

SAMORZĄD: Dylemat, którego świat nie rozwiązał



GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB
LEKARSKICH

11 | 2019

NA ZLECENIU BEZ PRAKTYKI

MOŻLIWOŚCI I OGRANICZENIA

Komunikacja

AGRESJA W RELACJI PACJENT-LEKARZ

METODY ROZWIĄZYWANIA KONFLIKTÓW

Mediacja medyczna

EFEKTYWNE ZARZĄDZANIE SPÓR

Nobel 2019

KOMÓRKI I TLEN

Feralny lot

WYWIAD Z LEKARZEM LPR, KTÓREMU
PODŁAS DYŻURU USZKODZONO WZROK

Temat numeru

ZADŁUŻENIE SZPITALI

CO JEST PRAWDZIWYM ŹRÓDŁEM PROBLEMU?

12

BIULETYN IZBOWE

Jest ich 24 i, tak jak samorząd lekarski, mają swoją 30-letnią historię.



STR. 26

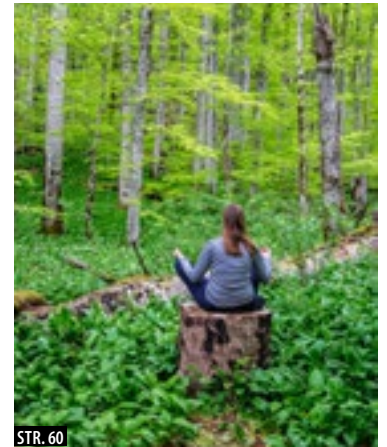
44

KARDIOONKOLOGIA

Pacjent kardiologiczno-onkologiczny to dla systemu ogromne wyzwanie.



STR. 33



STR. 60

Spis treści

Listopad 2019

SAMORZĄD

- 4 | Hasła wybrzmiały, problemy zostały
- 8 | Dylemat, którego świat nie rozwiązał
- 12 | Medialny dialog lekarzy

TEMAT NUMERU

- 18 | Zadłużenie w województwach
- 19 | Skąd te długi?
- 22 | Szpitale będą zamykane?

PRAWO I MEDYCyna

- 24 | Odpowiedzialność za studenta
- 26 | Zarządzaj efektywnie konfliktem
- 28 | O chelatacji raz jeszcze
- 30 | Na zleceniu bez praktyki

PRAKTYKA LEKARSKA

- 32 | Trochę wiosny, jesienią
- 33 | Nowa era
- 34 | Stomatologia niskoinwazyjna - żeby tylko nie bolało
- 37 | Feralny lot
- 40 | Agresja w relacji pacjent-lekarz
- 43 | Kto znalazł się na Liście Szanghajskiej?
- 44 | Pacjent onkologiczno-kardiologiczny
- 47 | Rozsądek w cyfryzacji
- 50 | Co pacjenci ganią, a co chwala
- 54 | Dążymy do wyrównania standardów
- 56 | Stoły

ZE ŚWIATA

- 58 | UK: molestowany jest jeden na pięciu lekarzy
- 60 | Bądź zdrowa, Europo!

NAUKA

- 62 | Komórki i tlen
- 64 | Lekarze uczą komputery

LISTY

- 66 | Moje nocne koszmary
- 67 | Nie uchoź!

PO GODZINACH

- 68 | Komunały i co dalej?
- 69 | Samo zdrowie
- 70 | Pchły na noc
- 72 | Kultura
- 74 | Upadły anioł
- 75 | Sport
- 76 | Ogłoszenia
- 82 | Jolka lekarska



ANDRZEJ MATYJA

prezes NRL

Zgodnie z przewidywaniami, zdrowie wysunęło się na plan pierwszy w kampanii wyborczej. Raczone nas kilkupunktowymi receptami. Dużo haśle, mało konkretów. Taka jest specyfika kampanii wyborczych, krojonych według marketingowych wzorów i oczekiwań mediów. Gorzej, że w programach startujących ugrupowań też trudno było doszukać się klarownej wizji modelu ochrony zdrowia w Polsce.

Może więc przyszedł czas, by społeczeństwo zadało politykom lekcję do odrobienia, w postaci jasno sformułowanych oczekiwań dotyczących konkretnych celów zdrowotnych. Rolą polityków byłoby zaś znalezienie narzędzi, by te cele osiągnąć. Byłby to rodzaj społecznego kontraktu.

Z takiej idei zrodziła się inicjatywa „Porozumienie dla zdrowia”, którą podczas październikowej konferencji „Wizja zdrowia. Diagnoza i Przyszłość” przedstawiłem wraz z reprezentantami środowisk pacjenckich, świadczeniodawców i pracowników ochrony zdrowia. Punktem wyjścia jest dziesięć ogólnych zasad*, które powinny przyświecać budowie lepszego, bardziej racjonalnego i efektywnego systemu ochrony zdrowia. Dla każdej z nich mają być sformułowane konkretne cele do osiągnięcia i mierniki sukcesu.

Z SOBIESKIEGO 110

Hasła wybrzmiały, problemy zostały

„Porozumienie dla zdrowia” będzie przypominać politykom, że obietnice to dług, który trzeba spłacać.

Do pracy nad szczegółami zaproszone zostały różne środowiska i interesariusze ochrony zdrowia. Rezultaty przedstawimy nowemu premierowi i nowemu ministrowi zdrowia, którzy – mam nadzieję – uwzględnią je w programie rządu.

Cele powinny być konkretne, ambitne, ale realne do osiągnięcia w określonym terminie. Zadaniem polityków byłoby dobranie takich narzędzi i rozwiązań, które to umożliwią. Od nich powinniśmy usłyszeć np. jakie będą nakłady w relacji do PKB, w jakim horyzoncie czasu, jak zamierzają je wykorzystać, jakie rozwiązania organizacyjne proponują, na czym planują się skoncentrować, jakie zasoby – w tym kadrowe – będą potrzebne i skąd je wziąć.

Jako samorząd lekarski mamy konstytucyjny obowiązek występować w obrobie interesu publicznego. Naszą powinnością jest alarmować, gdy dzieje się źle oraz gdy system uniemożliwia zapewnienie pacjentom opieki na poziomie, który możemy zaoferować dzięki naszej wiedzy, umiejętnościom i postępowi medycyny.

Czujemy się zakładnikami systemu, który kreują politycy. Nie chcemy i nie możemy się na to godzić. Nasza niezgoda przyjmuje różne formy. Środowisko rezydentów i OZZL zainicjowało akcję „Zdrowa praca”. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie z rozmachem przeprowadziła kampanię pod hasłem „Polska to chory kraj”. Protesty i oddolna presja opinii publicznej mają zmusić polityków do działania.

Naczelna Izba Lekarska wzięła na siebie rolę „izby refleksji”. Może to mało spektakularne, ale potrzebne i długofalowe działanie. Skupiamy się na tworzeniu platformy porozumienia środowisk pacjenckich, samorządów lekarzy i innych zawodów medycznych, pracodawców i związkowców. Pierwszym krokiem był wystosowany w sierpniu br. wspólny list otwarty do prezydenta, premiera, ministra zdrowia i liderów partii politycznych z apelem o pilne działania ratujące polską ochronę zdrowia. W czasie kampanii wyborczej w „Liście otwartym do Obywateli Rzeczypospolitej” apelowałem z kolei do ugrupowań politycznych i ich liderów, by wzięli odpowiedzialność za składane obietnice. Powtórzę raz jeszcze: nie dajmy się zwieść dobrze brzmiącym deklaracjom. Rozliczajmy obietnice wyborcze, pytając, kiedy i w jaki sposób będą zrealizowane, skąd wziąć pieniądze. Inicjatywa „Porozumienie dla zdrowia” pomoże zrationalizować oczekiwania i uzgodnić konsens ponad podziałami. Zaproszenie do tej pozytywistycznej pracy u podstaw trafiło już na podatny grunt. ■

* prezentujemy je na str. 10 (przyp.red.)

SKRINING

Stop szkalowaniu!

Samorząd lekarski szybko i zdecydowanie zareagował, kiedy na profilu na Facebooku, którym zarządza Ogólnopolskie Stowarzyszenie Wiedzy o Szczepionkach STOP NOP, zamieszczono post sugerujący, że lekarze anestezjolodzy w polskich placówkach służby zdrowia doprowadzali do śmierci pacjentów. W imieniu prezesa NRL i prezesów wszystkich okręgowych rad lekarskich złożono zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa do Prokuratora Generalnego Zbigniewa Ziobro i Prokuratury Rejonowej Warszawa-Mokotów. Już dwa dni po publikacji wpisu stanowisko podjęła NRL, stanowczo

sprzeciwiając się „próbie bezpardonowego, karygodnego szkalowania lekarzy, podważania zasadności stosowanych metod leczniczych i zarazem straszenia pacjentów”. „Zgodnie z zapisami Kodeksu Etyki Lekarskiej, lekarz ma obowiązek służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu, według najlepszej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom, a chorym nieść pomoc bez żadnych różnic, mając na celu wyłącznie ich dobro i okazując im należyty szacunek” – czytamy w stanowisku NRL. Wspólne oświadczenie wydali również minister zdrowia i prezes NRL, uznając, że zarzucanie lekarzom działań mających na celu umyślne spowodowanie śmierci pacjenta w celu osiągnięcia korzyści majątkowej dla szpitala jest „niegodziwe”. Minister Łukasz Szumowski i prezes Andrzej Matyja wezwali do zaprzestania straszenia pacjentów, godzenia w dobre imię lekarzy i personelu medycznego oraz budowania atmosfery braku zaufania do polskiego systemu ochrony zdrowia. Pojawił się również postulat, by wystąpić o zdelegalizowanie stowarzyszenia. ■



Dali przykład

ZnanyLekarz.pl



Otym, że szczepienia są nie tylko bezpieczne, ale niezwykle ważne z punktu widzenia zdrowia całej populacji, członkowie NRL przekonywali w ramach akcji pod hasłem „Lekarze dają przykład”. 18 października w siedzibie NIL zaszczepili się przeciwko grypie w obecności dziennikarzy. Organizatorem akcji kolejny raz była Fundacja Lekarze Lekarzom na czele z jej prezesem dr. Mariuszem Janikowskim. Fotogaleria na www.gazetalekarska.pl. ■

Rzetelne recenzowanie pracy lekarza i lekarza dentysty – tak, przekłamania i nieścisłości – nie. Takie stanowisko prezentowali wiceprezes NRL Andrzej Cisto i Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Grzegorz Wrona w czasie spotkania z przedstawicielami spółki ZnanyLekarz, które odbyło się w siedzibie NIL pod koniec września. Wskazywali na nieprawidłowości obecne w portalu ZnanyLekarz.pl, polegające m.in. na umieszczaniu w nim przedstawicieli innych zawodów medycznych, pomimo że nazwa wskazuje, że są tam informacje o lekarzach (np. profilom zakładanym dla techników dentystrycznych przypisywana jest kategoria „lekarze dentyści”). Zdaniem samorządu lekarskiego w przestrzeni publicznej, w tym także w internecie, potrzebny jest przekaz odpowiadający prawdzie. – Zwrócono uwagę, iż do przekłamań i nieścisłości, a w konsekwencji nierzetelnej informacji, może też prowadzić zbyt uboga opcja wyboru przy definiowaniu kompetencji lekarza w portalu internetowym – mówi Beata Wierchowska, radca prawny NIL. Jak dodaje, w toku poprzedzającej spotkanie korespondencji spółka potwierdziła realizację wpływających do nich wniosków lekarzy i lekarzy dentyistów o skorzystanie z tzw. prawa do bycia zapomnianym, związanym z usunięciem danych z portalu. ■

SKRINING

Spotkanie rzeczników

Kwitnie współpraca rzeczników odpowiedzialności zawodowej zawodów zaufania publicznego. 16 października w siedzibie Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej odbyło się kolejne spotkanie konsultacyjne. Omówiono m.in. konsekwencje prowadzenia postępowania przez rzecznika lub wydania orzeczenia przez

członka sądu dyscyplinarnego, przeciwko któremu toczy się postępowanie karne / postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, wykonywanie orzeczeń sądów dyscyplinarnych oraz zmiany w Kodeksie postępowania karnego. Poza NROZ Grzegorzem Wroną w spotkaniu wzięli udział przedstawiciele: Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, Krajowej Izby Lekarsko-Weterynaryjnej, Krajowej Izby Radców Prawnych, Naczelnej Izby Aptekarskiej, Krajowej Izby Fizjoterapeutów. Kolejne spotkanie ma się odbyć już za kilka tygodni. ■

Co dostanie minister?

Nie znamy jeszcze nazwiska ministra zdrowia w rządzie, który dostanie wotum zaufania od nowo wybranego sejmu. Wiemy za to, że szef tego resortu otrzyma jasno wyrażone oczekiwania ze strony lekarzy i ekspertów. Znajdą się wśród nich cele i wartości oraz pytanie, czy je podziela i w jaki sposób zamierza je zrealizować.

Zapowiedziano to 9 października w Warszawie w trakcie kongresu „Wizja Zdrowia. Diagnoza i przyszłość”, w którym uczestniczył prezes NRL Andrzej Matyja. Zaprezentowano wówczas również inicjatywę „Porozumienie dla zdrowia” oraz dekalog „Zdrowie naprawdę najważniejsze”. W dekalogu grupa ekspertów ujęła najważniejsze kwestie zgłaszane

podczas społecznych debat o zdrowiu. – W poprzedniej kadencji sejm uchwalił bardzo dobrą i potrzebną ustawę o zdrowiu publicznym, ale od czterech lat nie ma do niej rozporządzeń wykonawczych. Bez tego ustawa po prostu nie działa. Gdyby profilaktyka była fundamentem systemu, moglibyśmy zapobiec wielu chorobom – podkreślił prezes NRL. ■

DEKALOG „ZDROWIE NAPRAWDĘ NAJWAŻNIEJSZE”:

1. Dbajmy o zdrowie, które jest największą wartością, ale nie jest dane na zawsze i wymaga codziennego pielęgnowania.
2. Mądrze planujmy działania systemu ochrony zdrowia, czyniąc to i realizując ponad podziałami politycznymi.
3. Zapobieganie chorobom fundamentem polityki zdrowotnej państwa.
4. Efektywnie wykorzystujmy zasoby systemu ochrony zdrowia.
5. Zmian demograficznych nie lekceważmy, rozwijając odpowiednie formy opieki.
6. Odważnie i pilnie zwiększajmy zatrudnienie w ochronie zdrowia, zmieniając system kształcenia i zasady wynagradzania kadr.
7. Dobre warunki i bezpieczeństwo pracy personelu medycznego gwarancją bezpieczeństwa pacjentów.
8. Nie żyjemy złudzeniami, bez wyższych nakładów na system ochrony zdrowia nie będzie poprawy jakości usług medycznych i ich dostępności.
9. Wymagajmy równego dostępu do świadczeń zdrowotnych.
10. Pamiętajmy, że mierzyć trzeba zamiary na siły, adekwatnie do możliwości finansowych państwa.



gazetalekarska.pl



KRZYSZTOF MADEJ

wiceprezes NRL

Dylemat, którego świat nie rozwiązał

W tzw. nocnych Polaków rozmowach od kilkudziesięciu lat stałym motywem jest funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia i coś, co nazywamy „reformą służby zdrowia”.

Co bardziej krewcy rewolucjoniści lub, co najmniej, wiecowi kontestatorzy obecnej rzeczywistości twierdzą, że żadnej reformy nie było i w końcu trzeba ją przeprowadzić, skoro od zmiany ustroju minęło już 30 lat, a niezadowolenie społeczne jest bardzo duże. Bardziej filozoficznie nastawieni teoretycy organizacji ochrony zdrowia zgadzają się, że reforma była, ale kiepskiej jakości, więc trzeba ją naprawić, czyli dokonać reformy reformy.

Niektórzy kwestionują adekwatność stosowanych obecnie środków naprawczych reformy i postulują najpierw ich naprawienie, a zatem logika ta skutkuje postulatem reformy reformy reformy. Proszę się nie śmiać i nie poprawiać tekstu, spotkałem i taki postulat.

Przywołując ten slogan opisujący obyczaje rodaków, nie mam na myśli późnej pory dnia ani innych okoliczności towarzyszących przyjmowaniu płynów zmieniających nastrojów. Rozmowy te toczą się od błędnego świtu. Rozszerzając widzę również samo pojęcie „rozmów”. To nieustająca i nic nie wnosząca gadanina w mediach od świtu do nocy, niezliczona liczba doniesień i komentarzy

prasowych oraz absurdalna liczba różnych konferencji, debat i forów, z tym ich natężeniem w postaci debat panelowych, w trakcie których stu prelegentów, każdy po jednej minucie, odpowiada na pytanie moderatora: co bym zrobił, gdybym mógł coś zrobić i jeszcze na dokładkę wiedział, co mam zrobić.

Najważniejszym słowem i zarazem pojęciem w otwierającym porzekadło jest słowo „Polaków”. Spieszę to wyjaśnić. Od czasu do czasu oddaję się zgłębianiu systemów organizacji ochrony zdrowia w innych krajach. Robię to po amatorsku i hobbystycznie, bo nie jest to moim zawodem. Uderzyły mnie kiedyś odmienności w funkcjonowaniu medycyny instytucjonalnej w różnych krajach – w państwach, które my określamy jako należące do kręgu wysoko rozwiniętych. Konstatacja ta jest tym bardziej wymowna, że w krajach naszego kręgu cywilizacyjnego systemy administracyjne, gospodarcze, bankowe, ubezpieczeniowe, a nawet polityczne, wykazują tendencję do standaryzacji i upodabniania się do siebie. Systemy ochrony zdrowia wykazują natomiast daleko większe zróżnicowanie. Widać, że w dużym stopniu zależą one od uwarunkowań historycznych, przesądów i mitów społecznych oraz wielu innych politycznie ulotnych czynników. Pamiętacie Państwo, jak jeden z polityków w trakcie kampanii wyborczej grzmiał, że „służba zdrowia” musi być „bezpłatna” i że nie ma zgody na powstawanie „fortun w medycynie” i dostawał za te stwierdzenia programowe huraganowe oklaski. To podważa racjonalność pewnego natrętnie powtarzanego zarzutu domorosłych ekspertów do klasy politycznej: czemuż oni nie przekopią dobrych i sprawdzonych w innych krajach poszczególnych rozwiązań i nie wkleją ich do systemu polskiego.

Krótko mówiąc, polski system ochrony zdrowia trzeba wymyślać na bieżąco i samemu, uwzględniając polskie realia i uwarunkowania. Czy mamy usprawniać poszczególne części tego, co już w tej chwili istnieje, czy szukać jakiegoś nowego pomysłu w ogólnych założeniach systemowych? To jest najtrudniejsze pytanie polityczne i sądzę, że nikt w Polsce nie ma na nie w tej chwili zadowalającej odpowiedzi. Stąd popularność postulatu szybkiego, skokowego i radykalnego zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia, bo jest on najprostszy do wyartykułowania i obronienia. Można go łatwo uzasadnić np. wskaźnikiem nakładów na medycynę w stosunku do PKB. Ma on poza tym ten walor, że zwiększenie nakładów pozwoli utrzymać dotychczasowe *status quo*, tylko że bardziej, co w obecnej sytuacji jest nie do pogardzenia. Najpierw podwyższmy nakłady, a wadami systemu zajmijmy się później.

Kiedys pewien ekonomista tak wyjaśnił mi podstawową trudność w projektowaniu i utrzymaniu, w społecznie akceptowalnym kształcie i funkcji, systemów ochrony zdrowia. Jest w nich zaszyty podstawowy dylemat, którego świat jeszcze nie rozwiązał. Są mianowicie dwa przeciwstawne sposoby publicznego finansowania instytucji medycznych i świadczeń zdrowotnych. Jeden to wskaźnikowy, parametryczny. Określona ilość pieniędzy w trybie decyzji administracyjnej przydzielana jest na jednostkę organizacyjną systemu, ze wskaźnikowo, a więc z grubsza, określonym zakresem powinności, które za te pieniądze trzeba wykonać. Drugi, cennikowy, określany niekiedy terminem „fee for service”, polega na płaceniu różnie kalkulowanej, lecz cennikowej stawki za wykonane świadczenie. Oba te systemy mogą funkcjonować względnie dobrze przy dużym nadmiarze środków publicznych przeznaczanych na zdrowie. Gdy natomiast mamy niedobór tych środków, tak jak w Polsce, wady obu tych rozwiązań górują nad ich zaletami. W pierwszym pojawia się niedobór świadczeń. Pieniądze przyznane, więcej ich i tak nie będzie, zaległości i tytułów płatniczych do obsłużenia wiele, świadczenia nie stają się jedynym i głównym celem funkcjonowania placówek medycznej, bo ich maksymalizacja tylko powiększa długi. Drugi system charakteryzuje się nadmiarem świadczeń, czyli wysokim ryzykiem niewydolności finansowej w bieżącej działalności. *Tertium non datur*. Wszystkie te negatywne cechy obu rozwiązań nasilają się, gdy jest systemowe przyzwolenie na zysk w działalności medycznej. Z tego też powodu są kraje, gdzie działalność medyczna systemowo definiowana jest jako „non profit”. W medycynie niepublicznej, prywatnej nie ma tego dylematu. Za świadczenia płaci się cennikowo, zasada maksymalizacji zysku jest zasadą główną, a cena jest określana rynkowo, tj. świadczenie kosztuje tyle, ile jego nabywca jest skłonny za nie dać, nie wynika z żadnej tam polityki zdrowotnej czy interesu społecznego.

Cały świat szarpie się w tym, powyżej naszkicowanym, dylemacie możliwości ekonomicznych, wymyślając najróżniejsze kombinacje, których celem jest maksymalizacja dobrych efektów wydawania pieniędzy publicznych i unikanie skutków negatywnych. Wszystko to, powtarzam, działa niekiedy bardzo dobrze, tj. ze społecznie pozytywnie ocenianym efektem i ku zadowoleniu profesjonalistów, gdy jest nadwyżka pieniędzy. Gdy jest niedobór, pojawiają się problemy społeczne, i Polska ze swoją socjalistyczną, niedoborową gospodarką w medycynie jest tego najlepszym przykładem. W naszej medycynie instytucjonalnej każdy fragment systemu finansowany jest wedle odmiennych zasad, a jeszcze, na dokładkę, część szpitalną, poprzez wprowadzenie „sieci szpitali”, podzielono na dwie części: finansowaną z kontraktu i finansowaną z ryczałtu. Na wady obu tych sposobów finansowania nie wymyślono jak dotychczas skutecznego remedium, działającego w samym systemie, w jego środku, obiektywnie i bezkonfliktowo. Jedynym sposobem w takich sytuacjach jest kontrola zewnętrzna. Kontrola, sprawozdania, kontrola, algorytmy, zestawienia, kontrola. Mówiąc językiem obecnej nowomowy, świadczeniodawcy i płatnicy dokleją do swoich struktur organizacyjnych różne, coraz większe działy rozliczeń, kontroli i statystyk, coraz więcej mamy biur i wydziałów polityki zdrowotnej, coraz więcej rzeczników rozmaitych praw kontrolujących wykonanie tych praw, coraz więcej samorządów zawodów medycznych kontrolujących wykonywanie swoich zawodów, agencji rządowych samorządowych, stowarzyszeń obywatelskich i „pacjenckich”, kontrolujących poprawność leczenia poszczególnych chorób, „ogólnopolskich rejestrów” i na koniec gremiów ekspertów przy partiach politycznych. Te ostatnie skontrolują, jak źle zarządzali medycyną nasi poprzednicy i jak niewłaściwe poglądy w tych sprawach mają nasi oponenci.

W jakim kierunku powinna pójść w państwie dalsza praca systemotwórcza? Odpowiem: nie wiem, i w ten sposób zgrabnie wykręcę się z dalszych dywagacji, bo kończy mi się miejsce przeznaczone na ten felieton. Mogę natomiast na koniec wygłosić pewne proroctwo (czasami podejrzewam siebie o kompetencje profetyczne). Pojawia się w naszym systemie ochrony zdrowia nowa religia. Informatyzacja. Dzięki niej zyskamy kolejne piętro możliwości kontrolnych. Przekonałem się o tym na pewnym szkoleniu z planowanych kierunków informatyzacji polskiej medycyny. Otóż cała (cała!) dokumentacja medyczna w postaci elektronicznej ma trafiać do płatnika, aby on mógł nałożyć na nią rozmaite algorytmy kontrolne. Dowiedziałem się na przykład, że system sprawdzi, czy pacjent przyjmowany planowo do szpitala zaliczył właściwy staż w kolejce do takiego przyjęcia itd., itd. Można tu wymyślać najrozmaitsze kryteria kontroli i oceny, np. skuteczności i efektywności leczenia.

Czy to przyniesie spodziewane skutki w postaci miru obywatelskiego i uwolni opinię społeczną od zbiorowego lęku przed nieotrzymaniem adekwatnej pomocy medycznej w chwili kryzysu zdrowotnego? Również nie wiem. Czy to spowoduje, że pozostałe elementy systemu: administracyjne, organizacyjne, legislacyjne i finansowe, naprawią się i zoptymalizują? Nie wiem, ale wiem na pewno, że pozwoli to w znoju i mozołe przetrwać kolejną kadencję z dobrym uzyskiem medalowym na koniec. I dlatego jestem za! ■

“

**W jakim kierunku
powinna pójść
w państwie
dalsza praca
systemotwórcza?
Odpowiem:
nie wiem...**

SKRINING



Dokumentacja medyczna



Orzecznictwo sądów administracyjnych jest bazą do opracowania wskazówek przydatnych dla lekarzy.

Rzecznik Praw Pacjenta zaktualizował objaśnienia prawne dotyczące dokumentacji medycznej. Podstawą do ich opracowania było głównie

orzecznictwo sądów administracyjnych wynikające z postępowań prowadzonych przez RPP w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. Koncentrują się one na praktycznych zagadnieniach związanych z prowadzeniem, przechowywaniem i udostępnieniem dokumentacji. Objaśnienia uzupełniono o kwestie bezpłatnego udostępnienia pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy, udostępniania dokumentacji zmarłego pacjenta osobie bliskiej oraz sprawy podatkowe w części poświęcone wymaganiu podania celu, dla którego pacjent wnosi o udostępnienie mu dokumentacji medycznej. Cel zmian: wsparcie podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w realizacji praw pacjenta i w konsekwencji zabezpieczenie ich interesów. Więcej na www.gazetalekarska.pl. ■

Prawo atomowe



W związku z wejściem w życie nowelizacji ustawy Prawo atomowe poszerzono zakres danych z klinicznego audytu wewnętrznego. Raport z audytu powinien zawierać liczbę zastosowanych procedur radiologicznych z podziałem na wiek i płeć pacjentów. Komisja Stomatologiczna NRL zwraca uwagę na te zmiany z powodu konieczności zbierania danych o liczbie wykonanych ekspozycji. Jak podkreśla wiceprezes NRL Andrzej Cisto, zachodzi konieczność wydania przez ministra zdrowia rozporządzenia regulującego zakres i tematykę szkoleń z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta (ORP), zarówno szkolenia zakończzonego

egzaminem (odbywanego co 5 lat), jak i szkolenia „ustawicznego”, stanowiącego alternatywę dla dotychczas obowiązującej formy szkolenia ORP. – Zakres tematyczny nowego rodzaju szkolenia („ustawiczne”) z zakresu ORP został zaproponowany w sposób zbieżny z oczekiwaniami NRL. Niepokoić musi natomiast zaproponowana w załączniku liczba godzin obowiązkowych w ramowym programie szkolenia ORP. Dotąd lekarzy dentyistów obowiązywało 7 godzin obowiązkowych tego kursu i 7 nieobowiązkowych. Projekt zakłada, że liczba godzin obowiązkowych wzrośnie do 12 – mówi Andrzej Cisto, dodając, że NRL zajmie w tej sprawie zdecydowane stanowisko. Więcej na www.gazetalekarska.pl. ■

„Ludzie, których kochamy, zostają na zawsze, bo zostawili ślady w naszych sercach.”

Panu

dr. n. med. **Krzysztofowi Zaorskiemu**
Sędziemu Naczelnemu Sądu Lekarskiego

szczerze wyrazy głębokiego współczucia i żalu
oraz słowa otuchy
w trudnych chwilach po śmierci

TATY

składają

Jacek Miarka

Przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego
wraz z Zespołem Sędziów

SKRINING

W imieniu środowiska



Trzecich członków Prezydium NRL uczestniczyło w ważnej, opiniotwórczej debacie XV Forum Rynku Zdrowia, które w dniach 21-22 października odbyło się w Warszawie.

IMPORT? NIE, DZIĘKUJĘ

Zdaniem wiceprezesa NRL Krzysztofa Madeja trzeba zdefiniować na nowo podmiot odpowiedzialny za zapewnienie świadczeń. – System umów między NFZ i placówkami nie wypełnia tego postulatu – powiedział. Na pytanie, czy samorząd lekarski czuje się partnerem w debacie o przyszłości polskiego systemu ochrony zdrowia prowadzonej z decydentami, odparł: – Odpowiedź na to pytanie jest prosta: nie. Jesteśmy wypychani na pozycję roszczeniowców, co jest jakąś naszą rolą do spełnienia, ale nie o to chodzi. Wiceprezes NRL podkreślił, że jedną z najważniejszych bolączek w ochronie zdrowia są problemy kadrowe. – Pozwolę sobie na niepopularną tezę, że mamy w Polsce złe wykorzystanie kadr – zauważył. Krytycznie wypowiedział się w sprawie próby poprawy sytuacji poprzez sprowadzanie medyków z zagranicy, o czym od pewnego czasu coraz śmielej mówi resort zdrowia. – Byłbym bardzo ostrożny przed importowaniem lekarzy. To proces o bardzo groźnych odległych skutkach – podkreślił Krzysztof Madej.

KSZTAŁCIĆ PO POLSKU, BO OBCOKRAJOWCY WYJEŹDZAJĄ

Natomiast członek Prezydium NRL Jerzy Friediger zwrócił uwagę, że choć od dawna mówi się o niedoborze kadr medycznych, niewiele w tej sprawie zrobiono. – Czy na istniejących uczelniach medycznych musimy kształcić tylu studentów obcokrajowców? A dlaczego nie możemy więcej studentów z Polski? Mamy gotowe miejsca, uczelnie są na to przygotowane. Zmienimy priorytet – zaapelował do siedzącej nieopodal wiceminister zdrowia Józefy Szczurek-Żelazko. Zaprzeczył, jakoby lekarze nie chcieli dzielić się zadaniami z pielęgniarkami, farmaceutami czy fizjoterapeutami. – Nie strzeżemy zazdrośnie swoich kompetencji. Podejmowanie decyzji o leczeniu musi jednak wiązać się z odpowiedzialnością. Ten, kto podejmuje decyzje, musi za nie odpowiadać – powiedział Jerzy Friediger. Jego zdaniem należy skończyć wreszcie z mnogością specjalizacji, tym bardziej, że te w wąskich dziedzinach trwają tyle, co np. trudne i odpowiedzialne kształcenie z zakresu chorób wewnętrznych. Ubolewał, że minister zdrowia dał do zrozumienia, że w najbliższym czasie nie należy spodziewać się w tym obszarze zmian, choć wydając rozporządzenie, mógłby wstrzymać czasowo nabór

na niektóre wąskie specjalizacje. Pozwoliłoby to zwiększyć liczbę lekarzy na specjalizacjach niezbędnych dla funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce.

OD STYCZNIA E-RECEPTA

– Nie mogę powiedzieć, by gotowość środowiska lekarskiego była powszechna – tymi słowami wiceprezes NRL Andrzej Ciśło odniósł się do tego, że już za kilka tygodni każdy lekarz, poza wyjątkami wskazanymi w przepisach, będzie musiał wystawiać e-recepty. Brak gotowości środowiska lekarskiego wynika z wielu powodów, m.in. z uwagi na fakt, że wielu lekarzy pracuje w kilku miejscach. – W każdej poradni może być inny system – podkreślił Andrzej Ciśło, dodając, że z punktu widzenia użytkownika wyzwaniem jest nauka jednego, a co dopiero kilku skomplikowanych programów. – Lekarz nie jest w stanie podjąć dyskusji na równorzędnym poziomie z informatykami, tym bardziej, gdy program komputerowy jest na rynku od niedawna – wskazał. Inną bolączką są wydatki, które dla małych praktyk lekarskich stanowią duże obciążenie finansowe. Jeszcze innym utrudnieniem dla lekarzy jest, jak powiedział Andrzej Ciśło, niejasne otoczenie prawne i rosnąca ilość obowiązków towarzyszących przechodzeniu z ery papierowej do cyfrowej. ■



gazetalekarska.pl

LUCYNA
KRYSIAK

dziennikarz

30 LAT ODRODZONEGO SAMORZĄDU LEKARSKIEGO

Medialny dialog lekarzy

Jest ich 24 – tyle, ile okręgowych izb lekarskich. Biuletyny izbowe, bo o nich mowa, tak jak samorząd lekarski, mają swoją 30-letnią historię.

17

maja 1989 r. uchwalono ustawę o izbach lekarskich, a już 9 sierpnia Komitet Organizacyjny Izby Lekarskich zaczął usilnie zabiegać o prawo do wydawania własnego tytułu prasowego. Wystosował w tej sprawie pisma do Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej oraz redaktora naczelnego Państwowych Zakładów Wydawnictw Lekarskich dr. n. med. Aleksandra Tulczyńskiego z prośbą o przekazanie izmom lekarskim tygodnika „Służba Zdrowia” i przemianowanie tytułu na „Gazeta Lekarska”.

To był czas, kiedy nowy tytuł mógł być wydawany tylko na bazie starego, a tygodnik „Służba Zdrowia” najlepiej pasował do tej koncepcji. Mimo różnego rodzaju perturbacji 1 września 1990 r. ukazał się pierwszy numer „Gazety Lekarskiej”. Poprzedził go numer sygnałny z wywiadem z prof. Tadeuszem Chruścielą, pierwszym prezesem NRL, który określił rolę i miejsce izb lekarskich w środowisku. To był przełomowy moment również dla biuletynów, ponieważ z czasem były one kolportowane wspólnie z „Gazetą Lekarską”, wzajemnie się uzupełniając.

PISMA SZYBKIEGO REAGOWANIA

Przestanie co do polityki wydawniczej „GL” było jasne. W numerze sygnałnym napisano: „Chcemy zbierać to, co rozproszone: inicjatywy, opinie, doświadczenia, wiedzę praktyczną i naukową”. Zaangażowany w tworzenie zaplecza medialnego dla dopiero co odrodzonego samorządu lekarskiego Stefan Zgliczyński, ówczesny przewodniczący Komisji Informacji Naczelnej Rady Lekarskiej, rozpoczął redagowanie „Biuletynu Informacyjnego” NRL, dając tym samym impuls dla tworzenia tego rodzaju pism w okręgowych izbach lekarskich. Część z izb, widząc ogromny głód informacji wśród lekarzy o tym, co dzieje się w okręgach, szybko zaczęła je tworzyć. Obecnie jest ich 24 – tyle, ile izb lekarskich. Ich wydawanie, podobnie jak „Gazety Lekarskiej”, jest obowiązkiem wynikającym z zapisów w ustawie o izbach lekarskich, choć wcześniej taki zapis nie dotyczył biuletynów.

Od początku były one pismami szybkiego reagowania, stanowiły medialny dialog ze środowiskiem. Ich istnienie i rolę odnotowała „GL” w sygnałnym numerze w rubryce „Wy-pisy z biuletynów izb okręgowych”.

Autor rubryki, podpisujący się T.J., napisał, że do redakcji dotarły właśnie pierwsze numery – z Białego-stoku, Kielc, Olsztyna, Torunia, Łodzi i Warszawy, a kolejne są w drodze. W Biuletynie OIL w Białymstoku Andrzej Lussa w sposób dosadny napisał: „Napływają sygnały, że w tzw. terenie niewiele się zmieniło, nadal rządzą nomenklaturowe mafie, familijno-kumoterskie kliki, skutecznie blokujące próby zmian”, a ówczesny prezes OIL Jan Stasiewicz zapewniał, że w tej sytuacji izba będzie dążyć do samooczyszczenia środowiska, reformowania systemu i stworzenia godziwego systemu płac. Jan Stasiewicz prowadzi biuletyn od pierwszego numeru. – To był 1990 r., pierwsze składki dopiero zaczęły napływać, wydawaliśmy więc pierwszy numer bez pieniędzy, korzystając z powielacza urzędu wojewódzkiego i wyżebranego gazetowego papieru. Liczył trzydzieści parę stron i zawierał zdjęcia, na których trudno było kogokolwiek rozpoznać – wspomina dziś prof. Jan Stasiewicz.

Biuletyn Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej w swoich pierwszych wydaniach pochylał się nad sprawami organizacyjnymi izby. Prezydium ORL uchwaliło, że każdy członek OIL

niemający mandatu może uczestniczyć w zebraniach ORL i jej Prezydium oraz w okręgowym zjeździe lekarzy, ale bez prawa głosu. W czasie budowania struktur izby to były informacje kluczowe. Wiele na ten temat można się było dowiedzieć z pierwszych numerów Biuletynu Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej. Jej ówczesny przewodniczący Marek Stefanowicz pisał o trudnej drodze do samodzielności izby i zaznaczał, że lekarze zdecydowali o niej sami, wbrew decyzjom Krajowego Komitetu Organizacyjnego. Treści zawarte w biuletynach mogą zaskakiwać od wagą i bezkompromisowością, np. informacja o uchwale Kujawsko-Pomorskiej Izby Lekarskiej zwracającej uwagę na zbędność kosztownych dyżurów lekarza wojewódzkiego.

Z biuletynu OIL w Łodzi można było się dowiedzieć, że wybory do organów izb lekarskich wykazały, jak zatamizowane jest środowisko i jak mało lekarze znają się w obrębie swojego województwa, a z biuletynu OIL w Warszawie – jak administracja państwowa różnych szczebli okazuje niechęć i bierny opór wobec inicjatyw samorządowych. Jerzy Moskwa pisał wówczas: „Pozory okazywanej życzliwości mają na celu wciągnięcie samorządu w starą maszynę biurokracji, zatracając to, co w samorządzie najcenniejsze – poczucie wolności zawodu, swobody decydowania o własnym losie”.

DOTRZEĆ Z INFORMACJĄ

Biuletyny żyły tym, co działo się w izbach. Poruszały sprawy terenowych wyborów samorządowych, konkursów na kierownicze stanowiska, kadencyjności ordynatorów, uczestnictwa w egzaminach specjalizacyjnych, tworzenia kół delegatów i przedstawicielstw terenowych. Krytykowały zbyt małą aktywność członków i kulejące ściąganie składek. Taka była wówczas rzeczywistość.

Biuletyn OIL w Krakowie zaczął wychodzić na przełomie lat 1989-90. Najpierw była to złożona kartka papieru w formacie A4 wydrukowana na powielaczu, a redaktorem naczelnym był nieżyjący już Jan Kowalczyk, chirurg onkolog, który tą funkcją wymieniał się co kadencję z Jerzym Friedigerem, późniejszym prezesem i wiceprezesem OIL w Krakowie. Po nich pałeczkę przejął redaktor Stefan Ciepty, już 20 lat redagujący pismo, które szybko przeobraziło się w „Galicyską Gazetę Lekarską”. – Ówczesna, zeszytowa formuła biuletynu może nie była zbyt atrakcyjna, ale spełniała swoją rolę informatora w środowisku. W tym czasie izby lekarskie wydawały certyfikaty do prowadzenia praktyk, a ponieważ lista ta budziła ogromne zainteresowanie, biuletyn ją zamieszczał, choć ledwo się mieściła w numerze – wspomina Stefan Ciepty. Dostrzeżono więc potrzebę rozszerzenia formuły i tematyki.

W 2006 r. „GGL” jako jedyna w kraju dołączyła suplement traktujący o problemach lekarzy dentystów. Ten dodatek ukazuje się do dziś. Czytelnicy – jak mówi Stefan Ciepty – chcą czytać o sobie, m.in. o doktoratach, habilitacjach, profesurach, sylwetkach wybitnych lekarzy. Jeśli chodzi o informacje, szybszym medium stał się internet, który wygrywa z wersją papierową. Proces przeobrażania się biuletynów w pisma formatu A4, wydawane w kolorze na kredowym papierze objął wszystkie duże izby.

Tak było m.in. również w Śląskiej Izbie Lekarskiej. W I kadencji biuletyn nosił tytuł „Medicus”, a w skład redakcji wchodził: redaktor naczelny i przewodniczący Komisji ds. Informacyjnych ORL Andrzej Szulc, nieżyjąca już Maria Klimowicz, ówczesna wiceprezes ORL oraz dr Danuta Korniak, członek ORL. Od II kadencji pismo jest wydawane jako „Pro Medico” i od tego momentu po dziś dzień jego redaktorem naczelnym jest Żywiśław Mendel. – Na początku, tak jak wszystkie biuletyny, pismo miało charakter stricte informacyjny (stanowiska, uchwały), obecnie są to felietony, wywiady, reportaże, komentarze, refleksje – wylicza Żywiśław Mendel i nadmienia, że choć romantyzm tamtych czasów bezpowrotnie przeminął, wydawanie pisma wciąż budzi emocje. Wiążą się one z zabieganiem o czytelnika, wychodzeniem naprzeciw jego gustom i oczekiwaniom.

Biuletyny okręgowych izb lekarskich

- „Medyk Beskidzki”
- „Primum”
- „Medium”
- „Meritum”
- „Medicus”
- „Biuletyn Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku”
- „Częstochowska Gazeta Lekarska”
- „Pomorski Magazyn Lekarski”
- „Biuletyn Lekarski” (OIL w Gorzowie Wlkp.)
- „Biuletyn Okręgowej Izby Lekarskiej w Koszalinie”
- „Galicyska Gazeta Lekarska”
- „Panaceum”
- „Biuletyn Informacyjny Opolskiej Izby Lekarskiej”
- „Biuletyn” (OIL Płock)
- „Biuletyn Okręgowej Izby Lekarskiej w Rzeszowie”
- „VOX MEDICI”
- „Biuletyn Okręgowej Izby Lekarskiej w Tarnowie”
- „Puls”
- „Doktor”
- „ProMedico”
- „Eskulap”
- „Biuletyn Lekarski” W-MIL
- „Biuletyn Informacyjny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej”
- „Skalpel”



„Panaceum” – biuletyn OIL w Łodzi, to jedno z tych pism okręgowych, które zabiegając o czytelnicstwo na przestrzeni lat zmieniano się wielokrotnie. Biuletyn prowadził Kazimierz Pankiewicz, przewodniczący Komisji Informacyjnej z Częstochowy, później Stanisław Ciechowicz, a po nich Ryszard Golański, prezes, a później wiceprezes OIL w Łodzi oraz późniejszy redaktor naczelny „GL”. – To były lata, kiedy odbywały się pierwsze zjazdy lekarzy i komunikacja ze środowiskiem miała ogromne znaczenie, nie było e-maila, komórek, internetu, a więc trzeba było dotrzeć do każdego lekarza z osobną, dostarczyć biuletyn do rąk własnych – wspomina Ryszard Golański i dodaje, że wtedy pismo redagowali wyłącznie lekarze.

Dopiero, kiedy samorząd okrzepł, redagowanie biuletynu powierzono zawodowemu dziennikarzowi Ninie Smoleń. Obecnie ten trend przejęły inne biuletyny, np. „Pomorski Magazyn Lekarzy” OIL w Gdańsku, którego redaktorem naczelnym przez lata była lekarka Wiesława Klemens, czy „Medicus” Lubelskiej Izby Lekarskiej, redagowany przez wiele lat przez lekarza Marka Stankiewicza. – Te zmiany mają na celu wnieść świeżość i profesjonalizm, umiejscowić pisma izbowe w strukturach nowoczesnego rynku wydawniczego – podkreśla Marek Stankiewicz i pyta, czy tego rodzaju zabiegi rzeczywiście poniosą biuletyny, trafią w gusta lekarzy, które są bardzo zróżnicowane w zależności od wieku, regionu, w którym żyją i pracują, oraz pozamedycznych zainteresowań.

INTEGRACJA PRZESZŁOŚCI

Czytelnictwo zawsze było i jest największą bolączką biuletynów, bowiem pokutuje przekonanie, że lekarze ich nie czytają. Mają jednak swoich fanów, szczególnie wśród średniego i starszego pokolenia lekarzy, którzy z niecierpliwością czekają na każdy nowy numer. Przybywa też czytelników z grona młodych adeptów sztuki medycznej. Od 30 lat, a więc od chwili reaktywacji

samorządu lekarskiego, nieustająco pada pytanie – co robi izba lekarska. Biuletyny starają się na nie odpowiadać. – Duże izby i wydawane przez nie pisma mają większe możliwości w tym zakresie, małe gorzej sobie z tym radzą, tworzą jednak familiarną atmosferę, przez co łatwiej się zintegrować i poznać oczekiwania środowiska – tłumaczy Zbigniew Brzezina, prezes OIL w Częstochowie i redaktor naczelny „Częstochowskiej Gazety Lekarskiej”, której wprowadzenie nie stać, aby wychodziła co miesiąc, ale i tak jest znana w całej Polsce dzięki organizacji międzynarodowego konkursu PhotoArtMedica, w którym uczestniczą lekarze z całego świata.

Ta integracyjna rola biuletynów jest podkreślana wielokrotnie. To na ich łamach ukazują się relacje z różnych oficjalnych i mniej oficjalnych imprez, to tutaj można przeczytać o zawodach sportowych i poznać nazwiska zwycięzców, to tu czytelnik może dowiedzieć się, jak udzielają się lekarze na polu kultury. – W artykułach muszą znaleźć się nazwiska osób związanych z poruszonym problemem i zdjęcia, na których lekarze rozpoznają siebie i swoich kolegów – mówi Jarosław Wanecki, wieloletni prezes OIL w Płocku i przez lata redaktor naczelny izbowego biuletynu, którego pierwszy numer ukazał się w 1990 r. Jego twórczynią i pierwszym redaktorem naczelnym (szefem i personelem) była lekarka pediatra Barbara Sosnowska, także pomysłodawczyni winiety periodyku, z zarysem płockiego Wzgórza Tumskiego, do dziś pojawiającego się na okładkach wszystkich numerów. Od początku był i wciąż jest on redagowany wyłącznie przez lekarzy, bez wypłacania im jakiegokolwiek honorarium.

Biuletyn Wielkopolskiej Izby Lekarskiej także funkcjonuje na takich zasadach. Andrzej Baszkowski, od początku związany z pismem, mówi, że powstało ono równolegle z powołaniem izby. Tematyka była – jak w innych biuletynach – związana z formowaniem się struktur

“

Nie sposób opisać w jednym materiale wszystkich izbowych biuletynów. Z okazji jubileuszu 30-lecia odrodzonego samorządu lekarskiego każdemu z osobna życzymy dalszych sukcesów, bo za każdym z tych pism stoi ogromny wysiłek i niepowtarzalna historia.

samorządowych, ale już zaczynano poza nią wychodzić. Nieżyjący prof. Janusz Skowronek, redagujący „Peryskop”, zamieszczał w nim na zasadzie ciekawostek materiały z pogranicza nauki, wprowadzając element rozluźnienia w poważną tematykę dotyczącą prac samorządu.

Zatem formuły wydawania biuletynów były różne, wielokrotnie decydowały o tym finanse, ale niezależnie od tego zawsze starały się odzwierciedlać głos środowiska i je integrować. Wszystkie ewoluowały – z przypominających podziemną solidarnościową „bibułę” zmieniały się w kolorowe magazyny dużego formatu. – Nowa rzeczywistość wymusza zmiany w redagowaniu biuletynów, już mało kto poszukuje tam aktualnych informacji, obecnie dokumentują i archiwizują różne ważne wydarzenia związane z działalnością izb lekarskich, a także środowisk lekarskich na różnych polach, nie tylko związanych z medycyną. Kierunek, w którym zmierzają, to zwarta treść i dużo zdjęć – zaznacza Łukasz Tyśzler, redaktor naczelny „VOX MEDICI”, biuletynu OIL w Szczecinie, dodając, że formy papierowe pism stały się medium dla określonej grupy odbiorców.

Niezależnie od poziomu redagowania biuletynów w poszczególnych izbach, od regularności ich wydawania, od treści, jakości papieru, zdjęć, wszystkie stanowią pomost pomiędzy tym, co dzieje się w samorządzie i lekarzami w okręgach. Pomaga w tym zamysł, by kolportować je razem z „Gazetą Lekarską”, co pozwala spojrzeć na te media jako całość. Chodzi o to, aby być jak najbliższym siebie. ■



OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

30-lecie W-MIL

Na początku października Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska zaprosiła do filharmonii olsztyńskiej wielu znamienitych gości. Tak obchodzono 30-lecie reaktywowania samorządu lekarskiego.

– Dla nas ten jubileusz ma znaczenie szczególnie, bo jeżeli chcemy mówić o trzydziestolecu reaktywacji samorządu, to dla Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej jest to 30 lat istnienia. Nie możemy się pochwalić, tak jak inne izby, historią przedwojenną. Organizując nasz jubileusz, staraliśmy się, żeby nie był wydarzeniem pompacyjnym, ale przyjemnym spotkaniem i chwilą relaksu w zawodowym zabieganiu – mówiła dr Anna Lella, prezes ORL W-MIL.

– Wszystkim serdecznie dziękuję za tych trzydzieści lat działania na rzecz naszego samorządu. Cieszę się, że mogę współuczestniczyć w tworzeniu jego historii. To duże wyróżnienie, ale jednocześnie wielkie wyzwanie i odpowiedzialność – podsumowała.



– Najczęstszą figurą retoryczną stosowaną przez mówców – w takich jak ta przemowach jubileuszowych – jest namawianie, żeby przeanalizować czas przebyty, wyciągnąć z niego jedynie słuszne wnioski i że niby ma to mieć wpływ na projektowanie lepszej przyszłości. Ta inwokacja jest oczywiście przydatna tylko dla tych, którzy wierzą, że historia jest nauczycielką życia – zauważył dr Krzysztof Madej, reprezentujący naczelny szczebel samorządu lekarskiego. – Z braku czasu nie będę analizował 30-lecia i próbował wyciągać wniosków. Przypomnę tylko mit założycielski, który był podstawą reaktywowania samorządu lekarskiego. Składał się on z trzech punktów: integracja środowiska, przywrócenie etosu tegoż środowiska (chciałoby się powiedzieć: inteligenckiego etosu lekarskiej społeczności – wiem, że to sformułowanie brzmi dzisiaj nieco ryzykownie, ale u schyłku PRL-u tak to było werbalizowane) i pomoc państwu w dobrej wierze i w eksperckiej współpracy w zbudowaniu na nowo, innego niż dotychczasowy, systemu ochrony zdrowia w Polsce. Czy te trzy rudymenarne zadania udało się w ciągu tych trzydziestu lat wypełnić? Zdania są podzielone: od samozachwyty nad mnogością dokonań, do ogłoszenia kompletnej „klapy” i narodowego kryzysu – puentował. ■



gazetalekarska.pl

Pani Ałto, 200 lat!



Ałta Ćwiklińska, najstarszy lekarz zrzeszony w Śląskiej Izbie Lekarskiej, we wrześniu obchodziła setną rocznicę urodzin. Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach Tadeusz Urban złożył pani doktor życzenia

z tej wyjątkowej okazji, podziękował także za kilkudziesięcioletnie poświęcenie się pracy lekarza.

Jubilatka nie kryła wzruszenia, serdecznie dziękowała za pamięć i życzenia. Podczas spotkania cały czas się uśmiechała. Poproszona o radę dla młodych lekarzy, powiedziała: „Najważniejsze, by w tym zawodzie być tolerancyjnym, empatycznym i umieć słuchać drugiego człowieka”. Doktor Ćwiklińska ukończyła Akademię Medyczną w Krakowie w 1951 r., a w 1956 r. uzyskała tytuł specjalisty z zakresu pediatrii. Przez całe życie zawodowe leczyła małych pacjentów w Gliwicach. ■

0 geriatrici we Wrocławiu

21

listopada w stolicy Dolnego Śląska odbędzie się III konferencja „Współczesna geriatrici – choroby otępieńcze”. Organizatorami spotkania są m.in.: Katedra i Klinika Geriatrici Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, Dolnośląska Izba Lekarska oraz Ośrodek Badawczo-Naukowo-Dydaktyczny Chorób Otępiennych w Ścinawie. Za uczestnictwo przysługuje 5 punktów edukacyjnych. Aby wziąć udział w spotkaniu, wystarczy wysłać swoje zgłoszenie do Komisji Kształcenia DRL (mailowo lub telefonicznie). W czasie konferencji zostaną poruszone m.in. tematy: polifarmakoterapia u osób starszych, senior na szpitalnym oddziale ratunkowym, depresja u pacjentów w starszym wieku, otępienie z perspektywy neurologa, metody przesiewowe w diagnostyce otępień, profile neuropsychologiczne otępień. ■

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE



Wielkopolski Lekarz z Sercem 2019

5

października ogłoszono wyniki trzeciej edycji konkursu Wielkopolski Lekarz z Sercem im. dr. Kazimierza Hołogi organizowanego przez Wielkopolską Izbę Lekarską oraz Samorząd Województwa Wielkopolskiego. Wielkopolskim Lekarzem z Sercem został Paweł Wiszniewski. Przyznano również trzy wyróżnienia, otrzymali je: Maria Izabela Pobojewska, Anna Ptasik i Wiesław Wawrzyniak. Laureaci konkursu to osoby, które poprzez swoją postawę życiową oraz działalność pozazawodową niosą pomoc ludziom chorym i potrzebującym pomocy w kraju i za granicą. ■



Kto stworzy najpiękniejszą pocztówkę na Święta?



R

uszyły konkursy dla dzieci na projekt kartki bożonarodzeniowej. Organizatorem jednego z nich jest Kujańsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska, a drugiego – OIL w Gdańsku.

Konkurs KPOIL jest przeznaczony dla dzieci w dwóch kategoriach wiekowych (do 7 r.ż. i od 8 r.ż.). Projekty mogą być wykonane dowolną techniką, ważne, aby przedstawiały motywy związane ze świętami Bożego Narodzenia. Prace można

przesyłać do 30 listopada – dla zwycięzców przewidziano nagrody rzeczowe. Rozstrzygnięcie konkursu i nagrodzenie laureatów odbędzie się 14 grudnia w czasie imprezy mikołajkowej organizowanej w siedzibie izby w Toruniu. Nagrodzone prace zostaną wykorzystane do promowania izby, m.in. będą rozsyłane jako kartki pocztowe w okresie świątecznym.

Z kolei w konkursie organizowanym przez gdańską izbę mogą wziąć udział dzieci do lat 14. Warunkiem uczestnictwa jest samodzielne przygotowanie projektu kartki związanej z Bożym Narodzeniem lub Nowym Rokiem. Prace należy dostarczyć do siedziby izby do 15 listopada. ■

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Izba przestrzega przed dopalaczami



Wielkopolska Izba Lekarska zorganizowała w Pile szkolenie dla młodzieży i policjantów o niebezpieczeństwach zażywania substancji psychoaktywnych, zwanych potocznie dopalaczami. Wykładali: Magdalena Łukasik-Głębocka z poznańskiej toksykologii oraz Artur de Rosier – lekarz psychiatra i prezes ORL WIL. Pomysłodawczynią spotkania była Aldona

Pietrysiak – wiceprezes izby. – Żebyśmy mogli powiedzieć o tym, co tak naprawdę można spotkać w sensie psychicznym po spożyciu różnych substancji, trzeba zdefiniować kilka pojęć, które są bardzo często mylone – zaznaczył Artur de Rosier, wyjaśniając definicje halucynacji: wzrokowych, słuchowych, smakowych, oraz złudzeń, urojeń, czy omamów. ■

Wymiana doświadczeń z niemieckimi lekarzami

Ostatnią sobotę września delegacja Dolnośląskiej Rady Lekarskiej spędziła w Dreźnie na spotkaniu z prezydium zaprzyjaźnionej Saksońskiej Izby Lekarskiej – informuje na łamach „Medium” Paweł Wróblewski, prezes DRL. Uczestnicy rozmawiali m.in. o swoich doświadczeniach

związanych z transgraniczną współpracą w dziedzinie medycyny, dyskutowano także o aktualnych problemach związanych z cyfryzacją ochrony zdrowia. Jak przyznaje prezes DRL, problemy polskiej i niemieckiej ochrony zdrowia są bardzo podobne, choć jej finansowanie różni się znacznie. ■

Debata z udziałem polityków

Na początku października w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze odbyła się debata z udziałem przedstawicieli izby, lokalnych polityków reprezentujących różne partie oraz mediów. W czasie spotkania rozmawiano o największych problemach systemu, w tym lekarzy POZ, AOS, szpitala i stomatologii. Prezes ORL dr Marzena Plucińska mówiła o złej sytuacji ochrony zdrowia zarówno w woj. lubuskim, jak i w całym kraju, a wiceprezes ORL Jacek Kotuła przedstawiał problemy stomatologii, m.in. kwestie związane z niedoszacowaniem wyceny procedur stomatologicznych i trudności związane z kształceniem kadr. ■

Szczepienia – kontekst prawny

28 listopada w Opolu odbędzie się II Interdyscyplinarna Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Prawnokarne i medyczne aspekty zaniechania szczepień dzieci”. Organizatorami spotkania są: Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Opolskiego, Okręgowa Rada Adwokacka w Opolu i Opolska Izba Lekarska. Organizatorzy spotkania planują wydać recenzowaną publikację naukową, w której znajdą się artykuły przygotowane przez prelegentów. Chęć uczestnictwa w konferencji można zgłaszać do 15 listopada. ■

Zadłużenie w województwach

ZACHODNIOPOMORSKIE

Łączne zadłużenie 13 SPZOZ-ów (w tym 7 szpitali specjalistycznych), dla których podmiotem tworzącym jest samorząd województwa, wynosi 23 mln zł (de facto dotyczy 2 szpitali).

WIELKOPOLSKIE

Samorząd województwa nadzoruje 20 podmiotów leczniczych. Wg stanu na 31 sierpnia najwyższe zobowiązania wymagalne mają: Szpital Wojewódzki w Poznaniu (19 mln zł), Wojewódzki Szpital Zespolony w Lesznie (7,6 mln zł), Wojewódzki Szpital Zespolony w Kaliszu (6,6 mln zł).

LUBUSKIE

Zobowiązania wymagalne 8 szpitali podlegających samorządowi województwa sięga 4,5 mln zł. Rekordziści: Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu (1,6 mln zł) oraz Szpital Uniwersytecki im. K. Marcinkowskiego w Zielonej Górze (1,5 mln zł).

DOLNOŚLĄSKIE

Samorząd województwa pełni funkcję podmiotu tworzącego dla 18 SPZOZ-ów oraz uczestniczy w 2 spółkach prawa handlowego wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne. Łączna wartość zobowiązań długo- i krótkoterminowych 20 szpitali (wg stanu na 31 grudnia 2018 r. i 30 czerwca br.) wyniosła odpowiednio 443,8 mln zł i 485,4 mln zł. Placówką z najwyższym poziomem zadłużenia (stan na 30 czerwca) jest Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy (161,9 mln zł).

POMORSKIE

Łączne zobowiązania wymagalne 10 szpitali, których podmiotem tworzącym jest województwo, wyniosły ok. 43 mln zł (stan na 31 sierpnia). Rekordziści: spółka Copernicus Podmiot Leczniczy w Gdańsku, Szpital Pomorskie w Gdyni, Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie.

PODLASKIE

Wśród szpitali podległych samorządowi wojewódzkiemu największe zobowiązania wymagalne mają: Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku (27,5 mln zł) i Szpital Wojewódzki im. dr. L. Rydygiera w Suwałkach (5,8 mln zł).

MAZOWIECKIE

Wartość zobowiązań krótko- i długoterminowych szpitali działających w formie SPZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest województwo, na dzień 31 grudnia 2018 r. wyniosła łącznie 387,6 mln zł. 6 miesięcy później wzrosła do 434,9 mln zł. Największe problemy finansowe posiadają podmioty realizujące działalność w zakresie psychiatrii, natomiast najwyższe wartości zobowiązań wykazują duże szpitale wielospecjalistyczne.

LUBELSKIE

Samorząd województwa jest podmiotem tworzącym dla 9 szpitali. Na dzień 31 sierpnia ich zobowiązania ogółem wyniosły 871,3 mln zł, w tym zobowiązania wymagalne 82,1 mln zł (najwyższe ma Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie – ok. 18,3 mln zł).

OPOLSKIE

Zobowiązania ogółem podlegających szpitali samorządowi województwa na dzień 31 grudnia 2018 r. wyniosły 56,8 mln zł, żaden z nich nie wykazał zobowiązań wymagalnych.

MAŁOPOLSKIE

Województwo jest podmiotem tworzącym dla 13 szpitali. Z porównania danych ze sprawozdań finansowych wojewódzkich podmiotów leczniczych za lata 2017 i 2018 wynika, że nastąpił wzrost zobowiązań krótko- i długoterminowych. Ujemny wynik finansowy netto za ubiegły rok miały: Szpital Wojewódzki im. św. Łukasza w Tarnowie, Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie, Szpital Kliniczny im. J. Babińskiego w Krakowie.

PODKARPACKIE

Wśród placówek podległych samorządowi województwa zobowiązania wymagalne posiada tylko szpital w Tarnobrzegu (6,2 mln zł), a jego strata do pokrycia przez samorząd wynosi 6,5 mln zł. Zobowiązania długoterminowe wszystkich szpitali wynoszą 367,2 mln zł, największe ma Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 w Rzeszowie (139,9 mln zł).

Wyjaśnienie

Zobowiązanie wymagalne to takie, którego termin płatności minął, ale nie zostało przedawnione lub umorzone. Wszystkie dane zebrano z urzędów marszałkowskich na przełomie września i października 2019 r.



MARIUSZ
TOMCZAK

dziennikarz

ANALIZA

Skąd te długi?

Wiele szpitali jest na minusie, niektóre od dawna są zadłużone po uszy, ale aktualnej sumy ich zobowiązań nie znamy. Wiemy za to, dlaczego placówki czasem nie dopinają budżetów.

© M.TOMCZAK@GAZETALEKARSKA.PL

Niski poziom finansowania świadczeń zdrowotnych przez płatnika (zarówno pod względem liczby zakontraktowanych świadczeń, jak i ich wyceny), rosnące koszty realizacji procedur medycznych i outsourcingu (np. utrzymanie czystości, usługi cateringowe, pralnicze), dynamiczny przyrost różnych innych wydatków (np. energii elektrycznej) – to tylko niektóre przyczyny powstawania ujemnego wyniku finansowego w szpitalach publicznych.

Wydaje się, że najważniejszym powodem przyrostu zadłużenia w wielu placówkach w czasie ostatnich miesięcy (w niektórych szpitalach to absolutny numer 1) jest wzrost wynagrodzeń, niemały pokrycia w poziomie przychodów otrzymywanych z Narodowego Funduszu Zdrowia. – Czas Judymów się skończył. Musimy to przyjąć do wiadomości i do tego stanu dostosowywać organizację systemu – powiedział w połowie września Andrzej Jacyna, doradca premiera Mateusza Morawieckiego ds. zdrowia, a do niedawna prezes NFZ. – Wzrost płac w sektorze zdrowia jest wynikiem zasłotności, wieloletnich zaniedbań płacowych, które doprowadziły do masowych



protestów – podkreślił. Rzetelność dziennikarska nakazuje dodać, że dynamiczny wzrost wynagrodzeń części lekarzy i przedstawicieli innych grup zawodowych spowodowany jest kilkoma ustawowymi regulacjami. Andrzej Jacyna przywołał postać doktora Tomasza Judyma nie z okazji przypadającej w tym roku 120. rocznicy od napisania powieści „Ludzie bezdomni” przez Stefana Żeromskiego, której Judym jest głównym bohaterem, lecz w związku z dyskusją nad raportem „Szpitale powiatowe – dzisiejszy stan, jutrzejsze perspektywy”. Analiza powstała z inicjatywy Związku Powiatów Polskich oraz Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych.

WINNY SYSTEM CZY SIĘĆ?

Jego autorki, prof. Ewelina Nojszewska i dr Agata Sielska ze Szkoły Głównej Handlowej oraz Dorota Gołąb-Bęłtowicz, zastępca dyrektora ds. finansowych Szpitala Specjalistycznego w Krakowie, zebrały dane ze 120 spośród ok. 260 szpitali powiatowych działających w naszym kraju. Na koniec czerwca tylko 10 placówek nie miało straty netto, choć jeszcze w 2017 r. (i kilku wcześniejszych latach) ten wskaźnik oscylował wokół 55 proc. W 2018 r. wzrósł do już ok. 74 proc. O ile w 2015 r. stratę wykazało ok. 52 proc. placówek, a na koniec 2017 r. niecałe 55 proc., o tyle półrocze br. ponad 92 proc. lecznic ze stratą zamknęło. – Jeżeli stratę wykazuje ponad 90 proc. szpitali, nie można wyciągać wniosku, że

ich dyrektorzy są nieudolni – mówi prof. Ewelina Nojszewska. Jej zdaniem to wina fatalnie zorganizowanego i źle finansowanego systemu. Autorki raportu nie mają wątpliwości: zła kondycja finansowa większości szpitali w Polsce powiatowych to efekt uchwalenia ustawy o sieci, bo stosowany w oparciu o nią ryczałt nie zapewnia właściwego poziomu finansowania. – Załamanie nastąpiło w 2018 r., gdy średnia strata szpitala powiatowego sięgnęła kwoty 2,7 mln zł. W 2019 r. kryzys się pogłębił. Średnia strata szpitala, a ma ją ponad 90 proc. placówek, jest niemal równa kwocie straty za rok poprzedni – wylicza Andrzej Płonka, prezes zarządu Związku Powiatów Polskich. Sytuacja jest patowa, bo w obliczu niedoboru kadr lekarskich i pielęgniarzów oraz braku rąk do pracy także wśród przedstawicieli wielu innych zawodów, których zatrudnienie jest niezbędne do funkcjonowania szpitali, pracownikom łatwiej dyktować warunki. Z pustego i Salomon nie należy, a epoka Judymów – jak mówi Andrzej Jacyna – odeszła do lamusa. O ile złotousty eksprezes NFZ zgadza się z autorkami raportu, że podwyżki wynagrodzeń kadry medycznej wpłynęły na wzrost zadłużenia szpitali, o tyle protestuje, gdy winę za wpadnięcie pod kreskę przypisuje się ustawie o sieci. Jeszcze dobitniej mówi o tym były minister zdrowia Konstanty Radziwiłł, który te przepisy przeforsował. Były szef resortu zdrowia krytykuje raport Najwyższej Izby Kontroli, który ujrzał światło dzienne kilka tygodni temu. Jeden z głównych wniosków raportu NIK brzmi: sieć nie wyciągnęła szpitali z długów. – Ustawa o sieci nie doprowadziła do zmniejszenia finansowania placówek, a wręcz odwrotnie, bo otrzymały one dodatkowe środki, a także, co jest istotne z punktu widzenia zarządzania, wieloletnią gwarancję kontraktu z NFZ. Myśmy zmienili sposób ich finansowania, a nie jego wysokość, a jeśli już zmienialiśmy wysokość, to w górę, a nie w dół – mówi minister Konstanty Radziwiłł.

„Milion Plus”

Minister zdrowia Łukasz Szumowski zapowiedział, że szpitale I i II stopnia zabezpieczenia dostaną ekstra 344 mln zł w ramach sieci szpitali. Pieniądże trafią do 373 placówek, co oznacza, że średnio na każdą przypadła ok. 1 mln zł. Dodatkowo pieniądze przeznaczone zostaną na wzrost wycen 34 świadczeń wyspecjalistycznych realizowanych przede wszystkim w ośrodkach referencyjnych (szpitalach klinicznych i instytutach badawczych). – Patrząc perspektywę kolejnych lat, 2020, 2021, to naprawdę nie jest ostatnie słowo. Przyszłość przyniesie kolejne wzrosty wycen – zapowiada minister. Dyrektorzy szpitali oczywiście cieszą się z tych obietnic, ale twierdzą, że choć akcja z przymrużeniem oka nazywana jako „Milion Plus” niektórym placówkom poprawi płynność finansową, to nie wszystkie zadłużone lecznice wyciągnie z zapaści, a chcąc zeglować na pełnym morzu, nie można ciągle brzuchem szorować o dno. Z pewnością dodatkowe pieniądze niewiele pomogą szpitalowi w Grudziądzu, który ma pół miliarda długu.



Jak wyjść na prostą?

Nawet z wielkiego zadłużenia można wyjść na prostą, co świetnie pokazuje przykład Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. W 2010 r. UCK posiadało prawie 100 mln zł zobowiązań do spłaty. Problemy z płynnością powodowały opóźnienia w płatnościach do dostawców i w efekcie wzrost zadłużenia. Przeterminowane wierzytelności generowały wysokie koszty finansowe i komornicze. Agencja Rozwoju Przemysłu wsparła szpital kwotą 110 mln zł, ale postawiła warunek: konieczna jest restrukturyzacja. Plan restrukturyzacyjny rozpoczęty w 2011 r. polegał na wprowadzeniu szeregu zmian w funkcjonowaniu szpitala klinicznego, których celem była poprawa sytuacji finansowanej i organizacyjnej. Placówka postawiła m.in. na informatyzację głównych procesów (np. kontrola zużycia leków i materiałów medycznych). Działania restrukturyzacyjne zakończyły się sukcesem. – Nasz szpital nie ma długów. Spłaciliśmy pożyczkę z ARP z 20-miesięcznym wyprzedzeniem, nadpłacając 18,5 mln zł – mówi Jakub Kraszewski, dyrektor naczelny UCK. To m.in. dzięki wyjściu na prostą mogły powstać unikatowe jednostki jak Krajowe Centrum Hipercholesterolemii Rodzinnej, Centrum Medycyny Translacyjnej, Ośrodek Badań Klinicznych Wczesnych Faz czy Centrum Chorób Rzadkich. Więcej na ten temat piszemy na www.gazetalekarska.pl, a komentarz dyrektora UCK publikujemy na str. 23.

WZBIERA FALA ROSZCZEŃ

W szpitalu uderza negocjowanie na poziomie centralnym podwyżek dla różnych grup zawodowych zatrudnionych w sektorze ochrony zdrowia bez zagwarantowania podmiotom leczniczemu środków pozwalających na spełnienie tych oczekiwań. Dyrektorzy niektórych placówek alarmują, że fala roszczeń płacowych może je wykończyć, a już na pewno ogranicza pulę pieniędzy trafiających na leczenie. Nie jest tajemnicą, że zakłady pracy priorytetowo traktują obowiązek wypłacania wynagrodzeń i wszystkich ich pochodnych. – Z tego względu, przy ograniczonej wysokości środków finansowych, w dalszej kolejności regulowane są inne zobowiązania, np. zakup usług, leków, sprzętu medycznego – mówi Zbigniew Terek,

465 MLN ZŁ

– tyle wynoszą zobowiązania szpitala w Grudziądzu.

dyrektor Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego. – Niektóre szpitale 85 proc. swoich środków przeznaczają na wynagrodzenia – przyznaje Waldemar Malinowski, prezes Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych. Trudno działać przy takiej strukturze kosztów dlatego, że każda decyzja o podwyżce może oznaczać wydatek dodatkowych setek tysięcy złotych, a nierzadko nawet znacznie więcej. Niewiele wskazuje na to, by sytuacja miała zmienić się w najbliższych miesiącach. W połowie tego roku zadłużenie (rozumiane jako wartość zobowiązań długo- i krótkoterminowych) 20 szpitali podlegających Samorządowi Województwa Dolnośląskiego wyniosło ponad 485,4 mln zł. O ile w 2017 r. średniomiesięczne koszty pracy (wartość wynagrodzeń z tytułu umów o pracę i umów cywilnoprawnych wraz z obowiązkowymi pochodnymi) wyniosła 75,8 mln zł, o tyle w I półroczu br. wzrosła do 89,9 mln zł, tj. o ok. 14,1 mln zł. – Wprawdzie wzrost kosztów pracy podlega „refundacji” ze środków płatnika publicznego, jednakże jej poziom pozwala wyłącznie na częściowe ich pokrycie, podczas gdy 51 proc. wzrostu kosztów wynagrodzeń obciąża bezpośrednio budżet szpitala – mówi Michał Nowakowski, rzecznik prasowy marszałka województwa dolnośląskiego. Natomiast koszty wynagrodzeń wraz z pochodnymi w szpitalach wojewódzkich na Opolszczyźnie w 2018 r. wzrosły o 3,9 proc. w porównaniu do 2017 r.

NA KRAWĘDZI BANKRUCTWA

Wśród przyczyn fatalnej sytuacji finansowej mogą być oczywiście niefortunne decyzje kadry kierowniczej. Tak jest w przypadku Regionalnego Szpitala Specjalistycznego w Grudziądzu, prawdopodobnie krajowego rekordzisty pod względem zadłużenia. Główną jego przyczyną i jednym z głównych powodów aktualnych problemów lecznicy jest nadmierna, w stosunku do osiągniętych przychodów, rozbudowa. Na budowę i wyposażenie w latach

373

– tyle szpitali I i II stopnia zabezpieczenia otrzyma dodatkowe środki z Ministerstwa Zdrowia (średnio na każdą przypadłość ok. 1 mln zł).

1985-2014 wydano 541,41 mln zł. Obecnie stan zobowiązań placówki sięga 465 mln zł, a razem ze zobowiązaniami Grudziądzkich Inwestycji Medycznych (spółki komunalnej będącej właścicielem nieruchomości szpitala) na mieście, tj. właścicielu lecznicy, ciąży zobowiązanie w wysokości ok. 580 mln zł. Chcąc je szybko spłacić, władze miasta musiałyby m.in. z dnia na dzień zwolnić urzędników, wyprzedać sporo majątku i zaprzestać remontów dróg. Liczby nie kłamią: w uchwalonym pod koniec stycznia budżecie miasta po stronie dochodów jest 645 mln zł. – Miasto zamierza oddłużyć szpital, pozyskując środki pieniężne z tytułu sprzedaży posiadanych udziałów w kilku spółkach miejskich do Grudziądzkiego Holdingu Komunalnego, w którym 100 proc. akcji posiada gmina-miasto Grudziądz – mówi Beata Adwent, rzecznik prasowy Urzędu Miejskiego w Grudziądzu. Kilka tygodni temu dotychczasowy dyrektor szpitala został zwolniony, bo zdaniem prezydenta miasta opieszale wdrażał plan naprawczy. Obecna dyrektorka dwoi się i troi, aby zbilansować budżet, ale część pracowników może dostać po kieszeni. – Wśród wydatków operacyjnych znaczną kwotę stanowią wynagrodzenia, które wymagają optymalizacji – przyznaje Beata Adwent. Na moje pytanie, co się pod tym kryje i czy „optymalizacja” dotknie lekarzy, nie otrzymałem odpowiedzi. Zupełnie odrębną kwestią jest kondycja finansowa instytucji medycznych, które generują ogromne długi. Zysk netto za ubiegły rok odnotowały tylko trzy z 16 nadzorowanych przez ministra zdrowia instytucji badawczych. Najwyższe zobowiązania ogółem miały Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie, Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie. Leczą one głównie pacjentów w najcięższym stanie, wymagających złożonego, a co za tym idzie – kosztownego postępowania diagnostycznego, leczniczego i rehabilitacyjnego. ■

Ministerialna gra?

Nie wiadomo, ile dokładnie wynosi aktualne zadłużenie szpitali publicznych. Wciąż nie ma danych dotyczących SPZOZ-ów za I kwartał 2019 r., choć Ministerstwo Zdrowia jest zobowiązane do podawania ich co trzy miesiące. Złośliwi twierdzą, że kilkumiesięczne opóźnienie wynika z pogarszającą się kondycją finansową placówek i strachu, by ujawnić to przed wyborami parlamentarnymi. Resort tłumaczy, że do systemu wpłynęły dodatkowe pieniądze (podniesiono ryczałt), szpitale nadal wszystko księgują, dlatego dane o zobowiązaniach podlegają korektom. W ostatnich tygodniach minister zdrowia Łukasz Szumowski wiele razy tłumaczył, że publikowanie sprawozdania nieuwzględniającego, jak to ujął, „dużych przepływów finansowych”, byłoby czymś nieprawdziwym. – Każdy, kto miał do czynienia z zasadami księgowości, wie, że środki powinny zostać rozpoznane w odpowiednich miesiącach, ponieważ ryczałt jest przeliczany ze skutkiem od 1 stycznia. Trudno się dziwić, że spodziewając się korekt, nie są jeszcze publikowane wyniki – tłumaczył kilka tygodni temu podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński w czasie posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia, dodając, że dyskusję o wynikach finansowych szpitali należy przełożyć. W ostatnich dniach spotkałem oko w oko podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomira Gadomskiego. – Już niedługo opublikujemy dane za II kwartał z korektą za I kwartał. Zadłużenie ogółem SPZOZ-ów jest na poziomie ok. 13 mld zł – powiedział wiceminister dopytywany o wysokość zadłużenia. Z oficjalnych danych opublikowanych przez resort w marcu br. wynika, że w IV kwartale 2018 r. zadłużenie publicznych szpitali ogółem wynosiło 12,8 mld zł, a ich zobowiązania wymagalne prawie 1,6 mld zł.

Szpitala będą zamykane?

Czy za długi szpitali winić ustawę o sieci? Co z wycenami procedur medycznych? Dlaczego NFZ skąpi publicznego grosza? Kto nakręca spiralę wzrostu płac? Czy można wyjść z długów? Gdzie podkupują pracowników? Co czeka internę?



**WALDEMAR
MALINOWSKI**

prezes Ogólnopolskiego
Związku Pracodawców
Szpitali Powiatowych

Jako Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych próbowaliśmy oszacować skutki wzrostu wynagrodzenia minimalnego do 2600 zł brutto w 2020 r. Z informacji przekazanych przez 140 szpitali powiatowych, czyli połowę działających w kraju, wynika, że trzeba dla nich wygospodarować na ten cel ok. 800 mln zł. Zakładając, że w placówkach, które nie odpowiedziały na naszą ankietę, skutki podwyższenia wynagrodzenia minimalnego będą na podobnym poziomie, potrzeba w sumie ok. 1,6 mld zł w skali roku. Każda konferencja prasowa ministra zdrowia zwykle kończy się słowami: „Przekazałem szpitalom środki na wynagrodzenia”. Nic dziwnego, że później nawet grupy, które niedawno otrzymały podwyżki, upominają się o jeszcze więcej. Oczekiwania płacowe rosną, mimo że już teraz w niektórych szpitalach aż 85 proc. ogólnych kosztów stanowią wynagrodzenia. Na rosnące zadłużenie szpitali powiatowych wpływa także oderwany od realiów udział kosztów pracy w wycenie świadczeń medycznych dokonywanej przez AOTMiT. Jeśli do dyrektora

szpitala przychodzi zespół lekarski pracujący w oddziale i w całości składa wypowiedzenie, to jego działalność trzeba zawiesić. Dyrektor ma kilka miesięcy na skompletowanie nowego zespołu, a jeśli to się nie uda, musi oddział przekształcić lub zlikwidować. O tym, że takich sytuacji nie brakuje, słyszymy z mediów. Z uwagi na niedobór lekarzy coraz większe problemy pojawiają się w utrzymaniu podstawowych oddziałów, takich jak np. interna czy pediatria. Interniści pracują w oddziałach chorób wewnętrznych, w POZ, nocnej i świątecznej opiece medycznej oraz długoterminowych oddziałach przeznaczonych dla osób starszych, a jeśli spojrzymy na to, ilu absolwentów wybiera rezydenturę z chorób wewnętrznych, okazuje się, że jest ich zatrważająco mało. To prawda, że rośnie liczba studentów, ale brak lekarzy w podstawowych specjalnościach sprawi, że opieka nad pacjentami będzie się pogarszać, także ze względu na starzenie się społeczeństwa. Główną bolączką w ochronie zdrowia są właśnie braki kadrowe, o czym świadczą rosnące kolejki także w prywatnej ochronie zdrowia. Nie wierzę, że szpitale powiatowe będą teraz zamykane. Aby doszło do likwidacji placówki w powiecie, muszą nienagannie funkcjonować POZ i AOS, bo mieszkańcom trzeba zapewnić bezpieczną i kompleksową opiekę medyczną. Ktoś musi również świadczyć nocną i świąteczną opiekę, przypisaną obecnie do szpitali. ■

Stwierdzenie, że zadłużenie szpitali rośnie, nie jest do końca precyzyjne. To temat skomplikowany, którego nie da się podsumować jednym zdaniem. To prawda, że wzrosła nieco kwota ogólna zadłużenia, ale problem dotyczy mniej więcej 1/3 szpitali, co oznacza, że 2/3 nie ma długów, a już na pewno nie tych wymagalnych. Nie należy sumować zadłużenia wszystkich placówek, lecz spoglądać m.in. na to, których szpitali dotyczą i jaką mają one strukturę. Są przecież oddziały zawsze przynoszące straty, jak i te atrakcyjne pod względem finansowym. Zaciąganie zobowiązań jest zjawiskiem normalnym, gdy się prowadzi działalność gospodarczą. Problem zaczyna się wtedy, gdy długi przekraczają granicę bezpieczeństwa, np. zbliżając się do wartości kontraktu rocznego lub gdy mają charakter wymagalny, a placówka nie jest w stanie ich spłacić. Są szpitale z zaciągniętymi kredytami i dodatnim wynikiem finansowym, ale są i takie, które miały nadwyżkę, ale

obecnie odnotowują wynik ujemny. Znam wiele przykładów, gdy dwie lecznice o podobnej strukturze, czasami położone nawet niedaleko siebie, są w innej kondycji finansowej – jedna tonie w długach, a druga radzi sobie nieźle. Odpowiedź na pytanie, dlaczego tak się dzieje, może być tylko jedna: są inaczej zarządzane. Są placówki zadłużone po uszy, jak szpital w Grudziądzu, w którym dług zbliża się do 500 mln zł. Od dawna wiadomo, że jego przyczyną było przeinwestowanie, bo dyrektor, znajdujący się pod „ochroną polityczną”, przez wiele lat zaciągał zobowiązania i nikt na to nie reagował. Z drugiej strony mamy np. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej z dodatnim wynikiem finansowym. Oddłużanie szpitali miało miejsce już kilkakrotnie i nie przyniosło żadnego efektu, o ile nie było powiązane z restrukturyzacją i reformą zarządzania. Znane są placówki, jak np. szpital w Gorzowie Wielkopolskim, które wyszły z wielkich długów głównie w wyniku zmiany sposobu zarządzania. ■



**KONSTANTY
RADZIWIŁŁ**

minister zdrowia
w latach 2015-2018



**DOROTA
GOŁAB-BEŁTOWICZ**

**zastępca
dyrektora Szpitala
Specjalistycznego
im. S. Żeromskiego
w Krakowie**

Dlaczego coraz więcej szpitali powiatowych jest „na minusie”? Dlaczego wydają więcej pieniędzy niż otrzymują? Odpowiedź na te pytania wydaje się prosta, ale w rzeczywistości jest wielowątkowa. Wzrost zadłużenia silnie widoczny jest od 2018 r. Wiąże się z wejściem w życie ustawy o sieci, odkład część świadczeń medycznych finansowanych jest ryczałtowo. Z punktu widzenia płatnika nie ma już nadwykonań, czyli sytuacji, w której wykonuje się więcej świadczeń niż zakontraktowano z NFZ. W rzeczywistości one w dalszym ciągu istnieją, ale od IV kwartału 2017 r. szpitale nie otrzymują za nie żadnej rekompensaty finansowej. Jednocześnie szpitale, które mają w swoich strukturach SOR i nie mogą pacjentom odmówić przyjęcia, nie mają możliwości skutecznego dopasowania liczby przyjmowanych pacjentów do wyznaczonego limitu ryczałtowego. Jako szpital mamy obowiązek zapewnić tym pacjentom pomoc, co oznacza, że ktoś się musi nimi opiekować, zdiagnozować, podać im leki, a to kosztuje. Po drugie, wyceny świadczeń medycznych nie uwzględniają wzrostu kosztów osobowych oraz cen materiałów, leków, sprzętu jednorazowego czy aparatury. Koszty i nasze wydatki z tego tytułu rosną znacznie szybciej niż nasze

przychody z realizacji kontraktów z płatnikiem. Naszymi działaniami optymalizacyjnymi nie jesteśmy w stanie zamknąć tych nożyc. Podam tylko jeden przykład: w wyniku analizy potrzeb i po wprowadzeniu dodatkowych procedur nasz szpital ograniczył zużycie produktu leczniczego Albuminy o 13 proc., ale w ciągu roku koszt jego zakupu w postępowaniu przetargowym wzrósł o ok. 100 proc. Podkreślić należy, że szpitale publiczne nie mają innego źródła finansowania niż środki od publicznego płatnika, czyli NFZ. Nie mają również uprawnień do zmiany cen realizowanych przez siebie usług. Po trzecie, w sytuacji braku kadr, szpitale coraz częściej podkupują sobie pracowników, bo często jest to jedyny sposób na utrzymanie realizacji kontraktu obwarowanego m.in. normami personelu. Podbijanie stawek obserwuje się już nie tylko w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej czy na SOR-ach. Po tym, jak Ministerstwo Zdrowia silnie włączyło się jako regulator, dyrektorzy szpitali mają jeszcze mniejszą swobodę w ustalaniu warunków zatrudnienia. Są szpitale, w których koszty wynagrodzeń sięgają 80 proc. wartości kontraktu. Brakuje nie tylko lekarzy i pielęgniarek, nie ma techników radiologii, zaczyna się problem z fizjoterapeutami. ■

Pożyczka zaciągnięta w Agencji Rozwoju Przemysłu pozwoliła nam na spłatę wszystkich długów, co wiązało się z likwidacją kosztów obsługi zadłużenia, które osiągało wartość nawet 28 mln zł rocznie. Spłata długów za pomocą pożyczonych środków wygenerowała zatem duże oszczędności, mimo konieczności uiszczania miesięcznej raty. Dodatkowo zdecydowaliśmy się na zlecenie firmom zewnętrznym zadań takich jak: pranie, sprzątanie, przygotowanie jedzenia czy transport. To działanie nie tylko przyniosło oszczędności, lecz również umożliwiło Uniwersyteckiemu Centrum Klinicznemu skupienie się na głównym zadaniu szpitala, jakim jest oczywiście leczenie pacjentów. W ostatnich latach w UCK połączono niektóre z klinik, tworząc np. Kliniczne Centrum

Kardiologii. Funkcjonowanie w ramach jednej struktury generuje mniejsze koszty. Przeniesienie klinik do nowo wybudowanych budynków Centrum Medycyny Inwazyjnej oraz Nieinwazyjnej pozwoliło na zmniejszenie kosztów związanych z transportem pacjentów. Wcześniej kliniki UCK znajdowały się w różnych częściach miasta. Dziś większość z nich zlokalizowanych jest w jednym miejscu. Nowoczesne budynki to także oszczędność związana z kosztami eksploatacyjnymi. Informatyzacja głównych procesów zachodzących w szpitalu umożliwia kontrolę nad podejmowanymi działaniami, również tę finansową. Przykładowo: elektroniczne zlecenie leków prowadzi do obniżenia kosztów ich zużycia, m.in. dzięki obniżeniu stanu zapasów oraz unikaniu przekroczenia dozwolonych terminów wykorzystania leków. ■



**JAKUB
KRASZEWSKI**

**dyrektor naczelny
Uniwersyteckiego
Centrum Klinicznego
w Gdańsku**



**BOGUSŁAW
DĘBSKI**

**dyrektor Szpitala
Powiatowego
w Zambrowie**

Pieniądze obiecanie przez Ministerstwo Zdrowia za pierwsze 9 miesięcy tego roku trafiły do nas, dzięki czemu mój szpital poprawił płynność finansową. To jest jednak za mało. Algorytm wyznaczający ryczałt dla placówek będących w sieci nie uwzględnia wzrostu kosztów niezależnych od szpitala. Ceny przeglądów wyrobów medycznych czy części do nich są wygórowane i rosną, nowych urządzeń także. Rosną koszty ubezpieczenia szpitali, gdyż na rynku powstał praktycznie jeden ubezpieczyciel. Coraz więcej kosztuje utrzymanie,

rozwijanie i serwisowanie systemów informatycznych, z natury wymagających nieustannej aktualizacji, a informatycy oczekują coraz wyższych wynagrodzeń. Nakrecono spiralę wzrostu płac, powodującą wzrost kosztów funkcjonowania szpitali. W przyszłym roku płaca minimalna wzrośnie do 2600 zł i jeśli ktoś w Warszawie nie zareaguje, to będzie dla niektórych szpitali tragedia. W moim szpitalu próbujemy się ratować, wykonując dużo badań rezonansem i tomografią, dzięki temu rekompensujemy straty wynikające ze świadczenia niektórych procedur, ale chyba nie tak to powinno wyglądać. Z powodów finansowych w naszej placówce protestowali fizjoterapeuci, w sąsiednim szpitalu doszło do protestu diagnostów laboratoryjnych, którzy również czują się pokrzywdzeni. Uważam, że słusznie, bo wykonują odpowiedzialną pracę, uzyskują specjalizacje, chodzą na kursy doskonalące, które wiele kosztują, ale nie ma to odzwierciedlenia w wynagrodzeniu. Nie jest doceniana praca administracji, od której wymaga się znajomości specyficznych, stale zmieniających się uregulowań prawnych. Jeśli nie zmieni się sytuacja w AOS, to specjaliści po prostu odejdą. ■

NAUCZANIE PRAKTYCZNE

Odpowiedzialność za studenta

Zmiany organizacyjne w klinikach uniwersyteckich związane z nowymi regulacjami prawnymi dotyczącymi szkół wyższych i nauki, czy sytuacją ekonomiczną szpitali klinicznych, mogą wpływać na sytuację lekarzy – pracowników naukowych, szczególnie prowadzących zajęcia praktyczne ze studentami. O wyjaśnienie kwestii odpowiedzialności lekarzy nauczających praktycznie zawodu zwrócili się do redakcji lekarze dentyści z jednego ze szpitali klinicznych.

Asystem – lekarz dentysta zatrudniony w uniwersytecie medycznym na podstawie umowy o pracę w zakresie 1 etat prowadzi zajęcia kliniczne – nauczanie kliniczne studentów Wydziału Lekarsko-Dentystycznego na III, IV, V roku. Asystent posiada zatrudnienie w wymiarze 1/8 etatu w podmiocie leczniczym, który prowadzi działalność leczniczą finansowaną przez NFZ (kontrakt). Podczas zajęć klinicznych (ćwiczenia) studenci (grupa od trzech do pięciu osób na jednego asystenta) leczą pacjentów.

Jaka jest odpowiedzialność lekarza w przypadku, kiedy student pracujący pod jego opieką popełni błąd lub zdarzy się nieszczęśliwy wypadek, np. nieprawidłowe opracowanie kanałów, perforacja korzenia zęba i ostatecznie utrata zęba?

Jeżeli pacjent uzna, że błąd popełnił lekarz, bo zamiast stać nad studentem wykonującym procedurę podszedł w tym czasie do drugiego studenta i pacjenta, czy może oskarżyć lekarza? Czy musi oskarżyć podmiot leczniczy?

Czy uczelnia nie ponosi w tej sytuacji żadnej odpowiedzialności?

Jak można się ubezpieczyć na daną okoliczność? Ubezpieczenie OC lekarzy obejmuje jedynie pracę samodzielną. ■

(imię i nazwisko autora do wiadomości redakcji)

ODPOWIEDŹ

Od ponad roku obowiązuje ustawa z 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2018 r. poz. 1668). Nie zawiera ona przepisów regulujących zasady odpowiedzialności za szkody wyrządzone przez studentów w trakcie praktycznej nauki zawodu. Jednak w art. 68 mówi o standardach kształcenia, m.in. na kierunkach lekarskich i lekarsko-dentystycznych, które mają być uwzględniane w programach studiów.

Na podstawie delegacji zawartej w tym przepisie Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego wydał 26 lipca br. rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz.U. z 2019 r. poz. 1573). Standardy kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry stanowią odpowiednio załączniki nr 1 oraz nr 2 do tego rozporządzenia. W załącznikach tych wymienione zostały enumeratywnie i precyzyjnie umiejętności praktyczne, jakie musi posiadać absolwent studiów medycznych m.in. w zakresie nauk przedklinicznych ogólnolekarskich (niezabiegowych) czy nauk klinicznych kierunkowych (zabiegowych). Jeśli zastanawiamy się nad możliwością udzielania

świadczeń zdrowotnych przez studentów, to tylko w celu zdobycia takich umiejętności, które wprost wymienione zostały w standardach. Niektóre z nich studenci mogą ćwiczyć wyłącznie na fantomach, co wprost zapisano w rozporządzeniu (np. leczenie endodontyczne).

Podstawowe znaczenie ma to, że do udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędne jest posiadanie prawa wykonywania zawodu. A takie otrzymuje osoba, która posiada już dyplom lekarza (lekarza dentysty). Podczas stażu poddyplomowego nawet taka osoba, odbywając praktyczne nauczanie, wykonuje czynności wynikające z ramowego programu zajęć praktycznych pod bezpośrednim nadzorem opiekuna (art. 5 ust. 12 ustawy).

Podobny zapis można znaleźć w ustawie o działalności leczniczej, która w ust. 3 art. 21 stanowi, że studenci

zdobywający kwalifikacje do wykonywania zawodu medycznego mogą brać udział w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w ramach kształcenia pod bezpośrednim nadzorem osób wykonujących zawód medyczny właściwy ze względu na treści kształcenia. Ten bezpośredni nadzór należy interpretować bardzo dosłownie, żeby nie wpaść w tarapaty – wymuszona organizacją zajęć konieczność sprawowania nadzoru na kilkoma studentami może być przyczyną kłopotów i nie zwalnia lekarza prowadzącego zajęcia z odpowiedzialności.

Znamienne jest, że przepisy art. 20–22 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta gwarantują pacjentom prawo do poszanowania intymności i godności. Jednak art. 36 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty stanowi, że przepisów tych nie stosuje się w przypadku jednostek uprawnionych do kształcenia studentów nauk medycznych, lekarzy oraz innego personelu medycznego w zakresie niezbędnym do celów dydaktycznych. Ale to daje studentom wyłącznie prawo do uczestniczenia przy wykonywaniu świadczeń, a nie do udziału w ich wykonywaniu.

Lekarze, którzy prowadzą zajęcia praktyczne ze studentami, wykonując swoje obowiązki pracownicze (w podmiocie leczniczym, w którym studenci odbywają te zajęcia), są pracownikami tych podmiotów i ich odpowiedzialność regulują przepisy Kodeksu pracy. Wobec tego zgodnie z art. 120 § 1 Kp zobowiązany do naprawienia szkody wyrządzonej osobie trzeciej jest wyłącznie pracodawca. Pamiętać trzeba o ewentualnym roszczeniu regresowym pracodawcy ograniczonym co do zasady do trzykrotnego wynagrodzenia za pracę, którego bieg przedawnienia rozpoczyna się od wypłaty odszkodowania (a nie od momentu zdarzenia).

Studenci odbywający zajęcia praktyczne nie podlegają obowiązkowym ubezpieczeniom OC. Jednak na rynku funkcjonują produkty ubezpieczeniowe dające im odpowiednią ochronę. Warto o tym pamiętać i z tego skorzystać. ■

Jarosław Klimek,
radca prawny OIL w Łodzi

Złoty Jubileusz rocznika 1963–1969



Absolwenci wydziału lekarskiego Akademii Medycznej w Krakowie (rocznik 1963–1969) spotkali się w Collegium Nowodworskiego w Krakowie na złotym jubileuszu z okazji 50-lecia uzyskania absolutorium. W uroczystości uczestniczyło ponad sto osób.

W 1969 r. 241 studentów wydziału lekarskiego uzyskało absolutorium. Na przestrzeni lat odeszło na wieczny dyżur 68 osób. Ich pamięć uczczono minutą ciszy.

Uroczystość prowadziła dr Ewa Kopytko. Spotkanie uświetnili goście: Jego Magnificencja Rektor Uniwersytetu

Jagiellońskiego prof. dr hab. Wojciech Nowak, dziekan Collegium Medicum UJ prof. dr hab. Maciej Małecki, pełnomocnik rektora UJ ds. klinicznych w Collegium Medicum prof. dr hab. Stanisław Kwiatkowski. Wykład okolicznościowy wygłosił prof. Zdzisław Gajda. ■ (E.K.)

MEDIACJA MEDYCZNA

Zarządzaj efektywnie konfliktem

Instytucję mediacji w sprawach cywilnych wprowadzono do polskiego systemu prawnego ustawą z 28 lipca 2005 r. o zmianie ustawy kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw. Niniejszy artykuł poświęcony jest przybliżeniu tematyki mediacji na linii lekarz-pacjent, którą można zainicjować na polubownym etapie konfliktu bądź w trakcie trwającego postępowania sądowego.

TEKST **KAROLINA WRĄBEL**, ADWOKAT
MEDIATOR STAŁY PRZY SĄDZIE OKRĘGOWYM W ŁÓDZI

Rozwój medycyny polega nie tylko na pojawianiu się nowych metod diagnozowania i leczenia, ale także na zmianie relacji pomiędzy lekarzem i pacjentem. Utrzymujący się przy tym wzrost świadomości medycznej i oczekiwań pacjentów wpływa na liczbę interwencji ukierunkowanych bezpośrednio na działania lekarzy, na gruncie prawa karnego, cywilnego czy odpowiedzialności zawodowej. To właśnie na początkowym etapie, w którym pacjent zgłasza roszczenia odszkodowawcze bądź w niektórych przypadkach pretensje odnośnie postępowania lekarza, nie można pozostać biernym. W interesie personelu medycznego jest podjęcie próby rozwiązania sporu polubownie.

DLACZEGO W DRODZE MEDIACJI?

Specyfika spraw medycznych przede wszystkim ujawnia się dużym nasileniem emocjonalnym każdej ze stron. Z perspektywy pacjenta odczuwany jest wymóg wyjaśnienia zaistniałego zdarzenia medycznego, udzielenia mu informacji – czego z reguły

nie otrzymuje. Niejednokrotnie motywacją pacjenta lub jego rodziny przejawia się potrzeba okazania szacunku, np. w formie przeprosin, ale także chęć doprowadzenia do zmian w procedurach medycznych, by wyeliminować podobne zajścia w przyszłości. Kwestie finansowe są niezwykle rzadko głównym ogniwem sporu. Dla lekarza wchodzenie w konflikt z pacjentem, sytuację obciążoną stresem, poczuciem dyskomfortu z powodu możliwości wyrażenia komuś krzywdy, stwarzającej ryzyko upadku dobrej reputacji, czy zakończenia współpracy w danym podmiocie medycznym, z oczywistych powodów nie będzie działaniem korzystnym.

Uważam, że wyzwaniem w sferze wyjaśniania roszczeń medycznych jest brak, podpartej pomocą osoby trzeciej, łączności na poziomie lekarz-pacjent. Mediacja, jako polubowna i pozasądowa metoda rozwiązywania sporów, w której bierze udział neutralny i bezstronny mediator, ma na celu wspomóc strony konfliktu we wzajemnej komunikacji, określeniu interesów, czego efektem może

WAŻNE

Lista mediatorów stałych prowadzona jest przez prezesa właściwego sądu okręgowego.

być wypracowanie akceptowalnego dla stron konsensusu, podpartego wysłuchaniem się nawzajem i zrozumieniem. A przecież, jak podkreśla amerykański lekarz David H. Newman, „najważniejszym czynnikiem odpowiedzialnym za sukces lub porażkę nie jest infrastruktura, ale kontakt między lekarzem a pacjentem. Prawdziwy przełom musi zacząć się od środka, w obrębie relacji między lekarzem i pacjentem”¹. Mediacja zapewnia bezpieczną atmosferę rozmów, daje poczucie komfortu porozumiewania się pacjenta bezpośrednio z lekarzem. Możliwe jest to do osiągnięcia na każdym etapie konfliktu, pozasądowym



Sprawy do mediacji:

uszkodzenia ciała / rozstrój zdrowia pacjenta, będące skutkiem błędnej diagnozy, błędów w leczeniu (zabiegu), podaniu niewłaściwego leku, niewłaściwego zachowania się personelu medycznego.



Mediator ma zadbać o równowagę stron i udrożnienie komunikacji, po to, by strony mogły wypracować kompromis.

i sądowym. Mediator ma zadbać o równowagę stron i udrożnienie komunikacji, po to, by strony mogły wypracować kompromis.

KORZYŚCI DLA OBU STRON

Mediacja to alternatywa dla postępowania sądowego, daje możliwość obu stronom konfliktu – lekarzowi i pacjentowi – realizację ich dążeń. Tylko wzajemne wyjaśnienie stanowisk przy obecności bezstronnej osoby trzeciej, czyli mediatora, pozwala na zrozumienie się oraz sprostanie ewentualnym oczekiwaniom. Takiej atmosfery nie zapewnia sala sądowa. Na przykład w toku mediacji możliwe jest uzyskanie przez pacjenta przeprosin i kompensaty finansowej, z kolei dla lekarza istnieje możliwość negocjowania potencjalnej kwoty odszkodowania, zachowanie reputacji czy szacunku kolegów, a dla podmiotu zarządzającego placówką medyczną istotne pozostaje zachowanie dobrego specjalisty.

Mediacja stwarza również możliwość spojrzenia przez zainteresowane strony na sprawę z innego punktu widzenia czy też wyciągnięcia przez lekarza dla swojej praktyki zawodowej wniosków na przyszłość. Niewątpliwie to narzędzie może być pomocne w rozwiązywaniu konfliktów powstałych w relacjach lekarz-pacjent, a przy tym nieść dobry grunt do ich odbudowania.

Postępowanie sądowe nacechowane jest formalizmem, mediacja daje większą możliwość kształtowania reguł postępowania, a strony mają zapewnioną elastyczność w zakresie formułowania treści porozumienia, które może przewidywać oryginalne rozwiązania. Niewątpliwymi atutami tej metody jest poufność i dobrowolność.

Zasada poufności mediacji stwarza możliwość rozwiązania konfliktu przy zachowaniu tajemnicy, z kolei dobrowolność daje gwarancję decydowania o przebiegu mediacji i momencie jej zakończenia przez same zainteresowane strony. Postępowania w sprawach o błąd medyczny są niezwykle skomplikowane pod względem dowodowym, częstokroć trwają w sądzie wiele lat. W mediacji medycznej wyeliminowano wyzwania postępowania dowodowego. Nie ma formalnych

Korzyści z mediacji:

- ochrona dobrego imienia i reputacji
- szybsze zakończenie stresującej sytuacji
- realizacja empatii
- wpływ na wysokość odszkodowania
- możliwość ponownego skupienia się na pracy zawodowej
- współdecydowanie o swoim losie
- możliwość uniknięcia postępowania cywilnego czy karnego

przeszkód, aby zainteresowane strony w toku mediacji zdecydowały się na powołanie biegłego lekarza, który wyda prywatną opinię, będącą podłożem do dalszych rozmów.

W praktyce warto w toku postępowania mediacyjnego korzystać z pomocy zaufanego prawnika. Udział pełnomocnika zabezpiecza interesy lekarza, poprzez prawną ocenę zgłaszanych roszczeń przez pacjenta. Co ważne, mediacja pozwala zakończyć spór w sposób efektywny, gdyż zatwierdzona przez sąd ugoda zawarta przed mediatorem ma moc wyroku sądowego, a zatem sfinalizowana ugoda mediacja eliminuje potencjalne roszczenia w przyszłości.

Myślę, że pozytywnie należy ocenić wszelkie kroki w branży medycznej mające na celu zminimalizowanie potencjalnych spraw sądowych. Pod rozważę można poddać umieszczenie klauzuli mediacyjnej w umowie z pacjentem, zawieranej przed rozpoczęciem procesu leczenia czy diagnostyki. Zgodnie z treścią takiej klauzuli strony zobowiązane byłyby w pierwszej kolejności do podjęcia próby polubownego rozwiązania sporu, właśnie w drodze mediacji. ■

¹ D.H. Newman „Cień Hipokratesa. Tajemnice domu medycyny”, Kraków 2010, s. 8, za: „Realizacja zasady informed consent w kontekście relacji lekarz – pacjent. Wyzwania i bariery rozwojowe w Polsce”, Warszawa 2012, www.rpo.gov.pl/pliki/13584264060.pdf

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

0 chelatacji raz jeszcze

W tym roku Naczelny Sąd Lekarski rozpoznał kolejną sprawę dotyczącą stosowania przez lekarza terapii chelatonowej w leczeniu miażdżycy.

O bwiniony lekarz stosował na terenie kilku miast w Polsce terapię z użyciem preparatu EDTA, który podawał pacjentom dożylnie w leczeniu zmian miażdżycowych. Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej, po zbadaniu sprawy, skierował do sądu lekarskiego wniosek o ukaranie lekarza, w którym wskazał, że działanie obwinionego narusza art. 57 ust. 1 KEL* i jest niezgodne ze stanowiskiem Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 6 listopada 2009 r. w sprawie stosowania chelatonów przez lekarzy.

Na znaczenie tego stanowiska zwrócił uwagę Sąd Najwyższy w uzasadnieniu postanowienia z 8 lutego 2018 r. w sprawie o sygn. SDI 114/17 (sprawa dotyczyła innego lekarza, który stosował w celu

leczenia miażdżycy terapię z użyciem preparatu Na-EDTA). SN, oddalając kasację obrońcy obwinionego, wskazał, że вина lekarza w świetle stanowiska NRL „rysowała się jako oczywista”. Nie ma bowiem dowodów naukowych przemawiających za skutecznością stosowania chelatacji w innych przypadkach niż ostre zatrucia metalami ciężkimi. Co więcej, w innych przypadkach niż ostre zatrucia metalami ciężkimi po zastosowaniu chelatacji notowane są ciężkie działania niepożądane, w tym zgony.

Dodatkowo, do akt sprawy włączono opinię biegłego, z której jednoznacznie wynikało, że: „brak jest naukowych dowodów potwierdzających skuteczność metody chelatacji przy użyciu preparatu o nazwie EDTA w leczeniu schorzeń układu krążenia. (...) Dotychczasowe wyniki



badan w tym zakresie należy oceniać z ostrożnością. Wymagają one potwierdzenia w kolejnych randomizowanych badaniach klinicznych. (...) Brak przekonujących dowodów z badań klinicznych do stosowania terapii chelatonowej w leczeniu chorób sercowo-naczyniowych na tle miażdżycy. Dlatego też nie jest ona zalecana przez wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego obowiązujące w Polsce”. Okręgowy sąd lekarski, również wobec takich opinii, uznał lekarza za winnego zarzucanego mu przewinienia i wymierzył karę pieniężną w wysokości 12 tys. zł na cel społeczny związany z ochroną zdrowia. NSL, rozpoznając odwołanie obrońcy obwinionego, utrzymał w mocy zaskarżone orzeczenie. ■

* „Lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub nie zweryfikowanymi naukowo (...)” (art. 57 ust. 1 KEL)

KOMENTARZ



GRZEGORZ WRONA

Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

Treść zakazu użytego w art. 57 KEL („lekarzowi nie wolno”) wydaje się być jednoznaczna. Dlaczego w internecie (w mediach społecznościowych) można bez problemu wyszukać wiele informacji o „rewelacyjnych, najsukcesowniejszych, najbardziej wartościowych” metodach leczenia, których w szpitalach nie można uzyskać? Dlaczego wszystkie te metody, w przeciwieństwie do bardzo kosztownej medycyny klasycznej, są tanie, gdyż za seans, wizytę czy kroplówkę trzeba zapłacić zaledwie 100–150 zł? A ile płaci się w publicznej służbie zdrowia za konsultację specjalistyczną? I za

zlecone przez niego badania? A ile kosztują refundowane leki? I ostatnie pytanie: czy lekarze zalecający tę niestandardową wizytę i alternatywną metodę leczniczą wierzą w jej skuteczność, czy też wierzą w dowody wpłat na konto?

Próbujemy od lat odpowiadać na pytanie, czym jest aktualna wiedza medyczna. Prowadząc postępowania dotyczące zasadności stosowania metod takich jak chelatacja, prosimy osoby o wielkim autorytecie naukowym o opinie dotyczące aktualności i prawdziwego medycznego sensu tych metod, otrzymując najczęściej negatywne wyniki przeprowadzonych badań lub informację o ich braku. Można powiedzieć, że wiara czyni cuda. Tyle, że cuda są rzadkością. Koszty stosowania tych „terapii” zawsze obciążają pacjenta i tu cudów nie ma. Wprowadzając do swojego gabinetu kolejną procedurę leczniczą, warto zapoznać się z publikacjami na jej temat. Wówczas unikniemy zarzutu stosowania niepotwierdzonych naukowo metod i niestraszne będą nam pytania inspekcji farmaceutycznej, inspekcji sanitarnej, organu rejestrowego czy rzecznika, a w skrajnych przypadkach – prokuratora. ■

FORMY WYKONYWANIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

Na zleceniu bez praktyki

Cofnijmy się w czasie o ponad 20 lat. We wrześniu 1997 r. weszła w życie ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza [obecnie – po wielokrotnych nowelizacjach – o zawodach lekarza i lekarza dentysty].

TEKST JAROSŁAW KLIMEK,
RADCA PRAWNY OIL W ŁÓDZI

Stanowiła ona w ust. 3 art. 50, że za równoznaczne z indywidualną praktyką lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktyką lekarską uważa się wykonywanie zawodu lekarza poza zakładem opieki zdrowotnej na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej.

Przepis ten był uznawany za podstawę do wykonywania zawodu lekarza w oparciu o umowę zlecenia bez otwierania praktyki lekarskiej. Zwrócić trzeba jednak uwagę, że mówi on wprost tylko o wykonywaniu zawodu poza ówczesnymi zakładami opieki zdrowotnej (bez rozróżnienia czy publicznymi, czy niepublicznymi). To już dyskwalifikowało go jako uniwersalną podstawę do zawierania umów zlecenia bez względu na rodzaj podmiotu, w którym umowa miałyby być wykonywana. Ostatecznie zniknął on z ustawy 1 lipca 2011 r., uchylony w związku z wejściem w życie ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Ustawa ta reguluje zasady wykonywania działalności leczniczej, czyli udzielania świadczeń zdrowotnych. Określa ona (w art. 5 ust. 2 pkt 1)

formy ich wykonywania przez lekarzy. Taka aktywność zawodowa może być podejmowana po spełnieniu określonych warunków i wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (art. 5 ust. 1), gdyż jest to działalność regulowana w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (art. 16 ust. 1). Pojawia się wobec tego pytanie, czy ustawa o działalności leczniczej zawiera zamknięty katalog form wykonywania działalności leczniczej przez lekarzy, czy też nie zawiera takich ograniczeń. Z jednej strony mamy bowiem zasadę swobody umów, z drugiej konieczność zagwarantowania pacjentom, że będą leczeni przez osoby spełniające określone w przepisach wymagania (zarówno co do odpowiednich kwalifikacji, jak i choćby ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej).

MOŻLIWOŚCI I OGRANICZENIA

W mojej opinii należy przyjąć, że co do zasady lekarze mogą udzielać świadczeń, zawierając umowy zlecenia bez prowadzenia praktyki zawodowej, ale taka swoboda

WAŻNE

Umowy zlecenia nie mogą być zawierane z osobami fizycznymi nieprowadzącymi działalności gospodarczej.

może, a nawet musi podlegać pewnym ograniczeniom. Art. 3 ustawy Prawo przedsiębiorców definiuje działalność gospodarczą jako zorganizowaną działalność zarobkową, wykonywaną we własnym imieniu i w sposób ciągły. Z kolei art. 13 pkt 8 ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych mówi, że przychody z działalności osobistej to przychody z tytułu wykonywania usług, na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, uzyskiwane wyłącznie od osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą, osoby prawnej i jej jednostki organizacyjnej oraz jednostki organizacyjnej niemającej osobowości prawnej. Umowy zlecenia nie mogą być wobec tego zawierane z osobami fizycznymi nieprowadzącymi działalności gospodarczej.

Dużo większe pole do interpretacji daje jednak ustawowe pojęcie wykonywania działalności zorganizowanej w sposób ciągły. Zorganizowanie działalności to dysponowanie środkami niezbędnymi do podjęcia się określonych zadań i dającymi możliwość ich



W mojej opinii należy przyjąć, że co do zasady lekarze mogą udzielać świadczeń, zawierając umowy zlecenia bez prowadzenia praktyki zawodowej, ale taka swoboda może, a nawet musi podlegać pewnym ograniczeniom.

wykonania. A ciągłość to zamiar wykonywania jej w sposób stały, powtarzalny, regularny, a nie sporadyczny, okazjonalny czy jednorazowy. Jeśli zatem lekarz chce udzielać świadczeń w sposób ciągły, powinien zarejestrować działalność gospodarczą i otworzyć praktykę zawodową.

UWAGA NA OC

Kolejny problem, jaki wiąże się z wykonywaniem zawodu na podstawie umowy zlecenia bez otwierania praktyki, to ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej. Umowy takiego ubezpieczenia mogą zawierać postanowienia przewidujące, że ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje działalności, która podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej. Należy więc uważnie zapoznać się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia OC, a potem wybrać taki jego wariant, który obejmie ochroną szkody na osobie wyrządzone w związku z wykonywaniem zawodu lekarza, gdy nie stanowi ono działalności leczniczej, która podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

KWESTIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Zasygnalizować też trzeba kwestię podmiotu odpowiedzialnego wobec pacjenta za ewentualne szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń na zlecenie innego

podmiotu. Z jednej strony udzielanie świadczeń zostaje powierzane wykwalifikowanemu lekarzowi (osobie, która w zakresie swej działalności zawodowej trudni się wykonywaniem takich czynności), a z drugiej powierzenie następuje na własny rachunek podmiotu będącego w jakimś stopniu zwierzchnikiem lekarza bezpośrednio udzielającego świadczeń. W rozstrzygnięciu tego problemu pomocny może być wyrok Sądu Najwyższego z 26 stycznia 2011 r. (IV CSK 308/10). Przyjęto w nim, że niezależność zawodowa lekarza w zakresie sztuki medycznej nie sprzeciwia się stwierdzeniu stosunku podporządkowania. Istotne jest działanie na rachunek powierzającego podmiotu, w jego imieniu i interesie oraz ogólnooorganizacyjne, a nie szczegółowe, podporządkowanie. Konsekwencją tego jest przyjęcie odpowiedzialności podmiotu powierzającego lekarzowi udzielanie świadczeń, a nie samego lekarza.

Kończąc, warto również wskazać, że wykonywanie działalności leczniczej nie będzie nigdy działalnością nieewidencjonowaną w rozumieniu art. 5 ust. 1 prawa przedsiębiorców, jako że jest to działalność wymagająca wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (rejestru działalności regulowanej), o czym wprost stanowi art. 44 ust. 3 tej ustawy. ■



ANDRZEJ CIŚŁÓ

wiceprezes NRL

Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej obchodzimy w marcu, choć dopiero niedawno FDI przesunęła ten termin z jesieni. W tym roku, choć marcowym obchodem nic zgła nie brakowało, prawdziwy festiwal stomatologii mieliśmy jesienią, a dokładnie 12 września.

Tego dnia weszła w życie ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami. Tytuł stomatologów wypowiadających się w telewizji jednego dnia – jak żyję, nie widziałem. Pojęcia „próchnica” i „gabinet szkolny” odmienione zostały przez wszystkie przypadki. Znamienne jest to, że choć wszystkie komentarze nie pozostawiały złudzeń, że to raczej idea niż akt prawny poprawiający opiekę medyczną, to media ogólnopolskie zajmowały się tematem dokładnie jeden dzień.

Tak więc, pomimo tytułu felietonu nawiązującego do znanej niegdyś romantycznej piosenki, nic więcej romantycznego z tej sytuacji wycisnąć się nie da. Nie my jedni oczywiście doświadczamy tego, że świat zwielokrotnił tempo przepływu informacji i naszą też rzeczą jest, aby o tak ważnych sprawach przypominać.

Trudno podsumować rzeczoną ustawę w kategoriach „zła/dobra”. Na pewno jest życzeniowa, przypomina odwieczne poszukiwanie kamienia

DENTAL ESPRESSO

Trochę wiosny jesienią

Najprawdopodobniej zemści się wieloletnie uprawianie polityki „hasłowego” rozwiązywania problemów stomatologii.

filozoficznego – ot, jak prostym ruchem zrobić z czegoś, co nie działa, coś społecznie przydatnego. O organizacji opieki stomatologicznej nad dziećmi napisano już mnóstwo. Jeśli doszukuję się czegoś, czego klasa polityczna jeszcze nie jest świadoma, to tego chyba, że wobec pełnionego rynku stomatologicznego każdy wchodzący na ten rynek stomatolog instynktownie szuka gwarancji stabilności swej 40-letniej perspektywy pracy w opanowaniu procedur komercyjnych, najczęściej związanych ze stomatologią pacjentów dorosłych. Tłumaczę to, gdzie mogę, że właśnie mści się na całym społeczeństwie brak stabilności zasad współpracy płatnika i lekarzy dentystów, niedopuszczalna praktyka marginalizowania stomatologii, pewna maniera przejawiająca się w myśleniu, że właśnie zrobiło się świetny interes, obniżając ciągle stawki za punkt rozliczeniowy. I wszystko to z przewrotnym odwołaniem się do zbożnego, skądinąd, celu racjonalnej gospodarki środkami publicznymi.

25 tys. dużych szkół i 6,5 tys. placówek stomatologicznych. Już samo to trochę paraliżuje. Niemniej, na stronach NIL zamieściliśmy poradnik wyjaśniający schemat organizacyjny opieki szkolnej. W swoich komunikatach KS NRL informuje, że wydane w przeddzień [sic!] wejścia w życie ustawy Zarządzenie nr 120 Prezesa NFZ ma zakodowany w sobie dość niejasny mechanizm finansowania nadwyżek świadczeń i w większości przypadków przekroczenie wykonania umowy nie uruchomi zadeklarowanej w ustawie „nielimitowanej wielkości wykonania”. Stwarza to zagrożenie wpadnięcia w proste nadwykonanie, którego zapłata, jak wiemy, najczęściej znacznie odsuwa się w czasie.

W chwili oddawania tekstu do druku jesteśmy w trakcie rozmów z centralą NFZ i wszystkich zainteresowanych odsyłam, aby sprawdzili, czy na www.nil.org.pl nie ma informacji o jakiejś zmianie, która powinna oczywiście przyjąć postać nowelizacji zarządzenia prezesa NFZ.

Dlaczego ta ustawa stanowi taki problem? Ano dlatego, że przy ogromnej skali oddziaływania powiela usłudze niestety już tradycją model hasłowego rozwiązywania problemów stomatologii. Po mizerocie nakładów na szkolenie podyplomowe, braku wizji rynku, dentobusach, o których z niewiadomych przyczyn w ogóle nie wspomina się w debacie publicznej (16 pojazdów na cały kraj), teraz odrąbiono rozwiązanie problemu zaniedbań wielu dekad w opiece nad dziećmi. ■

“

25 tys. dużych szkół i 6,5 tys. placówek stomatologicznych. Już samo to trochę paraliżuje.

STOMATOLOGIA

Nowa era w stomatologii

UCS przyjmuje pacjentów z całej Polski, zarówno w ramach usług NFZ, jak i świadczeń nierefundowanych.



Siedem kondygnacji, blisko 8 tys. m.kw. powierzchni użytkowej, docelowo 164 unity stomatologiczne – tak w liczbach prezentuje się Uniwersyteckie Centrum Stomatologii w Warszawie.

– Oficjalnie zaczynamy nową erę w stomatologii w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym

– powiedział rektor WUM prof. Mirosław Wielgoś w czasie uroczystego otwarcia UCS zlokalizowanego na terenie kampusu Banacha. To największe w Polsce i najnowocześniejsze spośród polskich uczelni medycznych centrum stomatologiczne służące kształceniu kadr medycznych, rozwijaniu badań naukowych oraz leczeniu pacjentów.

– Budynek tętni życiem, od początku października kształcimy tu studentów – dodał rektor. UCS przyjmuje pacjentów z całej Polski, zarówno w ramach usług NFZ, jak i świadczeń nierefundowanych. 9 października, w uroczystym otwarciu Centrum udział wzięli m.in. podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Gadomski, wiceprezes NRL dr Krzysztof Madej, byli rektorzy WUM prof. Tadeusz Tołłoczko i prof. Marek Krawczyk, wiceprezesa ORL w Warszawie: dr Dariusz Paluszek i dr Jarosław Biliński. Koszt całej inwestycji sięga 81 mln zł brutto. Prace wykonawcze zrealizowano w kilkanaście miesięcy. W nowym budynku znalazła się większość jednostek Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego (9 katedr i zakładów, laboratorium i poradnia), który obecnie liczy blisko 1 tys. osób, w tym 695 studentów, 52 doktorantów oraz 239 nauczycieli akademickich oraz pracowników. Fotorelacja z wnętrza na www.gazetalekarska.pl. ■



Andrzejki Stomatologiczne



Wyzwania współczesnej stomatologii” – pod takim hasłem odbędzie się tegoroczna edycja Andrzejek Stomatologicznych. Wydarzenie organizowane jest w ostatni weekend listopada przez Komisję Stomatologiczną Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach. Przez dwa dni uczestnicy

spotkania wezmą udział w 15 sesjach naukowych. Uzupełnieniem części dydaktycznej będzie część kulturalno-rozrywkowa. Spotkanie jest dobrą okazją do wymiany doświadczeń i wiedzy, a także integracji. Szczegóły nt. konferencji znajdują się na stronie internetowej ŚIL (zapisy poprzez formularz zgłoszeniowy prowadzone są do 11 listopada). ■

Jubileuszowe spotkanie lekarzy dentystów

W dniach 27-29 września w Stoku pod Bełchatowem już po raz dziesiąty odbyła się konferencja naukowo-szkoleniowa „Łódzkie Spotkania Stomatologiczne”. Wydarzenie jest organizowane przez komisję stomatologiczną działającą przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Łodzi. Uczestników konferencji powitał prezes ORL Paweł Czekalski, szefowa KS łódzkiej izby Małgorzata Lindorf oraz Jacek Pypec, w tym roku w stroju Tadeusza Kościuszki. W Konferencji wzięło udział prawie 400 uczestników, którzy w ciągu trzech dni wysłuchali wykładów 13 prelegentów, uzyskując za uczestnictwo 25 punktów edukacyjnych. Oprócz nauki na uczestników czekały liczne atrakcje towarzysko-integracyjne, m.in. dwie imprezy taneczne, pokaz sztucznych ogni oraz występ grupy muzycznej „Druły” i teatru improwizującego „Ab ovo”. (PP) ■

STOMATOLOGIA

Stomatologia niskoinwazyjna – żeby tylko nie bolało

75 proc. Polaków obawia się bólu podczas leczenia stomatologicznego, co sprawia, że unikają wizyt w gabinecie dentystycznym.

TEKST **LUCYNA KRYSIAK**, DZIENNIKARZ

WAŻNE

Trzeba być otwartym na nowe metody znieczulania i indywidualną reakcję pacjenta na ból.

Jednym ze znaków rozpoznawczych stomatologii XXI w. jest bezbolesne leczenie i usuwanie zębów. Na kongresach, warsztatach i prezentacjach nowoczesnego sprzętu i materiałów podkreśla się, że obecnie są już do dyspozycji takie metody i środki, które zapewniają pacjentowi uniknięcie bólu podczas zabiegów zarówno ekstrakcji zębów, leczenia endodontycznego czy periodontologicznego, jak i z zakresu stomatologii estetycznej. Tymczasem ból w gabinecie stomatologicznym jest wciąż wszechobecny.

Jak wynika z badań wykonanych na zlecenie Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, aż 75 proc. Polaków obawia się bólu podczas leczenia stomatologicznego, a 77 proc. przynajmniej raz w życiu go zaznało. Ból był związany zarówno z wykonywanymi przez lekarza dentystę czynnościami (np. 44 proc. respondentów sygnalizowało cierpienie podczas ekstrakcji zęba), jak

i po ich zakończeniu (ból utrzymywał się kilka godzin lub nawet kilka dni po powrocie do domu). Badania udowodniły także zależność pomiędzy bólem, a częstością i regularnością wizyt u stomatologa, co ma niekwestionowany wpływ na stan zdrowia jamy ustnej naszego społeczeństwa. Dla wielu osób jest to bardzo silny „odstraszacz”, a aż 85 proc. ankietowanych zadeklarowało, że jest gotowych dopłacić do standardowej ceny, aby bezboleśnie przejść przez leczenie czy ekstrakcję zębów.

TRAUMA Z DZIECIŃSTWA

Połowa dorosłych pacjentów przyznaje, że na częstość ich wizyt w gabinecie stomatologicznym mają wpływ traumy z dzieciństwa. Prof. Marzena Dominiak, prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, tłumaczy, że są to często osoby, które chodziły do szkół w czasach, kiedy funkcjonowały tam gabinety stomatologiczne, niestety, w większości wyposażone w przestarzały sprzęt, gdzie

leczono nieaktualnymi już dawno metodami. Pokłosie działań tych gabinetów zbieramy jednak do dziś. Znamienne jest więc, że pacjenci bardziej niż złe przeprowadzonego zabiegu obawiają się bólu. Ta trauma jest tak silna, że ból stawiają na równi z jakością usługi i kwalifikacjami personelu medycznego.

– Nie mam wątpliwości, że lekarze dentyści umieją pracować bezboleśnie, ale wyniki ankiety zmuszają nas wszystkich do zastanowienia się nad obecną sytuacją. Badania stanowią ważny materiał do analizy, tym cenniejszy, że zawarty w nim jest głos pacjentów, który w dyskusji o niedostatkach opieki dentystycznej ma ogromne znaczenie w tworzeniu obrazu nowoczesnej stomatologii. W tym wizerunku musi znaleźć się miejsce na walkę ze stereotypami dotyczącymi bólu – podkreśla prof. Dominiak.

Badania ujawniły również, że stomatologa boi się aż 40 proc. dzieci rodziców, którzy w dzieciństwie przeżyli traumę związaną z bólem

w gabinecie stomatologicznym. Kazimierz Szulist, lekarz dentysta z Nakła nad Notecią uważa, że doświadczenia dorosłych stygmatyzują najmłodszych, co utrudnia prowadzenie skutecznej profilaktyki oraz leczenia. – Współczesna stomatologia naprawdę daje wiele możliwości bezbolesnego leczenia, włącznie z usuwaniem mitologizowanych „ósemek”. Mówimy wręcz o nowym trendzie, tzw. stomatologii niskoinwazyjnej, która za cel stawia sobie właśnie mniej traumatyczne zabiegi i szybszy powrót do normalnego życia, ale by tak leczyć, trzeba pozbyć się starych przekonań – zaznacza Kazimierz Szulist.

BYĆ OTWARTYM

Dr Hubert Gołąbek, prowadzący praktykę stomatologiczną w Zielonce pod Warszawą, mówi, że wiele zależy od podejścia stomatologów do problemu. Podkreśla, że nie chodzi o niechęć lekarzy do stosowania znieczuleń, ale ich dobór. – Zawsze należy pacjenta traktować indywidualnie, tak jak robią to lekarze

każdej innej specjalności. Należy przeprowadzić skrupulatny wywiad dotyczący ogólnego stanu zdrowia, chorób przewlekłych, zażywanych leków. Dowiedzieć się, jakie problemy pojawiały się w przeszłości w związku z podaniem znieczulenia i ocenić, jak można ich uniknąć, biorąc też pod uwagę stan psychiczny pacjenta i doświadczenia związane z wizytami w gabinecie dentystycznym – przekonuje Hubert Gołąbek. Uważa, że w dobie dostępności do różnorodnych metod i środków znieczulających każdy zabieg, od najbardziej skomplikowanego (ekstrakcje, wszczepianie implantów) po standardowe leczenie kanałowe, można przeprowadzić bez bólu.

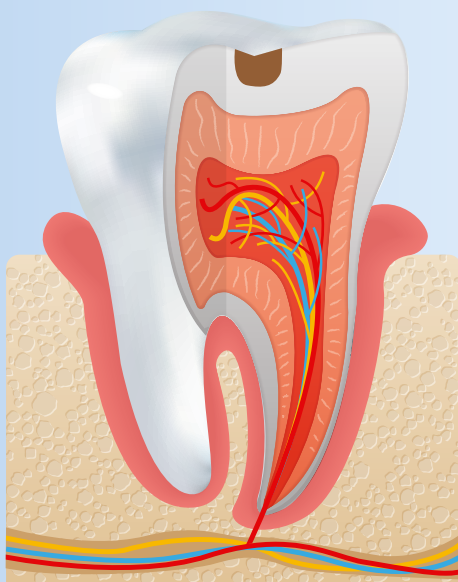
W stomatologii do dużych zabiegów stosuje się znieczulenie ogólne, ale też gaz rozweselający działający rozluźniająco. Aby uniknąć klasycznego znieczulenia, które pacjentowi kojarzy się z igłą i bolesnym wkłuciem, można rozważyć znieczulenie komputerowe, rozłożone w czasie (rozchodzenie się płynu znieczulającego jest wolniejsze, mniejszy jest

“

Połowa dorosłych pacjentów przyznaje, że na częstość ich wizyt w gabinecie stomatologicznym mają wpływ traumy z dzieciństwa.

też uraz tkanek związany z wtłaczaniem płynu, a to pozwoli uniknąć bólu, kiedy znieczulenie przestanie działać, gdy pacjent już opuści gabinet stomatologiczny). Zdaniem doktora Gołąbka możliwości bezbołowego leczenia jest bardzo wiele, a cierpienie pacjenta zawsze wiąże się z nieprawidłowo podanym znieczuleniem, począwszy od wyboru rodzaju środka i metody, skończywszy na sposobie jego zastosowania. Trzeba być zawsze otwartym na nowe metody znieczulania i indywidualną reakcję pacjenta na ból.

PACJENCI O BÓLU



Źródło: PTS

- **75%** pacjentów obawia się bólu podczas leczenia zębów
- **77%** pacjentów zaznało bólu podczas leczenia zębów
- u **44%** pacjentów strach ma wpływ na częstotliwość wizyt
- **50%** pacjentów ma złe doświadczenia z dzieciństwa związane z wizytami u stomatologa
- **85%** pacjentów jest skłonnych dopłacić do standardowej ceny, aby bezboleśnie usunąć ząb
- tylko **17%** Polaków korzysta częściej niż 3 razy w roku z usług stomatologicznych



Aby uniknąć klasycznego znieczulenia, które pacjentowi kojarzy się z igłą i bolesnym wkłuciem, można rozważyć znieczulenie komputerowe.

KLINIKA BEZ BÓLU

Polskie Towarzystwo Stomatologiczne nie poprzestało na zbadaniu problemu. Organizacja zainicjowała ogólnopolską akcję „Klinika bez bólu”. W programie, nad którym PTS objęło honorowy patronat, może uczestniczyć każda placówka stomatologiczna. Warunkiem jest m.in. udział w szkoleniach certyfikowanych przez towarzystwo. Do akcji przystąpiło już 80 placówek, a chętnych wciąż przybywa. Kliniki uczestniczące w programie można rozpoznać po specjalnych naklejkach z logo programu na drzwiach oraz plakatach w recepcjach i poczekalniach.

Inicjatywa promowana jest spotem, w którym ośmioro bohaterów opowiada o metamorfozach związanych z wizytą u lekarza dentysty. Na oficjalnej stronie programu (www.klinikabezbolu.pl) oraz w gabinetach biorących w nim udział zawisły też materiały informacyjno-educacyjne dla pacjentów. W ramach akcji prowadzone są też m.in. wykłady i warsztaty praktyczne dla lekarzy dentystów. Jednym z tematów jest ekstrakcja zęba, która budzi największe emocje, jeśli chodzi o ból – nie tylko podczas samego zabiegu, ale

także później, w trakcie gojenia rany.

Dr n. med. Maciej Michalak, koordynator szkoleń organizowanych w ramach programu, mówi, że także należy do pokolenia, które miało traumatyczne przeżycia w szkolnym gabinecie stomatologicznym, dlatego zostając stomatologiem, obiecał sobie, że nigdy nie zafunduje podobnych wrażeń swoim pacjentom. Podkreśla, że nawet pojedynczy incydent może pozostawić w psychice uraz, który przez lata będzie niechęcią do wizyty u dentysty. Ostrzega jednak, by nie mitologizować dentofobii, która w wielu przypadkach jest wyłącznie skutkiem cierpienia fizycznego. Uważa, że na ból trzeba spojrzeć poprzez podnoszenie świadomości problemu i rozszerzania kwalifikacji, dlatego podjął się roli koordynatora szkoleń. Pierwsze szkolenia już się odbyły – w pięciu dużych miastach Polski (Katowice, Warszawa, Łódź, Bydgoszcz, Lublin). W listopadzie dołączą nowe miejscowości.

Dr Ewelina Gębarowska-Jakubiak z Łodzi przeszła już jedno z takich szkoleń. Jej zdaniem są one bardzo potrzebne i chociaż sama standardowo stosuje w swoim gabinecie znieczulenie komputerowe, uważa,

że każda nowa informacja w kwestii dostępnych metod minimalizowania bólu jest dla lekarza dentysty cenna. Na szkoleniach stomatolodzy poznają także tajniki działania urządzeń stosowanych do podawania znieczuleń. Dzięki temu będą potrafili kontrolować je, tak aby były precyzyjne, bezpieczne dla tkanek i kości, skuteczne, bezbolesne i niepowodujące długotrwałej rekonwalescencji.

– Ból jest jedną z głównych przyczyn niskiej frekwencji pacjentów w gabinetach stomatologicznych, a zważywszy, że 80 proc. Polaków ma próchnicę, walka z tą chorobą w tej sytuacji staje się jeszcze trudniejsza – podsumowuje prof. Małgorzata Dominiak. Wierzy, że program „Klinika bez bólu” rozszerzy się na cały kraj. Z korzyścią dla pacjenta i rynku usług stomatologicznych. ■



O PSYCHOGERIATRII WE WROCŁAWIU

W dniach 29–30 listopada w stolicy Dolnego Śląska odbędzie się XIII Międzynarodowa Konferencja „Psychogeriatryka 2019 – stan obecny”. W programie przewidziano wykłady osób reprezentujących prestiżowe ośrodki naukowe z całego świata, m.in. USA, Kanady, Japonii i Australii. „Gazeta Lekarska” objęła patronatem medialnym to wydarzenie. ■



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

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

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

Mariusz Janikowski, prezes Zarządu Fundacji Lekarze Lekarzom

LOTNICZE POGOTOWIE RATUNKOWE

Feralny lot

Z dr. **Mariuszem Mioduskim**, anesteziologiem, specjalistą medycyny ratunkowej i lekarzem Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, który pod koniec września został oślepiiony laserem podczas lotu śmigłowcem LPR, rozmawiają **Marta Jakubiak** i **Lidia Sulikowska**.

Późnym wieczorem na autostradzie A2, na wysokości Grodziska Mazowieckiego, doszło do karambolu około dziesięciu pojazdów. Utworzył się 15-kilometrowy korek. Do zdarzenia wezwano m.in. załogę Lotniczego Pogotowia Ratunkowego R12, która dotarła jako jedna z pierwszych. Po zbadaniu poszkodowanych okazało się jednak, że nikt nie wymaga transportu śmigłowcem do centrum urazowego. Po udzieleniu pomocy załoga LPR wystartowała w drogę powrotną do bazy na warszawskim Bemowie.

Co wydarzyło się w czasie tego lotu?

Kiedy przelatywaliśmy nad Starymi Babicami, nagle zobaczyłem silny błysk, a po chwili mocny strumień światła, który wpadał do kabiny z prawej strony, czyli po mojej lewej, bo lekarz siedzi tyłem do kierunku lotu, a przodem do pacjenta. Pojawił się powidok w obu oczach. Powiedziałem wtedy do pilota: uważaj, oślepią nas. Od razu zgłosiliśmy to na wieżę na lotnisku. To nie był pierwszy raz, takie sytuacje się zdarzają, miałem ich już kilkanaście. Tym razem była to jednak bardzo silna, ciągła wiązka światła. Po prostu ktoś trzymał nas na przystolowej „muszce”. Skontaktowaliśmy się raz jeszcze z wieżą, by poinformować, że postaramy się zlokalizować źródło światła. Istniało zagrożenie, że ta wiązka mogła być przekierowana na samoloty pasażerskie, które tamtędy przelatują, podchodząc do lądowania na Okęcie. Dostaliśmy zgodę.

Udało się zlokalizować to miejsce?

Tak, zrobiliśmy jedno kółko, nieco obniżyliśmy lot i korzystając z urządzeń pokładowych, zaznaczyliśmy naszą pozycję, określając dane GPS. W tym czasie ktoś nadal świecił w kabinę naszego śmigłowca. Nie przestawał. Odprowadził nas w zasadzie do samej bazy, niemal do lądowania, wpuszczając światło przez tylną szybę.

Czy takie incydenty zgłaszacie na policję?

Oczywiście, tak też było tym razem. Nasz dyspozytor ustalił numer, pod który mamy zadzwonić, żeby



przekazać więcej informacji. Niezwłocznie po lądowaniu Robert Woźniak, nasz pilot, a były wojskowy po przebytej misji w Iraku, skontaktował się z policją i zgłosił, że zostaliśmy oślepieni laserem i że udało nam się ustalić lokalizację źródła światła. Policjant, który odebrał, poprosił, żeby napisać w tej sprawie maila.

Pan żartuje?

Nie, tak było. Robert napisał mail i wysłał wraz z opisem zdarzenia. Podał też adres i współrzędne GPS domu, z którego wychodziło światło lasera.

Czy ujęto już sprawcę?

Z tego, co wiem, na razie nie. Kiedy dwa dni po zdarzeniu zadzwoniłem do dyżurnego komendy, która przyjęła zgłoszenie, żeby poinformować, że mam problemy ze wzrokiem, przełączył mnie na wydział prewencji, a stąd zostałem przełączony do dzielnicowego. Ten nawet nie wiedział, że przydzielono mu taką sprawę. Po dwóch tygodniach coś jednak drgnęło. Sprawę przekazano do wydziału śledczego, gdzie złożyliśmy już zeznania. Niedawno zostałem przesłuchany po raz kolejny. Wiem też, że policja była pod wskazanym przez nas adresem i pytała, czy mieszkająca tam osoba posiada laser.





Dr Mariusz Mioduski podczas dyżuru R12.

GL Przyznała się?

No nie, nie przyznała się. Trwa śledztwo, pod nadzorem prokuratury. Mam jednak wątpliwości, czy sprawa zostanie wykryta.

GL Proszę powiedzieć, kiedy uświadomił pan sobie, że coś z oczami jest nie tak?

Na początku, poza powidokami, właściwie nie miałem dolegliwości. Zazwyczaj w czasie dyżuru, do tego jeszcze nocnego, człowiek nie skupia się na sobie. Nic mnie nie bolało. Jedynie kiedy zamykałem powieki, czułem, jakby prosto w oczy świeciło mi ostre światło. Kiedy skończyłem dyżur, pojechałem do szpitala, w którym pracuję, i umówiłem się, że następnego dnia zrobimy badania. W międzyczasie pojawiło się lekkie zamglenie pola widzenia. Po zrobieniu OCT okazało się, że obraz oka jest jak po fotokoagulacji. Wystąpił obrzęk, siatkówka była potyskliwa, była też pseudocysta.

GL Jakie są rokowania?

Czytam dwa górne rzędy tablicy Snellena. W lewym oku w 80 proc. nie ma centralnego pola widzenia, co sprawia, że nie widzę kształtów obiektu, tylko rozmytą plamę. W prawym oku cały czas mam błyski. Obrzęk powoli ustępuje, ale wciąż mam kłopot z polem widzenia. Koledzy lekarze twierdzą, że stan taki może utrzymywać się przez pół roku. Potem się polepszy albo nie.

GL Co z pracą?

Nie jestem w stanie pracować jako specjalista anestezjologii czy medycyny ratunkowej. Dyżurowanie w śmigłowcu i na intensywnej terapii czy na SOR jest na razie niemożliwe. Wróciłem jedynie do swoich obowiązków zastępcy dyrektora ds. medycznych w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim w Siedlcach. Przyzwyczajam się do komputera i sytuacji, że na jedno oko właściwie nie widzę. Mam jednak nadzieję, że już wkrótce będę mógł pracować jako lekarz i dyżurować.

GL Nikt inny z załogi nie ucierpiał?

Nie, na szczęście nikt. Chyba we wszystkich pozostała jednak obawa, że taki incydent może się powtórzyć, a ten był wyjątkowo niebezpieczny. Dotychczas, jeśli ktoś strzelił laserem, to na chwilę. Tym razem było zupełnie inaczej – to było kilka minut ciągłego świecenia.

GL Co teraz?

Próbowałem swoich sił w różnych miejscach w systemie, ale praca w LPR stała się moją pasją. Jestem lekarzem pogotowia lotniczego od niemal dziesięciu lat. To niezwykła praca. Można powiedzieć, że jest to medycyna ekstremalna, kiedy intubuje się pacjenta na ulicy, wykonuje się drenaż klatki piersiowej na łące albo usg. w stodole. Czasem jesteśmy całkiem sami i musimy podejmować działania, bo nie ma obok nikogo, kogo można poprosić o pomoc. Wiemy, że musi nam się udać.

Wierzę, że wrócę do pełnej sprawności i znów będę ratował ludzi jako lekarz LPR. Nie chcę myśleć inaczej. Jest jeszcze jedna rzecz, o której muszę powiedzieć, choć to przyziemne: jeśli lekarz pracuje w ramach umowy cywilnoprawnej, a wielu jest takich, i stan zdrowia uniemożliwi mu pracę, to przestaje zarabiać. Taka jest rzeczywistość. Poza tym już mnie nosi. Od kilkunastu lat nie było w moim życiu takiego okresu, żebym nie dyżurował. Już nie mogę wytrzymać bezczynności, muszę wrócić do pracy.

Mam jednak świadomość również tego najgorszego scenariusza, że już nigdy nie wsiądę do śmigłowca, że nie wrócę do tego, co tak kocham. Ratownictwo jest moją pasją. Również to przedszpitalne.

“

Wierzę, że wrócę do pełnej sprawności i znów będę ratował ludzi jako lekarz LPR. Nie chcę myśleć inaczej.

GL Czy po tym zdarzeniu odczuł pan tę solidarność zawodową?

Tak, bardzo wspierali mnie lekarze z mojego szpitala i nie tylko. Dużo osób dzwoniło, proponując pomoc albo żeby po prostu zapytać, jak się czuję i mnie wesprzeć. Miałem też telefon od ministra Kraski i rozmawiałem bezpośrednio z ministrem Szumowskim. Za to wsparcie chciałbym wszystkim serdecznie podziękować.

Takie wsparcie ze strony grupy zawodowej jest niezwykle ważne. Najgorzej zostać samemu w trudnej sytuacji. Jeżeli obok jest ktoś życzliwy, kto myśli pozytywnie i stara się pomóc, to chory także wierzy. Wiem, że to jest ważne dla każdego pacjenta, ale dla lekarza szczególnie. Bycie pacjentem jest dla niego wyjątkowo trudne. Jako lekarze mamy bowiem świadomość, co się może wydarzyć, jakie mogą być konsekwencje. Wsparcie i niepozostawienie chorego samemu sobie, jest ogromnie istotne.

GL Kiedy widzieliśmy się kilka lat temu, mówił pan o bardzo atrakcyjnej ofercie pracy w Zjednoczonych Emiratach Arabskich. Dlaczego pan nie wyjechał? Pieniądze w życiu są oczywiście ważne, ale ja chyba za bardzo kocham Polskę i polskich pacjentów. Dla nich chcę się rozwijać, być dobrym lekarzem. Wciąż mamy tu dużo gorsze warunki pracy i płacy niż lekarze na Zachodzie, musimy dużo więcej pracować, bo są niedobory kadrowe i chcemy utrzymać rodzinę, ale tu jesteśmy u siebie...

Propozycja była bardzo długo aktualna, być może nadal jest, ale na razie z niej nie skorzystałem. Zostałem poproszony o pomoc w organizacji pracy w szpitalach w Siedlcach i w Rudce, także jako lekarz na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii i SOR. Zgodziłem się. Poza tym nie wyobrażałem sobie życia bez pracy w LPR. Zostałem.

Lubię wyzwania i takie dostałem, więc na razie realizuję się w Polsce. Teraz, mam nadzieję tymczasowo, pozostało tylko zarządzanie szpitalem. Wiem, że to zupełnie inna działka niż ratowanie pacjentów, ale wciąż ratowanie – szpitala w systemie. To codzienna walka i ogromne wyzwania. Trzeba gasić pożary i rozwiązywać problemy. Ja wciąż jednak jestem pełen optymizmu i wierzę, że będzie dobrze. ■

“

POLICJA APELUJE

W sprawie sprowadzenia bezpośredniego niebezpieczeństwa katastrofy w ruchu powietrznym poprzez skierowanie w kierunku śmigłowca LPR wiązki lasera, oślepiając lekarza Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, nadal prowadzone są czynności zmierzające do zgromadzenia jak najobszerniejszego materiału dowodowego. Na chwilę obecną jeszcze nikomu nie zostały przedstawione zarzuty.

Policjanci sprawdzają każdą informację, jaką otrzymają. Dlatego zwracamy się z apelem do wszystkich osób, które mają wiedzę na temat tego zdarzenia, o kontakt z Komendą Powiatową Policji dla Powiatu Warszawskiego Zachodniego z siedzibą w Starych Babicach pod numerem telefonu **(22) 752 80 00** lub drogą elektroniczną na adres e-mail: **oficer.prasowy.warszawa-zach@ksp.policja.gov.pl**

podinsp. Ewelina Gromek-Oćwieja, oficer prasowy Komendy Powiatowej Policji dla Powiatu Warszawskiego Zachodniego z siedzibą w Starych Babicach

REKLAMA

KOMUNIKACJA W MEDYCYNIE



Agresja w relacji pacjent-lekarz

Relacja pomiędzy lekarzem a pacjentem jest szczególna. Od lekarza, poza wiedzą, wymaga się tzw. umiejętności miękkich: wzbudzania zaufania, przekazywania zaleceń zrozumiałym dla pacjenta językiem, okazywania zrozumienia, a nawet empatii. Od pacjenta – otwartości, szczerości w przekazywaniu wszystkich, nawet najbardziej wstydliwych informacji na temat jego zdrowia.

TEKST **BEATA KRUDKOPAD-SZATORSKA**,
PSYCHOLOG, COACH RELACJI, TRENER W ODZ NIL

Bez tych elementów nie będzie dobrze postawionej diagnozy, a tym samym skutecznego leczenia. Tymczasem w gabinetach lekarskich, szpitalnych oddziałach ratunkowych czy przychodniach coraz więcej jest nieufności, frustracji a nawet agresji. Niestety po obu stronach.

SKĄD TEN PROBLEM?

Z jednej strony możemy mówić w ogóle o kryzysie autorytetów,

z drugiej o coraz większej dostępności do różnych źródeł wiedzy, z czego pacjenci chętnie korzystają z powodu braku możliwości szybkiego kontaktu z lekarzem. Dodatkowo media przekonują, jak łatwo samemu zadbać o własne zdrowie, informując o dostępności i skuteczności różnych medykamentów, suplementów diety itp. Dziś mamy pastylkę na wszystko. Na pozbycie się włosów i na porost włosów, aby schudnąć i aby zwiększyć masę

mięśniową, na poprawę nastroju, na zadbanie o narządy wewnętrzne, o sen, a nawet długie i szczęśliwe życie. A wszystko bez kolejek, dojazdów, krępujących pytań i za kilka złotych...

Dodatkowo lekarze, zastaniając się brakiem czasu, skupiają się na „technicznej” stronie swojej pracy. Prowadząc wywiad medyczny, oczekują od pacjentów szacunku, zaufania (to ja mam wiedzę branżową), zrozumienia (to nie ja

odpowiadam za to, że system kuleje), cierpliwości (to nie ja jestem odpowiedzialny za grafik wizyt) etc. Relacje z pacjentem postrzegają jako niesatysfakcjonującą.

PERSPEKTYWA LEKARZA

W czasie szkoleń, które prowadzę z lekarzami, często słyszę, że pacjenci są wobec nich agresywni, roszczeniowi, a gdy nie mogą dostać tego, czego chcą, krzyczą, grożą skargą. Uważają, że wszystko im się należy, za darmo i natychmiast. Nie szanują lekarza, wymuszają się, przechodzą z gotową diagnozą. Mówią, jak ich leczyć, oczekują konkretnych recept, używają wulgaryzmów, wymuszają świadczenia, nie stosują się do zaleceń i obarczają lekarza winą za brak efektów leczenia.

PERSPEKTYWA PACJENTA

Z kolei pacjenci mają swoje oczekiwania – chcą dostępności do świadczeń (refundacji, szpitala, zwolnienia, sanatorium, specjalistycznego badania itp.), dostępności lekarza (muszę dostać się do gabinetu/szpitala natychmiast, nawet poza kolejnością, przecież jestem chory), zrozumienia (babcia jest stara i chora, nie będę jej tu ciągnąć, proszę wypisać dla niej receptę bez badania), czasu (wysłuchaj mnie, bo jestem chory i nie mam komu powierzyć swoich lęków, obaw), zainteresowania.

Słyszę od pacjentów (zebrane ze szkoleń i warsztatów), że z lekarzami trzeba ostro, bo jak się człowiek nie wyawanturuje, to nic nie dostanie. Ponadto pacjenci uważają, że lekarze się nimi nie przejmują, poświęcają im najwyżej pięć minut, nie słuchają, chowają się za laptopem, zależy im tylko na czasie i pieniądzach, nawet nie spojrzą na człowieka, nie potrafią postawić prostej diagnozy, a gdyby nie Google, człowiek niczego by się nie dowiedział.

AKCJA WYWOŁUJE REAKCJĘ

Jak widać, oczekiwania obu stron – lekarzy i pacjentów – dalece odbiegają od siebie i od rzeczywistości. Co się dzieje, gdy nasze oczekiwania nie pokrywają się z rzeczywistością?

Uruchamia się prosty mechanizm psychologiczny:

FRUSTRACJA

– to bardzo silna emocja, która powstaje, gdy nasza rzeczywistość i oczekiwania nie zgadzają się ze sobą, np. „oczekiwałam, że dostanę antybiotyk, szybko dojdę do zdrowia, a tymczasem nawet nie dostałam się do lekarza...”.

GNIEW

– jest najbardziej charakterystycznym sposobem radzenia sobie z frustracją (innym jest wycofanie). To silna emocja. Od umiejętności radzenia sobie z gniewem zależy, czy przerodzi się on w agresję czy nie. To dlatego nie każdy pacjent we frustrującej go sytuacji zachowuje się agresywnie. Niektórzy są wycofani, inni tłumią w sobie gniew, niekiedy wyładowując go na rodzinie lub w siłowni.

AGRESJA

– to nie emocja, a forma zachowania. To jeden ze sposobów radzenia sobie z gniewem. Od tej umiejętności zależy, czy pacjent zachowa się w gabinecie lekarskim agresywnie czy nie. Siła gniewu (wybuchu), a tym samym forma agresywnego zachowania (krzyk, wulgaryzmy, trzaskanie drzwiami, przemoc fizyczna) zależy od siły frustracji, innymi słowy od tego, jak bardzo jednostce zależało na danym rozwiązaniu.



Co się dzieje, gdy nasze oczekiwania nie pokrywają się z rzeczywistością?
Uruchamia się prosty mechanizm psychologiczny: frustracja, gniew, agresja.

SPOSÓB NA AGRESJĘ

Jak radzić sobie z agresją pacjentów i swoją własną? Najpierw trzeba zdiagnozować zachowanie pacjenta. Z doświadczenia wyniesionego ze szkoleń i warsztatów, które prowadzę dla lekarzy i lekarzy dentystów w Naczelnej Izbie Lekarskiej, wiem, że nie wszystkie zachowania pacjentów, które są niekomfortowe dla lekarzy, są przejawem agresji; niektóre dowodzą braku kultury (przerwywanie wypowiedzi, żucie gumy), braku zaufania (zatajenie krępujących informacji, przedstawianie innych możliwości leczenia) itp. Po co takie wyłuskanie rzeczywistych przejawów agresji z całej puli różnych zachowań pacjentów? Bo z każdym z nich radzimy sobie za pomocą innych technik.

„JA” KONTRA „TY”

Podstawową techniką radzenia sobie z agresją pacjentów jest tzw. komunikat typu „ja”, będący elementem komunikacji asertywnej. Wyobraźmy sobie, że byliśmy umówieni z kimś na 19.00, ale ta osoba nie stawiała się na spotkanie i nie poinformowała nas o ewentualnym spóźnieniu lub nieobecności. Co czujemy? Prawdopodobnie gniew – co on/ona sobie myśli? Lekceważy mnie, itp. Gdy w końcu widzimy tę osobę, możemy zareagować w jeden z dwóch sposobów.

1. „Znowu się spóźniłaś/eś; na tobie w ogóle nie można polegać” – to typowy komunikat typu „ty”. Jakie będą reakcje zaatakowanej osoby? Typowe, czyli atak (bo jak powszechnie wiadomo, jest on najlepszą formą obrony). „A ty myślisz, że jesteś taka/i święta/y?”. Dodatkowo mogą pojawić różnego rodzaju usprawiedliwienia, nie zawsze prawdziwe. Kłamstwo jest drugą typową reakcją na komunikat typu „ty”.

2. Możemy także zastosować komunikat typu „ja”. „(Ja) denerwuję się, jak się spóźniasz i nie dajesz znaku życia, znasz mnie, od razu mam w głowie czarne scenariusze”. Reakcja na taki komunikat jest inna, wyjaśnienie motywów zachowania skłania ludzi do współpracy.



Jak radzić sobie z agresją pacjentów i swoją własną? Najpierw trzeba zdiagnozować zachowanie pacjenta.

Jak tę technikę (komunikat typu „ja”) zastosować w relacji z pacjentem? Można np. odpowiedzieć: „Ja nie mogę pracować, kiedy pan/i na mnie krzyczy / wymusza receptę / wchodzi do gabinetu poza kolejnością, ale zajmę się panem/panią, gdy...” – i tu musi pojawić się bardzo konkretne oczekiwanie lekarza wobec pacjenta, np. „przestanie pan/i krzyczeć / pozwoli się zbadać / spokojnie mnie wysłucha itp.

Bardziej rozbudowaną, ale niezmienne skuteczą metodą radzenia sobie z agresją pacjentów jest tzw. zdarta płyta. Składa się ona zawsze z tych samych części: z komunikatu typu „ja”, mojej decyzji oraz uzasadnienia tej decyzji. Uzasadnienie decyzji musi zawsze brzmieć tak samo. Dodatkowo, potrzebna jest jeszcze

parafraza, która służy podtrzymaniu dobrych relacji z pacjentem.

PRZYKŁAD SKUTECZNEGO KOMUNIKATU

„Proszę mi wypisać receptę dla babci...” – prosi wnuczka pacjentki.

„Nie” (decyzja) – mówi lekarz.

„Nie wypiszę recepty dla babci bez jej zbadania, ponieważ mogę zaszkodzić jej zdrowiu lub życiu” (uzasadnienie decyzji – nasze późniejsze zdanie klucz, nie wolno go zmieniać!)

„Ale babcia jest stara, mieszka daleko i to problem, żeby ją tu przywieźć” – wnuczka oczywiście naciśka, ale my nie dajemy się wciągnąć w żadne poboczne tematy i nadal konsekwentnie stosujemy „zdartą płytę”.

„Rozumiem, że to kłopot (parafraza), ale nie wypiszę recepty dla babci bez jej zbadania (decyzja), ponieważ bez diagnozy mogę zaszkodzić jej zdrowiu lub życiu” (zdanie klucz, zawsze musi brzmieć tak samo, więc dobrze, żeby było krótkie i dobitne).

„Myślałem, że jest pan/i dobrym lekarzem...” – wnuczka kontynuuje.

„Tak, jestem dobrym lekarzem (parafraza), dlatego nie wypiszę recepty dla babci bez jej zbadania (decyzja). Ponieważ mogę zaszkodzić jej zdrowiu lub życiu (zdanie klucz).

To tylko nieliczne przykłady technik. Czy wyeliminują całkowicie agresywne zachowanie pacjentów? Raczej nie, ale pozwolą uniknąć nakręcania spirali konfliktu, obniżą poziom stresu, obronią przed wycofaniem i manipulacją, zmniejszą ryzyko wypalenia zawodowego. Czy do stosowania tych sposobów potrzebny jest jakiś dodatkowy czas? Na szczęście nie, ponieważ z komunikacją jest jak z pogodą. Jest zawsze. I tylko od nas zależy, jak będzie przebiegać. ■

REKLAMA

POLACY NA ARENIE MIĘDZYNARODOWEJ

Polskie akcenty na UEMS w Londynie

Dr n. med. Łukasz Jasek z Ośrodka Współpracy Zagranicznej NRL uczestniczył w spotkaniu Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS), które odbyło się 18-19 października w siedzibie British Medical Association (BMA) w Londynie.

Spotkanie poświęcono m.in. opracowywaniu wskazówek dla tworzenia programów specjalizacji. – To programy, którymi powinny posługiwać się wszystkie kraje europejskie, co pozwoliłoby ujednolicić poziom kształcenia specjalizacyjnego, jednak biorąc pod uwagę specyfikę różnych systemów

Jasek. Dodaje, że cały czas podkreśla się rolę np. edukacji z zakresu e-zdrowia, która powinna być prowadzona już w czasie studiów lekarskich.

Podczas dyskusji, również kulturalowych, wypłynęła sprawa dzielenia się medycyny na coraz węższe specjalizacje. Okazuje się, że w wielu krajach nie ma aż tylu specjalizacji, ile jest np. w Polsce, i UEMS poprzez swoje działania próbuje zahamować trend mnożenia specjalizacji. Chodzi o to, aby te zbliżone zakresy działania, np. alergologia, immunologia czy pulmonologia, nie powielają się.

Były też polskie akcenty. W czasie spotkania prof. Rafał Chrzan z Krakowa zaprezentował autorski program specjalizacji z zakresu urologii dziecięcej. Z kolei na poprzednim spotkaniu UEMS, które odbyło się w Brukseli, prof. Marek Sądadek przedstawił projekt ukazujący różne aspekty radiologii.

Do niedawna prezesem UEMS był prof. Romuald Krajewski, który w tym roku przekazał tę funkcję lekarzowi greckiego pochodzenia pracującemu w Wielkiej Brytanii (Vassilios Papalois), pozostał jednak tzw. oficerem łącznikowym. ■



W czasie spotkania prof. Rafał Chrzan z Krakowa zaprezentował autorski program specjalizacji z zakresu urologii dziecięcej.

służby zdrowia i kształcenia specjalistów, członkowie UEMS stwierdzili, że należy je uwzględnić, a wdrażanie programów traktować bardziej jako sugestie niż odgórne zalecenia – mówi Łukasz

Kto znalazł się na Liście Szanghajskiej?

Dziewięć polskich uczelni, a wśród nich dwie medyczne, znalazło się na Liście Szanghajskiej 2019 (Academic Ranking of World Universities) w kategorii open. Najwyżej sklasyfikowano Uniwersytet Jagielloński (miejsce w zakresie 301-400; ranking nie podaje dokładnych miejsc poza pierwszą setką), za nim znalazł się Uniwersytet Warszawski (401-500), pozostałych siedem uczelni zajęło pozycje w drugiej pięćsetce rankingu. Są to: Akademia Górniczo-Hutnicza w Krakowie (601-700), Warszawski Uniwersytet Medyczny (701-800), Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu (701-800), Politechnika Warszawska (801-900),

a także Śląski Uniwersytet Medyczny, Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika w Toruniu i Politechnika Wrocławska, które weszły do ostatniej sklasyfikowanej w rankingu setki (901-1000). Pierwszą dziesiątkę rankingu zdominowały uczelnie amerykańskie, z Uniwersytetem Harvarda na czele.

W kategorii oceniającej tylko uczelnie w dziedzinie „medycyna kliniczna” (ShanghaiRanking's Global Ranking of Academic Subjects 2019 Clinical Medicine) znalazło się sześć polskich uczelni: Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu (151-200), Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego (201-300), Gdański Uniwersytet Medyczny (301-400),

Uniwersytet Medyczny w Łodzi (401-500), Śląski Uniwersytet Medyczny (401-500) i Warszawski Uniwersytet Medyczny (401-500).

Ranking Listy Szanghajskiej tworzony jest m.in. w oparciu o liczbę osób kończących daną uczelnię czy pracowników naukowych, którzy otrzymali Nagrodę Nobla lub Medal Fieldsa, największą ilość cytowań autorów (wybranych przez Thomson Reuters), liczbę publikacji w czasopiśmie „Nature” i „Science” oraz publikacji wymienionych w wybranych indeksach cytowań (Science Citation Index – Expanded, Social Sciences Citation Index), a także rozmiar osiągnięć w stosunku do wielkości uczelni. ■

WIELOCHOROBOWOŚĆ

Pacjent onkologiczno-kardiologiczny

Pacjenci z chorobami serca to często osoby cierpiące również na nadciśnienie, cukrzycę, nerki, i inne choroby przewlekłe, w tym nowotwory.

TEKST LUCYNA KRYSIAK, DZIENNIKARZ

Współczesna kardiologia to nie tylko diagnozowanie i leczenie chorób sercowo-naczyniowych zgodnie z najnowszymi kanonami wiedzy. To dziedzina, w której coraz bardziej dostrzega się konieczność współpracy z innymi specjalnościami medycznymi.

XXIII Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, który odbył się pod koniec września w Katowicach, był odpowiedzią na ogólnosiwiatowy trend kompleksowego zaopiekowania się pacjentem, który zmagą z wieloma problemami zdrowotnymi. Pacjenci z chorobami serca to często osoby cierpiące również na nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, nerki i inne przewlekłe choroby, w tym nowotwory, które po schorzeniach serca są najczęstszą przyczyną zgonów. Wielochorobowość stała się dla systemu lecznictwa ogromnym wyzwaniem.

HART-TEAMY

Prof. Zbigniew Gąsior, z Katedry i Kliniki Kardiologii SUM i przewodniczący komitetu naukowego kongresu, podkreśla, że od interdyscyplinarności w kardiologii nie ma odwrotu. Ten punkt widzenia potwierdzają aktualne rekomendacje, które zalecają, by

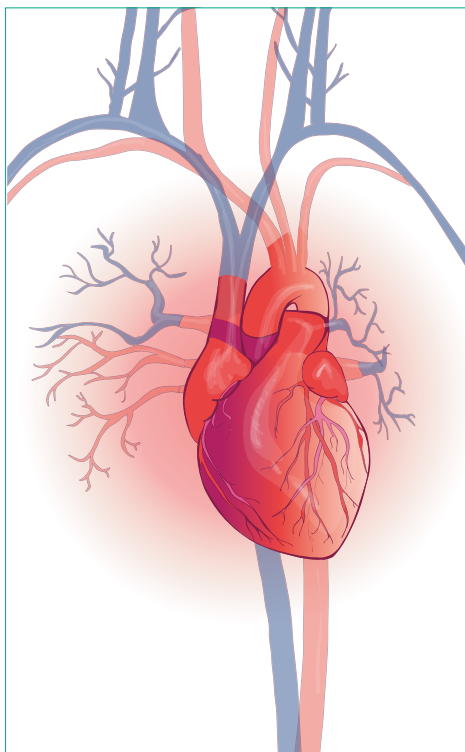
w przypadkach złożonych medycznie decyzje terapeutyczne podejmować wspólnie z lekarzami różnych specjalności. Te – jak nazwał je prof. Gąsior – kardiogrupy, czyli hart-teamy, skupiałyby kardiologów o różnych umiejętnościach. Z kolei kardiogrupy plus / hart-teamy plus oprócz kardiologów składałyby się także z lekarzy różnych specjalności: internistów, neurologów, nefrologów, diabetologów, ale też onkologów.

Ci ostatni w kardiologicznych teamach są szczególnie pożądani, ponieważ w Polsce nie ma żadnego spójnego systemu, który określałby zasady współpracy kardiologii z onkologią. W większych ośrodkach onkologicznych angażuje się kardiologów jako konsultantów, w mniejszych pacjenci z nowotworami nawet tego są pozbawieni. Tymczasem przy leczeniu onkologicznym – chemioterapią czy radioterapią, dochodzi do rozwoju chorób układu sercowo-naczyniowego, a jednym ze skutków ubocznych tego rodzaju terapii jest np. kardiotoksyczność, która może rozwinąć wiele innych powikłań. Na przykład u chorych z rakiem płuca rozwija się niewydolność serca, zatorowość płucna, zdarzenia wieńcowe, zapalenie osierdzia, zaburzenia rytmu i przewodzenia.

FAKT

Wielochorobowość stała się dla systemu lecznictwa ogromnym wyzwaniem.

Na nowotwory zapadają też osoby, które są już np. po przebytym zawale serca, mają migotanie przedsionków, a także pacjenci z niewydolnością serca. W takich sytuacjach także jest niezbędna współpraca kardiologa z onkologiem. – To nie jest łatwe, kardiolodzy dopiero uczą się onkologii, ale nie da się od tego uciec. Myślę, że w programie opieki koordynowanej dla chorych z niewydolnością serca KONS mogłoby też znaleźć się miejsce dla chorych onkologicznie – mówi prof. Oskar Kowalski ze Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu. Jednak program nie był projektowany z myślą o pacjentach chorych na raka z powikłaniami kardiologicznymi. Poza tym, na razie ma on charakter pilotażowy, ale prof. Piotr Ponikowski, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w minionej kadencji, ocenia, że jego wprowadzenie to największy sukces PTK ostatnich lat, podobnie jak programu KOS-zawał, czyli koordynowanej opieki nad chorymi po zawałach serca. – To prawda, że w grupie objętych programem KOS-zawał śmiertelność z powodu tej choroby obniżyła się o 50 proc. i to jest niewątpliwy sukces, ale wciąż jest wiele do zrobienia, ponieważ ze względu na niewystarczającą refundację wielu nowoczesnych



Najważniejsze przyczyny występowania chorób sercowo-naczyniowych w Polsce



57% mała aktywność fizyczna



33% nadciśnienie tętnicze



28% palenie tytoniu



22% otyłość

terapii ich dostępność jest ograniczona – tłumaczy prof. Jarosław Kaźmierczak, konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii.

NA ROZDROŻU

Kardiologia znalazła się na rozdrożu, z jednej strony zmierza w kierunku rozwijania coraz węższych podspecjalności i coraz bardziej wyrafinowanych technik zabiegowych – leczenia zaburzeń rytmu, obrazowania w leczeniu choroby wieńcowej, wszczepiania kardiowerterów, a z drugiej – jest zmuszona do integrowania się z wieloma specjalnościami. Onkologia to jedno z najważniejszych wyzwań dotyczących tej integracji.

Prof. Piotr Jankowski, sekretarz PTK, mówi, że po leczeniu

onkologicznym choroby układu sercowo-naczyniowego mogą ujawnić się w krótkim czasie, ale czasem też dopiero po latach. – Rola kardiologów w zakresie kwalifikacji do leczenia onkologicznego, jak i leczenia jego powikłań, będzie rosła. PTK organizuje konferencje dotyczące tylko aspektu kardioonkologicznego, które pogłębiają naszą wiedzę na ten temat, nie rozwiązują jednak problemu systemowej współpracy na osi kardiologia-onkologia – podkreśla prof. Jankowski.

Prof. Zbigniew Kalarus, ze Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu i przewodniczący komitetu organizacyjnego kongresu, zauważa, że onkologia poczyniła w ostatnim czasie ogromny postęp w metodach leczenia, zarówno jeśli chodzi

o chemioterapię, jak i radioterapię, ale to jest leczenie agresywne, którego skutki uboczne coraz częściej będą dotyczyć właśnie serca: począwszy od bezobjawowej dysfunkcji mięśnia lewej komory poprzez objawową niewydolność, jak i chorobę niedokrwinną tego narządu czy zaburzenia rytmu. Niedawno wybrany prezes PTK prof. Adam Witkowski zapowiada więc w nowej kadencji powrót do zarzuconej koncepcji Narodowego Programu Zdrowego Serca.

– Chcemy stworzyć program, który koordynowałby wszystkie funkcjonujące dotąd inicjatywy, np. KOS czy KONS oraz szereg innych cegiełek składających się na działania w zakresie prewencji pierwotnej, kontroli czynników ryzyka, takich jak nadciśnienie, palenie tytoniu i otyłość, a także chorób naczyń obwodowych, rehabilitacji – tłumaczy prof. Adam Witkowski. Uważa, że w ten projekt może wpisywać się także kardioonkologia, o której coraz więcej się mówi, chociaż w Polsce wciąż stanowi to margines działań towarzystwa. Prof. Przemysław Mitkowski, prezes elekt PTK, zwraca uwagę na współpracę z lekarzami rodzinnymi, którzy jako pierwsi mają kontakt z pacjentami z podejrzeniem

“

Onkologia poczyniła w ostatnim czasie ogromny postęp w metodach leczenia, zarówno jeśli chodzi o chemioterapię, jak i radioterapię, ale jest to leczenie agresywne, którego skutki uboczne coraz częściej będą dotyczyć właśnie serca.

chorób sercowo-naczyniowych i współistniejących z nimi innych, tak powszechnych obecnie, schorzeń. W USA i Europie Zachodniej powołuje się specjalne grupy robocze, które podejmują działania zmierzające w kierunku objęcia pacjenta, u którego występuje wielochorobowość, kompleksową opieką, aby nie gubił się w gąszczu systemu.

SZYBKA ŚCIEŻKA KARDIOLOGICZNA

W Instytucie Kardiologii w Warszawie-Aninie funkcjonuje wspólny oddział z Centrum Onkologii – Instytutem. Z kolei w Europejskim Centrum Zdrowia w Otwocku ważnym elementem działalności ośrodka jest współpraca z Kliniką Onkologii CMKP i pomoc w kwalifikacji do leczenia przeciwnowotworowego pacjentów obciążonych kardiologicznie. Jednak na mapie Polski są to pojedyncze punkty, gdzie realizuje się na taką skalę zamierzenia pod hasłem kardiioonkologia.

Prof. Maciej Lesiak, kierownik Kliniki Kardiologii w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego w Poznaniu, jest przekonany, że można to zmienić. – Wskutek coraz lepszych wyników leczenia onkologicznego poprawia się przeżywalność tych

chorych, ale statystyki mówią, że osoby, które pokonają raka, w kolejnych latach najczęściej umierają na serce. Nakładają się tutaj dwa czynniki: raz, że choroby układu krążenia wciąż są killerem, a dwa, że u pacjentów leczonych chemioterapią i radioterapią ryzyko wystąpienia choroby sercowo-naczyniowej wzrasta – przekonuje prof. Lesiak i dodaje, że w takich realiach czekanie miesiącami na konsultację kardiologiczną jest nie do przyjęcia. Chodzi o to, aby jak najszybciej pacjent onkologiczny trafił do kardiologa i proponuje dla chorych na raka stworzenie tzw. szybkiej ścieżki kardiologicznej.

Wraz z zespołem opracował program uwzględniający rozwiązanie, które zostało zaakceptowane przez AOTMiT, i wkrótce będzie realizowane w sześciu ośrodkach: w dwóch szpitalach w Poznaniu oraz w Pleszewie, Kaliszu, Koninie i Pile. – Najpierw jednak trzeba wyłonić grupy ryzyka, ponieważ program nie obejmuje wszystkich pacjentów czekających w kolejce do kardiologa w ramach NFZ – tłumaczy profesor i wskazuje, że to rola onkologów, bo to oni są najlepiej zorientowani, którzy pacjenci potrzebują tej szybkiej ścieżki.

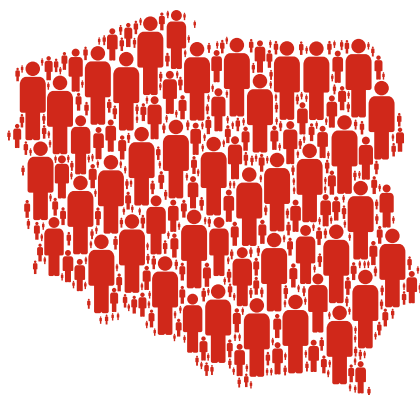
WAŻNE

Prof. Maciej Lesiak proponuje stworzenie tzw. szybkiej ścieżki kardiologicznej dla chorych na raka.

“ – O tym, że chemioterapia jest kardiotoksyczna, wiemy od lat, pora aby podjąć radykalne działania i uniknąć wielu niepotrzebnych zgonów w związku w tym powikłaniem – podsumowuje prof. Maciej Lesiak.

Autorzy programu opracowali tabelę, którą będą się posługiwać. Czynniki decydujące to: wiek powyżej 65. r.ż., przebyty zawał serca, uszkodzona funkcja lewej komory, niekontrolowane nadciśnienie tętnicze, strukturalne wady serca, kardiomiopatie, leczenie nowotworu antracyklinami. Prof. Lesiak zwraca uwagę na brak znajomości wśród lekarzy języka kardiologicznego i onkologicznego, twierdzi, że niezbędna będzie edukacja w tym zakresie, co pozwoli stworzyć zespoły kardiioonkologiczne, w których będzie można rozmawiać o stanie wspólnego pacjenta. Wierzy, że w niedalekiej przyszłości program obejmie cały kraj. – O tym, że chemioterapia jest kardiotoksyczna, wiemy od lat, pora aby podjąć radykalne działania i uniknąć wielu niepotrzebnych zgonów w związku w tym powikłaniem – podsumowuje prof. Maciej Lesiak. ■

CHOROBY KARDIOLOGICZNE W POLSCE



- to wciąż pierwsza przyczyna zgonów
- w dniu rozgrywek sportowych o 11 proc. wzrasta liczba incydentów sercowo-naczyniowych
- 33 proc. Polaków nie wie, jak rozpoznać zawał u drugiej osoby
- co czwarty zgon z powodu zawału (23,5 proc.) ma miejsce, zanim chory trafi do szpitala

E-ZDROWIE

Rozsądek w cyfryzacji

Transformacja cyfrowa polskiego systemu ochrony zdrowia staje się faktem. Od 8 stycznia 2020 r. recepty [poza wyjątkami ustawowymi] będą mogły być wystawiane wyłącznie elektronicznie. Wkrótce dojdą kolejne elementy, m.in. e-skierowanie.

TEKST **WOJCIECH ŁUKOMSKI**, LOGISTYK, KOORDYNATOR
REJESTRU LEKARZY ORAZ PRAKTYK ZAWODOWYCH OIL W ŁODZI

© W.LUKOMSKI@HIPOKRATES.ORG

Funkcjonują już: Internetowe Konto Pacjenta, System Monitorowania Kształcenia, Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, e-ZLA i wiele innych. Największy nawet sceptyk projektu e-zdrowie nie zaprzeczy, że wykonano ogromną pracę. Możliwe korzyści płynące z informatyzacji ochrony zdrowia są ogromne.

Tylko wystawione dotychczas e-recepty pozwalają na dokonanie analiz, które wcześniej były bardzo trudne do przeprowadzenia. Wiemy, ile przepisanych recept jest realizowanych, którzy pacjenci i kiedy je realizują oraz jakie to są grupy leków. Jest to zatem pierwszy krok do wykorzystania sztucznej inteligencji w służbie ochrony zdrowia. Ktoś powie, że to tylko statystyka, ale warto pamiętać, że Ignaz Philipp Semmelweis w 1840 r. właśnie na podstawie badań statystycznych skorelował umieralność kobiet na

wydziale położniczym z pracą lekarzy, którzy tam pracowali i ich praktyką w prosektorium. Dzięki tej obserwacji obniżono umieralność w połogu z 12 proc. do 2 proc. przez wprowadzenie procedury dezynfekcji rąk przez lekarzy opuszczających prosektorium.

UŁATWIAĆ, A NIE KOMPLIKOWAĆ

W swojej pracy codziennie rozmawiam z kilkunastoma lekarzami. Zarówno ze stażystami, jak i z lekarzami, którzy zgłaszają pracę w dziesiątym podmiocie leczniczym, a także z tymi, którzy prace specjalizacyjne przygotowywali na maszynie do pisania w czasach, gdy nikomu nie śniło się, że będzie internet. Od nich posiadam wiedzę, że przynajmniej połowę czasu, który woleliby poświęcić pacjentowi, przeznaczają na obsługę komputera. Sam, będąc pacjentem lub osobą towarzyszącą choremu, obserwuję procesy, które zachodzą w polskich

szpitalach. Jako logistykowi trudno mi zrozumieć, że w sklepie na niemal każdej wartościowej rzeczy znajduje się RFID (element, który pika przy przechodzeniu przez bramki), zaś w dużej placówce klinicznej lekarz, który codziennie biega między izbą przyjęć, oddziałem a salą operacyjną, musi każdorazowo wpisywać 6-cyfrowy kod na kłamce drzwi. Pacjenci ze zrozumieniem przyjmują do wiadomości fakt, że się nie rozdzieli... Czekają na wypis ze szpitala, widząc przez uchylone drzwi lekarzy, którzy siedzą przed klawiaturami i coś wstukują.

Dla mnie, jako pacjenta, czas, który lekarz poświęca na wprowadzenie moich danych, przygotowanie mojej dokumentacji medycznej, ustalenie, jak zaklasyfikować procedury medyczne, które mi wykonano, ile za to jest punktów, nie ma żadnej wartości dodanej. Chciałbym, aby lekarz wykorzystał swoją wiedzę, aby ustalić, co jest powodem awarii mojego organizmu i jakie

działania naprawcze można podjąć. Aby miała na to chwilę czasu i nie działał pod presją. Obserwacja tych wszystkich działań nasuwa wątpliwość o właściwym wykorzystaniu zasobów ludzkich oraz organizacji procesów w samych placówkach.

Model ochrony zdrowia, w którym niemal każde świadczenie jest dostępne dla każdego pacjenta za darmo, w warunkach niedoboru kadry medycznej oraz jednym z najniższych poziomów finansowania w relacji do PKB w Europie, musi oznaczać, że dostępność świadczeń wydłuża się, a to z kolei powoduje, że proces leczenia pacjenta staje się droższy oraz mniej efektywny.

BĘDĄ WYKLUCZENI Z SYSTEMU?

Cyfryzacja powinna poprawić obecną sytuację w zakresie przepływów informacyjnych, jednak niesie ze sobą także zagrożenie utraty części kadry medycznej. Wynika to przynajmniej z trzech czynników: struktury demograficznej lekarzy w Polsce, przepracowania, struktury zatrudnienia.

Z danych rejestru lekarzy prowadzonego przez OIL w Łodzi wynika, że niemal co trzeci lekarz jest w wieku 60+, a ponad 15 proc. przypada na lekarzy w wieku 70+. Całkowita liczba lekarzy nie została pomniejszona o tych, którzy nie mieli cierpliwości do pracy w tak zorganizowanym systemie i wyjechali do pracy do innych krajów (w okresie od stycznia do października 2019 r. niemal 100 osób zwróciło się o zaświadczenia niezbędne do podjęcia pracy na terenie UE). Ich nieobecność nie jest zauważana przez system przy obliczaniu tzw. liczby lekarzy na 1000 mieszkańców, która i bez tego jest jedną z niższych w Europie.

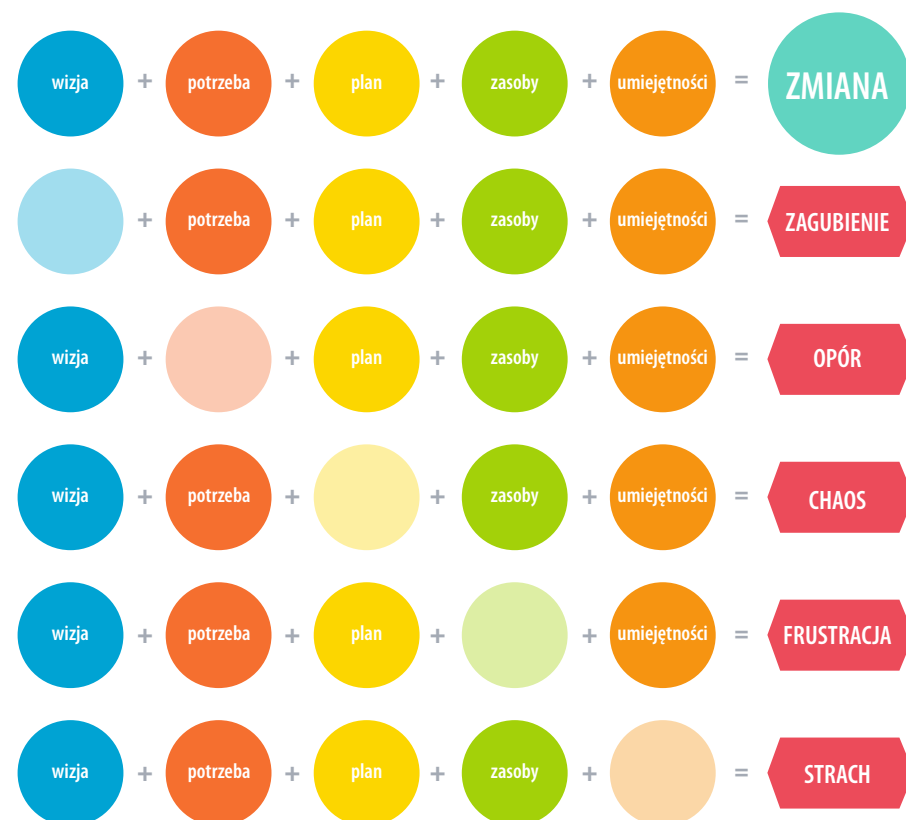
Poza tym lekarze w Polsce pracują za dużo, a zmęczony człowiek myli się częściej, co powoduje spadek jakości udzielanych świadczeń. Ponadto, z posiadanych przeze mnie danych wynika, że lekarze pracują średnio w co najmniej dwóch podmiotach leczniczych poza swoim

gabinetem. Oznacza to konieczność obsługi kilku programów do obsługi dokumentacji (każdy podmiot leczniczy może wybrać innego dostawcę). Warto pamiętać, że pobierając dane do np. map potrzeb zdrowotnych na zasadzie liczby placówek, w których zabezpieczono usługi np. endokrynologa, nie bierze się pod uwagę, że jest to jeden i ten sam lekarz, który pracuje w kilku (a są tacy, którzy pracują w kilkunastu) podmiotach leczniczych.

Wygenerowanie niezbędnych certyfikatów oraz obsługa aplikacji gabinet.gov.pl bez pomocy osoby biegłej w obsłudze komputera jest w najlepszym wypadku czasochłonne. Zagrożonych wykluczeniem cyfrowym może być ok. 15 proc. lekarzy. Oczywiście nie każdy doktor 70+ ma problemy z komputerem, ale z drugiej strony są także młodszy lekarze, których pasją nie jest informatyka. Ich wiedza i umiejętności są jednak bardzo cenne i warto zastanowić się, jak zachować zalety wynikające z cyfryzacji procesów odbywających się w ochronie zdrowia oraz nie utracić tak dużego zasobu profesjonalnej kadry medycznej.

RECEPTA NA SUKCES

System ochrony zdrowia jest bardzo wrażliwy na zjawisko suboptymalizacji, czyli sytuację gdy pomimo najlepszych wyników części składowych systemu nie uzyskujemy optymalnego rezultatu z punktu widzenia jego jako całości. Przyczyną występowania tego zjawiska jest odrębna ocena każdego działania przez pryzmat osiągnięcia indywidualnych celów lub (w większej skali) autonomizacja poszczególnych działów systemu, z których każdy dąży do osiągnięcia jak najlepszych wyników. Aby znaleźć rozwiązanie, musimy zachować perspektywę. Prześledźmy to na poniższym diagramie:

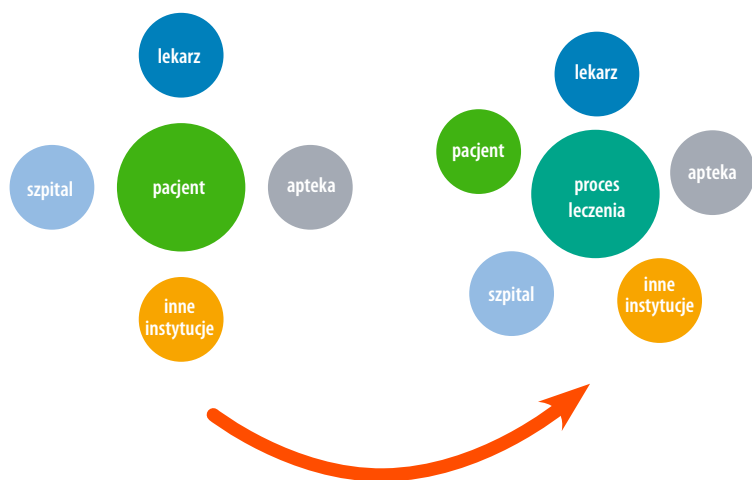


Źródło: Opracowanie własne na podstawie Guus Schrijvers, „Integrated care better and cheaper”

Z punktu widzenia MZ, CSIOZ, NFZ, ZUS lekarze wskazują na brak pilnej potrzeby wprowadzenia zmiany, i stąd ich opór. Z punktu widzenia lekarzy występuje frustracja, że ich wiedza jest wykorzystywana w nieefektywny sposób i zbyt dużo czasu spędzają na czynnościach pozamedycznych. Wśród najstarszej grupy także strach, że brak umiejętności w zakresie obsługi komputera wykluczy ich z zawodu. Z punktu widzenia dostawców oprogramowania pojawia się chaos wynikający z nieprecyzyjnych i często zmieniających się przepisów, presja czasu na opracowanie produktu. Z punktu widzenia pacjentów (szczególnie starszych) pojawia się zagubienie, bo nie rozumieją wizji e-zdrowia.

W moim przekonaniu analiza i próba usprawnienia zachodzących procesów cyfryzacji może pomóc w skutecznym wprowadzaniu e-zdrowia. Można to osiągnąć poprzez:

- umiejscowienie nie tyle pacjenta, ile procesu leczenia/profilaktyki w centrum, wokół którego optymalizujemy e-usługi;



- dokonanie rewizji wszystkich działań towarzyszących procesowi leczenia – celem ustalenia, które rzeczywiście są niezbędne; od momentu rejestracji w placówce do czasu oczekiwania na wypis i dokumentację medyczną;
- analizę, czy naprawdę potrzebujemy tylu wzorów skierowań, oświadczeń, zgód, zarządzeń dyrektorów płatnika, komunikatów i obwieszczeń prezesów ubezpieczalni i innych dokumentów;
- zapewnienie realnego finansowania asystentów medycznych, zatem pracy polegającej na odciążeniu lekarza od pracy sprawozdawczo/administracyjnej; jej skuteczność ma duży wpływ na poprawę wydolności systemu;
- wykorzystanie potencjału usług wspomagających; w każdym państwowym urzędzie mogą znaleźć się ulotki dotyczące IKP, a być może także osoby, które pomogą założyć konto i wytłumaczyć, jak funkcjonuje;
- analizę, dlaczego lekarze wyjeżdżają do pracy w innych krajach;
- nie wszystkie systemy gabinetowe posiadają „coś więcej”, niż wymagają tego przepisy; warto spróbować wbudować moduły na wzór stosowanego w logistyce CRM (customer relationship management) jako wspomaganie np. profilaktyki; ułatwienie pacjentom zgłoszenia rezygnacji z wizyty, uświadomienie, jak ważny to element;
- prowadzenie szkoleń z zakresu lean management w placówkach ochrony zdrowia. ■

KOMENTARZ



ANDRZEJ CISŁO, wiceprezes NRL

Władze publiczne nie ukrywają, że alternatywą wdrożenia systemu EDM jest kiepska dość perspektywa zwrotu znacznej sumy z tytułu niezrealizowanego projektu unijnego. Tyle że to nie powinno ważyć w sprawie, która ma bezpośredni wpływ na prawidłowe funkcjonowanie opieki zdrowotnej.

Autor artykułu słusznie podnosi wagę czynnika ludzkiego. Gremia dyskutujące na rozlicznych panelach (w których sam często uczestniczę) składają się głównie z entuzjastów cyfryzacji. Tłumaczę gdzie mogę, że to nie jest tak, że świat lekarski lekceważy potencjalne zyski z informatyzacji, tylko po prostu ludzie obciążeni tak ciężką pracą nie mają dość emocjonalnej rezerwy, aby zaangażować się do tego stopnia w coś, co nie jest ich pasją (bo jest nią leczenie). PR-u reformie nie poprawi rozbieżność w oszacowaniu liczby błędnie wystawionych dotąd e-recept (dane z aptek nie pokrywają się z szacunkami MZ) i wskazywanie przy tym, że to lekarze powinni coś z tym zrobić. Jeśli skala problemu jest duża, to problem nie dotyczy jednego czy dwóch dostawców. Co do bezpieczeństwa samej dokumentacji: z projektu nowego rozporządzenia w sprawie dokumentacji zniknęła funkcjonalność zrzutu danych jako wymóg prawa dla programów do prowadzenia dokumentacji, a przecież to właśnie zabezpiecza możliwość migracji danych i gwarantuje minimalne bezpieczeństwo placówki medycznej. Na 70 dni przed „godziną zero” nie powinno być już takich rozterek. O wszystkim tym można przeczytać na nil.org.pl/edm.

W moim przekonaniu analiza i próba usprawnienia zachodzących procesów cyfryzacji może pomóc w skutecznym wprowadzaniu e-zdrowia.

RAPORT



Co pacjenci chwala, a co gania

Jak chorzy oceniają placówki, w których ich leczono? Co im przeszkadza, a z czego są zadowoleni? Czy system dostrzega ich potrzeby i co zrobić, by zarządzający szpitalami i przychodniami oraz personel medyczny byli bardziej otwarci na te oczekiwania? Jak je równoważyć z możliwościami placówek medycznych?

TEKST **LIDIA SULIKOWSKA**, DZIENNIKARZ

O koncepcji patient experience, czyli dostrzeganiu doświadczeń chorego związanych z tym wszystkim, co zobaczył, czuł, zrozumiał i zapamiętał w trakcie kontaktu z placówką medyczną, coraz śmielej mówi się w krajach dojrzałych systemów opieki zdrowotnej na całym świecie.

Zgodnie z definicją The Beryl Institute, doświadczenia pacjenta to tak naprawdę suma wszelkich interakcji, kształtowanych przez kulturę

danej organizacji, które wpływają na odczucia chorego i jego bliskich w całym kontinuum opieki zdrowotnej. Pionierem w zakresie wprowadzania tej idei w życie są Stany Zjednoczone. Od 2006 r. funkcjonuje tam HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems), czyli narzędzie, za pomocą którego mierzy się doświadczenia pacjentów w szpitalach amerykańskich. Co więcej, wyniki tego badania są powiązane z systemem publicznej refundacji. Koncepcja patient experience jest też obecna w Wielkiej Brytanii i krajach

skandynawskich. Jakie są doświadczenia polskiego pacjenta?

ZŁE MENU I BRAK EMPATII

Na początku września ukazał się raport „Doświadczenia pacjenta w Polsce”¹, w którym przedstawiono wyniki analizy potrzeb Polek i Polaków związanych z szeroko rozumianą ochroną zdrowia. Ankietowanych zapytano o ich własne odczucia związane z opieką medyczną.

Okazało się, że aż 39 proc. badanych pacjentów i ich opiekunów ma negatywne (złe lub bardzo złe) opinie o polskiej służbie zdrowia.

– Pociesza jednak fakt, że ich bezpośrednie, ostatnie kontakty w danej placówce medycznej wiążą się z lepszymi doświadczeniami – uważa Piotr Kuskowski z Siemens Healthineers, autor raportu. Najlepiej oceniany jest POZ, gorsze wrażenia związane są z wizytą w przychodni specjalistycznej, a najgorsze – w szpitalu, gdzie w pełni zadowolony był tylko co czwarty ankietowany. Wyjątek stanowią szpitale kliniczne, które wypadły w badaniu bardzo dobrze.

Co decyduje o takim postrzeganiu poszczególnych ogniw całego systemu? Na ten obraz składa się wiele czynników, które są dla pacjenta ważne. Jak się okazuje, tak oczywiste kwestie jak dostęp do leczenia czy efektywność terapii to tylko nieliczne z wielu elementów wpływających na całościową ocenę.

W szpitalach nie podoba się przede wszystkim jakość jedzenia. Niemal połowa badanych ma złe doświadczenia z wyżywieniem podczas hospitalizacji. Dużo negatywnych opinii dotyczy też niezrozumiałego przekazywania informacji o ryzyku związanym z ordynowanymi lekami. Ponad 30 proc. pacjentów i opiekunów uważa, że personel medyczny szpitala nie interesował się ich stanem emocjonalnym i że odczuwali brak wsparcia emocjonalnego. W pogłębionych wywiadach padało np. często w odniesieniu do lekarzy i pielęgniarek słowo „znieczulica”. Poprawy wymagają także interakcje z pracownikami administracyjnymi. Niemal 30 proc. badanych uważa, że komunikacja z nimi jest całkowicie niezrozumiała.

Dopiero na piątym miejscu w rankingu negatywnych ocen znalazł się czas oczekiwania na przyjęcie/konsultację. Hospitalizowanym brakuje też uwzględnienia ich zdania w decyzjach terapeutycznych, w tym także aktywnego słuchania czy otwartości na zadawanie pytań, a także informacji o ryzyku związanym z zastosowaną procedurą medyczną. Wiele pacjentom doskwierają także złe warunki snu, komfort placówki i sprawność przeprowadzania

procedur administracyjnych i medycznych. Aż 20 proc. chorych sygnalizowało, że personel medyczny szpitala nie interesował się poziomem odczuwanego przez nich bólu.

W zakresie leczenia otwartego (AOS i POZ) najbardziej brakuje zrozumiałego wytłumaczenia skutków ubocznych związanych z zaleconą terapią. Przeszkadza także długi czas oczekiwania na wizytę. Tutaj, podobnie jak w szpitalach, także pojawiło się sporo negatywnych opinii na temat empatii ze strony personelu medycznego i możliwości współdecydowania pacjenta o procesie leczenia.

DOBRA PRAKTYKA

Autorzy badania zapytali także o pozytywne odczucia związane z kontaktami z placówką medyczną. I tak, najwięcej dobrych ocen, przyznanych zarówno przychodniom, jak i szpitalom, dotyczyło przygotowania pacjenta do dalszej ścieżki leczenia. Około połowa badanych otrzymała zrozumiałe, jasne informacje w tym zakresie. Aż 44 proc. badanych chwaliło też otrzymane wskazówki dotyczące dbania o zdrowie. Wiele pacjentów doceniło łatwość poruszania się po placówce.

“

Jak się okazuje, tak oczywiste kwestie jak dostęp do leczenia czy efektywność terapii to tylko nieliczne z wielu elementów wpływających na całościową ocenę.

W kwestii zapewnienia prywatności lepiej wypadają placówki lecznictwa otwartego – 46 proc. pacjentów przychodni zdecydowanie pozytywnie oceniło poziom prywatności podczas zabiegów i badań, zaś 44 proc. – podczas rozmów z lekarzami. W szpitalach te odsetki były niższe: odpowiednio 35 proc. i 34 proc.

Czy personel poświęca swoim pacjentom wystarczająco dużo czasu? Doświadczenie to pozytywnie oceniło 38 proc. badanych w lecznictwie otwartym i kilka proc. mniej w szpitalach. Najgorzej oceniono personel administracyjny, a najlepiej – lekarzy POZ i AOS oraz pielęgniarki szpitalne.

Doświadczenia pacjentów z opieką zdrowotną opisywane w wywiadach pogłębionych (wybrane):



Źródło: Raport badawczy Siemens Healthineers „Doświadczenia pacjenta w Polsce” 2019

- nie jestem partnerem do rozmowy
- posiłki niesmaczne, porcje za małe
- najlepiej mieć znajomości
- za mało personelu
- personel pielęgniarski nie angażuje się
- jestem przyjmowany pod presją czasu
- nie dba się o prywatność w czasie badania
- rodzina wyręcza personel
- trzeba dopytywać, sami nie powiedzą
- jestem skazany na „humory” rejestracji
- nie ma szacunku dla czasu pacjenta
- lekceważenie i brak życzliwości
- to nie są ludzie z powołaniem
- jestem pozostawiony sam sobie
- nikt nie zwraca uwagi na moje emocje

¹ Raport został przygotowany przez Siemens Healthineers na podstawie badań przeprowadzonych przez pracownię 4P Research Mix. Wyniki zebrano w rezultacie badań jakościowych i ilościowych, obejmujących reprezentatywną próbę 1872 pacjentów oraz opiekunów pacjentów niepełnoletnich i niesamodzielnych osób dorosłych.



Najgorsze doświadczenia z systemem mają opiekunowie osób niesamodzielnych – aż 58 proc. z nich krytykuje szpital, w którym leczono ich podopiecznych.

Lepiej w badaniu wypadły placówki prywatne niż publiczne, jednak, jak podkreślają autorzy raportu, to kwestia nie tylko lepszej kondycji finansowej sektora prywatnego, ale też kultury organizacyjnej, w której zwraca się uwagę na dobrą komunikację z pacjentem oraz otwartość na dialog. Na przykład w przypadku prywatnych placówek ponad połowa badanych dobrze oceniała możliwość zadawania pytań lekarzom oraz czuła się wysłuchana. Placówki publiczne zanotowały wynik kilkanaście procent niższy.

Co ciekawe, najgorsze doświadczenia z systemem mają opiekunowie osób niesamodzielnych – aż 58 proc. z nich krytykuje szpital, w którym leczono ich podopiecznych. Boli ich, że nie mogli angażować się w proces leczenia czy wręcz nie liczenie się z ich głosem, a także brak wsparcia, w tym m.in. od strony fizycznej opieki nad chorym.

Jak widzimy, na poziom satysfakcji pacjenta z systemu ochrony zdrowia wpływa wiele czynników związanych z tzw. kompetencjami miękkimi. Chodzi o zachowanie dobrych relacji pacjenta z personelem poprzez poświęcenie odpowiedniej ilości czasu, możliwość swobodnego zadawania pytań oraz zrozumiałe prowadzenie po kolejnych etapach leczenia. Bardzo ważne jest także wyczulenie na ból pacjenta oraz okazywanie empatii.

NIE BAGATELIZUJ DROBIAZGÓW

Prof. Dorota Cianciara z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, konsultantka naukowa raportu, uważa że koncepcja patient experience jest ważna i przyszłościowa, a o jej randze świadczy m.in. to, że już doczekała się przeglądów systematycznych. Ideę dostrzegania potrzeb pacjentów promuje też m.in.

prof. Janusz Kowalewski, dyrektor Centrum Onkologii w Bydgoszczy.

– Trafia do nas pacjent, który jest zagubiony. Wyrwany ze swojego środowiska, wchodzi do nowego miejsca i chciałby, by tam było ciepło, czysto i żeby ludzie traktowali go życzliwie – zauważa prof. Kowalewski. Pacjent oczekuje też, że będzie mógł jeść to, co lubi, i nie to samo codziennie, dlatego w placówce, którą kieruje, już od dobrych kilku lat chorzy korzystają ze szpitalnej restauracji, z dużym wyborem dań, gdzie śniadanie i kolacja są dostępne przez 1,5 godziny, a obiad – przez 2,5 godziny w ciągu dnia. Ponadto w szpitalu przeprowadza się regularnie badania, w których są analizowane aktualne potrzeby pacjentów. – Budujemy wzajemne zaufanie, a to przekłada się na wyniki leczenia – przekonuje profesor.

Zdaniem Jakuba Kraszewskiego, dyrektora Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku, realizacja koncepcji patient experience to duże wyzwanie, a najłatwiej ją zrozumieć poprzez wyobrażenie siebie jako chorego. – Budujemy takie relacje z pacjentami, jakich byśmy sami oczekiwali, będąc chorymi – przekonuje i dodaje, że dostrzegł, jak ważna jest ta idea, gdy był przyjmowany do nowoczesnego szpitala na krótką hospitalizację, w czasie której zmarł i odebrano mu rzeczy osobiste. Jak przyznaje, to doświadczenie wybudziło go z letargu i gdy został dyrektorem UCK, zaczął dokonywać zmian właśnie w oparciu o koncepcję patient experience.

– Zaczęliśmy od ankiet wśród pacjentów, bo to oni wiedzą, czy są głodni, wyspani etc. – tłumaczy. Zwrócił też uwagę na pierwszy kontakt z placówką, który odbywa się za pomocą rejestratorek/ów. Wcześniej pacjenci nisko oceniali jakość tej obsługi, ale dzięki szkoleniom i rozmowom z pracownikami sytuacja zaczęła się poprawiać.

Eksperti podkreślają, że aby wdrożenie koncepcji patient experience rzeczywiście się powiodło, potrzeba przeobrażenia kultury organizacyjnej całej korporacji – przychodni czy szpitala, a w perspektywie – całego systemu – tak, aby pacjent

rzeczywiście poczuł się w centrum uwagi. Muszą być osoby odpowiedzialne za to zadanie, musi działać system, który na bieżąco mierzy doświadczenia pacjenta, i musi być mechanizm, za pomocą którego można efektywnie reagować na niedociągnięcia.

PO CO TO WSZYSTKO

Jakie mogą być korzyści dla szpitali i przychodni, a także całego systemu opieki zdrowotnej, wynikające z wdrożenia patient experience? Pozytywne odczucia chorego to większa satysfakcja z opieki i lepsza opinia o placówce medycznej, w której go leczono. Czy jednak dobra opinia rzeczywiście jest czymś bardzo cennym dla zarządzających podmiotem leczniczym? Dlaczego placówki miałyby zabiegać o dobrą ocenę pacjenta, skoro efektem może być pozyskanie większej liczby chorych, a kolejki i tak są długie?

Prof. Jakub Kraszewski zwraca uwagę, że to zjawisko w publicznym systemie opieki nie jest pożądane, bo tu zawsze jest zbyt wielu chętnych. Bólem mogłyby być dodatkowe zachęty, np. powiązanie doświadczeń pacjenta z finansowaniem. Ale nie tylko. Prof. Dorota Cianciara zwraca uwagę na wiele korzyści, które daje patient experience. Informuje, że już teraz na podstawie dostępnych badań można stwierdzić, że dobre doświadczenia pacjenta korelują m.in. z lepszymi zachowaniami profilaktycznymi i przestrzeganiem zaleceń lekarskich, mniejszą liczbą komplikacji pooperacyjnych, błędów i zaniedbań personelu, a także skarg i roszczeń, krótszym czasem pobytu w szpitalu, mniejszą umieralnością pooperacyjną, spadkiem wizyt w POZ, a to wszystko przekłada się na poprawę wskaźników ekonomicznych.

To dlatego uczestnikom systemu powinno zależeć nie tylko na zdrowiu pacjenta, ale także na jego odczuciach i dobrych doświadczeniach w trakcie całego procesu leczenia, jednak jak zauważa Jacek Kozakiewicz, wiceprezes NRL, trzeba słuchać pacjenta, ale nie bezkrytycznie, oraz uświadamiać mu, że nie tylko personel medyczny ma obowiązki, ale sam pacjent również. ■

FAKT

Czynniki związane z tzw. kompetencjami miękkimi to ważny element oceny.

LEKARSKIE TOWARZYSTWA NAUKOWE

Dążymy do wyrównania standardów

Z prof. **Jarosławem Sławkiem**, prezesem Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

GL Sporo się mówi o neurologii. Z czym to jest związane?

Ze starzeniem się społeczeństwa i obawami, że system opieki zdrowotnej nie jest na to zjawisko przygotowany. Granica długości życia wydłuża się, ale w planach Ministerstwa Zdrowia określających priorytety zdrowotne znalazła się kardiologia i onkologia, natomiast o chorobach mózgu nie ma tam ani słowa. Dane Europejskiej Rady Mózgu wskazują, że choroby o podłożu neurologicznym kosztują dwukrotnie więcej niż kardiologiczne, reumatologiczne i diabetologiczne razem wzięte. To wskazówka, że należy zmienić podejście do ich systemowego leczenia, zarówno w kontekście organizacyjnym, jak i finansowym. Przemawiają za tym także realizowane badania kliniczne nad nowymi lekami. Przoduje onkologia, ale na drugim miejscu jest neurologia, co pokazuje, że przemysł farmaceutyczny już dostrzegł problem zmian demograficznych i wychodzi temu naprzeciw.

GL Dłuższe życie oznacza wzrost liczby chorób związanych z wiekiem. Jakich?

Przede wszystkim udarów mózgu, ale też choroby Alzheimera i choroby Parkinsona, których następstwa są dramatyczne i mogą wywoływać kolejne problemy medyczne i pozamedyczne, związane np. z kosztami pośrednimi. Na przykład przebyty udar indukuje wystąpienie napadów padaczkowych, u 5-15 proc. chorych po udarze w ciągu dwóch lat rozwija się ta choroba. Wielu pacjentów po udarze cierpi też np. na depresję.

GL W neurologii mamy jednak ogromny postęp, jeśli chodzi o farmakologię, jak to się przekłada na leczenie?

Do niedawna w wielu chorobach nie było skutecznych terapii. Obecnie np. w przypadku stwardnienia rozsianego mamy ich do dyspozycji kilkanaście, a kilka kolejnych czeka na rejestrację. Podobnie jest z padaczką czy chorobą Parkinsona, gdzie również mamy do wyboru kilkanaście opcji terapeutycznych, łącznie z operacyjnymi (zabiegi głębokiej stymulacji mózgu – przyp. red.).

“

Są oddziały, w których trombolizę otrzymuje 30 proc. chorych, a są takie, gdzie tylko 3 proc. Towarzystwo dąży do wyrównania tych standardów.

W leczeniu migrenowego bólu głowy stosujemy już przeciwciała monoklonalne i toksynę botulinową, a chorób rzadkich, takich jak choroba Pompego, rdzeniowy zanik mięśni i choroba Fabry'ego – równie nowoczesne leki biologiczne. Znaczny postęp nastąpił w terapii udarów mózgu, gdzie leczymy chorych trombolizą i za pomocą trombektomii, tak jak zalecają wytyczne światowe. Metodę trombektomii mechanicznej można wprowadzić zastosować u niewielkiej grupy chorych, ale za to u tych z najcięższymi postaciami udaru i zamknięciem dużych naczyń mózgu. Obecnie ośrodki leczące w ten inwazyjny sposób mamy w każdym województwie.

GL Postęp generuje koszty, a tych szpitale nie chcą ponosić.

To prawda, ale licząc je, trzeba wziąć pod uwagę koszty pośrednie, czyli opieki nad pacjentami. Chory po zawale serca dzięki rehabilitacji może wrócić do pracy i przestaje być obciążeniem dla systemu, rodziny i społeczeństwa, z kolei pacjent po np. nieleczonym udarze nie ma szans na samodzielne życie. Na to nakładają się problemy kadrowe. W Polsce brakuje lekarzy wielu specjalności, ale neurologów w szczególności. Oddział, którym kieruję, dwa lata temu z tego powodu był bliski zamknięcia. Nie ma też zachęt, by lekarska młodzież wybierała neurologię jako specjalizację, bo praca w oddziałach szpitalnych jest bardzo ciężka. Młodzi decydują się więc na



specjalności, które są „modne”, np. kardiologię, w którą się obecnie inwestuje najwięcej. Zmian wymaga również program studiów, studenci uczą się neurologii tylko przez dwa tygodnie, a na Lekarskim Egzaminie Końcowym nie ma żadnych pytań z tej dziedziny medycyny, co jest niepojęte.

❗ Jak towarzystwo próbuje poprawić sytuację w neurologii?

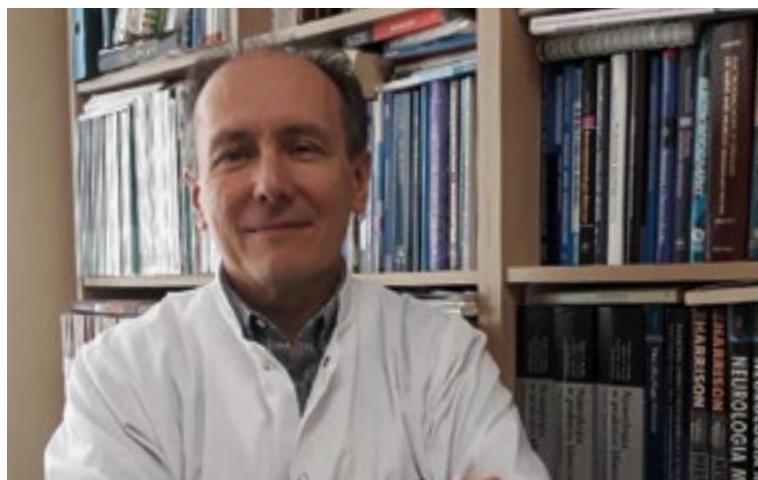
Poprzez serię spotkań ze studentami na uniwersytetach medycznych, przedstawiając im neurologię jako nowocześnie, dynamicznie rozwijającą się dziedzinę. Ale to trudne, przed rokiem otrzymaliśmy zaledwie 16 miejsc rezydenckich z neurologii na cały kraj. Po naciskach PTN w obecnym rozdaniu jest ich już 180. Podejmujemy też działania, aby dotrzeć z wiedzą na temat chorób o podłożu neurologicznym do naszych potencjalnych pacjentów, wynajęliśmy nawet w tym celu firmę PR. Chodzi nam o to, aby tak, jak w przypadku zawału serca, rozpowszechnić w społeczeństwie wiedzę, jak rozpoznać pierwsze objawy udaru, kiedy wezwać pogotowie. Mamy w Polsce 170 oddziałów udarowych, gdzie pacjenci mogą uzyskać fachową pomoc, ale w różnych regionach Polski funkcjonują one na różnych poziomach, a przy tym tylko część chorych do nich trafia – np. w Łodzi tylko 60 proc. Nowoczesne leczenie nie może dotyczyć tylko wybranej grupy chorych. I to należy zmienić.

❗ Czyli nie wszystko zależy od pieniędzy?

Wiele zależy od organizacji opieki, choćby na poziomie ratownictwa medycznego. Dostarczenie pacjenta z udarem w możliwie krótkim czasie do ośrodka udarowego, gdzie ma zapewnioną nowoczesną diagnostykę i leczenie, powinno być standardem, a niestety nie jest. Okno terapeutyczne dla wspomnianej trombolizy to 4,5 godziny od wystąpienia udaru, dla trombektomii – 6 godzin. Nie można czekać w domu w nadziei, że objawy same ustąpią, ale też dyspozytorzy pogotowia muszą przez telefon rozpoznać objawy udaru. Są oddziały, w których trombolizę otrzymuje 30 proc. chorych, a są takie, gdzie tylko 3 proc. Towarzystwo dąży do wyrównania tych standardów. Potencjał jest, ale niewykorzystany. Nie refunduje się też nowoczesnych leków przeciwzakrzepowych, a także zawodzi rehabilitacja, ponieważ oddziały o tym profilu są dla szpitali nierentowne, a łóżek i kadry jest za mało. Zmiana organizacji, np. zniesienie sztywnych ram czasowych pobytu pacjenta na oddziale, usprawniłaby pracę i np. skróciła czas oczekiwania chorych na SOR-ach.

❗ To może należy stworzyć w leczeniu udarów model opieki koordynowanej?

Rozważa się opiekę, gdzie byłyby jasno określone drogi przepływu pacjenta poprzez szpital, różne metody leczenia, aż po edukację i rehabilitację. Do pewnego stopnia te wymagania spełnia sieć oddziałów udarowych. Taki model powstał natomiast w przypadku stwardnienia rozsianego, gdzie w proces leczenia zaangażowano psychiatrę,



Prof. Jarosław Sławek: – W Polsce brakuje lekarzy wielu specjalności, ale neurologów w szczególności.

psychologa, rehabilitanta, choć i ten schemat postępowania wymaga modyfikacji, ponieważ realia nas przerosły. Podobnie jak projekt opieki koordynowanej w chorobie Parkinsona, gdzie zabrakło pieniędzy na jego pilotaż. Praca w takich skoordynowanych zespołach wymaga większych nakładów finansowych, ale efekty są wymierne.

❗ Nastąpiło ostatnio kilka przełomów w neurologii, jakich?

Takim przełomem było wprowadzenie chirurgicznego leczenia chorób neurologicznych poprzez głęboką stymulację mózgu i montowanie różnych urządzeń – stymulatorów i pomp, a także leczenie udarów za pomocą mechanicznej trombektomii. Także w diagnostyce, gdzie rezonans magnetyczny czy tomografia komputerowa stały się standardem i dały nowe możliwości leczenia, oceny jego przebiegu i patogenezy chorób. Czekamy na wyniki badań nad przeciwciałami monoklonalnymi umożliwiającymi leczenie modulujące w chorobach zwyrodnieniowych, np. w chorobie Parkinsona czy Alzheimerza, opóźniające proces ich rozwoju.

❗ A programy lekowe? To także jedna z bolączek neurologii.

Próbujemy rozmawiać z Ministerstwem Zdrowia o zmianie programów lekowych, do których wciąż nie ma równego dostępu. Udało nam się wprawdzie poprawić sytuację w przypadku stwardnienia rozsianego, poprzez uzyskanie wyższej wyceny, ale to początek drogi. Programy wymagają uproszczenia i odbiurokratyzowania. Należy także znieść system penalizacji uchybień biurokratycznych – nakładania wysokich kar na jednostki opieki medycznej czy lekarzy za, w wielu sytuacjach niezamierzone, uchybienia. Ich wysokość jest często nieadekwatna, a kara finansowa nałożona na szpital to zabranie świadczeń pacjentom. Dlaczego w pierwszym etapie karą nie może być nagana? ■

“

Szacuje się, że w Polsce pracuje 2500 neurologów. Większość praktykuje w lecznictwie ambulatoryjnym, przez co w szpitalach coraz bardziej odczuwa się deficyty kadrowe w tej specjalności. Na wizytę w poradni pacjent czeka w kolejce od kilku do kilkunastu miesięcy w zależności od regionu kraju.

BADANIE PRZEDMIOTOWE

Stoły

Stół w domu jest najważniejszy. Już sama jego obecność świadczy o tym, że dom jest Domem, a nie tylko mieszkaniem. Tutaj nie ma miejsca na kompromisy – stoliki kawowe, ławy z ekologicznych materiałów, barowe blaty. Albo masz prawdziwy stół, albo coś udajesz. Jeden rzut oka i wszystko staje się jasne.



JOANNA SOKOŁOWSKA

pediatra, felietonista

Jeśli stół jest odpowiednio duży, ustawiony tak, by zapraszał – domowników i gości – do przycupnięcia czy wręcz do rozparcia się na stojących wokół niego krzesłach – czujemy się od razu oczekiwani i ważni. Jeśli opisali byście taki mebel raczej przymiotnikiem „solidny” niż „ładny”, prawdopodobnie jego właściciele z dumą wspominają odbyte przy nim spotkania. I zapewne mają co wspominać – bo to stół po przejściach, mebel z przeszłością...

Taki stół dźwiga ciężar i tajemnice. Może ktoś na nim kiedyś tańczył, mleko się rozlało, przy uderzeniu pięścią odezwały się nożyce, a może ktoś pod niego spadł z wrażenia.

“

Stół to mebel metafizyczny. Nadaje pomieszczeniu sens i znaczenie. Może być biesiadny lub konferencyjny, sówicie zastawiony lub pusty, egzaminacyjny albo wręcz sędziowski, operacyjny lub – nomen omen w ostateczności – sekcyjny.

To stół wspólny, co się zowie. Taki stół, jak pisał Miron Białoszewski, „pawi się okami sęków”, ma „wymiaru równości z tajemnym bogactwem uchybień”. Bo plamy i rysy są ważne – to mapa, którą potrafią odczytać tylko wtajemniczeni, którzy zasiedali wokół, jak rycerze króla Artura. Opierając się o jego blat, łatwiej patrzeć sobie prosto w oczy.

To także stół na bałagan, który bywa twórczy. Można na nim postawić talerz z szarlotką, wazon z kwiatami, rozrzuć czytane gazety i książki, odnaleźć bilety z ostatniego wyjścia do teatru, wizytówki, liściki do bliskich. I nie można go ot tak, po prostu wysłać na strych lub w zapomnienie. Czasem takie stoły krążą wśród rodziny i znajomych...

Na drugim biegunie stołowego uniwersum są przejrzyste blaty z powyłamywanymi nogami, opatrzone dyskretnym, ale jednak widocznym, logo designera. Świeżo nie smakuje, podane na skraju ich chłodnej tafli, latte na sojowym mleku. I tylko wyjątkowo wprawne oko może czasem zauważyć, w błękitnej pościeli smartfonu, odbity na szklanym blacie ślad czyjegoś palca. Taki stół to znak, że wchodzicie do świata, którego gospodarze wybiegają wzrokiem (a może nawet myślą) daleko w przyszłość. To pewnie także alergicy z determinacją tropiący każdą drobinę kurzu i molekułę glutenu. Na takich pulpitych pewną ręką kreślą wzory zaplanowanej z matematyczną precyzją przyszłości. Tutaj pewnie rodzą się pomysły zmieniające znaczenie rzeczy i bieg zdarzeń, powstają algorytmy i start-upy.

Pod takimi stołami nic się nie da ukryć. Lepiej jednak zachować pewną ostrożność – nie tańczyć, nie uderzać, nie spadać pod. Szkło, nawet to hartowane, pęka bowiem niespodziewanie, pod byle pretekstem, na tysiące kawałków.



Są jednak tacy, którzy z perspektywy stołu operacyjnego zapamiętają coś szczególnego, choć niekoniecznie chwalebne. Takie wspomnienie towarzyszy pewnej mojej znajomej (...).

Stół to mebel metafizyczny. Nadaje pomieszczeniu sens i znaczenie. Może być biesiadny lub konferencyjny, sówicie zastawiony lub pusty, egzaminacyjny albo wręcz sędziowski, operacyjny lub – nomen omen w ostateczności – sekcyjny. Każdy z nich zobowiązuje do stosowania specyficznego dress code'u, rytuałów, używania języka zrozumiałego tylko dla wybranych. Fundamentalna staje się sprawa miejsca, które przy nim zajmujemy.

Ten, królujący na sali operacyjnej, łączy w sobie ideę solidności z osiągnięciami współczesnych technologii. Dostosowuje się do potrzeb – raz jest wyższy, innym razem pochylony. Jak na monarchę przystało – ma swoich giermków. Stoliki – instrumentariuszki i anesteziologiczne – to świat skromna, ale niezbędna. Niby przycupnięci tuż obok, ale i strój mają podobny i zbliżyć się można do nich tylko po spełnieniu określonych warunków.

Gdy zamykają się drzwi bloku operacyjnego i zapala się jaskrawe światło, wszyscy obecni zaczynają, jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki, odgrywać swoje role. Pojawiają się przedmioty i płyny, których przeznaczenie pozostaje dla ogółu wiedzą tajemną, realizują się scenariusze, a czasem rodzą się nowatorskie pomysły.

Oczywiście można prowadzić spór o to, kto jest głównym bohaterem wydarzeń – ten, kto leży, czy

ci, którzy stoją wokół. Jestem za to prawie pewna, że wszyscy obecni myślą w zasadzie o tym samym – żeby wszystko się udało i żeby trwało raczej krócej, niż dłużej.

Dla niepoznaki, ci stojący czasem rozmawiają. Tematy ich rozmów pozostać muszą za drzwiami sali operacyjnej, a o ich myślach – milczą kronikarze.

Ci, którzy leżą (a to jedyny stół, na którym wypada zasnąć), czasem dzielą się wspomnieniami. W pamięć zapadają pojedyncze słowa, zapachy i dźwięki. Pozostają reminiscencje lęku i obaw, ale też szcunku dla wiedzy i postępu medycyny, wdzięczności dla tego, kto pewną ręką wyciął chorobę – naprawił świat.

Są jednak tacy, którzy z perspektywy stołu operacyjnego zapamiętają coś szczególnego, choć niekoniecznie chwalebne. Takie wspomnienie towarzyszy pewnej mojej znajomej, która przez cały czas operacji obserwowała przedstawiciela rodziny karczanowatych, przemierzającego, krok za krokiem, sufit ponad polem operacyjnym. Jego brązowy pancerzyk połyskiwał w świetle odbitym od bezcieniowych lamp, a znajoma nie rozmyślała ani nad wielkością dokonań współczesnej chirurgii i anesteziologii, ani nawet nad metafizyką operacyjnego stołu. Myśl, która wracała do niej jak mantra, brzmiała: „spadnie czy nie spadnie”? ■

W PIGULCE

UK: molestowany jest jeden na pięciu lekarzy

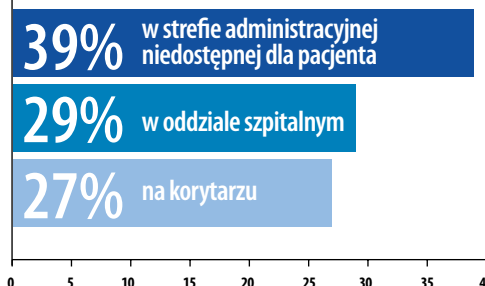


Z najnowszej raportu Medscape wynika, że 3 proc. brytyjskich lekarzy doświadczyło nadużycia, niewłaściwego zachowania lub wręcz molestowania seksualnego w ciągu ostatnich trzech lat ze strony innych lekarzy, a 17 proc. – przez pacjentów. W badaniu udział wzięło 1300 lekarzy. Ofiarami najczęściej były kobiety.

W przypadku molestowania ze strony pacjentów, to w większości (ponad połowa) dotyczyło ono zachowań o podtekście seksualnym, a prawie jedna trzecia – zapytań o randkę.

Do jakich zachowań dochodziło? Z raportu wynika, że ofiary innych lekarzy najczęściej informowały o celowym naruszeniu ich przestrzeni osobistej (w tym np. że ktoś stał zbyt blisko), niechcianym kontakcie fizycznym (klepanie, przytulanie etc.), a także kierowaniu w ich stronę komentarzy o podtekście seksualnym na temat budowy ich ciała. Nieco mniej przypadków (32 proc.) dotyczyło nagabywania o randkę, 15 proc. – propozycji o zaangażowanie się w relację o podłożu seksualnym, a 12. proc. – otrzymywania niechcianych wiadomości (SMS, e-mail) o treści seksualnej. 2 proc. ofiar zostało zgwałconych. Sprawcami najczęściej byli anestezjologowie, chirurdzy i psychiatry. Do molestowania dochodziło przeważnie w strefie administracyjnej niedostępnej

Gdzie najczęściej dochodziło do molestowania seksualnego przez lekarzy?



dla pacjenta, w oddziale szpitalnym i na korytarzu.

W przypadku molestowania ze strony pacjentów, to w większości (ponad połowa) dotyczyło ono zachowań o podtekście seksualnym, a prawie jedna trzecia – zapytań o randkę. Jedna czwarta sprawców próbowała niechcianego dotyku. Najczęściej molestowani byli chirurdzy, psychiatry i specjaliści medycyny ratunkowej.

Co alarmujące, aż 61 proc. lekarzy, ofiar przemocy seksualnej ze strony innych lekarzy, nie zareagowało na zachowanie sprawcy. Co więcej, ponad połowa osób dotkniętych tą przykrą sytuacją nie powiadomiła o niej nikomu. Osoby, które zdecydowały się powiadomić o molestowaniu otoczeniu, najczęściej wybierały do tych zwierzeń kolegów.

W przypadku niechcianych zachowań ze strony pacjentów reakcja była dużo silniejsza. Częściej mówili do sprawcy, aby przestał, rezygnowali z dalszej opieki nad nim lub prosili pielęgniarkę lub innego pracownika medycznego o obecność w czasie wizyty, aby już nie być sam na sam z narzucającym się pacjentem. ■

Zastrzyk gotówki dla fińskiej ochrony zdrowia



Finlandia chce poprawić dostępność do usług zdrowotnych i w tym celu rząd zamierza przekazać gminom w sumie 200 mln euro w ciągu najbliższych czterech lat – informuje fiński publiczny nadawca Yle. Wszystko po to, aby zmniejszyć kolejki do lekarza oraz poprawić opiekę zdrowotną i socjalną w poszczególnych regionach kraju.

Pieniądze mają być przeznaczone m.in. na zatrudnienie dodatkowej liczby lekarzy. Obecnie jest około 300 wakatów dla lekarzy w lokalnych ośrodkach zdrowia w całym kraju. Rząd zamierza do 2023 r. zatrudnić dodatkowo tysiąc lekarzy do pracy. ■

W PIGUŁCE

Miliony zgonów z powodu otyłości

Ponad 90 mln ludzi z krajów OECD, G20 i UE28 umrze przedwcześnie w ciągu najbliższych 30 lat z powodu chorób związanych z otyłością, a oczekiwana długość życia w tym czasie zmniejszy się średnio o 3 lata – tak wynika z raportu OECD opublikowanego w październiku („The Heavy Burden of Obesity – The Economics of Prevention”).

Już teraz sytuacja jest bardzo poważna, a problem ciągle narasta. Obecnie prawie 60 proc. osób z państw należących do OECD ma nadwagę, z czego jedna czwarta jest otyła (w 2010 r. otyli stanowili

21 proc.). Z kolei związane z nadwagą choroby implikują ogromne wydatki. Kraje OECD już wydają 8,4 proc. swoich budżetów przeznaczanych na opiekę zdrowotną na leczenie osób cierpiących na schorzenia powiązane z otyłością.

Autorzy raportu informują, że w przeciwdziałaniu epidemii otyłości może pomóc m.in. lepsze opisywanie produktów żywnościowych i wprowadzenie obostrzeń związanych z reklamowaniem niezdrowego jedzenia dla dzieci. Szacują także, że zmniejszenie o 20 proc. kaloryczności niezdrowych przekąsek, takich jak chipsy czy słodczyce, zredukowałoby



Obecnie prawie 60 proc. osób z państw należących do OECD ma nadwagę, z czego jedna czwarta jest otyła.

o ponad milion rocznie liczbę zachorowań na choroby przewlekłe. Podkreślają także, że każdy dolar wydany na prewencję otyłości generuje korzyści w postaci aż 6 dolarów. ■

Kanada: problem z dostępem do lekarza GP

W ciągu ostatnich pięciu lat liczba lekarzy w Kanadzie systematycznie wzrastała i to w tempie zdecydowanie przekraczającym wzrost całej populacji tego kraju. Mimo to nadal w wielu rejonach kraju jest problem z dostępem do lekarza rodzinnego.

Zgodnie z danymi opublikowanymi pod koniec września przez Canadian Institute for Health Information (CIHI), w latach 2014-2018 całkowita liczba mieszkańców Kanady wzrosła o 4,6 proc., a liczba lekarzy – aż o 12,5 proc. Najwięcej lekarzy przybyło w prowincjach: Manitoba i Kolumbia Brytyjska (17,8 proc. i 17,4 proc.), a najmniej w Quebecu oraz Nowej Szkocji (5,9 proc. i 6,5 proc.).

Obecnie w Kanadzie praktykuje prawie 90 tys. lekarzy, co daje 241 medyków na 100 tys. mieszkańców (122 lekarzy rodzinnych i 119 specjalistów). To najlepszy wynik w historii tego kraju. – Obecnie mamy więcej lekarzy w przeliczeniu na jednego mieszkańca niż kiedykolwiek wcześniej, ale

mimo to nadal wielu Kanadyjczyków zgłasza problemy z dostępem do lekarza rodzinnego – przyznaje Geoff Ballinger z Canadian Institute for Health Information.

Brak opieki stałego lekarza może dotyczyć nawet 4,8 mln Kanadyjczyków (dane: Statistics Canada). Powodem takiej sytuacji jest m.in. nierównomierne rozmieszczenie medyków. Jak podaje CTV News, zdecydowana większość lekarzy pracuje w miastach, a największe problemy z dostępem do swojego stałego lekarza jest w obszarach wiejskich, w tym przede wszystkim w prowincjach: Quebec, Kolumbia Brytyjska i Saskatchewan. Wśród osób powyżej 12 r.ż. ponad jedna czwarta ludności Quebecu nie ma swojego lekarza rodzinnego.

Dane te pokazują, że sam wzrost liczby praktykujących lekarzy nie wystarcza, by zapewnić godną opiekę wszystkim obywatelom. Potrzebne jest wprowadzenie dodatkowych zachęt, by lekarze chcieli pracować tam, gdzie są najbardziej potrzebni. ■

Pierwszy kraj z zakazem reklam napojów słodzonych

Od

przyszłego roku w Singapurze nie będzie można reklamować napojów z wysoką zawartością cukru, w tym soków i jogurtów. Zakaz ma obowiązywać zarówno w mediach drukowanych, jak i internetowych, a także w radiu i telewizji. Jak informuje CNN, to pierwszy kraj na świecie, w którym będzie takie ograniczenie.

O wprowadzeniu zakazu poinformował w połowie października minister zdrowia Singapuru Edwin Tong. Ma to być element walki z otyłością i chorobami dietozależnymi, m.in. cukrzycą czy chorobami kardiologicznymi.

Poza zakazem reklamowania napojów wysoko-słodzonych, produkty te będą także oznaczane widoczną z przodu opakowania informacją na temat wartości odżywczych i zawartości cukru.

Minister zdrowia poinformował także, że rozważane są dodatkowo inne regulacje dotyczące niezdrowych napojów, włączając ekstra opodatkowanie takich produktów, a nawet całkowity zakaz ich sprzedaży. Te propozycje będą jednak poddane jeszcze szczegółowej analizie. ■

PROGRAMY ZDROWOTNE W UE

Bądź zdrowa, Europo!

Dyskusje o ochronie zdrowia, które w Polsce są prowadzone zarówno przez lekarzy, jak i pacjentów oraz dziennikarzy, często zawierają porównanie z innymi krajami europejskimi. Liczba lekarzy na 100 tys. mieszkańców czy odsetek budżetu przeznaczanego na ochronę zdrowia są najczęściej przytaczanymi argumentami.

TEKST **KRYSTYNA KNYPL**,
HIPERTENSJOLOG, DZIENNIKARZ MEDYCZNY

Zwykle nie wypadamy korzystnie w tych porównaniach i dyskusje kończą się wnioskiem o zwiększenie nakładów finansowych na ochronę zdrowia – większy budżet ma zmniejszyć wszystkie problemy.

Jednakże w dobie globalizacji na pewne aspekty funkcjonowania powinniśmy spoglądać szerzej, ponieważ istnieją także inne zagadnienia wymagające naszej uwagi, które nie mają należytego nagłośnienia w przestrzeni publicznej.

W GLOBALNYM ŚWIECIE

Wiele dziedzin naszego życia zmienia globalizacja – nie tylko gospodarka i życie społeczne uległy jej wpływowi, ale także medycyna stanęła przed wcześniej nieznanymi licznymi problemami. Wszyscy podróżujemy o wiele częściej i dalej niż w przeszłości. Wraz z nami przemieszczają się bakterie i wirusy, które mają o tyle łatwiej, że nie potrzebują pieniędzy, paszportów ani wiz. Wczoraj obecne tylko w Afryce, dziś mogą wylądować w każdej europejskiej stolicy. Gorączka krwotoczna Ebola przestała być chorobą krajów afrykańskich i, choć trudno w to uwierzyć, bywa rozpoznawana w Wielkiej Brytanii, Hiszpanii czy we Włoszech.



Podróżują nie tylko ludzie i patogeny, ale także cząsteczki PM_{2,5} oraz PM₁₀, które przemieszczają się przez kraje oraz kontynenty, wpływając na stan powietrza. A zanieczyszczone powietrze jest czynnikiem ryzyka coraz większej liczby schorzeń.

Zagadnieniami tymi w skali naszego kontynentu zajmuje się The Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency (Chafea), będąca jedną ze struktur Komisji Europejskiej. Wyniki różnych programów zdrowotnych realizowanych przez Chafea są przedstawiane na okresowych konferencjach. 30 września br. odbyła się w Brukseli kolejna,

dotycząca zrealizowanych już programów zdrowotnych oraz tych planowanych w najbliższej przyszłości.

ZAKAŻENIA TRANSGRANICZNE

Żyjemy w świecie częstych podróży i intensywnej migracji ludności, ale także intensywnej wymiany handlowej drogą lądową, wodną



Wiele dziedzin naszego życia zmienia globalizacja.

i powietrzną. Stwarza to ryzyko zakażeń szczególnie niebezpiecznymi patogenami w drodze transgranicznej transmisji. Na współczesnego globalnego podróżnego czyhają choroby przenoszone przez tzw. wektory zakażenia, a więc borelioza z Lyme, riketsjozy, krymsko-kongijska gorączka krwotoczna, także dengi, tropikalna choroba o egzotycznej nazwie chikungunya, zakażenie wirusem zachodniego Nilu i żółta febra. Nie zapominajmy też o chorobie Chagasa. W naszej codziennej praktyce lekarskiej nie mieliśmy okazji zdobyć doświadczenia w diagnozowaniu i leczeniu tych schorzeń.

W związku z tym Komisja Europejska powołała specjalną sieć 42 placówek medycznych, które przeprowadzają badania w razie podejrzenia zakażenia szczególnie niebezpiecznymi patogenami. Nadzór merytoryczny sprawuje nad nimi Instytut Roberta Kocha w Niemczech. W Polsce placówką wyznaczoną do prowadzenia takich badań jest NIZP-PZH.

Eksperti wspomnianej sieci opracowali zasady pobierania niebezpiecznego materiału biologicznego, transportu do wyznaczonego laboratorium oraz wytyczne diagnostyczne i lecznicze.

ZAGROŻENIA HYBRYDOWE

Niebezpieczne, transgraniczne patogeny to nie wszystko, co nam grozi

we współczesnym, globalnym świecie. W końcu stycznia 2018 r. w Luksemburgu zorganizowano ćwiczenia warsztatowe z postępowania na wypadek terrorystycznych działań hybrydowych polegających na jednoczesnym cyberataku i ataku laseczkami węgla użyłymi w formie broni biologicznej. Wnioski z tych warsztatów oraz innych prac opublikowano 13 czerwca 2018 r. w dokumencie „Joint Report on the implementation of the Joint Framework on countering hybrid threats from July 2017 to June 2018”.

Miedzy innymi stwierdzono, że konieczna jest poprawa świadomości na temat zagrożeń hybrydowych, wzmocnienie zdolności zapobiegania kryzysom i reagowania na nie, a także współpraca z NATO w celu zapewnienia działań skoordynowanych.

OPORNOŚĆ NA ANTYBIOTYKI

Kolejnym tematem, nad którym pracuje Chafea, jest antybiotykooporność. 18 listopada obchodzony jest Europejski Dzień Wiedzy o Antybiotykach (European Antibiotic Awareness Day – EAAD), którego celem jest podnoszenie świadomości w zakresie prawidłowego stosowania antybiotyków. W 2015 r. po raz pierwszy zorganizowano tydzień poświęcony tematyce oporności i konsekwencjom niewłaściwej antybiotykoterapii.

PLAN NA KRYZYS

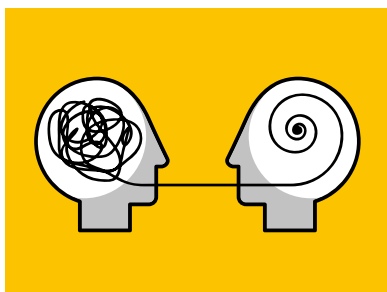
Każda sytuacja kryzysowa, niezależnie od tego, czy dotyczy katastrofy naturalnej, czy wybuchu epidemii spowodowanej przez nieznaną dotychczas patogeny, wymaga wielokierunkowego postępowania. W dzisiejszym świecie rządzone przez internet i media społecznościowe odpowiednio zredagowany komunikat o niepomyślnym zdarzeniu jest równie ważny jak konkretne działania naprawcze.

Nieprawdopodobnie skonstruowany przekaz może nasilić rozmiary szkód i wywołać panikę, której skutki będą nie mniejsze niż sama katastrofa. Ma więc znaczenie nie tylko sprzęt usuwający szkody na miejscu katastrofy, opatrunki kładzione na rany, ale także słowa i zdania wysyłane łączącymi internetowymi, telewizyjnymi i radiowymi. Zagadnieniom wdrażania najlepszych rozwiązań w razie zaistnienia zagrożeń na międzynarodową skalę poświęcono dwudniową konferencję „Best practices in implementing the International Health Regulations (IHR)”, która odbyła się w Atenach 7 i 8 czerwca 2018 r., i gdzie dyskutowano o metodach zapobiegania zagrożeniom zdrowotnym, zasadach postępowania w razie ich wystąpienia oraz najlepszych sposobach komunikacji ze społeczeństwami w trakcie trwania kryzysów zdrowotnych.

W 2005 r. ogłoszono Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne (International Health Regulations, IHR), które są dokumentem prawnym obowiązującym w 196 krajach na całym świecie, w tym we wszystkich państwach członkowskich WHO. Celem jest pomoc społeczności międzynarodowej w zapobieganiu ostrym zagrożeniom dla zdrowia publicznego, które mogą przekraczać granice i zagrażać ludziom na całym świecie, i reagowaniu na nie.

Niezwykle ważnym elementem każdej sytuacji kryzysowej jest niepewność towarzysząca osobom dotkniętym kryzysem w sposób bezpośredni lub pośredni, dotycząca ich rodzin. Niepewność jest bardzo silnym czynnikiem stresującym i powoduje, że oczekiwania wobec informacji o szczegółach kryzysu narastają. ■

WSKAZÓWKI, KTÓRE PRZEKAZANO SŁUCHACZOM KONFERENCJI



- w razie wystąpienia sytuacji kryzysowej komunikuj się z osobami zainteresowanymi możliwie jak najwcześniej,
- kontaktuj się z osobami zainteresowanymi często, mimo niepewności, jaka może ci także towarzyszyć,
- ludzie łatwiej zrozumieją i lepiej odbiorą twoją niepewność, jeśli o niej powiesz, niż gdy ją ukryjesz i będziesz milczeć.

Prawidłowa komunikacja w stanach zagrożenia jest dla zdrowia publicznego kluczowa i powinna się odbywać na wielu poziomach i obszarach. Ludzie potrzebują rzetelnych informacji, aby móc chronić siebie i swoje rodziny przed skutkami wydarzenia kryzysowego.

NAGRODA NOBLA 2019



Komórki i tlen

William G. Kaelin Jr., sir Peter J. Ratcliffe i Gregg L. Semenza zostali tegorocznymi laureatami Nagrody Nobla w dziedzinie fizjologii lub medycyny. Naukowców wyróżniono za odkrycie mechanizmów adaptujących komórki do zmian poziomu dostępności tlenu. Procesy te można wykorzystać w walce z wieloma chorobami, w tym onkologicznymi i kardiologicznymi.

TEKST **LIDIA SULIKOWSKA**, DZIENNIKARZ

Co roku rusza giełda nazwisk naukowców, którzy mogą otrzymać medycznego Nobla. W tym roku część ekspertów przewidywała, że może być ona przyznana za osiągnięcia z obszaru genetyki, onkologii czy medycyny regeneracyjnej. Komitet Noblowski zazwyczaj jednak nie podąża tym śladem. Tak było i tym razem.

TRUDNA ZALEŻNOŚĆ

Zgromadzenie Noblowskie działające przy Królewskim Karolińskim Instytucie Medyczno-Chirurgicznym w Sztokholmie wyróżniło odkrycie, które wyjaśnia podstawowe

mechanizmy, dzięki którym życie w ogóle jest możliwe. Trójka nagrodzonych naukowców, czyli Brytyjczyk sir Peter J. Ratcliffe (Uniwersytet Oksfordzki, Francis Crick Institute) oraz dwóch Amerykanów Gregg L. Semenza (Uniwersytet Johnsa Hopkinsa) i William G. Kaelin Jr. (Dana-Farber Institute, Uniwersytet Harvarda) odkryła, w jaki sposób komórki potrafią dostosowywać się do różnych warunków tlenowych, dzięki czemu mogą rozwijać się i przetrwać. Naukowcy zidentyfikowali maszynę cząsteczkową, która reguluje aktywność genów w odpowiedzi na zmieniające się poziomy tlenu.

FAKT

Odkrycie, które uhonorowano tegorocznym medycznym Noblem, znane jest od lat.

– Tlen jest niezbędny do prawidłowego funkcjonowania całego organizmu i jego pojedynczych komórek, ale jest to zależność bardzo trudna. Zarówno jego nadmiar, jak i niedobór może wywołać bardzo negatywne konsekwencje. Mechanizm, który został odkryty, tak naprawdę mówi komórce, co ma zrobić, by za niskie lub za wysokie stężenie tlenu jej nie zaszkodziło – tłumaczy dr hab. Anna Wójcicka z Zakładu Medycyny Genomowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Jak to wygląda w praktyce?

“

Dotychczas Nagrodę Nobla w dziedzinie fizjologii lub medycyny przyznano 110 razy. Uhonorowano tym wyróżnieniem w sumie 219 osób, w tym 12 kobiet. Najmłodszy nagrodzony miał 32 lata (Frederick G. Banting w 1923 r.), a najstarszy – 87 lat (Peyton Rous w 1966 r.).

– W przypadku niedotlenienia pojawia się hipoksja i w tych warunkach powstaje HIF-1, czynnik, który indukuje kolejne procesy fizjologiczne, np. wytwarzanie erytropoetyny odpowiedzialnej za produkcję czerwonych krwinek, ale też sprzyja angiogenezie, czyli powstawaniu nowych naczyń – wyjaśnia prof. Krzysztof J. Filipiak z I Katedry i Kliniki Kardiologii WUM, kardiolog i farmakolog kliniczny.

BEZ KONTROWERSJI

Tegorocznymi laureatami są osoby po 60 r.ż., o bogatym dorobku naukowym. W 2016 r. otrzymali nagrodę Laskera za badania nad komórkowymi mechanizmami adaptacji do zmiennej dostępności tlenu. Wartość ich osiągnięcia trudno kwestionować, choć trzeba przyznać, że ich odkrycie, dostrzeżone teraz przez Akademię Szwedzką, jest powszechnie znane od lat. – Jesteśmy już bardzo dobrze zaznajomieni z mechanizmem, który opisali nagrodzeni naukowcy. Nie pomyślałam, że zostanie ono akurat teraz docenione – przyznaje dr hab. Anna Wójcicka. Z drugiej strony, jak dodaje, bez opisanego mechanizmu, które odpowiadają za przystosowanie się komórek do różnego poziomu tlenu, nie potrafilibyśmy zrozumieć, w jaki sposób działa ta regulacja i jak można ją wykorzystać do lepszego poznania organizmu człowieka i do walki z chorobami. A właśnie teraz pojawiają się pierwsze możliwości wykorzystania odkrycia w praktyce klinicznej, w tym m.in. do walki z anemią (poprzez kontrolę metaboliczną żelaza), chorobami onkologicznymi i schorzeniami sercowo-naczyniowymi.

MOŻLIWE IMPLIKACJE KLINICZNE

W przypadku chorób kardiologicznych obieg krwi jest pogorszony, a dzięki znajomości mechanizmów adaptujących komórki do życia przy niskim poziomie tlenu wiemy, że można próbować poprawiać ten stan rzeczy. – Podwyższona ekspresja HIF-1 indukuje powstanie angiogenezy, czyli procesu, który bardzo cieszy kardiologa. Dzięki niej dochodzi do polepszenia ukrwienia niedokrwionej tkanki. W ramach eksperymentów przedklinicznych testowane są już różne substancje, które podwyższają ekspresję HIF-1. Po to, aby leczyć chorobę niedokrwinną serca, a także polepszać ukrwienie kardiomiocytów i mięśnia sercowego – informuje prof. Krzysztof J. Filipiak. – Seria badań nad niedotlenieniem komórek nagrodzona tegorocznym Noblem ma więc również istotne przełożenie na potencjalne nowe kierunki farmakoterapii kardiologicznej, to zasłużony, interdyscyplinarny Nobel, chociaż przyznawany dwie-trzy dekady po pierwszych odkryciach w tej dziedzinie – dodaje profesor.

A Jak to odkrycie możemy wykorzystać w walce z chorobami onkologicznymi? – Częsteczką HIF-1 odpowiada za regulację 100 innych cząsteczek w komórce. Jeśli jest zmniejszona, np. przez zbyt niski poziom tlenu, całe procesy w komórce ulegają rozregulowaniu. Nowotwór to ściśła struktura, do której wiele tlenu

“

Tegoroczne rozstrzygnięcia Akademii Szwedzkiej są dla nas wyjątkowe. Polka **Olga Tokarczuk** została laureatką literackiej Nagrody Nobla za rok 2018. Wyróżnienie otrzymała za „wyobrażenie narracyjną, która z encyklopedyczną pasją prezentuje przekraczanie granic jako formę życia”. Nagrodę Nobla za rok 2019 otrzymał austriacki pisarz Peter Handke. W tym roku przyznano dwie Nagrody Nobla w dziedzinie literatury – w poprzednim roku nie wyróżniono nikogo ze względu na skandal obyczajowy.

Tegorocznymi laureatami medycyny Nobla:

WILLIAM G. Kaelin, Jr. (urodzony w 1957 r.) – amerykański lekarz, specjalista chorób wewnętrznych i onkologii, profesor zwyczajny Harvard Medical School. Założył własne laboratorium badawcze w Instytucie Onkologii Dana Farber w Bostonie. Od ponad 20 lat jest badaczem Instytutu Medycznego Howarda Hughesa.

SIR PETER J. Ratcliffe (urodzony w 1954 r.) – brytyjski nefrolog, profesor zwyczajny Uniwersytetu Oksfordzkiego, założyciel niezależnej grupy badawczej na Uniwersytecie Oksfordzkim. Jest m.in. dyrektorem ds. Badań klinicznych we Francis Crick Institute w Londynie.

GREGG L. Semenza (urodzony w 1956 r.) – amerykański pediatra, profesor zwyczajny Uniwersytetu Johnsa Hopkinsa. Założyciel niezależnej grupy badawczej na tej uczelni. Od 2003 r. jest dyrektorem Programu Badań Naczyniowych w Johns Hopkins Institute for Cell Engineering.

naczyniami krwionośnymi nie dopływa. Jak więc on sobie radzi z niedoborem substancji odżywczych? Właśnie rozpoczyna tworzenie nowych naczyń krwionośnych, za co odpowiada HIF-1. Obecnie w medycynie poszukuje się leków, których działanie możemy ukierunkować bezpośrednio na walkę z tym zaburzeniem, czyli hamować proces angiogenezy. Obecnie jest już jeden lek (inhibitor HIF-1) stosowany w onkologii, a w badaniach klinicznych kolejnych kilkanaście. Jednym z kluczowych nowotworów, gdzie można to odkrycie wykorzystać, jest rak nerki, który nie odpowiada na klasyczną chemioterapię, a w którym bardzo zaburzone są procesy związane z niedotlenieniem, a ten nowotwór jest właśnie takim niedotlenieniem indukowany i w oparciu o nie rozwija się – wyjaśnia dr hab. Anna Wójcicka. ■

W PIGUŁCE

HTZ może być niebezpieczna

Wpływ hormonalnej terapii zastępczej na zwiększenie ryzyka zachorowania na raka piersi został potwierdzony – donosi czasopismo „The Lancet”.



Ryzyko zachorowania rośnie wraz z czasem stosowania terapii.



Hormonalna terapia zastępcza (HTZ) jest stosowana w celu zmniejszenia objawów menopauzy (np. uderzeń gorąca czy wzmożonej potliwości). Po fali początkowego entuzjazmu, jej popularność spadła

– stało się tak w następstwie opublikowania 20 lat temu metaanalizy udowadniającej zwiększone ryzyko zachorowania na raka piersi wśród kobiet stosujących tę terapię. Najnowsze wyniki podają wiele szczegółów w tym temacie. Analizie poddano 58 badań z lat 1992–2018 przeprowadzonych na ponad 100 tys. kobiet po menopauzie, które zachorowały na raka piersi. 51 proc. z nich stosowało HTZ. 20-letnie ryzyko zachorowania na raka piersi wśród kobiet w wieku 50–69 lat, o przeciętnej wadze, które nigdy nie stosowały HTZ, wynosiło 6,3 proc. 5-letnie stosowanie tej terapii zawierającej estrogeny i progesterony zwiększało to ryzyko do 8,3 proc. (tj. o 1 na 50 chorych). HTZ zawierająca wyłącznie estrogeny była bezpieczniejsza i zwiększała ryzyko o 0,5 proc. (1 na 200 chorych). Ryzyko zachorowania rosło liniowo wraz z czasem stosowania terapii i w niektórych przypadkach utrzymywało się nawet po 10 latach od jej zaprzestania. Jedynie dopochwowe formy estrogenów nie zwiększały ryzyka wystąpienia raka. W komentarzach do badania autorzy podkreślili, że nadal większe ryzyko zachorowania na nowotwór piersi w porównaniu z HTZ stwarza otyłość, a przedstawione wyniki powinny ułatwić wybór formy, rodzaju i czasu stosowania tej terapii u kobiet wymagających suplementacji hormonalnej ze względu na nasilone objawy wypadowe. ■

Lekarze uczą komputery



Kardiolodzy chcą nauczyć komputery opisu EKG. Czy dzięki temu terapie będą skuteczniejsze?

W WUM rozpoczęto badanie naukowe, które ma ustalić wzory występujące w zapisie EKG u pacjentów poddawanych terapii resynchronizującej serca z wykorzystaniem zaawansowanych technik analitycznych opartych na sztucznej inteligencji. Działania podejmowane w trakcie projektu naukowego obejmują rejestrację cyfrowego sygnału

EKG wśród pacjentów poddawanych leczeniu kardiologicznemu w szpitalu przy ul. Banacha w Warszawie. Następnie zapisy te będą analizowane przez badaczy, a tak uzyskany materiał ma stanowić bazę treningową dla algorytmu sztucznej inteligencji, który w przyszłości może wspomagać decyzje terapeutyczne lekarzy. Zespół badawczy prowadzi prof. Grzegorz Opolski i prof. Marcin Grabowski. Partnerem kardiologów z WUM są krakowscy inżynierowie i informatycy zajmujący się analizą cyfrowych sygnałów EKG. ■

Antybiotyki a rak

Wygrywają z infekcjami bakteryjnymi, ale mają też skutki uboczne. Przyjmowanie antybiotyków doustnych może m.in. zwiększać ryzyko wystąpienia nowotworu.

W czasopiśmie „Gut” opublikowano badanie dotyczące wpływu doustnego przyjmowania antybiotyków na ryzyko zachorowania na raka jelita grubego. Autorzy badania wykorzystali dane z „Clinical Practice Research Datalink” w Wielkiej Brytanii. Przedmiotem analizy było 28 980 osób, u których w latach 1989–2012 rozpoznano raka jelita grubego, i licząca 137 077 osób grupa kontrolna. Wykazano, że przyjmowanie nawet minimalnej ilości antybiotyków wiązało się z większym ryzykiem zachorowania na raka jelita. Autorzy badania podkreślają, że jest to największa przeprowadzona dotychczas analiza podejmująca ten temat. Wyrażają również nadzieję, że ich praca przyczyni się do stosowania antybiotyków tylko w uzasadnionych przypadkach, bo tego, że wielu pacjentom pomagają one powrócić do zdrowia, nikt nie kwestionuje. ■



SŁAWOMIR BADUREK

diabetolog, publicysta medyczny

OBSERWACJE

Komunały i co dalej?

Piszę ten felieton na kilka dni przed wyborami. I choć nie wiem, czy wygrał faworyt, czy też jego największy polityczny konkurent właśnie tworzy koalicję rządową, lektura programów wyborczych upewniła mnie, że w ochronie zdrowia politycy nie planują przełomu.

Pod względem klarowności przekazu najlepszą wizję systemu przedstawiła Koalicja Obywatelska. W odróżnieniu od innych partii, w jej programie nie zabrakło konkretów. Zdaniem niektórych ekspertów to ogromna zaleta, bo przynajmniej wiadomo, z czego polityków rozliczać.

Sęk w tym, że część z ważnych obietnic, jak maksimum 60-minutowy czas oczekiwania na SOR-ze i 21-dniowy na wizytę do specjalisty, zabrzmią rażąco niewiarygodnie. Chce się w tej sytuacji zapytać – czy pozostałe deklaracje to też taki sam pic? Zwłaszcza że sformułowała je partia, która podczas 8-letnich rządów miała dość czasu, by przynajmniej część propozycji wdrożyć. PiS natomiast wykazało się dużo większą wstrzemięźliwością w składaniu konkretnych zobowiązań. W programie partii Jarosława Kaczyńskiego jest mowa o „możliwie najefektywniejszym skróceniu kolejek” – bez wyjaśniania, co dokładnie ów gładki zwrot ma oznaczać.

O innych szczegółach obietnic wyborczych składanych przez partie pisał nie będę. Większość z nich to znane od lat i tak samo długo pozostające w sferze pobożnych życzeń komunały. Tymczasem podstawą realnej, a nie stworzonej na potrzeby propagandy, koncepcji systemu jest odpowiedź na

pytanie, co i w jakim zakresie będzie finansowane przez państwo. Odpowiedź: „wszystko”, jakiej niezmiennie od dziesięcioleci udzielają politycy, jest miła dla większości obywateli państwa opiekuńczego, jakim od zarania PRL-u jesteśmy.

Być może jest tak dlatego, że „młodzi i zdrowi”, którzy korzystają z wykupionych przez firmy abonamentów, prawdziwą twarz systemu widzą najczęściej za szybką smartfona, a „starzy i chorzy” przywykli i spokornieli. Jedni i drudzy pozostają przy tym pod wpływem propagandy. A ta nieustannie zapewnia, jak rząd się stara, poprawia, ułatwia i dosypuje pieniędzy. Ponieważ najbardziej narzeka się na niedostateczne finansowanie, jesteśmy bombardowani przekazem o aż dwukrotnym zwiększeniu nakładów w odniesieniu do schyłku rządów PO-PSL. Brzmi doskonale, choć to obietnica, która jeśli zostanie zrealizowana zgodnie z planem, czyli w 2024 r., da realny wzrost nakładów nie większy niż 30 proc. I to w odniesieniu do stanu z bliskich okolic europejskiego dna.

W Portugalii, którą podobno nawet wiosną już przegonił pod względem poziomu życia, wydaje się na ochronę zdrowia mniej więcej półtora raza więcej niż u nas. Portugalski system opieki zdrowotnej, tak jak u nas, opiera się na placówkach publicznych, ale jest dobrze oceniany i w dużym stopniu wolny od znanych nam problemów. Niegdyś sam miałem okazję się o tym przekonać.

W Czechach ochrona zdrowia także funkcjonuje przyzwoicie, ale i w tym kraju państwo wydaje na nią zdecydowanie więcej w porównaniu z nami. W Czechach o przeprowadzeniu reformy zdecydował nacisk lekarzy. Co czwarty zatrudniony w publicznej opiece zdrowotnej złożył wypowiedzenie z pracy w ramach akcji „Dziękujemy, odchodzimy”, zapoczątkowanej w 2010 r. Na Słowacji podobna akcja zakończyła się wprowadzeniem w kilkunastu szpitalach stanu wyjątkowego, by zmusić lekarzy do pracy. Próba okazała się nieudana, bo większość protestujących nie odebrała nakazów pracy, wzięła urlopy opiekuńcze albo zwolnienia. Jak będzie w Polsce? Kiedy skończą się czasy pudrowania systemu? Nie znam odpowiedzi na te pytania, ale jest dla mnie oczywiste, że nie stanie się tak z inicjatywy polityków. ■

“

W Czechach i na Słowacji o reformie systemu ochrony zdrowia zdecydował nacisk lekarzy.



JAROSŁAW WANECKI

pediatra, felietonista

EPIKRYZA (93)

Samo zdrowie

Nie sprawdziły się pogłoski, że ochrona zdrowia stanie się główną osią sporu kampanii wyborczej. Dostęp do leczenia wywracał w przeszłości sondaże i był niezawodnym hasłem w przeciąganiu wyborców. Ten etap jest zakończony. Dekady szczepienia pustymi sloganami przyniosły zamierzony efekt uodpornienia. Lepszy grosz w garści niż niepewna sanacja.

TVP nie przyjęła do emisji komercyjnego spotu przygotowanego przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie pod tytułem „Polska to chory kraj”. Strategia publicznych mediów nie pozwoliła na straszenie Polaków przewracającymi się ze zmęczenia doktorami i zapełniającymi szpitalną przestrzeń wokół toczącej się politycznej gry o elektoraty. Nie rak zabija i nie kolejka do specjalisty jest problemem.

Zaniedbania we wszelkiej edukacji i nieobecny na SOR-ze doktor nie martwią przemysłu funeralnego i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Rząd najbardziej boi się elity intelektualnej i jej katastroficzno-myślenia o przyszłości. Władza chce, by pozytywny przekaz goił rany: „Nie umrzesz wszystkich”, „Inni mają gorzej”, „System polski jest najlepszy w Europie”. Tymczasem zaopiekowana przez NFZ kura znosząca złote jaja nie powinna gdać. Mniejsza większość oczekuje radosnego piana: „Polska to samo zdrowie – mleko, miód i suplementy diety”. Kogutów medycyny przecież nam nie brakuje.

Kilka miesięcy wcześniej opozycja zorganizowała konferencję „Uzdrowić Polskę”. Medyczne hasło miało szeroki zakres. Diagnozowano kilka chorób systemowych, od wymiaru

sprawiedliwości poczynając, na sprawach gospodarczych kończąc. Na marginesie był pacjent, któremu wespół z zespołem proponowano skrócenie kolejki, ale jakby mniej czasu poświęcono temu, co można wykonać za drzwiami zdobytego w walce o pierwszeństwo gabinetu. Licytacja obietnic to jednak zbyt mało. Ludzie różnicują frazesy. Krótki śmiech zabił: 21 dni do AOS i pół godziny na izbie przyjęć. Choroba Polski to raczej brak strategii zdrowotnej z konsekwentnie realizowanym dochodzeniem do celu w wielu obszarach jednocześnie i spójnie. Tymczasem „każda srocza swój ogonek chwali” i przygania koleżankom i kolegom w zależności od miejsca pracy. Bardziej pouczamy się wzajemnie niż uczymy razem.

Cena za tekę ministra zdrowia, wystawiona po wygranych przegranych wyborach senackich, to zaledwie jeden głos senatora Rzeczypospolitej Polskiej w zamian za poparcie lekarza na stanowisku marszałka drugiej izby. Nie rozumiem logiki uderzenia w prawy i lewy policzek. Nie dość, że trzeba byłoby zdradzić swoich wyborców, to jeszcze podjąć się naprawy nienaprawialnej struktury. Nekrolog z funkcją rządową w życiorysie nie jest wart takiego poświęcenia. Ważne jest jednak coś innego. Propozycja korupcji politycznej to wyłącznie kupczenie stanowiskami w żaden sposób nieprzystające do haseł walki o dobro pacjenta i pracownika ochrony zdrowia. Byliśmy, jesteśmy i nadal będziemy pionkami, a nie figurami w szachowej rozgrywce, tak pięknie pokazanej w filmowej etiudzie rezydentów.

Cztery lata nie przyniosły podniesienia PKB na zdrowie do wymarzonego przez byłego prezesa, sekretarza, ministra i senatora, 6 proc. Rewolucja zjada własne dzieci. Wiarogodni możemy być tylko wówczas, gdy slogan (np. 500 plus) zostaje zmaterializowany. Jeśli idea staje się wyłącznie trampoliną osobistych ambicji, zabija ją śmiech. W tym wypadku, śmiech przez łzy. Nic tak nie boli, jak zawiedzona nadzieja i patrzeć na upadające oddziały, szpitale oraz sfrustrowanych lekarzy. Szach. Mat. Pat. ■

“

Nie rozumiem logiki uderzenia w prawy i lewy policzek.

GŁOS CZYTELNIKÓW

Moje nocne koszmary

Czasami budzę się spocony, aby po chwili z ulgą uświadomić sobie, że to, co mi się przyśniło, dalekie jest od rzeczywistości. Ostatnio mam jednak pewne wątpliwości. Podejrzewam, że ostatnie koszmary senne zainicjował list, który dotarł na adres mojej jednoosobowej praktyki lekarskiej. W „lotku” mi nie idzie, a tu proszę: „Pańską praktykę lekarską wylosowano celem uzyskania danych statystycznych”. Nie cierpię pism zaczynających się od „...obowiązek wynika z...” itd., ale trudno – doczytałem do końca.

Zacząłem się zastanawiać, czy nadawca się nudzi, czy może ktoś robi mnie w balona? Bo co wspólnego ze statystyką mogą mieć pytania o kondycję finansową mojej praktyki, przyszłościowe wizje rozwojowe czy moje marzenia zarobkowe (miałem ochotę podać 1 mln/miesiąc)? No i stało się.

Zasypiałem z nadzieją, że przyśni mi się coś fajnego, a tymczasem: siedzę za biurkiem. Znów internet nie działa. W gabinecie totalny bałagan, setki pism na stole – sprawozdawczość, statystyka, kolejne kary finansowe za nieprawidłowości przy wypisywaniu recept, ponaglenia i czort wie, co jeszcze. Z poczekalni dobiega głośny płacz. Starsza pani nerwowo pociera skórę na przedramieniu, boi się, że nie zostanie przyjęta. Sprawdzam. Faktycznie – wytatuowany numer jest słabo widoczny. Sam mam wątpliwości, czy trzecia cyfra od końca to 3 czy 8 – trudno będzie zidentyfikować. Tym bardziej że zapomniała nazwiska – od wielu lat go nie używa. W kąciку, na swoim stałym miejscu, znudzona pani mecenas robi coś na drutach. To dobrze, ostatnio jakby mniej skarg. Mąż pacjentki siedzącej obok grzebie coś przy smartfonie. Przygotowuje się do nagrywania wizyty (ostatnio prosił, abym mu pokazał nadżerkę części pochwowej u żony). To nagrywanie staje się codziennością. Powoli się z tym wszystkim osuwam, denerwuje mnie jedynie moja fryzura i czasami włosy wystające z nosa. W gabinecie demontują kasę fiskalną – co za ulga, tym bardziej, że prowadzona od dłuższego czasu przez urząd skarbowy akcja „Mamy Cię” wyraźnie spowodowała polaryzację na linii pacjent-lekarz. Donos na lekarza, który zapomniał wystawić paragon, i nagroda w postaci 3-miesięcznego zwolnienia od podatku dochodowego dla donosiciela nie poprawiały relacji na tej linii. Radość trwa jednak krótko. Pan demontujący kasę fiskalną oznajmia, że wieczorem będzie instalował kamery, aby pogłębić nadzór. Całe szczęście, że koszty pokrywają urzędy skarbowe. Psują się moje relacje z żoną. Mam dla Niej coraz mniej czasu. Dzisiaj jest nasza rocznica ślubu, a ja jeszcze muszę o godz. 15.00 w sanepidzie, jak co miesiąc, uczestniczyć w instruktażu prawidłowego mycia rąk, a wieczorem zaś udać się do odległej o dwa województwa spalarni w celu obowiązkowego nadzoru spalania moich odpadów medycznych.

... Budzę się spocony. Mam dość. Decyzję podjąłem. Mam 66 lat. Uzyskałem emeryturę. Zdrowie pozwala mi wprawdzie jeszcze pracować i dzielić się doświadczeniem z młodszymi, ale w obliczu tego wszystkiego, co się dzieje – tych sprawozdań, statystyki, Ewusi, E-zwolnień, E-recept, E-medycyny, RODO i nie wiadomo czego jeszcze, gdzie pacjent jest drobną częścią tego wszystkiego, zdecydowałem w przyszłym roku zakończyć karierę zawodową.

Mój nr 2656002. Pseudonim: wocio. Nazwiska nie pamiętam. ■

Lekarz (pracujący emeryt)

W sprawie pedofilii

Dziękuję za podjęcie tematu pedofilii na łamach naszego pisma.

Pan prof. Zbigniew Lew-Starowicz słusznie zauważa, że „dzięki nagłośnieniu problemu będzie mniej skrzywdzonych dzieci”. Szczegółowo analizuje Pan Profesor przyczyny pedofilii wśród księży, co z racji małej ilościowo grupy społecznej i ograniczenia do osób kontaktujących się z księżmi nie ma tak dużego znaczenia w całości problemu. W artykule wymienia Pan Profesor zawody podwyższonego ryzyka – czy znane są przyczyny i dane liczbowe dotyczące pedofilii wśród osób wykonujących te zawody?

Z poważaniem

Maria Pytel

Przekazaliśmy pytanie Czytelniczki prof. Zbigniewowi Lew-Starowiczowi. Oto odpowiedź:

Dane o grupach ryzyka [zawody] pochodzą z badań sędowo-seksuologicznych, w których sprawcami były osoby mające kontakty z dziećmi: wychowawcy, nauczyciele, pedagodzy, organizatorzy kolonii, obozów letnich, a rzadziej przedstawiciele innych zawodów. Nie ma danych statystycznych, które przedstawiają związki zawodów z wykorzystywaniem seksualnym dzieci. Sumując: dane pochodzą z doświadczeń biegłych, a nie badań populacyjnych. ■

Zbigniew Lew-Starowicz



GŁOS CZYTELNIKÓW

Nie uchodzi!

Po powrocie z urlopu poczułem się, jakbym dostał maczugą w głowę. Chodzi mi o akcję „Nie świruj – idź na wybory”! Nie spodziewałem się, że coś takiego może mnie jeszcze spotkać.

Akurat rozpocząłem 45. rok pracy w psychiatrii, a więc sporo już w tej kwestii widziałem, ale to mnie poraziło. Na przykład znany i ceniony aktor dla jakichś doraźnych celów wykorzystuje swój niewątpliwy warsztat, odgrywając zachowanie chorego psychicznie. I to w sposób urągający wszelkim normom. Tak, jak „mały Jaś pod blokiem” sobie takiego chorego wyobraża.

To było gorsze od patostreamów, gdyż tam ludzie sprzedają SWOJĄ patologię, a w tej akcji naigrywają się poważni ludzie z autorytetem z czyjegoś nieszczęścia. I po co? Żeby domniemaniem choroby psychicznej zdyskredytować innych? Do takiego niestosownego zachowania nie posunął się nawet „mistrz” szczucia i insynuacji J. Urban w okresie stanu wojennego.

Wiem, że jestem tylko prowincjonalnym psychiatrą, ale muszę „dać głos”! Wiem, że inni, ważniejsi, wypowiedzieli bądź wypowiedzą się na ten temat, ale gdybym koniunkturalnie milczał, to czułbym się, jakbym napluł sobie w całą swoją dotychczasową pracę zawodową. We wszystkie moje dotychczasowe pasje, zaangażowanie, akcje itp. Tak łatwo jest głosić słuszne zasady, ale trzeba też dać i świadectwo – chociażby tak mało znaczące i symboliczne.

Muszę sprzeciwić się wszechogarniającej „kulturze rehotu”, nawet jeśli byłby to rehot jaśnie oświeconych. Nie chcę już słuchać o pochylaniu się z szacunkiem i otwartością na INNEGO, o transgresjach, dezintegracjach pozytywnych, protestach przeciw wykluczeniu, mowie nienawiści, słusznych i zba-wiennych deklaracjach z okazji dnia zdrowia psychicznego itp. itd. – jeżeli dopuszczamy w sobie i wokół siebie takie zachowania.

I nie stwarzajmy żadnych nowych praw, dopóki nie wypełnimy tych, co są obyczajem i kulturą osobistą. Po prostu: uczynimy podstawą zachowania – po staroświecku za Fredrą – słowa: „Nie uchodzi! Nie uchodzi!” ■

Z bólem i poważaniem

lek. specjalista psychiatrii Ryszard Maciejewski

kierujący Całodobowym Oddziałem Rehabilitacji Psychiatrycznej Nr 14 Samodzielnego Publicznego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu

Komunikat Kapituły Medalu

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy,

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

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

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

Mariusz Janikowski

Sekretarz Kapituły Medalu „Hominem Inveni”

AGATA
MORKA

historyk sztuki

BŁĄD MALARSKI

Pchły na noc

Niderlandy to miejsce dla historii sztuki niezwykle. W siedemnastym wieku wybuchł tu talent, jakiego wcześniej nie widziano.

W ciasnych uliczkach Delft, w portach Hagi i Antwerpii rozwinęło się malarstwo zachwycające przywiązaniem do detalu, jak i poetyckim ujęciem światła. Lubię holenderski barok, jednak za coś zupełnie innego niż melancholijne spojrzenie „Dziewczyny z perłą”. Lubię holenderskich mistrzów za ich elokwentną i szarmancką sprośność.

Jeśli ktoś potrafi przekuć inwazję owadów pijących krew ofiary i przenoszących dżumę oraz tyfus w coś erotycznego, to są to tylko malarze Niderlandów. Pchły były nieodłącznymi towarzyszami życia holenderskich domostw w owym czasie, a iskanie odzieży i łóżka – jednym ze stałych elementów wieczornych zabiegów higienicznych. „Polowanie na pchły” van Honthorsta przedstawia taką właśnie typową scenę: dwie kobiety starają się pozbyć uciążliwych pasożytów.

Służąca niby to pomaga młodej kobiecie w poszukiwaniach insektów, podświetlając jej ubranie świecą. Bardziej niż ubranie jednak, blask świecy wydobywa z mroku nagą kibić zainfekowaną. Górna część jej ciała jest najbardziej oświetlona, nie pozostawiając wątpliwości, że malarz nie chciał, by uwaga widza skupiała się na owadach. Zbliżone głowy służącej i dziewczyny oraz ich dłonie, które spotykają się na trzymanym przez tą ostatnią materiale, tworząc dodatkową niby-ramę, wyodrębniają nagie ciało z całości obrazu.

Wyraz twarzy obu kobiet zdaje się wskazywać, że pchła inwazja



nie napawa ich specjalnym przerażeniem. Przeciwnie, gdyby pozbawić obraz tytułu i kontekstu, te dwie panie, roześmiane i wyraźnie podekscytowane, wydają bardziej, jakby szykowały młodą na nocne igraszki. „Pchły na noc”, w ujęciu holenderskich mistrzów, mogłoby być zatem raczej dość erotycznym w wyrazie życzeniem, niż wezwaniem do prawdziwego polowania na tę małą, skaczącą zarazę. ■

Obraz: Gerard van Honthorst, „Polowanie na pchły”, 1620, Dayton Art Institute

Rozwiązanie zagadki z „GL” 10/2019

1. Usunięcie włosów z nosa.

Kronikarz John Evelyn po spotkaniu z Barbarą z detalami opisał, jak wyglądało owłosienie jej twarzy, wskazując, że ze środka jej nosa wyrastały długie pukle.

2. Uskromnienie sukni, zasłonięcie biustu portretowanej.

Barbara była znana z tego, że ubierała się zawsze podług najnowszej mody, na większości przedstawień widać ją z potężnym dekoltem uwydatniającym jej kibić.

3. Dodanie niewielkiej litery A na sukni Barbary.

Prawdziwe imię portretowanej to nie Barbara, a Augusta.

4. Dodanie dłoni z obrączką na palcu.

Barbara nie miała kłopotów ze znalezieniem męża. Poślubił ją Michael van Beck, który został również jej menadżerem i organizował jej występy.



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

NAGRODZENI Z „GL” 10/2019: Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Izabela Machlarz z Mielca**.

Gratulujemy! Nagrody dodatkowe: **Grzegorz Kusiak z Gorzowa Wielkopolskiego, Magdalena Kwiatkowska z Krakowa, Magdalena Mieńciuk z Bydgoszczy**.

Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl **do 1 grudnia 2019 r.**

W temacie maila należy wpisać **GL11** oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,

HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

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

ufundował voucher obejmujący m.in.:

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

Nagrody dodatkowe dla trzech osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,



Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

ufundowało książki:



KLAUZULA INFORMACYJNA

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

KULTURA

Doskonalili sztukę fotografowania

Już po raz siódmy lekarze – pasjonaci fotografii, przyjechali do Kazimierza Dolnego nad Wisłą. W dniach 17-22 września odbywał się tu Ogólnopolski Plener Fotograficzny Lekarzy, organizowany przez Lubelską Izbę Lekarską przy wsparciu Naczelnej Izby Lekarskiej.

TEKST **DARIUSZ HANKIEWICZ**



się rozmowy o fotografii, omawia-
no też wykonane prace. Ocenie
poddawano także prace uczestni-
ków przywiezione „z domu”. Leka-
rze fotograficy (w liczbie 20), m.in.
z Lubelszczyzny, Pomorza, Dolne-
go Śląska, Podlasia i Mazowsza, do-
skonalili swój warsztat, wymieniali
doświadczenia i dzielili się uwaga-
mi na temat zdobytych umiejęt-
ności. Efekty ich pracy będziecie mo-
gli obejrzeć na wystawie w Galerii
Sztuki Nieprofesjonalnej „U Leka-
rzy”, zlokalizowanej przy ul. Chmiel-
nej 4 w Lublinie w siedzibie Klubu
Lekarza Lubelskiej Izby Lekarskiej.
Wernisaż wystawy odbędzie się 9 li-
stopada (sobota) o godzinie 12.00.
Zapraszamy. ■



Jak co roku patronat me-
dialny nad wydarzeniem
objęli „Gazeta Lekarska”,
lubelski „Medicus”, a także „Portal
Kazimierski”. W tym roku gościem
i mentorem pleneru był członek

Związku Polskich Artystów Foto-
grafików Lucjan Demidowski, przed-
stawiciel fotografii konceptualnej.

Codziennie wieczorami, aż do
późnej nocy, po dniu spędzonym
z aparatami w plenerze, odbywały

FOTO: DARIUSZ HANKIEWICZ



NASZA CZYTELNIJA



Onkologia okulistyczna

Bożena Romanowska-Dixon,
Martine Jager, Sarah Coupland

Przegląd schorzeń nowo-
tworowych narządu wzroku
i oczodołu wraz z opisem
stosowanych metod diagno-
stycznych i terapeutycznych.
W publikacji omówiono też
m.in. zależności między
zaburzeniami genetycznymi,
chromosomalnymi i immu-
nologicznymi predysponują-
cymi do rozwoju nowotworu
i przedstawiono ciekawe
przypadki kliniczne. Książka
jest bogato ilustrowana.



Ciało nie kłamie

Judy Melinek, T.J. Mitchell

Wspomnienia patolożki pracującej
w biurze naczelnego lekarza
sądowego w Nowym Jorku.
Autorka opowiada o pracy
„za policyjnymi taśmami”,
o tym, jak wyglądają oględziny
na miejscu zgonu i samych
sekcjach zwłok. Uchyla rąbka
tajemnicy zawodu znajdującego
się na granicy świata żywych
i umarłych. „Żeby mierzyć się
ze śmiercią, trzeba kochać życie”
– pisze, ukazując perspektywę
swojej codziennej praktyki.

KULTURA

gazetalekarska.pl



Dla hospicjum

Istniejąca od 2010 r. Polska Orkiestra Lekarzy wystąpiła na scenie Forum Mosty w Łęborku. Beneficjentem, a także współorganizatorem koncertu była Fundacja Łęborskie Hospicjum Stacjonarne, której celem strategicznym jest budowa hospicjum stacjonarnego. ■

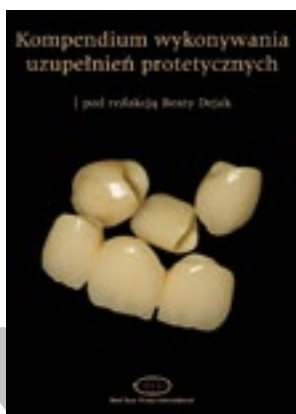
Wernisaż

19 października odbył się wernisaż VII Międzynarodowego Salonu Fotografii Artystycznej Lekarzy PhotoArtMedica 2019 w Częstochowie. Organizatorem wydarzenia była OIL w Częstochowie. ■

Koncert

24 września w Akademii Muzycznej im. Karola Szymanowskiego w Katowicach odbył się koncert uświetniający VII Festiwal Muzyczny im. Henryka M. Góreckiego. Wieczór uświetniły występy m.in. lekarzy, członków Śląskiej Izby Lekarskiej: Marty Gamrot-Wrzoł (sopran) i Jakuba Sazanów-Lubelskiego (tenor). W festiwalu uczestniczył m.in. wiceprezes NRL Jacek Kozakiewicz. ■

FOTO: KAMIL ANDREJAS



Kompedium wykonywania uzupełnień protetycznych

Redakcja: Beata Dejak

Książka opisująca zasady wykonawstwa współczesnych uzupełnień protetycznych, uwzględniając: wskazania i przeciwwskazania, stosowane materiały, rodzaje uzupełnień, wykonanie kliniczne i laboratoryjne, zalety i wady konkretnych rozwiązań. Wiedza w niej zawarta podana jest w sposób jasny i klarowny, poparta licznymi rycinami oraz przykładami preparatów do zastosowania w praktyce klinicznej.



Burze w mózgu. Opowieści ze świata neurologii

Suzanne O'Sullivan

Co dolega mężczyźnie, który widzi przebiegające przez pokój postaci z kreskówki? A dziewczynie, która ma wrażenie, jakby świat zmieniał się w scenierię z „Alicji w Krainie Czarów”? Brytyjska neurolog, specjalizująca się w diagnozowaniu złożonych przypadków padaczki, opisuje zagadkowe objawy pacjentów, szukając naukowych wyjaśnień ich problemów. Autorka jest laureatką nagrody Wellcome Book Prize in Royal Society of Biology Book Prize.

PRZYCHODZI WENA DO LEKARZA

„... są rzeczy na ziemi i na niebie, o których nie śniło się filozofom...”

„Zdaje mi się, że widzę... gdzie? Przed oczyma duszy mojej...”

William Shakespeare

Upadły anioł*

(fragmenty)

Siedział w metrze w swoim czarnym zbyt obszernym płaszczu. Wypełnił swoje ostatnie zadanie. Dygotał z zimna i emocji. Już TAM nie wróci. Nie wróci już po kolejne zlecenie. Patrzył przed siebie niewidzącymi pustymi oczami.

„... zdarzyło się wszystko, co miało się zdarzyć, a jednocześnie nie zdarzyło się nic...”

Srebrny siedział zadumany. Jeśli kierunek upływu czasu się odwróci i skutki będą wyprzedzać przyczyny? Jeśli świat nie ma granic w przestrzeni, nie ma początku ani końca w czasie, to nie ma też w nim nic do zrobienia dla Stwórcy... Tylko On może tworzyć i niszczyć, gdyż jest wszechwładny. To On, tworząc człowieka, dał mu wszystkie uczucia, a potem wszystkie może zabrać.

– Mamo, słyszałaś kiedyś jak niebo gra?

Mała Ula od dwóch lat w zasadzie mieszkała w szpitalu. Zmieniała tylko oddziały – onkologiczny, hematologiczny, dziecięcy, neurologiczny. Miała 9 lat i już chyba nie pamiętała życia przed... Wszyscy w rodzinie użalali się nad nią – że taka młodziutka, że taka straszna choroba. Najpierw tłumnie ją odwiedzali, głaskali po głowie, przytulali. Stopniowo krąg odwiedzających zeszczuplał, aż w końcu zniknął zupełnie. Z życia Uli zniknął również jej ojciec. Nie wytrzymał. Swojego bólu, bólu ukochanej córeczki, hysterii i rozpacz pogrążonej w schizofrenii żony. Najpierw wracał późno, przygarbiony i zły na cały świat i siebie. Później wracał nad ranem, powoli odsuwając się od wszystkiego, co działo się w domu, aż któregoś dnia po prostu nie wrócił. Mała Ula i jej matka zostały same.



gazeta**lekarska**.pl

*Anioł, który radykalnie i nieodwołalnie sprzeciwił się Bogu, wykorzystując otrzymaną wolną wolę.

O AUTORZE



**EDYTA MARKIEWICZ-
NIEWIŃSKA**

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

Urodziła się w Warszawie i tu ukończyła akademię medyczną. Następnie odbyła specjalizację z pediatrii i medycyny rodzinnej. Pracuje w jednej z poradni w Płońsku, prowadzi w tym mieście również gabinet medycyny estetycznej. Uwielbia podróżować.

SPORT

Maratońskie sukcesy



27

-letnia lekarka z Tomaszowa Mazowieckiego okazała się najlepsza spośród ok. 150 Polek startujących w 46. edycji Berlin-Marathon. Z czasem 3:00:03 dr Marta Bukowska uplasowała się na 144. miejscu w gronie ponad 13 tys. biegaczy z całego świata.

– W środowisku lekarskim Martę Bukowską można uznać za największe sportowe odkrycie tego roku w biegach długodystansowych. Berliński maraton jest jednym z sześciu największych maratonów na świecie i tym bardziej cieszy tak piękny sukces przedstawicielki naszego zawodu – mówi skarbnik NRL Grzegorz Mazur, który był jednym z ponad 44 tys. uczestników berlińskiego maratonu.

Tegoroczny maraton w stolicy Niemiec odbył się 29 września. Zawodnicy musieli pokonać 42 km

195 m. Dla dr. Mazura tegoroczny Berlin-Marathon był siódmym ukończonym maratonem w trzyletniej przygodzie z bieganiem na długich dystansach. – Moja satysfakcja jest tym większa, że każdy z nich kończyłem z rekordem życiowym. Tym razem wynik 3:31:41 pozwolił znaleźć mi się wśród 15 proc. najlepszych w kategorii powyżej 55 lat i jednocześnie zdystansować 35 tys. innych biegaczy – mówi skarbnik NRL. ■ MT

gazeta**lekarska**.pl

Tenis

W dniach **9-11 listopada** w Pabianicach odbędzie się XVI Ogólnopolski Halowy Turniej Tenisowy Lekarzy – Memoriał dra Andrzeja Jasińskiego. Turniej będzie rozgrywany zgodnie z regulaminem Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy. ■

Triathlon

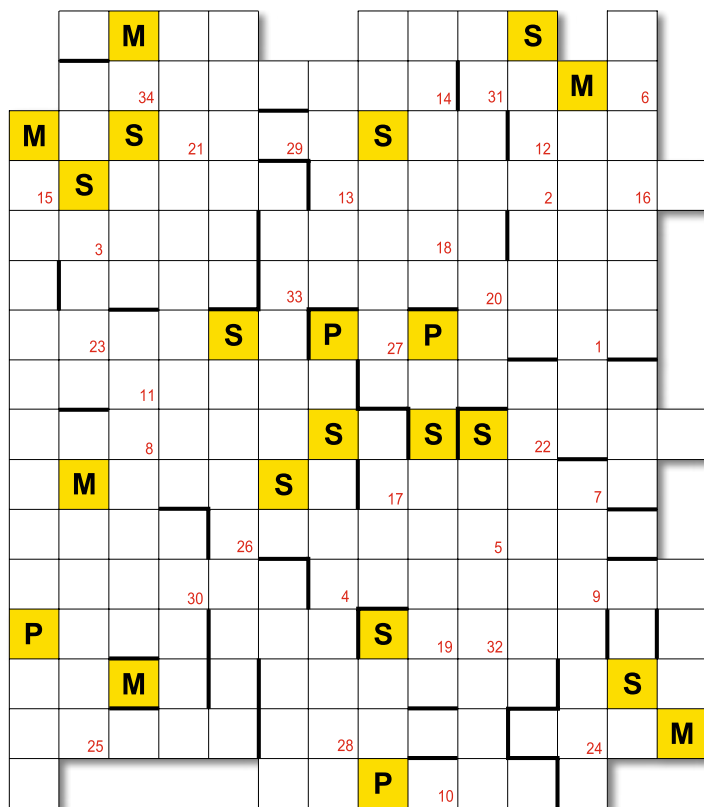
Ziemia Sandomierska po raz kolejny gościła najwszechstronniejszych sportowców spośród lekarzy. W XI Mistrzostwach Polski Lekarzy w Triathlonie na dystansie sprinterskim (750 m pływania, 20 km na rowerze i 5 km biegu) wzięło udział 20 koleżanek i kolegów z całego kraju. Imprezę zorganizowano przy finansowym wsparciu NIL. ■

Maraton 30-lecia



20 października w Poznaniu odbył się Maraton 30-lecia Odrodzonych Izb Lekarskich. Były to jednocześnie XVIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Maratonie. Zwyciężyli Dominik Samotij z Rzeszowa oraz Żaneta Sadowczyk z Rawicza. Najstarszym uczestnikiem biegu był Piotr Mikołajczyk z Będzina (79 lat). Nagrody oraz puchary ufundowały Naczelna Izba Lekarska oraz Wielkopolska Izba Lekarska. Wręczali je prezes ORL WIL Artur de Rosier oraz Grzegorz Mazur, skarbnik NRL. Maraton zorganizował Wojciech Łącki z Komisji ds. Kultury i Sportu ORL WIL, a w kategoriach wiekowych nagrody wręczała także Katarzyna Bartz-Dylewicz, przewodnicząca komisji. ■

Objaśnienia 64 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: M, P i S. Na ponumerowanych polach ukryto 34 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to przysłowie abisyńskie. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 1 grudnia 2019 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).



* gotuje dla Lidla * dokument przesłany telefaksem * bufet wojskowy
 * enzym z papai * awatar Wisznu lub król Syjamu * konserwa wojskowa
 * ukraińska preia * Leopold, noblista, zsyntetyzował testosteron * lingula
 * opinia, stopień * imię Donizettiego * 2 lub 7 * Swarżyc Luciców * drapieżna
 żądłówka * słynna willa Szymanowskiego * wytwarza ozon z tlenu *
 w rękach Klenczona * członek mitycznego plemienia z Tesalii * papier
 do powinszowań * żona Konrada Wallenroda * na kraterze Wańkowicza
 * synchrotron protonowy z Berkeley * rzymski Eros * twierdzenie
 do udowodnienia * kraj z Mbabane * lubi cierpieć * następczyni sierpa *
 partnerka miozyny * talizmany * dziedziczenie dóbr przez najstarszego *
 gród nad Ouse * palma sagowa * siostra Balladyny * wierzb szara * tabletki
 * Antonio, nauczyciel Beethovena * ceremoniał dworski * jedna milionowa
 część tony * nogi zająca * łąkowy, zwany lisim ogonem * letni, suchy wiatr
 we wsch. części M. Śródziemnego * grawiura * płynie w Innsbrucku *
 munsztuk * karpowaty Tinca tinca * bezludna Wyspa Podwietrzna (1,5 km
 kw.) * miłośnię, pieszczotliwie (muz.) * część należności z góry * sundajski
 wulkan, wybuchł w 1883 r. * odwaga * pieśń pochwalna w ręku chirurga
 * gruba gałąź * dawna miara objętości cieczy (35-38 l.) * Mamry lub Wigry
 * pierwszy człowiek * cienkie, suche kiełbasy * Kazimierz, twórca nazwy
 witamina * bohaterka „Chaty za wsią” * widowiska o Bożym Narodzeniu
 * Winnetou lub Geronimo * powielacz * wieś gminna między Wzgórzami
 Lewińskimi a Górą Orlickimi * Piosenki Polskiej w Opolu * sepsa

Jerzy Badowski

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 247 („GL” nr 09/2019) Kiedy wpadniesz w gniew, zamilknij.

Nagrody otrzymują:

Marcin **Choroszy** (Oleśnica), Natalia **Okońska** (Rumia), Inez **Wiśniewska** (Łódź). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

WYDAWCA



Naczelnia
 Rada
 Lekarska

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 176 300 tegz.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Skład i opracowanie graficzne
Montownia/Teresa Urawska

Druk
Walstead Central Europe

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

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótnów, adiacji, 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).

