



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

BIULETYN INFORMACYJNY

Październik 2018

ISSN 1426-661X

Nr 263

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



Fot.
Alfred
Polok

SERCE CHOPINA

Oczywiście, że wiedziała. Nie miała ani cienia nadziei. Ani cienia. To dlatego tak starannie się pakowała. Szperała w almagach i bielizniarkach, wybierała żupaniki i otrząsała z naftaliny futrzane kołnierze. Zastanawiała się, czy wziąć kontusik z popielicami, a może jeszcze jedną kreację z bufiastymi rękawami. I szykowała nic nieznaczące drobiazgi: kaszmirowe szale, pelerynki, wstążki, pióra i wachlarze. Jakby sama przed sobą chciała ukryć, leżącą na dnie sakwojażu suknię żalobną.

W dniu wyjazdu pobiegła na strych i zniosła nefrytową walizkę zamykaną na kluczyk. Zważyła ją w rękach, chwyciła grubą szpilę i przebiła skórę kuferka.

– *Wielki Boże!* – zląkła się gospoia.

Chłopak wskoczył na lewego dyszlowego. I ruszyli.

Do Poznania jechali prawie trzy doby. Przez Ożarów, Łowicz, Kutno i Koło. Minęli Konin, Słupcę i Wrześnię. Ale większą część drogi do Paryża państwo Jędrzejewiczowie pokonali koleją. Mogli wybrać linię północną – barona Jamesa Rotschilda (w roku 1849 prowadziła z Lille do stolicy Francji) – albo podążać dolnym traktem przez miasto Épernay.

W ten gorący, sierpniowy dzień na Gare du Nord zebrał się spory tłum. Lecz szybki, niespokojny wzrok Ludwiki natychmiast wypatrzył brata. – *Zmizerowany* – pomyślała. I



Natalia Nosova – „Drzewo w serce”

– *Przynieś królika.*

– *Umrze w drodze!* – biadoliła staruszka.

Ludwika nie podróżowała sama. Chociaż w 1847 roku Adam Mickiewicz przekonywał, że oto nastąpiła *Epoka wyzwolenia kobiet...* *Kobiety są powołane do równości*, to damy nieczęsto jeździły w pojedynkę. Wyruszyła zatem w towarzystwie męża i córki.

Dyliżans na „trakt berliński” odchodził z Warszawy o siódmej wieczorem, z pocztamtu – róg Krakowskiego Przedmieścia i ulicy Trębackiej. Czterokonna kurierka brała sześciu pasażerów. Ludwika usiadła przy oknie, pod nogi wcisnęła etui z nalewką orzechową, flakonikiem soli trzeźwiących, paczką sproszkowanych migdałów i garnuszkiem miodu. Kufer z królikiem położyła na kolanach. Czuła jak zwierzak się wierci, jak szuka wygodnej pozycji. Lecz ani nie piśnie.

Konduktor sprawdzał podkowry, poprawiał pasy pociągowe, chomąta i rzemienie troczne. Zatrzasnął schowek na broń i uciszył gapiów. Wreszcie zajął miejsce na wysokim siedzisku, dał znak pocztylionowi, aby dosiadł konia.

poczuła sympatię dla otaczających go ludzi, wdzięczność, że udzielili mu cienia. Po pierwszych wzruszeniach podała Fryderykowi walizkę. Otworzył ją delikatnie tymi swoimi długimi palcami.

– *Królik!* – ucieszył się.

* * *

Józef Kalasanty Jędrzejewicz nie przepadał za szwagrem, drażniły go jego dziwne przyjaciółki, nie lubił też salonu przy placu Vendôme. Szybko się pożegnał. Ludwika została na dłużej.

Kiedy zimą wracała do domu, nie martwiła się, że ktoś zajrzy do kuferka. Dobrze nauczyła się roli. Przeciwczyła miny, gesty i pozy. Na każde, nawet najdziwniejsze pytanie miała gotową odpowiedź. Nefrytową walizkę położyła na kolanach. W środku był ten sam królik.

Tylko, że wypchany. Zamiast swojego miał serce Fryderyka Chopina.

Agnieszka KANIA



OD REDAKCJI

Drodzy Czytelnicy!
Aktualnie „leżę pod gruszą na dowolnie wybranym boku” (bo piszę te słowa

w pierwszej dekadzie września!) i nie potrafię zmusić się do pisania przydługich tekstów we wstępie. Pozwo-

licie więc, że nie będę przynudzał. Zresztą – kto zechce otworzyć bieżący numer Biuletynu będzie miał okazję zobaczyć co jest w środku. A kto nie – trudno! Nie zamierzam zachęcać! Pozdrawiam więc wszystkich z puszczy i jezior i do następnego numeru.

Jerzy B. LACH



Koleżanki, Koledzy!

Lato się skończyło, mamy Złotą Polską Jesień, a chaos jak był w systemie ochrony zdrowia, tak trwa w najlepsze. Nowelizacja ustawy z dnia 5

lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1532) gwarantuje lekarzom i lekarzom denty stom, realizującym specjalizacje w ramach rezydentury wyższe wynagrodzenia. W przypadku lekarzy specjalistów, warunkiem uzyskania podwyższenia wynagrodzenia jest złożenie oświadczenia o niewykonywaniu świadczeń „konkurencyjnych”. Naczelna Izba Lekarska wraz z Porozumieniem Rezydentów OZZL przygotowała odpowiednie wzory formularzy, które przed 10 sierpnia zostały przekazane do MZ w celu weryfikacji poprawności. Ministerstwo zaakceptowało formularz w podanej im formie, który następnie został opublikowany na stronach samorządowych wszystkich izb okręgowych i stronach Naczelnej Izby Lekarskiej (ustawa z dnia 5 lipca 2018 r. w żadnym miejscu nie zobowiązuje Ministra Zdrowia do sporządzenia wiążących wzo-

SZPALTA PREZESA

rów zobowiązań, o których mówi w art. 4 ust.3 pkt 2 tej ustawy). Uzyskanie podwyższenia wynagrodzenia było możliwe z mocą wsteczną od 1 lipca 2018 r. pod warunkiem złożenia stosownego zobowiązania lub oświadczenia w terminie 14 dni od daty wejścia w życie ustawy, tj. do 7 września 2018 r. Jeśli chodzi o lekarzy specjalistów, warunkiem uzyskania podwyższenia wynagrodzenia do 6.750 zł od 1 lipca 2018 r. była praca na jednym etacie i złożenie w terminie do 7 września 2018 r. oświadczenia o niewykonywaniu świadczeń „konkurencyjnych” w innym szpitalu. Zapisy ustawy są tak nieprecyzyjne i budzą tak wiele wątpliwości interpretacyjnych, że Naczelna Izba Lekarska wciąż śle pisma do Ministerstwa Zdrowia, czekając na ministerialną interpretację pytań i wątpliwości, które zbiera od lekarzy i lekarzy denty stom, zainteresowanych uzyskaniem podwyżki na podstawie ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. Odpowiedzi z Ministerstwa Zdrowia nadchodzą stopniowo, ale pytania i wątpliwości się mnożą. Być może do października br. wszystko zostanie wyjaśnione (piszę to na początku września), ale zamieszania z tego powodu co niemiara.

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

CO SŁYCHAĆ W IZBIE

POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU

W dniu 22 sierpnia 2018 r. odbyło się kolejne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej, które prowadziła Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka. Rada obradowała nad następującymi problemami.

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Do Rady wpłynęły wnioski 22 lekarzy i 10 lekarzy denty stom o przyznanie ograniczonego prawa wykonywania zawodu w związku z obowiązkiem odbycia stażu podyplomowego. Byli to następujący lekarze:

Argier Natalia,
Bednarek Przemysław,
Borkowski Artur,
Bryja Karolina,
Chodyniecka Dominika,
Chudala Marlena,
Duraj Agnieszka,
Grelich Monika,
Hładki Marcin,
Królik Jakub,



Krówka Maria,
Kruppa Ilona,
Malej Aleksandra,
Markowska Julia,
Reisebücher-Swat Katarzyna,
Rynkiewicz Kamil,
Sandłak Wioletta,
Smoląg Daria,
Starosta Michał,
Worach Paweł,
Zaleciński Bartosz,
Fornal Tomasz,

Oraz następujący lekarze dentyści:

Anger Anna,
Bartos Kamila
Gorzel Patrycja
Kaczan Agnieszka
Kulej Patrycja
Liachovskaja Brigita
Romaszewska Malwina
Sarnicka Sylwia
Siwek Kamil
Zubel Natalia

Z kolei o wpisanie na listę członków naszej Izby w związku z przeniesieniem z innych izb zwrócili się następujący lekarze:

Plichta Aleksandra – przeniesienie z Lubelskiej Izby Lekarskiej;

Wolniak Marta – przeniesienie z Łódzkiej Izby Lekarskiej.

Błońska Anna zwróciła się o wydanie duplikatu dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza stomatologa”, a Isajenko Tatiana zwróciła się o przyznanie ponownego prawa wykonywania zawodu lekarza w związku z uzyskaniem obywatelstwa polskiego. Wszystkie wnioski Rada zaopiniowała pozytywnie jednogłośnie.

Oprócz tego Veremeienko Ievgenii zwrócił się do OIL o przedłużenie prawa wykonywania zawodu – w tym przypadku Rada jednogłośnie przyznała prawo wykonywania na czas określony do 1 marca 2020 r.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Brak wniosków.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Jednogłośnie postanowiono wykreślić z rejestru praktyki lekarzy:

- Janina Tęcza-Jagieło;
- Ryszard Noparlik;
- Zbigniew Zieliński.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowania imprez sportowych

Do Rady wpłynął jeden wniosek o przyznanie zapomogi na poczet dwójki dzieci po zmarłym lekarzu, który zostanie rozpatrzony na posiedzeniu następnej Rady po uzupełnieniu dokumentacji przez wnioskodawczynię.

Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych

Dyrektor Zespołu Neuropsychiatrycznego Specjalistycznego Szpitala w Branicach zwrócił się z prośbą o wyznaczenie przedstawicieli OIL do Komisji Konkursowych na stanowiska:

- ordynatora oddziału leczenia alkoholowego i zespołów abstynencyjnych
 - ordynatora oddziału rehabilitacji neurologicznej
- Prezydium zaproponowało kandydatury: na Przewodniczącego – dr Antoniego Junoszę-Szaniawskiego, a na jej członków – dr Barbarę Iwan-Sławek i dr Jerzego Lacha.

Z kolei Dyrektor SPZOZ Opolskiego Centrum Onkologii poprosił o wyznaczenie przedstawiciela do Komisji Konkursowej na stanowisko pielęgniarki/położnej oddziału ginekologii onkologicznej z oddziałem dziennym. Prezydium zaproponowało dr Lidię Czopkiewicz.

Wszystkie kandydatury zostały jednogłośnie zaopiniowane pozytywnie przez członków Rady.

Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej

Rada jednogłośnie zwolniła czworo lekarzy z obowiązku opłacania składki z powodu nie osiągnięcia dochodów.

Sprawozdanie z Konwentu Prezesów ORL w dniu 31 lipca br. i posiedzenia NRL w dniu 1 sierpnia br.

Prezes zrelacjonowała posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej, które odbyło się 1 sierpnia br.

Spotkanie odbyło się z udziałem Prezesów OIL, Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, Federacji Porozumienia Zielonogórskiego, Porozumienia Rezydentów, Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia. Dotyczyło ono podjęcia stanowiska w sprawie braku realizacji porozumienia MZ z Porozumieniem Rezydentów z 8 lutego 2018 r. oraz braku spójnej strategii ochrony zdrowia. We fragmencie tego spotkania uczestniczył Minister Zdrowia.

Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami

Kol. Smerkowska-Mokrzycka przedstawiła pismo Wojewody Opolskiego z informacją o rezygnacji dr n. med. Michała Glonka z funkcji Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie neurologii dla województwa opolskiego.

Prezes poinformowała również o organizacji Konferencji pt.: „Medycyna i Prawo”, która odbędzie się 30 listopada 2018 r. Konferencja organizowana jest przez

naszą Izbę i Izbę Adwokacką w Opolu. Szczegółowe informacje o konferencji można znaleźć na stronie internetowej Izby.

Prezes NRL prof. dr hab. Andrzej Matyja skierował do wszystkich okręgowych izb lekarskich o przedstawienie kandydatów do Nagrody Gospodarczej Prezydenta RP. Rada nie przedstawiła żadnych swoich kandydatów.

Wielkopolska Izba Lekarska organizuje w dniach 12–13 października br. w Gnieźnie konferencję pt: „Kodeks Etyki Lekarskiej wobec wyzwań współczesności”. Szczegółowe informacje na jej temat znajdują się na stronie internetowej Izby.

Firma Via VM Media sp. z o.o. VMGroup Sp. k. poinformowała o organizacji konferencji, która odbędzie 17 listopada 2018 r. w Opolu pt: „Nowości terapii w hipertensjologii i kardiologii w praktyce klinicznej w 2018 r.” Firma spełnia wymogi do prowadzenia szkoleń.

Prezes przeczytała pismo Prezesa Okręgowej Izby Weterynaryjnej w Opolu do członków ORL, w którym zwraca się z prośbą o objęcie przez naszą Izbę i o współfinansowanie zawodów o Puchar lekarzy weterynarii, lekarzy i lekarzy dentystów w ujeżdżaniu i skokach przez przeszkody. Zawody odbędą się w Zakrzowie w dniach 15–16 września br. Rada podjęła decyzję o objęciu patronatem

imprezy oraz o ufundowaniu pucharów dla najlepszego lekarza w poszczególnych konkurencjach. Szczegółowe informacje na stronie internetowej Izby.

Zespoły muzyczne Reanimators–New i Reanimators Classic, działające przy naszej Izbie złożyły wniosek o dotację w wys. 5.000 zł na udział w Ogólnopolskim Festiwalu Lekarskich Zespołów Rockowo–Bluesowych „ESCULAP ROCK” w Olsztynie. Rada jednogłośnie przyznała obu zespołom kwotę 3.000 zł.

Kol. Martyniszyn zrelacjonował udział w imprezie motocyklowej klubu DoctorRiders pt. „Poznaj swój kraj”, który odbył się w okolicach Płocka.

Z kolei kol. Mijas zgłosił propozycję, aby Prezes Izby miała do dyspozycji pewną pulę pieniędzy na fundowanie nagród i pucharów na imprezy sportowo-kulturalne. Rada jednogłośnie zaaprobowala tę propozycję. Natomiast kwota pieniężna, jaka będzie pozostawała w dyspozycji zostanie ustalona po zaplanowaniu budżetu Izby na przyszły rok.

Wobec wyczerpania programu posiedzenia, na tym je zakończono.

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

III TONY ZDROWIA – SPOTKANIA MEDYCyny I MUZYKI – OPOLE 2018

Zamiast wstępu...

„Tony Zdrowia” w Opolu – zagrają zespoły muzyczne lekarzy po raz trzeci i na trzech różnych wydarzeniach. Na Opolskich Dożynkach Parafialnych we wrześniu przypomnimy, jak zapobiegać wspólnym czynnikom ryzyka raka i zawału serca. W listopadzie lekarze z całej Polski na konferencji naukowej poznają tajniki leczenia chorych z nowotworami i chorobami serca, a ze wszystkimi potrzebującymi i bezdomnymi tuż przed Świętami Bożego Narodzenia będziemy razem kolędować na Wigili. Gdzieś tam, w czasie zabawy być może – jak w poprzednich „Tonach Zdrowia” – zakiełkuje myśl, że nadal jesteśmy tacy sami i mamy te same – wspólne problemy. Mam wrażenie, że bardziej niż kiedykolwiek tego nam dzisiaj potrzeba.

Na Zdrowie.

Marek KANIA

Wydarzenia:

Opolskie Dożynki Parafialne – koncert i akcja informacyjno-edukacyjna „Światowy Dzień Serca i Miesiąc Walki z Rakiem Piersi – Opole, 16 września 2018 r.

Koncert i konferencja naukowa – Kardioonkologia „Rak i choroba serca – wspólny problem” – Opole, 7 listopada 2018 r.

Koncert kolęd – wigilia samotnych, bezdomnych i potrzebujących – Opole, 22 grudnia 2018 r.

Organizatorzy:

- Fundacja „Tony Zdrowia”
- Parafia św. Józefa Opole-Szczepanowice
- Polskie Towarzystwo Kardiologiczne – Oddział Opolski
- Polskie Opolskie Centrum Onkologii
- Towarzystwo Onkologiczne – Oddział Opolski

Współorganizatorzy:

- Opolska Izba Lekarska
- Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu
- Urząd Miasta Opola
- Naczelna Izba Lekarska
- Złoty Sponsor: Stegu

* * *

„Projekt Doktor Band”

Autorski projekt realizowany od 2008 r. przez lekarzy-muzyków z całego kraju przy współpracy z Opolską i Naczelną Izbą Lekarską. Jego celem jest integracja śro-

dowiska medycznego i wspieranie grup społecznych zagrożonych wykluczeniem. Tworzą go aktywni zawodowo lekarze różnych specjalności, których pasją jest muzyka (na scenie zawsze wzbudzają emocje).

W ponad 60 koncertach w kraju i za granicą w salach koncertowych i operowych oraz w szpitalach, więzieniu czy na żaglowcu (na morzu), na koncertach dla kilkunastu i kilku tysięcy osób zagrało ponad 12 zespołów. Pierwszą kapelą projektu był „Kardioband” – jedyny w kraju zespół muzyczny kardiologów. Merytorycznego i estradowego wsparcia na wspólnych koncertach od lat udziela projektowi znany neurolog – Kuba Sienkiewicz. Dwa podsta-

wowe zespoły projektu „Reanimators Classic” i „Reanimators New” stworzyli lekarze z Opola.

„Tony Zdrowia”

To kampania edukacyjno-informacyjna, której celem jest budowanie kapitału społecznego i integracja różnych środowisk wokół problemów chorób układu krążenia i nowotworowych. W ramach kampanii, w każdej edycji odbywają się akcje informacyjno-edukacyjne, wykłady i konferencje z muzyką lekarskich zespołów w tle. Do dnia dzisiejszego odbyły się już dwie edycje „Tonów Zdrowia” w 2013 i 2016 r.



PLAN SZKOLEŃ NA II PÓŁROCZE 2018 r.

Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
3–7 października 2018 r.* 11–13 października 2018 r.*	Prof. nadzw. Teresa Kokot – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	<i>Zdrowie publiczne</i> – dla lekarzy i lekarzy dentystów wszystkich specjalności <u>specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji</u>	Opolska Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
12 października 2018 r. I grupa godz. 9:00–12:00 II grupa godz. 12:30 – 15:30	Dr Waldemar Kozłowski	<i>Kompleksowe rozwiązania dla ubytków klasy II</i> (2 grupy po 10 osób)	Opolska Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
26 października 2018 r. I grupa godz. 9:00 – 12:30 II grupa godz. 13:00 – 16:30	Dr Michał Bednarski	<i>Czas na Endo</i> (2 grupy po 12 osób – program poniżej)	Opolska Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
25–27 października 2018 r.*	Prof. nadzw. Teresa Kokot – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	„Prawo medyczne” -przeznaczony dla lekarzy, lekarzy dentystów wszystkich specjalności <u>specjalizujących się wg. „modułowych programów</u>	Opolska Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
5–8 listopada 2018 r.*	Dr n. med. Kazimierz Drosik – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie onkologii klinicznej	<i>Onkologia</i> – dla lekarzy i lekarzy dentystów <u>specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji</u>	Opolskie Centrum Onkologii Opole ul. Katowicka 66a
30 listopada 2018 r.	Dr Michał Snoch	<i>Stomatologia Estetyczna–Ceram X Duo</i> (program – w terminie późniejszym)	Opolska Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23

* Zgłoszenia na kursy proszę kierować na formularzach znajdujących się na stronie CMKP.

Terminy szkoleń, które są w trakcie ustalania pojawią się najszybciej na stronie internetowej Izby.

Czas na Endo – 26 października 2018 r.

Prowadzący: **dr Michał Bednarski**

1. Przygotowanie zęba do leczenia endodontycznego
 - izolacja i tymczasowa odbudowa zęba na potrzeby leczenia endodontycznego
 - diagnostyka radiologiczna
 - prosty dostęp i poszerzenie ujścia kanału za pomocą PROTAPER SX/XA
2. Ćwiczenie praktyczne – odbudowa feruli w zębie przeznaczonym do leczenia endodontycznego materiałem SDR
3. Ćwiczenie praktyczne – poszerzenie ujścia kanału za pomocą narzędzia PROTAPER SX/XA – ćwiczenie na fantomach
4. System WaveOne GOLD
 - najnowsza generacja narzędzi do pracy w trybie recyprokalnym
 - przygotowanie gładkiej ścieżki „glidepath” przy użyciu Proglider
 - prezentacja najnowszego systemu narzędzi maszynowych WaveOne GOLD
 - przypadki kliniczne okiem eksperta
5. Ćwiczenie praktyczne na bloczkach fantomowych – wstępne opracowanie kanału za pomocą Proglider
6. Ćwiczenie praktyczne na bloczkach fantomowych – ostateczne opracowanie kanału pilnikiem WaveOne GOLD
7. Wypełnienie kanałów korzeniowych oraz szczelne zamknięcie komory
 - obturacja – rozwiązania, zastosowanie kalibrowanych ćwieków gutaperkowych
 - właściwości uszczelniające w różnych technikach wypełniania kanałów
 - trójwymiarowa dezynfekcja – chemiczne opracowanie kanałów i aktywacja środków płuczających
 - procedury zachowawcze w świetle możliwości ich zastosowania oraz trwałości klinicznej
 - przypadki kliniczne okiem eksperta
8. Ćwiczenie praktyczne na bloczkach fantomowych – ENDOAKTYWATOR
9. Ćwiczenie praktyczne na bloczkach fantomowych – obturacja kanału z wykorzystaniem dedykowanych kalibrowanych ćwieków gutaperkowych i AH+
10. Ćwiczenie praktyczne na bloczkach fantomowych – zamknięcie komory materiałem SDR

Uczestnicy proszeni są o przyniesienie odpowiednio przygotowanych zębów 2, 4, 5 i 6 lub 7, spreparowanych, z dostępem do jamy zęba, zdjęte sklepienie komory, komora opracowana bez ujść kanałowych, kanał udrożniony

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

JEDEN Z NAJWYBITNIEJSZYCH HETMANÓW WIELKICH KORONNYCH RZECZYPOSPOLITEJ
STANISŁAW ŻÓŁKIEWSKI (1547–1620)

WSŁAWIONY BITWAMI Z MOSKWĄ, TURCJĄ, TATARAMI, KOZAKAMI

Stanisław Żółkiewski urodził się w roku 1547. Pochodził z rodu, który na Rusi Czerwonej należał do najpotężniejszych. Jego siedzibą była Żółkiew w powiecie krasnostawskim. Ojciec przyszłego hetmana również Stanisław był wojewodą bełskim, matka Zofia urodziła jeszcze dwoje dzieci Annę i Mikołaja.

Młody Stanisław wyróżniał się nadzwyczajnymi zdolnościami, ale w przeciwieństwie do wielu współczesnych młodych magnatów nie odbył żadnych zagranicznych studiów. Uwielbiał dzieła Horacego, Wergiliusza, Cyserona, natomiast sztuki wojennej uczył się z dzieł Cezara – a z jego „Pamiętnikami z wojny galijskiej” nie rozstawał się nigdy. Natomiast nie imponował tężyzną.

W wieku 19 lat Stanisław trafił na dwór hetmana Jana Zamojskiego i pod jego opieką zdobywał szlify żołnierskie. Razem z Janem Zamojskim w roku 1573 wyjechał do Paryża, gdzie zapoznał się z obyczajami, kulturą i sztuką wojenną.

Wyprawy moskiewskie Batorego uczyniły z Żółkiewskiego wytrawnego żołnierza. Podczas drugiej kampanii stał się głównym doradcą hetmana Jana Zamojskiego, walcząc na czele własnej chorągwi.

W słynnej bitwie pod Byczyną 24 stycznia 1588 r., dokonał decydującego ataku na wojska Maksymiliana Habsburga, który marzył o objęciu tronu polskiego. Po klęsce pod Byczyną mentor Stanisława Żółkiewskiego hetman Zamojski wziął do niewoli Maksymiliana Habsburga i uwięził go w twierdzy zamojskiej. Dzięki zwycięstwu pod Byczyną w wolnej elekcji na tron Polski wybrano Zygmunta III Wazę, który zapoczątkował blisko dwa wieki panowania w Polsce dynastii Wazów: Zygmunta III, Władysława IV i Jana Kazimierza (vide poprzednie artykuły w Biuletynie Opolskiej Izby Lekarskiej). Pod Byczyną Żółkiewski doznał ciężkiego postrzału prawego kolana i już przez całe życie utykał na prawą nogę.





*Stanisław Żółkiewski
pod Cecorą (1620)*

Wkrótce po zwycięskiej bitwie pod Byczyną Stanisław Żółkiewski zostaje obdarowany buławą polną koronną, tytułem starosty hrubieszowskiego i kasztelana lwowskiego. Jako kasztelan lwowski zasiadł w senacie Rzeczypospolitej. W tym czasie ożenił się z Reginą z Herburtów, z którą stworzyli niezwykle udane małżeństwo z tego związku urodziły się dwie córki Anna i Katarzyna oraz syn Jan.

W latach 1590–1594 hetman kilkakrotnie wyprawił się przeciwko Tatarom koczującym pomiędzy Dniestrem i Dunajem na tzw. „Dzikich Polach”, ale z mizernym skutkiem. Sukcesem natomiast zakończyła się wyprawa w roku 1498 i rozprawa ze zbuntowanymi Kozakami Nalewajki. Wkrótce Żółkiewski pojawił się ponownie w Inflantach, gdzie wstawił się w bitwach pod Reszlem i Białym Kamieniem. Wojna o Inflanty zakończyła się hołdem złożonym przez cara moskiewskiego Iwana IV Groźnego przed Stefanem Batorem (vide piękny obraz Jana Matejki pt. „Batory pod Pskowem”).

W roku 1608 Stanisław Żółkiewski został mianowany wojewodą kijowskim, ale całe życie marzył o zdobyciu buławy hetmana wielkiego koronnego. Dlatego też wziął udział w tzw. „Dymitriadzie” przeciwko Moskwie, której początkowo był przeciwny. W trakcie tej kampanii w nocy z 3 na 4 lipca 1610 r. śmiałym atakiem rozbił pod Kłuszynem kilkakrotnie silniejszego przeciwnika, zaś miesiąc później wkroczył do Moskwy. Marzenia hetmana o powstaniu unii Rzeczypospolitej z Rosją i osadzeniu na tronie carskim królewicza Władysława (późniejszy król polski Władysław IV) spaliły na panewce wskutek błędnej polityki króla Zygmunta III Wazy.



*Hetman Stanisław
Żółkiewski*

W październiku 1611 r. hetman Żółkiewski dokonał triumfalnego wjazdu do Warszawy prowadząc koronowanego jeńca cara Wasyla Szujskiego i jego dwóch braci.

Pod koniec swojego życia w roku 1618 doczekał się wreszcie buławy hetmana wielkiego koronnego oraz godności kanclerza wielkiego koronnego.

W roku 1619 wyprawa tzw. „Lisowczyków” na Węgry sprowokowała Turcję do wypowiedzenia wojny Rzeczypospolitej. Sędziwy (73 lata) Żółkiewski wyruszył przeciwko Turkom, gdzie stoczył tragiczną bitwę pod Cecorą i zginął podczas ucieczki w roku 1620.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

NASI W TRIATHLONIE OPOLSKIM

W niedzielę 24 czerwca 2018 r. pierwszy raz w Opolu wystartował Triathlon Opole. Zawody rozgrywane były na dwóch dystansach. Historyczna impreza w samym centrum Opola to wydarzenie, które na pewno przejdzie do historii miasta.

Pierwszy dystans to 475 metrów pływania, 22 kilometry rowerem i 5 km biegu. Drugi z dystansów należy już do odważnych, ponieważ tam należało zmierzyć się z podwójnym dystansem, czyli 950 m, 45 km rowerem i 10 km biegu. Trasa pływacka odbywała się w Odrze, w tym celu zatrzymano nurt rzeki. Etap rowerowy odbył się w stronę Żlinic. Trasa biegowa przebiegała bulwarami w stronę zielonego mostu prowadzącego na Bolko, później bulwarami nad Młynówką, gdzie biegacze ulicą Krakowską dobiegli do Rynku, po czym wrócili nad Młynówką do mety.

Triatlon w Opolu zaczął się od pływania, później zawodnicy jeździli rowerem, następnie biegiem ukończyli zawody. Prawie połowa zawodników była z Opola, pozostali przybyli do Opola z różnych stron Polski. Udział w tej znakomitej imprezie wzięło około 500 osób, w tym osoby, które są tzw. „wyczynowcami”.

W tym miejscu należy poinformować, że udział w Triathlonie w pierwszym dystansie wzięła nasza koleżanka le-



karz stomatolog Janina Stykała i zajęła 3 miejsce w kategorii kobiet dla osób powyżej 50 lat.

Nasza koleżanka bardzo zachwala te zawody, bowiem jest to pewna forma sprawdzenia swoich umiejętności a udział wzięła właśnie po to, a nie dla zdobycia jakichkolwiek nagród. Jednocześnie zachęca do aktywności fizycznej wszystkich, aby poprawiać swoją kondycję fizyczną. **Zapraszamy wszystkich do udziału w przyszłym roku.**

CO PISZĄ INNI

UPADEK SYSTEMU...

Padają już różne... głównie totalitarne, co przyjmowałem z radością. Jeśli jednak robią to komputerowe, wtedy w moim gabinecie jest źle... i bardzo nerwowo dla wszystkich. Zwykle przychodzi wtedy młody człowiek, często w wyciągniętym swetrze (oraz obowiązkowo w dżinsach po poważnych przejściach) i oznajmia, że leczenie moich pacjentów jest obecnie niemożliwe bo „system padł” lub też, że coś tam „wisi” (zwiesiło się).

Lekarz paść nie może – to jasne. System zaś – jak najbardziej

I czyni to zwykle bez wahania, gdy tylko może. Winnych, ni kary, nigdy nie ma. Na korytarzu czekają chorzy, oczekujący pomocy ludzie, lecz nic to – niech czekają, przecież zdarzyła się rzecz niepojęta i ostateczna, lokalna „e-apokalipsa” – system padł. Nikt nie wie, kiedy wstanie, a wstawszy, w jakiej będzie formie. System może też „zwolnić”, a jak zwolni – godzinami oglądamy kręcące się kółko, zamiast pracować.

Osobną sprawą są łącza i serwery, które z radością sparaliżują naszą pracę na długie godziny, a pacjentom zapewnią radość zaprzyjaźniania się podczas

wielogodzinnego oczekiwania na naprawę. Nie wspomnę o drukarkach, które nagle strzelą focha i... koniec współpracy. Zastygasz wtedy, wpatrując się z nadzieją w czarną dziurę, z której ma wyjść twoja recepta... po minucie może usłyszysz zgrzyt, a może chrobotanie... coś zamiga. Pacjent siedzi sobie i kibicuje doktorowi, który szarpie się z tylną lub przednią klapą urządzenia, a czas mija.

Niedawno byłem nawet na szkoleniu z obsługi pewnej „e-inicjatywy” dla lekarzy (która, moim zdaniem, tylko sparaliżuje przyjmowanie chorych). W kluczowym momencie szkolenia obraz komputera zastygł... nastąpił nagły zgon systemu na moich oczach. Pan informatyk stwierdził że „system padł” i dalszy ciąg wykładu „to może on opowie”. Wyszedłem (i nie wróć!).

Informatyzacja medycyny to niewątpliwie dobry pomysł. Służy on doskonale urzędnikom, statystykom, kontrolerom różnej maści, wprowadza ład w archiwum. Mamy teraz e-zwolnienia, e-recepty, e-medycynę. (a pewien mój przyjaciel ma „e-dziekanat” i czeka tylko na „e-rektora”).

▶ Ale czy aby na pewno ten e-świat pozwala zachować właściwe relacje między pacjentem i lekarzem? Czy jest naprawdę taki nieodzowny? Odpowiem 3 X NIE.

NIE – bo niszczy więź, empatię i bliskość spotkania z chorym.

NIE – bo choć sam pomysł jest dobry, to jego wykonanie w większości przypadków jest pożałowania godne i zawodne.

NIE – bo bolą mnie oczy i dorabiam się skrzywienia kręgosłupa, patrząc w stale w ekran.

Wszystkie te „NIE” będę głosił za cenę opinii o moim zacofaniu i braku otwartości na to, co nowoczesne, popularne i powszechne. (Powszechność nie jest dla mnie argumentem. Nie zachwyca się na przykład obornikiem, mimo że miliardy much mają inne zdanie).

O komentarz poprosiłem doświadczonego lekarza:

Pracuję ponad 50 lat jako specjalista interny... obserwując, co przynosi obecny model pracy lekarza widzę, że słabnie więź, kontakt z pacjentem. Coraz częściej moi młodszy koledzy komputerowo monitorowani – zastraszeni ograniczeniami czasu wizyty lekarskiej, kosztami, jakie generują, punktami rozliczeń, stają się sfrustrowani i zagubieni, rozdarci między komputerowo analizowanymi słupkami ich efektywności a sztuką medyczną. Obserwuję, że między lekarzem a pacjentem postawiono ciekłokrystaliczny mur – monitor. Lekarz olbrzymią część wizyty wpatruje się w niego, zamiast nawiązywać kontakt ze swoim pacjentem. Szczególnie seniorzy, a przecież to najczęściej odwiedzający nas pacjenci, są w tej sytuacji zagubieni. Kilku z nich zapytało mnie „czy ja temu doktorowi nie przeszkadzam w pracy? Bo nawet na mnie nie spojrzał”.

Uświadomiłem sobie, że w gabinecie nigdy nie zapadała taka dziwna cisza, przerywana stukaniem w klawiaturę i „klikaniem”. Lekarz zanurzony w administracyjne obowiązki staje się dla pacjenta coraz bardziej odległy.

Przestaje go widzieć, przestaje z nim rozmawiać, a przez to może stracić wiele... może kiedyś nie dostrzeże subtelnych objawów neurologicznych na twarzy pacjenta, a może jego załzawionych oczu? Wypisze wszystko, kliknie, a system poinformuje go, że zmniejszyło się opóźnienie, a koszty rosną – wizyta jest „odbyta” (nomen omen) – czas na kolejne klikanie. Wobec tej ilości obowiązków przeraża mnie dodatkowo fakt, że niektórzy z nas są zmuszani do skracania czasu wizyt... czy przez 10 minut lekarz może wypełnić obowiązek prowadzenia elektronicznej dokumentacji oraz zebrać wywiad, nawiązać empatyczną więź, zbadać, wydać zalecenia i wytlumaczyć je pacjentowi? Ja tego nie potrafię i nie chcę broń Boże się tego nauczyć – zamieniłbym bowiem sztukę na rzemiosło i to kiepskiej jakości.

Nie będąc dżentelmenem, zapytam teraz, ile komputeryzacja kosztuje? Placówki służby zdrowia zmuszone są utrzymywać tabuny informatyków, kupować licencje na oprogramowanie, kupować i stale amortyzować sprzęt. Ile procent składki zdrowotnej pożrą komputery?

Podsumowując:

Szanowne, Szanowni! Nie dajmy się zwariować i pozostajmy krytyczni, bo jak powiada mój ulubiony autor Terry Pratchett: „*Jeśli nienormalne trwa dostatecznie długo, staje się normalnym*”, przed czym-uchowaj Boże.

Rafał SOŁTYSEK

(przedruk z „Pro Medico” nr 7-8/18)

PRZYPOMNIJMY SOBIE O PARKINSONIE

Wcale nie o tym Parkinsonie mamy sobie przypominać, którego wymieni w pierwszym odruchu niemal każdy z lekarzy. Nie chodzi o neurologiczną chorobę Parkinsona. O schorzenie tak, ale nieco inne. O biurokrację, którą obnażała przed ponad pół wiekiem inna wybitna osoba nosząca to samo nazwisko.

Chodzi o Cyrila N. Parkinsona (1909–1993), Brytyjczyka, doktora wojskowości, który w czasie II wojny światowej dokonywał wnikliwych obserwacji, pracując w wojskowej administracji w British War Office. Kolejne lata spędził na Dalekim Wschodzie jako wykładowca akademicki. W 1958 r. ukazało się pierwsze wydanie słynnego Prawa Parkinsona, wydawanego w niemalże wszystkich krajach świata do dziś.

Wśród lektur wakacyjnych sięgam również do tej pozycji, a także do komentarzy z tym prawem związanych. Wśród głównych myśli powraca, że biurokracja to dobrze zorganizowana epidemia. A także, że: *Gdy instytucja przekroczy liczbę tysiąca urzędników, nie potrzebuje*

do istnienia świata zewnętrznego: jej własne problemy pochłaniają cały jej czas i wysiłek. Na marginesie: niektórzy żartobliwie mawiają, że całkiem sympatycznie pracowałoby się w naszych szpitalach i poradniach, gdyby nie pacjenci. Czy: *Im więcej czasu mamy na wykonanie jakiejś pracy, tym więcej czasu ona nam zabiera.* Bądź: *następny potop będzie z papieru.* Czy też: *zbyt wielosłowne dyskusje w naszych instytucjach świadczą o zbyt dużym zatrudnieniu.*

Co ciekawe, Cyril N. Parkinson był też baczny komentatorem NHS (National Health Service), wyrażając w publikacjach swoje zdanie dotyczące biurokracji w służbie zdrowia. Przejdę więc bliżej do kontekstu medycznego.

Warto, by świadomość praw Parkinsona była obecna w naszym życiu szpitalnym czy ambulatoryjnym. Jako środowisko lekarskie mamy prawo wnosić uwagi do wszystkich – bardzo rozlicznych – aktów prawnych różnej wagi, których wprowadzane ilości w ostatnich deka-

dach porażają. Choć czasami może być to głos wołającego na puszczy, to najgorszy jest grzech zaniechania. Jeśli nawet nie uda się nam osiągnąć efektu ograniczania zapędów biurokratycznych za pierwszym razem, to próbujmy po raz kolejny.

Powszechnie bywa w naszej rzeczywistości zastępowanie zdrowego rozsądku zapisami dokumentacyjnymi. Warto przejrzeć nasze instrukcje, regulaminy czy tzw. SOP-y (walczę z tym określeniem pochodzącym od ang. standard operating procedure – po polsku istnieje słowo: procedura), próbując ocenić, czy rzeczywiście coś istotnego w sobie zawierają, czy też są wyrazem „lewitującej” urojonej rzeczywistości, w której zadowolenie odczuwają tylko ich twórcy. Część z tych instrukcji niewiele wnosi, ale najciekawsze jest to, że często nie są przez nikogo czytane.

Umówienie koncesjonowania powinno być przez nas kontestowane. Uprawnieniem każdego z nas – lekarzy – jest kierowanie pacjentów do pobytu szpitalnego. Jest to zasada ogólna, którą – co rusz – próbuje się ograniczać. Na niektóre oddziały z czasem pojawił się wymóg posiadania „określonego” skierowania. Ekstremalnym przykładem wprowadzania ograniczeń jest możliwość wystawiania recept darmowych seniorom tylko przez lekarzy rodzinnych. To tak, jakby ta grupa była „osią” tego świadczenia, a nie pacjenci. Przecież leki te są ewidentnym uprawnieniem pacjenta, a nie lekarza. Zastosowana regulacja pomnaża akty medyczne i komplikuje sprawy, zamiast upraszczać. Napisałem osobiście w tej sprawie do ministra zdrowia, ale otrzymałem dość wymijającą odpowiedź.

Podobną nadregulacją są niektóre wymagania związane z prowadzeniem programów lekowych. Pracujący w jednostkach mających umowy w zakresie drogich leków zobowiązani są do wypełniania elektronicznego tzw. SMPT – Systemu Monitorowania Programów Terapeutycznych. W naszym szpitalu programów lekowych jest kilkadziesiąt. I z tej perspektywy widać, jak niektóre z nich zachowują rzeczywiście minimum administracyjne, inne natomiast wydają się rozbudowanym szablonem czyjejś pracy naukowej. Choć wątpię, czy przez kogokolwiek są w gąszczu danych przeglądane. Oczywiście jestem przekonany, że te „ambitne” regulacje muszą wychodzić z naszego grona, gdyż nikt inny nie jest w stanie stworzyć tak rozbudowanych medycznie wymagań. Brakuje jednakże wyobraźni, że konsekwencją każdego takiego pomysłu jest wielogodzinna praca administracyjna personelu, przede wszystkim lekarskiego.

Muszę wyrazić bardzo jasno, że jednym w pilnych wymogów organizacyjnych jest ogłoszenie wersji elektronicznej tych programów z niepotrzebnych zlogów administracyjnych. Zachowując oczywiście dbałość o racjonalne wydatkowanie niemałych środków, które poświęcamy na drogę leki.

Wyzwania stające przed nami można by wymieniać w nieskończoność. Dziś poprzestanę na powyższych. Warto w naszej praktyce codziennej wracać do krytycznego spojrzenia przypominając sobie kontestujące reguły Parkinsona.

Szczepan COFTA

(przedruk z Biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 8/18)

ZMNIJSZY SZTUCZNY TŁOK?

Z badań wynika, że blisko 40% wizyt nie dochodzi do skutku, bez ich odwołania ze strony pacjenta. Któż nie zna takiej sytuacji? Pielęgniarka lub rejestratorka wywołuje nazwisko kolejnego pacjenta i nikt nie wstaje z krzesła, nie kieruje się do drzwi gabinetu lekarza. Tymczasem wcześniej ktoś inny, z powodu braku miejsc, odszedł od okienka z kwitkiem. Jak temu zapobiec, jak ograniczyć?

W Internecie utworzona została pierwsza baza pacjentów, którzy nie stawili się na umówioną wizytę. Organizatorzy www.niesolidnypacjent.pl tak piszą o tym pomysłe: „Samo nic się nie zmieni. Strona powstała w odpowiedzi na odsetek nieodwoływanych wizyt lekarskich. Z badań wynika, że blisko 40% wizyt nie dochodzi do skutku, bez jej odwołania ze strony pacjenta. W przypadku wizyt NFZ aż o 40% skróciłaby się kolejka na wizytę, gdyby pacjenci nie generowali tzw. sztucznego tłoku. Strona oferuje możliwość sprawdzenia, czy numer dokonujący rezerwacji telefonicznej nie nadużył cierpliwości w innych placówkach”.

Wydłużanie kolejek i niestawianie się pacjentów w Polsce obecnie nie wiąże się z żadnymi sankcjami, nawet

w przypadku osób notorycznie niestawiających się na wizyty. Straty z tego tytułu mogą sięgać nawet 30 mln. złotych w każdym dniu pracy polskich lekarzy. Najczęściej odwoływane są wizyty bezpłatne, tzn. w ramach NFZ, nieco mniej (ok. 20%) to specjalistyczne usługi diagnostyczne, np. tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny. Portal ma motywować do informowania o odwołaniu wizyty, jeśli pacjent nie zamierza się na nią stawić. Dla przykładu za granicą brak odwołanej wizyty skutkuje czasowym odebraniem uprawnień do świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

Gdy idzie o RODO, zakłada się, że strona „docelowo w sposób bezpieczny zapewni wymianę informacji między lekarzami za pośrednictwem zarejestrowanego konta w serwisie”. Rejestracja konta docelowo będzie wymagać numeru PWZ, aby zapewnić płynną wymianę informacji między użytkownikami. Tylko zarejestrowany i zatwierdzony użytkownik będzie mógł dokonać ze 100% pewnością sprawdzenia numeru telefonu. Osoby gościnnie odwiedzające portal (bez rejestracji i aktywacji) będą mogły wyszukiwać numer telefonu, jednak ukryta zosta-

nie ostatnia jego cyfra. Dodając numer, zarejestrowany użytkownik (lekarz, który podał PWZ podczas rejestracji) ma pewność, że jego działanie nie zostanie potraktowane jako naruszenie prywatności osób trzecich.

W ślad za informacją o utworzeniu tej strony pojawiły się różnego rodzaju uwagi, obawy. Urząd Ochrony Danych Osobowych ma wątpliwości, czy tworzenie listy niesolidnych pacjentów jest zgodne z prawem, czy nie ma znamion działania na szkodę chorego. W poniedziałek opublikował komunikat, w którym zapowiedział przywrócenie się tej sprawie.

Istnieją obawy, że pacjenci znajdujący się na „czarnej liście” mogą być dyskryminowani, a do tego nie można dopuścić. W związku z tym dr Edyta Bielak-Jomaa, prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, uznała za celowe zajęcie się tą sprawą z urzędu. Z urzędu sprawdzi więc, czy nie narusza ona naszych praw podstawowych, o czym informuje na stronie internetowej: „Ostatnie doniesienia

medialne dotyczące tworzenia tzw. czarnej listy pacjentów wzbudziły zaniepokojenie prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Dlatego podejmuje niezwłoczne działania mające na celu wyjaśnienie sprawy. [...] Na liście, do której dostęp mają wyłącznie lekarze, znajduje się wprawdzie jedynie numer telefonu pacjenta, lecz prezes UODO przypomina, że jest on daną osobową, zatem by móc go legalnie wykorzystywać, muszą być spełnione przesłanki określone w ogólnym rozporządzeniu o ochronie danych (RODO)”. Pod uwagę należy brać również kontekst przetwarzania danych. Numery telefonów znajdujące się w zasobach portalu mają przecież służyć do zidentyfikowania dzwoniącego jako „niesolidnego pacjenta”. Może to prowadzić do nadużyć skutkujących nawet ograniczeniem jego prawa dostępu do świadczeń medycznych. (ap)

(przedruk z Biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 8/18)

UTRACONA CZĘŚĆ FIRM FARMACEUTYCZNYCH, CZYLI WALSARTAN A FIRMY FARMACEUTYCZNE

Główny Inspektor Farmaceutyczny (GIF) opublikował komunikat o wstrzymaniu dystrybucji i wycofaniu z aptek 51 różnych preparatów i dawek leków na nadciśnienie tętnicze zawierających w swym składzie walsartan. Stało się to po informacji uzyskanej z Europejskiej Agencji Leków (EAL), na podstawie doniesienia jednej z firm farmaceutycznych (podobno hiszpańskiej, która chciała zmienić dostawcę i dokładnie przebadala dotychczasową substancję i tę nową), że produkowany przez chiński Zhejiang Huahai Pharmaceutical walsartan jest zanieczyszczony N-nitrozodimetyloaminą (NDMA), która jest szczególnie toksyczna dla wątroby i jest zaliczana do substancji potencjalnie rakotwórczych dla człowieka.

Sam komunikat, jak to komunikat – jeden z wielu, które publikuje GIF. Jednakże tym razem został nagłośniony przez media, zresztą nie zawsze rzetelne, i wywołał małe trzęsienie ziemi, ponieważ dotyczył wycofania olbrzymiej liczby preparatów jednego z częściej używanych leków na nadciśnienie. Eksperti doradzali pacjentom zmianę tego leku na inny z tej samej grupy, choć w zamieszaniu związanym z Sądem Najwyższym i przymusowym wysłaniem w stan spoczynku znacznej liczby jego sędziów z I Prezesem na czele, zapewne te informacje większości umknęły.

Mnie w tej całej sytuacji zaskoczyło jednak zupełnie coś innego niż to, że substancja czynna leku wyprodukowana Chinach była zanieczyszczona. Intrigujące jest to, że tak wiele firm i to nie tylko polskich używało chińskiego produktu. Wśród nich są farmaceutyczne tuzy ze Szwajcarii czy też USA. Niestety, ujawnienie tego faktu stawia pod znakiem zapytania bezpieczeństwo leków produkowanych przez czołowych producentów, a po drugie

i może ważniejsze, pojawia się pytanie, czy rzeczywiście leki te są ich produktami, czy te firmy je tylko konfekcjonują i pakują w pudełka oznaczone swoim logo. Nie tylko bowiem pacjenci, ale i lekarze często wybierają preparat znanej firmy, pomimo że często jest droższy, dlatego że wierzą, iż jest on wyprodukowany z przestrzeganiem wyższych standardów, które powinna gwarantować nie tylko renoma producenta, ale zazwyczaj wyższe środki finansowe, które mogą to umożliwić. Dzisiaj ta wiara została mocno zachwiana, okazało się bowiem, że w pogoni za optymalizacją zysku nawet renomowani producenci sięgają po komponenty zupełnie nieznanymi chińskich firm (przynajmniej powszechnie), co do których są wątpliwości, czy rzeczywiście dochowują reżimów technologicznych i ich produkt ma odpowiednią jakość.

Dodatkowo okazało się, że większość nie kontroluje dostarczanego przez kooperanta produktu w wystarczającym stopniu, o czym świadczy to, że tylko jedna firma przeprowadziła dodatkowe badania i opublikowała ich wyniki, ostrzegając EAL, która przekazała tę informację do krajowych inspektoratów farmaceutycznych. Zresztą, być może, co byłoby jeszcze gorsze, inne firmy także dokonały takich analiz, ale by nie ponosić kosztów wycofania leków, nie wstrzymały ich dystrybucji, a może i produkcji oraz nie poinformowały Europejskiej Agencji Leków. Miejmy nadzieję, że zanieczyszczenie to było tylko efektem jakiegoś błędu produkcyjnego i dotyczyło jedynie niewielkiej partii tego produktu oraz że zostanie to wyjaśnione.

Niestety, może być to płonna nadzieja, ponieważ jak się ostatnio okazało, zmiany sposobu produkcji walsartanu chińska firma dokonała już w 2012 r., a dopiero te-

raz okazało się, że lek jest zanieczyszczony. Niezależnie od tego, czy problem ten był znany firmom od dawna, czy dowiedziały się o nim dopiero teraz, po raz kolejny firmy farmaceutyczne utraciły swoją część i trudno im będzie odzyskać zaufanie pacjentów i lekarzy. Odbudowa tego zaufania będzie zapewne dużo kosztowała. A rachunek jak zwykle zapłacą odbiorcy leków, czyli my wszyscy.

Poprzedni ścinek napisałem na początku lipca po ujawnieniu afery z walsartanem. Obecnie życie napisało ciąg dalszy i to chyba niebył przyjemny dla pewnej polskiej firmy farmaceutycznej, która w lipcu zapewniała, że jej preparat walsartanu jest bezpieczny, gdyż substancję dostarcza inny dostawca. Obecnie okazało się, że tym dostawcą była inna chińska firma Zheijang Tianyu Pharmaceuticals oraz że jej preparat także okazał się zanieczyszczony NDMA. W związku z tym GIF wycofał lek polskiej firmy z obrotu. Obok tej informacji pojawiła się także inna, że Europejska Agencja Leków oszacowała ryzyko wynikające z zażywania leków z zanieczyszczonym walsartanem. Ponieważ zanieczyszczenie substancji czynnej dostarczanej przez Zheijang Huahai Pharmaceutical wynosi 60 PPM (60 części na milion), wyliczono, że jeden przypadek raka może występować u co pięciotysięcznego pacjenta przyjmującego maksymalną dawkę walsartanu, tj. 320 mg/dobę, przez 7 lat.

I jeszcze jedno: założono, że zanieczyszczenie w leku jest identyczne jak w substancji dostarczanej przez chińską fabrykę. Jakie może być ryzyko w przypadku konkretnych preparatów, można będzie oszacować dopiero

po oznaczeniu ilości NDMA w każdym z nich. I jeszcze jedno – szacunki oparto na doświadczeniach na zwierzętach laboratoryjnych, a jak wiadomo, ludzie reagują jednak nieco inaczej.

I teraz „ciekawostka” sprowadzająca całą aferę do naszych polskich realiów. Otóż po opublikowaniu tych danych jeden pacjent zapytał w Internecie, jakie otrzyma odszkodowanie, gdyż przez 5 lat przyjmował 80 mg walsartanu. To pytanie koreluje z wynikami pewnej ankiety przeprowadzonej w Polsce. Okazuje się, że obecnie blisko 2/3 pacjentów zainteresowane jest nie ukaraniem lekarzy, którzy ich zdaniem dopuścili się błędu medycznego, tylko uzyskaniem od nich lub szpitala sowitego odszkodowania. Coraz rzadsza jest także postawa, że pacjent zrezygnowałby ze skargi lekarza, gdyby ten przeprosił lub rzetelnie wyjaśnił przyczyny niepowodzenia. Niestety, odwróceniu tego trendu nie pomaga polityka obecnego ministra sprawiedliwości oraz postawa coraz liczniejszej grupy prawników, którzy z odszkodowań medycznych uczynili sobie lukratywne źródło dochodu. A sprawy wytaczane lekarzom, jak mi doniósł ostatnio jeden z kolegów, nie dotyczą już tylko zdarzeń niepożądanych, które się wydarzyły, ale także tego, co mogło się zdarzyć. I co ciekawe, sądy te sprawy przyjmują do rozpatrzenia, zamiast je odrzucić już na wstępie jako absurdalne. Ale to już zupełnie inna materia i być może kiedyś zajmą się nią nasi nieocenieni autorzy specjalizujący się w prawie medycznym.

Krzysztof OŻEGOWSKI

(przedruk z Biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 8/18)

REGUŁA: UCZEŃ – MISTRZ

Kończy się rok akademicki i nowi absolwenci wydziałów lekarskich rozpoczną żmudną drogę kształcenia podyplomowego. Trwają prace (podobno intensywne) nad zmianami ustaw regulujących zasady kształcenia lekarzy, a niedawno zakończył się głodowy strajk rezydentów, którego jednym z przyczynków były perturbacje w kształceniu, a właściwie niewydolność całego systemu.

Przez wiele lat jako wzorzec kształcenia młodego lekarza podawany był system oparty na bezpośrednich relacjach, w myśl zasady uczeń – mistrz. Mieli oni uprawiać codzienną naukę, opartą na praktyce przy łóżku chorego. W myśl tej reguły, najważniejsza jest praktyka, wiedza przychodzi z czasem. Codzienne analizowanie przypadków klinicznych, od banalnych, po te skomplikowane i trudne, zawsze mobilizuje młodego adepta do poszukiwania wiedzy i poszerzania swoich umiejętności. Wiedza kojarzona z konkretnym przypadkiem chorobowym jest znacznie łatwiej przyswajalna i zostaje w pamięci na długie lata.

Dzisiaj ktoś uznał, że ważniejsze są zasady „demokracji”, „teoretycznego obiektywizmu”, „transparentno-

ści” i „nie wiadomo jeszcze czego”, co wywróciło system kształcenia do góry nogami. Dziś po prostu nie ma czasu na prowadzenie kształcenia w myśl tej zasady. O najważniejszych kwestiach dla młodego adepta sztuki lekarskiej decydują bowiem testy. Zaczyna się od Lekarskiego Egzaminu Końcowego, który tak naprawdę weryfikuje po raz kolejny wiedzę zdobytą na studiach, jedynie pozycjonując lekarza w procedurze ubiegania się o przyznanie rezydentury, aż po egzamin specjalizacyjny włącznie.

Dzisiaj normalnym obrazkiem jest sytuacja, w której stażysta, zamiast garnąć się do zabiegów operacyjnych, udziału w wydarzeniach na sali porodowej czy chociażby badań lekarskich przy łóżku chorego, zaszyty w kącie dyżurki, rozwiązuje całymi dniami tysiące zadań testowych, w sposób nieodwracalny tracąc

szansę na zdobycie obycia i doświadczenia zawodowego. Trudno mieć do niego pretensje, ponieważ to nie ocena opiekuna stażu będzie dla niego ważna w życiu, a jedynie liczba zdobytych punktów na egzaminie testowym, która zdeterminuje jego drogę zawodową.

Ktoś, kto skonstruował ten system kształcenia i zdecydował, że staż podyplomowy jest kluczowym dopełnieniem kształcenia akademickiego, wprowadził równocześnie egzamin testowy, w praktyce niwecząc wcześniejsze założenie.

Analogicznie sprawa wygląda w przypadku kształcenia specjalizacyjnego. Absurdem jest, że lekarz przystępujący do egzaminu testowego korzysta z półrocznego urlopu bezpłatnego, aby dobrze przygotować się do zdawania testu. Kursy organizowane centralnie, często w odległych miejscach kraju, zmuszają lekarza w trakcie specjalizacji do wielomiesięcznej absencji w miejscu pracy. Będąc na dwutygodniowym kursie w Warszawie, nie może uczestniczyć w dyżurach lekarskich czy zdobywać doświadczenia w pracy w poradni.

Często padają pytania, dlaczego tego szkolenia nie można odbyć w swoim województwie, w macierzystej uczelni, nieopodal miejsca zamieszkania czy wykonywanej pracy. Kiedyś egzamin specjalizacyjny odbywał się w klinikach Uniwersytetu Medycznego właściwego dla miejsca zamieszkania. Członkowie komisji znali ośrodki, w którym specjalizował się ubiegający się o tytuł specjalisty lekarz; znali jego zaangażowanie w pracę, ponieważ pod ich opieką realizował staż specjalizacyjny; w końcu znali kierownika specjalizacji, który był rękojmią jakości kształcenia.

Niedawno miałem okazję uczestniczyć w takim egzaminie z położnictwa i ginekologii. W skandalicznych warunkach (ciasne baraki na tyłach Szpitala Matki Polki w Łodzi) rozpoczął się egzamin. W niewielkich pomieszczeniach tłoczyły się kilkusobowe komisje, składające się z największych autorytetów polskiej ginekologii i położnictwa. Komisji było wiele. Na korytarzach, bez możliwości zajęcia pozycji siedzącej, oczekiwali na swoją kolej lekarze przystępujący do egzaminu. Towarzyszyli

im kierownicy specjalizacji, doświadczeni ordynatorzy, a niejednokrotnie utytułowani profesorowie. Nie mogłem odpędzić od siebie myśli, że takie grono zgromadzonych w Łodzi na dwa dni fachowców z całego kraju mogło w tym czasie wykonać kilkaset najbardziej skomplikowanych operacji położniczo-ginekologicznych, równocześnie przeprowadzając w swojej klinice egzamin specjalizacyjny. Jedynym beneficjentem tego wydarzenia były chyba hotele w Łodzi... Kulturowanie zasady bezwzględnej obiektywności i radykalnej przejrzystości, zabiło logikę i zdrowy rozsądek.

Należy zadać ponownie pytanie o zasady kształcenia podyplomowego lekarzy, mając na uwadze smutne konsekwencje obowiązującego modelu testowo-teoretycznego, niemal całkowicie wyzuteego z kontaktu z pacjentem i nauczycielem, który jest często decydującym bodźcem – wyprzedzającym nawet czynniki ekonomiczne – skłaniającym lekarza do emigracji, o czym świadczą powroty do kraju po uzyskaniu tytułu specjalisty w różnych krajach Europy czy coraz częstsze przystępowanie do europejskich egzaminów specjalizacyjnych, znacznie przychylniej skonstruowanych.

Pozostaje pytanie, czy twórcy tego zdystansowanego do człowieka modelu kształcenia wkalkulowali w jego koszty konsekwencje, które ostatecznie ponosi pacjent, a w dalszej perspektywie całe społeczeństwo? Kiedy tak dotkliwie brakuje lekarskich rąk do pracy, może nie trzeba modyfikować tego fatalnego systemu, ale od nowa zbudować przyjazny – lekarzom i pacjentom – system kształcenia oparty na tej starej sprawdzonej zasadzie uczeń – mistrz.

*Dr n. med. Tadeusz URBAN
Prezes Śląskiej Izby Lekarskiej*

(przedruk z „Pro Medico” nr 7-8/18)

KOSZT I KORZYŚĆ

O tym, jakie znaczenie dla wzajemnego zaufania ma wiedza, oraz jakie są konsekwencje jej braku, z prof. n. hum. Pawłem ŁUKOWEM, kierownikiem Zakładu Etyki Instytutu Filozofii UW, rozmawia Anna HUCKO

MT: Czy obserwujemy kryzys zaufania w ochronie zdrowia?

PROF. PAWEŁ ŁUKÓW: Sporo o tym słyszymy, ale czy rzeczywiście jest to kryzys, czyli sytuacja alarmowa, to trudno powiedzieć. Nazwanie kryzysem jest oceną, w dodatku krytyczną. Żeby coś oceniać jako złe lub dobre, trzeba mieć miarę, ci zaś, którzy wieszczą kryzys, zazwyczaj jej nie podają. A możliwych miar jest sporo, można np. skorzystać z porównań. I tutaj widać, że my, Polacy, jesteśmy generalnie mniej ufni niż inne narody w Europie. Badania potwierdzają też, że w porównaniu z innymi nacjami mamy stosunkowo małe zaufanie do lekarzy. Ale inne dane sugerują, że o ile nie ufamy lekarzom jako grupie, o tyle konkretnego lekarza, u którego

się leczymy, najczęściej darzymy zaufaniem. Zapewne jest to wynikiem tego, że odpowiadając na pytanie o zaufanie do grupy zawodowej, zwykle opieramy się na innych informacjach niż wtedy, gdy nas pytają o konkretnego lekarza. Sądy o grupie zawodowej – i dotyczy to nie tylko lekarzy – zwykle ferujemy na podstawie informacji krążących w przestrzeni publicznej, a o swoim lekarzu na podstawie osobistego doświadczenia. A ci, którzy niedawno byli u lekarza, zwykle stanowią w sondażach mniejszość.

MT: Jak relacje lekarza z pacjentem zmieniły się w ostatnich latach?

P.Ł.: O niebo. Wszyscy, również pacjenci, mają większą niż kiedyś śmiałość do okazywania swoich przeoko-

nań i oczekiwań. Także w kontaktach z pracownikami ochrony zdrowia. Zmieniła się w tym zakresie kultura etyczna i prawna. Duchowo jesteśmy obywatelami demokracji. Uważamy, że do nas należy decyzja o tym, co dla nas będzie najlepsze i coraz częściej chcemy korzystać z tego prawa. Tak też mówi obowiązująca ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Lekarz może udzielić świadczenia zdrowotnego pod warunkiem wcześniejszego uzyskania od pacjenta świadomej zgody. Aby tak było, lekarz jest zobowiązany udzielić pacjentowi przystępnej informacji. To dla znacznej części lekarzy może być sytuacja dość nowa, bo ustawa obowiązuje niewiele ponad 20 lat. Oznacza to, że więcej niż połowa lekarzy zaczęła pracę, zanim te przepisy obowiązywały. Zmieniły się więc warunki kulturowe, etyczne i prawne kształtowania się relacji lekarza z pacjentem, co może rodzić pewien dystans.

Nie bez znaczenia jest też wpływ doniesień medialnych na temat różnego rodzaju nieprawidłowości w ochronie zdrowia. Ich rzeczywista skala, zapewne nie jest aż tak wielka, jak wygląda to w mediach – chociaż trzeba pamiętać, że każda krzywda pacjenta jest czymś, co nigdy nie powinno się zdarzyć – ale zła aura jednego wydarzenia kładzie się cieniem na inne aspekty relacji lekarza z pacjentem.

MT: Lekarze deklarują, że coraz częściej spotykają się z pacjentem roszczeniowym, i w dodatku agresywnym. Pacjenci z kolei sprawdzają kompetencje lekarzy. Co się stało z autorytetem lekarza?

P.Ł.: Obawiam się, że zbyt często korzystamy z mitów o XIX-wiecznej medycynie, które aplikujemy do współczesnej medycyny z jej technologiami i finansowaniem oraz organizacją. Dzisiaj lekarz może zaoferować diagnostykę i leczenie, o których jego poprzednikom nawet się nie śniło, a współczesnej medycyny nie da się wstawić w organizacyjne i finansowe warunki XIX-wiecznej praktyki lekarskiej, niezależnie od tego, jak dokładne są nasze wyobrażenia o niej.

Od strony etycznej oczekiwania diagnostów kryzysu wobec dzisiejszej medycyny wydają się opierać na wyidealizowanym obrazie XIX-wiecznego lekarza, który był zaangażowany w życie rodziny pacjenta, opiekował się nią latami, a połowę jej członków przyjął na świat. To są mity. Tak kiedyś bywało, ale to był wyjątek, a nie reguła. Codziennosc znakomitej większości lekarzy miała niewiele wspólnego z tym wyidealizowanym obrazem. Dziś też tak nie jest, chociaż z innych powodów, i nie ma co liczyć, że kiedykolwiek będzie, bo inna jest medycyna. Podstawowe i ogólne zasady etyczne się nie zmieniły, choć jak się dobrze zastanowić, można się i o to spierać. Niemal wszystko inne na pewno jednak uległo zmianie. Inny jest kontekst społeczny i prawny, inne są technologie medyczne, organizacja ochrony zdrowia, niezbędne środki finansowe, zakres wiedzy, liczba specjalności itd.

Proszę zwrócić uwagę np. na taką fundamentalną zmianę jak praktyczne zniknięcie wizyty domowej. Jeszcze na początku XX wieku lekarz przychodził do domu pacjenta. Często pacjent znał go wcześniej. Lekarz był więc zaproszony, czyli był kimś, komu się w zasadzie ufa. Ale nie był na „swoim terenie”. Musiał się uczyć, jak się zachować, żeby zdobyć zaufanie, a przynajmniej – żeby go nie stracić. Teraz to pacjent trafia do gabinetu lub do szpitala, i to on musi się odnaleźć w obcym środowisku, a lekarz jest u siebie i za nim stoi autorytet instytucji, w której pracuje. Pacjent musi się też uczyć zachowania w przychodni i szpitalu, aby nie zrazić do siebie lekarza, którego najczęściej widzi pierwszy raz w życiu, a zarazem musi oddać w jego ręce swoje sprawy. Sytuacje lekarza i pacjenta się odwróciły. Nic dziwnego, że pacjenci są już na wejściu bardziej zdystansowani i mniej ufni niż kiedyś.

MT: Zapytam powtórnie – czy mamy kryzys zaufania do lekarzy?

P.Ł.: Jeśli kryzys ten będziemy diagnozować za pomocą wyidealizowanych wyobrażeń o przeszłości, to zawsze będziemy musieli stwierdzić, że tak. Potrzebne jest dobre narzędzie diagnostyczne. Zamiast mitami zaufanie do lekarza lub jego autorytet można by mierzyć np. stopniem, w jakim pacjenci przestrzegają jego zaleceń. Będą przestrzegać częściej, jeżeli lekarze zidentyfikują ich oczekiwania, trafnie i właściwie na nie odpowiedzą, a więc m.in. prawdziwie i realistycznie przedstawią, co medycyna ma do zaoferowania. To z kolei zależy od stopnia złożoności sprawy, wiedzy pacjenta i innych czynników i tylko na część z nich może wpływać lekarz. Na pewno jednak może wpływać na swoje kompetencje zawodowe. Jednak żeby je określić, najpierw trzeba ustalić, jaki konkretnie kształt relacji pacjenta z lekarzem chcemy osiągnąć.

MT: W debacie o systemie ochrony zdrowia zdajemy się kierować w stronę najprostszych wyjaśnień.

P.Ł.: Najprostszych i nielicznych. Najwygodniej byłoby dokręcić śrubkę w jednym miejscu i poczekać na efekt domina pozytywnych zmian. To niestety tak nie działa. Widać to na przykładzie finansowania. Prawda, że system jest niedofinansowany, ale na niewiele zdadzą się większe nakłady bez właściwej organizacji i odpowiednich kompetencji lekarzy, w tym etycznych i komunikacyjnych. Bez nich lekarze nie będą mogli efektywnie wykorzystać tych nowych zasobów. I odwrotnie: jeżeli właściwie wykształcimy lekarzy, ale nie poprawimy poziomu finansowania i organizacji ochrony zdrowia, to system nie spełni oczekiwań. Jeżeli chcemy, aby pacjenci ufali lekarzom, to musimy i jednych, i drugich umieścić w systemie dobrze zorganizowanym i dobrze finansowanym, w którym pracują ludzie przestrzegający standardów etycznych swojego zawodu, umiejący porozumiewać się z pacjentami, potrafiący przekazywać trudne wieści i wiedzący, jak dotrzeć do kogoś gorzej od nich

wykształconego. Wtedy możemy oczekiwać, że pacjenci będą przestrzegać zaleceń i nie będą wprowadzać lekarza w błąd. Dopiero w odniesieniu do takiego otoczenia możemy diagnozować, czy zaufanie jest na odpowiednim poziomie, czy nie. Jeżeli okaże się, że nie, wtedy możemy mówić o kryzysie.

MT: Co determinuje poziom wzajemnego zaufania w obecnej sytuacji?

P.Ł.: Wiele różnych czynników. Z jednej strony utrwalone stereotypy, z drugiej – etyka życia publicznego, na którą składają się sprawy, mogłoby się wydawać, oczywiście – wzajemny szacunek, umiejętność słuchania. Uogólnień o medykach jest wiele. Jedne stawiają ich w dobrym świetle, a inne w złym. Jak to uogólnienia: na ogół są niesprawiedliwe. Druga sprawa to etyka życia publicznego, np. bardzo dużo mówimy o szacunku, o godności ludzkiej, ale gdyby zapytać, co to jest, wielu miałoby kłopot z odpowiedzią. Po stronie lekarza szacunek objawia się m.in. punktualnością, skrupulatnością, poważnym stosunkiem do obaw i trosk pacjenta, uważnym słuchaniem. Jako społeczeństwo mamy ogromny problem ze słuchaniem, co przenosi się też na medycynę.

Z drugiej strony, część pacjentów niewiele wie o pracy lekarza – tak sobie posiedzi, pogada, poogląda, ma czysto i ciepło. To skutek niewiedzy i braku zrozumienia, na czym polega wyzwanie tego zawodu.

MT: Kolejną sprawą jest wspomniana kwestia ogólnej nieufności.

P.Ł.: Ujawnia się ona np. w naszej szczególnej predylekcji do papieru. Niewiele osób gotowych jest ruszyć choćby palcem bez umowy spisanej czarno na białym, bo ustne porozumienie lub dane słowo nie wystarcza. To także przenosi się do gabinetów lekarskich, o czym świadczą rzeczywiste praktyki uzyskiwania świadomej zgody na leczenie. Oto parę przykładów. Moje doświadczenia dydaktyczne pokazują, że dla wielu lekarzy świadoma zgoda pacjenta na leczenie to formularz, a nie porozumienie między nim a pacjentem co do ich dalszej współpracy. Wiele instytucji ochrony zdrowia wymaga od pacjentów zgody pisemnej w przypadkach, w których prawo tego nie wymaga. Jakiś czas temu pojawiły się wielostronicowe formularze zgody na leczenie chirurgiczne. Czy takie praktyki służą ochronie interesów pacjenta, czy prawnych interesów pracowników ochrony zdrowia? Bez wątpienia świadczą o nieufności wobec pacjentów i rosnącej obawie lekarzy przed możliwością pozwu ze strony pacjenta. Pytanie, czy jest się czego obawiać? I czy aż tak?

MT: A nie ma?

P.Ł.: Według jednego z badań opartych na danych dużej firmy ubezpieczającej lekarzy w latach 1991–2005 7,4% amerykańskich lekarzy zostało pozwanych przez pacjentów, a 1,6% wypłaciło pacjentom rekompensaty.

A jak jest w Polsce? Lekarzy i lekarzy dentyistów mamy ok. 170 tys. W 2016 r. prokuratury prowadziły 4.963 postępowania w sprawie błędów lekarskich (5.678 w 2017

r.) i sporządziły 113 aktów oskarżenia; w czterech przypadkach wnioskowano o dobrowolne poddanie się karze. Czy obawa przed procesem powinna spędzać sen z powiek polskiego lekarza? To zależy od wielu rzeczy, np. możliwości wpływu lekarza na zapobieżenie procesowi lub jego indywidualnego stosunku do ryzyka.

Oczywiście nikt nie chce mieć tego typu kłopotów. W przypadku lekarza, którego sukces zawodowy w dużym stopniu zależy od zaufania pacjentów, już samo wysunięcie roszczeń jest niezwykle stresujące niezależnie od finału sprawy. Aby jednak lekarz mógł oszacować, czy i jak bardzo się bać, musi znać odpowiedź na pytanie o prawdopodobieństwo takiego niepożądanego zdarzenia. Bez tej wiedzy będzie uruchamiać mechanizm samospełniającej się przepowiedni: nie ufając pacjentom, na wszelki wypadek będzie się zabezpieczać przed pozwami, co wzbudzi nieufność pacjentów, za którą pójdą odpowiednie działania. Opieranie się na obiegowych wyobrażeniach o strasznych pacjentach, którzy czyhają, aby wyzuć lekarza ze wszystkiego, może przynieść chwilową ulgę, ale niczego nie rozwiązuje.

MT: A jeśli są zasadne?

P.Ł.: To powinniśmy się zastanowić, co możemy zrobić, aby zminimalizować prawdopodobieństwo pozwów pacjentów przeciw lekarzom, a to możemy ustalić na podstawie wiedzy. W evidence-based medicine trzeba uprawiać evidence-based ethics. Zagraniczne badania pokazują, że lekarze, którzy lepiej porozumiewają się z pacjentami, są bardziej otwarci i szczerzy, obszerniej i dokładniej informują, są wystawieni na zdecydowanie mniejsze ryzyko pozwania. Mówiąc inaczej, przekonanie, że pacjent gorzej poinformowany jest „mniej awanturujący się”, jest nieprawdziwe. Osoby lepiej poinformowane chętniej nam zaufają, bo będą rozumiały, w czym biorą udział. Rozważmy taki scenariusz. W wyniku leczenia 15% pacjentów może mieć silne bóle w ciągu tygodnia po leczeniu. Na drugi dzień po zabiegu pacjent cierpi z powodu bólu. Jaka będzie jego pierwsza myśl, jeśli lekarz wcześniej nie poinformował go o tej możliwości? Pewnie uzna, że lekarz coś sfuszerował. A co pomyśli, jeżeli lekarz przed zabiegiem uprzedził go o takiej możliwości? Są całkiem spore szanse, że dojdzie do wniosku, iż znalazł się wśród tych pechowych 15%.

Postawy wobec lekarzy w dużym stopniu zależą też od ogólnej wiedzy pacjentów o kosztach, trudnościach organizacyjnych i ograniczeniach wiedzy medycznej. Prosty przykład. Wielu pacjentów jest przekonanych, że im więcej badań, tym lepiej. Wiadomo, że to nieprawda. Liczba i rodzaj potrzebnych badań zależą od stanu pacjenta, a także od oceny przez lekarza, co z kolei będzie zależało np. od jego doświadczenia. Czasem więcej badań to lepiej, a czasem to strata czasu i pieniędzy.

Albo dość popularne stwierdzenie „nawet nie wiedzą, co mi jest”. A przecież w medycynie wciąż jest wiele niewiadomych. Trudność z postawieniem diagnozy to

niekoniecznie dowód niekompetencji lub złej woli, ale przeciętny pacjent karmiony przez kulturę popularną historiami o cudach medycyny może mieć kłopoty, aby w to uwierzyć. Trudno się oprzeć takiej niewierze także dlatego, że jako społeczeństwo mamy spore braki w podstawowej wiedzy na temat zdrowia i funkcjonowania organizmu. Niewielu z nas wie, czym się niepokoić, a czym nie; sporo osób nie potrafi nawet zidentyfikować specjalności medycznych.

MT: Jak więc prowadzić debatę o kondycji systemu?

P.Ł.: Gigantyczną barierę stanowi ideologizowanie bodaj każdego aspektu ochrony zdrowia. Debatą o niej wy-

maga wiedzy i zaufania, których nam, obywatelom brakuje. Bywa żmudna i niespektakularna, ponieważ dotyczy kwestii etycznych, technicznych i ekonomicznych zarazem. System powinien być uniwersalny, wszechstronny i efektywny. Żeby fachowcy mogli go zaprojektować, musimy się najpierw dogadać, ile każdy z nas jest gotówłożyć na ochronę zdrowia i na co za te pieniądze może liczyć. Musi więc otrzymać rzetelne szacunki kosztów i korzyści oraz wiarygodne zobowiązania, że zostanie to, co zostało ustalone. A do tego konieczna jest wiedza i zaufanie. I koło się zamyka.

(przedruk z „Medical Tribune” nr 5/18)

CZY EMPATIA WYCHODZI NAM NA ZDROWIE?

„Jeśli chce się być dobrym i czynić dobro, empatia jest marnym przewodnikiem”

Paul Bloom

Zdecydowałam się na poruszenie tematyki empatii, ponieważ zauważyłam, jak często mamy do czynienia z jej nadużywaniem. Ponadto coraz większa popularność kursów pomagających w zwalczaniu „wypalenia zawodowego” świadczy o tym, iż w naszym środowisku mamy problem z emocjami. Będąc pod nieustanną presją samokształcenia, spełniania standardów, nadążania nie tylko za wymaganiami branżowymi, sensu stricto, ale również standardami obejmującymi opiekę i wsparcie ze strony psychologicznej naszych chorych, czujemy się coraz bardziej przytłoczeni i znużeni piętrzącymi się wobec nas wymaganiami. Skoro my wspieramy innych, to kto ma wspierać nas? Idąc za słowami sławnej aktorki i działaczki społecznej Audrey Hepburn: „*Kiedy potrzebujesz pomocy dłoni, znajdziesz ją na końcu swojego ramienia*”, dotarłam do publikacji profesora Paula Blooma.

Po przeczytaniu książki Blooma pt. „Przeciw empatii. Argumenty za racjonalnym współczuciem” naszała mnie refleksja dotycząca tego właśnie zagadnienia. Bardzo modne stało się w ostatnich latach używanie wyrażenia EMPATIA. Narzeka się, że program nauczania uczelni medycznych nie obejmuje „nauki empatii”, politycy posługują się pojęciem empatii w swoich przemówieniach, a pacjenci często jej od nas oczekują. W mediach często zarzuca się lekarzom „znieczulicę”, brak empatii. Ponadto istnieje wiele badań i publikacji poświęconych empatii. Wydaje się, jakby cały świat chorował na jej chroniczny brak.

W związku z tym, kiedy do moich rąk trafiła książka Paula Blooma, podeszłam do niej sceptycznie (jak zapewne większość z nas). Sam autor wydawał się niejako zaskoczony wynikami swoich analiz i spostrzeżeń. Tym samym stał się obiektem krytyki wielu autorów orędujących za empatią. Jednak, szczerze powiedziawszy, w du-

żej mierze przekonał mnie do zmiany podejścia do tego newralgicznego tematu. Pragnę nadmienić, że prof. Bloom nie jest przeciwnikiem współczucia, moralności, życzliwości, zrozumienia ani niczego, co wiąże się z dobrymi ludzkimi odruchami. Jego stwierdzenia są poparte badaniami. Co stanowi o jego odmienności? To definicja i spojrzenie chłodnym okiem na tak wychwalaną empatię. Zwykle, jeśli nie płyniemy z prądem, spotykamy się z ostracyzmem i krytyką. W przypadku Paula Blooma nie było wyjątku od reguły.

Autor swoje rozważania rozpoczyna od zdefiniowania empatii na podstawie jej znaczenia zaproponowanego przez filozofa Adama Smitha, który w XVIII wieku znaczenie empatii nazywał „współodczuwaniem” (ang. sympathy), co znaczyło nic innego jak pojmowanie sposobu doświadczania świata tak jak inni. Jednym słowem odczuwanie tego samego, co dana osoba, postawienie się w jej sytuacji, odczuwanie np. jej bólu. Bloom rozróżnia ponadto dwa rodzaje empatii: poznawczą oraz emocjonalną. Zaznacza, że większa część dyskusji i jej kontrowersje dotyczą empatii emocjonalnej, jako że obydwa procesy powstają w różnych mechanizmach. Jak autor nadmienia: „*Do pewnego stopnia empatia emocjonalna jest głęboko zakorzeniona w naszej naturze. Widok i odgłos cudzego cierpienia są nieprzyjemne dla dzieci i jak tylko staną się wystarczająco ruchliwe, próbują pomóc, poklepując i uspokajając innych w cierpieniu*”. Ponadto przytacza słowa psychologa C. Daniela Batsona dotyczące hipotezy „empatii-altruizmu”, która mówi o tym, że wczuwając się w przeżycia innych, jesteśmy bardziej skłonni im pomóc. Taka postawa czyni nas bardziej chętnymi do przeciwstawiania się obojętności i egoizmowi. Dlatego wielu ludzi jest przekonanych o samych pozytywnych cechach wspierania tak pojętej empatii. Dlatego pojęcie to ma tak wielu zwolenników i stąd bierze się jej popularność.

Bloom zaczyna swoje rozważania od innej strony. Wskazuje, iż ze względu na różnorodność w postrzega-

niem empatii chce skupić się na najbardziej typowej: empatii jako akcie doświadczania świata tak, jak sądzimy, że doświadcza go ktoś inny. Autor podkreśla, że sama empatia nie jest jedynym motorem, który motywuje nas do czynienia dobra. Jako przykład podaje przypowieść chińskiego filozofa Mencjusza: „Oto idziemy brzegiem jeziora i widzimy dziecko tonące w płytkiej wodzie. Jeśli możemy bez problemu wejść do wody i uratować je, powinniśmy to uczynić. Źle byłoby przejść obojętnie. Co jest motywem tego postępu? Być może wyobraziliśmy sobie, co by było, gdybyśmy sami tonęli, albo co poczuliby rodzice na wieść o utonięciu dziecka. Niekoniecznie jednak musiało tak być. Nie potrzeba empatii, by uświadomić sobie, że pozwolić dziecku utonąć byłoby czymś niewłaściwym”. Jednocześnie autor podkreśla, że istnieje różnica między empatią a współczuciem, które jest kluczowe dla zrozumienia poglądu prezentowanego w jego publikacjach. Potwierdzenie znajduje w neuronaukach, gdzie podobny pogląd wyrażają w artykule przeglądowym Tania Singer i Olga Klimecki: „W przeciwieństwie do empatii współczucie nie oznacza dzielenia cierpień innych; cechuje je raczej odczuwanie ciepła, troski i życzliwości dla innych oraz silna wola poprawy ich losu. Współczucie to uczucie do kogoś, a nie współodczuwanie z nim”.

Ponadto profesor Bloom wskazuje, że empatia często działa jak reflektor skupiający uwagę na pewnych ludziach czy zdarzeniach, pozbawiając nas tym samym obiektywizmu i spojrzenia długofalowego. Sprawia, że stajemy się stronniczy i popycha w kierunku partykularyzmu. Może to doprowadzić do niesprawiedliwych, a czasem wręcz moralnie złych decyzji. Na temat związku moralności i rozumu wypowiedział się także James Rachels, który uważa, że: „Moralność jest co najmniej próbą kierowania się w swoim postępowaniu rozumem – czyli robienia tego, za czym przemawiają najlepsze racje – przykładając jednakową wagę do interesów każdego człowieka, którego będą dotyczyć nasze decyzje”. To dosyć wymagająca definicja, jednak zdaje się mieć wiele sensu.

Przyszła mi na myśl niejednokrotnie zaistniała w naszym życiu zawodowym sytuacja, kiedy to słyszałam z ust kolegów czy koleżanek po fachu, że nie przepadają za leczeniem pacjentów „po znajomości”, ponieważ często empatia i chęć niesienia pomocy pozbawia ich obiektywizmu, a nadgorliwość prowadzi do popełnienia błędu czy wykonania zbyt szybko lub niestandardowo danej procedury. Ogniskując uwagę na konkretnej osobie i wymaganiach jej bliskich, tracimy obraz całości sytuacji i tym samym „empatia” pozbawia nas trzeźwej oceny. Może się mylę, a może nie. Ile razy lekarz rezygnuje z prowadzenia członka swojej rodziny, by uniknąć podjęcia zbyt „emocjonalnych” decyzji (zbyt empatycznych?) i prosi kolegę o pomoc? Czyżby podświadomie unikał w ten sposób powyższego mechanizmu? W takiej sytuacji spojrzenie z dystansu na zaistniały problem i jego rozumne przeanalizowanie wydaje się najlepszym roz-

wiązaniem. Pozwolę sobie również zacytować fragmenty książki, w których autor przytacza wypowiedzi lekarzy dotyczące empatii.

Chirurg Christine Montross: „Gdybym w trakcie słuchania wstrząsającej relacji matki, która opisywała ciało swojego syna w kostnicy, miała wyobrazić sobie, że było to ciało mojego własnego dziecka, nie mogłabym pracować. Przytłaczający żal sprawiłby, że nie dałabym rady zatroszczyć się o stan psychiczny pacjentki...”

Zainteresowanie związkiem empatii z pracą zawodową lekarza, a raczej z wypaleniem zawodowym jest stosunkowo nowym zjawiskiem. Publikacje poruszające tę tematykę pojawiły się w 2006 r. Nadal jest ich jednak niewiele. Przynoszą często niejednoznaczne wyniki wykonywane na niewielkiej liczbie badanych. Zauważono jednak, że empatia może mieć związek z wypaleniem zawodowym i pogorszeniem jakości pracy lekarza. W jaki sposób unikać jej zgubnych skutków? Wobec istniejącego problemu należało by się zastanowić, w którą stronę powinniśmy dążyć. Czy bycie bardziej empatycznym poprawi jakość naszej pracy i nasze samopoczucie czy wręcz przeciwnie? Czy dla pacjenta bardziej istotne jest profesjonalne i opanowane podejście lekarza czy trzymanie go za rękę ze łzami w oczach? Jak to właściwie jest z nami? Co dla nas jest najlepsze? Czy zadowolony lekarz to również zadowolony pacjent?

Optuję za wnioskiem: Mniej empatii, więcej życzliwości. A Państwo?

AP

PIŚMIENNICTWO:

- [1] Bloom P. *Przeciw empatii. Argumenty za racjonalnym współczuciem*. Charaktery, Kielce 2017.
- [2] Berangere T., Birault E., Jaafari N. *Empathy is a protective factor of burnout in physicians: new neuro-phenomenological hypotheses regarding empathy and sympathy in care relationship*. „Frontiers in Psychology” 2016; 7: 763.
- [3] Rachels J., Rachels S. *The Elements of Moral Philosophy*. McGraw Hill, New York 1993: 19.
- [4] Klimecki O.M., Ricard M., Singer T. *Empathy versus compassion: lessons from 1st and 3rd person methods*, [w:] Singer T., Bolz M. (red.), *Compassion: bridging practice and science*, Max Planck Society 2013, e-book: <http://compassion-training.org/?lang=en&page=home>.
- [5] Montross C. Forum: *Against Empathy*. „Boston Review”, sierpień 2014, <https://bostonreview.net/forum/against-empathy/christine-montross-response-against-emapthy-montross>.
- [6] Romani M., Ashkar K. Burnout among physicians. *Libyan J. Med.* 2014; 9(1): 23556.
- [7] <https://www.youtube.com/watch?v=zeDlCaCR3k&sns=em>

(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego” nr 6/18)

TRENING MENTALNY

*„Wszystko, czego potrzebujemy mamy w sobie”
„Nie musisz być wielkim, żeby zacząć, ale musisz zacząć,
żeby być wielkim”*

Les Brown

Początki treningu mentalnego, sięgają lat 50. XX wieku, kiedy to sportowcy ówczesnego Związku Radzieckiego zaczęli wprowadzać go do procesu przygotowania do najważniejszych startów. Twórcą był psycholog Awksenty Puni, który jako pierwszy usystematyzował wiedzę i stworzył model treningu mentalnego. Obejmował wybrane umiejętności, które do dziś stanowią rdzeń współczesnego treningu. Początkowo największe zastosowanie miał on w sporcie. Dziś żaden zawodnik nie osiągnie sukcesu bez pracy nad własną psychiką. Niemniej jednak trening mentalny znajduje zastosowanie również w innych dziedzinach naszego życia: głównie w biznesie, edukacji, w życiu codziennym i – coraz częściej – w medycynie. Kształcenie lekarzy, jak wiadomo, opiera się aktualnie nie tylko na tradycyjnych metodach. Odkąd dostrzeżono potencjał treningu mentalnego, stosuje się go z powodzeniem. Praca z treningiem mentalnym jest również bardzo przydatna w pracy z pacjentem.

Prekursorem wykorzystania takiego treningu w medycynie był dr Marc Immenroth z European Surgical Institute w Norderstedt koło Hamburga, który pracował jako psycholog na Wydziale Sportu i Nauk Sportowych w Heidelbergu. Zajmował się motywowaniem reprezentantów Niemiec w lekkiej atletyce. Dr Immenroth wpadł na – z pozoru – szalony pomysł, by włączyć tę technikę do szkolenia chirurgów. Jak nietrudno zgadnąć, nie spotkał się z przychylnością ze strony środowiska lekarskiego. Znalazł w końcu chętnych i przeprowadził eksperyment operacji laparoskopowego usunięcia woreczka żółciowego na symulatorze. 98 lekarzy wykonało ten zabieg, po czym zostali oni podzieleni na 3 grupy. Pierwsza przeszła trening mentalny, druga w tym czasie operowała jeszcze raz, trzecia miała czas wolny. Następnego dnia wszyscy ponownie przeprowadzili zabieg wirtualny. Wyniki były zaskakujące, gdyż okazało się, że medycy po treningu mentalnym wypadli o 10% lepiej niż dwie pozostałe grupy. Rezultaty tego eksperymentu opublikowało prestiżowe czasopismo „Annals of Surgery”.

Czym zatem jest trening mentalny?

Jest to forma pracy rozwojowej, oparta na sprawdzonych metodach oddziaływania i autooddziaływania na ludzki umysł. Wykorzystuje narzędzia z zakresu: psychologii z elementami coachingu i mentoringu, endokrynologii i fizjologii, socjologii i filozofii. Jego wyjątkowość polega na łączeniu kilku metod. Należy pamiętać, że trening mentalny jest procesem. Jak sama nazwa wskazuje, jest to trening, więc nowo nabyte umiejętności trzeba po-

wtarzać, by je wytrenować i udoskonalić. Jest też relacją: konieczne jest wzajemne zaufanie, a najlepiej pewny rodzaj sympatii pomiędzy trenerem a jego pacjentem. Niezbędna jest oczywiście szczerłość, ponieważ trener musi wiedzieć jaki obszar szwankuje. Trening jest wreszcie strategią, która zakłada wyznaczenie celu, czasu na jego osiągnięcie oraz stworzenie planu. Sytuacja każdej osoby jest inna, wielowymiarowa, więc nie ma jednego schematu treningu mentalnego.

Czym trening mentalny nie jest?

Z całą pewnością, pomimo wielu zbieżności, nie jest on psychoterapią. Podczas treningu mentalnego skupiamy się na teraźniejszości i przyszłości (najbliższe plany), podczas gdy psychoanalityk jest żywo zainteresowany dzieciństwem i przeszłością pacjenta. Psychoterapia zazwyczaj trwa długo i wymaga wielu sesji. Trening mentalny jest krótszy, a prowadzący (w przeciwieństwie do psychoterapii) jest aktywny. Trening mentalny nie jest też coachingiem. Co prawda podobnie zakłada, że wszystko, co jest nam potrzebne, mamy w sobie, pozwala nam odkrywać zasoby i wykorzystywać je bardziej efektywnie. Różnica polega na możliwości szerszej pracy i dzielenia się trenera jego własną wiedzą na poziomie kształtowania nawyków mentalnych. Takie podejście znacznie ułatwia proces oraz go przyspiesza. Coaching zaś opiera się głównie na pytaniach, wizualizacjach. Trening mentalny nie jest też mentoringiem. Mentoring polega na długoterminowej relacji z osobą o większym bagażu doświadczeń. W przypadku treningu mentalnego relacja z podopiecznym jest znacznie krótsza i polega na zmianie nastawienia oraz nawyków.

Podstawowymi warunkami dalszego rozwoju jest dobrowolne przystąpienie do treningu mentalnego, pozytywne nastawienie oraz otwartość na nowe doświadczenie. Trening mentalny jest dla tych, którzy chcą stać się psychicznie mocniejsi, by lepiej radzić sobie w ważnych sytuacjach.

Autorska koncepcja Jakuba B. Bączka, którą osobiście stosuję z powodzeniem, stawia na 4 dźwignie:

1. Pewność siebie

Systematyczny trening pozwala eliminować swoje ograniczenia i zaczyna proces wychodzenia ze swojej strefy komfortu. Umożliwia przeprogramowanie psychiki z myślenia „czego nie mogę” na „szukam możliwości”. Budowanie pewności siebie to dla lekarza priorytet, bowiem czyni nas ona wiarygodnym dla pacjenta. Trudno zrobić specjalizację w dziedzinie, gdzie należy reagować szybko i zdecydowanie, jeśli nie przypisujemy sobie pewności. Ilu z nas uważa, że znalazło się w niewłaściwym miejscu, że inni dali się nabrać i uważają nas za bardziej kompetentnych i utalentowanych niż w rzeczywi-

stości jesteśmy? Psychologowie nazywają to syndromem impostora (lub uzurpatora). Impostoryzm zmusza nas do ciągłego wątpienia, sprawia, że skupiamy się na tym, jak oceniamy nas inni. Kradnie nam moc i tłamsi naszą obecność. Co ciekawe osiągnięcia wcale nie tłumią obawy, że jesteśmy uzurpatorami. Wręcz przeciwnie, sukces tylko je pogłębia, bo nie umiemy pogodzić wyobrażenia, jakie mają o nas inni ze swoją skrywaną wiedzą, że na nią nie zasługujemy.

Poczucie własnej wartości i pewność siebie nie jest tym samym, ale ma cechy wspólne. Naprawdę pewna siebie osoba nie potrzebuje arogancji będącej niczym więcej jak tylko zasłoną dymną dla braku pewności siebie. Osoba pewna siebie – znająca siebie i wierząca we własne możliwości, posługuje się narzędziami, a nie bronią. Pewność siebie i poczucie własnej wartości to cechy dla lekarza niezbędne, ponieważ pozwalają działać dużo spokojniej, unikać paniki. Wbrew powszechnej opinii, pewność siebie i poczucie własnej wartości nie są cechami wrodzonymi. Trening mentalny pozwala bardzo szybko je wypracować.

2. Prawo do porażki

Paradoksalnie, dając sobie prawo do porażki, częściej będziemy odnosić sukces. Lekarz często słyszy, że w jego zawodzie nie ma miejsca na błędy. Teoretycznie ma to sens, problem jednak tkwi w tym, że mając wewnętrzny przymus wygrywania, jesteśmy tak przerażeni porażką, że będziemy stosować tylko znane, sprawdzone ścieżki. Zrezygnujemy z rozwoju, kreatywności, nie będziemy podejmować żadnego ryzyka na rzecz utartych nawyków. Będziemy tkwić latami w tym samym miejscu, robiąc dokładnie to samo.

3. Wewnętrzny spokój

Koncentracja to umiejętność skupienia się na jednej rzeczy, sytuacji lub zadaniu, przy jednoczesnej umiejętności bycia tu i teraz. Jak napisał Majid: *„Obecność jest wtedy, gdy wszystkie twoje zmysły skupiają się na jednym w tym samym czasie”*. Obecność przejawia się w postaci wyraźnej synchroniczności i wywodzi się z wiary we własną historię. Jeśli sami w nią nie wierzymy, jesteśmy nieautentyczni – oszukujemy siebie i innych, najczęściej pacjentów. Co więcej, to samooszukiwanie jest widoczne dla otoczenia, ponieważ maleje nasza pewność siebie, a w naszych zachowaniach werbalnych i niewerbalnych pojawia się dysonans. Pacjenci reagują na to brakiem zaufania. Nad koncentracją, skupieniem i wyciszeniem można pracować na dwa sposoby. Pierwszy to umiejętność przywołania skupienia w danej chwili. Proste, szybkie i skuteczne techniki są w stanie pozbawić nas destrukcyjnych myśli, wyciszyć i sfokusować się na celu. Druga metoda to praca długa i konsekwentna, dzięki której spokój i kontrola emocji stają się stopniowo codziennością.

4. Nawyk zwyciężania

Większość naszych działań jest nawykowa. Pozostaje nam pracować nad osłabianiem starych nawyków i pro-

gramowaniem nowych. Zwycięzanie też jest nawykiem, wiedzą to osoby, które odniosły sukces. Wbrew pozorom to drobne zmiany w dłuższej perspektywie składają się na wielkie efekty. Charles Duhigg w książce *„Siła Nawyku”* opisuje, jak wstępne zmiany mogą wywołać reakcje łańcuchowe, pomagające wytrwać przy innych nawykach.

Jak ustaliliśmy na początku, oczywiste jest, że żaden trening mentalny nie zastąpi merytorycznej, rzetelnej wiedzy i praktyki. Mimo to jest wiele osób, które posiadają ogromną wiedzę, a mimo wszystko z jakichś powodów nie rozwijają się tak jak inni, albo nie potrafią zaważczyć o siebie z powodu braku poczucia własnej wartości.

Trening mentalny można z powodzeniem stosować do pracy z pacjentem. Tu trzeba zaznaczyć, że aby być wiarygodnym, warto byłoby wykształcić w sobie dobre nawyki mentalne. Lekarz najczęściej z automatu jest autorytetem, niemniej jednak pacjenci są również dobrymi obserwatorami. Brak naszej pewności siebie zdiagnozują dość szybko. W codziennej pracy z pacjentem uwaga powinna się koncentrować na dwóch obszarach: motywacji i determinacji. Motywacja to rozległy temat i każdy z kolegów będzie miał do czynienia w swej dziedzinie zupełnie z czymś innym. Nawet gdy trafia do nas pacjent zmotywowany, to nie wiemy, czy jego motywacja jest zewnętrzna, czy wewnętrzna. Czy rodzina namówiła go, by podjął leczenie, czy on sam czuje, że tego chce? Motywacja wewnętrzna działa mocniej i lepiej, jednak nie każdy człowiek jest wewnątrzsterowny, w związku z tym lider (w tym wypadku lekarz) musi wiedzieć jak z takimi pacjentami postępować. Integralną częścią motywacji jest determinacja. Całkiem często się zdarza, że pacjent ma motywację (np. chce wykonać badania profilaktyczne, bo jest obciążony rodzinnie nowotworem), ale nie zamienia tego w determinację. Ważne zatem jest to, by motywację przekształcić w determinację. Wizyta, na której planujemy pacjentowi leczenie to swoisty wykład motywacyjny. Oprócz merytorycznej strony ważna jest też odpowiednia intonacja, świadome modulowanie głosu, tak by trafić do motywacji wewnętrznej. Jak pisał prof. Santorski: *„moja troska dotyczy nie tego, czy mamy skalpele, tylko tego, w czyich one są rękach i jak są używane”*. Pamiętajmy także, że są granice bezpieczeństwa, skuteczności i uczciwości takiego wykładu.

Fakt, jak my funkcjonujemy w sferze mentalnej, ma decydujący wpływ, czy będziemy skuteczni w zmotywowaniu i determinowaniu pacjenta. Czy mamy narcystyczną naturę i potrzebujemy, by nas podziwiano? Czy nasze ego pozwoli nam się wsłuchać w problem pacjenta? Czy potrafimy być inspirujący, tak by pomóc mu przejść przez proces podejmowania decyzji? Pamiętajmy także, że informacja z zewnątrz jaka dociera do rozmówcy, zanim zostaje przeanalizowana i zapadnie decyzja, może zostać oceniona emocjonalnie. Jeśli dotyczy to zjawisk ewolucyjnie ważnych, jak bezpieczny-groźny, może wy-

wołać natychmiastową reakcję emocjonalną, a proces poznawczy dopiero za nią podąży. Pod wpływem raz odruchowo podjętej decyzji tworzymy przeświadczenie na temat wartości czegoś, a potem mózg używa całej swej inteligencji, by to potwierdzić. Warto zatem popracować nad tą pierwszą informacją, która wywołuje szereg lawinowych zjawisk.

Na koniec warto jeszcze wspomnieć o wizualizacji, która jest ważnym elementem pracy trenera mentalnego. Jest to metoda nienowa, bardzo skuteczna i stosowana w różnych gałęziach psychologii. Może przybierać różne formy, ale najprościej mówiąc, polega na skupianiu się na rzeczach pozytywnych. Jeśli to ćwiczenie, wplecione w wizytę zostanie wykonane poprawnie, to pacjent ma inną postawę ciała, inne podejście i większą pewność siebie. Każdy pacjent, tak jak każdy sportowiec powinien sobie wyobrazić, że ten mecz z chorobą wygra. Obranie innej drogi, jeszcze przed pierwszym gwizdkiem daje chorobie fory. Pamiętajmy, że każdy pacjent jest wyjątkowy, a w naszych rękach często spoczywa jego los. Warto czasem zastanowić się, czy nasz samorozwój, nie tylko w kwestii umiejętności zawodowych jest na dobrej drodze.

BIBLIOGRAFIA:

- [1] Bączek J.B.: *Akademia Trenerów Mentalnych*, materiały szkoleniowe.
- [2] Cuddy A.: *Wstań*, Kraków 2016.
- [3] Larssen E.B.: *Bez Litości*, Gliwice 2016.
- [4] Rotkiewicz M.: *Na niby, ale pomaga naprawdę*, "Polityka" 2008.
- [5] Santorski J., Bączek J.B.: *Determinacja. Z prądem i pod prąd*, Warszawa 2017.

Marta OSSOWSKA

Lekarz ortodonta, właścicielka Centrum Stomatologicznego Dentarama w Wałbrzychu i Międzyzdrojach, trener mentalny. kontakt: info@medmental-factory.pl

(przedruk z „Medium” nr 6/18)

DLACZEGO W CZECHACH NIE MA KOLEJEK DO LEKARZA?

Czesi nie wiedzą, co to jest prywatna służba zdrowia, bo publiczna działa na tyle dobrze, że w głowach im się nie mieści, by leczyć się prywatnie. Nic dziwnego. Na wizytę do specjalisty z dzieckiem w przychodni czeka się zaledwie 2–3 tygodnie.

Dorosły pacjent do ortopedy czy kardiologa może się dostać za kilka tygodni, góra kilka miesięcy od zapisu. Kolejki to zjawisko, owszem nie obce czeskiemu systemowi ochrony zdrowia, ale są znacznie mniejsze niż w Polsce, dlatego Czesi bardzo rzadko leczą się prywatnie.

W czym tkwi sekret czeskiej służby zdrowia? W konkurencji między płatnikami i większymi, niż w Polsce nakładami na służbę zdrowia.

Konkurencyjność i ryczałt

W Czechach jest kilku płatników, którzy zawierają ze szpitalami i przychodniami kontrakty, płacąc im określony ryczałt. Największym zakładem ubezpieczeń zdrowotnych jest Powszechny Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych, czyli Všeobecná Zdravotní Pojišťovna. Pozostałe cztery zakłady to branżowe kasy chorych np. bankowa czy wojskowa. Zakłady konkurują między sobą. Pacjent może raz do roku zmienić kasę, ale ubezpieczycielom zależy im na tym, by ten u nich pozostał. Dlatego, że im bardziej skomplikowany zabieg przejdzie w którymś szpitalu, tym więcej kasa chorych na nim zarobi.

Lekarze w przychodniach dostają pieniądze za każdego przyjętego chorego. Szpitalom kasy chorych oddzielnie płacą za hospitalizację i badania. Osobno opłacają leki i operacje. Na ten ostatni cel szpital otrzymuje roczny

ryczałt. Placówki muszą tak gospodarować pieniędzmi z ryczałtu, by starczyło im ich do końca roku.

Wprowadzili limit czekania na wizytę

Czeskie ministerstwo zdrowia co kilka lat publikuje dyrektywy wyznaczające maksymalny czas, jaki pacjent może czekać na wizytę lub zabieg od zapisu. Te placówki, które go przekroczą, nie powinny mieć podpisywanych kontraktów z ubezpieczalnią.

Oficjalnie oczekiwanie na wizytę lekarza pierwszego kontaktu czy ginekologa nie może w Czechach przekraczać 35 minut, chirurga – 45 minut. Najdłuższy czas przysługuje w przypadku oczekiwaniu na kardiologię i neurochirurgię, to 3 godziny. W ministerialnym rozporządzeniu określone są również czasy oczekiwania na skomplikowane, zaplanowane wcześniej zabiegi. Operacja zaćmy, której w Czechach poddają się bardzo często polscy pacjenci, musi zostać przeprowadzona w ciągu 30 tygodni od daty rejestracji. Do roku czasu musi także znaleźć się miejsce na operację endoprotezy stawu biodrowego. U nas czeka się kilka lat.

Dopłaty do leczenia

Różnice między polskim a czeskim systemem ochrony zdrowia widać też w dopłatach. Czeski pacjent dopłaca do leczenia w publicznych placówkach. Przykładowo, jeśli przyjdzie wieczorem na ostry dyżur w szpitalu, a jego problem nie okaże się nazbyt poważny i można go rozwiązać następnego dnia u lekarza rodzinnego, wówczas pacjent zostawia w szpitalu 90 koron czeskich. Czyli ja-

► kieś 15 zł. To zmniejsza kolejki na SOR-ach, które w Polsce są zmorą.

– *Do niedawna funkcjonowały jeszcze u nas dopłaty pacjentów do wizyt u specjalistów. Czyli chory przychodził np. do kardiologa i zostawiał np. 30–40 koron (ok. 5 zł). Globalnie to był niezły zastrzyk finansowy do naszego systemu zdrowotnego, ale poprzedni rząd zniósł dopłaty. Racjonalnych przesłanek ku temu nie było, bo kieszeni pacjentów to nie drenowało, ale rząd wygrał wybory dzięki socjalistycznym zapowiedziom* – opowiada dr **Pavel Vepřek**, ekspert ds. ochrony zdrowia i były doradca rządu.

Wydają na leczenie 7,8 PKB

Czeskie nakłady na służbę zdrowia, w porównaniu z polskimi są wyższe. Wynoszą 7,8% PKB, podczas gdy w Polsce 4,7%. Poza tym czeski model finansowania opiera się głównie na składkach zdrowotnych odprowadzanych przez pracodawców i pracowników. Od każdego zatrudnionego to 13,5% jego miesięcznych dochodów. W Polsce to 9%. Z tego w Czechach pracownik płaci 4,5%, zaś pracodawca dokłada pozostałe 9%.

Szpitala jak z PRL-u

Co ciekawe Czesi inwestują w nieco inne obszary ochrony zdrowia niż Polacy. Wchodząc do naszych przychodni czy już niektórych szpitali pacjenci rzucają się w oczy nowoczesne wnętrza. Zaś w Pradze wnętrza przychodni do najestetyczniejszych nie należą, ale za to opieka lekarska i zakres badań jest na najwyższym poziomie.

Dużo lepiej zorganizowane jest leczenie onkologiczne. Pacjent, u którego lekarz rodzinny podejrzewa nowotwór, może bez trudu dostać się na terapię. U naszych południowych sąsiadów działa bowiem 14 centrów onkologicznych, nazywanych w skrócie KOC-ami (od Kompleksni Onkologicke Centrum). Do badań diagnostycznych nie ma kolejek. Czeskie ministerstwo zdrowia określiło jakiś czas temu swego czasu maksymalne terminy oczekiwania dla pacjentów onkologicznych.

– *Na tomografię komputerową pacjent nie powinien czekać dłużej niż trzy tygodnie. W większości przypadków tych terminów udaje się dochować* – mówi dr **Ivana Kolářová**, lekarz rodzinny i pediatra z Pragi.

Konkurencyjność między kasami chorych prowadzi do tego, iż bardzo pilnują tego czy pacjenci są leczeni w ośrodkach według standardów. Jeśli personel medyczny nie dochowuje wytycznych określonych przez Czeskie Stowarzyszenie Onkologiczne, szpital może nie otrzymać zapłaty.

Tak zorganizowany system sprawia, że Czesi mimo, iż częściej zapadają na raka niż Polacy, to mogą liczyć na szybszą diagnozę a tym samym wyleczenie. **Raka skóry specjaliści wykrywają na wczesnym etapie u 90% pacjentów.**

Czechom nie obca jest też opieka koordynowana, którą zaadoptowała np. kardiologia.

– *Pacjent po przejściu operacji musi bardzo szybko trafić na rehabilitację. Jest na to ok. 2 tygodni. To wszystko sprawnie działa. Jedyne problem jest jednak taki, że czasami zawodzi komunikacja między poszczególnymi etapami leczenia, bo brakuje jednej osoby koordynującej całość terapii. I chory sam musi się nagimnastykować, aby na rehabilitację się dostać* – opowiada dr Pavel Vepřek.

Jak wiele krajów w Europie Czesi też borykają się z problemem braku lekarzy. Nie jest on jednak tak dotkliwy jak w Polsce. Bo u nas na 1.000 mieszkańców, według OECD, przypada 2,2 lekarza, podczas gdy w Czechach – 3,6.

Prywatnych gabinetów brak

– *U nas też lekarze, zwłaszcza młodzi, emigrują. Do Niemiec, gdzie znajdują lepsze warunki pracy. Specjaliści, którzy jednak zostają, nie narzekają na swoje wynagrodzenie. Jakiś czas temu je podniesiono. Jeśli pracują w szpitalu, to trzymają się raczej jednego miejsca pracy. Pracują w dzień, mając w miesiącu dodatkowo 3–4 dyżury nocne* – mówi Pavel Vepřek.

Podstawowa pensja specjalisty w szpitalu to 60–70 tys. koron czeskich brutto. Co odpowiada mniej więcej 11 tys. zł. Doktorzy dostają dodatkowe pieniądze za dyżury. Lekarze w trakcie specjalizacji zarabiają ok. 40 tys. koron czeskich. Ale dr Vepřek przyznaje, iż pensje specjalistów rosną, ponieważ zaczyna ich brakować i wielu szpitalach sięgają już 100 tys. koron czeskich. Czyli 16 tys. zł. I to nawet w mniejszych regionach, do których specjaliści nie bardzo chcą się przenieść.

Dr Vepřek dodaje, że narasta problem braku pielęgniarek w szpitalach, bo np. domy seniora oferują im lepsze wynagrodzenia. – *Rząd będzie musiał coś zrobić z tym problemem* – mówi dr Vepřek.

Lekarze w Czechach po zakończeniu pracy w szpitalu nie pędzą do prywatnych gabinetów, bo Czesi są nie przyzwyczajeni do tego, aby płacić dodatkowo za leczenie ponad to, co odprowadzają w ramach składki zdrowotnej.

Zęby leczą w publicznej służbie zdrowia

Do dentysty prawie wszyscy Czesi chodzą na kasę chorych. Prywatne placówki medyczne, abonamentowe działają w Pradze, ale korzystają z nich bardzo zamożni ludzie albo obcokrajowcy pracujący w Pradze.

– *Czeski system zdrowia jest dość wydolny i tej organizacji powinniśmy się od nich uczyć. Zwłaszcza biorąc pod uwagę fakt, że nasi południowi sąsiedzi często chodzą do lekarza. Ok. 17 razy na rok, podczas gdy Polacy – 12. Wszystko to pewnie sprawniej działa bo nakłady na służbę zdrowia są w Czechach wyższe* – podsumowuje dr **Adam Kozierkiewicz**, ekspert ds. ochrony zdrowia.

(przedruk z <https://www.zdrowie.abc.com.pl> data: 11-05-2018)

STAROŚĆ NIEJEDNO MA IMIĘ*

Rozmowa z prof. Stanisławą GOLINOWSKĄ, kierownikiem Zakładu Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego Instytutu Zdrowia Publicznego UJ, członkiem Narodowej Rady Rozwoju przy Prezydencie RP

Według prognoz demograficznych przyrost populacji w wieku emerytalnym jest w Polsce nieuchronny. Dotyczy to zresztą całej Europy, która się starzeje. Pani Profesor stała ostatnio na czele międzynarodowego zespołu, który zajmował się analizą systemu organizacji opieki nad pokoleniem 65+ w kilkunastu krajach. Których i według jakich kryteriów?

Projekt dotyczył działań promocji zdrowia adresowanych do osób starszych, przy czym przyjęliśmy na wstępie, że osoby starsze to nie jest jednolita grupa. Okres starości dzielimy zwykle na trzy etapy, które istotnie różnicują starszą populację pod względem biologicznym oraz zachowań społecznych. Obrazuje to poniższy slajd.



Nasze badania objęły trzy grupy krajów: dwa z Europy kontynentalnej: Holandię i Niemcy, kraje o najwyższych wydatkach na ochronę zdrowia i najbardziej zaawansowane w rozwoju usług profilaktycznych i opiekuńczych adresowanych do osób starszych; trzy kraje Europy Południowej: Włochy, Portugalię i Grecję, które wyróżnia wysoki wskaźnik przeciętnego trwania życia (znaczenie klimatu i śródziemnomorskiej diety!), mimo niższych nakładów na opiekę zdrowotną i czterech nowych członków UE: Polskę, Czechy, Węgry i Bułgarię, kraje o najniższych nakładach na opiekę zdrowotną i najkrótszych wskaźnikach przeciętnego trwania życia, a przy tym bardziej zróżnicowane w przekroju płci.

Jakie konkluzje płyną z tych badań dla organizatorów ochrony zdrowia?

Proces starzenia się populacji jest zjawiskiem uniwersalnym. W krajach zachodnich zaczął się wcześniej i wcześniej podjęto w nich działania łagodzące jego skutki. W krajach Europy Środkowej i Wschodniej zaczął się później, głównie na skutek dłuższego okresu wysokiej dzietności po drugiej wojnie światowej oraz późniejszego wystąpienia dobrobytu, który w pierwszym rzędzie wydłuża życie populacji. Dynamika wzrostu udziału osób starszych (65+) w całej populacji będzie w nadchodzących latach najwyższa w Polsce i na Słowacji. Nie można przed tym problemem uciec ani problemu „wyeksportować”; tak, jak jeszcze niedawno nie przeciwdziałano emigracji zagrożonych bezrobociem młodych ludzi, ponieważ nie było dla nich pracy w kraju.

Działania, jakie podjęto w krajach Europy Zachodniej, ukierunkowano dwutorowo. Z jednej strony – na aktywizację osób zbliżających się do starości i już starszych. Promocja zdrowia i prewencja pierwotna chorób przewlekłych – to działania, którym poświęcono gros środków zdrowia publicznego w tych krajach. Z drugiej strony – na zorganizowanie usług opiekuńczych dla najstarszej grupy wiekowej, już w znacznym stopniu niesamodzielnej. Powstały więc wyodrębnione sektory – opieki długoterminowej, na którą istnieją dodatkowe fundusze; albo ubezpieczeniowe (ze składki), albo zaopatrzeniowe (z podatku).

W projekcie, który realizowaliśmy przez trzy lata, zajmowaliśmy się pierwszym rodzajem działań, czyli promocją zdrowia i prewencją pierwotną. Podstawowy wniosek jest taki, że efektywne działania profilaktyczne mają znaczenie w każdym wieku. Nie należy więc ograniczać się do działań adresowanych tylko do dzieci i młodzieży. W późnym wieku świadomość problemu i determinacja do działań bywa większa, ponieważ trzeba się zmagać z wcześniejszymi i niejednokrotnie bolesnymi zaniedbaniami. Podstawą jest zdrowy styl życia oraz aktywność i to w każdym wymiarze: fizycznym, intelektualnym i społecznym (samotność i bierność „zabija”).

Warunkiem skuteczności działań prozdrowotnych dla seniorów jest ich dostosowanie do występujących problemów ze zdrowiem wśród konkretnych osób, czyli w sposób bardziej zindywidualizowany ze względu na występujące schorzenia oraz możliwości (ekonomiczne i związane z dostępem) podjęcia przez nie wskazanych aktywności i terapii. Dobre praktyki krajów będących dla nas odniesieniem polegają na stosowaniu programów najbliższej ulokowanych w życiu osoby starszej; przy lekarzu rodzinnym („recepta na aktywność fizyczną”), który ma odpowiednią infrastrukturę oraz rehabilitanta i promo-

tora zdrowia w swoim zespole, przy lokalnych centrach życia społecznego, przy szkołach, domach kultury, a także w stacjonarnych ośrodkach opiekuńczych.

Na co choruje przede wszystkim populacja, w tych trzech grupach wiekowych starości?

Pierwszy problem dotyczy pogorszenia funkcjonowania zmysłów, szczególnie wzroku. Pojawiają się słabości w działaniu innych organów oraz choroby, które nazywamy niezakaźnymi chorobami przewlekłymi. Należą do nich choroby układu krążenia, układu kostno-stawowego, cukrzyca, choroby nowotworowe, a także zaburzenia psychiczne. Depresja, demencja i choroba Alzheimera stały się plagą dłuższego życia w wielu krajach zachodnich.

Najtrudniejszym problemem zdrowotnym jest współwystępowanie więcej niż jednej choroby. Im człowiek jest starszy, tym częściej ma więcej schorzeń. Opieka zdrowotna w takim przypadku jest trudniejsza; wymaga specjalizacji geriatrycznej i takiego stosowania leków, które nie wchodzi w szkodliwe interakcje zwane polipragmatyzm. Także działania rehabilitacyjne wymagają dostosowania do możliwości danego organizmu.

Jak wypadła Polska na tle tych badań?

Najwyższa dynamika procesu starzenia się nastąpi w ciągu najbliższej dekady. Wskaźnik udziału osób 65+ w populacji wzrośnie o ponad 5 punktów procentowych, co świadczy o niebywałym przyspieszeniu zjawiska. Zmiany demograficzne w poprzednich epokach zachodziły przez kilka dekad, dzisiaj dokonują się w ciągu życia krótszego niż jedno pokolenie. Największy przyrost osób starszych – 65+ będzie miał miejsce w 2025 roku, czyli już za 7 lat.

Zmiany stanu ludności w wieku 65+ w kolejnych latach

wg prognozy GUS	w tys. osób
2014	+192,5
2020	+205,5
2025	+1123,0
2030	+995,3
2035	+457,5

Ten przyspieszony wzrost udziału osób starszych w populacji stanowi dla naszego kraju ogromne wyzwanie, wymagające poważnych zmian w polityce społecznej i zdrowotnej. Z jednej strony istotna jest aktywizacja tej populacji, aby jak najdłużej pozostawała wśród ludzi; mogła dłużej pracować w formule dla obu stron korzystnej; pracodawcy i pracownika, integrowała się poprzez pracę społeczną i uczestnictwo w życiu dużej rodziny oraz brała udział w życiu środowiska, które ją akceptuje i wspiera. Z drugiej strony, potrzebne są zasoby i rozwiązania, które to umożliwiają. Najważniejsze z nich związane są ze zdrowiem. Dostęp do lekarza, rehabilitanta oraz odpowiedniej infrastruktury zdrowotnej jest warunkiem podtrzymywania zdolności do aktywnego życia.

Duży wpływ na przyspieszenie zjawiska starzenia się w Polsce miały emigracje. W województwach o najwyższym wychodźstwie: opolskim, świętokrzyskim czy podlaskim wskaźniki udziału osób starszych są najwyższe.

Rodzice dzieci, które raczej już pozostaną w kraju przyjmującym, niejednokrotnie pozostali bez opieki i nawet jeśli mają jakieś środki finansowe, to wydają je na zaspokojenie potrzeb opiekuńczych najczęściej na nieformalnym rynku pracy opiekunek ze Wschodu.

Prognoza demograficzna GUS – udział procentowy osób 65+ w populacji wg województw

Województwa	Ogółem		
	2007	2020	2035
Polska	13,5	18,4	23,2
Dolnośląskie	13,5	19,5	23,8
Kujawsko-pomorskie	12,5	18,0	23,0
Lubelskie	14,4	18,9	24,4
Lubuskie	11,8	17,9	23,1
Łódzkie	15,0	20,4	25,0
Małopolskie	13,4	17,2	22,1
Mazowieckie	14,5	18,5	22,1
Opolskie	14,1	19,0	25,2
Podkarpackie	13,0	17,1	23,0
Podlaskie	14,7	18,2	24,9
Pomorskie	12,2	17,3	21,6
Śląskie	13,8	19,5	24,7
Świętokrzyskie	14,9	20,2	26,2
Warmińsko-mazurskie	11,8	16,9	22,9
Wielkopolskie	11,9	17,0	21,6
Zachodniopomorskie	12,3	18,5	23,3

Nie przypuszczałem, że ten szczyt przyrostu najstarszej populacji jest tak bliski. W prognozach demograficznych przytacza się, moim zdaniem, abstrakcyjną perspektywę 2050 czy 2060 roku. Żaden polityk ani w Polsce, ani w Europie się tym nie przejmie. Tymczasem już teraz rocznie przybywa w RP ponad 200 tys. emerytów. Z przytoczonej przez Panią tabelki wynika bliska katastrofa. Pokażemy w kolejnym wydaniu „GGL” stan bazy materialnej pod tym względem. Panią Profesor chciałbym natomiast prosić o radę w kwestii znanego, ostrego deficytu kadry geriatrycznej. Nikt nie chce podejmować rezydentury dotyczącej opieki paliatywnej. Co Pani Profesor radzi?

Rzeczywiście, w Polsce mamy do czynienia z bardzo poważnym deficytem kadr medycznych. Nie będę jednak oskarżać polityków o zaniechania w tej dziedzinie, mimo eksperckich raportów i alarmów. Problem ten bowiem nie dotyczy tylko naszego kraju; jest raczej uniwersalny. Tylko, że u nas dotychczas nie podejmowano i nie podejmuje się nadal odpowiednich działań łagodzących tę trudną sytuację.

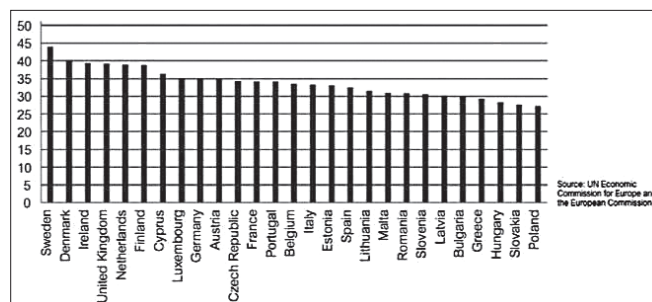
Ma miejsce wprawdzie wzrost przyjęć na studia medyczne, ale potrzebna jest kompleksowa koordynacja polityki kształcenia wraz z kształceniem specjalistycznym oraz zróżnicowaniem polityki wynagradzania na ścieżkach kariery zawodowej. Ponadto sektor zdrowotny nie tylko potrzebuje uzupełnienia kształcenia w najbardziej deficytowych specjalizacjach (w geriatrici!!!), ale także kształcenia i tworzenia miejsc pracy dla szeregu zawodów, nazywanych okołomedycznymi. Do nich należy przede wszystkim kadra menadżerów zdrowia i promotorów zdrowia. Tych profesji nie muszą wykonywać lekarze, lecz profesjonalnie wykształceni specjaliści, posiadający niezbędne minimum wiedzy biologicznej i medycznej.

Ukazała się właśnie cenna książka na powyższy temat Pani autorstwa pt. „Promocja zdrowia dla osób starszych”, w której podtytuł zawiera słowo „podręcznik”. Jest to Pani relacja ze wspomnianych badań, przynosząca m.in. arcyinteresujący europejski indeks przedsięwzięć podejmowanych w różnych krajach na rzecz starszego pokolenia przez tzw. promotorów zdrowia, którymi mogą być nie tylko specjaliści czy pielęgniarki, ale też najzwyczajniejsi wolontariusze. Jak jednak wywołać jakiś ruch w kwestii wykształcenia „promotorów”?

Nie mamy jeszcze wskazania stanowisk dla tego zawodu, chociaż w klasyfikacji MOP został zdefiniowany. Mamy już ustawę o zdrowiu publicznym (2015), która mogłaby zawierać wskazania dla odpowiednich działań wykonawczych. Brakuje ich. Czy możemy biernie z tym czekać, zdając się na rozwiązania amatorskie, nieformal-

ne i kosztowne? Europejski bank dobrych praktyk w dziedzinie promocji zdrowia oraz prewencji chorób przewlekłych stanowi bogate źródło wskazań oraz inspiracji. Do tego potrzebne są warunki instytucjonalne, wsparcie ze środków publicznych i przekonanie *policy makers* do pilnego zabrania się za ten temat. Jak bardzo pozostajemy w tyle za innymi krajami, świadczy Europejski Indeks Aktywnego Starzenia się populacji, pod względem wartości którego lokujemy się na końcu rankingu.

Indeks aktywnego starzenia się



By zmienić ten stan rzeczy, wiele zależy od mediów, ale to już raczej pańskie pole działania.

Trudno zaprzeczyć, że media mają tu pewną rolę do odegrania, ale istota problemu pozostaje w rękach władz. [...].**

Rozmawiał: Stefan CIEPLY

* Tytuł zaczerpnąłem z książki Barbary Szczepanowicz Wydawnictwa Księży Sercanów

** skrót pochodzi od Redakcji opolskiej.

(przedruk z „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” nr 3/18)

MEDYCYNA PO DYPLomie

NADCIŚNIENIE TĘTNICZE – CZY NA PEWNO ZNAMY WARTOŚCI DOCELOWE?

O powrocie do podstawowych pytań z dr. hab. med. Jackiem Lewandowskim z Kliniki Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego rozmawia Olga Tymanowska.

MT: Publikacja wyników badania SPRINT w 2015 r. i wytycznych American College of Cardiology zachwiała pewnością lekarzy, czy dobrze leczymy nadciśnienie tętnicze i przy jakich wartościach należy rozpoznać chorobę. Co się zmieniło?

DR HAB. MED. JACEK LEWANDOWSKI: Publikacja wyników badania SPRINT (Systolic Blood Pressure Intervention Trial) była dla lekarzy bardzo ciekawa, ale i zaskakująca. Celem badania była ocena ewentualnych

korzyści klinicznych w dwóch grupach chorych: leczonych intensywnie hipotensyjnie do wartości docelowych skurczowego ciśnienia tętniczego poniżej 120 mm Hg z terapią hipotensyjną do standardowych wartości ciśnienia tętniczego poniżej 140 mm Hg. W grupie, w której stosowano intensywne leczenie hipotensyjne, osiągnięto po ponad trzech latach lepsze wyniki: redukcję pierwotnego założonego punktu końcowego o 25% i redukcję zgonu z dowolnej przyczyny o 27%. Badanie dowiodło, że korzyści z intensywnego obniżenia wartości ciśnienia tętniczego osiągają zarówno kobiety, jak i mężczyźni, osoby z chorobami układu krążenia i bez nich oraz m.in. pacjenci w wieku podeszłym, czyli powyżej 75. r.ż. Przypomnę, że obecnie docelowe obowiązujące skurczowe ciśnienie tętnicze dla większości chorych to wartości

< 140 mm Hg, a dla populacji osób w wieku podeszłym (65–80 lat) docelowe ciśnienie tętnicze powinno wynosić 140–150 mm Hg. W ostatnio publikowanych wytycznych zarówno polskich, jak i międzynarodowych można zauważyć tendencję do podwyższania docelowych wartości ciśnienia tętniczego w różnych grupach chorych, w tym w wieku podeszłym.

Po badaniu SPRINT pojawia się pytanie: od jakich wartości należy rozpoczynać terapię hipotensyjną i do jakich optymalnie obniżać ciśnienie tętnicze krwi?

MT: Badanie jest szeroko komentowane – wiele metaanaliz i komentarzy podważa zasadność tak radykalnego obniżania SBP.

J.L.: Wcześniej wyniki badań oceniających intensywną redukcję ciśnienia tętniczego były niejednoznaczne. Ostatnio kilka badań i metaanaliz wskazuje, że intensywna redukcja ciśnienia tętniczego jest celowa i korzystna dla chorych, ponieważ takie postępowanie wiązało się z redukcją powikłań sercowo-naczyniowych i z wydłużeniem życia chorych. Inne badania nie wykazują jednak korzyści z intensywnej redukcji ciśnienia tętniczego względem obecnie obowiązujących celów terapeutycznych. Jako przykład można podać badanie ACCORD (The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group) przeprowadzone wśród chorych na cukrzycę lub reanalizę badania INVEST (International Verapamil SR-Trandolapril Study). Rozważając kwestie intensywnej terapii nadciśnienia tętniczego, zawsze należy ocenić stosunek zysków i strat. W badaniu SPRINT korzyści z redukcji częstości zgonów i epizodów sercowo-naczyniowych były ewidentne. Jednocześnie niskie ciśnienie tętnicze wiązało się z większym ryzykiem hipotonii i omdleń. W grupie leczonej częściej występowały zaburzenia elektrolitowe oraz niewydolność nerek. Warto tu również wspomnieć o zjawisku krzywej J. Nadmierna redukcja ciśnienia tętniczego, zwłaszcza rozkurczowego, może prowadzić do wzrostu powikłań naczyniowych u chorych z chorobą wieńcową.

Krzywa J była w ostatnim okresie przedmiotem kilku badań właśnie w kontekście badania SPRINT. A zatem wydaje się, że nadal nie ma przekonującej odpowiedzi na pytanie, do jakich wartości ciśnienia tętniczego należy dążyć.

MT: W przeszłości na kongresach kardiologicznych toczyły się dyskusje o nowych lekach, preparatach złożonych, o polypill. Dziś wracamy do podstaw, zastanawiając się, jak definiować nadciśnienie tętnicze i kiedy włączać leczenie.

J.L.: Po publikacji amerykańskich wytycznych „Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults”, które zostały zaktualizowane m.in. na podstawie wyników badania SPRINT, ale i po analizie wielu innych badań, przedstawiono nowy podział nadciśnienia tętniczego krwi u osób dorosłych. I tak wartości ciśnienia skurczowego

i rozkurczowego < 120 i 80 mm Hg to ciśnienie tętnicze prawidłowe. Ciśnienie tętnicze podwyższone to wartości 120–129 mm Hg skurczowe i rozkurczowe < 80 mm Hg. Wartości 130–139 lub 80–89 mm Hg, które uważane są za ciśnienie tętnicze wysokie prawidłowe (dokładnie 130–139/85–89 mm Hg), w amerykańskich wytycznych definiowane są jako nadciśnienie tętnicze I stopnia. Drugi stopień nadciśnienia tętniczego definiowany jest, gdy ciśnienie skurczowe jest wyższe lub równe 140 mm Hg, a rozkurczowe wyższe lub równe 90 mm Hg.

Zdaniem autorów wytycznych u chorych z nadciśnieniem tętniczym I stopnia bez obciążeń należy zalecić postępowanie nefarmakologiczne. W przypadku współwystępowania chorób układu sercowo-naczyniowego lub u chorych z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym należy dążyć do redukcji ciśnienia tętniczego już za pomocą farmakoterapii.

MT: Czy takie postępowanie jest słuszne?

J.L.: W przypadku chorych mających taką charakterystykę kliniczną, jak uczestnicy badania SPRINT możemy być przekonani o zasadności takiego postępowania. Przypomnijmy, że w badaniu SPRINT znalazły się osoby w wieku powyżej 50. r.ż. z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym. Ale jak leczyć chorych na nadciśnienie tętnicze z ryzykiem niskim lub pośrednim? Tu warto wspomnieć o badaniu HOPE 3 (Blood-Pressure Lowering in Intermediate-Risk Persons without Cardiovascular Disease). Do badania włączono chorych o pośrednim ryzyku sercowo-naczyniowym ze średnim ciśnieniem tętniczym 138,1/81,9 mm Hg a następnie przydzielono do aktywnego leczenia lub placebo. Po średnim okresie 5–6 lat obserwacji w grupie aktywnie leczonej ciśnienie tętnicze było niższe o 6/3 mm Hg niż w grupie placebo, ale nie przełożyło się to na zmniejszenie częstości powikłań sercowo-naczyniowych. Pomimo różnic między badaniami pokazują one, jak różne mogą być efekty terapii hipotensyjnej zależnie od charakterystyki klinicznej chorych.

MT: Powszechne zdziwienie budzi to, że w USA obowiązują wytyczne dwóch towarzystw (JNC i ACC/AHA), które w odmienny sposób definiują wartości docelowe. Tymczasem w Europie nikt jeszcze nie podjął decyzji, żeby na podstawie badania SPRINT zmieniać kryteria dobrej kontroli ciśnienia tętniczego i cele terapeutyczne. Jak powinien postępować lekarz POZ w obliczu nowych badań?

J.L.: Nadal obowiązują zalecenia PTNT z 2015 r. i ESH/ESC z 2013 r., które bardzo dokładnie określają sposób postępowania w różnych grupach chorych na nadciśnienie tętnicze. Zwracam uwagę, że badanie SPRINT ukazało się w 2015 r. i dotychczas nie dokonano aktualizacji polskich ani europejskich wytycznych. Twórcy zaleceń w Polsce i w Europie komentowali zarówno badanie SPRINT, jak i zalecenia towarzystw amerykańskich. W odniesieniu do badania SPRINT wyrażane są

pewne wątpliwości. Jedną z nich jest metodyka pomiaru ciśnienia tętniczego zastosowana w badaniu. W badaniu wartości ciśnienia tętniczego były średnią z trzech wykonanych automatycznie w odstępie 5 minut pomiarów dokonanych po 5 minutach odpoczynku w pozycji siedzącej, bez obecności osoby badanej. Wiadomo, że uzyskane w ten sposób wyniki ciśnienia nie do końca odpowiadają wartościom ciśnienia tętniczego, które uzyskujemy w klasycznym pomiarze gabinetowym. W jednej z publikacji („Automated compared to manual office blood pressure and to home blood pressure in hypertensive patients” J. Filipovsky i wsp.) metodyka zastosowana w badaniu SPRINT zaniża ciśnienie tętnicze nawet o 16 mm Hg, co mogłoby oznaczać, że rzeczywiście osiągnięte cele w badaniu wynosiły nie ok. 122 mm Hg i 135 mm Hg, a 138 mm Hg i 156 mm Hg.

W tej sytuacji korzyści wynikające z intensywnej terapii nie będą żadnym zaskoczeniem. Dlatego wielu badaczy podkreśla, że badania SPRINT nie można interpretować tak samo jak innych badań (ACCORD, INVEST), gdzie wykonywano tradycyjny gabinetowy pomiar ciśnienia tętniczego. Dlatego wydaje mi się, że brak pośpiechu w kwestii zmieniania zaleceń w Europie jest zasadny.

MT: *Polskie zalecenia nie zawsze nadążają za szybko zmieniającą się wiedzą w tym zakresie. Czy wobec tego lekarze nie powinni podchodzić do nich z pewnym dystansem, kierując się dobrą praktyką kliniczną?*

J.L.: Polskie zalecenia są modyfikowane w rozsądnych odstępach czasu i zawsze wynikają z najnowszej wiedzy. Ale zalecenia, jak nazwa wskazuje, są dla lekarza tylko drogowskazem. Powinniśmy się kierować własną wiedzą lekarską i wspomagać zaleceniami. Każdy chory powinien mieć właściwie postawioną diagnozę, a następnie powinno być włączone indywidualne postępowanie lekarskie. Dopóki nie zostaną opublikowane nowe europejskie lub polskie wytyczne, warto się kierować obowiązującymi zaleceniami.

Moim zdaniem

1. Uważam, że dowody przemawiające za intensywną redukcją ciśnienia są jeszcze niedostateczne.
2. Obniżając wartości docelowe ciśnienia tętniczego, zwiększymy liczbę chorych i zasiejemy niepokój u wielu pacjentów.
3. Zapewne istotnie wzrosną koszty diagnostyki oraz leczenia.
4. Ewentualne zmiany zaleceń w omawianej kwestii powinny być poparte większą liczbą wiarygodnych dowodów.

(przedruk z „Medical Tribune” nr 5/18)

ZAKAŻNOŚĆ CHOROBY ALZHEIMERA – FAKT CZY SPEKULACJA?

Choroba Alzheimer (AD) – opisana po raz pierwszy przez niemieckiego neuropatologa Aloisa Alzheimer na początku XX w. – jest najbardziej rozpowszechnionym schorzeniem neurodegeneracyjnym u ludzi. Według różnych szacunków stanowi od 50 do nawet 70% wszystkich przypadków schorzeń neurodegeneracyjnych i demencji. Można już mówić o pandemii, gdyż na świecie żyje obecnie nawet 47 mln ludzi z AD, w tym w Polsce co najmniej 150–200 tys. Mimo intensywnych badań prowadzonych od kilkadziesiąt lat oraz ogromnych funduszy przeznaczanych na testowanie nowych terapii, wciąż nie poznano dokładnego mechanizmu rozwoju choroby. Nie ma również terapii, które mogłyby cofnąć lub przynajmniej zatrzymać rozwój objawów klinicznych. Sytuacja, która obecnie powstała wokół choroby Alzheimer, zmusza do poszukiwania alternatywnych hipotez etiologii tego schorzenia. Jedną z ciekawszych i najbardziej intrygujących propozycji w tym zakresie jest możliwa zakaźność AD.

Leczenie – nieskuteczne, etiologia – nieznana

Ostatni lek przeciwko AD, którego substancją czynną jest memantyna, wprowadzono na rynek w USA w 2003 r.

Jednak obecnie wiadomo, że zarówno antagoniści receptora glutaminianowego (memantyna), jak i inhibitory acetylocholinesterazy (donepezyl i pochodne) to leki działające w bardzo ograniczony sposób i tylko u niektórych pacjentów. Od tego czasu przetestowano ponad tysiąc różnych związków chemicznych bez wyraźnego efektu. Nawet obecnie trwa na świecie kilkadziesiąt prób klinicznych w tym zakresie. Sytuacja ta kontrastuje z widocznym postępem w leczeniu chorób sercowo-naczyniowych, czy nawet onkologicznych. Co gorsza, niektóre duże firmy farmaceutyczne wręcz wycofują się z finansowania badań nad nowymi terapiami w tym obszarze, gdyż ponoszone koszty są ogromne, a korzyści – jak na razie – znikome. Na przykład Pfizer na początku 2018 r. podjął decyzję o zamknięciu działu badań nad terapiami choroby Alzheimer i Parkinsona.

Kluczowe dla opracowania skutecznej terapii jest poznanie mechanizmu molekularnego prowadzącego do rozwoju choroby Alzheimer. Wiadomo, że AD – jak i wiele innych, rzadziej spotykanych chorób neurodegeneracyjnych – może występować w postaci genetycznej oraz sporadycznej. Postać genetyczna jest uwarunkowana

obecnością jednej z kilkuset mutacji o charakterze dominującym, wykrytych w genach APP, PSEN1 lub PSEN2. Zmiany w kilku innych genach, jak np. w ADAM10, prowadzą do wzrostu ryzyka zachorowania na AD, lecz nie dają takiej pewności. Przyczyny postaci sporadycznej nie są znane, choć występuje ona w ponad 99% wszystkich przypadków. Nie wiadomo nawet, czy mechanizm prowadzący do formy sporadycznej AD jest taki sam, jak w przypadku formy genetycznej. Właśnie brak wiarygodnej wiedzy i duże kontrowersje wśród badaczy na temat procesów molekularnych odpowiedzialnych za rozwój zmian patologicznych w mózgu są główną przyczyną braku skutecznych terapii. W zasadzie należy przyznać, że w ciągu ostatnich 30 lat znaczą liczbę prób klinicznych wykonano bez wiarygodnych podstaw naukowych. Sytuacja ta, niestety, zaczyna przypominać udział firm z branży biomedycznej w bardzo kosztownej loterii. Nagrodą główną są oczywiście przyszłe profity ze sprzedaży „złego” środka eliminującego objawy kliniczne AD.

Zakaźność AD w badaniach eksperymentalnych

Tak złożona i niejasna sytuacja wokół AD przyczynia się do powstawaniu nowych hipotez dotyczących przyczyn tej choroby. Jedna z ciekawszych sugeruje zakaźny charakter schorzenia, który – jeśli zostanie definitywnie potwierdzony – może mieć istotne konsekwencje medyczne i kliniczne. Niemal od początku badań nad AD zastanawiano się, czy schorzenie to nie występuje również w postaci zakaźnej, czyli przenoszonej przez kontakt osoby chorej ze zdrową lub kontakt z czynnikiem zakaźnym obecnym w środowisku zewnętrznym. Z pozoru takie rozważania wydają się pozbawione sensu, ponieważ nigdy jednoznacznie nie powiązano etiologii chorób neurodegeneracyjnych z żadnym klasycznym czynnikiem zakaźnym, takim jak bakterie czy wirusy. Dlatego od dawna przyjmowano, że schorzenia te nie występują w postaci zakaźnej. Jednak w latach 60. XX w. udowodniono, że jedno z rzadkich endemicznych schorzeń prionowych znane jako kuru jest chorobą zakaźną. Kuru, której przyczyną wiązano z rytualnymi aktami kanibalizmu wśród plemion Fore z Papui-Nowej Gwinei, obecnie już nie występuje. Jednak później okazało się, że inne ludzkie schorzenie prionowe, znane jako jatrogenna postać choroby Creutzfeldta-Jacoba (iCJD), także wykazuje zakaźną etiologię. W przypadku zakaźnej postaci choroby prionowej iCJD wykazano, że doszło w przeszłości do kilkuset przypadków zakażeń tą chorobą podczas stosowania różnych procedur medycznych i neurochirurgicznych. Przykładem takiej procedury może być podawanie w latach 1958–1985 w celu leczenia niskorosłości młodym osobom hormonu wzrostu (GH), uzyskiwanego z przysadek osób zmarłych. Pod koniec lat 80. ubiegłego wieku udowodniono, że część z tych preparatów była zanieczyszczona patogenną postacią białka prionowego, które jest czynnikiem zakaźnym. Od kilku do nawet kil-

kudziesięciu lat później zakażone osoby zmarły na iCJD. Do podobnych zdarzeń dochodziło także po przeszczepach rogówki czy też fragmentów opony twardej mózgu. Z tego powodu zaprzestano używania preparatów pochodzących od osób zmarłych, co pozwoliło zatrzymać dalszy wzrost zachorowalności na iCJD. W zasadzie można więc powiedzieć, iż do zakażeń prionami powodującymi iCJD dochodziło z winy lekarzy i naukowców, którzy w tamtym okresie nie posiadali jeszcze dostatecznej wiedzy na temat możliwej zakaźności neurodegeneracyjnych chorób prionowych.

Długo wydawało się, że zakaźność chorób prionowych jest raczej wyjątkiem, a nie regułą wśród schorzeń neurodegeneracyjnych. Intrygujące, że obecny stan badań nad mechanizmami prowadzącymi do rozwoju neurodegeneracji pozwala poważnie wziąć pod uwagę również możliwość występowania zakaźnej postaci AD. Skąd zatem o tym wiemy i dlaczego należy tę sprawę potraktować poważnie?

Istnieją trzy rodzaje danych doświadczalnych sugerujących zakaźną etiologię AD. Pierwszy z nich dotyczy danych uzyskiwanych od końca lat 80. XX w. u małp człekokształtnych i innych naczelnych. Kilka zespołów badawczych potwierdziło wówczas możliwość zaindukowania u małp obrazu histopatologicznego zbliżonego do AD, po uprzedniej iniekcji do ich mózgów ekstraktów pochodzących od osób chorych. Takiego efektu nie uzyskiwano po iniekcji do mózgu małpy ekstraktów kontrolnych pochodzących od osób zdrowych, ale zmarłych w podobnym wieku. Te alarmujące dane zostały w tamtym czasie potraktowane stosunkowo sceptycznie przez środowisko neurobiologów. Główną przyczyną były trudności w jednoznacznym ustaleniu, czy u zakażonych małp pojawiły się objawy demencji, czy też nie. Tymczasem w połowie lat 90. doszło do gwałtownego rozwoju technologii generowania myszy modyfikowanych genetycznie. Umożliwiło to wytworzenie wielu modeli myszy dla AD (tzw. myszy AD) i przetestowanie na nich hipotezy o zakaźności tej choroby. Myszy żyją stosunkowo krótko, a uzyskiwane u nich poziomy ekspresji ludzkich zmutowanych białek prowadzących do rozwoju genetycznej formy AD były relatywnie wysokie. Wszystko to powodowało, że można było takie doświadczenia prowadzić taniej i szybciej aniżeli u małp. Wyniki tych prac jednoznacznie potwierdziły transfer czynnika zakaźnego od chorej myszy AD do zdrowej myszy AD lub od chorego człowieka do myszy AD. W efekcie przeniesienia czynnika zakaźnego do mózgu myszy biorcy następował u niej szybki rozwój zmian neurodegeneracyjnych, możliwych do zaobserwowania przy użyciu technik mikroskopowych. Stąd też ogólny wniosek płynący z prac wykorzystujących modyfikowane genetycznie myszy AD znacząco wzmacnia hipotezę o możliwej zakaźności przynajmniej niektórych postaci AD.

Krytycy zakaźnej etiologii AD uważali jednak, nie bez racji, iż potrzebne są dane doświadczalne pozyskane bezpośrednio od ludzi, a tych wciąż brakowało. Do pewnego momentu zagadnienie wydawało się być nierozstrzygalne, gdyż z etycznych względów u ludzi nie można wykonać eksperymentów identycznych do wykonanych u zwierząt. Jednak w latach 2015–2018 ukazał się szereg prac badawczych pośrednio przełamujących ten problem. Okazało się, że możliwa jest retrospektywna analiza przechowywanego materiału mózgowego od osób zmarłych mających wiele lat wcześniej kontakt z czynnikiem, który mógł potencjalnie spowodować transmisję AD z jednego człowieka do drugiego. Takim materiałem są m. in. zatopione w parafinie fragmenty mózgów osób zmarłych z powodu wspomnianej wcześniej jatrogennej choroby prionowej Creutzfeldta-Jacoba (iCJD) wywołanej podaniem im nieprawidłowo oczyszczonych preparatów zanieczyszczonych ludzkim materiałem mózgowym. Obecnie wiadomo, że sposób przygotowywania preparatów mózgowych, które wywołały iCJD, bardzo sprzyjał zakażeniom, gdyż, niestety, przetwarzano wspólnie próbki pobrane od wielu zmarłych osób. Tego rodzaju materiał stanowi więc unikalny model do badań ewentualnej transmisji nie tylko choroby prionowej, ale także innych chorób neurodegeneracyjnych.

Wykorzystując powyższe założenie, badacze z laboratorium Johna Collinge oraz Sebastiana Brandnera przeprowadzili retrospektywną analizę immunocytochemiczną i genetyczną skrawków mózgowych osób, które zmarły w wyniku potwierdzonego zakażenia iCJD. Osoby takie są w Wielkiej Brytanii ściśle monitorowane, a ich materiał mózgowy jest przechowywany przez wiele lat. Przyczyną zakażenia iCJD było przyjmowanie przez nie w przeszłości preparatów niewłaściwie oczyszczonego hormonu wzrostu pochodzącego z przysadek osób zmarłych. W związku z tym w czasie dostarczania hormonu wzrostu doszło u nich do wielokrotnego podania drogą dokrewną potencjalnie zakaźnego ludzkiego materiału mózgowego. Ku zaskoczeniu, skrawki mózgowe większości analizowanych osób wykazały obecność agregatów i płytek A β charakterystycznych dla AD. Co istotne, osoby te zmarły w zdecydowanie zbyt wczesnym wieku, żeby zdążyła się u nich rozwinąć sporadyczna postać AD. Depozyty amyloidu A β obserwuje się co prawda u części osób niewykazujących objawów klinicznych AD, ale osoby takie są zawsze w zaawansowanym wieku. Dlatego też logiczną przyczyną pojawienia się agregatów amyloidu A β w analizowanych skrawkach była indukcja procesu amyloidogenezy i agregacji przez toksyczny amyloid A β obecny w preparatach hormonu wzrostu podawanych tym osobom w przeszłości. Zgodnie z tym rozumowaniem u osób tych prawdopodobnie nie rozwinęły się pełne symptomy kliniczne AD, gdyż wszystkie zmarły wcześniej z powodu szybciej rozwijającej się choroby prionowej iCJD.

Od 2015 r. do dzisiaj ukazało się kilka dodatkowych prac wykorzystujących retrospektywną analizę przechowywanego materiału mózgowego od osób, które mogły zostać zainfekowane czynnikiem AD poprzez interwencje neurochirurgiczne i inne procedury medyczne. Należy podkreślić, że wszystkie te prace wspierają w zasadniczy sposób hipotezę o zakaźności AD.

Co ciekawe istnieją również dane epidemiologiczne sugerujące potencjalną zakaźność AD. Na przykład znane są prace, w których stwierdzono podwyższone ryzyko zachorowalności na AD u neurochirurgów czy też u żyjącego pod wspólnym dachem współmałżonka osoby chorej na AD. Rozpatrywane osobno prace te nie są, rzecz jasna, wystarczająco silnym argumentem przemawiającym za zakaźnością AD, lecz w powiązaniu z wymienionymi powyżej badaniami wykonanymi u małp, myszy AD oraz na materiale ludzkim można je właśnie tak interpretować.

Amyloid A β jest „prionem”?

Od czasu nowatorskich propozycji Stanleya Prusiner'a i jego prac nad prionami wiadomo, że czynnik zakaźny nie musi zawierać kwasu nukleinowego w celu przemieszczania się od organizmu dawcy do biorcy oraz swojej amplifikacji. Obecnie wielu badaczy skłania się do poglądu, że peptyd A β , uważany za kluczowy dla rozwoju procesu neurodegeneracji w AD, posiada specyficzne właściwości umożliwiające zaklasyfikowanie go jako czynnika prionowego. Pomimo różnic w pierwszorzędowej sekwencji aminokwasowej pomiędzy białkiem prionowym a amyloidem A β , związki te wykazują szereg zbliżonych właściwości biologicznych. Na przykład obydwa peptydy są wyjątkowo hydrofobowe i mają zbliżoną strukturę przestrzenną. Są też odporne na trawienie proteazami, tworzą różne rodzaje agregatów, a także są odporne nawet na promieniowanie jonizujące oraz traktowanie formaldehydem. Co najistotniejsze – obydwa typy patogennych peptydów mogą poprzez bezpośredni kontakt przekazywać swoją niewłaściwą, hydrofobową strukturę przestrzenną na kolejne własne cząsteczki A β i białka prionowego niemające w momencie kontaktu właściwości toksycznych (Ryc. 1). W ten sposób dochodzi do zwielokrotnienia liczby toksycznych molekuł „prionu” w neuronie i po przekroczeniu pewnego progu pojawiają się objawy kliniczne AD.

To niezaprzeczalne podobieństwo właściwości amyloidu A β i patogennej formy białka prionowego, które jest udowodnionym czynnikiem zakaźnym, dodatkowo wzmacnia pogląd o możliwej zakaźności AD. Na szczególne odporność na różne czynniki środowiskowe nie jest w przypadku amyloidu A β i białka prionowego nieograniczona i można je wyeliminować w określonych warunkach. Do takich warunków zalicza się m.in. traktowanie roztworami o silnej alkalizacji. Na przykład w 1987 r. niemiecka firma Braun Melsungen AB sprzedająca pre-

paraty opony twardej o nazwie Lyodura, po skandalu związanym ze sposobem wytwarzania tych preparatów, wprowadziła obok sterylizacji termicznej oraz promieniowania jonizującego także traktowanie roztworem NaOH. Doprowadziło to do znacznego spadku liczby przypadków zakażeń iCJD.

Czy już teraz możemy uznać AD za schorzenie zakaźne?

Wydaje się, że wciąż nie ma na to niezaprzeczalnych dowodów, ale sprawa powinna być poważnie rozważona. Zagadnienie potencjalnej zakaźności AD nie trafiło jeszcze do podręczników medycznych, gdyż niektóre dane w tym zakresie są wciąż zbyt świeże i wymagają niezależnych potwierdzeń. Poza tym istotny jest jeszcze inny aspekt tej sprawy. Uważa się, że AD jest, być może, chorobą właściwą tylko człowiekowi. Jeśli tak rzeczywiście jest, wówczas – modelując tę chorobę u zwierząt – być może nie jesteśmy w stanie odwzorować wystarczająco dobrze wielu jej objawów klinicznych. W związku z tym trudno przy wykorzystaniu modeli zwierzęcych nie tylko zaprojektować skuteczne terapie, ale również udowodnić zakaźność AD. Należy również wziąć pod uwagę ogromną złożoność i heterogenność omawianej jednostki chorobowej. AD to jedna z niewielu chorób o fazie pre-klinicznej trwającej nawet 30 lat! W takim świetle bardzo trudno powiązać ewentualny czynnik zakaźny lub moment zakażenia z chorobą, która ujawnia się po kilku-

dziesięciu latach. Ponadto po niepowodzeniach testów wielu nowych potencjalnych leków uważa się obecnie, że AD charakteryzuje się być może nie jednym, ale kilkoma molekularnymi mechanizmami patologicznymi, które mogą przebiegać w chorym mózgu równolegle. Niewykluczone, że pewne formy agregatów i oligomerów amyloidu A β reprezentują tylko jeden z tych mechanizmów. Tym niemniej obecnie pewne jest, że wiele badań wskazuje jasno, iż przynajmniej niektóre postacie AD mogą być zakaźne. Warto podkreślić, że pozytywna odpowiedź na pytanie o zakaźność AD może zmodyfikować standardy opieki nad pacjentami oraz wpłynąć na przebieg niektórych procedur medycznych, jak i poszukiwania nowych terapii.

Pełne rozwinięcie zagadnienia zakaźności AD wraz z bibliografią można będzie znaleźć w pracy przeglądowej, która zostanie opublikowana w Postęпах Higieny i Medycyny Doświadczalnej w drugiej połowie 2018 r.

Rafał BUTOWT

Dr hab. Rafał BUTOWT pracuje na stanowisku adiunkta w Zakładzie Genetyki Molekularnej Komórki Collegium Medicum im. L. Rydygiera UMK w Bydgoszczy. Zajmuje się badaniami podstawowymi z zakresu funkcji biologicznych białek amyloidowych, które odgrywają istotną rolę w niektórych chorobach neurodegeneracyjnych.

(przedruk z „Primum” nr 7-8/18)

OGŁOSZENIA

W Klubie Lekarza w Łodzi przy ul. Czerwonej 3 odbędzie się w październiku, tradycyjnie jak co roku, powakacyjna **Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna Lekarzy**, tym razem pod hasłem – „Światło, barwa, cisza” – realizację tego tematu pozostawiamy inwencji oraz wyobraźni lekarzy i lekarzy dentystów, chcących wziąć udział w Wystawie.

Tegorocznej edycji Wystawy, podobnie jak poprzednim, towarzyszyć będzie konkurs, w którym prace oceni Jury złożone z profesjonalistów. Do udziału w Wystawie i Konkursie Fotograficznym zapraszamy Koleżanki i Kolegów nie tylko z łódzkiej OIL, ale ze wszystkich okręgowych izb w Polsce.

Zapraszamy do przesyłania fotografii drogą elektroniczną lub na nośnikach danych. Pozostawiamy też możliwość dostarczania zdjęć w wersji papierowej. Termin dostarczania fotografii upływa 8 października br.

Wernisaż Wystawy, podczas którego zostaną ogłoszone wyniki Konkursu Fotograficznego odbędzie się 21 października 2018 r. (niedziela) o godz. 17. Wystawa potrwa do 26 października br.

Prosimy o zapoznanie się z regulaminem, który określa warunki przystąpienia do Konkursu Fotograficznego. Kontakt: Iwona Szelewa – Sekretariat Okręgowej Izby Lekarskiej, tel. (42) 683-17-01.

Gabinet stomatologiczny Praxi-Dent w Opolu zatrudni lekarza stomatologa. Gwarantujemy wysokie wynagrodzenie, najnowocześniejszy sprzęt oraz komfortowe warunki pracy. Tel. 692-953-161; e-mail: gabinet@praxident.pl.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zaodrze” w Opolu pilnie zatrudni lekarza specjalistów z zakresu medycyny sportowej oraz lekarzy medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych do poradni POZ. Telefon kontaktowy: 77/474-77-78 i 77/457-33-38.

Dyrektor Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu, ul. Reymonta 8, **zatrudni** na stanowisku starszego asystenta lekarzy specjalistów w zakresie:

- neonatologii lub pediatrii w Oddziale Neonatologicznym,
- ginekologii i położnictwa w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym.

Od kandydatów oczekujemy:

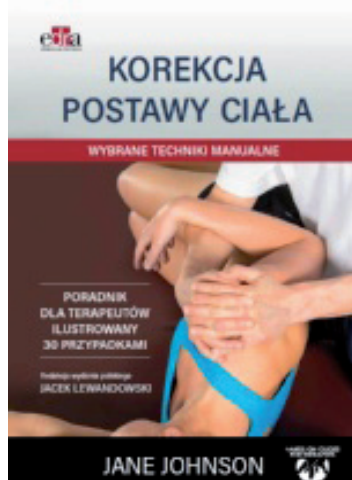
- specjalizacji z zakresu neonatologii lub pediatrii,
- specjalizacji z zakresu położnictwa i ginekologii,
- aktualnego prawa wykonywania zawodu,
- zaangażowania i odpowiedzialności w codziennej pracy zawodowej,
- wysokich wartości etyczno-moralnych i społecznych.

Oferujemy:

- komfortowe warunki pracy w placówce posiadającej trzeci stopień referencyjności,
- możliwości stałego rozwoju kompetencji zawodowych,
- pakiet socjalny,
- możliwość uczestniczenia w szkoleniach zewnętrznych i wewnętrznych,
- zatrudnienie w oparciu o umowę o pracę lub umowę cywilnoprawną.

Pytania i oferty (CV, list motywacyjny, zgoda na przetwarzanie danych osobowych) proszę kierować na adres: Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu, ul. Reymonta 8, 45-066 Opole, tel. (77) 454-54-29 lub na adres e-mail: jcisek@.ginekologia.opole.pl

EDRA URBAN & PARTNER Sp. z o.o. • 50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29
Zamówienia: ksiegarnia@edraurban.pl • tel.: 42/680 44 09, fax: 42/680 44 86



Korekcja postawy ciała. Wybrane techniki manualne

J. Johnson
red. J. Lewandowski
rok wydania: 2018
ISBN: 978-83-65835-91-8, format: 176 x 254, opr. miękka, 262 strony, cena: 71.20 zł (178 EUP pkt)

Korekcja postawy ciała. Wybrane techniki manualne prezentuje 30 najczęściej spotykanych zaburzeń postawy. Jednocześnie dostarcza terapeutom informacji dotyczących innych nieprawidłowości, jakie mogą oni napotkać w czasie terapii swoich pacjentów. Tekst ten koncentruje się w większym stopniu na tym, jak leczyć niż jak badać, z tego względu zawiera przykłady konkretnych technik poprawiających postawę ciała. Główny cel prezentowanych metod to zmniejszenie objawów towarzyszących zaburzeniom, a nie jedynie poprawienie efektu estetycznego.

Przedstawione techniki mogą być stosowane przez większość terapeutów. Głównym zadaniem postępowania terapeutycznego jest wydłużenie skróconych tkanek, co pozwala na poprawę ustawienia względem siebie poszczególnych części ciała. W zależności

od opisywanej dysfunkcji wykorzystuje się różne techniki, w tym: masaż głęboki, bierne rozciąganie, rozluźnienie tkanek miękkich, hamowanie punktów spustowych czy delikatne trakcje kończyn.

Kluczowym elementem długotrwałej korekcji postawy jest edukacja pacjenta i zachęcenie go do samodzielnego wykonywania ćwiczeń. Dlatego też w publikacji zamieszczono instrukcje, jak może on prowadzić autoterapię w przerwach pomiędzy spotkaniami z terapeutą, a także po zakończeniu sesji terapeutycznych.

Terapeuci mogą wykorzystać powyższe informacje, doradzając swoim pacjentom. Dużo uwagi zwraca się też na zmianę stylu życia, korekcję czynności dnia codziennego oraz nawyków ruchowych, które często prowadzą do powstania dolegliwości bólowych i zaburzeń postawy ciała.

OGŁOSZENIA

OPOLSKA IZBA LEKARSKA

Biuro: tel. 77/454-59-39, fax 77/454-67-09,
opole@hipokrates.org

czynne: poniedziałek, wtorek, czwartek **7.30-15.30**;
środa **7.30-16.00**; piątek **7.30-15.00**

Rejestr Lekarzy: opole.rejestr@hipokrates.org

Praktyki Prywatne: opole.praktyki@hipokrates.org

Składki: opole.skladki@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności
Zawodowej: tel. 77/453-75-72; opole.rzecznik@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:
tel. 77/454-85-75; opole.sad@hipokrates.org

Dyrektor Oddziału Regionalnego Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w Opolu zaprasza do współpracy w charakterze lekarza rzeczoznawcy w obrębie działalności placówek terenowych KRUS w Brzegu, Kluczborku i Głubczycach.

Lekarzem rzeczoznawcą może być lekarz, który spełnia następujące warunki:

- jest specjalistą, w szczególności w zakresie następujących specjalizacji: chorób wewnętrznych, medycyny przemysłowej, medycyny ogólnej, medycyny rodzinnej, reumatologii, chirurgii ogólnej, chirurgii ortopedyczno-urazowej, rehabilitacji, neurologii, psychiatrii;
- posiada prawo wykonywania zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- posiada co najmniej 5-letni staż pracy w zawodzie lekarza;
- nie był karany, w tym również za przewinienia zawodowe;
- odbył szkolenie w zakresie ustalonym przez Prezesa Kasy.

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WYDAWCA: Opolska Izba Lekarska, 45-054 Opole, ul. Grunwaldzka 23, tel. 0 77 454 59 39, www.izbalekarska.opole.pl;
nr konta: 54-1020-3668-0000-5102-0009-8277

REDAKCJA: Jerzy Lach. OPRACOWANIE GRAFICZNE: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża

ŁAMANIE i DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 8A

NAKLAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X

TONY ZDROWIA

III SPOTKANIE MEDYCYNY I MUZYKI - OPOLE 2018

RAK I CHOROBA SERCA WSPÓLNY PROBLEM

- AKCJA PROFILAKTYCZNO-EDUKACYJNA
- KONFERENCJA NAUKOWA
- KONCERTY LEKARSKICH ZESPOŁÓW MUZYCZNYCH
PROJEKTU DOKTOR BAND: REANIMATORS CLASSIC
I REANIMATORS NEW

16 WRZEŚNIA 2018, Opole

KONCERT I AKCJA INFORMACYJNO-EDUKACYJNA
- OPOLSKIE DOŻYNKI PARAFIALNE

7 LISTOPADA 2018, Opole

KONCERT I KONFERENCJA NAUKOWA:
- KARDIOONKOLOGIA

22 GRUDNIA 2018, Opole

KONCERT KOŁĘD
WIGILIA SAMOTNYCH, BEZDOMNYCH
I POTRZEBUJĄCYCH



ORGANIZATORZY:



**Tony
Zdrowia**



PARAFIA ŚW. JÓZEFA, OPOLE - SZCZEPANOWICE
POLSKIE TOWARZYSTWO ONKOLOGICZNE - ODDZIAŁ OPOLSKI

WSPÓŁORGANIZATORZY:

URZĄD MIASTA OPOŁA



UNIWERSYTECKI
SZPITAL KLINICZNY
W OPOLU



PATRONAT:



Marszałek
Województwa
Opolskiego



Prezydent
Miasta
Opola

ZŁOTY SPONSOR:

stegu®

