musi brzmieć znajomo! W innym wypadku zachwyt będzie fałszywy, głos źle adresowany, a urna wyborcza z biegiem lat stanie się tylko cokołem pomnika starożytnej świetności. ■



Agata Morka
historyk sztuki

BŁĄD MALARSKI

O znikaniu

Malarski autoportret w swoim założeniu nie tak bardzo odbiega od współczesnych selfie: chodzi przecież głównie o pokazanie się. „Ja”, czy to usminkowane jak u współczesnych influencerek, czy z obciętym uchem jak u van Gogha, czy z wiankiem kwiatów jak u Fridy, stoi w centrum tego wizualnego ćwiczenia. „Ja” obecne, integralne, spragnione lajków. Jak jednak malować siebie rozpadającego się na kawałki? „Ja”, które znika?



Obraz: William Utermohlen, „Autoportret w wieku 63 lat”, 1996 r.

Gdzieś na początku lat 90. ubiegłego stulecia William Utermohlen, amerykański malarz mieszkający w Londynie, zaczął spóźniać się na spotkania i gubić się w drodze do swojego studia. Był około sześćdziesiątki, mógł mówić o sobie jak o uznanym malarzu, którego wystawiano w prestiżowych londyńskich galeriach. W 1993 r. zdiagnozowano u niego chorobę Alzheimera. Przez kilka lat, w miarę jak choroba zabierała kolejne części jego „ja”, Utermohlen malował serię autoportretów, które dziś stanowią wizualny zapis

jego stanu, analizowany przez specjalistów jak dokumentacja medyczna.

W historii sztuki to być może jedna z najbardziej przejmujących refleksji nad autoportretem, gatunkiem tak mocno skoncentrowanym na „ja” i na byciu. Utermohlen redefiniuje jednak to podejście, jego autoportrety to nie seria o byciu, ale o znikaniu. Autoportret z 1996 r. przypada na jej środek. Artysta, w klasycznej pozycji *en trois-quarts*, patrzy na widza spod rozległego czoła z przejmującym smutkiem. Odważne impasty bieli wydobywają jego postać z tła, jeszcze w jednym kawałku, jeszcze rozpoznawalną.

W 1998 r. Utermohlen nie może już pracować z farbami olejnymi, jego kolejne autoportrety to szkice ołówkowe, z ostatnią „Głową” z 2000 r., w której ciężko już rozpoznać twarz malarza. Jakikolwiek punkty odniesienia przestają tu istnieć, z artysty figuratywnego Utermohlen przechodzi w rejon autoportretu abstrakcyjnego. „Ja” rozpada się na kawałki, bryła dziwnego nosa wrzyna się w policzek, przechodzący w rozmażany kształt niby-ucha. Utermohlen jeszcze opiera się, ale już nieuchronnie znika. ■

Rozwiązanie zagadki z „GL” 09/2021

1. Zamiana podnóżka na poduszkę z pomponami na krawędziach.

W tym portrecie Cézanne wyraźnie, acz nadal subtelnie, stylizuje przyjaciela na cesarza. Zatem poduszka jak ta, na której składał stopy Napoleon w portrecie pędzla Ingresa, byłaby zbyt wyraźnym sygnałem.

2. Zamiana słowa „Empereur” na „Empeur” w napisie u góry obrazu.

Achilles często nazywany był przez grono znajomych przezwiskiem „Imperator”

– cesarz, pochodzącym od jego nazwiska, brzmiącego jak francuski „empereur”.

3. Rozmazanie części tła z lewej strony postaci.

Rozmazanie tła, jakby schodziła z niego farba, byłoby dość bolesnym odniesieniem do niefortunnej przygody Achillesa z werniksem, który uszkodził jego obraz tuż przed tym, kiedy pokazać miał go na Salonie.

4. Usunięcie wąsów Achillesa.

Pokaźne wąsy i kozia bródka były jednym z atrybutów Achillesa.



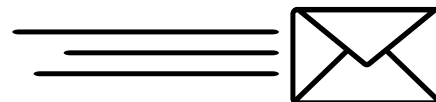
Obraz: Paul Cézanne, „Portret Achillesa Empeura”, Muzeum Orsay, Paryż

NAGRODZENI Z „GL” 09/2021: Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Katarzyna Cierpka-Kmieć z Gdańska**. Gratulujemy! Nagrody dodatkowe: **Adam Biernat (Łódź)**, **Karolina Błażejewska (Kraków)**, **Joanna Koniecznyńska (Oborniki Śląskie)**.

Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 18 października 2021 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,

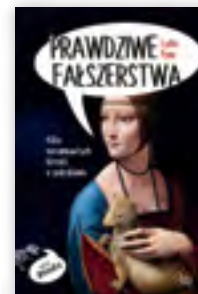
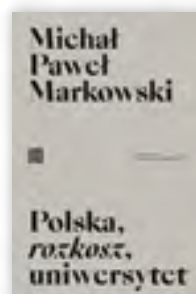
HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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

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

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



KLAUZULA INFORMACYJNA

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

KULTURA

Fotograficznie w Kazimierzu Dolnym

W dniach 14-19 września br. odbył się Ogólnopolski Plener Fotograficzny Lekarzy organizowany przez Lubelską Izbę Lekarską przy wsparciu Naczelnej Rady Lekarskiej. Już po raz ósmy w Kazimierzu Dolnym nad Wisłą spotkali się lekarze pasjonaci fotografii.

Zajęcia odbywały się w kaziemskim Domu Dziennikarza, a mentorami w tym roku byli członkowie ZPAF Krzysztof Miller z Tarnowskich Gór oraz Magdalena Wasiczek z Trzebini. Ponadto specjalne zaproszenie plenerowicze otrzymali na pokaz fotografii od dyrektora kaziemskiego ośrodka kultury Makska Skrzeczowskiego.

Wisienką na torcie było spotkanie w gościnnych progach „Kuncewiczówki” z Mieczysławą Łazorek i opowieść o pracach jej męża, obrazach Jana Stanisława Łazorka, słynnego malarza Kazimierza, wystawianych aktualnie we wnętrzach domu-muzeum. A poza tym... po prostu fotografowanie i omawianie własnych prac wieczorami z udziałem, ale



Uczestnicy
VIII Ogólnopolskiego
Pleneru
Fotograficznego
Lekarzy

i niejednokrotnie krytyczną oceną, „szefa pleneru” Darka Hankiewicza.

Zapraszamy wszystkich na obejrzenie efektów prac warsztatowych i wernisaż

wystawy 13 listopada br. o godz. 12.00 w progi „Galerii Sztuki Nieprofesjonalnej u Lekarzy” w Lublinie w Klubie Lekarza na ul. Chmielnej 4. (dh) ■

FOTO: ARCHIWUM PRYWATNE

📖 NASZA CZYTELNIJA



Zarządzanie zdrowiem w miejscu pracy

Redakcja naukowa: Mariusz Gujski, Tomasz Rostkowski

Interdyscyplinarna publikacja, w której kompleksowo przedstawiono możliwości zastosowania współczesnej wiedzy z zakresu medycyny i ochrony zdrowia w codziennym funkcjonowaniu przedsiębiorstw i organizacji publicznych. Autorami poszczególnych rozdziałów są lekarze, a także specjaliści zdrowia publicznego, specjaliści zarządzania zasobami ludzkimi i prawnicy.



Geny. Medyczne tajemnice i niesamowita opowieść o ich wyjaśnieniu

Euan Angus Ashley

Historia – odkrywanej krok po kroku – tajemnicy ludzkiego genomu, opowiedziana przez pryzmat przejmujących historii pacjentów. To opowieść o tym, jak wiedza i coraz lepsze zrozumienie informacji genetycznej pozwala skuteczniej ratować ludzkie życie. Autor jest prof. medycyny i genetyki na Uniwersytecie Stanforda w Kalifornii.

Fotografia



FOTO: PEXABAY.COM

Lubelska Izba Lekarska i Uniwersytet Medyczny w Lublinie we współpracy z Lubelskim Towarzystwem Fotograficznym i Związkiem Polskich Artystów Fotografików Okręg Lubelski zapraszają do udziału w X Ogólnopolskim Konkursie Fotograficznym Lekarzy i Studentów Medycyny. Nadsyłanie prac: do 30 października. ■

Malarstwo

16 września w Białymstoku odbył się wernisaż wystawy „Twórczość malarstwa lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku”. Jej inauguracja była powiązana z wydaniem albumu zawierającego wybrane dzieła malarskie medyków związanych zawodowo z Białymstokiem i Podlasiem. Tym sposobem izba włączyła się w jubileusz 100-lecia izb lekarskich w Polsce. ■

Dla dzieci

Komisja Kultury ORL w Lublinie zaprasza do udziału w V Ogólnopolskim Konkursie Poetycko-Literackim „Lekarze dzieciom”. Patronat honorowy nad konkursem objęli prezes NRL i prezes LIL. Nadsyłanie prac: do 30 października. ■

GazetaLekarska.pl ✎



Odetnij napięcie

Rebekkah LaDyne

Stres jest symbolem czasów, w których żyjemy. Wpływa nie tylko na nasz umysł, ale też ciało. Jak poradzić sobie z tym stanem? Autorka książki, opierając się na najnowszych badaniach poświęconych terapiom somatycznym, wyjaśnia działanie autonomicznego układu nerwowego, tłumaczy fizyczne reakcje organizmu oraz pokazuje, jak za pomocą prostych ćwiczeń somatycznych trwale zredukować napięcie i odzyskać spokój (MBR, mind-body reset).



W ciemnej dolinie

Robert Kolker

Opowieść o rodzinnej tragedii i tajemnicy schizofrenii. Galwinowie, amerykańska rodzina żyjąca w drugiej połowie XX w., doczekała się aż 12 dzieci, niestety aż sześćoro z nich cierpiało na schizofrenię. Ten przejmujący reportaż pokazuje rodzinny dramat w zmaganiach z chorobą, która w tamtych czasach była niemal jak wyrok, a jednocześnie szansę dla rozwoju psychiatrii. Książka dotarła na pierwsze miejsce list bestsellerów „New York Times’a”.



PhotoArtMedica

**„My name is Alzheimer”,
prof. Francesco Carracchia (chirurg
szczękowo-twarzowy, Włochy),
uczestnik Salonu PhotoArtMedica 2019**



www.photoartmedica.pl

GazetaLekarska.pl 

SPORT

XVIII Igrzyska Lekarskie

We wrześniu odbyło się święto sportu lekarskiego. Po rocznej przerwie, spowodowanej pandemią, pod Giewontem stawiało się na bieżniach, boiskach, kortach i trasach rowerowych około 500 lekarzy i lekarzy dentystów. Wraz z rodzinami, w tym dużą liczbą lekarskich pociech, było ponad 700 osób.

Ryszard Golański

Bazą zawodów był Centralny Ośrodek Sportu w Zakopanem. Ze względu na rozbudowę tego obiektu coraz mniej dyscyplin musi być rozgrywana w innych miejscach. W tym roku dotyczyło to golfa, kolarstwa, strzelectwa i triathlonu.

W sumie rywalizowano w 18 dyscyplinach, zgodnie z numerem tegorocznych igrzysk. Po raz pierwszy w programie zawodów znalazła się koszykówka trzyosobowa (od igrzysk 2020 r. w Tokio jest to dyscyplina olimpijska). Frekwencja w poszczególnych konkurencjach była różna. Wśród gier zespołowych najliczniej odliczyli się piłkarze. Złoty medal zdobyli koledzy z Zabrze, srebrny – drużyna Wojskowej Izby Lekarskiej, a brązowy trafił do reprezentantów Szczecina. W siatkówce złoto przypadło drużynie Szczecina, drugie miejsce zajęła Łódź, a trzecie – Silesia. Medaliści w koszykówce to: Łódź, Lublin i Katowice. Ciekawie wyglądało podium w koszykówce trzyosobowej. Stały na nim trzy drużyny reprezentujące Okręgową Izbę Lekarską w Łodzi!

Najwięcej medali można zdobyć w pływaniu i lekkoatletyce. W tym roku na basenie nie było tłoku. W wielu konkurencjach dopłynięcie do mety oznaczało zdobycie medalu. Zabawna sytuacja miała miejsce podczas wręczenia medali w sztafecie 4 x 50 metrów, bowiem na podium zapraszano po odbiór medali po pięć osób w każdej sztafecie. Najwyraźniej podzielono dystans na krótsze odcinki. Mamy wśród lekarzy pływackie rodziny. Na podium powtarzały się nazwiska: Moroń, Szymala i Trzenciak.

Podczas zmagani lekkoatletów zwróciły moją uwagę wyniki w trudnej



XVIII Igrzyska Lekarskie zgromadziły w sumie kilkuset uczestników. Wielu lekarzy przybyło wraz z całymi rodzinami



Katarzyna Cerbińska, skok wzwyż

konkurencji, jaką jest skok wzwyż. Marcin Półkowski, startujący w kategorii B, uzyskał wynik 176 cm! Startująca w kategorii A wśród pań Katarzyna Cerbińska skoczyła w pięknym stylu 165 cm. Pani doktor zwracała uwagę nie tylko umiejętnościami sportowymi, ale także urodą. Na bieżniach, skoczniach i rzutniach lekkoatletycznych imponowali wolą walki i rezultatami seniorzy. Należy życzyć każdemu z nas takiej kondycji i sprawności w tym wieku,

jaką prezentują: Stefan Madej, Julian Pełka, Janusz Sorbian i Edward Szydło. Gromkie brawa od zgromadzonych na stadionie zebrali, kończąc bieg na 5 kilometrów, Edward Pokorny i Piotr Mikołajczyk.

Dla mnie największymi bohaterami igrzysk są triathloniści. Trzeba żelaznej kondycji i siły woli, aby przeplątać najpierw 750 m w jeziorze, potem przejechać 20 km na rowerze i na koniec pokonać pięciokilometrowy cross. Te zawody odbywają się praktycznie bez publiczności. Medaliści tej morderczej konkurencji słyszeli brawa dopiero w igrzyskowym namiocie.

Igrzyska odbyły się pod patronatem Śląskiej Izby Lekarskiej i Polskiego Komitetu Olimpijskiego. Po raz pierwszy nie było patronatu Naczelnej Izby Lekarskiej. Fakt ten był szeroko komentowany w kuluarach igrzysk. Zwykle kończę relację słowami: Do zobaczenia za rok. Teraz powtórzę zadawane mi pytanie: co dalej z igrzyskami? ■

SPORT

XXX Żeglarskie Mistrzostwa Polski Lekarzy

Lekarze żeglarze byli, obok tenisistów, pierwszą grupą, która zaczęła organizować zawody o charakterze ogólnopolskim. Tegoroczne mistrzostwa Polski miały zatem jubileuszową oprawę.

Ryszard Golański



Mistrz Polski Lekarzy w Żeglarskim Marek Kmiec z załogą, komandor regat Bogdan Kula, prezes Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej Anna Lella, przedstawiciel Prezydium NRL Dariusz Paluszek

walka o tytuł mistrza Polski toczyła się pomiędzy załogami Marka Kmiec z Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu i Wojciecha Niczyporowicza z Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej. Ostatecznie zwyciężyła ta pierwsza. Trzecie miejsce zajęła załoga Grzegorza Hille z Wojskowej Izby Lekarskiej.

W niedzielę 5 września tradycyjnie odbył się bieg długodystansowy o puchar Doktora Lipeckiego, inicjatora i pierwszego komandora regat lekarskich. Tym razem najlepszy okazał się Wojciech Niczyporowicz i jego załoga, drugie miejsce zajęł team Macieja Sadowskiego z W-MIL, a trzecie – Michał Bobrowski z Łodzi. W piątek śpiewaliśmy szanty z Kaszalotami z Koszalina, a następnego dnia słuchaliśmy lekarskiego zespołu Painkilers. Słowa uznania i podziękowania dla komandora regat Bogdana Kuli i prezesa Anny Lelli. ■

Tak jak w ostatnich kilku latach, odbyły się na jeziorze Roś, a bazą był ośrodek w Imionku. Startowało 30 załóg z jedenastu izb okręgowych oraz (po raz pierwszy) załoga reprezentująca Naczelną Izbę Lekarską. W piątek 3 września odbyły się cztery biegi. Ze

względu na silny wiatr (6 stopni w skali Beauforta) oraz tłok, szczególnie podczas startu, warunki były trudne. Nie obyło się bez awarii – jedna z załóg straciła maszt.

Następnego dnia, w sobotę, wiatr był już mniej uciążliwy. Przeprowadzono pięć biegów. Zgodnie z przewidywaniami

XVII Złot DoctorRiders

GazetaLekarska.pl

Jak co roku, ostatni weekend sierpnia dla lekarzy jeżdżących na motocyklach oznacza tylko jedno: zlot klubu DoctorRiders. W tym roku oprócz spotkania, zebrania walnego, wieczornych integracji i spotkań,

niezwykle istotnym punktem był wybór nowych władz na kolejną kadencję.

Ważna jest też pogoda, a ta w tym roku była różna – największe obawy towarzyszyły organizatorom w związku

z uroczystym przejazdem w kolumnie – to bardzo ważny punkt programu każdego zlotu. Na szczęście w sobotę całą trasę (ok. 170 km) udało się przejechać w przebijającym się słońcu i bez deszczu. ■

FOTO: BOŻENA HOFFMAN

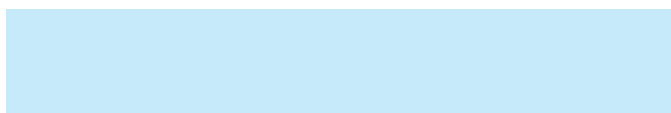
ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE

ABSOLWENCI AKADEMII MEDYCZNEJ W KRAKOWIE Z ROCZNIA 1982

Zapraszamy na spotkanie z okazji 40-lecia dyplomu. Spotkamy się w dniach 9-11 września 2022 r. Rozpoczynamy w Krakowie, a następnie przeniesiemy się do Rytra do Hotelu Perła Południa. Kontakt z organizatorami: Marek Kula (tel. 604 466 896, e-mail: bmqula@gmail.com), Maciej Dendura (tel. 602 285 503, e-mail: dendura@mp.pl).

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

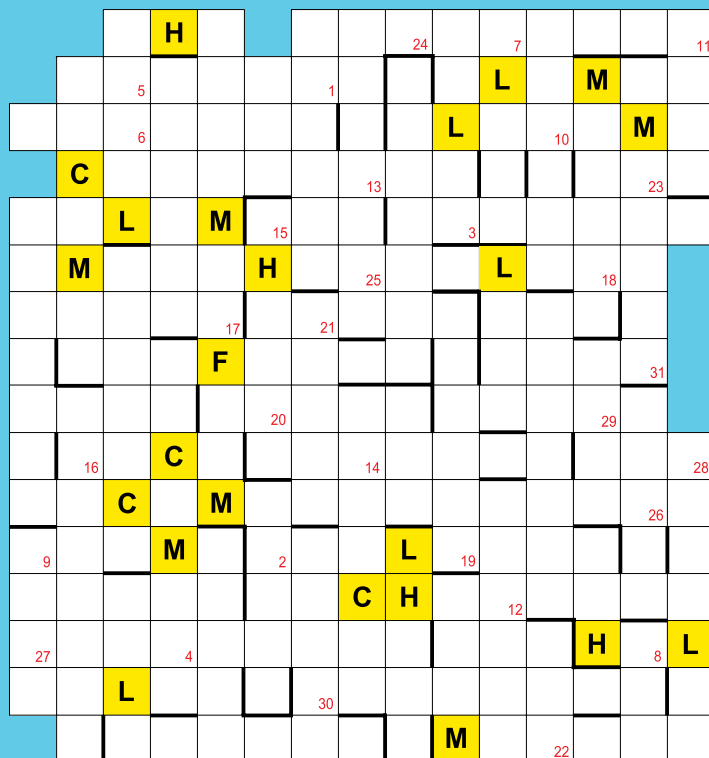
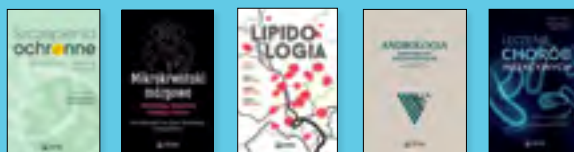
Ogłoszenia





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

**Zachęcamy do odwiedzenia strony pzwł.pl i zapoznania się
z nowościami wydawniczymi oraz ofertami specjalnymi.**



Objaśnienia 74 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: C, F, H, L i M. Na ponumerowanych polach ukryto 31 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Abrahama Lincolna. Hasło należy przesać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 25 października 2021 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* święta z Palermo, chroniąca od epidemii * straszny, demoniczny
* szpitalny ratunkowy * uchodzi w Lyonie * Marco podróżnik * hordeolum
* staropolski napad * dementia * smar maszynowy * noga wołowa
* monosacharyd * kantor w cerkwi * biurko z lustrem * higiena pracy
* fartuchy kelnerskie * między wodorem a litem * Nikoś * kończy walkę
judo * bezsenność * kurtyzana Zoli * niedrożność jelit (łac.) * największe
miasto Mazur * księżniczka Burgunda * dieta epoki kamiennej * Timothy
Garton, historyk Europy * pełnia boskich mocy * nucleolus * do miłości
* alun * Mariński najgłębszy * naprawienie nicią * soczewka (łac.)
* 43560 stóp kwadratowych * urtica * dawne wyroko * krótkie ogłoszenie
* resztki po solance * zmiany w umowie * gumma * wyspa Odysa
* oznaczenie znakami umownymi * elementy grzybni * dziury * Zdrój,
uzdrowisko podkarpackie * trąba powietrzna * z selerem do rosółu

* jadłowstręt (łac.) * komputerowe zwierzątko * enalapryl * nasza
wiktoria w 1514 r. * sparus złotogłowy * gościec * Arabskie z Dubajem
* paryskie oprychy * kompresy * przesmyk * panaritium * z ALAT * twórca
diety makrobiotycznej * porwana przez białego byka * procesja * brak
tłenu w tkankach * jedwab na letnie kontusze * cechy dziecięce u
dorosłego * stolica Tybetu * niedościgną wybitność * amidaza * chroni
dokumenty * zagłębienie na korzenie zębów * dyktator III Powstania
Śląskiego * druczane oczko na mikroby * Północna z Kuopio * numer
podatnika * decoctum

Jerzy Badoński

**Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 266 („GL” nr 07-8/2021)
Góry w połogu legną, a mysz się urodzi.**

Nagrody otrzymują:

Elżbieta Mazurek-Grzech (Pyskowiec), Ewa Nowicka
(Warszawa), Weronika Sokół (Katowice), Agnieszka Wojsławska
(Spytkowice), Roman Zakrzewski (Sypniewo). Fundatorem nagród
jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwł.pl.
Nagrody prześlemy pocztą.

WYDAWCA



**Naczelna
Rada
Lekarska**

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 181 000 egz.

Rada Programowa

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

Ogłoszenia

Olga Ostaszewska
Tel. (22) 559 13 26
o.ostaszewska@gazetalekarska.pl

Stale współpracują

Jerzy Badoński (Olsztyn), Sławomir Badurek (Toruń), Jarosław
Klimek (Łódź), Marzena Kowalska (Warszawa), Agata Morka
(Berlin), Joanna Sokółowska (Płock), Jarosław Wanecki (Płock)

Projekt:

Łukasz Szczepanowski

Skład:

Montownia/Teresa Urawska

Druk

Walstead Central Europe

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

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

