

WAŻNY TEMAT: POKIERUJMY POCIĄGIEM NOWOCZESNOŚCI



GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB
LEKARSKICH

10 | 2022

TEMAT NUMERU

DOBRA ZMIANA?

Nowa wizja kształcenia budzi obawy
w środowisku lekarskim



18

Przeciążenia okupione
wypaleniem

45

Ich głos zostanie
w końcu usłyszany?

9

Dobra zmiana?

SAMORZĄD

- 4 Kierunek kształcenia
(Łukasz Jankowski)
- 6 O tym się mówi

TEMAT NUMERU

- 8 Fakty
- 9 Dobra zmiana?
- 12 Sonda

SAMORZĄD

- 14 Rada Ekspertów Naczelnej Izby
Lekarskiej
- 18 Przeciążenia okupione
wypaleniem
- 22 Sieć innowatorów NIL IN

PRAWO I MEDYCYNA

- 30 Wypłata gwarantowana dla
osób uposażonych
- 31 Brakująca dokumentacja
medyczna
- 32 Dokumentacja cyfrowa
w praktyce
- 34 Rozliczenie za wyrządzoną
szkodę

PRAKTYKA LEKARSKA

- 36 Stomatologia (Paweł Barucha)
- 38 Mikroroboty wyszczotkują zęby
- 39 Biuletyn
- 45 Ich głos zostanie w końcu
usłyszany?
- 48 Pod znakiem cyfryzacji
- 49 Jest inaczej
- 52 Praca w POZ
- 54 Przesuwanie granic
dostarczania leków
- 56 Co z no-fault?
- 58 Kluczem jest prewencja
- 60 To nasz wspólny problem
- 62 Wspomnienie

PO GODZINACH

- 64 Z chaosu szarego w kolorowy
(Sławomir Badurek)
- 65 Corpo santo (Jarosław Wanecki)
- 66 Nieśmiertelni, czyli fabryka
narządów zamiennych
- 69 Zjazdy koleżeńskie
- 70 Za plecami
- 72 Kultura
- 76 Sport
- 78 Ogłoszenia
- 82 Jolka lekarska

OD REDAKCJI



Marta Jakubiak
Redaktor naczelna

KOMUNIKACJA

Niezwykłe ważna. Ostatnio jednak jakaś inna, co-raz mniej komunikatywna. Znak czasów? Żyjemy w coraz większym stresie, niepewności, szumie informacyjnym, wymagania rosną. Trzeba nadążyć, wciąż być na czasie. Mózg ma poczucie ciągłej walki z zagrożeniem. Komunikacja się wypacza, zaczyna bardziej służyć do sprawdzania sił niż do porozumiewania się. I jak zauważa Ewa Błaszczak, ekspertka w dziedzinie komunikacji, pełno w niej krytykanctwa, postawy obronnej, ignorowania, pogardy, oraz – prawdziwego jeźdźca komunikacyjnej apokalipsy – sarkazmu. Bardziej przypomina grę społeczną albo pole bitwy niż tworzy przestrzeń do współpracy i uruchamiania potencjału. Słowa mają wielką moc. Trzeba brać za nie odpowiedzialność. Pamięamy o tym, tworząc każdy kolejny numer gazety. Jesteśmy odpowiedzialni za słowa.

SZANOWNI PAŃSTWO, KOLEŻANKI I KOLEDZY

Wydział medyczny w każdym powiecie? W każdej gminie? *Quo vadis* kształcenie medyczne? Kierunek planowanych przez rządzących zmian jest jasny, zapisany zresztą w oficjalnym rządowym dokumencie, jakim jest Krajowy Plan Odbudowy.

Wiemy, że rząd planuje niemal podwojenie limitów przyjęć na studia medyczne z 8309 (w 2020 r.) do 14309 miejsc w roku 2026. Niestety zwiększenie to nie zostało poprzedzone żadną merytoryczną analizą dotyczącą potrzeb systemu ochrony zdrowia, a także szans dalszego rozwoju zawodowego dla tych młodych adeptów, którzy skończą studia medyczne. Próżno szukać planów dotyczących zwiększenia miejsc w szpitalach na stażu podyplomowym czy zwiększenia liczby rezydentur. Czy więc jedynym scenariuszem na przyszłość, który dla tych młodych ludzi zaplanował rząd, jest emigracja?

Z obawami przyglądamy się również powstającym jak grzyby po deszczu wydziałom lekarskim w szkołach, które z medycyną nie miały dotychczas nic wspólnego. Zdarzają się przypadki uczelni, które, za zgodą ministra edukacji, rozpoczynają kształcenie lekarzy, nie spełniając kryteriów jakościowych i posiadając negatywną opinię Polskiej Komisji Akredytacyjnej. Czy dyplom takiej uczelni rzeczywiście jest potwierdzeniem nabycia lekarskich umiejętności i właściwego przygotowania zawodowego? Sprawa jest poważna, bo tak rażące obniżenie jakości kształcenia może być przyczynkiem do braku uznawania polskich kwalifikacji zawodowych na obszarze Unii Europejskiej. Można więc wyobrazić sobie, w czarnym, ale niestety możliwym scenariuszu, że na polski rynek pracy już za kilka lat wejdzie kilkadziesiąt tysięcy osób, z których wiele otrzyma dyplom szkoły niespełniającej jakichkolwiek kryteriów jakości kształcenia, a osoby te w większości pozostaną bez możliwości



Łukasz Jankowski
Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

KIERUNEK KSZTAŁCENIA

robienia specjalizacji ze względu na brak rezydentur. Można, idąc dalej, wyobrazić sobie, że ich kwalifikacje, ze względu na brak kryteriów jakościowych, nie będą uznawane za granicą. Być może to teoria spiskowa, ale trudno oprzeć się wrażeniu, że konsultowane właśnie przez Ministerstwo Zdrowia rozporządzenie o umiejętnościach pozostaje w koincydencji czasowej z takim demolowaniem systemu kształcenia. Czy celem rządzących jest wprowadzenie na rynek dużej liczby osób z dyplomem lekarza, które zamiast kilkuletniej specjalizacji mogłyby uzyskać konkretną umiejętność i pracować w systemie? Czy zamiast specjalisty przyjmie nas lekarz z certyfikatem konkretnej umiejętności? Wydaje się, że rządzącym zabrakło wyobraźni, aby przewidzieć skutki dla pacjentów, które spowoduje taka „reformacja”.

O tych skutkach informowałem podczas osobistych spotkań zarówno z ministrem edukacji, jak i z ministrem zdrowia. Merytoryczne argumenty nie zmieniły jednak przyjętej przez decydentów

wizji. Wobec fiaska dialogu rozpoczynamy środowiskową dyskusję na temat możliwych reakcji samorządu na spowodowane przez rządzących zagrożenie nie tylko dla prestiżu czy właściwego wykonywania naszego zawodu, ale też w dalszej perspektywie – dla naszych pacjentów. Uważam, że w tej sytuacji samorząd nie może pozostać bierny. Naszym zadaniem, wynikającym również z ustawy o izbach lekarskich, jest sprawowanie pieczy nad należytym wykonywaniem zawodu lekarza.

Jedną z możliwych reakcji, wynikającą wprost z przepisów prawa, jest uznanie przez okręgową izbę lekarską faktu ukończenia przez studenta uczelni, która kształciła na kierunku lekarskim pomimo negatywnej oceny Polskiej Komisji

Akredytacyjnej, lub co do której powstają uzasadnione wątpliwości co do jakości tego kształcenia, jako równoważnego z wiarygodnym doniesieniem o braku właściwego przygotowania zawodowego takiego lekarza. W takim przypadku lekarz, który ukończył taką uczelnię i złożył do okręgowej rady lekarskiej wniosek o przyznanie prawa wykonywania

zawodu, musiałby liczyć się z możliwością powołania przez ORL komisji ds. oceny przygotowania zawodowego. To ścieżka, która – ze względu na skalę zjawiska – byłaby samorządowym *novum* w stosunku do absolwentów medycyny, jednak w mojej ocenie takie postępowanie mogłoby być uzasadnione i właściwe prawnie. Zwróciłem się do okręgowych rad lekarskich o opinię w sprawie ewentualnego wdrożenia takiej procedury.

W NIL staramy się małymi kroczkami zmieniać otaczającą rzeczywistość. W październiku rozpoczynamy projekt NIL Innovation Network (NIL IN), w ramach którego chcemy łączyć lekarzy innowatorów z lekarzami zainteresowanymi nowinkami technologicznymi, a także stanowić platformę dla rozwoju lekarskich start-upów poprzez identyfikowanie barier i systemowe propozycje usprawnień. Chciałbym, żeby samorząd lekarski był miejscem, w którym wsparcie znajdzie każdy lekarz – i ten, który ma pomysł na wynalazek, i ten, który próbuje swój pomysł upowszechnić, ale napotyka na systemowe bariery, a także ten, który jest po prostu zainteresowany rozwojem innowacji. Wszystkie osoby zainteresowane wdrożeniem tego projektu w samorządzie zapraszam do współpracy. ■■■

„
**Z obawami
przyglądamy
się również
powstającym jak
grzyby po deszczu
wydziałom
lekarskim
w szkołach, które
z medycyną nie
miały dotychczas
nic wspólnego.**


Renata Jeziółkowska

Rzecznik prasowy NIL

**STUDIA, REZYDENTURY,
SYSTEM**

Działania decydentów odnośnie tworzenia nowych kierunków lekarskich i niewystarczającej w tym kontekście liczby miejsc rezydenckich komentowała m.in. Komisja ds. Kształcenia Medycznego NRL. Szeroko opisywane, przede wszystkim w mediach branżowych, było pismo prezesa NRL skierowane do Ministerstwa Edukacji i Nauki oraz Ministerstwa Zdrowia, wyrażające wątpliwości co do przygotowania Akademii Medycznych i Społecznych Nauk Stosowanych w Elblągu do kształcenia na nowo utworzonym kierunku lekarskim oraz zawierające prośbę o objęcie tej uczelni nadzorem.

„Może dojść do marnowania ludzkich karier na poziomie rekrutacji na specjalizację” – podkreślał przewodniczący komisji Damian Patecki w „Rynku Zdrowia”.

„Problemy, z jakimi mierzy się stomatologia, która jest obecnie prawie w całości poza publiczną ochroną zdrowia, powinny być rozwiązywane w ścisłej współpracy z przedstawicielami lekarzy dentyistów, znającymi realia od środka. Stomatologia musi mierzyć się z wieloma wyzwaniami, więc bezpośredni dialog organizatorów systemu z jego uczestnikami jest niezmiennie ważny. Liczę na dobrą współpracę” – Paweł Barucha, wiceprezes NRL.

O TYM SIĘ MÓWI

COŚ NA KSZTAŁT...

Kształcenie lekarzy i lekarzy dentyistów było jednym z głównych tematów komentowanych przez Naczelną Izbę Lekarską w mediach. Zwracaliśmy uwagę na jakość oraz ryzyko jej obniżenia wynikające z otwierania kierunku lekarskiego na kolejnych niemedycznych uczelniach. Media informowały ponadto m.in. o szkoleniach i inicjatywach samorządu oraz wydarzeniach z jego udziałem.

PROBLEMY KADROWE

W kontekście niedoboru kadr, w przekazach medialnych zwracamy uwagę na kwestie organizacji systemu publicznej opieki zdrowotnej i zagospodarowania w nim lekarzy do zadań ściśle lekarskich. W obecnie funkcjonującej ochronie zdrowia lekarze wykonują m.in. czynności, z których mogliby ich odciążyć np. asystenci medyczni. „Produkcja” lekarzy, zwłaszcza przy zagrożeniu obniżenia jakości, nie jest rozwiązaniem. Przywołyaliśmy przykład Hiszpanii, gdzie wraz ze zwiększaniem limitów na studia medyczne zwiększała się emigracja wśród lekarzy. Zaznaczaliśmy, że pogłębiają się problemy kadrowe w specjalizacjach zabiegowych – młodzi lekarze nie chcą się na nie decydować m.in. z uwagi na warunki pracy i uwarunkowania prawne związane z odpowiedzialnością lekarza.

NO-FAULT I BEZPIECZEŃSTWO LECZENIA A TZW. USTAWA O JAKOŚCI

W przekazach medialnych niezmiennie pojawiał się temat postulowanego przez lekarzy systemu bezpieczeństwa leczenia opartego na idei no-fault. Samorząd lekarski zwracał uwagę, że rozwiązania proponowane przez Ministerstwo Zdrowia w projekcie tzw. ustawy o jakości nie spełniają założeń no-fault. W NIL trwają prace nad lekarskim projektem ustawy zakładającej realne no-fault i bazujące na trzech filarach. W przypadającym 17 września Światowym Dniu Bezpieczeństwa Pacjenta m.in. przez Naczelną Radę Lekarską podpisana została Interdyscyplinarna Deklaracja Bezpieczeństwa Pacjenta. Podpisanie deklaracji było kluczowym punktem zorganizowanego w Krakowie forum.

STOMATOLOGIA

Informowaliśmy, że minister zdrowia powołał Radę do spraw rozwoju stomatologii. Jej członkami będą m.in. konsultanci krajowi w poszczególnych dziedzinach stomatologii, przedstawiciele NRL, NFZ i Ministerstwa Zdrowia. Utworzenie rady było jednym z postulatów samorządu lekarskiego, związanym z koniecznością wzmocnienia głosu lekarzy dentyistów podczas planowania i organizowania systemu opieki stomatologicznej w Polsce. Przewodniczącym rady został wskazany przez prezydium NRL wiceprezes Paweł Barucha – lekarz dentyista i przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL. Wśród komentowanych w przestrzeni publicznej przez stomatologów z NRL tematów były amalgamaty. Lekarze dentyści podkreślają, że najważniejsze, że plomby amalgamatowe przestaną być zakładane, ale jednocześnie alarmują o niedofinansowaniu publicznej stomatologii.

KOLEJKI DO SPECJALISTÓW

Wypowiedzi w imieniu NRL dotyczyły często dostępności świadczeń zdrowotnych, a raczej kłopotu z nią. W tle pojawiało się również to, co dzieje się dookoła, czyli inflacja, drożyzna, skutki wojny w Ukrainie. W wywiadach lekarze z NRL wskazywali, że dosypywanie pieniędzy do systemu bez jego kompleksowej reformy nie jest rozwiązaniem dobrym. „Pierwszy raz w budżecie NFZ zostały pieniądze, to bagatela 10 mld zł, których płatnik nie mógł wydać na świadczenia. Jak tłumaczył NFZ, również dlatego, że brakowało kadry, brakowało lekarzy. To jasny sygnał, że doszliśmy do ściany” – mówił Łukasz Jankowski.

„Nasz system ochrony zdrowia funkcjonował jako taka hybryda, czyli „pacjencie, nie dostałeś się do państwowej opieki zdrowotnej, bo czas oczekiwania na wizytę wynosił np. dwa lata, to radź sobie sam”. W domyśle – sięgnij do własnej kieszeni, wydaj pieniądze i idź na wizytę prywatną. (...) Dziś zaczynamy znowu zaciągać pewien dług

zdrowotny. To znaczy rodzina, która ma do wyboru: albo zapłaci ratę kredytu albo pójdzie do stomatologa na wizytę kontrolną, ona wybiera siłą rzeczy ratę kredytu, a do lekarza dentysty pójdzie dopiero wtedy, kiedy zaboli ząb”.

Łukasz Jankowski, prezes NRL w Radiu Dla Ciebie

SZKOLENIA W NIL

Wieloma kanałami, również zewnętrznymi, informowaliśmy lekarzy o zapisach na organizowane przez NIL bezpłatne szkolenia dla lekarzy i lekarzy dentystów z całej Polski. Utworzony w Naczelnej Izbie Lekarskiej Ośrodek Kształcenia przygotował szkolenia stacjonarne i online (więcej na str. 53 „GL”). Ponadto przeprowadziliśmy kolejne praktyczne warsztaty „Lekarze w mediach – wystąpienia i publikacje”, podczas których ćwiczą m.in. wypowiedzi przed kamerą.

FORUM EKONOMICZNE W KARPACZU

Głos samorządu lekarskiego wybrzmiewał na debatach i panelach podczas Forum Ekonomicznego w Karpaczu. W dyskusjach, relacjonowanych później w mediach, brał udział prezes NRL. (więcej na str. 56 „GL”)

SZCZEPIENIA

Niezmiennie zabieramy głos w propagowaniu prozdrowotnych postaw, do których należy np. szczepienie się. W telewizji, radiu, gazetach, na portalach reprezentanci Naczelnej Izby Lekarskiej zachęcają do szczepienia się, tłumacząc zasady działania szczepionki i płynące ze szczepień korzyści.

„Ma to być rada, która będzie aktywnym wsparciem merytorycznym, pomocą w opiniach, tworzeniu ekspertyz, reagowaniu na bieżące sytuacje w naszym systemie ochrony zdrowia. Mam nadzieję, że uda nam się również wychodzić trochę naprzód, robić krok naprzód, czyli nadawać również i planować trendy, które będą w najbliższych latach w medycynie polskiej. Dzisiaj zaczynamy” – dr hab. Magda Wiśniewska, koordynująca inicjatywę powołania Rady Ekspertów NIL.

RADA EKSPERTÓW NIL

Dziennikarzy zaprosiliśmy na powołanie Rady Ekspertów Naczelnej Izby Lekarskiej. Po wręczeniu na posiedzeniu NRL aktów nominacji, odbyła się konferencja prasowa. Powołano 21 wybitnych osobowości świata medycznego. Założeniem tej inicjatywy jest merytoryczne wzmocnienie głosu środowiska lekarskiego i działań samorządu związanych z ulepszaniem polskiego systemu ochrony zdrowia oraz propagowaniem aktualnej wiedzy medycznej i opartych na niej rozwiązań. (więcej na str. 14 „GL”)

KONFERENCJE DOT. ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Dzień przed końcem wakacji w siedzibie NIL odbyła się konferencja poświęcona sytuacji w psychiatrii dzieci i młodzieży, organizowana przez Fundację „Nie Widać Po Mnie”, we współpracy z samorządem lekarskim. Kolejnym wydarzeniem w ramach tej samej współpracy, mającym miejsce w naszej siedzibie, była konferencja „Bezpieczny medyk to bezpieczny pacjent”, odbywająca się w Dniu Walki z Wypaleniem Zawodowym, poświęcona zdrowiu psychicznemu lekarzy. (więcej na str. 18 i 60 „GL”)

SKŁADKA CZŁONKOWSKA

Na portalach branżowych pochyłano się nad tematem składki uiszczanej przez członków samorządu lekarskiego. Z uwagi na fakt, że podczas Krajowego Zjazdu Lekarzy delegaci zobowiązali Naczelną Radę Lekarską do podjęcia decyzji w kwestii podniesienia wysokości składki, NRL powołała specjalny zespół, który przedstawił analizy, a następnie zwróciła się do okręgowych izb lekarskich z prośbą o przedstawienie planów na wykorzystanie środków w najbliższym roku, w przypadku podwyższenia składki w wariantach: do 120 zł, 100 zł, 90 zł. Sprawa podwyższenia składki była omawiana w poprzedniej kadencji, rozstrzygnięcie jej przeniesiono na nową, obecną kadencję.

#ZAUFANI

Naczelna Izba Lekarska wraz z pozostałymi samorządami zawodów zaufania publicznego włączyła się w akcje edukacyjne w ramach pikniku zorganizowanego w Warszawie w rocznicę podpisania Ogólnopolskiego Porozumienia Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego. Prezentowane były tam poszczególne zawody. Na stoiskach czternastu samorządów zawodów zaufania publicznego odbywały się pokazy edukacyjne, konkursy, warsztaty, przygotowane zostały m.in. prozdrowotne atrakcje dla dzieci.

NIL W INTERNECIE

5. placówka

kształcąca na kierunku lekarskim może wkrótce ruszyć w stolicy, mimo że zaledwie kilka lat temu taką możliwość dawała jedna. Przypadek Uniwersytetu Warszawskiego jest szczególny, bo wydział lekarski był jednym z pięciu pierwszych na tej uczelni sięgającej korzeniami początku XIX w. Kształcenie przyszłych lekarzy w murach UW odbywało się jeszcze ponad 70 lat temu.

10 lat

w ciągu 12 lat od ukończenia studiów (okres skraca się, jeśli kredyt był udzielony na mniej niż 6 lat studiów) trzeba pracować w publicznej ochronie zdrowia, a dodatkowo uzyskać tytuł specjalisty w dziedzinie uznanej za priorytetową w dniu rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego, aby doszło do umorzenia kredytu zaciągniętego w Funduszu Kredytowania Studiów Medycznych.

20 000 zł

za jeden semestr kosztuje opłata za studia stacjonarne w jęz. polskim na kierunku lekarskim na I roku w Akademii Medycznych i Społecznych Nauk Stosowanych w Elblągu. Na ten rok akademicki wyznaczono limit 75 studentów. Uczelnia otrzymała zgodę w sierpniu po 7 latach starań.

2

uczelnie otrzymały niedawno pozwolenie ministra edukacji i nauki na utworzenie studiów na kierunku lekarskim od roku akademickiego 2023/2024: Katolicki Uniwersytet Lubelski i Mazowiecka Uczelnia Publiczna w Płocku. Obecnie procedowany jest wniosek Akademii Kaliskiej im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu (minister zdrowia wydał już pozytywną opinię w tej sprawie, aktualnie wniosek jest opiniowany przez Polską Komisję Akredytacyjną). Podobne zamia-ry ma m.in. Akademia Nauk Stosowanych w Tarnowie i Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach.

FAKTY

Zielone światło dla uruchomienia kierunku lekarskiego w kolejnych uczelniach, na ogół niemających wiele wspólnego z medycyną, wzbudza opór w środowisku. Samorząd lekarski obawia się obniżenia standardów kształcenia i felczeryzacji zawodu.

24 000 zł

za semestr trzeba zapłacić za naukę na I roku studiów stacjonarnych jednolitych magisterskich w Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, która jako pierwsza niepubliczna placówka w Polsce pomaga w realizacji marzeń o zdobyciu indeksu na kierunku lekarskim (od roku akademickiego 2016/2017). Starania o uruchomienie tego kierunku rozpoczęły się w 2013 r. Baza kliniczna obejmuje krakowskie szpitale. „Największą wartość Akademii stanowią jej pracownicy, kompetentni i przyjaźni studentom” – czytamy na stronie internetowej.

24

uczelnie, w tym 9 nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia (5 jest niepublicznych), umożliwiają naukę na kierunku lekarskim w rozpoczynającym się roku akademickim. W każdym województwie jest przynajmniej jedna uczelnia kształcąca przyszłych lekarzy.

18

chętnych na jedno miejsce na studiach stacjonarnych (limit przyjęć: 60) i prawie 8 osób na niestacjonarnych (limit: 30) ubiegało się o indeks na kierunku lekarskim w Uniwersytecie Humanistyczno-Przyrodniczym im. Jana Długosza w Częstochowie w tym roku. To był pierwszy nabór przyszłych lekarzy w tej uczelni.

5836

miejsc wynosi limit przyjęć na jednolite studia magisterskie prowadzone w formie studiów stacjonarnych w języku polskim na kierunku lekarskim w roku akademickim 2022/2023, natomiast limit przyjęć ogółem na kierunek lekarski – 9481 miejsc.

ANALIZA

DOBRA ZMIANA?

W kształceniu przyszłych lekarzy dokonuje się ważna zmiana. To, że ma ona charakter ilościowy, jest bezsporne. Pojawiają się opinie, że jakościowy też, choć to akurat czasami podaje się w wątpliwość.



Mariusz Tomczak

Dziennikarz

Od października przyszedli lekarze rozpoczynają naukę w 24 uczelniach (w tym pięciu niepublicznych). Nadzór nad dziewięcioma z nich sprawuje minister zdrowia. Takie uczelnie są w każdym województwie.

W drugiej połowie września rzutem na taśmę weszło w życie znowelizowane rozporządzenie ministra zdrowia, w którym po raz pierwszy pojawiła się Akademia Medycznych i Społecznych Nauk Stosowanych w Elblągu. Na studiach stacjonarnych na kierunku lekarskim będzie się w niej kształciło 75 osób.

WNIOSKI, OBIETNICE, LOBBING

Wydziały lekarskie powstają w kolejnych uczelniach niemedycznych. Złośliwi mówią, że jak grzyby po deszczu, i jest w tym ziarno prawdy. Schemat jest dość podobny. Uczelnia przygotowuje obszerny wniosek do ministra edukacji i nauki, w którym uzasadnia, że uruchomienie kierunku lekarskiego to projekt ważny dla regionu i całego kraju. Społecznie, edukacyjnie i pod względem zdrowotnym. Obiecuje w nim, że sprostą nowemu wyzwaniu, a nawet jeśli jeszcze nie jest w pełni na nie gotowa, przedstawia rozmaite dowody, że będzie, w postaci pisemnych deklaracji, przyrzeczeń, kopii umów i zawartych porozumień. Równolegle trwa mniej lub bardziej zakamuflowany lobbying ze strony różnych prominentów, w tym lokalnych polityków. Oficjalne listy poparcia bywają dodatkowym atutem. Zadanie nie jest proste, ale po niedawnej zmianie przepisów zdecydowanie ułatwione (to, czy wszyscy rektorzy, inicjujący takie starania, faktycznie chcą

mieć „u siebie” kierunek lekarski, wcale nie jest takie oczywiste, ale to zupełnie inny temat). Wobec tego, że powstawanie kolejnych miejsc, w których zaczęli lub zaczęną kształcić się przyszli lekarze, oficjalnie wspierają szef rządu, minister zdrowia oraz minister edukacji i nauki, nie szczędząc na ten cel publicznego grosza, można powiedzieć, że tak sprzyjających okoliczności ku temu jak dotąd nie było.

LICZBY MÓWIĄ ZA SIEBIE

Liczby nie kłamią, ale ich interpretacja może stać się okazją do nadużyć. Warto mieć na uwadze, że za wzrost liczby studentów w ostatnich kilku latach odpowiada obecny obóz polityczny, trzymający ster władzy od siedmiu lat, ale nie zapominajmy, że ten proces został zapoczątkowany już za czasów koalicji PO-PSL, która powstała po wyborach parlamentarnych jesienią 2007 r. i rządziła przez dwie kadencje. O ile limit przyjęć na kierunek lekarski w roku akademickim 2007/2008 wyniósł 3213 miejsc, a rok później 3402 miejsca, o tyle do roku akademickiego 2015/2016, kiedy ostatni raz o jego wysokości decydował szef resortu zdrowia wywodzący się z PO (do zmiany obozu rządzącego doszło jesienią 2015 r.), wzrósł do 6188. A co było później? Limit na rok akademicki 2016/2017 wyniósł dokładnie 7100 miejsc, a od października br. przewidziano 9481 miejsc. To niewątpliwie spory przyrost, ale w ujęciu procentowym PiS nie bije na głowę swoich poprzedników, choć czasami pojawiają się takie opinie.

PREMIER CHCE WIĘCEJ

– Chcemy, by było więcej lekarzy, dlatego przyjmujemy więcej studentów na kierunki medyczne – mówił na początku września premier Mateusz Morawiecki przed rozbudowywanym Szpitalem Powiatowym w podwarszawskim Wołominie. To nie pierwsza i zapewne nie ostatnia taka deklaracja szefa rządu. To nie są puste obietnice. Można wręcz powiedzieć, że rosnąca liczba miejsc na kierunku lekarskim stanowi as w rękawie obecnej władzy. W związku z tym, że za rok czekają nas wybory parlamentarne, to powyższe liczby, oczywiście w najróżniejszych zestawieniach, z pewnością zostaną wykorzystane w trakcie kampanii na potwierdzenie tezy, że publiczna ochrona zdrowia wcale nie kona, że rząd nie zmarnował ostatnich kilku lat, a w porównaniu z poprzednikami dokonał „dobrej zmiany”, bo liczba lekarzy rośnie. A że sporo niedomaga? No cóż, za kilka lat będzie lepiej.

Nowa wizja kształcenia napawa trwogą.

NIE MARNOWAĆ TALENTÓW

Po niedawnej zmianie przepisów ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce uelastyczniono zasady ubiegania się o pozwolenie na prowadzenie studiów na kierunku lekarskim. Strona rządowa wskazywała, że to odpowiedź na rosnące potrzeby zdrowotne społeczeństwa związane m.in. ze starzeniem się, wzrostem zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne, problemy kadrowe w publicznym systemie ochrony zdrowia i sytuację kryzysową w obliczu pandemii

COVID-19. Niektórzy dodawali kolejne powody: koszty życia studenta poza aglomeracjami są znacznie niższe, nierzadko znika potrzeba wynajmowania pokoju lub mieszkania, dzięki poszerzeniu oferty edukacyjnej nie zmarnują się żadne talenty, a wykształceni „na miejscu” lekarze podobno będą bardziej skłonni pozostać tam, gdzie zdobyli dyplom.

POWOŁUJĄ SIĘ NA NRL

Część najważniejszych decydentów i urzędników, wymieniając argumenty uzasadniające potrzebę dokonania zmian, na jednym wdechu powoływała się, i zresztą wciąż to robi, na głosy płynące z samorządu lekarskiego. Jest prawdą, że w ostatnich latach Prezydium NRL i NRL wielokrotnie zwracały uwagę na argumenty natury demograficznej, kadrowej i epidemicznej. Szkopuł w tym, że samorząd jest zaniepokojony tworzeniem możliwości studiowania kierunku lekarskiego w kolejnych uczelniach, także mniejszych i niemedyceńskich, bo może to m.in. prowadzić do spadku jakości kształcenia. „Samorząd lekarski stanowczo sprzeciwia się obniżaniu jakości kształcenia przyszłych lekarzy, poprzez dopuszczanie do prowadzenia kształcenia na kierunku lekarskim uczelni posiadających negatywną opinię Polskiej Komisji Akredytacyjnej lub, jak w przypadku uczelni

w Elblągu, co do przygotowania których pojawiają się wątpliwości” – napisał na początku września prezes NRL Łukasz Jankowski do szefa MEiN.

RESORT SWOJE, LEKARZE SWOJE

„Bez względu na rodzaj i typ uczelni, weryfikacja spełniania warunków prowadzenia studiów na kierunku lekarskim ma miejsce zarówno na etapie oceny wniosku o pozwolenie na utworzenie studiów, jak też jest dokonywana regularnie przez Polską Komisję Akredytacyjną już podczas pierwszego cyklu kształcenia, a nie dopiero po jego zakończeniu” – uspokajająco informuje MEiN. Zdaniem resortu, choć tę opinię niekoniecznie podziela wielu przedstawicieli środowiska lekarskiego, takie rozwiązanie zapewnia stały monitoring w zakresie spełniania przez uczelnie warunków do prowadzenia kierunku lekarskiego. Deklarowanym celem jest systematyczne ocenianie poziomu kształcenia w trosce o zapewnianie jego wysokiej jakości oraz szczególny interes publiczny, jakim jest dbałość o życie i zdrowie obywateli.

KTO OCENIA UCZELNIE?

Wszystkie uczelnie, także te, w których odbywa się kształcenie na kierunku lekarskim, muszą spełniać standardy przyjęte

dla szkolnictwa wyższego. Nad tym, czy tak jest, czuwa wspomniana komisja, którą tworzy do stu członków powołanych przez ministra właściwego do spraw szkolnictwa spośród kandydatów posiadających co najmniej stopień naukowy doktora. Obejmuje swą działalnością uczelnie publiczne i niepubliczne. W br. pozytywne oceny PKA dla kierunku lekarskiego otrzymały Uniwersytet Jagielloński, Uniwersytet Rzeszowski i niepubliczna Uczelnia Medyczna im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, a w ubiegłym – WUM, UM w Łodzi, uniwersytety: Opolski, Zielonogórski i Warmińsko-Mazurski oraz dwie placówki prywatne: Uczelnia Łazarskiego w Warszawie i Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego. Pozytywna ocena pozwala odetchnąć z ulgą władzom dziekańskim i rektorskim.

KTO OSTATNIO DOSTAŁ ZGODĘ?

Postępowanie administracyjne w sprawie pozwolenia na utworzenie studiów na kierunku lekarskim po stronie uczelni wnioskującej wiąże się m.in. z analizą kosztów, rozpoznaniem możliwości (w tym organizacyjnych i kadrowych) oraz potrzebami rynku pracy. W przypadku złożenia wniosku w pierwszej kolejności jest on analizowany przez MEiN pod kątem zgodności z wymaganiami formalno-prawnymi, a następnie przekazywany do zaopiniowania pod względem merytorycznym przez PKA i ministra zdrowia. W br. MEiN udzielił pozwolenia na utworzenie jednolitych studiów magisterskich o profilu ogólnoakademickim na kierunku lekarskim czterem uczelniom (Katolicki Uniwersytet Lubelski, Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Długosza w Częstochowie, Mazowiecka Uczelnia Publiczna w Płocku, Akademia Medycznych i Społecznych Nauk Stosowanych w Elblągu). Ponadto trwa postępowanie administracyjne w sprawie wniosku Akademii Kaliskiej im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego (pod koniec lipca MZ wydał pozytywną opinię w tej sprawie). To jeszcze nie koniec.

NIE BYŁO PROSEKTORIUM

W 2019 r. negatywną ocenę PKA dostał Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu, ponieważ nie spełnił kryteriów: „program kształcenia oraz możliwość osiągnięcia zakładanych efektów kształcenia” i „infrastruktura wykorzystywana w procesie kształcenia”. Jeden z głównych zarzutów dotyczył zaliczenia studentom zajęć z fizjologii, anatomii prawidłowej, histologii, cytofizjologii i embriologii,

NEGATYWNA OCENA

W 2021 r. PKA wyraziła negatywną ocenę programową kierunku lekarskiego prowadzonego w Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie na poziomie jednolitych studiów magisterskich o profilu ogólnoakademickim. Zdaniem PKA nauczyciele akademicy, dla których UKSW był podstawowym miejscem pracy, prowadzili tylko 50 proc. godzin zajęć wynikających z realizowanego programu studiów o profilu ogólnoakademickim, co nie spełniało wymogu ustawowego (odsetek ten powinien wynosić co najmniej 75 proc.). Ponadto uczelnia nie posiadała infrastruktury dydaktycznej zgodnej z potrzebami całego procesu nauczania. Dziekan Wydziału Medycznego UKSW dr hab. Filip M. Szymański, prof. uczelni, nie zgadza się z tymi zarzutami. – Rzeczywiście w chwili wizytacji PKA wskaźnik zatrudnień na cały tok kształcenia był niewystarczający, gdyż taka

była ówczesna polityka kadrowa założycieli kierunku. Biorąc pod uwagę fakt, że najstarszy rocznik studentów kierunku lekarskiego był dopiero na II roku, liczba nauczycieli zapewniała możliwość realizacji zajęć na I i II roku – mówi. Wydział ma podpisane umowy na czas nieokreślony z wieloma podmiotami leczniczymi. Wśród bazy klinicznej kierunku lekarskiego UKSW są m.in. Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”, CSK MSWiA w Warszawie, Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie czy Samodzielny Wojewódzki Zespół Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej, który stanowi również bazę WUM. Na chwilę obecną studenci korzystają z prosektorium WUM, a być może jeszcze tej jesieni ruszą prace nad budową Anatomicum w kampusie UKSW. Do opinii wydanej przez PKA złożono obszernie wyjaśnienia z prośbą o ocenę dodatkowej dokumentacji. – Spodziewamy się odpowiedzi w najbliższym czasie – mówi dziekan Szymański.



biologii medycznej, immunologii i chemii, mimo braku warunków umożliwiających osiągnięcie zakładanych efektów kształcenia. PKA wytknęła UTH, że nie zapewniła studentom dostępu do prosektorium i odpowiedniego wyposażonych laboratoriów, co, nawiasem mówiąc, jest niezgodne z ministerialnym rozporządzeniem. MZ nie przyznał radomskiej uczelni limitu miejsc na I rok studiów. Wdrożono działania naprawcze, np. dzięki dofinansowaniu MEiN powstało Collegium Anatomicum wraz z prosektorium. Kolejna wizyta akredytacyjna PKA odbyła się w 2021 r., po której kierunek otrzymał ocenę pozytywną z okresem obowiązywania skróconym do dwóch lat. Została wydana mimo wytknięcia przez PKA z imienia i nazwiska pokaźnej listy lekarzy nieposiadających kompetencji naukowych w zakresie prowadzonych zajęć.

BAZA Z DAŁA OD UCZELNI

W PWSZ w Nowym Sączu aktualnie trwają prace nad przygotowaniem wniosku do MEiN o pozwolenie na uruchomienie studiów na kierunku lekarskim. W połowie września takie działania kończył zespół powołany w Akademii Nauk Stosowanych w Tarnowie. – Kompletujemy ostatnie dokumenty i inne wymagane załączniki. Kadra w zasadzie została już zrekrutowana. Mamy deklaracje od przedstawicieli środowisk medycznego i akademickiego z Tarnowa oraz subregionu – mówi Piotr Kopa, rzecznik prasowy ANS w Tarnowie, która przymierza się do rozpoczęcia kształcenia od października 2023 r. Finalizowane są zapisy umowy z Collegium Medicum UJ, na mocy której studenci kierunku lekarskiego z Tarnowa mieliby korzystać z jej bazy klinicznej. A w jaki sposób akademia zapewni skuteczną naukę anatomii,

która nie jest możliwa bez odbywania zajęć w prosektorium? – Tu również skorzystamy z bazy CM UJ – odpowiada rzecznik. ANS chwali się, że dysponuje odpowiednią bazą do prowadzenia zajęć, a w nieodległej przyszłości możliwości dodatkowo wzrosną dzięki kolejnym inwestycjom. – Część środków jest już na naszych kontaktach, a ok. 78 mln zł ma pochodzić z KPO – dodał rzecznik, który dość szczegółowo mówi o niuansach związanych z rozpoczęciem kształcenia na nowym kierunku. To nie zawsze jest regułą, ponieważ część uczelni albo w ogóle nie informuje opinii publicznej o swoich zamiarach, albo stawia na komunikację ograniczoną do kilku okrągłych zdań.

2 TYS. STRON DOKUMENTÓW

W Warszawie przyszłych lekarzy kształcą cztery uczelnie, a za rok ma dojść kolejna (Uniwersytet Warszawski). Takich możliwości miastu stołecznemu pozazdrościła jedna z byłych stolic naszego kraju i nie mam na myśli Krakowa, gdzie są już dwie takie placówki, lecz Płock. Prawdopodobnie za rok pierwsi studenci kierunku lekarskiego rozpoczną naukę w murach Akademii Mazowieckiej, powstałej z przekształcenia Mazowieckiej Uczelni Publicznej, której początki sięgają 1999 r., kiedy utworzono Państwową Wyższą Szkołę Zawodową. To nie jedyna uczelnia mająca kształcić przyszłych lekarzy, która parokrotnie zmieniała nazwę w ostatnich latach. Deklaracje współpracy w zakresie udostępnienia bazy do realizacji zajęć klinicznych i jej ewentualnego przekształcenia w oddziały kliniczne złożyli m.in. szefowie: Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Płocku, miejscowego hospicjum i wojewódzkiej stacji pogotowia ratunkowego i transportu sanitarnego.

PONAD PARTYJNYMI PODZIAŁAMI

Komplet dokumentów dotyczący wyrażenia zgody na utworzenie jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarskim wysłany do MEiN liczył ponad 2 tys. stron. Trud się opłacił. O uzyskaniu pozytywnej opinii poinformowano w trakcie niedawnej konferencji prasowej. Rektor płockiej uczelni podziękował Adamowi Struzikowi z PSL (lekarzowi, który znacznie bardziej kojarzy się społeczeństwu jako marszałek woj. mazowieckiego, bo jest nim od 21 lat) i Andrzejowi Nowakowskiemu z PO (wieloletniemu prezydentowi Płocka) za poparcie i deklarację dalszej pomocy. Podkreślił też szczególne uznanie dla wicemarszałka sejmiku Piotra Zgorzelskiego (PSL) i senatora Marka Martynowskiego (PiS) za wsparcie w procesie legislacyjnym. Jak widać, przy tworzeniu kierunku lekarskiego w kolejnych uczelniach, podziały partyjne schodzą na dalszy plan, a część polityków medycyna łączy, a nie dzieli, i to nawet wtedy, gdy nie są lekarzami. Okazuje się, że nie tylko muzyka łagodzi obyczaje. Ten ponadpartyjny konsensus jest jednak niezrozumiały dla znacznej części środowiska lekarskiego, które nowa wizja kształcenia napawa trwogą. Niepokoją się, że to nie będzie dobra zmiana. I dla nich, i dla pacjentów. ■■■

W II kwartale 2023 r. zaplanowana jest kolejna wizytacja PKA w UTH w Radomiu. W przyszłym roku do oceny programowej wyznaczone są także kierunki lekarskie prowadzone przez SUM, Krakowską Akademię im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego i Uczelnię Łazarskiego w Warszawie.

Sonda

Resort zdrowia wskazuje, że zwiększanie limitu przyjęć na studia na kierunku lekarskim poprawi dostępność do świadczeń udzielanych w publicznej opiece zdrowotnej, bo większa liczba absolwentów będzie uzupełnieniem niedoboru kadr medycznych. Czy aby na pewno?



Klaudiusz Komor

wiceprezes NRL, b. przewodniczący Komisji Młodych Lekarzy NRL, specjalista chorób wewnętrznych, kardiolog

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej jest zaniepokojone tworzeniem kierunku lekarskiego na uczelniach niemających zaplecza dydaktycznego w postaci odpowiednio wykształconej kadry. Może to skutkować tym, że osoby kończące studia nie zostaną w należyty sposób przygotowane do wykonywania trudnego zawodu. Nie chodzi o to, że studia na kierunku lekarskim ruszają w mniejszych miejscowościach, ale o to, że tam nie ma ku temu warunków.

Nasze szczególne oburzenie wywołuje to, że nabór rozpoczynają nawet uczelnie niezabezpieczające kadry dydaktycznej dla studentów I roku studiów.

Kształceniem chcą zajmować się m.in. placówki do niedawna oferujące głównie studia na kierunkach technicznych. Niestety otwieranie kierunku lekarskiego w całym kraju stało się modne, a osoby, które ten pomysł popierają, są wpływowe. Podkreślę, że jako samorząd lekarski byliśmy i wciąż jesteśmy przeciwni kształceniu przyszłych lekarzy w tzw. uczelniach zawodowych. W ostatnim czasie Komisja Kształcenia Medycznego NRL podjęła wiele działań, by w tym wszystkim zachować umiar i doprowadzić do ustanowienia wymagań, które musiałyby



spełnić uczelnie planujące otwierać kierunek lekarski. Ostatnio w tej sprawie prezes NRL spotkał się m.in. z ministrem edukacji i nauki. Jako samorząd lekarski od dawna mówimy o niedoborze lekarzy, zwłaszcza specjalistów, i o tym, że w naszej grupie zawodowej powstała luka pokoleniowa (średni wiek specjalisty chirurga przekracza 59 lat). W naszym odczuciu sposoby na rozwiązanie tego problemu są jednak zupełnie inne niż te, które proponuje Ministerstwo Zdrowia. „Produkcja” lekarzy w kolejnych uczelniach doprowadzi do obniżenia jakości kształcenia, bo wysoko wykwalifikowanej kadry dydaktycznej – takiej, która mogłaby uczyć studentów na odpowiednim poziomie – w Polsce po prostu brakuje. Działania podejmowane przez władze w ostatnim czasie nie muszą doprowadzić do wzrostu

liczby lekarzy. Osoby, które uzyskały dyplom w naszym kraju, mogą wybrać pracę za granicą, bo mają tytuł uznawany w całej UE. W naszej ocenie najważniejsza jest

zmiana warunków pracy, tak by już wykształceni lekarze chcieli pozostać w Polsce i pracować w szpitalach. Tylko w ten sposób można zahamować emigrację zewnętrzną, czyli wyjazdy za granicę, jak i wewnętrzną, polegającą na odchodzeniu do AOS, gdzie praca jest bardziej komfortowa m.in. ze względu na znacznie mniejsze narażenie na postępowanie karne po wystąpieniu powikłań.

Najważniejsza jest zmiana warunków pracy.



Dr hab. Magda Wiśniewska

Rada Ekspertów NRL, b. prezes ORL w Szczecinie

Najważniejszym argumentem przeciwko tworzeniu kierunku lekarskiego w nowych uczelniach jest obawa o jakość kształcenia. Wystarczy zadać proste pytanie ministrom i parlamentarzystom, którzy popierają ten pomysł: czy poszliby leczyć się do lekarza, który ukończył studia w szkole zawodowej gdzieś na prowincji?

Szczerze w to wątpię, skoro korzystają z lecznic rządowych takich jak Centralny Szpital Kliniczny MSWiA. Nowe szkoły nie dają żadnej gwarancji uzyskania porządnego wykształcenia. Nawet te rozpoczynające kształcenie od października br. w większości jeszcze niedawno poszukiwały kadr dydaktycznej. To fakt, że na tym etapie nie jesteśmy w stanie zmierzyć jakości kształcenia w tych uczelniach, ale są podstawy do obaw i osobiście jestem sceptyczna co do takich rozwiązań. Kształcenie lekarza stanowi długotrwały proces. Boję się, że zamiast wszechstronnie wykształconych lekarzy w Polsce, zaczyna się „produkcja” rzemieślników. To, czy zdadzą LEK, to już inna sprawa, a nawet jeśli uzyskają tytuł lekarza, nie będą w stanie dostać się na specjalizację, bo w tym zakresie nic się nie zmienia. Zaczną zatykać dziury w systemie, stając się „wyrobnikami medycznymi”. Wycofam swoje słowa, jeśli uczelnie rozpoczynające kształcenie na kierunku lekarskim zaczną opuszczać doskonale wykształceni lekarze, którzy po zdaniu LEK-u znajdą się na czołowych miejscach, i zdobędą najlepsze miejsca specjalizacyjne w Polsce.



Damian Patecki

członek Prezydium NRL, przewodniczący Komisji Kształcenia Medycznego NRL, anestezjolog

Martwi mnie brak prognoz dotyczących liczby lekarzy w przyszłości. Nie wiem, czy nie będzie nas za dużo, co doprowadzi do jeszcze większych problemów z miejscami specjalizacyjnymi. W chwili obecnej, co pokazują wyniki eksperymentalnego badania GUS opublikowane w lipcu br., w systemie jest nas więcej, niż to się wydawało.

Zgodnie z tym opracowaniem liczba lekarzy w Polsce wynosi 3,3/1 tys. mieszkańców. To wskazuje, że nasza praca jest źle zorganizowana, bo m.in. zajmujemy się tym, czym nie powinniśmy. Faktem jest jednak utrudniony dostęp do ochrony zdrowia na prowincji. Ciągłe zwiększanie liczby studentów kierunku le-

Powinniśmy myśleć o traconym potencjale.

karskiego jest łatwe, a dodatkowo odpowiada na wiele partykularnych interesów i przynosi prestiż lokalnym władzom, ale to marnowanie potencjału społecznego. Rynek pracy wchłonie każdą liczbę lekarzy, ale zamiast leczyć, zaczną oni pełnić funkcje urzędowo-administracyjne, pracować w charakterze sekretarek lub jako pomoc społeczna. Warto odejść od dyskusji o tym, czy lekarzy jest za mało, za dużo, czy w sam raz, bo jest to względne i uzależnione od potrzeb ochrony zdrowia i tego, jak ona funkcjonuje. Powinniśmy więcej myśleć o traconym potencjale. Każde społeczeństwo ma ograniczone zasoby i dlatego należy je jak najlepiej wykorzystać. Jeśli osoby idące teraz na medycynę nie będą mogły za kilka lat zrobić specjaliza-

cji lub pojawiają się problemy z uzyskaniem odpowiedniego miejsca pracy w systemie, to trzeba będzie zapytać, czy nie lepiej było, by zostali inżynierami, ratownikami medycznymi, pielęgniarkami,

magistrami farmacji, ekspertami ds. zdrowia publicznego... Czy kiedyś nie okaże się, że pieniądze zainwestowane w budynki, które powstały z myślą o kształceniu przyszłych lekarzy, zostały zmarnowane?

uniwersyteckiego. Niedawno dokładnie przeanalizowałam program nauczania jednej ze szkół wyższych, która oferuje studia na kierunku lekarskim, i porównałam go z programem studiów dla ratowników medycznych w jednej z akademii zawodowych. Ten dla lekarzy był uboższy niż dla ratowników. Strona rządowa mówi, że trzeba zwiększać liczbę studentów, bo jest deficyt kadr medycznych. Podobny argument pojawia się także w kontekście wprowadzania

Nic nie zastąpi kształcenia uniwersyteckiego.

ułatwień dla lekarzy zza wschodniej granicy. Oczywiście w Polsce jest mniej lekarzy, niż być ich powinno, i doskonale o tym wiemy, bo ten niedobór odczuwamy na co dzień. Ministerstwo Zdrowia nie zna zapotrzebowania na kadrę medyczną w skali całego kraju. Nie miało również rzeczywistej wiedzy, ilu lekarzy w Polsce pracuje przy pacjencie, co wykazał niedawny raport GUS. Aby przeciwdziałać deficytowi lekarzy, trzeba zatrzymać ich odpływ z kraju, podejmując konkretne działania, które poprawią warunki pracy i poszerzą perspektywy rozwoju zawodowego.



Dr Krzysztof Kordel

prezes ORL w Poznaniu, od ponad 40 lat pracownik naukowy UM (wcześniej AM) w Poznaniu

Przed wszystkim od bazy lokalowej, liczby studentów i kadry dydaktycznej będzie zależało kształcenie na kierunku lekarskim w uczelniach, które dopiero je rozpoczynają lub mają takie plany. Pamiętam, że w Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie, pierwszej nie akademii medycznej, która rozpoczęła kształcenie przyszłych lekarzy, początkowo było tylko 60 studentów.

W Uniwersytecie Zielonogórskim podobnie. Nie wiem, czy w niedużej grupie studentów w mniejszej uczelni efekty kształcenia nie są lepsze niż w większych grupach w dużej uczelni, gdzie czasami studentów jest olbrzymia ilość. Moim zdaniem w oparciu o duże szpitale niekliniczne da się zorganizować kształcenie na przyzwoitym poziomie także w mniejszych placówkach. Zdaję sobie sprawę, że zdania na ten temat są podzielone. W dyskusji o otwieraniu kierunku lekarskiego w kolejnych uczelniach w mniejszych

Rzadko zwraca się uwagę na koszty utrzymania.

miastach za rzadko zwraca się uwagę na koszty utrzymania w Warszawie, Krakowie, Poznaniu czy Katowicach. Jeśli rodzice nie są zamożni, a znaczna część społeczeństwa taka właśnie jest, to studiowanie tam, gdzie jest taniej, może okazać się jedynym wyjściem dla ich dziecka. Osobiście nie zaciągnąłbym jednak kredytu studenckiego na warunkach, jakie ostatnio zaproponował resort zdrowia. Podzielałam obawy, że uczelnie prywatne nastawione na zysk mogą zacząć „produkować” lekarzy, ale z drugiej strony Polska Komisja Akredytacyjna jest w stanie zweryfikować możliwości kształcenia zarówno pod kątem kadry, którą dysponuje uczelnia, jak i bazy dydaktycznej, a ponadto istnieje LEK weryfikujący wiedzę nabytą w trakcie kilku lat studiów. Celem poszerzenia możliwości kształcenia o kolejne uczelnie jest zwiększenie liczby lekarzy po latach zaniedbań ze strony rządzących, gdy mówiono, że jest nas za dużo.



Zyta Kaźmierczak-Zagórska

członek Komisji Kształcenia Medycznego NRL, były zastępca sekretarza NRL, otolaryngolog

Wszystkie uniwersytety, które od wielu lat kształcą przyszłych lekarzy, mają odpowiedni potencjał i możliwości, dlatego w mojej ocenie uruchamianie studiów na kierunku lekarskim w zupełnie nowych uczelniach, np. w wyższych szkołach zawodowych, nie ma sensu. Tym bardziej, że brakuje im kadry dydaktycznej i bazy klinicznej.

Pracuję w dużym oddziale szpitala wojewódzkiego i miałam propozycję prowadzenia zajęć w uczelni, która uruchomiła studia na kierunku lekarskim, ale odmówiłam, bo nie ma bazy do przygotowania studentów. Ktoś może powie, że zmienia się forma kształcenia, że są różne metody edukacji, że da się stworzyć różne programy nauczania... Moim zdaniem jednak nic nie zastąpi kształcenia

WSPÓLNY GŁOS W SPRAWIE



Rada Ekspertów NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ

Z dr hab. *Magdą Wiśniewską*, koordynującą inicjatywę powołania Rady Ekspertów Naczelnej Izby Lekarskiej, rozmawia Marta Jakubiak.

”

**2 września
uchwałą NRL została
powołana Rada
Ekspertów NIL.
To 21 specjalistów
z różnych dziedzin
medycyny. W przyszłości
jej skład może być
rozszerzany.**

Jaka była idea powołania rady?

Zawsze brakowało łącznika między samorządem a środowiskiem akademicko-naukowym. Nie było takiej oficjalnej platformy wymiany doświadczeń, wzajemnego wsparcia i dzielenia się wiedzą. Gdy wybuchła pandemia COVID-19, chyba najbardziej odczuliśmy, jak ważny jest głos ekspertów, jak bardzo się liczy. Pierwszym, który wspierał samorząd, był dr Paweł Grzesiowski.

Kiedy w maju tego roku rozpoczęła się nowa kadencja samorządu, a prezesem NRL został Łukasz Jankowski, rozmawialiśmy o przyszłości

i doszliśmy do wniosku, że wsparcie eksperckie potrzebne jest w szerszym zakresie niż tylko COVID-19. Uznaliśmy, że głos środowiska lekarskiego i działań samorządu wymaga eksperckiego wzmocnienia również w innych obszarach. Rada ma być aktywnym wsparciem merytorycznym, pomocą w opiniach, tworzeniu ekspertyz, reagowaniu na bieżące sytuacje w polskim systemie ochrony zdrowia. To ma być głos, który – reprezentując daną specjalność i w ogóle środowisko lekarskie – na pewno będzie odebrany z wielkim szacunkiem.

Czyli jaki?

Wybierając członków tego gremium, chcieliśmy uniknąć sytuacji, w której dublujemy funkcje. Nie celowaliśmy w konsultantów krajowych, pamiętając, że czasami będziemy musieli opiniować stanowiska Ministerstwa Zdrowia, a konsultanci krajowi są powołani przez ministra, więc mogłoby pojawić się konflikt interesów. Zwróciliśmy się więc w kierunku towarzystw naukowych, choć oczywiście obecności konsultantów z założenia nie wykluczamy. Myślę, że są w tej radzie takie nazwiska, które zawsze obronią się same.

Skład Rady Ekspertów NIL

prof. dr hab. Ewa Barcz
 prof. dr hab. Robert Gil
 prof. dr hab. Sławomir Chlabicz
 prof. dr hab. Katarzyna Grocholewicz
 dr hab. Sebastian Kwiatkowski
 prof. dr hab. Mariusz Lipski
 prof. dr hab. Wojciech Lisik
 prof. dr hab. Maciej Małecki
 prof. dr hab. Kazimierz Niemczyk
 dr hab. Łukasz Paluch
 prof. dr hab. Miłosz Parczewski
 prof. dr hab. Jacek Rożniecki
 dr hab. Maciej Sikora
 prof. dr hab. Jerzy Samochowiec
 prof. dr hab. Wojciech Szczeklik
 prof. dr hab. Marcin Stopa
 prof. dr hab. Tomasz Szczepański
 prof. dr hab. Cezary Szczylik
 prof. dr hab. Jerzy Walecki
 dr hab. Magda Wiśniewska
 prof. dr hab. Jacek Wysocki

Według jakiego klucza dobierani byli eksperci?

Nie chodziło nam o to, by zebrać przy Naczelnej Izbie Lekarskiej szefów towarzystw albo konsultantów krajowych w 147 dziedzinach lekarskich i lekarsko-dentystycznych. Chcieliśmy nawiązać współpracę

z autorytetami w specjalnościach podstawowych, a także tych, o których dużo się mówi. Oczywiście wszystkie specjalności są ważne, ale założyliśmy, że zespół nie może być zbyt liczny, bo w gronie 147 osób właściwie nie ustali się niczego.

Wiadomo, że chirurgia, choroby wewnętrzne, ginekologia, położnictwo, pediatria zawsze będą bazami. Są jednak też takie specjalności, które nigdy nigdzie nie będą przyporządkowane, jak anestezjologia i intensywna terapia, okulistyka, laryngologia, ale już np. reumatologia, pulmonologia, diabetologia, nefrologia podlegają pod internę. Jeśli będzie potrzeba, do Rady Ekspertów NIL zaprosimy także autorytety specjalności szczegółowych.

Już teraz mogę powiedzieć, że z uwagi na fakt, iż w psychiatrii dzieci i młodzieży są obecnie olbrzymie kłopoty, na najbliższej Naczelnej Radzie Lekarskiej do grona ekspertów NIL zostanie powołana kolejna osoba, która swoim autorytetem wesprze nas w tej dziedzinie. To sprawa, która musi być potraktowana priorytetowo.

Jak liczne docelowo będzie grono ekspertów?

W miarę potrzeb może się zwiększać, jednak nie byłoby dobrze, gdyby rozrosło się do monstrualnych rozmiarów. Trzeba pamiętać, że jeśli ma ono być skutecznym wsparciem dla prezesa NRL oraz komisji i organów

NIL, to liczba wszystkich członków musi być rozsądna. Im więcej osób, tym trudniej podejmować decyzje.

Czym dla samorządu będzie rada ekspertów?

Bardzo poważną bronią, jeśli chodzi o tworzenie opinii, wyznaczanie trendów i algorytmów działania w funkcjonowaniu zawodowym każdego lekarza i lekarza dentyści. Bardzo bym chciała, żeby to nie były wyłącznie działania reaktywne, ale także te wychodzące w przyszłość, żeby Rada Ekspertów NIL wytyczała kierunki postępowania naszego środowiska.

Czyli...

Podam przykład. Obecnie mamy kolejną falę COVID-19. Prawdopodobnie nastąpi wzrost zachorowań. Rada Ekspertów NIL wyda więc zalecenia, jak lekarze i lekarze dentyści w tej rzeczywistości powinni funkcjonować. Kolejny przykład. W pewnych specjalnościach jest problem, więc rada wydaje stanowisko, np. dotyczące leczenia, jak traktować poszczególne stany chorobowe czy choćby odnoszące się do organizacji pracy. Rada może też wydać stanowisko dotyczące kształcenia przed- i podyplomowego – jak najlepiej je zorganizować, czy powinno stopniowo przechodzić w gestię samorządów współdziałających z uczelniami medycznymi. Jest mnóstwo obszarów





– Czujemy się zaszczytni, bo to wyróżnienie i przede wszystkim dlatego, że to nasze środowisko lekarskie poprosiło nas o udział w radzie ekspertów. W naszej pracy każdego dnia spotykamy się z mnogością spraw, które wymagają opiniowania. Proszę zajrzeć choćby do sieci, ile jest tam fake newsów i jak demolowane są poglądy społeczeństwa przez fałszywe wiadomości. Potrzebna jest siła, by je dementować i wyjaśniać. Wydaje nam się, że Naczelna Izba Lekarska jest najbardziej kompetentną instytucją do tego. Czujemy się jako ci delegaci, którzy będą współpracować ze wszystkimi naszymi koleżankami i kolegami ze środowiska, bo na pewno nie na wszystkim się znamy, ale jako całość mamy pewną siłę i myślę, że uda się nam wykorzystać ją dla dobra nas wszystkich – mówił prof. Jacek Wysocki.

i ogrom tematów, którymi można i trzeba się zająć.

GL Czy lekarze mogą zgłaszać radzie jakieś problemy, zadawać pytania?

Tak jak dotychczas mogli zwracać się do Naczelnej Izby Lekarskiej z pytaniami i problemami, tak i teraz mogą je przysyłać. Jeśli będą to tematy w kompetencjach Rady Ekspertów NIL, będziemy starali się na nie reagować.

GL Którymi z tematów zajmiecie się najpilniej?

Te najważniejsze i najpilniejsze to COVID-19, kształcenie podyplomowe, certyfikacja umiejętności i specjalizacje. Także wycena świadczeń. Kolejne to być może ustawa o jakości i na pewno kwestia no-fault, czyli zagadnienie, które jest ogromnie ważne dla całego środowiska. Plus bieżące problemy, które się pojawiają.

GL Jak będzie wyglądała ta praca?

W zależności od wagi problemu, na bieżąco będziemy oceniać, co i jak należy zrobić. Jeżeli coś dotyczyć będzie wyrywkowego problemu danej specjalności, sprawą nie będzie zajmować się cała Rada Ekspertów

NIL, tylko osoby związane z daną specjalizacją. Reszta zespołu dostanie wypracowane przez nie stanowisko do zaakceptowania. Tu znowu posłużę się przykładem, tym razem z zakresu onkologii. W ostatnim czasie w ramach tej dziedziny medycyny nastąpił pewien rozdziewiek między jednym z zarządzeń NFZ a tym, co jest w rozporządzeniu Ministerstwa Zdrowia, będziemy więc prosić prof. Cezarego Szczylika, przedstawiciela onkologii klinicznej, by przeanalizował sprawę.

Jeśli jednak będzie taki problem, który dotyczy całości systemu albo wielu specjalizacji, tak jak np. ostatni pomysł, żeby krótkie znieczulenie mogli wykonywać specjaliści innych dziedzin niż wyłącznie anestezjologii i intensywnej terapii, to rada musi wypowiedzieć się gremialnie i wydać wspólne stanowisko. Zresztą pierwsze zostało już wydane przez radę, że bez odpowiedniego szkolenia nie można wykonywać nawet znieczulenia krótkiego, które wiąże się z bardzo dużym ryzykiem powikłań.

I oczywiście będziemy starali się pracować tak, żeby wszyscy eksperci mieli możliwość powoływania swoich zespołów i podzespołów roboczych.

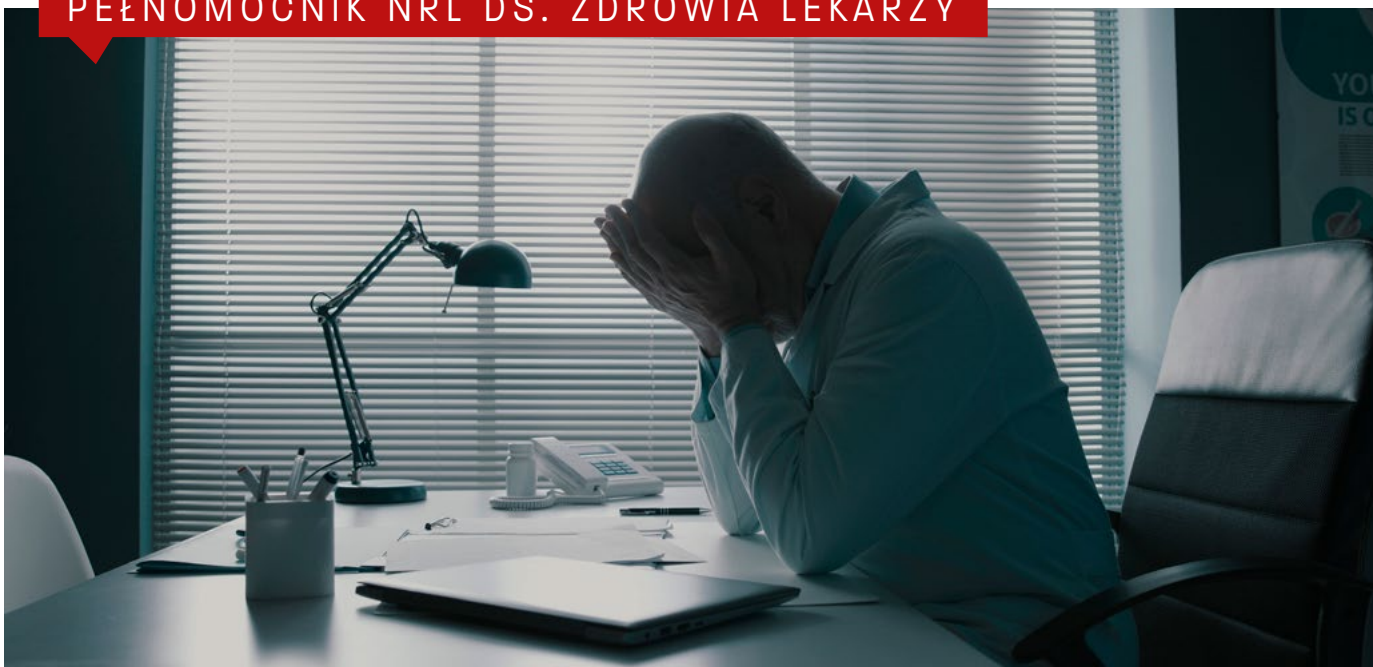


– Powołanie tej rady jest doskonałym pomysłem. Myślę, że we współpracy z Naczelną Izbą Lekarską można zrobić wiele dobrego i dla lekarzy, lekarzy dentystów, dla samorządu i w końcu dla pacjenta, bo pacjent jest najważniejszy – podkreślał prof. Mariusz Lipski.

– Pomijamy bardzo często zgubny wpływ polityki i myślę, że powinniśmy jako rada ekspertów stanąć murem za całym środowiskiem lekarskim i mówić prawdę. Najtrudniejsze, co w dzisiejszych czasach można przekazać, to obiektywna prawda – zaznaczył prof. Cezary Szczylik.



FOTO: Maria Jakubiak



Przeciążenia okupione wypaleniem

Co trzeci medyk w Polsce cierpi na stany depresyjne, lękowe lub przewlekły stres, ale często wstydzi się do tego przyznać i nie szuka profesjonalnej pomocy.



Lucyna Krysiak
Dziennikarz

Panuje przekonanie, że lekarz to człowiek silny, odporny psychicznie, którego trudno złamać. Pochodzi ono z czasów, kiedy służby medyczne pracowały w ekstremalnie trudnych warunkach. Choroby takie jak gruźlica, tyfus, czerwonka, gorączka połogowa, dziesiątkowały ludność. Dziś

wydawałoby się, że mając do dyspozycji nowoczesne zaplecze szpitalne, sale operacyjne, technologie i terapie, lekarz jest mniej obciążony, a jego praca lżejsza. Nic bardziej mylnego.

Współcześni lekarze są narażeni na wypalenie zawodowe, zaburzenia natury psychicznej i samobójstwa. Statystyki wskazują, że spośród wszystkich zawodów najwięcej samobójstw jest właśnie wśród lekarzy. Mając na uwadze potrzeby tej grupy zawodowej, Naczelna Rada Lekarska powołała pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów, którym została dr Magdalena Flaga-Łuczkiewicz, sprawująca dotychczas tego rodzaju funkcję w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie.

LEKARZ TEŻ CZŁOWIEK

Rafał Górski, lekarz zatrudniony w jednej z warszawskich klinik (dane zostały zmienione na prośbę rozmówcy) ma za sobą 20 lat pracy i wydawałoby się, że wszystko już widział, wszystkiego doświadczył i jest odporny na różnego rodzaju sytuacje. Kiedy zaczynał swoją karierę zawodową jako rezydent w oddziale chorób wewnętrznych, wierzył, że zmieni świat na lepsze. Uważał, że interna daje duże możliwości rozwoju, ponieważ zahacza o wiele specjalności. Szybko zorientował się, że do szpitala głównie trafiają przypadki beznadziejne, a możliwości leczenia są ograniczone przez kontrakty z NFZ. Do tego rosnące wymagania wobec

personelu medycznego, który z uwagi na deficyty kadrowe był posyłany tam, gdzie brakowało lekarzy, przeciążenie dyżurami, praca ponad siły i narastająca biurokracja sprawiły, że stawał się coraz bardziej sfrustrowany, niezadowolony, a swoje frustracje przenosił na rodzinę, której poświęcał coraz mniej czasu.

Czuł się ciągle zmęczony, rozdrażniony, osaczony i, aby się zregenerować, brał po kilka dni urlopu, ale z czasem okazało się, że to nie wystarcza. Praktycznie przestał sypiać, tracił chęć do życia, ale jeszcze jakoś się trzymał. Mówił sobie, że przecież jest lekarzem, jest silny i da radę, wie, jak sobie pomóc, jakie leki zażyć (sam sobie je przepisywał). Kiedy jednak wybuchła pandemia COVID-19, wszystko stanęło na głowie. Wiele oddziałów zamieniono w covidowe, a chorzy, których nie wiadomo było jak i czym leczyć, umierali masowo. Społeczeństwo za bohaterską postawę nagradzało personel medyczny gromkimi brawami, ale krótko. W obawie przed rozprzestrzenianiem się koronawirusa lekarzy, pielęgniarki i ratowników medycznych zaczęto stygmatyzować. Na drzwiach jednej z poznańskich piekarni pojawił się napis „lekarzy nie obsługujemy” i nie był to odośobniony przypadek.

W tym czasie doktor Górski praktycznie nie wychodził ze szpitala. Pewnego dnia nie był jednak w stanie wstać z łóżka, aby pójść do pracy, i gdyby nie żona, nie wiadomo, jak by się to skończyło. Diagnoza była jednoznaczna - depresja, zaburzenia lękowe, przemęczenie. Po długiej terapii farmakologicznej, połączonej ze wsparciem psychologicznym, wrócił do zawodu, ale teraz już wie, że nie zbawi świata, że nie na wszystko ma wpływ i nie za wszystko ponosi odpowiedzialność. Wie także, że nie jest bogiem ani herosem i jako człowiek ma prawo do słabości. Żałuje tylko, że wcześniej nie poszukał pomocy psychologicznej, może nie doszłoby do załamania i konieczności wielomiesięcznego leczenia. Lekarzy takich jak on są w Polsce setki, a może tysiące, ich historie różnią się tylko szczegółami, toczą w innej scenarii placówek ochrony zdrowia. Wielu z nich, aby łagodzić napięcie, sięga po alkohol albo środki psychoaktywne, a to tylko pogłębia problem wypalenia zawodowego i jego skutki.

CIĄGLA ZMIANA ZABIJA

Badania przeprowadzone przez Fundację „Nie Widać Po Mnie”, zajmującą się problemami zdrowia psychicznego, wskazują, że 30 proc. lekarzy cierpi na depresję, stany lękowe i przewlekły stres, które wpływają na zdolności poznawcze i poziom percepcji, a także ich zdrowie fizyczne. Wielu wstydy się do tego przyznać, bagatelizuje problem i nie szuka profesjonalnej pomocy. W konsekwencji często dochodzi do wypalenia zawodowego, a tym samym do obniżenia jakości pracy i indywidualnego dobrostanu psychicznego pracowników ochrony zdrowia. Nowoczesne spojrzenie na organizację pracy promuje ciągłą zmianę, która ma pracowników inspirować do rozwijania się, nakłaniać do kreatywności, chronić przed zasiedzeniem i popadaniem w schematy myślenia i działania. Jednak w opinii psychologów ciągła zmiana zabija, ponieważ pozbawia poczucia bezpieczeństwa, bo - aby je zapewnić - potrzeba stałości.

Ekspert współpracujący z fundacją są zgodni, że za wypaleniem zawodowym medyków, a więc nie tylko lekarzy, ale też m.in. pielęgniarek, ratowników medycznych czy fizjoterapeutów, kryje się chroniczny stres i brak homeostazy w zmianach, za którymi trudno nadążyć. Psycholog kliniczny dr Anna Kaźmierczak-Mytkowska uważa, że analizując problem, należy sięgnąć do jego źródła. Wypalenie zawodowe zaczyna się bowiem od przeżywania chronicznego stresu pojawiającego się na skutek przytłoczenia cierpieniem osób chorych i ich rodzin będących w zależności lekarz - pacjent. Ten stres się kumuluje i nie jest na bieżąco redukowany. Zaznacza, że zespół wypalenia zawodowego jest najbliższy epizodowi depresyjnemu, ale ma charakter złożony i nie powstaje na skutek jednego pojedynczego incydentu, jakim może być konflikt z przełożonym czy niezadowolonym pacjentem lub jego rodziną. Dopiero pojawienie się trzech grup objawów stwarza zagrożenie wypaleniem zawodowym. Pierwsza to wyczerpanie fizyczne i emocjonalne,

druga to depersonalizacja stanowiąca clou wypalenia zawodowego i trzecia to obniżone poczucie dokonania osobistych. - Gdyby wraz z pojawieniem się pierwszych dwóch grup objawów skorzystano z profesjonalnej pomocy psychologicznej, uniknięto by ciężkich skutków wypalenia zawodowego w postaci depresji i prób samobójczych, ale lekarze skrzętnie je ukrywają - tłumaczy dr Anna Kaźmierczak-Mytkowska. W rezultacie dbają o zdrowie innych, zaniedbując własne.

TRZEBA CZASEM ODPUSZCZAĆ

Prof. Ewa Mojs, kierownik Katedry Psychologii Klinicznej UM w Poznaniu i przewodnicząca Rady Naukowej Fundacji „Nie Widać Po Mnie” zauważa, że zdrowie psychiczne pracowników medycznych przez lata było marginalizowane i niezauważane, choć ta grupa zawodowa doświadcza zwiększonej ekspozycji na stres, a w okresie szczytu pandemii COVID-19 ta ekspozycja jeszcze się nasiliła. Personel medyczny był narażony wówczas na niewyobrażalne przeciążenia oraz traumatyczne sytuacje, które odcisnęły piętno na ich psychice. - Z naszych badań wynika, że pandemia w znacznym stopniu wpłynęła na zdrowie psychiczne personelu

medycznego, który i tak częściej doświadcza objawów depresyjnych niż osoby niewykonujące zawodów medycznych - komentuje wyniki badań fundacji prof. Ewa Mojs, dodając, że pozytywną stroną pandemii było to, że na temat zdrowia psychicznego medyków oraz konieczności udzielenia im jak najszybszej pomocy psychologicznej zaczęto mówić głośno na różnych forach, również w gremiach rządowych. Nie jest to jednak proste, bo lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni i fizjoterapeuci mają w swój zawód wpisany perfekcjonizm i jak najdłużej zwlekają z podjęciem terapii, nie chcąc pozostawić swoich pacjentów. Ekspert fundacji twierdzą, że mając na uwadze dbałość o własne zdrowie psychiczne, powinni nauczyć się odpuszczać. Oczywiście nie w zakresie wykonywanych procedur, ale

**30 proc. lekarzy
cierpi na depresję,
stany lękowe
i przewlekły stres,
które wpływają
na zdolności
poznawcze i poziom
percepcji, a także
ich zdrowie fizyczne.**

w różnych innych sytuacjach, kiedy nie trzeba reagować np. na każde skinienie pracodawcy, który proponuje dzień po dniu dyżur, bo nie ma pracowników, czy też na każdy telefon pacjenta, który pyta o sprawy często niezwiązane bezpośrednio z leczeniem.

Równie istotnym problemem jest to, że w Polsce panuje deficyt wsparcia psychologicznego dla personelu medycznego, co ma bezpośrednie przełożenie na wydajność oraz skuteczność załóg szpitali oraz placówek ochrony zdrowia. Prezes Fundacji „Nie Widać Po Mnie” Urszula Szybowicz uważa, że jedną z przyczyn niezadowalającego dostępu pracowników medycznych do pomocy psychologicznej jest niskie finansowanie ochrony zdrowia psychicznego i to powinno się radykalnie zmienić. Ważna jest także edukacja i profilaktyka na temat zapobiegania wypaleniu zawodowemu w ochronie zdrowia, która powinna być nagłaśniana wśród kadry menadżerskiej, dyrektorów szpitali, pracowników medycznych każdego szczebla. – Bez specjalnie skrojonych programów edukacyjnych i łatwiejszego dostępu do pomocy psychologicznej problem będzie się tylko pogłębiać. Zadbanie o kondycję psychiczną i wsparcie pracowników ochrony zdrowia jest fundamentem dobrze działającego systemu lecznictwa – konkluduje Urszula Szybowicz.

ZBUDOWAĆ SYSTEM

Magdalena Flaga-Łuczkiwicz, nowo powołany przez NRL pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów, zastrzega, że dostępność do pomocy psychologicznej jest bardzo ważna, ale nie będzie w pełni skuteczna, jeśli nie pójść za tym zmiany systemowe, np. zmiana organizacji w środowisku pracy oraz spojrzenia na problem w szerszym aspekcie bez stygmatyzowania pracowników ochrony zdrowia przez społeczeństwo. Z raportu Naczelnicy Izby Lekarskiej sprzed kilku lat wynika, że polski lekarz średnio pracuje w 2,5 miejscach, a niektórzy nawet w 5 lub więcej. Jeden etat przy obecnych wynagrodzeniach nie wystarcza, aby

utrzymać rodzinę, a ceną za pracę na kilka etatów jest ciągle zmęczenie, niewyspanie i frustracja, prowadzące do wypalenia, które zwiększa ryzyko podpadnięcia w nałogi i depresję.

Na mocy uchwały NRL z 2007 r. przy okręgowych izbach lekarskich zostali powołani okręgowi pełnomocnicy ds. zdrowia lekarzy, ale ich działalność jest ukierunkowana na wsparcie osób, które ze względu na stan zdrowia są zagrożone utratą możliwości wykonywania zawodu. Działania tych pełnomocników są nakierowane na

niwelowanie negatywnych skutków uzależnień i ich leczenie, a nie pomoc w przypadku wypalenia zawodowego i związanych z nim zaburzeniami natury psychicznej. Dopiero pandemia spowodowała, że w kilku izbach zdecydowano się na uruchomienie wsparcia psychologicznego dla osób zagrożonych wypaleniem. W OIL w Warszawie w 2019 r. opracowa-

no program nastawiony na prewencję. Pomoc w pierwszej fazie jego funkcjonowania objęła 10 spotkań z psychoterapeutą, z której w ciągu roku skorzystało blisko 100 lekarzy. Lekarz, który chciał skorzystać z tej formy wsparcia, zgłaszał się do pełnomocnika, który jako psychiatra i psychoterapeuta rozpoznawał jego sytuację, by móc wybrać optymalny sposób pomocy, oceniając jednocześnie stopień zagrożenia samobójstwem. Część osób trafiała do psychoterapeutów, część została przekierowana do terapeutów uzależnień lub na konsultację psychiatryczną. Jednak – jak zastrzega autorka projektu Magdalena Flaga-Łuczkiwicz – to pomoc kryzysowa, doraźna, krótkoterminowa, a potrzebne są rozwiązania długofalowe, które zafunkcjonują w skali ogólnokrajowej i jako pełnomocnik ds. lekarzy i lekarzy dentystów NRL będzie ich poszukiwać.

STWORZYĆ STANDARDY POSTĘPOWANIA

Rzecz w tym, aby lekarze i lekarze dentyści zaczęli zgłaszać się do pełnomocnika w sytuacji zagrożenia wypaleniem zawodowym i nie czekali, aż pojawi się depresja czy myśli samobójcze. Ale to

wymaga od nich przełamania tabu, jakim jest wciąż pokutujący wizerunek lekarza herosa o żelaznej psychice i lekarza psychiatry jako osoby, która zajmuje się chorymi psychicznie. W tym przełamaniu tabu dużą rolę odgrywa rodzina i środowisko, w którym lekarz pracuje, ale też media, fora społecznościowe, na których lekarze dzielą się ze sobą problemami.

– Chodzi o to, aby zacząć głośno i poważnie rozmawiać o wypaleniu zawodowym lekarzy i lekarzy dentyistów, nie tylko na konferencjach, ale między sobą i w samorządzie lekarskim – tłumaczy Magdalena Flaga-Łuczkiwicz. Jednak uchwała, na mocy której powołano okręgowych pełnomocników ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyistów, jest bardzo lakoniczna, nie precyzuje zadań pełnomocników ani nie określa podstawy prawnej ich działania. – Pracując w OIL w Warszawie, dość szybko przekonałam się, że trudno poruszać się w obszarze wspierania lekarzy, nie mając konkretnych ram działania, co zaowocowało zaproponowaniem i przyjęciem przez ORL w Warszawie regulaminu działania warszawskiego pełnomocnika. Po 2,5 latach od jego wprowadzenia widzę, że trzeba pełniejszych, ogólnopolskich rozwiązań, by działać sprawniej, w sposób bardziej skoordynowany, spójny. Wierzę, że możemy dużo lepiej pomagać lekarzom w różnego rodzaju kryzysach zdrowia psychicznego, niekoniecznie czekając do momentu, gdy stan zdrowia lekarza uniemożliwia wykonywanie zawodu. W ramach pracy w NIL zamierzam stworzyć algorytmy postępowania i narzędzia, byśmy mogli pomagać lekarzom na przeróżnych etapach ich problemów, od profilaktyki wypalenia po działania w sytuacjach zagrażających życiu. Wiem, że lokalne potrzeby w izbach okręgowych mogą być różne, dlatego tworzony algorytm będzie uwzględniał możliwość elastycznej adaptacji do potrzeb konkretnego środowiska – tłumaczy Magdalena Flaga-Łuczkiwicz. Jej zdaniem należy dążyć do tego, by pełnomocnicy ds. zdrowia przestali być „samotnymi wyspami”, a zaczęli tworzyć ogólnopolską społeczność, działającą wspólnie, w której wymiana informacji i pomysłów wspiera skuteczne działania poprawiające zdrowie i dobrostan lekarzy w całej Polsce.

SIEĆ INNOWATORÓW NIL IN

POKIERUJMY pociągkiem nowoczesności

W obecnej kadencji wreszcie ziszcza się, zaplanowany przed dwoma laty, plan transformacji roli samorządu lekarskiego w zakresie kształcenia, postrzegając je znacznie szerzej niż przez organizację szkoleń.

Wpisując się w nurt proponowany przez nowego prezesa NRL Łukasza Jankowskiego #samorządprzyszłości, tym łatwiej było przejść do realizacji wcześniej przygotowanych projektów. W obliczu rewolucji technicznej, która dokonała się w wielu dziedzinach życia, kwestią czasu było, kiedy dotknie to również medycyny – dyscypliny wyjątkowo konserwatywnej. Pandemia COVID-19 nadała rozpędu, którego już nie zatrzymamy. Ale to dobrze!

Wychodząc naprzeciw potrzebom, w Centralnym Ośrodku Badań, Innowacji i Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej (COBIK NIL), którym mam przyjemność kierować, stworzyliśmy Centrum Innowacji i Telemedycyny. Kluczowym projektem tej jednostki jest stworzenie miejsca, gdzie lekarze innowatorzy – zarówno już obecnie tworzący nowoczesne rozwiązania, jak i ci, którzy dopiero chcą realizować swoje pomysły – będą mogli uzyskać niezbędne



Artur Drobnia

dyrektor Centralnego Ośrodka Badań,
Innowacji i Kształcenia Naczelnej Izby
Lekarskiej (COBIK NIL)

wsparcie na starcie, zbudować sieć niezbędnych kontaktów do realizacji swoich start-upów. Jednocześnie będziemy czuwać, by nie wypaczano naszego zawodu, nie prowadzono nas w ślepią uliczkę rozwoju technologicznego. W obliczu rosnących potrzeb zdrowotnych społeczeństw na świecie, przy jednoczesnym niedoborze kadry

medycznej, musimy wsiąść do tego pociągu, który nazywa się nowoczesność, grunt, by brać udział w jego kierowaniu. System opieki zdrowotnej musi również ulec przemianie, a innowacje to nie jedynie narzędzia i błyskotki, dotyczą one również sposobu, w jaki pracujemy oraz w jakim funkcjonują zespoły lekarskie w szpitalach. Temu również należy nadać odpowiedni kształt.

Naczelna Izba Lekarska powinna być miejscem, gdzie lekarze będą mogli ziszczać swoje marzenia w zakresie innowacji, zaczerpnąć niezbędnych informacji i pomocy w działaniach lub jasno wyrażać obawy z powodu niekorzystnych zmian. Nasz zespół, na czele ze mną oraz Katarzyną Sadowską-Cioch i Tomaszem Rudolfem – liderami NIL Innovation Network – ma to miejsce zapewnić.

Zapraszamy do udziału w naszej sieci lekarzy innowatorów, która już dziś wychodzi poza Polskę i angażuje wielu medyków i specjalistów w zakresie innowacji. Oficjalny debiut – październik 2022 r. **Zapraszamy!**

DOŁĄCZ DO NIL IN CHCESZ WSPÓŁTWORZYĆ SPOŁECZNOŚĆ LEKARZY INNOWATORÓW?

ZESKANUJ KOD QR ➔



lub

NAPISZ DO NAS ➔ innowacje@nil.org.pl

SIEĆ INNOWATORÓW NIL IN

ROZPOCZYNAMY CYKL WYWIADÓW Z LIDERAMI INNOWACJI W OBSZARZE MEDYCYNY

CZAS NA INNOWACJE

O NIL IN – powstającej społeczności lekarzy innowatorów – z **Tomaszem Rudolfem**, ekspertem NIL ds. Innowacji, rozmawia **Katarzyna Sadowska-Cioch**, zastępca dyrektora Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej [COBIK NIL].

W 2020 r. powstało w Europie ponad 600 nowych start-upów medycznych. Czy jesteśmy świadkami cyfrowej rewolucji?

Postęp, jaki dokonał się w XX w. w medycynie, był niesamowity, a wszystko wskazuje na to, że XXI wiek zadziwi nas jeszcze bardziej. Pandemia przyniosła na świecie skokowy wzrost popularności telemedycyny, rozwijane i refundowane są pierwsze aplikacje na receptę, genetyka pozwala nam coraz skuteczniej personalizować opiekę, a dane zbierane przez nowoczesne smartfony i zegarki dają medykom dostęp do coraz pełniejszej wiedzy o zdrowiu pacjentów. Mówi się, że 90 proc. światowych danych powstało w ostatnich dwóch latach – to będzie coraz bardziej przekładać się na pracę lekarzy. Jednocześnie starzejące się społeczeństwa, dotknięte w coraz większym stopniu przewlekłymi chorobami cywilizacyjnymi, potrzebują nowego, bardziej proaktywnego modelu opieki. Według szacunków WHO do 2030 r. na świecie będzie brakować nam kilku milionów lekarzy, żeby odpowiedzieć na te rosnące wyzwania. Wiemy zatem, że nie uciekniemy od zmian. Potrzebujemy nowych metod pracy – mądrej automatyzacji, odciążenia od biurokracji i nowego zdefiniowania roli lekarzy w relacji z pacjentami.

Lekarze, zamiast czekać, aż ktoś urządzi ten nowy świat za nich, powinni go współtworzyć?

Chińskie przysłowie mówi podobno, że kiedy wieje wiatr zmian, można budować albo schrony, albo wiatraki. Samorząd, jako najważniejsza organizacja zrzeszająca lekarzy, jest naturalnym miejscem, by rozmawiać o tym, jak poszczególne zmiany będą wpływać na pracę medyków i przygotowywać się do nowych realiów, a przede wszystkim wspierać lekarki i lekarzy, którzy widząc najlepiej potrzeby,



TOMASZ RUDOLF

ekspert z ponad 20-letnim doświadczeniem w rozwoju innowacji i nowych biznesów. Pracował m.in. w USA, Indiach i Niemczech. Współtwórca m.in. fabryki start-upów The Heart i wirtualnej kliniki Doctor.One, tworzącej nowy model stałej opieki medycznej. Fundator i członek rady Fundacji K.I.D.S. Klub Innowatorów Dziecięcych Szpitali. Absolwent SGH, Leadership Academy for Poland oraz programu „Digital Transformation in Healthcare” na Harvard Medical School.

rozwijają i wdrażają innowacje w swojej pracy klinicznej. To żmudny i skomplikowany proces – pewnie trudno o branżę, w której wprowadzanie zmian jest obciążone tyloma ograniczeniami. Samodzielny lekarz, który, pracując w szpitalu, wpadnie na pomysł nowego rozwiązania, rzadko kiedy ma wiedzę, jak znaleźć finansowanie, stworzyć prototyp, zbudować zespół, który zajmie się rozwojem projektu. Komerccjalizacja innowacji na rynku ochrony zdrowia wymaga zrozumienia mechanizmów refundacji lub znalezienia sposobu na finansowanie rozwiązania przez pacjentów lub podmioty medyczne. Wierzę, że w Polsce jest ogromny potencjał, by tworzyć takie projekty, ale nie możemy pozostawiać lekarzy samych.

Stąd pomysł tworzenia NIL IN – społeczności lekarzy innowatorów?

NIL IN jest nową inicjatywą, budowaną w ramach kierowanego przez dr. Artura Drobniaka COBIK (Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia NIL). Ma łączyć i wspierać społeczność lekarzy, którzy tworzą dziś przyszłość opieki medycznej. Zarówno pionierów tworzących nowe aplikacje, urządzenia i metody pracy, jak i tych medyków, którzy chcieliby adoptować nowe rozwiązania, ale poszukują sprawdzonych informacji o ich wartości klinicznej czy bezpieczeństwie. Bez wspierania innowatorów, za którymi pójdą kolejni, żadna zmiana się nie zadzieje.

Jakie są plany na pierwszy sezon NIL IN?

Przez ostatnich kilka tygodni prowadziliśmy rozmowy z wieloma ekspertami, starając się zrozumieć wyzwania lekarzy – zarówno tych, którzy tworzą innowacje, jak i tych, którzy próbują je wdrażać

w swojej praktyce lekarskiej. Szczegółowy program przedstawimy podczas inauguracji działania sieci NIL IN w październiku. Przygotowujemy regularne spotkania lekarzy, którzy tworzą aplikacje medyczne i cyfrowe terapie, projektują nowe urządzenia medyczne, czy prowadzą badania nad nowymi lekami. Chcemy pokazywać i uczyć się od tych, którym udaje się przejść przez labirynt i pułapki badań, finansowania, pilotaży i skalowania nowych rozwiązań. Zakładamy, że przydatne będą też inicjatywy skierowane dla lekarzy

poszczególnych specjalizacji - chcemy je organizować wspólnie z partnerami i towarzyszami lekarskimi.

Planujemy też powoływanie grup roboczych, które będą mogły wypracowywać standardy i praktyczne rekomendacje dla lekarzy, którzy poszukują najlepszych rozwiązań. Marzy nam się przejrzysta baza rozwiązań, dająca wiarygodną wiedzę o zweryfikowanych klinicznie rozwiązaniach. Zebraną wiedzę będziemy też przekazywać szeroko w ramach szkoleń organizowanych przez COBIK. Chcemy, żeby ta

społeczność żyła i wspierała się nawzajem na co dzień zdalnie, ale jednocześnie wierzymy w siłę nieformalnych spotkań i bezpośredniej wymiany doświadczeń.

Po czym poznacie sukces?

W krótkim okresie - po liczbie lekarzy, którzy dołączą do naszej społeczności i włączą się w jej prace. W dłuższej perspektywie chcielibyśmy mierzyć swój sukces liczbą tworzonych przez lekarzy projektów, skutecznie wdrożonych do systemu ochrony zdrowia w Polsce lub odnoszących sukcesy za granicą. ■■■

SIEĆ INNOWATORÓW NIL IN

Przychodzi pomysł do lekarza, czyli jak budować start-upy medyczne?

Jakub Chwiećko Lider innowacji w EIT Health InnoStars, szef grupy roboczej ds. start-upów NIL IN

Już od czasu studiów interesowałem się nowymi technologiami oraz innowacjami wdrażanymi do szeroko pojętej opieki zdrowotnej. Projekty takie jak robot daVinci czy nasz polski odpowiednik Robin Heart, rozpały moją wyobraźnię i otwierały nowe możliwości w przyszłej diagnostyce i opiece nad pacjentem.

Niestety przekonanie kolegów i koleżanek lekarzy do innowacji zwykle okazywało się trudniejsze, niż można by się spodziewać. Anegdotą naszego roku pozostała historia przedstawiająca sytuację, gdy jeden z kolegów podczas zajęć w szpitalu zapytał pewną panią doktor, dlaczego w placówce nie korzysta się z bezdotykowych termometrów, które w tamtym czasie stały się powszechne we Włoszech. Nasza asystentka stwierdziła, że nie widziała takiego termometru na własne oczy, więc nie wierzy w jego skuteczność. Po czym padło pytanie, czy widziała kiedyś na własne oczy bakterię.

Z jednej strony wydawałoby się, że jeśli coś jest innowacyjne i potencjalnie rewolucyjne, powinno znaleźć się w systemie opieki zdrowotnej jak najszybciej. Z drugiej jednak strony droga od innowacji do bezpiecznego wdrożenia, jak się potem dowiedziałem, jest często długa i wyboista, a dodatkowo uboga w drogowskazy, co czyni ją jeszcze trudniejszą do pokonania.

W ciągu ostatnich kilku lat miałem, jak mi się wydawało, kilka „genialnych” pomysłów na start-up. Marzyłem o założeniu firmy, ale nie wiedziałem, jak się do tego zabrać. W jeden z tych pomysłów zacząłem nawet inwestować własne pieniądze, ale na szczęście szybko odpuściłem, bo teraz wiem, że zabierałem się za coś, o czym nie miałem pojęcia. Niestety, jako lekarze, nie jesteśmy uczeni, jak zakładać firmę, start-up, jak rozwijać i walidować pomysły, gdzie szukać pomocy i funduszy. Dopiero medyczny exodus, połączony ze zbieraniem doświadczenia w międzynarodowych korporacjach, dodatkowe kursy oraz szkolenia, a także obserwacja od wewnątrz procesu budowy start-upów medycznych, pozwoliły mi lepiej odnajdywać się w tematyce innowacji. Będąc w strukturze międzynarodowej organizacji EIT Health InnoStars, mam okazję na co dzień wspierać lekarzy rozwijających nowe przedsięwzięcia.

Jako lekarz z przyjemnością podjąłem się też poprowadzenia grupy roboczej NIL IN ds. start-upów medycznych, by dzielić się dotychczas zebraną wiedzą z kolegami, którzy, mam nadzieję, będą mieli łatwiejszą drogę do innowacji i na dobre zmieniać system opieki zdrowotnej w Polsce.

W ramach wspieranej przez EIT Health grupy roboczej chcielibyśmy zidentyfikować, gdzie kryją się największe bariery

i zaprojektować działania NIL IN wspierające lekarzy w tworzeniu i wdrażaniu innowacji. Zbierając doświadczenia tych, którym się udało, zbierzemy w jednym miejscu informacje, gdzie szukać wsparcia w weryfikacji, rozwoju czy finansowaniu pomysłu. Wokół projektu mamy nadzieję zgromadzić ekspertów i mentorów, którzy pomogą rozwinąć ideę w załączku do pełnoprawnego MVP (minimum viable product), a następnie umożliwią krok w stronę pełnego wdrożenia i skalowania rozwiązania. Jeśli mają Państwo doświadczenia, którymi chcielibyście się podzielić z lekarzami, którzy dopiero zaczynają pracę nad własnym pomysłem, zapraszamy do włączenia się w prace naszej grupy.

Mam nadzieję, że nasza inicjatywa stanie się katalizatorem innowacji wśród polskich lekarzy, którzy coraz chętniej i z większą odwagą będą realizować własne pomysły i wdrażać cyfrowe terapie, opracowywać aplikacje czy urządzenia medyczne.

ROZWÓJ INNOWACJI MEDYCZNYCH I GDZIE SZUKAĆ WSPARCIA?

EIT Health jest europejskim partnerstwem publiczno-prywatnym działającym w obszarze innowacyjnej medycyny i opieki zdrowotnej. W skład naszej siatki wchodzi wiodące organizacje w dziedzinie edukacji, badań, technologii, ale też szpitale, organizacje pacjenckie i rządowe, pracujące

razem nad produktami i rozwiązaniami, które mogą pomóc pacjentom w całej Europie. EIT Health skupia ponad 150 partnerów. Wśród kluczowych znajdują się m.in.: Roche, AstraZeneca, Amgen, Sanofi Aventis, Abbott, Philips Electronics, GE Healthcare, Danone Nutricia Research, Intel Corporation, jak również Microsoft, Polpharma czy Iqvia w Polsce, a także instytuty badawczo-rozwojowe i uniwersytety: Towarzystwo Maxa Plancka, Instytut Karolinska, IESE Business School, Uniwersytety w Sorbonie, Warszawie, Łodzi, Gdańsku oraz Gent.

MIĘDZYNARODOWA SIEĆ KONTAKTÓW

EIT Health InnoStars to jeden z ośmiu obszarów geograficznych EIT Health skoncentrowany na krajach zakwalifikowanych przez European Innovation Scoreboard (EIS) do grona państw rozwijających się pod kątem innowacji, tj. Polska, Węgry, Portugalia i Włochy, a także dodatkowe regiony objęte programem EIT Regional Innovation Scheme – kraje bałtyckie, Chorwacja, Słowacja, Czechy, Słowenia, Grecja i Rumunia. Polska jest jednym ze strategicznych rynków, na których działa EIT Health m.in. ze względu na duży potencjał krajowych start-upów, zespołów badawczo-rozwojowych oraz aktywnych centrów transferu technologii przy uczelniach medycznych, zwłaszcza w Łodzi i Gdańsku. EIT Health InnoStars wspiera rocznie ponad 70 start-upów i innowacyjnych rozwiązań. Do tej pory w Polsce w programach EIT Health wzięło udział ponad 700 absolwentów, a ponad 650 managerów i lekarzy zostało przeszkolonych w obszarze innowacji w zdrowiu.

SZKOLENIA I AKCELERACJA

W ramach aktywności EIT Health dostępne są chociażby takie programy jak HelloAI, w którym można zdobyć silną dawkę wiedzy dotyczącą podstaw, jak i zaawansowanych zagadnień związanych ze sztuczną inteligencją. Ponadto w ramach Healthcare Transformation Academy | EIT Health dostępnych jest szereg programów tematycznych, w których można poznać, poszerzyć lub ustrukturyzować swoją wiedzę w zagadnieniach takich jak zarządzanie innowacjami, opieka oparta o wartość, przywództwo w organizacjach zdrowotnych czy medycyna spersonalizowana. Więcej informacji: <https://eithealth.eu>.



JAKUB CHWIEĆKO

ekspert z doświadczeniem w innowacjach w ochronie zdrowia, technologiach medycznych, oprogramowaniu jako urządzeniu medycznym i sztucznej inteligencji. Obecnie koncentruje się na budowaniu partnerstw publiczno-prywatnych, rozwoju innowacji w opiece zdrowotnej i pilotażowych wdrożeniach. Jest absolwentem Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (dyplom lekarski) oraz Akademii Leona Koźmińskiego (Biznes.AI: zastosowanie sztucznej inteligencji). Obecnie studiuje na Uniwersytecie Paryż Cité (opieka zdrowotna oparta na wartościach) oraz odbywa Executive MBA w Opiece Zdrowotnej (SGH x WUM). Wcześniej był dyrektorem naukowym w uPacjenta, dyrektorem ds. rozwoju medycznego w Infermedica, liderem ds. Wartości Medycznych w Roche Diabetes Care Global, a także dyrektorem medycznym w Fundacji K.I.D.S.

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Walka z mobbingiem

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie zachęca do wypełnienia online ankiety dotyczącej mobbingu, której celem jest oszacowanie skali występowania tego zjawiska w placówkach medycznych (jest dostępna na stronie internetowej izby). Ankieta

została skonstruowana w taki sposób, aby pomóc w identyfikacji niewłaściwych zachowań w miejscu pracy. Trzeba mieć bowiem na uwadze, że mobbing obejmuje szeroki wachlarz technik, z których na pierwszy rzut oka nie zawsze osoba

mobbowana może zdawać sobie sprawę. Ponadto we wrześniowym wydaniu „Pulsu” (biuletyn warszawskiej izby) znajduje się obszerny materiał na temat mobbingu (czym jest, skutki, metody przeciwdziałania etc.).

NADZWYCZAJNY ZJAZD W BYDGOSZCZY

23 października odbędzie się XLII Nadzwyczajny Okręgowy Zjazd Lekarzy Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Zwołano go, aby przeprowadzić wybory uzupełniające na prezesa ORL tej izby, członków okręgowego sądu lekarskiego, zastępców okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej oraz członków komisji rewizyjnej.

IZBA BEZ TAJEMNIC

Komisja Młodych Lekarzy OIL w Gdańsku za pośrednictwem swojego profilu na Facebooku rozpoczęła cykl publikacji pod hasłem: #poznajswójizbę, które mają przybliżyć organizację i działalność gdańskiej izby. Pierwsza z nich wyjaśnia, ile zarabiają lekarze i lekarze dentyści za pracę na rzecz izby.

LEKCJA HISTORII

W Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej powstał gabinet Hanny i Ludwika Hirsfeldów. W specjalnie zaaranżowanym pokoju znajdują się eklektyczne meble i pamiątki po tych wybitnych wrocławskich uczonych. Jest on dostępny dla zwiedzających codziennie w godzinach pracy izby.

Konferencyjna jesień z EDU WIL

I Ogólnopolska Konferencja Dyrektorów ds. Medycznych będzie jednym z wiodących wydarzeń, jakie tej jesieni odbywają się za sprawą EDU WIL – szkoleniowej inicjatywy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Wydarzenie zaplanowano na 13 i 14 października. Organizowane dotąd w wymiarze regionalnym cieszyło się sporym zainteresowaniem, dając możliwość spotkania i wymiany doświadczeń pomiędzy osobami odpowiedzialnymi za pion medyczny placówek ochrony zdrowia. – Tym razem pragniemy zaprosić

do udziału dyrektorów ds. medycznych z całego kraju, oferując bogaty, dwudniowy program, zawierający pięć sesji oraz wydarzenia towarzyszące – podkreśla Marcin Karolewski, wiceprezes ORL WIL. – Konferencje EDU WIL odbywają się w formie hybrydowej (stacjonarnie i online). We wrześniu w Poznaniu spotkali się szpitalnicy oraz lekarze rodzinni. W październiku planowane jest jeszcze jedno wydarzenie dedykowane lekarzom denty stom. Więcej informacji na stronach internetowych wil.org.pl oraz eduwil.pl.

PWZ dla lekarzy stażystów



Wrzesień to tradycyjnie czas, kiedy w okręgowych izbach lekarskich odbywają się uroczyste wręczenia PWZ absolwentom kierunków lekarskiego i lekarsko-dentystycznego. W Lubelskiej Izbie Lekarskiej dokument PWZ w celu odbycia stażu podyplomowego przygotowano dla ponad 300 osób. Dodatkowo młodzi medycy otrzymali m.in. Kodeks Etyki Lekarskiej oraz pamiątkową książkę. Z kolei w Śląskiej Izbie Lekarskiej uroczystości wręczono dokumenty ponad 230 osobom. – Teraz zaczniecie zdobywać to, co poza wiedzą jest dla lekarza najważniejsze

– doświadczenie zawodowe. To doświadczenie jest oczywiście z upływem lat coraz większe, jednak ważne, by zdobywać je bezboleśnie. Można się w życiu uczyć na własnych błędach, ale w medycynie zdecydowanie lepiej uczyć się na cudzych. Trzeba więc czerpać z doświadczenia starszych kolegów i koleżanek, by samemu nie popełniać błędów. W waszych rękach będzie zdrowie i życie innych. Medycyna to olbrzymia odpowiedzialność – powiedział prezes ORL ŚIL dr Tadeusz Urban, witając nowych członków śląskiego samorządu lekarskiego.

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Apel o lek na małą ospę

Rzecznik Praw Lekarza OIL w Warszawie, Monika Potocka, interweniuje w Ministerstwie Zdrowia o podjęcie działań zmierzających do sprowadzenia do naszego kraju leku pozwalającego na skuteczne leczenie ostrego przebiegu małej ospy. – Apeluujemy do władz państwa, by podjęły działania na rzecz sprowadzenia do Polski leku zawierającego tekowirymat. Placówki ochrony zdrowia nie mają możliwości dokonania zakupu we własnym zakresie. Konieczne jest porozumienie na szczeblu rządu – wyjaśnia RPL OIL w Warszawie na stronie internetowej warszawskiej izby.

III Rodzinny Festyn Sportowy ŚIL



Piłki, bramki, paletki, tory przeszkód, pasjonujące mecze... a do tego dmuchane zamki, bańki mydlane, malowanie twarzy, kolorowe warkoczki, gigantyczne maskotki i wiele innych atrakcji. Wszystko w ramach III Rodzinnego Festynu Sportowego Śląskiej Izby Lekarskiej, zorganizowanego przez izbową komisję sportu i rekreacji oraz komisję ds. młodych lekarzy. Pogoda i frekwencja dopisały. W katowickiej Kopalni Futbolu blisko 100 dzieci i wnuków lekarzy oraz lekarzy dentyków próbowało swoich sił w kilkunastu konkurencjach.

Wersja elektroniczna zamiast papieru

Poszczególne okręgowe izby lekarskie informują lekarzy i lekarzy dentyków o możliwości rezygnacji z otrzymywania papierowych wersji wydawanych przez nie biuletynów na rzecz wersji elektronicznej. Osoby, które nie chcą dostawać gazety drukowanej, powinny ten fakt zgłosić w swojej izbie. E-biuletyny zazwyczaj są dostępne na stronach internetowych izb (np. OIL w Białymstoku), a część z nich wysyła swoją e-gazetę e-mailem czytelnikom, którzy zdecydowali się na tę opcję. Podobna możliwość istnieje w przypadku „Gazety Lekarskiej” – osoby, które nie chcą otrzymywać „GL” tradycyjną pocztą, powinny to zgłosić w swojej OIL. Wydania „GL” są dostępne na stronie <https://papier.gazetalekarska.pl>.

Edukacyjnie o stażu

Trwa akcja informacyjna Bydgoskiej Izby Lekarskiej dla lekarzy stażystów. W ramach cyklu „Staż podyplomowy – Poradnik” na stronie internetowej izby oraz na jej facebookowym profilu publikowane są w formie plakatu najważniejsze informacje dotyczące stażu podyplomowego. Najnowszy post wyjaśnia, jakie

dokumenty należy złożyć do izby lekarskiej po zakończeniu stażu, aby uzyskać PWZ. Pierwszy post odpowiadał na pytanie, jakie dokumenty są potrzebne do rozpoczęcia stażu, w drugim omówiono temat pieczętki lekarskiej. Organizatorzy akcji zachęcają do zgłaszania kolejnych zagadnień wymagających wyjaśnienia.

CEREBRUM MEDICI – ZGŁOSZENIA

Do 15 października można zgłaszać kandydatów do uhonorowania odznaczeniem Bydgoskiej Izby Lekarskiej Cerebrum Medici. „Odznaczenie to wyróżnia osoby, które poprzez całokształt swojej działalności – wybitne osiągnięcia naukowe, działania promujące profilaktykę zdrowotną, działania na rzecz poprawy organizacji i jakości systemu ochrony zdrowia, działania na rzecz poprawy warunków wykonywania zawodu lekarza lub działalność społeczną, kulturą lub sportową, zapisują się w szczególny sposób w historii naszego lokalnego środowiska lekarskiego” – informuje pełniąc funkcję prezesa ORL BIL Aleksandra Śremska na stronie internetowej izby. Zgłoszenia kandydatur są przyjmowane od członków BIL i zasłużonych dla izby.

LEKARZU, ZAKTUALIZUJ SWOJE DANE

Okręgowe izby lekarskie przypominają o obowiązku aktualizacji danych w rejestrze PWZ. Jeśli lekarz/lekarz dentysta zmieni adres zamieszkania, telefon kontaktowy czy np. e-mail, powinien o tym fakcie powiadomić izbę, której jest członkiem. Obowiązek informowania dotyczy także m.in. takich kwestii, jak zmiana imion i nazwiska, uzyskanie stopnia/tytułu naukowego, zaprzestania wykonywania zawodu na terenie Polski, przejścia na emeryturę lub rentę, a także dokumentacji potwierdzającej wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentystry. Zaktualizowane dane w rejestrze to także pewność, że lekarz otrzyma „Gazetę Lekarską” (chyba że poinformował swoją OIL, że nie chce jej otrzymywać w wersji papierowej).

USPRAWIEDLIWIANIE NIEMOŻNOŚCI STAWIENIA SIĘ PRZED SĄDEM

Beata Wierzchowska Radca prawny

Mimo że nie ma już stanu epidemii, nadal możliwe jest usprawiedliwienie niestawiennictwa przed sądami z powodu choroby bez przedstawiania zaświadczenia lekarza sądowego. Co do zasady, aby należycie usprawiedliwić niemożność stawienia się w sądzie z powodu choroby, zarówno w postępowaniu cywilnym, jak i karnym, konieczne jest uzyskanie zaświadczenia lekarza sądowego. Zgodnie z ustawą o lekarzu sądowym¹ lekarz ten wystawia zaświadczenia potwierdzające zdolność lub niezdolność do stawienia się na wezwanie lub zawiadomienie „organu uprawnionego”, tj. sądu lub organu prowadzącego postępowanie karne, uczestników postępowania (stron, ich przedstawicieli ustawowych, świadków, oskarżonych, obrońców i innych uczestników postępowania) z powodu choroby na obszarze właściwości danego sądu okręgowego. Lekarz sądowy wystawia zaświadczenia po przednim osobistym

zbadaniu uczestnika postępowania i po zapoznaniu się z dostępną dokumentacją medyczną. Jeżeli stan zdrowia uczestnika postępowania uniemożliwia stawienie się na badanie, lekarz sądowy przeprowadza badanie i wydaje zaświadczenie w miejscu pobytu tej osoby. Zaświadczenie może być wystawione po okazaniu wezwania lub zawiadomienia organu uprawnionego, bądź po złożeniu oświadczenia o otrzymaniu wezwania lub zawiadomienia i okazaniu lekarzowi dokumentu potwierdzającego tożsamość. Za wizytę u lekarza sądowego pacjent nie uiszcza opłaty. Wystawione przez lekarza sądowego zaświadczenie o braku możliwości stawiennictwa na rozprawie należy przesłać do sądu, przed który uczestnik postępowania został wezwany, wskazując sygnaturę sprawy. W związku z pandemią koronawirusa wprowadzono okresowe zmiany w tym zakresie. Stało się to za sprawą jednej

z tzw. specustaw. Czasowy brak konieczności przedstawienia zaświadczenia lekarza sądowego jako usprawiedliwienia niestawiennictwa przed sądem z powodu choroby przewidziany został w art. 91 ustawy o szczególnych instrumentach wsparcia². Zgodnie z treścią tego przepisu, w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii ogłoszonego z powodu COVID-19, usprawiedliwienie niestawiennictwa przed sądem z powodu choroby nie wymaga przedstawienia zaświadczenia lekarza sądowego, o którym mowa w ustawie o lekarzu sądowym. Obowiązujący w kraju stan epidemiczny nadal umożliwia zatem usprawiedliwienie niestawiennictwa przed sądami z powodu choroby bez przedstawiania zaświadczenia lekarza sądowego. ■■■

¹ Ustawa z dnia 15 czerwca 2007 r. o lekarzu sądowym (Dz. U. Nr 123, poz. 849 z późn. zm.).

² Ustawa z dnia 16 kwietnia 2020 r. o szczególnych instrumentach wsparcia w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 (tj. Dz. U. z 2022 r. poz. 376).

Skrócenie okresu zaocznego wydawania orzeczeń o niepełnosprawności

Z przyczyn związanych ze zwalczaniem zakażenia, zapobieganiem rozprzestrzenianiu się, profilaktyką oraz zwalczaniem skutków choroby zakaźnej wywołanej wirusem SARS-CoV-2, od 27 marca 2020 r. wprowadzono możliwość wydawania ocen stanu zdrowia dziecka lub osoby zainteresowanej w celu wydania orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności bez przeprowadzania badania. Taki stan prawny wynikał z §2 rozporządzenia zmieniającego

rozp. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności¹ i miał trwać do upływu 90. dnia od dnia odwołania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii. Tymczasem, nie czekając na odwołanie stanu zagrożenia epidemicznego, z dniem 13 września 2022 r. przepis ten został jednak uchylony². Dotychczasowe przepisy mają jedynie zastosowanie do spraw wszczętych i nierozpatrzonej złożonych przed dniem 13 września 2022 r., a dotyczących wniosków

o wydanie orzeczeń o:

- niepełnosprawności osób, które nie ukończyły 16. r.ż.;
- stopniu niepełnosprawności osób, które ukończyły 16. r.ż.;
- wskazaniach do ulg i uprawnień.

¹ Rozporządzenie z dnia 26 marca 2020 r. Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej zmieniające rozporządzenie w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. z 2020 r. poz. 534 ze zm.).

² Rozporządzenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 19 lipca 2022 r. o zmianie rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. poz. 1606).

ŚWIADCZENIA EMERYTALNE

WYPŁATA GWARANTOWANA DLA OSÓB UPOSAŻONYCH

Mało kto wie, że jeżeli emeryt umiera w okresie trzech lat od miesiąca, w którym po raz pierwszy wypłacono mu emeryturę, to osobom uposażonym¹ przysługuje jednorazowe świadczenie z ZUS [w wysokości zależnej od liczby miesięcy pobierania emerytury i wysokości środków zgromadzonych przez emeryta w II filarze].

Beata Wierzchowska Radca prawny

Mowa o wypłacie gwarantowanej dla osób uposażonych, której podstawę stanowią obowiązujące przepisy emerytalne². Wypłata gwarantowana jest ustalana jako różnica między kwotą środków zewidencjonowanych na tzw. subkoncie, a iloczynem liczby pełnych miesięcy, jakie upłynęły od początku miesiąca, w którym po raz pierwszy wypłacono emeryturę, do końca miesiąca, w którym nastąpiła śmierć emeryta, oraz trzydziestej siódmej części kwoty zewidencjonowanej na subkoncie.

WARUNKI NABYCIA PRAWA DO WYPŁATY GWARANTOWANEJ

Wypłata jest możliwa, jeżeli śmierć emeryta pobierającego emeryturę nastąpiła w okresie trzech lat od miesiąca, w którym po raz pierwszy wypłacono emeryturę. Jeżeli natomiast emerytura pobierana była dłużej niż trzy lata - nie ma możliwości realizacji wypłaty gwarantowanej.

Aby uzyskać wypłatę gwarantowaną, trzeba być ponadto w kręgu osób uprawnionych do takiej wypłaty. Emeryt ma prawo do wskazania jednej lub kilku osób uposażonych, które będą miały prawo do wypłaty gwarantowanej po jego śmierci. Jeżeli tego nie zrobi, to za osobę uposażoną uznaje się

jego małżonka pozostającego we wspólności majątkowej małżeńskiej. Jeżeli nie ma małżonka - wypłata gwarantowana wchodzi w skład spadku, a więc prawo do niej mają spadkobiercy.

Wreszcie warunkiem koniecznym do przekazania uposażonej osobie wypłaty gwarantowanej jest posiadanie subkonta w ZUS.

SUBKONTO, CZYLI II FILAR

Każdy ubezpieczony w ZUS posiada swoje indywidualne konto, a w jego ramach od maja 2011 r. prowadzone jest właśnie specjalne subkonto dla osób, które są członkami Otwartych Funduszy Emerytalnych lub też urodziły się po 31 grudnia 1968 r. i nie przystąpiły do OFE. Na owo subkonto, nazywane II filarem, trafia część składki przekazywanej do OFE lub całość składki w przypadku osób, które nie są członkami OFE. Środki zgromadzone na indywidualnym koncie (I filar) nie są dziedziczone, natomiast środki zbierane na subkoncie (II filar) podlegają dziedziczeniu.

TYLKO NA WNIOSEK

Niestety, Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie informuje uposażonych „z urzędu” o prawie do wypłaty gwarantowanej,

**Wypłata jest możliwa,
jeżeli śmierć emeryta
pobierającego
emeryturę nastąpiła
w okresie trzech lat od
miesiąca, w którym po
raz pierwszy wypłacono
emeryturę.**

próżno też szukać szerszych informacji o tym świadczeniu na stronie internetowej ZUS. Jednocześnie organ ten nie dokonuje wypłaty gwarantowanej bez odpowiedniego wniosku osoby uprawnionej. Warto jednak zadbać o swoje prawa. Jeżeli zmarły miał ustalone prawo do emerytury, rodzina (uposażeni) powinna skontaktować się z ZUS-em. Jeżeli rodzina wie, że zmarły emeryt był członkiem OFE, powinna skontaktować się z OFE w sprawie podziału i wypłaty środków z subkonta.

¹ Osoba wskazana przez ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania oszczędności z jego subkonta na wypadek jego śmierci.

² Art. 25b ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tj. Dz. U. z 2022 r. poz. 504).

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

BRAKUJĄCA DOKUMENTACJA MEDYCZNA

Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej wszczął postępowanie wyjaśniające po tym, jak dyrektor wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy złożył zawiadomienie o nieprawidłowym postępowaniu lekarza w zakresie wydawania orzeczeń lekarskich w prywatnym gabinecie.

Aleksandra Gil biuro NROZ

Zawiadomienia o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego wynikało, że w wyniku kontroli interwencyjnej działalności profilaktycznej ustalono, iż w prywatnym gabinecie lekarza brak jest dokumentacji medycznej potwierdzającej przeprowadzenie badania profilaktycznego trzech osób, a orzeczeń wydanych tym pracownikom nie wpisano do rejestru orzeczeń lekarskich. Powyższe działanie rodziło podejrzenie, że przedmiotowych badań po prostu nie wykonano, a orzeczenia wydano bez badania. Co więcej, orzeczenia wydano także bez zawarcia pisemnych umów z pracodawcami w sprawie przeprowadzania badań profilaktycznych osób przyjmowanych i pracowników.

W związku z pozyskanym materiałem dowodowym OROZ przedstawił lekarzowi zarzut nieetycznego postępowania, polegającego na wydaniu orzeczeń lekarskich o zdolności do wykonywania pracy w ramach prywatnego gabinetu trzem

osobom bez prowadzenia dokumentacji medycznej potwierdzającej przeprowadzenie badań profilaktycznych, pomimo braku podpisanych z pracodawcami pisemnych umów na przeprowadzenie tych badań oraz braku wpisania orzeczeń do rejestru wydanych orzeczeń w ramach prowadzonej praktyki (brak potwierdzenia odbioru orzeczeń).

Okręgowy sąd lekarski uznał lekarza za winne-

go popełnienia zarzucanego mu czynu i wymierzył karę ograniczenia zakresu czynności podczas wykonywania zawodu lekarza w obszarze wykonywania badań profilaktycznych na okres 2 lat. Naczelny Sąd Lekarski utrzymał w mocy orzeczenie sądu I instancji. W pisemnym uzasadnieniu orzeczenia NSL podkreślił, że dokumentacja medyczna dla codziennej praktyki lekarskiej pozostaje niezwykle istotna, ponieważ jest ona odwzorowaniem czynności podjętych przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, a w tym przypadku przez jednostki służby medycyny pracy.

**Nie sposób
uznać tego
rodzaju
przewinienia
zawodowego
za nieumyślne.**

KOMENTARZ



Zbigniew Kuzyszyn

Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności Zawodowej

Jednym z elementów wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry jest wydawanie opinii i orzeczeń. Aby były one uznane za rzetelne, wymagają odpowiedniego udokumentowania. Według statystyk kilka procent spraw prowadzonych w pionie odpowiedzialności zawodowej stanowią nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej, z czego połowa pochodzi z zakresu medycyny pracy.

O ile można dyskutować nad jakością i szczegółowością prowadzenia historii choroby, o tyle nie należy tolerować jej braku. Takie zaniechanie wynika ze świadomej decyzji lekarza. Nie sposób uznać tego rodzaju przewinienia zawodowego za nieumyślne. W konsekwencji pociąga to za sobą wpływ na wysokość kary. Jeszcze gorszą sytuacją jest wystawianie różnego rodzaju orzeczeń bez osobistego badania lub bez oparcia się o dokumenty. Wyraźnie takie postępowanie piętnuje Kodeks Etyki Lekarskiej, wskazując, że wydawanie zaświadczeń lekarskich jest dozwolone jedynie na podstawie aktualnego badania lub odpowiedniej dokumentacji. Podobnie reguluje to ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry: „lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu”. Zatem należy podkreślić, iż brak dokumentacji medycznej jest czynnikiem obciążającym lekarza i wskazuje, że treść wystawionego dokumentu może mieć niewiele wspólnego z rzeczywistością.

LEKARZ PYTA, PRAWNIK ODPOWIADA

DOKUMENTACJA CYFROWA W PRAKTYCE



Już dość dawno temu, bo z dniem 31 grudnia 2020 r., skończył się okres przejściowy, w którym podmioty wykonujące działalność leczniczą [w tym również praktyki] jeszcze mogły prowadzić dokumentację medyczną w formie papierowej.

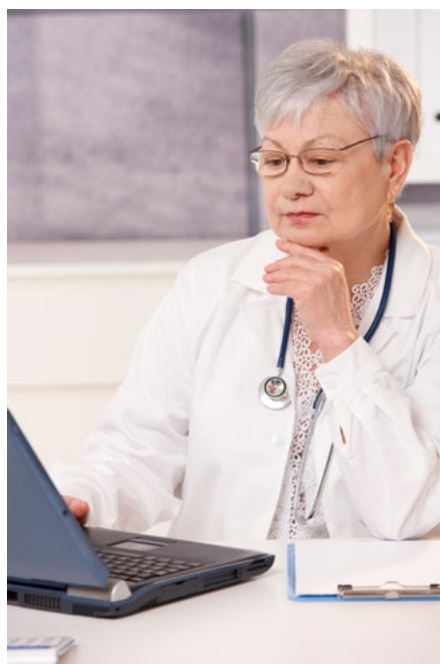
Aleksandra Kosiorek Radca prawny **Damian Konieczny** Adwokat Biuro Prawne OIL w Gdańsku

Od 1 stycznia 2021 r. wszystkie podmioty działające na rynku ochrony zdrowia powinny prowadzić dokumentację medyczną zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Oznacza to, że obecnie dokumentacja medyczna musi być prowadzona obowiązkowo w formie elektronicznej. Nie należy jednak mylić tej formy z elektroniczną dokumentacją medyczną (EDM), przez co rozumiemy sformalizowaną elektronicznie dokumentację, której celem jest m.in. przesyłanie między podmiotem a P1 oraz Internetowym Kontem Pacjenta (IKP). Na ten moment nie wszystkie dokumenty wytwarzane w toku leczenia przyjęły obowiązkowo taką postać (obowiązek dotyczy m.in. recept i skierowań, a także zlecenia na zaopatrzenie i zlecenia naprawy, karty szczepień oraz dokumentów wskazanych w rozp. Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej).

KIEDY PAPIER?

Poza powyższymi dokumentami, których wystawienie jest obojętne dodatkowymi wymogami technicznymi, dokumentacja w praktyce lekarskiej powinna być prowadzona w formie elektronicznej. Zdarzają się jednak przypadki, w których



**Prawnie
niedozwolone
jest jednoczesne
prowadzenie danej
dokumentacji
w formie
papierowej oraz
elektronicznej.**

obecnie obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. (w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania) umożliwia sporządzanie dokumentacji w formie papierowej. Zgodnie z § 1 ust. 2 tego aktu prawnego dokumentacja w formie papierowej może być nadal prowadzona:

- 1) gdy rozporządzenie przewiduje formę papierową – w tej kategorii znajdziemy np. książeczkę zdrowia dziecka i kartę przebiegu ciąży;
- 2) gdy warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej.

O ile wskazanie konkretnych dokumentów, które można sporządzać papierowo, nie nasuwa wątpliwości, o tyle pojęcie „warunków organizacyjno-technicznych” stwarza wiele problemów interpretacyjnych. Taka możliwość na pewno wystąpi, jeśli przeszkoda będzie spowodowana jakąś przyczyną zewnętrzną – np. wskutek awarii systemu teleinformatycznego, w którym prowadzona jest dokumentacja, czy sprzętu. Niejasna natomiast jest kwalifikacja prawna sytuacji, w której sprzętu do prowadzenia dokumentacji w formie elektronicznej w ogóle nie ma – bo nie został zakupiony, lub też gdy lekarz / lekarz dentysta deklaruje brak umiejętności obsługi tego sprzętu lub oprogramowania. Co istotne, jeżeli dokument został sporządzony w jednej z przewidzianych prawem postaci, nie może on być jednocześnie

prowadzony w drugiej formie. Mówiąc prościej: prawnie niedozwolone jest jednoczesne prowadzenie danej dokumentacji w formie papierowej oraz elektronicznej. Za jednoczesne prowadzenie dokumentacji w dwóch formach nie uważa się oczywiście takiej sytuacji, w której lekarz / lekarz dentyista przez lata prowadził swój gabinet w oparciu o dokumentację papierową,

a równocześnie z wejściem nowych przepisów dostosował się do obowiązku prowadzenia dokumentacji w formie elektronicznej. Zakaz obejmuje bowiem współistnienie dokumentacji papierowej i w formie elektronicznej z jednego okresu. Niedopuszczalne zatem będzie np. prowadzenie przez jedną osobę pracującą w danej placówce dokumentacji w formie papierowej, a równolegle tej samej historii choroby w formie elektronicznej przez

***Należy pamiętać,
że po przejściu
na formę
elektroniczną
dotychczasowa
dokumentacja
papierowa musi
być dostępna dla
lekarza.***

dokumentacji w formie elektronicznej, nie miał świadomości wpisów w dokumentacji papierowej, dotyczących np. uczulenia na określone substancje.

KORZYŚĆ Z DIGITALIZACJI

Dokumentacja papierowa wytworzona przed wejściem w życie nowych przepisów może (i w ocenie autorów artykułu należy do tego zachęcać) zostać zdigitalizowana, czyli przekształcona w formę

tego samego lub innego lekarza. Należy jednak w tym zakresie pamiętać, że po przejściu na formę elektroniczną dotychczasowa dokumentacja papierowa nadal musi być swobodnie dostępna dla lekarza. Zdarzyły się bowiem w naszej praktyce niebezpieczne dla pacjentów sytuacje, w których lekarz, posiadając w trakcie wizyty pacjenta dostęp wyłącznie do

cyfrową, np. skan. Jednak taki cyfrowy dokument będzie miał moc równą oryginałowi dopiero po opatrzeniu go podpisem elektronicznym. Zaletą tego rozwiązania jest systematyczne zmniejszanie objętości przechowywanej dokumentacji, bowiem po poinformowaniu pacjenta o digitalizacji i możliwości odbioru dokumentacji papierowej we wskazanym terminie, nie krótszym niż rok od dnia przekazania informacji, i wyczekaniu upływu terminu – dokumentacja papierowa może zostać zniszczona. W przeciwnym wypadku konieczne jest przechowywanie tej dokumentacji przez okres wskazany przez przepisy ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tj. co do zasady przez 20 lat. Należy przypomnieć, że okres ten nie biegnie „odrębnie” dla każdego dokumentu, lecz dla dokumentacji papierowej i elektronicznej jako całości – dokumentację można zniszczyć, jeśli upłynęło 20 lat od końca roku kalendarzowego, w którym po raz ostatni dokonano wpisu w dokumentacji danego pacjenta. ■■■

REKLAMA

ZOBOWIĄZANIE SOLIDARNE

ROZLICZENIE ZA WYRZĄDZONĄ SZKODĘ

Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych na dobre wpisały się w zawodowe życie lekarzy i lekarzy dentystów. Nadal jednak wiele zagadnień z nimi związanych budzi wątpliwości.

Jarosław Klimek Radca prawny OIL w Łodzi

Szczególne istotne są te, które dotyczą odpowiedzialności cywilnej lekarza udzielającego świadczeń wobec drugiej strony umowy czy wobec pacjenta. Postaram się przybliżyć te kwestie, które w mojej ocenie są najważniejsze i przysporzyć mogą najwięcej kłopotów w praktyce.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ SOLIDARNA

Powszechnie przyjmuje się, że strony umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych ponoszą solidarną odpowiedzialność wobec pacjenta, któremu świadczenie takie zostało udzielone. Nie jest to jednak do końca prawda. Zgodnie z art. 369 Kodeksu cywilnego zobowiązanie jest solidarne, jeżeli to wynika z ustawy lub z czynności prawnej. Przepisem ustawy, z którego wynika solidarna odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń, jest art. 27 ust. 7 ustawy o działalności leczniczej. Trzeba jednak zwrócić uwagę, że mówi on o solidarnej odpowiedzialności udzielającego zamówienia i przyjmującego zamówienie (na udzielanie świadczeń zdrowotnych). Do tego regulacja ta znajduje się wśród przepisów ustawy o działalności leczniczej, które określają tryb udzielania świadczeń przez podmiot leczniczy spełniający wymagania określone w konkretnych przepisach ustawy Prawo zamówień publicznych i to w trybie konkursu ofert. Nie znajdzie on wobec tego zastosowania do każdej umowy, a tylko jeśli spełnia ona warunki opisane w art. 26 i następnych ustawy o działalności

leczniczej. Do tego lekarz i podmiot leczniczy nie mogą skutecznie umówić się, że będą odpowiadać solidarnie wobec pacjenta, bo jego takie ustalenie nie wiąże.

JAK SIĘ ROZLICZYĆ?

Jeśli już dojdzie do szkody i w grę wchodzić będzie odpowiedzialność solidarna, a szkoda zostanie naprawiona (dobrowolnie czy przymusowo), pojawi się problem, kto, od kogo i w jakich częściach może domagać się zwrotu zapłaconych pacjentowi kwot. To do pacjenta należy wybór, czy będzie żądał odszkodowania (zadośćuczynienia) od lekarza, podmiotu leczniczego, czy od obu tych podmiotów jednocześnie, bo taka jest jedna z cech zobowiązania solidarnego (art. 366 § 1 kc.). Zobowiązanie dłużników solidarnych ciąży na każdym z nich do zupełnego zaspokojenia wierzyciela (art. 366 § 2 kc.) – nie można więc uznać, że „zapłaciłem swoje i reszta to już nie mój problem”. Treść umowy, jaką zawarło się z podmiotem leczniczym, przesądza o tym, jakiej części kwot zapłaconych pacjentowi strony mogą żądać od siebie. Strony umowy mają w tym zakresie swobodę, dlatego trzeba na postanowienia kontraktów zwracać baczną uwagę na etapie ich podpisywania. Jeśli umowa nie reguluje tych kwestii, to zgodnie z art. 376 § 1 kc. dłużnik, który świadczenie spełnił, może żądać zwrotu w częściach równych.

WYKONANIE UMOWY

Zgodnie z art. 429 kc. przy powierzeniu wykonania czynności osobie, która w zakresie

swojej działalności zawodowej trudni się wykonywaniem takich czynności, powierający nie ponosi odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przy wykonywaniu tej powierzonej czynności. Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych na pierwszy rzut oka wydaje się doskonale pasować do zastosowania tego przepisu. Powierzającym jest podmiot leczniczy, a wykonującym powierzoną czynność lekarz. Jest oczywiste, że lekarz trudni się udzielaniem świadczeń zdrowotnych w ramach wykonywanego przez siebie zawodu. Ale jest jeszcze art. 430 kc., zgodnie z którym, jeśli wykonujący czynność podlega kierownictwu powierającego i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, to powierający jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Rozwiązać ten problem pomoże orzecznictwo. Zgodnie z wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z 29 września 2020 r. (I ACa 849/19) podwładnym w rozumieniu art. 430 kc. jest także lekarz, który mimo dalece posuniętej samodzielności w zakresie wyboru sposobów leczenia pacjenta podlega kierownictwu organizacyjnemu podmiotu leczniczego, a także ma obowiązek stosowania się do jego wskazówek w zakresie organizacji pracy. Pamiętać też trzeba, że profesjonalizm w ujęciu przywołanych przepisów traktuje się wąsko. W przypadku lekarzy uwzględniać w tym zakresie trzeba posiadaną przez nich specjalizację.

STOMATOLOGIA

Za nami pierwsze posiedzenie Komisji Stomatologicznej NRL. Zgodnie z regulaminem wybraliśmy prezydium, zespoły robocze i osoby nimi kierujące.

W skład prezydium weszli: Anna Lella, Halina Borgiel-Marek, Dariusz Kutella, Marek Rogowski, Dariusz Samborski. Zespołem ds. systemu świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych kieruje Agnieszka Surdyka. Rafał Kiełkowski przewodniczy Zespołowi ds. wykonywania działalności leczniczej. Halina Borgiel-Marek kieruje Zespołem kształcenia. Przewodniczący dobiorą sobie składy zespołów i przedstawiają problemy, którymi będą się zajmować, oraz sposoby ich rozwiązania.

Odbyło się także pierwsze posiedzenie Rady ds. rozwoju stomatologii przy Ministrze Zdrowia. Członkami zostali konsultanci krajowi w dziedzinach stomatologicznych



Paweł Barucha

Wiceprezes NRL

WITAM SERDECZNIE, SZANOWNE KOLEŻANKI I SZANOWNYCH KOLEGÓW

(prof. Dorota Olczak-Kowalczyk, prof. Agnieszka Mielczarek, prof. Renata Górską, prof. Teresa Sierpińska, prof. Beata Kawala, prof. Mansur Rahnama-Hezavah, prof. Mariusz Szuta), przedstawiciel Konferencji

Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych prof. Agnieszka Przysańska, przedstawiciel NFZ dr Katarzyna Maślińska-Jęczeń, a także dyrektor Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych w MZ Małgorzata Zadorożna, naczelnik Wydziału Zasobów Ochrony Zdrowia Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia Magda

Socha, dyrektor Michał Dzięgielewski reprezentujący Departament Lecznictwa w MZ, jak również Wojciech Wysoczański, zastępca dyrektora Wydziału Analiz Świadczeń Opieki Zdrowotnej reprezentujący AOTMiT. Spotkanie otworzył Piotr Bromber, podsekretarz stanu w MZ. Omówiliśmy ogólne założenia pracy zespołu, harmonogram spotkań i ich częstotliwość. Tak szacowne

grono daje nadzieję na wypracowanie niezbędnych zmian w funkcjonowaniu polskiej stomatologii. Niezbędne będzie wsparcie zespołów KS NRL. Następne posiedzenie: 14 października.

STOMATOLOGIA W PIGUŁCE

Obrady FDI w Genewie



Po trzech latach Światowy Parlament Dentystyczny FDI (World Dental Federation) ponownie obraduje w trybie stacjonarnym. W dniach 19-24 września lekarze dentyści z całego świata

spotkali się w Genewie (Szwajcaria). Co roku udział w tym wydarzeniu bierze ok. 400 uczestników, którzy debatują i definiują globalną przyszłość stomatologii. Posiedzenia obejmują

walne zgromadzenie, otwarte fora, rady i stałe komisje, a także posiedzenia sekcji FDI i jej organizacji.

Podczas tegorocznego Dental Parliament m.in. wystartowała kampania #WOHD23: „Be Proud of Your Mouth for a lifetime of smiles”. Wydarzenie to stało się okazją do uczczenia niezwykłego wkładu entuzjastów #WorldOralHealthDay w globalną kampanię na rzecz podnoszenia świadomości dotyczącej zdrowia jamy ustnej. Laureatami w tym roku zostali: Egyptian Dental Association, Hellenic Dental Association, Etugen University, Guiyang Stomatological Hospital, Palestinian Association of Dental Students - PADS - Al-Quds University oraz Pakistan Association of Dental Students - PADS.

STOMATOLOGIA W PIGUŁCE

Biorytm dentystyczny a przyrost masy ciała

Brytyjscy i nowozelandzcy naukowcy odkryli, że linie wzrostu widoczne na zębach mlecznych dziecka mogą zwiastować późniejszy przyrost masy ciała we wczesnym okresie dojrzewania. Międzynarodowy zespół badawczy, kierowany przez dr. Patricka Mahoneya z Kent's School of Anthropology and Conservation University of Kent (Anglia), odkrył, że biorytm (Retzius periodicity - RP) pierwotnych mlecznych trzonowców jest powiązany z aspektami rozwoju fizycznego we wczesnym okresie dojrzewania.

RP tworzy się w procesie, który można zmierzyć z dokładnością do dni i odnosi się do okresu, kiedy powstaje szkliwo zębów. Jest spójny w stałych zębach trzonowych, które nie wykazują oznak stresu rozwojowego. Ludzki modalny RP ma prawie siedmiodniowy cykl, ale może też wynosić od 5 do 12 dni. Pierwsze wyniki badań naukowców z Kent zostały opublikowane w „Communications Medicine” magazynu „Nature”. Okazało się, że nastolatki z szybszym biorytmem (cykl pięcio- lub sześciodniowy) ważyły mniej, przybierały najmniej na wadze i miały najmniejszą zmianę wskaźnika masy ciała w ciągu 14 miesięcy. Największy przyrost masy ciała osiągały osoby z biorytmem siedmio- lub ośmiodniowym.

- Badania te stanowią ekscytujący pierwszy krok. Następnym będzie ustalenie, czy odkryty przez nas związek obejmuje również niekorzystne skutki zdrowotne u dorosłych. Zęby mleczne potencjalnie mogą być nośnikiem informacji będących zapowiedzią na wiele lat wstecz, zanim pewne predyspozycje ujawnią się w przyszłości - powiedział dr Mahoney. ■■■

Źródło: sciencedaily.com

Amerykańscy stomatolodzy zaniepokojeni

Na początku tego roku Instytut Polityki Zdrowotnej American Dental Association opublikował wyniki ankiety, w której poruszono perspektywy ekonomiczne lekarzy dentystów i największe problemy stomatologów.

Badania wykazały, że 35 proc. lekarzy dentystów obawia się inflacji i rosnących kosztów wraz z utrzymującymi się problemami kadrowymi spowodowanymi pandemią COVID-19. - Gospodarka Stanów Zjednoczonych została dotknięta podwójnym upadkiem utrzymujących się problemów z łańcuchem dostaw i niezwykle napiętym rynkiem pracy. Stomatologia jest w to uwikłana, podobnie jak cały sektor opieki zdrowotnej - skomentował dr Marko Vujicic, główny ekonomista i wiceprezes Instytutu Polityki Zdrowotnej ADA. Od początku wybuchu pandemii cena masek chirurgicznych co najmniej się podwoiła, a rękawiczek wzrosła niemal trzykrotnie. ■■■

Źródło: us.dental-tribune.com

Bądź dumny



Podczas Światowego Parlamentu Dentystycznego FDI 2022 w Genewie (Szwajcaria) została uruchomiona Kampania Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej 2023 (#WOHD23) pod hasłem „Be Proud of Your Mouth for a lifetime of Smiles”.

To ostatni rok trzyletniej kampanii „Be Proud of Your Mouth”, która rozpoczęła się w 2021 r. To wezwanie do podjęcia działań, które zachęca ludzi do zwracania uwagi na zdrowie jamy ustnej i dbanie o nie.

Od momentu uruchomienia kampanii organizatorzy starali się inspirować innych do trwałych i pozytywnych zmian w obszarze zdrowia jamy ustnej poprzez edukowanie ich, jak jest to ważne dla ogólnej kondycji człowieka. W roku 2023 chcą pójść o krok dalej – skupić się na tym, jak ważne jest zdrowie jamy ustnej na każdym etapie życia.

Wizualizacje kampanii 2023 mają łączyć rodziny, przyjaciół, pacjentów i społeczności w każdym wieku, aby w momencie robienia zdjęć móc celebrować uśmiech i uchwycić go na całe życie.

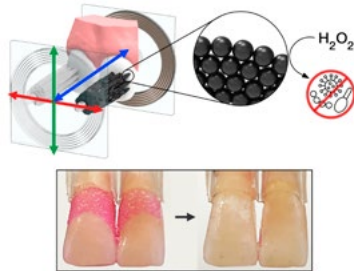
W październiku zostanie udostępniony pełny zestaw narzędzi do promowania kampanii, w tym narzędzia cyfrowe, dzięki którym możliwe będzie rozpowszechnianie informacji o WOHD 2023. Warto więc regularnie odwiedzać witrynę kampanii. ■■■

Źródło: fdiworlddental.org

Mikroroboty wyszczotkują zęby

Technologia opracowywana przez multidyscyplinarny zespół, w tym prof. Michela Koo z Penn Dental Medicine z University of Pennsylvania (USA), być może już niebawem przyczyni się do stworzenia zmiennokształtnych mikrorobotów, które wykonają za człowieka szczotkowanie zębów, płukanie jamy ustnej i nitkowanie. Elementami budulcowymi zmiennokształtnych mikrorobotów są nanocząsteczki tlenku żelaza, które mają zarówno aktywność katalityczną, jak i magnetyczną. Korzystając z pola magnetycznego, naukowcy mogli pokierować ich ruchem i konfiguracją, aby utworzyć struktury przypominające włosie (usuwa płytkę nazębną z szerokich powierzchni zębów) lub wydłużone struny (mogą przesuwają się między zębami jak nici dentystyczne).

Kataliza to zjawisko przyspieszenia szybkości reakcji chemicznej pod wpływem niewielkiej ilości katalizatora, który sam nie ulega trwałym przekształceniom, lecz tylko tworzy z innymi substratami związki lub kompleksy przejściowe. W obu wspomnianych przypadkach reakcja katalityczna w tych zastosowaniach powoduje, że nanocząstki wytwarzają



Nanocząstki mają właściwości magnetyczne i katalityczne; katalizowany nadtlenek wodoru wytwarza wolne rodniki, które eliminują również patogeny sprzyjające próchnicy zębów.

Środki przeciwdrobnoustrojowe, które zabijają szkodliwe bakterie jamy ustnej. Eksperymenty z wykorzystaniem takiego systemu na pozorowanych i prawdziwych ludzkich zębach wykazały, że zespoły robotów są w stanie dostosowywać się do różnych kształtów, prawie eliminując lepkie biofilmy, które doprowadzają do próchnicy i chorób dziąseł. Zespół z Penn, który jest częścią Centrum Innowacji i Stomatologii Precyzyjnej (CiPD), podzielił się swoimi odkryciami w czasopiśmie „ACS Nano”. – Rutynowa pielęgnacja jamy ustnej jest

uciążliwa i może stanowić wyzwanie dla wielu osób, zwłaszcza tych, które mają trudności z czyszczeniem zębów – zauważa prof. Koo, współautor korespondent badania. – Obecnie, żeby dokonać higienizacji, trzeba umyć zęby, następnie je nitkować, a potem jamę ustną wypłukać. To ręczny, wieloetapowy proces. Wielką innowacją jest więc to, że system robotyki może wykonać wszystkie trzy czynności w jednej, bez użycia rąk, w zautomatyzowany sposób – podkreśla. – Nanocząstki można kształtować i kontrolować za pomocą pól magnetycznych w zaskakujący sposób – mówi Edward Steager, starszy badacz z Penn's School of Engineering and Applied Science i współautor korespondencyjny badania. – Tworzymy włosie, które może rozciągać się, przesuwając, a nawet przenosić w tę i z powrotem w przestrzeni, podobnie jak nici dentystyczne. Sposób działania jest podobny do tego, w jaki ramię robota może sięgać i czyścić powierzchnię. System można zaprogramować tak, aby automatycznie wykonywał montaż nanocząstek i sterowanie ruchem – wyjaśnia.

System może być szczególnie cenny dla osób, którym brakuje sprawności manualnej, aby samodzielnie wykonywać czynności higienizacyjne jamy ustnej. ■■■

Źródło: dentistrytoday.com

Biuletyn

NR 6 (214)

WARSZAWA, IX 2022

Paweł Doczekalski Redaktor naczelny

**UCHWAŁA Nr 20/22/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 2 września 2022 r.
w sprawie Centralnego Ośrodka
Badań, Innowacji i Kształcenia**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 13 w zw. z art. 5 pkt 7, 13, 17 oraz 22 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwala się, co następuje:

§ 1.

1. Powołuje się Centralny Ośrodek Badań, Innowacji i Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej zwany dalej „COBIK”.

2. Zadaniem COBIK jest:

- 1) wspieranie członków izb lekarskich w realizacji ustawowego obowiązku doskonalenia zawodowego;
- 2) realizacja projektów badawczo-rozwojowych dotyczących różnych problemów środowiska lekarskiego;
- 3) wspieranie wykorzystania i rozwoju nowych technologii w medycynie, propagowanie wiedzy na temat innowacji i telemedycyny oraz wspieranie członków okręgowych izb lekarskich w ramach działalności startupowej.
3. Zadania, o których mowa w ust. 2, COBIK realizuje m.in. we współpracy z:
 - 1) okręgowymi izbami lekarskimi;
 - 2) krajowymi i zagranicznymi medycznymi towarzystwami naukowymi;
 - 3) krajowymi i zagranicznymi instytucjami i organizacjami aktywnymi w zakresie standardów i wytycznych postępowania medycznego oraz medycyny opartej na aktualnej wiedzy medycznej;
 - 4) uczelniami medycznymi i jednostkami badawczo-rozwojowymi;
 - 5) nadzorem specjalistycznym i podmiotami zarządzającymi w ochronie zdrowia;
 - 6) innymi podmiotami opracowującymi,

przetwarzającymi, gromadzącymi i upowszechniającymi standardy i wytyczne postępowania medycznego;

7) podmiotami działającymi na rynku innowacji i nowych technologii mających zastosowanie w medycynie.

§ 2.

1. W skład COBIK wchodzi:

- 1) Ośrodek Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej,
- 2) Ośrodek Badań i Analiz Naczelnej Izby Lekarskiej,
- 3) Centrum Innowacji i Telemedycyny Naczelnej Izby Lekarskiej.
2. Ośrodkami i Centrum, o których mowa w ust. 1, kierują ich kierownicy, wyznaczeni przez Prezesa NRL na wniosek dyrektora COBIK.

§ 3.

1. Działalnością COBIK kieruje dyrektor, zastępca dyrektora i Rada Naukowa COBIK.
2. Dyrektora COBIK powołuje na okres kadencji Naczelna Rada Lekarska spośród delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy.
3. Zastępcę dyrektora COBIK wyznacza Prezes NRL spośród kandydatów zaproponowanych przez dyrektora COBIK.
4. W skład Rady Naukowej COBIK wchodzi dyrektor COBIK, zastępca dyrektora COBIK oraz 6 członków wybieranych przez Naczelną Radę Lekarską na okres kadencji spośród będących delegatami na Krajowy Zjazd Lekarzy kandydatów zaproponowanych przez dyrektora COBIK. Spośród członków Rady Naukowej wybieranych przez Naczelną Radę Lekarską 1 jest lekarzem dentystą.

§ 4.

1. Do zadań dyrektora COBIK należy:
 - 1) kierowanie działalnością i reprezentowanie COBIK;
 - 2) nadzór merytoryczny nad działalnością

COBIK;

3) przedstawianie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Radzie Lekarskiej bieżącej informacji na temat działalności COBIK;

4) składanie corocznych sprawozdań z działalności COBIK Naczelnej Radzie Lekarskiej;

5) podpisywanie w imieniu Naczelnej Izby Lekarskiej umów cywilnoprawnych dotyczących zakresu zadań COBIK z uwzględnieniem środków finansowych pozostających w budżecie COBIK;

6) wyznaczanie celów, egzekwowanie wyników pracy komórek organizacyjnych COBIK oraz ich kierowników.

2. Upoważnia się dyrektora COBIK do jednoosobowego reprezentowania Naczelnej Izby Lekarskiej w zakresie zaciągania zobowiązań majątkowych, w tym do podpisywania dokumentów i zawierania umów cywilnoprawnych, niezbędnych do realizacji zadań COBIK do wysokości przewidzianej w budżecie Naczelnej Izby Lekarskiej na działalność COBIK.

§ 5.

Do zadań z-cy dyrektora COBIK należy:

- 1) nadzór operacyjny nad działalnością COBIK;
- 2) planowanie budżetu COBIK i nadzór nad jego realizacją i wykorzystaniem;
- 3) koordynacja wyznaczonych celów, egzekwowanie wyników komórek organizacyjnych COBIK oraz ich kierowników;
- 4) zastępowanie dyrektora COBIK podczas jego nieobecności;
- 5) wykonywanie innych zadań zleconych przez dyrektora COBIK.

§ 6.

1. Rada Naukowa COBIK jest odpowiedzialna za:

- 1) opracowanie strategii działania COBIK określającej jego cele, sposób ich realizacji;

2) dokonywanie corocznej oraz kadencyjnej oceny realizacji strategii;
3) opiniowanie preliminarza budżetowego Naczelnej Izby Lekarskiej w części dotyczącej badań i analiz.

2. Rada Naukowa pracuje zdalnie za pośrednictwem środków elektronicznego przekazu, których dysponentem jest Naczelna Izba Lekarska albo, za akceptacją Prezesa NRL, na posiedzeniach w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej w trybie stacjonarnym lub hybrydowym. Posiedzenia odbywają się w godzinach pracy Biura Naczelnej Izby Lekarskiej, a przeprowadzenie posiedzenia poza tymi godzinami wymaga akceptacji Dyrektora Biura Naczelnej Izby Lekarskiej.

3. W posiedzeniach Rady Naukowej COBIK mogą brać udział zapraszani goście.

4. Z posiedzeń Rady Naukowej COBIK sporządza się protokół.

5. W przypadku ustaleń zapadających w drodze wymiany wiadomości email fakt podjęcia tych ustaleń dokumentuje dyrektor COBIK w formie pisemnej notatki wskazującej na treść podjętego ustalenia. Do notatki dołącza się wydrukowane wiadomości e-mail przesłane przez członków Rady Ośrodka w sprawie podjętego ustalenia.

§ 7.

1. Do zadań Ośrodka Kształcenia NIL należy wspieranie członków okręgowych izb lekarskich w realizacji ustawowego obowiązku doskonalenia zawodowego.

2. W zakresie realizacji zadania, o którym mowa w ust. 1, Ośrodek Kształcenia NIL:

1) przygotowuje wnioski skierowane do Naczelnej Rady Lekarskiej o potwierdzenie spełnienia warunków kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyków i akceptację programu kształcenia dotyczące szkoleń organizowanych przez Ośrodek Kształcenia NIL;

2) samodzielnie lub w ramach współpracy z innymi podmiotami organizuje doskonalenie zawodowe lekarzy i lekarzy dentyków w ramach szkoleń i konferencji;

3) nawiązuje współpracę z podmiotami zewnętrznymi w ramach porozumienia o współpracy w zakresie organizacji szkoleń i konferencji;

4) pozyskuje zewnętrzne finasowanie na projekty edukacyjne dla lekarzy i lekarzy dentyków w ramach tworzonych konsorcjów w modelu potrójnej Helisy (administracja, nauka, biznes).

§ 8.

1. Do zadań Ośrodka Badań i Analiz NIL należy realizacja projektów badawczo-rozwojowych dotyczących różnych problemów środowiska lekarskiego.

2. W zakresie realizacji zadania, o którym mowa w ust. 1, Ośrodek Badań i Analiz NIL:

1) przeprowadza analizę potrzeb środowiska lekarskiego na podstawie cyklicznych ankiet;

2) inicjuje i samodzielnie przeprowadza badania i analizy;

3) przygotowuje raporty na podstawie przeprowadzonych badań i analiz;

4) nawiązuje współpracę z podmiotami zewnętrznymi w ramach porozumienia o współpracy w zakresie przeprowadzenia badań i analiz;

5) pozyskuje zewnętrzne finasowanie na projekty badawczo-rozwojowe dotyczące problemów środowiska lekarskiego w ramach tworzonych konsorcjów w modelu potrójnej Helisy (administracja, nauka, biznes).

§ 9.

1. Do zadań Centrum Innowacji i Telemedycyny NIL należy wspieranie rozwoju i wykorzystania nowych technologii w medycynie, propagowanie wiedzy na temat innowacji i telemedycyny oraz wspieranie członków okręgowych izb lekarskich w ramach działalności startupowej.

2. W zakresie realizacji zadania, o którym mowa w ust. 1, Centrum Innowacji i Telemedycyny NIL:

1) samodzielnie lub w ramach współpracy z innymi podmiotami organizuje konferencje i wydarzenia dotyczące wykorzystywania nowych technologii w medycynie;

2) nawiązuje współpracę z podmiotami zewnętrznymi działającymi w obszarze innowacji i nowych technologii mających zastosowanie w medycynie;

3) pozyskuje zewnętrzne finasowanie na realizację swych działań w ramach tworzonych konsorcjów w modelu potrójnej Helisy (administracja, nauka, biznes).

§ 10.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, w drodze uchwały, określa szczegółowy tryb działania COBIK.

§ 11.

Działalność COBIK jest finansowana ze środków Naczelnej Izby Lekarskiej oraz pozyskanych środków zewnętrznych.

§ 12.

Traci moc uchwała Nr 21/18/VIII

Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie Ośrodka Doskonalenia Zawodowego.

§ 13.

1. COBIK kontynuuje zadania realizowane dotychczas i niezakończone przez Ośrodek Doskonalenia Zawodowego powołany uchwałą, o której mowa w § 12, w zakresie wynikającym z niniejszej uchwały.

2. Do rozliczenia przyznanych na podstawie uchwały Nr 186/19/P-VIII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 5 września 2019 r. w sprawie określenia trybu działania Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Naczelnej Izby Lekarskiej oraz zasad przyznawania okręgowym izmom lekarskim dotacji do organizowanego przez nie doskonalenia zawodowego okręgowym izmom lekarskim przed dniem wejścia w życie niniejszej uchwały dotacji do organizowanego przez nie doskonalenia zawodowego stosuje się przepisy uchwały Nr 186/19/P-VIII.

3. Dotychczasowemu Kierownikowi Ośrodka Doskonalenia Zawodowego powierza się na okres IX kadencji funkcję dyrektora COBIK.

§ 14.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Grzegorz Wrona

PREZES

Łukasz Jankowski

UCHWAŁA Nr 21/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 2 września 2022 r.

**w sprawie powołania członków Rady
Naukowej Centralnego Ośrodka Badań,
Innowacji i Kształcenia Naczelnej
Izby Lekarskiej**

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) oraz § 3 ust. 4 uchwały Nr 20/22/IX dnia 2 września 2022 r. w sprawie Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia, uchwala się, co następuje:

§ 1.

Powołuje się członków Rady Naukowej Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej:

1) kol. Jarosław Biliński;

2) kol. Tomasz Imiela;

3) kol. Michał Gontkiewicz;

4) kol. Łukasz Jasek;

5) kol. Łukasz Paluch;

6) kol. Dariusz Paluszek.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

UCHWAŁA Nr 22/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 2 września 2022 r. w sprawie zmiany uchwały w sprawie zasad i trybu powoływania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej oraz regulaminu ich działania

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) i § 6 Regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 14 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej (tj. Obwieszczenie Nr 1/22/IX Prezesa NRL z dn. 18 maja 2022 r. w sprawie tekstu jednolitego uchwały nr 14 KZL z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu NRL) uchwała się, co następuje:

§ 1.

W załączniku do uchwały Nr 18/16/VII z dnia 2 września 2016 r. Zasady i tryb powoływania komisji i zespołów NRL oraz regulamin ich działania wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w § 3 ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:
„1. W skład Komisji NRL wchodzi przewodniczący oraz nie więcej niż 9 członków.
2. W skład Zespołu NRL wchodzi przewodniczący oraz nie więcej niż 4 członków.”;
- 2) § 9 otrzymuje brzmienie:
„§ 9
1. Posiedzenia komisji i zespołów NRL odbywają się za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, których dysponentem jest Naczelna Izba Lekarska, a za akceptacją Prezesa NRL w trybie stacjonarnym lub hybrydowym w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej. Jedno spotkanie komisji i zespołu NRL w roku powinno się odbyć w trybie stacjonarnym.
2. Posiedzenie stacjonarne lub hybrydowe komisji lub zespołu NRL poza siedzibą Naczelnej Izby Lekarskiej wymagają uprzedniej zgody Prezydium NRL.
3. Posiedzenia, o których mowa jest w ust. 1 i 2, odbywają się w godzinach pracy Biura Naczelnej Izby Lekarskiej.
4. Obsługę administracyjną komisji

i zespołów NRL zapewnia Biuro Naczelnej Izby Lekarskiej.”.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

UCHWAŁA Nr 23/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 2 września 2022 r. w sprawie zmiany regulaminów Ośrodków Współpracy Zagranicznej, ds. Opiniowania Sądowo-Lekarskiego, Bioetyki i Kultury i Dziedzictwa Historycznego Naczelnej Rady Lekarskiej

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

§ 1.

Przepisy:

- 1) § 6 ust. 2 uchwały Nr 25/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie Ośrodka Współpracy Zagranicznej,
 - 2) § 6 ust. 1 uchwały Nr 29/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie Ośrodka ds. Opiniowania Sądowo-Lekarskiego i Orzecznictwa,
- otrzymują następujące brzmienie:
„Rada Ośrodka pracuje zdalnie za pośrednictwem środków elektronicznego przekazu, których dysponentem jest Naczelna Izba Lekarska albo, za akceptacją Prezesa NRL, na posiedzeniach w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej w trybie stacjonarnym lub hybrydowym. Posiedzenia odbywają się w godzinach pracy Biura Naczelnej Izby Lekarskiej.”.

§ 2.

W uchwale Nr 23/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie Ośrodka Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej dodaje się § 6a o treści:

„§ 6a

Rada Ośrodka pracuje zdalnie za pośrednictwem środków elektronicznego przekazu, których dysponentem jest Naczelna Izba Lekarska albo, za akceptacją Prezesa NRL, na posiedzeniach w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej w trybie stacjonarnym lub hybrydowym. Posiedzenia odbywają się w godzinach pracy Biura Naczelnej Izby Lekarskiej.”.

§ 3.

W uchwale Nr 10/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 3 czerwca 2022 r. w sprawie Ośrodka Kultury i Dziedzictwa Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej dodaje się § 4a o treści:

„§ 4a

Rada Ośrodka pracuje zdalnie za pośrednictwem środków elektronicznego przekazu, których dysponentem jest Naczelna Izba Lekarska albo, za akceptacją Prezesa NRL, na posiedzeniach w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej w trybie stacjonarnym lub hybrydowym. Posiedzenia odbywają się w godzinach pracy Biura Naczelnej Izby Lekarskiej.”.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

UCHWAŁA Nr 24/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 2 września 2022 r. w sprawie ustalenia liczby członków Komisji Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 5 i 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168) i § 6 ust. 1 i 2 Regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 14 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej w zw. z § 4 ust. 1 Zasady i trybu powoływania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej oraz regulaminu ich działania, stanowiącego załącznik do Uchwały nr 18/16/VII z dnia 2 września 2016 roku w sprawie zasad i trybu powoływania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej oraz regulaminu ich działania uchwała się, co następuje:

§ 1.

Ustala się, że w skład Komisji Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej wchodzi przewodniczący oraz nie więcej niż 13 członków.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA Nr 25/22/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 2 września 2022 r.
w sprawie powołania członków Rady
Ośrodka Współpracy Zagranicznej**

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) oraz § 3 ust. 2 i § 6 ust. 1 uchwały Nr 25/08/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie Ośrodka Współpracy Zagranicznej, uchwala się, co następuje:

§ 1.

Powołuje się członków Rady Ośrodka Współpracy Zagranicznej w składzie:

- 1) kol. Łukasz Jasek;
- 2) kol. Anna Lella;
- 3) kol. Radosław Maksymowicz;
- 4) kol. Jarosław Markowski;
- 5) kol. Michał Matuszewski;
- 6) kol. Ewa Siewierska-Chomeniuk.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA Nr 26/22/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 2 września 2022 r.
w sprawie powołania członków Rady
Ośrodka ds. Opiniowania
Sądowo-Lekarskiego i Orzecznictwa**

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) oraz § 3 ust. 3 uchwały Nr 29/08/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie Ośrodka ds. Opiniowania Sądowo-Lekarskiego i Orzecznictwa, uchwala się, co następuje:

§ 1.

Powołuje się członków Rady Ośrodka ds. Opiniowania Sądowo-Lekarskiego i Orzecznictwa:

- 1) Tadeusz Urban;
- 2) Agnieszka Pawlik;
- 3) Wojciech Mokwa;
- 4) Kornel Krasny;
- 5) Michał Wępsięć.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA Nr 27/22/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 2 września 2022 r.
zmieniająca uchwałę w sprawie
składu, zasad działania i zadań
Komisji Stomatologicznej Naczelnej
Rady Lekarskiej**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 5 i 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r., poz. 1342) i § 6 ust. 1 Regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 14 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej (tekst jednolity obwieszczenie Nr 1/22/IX Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dn. 18 maja 2022 r. w sprawie tekstu jednolitego uchwały Nr 14 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dn. 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej) uchwala się, co następuje:

§ 1.

W § 1 uchwały Nr 4/10/VI z dnia 12 lutego 2010 r., w sprawie składu, zasad działania i zadań Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej, zmienionej uchwałą Nr 9/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 kwietnia 2014 r., uchwałą Nr 5/18/VII Naczelnej Rady Lekarskiej 31 sierpnia 2018 r., uchwałą Nr 14/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 9 listopada 2018 r., ust. 1 pkt 2 otrzymuje następujące brzmienie:
„2) przewodniczący komisji stomatologicznej okręgowej rady lekarskiej albo osoba wskazana uchwałą okręgowej rady lekarskiej”.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA Nr 28/22/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 2 września 2022 r.
w sprawie powołania Rady Ośrodka
Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej**

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

§ 1.

Powołuje się Radę Ośrodka Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej w składzie:

- 1) Mariusz Goniewicz – Przewodniczący Ośrodka;
- 2) Ryszard Golański;
- 3) Dorota Lasota;
- 4) Jakub Pawlikowski;
- 5) Jarosław Sak;
- 6) Krystyn Sosada;
- 7) Wanda Stankiewicz-Szymczak.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA Nr 29/22/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 2 września 2022 r.
w sprawie odwołania członka Rady
Fundacji Lekarze Lekarzom**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168) i 18 pkt 1 w zw. z § 19 pkt 3 lit. a Statutu Fundacji Lekarze Lekarzom, stanowiącemu załącznik do Uchwały nr 5/22/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 11 marca 2022 roku, uchwala się, co następuje:

§ 1.

W związku ze złożoną przez Mery Topolską-Kotulecką rezygnacją z pełnienia funkcji członka Rady Fundacji Lekarze Lekarzom odwołuje się w/w z funkcji członka Rady Fundacji Lekarze Lekarzom.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA Nr 30/22/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 2 września 2022 r.
w sprawie powołania Pełnomocnika
Naczelnej Rady Lekarskiej
ds. zdrowia lekarzy**

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

§ 1.

Na okres IX kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej ustanawia się kol. Magdalene Flaga-Łuczkiwicz Pełnomocnikiem Naczelnej Rady Lekarskiej ds. zdrowia lekarzy.

§ 2.

Powierza się Pełnomocnikowi Naczelnej Rady Lekarskiej ds. zdrowia lekarzy koordynację działań pełnomocników do spraw zdrowia lekarzy i lekarzy dentyistów powołanych przez okręgowe rady lekarskie oraz podejmowanie działań o charakterze ogólnopolskim oraz systemowym na rzecz poprawy stanu zdrowia lekarzy i lekarzy dentyistów.

§ 3.

W uchwale Nr 15/10/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 26 marca 2010 r. w sprawie utworzenia Biura Praw Lekarza w § 2 skreśla się pkt 5.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

UCHWAŁA Nr 31/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 2 września 2022 r. w sprawie składu Komisji ds. Egzaminów z Języka Polskiego dla Lekarzy Cudzoziemców Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342), art. 7 ust. 6a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2022 r. poz. 1731) oraz § 4 ust. 1 i 2 Zasad i trybu powoływania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej oraz regulaminu ich działania, stanowiących załącznik do uchwały Nr 18/16/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 września 2016 r. w sprawie zasad i trybu powoływania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej oraz regulaminu ich działania uchwała się, co następuje:

§ 1.

Powołuje się Komisję ds. Egzaminów z Języka Polskiego dla Lekarzy Cudzoziemców Naczelnej Rady Lekarskiej, w skład której wchodzi Przewodnicząca oraz 19 osób wskazanych poniżej:

- 1) Maria Dura;
- 2) Ryszard Golański;

- 3) Iwona Hawryłkiewicz;
- 4) Mariusz Janikowski;
- 5) Marek Jodłowski;
- 6) Zyta Kaźmierczak-Zagórska;
- 7) Wojciech Kaatz;
- 8) Małgorzata Klimza;
- 9) Elżbieta Latoszek-Banasiak;
- 10) Danuta Lesak;
- 11) Bartłomiej Matuszak;
- 12) Katarzyna Marzec;
- 13) Dariusz Paluszek;
- 14) Monika Potocka;
- 15) Marek Stankiewicz;
- 16) Jolanta Szczurko;
- 17) Piotr Artur Winciunas;
- 18) Agata Bartoszezewska;
- 19) Kamila Surmacz.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

UCHWAŁA Nr 32/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 2 września 2022 r. w sprawie powołania członków Rady Ośrodka Kultury i Dziedzictwa Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) oraz § 3 ust. 4 uchwały 10/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 3 czerwca 2022 r. w sprawie Ośrodka Kultury i Dziedzictwa Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej, uchwała się, co następuje:

§ 1.

Powołuje się członków Rady Ośrodka Kultury i Dziedzictwa Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej w składzie:

- 1) kol. Włodzimierz Cerański;
- 2) kol. Paweł Czekalski;
- 3) kol. Halina Ey-Chmielewska;
- 4) kol. Andrzej Grzybowski;
- 5) kol. Dariusz Hankiewicz;
- 6) kol. Waldemar Hładki;
- 7) kol. Bożena Hoffman-Golańska;
- 8) kol. Krzysztof Kopociński;
- 9) kol. Jerzy Lach;
- 10) kol. Joanna Maślankowska;
- 11) kol. Stanisław Mysiak;
- 12) kol. Marcin Nowiński;
- 13) kol. Krzysztof Siemianowicz;
- 14) kol. Marek Stankiewicz.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

UCHWAŁA Nr 33/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 2 września 2022 r. w sprawie składu komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 5 i 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) i § 6 ust. 1 Regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 14 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej (tj. stanowiący załącznik do Obwieszczenia Nr 1/22/IX Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 18 maja 2022 r.), uchwała się, co następuje:

§ 1.

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

- 1) Komisja Etyki Lekarskiej
Członkowie: Monika Bojarska-Łoś, Maciej Cymerys, Andrzej Kunkel, Dariusz Kutella, Anna Lella, Elżbieta Małkiewicz, Elżbieta Marcinkowska, Marzena Mazur, Artur Płachta, Marek Stankiewicz, Łukasz Szmygel, Wanda Wenglarzy-Kowalczyk, Rafał Wiśniowski;
- 2) Komisja Finansowo-Budżetowa
Członkowie: Michał Bulsa, Paweł Figarski, Paweł Grabek, Zbigniew Kijas, Grzegorz Kołodziej, Krzysztof Kordel, Dariusz Paluszek, Radosław Piwowarczyk, Tomasz Poznalski;
- 3) Komisja Kształcenia Medycznego
Członkowie: Marcin Aluchna, Stefan Antosiewicz, Katarzyna Jungiewicz-Janusz, Zyta Kaźmierczak-Zagórska, Urszula Kozińska, Konrad Małkiewicz, Marcin Nowiński, Filip Pawliczak, Rita Sharma;
- 4) Komisja ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów
Członkowie: Maria Dura, Halina Ey-Chmielewska, Zyta Kaźmierczak-Zagórska, Kazimierz Kłodziński, Elżbieta Małkiewicz, Ireneusz Mazurski, Stanisław Prywiński, Dorota Radziszewska, Elżbieta Szyszkowska-Sinica;
- 5) Komisja Organizacyjna
Członkowie: Paweł Barucha, Leszek Buk,

Michał Balsa, Mariusz Goniewicz, Piotr Kalkowski, Marcin Karolewski, Krzysztof Kordel, Mateusz Kowalczyk, Jolanta Smerkowska-Mokrzycka;

6) Komisja ds. Młodych Lekarzy

Członkowie: Patrycja Drozdek, Agata Dynkiewicz, Klaudia Gutowska, Adrianna Kaszubowska, Diana Olczyk, Rita Sharma, Kinga Szczepańska, Filip Wawrzyniak, Paweł Wojciechowski;

7) Komisja ds. Sportu

Członkowie: Ryszard Golański, Krzysztof Herman, Grzegorz Kołodziej, Jakub Kosikowski, Mariusz Malicki, Przemysław Rosak, Aleksander Skop, Maria Szuber, Jacek Tętnowski;

8) Komisja Legislacyjna

Członkowie: Leszek W. Dudziński, Agnieszka Gorgoń-Komor, Mariusz Janikowski, Marek Jodłowski, Dariusz Kutella, Ryszard Mońdział, Filip Pawliczak, Wojciech Perekitko, Tomasz Romańczyk;

9) Zespół ds. wizerunku zawodu lekarza i lekarza dentystry

Członkowie: Agata Dynkiewicz, Mateusz Szulca, Aleksandra Śremska, Mateusz Wartega;

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

Członkowie: Małgorzata Golec, Natalia Sot-Muszyńska, Piotr Artur Winciunas, Marika Wróbel;

11) Zespół ds. e-zdrowia

Członkowie: Artur Drobniak, Krzysztof Herman, Łukasz Jasek, Tomasz Zieliński.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Grzegorz Wrona

PREZES

Łukasz Jankowski

UCHWAŁA Nr 35/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 2 września 2022 r. uchylająca uchwałę w sprawie utworzenia funduszu wydawniczego Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 19 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021, poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Uchyła się uchwałę nr 15/20/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 16 października 2020 r. w sprawie utworzenia funduszu wydawniczego Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Grzegorz Wrona

PREZES

Łukasz Jankowski

UCHWAŁA Nr 37/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 2 września 2022 r. w sprawie powołania Rady Ekspertów Naczelnej Izby Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 6 i 13 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

1. Powołuje się Radę Ekspertów Naczelnej Izby Lekarskiej, zwaną dalej Radą.

2. Do zadań Rady w szczególności będzie należeć:

- przygotowywanie opinii, stanowisk i ekspertyz;
- opiniowanie aktów prawnych dotyczących odpowiednich dziedzin medycyny;
- analiza aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia;

d. przygotowywanie projektów legislacyjnych oraz aktywne wsparcie działań Prezesa NRL w zakresie inicjatywy legislacyjnej dotyczącej ochrony zdrowia;

e. współpraca z komisjami NRL w zakresie dotyczącym kształcenia podyplomowego w odpowiednich dziedzinach medycyny.

§ 2.

W skład Rady wchodzi następujące osoby:

- prof. dr hab. n. med. Ewa Barcz;
- prof. dr hab. n. med. Sławomir Chlabicz;
- prof. dr hab. n. med. Robert Gil;
- prof. dr hab. n. med. Katarzyna Grocholewicz;
- dr hab. n. med. Sebastian Kwiatkowski;
- prof. dr hab. n. med. Mariusz Lipski;
- prof. dr hab. n. med. Wojciech Lisik;
- prof. dr hab. n. med. Maciej Małecki;
- prof. dr hab. n. med. Kazimierz Niemczyk;
- prof. dr hab. n. med. Miłosz Parczewski;
- dr hab. Łukasz Paluch;
- prof. dr hab. n. med. Jacek Rożniecki;
- prof. dr hab. n. med. Jerzy Samochowiec;
- dr hab. n. med. Maciej Sikora;
- prof. dr hab. n. med. Marcin Stopa;
- prof. dr hab. n. med. Wojciech Szczeklik;
- prof. dr hab. n. med. Tomasz Szczepański;
- prof. dr hab. n. med. Cezary Szczylik;
- prof. dr hab. n. med. Jerzy Walecki;
- dr hab. n. med. Magda Wiśniewska;
- prof. dr hab. n. med. Jacek Wysocki.

§ 3.

Powierza się Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej ustalenie wszelkich zasad funkcjonowania i działania Rady i przedstawienie Naczelnej Radzie Lekarskiej do przyjęcia.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Grzegorz Wrona

PREZES

Łukasz Jankowski

ICH GŁOS ZOSTANIE W KOŃCU USŁYSZANY?

Przybrała na sile toczona przez lekarzy dentystów batalia o należne im miejsce w systemie opieki zdrowotnej.

Lucyna Krysiak Dziennikarz

Od lat stomatologia boryka się z wieloma problemami (kształcenie przed- i podyplomowe, ograniczane możliwości specjalizowania się, rażąco niskie kontrakty z NFZ), jednak – mimo wysiłków środowiska i nacisków samorządu lekarskiego – dotychczas nie udawało się ich rozwiązać.

Zdaniem lekarzy dentystów ze strony rządzących nie było woli, by podjąć z nimi merytoryczny dialog, nie było też przepisów dostosowanych do rynku usług stomatologicznych, które umożliwiłyby im zajęcie należnego miejsca w systemie opieki zdrowotnej. Taką możliwość otwiera utworzenie przez Ministerstwo Zdrowia Rady ds. rozwoju stomatologii, której przewodniczącym został lekarz dentysta Paweł Barucha, wiceprezes NRL i szef Komisji Stomatologicznej NRL.

NOWA KADENCJA, STARE WYZWANA

Utworzenie Rady ds. rozwoju stomatologii to postulat samorządu lekarskiego (spełniony przez Ministerstwo Zdrowia po rozmowach z przedstawicielami NRL) związany z koniecznością wzmocnienia głosu lekarzy dentystów w planowaniu i organizowaniu opieki stomatologicznej w Polsce na kolejne lata. Aby jednak ten głos był słyszalny, potrzebny jest dialog między środowiskiem i decydentami. – Weszliśmy w nową kadencję działalności samorządu lekarskiego, ale problemy się

nie zmieniły, o czym mogłam przekonać się, będąc przez osiem lat członkiem Komisji Stomatologicznej NRL i przewodniczącą zespołu ds. kształcenia w tej komisji – zaznacza Alicja Marczyk-Felba, wiceprezes ds. stomatologii w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej. Nadmieniam, że stanowiska w wielu istotnych sprawach dotyczących lekarzy dentystów zostały już wypracowane przez KS NRL, ale nie zdołały się przebić przez aparat administracyjny resortu zdrowia.

Utworzenie Rady ds. rozwoju stomatologii, którą będzie kierował stomatolog i, na zmianę, przedstawiciel samorządu lekarskiego, może okazać się kluczowe w rozmowach z Ministerstwem Zdrowia. – Potrafimy definiować nasze potrzeby, a skład rady pozwala mieć nadzieję, że nasze postulaty zostaną wreszcie wysłuchane, przeanalizowane, przedyskutowane, i że coś dobrego z tego wyniknie dla naszego środowiska – przekonuje Alicja Marczyk-Felba. Jednym z priorytetowych problemów wymagających rozwiązania jest zapewnienie lekarzom stomatologom dostępności do specjalizacji, tak jak ma to miejsce w przypadku lekarzy medycyny. Miejsc specjalizacyjnych, zarówno na wydziałach lekarsko-stomatologicznych uniwersytetów medycznych, jak

i w specjalistycznych praktykach lekarskich, jest zatrażająco mało. – Z innymi problemami odnośnie prowadzenia lekarzy w cyklu specjalizacyjnym borykają się kierownicy indywidualnych praktyk, a zupełnie inne problemy występują w uniwersytetach, których jednak głównym zadaniem jest szkolenie przeddyplomowe. Całościowe spojrzenie właśnie na te

różnice może przyniosłoby rozwiązanie tego nabrzmiałego problemu – tłumaczy Marczyk-Felba. Problemem jest także brak możliwości zarabkowania przez lekarza dentystę w systemie opieki zdrowotnej w sytuacji, kiedy ze względu na stan zdrowia nie może on wykonywać swojego zawodu, co już wcześniej było

przedmiotem troski członków KS NRL. – To są jedne z licznych węzłów gordyjskich, których rozwiązanie nie będzie łatwe – zastrzega Alicja Marczyk-Felba.

ZAPRAWIENI W BOJACH

W skład rady wchodzi konsultanci krajowi w różnych dziedzinach stomatologii, a także przedstawiciele Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, Narodowego Funduszu Zdrowia, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia, Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych

**Obecnie
wszystkim zależy,
aby uratować
stomatologię
i wierzę, że jakiś
kompromis uda
się wypracować.**

w Ministerstwie Zdrowia, Departamencie Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia oraz samorządu lekarskiego. – Takie gremium stwarza możliwość konfrontacji poglądów na temat problemów, które stomatologia od lat podejmuje i próbuje rozwiązać, myślę więc, że powołanie rady stanowi jakiś przełom w tym zakresie – mówi Anita Pacholec, wieloletni członek KS NRL, zajmująca się kontaktami i współpracą z NFZ, wiceprezes ORL i przewodnicząca Komisji Stomatologicznej Kujawsko-Pomorskiej OIL w Toruniu. Zaznacza, że dotychczas mimo wysiłków nie udało się powołać w strukturach decyzyjnych ośrodka, który zająłby się sprawami stomatologów. Analizując skład rady, ma jednak pewne wątpliwości, czy konsultanci krajowi oraz przedstawiciele NFZ (z racji pełnionych przez siebie funkcji) będą skłonni mieć na uwadze jednocześnie interesy swoich pracodawców i lekarzy dentystów. – Mam taką nadzieję, tym większą, że na czele rady stanął stomatolog, który będzie nadawał ton posiedzeniom – mówi Anita Pacholec. Zapewnia także, że będzie on miał wsparcie Komisji Stomatologicznej NRL, gdzie zostały wypracowane stanowiska w sprawach np. kształcenia, zawodów pomocniczych, współpracy z NFZ czy organizacji praktyk. Anita Pacholec przypomina, że wy-ceny świadczeń dentystycznych na

„ubezpieczalnię” nie podniesiono przez 12 lat, nic dziwnego więc, że lekarze dentyści rezygnują z podpisywania kontraktów na tego rodzaju usługi. – Naszych inicjatyw było wiele, ale większość z nich nie przebiła się przez aparat administracyjny rządzących. Należy mieć nadzieję, że tym razem będzie inaczej, w każdym razie światło w tunelu się zapaliło – mówi Małgorzata Lindorf, wiceprezes ORL w Łodzi i wieloletni członek Komisji Stomatologicznej NRL. Obawia się jednak, że choć stomatolodzy są zaprawieni w bojach, powołanie rady nie oznacza końca tych bitew.

POTRZEBNA DOBRA WSPÓŁPRACA

Jak zauważa Paweł Barucha, wiceprezes NRL i przewodniczący Rady ds. rozwoju stomatologii powołanej przy Ministerstwie Zdrowia, stomatologia jest obecnie usytuowana prawie w całości poza publiczną ochroną zdrowia, dlatego problemy tej grupy zawodowej powinny być rozwiązywane w ścisłej współpracy z przedstawicielami lekarzy dentystów znających realia od środka.

Wciąż nierozwiązanym problemem jest niemożność zatrudniania lekarza dentystry w indywidualnych praktykach lekarskich.

– Nawiązanie bezpośredniego dialogu organizatorów systemu z jego uczestnikami jest niezmiernie ważne i nie ukrywam, że liczę na dobrą współpracę – mówi Paweł Barucha. Wiceprezes NRL będzie przewodniczył radzie przez pierwsze pół roku. Co pół roku zamiennie na jej czele będzie stał przedstawiciel

samorządu lekarskiego lub resortu zdrowia. – Dzięki temu będziemy mieli czas, aby się solidnie i merytorycznie przygotować do rozmów i forsowania naszych opinii na interesujące nas tematy – ocenia Rafał Kielkowski, przewodniczący Komisji Stomatologicznej w Śląskiej Izbie Lekarskiej i przewodniczący zespołu ds. praktyk lekarskich KS NRL. Jego zdaniem decyzje, jakie będą zapadać na posiedzeniach rady, siłą rzeczy zobowiążą ministra zdrowia do podjęcia odpowiednich kroków, a dotychczas nie było na to szans.

Po każdym posiedzeniu rady pozostanie jakiś ślad w postaci podjętych i uzgodnionych z jej członkami stanowisk, co ma szansę przełożyć się na konkretne działania. A spraw do rozwiązania jest wiele, nie tylko wciąż przytaczane



Stomatologia jest obecnie usytuowana prawie w całości poza publiczną ochroną zdrowia, dlatego problemy tej grupy zawodowej powinny być rozwiązywane w ścisłej współpracy z przedstawicielami lekarzy dentystów znających realia od środka.

sztandarowe specjalizacje czy rażąco niskie kontrakty z NFZ, ale równie ważne dla praktyk lekarskich tematy związane z ewidencją śmieci, sprawozdawczością w radiologii stomatologicznej czy funkcjonowaniem praktyk lekarskich w kontekście działań sanepidu. – Obciążenia biurokratyczne z tym związane obarczają lekarzy dentystów, szczególnie w praktykach indywidualnych, i odbierają im czas, który mogliby poświęcić pacjentom – tłumaczy Rafał Kielkowski.

Wciąż nierozwiązanym problemem jest niemożność zatrudniania lekarza dentysty w indywidualnych praktykach lekarskich. W sytuacji, kiedy lekarz dentysta zachoruje, wymaga zabiegu operacyjnego lub długotrwałej rehabilitacji, musi zamknąć gabinet, przez co nie zarabia oraz traci pacjentów, którzy przenoszą się do innych praktyk. Od lat środowisko próbuje przeforsować przepisy umożliwiające zatrudnienie drugiego lekarza dentysty w indywidualnej praktyce, choćby na czas jego absencji chorobowej. – Powstałaby też zastępowalność pokoleń w tych praktykach, np. dziecko lekarza dentysty, które także zostało

stomatologiem, nie musiałoby zakładać własnej działalności gospodarczej, instalować kasy fiskalnej i ponosić kosztów z tym związanych, tylko przejąłoby praktykę po ojcu czy matce – tłumaczy Rafał Kielkowski. Uważa też, że rodzinne praktyki lekarskie w stomatologii to byłby prawdziwy przełom i podkreśla, że nie ma rzeczy niemożliwych. Kilka z nich udało się stomatologom przeforsować w poprzedniej kadencji, np. wycofanie amalgamatu ze świadczeń gwarantowanych przez NFZ czy redukcja rtęci w środowisku.

TAK ŹŁE JESZCZE NIE BYŁO

Polska stomatologia znalazła się w zaपाści. Problemy sygnalizowane przez lekarzy dentystów nawarstwiały się latami i pogłębiły przez pandemię COVID-19. Publiczny sektor usług stomatologicznych, głównie dziecięcy, praktycznie przestał istnieć, a prywatne praktyki ledwo wiążą koniec z końcem. Paweł Barucha mówi, że tak źle jeszcze nie było, dlatego powołanie Rady ds. rozwoju stomatologii przy Ministerstwie Zdrowia to ostatnia szansa na uratowanie tej specjalności medycznej zarówno dla rządzących, jak i środowiska lekarzy dentystów. Zastrzega

jednak, że podniesienie się z kryzysu będzie wymagało dobrej woli i zmiany sposobu myślenia obu stron. Zaznacza także, że jako przewodniczący rady będzie się posługiwać zapleczem Komisji Stomatologicznej NRL w postaci komisji ds. praktyk lekarskich, kontraktów z NFZ czy kształcenia przed- i podyplomowego, licząc jednak na wypracowanie przez nie nowych koncepcji rozwiązywania problemów, którymi się zajmują.

– W końcu po raz pierwszy powstała grupa, która ma zająć się sprawami stomatologii na szczelu Ministerstwa Zdrowia, co dobrze rokuje. Tym lepiej, że konsultanci krajowi także nie są zadowoleni z obecnej sytuacji i chcą zmian. Obecnie wszystkim zależy, aby uratować stomatologię i wierzę, że jakiś kompromis uda się wypracować – mówi Paweł Barucha i dodaje, że za zmianami musi pójść wzrost nakładów finansowych na stomatologię. 1,83 proc. z całego budżetu przeznaczanego na ochronę zdrowia to zdecydowanie za mało. Uważa też, że należy przestać zajmować się wycenami poszczególnych punktów, ale całością, wówczas podział pieniędzy będzie racjonalny i trafią one tam, gdzie jest taka potrzeba. ■■■

Pod znakiem cyfryzacji

Pod koniec września odbyła się w Łodzi 30. jubileuszowa edycja Środkowoeuropejskiej Wystawy Produktów Stomatologicznych CEDE. Najmocniejszym punktem imprezy było cyfrowe Forum Be Digital – nowy projekt edukacyjny, którego zadaniem jest wspieranie cyfryzacji polskiej stomatologii.

Lucyna Krysiak Dziennikarz

To odpowiedź na zainteresowanie lekarzy dentystów i personelu pomocniczego technologiami cyfrowymi znajdującymi coraz szersze zastosowanie w codziennej praktyce – m.in. skanerami wewnątrzustnymi i laboratoryjnymi, programami do obróbki danych, urządzeniami do frezowania i druku 3D.

NADĄŻYĆ ZA NOWOCZESNOŚCIĄ

Jak przekonują organizatorzy CEDE, dziś już nie należy się zastanawiać, czy cyfryzacja w stomatologii jest potrzebna, ale jak się rzetelnie przygotować do jej wdrażania. Jej zastosowanie wymaga od lekarzy dentystów oraz personelu pomocniczego nowych kompetencji. Są one niezbędne nie tylko w przypadku wprowadzania w praktykach dentystycznych nowatorskich rozwiązań technologicznych opartych na cyfryzacji, ale wykorzystania danych i ich analizy w aspekcie zarówno diagnostyki, jak i relacji z pacjentami. Zdaniem ekspertów zaangażowanych w projekt Be Digital, cyfryzacja gabinetu i pracowni techniki dentystycznej pomaga m.in. budować konkurencyjność, poprawiać organizację pracy i zarządzanie, pozwala też optymalizować koszty. Prof. Stanisław Majewski z Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie, protetyk z długoletnim doświadczeniem, uważa, że cyfryzacja ma ogromny potencjał, wprowadza stomatologię na wyższy poziom rozwoju. Wlicza też, że stwarza ona ogromne możliwości np. w implantologii, która dzięki cyfryzacji stała się metodą znajdującą powszechne zastosowanie w leczeniu protetycznym, i obarczona jest zdecydowanie mniejszą



liczbą powikłań. Zastrzega jednak, że nowoczesne technologie oparte na cyfryzacji wymagają od lekarza dentysty i technika dentystycznego, który z nim współpracuje, odpowiednich kwalifikacji, co stanowi wyzwanie dla środowiska. – Myślę, że wraz z rozwojem tej dziedziny powinien powstać nowoczesny system edukacji dostosowany do potrzeb lekarzy dentystów, techników dentystycznych i rynku – mówi prof. Stanisław Majewski.

W tegorocznej edycji CEDE wzięli udział stomatolodzy, technicy dentystyczni, higienistki i asystentki oraz 136 wystawców.

W ramach Forum Be Digital odbyła się sesja pt. „Stomatologia cyfrowa na uczelniach medycznych: rzeczywistość i wyzwanie”, której przewodniczyła prof. Teresa Sierpińska, krajowa konsultant w dziedzinie protetyki, autorka opracowania pt. „Stomatologia cyfrowa”. W publikacji tej ekspertka podkreśla, że technologie cyfrowe w rękach doświadczonego lekarza dentysty z pewnością ułatwią osiągnięcie doskonałych wyników leczenia z pożytkiem dla pacjentów. Zaznacza jednak, że nie są panaceum i że „to są ciągle wyłącznie narzędzia”. Dodaje także, że zawsze trzeba poszukiwać nowych środków i rozwiązań w dążeniu do osiągnięcia sukcesu terapeutycznego.

BIAŁA KSIĘGA

Forum Be Digital jeszcze przez rok po zakończeniu CEDE będzie organizować cykliczne, stacjonarne debaty na temat cyfryzacji w stomatologii, tworzyć platformę internetową oraz umożliwiać weryfikowanie zdobytej wiedzy. Ma też powstać raport, w postaci tzw. białej książki, oceniający stan postępującego procesu cyfryzacji. Raport ma zawierać rzetelny opis sytuacji bieżącej oraz zbiór zadań niezbędnych do realizacji w przyszłości. Jego autorami będą lekarze dentyści, technicy, przedstawiciele uczelni i szkół, producenci cyfrowych rozwiązań. Treść tego opracowania będzie m.in. dotyczyć relacji pomiędzy lekarzami a technikami, zawierać wskazówki niezbędne do tworzenia nowoczesnej edukacji (nie tylko na poziomie uczelni medycznych), analizy biznesowych trendów, odniesienia do krajowej gospodarki i przykładów z zagranicy w celu porównania technologii.

PANDEMIA

JEST INACZEJ

Wirus SARS-CoV-2 jest obecny wśród nas, ale nie budzi przerażenia tak jak wcześniej. Pandemia jednak trwa, a konsekwencje przechorowania COVID-19 mogą być znacznie bardziej poważne niż się wydawało. Czy to cisza przed burzą?

Mariusz Tomczak Dziennikarz

Od niedawna kwestie związane z pandemią są obecne w debacie publicznej trochę częściej niż jeszcze kilka tygodni temu, ale nie jest to najważniejszy temat w mediach, także tych związanych z ochroną zdrowia.

BIESIADNICZY ZWYCZĘYLI

Tymczasem u naszych zachodnich sąsiadów w sierpniu rozpoczęła się burzliwa dyskusja o skali obostrzeń planowanych na nadchodzący okres jesienno-zimowy. Niemiecki minister zdrowia forsował m.in. wprowadzenie ich do ustawy o ochronie przed zakażeniami, apelując do sumień posłów Bundestagu. Nie stanęło to na przeszkodzie, by mimo utrzymujących się stosunkowo wysokich wskaźników zakażeń SARS-CoV-2 w tym kraju i zaniepokojenia wyrażanego przez część ekspertów, w drugiej połowie września w Monachium rozpoczął się Oktoberfest. Ten gigantyczny festyn gromadzi kilka milionów uczestników z kilkudziesięciu krajów świata i został zaplanowany na 2,5 tygodnia bez jakichś specjalnych środków ostrożności, za to – jak zawsze – z gigantyczną ilością piwa. Oktoberfest nie odbył się dwukrotnie z powodu pandemii COVID-19, a w XIX w. dwa razy przez epidemię cholery. To dość znamienne.

DECYZYJNE SPRZECZNOŚCI

Spoglądając na ostatnie ponad dwa lata, jak na dłoni widać, że w wielu krajach podjęcie do walki z pandemią bywa pełne sprzeczności, zarówno w zakresie podejmowanych działań, jak i w obszarze komunikacji władz ze społeczeństwem. Z jednej strony, w imię ochrony życia i zdrowia

”

**Kobiety częściej
niż mężczyźni
doświadczają
long covid.**

obywateli, część państw narzuca swoją wolę i wprowadza restrykcje, nierzadko znacznie bardziej drakońskie niż możemy to sobie wyobrazić w Polsce. Z drugiej strony dopuszcza się dziesiątki, jak nie setki legislacyjnych wyjątków, choć często trudno znaleźć dla nich zdroworozsądkowe uzasadnienie. Poza tym przymyka się oko na obchodzenie restrykcji przez władze, a zmiana pandemicznych przepisów nierzadko spada jak grom z jasnego nieba. Analiza sytuacji w wielu krajach dostarcza licznych dowodów na niespójność deklaracji z podejmowanymi działaniami.

EMOCJONALNY ROLLERCOASTER

– Świat nigdy nie był w lepszej pozycji, aby zakończyć pandemię COVID-19 – powiedział w połowie września dyrektor generalny Światowej Organizacji Zdrowia Tedros Ghebreyesus, dodając, że jej kres jest „w zasięgu wzroku”. Od siebie dodam, że te słowa jednak nie oznaczają, że ryzyko pojawienia się kolejnych wariantów wirusa SARS-CoV-2, nawet bardziej zjadliwych od

tych dotychczas poznanych, odeszło do lamusa, że na pewno nie doświadczymy kolejnych fal zakażeń, a liczba zgonów covidowych musi spadać albo ustabilizować się na obecnym poziomie. Może tak być, i oby tak się stało, ale nie ma pewności, że nie nastąpi powtórka sprzed roku czy dwóch. Z epidemicznego punktu widzenia nadchodzący okres jesienno-zimowy, a przynajmniej jego część, może stanowić emocjonalny rollercoaster. Przyszłość jest przecież nieznana. Warto o tym pamiętać, słuchając telewizyjnych ekspertów.

DRUGA DAWKA PRZYPOMINAJĄCA

Słowa szefa WHO zbiegły się w czasie z rozpoczęciem szczepień czwartą dawką (drugą przypominającą) przeciw COVID-19 w Polsce. Możliwość przyjęcia jej mają wszystkie osoby w wieku 12+, jeśli tylko pierwszą przypominającą dawkę otrzymały przynajmniej trzy miesiące wcześniej. Od 16 września szczepienie jest wykonywane preparatami przeciwko wariantom Omikron BA.1 lub BA.4/5. Ministerstwo Zdrowia na swojej stronie internetowej poinformowało, że te szczepionki w blisko 90 proc. przypadków chronią przed ciężkim przebiegiem choroby COVID-19 lub hospitalizacją. – Dane wskazują, że szczepionka oparta na wariantcie BA.1 zwiększa odporność przed łagodnym przebiegiem COVID-19 do 91 proc., a szczepionka przygotowana pod BA.4 – do 96 proc. W przypadku ochrony przed ciężką chorobą efektywność tych szczepionek jest jeszcze wyższa, a różnica w ich skuteczności wynosi tylko 1 proc. – mówi prof. Agnieszka Szuster-Ciesielska z Katedry Wirusologii i Immunologii

Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Dodaje, że nie ma większego znaczenia, którą wersję zaktualizowanej szczepionki dostaniemy, bo najważniejsze jest po prostu przyjęcie dawki przypominającej. O tym, którą z nich otrzyma pacjent, przekonamy się w punkcie szczepień. Zdecyduje dostępność preparatu.

ODCZYNY NIEPOŻĄDANE

Zmiany w szczepionce wynikają z ewolucji wirusa. – Jej nowa odmiana jest bardziej specyficzna dla wariantu Omikron i skuteczniej przed nim chroni – tłumaczy prof. Robert Flisiak, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, dodając, że wiek powinien stanowić podstawowe kryterium decydujące o kolejności przyjęcia czwartej dawki. A czy podanie drugiej dawki przypominającej jest bezpieczne? Jak wskazuje NIZP-PZH, po drugiej dawce przypominającej szczepionek Comirnaty i Spikevax obserwowano profil bezpieczeństwa podobny do tego po podaniu wcześniejszych dawek i nie odnotowano nowych odczynów niepożądanych. Nihil novi, można by rzec. Od dłuższego czasu niektórzy eksperci głoszą opinie, że nowe szczepionki mogą pojawiać się każdego roku. Gdyby do tego doszło, to uzasadnione może okazać się przyjmowanie dawki przypominającej corocznie, zwłaszcza przez osoby z grup o podwyższonym ryzyku zachorowania na COVID-19 i ciężkim przebiegu tej choroby.

NOWE OBLCZE EPIDEMII?

To już trzecia jesień, w czasie której polski rząd staje się obiektem krytyki za podejście do walki z pandemią. Z apelem o to, by zapobiec „kolejnej tragedii” zdrowotnej,

Fakty vs opinie

Warto oddzielać fakty od opinii, a rzeczywistość od prognoz. To takie oczywiste, ale nie zawsze stosowane. Wprawdzie nie da się przewidzieć sytuacji epidemicznej, z którą będziemy mieli do czynienia za kilka tygodni czy miesięcy, ale nie sposób zakwestionować tego, że wiarygodnych informacji o skali epidemii i o jej możliwym przebiegu dostarcza diagnostyka. W obliczu rezygnacji polskich władz z masowego testowania, co nastąpiło kilka miesięcy temu, trudno oszacować liczbę zakażeń wirusem SARS-CoV-2 w naszym kraju. To prowadzi do wniosku, że dane podawane przez Ministerstwo Zdrowia nie odpowiadają rzeczywistej skali infekcji.

ekonomicznej i społecznej, która „może nastąpić tej jesieni”, już pod koniec sierpnia zwrócił się Zespół doradczy ds. COVID-19 przy Prezesie PAN. Naukowcy podkreślili potrzebę stosowania wszelkich dostępnych środków (szczepienia, testowanie, leki, maseczki, dystans, dezynfekcja) w celu ograniczenia liczby zakażeń w kolejnych tygodniach. „Epidemia COVID-19 i wirus SARS-CoV-2 nie zniknęły, ale zmieniły swoje oblicze. Musimy adaptować się do tych zmian. Karygodne wydaje się udawanie, że problem zniknął oraz iluzja, że «jakoś to będzie». Racjonalna strategia powinna opierać się na prawdopodobnych scenariuszach rozwoju sytuacji. Powinna ona również uwzględniać potrzeby osób słabszych” – napisano w stanowisku. I w tym miejscu, przymamniej w mojej głowie, rodzi

się fundamentalne pytanie: czy ta strategia powinna wynikać z prawdopodobnych scenariuszy, jak wskazał zespół, czy raczej z tych, których prawdopodobieństwo wystąpienia jest największe w świetle dostępnej wiedzy? To nie żonglerka semantyczna czy „czepianie się słówek”. Choć na pierwszy rzut oka jedno i drugie podejście brzmi podobnie, to po głębszym zastanowieniu widać, że to nie to samo. Stoją za nimi inne wizje, z czym wiąże się zgoła odmienny zakres przygotowań i zupełnie inna pula środków finansowych, które trzeba by wygospodarować, aby te strategie wcielić w życie.

ZBICIE TERMOMETRU NIE POMAGA

O tym, że dane liczbowe przekazywane przez resort zdrowia nie ukazują prawdziwego obrazu pandemii, od dawna mówią osoby aktywnie przyglądające się jej przebiegowi. W ostatnich tygodniach wielokrotnie alarmował w tej sprawie m.in. dr Paweł Grzesiowski, ekspert Naczelnej Rady Lekarskiej ds. zagrożeń epidemicznych. Nie ma jednak jednomyślności, jak bardzo oficjalne dane mijają się z prawdą. Zdaniem prof. Michała Witta, dyrektora Instytutu Genetyki Człowieka PAN w Poznaniu, obecnie naukowcy nie mają narzędzi, by monitorować przebieg pandemii, obserwować, jak wirus mutuje i z jakim wariantem obecnie mamy do czynienia. – Zbicie termometru nie oznacza, że pacjent nie ma już gorączki. Brak wiarygodnych i pełnych danych cofa nas do wiedzy z początku pandemii, gdzie skazani byliśmy na pełne radosnej improwizacji działania „z dnia na dzień” – mówi szef IGCz PAN. To nie jedyny głos domagający się stworzenia powszechnego, dobrze zorganizowanego systemu testowania.

OMICRON

SARS-CoV-2 Coronavirus Variant

B.1.1.529

TO NIE POWÓD DO ŻARTÓW

O tym, że z COVID-19 nie ma żartów, a trwająca od ok. 2,5 roku pandemia nie jest wymagowanym zjawiskiem, świadczy m.in. stan pacjentów trafiających do szpitala MSWiA w Głucholazach (woj. opolskie). Wielu z nich ma poważne zmiany w płucach, w tym nawet ci, którzy łagodnie przeszli chorobę. Prawdziwym wyzwaniem dla personelu są pacjenci z komplikacjami natury kardio-pulmonologicznej połączonymi z dolegliwościami neurologicznymi albo tacy, u których objawy z zakresu psychiatrii łączą się z problemami narządów ruchu. Nierzadko to osoby w średnim wieku, które po „złapaniu” koronawirusa nie są w stanie wrócić do pracy. Ba, mają poważne problemy nawet w codziennym życiu.

POTRZEBY WIĘKSZE OD MOŻLIWOŚCI

Niedawno zapadła decyzja, że prowadzony w głucholazkiej placówce pilotażowy program rehabilitacji chorych po przejściu COVID-19 zostanie przedłużony do końca br. To dobra informacja dla pacjentów. Do połowy września z programu skorzystało ok. 3 tys. osób, a do grudnia ta liczba zwiększy się do 3,5 tys. Niewiele, ale szpital broni się, że jego możliwości pozwalają na jednoczesne przyjęcie ograniczonej liczby pacjentów na 2-6-tygodniowy turnus. To tylko 120 osób, choć chętnych nie brakuje. Niezwykle istotny aspekt działania tego programu stanowi powiększająca się baza wiedzy o chorobie, której pojawienie się i rozpowszechnienie zmieniło funkcjonowanie świata w wielu aspektach. Także świata medycyny. Wiedza o tym, jakie są objawy long covid i jak długo się utrzymują, jest ważna dla organizatorów systemów opieki zdrowotnej, bo pozwala stworzyć wsparcie dedykowane dla tej grupy pacjentów.

FOTO: SHUTTERSTOCK.COM



Skutki i koszty

Badanie przeprowadzone przez Centers for Disease Control and Prevention udowodniło, że w ciągu roku po pierwszym zakażeniu SARS-CoV-2, jedna na cztery osoby w wieku 65+ miała przynajmniej jeden epizod z long covid, a wśród młodszych dotknął on co piątą osobę. Sporo, choć wyraźnie mniej. Z kolei z raportu Impact Economics and Policy wynika, że w Australii ekonomiczne koszty long covid sięgają równowartości 3,6 mld dolarów rocznie. Ile traci Polska, biorąc pod uwagę fakt, że jest nas kilkanaście milionów więcej niż mieszkańców Australii, nie wiadomo, ale wcześniej czy później podobne szacunki pewnie pojawią się też u nas.

PLEĆ MA ZNACZENIE

- W Unii Europejskiej co najmniej 17 mln osób mogło doświadczyć objawów long covid w czasie pierwszych dwóch lat pandemii - powiedział Hans Kluge, dyrektor regionalny WHO na Europę, powołując się na badanie zlecone przez tę organizację. Wyniki szybko obiegły media. Kobiety częściej niż mężczyźni doświadczają long covid, a zatem kolejny raz okazuje się, że w medycynie płeć ma znaczenie. Ryzyko rośnie, i to znacząco, jeśli objawy infekcji są ciężkie i wymagające hospitalizacji. Szacuje się, że 10-20 proc. osób po przechorowaniu zmaga się ze średnio- i długoterminowymi objawami takimi jak zmęczenie, duszność czy zaburzenia funkcji poznawczych. To nie pierwsze niepokojące wyniki badań naukowych wskazujące na to, że system ochrony zdrowia będzie się borykał ze skutkami pandemii nawet wtedy, gdy WHO ją odwoła, a liczba nowych zakażeń spadnie choćby do zera.

PONAD 200 OBJAWÓW

Z long covid powiązano już ponad 200 objawów, zwłaszcza układu nerwowego, oddechowego i krwionośnego, które części pacjentów uprzykrzają życie długo po przebytej infekcji. Wielu lekarzy nie kryje zaskoczenia tym, że pocovidowe zaburzenia zdarzają się tak często, trwają tak długo i są bardzo zróżnicowane. Chyba nikt nie podejrzewał tego w marcu 2020 r., gdy „pacjent zero” pojawił się w Polsce. - Nie docenialiśmy skali problemu. Myśleliśmy, że to będą pojedyncze przypadki - mówi

dr Michał Chudzik, kardiolog, inicjator programu stop-covid.pl. Na razie naukowcy nie mają zbyt dobrych wieści. Badanie przeprowadzone wśród ozdrowieńców z USA, którego wyniki opublikowano w „Nature Medicine”, wskazało, że long covid przytrafia się także osobom zaszczepionym. To oczywiście nie powód, by się nie szczepić, ale bez wątplenia nadzieje i oczekiwania związane z rozpoczęciem masowego programu szczepień były ogromne, zarówno w środowisku medycznym, jak i wśród reszty społeczeństwa.

DŁUG SŁONO KOSZTUJE

Ostatnio okazało się, że w budżecie NFZ za 2021 r. zostało aż 10,4 mld zł. W ocenie resortu zdrowia największy wpływ na to miały wyższe wpływy ze składki zdrowotnej i niepełne wykonanie planu świadczeń opieki zdrowotnej z powodu ograniczenia działalności szpitali w trakcie pandemii. Paradoksalnie koronawirus przyczynił się, jakkolwiek zaskakująco to zabrzmiało, do wypracowania zysku netto przez publicznego płatnika. W rzeczywistości nie ma się z czego cieszyć, bo obywatelom przyjdzie słono za to zapłacić. Dług zdrowotny urósł i nadal rośnie. To, że w poprzednich miesiącach część oddziałów zamknięto, odwoływano planowe zabiegi i wizyty, a wielu lekarzy skierowano do opieki nad pacjentami covidowymi, nie pozostało bez wpływu na stan zdrowia wielu obywateli. Zaniedbań czy opóźnień nie da się nadrobić, a część podejmowanych obecnie działań pociąga za sobą konieczność poniesienia większych wydatków. Szkoda, że zysk w kasie NFZ to liczba w Excelu niemająca nic wspólnego z poprawą sytuacji zdrowotnej Polek i Polaków, a zgonów nadmiarowych nic nie cofnie.

ZAGADKA

Niestety nie zawsze doniesienia z zagranicy śledzi się z dużą wnikliwością i regularnością, a tym bardziej rzadko wgłębia się w przepisy wprowadzane przez inne kraje. Prowadzi to czasami do wydawania pochopnych wniosków i uznawania za wzór krajów, które być może nimi są, ale tylko do czasu, gdy rządzący nie dokonają jakiejś wolty. Zakładając, że wirus SARS-CoV-2 zostanie z nami jeszcze przez pewien czas, już teraz można przyjmować zakłady, które państwa zasługują na miano liderów w zakresie prowadzenia najmniej spójnej polityki walki z COVID-19. W pierwszych tygodniach 2022 r. wybór nie był taki oczywisty. A jak będzie tym razem?

DOSKONALENIE ZAWODOWE

Praca W POZ

Z *Jackiem Bujko*, specjalistą medycyny rodzinnej i wiceprezesem Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie, rozmawia Lucyna Krysiak.



”

**Na to
zderzenie
lekarze
nie są
przygotowani.**

Skąd wziął się pomysł, by zorganizować cały cykl szkoleń na temat medycyny rodzinnej przez Ośrodek Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej?

Jako specjalista medycyny rodzinnej od dawna pasjonuję się nauczaniem tej dyscypliny medycznej. Głównie skupiam się na nauczaniu początkowym obejmującym pierwsze kilka miesięcy, kiedy lekarze kończą wydział lekarski, zaczynają staż podyplomowy i muszą skonfrontować wiedzę zdobytą na studiach z realiami przychodni czy szpitala. Okazuje się wówczas, że są zagubieni, niepewni, ponieważ czują się nieprzygotowani do pracy w zawodzie, przede wszystkim w podstawowej opiece zdrowotnej. Liczba godzin z medycyny rodzinnej na studiach lekarskich jest bardzo skąpa i mało

wnosząca do praktyki lekarskiej. Świeżo upieczeni lekarze poszukują więc szkoleń o treściach wprowadzających, podstawowych, przygotowawczych. Jest na nie duże zapotrzebowanie.

Czego lekarze, nie tylko ci rozpoczynający swoją karierę zawodową, nie wiedzą o medycynie rodzinnej, a powinni?

Przede wszystkim nie uświadamiają sobie, że medycyna rodzinna to jest zupełnie inny świat niż medycyna szpitalna czy wysokospecjalistyczna. Lekarze mają do czynienia z innymi przypadkami tych samych chorób, mają one różne historie i objawy, przez co wymagają innych sposobów leczenia. To, co nam lekarzom bardzo często umyka, to fakt, że naucza-

nie studentów jest oparte na medycynie szpitalnej. Wychodzimy z uczelni z bagażem wiedzy, która nie jest kompatybilna z wiedzą potrzebną w podstawowej opiece zdrowotnej. I na to zderzenie lekarze nie są przygotowani.

Czyli lekarz rodzinny to taki medyczny omnibus?

Jest takie powiedzenie, że w medycynie szpitalnej czy wysokospecjalistycznej pacjenci się zmieniają, a choroby są te same, a w medycynie rodzinnej to choroby się zmieniają, a pacjenci są ci sami. Pod opieką lekarza POZ pacjent pozostaje przez wiele lat, często od dziecka, przez dorastanie, starzenie się i wiek późny. W szpitalu opieka nad pacjentem trwa kilka dni. Lekarz rodzinny ma więc kompleksowy i stały nadzór nad pacjentem. Określenie „lekarz pierwszego kontaktu” ma swoje głębsze znaczenie. Pacjent zwraca się do niego z każdą dolegliwością i oczekuje pomocy. Ta różnorodność przypadków wymaga od niego rozległej wiedzy, głównie na poziomie podstawowym, ale często wykraczającej poza ten poziom. Ta różnorodność stanowi dla młodych lekarzy, rozpoczynających pracę w zawodzie, największą trudność.

W pracy lekarza rodzinnego charakterystyczna jest powtarzalność przypadków, a jednocześnie pojawiają się przypadki rzadkie, z nietypowym przebiegiem i też musi on sobie w takich sytuacjach poradzić, zanim pojawią się typowe objawy. W każdej z tych sytuacji, oprócz wiedzy i praktyki, potrzebna jest czujność. Wyjątkowym narzędziem w rękach lekarza rodzinnego jest to, że zna pacjenta i dzięki temu może właściwie i w odpowiednim momencie reagować na jego dolegliwości. Tego podejścia chcemy uczyć lekarzy także na naszych szkoleniach.

Jak, pana zdaniem, lokalne spojrzenie przekłada się na sprawy szkoleń lekarzy i lekarzy dentyków oraz ich zakres tematyczny na szczecinie Naczelnej Izby Lekarskiej?

W izbie okręgowej szkolenia dla lekarzy i lekarzy dentyków są organizowane w mniejszych grupach, wymagają bezpośredniego uczestnictwa w zajęciach i bardziej skupiają się na praktycznej stronie zagadnienia. Szkolenia organizowane przez Ośrodek Kształcenia NIL, działający obecnie w nowo utworzonej strukturze COBiK, mają zdecydowanie szerszy zasięg i bardziej uniwersalny charakter. Widzę tu ogromne pole do współpracy pomiędzy izbami okręgowymi i NIL.

Przesuwanie granic dostarczania leków

Inżynierowie z University of California w San Diego (USA) opracowali mikroskopijne roboty, które mogą pływać w płucach, dostarczać leki i służyć do leczenia zagrażających życiu przypadków bakteryjnego zapalenia płuc. U myszy mikroroboty bezpiecznie eliminowały bakterie powodujące zapalenie płuc i zapewniały 100 proc. przeżywalności. Wyniki badań opublikowano 22 września w „Nature Materials”.

Mikroroboty zbudowane są z komórek alg, których powierzchnie nakrapia się nanocząsteczkami wypełnionymi antybiotykami. Głony zapewniają ruch, który umożliwia mikrorobotom pływanie i walkę z bakteriami bezpośrednio w płucach. Nanocząstki z antybiotykami są zbudowane z maleńkich biodegradowalnych kulek polimerowych, pokrytych błonami komórkowymi neutrofilów, które są rodzajem białych krwinek. Cechą szczególną tych błon jest zdolność absorbowania i neutralizowania cząsteczek zapalnych wytwarzanych

przez bakterie i układ odpornościowy organizmu. Dzięki temu mikroroboty mogą redukować szkodliwe stany zapalne, co z kolei sprawia, że są bardziej skuteczne w zwalczaniu infekcji płuc.

Praca jest wspólnym wysiłkiem laboratoriów dwóch profesorów nanoinżynierii: Josepha Wanga (światowy lider w dziedzinie badań mikro- i nanorobotyki) oraz Liangfanga Zhanga (światowy lider w opracowywaniu nanocząstek naśladujących komórki do leczenia infekcji i chorób). To pionierzy w tworzeniu maleńkich robotów dostarczających leki, które można bezpiecznie stosować u zwierząt do leczenia infekcji bakteryjnych w żołądku i krwi. Leczenie bakteryjnych infekcji płuc to nowość w ich pracy.

Zespół wykorzystał mikroroboty do leczenia myszy z ostrą i potencjalnie śmiertelną postacią zapalenia płuc wywołanego przez bakterię *Pseudomonas aeruginosa*, która często dotyka pacjentów poddawanych wentylacji mechanicznej w oddziałach

intensywnej terapii. Naukowcy wprowadzili mikroroboty do płuc myszy przez rurkę umieszczoną w tchawicy. Infekcje całkowicie ustąpiły po tygodniu. Wszystkie myszy traktowane mikrorobotami przeżyły ponad 30 dni, podczas gdy myszy nieleczone zmarły w ciągu trzech dni.

Leczenie mikrorobotami było również skuteczniejsze niż dożylna wstrzyknięcie antybiotyków do krwiobiegu. Dożylna aplikacja wymagała dawki antybiotyków 3000 razy większej niż ta z zastosowaniem mikrorobota (dawka mikrorobotów: 500 nanogramów antybiotyków na mysz – wstrzyknięcie dożylna: 1,644 miligramów). – Wyniki te pokazują, w jaki sposób ukierunkowane dostarczanie leków w połączeniu z aktywnym ruchem mikroalg poprawia skuteczność terapeutyczną – komentuje prof. Wang.

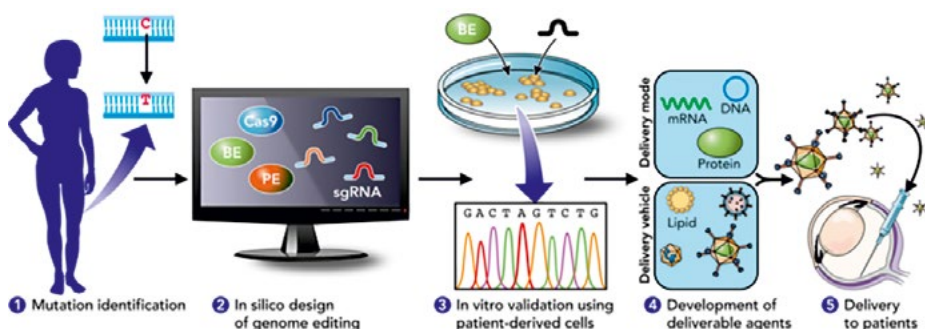
– Granice w obszarze ukierunkowanego dostarczania leków przesuwamy dalej – podsumował prof. Zhang.

Źródło: sciencedaily.com

Potencjał precyzyjnej edycji genomu w leczeniu dziedzicznych chorób siatkówki

Amerykańscy naukowcy wyjaśniają, w jaki sposób precyzyjne środki do edycji genomu umożliwiły precyzyjną korektę genów i leczenie w dziedzicznych chorobach siatkówki (IRD). Wyniki badania „Precision genome editing in the eye” opublikowano w czasopiśmie „Proceedings of the National Academy of Sciences”.

Badacze z University of California w Irvine (USA) przedstawili obecne sukcesy przedkliniczne i kliniczne metody edycji genomu w leczeniu dziedzicznych chorób siatkówki. Podkreślają, że istnieje duża nadzieja, iż edycja genów in vivo stanie się przyszłym paradygmatem leczenia IRD. Obecnie nie ma skutecznych metod terapii tych wyniszczających chorób, które często prowadzą do ślepoty. Dziedziczne choroby siatkówki (IRD) to genetycznie niejednorodna grupa zaburzeń ślepoty charakteryzująca się postępującą degeneracją fotoreceptorów oraz nabłonka barwnikowego siatkówki (RPE).



Zaburzenia te dotyczą ok. 1 na 3000 osób na całym świecie i mają ogromny wpływ na jakość życia pacjentów. – Technologie edycji genomu to doskonałe podejście do wykrywania przyczyn zaburzeń genetycznych – wyjaśnia dr Krzysztof Palczewski, profesor okulistyki Donald Bren w UCI School of

Medicine i autor badania. – Medycyna precyzyjna dla IRD ma obiecujące perspektywy, ponieważ konsekwentnie prowadzi do rozwoju narzędzi terapeutycznych ukierunkowanych na indywidualne dla pacjenta mutacje genetyczne – wyjaśnia Palczewski.

Źródło: eurekalert.org

NAUKA W PIGUŁCE

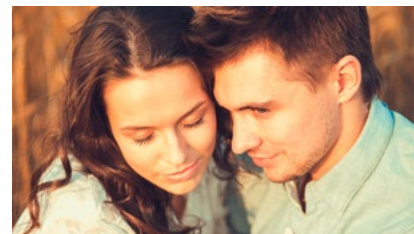
Opieka paliatywna w Kanadzie

Według nowych badań w CMAJ (Canadian Medical Association Journal) pacjenci z przewlekłą niewydolnością serca, którzy otrzymali domową opiekę paliatywną, rzadziej umierali w szpitalu. Badanie CMAJ obejmowało 245 osób z przewlekłą niewydolnością serca i prowadzone było w latach 2013-2019. Pacjenci zostali objęci modelem opieki opartej na współpracy angażującej specjalistów różnych dziedzin medycyny. W drugiej grupie były 1172 osoby, które otrzymały zwykłą pomoc. Średnia wieku wynosiła 88 lat, 55 proc. stanowiły kobiety. Okazało się, że zastosowanie modelu opartego na współpracy, obejmujące-

go świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej, kardiologów i specjalistów opieki paliatywnej, przekładało się na mniejszą liczbę wizyt w oddziale ratunkowym, mniejszą liczbę przyjęć do szpitala i na intensywną terapię oraz mniejsze prawdopodobieństwo zgonu w szpitalu (41 proc. v. 78 proc.; w latach 2010-2015 75 proc. osób umierało w szpitalu). Położono nacisk na wcześniejsze planowanie opieki, domowe leczenie niewydolności serca, znormalizowane protokoły opieki klinicznej, edukację pacjentów, rodzin i klinicystów, a także współpracę pomiędzy pracownikami ochrony zdrowia.

Źródło: eurekaalert.org

Związki udane, choć asekualne



Wiele osób z niewielkim lub zerowym pociągiem seksualnym jest w długotrwałych, satysfakcjonujących, romantycznych związkach. Nowe badania z Michigan State University wykazały, że pomimo słabego pociągu seksualnego lub jego braku, składniki, które przyczyniają się do udanego związku między osobami asekualnymi, są praktycznie takie same jak te w jakimkolwiek innym związku.

Badanie, opublikowane w „Frontiers in Psychology”, jest jednym z największych badań dotyczących związków osób asekualnych, jakie kiedykolwiek przeprowadzono, i jednym, w którym zbadano, co gwarantuje zaangażowanie i długowieczność w związkach. Objęło ono próbę 485 osób, które zidentyfikowały się jako osoby asekualne i są obecnie w romantycznym związku. To jedno z niewielu badań, które pozwoliły ludziom na samoidentyfikację z jakąkolwiek etykietą spektrum asekualnego.

Długoletnia teoria, która przewiduje, kto zerwie, a kto pozostanie w związkach, zwana Modelem Inwestycyjnym, mówi, że ludzie pozostają razem, jeśli są szczęśliwi i zadowoleni, jeśli zainwestowali w związek czas i energię i jeśli nie mają żadnych innych opcji. Wiele teorii głosi, że seks jest centralną częścią romantycznych związków, co nie pozostawia miejsca na związki asekualne.

- Odkryliśmy, że te same elementy przepowiadają sukces w związkach asekualnych, więc nie są one dziwne, dziwaczne, gorsze ani wcale nie różnią się od związków osób nieasekualnych - wyjaśnia William Chopik, profesor nadzwyczajny na wydziale psychologii MSU, współautor badania. - Mamy nadzieję, że to destygmatyzuje relacje osób asekualnych, które są - jak dowiodły badania - tak samo satysfakcjonujące i powszechne jak związki osób nieasekualnych - podkreśla badacz.

Źródło: science.com

Mechanizmy leżące u podstaw zaburzeń świadomości

W ramach Human Brain Project (HBP), pod kierownictwem naukowców z Uniwersytetu w Liège (Belgia), zbadano nowe techniki, które mogą pomóc w rozróżnieniu dwóch różnych stanów neurologicznych u pacjentów z ciężkim uszkodzeniem mózgu lub w śpiączce. Wyniki zostały opublikowane w czasopiśmie „eLife”.

Jednym z największych wyzwań w dziedzinie neurologii i intensywnej opieki medycznej jest prawidłowa diagnoza stanu świadomości pacjenta w śpiączce z powodu ciężkiego uszkodzenia mózgu. Naukowcy z Human Brain Project (HBP) - międzynarodowego projektu skupiającego ponad 500 naukowców, którego celem jest głębsze zrozumienie złożonej struktury i funkcji ludzkiego mózgu poprzez unikalne interdyscyplinarne podejście na styku neuronauki i technologii - badają nowe techniki, które mogą pomóc odróżnić dwa różne schorzenia neurologiczne.

Zespół z Uniwersytetu w Liège (Jednostka Badawcza Świadomości GIGA, Coma Science Group, Wydział Medycyny) i Szpitala Uniwersyteckiego w Liège (Belgia), Universitat Pompeu Fabra (Hiszpania), Vrije Universiteit Amsterdam (Holandia), ocenili

stany funkcjonalnych sieci mózgowych jako markery świadomości w celu potencjalnego rozróżnienia między pacjentami z zespołami niereagującego czuwania (UWS) i stanem minimalnej świadomości (MCS).

Badanie objęło 34 zdrowych pacjentów z grupy kontrolnej, 30 pacjentów o minimalnej przytomności i 14 niereagujących przytomnych pacjentów. Pacjenci zostali wysłani z całej Europy do Coma Science Group oraz Szpitala Uniwersyteckiego w Liège, by uzyskać dwie opinie.

- Zaobserwowaliśmy, że w porównaniu ze stanem minimalnej świadomości pacjenci z zespołem niereagującego czuwania wykazywali mniejszą aktywność w sieciach funkcjonalnych, zmniejszoną metastabilność (stan stabilnej łączności funkcjonalnej różny od naturalnego stanu stacjonarnego) i zwiększone sprzężenie łączności funkcjonalnej z ramą strukturalną - wyjaśnia Aurore Thibaut z GIGA Consciousness and Coma Science Group. - To nowe podejście ujawniło również sieć mózgu, która najbardziej odróżnia stany nieświadome i świadome - sieć obejmującą regiony podkorowe i obszary kory czołowo-skroniowo-ciemienniczej - informuje.

Źródło: science.com

CO Z NO-FAULT?

Trzy dni, kilkaset debat, spośród których część wiąże się z ochroną zdrowia. Ciekawe poglądy i nowe wizje, różnice zdań i merytoryczne spory, ale czasami też dyskusje niewnoszące nic nowego do debaty publicznej.

Mariusz Tomczak Dziennikarz

Ponad 5 tys. uczestników z różnych krajów, w tym premierzy Polski i Czech, wielu parlamentarzystów i ministrów z kraju i zagranicy, przedstawiciele świata nauki i środowiska lekarskiego, w tym prezesi NRL (obecny i poprzedni), eksperci związani z ochroną zdrowia, dyrektorzy szpitali, kilkaset dziennikarzy... Długo jeszcze można by wyliczać uczestników XXXI Forum Ekonomicznego w Karpaczu (6-8 września). W tym roku, jak pochwalili się organizatorzy, było ich najwięcej od trzech dekad.

FORUM OCHRONY ZDROWIA

Wymiana opinii i argumentów o sprawach związanych z ochroną zdrowia i medycyną odbywała się przede wszystkim w ramach Forum Ochrony Zdrowia, które od pewnego czasu jest nieodłączną częścią Forum Ekonomicznego. Ale rozmowy o zdrowiu i chorobie oraz medykach i medycynie wychodziły poza ramy Forum Ochrony Zdrowia, choć pewnie wielu uczestników nie zdaje sobie z tego sprawy. Być może dlatego, że agenda wydarzenia ma objętość niejednej książki, a przebrnięcie przez program niemiłosiernie się dłuży. Debaty z udziałem przedstawicieli osób związanych z ochroną zdrowia i poświęcone pracy przedstawicieli zawodów medycznych toczyły się od rana do wieczora także w ramach różnych ścieżek tematycznych czy w studiach prowadzonych przez ogólnopolskie media. Trudno je wszystkie zliczyć, a wzięcie udziału w każdej z nich było

niemożliwe, bo często toczyły się równolegle. Z jednej strony to wada, ale z drugiej ogromna zaleta, bo niemal o każdej porze można było trafić na panel dyskusyjny w jakis sposób powiązany z ochroną zdrowia.

POLITYKA, ZDROWIE, EKONOMIA

Podobno najbardziej wartościowe dyskusje są wtedy, gdy angażuje się w nie grono osób reprezentujących różne społeczności, instytucje, organizacje i urzędy. Na argumenty ścierają się wówczas osoby z różnymi punktami widzenia i zgoła odmienną perspektywą. W trakcie wielu paneli dyskusyjnych poświęconych teraźniejszości i przyszłości systemu ochrony zdrowia w Polsce nie uciekano od spraw politycznych i kwestii gospodarczych. I słusznie, ponieważ polityka, ekonomia i ochrona

zdrowia mają ze sobą znacznie więcej wspólnego niż się na pierwszy rzut oka wydaje, a próba ich oddzielania jest skazana na porażkę. Współczesne państwa starają się te obszary godzić ze sobą, co oczywiście wy-

chodzi z różnym skutkiem, choć w dalszym ciągu sporo polityków, ekonomistów i medyków utrzymuje, że da się między nimi wybudować wysoki mur i działać zupełnie niezależnie, bez zwracania uwagi na wzajemne uwarunkowania.

USTAWA O JAKOŚCI

W trakcie Forum Ochrony Zdrowia ze strony decydentów padają różne zapowiedzi i deklaracje. Tak było i w tym roku. Minister

**Kogo
minister
zdrowia miał
na myśli?**

Dziesiątki tematów

O czym jeszcze dyskutowano w trakcie tegorocznego Forum Ekonomicznego? O dotychczasowych sukcesach związanych z informatyzacją ochrony zdrowia, bo wbrew kłóliwym głosom pesymistów ich nie brakuje, ale również o wyzwaniach i trudnościach, z którymi podczas wprowadzania e-zmian zmagają się medycy i pacjenci, a których część osób nie dostrzega lub je bagatelizuje. O tym, czy system kształcenia i szkolenia nadąża za postępem wiedzy i rozwojem technologii w medycynie, a także jakie to niesie wyzwania w codziennej pracy lekarzy i dziesiątkach (tak, dziesiątkach!) innych zagadnień. Wiele z tych dyskusji, a być może nawet większość, nie została jeszcze nigdzie omówiona czy zrelacjonowana. Mimo to jestem pewien, że w kolejnych miesiącach echo licznych debat i sporów dotrze szerzej do opinii publicznej. Zadbają o to lekarze, których w Karpaczu nie brakowało, pacjenci, których było znacznie więcej niż medyków, i decydenci, którzy swoje i cudze pomysły wprowadzają w życie (albo i nie).

zdrowia Adam Niedzielski poinformował o przyjęciu projektu ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta przez Stały Komitet Rady Ministrów (czyli organ pomocniczy rady i szefa rządu), przekonując, że nowa regulacja nie będzie wydmuszką. Przewidziane w nim rozwiązania, wzorowane na systemie no-fault, nie zwolnią lekarzy z odpowiedzialności, ale przyspieszą uzyskiwanie odszkodowań przez pacjentów. – Kodyfikujemy obszar do tej pory w ogóle nieuregulowany. Wprowadzamy nadzwyczajne złagodzenie kary, o ile jest zgłoszony incydent, zanim zostanie wszczęte postępowanie – podkreślił minister Adam Niedzielski. Dodał, że z punktu widzenia pacjenta najważniejsze jest to, że za błąd lekarski nie będzie musiał dochodzić odszkodowania przez 10 lat albo i więcej, bo dzięki „szybkiej procedurze” otrzyma je „bardzo szybko”. Minister nie krył podekscytowania z przyjęcia projektu ustawy, ale przyznał, że ma świadomość, iż nie każdemu się spodoba. Czy miał na myśli samorząd lekarski i stojących za nim tysiące lekarzy i lekarzy dentystów? Myślę, że tak.

Kongres „Zdrowie Polaków” 2022



W dniach 17-18 października w podwarszawskich Kajetanach (możliwość uczestnictwa online) odbędzie się 4. Kongres „Zdrowie Polaków”. Tradycyjnie „Gazeta Lekarska” została patronem medialnym tego wydarzenia.

Hasłem przewodnim tegorocznej edycji spotkania jest „Profilaktyka zdrowotna i innowacyjne rozwiązania w ochronie zdrowia”. - Celem będzie pokazanie współczesnych możliwości medycyny oraz budowanie postaw prozdrowotnych poprzez wdrażanie różnorodnych programów profilaktycznych. Ważne miejsce w dyskusji zajmie także prezentowanie różnych strategii działania instytucji państwowych, samorządowych, naukowych, klinicznych oraz grup ekspertów, organizacji pacjentów, które miały, mają, a w szczególności będą miały wpływ na kondycję naszego społeczeństwa - wyjaśnia prof. Henryk Skarżyński, przewodniczący rady programowej kongresu. Udział w tym wydarzeniu to również szansa, by pokazać na arenie krajowej osiągnięcia naukowe i medyczne, nowe rozwiązania organizacyjne i edukacyjne. W ramach kongresu odbędzie się wiele debat i paneli dyskusyjnych. Program uzupełnią specjalistyczne wykłady konsultantów krajowych w kilkudziesięciu dziedzinach medycyny i wybitnych autorytetów. O swojej działalności opowiedzą też przedstawiciele organizacji pacjentów i innych instytucji pozarządowych. Kongres jest wspólną inicjatywą Komitetu Nauk Klinicznych PAN, Rady Głównej Instytutów Badawczych, Fundacji „Po Pierwsze Zdrowie”, Światowego Centrum Słuchu i Instytutu Narządów Zmysłów.

Więcej informacji na www.kongres-zdrowiepolakow.pl.



4. KONGRES ZDROWIE POLAKÓW

DEBATY I PANELE HYBRYDOWE

REKLAMA

LEKARSKIE TOWARZYSTWA NAUKOWE



Kluczem JEST PREWENCJA

Z prof. *Filipem Marcinem Szymańskim*, prezesem Polskiego Towarzystwa Chorób Cywilizacyjnych, rozmawia Lucyna Krysiak.

GL Choroby cywilizacyjne to dość obszerne pojęcie. Co się za nim kryje?

Wszystkie schorzenia związane z szeroko rozumianym stylem życia. Są one najczęściej spowodowane brakiem aktywności fizycznej, niezdrowym odżywianiem, nadmiernym spożywaniem alkoholu, stosowaniem substancji psychoaktywnych czy paleniem tytoniu. Częstość występowania chorób cywilizacyjnych jest ściśle skorelowana z rozwojem cywilizacyjnym, rosnącym uprzemysłowieniem, zanieczyszczeniem środowiska i wydłużającą się średnią życia społeczeństwa. Najczęstsze z nich to choroby układu krążenia oraz układu oddechowego, nowotwory, otyłość, cukrzyca, schorzenia psychiatryczne.

Choroby związane ze stylem życia wpływają na aktywność zawodową i koszty opieki zdrowotnej. Kluczowe znaczenie może mieć więc profilaktyka pierwotna i identyfikacja ich wczesnych objawów. Prognozuje się, że jeśli ludzie nie zmienią swoich wyborów dotyczących stylu życia, to z czasem będą się one nasilać. Dlatego tak ważna jest edukacja dotycząca profilaktyki.

GL Według raportu GUS z 2020 r. choroby cywilizacyjne są przyczyną nawet 65 proc. wszystkich zgonów w naszym kraju.

To prawda. Co więcej, szacuje się, że w związku z rosnącym uprzemysłowieniem, wydłużeniem średniej długości życia oraz narażeniem na zanieczyszczenie środowiska częstość ich występowania i wpływ na śmiertelność będą wzrastać. W przypadku chorób cywilizacyjnych najistotniejszym elementem terapii jest prewencja pierwotna, dlatego działania profilaktyczne są przedmiotem zainteresowania lekarzy wielu specjalności, np. internistów, kardiologów, diabetologów, psychiatrów czy pulmonologów. Nie ma specjalizacji, która wykluczałaby zajmowanie się zdrowiem w aspekcie cywilizacyjnym.

GL W jakim stopniu do statystyk GUS przyczyniła się pandemia COVID-19?

W czasie trwania pandemii system opieki zdrowotnej zmienił się z uwagi na konieczność przestawienia się na opiekę nad chorymi z COVID-19 i zapobieganie rozprzestrzenianiu się wirusa. Odsetek rutynowych, osobistych wizyt lekarskich w przypadku chorób przewlekłych gwałtownie spadł na rzecz teleporad i różnego rodzaju konsultacji telemedycznych, które wcześniej nie były szeroko stosowane. Zmieniły się także częstość i rodzaj wykonywanych procedur medycznych, zwłaszcza elektrownych, takich jak diagnostyka nieinwazyjna czy planowe zabiegi chirurgiczne. Wiele z planowych badań i hospitalizacji zostało przełożonych lub

nie odbyło się wcale. Spowodowało to powstanie ogromnego długu zdrowotnego, który przełożył się na pogorszenie zdrowia wielu grup pacjentów, zwłaszcza chorych powyżej 60. r.ż. i obciążonych wysokim ryzykiem np. z powodu chorób przewlekłych.

Pacjenci w tym czasie nie tylko rzadziej zgłaszali się do lekarza i byli gorzej leczeni, ale też w związku z długotrwałym lockdownem stali się mniej aktywni fizycznie, a przez to narażeni na przyrost masy ciała i konsekwencje z tym związane, takie jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze czy hipercholesterolemia. Niestety odczuwamy je do dziś, obserwując w oddziałach zmianę profilu hospitalizowanych, często bardziej obciążonych tymi chorobami lub w bardziej zaawansowanych stanach. Będziemy również obserwować inne niż przed pandemią statystyki dotyczące zgonów, zarówno w aspekcie ich przyczyn, jak i demografii.

GL Czy zamiana wielu szpitali w placówki covidowe była błędem?

Prawdą jest, że ograniczenie dostępności nie-covidowych łóżek szpitalnych w okresie pandemii było jedną z przyczyn wspomnianych ograniczeń. Nie można jednak jednoznacznie powiedzieć, że zamiana wielu szpitali w placówki covidowe była błędem. Zławsza lekarze pracujący w trakcie pierwszej fali zachorowań zdają sobie sprawę, jak trudny był to okres i ile decyzji podejmowanych było pod presją czasu i stale zmieniającej się sytuacji epidemiologicznej. Uważam, że obecnie powinniśmy starać się przede wszystkim zniwelować długotrwałe konsekwencje pandemii, a nie skupiać na ustaleniu ich licznych przyczyn.

GL Ma pan na myśli nieoptymalne leczenie chorób cywilizacyjnych?

Tak. Z perspektywy kardiologa mogę powiedzieć, że nieoptymalne leczenie np. chorób układu sercowo-naczyniowego jest problemem od wielu lat, zresztą nie tylko w Polsce. Abstrahując nawet od zbyt późnego ich rozpoznawania, również pacjenci z postawioną diagnozą często otrzymują nieoptymalne leczenie. Na przykład istotny odsetek osób przyjmujących leki hipotensyjne nie osiąga docelowych wartości ciśnienia tętniczego, a liczni pacjenci leczeni lekami hipolipemizującymi mają nieprawidłowe stężenie cholesterolu we krwi. Spowodowane jest to z jednej strony niedostateczną liczbą wizyt kontrolnych i niewystarczającym nadzorem medycznym nad leczeniem przewlekłym, z drugiej jednak, niestety, zdarzającą się opieszałością części lekarzy w intensyfikacji leczenia. Ten

trend nie dotyczy tylko chorób układu sercowo-naczyniowego. Te same problemy zgłaszają diabetolodzy czy pulmonolodzy. Optymalna kontrola cukrzycy, zmniejszenie ryzyka zaostrzeń przewlekłej obturacyjnej choroby płuc czy astmy w ogromnej mierze wpływa na długotrwałe rokowanie pacjentów. Wszystkie choroby cywilizacyjne do prawidłowej kontroli wymagają wczesnego rozpoznania i optymalnego leczenia.



Mamy nadzieję, że uda się nam wpływać na zachowania zdrowotne Polaków.

GL Czy w obecnej sytuacji, kiedy grozi nam kolejna fala zakażeń koronawirusem, spłacanie długu zdrowotnego jest możliwe?

Po części tak, chociaż w obliczu nadchodzącego sezonu infekcyjnego należy koncentrować się na niepowielaniu istniejących zaniedbań. Całkowite zniwelowanie skutków pandemii wymaga czasu i gruntownych zmian. Jesteśmy mądrzejsi o doświadczenia ostatnich lat. Zmieniło się podejście do organizacji w ochronie zdrowia, a przede wszystkim dysponujemy skutecznymi metodami immunoprofilaktyki COVID-19. Co więcej, dowody naukowe pokazały, że skuteczne leczenie chorób przewlekłych, w tym chorób cywilizacyjnych jak cukrzyca czy nadciśnienie tętnicze, przekłada się na poprawę rokowania u pacjentów z COVID-19. Tuż przed sezonem jesienno-zimowym należy zatem szczególnie zadbać o skuteczną diagnostykę i optymalne leczenie pacjentów z chorobami przewlekłymi, bo to istotnie przyczyni się do częściowego spłacenia, a przynajmniej nie pogłębiania długu zdrowotnego.

GL Redukcja tego długu jest jednak ściśle powiązana także z profilaktyką, a w Polsce ona praktycznie nie istnieje.

Obecnie realizowanych jest już kilka programów prewencyjnych mających na celu zniwelowanie skutków pandemii oraz wyselekcjonowanie pacjentów wysokiego ryzyka na wczesnym etapie choroby. Przykładem jest program „Profilaktyka 40 Plus”, którego celem jest ocena organizacji i efektywności

objęcia świadczeniobiorców od 40. r.ż. profilaktyczną diagnostyką w zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych. Realizowane są już także lub powstają nowe programy ogólnokrajowe finansowane ze środków publicznych oraz przez przedsiębiorców. Niemniej jednak podstawą profilaktyki zawsze pozostaje edukacja skierowana zarówno do pacjentów, jak również do lekarzy. Polskie Towarzystwo Chorób Cywilizacyjnych aktywnie angażuje się w akcje profilaktyczne i planuje dalsze działania w tym zakresie.

GL PTChC powstało niedawno, jaki był cel jego powołania?

Utworzono je z potrzeby propagowania interdyscyplinarności w medycynie. Przez lata pracy w szpitalu wielospecjalistycznym oraz dzięki licznym stażom i wyjazdom zagranicą miałem okazję obserwować, jak ważna jest współpraca między lekarzami różnych specjalności, a także jakie szkody przynosi jej brak. Obecnie nie ma możliwości skutecznego leczenia pacjentów np. z miażdżycą, cukrzycą, przewlekłą niewydolnością nerek czy depresją bez wielokierunkowego, wielospecjalistycznego podejścia. Nasi chorzy, zwłaszcza ci wysokiego ryzyka czy w wieku podeszłym, najczęściej dotknięci są wieloma schorzeniami, a występujące choroby znacząco zaostrzają przebieg innych. Zjawisko to w kontekście narastającego obciążenia chorobami cywilizacyjnymi będzie narastać. Nasze towarzystwo ma przede wszystkim angażować się w profilaktykę i zwalczanie chorób cywilizacyjnych oraz promocję w tym zakresie, stając się platformą wymiany wiedzy i doświadczeń lekarzy różnych specjalności, w tym kardiologów, diabetologów, internistów, psychiatrów, pulmonologów i wielu innych.

GL Czy jest szansa, aby z tematem chorób cywilizacyjnych przebić się do szerszego gremium i zachęcić Polaków do aktywnego uczestnictwa w spłacaniu długu zdrowotnego?

Od początku działalności staramy się właśnie to czynić. Członkowie towarzystwa to eksperci z wielu dziedzin. Dzięki interdyscyplinarnej współpracy mają możliwość promowania idei nowoczesnej diagnostyki i leczenia chorób cywilizacyjnych wśród lekarzy różnych specjalności, studentów kierunków medycznych, członków towarzystw naukowych i rządzących. Idee PTChC staramy się także promować w mediach. Niemniej jednak, jak w przypadku wszystkich szeroko zakrojonych akcji edukacyjnych, wymaga to lat pracy i wysiłku wielu osób i instytucji. Mamy jednak nadzieję, że uda się nam wpływać na zachowania zdrowotne Polaków. ■■■

TO NASZ WSPÓLNY PROBLEM

Jeśień jest dla dzieci i młodzieży czasem powrotu do szkoły. Dla niektórych z nich to ogromny stres, który nasila gromadzące się napięcia i potęguje problemy psychiczne. Nie bez powodu to okres, w którym wzrasta liczba wizyt w dziecięcych poradniach zdrowia psychicznego i hospitalizacji w oddziałach psychiatrycznych.



Lidia Sulikowska
Dziennikarz

Problem ten był szeroko omawiany podczas konferencji zorganizowanej tuż przed rozpoczęciem roku szkolnego przez Fundację „Nie Widać Po Mnie”. Spotkanie odbyło się w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie.

NIEWYSTARCZAJĄCE MOŻLIWOŚCI

Dlaczego wraz z końcem wakacji nasilają się u nieletnich problemy psychiczne? Jak tłumaczy dr Anna Kaźmierczak-Mytkowska, psycholog kliniczna z Kliniki i Oddziału Psychiatrii Wieku Rozwojowego WUM, dziecko, wracając do szkoły, wraca jednocześnie do sytuacji ekspozycji na kontakty z osobami, które być może go odrzucają, izolują. Bywa, że nawet staje się ofiarą przemocy. Jest też narażone na potencjalną porażkę na polu edukacyjnym, a co za tym idzie – na niezadowolenie i rozczarowanie ze strony swoich rodziców.

Jak można przeciwdziałać tej sytuacji? Uczestniczący w debacie eksperci podkreślali, że trzeba w tym newralgicznym momencie okazać uwagę i wsparcie, a także, gdy jest taka potrzeba, udać się po pomoc do profesjonalisty. Wszystko po to, aby nie doprowadzić do nasilenia się problemów do tego stopnia, gdy niezbędna jest już

”

Obecnie w Polsce jest mniej niż pół tysiąca specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży.

wysokospecjalistyczna pomoc udzielana w oddziale psychiatrycznym. Aby tak się zadziało, muszą współpracować rodzice, szkoła, ale musi też być dostęp do podstawowej pomocy psychologicznej. Jeśli na tym etapie pacjent nie zostanie zaopiekowany, to z dużym prawdopodobieństwem w przyszłości będzie potrzebował opieki w oddziale psychiatrii dzieci i młodzieży. Oddział, który niestety w polskich realiach jest przepełniony, pracuje w nim przemęczona kadra i często nie ma godnych warunków do rekonwalescencji. Obecnie w Polsce jest mniej niż pół tysiąca specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży.

Prezes NRL Łukasz Jankowski przywołuje statystyki wskazujące, że w tym roku już sześciu specjalistów tej dziedziny medycyny pobrało zaświadczenia potrzebne do pracy za granicą. Podkreśla, że specjaliści alarmują o często skrajnie trudnych warunkach pracy, ale nie tylko ze względu na specyfikę dziedziny, a głównie przez organizację systemu i frustrację związaną z jego funkcjonowaniem.

– Psychiatria dzieci i młodzieży w Polsce jest w zapaści. Słowa, którymi najczęściej się ją opisuje, to: fiasko, katastrofa, dramat. Oddziały psychiatryczne są przepełnione, a leczenie dzieci utrudnione przez brak wystarczającej ilości dobrze wykwalifikowanej kadry. Kryzys się pogłębia – alarmuje Urszula Szybowicz, prezes Fundacji „Nie Widać Po Mnie”.

Prof. Agnieszka Słopeń, konsultant krajowa w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży, mówi, że na przyjęcie planowe w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu trzeba czekać około roku. Z kolei przyjęcia planowe do Oddziału Psychiatrii Wieku Rozwojowego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego są możliwe tylko w wakacje, bo jak przyznaje kierownik tej jednostki, specjalista psychiatrii dziecięcej prof.



Tomasz Wolańczyk, to jedyny czas, kiedy jest nieco mniejsze obciążenie niż w ciągu pozostałych miesięcy w roku.

DO PRZODU, ALE WOLNIEJ, NIŻ ZAKŁADANO

Szacuje się, że w Polsce może być ponad 400 tys. dzieci, które wymagają pomocy psychiatrycznej. Aby jak najmniej z nich musiało szukać wsparcia w oddziale psychiatrycznym, trzeba odpowiednio wcześniej zareagować. Ma temu służyć reforma w systemie ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, która zakłada przede wszystkim wzmocnienie opieki przedszpitalnej (utworzenie trzech poziomów referencyjnych). Pierwszy poziom opieki to sieć ośrodków środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży z kadrą psychologów, psychoterapeutów i terapeutów środowiskowych, gdzie pomoc można znaleźć na wczesnym etapie pojawiających się problemów. Docelowo taka placówka ma istnieć w każdym powiecie lub grupie powiatów. Drugi poziom to centra zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży (z lekarzem psychiatrą na pokładzie), a dopiero trzeci to ośrodki wyspecjalizowanej całodobowej opieki psychiatrycznej. Taka struktura ma zapewnić niezbędną pomoc przy jak najlepszym wykorzystaniu obecnych kadr. Wszystko po to, aby móc szybko reagować na pojawiające się problemy psychiczne dzieci i młodzieży i nie czekać, aż sytuacja rozwinie się do stanu zagrożenia życia pacjenta. Pierwsze ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej (I poziom referencyjny) rozpoczęły

działalność w kwietniu 2020 r. Niestety wdrażanie reformy zbiegło się z wybuchem pandemii COVID-19, więc proces ten został mocno przyhamowany. Pandemia, a wraz z nią wprowadzane nauczanie zdalne, stres związany z pojawieniem się niebezpiecznego wirusa czy wreszcie obostrzenia zmieniły rzeczywistość, w której dzieciom trudno było się odnaleźć. Ta sytuacja nasiliła jeszcze problemy psychiczne u wielu z nich, co spowodowało pojawienie się dodatkowych pacjentów w i tak już obciążonym

– Dużo mówi się, że na pierwszym miejscu należy stawiać na profilaktykę zdrowotną. Tymczasem silna psychiatria dziecięca de facto jest profilaktyką zaburzeń, z którymi stykamy się potem w gabinetach wielu specjalistów – podkreślał prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski podczas konferencji zorganizowanej w NIL przez Fundację „Nie Widać Po Mnie”. Prezes NRL podkreślał też m.in. ogromną rolę koordynacji działań wewnątrz systemu opieki zdrowotnej, jak również poza nim, co jest niezbędne, by pomóc dzieciom zmagającym się z problemami psychicznymi. – Psychiatria nie jest samotną wyspą. Jest ważnym elementem systemu ochrony zdrowia. Wiedzą o tym dzisiaj najlepiej m.in. specjaliści pediatrii, do których trafiają dzieci, na przykład po próbie samobójczej – mówił Łukasz Jankowski.

systemie, a w takiej sytuacji reformowanie go jest jeszcze trudniejsze. Pozytywne jest to, że mimo trudności proces wdrażania zmian postępuje.

Dr Aleksandra Lewandowska, konsultant krajowa w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, podkreśla, że nikt nie ma wątpliwości co do słuszności założeń samej reformy polegającej na przesunięciu ciężaru z opieki stacjonarnej w stronę opieki środowiskowej. Trudno się nie zgodzić z tym poglądem, w końcu nie ma potrzeby, aby lekarz psychiatra musiał być pierwszą linią pomocy. Aleksandra Lewandowska przyznaje jednak, że musimy poczekać kilka lat, aby zobaczyć pełne efekty tej reformy, choć zaznacza, że pierwsze jej efekty już są widoczne. Podkreśla, że mimo wzrostu zapotrzebowania na pomoc w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży po wybuchu pandemii system się nie załamał dzięki temu, że już funkcjonują w nim ośrodki I poziomu referencyjnego. Teraz trwa kontraktowanie placówek pozostałych poziomów referencyjności i łączenie wszystkich we wspólnie działającą sieć. Ważne jest też, aby wzajemna współpraca i wymiana informacji zafunkcjonowały nie tylko pomiędzy wszystkimi trzema poziomami referencyjnymi, ale także międzyśrodkowo. Chodzi m.in. o pedagogów szkolnych, psychologów szkolnych, powiatowe centra pomocy rodzinie, gminne ośrodki pomocy społecznej. Bez tego nie da się pomóc np. dziecku, którego problemy wynikają z faktu, że mieszka w siedem osób w jednym pokoju z leżącą po udarze babcią i nadużywającym alkoholu ojcem.

WSPOMNIENIE

Prof. Władysław Nasitowski

(1925-2022)

Paweł Guce Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego w Katowicach
Jacek Miarka Przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego w Warszawie

Postać wybitna, a jednocześnie niezwykle skromna. Prof. Władysław Nasitowski był nestorem śląskiej medycyny, jednym z najwybitniejszych specjalistów medycyny sądowej, wykształcił wiele pokoleń lekarzy i prawników.

Władysław Wojciech Nasitowski urodził się 8 kwietnia 1925 r. w Sosnowcu. Jego ojciec, Antoni, był lekarzem pediatrą i działaczem społecznym pochodzącym z Podlasia, a matka Maria (z domu Grzeszczak) – nauczycielką pochodzącą z Warszawy. Jego brat Wiesław został chirurgiem, pionierem kombustologii w Polsce i profesorem w Instytucie Hematologii w Warszawie.

NESTOR ŚLĄSKIEJ MEDYCYNY

Władysław Nasitowski w czasie II wojny światowej był członkiem Armii Krajowej (ps. Spytek).

Po studiach medycznych w Poznaniu podjął pracę w Zakładzie Anatomii Patologicznej Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. Od 1950 r. prowadził zajęcia dydaktyczne z patomorfologii, a od 1953 r. z medycyny sądowej. Ponadto przez 15 lat wykładał etykę dla lekarzy i prawników. Był wieloletnim kierownikiem Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. W 1980 r. został wybrany na dziekana Wydziału Lekarskiego w Katowicach, czynnie uczestniczył w organizacji Solidarności na szczeblu uczelni. W kwietniu 1982 r. podał się do dymisji ze stanowiska dziekana w proteście przeciwko represjom stanu wojennego. Wydawał ekspertyzy mające znaczenie polityczne, miały one związek z podaniem przyczyn śmierci górników z KWK „Wujek” oraz w związku ze śmiercią księdza Jerzego Popiełuszki.

Prof. zw. dr hab. n. med. Władysław Nasitowski, doktor honoris causa Śląskiego

Uniwersytetu Medycznego, to postać wybitna, a jednocześnie niezwykle skromna. Był nestorem śląskiej medycyny, jednym z najwybitniejszych specjalistów medycyny sądowej, wykształcił wiele pokoleń lekarzy i prawników. Był promotorem licznych prac doktorskich, opiekunem habilitacji oraz recenzentem wniosków do tytułu profesora. Oprócz pracy dydaktycznej prowadził też badania naukowe, które zrewolucjonizowały diagnostykę oraz ocenę sądowo-lekarską urazów czaszkowo-mózgowych, toksykologii alkoholu, zatruc lekami, narkomanii, zatruc przemysłowych i zasad opiniowania sądowo-lekarskiego. Był również autorem i współautorem 140 artykułów naukowych oraz kilku podręczników i monografii. W 2019 r. za działalność naukową ukazującą wysokie wartości moralne i wnoszącą trwały wkład w kulturę Górnego Śląska został uhonorowany prestiżową nagrodą „Lux ex Silesia”.

SERCE DLA SAMORZĄDU

Od momentu odrodzenia samorządu lekarskiego w 1989 r., prof. Nasitowski był jego entuzjastą, związanym ze Śląską Izbą Lekarską. Jako wybitny znawca zagadnień z zakresu etyki i deontologii lekarskiej przez sześć kadencji był członkiem Okręgowego Sądu Lekarskiego w Katowicach, z czego przez 12 lat jego przewodniczącym. W latach 1993-1997 pełnił funkcję przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego w Warszawie. Wybór nie mógł być trafniejszy, ponieważ to właśnie on współtworzył Kodeks Etyki Lekarskiej, poświadczając całym swoim życiem zawodowym słuszność jego treści.

SPRAWIEDLIWOŚĆ I PRYZWOITOŚĆ

Nie należał do sędziów zamkniętych w czterech ścianach gabinetu. Mocno związany ze środowiskiem lekarskim



**Żegnaj Profesorze,
 żegnaj Władysławie, nasz
 Przyjacielu i Nauczycielu,
 będzie nam Ciebie bardzo
 brakowało...**

i prawniczym, z wielką swadą i mądrością poruszał się na pograniczu tych dwóch dziedzin wiedzy. My, młodzi wtedy sędziowie, nazywaliśmy go Sokratesem, bo potrafił nam doradzać, nie wywyższając się, wcielając się niczym Sokrates w ciekawionego sprawą słuchacza. Mądrość, cierpliwość i afirmacja życia takiego, jakim jest, czyniły zeń prawdziwego mentora, którego zawsze chcieliśmy słuchać. Tak jak Leibniz uważał, że nie ma sztuki wybitniejszej i trudniejszej niż medycyna. Profesor Władysław Nasitowski nauczył nas, lekarzy, że zawsze, bez względu na okoliczności, trzeba stawać w duchu prawdy po stronie słabszych i pokrzywdzonych, a także wydawać opinie, które jej bronią zgodnie z wiedzą i sumieniem. Wskazał nam drogę, jak bronić prawdy naukowej i zawodowej, oraz wykrzesać z siebie odwagę, żeby ją głosić. Do środowiska medyczno-prawniczego wniósł, tak bardzo dzisiaj nam potrzebną, wrażliwość społeczną i przekonanie, że sprawiedliwość i przyzwoitość to nie są tylko puste słowa.



OBSERWACJE

Wprawdzie trzydzieści lat to nie czterdzieści, ale miał rację Andrzej Rosiewicz, wyśpiewując na wstępie każdego odcinka „Czterdziestolatka”, że „minęło jak jeden dzień”.

Nie potrafię wyjaśnić, jakim sposobem w tak błyskawicznym tempie przeniosłem się z jesieni 1992 r., kiedy skończyłem studia, do jesieni roku 2022! Jubileuszy nie lubię, bo drażni mnie towarzyszące im zadęcie, sztuczność, festiwal słuźalczych uniesień z hektolitrami wylewanej wazeliny, tudzież sportęgowane samochwalstwo. Bliskie jest mi natomiast podejście traktujące rocznice jak okazje do refleksji i chwili zadumy. O sobie

wspominam na tych łamach tylko jako reprezentant według statystyk najliczniejszego w środowisku lekarskim pokolenia, o podobnym do mego stażu zawodowym, któremu dane było zmierzyć się z rzeczywistością PRL-u (w moim przypadku na pierwszych latach studiów) i wolnej Polski. Bilans jest sprawą indywidualną, ale ten mój wypada zdecydowanie korzystnie, bo robię to, co lubię i po wielu latach pracy nie czuję się wypalony. Patrząc z szerszej perspektywy, nie mam wątpliwości, że pod względem material-

nym, mimo narzekania na niedofinansowanie ochrony zdrowia z budżetu państwa, możemy mówić o przełomie. Co prawda publiczna opieka zdrowotna długo, bo praktycznie do końca lat 90., nie mogła uwolnić się z pęt minionej epoki, to w XXI stuleciu wygląd zdecydowanej większości szpitali i przychodni zmienił się



Sławomir Badurek

Diabetolog i nefrolog, publicysta medyczny

Z CHAOSU SZAREGO W KOLOROWY

znacząco na korzyść. Przybyło nowych lub gruntownie wyremontowanych placówek medycznych, a wśród najnowocześniejszych, powstałych z największym rozmachem, już nie dominują prywatne, jak miało to miejsce jeszcze nie tak dawno. O niebo lepsze jest także wyposażenie placówek i jeśli z czymś jest kłopot, to na ogół nie z dostępnością wysokiej klasy sprzętu, ale fachowej obsługi.

Na plus należy zaliczyć rosnące mniej więcej od dekady zarobki lekarzy, od stażysty do specjalisty, choć trzeba pamiętać, że nie jest to zasługa postulowanych przez

środowisko od wczesnych lat 90. regulacji, a braku lekarzy i konkurencji między sektorem publicznym a prywatnym. Oczywiście minusy to nieporównywalnie większa niż 30 lat temu biurokracja, w tej chwili główny pozeracz naszego czasu, i coraz mocniej zachwiana równowaga między leczeniem „zgodnie z najlepszą wiedzą”

a regułami narzuconymi przez płatnika. Przez 30 lat istotnie zmienili się pacjenci. Jako szpitalny internista na co dzień dostrzegam, jak bardzo zwiększył się odsetek schorowanych staruszków, walczących o poprawę stanu zdrowia. Kiedy zaczynałem pracę, 90-latek na oddziale był rzadkością, dziś chorych w tym wieku jest wielu i w dużo większym niż kiedyś stopniu doskwiera im oprócz chorób

brak opieki. Niestety, wzrosła także roszczeniowość i agresja ze strony pacjentów i ich bliskich, nawiasem mówiąc, podsycana przez rządzących, szczególnie w ostatnich latach...

Dla mnie największym rozczarowaniem minionego 30-lecia jest stan permanentnego bałaganu, w jakim znajduje się nasz system ochrony zdrowia. Trzydzieści lat temu jak mantrę powtarzano słowo „reforma”. I rzeczywiście bardzo wtedy na nią liczone, zakładając, że system zostanie dofinansowany i uporządkowany. Był nawet czas, kiedy wydawało się to realne. Kilkanaście kas chorych (w domyśle konkurujących ze sobą) i zapowiedź idących za pacjentem pieniędzy brzmiały obiecująco. W praktyce wyszła z tego karykatura, co dało rządowi Leszka Millera mandat społeczny do utworzenia w 2003 r. Narodowego Funduszu Zdrowia i tym samym powrotu do centralnego zarządzania.

Tak oto z chaosu szarego weszliśmy w chaos kolorowy. Przyjemniejszy dla oka, ale równie męczący. I dla pacjentów, i dla lekarzy. Może się zdarzyć, że w ciągu kolejnych trzydziestu lat system doczeka się oczekiwanych reform. Dla mojego pokolenia, nawet jeśli okres ten minie jak jeden dzień, to marna perspektywa. Ostatnie lata pokazały jednak, że rzeczywistość bywa nieprzewidywalna również w tych obszarach, które wydają się bardzo stabilne.

”

***Dla mojego
pokolenia...
to marna
perspektywa.***

EPIKRYZA (122)

Od lat środowisko lekarskie unikało, niczym diabeł święconej wody, nazywania miejsc pracy i przynależności korporacjami. Dotyczyło to także samorządu zawodowego. Utożsamianie lekarzy z biurokratyczną organizacją budziło, i w pewnym zakresie nadal budzi, semantyczny sprzeciw.

Zacznę zatem od definicji przepisanej z małymi korektami wprost z Wikipedii: Korporacja to rodzaj organizacji społecznej, posiadającej zazwyczaj osobowość prawną, której istotnym elementem są korporanci. Członkostwo osób jest istotą korporacji, która bez członków nie istnieje, przy czym musi ono być trwałe i prawnie uregulowane. Etymologicznie korporacja pochodzi z łacińskiego corporatio oznaczającego połączenie części budujących układ organizmu. Na początku mianem tym określano cechy rzemieślnicze, przymusowo organizujące ludzi danego fachu i poddające ich pracę ścisłym przepisom. Korporacja zazwyczaj zarządza sprawami w takim zakresie, w jakim działają korporanci. Korporacjami prawa cywilnego są m.in. stowarzyszenia, spółdzielnie, związki zawodowe, a prawa publicznego np. gminy, w których nie obowiązuje swobodna wola członków co do rozpoczęcia lub zakończenia przynależności. Potocznie mianem korporacji określa się samorządy zawodowe. Organizację korporacyjną przeciwstawia się organizacji typu zakładowego, w której istotnym elementem jest składnik nieosobowy, czyli kapitał.



Jarosław Wanecki
Pediatra, felietonista

CORPO SANTO

Transformacja ustrojowa po roku 1989, a w ślad za nią przekształcenia własnościowe w ochronie zdrowia z przełomu wieków, spowodowały zmianę nie tylko w sposobie udzielania pomocy lekarskiej, ale przede wszystkim w jej finansowaniu. Pie-

„

**Zysk to klucz
współczesnego
sukcesu.**

niądze, które zaczęły „podążać” za pacjentem, zdecydowały o organizacji i dysponowaniu środkami, które w większości wypadków były zaniżone i limitowane. W pierwszym rzucie staliśmy się usługodawcami, a potem nawet przedsiębiorcami. Wokół tego systematycznie budowano ramy strukturalne. W POZ i części specjalistyki były to w większości prywatne gabinety lub niewielkie spółki, tworzące niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, którymi najczęściej kierowali lekarze. Szpitale stawały się jednostkami z publicznym nadzorem właścicielskim. Wszyscy ciułali kapitał, pracując na oślep i organizując

od czasu do czasu protesty, postulujące zwiększenie magicznego procentu PKB przeznaczonego na zdrowie.

Minęło ćwierć wieku. Kilka kolejnych zdań będzie przerysowanych, dla podkreślenia czających się wokół zagrożeń. Pokolenie pionierów doczekało emerytur i zastępują go tzw. profesjonaliści, łączący małe jednostki w duże zakłady nowej generacji, zarządzane niczym kopalnie złota. Na czele „sieci medycznych” stają bezkompromisowi menadżerowie, z reguły niebędący lekarzami. Dotychczasowa empatia, której towarzyszyła czasem zwykła ludzka chciwość, przekształca się w merkantylizm, którego skutkiem

ubocznym jest dobro chorego. Lekarz nie odpowiada już wyłącznie za proces leczenia i refundację leków, ale coraz częściej staje się akwizytorem preparatów i usług, proponowanych poza systemem, komercyjnie i z wykorzystaniem szyldu publicznej opieki zdrowotnej, rozdającym ulotki i... wizytówki. Zysk to klucz współczesnego sukcesu. Machina państwowo-korporacyjno-kapitałowej nowomowy poszerza więc wpływy, zapominając powoli nie tylko o wolności zawodu lekarza, ale przede wszystkim o nakazach etycznych. Czekając na przystanku „Corpo Santo” żółtej linii tramwajowej w Lizbonie, pomyślałem naiwnie, że samorząd lekarski nadal nie spełnia definicji korporacji, zakładu kapitałowego ani populistycznej partii, mimo różnych tendencji, które jak rafa omijamy. W otwartej dyskusji o wspólnych sprawach nie możemy przecież „dać ciała”, bawiąc się kosztem innych, poddając technokracji, słuchając podszeptów polityków i zarządzając wbrew zakresowi naszego członkostwa, ustanowionego w imię prestiżu zawodów lekarskich. ■■■

NIEŚMIERTELNI, CZYLI FABRYKA NARZĄDÓW ZAMIENNYCH

CZĘŚĆ 1: ALEXIS CARREL

„Jeśli można by zastąpić serce czymś, co wytworzone naturalnie lub sztucznie wstrzyknie krew tętniczną, to można by z sukcesem w prosty sposób utrzymać przy życiu każdą część ciała” – napisał francuski fizjolog Julien Jean César Legallois [Le Gallois] w swoim dziele „Expériences sur le principe de la vie” z 1812 r.

Dr n.med. **Magdalena Mazurak** kardiolog dziecięcy, członek Société Française d'Histoire de la Médecine

Jego słowa można uznać za początek idei utrzymania przy życiu narządów *ex vivo*. Le Gallois sam próbował tego dokonać, eksperymentując m.in. na królikach, którym podwiązywał żyłę główną dolną, aortę, tętnice szyjne oraz żyły szyjne, i wentylował ich płuca przy pomocy strzykawki (ze stopu cyny i ołowiu) wprowadzonej do tchawicy królika pozbawionego głowy.

Z kolei w połowie XIX w. Charles Brown-Sequard wstrzykiwał krew zgilotynowanym przestępcom, śledząc, jak elastyczna i gładka staje się skóra skazańca, u którego stwierdzono już stężenie pośmiertne.

Problemy z układem krzepnięcia stanowiły przeszkodę, której pokonanie pozwoliło pójść kolejny krok dalej. Od 1884 r. znano już hirudynę wyizolowaną z gruczołów ślinowych pijawek. Amerykański student medycyny Jay McLean w 1916 r. odkrył heparynę. W latach 30. XX w. rozpoczęły się eksperymenty na wyizolowanych i perfundowanych narządach zwierząt. Takie doświadczenia przeprowadzali Charles Lindbergh i Alexis Carrel, którzy dziś są uznawani za pionierów transplantologii i chirurgii naczyniowej.



Marie-Anne Leroudier, francuska hafciarka, dzięki której Alexis Carrel nauczył się szyc naczyń krwionośne.

OD HAFTU DO ZESPOLEŃ NACZYNIOWYCH

Alexis Carrel urodził się w 1873 r. we Francji, w niewielkim miasteczku Sainte-Foy-lès-Lyon. Miał pięć lat, kiedy jego ojciec (właściciel manufaktury tkanin) zmarł w wyniku

zapalenia płuc. Odtąd matka zarabiała na życie haftem. Mały chłopiec z zachwytem ją obserwował przy pracy, kiedy igłą wyszywała na płótnie detaliczne pracochłonne cudenka. Bardzo interesowała go także przyroda – już we wczesnych szkolnych latach wykonywał sekcje ptaków. Zdał maturę w 1900 r., a medycynę ukończył na lionskim uniwersytecie.

24 czerwca 1894 r. w Lyonie francuski prezydent, Sadi Carnot, został zastrzykowany przez włoskiego anarchistę Sante Caserio. Na skutek odniesionych ran doszło do uszkodzenia żyły wrotnej i wykrwawienia. Chirurdzy nie byli w stanie tego zaopatrzyć, nie dysponowali odpowiednimi narzędziami i techniką naprawy naczyń. Śmierć prezydenta Francji była dla Alexisa Carrela impulsem do zajęcia się chirurgią naczyniową i poświęceniu nauce, do stworzenia i udoskonalenia techniki zespolenia naczyń. Te zainteresowania zaprowadziły go do najlepszej hafciarki w Lyonie, Madame Leroudier. To właśnie u niej nauczył się perfekcyjnego posługiwania się maleńkimi igłami i cienkimi niciami stosowanymi do precyzyjnej pracy hafciarskiej.

W 1898 r. Carrel rozpoczął pracę w instytucie anatomii. Trenował tam technikę



Do obłożenia pola operacyjnego używał czarnych serwet, nosił też czarny fartuch i podobne rękawiczki.

m.in. Rene Leriche (pionier chirurgii naczyniowej, bohater eponimu zespół Leriche'a).

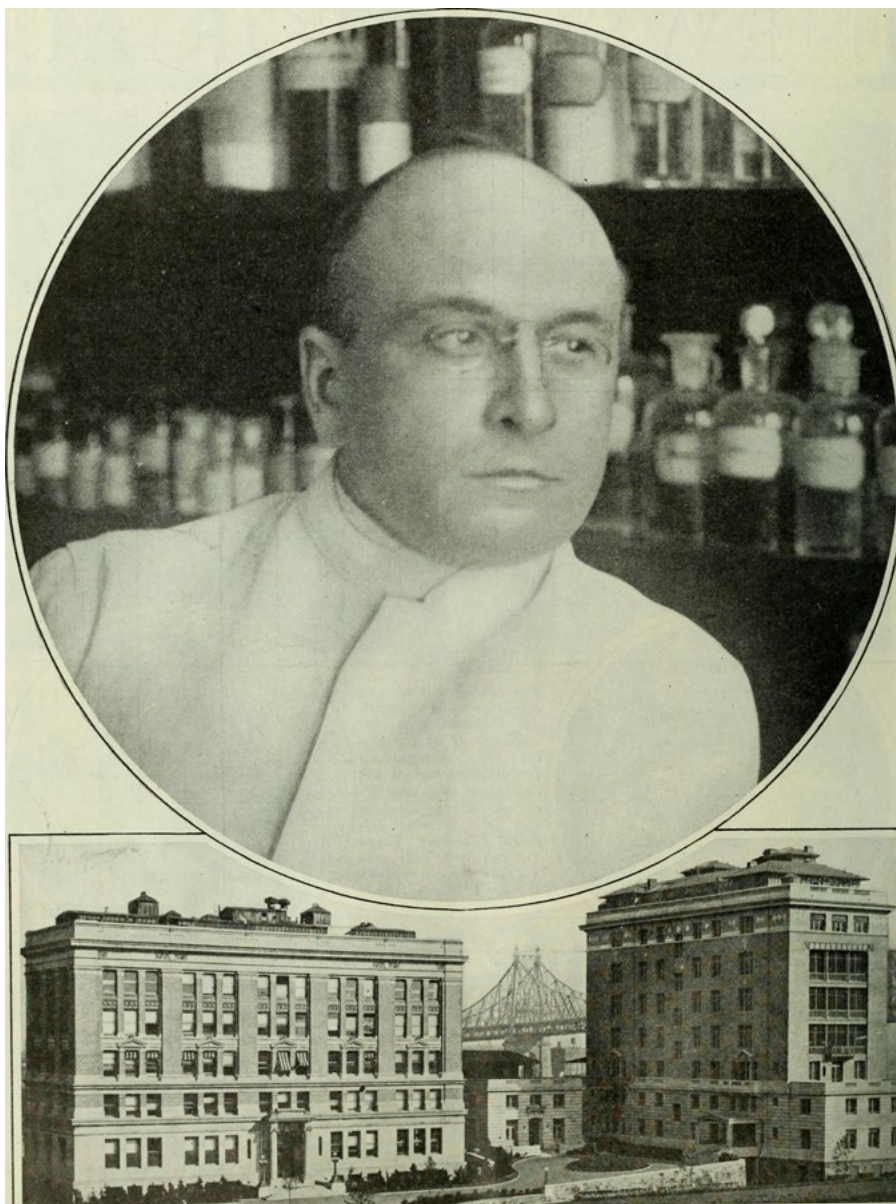
ZMUSZONY DO EMIGRACJI

W 1903 r. Carrel odbył pielgrzymkę do Lourdes. Optował za wykonaniem badań kontrolnych u pacjentów cudownie uzdrowionych w tym sanktuarium, podobnie jak wykonuje się badania pacjentom w szpitalu lub analizuje wyniki doświadczeń laboratoryjnych. Ogromne wrażenie zrobił na nim powrót do pełnego zdrowia młodej kobiety, 18-letniej Marie Bailly, z gruźliczym zapaleniem otrzewnej. Jego publiczna prezentacja własnych obserwacji oraz wniosków z tego przypadku (na łamach prasy naukowej, którą podchwyciły wszystkie francuskie gazety na swych pierwszych stronach) miała zły wpływ na reputację i karierę tego chirurga, a przecież opinia na jego temat i tak była już nadszarpnięta z powodu krytycznego stosunku Carrela do tego, co uważał za przestarzałą tradycję wydziału lekarskiego liońskiego uniwersytetu. Odtąd systematycznie odrzucano jego kandydaturę przy ubieganiu się o przyjęcie do pracy, nie był w stanie zdać wymaganych egzaminów i wygrać konkursów. Nie widząc możliwości rozwoju swojej kariery uniwersyteckiej, 30-letni wówczas chirurg zdecydował się na emigrację do Kanady (1904 r.).

Na kongresie Związku Lekarzy Francuskojęzycznych Ameryki Północnej w Montrealu Alexis Carrel przedstawił referat, który wywarł duże wrażenie na szefie chirurgii z Uniwersytetu w Chicago. Był nim Carl Beck. Carrel dostał od niego propozycję pracy, wybrał jednak katedrę fizjologii. Beck nie miał mu tego za złe (to on zresztą zgłosił później kandydaturę Carrela do Nagrody Nobla).

W INSTYTUCIE ROCKEFELLERA

Wybór Carrela był trafny - razem z Charlesem Guthriem w ciągu 22 miesięcy opublikowali 21 prac. Dotyczyły one metody zespo-



Alexis Carrel w Instytucie Rockefellera

zespoleń naczyń na zwłokach ludzkich i na zwierzętach. Celem było opracowanie metody łączenia naczyń bez powodowania ich zwężenia, krwawienia czy zakrzepicy. Do obłożenia pola operacyjnego używał czarnych serwet, nosił też czarny fartuch i podobne rękawiczki, aby łatwiej dostrzec cienkie, białe nici i igły (niewtajemniczeni uważali to za wyraz ekscentryczności i dziwactwa). Stosował kleszczyki o gładkich zaciskach, by uniknąć uszkodzenia śródbłonna, który mógł spowodować zakrzepicę. Wybierał długie, proste igły zamiast krótkich, zakrzywionych. Cienki, jedwabny szew był pokrywany parafiną, aby zminimalizować jego bezpośredni kontakt ze ścianą naczynia. Roztwór Ringera służył do ciągłego nawilżania powierzchni.

Carrel opracował tzw. technikę triangulacji, w której kluczowe było odpowiednie uchwycenie brzegów przez szwy, a następnie zespolenie wykonywano poprzez wywiniecie brzegów naczynia (w celu uniknięcia kontaktu krwi z inną powierzchnią niż śródbłonkowa gładka strefa ściany naczynia). Rygorystyczne przestrzeganie aseptyki minimalizowało ryzyko infekcji i ułatwiało gojenie.

W 1900 r. Alexis Carrel obronił pracę doktorską na uniwersytecie w Lyonie, liczyła ona 303 strony, a dotyczyła raka tarczycy. Dwa lata później opublikował swoją pierwszą pracę o zespoleniach naczyń, ukazała się ona po francusku w czasopiśmie „Lyon Medical”. Młody lekarz uczył studentów chirurgii i anatomii, wśród jego uczniów był



Zabójstwo prezydenta Francji Sadi Carnota, Lyon, 24 czerwca 1894 r.

”

Śpiewali chórem „Sto lat!” hodowanemu fragmentowi tkanki.

naczyniowych (takich jak technika triangulacji). Carrel jako pierwszy zaobserwował zjawisko arterializacji żył (tj. pogrubienie ścian żył wszczepionych w łożysko tętnicze), kiedy zastępował fragmenty tętnicy szyjnej żyłą szyjną. W tamtym okresie zajęli się też autoprzeszczepami kończyn u zwierząt. Przeszczepiał także nerki u psów z przestrzeni zaotrzewnowej w obręb szyi zwierzęcia. W kolejnych latach doszły inne organy: tarczyca, nadnercza, jajniki, śledziona, jelita. W końcu nadszedł czas na serce: przemieścił organ z klatki piersiowej większego psa na szyję drugiego (mniejszego), serce biło dwie godziny. To zrobiło wrażenie na amerykańskich chirurgach, takich jak bracia Mayo czy Harvey Cushing, który po wykładzie Carrela w Baltimore zdecydował o zatrudnieniu go w Instytucie Rockefellera w Nowym Jorku (1906 r.).

Carrel miał związek z tą instytucją przez kolejnych 30 lat. Został szefem nowo utworzonej jednostki zajmującej się chirurgią eksperymentalną. Wiązało się to z odrzuceniem propozycji, którą otrzymał z najlepszego ówczynie uniwersytetu medycznego na świecie (Baltimore). W Instytucie Rockefellera zaoferowano mu jednak wyjątkowe warunki, nie tylko finansowe. Nie musiał konsultować pacjentów ani przygotowywać wykładów, miał niezwykłą autonomię. Ściany laboratorium kazał pomalować na kolor ciemnoszary. Asystenci mieli obowiązek nosić czarne fartuchy, czapki i maski. On sam wyróżnił się czapką w kolorze białym. Nie utrzymywał kontaktów

z kolegami, nie udzielał się towarzysko, stąd uważano go za dziwaka. Udoskonaliwszy szew naczyniowy i opracowawszy technikę pobierania i reimplantacji organów u tego samego osobnika, rozpoczął przeszczepianie narządów między różnymi osobnikami. Problemem pozostawała kwestia przeżycia organu po odcięciu od krążenia dawcy. Żeby udowodnić, że jest możliwe przeżycie poza organizmem pobranego organu, Carrel wykonał obustronną nefrektomię u psa, a następnie wszczepił jedną z tych nerek (uprzednio umieszczoną na 60 minut w roztworze elektrolitów). Badał także żywotność fragmentów naczyń krwionośnych w różnych roztworach: formaliny, gliceryny, soli fizjologicznej, zhemolizowanej krwi oraz w hipotermii. Analizował również reakcję organizmu na nieorganiczny materiał wszczepiony do aorty piersiowej (kilka dekad później protezy naczyniowe ze sztucznego materiału wejdą do praktyki klinicznej). Wykonał także eksperymentalną operację bypassów, łącząc u psa fragment tętnicy szyjnej z aortą piersiową i lewą tętnicą przednią zstępującą.

NAJMŁODSZY NOBLISTA W HISTORII

W 1912 r. Alexis Carrel został laureatem Nagrody Nobla w dziedzinie medycyny (jako pierwszy naukowiec z USA i drugi Francuz). Dostał ją w uznaniu za pracę nad zespoleniami naczyń i przeszczepianiem naczyń oraz narządów. W wieku 39 lat został najmłodszym noblistą w historii. Przyznanie tej nagrody stało się sensacją, zarówno w USA,

jak i we Francji. Jego byli koledzy z Lyonu, którzy oblewali go na egzaminach, teraz zapraszali go na wykłady, a francuski rząd odznaczył go Legią Honorową.

Carrel coroczne wakacje spędzał we Francji, zawsze wracał do Lourdes. Kilka lat przed odebraniem nagrody Nobla poznał tam 35-letnią wdowę, pielęgniarkę Anne de la Motte de Meyrie. W 1913 r. w Paryżu wzięli ślub, a następnego dnia wyruszyli do Nowego Jorku. Anna w Instytucie Rockefellera została członkiem zespołu badawczego. Nie doczekali się wspólnych dzieci (Anna miała syna z poprzedniego związku).

W 1914 r. wybuchła I wojna światowa i Carrel powrócił do Francji. Został powołany do armii francuskiej. Wśród żołnierzy szerzył się dur brzuszny i tężec, materiały opatrunkowe były przeterminowane i niejałowe, brakowało autoklawów. Gangrena dotyczyła 80 proc. rannych żołnierzy. Carrel w przyfrontowym Compiègne zorganizował eksperymentalny szpital do leczenia rannych, pozyskując środki z Fundacji Rockefellera. Razem z Henrym Dakinem opracowali oryginalną metodę leczenia zakażonych ran (testując 200 różnych roztworów). Panaceum okazał się 0,5 proc. roztwór podchlorynu sodu, cechujący się właściwościami bakteriobójczymi przy braku skutków ubocznych, w tym podrażnień. Po roku liczba żołnierzy dotkniętych gangreną spadła do 20 proc. Roztwór Carrel-Dakina jest stosowany do dziś.

HODOWLA TKANKI SERCA

Po zakończeniu I wojny światowej Alexis Carrel powrócił do Nowego Jorku, gdzie dalej rozwijał swoje hodowle tkankowe w Instytucie Rockefellera. Prowadził badania m.in. na tkance łącznej, okostnej, chrząstce, tkance kostnej, szpiku, skórze, nerce, tarczycy. Oceniał wpływ różnych czynników na wzrost i przeżycie tkanek. 17 stycznia 1912 r. odciął fragment tkanki mięśnia sercowego kurzego zarodka i umieścił w kolbie w roztworze odżywczym. Co 48 godzin rozmiar wycinka zwiększał się dwukrotnie i wtedy badacz odcinał kawałek i umieszczał go w nowej kolbie. Tę operację powtarzano stale, przez wiele lat, aż do 1946 r. (dłużej niż żył Alexis Carrel). Czas trwania tego eksperymentu i hodowli tkanki mięśnia sercowego był znacznie dłuższy niż życie przeciętnego pisklęcia, dlatego te komórki nazwano nieśmiertelnymi. Co roku 17 stycznia w Instytucie Rockefellera goście mogli zobaczyć osobliwą ceremonię, w czasie której personel naukowy i techniczny spotykał się z Carrelem, śpiewając chórem „Sto lat!” hodowanemu fragmentowi tkanki...

OSZUKAĆ ŚMIERĆ

Naturalną konsekwencją hodowli tkankowej były starania o urzeczywistnienie hodowli narządów. W 1929 r. Carrel rozpoczął konstrukcję pompy perfuzyjnej utrzymującej narządy w sterylnych warunkach, co umożliwiłoby przeżycie narządów *ex vivo*. koncepcja zakładała dostarczanie hodowanym tkankom i narządom odpowiednich ilości płynów ustrojowych. Działania te zakończyły się jednak niepowodzeniem z powodu infekcji organów. Naukowiec zdecydował się więc na współpracę ze sławnym pilotem Charlesem Lindberghem, trwała ona 12 lat. Książka opisująca te lata nosi tytuł „Nieśmiertelni”. Bo też marzeniem obu eksperymentatorów było stworzenie swistej fabryki części zamiennych dla ludzi, oszukanie śmierci. Pierwszym krokiem było opracowanie techniki zespolenia naczyń. Kolejnym, pozyskiwanie i transplantacje narządów u zwierząt, także między gatunkami. Aby tego dokonać, konieczne było określenie czasu przeżycia różnych narządów po ich pobraniu od dawcy. Stąd też doświadczenia oceniające możliwości przeżycia różnych narządów perfundowanych odpowiednimi roztworami i próby opracowania specyficznego roztworu odpowiedniego dla danego narządu. Tu już było o krok od pytania, czy żyjący narząd perfundowany odpowiednim roztworem może przeżyć nieskończenie długo? Czy może być nieśmiertelny? Temu służyła pulsacyjna pompa-oksygator Carrel-Lindbergha.

CZŁOWIEK, ISTOTA NIEZNANA

W 1935 r. Alexis Carrel opublikował swoje najbardziej znane dzieło. Książka „Człowiek, istota nieznana” stała się światową sensacją. Zawierała m.in. jego kontrowersyjną filozofię dotyczącą eugeniki („w obronie rasy”) oraz kary śmierci. Carrel rasę białą uważał za wyższą, lepszą, cenił wśród niej szczególnie pochodzenie nordyckie. Deklarował, że nie jest filozofem, tylko naukowcem wnikliwie analizującym wyniki badań z naukową obiektywnością. Książka okazała się bestsellerem roku 1936 r. na liście „The New York Times”, została przetłumaczona na 19 języków, sprzedano ją w milionach egzemplarzy na całym świecie.

W 1939 r. Carrel przeszedł na emeryturę (w wieku 65 lat), mimo swoich protestów, ale zgodnie ze statutem Instytutu Rockefellera. W lipcu tego samego roku powrócił do Francji, która dwa miesiące później ogłosiła mobilizację, co zablokowało jego plany otwarcia laboratorium w rodzinnym kraju. Powrócił do USA wiosną 1940 r., organizując dużą dostawę witamin dla niedożywionych małych Francuzów. To z jego inicjatywy zorganizowano w USA akcję „Krew dla Brytanii”, która ruszyła 15 sierpnia 1940 r. – amerykańscy wolontariusze stali się dawcami osocza dla rannych Brytyjczyków (ze szpitali Nowego Jorku mrożony beczenny produkt był transportowany samolotami do Wielkiej Brytanii). Carrel zaprojektował też mobilny szpital polowy wykorzystany przez Brytyjczyków w Afryce Północnej.

Po upadku Francji w marcu 1940 r. Carrel powrócił do ojczyzny, znalazł się w Vichy. Rządowi Petaina zaproponował stworzenie interdyscyplinarnej instytucji zajmującej się szeroko pojętymi badaniami nad człowiekiem. Ambitny plan zakładał poprawę psychiczną, umysłową i społecznej kondycji społeczeństwa. Propozycję przyjęto i Carrel założył „Francuską Fundację Badań Problemów Ludzkich”. Był to ośrodek badań demograficznych finansowany przez rząd Vichy. Pomimo że Carrel sam nie czerpał bezpośrednich korzyści z tej instytucji, to jego związki z marionetkowym rządem i Niemcami (konieczne do kierowania instytutem) w powiązaniu z akceptacją eugeniki w naturalny sposób spowodowały oskarżenia o kolaborację, co przyczyniło się do jego pierwszego zawału serca. Po wyzwoleniu Francji w sierpniu 1944 r. i utworzeniu nowego rządu Carrel stracił posadę szefa fundacji i przeżył kolejny zawał serca. Prasa okrzyknęła go rasistą, apologetą nazistów i eugeniki. Zmarł 5 listopada 1944 r. na pogrzebie w Paryżu obecni byli m.in. przedstawiciele ambasad Watykanu, USA i Wielkiej Brytanii, nie było natomiast żadnego reprezentanta z Francji. Pochowany został na Cmentarzu Père Lachaise, ale niedługo potem jego szczątki przewieziono na wyspę Saint-Gildas w Bretanii (w 1922 r. Carrel z żoną zostali właścicielami tej wyspy). Instytut badań nad człowiekiem przestał wkrótce istnieć. ■■■

Zjazdy koleżeńskie

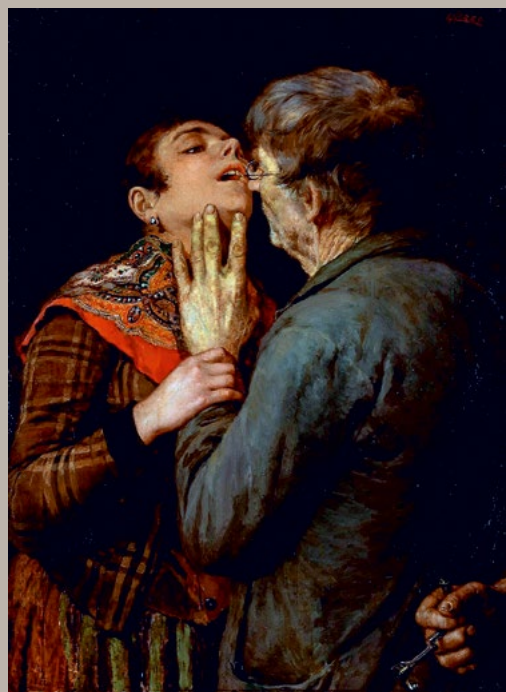
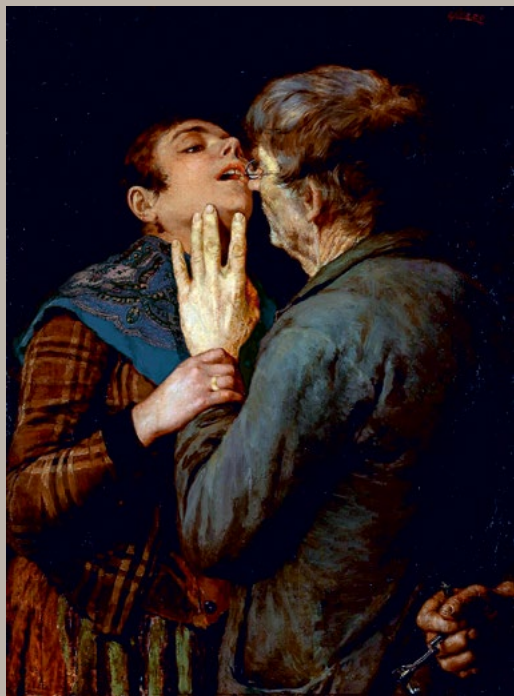
WYDZIAŁ LEKARSKI AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1978

Spotkanie koleżeńskie odbędzie się w dniach 12-14 maja 2023 r. w Kudowie Zdroju. Program zjazdu wraz z wysokością opłat dostępny na stronie www.dilnet.wroc.pl w zakładce „społeczność”. Wpłaty prosimy dokonywać na konto 37 1090 2428 0000 0001 5149 6312 do 31 grudnia 2022 r. z dopiskiem „Zjazd AM78”. Kontakt: Patrycja Malec (tel. 501 217 204, patka.malec@wp.pl), Ryszard Ściborski (tel. 601 713 154, sciborski@poczta.onet.pl).

WYDZIAŁ LEKARSKI AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1983

Spotkanie koleżeńskie odbędzie się w dniach 19-21 maja 2023 r. w Kudowie Zdroju. Program zjazdu wraz z wysokością opłat dostępny na stronie www.dilnet.wroc.pl w zakładce „społeczność”. Wpłaty prosimy dokonywać na konto 66 1140 2004 0000 3202 7720 8878 do 31 grudnia 2022 r. z dopiskiem „Zjazd 1983”. Kontakt: Patrycja Malec (tel. 501 217 204, patka.malec@wp.pl).

*Komitet Organizacyjny: Zenona Jabłońska, Marek Pudelko,
Dariusz Wołowicz*



Obraz: Luciano Nezzo, „Dentysta chowający klucz przed pacjentem”, 1856 r., kolekcja Wellcome Trust

BŁĄD MALARSKI

Za plecami

Za plecami zazwyczaj dzieją się rzeczy niezwykle: można za nimi uknuć plan zdrady albo kogoś obgadać. Można za nimi trzymać niespodziewany bukiet kwiatów dla ukochanej.

Dziewiętnastowieczni lekarze dentyści zaś używali pleców jako istotnego narzędzia w swojej codziennej, lekarskiej praktyce.



Agata Morka
Doktor historii sztuki

Obraz Luciano Nezzo przedstawia scenę dość osobliwą. Malarz konfrontuje widza z parą przyłapaną w, zdawałoby się, dość intymnej sytuacji. Stoją blisko siebie, ona kładzie dłoń na jego ręce, która z kolei dotyka jej uniesionego

podbródk. Nezzo operuje tutaj kontrastami: dwie postacie różnią się tak wiekiem, jak i ubiorem. Ona cała kolorowa, z wzorzystą chustą i kraciastym żakietem, on w szarym kitlu. Jej młoda twarz, jego pomarszczona dłoń i przyprószone siwizną włosy. Coś się między nimi rozgrywa, widz czuje podskórne napięcie. Dziewczyna rozchyła delikatnie usta. Mężczyzna z uwagą się im przygląda. Czy za chwilę się pocałują?

Po pierwszym spojrzeniu na parę, Nezzo prowadzi jednak wzrok widza wzdłuż kręgosłupa mężczyzny ku zaskakującemu przedmiotowi. Za plecami mężczyzna ukrywa lśniące metalowe narzędzie, które zdaje się nie na miejscu w tej intymnej scenie.

Tytuł obrazu rozwiewa jakiegokolwiek wątpliwości: nie jesteśmy świadkami romantycznego zbliżenia, ale raczej lekarskiej inspekcji. Mężczyzna to lekarz dentysta sprawdzający stan uzębienia pacjentki. Za plecami skrywa cęgi służące do usuwania zębów. W XIX w. zabiegi te nadal wykonywano bez znieczulenia. Ich bolesność nie skłaniała pacjentów do współpracy, zatem medycy starali się do ostatniej chwili nie ujawniać przed chorymi nieuniknionej procedury, chowając przed nimi brutalne narzędzia ekstrakcji.

Zaskoczenie zamiast znieczulenia. Dla tych, dla których wizyta u stomatologa powoduje paniczny lęk, połączenie zaskoczenia i znieczulenia mogłoby zadziałać i dwa stulecia później.

ROZWIĄZANIE ZAGADKI Z „GL” 9/2022

1. Dodanie w tle wież kościoła przypominającego katedrę w Strasburgu.

Jeden z największych wybuchów epidemii tańca miał miejsce w Strasburgu, zatem obecność charakterystycznych wież strasburskiej katedry na grafice nie byłaby zupełnie nie na miejscu.

2. Dodanie litery T na sukni kobiety na pierwszym planie.

Strasburska epidemia zaczęła się od spontanicznego tańca Pani Troffeï, litera T na jej sukni wskazywałaby zatem na jej tożsamość.

3. Dodanie instrumentu do jednej z figur.

Władze Strasburga uznały, że skutecznym lekarstwem na epidemię tańca może być sprowadzenie muzyków, aby przygrywali tańczącym, którzy dzięki temu mieli się szybciej „wytańczyć”.

4. Zmiana pozycji samotnej kobiety pod drzewem na leżącą.

Epidemia pociągnęła za sobą ofiary śmiertelne, szacowane na około 15 osób dziennie, zatem ich obecność w tym pejzażu nie byłaby nieuzasadniona.



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

NAGRODZENI Z „GL” 9 2022:

Voucher do Hotelu Prezydent** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Weronika Pelczar-Płachta z Poznania. Gratulujemy!**

Nagrody dodatkowe: Bożena Rauer (Bielsko-Biała), Irena Romańczuk (Tomaszów Lubelski), Piotr Wajda (Krosno)



WSKAŹ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 17 października 2022 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 PRZEŚŁAŁY PRAWIDŁOWE ODPOWIEDZI

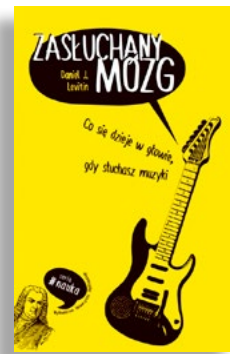
HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

WYDAWNICTWO
UNIwersytetu
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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

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

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

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

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

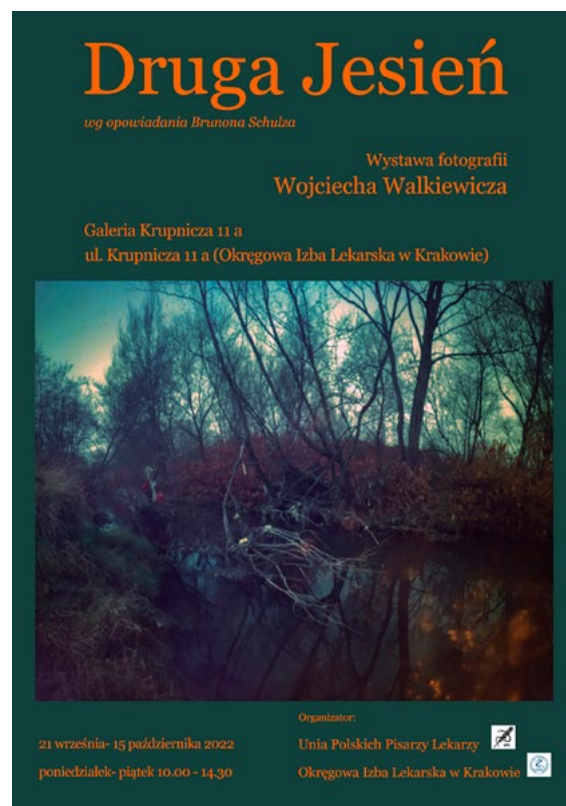
ŚWIĘTO SCHULZA W KRAKOWIE

Świętowaliśmy w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Krakowie przy ul. Krupniczej 11a. Nie nadużywam chyba tego słowa, gdyż podczas wernisażu fotograficznej wystawy „Druga Jesień” Wojtka Walkiewicza osobiście doznałam jakiegoś wewnętrznego odcodziennienia.

Irena Kaczmarczyk

Już sama nastrojowa muzyka Alfreda Schreyera (ostatniego śp. ucznia Brunona Schulza), o którą zadbał organizator wystawy prof. Waldemar Hładki, sugerowała niezwykle pokaz. Wydarzenie. Cudowne tło. I działo się TO wszystko nie w stricte literackim salonie, a w okręgowej izbie lekarskiej, gdzie prezes Unii Polskich Pisarzy Lekarzy Waldemar Hładki stwarza warunki dla piszących lekarzy, powołując np. do życia Bibliotekę dla Medyków. Widziałam ją. I jestem pełna uznania. Ale wracając do wystawy, której bohaterem jest prozaik, grafik i malarz z Drohobycza, wszystkim znany autor „Sklepów cynamonowych” – Bruno Schulz. Kilkanaście fotografii z Drohobycza zaprezentowanych na sztalugach korespondowało z widokiem na zadbane, zielony dziedziniec krakowskiej izby lekarskiej. Wszędzie porządek. Dopieszczony szczegół. I w tej scenerii organizator, otwierając wystawę, przeczytał fragment opowiadania Schulza „Druga Jesień”. Piękna proza wprowadziła nas w jesienny nastrój, który – jak na zawołanie – zwiłokrotnił deszcz, stukający w szklany strop, osłaniający prace Wojtka Walkiewicza. Stukające krople i muzyka Alfreda Schreyera przeniosły nas w tamten nieistniejący już schultzwowski czas...

To była pierwsza odsłona pejzaży z Drohobycza. Potem przemieściliśmy się do klimatycznych piwnic izby lekarskiej i obejrzelśmy kolejne artystyczne fotografie Wojtka Walkiewicza. Tutaj czekała też zwiędzających nadzwyczajna niespodzianka – czytelnie wyeksponowana kostka brukowa



**Wernisaż odbył się
21 września. Wystawa
potrwa do 15 października.**

z nawierzchni drohobyczańskiego chodnika. Zawieszone na świeżo odrestaurowanych murach izby prace intrygowały jakby zaniedbanym krajobrazem schultzwowskiego miasta. Końcowym etapem spaceru po Drohobyczu był pokaz dokumentalnego filmu Wojtka Walkiewicza „Maski”. Po projekcji prof. Hładki przeprowadził rozmowę z reżyserem i autorem zdjęć na temat jego uczestnictwa w festiwalach Brunona Schulza w Drohobyczu. Na temat pochówku autora

„Sklepów cynamonowych”, jego rodzinnego domu oraz Alfreda Schreyera, ostatniego zmarłego w 2015 r. ucznia Schulza. Skrupulatne i przejrzyste zarysowanie sylwetki Brunona Schulza przez prof. Hładkiego uzupełnił dr Michał Piętniewicz, autor książki: „Między mitem a kiczem. O prozie Brunona Schulza” (2020). O wrażeniach z wystawy, tej jedynej w Krakowie, wpisanej w obchody Roku Schulza, rozmawialiśmy jeszcze długo...



PHOTOARTMEDICA



„Ola”, Marek Szczytkowski
(medycyna rodzinna, Świdwin)

Uczestnik Salonu
PhotoArtMedica 2021

GazetaLekarska.pl 



www.photoartmedica.pl

KULTURA

9. Ogólnopolski Plener Fotograficzny Lekarzy

Ryszard Golański

Kazimierz Dolny co roku gości fotografujących lekarzy. Organizatorem i gospodarzem spotkania jest od początku Dariusz Hankiewicz, przewodniczący Komisji Kultury Lubelskiej Izby Lekarskiej.

W dniach 6-11 września Dom Pracy Twórczej Stowarzyszenia Dziennikarzy Polskich gościł 20 lekarzy z izb: gdańskiej, lubelskiej, łódzkiej, wielkopolskiej i warszawskiej. Chętnych jest zawsze więcej, ale ponieważ plener ma charakter warsztatów, liczba miejsc jest ograniczona. Pierwszy wieczór wypełniły „Opowieści o fotografii” Zbigniewa Furmana, wybitnego fotografa, portrecisty i nauczyciela. Towarzyszył im pokaz zdjęć. Mieliśmy okazję podziwiać piękne portrety znanych osób. Przejmujące były fotografie wykonane w piwnicy, w warszawskich Włochach,



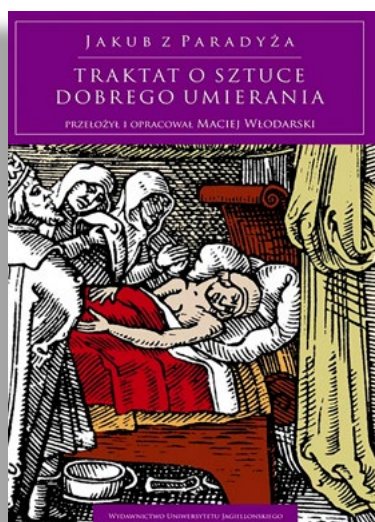
która po wojnie była katownią NKWD. Kolejne dni były bardzo intensywne, wypełnione od rana do późnego wieczora. Obejrzeliśmy kilka wystaw

fotograficznych. W pobliskiej „Kunczewicówce” prezentowane są zdjęcia polskich pisarzy autorstwa Tadeusza Rolke, prekursora fotografii reportażowej.

FOTO: Dariusz Hankiewicz

NASZA CZYTELNI

JAKUB Z PARADYŻA. TRAKTAT O SZTUCE DOBREGO UMIERANIA



**Przełożył i opracował:
Maciej Włodarski**

Jakub z Paradyża (ok. 1380-1464) był jednym z najwybitniejszych teologów moralistów późnego średniowiecza. W swoim traktacie „De arte bene moriendi” opisuje zarówno sztukę dobrego życia, jak i nierozdzielnie z nią związaną sztukę dobrego umierania. Dzieło powstało w Erfurcie około 1450 r. Prezentowana publikacja jest pierwszym polskim przekładem tego dzieła. Zawiera także naukowe opracowanie traktatu.

WŁASNY GABINET. PORADNIK DLA LEKARZA DENTYSTY



Marcin Nowosielski

Książka dla tych, którzy rozważają możliwość uruchomienia gabinetu stomatologicznego. Autor dzieli się własnym doświadczeniem i przemyśleniami na temat prowadzenia praktyki dentystycznej. W publikacji poruszono zarówno kwestie dotyczące zagadnień natury prawnej (np. forma prowadzenia działalności), jak i praktycznej, dotyczącej m.in. wyboru najlepszej lokalizacji gabinetu, jego wyposażenia czy decyzji co do zakresu wykonywanych świadczeń.

Z kolei na kazimierzowskim zamku można było zobaczyć wystawę fotografii Chrisa Niedenthala, a w Kazimierskim Ośrodku Kultury, Promocji i Turystyki fotoreportaż Maxa Skrzecz-kowskiego z wojny w Ukrainie. Mimo że gospodarz starał się mówić bez emocji, a jego głos był cichy i stonowany, to jego relacja, w połączeniu z obrazami, była poruszająca. W ciągu dnia szukaliśmy w Kazimierzu i okolicach ciekawych tematów do fotografowania. Głównie były to detale architektoniczne. Wieczory były poświęcone prelekcjom dotyczącym zasad robienia zdjęć oraz informacjom na temat sprzętu fotograficznego. W tym drugim pomagał przedstawiciel jednej z firm zajmujących się sprzedażą takiego sprzętu. Zainteresowane osoby mogły na czas pleneru wypożyczyć body lub obiektyw i sprawdzić w praktyce jego funkcjonowanie oraz zalety. Clou spotkania była prezentacja zdjęć zrobionych przez „plenerowiczów” tego dnia lub wcześniej. Mogliśmy zobaczyć zaskakujące fotogramy robione rano i popołudniu. Mieliśmy

Wernisaż naszej wystawy poplenerowej odbędzie się 19 listopada

także okazję zobaczyć zdjęcia i fotogramy, wykonywane w różnych krajach i na różnych kontynentach. Z pewnością zapamiętamy fotografie zrobione przez jednego z kolegów podczas pokazów lotniczych. Pomy-

słowość uczestników była w niektórych momentach godna podziwu, podobnie jak ich umiejętności. Reprezentowaliśmy różny poziom przygotowania i doświadczenia. Byłem jednym z nielicznych, który w plenerze uczest-

niczył po raz pierwszy. Choć prace były czasem bardzo surowo oceniane przez Dariusza Hankiewicza, wszyscy wiedzieliśmy, że to wskazywanie błędów i krytyka są wyłącznie dla dobra autora. W końcu to warsztaty, których celem była nauka fotografowania. Fotografujących lekarzy jest wielu. W czterech izbach lekarskich organizowane są wystawy, dwie z nich mają charakter międzynarodowy. Wernisaż naszej wystawy poplenerowej odbędzie się 19 listopada 2022 r. w Galerii Sztuki Nieprofesjonalnej „U Lekarzy” w siedzibie Lubelskiej Izby Lekarskiej. ■■■

XIII PULS SŁOWA
Molekuły wrażliwości 5
15 października 2022 r.

godz. 11.00 ~ Rozstrzygnięcie XIII Ogólnopolskiego Konkursu Poetycko-Prozatorskiego PULS SŁOWA dla lekarzy i lekarzy dentystów
Prowadzenie: Bożena Hoffman-Golańska
Majka Maria Żywicka-Luckner
Waldemar Hładki

godz. 15.00 ~ Koncert poetycko-muzyczny „Molekuły wrażliwości 5”
Prowadzenie: Majka Maria Żywicka-Luckner
Waldemar Hładki
Udział biorą: Iwona Ralewicz
Wojciech Mągiński
Joanna Vorbrodt
Romana Vorbrodt

godz. 17.00 ~ Turniej Jednego Wiersza
godz. 20.00 ~ Suita poetycko-muzyczna VORBRÖDT 44
Wykonawcy: Joanna Vorbrodt, Romuald Vorbrodt

godz. 21.00 ~ Noc poetów

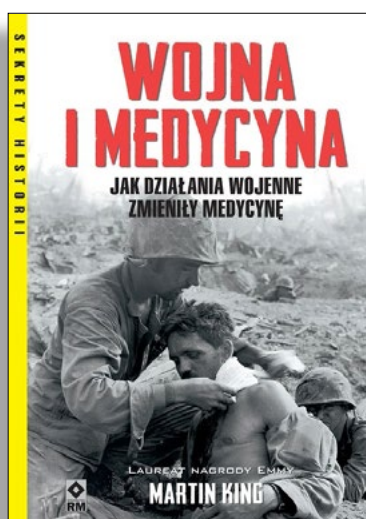
Na spektakl obowiązuje wstęp wolny. Nagrodzone w konkursie PULS SŁOWA oraz wiersze i teksty piosenek będących członkami OIL w Warszawie.

Dom Literatury w Warszawie
ul. Krakowskie Przedmieście 87/89

„PULS SŁOWA”

15 października o g. 11.00 w Domu Literatury w Warszawie (ul. Krakowskie Przedmieście 87/89) nastąpi rozstrzygnięcie XIII Ogólnopolskiego Konkursu Poetycko-Prozatorskiego „Puls Słowa” dla lekarzy i lekarzy dentystów. Prowadzenie: Bożena Hoffman-Golańska, Majka Maria Żywicka-Luckner i Waldemar Hładki.

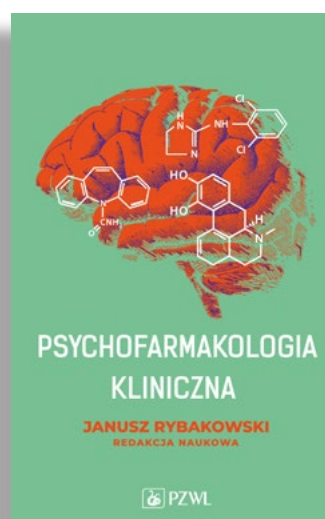
WOJNA I MEDYCyna



Martin King

Jak wyglądała pomoc medyczna na polach bitew starożytności? Kto uratował księcia Henryka w czasie Wojny Dwóch Róż? Kim były Mary Seacole, Tillie Pierce i Florence Nightingale, znana jako „Dama z lampą”? Dlaczego Dominique Jean Larrey uchodzi za pioniera medycyny ratunkowej i przykład doskonałego lekarza? Autor zabiera czytelnika w podróż historyczną pokazującą heroizm wielu medyków, którzy uczestniczyli w wojnie nie po to, by odbierać życie, ale żeby je ratować.

PSYCHOFARMAKOLOGIA KLINICZNA



Redakcja naukowa: Janusz Rybakowski

Kompleksowe opracowanie farmakologicznego leczenia zaburzeń psychicznych. Publikacja została przygotowana przez psychiatrów, farmakologów i neurobiologów. Znajdziemy w niej przegląd leków psychotropowych, a także wskazówki dotyczące farmakoterapii wybranych jednostek psychiatrycznych (m.in. schizofrenia, choroba afektywna dwubiegunowa, depresja, zespoły lękowe i stresowe, uzależnienia, nałogi behawioralne, ADHD u dzieci i dorosłych).

SPORT

Rajd konny

Wojciech Sędzicki

XV Ogólnopolski rajd konny lekarzy im. Majora Hubala odbył się w dniach 23-25 września. Wzięło w nim udział 22 jeźdźców na własnych koniach oraz dwie bryczki dla 12 zaproszonych gości z dziećmi. Większość konnych stanowili lekarze z woj. łódzkiego, dodatkowo przybyło dwoje lekarzy z Krakowa, troje z woj. śląskiego i troje z woj. mazowieckiego. Trasa rajdu przebiegała obrzeżami Puszczy Pilickiej, a bazę lokalową, dzięki uprzejmości dr. Jarosława Suwalskiego, stanowił ośrodek jeździecki w Mikołajowie obok Koluszek. Oceniam rajd jako udany, a przyczyniła się do tego piękna pogoda, która mimo pesymistycznych prognoz była dużym zaskoczeniem. Sobotni wieczór uświetnili koncertem Anna i Romuald Spychalscy, prezentując arie operetkowe i pieśni oraz piosenki włoskie.



FOTO: Lesław J. Pypiec



BJJ

Zapraszamy na III edycję Mistrzostw Polski BJJ Lekarzy, które po raz kolejny będą miały miejsce w wrocławskim klubie WroxGym. Zawody odbędą się 26 listopada (planowane jest rozegranie ich w formule gi oraz no-gi). Dzień wcześniej odbędzie się seminarium z czarnym pasem BJJ, a po zawodach integracyjny grill. Dodatkowe informacje na stronie wydarzenia na Facebooku.

SPORT

PML W TENISIE ZIEMNYM

2 września zakończyły się XXXI Polonijne Mistrzostwa Lekarzy w Tenisie Ziemnym, których organizatorem był honorowy prezes Związku Lekarzy Polskich w Chicago dr Bronisław Orawiec. Patronat nad turniejem sprawował Konsulat Generalny RP w Chicago. Mecze odbywały się na kortach tenisowych przy Lions Park w Prospect Heights, IL.

Wyniki i fotorelacja na www.gazetalekarska.pl.

Od lewej: Sławomir Puskarski, Roman Marszałek, Aleksandra Głodek, Bronisław Orawiec, Janusz Dańko



GazetaLekarska.pl



24. MPL W PÓŁMARATONIE W GNIEZNIE

Trasa z historycznego Ostrowa Lednickiego do Gniezna, nie mniej wpisanego w dzieje Polski, była miejscem zmagania lekarzy w 24. Mistrzostwach Polski Lekarzy w Półmaratonie, w ramach Jubileuszowego 45. Biegu Lechitów. Na dystansie 21 km zmierzyło się 52 biegacze spod znaku Eskulapa, w tym 18 kobiet i 34 mężczyzn. Wszyscy lekarze (w gronie ponad 1600 biegaczy) dotarli do mety w doskonałej formie. Kto okazał się najlepszy? Zapraszamy do zapoznania się z pełną relacją z tego wydarzenia autorstwa Wojciecha Łackiego na www.gazetalekarska.pl.

DZIENNIKARZE VS. LEKARZE

W dniach 9 i 10 września odbył się XI Turniej Tenisa Ziemnego „Dziennikarze vs. Lekarze”. Organizatorem zawodów był prezes Klubu Sportowego „Bronek” ZLP w Chicago dr Bronisław Orawiec. Turniej przeprowadzono na kortach tenisowych w Lions Park w Prospect Heights, IL.

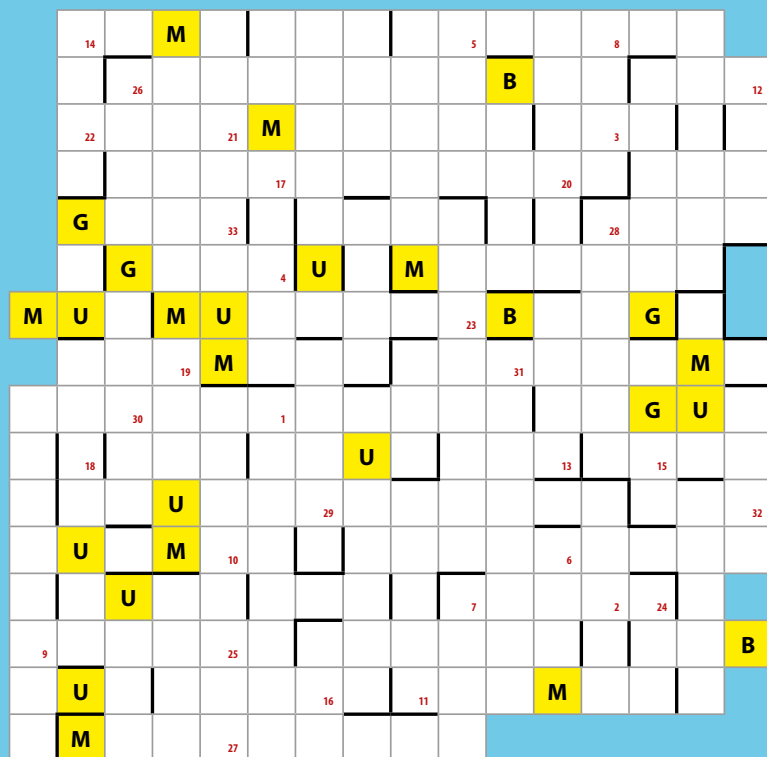
Relacja na www.gazetalekarska.pl.



GazetaLekarska.pl

Ogłoszenia

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



Jerzy Badowski



NACZELNA
IZBA LEKARSKA

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

