

Gazeta Lekarska

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

E-karawana idzie dalej



SAMORZĄD

Na własnym przykładzie

Członkowie NRL popierają szczepienia ochronne, m.in. szczepiąc się przeciwko grypie

PRAWO I MEDYCYNĄ

Reforma kształcenia i prawa pracy

Rozmowa o propozycji nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

REPORTAŻ

Kolejka nie chce być krótsza

Tu w rogu jest kamera, obserwują nas. Pan nie myśli, że o nas zapomnieli

Spis treści

- 4 **Na wstępie** R. Golański: Wolontariusze?
- 6 **Z Sobieskiego 110** A. Matyja: Niech połączy nas zdrowie
- 7 **Skrining**
- 8 **Obserwacje** S. Badurek: Ogon, który zakręcił psem
- 9 **Temat miesiąca** E-karawana idzie dalej
- 12 **Rozmowa o zdrowiu** Potrzebujemy genomowego wzorca
- 16 **Samorząd**
- 19 Uhonorowani przez PTL
- 20 Na własnym przykładzie
- 22 **Kodeks Etyki Lekarskiej** Udział lekarzy w reklamach
- 23 **Dental espresso** Andrzej Cisko: @StomatolodzyN
- 24 **Stomatologia** Potrzebny korporacyjny ład
- 26 **Nasi w Europie** M. Hamankiewicz: O problemach lekarzy
- 28 **Ze świata** Europa chce się szczepić?
- 29 60 lat UEMS
- 30 **Lekarskie towarzystwa naukowe**
To specjalność elitarna
- 32 **Prawo i medycyna** Piękno a zdrowie
- 34 W sprawie biegłych
- 36 Nadchodzi reforma kształcenia i prawa pracy
- 38 **Biuletyn**
- 42 **Polskie innowacje** Stentgraft przez koniuszek serca
- 43 **Reportaż** Kolejka nie chce być krótsza
- 46 **Nauka w skrócie**
- 47 **Praktyka lekarska** Osiągalna
- 48 Głos w dyskusji na temat kształcenia lekarzy
- 50 Dzieci o specjalnych potrzebach
- 52 W matni
- 54 **Debata** Winni: system, lekarz, pacjent
- 56 **Historia i medycyna** Chirurg, płk WP II RP, wizjoner i organizator szpitalnictwa Tadeusz Sokołowski (1887-1965)
- 58 **Ze sceny** A. Andrus: Apteka rybna
- 59 **Kultura** Anatomia pamięci
- 60 **Błąd malarski** Za dużo
- 62 **Listy do redakcji**
- 63 **Sport**
- 64 **Kultura**
Nasza czytelnia
- 66 **Ogłoszenia**
- 80 **Komunikaty**
- 81 **Epikryza [84]** J. Wanecki: Sklejanie filiżanki
- 82 **Jolka lekarska**

9

E-karawana
idzie dalej



Uhonorowani
przez PTL



Dzieci o specjalnych
potrzebach



WIĘCEJ NA WWW.GAZETALEKARSKA.PL

BIOETYKA

7 grudnia w NIL odbyła się konferencja pt. „Cztery lata po uchwaleniu nowych europejskich przepisów o opinowaniu badań klinicznych produktów leczniczych”.

NFZ

W planie finansowym NFZ na rok 2019 najwięcej środków przewidziano na leczenie szpitalne, POZ i refundację leków. Dla szpitali najważniejsze są plany oddziałów wojewódzkich.

**Ryszard Golański**Redaktor naczelny
„Gazety Lekarskiej”

Wolontariusze?

Mimo że coraz częściej myślimy o nadchodzących szybkimi krokami świętach, to praca w samorządzie lekarskim nie zwalnia tempa. Na posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 14 grudnia jej członkowie poznali projekt zmian w jednym z najważniejszych dla lekarzy aktów prawnych: ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Podczas lektury wywiadu z Jarosławem Bielińskim, przewodniczącym zespołu Ministra Zdrowia do spraw opracowania propozycji nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, proszę pamiętać, że owoce prac zespołu to założenia do projektu, który musi opracować Ministerstwo Zdrowia. Ponieważ są tam zapisane propozycje fundamentalne i korzystne dla lekarzy i lekarzy dentystów, życzy sobie, aby znalazły się one najpierw w projekcie zmiany ustawy, a potem w ustawie.

Od 1 grudnia obowiązuje wypełnianie zaświadczeń lekarskich o niezdolności do pracy wyłącznie w formie elektronicznej. Potwierdziły się obawy samorządu, że części lekarzy ten system będzie sprawiał poważne problemy, ale środowisko lekarskie jest podzielone w opiniach. Oceny będzie można dokonać po pierwszym miesiącu funkcjonowania nowej formuły.

5 grudnia to Międzynarodowy Dzień Wolontariusza, ustanowiony w 1985 r. przez Zgromadzenie Ogólne ONZ. Tego dnia słuchałem i czytałem w mediach o tym, że to bardzo szczególny dzień, w którym warto uświadamiać wszystkim, jak ważna jest rola wolontariuszy w życiu każdej społeczności. Ich zaangażowanie w bezinteresowną pracę na rzecz innych

zasługuje na najwyższy szacunek. Pomyślałem sobie, że praca większości lekarzy i lekarzy dentystów w Polsce nosi znamiona wolontariatu. Pracujemy z ogromnym poświęceniem, nie rzadko ponad siły, kosztem rodziny, wolnego czasu, niestety czasami kosztem zdrowia. Obowiązki administracyjne, w tym e-obowiązki, zabierają czas, który powinien być przeznaczony dla pacjenta. Rzadko otrzymujemy satysfakcjonujące wynagrodzenie. Nasze postulaty nie spotykają się z aprobatą osób decydujących o tym, w jakim kierunku zmierza ochrona zdrowia. Ale dzięki nam system działa! Czy to nie jest wolontariat?

Na koniec sprawa związana z planowaniem budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej na rok 2019. Słyszę czasami opinię, że „Gazeta Lekarska” jest najdroższym miesięcznikiem, bo kosztuje 60 złotych. Tymczasem w przyszłym roku z 60 złotych miesięcznej składki, którą płaci na rzecz samorządu każdy z nas, 71 groszy (siedemdziesiąt jeden groszy) będzie wydane na ten egzemplarz „Gazety Lekarskiej”, który otrzymamy do domu.

Z okazji nadchodzących Świąt życzę Państwu, aby ten szczególny czas był pełen serdecznej, rodzinnej atmosfery i chwilami zapomnienia o trudach naszej codziennej pracy zawodowej. Oby przyszły rok przyniósł takie zmiany, które pozwolą na to, aby na naszych twarzach rzadziej gościły objawy złości i zdenerwowania, a częściej – uśmiech. ☺

) MIGAWKA

*Pokochajmy się znowu, wzajem darujmy moc win,
żałów niech nie chowa nikt – narodzony Boży Syn!*

[Wojciech Młynarski, „Szara kolęda”]

Redakcja „Gazety Lekarskiej”
wraz ze współpracownikami i autorami składają
lekarzom i lekarzom dentystom
święteczne i noworoczne życzenia ZDROWIA
oraz
Szczęśliwego Perłowego Roku Jubileuszu
Odrodzonych Izb Lekarskich w Polsce.

Ryszard Golański
redaktor naczelny „GL”

Wsparcie e-ZLA

Od 1 grudnia 2018 r. zaświadczenia lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, pobytu w szpitalu albo innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne albo o konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny wystawiane są za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych [e-ZLA].

 **JAROSŁAW KLIMEK**, RADCA PRAWNY OIL W ŁÓDZI

23 października 2018 r. weszła w życie ustawa z 13 września 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2018r., poz. 1925). Zmiany wprowadzane ustawą mają na celu umożliwienie wydawania zaświadczeń lekarskich (e-ZLA) osobom wykonującym:

- 1) zawód medyczny w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej;
- 2) czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Lekarz lub lekarz dentysta, który ma utworzony profil informacyjny na PUE ZUS, może upoważnić te osoby do wystawiania zaświadczeń w jego imieniu i na podstawie danych zawartych w sporządzonej przez tego lekarza dokumentacji medycznej. Upoważnienia udziela się na okres maksymalnie 12 miesięcy, po upływie których może ono być przedłużane na kolejne 12-miesięczne okresy. Lekarz udzielający takiego upoważnienia ponosi odpowiedzialność za skutki nieprawidłowego wystawienia zaświadczenia lekarskiego przez osobę upoważnioną (wynikające z ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa). Lekarz, który udzielił upoważnienia, może je w każdej chwili cofnąć. Może to również zrobić ZUS w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w wystawianiu zaświadczeń lub naruszania zasad regulujących formalną stronę wystawiania e-ZLA. W takich przypadkach ZUS cofa upoważnienie udzielone asystentowi medycznemu na okres nieprzekraczający 3 miesięcy. Wygaśnięcie lub cofnięcie przez ZUS upoważnienia do wydawania zaświadczeń przez lekarza

powoduje automatycznie wygaśnięcie udzielonych przez niego upoważnień. Konstrukcja przepisów wskazuje, że jeśli asystent wystawi e-ZLA pacjentowi, który nie był badany lub nie było wskazań medycznych do wystawienia zaświadczenia, konsekwencje tego poniesie lekarz udzielający upoważnienia. Upoważnienie udzielone asystentom nie obejmuje wystawiania papierowych druków zaświadczeń w sytuacjach, gdy niemożliwie jest wystawienie zaświadczenia elektronicznego. Mogą oni jedynie „elektronizować” zaświadczenie papierowe wystawione przez lekarza.

Ustawa tworzy również Rejestr Asystentów Medycznych (RAM). Jest on odrębny od PUE ZUS, a danymi w nim zawartymi administruje Minister Zdrowia. Dane z RAM przekazywane są do ZUS raz dziennie, a ZUS ma 48 godzin na weryfikację danych i umożliwienie asystentowi medycznemu wystawiania e-ZLA. Z udzielonego upoważnienia nie można więc korzystać natychmiast. W RAM można występować w rolach administratora (systemu i podmiotu wykonującego działalność leczniczą „PMDL”), lekarza, asystenta, reprezentanta PMDL, przy czym osoby występujące w trzech ostatnich rolach muszą złożyć wniosek o nadanie uprawnień w RAM. Do tego potrzebny jest profil zaufany. Żeby nadać upoważnienie, upoważniający i upoważniany muszą mieć aktywne konta w RAM. Operacji tych dokonuje się na stronie <https://ram.rejestrymedyczne.csioz.gov.pl>. Upoważnienie wystawia się w trzech krokach: utworzenie (może to zrobić lekarz, asystent, reprezentant PMDL), zatwierdzenie (to robi asystent), podpisanie przez lekarza udzielającego upoważnienia.

Przy wydawaniu e-ZLA konieczne jest przeprowadzenie bezpośredniego badania, chociaż ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry w art. 42 ust. 1 mówi o orzekaniu o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. 

Niech połączy nas zdrowie



Andrzej Matyja

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Naczelna Rada Lekarska w nowym składzie działa ledwie sześć miesięcy, ale zbliżający się koniec roku skłania do podsumowań i snucia planów.

Krok po kroku wprowadzamy w życie postulaty, które mocno wybrzmiały na tegorocznym Krajowym Zjeździe Lekarzy. Krótko rzecz ujmując, działamy tak, by umacniać pozycję samorządu lekarskiego jako aktywnego partnera, który wywiera rzeczywisty wpływ na kształt systemu ochrony zdrowia w Polsce. Jako lekarze jesteśmy najbliżej pacjenta. Dzięki temu najszybciej identyfikujemy zagrożenia dla organizacji opieki i bezpieczeństwa pacjenta.

Natychmiast sygnalizujemy, ale ten system wczesnego ostrzegania nie zawsze działa. Czasem trudno uwolnić się od refleksji, jak wiele społecznej energii i zaangażowania tracimy, nie słuchając się wzajemnie, unikając dialogu, gotowości do konsensu. Wiara, że forsowanie rozwiązań, bez baczenia na zastrzeżenia, to skuteczna forma wprowadzenia zmian, może być złudna.

Mieliśmy ostatnio kilka znamiennych dyskusji i sporów wokół pozornie luźno związanych spraw. Separatory amalgamatu, elektroniczna dokumentacja medyczna, e-recepty, e-zwolnienia, ustanowienie 12 listopada dniem wolnym. Różne obszary i dziedziny, ale ogólna obserwacja wspólna: działanie pod presją czasu nikomu nie służy.

Przykład to wprowadzenie 1 grudnia 2018 r. systemu obligatoryjnego wystawiania zaświadczeń lekarskich w formie elektronicznej. Potwierdziły się nasze obawy, że towarzyszyć temu będą niedogodności dla pacjentów i lekarzy. Otrzymywaliśmy uspokajające komunikaty z ZUS z zapewnieniami, że lekarze mogą liczyć na wsparcie od świetnie przygotowanych pracowników ZUS. W tym samym czasie do okręgowych izb lekarskich i Naczelnej Izby Lekarskiej docierały jednak kolejne sygnały o problemach towarzyszących wprowadzeniu systemu. O jego powolnej pracy, kolejkach pacjentów, stresie lekarzy i personelu.

Lekarze nie zamierzają zwracać Wisły kijem. Od elektroniczacji w ochronie zdrowia nie ma odwrotu. Zalety są oczywiste: usprawnienie pracy, większa przejrzystość, lepsze wykorzystanie zasobów. Zmiany trzeba jednak wprowadzać stopniowo, wsłuchując się w opinie medyków i pacjentów.

Trudno oprzeć się wrażeniu, że rewolucyjny zapał bierze górę. Tymczasem opieka zdrowotna to wyjątkowo delikatna materia. To emocje, poczucie godności, szacunku, bezpieczeństwa, ale i przyziemna rzeczywistość: finanse, procedury, organizacja. Warto, siedząc za biurkiem czy szefując projektowi, wsłuchać się w głos tych, którzy na co dzień muszą sobie z tym splotem radzić w relacji z człowiekiem potrzebującym pomocy.

Jako środowisko liczymy na większą otwartość na dialog i różne punkty widzenia. Temu w dużej mierze poświęcona była nasza aktywność w minionych miesiącach. Docieranie z argumentami, tworzenie platformy dla współpracy reprezentacji zawodów medycznych, pacjentów, zawodów zaufania publicznego, uwzględnienie różnych perspektyw. Oddanie głosu również lekarzom reprezentującym ośrodki działające z dala od wielkich centrów akademickich i metropolii, gdzie nasi koledzy mierzą się z ograniczeniami infrastrukturalnymi, finansowymi, organizacyjnymi, demograficznymi.

Życzymy sobie, by w nowym roku nie brakło nam zapału, aby pokonywać trudności. Na poziomie deklaracji wszyscy są zgodni: zdrowie to priorytet. Ale gdy przechodzimy do działania, w życiu indywidualnym czy społecznym, bywa z tym różnie.

Niech nadchodzące Święta będą czasem zrozumienia i porozumienia, szukania tego, co nas łączy. W Boże Narodzenie najsilniej odczuwamy ogromną wartość wspólnoty. Wspólnoty przyjaciół, wspólnoty rodzinnej. Tym, co spaja rodzinę i daje nam siłę, jest miłość, a jak napisał Honoriusz Balzac: „Czym jest słońce dla ziemi, tym miłość dla duszy”.

Życzymy sobie, aby w nowym roku towarzyszyły nam dobre myśli i emocje. Dbajmy o to, co nas jednoczy i róbmy wszystko, by popularne w naszym kraju życzenia zdrowia mogły się spełniać. ☺

Wszystkiego najlepszego, dla Was, Koleżanki i Koledzy, dla Waszych Rodzin, Bliskich i Współpracowników!

» Razem o reformie

» Prezes NRL
Andrzej Matyja
i wiceprezes
NRL Jacek
Kozakiewicz.



Minister zdrowia, samorząd lekarski i kilkudziesięciu konsultantów krajowych w dziedzinach medycyny – w takim składzie odbyły się rozmowy mające doprowadzić do zmian w kształceniu podyplomowym lekarzy i lekarzy dentyistów. Do spotkania, którego współgospodarzem był samorząd lekarski, doszło na początku listopada w siedzibie Ministerstwa Zdrowia. Jak powiedział minister Łukasz Szumowski, pewne specjalizacje mogłyby zostać umiejętnościami. W czasie dyskusji sporo uwagi poświęcono również ewentualnemu stworzeniu bazy pytań egzaminacyjnych. – Domagamy się zmian, bo często specjalizacje w Polsce nie odpowiadają tym, które są w Unii Europejskiej. Należy urealnić programy specjalizacji, zwłaszcza w specjalizacjach zabiegowych – podkreślił prezes NRL Andrzej Matyja. Następne robocze obrady już wkrótce. ☺

» NRL szczepi się

» Zastępca
sekretarza NRL
Artur Drobnik.



Wprawdzie Sejm odrzucił obywatelski projekt nowelizacji ustawy, która miała znieść obowiązek szczepień, ale NRL planuje kolejne proszczepienne działania o charakterze edukacyjnym. 9 listopada, tj. w dniu, kiedy na Wiejskiej odbyło się głosowanie decydujące o w tej sprawie, przedstawiciele samorządu lekarskiego

namawiali do profilaktycznego szczepienia się oraz zaprezentowali animowany spot edukacyjny. Następnie członkowie NRL, w ramach akcji „Lekarze dają przykład”, zaszczepili się przeciwko grypie w obecności licznie przybyłych dziennikarzy. Organizatorem akcji była Fundacja Lekarze Lekarzom (więcej na s. 18). ☺

» Niepodległość

W związku z 100. rocznicą odzyskania niepodległości, 9 listopada, podczas posiedzenia NRL zainaugurowanego odśpiewaniem hymnu państwowego, przyjęto specjalną uchwałę, w której czytamy m.in.: „Znane są liczne przykłady lekarzy, którzy w walce o niepodległość złożyli ofiarę życia, wielu innych poniosło dotkliwe konsekwencje swej bohaterskiej postawy”. Rada oddała w niej hołd „lekarzom, którzy swoją pracą zawodową i walką budowali zręby niepodległości.” ☺

» Z prac Prezydium NRL

Podczas ostatnich posiedzeń Prezydium NRL podjęto m.in. apel do ministra zdrowia dotyczący zmiany rozporządzenia w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów oraz apel do prezesa NFZ i ministra zdrowia o zapewnienie większego dostępu do leków objętych refundacją w ramach programów lekowych w postaciach przyjaznych pacjentom. Podjęto również stanowiska w sprawie m.in.: założeń do strategii NFZ na lata 2019-2023, projektu „Kodeksu branżowego dla sektora ochrony zdrowia”, projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie programu pilotażowego kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcami z niewydolnością serca. ☺

» Wiceprezes na czele

Prawie 100 osób zgromadziło się w historycznej Sali Sejmu Śląskiego Urzędu Marszałkowskiego na II Ogólnopolskim Spotkaniu Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego. 20 listopada do Katowic przyjechali reprezentanci m.in. środowiska lekarskiego, pielęgniarek i położnych, aptekarzy, lekarzy weterynarii, adwokatów i notariuszy z całego kraju. Wyłoniono prezydium, którego prace koordynować ma wiceprezes NRL Jacek Kozakiewicz. Przyjęto uchwały dotyczące m.in. tajemnicy zawodowej, bezpieczeństwa wykonywania zawodu oraz szczepień ochronnych. ☺

» Kolegium OROZ

Dr Anna Kot (OIL w Krakowie) została wybrana przewodniczącą Kolegium Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej VIII kadencji, a wiceprzewodniczącymi: prof. Jan Błaszczuk (Wojskowa Izba Lekarska) i dr Januariusz Kaczmarek (OIL w Łodzi). Do wyboru doszło w czasie obrad w Rawie Mazowieckiej w dniach 9-11 listopada. W skład Kolegium OROZ wchodzić okręgowi rzecznicy odpowiedzialności zawodowej ze wszystkich okręgowych izb lekarskich i izby wojskowej, pełniący tę funkcję w danej kadencji. Ciało ma charakter opiniotwórczo-doradczy. ☺

Ogon, który zakręcił psem



Sławomir Badurek

Diabetolog, publicysta medyczny

Sejm odrzucił obywatelski projekt ustawy likwidującej obowiązek szczepień. Jak na standardy naszego parlamentu, posłowie byli wyjątkowo jednomyślni.

Za odrzuceniem projektu głosowało 354, przeciw było 10, a 16 wstrzymało się od głosu. Cieszy mnie, że wśród kwestionujących obowiązkowe szczepienia nie było żadnego lekarza. Rozumiem różnice poglądów na temat kalendarza i skuteczności poszczepiennych szczepień, niepożądanych odczynów poszczepiennych, wątpliwości dotyczące konfliktu interesów u szczepionkowych decydentów, ale kwestionowanie jednej z najbardziej udanych interwencji medycznych w historii to przejaw, najdelikatniej mówiąc, głupoty, nie do zaakceptowania w przypadku posiadacza lekarskiego dyplomu.

Z drugiej strony zastanawia wcale niemała, bo prawie 7-procentowa, grupa parlamentarzystów, którzy nie odrzucili obywatelskiego, ale tak naprawdę przygotowanego z inicjatywy żarliwych antyszczepionkowców, projektu ustawy. Chciałbym wierzyć, że w tej grupie nie dominowali zwolennicy zabobonów, tylko wolnościowcy, wierzący w rozsądek rodziców, którzy bez przymusu będą szczepić swoje dzieci. Niestety, wszystko wskazuje na to, że podstaw do takiej wiary nie ma. Wystukałem w wyszukiwarce YouTube'a hasło „szczepienia”. Oglądając większość z kilkunastu najwyżej pozycjonowanych filmów, z łatwością znajdziemy potwierdzenie, że całe te szczepienia to tylko wielka, nastawiona na potężny zysk, akcja propagandowa big farmy, w której główną rolę grają przekupieni lekarze, wykreowani na ekspertów. Niekiedy przekaz jest mocno podlany pseudonaukowym sosem w postaci uczenie brzmiących wywodów, sugestywnych wykresów i tabel, „dowodzących niezbitości”, że bez szczepień nie tylko bylibyśmy równie zdrowi, ale nawet jeszcze zdrowsi, bo nie byłoby tragicznych w skutkach odczynów poszczepiennych. Najbardziej hardcorowa jest sugestia, jakoby obowiązkowe szczepienia służyły eksterminacji narodów (tylko jak to połączyć z czerpaniem krociowych zysków przez big farmę?).

Nie będę wchodził w szczegóły, bo musiałyby paść cytaty, a wraz z nimi nazwiska znanych z internetowych przekazów szarlatanów, zbijających fortuny na ludzkiej

głupocie i bezwzględnie żerujących na nadziei, która rzeczywiście umiera ostatnia i niekiedy nawet najrozsądniejszych popycha w kierunku pozbawionych sensu, za to najczęściej bardzo kosztownych, pseudoterapii. Polemiki nie będzie, bo byłoby to dowartościowywanie durnoty, windując ją do zasługującej na uwagę alternatywy. Wyrachowani cwaniacy potrafią doskonale wykorzystać słabość demokracji, polegającą na jednakowym znaczeniu głosu profesora i żuła. Trzeba uważać, by nie wpaść w tę pułapkę. Inaczej to ogon zacznie kręcić psem. W przypadku szczepień tak właśnie się stało. Ile razy byliśmy świadkami telewizyjnych i radiowych debat, w których głos zdeklarowanego antyszczepionkowca, powtarzającego wciąż te same brednie, był przez prowadzących traktowany na równi z głosem znającego fakty profesjonalisty. „Nie zakładajmy z góry, że szczepienie jest okay, a nieszczepienie jest złe. Ja się nie boję konfrontacji, bo ja podchodzę do tematu bez swojego zdania” – powiedział w marcu br. poseł Paweł Skutecki (jeden z 10 posłów, którzy nie chcieli obowiązkowych szczepień) w dostępnej w internecie rozmowie z prof. Mirosławem Wysocikiem, byłym dyrektorem NIZP-PZH. Tak, rozumiem, Ziemia jest płaska, wystarczy tylko spojrzeć. A mówiąc serio, z góry dziękuję takim dyskutantom, którzy deklarują się jako ignoranci, ale chcą jak równy z równym rozmawiać ze znawcami i nawet – jak zacytowany poseł – stanowić prawo. Na szczęście zdecydowana większość parlamentarzystów, a przede wszystkim tzw. zwykłych ludzi zachowuje rozsądek. Dla mnie miłym zaskoczeniem było, że nie brakuje go także w internecie. To fakt, że na YouTube dominują filmy antyszczepionkowe. Z drugiej strony, największą oglądalność ma znakomity, prawie 40-minutowy wykład „Dlaczego nie boję się szczepionek?” chemika i popularyzatora nauki, Dawida Myśliwca. Naprawdę warto obejrzeć. Poziom wody w mózgu z pewnością się obniży.

Niewykluczone, że antyszczepionkowa głupawka, przetaczająca się przez nasz kraj, wyda dobre owoce. Właśnie zbierane są podpisy pod projektem ustawy „Szczepimy, bo myślimy”, zakładającej nieprzyjmowanie do publicznych żłobków i przedszkoli niezaszczepionych dzieci. Ciekawe, jak tym razem zachowają się nasi parlamentarzyści? ☹

E-karawana idzie dalej



Od 1 grudnia obowiązują obligatoryjnie e-ZLA. Od 1 stycznia placówki medyczne muszą prowadzić pierwsze dokumenty zaliczane do EDM. NFZ dotuje zakupy na cyfryzację, ale tylko dla POZ. Proces informatyzacji przyspiesza, ale czy pośpiech nie jest w tym przypadku złym doradcą?

● **LIDIA SULIKOWSKA**

Na początku listopada podczas konferencji prasowej szefowa ZUS, Minister Zdrowia oraz Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej przekonywali, że wystawianie zwolnień lekarskich w formie elektronicznej ułatwia życie zarówno pacjentom, jak i lekarzom. Podkreślali także, że data 1 grudnia jako obowiązku wejścia w życie e-ZLA jest ostateczna.

Minister Elżbieta Rafalska stwierdziła, że proces wdrażania trwa już 3 lata, a to dużo czasu na przygotowanie. Prezes ZUS Gertruda Uścińska zapewniła, że jej pracownicy prowadzą zindywidualizowane szkolenia, z kolei minister Łukasz Szumowski przypomniał, że istnieje już możliwość rejestracji asystenta medycznego, którego lekarz może upoważnić

do wystawienia e-ZLA. W czasie tego spotkania nie wspomniano jednak o problemach, które dotyczą lekarzy w związku z wprowadzeniem nowego obowiązku.

SPÓR O TERMINY

Przez ostatnie tygodnie wiele organizacji zrzeszających lekarzy apelowało, by pozostawić fakultatywność w zakresie formy wystawiania zwolnień lekarskich, bo pośpiech grozi chaosem. 9 listopada Naczelna Rada Lekarska wystosowała w tej sprawie apel do Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministra Zdrowia, zwracając m.in. uwagę, że w Polsce nadal są rejony, gdzie nie ma dostępu do sieci teleinformatycznej oraz że w zawodzie jest wiele osób w wieku emerytalnym, które mają trudności w korzystaniu z elektronicznego systemu.

Jedną z nich jest Teresa Koźlicka-Kempa, 74-letnia dermatolog, która prowadzi indywidualną praktykę lekarską. Pani doktor pracuje, dorabiając do emerytury, ale nie stać jej na zakup komputera, drukarki i oprogramowania, by obsługiwać e-ZLA, więc nie będzie ich wystawiać, a gdy wejdzie obligatoryjność e-recepty i e-skierowania, to po prostu zrezygnuje z pracy. – Szkoda, bo mogłabym jeszcze popracować. Niech informatyzacja się rozwija, ale emerytów powinno się zostawić w spokoju – mówi Teresa Koźlicka-Kempa.

W połowie listopada Porozumienie Organizacji Lekarskich (w składzie: Naczelna Izba Lekarska, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Federacja Porozumienie Zielonogórskie i Polska Federacja Pracodawców Prywatnych Ochrony Zdrowia) wezwało

WAŻNE

Konsultanci Centrum Obsługi Telefonicznej ZUS (22 560 16 00) udzielają informacji na temat korzystania z systemu e-zwolnień.

do wycofania obligatoryjności e-zwolnień. „Przedwczesne wprowadzenie zaproponowanych przez MRPiPS i ZUS rozwiązań spowoduje dezorganizację systemu udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności w POZ i AOS, oraz ograniczenie dostępności dla pacjentów, a także przy nieszczelności systemu może narażać na ujawnienie tajemnicy lekarskiej” – czytamy w stanowisku POL.

ZUS, MRPiPS oraz resort zdrowia pozostali niewzruszeni, w związku z czym POL pod koniec listopada podjęło kolejną próbę przekonania do swoich racji. Na zwołanej konferencji podkreślano, że lekarze nie są przeciwni informatyzacji, ale chcą racjonalnego wprowadzania e-ZLA. Podtrzymali swoje stanowisko o potrzebie utrzymania fakultatywności obu form: papierowej i elektronicznej. – Informatyzacja to przyszłość, nie mamy nic przeciwko temu procesowi, ale harmonogram jest zbyt pośpieszny – mówił Jacek Krajewski, przewodniczący Porozumienia Zielonogórskiego.

MODELOWE WDROŻENIE

Nadszedł 1 grudnia, a wraz z nim obowiązek wystawiania e-ZLA. Przez pierwsze dwa dni (był to weekend) wystawiono ok. 11 tys. e-orzeczeń o czasowej niezdolności do pracy. To jednak poniedziałek, czyli pierwszy dzień roboczy, miał być prawdziwym testem na funkcjonowanie lekarzy w nowej rzeczywistości prawnej. Okazało się jednak, że to przede wszystkim test dla systemu. Jak wypadł? Można podsumować krótkim stwierdzeniem – nowe rodzi się w bólach.

– Obecnie nie można wysłać żadnego zwolnienia e-ZLA – mówił przed południem 3 grudnia Marek Twardowski, wiceprzewodniczący Porozumienia Zielonogórskiego. Tego dnia na profilu facebookowym tej organizacji można było przeczytać, że w wielu miejscowościach województw: lubuskiego, podlaskiego, pomorskiego, podkarpackiego, łódzkiego i mazowieckiego były problemy. Lekarze pisali o zrywaniu połączenia z PUE ZUS: „Troszyn – tragedia, od rana usiłuję wprowadzić trzy zwolnienia”, „Ostrołęka – co chwila jesteśmy wyrzucani

z serwera ZUS”, „Mrozy – dzisiaj od rana udało nam się wystawić trzy zwolnienia, osiem sztuk leży i czeka na lepsze czasy, jak uda się zalogować, to później się kręci i nic nie da się wpisać” itp.

Co na to osoby odpowiedzialne za wdrożenie? – Myślę, że ZUS zrobił wszystko, by dobrze się do tego zadania przygotować – oceniała w ten sam poniedziałek minister Elżbieta Rafalska. – To jest modelowe wdrożenie – podsumował z kolei wiceszef resortu zdrowia Janusz Cieszyński, a prezes ZUS Gertruda Uścińska stwierdziła, że faktycznie, było spowolnienie systemu, przeprosiła za zaistniałą sytuację i zapewniła, że zostaną wyciągnięte wnioski.

Mimo trudności udało się ostatecznie wystawić tego dnia blisko 151 tys. e-ZLA (przy 161 zwolnieniach papierowych), z czego ponad 4 tys. lekarzy wykonało tę czynność po raz pierwszy. W szczytowym momencie do systemu wpływało nawet 19 e-zwolnień na sekundę. Kolejnego dnia wystawiono w sumie 103 tys. e-ZLA. Na dzień 4 grudnia profil na Platformie Usług Elektronicznych ZUS posiadało 111 tys. lekarzy.

Wśród 5 grudnia rzecznik prasowy ZUS Wojciech Andrusiewicz zapewniał mnie, że system działa już w pełni stabilnie. – Rozumiemy, że mogą występować pewne problemy z łączami internetowymi w poszczególnych gabinetach, mamy też informacje o – choć nielicznych – błędach w niektórych aplikacjach gabinetowych, ale z liczby przetwarzanych zwolnień wynika, że nie są to zbyt liczne problemy – deklaruje rzecznik ZUS.

„Do Okręgowych Izb Lekarskich i do Naczelnej Izby Lekarskiej docierają kolejne sygnały od lekarzy o problemach towarzyszących wprowadzeniu systemu e-ZLA, a także głosy protestu. Powtarzają się informacje o awarii systemu, o powolnej jego pracy, kolejkach pacjentów, a także o zdenerwowaniu i stresie lekarzy oraz personelu placówek, zwłaszcza placówek mniejszych” – informuje z kolei prezes NRL Andrzej Matyja w liście opublikowanym na stronie internetowej NIL, apelując jednocześnie, by we wstępnym okresie wdrażania e-ZLA władze wypracowały dodatkowe rozwiązania tymczasowe

i awaryjne. Prosi także okręgowe izby lekarskie o przesyłanie do NIL sygnałów i informacji o przebiegu procesu cyfryzacji wystawiania zwolnień.

Co z tymi, którzy nadal będą orzekać na papierze? – Z lekarzami, którzy posłużyli się tą formą zaświadczenia o niezdolności do pracy, pracownicy ZUS skontaktują się w najbliższych dniach. Będziemy wyjaśniać, z jakiego powodu zwolnienie zostało wystawione właśnie w takiej formie. Doradcy ZUS ds. e-zwolnień pomogą lekarzowi przejść z formy papierowej na elektroniczną – wyjaśnia Wojciech Andrusiewicz.

Z kolei Porozumienie Organizacji Lekarskich wydało oświadczenie, w którym zaleca lekarzom, którzy nie są jeszcze zainformatyzowani, aby korzystali z przygotowanych przez nich wzorów druków orzeczeń o niezdolności do pracy. „Kategorycznie domagamy się, aby ten druk był honorowany przez ZUS i na jego podstawie nasi pacjenci mieli wypłacany zasiłek chorobowy” – czytamy w piśmie POL opublikowanym na początku grudnia.

Co na to ZUS? Zdaniem Gertrudy Uścińskiej stan prawny jest taki, że obowiązuje zasada elektronicznego wystawiania zwolnień lekarskich i można jedynie korzystać z druków wygenerowanych przez system, ale tylko w sytuacjach awaryjnych i w ciągu 3 dni trzeba zwolnienie zarejestrować elektronicznie.

Do czasu publikacji tego numeru „GL” nie zapadły nowe ustalenia w tej sprawie. Trudno w tym momencie jednoznacznie ocenić, czy zdecydowana większość lekarzy faktycznie zastosowała się do nowego obowiązku i jak ZUS w praktyce będzie odnosił się do osób, które chcą pozostać przy papierze². Docierają do nas zarówno sygnały od lekarzy, którym forma e-ZLA się podoba, jak i od niezadowolonych. Prosimy o listy w tej sprawie (redakcja@gazetalekarska.pl).

Warto też mieć na uwadze, że w czasie dyskusji o e-ZLA lekarze po raz kolejny przypominali, że wystawianie zwolnień lekarskich w systemie ubezpieczeń społecznych, obojętnie w jakiej by to nie było formie, cały czas odbywa się na zasadach





nieodpłatnego świadczenia przez lekarzy pracy na rzecz ZUS i istnieje realna potrzeba modyfikacji obecnej sytuacji. W tej kwestii ZUS pozostaje jednak nieugięty.

PIENIĄDZE NIE DLA KAŻDEGO

ZUS deklaruje pomoc w obsłudze systemu do e-ZLA, z kolei resort zdrowia zmobilizował się w końcu do przekazania NFZ 50 mln zł na dofinansowanie zakupu sprzętu komputerowego, oprogramowania i szkoleń w związku z przygotowaniem placówek medycznych do wystawiania e-zwolnień. Zwrot dotyczy wydatków poniesionych w ciągu całego 2018 r. Szczegóły dotyczące maksymalnej kwoty dofinansowania reguluje zarządzenie prezesa NFZ z 6 listopada. Od tego dnia można było składać wnioski o udzielenie wsparcia. Niestety termin, do kiedy można ubiegać się o dotację, upływa już 15 grudnia i istnieje obawa, że nie każdy zainteresowany zdąży złożyć wniosek. – W przypadku niewykorzystania całej kwoty do 15 grudnia br., NFZ podejmie decyzje o dalszych krokach – zapewnia nas resort zdrowia.

Wątpliwości wzbudza również adresat dofinansowania. Pieniądze przeznaczono bowiem tylko dla POZ. Zapytaliśmy o ten fakt Ministerstwo Zdrowia. Uzyskaliśmy odpowiedź, że stało się tak, dlatego że statystycznie większość zwolnień lekarskich jest wystawiana właśnie w tych placówkach. Jednocześnie otrzymaliśmy informację, że na przyszły rok przewidziano dodatkowo wsparcie w kwocie 20 mln zł i nie

ma jeszcze decyzji co do odbiorców tego wsparcia.

Niezależnie od dotacji MZ, w ramach obecnej perspektywy funduszy europejskich (2014-2020) można ubiegać się o środki na wyposażenie placówek medycznych w infrastrukturę IT. Konkursy na ten cel organizowane są w ramach regionalnych programów operacyjnych.

KOLEJNY E-OBOWIĄZEK

Nie ochłonęliśmy jeszcze z powodu e-ZLA, a już za chwilę wiele placówek medycznych czeka kolejne elektroniczne wyzwanie. Zgodnie z ustawą o systemie informacji w ochronie zdrowia, od 1 stycznia 2019 r. trzeba prowadzić cyfrowo pierwsze dokumenty zaliczane do elektronicznej dokumentacji medycznej. Wymóg ten dotyczy także placówek prywatnych.

O które dokumenty chodzi? Katalog EDM określa Minister Zdrowia, a zgodnie z rozporządzeniem z 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej są to:

- informacja o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach – w przypadku odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala
- informacja dla lekarza kierującego świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej lub leczenia szpitalnego o rozpoznaniu, sposobie leczenia,

Zespół Radców Prawnych Śląskiej Izby Lekarskiej opracował odpowiedzi na najczęściej zadawane przez lekarzy i lekarzy dentystów pytania dot. e-ZLA. Poradnik jest dostępny na stronie internetowej izby.

rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych

- karta informacyjna z leczenia szpitalnego.

Jak widać, dwa z nich są wystawiane w szpitalu, natomiast jeden – w ramach AOS (informacja przygotowana przez specjalistę dla lekarza kierującego pacjenta do poradni). W przyszłości dokumenty te będą dostępne na Elektronicznej Platformie Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych. Do 31 grudnia 2019 r. trzeba być gotowym do podłączenia się do tego systemu teleinformatycznego. Dane należy udostępniać od 1 stycznia 2021 r.

Co ważne, w trakcie procedowania jest zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, polegająca na uchyleniu, mającego wejść w życie 1 stycznia 2019 r., przepisu §10a załącznika do wyżej wymienionego rozporządzenia. W projekcie uchyla się przepis, zgodnie z którym świadczeniodawca jest obowiązany do prowadzenia w postaci elektronicznej: historii choroby (w przypadku świadczeniodawcy wykonującego działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne) oraz historii zdrowia i choroby (w przypadku świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem świadczeniodawcy realizującego umowę w rodzaju podstawowa opieką zdrowotną, wykonującego działalność leczniczą w formie praktyki indywidualnej). W uzasadnieniu do tego projektu czytamy, że świadczeniodawcy nie są dostatecznie przygotowani do wypełnienia tego obowiązku. O zmianę do dawną zabiegała Naczelna Rada Lekarska. ○

¹ ZUS informuje jednocześnie, że „pacjent nie może ponosić konsekwencji decyzji lekarza o wystawieniu druku nieprzewidzianego w prawie. Dlatego jeśli tylko na blankiecie papierowym znajdą się wymagane do wypłaty świadczenia dane oraz pieczęć i podpis lekarza, może być on wyjątkowo dokumentem, na podstawie którego ZUS oraz pracodawca wypłaci wynagrodzenie chorobowe bądź zasiłek chorobowy. Każdy przypadek będzie rozpatrywany indywidualnie”.

² Ostatnie dane, jakie do nas dotarły przed publikacją, mówią o ponad 450 tys. e-ZLA wystawionych w okresie 1-7 grudnia, w tym czasie wpłynęło 2,7 tys. zaświadczeń papierowych.

Potrzebujemy genomowego wzorca

Z Jackiem Wojciechowiczem, prezesem Centrum Badań DNA, rozmawiają **Ryszard Golański** i **Lucyna Krysiak**.

GL

ROZMOWA

Centrum Badań DNA rozpoczyna realizację projektu, którego celem jest opracowanie Genomicznej Mapy Polski. Co się za tym kryje?

Chodzi nam o zsekwencjonowanie całogenomowe pięciu tysięcy osób i stworzenie referencyjnego genomu mieszkańca Polski oraz opracowanie kilku narzędzi bioinformatycznych ułatwiających diagnozowanie i personalizację leczenia w oparciu o dane genetyczne. Rekrutowani i kwalifikowani do badań będą zdrowi Polacy w wieku 25-55 lat mieszkający na terenie całego kraju zgodnie ze statystycznym rozkładem populacji, bez obciążeń genetycznych oraz po 200 przedstawicieli mniejszości etnicznych, m.in. Górali, Kaszubów, Ślązaków czy mniejszości żydowskiej. Projekt Genomicznej Mapy Polski realizowany jest przez konsorcjum w składzie Instytut Chemii Bioorganicznej PAN, Politechnika Poznańska i Centrum Badań DNA jako partner biznesowy.

Jak technicznie ma wyglądać takie badanie?

U pacjentów będzie pobierana krew obwodowa. Następnie materiał do badań będzie transportowany do laboratorium. Pierwszym etapem badania genetycznego będzie izolacja DNA z komórek krwi i stworzenie biblioteki DNA, kolejnym etapem badania będzie sekwencjonowanie całego genomu i analiza bioinformatyczna w celu identyfikacji zmian o charakterze polimorfizmów i mutacji genetycznych.

Autorom projektu chodzi o stworzenie genetycznej bazy danych Polaków. Czemu te dane mają służyć, czy przełożą się na diagnostykę, czy może na bardziej skuteczne leczenie?

Dane przyczynią się zarówno do szybszej i dokładniejszej diagnostyki, jak i personalizacji leczenia. Referencyjny genom mieszkańca Polski posłuży do określenia prawidłowego wzorca genetycznego, do którego będzie się można odnieść. Lekarze genetycy oraz onkolodzy powinni mieć

pewność, czy zmiana genetyczna wykryta u pacjenta jest polimorfizmem czy mutacją o znaczeniu klinicznym. Niestety, Polska populacja jest nieco odmienna genetycznie od populacji Amerykanów czy Brytyjczyków, dlatego badania genetyczne powinny być porównywane z lokalnym wzorcem genomowym, którego obecnie nie mamy. Znaleźnienie takiego wzorca będzie więc miało kluczowe znaczenie w opracowaniu bardziej precyzyjnych metod diagnostycznych i nowych terapii.

O jakich chorobach mówimy, czy chodzi o choroby genetyczne, czy również o np. nowotwory, z którymi medycyna wciąż słabo sobie radzi?

Szacuje się, że każdy człowiek jest nosicielem 5-7 mutacji genetycznych, które mogą warunkować u niego rozwój rozmaitych chorób. Nie możemy mówić o współczesnej medycynie czy onkologii bez uwzględnienia genetyki, czyli profilu genetycznego pacjenta. Współczesne leki onkologiczne w dużej mierze są lekami celowanymi, a ich aktywność uzależniona jest od obecności lub braku ściśle określonych zmian genetycznych w genomie pacjenta lub tkance nowotworowej.

Medycyna personalizowana czy personifikowana, o której od kilku lat dużo się mówi, to medycyna oparta o poznanie genomu pacjenta po to, aby trafnie dobrać dla niego skuteczną terapię czy nawet dawki leku. Jednym słowem – informacja genetyczna determinuje nie tylko nasz wygląd czy funkcjonowanie organizmu, ale również m.in. predyspozycje do rozwoju różnych chorób, w tym nowotworów złośliwych (takich jak m.in. rak piersi i jajnika, rak jelita grubego czy rak prostaty), chorób neurodegeneracyjnych, chorób układu krążenia. Odpowiadają za to mutacje patogenne, które mogą zostać odziedziczone po rodzicach lub powstawać podczas zapłodnienia. Nowotwory są warunkowane przez wiele różnych genów, np. rak piersi może być warunkowany przez mutacje w ponad 100 genach, a wiedza na ten temat wciąż jest poszerzana.



TAKŻE LEKARZ GINEKOLOG POWINIEN ZASUGEROWAĆ SPRAWDZENIE PROFILU GENETYCZNEGO PRZED ZAPISANIEM LEKÓW HORMONALNYCH. U NOSICIELEK MUTACJI V LEIDEN, GENU MTHFR, ROŚNIE RYZYKO CHOROBY ZAKRZEPOWEJ, A U NOSICIELEK MUTACJI W GENACH BRCA ROŚNIE RYZYKO RAKA PIERSI.

mutacji genów BRCA1 i BRCA2 jest bezwzględnym przeciwwskazaniem do stosowania HTZ oraz stosowania leków hormonalnych. Te przykłady dobitnie wskazują, że lekarze różnych specjalności powinni znać profil genetyczny swoich pacjentów, aby dobrać przynoszące efekt leczenie i nie powodować działań niepożądanych.

GL A profilaktyka? Jak wpisuje się w ten projekt?

Świadomość własnych predyspozycji genetycznych pozwala na wdrożenie działań profilaktycznych, które mogą zmniejszać ryzyko wystąpienia danej choroby, złagodzić jej objawy czy też wykryć ją na bardzo wczesnym etapie rozwoju. Wiele chorób, np. nowotworów, warunkowanych jest przez setki genów, a więc jest wielogenowa, dlatego badanie jednego czy dwóch genów przestaje dawać informacyjny i wiarygodny wynik. Tylko dzięki dokładnemu poznaniu całego genomu i odpowiedniej interpretacji możliwe jest nie tylko dobranie prawidłowych, najbardziej skutecznych dla pacjenta terapii, ale wprowadzenie działań profilaktycznych czy ustalenie optymalnej diety.

Świadomość predyspozycji genetycznych może pomóc nam w kształtowaniu optymalnego stylu życia oraz ograniczeniu do minimum ryzyka rozwoju chorób.

GL Czy nie obawia się pan, że badania te będą miały bardziej naukowy niż praktyczny charakter?

Nie mam takich obaw. Wyniki prac znajdują bezpośrednie zastosowanie w medycynie, pozwalając na poznanie przyczyn chorób oraz opracowanie nowych metod diagnostyki i leczenia. Realizacja projektu przyczyni się do rozwoju genetyki, genomiki i medycyny molekularnej, farmakogenetyki i medycyny spersonalizowanej.

Oprócz charakteru poznawczego, projekt ma też aspekt komercyjny, wymagany przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, który dofinansował jego realizację. Obserwując inne tego typu projekty, widzimy, iż firmy z sektora farmaceutycznego chętnie płacą licencje za dostęp do anonimowych danych (w projekcie brytyjskim – Genomic England – opłaty te wynoszą po 250 tys. funtów rocznie). Ponadto wokół projektu brytyjskiego w trakcie jego realizacji powstały liczne firmy typu spin-off

GL Czy badania genomowe na szeroką skalę mogą oznaczać rewolucję w medycynie?

Zdecydowanie tak. Zagadnienia indywidualnej odpowiedzi na leki w zależności od wrodzonych cech genetycznych pacjenta są przedmiotem zainteresowania farmakogenetyki. Już obecnie lekarze różnych specjalności powinni uwzględniać profil genetyczny pacjenta przed ordynacją leku. Tak jest w przypadku licznych leków, np. warfaryny, leku przeciwzakrzepowego. Genotypowanie pacjentów pomaga dobrać optymalną dawkę leku. Liczne leki antydepresyjne wymagają sprawdzenia uszkodzeń w genie kodującym cytochrom P, genu odpowiedzialnego za metabolizm leków.

W zależności od wykrytych zmian dawka leku, aby być efektywna, może wzrosnąć nawet kilkukrotnie w stosunku do standardowej. Inny przykład to hormonalne leki antykoncepcyjne i hormonalna terapia zastępcza. Także lekarz ginekolog powinien zasugerować sprawdzenie profilu genetycznego przed zapisaniem leków hormonalnych. U nosicielek mutacji V Leiden, genu MTHFR, rośnie ryzyko choroby zakrzepowej, a u nosicielek mutacji w genach BRCA rośnie ryzyko raka piersi. Obecność

^ Jacek Wojciechowicz:
– Wiele chorób warunkowanych jest przez setki genów, dlatego badanie jednego czy dwóch genów przestaje dawać informacyjny i wiarygodny wynik.

OPRÓCZ REFERENCYJNEGO GENOMU MIESZKAŃCA POLSKI CHCEMY STWORZYĆ DOBRZE ZABEZPIECZONĄ BAZĘ DANYCH GENETYCZNYCH, KTÓRA BĘDZIE W PRZYSZŁOŚCI MOGŁA BYĆ WYKORZYSTANA PRZEZ NARODOWEGO PŁATNIKA – NFZ, ABY GROMADZIĆ W NIEJ KOLEJNE DANE GENETYCZNE POLAKÓW.

czy start-upy, które ukierunkowały się na wykorzystanie zgromadzonych tam danych genetycznych do diagnozowania i terapii różnych chorób. Liczymy na powtórzenie tego modelu także w Polsce. Centrum Badań DNA od ponad 12 lat specjalizuje się w analizach genetycznych. Naszym priorytetem jest komercjalizacja opracowanych narzędzi bioinformatycznych, które przyspieszą diagnozowanie chorób oraz ukierunkują leczenie.

GL Pacjent dostanie do ręki wynik badania całogenomowego i co dalej?

Pacjent dostanie wynik badania całogenomowego wraz z interpretacją lekarza specjalisty z genetyki klinicznej. Będzie to dokładna „mapa drogowa” wskazująca, jak powinien postępować, aby ograniczyć do minimum ryzyko wystąpienia chorób, które wynikają z uszkodzonych genów w jego genomie. Bez interpretacji specjalisty sam wynik jest nie do odczytania.

GL Czy pacjent będzie miał możliwość konsultacji wyniku z lekarzem genetykiem?

Tak, oczywiście. Konsultacja i interpretacja lekarza specjalisty jest wymagana. Musimy mieć świadomość, że badanie to obejmuje ponad 23 tys. genów, więc oprócz interpretacji bioinformatycznej i porównania z dostępnymi bazami medycznymi niezbędna jest również konsultacja lekarska, aby pacjent mógł otrzymać jasny i zrozumiały przekaz.

GL A jak rozwiązać problem ochrony wyników badań genomu?

Cała procedura pobierania materiału będzie dobrowolna, będzie też odbywała się za zgodą i wiedzą pacjentów. Dane całogenomowe zostaną zapisane na zabezpieczonych serwerach Politechniki Poznańskiej, do których nie będzie dostępu z zewnątrz. Jako że projekt ma też aspekt komercyjny, dopuszcza się możliwość anonimowego przekazania zagregowanych danych genetycznych, zgodnie z przepisami RODO, podmiotom zewnętrznym, zarówno instytucjom naukowym, jak i komercyjnym. Należy jednak pokreślić, że konsorcjum będzie posiadało odpowiednie komercyjne oprogramowania do zabezpieczenia danych przed ich nieuprawnionym wykorzystaniem. Żadne dane personalne nie mogą być udostępnione.

GL Są kraje, gdzie przebadano wszystkich mieszkańców pod tym kątem. Które?

Obecnie przebadano pod kątem genetycznym 100 tys. mieszkańców Wielkiej Brytanii, która uruchomiła swój

projekt sekwencjonowania genomu populacji w 2012 r. W jej ślady poszła m.in. Arabia Saudyjska (2013), Szkocja (2014) i USA (2015) oraz Estonia, Islandia, Włochy (2017), a nawet Wyspy Owcze (2011).

GL Czego można się od nich nauczyć?

Projekt brytyjski Ganomic England (100 tys. genomów) przyniósł wyniki zmieniające życie wielu tysięcy pacjentów. Rezultatem projektu jest to, że co czwarty zakwalifikowany do projektu pacjent chorujący na rzadkie choroby otrzymał po raz pierwszy właściwą diagnozę, a połowa pacjentów z rakiem na podstawie określonego genotypu została zakwalifikowana do badań klinicznych lub otrzymała ukierunkowane leczenie. Wielka Brytania dzięki sekwencjonowaniu populacji stała się liderem w dziedzinie genomicznej opieki zdrowotnej i od 2019 r. rządowe laboratorium (NHS Genomic Medicine Service) zaoferuje bardziej dostępną usługę wykonania badań całogenomowych.

GL Czy jest szansa, że również w Polsce badania te nie skończą się na pilotażu?

Zdecydowanie tak, choć to w dużej mierze zależy od zrozumienia, iż profilaktyka w kierunku rozmaitych chorób (nowotwory, choroby kardiologiczne, cukrzyca) jest znacznie tańsza i opłacalna ekonomicznie niż leczenie skutków tych chorób, wykrywanych często w fazie rozwiniętej. Podobnie jest z leczeniem celowanym, które w oparciu o dane genetyczne pacjentów powinno być indywidualnie dobierane, aby było efektywne. Ceny badań całogenomowych spadają bardzo szybko, obecnie cena ta wraz z interpretacją wynosi około 6 tys. zł, a w przyszłości spadnie jeszcze bardziej. Sekwencjonowanie całej populacji znajduje więc uzasadnienie ekonomiczne. Nie trzeba będzie już nikogo przekonywać, że wiedza o predyspozycjach i mutacjach może być wykorzystywana przez lekarzy różnych specjalnościach do personalizacji leczenia.

GL Jakie są perspektywy dla tego przedsięwzięcia i jakie będą koszty jego realizacji?

Oprócz referencyjnego genomu mieszkańca Polski chcemy stworzyć dobrze zabezpieczoną bazę danych genetycznych, która będzie w przyszłości mogła być wykorzystana przez narodowego płatnika – NFZ, aby gromadzić w niej kolejne dane genetyczne Polaków. Ponadto opracujemy szereg narzędzi bioinformatycznych do interpretacji danych i udostępniania ich określonym podmiotom, np. lekarzom. Całkowita wartość projektu wynosi blisko 105 mln zł. Około 68 mln zł pochodzi z Programu Operacyjnego Inteligentny Rozwój. ○

FAKT

Sekwencjonowanie całej populacji znajduje uzasadnienie ekonomiczne.

Obywatelska
inicjatywa ustawodawcza

SZCZEPIMY, BO MYŚLIMY



JESTEŚ ZA? PODPISZ!

Projekt ustawy dostępny na:
www.facebook.com/SzczepimyBoMyslimy

Można do nas także napisać:
szczepimy.bo.myslimy@gmail.com

»»» Wesprzyj projekt „Szczepimy, bo myślimy”

Izby lekarskie w całym kraju zaangażowały się w zbieranie podpisów pod poparciem projektu ustawy w ramach inicjatywy „Szczepimy, bo myślimy”. Chodzi o projekt ustawy o zmianie ustawy Prawo oświatowe oraz niektórych innych ustaw, w którym zapisano, że warunkiem obowiązkowym przyjęcia dziecka do publicznego przedszkola, oddziału przedszkolnego w publicznej szkole podstawowej lub publicznej innej formy wychowania przedszkolnego jest przedłożenie zaświadczenia o posiadaniu przez dziecko obowiązkowych szczepień ochronnych. Dokument poparło Prezydium NRL i Konwent Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich. Izby rozpropagowują informacje o projekcie, udostępniają wzór tabeli do zbierania podpisów, przyjmują wypełnione listy, można też przyjść i złożyć podpis osobiście w siedzibach izb. ☺

»»» Jak rozpocząć indywidualną praktykę lekarską?

Pod koniec października Komisja Młodych Lekarzy Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu zorganizowała szkolenie pt. „Pierwsze kroki w indywidualnej praktyce lekarskiej”. Jak podkreślają organizatorzy, warsztaty cieszyły się ogromnym zainteresowaniem. Wydarzenie powstało dzięki inicjatywie Emilii Piątkowskiej, lekarki rezydentki z Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Wśród prowadzących to spotkanie byli także Elżbieta Karwecka, przedstawicielka biura rachunkowego oraz mec. Krzysztof Izdebski, Rzecznik Praw Lekarzy przy KPOIL. ☺

»»» Klub malucha dla dzieci lekarzy pracujących

Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi zorganizowała 12 listopada całodzienną opiekę dla dzieci z lekarskich rodzin. W tym roku, wyjątkowo z okazji 100. rocznicy odzyskania niepodległości, ustanowiono ten dzień świętem narodowym, wolnym od pracy, jednak nie dla wszystkich – placówki medyczne, które przyjmują pacjentów według wcześniej zaplanowanego harmonogramu, miały działać, dlatego też wielu lekarzy po prostu musiało przyjść do pracy, podczas gdy żłobki i przedszkola były zamknięte. Stąd inicjatywa izb, aby pomóc rodzicom w zorganizowaniu opieki dla ich dzieci. ☺

»»» Staż — jaki naprawdę jest? Wyniki z ankiety WIL



Co piąty lekarz stażysta uważa, że liczba odbywających staż na oddziałach była zbyt duża, choć większość poleca innym miejsce odbywania swojego stażu – to ogólna ocena, wynikająca z ankiet przeprowadzonych wśród lekarzy stażystów przez Wielkopolską Izbę Lekarską w ubiegłym roku. Ale w wynikach ankiety są i szczegółowe kwestie, takie jak cewnikowanie pęcherza moczowego, badanie per rectum, zszywanie krocza czy czynności resuscytacyjne. Zapraszamy do zapoznania się z wynikami ankiety na stronie www.wil.org.pl. W tym roku ruszyła kolejna edycja ankiet. Wypełnili je już wszyscy ci, którzy odebrali prawo wykonywania zawodu. ☺

»»» „Zasłużony Lekarz Warmii i Mazur”

Zbliża się XVI edycja nadania odznaczeń „Zasłużony Lekarz Warmii i Mazur”. Do 28 lutego 2019 r. można zgłaszać kandydatów Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej. Należy to zrobić poprzez wypełnienie wniosku, w którym trzeba uzasadnić swój wybór, opisując szczególne zasługi proponowanego kandydata dla środowiska zawodowego lekarzy. Do wniosku można dołączyć list promocyjny. Odznaczenia zostaną wręczone podczas wiosennego okręgowego zjazdu lekarzy. ☺

» Ośrodek NIL w gronie Liderów Medycyny

Prof. Romuald Krajewski, kierownik Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej otrzymał wyróżnienie w Konkursie „Sukces Roku w Ochronie Zdrowia – Liderzy Medycyny”, w kategorii „Lider Roku 2018 w Ochronie Zdrowia – działalność

edukacyjno-szkoleniowa”. Kapituła konkursu doceniła efekty realizowanych przez ośrodek szkoleń w zakresie kompetencji psychospołecznych oraz warsztatów „Zdrowa administracja podstawą skuteczności podmiotów leczniczych”. Redakcja „GL” serdecznie gratuluje i życzy dalszych sukcesów. ☺

» Rozbudowa zabytkowej siedziby DIL

Rozpoczęto prace dotyczące przebudowy, rozbudowy i nadbudowy kamienic przy ul. Kazimierza Wielkiego 43 i 45 we Wrocławiu, gdzie swoją siedzibę ma Dolnośląska Izba Lekarska. – Za osiemnaście miesięcy powinniśmy świętować otwarcie naszej powiększonej siedziby – na łamach „Medium” informuje Paweł Wróblewski, prezes ORL we Wrocławiu. ☺

» Spotkanie stomatologów w Rytrze

W ostatni weekend października w Rytrze odbyła się 45. edycja Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Lekarzy Dentystów. Organizatorem tego spotkania była OIL w Krakowie, tamtejsza Komisja Stomatologiczna oraz Związek Lekarzy Dentystów Pracodawców Ochrony Zdrowia. W czasie tego wydarzenia wręczono Nagrodę im. A. J. Fortuny za zasługi dla polskiej stomatologii. W tym roku laureatem został dr Romuald Knaś z Białegostoku. ☺

» Przyjemne z pożytecznym, czyli V Andrzejki Stomatologiczne

Już od pięciu lat ostatni weekend listopada w kalendarzu imprez branży stomatologicznej zarezerwowany jest dla „Andrzejek Stomatologicznych”, organizowanych przez Komisję Stomatologiczną ORL w Katowicach w jednym z hoteli w Wiśle. Konferencja ma dwoisty charakter – dydaktyczno-naukowy i kulturalno-integracyjny. Jak co roku, program obejmował wykłady, a także warsztaty – w pierwszym dniu z wykorzystania laserów diodowych w praktyce stomatologicznej, a w drugim – z procedur chirurgicznych na preparatach zwierzęcych przy użyciu urządzeń piezochirurgicznych oraz z kompleksowego podejścia do ubytków klasy II. Organizatorzy już teraz zapraszają na szóstą edycję imprezy, która odbędzie się w dniach 29 listopada – 1 grudnia 2019 r. ☺

» Szpital to nie przechowalnia na święta

Młodzi lekarze z Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie prowadzą kampanię społeczną #WspólneŚwięta, w której zwracają uwagę na problem pozostawiania w szpitalu na czas świąteczny osób starszych przez ich rodziny, bez wskazań medycznych. Przygotowano plakaty promujące akcję, w których znalazły się takie hasła jak „Szpital to nie przechowalnia”, „Razem w domu” i „Nie zostawiaj bliskich na Święta w szpitalu”. W ramach akcji zaplanowano m.in. oplakatowanie oddziałów, izb przyjęć i SOR-ów na terenie woj. mazowieckiego, przeprowadzenie aukcji charytatywnej i przygotowanie spotu. Autorzy kampanii podkreślają, że zdają sobie sprawę, że organizacja pozaszpitalnej opieki nad osobami starszymi w Polsce wymaga zmian, ale należy uznać za naganne zachowanie, gdy ze względów pozamedycznych rodziny wywierają nacisk na personel szpitala, aby pozostawić członka swojej rodziny w szpitalu dłużej niż wymaga tego stan pacjenta. ☺





▲ Medycy polskiego pogranicza w NIL.

» Medycy Pogranicza i Niepodległość

Z okazji setnej rocznicy odzyskania niepodległości, w każdym niemal zakątku Polski odbywały się uroczyste koncerty i konferencje naukowe. W Poznaniu, w salach Hotelu Bazar, utwory patriotyczne wykonały naprzemiennie i wspólnie: orkiestra „Operacja Muzyka” i Kameralny Chór Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Tydzień wcześniej, 9 i 10 listopada, Ośrodek Historii Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej zorganizował konferencję o udziale lekarzy w walce o Niepodległą. W olsztyńskim zamku śpiewano razem z chórem „Medici Pro Musica”, pieśni z dawnych lat.

Przy Sobieskiego 110 pod auspicjami Ministra Zdrowia i z zaangażowaniem izb: naczelnej, warszawskiej i wojskowej, odbyła się Międzynarodowa Konferencja Naukowa „Medycy polskiego pogranicza II Rzeczypospolitej 1919-1939”, przygotowana przez Instytut Historii Nauki PAN. Czynny udział w debacie wziął wiceprezes NRL Jacek Kozakiewicz, który przedstawił film ŚIL o lekarzach, którzy ratowali życie górników Kopalni „Wujek” 16 grudnia 1981 r.

Jarosław Wanecki

» Reprint „Migreny”

Pod honorowym patronatem Prezesa NRL Andrzeja Matyi odbyła się w Płocku konferencja historyczno-naukowa upamiętniająca dorobek prekursora nowoczesnej neurologii Edwarda Flatau. Do jego rodzinnego miasta przyjechały z USA niezwykle dzieła. Wnuk Piotr Flatau przywiózł oryginalny „Atlas mózgu” i „Księgę Jubileuszową” z autografem dziadka, który został pośmiertnie odznaczony przez profesora Jerzego Jurkiewicza Medalem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Uczestników konferencji w wyświetlonym nagraniu pozdrowił profesor Mirosław Ząbek, autorytet polskiej neurochirurgii, a doktor Magdalena Wysocka wygłosiła wykład o migrenie. Wybór tematu związany był z limitowanym nakładem reprintu podręcznika z 1912 r. „Migrena”, wydane przez OIL w Płocku. Za naukową część spotkania odpowiadała Grażyna Lesyng-Pawłowska, płocka neurołożka i laureatka „Gloria Medicinae”.

Jarosław Wanecki



◀ Prof. Piotr Flatau i prezes OIL w Płocku Ryszard Mońdział oglądają reprint „Migreny”.

» X Kongres Polonii Medycznej

Trwają przygotowania do X Kongresu Polonii Medycznej, połączonego z III Światowym Zjazdem Lekarzy Polskich. Wydarzenie odbędzie się w dniach 30 maja – 1 czerwca 2019 r. w Polskiej Filharmonii Bałtyckiej w Gdańsku. Tym razem Federacja Polonijnych Organizacji Medycznych organizuje to spotkanie wspólnie z Okręgową Izbą Lekarską w Gdańsku, przy współudziale Naczelnej Izby Lekarskiej. Tematem zbliżającej się edycji kongresu są „Postępy techniki w służbie medycyny”. ◯

=====

SPROSTOWANIE W „GL” 11/2018 błędnie podaliśmy nazwisko autorki tekstu „Lekooporność drobnoustrojów” (s. 46). Autorką jest prof. **Małgorzata Bulanda** z Katedry Mikrobiologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie, a nie dr hab. Jadwiga Wójcikowska-Mach. Za błąd przepraszamy.

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy,

zapraszamy wszystkich członków oraz organy izb lekarskich do zgłaszania kandydatur osób, które w szczególny sposób zasłużyły się dla samorządu lekarzy i lekarzy dentystów oraz w Państwa ocenie zasługują na Odznaczenie „Meritus Pro Medicis”.

Zgodnie z Regulaminem nadawania Odznaczenia „Meritus Pro Medicis”, przyjętym na podstawie uchwały 15/18/VIII z 9 listopada 2018 r., odznaczenie może być przyznane co roku łącznie i maksymalnie dziesięciu lekarzom i lekarzom dentystom lub innym osobom szczególnie zasłużonym dla samorządu lekarskiego.

Wzory dokumentów niezbędnych do złożenia wniosku o przyznanie Odznaczenia „Meritus Pro Medicis” („Wniosek” oraz „List promocyjny”) można pobrać na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej poświęconej działalności Kapituły Odznaczenia „Meritus Pro Medicis”. Wypełnione wnioski należy nadsyłać na adres: **Naczelna Izba Lekarska, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa** z dopiskiem na kopercie „Meritus Pro Medicis” lub na adres poczty elektronicznej **a.seweryniak@hipokrates.org** w terminie **do dnia 9 stycznia 2019 r.**

Kapituła Odznaczenia „Meritus Pro Medicis”

U honorowani przez PTL



🗨 MARTA JAKUBIAK

Odnaczenie „Zasłużonemu Polskie Towarzystwo Lekarskie”, dedykowane wybitnym osobistościom działającym na rzecz medycyny oraz PTL, otrzymał Ryszard Golański. – Niezmordowany i zawsze wszystkim życzliwy redaktor naczelny „Gazety Lekarskiej” – mówiła prowadząca galę Alicja Woy-Wojciechowska. Odnaczeniem tą uhonorowano także Katarzynę Strzałkowską, która do niedawna tego roku była członkiem kolegium redakcyjnego „GL”, a także przez wiele lat pełniła funkcję rzecznika prasowego Naczelnej Izby Lekarskiej.

Zasłużonymi PTL zostali także dr Grażyna Perlińska-Siuda ze Śremu oraz oddział Polskiego Czerwonego Krzyża w Wągrowcu, który działa nieprzerwanie od jesieni 1918 r. Odnaczenia wręczyli prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego prof. Waldemar Kostewicz oraz prezes honorowy PTL prof. Jerzy Woy-Wojciechowski.

Tytuł „Bene volenti” (Łaskawcy życzliwemu), nadawany osobom zasłużonym w niesieniu pomocy potrzebującym, ludziom o niesamowitym dorobku naukowym, charytatywnym i artystycznym, otrzymał prof. Jerzy Woy-Wojciechowski, a „Medicus Perfectus” (Lekarz Doskonały) – prof. Eugeniusz Murawski, wybitny chirurg dziecięcy ze szpitala w Gorzowie Wlkp., najstarszy i wciąż operujący lekarz w Polsce (91 lat).

Tradycyjnie, momentem kulminacyjnym gali było wręczenie medali „Gloria Medicinae”, najwyższego odznaczenia PTL,

przyznawanego przez 40-osobową kapitułę. Każdego roku może je otrzymać jedynie dziesięciu wybitnych lekarzy. – Medal „Gloria Medicinae” jest szczególnym odznaczeniem, przyznawanym lekarzom przez lekarzy za ofiarną służbę ludziom, za najwyższy szacunek dla zdrowia i życia ludzkiego, za sumienne i godne wykonywanie sztuki leczenia, za podtrzymywanie honoru i szlachetnych tradycji stanu lekarskiego, za tworzenie nieprzemijających wartości dla Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Dorobek zawodowy i postawa odznaczonych to wzór, jaki stanowi inspirację dla wszystkich nas, lekarzy, a w szczególności dla tych najmłodszych adeptów tego pięknego zawodu. W imieniu kapituły chciałbym państwu pogratulować i złożyć wyrazy podziękowania za wkład, jaki wnosicie w rozwój polskiej medycyny. Bardzo serdecznie gratuluję – mówił prof. Andrzej Matyja, sekretarz Kapituły, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

– Każdego roku, kiedy wręczane są te niezwykle odznaczenia, towarzyszy mi refleksja, że ich nadawanie wymyka się definicji powszechnego rozumienia przyznawania orderów, ponieważ przyznawane są przede wszystkim za to, jakimi odznaczani są ludźmi, a nie za to, jakie mają osiągnięcia zawodowe. Działanie lekarzy jest znacznie szersze niż to strictly naukowe, badawcze i medyczne. Lekarze pomagają pacjentom przeżyć chorobę. To działanie terapeutyczne wobec drugiego człowieka. Gratuluję tych wyróżnień, bo według mnie stanowią one niezwykłą wartość: zauważają lekarza

Polskie Towarzystwo Lekarskie przyznało swoje najważniejsze odznaczenia za rok 2017. Niezmiernie miło jest nam poinformować, że wśród uhonorowanych znalazły się osoby związane z „Gazetą Lekarską”. Uroczystość odbyła się 26 października w Sali Wielkiej Zamku Królewskiego w Warszawie.

jako człowieka pomagającego cierpiącym – mówił w czasie swojego wystąpienia minister zdrowia Łukasz Szumowski.

Na dyplomach, które są wręczane laureatom razem z medalem, widnieje sentencja: „Za ofiarną służbę ludziom, za najwyższy szacunek dla zdrowia i życia ludzkiego, za sumienne i godne wykonywanie sztuki leczenia, za podtrzymywanie honoru i szlachetnych tradycji stanu lekarskiego, za tworzenie nieprzemijających wartości dla dobra Polskiego Towarzystwa Lekarskiego...”. Serdecznie gratulujemy wszystkim odznaczonym.

Nazwiska wszystkich laureatów Medalu „Gloria Medicinae” od początku przyznawania tego odznaczenia znalazły się w wydanej na stulecie niepodległości książce „ecce medicus”, co znaczy „oto lekarz” (więcej na s. 66), autorstwa Jarosława Wanecckiego, szefa Komisji Kultury NRL, przez lata będącego przewodniczącym kolegium redakcyjnego „GL”, który podczas gali otrzymał Honorową Statuetkę Biegańskiego. 🗨

ODZNACZENI „GLORIA MEDICINAE” 2017

Doc. dr hab. **Ewelina Hrycaj-Mańnicz** (Lwów)
Prof. dr hab. **Paweł Lampe** (Katowice)
Dr n. med. **Ryszard Długolecki** (Bydgoszcz)
Prof. dr hab. **Grzegorz Opala** (Katowice)
Dr n. med. **Leszek Tomasz Roś** (Warszawa)
Prof. dr hab. **Piotr Podolec** (Kraków)
Dr n. med. **Stanisław Malinowski** (Kraków)
Prof. dr hab. **Grzegorz Cieślar** (Katowice)
Dr n. med. **Antoni Sukiennicki** (Ostrów Wlkp.)
Dr **Joanna Żytyńska-Daniluk** (Warszawa)

Na własnym przykładzie

Członkowie Naczelnej Rady Lekarskiej poddali się szczepieniu przeciwko grypie, wyrażając tym samym poparcie dla szczepień ochronnych.

LUCYNA KRYSIAK

Wdoraźnie zorganizowanym gabinecie w siedzibie NIL członkowie Naczelnej Rady Lekarskiej poddali się szczepieniom przeciw grypie. Organizatorem akcji była Fundacja Lekarzy Lekarzom, która już po raz kolejny udowodniła, że środowisko popiera szczepienia nie tylko werbalnie, ale własnym przykładem.

– Ta akcja ma szczególne znaczenie, ponieważ odbywa się w okresie, kiedy nasiliły swoją działalność ruchy antyszczepionkowe, kiedy na najwyższych szczeblach władzy rozważa się utrzymanie obowiązkowych szczepień ochronnych, kiedy notuje się wzrost zachorowalności na odrę i krztusiec – podkreślił Mariusz Janikowski, prezes fundacji. Umacnia też stanowisko lekarzy i lekarzy dentyistów w tym zakresie – szczepienia są podstawą profilaktyki chorób zakaźnych. Tym razem jednak środowisko lekarskie postanowiło się jeszcze aktywniej włączyć w ich propagowanie.

Prezes NRL Andrzej Matyja podczas briefingu prasowego zorganizowanego w siedzibie NIL na temat szczepień z całą stanowczością podkreślił, że lekarze i lekarze dentyści zdecydowanie opowiadają się za utrzymaniem obowiązkowych szczepień ochronnych i będą konsekwentni w swoich działaniach. Na konferencji pokazano film tematycznie związany ze szczepieniami, przygotowany przez Naczelną Izbę Lekarską. Jego założeniem jest wyjście z tematem do szerszych rzesz społeczeństwa. Prezes Dolnośląskiej Izby Lekarskiej Paweł Wróblewski nawiązał w tym miejscu do wspieranej przez NRL obywatelskiej inicjatywy „Szczepimy, bo myślimy”, w ramach



której zbierane są podpisy pod obywatelskim projektem ustawy uzależniającej przyjęcie dziecka do żłobka i przedszkola od wykonania szczepień podstawowych. Na szczęście Sejm RP odrzucił obywatelski projekt o dobrowolności szczepień, co pozwala zintensyfikować działania na rzecz propagowania szczepień i „Szczepimy, bo myślimy” zatacza coraz szersze kręgi. Powstała mapka z punktami wspierającymi akcję. Te działania oraz szczepienia lekarzy przeciw grypie stały się pretekstem do szerokiej dyskusji na temat skuteczności szczepień i opracowania nowych strategii zachęcających społeczeństwo do korzystania z tej formy profilaktyki chorób zakaźnych.

JEST GROŹNIE

Z różnych regionów kraju płyną informacje o nowych zachorowaniach na odrę wśród dzieci. Główny Inspektor Sanitarny podaje, że od początku listopada na tę groźną chorobę zakaźną w Polsce zachorowało już ponad 130 osób i wciąż notuje się nowe przypadki.

Odra to dziecięca choroba zakaźna,

▲ Tomasz Imiela szczepił się przeciwko grypie w siedzibie NIL.

a związane z nią powikłania mogą prowadzić do śmierci. Najczęściej chorują te osoby, które nie zostały zaszczepione. Dorośli odrę przechodzą jeszcze ciężiej, cięższe są także u nich powikłania. U 15 proc. chorych jest to zapalenie mózgu, a u co czwartej osoby dochodzi do trwałych uszkodzeń neurologicznych. W skrajnych przypadkach, podobnie jak u dzieci, choroba może zakończyć się zgonem. – Szczepienie na odrę jest szczepieniem obowiązkowym, wystarczy, aby rodzice dopełnili tego obowiązku. Ma bardzo dużą skuteczność, już po podaniu pierwszej dawki szczepionki odporność uzyskuje ok. 95-98 proc. zaszczepionych, druga dawka pozwala uzyskać niemal stuprocentową odporność przeciwko tej chorobie – zaznaczył Jarosław Pinkas, Główny Inspektor Sanitarny, który był gościem odbywającego się w NIL posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej. Zapewnił jednocześnie, że szczepionek nie zabraknie zarówno dla szczepień obowiązkowych, jak i dla osób dorosłych, dla których szczepionka jest odpłatna.

Paweł Wróblewski, prezes Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, zasygnalizował problem szczepień wśród imigrantów z Ukrainy, którzy mogą stanowić źródło zakażenia. Jarosław Pinkas powiedział, że resort zdrowia pracuje nad rozporządzeniem, na mocy którego każdy wjeżdżający do Polski mieszkaniak Ukrainy będzie musiał przedstawić zaświadczenie, że jest zaszczepiony przeciwko odrze, ale zaznaczył, że choroba ta jest importowana do Polski także z Czech, Włoch i Niemiec, a więc to trudny do rozwiązania problem. Zastrzegł też, że od trzech lat w Polsce nie ma rodzimej odry, szczepu wirusa tej choroby w tym czasie nie wyizolowano.

WRACA KRZTUSIEC

Jeszcze 100 lat temu krztusiec zbiegał śmiertelne żniwo. Dzięki szczepieniom przestał przybierać rozmiar epidemii, ale w ostatnich latach liczba zachorowań rośnie, co jest związane z odmową szczepień. W 2016 r. w Polsce zarejestrowano prawie 7 tys. przypadków krztuśca. To cztery razy więcej niż w 2011 r. Oprócz krztuśca wróciła także tzw. choroba brudnych rąk, czyli WZW typu A. Coraz częściej notuje się przypadki gruźlicy, polio czy odry.

– Krztusiec to choroba, która nadal potrafi zaskakiwać i pozostaje problemem zdrowia publicznego w skali globalnej. Na szczęście w tej chorobie, oprócz szczepionek pozwalających uniknąć zachorowania, pomagają antybiotyki, ale podane w pierwszej fazie choroby – tłumaczy dr Iwona Paradowska-Stankiewicz, krajowy konsultant w dziedzinie epidemiologii z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH). Ponieważ kaszel jest objawem wielu chorób, najczęściej krztusiec diagnozowany jest dość późno, czasem dopiero w szpitalu, wówczas leczenie jest trudne. Szczególnie u małych dzieci i osób starszych. – Szczepienie chroni nie tylko przed krztuścem, ale powikłaniami tej groźnej choroby, do których zaliczamy m.in. zapalenie ucha, płuc oraz opon mózgowych – wylicza dr Paradowska-Stankiewicz.

W Polsce obowiązkowymi szczepieniami przeciw błonicy, tężcowi oraz krztuścowi (szczepionka DTPw) objęto wszystkie dzieci w 3., 4., 5. i 18-24. miesiącu życia. Nie oznacza to jednak, że walkę z krztuścem można uznać za wygraną. Badania pokazują, że po zaszczepieniu odporność wynosi nie 10-12 lat, jak sądzono, ale 5. Powinno się więc przyjmować przypominające dawki szczepionki.

WYKAZAĆ CZUJNOŚĆ

Obecnie w Polsce ok. 30 tys. osób odmawia szczepień i – co jest niepokojące – liczba ta rośnie. Mimo to minister zdrowia Łukasz Szumowski w swoich wypowiedziach uspokaja, że na ten moment nie jest to problem epidemiologiczny. Gdyby tak było, liczba zachorowań na odrę sięgałaby kilku tysięcy osób, a nie powyżej stu osób, jak jest obecnie. To dowód, że Polacy mają populacyjną odporność przeciwko tej chorobie, ale dotyczy ona tylko zaszczepionych, jeśli nie będą się szczepić, to ją tracą, należy więc wykazać czujność. Ta czujność dotyczy nie tylko odry, która wywołała tak szeroką dyskusję na temat szczepień, ale innych chorób zakaźnych.

– Drobnoustroje są nieprzewidywalne, mogą przełamać układ odpornościowy zdrowej dotąd osoby i w krótkim czasie wywołać powikłania, a nawet śmierć. Szczepienia pozwalają nam je kontrolować – mówi epidemiolog dr hab. Paweł Stefanoff z Norweskiego Instytutu Zdrowia Publicznego i dodaje, że wskutek działań antyszczepionkowych wyszczepialność systematycznie spada w wielu europejskich krajach, w końcu musiało więc dojść do wzrostu zachorowań. Zaznacza, że szczepienia wciąż są jedyną procedurą medyczną oferowaną nieodpłatnie we wszystkich państwach bez wyjątku, zaś w tych, których nie stać na zapewnienie tej podstawowej ochrony swoim obywatelom, działają programy pomocowe organizowane np. przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) lub prywatne fundacje.

Epidemiolodzy przypominają, że zapobieganie chorobom zakaźnym to sprawa odpowiedzialności i obowiązku także wobec innych. W obawie przed epidemiami, w każdym kraju prowadzone są badania epidemiologiczne mające

na celu monitorowanie liczby zachorowań, wykrycie nowych patogenów lub zmian w patogenach już znanych. Ważne są też działania informacyjne i edukacyjne. W Norwegii, gdzie szczepienia nie są obowiązkowe, wyszczepialność zalicza się do najwyższych w świecie. – Norwegowie w szkołach nie tylko uczą o szczepieniach, ale uczą, jak odróżnić informacje wiarygodne od niewiarygodnych, komu ufać w świecie informacji, a komu nie – mówi dr hab. Stefanoff i dodaje, że edukacja w połączeniu z zaufaniem do instytucji publicznych powoduje, że mieszkańcy danego państwa zyskują rzetelną wiedzę, że szczepienia są potrzebne i skuteczne.

W Wydziale Podawczym Kancelarii Sejmu RP 6 grudnia złożono pismo – zawiadomienie o utworzeniu Komitetu Obywatelskiej Inicjatywy Ustawodawczej „Szczepimy, bo myślimy” wraz z ok. 1700 podpisami (na 1000 wymaganych). Pismo dotyczy akcji zbierania podpisów pod projektem ustawy o zmianie ustawy „Prawo oświatowe” oraz innych ustaw regulujących sprawy szczepień. W wydarzeniu tym uczestniczyli: prezes NRL Andrzej Matyja, prezes DRL Paweł Wróblewski oraz autorzy projektu Robert Wagner i Marcin Kostka. ☺

▼ 6 grudnia prezes NRL prof. Andrzej Matyja i prezes DRL dr Paweł Wróblewski złożyli w Kancelarii Sejmu zawiadomienie o utworzeniu Komitetu Obywatelskiej Inicjatywy Ustawodawczej „Szczepimy, bo myślimy”.



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 do nas napływają z całej Polski: Gdańska, Grodziska Mazowieckiego, Inowrocławia, Warszawy, Żelowa, Kluczborka, Nowego Sącza, Legnicy, Łodzi, Tarnowa, Mielca, Białegostoku, Czarnkowa, Miedzianej Góry, Tarnowa.

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

Mariusz Janikowski, PRZEZES ZARZĄDU Fundacji Lekarze Lekarzom

Udział lekarzy w reklamach

„1. Lekarz tworzy swoją zawodową opinię jedynie w oparciu o wyniki swojej pracy. 2. Lekarz nie powinien wyrażać zgody na użytkowanie swego nazwiska i wizerunku dla celów komercyjnych” [art.63 KEL].

Do sądów lekarskich trafia coraz więcej spraw dotyczących udziału lekarzy w reklamach. Oto przykłady.

1. Okręgowy sąd lekarski (OSL) po rozpoznaniu sprawy lek. A, specjalisty ginekologa, obwinionej o udział w reklamie telewizyjnej wyrobu medycznego i użycia swojego wizerunku lekarza, nazwiska i specjalizacji, uznał ją winną naruszenia art. 63 ust. 2 KEL i skazał na karę pieniężną. Dwa lata później, za reklamę telewizyjną tego samego produktu, OSL skazał

kolejnego ginekologa, lek. B. Naczelny Sąd Lekarski (NSL), do którego odwołali się obwinieni, orzeczenia OSL utrzymał w mocy.

2. OSL po rozpoznaniu sprawy lek. C, specjalisty ginekologa, obwinionej o udział w reklamie telewizyjnej wyrobu medycznego, używanie w niej swojego nazwiska, wizerunku i specjalizacji, uznał ją winną naruszenia art. 63 ust. 2 KEL i skazał na karę pieniężną. Od powyższego orzeczenia odwołał się okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej (OROZ), a NSL podwoił wysokość kary.

3. OSL po rozpoznaniu sprawy lek. D, absolwentki przed stażem podyplomowym, obwinionej o udział w reklamie telewizyjnej produktu medycznego, skazał ją na karę upomnienia i obciążył kosztami postępowania. NSL utrzymał orzeczenie w mocy.

4. OSL po rozpoznaniu sprawy stomatologa E, bez specjalizacji, który występując w reklamie telewizyjnej suplementu diety na odchudzanie, posługując się tytułem lekarza medycyny estetycznej, naruszył art. 62 i 63 KEL, skazał go na maksymalną karę pieniężną i naganą. Po odwołaniu NSL utrzymał orzeczenie w mocy. ○



Jacek Miarka

Przewodniczący
NSL

KOMENTARZ

Reklama to informacja połączona z komunikatem perswazyjnym, mającym na celu skłonienie do nabycia lub korzystania z określonych towarów i usług. KEL nie tylko ustala normy postępowania obowiązujące wszystkich lekarzy, ale jest narzędziem, którym samorząd lekarski posługuje się, realizując konstytucyjne zadanie sprawowania pieczy nad należytym wykonywaniem zawodu lekarza. Moim zdaniem udział lekarza w reklamie z użyciem jego wizerunku, nazwiska, specjalizacji powoduje podważenie autorytetu naszego zawodu, bez względu na to, czy jest to reklama jakiegoś produktu, czy samego lekarza. Wykonuje on zawód zaufania publicznego, oparty na szczególnej więzi osobistej, zachowaniu tajemnicy lekarskiej, wiedzy i wysokich kompetencjach specjalistycznych. Stąd też wziął się zapis w KEL tworzenia opinii zawodowej jedynie w oparciu o wyniki pracy.

W wymienionych sprawach oprócz motywacji czysto finansowej, istnieje chęć reklamowania własnej osoby. Każda z tych spraw jednak różni się od siebie. I tak sprawa nr 3 dotyczy absolwentki medycyny, przed stażem, która potraktowała udział w reklamie niefrasobliwie, jako świetnie płatną pracę wakacyjną. Wyraziła skruchę, karę przyjęła

z pokorą, zrobiła wszystko, aby wycofać swój udział w reklamie, co złagodziło karę.

Inaczej jednak sąd patrzy na postawę specjalistów ze sprawy nr 1, których ani warunki życia, ani doświadczenie zawodowe nie zmuszały do udziału w reklamie, a przed sądem twierdzili oni, że nic złego się nie stało.

W sprawie nr 2 sąd zwrócił uwagę na kopię umowy, gdzie w punkcie 5 zapisano, że lekarz przenosi na rzecz klienta prawa do użycia jego wizerunku i że znane są mu postanowienia KEL dotyczące zasad udzielania wizerunku (!). W tej sytuacji nie można było przyjąć argumentu obrony o braku znajomości KEL, który pojawiał się zresztą we wszystkich sprawach. Nawet nieznajomość KEL, w co sąd wątpił, nie zwalnia z jego przestrzegania.

W sprawie nr 4 doszło nie tylko do złamania zakazu udziału w reklamie, ale także przypisania przez stomatologa bez specjalizacji tytułu lekarza medycyny, specjalisty medycyny estetycznej. Lekarz ten nie stawiał się na żadną rozprawę, nie wyraził skruchy, nie podjął kroków do wycofania reklamy, stąd surowa kara.

Mimo pełnej autonomii i suwerenności sądów lekarskich, w związku z narastającym problemem niezgodnego z KEL reklamowania się lekarzy, wspólnie z rzecznikami odpowiedzialności zawodowej i OSL staramy się wypracować nową, bardziej surową linię orzeczniczą. ○


Andrzej Cisto

 Wiceprezes Naczelnej
Rady Lekarskiej

@StomatolodzyN

Pomimo unikania stwierdzeń w stylu „jeszcze nigdy tak nie było”, sprawy nasze toczą się w tempie, przy którym stoicka postawa wręcz już nie przystoi.

Nasz jedyny *constans* to nadmiar obciążeń niezwiązanych z leczeniem – w tytule felietonu podaję adres konta twitterowego Komisji Stomatologicznej – to zdaje się będzie najszybsza droga przekazywania ważnych aktualności.

W sytuacji wielości spraw trudnych do załatwienia, skupić się należy chyba na chronieniu podstaw – na dbaniu, aby opiekę nad pacjentami sprawowały osoby uprawnione, jednocześnie mające realne możliwości doskonalenia i aby system, w którym pracują, nie zmuszał ich do relatywizowania zasad etyki zawodowej. Na temat zagrożeń, jakie w tej materii generuje system świadczeń publicznych, napisano już wiele. Ale – o czym wiedzieliśmy i przypominaliśmy od dawna – pewne modele świadczeń komercyjnych, w jakich może przyjąć lekarzowi pracować, generować mogą wręcz patologie. Na kanwie niedawnej Rezolucji Rady Europejskich Lekarzy Dentystów (CED) w sprawie korporacyjnej stomatologii red. Lucyna Krysiak (s. 24) śledzi cały łańcuch, a właściwie labirynt zjawisk. Z perspektywy każdego z nich widać następne, więc wszystko jest ze sobą połączone i splątane.

My wróćmy więc do podstaw i do innego ciekawego wątku o podstawowym znaczeniu – do kształcenia.

Wieść gminna głosi, że trwają przymiarki do powołania nowych uczelni stomatologicznych. Zapewne zupełnie prywatnych. Jest to na tyle wiarygodna pogłoska, że warto ją od razu skomentować, nawet jako projekt. Pewnie jest to tłumaczone skądinąd słuszną zasadą konkurencji, może w założeniach jest jakiś nowy trend nuczania, jakieś nieszablonowe podejście do zasad zdobywania wiedzy. Może, tylko czy w branży akademickiej spodziewać się mamy czystej konkurencji? Szkoły niepubliczne nie wyprą przecież wydziałów uniwersyteckich. Ewentualna zgoda na powstanie nowych uczelni spotęgowałaby tylko nadmiar kadry stomatologicznej.

Teoretycznie oczywiście nie powinna, gdyż limity przyjęć na kierunki lekarskie i lekarsko-dentystyczne winny opierać się nie tylko na możliwościach dydaktycznych uczelni, ale również na zapotrzebowaniu na absolwentów. I tego zapotrzebowania nie można mierzyć skalą wyzwań społecznych (wiadomo, wskaźniki próchnicy u dzieci itp.). Raczej zdolnością zaabsorbowania przez rynek nowych absolwentów nie w trakcie stażu, za który płacą marszałkowie, tylko w postaci stabilnych posad w podmiotach lub realnej możliwości otwarcia dochodowej praktyki.

Problemem stomatologii polskiej nie jest brak stomatologów. Problemem jest polityka państwa niezainteresowanego inwestowaniem w kształcenie podyplomowe lekarzy dentystów i to w warunkach pełnego uświadomienia władzom tegoż państwa, że z powodu specyfiki rynkowej samo środowisko odpowiedniej liczby specjalistów nie wykształci. Może więc zapał, chęć czy nawet interes gospodarczy (to w końcu zupełnie naturalne) skierować na powstanie ośrodków kształcenia podyplomowego? To chyba równie intratne jak płatne studia.

Reguły gry muszą być jednak jasne: stomatologia jest kierunkiem kształcącym stomatologów – lekarzy i wymogi profilu kształcenia muszą odpowiadać standardom kierunku lekarskiego. Tymczasem rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia na kierunkach medycznych przewiduje w obecnym brzmieniu profil ogólnoakademicki kształcenia jedynie dla kierunku lekarskiego. Jego alternatywą jest profil praktyczny, który zdecydowanie nie pasuje do dziedziny, w której trwa tak ożywiona dyskusja oparta na badaniach i dowodach naukowych. KS NRL podjęła już stosowne stanowisko i skierowała je pod obrady NRL. Mam nadzieję, że w momencie dotarcia „GL” do Czytelników jest to już stanowisko całej Rady i zostało ono przekazane ministrom nauki i zdrowia. Wrócimy do niego w następnym numerze. ○

Potrzebny korporacyjny łań

Za sprawą rezolucji „Corporate Dentistry in Europe”, podjętej przez zgromadzenie Delegatów CED [Rada Europejskich Lekarzy Dentystów], zmienia się podejście do wykonywanego zawodu stomatologa.

LUCYNA KRYSIAK

W ostatnich latach rynek usług dentystycznych diametralnie się zmienił. Obok praktyk prowadzonych przez stomatologów, powstają w Europie podmioty zakładane i prowadzone przez fundusze inwestycyjne, mające niewiele wspólnego ze stomatologią, które coraz śmielej zagarniają znaczącą część tego rynku.

Oferują one usługi, które bardziej są nastawione na komercję i czerpanie z nich zysków niż na leczenie i profilaktykę chorób jamy ustnej, co jest podstawowym celem tej dziedziny medycyny. W tym miejscu należałoby odnieść się do felietonu Anny Lelli, prezydent Europejskiej Regionalnej Organizacji Światowej Federacji Dentystycznej (ERO-FDI), pt. „Czy tak ma wyglądać stomatologia?”, który ukazał się w „Gazecie Lekarskiej” 11/2018. Autorka wskazuje, że jednym z elementów posiedzeń Światowej Federacji Dentystycznej (FDI) oraz jej Europejskiej Regionalnej Organizacji (ERO) jest możliwość zapoznania się z informacjami na temat sytuacji stomatologii w innych państwach, podzielenia się doświadczeniami, omówienia bieżących problemów.

LEKARZE NIE MAJĄ TAM NIC DO POWIEDZENIA, MUSZĄ SIĘ DOSTOSOWAĆ DO POLITYKI FIRMY.

Podczas ostatniej sesji plenarnej ERO prezes hiszpańskiej Naczelnej Rady Lekarsko-Dentystycznej dr Reino zreferował zgromadzonym problem, jaki pojawił się w Hiszpanii i może wystąpić również w innych krajach. Dostrzegając wynikające z tego zagrożenia, CED (Rada Europejskich Lekarzy Dentystów) wydała rezolucję w tej sprawie. W uzasadnieniu wskazuje na niepokojąco rosnące łamanie zasad etyki zawodowej. Jako przykład podaje występujące we Francji i Hiszpanii przypadki pacjentów, których sieci przychodni prowadzonych przez private equity (iDental i Denyexia) naraziły na szkody zdrowotne i finansowe. Jest ich tak wielu, że podjęto wobec tych spółek zakrojone na szeroką skalę postępowania karne. W ocenie CED tego typu działalnością zagrożeni są nie tylko pacjenci, ale pracownicy zatrudnieni w przychodniach finansowanych i prowadzonych przez te podmioty, a nawet całe systemy opieki zdrowotnej w poszczególnych państwach. Lekarze nie mają tam nic do powiedzenia, muszą się dostosować do polityki firmy, która polega na agresywnej reklamie usług niemającej pokrycia w rzeczywistości. Jednym słowem leczy się tam tanio i byle jak, a celem jest sukces finansowy.

O MIEJSCE W SYSTEMIE

Z tego względu CED domaga się m.in., aby podmioty prawne zajmujące się tworzeniem przychodni

stomatologicznych były zakładane i prowadzone przez lekarzy dentyistów, by stomatolodzy będący udziałowcami w takich spółkach wykonywali jednocześnie zawód w ramach ich działalności, by powoływać ich na stanowiska kierownicze jako specjalistów w swojej dziedzinie, by należała do nich większość udziałów, a spółka lub jej inwestorzy nie mieli wpływu na decyzje lecznicze.

W rezolucji znalazł się także zapis zakazujący wykorzystywania wprowadzającej w błąd reklamy, manipulowania cenami, pozbawiania pacjentów możliwości dochodzenia roszczeń odszkodowawczych. – Mam mieszane uczucia, co do tak drastycznych rozwiązań, ale serce mi podpowiada, że przepisy zawarte w rezolucji mogą ukrócić pojawiające się patologie występujące na rynku usług stomatologicznych. Z drugiej strony, jest to zaprzeczenie idei swobody prowadzenia działalności gospodarczej – mówi Jacek Woszczyk, członek NRL i członek Prezydium Komisji Stomatologicznej NRL, który zastanawia się jednocześnie, jak przyjmą ten dokument lekarze dentyści zafascynowani blightem i trikami menedżerskimi stosowanymi w placówkach zarządzanych przez fundusze inwestycyjne, a tych, zwłaszcza wśród młodych stomatologów, przybywa. Jest zaniepokojony skalą tego zjawiska i jako jedno z zagrożeń wskazuje organizowanie

przez te podmioty kursów, które mają na celu przygotowanie stomatologa do sprzedaży usług, a nie podnoszenie jego kwalifikacji zawodowych. – Te pseudokursy mają niewiele wspólnego z medycyną, wypaczają sens wykonywania zawodu lekarza, ale zainteresowanie nimi jest ogromne, ponieważ na studiach nikt nie uczy lekarza dentysty bycia menedżerem, a tego rodzaju wiedza w prywatyzowanej stomatologii jest niezbędna do prowadzenia praktyki – podkreśla Jacek Woszczyk. Uważa, że rezolucja nie rozwiąże wszystkich problemów, trzeba więc szukać własnych rozwiązań, a jest taka konieczność, ponieważ to, co dzieje się w Hiszpanii i Francji, ma także miejsce w Polsce. Działalność podmiotów prowadzonych przez fundusze inwestycyjne jest wręcz sprzeczna z prawem, np. lekarz dentysta udziela porad przez telefon, z których pisze raport i przekazuje go właścicielowi, który lekarzem nie jest. Naruszona zostaje tajemnica lekarska i zasady dostępu do dokumentacji medycznej. Brakuje też odpowiednich mechanizmów kontroli takich poradni czy klinik.

ZASADA DOBRYCH PRAKTYK

Znacząca część stomatologów w rezolucji CED widzi szansę na uporządkowanie rynku usług stomatologicznych, ale są i tacy, którym nie podoba się ten zapis. Nie podoba się też osobom, które w stomatologii widzą przede wszystkim pieniądze. W samorządzie lekarskim mówi się o tym od dawna. Komisja Stomatologiczna NRL już w 2015 r. w swoim stanowisku wskazała m.in. na brak regulacji co do wymagań, jakie spełniać muszą kierownicy podmiotów leczniczych. Miało to wprowadzić pośredni, ale jednak dający się zauważyć, związek ze staraniami środowiska stomatologicznego o uregulowanie tych spraw. Mówiono też o braku odpowiednich mechanizmów kontroli podmiotów nieprowadzonych przez lekarzy.

Komisja Stomatologiczna NRL zadeklarowała, że zamierza kontynuować działania służące wprowadzaniu tzw. ładu korporacyjnego, rozumianego jako opracowanie i wdrożenie zasad dobrych praktyk w działalności leczniczej lekarzy dentyków. Popiera rezolucję CED i zamierza ją wraz z komentarzem przesłać ministrowi zdrowia. – Ktoś się albo bezkrytycznie zachwycał wywodzoną ze złe pojętego liberalizmu zasadą niemieszania się do życia gospodarczego albo tak po prostu wygodniej: zostawić rynek samemu

sobie, licząc, że w takich warunkach ceny usług spadną – tłumaczy Andrzej Cisko, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej i przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL. Ubolewa jednocześnie, że państwo abdykowało z jakiegokolwiek powinności w tym względzie.

Andrzej Cisko przypomina stanowisko 4/15 Naczelnej Rady Lekarskiej z czerwca 2015 r. zwracające uwagę na przyzwolenie, jakie płynie z ustawy o działalności leczniczej, aby kierownikiem podmiotu leczniczego mógł być w zasadzie każdy. Ma to szczególne znaczenie, gdyż za tym stoją potem często działania nakierowane na maksymalizację zysku, bez oglądania się na zasady, jakie dla wzajemnych relacji pomiędzy lekarzami ustanowił Kodeks Etyki Lekarskiej. – Życie dopisuje do tego ponurą puentę. Podczas niedawnej konferencji dotyczącej medycyny estetycznej padły argumenty i dowody wykraczające daleko poza stomatologię. Apele np. lekarzy dermatologów o jednoznaczne określenie granic kompetencji zawodów niemedycznych trzeba wesprzeć konkretnym działaniem izb lekarskich, gdyż władze publiczne same z siebie nie potrafią wykrzesać czegoś, co nazwałbym wrażliwością na istnienie granic tego, co dopuszczalne – podkreśla przewodniczący KS NRL. Aby nie być gołosłownym, przytacza przykład z Gliwic, gdzie tamtejszy sąd okręgowy mianował technika dentystrycznego do pełnienia funkcji biegłego sądowego z zakresu chirurgii szczękowo-twarzowej i protetyki. Temat techników dentystrycznych to zresztą odrębny, wielowątkowy problem. Trudny, bo – jak podkreślają stomatolodzy – nie sposób odpowiedzialnością za garstkę wyłamujących się z reguł określonych przez prawo obarczyć całą grupę rzetelnie współpracujących z nimi na co dzień.

Ministerstwo Sprawiedliwości błędami i powikłaniami w stomatologii, będącymi skutkiem leczenia przez osoby nieuprawnione, i roszczeniami pacjentów z tego tytułu nie chce się zajmować z uwagi na małą szkodliwość społeczną tego rodzaju zdarzeń. Lekarze dentyści zapowiadają jednak, że nie zostawią sprawy swojemu biegowi. Będą z nimi walczyć poprzez naciski na rządzących, aby dokonali zmian w zapisach aktów prawnych umożliwiających takie działania. ○

0 problemach lekarzy

W pierwszych dniach listopada 2018 r. w Genewie odbyło się posiedzenie Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich.



Maciej Hamankiewicz
Wiceprezydent Stałego
Komitetu Lekarzy Europejskich
(CPME)

Stronę polską reprezentowali prof. Romuald Krajewski – jako przewodniczący polskiej delegacji i dr Maciej Hamankiewicz – aktualny wiceprezes CPME – obydwaj członkowie Naczelnej Rady Lekarskiej.

Obrady toczyły się przez trzy dni i wypełniły w całości nasz czas tam spędzony. Wielość tematów i wątków powoduje, że w skromnych rozmiarach oddanej mi wierszówki „GL” poruszę tylko niektóre.

Prof. Murat Civaner z Tureckiego Stowarzyszenia Lekarzy bardzo obrazowo pokazała, jak rodził się w ostatnich latach system totalitarny w Turcji i jak okrutnie los w takim systemie obchodzi się z lekarzami. Aresztowania medyków udzielających pomocy poszkodowanym w trakcie protestów i manifestacji żywo przypominają, że zawód lekarza jest misją, która w pewnych okolicznościach wymaga największego poświęcenia – nie tylko bezpośrednio dla chorych w oddziałach szpitalnych i poradniach, lecz również osobistego. Kiedy o tym mówiła, w mojej głowie natychmiast pojawiła się sylwetka doktora Andrzeja Mieleckiego, który w Katowicach (gdzie przybył z Ostrowa Wlkp.) oddał życie podczas ratowania rannych. Zakatowany przez niemieckich bojówkarzy, mimo że ratował właśnie Niemców biorących udział w przedplebiscytowej manifestacji. Jego przykład sprzed stu lat i te aktualne ze Stambułu i Doniecka powinny dla nas stanowić specjalne memento. Systemy totalitarne tępią wszelkie niezależne myślenie. Aresztowanie, przetrzymywanie w więzieniu całego wieloosobowego zarządu Tureckiego Stowarzyszenia Lekarzy za stanowisko sprzeciwiające się wojnie spowodowało protesty całego lekarskiego świata. Polski samorząd w minionym roku również wystosował protest. Trzeba ich nadal wspierać, bo problem jest wciąż aktualny.

Prezes Austriackiej Izby Lekarskiej Joerg Hutter przedstawił informację o planowanych zmianach w systemie ubezpieczeń. Nowe kierownictwo resortu zdrowia planuje zmniejszenie liczby ubezpieczycieli do trzech z obecnych dwudziestu jeden i utworzenie centrali w Wiedniu. Uzasadnieniem ma być ponad 1 mld euro oszczędności. Wyraźnie Austriacy nie przeanalizowali obecnego polskiego systemu, bo wydaje się, że efektem końcowym tych zmian będzie jeden płatnik.

Należy zauważyć sprzeciw Austriackiej Izby Lekarskiej wobec ujednolicenia wynagrodzeń lekarzy. Nie byłoby dobrze,

gdyby minister zdrowia w Polsce wpadł na podobne pomysły jak rząd austriacki, chociaż już dziś widać, że wprowadzane zasady wynikające z porozumień ministra z rezydentami tak naprawdę wprowadzają „urawniówkę płacową”. Na pewno przy takich pomysłach widzę dużą rolę polskiego samorządu.

Dr Terry John przedstawił działania Brytyjskiego Stowarzyszenia Lekarskiego (BMA) w związku z Brexitem. BMA starało się od początku o zapewnienie praw pracowników medycznych oraz pacjentów. Wiele naszych koleżanek i kolegów tam wykonuje swój zawód, wielu naszych obywateli tam pracuje, stąd i nasze zainteresowanie powinno być duże. Z satysfakcją odnotowałem, że BMA zmieniło jednak początkowo apolityczne podejście do Brexitu i przyłączyło się do organizacji sprzeciwiających się Brexitowi. Wnosi też o powtórzenie referendum w tej sprawie.

Prawie na każdym posiedzeniu CPME pojawia się wątek szkodziłości nikotynizmu i innych środków psychoaktywnych. Tym razem Dr Ray Walley z Irlandzkiej Organizacji Lekarskiej (IMO) przedstawił problemy związane ze spożyciem alkoholu, które, jak wiadomo, w Irlandii jest wysokie. IMO nalega na ograniczenie reklam alkoholu, wprowadzenie minimalnej ceny na napoje alkoholowe (na gram alkoholu niezależnie od rodzaju napoju). IMO stara się o te zmiany od 2002 r. Sadzę, że i my w Polsce musimy głośno te sprawy podnosić, również w odniesieniu do tzw. suplementów diety.

Tzw. medycyna defensywna stwarza problemy natury etycznej, ekonomicznej, prawnej, szkodzi pacjentom i lekarzom. Zaproponowano opracowanie stanowiska zawierającego wskazówki postępowania dla lekarzy. To również powinno stać się zadaniem dla naszego samorządu. Podkreślono znaczenie systemów rejestracji zdarzeń niepożądanych. Niepokój budzą niewłaściwe regulacje prawne i roszczeniowa atmosfera, która zawitała już do wszystkich krajów UE. Powstaje termin „poszkodowanego lekarza” i konieczność rozpowszechnienia tego terminu w publikacjach. Powinniśmy wskazywać działania, które mogą zmienić defensywne podejście. Do takich należy wprowadzanie systemów odszkodowań bez dowodzenia winy. Przykład daje Litwa, gdzie ten system wejdzie w życie w 2020 r.

Apel polskiej izby lekarskiej dotyczący problemów wywołanych przez ruchy antyszczepionkowe został wysłuchany ze szczególną uwagą, bowiem informacje o tym, co dzieje się w polskiej polityce, w polskich organizacjach medycznych, są przedmiotem dużego zainteresowania. ☺

Europa chce się szczepić?



Lidia
Sulikowska

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

Komisja Europejska opublikowała raport¹ na temat zaufania do szczepień wśród obywateli poszczególnych krajów Unii. W gronie największych sceptyków znaleźli się Polacy.

Podczas badania pytano m.in. o znaczenie szczepień dla dzieci, ich bezpieczeństwo oraz skuteczność. Jakich odpowiedzi udzielali respondenci? Dla zdecydowanej większości (90 proc.) szczepionki są ważne. Nieco mniej osób uważa, że są skuteczne.

Trochę gorzej wypadła ocena bezpieczeństwa – ok. 82 proc. badanych jest zdania, że są to bezpieczne produkty.² Za to już ponad 1/5 ankietowanych wskazała, że szczepienia nie są zgodne z ich przekonaniami religijnymi. Jednak prawdziwy obraz wyłania się dopiero, gdy przyjrzymy się wynikom poszczególnych krajów. Różnice są znaczące.

PORTUGALIA NA „TAK”, POLACY NA „NIE”

Największy odsetek przekonanych o tym, że szczepienia są ważne dla dzieci, jest wśród obywateli Portugalii (98 proc.) i Finlandii (97,6 proc.), tuż za nimi są Hiszpanie, Duńczycy i Węgrzy. Najgorzej w tym zestawieniu wypadła Polska, gdzie tylko 75,9 proc. badanych dostrzega wagę szczepień. Wynik poniżej 80 proc. zanotowała jedynie jeszcze Bułgaria.

Różnice obserwujemy także w odpowiedziach na pytanie, czy szczepionki są bezpieczne. Tutaj ponownie na prowadzenie wysuwa się Portugalia (ponad 95 proc. uważa, że tak). Najmniej ufni w tym zakresie są Bułgarzy, Łotysze i Francuzi (wyniki pozytywnej oceny bezpieczeństwa u poniżej 70 proc. badanych). Polska zajęła czwarte miejsce od końca (72,4 proc. ankietowanych uważa, że szczepionki są bezpieczne).

W przypadku oceny skuteczności, dobrze efekty szczepień oceniają więcej Portugalczków, Duńczyków, Hiszpanów, Luksemburczyków, Brytyjczyków, Finów, Niemców, Węgrów i Włochów (90-96 proc.). Największym sceptycyzmem wykazali się Łotysze, Bułgarzy i Polacy – w tych krajach ponad 1/4 pytanych uważa, że szczepienia nie są skuteczne.

Ogromne różnice dotyczą kwestii zgodności szczepień z przekonaniami religijnymi. O ile konflikt na tym polu widzi tylko niecałe 8 proc. Litwinów, to już w przypadku Polaków ponad 40 proc. ankietowanych nie zgodziło ze stwierdzeniem, że szczepienia są zgodne z ich uczuciami religijnymi.

Respondentów poproszono też o opinię na temat dwóch konkretnych szczepionek: MMR i przeciw grypie. Ponad 80 proc. wszystkich badanych uważa, że szczepionka MMR jest ważna (dla ok. 97 proc. Portugalczków, ale tylko 57 proc. Szwedów; Polska: 76 proc.), ale już znacząco mniej ankietowanych ma podobne zdanie o szczepieniu przeciw grypie – najmniej zwolenników znajdziemy w Austrii – 40,4 proc. – i Danii – 42,6 proc. (w Polsce – 59,7 proc.). Jeśli zaś chodzi o ocenę bezpieczeństwa, to więcej pytanych uważa za bezpieczną szczepionkę MMR niż tę przeciw grypie.

CO MYŚLI LEKARZ?

W raporcie dodatkowo sondowano poziom zaufania do szczepień wśród tysiąca wybranych losowo lekarzy ogólnych

z 10 krajów UE (Czechy, Estonia, Francja, Niemcy, Polska, Włochy, Rumunia, Słowacja, Hiszpania, UK). Wyniki potwierdziły, że odsetek lekarzy uważających, że szczepienia są dla dzieci ważne, jest bardzo wysoki – od 96 proc. pytanych w Czechach do 100 proc. w Rumunii (Polska: 99 proc.). Bardzo wysokie wskaźniki dotyczyły też opinii o bezpieczeństwie i skuteczności szczepionek. Trzeba jednak zaznaczyć, że przy pytaniach o konkretną szczepionkę – MMR – sytuacja wygląda nieco inaczej w przypadku Czech i Słowacji. O ile lekarze z pozostałych krajów w zdecydowanej większości uważają, że jest ona ważna i bezpieczna, to już tylko nieco ponad 70 proc. czeskich i 81 proc. słowackich lekarzy ocenia ją za istotną, a odpowiednio 63,6 proc. i 75,2 proc. – za bezpieczną.

Wydaje się, że zaufanie do szczepień i wysoka świadomość zagadnienia to kluczowe kwestie warunkujące wysoki poziom wyszczepialności w społeczeństwach. Państwa w różny sposób próbują egzekwować realizację programów szczepień. W części krajów UE zdecydowana większość szczepień zawartych w kalendarzu jest obligatoryjna, w innych istnieją tylko rekomendacje. Co jednak istotne, polityka staje się coraz mniej liberalna w tym zakresie, np. we Włoszech wprowadzono przepis, na podstawie którego do przedszkoli mogą być przyjmowane wyłącznie dzieci z aktualną kartą szczepień. ○

75,9%

– taki odsetek Polaków dostrzega wagę szczepień.

1 „State of Vaccine Confidence in the EU 2018”, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Vaccine Confidence Project (na zlecenie KE), X 2018.

2 Dwa lata temu w badaniu w ramach VCP, w którym sondowano zaufanie do szczepień w 67 krajach, najgorzej pod względem oceny bezpieczeństwa szczepionek wypadł właśnie region europejski. Wyniki zaniepokoiły Komisję Europejską, która postanowiła bliżej przyjrzeć się temu zagadnieniu, czego efektem jest raport opisany w tym artykule.

60 lat UEMS



W dniach 19-20 października w Brukseli odbyły się posiedzenia organów i sekcji Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (Union Européenne des Medecins Specialistes, UEMS). Naczelną Izbę Lekarską reprezentował prezes NRL prof. Andrzej Matyja.

☞ **MAREK SZEWCZYŃSKI**

Specjalna, uroczysta sesja związana z 60-leciem UEMS odbyła się 19 października. Z tej okazji prezes NRL przekazał na ręce prezesa UEMS prof. Romualda Krajewskiego list, w którym złożył organizacji oraz wszystkim lekarzom zaangażowanym w jej prace gratulacje i podziękowania za dotychczasową działalność przyczyniającą się do rozwoju zawodu lekarza oraz życzył wytrwałości, dalszych sukcesów i satysfakcji z pracy na rzecz środowiska medycznego i w interesie jego pacjentów.

Prezes NRL podkreślił też, że obecnie UEMS zrzesza organizacje reprezentujące lekarzy specjalistów z 40 krajów, szeroko wykraczając poza granice Unii Europejskiej, co jest odzwierciedleniem tego, że lekarze, bez względu na to, skąd pochodzą i gdzie pracują, wykonują ten sam zawód, działają w oparciu o taką samą wiedzę medyczną, posiadają takie same umiejętności i kierują się taką samą misją zawodową.

Sesję otworzył prof. Krajewski, podkreślając, że cieszy go, iż widzi na tej uroczystości tak wielu przedstawicieli krajowych organizacji lekarskich. Podziękował osobom zaangażowanym obecnie i w przeszłości w działalność UEMS. Podkreślił, że praca na rzecz UEMS tysięcy lekarzy reprezentujących organizacje krajowe miała i ma charakter dobrowolny, bez wynagrodzenia. Tym bardziej należy docenić ich zaangażowanie i poświęcony czas. Od początku swej działalności UEMS podkreślała, że jej głównym celem jest promowanie dla dobra pacjentów najwyższej możliwej kompetencji zawodowej lekarzy specjalistów w Europie i realizuje to poprzez opracowywanie Europejskich Wymogów Szkolenia (ETR), organizowanie egzaminów europejskich oraz ustalanie kryteriów i prowadzenie akredytacji międzynarodowych wydażeń edukacyjnych.

W imieniu Komisji Europejskiej wystąpił dr Andrzej Ryś, dyrektor w Dyrekcji Generalnej ds. Zdrowia i Bezpieczeństwa Żywności,

▲ **Prezes UEMS prof. R. Krajewski, prezes NRL prof. A. Matyja, sekretarz UEMS prof. V. Papalois, dyrektor w Komisji Europejskiej dr A. Ryś.**

który podkreślił wieloletnią współpracę pomiędzy UEMS a KE, a także wskazał najistotniejsze kwestie z zakresu zdrowia publicznego, m.in. antybiotykoodporność, szczepienia ochronne, nowe technologie oraz cyfryzacja w medycynie, w których współpraca Komisji i organizacji lekarzy jest niezbędna.

Szczególnie zasłużonym dla UEMS lekarzom wręczono odznaczenia. Jednym z nagrodzonych został dr Ryś.

Dr Agnieszka Horała z Poznania zaprezentowała działalność europejskiej sieci lekarzy odbywających szkolenie specjalistyczne w dziedzinie ginekologii i położnictwa (ENTOG). Dr Horała jest obecnie przewodniczącą tej organizacji, która zrzesza lekarzy z 32 państw i jest wspierana przez Sekcję Specjalistyczną UEMS.

Sekretarz UEMS prof. Vassilios Papalois mówił o planach dalszej działalności UEMS, zaznaczając, że organizacja musi nadal kierować się tymi wartościami, które przyświecały jej założycielom 60 lat temu: otwartością, demokracją, proaktywnością utrzymywaniem kontaktu z rzeczywistymi problemami lekarzy specjalistów.

20 października odbyło się posiedzenie Rady UEMS. Delegacja NIL przekazała UEMS swój raport krajowy, w którym szczególną uwagę zwrócono na problemy związane z wniesieniem do Sejmu projektu ustawy zakładającej zniesienie obowiązku szczepień ochronnych oraz związanych z tym działań tzw. ruchów antyszczepionkowych. Kwestię szczepień poruszył w swym wystąpieniu także prezes Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich, podkreślając, że nie do zaakceptowania jest, że w Europie nadal mają miejsce zgony osób nieszczepionych z powodu chorób zakaźnych (np. odry) i że podważanie skuteczności i zasadności szczepień jest widoczne w wielu państwach europejskich, o czym doskonale wiedzą m.in. polscy lekarze.

Prof. Papalois przedstawił raport z działalności UEMS. Organizacja stale rozwija się, rosną liczby akredytowanych zdarzeń, zaakceptowanych ETR, przeprowadzanych egzaminów, partnerów współpracujących z UEMS. Jest to powód do satysfakcji i jednocześnie ogromne wyzwanie organizacyjne.

Na koniec prof. Krajewski podkreślił, że UEMS zawsze opowiadała się za dobrowolną i kierowaną przez lekarzy harmonizacją wszystkich etapów ich rozwoju zawodowego w Europie i będzie tę działalność kontynuować. ○

To specjalność elitarna



Lucyna
Krysiak

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

Z prof. **Lidią Rudnicką**, prezesem Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

GL
W Y W I A D

GL Przedmiotem leczenia dermatologów jest skóra. Jakie choroby najczęściej nękają ten narząd?

Dermatologia obejmuje kilka tysięcy chorób. Niewielka część z nich może mieć tendencję do samoistnego ustępowania (np. niektóre postacie trądziku). W takich przypadkach rola dermatologa jest wspomagająca, ale takie choroby stanowią niewielką część naszych zainteresowań.

Większość chorób to choroby przewlekłe, takie jak np. atopowe zapalenie skóry, łuszczyca lub tocząc. Diagnozujemy też i leczymy nowotwory skóry oraz potrafimy zidentyfikować choroby ogólnoustrojowe na podstawie objawów dermatologicznych. Do tej grupy można zaliczyć zespoły paraneoplastyczne i patologiczne wypadanie włosów.

GL Lista dolegliwości jest zatem długa, jakimi czynnikami są one wywołane?

Tylko część chorób ma przyczyny egzogenne. W większości przypadków są one nieznane.

GL Jak w takim razie się przed nimi bronić?

W zakresie działań dermatologów zaleca się, aby robić kontrolne badanie dermoskopowe najlepiej raz w roku w ramach profilaktyki nowotworów skóry. W przypadku wypadania włosów, które trwa dłużej niż kilka miesięcy i nie ma znanej przyczyny (na przykład ciąża i poród), należy wykonać badania dermatologiczne z dwóch powodów. Po pierwsze – w części przypadków wypadanie włosów może być manifestacją chorób narządów wewnętrznych, po drugie – szybkie włączenie leczenia daje szansę na odrost. Włączenia leczenia wymagają również przewlekłe zapalne choroby skóry, co pozwala zapobiegać ogólnoustrojowym skutkom choroby. To są wystarczające powody, aby zgłaszać się do dermatologa częściej, niż to ma miejsce w rzeczywistości.

GL Ale do dermatologa niełatwo się dostać, trzeba mieć skierowanie od lekarza POZ i ustawić się w długiej kolejce. Jak PTD postrzega ten problem?

Zauważyliśmy, że wprowadzenie skierowań nie spowodowało zmniejszenia liczby pacjentów w gabinetach dermatologicznych pracujących w ramach umów z NFZ. Zmiana ustawy wprawdzie nie zablokowała dostępu do specjalistów w tej dziedzinie, czego się obawiano, jednak znacznie utrudniła do nich dostęp. Zresztą to nie dotyczy tylko dermatologii, ale innych specjalności, co wynika z wielu lat zaniedbań ustawodawcy w sprawach dotyczących organizacji ochrony zdrowia. Ostatnia próba normalizacji sytuacji sprzed 20 lat została zablokowana. Bez zmian systemowych w ochronie zdrowia nie będzie krótszych kolejek, większej liczby lekarzy i pielęgniarek oraz większego komfortu leczenia.

GL Czy jest to kwestia niskich kontraktów z NFZ, czy może wadliwej struktury organizacyjnej opieki dermatologicznej w naszym kraju (ambulatoryjnej i szpitalnej)?

Struktura organizacyjna jest dobra. Około 15 proc. dermatologów pracuje w szpitalach. Większość szpitali świadczy usługi kompleksowe w oddziałach i ambulatoriach. Taka koncepcja organizacyjna sprawdza się w wielu krajach. Kontrakty NFZ dzieli wewnątrz szpitala dyrektor, to od dyrektora w dużej mierze zależy wysokość kontraktu. Co do wyceny usług, to moim zdaniem nikt nigdy nie dokonał analizy kosztów. Wycena jest oparta na danych historycznych, w wielu przypadkach zaniżonych. Tam, gdzie dokonano analizy kosztów, została ona oparta na żenująco niskim wynagrodzeniu lekarzy i pielęgniarek. W efekcie NFZ płaci za mało i pracownicy ochrony zdrowia zarabiają za mało. Koło się zamyka.

Oczywiście kontrakty na świadczenia dermatologiczne są pochodną ogólnych kontraktów szpitali. Te są znacząco za niskie w wielu szpitalach, szczególnie w szpitalach klinicznych. W mojej ocenie ta sytuacja ma szansę się poprawić gdy zostaną wprowadzone globalne zmiany systemowe, w tym w szczególności zlikwidowanie monopolu jednej instytucji ubezpieczania zdrowotnego. Ponadto trzeba pamiętać, że liczba osób utrzymujących NFZ jest znacząco mniejsza niż liczba osób korzystających z jego usług. W systemie rynkowym każdy ubezpieczony płaci składkę, a za część osób koszt ubezpieczenia ponosi budżet państwa. Mamy system wzorowany na brytyjskim NHS, który jest częściowo niewydolny finansowo i organizacyjnie, mimo stale zwiększanych nakładów na ochronę zdrowia.

OKOŁO 15 PROC. DERMATOLOGÓW PRACUJE W SZPITALACH. WIĘKSZOŚĆ SZPITALI ŚWIADCZY USŁUGI KOMPLEKSOWE W ODDZIAŁACH I AMBULATORIACH. TAKA KONCEPCJA ORGANIZACYJNA SPRAWDZA SIĘ W WIELU KRAJACH.

GL Kiedy lekarz POZ powinien kierować pacjenta do dermatologa?

Zawsze, gdy pacjent ma objawy dermatologiczne (skóra, włosy, paznokcie, błona śluzowa jamy ustnej lub narządów płciowych), co do których nie ma pewności, że posiada wiedzę potrzebną do skutecznego postawienia rozpoznania i leczenia.

GL No właśnie, dermatologia to dziedzina rozległa i specyficzna, co jest w niej kluczowe – diagnostyka czy leczenie?

Najpierw precyzyjna diagnostyka, potem skuteczne leczenie. Trudno oddzielić jedno od drugiego.

GL Jakie postępy dermatologia odnotowała w ciągu ostatnich lat? Co było przełomem, np. w leczeniu nowotworów skóry, w tym czerniaka, łuszczyca?

Co roku publikowanych jest ponad 10 tys. prac naukowych dotyczących chorób skóry. Nie da się streścić wszystkich nowości w jednym wywiadzie. Są nowe metody diagnostyczne, ale też nowe metody leczenia pęcherzycy, pemfigoidu, twardziny układowej, łysienia androgenowego kobiet, łysienia plackowatego, raka podstawnokomórkowego, chłoniaka pierwotnego skóry, rogowacenia słonecznego, wyprysku i wielu innych chorób. Oczywiście czerniak i łuszczyca również należą do tej grupy.

GL A medycyna estetyczna? Od kilku lat towarzystwo toczy walkę z nasilającym się zjawiskiem wykonywania zabiegów z zakresu medycyny estetycznej przez kosmetologów i osób, które lekarzami nie są. Z jakim skutkiem?

Należy odróżnić zabiegi dermatologii estetycznej wykonywane przez lekarzy innych specjalności niż dermatologia od zabiegów wykonywanych przez osoby bez wykształcenia lekarskiego. Oczywiście dermatolodzy mają wykształcenie i doświadczenie niezbędne do wykonywania takich zabiegów. Myślę, że również lekarze innych specjalności mogą nabyć w pewnym zakresie takie umiejętności. Leczymy wiele powikłań takich zabiegów wykonywanych przez osoby bez wykształcenia lekarskiego. Poszkodowani rzadko mają roszczenia w stosunku do takich samozwańczych pseudoekspertów. Myślę, że z wielu powodów. Po pierwsze – decyzja o korzystaniu z takich usług podyktowana jest niską ceną zabiegu. Nie lubimy przyznawać się do tego, że ponieśliśmy porażkę, próbując zaoszczędzić na jakości. Stało się w Polsce przedmiotem pewnego wstydu korzystanie z zabiegów dermatologii estetycznej w gabinetach osób, które nie są lekarzami. Po drugie – lekarze ponoszą odpowiedzialność wynikającą z ustawy o zawodzie lekarza. Osób bez wykształcenia lekarskiego przepisy tej ustawy w sposób oczywisty nie obowiązują. Po trzecie – po nieudanych zabiegach osoby poszkodowane przychodzą do lekarzy, aby ratować swój wgląd. W takich sytuacjach przyszłość jest ważniejsza niż przeszłość. PTd z nikim nie walczy i nie jest to zadanie naszego towarzystwa naukowego. Podjęliśmy wiele działań edukacyjnych

► Prof. Lidia Rudnicka:
– Bez zmian systemowych w ochronie zdrowia nie będzie krótszych kolejek, większej liczby lekarzy i pielęgniarek oraz większego komfortu leczenia.



i informacyjnych. Z troską zauważamy te niepokojące tendencje i zwracamy na ten problem uwagę osób korzystających z zabiegów dermatologii estetycznej oraz Ministra Zdrowia i ustawodawcy. Ministerstwo Zdrowia podzieliło nasz pogląd w tej sprawie i zapowiedziało podjęcie stosownych działań.

GL Dermatologia to dziedzina interdyscyplinarna, ponieważ wiele zmian skórnych jest następstwem innych chorób. Jak wygląda współpraca dermatologa z lekarzami innych specjalności?

Zawsze jeden lekarz musi koordynować współpracę i opiekę nad pacjentem. Jeśli głównym problemem pacjenta jest problem dermatologiczny, powinien to być dermatolog-wenerolog. Współpraca nie polega i nie może polegać na „demokratycznych” wyborach najlepszego leczenia dla pacjenta. Każdy lekarz niezależnie od specjalności jest przede wszystkim lekarzem. Jeśli koordynuje leczenie, to dba o to, aby rekomendacje terapeutyczne poszczególnych specjalistów układały się w taką logiczną całość.

GL Jakie jest zainteresowanie młodych lekarzy dermatologią? Ilu mamy specjalistów w tej dziedzinie?

Mamy około 3 tys. dermatologów. To dużo więcej niż w innych krajach w przeliczeniu na jednego mieszkańca. Dermatologia w Polsce jest specjalnością elitarną w takim znaczeniu, że wymaga najlepszego wyniku na egzaminie LEK, aby otrzymać rezydenturę. Dzięki temu mamy bardzo dobrych dermatologów, może najlepszych specjalistów w tej dziedzinie na świecie, cenionych i przyjmowanych z otwartymi rękami w wielu krajach. Nadmierne otwarcie tej specjalizacji nie służyłoby jakości naszej specjalności.

GL Dokąd zmierza współczesna dermatologia i jak PTd wpisuje się w te trendy?

Współczesna medycyna zmierza do zindywidualizowanych metod terapeutycznych. Dermatologia pod tym względem nie jest inna. PTd ma tu istotną rolę do spełnienia jako kreator współczesnych zasad diagnostyczno-terapeutycznych i jako organizacja o dużym potencjale edukacyjnym. ○

Piękno a zdrowie



**Mariusz
Tomczak**

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

Czy próżnością człowieka jest to, że chce „poprawić” usta lub nos? Czy takie zabiegi służą tylko upiększaniu? Dlaczego w żadnym kraju medycyna estetyczna nie jest specjalizacją lekarską?

Między innymi na takie pytania próbowali odpowiedzieć uczestnicy konferencji „Medycyna estetyczna. Wyzwania prawne, etyczne i medyczne”, która 23 listopada odbyła się w Warszawie. Kilkogodzinne spotkanie było starciem trzech punktów widzenia: lekarskiego, prawniczego i filozoficznego, ale to nie powinno dziwić, skoro zorganizowała je Komisja Edukacji Prawnej Naczelnej Rady Adwokackiej w Warszawie wraz z Ośrodkiem Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej i Komisją Etyki NRL.

Ponad 1000 lekarzy uczestniczyło w kongresie zorganizowanym we wrześniu przez Polskie Towarzystwo Medycyny Estetycznej i Anti-Aging. Istnieje ono od 25 lat, zrzeszając przeszło 1700 członków, jednak – jak powiedział prezes PTMEiAA Andrzej Ignaciuk – w naszym kraju medycyną estetyczną zajmować się może nawet ok. 3 tys. lekarzy. W szkoleniach i kongresach organizowanych przez to towarzystwo uczestniczyło już 15 tys. lekarzy, a to nie jedyna instytucja skupiająca medyków wykonujących zabiegi z zakresu medycyny estetycznej.

LEGALNOŚĆ I RYGOR

Liczba Polek i Polaków decydujących się na zabiegi medycyny estetycznej rośnie, za to spadają ich ceny. W przeciwieństwie do wielu dziedzin, ten obszar w dalszym ciągu pozostaje mocno nieuregulowany. Spory dotyczą nawet semantyki: czy mówić o medycynie



Relacja na żywo
z konferencji na
www.gazetalekarska.pl

estetycznej, czy raczej o dermoestetyce lub po prostu o usługach estetycznych poprawiających wygląd ludzkiego ciała. – Jeżeli usługi, to nie świadczenia zdrowotne. Sformułowanie „świadczenia zdrowotne” powinno być zarezerwowane wyłącznie dla medycyny rekonstrukcyjnej i naprawczej – podkreśliła Jolanta Orłowska-Heitzman, były Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej. – Zabiegi medycyny estetycznej są „pierwotnie nielegalne”, bo w ich przypadku nie można mówić wprost o leczeniu. Są jednak oczekiwane przez wielu pacjentów, wobec czego należy dyskutować nad nadaniem im wtórnej legalności – powiedział Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Grzegorz Wrona, którego wystąpienie rozpoczęło merytoryczną część konferencji. W jego opinii te zabiegi powinny być wykonywane zgodnie ze sztuką lekarską, lekarz, który się na nie decyduje, powinien pamiętać, że nadal pozostaje przede wszystkim lekarzem, a ich specyfika sprawia, że pacjenta należy dokładnie poinformować o wszystkich możliwych skutkach, w tym przede wszystkim o ewentualnych powikłaniach. – W stosunku do tych zbiegów staranność informacyjna powinna być jeszcze większa niż w przypadku np. usunięcia wyrostka

czy leczenia zapalenia płuc – powiedział NROZ. Podobne stanowisko zajęli także inni dyskutanci. – Warunki uzyskiwania tej zgody powinny być szczególnie rygorystyczne – podkreślił wiceprezes NRL Krzysztof Madej.

JAK LEKARZ ZASTĄPIŁ RODZINĘ

Rosnąca popularność zabiegów z zakresu medycyny estetycznej wynika z rosnącej medykalizacji wielu sfer ludzkiego życia – tak przynajmniej uważa kierownik Centrum Bioetyki i Bioprawa w Instytucie Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego prof. Paweł Łuków. Jeszcze nie tak dawno o pomoc w rozwiązywaniu problemów zwracano się do najbliższych członków swojej rodziny lub do duchownych, obecnie wiele osób woli skierować swe kroki do lekarzy, bo dają nadzieję na lepsze jutro dzięki poprawie swojego wyglądu. – Ani brzydota, ani starość, nie są chorobą – podkreślił. O tym, że istnieją zabiegi z zakresu medycyny estetycznej niekonieczne, mówił członek Prezydium NRL Jerzy Friediger, dodając, że z punktu widzenia osoby przekonanej o swoich mankamentach czasami lepszym rozwiązaniem byłaby wizyta u psychoterapeuty. Każda interwencja w ciągłość tkanek jest bowiem obciążona możliwością wystąpienia powikłań, dlatego

SAMORZĄD LEKARSKI OD DAWNA CHCE OGRANICZYĆ KRĄG OSÓB ZAJMUJĄCYCH SIĘ MEDYCYNĄ ESTETYCZNĄ W TROSCE O PACJENTÓW.



nie zawsze warto się na nie narażać, próbując poprawić błahе defekty. – Widziałem bardzo wiele efektów takich zabiegów, przy których konieczna była interwencja medycyny naprawczej. Było wtedy co leczyć – dodał dr Jerzy Friediger. W tym miejscu pojawia się pytanie: czy pacjent ma prawo żądać wykonania zabiegu i kiedy lekarz może pacjentowi odmówić? Z pomocą przychodzi m.in. art. 6 Kodeksu Etyki Lekarskiej, ale przede wszystkim dokładna, chłodna analiza sytuacji. – Jeśli lekarz uzna, że ryzyko ewentualnych powikłań nie równoważy determinacji pacjenta i problemu, z którym przyszedł, to powinien odmówić. Pacjent ma prawo żądać wszystkiego, ale czasami rolę lekarza jest postawić temu tamę – zauważył wiceprezes NRL Andrzej Cisko.

STARANNOŚĆ CZY SKUTEK?

Podobne stanowisko zajęła dziekan Izby Adwokackiej w Białymstoku Agnieszka Zemke-Górecka, apelując, by nie traktować medycyny estetycznej wyłącznie jako beauty business. – Pięćdziesiąty botoks to nie jest zgoda na upiększenie, lecz na oszpeccenie – dodała. Dyskutując nad zasadnością powiedzenia „nie” oczekiwaniom pacjenta przez lekarza, ci ostatni powinni pamiętać o zmianie stanowiska sądów przy rozpatrywaniu skarg pacjentów niezadowolonych z efektów zabiegów z zakresu medycyny estetycznej. – W wielu przypadkach sąd mówi nie o staranności działania, lecz o skutkach. Dla lekarzy stanowi to wielkie ryzyko, bo są rozliczani z efektu, a nie ze staranności, wiedzy i umiejętności – podkreśliła mec. Agnieszka Zemke-Górecka. Część pacjentów żąda od lekarzy gwarancji, tymczasem – co wielokrotnie podkreślano w czasie konferencji

– w przypadku ingerencji w organizm trudno przewidzieć skutki w 100 proc. Jak podkreślił dr Krzysztof Madej, zawód lekarza charakteryzuje słowo „staranność”, a nie „efekt”, dlatego wyraził zaniepokojenie ewolucją orzecznictwa sądów w tej materii. W czasie dyskusji wielokrotnie padały głosy, aby zabiegów medycyny estetycznej nie traktować tylko jako przejawu kaprysu osób niepotrafiących pogodzić się z upływem czasu. Obecni na sali m.in. lekarze dermatolodzy podkreślali, że są one sposobem nie tylko na pozbycie się defektów, ale również szansą na podniesienie poziomu akceptacji samego siebie. – Medycyna estetyczna to nie tylko upiększanie. To też działanie prozdrowotne – mówił prezes PTMEiAA, dodając, że toksyna botulinowa zaczyna być stosowana jako lek zmniejszający objawy depresji.

ROŚNIE ILOŚĆ POWIKŁAŃ

Zdaniem przewodniczącego Ośrodka Bioetyki NRL dr. hab. Marka Czarkowskiego kilkugodzinna dyskusja świadczy o tym, że należy zacząć się poważnie zastanawiać nad tym, w jakim zakresie medycyna estetyczna powinna być zarezerwowana tylko dla lekarzy, a ile zabiegów z tej dziedziny mogłoby być wykonywanych przez osoby po odbyciu specjalnych kursów. W czasie dyskusji wielokrotnie padał argument, zarówno z ust wieloletnich praktyków medycyny, jak i prawa, że to lekarz – w odróżnieniu od np. kosmetologa – dobrze zna anatomię człowieka, potrafi pomóc pacjentowi w razie wystąpienia nieprzewidzianej, nagłej sytuacji oraz wie, jak leczyć ewentualne powikłania. Prezes PTMEiAA wyraził zdanie, że część zabiegów mogłaby być wykonywana przez nielekarzy. Zdaniem

wielu osób zabierających głos w trakcie 3,5-godzinnej dyskusji, stworzenie specjalizacji z medycyny estetycznej wydaje się dyskusyjne lub zbędne. Jak zaznaczył dr Andrzej Cisko, samorząd lekarski od dawna chce ograniczyć krąg osób zajmujących się medycyną estetyczną nie w interesie korporacyjnym, ale z troski o pacjentów. – Chodzi o ludzkie nieszczęścia, które w przypadku niektórych powikłań czasami trudno sobie wyobrazić – podkreśliła jedna z lekarek dermatologów w czasie dość emocjonalnego wystąpienia, dodając, że skala powikłań narasta i środowisko lekarskie musi zmierzyć się z tym problemem.

PIECZĄTKI KOSMETOLOGÓW

– Kosmetolodzy wyrabiają pieczątki jako „specjaliści medycyny estetycznej” – dodała inna z lekarek obecnych na sali. Listopadowa konferencja może stanowić przyczynek do rozpoczęcia prac nad przeniesieniem niektórych postulatów dotyczących medycyny estetycznej na grunt obowiązującego prawa. Głosów opowiadających się za uregulowaniem rynku medycyny estetycznej nie brakuje. Wydaje się, że ich ilość wzrasta, im więcej osób poszkodowanych przez kosmetyczki trafia do gabinetów lekarskich, choć – jak parokrotnie podkreślano w czasie konferencji – powikłania po zabiegach medycyny estetycznej mogą wystąpić także wtedy, gdy wykonywał je lekarz. Ważnym argumentem w dyskusji jest fakt, że o ile szeroko rozumiane zabiegi o charakterze estetycznym są na ogół finansowane z prywatnych kieszeni, o tyle pacjenci z powikłaniami zwykle trafiają później do publicznych przychodni i szpitali, przez co, chcąc – nie chcąc, za koszty ich leczenia pośrednio płacą wszyscy podatnicy. ○

▲ Od lewej:
Krzysztof Madej,
Andrzej Cisko,
Jerzy Friediger,
Jolanta Orłowska-Heitzman.



Czy ograniczyć krąg osób zajmujących się medycyną estetyczną? Zapraszamy do dyskusji: redakcja@gazetalekarska.pl

W sprawie biegłych

Samorząd lekarski od wielu lat zabiega o realny wpływ na działania prowadzone na rzecz rozwiązania problemu deficytu biegłych lekarzy sądowych, z zachowaniem należnych im praw.

✪ LUCYNA KRYSIAK

O tym, że dramatycznie brakuje biegłych lekarzy sądowych, przez co wciąż wydłużane są terminy rozpraw, pisaliśmy na łamach „Gazety Lekarskiej” kilka miesięcy temu. Jednak wracamy do tematu, ponieważ wątek deficytu lekarzy zajmujących się wydawaniem opinii niezbędnych dla sądów przewija się na wielu forach.

Także samorząd lekarski prowadzi działania na rzecz rozwiązania tego problemu. Izby okręgowe zainicjowały cykl szkoleń biegłych lekarzy sądowych, a Naczelna Rada Lekarska zapowiada, że będzie naciskać na Ministerstwo Sprawiedliwości, aby przyspieszyło prace nad ustawą o biegłych sądowych, która ureguluje ich status, a także stworzy taki system wynagradzania, który będzie adekwatny do włożonej pracy. Spośród blisko 16 tys. biegłych sądowych ok. 3 tys. stanowią lekarze. Liczba ta nie zaspokaja potrzeb sądów, a lekarze nie garną się do pełnienia tych odpowiedzialnych i czasochłonnych funkcji, ponieważ gratyfikacje z tego tytułu nie są satysfakcjonujące, a odpowiedzialność coraz większa, zwłaszcza po wpisaniu w 2016 r. zapisu w Kodeksie karnym o sankcjach za „nieumyślnie fałszywą opinię”.

INICJATYWY JUŻ SĄ

Okręgowe izby lekarskie już wcześniej podejmowały starania, aby rozwiązać problem deficytu biegłych lekarzy sądowych oraz ich niskich wynagrodzeń. Inicjatorem była Śląska Izba Lekarska, która jeszcze w V kadencji wystąpiła do Naczelnej Izby Lekarskiej, aby ta

3 TYS.

– około tylu jest lekarzy wśród blisko 16 tys. biegłych sądowych w Polsce.

przyjrzała się systemowi wynagradzania biegłych i wystąpiła o jego rewizję. – Oczekiwanie stawały się coraz większe, przybywało spraw, w których bez opinii biegłego lekarza sąd nie mógł wydać wyroku, również w sprawach związanych z powikłaniami, działaniami niepożądanymi utożsamianymi często z błędami medycznymi. Uznaliśmy wówczas, że brak odpowiednich gratyfikacji, które nijak mają się do wysokich kwalifikacji biegłych, to główny powód, że lekarze nie chcą podejmować się tej funkcji – tłumaczy Jacek Kozakiewicz, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, prezes ŚIL w latach 2009-2018. Przekonuje jednocześnie, że w tych działaniach nie chodziło tylko o to, aby zachęcić lekarzy do podejmowania się trudnej roli bycia biegłym, ale by w tej grupie znalazły się osoby doświadczone, rzetelne, obiektywne i by odmłodzić grono osób, które pełnią funkcje biegłych.

ŚIL zaczęła od sprawy wynagrodzeń biegłych, ale – jak zaznaczył wiceprezes – za tym musiało pójść właściwe przygotowanie. Wystosowała więc do NIL apel w tej sprawie i pod naciskiem samorządu lekarskiego Ministerstwo Sprawiedliwości zmieniło przepisy dotyczące wynagradzania biegłych lekarzy sądowych. Zmiany te wprowadzały możliwość zastosowania stawki godzinowej dla biegłych i rezygnację z obowiązującego wcześniej ryczału. Był to ważny krok w kierunku wynagrodzenia wyższych wynagrodzeń dla biegłych. Równolegle w ŚIL w 2011 r. przygotowano 20-godzinny cykl szkoleń z udziałem nie tylko lekarzy, ale

sędziów, adwokatów, prokuratorów. – Zależało nam, aby biegły miał pełną wiedzę, jak należy sporządzać opinię, co powinna ona zawierać i mógł otrzymać praktyczne wskazówki na ten temat. Chcieliśmy, aby samorząd lekarski w swoich szeregach posiadał nie tylko wysokiej klasy specjalistów w swoich dziedzinach, ale wysokiej klasy profesjonalistów w sporządzaniu opinii dla sądów – mówi prezes Kozakiewicz. ŚIL przeszkoliła w tych latach ponad 150 osób, nawiązała ścisłą współpracę z Okręgową Izbą Lekarską w Krakowie, z ówczesnym prezesem Andrzejem Matyją, a później z OIL w Gdańsku.

Przeszkolenie dużej grupy osób pozwoliło – wobec powtarzających się zapytań z wymiaru sprawiedliwości – rekomendować lekarzy z tej właśnie grupy, także w zakresie ustalenia właściwie sformułowanej tezy dowodowej. Jednakże na tym kończyło się pośrednictwo samorządu, dalsze uzgodnienia podejmowane były wyłącznie przez wskazaną osobę, także w zakresie wynagrodzenia. ŚIL stworzyła więc autorski sposób szkolenia biegłych, który przesyłała do wszystkich okręgowych izb lekarskich. – Można powiedzieć, że był to pilotażowy projekt, który Śląska Izba Lekarska przetestowała na własnym organizmie, chętnie więc skorzystaliśmy z tych doświadczeń, organizując szkolenia dla biegłych także w naszej izbie – podsumował Roman Budziński, były prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku. Takie szkolenia odbywają się też w Okręgowej Izbie Lekarskiej





w Warszawie. Ich formuła jest na bieżąco weryfikowana i dopracowywana w zależności od potrzeb danej izby.

POTRZEBNE ZMIANY

Zasady powoływania i wynagradzania biegłych sądowych reguluje rozporządzenie ministra sprawiedliwości w tej sprawie. Zdaniem członków samorządu lekarskiego potrzebna jest ustawa, której projekt uwzględniałby zdanie środowiska lekarskiego na ten temat tym bardziej, że biegli lekarze sądowi są potrzebni nie tylko sądownictwu powszechnemu, prokuraturze, ale także sądownictwu samorządowemu. Rzecznik odpowiedzialności zawodowej w swojej pracy także musi się posiłkować opinią biegłych.

Z uzgodnień wiceprezesa Jacka Kozakiewicza z wiceministrem sprawiedliwości Marcinem Warchołem wynika, że w najbliższym czasie zostanie powołany wspólny zespół samorządowo-resortowy w celu wypracowania projektu nowej ustawy o biegłych sądowych, która ma stanowić fundament do dalszych działań na tym polu.

– Zabiegamy o to, aby biegły miał właściwą podmiotowość, był traktowany jak specjalista, godnie był opłacany i by nie był poddawany presji kar za nieumyślnie sporządzoną fałszywą opinię, co jest zapisane w kodeksie karnym – konkluduje prezes Kozakiewicz.

Zrodził się też projekt, aby w Naczelnej Izbie Lekarskiej jeszcze pod koniec tego roku powołać Ośrodek ds. Opiniowania Sądowo-Lekarskiego i Orzecznictwa. Jego rolą byłoby opracowanie standardów edukacji biegłych, zasad taktyki procesowej, określenia zakresu wiedzy niezbędnej biegłemu w tym zakresie oraz pisanie opinii. Te standardy posłużyłyby do stworzenia jednolitych zasad przeprowadzania szkoleń we wszystkich izbach okręgowych. Ośrodek ma także czuwać nad tym, aby biegli lekarze sądowi byli właściwie wykorzystywani zarówno przez samorząd lekarski, jak i wymiar sprawiedliwości. Od prokuratury wyszła też koncepcja instytucjonalnego związania izb z wymiarem sprawiedliwości w zakresie wspólnych działań na rzecz rekrutacji

kandydatów na biegłych, np. spośród lekarzy zrzeszonych w towarzystwach naukowych. – Ta koncepcja jest nieakceptowana, ponieważ nie ma podstaw, aby instytucjonalnie wiązać się z prokuraturą – mówi Krzysztof Madej, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej i zaznacza, że jest co najmniej kilka powodów, aby w taką relację nie wchodzić. Jednym z nich jest konflikt interesów, np. w sytuacji, kiedy lekarz występuje w roli skazanego, a jego kolega biegły lekarz sądowy wydaje opinie w jego sprawie. – Biegły zawsze powinien być samodzielnym podmiotem. Do postępowania procesowego powinien wносить tylko swoją wiedzę medyczną i dodatkowe kompetencje, choćby te nabyte w trakcie szkoleń przeprowadzanych przez okręgowe izby lekarskie, lecz żadnego instytucjonalnego umocowania. Te dodatkowe kompetencje, to znajomość prawa procesowego i zasad sporządzania opinii. Zadaniem izby jest służyć wszystkim członkom samorządu lekarskiego, biegły nie powinien więc mieć żadnej, poza sporządzaniem opinii, zależności od wymiaru sprawiedliwości czy izby – z naciskiem podkreśla prezes Madej i dodaje, że równie nie do przyjęcia są jakiegokolwiek próby skomercjalizowania działalności biegłych, np. zarabiania na ich pracy. Izba okręgowa może prowadzić listę dodatkowo przeszkolonych przez siebie biegłych i w ten sposób pomagać wymiarowi sprawiedliwości w znajdowaniu właściwych do sprawy ekspertów, tak aby mogli być powoływani jako tzw. biegli „ad hoc”, z negocjowanymi przez siebie stawkami. 

Wyrazy głębokiego współczucia
Rodzinie i Bliskim
z powodu śmierci

Pana Doktora Adama Galewskiego

lekarza pediatrii, wieloletniego członka
Okręgowej Komisji Rewizyjnej,
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie,
składają
koleżanki i koledzy
z OKR OIL w Warszawie

Naszej Drogiej Koleżance
lek. Annie Glińskiej

Zastępcy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności
Zawodowej Naczelnej Izby Lekarskiej

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

Siostry

składają

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Naczelnej Izby Lekarskiej
wraz z zespołem Zastępców i pracownikami Biura

Nadchodzi reforma kształcenia i prawa pracy

Z **Jarosławem Bilińskim**, członkiem NRL, wiceprezesem ORL w Warszawie, przewodniczącym zespołu Ministra Zdrowia do spraw opracowania propozycji nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, rozmawia **Lidia Sulikowska**.

GL
WYWIAD

GL Będzie rewolucja?

Jeśli postulaty zespołu, któremu mam zaszczyt przewodniczyć, zostaną uwzględnione, to szykują się zmiany, częściowo być może i rewolucyjne. W sumie ich zakres obejmuje wiele obszarów – definiujemy na nowo ścieżkę kariery zawodowej lekarzy i normalizujemy prawo pracy. To jest olbrzymia nowelizacja. Chciałbym jednak podkreślić, że zespół opracowuje zmiany, ale de facto są to rekomendacje dla Ministra Zdrowia i to Minister zdecyduje, czy je przyjmie. Tutaj jednak ważna uwaga – zaproponowany przez nas projekt jest spójny, więc jeśli Minister powybiera część rozwiązań, a inne pominie, to naszym zdaniem wypaczy całą reformę.

GL Jakie są konkretne propozycje nowych rozwiązań?

Jest ich mnóstwo. Postaram się zreferować te najważniejsze. Zaczniemy od stażu podyplomowego. Wprowadzamy 12-tygodniowy moduł personalizowany. Stażysta będzie mógł wybrać 1-3 placówki, gdzie chce się szkolić i samodzielnie zdecydować o wyborze dziedzin, w ramach których ma odbywać tę część stażu. Wykluczamy też niektóre staże częstkowe, w tym z psychiatrii i ginekologii. Będą za to m.in. warsztaty z kompetencji miękkich i komunikacji lekarz-pacjent czy profilaktyka onkologiczna.

GL Przejdźmy do egzaminów lekarskich. Co się zmieni?

Umożliwiamy zapisanie się na LEK/LDEK już po 11. semestrze studiów lekarskich i po 9. semestrze studiów lekarsko-dentystycznych, tak aby każdy lekarz mógł przed naborem na specjalizację podejść 3 razy do egzaminu. Dodatkowo egzamin ten będzie oparty w 50 proc. na pytaniach do przypadków klinicznych, na wzór modelu amerykańskiego USMLE. Z kolei do PES-u będzie można przystąpić już na ostatnim roku specjalizacji, a egzamin w połowie będzie oparty o „bazę pytań”, z 5000 pytań ogólnodostępnych.

GL Przewidziano też dodatkowy egzamin. Czym jest PEM?

Rzecz dotyczy Państwowego Egzaminu Modułowego, do którego trzeba podejść w czasie szkolenia specjalizacyjnego

w dziedzinach modułowych. PEM ma potwierdzać posiadanie dobrze ugruntowanej podstawowej wiedzy. Zgodziliśmy się na to rozwiązanie, bo był to wieloletni postulat środowisk akademickich, konsultantów krajowych i wielu lekarzy, ale tylko pod pewnymi warunkami: PEM ma w całości składać się z bazy pytań, po zdaniu PEM ma nastąpić wzrost wynagrodzenia specjalizanta do 2,5 średniej krajowej (2,75 dla specjalizacji deficytowych), można przystąpić do tego egzaminu już po pierwszym roku specjalizacji, a szpital może lekarza, który zdał PEM, wykazać w NFZ i kontraktować na niego świadczenia, dzięki czemu lekarz będzie mógł negocjować z pracodawcą procent od procedury. Tylko na takich zasadach zespół akceptuje ten egzamin.

GL Kolejna ważna zmiana dotyczy naboru na specjalizacje.

Tak. Odchodzimy od regionalizacji procesu rekrutacji i proponujemy ogólnopolski system umożliwiający nabór na niemal dowolną liczbę specjalizacji w Polsce oparty o listę rankingową. Dajemy też możliwość specjalizowania się osobom, które już są specjalistami, ale nie odbyły tego szkolenia w trybie rezydenckim.

GL Co z wolontariatem?

Chcemy wykluczyć tę formę odbywania specjalizacji. Zespół stoi na stanowisku, że nie można w Polsce pracować za darmo – rząd wprowadził pensję minimalną i odpowiednik pensji godzinowej.

GL Jakie jeszcze zmiany uwzględniono?

Chcemy zdecentralizować szkolenia w modułach podstawowych, tak aby lekarze szkolili się w mniejszych placówkach – powiatowych, wojewódzkich, a nie klinikach wielospecjalistycznych, w których brakuje tych najcenniejszych przypadków. Przewidujemy też zwiększenie kontroli nad ośrodkami prowadzącymi szkolenia specjalizacyjne.

Wprowadzamy też podział na specjalizacje, specjalizacje szczegółowe (podspecjalizacje) oraz umiejętności lekarskie.



◀ **Jarosław Biliński:**
– **Minister Zdrowia ocenił bardzo dobrze nasze założenia. Mam nadzieję, że projekt nowelizacji też zostanie pozytywnie przyjęty.**

Redukujemy liczbę specjalizacji, które można odbywać po stażu podyplomowym, z 77 do 50. Kluczem do zmian było zapotrzebowanie zdrowotne i zakres specjalizacji. Wypadły głównie wąskie, szczególnie monodyscyplinarne specjalności, które przechodzą do podspecjalizacji, a część dotychczasowych specjalizacji stanie się umiejętnościami lekarskimi. Chodzi o najwęższe dziedziny medycyny, takie jak np. hipertensjologia. Pojawia się też nowe umiejętności.

GL Jak będzie się zdobywać umiejętność?

Certyfikację uzyskamy na podstawie egzaminów organizowanych przez CEM lub zewnętrznych egzaminów, np. europejskich, uznawanych przez CEM.

GL Czy coś zmieni się w kwestii doskonalenia zawodowego?

Zespół uznał, że nie możemy wprowadzać rygorystycznych wymogów, dopóki państwo nie zagwarantuje warunków do ustawicznego kształcenia. Jedyne więc, co zmieniamy, to wprowadzamy do centralnego rejestru lekarzy informację o tym, czy dany lekarz doskonał się zawodowo. Będzie też 9 dni urlopu szkoleniowego dla lekarzy nie będących obecnie na etapie szkolenia specjalizacyjnego. Z kolei kierownik specjalizacji otrzyma wynagrodzenie w wysokości tysiąca złotych brutto miesięcznie za każdego specjalizanta. Bardziej restrykcyjne wymogi moglibyśmy przyjąć tylko przy dłuższym urlopie na szkolenia i całkowitym finansowaniu kursów dających w sumie 200 punktów edukacyjnych.

ODCHODZIMY OD REGIONALIZACJI PROCESU REKRUTACJI I PROPONUJEMY OGÓLNOPOLSKI SYSTEM UMOŻLIWIAJĄCY NABÓR NA NIEMAL DOWOLNĄ LICZBĘ SPECJALIZACJI W POLSCE OPARTY O LISTĘ RANKINGOWĄ.

GL Uwzględniono też kwestie związane z prawem pracy.

Dopasowujemy je do specyfiki pracy lekarzy. Znalazł się m.in. zapis, że nie można dopełniać podstawowego czasu pracy godzinami dyżurowymi, co znaczy, że nie będzie odbijania za zejścia po dyżurze. Wprowadzamy też zapis, że czas specjalizacji nie jest wydłużany za zejścia po dyżurze, a także że macierzyństwo i względy zdrowotne zwalniają z dyżurowania łącznie do 2 lat. Oczywiście regulujemy też kwestie wynagrodzeń, w tym 2 średnie krajowe dla rezydenta i 3 średnie krajowe dla specjalisty. Porządkujemy prawo pracy, sprawiamy by sprzyjało relacji mistrz-uczeń, np. poprzez ograniczenia w możliwości zmianowego lub równoważnego czasu pracy.

Co do innych zapisów to warto wspomnieć, że przekazujemy izbom lekarskim dotychczasowe obowiązki wojewodów i urzędów wojewódzkich.

GL Na jakim etapie są prace nad tymi wszystkimi zmianami?

Zespół opracował już 100-stronicowy dokument z założeniami dotyczącymi nowych rozwiązań. Odbyliśmy już kilka spotkań z Ministrem Zdrowia, omawiając je. Obecnie jesteśmy na finiszu przekładania tych założeń na zapisy legislacyjne. 14 grudnia przedstawiam je na posiedzeniu NRL i poproszę o uwagi. O to samo poproszę OZZL i PR OZZL. Jednocześnie projekt nowelizacji zostanie przegłosowany w zespole. Dopiero wówczas zostanie on przekazany do Ministra Zdrowia jako oficjalny efekt prac zespołu, oczywiście przekażę go też opinii publicznej. Poprawki opracujemy jeszcze przed konsultacjami społecznymi i przegłosujemy w zespole, aby mogły dopełnić ten dokument.

GL Zespół powstał jako jeden z warunków Porozumienia Rezydentów z Ministrem Zdrowia. Pojawiła się szansa, aby zmienić prawo. Czy na pewno?

Minister Zdrowia ocenił bardzo dobrze nasze założenia. Mam nadzieję, że projekt nowelizacji też zostanie pozytywnie przyjęty. Najpóźniej na koniec marca resort zdrowia ma przekazać go Radzie Ministrów i wierzę, że w tym procesie wezmą udział te same dokumenty, które opracował zespół. Podkreślam, że zespół jest za nowelizacją, o ile wszystkie rozwiązania zostaną uwzględnione. Nie godzimy się na przyjęcie tylko niektórych z nich, to byłaby zbrodnia przeciwko naszej ciężkiej pracy.

GL Ostatnio szef resortu zdrowia nadszarpnął zaufanie młodych lekarzy, umożliwiając kierowanie specjalizantów interny, pediatrii i chirurgii na dyżury w SOR-ach.

Bardzo mnie zaniepokoiła ta decyzja. Minister Zdrowia nie konsultował jej nawet z konsultantami krajowymi. Takie zachowanie rodzi we mnie obawy o ostateczny kształt nowelizacji, nad którą wraz z całym zespołem ciężko pracujemy. Zastanawiam się czy Minister nie dołoży czegoś od siebie pod hasłem, że my to wymyśliśmy? Albo wybrane zostaną elementy korzystne tylko dla władzy? Będziemy tego pilnować. ☹

BIULETYN

NR 5 (184) ROK XXVIII

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

WARSZAWA, XI 2018

© REDAKTOR NACZELNY: ARTUR DROBNIAK

Posiedzenie NRL – 9 listopada 2018 r.

UCHWAŁA Nr 13/18/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 9 listopada 2018 r.

zmieniająca uchwałę w sprawie budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej na 2018 r.

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 14 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 522) uchwała się, co następuje:

§ 1.

W uchwale Nr 21/17/VII z dnia 15 grudnia 2017 r. w sprawie budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej na 2018 r. wprowadza się zmianę określoną w załączniku do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

ZASTĘPCA SEKRETARZA
Artur Drobnik

PREZES
Andrzej Matyja

Załącznik

W załączniku do uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej Nr 21/17/VII z dnia 15 grudnia 2017 r. w sprawie budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej na rok 2018 w Dziale „Naczelna Izba Lekarska”, w części „Koszty”, w pozycji nr 9: „Krajowa Komisja Wyborcza”, w rubryce „Plan na 2018 r.” kwotę 70.000 złotych zastępuje się kwotą 105.000 złotych.

UCHWAŁA Nr 14/18/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 9 listopada 2018 r.

w sprawie określenia zasad prowadzenia działalności zagranicznej Naczelnej Izby Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 w zw. z art. 5 pkt 22 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Celem działalności zagranicznej Naczelnej Izby Lekarskiej jest umacnianie współpracy międzynarodowej w realizacji ustawowych zadań samorządu lekarskiego, umacnianie pozycji Naczelnej Izby Lekarskiej w organizacjach międzynarodowych i ich strukturach oraz aktywny udział w ich pracach, ukierunkowane na reprezentowanie i obronę interesów i praw polskich lekarzy i lekarzy dentystów w kraju jak i za granicą.

§ 2.

Cel, o którym mowa w § 1, realizowany jest w szczególności poprzez:

- 1) członkostwo i aktywny udział w organizacjach międzynarodowych,
- 2) utrzymywanie łączności i współpracę z polonijnymi organizacjami lekarskimi i lekarzami polskiego pochodzenia wykonującymi zawód poza krajem,
- 3) rozwijanie i umacnianie kontaktów z międzynarodowymi i zagranicznymi organizacjami lekarskimi,
- 4) organizację spotkań, pobytów i udziału w konferencjach międzynarodowych w kraju i za granicą,
- 5) rozpowszechnianie informacji i materiałów ze spotkań międzynarodowych.

§ 3.

1. Prowadzenie bieżącej działalności zagranicznej powierza się Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.
2. Zadanie, o którym mowa w ust. 1 i działania, o których mowa w § 2, są realizowane przy pomocy powołanego przez Naczelną Radę Lekarską Ośrodka Współpracy Zagranicznej, zwanego dalej Ośrodkiem.
3. W sprawach związanych z wykonywaniem zawodu lekarza dentystry Ośrodek realizuje swe zadania we współpracy z Komisją Stomatologiczną Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 4.

1. Skierowanie przedstawiciela Naczelnej Izby Lekarskiej na wyjazd zagraniczny w celu reprezentowania Naczelnej Izby Lekarskiej następuje na podstawie uchwały Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, zwanej dalej „uchwałą”.
2. Uchwała może zostać podjęta na podstawie analizy zaopiniowanego przez Ośrodek wniosku o skierowanie na wyjazd zagraniczny. Wzór wniosku określa załącznik nr 1 do uchwały.

§ 5.

Uchwała określa termin i miejsce wydarzenia, na które kieruje się przedstawiciela Naczelnej Izby Lekarskiej oraz w razie potrzeby jego zadania i zakres umocowania.

§ 6.

1. Z zastrzeżeniem przepisów § 7 i § 8 przedstawicielowi Naczelnej Izby Lekarskiej z tytułu wyjazdu za granicę na podstawie uchwały przysługują należności na pokrycie kosztów związanych z podróżą określone w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 stycznia 2013 r. w sprawie należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej (Dz. U. poz. 167).
2. Należności, o których mowa w ust. 1, są pokrywane ze środków Naczelnej Izby Lekarskiej z wyłączeniem tych należności, które pokrywa organizator zagraniczny.

3. Prezydium może zawrzeć w uchwale, że ze środków Naczelnej Izby Lekarskiej zostaną pokryte inne niż wymienione w ust. 1, określone przez organizatora zagranicznego koszty uczestnictwa przedstawiciela Naczelnej Izby Lekarskiej w danym wydarzeniu.

§ 7.

Prezydium może zawrzeć w uchwale, że osobie niebędącej pracownikiem Naczelnej Izby Lekarskiej z tytułu wyjazdu za granicę na podstawie uchwały będą przysługiwać ze środków Naczelnej Izby Lekarskiej jedynie niektóre, wymienione w uchwale, należności albo że skierowanie takiej osoby za granicę ogranicza się do upoważnienia tej osoby do występowania jako przedstawiciela Naczelnej Izby Lekarskiej i nie obejmuje pokrycia ze środków Naczelnej Izby Lekarskiej kosztów związanych z podróżą.

§ 8.

1. W odniesieniu do osoby zajmującej stanowisko funkcyjne w międzynarodowej organizacji lekarskiej lub lekarsko-dentystycznej, której członkiem jest Naczelna Izba Lekarska, skierowanej uchwałą na wyjazd związany z zajmowaniem tego stanowiska funkcyjnego, koszty związane z podróżą mogą być pokrywane ze środków Naczelnej Izby Lekarskiej jedynie w przypadku gdy nie pokrywa ich właściwa organizacja międzynarodowa.
2. Osoba, o której mowa w ust. 1, przedstawia zasady pokrywania kosztów obowiązujące w danej organizacji międzynarodowej w przypadku danego wyjazdu jako załącznik do projektu uchwały.
3. Ze środków Naczelnej Izby Lekarskiej można wstępnie opłacić koszty związane z podróżą osób, o których mowa w ust. 1, pokrywane przez organizację międzynarodową. W takim przypadku Naczelna Izba Lekarska niezwłocznie występuje do właściwej organizacji międzynarodowej o zwrot poniesionych kosztów.

§ 9.

1. Po zakończeniu wyjazdu zagranicznego przedstawiciel Naczelnej Izby Lekarskiej składa sprawozdanie z przebiegu wyjazdu obejmujące informacje o jego przebiegu i rezultatach. W przypadku skierowania na dany wyjazd więcej niż jednego przedstawiciela Naczelnej Izby Lekarskiej wystarczy złożyć jedno, wspólne sprawozdanie. Wzór sprawozdania stanowi załącznik nr 2 do uchwały.
2. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1, składa się Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Radzie Lekarskiej, za pośrednictwem Ośrodka.

§ 10.

1. W uchwale Nr 2/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 15 czerwca 2018 r. w sprawie powołania

komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej w § 1 uchyla się pkt 11.

2. W uchwale Nr 3/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 15 czerwca 2018 r. w sprawie powołania przewodniczących komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej w § 1 uchyla się pkt 9.

3. W uchwale Nr 4/10/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 12 lutego 2010 r. w sprawie składu, zasad działania i zadań Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej w § 2:

1) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Komisja uczestniczy w kształtowaniu współpracy międzynarodowej Naczelnej Rady Lekarskiej z zagranicznymi organizacjami lekarzy i zespołów na zasadach określonych w ust. 4 pkt 2 i odrębnych uchwałach Naczelnej Rady Lekarskiej”.

2) ust. 4 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2. współpraca z Ośrodkiem Współpracy Zagranicznej Naczelnej Izby Lekarskiej w zakresie działalności zagranicznej i współpracy międzynarodowej Naczelnej Izby Lekarskiej w odniesieniu do lekarzy dentyistów;”

4. Traci moc uchwała Nr 41/10/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 17 grudnia 2010 r. w sprawie zasad kierowania za granicę przedstawicieli Naczelnej Izby Lekarskiej.

5. Traci moc uchwała Nr 2/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 kwietnia 2014 r. w sprawie Ośrodka Współpracy z Polonią Medyczną.

§ 12.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

ZASTĘPCA SEKRETARZA

Artur Drobniak

PREZES

Andrzej Matyja

Uzasadnienie do uchwały oraz załączniki są dostępne na stronie www.nil.org.pl w zakładce „Dokumenty Naczelnej Rady Lekarskiej”.

UCHWAŁA Nr 15/18/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 9 listopada 2018 r.

w sprawie regulaminu nadania odznaczenia „Meritus Pro Medicis”

Na podstawie art. 39 ust.1 pkt 1-3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654 i nr 113, poz. 657) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Ustanawia się regulamin nadawania odznaczenia „Meritus Pro Medicis”, stanowiący załącznik do uchwały.

§ 2.

Uchyla się uchwałę Nr 18/12/VI z dnia 7 września 2012 r. w sprawie regulaminu nadania odznaczenia „Meritus Pro Medicis”.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

ZASTĘPCA SEKRETARZA

Artur Drobniak

PREZES

Andrzej Matyja

Załącznik do Uchwały Nr 15/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 9 listopada 2018 r. Regulamin nadawania odznaczenia „Meritus Pro Medicis”

§ 1.

1. Odznaczenie „Meritus Pro Medicis” zwane dalej „Odznaczeniem” przyznawane jest lekarzom oraz innym osobom szczególnie zasłużonym dla samorządu lekarskiego.

2. Odznaczenie przyznaje Kapituła Odznaczenia.

§ 2.

1. Kapitułę Odznaczenia stanowi 12 osób, w tym:

1/ Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej,

2/ Wiceprezesi Naczelnej Rady Lekarskiej,

3/ Przewodniczący Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich,

4/ Przewodniczący Komisji Etyki Lekarskiej NRL,

5/ Przewodniczący Nacelnego Sądu Lekarskiego,

6/ Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej,

7/ Przewodniczący Naczelnej Komisji Rewizyjnej,

8/ Trzech członków Naczelnej Rady Lekarskiej,

w tym jeden lekarz dentysta, wybieranych w głosowaniu tajnym spośród członków NRL niebędących prezesami okręgowych rad lekarskich.

2. Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, Wiceprezesi Naczelnej Rady Lekarskiej, Przewodniczący Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich oraz Przewodniczący Komisji Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej tworzą Konwent Kapituły Odznaczenia.

§ 3.

Kapituła powołuje ze swojego składu i odwołuje w drodze tajnego głosowania Kanclerza oraz Sekretarza.

§ 4.

1. Wszczęcie postępowania o nadanie Odznaczenia następuje na podstawie złożonego wniosku.

2. Wnioski o nadanie Odznaczenia mogą składać członkowie i organy izb lekarskich.

3. Wzór wniosku o nadanie Odznaczenia stanowi załącznik nr 1 do Regulaminu.

4. Osoby, które otrzymały Odznaczenie, zwane dalej „Odznaczonymi”, mogą popierać kandydaturę, zgłoszoną we wniosku, o którym mowa w ust. 1, wystawiając list promocyjny. Wzór listu promocyjnego stanowi załącznik Nr 2 do Regulaminu.

5. Do zadań Konwentu Kapituły należy:

1/ przyjmowanie wniosków i ocena ich kompletności;

2/ dokonywanie analizy działalności kandydata;

3/ opiniowanie wniosku;

4/ przedstawianie Kapitułe wniosków wraz z opinią Konwentu Kapituły.

6. Kanclerz Kapituły przekazuje wniosek prezesowi właściwej okręgowej rady lekarskiej, celem zapoznania się, co najmniej na 7 dni przed posiedzeniem Kapituły.

7. Kanclerz Kapituły zaprasza na posiedzenie Kapituły osoby Odznaczone. Osoby te mają prawo wziąć udział w posiedzeniu Kapituły, bez prawa do udziału w głosowaniu.

8. Wnioski o nadanie Odznaczenia rozpatrywane są przez Kapitułę co najmniej raz w roku kalendarzowym i mogą być składane najpóźniej 2 tygodnie przed terminem posiedzenia Kapituły ogłoszonym przez Kanclerza w „Gazecie Lekarskiej” i na stronach internetowych NIL.

9. Wnioski dotyczące osób, które nie uzyskały odznaczenia w danym roku, mogą być składane ponownie w następnych latach.

§ 5.

1. Kapituła Odznaczenia zbiera się co najmniej jeden raz w roku na wniosek Kanclerza w celu rozpatrzenia złożonych wniosków i podjęcia uchwały o nadaniu Odznaczenia. Dla ważności jej uchwał niezbędna jest obecność co najmniej 2/3 osób z jej składu wymienionego w § 2 ust. 1 pkt 1-8.

2. Uchwała o nadaniu Odznaczenia jest podejmowana przez Kapitułę w drodze tajnego głosowania.

3. Odznaczenie przyznawane jest nie więcej niż 10 osobom, które uzyskały kolejno największą liczbę głosów, ale jednocześnie każda z nich musi uzyskać nie mniej niż ¼ ważne oddanych głosów.

4. Jeżeli liczbę głosów wystarczającą do zajęcia 10 miejsc uzyska więcej niż 1 osoba i w rezultacie ogólna liczba odznaczonych przekroczyłaby 10 osób, przeprowadza się dodatkowe głosowanie na listę osób, które uzyskały ww. liczbę głosów. W tym głosowaniu każdy członek Kapituły może oddać głos tylko na tylu kandydatów, ilu może otrzymać odznaczenie.

5. Kanclerz Kapituły lub osoba przez niego wyznaczona wręcza Odznaczenie w trakcie posiedzenia

Naczelnej Rady Lekarskiej lub na Krajowym Zjeździe Lekarzy.

§ 6.

1. Wzór opinii Konwentu Kapituły o kandydacie stanowi załącznik nr 3 do Regulaminu.

2. Wzór decyzji Kapituły stanowi załącznik nr 4 do Regulaminu.

Załączniki do Regulaminu są opublikowane na stronie www.nil.org.pl w rubryce „Dokumenty Naczelnej Rady Lekarskiej”.

UCHWAŁA Nr 16/18/P-VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 9 listopada 2018 r. w sprawie upoważnienia do zawarcia umowy na przygotowanie i wdrożenie elektronicznego systemu obsługi posiedzeń

Na podstawie art. 114 ust. 1 i 3 i art. 5 pkt 23 w zw. z art. 39 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. 2018, poz. 168) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Upoważnić Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – Andrzeja Matyję i Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej – Grzegorza Mazura do zawarcia z firmą Ad Vocem Grzegorz Kulik, umowy na przygotowanie i wdrożenie elektronicznego systemu obsługi posiedzeń, do kwoty 250 tys. złotych brutto (słownie: dwieście pięćdziesiąt tysięcy złotych).

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

ZASTĘPCA SEKRETARZA

Artur Drobniak

PREZES

Andrzej Matyja

UCHWAŁA Nr 17/18/P-VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 9 listopada 2018 r. w 100-lecie odzyskania niepodległości

W 100. rocznicę odzyskania niepodległości Naczelna Rada Lekarska składa hołd pamięci lekarzom, którzy swoją pracą zawodową i walką budowali zrębby niepodległości. O niepodległość walczyli i ginęli za nią przez 123 lata pokolenia naszych rodaków, w tym lekarze. Nasi poprzednicy lekarze, w tym nieocenieni Mistrzowie i Nauczyciele, nie ograniczali się tylko do wypełniania lekarskiego powołania, ale sprawowali wiele ważnych i odpowiedzialnych funkcji państwowych, samorządowych i społecznych. Znane są liczne przykłady lekarzy, którzy w walce o niepodległość złożyli ofiarę życia, wielu innych poniosło dotkliwe konsekwencje swej bohaterskiej postawy.

Naczelna Rada Lekarska wyraża też uznanie dla niezliczonej rzeszy Polaków, dla których niepodległość była upragnionym celem, których wysiłki i olbrzymie zaangażowanie godne są naszego wielkiego szacunku.

W tak ważnym momencie historii Państwa Polskiego wyrażamy nadzieję, że zarówno nam jak i następnym pokoleniom nie braknie determinacji w działaniach na rzecz obrony wolności i dalszego rozwoju umiłowanej Ojczyzny.

Nie ma wolności bez samorządności, sprawiedliwości i demokracji, a wolność nie jest nam dana raz na zawsze.

Niech ten świąteczny czas będzie początkiem odbudowy dobrych wzajemnych relacji, życzliwości i zrozumienia w naszych domach oraz w całym polskim społeczeństwie.

ZASTĘPCA SEKRETARZA

Artur Drobniak

PREZES

Andrzej Matyja

**UCHWAŁA Nr 18/18/P-VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 9 listopada 2018 r.
zmieniająca uchwałę w sprawie
terminów posiedzeń Naczelnej Rady
Lekarskiej w roku 2018**

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. 2018 poz. 168) uchwała się, co następuje:

§ 1.

W uchwale nr 20/17/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 10 listopada 2017 r. w sprawie terminów posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej w roku 2018 wprowadza się dodatkowo termin: 23 listopada 2018 r.

§ 2.

Nadzwyczajne posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 23 listopada 2018 r. zwołane zostaje celem wypracowania stanowiska w przedmiocie projektu przepisów zmieniających ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentysty opracowanego przez „Zespół ds. opracowania propozycji nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty” powołany zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2018 r.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

ZASTĘPCA SEKRETARZA PREZES
Artur Drobniak Andrzej Matyja

**UCHWAŁA Nr 19/18/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 9 listopada 2018 r.
w sprawie powołania członków Kapituły
odznaczenia „Meritus Pro Medicis”**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w związku z art. 5 pkt 13 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168) oraz § 2 ust. 1 pkt 8 regulaminu nadawania odznaczenia „Meritus Pro Medicis” stanowiącego załącznik do uchwały nr 15/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 9 listopada 2018 r. w sprawie regulaminu nadania odznaczenia „Meritus Pro Medicis” uchwała się, co następuje:

§ 1.

Na członków Kapituły odznaczenia „Meritus Pro Medicis” na czas VIII kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej powołuje się:

- 1) Kol. Łukasz Wojnowski (lekarz)
- 2) Kol. Ryszard Kępa (lekarz)
- 3) Kol. Małgorzata Lindorf (lekarz dentysta)

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

ZASTĘPCA SEKRETARZA PREZES
Artur Drobniak Andrzej Matyja

**UCHWAŁA Nr 20/18/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 9 listopada 2018 r.
w sprawie terminów posiedzeń Naczelnej
Rady Lekarskiej w roku 2019**

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522, z późn. zm.), uchwała się, co następuje:

§ 1.

Ustala się terminy posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej w roku 2019:
25 stycznia, 22 marca, 30-31 maja, 28 czerwca, 6 września, 18 października, 22 listopada, 20 grudnia.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

ZASTĘPCA SEKRETARZA PREZES
Artur Drobniak Andrzej Matyja

**STANOWISKO Nr 9/18/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 9 listopada 2018 r.
w sprawie dezaprobaty dla publicznych
wypowiedzi Wiceprezesa Rady Ministrów,
Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego
Jarosława Gowina, podważających zaufanie
do lekarzy i lekarzy dentystów**

Naczelna Rada Lekarska wyraża dezaprobatę dla publicznej wypowiedzi Wiceprezesa Rady Ministrów, Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego Jarosława Gowina, dotyczącej nieprawidłowości orzekania przez lekarzy i lekarzy dentystów o czasowej niezdolności do służby z powodu choroby w związku z masowymi zwolnieniami lekarskimi policjantów.

Wypowiedź Wicepremiera Jarosława Gowina, udzielona dla Polsat News w dniu 8 listopada 2018 r., w sposób nieuzasadniony podważa zaufanie do lekarzy i lekarzy dentystów.

ZASTĘPCA SEKRETARZA PREZES
Artur Drobniak Andrzej Matyja

**STANOWISKO Nr 10/18/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 9 listopada 2018 r.
w sprawie projektu ustawy o szczególnych
rozwiązaniach służących realizacji ustawy
budżetowej na rok 2019**

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2019, nadesłanym przy piśmie pana Dariusza Salamończyka – Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 18 października 2018 r., znak: GMS-WP-173-281/18, nie zgłasza uwag do przedmiotowego projektu.

ZASTĘPCA SEKRETARZA PREZES
Artur Drobniak Andrzej Matyja

**STANOWISKO Nr 11/18/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 9 listopada 2018 r.
w sprawie projektu ustawy zmieniającej
ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach
opieki zdrowotnej finansowanych ze środków
publicznych oraz niektórych innych ustaw**

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z rządowym projektem zmieniającej ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, przesłanym przy piśmie Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 18 października 2018 r., znak: GMS-WP-173-282/18, nie zgłasza uwag do przedmiotowego projektu.

ZASTĘPCA SEKRETARZA PREZES
Artur Drobniak Andrzej Matyja

**STANOWISKO Nr 12/18/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 9 listopada 2018 r.
w sprawie pseudonaukowych metod
zwalczania chorób oraz wzywania
do zaniechania korzystania ze świadczeń
opieki zdrowotnej**

Naczelna Rada Lekarska wyraża głębokie zaniepokojenie nasilającą się działalnością osób i instytucji propagujących i oferujących pseudonaukowe metody diagnozowania i zwalczania chorób, a także dezawgujących metody leczenia o udowodnionej skuteczności. Obserwujemy narastające zjawisko propagowania i oferowania metod diagnozowania i zwalczania chorób, które nie mają żadnej udowodnionej skuteczności leczniczej,

a zwalczających metody o udowodnionej skuteczności. Zjawisko to przybiera na sile m.in. dzięki stosunkowo łatwej możliwości dotarcia do odbiorcy tego rodzaju usług za pośrednictwem mediów społecznościowych.

Obserwujemy także próbę budowy równoległej sieci dystrybucji substancji o rzekomym działaniu leczniczym w najniebezpieczniejszych schorzeniach, dotyczących przede wszystkim dzieci.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej nie budzi wątpliwości, że tego rodzaju działalność wykazuje wysoki stopień szkodliwości społecznej. Po pierwsze dlatego, że zmierza do podważenia zaufania pacjentów do lekarzy i metod leczenia o udowodnionej skuteczności, opiera się na całkowicie bezzasadnym obwinianiu lekarzy za nieprzyjmowanie tych metod do leczenia, a co za tym idzie o wszelkie niepowodzenia procesu leczniczego, których rzekomo można było uniknąć. Po drugie, często skutkuje to tym, że pacjenci odpuszczają od korzystania ze świadczeń zdrowotnych oferowanych przez osoby wykonujące zawody medyczne i wybierają terapie niemające żadnej potwierdzonej naukowo skuteczności. W rezultacie tych działań pacjenci są narażeni na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty zdrowia i życia.

Dzieje się to przy niezrozumiałej bierności organów ścigania, odpowiedzialnych za ochronę obywateli.

Samorząd lekarski uważa, że organy państwowe powinny podjąć zdecydowane kroki, aby nie dopuszczać do prowadzenia tego rodzaju działalności, która w jaskrawy sposób narusza interes społeczny, prowadząc też do marnotrawstwa środków publicznych. W trosce o dobro obywateli powinno się wykorzystywać wszelkie istniejące mechanizmy prawne do celu piętnowania i zwalczania tego zjawiska.

ZASTĘPCA SEKRETARZA PREZES
Artur Drobniak Andrzej Matyja

**STANOWISKO Nr 13/18/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 9 listopada 2018 r.
w sprawie Święta 12 listopada**

W związku z uchwaleniem przez Sejm dnia 7 listopada 2018 roku ustawy o Święcie Narodowym z okazji Setnej Rocznicy Odzyskania Niepodległości Rzeczypospolitej Polskiej, ustanawiającej 12 listopada 2018 roku dniem wolnym od pracy, jako przedstawiciele samorządu lekarskiego, wyrażamy nasz stanowczy sprzeciw wobec dyskryminacji pracowników ochrony zdrowia. Rocznicą odzyskania niepodległości jest dniem wyjątkowym dla wszystkich Polek i Polaków. Dlatego trudno nam zaakceptować fakt, że wspomniana ustawa wyklucza z obchodów m.in. środowisko lekarskie poprzez zapis w brzmieniu: „Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia opieki zdrowotnej w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej udzielane na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.), które mają być udzielone w dniu 12 listopada 2018 r. w godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, są udzielane w dniu 12 listopada 2018 r. według zaplanowanej na ten dzień kolejności zgłoszenia.”.

Przypominamy politykom, że pracownicy ochrony zdrowia są pełnoprawnymi obywatelami państwa polskiego. Jesteśmy Polakami i mamy takie samo prawo jak pozostali obywatele świętować tak ważną rocznicę. W obecnym kształcie ustawy prawa te zostały zignorowane. Ustawą w takim brzmieniu władza ustawodawcza zepchnęła lekarzy, pielęgniarki, diagnostów, ratowników medycznych, fizjoterapeutów, techników medycznych, asystentki i higienistki dentystyczne, rejestratorki medyczne, pracowników niższego pionu i wielu innych pracowników obsługi technicznej do drugiego szeregu.

ZASTĘPCA SEKRETARZA PREZES
Artur Drobniak Andrzej Matyja

**APEL Nr 2/18/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 9 listopada 2018 r.
do Ministra Sprawiedliwości
o nowelizację przepisów dotyczących
wynagradzania i odpowiedzialności biegłych
sądowych z zakresu medycyny**

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Sprawiedliwości o pilną nowelizację przepisów dotyczących zasad wynagradzania biegłych sądowych z zakresu medycyny, tak aby zapewnić biegłym wynagrodzenie adekwatne do nakładu pracy i wiedzy potrzebnej do wydania ekspertyzy oraz wnosi o uchylenie lub złagodzenie przepisów przewidujących odpowiedzialność karną biegłych sądowych.

Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę, że jednym z najpoważniejszych problemów polskiego wymiaru sprawiedliwości w sprawach wymagających specjalistycznej wiedzy medycznej jest pozyskanie biegłych sądowych, którzy w natłoku obowiązków zawodowych, obowiązków administracyjno-biurowych sporządzających obecnie na barkach każdego lekarza wyrażają gotowość do wydawania opinii na rzecz organów wymiaru sprawiedliwości. Niewielka liczba biegłych powoduje, że terminy oczekiwania na wydawanie opinii są bardzo długie, co sprawia, że orzeczenia sądowe nie mogą zapaść w rozsądnym i akceptowalnym dla uczestników postępowania terminie. Z problemami tymi borykają się wszystkie organy wymiaru sprawiedliwości – tak prokuratura, jak i sądy. W ocenie samorządu lekarskiego poprawa tego stanu rzeczy wymaga szeroko zakrojonych zmian legislacyjnych zmierzających do poprawy warunków, w jakich biegli wykonują pracę. Dla zachęcenia lekarzy specjalistów do wydawania opinii na zlecenie organów wymiaru sprawiedliwości konieczna jest zarówno zmiana zasad wynagradzania biegłych z zakresu medycyny, jak również uchylenie przepisów kodeksu karnego, które stwarzają u lekarzy obawę poniesienia nieadekwatnie surowej odpowiedzialności karnej w związku z wykonywaniem zadań biegłego.

Naczelna Rada Lekarska wskazuje, że obecnie wynagrodzenie biegłych jest obliczane na podstawie współczynnika od 1,28% do 1,81% kwoty bazowej dla osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe, której wysokość określa ustawa budżetowa. Biorąc pod uwagę ustawę budżetową na 2018 r. wynagrodzenie za godzinę pracy biegłego z zakresu medycyny wynosi od 22,90 zł do 32,38 zł. Samorząd lekarski postuluje głęboką reformę zasad wynagradzania biegłych sądowych z zakresu medycyny, ponieważ wymienione powyżej stawki wynagrodzenia nie są adekwatne do wymiaru zadań i odpowiedzialności spoczywającej na biegłych sądowych z zakresu medycyny. Należy podkreślić, że sprawy, w których sąd zasięga opinii biegłych z zakresu medycyny, to zwykle sprawy dużej wagi czy to ze względu na dużą wartość sporu, czy szczególnie ważny interes stron postępowania, który podlega ocenie przez sąd (np. w sprawach o zadośćuczynienie za ciężki uszczerbek na zdrowiu). Zbyt niskie stawki wynagrodzenia biegłych sądowych z zakresu medycyny nie pozwalają sądom i prokuratorom na pozyskanie wysokiej klasy specjalistów do wydania opinii w tego rodzaju sprawach. W celu realizacji niniejszego apelu postuluje się nowelizację m.in. rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 kwietnia 2013 r. w sprawie określenia stawek wynagrodzenia biegłych, tariff zryczałtowanych oraz sposobu dokumentowania wydatków niezbędnych dla wydania opinii w postępowaniu cywilnym (Dz.U. z 2013 r. poz. 518) oraz rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 kwietnia 2013 r. w sprawie określenia stawek wynagrodzenia biegłych, tariff zryczałtowanych oraz sposobu dokumentowania wydatków niezbędnych dla wydania opinii w postępowaniu karnym (Dz.U. z 2017 r. poz. 2049).

Naczelna Rada Lekarska wskazuje, że biegli sądowi z zakresu medycyny powinni być wynagradzani co najmniej według stawek obliczonych na podstawie apelu nr 7 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 maja 2016 roku do Ministra Zdrowia w sprawie minimalnego wynagrodzenia dla lekarza i lekarza denty, który przewiduje, że lekarz specjalista powinien otrzymywać wynagrodzenie zasadnicze w wysokości 3-krotnej średniej krajowej. Na tej podstawie należy ustalić wysokość wynagrodzenia za godzinę pracy biegłego – lekarza specjalisty.

Naczelna Rada Lekarska postuluje również wprowadzenie negocjacyjnego systemu ustalania wynagrodzenia biegłych sądowych z zakresu medycyny. Lekarz powołany do sporządzenia opinii w postępowaniu cywilnym lub karnym powinien mieć możliwość uzgodnienia z góry z organem procesowym ryczałtowej stawki wynagrodzenia za sporządzenie opinii przy uwzględnieniu przewidywanego nakładu pracy niezbędnego do wydania opinii, stopnia skomplikowania materii, której opinia dotyczy oraz wagi rozstrzyganej sprawy. Nie zawsze bowiem wynagrodzenie liczone według stawki godzinowej zapewni prawidłową wycenę wysiłku i wiedzy biegłego.

Samorząd lekarski uważa również za konieczne uchylenie obowiązującego od 2016 r. art. 233 § 4a przepisu kodeksu karnego, który przewiduje odpowiedzialność karną za nieumyślne przedstawienie przez biegłego fałszywej opinii. Wprowadzenie tego przepisu do kodeksu karnego mogło przyczynić się do odejścia biegłych lub zniechęcenia do podjęcia obowiązków biegłego sądowego przez wielu specjalistów z uwagi na zwiększone poczucie ryzyka osobistej odpowiedzialności za wydawane w dobrej wierze opinie. W art. 233 § 4a kodeksu karnego nie wytyczono ścisłej granicy między opinią biegłego nieumyślnie fałszywą a opinią niekompletną, nierzetelną czy niezawierającą odpowiedzi na wszystkie postawione przez sąd pytania. Wobec wątpliwości co do wykładni tego przepisu i braku jednolitej linii orzeczniczej sądów co do jego stosowania, istnieje obawa, że wydanie w dobrej wierze opinii, która zostanie zakwestionowana przez innego biegłego wyrażającego odmienne stanowisko w sprawie lub nawet istnienie pewnych drobnych uchybień w opinii może spowodować próbę pociągnięcia biegłego do odpowiedzialności karnej za nieumyślne przedstawienie fałszywej opinii.

Ponadto w ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej jednym z elementów koniecznych do rozważenia przy zmianach zasad opiniowania sądowo-lekarskiego jest złagodzenie odpowiedzialności karnej biegłych przewidzianej w art. 233 § 4 kodeksu karnego. Na mocy ustawy z dnia 11 marca 2016 r. o zmianie ustawy - Kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2016 r. poz. 437) zaostrzono odpowiedzialność karną biegłego za przedstawienie fałszywej opinii – górna granica zagrożenia karą za to przestępstwo została zwiększona z 3 lat pozbawienia wolności aż do 10 lat pozbawienia wolności. Nadmierna restrykcyjność przepisów karnych związanych z wykonywaniem zawodu biegłego przy niskich wynagrodzeniach biegłych z zakresu medycyny nie zachęca lekarzy do wykonywania funkcji biegłego sądowego.

ZASTĘPCA SEKRETARZA
Artur Drobniak

PREZES
Andrzej Matyja

**APEL Nr 3/18/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 9 listopada 2018 r.
do Ministra Rodziny, Pracy i Polityki
Społecznej oraz do Ministra Zdrowia
w sprawie uchylenia obowiązku wystawiania
zwolnień lekarskich wyłącznie w formie
elektronicznej**

Naczelna Rada Lekarska apeluje o pilne podjęcie działań legislacyjnych zmierzających do uchylenia obowiązku

wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby wyłącznie w formie elektronicznej i pozostawienie możliwości wystawiania zaświadczeń także w postaci papierowej.

Na mocy przepisów o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa od 1 grudnia 2018 r. zaświadczenia lekarskie mają być wystawiane wyłącznie w formie elektronicznej. Wprowadzenie obowiązku postępowania się wyłącznie elektroniczną wersją zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy spowoduje szereg utrudnień zarówno dla lekarzy, jak i przede wszystkim dla pacjentów, którzy po 1 grudnia 2018 r. mogą mieć ograniczoną możliwość uzyskania takiego zaświadczenia. Informatyzyzacja czynności, których lekarz w ogóle nie powinien wykonywać, takich jak ustalenie czy pacjent jest ubezpieczony, gdzie i w ilu miejscach pracuje, czy żyje sobie wydruk, to – podobnie jak ustalenie poziomu refundacji leku – czynności, które skracają czas, jaki lekarz może poświęcić pacjentowi. W sytuacji niedoboru kadry medycznej oraz intensywnego starzenia się społeczeństwa każda procedura, która odrywa lekarza od jego rzeczywistej pracy (leczenia pacjentów), winna być ponownie rozważona pod kątem elementarnej efektywności dla procesu leczenia pacjentów, a nie korzyści dla ZUS, NFZ czy innych instytucji.

Biorąc pod uwagę wydatki, które lekarz musi ponieść na zakup urządzeń niezbędnych do wystawiania zaświadczeń w postaci elektronicznej oraz uwzględniając trudności w korzystaniu z elektronicznego systemu przez lekarzy w wieku emerytalnym, samorząd lekarski wskazuje, że spowoduje to odczuwalne dla pacjentów zmniejszenie liczby lekarzy wystawiających zaświadczenia. Naczelna Rada Lekarska wskazuje, że przeszkodą do wprowadzenia wyłącznie elektronicznej formy zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy jest także to, że na wielu obszarach kraju brak jest dostępu do sieci teleinformatycznej, co uniemożliwia wystawianie e-zwolnień w czasie wizyt w domu pacjenta.

Naczelna Rada Lekarska podnosi jednocześnie, że poważne zastrzeżenia budzą aktualne zasady przyznawania pomocy publicznej na dofinansowanie zakupu urządzeń informatycznych i oprogramowania służących do wystawiania elektronicznych zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy, które z prawa do tej pomocy wyłączają wielu lekarzy i lekarzy denty. Wbrew zapisom ustawy z dnia 13 września 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia w zarządzeniu nr 115/2018/DEF z dnia 6 listopada 2018 r. przyznaje prawo do dotacji tylko świadczeniodawcom realizującym umowę z NFZ w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Lekarze, którzy nie realizują świadczeń w ramach POZ, nie mogą liczyć na pomoc finansową państwa na wprowadzenie narzędzi informatycznych.

Dostrzegając powyższe przeciwwskazania do likwidacji tradycyjnej formy wystawiania zwolnień po dniu 30 listopada 2018 r. Naczelna Rada Lekarska apeluje, aby obie formy wystawiania zwolnień lekarskich funkcjonowały równolegle.

Naczelna Rada Lekarska jednocześnie po raz kolejny przypomina, że wystawianie zwolnień lekarskich w systemie ubezpieczeń społecznych cały czas odbywa się na zasadach nieodpłatnego świadczenia przez lekarzy pracy na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i istnieje realna potrzeba modyfikacji obecnej sytuacji.

ZASTĘPCA SEKRETARZA
Artur Drobniak

PREZES
Andrzej Matyja

Stentgraft przez koniuszek serca

Lekarze Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II w Krakowie wykonali pierwszy w Polsce zabieg przezkoniuszkowej implantacji stentgraftu do aorty piersiowej. Pacjentka trafiła do szpitala w bardzo ciężkim stanie i niemożliwa była operacja metodą standardową.

● **LIDIA SULIKOWSKA**

Zadania podjął się wielospecjalistyczny zespół w składzie: **Robert Sobczyński (kardiochirurg), Jarosław Trębacz (kardiolog interwencyjny), Mariusz Trystuła i Marek Kazibudzi (chirurdzy naczyniowi), przy wsparciu zespołu anestezjologicznego kierowanego przez Roberta Musiała.** Zabieg przeprowadzono w Oddziale Chirurgii Naczyń z Pododdziałem Zabiegów Endowaskularnych krakowskiej placówki.

INACZEJ NIŻ ZWYKLE

U chorej przyjętej w trybie pilnym zdiagnozowano obecność dużego, objawowego, podejrzanego o pęknięcie tętniaka aorty piersiowej zstępującej, uciskającego na serce i płuca. Ponadto pacjentka miała m.in. niedrożne, wykrzepione tętnice biodrowe i aortę brzuszną oraz była bardzo obciążona kardiologicznie i oddechow. – Niedrożność aorty brzusznej uniemożliwiała nam wszczęcie stentgraftu do aorty piersiowej standardową drogą, wykorzystywaną przez chirurgów naczyniowych, czyli od strony tętnic udowych, biodrowych i aorty brzusznej. Nie mogliśmy też wykonać operacji otwartej przez aortę brzuszną, bo pacjentka była w bardzo złym stanie ogólnym, z frakcją wyrzutową serca na poziomie 25 proc. Trzeba było działać inaczej

– tłumaczy Mariusz Trystuła. Z pomocą przyszedł zespół kardiochirurgiczno-kardiologiczny. – Wykorzystaliśmy ich ogromne doświadczenie w przezkoniuszkowej implantacji zastawek aortalnych TAVI. To była jedyna możliwa opcja dojścia, którą można było spróbować wszczepić stentgraft – dodaje Mariusz Trystuła.

KLUCZOWY MOMENT

Lekarze nie mieli wiele czasu na przygotowania. Do zabiegu doszło w dwa dni od przyjęcia kobiety na oddział. Jak wyglądała operacja? – Stentgraft musiał przejść przez koniuszek i lewą komorę serca, zastawkę aortalną, aż do aorty piersiowej zstępującej. Po drodze czekały na nas wszczępione w przeszłości protezy naczyniowe w aorcie i łuku aorty, ponadto tętnice w wielu miejscach były niedrożne, a tkanki osłabione. Newralgiczne było odpowiednie przygotowanie koniuszka. Musiałem wypreparować to miejsce i założyć specjalne szwy, co miało zabezpieczyć drogę wejścia stentu i zapobiec rozległemu krwotokowi. Niestety serce pacjentki było w zrostach, granice anatomiczne zatarte. Nie przypominam sobie tak skomplikowanej preparacji koniuszka. To był trudny moment – opowiada Robert Sobczyński. – Wyzwaniem była także sama implantacja stentu, bo ze względu na niedrożność tętnic

udowej i promiennej nie mogliśmy wprowadzić tamtą drogą cewników, za pomocą których moglibyśmy podawać kontrast i obserwować miejsce osadzenia protezy. Trzeba było założyć cewniki i podać kontrast przez koniuszek serca, a następnie koledzy chirurdzy zaimplantowali stentgraft, kierując się markerami kostnymi – dodaje Robert Sobczyński.

PRZEKRACZANIE GRANIC

Lekarze przyznają, że podjęli ogromne ryzyko, ale zdecydowali się na nie, bo istniało bezpośrednie zagrożenie życia i bez interwencji chora na pewno by nie przeżyła. – Uznaliśmy, że lepiej podjąć tę próbę, niż nie robić nic. Na szczęście operacja przebiegła pomyślnie – przyznaje Mariusz Trystuła. – Koledzy chirurdzy naczyniowi na co dzień wszczepiają stentgrafty aorty piersiowej, ja z drem Robertem Sobczyńskim implantujemy przezkoniuszkowe zastawki aortalne. Dzięki połączeniu naszych umiejętności i dostępowi do wysokiej klasy sprzętu udało się przeprowadzić ten zabieg. Dokonaliśmy czegoś, co osobno byłoby nie do zrealizowania – podkreśla Jarosław Trębacz. Według danych zebranych przez krakowski szpital, dotychczas w piśmiennictwie światowym opisanych zostało tylko dziewięć tego rodzaju zabiegów, z czego żaden z naszego kraju. ○



Zdjęcia i film z zabiegu
na www.gazetalekarska.pl

Kolejka nie chce być krótsza

– Tu w rogu jest kamera, obserwują nas. Pan nie myśli, że o nas zapomnieli. Widzą – mówi jeden z pacjentów do mężczyzny, siedzącego tuż obok. – Gość siedzi już 4 godziny, to brać go do środka. A jak krócej, to niech jeszcze czeka... – odpowiada ten drugi. – Tu jest wspaniała meta dla bezdomnego. Może 12 godzin czekać, to się przekimie – rozmowa się rozkręca.



📍 MARTA JAKUBIAK, LIDIA SULIKOWSKA

Po drugiej stronie, za drzwiami szpitalnego oddziału ratunkowego, toczy się nieprzerwana, ciężka praca. W poczekalni z kolei trwa w najlepsze oblężenie przez pacjentów, którzy tak naprawdę nie znajdują się w nagłym, poważnym stanie i sytuacji zagrożenia życia. Taki obrazek obserwujemy na SOR-ach i izbach przyjęć od lat.

Problem miał zniknąć przy okazji wprowadzania systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), projektu potocznie nazywanego siecią szpitali. Ustawa wdrażająca ten pomysł w życie zmieniła m.in. organizację nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

I tak, od 1 października 2017 r. zdecydowana większość szpitali prowadząca SOR lub izbę przyjęć musi także udzielać porad w ramach NiŚOZ. Ówczesny minister zdrowia Konstanty Radziwiłł obiecywał, że takie rozwiązanie znacznie skróci czas oczekiwania na SOR-ach, bo lżej chory pacjent trafi do punktu nocnej opieki prowadzonego przez szpital.

Miała nadejść rewolucja, niestety, tłumy jak były, tak są. Obecny minister zdrowia Łukasz Szumowski kilka miesięcy temu zaproponował więc udoskonalenie idei swojego poprzednika. Zapowiadał, że należy nakazać szpitalom, by prowadziły punkty nocnej opieki blisko SOR-u. Obecnie takiego wymogu nie ma, co ponoć utrudnia odesłanie tam chorego.

▲ **Wejścia do SOR-ów w warszawskim szpitalu przy ul. Lindleya i Szpitalu Bielańskim (od lewej).**

Co ciekawe, gdy dopytujemy Ministerstwo Zdrowia, czy wprowadzenie takiego przepisu faktycznie jest planowane, okazuje się, że wśród propozycji zmian w organizacji NiŚOZ¹, nie ma go – Projektowana ustawa nie wprowadza obligatoryjności prowadzenia punktów NiŚOZ w tych samych pomieszczeniach co izba przyjęć lub SOR – w połowie listopada zapewnił nas rzecznik prasowy ministra zdrowia, jednocześnie zaznaczając, że ww. projekt może jeszcze ulec zmianom, w wyniku uwag zgłoszonych w toku konsultacji i uzgodnień.

Czy to jednak ma w ogóle jakiegokolwiek znaczenie? Postanawiamy sprawdzić, czy bliskość nocnej opieki istotnie wpływa na skrócenie kolejki w SOR-ze. Po lupę bierzemy kilka warszawskich szpitali.



▲ Po północy oczekujących w poczekalni wyraźnie dopada już znużenie (SOR w SPCSK).

TAK JEST CODZIENNIE

Godzina 19.00. Podjeżdżamy na parking największego szpitala samorządu warszawskiego. Mowa oczywiście o Szpitalu Bielańskim, położonym między ulicami Ceglowską i Marymoncką. Kierujemy się w stronę SOR-u. W poczekalni ponad 20 osób. Trzy stanowiska rejestracji, wszystkie pracują. Przy jednym z nich od razu w oczy rzuca się młody człowiek z rozbitym nosem. Przy drzwiach oddzielających poczekalnię od szpitalnego oddziału ratunkowego stoi pan z ochrony – wpuszcza i wypuszcza ludzi. – Z tym numerkiem będzie pan proszony na SOR – rejestratorka informuje mężczyznę. – Z dzieckiem z gorączką to tu? – zaraz po nim podchodzi zdenerwowany ojciec. – Nie, nie tu, z drugiej strony – słyszy w odpowiedzi.

Do okienka podchodzi już kolejna osoba. – Ja z mamą. Ma atak woreczka żółciowego. Ledwo dojechałyśmy. Już dwa razy wzywałyśmy pogotowie, ale nie chciało zabrać mamy do szpitala – informuje zdenerwowana córka. Chwilę po tym, jak odeszła od okienka rejestracji, otwierają się drzwi i pan z ochrony woła: 475. Córka z matką kierują się w jego stronę. – Wchodzi tylko pacjentka – informuje i zdecydowanie zakazuje córce przejścia dalej.

W tym czasie jakaś zniecierpliwiona kobieta podchodzi do rejestracji i pyta, dlaczego tak długo się czeka. – Tak jest codziennie, przywiozą pacjentów z karettek i korek się robi – uspokaja rejestratorka. – 460 – wywołany zostaje kolejny pacjent, ten z rozbitym nosem.

– Lekarz z przychodni skierował mnie tu z zapaleniem ucha środkowego – mówi młoda dziewczyna przy jednym z okienek z rejestracji i podaje paszport. – Karta pobytu wystarczy – odpowiada pani rejestratorka.

Z SOR wychodzi 460. – W środku jest dużo ludzi, dlatego będę musiał czekać co

najmniej godzinę – informuje. – 456 – woła ochroniarz. – Doczekała się pani – dodaje z uśmiechem i wpuszcza kolejną osobę na oddział. – 481 do gabinetu A1 – tym razem wywołuje rejestratorka. – 480 – woła pan z ochrony. Ruch jak w ulu.

Przenosimy się nieco bliżej rejestracji. Na jednej z umieszczonych tam tablic znajduje się informacja:

„Szpitalny Oddział Ratunkowy

1) udziela świadczeń osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych;

2) ustala kolejność udzielania pomocy na podstawie wstępnej oceny medycznej (TRIAŻ),

3) SOR nie zastępuje lekarza POZ i poradni specjalistycznych, dlatego prosimy o rzetelną analizę powodów, dla których korzystacie Państwo z naszego SOR. W ten sposób pomożecie sobie i innym.”

Idziemy do położonej w budynku obok nocnej i świątecznej opieki lekarskiej. O dziwo, w poczekalni jedna osoba. Cisza i spokój. Jakby nikt nie potrzebował pomocy lekarza.

JAKI JA MAM KOLOR?

Ten sam wieczór, godzina 21.45. Wchodzimy do Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus mieszczącego się przy ul. Lindleya. W poczekalni SOR około 14 osób. Najbliższe punkty nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej znajdują się 2-3 kilometry od szpitala.

– Tu w rogu jest kamera, obserwują nas. Pan nie myśli, że o nas zapomnieli. Widzą – mówi jeden z pacjentów do mężczyzny, siedzącego tuż obok. – Gość siedzi już 4 godziny, to brać go do środka. A jak krócej, to niech jeszcze czeka. Powinni lojalki podpisywać, żeby pracowali w jednym miejscu,

to by nie było takich scen – odpowiada ten drugi. – Pomachaj pan do kamery, że już szóstą godzinę pan czeka – dodaje inny. – Możemy do 12 godz. czekać – wyjaśnia kolejny. Wygląda, że już zdążyli się nieco polubić. Nie ma się co dziwić, spędzają tu już wspólnie trochę czasu. – Tu jest wspaniała meta dla bezdomnego. Może 12 godz. czekać, to się przekimie, byle by nie śmierdział, bo go ludzie wyrzucą, a tak to spokojna, ciepła przechowalnia – rozmowa się rozkręca.

Pacjenci na tutejszym SOR wzywani są na dwa sposoby: albo otwierają się drzwi i ktoś zaprasza do środka, albo rejestratorka wskazuje osobę, która dzwoni domofonem i czeka, żeby ktoś otworzył drzwi i wpuścił na oddział. Czasem też inicjatywę przejmują sami oczekujący. – Pan weźmie i zadzwoni na domofon. Pewnie karta jest na dole i zapomnieli, bo biorą te z góry – słyszymy rozmowę.

W ciągu pół godziny przyszło trzech nowych pacjentów. Lekarz prosi jednego z nich, który kilka minut wcześniej zgłosił się do rejestracji. Rozmowy cichną. To kolejny etap oczekiwania. Nikt nie rozmawia. Jest nadzieja, że znowu kogoś wezmą. Z SOR wychodzi starsza pani z ręką w gipsie. – Będzie operacja, zostaje w szpitalu – informuje córkę. – Czy jest pani w stanie pójść na oddział? – głośno pyta pani z rejestracji. – Chodzić mogę, nie mogę tylko ręką ruszać – odpowiada, co rozbawia innych, którzy stali się już taką kolejkową wspólnotą.

– Jaki ja mam kolor? Jeżeli zielony, to już powinienem wejść, a jeżeli niebieski, to chyba powinienem iść do domu, bo nie ma co czekać... – głośno pyta poirytowany pacjent, stojąc przed tablicą informującą o czasie oczekiwania, na której wyraźnie napisano: czerwony – niezwłocznie, żółty – do 60 min., zielony – do 240 min., niebieski – do 360 min. Do poczekalni wchodzi

mężczyzna, który przed chwilą wyszedł zacerpnąć świeżego powietrza i ostudzić emocje. – Drogowcy pasy zdążyli już pomalować. Zwijają pacholki – informuje pozostałych, jakby chciał im powiedzieć, że na zewnątrz życie toczy się dalej, ale dla nich czas się zatrzymał.

NIE, NIE BYŁO BEZDOMNEGO

Godzina 23.30. W poczekalni SOR Samodzielnego Publicznego Centralnego Szpitala Klinicznego na warszawskiej Ochocie (to największy szpital kliniczny w Polsce), czeka ok. 12 osób. Działa jedno stanowisko rejestracyjne. Nie ma kolejki do rejestracji. Dwoje młodych ludzi podnosi się z krzesełek i kieruje w stronę wyjścia. – Wychodzicie? – pyta mężczyzna siedzący przy drzwiach. – Tak, to jakaś tragedia, czekamy tu już ponad sześć godzin. To jest bez sensu – odpowiada dziewczyna. Przez dłuższą chwilę nic się nie dzieje. – Zajęte? – pyta nieoczekiwanie mężczyzna z ochrony szpitala, szarpiąc za klamkę męskiej toalety. Nie widział pan, kto wszedł do środka? Nie jakiś bezdomny? Czasem się tu zamykają, żeby przetrwać noc – wyjaśnia. – Nie, nie było tu bezdomnego – odpowiada siedzący najbliżej. Nadchodzi północ. Drzwi szpitalnego oddziału ratunkowego otworzyły się tylko raz, gdy poproszono jedną z pacjentek. W poczekalni sennie i cicho. Trudno się dziwić, przecież godzina już późna.

DWA W JEDNYM

Czy w związku z udzielaniem przez szpital nocnej i świątecznej opieki lekarskiej zmniejszyły się kolejki oczekujących na pomoc w SOR? – pytamy w Szpitalu Bielańskim. – Kolejki nie zmniejszyły się, wręcz przeciwnie – ilość pacjentów kierowanych z NPL do SOR znacznie wzrosła – opowiada Dymitr Książek, ordynator tutejszego szpitalnego oddziału ratunkowego. Uważa, że jest

to spowodowane umiejscowieniem NPL przy SOR (na terenie szpitala), co znacznie ułatwia przesyłanie pacjentów. – Pacjent musi przejść 12 m, aby znaleźć się na SOR. Nagminne jest kierowanie na badania pacjentów, którzy wymagają tylko i wyłącznie porady ambulatoryjnej, gdyż lekarz NPL nie potrafi lub nie chce dokładnie zbadać pacjenta i podjąć decyzji. Obecność NPL przy SOR zwalnia go z odpowiedzialności za pacjenta – ocenia. 95 proc. pacjentów kierowanych z NPL do SOR po poradzie lekarskiej wypisywanych jest do domu. To generuje potężne straty dla szpitala.

Czy rejestracja SOR odsyła pacjentów do NPL? – Tak. Odsyłanych jest około 3 proc. pacjentów. Opracowałem wytyczne dla rejestratorów medycznych dotyczące objawów, z którymi zgłasza się pacjent, niekwalifikujących go do pobytu w szpitalu, wymagających weryfikacji przez lekarza NPL – informuje. Czy po wprowadzeniu sieci szpitali wymóg prowadzenia przez szpital zarówno SOR, jak i nocnej opieki to dobre rozwiązanie? – Jest to rozwiązanie fatalne. NPL jest przedłużeniem POZ – przychodni. Dlatego też NPL powinien podlegać tylko i wyłącznie pod przychodnię. Podleganie NPL pod szpital spowodowało tylko wzrost liczby pacjentów rejestrowanych na SOR, czyli obciążenie szpitala – ocenia. Pacjent który mógłby zostać obsłużony w NPL w ciągu 20-30 min, na SOR spędza co najmniej 6-8 godz., czekając na konsultację lekarską, plus 2 godz. czeka na badania.

Jak więc skrócić kolejki w SOR-ach? – Potrzebna jest reorganizacja POZ. ZOZ-y powinny podlegać bezpośrednio pod dyktando szpitala w swoim rejonie. Takie rozwiązanie już było i spełniało swoją funkcję. Dyrektor szpitala miał wgląd w pracę swojego POZ, jego finanse, przepływ pacjentów. Lekarze z oddziałów szpitalnych, mając zagwarantowany ustawowo bezpośredni

FAKT

System PSZ nie dał rady kolejkom.

kontakt z lekarzem POZ, mogli mieć pieczę nad swoimi pacjentami, których prowadzili na oddziale. Wtedy zachowana jest ciągłość opieki, przestaje istnieć problem z rehospitalizacją w ciągu miesiąca. Pieniądże idące za pacjentem, są przy nim, a nie są roztrwaniane na powtórny diagnostykę de novo na SOR. Pacjent prowadzony przez lekarza POZ w porozumieniu z lekarzem szpitalnym nie będzie trafiał na szpitalny oddział ratunkowy z powodu zaostrzeń podstawowych chorób raz na miesiąc, tylko raz, dwa razy do roku – ocenia Dymitr Książek. Jego zdaniem punkt NPL nie może być umiejscowiony blisko SOR. Powinien być w każdej przychodni. NPL przy SOR oznacza brak pacjentów w NPL, przeładowanie na SOR.

W WOŁOMINIE TEŻ KOLEJKI

– Po wprowadzeniu sieci szpitali mamy jeszcze więcej pacjentów, zarówno w SOR, jak i w punkcie nocnej pomocy lekarskiej. Przyjeżdżają do nas pacjenci z Warszawy, bo tam, jak mówią, jest jeszcze trudniej uzyskać pomoc. Przekaz do pacjentów był prosty – potrzebujesz pomocy, idź do szpitala, a uzyskasz pomoc. I pacjenci przychodzą. Niestety w społeczeństwie bardzo brakuje wiedzy, w jakim zakresie są tu udzielane świadczenia. Nie rozumieją, że SOR ma pomagać w nagłych przypadkach, a nocna pomoc lekarska to pomoc doraźna w zakresie POZ, tylko że czynna od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 8.00 oraz w dni ustawowo wolne od pracy przez całą dobę. Do tej pory zdarza się, że na oddziale ratunkowym pacjent pyta się, kto ostatni czeka w kolejce. Zaobserwowałam też nowe zjawisko – pacjenci dzwonią i pytają, który lekarz dziś ma dyżur. Tu chyba nie może chodzić o nagłe pogorszenie stanu zdrowia – opowiada nam Iwona Śledź, Pełnomocnik ds. Pacjentów i Komunikacji Społecznej Szpitala Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie.

Godzina 23.00, kilka dni później. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego CMK przy ul. Czerniakowskiej. W poczekalni SOR kilka osób. W zaćmionym rogu korytarza siedzi mężczyzna przytulony do ściany. Na szczęście nie czuć jego obecności. Uwagę przyciąga tylko jego wygląd i duża torba stojąca obok. Zapewne postanowił tu przekimnąć grudniową noc... ()

▼ Korytarz prowadzący do poczekalni SOR w Szpitalu Bielańskim. Na plakacie znajduje się lista punktów nocnej opieki lekarskiej w woj. mazowieckim.



¹Mowa o projekcie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, który znajduje się aktualnie na etapie konsultacji publicznych.

Pseudonauka u bram



Naukownicy coraz częściej przyglądają się tzw. alternatywnym metodom leczenia. Dlaczego chorzy decydują się z nich skorzystać i na ile są świadomi ryzyka interakcji tych działań z konwencjonalną terapią?

Podczas kongresu Europejskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (European Society of Medical Oncology) przedstawiono dwie prace oceniające świadomość ryzyka działań niepożądanych i interakcji wśród chorych stosujących alternatywne metody leczenia (to pojęcie obejmujące bardzo szerokie spektrum działań, m.in. homeopatię, stosowanie witamin albo suplementów diety zamiast farmaceutyków, wykorzystanie ziół, modyfikacje diety). W pierwszym badaniu, które miało charakter ankietowy, 51 proc. chorych przyznało się do stosowania alternatywnych metod leczenia w ciągu swojego życia, natomiast tylko 15 proc. podczas terapii onkologicznej. Jednocześnie rozpoznanie nowotworu skłoniło blisko połowę badanych (44 proc.) do poszukiwania innych sposobów leczenia, poza

▲ Głównym źródłem informacji o alternatywnych metodach był internet.

medycyną konwencjonalną. Powodami były głównie: chęć stymulacji układu odpornościowego (78 proc.), poprawa samopoczucia (76 proc.), zmniejszenie stresu (53 proc.), poprawa tolerancji leczenia (45 proc.), zmniejszenie nasilenia działań niepożądanych (36 proc.). Autorzy badania zwrócili uwagę na wysoką selektywność w wyborze preparatów witaminowych i suplementów. Najpopularniejszymi okazały się: witamina D, selen, cynk, witamina C i tzw. witamina B17. 60 proc. osób stosujących alternatywne metody uważało, że nie otrzymało wystarczających informacji dotyczących ich bezpieczeństwa, jednak nie obawiało się powikłań. Głównym źródłem informacji o alternatywnych metodach był internet (43 proc.), a ponadto: znajomi (15 proc.), pracownicy ochrony zdrowia (14 proc.) i onkolodzy (7 proc.). W drugiej pracy oceniono częstość występowania interakcji lekowych wśród 202 chorych na mięsaki, otrzymujących chemioterapię lub immunoterapię z zastosowaniem inhibitorów kinazy tyrozynowej. 17 proc. z nich przyznało się do stosowania alternatywnych metod leczenia. ○

Jest za głośno

„BMJ” informuje, że w szpitalach jest coraz głośniejsze, co wpływa negatywnie na zdrowie lekarzy i pacjentów. Jedną z przyczyn jest wzrost źródeł hałasu.

Jak wykazali naukowcy z King's College London i University of the Arts London, poziom hałasu rejestrowany w szpitalach przekracza zalecenia międzynarodowe. Na OIOM-ie, gdzie przebywają osoby w najcięższym stanie, natężenie dźwięku sięgać może 100 dB (tyle, co w czasie głośnego słuchania muzyki przez słuchawki). Nie wszystkie dźwięki pacjenci odbierają źle. Te wydawane przez wózek rozwożący herbatę część z nich uważa za przyjemny, a dla niektórych dzwonek telefonu oznacza, że nie są sami. Naukowcy podkreślają konieczność prowadzenia dalszych badań w tym obszarze. ○

Super jedzenie

Czy w przyszłości będziemy jedli głównie te produkty, które z jednej strony ochronią nas przed chorobami, a z drugiej – pozwolą żyć długie lata w zdrowiu?

Naukowcy z Uniwersytetu Przyrodniczego w Poznaniu opracowują receptury i technologie produkcji żywności funkcjonalnej i prozdrowotnej, czyli takiej, która może stanowić ważny składnik diety o wysokiej wartości odżywczej i walorach prozdrowotnych. Wykorzystują potwierdzone wynikami wieloletnich badań wysoki potencjał przeciwutleniający i prozdrowotny bioaktywnych składników roślinnych. Korzystają m.in. z właściwości rozmarynu, lnu, aronii, jarmużu czy stewartii. Polscy naukowcy opracowali ponad 60 innowacyjnych technologii, które mogą być pomocne w przeciwdziałaniu poważnym schorzeniom (np. otyłość, cukrzyca, choroby układu krążenia). Mogą się pochwalić m.in. produktami dla diabetyków, w których wykorzystano liście lub ekstrakty z morwy, będące czynnikiem obniżającym poziom glukozy we krwi. – Zastosowaliśmy ją w m.in. w masłance, w pieczywie cukierniczym czy w chlebach. Wyprodukowaliśmy także pieczywo chrupkie z dodatkiem, oprócz morwy, także herbaty żółtej, która obniża ciśnienie tętnicze i wykazuje silnie właściwości przeciwutleniające, co pozwala na obniżenie poziomu wolnych rodników w organizmie – wyjaśnia prof. Anna Gramza-Michałowska. ○



Najnowsze doniesienia ze świata nauki i medycyny na www.gazetalekarska.pl

Źródło: ESMO, Serwis PAP Nauka w Polsce www.naukawpolsce.pap.pl

Osiągalna

We wrześniowym numerze „Gazety Lekarskiej” pisaliśmy, że mimo wprowadzenia przepisów umożliwiających leczenie surowcem z marihuany, w praktyce taka terapia jest nieosiągalna. To już przeszłość.

📍 LIDIA SULIKOWSKA



Nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, umożliwiająca sprzedaż w aptekach marihuany przeznaczonej do celów leczniczych w postaci surowca farmaceutycznego, obowiązuje już od ponad roku. Znaleźliśmy się w gronie wielu krajów na całym świecie, które taką terapię zalegalizowały.

PIERWSZA JASKÓŁKA

Niestety jeszcze do niedawna legalne leczenie konopiami było w praktyce nie do zrealizowania, bo żadna z firm nie miała zgody na sprzedaż tego produktu w naszym kraju. 23 października Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych wydał pierwszą decyzję o dopuszczeniu do obrotu

medycznej marihuany. – To bardzo dobra wiadomość. Mam pod swoją opieką pacjentów, którzy takiej terapii potrzebują – mówi Jerzy Jarosz, anesteziolog, specjalista leczenia bólu, który jako pierwszy w kraju kilka lat temu otworzył punkt informacyjny leczenia marihuaną.

Zarejestrowany surowiec ma postać suszu z konopi z THC w stężeniu 19 proc. (17,9–20,1 proc.) i CBD poniżej 1 proc. Zaliczany jest on do środków odurzających grupy 1-N. – Na susz obowiązuje recepta Rp_w. Pacjent może go stosować drogą wziewną. Lekarz musi po prostu wypełnić rubrykę dotyczącą stężenia substancji czynnej i ilości gramów z dopiskiem: „do waporyzacji”. Jest też możliwe sporządzenie receptury aptecznej, ale jak na razie nie opracowano jeszcze monografii do Farmakopei Polskiej, więc trudno nam, farmaceutom, będzie sporządzać z niego leki

▲ Im więcej odmian dostępnych na rynku, tym łatwiej dobrać optymalną terapię.

recepturowe – tłumaczy Małgorzata Wagner, farmaceutka, która pracuje w punkcie konsultacyjnym leczenia marihuaną w Koninie.

NIE MA GOTOWYCH ROZWIĄZAŃ

Dopuszczony do obrotu na polski rynek susz to tylko jedna z wielu odmian Cannabis. Każda z nich cechuje się innym stężeniem THC i CBD, są także produkty w postaci olejów czy np. żywic. Ten konkretny, zarejestrowany już w naszym kraju surowiec ma wskazania o różnym stopniu udokumentowania, w tym główne wskazania terapeutyczne to: ból chroniczny, nudności i wymioty spowodowane chemio- i radioterapią, zaburzenia snu i zaburzenia lękowe, choroba zwyrodnieniowa stawów, SM, epilepsja, PTSD, zespół wyniszczenia nowotworowego, depresja, RZS, uzależnienia, choroba Leśniowskiego-Crohna, choroba Alzheimera, choroba Parkinsona. – Odmiana ta zawiera 19 proc. tetrahydrokannabinolu, ale tak naprawdę w terapii konopiami nie da się przyporządkować danego jej rodzaju do konkretnego wskazania. To kwestie bardzo indywidualne. Na jednego pacjenta podziela jedna odmiana, na drugiego inna, u trzeciego w ogóle nie będzie efektu. Trzeba to mieć na uwadze. Oczywiście im więcej odmian dostępnych na rynku, tym łatwiej dobrać optymalną terapię – zaznacza Małgorzata Wagner.

Lekarze na razie nie mają wyboru, ale ta sytuacja pewnie szybko się zmieni. W Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych czeka na rejestrację kilka kolejnych takich produktów, z różnych firm.

Lekarz może zastosować leczenie medyczną marihuaną na podstawie swojej wiedzy i doświadczenia. Jednak, jak podkreśla dr Jerzy Jarosz, przed jego kolegami i koleżankami jest sporo pracy do wykonania, gdyż w dalszym ciągu brakuje wiedzy na temat stosowania konopi. Tym bardziej, że jest to leczenie, które trzeba układać pod konkretnego pacjenta i nie ma gotowych wytycznych w tym zakresie. ○

Głos w dyskusji na temat kształcenia lekarzy

Dlaczego osoby niezwiązane z akademicką medycyną manipulują wynikami badań naukowych?

✎ JACEK GOLAŃSKI, DR HAB. N. MED., ZAKŁAD ZABURZEŃ KRZEPNIĘCIA KRWI KDL, UMED W ŁODZI

Z punktu widzenia przyszłego lekarza w internecie i telewizji jest wiele pseudonaukowych informacji z dziedziny „medycyny” alternatywnej, które należy rozpoznać, ocenić, a w przyszłości nauczyć się tłumaczenia pacjentom, że medycyna naukowa (akademicka) może żyć w zgodzie z tradycyjną przy zachowaniu standardów medycyny opartej na faktach, dowodach naukowych, czyli EBM (evidence-based medicine).

ZAJĘCIA ZE STUDENTAMI MEDYCYNY

Jeżeli przyjmijemy podział na medycynę tradycyjną i medycynę naukową, to widzimy dwie metody dochodzenia do wniosków o skuteczności podejmowanego leczenia. Wieloletnie obserwacje związku zastosowanej terapii bez planu i reżimu eksperymentu medycznego doprowadziły przecież do ważnych odkryć. Nie ma konieczności przedstawiania tych wersji medycyny jako opozycyjnych, nie ma także powodów do używania określenia „medycyna alternatywna”. Każdy rozsądny człowiek prędzej czy później dojdzie do wniosku, że nie ma alternatywy dla medycyny opartej na dowodach naukowych.

Gwałtowny rozwój i postępująca komplikacja procedur medycznych,

a z drugiej strony całkowita dowolność w tworzeniu i przekazywaniu informacji o niekompetencji czy nawet oszustwach w badaniach medycznych (prawdziwych i zmanipulowanych/fałszywych) spowodowały dramatyczną zmianę w odbiorze medycyny i otworzyły pole do tworzenia łatwych rozwiązań, niemających nic wspólnego z faktami.

Osobom niezaznajomionym z metodologią badań naukowych trudno jest zrozumieć, że rozwój wiedzy polega na tworzeniu hipotez i ich falsyfikowaniu. Teoria może być aktualna przez dziesięć lat, po czym dobrze zaplanowane badania obalają ją i proponują inną. W powszechnym odczuciu nauka nie wiąże się ze stałą niepewnością, zmiennymi hipotezami i możliwością popełnienia błędów. Niestety, mamy także do czynienia z presją firm produkujących leki i aparaturę (badania sponsorowane) oraz, niestety, brakiem kompetencji lub nawet uczciwości. Na celowym nagłaśnianiu niezawinionych i zawinionych potknięć medycyny akademickiej można dobrze zarobić. Podsycanie wrogości wobec lekarzy i medycyny naukowej może być także działaniem skierowanym na uzyskanie niematerialnych korzyści.

Istnieje zatem szerokie pole do nadużyć, których przyszli lekarze powinni być świadomi. W atmosferze polowania na błędy występujące w ochronie

zdrowia i generowania z premedytacją lęku przed spiskiem chciwego przemysłu i sprzedajnych lekarzy łatwo jest zmanipulować odbiorców twierdzeniem: oni coś ukrywają – ja wam pokażę, jak jest naprawdę i udostępnię za stosowną cenę cudowny, naturalny produkt lub będą żył otoczony sławą pogromcy lekarzy.

Obszar pełen emocji i sprzecznych informacji jest, moim zdaniem, dobrym terenem do uczenia studentów oceny jakości źródeł i radzenia sobie w przyszłości z dotarciem z przekonywującymi argumentami do wyznawców alternatywnej „medycyny”. Jest to także miejsce, gdzie można znaleźć prawdziwe błędy medycyny akademickiej i nauczyć się właściwego rozróżniania oszustw od typowych dla każdej dziedziny aktualizacji/zmiany obowiązującej wiedzy.

„Ukryte Terapie” jako materiał dydaktyczny do omawiania nieoprawnego wykorzystania i interpretacji badań naukowych. Książka Jerzego Zięby: „Ukryte Terapie. Czego ci lekarz nie powie” stanowi dla mnie bardzo dobry materiał do zajęć dotyczących oceny jakości cytowanych źródeł i analizy poprawnego wyciągania wniosków. Książka jest dla mnie szczególnie atrakcyjna, ponieważ źródła informacji w internecie przedstawiają jako literaturę popularnonaukową i właśnie tę „naukowość” mają weryfikować przyszli lekarze.

Studenci natychmiast wychwytyją tendencyjność doboru cytowanych źródeł i naciągane wnioskowanie pod założoną z góry tezę. Punktowane jest także wychwytywanie błędów merytorycznych i logicznych. Ważnym elementem prowadzonej analizy jest wskazywanie prawdziwych informacji (błędów medycyny naukowej), wokół których budowana jest marketingowa narracja.

**TEORIA MOŻE BYĆ AKTUALNA PRZEZ DZIESIĘĆ LAT,
PO CZYM DOBRZE ZAPLANOWANE BADANIA OBALAJĄ JĄ
I PROPONUJĄ INNĄ.**

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Wiedzy o Szczepieniach „STOP NOP”.

Bardzo dobrym źródłem publikacji nadających się do oceny poprawności wykorzystywania źródeł medycznych można znaleźć pod adresem na stronach ruchów przestrzegających przed niekorzystnym działaniem szczepień ochronnych. Nie są już wprawdzie cytowane badania doktora Andrew Wakefielda, ale w doborze publikacji rzuca się w oczy brak aktualizacji, tendencyjność wyboru i pomieszanie typów badań. Wymieniane są małe badania, często bez randomizacji, brakuje metaanaliz. Duży zbiór informacji o szkodliwym działaniu szczepień wywołuje u przeciętnego odbiorcy przerażenie. Dziwnym trafem brakuje aktualnych wytycznych.

Na początku listopada strona Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Wiedzy o Szczepieniach „STOP NOP” przestała działać, ale podobne informacje można znaleźć na forach internetowych. Nie wyrażałbym nadziei na ponowne uruchomienie, bo środowisko lekarskie z ulgą przyjęło zaprzestanie tej działalności.

KSZTAŁCENIE TO ZAWSZE DOBRE WYJŚCIE

Ze względu na szeroki dostęp do internetu osób i instytucji niepoprawnie przedstawiających wyniki badań medycznych, u pacjentów pojawia się poczucie zagrożenia. Głównym źródłem generowania chaosu informacyjnego w społecznej percepcji medycy jest podszywanie się promocyjnych tekstów pod naukowe opracowania. Do kategorii „publikacji promocyjnych” można zaliczyć zarówno badania sponsorowane przez koncerny farmaceutyczne oczekujące tylko pozytywnych wyników, jak i zastawienia piśmiennictwa przygotowywane przez przedsiębiorców takich jak inżynier Jerzy Zięba.

Trudniejsze do opisanego i usystematyzowania są ruchy społeczne/organizacje domagające się „całej prawdy” o badaniach medycznych, w domyśle, wolnej od nacisków koncernów (farmaceutycznych i innych czerpiących z ogromnych sum przeznaczonych na ochronę zdrowia). Można odnieść wrażenie, że tzw. ruchy antyszczepionkowe są organizowane i prowadzone zarówno przez autentycznych społeczników, jak i osoby szukające sławy i uznania, bez oglądania się na skutki uboczne własnych działań.

Zakładając na wstępie, że podsycanie wrogości wobec lekarzy i medycyny

naukowej może być działaniem zamierzonym i skierowanym na uzyskanie konkretnych korzyści (materialnych i niematerialnych), należy zastanowić się, jak osłabić groźne dla ochrony napięcie w relacji pacjent-lekarz.

Nie będąc lekarzem, polecam studentom medycyny zapoznać się z podstawowymi informacjami opisującymi pseudomedycynę (medycynę alternatywną). Większość z nich jest świadoma, że wrogię nastawienie do wszystkiego, co wykracza poza obszar medycyny akademickiej (naukowej), utrudnia komunikację z pacjentami czerpiącymi nieprzefiltrowane informacje z internetu. W takiej sytuacji lepiej jest poznać coraz dokładniej udokumentowane osiągnięcia medycyny komplementarnej i nawiązywać do nich w rozmowie z pacjentami.

Jeszcze ważniejszym problemem jest, jak sądzę, oczekiwanie pacjentów na wyjaśnienie i przybliżenie założeń problemów medycyny naukowej i hamowania ostentacyjnej niechęci wobec Doktora Google. Wymaga to jednak rzetelnej wiedzy od lekarza i umiejętności spokojnego neutralizowania antynaukowego bełkotu wsączonego w mózgi chorujących osób.

To, co mogą zaproponować specjaliści z dziedziny metodologii badań naukowych, to „odcięcie tlenu” – podważenie argumentacji instytucjom/osobom celowo przeinaczającym lub pomijającym wyniki badań naukowych.

Teraz przyszłych lekarzy uczymy, jak zrozumieć i właściwie zinterpretować badania naukowe w medycynie. Teoretycznie można także uczyć przedsiębiorców i działaczy społecznych właściwego posługiwania się bazami publikacji medycznych i ich właściwej oceny zgodnie z zasadami EBM.

Może dobrym rozwiązaniem byłoby zorganizowanie kursu dla lekarzy i zwolenników medycyny uzupełniającej. Pewnie nie jest to łatwe, ale wspólna praca działaczy społecznych i lekarzy przy opracowywaniu kontrowersyjnych zagadnień dotyczącej medycyny uzupełniającej (nie alternatywnej) mogłaby zaowocować spadkiem napięcia wywołanego przez osoby manipulujące chorymi ludźmi dla osiągnięcia własnej korzyści. 

Dzieci o specjalnych potrzebach



Rośnie liczba dzieci z dysfunkcjami rozwojowymi w okresie wczesnoszkolnym. Najwięcej z nich ma problemy z koordynacją ruchową, która dotyka 6 proc. dzieci w wieku 2-6 lat. Jeśli do 6. roku życia nie zostaną poddane właściwej rehabilitacji, mają małe szanse na prawidłowy rozwój.

● LUCYNA KRYSIAK

Wszóstym roku życia kończy się okres największej plastyczności mózgu. Jeśli do tego czasu dzieci z problemami neurologicznymi nie otrzymają właściwej rehabilitacji, problemy rozwojowe będą się u nich pogłębiać. Na odbywającej się w Łodzi Międzynarodowej Konferencji Naukowej poświęconej wspomaganie rozwoju dziecka w wieku 2-6 lat przedstawiono najnowsze strategie, metody i techniki terapeutycznego oddziaływania oraz wspomaganie dzieci z zaburzeniami rozwojowymi.

W dwudniowych wykładach i warsztatach z zakresu m.in. dysfagii dziecięcej, hipotonii, analizy chodu, integracji sensorycznej, rozwoju kontroli motorycznej i kontroli postawy, rehabilitacji neuropsychologicznej, hemiplegii, stymulacji widzenia funkcjonalnego, dyspraksji, uczestniczyło blisko 200 specjalistów w swoich dziedzinach z całego kraju. Konferencja była – jak podkreślali organizatorzy – Fundacja Pomocy Dzieciom „Kolorowy Świat”, adresowana nie tylko do fizjoterapeutów, terapeutów zajęciowych, logopedów, psychologów, pedagogów

specjalnych, ale studentów kierunków medycznych oraz lekarzy wszystkich specjalności działających w obszarze wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci. – Tworzymy jeden organizm, bez współpracy terapeutów i lekarzy nie byłoby postępów w rehabilitacji dzieci z zaburzeniami rozwojowymi i zależy nam na propagowaniu najnowszej wiedzy na ten temat – zaznacza Izabela Jachim-Kubiak, prezes fundacji, i dodaje, że tego rodzaju konferencje połączone z warsztatami poszerzają horyzonty, podnoszą kwalifikacje, wprowadzają nowatorskie rozwiązania.

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ RUCHOWA

To następstwo wielu schorzeń u dzieci o podłożu neurologicznym, które mogą mieć swój początek jeszcze w niemowlęctwie, ale zostały wykryte dopiero w wieku przedszkolnym. Jeśli upośledza narząd ruchu w stopniu zaawansowanym, jako terapię proponuje się obecnie wózek elektryczny. – Niestety, taki wózek jest wciąż traktowany jak narzędzie służące do przemieszczania się. Tymczasem dla małych dzieci, które ze względu na ograniczenia motoryczne nie potrafią się samodzielnie poruszać, wózki elektryczne stają się siłą napędową, która pozwala uniknąć wyuczonej bezradności, budować poczucie tożsamości oraz nabrać pewności siebie – przekonuje Vardit Kindler, terapeutka z Centrum Komunikacji Wspomagającej i Alternatywnej z Izraela, i podkreśla, że korzystanie z wózka elektrycznego budzi u dzieci wiarę w zdolność kontrolowania środowiska i odgrywania w nim aktywnej roli. Terapeutka powołuje się na najnowsze badania naukowe dowodzące, że korzystanie z wózków elektrycznych przez dzieci z niepełnosprawnością ruchową pozytywnie wpływa na rozwój umiejętności motorycznych, poznawczych, społecznych, emocjonalnych i komunikacyjnych.

W Polsce widok niepełnosprawnego dziecka na wózku elektrycznym należy do rzadkości. Także zdania klinicystów są na ten temat podzielone.

GL
PATRONAT

Preferują oni strategię ukierunkowaną na usprawnianie poszczególnych części ciała w przywracaniu jego funkcji, a nie korzystanie z urządzeń wspomagających.

Włączając się do rozważań na ten temat, Eddy Mellaerts, ortotyk i wykładowca na Thomas More University College w Geel w Belgii, stawia na wczesną intensywną interwencję w obrębie kończyny górnej i dobór właściwego zaopatrzenia ortotycznego. – Interwencje ortotyczne odgrywają ważną rolę w opiece nad dziećmi, np. z porażeniem mózgowym. Kluczowe jest tutaj jednak, aby ortezy były jednym z elementów złożonych programów terapeutycznych, np. interwencji medycznych, chirurgicznych i terapeutycznych – wyjaśnia Mellaerts i dodaje, że ortotyka kończyny górnej może poprawić jakość jej ruchów, ale wczesna interwencja biomechaniczna jest konieczna, aby trening był skuteczny. Różnego rodzaju zaburzenia rozwojowe u dzieci mogą także spowodować nietypowe reakcje i zmiany w koordynacji ruchowej, które prowadzą do powstania przykurczów, deformacji i dysfunkcji stopy, na co zwraca uwagę Neda Rotar, fizjoterapeuta i instruktor metody NDT Bobath ze Słowenii. NDT polega na tym, że terapeuta ćwiczy całe ciało dziecka, a nie porusza wybranymi kończynami. Dzięki temu dostarcza odpowiednich doznań czuciowych i ruchowych, a dziecko jest dynamicznie aktywowane. Niezbędny jest w tym procesie jego aktywny udział, ale bez zbyt obciążającego wysiłku czy stresu. Celem jest poprawa funkcjonowania i formy stóp oraz zapobieganie ich deformacjom.

GDY ZAWODZI KOORDYNACJA

Dzieci dysfunkcyjne ruchowo mają problemy z koordynacją. Delfini Papazoglou z Grecji, ekspert w tej dziedzinie uważa, że wiele z nich dotyczy dyspraksja. Jest to upośledzenie koordynacji ruchowej nazywane często „syndromem niezdarłego dziecka”. Najczęściej jest diagnozowane dopiero w wieku wczesnoszkolnym, mimo że trudności z koordynacją występują

INTEGRALNĄ CZĘŚCIĄ WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU W WIEKU 2-6 JEST REHABILITACJA NEUROPSYCHOLOGICZNA, KTÓRĄ STOSUJE SIĘ U DZIECI Z DYSFUNKCJĄ OŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO.

znacznie wcześniej. Szacuje się, że dotyczy ono 6 proc. dzieci w Polsce. – Dyspraksja zaczyna się w mózgu, dotyczy różnych jego obszarów, które z różnych przyczyn neurologicznych nie osiągnęły pełnej dojrzałości. Ten rodzaj dysfunkcji może przekładać się zarówno na trudności z chodzeniem, mówieniem, pisanem, jak i percepcją otaczającego świata – tłumaczy Papazoglou i zaznacza, że jeśli nie podejmiemy się rehabilitacji do 6. roku życia dziecka, jego problemy z koordynacją będą coraz większe. Jednak nie ma wystandaryzowanych narzędzi do badania dyspraksji, diagnoza jest więc trudna. Opiera się ją na opiniach osób, które miały udział w wychowywaniu dziecka: lekarza pierwszego kontaktu, nauczyciela, władz szkoły, psychologa, rodzica, logopedy lub fizjoterapeuty. Integralną częścią wczesnego wspomaganie rozwoju w wieku 2-6 jest rehabilitacja neuropsychologiczna, którą stosuje się u dzieci z dysfunkcją ośrodkowego układu nerwowego.

Prof. Aneta R. Borkowska z Instytutu Psychologii UMCS w Lublinie uważa, że w wieku niemowlęcym dominującą formą powinna być rehabilitacja ruchowa, ponieważ stanowi podstawę dla rehabilitacji innych procesów, np. budowanie więzi. U dzieci w wieku wczesnoszkolnym niezbędna jest stała współpraca z neurologopedą w budowaniu komunikacji językowej. – Biorąc pod uwagę specyfikę plastyczności mózgu małego dziecka, w rehabilitacji ważna jest powtarzalność ćwiczeń, ale też nie należy zapominać o najważniejszej aktywności dziecka w tym okresie rozwoju, o elementach zabawy – podsumowuje prof. Borkowska.

GORSZA CÓRKA MEDYCYN

O rehabilitacji często mówi się, że jest to gorsza córka medycyny, ponieważ

trudno się tu spodziewać spektakularnych wyników w krótkim czasie. Wymaga konsekwencji i cierpliwości, gdyż efekty pojawiają się po wielu tygodniach, miesiącach, latach. Wymaga też pieniędzy, gdyż jest kosztowna, a jak wiele niszowych dziedzin medycznych jest niedofinansowana przez NFZ. Dlatego dzieci z dysfunkcjami czekają w kolejce na rehabilitację od kilku miesięcy do roku.

– Do 6. roku życia kształtuje się u człowieka wzorec chodu, postrzeganie, umiejętność komunikowania się, aby jednak poprzez rehabilitację wydobyć ten potencjał, trzeba działać jak najszybciej, a to nie zawsze jest możliwe i nie tylko chodzi o finansowanie, ale o późno postawioną diagnozę – zastrzega dr Katarzyna Kołodziejczyk-Klimek, lekarz rehabilitant i kierownik ds. medycznych w Fundacji Pomocy Dzieciom „Kolorowy Świat”. Dzieci z ewidentnymi dysfunkcjami, np. porażeniem mózgowym lub z innymi ciężkimi zaburzeniami, trafiają do ośrodków rehabilitacyjnych szybciej, dzieci, u których objawy tych zaburzeń nie są tak ewidentne, ujawniają się one dopiero w wieku wczesnoszkolnym (dziecko stwarza problemy wychowawcze, nie radzi sobie z codziennymi czynnościami), trafiają do rehabilitacji zbyt późno. – Najczęściej okazuje się, że przyczyny zaburzeń tkwią w głębokim dzieciństwie, ale nigdy nie zostały zdiagnozowane – mówi doktor Kołodziejczyk-Klimek. Jest zdania, że tego rodzaju konferencje połączone z warsztatami, a więc praktyczną wiedzą na ten temat, mogą to zmienić. Pozwolą uczulić na ten problem lekarzy rodzinnych, wychowawców i rodziców, którzy mają największe szanse wcześniej dostrzec dysfunkcje u dzieci i reagować. 

W matni

Ustawa, która miała chronić społeczeństwo przed najgroźniejszymi przestępcami, tworząc dla nich miejsce, gdzie będą izolowani po odbytej już karze więzienia, w praktyce zgotowała piekło byłym więźniom i personelowi, który się nimi zajmuje.

• LIDIA SULIKOWSKA

W Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Gostyninie izoluje się osoby zaburzone psychicznie, które odbyły już karę pozbawienia wolności, ale w dalszym ciągu zachodzi w ich przypadku wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej.

Na takie traktowanie pozwala ustawa z 22 listopada 2013 r. (znowelizowana w 2015 r.) o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innym osobom, która już na etapie procedowania budziła wiele wątpliwości i emocji. Po pięciu latach jej funkcjonowania można jednoznacznie stwierdzić, że stworzono system, który nie działa tak, jak powinien.

LEKARZ CZY WRÓŻKA?

O skierowaniu do KOZZD w Gostyninie decyduje sąd cywilny na wniosek dyrektora zakładu karnego, w którym dotychczas przebywał skazany. Sąd, wydając wyrok, opiera się na opiniach biegłego psychiatry, psychologa i seksuologa. Pierwsze opinie są sporządzane jeszcze przed wszczęciem postępowania. Jak przyznaje jeden z psychologów Zakładu Karnego w Sztumie, opinie sporządzają osoby, które na co dzień są terapeutami osadzonych, co może mieć niekorzystny wpływ na przebieg terapii. Jednocześnie pojawia się pytanie

o możliwość dochowania tajemnicy zawodowej. – Orzekanie o losie skazanego z wewnątrz systemu jest podstawowym błędem, bo uniemożliwia obiektywizm oceny – uważa prof. Janusz Heitzman, dyrektor Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Problem dotyczy też rzetelności sporządzanych opinii. Ekspert ma określić, czy jego zdaniem po wyjściu przestępcy na wolność zachodzi wysokie prawdopodobieństwo, że popełni on czyn zabroniony z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej, co wydaje się być jak wróżenie z fusów. Jak to zrobić, jest – zdaniem ordynatora oddziału psychiatrii sądowej w Starogardzie Gdańskim Agnieszki Welento-Nowackiej – pytaniem fundamentalnym. – Najbardziej powszechnym sposobem oceny jest metoda kliniczna, sporządzana w oparciu o wiedzę, intuicję i doświadczenie. Dlatego opinie są różne – podkreśla i proponuje, by sięgnąć po Ustrukturyzowaną Profesjonalną Ocenę Ryzyka Przemocy HCR-20v3. – To lista czynników, według których formułowana jest opinia. Ta kompleksowa procedura stosowana jest powszechnie na całym świecie. Jest czasochłonna, ale ma dużą wartość merytoryczną, bo zwiększa wiedzę o pacjencie – wyjaśnia Agnieszka Welento-Nowacka.

CO BOLI?

Obecnie w ośrodku w Gostyninie przebywa ponad 60 osób, choć pierwotnie zakładano, że będzie to miejsce dla maksymalnie kilkunastu byłych więźniów.

PONAD 60

– tyle osób przebywa obecnie w ośrodku w Gostyninie.

Pobyty ich jest bezterminowy, ale co pół roku sąd wydaje decyzję odnośnie dalszych losów izolowanego. Dotychczas podjęto jedno postanowienie zwalnające pensjonariusza z dalszego pobytu (w chwili pisania tego tekstu nie było jeszcze prawomocne). Najczęściej trafiają tu osoby z zaburzeniami preferencji seksualnych o charakterze pedofilii. Większość ma za sobą 20-25-letni pobyt w więzieniu, ale są także osoby po odbyciu zaledwie kilkuletnich wyroków. Jako że skazani de facto odbyli już karę więzienia, po wyjściu z niego mieli mieć lepsze warunki izolacji, rzeczywistość narysowała jednak zupełnie inny scenariusz.

Ryszard Wardeński, dyrektor KOZZD w Gostyninie, przyznaje, że warunki lokalowe w tym ośrodku są złe. Placówka jest przeludniona, przez co z pierwotnie projektowanych jednoosobowych sal powstały pokoje wieloosobowe z łózkami piętrowymi typu więziennego. – Muszę wykonywać orzeczenia sądów i przyjmować kolejnych pensjonariuszy, choć nie mam ich gdzie ulokować – mówił dyrektor Wardeński podczas ogólnopolskiej konferencji zorganizowanej przez Klinikę Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

W czasie swojego wystąpienia dyrektor Wardeński zwrócił m.in. uwagę, że wśród izolowanych są trzy osoby, które w ogóle nie powinny trafić do gostynińskiej placówki, bo rozpoznano u nich chorobę psychiczną, a nie zaburzenie o charakterze dysocjalnym. Jedną z nich to młoda 24-letnia kobieta, ubezwłasnowolniona, wielokrotnie w przeszłości hospitalizowana. – Za popełnione przestępstwa została skazana na dwa lata i siedem miesięcy pozbawienia wolności. Większość tej kary odbyła w przywieziennym szpitalu psychiatrycznym. Mimo to dyrektor tamtejszej jednostki penitencjarnej wystąpił z wnioskiem o skierowanie jej do KOZZD jako osoby stwarzającej zagrożenie. Sąd przychylił się do tego wniosku i wysłał kobietę do Gostynina, gdzie przebywa już dwa lata. Ta kobieta powinna przebywać w szpitalu psychiatrycznym – alarmowała dr Ewa Dawidziuk z Biura Rzecznika Praw Obywatelskich.

Każdy rezydent przebywający w gostynińskiej placówce ma ułożony plan

terapeutyczny. Pracuje tu trzech lekarzy psychiatrów, trzech lekarzy konsultantów, 13 psychologów, dwóch psychoterapeutów uzależnień, czterech pracowników resocjalizacji, 14 terapeutów. Zgodnie z założeniami ustawy, zajęcia mają pomóc rezydentom wrócić do normalnego życia. – Ponad połowa pacjentów uczestniczy w zajęciach terapeutycznych, choć nie akceptują oni sytuacji, w której się znaleźli. Sfrustrowani osadzeni wyładowują swoją złość na personelu – przyznał Ryszard Wardeński.

– Trudno oczekiwać, że rezydenci będą skutecznie uczestniczyć w terapiach, skoro na co dzień są tłoczeni w 8-osobowych pokojach. Nie chcą iść do lekarza poza ośrodek, bo prowadzeni są tam w kajdankach. Korespondencja jest kontrolowana. Ich prawa są ograniczone w większym stopniu niż w zakładzie karnym. To niedopuszczalna praktyka, przez którą rodzi się agresja skierowana przeciwko personelowi – ocenia z kolei dr Hanna Machińska, Zastępczyni Rzecznika Praw Obywatelskich.

– Ośrodek w Gostyninie w obecnym wymiarze prawnym nie powinien

istnieć – uważa prof. Janusz Heitzman. Czy tam się komuś poprawi? – Wątpię, bo możliwości psychiatrii w stosunku do zdrowych osób nie mogą być zrealizowane w systemie całkowitego pozbawienia wolności, a taki wymóg został narzucony. Ustawa burzy także system terapeutyczny zakładów karnych, bo jeśli więzień poddaje się terapii w więzieniu, istnieje w jego przypadku podejrzenie wystąpienia zaburzeń psychicznych, a to już furtka do ośrodka w Gostyninie, skąd nie ma wyjścia. Chciałbym jednak podkreślić, że krytyka dotycząca pobytu w KOZZD nie jest krytyką pracowników tego ośrodka czy osób wydających decyzje o skierowaniu tam skazanego. To krytyka dotycząca tej nieszczęsnej ustawy, której wszyscy jesteśmy ofiarami – podsumowuje dyrektor IPIŃ w Warszawie.

Obecny na konferencji IPIŃ wiceminister zdrowia Zbigniew Król zapewnił, że zarówno Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Sprawiedliwości, jak Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji widzi problemy i chce je rozwiązać. Podkreślał, że inwestycja w nowy budynek jest

ROS DORF

– w tym ośrodku w Niemczech osadzeni mają do dyspozycji teren rekreacyjny, własny ogródek, jest też siłownia i hala produkcyjna.

konieczna. Zaznaczył także, że problemem jest prawo, które wymaga ponownego przedyskutowania.

INNY ŚWIAT

Jak funkcjonują podobne miejsca w innych krajach? W ośrodku w Rosdorf w Niemczech osadzeni mają do dyspozycji duży teren rekreacyjny, każdy może uprawiać własny ogródek, jest też siłownia i hala produkcyjna, gdzie można podjąć pracę i otrzymywać wynagrodzenie. Pokoje są jednoosobowe. Można wychodzić na przepustki. W Holandii osoby zaburzone psychicznie, które popełniły najpoważniejsze przestępstwa, także są izolowane, ale pacjenci aktywnie pracują nad tym, by wrócić do społeczeństwa, chętnie uczestnicząc w zajęciach z terapeutami. Tych, którzy nie mają postępów w leczeniu i ich szanse na opuszczenie ośrodka są bliskie zera, umieszcza się w ośrodku długoterminowym, gdzie nie chodzi już o terapię i resocjalizację, a zapewnienie im dobrej jakości życia. Promowane są kontakty z rodziną i przyjaciółmi. Także tu możliwe jest wychodzenie na przepustki poza teren placówki. ○



Prof. Janusz Heitzman

Dyrektor Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

KOMENTARZ

Osoby w Ośrodku nigdy w trakcie postępowania karnego ani w czasie odbywania kary nie były uznane za chore psychicznie. Większość uznano „za poczytalnych”, nielicznych za „ze znacznie ograniczoną poczytalnością”, lecz sądy nie skorzystały z prawa do nadzwyczajnego złagodzenia kary. Dlaczego zatem trafiły do ośrodka będącego prawnie i organizacyjnie specjalnym izolacyjnym szpitalem? Głównym pretekstem było zdiagnozowanie nieprawidłowej osobowości lub a niekiedy równoległe lekkiego upośledzenia umysłowego. Tylko problem w tym, że takie zaburzenia psychiczne ujawniają niemal wszyscy skazani sprawcy przestępstw i spory odsetek populacji nigdy nie skazanej za przestępstwa. Dodatkowo nauka jak dotąd nie znalazła możliwości „wyleczenia się” z takich zaburzeń, a już absolutnie nie w warunkach przymusowej izolacji i bez obiektywnej i nie tylko deklarowanej możliwości własnej zmiany i współpracy. Powstał paradoks: w Ośrodku jest się izolowanym dlatego, że istnieje prawdopodobieństwo, że po znalezieniu się na wolności osadzony ponownie dokona podobnej zbrodni (choć to prawdopodobieństwo będzie istnieć zawsze), ale dopiero gdy dokona tej zbrodni, to będzie można przyczynowo ją powiązać z zaburzeniem psychicznym, jakim jest nieprawidłowa osobowość. Sytuacja jest patowa, wszyscy się boją, żaden sąd i żaden

biegły nie wykluczy, że nie istnieje prawdopodobieństwo. Stąd geometryczny przyrost osadzonych bez szans na uwolnienie.

Gdzie szukać rozwiązania? Na konferencji padały propozycje wykorzystania doświadczeń z innych krajów europejskich. Zmiany wymaga ustawa Kodeks karny, który przejął w nowelizacji przepisy ustawy o postępowaniu z osobami uznanymi za szczególnie niebezpieczne. Musi istnieć przepis umożliwiający przedłużenie izolacji wpisany w system kary pozbawienia wolności, ale na określony czas i z możliwością jej przedłużania na kolejne analogiczne okresy. Sprawy takie powinien rozpatrywać jeden wyspecjalizowany wydział, którego sądu apelacyjnego. O zwolnieniu osoby z systemu izolacji po karze powinna decydować komisja umocowana w Ministerstwie Sprawiedliwości skupiająca specjalistów od prawa, pedagogiki, resocjalizacji, psychoedukacji, etyki, aksjologii, seksuologii, psychologii i psychiatrii. Należy odmedykalizować bezterminową izolację i nadać jej charakter oceniania nie wyłącznie medycznych, ale przede wszystkim społecznych przesłanek prawdopodobieństwa stwarzania zagrożenia. Oczywiście staje się wtedy, że Ośrodek izolacyjny powinien być jednostką wymiaru sprawiedliwości. Zyskają na tym wszyscy. Prawa podstawowe nie będą narażone na ich łamanie lub omijanie, osadzeni uzyskają motywację do poddania się oddziaływaniom korygującym i naprawczym, a psychiatria i służba zdrowia nie będzie niewydolnym elementem systemu stosowania bezterminowej represji. ○

Winni: system, lekarz, pacjent



**Marta
Jakubiak**

Zastępca redaktora
naczelnego
„Gazety Lekarskiej”

W Polsce na łuszczycę może cierpieć ponad 1 mln osób. Chorzy są stygmatyzowani, wielu z nich ma depresję i zмага się z innymi chorobami współistniejącymi. Więcej niż połowa pacjentów nie jest zadowolonych z leczenia.



Łuszczycza to choroba, której towarzyszą schorzenia kardiologiczne, choroby sercowo-naczyniowe, nadciśnienie tętnicze, choroby ośrodkowego układu nerwowego, a także cukrzyca I i II typu. Duży odsetek pacjentów cierpi na otyłość i stłuszczenie wątroby. Chorzy zmagają się z łuszczycowym zapaleniem stawów i niedoczynnością tarczycy. Bardzo poważny problem stanowi depresja. Koordynowana przez jednego lekarza opieka nad pacjentem z łuszczycą ułatwiłaby proces leczenia i poprawiła jego efekty. Konieczna jest jednak modyfikacja systemu kształcenia.

Prof. Joanna Narbutt, konsultant krajowa ds. dermatologii i wenerologii: Wprowadzenie opieki koordynowanej to wyzwanie dla medycyny i lekarzy, ale to szansa na poprawienie dostępności do leczenia. Ideałem byłoby poradnie wielospecjalistyczne. Na razie jest ich niewiele. Obecnie

trwają prace nad opracowaniem modelu opieki koordynowanej nad pacjentami cierpiącymi na genodermatozy, zwłaszcza pęcherzowe oddzielanie się naskórka.

Prof. Lidia Rudnicka, prezes Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, kierownik Katedry i Kliniki Dermatologii WUM: Uważam, że w przypadku osób chorych na łuszczycę rolę koordynującą leczenia powinien pełnić dermatolog-wenerolog. Tak właśnie staramy się prowadzić pacjentów w naszej Klinice. Specjalista dermatolog-wenerolog prowadzi leczenie i prosi o konsultację lekarzy innych specjalności w sposób indywidualnie dostosowany do każdego pacjenta. Jeśli chodzi o dostępność, to czas oczekiwania na konsultację w naszej klinice wynosi kilka miesięcy.

Doc. Irena Walecka, konsultant wojewódzka w dziedzinie dermatologii i wenerologii woj. mazowieckiego:

Obecnie w woj. mazowieckim na wizytę u dermatologa czeka się mniej więcej od trzech miesięcy do dwóch lat, poza pacjentami ze skierowaniami „pilne”, ale na hospitalizację znacznie krócej, część jednostek przyjmuje pacjentów praktycznie na bieżąco – do 14 dni.

Agnieszka Wernik, dyrektor Departamentu Strategii i Działań Systemowych Rzecznika Praw Pacjenta: Część pacjentów jako barierę w dostępie do świadczeń zdrowotnych zgłasza konieczność pozyskania od lekarza POZ skierowania do dermatologa. Z tych względów zwróciliśmy się już do Ministerstwa Zdrowia, by przeanalizowano w odniesieniu do poprzednio obowiązującego stanu prawnego, czy wprowadzenie skierowań rzeczywiście skróciło kolejki oczekujących.

Doc. Walecka: Dyskutowaliśmy już ten temat i wiemy, że zniesienie skierowań skończy się tym, że pacjenci z chorobami, które nie są ani ciężkie, ani pilne, zabierają miejsca tym, którzy potrzebują szybko pomocy. Nie należy likwidować skierowań, ale wskazać kody jednostek, które ich nie wymagają.

Prof. Brygida Kwiatkowska, zastępca dyrektora ds. klinicznych i kierownik Kliniki Wczesnego Zapalenia Stawów, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie: W reumatologii z dostępnością jest podobnie – łatwiej dostać się do szpitala niż do poradni. Problemem jest jednak też to, że pacjent utknie w POZ, czasem nawet na kilkanaście lat. Bardzo często opóźnienia diagnostyczne wynikają z nikłej wiedzy

lekarzy rodzinnych zarówno w temacie chorób dermatologicznych, jak i reumatologicznych. Myślę, że coś trzeba zmienić w systemie kształcenia. Łuszczycowe zapalenie stawów często zaczyna się od pojedynczego stawu. Jeśli dotyczy osoby w wieku 20-30 lat, chory z POZ jest skierowywany najczęściej do ortopedy, jeżeli pierwsze objawy dotyczą kręgosłupa – do neurologa. Często rozkładamy ręce, bo pacjenci trafiają do nas za późno, bo byli źle diagnozowani i leczeni.

Dr Elżbieta Rusiecka-Kuczałek, specjalista endokrynolog: Mój kontakt z łuszczycą nie jest częsty, ale zdarza mi się ją rozpoznać. Mam pacjentów zgłaszających się z powodu choroby tarczycy, zazwyczaj niedoczynności gruczołu w przebiegu chorób immunologicznych. Nie mieli żadnych widocznych zmian skórnych, ale objaw brudnych łokci i kolan. To była łuszczycza z typowymi zmianami skórnymi zlokalizowanymi w tym miejscu. Trzeba być bardzo czujnym, patrzeć wielospecjalistycznie. Łuszczycza to choroba wstydliva. Rozebranie się u lekarza to czasem ogromny problem. Około 15 proc. pacjentów z łuszczycą ma niedoczynność tarczycy, a właściwe leczenie może przyczynić się do stabilizacji łuszczycy i zminimalizowania objawów choroby.

Lek. Urszula Szymańska, Klinika Kardiologii i Nadciśnienia Tętniczego CSK MSWiA: Z kolei leki działające kardioprotekcyjnie mogą nasilać objawy łuszczycy, a te na łuszczycę, jak cyklosporyna, mogą nasilać zaburzenia gospodarki lipidowej i kontroli ciśnienia. Współpraca między kardiologiem i dermatologiem jest niezbędna.

Prof. Wojciech Bik, zastępca dyrektora ds. dydaktycznych i naukowych Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego: Jesteśmy otwarci na sugestie dotyczące kształcenia. Obecnie w programie specjalizacji z medycyny rodzinnej znajduje się dwudniowy obowiązkowy kurs pt. „Choroby skóry w praktyce lekarza rodzinnego – wybrane problemy”. Problematyka tego kursu obejmuje między innymi łuszczycę. Natomiast w programie specjalizacji z reumatologii, który został zaktualizowany w 2018 r., w module specjalistycznym przewidziany jest staż kierunkowy w oddziale dermatologii trwający tydzień.

Prof. Kwiatkowska: Obowiązkowe z zakresu danej tematyki powinny być kursy e-learningowe, nie stacjonarne.

Prof. Bik: CMKP od trzech lat prowadzi szkolenia e-learningowe i planuje poszerzać ich zakres. Nic nie stoi na przeszkodzie, żebyśmy wspólnie z dermatologami, reumatologami, neurologami i kardiologami opracowali kursy doskonalące dotyczące łuszczycy. Problematykę kształcenia podyplomowego na pewno należy traktować interdyscyplinarnie. Oczekujemy, że po ok. 2 latach kursy doskonalące dotyczące łuszczycy staną się popularne, a odczuwalne efekty w postaci poprawy opieki medycznej nad pacjentami chorującymi na łuszczycę pojawią się po ok. 4-5 latach.

Doc. Walecka: Korzystać z pewnością przyniosłoby stworzenie ośrodków referencyjnych zajmujących się konkretną jednostką chorobową. W dermatologii i reumatologii nie można być specjalistą od wszystkiego. Jeżeli jestem świetna w np. łuszczycy, to może niekoniecznie tak dobra np. w toczniu.

Prof. Kwiatkowska: Ja również jestem za ośrodkami referencyjnymi i zniesieniem silosowości, także silosowości specjalizacji, przez którą każdy ogranicza się do własnej działości, nie przenikając wiedzy z zakresu chorób obejmujących wiele dyscyplin, jak choćby choroby reumatyczne. Przy braku osobistych relacji z innymi specjalnościami kompleksowa opieka nad pacjentem jest bardzo trudna. Często „wiszę” na telefonie, żeby przenieść pacjenta na inny oddział, ale nikt nie jest zainteresowany przyjęciem chorego.

Prof. Narbutt: Od wielu lat walczymy też o dostępność do terapii, nie tylko tych najnowocześniejszych dla łuszczycy ciężkich, ale także dla osób chorujących na łuszczycę łagodną, takich jak leczenie miejscowe czy fototerapia.

Prof. Rudnicka: Wielu pacjentów potrzebuje leczenia miejscowego. Dopiero od niedawna refundowane jest połączenie kalcypotriolu i dipropionianu betametazonu. Wkrótce dostępne będzie też połączenie betametazonu z kwasem salicylowym. Idziemy w dobrym kierunku, ale

wciąż nie nadążamy za światem, gdzie pacjenci z łuszczycą leczeni są już lekami w pianie, która jest wygodniejsza w stosowaniu i bardziej skuteczna. Czekamy też na nowoczesne leki przeciwluszczycowe doustne. Niewątpliwym postępem ostatnich lat jest wprowadzenie do leczenia – również w Polsce – biologicznych leków przeciwluszczycowych.

Doc. Walecka: NFZ podaje, że w Polsce jest 500 tys. pacjentów z łuszczycą, wg naszych szacunków jest ich ponad milion. 10-20 proc. z nich cierpi na umiarkowaną lub ciężką łuszczycę. Leczenie obejmuje w sumie 1182 osoby, ale czynnie leczonych jest ok. 600.

Mamy bardzo dużo do zrobienia. Po pierwsze, trzeba złagodzić kryteria włączenia pacjenta do leczenia biologicznego i dostosować je do ChPL-u. Po drugie, nie może być tak, że zakończenie „biologii” następuje w czasie administracyjnym, narzuconym programem, a nie w uznanym przez lekarza za zasadny. Generujemy droższego pacjenta, bo musimy go włączać do innego programu, w którym również obowiązuje administracyjny termin wyłączenia. Pacjenci wytwarzają lekooporność, więc kolejne włączenie nie jest już tak skuteczne. Poza tym nie mamy aż tylu leków biologicznych.

Trzeba leczyć mądrze. Koszty, jakie społecznie generują pacjenci z łuszczycą, to miliardy złotych. Na leki w programach biologicznych wydaje się rocznie ok. 21 mln zł. Nowe obwieszczenie refundacyjne od 1 listopada wprowadza dwie nowe cząsteczki do leczenia łuszczycy: sekukinumab i ixekizumabum. To wciąż za mało. Musimy zadbać też o pacjentów, którzy stosują leczenie miejscowe – bardzo drogie, a wciąż nierefundowane.

Prof. Rudnicka: Cieszymy się, że w obwieszczeniu Ministerstwa Zdrowia mamy nowe cząsteczki, ale musimy mieć świadomość, że polscy pacjenci z łuszczycą na refundację leków czekają najdłużej w Europie. Kiedy my walczymy o refundację, cały świat od dawna dany lek już stosuje. Moim marzeniem jest, żebyśmy byli również pod tym względem w czołówce światowej dermatologii... 

Chirurg, płk WP II RP, wizjoner i organizator szpitalnictwa

Tadeusz Sokołowski (1887-1965)

Nie znałem osobiście pana profesora Tadeusza Sokołowskiego, studiując w Pomorskiej Akademii Medycznej, bo egzamin z chirurgii zdawałem u jego następcy prof. Jana Kortasa. Legenda związana z postacią prof. Sokołowskiego przypominała mi jednak o potrzebie głębszego poznania jego drogi życiowej.

MACIEJ MROŻEWSKI, OŚRODEK HISTORYCZNY NIL

Jest oczywistym faktem, że na losy profesora wpłynęły w zasadniczy sposób wydarzenia historyczne, łączące losy Polski z jego osobą.

Urodzony 28.10.1887 r. w Worobinie, w powiecie warneńskim, w woj. wołyńskim. Ojciec Jan Sokołowski był uczestnikiem powstania styczniowego. Młody Sokołowski był zaangażowany politycznie i uczestniczył w słynnym strajku szkolnym w Łodzi w 1905 r. Z tego powodu został relegowany z „wilczym biletem”, kontynuował naukę w Krakowie, potem we Fryburgu, a egzamin maturalny zdał

eksternistycznie w gimnazjum św. Jacka w Krakowie. Studia medyczne odbył w latach 1907-1913 na Wydziale Medycznym Uniwersytetu Jagiellońskiego. Służył w I Pułku Piechoty Legionów jako lekarz III i IV baonu i brał udział w bitwach w Królestwie Polskim i Galicji.

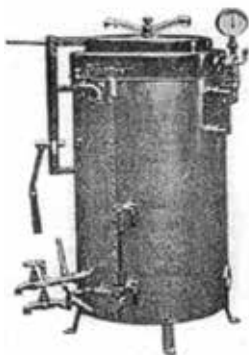
Bezpośredni kontakt z Józefem Piłsudskim przesądził ostatecznie o wybranej drodze życiowej – został chirurgiem wojskowym. Dalsze losy oficera chirurga były tego naturalną konsekwencją. Walczył w wojnie polsko-bolszewickiej, potem ordynował w VIII Okręgowym Szpitalu w Toruniu już jako ppłk., gdzie zajmował się m.in.

transfuzjologią. Tam zaprojektował strzykawkę do bezpośredniej transfuzji krwi (firma Mann, Warszawa).

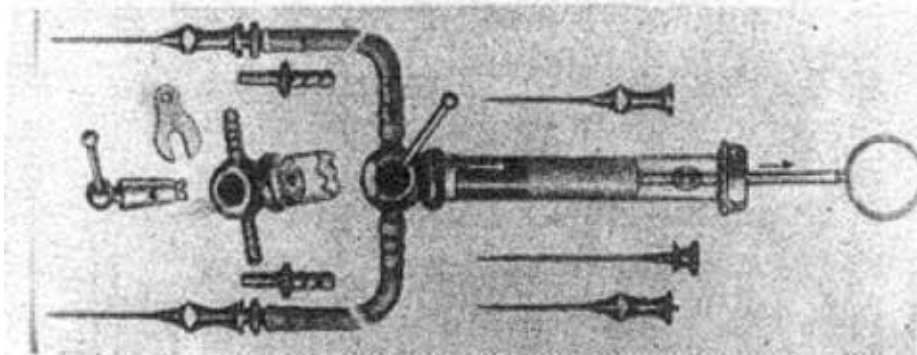
Prowadził pierwsze próby konserwowania krwi i sposoby jej przechowywania, wspólnie z Ludwikiem Hirszfeltem brał udział w I Kongresie Transfuzjologii w Rzymie. Podjął próbę przeniesienia na teren Polski koncepcji „szpitala wypadkowego”, realizując tzw. stację urazową przy szpitalu Diakonis w Toruniu. Duża aktywność naukowa, publikacje będące w zainteresowaniu wojska spowodowały możliwość przeniesienia do Warszawy i realizację marzeń o utworzeniu Instytutu Chirurgii Urazowej w 1935 r.

✓ 1. Autoklaw systemu Sokołowskiego.

2. Strzykawka Sokołowskiego do bezpośredniego przetaczania krwi.



1



2



Praca w instytucie była bardzo aktywnym okresem w życiu profesora. Zorganizował m.in. pierwszy w Polsce oddział neurochirurgiczny „pod” doktorem J. Choróbskim. Opracowywał własne metody operacyjne, wydawał (z J. Rutkowskim, J. Kołodziejskim i J. Zaorskim) czasopismo „Chirurg Polski”. Skonstruował tzw. łóżko urazowe, aparat do nastawiania złamań kości, zainicjował własne rozwiązanie autoklawu szpitalnego. Zostało ono zastrzeżone w urzędzie patentowym, a było produkowane przez firmę Dmowskich.

Poza szkoleniem własnych współpracowników, wprowadził do

▲ **Płk Tadeusz Sokołowski (1887-1965), lekarz.**

SKONSTRUOWAŁ TZW. ŁÓŻKO URAZOWE, APARAT DO NASTAWIANIA ZŁAMAŃ KOŚCI, ZAINICJOWAŁ WŁASNE ROZWIĄZANIE AUTOKLAWU SZPITALNEGO.

„Ofiarny, bezkompromisowy i nieugięty w walce o sprawy, które uważał za słuszne, przeżył burzliwe, bogate i płodne życie patrioty, żołnierza i niepospolitej miary lekarza i nauczyciela, który oddawał swe siły bez reszty w służbie dla człowieka i nauki”

– dr Jerzy Szulc

kształcenia w traumatologii system odbywania półrocznych stażów dla absolwentów Centrum Wyszczolenia Sanitarnego. Uważał, że jest konieczność pilnego kształcenia chirurgów na wypadek wojny, informując we wszelki możliwy sposób, jak wielkie znaczenie przywiązują Niemcy do przygotowania w zakresie traumatologii. Zabiegał o zaopatrzenie wojskowych oddziałów chirurgicznych w sprzęt do operacji z użyciem przyłóżkowego aparatu rtg., co niestety okazało się mrzonką. Zalecał Evipan do narkozy dożyłnej, zwracając jednocześnie szczególną uwagę na segregację rannych. Podczas Kampanii Wrześniowej był lekarzem szpitala polowego. Był internowany w Rumunii, przedostał się do Francji, potem do Szkocji, gdzie pracował w szpitalu wojennym w Edynburgu. Tam wykładał na Polskim Wydziale Uniwersytetu. Potem organizował Szpitale Wojenne II Korpusu Armii Polskiej w Iraku, Egipcie i we Włoszech. Szpital w Casamassina koło Bari z ordynatorem płk. Sokołowskim uruchomiono na 7 dni przed decydującą bitwą o Monte Cassino. Ogólna liczba rannych wyniosła wtedy 2822 żołnierzy. Ilu spośród nich zoperował doktor Sokołowski? Stosował już wtedy penicilinę ze znakomitym skutkiem, operował m.in. uszkodzenia postrzałowe nerwów obwodowych, stosując neurolizę i wczesne zeszyście nerwu. Ratował Polaków, Włochów (płk. Gatta) i ludność cywilną, za co otrzymał Komandorię Orderu Corona d'Italia oraz honorowe obywatelstwo Włoch.

W 1948 r. Sokołowski wrócił do Polski i objął Katedrę Chirurgii Akademii Lekarskiej w Szczecinie. Miał wtedy 61 lat i za sobą bogate doświadczenia chirurga, a przed sobą konieczność organizowania od podstaw kliniki chirurgicznej uczelni, która powstawała w warunkach wyjątkowo trudnych, na „lekarskiej pustyni”, jaką było wówczas Pomorze Zachodnie. W okresie kierowania katedrą pod jego nadzorem uzyskano 12 doktoratów i 2 habilitacje.

Tadeusz Sokołowski był niewątpliwie jednym z najwybitniejszych chirurgów swego okresu, wspierał organizatorem (Instytut Chirurgii Urazowej, szpitale wojenne na Bliskim Wschodzie i we Włoszech, doroczne zjazdy lekarzy wojskowych). Był wynalazcą sprzętu medycznego, naukowcem i dydaktykiem (167 publikacji), patriotą, który nie wyobrażał sobie życia poza Polską.

Zmarł w Szczecinie 21.01.1965 r. i został pochowany w Alei Zasłużonych Cmentarza Centralnego, z honorami wojskowymi. Odznaczony m.in. Krzyżem Virtuti Militari V kl., Krzyżem Walecznych, Krzyżem Niepodległości, Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski i wieloma innymi.

W małżeństwie z Karoliną z Kwiatkiewiczów (ślub 1920 r.) miał dwie córki: Annę Marię – lekarza psychiatrę (dyplom Edynburg 1946) i Krystynę Marię (dyplom Akademia Medyczna w Gdańsku 1958). ○

W. Brzeziński „Tadeusz Sokołowski i jego szkoła chirurgiczna” – praca na stopień dr n. med., Szczecin 1995.
K. Przybyszewski „Toruński Słownik Biograficzny” UMK Toruń 2004.

Apteka rybna



Artur Andrus

Satyryk

Notuję fragmenty telefonicznych rozmów z mamą:

- Spaleś może? – pyta mama.
- Nie – opowiadam.
- Ja też spałam.

Weszliśmy na taki etap życia rodzinnego, że przyjemność sprawia nam sam fakt rozmowy, a nie jej sens czy treść. Poza tym zauważyłem, że matki też dorastają. Kiedyś, jakieś czterdzieści lat temu, ciągle mnie upominała:

– Nie biegaj tyle!

A ostatnio zobaczyła mój występ w telewizji, zadzwoniła i powiedziała:

– Może byś pobiegał trochę? I nie rezygnuj z metabolizmu.

Łatwo powiedzieć. Nie chciałem jej robić przykrości, przypominając, że metabolizm jest uwarunkowany genetycznie. Zresztą gdybym przypomniał, dowiedziałbym się tylko, że w ojca się wdałem.

Zaniosłem do kaletnika skórzany pasek do naprawy. Sprzączka się urwała. Kiedy odbierałem pasek z naprawioną sprzączką, miły starszy pan zaczął:

– A może dorobię panu tu jeszcze jedną dziurkę? Bo jak pan schudnie...

Spojrzał i bez czekania na odpowiedź oddał pasek, mówiąc:

– Albo nie.

Na razie rozmowy na takie tematy mają charakter żartobliwy. Kolega mówi, że „traci zasięg”, to znaczy, że ma już takie miejsca na swoim ciele, do których nie sięga ręką, kiedy chce się posmarować, bo go tam boli. Ha, ha, ha. Bardzo śmieszne. Na razie.

Są jednak dobre strony upływu czasu. Na przykład z wiekiem człowiek nie musi zadawać tak wielu pytań. Nie dlatego, że już wszystko wie, tylko po prostu pewne zjawiska w ludzkim życiu się konkretyzują i zawężają. Nie muszę już pytać ogólnie: „Dokąd idziesz?”. Mogę precyzyjniej: „Idziesz do apteki czy gdzie indziej?”. I to „gdzie indziej” też się staje pojęciem coraz węższym. Zaczyna oznaczać pocztę, przychodnię, piekarnię. Większość na „p”. Po raz pierwszy w życiu słowa „apteka” użyłem w piosence. Takiej,

w której ogólnie narzekam, że „... Co to za rynek bez katarynek? I gdzie te noce bez chwili snu? Co to za rynek bez katarynek? Co to za wiosna bez bzu?...”. Dalej się pocieszam, że jeszcze nie jest najgorzej, bo są: „Butelka wina, bilety do kina, dobre apteki i dyskoteki, i słońce, i rzeka, wiersze Sztaudyngera... Nie ma na co narzekać, jest z czego wybierać”.

Parę lat temu, kiedy jeszcze nikt nie myślał o wprowadzeniu niehandlowych niedziel, moja znajoma narzekała na brak nocnych sklepów obuwniczych. Zawsze była osobą dość oryginalną, więc nikt ze świadków tego narzekania nie dziwił się, że może mieć ochotę kupować buty o 3.00 nad ranem. Tak ma i już. Przypomniałem sobie tę jej fanaberię, kiedy ostatnio wpadło mi do głowy, że przydałaby się u mnie na osiedlu apteka rybna. Ale nie taka, w której można dostać lekarstwa dla ryb akwariowych, słodkowodnych i morskich. Czyli z jakimś medykamentem dla rekina, kiedy go wątroba zaboli. Ani taka z preparatami z wątroby rekina dla ludzi, żeby ich coś innego nie bolało. Chodzi o to, żeby można było, przychodząc po antybiotyk i maść na bóle mięśniowe, od razu kupić dorsza, śledzia, flądre czy halibuta. A zwłaszcza karpia na święta. Bo po co chodzić dwa razy albo w różne miejsca? Zresztą buty w takiej aptece też by mogły być sprzedawane. A może prościej zacząć leki sprzedawać na pocztę? Poza antybiotykami i rybami sprzedaje się tam już wszystko.

Kilkanaście lat temu byłem gościem zakończenia roku akademickiego jednego z Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Po spotkaniu, przy wyjściu z sali, podeszły do mnie dwie studentki. Na oko takie „siedemdziesiątkipiątki”. Jedna spojrzała i powiedziała:

– W telewizji to pan tak młodo wygląda, a na żywo znacznie lepiej.

Ciekawe co by powiedziała dziś?

– Wychodzisz gdzieś? – pyta mama.

– Nie – odpowiadam.

– Ja też chyba wyjdę... ○

Anatomia pamięci

(fragmenty)

📍 **MAREK GAWLIK I MONIKA KUNSTMAN** LAUREACI KONKURSU „PRZYCHODZI WENA DO LEKARZA” (2017)

Anka nie była grzeczną dziewczynką. Nigdy w życiu.

Może kiedyś, na samym początku, w cukierkowo-różowej krainie dzieciństwa, zanim jeszcze ojciec wyjechał do Niemiec, a matka odpłynęła w świat brazylijskich seriali, wiecznych migren i błękitnych tabletek na sen.

Niewiele pamiętała z tamtej krainy lukru i spokoju. Odrobinę. Okruszki scen, zdarzeń, irytujące ziarenka w trybikach szarej codzienności. Zostawione, żeby zgrzytało. By odczuwać złość.

Później wychowywała ją babcia, jak umiała. Szeptem. Na palcach, po cichutku, starając się nie wywoływać z lasu wilków migreny i chandry. Matka i tak potrafiła bronić swojego terytorium przed naporem realnego życia. Nosiła wilgotne kompresy jak przyłbicę, rozchełstaną podomkę jak zbroję. Zagadnięta, oddzielała się potokiem narzekań jak fosą.

Nieustająca ofiara na ołtarzu własnego poczucia krzywdy. Porzucona żona.

Matka trudnego dziecka, córka toksycznej matki. Takie tam.

Nie ruszana, zapadała coraz głębiej w kanapę przed telewizorem, z nieodłącznym kompresem na skroniach. Niedostępna księżniczka w szklanej wieży, przeżywała życie rodzinne państwa Prado czy innych Izaurów. Interesująco skomplikowane, kolorowe, bezpiecznie oddzielone migającym ekranem. Emocjonujące na tyle, by wywołać uśmiech lub uronić łzę. Nie wymagało uniesienia dłoni.

Sto procent mocnych wrażeń, bez zaangażowania kawałeczka siebie. Anka to rozumiała w końcu, dużo później.

One z babcią krążyły wokół matki jak cmy. Czasem wątył płomynek spokoju dawał ciepło, złudzenie normalności.

Babcia zmarła zaraz po Anki trzynastych urodzinach. Trudne były ostatnie dwa miesiące. O tym, że chorowała wcześniej, długo się leczyła, Ania również dowiedziała się dopiero później. A całość ogarnęła dopiero niedawno.

Babcia była dyskretna i umiała kochać.

Umiała też brać na siebie życie, takim jakim jest, z blaskiem, szaleństwem i smutkiem, dzikimi meandrami. Z tysiącem zwyczajnych obowiązków i radości.

To Anka również rozumie od niedawna. Przekroczyła próg. W ostatnim półroczu niejedną.

Po śmierci babci nie wychowywał jej już nikt.

Ci, którzy mieli dobre chęci, nie mieli odwagi. Reszta, nawet tych uprawnionych, miała gdzieś.

Po jednolitej szarżyńce stanu wojennego nastąpiło jakby wyjaśnienie. W telewizji przybyło programów. Seriali. Teleturniejów. Trzeba było wybierać.

Trudny wybór, daremny żal. Nie da się mieć wszystkiego.

Banalny program zwany życiem przegrywał w przedbiegach. A od przybytku głowa jednak boli.

„Kiedyś jej czacha zgnije od nadmiaru wilgoci i te szmaty nawpadają do środka” – fantazjowała Anka, patrząc na matkę zalegającą na swym zwykłym miejscu – „Albo kanapa się zapadnie i ją całkiem pochłonie”.

I szła do kuchni nastawić wodę na herbatę, dla nich obu. Tabletki na ból głowy najlepiej popijać herbatą. I żeby nie były na pustym żołądku, lekarz mówił, że od tego można nabawić się wrzodów.

Anka życzyła matce różnych rzeczy, ale wrzodów akurat nie. Też choroba przewlekła i mało śmiertelna.

Nauczyła się smażyć parówki i gotować jajka. Przygotowywać sobie ubrania do szkoły. Nastawiać pranie i rozwieszać porządnie, by wyschło – nie umiała prasować, bała się żelazka. Ale za to chodziła na pocztę po pieniądze. Zaprzyjaźniona pani z okienka wydawała jej mamy rentę, alimenty od mitycznego, zapomnianego już niemal ojca z dalekich Niemiec i pomagała opłacić domowe rachunki. Przeliczając uważnie pozostałe pieniądze, to Anka planowała tygodniowe i codzienne zakupy. Powoli, niepostrzeżenie, bez zbędnych dyskusji przejęła kontrolę nad skromnym rodzinnym budżetem. Matka, pomiędzy jednym i drugim pytaniem „Familiady”, zamruczała coś niewyraźnie i machnęła ręką na znak, że może być. Raz i drugi.

Później Anka już nie pytała. Teraz to ona, zupełnie jak babcia, siadała w sobotę wieczorem na wysokim krześle i marszcząc czoło, podliczała długie kolumny wydatków i krótkie przychodów. Potrafiła.

Nie obyło się bez mniejszych i większych wpadek, zima w siódmej klasie zaskoczyła ją nie mniej niż drogowców. Z rękawów kurtki wystawała połowa przedramion. W rękawiczkach załęgły się mole.

Od czapki podwójnie czerwieniały uszy. Była za mała i żenująco różowa.

Anka westchnęła ciężko i wyrzuciła na podłogę całą zawartość pawlacza. Znalazła w starych swetrach wylęgarnię moli. Oraz całkiem niezły, o dziwo nietknięty przez paskudne owady, matki płaszcz. Może w tych bydlakach też kołatał się jakiś odruch litości.

Bez pytania wyniosła płaszcz do krawcowej. Pani Basia zobowiązała się przerobić go na modną kurtkę z kołeczkami i głębokim kapturem. Jako zapłatę przyjęła całą wełnę, również tę z molami, bo wełna bez babci straciła swój sens. Zażądała też wszystkich starych swetrów.

Anka zachnęła się w duchu na nieoczekiwaną pazerność pani Basi, która za jedną robotę żąda pół pawlacza, ale przyniosła. Po co jej stare swetry, sfilcowane?

Pani Basia była kobietą mądrą, tą mądrością, co nie wymaga fanfar ani wielkich czynów, ale pozwala patrzeć odważnie i działać. Bez zażenowania, wzdychań i tuptania w miejscu.



Całość na
www.gazetalekarska.pl

Za dużo



Agata
Morka

Historyk sztuki

Daniel Lambert raczej nie doczekałby się okładki „Vogue’a” ze swoją podobizną w naszych czasach. Mimo że znany ze swojej zręczności jako piłkarz XIX-wiecznej drużyny Anglii, ten młodzieniec z Leicesteru ważyłby, według dzisiejszych kanonów, po prostu za dużo.

Daniel Lambert, głównie z powodu swej pokaźnej tuszy, osiągnął dwa stulecia temu status międzynarodowej gwiazdy. Ciało, które we współczesnym świecie chudości na pewno nie zdobiłoby okładek czasopism, w wieku XIX postrzegane było za niemalże skarb narodowy.

Podobizny Lamberta były szeroko znane nie tylko w Wielkiej Brytanii, ale ponoć rozprowadzane były także

w Ameryce. Sława brytyjskiego grubasa sięgnęła poza Atlantyk, w rodzi-
mej Anglii przyjmował zaś w domu, pobierając od ciekawskich opłaty, by dostąpić mogli zaszczytu zobaczenia jego spektakularnego ciała.

Liczne przedstawienia mężczyzny miały jedną cechę wspólną: portretowany uchwycony był w pozie zrelaksowanej, pewności siebie miał pod dostatkiem. Na tym portrecie z 1806 r. Daniel nie tylko nie kryje swej wagi, ale wręcz z dumą pokazuje ją światu.

Rozparty w fotelu, zapewne robionym na miarę, prezentuje swe ciało w pełnej krasie, patrząc zamyślnym wzrokiem w dal. Czerwień jego rozpiętego płaszcza, niemalże królewska w wyrazie, rezonuje z zaczerwienionymi policzkami, biała koszula oplata brzuch, tego samego koloru skarpety podkreślają objętość łydek.

Lamberta, w jego czasach, nie tylko nie wyśmiewano, ale także nie leczono. Zmarł w wieku lat 39., ważąc ponad 330 kg. Na miarę swych czasów, chłopak był na wagę złota. ☺

▼ Benjamin Marshall, „Portret Daniela Lamberta”, ok. 1806.

obraz A



obraz B





Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

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

W temacie maila należy wpisać GL12.

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

UWAGA – jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

Dla jednej z osób, które prześlą
prawidłowe odpowiedzi,

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

ufundował voucher obejmujący m.in.:

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

HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

Nagrody dodatkowe dla trzech osób,
które prześlą prawidłowe odpowiedzi,

**Wydawnictwo
Uniwersytetu Jagiellońskiego**

ufundowało książki:



WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO

Rozwiązanie zagadki z „GL” 11/2018

OBRAZ ORYGINALNY: B

SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY

1. Wyrównanie krawędzi ulotki tak, żeby była pod kątem prostym.

Krawędzie ulotki celowo przycinano w nieregularny kształt, który przypominać miał góry, a zatem i rodzinne strony rdzennych mieszkańców Ameryki Północnej.

2. Dodanie niedźwiedzia w tle.

Na niektórych z reklam pigułek widać także niedźwiedzia: zwierzę niezwykle ważne dla wierzeń rdzennych Amerykanów. Szczególnie intrygujące ujęcie tematu przedstawia jedna z ulotek, gdzie Indianin dosiadający konia, niby Święty Jerzy, przebija stojącego u jego stop niedźwiedzia/smoka.

3. Usunięcie napisu Dr. Morse's.

Wszystkie ulotki reklamujące pigułki miały zawsze umieszczony napis jasno obwieszczający ich przynależność do koncernu Morse'a.

4. Dodanie pióropusza na głowie siedzącego.

Malujący ulotki pigułek nie posiadali wielkiej wiedzy na temat strojów rdzennych Amerykanów, pióropusze często zdobią głowy bohaterów ich scen, jednak zazwyczaj zarezerwowane są dla podkreślenia statusu wojownika, niemającego zastosowania w tym wypadku.



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



NAGRODZENI Z „GL” 11/2018

Voucher do Hotelu Prezydent*** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje
Joanna Krzysztoforska-Gacoń z Tarnowa. Gratulujemy!

Nagrody dodatkowe: Anna Telec z Krakowa, Marta Piskor-Cebula z Wrocławia, Łukasz Czech z Rzeszowa.

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.

Stwierdzanie zgonu



👤 JAREK TROJNAR, SPECJALISTA MED. RODZINNEJ

Pragnę zauważyć, że stwierdzanie zgonu nigdy nie było świadczeniem opłacanym przez NFZ. Niestety, takie informacje pojawiają się co jakiś czas, rozpowszechniane nie tylko przez NFZ, ale również, niestety, przez niektórych prawników.

Dowód jest tu bardzo prosty: jeśli pacjent umrze w danym miesiącu, to za cały ten miesiąc lekarz nie dostaje za niego stawki kapitacyjnej, a więc na pewno wystawienie karty zgonu nie jest wliczone do świadczeń.

Za wystawienie karty zgonu powinna zapłacić Gromadzka Rada Narodowa, której spadkobiercą jest Starostwo. Konia z ręką do tego, kto wydebiliby od tegoż jakiegokolwiek pieniądza. Oczywiście można wystąpić na drogę sądową i na pewno się wygra, ale sprawa toczyć się będzie ok. 2-3 lata. Takie są realia w Polsce.

Proponuję, żeby Izby Lekarskie zajęły się pomocą prawną dla zainteresowanych sprawą lekarzy.

Śladami Józefa Piłsudskiego

👤 KAZIMIERZ KUBISZYN

Zapewne niewiele osób wie, że leśniczówka w Kunkach k. Tomaszowa służyła jako miejsce kryjówki marszałka po ucieczce z więzienia w Petersburgu.

W zorganizowaniu ucieczki pomogli mu rodacy, spośród których na uznanie zasługuje prof. dr med. Jan Mazurkiewicz. Psychiatra ten przeniósł się specjalnie z Warszawy do Petersburga, aby ułatwić ucieczkę więźniowi. Tak się też stało, że w czasie obserwacji szpitalnej na

oddziale psychiatrycznym w Petersburgu, podczas dyżuru doktora Jana Mazurkiewicza, poproszono pacjenta do gabinetu lekarskiego na rozmowę i badanie w godzinach wieczornych. Strażnik pilnujący sali więźnia miał „wyjątkowo twardy” sen i nie spostrzegł zniknięcia Józefa Piłsudskiego. Doktor Mazurkiewicz zgodnie z planem przekazał ubranie i odpowiednie dokumenty umożliwiające ucieczkę pod osłoną nocy. Z wieloma przygodami, nad ranem dotarł Józef Piłsudski do swoich.

) KULTURA

) Wernisaż

Wernisaż poplenerowy w Salonie Sztuki Nieprofesjonalnej „U Lekarzy”, który zwieńczył doroczne wrześniowe warsztaty fotograficzne lekarzy i lekarzy dentystów z całego kraju, które miały miejsce w Kazimierzu Dolnym nad Wisłą, odbył się 17 listopada staraniem Lubelskiej Izby Lekarskiej przy wsparciu NIL. 🌐



Więcej na
www.gazetalekarska.pl

) Narty



Więcej na
www.gazetalekarska.pl

W dniach **1-3 marca** w Istebnej odbędą się XXII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim. Zapisy www.polskimed.pl ○

) Wielkopolskie bieganie

Od kilkunastu lat Wielkopolska jest areną zmagania lekarzy w mistrzostwach Polski w biegach długodystansowych. W tym roku cykl rozpoczęły XVII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Półmaratonie rozgrywane w Gnieźnie. Tylko tydzień dzielił biegaczy od 21. Mistrzostw Polski Lekarzy na 15 km rozgrywanych w Bukówcu Górnym. Niecałe trzy tygodnie mieli biegający lekarze na odpoczynek i regenerację sił na XVII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Maratonie – 14 października Poznań był areną zmagania 72 lekarzy na królewskim dystansie. ○

) Rekord skarbnika NRL

– 42 kilometry i 195 metrów udało mi się pokonać z życiówką w 3 godziny i 36 minut, co ma dla mnie niezwykłą wartość – mówi skarbnik NRL dr Grzegorz Mazur, który na początku listopada przebiegł słynny maraton w Nowym Jorku. Ukończył maraton z czasem 3:36:21, zajmując 6701. miejsce na 52 700 startujących biegaczy. W swojej kategorii wiekowej uplasował się na 215. miejscu. – Trasa jest bardzo wymagająca. Suma przewyższeń na trasie to ponad 600 metrów – dodaje. ○

) Mistrz

Drużynowe Mistrzostwo Polski dla Wielkopolski na 51. Mistrzostwach w Strzelaniach Myśliwskich wywalczył lek. dent. Waldemar Włodarczyk z Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Zdobył również tytuł wicemistrza Polski i Wielkopolski w konkurencji Skeet75 oraz drugiego wicemistrza Polski i Wielkopolski w konkurencji Trap75. ○

REKLAMA

„ecce medicus” — oto lekarz

RYSZARD GOLAŃSKI

Różne były sposoby czczenia jedynej w swoim rodzaju rocznicy – stulecia niepodległości Polski. Polskie Towarzystwo Lekarskie wspólnie z Towarzystwem Ubezpieczeniowym INTER Polska S.A. postanowiły zrobić to w sposób szczególny.

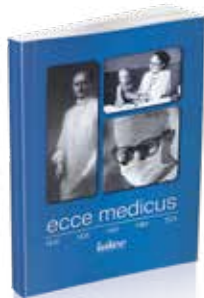
Realizację pomysłu powierzono Jarosławowi Waneckiemu, dobrze znanemu czytelnikom „Gazety Lekarskiej”. W książce „ecce medicus”, czyli oto lekarz, przedstawiono laureatów najwyższego odznaczenia PTL Medalu „Gloria Maedicinae”.

Pierwotny zamiysł, aby wydać album z notami biograficznymi i zdjęciami,

okazał się nierealny ze względu na krótki czas realizacji. Wydawnictwo miało być bowiem zaprezentowane podczas tegorocznej gali PTL i wręczenia kolejnych nagród. I tak się stało. Wystąpienie autora i prezesa Janusza Szulika, prezentujące książkę, było jednym z punktów spotkania w pięknej Sali Lustrzanej Zamku Królewskiego w Warszawie. W ładnie wydanym tomiku zamieszczono nazwiska wszystkich laureatów „Gloria Medicinae” od roku 1990 po rok 2017. Oprócz tego znajdujemy sentencje luminarzy polskiej medycyny od Jana Nielubowicza i Jerzego Woy-Wojciechowskiego, po obecnego prezesa PTL Waldemara Kostewicza. Istotą książki jest osiemnaście esejów autora,

dotyczących historii medycyny, etyki, stawiających pytania o rozliczanie z przeszłością i pytania o przyszłość stanu lekarskiego w Polsce. Lektura tych tekstów jest zaskakująca, nawet dla osób, które znają autora i jego dotychczasowe dokonania literackie i publicystyczne.

Na koniec cytat, który dedykuję sternikom nawy państwowej: „Wolny zawód lekarza jest jak niepodległość. Zachowanie autorytetu państwa możliwe jest wyłącznie przy należytych wypełnianiu kodeksów, powołań i niestrudzonej pracy u podstaw, gdzie najwyższym prawem jest zawsze Człowiek”. Każdy z nas znajdzie w tej książce coś bardzo osobistego. ()



Kania w buszu

JAROSŁAW WANECKI

Najnowsza książka Agnieszki Kani, multilaureatki konkursu literackiego „Przychodzi wena do lekarza”, opowiada o ogrodzie zoologicznym. Czytaniu towarzyszy „głośny żabi rechot” i intelektualna wędrówka po galerii malarskiej ze zwierzętami w rolach głównych. Odwiedziny autorki w ZOO wymyślił Wydział Sztuki Uniwersytetu Opolskiego, poszukujący kogoś, kto zilustrowałby słowami artystyczne próby studentów. W taki sposób kreskę dopełniono wielką literą. „Którędy do buszu?” – to trzynaście odsłon zniewolenia i poszukiwania wolności – panoptikon zwierząt ze specjalnym udziałem ludzi. Odlot ptaków i myśli. Obłądny. ()



NASZA CZYTELNIJA • NASZA CZYTELNIJA • NASZA CZYTELNIJA • NASZA CZYTELNIJA • NASZA CZYTELNIJA • NASZA CZYTELNIJA • NASZA CZYTELNIJA • NASZA CZYTELNIJA • NASZA CZYTELNIJA • NASZA CZYTELNIJA •

Problemy okołoperacyjne u osób w wieku podeszłym

Redakcja: Tomasz Grodzicki, Jakub Kenig

Publikacja o problemach okołoperacyjnych u pacjentów geriatrycznych. Zawiera m.in. informacje na temat zmian fizjologicznych i patofizjologicznych związanych ze starzeniem, wpływu operacji na organizm, dylematów anestezjologa, kardiologa i diabetologa czy wyboru optymalnej strategii operacyjnej.



Niekoniecznie depresja

Hilary Jacobs Hendel

Książka z dziedziny psychologii, oparta o pracę nad emocjami. Autorka zwraca uwagę, że nie zawsze objawy przypominające depresję świadczą o tym, że ich źródłem jest choroba, gdyż wywoływać je mogą tłumione emocje. Podkreśla także, że właściwe przeżywanie wszystkich emocji, zarówno pozytywnych, jak negatywnych, pełni ważną, biologiczną funkcję w organizmie.





Narodziny polskiej neonatologii. **Wspomnienia lekarzy**

Joanna Morga

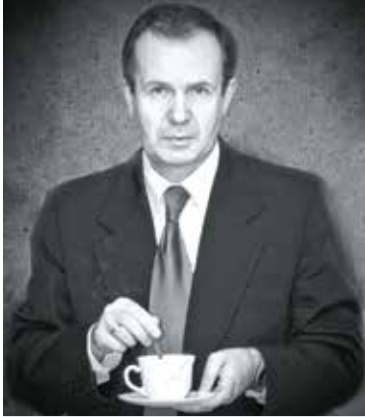
Wspomnienia 13 wybitnych ekspertów, którzy tworzyli neonatologię w naszym kraju. To opowieść o trudach związanych z narodzinami tej dziedziny medycyny – porażkach, ale też sukcesach, które utwierdzały lekarzy w przekonaniu, że to co robią, ma głęboki sens. Polskie Towarzystwo Neonatologiczne objęło tę książkę swoim patronatem.



Antybiotyterapia praktyczna [VI wyd.]

Redakcja: Danuta Dzierżanowska

Kolejne, szóste już wydanie cieszącej się dużą popularnością książki. Zakres zmian i aktualizacji jest bardzo duży. Poszczególne części zawierają wiadomości ogólne, opis głównych grup antybiotyków, klasyfikację i opis drobnoustrojów, zasady racjonalnej antybiotykoterapii oraz diagnostykę i leczenie najczęstszych postaci zakażeń.



Jarosław Wanecki
Pediatra, felietonista

Sklejanie filiżanki

Naczynia są ważnym elementem codzienności w każdej kulturze. W nich podajemy jedzenie i z nich pijemy. Wypalane rzemieślnicze cuda, malowane ręcznie i kruche, postawimy na świątecznych stołach.

Skorupy niejednej filiżanki trafią do noworocznych śmieci. „Każdy z nas zniszczył kiedyś coś cennego i żywego, niechcący albo w gniewie” – mówił podczas lekcji Kintsugi, japoński Mistrz naprawiania ceramiki, w powieści „Purezento” Joanny Bator. „Ze strachu, słabości albo przez zaniedbanie każdy z nas utracił jakąś rzecz, która jest niemożliwa do zastąpienia”.

Codziennie sklejam kawałki zdrowia pacjentów, jak każdy z nas, którzy wybrali zawód dążący nie tylko do eliminacji choroby, ale do dobrostanu Człowieka. Mówimy wówczas o holistycznym podejściu do sztuki lekarskiej. Przed naszymi oczami stoi Osoba, a nie tylko jej fragment: oko, ucho, serce, wątroba, skóra, kości, stawy, zęby, mętnik w głowie i głosy wzywające o zmierzchu... „Pęknięte skorupy można złożyć tylko w jeden sposób” – mówił Mistrz – „jeden jedyny. Trzeba go znaleźć. Każda część musi ponownie połączyć się z innymi”.

Kintsugi narodziło się z tradycji uroczystego parzenia i picia herbaty. Technika uznawana jest za przejaw filozofii wabi-sabi, czyli poszukiwania piękna w rzeczach prostych i samotnej refleksji. Przedmioty posklejane żywicą sumaka lakowego zmieszaną ze złotem, opowiadają nie tylko swoją historię, ale także losy właścicieli, dzieje rodzin i zmieniającego się świata. Dzięki Kintsugi to, co pęknięte, jest znów całe, jednak miejsce pęknięcia pozostaje widoczne. Skaza to cześć piękna, zasługująca na szacunek. Naczynie jest i nie jest już tym samym. Połączone odłamki herbacianej czarki są jak ciało pacjenta z bliznami po usunięciu wyrostka robaczkowego, pęcherzyka żółciowego, cesarskim cięciu i urazach. U ludzi, zabliźnione nitki nie są widoczne, odkrywamy je w słowach wywiadu lekarskiego, w żalu, bólu i cierpieniu. Zmarszczki tracą pamięć pod wpływem leków i kolejnych życia-rysów. Ludzkie pęknięcia wymagają wielu operacji, niekoniecznie wykonywanych skalpelem i nitką plastyka. Doświadczenie choroby powoduje, że chociaż nadal jesteśmy sobą, nie jesteśmy tacy sami. W odróżnieniu od delikatnej, ale długowiecznej ceramiki wciąż nucimy: „Życie, choć

piękne, tak kruche jest / Wystarczy jedna chwila, by zgasić je /... / Zrozumiał ten kto otarł się o śmierć”.

Posklejane z kawałków ludzkie losy opisuje historia. Posługuje się sztuką katalogowania, fiskalami i biogramami. Zatapia szpatułkę z lakową żywicą w pamiętnikach i listach. Ogląda zdjęcia i filmy. Czasem ściska życie w jedno zdanie z datami urodzin i śmierci, innym razem mieści się na zwykłej kartce papieru, wyrwanej z ryzy chłonej tusz archiwizacji. Nielicznym poświęca artykuł, rozdział, tom, zbiór. Potem stawia wszystkich na półkach, jak pudełka z ceramiką, której by-passy złocą się pomiędzy malowanymi ręcznie obrazami z przeszłości.

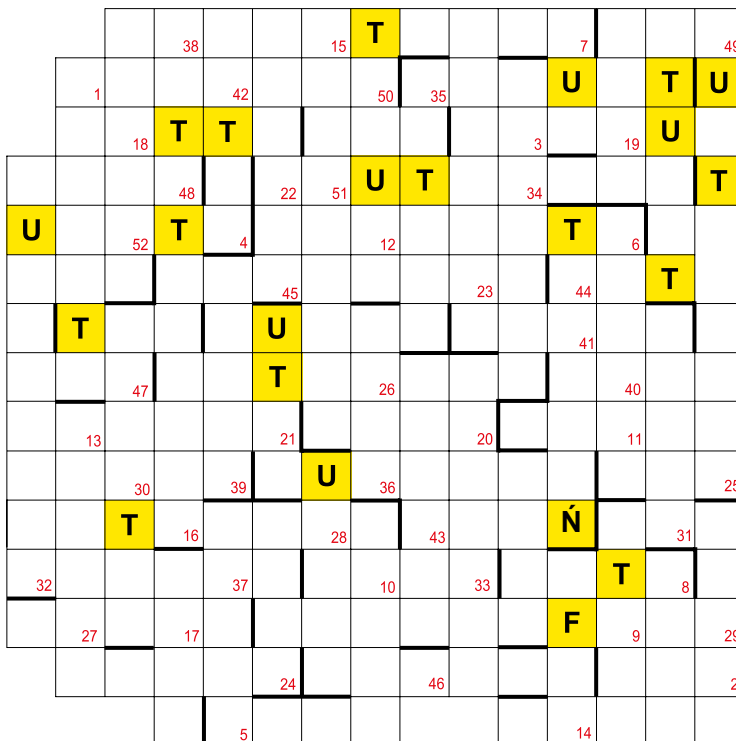
Przez kilka ostatnich lat stałem z filiżanką wypełnioną gorącą kawą, w oknie epikryzy „Gazety Lekarskiej”, opisując w samotności piękno i brzydotę spraw w ochronie zdrowia i relacjach między nami. Mój los toczył się równolegle z historią izb lekarskich. Jesteśmy równolatkami w dorosłym doświadczaniu zmieniającej się Polski. Kolokwium z anatomii jamy brzusznej, podczas pierwszego roku Akademii Medycznej w Łodzi, zdawałem, gdy w Filharmonii Narodowej wybierano po nocnej debacie pierwszego Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej. Sześć lat później, z prawem wykonywania zawodu w ręku, zacząłem samorządowe prawki, pisząc pierwsze zaangażowane teksty. I mimo usilnych starań, po trzydziestu latach, mam poczucie, że przez niezamierzone „zaniedbanie utraciłem jakąś rzecz, która jest niemożliwa do zastąpienia”. Pęknięta. Odruchowo chciałem, jak wielu dotychczas, schować to, co rozbite, z naiwnością myśląc, że naprawi się samo. Ale to przecież nie jest możliwe.

Z okazji trzech dekad samorządu lekarskiego patrzę na wyszczerbioną filiżankę z fotografii epikryzy. Rozgrzewam ręce, żeby uleczyć skałczenia porcelany. Z nadzieją, że inni zmieszali już klej, czekam na toast wszystkimi scalonymi skorupami: za wolny zawód, cierpliwość łączenia ostrych krawędzi, odstąpienie od doraźnego tłuczenia na oślep. Toast za wytrwałość Kintsugi w Perłowym Roku Jubileuszu. ○

Z okazji świąt Bożego Narodzenia mamy dla Państwa aż 10 nagród książkowych! (okładki poglądowe)



Objaśnienia 75 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: F, Ń, T i U.
Na ponumerowanych polach ukryto 52 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to przysłowie chińskie. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 15 stycznia 2019 r.
Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).



Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 238 („GL” nr 10/2018)

Najszybciej starzeje się wdzięczność.

Nagrody otrzymują:

Ewa Kordek (Wrocław),
Radosław Łupkowski (Jasło),
Joanna Szydełko (Lublin).

Fundatorem nagród jest

Wydawnictwo Lekarskie PZWL,
www.pzwl.pl.

Nagrody przesyłamy pocztą.

* tendo * zdobienie przedmiotów drewnem * stolica Timoru Wsch. * mityczny człowiek śniegu * wzwód (łac.) * ukraińskie prerie * kraj ajatollahów * przeciwieństwo idealizmu * erymantejski dla Heraklesa * leśna pułapka * schronienie dla cudzoziemca * saudyjska stolica * robotnicy leśni * elektrokortyna * matematyczny wynalazek Indusów * wynalazł żarówkę * szklane Baryki * dioxygen * postęp, osiągnięcie * stan z Salt Lake City * przesadny elegant * mszaki tworzące darni * bieda, pauperyzacja * imię Amundsena * torus w oponie * ochronna warstwa atmosfery * żyta lub siana * słynne uzdrowisko w Gryzonii * zjazd na jednej nartcie * zmysł na języku i podniebieniu * turkot, tupot * właściciel magicznej lampy * kolor brytyjskich mundurów w Indiach * kolczaste drzewo lub krzew tropikalny * poczucie piękna, smak * wieś z zamkiem Krzysztopór * wytrawny jabłecznik * mięśniak (łac.) * gustus depravatus * łuczycznym * pułapka Polańskiego * kruszenie złogów * kabaret Laskowika * archipelag z Ponta Delgada * szeregowiec Spielberga * wąż lub szal * ewolucja narciarska * stan z Culiacan * stolarz mebli artystycznych * wywoływał krzykiem panikę * metylobenzen * indiańskie trofeum * starożytny gród koło miasta Selcuk * angielski pan * przywidzenie * ciepło, gorąco * następcą Dżyngis-chana * naród * skok do wody lub ptak * głos puchacza * miasteczko ze starostą Kmicicem * 4.047 m2 * histerosalpingografia * zwarta okrywa trawiasta * europejski konkurent Boeinga * koleżanka Ali * kosaciec * totolotek dzisiaj * starożytna Sanliurfa * grecka bogini młodości * nadmierny apetyt w chorobie psychicznej * francuski taniec ludowy i dworski * największy łososiokształtny * część sztuki * amaurosis

Jerzy Badowski

Wydawca:



**Naczelna Rada
 Lekarska**

Dla członków izb lekarskich
 bezpłatnie

Nakład: 174 000 egz.

Redaktor naczelny:

Ryszard Golański
 Tel. 600 909 382
naczelny@gazetalekarska.pl

Zastępca redaktora naczelnego:

Marta Jakubiak
 Tel. 608 316 248
m.jakubiak@gazetalekarska.pl

Dziennikarze:

Lucyna Krysiak
 Tel. 696 48 70 48
l.krysiak@gazetalekarska.pl

Lidia Sulikowska

Tel. 668 854 344
l.sulikowska@gazetalekarska.pl

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

Redakcja:

Tel. (22) 558 80 40
 Fax (22) 558 80 42
redakcja@gazetalekarska.pl

Redaktor naczelny

Biuletynu NRL:
Artur Drobnik

Stale współpracują:

Artur Andrus (Warszawa)
Jerzy Badowski (Olsztyn)
Sławomir Badurek (Toruń)
Maciej Hamankiewicz (Katowice)
Jarosław Klimek (Łódź)
Romuald Krajewski (Warszawa)
Anna Lella (Olsztyn)
Agata Morka (Berlin)
Joanna Sokołowska (Płock)
Jarosław Wanecki (Płock)

Redaktor portalu internetowego:

Mariusz Tomczak
m.tomczak@gazetalekarska.pl

Adres redakcji:

00-764 Warszawa,
 ul. Jana III Sobieskiego 110
www.gazetalekarska.pl

Opracowanie graficzne:

Teresa Urawska

Reklama i marketing:

Elżbieta Tarczyńska
 Tel. (22) 559 13 26
 Fax (22) 558 80 42
 Tel. 606 699 830
e.tarczyńska@gazetalekarska.pl

Ogłoszenia:

Olga Aniśko
 Tel. (22) 559 13 26
 Fax (22) 558 80 42
o.anisko@gazetalekarska.pl

Druk:

LSC Communications Poland Sp. z o.o.

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

