

Gazeta Lekarska

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



PODWYŻKI dla wybranych

HISTORIA I MEDYCYNĄ

Na 100-lecie niepodległości
W 1918 r., po 123 latach niewoli,
Polska powróciła na mapę świata.

REPORTAŻ

Dentobus w Czechach
Nie ma płaczu, ucieczek, lęku ani
straszenia się dentystą.

STUKOT BIAŁYCH TREPÓW

Pozwólcie odejść
To w nim zostało i wraca przez lata.
Zmieniło jako człowieka i młodego lekarza.

Spis treści

- 4 **Na wstępie** R. Golański: Lekarze dla Niepodległej
- 6 **Z Sobieskiego 110** A. Matyja: Gdy rozum śpi...
- 7 **Skrining**
- 8 **Obserwacje** S. Badurek: Pacjentów i lekarzy spory o rację
- 9 **Temat miesiąca** Podwyżki dla wybranych
- 12 **Rozmowa o zdrowiu** Mówimy o Polsce
- 16 **Samorząd**
- 18 **Kodeks Etyki Lekarskiej** wobec wyzwań współczesności
- 20 **Kodeks Etyki Lekarskiej** Ukarana w Wielkiej Brytanii
- 21 **Dental espresso** Andrzej Cisko: nil.org.pl/edm
- 22 **Stomatologia** Nie bójmy się ciężarnej
- 24 **Separatory amalgamatu**
- 25 **Nasi w Europie** A. Lella: Czy tak ma wyglądać stomatologia?
- 26 **Ze świata** Wschód na Zachód
- 28 **Lekarskie towarzystwa naukowe** Pneumologia to specjalność deficytowa
- 30 **Prawo i medycyna** Przychodzi Batman do lekarza
- 32 **Cicho sza!**
- 33 **Nauka w skrócie**
- 34 **E-doktor** E-ZLA, e-recepta, e-skierowanie. Kiedy dofinansowanie?
- 36 **Polskie innowacje** Stent bez powikłań
- 37 **Reportaż** Dentobus w Czechach
- 40 **Praktyka lekarska** ChPL – kontrowersje
- 42 **Nobel 2018:** Zwolnić hamulec
- 43 **WUM łączy się z UW**
- 44 **Leczenie ruchem**
- 46 **Lekooporność** drobnoustrojów
- 48 **Zakażenia szpitalne** – przełamano tabu
- 50 **Ile pracowaliśmy w 2017 roku**
- 52 **Stukot białych trefów** Pozwólcie odejść
- 54 **List do redakcji** To nie jest moje okrucieństwo
- 56 **Indeks korzyści** Stawanie na „go”
- 58 **Ze sceny** A. Andrus: Ty się wiatru nie bój
- 59 **Kultura** Koncerty Światowej Orkiestry Lekarzy
- 60 **Błąd malarski** Z korzeniami
- 62 **Kultura** 10 lat MediCoro
- 63 **Nasza czytelnia**
- 63 **Sport**
- 64 **Ogłoszenia**
- 72 **Komunikaty**
- 73 **Epikryza [83]** J. Wanecki: Marzenie mam
- 74 **Jolka lekarska**



Nie bójmy się ciężarnej



Przychodzi Batman do lekarza



Zakażenia szpitalne – przełamano tabu



WIĘCEJ NA WWW.GAZETALEKARSKA.PL

REFUNDACJA

Systematycznie rośnie liczba leków refundowanych w ramach listy aptecznej, jak i substancji refundowanych w ramach programów lekowych.

EDM

Minister zdrowia zapowiedział wycofanie przepisu obligującego od 1.01.2019 placówki mające umowę z NFZ do prowadzenia dokumentacji w postaci elektronicznej.

Lekarze dla Niepodległej

Obchodzimy wyjątkową rocznicę. 100 lat temu, po długim okresie niebytu, odrodziła się Rzeczpospolita. Powinienem napisać: odrodzono Rzeczpospolitą, bo za powrotem Polski na mapę Europy stali konkretni ludzie.



Ryszard Golański

Redaktor naczelny
„Gazety Lekarskiej”

Mam nadzieję, że każdy, nawet młody Polak jest w stanie wymienić nazwiska związane z tamtym listopadem: Piłsudski, Dmowski, Paderewski. Oczywiście było wiele osób, które miały wpływ na rozwój wypadków. Bez ich odwagi, determinacji i wytrwałości nie byłoby II Rzeczypospolitej. Wśród tysięcy takich ludzi byli oczywiście lekarze. O kilkorgu z nich pisaliśmy w tym roku na naszych łamach, w materiałach przygotowywanych przez Ośrodek Historyczny Naczelnej Rady Lekarskiej. O kolejnej lekarce piszemy na str. 11.

Po dwóch latach tworzenia jednolitego państwa z ziem trzech zaborów, przyszło Polakom zderzyć się z sowiecką nawałnicą, która postanowiła nowy, jedynie słuszny „ład” zaprowadzić w całej Europie. To, że młodemu państwu polskiemu, jego dopiero tworzonej armii, udało się pokonać Armię Czerwoną, nie bez kozery nazywane jest cudem. Obiektywnie patrząc, Polacy byli przecież bez szans. Jednym z bardzo ważnych atutów tamtej Polski była tolerancja i umiejętność wspólnego działania na rzecz państwa Polaków, Ukraińców, Żydów, Białorusinów i innych mniejszości. Ludzi wielu narodowości, wielu religii i wielu kultur. Mnie jako Łódzianinowi ta tradycja wspólnej egzystencji czterech kultur, bo moje miasto tworzyli Polacy, Żydzi, Niemcy i Rosjanie, jest szczególnie bliska.

Niestety ta tradycja zderza się obecnie z szerzonym brakiem tolerancji. Brakiem tolerancji wobec mieszkańców naszego kraju, różniących się pod jakimkolwiek względem, choćby poglądów politycznych i wobec przybyszów. Kiedy myślałem o wydarzeniach sprzed stulecia, pomyślałem o jeszcze jednym odzyskaniu niepodległości – o roku 1989 i wyborach 4 czerwca. Mimo że formalnie byliśmy państwem niepodległym, to wiadomo, że – podobnie jak kraje sąsiednie – byliśmy państwem satelickim Związku Radzieckiego. Wiem, że są to oczywistości, ale trzeba o tym przypominać, szczególnie młodemu pokoleniu.

Niepodległość nie jest dana raz na zawsze, trzeba o nią dbać i jej strzec. Żyjemy w czasach, w których od 73 lat nie było w Polsce wojny. To okres niezwykle długi, jak na naszą historię. Od 28 lat możemy sami o sobie stanowić. Jedyną walką jest walka wyborcza. Ale podziały, jakie dokonały się między Polakami w ciągu ostatnich kilku lat, budzą ogromny niepokój. Samorząd lekarski z założenia jest apolityczny. Każdy lekarz, bez względu na swoje przekonania, ma obowiązek być jego członkiem. Są zatem wśród nas osoby o bardzo różnorodnych poglądach. Politycznych, społecznych i religijnych. Jestem jednak głęboko przekonany, że zdecydowana większość lekarzy jest związana z pojęciem Ojczyzna. Zawód lekarza to zawód szczególny. Co do tego nikt chyba nie ma wątpliwości. Nie chcę, mimo uroczystej okazji rocznicowej, używać słów górnolotnych. Nasz patriotyzm przekłada się w codziennej pracy na dbanie o zdrowie Polaków. ○

MIGAWKA

➤ 13 października odbyła się uroczystość „Specjalista 2017”, podczas której w siedzibie Ministerstwa Zdrowia uhonorowano lekarzy specjalistów, którzy w sesjach egzaminacyjnych 2017 r. złożyli PES z najlepszym wynikiem, oraz kierowników ich specjalizacji. Listy gratulacyjne wręczył prezes NRL Andrzej Matyja. Galeria zdjęć na www.gazetalekarska.pl.



FOTO: MARIUSZ TOMCZAK

RODO — dobro pacjenta ponad przepis

Pod koniec września 2018 r. opublikowano „Przewodnik po RODO w służbie zdrowia”. Jest on efektem prac zespołu zadaniowego ds. ochrony zdrowia w ramach Grupy Roboczej ds. Ochrony Danych Osobowych Ministerstwa Cyfryzacji.

 **JAROSŁAW KLIMEK** Radca prawny OIL w Łodzi

Projekt ten koordynowały Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Cyfryzacji przy współpracy m.in. z Rzecznikiem Praw Obywatelskich i Rzecznikiem Praw Pacjenta. Można go pobrać ze strony internetowej „Gazety Lekarskiej” (www.gazetalekarska.pl) oraz Ministerstwa Cyfryzacji (www.gov.pl/cyfryzacja).

We wstępie do przewodnika, zawierającego odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania dotyczące przetwarzania danych osobowych w służbie zdrowia, podkreślono bardzo istotną kwestię. Warto zacytować dosłownie ten fragment: „[...] przepisy regulujące kwestie ochrony danych osobowych, do których stosowania zobligowane są podmioty lecznicze, nie mogą dezorganizować bądź ograniczać procesu udzielania świadczeń zdrowotnych. Nie ujmując znaczenia i doniosłości przepisów RODO, personel medyczny powinien mieć przede wszystkim na względzie obowiązek ratowania zdrowia i życia ludzkiego, poświęcając dobro, jakim jest ochrona danych osobowych”.

W przewodniku podkreśla się też, że należy respektować prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności, ograniczając w każdy możliwy sposób ryzyko ujawnienia danych o stanie jego zdrowia.

Rejestracja pacjentów – wyraźne wyznaczenie obszaru, w którym znaleźć się może wyłącznie obsługiwany pacjent (naklejenie na podłogę kolorowej taśmy, ustawienie bariery lub ścianki, odrębne od poczekalni pomieszczenie, rejestracja teleinformatyczna).

Weryfikacja tożsamości pacjenta – należy przy niej zminimalizować ryzyko uzyskania danych przez inne osoby (okazanie dokumentu tożsamości, podanie danych identyfikujących ustnie lub na formularzu, który po rejestracji zostaje zniszczony, bezpieczne metody elektroniczne).

Wywoływanie pacjentów – za najlepsze rozwiązanie uznaje się zastosowanie elektronicznego systemu wyświetlającego numerki nad gabinetami, ale możliwe jest wezwanie poprzez wyczytanie unikalnego numeru przyznanego pacjentowi na potrzeby każdej lub tylko jednej wizyty, przez wezwanie pacjenta umówionego na konkretną godzinę do

konkretnego gabinetu, wywołanie imieniem, jeśli tylko jeden oczekujący pacjent je nosi. Rygory te są rozluźnione w przypadku, gdy zagrożone jest zdrowie lub życie pacjenta, i w związku z tym nie ma innej możliwości niż posłuszenie się imieniem i nazwiskiem pacjenta.

Oznaczanie gabinetów – mogą być oznaczane danymi przyjmującego w nich lekarza (imię, nazwisko, specjalizacja), bo pozwala to pacjentowi wykonywać jego prawa (np. wyboru lekarza), dane te nie są szczególnie chronione, a pracownicy podmiotu muszą nosić identyfikatory.

Rozmowy o stanie zdrowia – przekazywanie danych o stanie zdrowia na salach chorych powinno następować w możliwie najmniejszym zakresie (odpowiednim do tego miejscem są gabinety lekarskie), bez obecności osób nieuprawnionych (gości pacjenta innych niż prawni lub faktyczni opiekunowie, a nawet pracowników medycznych, którzy nie udzielają świadczeń niezbędnych temu pacjentowi). Jeśli to możliwe, wyniki obserwacji pacjenta nie powinny być omawiane, a zapisywane w dokumentacji. Nie ma takich ograniczeń, jeśli ustalenie stanu zdrowia jest konieczne do ratowania zdrowia lub życia.

Pojemniki na leki – można je oznaczać danymi pacjenta w celu wyeliminowania ewentualnych pomyłek.

Wgląd do dokumentacji medycznej – nie można żądać szczególnej formy upoważnienia (np. żądania opatrzenia go własnoręcznym podpisem), ważne, żeby nie było wątpliwości, że udzieliła go osoba uprawniona, co nie jest trudne w przypadku bezpośredniego kontaktu. Bardziej kłopotliwa jest sytuacja, w której upoważnienie ma nastąpić nie w sposób bezpośredni. Wtedy należy zastosować środki, które dostatecznie potwierdzą, że upoważnienia dokonuje właściwa osoba (kwalifikowany podpis elektroniczny, profil ePUAP, dedykowany system informatyczny).

Rozmowy telefoniczne o stanie pacjenta – są możliwe w sytuacjach nagłych czy zagrożenia zdrowia lub życia, gdy upewniono się, że rozmawia się z osobą uprawnioną (pytania kontrolne z wykorzystaniem danych pacjenta, którymi się dysponuje). W takich sytuacjach należy też minimalizować zakres przekazywanych danych do tych, które są niezbędne do podejmowanych działań. 

Gdy rozum śpi...

Zadziwiająca jest popularność przeciwników obowiązkowych szczepień czy aktywnych w sieciach społecznościowych rzekomych specjalistów, którzy lansują „cudowne” specyfiki i terapie. Mniejsza, jeśli jest to osobliwy element folkloru internetu, gorzej, jeśli na drugiej szali leży zdrowie i życie ludzi.

W sieci trudno oddzielić ziarno od plew. Tym większa odpowiedzialność spoczywa na nas, lekarzach, by bić na alarm i wyjaśniać, edukować, edukować i jeszcze raz edukować.

Tylko w ten sposób pomożemy naszym współobywatelom postępować racjonalnie, dokonywać właściwych wyborów dotyczących zdrowia, a wręcz życia.

Po tym, co wydarzyło się w Sejmie na początku października, nie można mieć złudzeń – czeka nas ogromna praca u podstaw. Obywatelski projekt ustawy znoszącej obowiązek szczepień ochronnych nie został odrzucony po pierwszym czytaniu, lecz skierowany do dalszych prac w sejmowych komisjach. Szkodliwa inicjatywa ustawodawcza została potraktowana z pełną powagą, uzyskała dodatkowy rozgłos, który będzie się zwiększał wprost proporcjonalnie do czasu poświęcanego na debatowanie w parlamencie.

Samorząd lekarski zajął jednoznacznie negatywne stanowisko wobec projektu przygotowanego przez Ogólnopolskie Stowarzyszenie Wiedzy o Szczepieniach „STOP NOP”, bo jego wprowadzenie w życie stanowiłoby ogromne ryzyko powrotu chorób skutecznie zwalczanych od kilku dekad.

W naszym środowisku niepokój wzbudził fakt, że wśród posłów, którzy głosowali za skierowaniem projektu do dalszych prac w komisji, znalazło się kilku lekarzy, mimo że głosowanie za zniesieniem obowiązku szczepień ochronnych jest wbrew zasadom evidence based medicine i dalekie od norm postępowania określonych w Kodeksie Etyki Lekarskiej. Żaden lekarz nie powinien przyczyniać się, choćby nawet pośrednio, do uchwalenia szkodliwych dla zdrowia przepisów.

Uważam, że mieszanie naukowo ugruntowanej wiedzy medycznej z polityką nie wyjdzie na dobre ani medycynie, ani życiu publicznemu, dlatego zwróciłem się do marszałków Sejmu i Senatu z prośbą o zaapelowanie do szefów klubów parlamentarnych, aby w trakcie dalszych prac nad obywatelskim projektem ustawy lekarze byli zwolnieni z partyjnej dyscypliny głosowań. A może powinni rozważyć zawieszenie prawa wykonywania zawodu na czas

bicia posłem? Unikanie dwoistości ról mogłoby przysłużyć się odbudowie zaufania do lekarzy. A jest to jedno z zadań, jakie wyznaczyłem sobie na tę kadencję.

Jako środowisko mamy wiele powodów do dumy. Naukowe osiągnięcia, zdolna lekarska młodzież, innowacyjny potencjał... Dlaczego więc nasze społeczeństwo ma poddawać się biegowi zdarzeń kreowanych przez demony, które się budzą, gdy śpi rozum? Takie skojarzenie z tytułem znanej ryciny Francisco Goi nieodparcie nasuwa się, gdy obserwujemy spory wokół szczepień. Nie wolno ulegać atmosferze i presji ignorancji.

W październiku miałem przyjemność zasiadać w jury prestiżowego konkursu Złoty Skalpel. Tym wyróżnieniem honorowane są innowacje, które wnoszą wkład w rozwój opieki zdrowotnej w naszym kraju. Wybranie najlepszych było niełatwe, ponieważ w tym roku napłynęła rekordowa liczba zgłoszeń. Nagrodziliśmy 14 projektów. Pierwsze miejsce zajął zespół ze Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, który w lipcu pod kierownictwem dr. hab. Michała Zembała przeprowadził pierwszą w Polsce implantację sztucznego serca, dzięki czemu SCCS dołączyło do elitarnego grona ośrodków na świecie oferujących wszystkie sposoby terapii pacjentów z niewydolnością krążenia.

Z satysfakcją uczestniczyłem też w uroczystości Specjalista 2017, podczas której wyróżniono kilkudziesięciu lekarzy specjalistów. W sesjach egzaminacyjnych 2017 r. złożyli oni Państwowy Egzamin Specjalizacyjny z najlepszym wynikiem. Uhonorowano też kierowników ich specjalizacji. Cieszę się, że przybywa nam specjalistów i zwiększa się grono młodych lekarzy, że mamy osiągnięcia.

Potrzebne jest nasze zaangażowanie w edukację zdrowotną. Wielkie nadzieje pokładałem w młodych koleżankach i kolegach, którzy mając już nawyk korzystania z nowoczesnych form komunikacji elektronicznej, potrafią w sposób szybki i skuteczny docierać do społeczeństwa. Bardzo cieszę się inicjatywy izb okręgowych, które m.in. angażują się w różne formy promocji szczepień. W czasach ścierających się skrajności bądźmy głosem rozsądku. Liczę bardzo na owocną współpracę z mediami, siostrzanyimi izbami i branżowymi stowarzyszeniami. ○



Andrzej Matyja

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

))) Z prac Prezydium NRL

W październiku Prezydium NRL podjęło stanowiska w sprawie m.in.: projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty, projektu ustawy zmieniającej ustawę o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw, nowelizacji ustawy Prawo farmaceutyczne, procesu cyfryzacji opieki zdrowotnej, rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, a także projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skirowaniem i listami oczekujących na

udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej. W stanowisku dotyczącym projektu ustawy o Agencji Badań Medycznych zawnioskowano m.in. o zmianę projektu ustawy, tak aby w skład Rady ABM wchodził przedstawiciel NRL oraz to, by w wymaganiach kwalifikacyjnych na stanowiska prezesa i zastępców przewidzieć, że mogą je pełnić wyłącznie samodzielni pracownicy naukowcy. Prezydium NRL zaapelowało ponadto do ministra zdrowia o pilne wprowadzenie dla lekarzy i lekarzy dentystów wsparcia finansowego w związku z wdrażaniem e-recepty, tak aby środowisko lekarskie mogło korzystać ze wsparcia na takich samych zasadach jak podmioty prowadzące apteki. (



^ Spotkanie przedstawicieli samorządów zawodów medycznych w NIL.

))) Razem o EDM

Przedstawiciele samorządu lekarskiego, Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Izby Aptekarskiej, Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych oraz Krajowej Izby Fizjoterapeutów spotkali się 11 października z inicjatywy prezesa NRL Andrzeja Matyi w siedzibie NIL, aby rozmawiać o informatyzacji w ochronie zdrowia. Wyrazili zaniepokojenie stanem przygotowań do wdrożenia zaprojektowanych etapów cyfryzacji opieki zdrowotnej i podjęli decyzję o powołaniu wspólnej grupy ekspertów, która skupi się na wypracowaniu wspólnych rekomendacji w obszarze Elektronicznej Dokumentacji Medycznej. To pierwsza inicjatywa, w ramach której współpracę podjęły wszystkie samorządy zawodów medycznych. (

))) Szczepienia

Samorząd lekarski aktywnie zaangażował się w debatę publiczną o szczepieniach, która powróciła wraz z głosowaniem nad obywatelskim projektem ustawy znoszącej obowiązek szczepień ochronnych. Apele prezesa NRL trafiły na ręce m.in. marszałków Sejmu i Senatu. Prezydium NRL m.in. wystosowało apel do parlamentarzystów i poparło stanowisko krajowego konsultanta w dziedzinie zdrowia publicznego w sprawie szczepień ochronnych. Konwent Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich obradujący 12 października w Gnieźnie postanowił m.in. prowadzić w okręgowych izbach lekarskich działania pro-szczepienne i edukacyjne oraz wspierać każdy projekt promujący ideę szczepień, w tym – poprzez zbieranie podpisów pod projektem Obywatelskiej Inicjatywy Ustawodawczej „Szczepimy – bo myślimy”. (

))) Z Senatu

17 października miały miejsce dwa ważne wydarzenia w Senacie RP. Pierwsze to podsumowanie efektów Wielospecjalistycznego Programu Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym i Wsparcia Zdrowia Polaków „Po pierwsze zdrowie”, którego inicjatorem jest prof. Henryk Skarżyński, a patronem medialnym nasz miesięcznik. Lekarze prowadzący badania przesiewowe dzielili się swoimi spostrzeżeniami, po czym debatowano m.in. z udziałem redaktora naczelnego „Gazety Lekarskiej” Ryszarda Golańskiego. Na spotkaniu było obecnych wielu decydentów, w tym m.in. minister zdrowia Łukasz Szumowski. Drugim ważnym wydarzeniem była konferencja „Nowoczesne technologie medyczne i ich wpływ na profilaktykę oraz codzienną praktykę kliniczną w polskiej służbie zdrowia”, w czasie której młodzi lekarze prezentowali m.in. innowacje przydatne w codziennej pracy. (

GL
PATRONAT

))) Złoty Skalpel

W tegorocznej edycji konkursu Złoty Skalpel pierwsze miejsce zajął zespół ze Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, który pod kierownictwem dr. hab. Michała Zembała przeprowadził pierwszą w Polsce implantację sztucznego serca (TAH). Zabieg przeprowadzono na początku lipca, pacjent czuje się dobrze. W składzie tegorocznej kapituły Złotego Skalpeła był prezes NRL Andrzej Matyja. (

Pacjentów i lekarzy spory o rację



Sławomir Badurek

Diabetolog, publicysta medyczny

Prof. Antoni Kępiński, którego setna rocznica urodzin mija 16 listopada, zwykł mawiać, że pacjent ma zawsze rację. Swoim podopiecznym poświęcał tyle czasu, ile potrzebowali, a kiedy wyjeżdżał na urlop, zostawiał adres i numer telefonu, by żaden z jego chorych nie czuł się pozostawiony samemu sobie.

Znając poświęcone Profesorowi opracowania biograficzne, jak i przesłanie zawarte w znakomitych książkach tego wybitnego psychiatry i humanisty z Krakowa, nie wątpię, że gdyby dziś był z nami i praktykował, nie tylko mówiliby, ale i postępowałby tak samo. Z drugiej strony nie sposób nie zauważyć, że podczas czterdziestu sześciu lat, które upłynęły od przedwczesnej śmierci Antoniego Kępińskiego, dokonało się wiele zmian o fundamentalnym znaczeniu w relacjach lekarz-pacjent.

Przed wszystkim pół wieku temu mało kto z pacjentów wątpił, że lekarz ma zawsze rację. Niegdyś, jeśli już ktoś zgłaszał się do szpitala czy przychodni, to lekarzowi ufał, nie kwestionując jego autorytetu. Dowodem są badania zaufania społecznego, w których lekarze przez długie lata wiodli prym. Sytuacja zaczęła dynamicznie pogarszać się po 1989 r. Rok ogłoszonego przez Joannę Szczepkowską zakończenia komunizmu w Polsce przyniósł powstanie wielu nowych mediów, które, w przeciwieństwie do wcześniej istniejących, musiały walczyć o odbiorców, by utrzymać się na rynku. W ten sposób staliśmy się dla dziennikarzy łatwym żerem, wprost niewyczerpalną kopalnią chwytających za serce historii o ludzkiej tragedii, spowodowanej błędem, nieuctwem, łapownictwem, pijaństwem, że wymienię tylko niektóre przypisywane nam przywary. Nie twierdzę, że nie ma w naszym środowisku czarnych owiec, ale będąc przez kilka lat rzecznikiem dużego szpitala oraz swojej izby lekarskiej, poznałem od kuchni wiele historii, w których zgodnie z medialną narracją lekarz miał dopuścić się ciężkiego przewinienia, najczęściej tak zwanego błędu w sztuce. Żadna z nich nie była prawdziwa! Jakże to szczęście, że nie wszyscy pacjenci biegają na skargę do mediów. Jakże to szczęście, że my coraz chętniej korzystamy z ochrony prawnej.

Za to coraz liczniejsza grupa pacjentów przychodzi do gabinetu wyposażona w opinie najsłynniejszych lekarzy

świata, mianowicie doktora Google i doktor Wikipedii. Osoby dysponujące wskazówkami od takich autorytetów same stawiają sobie diagnozę, a do lekarza przychodzą z konkretnymi życzeniami. – Chciałabym sobie zrobić ECHO – mówi pacjentka, wchodząc do gabinetu kardiologa. – To proszę sobie zrobić – odpowiada rezolutny kardiolog. Ile podobnych dialogów słyszałem od koleżanek i kolegów! Zdarza się oczywiście, że pacjent ma rację i rzeczywiście wskazane przez niego badanie powinno być wykonane. Podobnie jak zdarzają się chorzy, którzy przynajmniej w pewnych obszarach mają na temat swojej choroby wiedzę większą niż lekarz, szczególnie niebędący w danej dziedzinie specjalistą. I o tym także musimy pamiętać. Powiedzieć „nie wiem” to naprawdę nic strasznego w czasach wysoce specjalistycznej i rozbudowanej wiedzy.

Prawdziwym nieszczęściem dla relacji pacjentów i lekarzy było pojawienie się pomiędzy nimi uzurpatora, stawiającego się w roli nadzorca. NFZ, bo o nim mowa, nieustannie zachęca pacjentów, by lekarzom nie wierzyć, tylko sprawdzać, egzekwować i składać skargi. Na niewiele się zdaje, że zazwyczaj komunikuje to w sposób mniej lub bardziej zawoalowany. Przekaz jest przekazem, a ten podprogowy bywa nieraz wyjątkowo silny i sugestywny. Nieco inaczej postępują politycy, choć służące budowaniu poparcia ich bezustanne zapewnienia o należytej każdemu obywatelowi bezpłatnej opiece zdrowotnej przynoszą podobny efekt do buntowania pacjentów przeciwko lekarzom, uprawianego przez NFZ.

O tym, co politycy myślą w rzeczywistości, mogliśmy się niedawno przekonać, słuchając, co na temat bezpłatnej służby zdrowia mówił Mateusz Morawiecki w restauracji „Sowa i Przyjaciele”. Darujmy sobie knajacki język kreowanego na arbitra elegantiarum Morawieckiego, bo naprawdę szkoda, że po dorwaniu się do władzy, rozsądne skądinąd stanowisko jest tylko do wiadomości zaufanych, a tak zwanemu ludowi wciśka się fantasmagorie. W kalekim systemie, który jest produktem tak prowadzonej polityki, lekarzom i pacjentom coraz trudniej jest rację sobie przyznawać, a coraz łatwiej toczyć o nią spory. Pod tym względem czasy profesora Antoniego Kępińskiego były lepsze. ○

Podwyżki dla wybranych



Mariusz Tomczak

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

Nastał czas podwyżek dla lekarzy z bardzo krótkim, jak również kilkudziesięcioletnim stażem pracy. Nie są one jednak przewidziane dla wszystkich. Faktem jest, że niektórzy z miesiąca na miesiąc odczuli istotny zastrzyk finansowy.

Na mocy ustawy z 5 lipca br., często określanej mianem „ustawy 6 procent”, lekarz specjalista może liczyć na wzrost wynagrodzenia zasadniczego do 6750 zł brutto, o ile zobowiąże się do nieudzielania tożsamyh świadczeń w innej placówce finansowanej ze środków publicznych i złoży oświadczenie potocznie określane „lojalką”.

Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia na dzień 1 października liczba lekarzy zgłoszonych do podwyżek wyniosła 16 585 (14 701,02 etatów). Najwyższa podwyżka wyniosła 2992,19 zł brutto (otrzymał ją jeden z lekarzy na terenie Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ), a najniższa 1009,28 zł (Lubuski OW NFZ).

– Część specjalistów nie złożyła oświadczeń ze względów czysto ludzkich, bo pracuje także gdzie indziej i nie chciała zostawić swojego drugiego szefa w potrzasku. Poza tym w dodatkowym miejscu pracy część lekarzy ma lepsze warunki finansowe – mówi Jarosław Biliński, wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, jeden z liderów Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, które zapoczątkowało ubiegłoroczny protest głodowy. Głódówka została przerwana po kilku tygodniach, ale protest młodych lekarzy, których potem wsparli także inni medycy, trwał przez kilka miesięcy, kończąc się w lutym br. podpisaniem porozumienia z ministrem zdrowia Łukaszem Szumowskim. Gdyby

nie tamte wydarzenia, zapewne nie byłoby tegorocznych podwyżek w takiej skali. Zgodnie z wrześniowym, długo wyczekiwany przez rezydentów rozporządzeniem ministra zdrowia, w przypadku lekarza i lekarza dentysty odbywającego specjalizację w ramach rezydentury w 20 dziedzinach medycyny, wysokość zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego w pierwszych dwóch latach zatrudnienia w trybie rezydentury wynosi 4700 zł brutto, w przypadku zakwalifikowania do jej odbywania w drugim postępowaniu kwalifikacyjnym w 2017 r. i w pierwszym postępowaniu kwalifikacyjnym w 2018 r. – 4875 zł, a po dwóch latach zatrudnienia w trybie rezydentury – 5300 zł. W pozostałych dziedzinach medycyny: w pierwszych dwóch latach zatrudnienia – 4000 zł brutto, po dwóch latach – 4500 zł.

BON PATRIOTYCZNY

Dodatkowo lekarze, ale – zgodnie z interpretacjami resortu – nie rezydenci stomatologii, mogą ubiegać się o „bon patriotyczny” (700 zł brutto miesięcznie w przypadku szkolenia specjalizacyjnego w priorytetowej dziedzinie medycyny, 600 zł – w pozostałych dziedzinach). Warunkiem otrzymania zwiększonego wynagrodzenia zasadniczego jest zobowiązanie się przez lekarza rezydenta do wykonywania zawodu lekarza w Polsce w podmiocie leczniczym, który udziela świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w łącznym okresie dwóch lat z pięciu kolejnych lat przypadających

od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, w łącznym wymiarze czasu pracy odpowiadającym co najmniej równoważnikowi jednego etatu. Tak brzmi generalna zasada. W tym miejscu proszę wybaczyć, że uogólniam, pomijając dziesiątki wyjątków, za którymi kryją się setki lekarskich życiorysów i – w niejednym przypadku – utraconej szansy na podwyżkę, ale gdybym chciał w miarę dokładnie przybliżyć to, komu dodatkowe pieniądze przysługują, a komu nie, musiałbym napisać artykuł parokrotnie dłuższy, angażując dodatkowo kilku dobrze znających te niuanse prawników. W tym zdaniu nie ma cienia przesady, bo chcąc otrzymać „bon patriotyczny”, należy spełnić warunki określone w ustawie z 5 lipca, które – jak przekonało się na własnej skórze wiele osób – wcale nie są tak oczywiste.

RÓŻNE INTERPRETACJE

Interpretacja przepisów przysporzyła trudności nie tylko wielu młodym lekarzom, ale również licznyh mecenasom, mimo że Ministerstwo Zdrowia na swojej stronie internetowej – pod naciskiem samorządu lekarskiego i Porozumienia Rezydentów OZZL – publikowało odpowiedzi na szczegółowe zapytania wielu lekarzy. Nie brakowało przypadków, gdy dyrekcja szpitala odmawiała przyznania podwyżki komuś, komu zgodnie z przepisami należały się dodatkowe pieniądze. Pełne ręce roboty mieli również prawnicy zatrudnieni w Naczelnej Izbie Lekarskiej i okręgowych

16 585

– tyle wyniosła liczba lekarzy zgłoszonych do podwyżek (stan na 1 października, dane NFZ).

izbach lekarskich, bo na przełomie sierpnia i września ich telefony były rozgrzane do czerwoności... Teraz mamy przełom października i listopada, a emocje znacznie, choć oczywiście jeszcze nie w pełni, opadły. Z informacji przekazanych Ministerstwu Zdrowia przez wojewodów wynika, że do 16 października otrzymali oni 12 429 deklaracji podpisanych przez rezydentów. Wśród osób, które zdecydowały się przyjąć „bon patriotyczny”, jest Damian Patecki, członek Naczelnej Rady Lekarskiej. Nie wahał się z podjęciem takiej decyzji, bo w jego ocenie czas wyznaczony na odpracowanie tych pieniędzy jest stosunkowo krótki. – Kwota bonu jest na tyle niska, że w razie wyjazdu nie ma problemów z oddaniem tych pieniędzy. Poza tym trzeba być konsekwentnym – podkreśla Damian Patecki, nawiązując do hasła „Chcemy leczyć w Polsce!”, pod którym młodzi lekarze, w tym także on, protestowali jesienią 2017 r. Oświadczenie złożył również Bartosz Fiałek, lekarz rezydent ze Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 w Bydgoszczy. – Za przepracowany wrzesień w ramach rezydentury bez podpisanej klauzuli opt-out otrzymałem 3558 zł netto z tytułu podstawowego wymiaru czasu pracy i 2124 zł netto za dyżury medyczne. Nie brałem urlopu wypoczynkowego. Jeszcze rok temu, przed pierwszym podwyżkowym rozporządzeniem z 27 października 2017 r., za taką samą pracę otrzymałbym na rękę odpowiednio 2415 zł i 1270 zł, więc we wrześniu br. dostałem więcej o blisko 2000 zł. W moim przypadku ta sama liczba przepracowanych godzin wyceniona jest teraz wyżej o ok. 54 proc. – mówi Bartosz Fiałek. Oczywiście nie u wszystkich podwyżka tyle wynosi.

12 429

– tyle deklaracji podpisanych przez lekarzy rezydentów otrzymali wojewodowie do 16 października (dane MZ).

ETATY I PROBLEMY

W Beskidzkim Centrum Onkologii w Białymstoku-Białej 77 spośród 111 lekarzy specjalistów skorzystało z możliwości otrzymania podwyżki wynagrodzenia, a spośród 35 zatrudnionych tam lekarzy rezydentów – 27. W Szpitalu Grochowskim w Warszawie oświadczenie złożyło 55 proc. specjalistów i 78 proc. rezydentów. W Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu oświadczenia „lojalnościowe” podpisało 274 spośród 600 zatrudnionych tam specjalistów, a deklarację pracy w Polsce przez dwa lata po zakończeniu specjalizacji 313 rezydentów (spośród 418). W zatrudniającym ok. 200 specjalistów Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim w Zamościu oświadczenia złożyło 82 lekarzy, natomiast spośród 43 rezydentów na przyjęcie bonu nie zdecydował się tylko jeden. W Szpitalu Powiatowym w Zawierciu na złożenie oświadczeń zdecydowało się 57 lekarzy specjalistów i 4 lekarzy odbywających szkolenia specjalizacyjne w trybie rezydentury. Wiele placówek – przynajmniej oficjalnie – deklaruje, że złożenie oświadczeń powiązanych z zakazem konkurencji nie spowoduje żadnych perturbacji. Wynika to czasami z dość oczywistego powodu: w ogóle nie ma w nich lekarzy specjalistów zatrudnionych na podstawie umowy o pracę. Taka sytuacja jest m.in. w Szpitalu Powiatowym w Rawiczu. W niektórych dużych placówkach dominują „kontraktowcy”, przez co regulacje ustawy z 5 lipca ich nie dotyczą. W Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku pracę na podstawie kontraktów świadczy ok. 800 lekarzy. Spośród lekarzy specjalistów zatrudnionych na etacie, oświadczenia złożyły 54 osoby (43,82 etatów) na 89 pracowników (59,95 etatów). – Ten fakt powoduje,

że nasz szpital w najbliższym okresie nie widzi zagrożeń związanych ze zmniejszoną obsadą kadrową lekarzy – mówi Piotr Ciborski, zastępca dyrektora naczelnego UCK w Gdańsku. Inny przykład: w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Toruniu zatrudnionych jest 295 lekarzy specjalistów, ale tylko 11 na umowy o pracę, spośród których oświadczenia złożyły 4 osoby.

SZPITALNY LĘK

Są jednak placówki, które wyrażają pewne obawy. W Radomskim Szpitalu Specjalistycznym oświadczenia złożyło 108 na 120 lekarzy posiadających specjalizację. Jak mówi dyrektor Marek Pacyna, po przeanalizowaniu sytuacji kadrowej zwrócono się do Narodowego Funduszu Zdrowia o umieszczenie placówki w wykazie podmiotów leczniczych, w których może wystąpić zagrożenie braku dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej lub ciągłości ich udzielania ze względu na zbyt małą liczbę lekarzy. – Wielu lekarzy pracujących w szpitalu posiada status emeryta. Najczęściej zatrudnieni są w niepełnym wymiarze czasu pracy i nie pełnią dyżurów medycznych – tłumaczy. Nie jest tajemnicą, że podniesienie wynagrodzenia zasadniczego specjalistów do kwoty 6750 zł brutto miesięcznie (w przeliczeniu na pełny etat) spowoduje wzrost wysokości pochodnych takich jak: dyżury, dodatki funkcyjne, średnia wynagrodzeń za urlopy czy nagrody jubileuszowe. W Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie w skali roku te dodatkowe koszty obciążą budżet szpitala kwotą ponad 2 mln zł. Rzecznik tego szpitala, Natalia Adamska-Golińska, zwraca uwagę na możliwość pojawienia się konfliktów na tle płacowym w przyszłości. – Obawiamy się, że

ANDRZEJ MATYJA, prezes NRL

Dobrze, że możemy być świadkami wzrostu wynagrodzeń lekarzy, ale pamiętajmy, że podwyżki nie obejmują dużej części naszego środowiska. W ocenie samorządu lekarskiego ich skala jest niewystarczająca. Zgodnie ze stanowiskiem podjętym przez XIV Krajowy Zjazd Lekarzy, wynagrodzenia powinny być na poziomie: jednej średniej krajowej – lekarz stażysta; dwukrotnej średniej krajowej – lekarz i lekarz dentysta bez specjalizacji; dwuipółkrotnej średniej krajowej – lekarz z pierwszym stopniem specjalizacji; trzykrotnej średniej krajowej – lekarz posiadający specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty. Oczywiście nie

należy podnosić wynagrodzeń wszystkim po równo. Trzeba brać pod uwagę to, ile lekarze zarabiali dotychczas, jak pracują, jaką mają odpowiedzialność zawodową. Zarobki powinny być uzależnione m.in. od poziomu posiadanego wykształcenia i miejsca zatrudnienia. Niestety nadal nie ma systemowych gwarancji wzrostu płac w całej ochronie zdrowia. Rzucanie dodatkowych pieniędzy to tej, to innej grupie zawodowej, przypomina zasadę „dziel i rządź”. Za swoją pracę ludzie powinni otrzymywać godne wynagrodzenie, które powinno motywować ich do podnoszenia kwalifikacji i rozwoju zawodowego. (C)

zróżnicowanie płacowe medyków, którzy podpisali zobowiązanie dotyczące lojalności wobec jednego pracodawcy i tych, którzy go nie podpisali, może spowodować napięcia w zespołach lekarskich – przyznaje rzecznik USD w Krakowie.

RZĄDOWY PLAN

Na zupełnie inny aspekt zwraca uwagę dr Jarosław Biliński. Jego zdaniem rządzący mają pewien plan, choć głośno o tym nie mówią, aby nie prowokować wybuchu niezadowolenia społecznego. – Nie wierzę w przypadki. Sądzę, że zarówno ustawa o sieci szpitali, jak i warunkowa zgoda na podwyżki dla lekarzy, mają na celu m.in. likwidację niektórych placówek – mówi. Powodu łatwo się domyślić: chodzi o optymalizację ilości oddziałów i szpitali. Od dawna czarne chmury zbierają się nad wieloma mniejszymi placówkami, głównie powiatowymi. – Koszty funkcjonowania naszych szpitali coraz bardziej rosną, a finansowanie niewiele różni się od poziomu z 2016 r. – przyznaje Waldemar Malinowski, prezes Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali

PODNIESIENIE WYNAGRODZENIA ZASADNICZEGO LEKARZY SPECJALISTÓW SPOWODUJE WZROST WYSOKOŚCI POCHODNYCH [DYŻURY, DODATKI FUNKCYJNE, ŚREDNIA WYNAGRODZEŃ ZA URLOPY, NAGRODY JUBILEUSZOWE].

Powiatowych. OZPSP zwraca uwagę, że poza lekarzami specjalistami zatrudnionymi w ramach umowy o pracę i lekarzami rezydentami, w szpitalach pracuje wiele osób, bez których funkcjonowanie placówek nie byłoby możliwe. I nie chodzi tylko o lekarzy kontraktowych, ale również o diagnostów laboratoryjnych, rehabilitantów, farmaceutów, techników radiologii, opiekunów medycznych, informatyków, pracowników księgowości, kadr itd. Czy rządzący nie pójdą kiedyś na całość, zwiększając kwotę podwyżki obwarowanej zakazem konkurencji do – dajmy na to – kilku tysięcy złotych? Zdaniem dr. Damiana Pateckiego jest to możliwe. – Wydaje się, że co do zasady cały pomysł wprowadzenia „bonów patriotycznych” jest sposobem na zwiększenie pensji lekarzy w sposób akceptowalny

dla społeczeństwa – uważa członek NRL. Na zakończenie warto podkreślić, że zarówno lekarze specjaliści, jak i rezydenci, którzy nie zdecydowali się na podpisanie „lojalki” lub złożenie wniosku o „bon patriotyczny”, w dalszym ciągu mogą skorzystać z uprawnień, jakie daje im ustawa. Pracodawcy są zobowiązani przyjąć ich oświadczenia, ale osoby, które złożą je teraz, nie uzyskają wyrównania od 1 lipca, jakie otrzymają ci, którzy zdecydowali się na ten krok do 7 września – podwyżki będą przysługiwały im dopiero od kolejnego miesiąca. Wzory formularzy oświadczeń przygotowane przez Zespół Radców Prawnych NIL wraz z dodatkowymi informacjami rozwiewającymi zasadnicze wątpliwości są zamieszczone na stronie internetowej NIL. Ich poprawność formalnie zatwierdził resort zdrowia. 

HISTORIA I MEDYCINA

Na 100-lecie niepodległości

11 listopada świętujemy 100-lecie odzyskania niepodległości. W 1918 r., po 123 latach niewoli, Polska powróciła na mapę świata.



Wśród ojców niepodległości najczęściej wymienia się Józefa Piłsudskiego, Romana Dmowskiego, Ignacego Jana Paderewskiego, Wincentego Witosa i Wojciecha Korfańskiego, niemniej swój wkład w odrodzenie Rzeczypospolitej miało wiele osób.

Jedną z nich była Maria Kujawska, która – co warto podkreślić – w przededniu 100. rocznicy odzyskania niepodległości została patronem jednego z pociągów Przewozów Regionalnych. Oprócz niej pociągi otrzymają imiona m.in. gen. Franciszka Kleeberga, mjr. Jana Piwnika (pseud. Ponury) i olimpijczyka Janusza Kusocińskiego. Plebiscyt, w którym wybrano 16 bohaterów, po jednym na każde województwo, spotkał się dużym zainteresowaniem.

Maria Kujawska przyszła na świat w 1893 r. w Raciborzu. W czasie studiów medycznych zaciągnęła się do tajnej organizacji studenckiej Związek Młodych Polaków. Po wybuchu III powstania śląskiego, którego celem było przyłączenie Górnego Śląska do Polski, tworzyła punkty opatrunkowe dla uczestników walk i prowadziła pociąg sanitarny. Pracowała także jako lekarz polowy w Toszku oraz w Głównym Szpitalu Wojsk Powstańczych w Mysłowicach. W niepodległej Polsce dr Kujawska była posłem na Sejm Śląski i angażowała się w życie środowiska lekarskiego. Po wybuchu II wojny światowej m.in. kierowała domem dla matek z dziećmi. W 1944 r. trafiła do niemieckiego obozu koncentracyjnego w Ravensbrück, gdzie z poświęceniem ratowała życie innych więźniarek. Zmarła w 1948 r. w Pszczynie. Jej sylwetkę, jak również innych lekarzy patriotów, opisujemy na www.gazetalekarska.pl.



Więcej na
www.gazetalekarska.pl

Mówimy o Polsce

Z dr. med. **Januszem Kasiną**, prezesem Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych, rozmawiają **Ryszard Golański** i **Marta Jakubiak**.

GL
ROZMOWA

GL Dlaczego wyjechał pan z Polski?

Sam czasem się zastanawiam i nie do końca umiem odpowiedzieć na to pytanie. Sądzę, że u podstaw mojej decyzji leżało wiele czynników: niepokój, ciekawość świata, chęć sprawdzenia się, niechęć do upolitycznionej drogi kariery lekarskiej, a także perspektywa lepszego rozwoju zawodowego i ekonomicznego.

Wyjechałem, mając 34 lata, żonę, troje dzieci, pierwszy stopień specjalizacji z anestezjologii, drugi z ginekologii i położnictwa, doktorat i amerykańską nostryfikację dyplomu lekarskiego. Czułem, że dotarłem do kresu pewnej drogi. Bez wejścia w politykę nie mógłbym rozwijać się dalej. A tego nie chciałem robić. Po wspaniałym szkoleniu położniczym, i, okresowo, 20-24 dyżurach na miesiąc w szpitalu w Myślenicach, a potem w szpitalu położniczym przy ul. Siemiradzkiego w Krakowie, czułem, że już czas przejść na inne tory.

GL Dlaczego do Szwecji?

W Szwecji stosunkowo łatwo jest być imigrantem. Niezależnie od tego, co się myśli, atakowanie czy dyskryminowanie ludzi pochodzących z innego kraju jest tu w bardzo złym tonie. Dzieci mają w szkołach lekcje w ojczystych językach (ponad stu), a lekarz bez trudu może mieć podobną pozycję zawodową, co w Polsce, a dodatkowo komunikacja z ojczyzną, pomimo dzielącego nas Bałtyku, jest prosta. Przyroda jest nieskażona, organizacja służby zdrowia dobra i przewidywalna, a zapłata za pracę, choć zawsze mogłaby być lepsza, godna.

GL Czy w kręgach polonijnych rozmawia się o sytuacji lekarzy i systemie ochrony zdrowia w Polsce?

Tak, są to rozmowy dotyczące poszczególnych elementów systemu. Mówimy najczęściej o tym, co funkcjonuje źle. System ochrony zdrowia to bardzo skomplikowana całość, na którą składa się prewencja, profil zdrowotny społeczeństwa, stan personalny, techniczny i poziom wykształcenia osób pracujących w służbie zdrowia. Do tego dochodzi organizacja pracy, wysokość nakładów na zdrowie, a na koniec polityka, która preferuje określone rozwiązania i nie dopuszcza innych. W związku z tym ocena czy próba stawiania diagnozy dotyczącej całego systemu jest niezwykle trudna.

Nawet jeżeli część polonijnych lekarzy angażowała się, i nadal angażuje, w przekazywanie informacji na temat możliwych i potrzebnych zmian w polskim systemie opieki zdrowotnej, to, po pierwsze, nie mają oni i nie powinni mieć decydującego głosu w kształtowaniu polskiego systemu opieki zdrowotnej, a po drugie, wielu z nich traci wiarę, że ich rady będą spożytkowane, bo każdy kolejny system, zamiast być udoskonalanym, zamieniany jest na nowy, a z kolei nowy, zamiast przechodzić kolejne stadia rozwoju i ulepszania, zmieniany jest na jeszcze nowszy...

GL O czym mówi się teraz?

Rozmawiamy o toczącej się w Polsce dyskusji na temat nakładów na służbę zdrowia i częste pomijanie w niej bezwzględnych liczb. Z perspektywy innych państw europejskich planowanych 6 proc. PKB na zdrowie to nie jest wiele. Zdaję sobie sprawę, że porównywanie Polski ze Skandynawią nie będzie adekwatne z powodu różnic w kosztach związanych z personelem, administracją i lokalami. Jednak, dla zobrazowania problemu, dam pewne historyczne porównanie: w Szwecji nakłady na służbę zdrowia były na poziomie 6-7 proc. PKB w latach 70. XX w., dzisiaj są na poziomie 9,5 proc.; w Norwegii w roku 1970 wynosiły one 4,4 proc., co stanowiło równowartość 143 dolarów, dzisiaj sięgają 9,3 proc., co równie jest 5669 dolarów na osobę w roku. Ciesząc się, że wzrost nakładów na polską służbę zdrowia ma dojść do 6 proc. PKB, trzeba jednak pamiętać, że polskie 6 proc. nie jest równe szwedzkiemu czy norweskiemu 6 proc. PKB, a sprzęt medyczny i lekarstwa na całym świecie kosztują tyle samo...

Drugim aktualnym tematem jest sprawa szczepień. Poddawanie pod ogólne głosowanie obowiązku prowadzenia szczepień ochronnych może być porównywalne z pomysłem poddania pod głosowanie tego, jak rolnicy mają uprawiać ziemię, prawnicy sądzić, mechanicy naprawiać samochody, a lekarze leczyć. Nie decyzje całego narodu, a decyzje profesjonalistów, oparte na uznanych zasadach, statystyce i doświadczeniu powinny stanowić o niezbędnym obowiązku szczepień i wynikającym z niego przyszłym zdrowiu całego narodu.

GL Dlaczego polscy lekarze wyjeżdżają pracować za granicą?

Decyzja o wyjeździe rzadko podejmowana jest z jednego powodu. Na pewno kieruje nimi chęć polepszenia swojej



**PODDAWANIE POD
OGÓLNE GŁOSOWANIE
OBOWIĄZKU
PROWADZENIA SZCZEPIEŃ
OCHRONNYCH MOŻE
BYĆ PORÓWNYWALNE
Z POMYSŁEM PODDANIA
POD GŁOSOWANIE
TEGO, JAK ROLNICY
MAJĄ UPRAWIAĆ ZIEMIĘ,
PRAWNICY SĄDZIĆ,
MECHANICY NAPRAWIAĆ
SAMOCHODY, A LEKARZE
LECZYĆ.**

sytuacji zawodowej i ekonomicznej, ale nie tylko to. Czasem motywacją jest sytuacja polityczna w kraju albo chęć stawienia czoła nowym wyzwaniom, umiłowanie przyrody lub życia wielkomiejskiego. Dziś emigracja jest stosunkowo łatwa, bo przynajmniej w Europie uznawanie kwalifikacji zawodowych jest dość proste, a zapotrzebowanie na lekarzy duże.

Nie widzę jednego, uniwersalnego powodu, dla którego lekarze podejmują decyzję o emigracji. Nie widzę go szczególnie teraz, kiedy decyzja o opuszczeniu ojczystego kraju nie jest już tak dramatyczna i ostateczna, jak to było dawniej. Dziś, po włożeniu pewnego wysiłku w naukę języka obcego, można po prostu wyjechać i sprawdzić, czy emigracja jest odpowiednią opcją. Znam kolegów, którzy od lat są emigrantami przez kilka dni w tygodniu, kilka miesięcy w roku czy przez kilka lat, a potem wracają do Polski.

GL **Ilu polskich lekarzy pracuje za granicą?**

Wskazanie dokładnej liczby nie jest możliwe z co najmniej dwóch powodów. Po pierwsze, kogo mamy uważać za „polskiego lekarza pracującego za granicą”? Czy jest nim lekarz uważający się za Polaka, choć mówi w innym języku, czy jest nim ktoś, kto urodził się za granicą lub w dzieciństwie wyjechał z Polski, zna polski język, ale na co dzień posługuje się innym, czy jest to ktoś, kto od wielu pokoleń mieszka w tym samym miejscu, ale historia, przesuując granice, sprawiła, że jest to już miejsce poza Polską, czy też jest nim ktoś, kto mieszka w Polsce, ale czasowo, choć regularnie lub od lat, pracuje poza Polską? Czy w tę grupę mamy wliczać jedynie tych lekarzy, którzy urodzili się i wykształcili w Polsce, a następnie wyjechali z niej na stałe?

Drugą trudność w określeniu tej liczby stanowią częściowo niedostępne rejestry, częściowo ich brak. Przed kilku laty, kiedy jeszcze nie było RODO, przeszedłem przez rejestr lekarzy szwedzkich. Osób o polskim nazwisku i/lub imieniu

**▲ Dr med.
Janusz Kasina:
– Rozmawiamy
o toczącej
się w Polsce
dyskusji na
temat nakładów
na służbę
zdrowia
i częstym
pomijaniu w niej
bezwzględnych
liczb.**

było około 700. Potem nastąpiła fala imigracji lekarzy z Polski, ale część z tych siedmiuset przeszła na emeryturę, równocześnie rejestry przestały być dostępne. Nie byłem już w stanie policzyć ich na nowo. Trudno szacować. Sądzę, że liczba aktywnych lekarzy na świecie posługujących się polskim językiem i pracujących poza Polską sięga około 40 tys.

GL **Polonia lekarska którego kraju jest najliczniejsza?**

Z USA i Niemiec. Zarówno język niemiecki, jak i angielski jest albo dla jednych znany, albo dla drugich łatwy do nauczania się. Poza tym warunki pracy i płacy są korzystne. USA i Niemcy są tak dużymi krajami, że każdy może w nich znaleźć odpowiadające mu miejsce.

GL **Bardzo liczna grupa polskich lekarzy pracuje w Wielkiej Brytanii. Na Kongresach Polonii Medycznej nie widać ich. Dlaczego?**

Mam wrażenie, że z jednej strony podnoszący się wiek „starej” Polonii medycznej, a z drugiej – imigracja do Wielkiej Brytanii lekarzy wiekiem i emocjami związanych bardziej z Polską niż z Wielką Brytanią lub czujących, że bardziej są mieszkańcami Europy niż Polski albo Wielkiej Brytanii, sprawia, że aktywność tej bardzo zasłużonej, najstarszej, istniejącej od roku 1944, Polonii medycznej zmniejszyła się.

GL **Co jest na całym świecie wspólnego dla wykonywania zawodu lekarza?**

Pacjenci, ich choroby, metody leczenia i etyka lekarska.

GL **W 2019 r. odbędzie się X Kongres Polonii Medycznej i III Zjazd Lekarzy Polskich. Jak ważne jest to wydarzenie?**

Dokładnie w dniach 30 maja – 1 czerwca, w Gdańsku, pod hasłem „Postępy techniki w służbie medycyny”. Kongresy

DZIAŁAJĄC ZGODNIE I KONSEKWENTNIE, SKUPIAJĄC LUDZI O UZNANEJ POZYCJI WE WSZYSTKICH SPOŁECZEŃSTWACH, W KTÓRYCH ŻYJEMY, BEZWIEDNIE STAJEMY SIĘ TEŻ REPREZENTANTAMI POLSKI, JEJ AMBASADORAMI.

Polonii Medycznej przechodzą swego rodzaju ewolucję. Najpierw były forum kontaktu między lekarzami polonijnymi, miejscem spotkań pełnych emocji i uniesień ludzi, którzy niejednokrotnie od kilkudziesięciu lat nie byli w Polsce. Potem stały się forum do podsumowania pracy polonijnych organizacji medycznych. Teraz kongres będzie, już po raz trzeci, nakierowany na kontakty z koleżankami i kolegami z Polski. Stąd też drugi człon nazwy – III Zjazd Lekarzy Polskich.

Zmieniając profil kongresów, dodając do nich nowe aspekty, staramy się nie tracić tego, co było istotą poprzednich. Kongresy wciąż stwarzają możliwość do spotkań z dawnymi i nowymi znajomymi, jednocześnie łącząc medycynę z polskością. Różnią się od innych kongresów specjalistycznych. W oczach jednych to siła naszych spotkań, w oczach drugich – słabość. Zapraszam do osobistego uczestnictwa i sprawdzenia, kto ma rację.

GL Jaki jest cel spotkań z lekarzami z Polski?

Spotkania te mają co najmniej dwa aspekty: medyczny i socjalny. Co do aspektu medycznego, to pomimo że uczestnikami naszych kongresów są lekarze o różnych specjalizacjach, to zdecydowanie staramy się zachować wysoki poziom prezentowanych wykładów, być alternatywą dla dużych kongresów monospecjalistycznych.

Kongresy te są rzadko spotykaną, rozległą platformą dla wymiany doświadczeń między lekarzami polskimi i polonijnymi, miejscem spotkań, które w przyszłości mogą rozwijać się w interesujące projekty naukowe czy kontakty osobiste.

Bogaty program socjalny podkreśla wagę kontaktów polsko-polonijnych, sprzyja poznaniu problemów i warunków, w jakich się żyje i praktykuje w Polsce i poza nią. Stwarza to dobrą podstawę do wzajemnego zrozumienia i wspólnego działania.

GL Podstawowym celem Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych jest służenie polonijnej i polskiej społeczności medycznej – w jaki sposób cel ten jest realizowany?

Przede wszystkim poprzez pośredniczenie w komunikacji pomiędzy poszczególnymi organizacjami wchodzącymi w skład Federacji, koordynowanie wspólnych wysiłków, propagowanie spotkań, reprezentowanie Polonii Medycznej na zewnątrz oraz organizowanie Kongresów Polonii Medycznej będących niejako podsumowaniem kolejnych trzech lat pracy pomiędzy nimi.

Różnorodność interesów, warunków życia i pracy oraz zainteresowań istniejąca pomiędzy członkami organizacji

wchodzących w skład Federacji jest olbrzymia. Ostatnio odbyły się dwa spotkania na odmiennych biegunach możliwości ekonomicznych i poziomu medycyny – spotkanie w Chicago i w Kiszyniowie. Staramy się organizować konferencje naukowe, promować wymianę stypendialną, pomagać sobie nawzajem, rozumieć różnice i w miarę możliwości je zmniejszać. Nasze kontakty, wzajemna serdeczność i wsparcie ułatwiają nam codzienne życie oraz nadają szerszy wymiar wspólnocie określanej mianem Polonii medycznej.

Poza wypełnianiem celów statutowych realizujemy też, niejako przy okazji, jeszcze jeden ważny cel. Jesteśmy polonijną organizacją skupiającą profesjonalistów jednego zawodu. Działając zgodnie i konsekwentnie, skupiając ludzi o uznanej pozycji we wszystkich społeczeństwach, w których żyjemy, bezwiednie stajemy się też reprezentantami Polski, jej ambasadorami. Im lepsze są nasza pozycja, wykształcenie i organizacja, im ciekawsze spotkania, tym lepszy jest obraz Polski w świecie. Jesteśmy więc także pijarem dla Polski i lekarzy w niej mieszkających.

GL Jest pan prezesem FPOM od 2016 r. – co udało się w tym czasie zrobić?

Jestem dumny z tego, że Polonia medyczna działa w zgodzie, bez podziałów, że realizujemy swoje cele i przy okazji tworzymy poza Polską korzystny klimat dla naszych koleżanek i kolegów mieszkających w Polsce.

Cieszę się, że poprzez naszą nową stronę internetową poloniamed.org oraz wzajemne bezpośrednie kontakty utrzymujemy i rozwijamy komunikację pomiędzy lekarzami polonijnymi. Dobrym prognozykiem na przyszłość są też życzliwe kontakty i współpraca między Federacją a Naczelną Izbą Lekarską oraz Gdańską Izbą Lekarską, dzięki którym planowo przebiegają przygotowania do zbliżającego się kongresu.

GL Jakie plany na przyszłość?

W najbliższym czasie uruchomiona zostanie strona internetowa X Kongresu Polonii Medycznej, gdzie przedstawiony zostanie program. Tworzona jest też Grupa Współpracy Polonijnych Lekarzy Naukowców, przy współpracy Fundacji Kościuszkowskiej, naszej Federacji oraz międzynarodowo rozpoznawalnych naukowców polonijnych.

Chciałbym też, żeby zaproszenia do udziału w imprezach organizowanych przez Polonię medyczną szerzej docierały do lekarzy mieszkających w Polsce. Organizując wraz z samorządem lekarskim X KPM w Gdańsku, chcemy podkreślić potencjalne korzyści, jakie mogą wynikać nie tylko dla lekarzy polonijnych, ale także dla polskich. Serdecznie zapraszam do wzięcia udziału w tym wydarzeniu oraz na wszystkie inne spotkania organizowane przez członków Federacji. Zanim zobaczymy się w Gdańsku, będziemy spotykać się w Duesseldorfie, Paryżu, Bad Gastein oraz w Druskiennikach. Zapraszam także na naszą stronę poloniamed.org. ○

30 maja

– tego dnia
w Gdańsku
rozpocznie
się X Kongres
Polonii Medycznej
i III Zjazd Lekarzy
Polskich.

» Kariera przez Facebooka

Przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie powstało **Centrum Kariery Lekarza**. Od września na stronie izby publikowane są oferty pracy dla lekarzy. Wystartował także profil na Facebooku (o nazwie Centrum Kariery Lekarza), gdzie poza ofertami pracy mają pojawić się także inne informacje związane z karierą zawodową. [O](#)

» Prawo i medycyna w Opolu

30 listopada w Opolu odbędzie się **Interdyscyplinarna Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Prawo i Medycyna – wybrane problemy”**. Organizatorem wydarzenia jest Katedra Prawa Karnego Materialnego Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Opolskiego wspólnie z Okręgową Radą Lekarską w Opolu i Okręgową Radą Adwokacką w Opolu. Zaplanowano wystąpienia naukowców i praktyków z co najmniej pięciu ośrodków naukowych w kraju. Zgłoszenia chęci udziału można przysyłać do końca października na adres: opole@hipokrates.org. [O](#)

» Poszukiwani lekarze władający biegle jęz. obcym

Śląska Izba Lekarska prosi o kontakt lekarzy posługujących się biegle językiem: francuskim, rosyjskim, hiszpańskim, włoskim, niemieckim, czeskim lub angielskim (tel. 32 60 44 261). Izba tworzy listy takich lekarzy na prośbę Konsul Honorowej Francji w Katowicach adw. Anny Krasuskiej-Terrillon. [O](#)

» Koncert zaduszkowy w Łodzi

4 listopada (niedziela) w Klubie Lekarza w Łodzi przy ul. Czerwonej 3 zaplanowano koncert zaduszkowy „Pro Memoria”, podczas którego wystąpią Paweł Pecuszek (tenor) i Dawid Zarzycki (fortepian). Ten nastrojowy wieczór jest poświęcony lekarzom, którzy odeszli na wieczny dyżur. [O](#)

» Jak słuchać, aby zrozumieć?

Komisja Kształcenia OIL w Płocku organizuje cykliczne warsztaty: „Dialog motywujący – czyli jak rozmawiać z drugim człowiekiem”. Pierwsze spotkania już się odbyły, kolejne zaplanowano na 17 listopada i 8 grudnia. Uczestnicy szkolenia dowiadują się, jak rozmawiać z pacjentem, by z jednej strony dać mu maksymalną uwagę i zainteresowanie, a z drugiej strony, by koncentrować się na faktach związanych z problemem chorego. Spotkanie ma charakter ćwiczeń. [O](#)

» Zaproszenie na konsultacje ws. wytycznych

Ośrodek Naczelnej Izby Lekarskiej ds. Wytycznych Postępowania w Praktyce Medycznej zachęca lekarzy rodzinnych, lekarzy specjalistów oraz wszystkich innych zainteresowanych do udziału w konsultacjach dotyczących wytycznych w postępowaniu: w zaostrzeniach astmy u dorosłych (wytyczne dla lekarzy rodzinnych), w depresji u dorosłych (dla lekarzy rodzinnych), w dnie moczanowej w Polsce, a także polskich wytycznych profilaktyki i leczenia zespołu pozakrzepowego. Wytyczne i formularze konsultacji są dostępne na stronie www.wytyczne.org/konsultacje. Opinie można przekazywać do 5 listopada br., po wcześniejszej rejestracji w serwisie www.wytyczne.org. [O](#)

» Gdański chór lekarski rekrutuje

Zapraszamy wszystkich miłośników muzyki, a także członków OIL w Gdańsku i ich bliskich – do przystąpienia do Gdańskiego Chóru Lekarzy działającego przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Gdańsku – czytamy na łamach „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego”. Nie trzeba mieć dużych umiejętności wokalnych, wystarczają chęci, dobry humor i minimalne umiejętności śpiewania. Próby odbywają się raz w tygodniu w siedzibie gdańskiej izby. [O](#)

» Dofinansowanie wyjazdu dla seniorów

Bydgoska Izba Lekarska dofinansowuje lekarzom emerytom i rencistom wyjazdy na dwutygodniowy turnus rehabilitacyjno-wypoczynkowy. Pierwszy dofinansowany wyjazd zaplanowano na październik, uczestniczy w nim kilku seniorów. Kolejny planowany jest w przyszłym roku, tym razem dla grupy 20-25 lekarzy. Przewidywana kwota dofinansowania to 800 zł na osobę. Turnus dotyczy pobytu w Sarbinowie Morskim, z pełnym wyżywieniem i liczbą 30 zabiegów rehabilitacyjnych zleconych przez lekarza z ośrodka, a także program integracji społecznej.

– Na tle doświadczeń z bieżącego i przyszłego roku Klub Lekarza Seniora planuje rozszerzenie oferty na inne ośrodki nadmorskie i podgórskie oraz wyjazdy indywidualne z dojazdem we własnym zakresie w różnych terminach. Wszelkie propozycje i oczekiwania lekarzy dotyczące planowanego wieloletniego programu rehabilitacji sanatoryjnej dla lekarzy emerytów i rencistów BIL będą mile widziane – informuje dr Maciej Borowiecki, przewodniczący KLS bydgoskiej izby, który jest inicjatorem tego przedsięwzięcia. [O](#)

» WIL za szczepieniami



Lekarze w Wielkopolsce postanowili publicznie za-szczepić się przeciwko błonicy, tężcowi, krztuścowi i polio. Chcą wskazać na problem chorób zakaźnych, które są niebezpieczne, a odporność poszczepienna na nie zmniejsza się z upływem czasu. – Namawiamy lekarzy i lekarzy dentystów, aby szczepili się dla swoich pacjentów, dzieci, wnuków, bliskich i przyjaciół – podkreśla Artur de Rosier, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Szczepieniom towarzyszy akcja plakatu z hasłem „SZCZEPIĘ się dla WAS”. ○

» Lekarz a literatura

Zbliża się termin ogólnopolskiej konferencji naukowej pt. „Lekarz jako autor i bohater literacki”. Odbędzie się ona 8 grudnia w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu. W czasie tego spotkania zostanie przedstawiony dorobek pisarzy polskich i zagranicznych, reprezentujących zarazem stan lekarski. Program przewiduje także analizę wybranych tekstów literackich różnych epok przedstawiających postaci lekarzy. Udział w konferencji jest bezpłatny. Na spotkanie zapraszają: Komisja Historyczna DRL, Wrocławski Oddział Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji, Instytut Filologii Germańskiej Uniwersytetu Wrocławskiego, Katedra Nauk Społecznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Instytut Filologii Polskiej Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, Zakład Humanistycznych Nauk Lekarskich Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. ○

» IX Łódzkie Spotkania Stomatologiczne w Słoku

W tym roku odbyła się już dziewiąta edycja najważniejszego wydarzenia dla stomatologów w Łodzi. Jak podaje „Panaceum”, tegoroczne Łódzkie Spotkania Stomatologiczne zgromadziły 13 prelegentów i ponad 250 uczestników. Wykłady dotyczyły zarówno bardzo specjalistycznych zagadnień (m.in. wykład prof. Jerzego Sokołowskiego pt. „Czym i jak cementować”), jak i ogólniejszych tematów, takich jak kontrola bólu w gabinecie stomatologicznym czy zapobieganie uchybieniom w procedurach higienicznych stosowanych w gabinetach stomatologicznych. Impreza jest organizowana przez Okręgową Izbę Lekarską w Łodzi. ○

» Świętokrzyskie: warsztaty Holtera EKG, EKG i ABPM

W dniach 30 listopada – 2 grudnia odbędą się XII Świętokrzyskie Warsztaty EKG, Holtera EKG i 24-Godzinnego Ambulatoryjnego Monitorowania Ciśnienia Krwi. Są one dedykowane osobom, które na co dzień wykonują badania EKG, Holter EKG, 24-godzinne monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi i próby wysiłkowe oraz tym, którzy wykorzystują wyniki tych badań w swojej codziennej pracy. Spotkanie odbędzie się pod Kielcami. Zaplanowano zarówno wykłady, jak też zajęcia praktyczne. Uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne, wstęp na wydarzenie jest bezpłatny (obowiązuje tylko opłata za noclegi i wyżywienie). Warsztaty organizuje Świętokrzyska Izba Lekarska, Naczelna Rada Lekarska oraz Polskie Towarzystwo Kardiologiczne Oddział Kielecki. ○

» Warszawa: konkurs za punkty edukacyjne

W I kwartale przyszłego roku odbędzie się kolejna edycja konkursu dla członków OIL w Warszawie, którzy w ostatnim zakończonym okresie rozliczeniowym uzyskali minimum 200 punktów edukacyjnych. Do wygrania jest 3 tys. zł. Aby wziąć udział w losowaniu, należy do końca tego roku złożyć dokumentację z odbytych szkoleń do ośrodka doskonalenia zawodowego warszawskiej izby. Taki system motywacyjny ustanowiono uchwałą ORL z 21 kwietnia 2017 r. Konkurs jest organizowany, by docenić osoby, które rzetelnie wypełniają obowiązek doskonalenia zawodowego, a także by zmotywować medyków do zwiększenia aktywności szkoleniowej oraz dokumentowania odbytych szkoleń w rejestrze izby. ○

Kodeks Etyki Lekarskiej wobec wyzwań współczesności



**Andrzej
Wojnar**

Przewodniczący
Komisji Etyki
Lekarzy NRL

Tytuł tej relacji jest jednocześnie tytułem konferencji etycznej, która odbyła się w Gnieźnie w Muzeum Początków Państwa Polskiego 13 października 2018 r.

W tytule tego spotkania był jeszcze dopisek: „ciąg dalszy”, bowiem była to kontynuacja konferencji z 2016 r., która odbyła się również w Gnieźnie i też na temat kodeksu. Potrzebę kontynuacji dostrzegł prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej dr Artur de Rosier i ta izba wzięła na siebie ciężar spraw logistycznych oraz merytorycznych z tym związanych.

Trzeba przyznać, że organizacja tego wydarzenia była, po poznańsku, perfekcyjna, co podkreślali wszyscy uczestnicy. A było ich немало, bo do Gniezna przyjechało blisko 200 przedstawicieli izb lekarskich z całego kraju. Byli członkowie Komisji Etyki OIL i NRL, byli rzecznicy odpowiedzialności zawodowej oraz sędziowie OSL i NSL, a także prezesi OIL. Prezesi, rzecznicy i sędziowie mieli dzień wcześniej swoje spotkanie. Oprócz lekarzy byli prawnicy, etycy i filozofowie. Wszyscy oni brali udział w dyskusjach plenarnych i, tych bardziej gorących, kuluarowych.

Prezes WIL, dr Artur de Rosier, powiedział: – Temat okazał się tak rozległy, że nie było sposobu, by zamknąć go w jednej konferencji. Tym samym zrodził się pomysł, by ponownie spotkać się w kolebce Państwa Polskiego, w Gnieźnie, by dokończyć rozpoczęte dzieło wielodyscyplinarnej analizy Kodeksu Etyki Lekarskiej. Tematyka etyki i deontologii lekarskiej w życiu

codziennym lekarza ciągle stanowi, po pierwsze, zestaw wskazówek do postępowania w relacjach z pacjentami i innymi lekarzami. Po drugie, nadal wzbudza wiele pytań, zwłaszcza młodych lekarzy, którzy dopiero stoją u progu swojej kariery zawodowej. Jak ważną rolę odgrywa etyka lekarska, podkreślają również wyniki analizy ilości skarg wpływających do rzeczników odpowiedzialności zawodowej. Tu uwagę zwraca fakt, że łamanie zasad etycznych jest na drugim miejscu wśród rozpatrywanych skarg.

Konferencję rozpoczął prof. dr hab. Jacek Sobczak, sędzia SN w stanie spoczynku, zajmując się rozdziałem III KEL pt. „Stosunki wzajemne między lekarzami”. Nie zawiódł zebranych i jak zwykle z wielką swadą oraz znajomością zagadnienia omówił temat, ubarwiając swoją wypowiedź fragmentami „lżejszymi”, wywołując uśmiech u słuchaczy. Skupił się głównie na szacunku wzajemnym w ogóle, a w szczególności dotyczącym seniorów i nauczycieli zawodu.

Prawami pacjenta zajęła się dr hab. Joanna Haberkowicz, prof. Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu, podkreślając rolę rzetelnej informacji i w konsekwencji świadomej zgody na czynności lecznicze. Piąty rozdział kodeksu pt. „Lekarz a społeczeństwo” skomentował piszący te słowa, skupiając się głównie na ochronie przewidywanej przy wykonywaniu zawodu, zaznaczając, że w ostatnio

nowelizowanej ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty status funkcjonariusza publicznego przysługuje lekarzom tych podmiotów leczniczych, które mają podpisaną umowę z NFZ, a nie ma takiej ochrony lekarz z podmiotu, który udziela świadczeń jedynie odpłatnie (art. 44 tej ustawy). Dlatego postulowane jest utworzenie jednoznacznego kodeksowego zapisu: „Lekarzowi, który wykonuje czynności zawodowe, przysługuje ochrona należąca funkcjonariuszowi publicznemu”. Omawiałem też szerzej art. 73 KEL: „Lekarz decydujący się na uczestniczenie w zorganizowanej formie protestu nie jest zwolniony od obowiązku udzielania pomocy lekarskiej, o ile nieudzielenie tej pomocy może narazić pacjenta na utratę życia lub pogorszenie stanu zdrowia”.

Uważam, że Kodeks Etyki Lekarskiej jest wystarczającym dokumentem, pozwalającym każdemu lekarzowi podjąć decyzję w sprawie protestu zgodną ze swoim sumieniem i zasadami etyki. Lekarz powinien pamiętać o zasadzie zapisanej w art. 2 KEL, zgodnie z którą największym nakazem etycznym dla lekarza jest dobro chorego. Przy czym mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady. Decyzja o uczestniczeniu w akcji protestacyjnej jest podejmowana w okolicznościach wyjątkowych, często jako wyraz bezsilności i desperacji. Natomiast

duże wątpliwości budzi podejmowanie przez lekarzy protestu w formie protestu głodowego, który jest zawsze występowaniem przeciwko własnemu zdrowiu i życiu, podczas gdy powołaniem lekarskim jest ochrona i ratowanie zdrowia i życia ludzkiego. Negatywne skutki dla zdrowia fizycznego i psychicznego uczestników protestu głodowego należy oceniać jako niewspółmiernie wysokie w stosunku do celów, jakie można osiągnąć poprzez taką formę nacisku.

Jakość opieki medycznej to temat, który przedstawił dr Grzegorz Wrona, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej. Wypowiedź swoją oparł na ciekawych przykładach wziętych z życia. Szerzej omówił art. 9 dotyczący badania na odległość w kontekście usankcjonowanej obecnie prawnie telemedycyny w różnych jej dziedzinach.

Dr hab. n. med. Szczepan Cofta, Naczelny Lekarz Szpitala Klinicznego w Poznaniu, na przykładzie swojej jednostki w emocjonujący sposób pokazał, jak należy realizować kodeksowe nakazy pomocy chorym w stanach terminalnych. Następnym wykładcą był mgr Jakub Zawila-Niedźwiedzki z Zakładu Etyki Instytutu Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego, który jak stwierdzono potem w dyskusji, miejscami nieco kontrowersyjnie potraktował zasady postępowania w praktyce lekarskiej. Konferencję zakończył trójgłos prawników: adw. dr Lucyny Staniszwskiej, r.pr. Szymona Rajskiego oraz adw. dr. Piotra Karlika z Kancelarii Prawnej Filipiak-Babicz z Poznania, którzy zajęli się różnymi opiniami dotyczącymi oświadczeń pro futuro i regulacjami w tym zakresie w prawie Unii Europejskiej i w prawie polskim.

Na sali obrad prezentowana była na sztalugach ekspozycja obrazów ilustrujących tematykę konferencji. Uwagę moją zwrócił obraz pani Berzowskiej przedstawiający z lotu ptaka symboliczną autostradę (drogę życia)



z dwoma wektorami kierunku ruchu: jeden zwrócony do góry „kieruj się sercem” i drugi zwrócony w dół „kieruj się paragrafem”. Zakończyłem konferencję słowami, iż marzę, aby kiedyś oba te wektory wskazywały ten sam kierunek. Dwa lata temu, gdy prowadziłem tutaj, w Gnieźnie, pierwszą edycję tej konferencji, w podsumowaniu powiedziałem, że zasady moralne zawarte w naszym KEL pozostają niezmiennie od tysiącleci, natomiast systemy prawne wielokrotnie się zmieniały. Nadal stoję na tym stanowisku i uważam, że nowelizacja przepisów KEL nie jest konieczna, bowiem zbiór ponadczasowych zasad obowiązujących lekarzy powinien odznaczać się dość dużym stopniem ogólności. Jest to rodzaj trwałego i niezmiennego dekalogu, natomiast widzę potrzebę opracowania zatwierdzonego przez KZL komentarza do Kodeksu.

W czasie ostatniej kadencji pięcioosobowy zespół ds. analizy przepisów KEL powołany przez NRL, posiłkując się opiniami 12 Komisji Etyki ORL, 12 ekspertów lekarzy, prawników i etyków, Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, przewodniczącego NSL i przewodniczącego Ośrodka Bioetyki NIL wskazał na możliwe kierunki przyszłych zmian Kodeksu Etyki Lekarskiej, zarówno merytorycznych, jak i czysto redakcyjnych, które nasunęły się w czasie prac. Zespół nie rekomendował dokonywania zmian w Kodeksie Etyki Lekarskiej, dzieląc zdanie

80 proc. lekarzy w kraju, i wskazał, że zgromadzone przez zespół materiały i wyniki analizy należy traktować jako przyczynek do dalszych dyskusji w samorządzie lekarskim. Według opinii zespołu w chwili obecnej środowisko lekarskie nie dostrzega potrzeby pilnej nowelizacji KEL. Zespół analizował przepisy pod kątem ustalenia pojęć nieostrych, budzących wątpliwości interpretacyjne i zastanawiał się nad potrzebą opracowania zbioru komentarzy do Kodeksu Etyki Lekarskiej, usankcjonowanego uchwałą Krajowego Zjazdu Lekarzy, który stanowiłby uzupełnienie KEL i byłby dostępny tak, jak Kodeks. Stanowisko zespołu ekspertów do analizy przepisów Kodeksu Etyki Lekarskiej zostało ustalone większością głosów jego członków, jednocześnie zauważyć należy, że część ekspertów sugerowała potrzebę dalszej dyskusji i uzupełnienia stanowiska, dostosowując go do nowych wyzwań zmieniającej się wraz z postępem wiedzy praktyki lekarskiej oraz zmieniających się uregulowań prawnych.

Dwie konferencje w Gnieźnie poza nami i co dalej? Członkowie nowo powstałej Komisji Etyki Lekarskiej NRL otrzymali ostatnio broszurowe opracowanie materiałów będących dorobkiem zespołu ekspertów w czasie ostatniej kadencji. Po zapoznaniu się z nimi, po przesłaniu do Komisji Etyki ORL i przeanalizowaniu w okręgowych radach lekarskich przystąpimy do dalszych prac. Procedura jest następująca: Komisja Etyki Lekarskiej NRL wystąpi z końcowym stanowiskiem z rekomendowanym trybem dalszego postępowania do Naczelnej Rady Lekarskiej i to gremium zdecyduje, czy i ewentualnie z jakim wnioskiem wystąpić do Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy w połowie tej kadencji. ☺

▲ Jakość opieki medycznej to temat, który przedstawił dr Grzegorz Wrona, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej.

**LEKARZ POWINIEN PAMIĘTAĆ O ZASADZIE
ZAPISANEJ W ART. 2 KEL, ZGODNIE Z KTÓRĄ
NAJWIĘKSZYM NAKAZEM ETYCZNYM DLA LEKARZA
JEST DOBRO CHOREGO.**

Ukarana w Wielkiej Brytanii

Z jakimi konsekwencjami musi liczyć się lekarz, który nie dopełnił ciążących na nim obowiązków?

General Dental Council to instytucja, która w Wielkiej Brytanii prowadzi rejestry lekarzy dentystów, sprawuje nadzór nad wykonywaniem przez nich zawodu, a także prowadzi postępowania dyscyplinarne, jeśli zajdą ku temu przesłanki. Jedno z takich postępowań zostało wszczęte wobec pracującej na Wyspach polskiej lekarki, posiadającej prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty wydane właśnie przez GDC (w Polsce uzyskała ona PWZ lekarza, a także PWZ lekarza dentysty; w naszym kraju jest ok. 800 takich lekarzy).

Lekarke obwiniono o to, że nie współpracowała z General Dental Council. Na cztery skierowane do niej pisma (7.06, 29.06, 10.09.2016 r. oraz 21.03.2017) nie udzieliła odpowiedzi. Sformułowano wobec niej dwa zarzuty. Pierwszy: nie przekazała danych dotyczących miejsca

wykonywania przez nią zawodu oraz dowodu ubezpieczenia odpowiedzialności zawodowej. Drugi: nie przekazała informacji o swoim aktualnym adresie do korespondencji. A miała obowiązek to zrobić.

Biorąc powyższe pod uwagę, uznano, że zdolność obwinionej do wykonywania zawodu lekarza dentysty jest upośledzona i wszczęto wobec niej postępowanie dyscyplinarne. Mimo wezwania komisji orzekającej, lekarka nie stawiała się, by złożyć wyjaśnienia w sprawie. Nie stawiał się też nikt, kto mógłby ją reprezentować. Sprawa została rozpoznana pod nieobecność obwinionej. Orzekając, oparto się na faktach i zeznaniach świadków, którzy potwierdzili, że mimo wezwań obwiniona nie reagowała.

Po rozpatrzeniu sprawy uznano winę lekarki, a także fakt, że postawione jej zarzuty oznaczają, że zdolność do wykonywania zawodu w jej przypadku

jest osłabiona (choć żaden pacjent nie poniósł szkody). Przeanalizowano fakty także pod kątem tego, jaką karę orzec. Uznano, że upomnienie, nagana ani ograniczenie prawa wykonywania zawodu nie będą karami wystarczającymi. Ostatecznie zdecydowano, że karą adekwatną i proporcjonalną do przewinienia będzie zawieszenie lekarki prawa wykonywania zawodu na okres sześciu miesięcy (zawieszenie PWZ możliwe jest maksymalnie na rok). Przed upływem tego czasu, komisja dyscyplinarna ponownie rozpatrzy sprawę i zdecyduje, czy przywrócić obwinionej prawo wykonywania zawodu, czy utrzymać zawieszenie. Orzeczeniu nadano rygor natychmiastowej wykonalności, co oznacza, że nawet w przypadku wniesienia przez obwinioną odwołania, nie może ona wykonywać zawodu lekarza dentysty w Wielkiej Brytanii. ◯



Grzegorz Wrona

Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

KOMENTARZ

Wykonując zawody lekarza i lekarza dentysty w Polsce, również mamy obowiązek spełniania wymogów przepisanych prawem, także informowania macierzystej izby lekarskiej o miejscu zatrudnienia, jego zmianach, adresie prowadzonej praktyki i zawarcia obowiązkowego ubezpieczenia OC czy też adresie do korespondencji. Nie podchodzimy w Polsce do tych obowiązków nazbyt rygorystycznie, często o nich zapominając, a nasze organy odpowiedzialności zawodowej nie nadają faktom niespełniania tego obowiązku nadmiernego znaczenia. Nie oznacza to, że w postępowaniach wyjaśniających lub przed sądami lekarskimi pozostają te fakty niezauważone, a czasem wręcz uzupełniają listę stawianych zarzutów. I choć polskiemu samorządowi lekarskiemu daleko do brytyjskiego rygoryzmu, ci z nas, którzy wybierają się do pracy za granicą, powinni pamiętać o miejscowych obyczajach, przestrzeganiu często odmiennych przepisów prawa czy płynnej znajomości miejscowego języka.

To, że opisana wyżej lekarka czasowo utraciła możliwość zarabkowania na wyspach, jest kłopotem nie tylko dla niej.

Do wykonywania zawodu zaufania publicznego w większości krajów stowarzyszonych podchodzi się niezwykle poważnie. Pani doktor zrobiła więc krzywdę nie tylko sobie. Nikt z nas nie lubi być stygmatyzowany. Tylko niektórzy uwielbiają być w centrum zainteresowania. Krzywdę zatem zrobiła wszystkim polskim lekarzom praktykującym w Wielkiej Brytanii.

Uważnie obserwując europejski system ostrzegania (IMI), nie dziwię się informacjom, które właśnie dzisiaj do mnie napłynęły, o skutkach międzynarodowej konferencji w Pradze. I choćby trzy wnioski z tej konferencji warto zasygnalizować: 1) migracja lekarzy nigdy nie może zagrażać bezpieczeństwu pacjentów; 2) znajomość języka jest kluczowym wymogiem do wykonywania zawodu lekarza, a egzaminy językowe powinny być odpowiednio dostosowane; 3) należy przeanalizować doświadczenia wynikające ze stosowania zasad uznawania kwalifikacji w ramach UE i zastanowić się nad przyjęciem jednolitych kryteriów w tym zakresie.

Respektowanie miejscowych przepisów należy uważać za konieczne, a przed wyjazdem trzeba się z nimi zapoznać. Choćby w ramach prewencji i należytej staranności. ◯



Andrzej Cisto

Wiceprezes Naczelnej
Rady Lekarskiej

nil.org.pl/edm

Felieton ten chcę poświęcić w sporej części promocji kompendium, które zamieszczone jest na stronach internetowych Naczelnej Izby Lekarskiej pod adresem – jak w tytule – www.nil.org.pl/edm.

Ambicją każdego dyskutanta jest znalezienie klucza do zrozumienia powodu, dla którego uczestnicy dyskusji nie mogą dojść do porozumienia. W sprawie cyfryzacji opieki zdrowotnej klucze są chyba nawet dwa (poza oczywistym faktem, że jest to dla wszystkich ogromne niezrefundowane wyzwanie):

– są uczestnicy tego procesu, dla których etapowość jego wdrażania jest istotnym plusem. Do nich zaliczyłbym sam resort zdrowia oraz placówki medyczne nabywające napisane dla siebie rozwiązania. Pomijam rozmiar wyzwania. Ważne, że w miarę pojawiających się uszczegółowień wynajęta firma dostosowuje detale programu do często nowych okoliczności. W innej sytuacji są te placówki, dla których kupowanie dedykowanych rozwiązań jest kompletnie nieopłacalne. Te podmioty muszą od razu zdecydować się na dostawcę i od razu na gotowy „uniwersalny” produkt, licząc, że spełni wymogi, których ostateczny kształt nie jest nawet jeszcze znany;

– dla mniejszych podmiotów powyższa różnica może być barierą nie do przejścia. Jak i co kupić, skoro nie wiadomo, jakie aktualizacje będą jeszcze potrzebne? I nie ma znaczenia wielkość takiej placówki. Tak jak sam powód prowadzenia dokumentacji jest czynnikiem wyjątkowo demokratyzującym (wiadomo, choroba nie wybiera), tak skutki braku kompletnej dokumentacji mogą być równie dotkliwe w przypadku szpitala, jak i pojedynczej praktyki (np. brak ostatnich kilku wizyt w prywatnym gabinecie specjalistycznym).

Jak napisaliśmy w jednej z części tego opracowania, pozycja sprzedawcy tak wysokospecjalistycznego produktu i klienta mającego dokonać zakupu nigdy nie są równe.

Stąd ważne, aby potencjalnych kupujących wyposażać w zasób niezbędnej wiedzy o najżywotniejszych (z naszego punktu widzenia) oczekiwaniach wobec tego produktu. Do tego przyda się też jakiś wzór poprawnie sporządzonych formuł zapytań czy oświadczeń producenta, które można wykorzystać przy finalizowaniu zakupu.

Wszystko wymaga spokoju, a spokój czasu. **Dlatego, w ostatniej chwili przed wysłaniem tego numeru „GL” do druku, z ulgą informuję o oficjalnie złożonej dziś (23.10) deklaracji Ministra Zdrowia o wykreśleniu, na wniosek samorządu lekarskiego, z Ogólnych Warunków Umów §10a.** Zgodnie z nim, od 1.01.2019 r. niemal wszystkie placówki posiadające umowę z NFZ miały prowadzić dokumentację w formie elektronicznej, a do dokonania mądrej inwestycji nie miały wystarczających danych.

Nie chciałbym inaugurować tradycji opisywania w każdym wydaniu gazety jakiegoś nowego absurdu. Niemniej projekt, jaki dostaliśmy do zaopiniowania, poszerzający ustawowe obowiązki w zakresie prowadzenia list oczekujących na świadczenia publiczne, to przykład sypnia piachu w tryby reformy, która nawet jeszcze nie wystartowała. Pomysł, aby pierwszy wolny termin przyjęć raportować codziennie w sytuacji, kiedy Fundusz aktualizuje internetowy informator raz w tygodniu, jest co najmniej osobliwy. Projekt wprowadza też podział pacjentów na aż sześć kategorii pod względem statusu oczekiwania na wizytę. I to wszystko, w sytuacji toczących się w wielu podmiotach prac nad informatyzacją, powiększa rozmiar zadań, a przecież umowy już podpisane, niektóre programy już zainstalowane.

Z tych też względów postulat niezwłocznego przeglądu terminów wdrażania kolejnych etapów procesu cyfryzacji jest przez NRL nieustannie, z całą powagą podtrzymywany. Teraz nawet współ z czterema innymi samorządami zawodowymi. 11 października porozumiały się bowiem w tej sprawie samorządy: lekarski, pielęgniarski, aptekarski, diagnostów laboratoryjnych i fizjoterapeutów. W końcu – jak śpiewali Starsi Panowie – „współ w zespół... jest lżej”. Co prawda tam chodziło o zdrowie emocjonalne w „procesie wdrażania” związku uczuciowego z białogłową, ale w sumie, jak się dobrze przyjrzyć, to emocje i ryzyko równie poważne. A i trwałość „wdrożeń” – cokolwiek niegwarantowane. ○

Nie bójmy się ciężarnej

To, co się dzieje w jamie ustnej kobiet w ciąży, ma istotny wpływ na jej przebieg, poród i zdrowie nowo narodzonego dziecka. Tymczasem zdarza się, że stają się one postrachem stomatologów.

✎ LUCYNA KRYSIAK



Chociaż już lata temu dowiedziono, że stan zdrowia jamy ustnej kobiety w ciąży ma związek z jej przebiegiem, porodem i zdrowiem nowo narodzonego dziecka, temat ten wciąż powraca.

Dzieje się tak, ponieważ wciąż pokutuje przekonanie, że leczenie zębów w stanie odmiennym może zaszkodzić matce

i płodowi, a wśród stomatologów obserwuje się niechęć do leczenia takich pacjentek, gdyż wymagają one specjalnego traktowania. Nie ma w tym złej woli ze strony lekarzy dentystów, ale jest obawa, że kobieta ciężarna w czasie leczenia nieoczekiwanie może stwarzać wiele problemów – inaczej reagować na znieczulenie, środki przeciwbólowe, antybiotyki, badania rtg.

Podczas odbywającego się we wrześniu w Poznaniu 2. Kongresu Unii Stomatologii Polskiej, opieka stomatologiczna nad kobietami w ciąży była jednym z wiodących tematów. Grupa ekspertów różnych specjalności dyskutowała nad skutkami nieleczenia chorób jamy ustnej przez ciężarne, ale przede wszystkim omawiała konkretne sytuacje, w jakich lekarz dentysta może się znaleźć podczas wizyty ciężarnej w gabinecie stomatologicznym.

W czasie tej sesji uczestnicy mogli się dowiedzieć, jak zaplanować opiekę nad kobietą w ciąży, jak przeprowadzić leczenie zachowawcze i profilaktykę próchnicy, w którym trymestrze ciąży zlecić badanie rtg., aby było bezpieczne dla przyszłej matki i dziecka, oraz czy i kiedy wykonać skaling. Jednym słowem, mogli otrzymać praktyczne wskazówki, co zrobić w określonych sytuacjach. Pełniącą nadzór merytoryczny nad panelem dyskusyjnym prof. Dorota Olczak-Kowalczyk, krajowy konsultant w dziedzinie stomatologii dziecięcej, podkreśliła, że taki właśnie był jego cel – przekazać słuchaczom wzorcowe recepty na leczenie, oparte na aktualnych, światowych wytycznych.

WSPÓŁPRACA Z GINEKOLOGIEM

Ocenia się, że blisko 18 proc. porodów przedwczesnych i porodów zakończonych urodzeniem dziecka z niską masą urodzeniową związanych jest z chorobami przyzębia i stanami zapalnymi jamy ustnej. Dlatego też szczególne znaczenie przypisuje się prawidłowej profilaktyce i leczeniu chorób przyzębia, które mogą doprowadzić do znacznego obniżenia częstości występowania porodów przedwczesnych.

Uczestnicząca w panelu dr n. med. Anna Cyganek, ginekolog-położnik, transplantolog z I Kliniki Ginekologii i Położnictwa Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, uważa, że kobieta ciężarna przestanie być postrachem stomatologów, jeśli stomatolog i ginekolog będą ze sobą współpracować. Wyjaśnia, że ta współpraca jest niezbędna, ponieważ w ciąży w organizmie kobiety zachodzi wiele zmian, które mają na celu jak najlepiej chronić płód i stworzyć

mu warunki do prawidłowego rozwoju. Zmiany te mają charakter ogólnoustrojowy, mogą więc wpływać na zdrowie jamy ustnej, spowodować jego pogorszenie. Jednym słowem, ciąża i stan jamy ustnej są ze sobą ściśle powiązane.

Z jednej strony ciąża jest czynnikiem ryzyka chorób jamy ustnej, z drugiej choroby jamy ustnej mogą być przyczyną powikłań jej przebiegu. – Ginekolog pomoże lekarzowi dentyście wytyczyć indywidualny plan leczenia, dostosowany do konkretnej pacjentki, przebiegu jej ciąży i wynikających z niej zagrożeń, jednym słowem opracować algorytm postępowania, które będzie bezpieczne dla matki i jej nienarodzonego dziecka – tłumaczy dr Anna Cyganek. Najnowsze badania wykazały, że nieleczone stany zapalne i zmiany próchnicze jamy ustnej u kobiet w ciąży rzutują także na stan zdrowia jamy ustnej u ich dzieci, kiedy wyrzynają im się pierwsze zęby, kiedy gubią mleczaki i wyrastają zęby stałe.

CO MOŻE SIĘ ZDARZYĆ?

W okresie ciąży głównym problemem są nasilające się zmiany próchnicze, choroby przyzębia, zwiększona ruchomość zębów, wrażliwość dziąseł na ból i krwawienie, a także przykry zapach z ust. Co jest przyczyną? W pierwszym trymestrze ciąży pojawiają się parafizjologiczne nudności i wymioty, które uszkadzają szkliwo i sprzyjają próchnicy. W obrębie jamy ustnej dochodzi również do zmian czynnościowych, takich jak zwiększone wydzielanie śliny, której odczyn staje się kwaśny. Pod wpływem estrogenów dziąsła ulegają przerośnięciu i przekrwieniu, co sprzyja ich rozpulchnieniu oraz krwawieniom. Ciężowe zapalenia dziąseł i infekcje przyzębia najczęściej pojawiają się na początku drugiego trymestru. Stopniowo nasilają się, osiągając szczyt ok. 8. miesiąca ciąży, a następnie zmniejszają się wraz ze zbliżaniem się terminu porodu.

Dr n. med. Grażyna Marcuk-Kołada, stomatolog dziecięcy z Białegostoku, uważa, że podejmując się leczenia stomatologicznego ciężarnych pacjentek, bezwzględnie trzeba się stosować do zasad bezpieczeństwa, zasad bezpiecznego wykonywania

NADAL ISTNIEJE OBAWA PRZED DZIAŁANIEM TERATOGENNYM BĄDŹ KARCINOGENNYM NA PŁÓD BADANIA RADIOLOGICZNEGO. Z TEGO POWODU CZĘSTO REZYGNUJE SIĘ Z WYKONYWANIA NAWET KONIECZNYCH PRZEŚWIETLEŃ ZĘBÓW.

zdań radiologicznych czy zasad współpracy z lekarzami innych specjalności. A w praktyce bywa z tym różnie. Szczególnie jeśli chodzi o zlecenie badań rtg. Nadal istnieje obawa przed działaniem teratogennym bądź karcinogenym na płód badania radiologicznego. Z tego powodu często rezygnuje się z wykonywania nawet koniecznych prześwietleń zębów. Tymczasem najbardziej wrażliwy na promieniowanie rtg. jest płód podczas pierwszego trymestru, w szczególności między 5. a 9. tygodniem ciąży.

Obszar naświetlania w radiodiagnostyce stomatologicznej jest ograniczony do głowy i szyi. Zasadnicze znaczenie ma kolimacja wiązki oraz osłona macicy ciężarnej. – Jeśli się przestrzega tych środków ostrożności, badanie rtg. będzie bezpieczne dla ciężarnej i płodu, gdyż stosowane w radiodiagnostyce stomatologicznej dawki nie mają szkodliwego wpływu na płód – zapewnia dr Marcuk-Kołada.

A jak skutecznie i bezpiecznie znieczulić kobietę w ciąży do zabiegu? Zdaniem ekspertów, dla kobiet w ciąży stosuje się znieczulenia pozabawione środków obkurczających naczynia krwionośne. Zaleca się też, szczególnie w pierwszym trymestrze, ograniczenie stosowania środków przeciwbólowych, np. paracetamol podawany zbyt długo przenika przez barierę łożyskową i przechodzi do mleka matki, a np. aspiryna może wywołać krwawienia, również u płodu.

ANTYBIOTYKI I INNE ZABIEGI

W przypadku ostrych stanów zapalnych w jamie ustnej lekarz może zastosować antybiotyki. Leki te należą do jednych z najszerzej przebadanych leków w grupie kobiet ciężarnych. Bezpieczne są penicyliny i cefalosporyny. Penicyliny – jeśli zachodzi taka konieczność – są stosowane nawet w I trymestrze ciąży, nie mają bowiem wpływu

teratogenne na płód. Zaleca się je jako leki z wyboru w przypadkach infekcji jamy ustnej, w tym przyzębia.

U ciężarnych oraz karmiących piersią nie wolno stosować tetracyklin, antybiotyków aminoglikozydowych, chloramfenikolu i antybiotyków polipeptydowych. W okresie ciąży nie należy również stosować sulfonamidów, trimetoprimu ani chinologów.

Eksperci biorący udział w panelu dyskusyjnym byli zgodni co do tego, że najbardziej odpowiednim momentem do wszelkich zabiegów stomatologicznych jest II trymestr ciąży. Podkreślali jednocześnie, że niezależnie od różnego rodzaju ograniczeń, w przypadku konieczności leczenia stomatologicznego kobieta w ciąży musi je otrzymać. Nawet jeśli jest w I trymestrze, a potrzebuje leczenia kanałowego, ekstrakcji zęba czy miejscowego znieczulenia. Zasada jest więc taka – u kobiet w ciąży choroby jamy ustnej należy bezwzględnie leczyć, ale z zabiegami medycyny estetycznej można poczekać i przeprowadzić je po urodzeniu dziecka i po okresie karmienia piersią.

Prof. Olczak-Kowalczyk podjęła starania, aby materiał z panelu odbywającego się w ramach 2. Kongresu Stomatologii Polskiej został wykorzystany do opracowania zaleceń, jak postępować z ciężarną w gabinecie stomatologicznym. – Grono ekspertów uczestniczących w panelu w oparciu o prezentowany materiał zgodziło się przesłać swoje wnioski. Na tej podstawie zostaną opracowane zalecenia, które w formie publikacji, a docelowo broszury, trafią do każdego gabinetu stomatologicznego. Nie będzie to suchy instruktarz, chcemy każde z zaleceń wzbogacić o medyczne wyjaśnienie – podsumowuje prof. Dorota Olczak-Kowalczyk, która zapowiada, że sfinalizowanie projektu nastąpi już na początku przyszłego roku. (P)

ZAKAZ

U ciężarnych oraz karmiących piersią nie wolno stosować tetracyklin, antybiotyków aminoglikozydowych, chloramfenikolu i antybiotyków polipeptydowych. W okresie ciąży nie należy również stosować sulfonamidów, trimetoprimu ani chinologów.

Separatory amalgamatu

Od nowego roku unijne przepisy wprowadzają obowiązek wyposażenia gabinetów stomatologicznych w separatory amalgamatu.

LUCYNA KRYSIAK

Zgodnie z unijnymi regulacjami od 1 stycznia 2019 r. gabinety, w których stosowany jest amalgamat stomatologiczny oraz usuwane są wypełnienia z tego materiału lub zęby zawierające takie wypełnienia, będą musiały być wyposażone w separatory amalgamatu.

Urządzenia te służą do zatrzymywania i zbierania cząstek tego stopu, również znajdujących się w zużytej wodzie. Mają chronić środowisko przed rtęcią zawartą w usuwanych amalgamatowych wypełnieniach. Tego rodzaju urządzeń nie będą musiały posiadać np. gabinety ortodontyczne czy protetyczne, gdyż nie używają amalgamatu i nie usuwają wypełnień amalgamatowych. W dużych wielostanowiskowych placówkach wystarczy, że w urządzenie będzie wyposażone jedno stanowisko dentystyczne. Niezależnie od tego dla lekarzy dentyków oznacza to koszty i zamieszanie związane z montażem urządzeń. Pytają – kto poniesie koszty serwisowania separatorów i konieczność poddania się szczegółowemu nadzorowi nad prawidłowym działaniem sprzętu. Wytykają unijnemu prawu niespójność, ale od zastosowania się do przepisów unijnych nie ma odwrotu.

Amalgamaty stomatologiczne to stopy metali, które w 50 proc. składają się z rtęci elementarnej, która sama w sobie nie jest szkodliwa, ale pod wpływem działania bakterii obecnych w wodach, do których trafia, przekształca się w tzw. metylortęć, najbardziej toksyczną postać chemiczną rtęci. I tak rtęć z amalgamatów



stomatologicznych poprzez ryby i owoce morza zatrują też człowieka. Zaburza działanie układu immunologicznego (choroba Alzheimera, Parkinsona, choroba Hashimoto), jest kancerogenna i pięciokrotnie bardziej toksyczna dla rozwijającego się płodu niż dla osoby dorosłej, może więc prowadzić do wad rozwojowych płodu i poronień.

Środowisko lekarzy i lekarzy i dentyków dostrzega te zagrożenia i konieczność przeciwdziałania przenikaniu rtęci z amalgamatów do środowiska, jednak ma zastrzeżenia co do schematu wdrożenia regulacji unijnych dotyczących stosowania separatorów w gabinetach stomatologicznych. We wrześniu tego roku Komisja Stomatologiczna Naczelnej Rady Lekarskiej podjęła stanowisko w tej sprawie, które jest kwintesencją inicjatyw podejmowanych przez Komisję i Prezydium NRL w ostatnich miesiącach. Znalazły się w nim sugestie skierowane do Ministerstwa Zdrowia, aby zmodyfikowało unijny obowiązek wyposażenia gabinetów w separatory. Jednocześnie przedstawia bliższy

Amalgamaty stomatologiczne to stopy metali, które w 50 proc. składają się z rtęci elementarnej.

realiom i możliwy do realizacji schemat wdrożenia postanowień art. 10 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego w sprawie rtęci.

Stanowisko zawiera zapis, który mówi, aby podmiotom wykonującym działalność leczniczą, objętym obowiązkiem instalacji separatora amalgamatu, niemającym tego rodzaju urządzenia, dać czas na jego instalację do trzech lat, umożliwić rezygnację jego instalacji, jeśli z założenia nie może zakładać i usuwać wypełnień amalgamatowych. Wyjątkiem byłyby tu stany związane z pierwszą pomocą (trepanacja komory poprzez wypełnienie amalgamatowe lub sytuacja związana z separacją korzeni podczas ekstrakcji). Idąc dalej, podmioty, które znalazłyby się w trakcie 3-letniego programu mogłyby ostatecznie zrezygnować z instalacji separatora i stać się podmiotami, które takiego urządzenia ze względu na prowadzoną działalność nie potrzebują.

W stanowisku odniesiono się też do kwestii montowania i serwisowania separatorów amalgamatowych. W ciągu dwóch lat władze publiczne miałyby nawiązać współpracę z odpowiednią liczbą „podmiotów usługowych”, które będą się rekrutować spośród posiadających instalację separatora. Przedmiotem umowy byłoby utrzymywanie instalacji do separacji amalgamatu w zamian za refundację kosztów montowania i serwisowania. Szczegółowy, opracowany graficznie schemat proponowanego rozwiązania znajduje się na stronie NIL w zakładce Komisji Stomatologicznej.


Anna Lella

Prezydent Europejskiej Regionalnej
Organizacji Światowej Federacji
Dentystycznej (ERO-FDI)

Czy tak ma wyglądać stomatologia?

Jednym z najciekawszych elementów posiedzeń Światowej Federacji Dentystycznej [FDI] oraz jej Europejskiej Regionalnej Organizacji [ERO] jest możliwość zapoznania się z informacjami nt. sytuacji stomatologii w innych państwach, podzielenia się doświadczeniami, omówienia bieżących problemów.

Podczas ostatniej sesji plenarnej ERO prezes hiszpańskiej Naczelnej Rady Lekarsko-Dentystycznej dr Reino zreferował zgromadzonemu problem, jaki pojawił się w Hiszpanii i może wystąpić również w innych krajach.

Dr Reino przedstawił aktywność firmy iDental, określając ją jako „największy skandal stomatologiczny na świecie”. iDental, założona w 2014 r., prowadziła tzw. tanie przychodnie stomatologiczne (24 w całej Hiszpanii – niektóre miały powierzchnię blisko 10 000 m kw.), które obsługiwały łącznie ponad 350 000 pacjentów. Opierano się na bardzo agresywnej kampanii reklamowej oraz na sugerowaniu pacjentom, że firma oferuje świadczenia o obniżonych kosztach na podstawie subsydiów i porozumień z organizacjami publicznymi, pozarządowymi oraz finansowymi, dzięki którym może udzielać osobom niezamożnym pomoc stomatologiczną ze znacznym upustem cenowym. Firma lansowała się m.in. jako „Dentyści z sercem” czy „Implanty za 12,95 EUR miesięcznie”. Pacjenci uzyskiwali świadczenia niewłaściwej jakości, szczególnie w zakresie implantologii, a w pewnym momencie pozostali bez dalszej opieki ze względu na bankructwo grupy iDental wiosną tego roku, co doprowadziło w ciągu zaledwie 4 lat do bardzo dużej liczby poszkodowanych pacjentów (problemy finansowe i zdrowotne) oraz zwolnienia ponad 3000 pracowników. Stąd protesty w Hiszpanii pod hasłem „bez zębów i bez pieniędzy”.

Aktualnie trwają liczne postępowania karne i cywilne. Policja przeszukała przychodnie iDental, zabezpieczając dokumentację medyczną, trwają ustalenia, czy pacjentami opiekowały się osoby niewykwalifikowane, czy stosowano materiały niespełniające wymogów. Sprawa jest, jak lubią mówić prokuratorzy, „rozwojowa” i pewnie jeszcze różne fakty ujrzą światło dzienne.

Dobrze wiemy, że co jakiś czas, również w Polsce, pojawiają się nierzetelne przedsięwzięcia gospodarcze, oszustwa, czasem na dużą skalę, której ofiarą padają liczne grupy osób. Dotychczas jednak nie dotyczyło to stomatologii, co jak pokazuje przykład hiszpański, może się zdarzyć. Zwłaszcza przy tak

niskich nakładach NFZ na opiekę dentystyczną, jakie mamy w Polsce. W 2014 r. udział publicznych środków wynosił 21 proc., natomiast w 2020 r. wydatki publiczne mają zmaleć do 14 proc., jak podaje PMR w „Prognozach rozwoju na lata 2015-2020”. Trudno nie przyznać, że jest to kwestia mająca duże znaczenie dla naszego zawodu.

Ożywiona dyskusja, jaka miała miejsce po wystąpieniu dr. Reino, pokazała, że problem jest dobrze znany także w innych krajach Europy, choć może nie na taką skalę jak w Hiszpanii. Wskazywano, że przyczyną tej sytuacji jest rosnąca deregulacja w zakresie wykonywania zawodu i prowadzenia działalności leczniczej w UE. W krajach, gdzie rośnie liczba lekarzy dentystów, zmienia się ich podejście do wykonywania zawodu – wielu młodych nie chce podejmować indywidualnej działalności na własne ryzyko, nie chce pracować na pełny etat i stąd chętniej zatrudniają się w tego rodzaju podmiotach prowadzonych przez firmy o typowo komercyjnym nastawieniu. To są problemy, z którymi nie musieliśmy się w takim stopniu zmierzać wcześniej.

Hiszpanie, podejmując walkę z iDental, podkreślali, że stomatologia polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a nie dóbr konsumpcyjnych; stomatologia potrzebuje lekarzy dentystów, a nie sprzedawców uśmiechu; stomatologia opiera się na zasadach etyki zawodowej, a nie na klauzulach pożyczek bankowych. Zdrowie we wszystkich jego aspektach musi być chronione, bronię też przez urzędników publicznych, a nie pozostawione w rękach ludzi pozbawionych skrupułów i spekulantów.

ERO odniosła się do tego problemu, przyjmując rezolucję w sprawie inwestowania podmiotów nastawionych na zysk w stomatologii i zakładania przez nie przychodni. Takie podmioty stwarzają ryzyko dla pacjentów poprzez możliwość wpływu na decyzje terapeutyczne, jakość świadczeń, możliwość wyboru lekarza, a także sprzyjają nadmiernemu, nieuzasadnionemu medycznie leczeniu.

Liczę, że ten dokument będzie wykorzystywany jako jeden z naszych argumentów w tej sprawie. ○

Wschód na Zachód



Lidia
Sulikowska

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

Ukraina chce systemu opieki zdrowotnej opartego na założeniach, jakie już lata temu przyjęły kraje zachodnie. Czy zapoczątkowana w ubiegłym roku reforma ochrony zdrowia doprowadzi do realnych zmian? Co się już zmieniło i czy kolejne plany naprawy systemu idą w dobrym kierunku?

Nasz wschodni sąsiad wielokrotnie próbował naprawiać system ochrony zdrowia, będący spuścizną po erze ZSRR. Niestety, bez powodzenia. W teorii konstytucja zapewnia każdemu obywatelowi Ukrainy prawo do ochrony zdrowia i bezpłatną opiekę zdrowotną.

W praktyce przeciętny obywatel otrzymuje niskiej jakości pomoc, personel medyczny jest słabo wynagradzany (pensja lekarza wynosi około 200 dolarów), a faktyczny dostęp do wielu świadczeń jest dostępny po dokonaniu nieformalnych opłat. Brakuje sprzętu i dostępności do środków leczniczych. Szpitale są słabo wyposażone, a w trakcie hospitalizacji trzeba samemu zadbać o leki, a nawet materiały opatrunkowe. Efekt tych wieloletnich zaniedbań odczuwa całe społeczeństwo. Według The World Factbook¹ oczekiwana długość życia w tym kraju to 72 lata. Ukraina zajmuje 150. miejsce pod tym względem na świecie. Dla porównania – średnia dla Unii Europejskiej to 80 lat, a w samej Polsce – prawie 78 lat. Wskaźnik umieralności w Ukrainie wynosi aż 14,4 na tysiąc mieszkańców (5. miejsce na świecie).

ZA PACJENTEM

W ubiegłym roku w bólach przyjęto projekt ustawy o rządowych gwarancjach finansowych świadczenia

72 lata

– taka jest według The World Factbook oczekiwana długość życia na Ukrainie.

usług lekarskich i środków medycznych, który ma zapoczątkować realną reformę ochrony zdrowia. Dzięki niej ma powstać system opieki zdrowotnej działający na wzór krajów zachodnich i w zgodzie z zachodnimi standardami. Ukraińcom obiecuje się poprawę jakości i zwiększenie transparentności finansowania. Idea jest taka, aby to pieniądze podążały za pacjentem. Premiowane mają być te placówki medyczne, gdzie chorzy chcą się leczyć. To właśnie konkurencyjność ma służyć jakości i eliminować zjawisko korupcji.

Co konkretnie ma się zmienić? Wdrażanie reformy podzielono na etapy. Pierwszym z nich są zmiany w funkcjonowaniu podstawowej opieki zdrowotnej. Od kwietnia tego roku Ukraińcy mogą samodzielnie wybrać lekarza pierwszego kontaktu (adres zameldowania/zamieszkania nie jest już istotny), u którego chcą się bezpłatnie leczyć, pod warunkiem, że lekarz ten ma podpisaną umowę z Narodową Służbą Zdrowia (to instytucja utworzona na potrzeby nowego systemu, która docelowo ma odpowiadać całościowo za rozliczenie wszystkich świadczeń medycznych finansowanych z pieniędzy publicznych, odpowiednik polskiego NFZ). Pacjent, który zdecyduje się wziąć udział w tym programie, musi podpisać stosowną deklarację. Z informacji przekazanych

przez Irynę Syniutę, prof. Katedry Prawa Medycznego Lwowskiego Narodowego Uniwersytetu Medycznego, podczas spotkania prasowego z polskimi dziennikarzami, które we wrześniu odbyło się we Lwowie², wynika, że lekarz na każdego pacjenta, którego obejmie swoją opieką, otrzyma z budżetu państwa 370 hrywien rocznie. Im więcej pacjentów lekarz będzie miał pod swoją opieką, tym lepsze będzie jego wynagrodzenie. Ustalono też limity dotyczące maksymalnej liczby pacjentów, których można wziąć pod opiekę (maksymalnie 1,8 tys. osób dla lekarza rodzinnego, 2 tys. – dla lekarza ogólnego, 900 – dla pediatry).

Co ważne, w przyszłości lekarz POZ będzie pełnił rolę gatekeepera. To on będzie wydawał skierowania na bezpłatne konsultacje specjalistyczne. Teraz nie ma takiego wymogu. Sytuacja ma zmienić się, gdy reforma dotrze na poziom opieki specjalistycznej i szpitalnej. Na razie jej ostateczny kształt w tym zakresie nie jest jeszcze znany. Tu jednak także pieniądze mają podążać za chorym. Szpitale mają być finansowane stosownie do liczby przyjmowanych pacjentów, a nie dostępnych łóżek³, a program gwarancji medycznych będzie określał, jakie usługi są bezpłatne, a za co trzeba będzie zapłacić. – Chcemy wierzyć, że pomoc medyczna będzie zabezpieczona na każdym poziomie opieki medycznej

**W MAJU MINISTER ZDROWIA UKRAINY
ULANA SUPRUN ZAPEWNIŁA,
ŻE O ILE W PAŹDZIERNIKU 2016 R.
TYLKO 30 PROC. UKRAIŃCÓW
POPIERAŁO REFORMĘ ZDROWOTNĄ,
TO JUŻ ROK PÓŹNIEJ ODSETEK TEN
WZRÓSŁ DO 72 PROC.**



– mówiła Iryna Syniuta, dodając jednak, że dostępność do bezpłatnych świadczeń będzie uzależniona od możliwości budżetu państwa.

BĘDZIE SUKCES?

Zmianom w ukraińskim systemie ochrony zdrowia kibicuje m.in. Unia Europejska, Międzynarodowy Fundusz Walutowy i Światowa Organizacja Zdrowia. W samej Ukrainie nie brakuje tak zwolenników, jak przeciwników reformy. Podzielone jest także środowisko lekarskie w tej sprawie. W maju tego roku w wywiadzie udzielonym stacji BBC minister zdrowia Ukrainy Ułana Suprun zapewniała, że o ile w październiku 2016 r. tylko 30 proc. Ukraińców popierało reformę zdrowotną, to już rok później odsetek ten wzrósł do 72 proc. Jest przekonana, że zmiany idą w dobrym kierunku. – Przez ostatnich 26 lat niepodległości nic nie zostało zrobione. Mamy duży problem z korupcją w ochronie zdrowia. Tworzymy system, w którym korupcja nie będzie miała racji bytu – zapewniała Ułana Suprun na antenie brytyjskiej stacji.

Przeciwnicy reformy nie szczędzą krytyki tym rozwiązaniom, Ulanę Suprun nazywając doktor śmierć. Pojawili się zarzuty, że miliony Ukraińców zostaną pozbawione opieki zdrowotnej, a samą reformę nazywa się medycznym ludobójstwem. Obawiają się, że za wiele świadczeń trzeba

będzie płacić z własnej kieszeni, bo nie znajdą się w katalogu świadczeń finansowanych z budżetu państwa. Sama Ułana Suprun odiera te zarzuty. Twierdzi, że wielu przeciwników reformy czuło się komfortowo w dotychczasowym systemie, dlatego nie chcą oni zmian.

**POPRAWA OPIEKI W STANACH
NAGŁYCH**

Jednym z nieco mniej kontrowersyjnych celów reformy jest także poprawa funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego. Doc. Natalia Iżycka z Lwowskiego Narodowego Uniwersytetu Medycznego i ekspert ukraińskiego Ministerstwa Zdrowia w zakresie medycyny ratunkowej, również obecna na spotkaniu z polskimi dziennikarzami we Lwowie, przedstawiła główne kierunki nadchodzących zmian w tym zakresie. Mówiła m.in. o planach wprowadzenia kwalifikowanej pierwszej pomocy wśród policji, straży pożarnej i innych jednostkach wspierających system, a także potrzebie edukacji społeczeństwa w zakresie udzielania pierwszej pomocy (od 2019 r. mają być prowadzone ćwiczenia dla uczniów 10 i 11 klasy z udzielania pierwszej pomocy – zajęcia praktyczne na manekinach). Tłumaczyła,

że w 2017 r. ponad 67 proc. zgonów w Ukrainie spowodowanych było chorobami sercowo-naczyniowymi, a gdyby pomoc przedmedyczna (pierwsza pomoc udzielana przez świadków zdarzenia, służby typu straż pożarna czy policja), do przyjazdu pogotowia ratunkowego, działała lepiej, wiele z tych śmierci udało by się uniknąć.

W planach jest także zbudowanie ogólnokrajowego systemu dyspozytorni, a także stworzenie specjalnego call center. Mają tam pracować specjalnie przeszkolone osoby, które będą segregować napływające wezwania i udzielać konsultacyjnej pomocy, jeśli karetka ich zdaniem nie będzie potrzebna. Jak podkreślała Natalia Iżycka, w kraju występuje olbrzymi problem z wezwaniem niecelowymi – np. w obwodzie lwowskim około 80 proc. wezwań jest niezasadnych. Ukraińcy chcą także m.in. tworzyć SOR-y w całym kraju, wdrażać europejskie protokoły leczenia, ma też pojawić się specjalizacja dla lekarzy z medycyny ratunkowej. Obecnie są tam lekarze medycyny stanów nagłych, którzy pracują tylko w karetkach. Lekarz medycyny ratunkowej ma pracować w SOR, a wyjeżdżać tylko do stanów ciężkich. ○

▲ **Ułana Suprun,
minister
zdrowia Ukrainy,
podczas wizyty
w Odessie.**

¹ Dane Centralnej Agencji Wywiadowczej USA zawierające podstawowe informacje o wszystkich krajach świata.

² Konferencja „Polka w Europie”, 24.09.2018, Lwów.

³ Ukraina od kilku lat stara się ograniczyć liczbę szpitali i łóżek szpitalnych. Duża liczba łóżek nie przekłada się na jakość opieki i długość życia mieszkańców.

Pneumonologia to specjalność deficytowa



Lucyna
Krysiak

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

Z prof. **Pawłem Śliwińskim**, prezesem Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

GL Na jakie choroby płuc zapadają Polacy?

W przeszłości powszechny lęk budziła gruźlica. Obecnie potrafimy tę chorobę skutecznie leczyć, jednak w skali globalnej nadal pozostaje poważnym problemem, choćby z powodu rosnącej liczby przypadków gruźlicy wielolekoopornej. Nie są też przesadzone obawy związane z rakiem płuca. Rocznie w Polsce stwierdza się ok. 25 tys. nowych zachorowań i, niestety, podobną liczbę zgonów. Jedną z przyczyn tej statystyki jest późne rozpoznanie choroby. U ponad 60 proc. chorych rak płuca diagnozowany jest w IIIB lub IV stadium zaawansowania, kiedy leczenie chirurgiczne, będące najskuteczniejszą formą terapii, jest już praktycznie niemożliwe. Aż 30 proc. chorych można jedynie zaproponować leczenie paliatywne.

Problemem jest także obturacyjna choroba płuc (POChP). Jest to najczęstsza, przewlekła, nieinfekcyjna choroba płuc i, podobnie jak rak płuca, nieuleczalna, będąca jedną z głównych przyczyn zgonów na świecie. Mimo to, w przeciwieństwie do słowa „rak”, wzbudzającego uwagę i emocje, POChP nie wywołuje niepokoju.

GL Z czego to wynika?

Z niewiedzy społeczeństwa o tej chorobie. W badaniach ankietowych prowadzonych na zlecenie naszego towarzystwa okazało się, że najwyżej kilkanaście procent respondentów potrafiło poprawnie rozwinąć skrót POChP. Żyjąc w niewiedzy, trudno unikać głównych czynników ryzyka tej choroby (głównie palenia tytoniu) czy reagować na jej wczesne objawy. Diagnoza przychodzi późno, kiedy możliwości terapeutyczne są najmniej efektywne. POChP jest chorobą wieloletnią, która powoli, ale nieuchronnie prowadzi do niewydolności oddychania i inwalidztwa oddechowego. Równie częstą chorobą obturacyjną płuc jest astma. Jednak w tym przypadku szczęśliwie dokonał się olbrzymi postęp w rozumieniu patogenezы tej choroby i jej leczeniu. Dzięki temu większość chorych ma szansę na normalne funkcjonowanie, pod warunkiem stosowania się do zaleceń lekarza, a więc systematycznego leczenia.

GL Które z tych chorób najtrudniej leczyć?

Najtrudniej leczy się rak płuca, który jest schorzeniem wymagającym współpracy lekarzy różnych specjalności: pneumonologa, radiologa, patomorfologa, torakochirurga i onkologa, a ostatnio także genetyka. Od niedawna dostępne są nowe, bardzo kosztowne metody leczenia celowanego w tej chorobie. Mimo to, choroba nadal cechuje się wysoką śmiertelnością. Trudno również leczyć POChP. Dostępne nowoczesne leki rozszerzające oskrzela istotnie zmniejszają objawy choroby i częstość jej zaostrzeń. Wiele jednak zależy od samych pacjentów, których trudno przekonać do konieczności zaprzestania palenia tytoniu. Absolutnym priorytetem musi więc być systematyczne działanie na rzecz zwiększania świadomości społeczeństwa o przyczynach tych chorób, wprowadzenie stosownej profilaktyki oraz stworzenie mechanizmów zachęcających lekarzy do wczesnego ich wykrywania.

GL Czy można mówić o postępie w leczeniu tych chorób?

Ogromnym. Do niedawna astma była ciężką chorobą wymagającą częstych hospitalizacji. Dzisiaj, dzięki powszechnemu stosowaniu steroidów wziewnych, u zdecydowanej większości chorych można opanować tę chorobę. Znaczny postęp widoczny jest także w terapii chorych na POChP. Dzięki ultradługo działającym lekom rozszerzającym oskrzela można istotnie zmniejszyć nasilenie objawów, częstość zaostrzeń choroby, poprawić tolerancję wysiłku i jakość życia, a zastosowanie w ciężkich jej postaciach tlenoterapii i nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej – tak w szpitalu, jak i w domu – znacząco poprawia rokowanie w tej chorobie.

Podobnie chorzy na samoistne włóknienie płuc stali się ostatnio beneficjentami nowych leków przeciwfibrotycznych, które spowalniają tempo spadku pojemności płuc. Bardzo intensywnie rozwijają się badania nad nowymi strategiami leczenia w pneumonologii onkologicznej. Od niedawna dostępne są w ramach programów lekowych nowe leki biologiczne w leczeniu niedrobnokomórkowego raka płuca. Jest to tzw. leczenie personalizowane lekami dedykowanymi



◀ **Prof. Paweł Śliwiński:**
– **Szacunkowo wskaźnik liczby pulmonologów na 10 tys. ludności powinien wynosić 0,5-0,6. Aktualnie wynosi on 0,4.**

chorym, u których stwierdza się obecność określonych zaburzeń genetycznych, będących przyczyną rozwoju raka płuca, mutacji w genie EGFR oraz rearanżacji genu ALK.

Inną nowoczesną metodą leczenia raka płuca dostępną dla chorych w Polsce od kilku miesięcy jest immunoterapia. Dziś wydaje się, że jest to przyszłościowa strategia leczenia nowotworów, za opracowanie której przyznano w tym roku nagrodę Nobla.

GL Jak można zadbać o swoje płuca?

Zasadnicze znaczenie w profilaktyce wielu chorób płuc ma zaprzestanie palenia tytoniu, co należy do znużenia powtarzać przy każdej okazji. W USA, gdzie wcześniej prowadzono akcje informacyjne na temat szkodliwości palenia papierosów i wprowadzono przepisy zakazujące palenia we wszystkich miejscach publicznych, obserwuje się spadek liczby osób palących i spadek liczby nowych zachorowań na raka płuca. Niestety, w Polsce liczba nowych wykrywanych przypadków raka płuca nadal się zwiększa i przekroczy w tym roku 20 tys.

Kolejnym bardzo ważnym elementem profilaktyki, w końcu coraz bardziej docenianym, są wszelkie działania zmierzające do poprawy jakości powietrza, którym na co dzień oddychamy. Jeszcze innym istotnym działaniem profilaktycznym są szczepienia przeciw grypie i przeciw pneumokokom. Ogromne znaczenie ma także higieniczny tryb życia i regularna aktywność fizyczna.

GL PTChP jest jednym z najstarszych towarzystw. Jaka jest jego struktura?

Tak, to prawda. PTChP powstało w 1934 r., więc liczy już 84 lata. W skład PTChP wchodzi 17 oddziałów regionalnych oraz 14 sekcji specjalistycznych. Działania towarzystwa koordynuje Zarząd Główny z siedzibą w Warszawie. Od kilku lat PTChP ściśle współpracuje z European Respiratory Society (ERS). Na mocy zawartej umowy każdy członek PTChP automatycznie staje się członkiem towarzystwa europejskiego z pełnymi uprawnieniami.

GL Ile mamy w Polsce specjalistów chorób płuc?

Według danych z Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia z 31.12.2016 r. w Polsce było 1384 specjalistów chorób płuc. Niestety, to zbyt mało w stosunku do potrzeb wynikających z sytuacji epidemiologicznej chorób układu oddechowego

20 TYS.

– w Polsce liczba nowych wykrywanych przypadków raka płuca nadal się zwiększa i przekroczy w tym roku podaną powyżej liczbę.

w naszym kraju. Szacunkowo wskaźnik liczby specjalistów na 10 tys. ludności powinien wynosić 0,5-0,6. Aktualnie wynosi on 0,4 i jest jednym z najniższych w porównaniu do innych specjalności, niższym nawet od wskaźnika dla specjalności wpisanych ostatnio na listę dziedzin priorytetowych.

Niepokojąca jest tzw. luka pokoleniowa wśród młodych lekarzy, obserwujemy spadek zainteresowania tą specjalizacją. Można powiedzieć, że jest to specjalność deficytowa. Fakt ten dziwi, gdyż w krajach Europy Zachodniej, a także w USA, specjalizacja z pneumonologii należy do najbardziej prestiżowych. Niestety, problem ten nie jest dostrzegany przez instytucje odpowiedzialne za organizację ochrony zdrowia w naszym kraju. Starania towarzystwa o chociażby wpisanie specjalizacji z chorób płuc na listę specjalizacji deficytowych są, jak dotąd, nieskuteczne.

GL Czy w związku z tym trudno się dostać do pulmonologa?

Sytuacja jest różna w poszczególnych regionach kraju. Z reguły okres oczekiwania na wizytę waha się od kilku tygodni do nawet kilku miesięcy. Wiele zależy od dystrybucji lekarzy specjalistów, którzy licznie przeważają w dużych miastach.

GL Jak PTChP realizuje swoje cele statutowe?

Towarzystwo patronuje edukacji lekarzy, pielęgniarek i pacjentów. Wspiera również badania naukowe. Co dwa lata organizowany jest Kongres PTChP, w którym uczestniczy około tysiąca lekarzy. Ważnym elementem działalności jest wydawanie dwóch czasopism naukowych: „Advances in Respiratory Medicine” w języku angielskim oraz „Pneumonologii i Alergologii Polskiej”.

PTChP organizuje wiele konferencji okolicznościowych (np. Światowy Dzień Gruźlicy, Światowy Dzień POChP), a także cykliczne szkolenia, np. w zakresie nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej i spirometrii. Wiele aktywności podejmują oddziały regionalne, organizując lokalne konferencje naukowe.

GL Jaki wpływ ma towarzystwo na sposób funkcjonowania placówek specjalistycznych?

PTChP nie ma bezpośredniego wpływu ani na organizację opieki specjalistycznej, ani na jej finansowanie. Towarzystwo opracowuje natomiast wytyczne postępowania w najważniejszych chorobach płuc oraz wydaje różnego rodzaju opinie, które mogą być ewentualnie brane pod uwagę przez administrację państwową.

GL Jak PTChP wpisuje się w obraz światowych dokonań, jeżeli chodzi o diagnozowanie i leczenie chorób płuc?

Nie musimy mieć kompleksów. Członkowie PTChP licznie uczestniczą w corocznych kongresach ERS, z powodzeniem prezentując wyniki swoich badań i przewodnicząc sesjom naukowym. Bierzymy aktywny udział w wielu międzynarodowych grupach roboczych i projektach badawczych. Jest to możliwe m.in. dzięki temu, że mimo trudności choroby płuc są w Polsce ciągle leczone tak samo dobrze, jak w innych, bogatszych krajach. ○

Przychodzi Batman do lekarza

Przychodzi Batman do lekarza, a tam Bubu, Skrzat, Gargamel, Terminator, Kali i Bambuko. To nie początek bajki ani dowcipu, lecz pseudonimy pacjentów w jednej z polskich przychodni.

MARIUSZ TOMCZAK

W pewnej placówce podczas rejestracji chorzy wybierali „ksywkę”, którą lekarz wywoływał ich do gabinetu. Zdjęcie takiej listy z pseudonimami i godzinami przyjęć obiegło internet, szybko stając się hitem sieci i wygrywając nieformalny konkurs na największy absurd RODO. – Apeluję do lekarzy, by nie ulegali histerii RODO – mówi wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzej Cisło.

PRZEWODNIK PO RODO W SŁUŻBIE ZDROWIA

RODO, czyli ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych, obowiązuje od 25 maja 2018 r. Prawidłowe realizowanie zobowiązań wynikających z unijnych przepisów jest ważne z uwagi na przewidziane sankcje, w tym wysokie kary finansowe (mogą sięgać 20 mln euro lub 4 proc. rocznego obrotu). Nic dziwnego, że od kilku miesięcy RODO budzi niepokój u wielu lekarzy, lekarzy dentyków, dyrektorów przychodni i szpitali. Lęk potęgowały odmienne interpretacje. Chcąc ograniczyć spekulacje, pod koniec września zespół zadaniowy ds. ochrony zdrowia, działający w ramach Grupy Roboczej ds. Ochrony Danych Osobowych utworzonej w Ministerstwie Cyfryzacji, wydał „Przewodnik po RODO w służbie zdrowia”. Publikacja ma rozwiać większość wątpliwości narosłych wokół unijnego rozporządzenia. – Nie



zależy mi na tym, żeby wszyscy RODO pokochali, lecz żebyśmy wszyscy nauczyli się pracować, zabezpieczając dane osobowe, żebyśmy nie reagowali panicznie i nie komplikowali sobie pracy poprzez błędne rozumienie przepisów – mówi minister cyfryzacji Marek Zagórski, którego resort patronuje wydaniu „Przewodnika”. Warto podkreślić, że jest to oficjalny dokument sygnowany przez Ministerstwo Cyfryzacji i Ministerstwo Zdrowia.

ZDROWIE WAŻNIEJSZE NIŻ DANE OSOBOWE

„Przewodnik” jasno wskazuje, że obowiązek personelu medycznego stanowi przede wszystkim ratowanie zdrowia i życia ludzkiego, które są ważniejsze niż ochrona danych osobowych. Ich wykorzystywanie powinno odbywać się z poszanowaniem prywatności, intymności i godności pacjenta, w tym również prawa do zachowania w tajemnicy związanych z nim informacji. Minister zdrowia podkreśla, że choć publikacja adresowana jest do pracowników zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia, tak naprawdę powstała z myślą o pacjentach. – Należy jak najszybciej uciąć wszelkie spekulacje, co można, a czego nie można w związku z RODO i skupić się na tym, co najważniejsze, czyli na ratowaniu życia – podkreśla minister zdrowia Łukasz Szumowski. – Chcemy, żeby lekarze wiedzieli, że nikt nikogo nie będzie wsadzał do więzienia za to, że dostarczył informacji w celu szybkiego i sprawnego leczenia pacjenta – dodaje wiceminister zdrowia Janusz Cieszyński.

MOŻNA UDZIELAĆ INFORMACJI PRZESZ TELEFON

Z publikacji dowiadujemy się, że podmiot leczniczy może udostępnić telefonicznie informacje o fakcie hospitalizacji pacjenta o tożsamości wskazanej przez dzwoniącego, gdy nie ma pewności co do tożsamości rozmówcy, jeśli udzielenie takich informacji mogłoby mieć

wpływ na stan zdrowia bądź życie pacjenta. W stanach wyższej konieczności można udzielić poufnych informacji o pacjencie przez telefon, o ile osobie dzwoniącej zada się pytania „kontrolne” (np. o PESEL pacjenta lub adres jego zamieszkania). Jak mówi r.pr. Magdalena Kogut-Czarkowska z Kancelarii Baker McKenzie, „Przewodnik” nie tylko wskazuje reguły, ale przede wszystkim pokazuje przykłady wzięte z życia, jak należy je stosować. – W „Przewodniku” zaproponowano m.in. przydzielanie unikalnych numerów podczas rejestracji, ewentualnie posługiwanie się samym imieniem pacjenta lub – w przypadku dużej ilości oczekujących pacjentów – kombinacją imienia i godziny, na którą została umówiona wizyta, np. „pani Anna z godziny 10.30” – mówi Magdalena Kogut-Czarkowska. Oznacza to, że wizyty Bambuko, Bubu czy Gargamela w przychodni przejdą do lamusa.

TABLICZKI Z NAZWĄ SPECJALIZACJI

Przepisów RODO nie narusza umieszczenie na drzwiach gabinetu imienia, nazwiska i nazwy specjalizacji lekarskiej. W „Przewodniku” podkreślono, że lekarz nie powinien zwracać się do pacjenta po nazwisku wśród innych pacjentów i do niezbędnego minimum powinno być ograniczone przekazywanie informacji ujawniających stan jego zdrowia na sali wieloosobowej. W trakcie wykonywania czynności medycznych (np. obchodu lekarskiego) na sali mogą znajdować się tylko osoby uprawnione (np. opiekunowie pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody). Co warto podkreślić, w „Przewodniku” napisano wprost, że niezajmujący się pacjentem lekarze czy pielęgniarki mogą być obecni i przy obchodzie, gdy jest to niezbędne ze względu na rodzaj świadczenia (w przeciwnym przypadku wymagana jest zgoda pacjenta).

KROPLÓWKA Z NAZWISKIEM

W trakcie udzielania świadczenia, na życzenie pacjenta, może być obecna osoba bliska, ale musi opuścić salę, jeśli w czasie obchodu omawia się stan zdrowia innego chorego. Jeżeli podczas obchodu lekarze planują dokonać obserwacji miejsc intymnych pacjenta, wyniki obserwacji nie powinni, być wypowiadane na głos na sali wieloosobowej, lecz wpisywane do dokumentacji medycznej. Karty przyłóżkowe mogą być w dalszym ciągu wykorzystywane, ale należy je zabezpieczyć (np. stosując ramki chroniące dane osobowe). Dopuszczalne jest oznaczanie imieniem i nazwiskiem pacjenta produktów leczniczych (np. podawanych w kroplówkach) czy wyrobów medycznych. Na dokonywanie transfuzji nieprzytomnym lub znajdującym się w stanie zagrożenia życia nie jest wymagana zgoda pacjenta – to niby oczywistość, ale wobec narosłych w ostatnich miesiącach wątpliwości w „Przewodniku” napisano to wprost, by już nikt ich nie zgłaszał. Wymieniono w nim również praktyczne rady dotyczące wyznaczenia miejsca do dokonania rejestracji pacjenta z potwierdzeniem tożsamości, tak aby być w zgodzie z nowymi przepisami.

KODEKS BRANŻOWY W OCHRONIE ZDROWIA

Ministerialny „Przewodnik” już jest, ale wkrótce zostanie wydany kolejny dokument dotyczący RODO. Naczelna Izba Lekarska wraz z m.in. Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych, Naczelną Izbą Aptekarską i Federacją Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie współtworzy kodeks branżowy dla sektora ochrony zdrowia (zgodnie z art. 40 RODO). W pracach uczestniczą też przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia. Dzięki współpracy przy tworzeniu tego dokumentu samorząd lekarski może mieć realny wpływ zarówno na kształt zapisów dotyczących przyszłych standardów ochrony

danych osobowych w medycynie, jak i zasad monitorowania jego przestrzegania. – Chcemy mieć wpływ na to, co zostanie zawarte w kodeksie – przyznaje wiceprezes NRL Andrzej Cisło pytany, dlaczego samorząd lekarski włączył się w tworzenie kodeksu. Jego głównym celem ma być – jak czytamy w ostatniej wersji roboczej – „zapewnienie adekwatnego poziomu ochrony pacjentów, w związku z przetwarzaniem ich danych osobowych”. Dokument ma określić minimalne wymogi związane z ich ochroną dotyczące RODO w placówkach ochrony zdrowia. Zapisy kodeksu były omawiane podczas posiedzeń Prezydium NRL. Naczelna Izba Lekarska zbierała informacje nie tylko od okręgowych izb lekarskich, ale również poprosiła o zajęcie stanowisk lekarskie towarzystwa naukowe. – Naszym głównym celem jest wyłączenie praktyk lekarskich i jak największej liczby małych podmiotów leczniczych z kategorii przetwarzania danych osobowych. Dzięki temu nie musiałyby zatrudnić inspektora danych osobowych i uniknęłyby wypełnienia innych obowiązków, które mają swój aspekt finansowy – tłumaczy wiceprezes Andrzej Cisło.

PRACE TRWAJĄ, SUGESTIE MILE WIDZIANE

Projekt kodeksu branżowego podlega bieżącym konsultacjom. Z jego treścią można zapoznać się na stronie internetowej www.rodowzdroziu.pl. Kiedy powstanie ostateczna wersja, trafi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Po jego zatwierdzeniu przez prezesa UODO placówki będą mogły ubiegać się o przyznanie pozytywnej oceny w ramach audytu przeprowadzonego w oparciu o przepisy kodeksu. – W kodeksie będzie mechanizm sprawdzalności zgodności działania podmiotu z przepisami RODO. W razie kontroli, podmioty, które przejdą taki audyt, będą mogły łatwiej wykazać, że stosują się do przepisów o ochronie danych osobowych – mówi r.pr. Beata Wierzbowska z Zespołu Radców Prawnych NIL, dodając, że w dalszym ciągu wszyscy lekarze i lekarze dentyści mogą przekazywać do samorządu lekarskiego sugestie i przykłady absurdów RODO, z jakimi stykają się w swojej praktyce. ○

20 mln euro

– tyle może osiągnąć maksymalna kara finansowa za naruszenie unijnych przepisów.

APELUJĘ DO LEKARZY, BY NIE ULEGALI HISTERII RODO – MÓWI WICEPREZES NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ ANDRZEJ CISŁO.



Więcej na
www.gazetalekarska.pl

Cicho sza!

Zachowanie tajemnicy zawodowej leży w interesie każdego obywatela – zgodnym głosem mówią samorządy zaufania publicznego. Tajemnica lekarska jest dla dobra pacjentów – podkreśla samorząd lekarski.

MARUSZ TOMCZAK



Tajemnica lekarska jest jedną z podstawowych, fundamentalnych zasad w pracy lekarza. Pacjent powierza lekarzowi najbardziej intymne szczegóły ze swojego życia i zdrowia, dlatego nie powinna być ona ograniczona, a tym bardziej zniesiona. Tak jak tajemnica spowiedzi stanowi obowiązek spowiednika, podobnie tajemnica lekarska jest obowiązkiem każdego, kto leczy – mówi prezes Naczelnej Rady Lekarskiej prof. Andrzej Matyja.

„Wyrażamy stanowczy sprzeciw wobec prób niszczenia przez polityków tajemnicy zawodowej obowiązującej m.in. prawników, lekarzy i dziennikarzy, a także osoby wykonujące inne profesje, zobowiązane do jej zachowania” – tak zaczyna się stanowisko podpisane przez pełnomocnika prezesa NRL dr. Krzysztofa Kordela, prezesa Krajowej Rady Radców Prawnych r.pr. Macieja Bobrowicza, prezesa Naczelnej Rady Adwokackiej adw. Jacka Trełę i prezesa Press Club Polska red. Marcina Lewickiego. Wspólny

głos przedstawicieli środowiska lekarskiego, radców prawnych, adwokatów i dziennikarzy to reakcja na doniesienia, że Ministerstwo Sprawiedliwości planuje znacznie ograniczyć prawo do tajemnicy zawodowej, z którego – poza lekarzami, lekarzami dentydami i ich pacjentami – korzystają osoby wykonujące m.in. zawody prawnicze. Pojawił się pomysł, by w Kodeksie postępowania karnego znalazł się zapis, zgodnie z którym prokurator mógłby uzyskać od lekarza poufne informacje o pacjencie bez pytania sądu o zgodę.

DWIE INSTANCJE

Obecnie uchylenie tajemnicy zawodowej (w tym tajemnicy lekarskiej) jest możliwe tylko w wyjątkowych wypadkach, na podstawie decyzji sądu, który podlega zaskarżeniu. – Lekarze są zwalniani z tej tajemnicy decyzją sądu – przyznaje dr Krzysztof Kordel, specjalista medycyny sądowej, pracownik naukowy Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu zatrudniony w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej, biegły sądowy z kilkudziesięcioletnim doświadczeniem. To, że do zwolnienia

▲ Od lewej:
dr Krzysztof Kordel,
r.pr. Maciej Bobrowicz,
adw. Jacek Treła.



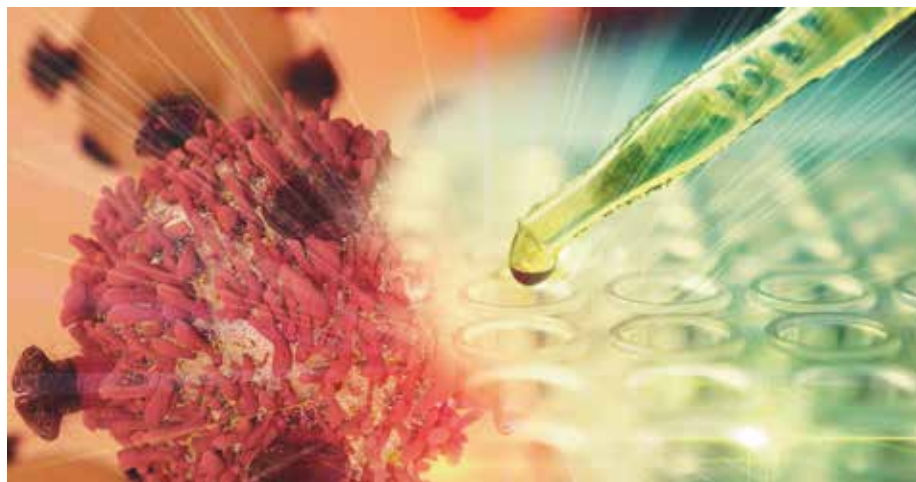
Więcej na
www.gazetalekarska.pl

z tajemnicy dochodzi w wyjątkowych sytuacjach, nie budzi u niego sprzeciwu, jednak gdyby takie uprawnienie zyskali prokuratorzy, byłoby to niepożądaną szkodą przede wszystkim dla pacjentów, choć – jak zaznacza – rykoszetem trafieni zostaliby również lekarze. – W przysiędze Hipokratesa mamy zapisane, że tajemnica lekarska trwa do śmierci lekarza – mówi dr Krzysztof Kordel, pytając, jak lekarze mieliby skutecznie leczyć, jeśli by chory ze strachu zatajał informacje niezbędne do postawienia diagnozy. Już dziś niejeden pacjent z trudem przełamuje barierę wstydu podczas rozmowy z lekarzem, a co by było, gdyby wiedział, że to, co powie w gabinecie lekarskim, będzie można ujawnić prokuratorom? – Brak zachowania tajemnicy lekarskiej nie tylko utrudniłby leczenie, ale w wielu przypadkach doprowadziłoby wręcz do zaniechania leczenia. Pacjenci, ze strachu przed brakiem zachowania w tajemnicy pewnych informacji, baliby się szczerze z nami rozmawiać – mówi prof. Andrzej Matyja.

GRZYWNA LUB ARESZT

Najlepszym dowodem na to, że zmiana przepisów oznaczałaby de facto koniec tajemnicy zawodowej, są słowa prezesa Naczelnej Rady Adwokackiej, który zapytany, co by się stało, gdyby prokurator mógł zwalniać adwokatów z tajemnicy zawodowej, odpowiada: – Obawiam się, że wielu młodych, nieukształtowanych jeszcze prawników, składałoby zeznania. Adw. Jacek Treła dodaje, że wielu pełnomocników przestraszyłoby się kary grzywny lub aresztu, które grożą za odmowę składania zeznań. – Gdyby prokurator mógł zwalniać z tajemnicy, doszłoby do zachwiania równowagi stron w procesie karnym – mówi r.pr. Maciej Bobrowicz. Wkrótce po tym, gdy upubliczniono wspólne stanowisko NRL, KRRP i NRA, resort sprawiedliwości zapewnił, że nie planuje dokonywać zmian w przepisach o tajemnicy lekarskiej, a informacje podawane przez media „opierały się na roboczej, jednej z wielu i dawno nieaktualnej koncepcji, która nie uzyskała akceptacji kierownictwa resortu”. – Myślę, że racjonalność i rozsądek zwyciężył – komentuje prezes NRL Andrzej Matyja. ○

Rak – rokowania



Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem, będąca agendą WHO z siedzibą w Lyonie, opublikowała raport „Globocan 2018”. Zawiera on szacunkowe prognozy na temat zachorowań i zgonów spowodowanych przez 36 nowotworów. Obejmuje populację 185 krajów.

Według raportu w 2018 r. u 18,1 mln ludzi zostanie rozpoznany rak, a 9,6 mln umrze z tego powodu. Nowotwór rozwinię się w ciągu życia u 1 na 5 mężczyzn oraz u 1 na 6 kobiet, a będzie przyczyną zgonu odpowiednio w 1 na 8 i 1 na 11 przypadków. Obecnie na świecie żyje ponad 40 mln ludzi z nowotworem rozpoznany w ciągu ostatnich 5 lat. Gwałtowny wzrost zachorowalności i umieralności z powodu nowotworów przypisuje się wzrostowi liczby mieszkańców naszego globu oraz starzeniu się społeczeństw. Według raportu blisko połowa zachorowań i ponad połowa zgonów związanych z rakiem będzie dotyczyła Azjatów (stanowią 60 proc. światowej populacji). W Europie (9 proc. populacji świata) wystąpi 23,4 proc. przypadków zachorowań i 20,3 proc. zgonów. W skali świata wskaźniki

▲ Nowotwór rozwinię się w ciągu życia u 1 na 5 mężczyzn oraz u 1 na 6 kobiet.

zachorowań dla mężczyzn i kobiet pomiędzy regionami o najwyższej (Australia i Nowa Zelandia) i najniższej (Afryka, Azja) zapadalności różnią się odpowiednio 6- i 4-krotnie. To efekt różnic w narażeniu na czynniki środowiskowe, rodzajów najczęściej występujących nowotworów, jak również dostępności do badań przesiewowych i obrazowych. Szacowane skumulowane ryzyko zgonu z powodu nowotworu w 2018 r. jest wyższe dla kobiet w zachodniej Afryce (11,4 proc.) niż w północnej Europie (9,1 proc.), Ameryce Północnej (8,6 proc.) czy Australii i Nowej Zelandii (8,1 proc.). Najczęstsze nowotwory w br. pod względem częstości zachorowań to: rak płuca, piersi i jelita grubego (pod względem zgonów zajmują odpowiednio miejsca: pierwsze, piąte i drugie). Rak płuca stanowi 11,6 proc. zachorowań na nowotwory i odpowiada za 18,4 proc. zgonów. Zachorowania na raka piersi, gruczołu krokowego i jelita grubego to odpowiednio 11,6 proc., 7,1 proc. oraz 6,1 proc. ogółu zachorowań. Rak płuca będzie główną przyczyną zgonu u kobiet w 28 krajach. Wśród kobiet wciąż utrzymuje się trend wzrostowy. ○

Unikaj stresu

Psycholodzy z Uniwersytetu SWPS pracują nad projektem Med-Stres – dostępnym online programem szkoleniowo-terapeutycznym, przeznaczonym m.in. dla lekarzy.

Dostęp do programu jest bezpłatny. Aby do niego dołączyć, wystarczy zarejestrować się na stronie www.medstres.pl, podając adres e-mail, na który uczestnicy co tydzień otrzymają informację o nowych ćwiczeniach. Na program składa się szereg interaktywnych ćwiczeń, które powstały w oparciu o najnowszą wiedzę psychologiczną. Badacze zamierzają wybrać najskuteczniejszy z kilku możliwych wariantów programu. – Do udziału w badaniu zapraszamy przedstawicieli zawodów medycznych, takich jak: lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni – mówi dr Ewelina Smoktunowicz, psycholog z Uniwersytetu SWPS. Projekt koordynowany jest przez Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy. Pracownicy służby zdrowia są narażeni na wysoki poziom stresu. Szacuje się, że aż 70 proc. z nich doświadczyło osobiście lub obserwowało u osób w swoim otoczeniu zawodowym negatywne skutki stresu w postaci dolegliwości emocjonalnych i zdrowotnych. ○

Uwaga na TNP

Ponad połowa chorych na tętnicze nadciśnienie płucne (TNP) musiała zrezygnować z pracy (całkowicie lub częściowo).

W większości sytuacja taka powodowała spadek o ponad 1/4 dochodu domowego. Zdaniem ekspertów wczesne rozpoznanie TNP, szybkie włączenie leczenia i kompleksowa opieka mogą pomóc osobom cierpiącym na tę chorobę w zachowaniu sprawności jak najdłużej, aktywności i samodzielności. Informacje na ten temat można znaleźć w raporcie pt. „Tętnicze nadciśnienie płucne – różne aspekty życia pacjentów” z września 2018 r. TNP jest chorobą rzadką, ale bardzo ciężką i – jak wskazuje część lekarzy – groźniejszą niż wiele nowotworów. TNP rozwija się z powodu zarastania i zwężenia tętniczek płucnych, a ponieważ ogranicza to przepływ przez nie krwi, serce musi ją pompować do płuc pod większym ciśnieniem. Połowa pacjentów umiera w ciągu 5 lat od rozpoznania. W Polsce na TNP cierpi ok. 1100 osób. ○



E-ZLA, e-recepta, e-skierowanie. Kiedy dofinansowanie?

Ministerstwo Zdrowia nie ustaje w staraniach z informatyzowania ochrony zdrowia. Po testach związanych z e-receptą rusza kolejny pilotaż. Od połowy października wybrane placówki w kraju uczestniczą w pilotażu skierowania w formie elektronicznej.

• LIDIA SULIKOWSKA

Jak informuje wiceminister zdrowia Janusz Cieszyński, pilotaż e-skierowania rozpoczyna się w wybranych placówkach medycznych w Warszawie w zakresie medycyny sportowej i tomografii komputerowej, a także w Specjalistycznym Centrum Medycznym w Polanicy-Zdroju – tutaj wszystkie skierowania mają być wystawiane elektronicznie.

Testy mają potrwać do połowy 2019 r. Jak ma działać e-skierowanie? System wygeneruje numer lub kod kreskowy, a pacjent otrzyma go esemesem lub e-mailem (na życzenie trzeba dać wydruk informacyjny). Potem wystarczy już tylko zadzwonić w miejsce, gdzie chcemy uzyskać świadczenie i podać otrzymane dane dostępowe. Weryfikacja prawdziwości skierowania odbywa się poprzez Platformę P1. Elektroniczne skierowania mają obowiązywać w całym kraju od 1 stycznia 2021 r. – Prędkość resortu zdrowia w kwestii testowania nowych e-usług jest doprawdy imponująca. W teorii wszystko brzmi świetnie, ale nie bierze się pod uwagę stopnia niedookreślenia wymogów, jakie budowany system postawi programom informatycznym placówek medycznych. A to rzutować będzie na faktyczny stan przygotowań placówek medycznych w całym kraju do wdrożenia całej reformy – ocenia Andrzej Cisko, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

Poruszając kwestię elektronicznych skierowań, nie sposób nie wspomnieć

o stanowisku Prezydium NRL z 12 października wobec projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki. Wyrażono w nim zdecydowany sprzeciw wobec planowanych zmian dotyczących prowadzenia list oczekujących. Chodzi m.in. wyodrębnienie aż 6 kategorii pacjentów oczekujących na świadczenie opieki zdrowotnej czy obowiązek przekazywania do NFZ danych o pierwszym wolnym terminie na koniec każdego roboczego dnia. Co więcej, jak zauważa PNRL, w ocenie skutków regulacji tego projektu pomija się koszty, jakie poniosą świadczeniodawcy w związku z przebudową systemów teleinformatycznych związaną z poszerzeniem zakresu obowiązków.

ZA ROK E-RECEPTA

Ministerstwo zdrowia nie zwalnia tempa testowania rozwiązań z zakresu e-zdrowia. Przypomnijmy, że od lutego do września br. trwała I faza pilotażu e-recept. W tym czasie wystawiono ich około 24 tys. W całym kraju recepty elektroniczne mają obowiązywać od 1 stycznia 2020 r. Apteki muszą być przygotowane na obsługę e-recept już od 1 stycznia przyszłego roku. Resort zdrowia postanowił pomóc finansowo aptekarzom w przygotowaniu się do wdrożenia tego procesu. Zaproponowano im możliwość podwójnego uznania za koszt tych wydatków, które od początku 2018 r. zostały poniesione przez daną aptekę na sprzęt IT oraz oprogramowanie.

WAŻNE

Od 23 października lekarz może upoważnić asystenta medycznego do wystawiania e-zwolnień w swoim imieniu.

E-ZWOLNIENIE – BEZ WYJĄTKÓW?

Do obowiązkowego wystawiania recept i skierowań w formie elektronicznej pozostało jeszcze trochę czasu. Za to już w przyszłym roku szpitale czeka wymiana pierwszych dokumentów zaliczanych do EDM, które MZ określiło w rozporządzeniu z 8 maja 2018 r. (na stronie głównej serwisu Naczelnej Izby Lekarskiej znajduje się link do opracowanego przez samorząd lekarski kompendium na temat EDM: www.nil.org.pl/edm).

Przypomnijmy także, że od 1 grudnia tego roku jedyną obowiązującą formą zwolnienia lekarskiego ma być zwolnienie elektroniczne. Jak informuje ZUS, we wrześniu ok. 45 proc. zaświadczeń lekarskich zostało wydanych właśnie w tej formie (ale np. w Wielkopolsce jest to zaledwie nieco ponad 28 proc.). Samorząd lekarski, ale też lekarze rodzinni, wielokrotnie apelowali, aby pozostawić możliwość wystawiania papierowych zaświadczeń, gdyż część najstarszych lekarzy może mieć problemy z obsługą cyfrową, poza tym nie wszystkie placówki są odpowiednio przygotowane pod kątem technicznym.

17 października odbyły się w tej sprawie w Ministerstwie Zdrowia rozmowy z udziałem przedstawicieli PPOZ, Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, ZUS, NIL oraz PZ i NFZ. – Obowiązkowe elektroniczne ZLA w całej Polsce od 1 grudnia 2018 r. nie wejdą, bo nie ma takich możliwości. Samo wpisanie terminu w ustawie nie wystarczy, do tego potrzebni są ludzie i narzędzia do realizacji nowego zadania. Nie jesteśmy przeciwko

informatyzacji w ochronie zdrowia, ale proces jej wdrażania wymaga zdecydowanie więcej czasu i jak pokazują obecne dane – nakładów finansowych na nowe zadanie, a jednocześnie uspokojenia i wytonowania agresywnych działań ZUS – podkreślała po spotkaniu Bożena Janicka, prezes PPOZ, w przesłanym redakcji komunikacie prasowym. PPOZ stoi na stanowisku, że koniecznością jest fakultatywne, a nie obligatoryjne wdrażanie e-ZLA. W komunikacie znalazła się także informacja, że minister zdrowia poinformował o planowanym podjęciu dalszych działań w powyższych tematach i ustaleniu proponowanego rozwiązania w możliwie najszybszym terminie.

Od 23 października lekarz może upoważnić asystenta medycznego do wystawiania e-zwolnień w swoim imieniu. Osoba ta musi posiadać zarejestrowane konto na Platformie Usług Elektronicznych ZUS i być wpisana do Rejestru Asystentów Medycznych (RAM), dostępnym pod adresem www.ram.rejestrymedyczne.csioz.gov.pl. Swoją profil na platformie ZUS musi mieć również lekarz, w którego imieniu e-ZLA będzie wystawiał asystent.

WSPARCIE DLA LEKARZY

Niestety, jak dotąd (do momentu zamknięcia tego numeru „GL”) nie padły konkretne propozycje dotyczące wsparcia zakupu sprzętu komputerowego dla lekarzy. W wakacje z ust wiceministra Cieszyńskiego padła kwota 50 mln zł z budżetu NFZ na ten cel, co ważne jednak, kwestia określenia wsparcia (kwoty, dla kogo, na co można wydać) musi być wprowadzona odrębnym rozporządzeniem, którego jeszcze nie ma.

15 października Prezydium NRL zaapelowało do Ministra Zdrowia o wprowadzenie dla lekarzy i lekarzy dentystów wsparcia finansowego w takim wydaniu, jak to zaproponowano aptekom. Zwrócono uwagę, że dla wielu lekarzy i lekarzy dentystów zakup nowoczesnego sprzętu informatycznego, potrzebnego do obsługi e-recepty stanowi znaczny wydatek, nierzadko zupełnie nieadekwatny do osiągniętych przez lekarzy przychodów z tytułu prowadzenia praktyki. Jednocześnie wskazano zaniepokojenie, że zapowiedziana przez resort zdrowia możliwość uzyskania za pośrednictwem NFZ dofinansowania na zakup sprzętu komputerowego i oprogramowania

przez niektórych lekarzy jest rozwiązaniem niewystarczającym. Prezydium NRL obawia się, że środki te nie będą adresowane do wszystkich lekarzy i większość z nich nie będzie uprawniona do skorzystania z pomocy publicznej, dlatego lekarze ci powinni mieć możliwość uzyskania wsparcia na takich samych zasadach, jak podmioty prowadzące apteki.

Samorząd lekarski jest zaniepokojony postępowaniem w przygotowaniu całego procesu cyfryzacji opieki zdrowotnej. W stanowisku PNRL z 12 października w sprawie procesu cyfryzacji opieki zdrowotnej czytamy m.in., że resort zdrowia uchyla się od merytorycznego dialogu w tym zakresie. PNRL stwierdza także, że środowisko lekarskie, jako ważny uczestnik budowanego systemu zostało pozbawione możliwości podjęcia racjonalnych decyzji inwestycyjnych w tym zakresie i w związku z powyższym rozpoczynające się z dniem 31 grudnia 2018 r. terminy wdrożenia poszczególnych etapów cyfryzacji opieki zdrowotnej powinny ulegać ponownej niezwłocznej analizie pod kątem możliwości bezpiecznego wykonania nałożonych na lekarzy i placówki medyczne obowiązków. 

REKLAMA

Stent bez powikłań



Naukowcy z Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy opracowali stent wewnątrznaczyniowy o właściwościach przyspieszających gojenie się miejsca implantacji i ograniczający wystąpienie zakrzepicy. Z dr. **Maciejem Gagatem**, który wraz z dr. hab. Dariuszem Grzanką i prof. dr hab. Aliną Grzanką go zaprojektowali, rozmawia **Lidia Sulikowska**.

GL
W Y W I A D

GL W jaki sposób stent przyspiesza gojenie ran i redukuje ryzyko pojawienia się zakrzepicy?

Opracowana przez nas technologia charakteryzuje się specyficzną konstrukcją i zawiera unikalne powłoki funkcyjne, które w sposób bardzo precyzyjny hamują proliferację i migrację komórek. Od strony technicznej wygląda to tak, że zewnętrzna powłoka stentu jest pokryta wypukłą warstwą leku hamującego namnażanie komórek – po to, aby wbił się w ścianę naczynia, idealnie dopasowując się do niej. Dzięki temu powstrzymujemy proliferację wyłącznie komórek ściany naczynia. Reszta konstrukcji stentu tworzy barierę, aby lek ten nie wydostał się poza ścianę naczynia i nie blokował regeneracji śródbłonna. Dodatkowo stent od wewnątrz jest pokryty warstwą przeciwciał monoklonalnych przeciwko VE-kadherine, a poprzez wykorzystanie systemu CRISPR aktywujemy ekspresję tropomiozyny-1, która znosi odpowiedź zapalną komórek śródbłonna, utrzymując tym samym jego barierową funkcję. Takie rozwiązanie wzmacnia proces odnowy śródbłonna. Dzięki temu przyspiesza się gojenie miejsca implantacji stentu i znacznie ograniczamy ryzyko wystąpienia restenozy i zakrzepicy. Klasyczne stenty zawierające leki hamujące proliferację komórek niestety są tak skonstruowane, że nie powstrzymują wydostania się leku poza ścianę naczynia, przez co dochodzi do odległych w czasie powikłań pozabiegowych. Nasza technologia pozwala tego uniknąć.

GL Technologia została już opatentowana w Polsce. Jakie są dalsze plany wykorzystania stentu?

Na razie jesteśmy na etapie intensywnych badań in vitro. Oczywiście chcielibyśmy je kontynuować, ale na

wyjscie z laboratorium i przejście w fazę badań przedklinicznych, a potem klinicznych, potrzebne są znaczne fundusze. Poszukujemy partnera, który byłby w stanie nam to wsparcie finansowe zapewnić. Poczyniliśmy już także pierwsze kroki w celu uzyskania patentu międzynarodowego. Liczę na rozwój tego projektu. Stent otrzymał m.in. złoty medal na Japan Design, Idea & Invention Expo w Tokio i brązowy medal podczas Międzynarodowego Festiwalu Wynalazków Silicon Valley. Na tego typu wystawach prezentuje się kilkuset różnych wynalazców. To chyba dobry prognostyk. Jesteśmy dumni, że nas doceniono.

GL Czy ten wynalazek pozwoli na nowo spojrzeć na zabiegi angioplastyki?

Powikłania, których można uniknąć dzięki naszej technologii, pojawiają się u 5-8 proc. pacjentów po przebytych zabiegach poszerzenia naczyń krwionośnych. Jeśli chorych można uchronić przed komplikacjami, nie narażać ich na kolejne interwencje wieńcowe lub zgon, to warto o to zawalczyć. To przede wszystkim duża szansa dla pacjentów chorujących na cukrzycę, bo w ich przypadku śródbłonek goi się bardzo trudno. Istotny jest też aspekt ekonomiczny. Pacjenci, u których wystąpiły powikłania, wymagają kolejnych procedur medycznych, co obciąża finansowo cały system.

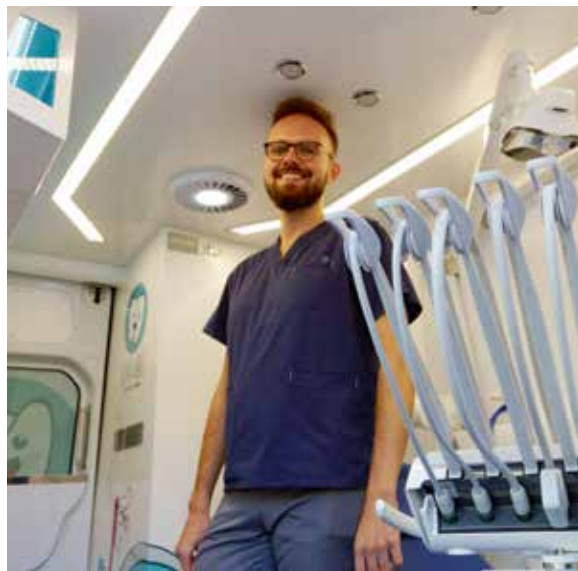
GL Skąd wziął się pomysł na zajęcie się tym tematem?

Jako zespół zawsze staramy się zajmować takimi zagadnieniami, które są realnymi problemami występującymi w praktyce klinicznej. Rolą naukowców jest, by je minimalizować. ○



^ Wizualizacja stentu.

Dentobus w Czechach



Poniedziałkowy poranek. Wschodzące coraz wyżej słońce oświetla okna szkolnego korytarza. Na jednym z nich jakieś ożywienie, ruch. Po chwili do szyby przyklejają się małe rączki i noski. To uczniowie, którzy już czekają na przyjazd mobilnego lekarza dentysty.

✪ MARTA JAKUBIAK, LIDIA SULIKOWSKA

Dentobusy to jeden z tych pomysłów byłego ministra zdrowia Konstantego Radziwiłła, które wzbudzały najwięcej kontrowersji. Ministerstwo Zdrowia zakupiło 16 takich pojazdów, po jednym na każde województwo, co łącznie kosztowało ok. 24 mln zł.

Gabinety stomatologiczne na kółkach miały być receptą na skuteczną walkę z próchnicą u dzieci i docierać tam, gdzie dostęp do lekarza dentysty jest utrudniony. Przede wszystkim do wsi i niewielkich miejscowości, ponieważ tam szanse na funkcjonowanie w szkole gabinetu stomatologicznego są bliskie zeru. Niektóre oddziały NFZ przez długi czas nie mogły znaleźć świadczeniodawców, którzy chcieliby podpisać kontrakt na obsługę dentobusów. Najwcześniej, bo pod koniec kwietnia, dentobusy wyjechały na drogi w Łódzkiem i Mazowieckiem.

W następnych miesiącach zaczęły pojawiać się w innych regionach kraju. Niestety, w kilku województwach aż do jesieni nie udało się wyłonić świadczeniodawcy. W Opolkiem dentobus pojawił się dopiero w październiku. Jako ostatni kontrakt podpisał Pomorski Oddział NFZ.

LECZENIE W TERENIE

Żeby sprawdzić, jak dentobusy sprawdzają się w terenie, ruszamy w Polskę. W woj. łódzkim w mobilnym gabinecie pracują lekarze z NS ZOZ Super-Dent. To przychodnia stomatologiczna, która w ramach NFZ od lat leczy dzieci. – Wasza placówka zakontraktowała obsługę dentobusu już w kwietniu. Dlaczego jedni chcą, a innych ten pomysł zupełnie nie interesuje? – pytamy Jacka Kuberę, menedżera NS ZOZ Super-Dent. – Nie wiem, ale bardzo często, gdy pojawia się jakaś nowa oferta NFZ, brakuje chętnych na jej realizację. My nie boimy się wyzwania, choć muszę

▲ **Lekarz dentysta Damian Binkowski i mali pacjenci czekający przed dentobusem.**

przyznać, że nawet pracujący u nas lekarze dentyści mieli obawy, czy to dobry pomysł, ale kiedy pojechali w teren, przekonali się, że to super sprawa – odpowiada. W zespole jest dziewięciu stomatologów. Lekarzowi zawsze towarzyszy asystentka lub higienistka stomatologiczna. Dziś dentobus zaparkował przed Zespołem Szkoły Podstawowej i Przedszkola im. Jana Pawła II w Czechach, w powiecie zduńskowolskim. W mobilnym gabinecie dyżur będą pełnić lekarz dentysta Damian Binkowski i Monika Sobel, higienistka. Stroną techniczną zajmie się Mirosław Bracz, koordynator obsługi świadczeń i jednocześnie kierowca dentobusu. Do jego zadań należy m.in. wypełnianie dokumentów sprawozdawczych do NFZ, dzięki czemu personel medyczny może skupić się wyłącznie na pacjentach. Mobilny gabinet trzeba podłączyć do bieżącego ujęcia wody, do prądu, a także do kanalizacji. Tym wszystkim zajmuje się także pan Mirosław.

Pytamy doktora Damiana Binkowskiego, dlaczego zdecydował się na pracę w dentobusie. – To mój drugi wyjazd. Włączyłem się w dyżurowanie ze zwykłej medycznej ciekawości. Chciałem zobaczyć, jak działa mobilny gabinet, ale też popracować w terenie, dowiedzieć się, jaki jest stan zdrowia jamy ustnej małych Polaków. Pracuję przede wszystkim w poradni i znam pacjentów, którzy przychodzą do lekarza. Wiem jednak, że jest wiele maluchów, które nie mają takiej możliwości. Wyjazdy traktuję jako bardzo ciekawe doświadczenie. Ważne jest dla mnie także to, by uświadamiać ludzi żyjących w mniejszych społecznościach, jak istotne jest dbanie o zdrowie jamy ustnej – wyjaśnia.

Pierwsze wrażenia? – Najbardziej zaskoczyło mnie, że tak wiele dzieci ma problem z próchnicą. Nie myślałem także, że będzie tak duże zainteresowanie naszą działalnością – odpowiada. Potwierdzamy. Dotychczas do przychodni wpłynęło tyle zaproszeń, że spokojnie można by ułożyć harmonogram wyjazdów na kolejnych 12 miesięcy. – Dzwonią do nas placówki, które zgłosiły się w maju i pytają, dlaczego jeszcze nie przyjechaliśmy. A my mamy przecież tylko jeden mobilny gabinet. Jeden dzień to jedna placówka, najwyżej dwie – mówi Mirosław Barcz. Może przydałby się drugi? – Bardzo chętnie. Jeden to kropla w morzu potrzeb – dopowiada. Od kwietnia zespół łódzkiego dentobusu przyjął w sumie ok. 2,5 tys. dzieci. Wykonywano badania profilaktyczne, przeprowadzano leczenie. Na liczniku jest już ponad 8 tys. km.

Kto decyduje, gdzie przyjedzie dentobus? – Wszystkie urzędy gmin w woj. łódzkim otrzymały informację, że dentobus działa.

Dostajemy zaproszenia zarówno od władz gminnych, powiatowych, ze starostwa, ale też od dyrektorów szkół, domów dziecka, a nawet ośrodków zdrowia. Staramy się tak układać kalendarz, aby odwiedzić jak najwięcej miejsc. Przed przyjazdem zawsze prosimy dyrektorów, aby zebrali od rodziców dzieci zgody na udzielenie świadczeń medycznych w dentobusie oraz oświadczenia, że dziecko przyjdzie na wizytę. Wszystko po to, aby optymalnie wykorzystać czas naszej wizyty. A jeśli ktoś przyjdzie do nas z dzieckiem, które jeszcze nie uczęszcza do szkoły, także nie odmówimy pomocy. Takie sytuacje już się zdarzały. Staramy się zawsze zbadać wszystkie chętne dzieci – wyjaśnia Jacek Kubera.

Podczas kilku miesięcy lekarze zaobserwowali, że w różnych regionach województwa pojawiały się inne problemy stomatologiczne, np. za Opoczmem stosunkowo późno wyrzynają się dzieciom zęby stałe.

ZACZYNAJEMY

Mobilny gabinet jest już podłączony do wszystkich niezbędnych mediów, a zespół przygotowany na przyjęcie pierwszych pacjentów. Otwierają się drzwi szkoły i w naszą stronę dziarskim krokiem zmierza kilkunastoosobowa grupka siedmiolatków. Pierwszy odważny wchodzi do środka. Drzwi się zamykają. Dzieciaki są jakoś dziwnie ciche jak na tę grupę wiekową. Czekają grzecznie. Nie rozrabiają. Nasłuchują i wpatrują się miejsce, w którym przed chwilą zniknął ich kolega. Wychodzi po dłuższej chwili. Jeszcze trochę przestraszony, ale dumny z siebie. Pytamy, jak było. – Super – odpowiada. Wszystkie zęby zdrowe? – Jeden się



▲ **Zazwyczaj jest znacznie więcej dzieci z problemem ortodontycznym i próchnicą niż zdrowych. Jest też ogromny problem z higieną.**

rusza – paluszkami chwyta dolną jędynkę, uśmiecha się, po czym biegnie do szkoły. Chwila przerwy.

– Odwiedzaliśmy domy dziecka, niewielkie przedszkola, a nawet byliśmy na obozie harcerskim. Jeśli zgłasza się do nas jakaś miejska szkoła, bo dostrzeżono tam potrzebę przyjazdu dentobusu, nie możemy odmówić – opowiada Mirosław Barcz. A Jacek Kubera dodaje: – Wiadomo, że jeden gabinet na kółkach na całe województwo nie jest w stanie wyleczyć wszystkich dzieci, ale każde działanie jest lepsze niż brak działania. Gdy przyjeżdżamy, widać, że dzieci na nas czekają. To coś nowego, ekscytującego. Mieliśmy już małych pacjentów, którzy w dentobusie, byli u lekarza dentysty po raz pierwszy.

Wszystko gotowe. Kolejny malec wchodzi do środka. I kolejny... Pierwsza klasa jest już po przeglądach. – Dziś realizujemy profilaktykę, robimy przegląd stanu uzębienia, zarówno pod kątem próchnicy, jak i oceny ortodontycznej. Na koniec każdej wizyty przeprowadzamy fluoryzację – opowiada doktor Binkowski, gdy ma chwilę przerwy. Każde dziecko otrzymuje broszurę informacyjną na temat działań w ramach NFZ gabinetów dentystycznych w okolicy, a nauczyciele dostają raporty dla rodziców o stanie zdrowia jamy ustnej ich dziecka wraz z adnotacjami, czy i w jakim zakresie potrzebuje ono interwencji stomatologicznej. – Taki raport często mobilizuje do wizyty, uświadamia potrzebę kontaktu z lekarzem – dodaje pan doktor.

Jak wygląda stan zdrowia jamy ustnej dzieciaków? – Zazwyczaj jest znacznie więcej dzieci z problemem ortodontycznym i próchnicą niż zdrowych. Jest też ogromny problem z higieną – informuje doktor Binkowski. Czy po takiej akcji profilaktycznej dentobus

◀ **Dyrektor Anna Stoparczyk rozmawia z zespołem mobilnego gabinetu.**



➤ Nie ma płaczu, ucieczek, lęku, straszenia się dentystą. Czy to dlatego, że w Czechach, czy dlatego, że dentobus?



113

– tyle dzieci w wieku od piątego do dwunastego roku życia przebadano w tym dniu.

wraca, by lekarz przeprowadził niezbędne leczenie? – Jeśli jest taka potrzeba i chęć ze strony rodziców oraz szkoły, to oczywiście tak. To muszą być jednak działania skoordynowane – wyjaśnia Jacek Kubera.

Co z dzieckiem, kiedy ubytku nie da się wyleczyć na jednej wizycie, a dentobus nie przyjedzie w najbliższym czasie? Rodzic otrzymuje informację, że należy kontynuować leczenie oraz gdzie może je zakończyć. – To pierwsze miesiące naszej działalności, wciąż się uczymy i rozpoznajemy strefy szczególnie dotknięte problemami i brakami w opiece stomatologicznej. Tam, gdzie skala zaniedbań i potrzeba okaże się największa, będziemy starali się wracać cyklicznie, by skutecznie zabezpieczyć opiekę stomatologiczną w miejscach wymagających szczególnej troski – podkreśla zespół.

JEST POTENCJAŁ

Dziś jest dość chłodno. Wiadomo, mamy jesień, a wkrótce nastanie zima. Co wtedy? Przecież drzwi dentobusu co chwilę są otwierane, wychodzi jeden pacjent, a wchodzi drugi... Gdy pogoda nie sprzyja, dentobus podjeżdża jak najbliżej wejścia szkoły. Gdy pali słońce, rozkładany jest parasol, by dać trochę cienia. Auto jest ogrzewane, ma też klimatyzację. Czas pokaże, czy zimą można leczyć w dentobusie.

Kiedy pojawił się temat, myślałyśmy, że dentobusy to będą pojazdy przypominające krwiobusy albo mammobusy, a nie busiki. – Ja również tak myślałam. Rzeczywistość okazała się inna, ale wszystko udało się zmieścić i zagospodarować przestrzeń tak, że można tu swobodnie pracować – dodaje Jacek Kubera. Patrzymy na doktora Binkowskiego. – Dentobus posiada wszystko, czego

potrzebuje lekarz dentysta. Warunki pracy są dobre, jest wystarczająca ilość miejsca. Mamy nowoczesny unit, aparat rtg., a nawet separator amalgamatu. W środku jest dobre oświetlenie. Wszystko jest jak w stacjonarnym gabinecie, tylko powierzchnia mniejsza, ale wystarczająca do pracy. Jest nawet agregat, którego można użyć w razie awarii prądu – wylicza. Właścicielem pojazdu jest wojewoda, ale to świadczeniodawca ponosi wszelkie koszty związane z jego eksploatacją.

Uczniowie czekając, trzymają się za ręce. Wchodzą do gabinetu dwójkami. Razem wychodzą. O dziwo, zawsze uśmiechnięci.

ŚWIADOMI I ZINTEGROWANI

Spotykamy się z Anną Stoparczyk, dyrektorką Zespołu Szkoły Podstawowej i Przedszkola im. Jana Pawła II w Czechach. – Któregoś dnia zadzwonił pracownik gminy i zapytał, czy chcielibyśmy, by do naszej szkoły przyjechał dentobus – opowiada. – To była propozycja, z której nie mogliśmy nie skorzystać. O inicjatywie poinformowaliśmy rodziców. Zareagowali równie entuzjastycznie. Zebraliśmy zgody dla około jednej trzeciej naszych uczniów, a wśród przedszkolaków dla niemal 100 proc. – dodaje.

Jak mówi, Czechy to mądra wieś. Ludzie są tu bardzo świadomi. Jest przekonana, że jeśli po dzisiejszej wizycie dentobusu rodzic dostanie sygnał, że trzeba zgłosić się z dzieckiem do stomatologa, zrobi to na pewno. – Oczywiście najlepszym rozwiązaniem dla dzieciaków byłby gabinet stacjonarny, ale skoro go nie ma, to dobrze, że chociaż dentobus może przyjechać – zauważa. A gdyby ktoś zgłosił się

z propozycją utworzenia gabinetu stomatologicznego w szkole, czy byłaby otwarta na współpracę, czy znalazłoby się miejsce na taką działalność? – Nie byłoby najmniejszego problemu. Zrobiłabym wszystko, żeby takie pomieszczenie wygospodarować – deklaruje dyrektorka Stoparczyk. I mówi to tak, że tylko podjąć wyzwanie.

CZY BYŁO WARTO?

To był bardzo pracowity dzień. W sumie udało się przebadać 113 dzieci w wieku od piątego do dwunastego roku życia. Około 80 proc. z nich jest lub zostało dotkniętych chorobą próchnicową (PUW>0; puw>0). W grupie sześciolatków z uzębieniem mlecznym bądź mieszanym było zaledwie pięć przypadków ze wskaźnikiem intensywności próchnicy na poziomie 0. Pierwsze trzonowce stałe objęte są próchnicą u ok. 40 proc. dzieci w dwunastym roku życia. Jak ocenia zespół dentobusu, dane statystyczne z badań kariologicznych przeprowadzonych w Czechach wypadają jednak dosyć korzystnie na tle ogółu. Ale przecież, jak powiedziała dyrektorka Stoparczyk, Czechy to mądra wieś.

Kolejne miejscowości, które odwiedzi dentobus, to Strzelce Małe, Łyszkowice, Seligów, Stachlew, Godzianów, Lnišno, Družbice.

To było naprawdę ciekawe doświadczenie. Czy dentobusy spełniają stawiane im cele, czas pokaże. Na pewno ich obecność wywołuje duże zainteresowanie, a dzieciaki czekają z zaciękaniem i niecierpliwością, by usiąść na fotelu dentystrycznym. Nie ma płaczu, ucieczek, lęku, straszenia się dentystą. Czy to dlatego, że w Czechach, czy dlatego, że dentobus? Tego nie wiemy. Ale na pewno warto było tu dzisiaj przyjechać. ○

ChPL — kontrowersje

Czy musimy stosować się do zapisów Charakterystyki Produktu Lekczniczego?

◉ **RADOSŁAW KAŹMIERSKI**, KIEROWNIK KLINIKI NEUROLOGII I CHOROÓB NACZYNIOWYCH UKŁADU NERWOWEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU

Poniższy tekst stanowi streszczenie artykułu opublikowanego na stronie internetowej „Gazety Lekarskiej”. Ze względu na złożoną materię przedmiotu, gorąco zachęcam Czytelników do zapoznania się z pełną wersją artykułu.

Zacniemy od przykładu z codziennej praktyki klinicznej i omówimy dwa warianty tej samej sytuacji.

1. Do SOR trafia chory lat 81 z córką. Rozpoznano udar niedokrwieniny mózgu z niedowładem prawostronnym i afazją. Początek objawów – przed dwiema godzinami, chory dotychczas sprawny, samodzielny, bez poważniejszych chorób.

Neurolog dyżurny – lekarz A – zapytany o najskuteczniejsze w tej sytuacji leczenie stwierdza, że chory otrzyma kwas acetylosalicylowy, natomiast nie wolno mu wdrożyć leczenia trombolitycznego lekiem Actylise (rtPA), ponieważ chory przekroczył wiek 80 lat, a w takich przypadkach ChPL zabrania stosowania tego typu leczenia. Córką nie zgadza się z tą decyzją i argumentuje, że ojciec przed udarem był w dobrym stanie fizycznym i psychicznym i wie, że leczenie rtPA może istotnie zmniejszyć ryzyko skrajnie ciężkiego, trwałego inwalidztwa. Wiadomo jej, że szanse na uzyskanie dobrego i bardzo dobrego efektu leczenia po zastosowaniu rtPA u osób po 80. roku życia są o około 50 proc. większe niż bez tego leczenia.

Pomimo tego lekarz stwierdza, że obowiązuje go zapis ChPL, a na groźbę, że zostanie przez rodzinę pozwany, odpowiada, że szpitalni prawnicy „z pewnością go wybronią”.

2. Analogiczna sytuacja – lekarz B – podejmuje decyzję o leczeniu, uzyskuje dobry wynik terapii – remisję objawów; jednak po opuszczeniu przez chorego szpitala rodzina skarży lekarza o przeprowadzenie eksperymentu leczniczego.

Który z lekarzy postąpił słusznie, który naraził się na odpowiedzialność zawodową, cywilną lub karną?

Ordynację określa szereg przepisów, najważniejszy z nich to art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty: „Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością”. Podobną regulację zawiera Kodeks Etyki Lekarskiej (KEL).

Dlaczego pomimo tego, że zdaniem wielu ekspertów stan prawny jest dość jasny, zagadnienie to budzi tyle wątpliwości? Jak wynika z literatury, błędne jest przecenianie znaczenia ChPL i traktowanie tego dokumentu jako aktualnej wiedzy medycznej. W Polsce brak przepisu

prawnego, który nakazywałby lekarzom ordynację leków wg zapisów ChPL. Analogicznie wypowiedział się Sąd Apelacyjny w Warszawie w 2014 r. (sygn. VI ACa 1000/13). Kwestia ta jest również kompleksowo rozważana w pracach mec. Oskara Lutego. Autor zadaje pytanie: „czy istnieją sytuacje, w których ordynacja off-label będzie przedmiotem obowiązku lekarza wobec pacjenta” i odpowiada na nie: „Lekarz ma obowiązek podjąć leczenie, jeżeli jest ono uzasadnione stanem klinicznym pacjenta oraz związanymi z tym stanem wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej – w takim razie jednak przepisanie czy podanie leku off-label stanowi wykonanie obowiązku lekarza, wynikającego z art. 4 ustawy o zawodzie lekarza”.

Jak wynika z powyższego, uzasadniona ordynacja leku off-label jest nie tylko uprawnieniem lekarza, lecz nawet – w uzasadnionych sytuacjach, jego obowiązkiem. Co więcej: „Niewykonanie tego obowiązku stanowi zatem bezprawne zaniechanie, co wyczerpuje jedną z fundamentalnych przesłanek odpowiedzialności cywilnoprawnej za negatywne następstwa zaniechania lekarza”. Adw. Luty stwierdza, że „polski ustawodawca nie zezwala lekarzowi na odstąpienie od obowiązku leczenia ze

UZASADNIONA ORDYNACJA LEKU OFF-LABEL JEST NIE TYLKO UPRAWNIENIEM LEKARZA, LECZ NAWET – W UZASADNIONYCH SYTUACJACH, JEGO OBOWIĄZKIEM.

względem na brak zgodności pomiędzy aktualnym wskazaniem wiedzy medycznej a statusem rejestracyjnym produktu leczniczego”.

Nie należy mylić jednak tak rozumianych zaleceń z przeprowadzeniem eksperymentu leczniczego. Oczywiście zastosowanie leku wobec braku lub niedostatecznie ugruntowanej wiedzy medycznej wypełnić może definicję eksperymentu leczniczego i wymaga wyboru odrębnej drogi prawnej. Zagadnienie, co jest wiedzą medyczną, a co nią nie jest – omawiam w wersji online.

Kolejnym zagadnieniem jest wiarygodność ChPL. Występują różnice w jakości i aktualności różnych ChPL; zależne jest to w dużej mierze od polityki producenta oraz poziomu i zaangażowania firmowych działów medycznych. Wróćmy do przykładu z początku artykułu i pochyłmy się nad ChPL leku Actylise: przeciwwskazania

i środki ostrożności liczą w ChPL siedemnaście pozycji. W wytycznych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego co najmniej siedem przeciwwskazań zostało uznanych za nieuzasadnione merytorycznie. Podobne stanowisko zajmuje literatura i wytyczne amerykańskiego AHA/ASA.

O ile w ChPL z roku 2011 w odniesieniu do leczenia chorych po 80. roku życia stwierdza się, że „może występować zwiększone ryzyko krwawień i mniejsza korzyść z leczenia w porównaniu do młodszych pacjentów, należy rozważyć stosunek korzyści do ryzyka indywidualnie dla każdego pacjenta”, to w roku 2018 tekst „cofa się w rozwoju” i brzmi: „Actylise nie jest wskazana do stosowania w leczeniu ostrego udaru u pacjentów powyżej 80. roku życia”. Nie są mi znane żadne nowe badania mogące uzasadniać takie zamiany w treści ChPL. Wręcz przeciwnie, największa (poprawna

metodologicznie) metaanaliza wskazuje jasno, że chorzy po 80. roku życia odnoszą korzyść z leczenia rtPA w udarze niedokrwiennym.

Na koniec kwestia refundacji leków – w obwieszczeniu Ministra Zdrowia znajdują się pozycje dot. objęcia refundacją leków również w zakresie wskazań nieopisanych w ChPL (off-label). Mec. Luty słusznie zwraca uwagę, że gdyby obowiązywał ustawowy zakaz ordynowania leków off-label, to przepis prawa pozwalający na refundację off-label nie miałby sensu.

Wracając do przypadku prezentowanego na początku artykułu, można chyba już śmiało odpowiedzieć, że leczenie podjęte przez lekarza „B” było wyborem prawidłowym i nie było eksperymentem leczniczym, wobec czego skarga krewnych powinna zostać oddalona. Lekarz „A” natomiast mógłby być narażony na odpowiedzialność cywilną. ☺



Więcej na
www.gazetalekarska.pl

KOMENTARZ

OSKAR LUTY, ADWOKAT, PARTNER W KANCELARII FAIRFIELD W WARSZAWIE

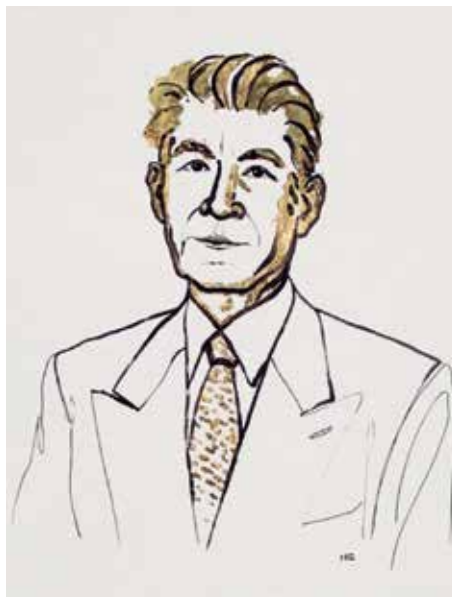
Prezentowane przez pana prof. Radosława Kaźmierskiego tezy oraz przykłady wyjątkowo celnie adresują problematykę prawną, związaną z ordynacją leków niezgodnie z ChPL. Komentarz prawny jest w zasadzie zbędny. Dodać można jedynie, jako ciekawe uzupełnienie, że lekarz nie jest związany żadną konkretną częścią ChPL; dotyczy to również fragmentów poświęconych dawkowaniu. Sąd Najwyższy w wyroku z 24.11.2011 r. (sygn. I CSK 69/11) potwierdził istnienie uprawnienia lekarza „do określenia konkretnego sposobu dawkowania leku, uznanego przez lekarza za właściwy z uwzględnieniem potrzeb terapeutycznych konkretnego pacjenta”. Sąd wskazał, że „uprawnienie lekarza do podania na receptę uznanego za właściwy sposobu dawkowania wynika z tego, że to on podejmuje decyzje terapeutyczne i za nie odpowiada, a zatem w żadnym razie nie może być związany sposobem dawkowania leku określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego”.

Obowiązujący system wymusza na lekarzach swoiste „rozdrożenie jaźni”. Wobec pacjenta lekarze związani są aktualnymi wytycznymi wiedzy medycznej (które mogą, a wręcz na ogół są niezgodne w części z ChPL), natomiast recepty przeznaczone do realizacji przez pacjenta w aptece na zasadach refundacyjnych muszą odpowiadać wymaganiom

obwieszczenia Ministra Zdrowia. Wskazane obwieszczenie przewiduje z kolei w przypadku większości leków, że prawo do refundacji jest powiązane właśnie z ChPL (wykaz zawiera wówczas przy danym leku adnotację, że refundacja jest „we wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji”).

Lekarz, wystawiając receptę na lek na zasadach refundacyjnych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, ale niezgodnie ze wskazaniami refundacyjnymi, naraża się na odpowiedzialność cywilną wobec NFZ (roszczenie o zwrot nienależnej refundacji). W takich sprawach żaden prawnik nie da rady wybronić lekarza przed sądem. Prawidłowość ordynacji refundowanej przy uwzględnieniu stanu klinicznego pacjenta jest bowiem kwestią „binarną”, niepodlegającą złożonym ocenom prawnym. Konkluzja jest przynębiająca, ale stanowi logiczny imperatyw: jeżeli dany lek zgodnie z wiedzą medyczną należy pacjentowi przepisać, ale sytuacja kliniczna wykracza poza wskazania refundacyjne, to na receptę lekarz musi napisać „100%” i pisać do firm farmaceutycznych prośby o wnioskowanie do MZ o rozszerzenie decyzji refundacyjnej w zakresie wskazań refundowanych lub starać się zastosować specjalne tryby ustawowe (np. refundację importu docelowego). Może kiedyś się to zmieni. ☺

Nobel 2018: Zwolnić hamulec



◀ James P. Allison i Tasuku Honjo za swoje dokonania w dziedzinie medycyny i fizjologii otrzymali tegoroczną Nagrodę Nobla.

Odblokowanie wrodzonych mechanizmów układu immunologicznego może sprawić, że agresywne nowotwory, np. czerniak, rak płuca czy jelita grubego, będą musiały ustąpić.

• LUCYNA KRYSIAK

Zwolnić hamulec blokujący działanie limfocytów T – taka jest główna idea pracy 70-letniego Jamesa P. Allisona i 76-letniego Tasuku Honjo, którzy za swoje dokonania w dziedzinie medycyny i fizjologii otrzymali tegoroczną Nagrodę Nobla.

Zdaniem naukowców odkrycie tego mechanizmu może oznaczać przełom w leczeniu raka, ponieważ przyczynia się do powstania nowych i bardziej skutecznych terapii w walce z tą chorobą. Jeden z nagrodzonych, James P. Allison, dyrektor oddziału immunoterapii

na MD Anderson Cancer Center przy Instytucie Nauk o Zdrowiu w Houston na Uniwersytecie Tekساسu w Austin, od lat prowadził badania nad białkiem CTLA-4, obecnym w limfocytach T, które hamuje aktywność komórek nowotworowych. Amerykański naukowiec opracował przeciwciało anty-CTLA-4, blokujące wspomniane białko. Drugi z uczonych – Tasuku Honjo, japoński immunolog z Uniwersytetu w Kioto – odkrył w 1992 r. receptor programowanej śmierci 1 (PD-1) – białko hamujące aktywność limfocytów T, którego zablokowanie także może mieć istotne znaczenie w walce z rakiem.



Więcej na
www.gazetalekarska.pl

Tegoroczna Nagroda Nobla z medycyny i fizjologii oznacza tryumf immunologii. Potwierdza silny trend, w jakim obecnie zmierzają badania związków układu immunologicznego z wieloma chorobami, nie tylko z rakiem. Odkrycie, jak odblokować wrodzone mechanizmy układu immunologicznego i wykorzystać je do zwalczania nowotworów, jest potwierdzeniem tego kierunku badań. Argumentując swój wybór, Komitet Noblowski podkreślał, że w pracy nagrodzonych chodzi o wyłączenie mechanizmów powstrzymujących system odpornościowy przed zwalczaniem zmienionych nowotworowo komórek. Teoretycznie każdy organizm sam mógłby i powinien to zrobić, ale komórki nowotworowe „oszukują” układ immunologiczny. Zatem zjawisko negatywnej regulacji odpowiedzi immunologicznej, jak nazywa się ten proces, z jednej strony ratuje, z drugiej może uśmiercać. Negatywna regulacja to powstrzymywanie układu odpornościowego przed atakowaniem własnego organizmu. Chodzi o rozróżnianie między tym co „własne” i „obce”. Kluczową rolę w tym procesie odgrywają limfocyty T, które mają receptory wiążące się z rozpoznawanymi strukturami. Zależnie od działania tych komórek uruchamiany lub powstrzymywany od działania jest cały układ odpornościowy. ○



Prof. Jacek Witkowski

Prezes Polskiego Towarzystwa Immunologii Doświadczalnej i Klinicznej oraz przewodniczący Komitetu Immunologii i Etiologii Zakażeń Człowieka PAN

KOMENTARZ

Układ odpornościowy wyewoluował po to, aby bronić organizmów wielokomórkowych przed patogenami, w tym powstającymi praktycznie codziennie komórkami nowotworowymi. Aby reakcja odpornościowa była efektywna, potrzebna jest kompleksowa odpowiedź wielu typów komórek odpornościowych (zapewniana m.in. przez zróżnicowane populacje limfocytów T, B, NK i NKT).

Reakcje odpornościowe – dziejące się w naszych ciałach bez przerwy i polegające na produkcji wielkich liczb efektorowych (m.in. cytotoksycznych) limfocytów oraz multum białek takich jak przeciwciała, cytokiny i białka cytotoksyczne z grupy perforyn i granzymów – są energetycznie kosztowne dla organizmu oraz – jeśli nie są wyhamowywane, gdy patogen został wyeliminowany – mogą prowadzić do chorób autoimmunologicznych i alergii. Dlatego też mają one ewolucyjnie wbudowany „system hamulcowy” – zespół mechanizmów, które po uruchomieniu prowadzą do inaktywacji, a nawet śmierci komórek odpornościowych. Do tych limfocytowych „hamulców”, formalnie zwanych „immunologicznymi punktami kontrolnymi” (ang. immune checkpoints), należą pojawiające się na powierzchni aktywnych limfocytów cząsteczki o symbolach CTLA-4 (ang. cytotoxic T lymphocyte antigen) i PD-1 (ang. programmed death receptor). Pod wpływem kontaktu z „pasującymi” cząsteczkami CD80/86 i PD-1L na innych komórkach odpornościowych, CTLA-4 i PD-1 wysyłają do wnętrza aktywnego limfocyta T sygnały do wyhamowania aktywności lub nawet popełnienia komórkowego „seppuku”, czyli apoptozy. Niestety, ten mechanizm wykorzystują komórki nowotworowe, efektywnie eliminując limfocyty, które mogą je niszczyć, rozpoznając

ich zmienione białka (neoantygeny). Taka supresja działania układu odpornościowego sprzyja wzrostowi nowotworu.

Problem ten wzięli „na warsztat” tegoroczni nobliści już w latach 90. XX w. Tasuku Honjo odkrył PD-1 i wyjaśnił mechanizm jej zabójczego dla limfocytów T działania, a także niepożądane działanie tego mechanizmu stymulowane przez nowotwory. W konsekwencji dowiódł, że zablokowanie (przez odpowiednie przeciwciała monoklonalne) możliwości połączenia się produkowanych przez komórki nowotworowe cząsteczek z PD-1 na limfocytach uniemożliwi nowotworowi ucieczkę przed nadzorem immunologicznym, co zwiększa szanse układu odpornościowego na jego zwalczanie. Ta strategia okazała się skuteczna w próbach klinicznych i obecnie terapia przeciwciałem nivolumab przynosi już spektakularne efekty w leczeniu czerniaka, niedrobnokomórkowego raka płuc i raka nerki.

James P. Allison wprawdzie nie odkrył CTLA-4, ale jako pierwszy na świecie opisał jego działanie jako inhibitora aktywacji limfocytów T, strukturalnie homologicznego, ale działającego przeciwnie do (aktywującej) cząsteczki CD28. Również on, niezależnie od Honjo, wpadł na pomysł, że zablokowanie tego hamulca przez odpowiednie przeciwciała powinno skutkować nasileniem reakcji odpornościowych przeciwko komórkom nowotworowym i potwierdził to doświadczalnie. Blokada CTLA-4 przeciwciałem o nazwie ipilimumab okazała się skuteczna w terapii zaawansowanego czerniaka i raka jajnika, a przeciwciała to jako pierwsze zostało zaaprobowane do immunoterapii.

Pionierskie badania Honjo i Allisona pozwoliły na rozwój skutecznej immunoterapii nowotworów, która w ostatniej dekadzie gwałtownie się rozwinęła poprzez z jednej strony wzrost liczby przeciwciał skutecznie blokujących CTLA-4 i PD-1, z drugiej przez rozszerzenie wskazań do jej zastosowania na kolejne rodzaje nowotworów. Nagroda Nobla dla J.P. Allisona i T. Honjo wydaje się więc jak najbardziej trafiona. 

WUM łączy się z UW

Warszawski Uniwersytet Medyczny i Uniwersytet Warszawski podpisały list intencyjny w sprawie utworzenia federacji. Pozwoli to lepiej wykorzystać potencjał obu uczelni.

Głównym celem jest wzrost pozycji uczelni w kraju, jak i na arenie międzynarodowej. UW i WUM zamierzają wspólnie realizować projekty naukowe, razem prowadzić wybrane zajęcia dydaktyczne, a także umożliwić studentom i pracownikom uczelni

partnerskiej korzystanie ze swojej infrastruktury. To ma być zupełnie nowa jakość. – Dzięki federalizacji oba uniwersytety odzyskają to, czego w sztuczny i brutalny sposób zostały przed 70. laty pozbawione. Staniemy się „pełnym” uniwersytetem – powiedział rektor WUM prof. Mirosław Wielgoś podczas inauguracji roku akademickiego 2018/2019. Nawiązał tym samym do wspólnej tradycji. Do lat 50. XX w. na UW wykładano medycynę i farmację, ale decyzją władz państwowych od

uniwersytetu oddzielono wydziały: Lekarski i Farmaceutyczny. Z ich połączenia powstała Akademia Medyczna (dzisiejszy WUM). Ostatnim rektorem „wspólnego” uniwersytetu był prof. Franciszek Czubalski, lekarz fizjolog, który następnie został pierwszym rektorem nowo powstałej AM w Warszawie. – Uniwersytet bez medycyny jest niepełnym uniwersytetem, a medycyna bez innych nauk nie może się tak dobrze rozwijać, jak po niej tego oczekujemy – podkreślił rektor UW prof. Marcin Pałys. 



Więcej na www.gazetalekarska.pl

Leczenie ruchem

Aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko zachorowania na wiele chorób przewlekłych, pomaga także skuteczniej walczyć z już występującymi schorzeniami, a nawet ogranicza śmiertelność w niektórych chorobach nowotworowych. Niestety rola wysiłku fizycznego w dalszym ciągu jest niedoceniana.

● LIDIA SULIKOWSKA

Najnowsze dane zebrane przez WHO, opublikowane niedawno w „The Lancet Global Health”, wskazują, że już co trzeciej kobiecie i co czwartemu mężczyźnie brakuje takiej dawki ruchu, dzięki któremu można uniknąć podstawowych chorób cywilizacyjnych¹. Brak aktywności fizycznej jest obecnie większym problemem zdrowotnym niż palenie papierosów i czwartą przyczyną zgonów na świecie.

Największy problem jest w krajach bogatych. Na czele niechlubnej statystyki jest Kuwejt, gdzie aż 67 proc. mieszkańców za mało się rusza. Pozytywnym przykładem wyróżnia się za to Finlandia, gdzie tylko 16 proc. obywateli prowadzi siedzący tryb życia. Jak informuje Grzegorz Juszczak, dyrektor NIZP-PZH, zaledwie około 23-25 proc. Polaków spełnia wymogi dotyczące aktywności fizycznej.

Dr Alicja Karney, pediatra, z-ca dyrektora ds. klinicznych w Instytucie Matki i Dziecka zwraca uwagę na olbrzymi problem braku ruchu wśród polskich dzieci. Najgorzej jest w grupie dzieci 11-15 lat. Według badań HBSC z 2014 r. tylko 24 proc. spełnia wymogi zalecanej aktywności. – Mamy dużo zwolnień lekarskich z lekcji wychowania fizycznego, a np. w astmie aktywność jest wskazana. Dziecko, które ma cukrzycę, również powinno się ruszać. Właściwie nie ma choroby przewlekłej, przez którą ten wysiłek jest zabroniony – mówiła

Alicja Karney podczas jednej z konferencji prasowych na temat roli aktywności fizycznej zorganizowanej jesienią w Warszawie.

DLA ZDROWYCH I CHORYCH

Już pojedyncza sesja treningowa poprawia wyniki ciśnienia krwi i glikemii, a regularnie wykonywany wysiłek fizyczny chroni m.in. przed cukrzycą, chorobami układu sercowo-naczyniowego, niektórymi typami nowotworów (udowodnione w przypadku raka sutka, jelita grubego i prostaty), osteoporozą. Pomaga także walczyć z tymi schorzeniami, gdy już zachorujemy. Ruch pozytywnie wpływa na zdrowie kobiet w ciąży.

– Dobrze dopasowany trening obniża wartość ciśnienia krwi u osób chorych nawet do tego stopnia, że można zrezygnować z farmakoterapii lub znacząco ją ograniczyć. Dzięki ruchowi zmniejsza się stężenie cholesterolu LDL, podwyższa się HDL. Miałam pacjenta, który wyjściowo miał LDL na poziomie 135, a po 6 tygodniach – 95. Już po pierwszym 60-minutowym treningu poprawia się nastrój osoby chorującej na depresję. Aktywność fizyczna polepsza też zakres ruchu w stawach, zmniejsza się ich

23-25%

– ok. tylu Polaków spełnia wymogi dotyczące aktywności fizycznej.

bolesność – wylicza Anna Plucik-Mrozek, internistka, reprezentująca w Polsce ogólnosiwiatowy program Exercise is Medicine (EIM) Amerykańskiego Towarzystwa Medycyny Sportowej, którego celem jest promowanie aktywności fizycznej wśród pacjentów i zachęcanie lekarzy do włączania ćwiczeń do procesu leczenia swoich chorych.

Doktor Plucik-Mrozek zwraca uwagę właśnie na ludzi cierpiących na choroby przewlekłe. – Pacjenci powinni ćwiczyć, a w konsekwencji minimalizować swoje schorzenia. W chorobach układu krążenia najlepszy jest trening aerobowy, przy cukrzycy warto dołączać do ćwiczeń aerobowych także oporowe, dzięki któremu zwiększa się masa mięśni, przez co glukoza w większym stopniu jest wchłaniana przez komórki. W przypadku depresji każdy rodzaj ruchu jest dobry, ważne by sprawiał przyjemność pacjentowi. W zasadzie przestrzegałabym jedynie przed aktywnością w chorobach zapalnych stawów, w tym przypadku ruch może nasilać ból – podkreśla Anna Plucik-Mrozek.

– Mam wielu podopiecznych z nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą czy onkologicznymi. Joga regeneracyjna, fitness

JUŻ POJEDYNCZA SESJA TRENINGOWA POPRAWIA WYNIKI CIŚNIENIA KRWI I GLIKEMII, A REGULARNIE WYKONYWANY WYSIŁEK FIZYCZNY CHRONI M.IN. PRZED CUKRZycĄ, CHOROBIAMI UKŁADU SERCOWO-NACZYNIOWEGO, NIEKTÓRYMI TYPAMI NOWOTWORÓW, OSTEOPOROZĄ.

medyczny, ćwiczenia w wodzie... można zaferować naprawdę wiele aktywności, które będą skuteczne, a jednocześnie przyjemne dla pacjenta. Na przykład kobiety po mastektomii już tydzień po zabiegu mogą uprawiać pilates onkologiczny, który został dopasowany tak, aby nie obciążać górnych partii ciała. Ta wiedza jest potrzebna lekarzom, aby mogli ją im przekazać – wyjaśnia Małgorzata Perl, trener fitnessu medycznego, dyrektor sportowa EIM Poland. Jeśli konsultacja trenera czy zajęcia w klubie fitness są poza zasięgiem pacjenta, wystarczy polecić po prostu trening marszowy. Już 30 minut chodzenia dziennie wydłuża życie o 3,5 roku. Odpowiednia dawka marszu wystarcza także, by zmniejszyć ryzyko zachorowania na raka piersi i nawrotu tej choroby. Chodzenie działa także przeciw depresji i pomaga obniżyć dawki przyjmowanych leków przeciwdepresyjnych. Portugalscy naukowcy wykazali, że dołączenie do terapii 45-minutowego spaceru dziennie wyeliminowało depresję u 26 proc. badanych, a u kolejnych 21 proc. zmniejszyły się objawy.

O roli aktywności fizycznej u osób chorych mówiono sporo podczas 7. Europejskiego Kongresu Exercise is Medicine, który w tym roku odbył się na jesieni w Warszawie. Dr med. Piotr Dudek z Kliniki Endokrynologii CMKP w Warszawie podkreślał wagę treningu

w osteoporozie. Ćwiczenia wzmacniające mięśnie i poprawiające równowagę mogą uchronić przed upadkami, a w konsekwencji złamaniami. Nie powinni się go obawiać także pacjenci po przebytej endoprotezoplastyce stawu biodrowego.

Wysiłek fizyczny pozwala także poprawić stan pacjentów onkologicznych, którzy bardzo często doświadczają przykrych objawów spowodowanych obecnością nowotworu lub będących wynikiem prowadzonej terapii. Większość z nich jest osłabiona, zmęczona, ma zaburzenia snu, niektórzy cierpią na depresję. Okazuje się, że na część z tych dolegliwości pomóc może ruch. Michał Wilk z Europejskiego Centrum Zdrowia w Otwocku przytoczył ciekawe wyniki badań dotyczących wpływu aktywności fizycznej w czterech najczęstszych nowotworach, tj. płuca, piersi, jelita grubego i gruczołu krokowego. W każdej z tych grup wysiłek jako dodatkowa procedura dodana do standardowej terapii poprawiała stan zdrowia pacjentów, np. w raku płuca pacjenci bardziej aktywni rzadziej doświadczali powikłań po operacji torakochirurgicznej. W raku piersi i jelita grubego ruch redukował ryzyko nawrotu choroby i śmiertelność (w niektórych pracach nawet o 50 proc.), a w nowotworze prostaty poprawiał czas przeżycia całkowitego i miał pozytywny wpływ na jakość

życia. W trakcie wykładu zasugerowano również konieczność przeprowadzania wielośrodkowych randomizowanych badań klinicznych, które mogłyby potwierdzić przytoczone obserwacje.

– Każdy pacjent, który zakończył leczenie onkologiczne, powinien zacząć ćwiczyć, a żeby osiągnąć najlepsze rezultaty, powinien robić to pod opieką specjalisty – wyjaśniał na zakończenie Michał Wilk.

RUSZYĆ SYSTEM

Czy lekarze potrafią zalecać ruch? – Powinni, myślę jednak, że często nie wiedzą, jak to skutecznie robić. Nie wystarczy powiedzieć, że trzeba się ruszać. Tym bardziej, że często osoby chore boją się podjąć aktywność fizyczną. Trzeba wytłumaczyć, jak być aktywnym i robić to bezpiecznie i przekazać, najlepiej w formie recepty, dokładne wskazówki dotyczące ilości, częstotliwości i długości sesji treningowych w tygodniu. Niestety brakuje polskich wytycznych dla lekarzy na temat włączania ruchu do terapii w chorobach przewlekłych, co utrudnia przekazywanie precyzyjnych informacji pacjentom – mówi Plucik-Mrozek.

Warto też zacząć od siebie. W końcu lekarz to jeden z najbardziej stresujących zawodów na świecie, a nic tak nie wpływa pozytywnie na emocje, jak ruch. ○

30

– tyle minut chodzenia dziennie wydłuża życie o 3,5 roku.

¹ Zaleca się 150 minut wysiłku aerobowego o umiarkowanej intensywności lub 75 minut o dużej intensywności w tygodniu dorosłym i 60 minut wysiłku o umiarkowanej intensywności dziennie dzieciom i młodzieży. Wyjątkiem są osoby chore – tutaj trening należy dopasować do potrzeb i możliwości konkretnego pacjenta.

Szanowni Państwo,

Koleżanki i Koledzy Lekarze i Lekarze Dentyści!

*Serdecznie zapraszamy na Ogólnopolski Bal Lekarza,
który odbędzie się w dniu 12 stycznia 2019 roku w Krakowie,
w Muzeum Lotnictwa Polskiego (al. Jana Pawła II 39).*

Szczegóły wkrótce na stronie internetowej www.izbalekarska.pl

Rezerwacja i sprzedaż biletów – p. Anna Chuchmacz (biuro OIL w Krakowie)
tel. 12 6191713, email: a.chuchmacz@hipokrates.org

Serdecznie zapraszamy!

Robert Stępień

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej
w Krakowie

Andrzej Matyja

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej



Lekooporność drobnoustrojów



Jadwiga
Wójkowska-Mach

Dr. hab., Katedra
Mikrobiologii UJ CM
w Krakowie

Drobnoustroje, jak wszystkie żywe organizmy, muszą dbać o swój byt oraz o możliwość pozostawienia po sobie potomstwa.

Zastosowanie przez człowieka leków przeciwdrobnoustrojowych, w tym antybiotyków, stworzyło realne zagrożenie ich bytu.

Należy zdawać sobie sprawę, że w świecie drobnoustrojów istnieją ściśle zależności współżycia w danym środowisku. Jednym ze sposobów utrzymania drobnoustrojów w ryzach względem siebie, bez pełnej dominacji jednych, jest wytwarzanie substancji przeciwdrobnoustrojowych. A zatem drobnoustroje, szczególnie bakterie, posiadają naturalną zdolność do produkowania substancji o takiej aktywności. Jedne z nich to naturalne antybiotyki.

Od momentu wykorzystania antybiotyków do zwalczania przyczyn zakażeń człowieka i zwierząt narodził się problem lekooporności (ang. antimicrobial resistance). Naturalne antybiotyki istniały w przyrodzie od zawsze, nie potrafiliśmy ich tylko wykrywać oraz wykorzystywać, chociaż, jak wskazują na to liczne opisy, intuicyjnie stosowano w leczeniu zakażonych ran pajęczynę zagniecioną z chlebem – częstokroć z bardzo dobrym efektem. Aleksander Fleming stwierdził, że „to natura produkowała penicylinę, ja ją tylko odkryłem”.

Era antybiotyków rozpoczęła się w roku odkrycia penicyliny (1928), chociaż jej praktyczne zastosowanie w leczeniu zakażeń nastąpiło dużo później, bo dopiero w roku 1942. Lata 40., 50. i 60. poprzedniego wieku to odkrycie szeregu antybiotyków (trzy nagrody Nobla: w 1945 r. za penicylinę, w roku 1952 za

streptomycynę i w roku 1964 za cefalosporynę), w tym antybiotyków syntetycznych. Obecnie używamy co najmniej kilkadziesiąt preparatów leków przeciwdrobnoustrojowych, chociaż nowe leki (w rozumieniu nieznanego dotychczas mechanizmu działania na komórkę bakterijną) pojawiają się rzadko.

Pionierzy antybiotykoterapii przypuszczali, że te cudowne leki zlikwidują wszelkie zakażenia bakteryjne. Niestety, bakterie, walcząc o przeżycie, ujawniły szerokie możliwości nabywania lekooporności.

Oporność drobnoustrojów na kolejne wprowadzane do użycia klasy antybiotyków pojawiły się niemal natychmiast po ich pierwszym zastosowaniu w terapii. Przewidział to Aleksander Fleming, a mianowicie w trakcie prac nad penicyliną dostrzegł, że poddawane działaniu penicyliny kolejne pokolenia gronkowca złocistego wytwarzają ściany komórkowe coraz mniej przepuszczalne dla tego leku. Tym samym odkrył jeden z mechanizmów oporności na antybiotyki.

OPORNOŚĆ NA ANTIBIOTYKI

Wyróżniamy oporność na antybiotyki naturalną oraz nabytą.

Oporność naturalna (własna), jednocześnie warunkująca zakres działania antybiotyku, jest charakterystyczna i stała dla danego gatunku bakterii i istniała już przed zastosowaniem przez człowieka antybiotyków w terapii. Oporność naturalna na dany lek oznacza, że ten lek jest wobec danych bakterii klinicznie bezużyteczny. Przykładem tego typu oporności jest oporność na glikopeptydy (np.

1928

– w tym roku rozpoczęła się era antybiotyków (wówczas odkryto penicylinę).

wankomycynę) u pałeczek Gram-ujemnych z rodziny *Enterobacteriaceae* (np. szczepy *Escherichia coli*).

Natomiast oporność nabyta (wykształcona) to nowa cecha bakterii – zmieniająca się w ciągu życia osobniczego bakterii w odpowiedzi na stosowane antybiotyki.

Pojawianie się opornych szczepów bakterii to proces ukierunkowanej ewolucji bakterii (wymiana materiału genetycznego poprzez tzw. horyzontalny transfer genów) oraz presja selekcyjna, spowodowana używaniem antybiotyków przez człowieka.

RODZAJE OPORNOŚCI NABYTEJ:

- **Oporność enzymatyczna** – wytwarzanie enzymów hydrolizujących: β-laktamazy, penicylinazy, ESBL, AmpC, MBL, KPC, OXA-48 czy enzymy modyfikujące aminoglikozydy, acylaza chloramfenikolu.
- **Oporność receptorowa** – polegająca na zmianie miejsca docelowego działania leku: MRSA, PNSP, MLSB, VRE, VRSA, oporność na fluorochinolony.
- **Oporność transportowa** – polegająca na:
 - 1) aktywnym wypompowywaniu leku z komórki (ang. efflux), dotyczy: tetracyklin, makrolidów, fluorochinolonów i karbapenemaz;
 - 2) zmniejszeniu przepuszczalności błon komórkowych, doprowadzając do zahamowania transportu leku do wnętrza komórki – mutacje porynowe występujące np. u pałeczek Gram-ujemnych z rodzaju *Klebsiella* i *Pseudomonas* opornych na karbapenemy.

Bardziej szczegółowe omawianie mechanizmów oporności przekracza zakres tego artykułu.

OPORNOŚĆ NABYTA

Definicje nabytej oporności na antybiotyki, jako wielolekooporne kłony bakteryjne (MDR, XDR, PDR), zostały przez European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) podzielone na następujące kategorie:

- **MDR** (ang. Multi Drug Resistant) – to wielolekooporne szczepy niewrażliwe na antybiotyki z trzech lub więcej klas leków przeciwbakteryjnych, aktywnych wobec danego gatunku drobnoustrojów;
- **XDR** (ang. Extensively lub Extremely Drug Resistant) – szczepy ekstremalnie odporne – rozszerzona oporność, wykazujące niewrażliwość na antybiotyki we wszystkich, z wyjątkiem dwóch lub mniej, klas antybiotyków (karboksypenicyliny, cefalosporyny, karbapenemy, monobaktamy, chinolony, aminoglikozydy, kolistyna);
- **PDR** (ang. Pan Drug Resistant) – szczepy całkowicie odporne, wykazujące brak wrażliwości na wszystkie antybiotyki we wszystkich klasach aktywnych wobec danego gatunku drobnoustroju.

Wielolekooporność to problem występujący szczególnie w zakażeniach chorych hospitalizowanych, chociaż coraz częściej także w zakażeniach chorych z opieki ambulatoryjnej.

Ważność tego problemu podkreślono, definiując pojęcie drobnoustroju alarmowego – jako biologiczny czynnik chorobotwórczy o szczególnej zjadliwości lub oporności. Są to szczepy drobnoustrojów odporne na wiele leków przeciwbakteryjnych oraz zdolne do wywołania epidemii. Najbardziej niebezpieczne patogeny szpitalne nazwano „superbugs”, określając je spektakularnym skrótem ESKAPE – akronim pochodzi od nazw bakterii wywołujących szczególnie ciężkie zakażenia związane z opieką zdrowotną. Należą do nich gatunki: *Enterococcus faecium*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*. W Polsce izolacja takich szczepów objęta jest obowiązkową zgłaszalnością.

Rozwój oporności bakteryjnej wśród szczepów pozaszpitalnych to bardzo niepokojące zjawisko. Niekontrolowane

stosowanie antybiotyków doprowadziło do oporności paciorkowców i gronkowców na makrolidy (MLSB) oraz pneumokoków na penicyliny (PRSR). Pojawiły się także inwazyjne kłony szczepów u pacjentów niehospitalizowanych, jak: pozaszpitalne, heterogenne metycylineoporne szczepy gronkowcowe (CA-MRSA) czy inwazyjne, toksykogenne szczepy *Clostridium difficile* (CA-CDAD Klon 027/ NAP1).

Kontrola rozwoju oporności bakteryjnej zakażeń pozaszpitalnych powinna opierać się na:

- a) promowaniu standardów antybiotykoterapii chorób zakaźnych w oparciu o znajomość czynników etiologicznych zakażeń w danej populacji;
- b) korzystaniu z wydawanych pisemnie rekomendacji;
- c) ograniczeniu stosowania antybiotyków do niezbędnego minimum;
- d) unikanie zbyt krótkiego stosowania antybiotyków – utrzymywanie się stężeń subinhibicyjnych;
- e) nienadużywanie leków indukujących oporność na inne grupy antybiotyków (makrolidy, inhibitory B – laktamaz, cefalosporyny).

PODSUMOWANIE

Problem lekooporności stanowi jeden z najważniejszych problemów zdrowia publicznego na świecie, także w Polsce. Uważa się, że liczba zgonów w najbliższych kilku latach z powodu zakażeń powodowanych przez odporne na antybiotyki drobnoustroje może być wyższa niż z powodu chorób nowotworowych. Wysoka oporność na leki przeciwdrobnoustrojowe znacząco ogranicza możliwości leczenia zakażeń. Ze względu na szybką zdolność rozprzestrzeniania się szczepów jest to również problem epidemiologiczny. Przed laty pojawienie się oporności na wprowadzony lek wymagało kilku lat, obecnie wystarcza kilka miesięcy.

Co zatem robić w praktyce, aby zachować możliwość dalszego wykorzystania antybiotyków do leczenia zakażeń?

WAŻNE RADY

1. Antybiotyki stosuj z rozważą.
2. Dąż do terapii celowanej.
3. Przestrzegaj zasad racjonalnej antybiotykoterapii. 

Zakażenia szpitalne — przełamano tabu

Po raz pierwszy większość szpitali w Polsce zgodziła się ujawnić dane dotyczące zakażeń szpitalnych w swoich placówkach.

● LUCYNA KRYSIAK

Spośród 1189 szpitali w Polsce składających w każdym z województw sprawozdania do Ministerstwa Zdrowia (MZ-29 lub MSW-43) na temat zakażeń szpitalnych, 825 placówek wyraziło zgodę na ich upublicznienie, a 361 wykazało, że u nich tego rodzaju zjawisko występuje.

Liczba szpitali, które wyraziły zgodę na publikację, różni się istotnie w poszczególnych województwach i wynosi średnio 69 proc. Wprowadzie w pięciu przekracza ona 90 proc., ale np. w Dolnośląskiem wynosi już tylko 31 proc. Oznacza to, że nie wszystkie szpitale chcą ujawniać dane dotyczące zakażeń szpitalnych, gdyż jest to wciąż temat tabu.

Robert Mołdach z Instytutu Zdrowia i Demokracji, autor opracowania będącego częścią większej publikacji „Mapy Potrzeb Zdrowotnych 2018”, uważa, że choć droga do pełnej jawności jakości leczenia i efektów klinicznych jest jeszcze daleka, a wartość ujawnionych danych wymaga dyskusji, Ministrowi Zdrowia i Departamentowi Analiz i Strategii MZ należy się uznanie za decyzję o publikacji danych i determinację w uzyskiwaniu na nie zgód od szpitali. Czy za tym pójść bardziej radykalne działania w kierunku zapobiegania zakażeniom szpitalnym?

DANE SĄ ZANIŻONE

W 2017 r. zgłoszono do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej 678 ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych, to jest o 27 proc. więcej niż w roku 2016, w którym zgłoszono 532 ogniska epidemiczne. Zdaniem prof. Walerii Hryniewicz z Narodowego Instytutu Leków, choć widać tendencję wzrostową, jeśli chodzi o zgłaszalność występowania zakażeń szpitalnych, dane te są zaniżone. Za niechęcią do ich ujawniania kryje się obawa przed oskarżeniami kierowanymi w stronę szpitali, że nie przestrzegają określonych procedur. Tymczasem takie placówki nie muszą być gorsze, skala zakażeń zależy też od profilu i specyfiki prowadzonej działalności, a także od liczby przyjmowanych pacjentów.

Zatem należy czy nie należy ujawniać dane o zakażeniach szpitalnych? – Wszystko zależy od poziomu świadomości społeczeństwa. Niedojrzałe społeczeństwo tego rodzaju dane przyjmuje źle, zatem nie jestem pewna, czy jesteśmy gotowi na ich upublicznianie. Są kraje, które nie upubliczniają takich danych, tylko przekazują je instytucjom odpowiedzialnym za ten problem, ale jest rzetelna wiedza, z którą można coś zrobić, a w Polsce takiej wiedzy nie ma – tłumaczy prof. Hryniewicz, zaznaczając, że mimo tych wątpliwości ujawnienie danych dotyczących zakażeń

szpitalnych przez Instytut Zdrowia i Demokracji to pierwsza tak zaawansowana próba dotarcia do prawdy.

Samo podjęcie tematu zdejmując z zakażeń szpitalnych odium tabu, które dotąd było nie do przełamania. Na zakażenia szpitalne składa się wiele czynników: przestrzeganie procedur, higieny, ale też, a może przede wszystkim – racjonalna antybiotykoterapia. – Nie można zbudować dobrego programu profilaktyki zakażeń bez racjonalnej antybiotykoterapii – zastrzega prof. Hryniewicz.

KONTEKST JEST SZERSZY

Dr n. med. Piotr Warczyński, były podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia zajmujący się m.in. programami profilaktyki zdrowotnej, uważa, że zakażenia szpitalne mają szerszy kontekst, gdyż obejmują tzw. zdarzenia niepożądane. Wyjaśnia, że swego czasu w resorcie zdrowia powstał projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej, w którym był zapisany obowiązek monitorowania zdarzeń niepożądanych, w tym zakażeń szpitalnych. Taki obowiązek realizują obecnie wszystkie szpitale, które mają akredytację ministra zdrowia (CMJ). Analizując te dane i starając się wyeliminować błędy. Projekt ustawy upadł, tak więc poszerzenie monitoringu zdarzeń niepożądanych, w tym zakażeń szpitalnych,

678

– tyle ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych zgłoszono do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2017 r. To o 27 proc. więcej niż w roku 2016.

NA ZAKAŻENIA SZPITALNE SKŁADA SIĘ WIELE CZYNNIKÓW: PRZESTRZEGANIE PROCEDUR, HIGIENY, ALE TEŻ, A MOŻE PRZED WSZYSTKIM – RACJONALNA ANTYBIOTYKOTERAPIA.

o wszystkie placówki opieki zdrowotnej stało się niemożliwe.

– Szpitale akredytowane wykazują, że zakażenia szpitalne stanowią 8-10 proc., co zbliża nas do innych krajów, np. do USA. W przypadku placówek, które podają, że nie mają tego rodzaju zdarzeń lub że występują one na poziomie 1 proc., widać, że tego zjawiska nie monitorują – przekonuje Piotr Warczyński i liczy, że w sytuacji ujawnienia prawdziwych danych na temat zakażeń szpitalnych powróci dyskusja nad wspomnianym projektem. W Polsce jest ustawowy obowiązek monitorowania zakażeń szpitalnych i zgłaszania ich do Państwowej Inspekcji Sanitarnej, co też szpitale robią, ale dane te nie pokrywają się z danymi ujawnionymi przez MZ, nie są więc rzeczywiste.

DOTRZEĆ DO PRAWDY

Prof. Jadwiga Wójkowska-Mach, prezes Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych, uważa, że każda, nawet najmniejsza publikacja nagłaśniająca problem, a także ostatni raport NIK, są próbą dotarcia do prawdy. NIK skontrolował 18 szpitali. We wszystkich wykazał wzrost liczby pacjentów, u których wykryto zakażenie szpitalne. Średnio o 8,5 proc. w 2016 r.

w stosunku do roku 2015. Wykrył też nieprawidłowości związane z rejestrowaniem i raportowaniem tego rodzaju zdarzeń, co oznacza, że dane te mogą być zaniżone. – Prawda pozwala na właściwe postawienie diagnozy i podjęcie leczenia. Dopóki nie będzie w pełni zdiagnozowana sytuacja w zakresie zakażeń szpitalnych, trudno będzie podjąć skuteczne działania, by ją uzdrowić – zaznacza prof. Wójkowska-Mach i dodaje, że przełamywanie tabu na ten temat trwa już od ponad 20 lat, nie wyłączając prac naukowych.

Zespół Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych w minionym roku wydał pracę pt. „Alarmujący stan dotyczący zakażeń w szpitalach”, opublikowaną w „Przeglądzie epidemiologicznym”. Zdaniem prezesa PTZSz, obecna sytuacja prawna nie ułatwia podejmowania działań w zakresie kontroli zakażeń. Wprawdzie w każdej jednostce opieki zdrowotnej jest powołany zespół kontroli zakażeń szpitalnych, ale jedynymi osobami, które pracują w tych zespołach, są wyłącznie pielęgniarki epidemiologiczne, tylko dla nich jest stworzona ścieżka edukacyjna w tym zakresie. Lekarz specjalista ds. kontroli zakażeń szpitalnych jest w Polsce pojęciem nieznanym.

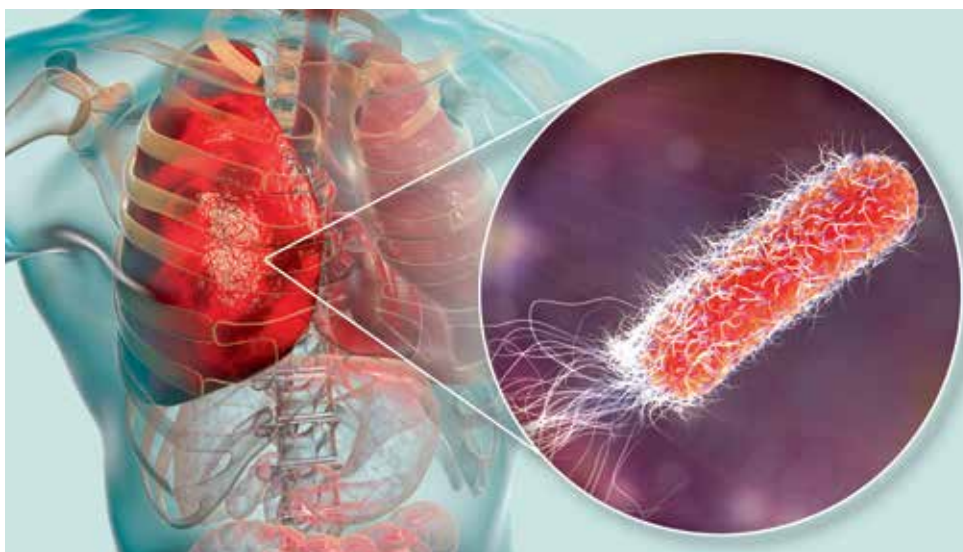
▼ **Infekcja płuc spowodowana bakteriami *Pseudomonas aeruginosa*.**

NADZÓR NAD ZAKAŻENIAMI

PTZSz opracowało Program Czynnego Nadzoru nad Zakażeniami Szpitalnymi. Jest to nowoczesne narzędzie kontroli, oparte na dowodach naukowych i wiedzy ekspertów, zgodne z wytycznymi i wymogami Europejskiego Centrum Kontroli Chorób. Program rekomendowany jest przez Głównego Inspektora Sanitarnego. Umożliwia on optymalne i efektywne monitorowanie sytuacji epidemiologicznej szpitala, ocenę skuteczności działań prewencyjnych oraz wiarygodny benchmarking z innymi jednostkami.

Rekomendowany przez towarzystwo model jako nadzór celowany pozwala wyodrębnić grupy pacjentów, których hospitalizacja wiąże się najwyższym ryzykiem wystąpienia zakażenia. Jako model czynny pozwala na bieżąco monitorować sytuację epidemiologiczną, co umożliwia podjęcie natychmiastowych działań wygaszających potencjalne ogniska epidemiczne. Jak zapewnia podpisana pod programem dr Anna Różańska, członek Zarządu PTZSz, uczestnictwo w tym przedsięwzięciu gwarantuje współpracę z ekspertami towarzystwa w aspekcie planowania, wdrażania i oceny kontroli nad zakażeniami w szpitalu oraz dostosowane do lokalnych potrzeb szkolenia dla całego personelu medycznego jednostki.

Nie ma wątpliwości co do tego, że w Polsce system zbierania danych o zakażeniach jest zły i doprowadził do zaciemnienia obrazu problemu. Nasi rozmówcy są zgodni, że aby to zmienić, potrzeba szczerzego systemu raportowania i centralnego rejestru, gdzie gromadzone byłyby wszystkie dane o takich przypadkach. PTZSz widzi w tym swój udział. W rekomendacjach zamieszczonych na stronie towarzystwa prof. Stefania Giedrys-Kalemba z Katedry Mikrobiologii i Immunologii Pomorskiej Akademii Medycznej pisze, że ocena częstości zakażeń szpitalnych stanowi najlepszy marker jakości opieki zdrowotnej w szpitalu. Sprawdzanie stanu szpitala w zakresie kontroli zakażeń uważane jest za najważniejszy element jakości opieki szpitalnej. W krajach zachodnich stanowi jeden z podstawowych parametrów kontraktowania usług medycznych. ○



Ile pracowaliśmy w 2017 roku



Przemysław
Baliński

OBPIS



Romuald
Krajewski

OSAI NIL

W latach 2016 i 2017 Ośrodek Studiów Analiz i Informacji NIL zrealizował badanie „Ile pracują lekarze i lekarze dentyści w Polsce” w ramach prowadzonego przez Ministerstwo Zdrowia projektu „Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńowych”.

Dziękujemy 2500 respondentom, którzy wzięli udział w tym trudnym i żmudnym badaniu. Szczegółowe wyniki są dostępne na stronie MZ (www.mpz.mz.gov.pl). Tu chcielibyśmy przedstawić najważniejsze informacje o czasie pracy lekarzy i lekarzy dentyistów oraz wnioski, jakie wypływają z ich zestawienia z prognoząmi demograficznymi dla obu grup zawodowych.

W badaniu tym, podobnie jak i w innych porównujących pracę lekarzy z pracą lekarzy dentyistów, zaobserwowaliśmy wiele różnic między nimi. Średni czas pracy, przeciętna liczba miejsc pracy oraz typów placówek będących miejscem pracy, a także formy prawne wykonywania zawodu wyraźnie się różniły.

CZAS PRACY

Biorąc pod uwagę wszystkie osoby, które wzięły udział w badaniu (w tym 21,7% osób w wieku emerytalnym nadal wykonujących zawód), czas pracy lekarza bez dyżurów

165,1 h

– tyle przeciętnie wynosił miesięczny czas pracy lekarza bez dyżurów.

wynosił przeciętnie 165,1 godziny miesięcznie, a lekarza dentyistów 147,5. Całkowity czas pracy (łącznie z dyżurami) wynosił przeciętnie odpowiednio 234,3 i 156,8 godziny. Z tego zestawienia widać dużą różnicę w czasie dyżurowania (średnio na lekarza przypadało 69 godzin dyżurów, podczas gdy na lekarza dentyistę 9,1).

W obu grupach zawodowych najczęściej pracowały osoby w wieku do 36 lat (lekarze 259,7 godziny miesięcznie, a lekarze dentyści 177,9), a najmniej osoby w wieku emerytalnym (odpowiednio 174,2 i 124,1). Średni całkowity czas pracy liczony dla osób w wieku produkcyjnym to 252,2 godziny wśród lekarzy i 162,5 godziny wśród lekarzy dentyistów. Istotne jest także, że wśród lekarzy odsetek osób pracujących miesięcznie ponad 240 godzin wynosił 42,5% (55,4% lekarzy bez specjalizacji oraz 38,8% specjalistów). Wśród lekarzy dentyistów osoby pracujące ponad 240 godzin stanowiły 7,1%.

Wśród lekarzy pracujących do 160 godzin miesięcznie ponad połowę (51,4%) stanowiły osoby w wieku

emerytalnym. W tej grupie wiekowej 53% lekarzy pracowało do 160 godzin miesięcznie, podczas gdy w młodszej grupie wiekowej (51+ do wieku emerytalnego) odsetek ten wynosił 15,8%. Oznacza to, że lekarze osiągnący wiek emerytalny zmniejszają wymiar czasu poświęcanego na pracę zawodową (przede wszystkim rezygnując z pracy na oddziałach szpitalnych). Mimo to, przeciętnie jest to liczba godzin zbliżona do ustawowego etatu.

Oprócz wieku, związek z czasem pracy miała także płeć respondentów. W obu zawodach mężczyźni pracowali więcej niż kobiety. Największą różnicę (ponad 47 godzin miesięcznie) zanotowano wśród lekarzy w wieku do 36 lat. W całej grupie zawodowej lekarzy, mężczyźni pracowali miesięcznie o blisko 36 godzin więcej niż kobiety (odpowiednio 255 wobec 219,1), a wśród lekarzy dentyistów o ponad 22 godziny (odpowiednio 173,7 wobec 151,3).

Na wymiar czasu pracy miało też wpływ posiadanie specjalizacji. Osoby w wieku produkcyjnym

niemające specjalizacji pracowały więcej niż osoby mające specjalizację. W przypadku osób w wieku emerytalnym tendencja była odwrotna w obu grupach zawodowych, tj. osoby mające specjalizację drugiego stopnia lub bezstopniową pracowały więcej niż osoby bez specjalizacji lub mające tylko specjalizację 1. stopnia (lekarze o 50 godzin miesięcznie, a lekarze dentyści o 20). Na tej podstawie można wnioskować, że istniało znaczne zapotrzebowanie na pracę doświadczonych lekarzy i lekarzy dentyistów specjalistów.

MIEJSCA PRACY, TYP PLACÓWKI I FORMA PRAWNA WYKONYWANIA ZAWODU

Pracę w jednej placówce zadeklarowało 21% lekarzy oraz 50% lekarzy dentyistów, a średnia liczba miejsc pracy wynosiła odpowiednio 3 oraz 1,8 placówki.

Niższa średnia typów placówek wśród lekarzy dentyistów wynikała przede wszystkim z tego, że niemal wszyscy respondenci z tej grupy (92%) pracowali w prywatnych gabinetach, co czwarty (24%) w poradni, a pozostałe typy placówek wskazywało mniej niż 10% respondentów z tej grupy. Wśród lekarzy największy odsetek (62%) pracował w szpitalach (z wyłączeniem SOR). Co drugi lekarz (52%) pracował w poradni, dwóch na pięciu (43%) pracowało w gabinetach, a co czwarty (26%) w POZ.

Różna liczba miejsc pracy oraz czas pracy w poszczególnych placówkach sprawiły, że obie grupy zawodowe różnią się ze względu na nakład pracy ponoszony w placówkach różnego typu liczony na podstawie deklarowanego czasu pracy. Udział pracy w szpitalu (z wyłączeniem SOR) w całkowitym nakładzie pracy lekarzy wynosił 60%. Dla lekarzy dentyistów miejscem, gdzie pracowali najczęściej, były gabinety (75% całkowitego nakładu pracy). Drugim pod względem udziału w nakładzie pracy typem placówki dla obu grup były poradnie (po

LICZBA LEKARZY POWINNA WZROSNAĆ O 65 TYS., ABY ICH PRZECIĘTNY CZAS PRACY BYŁ ZBLIŻONY DO WYMIARU USTAWOWEGO.

17%), a trzecim POZ (odpowiednio 15% i 7%). Udział gabinetów w nakładzie pracy lekarzy wynosił 9%, a udział szpitali w nakładzie pracy lekarzy dentyistów 2%.

Typ placówki będącej głównym miejscem pracy był zapewne jedną z przyczyn różnic w zakresie wykonywanych form prawnych wykonywania zawodu. Podczas gdy lekarze najczęściej korzystali z umów cywilnoprawnych (72%), dla lekarzy dentyistów podstawową formą prawną była praktyka (74%).

Dość pozytywną wiadomością był wynik badania wskazujący, że zarówno lekarze, jak i lekarze dentyści przeciętnie spędzają na urlopie 19 dni w ciągu roku.

CZAS PRACY A PROGNOZY DEMOGRAFICZNE

W „Gazecie Lekarskiej” 9/2018 zaprezentowaliśmy najważniejsze informacje demograficzne obu grup zawodowych w 2017 r. (cała publikacja jest dostępna na stronie OSAI NIL). Z aktualnego stanu i prognoz wynika, że lekarzy w roku 2037 będzie 164 889 (czyli o 21,3% więcej niż w 2017), a osób wykonujących zawód lekarza dentyisty będzie 43 716 (o 17,8% więcej).

Przyjmując, że ustawowa norma miesięcznego czasu pracy „białego personelu” wynosi 158,5 godziny, w 2017 r. lekarze pracowali miesięcznie średnio o 75,8 godziny więcej. Mnożąc tę liczbę przez liczbę osób posiadających prawo wykonywania zawodu w Polsce (w grudniu 2017 r. było to 135 947 osób), otrzymujemy w zaokrągleniu 10 304 782 „nadwyżkowych” roboczogodzin. Oznacza to, że liczba lekarzy powinna wzrosnąć o 65 tys., aby ich przeciętny czas pracy był zbliżony do wymiaru ustawowego. Tym samym można

założyć, że prognozowany wzrost liczby lekarzy o 28 942 osób nie wystarczy, by pracowali oni przeciętnie tyle, ile przewidują przepisy, ale może zmniejszyć liczbę godzin pracy do 193,3 miesięcznie. Oczywiście obliczeń tych nie uważamy za dokładne, bowiem zmiany w rzeczywistym wymiarze czasu pracy w 2037 r. będą w znacznym stopniu zależeć od procesów demograficznych w polskim społeczeństwie oraz zmian w potrzebach zdrowotnych, które łącznie przełożą się na wzrost zapotrzebowania na usługi medyczne, a także od zmian w organizacji systemu ochrony zdrowia. Prawdopodobnie w ciągu kolejnych lat średni czas pracy lekarza będzie się powoli zmniejszał.

W przypadku lekarzy dentyistów „sucha” statystyka pokazuje podobną tendencję. Przewidywany wzrost liczby osób wykonujących zawód (łącznie z osobami w wieku emerytalnym) powinien spowodować zmniejszenie średniego czasu pracy do 133,5 godziny. Ponieważ usługi medyczne tej grupy zawodowej są w większości finansowane prywatnie, przewidywanie zapotrzebowania na nie jest znacznie trudniejsze.

Badanie pokazało ogromną złożoność wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentyisty w praktyce. Szczególnie lekarze łączą pracę w wielu miejscach i formach. Należy pamiętać o ograniczeniach badania opartego na własnej ocenie swojej pracy. Ponieważ liczba respondentów była duża, wydaje się, że jest to obecnie najlepsza informacja o pracy lekarzy i lekarzy dentyistów w Polsce. W trakcie badania zebraliśmy ogromną liczbę danych i można je dodatkowo analizować. Osoby zainteresowane prosimy o kontakt z OSAI NIL. 

19 dni
– tyle czasu
w roku przeciętnie
spędzają na
urlopie lekarze
i lekarze dentyści.

Pozwólcie odejść



**Marta
Jakubiak**

Zastępca redaktora
naczelnego
„Gazety Lekarskiej”

To w nim zostało i wraca przez lata. Zmieniło jako człowieka i rozpoczynającego pracę młodego lekarza. Wciąż jest trudne i obecne w codziennej praktyce. Doktor Maciej, lekarz internista z trzydziestoletnim stażem, opowiada tę historię, by podobnych dramatów nie było.

Opowiadam tę historię, by stanowiła memento dla tych wszystkich młodych lekarzy, którzy pochłaniają podręczniki w przekonaniu, że tam jest wszelka wiedza i mądrość, że tam znajdą wszystko, co pozwoli im być dobrym lekarzem. Tak nie jest.

Rok 1977, byłem po IV roku studiów. Przebywałem właśnie na stażu we Włoszech, kiedy otrzymałem wiadomość, że mój ojciec miał ciężki zawał serca.

Trafił do szpitala, gdzie był leczony zastrzykami z dipyridamolum. Dziś już wiadomo, że to lek, który obkurcza naczynia krwionośne. Wówczas lekarze nieświadomi tego, a przekonani, że leczą najlepiej, jak można, w rzeczywistości mocno mu szkodzili. Ja również miałem obowiązek, będąc na stażu, podawania tego leku pacjentom. To pokazuje, z jak wielką ostrożnością trzeba podchodzić do wielu rzeczy, wykonując nasz zawód. Podobnie było z lekami, które miały zapobiegać arytmii komorowej. Zaszkoziły one, tylko w Sanach Zjednoczonych, większej liczbie ludzi niż ofiar pochłonęła wojna w Wietnamie. Stosowanie dipyridamolum odbywało się według wszelkich prawideł sztuki medycznej.

Dziś wiem, że nawet działając w najlepszej wierze, możemy szkodzić, a nasze działania mogą przynieść efekty, których się nie spodziewamy. Trzeba wierzyć w to, co się robi, ale też zwracać uwagę na to, co się widzi,

obserwować pacjenta. Po latach praktyki wyostrza się pojęcie, że w medycynie dwa plus dwa to nie cztery. Człowiek uczy się pokory i wie, że ona jest w tym zawodzie bardzo potrzebna.

CHWILA NIEUWAGI

Skończyłem studia i pracowałem już jako lekarz, kiedy ojciec zasnął i znów wyładował w szpitalu. Nie było jeszcze wtedy tomografów komputerowych. Trafił na oddział i był pacjentem leżącym. Podczas kolacji pielęgniarka pomagała mu zjeść. Karmiąc go, wlała kilka łyżek zupy do drzewa oskrzelowego. Jak się później okazało, miał udar mózgu.

Nastąpiło zatrzymanie najpierw oddechu, a potem akcji serca. Ojciec był resuscytowany. Potem przewieziono go na najlepszy oddział intensywnej terapii w Katowicach. Został zaintubowany i podłączony do respiratora. Nie mógł mówić, ale porozumiewał się z nami za pomocą ruchów powiek, gestów, nawet próbował coś naszkicować na kartce.

ZŁE ROKOWANIA

Zachyłstowe zapalenie płuc jest bardzo poważne, w szczególności u pacjenta po złe leczonym zawał serca i świeżym udarze. Czynniki zagrożenia są dwa. Po pierwsze, z powodu tego, co się dostało do drzewa oskrzelowego – występuje zespół Mendelсона. Zapalenie tego typu to nałożenie uszkodzenia chemicznego i wtórnego bakteryjnego – człowiek

gnije, a zapach jest bardzo charakterystyczny.

Po czterdziestoośmiogodzinnej stabilizacji stan ojca uległ pogorszeniu. Stawał się coraz bardziej żółty, pojawiły się potężne obrzęki.

Łóżko, na którym leżał, to była właściwie metalowa blacha przykryta materacem grubości pięciu centymetrów. Respirator pracował, a ojciec dawał nam znać, że bardzo cierpi. Męczył się tak przez kilka tygodni. Kilkakrotnie się zatrzymywał, był resuscytowany. Chorowaliśmy i cierpieliśmy razem z nim. Największy ból sprawiało nam to, że cierpi fizycznie, ale też jest świadomy, że nie ma szans na powrót do zdrowia. Gestem ręki pokazał, że odchodzi, że wie, że to już koniec.

NAWET KSIĄDZ TO WIDZIAŁ

Obok szpitala jest olbrzymi klasztor prowadzony przez Franciszkanów. Było koło godz. 19.00. Nie miałem wówczas samochodu. Poprosiłem szwagra, właściciela fiata 125p, by mi towarzyszył – trzeba duchownego zawieźć do szpitala. Był 13 stycznia, pamiętam to jak dziś. W tym dniu ojciec zatrzymał się kilkakrotnie, ale akcję serca przywrócono. Odchodził.

Ponieważ był osobą wierzącą, udałem się do tego klasztoru. Zadzwoniłem do furtki i poprosiłem księdza, żeby pojechał ze mną do szpitala i nałożył oleje święte umierającemu. Był niechętny, ale w końcu go przekonałem. Kiedy weszliśmy do sali, ojciec

PANI DOKTOR ZADZWONIŁA PRZED PÓŁNOCĄ, BY POINFORMOWAĆ MNIE, ŻE WŁAŚNIE SKOŃCZYŁA KOLEJNĄ RESUSCYTACJĘ I ŻE MIAŁA WRAŻENIE, ŻE POMIĘDZY RESUSCYTACJAMI PACJENT NAWIĄZAŁ Z NIĄ KONTAKT. ZAWYŁEM. TO BYŁO ZAMĘCZANIE UMIERAJĄCEGO.

leżał z otwartymi oczami, kontaktu z nim już prawie nie było. „Tego to już sam namaściłem w południe” – powiedział Franciszkanin i odwrócił się do wyjścia. Zatrzymałem go, że- byśmy razem się pomodlili.

PROSZĘ, NIE MĘCZCIE GO

Miałem za sobą kilkuletnią praktykę jako lekarz, więc już co nieco wiedziałem. Pracowałem na oddziale wewnętrznym, dyżurowałem też na erce, wiedziałem, że ojciec nie ma szansy żyć. Po modlitwie przy łóżku ojca, poszedłem do dyżurnej lekarki. Była mniej więcej w moim wieku, na pewno z mojego pokolenia. Rozmawialiśmy dłuższą chwilę. Przyznała, że ojciec nie ma już żadnych szans. Poprosiłem ją, by już go nie męczyć, nie resuscytować, by spokojnie mógł odejść. Powiedziałem, że będę czekał na telefon. Byłem przygotowany.

Pani doktor zadzwoniła przed północą, by poinformować mnie, że właśnie skończyła kolejną resuscytację i że miała wrażenie, że pomiędzy resuscytacjami pacjent nawiązał z nią kontakt. Zawyłem. To było zamęczenie umierającego. On naprawdę na to nie zasłużył, to był dobry człowiek. Do dziś łzy stają mi w oczach, kiedy to sobie przypominę.

Przez długi czas przechodziłem obok tego szpitala, omijając go szerokim łukiem. Choć nie popełnio- no tam żadnego błędu formalnego,

prowadzono w nim terapię, której nam, lekarzom, nie wolno akceptować. Działanie pani doktor było nieetyczne, choć wiem, że wszystko robiła w dobrej wierze. Do dziś czuję ogromny żal, ale nie dlatego, że mój ojciec odszedł, ale dlatego, że przed śmiercią tak bardzo cierpiał, że odchodził w tak dramatyczny sposób. Nie musiało tak być.

TO TRZEBA CZUĆ

W zawód lekarza wpisany jest obowiązek ratowania życia. Ale w przypadku mojego ojca nie było już żadnych wątpliwości, że tego życia nie da się uratować. Modliliśmy się o jego godne umieranie. W jego przypadku granica terapii uporczywej została przekroczona. Nie chciałem tak myśleć, ale czasem nie jestem w stanie i mam wrażenie, że niektórzy lekarze resuscytują niekiedy tylko po to, żeby trenować. Jeżeli to dotyczy pacjenta głęboko nieprzytomnego, można to jakoś zrozumieć, bo dzięki temu kiedyś komuś innemu uratują życie. Ale jeżeli pacjent jest świadomy...

Jestem przeciwko eutanazji, ale jestem również przeciwko „krzyżowaniu” chorych na łóżkach reanimacyjnych. Należy postawić granicę między eutanazją a uporczywym, przewlekłym, bolesnym utrzymywaniem przy życiu ludzi, którzy nie mają szans, by żyć. Jan Paweł II odchodził na naszych oczach i świadomie prosił: „Pozwólcie mi odejść do domu Ojca”.

Nie wolno być obojętnym. Odchodzenie wymaga takiej samej troski, empatii i uwagi jak narodziny człowieka. Myślę, że jeśli choć raz lekarz zderzy się z takim osobistym doświadczeniem, będzie to czuł. Mnie zmieniło ono jako człowieka i lekarza wkraczającego w zawód. Po tym, jak widziałem odchodzenie mojego ojca, chciałem, by pacjenci terminalni odchodzili godnie, bez cierpienia. Oczywiście ratować trzeba do końca. Nikt nie mówi: odchodzi do Pana, więc niech sobie idzie. Pamiętam, jak kiedyś przywieziono na nasz oddział młodego człowieka, u którego nastąpiło zatrzymanie krążenia. Moja zastępczyni zaczęła reanimację. Kontynuował ją anestezjolog. Po 25 minutach nieskutecznej resuscytacji stwierdził, że źrenice są szerokie i zgodnie z zaleceniami odstąpił od dalszych działań, stwierdzając zgon. Pani doktor podjęła resuscytację na nowo i kontynuowała ją przez następną godzinę. Pacjent wrócił. Po hospitalizacji wyszedł ze szpitala na własnych nogach. Ale to nie był pacjent schorowany, miał incydent śmierci klinicznej, ale rokował.

Zawsze warto walczyć do końca i ratować, jeśli jest szansa na życie. Wiem jednak także to, że w przypadku chorych, którzy już jej nie mają, należy uszanować naturalny porządek i pozwolić im odejść godnie, nie męcząc ich dla własnego, fałszywego poczucia, że ratuje się im życie. ☺



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

Ogromnie dziękuję za datki, które do nas napływają z całej Polski: Gdańska, Miedzianej Góry, Grodziska Mazowieckiego, Inowrocławia, Warszawy, Kłodzka, Legnicy, Tarnowa, Mielca.

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

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

To nie jest moje okrucieństwo

Odpowiedź do artykułu z numeru 9/2018 „Gazety Lekarskiej”:
„Czy chciałbyś znaleźć się na moim miejscu”.

ANNA KRZYSZOWSKA-KAMIŃSKA, LEKARZ RODZINNY Z WROCŁAWIA



Artykuł
w nr. 9/2018
„Gazety Lekarskiej”

Jest piątek, 26.06.2018 r., godzina 15.26, jestem lekarzem POZ i przyjmuję właśnie pacjentów. Mam ich zarejestrowanych od godz. 14.00 do 18.00. Wtedy kończę pracę. Oprócz planowych chorych, przyjdzie jeszcze 4-letnie dziecko z wysoką gorączką oraz starszy pan, który ma od kilku godzin „ciężkość” w klatce piersiowej (znam go dość dobrze i wiem, że skoro prosi o pomoc, to naprawdę coś złego się dzieje). Dzwoni pacjent, który zgłasza zgon żony i prosi, żeby przyjechać wypełnić niezbędne dokumenty. Odpowiadam, że teraz przyjmuję zarejestrowanych pacjentów i nie ma możliwości, bym wyszła z gabinetu. Nie wdaję się w dyskusję. Wiem, że nie ma szansy, żebym zostawiła żywych pacjentów (czas goni, każda minuta jest cenna, niestety – pracujemy jak „na taśmę”). Informuję, że może próbować dzwonić do pogotowia ratunkowego, ale wątpię, by przed 18.00 przyjechali. Miesiąc później z przykrością czytam artykuł w „Gazecie Lekarskiej” na temat lekarskiego okrucieństwa. Także mojego „okrucieństwa”...

Nie dziwię się rodzinie zmarłej osoby, że targają nią emocje, że bliscy szukali lekarza, który natychmiast wypisze kartę zgonu. Dziwię się natomiast Pani Doktor piszącej ten artykuł, że emocje nie opadły i nie pojawiło się zrozumienie całej sytuacji. Może wystarczyłoby proste ćwiczenie: cofamy się w czasie o 6 miesięcy. Bratowa jeszcze żyje, walczy z rakiem, w piątek poczuła się gorzej i zarejestrowała się do lekarza POZ na 15.30. Czeką już przed gabinetem, ale medyk wychodzi, oznajmia, że musi jechać, stwierdzić zgon, więc prosi, by poczekać co najmniej godzinę lub przepisać się na poniedziałek. Do przemyślenia zostawiam to, co w takim momencie czuje chora i mąż, który z nią przyjechał. Co Pani Doktor napisałaby o takiej sytuacji?

PANI DOKTOR PYTA W TEKŚCIE O TO, CZY TRZY GODZINY DO PRZYJAZDU LEKARZA TO DUŻO CZY MAŁO. PRZEPISY MÓWIĄ, ŻE ZGON POWINIEN BYĆ POTWIERDZONY DO 12 GODZIN.

Dziwię się bardzo redakcji, która wydrukowała taki tekst, nie zwracając uwagi na to, że artykuł zawiera błędy merytoryczne (nieprawdą jest, że tylko lekarz POZ wystawia kartę zgonu) ani nie opatrując go adnotacją, że jest to temat do naszej lekarskiej, wewnętrznej dyskusji.

Pracujemy w POZ w ramach kontraktu. Mamy godzinę przyjąć w gabinecie i czas na wizyty domowe – to wtedy jedziemy też stwierdzić zgon, jeśli jest potrzeba, a pacjenta leczylimy w czasie ostatnich 30 dni. Sama traktuję takie sprawy metodycznie – bez ociągania się, ale i bez zgubnego, niekiedy w takich sytuacjach, pośpiechu. Najpierw więc zatrudniona w mojej praktyce pielęgniarka omawia z rodziną, jak postąpić ze zmarłym: zdjąć kołdrę, okryć osobę zmarłą prześcieradłem, zamknąć jej oczy i usta. Potem mówi, że ja przyjadę po co najmniej godzinie, a więc w chwili, gdy zaczną się pojawiać plamy opadowe, czyli pewne znamiona śmierci. Wszyscy znamy historie o pacjentach, których zgon orzeczono zbyt szybko i w efekcie ocknęli się z letargu w łazience lub kostnicy.

Pani Doktor pyta w tekście o to, czy trzy godziny do przyjazdu lekarza to dużo czy mało. Przepisy mówią, że zgon powinien być potwierdzony do 12 godzin. Problem ze stwierdzeniem zgonu jest po południu – nie wyjdę z gabinetu, bo po pierwsze, nie zostawię pacjentów, a po drugie, to niezgodne z przepisami i umową z NFZ. Pójdę po 18.00 – w moim wolnym czasie. Nikt mi za to nie zapłaci. A jeśli mam wywiadówkę u dzieci w szkole albo sama umówiłam się np. do stomatologa, to...

Wszyscy wiemy, że przepisy dotyczące stwierdzania zgonu są przestarzałe i nie przystają do aktualnej sytuacji. Wielokrotnie lekarze rodzinni prosili o powołanie do życia instytucji koronera i aktualizację przepisów. Niestety, bezskutecznie.

Rozumiem argumentację zawartą w artykule, podzielam ją w większości, ale nie ja ani jakkolwiek inny lekarz POZ powinien być jej adresatem. Nie można bowiem żadnego z nas stawiać w sytuacji, gdy musi dokonać wyboru: zająć się osobą zmarłą czy chorymi, którzy czekają na naszą pomoc. ○

Stawanie na „go”



Joanna Sokółowska

Lekarz pediatra

Jest taka kategoria żartów, które odsłaniają ciemną stronę każdego człowieka. Na pewno pamiętacie to z podstawówki. To się dzieje na przykład wtedy, gdy ktoś mówi: „jak się odwrócisz, stanę nago”, a gdy się odwracasz, stoi na nakreślonym na ziemi napisie „GO”.

Jest niby śmiesznie, ale trochę wstyd, że żądze wzięły górę nad rozsądkiem i dobrym wychowaniem... Uczucia, jakie się wtedy pojawiają u osób będących podmiotem psikusa – podobne do łaskotania w niewygodnym miejscu – to mieszanek wstydu, rozczarowania i złości, również na samego siebie. Bo przecież sami z siebie się śmiejemy... Oczywiście tego rodzaju prowokacje przybierają tym bardziej wyrafinowane formy, im człowiek jest starszy i lepiej wykształcony. Zasada jednak zawsze pozostaje ta sama.

Tak stało się niedawno, kiedy pod czujnym okiem pretensjonalnej publiczności londyńskiego domu aukcyjnego Sotheby's „Dziewczynka z balonikiem” Banksy'ego opuszczała swoje niewygodne – należne raczej Rembrandtowi, niż ikonie street artu – ramy. Zamontowana w nich niszczarka cięła obrazek (ale czy na pewno?) na drobniutkie paseczki. Jej paszcza powoli wypływała strzępki narysowanego czarną kreską dziecka, uwalniając go (a może próbującego uchwycić) balonik w kształcie czerwonego serduszka. Na twarzach obserwatorów malowało się zaskoczenie, rozbawienie, przerażenie, poczucie zawodu,

podziw i chyba wstyd... W połowie aktu zniszczenia urządzenie zatrzymało się, a pracownicy Sotheby's w białych rękawiczkach i z kamiennym wyrazem twarzy, usunęli uszkodzony obraz sprzed oczu zdumionej publiczności. Wydarzeniu towarzyszyła złośliwa radość internetowej gawiedzi (niekoniecznie koneserów sztuki), podsycana przez samego Banksy'ego, który pokazał w mediach społecznościowych kulisy swojego „żartu”.

Trwają spekulacje, czy była to prowokacja, czy zaplanowany misternie happening. A jeśli to ostatnie, to z kogo zakpił kontrowersyjny artysta – z marszanda, z kupca, czy z bezrefleksyjnie drwiącej widowni? Jak można było bowiem się spodziewać, cena zniszczonego (a może nie?) obrazu natychmiast poszybowała w górę. Sotheby's dołączył do niego certyfikat autentyczności i opatrzył nową nazwą, „Love is in the bin” („Miłość trafiła do

kosza”), niepomny tego, że sam autor pod ulicznym oryginałem umieścił inną, jakże znamienne, inskrypcję – „There is always hope”...

Chyba niewiele ma wspólnego – na szczęście, a może na nieszczęście – panujący nam minister zdrowia z ukrywającym swą tożsamość autorem „Dziewczynki z balonikiem”. Nie mogę się jednak oprzeć wrażeniu, że „ustawa Szumowskiego” to nie przypadkowy bubel prawny, a celowy „psikus” szefa resortu zdrowia. Wprowadzaniu jej zapisów towarzyszą zresztą w środowisku lekarskim emocje podobne do tych, których doświadczali obserwatorzy samozagłady dzieła Banksy'ego.

Jak działa ustawa, wszyscy już z grubsza wiedzą. Większością zainteresowanych, bez względu na wiek, specjalizację i formę zatrudnienia, targa skomplikowana gama uczuć – popularnie zwana „wystrychnięciem na dudka”.

^ „Dziewczynka z balonikiem” Banksy'ego w londyńskim domu aukcyjnym Sotheby po uruchomieniu się niszczarki.



CHYBA NIEWIELE MA WSPÓLNEGO – NA SZCZĘŚCIE, A MOŻE NA NIESZCZĘŚCIE – PANUJĄCY NAM MINISTER ZDROWIA Z UKRYWAJĄCYM SWĄ TOŻSAMOŚĆ AUTOREM „DZIEWCZYNIKI Z BALONIKIEM”. NIE MOGĘ SIĘ JEDNAK OPRZEĆ WRAŻENIU, ŻE „USTAWA SZUMOWSKIEGO” TO NIE PRZYPADKOWY BUBEL PRAWNY, A CELOWY „PSIKUS” SZEFA RESORTU ZDROWIA.



Suspens polega na tym, że zgodnie z zapisami ustawy, lekarze mogą wziąć udział w swoistym referendum, w którym zapytano – choć nie wprost – o lojalność i patriotyzm. Odpowiedzi mówią zaś zupełnie o czym innym, niż deklaracje wierności systemowi i ojczyźnie. W zamian obiecano pieniądze. Od czasów Galena wiadomo przecież, że powyższe „non olet”, zwłaszcza zaś – obdarzonemu pazernością i nieumiarkowanym konsumpcjonizmem łapiduchowi.

O uczucia patriotyczne pytano tylko młodszych adeptów medycyny. Może dlatego, że pragmatyczny ustawodawca przewidział, że każda miłość ma swoją datę ważności. Ta do polskiej ochrony zdrowia – wszyscy wiedzą, jak trudna – określona została zgodnie z epidemiologiczną zasadą pięcioletniego przeżycia. Są tacy, którzy kochają wbrew logice i prawom ekonomii – to ci, którzy wybiorą tak zwane specjalizacje deficytowe. Tych autorzy ustawy nagrodzili bardziej niż pozostałych (może przewidując, że idących za głosem serca nie będzie wcale tak wielu).

Lojalność zaś to pojęcie trudne i w polskiej rzeczywistości nieco efemeryczne. Postanowiono więc przymknąć oko na drobne akty kolaboracji. Określono warunki na tyle

elastycznie, by nieprzewidywalny, a obciążony finansowym zobowiązaniem wynik, można było dopasować do ograniczonych przecież możliwości płatnika.

I gdy gorąco dyskutowaliśmy, komu należy się „podwyżka Szumowskiego”, wczytywaliśmy się w zawiłą listę wyjątków, pozwalających na podpisanie deklaracji lojalności, zadawaliśmy pytanie o to, czy pracując tu i tam, świadczymy pracę tożsamą (cokolwiek miałoby to znaczyć), nad lekarską ciżbą zaczął rozlegać się coraz głośniejszy i niezbyt przyjemny chichot. To śmieją się ci, którzy dostrzegli prawdziwe wyniki wspomnianego referendum...

Godzimy się wciąż pracować więcej, niż przewidują europejskie normy i zapisy rodzimego prawa pracy. Nawet za cenę swojego zdrowia i bezpieczeństwa naszych pacjentów. Nawet mając świadomość tego, że sami deprecjonujemy powagę naszego zawodu i odbieramy mu chyba wciąż jednak należny szacunek.

I to jest ta chwila, w której żart staje się bardzo gorzką do przełknięcia pigułką. To właśnie ten moment, w którym z zaciekawieniem obserwujemy, czy i kiedy zatrzyma się niszczarka... 

Ty się wiatru nie bój



Artur Andrus

Satyryk

Wiele lat temu, do radiowej audycji poświęconej dziecięcym strachom, napisała słuchaczka: „Córeczka moich znajomych straszona jest bolszewikami. Kiedyś, w górach, pouczała swojego małego kolegę: – Ty się wiatru nie bój. Bolszewików się bój”. Bohaterowie tej opowieści są już na pewno dorośli. I ciekaw jestem, czy któreś z nich, pod wpływem przeżyć z dzieciństwa, nie cierpi dzisiaj na „bolsefobię”? Dopiero niedawno dowiedziałem się, że tak to się fachowo nazywa.

Wieciowa wypowiedź ważnego polityka, w której wymienił nazwę pewnej społecznej fobii, przyniosła pozytywny efekt edukacyjny.

W gronie znajomych zajęliśmy się poszukiwaniem niezwykłych nazw interesujących strachów. Już wiem, że „arachibutyrofobia” to paniczny lęk przed przyklejeniem się masła orzechowego do podniebienia. Stopień uszczegółowienia tej nazwy bardzo mnie zaskoczył. Bo to tylko masło orzechowe? A strach przed przyklejeniem się margaryny albo masła roślinnego już by się nazywał inaczej? Po krótkiej analizie znalazłem też pewien brak. „Arachi” wskazuje na orzechy, „butyro” na masło, a gdzie podniebienie? Gdyby się bało, że masło orzechowe przyklei się do podbródka albo oka, to przecież już inna fobia. Czyli ta z podniebieniem powinna się nazywać jakoś... „arachibutyrypalaatofobia” (z łacińskim „palatum”).

W internecie są wykazy zawierające setki nazw różnych przypadłości lękowych. Nie jestem pewien, czy to aby na pewno nazwy prawdziwe, przypuszczam, że część z nich to internetowe żarty. Ale przejrzałem taką listę w poszukiwaniu czegoś, co zaczynam zauważać u siebie. Boję się czytać gazetę. Nie dlatego, że znajduję tam złe wiadomości czy zdjęcie kogoś, kogo nie lubię, nie ze strachu przed papierem („papirofobia”) czy słowami („logofobia”). Boję się, że trafię na coś, co natychmiast będę musiał zamienić w wiersz. Już dawno jeden z moich życzliwych kolegów stwierdził, że jeżeli chodzi o poezję, to jestem twórcą z grupy „Wszystkie drogi prowadzą do rymu”. I rzeczywiście, zjawisko przybiera na

sile. Przykład? Kilka miesięcy temu byłem w Częstochowie. Kupiłem w kiosku „Życie Częstochowy i Powiatu”, w którym znalazłem taki tekst: „Usunęli 80 wraków. Biorą się za kolejne. Częstochowscy strażnicy miejscy w ubiegłym roku podjęli 80 interwencji wobec właścicieli aut, które były długotrwale nieużywane i spełniały wymogi tzw. wraków... Przy tej okazji przypominamy: straż miejska może zlecić odholowanie pojazdu, który spełnia wymogi pojazdu długotrwale nieużywanego, tylko i wyłącznie na wniosek zarządcy drogi. Mieszkańcy, którym przeszkadzają wraki, w pierwszej kolejności swoje uwagi powinni zgłosić właśnie do zarządcy drogi”.

Zdrowa większość społeczeństwa przeczyta coś takiego i natychmiast zapomni. Ja nie mogłem spać. Patrzyłem w zadrukowany kawałek papieru, odkładałem, próbowałem skierować myśli na jakieś inne tory. Włączałem muzykę. Ale, oczywiście zupełnie przypadkiem, zaczynały grać szanty zespołu „Wrak Człowieka”, co od razu powodowało powrót do treści przeczytanego artykułu. Podałem się. Cztery nocne godziny spędziłem nad kartką, a rano miałem już coś takiego: „Życie ma raczej gorzki smak, / Bo życie jest beznadziejne, / Zniknął osiemdziesiąty wrak / I biorą się za kolejne. / Życie cię ciągle nadwyreża, / Zwłaszcza, gdyś człowiek ubogi, / Sąsiadka z góry swojego męża / Zgłosiła zarządcy drogi. / Mąż ma być wkrótce odholowany, / Już ma plaketkę na plecaku: / Mąż Długotrwale Nieużywany, / Spełnia wymogi wraku”.

I jak to się może nazywać, panie doktorze? Perpetuuspoesisactadiurnofobia? ☹

Koncerty Światowej Orkiestry Lekarzy

📍 RYSZARD GOŁAŃSKI



Po raz pierwszy gościła w Polsce Światowa Orkiestra Lekarzy. 11 października zaprezentowała koncert w Filharmonii Narodowej w Warszawie. 12 października wystąpiła w Krakowie.

Światowa Orkiestra Lekarzy (World Doctors Orchestra) to przedsięwzięcie godne podziwu. Inicjatorem jej powstania i dyrygentem jest niemiecki lekarz Stefan Willich. W tym roku orkiestra obchodzi 10-lecie istnienia i koncertowania. W tym czasie dała 57 koncertów, głównie towarzyszących akcjom charytatywnym na rzecz pacjentów i fundacji działających w medycynie. Warszawski koncert był

związany z fundacją Dawców Szpiku i Komórek Macierzystych. Jest to jedna z prowadzących na świecie instytucji, jeśli chodzi o prowadzenie banku dawców. Muzycy ŚOL to lekarze z 50 krajów świata. Najlicniejszą grupą stanowią lekarze niemieccy i amerykańscy.

W koncertach orkiestry brało udział 15 lekarzy z Polski. Podczas koncertu warszawskiego wystąpiła trójka naszych koleżanek i kolegów. Licznie zgromadzeni w pięknej sali Filharmonii Narodowej słuchacze mieli niewątpliwą przyjemność wysłuchania następujących utworów: Ignacy Jan Paderewski

„Uwertura Es-dur”, Fryderyk Chopin „I koncert fortepianowy E-moll op. 11” oraz Ludwig van Beethoven „VIII Symfonia F-dur op. 93”. Koncert fortepianowy Chopina pięknie wykonał Krzysztof Książek, laureat II nagrody w Ogólnopolskim Konkursie Chopinowskim w 2015 r. Brawom nie było końca. Cały koncert ŚOL tak przypadł do gustu widzom, że wymusili na muzykach bis. Osobom prowadzącym orkiestrę i muzykującym w niej lekarzom należą się gratulacje z okazji jubileuszu i słowa najwyższego uznania. Koncerty odbyły się z okazji 10-lecia istnienia w Polsce Fundacji DKMS. 📍

GL
PATRONAT

PhotoArtMedica

GL
PATRONAT

20 października w Muzeum Częstochowskim odbył się wernisaż VI Międzynarodowego Salonu Fotografii Artystycznej Lekarzy. W konkursie wzięło udział 92 lekarzy z całego świata. Nagrody – Medal Fotoklubu RP – otrzymali: „Człowiek i krajobraz” Złoty – Bernhard Pfeiff (Niemcy), Srebrny – Paweł Kidawa (Polska), Brązowy – Hristo Penchew (Bułgaria). Złoty Medal PhotoArtMedica – Maciej Wójcik (Polska), Srebrny – Sandor Hamar (Węgry), Brązowy – Roberto Sale (Włochy). Dariusz Hankiewicz (Polska) otrzymał w tej kategorii wyróżnienie. „Temat wolny” Złoty – Fadi Matar (USA), Srebrny – studentka Katarzyna Nikelewska (Polska), Brązowy – Shoujendra Datta (Indie). Złoty Medal PhotoArtMedica – Robin Yong (Malezja), Srebrny – Maciej Józwiak (Polska), Brązowy – Franco Ameli (Włochy). W nowej kategorii „Fotografia Medyczna” Złoty Medal PhotoArtMedica otrzymał Boris Bozic (Austria), Srebrny – Leonid Goldin (Izrael), Brązowy – Michele Angelillo (Włochy). 📍



Więcej na
www.gazetalekarska.pl

Fotografia

W dniach **18-23 września** odbyła się VI edycja Ogólnopolskiego Pleneru Fotograficznego Lekarzy w Kazimierzu Dolnym nad Wisłą. 21 uczestników miało okazję doskonalić swój warsztat w fotografii pod okiem m.in. szefa Rady Artystycznej Związku Polskich Artystów Fotografików. Organizatorem pleneru była Lubelska Izba Lekarska przy wsparciu NIL. 📍

Światło, barwa, cisza

21 października w Klubie Lekarzy OIL w Łodzi odbyła się Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna Lekarzy. Prace przysłało 37 lekarzy z całej Polski. Główną nagrodę – Złoty Obiekt – zdobył Krzysztof Muskalski z Częstochowy, Srebrny – Andrzej Pasieczny z Elbląga, a Brązowy – Wojciech Przybylski z Bedonia. Laureatką plebiscytu publiczności została Anna Kawińska-Hamala z Łodzi. 📍

Z korzeniami



Agata
Morka

Historyk sztuki

Jeśli Stany Zjednoczone z czegoś słyną, to na pewno z pustki. Nigdzie na świecie nie ma pustki piękniejszej niż ta kanionów rzeki Kolorado, czerwonych skał stanu Utah czy bezkresnej pustyni Arizony. Te dramatyczne krajobrazy posłużyły za tło jednych z najbardziej krwawych spotkań w historii ludzkości.

Spotkali się tu bowiem nowo przybyli osadnicy i rdzenni mieszkańcy tych terenów, których przybysze wyrwali z tej ziemi z korzeniami i błędnie ochrzczili mianem Indian. Utworzona wokół tych spotkań narracja zaowocowała setkami propozycji pracy dla Johna Wayne'a, sagami w rodzaju Winnetou czy wreszcie nawet Disneyowskimi kreskówkami, do których wątpliwej jakości piosenki wykonywały gwiazdy na całym świecie, z naszą rodzimą Edytą Górniak włącznie.

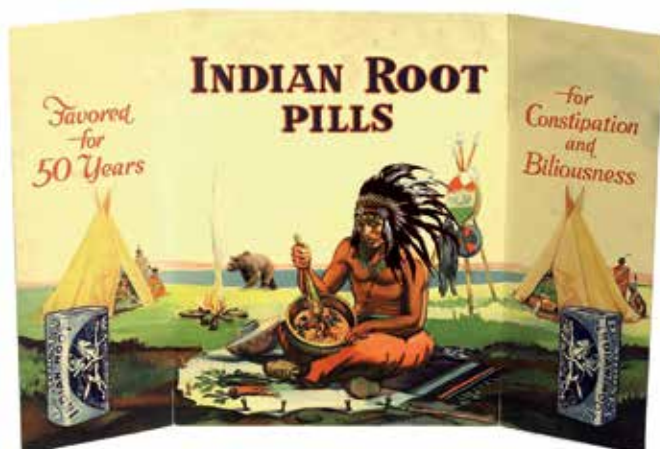
W wieku XIX wymiany między osadnikami a rdzennymi mieszkańcami zdarzały się rzadko, a jeszcze rzadziej na pokojowej stopie. O wnikliwych badaniach nad kulturą tubylców nie było mowy, jednak od czasu do czasu zdarzył się śmiełek, który tę kulturę potrafił może nie tyle zgłębić, ale na pewno wykorzystać. Tak powstały „Indiańskie korzenne pigułki Dr. Morse'a”, wprowadzone na rynek amerykański w latach pięćdziesiątych XIX w. Oparte ponoć na recepturach zaczerpniętych od rdzennych mieszkańców Ameryki, na lekarstwo to składały się wyciągi z roślin

korzennych. Spektrum działania pigułek było zaiste imponujące, leczć miały tak zatwardzenia, jak i brak chęci do życia.

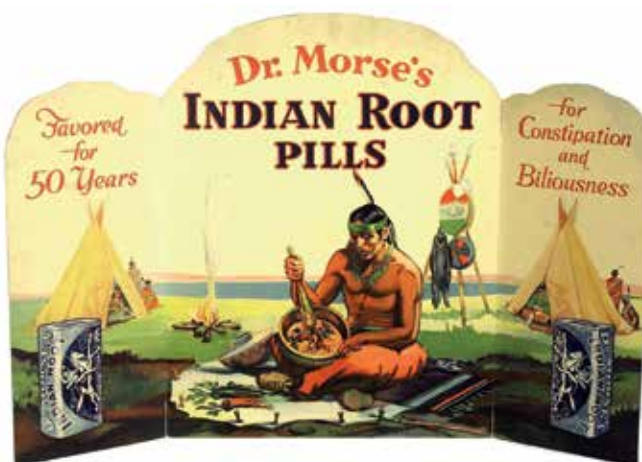
Do ich promocji używano malowanych scen przedstawiających życie Indian, widziane poprzez pryzmat zachodniej soczewki, tak jak i na tej ulotce, gdzie skupiony tubylec rozgniata w moździerz rośliny, podczas gdy jego współplemiennicy bezczynnie stoją wokół wigwamów, a wszystko to w sielankowym pejzażu z cichutką rzeką w tle. Dzisiaj, po krwawych spotkaniach, te pejzaże są puste, ich rdzennych mieszkańców już w nich nie ma. To pustka piękna, ale i pełna cierpienia. ○

▼ „Indiańskie korzenne pigułki Dr. Morse'a”, ulotka promocyjna, kolekcja Wellcome Trust.

obraz A



obraz B





Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl
do 15 listopada 2018 r.

W temacie maila należy wpisać GL11.

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

UWAGA – jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

Dla jednej z osób, które prześlą
prawidłowe odpowiedzi,

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

ufundował voucher obejmujący m.in.:

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

HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

Nagrody dodatkowe dla trzech osób,
które prześlą prawidłowe odpowiedzi,

**Wydawnictwo
Uniwersytetu Jagiellońskiego**

ufundowało książki:



WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO

Rozwiązanie zagadki z „GL” 10/2018

OBRAZ ORYGINALNY: B

SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY

1. Dodanie zarostu na twarzy portretowanego.

Breughel sam był brodaczem, z charakterystycznym, nieco krzaczastym zarostem. Dodanie go tutaj zmieniłoby obraz niemalże w autoportret.

2. Zmiana koloru czapki na czerwoną.

Czerwień pojawia się często na obrazach Breughla i jest to czerwień o wyjątkowym cieple. Obecność tego koloru na obrazie nie byłaby więc nieuzasadniona.

3. Dodanie okrągłych okularów.

Okularnicy pojawiają się u Breughla raczej rzadko, do wyjątków należy autoportret malarza z kupującym w tle, który patrzy na obraz Breughla z zaciekawieniem przez szkła okularów.

4. Usunięcie jednego z zębów portretowanego.

Brak zęba sugerowałoby problem stomatologiczny raczej niż neurologiczny, którego dopatruje się w portretowanym.



▲ Piotr Breughel Starszy, „De Gaper”,
Musees Royaux des Beaux Arts, Bruksela



NAGRODZENI Z „GL” 10/2018

Voucher do Hotelu Prezydent*** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje
Rafał Pietrewicz z Rzeszowa. Gratulujemy!

Nagrody dodatkowe: Barbara Bogdańska-Kaczmarek z Dąbrowki, Zdzisław Janowiak z Gdańska, Katarzyna Taranenko z Łodzi

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.



10 lat MediCoro

RYSZARD GOLAŃSKI

Lekarski Chór Kameralny MediCoro z Białegostoku obchodził 13 października jubileusz 10-lecia działalności. W pięknej Auli Magna Pałacu Branickich, który jest siedzibą Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, odbył się uroczysty koncert. Oprócz chóru, jako soliści wystąpili lekarze, a jednocześnie zawodowi śpiewacy, byli członkowie chóru: sopranistka Hanna Maria Zajączkiewicz i tenor Paweł Pecuszek. Solistami byli także Aleksandra Pawluczuk (alt) i Piotr Zawistowski (bas). Dyrygowała

prof. Bożenna Sawicka. Chórowi towarzyszył Zespół Muzyki Dawnej Consort 415 oraz pianista Andrzej Makal.

Licznie zgromadzeni słuchacze to rodziny i przyjaciele członków chóru, przedstawiciele władz wojewódzkich i uczelni, delegacje innych lekarskich chórów oraz przedstawiciele samorządu lekarskiego: prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Białymstoku Henryk Grzesiak, przewodnicząca Komisji Kultury ORL Anna Jakubowska i przedstawicielka Komisji Kultury Naczelnej Rady Lekarskiej Bożena Hoffman.

^ Lekarski Chór Kameralny MediCoro z Białegostoku.



Więcej na www.gazetalekarska.pl

Mieliśmy niewątpliwą przyjemność wysłuchać Kantaty BWV 150 Jana Sebastiana Bacha „Nach dir, Herr, verlanget mich” oraz utworów takich mistrzów jak: Jean Mouton, William Byrd, Francis Poulenc, Henryk Mikołaj Górecki, Giovanni Pierluigi da Palestrina, Thomas Morley, Orlando di Lasso, Bob Burroughs, Jens Johansen oraz Ben Oakland. Mnie szczególnie zapadło w pamięć wykonanie „Zdrowaś bądź Maryja” H. M. Góreckiego. Z kulisowych rozmów wiem, że nie byłam w tym odczuciu odosobniona. Podczas uroczystości wiele mówiono o ważnej roli, jaką odgrywa prezes chóru Łukasz Łada. W części oficjalnej, oprócz licznych gratulacji i życzeń na kolejne lata, padła ważna deklaracja. Prezes Henryk Grzesiak (wcześniej członek chóru) poinformował, że Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku obejmuje chór patronatem. Wiadomość ta została przyjęta przez członków chóru i zgromadzonych w auli entuzjastycznie.

Chór Kameralny MediCoro: dyrygent Bożenna Sawicka, sopran: Anna Jancewicz, Dorota Miłek-Kurzątkowska, Ewa Suchowierska, Joanna Zamora, alt: Kinga Godlewska, Magdalena Korol, Agnieszka Masiewicz, Beata Zalewska, tenory: Maciej Cylwik, Łukasz Zdziebłowski, basy: Andrzej Chomaniuk, Lech Kurzątkowski, Łukasz Łada, Grzegorz Mucha, Adam Jerzy Ostasiewicz. ○

FOTO: RYSZARD GOLAŃSKI

NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 •



Wywiad diagnostyczny z dziećmi i młodzieżą

James Morrison, Kathryn Flegel

Kompendium wiedzy niezbędnej do badania niemowląt, dzieci i nastolatków z problemami psychicznymi o różnym charakterze. Zawiera porady dotyczące przeprowadzania wywiadu na temat różnorodnych zaburzeń psychicznych i behawioralnych. Opracowanie zostało dostosowane do klasyfikacji DSM-5 oraz ICD-10-CM.



Choroby infekcyjne przewodu pokarmowego

Redakcja naukowa: Anatol Panasiuk

W książce zawarto kompleksową, wyczerpującą informację dotyczącą najważniejszych kwestii związanych z problematyką chorób przewodu pokarmowego. Publikacja jest opracowana w bardzo przejrzysty sposób, ułatwiający odnalezienie konkretnego zagadnienia. Publikacja dla lekarzy różnych specjalności, a także rezydentów i studentów.



Tenis

Od 29 września do 5 października w miejscowości Triq Aldo Moro na Malcie spotkało się 225 lekarzy i stomatologów, którzy rywalizowali w 48. Mistrzostwach Świata Lekarzy w Tenisie. Impreza ta odbywa się co roku pod egidą World Medical Tennis Society. Pierwszy turniej odbył się w 1971 r. w Monte Carlo. (O)



Więcej na
www.gazetalekarska.pl

Piłka nożna

Komitet organizacyjny XXIV Mistrzostw Polski Lekarzy w Halowej Piłce Nożnej Mielec 2018 niniejszym informuje, że obecna edycja mistrzostw odbędzie się w dniach **24-25 listopada**. (O)

Narciarstwo

W dniach **9-16 marca** organizowane jest przez dr. Zbigniewa Kosteckiego zimowisko w miejscowości Bad Gastein w Alpach austriackich, podczas którego odbędą się XXIII Światowe Mistrzostwa Lekarzy Polonijnych w Narciarstwie Alpejskim. (O)

Bieg

12 sierpnia z Ludwikowic Kłodzkich wystartowali uczestnicy II Mistrzostw Polski Lekarzy w Biegu Górskim na dystansie 9,8 km z metą na szczycie Gór Sowich – Wielkiej Sowie. Lekarzy klasyfikowano w ramach kultowego już, a w tym roku rekordowego, IX Biegu na Wielką Sowę. (O)

DoctorRiders

Złoty kończące sezon Ogólnopolskiego Klubu Motocyklowego Lekarzy „DoctorRiders” mają swoją specyfikę. W tym roku, w dniach **23-26 sierpnia**, przez podbełchatowski Słok przewinęło się ok. 280 osób, w tym prezes OIL w Łodzi Paweł Czekalski. Najmłodszy uczestnik miał 4 miesiące, a najstarszy blisko 80 lat. (O)



MTB

16. Mistrzostwa Polski Lekarzy w maratonie MTB za nami. Do Wielenia nad Notecią, podczas najstarszego Wielkopolskiego maratonu w tej dyscyplinie sportu, czyli Michałkach, wzięło udział prawie 40 lekarzy i kilkunastu innych medyków, co stanowiło 10 proc. uczestników. (O)

FOTO: MP, ARCHIWUM WŁASNE

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



Częstość rytmu serca

Redakcja: Jacek Lewandowski
i Artur Mamcarz

Przegląd aktualnej wiedzy na temat sposobu kontroli i optymalnych wartości docelowych częstości rytmu serca w wybranych jednostkach chorobowych. Solidna dawka informacji opartych na zaleceniach towarzystw naukowych, z uwzględnieniem własnych doświadczeń autorów i obserwacji innych lekarzy. Pozycja dla lekarzy praktyków.



Rzeźnicy i lekarze. Makabryczny świat medycyny i rewolucja Josepha Listera

Lindsey Fitzharris

Opowieść o czasach, w których pobyt w szpitalu był prostą drogą do śmierci i walce Josepha Listera, by zmienić tę sytuację. XIX-wieczni chirurdzy nie zważali na bakterie, gangrena nie niepokoiła. Lisner odkrył, że za infekcję odpowiedzialne są zarazki i wytrwale zabiegał o leczenie antyseptyczne.

) Ogłoszenia

Ogłoszenia



UWAGA: Uprzejmie informujemy, że ogłoszenia do „Gazety Lekarskiej” przyjmujemy pod numerem telefonu: (22) 559 13 26. Ostateczny termin przysyłania zamówień do numeru 12/2018 upływa 5.12.2018. Warunkiem zamieszczenia ogłoszenia jest dołączenie do zamówienia dowodu wpłaty.

Cennik ogłoszeniowy: Konkurs na ordynatora 1800 PLN+ VAT 23%. Zatrudnię lekarza, drobne: 19 PLN za słowo + VAT 23%.

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





Hydrochlorotiazyd - ryzyko rozwoju nowotworu skóry, który nie jest czerniakiem (rak podstawnocomórkowy skóry, rak kolczystocomórkowy)

Warszawa, 17.10.2018

Szanowni Państwo,

Podmioty odpowiedzialne posiadające pozwolenie na dopuszczenie do obrotu dla produktów zawierających hydrochlorotiazyd, w porozumieniu z Europejską Agencją Leków i Urzędem Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych pragną przekazać następujące informacje:

STRESZCZENIE

- **Sadania farmako-epidemiologiczne wykazały zwiększone ryzyko rozwoju nowotworu skóry, który nie jest czerniakiem (rak podstawnocomórkowy, rak kolczystocomórkowy) przy stosowaniu zwiększonych skumulowanych dawek hydrochlorotiazydu (HCTZ).**
- **Należy poinformować pacjentów przyjmujących hydrochlorotiazyd w monoterapii lub w skojarzeniu z innymi lekami o ryzyku wystąpienia nowotworu skóry, który nie jest czerniakiem oraz zalecić regularną kontrolę skóry pod kątem nowych zmian skórnych, jak również zmian już istniejących oraz zgłaszanie wszelkich podejrzanych zmian skórnych.**
- **Podejrzane zmiany skórne należy badać, potencjalnie z uwzględnieniem badań histologicznych materiału pobranego podczas biopsji.**
- **Należy doradzić pacjentom, by ograniczyli ekspozycję na światło słoneczne i promienie UV oraz stosowali odpowiednią ochronę przed światłem słonecznym i promieniami UV, aby zminimalizować ryzyko wystąpienia nowotworu skóry.**
- **Należy ponownie dokładnie rozważyć zasadność stosowania hydrochlorotiazydu (HCTZ) u pacjentów z rakiem skóry w wywiadzie.**

INFORMACJE O BEZPIECZEŃSTWIE STOSOWANIA

Produkty lecznicze zawierające hydrochlorotiazyd są powszechnie stosowane w leczeniu nadciśnienia tętniczego, a także obrzęków o etiologii związanej z chorobami serca, wątroby i nerek, w tym przewlekłej niewydolności serca.

Komitet ds. Oceny Ryzyka w ramach Nadzoru nad Bezpieczeństwem Farmakoterapii (ang. Pharmacovigilance Risk Assessment Committee, PRAC) przy Europejskiej Agencji Leków (ang. European Medicines Agency, EMA) dokonał oceny dostępnych źródeł danych (tj. piśmiennictwa, danych zgromadzonych w bazie EudraVigilance). Dwa badania farmako-epidemiologiczne przeprowadzone niedawno w oparciu o ogólnokrajowe źródła danych pochodzących z Danii (obejmujących Duński Rejestr Nowotworów Złośliwych i Krajowy Rejestr Recept) wykazały, że zależny od dawki związek pomiędzy stosowaniem HCTZ a występowaniem nowotworu skóry, który nie jest czerniakiem (raka podstawnocomórkowego, raka kolczystocomórkowego). Fotouczulające działanie HCTZ może przyczyniać się do rozwoju nowotworu skóry, który nie jest czerniakiem.

Do jednego badania [1] włączono populację obejmującą 71 533 przypadki raka podstawnocomórkowego (ang. Basal Cell Carcinoma, BCC) i 8 629 przypadków raka kolczystocomórkowego (ang. Squamous Cell Carcinoma, SCC),

którym przyporządkowano odpowiednio 1 430 833 i 172 462 przypadki z populacji kontrolnej. Przyjęcie dużych dawek HCTZ (skumulowana dawka $\geq 50\,000$ mg) było związane ze skorygowanym ilorazem szans (ang. Odds Ratio, OR) wynoszącym 1,29 (95% przedział ufności (ang. Confidence Interval, CI): 1,23-1,35) dla BCC i 3,98 (95% CI: 3,68-4,31) dla SCC. Obserwowano zależność pomiędzy wielkością dawki skumulowanej a odpowiedzią, zarówno w odniesieniu do BCC, jak i SCC. Przykładowo, skumulowana dawka 50 000 mg odpowiada 12,5 mg HCTZ przyjmowanemu codziennie przez około 11 lat.

Inne badanie [2] wykazało możliwy związek pomiędzy nowotworem wargi (SCC) a ekspozycją na HCTZ: 633 przypadki nowotworu wargi (SCC) zostały przyporządkowane 63 067 przypadkom z populacji kontrolnej, posługując się strategią doboru próby z grupy ryzyka. Wykazano związek pomiędzy skumulowaną dawką a odpowiedzią, przy czym skorygowana wartość OR wynosząca 2,1 (95% CI: 1,7-2,6) dla osób, które kiedykolwiek stosowały lek, zwiększyła się do 3,9 (3,0-4,9) przy dużych dawkach leku ($\sim 25\,000$ mg) i 7,7 (5,7-10,5) dla największej skumulowanej dawki ($\sim 100\,000$ mg).

Nowotwór skóry, który nie jest czerniakiem jest zdarzeniem występującym rzadko. Zapadalność w dużym stopniu zależy od fenotypów skóry i innych czynników wiążących się z różnym stopniem ryzyka wyjściowego i od zmiennej zapadalności w różnych krajach. Szacowana zapadalność różni się pomiędzy poszczególnymi rejonami Europy i wynosi w przybliżeniu od 1 do 34 przypadków na 100 000 mieszkańców na rok w odniesieniu do SCC oraz od 30 do 150 na 100 000 mieszkańców na rok w odniesieniu do BCC. Na podstawie wyników dwóch duńskich badań epidemiologicznych, stwierdzono, że ryzyko to może wzrosnąć około 4 do 7,7-krotnie w przypadku SCC i 1,3-krotnie w przypadku BCC w zależności od skumulowanej dawki HCTZ.

Charakterystyka produktu leczniczego i ulotka informacyjna dla pacjenta dla wszystkich produktów, których dotyczy ta informacja zostaną zaktualizowane o informacje odnośnie ryzyka wystąpienia nowotworu skóry, który nie jest czerniakiem i wiąże się ze stosowaniem HCTZ.

WEZWANIE DO ZGŁASZANIA

Po dopuszczeniu produktu leczniczego do obrotu istotne jest zgłaszanie przypadków podejrzeń wystąpienia działań niepożądanych. Umożliwia to nieprzerwane monitorowanie stosunku korzyści do ryzyka stosowania produktu leczniczego. Osoby wykonujące zawody medyczne powinny zgłaszać wszelkie przypadki podejrzeń wystąpienia działań niepożądanych za pośrednictwem krajowego systemu zgłaszania:

Departament Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych: Al. Jerozolimskie 181C, 02-222 Warszawa, tel.: + 48 22 49-21-301, fax: + 48 22 49-21-309, email: ndl@urpl.gov.pl.

KONTAKT Z WŁAŚCIWYM PODMIOTEM ODPOWIEDZIALNYM

Dane kontaktowe w celu uzyskania dodatkowych informacji znajdują się w drukach informacyjnych produktu (Charakterystyka Produktu Leczniczego lub Ulotka dla Pacjenta).

Wyżej wymieniony komunikat został opracowany we współpracy URPLW MiPB z następującymi przedstawicielami podmiotów odpowiedzialnych: MSD Polska Sp. z o.o., S-LAB Sp. z o.o., Aurovitas Pharma Polska Sp. z o.o., Aurobindo Pharma (Malta) Limited, Synoptis Pharma Sp. z o.o., Adamed Pharma S.A., Adamed Sp. z o.o., Biofarm Sp. z o.o., Bayer AG, Menarini International Operations Luxembourg S.A., Roche Polska Sp. z o.o., Krka, d.d., Novo mesto, Ranbaxy (Poland) Sp. z o.o., Sandoz GmbH, Egis Pharmaceuticals PLC, Gedeon Richter Polska Sp. z o.o., Sanofi – Aventis Sp. z o.o., Sanofi Clir SNC, Sanofi-Aventis Groupe, Zentiva k.s., PharmaSwiss Česká republika s.r.o., Mylan S.A.S., Teva Pharmaceuticals Polska Sp. z o.o., Actavis Group PTC ehf., Teva B.V., Zakłady Farmaceutyczne Polpharma SA, Boehringer Ingelheim International GmbH, Vitama S.A., Polfarmex S.A., Apotex Europe B.V., Bluefish Pharmaceuticals AB, Orion Corporation, Alkaloid - INT d.o.o., Novartis Poland Sp. z o.o., Novartis Europharm Limited, Accord Healthcare Limited.

Pełna lista podmiotów odpowiedzialnych, których ten komunikat dotyczy z danymi kontaktowymi gdzie można raportować działania niepożądane znajduje się na stronie internetowej URPLW MiPB wraz z treścią komunikatu

Piśmiennictwo:

[1] Pedersen et al., Hydrochlorothiazide use and risk of nonmelanoma skin cancer: A nationwide case-control study from Denmark. J Am Acad Dermatol 2018;78:673-681

[2] Pottegard A, Hallas J, Olesen M, Svendsen MT, Habel LA, Friedman GD, Friis S. Hydrochlorothiazide use is strongly associated with risk of lip cancer. J Intern Med 2017; 282: 322–331.



Komunikaty

WYDZIAŁ LEKARSKI AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1989

Zapraszamy na spotkanie z okazji 30-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 24-26 maja 2019 r. Miejsce: ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu. Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej: piątek-niedziela z noclegami 450 PLN; sobota-niedziela z noclegiem 350 PLN. Wpłat prosimy dokonywać na konto 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 31 grudnia 2018 r. z dopiskiem „Zjazd 1989”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Do dyspozycji gości pokoje 2-3-osobowe – proszę o e-mailowe zgłaszanie nazwisk Kolegów i Koleżanek, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani. Kontakt: Patrycja Malec, tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl.

WYDZIAŁ LEKARSKI AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1979

Zapraszamy na spotkanie z okazji 40-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 31 maja-2 czerwca 2019 r. Miejsce: ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu. Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej: piątek-niedziela z noclegami 450 PLN; sobota-niedziela z noclegiem 350 PLN. Wpłat prosimy dokonywać na konto 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 31 grudnia 2018 r. z dopiskiem „Zjazd 1979”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Do dyspozycji gości pokoje 2-3-osobowe – proszę o e-mailowe zgłaszanie nazwisk osób, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani. Kontakt: Patrycja Malec, tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl.

WYDZIAŁ LEKARSKI AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1976

Serdecznie zapraszamy na kolejne spotkanie koleżeńskie absolwentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 7-9 czerwca 2019 r. w Polanicy Zdroju (57-320 Polanica Zdrój, Rybna 9, Pensjonat BEATA). Opłata za uczestnictwo w zjeździe od absolwenta/osoby towarzyszącej wynosi 450 PLN. Wpłat prosimy dokonywać na konto 26 1140 2004 0000 3702

7737 0761 (odbiorca: Krystyna Ślusarek) do 31 grudnia 2018 r. z dopiskiem „Zjazd 1976”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Do dyspozycji gości pokoje 2-3-osobowe – proszę o e-mailowe zgłaszanie nazwisk Kolegów i Koleżanek, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani. Bliższych informacji udziela Patrycja Malec, tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl.

WYDZIAŁ LEKARSKI AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1994

Zapraszamy na spotkanie z okazji 25-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 7-9 czerwca 2019 r. Miejsce: ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu. Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej: piątek-niedziela z noclegami 450 PLN; sobota-niedziela z noclegiem 350 PLN. Wpłat prosimy dokonywać na konto 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 31 grudnia 2018 r. z dopiskiem „Zjazd 1994”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Do dyspozycji gości pokoje 2-3-osobowe – proszę o e-mailowe zgłaszanie nazwisk Kolegów i Koleżanek, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani. Kontakt: Patrycja Malec, tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl.

ABSOLWENCI AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1969

Serdecznie zapraszamy na uroczyste obchody z okazji 50-lecia uzyskania absolutorium, które odbędą się 15 czerwca 2019 r. (sobota) we Wrocławiu. Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi: sobota: część oficjalna + uroczysta kolacja 350 PLN, osoba towarzysząca na uroczystej kolacji 200 PLN, część oficjalna bez uroczystej kolacji 150 PLN. Wpłat prosimy dokonywać na konto 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 31 grudnia 2018 r. z dopiskiem „Zjazd 1969”. Koleżanki prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Istnieje możliwość rezerwacji noclegu w Hotelu Tumskim po preferencyjnych cenach (tel. 660 077 327) na hasło „rocznik 69”. Płatność za hotel nie jest wliczona w cenę zjazdu. Bliższych informacji udziela Patrycja Malec, 501 217 204, e-mail: patka.malec@wp.pl.

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



Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej

zaprasza lekarzy i lekarzy dentystów z całego kraju na bezpłatne szkolenia:

Szkolenia akredytowane, uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne.

- 5.11.2018** „Radzenie sobie ze stresem i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu”
- 5.11.2018** „Dziecko i Rodzic w gabinecie lekarskim i stomatologicznym”
- 6.11.2018** „Rozwiązywanie konfliktów interpersonalnych w pracy lekarza”
- 6.11.2018** „Asertywna komunikacja lekarzy”
- 7.11.2018** „Jak pracować z trudnym pacjentem – wstęp do umiejętności komunikacyjnych”

- 13.11.2018** „Mobbing - przemoc psychiczna w miejscu pracy – jak rozpoznawać, zapobiegać, postępować?”
- 14.11.2018** „Specyfika pracy lekarza z chorym umierającym i jego bliskimi”
- 14.11.2018** „Jak radzić sobie w sytuacjach trudnych? – warsztaty dla lekarzy i lekarzy dentystów”
- 11.12.2018** „Radzenie sobie ze stresem i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu”
- 11.12.2018** „Dziecko i Rodzic w gabinecie lekarskim i stomatologicznym”

„Ochrona radiologiczna pacjenta dla lekarzy dentystów wykonujących medyczne procedury radiologiczne”

(kurs jednodniowy): **03.12.2018 r., 04.12.2018 r.**

„Kurs dla osób ubiegających się o nadanie uprawnień inspektora ochrony radiologicznej typu S”: **27-28.11.2018 r.**

Kursy z radiologii zakończone egzaminem (egzamin płatny zgodnie ze stawkami określonymi w obowiązujących Rozporządzeniach MZ)

„Laseroterapia w praktyce lekarza stomatologa”: **21.11.2018 r.**

Zapisy: www.odz.nil.org.pl

Naczelna Izba Lekarska

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów

ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa, e-mail: odz@hipokrates.org, tel. 22 559 13 10, 22 559 13 44



Jarosław Wanecki
Pediatria, felietonista

Marzenie mam

Listopad pozostaje niezmiennie miesiącem pamięci. Najpierw na grobach rozświetlamy ogniem zniczy drogę tym, którzy odeszli od nas na zawsze. Zaduszkowy czas wybarwia jesień. Kolory współgrają. Wszyscy, w zadumie i z pokorą, pochylają głowy nad przemijaniem. Kilkanaście dni później podczas niepodległościowych akademii, koncertów, capstrzyków i konferencji historycznych, wracamy ponownie do przeszłości, umacniając narodową wspólnotę interesów. Płonie ogień polskości na forum.

Na krakowskich Oleandrach w 1914 r. Józef Piłsudski, wyruszając w niepewny bój ku nowej Polsce, mówił: „Odtąd nie ma ani Strzelców, ani Drużyniaków. Wszyscy, co tu jesteśmy zebrani, jesteśmy żołnierzami polskimi. Znoszę wszelkie odznaki specjalnych grup. Jedynym waszym znakiem jest odtąd orzeł biały. Dopóki jednak nowy znaczek nie zostanie wam rozdany, rozkazuję, abyście zamienili ze sobą wasze odznaki, jako symbol zupełnej zgody i braterstwa, jakie muszą wśród żołnierzy polskich panować. Niech Strzelcy przypną do czapek blachy Drużyniaków, a oddadzą im swoje orzełki. Wkrótce może pójdziecie na pole bitew, gdzie, mam nadzieję, zniknie najłżejszy nawet cień różnicy między wami”.

W 1989 r. w swoim exposé Tadeusz Mazowiecki, syn lekarza, pierwszy niekomunistyczny premier rządu polskiego po II wojnie światowej, przekonywał z trybuny sejmowej: „Podstawowe znaczenie ma problem prawa i praworządności. W ciągu 45 lat prawo było w Polsce traktowane instrumentalnie, podporządkowane aktualnym celom politycznym, a obywatele nie mieli poczucia wolności ani świadomości, że prawo ich chroni i jest jednakowe dla wszystkich”.

U progu kolejnego stulecia składamy sobie wzajemne życzenia. Chcemy żyć w państwie, które trwale łączy wokół uniwersalnych wartości. Lekarzom tym razem jest łatwiej pokonać wszelkie mury, dzielące społeczeństwo na plemienne rody stojące naprzeciw i walczące bez opamiętania. Zaślepiona, jednostronna i bezrefleksyjna miłość do Ojczyzny może być w swoich skutkach niebezpieczna. Potwierdzają to historyczne fakty, obok których przechodzimy z obojętnością, pewni swego pokoleniowego posłannictwa. Lekarzom jest łatwiej, bo kodeksowe zapisy etyczne

trzymają w ryzach równego traktowania wszystkich ludzi „bez względu na wiek, płeć, rasę, wyposażenie genetyczne, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne lub inne uwarunkowania”. Warto o tym przypominać przez następne stulecia.

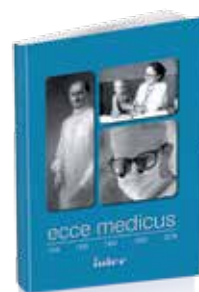
Marzenie mam, abyśmy zdjęli swoje odznaki i wymienili się nimi, jak chlebem, grzecznym pozdrowieniem, pomocną dłonią w potrzebie. Taki banalny ideał z okazji niepodległości sumień, wolności słowa, niezawisłości myśli, z nadzieją, że prawo wszystkich chroni jednakowo.

„Skąd biorą się ideały – pytał Władysław Biegański – skąd one powstają? Oto pytanie, które jest może najtrudniejsze i które rozmaite szkoły filozoficzne rozmaicie rozstrzygają. Ideały te nie mogły wejść do naszej duszy z zewnątrz, ze świata nas otaczającego, gdyż w świecie tym nie ma nic, co by im odpowiadało, nie ma zła ani dobra, ani piękna, ani brzydoty, nie ma prawdy ani fałszu. Otóż ideały te muszą być składową częścią naszego ja, naszej duszy, są przyrodzoną naszą własnością”.

Środowisko lekarskie nie powinno wstydić się swoich ideałów, powołań i autorytetów. Lekarze polscy posklejali medycynę z trzech pozaborowych kawałków i kultur, mimo wojennych eksterminacji, upokorzeń Polski Ludowej, ciągłego braku czasu na zajęcie się zdrowiem od podstaw w wolnym kraju. Spełniali marzenie o leczeniu ludzi, których kolory skóry tak pięknie współgrają, gdy dobro chorego jest najwyższym nakazem.

Listopad pozostaje niezmiennie miesiącem pamięci. Nie zapomnijmy w tych dniach o grobach naszych koleżanek i kolegów, którzy odeszli na „wieczny dyżur”. To nasi Nauczyciele, Prekursorzy, Mistrzowie. Bez ich rad, uzdrowicielskich rąk, książek, otaczałaby nas pustka, w której trudno byłoby o ideały na przyszłość.

Marzenie mam, że zniknie najłżejszy nawet cień różnicy między nami. Marzenie na kolejne sto lat. ○



▲ 26 października w Sali Wielkiej Zamku Królewskiego w Warszawie odbyła się promocja książki Jarosława Waneckiego, określanej przez Polskie Towarzystwo Lekarskie jako osiemnaście epikryz stulecia. Ecce medicus jest honorowaniem laureatów Medalu Gloria Medicinae połączonym z kursem etyki, dziejów dwóch zawodów lekarskich, towarzystw naukowych i samorządu.

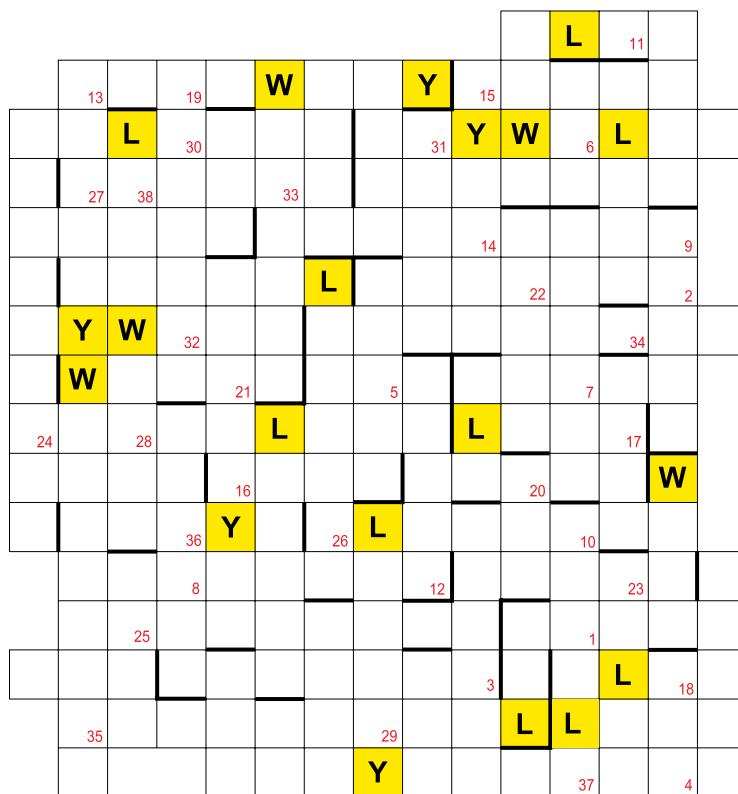


Objaśnienia 71 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: L, W i Y.

Na ponumerowanych polach ukryto 38 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl, której autorem jest Albert Schwietzer. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 20 listopada 2018 r.

Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* „Klauzula informacyjna” na s. 61



Rozwiązanie Jolki lekarskiej 237 („GL” nr 09/2018)

Nie ma postępu bez herezji.

Nagrody otrzymują:

Adriana Mielcarska (Warszawa),

Karol Szymanowski (Poznań),

Anna Wargulska (Poznań).

Fundatorem nagród

jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL,

www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy

pocztą.

* dochodzą do górnych kątów macicy * lotnisko * stolica Wenezueli * komórka macierzysta jaja * faleza * król Norwegii (1957-91) * narcyz trąbkowy * misa pod kranem * drugie miasto Gwinei * lacha * zaczątek * angielski pan * ogólnik, komunał * śmierć pozorna * australijski złoty * sławne ruiny w Jordanii * ciemne piwo angielskie * Adam, sławny przedwojenny szablista * po strofie i antystrofie * syntetazy * Klub Zielińskiego i Milika * opera na otwarcie Kanału Sueskiego * rodzaj ewolucji narcisarskiej * szkocka rasa bydła mlecznego * świątynia buddyjska w Japonii * choroba z tęsknoty * noblista za NMR w 1991 * kraina egipsko-sudańska * krajan * spasmophemia * przystąpienie * król Elidy ze stajni * do wywożenia dyrektorów * ma komórki z jądrem oddzielnym błoną jądrową od cytoplazmy * wieś na pn-wsch. granicząca z Gnieznem * ogród zwierząt * grąźel * wadi * eksponat * inwazja pierwotniaków i większych pasożytów * bean lub sieć * gród z browarem, nad Sołą * godło Warszawy * rycząca okoniokształtna * autor „Profesora Filutka” * Coffea * śledziona (łac.) * pieprzniki jadalne * hetman wielki litewski (1667-82) * skunks * kapitan lub major * słoniowa wyspa pod Mumbajem * angielski wiek * rozwój zarodków w błonach jajowych * grecki władca wiatrów * krewny w linii żeńskiej * białko w rogach i paznokciach * tytuł Mussoliniego * dokument z telefaksu * klonicznie powtarza rozpoczęte zgłoski * nietakt * kraj z Managuą * Ewangelista, biskup Aleksandrii * ciężki oddech niemowlęcia * polski bank centralny * Teodorska w „Plebani” * imię córki Lewandowskich * wrażenie * mała z Natalią Niegodą * Sejm Czterech Ziem * oddział dla anestezjologów

Jerzy Badowski

Wydawca:



**Naczelna Rada
Lekarska**

Dla członków izb lekarskich
bezpłatnie

Nakład: 174 800 tegz.

Redaktor naczelny:

Ryszard Golański

Tel. 600 909 382

naczelny@gazetalekarska.pl

Zastępca redaktora naczelnego:

Marta Jakubiak

Tel. 608 316 248

m.jakubiak@gazetalekarska.pl

Dziennikarze:

Lucyna Krysiak

Tel. 696 48 70 48

l.krysiak@gazetalekarska.pl

Lidia Sulikowska

Tel. 668 854 344

l.sulikowska@gazetalekarska.pl

W celu zmiany adresu wysyłki

„Gazety Lekarskiej” prosimy

kontaktować się z właściwą

okręgową izbą lekarską.

Redakcja:

Tel. (22) 558 80 40

Fax (22) 558 80 42

redakcja@gazetalekarska.pl

Redaktor naczelny

Biuletynu NRL:

Artur Drobnik

Stale współpracują:

Artur Andrus (Warszawa)

Jerzy Badowski (Olsztyn)

Sławomir Badurek (Toruń)

Maciej Hamankiewicz (Katowice)

Jarosław Klimek (Łódź)

Romuald Krajewski (Warszawa)

Anna Lella (Olsztyn)

Agata Morka (Berlin)

Joanna Sokołowska (Płock)

Jarosław Wanecki (Płock)

Redaktor portalu internetowego:

Mariusz Tomczak

m.tomczak@gazetalekarska.pl

Adres redakcji:

00-764 Warszawa,

ul. Jana III Sobieskiego 110

www.gazetalekarska.pl

Opracowanie graficzne:

Teresa Urawska

Reklama i marketing:

Elżbieta Tarczyńska

Tel. (22) 559 13 26

Fax (22) 558 80 42

Tel. 606 699 830

e.tarczyńska@gazetalekarska.pl

Ogłoszenia:

Olga Aniśko

Tel. (22) 559 13 26

Fax (22) 558 80 42

o.anisko@gazetalekarska.pl

Druk:

LSC Communications Poland Sp. z o.o.

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

