



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Marzec 2020

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 280

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



Fot. Jerzy B. LACH

JARMARK SAMOTNYCH

O wystawie dzieł Caravaggia i Berniniego w Wiedniu pisano dużo i mocno. W prasie pojawiły się nagłówki: *Rewolucja w sztuce* („Gazeta Wyborcza”), *Strach, rozkosz i piękno* („Do Rzeczy”), *Krwiości artyści* („Polityka”). Pisano, że to „barokowy spektakl”, „gra toczy się o rzeczy absolutnie podstawowe: o życie, śmierć i zbawienie” („Tygodnik Powszechny”). A ja na tej wystawie widziałam głównie samotność.

W środku panował półmrok. Ekspozycję otwierały portrety: chłopiec Giovanniego Lorenza Berniniego (1599–1680) – pośpiesznie złapany i uwięziony w marmurze sąsiadował z *Narcyzem* Michelangela Merisiego da Caravaggia (1571–1610).

Narcyz, młodzieniec o delikatnych rysach twarzy, bladej cerze nakrapianej piegami i odstających uszach, które próbował zasłonić rudymi lokami, często pozował malarzowi. Był oszustem w *Grających w karty* i aniołem ze skrzypcami w *Odpoczynku w czasie ucieczki z Egiptu*. Ale na tym obrazie klęczy na ziemi i pochylony nad kałużą szuka w mętnej wodzie swojego odbicia. Co go skłoniło do wejrzenia w głąb siebie? Pewnie na całym świecie nie znalazł nikogo godnego miłości. W sobie samym szukał więc ocalenia. Lewą dłoń zanurzył *Narcyz*, niczym chochlę, w wodzie, jakby chciał wyciągnąć mieszkającego tam wodnika, wymacać żywego człowieka. Jednak każdy ruch oddala go od siebie, zamazuje rysy, odsuwa od podobizny. Odbicie nie uleczy go z osamotnienia. Może więc klątwa rzucona przez bogów nie była w istocie karą, lecz ratunkiem, wybawieniem? Z serca młodzieńca wykiełkował narcyz, ukorzenił się w trzewiach i wysał z niego to, co ludzkie. Kwiat nie musi się bać własnego echa, uciekać w autyzm czy jakąś inną wsobność.

A co wiemy o Meduzie? Że była piękna, miała dziewczęco świeżą twarzyczkę i bujne, skręcone w luźne loki włosy. I te oczy – płonące, błyszczące, pożądliwe. Ona czarowała spojrzeniem. Pod urokiem Meduzy był nawet władca mórz Posejdon. To z nim, nieroztropna i beztroska, umówiła się na schadzki w świątyni Ateny. Czy zapomniała, że sowiooka bogini jest zazdrośnicą? Chwilę patrzyła na szczęście swej śmiertelnej rywalki, po czym zmieniła ją w potwora. Odtąd te powabne, długie kędzioły wiły się jak jadowite węże, a żarliwe spojrzenie zaczęło zabijać. Co czuła ta piękna – nagle oszepecona? Skazana na odosobnienie? Mało kto potrafi znieść samotność. Oswoić piwnicę lub celę, gdzie jedynymi towarzyszami są pełzające po ścianach cienie. W więzieniu pomaga niepamięć. Czy Meduza zapomniała? A może każdego dnia tęskniła i natrętnie przywoływała minione czasy? Do tego jeszcze ta tortura myśli o śmierci. Bo do jej izolátky zakradali się nie zalotnicy, lecz

oprawcy. Słyszała, jak mówią o niej z pogardą i wywołują z kryjówek by zabić. Meduza G.L. Berniniego ma głowę chłopca. Bo Meduzą może być każdy przerażający – bo przerażony, zadający ból – bo obolały, dręczący – bo udręczony. Każdy, kto doświadczył cierpienia, odręczenia i ze wstrętem ucieka sprzed lustra. Twarz z białego marmuru wyraża nie tyle złość, co rezygnację, węże leniwie wiją się wokół skroni, usta z trudem łapią powietrze, a zastygłe oczy są oczami wszystkich wygnañców i osaczonych.

Na wystawie dzieła sztuki mijają się lub wpadają na siebie, przekomarzają i drocą, podbijają się wzajemnie i dopowiadają. Ważna jest ich kolejność, interakcje i dystans. Ten duży, perpendykularny obraz wisiał na wprost wejścia

do trzeciej sali. Z daleka rzeźbiona futryna drzwi utworzyła jeszcze jedną, ciężką ramę malowidła. W miarę przybliżania się do płótna przybywało postaci, ich kontury się wyostrzały, odsłaniały się nowe szczegóły, na przykład twarde jak kopyta podeszwy gołych stóp błagalników – akurat na wysokości oczu widza. *Madonna różańcowa* to scena grupowa. I gdzie tu miejsce na samotność? A jednak.

Pewnego jesiennoego dnia 1601 roku Caravaggio zaprosił do pracowni kolegów i kazał im uklęknąć przed Fillidą Melandroni. Do Rzymu przybyła ona w 1593 roku, by wykonywać najstarszy zawód świata i pozować. Była już *Świątą Katarzyną* i *Judytą ścinającą głowę Holofernesowi*, Caravaggio obsadził ją w roli samej Najświętszej Panienki... Zatem całkiem udanie musiała udawać. Caravaggio odmalował ją wiernie, pokazał nawet meszek pod nosem i zgrubiałą szyję i zabrał

się za spękane pięty swoich kompanów z mordowni, upozowanych na pielgrzymów. Pielgrzymi z obrazu przeszli długą drogę. Brudni, zaniedbani, drzemący czasem na postrzępionych paltach, wędrowali, gnani jedną myślą: dotrzeć do świątyni i Madonny. Dotarłszy, upadli na kolana, prosząc o bogactwo i radość, o dzieci i dobrą śmierć, o szybki upływ dnia i długą noc. Maryja siedzi osobna i wskazuje dłonią na Dominika obracającego w palcach różaniec. Paciorki trą o siebie i wygrywają ciepłą melodię. Wynędniali błagalnicy natychmiast zapominają o Madonnie i niczym ślepcy wyciągają ręce do mnicha. Jest jednym z nich, nie to co kurtyzana, która udaje Najświętszą Panienkę.

Agnieszka KANIA

Skrócona wersja artykułu, który ukazał się w czasopiśmie uniwersyteckim Indeks.



Caravaggio – „Madonna różańcowa”



Drodzy Czytelnicy!
Oddaję w Wasze ręce kolejny numer Biuletynu. Mam nadzieję, że materiały, które w nim znajdziecie zainteresują Was. Jest bowiem trochę naszych opolskich spraw, o których warto pisać. Oj dzieje się!!!

Jerzy B. LACH

UWAGA DELEGACI!

XXXIX Okręgowy Sprawozdawczy
Zjazd Lekarzy Opolskiej Izby Lekarskiej
odbędzie się 28 marca 2020 r.

Komisja ds Lekarzy Seniorów OIL w Opolu zaprasza na Spotkanie Wiosenne, które odbędzie się 25 kwietnia br. (sobota), o godz.13.00 w Restauracji CZARDASZ w Opolu, przy ul. Katowickiej 55 (obok Biedronki).

W czasie spotkania 33 lekarzom seniorom, którzy przed 50 laty uzyskali dyplomy lekarskie, zostaną wręczone odpowiednie insygnia. Ponadto 14 superseniorów – 90-latków otrzyma wspomnienie oraz pamiątkowe zaświadczenia. Prosimy o zgłaszanie uczestnictwa do 22 kwietnia br. w Biurze Izby (tel.77/454-59-39).

Przewodniczący Komisji
Dr n. med. Tadeusz CHOWANIEC

* * *

Komisja ds Lekarzy Seniorów OIL w Opolu planuje w dniu 20 maja zorganizowanie całodzienną wycieczki, połączonej ze zwiedzaniem Zamków w Ojcowie i Pieskowej Skale. Zainteresowanych prosimy o zgłaszanie uczestnictwa do dnia 11 maja br. w Biurze Izby (tel.77/454-59-39).

Przewodniczący Komisji
Dr n. med. Tadeusz CHOWANIEC



SZPALTA PREZESA

Koleżanki i Koledzy!

W ostatnim czasie sprawa Koronawirusa 2019-nCoV i jego rozprzestrzenianie się po świecie wysunęły się na plan pierwszy w wiadomościach i choć w chwili, gdy to piszę oficjalnie nie potwierdzono w kraju żadnego przypadku zachorowania, to należy być czujnym. Na stronie internetowej naszej Izby ukazał się Apel Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Głównego Inspektora Sanitarnego do całego medycznego środowiska oraz szczegółowe wytyczne, dotyczące tej kwestii. Mam nadzieję, że śledzicie Państwo na bieżąco rozwój sytuacji (bo wcześniej czy później dotrze on i do Polski) i jesteście na nią przygotowani.

Realne zagrożenie chorobą przyćmiło trochę, ale tylko trochę, inną ważną sprawę. Chodzi o projekt nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw. Ustawa, jak wiemy, trafiła do prac parlamentarnych, a jej wersja była dla środowiska lekarskiego dużym zaskoczeniem.

Ubiegłoroczny wysiłek wielu lekarzy (pracujących w ramach powołanego przez Ministra Zdrowia zespołu i członków Naczelnej Rady Lekarskiej zgłaszających uwagi do tego projektu), gdzieś się zatracił, gdyż opu-

blikowany 9 stycznia 2020 r. projekt ustawy zasadniczo różnił się od projektu ustawy akceptowanego przez Naczelną Radę Lekarską. Ustawa, która ma fundamentalne znaczenie dla systemu ochrony zdrowia, dla lekarzy i lekarzy dentystów **nie była przed publikacją w swej nowej wersji konsultowana ze środowiskiem lekarskim i NRL. O tempora, o mores!** – chciałoby się zakrzyknąć za Ciceronem...

Co do samego projektu ustawy, Naczelna Rada Lekarska w swoim stanowisku z dnia 31 stycznia 2020 r. pozytywnie oceniła głównie zmiany dotyczące kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów, ale też odniosła się do faktu, że znaczna część uwag, zgłaszanych przez Samorząd Lekarski na etapie konsultacji publicznych nie została w nim uwzględniona. Rozczarowanie nasze jest wielkie (dla chętnych na stronie NIL do zapoznania się stanowisko Nr 5/20/VIIINRL).

Na koniec chciałabym zaapelować do Delegatów, by nie zawiedli i tłumnie przybyli na kolejny, już XXXIX Okręgowy Zjazd Lekarzy Opolskiej Izby Lekarskiej, który będzie miał miejsce 28 marca br.

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ



W dniu 29 stycznia 2020 r. odbyło się pierwsze w nowym roku posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu. Zebranie prowadziła Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka, która na wstępie poinformowała, że kol. Konrad Rekucki zrezygnował z członkostwa w Okręgowej Radzie Lekarskiej. Jego mandat – zgodnie z uchwałą Okręgowej Komisji Wyborczej – obejmuje kol. Tomasz Rekucki.

Na Radzie omawiano następujące sprawy.

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Rada dokonała wpisania na listę członków naszej izby 6 jej nowych członków:

- Tadeusz Jędrzejczyk – przeniesienie ze Śląskiej Izby Lekarskiej,
- Janusz Rudnicki – przeniesienie ze Śląskiej Izby Lekarskiej,
- Beata Leśkiewicz – przeniesienie z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej,
- Maciej Rajchel – przeniesienie z Okręgowej Izby Lekarskiej w Koszalinie,
- Patrycja Świercz – przeniesienie ze Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej,
- Emanuella Polla-Wojtczak – przeniesienie z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.

W tym samym punkcie obrad podjęto dyskusję nad uchwaleniem czasokresu przeszkolenia dla kol. Romana Kolka, który miał 9 lat przerwy w wykonywaniu zawodu, a zamierza wrócić do aktywności zawodowej.

Ustanowienie rocznego stażu dla kol. Romana Kolka przegłosowano przy 2 głosach wstrzymujących.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Klinika Nova z Kędzierzyna-Koźla zamierza zorganizować cykl szkoleń z zakresu technik wykonywania procedury RIRS oraz z zakresu zabiegu enukleacji prostaty. Za poszczególne kursy przyznano 11, 14 i 14 pkt.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Rada podjęła decyzję o wykreśleniu z rejestru 7 praktyk lekarskich.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy

Podjęto jednogłośnie uchwałę nowelizującą „Uchwałę Funduszwą” o zapis, że o zapomogę dla lekarza może wystąpić członek jego najbliższej rodziny.

Podjęto także uchwałę zmieniającą zapisy w Uchwale dotyczącej refundacji kosztów wyjazdu na konferen-

cje członkom komisji OIL, poprzez dokładne dookreślenie zakresu finansowania tych wyjazdów.

Jednogłośnie przyznano 2 zapomogi dla lekarzy.

Dyskusje nad wnioskiem kol. Pędicha o sfinansowanie wykonania strojów dla członków chóru OIL „Medicantos” odłożono do czasu decyzji budżetowych.

Zgodnie z nowelizacją uchwały w sprawie dofinansowania udziału członków Opolskiej Izby Lekarskiej w imprezach sportowych z sierpnia 2019 r., podjęto decyzję o nagrodzeniu kol.kol. Zbigniewa Nanowskiego i Przemysława Bartnika za wybitne osiągnięcia sportowe kwotą po 1000 zł.

Wyznaczenie przedstawicieli OIL

Rada delegowała do komisji konkursowych:

- na stanowisko Naczelnej Pielęgniarki w SP ZOZ Brzeskie Centrum Medyczne – lek. Barbarę Suzanowicz,
- na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych Ośrodka Leczenia Odwykowego w Woskowicach Małych – kol. Adama Martyniszyna.

Zmiany w wysokości składki członkowskiej

Rada jednogłośnie podjęła decyzję o zwolnieniu z opłacania składek wskutek nieosiągnięcia przychodów 7 Koleżanek i Kolegów.

Przyznanie „Prymariusza Opolskiego 2020”

Rada spośród 13 kandydatów zgłoszonych do tego tytułu musiała wybrać tylko 10 z nich. W wyniku kilku tur głosowań ostatecznie tytuły „Prymariusza Opolskiego” uzyskali kol.kol.: Wojciech Derkowski, Kazimierz Drosik, Donata Hałaburdo, Adam Martyniszyn, Paweł Olszewski, Rafał Pędich, Katarzyna Rączy, Teresa Sicińska-Werner, Barbara Szczepanik i Aleksander Szlachta.

Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami

Prezes Smerkowska-Mokrzycka, w imieniu kol. Łatały poinformowała o posiedzeniu Opolskiego Oddziału PTS, na którym wykładownicą była prof. dr hab. Urszula Kaczmarek – Kierownik Katedry i Zakładu Stomatologii Zachowawczej i Dziecięcej UM we Wrocławiu. Ponadto Prezes poinformowała zebranych o stanie organizacji Balu Prezydenta miasta Opole, Lekarza i Adwokata.

Z kolei kol. Jakubiszyn poinformował o zmianie przez prokuraturę środka zapobiegawczego w stosunku do jednego z kolegów lekarzy z zawieszenia prawa wykonywania

zawodu na zakaz pełnienia funkcji kierowniczych. W tej sytuacji Rada zdecydowała się na wyznaczenie terminu posiedzenia uprzednio powołanej komisji ds. zdolności do wykonywania zawodu dla tego lekarza.

Sprawy różne i wolne wnioski

W odpowiedzi na wniosek Komisji Historycznej NIL Rada odmówiła współfinansowania wydania książki „Lekarze i studenci medycyny – kawalerowie Orderu Virtuti Militari”.

Na wniosek kol. Hamryszak – Przewodniczącej Komisji Stomatologicznej jednogłośnie poszerzono jej skład o dwie koleżanki: Barbarę Ziobrowską i Ewę Maliszewską-Bukowińską.

Kol. Gajda zwróciła uwagę Rady na problemy związane ze stwierdzaniem zgonu pacjentów, które to czynności – zgodnie z nowym projektem rozporządzenia w tej kwestii – dodatkowo obciążą lekarzy POZ. Po uzyskaniu niezbędnych informacji na najbliższym posiedzeniu NRL (o działaniach podjętych przez NIL w tej sprawie) zostanie ewentualnie przyjęty wniosek wzywający NRL do zajęcia się tym tematem.

Wobec wyczerpania porządku obrad, na tym posiedzenie zakończono.

*Zastępca Sekretarza ORL
Lek. Stanisław KOWARZYK*

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

POSIEDZENIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ

W dniu 3 lutego 2020 r. odbyło się kolejne posiedzenie Komisji Stomatologicznej. Przewodnicząca dr Hamryszak zapoznała zebranych z apelem Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej skierowanym do Prezesa NFZ w związku z ustaleniem obowiązku szczegółowego sposobu sprawozdania harmonogramów przyjęć za pierwsze 3 miesiące 2020 r. Prezydium NRL zwróciło się z prośbą o zmniejszenie obciążeń administracyjnych i zwolnienie z obowiązku prowadzenia harmonogramów u świadczeniodawców, u których czas oczekiwania na wizytę nie przekracza 30 dni.

Komisja wzywa wszystkich lekarzy dentystów mających umowę z Opolskim Oddziałem NFZ o złożenie wniosku o zmianę warunków finansowych czyli podniesienie ceny za punkt i przesłanie do IZBY W OPO-LU. Gotowy wniosek dostępny jest na stronie interneto-

wej naszej izby. W razie jakichkolwiek pytań prosimy o kontakt z członkami komisji lub sekretariatem izby. Możliwe jest także przesłanie podania mailem.

Komisja informuje o zmianie terminu wysyłania sprawozdań o gospodarowaniu odpadami za 2019 r. – obecny to **30 czerwca 2020 r.**

Prosimy o zaglądanie na stronę internetową naszej izby, zamieszczane są tam na bieżąco terminy i miejsca szkoleń stomatologicznych.



*Sekretarz KS
Lek. dent. Agnieszka CHOMIK-RĄCZY
Przewodnicząca KS
Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK*

NASZ KOLEGA ZDOBYŁ LAURY UMIEJĘTNOŚCI I KOMPETENCJI

Podczas gali XX Laurów Umiejętności i Kompetencji, która odbyła się w połowie stycznia 2020 r. Kryształowy Laur Umiejętności i Kompetencji odebrał Rajmund Adamietz, prezes spółki Adamietz ze Strzelec Opolskich. Nagrodę specjalną, Opolskiego Orła Księcia Jana Dobrego, przyznano z kolei prof. biskupowi opolskiemu Andrzejowi Czai. Rozdano również 5 Laurów platynowych, 10 złotych oraz 33 srebrne. Wśród uhonorowanych Srebrnym Laurem Umiejętności i Kompetencji w kategorii medycyna i inżynieria biomedyczna znalazł się nasz Kolega – dr hab. n. med. Tomasz Czarnik.

Doktor Tomasz Czarni – specjalista anestezjologii i intensywnej terapii jest Starszym Asystentem Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu.

Od kilkunastu lat skupia się na problematyce leczenia pacjentów w stanach krytycznych. Jest pomysłodawcą, jednym ze współorganizatorów oraz kierownikiem projektu „Regionalne Centrum ECMO dla województwa opolskiego”. Jest autorem kilkunastu publikacji naukowych opublikowanych w renomowanych brytyjskich i amerykańskich czasopismach medycznych. To bardzo aktywny naukowiec, prowadzący badania naukowe z zakresu intensywnej terapii. Jego główne zainteresowania zawodowe dotyczą zastosowania echokardiografii w intensywnej terapii, rutynowego stosowania ultrasonografii, funkcjonalnego monitorowania hemodynamicznego we wstrząsie, ciągłego leczenia nerkozastępczego i terapeutycznej wymiany osocza, różnych metod mechanicz-





nego wspomaganie układu oddechowego i krążenia, intensywnej terapii endokrynologicznej.

Projekt „Regionalne Centrum ECMO” to pomysł na stworzenie na Opolszczyźnie warunków do rutynowego leczenia techniką pozaustrojową ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation) pacjentów z ciężką niewydolnością oddechową i niewydolnością serca.

ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation) jest formą pozaustrojowego (czyli prowadzonego poza organizmem pacjenta) podtrzymywania życia chorego, który znajduje się w stanie skrajnie ciężkim. Terapię ECMO prowadzi się do chwili uzyskania poprawy i stabilizacji stanu zdrowia lub wyleczenia choroby będącej przyczyną pobytu pacjenta w szpitalu.

ECMO może być stosowane jako tzw. ECMO żyłno-żylny w celu wsparcia wyłącznie dla układu oddechowego, kiedy pacjent cierpi na ciężką niewydolność oddechową, lub tzw. ECMO żyłno-tętnicze, kiedy pacjent znajduje się w stanie skrajnie ciężkiej niewydolności serca. Historycznie ECMO wywodzi się z kardiologii i jest zmodyfikowaną formą krążenia pozaustrojowego stosowanego w czasie operacji kardiologicznych, ale w odróżnieniu od okołoperacyjnego krążenia pozaustrojowego jest rodzajem terapii długotrwałej, mogącej podtrzymywać funkcję narządów pacjenta nawet przez okres kilku miesięcy.

Wybuch pandemii grypy AH1N1 w 2009 r. oraz związana z tym konieczność użycia żyłno-żylnego ECMO w celu wsparcia terapii ciężkiej, ostrej niewydolności oddechowej spowodowały, że liczne oddziały intensywnej



terapii na świecie zaadoptowały na stałe tę formę terapii pozaustrojowej. Mieszkańcy Opolszczyzny – jak dotąd – byli pozbawieni dostępu do tej nowoczesnej metody terapii. To sytuacja dalece niepożądana, gdyż krytycznie ciężki stan pacjentów kwalifikowanych do ECMO najczęściej wyklucza możliwość wielogodzinnego transportu takiego chorego poza granice naszego województwa, a tym samym wyklucza możliwość skutecznej terapii i przeżycia pacjenta.

Po to, aby umożliwić dostęp do tej formy zaawansowanej intensywnej terapii mieszkańcom Opolszczyzny i województw ościennych,

na początku 2018 r., w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Opolskiego, OAiIT USK pozyskał urządzenie do prowadzenia terapii ECMO – Cardiohelp firmy Maquet. To zaawansowany aparat umożliwiający prowadzenie terapii ECMO zarówno metodą żyłno-żylną, jak i żyłno-tętniczą. Dodatkowo, spośród kilku rodzajów tego typu urządzeń na rynku, Cardiohelp jest jedynym posiadającym certyfikat dopuszczający jego użycie w trakcie transportu międzyszpitalnego.

Z kolei 9 stycznia 2019 r. Rada Społeczna USK w Opolu jednogłośnie zaaprobowała utworzenie w strukturze OAiIT Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu Regionalnego Centrum ECMO.

W trakcie kilkunastomiesięcznego okresu funkcjonowania Centrum przyjęto do Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii USK w Opolu i zakwalifikowano do terapii ECMO 15 pacjentów.

Serdecznie gratulujemy tego niezwykłego wyróżnienia!!

WIELKI BAL CHARYTATYWNY W OPOLU

W Opolu w przeszłości odbywały się bale charytatywne. Ostatnio jednak brak było takich inicjatyw. I wreszcie, po 3-letniej przerwie, postanowiono połączyć siły i w ich wyniku 1 lutego br. w Centrum Wystawienniczo-Kongresowym odbył się – zorganizowany wspólnie po raz pierwszy przez Prezydenta Miasta Opola, Dziekana Okręgowej Rady Adwokackiej w Opolu oraz Prezesa Opolskiej Izby Lekarskiej – „Charytatywny Bal Prezydenta, Adwokata i Lekarza”.

Jego głównym celem była zbiórka pieniędzy na dwa szczytne cele. Pierwszy to wsparcie finansowe **Domu Matki i Dziecka w Opolu-Grudziach**, stanowiącego pierwszą spokojną przystań dla matek z dziećmi, uciekającymi od przemocy domowej. Drugim zaś – leczenie

rocznego Frania Marcinkowskiego, chorującego na rdzeniowy zanik mięśni typu I. Aby uratować życie chłopca, niezbędne jest leczenie poza granicami kraju (w USA), kosztujące około 9 mln złotych.

Bal otworzyły krótkie wystąpienia organizatorów – Prezes Opolskiej Izby Lekarskiej lek. dent. Jolanty Smerkowskiej-Mokrzyckiej, Dziekana Okręgowej Rady Adwokackiej w Opolu mec. Mariana Jagielskiego oraz Prezydenta Opola Arkadiusza Wiśniewskiego.

– Mam nadzieję, że dobre serca ludzi, którzy tu przyszli sprawią, że chociaż w części pomożemy rozwiązać problemy, z jakimi borykają się samotne matki i rodzice chorego chłopca – mówił podczas balu Prezydent Opola Arkadiusz Wiśniewski.



Do tańca balowiczom przygrywał lekarski zespół „Reanimators New” (który porwał wszystkich na parkiet), Krzysztof „Puma” Piasecki oraz zespół „In Love” z Wrocławia. Szampańska zabawa trwała do białego rana.

W sumie na balu bawiło się 420 osób. Każdy z gości uczestniczących w „Balu Prezydenta, Adwokata i Lekarza” zakupił cegiełkę o wartości 250 zł. W trakcie balu prowadzone były także licytacje laleczek wykonanych przez podopiecznych Domu Matki i Dziecka, obrazu, ju-

bileuszowej koszulki Odry Opole czy vouchera dla dwóch osób na 57. Krajowy Festiwal Polskiej Piosenki w Opolu. Dzięki hojności gości z licytacji uzyskano kwotę 44.200 zł, z cegiełek zaś udało się zebrać kwotę 49.800 zł. Zatem łącznie ten wspólny bal wspomógł cele charytatywne w kwocie aż 94.000 zł. Serce rośnie....

*Fot. Daria Strąk i Witold Chojnacki
oraz własne balowiczów*



JAK WYSTAWIĆ SKIEROWANIE NA MASAŻ?

To dosyć przewrotny tytuł niniejszego artykułu, ale czy właśnie nie o masaż proszą pacjenci przychodzący do lekarza z myślą o rehabilitacji? Zarówno lekarze, jak i fizjoterapeuci doskonale wiedzą, że nie da się postawić znaku równości pomiędzy kompleksową i skuteczną rehabilitacją a masażem. O tym kilka refleksji w końcowej części artykułu, zaczniemy jednak od początku.

Po wejściu w życie zapisów ustawy o zawodzie fizjoterapeuty z dnia 15 września 2015 r. fizjoterapeuci stali się reprezentantami samodzielnego zawodu medycznego, nad którym pieczę stanowi Krajowa Izba Fizjoterapeutów. Zarówno tytuł, jak i funkcje fizjoterapeuty są prawnie zdefiniowane, a fizjoterapeuta musi posiadać numer prawa wykonywania zawodu. Fizjoterapeuta, co należy podkreślić, ponosi również odpowiedzialność prawną za swoje działania zawodowe.

Kolejne zmiany wprowadziło rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r., zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Pojawiła się wizyta fizjoterapeutyczna, która – w zależności od etapu postępowania fizjoterapeutycznego – obejmuje co najmniej jedną z poniższych czynności:

- zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego,
- ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem fizjoterapii,
- badanie czynnościowe narządu ruchu lub inne badanie konieczne do ustalenia planu fizjoterapii lub postępowania fizjoterapeutycznego,
- końcową ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy po zakończeniu fizjoterapii,
- udzielenie świadczeniobiorcy zaleceń co do dalszego postępowania fizjoterapeutycznego.

W związku z tym, **skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne, które może wystawić obecnie każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, nie musi już zawierać: opisu dysfunkcji narządu ruchu, deficytu neurologicznego – czy innej przyczyny kierowania na rehabilitację, liczby zlecanych zabiegów i strony ciała której mają dotyczyć.** W poprzednich wymogach było to konieczne. Należy również zauważyć, że podanie powyższych informacji nie jest błędem, ale nie jest to wiążące dla fizjoterapeuty. Jedynym wyjątkiem są skierowania wypisane przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej, w przypadku których – jeśli fizjoterapeuta ma uzasadnione wątpliwości odnoszące się do zleconych zabiegów – może dokonać zmiany w tym zakresie, po konsultacji z lekarzem specjalistą i odnotowaniu tego faktu w dokumentacji medycznej.

Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne musi natomiast zawierać:

- pieczęć nagłówkową z numerem umowy zawartej z dyrektorem właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia,
- imię, nazwisko, adres zamieszkania świadczeniobiorcy oraz numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
- rozpoznanie w języku polskim,
- kod jednostki chorobowej według Klasyfikacji ICD-10,
- choroby przebyte i współistniejące oraz inne czynniki (w tym wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta lub przyjmowanie niektórych leków), które mogą mieć istotny wpływ na proces rehabilitacji,
- pieczęć i podpis lekarza kierującego oraz datę wystawienia skierowania.

Po roku funkcjonowania nowych przepisów można zauważyć wzrost prawidłowo wystawionych skierowań na fizjoterapię, aczkolwiek ciągle zdarzają się te niepoprawne. Brak któregośkolwiek z powyższych elementów powinien powodować zwrot skierowania do lekarza, który je wystawił, celem uzupełnienia.

Czas ten pozwolił również na dostrzeżenie jakiej presji ze strony pacjentów poddani byli lekarze, zwłaszcza jeżeli chodzi o zlecenie masażu i zabiegów, których skuteczność jest niepewna (brak ewidentnych dowodów w oparciu o EBM). Tytułowy masaż może być skutecznym narzędziem terapeutycznym, ale nie w każdym przypadku. Nie jest też panaceum na wszystkie dolegliwości pacjenta. Stanowi cenny substytut ruchu, ale jest jednocześnie terapią bierną, nie wymagającą od pacjenta żadnego wysiłku i zaangażowania w proces rehabilitacji. Znacznie lepsze efekty, zwłaszcza w okresie długofalowym, przynoszą odpowiednio dobrane i prawidłowo wykonywane ćwiczenia, np. stabilizacji centralnej (w przypadku niespecyficznych dolegliwości bólowych kręgosłupa lędźwiowego).

Generalizując, niestety pacjenci nie lubią ćwiczyć, a wieloletnie nawyki wynikające ze zlecenia i „wybierania” zabiegów, nie są łatwe do zmiany. Pamiętajmy, że każdy lekarz może wystawić skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne, ale nie oznacza to że musi. W procesie edukacji pacjenta w zakresie jego potrzeb, efektów krótkoterminowych i długoterminowych fizjoterapii oraz ich przebiegu, a czasem fizjoprofilaktyce – powinni solidarnie uczestniczyć lekarze i fizjoterapeuci.

*Dr Jacek ŁUNIEWSKI
Specjalista fizjoterapii*

*Konsultant Wojewódzki w dziedzinie fizjoterapii
dla województwa opolskiego
Zastępca Rzecznika Dyscyplinarnego
Krajowej Izby Fizjoterapii*

PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL NA I PÓŁROCZE 2020 r.



Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
16–20 marzec 2020 r. poniedziałek–piątek	Dr hab. n. med. Teresa Kokot	Zdrowie publiczne – dla lekarzy/lekarzy dentystów specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji	Opolska Izba Lekarska w Opolu, ul. Grunwaldzka 23
20 marzec 2020 r. piątek, godz. 9:00	Lek. dent. Jolanta Jarka Lek. dent. Adam Angerman	Współpraca ortodontów z lekarzami dentystami innych specjalności (program poniżej)	Opolska Izba Lekarska w Opolu, ul. Grunwaldzka 23
23–25 marzec 2020 r. poniedziałek–środa	Dr hab. n. med. Teresa Kokot	Orzecznictwo lekarskie – dla lekarzy/lekarzy dentystów specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji	Opolska Izba Lekarska w Opolu, ul. Grunwaldzka 23
27 marzec 2020 r. piątek, godz. 09:00	Dr n. med. Emil Korporowicz	Stomatologia dziecięca (program poniżej)	Hotel Festival ul. Oleska 86, Opole
1–3 kwietnia 2020 r. środa–piątek	Dr hab. n. med. Teresa Kokot	Prawo medyczne – dla lekarzy/lekarzy dentystów specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji	Opolska Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
20–23 kwiecień 2020 r., poniedziałek–czwartek	Lek. Cezary Juda	Medycyna paliatywna – dla lekarzy realizujących moduł podstawowy chorób wewnętrznych	Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN w Opolu
23 kwietnia 2020 r. czwartek, godz. 15:30	Dr n. med. Barbara Radecka Dr Tomasz Sachanbiński	Postępy w onkologii – Nowoczesne leczenie i wpływ na przeżycie najczęstszych nowotworów: raka piersi i raka jelita grubego (program poniżej)	Opolska Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
Kwiecień 2020 r. (dokładny termin w trakcie ustalania)	Dr n. med. Anna Matejuk	Szczepienia ochronne – dla lekarzy wszystkich specjalności	Opolska Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
11–12 maj 2020 r. poniedziałek–wtorek	Dr n. med. Iwona Rajca–Biernacka	Przetaczanie krwi i jej składników – dla lekarzy/lekarzy dentystów specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji	Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Opolu

Zgłoszenia proszę już wypełniać w formularzu do pobrania na stronie internetowej Izby.

* członkowie Opolskiej Izby Lekarskiej zgłaszają się drogą mailową na adres: opole.szkolenia@hipokrates.org.
Wniosek na szkolenie do pobrania na stronie internetowej naszej Izby – szkolenia podyplomowe

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

* * *

Współpraca ortodontów z lekarzami dentystami innych specjalności (szkolenie dla dentystów)

20 marca 2020 r. godz. 9:00 piątek

Program szkolenia:

- Norma zgryzowa w różnych okresach rozwojowych – co leczymy a czego nie i kiedy do ortodonty.
- Przyczyny powstawania wad zgryzu – przeważający wpływ czynników środowiskowych.
- Profilaktyka i wczesne leczenie – czy jest coś takiego?
- Czym leczenie ortodontyczne jest, a czym być nie powinno.
- Jak wygląda leczenie ortodontyczne od diagnostyki do retencji.
- Stosowane współcześnie metody i aparaty.
- Specyfika leczenia dzieci i młodzieży. Leczenie dorosłych. Ortodoncja przedprotetyczna. Dobre praktyki w leczeniu interdyscyplinarnym.

* * *

Szkolenie dla dentystów – Stomatologia dziecięca

27 marca 2020r. godz. 09:00 piątek,

hotel Festival ul. Oleska 86 w Opolu

Program szkolenia:

- Przekrojowy wykład o zastosowaniu najnowszych dostępnych rozwiązań i materiałów w stomatologii dziecięcej w zakresie profilaktyki, stomatologii zachowawczej, endodoncji i traumatologii, bazujący na własnych doświadczeniach i dokumentacji medycznej prowadzącego.

* * *

Postępy w onkologii – Nowoczesne leczenie i wpływ na przeżycie najczęstszych nowotworów:

- raka piersi i raka jelita grubego

23 kwietnia 2020 r. – czwartek godz. 15:30

Program szkolenia:

- Znaczenie wczesnego wykrywania raka piersi i raka jelita grubego oraz jego wpływ na przeżycie.
- Leczenie kojarzące chirurgię i chemio– czy radio–terapię.
- O personalizacji leczenia czyli doborze leków do podtypu raka, o konkretnych uszkodzeniach molekularnych.
- Dostęp do nowoczesnych terapii w ramach refundacji i o tym, co robimy w Opolu.

Czas szkolenia ok. 2 godz.

* * *

W ramach Komisji Kształcenia rozpoczynamy nowy cykl szkoleń, które poprowadzą lekarze onkolodzy z WCO w Opolu – dr n. med. Barbara Radecka i dr Tomasz Sachanbiński. Od słuchaczy czyli Koleżanek i Kolegów będzie zależało, czy szkolenia z tak ważnych tematów onkologicznych będą dalej realizowane. Zaproszenie do udziału w pierwszym szkoleniu skierowane jest do lekarzy wszystkich specjalności.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

GRZANIEC

W jakim celu człowiek dorosły przyczepia sobie do nóg zatemperowane na końcach deski?

STEFAN KISIELEWSKI

Ostatniego dnia stycznia 2020 roku w Krynicy łało. Narciarze dryfowali po stokach jak żaby wiosłonogi. Miejscowi wyciągowi nie kumali, po co te „krzoki i ptoki” pchają się na mokre od deszczu szczyty, a uczestnicy VI Narciarskiego Pucharu Lekarzy, Farmaceutów i Radców Prawnych liczyli na cud. I cud się zdarzył. Kiedy Waldemar Chrapek wbił ostatnie tyczki slalomu, ulewa oddaliła się na południe.

Co to jest slalom? Stajesz na starcie, słyszysz: *Jazda!* I wpadasz na karuzelę. Spinasz mięśnie, przebiegasz nogami jak ogłupiały chomik na kołowrotku. Tyczki wirują, za tobą próżnia, przed tobą szkło. Kanty piszczą, pałki tłuką, zaciskasz pięści, bronisz się przed ciosami. Nagle dostajesz kijem w nos. Złamany?! W oczach łzy, pot spływa po twarzy, skóra pęka w szwach. *Gdzie ta meta?* – jęczysz. Walisz rękami na oślep, gubisz rytm, wpadasz w popłoch. Za szybą wrzeszcza: *hop, hop, hop!* Pędzisz, śnieżna karuzela przyspiesza. *Puściła korba czy co?* – dumas. Tyczki lepią się w mur. Zaraz wbijesz się w ścianę jak pocisk. Oblatuje cię strach, robisz błyskawiczny rachunek: niespisany testament, zepsuta psia buda.

Nagle jakaś siła chwyta cię za kark i wyrzuca z klatki. Leżysz na śniegu niczym flak. Macasz zęby. Odklejasz powieki. Łypiesz okiem na budzik. Notujesz w głowie wynik. Zbierasz się do kupy i znów wleciesz na start.

W slalomie brało udział sześćdziesiąt różnych, rześkich, pełnych dobrego samopoczucia zawodniczek i zawodników z Polski, Niemiec i Francji. Kto wygrał? *Panowie, przestańcie udawać lwy!* – chciałoby się powtórzyć za Julianem Tuwimem. Lekarka dentystka Dorota Sierpińska odstawiła nas wszystkich na bocznice, jak pociągi parowe. Ta smukła, delikatna dziewczyna o twarzy świtezianki wyrwała do przodu jak *shinkansen*. Jedynie pęd powietrza zdradził, że przed ułamkiem sekundy była z nami na starcie. Zjeżdżała przylepiona do trasy, jakby po szynach. Żadnych potknięć, żadnych poplątanych nóg, żadnych skrętów nie w porę.

Dzielnie ją gonili (ale nie przegonili) Jakub Gałaszek, Michał Kaczmarek i Michał Dyrda, Mariusz Smolik, Maciej Sznurkowski i Jarosław Mydlarski, Przemysław Nowak, Maciej Kaczmarek, Piotr Zagórski i wielu, wielu innych. Ściagała ją też płeć piękna: Magdalena Blaszkę i opisująca wydarzenia Agnieszka Kania, a także Katarzyna Płócienniak, Hanna Orlikowska, Katarzyna Smolik, Małgorzata Śladowska, Natalia Bugajska, Ewa Dyrda i Anna Barwińska (szczegółowa lista wyczynowców i wyczynów na stronie www.polskimed.pl). Nikt nie prześcignął Doroty Sierpińskiej, i nic dziwnego – w końcu to niedoszła mistrzyni olimpijska z Toronto.

A wieczorem Krzysztof Wielicki mówił o swoich przygodach. Kiedy ukazała się książka o nim, napłynęły zaproszenia z Madagaskaru, Zanzibaru i innych Nepali. On jednak wybrał Krynice, gdzie opowiadał jak to we flaneli i okularach spawacza wspinał się pod niebiosa i zdobywał te swoje Everest, Kanczendzongi i Lothse. Jak oszukiwał podczas malowania kominów i jak droczył się ze sławną Wandą. Niejeden z nas zamarzył: być jak Wielicki...



Rano trzeba było wrócić na ziemię. Na stoku znów kiwały się gumy Polskimedu, falowały chorągiewki, a oflagowane tyczki wyznaczały trasę. Gigant: długi, rytmiczny, z miejscem na biodro, jajo i wygibasy stał na północnej ścianie. I znówu każdy gnał jak umiał.

Tym razem najlepszy czas zawodów wywalczył Marcin Smolik. Zaraz po nim byli Michał Dyrda i Jakub Gałaszek. W klasyfikacji generalnej kobiet zwyciężyła Dorota Sierpińska, srebro zdobyła Magdalena Blaszkę, a brąz – Agnieszka Kania. Nie sposób wymienić tu każdej zwyciężczynie i każdego mistrza. Obyło się bez połamanych nóg, guzów na głowie i łupania w krzyżach, nie było podartych krzyżowych, oparzonych policzków ani odmrożonych stóp.

Co to były za mistrzostwa! Organizatorzy – Mariusz Smolik, Adam Dyrda, Piotr Zagórski i Katarzyna Smolik – zadbali o wszystko. Na przykład zwabili do Krynicy doktora Mariusza Nowaka, bo jego hiperbary tlenu leczą najgorsze bóle. Nakłonili Łukasza Sajewicza by zdradził tajniki ziemskiej i nieziemskiej energii. To nie koniec: pod wyciąg w Jaworzynie Krynickiej jeździliśmy limuzynami! Białe i czarne gabloty (koła zasznurowane łańcuchami Thule, na dachu podługowata trumna Taurusa) czekały na nas pod hotelem – ponoć mercedesy z Inter-Silesii potrafią same parkować, hamować i zawracać, omijają dziury, wyrwy i pachołki, na dodatek grzeją tak, że wyprzedzają nawet furgonetki. Zatem grzaliśmy. Tym bardziej, że w razie draki blachy wymieniał Pruszyński, a potłuczone zderzaki miała prasować firma Extral aluminium.

Było gorąco od wrażeń, a tu jeszcze Viessmanny podgrzewały atmosferę, tokańskie wino Brunello – podarek Hurta'p'u – rozpalało wyobraźnię i medale wielkie jak zegary słoneczne jarzyły się na piersiach.

Nad ranem znaleźliśmy odpowiedź na pytanie Kisiela: *W jakim celu człowiek dorosły przyczepia sobie do nóg zatemperowane na końcach deski?* Żeby grzać. Zatem grzaliśmy!!

Przywiozłam z tych zawodów dwa złote medale za zwycięstwo w grupach wiekowych i dwa brązy w kwalifikacji open. Może być jak na zimę, która w Opolu nie sypnęła śniegiem.

Agnieszka KANIA

Od Redakcji. Bardzo serdecznie gratulujemy Pani Agnieszko tych wspaniałych kolorowych krązków!!!

KIM BYLI WIELCY WEZYROWIE OSMAŃSCY?



Wielcy wezyrowie byli zaufanymi doradcami sułtanów i ich pierwszymi ministrami. Odpowiadali za takie sprawy jak kalendarz audiencji, podatki, edukacje (słynne arabskie szkoły religijne) oraz stosunki międzynarodowe. Utrzymywali je z królami Francji, Hiszpanii, jak również Polski. Opływali w luksusy, posiadali olbrzymie fortuny. Słowo wezyr pochodzi z arabskiego słowa „człowiek dźwigający ciężar”. Równocześnie musieli być wytrawnymi graczami, ponieważ na dworach sułtańskich mnożyło się od licznych intryg i rozgrywek, których stawką było ich własne życie (przykład Ibrahima Paszy – patrz niżej)

Godność Wielkiego Wezyra nadał jako pierwszy sułtan Harun ar-Raszid żyjący w VIII w. swojemu przyjacielowi Dżafarowi. Imię Haruna przeszło do historii ponieważ pojawia się w słynnych „*Baśniach z tysiąca i jednej nocy*”. Tutaj ciekawy fakt historyczny. Otóż Dżafar oskarżono o romans z siostrą ar-Raszida, co było karane śmiercią. Mimo, że Dżafar od dziecka był jego najbliższym przyjacielem, Sułtan nakazał jego egzekucję, a następnie kazał zabić kata w dowód żalu po przyjacielu.

Oto postacie najwybitniejszych w historii Wielkich Wezyrów:

Ibrahim Pasza – żył w XVI w. Był synem chrześcijańskiego marynarza z Grecji. W dzieciństwie został porwany przez piratów i sprzedany do niewoli, z której został wykupiony i znalazł się w pałacu, w którym dorastał przyszły sułtan Sulejman Wspaniały (1520–66). Chłopcy nie tylko wychowywali się razem, ale się zaprzyjaźnili. Kiedy Sulejman Wspaniały doszedł do władzy właśnie swojego przyjaciela mianował Wielkim Wezyrem. Czas panowania Sulejmana Wspaniałego, to okres największego rozkwitu politycznego, ekonomicznego i kulturalnego Imperium Osmańskiego. Jest to czas największych podbojów terytorialnych, które objęły znaczną część Węgier (po bitwie pod Mohaczem), wyspę Rodos, Irak, Azerbejdżan, północne wybrzeże Afryki. Sulejman Wspaniały miał oficjalne cztery żony (tyle mógł mieć sułtan i nieograniczoną liczbę nałożnic). Z trzecią żoną „Wiosenną Różą” (takie piękne przydomki im nadawano) miał syna Mustafę.

Czwartą żoną Sulejmana była 14-letnia niewolnica, z pochodzenia Rusinka, wykupiona na tzw. „Targu nie-

wieścim” w mieście Kaffa na Krymie właśnie przez Wielkiego Wezyra Ibrahima Paszę. Została ona ofiarowana przez niego Sulejmanowi Wspaniałemu. Sułtan zakochał się w niej bez pamięci. Nazwał ją Roksolaną (Radosną), a pisać do niej listy podpisywał się „Kochający”. W końcu się z nią ożenił, a oprawa ich ślubu w Stambule w roku 1530 przeszła do historii średniowiecza. Roksolana urodziła mu syna Sulima. Jeszcze za życia Sulejmana rozpoczęła się walka o sukcesję pomiędzy pierwszym Mustafą i Sulimem. W tej walce Wielki Wezyr Ibrahim Pasza postawił na „złego konia” – tj. Mustafę. Trzecia żona Sulejmana i jej syn Mustafa zostali wygnani ze Stambułu i wkrótce z polecenia Roksolany Mustafa został zamordowany. Zemsta Roksolany dosięgła rów-



Sułtan Sulejman Wspaniały



Wielki Wezyr Kara Mustafa



Amir Kabir

niez Ibrahima Paszę za to, że popierał w walce o tron Mustafę, mimo że właśnie on wykupił Roksolanę z niewoli. Został zamordowany w podobny sposób, jak zabijano dostojników wysokiego szczebla – przez uduszenie jedwabnym sznurem. Podobno ostatnimi słowami którymi Ibrahim Pasza zwrócił się do kata były: „...upewnij się czy dobrze zawiązałeś pętlę...”.

Drugim wybitnym Wielkim Wezyrem, który przeszedł do niechlubnej historii państwa osmańskiego był **Kara Mustafa**. Dowodził on wojskami pod Wiedniem w 1683 r., kiedy na pomoc austriackiemu cesarzowi Leopoldowi ruszył król Jan III Sobieski. Po upokarzającej klęsce Kara Mustafa został stracony, zaś jego głowę przesłano Sułtanowi Mehmedowi IV w aksamitnym worku.

Ostatnim Wielkim Wezyrem był **Amir Kabir** urodzony w 1807 r. Był to polityk, jak na ówczesne czasy, nowoczesny. Wprowadził wiele reform: zmodernizował sądownictwo, szkolnictwo, pocztę, wydawał gazety. Miał jednak wielkiego wroga w teściowej ówczesnego Sułtana, która zleciła jego zabójstwo w typowy na ówczesne czasy – w łaźni przez upust krwi.

Dr n. med. Janusz KUBICKI

W ostatnim czasie z naszego opolskiego grona lekarskiego odeszło dwóch lekarzy:

dr n. med. Zdzisław ZGRYŻNIAK i dr n. med. Ireneusz PAWEŁCZAK

Obaj całe swoje długie zawodowe życie związali z Opolem, tu mieszkali i pracowali, dr Zgryżniak przez 60 lat, a dr Pawełczak niespełna 50.

Dr Zdzisław ZGRYŻNIAK – specjalista chorób dziecięcych był przez długie lata ordynatorem Oddziału w Szpitalu Dziecięcym oraz dyrektorem Zespołu Matki i Dziecka w Opolu.

Dr Ireneusz PAWEŁCZAK – specjalista chirurg – był ordynatorem Oddziału i dyrektorem Szpitala MSW w Opolu. Pracując ofiarnie w opolskiej służbie zdrowia zapisali się na pewno w dobrej pamięci swoich pacjentów. Obaj byli już na emeryturze, ostatnio chorowali.

Ze zrozumiałym zażenowaniem i oburzeniem stwierdziłam fakt, że po Ich odejściu nie ukazała się żadna notatka, nekrolog czy zwyczajowe wyrazy współczucia dla Ich Rodzin. Nawiasem mówiąc, obaj pozostawili w smutku żony również lekarki, a dr Pawełczak także syna praktykującego lekarza.

Każdy ma swój sposób widzenia rzeczywistości. Moje widzenie – to nie nadzwyczajne zdarzenia, ale widzenie codzienności. Ta niestety świadczy o naszym środowisku bardzo źle. Używając dawnego delikatnego sformułowania „nie przystoi” się tak zachować. Gdzie są dyrekcje szpitali, w których pracowali nasi Koledzy? Towarzystwo Pediatryczne? Towarzystwo Chirurgów? A wreszcie Izba Lekarska? W tym także najbliższa faktom odchodzenia Komisja ds. Seniorów. Szkoda, że reprezentanci całego tego środowiska (nie pierwszy zresztą raz) nie potrafili. w najbardziej choćby skromny sposób, oddać Zmarłym Kolegom należnych Im wyrazów szacunku, podziękowania i uczcić Ich pamięć i odejście przez zamieszczenie krótkich choćby wspomnień o Nich w naszym piśmie lekarskim,

czy poprzez nekrolog w lokalnej prasie. Zmarli nie są nierealni, wszyscy zdążają w tę samą stronę. Blaski świata tego przemijają.

Nieważne, że pod koniec życia wychodzi się z obiegu, przestaje być rywalem, nie można już nikomu zaszkodzić, ani pomóc. Czy trzeba śmierci spektakularnych, np. w katastrofie lotniczej lub pod lawiną? Może trzeba być tzw. działaczem? Nawet cech kominiarzy czy drukarzy potrafi znaleźć się w podobnych sytuacjach odpowiednio.

Nie powinno się zapominać, że misją (o ile taka jeszcze istnieje) samorządu lekarskiego jest też (!) troska o stosowanie tzw. wartości uniwersalnych wynikających z prostej konwencji i obowiązku czysto ludzkiego. Od środowiska lekarskiego chyba należy wymagać przestrzegania pewnych norm zachowań zwyczajowych i kulturalnych,

Powtórzę za mężem stanu sir Williamem Harcourtem, że doświadczenie dość długiego życia nauczyło mnie, iż w ogóle nigdy niczego nie należy oczekiwać, bo nigdy nic się nie dzieje. Ja jednak uważam, że choć tym, co odeszli potrzebna jest li tylko pamięć i wspomnienie o Nich, to tym, co pozostali i przeżywają trudne i smutne chwile bólu i osamotnienia, należą się od tych, co pozostali i nadal to środowisko tworzą, słowa pocieszenia, otuchy i wspólnoty po stracie najbliższych. NON OMNIS MORIAR.

Można było wpisując się w ten odwieczny przekaz zaznaczyć także i swoje przekonanie i pewność o jego trafności. Ja to czynię:

**Rodzinom dr Zgryżniaka i dr Pawełczaka,
wstydząc się za kolegów,
składam wyrazy szczerego współczucia.**

Halina JAKOBI-RÓŻ

O PROJEKCIE ZMIANY USTAWY O ZAWODACH

Rada Ministrów przyjęła (7 stycznia 2020 r.) projekt ustawy (pod numerem UD27) o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw. Uważa bowiem, że konieczne jest usprawnienie organizacji i funkcjonowania ich kształcenia podyplomowego, w szczególności w zakresie stażu podyplomowego, szkolenia specjalizacyjnego, umiejętności zawodowych.

Analizowane w trakcie prac zespołu ekspertów problemy w zakresie stażu podyplomowego dotyczyły braku jednolitej regulacji zasad kwalifikacji na staż podyplomowy w całym kraju, zbyt niskich wynagrodzeń oraz konieczności weryfikacji tematyki i zasad odbywania tego stażu przez lekarzy polskich i cudzoziemców. Niejednolite podejście uczelni do procedury nostryfikacji dyplomów lekarzy spoza Unii Europejskiej nakazuje konieczność wprowadzenia nowej procedury nostryfikacyjnej dyplomów.

Ponadto – czytamy w projekcie – mając na uwadze obecnie występujące różnice między województwami, obejmujące niejednolity rozdział miejsc specjalizacyjnych względem zdobytej przez lekarzy liczby punktów, które decydują o ich pozycji na liście kwalifikacyjnej, oczekiwanymi przez środowisko lekarzy zmianami w zakresie szkolenia specjalizacyjnego, dostrzeganymi również przez ministra zdrowia, jest konieczność dokonania zmian w zakresie aplikowania na miejsca specjalizacyjne rezydentkie i pozarezydentkie w poszczególnych dziedzinach medycyny, z jednoczesnym zachowaniem wysokiej jakości kształcenia podyplomowego, tak by lekarzom i lekarzom denty stom zapewnić zwiększony dostęp do wolnych miejsc specjalizacyjnych w całym kraju. Projektowane są także zmiany w szkoleniu z zakresu umiejętności zawodowych. Dotychczas stosowana terminologia w odniesieniu do kształcenia podyplomowego nie jest wystarczająco czytelna i doprecyzowana. Dlatego istnieje konieczność usystematyzowania całości terminologii dotyczącej kształcenia przez określenie na nowo zakresu ustawicznego rozwoju zawodowego, pod którym rozumieć się będzie kształcenie podyplomowe i doskonalenie zawodowe.

Z kolei przeprowadzona przez konsultantów krajowych analiza treści programów specjalizacyjnych w poszczególnych dziedzinach medycyny, w szczególności w odniesieniu do liczby kursów, procedur medycznych do wykonania i zaliczenia przez lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne, w odniesieniu do faktycznej liczby i zakresu udzielanych w podmiotach leczniczych świadczeń zdrowotnych, wskazuje, że nie zawsze lekarz

czy lekarz dentysta ma możliwość, w określonym czasie, zrealizować procedury medyczne (głównie zabiegowe) wymagane programem danej specjalizacji. W związku z powyższym występuje potrzeba aktualizacji programów, z uwzględnieniem możliwości realizacji niektórych procedur medycznych, w oparciu o rozwijające się symulowane warunki kliniczne.

Przewiduje się wprowadzenie rozwiązań, które umożliwią zatrudnienie w trybie uproszczonym w polskim systemie opieki zdrowotnej lekarzy specjalistów cudzoziemców spoza UE. Z kolei „w związku z niewystarczającą liczbą miejsc akredytacyjnych uprawniających do szkolenia w poszczególnych dziedzinach lekarsko-dentystycznych, występuje zbyt mało lekarzy denty stom specjalistów, a co za tym idzie zmniejszony do nich dostęp pacjentów wymagających specjalistycznego leczenia stomatologicznego. Aby temu problemowi sprostać, należy wprowadzić przepisy umożliwiające, po spełnieniu wskazanych w ustawie warunków, uznawanie dorobku zawodowego lekarzom denty stom za równoważny ze zrealizowaniem szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie lekarsko-dentystycznej i dopuszczenie takich lekarzy denty stom do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (PES), jak również umożliwić lekarzom denty stom uczestniczenie w kursach specjalizacyjnych, w przypadku posiadania przez jednostki szkolące wolnych miejsc. Wychodząc naprzeciw ujednoliceniu szkolenia wszystkich lekarzy, w tym lekarzy cudzoziemców, niezbędnym jest wprowadzenie przepisu umożliwiającego odbywanie przez nich szkolenia specjalizacyjnego na zasadach obowiązujących obywateli polskich.

Rekomendacje lekarzy ekspertów w zakresie kształcenia wskazują na konieczność utrzymania wysokiego poziomu jakości udzielania świadczeń zdrowotnych, a tym samym wprowadzenie do obowiązującego porządku prawnego nowego egzaminu państwowego, tj. Państwowego Egzaminu Modułowego (PEM), który odbywany będzie w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, z zastrzeżeniem, że będzie obowiązywał tylko tych lekarzy, którzy rozpoczną szkolenie specjalizacyjne po dniu wejścia w życie ustawy”.

Wprowadzone zostaną przepisy normujące wydawanie prawa wykonywania zawodu lekarza albo lekarza denty sty. Te dotyczące przeprowadzania eksperymentów medycznych wymagają aktualizacji do bieżących potrzeb uwzględniających również prawa pacjenta, a także wprowadzone zostają sankcje za ich nieprzestrzeganie. Nowelizacji podlega jednocześnie ustawa o zawodzie felczera w zakresie dostosowania jej przepisów do stanu bieżącego i ustawa o izbach lekarskich jako konsekwencja dosto-



▷ sowania jej przepisów do zmian wprowadzonych w projekcie niniejszej ustawy.

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzej Matyja poinformował – czytamy na stronie www.interia.pl – że projekt nie został dotychczas przekazany NRL, a jego ostateczna wersja nie została nigdzie udostępniona. Jesteśmy zaniepokojeni trybem procedowania ustawy, tym bardziej że projekt przyjęty przez Radę Ministrów nie był z nami konsultowany. Niedopuszczalna jest sytuacja, w której ustawa dotycząca wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentystry była przyjmowana przez Radę Ministrów

bez konsultacji jej ostatecznej wersji z samorządem lekarskim – wskazał Matyja.

Według tego samego źródła projekt nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, przyjęty w tym tygodniu przez Radę Ministrów, znajdzie się wkrótce na stronach Rządowego Centrum Legislacji – przekazał PAP rzecznik resortu zdrowia, Wojciech Andrusiewicz. Wyjaśnił, że obecnie wprowadzane są autopoprawki, a dokument jest scalany.

(ap)

(przedruk z Biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 2/20)

TAKIE SĄ PLANY RESORTU ZDROWIA NA NAJBLIŻSZE CZTERY LATA

8 stycznia, podczas posiedzenia Sejmowej Komisji Zdrowia szef resortu zdrowia ŁUKASZ SZUMOWSKI poinformował o planach ministerstwa na lata 2020–2023. – Ilość działań priorytetowych jest duża – ocenił, mówiąc głównie o kontynuowaniu zmian z poprzedniej kadencji rządu. Ze strony posłów padło jednak wiele uwag, między innymi taka, że minister nie wspomniał o pogarszającej się kondycji finansowej szpitali.

Łukasz Szumowski mówił m.in. o potrzebie kontynuowania zmian w polityce lekowej, onkologii, profilaktyce chorób, psychiatrii, o likwidowaniu kolejek do lekarzy.

– W systemie ochrony zdrowia w ciągu nawet czterech lat nie da się przeprowadzić zmian rewolucyjnych, które by całkowicie wyeliminowały patologie czy bóleczki. Wiele z tych projektów, które rozpoczęliśmy, jest obliczone na co najmniej dwie kadencje, poczynawszy od wzrostu nakładów – wskazywał.

Łukasz Szumowski przypomniał, że w roku 2019 na ochronę zdrowia przeznaczono ponad 100 mld zł. – W tym roku planujemy przeznaczyć ponad 107,5 mld zł. W ubiegłym miało być 4,9% PKB, a przeznaczyliśmy 5,25% PKB, czyli więcej niż obowiązująca nas ustawa – zaznaczył. Szef resortu zdrowia wyliczył, że w roku 2024 r. środki te będą wynosiły 160 mld zł.

Przed wszystkim onkologia

Podkreślił, że jednym z „zapalnych i kluczowych” obszarów jest polityka lekowa państwa. – Wszyscy wiemy, że została utworzona lista leków 75+. 2,8 mln seniorów otrzymało ponad 155 mln opakowań leków. Są także nowe pozycje na liście leków refundowanych – mówił.

– W perspektywie 15–20 lat rosnąć będzie problem onkologiczny – przyznał Szumowski i przypomniał, że „zeszła kadencja była pod hasłem onkologii”. Minister zdrowia wskazywał m.in. na strategię onkologiczną, „która jest teraz w konsultacjach” i – jak zaznaczył – została pozytywnie przyjęta przez środowisko. – Wreszcie będzie-

my mieli spójną politykę w zakresie i przeciwdziałania, i terapii – mówił.

Przypominał, że niezwykle istotny jest pilotaż krajowej sieci onkologicznej. – Wdrożyliśmy go już w czterech województwach i na tym ten pilotaż się kończy. Nie będziemy dołączać kolejnych województw. Następnym krokiem jest wyciągnięcie wniosków z pilotażu i rozciągnięcie go na cały kraj jako strategii – mówił minister Szumowski. – Będziemy ujednolicać standard oceny patomorfologicznej – zapowiedział też minister, mówiąc, że celem jest m.in. jakość. Mówił też o rozwoju cancer unitów (centrów leczenia narządowego), w tym leczących raka piersi, które – jak wskazał – „są już w trakcie kontraktowania”. – Opracowywane są uny jelita grubego i raka płuca. Zgłaszane są też potrzeby w zakresie raka prostaty i hematologiczne – sprecyzował.

Szumowski wspomniał o 900 mln zł na rewitalizację Narodowego Instytutu Onkologii oraz o potrzebie wprowadzenia do Polski nowoczesnych metod leczenia nowotworów, m.in. CAR-T.

Zapowiedział też rozwój badań profilaktycznych. – Chcemy w 2021 r. zacząć realizować szczepienia przeciw HPV, aby wyeliminować raka szyjki macicy i w dużym stopniu nowotwory głowy i szyi – mówił.

– Zobowiązaliśmy się do darmowych badań profilaktycznych dla osób po 40. roku życia. Szacujemy, że to jest 14 mln osób i wśród nich możemy wykryć dwa miliony chorych. Wprowadzenie tak szerokiego programu może skutkować fałszywie dodatnimi i fałszywie ujemnymi wynikami. Jest pytanie, w jaki sposób to zorganizujemy, aby do badań profilaktycznych zgłosiło się wiele osób – mówił.

Co jeszcze najważniejsze

Wskazywał także na potrzebę wsparcia polityki senioralnej poprzez rozwój dziennych domów opieki medycznej, ZOL-i i centrów 75+. – DDOM-y są obecnie wpiśwane do koszyka świadczeń gwarantowanych. Mam

nadzieję, że za chwilę trafią do programów konkursowych NFZ – powiedział.

– Bardzo szybko zwiększamy finansowanie zakładów opiekuńczo-leczniczych. Opracowujemy również pewne działania, które pozwolą na przekształcanie i tworzenie ZOL-i w jednostkach sieci szpitali. Po to, żeby szpitale, w których często przewlekłe chorzy leżą na internie, część pacjentów mogły przekazać pod opiekę ZOL. Opieka nie powinna być tak medykaliżowana – tłumaczył szef resortu zdrowia.

Mówił też o likwidowaniu kolejek do specjalistów poprzez wprowadzenie „nie limitów”. – Wiemy, że wprowadzenie nielimitowanych świadczeń do specjalistów jest swego rodzaju koniecznością. Musimy działać wieloaspektowo. Po pierwsze „nie limity”, po drugie zwiększenie wyliczenia AOS, po trzecie zwiększenie liczby specjalistów w wybranych obszarach – mówił Szumowski.

Jego zdaniem środowisko POZ „w tej chwili bardzo rozsądnie podchodzi do sprawy koordynacji między AOS a POZ”. Coraz więcej programów jest dedykowanych dla POZ, w postaci płacenia za efekty. – I to jest kolejny kierunek, który będziemy bardzo wzmocniać – wszelkie mechanizmy w NFZ, które pozwolą płacić za efekt, a nie tylko za usługę – podkreślał.

Minister zdrowia zapowiedział, że w tej kadencji czeka nas rozszerzenie KOS-zawał jako standardu obowiązującego w całej Polsce. Jak mówił, okazuje się, że po jego wprowadzeniu, przy czysto administracyjnych działaniach, czyli utrzymaniu pacjenta pod opieką kardiologa i rehabilitacji kardiologicznej, umieralność w pierwszych latach po zawale spadła o 30%.

Wspominał też o Narodowym Programie Zdrowego Serca. – Został zlecony do opracowania – zapowiedział. Dodał, że „mamy też KONS”, czyli program kompleksowej opieki nad pacjentami z niewydolnością serca. – Docelowo jest to projekt, który musimy wdrożyć i się z nim zmierzyć. Tutaj ogromne znaczenie ma rola współpracy lekarzy pierwszego kontaktu z ośrodkami wysokospecjalistycznymi – mówił.

Kolejne zapowiedzi

Minister zdrowia zwrócił też uwagę na przygotowanie Narodowego Planu dla Chorób Rzadkich, gdzie „był problem ze specyfiką leków dla małych grup pacjentów”. Zaznaczył, że wymagane jest tu inne podejście do procesu refundacyjnego. Ponadto wspominał o poprawie żywienia szpitalnego.

– Wystandaryzowanie żywienia szpitalnego zaczęliśmy od kobiet ciężarnych. Ale myślę, że powinniśmy rozszerzyć je na większą populację. Spotkało się to z bardzo dobrym odzewem ze strony jednostek i myślę, że pacjenci tego oczekują – mówił.

Potwierdził, że resort chce zmienić model dziecięcej opieki psychiatrycznej. Potrzebujemy terapeutów, psychologów. – Rusza program kontraktowania trzystu poradni,

gdzie będą oni na tzw. pierwszym poziomie, a dopiero na drugim i trzecim psychiatrzy. To muszą być poradnie blisko szkół. Przewidujemy finansowanie ryczałtowe na jedną poradnię w kwocie ok. 500 tys. zł rocznie. To pozwoli zapewnić 4-osobowy zespół – poinformował Szumowski.

Minister mówił też o informatyzacji ochrony zdrowia, która jego zdaniem „przebiega na razie bez większych problemów”. Przy tej okazji wspominał o e-recepcie: – Mamy obecnie 4 tys. e-recept na minutę. To pokazuje skalę, z jaką się zmierzaliśmy i jaką udało nam się udźwignąć – ocenił. – Chcemy zmienić zapisywanie się do specjalistów na zdalne, a nie przez pobranie numerka – zapowiedział. Dodał, że polską ochronę zdrowia czeka też inny „ogromny temat” w tej kadencji – e-skierowanie i elektroniczna dokumentacja medyczna do końca 2021 r.

Potwierdził, że obligatoryjnie rozpoczęto wdrażanie rejestrów efektów leczenia. – Ruszyliśmy z nimi w części ortopedii, części kardiologii, okulistyce. Docelowo ten model musi być bardzo powszechny – zaznaczył. Wyjaśnił, że NFZ powinien nie tylko płacić za usługę, ale także analizować, jak została wykonana i jakie dała efekty. Wspominał, że korpus kontrolerski w Centrali NFZ będzie rozbudowywany. – Kontrolerów było za mało, by móc realizować postulaty pacjentów o kontrole w niektórych jednostkach – mówił.

Wśród legislacyjnych zapowiedzi minister Szumowski wymienił przyjęty ostatnio przez rząd projekt ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. – Chcielibyśmy nowelizować prawo farmaceutyczne i ustawę refundacyjną – dodał.

Nie długi, a deficyt kadr

Informacja ministra Łukasza Szumowskiego spotkała z wieloma uwagami posłów. Jerzy Hardie-Douglas, lekarz i poseł PO, pytał m.in., dlaczego szef resortu nie odniósł się do coraz większego problemu zadłużających się szpitali. Minister zaznaczył, że zadłużenie szpitali w stosunku do rosnących nakładów pozostaje na stałym poziomie, a dla niego „znacznie większą bolączką jest brak kadr medycznych”.

Przekonywał, że przyjęta 7 stycznia przez rząd ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry daje lekarzom znacznie szybsze wejście do zawodu przy zdaniu egzaminu śródkresowego. – W czasie specjalizacji dany lekarz może wykonywać świadczenia i być raportowany do NFZ jako pełnoprawny uczestnik systemu. To pozwoli na szybsze wchodzenie do zawodu już po dwóch latach i zdaniem egzaminie dla tych lekarzy, którzy będą chcieli. To zwiększa również ich atrakcyjność na rynku pracy – mówił.

Dodał, że nowa ustawa ma zmienić sytuację, w której nawet niektórzy wybitni absolwenci nie mogli się dostać na specjalizację, bo nabór był wojewódzki. – Odpadali w województwach, gdzie próg był bardzo wysoki. W tej chwili będzie to całkowicie centralny nabór. Absolwenci będą mogli zaproponować miejsce, gdzie chcą od-





bywać specjalizacje. Część specjalizacji będzie musiała się odbyć w szpitalach I i II stopnia referencyjności, czyli najczęściej w szpitalach powiatowych i miejskich.

Wątek kadrowy był jednym z tych, który przewinął się szerzej podczas posiedzenia komisji. Elżbieta Gelert, posłanka PO, dyrektor generalny Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu, zwróciła uwagę, że placówkom, które są oddalone od ośrodków uniwersyteckich i nie są klinikami, zdecydowanie trudniej uzyskać miejsce akredytacyjne na prowadzenie szkolenia. Apelowwała, żeby zweryfikować wymogi stawiane tym placówkom. Wyjaśniła: – Są to często wymogi czysto formalne, typu liczba łóżek szpitalnych albo czas leczenia pacjenta. Piętrzące one biurokratyczne bariery, utrudniają zdobycie miejsca specjalizacyjnego dla lekarzy.

Oceny i polemiki

Podczas posiedzenia swoją intrygującą ocenę sytuacji w ochronie zdrowia przedstawił też m.in. przedstawiciel Konfederacji w Sejmowej Komisji Zdrowia, Janusz Korwin-Mikke. Nie zgodził się z tezą, że więcej pieniędzy w państwowym systemie – o co dopominało się wielu posłów – polepszy sytuację. Ponadto nie tylko skrytykował zamierzenia MZ na lata 2020–2023, ale nawet zanegował całkowicie potrzebę funkcjonowania służby zdrowia.

– Dlaczego jest źle? Bo istnieje służba zdrowia. Dużo byśmy zyskali całkowicie ją likwidując. Opieka zdrowotna powinna funkcjonować tak jak weterynaria, która jest jedyną dziedziną medycyny działającą bezbłędnie. Nie

ma kolejek i leczenie jest tańsze – przekonywał libertarianin. Dodał: – W kapitalizmie było normalnie, że ten, kto miał pieniądze, to przeżywał, kto nie miał pieniędzy, ten nie przeżywał. To było uczciwie i sprawiedliwie. Natomiast tutaj kto ma znajomości, to sobie daje radę – szokującą puentował Korwin-Mikke.

Czesław Hoc (PiS), wiceprzewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia, bronił natomiast na posiedzeniu polityki resortu realizowanej w minionej kadencji, przekonując, jak dużo już zrobiono i że generalnie idziemy w dobrym kierunku. – Nie powinniśmy się zaciętrzewiać politycznie, tylko mówić prawdę. Oczywiście, że nie jest wspaniale w ochronie zdrowia, ale pewna poprawa jest zauważalna – przedstawiał swój punkt widzenia. Jak przekonywał, osiągnięciem jest obligatoryjność wzrostu nakładów na zdrowie do 6% PKB. Jego zdaniem również sieć szpitali to niewątpliwe osiągnięcie, ponieważ – jak stwierdził – zapewnia ona poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego dla każdego obywatela, co jest wymogiem konstytucyjnym. – W każdym powiecie musi być szpital, co najmniej z podstawowymi oddziałami, to właśnie robi ministerstwo – mówił poseł Hoc. Skrytykował też opozycję za sprzeciwianie się centralizacji w ochronie zdrowia. – Dlaczego w takim razie za długi szpitali, których organem prowadzącym jest powiat czy samorząd, ma zapłacić rząd? – dopytywał, przedstawiając swój pogląd na temat odpowiedzialności za zadłużenie lecznic.

Jacek WYKOWSKI

(przedruk z „Rynku Zdrowia” nr 1-2/20)

KOLEJNA DEKADA CYFRYZACJI. CO DALEJ?

Przejdźcie na elektroniczne recepty oznacza finalizację dotychczas największego projektu e-zdrowia zrealizowanego w Polsce. Na horyzoncie są jeszcze e-skierowania. I na razie to wszystko jeżeli chodzi o wielkie plany – tak przynajmniej wynika z tego, co dociera z MZ i CSIOZ. A do zrobienia jest o wiele więcej. Co powinna obejmować strategia zdrowia cyfrowego na lata 2020–2030?

Technizacja zdrowia

PI, czyli Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (dziś funkcjonująca pod nazwą „Platforma e-Zdrowie”), ma długą historię. Zmieniało wielokrotnie zakres projektów, równie często – terminy uruchomienia kolejnych funkcjonalności. Według aktualnie realizowanego etapu, zaplanowanego i budżetowanego do 15 sierpnia 2020 r. (wartość dofinansowania w kwocie 157 mln zł), wprowadzone zostaną takie usługi jak m.in. e-recepty oraz e-skierowania. Lekarze mają zyskać dostęp do elektronicznych danych o stanie zdrowia pacjenta, pacjenci – do swojej historii medycznej. Projekt zakłada

także bieżącą analizę danych o zdarzeniach medycznych, nie konkretyzując co będzie obejmowała.

Jednocześnie MZ oraz CSIOZ, we współpracy z NFZ, rozwijają elektroniczne konto pacjenta. I tak pacjent otrzyma receptę w pełnej formie cyfrowej (jako kod przesłany SMS-em lub e-mailem), jeżeli takie konto posiada, zaloguje się na niego i wprowadzi odpowiednie dane. Dziś można na koncie sprawdzić zrealizowane usługi, rozpoznanie i recepty.

W tym bardzo technicznym podejściu brakuje kilku elementów, bez których cyfryzacja będzie posuwała się do przodu bardzo mozolnie. Po pierwsze – szerokiej kampanii informacyjnej w stronę pacjentów. Liczne artykuły w prasie popularnej i spoty w telewizji promowały z końcem 2019 e-receptę. To nie wystarczyło. W efekcie elektroniczna recepta będzie taką tylko połowicznie – w zdecydowanej większości pacjenci odbiorą po prostu wydruk informacyjny, ale nadal w formie papierowej (z początkiem stycznia 2020 konto pacjenta posiadało ok. 1 mln osób). Można argumentować, że liczy się przede wszystkim zapis cyfrowy i to, że recepta będzie czekała już w aptece i jest to — de facto – po części ogrom-

na zaleta. Ale oznacza to też, że nie wykorzystano okazji do tego, aby przeprowadzić zmianę na większą skalę. Ta wymaga jednak strategii i działań zaplanowanych na lata, kuszenia konkretnymi korzyściami zamiast spotów w prasie, radio i TV. W cyfryzacji trzeba też zainwestować w ludzi, nie tylko rozwiązania IT.

Jak przeprowadzić transformację?

Cyfryzacja sektora zdrowia nie jest zadaniem łatwym o czym przekonało się wiele państw. Ochrona zdrowia jest sektorem wyjątkowo skomplikowanym, gdzie ilość uczestników, zależności między nimi i regulacji powodują, że każda reforma jest trudna. Nowe prawo uchwalone odgórnie to za mało. Trzeba przekonać i przygotować kadry, działać zespołowo. Akademia CSIOZ, która uaktywniła się w związku z e-receptą, jest dobrym początkiem. Zapowiedź wprowadzenia kursów online także brzmi obiecująco. Można jednak zrobić dużo więcej. Przykładem jest zadłużenie szpitali, które sięga obecnie już ok. 14 mld zł. Wynika ono z wielu czynników. Rosną koszty zatrudnienia, prawie nie zmieniają się wy ceny procedur. Szpitale są studnią bez dna. Są jednak tacy, którzy w trudnych warunkach systemowych radzą sobie całkiem nieźle. Wiele zależy bowiem od sprawnego zarządzenia i wiedzy. Sfinansowanie menedżerom wszystkich szpitali kursów na kierunku MBA w ochronie zdrowia kosztowałoby kilkanaście milionów złotych, co jest nieporównywalnie małą kwotą w stosunku do obecnego poziomu długów. Trudno przewidywać z góry efekt, ale inwestowanie w kapitał ludzki sprawdza się zawsze w dłuższej perspektywie. W cyfryzacji pomysłów nie trzeba szukać daleko. Brytyjski NHS, odpowiednik polskiego NFZ, prowadzi projekt kształcenia lekarzy z zacięciem przedsiębiorczym. Wielu z nich zakłada innowacyjne startupy generujące wartościowe rozwiązania cyfrowe.

Lekarze w Polsce pilnie potrzebują wiedzy nie tylko o tym, jak wystawić e-receptę albo e-skierowanie. Ale o tym, jak biele poruszać się po nowej rzeczywistości cyfrowej, wykorzystywać szanse i radzić sobie z zagrożeniami, chociażby związanymi z bezpieczeństwem danych. To o wiele więcej niż szkolenia techniczne. Tego typu inicjatywy powinny być organizowane przez lokalne organizacje ochrony zdrowia, jak Regionalne Izby Lekarskie lub inne stowarzyszenia lekarzy i prowadzone przez ekspertów w tej dziedzinie. Obowiązek doskonalenia zawodowego lekarzy powinien przewidywać zdobywanie punktów edukacyjnych w tematach związanych z digitalizacją. I znowu – oprócz wiedzy dotyczącej pojedynczych zastosowań systemów IT, chodzi przede wszystkim o uświadamianie konieczności zmian i kreowanie nowej kultury przychylnej cyfryzacji. Bo od tej nie ma odwrotu. To samo dotyczy pielęgniarek, których rola w digitalizacji jest cały czas ignorowana. A to one często uzupełniają dokumentację medyczną,

prowadzą wstępny wywiad z pacjentem albo wystawiają recepty. Inwestować trzeba też w przyszłe kadry. W szpitalach komputery to norma, do zastosowań klinicznych wchodzi sztuczna inteligencja i wirtualna rzeczywistość, a program nauczania na uniwersytetach medycznych nie zmienił się od dekad. A to młodzi lekarze mogliby być kołem zamachowym zmian.

Oczekiwania a rzeczywistość

Cyfryzacja rozumiana jako zastępowanie procesów analogowych cyfrowymi niczego nie zmieni. Wręcz przeciwnie – jeżeli stare, niewydajne procesy zostaną ucyfrowione, nadal będą niewydajne, a do tego jeszcze staną się drogie. Bo wdrożenie systemów IT i zakup sprzętu kosztuje. Niejednokrotnie bardzo dużo, stąd inwestując mamy nadzieję na konkretny zwrot z inwestycji mierzony w różny sposób: poprawą jakości obsługi pacjenta, lepszymi wynikami klinicznymi, wygodą pracy, oszczędnościami. Argumentów jest wiele, wśród nich pojawiają się też m.in. eliminacja błędów, dostęp do danych, komfort pracy lekarza, łatwiejsze administrowanie jednostką. Osiągnięcie przynajmniej części z wymienionych korzyści nie jest łatwe. Trzeba dobrze zaplanować cały proces wdrożenia, zaczynając od zmiany architektury procesów, dopiero w kolejnym etapie nakładając na udrożnione procedury nową strukturę informatyczną. Na efekty trzeba będzie czasami czekać latami, zanim nowa organizacja pracy ustabilizuje się, a ludzie w pełni zaadaptują się do przeobrażonej rzeczywistości. Informatyzacja to proces zmiany. Zmiany kultury organizacyjnej i wieloletnich przyzwyczajzeń. A to już o wiele więcej niż to, w jaki sposób najczęściej przeprowadzany jest proces digitalizacji w schemacie „wybór systemu – wdrożenie – oczekiwanie na cud.”

Z podobnym wyzwaniem mamy do czynienia na szczeblu centralnym. System ochrony zdrowia, niewydajny i potrzebujący dogłębnych reform, próbuje się naprawić informatyzacją, obiecując oszczędności albo uszczelnienie procesów. Oczywiście, e-recepta zmniejszy ilość błędów wynikających z nieczytelności recept, być może zmniejszy liczbę wizyt związanych z koniecznością odbioru recepty na lek zażywany w przypadku chorób przewlekłych. To drobne, ale ważne zmiany. Jednak z perspektywy całego sektora, trudno oczekiwać rewolucji. Wiele można nauczyć się od innych i już dziś zastanowić, jak włączyć IT w reformowanie całego systemu, a nie traktować obydwu zagadnień w oderwaniu od siebie. W ten sposób można też z wyprzedzeniem zapobiegać niektórym problemom. Przykładowo, przejście na elektroniczną dokumentację medyczną w USA spowodowało, że lekarze dużą część wizyty poświęcają wprowadzaniu danych do komputera, co rodzi frustrację i rozczarowanie informatyzacją. Z opóźnieniem informatyzując sektor zdrowia mamy przewagę w postaci możliwości uczenia się na błędach i czerpania z najlepszych praktyk.





Bez przełomowych pomysłów i energii

Obiektywnie trzeba przyznać, że MZ w obecnym składzie wiele uwagi poświęciło digitalizacji. Minister Janusz Cieszyński stał się twarzą tego procesu, a cyfryzacja – tematem numer jeden ostatnich miesięcy. O tym, że wpływ lidera na proces zmiany jest ważny, widać po projektach, które udało się zrealizować dzięki determinacji. Przykładem jest zwolnienie elektroniczne. Wielu powątpiewało, że można go wdrożyć na czas. Ale udało się i dziś działa płynnie. Niezależnie od trudności i przerw technicznych na początku – w projektach IT trudno o sytuację, gdzie wszystko funkcjonuje idealnie już na samym starcie. Ważne jest szybkie reagowanie na niedociągnięcia i przygotowanie projektu z uwzględnieniem potencjalnych zakłóceń.

Ten potencjał lidera MZ jest jednak po części zmarnowany. Resort zdrowia wprowadził słusznie rozbił ogromny, przytłaczający wielki projekt e-zdrowia na pojedyncze etapy, ale tym samym zapomniał o całości tego, co chce osiągnąć. Jednym słowem – o strategii. Ta była zapowiedziana z końcem 2017 roku, ale ostatecznie nigdy

nie ujrzała światła dziennego, poza częściowymi założeniami. – „Strategię Rozwoju e-Zdrowia w Polsce na lata 2018–2022” zaprezentowali kierujący wiodącymi w projekcie resortami – Minister Cyfryzacji Anna Streżyńska oraz Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł” – informował z końcem 2017 r. CSIOZ i MZ. W styczniu 2018 miała zostać przyjęta, jednak ślad po niej zaginął. A szkoda, bo nawet ogólny dokument wskazałby priorytety i kierunki działania, dając zarządzającym placówkami punkt zaczepienia dla planowanych inwestycji. Taki dokument, odpowiednio przygotowany, mógłby też być inspirującą wizją na bieżąco konkretyzowaną rozwiązaniami legislacyjnymi. – *Po przyjęciu strategii od razu przechodzimy do opracowania planu działań operacyjnych. Przed nami wiele pracy nad całym obszarem ochrony zdrowia, by zarówno obywatele, jak i pracownicy służby zdrowia odkryli potencjał cyfryzacji* – mówił na konferencji prasowej w grudniu 2017 ówczesny minister zdrowia Konstanty Radziwiłł. Rezygnacja ze strategii kosztować nas będzie utratę wielu szans wynikających z cyfryzacji.

(przedruk z „OSOZ” nr 12/19)

POTRZEBUJEMY PROGRAMU ROZWOJU KADR MEDYCZNYCH

Brak atrakcyjnej ścieżki rozwoju zawodowego, problemy kadrowe i placowe, niewykorzystywanie kompetencji, potrzeba wprowadzenia do systemu ochrony zdrowia nowych profesji. Między innymi o tym rozmawiali przedstawiciele pięciu samorządów zawodów medycznych podczas jednej z sesji XV Forum Rynku Zdrowia (Warszawa, 21–22 października). Panel pt. „Zawody medyczne – opieka zdrowotna to nie tylko lekarze i pielęgniarki” stał się okazją do spojrzenia na system ochrony zdrowia z perspektywy różnych grup zawodowych.

Fizjoterapeuci: Polacy nie wiedzą, czym się zajmujemy

Dr hab. Maciej Krawczyk, prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów, przywołał wyniki badania opinii publicznej zleconego w tym roku przez samorząd zawodowy fizjoterapeutów. – *Okazało się, że ok. 50% ankietowanych nie wie, w jakim zakresie fizjoterapeuci pomagają pacjentom. Tymczasem w wielu krajach fizjoterapeuci nie tylko wykonują obowiązki wynikające z programu ich studiów, ale też przejmują tzw. płytkie kompetencje w zakresie innych zawodów medycznych* – podkreślał.

– *Fizjoterapeuci są trzecim pod względem liczebności zawodem medycznym w Europie. W Polsce jest nas obecnie 66 tys.* – informował. – *Leczymy m.in. pacjentów, którym w zasadzie już nikt nie może pomóc. Są schorzenia, w których fizjoterapia jest jedynym środkiem leczniczym. Tymczasem do fizjoterapii w naszym kraju dostępu nie ma, między innymi, kilka milionów pacjentów z astmą, 2 mln osób*

z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP). Około 2 mln Polek z NTM (nietrzymanie moczu) nie wie, że to właśnie fizjoterapia może im pomóc – dodał prezes Krawczyk.

Uciekają z publicznego systemu, wyjeżdżają z kraju

Podkreślał, że przedstawiciele pięciu zawodów medycznych biorący udział w dyskusji podczas XV Forum Rynku Zdrowia reprezentują łącznie ok. 600 tys. osób pracujących w systemie opieki zdrowotnej. – *Od niedawna nasze samorządy zaczęły ściślej ze sobą współpracować. Uważam, że potrzebny jest narodowy program rozwoju i ochrony kadr medycznych* – mówił dr hab. Maciej Krawczyk.

Czemu służyć miałby taki program? – *Jeżeli student pierwszego roku kierunku lekarskiego mówi mi, że w jego grupie już jedna trzecia uczy się języka norweskiego i szwedzkiego, aby kiedyś wyjechać z Polski, to musi nas taki stan rzeczy smucić i bardzo mocno niepokoić* – odpowiadał prezes Krawczyk. W jego opinii poważnym wyzwaniem jest nie tylko emigracja zarobkowa lekarzy i innych przedstawicieli zawodów medycznych, ale również ich „ucieczka” z publicznego, refundowanego systemu opieki zdrowotnej do sektora prywatnego. – *Konieczna jest m.in. ścieżka rozwoju w zawodach medycznych. Dzisiaj jest ona bardzo płaska. Robimy specjalizację, potem kilkaset zł za wysługę lat i na tym koniec. To nie zachęca do pozostawiania w publicznym sektorze ochrony zdrowia* – podkreślał prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów.

Pielęgniarki: droga do wypełnienia luki pokoleniowej jest daleka

Zofia Małas, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, wskazywała, że w ciągu trzech ostatnich lat, poprzez intensywne działania na rzecz promocji zawodu pielęgniarki i położnej oraz za sprawą wynegocjowanych podwyżek płac udało się odwrócić negatywny trend, polegający na odchodzeniu absolwentek od zawodu. Nie oznacza to jeszcze wypełnienia luki pokoleniowej w zawodzie. Jakie działania są więc potrzebne, aby tę lukę kiedyś zasypać?

– W 2015 r. średnia wieku pielęgniarki w Polsce wynosiła 50 lat, a ich liczba na 1000 mieszkańców sięgała 5,4. Obecnie ten deficyt kadrowy w naszym zawodzie jest jeszcze większy – mamy 5,16 pielęgniarek na 1000 obywateli. Dzieje się tak mimo powstrzymania odchodzenia absolwentek pielęgniarstwa od zawodu – informowała prezes Małas. – Dlatego postawiliśmy na dialog, a nie protesty. Nie było to łatwe. Opracowaliśmy po roku wspólnej pracy z Ministerstwem Zdrowia strategię dla naszego zawodu – zaznaczyła. Przypomnijmy, że 18 października Rada Ministrów zaakceptowała uchwałę ws. przyjęcia dokumentu „Polityka Wieloletnia Państwa na rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce”.

Prezes Małas przypominała, że strategia obejmuje 5 obszarów: kształcenie przed- i podyplomowe; pomocniczy zawód – opiekun medyczny; poszerzanie kompetencji; warunki pracy i płacy; normy zatrudnienia; promocja zawodu. W strategii zapisano, że w ciągu 15 lat Polska dojdzie do średniej unijnej liczby 9,4 pielęgniarek na 100 tys. mieszkańców. – Mamy w Polsce ok. 40 tys. opiekunów medycznych, ale tylko 6–8 tys. z nich pracuje w szpitalach. Powinniśmy więc zachęcić do pracy w szpitalach znacznie więcej osób z kwalifikacjami opiekunów. Nie trzeba kończyć 3-letnich studiów, aby wykonywać proste czynności higieniczno-pielęgnacyjne, co bardzo obciąża pielęgniarki – mówiła Zofia Małas. I dodała: – Około 30% czynności, które obecnie wykonują pielęgniarki, można przekazać opiekunom medycznym. Pozwoli to pielęgniarkom zająć się bardziej specjalistycznymi czynnościami i przejąć więcej kompetencji od lekarzy – podsumowała prezes NR PiP.

Farmaceuci: od 28 lat czekamy na ustawę o naszym zawodzie

Z kolei Elżbieta Piotrowska-Rutkowska, prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej, podkreślała, że farmaceuci już od 28 lat czekają na ustawę o zawodzie farmaceuty. Ostatnio pojawiła się szansa, że taka regulacja wreszcie zostanie przyjęta. 11 października br. projekt ustawy został przekazany do rozpatrzenia przez Stały Komitet Rady Ministrów. Dlaczego takie przepisy są potrzebne?

– Przez wiele lat zawód farmaceuty był marginalizowany i niedostrzegany. Czas to zmienić i dostosować się do standardów europejskich. Jeżeli tego nie zrobimy, nie będzie chętnych do podejmowania tej profesji. Kształcenie na tym kierunku jest bardzo kosztowne, studia są trudne. Ich ukoń-

czenie daje pełne kwalifikacje do wykonywania zawodu farmaceuty – przypominała prezes Piotrowska-Rutkowska. – Nasze kwalifikacje są zupełnie niewykorzystywane, rola farmaceuty w aptece ogólnodostępnej została ograniczona do wydawania leków. W Polsce jest ok. 30 tys. farmaceutów, braki kadrowe są bardzo dotkliwe. Na jedną aptekę przypada tylko 1–2 farmaceutów. Oznacza to, że przez pewien czas farmaceuty nie ma w aptece, co jest niezgodne z przepisami prawa – podkreślała. Dodała: – Młodzi farmaceutyci nie widzą możliwości realizowania swoich ambicji i celów zawodowych. Dlatego coraz częściej decydują się na opuszczenie kraju. Statystycznie w ciągu roku emigruje z Polski cały rocznik absolwentów wydziału farmacji. Jeżeli nie powstrzymamy tego trendu, grozi nam kadrowa zaopać w sektorze aptecznym – przestrzegala prezes NRA.

Diagności laboratoryjni: w końcu i nas może zabraknąć

Alina Niewiadomska, prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, informowała, że średnie uposażenie diagnostów laboratoryjnych wynosi: bez specjalizacji – 2,2 tys. do 3 tys., a ze specjalizacją od 2,5 tys. do 3 tys. zł brutto. – Trudno się dziwić, że dobrze wyedukowana grupa zawodowa domaga się godnego wynagrodzenia – powiedziała prezes KRDL. – Reprezentuję w tej debacie najmniejszy samorząd. Jest nas 16,7 tys. Ale bez diagnostyki laboratoryjnej, bez badań, trudno postawić diagnozę i podjąć proces terapeutyczny – podkreślała Alina Niewiadomska. Zwróciła uwagę, że na 11 uczelniach prowadzony jest kierunek analityki medycznej, gdzie kształceni są przyszli diagnosty laboratoryjni. Przypominała, że diagnosty podejmują specjalizację w 13 dziedzinach.

– To jest profesjonalnie wykształcona kadra o wysokich kompetencjach, które nie zawsze są wykorzystywane – powiedziała. – Diagnosty są grupą zawodową, która podnosi swoje kwalifikacje za własne pieniądze. Nie realizujemy specjalizacji za środki publiczne, tylko prywatne, co przy istniejącym poziomie uposażeń jest ciężkim zadaniem – przyznała Alina Niewiadomska. Pytana, czy istnieje zagrożenie, że zabraknie diagnostów, prezes KRDL powiedziała, że „może ich zabraknąć, jeżeli problemy tej grupy, szczególnie finansowe, nie zostaną rozwiązane”.

Lekarze: przestańmy mnożyć specjalizacje

Członek Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej dr Jerzy Friediger wskazywał, że choć od dawna mówi się o niedoborze kadr medycznych, to niewiele w tej sprawie zrobiono. – Czy na uczelniach medycznych musimy kształcić studentów obcokrajowców? A dlaczego nie możemy nauczać większej liczby studentów z Polski? Mamy gotowe miejsca, uczelnie są na to przygotowane. Zmieńmy priorytet – apelował.

Dr Friediger nie zgodził się ze twierdzeniem, iż lekarze nie chcą dzielić się swoimi zadaniami z pielęgniarkami, farmaceutami czy fizjoterapeutami. – Nie strzeżemy zazdrośnie swoich kompetencji. Podejmowanie decyzji o le-





czeniu musi jednak wiązać się z odpowiedzialnością. Ten, kto podejmuje decyzje, musi za nie odpowiadać – powiedział dr Jerzy Friediger. Zaznaczył, że jest zwolennikiem rozszerzenia kompetencji farmaceutów, a fizjoterapeuci powinni mieć prawo do decydowania o zabiegach fizjoterapeutycznych.

W opinii dr Jerzego Friedigera należy skończyć z nieuzasadnioną mnogością specjalizacji w polskiej medycynie. – Jest 76 specjalizacji lekarskich, nie wiadomo po co. Nie wiadomo też, dlaczego specjalizacja obejmująca jedną chorobę trwa tyle, co trudna i odpowiedzialna z zakresu chorób wewnętrznych czy pediatrii – mówił dr Friediger.

Jaki system wynagrodzeń?

Odnosząc się do kwestii zarobków w różnych zawodach medycznych, wiceminister zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko przyznała podczas panelu, że wynagrodzenia pracowników medycznych są bardzo ważnym problemem, z którym musimy się w Polsce zmierzyć. – Dlatego podejmujemy w tym zakresie konkretne działania – zaznaczyła, dodając, że system wynagradzania pracowników medycznych wymaga publicznej debaty. – Dzisiaj mamy w tym zakresie swoisty podwójny system – częściowo jest regulowany odgórnie na podstawie aktów prawnych, a częściowo na poziomie podmiotów leczniczych. Obie metody mają swoich zwolenników i przeciwników. Należy się więc zastanowić, czy kontynuować regulacje odgórne, czy ustalić w ten sposób tylko pewne minimalne poziomy w poszczególnych zawodach, jak to się dzieje w przypadku trzech zawodów na gruncie ustawy o minimalnym wynagrodzeniu zasadniczym w ochronie zdrowia – mówiła wiceminister zdrowia. – Nie wnिकam w to, czy przyjęte w tej ustawie wskaźniki są odpowiednie. Natomiast wydaje się, że można – przy zachowaniu ustawowych minimów – pozostawić zarządzającym podmiotami leczniczymi dowolność w kształtowaniu wynagrodzeń. Z moich rozmów z dyrektorami placówek wynika, że chcą oni – jako odpowiadający za finanse i kadry tych jednostek – zachować istotny zakres decyzyjności w tej sferze płac – stwierdziła wiceszefowa resortu zdrowia.

Przenikanie kompetencji

Wskazywała też, że do zwiększenia zainteresowania zawodami medycznymi przyczyni się migracja kompetencji między poszczególnymi profesjami. – Przygotowywane są akty prawne, które pozwalają wykorzystać w poszczególnych zawodach wiedzę i umiejętności nabyte w toku kształcenia przed- i podyplomowego, by racjonalnie wykorzystywać w systemie przedstawicieli każdego zawodu – poinformowała Szczurek-Żelazko.

– Jest też kwestia powstawania zawodów medycznych, wprowadzenia ich do systemu, jak chociażby teraz mocno akcentowany opiekun medyczny. Kształcimy ich od wielu lat, a nie są wykorzystywani w systemie – podsumowała Józefa Szczurek-Żelazko.

Absolwenci zdrowia publicznego i dietetycy

W opinii dr. Grzegorza Juszczyka, dyrektora Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH, rozmawiając o problemach kadrowych w systemie opieki zdrowotnej, nie można pomijać absolwentów zdrowia publicznego (kształceni są od 2002 r.) oraz dietetyków.

– Obecnie na rynku pracy jest ok. 16 tys. osób z ukończonym kierunkiem zdrowie publiczne. Drugą istotną grupą zawodową, nie mającą wciąż swojego branżowego samorządu, stanowią dietetycy. To kolejny nieregulowany zawód w systemie, którego znaczenie będzie rosło. Przypomnę tylko, że w Polsce aż 60% mężczyzn i 50% kobiet w Polsce zmagają się z nadwagą lub otyłością – podkreślał dyrektor Juszczyk i wskazywał, że dietetycy nie tylko powinni udzielać świadczeń, ale także wspierać kompetencyjnie przedstawicieli innych zawodów medycznych.

– Jeżeli chodzi o absolwentów zdrowia publicznego, wydaje się, że powinniśmy zmierzać w kierunku wyznaczonym już przez inne kraje europejskie – zaznaczył dr Juszczyk, dodając, że chodzi o przekazywanie możliwie jak największego zakresu zadań i kompetencji administracyjnych, m.in. właśnie specjalistom zdrowia publicznego, aby lekarze mogli zajmować się przede wszystkim leczeniem, a nie obowiązkami biurokratycznymi.

Coraz więcej medycznych przedsiębiorców

Bogdan Łosicki z Zespołu Medycznej Oceny Ryzyka TUV PZUW wskazywał na kwestie związane z różnymi formami zatrudnienia pracowników medycznych w placówkach ochrony zdrowia.

– Niewątpliwie najbardziej bezpieczne dla pracujących jest zatrudnienie etatowe. Jednak, ze względu na poważne braki kadrowe w ochronie zdrowia, coraz częściej zawierane są umowy cywilnoprawne, m.in. z lekarzami mającymi zarejestrowaną własną działalność. Mamy więc grupę przedsiębiorców medycznych, funkcjonujących m.in. w szpitalach na nieco innych zasadach prawnych niż pracownicy etatowi – mówił Bogdan Łosicki. I dodał: – Znam takie szpitale, których dyrektorzy wprost przyznają, że gdyby wszystkich pracowników zatrudniali wyłącznie na etatach, bez możliwości zawierania kontraktów cywilnoprawnych, musieliby zamknąć prowadzone przez nich placówki.

Ekspert zaznaczył, że z formą zatrudnienia wiąże się też zakres odpowiedzialności za ewentualne błędy medyczne i szkody z nich wynikające. – W kontraktach zazwyczaj przewidziana jest współodpowiedzialność obu stron w takich sytuacjach. Pamiętać jednak trzeba, że każdy przedsiębiorca, także lekarz czy inny pracownik medyczny świadczący kontraktowo usługi dla danej placówki, musi mieć zawartą umowę ubezpieczeniową w zakresie zawodowej odpowiedzialności cywilnej – zwracał uwagę Bogdan Łosicki

Wojciech KUTA

(przedruk z „Rynku Zdrowia” nr 11-12/19)

STAGNACJA Z TENDENCJĄ SPADKOWĄ...

Z kierownikiem Kliniki Transplantologii i Chirurgii Ogólnej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy – profesorem Zbigniewem WŁODARCZYKIEM – rozmawia Agnieszka BANACH

W jakiej kondycji jest polska transplantologia?

Chciałbym powiedzieć, że w coraz lepszej... Rzeczywiście tak jest, jeżeli weźmiemy pod uwagę stosowane metody lecznicze, techniki operacyjne czy leki immunosupresyjne. Tu jesteśmy na takim samym poziomie, jak inne europejskie ośrodki. Niestety, kilka elementów budzi mój niepokój. Pierwszy, chyba najważniejszy, to zachodzące zbyt wolno zmiany w świadomości społecznej. Mam tu na myśli także społeczność lekarską, a może przede wszystkim społeczność lekarską. Czasami mam nawet wrażenie, że się cofamy. Zaskakuje mnie, z jaką niechęcią transplantologia spotyka się w środowisku medycznym. Dzieje się tak nie ze względu na przekonania, co do rozpoznania śmierci pnia mózgu – tu metodyka badania jest opisana tak dokładnie, że trudno dyskutować, jeżeli ktoś rozsądnie traktuje medycynę. Niedawno byłem w jednym ze szpitali w regionie, skąd otrzymaliśmy zgłoszenie o możliwości pobrania narządów. Tam z wielkim oddaniem działa jedna z koordynatorek transplantacyjnych. W przypadku, gdy w jej jednostce dochodzi do śmierci mózgu, to ona stara się, żeby zawsze była rozpoznawana i jeżeli jest możliwość pobrania narządów, robi wszystko, by to się powiodło. Przyjeżdża do szpitala, nawet jeżeli nie ma dyżuru, żeby zająć się zespołami transplantacyjnymi. Przygotowuje im np. kanapki, bo przecież czasami docierają w środku nocy, a przed sobą mają długą drogę powrotną. Ostatnio ze łzami w oczach zwierzyła mi się: „Wiesz, na mnie mówią, że jestem sęp, że poluję na narządy, a z pobrania robię święto, bo częściej kanapkami zespoły transplantacyjne”.

Ale chyba w taki sposób nie mówią lekarze?

To przerażające, ale niestety właśnie oni... Dla mnie ich zachowanie to obrona – reakcja na to, że ktoś robi za nas to, co my powinniśmy. To drażni i wtedy reagujemy atakiem na taką osobę, bo jest jak nasz wyrzut sumienia.

Wracając do moich niepokojów... Ciągłe oczekuję jasnego stanowiska Kościoła rzymsko-katolickiego! Wielokrotnie zostało wyrażone, ale powinno zabrzmieć o wiele wyraźniej. Trzeci element, który mnie martwi, to bezwład organizacyjny jednostek, które za transplantologię w Polsce odpowiadają.

Ministerstwo Zdrowia, Poltransplant, a może NFZ? Która z tych instytucji odpowiada za złą kondycję transplantologii?

Jestem głęboko rozczarowany postawą Ministerstwa Zdrowia i Poltransplantu. Ten ostatni nie prowadzi teraz żadnej przemyślanej działalności, zajmując się jedynie administrowaniem. Podobnie działa MZ oraz Krajowa Ra-

da Transplantacyjna, która za kreowanie polityki transplantacyjnej powinna wręcz odpowiadać, a tymczasem jej działalności w ogóle nie widać. Ministerstwo Zdrowia natomiast ogranicza się tylko do wydawania pieniędzy, nierzadko bezcelowo, na akcje promocyjne, spoty czy specjalne programy w telewizji na temat transplantacji. Podobno kosztują wielkie pieniądze. Czy w telewizji publicznej nie powinny być za darmo? Finansami na samą transplantologię MZ się już nie zajmuje. Tymczasem wycena procedury transplantacyjnej – kosztu pobrania, przeszczepienia i leczenia w pierwszym miesiącu z wszelkimi możliwymi powikłaniami – nie została zweryfikowana przez ostatnich kilkanaście lat! Nie zmienia się, pomimo tego, że ceny leków, wykonywanych czynności, wynagrodzenia i wielu innych składowych idą w górę. Jest najniższa w całej Europie i wynosi 42 tys. zł! Zupełnie więc nie pokrywa realnych kosztów, co prowadzi do tego, że szpitale nie są zainteresowane pobieraniem narządów, bo to oznacza dla nich dodatkowe koszty. Widzimy już wyraźnie, że liczba pobrań narządów stopniowo spada.

A więc – w jakiej kondycji jest polska transplantologia?

Jest w stagnacji z tendencją spadkową, a to najgorsze co może być dla tego typu dziedziny, która powinna się rozwijać. Czasami mam wrażenie, że jedynymi zainteresowanym losami transplantologii są pacjenci oczekujący na przeszczepienie narządów, lekarze transplantolodzy i niektórzy lekarze anesteziolodzy.

Podobno, jeżeli chodzi o stan transplantologii w Polsce możemy porównać się do Hiszpani, ale tej z lat 80. ubiegłego wieku... Czego nam brakuje, żebyśmy stali się Hiszpanią lat 20. tego wieku?

Wielokrotnie odwołujemy się do Hiszpanii jako do tzw. złotego standardu. Hiszpania, kraj bardzo podobny do nas społecznie, kulturowo i wielkościowo, wprowadziła u siebie bardzo istotną strukturę organizacyjną – sieć transplantacyjnych koordynatorów szpitalnych. Kształci ich w specjalnych centrach szkoleniowych i oferując przyzwoite zarobki, zatrudnia w szpitalach z tzw. potencjałem donacyjnym, czyli możliwością rozpoznawania śmierci mózgu. Hiszpańscy koordynatorzy są niezależni od dyrektorów placówek oraz zespołów anesteziologicznych. Zależą jedynie od centralnej organizacji transplantacyjnej.

Nasz system koordynatorów szpitalnych nazwał Pan karykaturą systemu hiszpańskiego... Co z nim nie tak?

U nas MZ stwierdziło, że jak skopiujemy ich system, to natychmiast staniemy się drugą Hiszpanią. Kalka jed-



▷ nak nie była dokładna. Opracowano program szkolenia koordynatorów transplantacyjnych – nieco bardziej ułomny niż ich. Funkcje koordynatorów najczęściej proponowane są osobom z zespołu anestezjologicznego szpitala, które za pracę otrzymują symboliczne wynagrodzenie. W rezultacie wygląda to tak, że taka osoba na rzecz Poltransplantu wykonuje usługę najczęściej tylko typu sprawozdawczego. Ma wprawdzie w obowiązkach asystowanie czy nadzór nad procedurą stwierdzenia śmierci mózgu, ale często nie może się w to zaangażować... W Polsce jest pracownikiem szpitala i jest zależna w sensie służbowym albo od ordynatora intensywnej terapii, albo od dyrektora. Najczęściej jest to lekarz albo pielęgniarka z OIT ze szpitala. Jeżeli więc szpital albo ordynator oddziału jest niechętnie nastawiony do rozpoznawania śmierci mózgu, to koordynator, który jest podwładnym, nie może nic zrobić. Nie może przecież swojego szefa rozliczyć z nierozpoznanych śmierci mózgu, nie może tego zaraportować, bo jest pracownikiem. To jest właśnie karykatura systemu hiszpańskiego – któryś z urzędników pomyślał, że jak nazwie kogoś koordynatorem, to wszystko zadziała jak w Hiszpanii... Zupełnie nie zrozumiano istoty funkcjonowania systemu koordynatorów, którzy muszą być niezależni! Powinni być pracownikami Ministerstwa Zdrowia, nie szpitala!

Czego jeszcze brakuje naszemu systemowi?

Szpitala, które nie dokonują rozpoznania śmierci mózgu, nie są z tego powodu rozliczane. Obowiązek zgłoszenia możliwości pobrania narządów wynika z przepisów ustawy i z Kodeksu Etyki Lekarskiej. Zaniechanie go nie jest jednak w żaden sposób obwarowane w ustawie sankcjami. Inaczej jest w Hiszpanii. Jeżeli szpitala nie dokonują tam rozpoznania śmierci mózgu, to analizuje się ich dokumentację i jednostka musi udzielić wyjaśnień, dlaczego w przypadkach, w których do śmierci mózgu doszło – nie została rozpoznana. W Polsce takiego nadzoru nie ma. Nie ma też prób wyjaśniania, dlaczego szpital nie dokonuje rozpoznania śmierci mózgu. Jednostki powinny być z tego rozliczane w taki sam sposób, jak za niezgłaszanie zakażeń wewnątrzszpitalnych. W każdym mieście, także w Bydgoszczy, są szpitale, w których rozpoznania śmierci mózgu się nie dokonuje albo są bardzo sporadyczne, pomimo tego, że funkcjonują tam oddziały intensywnej terapii. Tymczasem śmierć mózgu występuje z tą samą częstotliwością w każdym szpitalu z OIT, neurochirurgią czy neurologią. Sytuacje, w których była możliwość pobrania narządów, powinny być traktowane, jak zaniechanie leczenia pacjentów, którzy mogliby być biorcami narządów.

Mogłaby być to sprawa dla rzeczników odpowiedzialności zawodowej przy izbach...

Uważam, że rzecznik odpowiedzialności zawodowej powinien w takich sytuacjach bezwzględnie reagować i rozpatrywać sprawę jako zaniechanie obowiązującego postępowania medycznego.

Nawiązując jeszcze raz do Hiszpanii – tam liczba dawców żywych jest dużo większa niż w Polsce...

Wyższa niż w Polsce, ale nieco mniejsza niż w krajach zachodnich, z tego powodu, że większość narządów pochodzi od dawców zmarłych i być może nie ma potrzeby zwracać się w kierunku dawców żywych. W USA żywi dawcy stanowią 50%, w Skandynawii około 40%, w Niemczech około 20%. W Polsce w 2019 r. mieliśmy zaledwie kilkanaście przeszczepień od dawców żywych, czyli około 5%. W naszym ośrodku zrobiliśmy tylko jedno takie przeszczepienie... To kolejny sygnał, który świadczy o słabości polskiej transplantologii w relacji do nefrologii. Bardzo mały odsetek osób dializowanych jest w naszym kraju kwalifikowanych do przeszczepienia, a jeżeli już są, to czas kwalifikacji jest zbyt długi. Zazwyczaj nie wynika to z niechęci nefrologów do transplantacji jako metody leczenia, ale z tego, że sam system kwalifikacji jest wadliwie skonstruowany. Został oparty o stacje dializ i to one są odpowiedzialne za kwalifikację pacjenta. Tymczasem wiele stacji działa bez oparcia o oddział nefrologiczny. Kiedyś, gdy były jego częścią, można było prowadzić diagnostykę potencjalnego biorcy i przygotować go do przeszczepienia. Teraz jest to niemożliwe. Stacje muszą potencjalnych dawców kierować na konsultacje do najbliższych oddziałów, które zechcą z nimi współpracować. To trwa i kosztuje. MZ nie jest skore do płacenia za przygotowanie biorcy. Refunduje je tylko jednokrotnie i jeżeli badania się przeterminują albo trzeba któreś powtórzyć, stacja dializ musi to już zrobić na własny koszt.

W USA 50% narządów pochodzi od dawców żywych, u nas jak Pan mówi zaledwie 5... Nie chcemy pomagać swoim bliskim?

W Polsce nie ma, tak jak w USA, kategorii dawstwa altruistycznego – taka osoba deklaruje, że chce oddać nerkę komukolwiek, oczywiście bez wynagrodzenia finansowego. W Polsce zabrania tego prawo. Myślę, że to się zmieni, ale najpierw musimy popracować nad świadomością społeczną. Na pewno jednak to nie sprawi, że znacznie przybędzie nam dawców żywych. Tu najbardziej istotna jest praca z kolegami nefrologami. W momencie, gdy biorca jest już dializowany – za późno na rozpoczęcie rozmowy o możliwości przeszczepienia narządu od dawcy żywego. Mija moment, który sprzyjałby decyzji o oddaniu narządu potrzebnemu przez rodzinę. Pacjent już wie, że z dializami jakoś można żyć, tak samo jego bliscy. Nie martwią się już tak bardzo o jego życie. Informacja, że śmiertelność na dializach jest wielokrotnie wyższa niż po przeszczepieniu, nie dociera do nich. Rocznie umiera bowiem około 5–30% chorych dializowanych. Tymczasem w porównywalnej grupie chorych kwalifikowanych do przeszczepienia jest to około 8–10% rocznie, śmiertelność po przeszczepieniu w pierwszym roku nie przekracza 3%, a w każdym następnym wynosi tylko około 2%. Co niepokojące, docierają do nas

czasami sygnały od pacjentów leczonych bezskutecznie z powodu niewydolności nerek w ich poradniach nefrologicznych, którym lekarz nefrolog jako jedyną terapię proponuje dializy. „O rodzinnym przeszczepieniu nie powiedział ani słowa, a ja o tym nie wiedziałem – mówią. – Rozpoczęły się dializy, a jak zapytałem o możliwość przeszczepienia, to powiedzieli, że muszę być przedializowany rok, żeby mnie do tego przygotować”. Wierzę, że to tylko sporadyczne przypadki... Właściwym momentem, kiedy należy mówić o możliwości przeszczepienia narządu od dawcy rodzinnego, jest czas, gdy już wiadomo, że progresja choroby nerek ma taką dynamikę, iż za 3–4 miesiące pacjent będzie wymagał dializ – właśnie w tym momencie rodzina jest też najbardziej skłonna podjąć decyzję o oddaniu nerki.

Wspomniał Pan, że kwalifikacja pacjenta do przeszczepienia trwa w Polsce zbyt długo...

Byłem kiedyś biegłym w sprawie, w której pacjent skarżył stację dializ o to, że jego kwalifikacja do przeszczepienia trwała 3 lata. Wydałem opinię potwierdzającą zasadność skargi. Z całą pewnością ten proces nie powinien tyle trwać! Nefrolodzy zapominają, że pacjent mógłby być przeszczepiany w okresie pre-emptive, czyli przed okresem dializ. To wymaga oczywiście sprawnej organizacji i szybkiego przygotowania chorego do przeszczepienia, bo to okienko może być bardzo krótkie. W MZ czasami pojawia się pomysł, żeby obowiązek przygotowania pacjenta do zabiegu przerzucić na ośrodki transplantacyjne. Główne założenie jest dobre, ale obawiam się je-

go wykonania w naszym polskim stylu – przerzuci się na nas obowiązek przygotowania potencjalnego biorcy bez przekazania na to środków...

W ramach ryczałtu...

Dokładnie! A to już kompletnie zawali polską transplantologię. Wyłonił się nam kolejny problem – leczenie niewydolności nerek w Polsce zbyt często oznacza skierowanie na długotrwałą dializoterapię, zamiast szybkiej kwalifikacji do przeszczepienia. Jaki odsetek chorych zamiast być poddawanych dializom powinien oczekiwać na przeszczepienie? W większości krajów mniej więcej 20% chorych dializowanych jest kwalifikowanych do przeszczepienia. W Polsce dwukrotnie mniej – zaledwie 10%...

Jaka przyszłość czeka polską transplantologię, jeżeli nadal będzie funkcjonowała w tych samych realiach, co obecnie?

Będziemy wykonywali coraz mniej transplantacji, co oznacza, że uratujemy mniej ludzi albo mniejszej liczbie osób damy szansę na lepsze życie. Po drugie – transplantologia stanie się zupełnie niepopularną specjalizacją wśród młodych ludzi i w efekcie zabraknie lekarzy tej dziedziny. Bardzo żałuję, bo bardzo dynamicznie się rozwijała. Zabrakło kilku osób, które były dobrymi duchami transplantologii np. prof. Wojciecha Rowińskiego – pioniera polskiej transplantologii, m.in. wieloletniego konsultanta krajowego w dziedzinie transplantologii i przewodniczącego Krajowej Rady Transplantacyjnej. Okazuje się, że są ludzie niezastąpieni...

(przedruk z „Primum” nr 2/20)

SŁUŻBA, OCHRONA CZY OPIEKA?

Służba zdrowia była w PRL, teraz mamy system opieki zdrowotnej, wymiennie z systemem ochrony zdrowia, choć w służbach mundurowych służba zdrowia została. Ta dawna służba też stanowiła system, ale w potocznej nazwie tego nie było. Służba jest jakimś systemem, w końcu wszystko pewnie jakoś jest, ale po co o tym mówić? Służba to to, że się służy, ale i to, co służy – tak jak prosba jest tym, że się prosi, i tym, czym się prosi, a choroba tym, że się choruje, i tym, na co. Służba wojskowa to służenie w wojsku, a służba w hotelu czy u państwa – to ludzie. To niekoniecznie zaszczytne społeczne funkcje. Ale służba państwu czy służba boża to powinność, zaszczyt i w ogóle coś pięknego. Tylko że wtedy o ludziach tak się nie mówi.

Służbę zdrowia mogliśmy wyobrażać sobie także jako ludzi, którzy tą służbą są i którzy w tej służbie pracują, coś robią. Służą mianowicie, służą zdrowiu innych. To było jakoś właściwe i dobre, niezależnie od tego, jak tę służbę ocenialiśmy, bo to, że służba była, dobrze rokowało. I nie przeszkadzało to, że, choć znaliśmy wyrażenie system służby zdrowia, ta systemowa systematyczność nie narzucała się zbyt mocno naszemu myśleniu. Raczej

pomagało, bo dominował czynnik ludzki i to nam służyło, w każdym razie językowo. Można by się czepiać, że służy się czemuś, więc powinno być służbą zdrowiu, mogłaby teoretycznie być tu przydawka przymiotna, jak w służbie dyplomatycznie zwanej dyplomatyczną, ale ten dopełniacz jakoś zręcznie dopełniać służbę. I do służby zdrowia przywykliśmy.

Być może jednak samej służbie zdrowia jej nazwa nie odpowiadała – a może była niedobra jako spuścizna po PRL. I mamy dziś system ochrony zdrowia i system opieki zdrowotnej. I jakoś nie skracamy tego i nie redukujemy do wyrażen opieka zdrowotna i ochrona zdrowia, gdy mówimy o ludziach i instytucjach.

Opieka co innego, ochrona co innego, i oczywiście służba też. Lepiej dla opiekującego się opiekować się, niż dla służącego służyć – lepiej też ochraniającemu ochraniać. Ochrona to też mogą być ludzie, np. ochroniarze, ale częściej myślimy o ochronie jako o czynności, a czynność dobrze się daje usystematyznić. To samo jest z opieką. Różnica między nimi jest gramatyczna. Ochraniać można coś, a opiekować się – czymś, przy czym w rzeczowniku musi już być nad czymś, a z kolei wyrażenie opie-



ka nad zdrowiem byłoby dziwne i niejasne. Mamy więc opiekę zdrowotną. O tyle znów dziwne, że to tak, jakby sama ta opieka miała zdrowotne właściwości. Ale opieka zdrowa byłoby niemożliwe.

I w ochronie, i w opiece zakładamy jako punkt wyjściowy – zdrowie. Ono jest i trzeba je ochraniać, opiekować się nim. Pewnie, że tak. Ale o systemie czy to ochrony, czy opieki przypominamy sobie najczęściej, jak to szlachetne zdrowie się zepsuje, wręcz jak go zbraknie. Jak się nim wtedy opiekować, jak je chronić?

Słowo służba miało w zestawieniu ze zdrowiem odniesienie bardziej abstrakcyjne, więc takich kontrower-

sji nie nasuwało. No i nie od razu łączyło się z systemem, jak się łączą i opieka i ochrona. Rozumiem tych, co nadal używają, oczywiście niepoprawnie, wyrażenia służba zdrowia, a jak nie używają agresywnie i nieżyczliwie, to jeszcze jakiś czas pozwólmy im na to. Ale przyzwyczajmy się do nazw nowszych, bo jasne, że zdrowie trzeba chronić, że trzeba się nim opiekować. I to nie tylko system ma to robić, ale i my sami.

Bo to służy zdrowiu.

Prof. Jerzy BRALCZYK

(przedruk z „Pulsu” nr 2/20)

MEDYCYNA PO DYPLOMIE

PARACETAMOL – KLUCZOWE DLA PRAWIDŁOWEGO STOSOWANIA RETROSPEKCJE

W farmakoterapii bólu i gorączki jednym z najczęściej stosowanych leków jest paracetamol. W Polsce dostępnych jest ponad 160 produktów leczniczych zawierających paracetamol jako składnik czynny. Mechanizm działania paracetamolu jest złożony i mimo że lek zsyntetyzowano ponad 100 lat temu, a od ponad 50 lat jest szeroko stosowany w lecznictwie, mechanizm ten w dalszym ciągu nie został do końca wyjaśniony.

Paracetamol działa przeciwbólowo i przeciwgorączkowo podobnie jak niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ), ale w przeciwieństwie do nich praktycznie nie ma działania przeciwzapalnego. Stosowany w dawkach leczniczych nie powoduje typowych dla NLPZ działań niepożądanych ze strony układu pokarmowego i nerek. Należy jednak przypomnieć, że paracetamolu nie wolno stosować u pacjentów odwodnionych. Posiada on bowiem zdolność hamowania aktywności reninowej osocza i dlatego w grupie pacjentów odwodnionych wykazuje istotne działanie nefrotoksyczne. Paracetamol, podobnie jak NLPZ, hamuje syntezę prostaglandyn na etapie konwersji kwasu arachidonowego do cyklicznego nadtlenu prostaglandynowego H₂ (PGH₂), która to konwersja katalizowana jest przez enzym syntazę cyklicznego nadtlenu – PGHS. Jednym z ośrodków katalitycznych PGHS jest cyklooksygenaza (COX), występująca w 2 głównych izoformach: COX-1 i COX-2. Przypisywany przez niektórych autorów udział trzeciego izoenzymu, tj. COX-3, w mechanizmie działania paracetamolu u człowieka nie znajduje potwierdzenia.

Podczas gdy NLPZ hamują cyklooksygenazę przez konkrowanie z kwasem arachidonowym o miejsce aktywne enzymu, paracetamol prawdopodobnie działa jako czynnik redukujący kation żelaza w rodniku protoporfirynowym IX w części peroksydazowej enzymu PGHS.

Wyniki badań wykazują, że paracetamol jest preferencyjnym inhibitorem izoenzymu COX-2, jednak jego dzia-

łanie w dużym stopniu zależy od stanu oksydoredukcyjnego tkanek. Wśród wielu możliwości działania paracetamolu wymienia się także działanie ośrodkowe, pobudzające rdzeniowe zstępujące szlaki serotoninerгіczne. Szlaki te biorą udział w tłumieniu przewodzenia bodźców bólowych. Paracetamol postrzegany jest jako prolek, który dzięki swym czynnym metabolitom wykazuje powiązania z układem endokannabinoidowym.

Oprócz działania przeciwbólowego i przeciwgorączkowego mechanizm działania paracetamolu wymaga zlustrowania także w aspekcie działania toksycznego. Mamy bowiem do czynienia z coraz większą liczbą zatruć tym lekiem, zwłaszcza przypadkowych, co jest związane z jego powszechną dostępnością nie tylko w aptekach.

Paracetamol jest dostępny w postaci zawiesiny, roztworu doustnego, syropu, granulatu, tabletek, tabletek musujących, czopków oraz preparatów do podawania dożylnego. Działanie lecznicze paracetamolu podanego doustnie występuje po 15–30 minutach w zależności od zastosowanej postaci farmaceutycznej leku. Stosując paracetamol w postaci czopków doodbytniczych, należy wziąć pod uwagę, że jego biodostępność po takim podaniu może być nawet o 50% mniejsza niż po podaniu doustnym. Czas osiągnięcia stężenia maksymalnego w surowicy (t_{max}), od którego zależy działanie przeciwbólowe i przeciwgorączkowe, wynosi 1–4 h. Dlatego doodbytnicza droga podania tego leku nie powinna być rekomendowana między innymi ze względu na fluktuację stężenia leku, a co za tym idzie niestabilność efektu przeciwbólowego i przeciwgorączkowego. Biodostępność i szybkość wchłaniania paracetamolu podanego w postaci czopków zależy od wielu czynników: dawki i wielkości czopka (im są mniejsze, tym większa jest biodostępność), rodzaju podłoża (im większa lipofilność podłoża, tym większa biodostępność i szybsze działanie leku), a także od

stopnia unaczynienia odbyticy. W przypadku doodbytniczego podania leku pierwsza dawka powinna wynosić: 30–40 mg/kg m.c., następnie 25–30 mg/kg m.c. Maksymalna dawka dobową wynosi 120 mg/kg m.c.

Paracetamol może wchodzić w interakcje z innymi jednoczasowo stosowanymi lekami. W tabeli zebrano najistotniejsze z nich:

INTERAKCJE PARACETAMOLU	
Lek/grupa leków indukujących interakcje z paracetamolem	Konsekwencje kliniczne interakcji
inhibitory CYP1A2, szczególnie ciprofloksacyna	zahamowanie metabolizmu paracetamolu, wzrost ryzyka hepatotoksyczności
warfaryna, acenokumarol	wzrost ryzyka krwawień
diuretyki pętlowe	zmniejszenie efektu diuretycznego, paracetamol redukuje aktywność reninową osocza

Nie należy łączyć paracetamolu z lekami roślinnymi i suplementami diety, które zawierają w swoim składzie wyciągi z jeżówki purpurowej. Zawarte w niej alkaloidy pirolizydynowe mogą nasilać hepatotoksyczność paracetamolu.

W praktyce spotykamy się z licznymi przypadkami nieprawidłowego stosowania paracetamolu. Do najczęściej występujących niedopatrzeń należy zaliczyć:

- stosowanie paracetamolu w bólu zapalnym. Paracetamol działa wyłącznie w bólu somatycznym o charakterze mechanicznym, termicznym lub chemicznym i nie jest skuteczny w bólu zapalnym;
- stosowanie paracetamolu w bólu trzewnym. Lek jest nieskuteczny, a wręcz może indukować hiperalgezę trzewno-trzewną;
- stosowanie paracetamolu w zespole bolesnego miesiączkowania. Lek nie hamuje syntezy obwodowej prostaglandyn, lekami z wyboru są NLPZ;

- stosowanie paracetamolu w bólu zęba (!). Jest to ból zapalny, paracetamol można dołączyć do NLPZ w sytuacji, gdy ból po ekstrakcji zęba wynika z komponentu somatycznego, mechanicznego;
- stosowanie łączonych preparatów paracetamolu z kodeiną. Niewielki efekt addycyjny, brak zbieżności profilu farmakokinetycznego paracetamolu i kodeiny;
- stosowanie paracetamolu w przypadku bólu nasilającego się w porze nocnej. Ból nasilający się w porze nocnej ma najczęściej charakter zapalny, a paracetamol w bólu zapalnym jest nieskuteczny;
- stosowanie połączeń paracetamolu z difenhydraminą. Difenhydramina wykazuje działanie ośrodkowe antyhistaminowe i cholinolityczne, które może doprowadzić do dysfunkcji czynnościowej nadrdzeniowych szlaków cholinergicznych, promując nocycępcję. Co więcej, poszczególne składniki leków cechuje rozbieżny profil farmakokinetyczny;
- stosowanie paracetamolu u pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów. Brak skuteczności, negatywna rekomendacja w zaleceniach dotyczących farmakoterapii OARSI 2019.

Należy przypomnieć, że w leczeniu bólu i gorączki paracetamol możemy łączyć z NLPZ (pacjent musi być odpowiednio nawodniony) i z metamizolem. W przypadku leczenia bólu paracetamol wykazuje synergizm hiperaddycyjny przy połączeniu z analgetykami opioidowymi (z wyjątkiem kodeiny).

*Dr Jarosław WOROŃ, prof. dr hab. Ryszard KORBUT
Zakład Farmakologii Klinicznej
Katedry Farmakologii UJ CM Kraków,
Uniwersytecki Ośrodek Monitorowania i Badania
Niepożądanych Działań Leków
Szpital Uniwersytecki w Krakowie*

(przedruk z „Galicyskiej Gazety lekarskiej” nr 12/19)

PRAWO NA CO DZIEŃ

LECZENIE UZDROWISKOWE PO ZMIANACH PRAWNYCH

Leczenie uzdrowiskowe jest kontynuacją leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego, stosowanego gdy w celu odzyskania sprawności po chorobie lub wypadku pacjent wymaga określonych zabiegów. W leczeniu uzdrowiskowym

- wykorzystywane są w miarę możliwości różne bogactwa naturalnych i czynniki fizyczne, tj. wody mineralne, borowiny,
- bodźce klimatoterapeutyczne, hydroterapia, fizykoterapia i kinezyterapii. W czasie pobytu w zależności od profilu uzdrowiska i jego możliwości, a także od

potrzeb i wskazań można skorzystać między innymi z kąpeli leczniczych i ćwiczenia w basenach, kuracji pitnych i inhalacji, natrysków, biczów szkockich, masażu wodnych, zawiań i okładów, ciepłolecznictwa, światłolecznictwa, elektroterapii, ultradźwięków, magnetoterapii, laseroterapii, krioterapii, masażu

• leczniczego czy gimnastyki indywidualnej i zbiorowej. Od 19 lipca 2019 r. zmieniły się zasady dotyczące leczenia uzdrowiskowego. Ich zakres jest znaczny i służy ma kilku celom, którym przyświeca ułatwie-





nie dostępu do osób, które faktycznie potrzebują tej formy pomocy.

Możliwość wystawienia kolejnego skierowania jedynie w przypadku, w którym od dnia zakończenia poprzedniej terapii upłynęło co najmniej 12 miesięcy.

Wprowadzenie powyższego rozwiązania podyktowane było stale wzrastającą liczbą osób, które często natychmiast po zakończeniu pobytu w uzdrowisku, ponownie składały kolejne skierowania, wydłużając tym samym czas oczekiwania na potwierdzenie skierowania. Z danych NFZ wynika, że co roku do oddziałów wojewódzkich Funduszu wpływało ok. 0,5 mln skierowań, z czego ok. 1/3 stanowiły skierowania, które wpłynęły w okresie krótszym niż 12 miesięcy od dnia ostatniego zakończonego leczenia. Należy zwrócić uwagę na fakt, że lekarz wystawiający nowe skierowanie zaraz po zakończeniu przez pacjenta poprzedniego leczenia albo rehabilitacji, nie jest w stanie właściwie ocenić wpływu właśnie zakończonej terapii na stan zdrowia pacjenta z uwagi na zbyt krótki czas, jaki upłynął od jej przebiegu. Wprowadzenie nowej regulacji niewątpliwie przyczyni się do bardziej równomiernego i przejrzystszego zapewnienia dostępu do świadczeń dla pacjentów i będzie miało znaczący wpływ na skrócenie kolejki oczekujących na leczenie uzdrowskie lub rehabilitację uzdrowską. Zaznaczyć należy, że przepis ten nie ma zastosowania do dzieci oraz do osób dorosłych, kierowanych do szpitali i ambulatoriów uzdrowskich.

Usunięcie kompetencji lekarza wystawiającego skierowanie do określenia miejsca i rodzaju leczenia uzdrowskiego albo rehabilitacji uzdrowskiej.

Określenie miejsca i rodzaju, nigdy nie było wiążące dla lekarza specjalisty dokonującego potwierdzenia skierowania, zatem jest to pozycja zbędna i jej usunięcie nie ma negatywnego wpływu na system obsługi skierowań. Do tej pory umieszczona przez lekarza na skierowaniu propozycja np. miejsca skierowania pacjenta w istocie pozostawała bez znaczenia, gdyż dopiero lekarz specjalista, zatrudniony w oddziale wojewódzkim NFZ, dokonujący oceny zasadności skierowania, posiadał wiedzę, które z zakładów lecznictwa uzdrowskiego prowadzą świadczenia w zakresie profilu determinowanego jednostką chorobową, stanowiącą podstawę skierowania, wraz z oceną schorzeń współistniejących oraz innych danych medycznych, wynikających z treści skierowania lub dołączonej dokumentacji medycznej oraz dostępnością miejsc w zakładach lecznictwa uzdrowskiego. Lekarz proponujący w skierowaniu pobyt w danym uzdrowisku nie posiada wiedzy co do ilości, profilowości i dostępności miejsc udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na terenie kraju. Ewentualne późniejsze rozbieżności między zaproponowanym miejscem leczenia albo rehabilitacji a miejscem przyznany przez oddział wojewódzki NFZ, często ro-

dziły niezadowolone pacjentów, przekonanych o pobycie w uzdrowisku określonym przez lekarza wystawiającego skierowanie. Mając na uwadze, że sytuacje takie często powodowały rezygnację pacjentów z przyznanego świadczenia lub też ponawianie skierowań celem uzyskania pożądanego miejsca realizacji świadczeń, wprowadzenie proponowanej zmiany należy uznać za zasadne.

Obowiązek dostarczenia skierowania do oddziału wojewódzkiego NFZ, w terminie 30 dni od dnia jego wystawienia, pod rygorem utraty ważności skierowania.

Powyższe rozwiązanie miało na celu ujednolicenie trybu obsługi skierowań m.in. względem skierowań na rehabilitację leczniczą, które także zachowują ważność przez okres 30 dni od dnia wystawienia. W ocenie Ministra Zdrowia, brak terminu ważności skierowania, powodujący jego funkcjonowanie przez nieokreśloną długość czasu, był sytuacją wysoce niepożądaną. W szczególności należy zauważyć, że skierowanie takie mogło być przekazane do oceny oddziałowi NFZ w dowolnym momencie od dnia jego wystawienia, często rodząc sytuację, w której lekarz specjalista NFZ dokonywał oceny skierowania, nieodzwierciedlającego faktycznego stanu zdrowia pacjenta kierowanego do uzdrowiska. W konsekwencji, lekarz NFZ oceniając skierowanie działał na podstawie niepełnych informacji na temat stanu zdrowia pacjenta, co w przypadku potwierdzenia skierowania i wyjazdu pacjenta do uzdrowiska, mogło skutkować odmową leczenia albo rehabilitacji na miejscu planowanej realizacji świadczeń.

Zniesienie obowiązku weryfikacji skierowań po upływie 18 miesięcy od dnia ich wystawienia.

Wprowadzenie powyższych zmian postulowane było m.in. przez środowisko lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i uzasadnione jest faktem przekroczenia w większości oddziałów wojewódzkich NFZ 18 miesięcy czasu oczekiwania na leczenie sanatoryjne osób dorosłych, co rodziło konieczność dokonania weryfikacji znacznej większości skierowań oczekujących na potwierdzenie, często związanej z wizytą pacjenta u lekarza oraz skierowaniem na ponowne badania diagnostyczne. Mając na uwadze, że w przypadku skierowań, wystawionych przez lekarzy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, czas oczekiwania często przekracza termin weryfikacji skierowania, w konsekwencji dochodziło do wydłużenia kolejki osób oczekujących do poradni.

Z danych NFZ wynika, że przeprowadzenie czasochłonnego i kosztownego procesu weryfikacji skierowań po 18 miesiącach od dnia ich wystawienia, nie dawało gwarancji aktualności informacji o stanie zdrowia pacjenta kierowanego do uzdrowiska.

W praktyce, lekarze ubezpieczenia zdrowotnego zwykle odsyłali zweryfikowane skierowania, nie uwzględ-

niając aktualnego stanu zdrowia pacjenta, a w szczególności powstałych od czasu wystawienia skierowania przeciwwskazań do leczenia uzdrowskiego, co w konsekwencji mogło prowadzić do skierowania przez oddział wojewódzki NFZ do leczenia uzdrowskiego albo rehabilitacji uzdrowskiej pacjenta, posiadającego przeciwwskazania, uniemożliwiające realizację świadczeń. Pacjent taki, w przypadku stawienia się w uzdrowsku, po przeprowadzeniu badania wstępnego był informowany o braku możliwości skorzystania ze świadczeń, co z jednej strony spotkało się z jego niezadowoleniem, gdyż ponosił koszty dojazdu do uzdrowska i rezerwował własny czas na pobyt, a z drugiej czyniło proces leczenia nieskutecznym i rodziło koszty po stronie świadczeniodawców, rezerwujących pacjentowi miejsce na czas terapii. Wiązało się to również z ponoszeniem przez oddziały wojewódzkie NFZ dodatkowych kosztów, związanych z wysyłką skierowań.

Na korespondencję ze świadczeniodawcami w zakresie weryfikacji skierowań, oddziały wojewódzkie Funduszu wydały w roku 2015 ok. 1,4 mln zł, w roku 2016 – ok. 1,5 mln zł, natomiast w roku 2017 koszty wysyłki skierowań do weryfikacji wyniosły ok. 2 mln zł. Proponowana zmiana nie wpłynie negatywnie na system realizacji świadczeń z zakresu lecznictwa uzdrowskiego, jednocześnie zapewniając znaczne oszczędności środków publicznych.

Wprowadzono obowiązek realizacji badania RTG klatki piersiowej jedynie w przypadku stwierdzenia przez lekarza zaistnienia wskazań medycznych.

Należy zaznaczyć, że rozwiązanie takie stanowi realizację postulatu Podlaskiego Związku Lekarzy Pracodawców Porozumienie Zielonogórskie, którzy wystąpili z wnioskiem o zaprzestanie kierowania pacjentów na badania radiologiczne klatki piersiowej w związku z wystawianiem skierowań na leczenie uzdrowskie albo rehabilitację uzdrowską, wskazując na szkodliwość napromieniowania przy wykonywaniu tego badania oraz znikomą przydatność diagnostyczną.

Umieszczenie na skierowaniu pozycji, w której lekarz kierujący zobowiązany będzie określić fakt przebytu tego przez pacjenta w ciągu 5 lat poprzedzających wystawienie skierowania leczenia onkologicznego.

Podyktowane jest to koniecznością przekazania do NFZ informacji, mających istotny wpływ na możliwość dokonania prawidłowej weryfikacji skierowania. Mając na uwadze, że wystąpienie okoliczności przebytu leczenia onkologicznego, stanowiącej często przeciwwskazanie do leczenia uzdrowskiego i rehabilitacji uzdrowskiej jest czynnikiem możliwie dyskwalifikującym z tej formy leczenia nawet po upływie kilku lat od zaistnienia, zasadnym wydaje się być wyszczególnienie w prze-

prowadzanym wywiadzie lekarskim tej informacji na temat stanu zdrowia pacjenta.

O wyborze rodzaju leczenia uzdrowskiego decyduje lekarz specjalista balneologii i medycyny fizykalnej.

Wybór po stronie pacjenta to tylko możliwość leczenia ambulatoryjnego. Wśród typów tej form leczenia wyróżnione zostały:

Szpitalne leczenie uzdrowskie dla dorosłych – pobyt trwa 21 dni i jest bezpłatny.

Sanatoryjne leczenie uzdrowskie dla dorosłych – pobyt trwa 21 dni, pacjent ponosi częściowe koszty zakwaterowania i wyżywienia, wysokość odpłatności uzależniona jest od standardu pokoju i sezonu.

Uzdrowskowa rehabilitacja dla dorosłych w szpitalu uzdrowskowym – pobyt trwa 28 dni i jest bezpłatny.

Uzdrowskowa rehabilitacja dla dorosłych w sanatorium uzdrowskowym – pobyt trwa 28 dni, pacjent ponosi częściowe koszty zakwaterowania i wyżywienia, wysokość odpłatności uzależniona jest od standardu pokoju i sezonu.

Szpitalne leczenie uzdrowskie dla dzieci od 3 do 18 roku życia – pobyt trwa 27 dni, bezpłatny, uzdrowsko zapewnia naukę w ramach szkoły podstawowej, gimnazjum i liceum ogólnokształcącego.

Sanatoryjne leczenie uzdrowskie dla dzieci pod opieką osoby dorosłej od 3 do 6 roku życia – pobyt trwa 21 dni, dla dzieci bezpłatny, opiekun dziecka ponosi pełny koszt pobytu według cennika zakładu lecznictwa uzdrowskiego.

Ambulatoryjne leczenie uzdrowskie dla dorosłych i dzieci – trwa od 6 do 18 dni zabiegowych, pacjent we własnym zakresie pokrywa koszty zakwaterowania.

Wykaz uzdrowsk w Polsce:

Uzdrowska nizinne (18): Augustów, Krasnobród, Busko Zdrój, Nałęczów, Ciechocinek, Połczyn Zdrój, Goczałkowice Zdrój, Przerzecznik Zdrój, Gołdap, Solec Zdrój, Uniejów, Horyniec Zdrój, Supraśl, Inowrocław, Swoszowice, Konstancin, Swoszowice, Wieniec Zdrój.

Uzdrowska nadmorskie (6): Kamień Pomorski, Świnoujście, Kołobrzeg, Ustka, Sopot, Dąbki.

Uzdrowska podgórskie (14): Cieplice Zdrój, Piwniczna Zdrój, Czerniawa Zdrój, Polanica Zdrój, Długopole Zdrój, Polańczyk, Duszniki Zdrój, Rymanów Zdrój, Iwonicz Zdrój, Szczawnica Zdrój, Kudowa Zdrój, Ustroń, Mszana Zdrój, Wapienne.

Uzdrowska górskie (8): Jedlina Zdrój, Szczawnica, Krynica Zdrój, Świeradów Zdrój, Łądek Zdrój, Wysowa Zdrój, Rabka Zdrój, Żegiestów Zdrój.

Sanatorium w urzędzonym wyrobisku górniczym (1): Wieliczka.

Opr. Rafał ŚLIŻ

Rzecznik NFZ Oddział w Rzeszowie

(przedruk z Biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Rzeszowie nr 4/19)

CO GROZI LEKARZOWI, KTÓRY PRACUJE ZA DUŻO?

Prezentujemy opinię prawną w sprawie zasadności pracy lekarza nieprzerwanie ponad 24 godziny autorstwa mec. Marzeny Zaleskiej, przygotowaną na prośbę Zarządu Regionu (Łódzkiego – przyp. Red. opolskiej) OZZL. Z uwagi na ograniczoną powierzchnię, przedstawiamy skróty, a po pełną wersję odsyłamy do internetowego wydania „Panaceum” na www.panaceum.lodz.pl.

Zagadnienie czasu lekarzy pracy jest uregulowane w Kodeksie pracy, ustawie o działalności leczniczej oraz Dyrektywie 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 listopada 2003 r. Aktem szczególnym jest ustawa o działalności leczniczej, która limituje czas pracy lekarzy w art. 93 stanowiąc, iż z zastrzeżeniem art. 94 ust. 1 w przyjętym okresie rozliczeniowym, czas pracy nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym. [...]

Ponadto ustawa w art. 95 tworzy możliwość zobowiązania lekarza zatrudnionego w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, do pełnienia w zakładzie leczniczym tego podmiotu dyżuru medycznego. [...] Ustawa dopuszcza sytuacje, w których praca w ramach pełnienia dyżuru medycznego może być planowana również w zakresie, w jakim będzie przekraczać 37 godzin 55 minut na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym. [...]

Maksymalny czas pełnienia dyżuru nie został określony przez ustawodawcę, ale nie może on naruszać prawa pracownika do 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku dobowego i 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku tygodniowego (art. 132 i 133 K.p.). Przyjmuje się, iż maksymalny czas dyżuru to 24 godziny.

Ustawa o działalności leczniczej stwarza także możliwość wykonywania pracy w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym. Warunkiem jest wyrażenie zgody na piśmie – podpisanie tzw. klauzuli opt-out. [...]

O ile zakreślenie prawem maksymalnej liczby godzin pracy dla lekarza pracującego w ramach opt-out w jednym podmiocie (w którym jest zatrudniony) jest możliwe, to brak jest prawnych możliwości limitowania czasu pracy lekarza prowadzącego jednoosobową działalność gospodarczą. Maksymalny tygodniowy wymiar czasu pracy lekarza pełniącego dyżury medyczne w ramach klauzuli opt-out wynosi 78 godzin tygodniowo i 312 godzin miesięcznie, czyli może się nawet zdarzyć tak, że w tygodniu lekarz nieprzerwanie pracuje 78 godz. w jednym podmiocie leczniczym.

Do podobnych sytuacji dochodzi w przypadku lekarzy świadczących usługi medyczne w ramach tzw. kontraktów. Jak już wyżej wspomniano, lekarz sam dysponuje swoim czasem zawodowym i niejednokrotnie wypracowując

maksymalną liczbę godzin na etacie, dodatkowo świadczy usługi medyczne jako przedsiębiorca w ramach umowy cywilnoprawnej w tym samym podmiocie, w którym jest zatrudniony lub w innym, a nierzadko w kilku innych. Taka sytuacja stwarza zagrożenie dla lekarza oraz pacjentów. W ostatnim czasie doszło do kilku przypadków śmierci lekarzy na dyżurach po nieprzerwanej ponad 24-godzinnej pracy.

W ramach prowadzonych po każdej takiej śmierci śledztw, ustalono, że lekarze zostali potraktowani przez szpitale, w których doszło do tragicznego zdarzenia, jako „firmy”, do których nie stosuje się Kodeksu pracy. Jednym słowem wszystko było zgodne z prawem, tylko lekarz nie żyje. Do takich dramatycznych sytuacji nie dochodziłoby, gdyby lekarze uświadomili sobie, że nie można ulegać presji pracodawcy [...].

W tym miejscu należy zadać pytanie, czy jest zasadna praca lekarza ponad 24 godziny. Zapewne każdy lekarz swojemu pacjentowi zaleciłby w takiej sytuacji odpocząnek. Tymczasem, jak wynika z raportu Państwowej Inspekcji Pracy, nierzadko zdarzają się sytuacje, kiedy lekarze świadczyli pracę i pełnili dyżury nieprzerwanie przez 55, a nawet 79 godzin bez wymaganego odpoczynku. Przemęczony, niewyspany i przepracowany lekarz ma zdecydowanie większą szansę popełnienia błędu medycznego. Lekarz za popełnienie błędu medycznego ponosi odpowiedzialność cywilną i karną. Podkreślenia wymaga, że stan lekarza po wielogodzinnej pracy bez wypoczynku jest porównywalny ze stanem nietrzeźwości. W przypadku wystąpienia niepożądanego zdarzenia medycznego zmęczenie, niewyspanie i przepracowanie lekarza nigdy nie jest okolicznością łagodzącą. Przystąpienie do wykonywania pracy w takim stanie może być potraktowane jako przyczynienie się do powstania niepożądanego skutku, np. w postaci śmierci, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. [...]

Świadczenia medyczne podjęte przez lekarza w stanie „świadomego przemęczenia” mogą być uznane przez Sąd jako winę umyślną w zamiarze ewentualnym, tj. lekarz wiedząc, że jest przemęczony (po ponad 24 godzinach pracy) powinien jako profesjonalista przewidzieć, że może popełnić błąd medyczny, a świadcząc pracę, godził się na to. [...]

Reasumując, należy wskazać, iż praca lekarza nieprzerwanie ponad 24 godziny jest niebezpieczna i naraża lekarza na odpowiedzialność karną i cywilną. Ponadto nie sprzyja poszukiwaniu rozwiązań systemowych przez środowisko lekarskie domagające się zwiększenia finansowania służby zdrowia z budżetu państwa. Podstawą bezpiecznej pracy lekarza jest zdrowy rozsądek, który nie jest uregulowany prawnie.

Mec. Marzena ZALESKA
opr. adt

(przedruk z „Panaceum” nr 12/19)



Informujemy jednocześnie, że dodatkowo 21 marca o godzinie 12.00 odbędą się w Galerii Sztuki Współczesnej w ramach Światowego Dnia Wody warsztaty rodzinne. Szczegóły będą dostępne na stronie www.galeria-opole.pl i stronie WIK Opole.

W imieniu Wolontariatu św. Eliasza zwracam się z zaproszeniem do udziału w projekcie, jakim jest Plebiscyt oraz Gala „Miłosierny Samarytanin roku 2019”. Zwracam się także z gorącą prośbą o pomoc finansową w zorganizowaniu tego wydarzenia oraz wsparcie w propagowaniu, poprzez zamieszczenie na stronie internetowej Izby oraz w biuletynie lekarskim informacji o trwającym głosowaniu. Od szesnastu lat poprzez organizację Plebiscytu propagujemy nauczania Ojca Świętego św. Jana Pawła II, wspólnie budując „kulturę miłości”, pokazujemy dobro, bezinteresowność i solidarność, która łączy ludzi. I Kategoria Plebiscytu to służba zdrowia. Poszukujemy osoby z środowisk medycznych: lekarzy, pielęgniarki, którzy traktują swoją pracę jako powołanie i służbę na rzecz osób potrzebujących. Jest to okazja dla pacjentów na okazanie swojej wdzięczności oraz docenienie pracy i zaangażowania osób związanych z ratowaniem życia i zdrowia ludzkiego. Finałem Plebiscytu jest uroczysta gala wręczenia statuetek oraz wyróżnień dla laureatów, która odbędzie się 3 kwietnia br. w krakowskim Teatrze Groteska. Jeszcze raz w imieniu wolontariuszy Wolontariatu św. Eliasza, jak również Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie, która od kilku lat współpracuje z Nami, zapraszam do wspólnego tworzenia tego wydarzenia. Z serdecznym pozdrowieniem,

Stowarzyszenie Wolontariat św. Eliasza
Prezes Zarządu
Opiekun Wolontariusz
o. Stanisław Wysocki

Komisja Sportu i Rekreacji Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku wraz z Harcerskim Ośrodkiem Morskim zaprasza na **XI Ogólnopolskie Regaty Żeglarskie Lekarzy w klasie Puck**. Regaty odbędą się w dniach 29–31 maja 2020 r. (sobota, niedziela) na Zatoce Puckiej. Miejsce pobytu żeglarzy to Harcerski Ośrodek Morski (84-100 Puck, ul. Żeglarczy 1, tel. (58) 673 21 50, hom@hompuck.org)

Zgłoszenia należy przesyłać do dnia 23 kwietnia 2020 r. do Izby (wyłącznie mailowo sekretariat@oilgdansk.pl). Druk zgłoszenia do regat jest do pobrania ze strony www.oilgdansk.pl, zakładka „Po pracy – Wydarzenia Kulturalne i Sportowe” i należy go wypełnić, zeskanować i wraz z zeskanowanym potwierdzeniem wpłaty wpisowego na konto HOM przesłać na adres mailowy sekretariat@oilgdansk.pl. Za kompletne zgłoszenie uznajemy wypełniony druk zgłoszenia na regaty wraz z opłaconym wpisowym i dołączonym do zgłoszenia potwierdzeniem wpłaty!!!

Wpisowe do regat **200 zł/osoba**, płatne na konto: Bank PKO SA 11-1240-5400-1111-0010-6457-8713, HOM, 84-100 Puck ul. Żeglarczy 1, tytuł wpłaty (XI Regaty Lekarzy – pobyt w HOM imię i nazwisko uczestników).

Ilość miejsc jest ograniczona (30 załóg) – decyduje kolejność zgłoszeń. Wymagania:

- liczba członków załogi – 3 lub 4 osoby – w tym minimum 2 lekarzy;
- prowadzący jednostkę – minimum w stopniu żeglarza jachtowego – musi być lekarzem;
- znajomość przepisów PZZ, przepisów regatowych, przestrzeganie instrukcji żegluga, umiejętności pływania.

Dodatkowych informacji udzielają:

Marcin Szczęśniak tel. 603 696 160 – organizator regat OIL Gdańsk
Sławomir Dębicki 501 674 698 (58) 673 21 50 sprawy techniczne – Komendant HOM

Informacje o regatach i łodzi PUCK na stronie www.klasapuck.org.

Przewiduje się rozegranie 5 wyścigów w sobotę 30 maja i 4 wyścigów w niedzielę 31 maja. Szczegóły poda Sędzia Główny w instrukcji żegluga

i komunikacie sędziowskim. Regaty zostaną uznane za ważne przy rozegraniu min. 2 wyścigów.

W ramach wpisowego organizator zapewnia:

- wyżywienie od śniadania 30 maja do obiadu 31 maja 2020 r.;
- zakwaterowanie od 29 maja do 31 maja 2020 r. (w zgłoszeniu proszę podać ile osób i z ilu noclegów będziecie Państwo korzystać – piątek/sobota, sobota/niedziela). **Uwaga!!! Nie rezerwujecie Państwo noclegów w trakcie trwania regat indywidualnie w HOM w Pucku!** Miejsca noclegowe będą przydzielane przez organizatorów na podstawie zgłoszeń do regat. Ewentualny nocleg dla osób towarzyszących możliwy będzie jedynie po zamknięciu listy zgłoszeń do regat i zakwaterowaniu uczestników regat, jeśli zostaną wolne miejsca noclegowe w HOM. Jeśli chcecie przyjechać do Pucka kilka dni wcześniej przed regatami lub zostać dłużej po regatach, można zarezerwować indywidualnie pobyt w HOM (kontakt bezpośrednio z HOM-em w Pucku);
- ubezpieczenie NW uczestników;
- łódzie do regat oraz kamizelki asekuracyjne dla uczestników regat;
- nagrody dla uczestników.

Przewodniczący Komisji Sportu i Rekreacji
ORL w Gdańsku
dr Marcin Szczęśniak

Ambasada Uśmiechu STOMATOLOGIA – poszukuje do współpracy lekarza dentysty. Zapewniamy komfortowe warunki pracy w nowoczesnych gabinetach, wsparcie wykwalifikowanej kadry specjalistycznej, wysokie wynagrodzenie oraz dodatkowe korzyści w postaci szkoleń i innych. Forma zatrudnienia: umowa współpracy, praca najlepiej w pełnym wymiarze godzin tj. 30–40h tygodniowo. Możliwość świadczenia usług w takim zakresie jaki lubisz najbardziej lub w jakim czujesz się najlepiej.

Osoby zainteresowane prosimy o kontakt pod nr tel. 530-179-561 lub przesłanie wiadomości na adres e-mail: rekrutacja@ambasadausmiechu.pl.

Stobrowskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. z siedzibą w Kup poszukuje lekarza ze specjalizacją z rehabilitacji medycznej do pracy na Oddziale Rehabilitacyjnym Szpitala w Pokoju w charakterze Kierownika Oddziału Rehabilitacyjnego. Forma zatrudnienia do uzgodnienia – umowa o pracę lub umowa kontraktowa (stawka 120 zł za godzinę). Kontakt telefoniczny: 77/403-28-51 lub mailowy: kadry@szpital-kup.eu.

Stobrowskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. z siedzibą w Kup poszukuje lekarzy ze specjalizacją z rehabilitacji medycznej lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub balneologii i medycyny fizykalnej lub reumatologii lub chorób wewnętrznych do pracy na Oddziale Rehabilitacyjnym Szpitala w Pokoju w charakterze Starszego asystenta Oddziału Rehabilitacyjnego. Forma zatrudnienia do uzgodnienia – umowa o pracę lub umowa kontraktowa (stawka 100 zł za godzinę). Kontakt telefoniczny: 77/403-28-51 lub mailowy: kadry@szpital-kup.eu.

Specjalistyczny Szpital w Branicach zatrudni:

- lekarzy specjalistów psychiatrów,
- lekarzy w trakcie specjalizacji lub chętnych do specjalizacji w psychiatrii,
- lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej lub chętnych do specjalizacji z rehabilitacji medycznej.

Oferujemy bardzo dobre warunki placowe oraz mieszkanie służbowe. Tel: 77/403-4 3-07 lub e-mail: sws.kadry@op.pl.

NZOZ OMEGA Krapkowice zatrudni do pracy w Poradni Medycyny Rodzinnej specjalistę medycyny rodzinnej (również w trakcie specjalizacji) lub specjalistę I lub II stopnia w zakresie chorób wewnętrznych. Harmonogram pracy, rodzaj umowy oraz wynagrodzenie – do uzgodnienia. Posiadamy akredytację do szkolenia specjalizacyjnego w zakresie medycyny rodzinnej. Pytania lub zgłoszenia prosimy kierować na adres: nzoz.omega@interia.pl lub pod numer telefonu 516-086-500.

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 86w



Udar mózgu Elsevier Essentials

P. Kraft

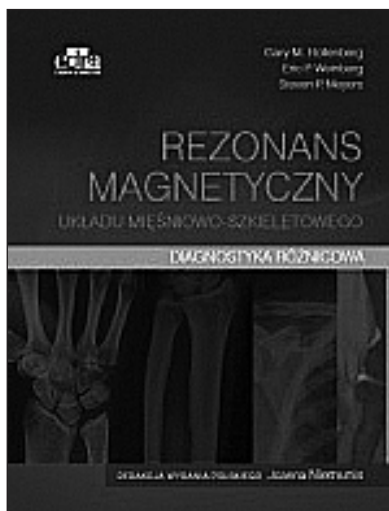
red. S. Budrewicz; rok wydania: 2020;
ISBN: 978-83-66310-79-7, format: 210 x 270,
oprawa miękka, 170 stron, cena: 80.09 zł
(178 EUP pkt)

Według szacunkowych danych w skali ogólnoświatowej każdego roku na udar mózgu zapada ponad 15 milionów osób, a 6 milionów umiera z tego powodu. Liczby te dobitnie wskazują, że udar mózgu stanowi globalne wyzwanie dla wszystkich grup zawodów medycznych.

Książka ELSEVIER ESSENTIALS – Udar mózgu to publikacja skierowana do lekarzy wszystkich specjalności, sprawujących opiekę nad pacjentami z udarem mózgu i chcących poszerzyć swoją wiedzę o aktualne doniesienia na ten temat.

W leczeniu udaru mózgu w ostatnich 20–30 latach nastąpił znaczny postęp. Jeszcze w latach 80. XX wieku nie była znana

tromboliza dożylna, pacjentów uruchamiano dopiero po kilku tygodniach, a statyny i leki hamujące czynność płytek nie były dostępne. Chociaż większość pacjentów po udarze jest leczona przez neurologów, lekarze rodzinni i interniści muszą w swojej praktyce klinicznej znać objawy i przebieg choroby, zasady postępowania i możliwości rehabilitacji.



Rezonans magnetyczny układu mięśniowo-szkieletowego. Diagnostyka różnicowa

G.M. Hollenberg, E.P. Weinberg, S.P. Meyers; red. J. Niemunis; rok wydania: 2020; ISBN: 978-83-66310-20-9, format: 210 x 270, opr. twarda, 672 strony, cena: 233.10 zł (518 EUP pkt)

Wprowadzenie do diagnostyki obrazowej techniki rezonansu magnetycznego około trzydzieści lat temu zrewolucjoni-

zowało obrazowanie układu mięśniowo-szkieletowego, a znaczenie tej metody nieustannie wzrasta. Wzrost ten stanowi rezultat ciągłego rozwoju i udoskonalania technik rezonansu magnetycznego w zakresie zarówno nowych sekwencji obrazowania, jak i opisu nowych objawów diagnostycznych. Dzięki niezrównanemu kontrastowi w obrazowaniu tkanek miękkich rezonans jest szczególnie przydatny w ocenie okołostawowych struktur miękkotkankowych oraz guzów; w tych zastosowaniach wyparł inne techniki obrazowania lub spowodował powstanie licznych nowych wskazań do badania.

Rezonans magnetyczny układu mięśniowo-szkieletowego. Diagnostyka różnicowa to unikatowa publikacja oferująca obszerne opisy wyników badań MRI, które umożliwiają łatwiejsze rozpoznanie powszechnych i rzadkich chorób oraz zmian układu mięśniowo-szkieletowego. Najważniejsze treści obejmujące etiologię, objawy kliniczne i aspekty patologiczne umieszczono w formacie tabelarycznym, aby ułatwić szybkie i skuteczne uzyskanie informacji. Jest to doskonałe narzędzie dla praktykujących radiologów i ortopedów, przewodnik w codziennej praktyce, a także niezbędna pomoc w przygotowaniu się do egzaminu.

W publikacji:

- ponad 2000 najnowocześniejszych obrazów doskonałej jakości, przedstawiających zarówno najczęstsze, jak i rzadko występujące schorzenia mięśniowo-szkieletowe
- wysokiej jakości ryciny uzupełniające opisy obrazów uzyskiwanych w badaniu
- tabele diagnostyki różnicowej oparte są na anatomicznych lokalizacjach zmian

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

NAKŁAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X

OPOLSKA IZBA LEKARSKA

Biurowo: 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

Radca prawny – tel. kontaktowy: 601 708 952,

przyjmuje: poniedziałek 9.00-10.30, środa 14.30-17.00,
czwartek 14.00-16.00,

piątek – po uprzednim ustaleniu telefonicznym.

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



**GALERIA SZTUKI
WSPÓŁCZESNEJ
W OPOLU**

THE CONTEMPORARY
ART GALLERY
IN OPOLE

pl. teatralny 12
45-056 opole

**14.03
—26.04**

Sale Głównie
Main Exhibition

**Łukasz
Prus-Niewiadomski
PUNKT WIDZENIA
POINT OF VIEW**

kuratorka | curator: Łukasz Kropiowski

**8.02
—15.03**

Galeria Aneks GSW
The Annex Gallery

**Martyna Sobolewska
NIE-POKÓJ
CHILDREN'S ROOM**

kuratorka | curator: Agnieszka Dela-Kropiowska

**28.03
—22.04**

Galeria Aneks GSW
The Annex Gallery

Maria Bitka

kuratorka | curator: Agnieszka Dela-Kropiowska

WYSTAWY EXHIBITIONS

WYDARZENIA EVENTS

2020
marzec
march

8

niedziela
DZIEŃ KOBIET
niespodzianka GSW

sunday
WOMEN'S DAY
surprise in Gallery

13*

piątek g. 18.00
WERNISAŻ
Łukasz Prus-Niewiadomski
PUNKT WIDZENIA

friday 6.00 p.m.
OPENING
Łukasz Prus-Niewiadomski
POINT OF VIEW

16

poniedziałek g. 10.00
WEJŚCIÓWKI
warsztaty dla dorosłych
ZPT: Jajo

monday 10.00 a.m.
TICKETS
workshops for adults
Egg

17

wtorek
PREZENTACJA
książki Ani England
w Galerii Sztuki
Wozownia w Toruniu

tuesday
PRESENTATION
of Ania England's book
at the Wozownia Art
Gallery in Toruń

**20
—22**

**POLSKA ZOBACZ WIĘCEJ —
WEEKEND ZA PÓŁ CENY**
50% bilety wstępu na wystawy
i wydawnictwa GSW

POLAND SEE MORE —
HALF-PRICE WEEKEND
50% exhibition tickets
and publishing houses

22*

niedziela g. 16.00
OPROWADZANIE
kuratorskie po wystawie
PUNKT WIDZENIA

sunday 4 p.m.
GUIDED TOUR | PL
the POINT OF VIEW
exhibition

27*

piątek g. 18.00
WERNISAŻ
Maria Bitka

friday 6.00 p.m.
OPENING
Maria Bitka

28

sobota g. 12.00
WARSZTATY
ZPT: jajo
(obowiązują wejściówki)

saturday noon
WORKSHOPS
Egg (guest passes apply)

wstęp wolny
admission free



Galeria jest samorządową
instytucją kultury Miasta Opola
Our Gallery is local government
cultural institution of Opole

galeriaopole.pl
facebook: gswopole
instagram: @gswopole

Szczegółowy program znajduje się na stronie: **galeriaopole.pl**
oraz w naszym **KALENDARZU NA KWARTAŁ:**
dostępnym w kasie GSW oraz wybranych miejscach w Opolu

2020
I KWARTAŁ
I QUARTER



BAZA NOCLEGOWA **PRO MEDICO**

Preferencyjne
ceny dla lekarzy
i lekarzy dentystów

Warszawa
ul. Sobieskiego 102a
200 m od siedziby NIL



Planujesz

- kurs
- szkolenie
- konferencję
- rodzinną wycieczkę?

Wybierz bazę noclegową

PRO MEDICO

rezerwacja tylko online
www.izba-lekarska.org.pl



Możliwość wystawienia faktury dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Recepcja czynna w godzinach od 6.00 do 22.00 tel. 22 851 45 79. Po godzinie 22.00 klucze można odebrać w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej przy ul. Sobieskiego 110 za okazaniem dowodu wpłaty.