

WAŻNY TEMAT: PRZERWAĆ IMPAS W ZDROWIU

2|2024

ISSN 0867-2164



GAZETA

L E K A R S K A

PISMO IZB
LEKARSKICH

NIE ŁAM SIĘ

MEDYKU



Czas to pieniądz. I zdrowie

ŁUKASZ JANKOWSKI
PREZES NACZELNEJ RADY
LEKARSKIEJ



Zawsze na przełomie roku zdajemy sobie sprawę z upływającego czasu. Po podsumowaniu dotychczasowych działań przychodzi moment planów na przyszłość, chwila zadumy, jak wykorzystać czas, a może również – jak tego czasu nie zmarnować. W ochronie zdrowia upływu czasu i jego marnotrawienia jakby się nie zauważa. A czas tracimy wszyscy. Pacjenci tracą czas i zdrowie w kolejkach, próbując najczęściej telefonicznie zapisać się na wizytę, potem często próbują ją przełożyć lub odwołać, a jeśli już się do lekarza dostaną – znowu tracą czas, błędząc w systemie, żeby wykonać zalecone przez doktora badania. Tracą czas, leżąc na szpitalnym łóżku i czekając na badania diagnostyczne, których dostępność w wielu miejscach wciąż jest limitowana brakiem kadry czy sprzętu. Tracą czas, gdy urzędnicy do rozliczenia danej procedury szpitalnej wymagają konkretnej liczby dni hospitalizacji, a oni, jak na złość, ośmielili się wyzdrowieć szybciej.

Tracimy czas my, lekarze. Gdy toniemy w rozdmuchanej do absurdu biurokracji, uczymy się refundologii, gdy walczymy ze sprzętem, zawieszającym się systemem informatycznym albo kolejnymi chorymi pomysłami ministerstwa nakładającymi na nas administracyjne wymogi. Gdy wykonujemy kolejny telefon z prośbą o przyjęcie pacjenta na inny oddział.

Każda minuta, którą pacjent traci w systemie ochrony zdrowia, czekając na wizytę albo błąkając się po systemie, oprócz negatywnych efektów dla jego zdrowia daje wymierną stratę finansową tak dla niego, jak i dla całego państwa. Piszę

o tym nie bez przyczyny. Dziś stanowisko ministra zdrowia piastuje Izabela Leszczyna, pracująca wcześniej w Ministerstwie Finansów. I Panią Minister, doświadczoną finansistkę, chcielibyśmy przekonać do spojrzenia na system z innej strony. Do tego, że w ochronie zdrowia prawdziwą walutą jest czas zarówno lekarza, jak i pacjenta. I że należy sięgnąć pilnie po rozwiązania, które ten czas zaoszczędzą. E-rejestracja, asystenci lekarza, zniesienie obo-

Dominującą emocją w systemie zdaje się być zniecierpliwienie. A czas ucieka. Z nim zaś pieniądze. I co najgorsze – także zdrowie

wiązku określania refundacji na receptach, koniec z medycyną asekuracyjną i zlecaniem badań czy konsultacji dla prokuratora, a nie dla pacjenta (tu gotowy jest przecież nasz projekt klauzuli wyższego dobra, który wystarczy tylko wdrożyć) to tylko kilka naszych propozycji, które pozwoliłyby oszczędzić czas w systemie. A w ochronie zdrowia dobrze widzimy, że powiedzenie „czas to pieniądz” nie jest tylko pustym sloganem. Jeśli rządzących nie przekonuje fakt, że zmiany są potrzebne i dobre, pozostaje już tylko jeden argument – są finansowo opłacalne. I z tym argumentem próbujemy się przebić do rządzących.

Na obecnym etapie niestety trudno oprzeć się wrażeniu, że oprócz narzekania na brak pieniędzy na naprawę ochrony zdrowia rządzący sami trwonią czas tak potrzebny i cenny w systemie. Długi proces organizacji Ministerstwa Zdrowia sprawił, że nie ma co marzyć o realizacji choćby jednego postulatu ze zdrowotnych 100 konkretów na sto dni rządu. Podobnie nie ruszono z miejsca z postulatami #7NIL. Dominującą emocją w systemie zdaje się być zniecierpliwienie. A czas ucieka. Czas, a z nim pieniądze. I co najgorsze – także zdrowie. Naczelna Izba Lekarska konsekwentnie stara się dotrzeć do decydentów z diagnozą systemu i koniecznych zmian. Na poznawanie systemu od początku, niestety, w kryzysie zdrowotnym, który dziś mamy, nie ma już czasu.

W tym pesymistycznym opisie jest jednak optymistyczny, samorządowy akcent. Nie marnował i nie marnuje czasu zespół „Gazety Lekarskiej”, wyróżniony w prestiżowym konkursie „Sukces Roku w Ochronie Zdrowia”, organizowanym przez miesięcznik „Menedżer Zdrowia” i wydawnictwo Termedia. Wraz z upływem czasu dzięki ogromnej pracy całego zespołu nasza samorządowa gazeta zmieniła i ciągle zmienia się na lepsze, co zostało zauważone i docenione przez niezależne gremium ekspertów. Serdecznie gratuluję całemu zespołowi GL, a Państwa jak co miesiąc zachęcam do lektury.

- 3 **Czas to pieniądź.
I zdrowie**
Łukasz Jankowski
- 6 **Jestem lekarzem,
jestem człowiekiem**
Klaudiusz Komor
- 7 **Śnieżne przyjemności**
Karolina Kowalska

TEMAT NUMERU

- 7 **Nie łam się, medyku**
*Na stoku nie trudno
o uraz, zwłaszcza
nieprzygotowanemu
narciarzowi. Specjaliści
radzą, jak zadbać
o bezpieczeństwo.*
- 11 **Na narty tylko
z dobrą polisą**
*By mieć bezstresowy
wyjazd zimowy, trzeba
wykupić ubezpieczenie.
I to nie byle jakie.*

AKTUALNOŚCI

- 14 **Przerwać impas w zdrowiu**
*Czy skończył się
doskwierający długi okres
zawieszenia w ochronie
zdrowia i można liczyć,
że sprawy ruszą z kopyta?*

WAŻNE SPRAWY

- 20 **Rząd stawia szczepienia
z głowy na nogi**
- 22 **Lekarze w rządzie
i parlamencie**

PRAWO I MEDYCYNĄ

- 26 **Zgoda pacjenta przepustką
do etycznego leczenia**
- 27 **Nie wystarczy telefon
do izby**
- 28 **Praca na kontrakcie.
Wady i zalety**

PODATKI I FINANSE

- 30 **Czas na decyzję o formie
rozliczenia**
*Lekarz, który chce
zmienić sposób
opodatkowania, ma coraz
mniej czasu. Termin mija
20 lutego.*

**TEMAT NUMERU**
STRONY 7-13

*Osoby wracające ze stoków
najczęściej mają zerwane
więzadła krzyżowe
przednie, uszkodzenia
łąkoteczek oraz uszkodzenia
więzadeł pobocznych stawu
kolanowego*

PRAKTYK LEKARSKA

- 32 **Nadzieja na skuteczną
profilaktykę**
Paweł Barucha
- 32 **Decyzje terapeutyczne
oparte na faktach**
- 34 **Walcmy z *Helicobacter pylori***
- 38 **Dać szansę wszystkim
noworodkom**
- 42 **Uraz, ból, strach przed nieznanym**
Mariusz Politowicz
- 43 **Odrębny organizm,
a nie mały dorosły**
- 46 **Jak pokonać niechciany nawyk**
- 49 **Inwestycja w uważność**
Anna Gołębicka
- 50 **Cholesterol ukryty za mutacją
genową**
- 52 **Gorsza granica**
Jakub Sieczko
- 54 **Szukajmy przyczyny,
nie wińmy chorego**
- 56 **Ze świata**
- 58 **Nikt w Polsce nie pali!**
- 59 **Studenci będą kontynuować
naukę**
- 62 **Wtorki z innowacjami**

SAMORZĄD ZAWODOWY

- 64 **Podziel się podatkiem
i pomóż potrzebującym**
Jakub Kosikowski
- 64 **O tym się mówi**
- 66 **Kawa z innowatorem**
- 67 **Nowe rozdanie
to nowe możliwości**
Artur Drobnik

PO GODZINACH

- 68 **Czytelnia**
- 69 **Podróże – Najbardziej
stylowy kurort Europy**
*Na wypoczynek do
austriackiego Lech wybierają
się ci, którzy cenią dyskrecję
i spokój.*
- 72 **Przychodzi wena do lekarza**
- 73 **Antygona**
Jarosław Wanecki
- 74 **Błąd malarski – Z dymem**
- 76 **Lustro z papieru**
- 78 **Ogłoszenia**
- 80 **Zjazdy koleżeńskie**
- 82 **Jolka lekarska**



ZMIENIA SIĘ DLA CZYTELNIKÓW

Od numeru 07-08/2023 „Gazeta Lekarska” jest dostępna w formie:

e-wydania dla lekarzy i lekarzy dentystów do 69. roku życia
(dostarczana do skrzynek mailowych)

papierowej dla lekarzy i lekarzy dentystów 70+
(dostarczana do skrzynek pocztowych)

**JEŚLI NIE JESTEŚ ZADOWOLONY/A Z TAKIEGO KOLPORTAŻU
MOŻESZ TO ZMIENIĆ**

Nie czekaj – zdecyduj już teraz,
jakie wydanie „Gazety Lekarskiej”
chcesz mieć

TO ZAJMIE TYLKO 1 MINUTĘ

Wejdź na stronę gazetalekarska.pl lub nil.org.pl/gazeta
(albo najedź aparatem telefonu na QR kod
lub użyj aplikacji czytnik kod QR)
i wypełnij formularz Subskrypcja „Gazety Lekarskiej”

Dokonaj wyboru, klikając w jedno z pól, lub zaznacz oba:
chcę otrzymywać wersję papierową
chcę otrzymywać wersję elektroniczną



JEDNYM GŁOSEM

Jestem lekarzem, jestem człowiekiem

Chcemy, żeby pacjent przez moment popatrzył na ochronę zdrowia oczami lekarza, który może być zmęczony, zdenerwowany, rozdrażniony, zabiegany.

Z pewnością większość czytelników słyszała już o kampanii społecznej zatytułowanej „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem”, prowadzonej od pewnego czasu przez samorząd. Wielu widziało również przynajmniej jeden z nagranych spotów z udziałem znanego aktora Tomasza Kota, wyreżyserowanych przez nie mniej znanego reżysera Łukasza Palkowskiego. Zresztą jeden z tych spotów obejrzało ostatnio ponad 5,3 mln widzów – dzięki współpracy i zaangażowaniu agencji Publicis Groupe, którą udało się zarazić naszą ideą. 60-sekundowy film przez tydzień, od 25 do 31 grudnia, pojawiał się w telewizji Polsat, na kanałach tematycznych Polsatu, w TV4, TV6 i Super Polsacie. Część z tych emisji odbywała się w absolutnym prime time, z czego jedna nawet w pierwszy dzień świąt o 20.30 na kanale głównym Polsatu (prawie 850 tys. widzów).

Można zapytać, jaki cel ma wspomniana kampania społeczna. Chodzi o poprawę wizerunku lekarza, zmianę podejścia pacjenta do jego osoby i jego pracy. Chcemy, żeby pacjent przez moment popatrzył na ochronę zdrowia oczami lekarza, który też jest człowiekiem, czyli może być zmęczony, zdenerwowany, rozdrażniony, zabiegany. Świetna gra aktorska i przejmująca fabuła, okraszona dobrą oprawą dźwiękową, miały przekazać najważniejsze przesłania kampanii, czyli:

- pokazać, że lekarz tak samo jak pacjent jest uczestnikiem systemu i ofiarą jego złej organizacji;
- uświadomić, że lekarz to też człowiek i jeśli wciąż coś nie działa, a kolejka jest coraz większa, to podobnie jak pacjent może być zirytowany;
- uświadomić, że tak skonstruowany system nie daje przestrzeni na potrzebne „wysłuchaj – wytłumacz”;

KLAUDIUSZ KOMOR
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



- uświadomić, że lekarz i pacjent są po jednej i tej samej stronie, tylko nie widzą czasem swoich wzajemnych perspektyw.

Jak widać, pierwsza część kampanii gwarantująca dotarcie do społeczeństwa zakończyła się olbrzymim sukcesem. Jeszcze chyba nigdy tyle osób nie odebrało przekazu medialnego z logo NIL.

Teraz czas na drugi etap. Planujemy w nim połączyć siły z okręgowymi izbami lekarskimi, których prezesów jako najważniejsze osoby w swoich izbach chcemy zaprosić do współpracy, tak aby wspólnie dotrzeć z przekazem do samych lekarzy, ale również do jak najdalszych zakątków naszego kraju oraz do specyficznych grup społeczeństwa, takich jak ludzie młodzi, korzystający głównie z social mediów. Wspólna kampania ma się rozpocząć od oficjalnej inauguracji w siedzibie NIL i przenieść na strony izb okręgowych i ich strony na Facebooku, a następnie tą drogą do lokalnych mediów. W tej drugiej części zostanie zaprezentowany kolejny spot, który jeszcze nie miał swojej premiery w mediach. Do udziału w kampanii chcemy również zaprosić każdego lekarza poprzez konkurs pod tytułem: „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem – jeśliś tu był, popatrzylbyś inaczej. Opowiadania lekarzy o ich

perspektywie walki o życie i zdrowie pacjenta w realiach polskiego systemu. Ta jedna historia”.

Każdy lekarz w swoim życiu na pewno znalazł się przynajmniej raz w sytuacji, kiedy poczuł, że pacjent traktuje go jak wroga winnego całemu złu w systemie ochrony zdrowia. Kiedy poczuł, że pacjent staje po drugiej, zamiast po tej samej stronie barykady. Chcemy, żeby lekarze o tym opowiedzieli, a także podzielili się swoimi przemyśleniami i propozycjami na wybrnięcie z takiej sytuacji. Liczymy, że najciekawsze historie opowiedziane przez ich autorów wzbogacą przekaz w kolejnej, trzeciej części kampanii.

Nasuwa się pytanie, czy uda się chociaż w części osiągnąć założenia i nieco zmienić, oczywiście na korzyść, wizerunek lekarza w oczach pacjenta. Będzie to bardzo trudne. Nawet jeżeli do pacjentów trafi ocieplony wizerunek lekarza, to bez gruntownych zmian organizacyjnych w ochronie zdrowia już pierwsza wizyta pacjenta w przychodni czy szpitalu brutalnie go zweryfikuje. Dlatego konieczne jest, żeby o zmiany w systemie wspólnie apelowali i lekarze, i pacjenci, zdając sobie sprawę, że tylko razem możemy je skutecznie wymóc na odpowiadających za organizację ochrony zdrowia. ●

Śnieżne przyjemności



KAROLINA KOWALSKA
REDAKTOR NACZELNA

Luty, podobnie jak pozostałe zimowe miesiące, niezmiennie kojarzy się ze śniegowym szaleństwem i kolejkami do wyciągów narciarskich. Wielu z nas – pacjentów i lekarzy – nie potrafi sobie odmówić choć krótkiego wypadu na stok, nawet jeśli równa się on godzinom w samochodzie. Decyzja o wyjeździe zapada często spontanicznie, a stopa zdjęta z gazu ląduje w obuwiu narciarskim. Teraz już tylko kijki, ruch kolanem i... trzask.

Temat numeru, czyli kontuzje na stoku, zainspirowały rozmowy z działaczami samorządu lekarskiego i pracownikami izby, z których kilkoro walczy obecnie z trudnymi urazami kolan doznanymi na stoku. Choć mechanizm urazu był za każdym razem inny, niemal w każdym przypadku narciarz ruszał na stok bez przygotowania, niemal zza biurka lub od stołu na bloku operacyjnym. Zapytaliśmy więc ortopedów i neurochirurgów, jak przygotować się kondycyjnie, by ze śnieżnego szaleństwa wyjść cało, a specjalistów od ubezpieczeń, jaką polisę wybrać, by w razie wypadku nie narażać się na ogromne koszty.

Oddając w Państwa ręce ten numer, spieszę poinformować, że „Gazeta Lekarska” została doceniona przez jurorów konkursu „Sukces Roku w Ochronie Zdrowia 2023”, organizowanego przez „Menedżera Zdrowia” oraz wydawnictwo Termedia. Choć wyróżnienie w kategorii „Media i PR” jest imienne i w tym przypadku przypadło mnie, należy się całemu Zespołowi „Gazety Lekarskiej”. Wyróżnienie odbierzemy w najlepszym towarzystwie, ponieważ jury za Osobowość Roku 2023 uznało prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasza Jankowskiego. ●

TEMAT NUMERU

Nie łąm się, medyku

Na stoku nietrudno o uraz, zwłaszcza nieprzygotowanemu narciarzowi. Specjaliści radzą, jak zadbać o bezpieczeństwo swoje i innych miłośników białego szaleństwa.

KAROLINA KOWALSKA, ANNA WOJDA

Wyjazd już za chwilę. Zaczynamy odliczanie. Jeszcze tylko musimy dotrzeć do końca dyżuru, potem szybko przyjąć wszystkich zapisanych do poradni pacjentów, zapakować samochód i już można myśleć o śmiganiu. Z Warszawy do Zakopanego jest około pięciu godzin jazdy. Przy pomysłnych wiatrach można się jeszcze załapać na kilka zjazdów przed zamknięciem stoku. Jeśli jedziemy z Gdańska, Olsztyna czy Szczecina, zjedziemy już następnego dnia. Podobnie gdy na narty jedziemy do Austrii, Szwajcarii lub do Włoch. Czeki nas dużo dłuższa trasa. Na stoku pojawimy się po odespaniu godzin spędzonych na autostradach. I z samego rana wskoczymy w narciarskie bądź snowboardowe buty. Drobną rozgrzewką, wyciąg, a potem zjazd i... trzask.

OD ZADRAŚNIĘCIA PO ZGON

– W sezonie na stoku zdarza się przeciętnie od jednego do dwóch wypadków dziennie, w zależności od obciążenia stoku, tras i liczby ludzi, którzy w danym momencie korzystają z wyciągu. Są to urazy różnej ciężkości – od złamania palca u ręki, gdy ktoś podeprze się przy zjeździe, czy zadraśnięcie, gdy wjedzie w siatkę, po urazy miednicy, obojczyków czy kręgosłupa – mówi Dominik Mikołajczyk, ratownik Grupy Podhalańskiej Górskiego Ochotniczego Pogotowia

Ratunkowego (GOPR). – Przyczyną tych wypadków najczęściej jest niedostosowanie umiejętności do warunków panujących na stoku, czyli liczby ludzi albo ukształtowania terenu. Zdarza się, że ktoś wjedzie w muldy i nie będzie w stanie opanować nart. Nierzadkie są zderzenia samych narciarzy, gdy jeden z impetem wjeżdża w drugiego – dodaje Mikołajczyk.

Naczelnik GOPR Jerzy Siodłak mówi, że rocznie pogotowie interweniuje w przypadku 3-4 tys. zdarzeń. – Najczęstsze są urazy kończyn, ale przy dużych prędkościach, gdy jeździmy w poprzek stoku, dochodzi do urazów wielonarządowych, często bardzo poważnych, włącznie z wypadkami śmiertelnymi. Na szczęście ze śmiercią na stoku mamy do czynienia stosunkowo rzadko. W zależności od zimy, liczby ludzi i warunków narciarskich od 8-9 do 12-13 przypadków w ciągu roku – tłumaczy naczelnik Siodłak.

Z analizy kart wypadków GOPR wynika, że najczęściej dochodzi do nich między godz. 14 a 16 wśród mężczyzn w wieku od 27 do 35 lat, którzy częściej doznają urazu prawej kończyny dolnej. – Godziny nie są przypadkowe. Następuje wtedy zmęczenie po całym dniu jazdy, ruch na trasie jest większy, a śnieg zdążył zmienić swoją strukturę i nie jest optymalny – mówi Jerzy Siodłak.



◀ Gdy już do-
trzymamy na stok,
trzeba zrobić
rozgrzewkę

fot.: Irena Stein

KOLANA NARCIARZY, ZŁAMANIA SNOWBOARDZISTÓW

Statystyczny narciarz, a często również snowboardzista, zostaje zwieziony przez GOPR (za granicą przez lokalne służby) do miejscowego szpitala, gdzie trafia na ortopedyczny szpitalny oddział ratunkowy. Za granicą niekoniecznie musi być w danej miejscowości szpital. Wtedy możemy trafić do lokalnej kliniki, zwykle prywatnej, gdzie lekarz udzieli nam pomocy, a jeśli stwierdzi, że jesteśmy w ciężkim stanie, zostaniemy przetransportowani do szpitala (karetką lub śmigłowcem – w zależności od rodzaju doznanych urazów).

– A tam najczęściej rozpoznaje się urazy stawów kolanowych – mówi dr. n. med. Tomasz Jopek, ortopeda na co dzień pracujący w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Obrażeń Wielonarządowych Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. Józefa Strusia w Poznaniu. – Urazy skrętne kolana częściej dotyczą narciarzy, rzadziej snowboardzistów. W mojej codziennej praktyce osoby wracające ze stoków najczęściej mają zerwane więzadła krzyżowe przednie (ACL – anterior cruciate ligament), uszkodzenia łąkotek oraz uszkodzenia więzadeł pobocznych stawu kolanowego. Urazy mogą zdarzyć się zarówno podczas upadku, jak i podczas zderzenia, gdy ktoś wjedzie w nas z boku lub od tyłu. Sporadycznie pojawiają się pacjenci z tzw. kciukiem narciarskiego, czyli zerwaniem więzadła pobocznego łokciowego (UCL)

w stawie śródrečno-paliczkowym kciuka – wylicza dr Jopek.

Filip Płużański, ortopeda z Oddziału Ortopedycznego Poddębickiego Centrum Zdrowia w województwie łódzkim, dodaje, że urazy dotyczą nie tylko narciarzy, ale także snowboardzistów. – Najczęściej mamy do czynienia ze skręceniem stawu kolanowego i uszkodzeniem czy to więzadła krzyżowego przedniego, czy to łąkotek, a niekiedy

985 oraz 601 100 300 –
to dwa numery ratunkowe obowiązujące
w polskich górach, warto mieć je
zapisane w swojej komórce

więzadła krzyżowego tylnego, do którego dochodzi w mechanizmie klękania. Uszkodzenie więzadła krzyżowego tylnego zdarza się na przykład u narciarzy biegowych, którym blokują się narty, a oni uklękają z dużym impetem. Typowym dla urazów na stoku jest też złamanie wyrostka bocznego kości skokowej, zwane złamaniem snowboardzisty. Działa tu podobny mechanizm jak przy zwykłym urazie skrętnym, ale ponieważ kończyny ustabilizowane są w butach

snowboardowych i przytwierdzone do w miarę sztywnej deski, stopom coś się musi poddać. Nie podda się wiązanie buta ani but, tylko jakiś element w stawie, w tym wypadku wyrostek boczny kości skokowej – opisuje doktor Płużański. Dodaje, że u snowboardzistów, szczególnie początkujących, ze względu na podpieranie się przy upadku dochodzi też do złamania w obrębie dalszego końca kości promieniowej. – To złamanie, które najczęściej spotykamy u osób starszych w wyniku potknięcia i podparcia się ręką osłabioną przez osteoporozę. U snowboardzistów do złamania dalszego końca kości promieniowej dochodzi na skutek dużego impetu. Taki uraz zazwyczaj wymaga zabiegu operacyjnego nawet u osób młodych – zaznacza.

Snowboardziści przodują również w urazach kręgosłupa, najczęściej szyjnego. To zwykle urazy typu „whiplash” (smagnięcie biczem), gdzie głowa leci do tyłu, a kręgosłup szyjny cofa się i szybko wraca do przodu. Dochodzi wówczas do naderwania więzadeł kręgosłupa i może dojść do utraty jego stabilności. W przypadku naciągnięcia tych więzadeł nie trzeba robić nic, wystarczą leki przeciwbólowe i ćwiczenia, a nie unieruchomienie na siłę w gorsecie czy kołnierzu. Jak zapewnia Tomasz Szymański, neurochirurg kierujący Oddziałem Klinicznym Neurochirurgii w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym w Radomiu, odcinki piersiowy, lędźwiowy i krzyżowy są bardziej odporne i żeby je uszkodzić, uraz musi być potężny.

KIEDY OPEROWAĆ

Przywiezieni do lokalnego szpitala często zastanawiają się, czy dać się zoperować na miejscu, czy nalegać na przewiezienie do szpitala blisko miejsca zamieszkania. Praktyka bywa różna, szczególnie jeśli chodzi o urazy za granicą.

– Na co dzień pracuję na oddziale chirurgii urazowej i urazów wielonarządowych, więc uważam, że wszelkie złamanie należy zaopatrzyć możliwie jak najszybciej. Z reguły złamanie kwalifikujące się do leczenia operacyjnego zaopatrzuje ośrodek, do którego pacjent

KODEKS DLA NARCIARZY I SNOWBOARDZISTÓW

W Unii Europejskiej obowiązuje Dekalog Reguł Międzynarodowej Federacji Narciarskiej (FIS). Każdy narciarz i snowboardzista powinien go znać. Oto jego postanowienia:

1. Wzgląd na inne osoby

Każdy na stoku powinien zachować się w taki sposób, by nie stwarzać niebezpieczeństwa ani powodować szkody dla innej osoby.

2. Sposób jazdy i panowanie nad prędkością

Każdy powinien kontrolować sposób jazdy i dostosować szybkość i sposób jazdy do swoich umiejętności, rodzaju i stanu trasy, warunków atmosferycznych oraz natężenia ruchu.

3. Wybór kierunku jazdy

Nadjeżdżający od tyłu musi wybrać taki tor jazdy, aby nie spowodować zagrożenia dla narciarzy lub snowboardzistów znajdującym się przed nim.

4. Wyprowadzanie

Można wyprowadzać innego narciarza lub snowboardzistę z góry i z dołu, z prawej i z lewej strony, pod warunkiem że zostawimy wystarczająco dużo przestrzeni wyprowadzanemu na wykonanie przez niego wszelkich zamierzonych lub niezamierzonych manewrów.

5. Ruszanie z miejsca i poruszanie się w górę stoku

Wjeżdżając na oznakowaną drogę zjazdu, ponownie ruszając po zatrzymaniu się czy też poruszając się w górę stoku, trzeba się upewnić, czy nie stworzy to niebezpieczeństwa dla nas samych lub innych.

6. Zatrzymanie na trasie

Każdy narciarz musi unikać zatrzymywania się bez potrzeby na trasie zjazdowej w miejscach przewężeń lub o ograniczonej widoczności, a po upadku w takim miejscu powinien usunąć się z toru jazdy możliwie jak najszybciej.

7. Podchodzenie i schodzenie na nogach

Każdy musi podchodzić lub schodzić na nogach wyłącznie skrajem trasy.

8. Przestrzeganie znaków narciarskich

Każdy powinien stosować się do znaków narciarskich i oznaczeń tras.

9. Wypadki

W razie wypadku każdy narciarz lub snowboardzista powinien udzielić poszkodowanemu pomocy.

10. Obowiązek ujawnienia tożsamości

Każdy narciarz, snowboardzista, obojętnie czy sprawca wypadku, poszkodowany czy świadek, musi w razie wypadku podać swoje dane osobowe.

trafia bezpośrednio po urazie. Natomiast uszkodzenia więzadłowe oraz uszkodzenia łąkówek mogą, a nawet powinny poczekać. W przypadku uszkodzenia ACL i innych zabiegów artroskopowych z reguły najlepiej wykonać zabieg co najmniej sześć tygodni po urazie – mówi dr Tomasz Jopek. I dodaje, że natychmiastowa operacja, gdy jest jeszcze obecny stan zapalny, może dać gorsze wyniki, a nawet powikłania w postaci artrofibrozy, czyli powstawania zrostów utrudniających ruch.

GDYBY KÓZKA POSKAKAŁA...

Nasi rozmówcy z GOPR nie mają wątpliwości: na urazy bardziej niż warunki atmosferyczne wpływa fantazja, umiejętności i przygotowanie samego snowboardzisty czy narciarza, a ściślej ich brak. Ludzie biorą z domu narty, które cały sezon stały w schowku, w ogóle nie przygotowując, nie sprawdzając wypięcia i nie dostosowując ślizgu, co jest niezbędne, by narta jeździła, a nie szarpała po stoku. Zdarza się, że ktoś przez rok znacznie przytył, a narty ma wymierzone do niższej wagi, albo pożyczą narty od dużo lżejszego lub cięższego kolegi.

– Częstym powodem urazów jest brak fizycznego przygotowania ludzi, którzy wstają zza biurka i myślą, że po roku aktywności można tak po prostu zacząć jeździć – mówi Dominik Mikołajczyk z Podhalańskiej Grupy GOPR.

Na brak przygotowania pomstują też ortopedzi: – Do wyprawy na narty czy na snowboard trzeba się przygotowywać. Nie chodzi o rehabilitację czy zabiegi fizjoterapeutyczne, tylko o regularną aktywność fizyczną. W przypadku snowboardzistów i narciarzy trzeba ćwiczyć cały organizm, nie tylko nogi, bo ogólna sprawność pomaga nam nie tylko w skrajnych położeniach stabilizować stawy za pomocą więzadeł, a dużo wcześniej za pomocą mięśni. Ważne, by robić to, na co pozwala nam czas, ale ruszać się regularnie. Lepiej ruszać się regularnie nieintensywnie, niż od wielkiego dzwonu rzucać się na maraton. Można codziennie chodzić na spacer – radzi Filip Płuzański.

Dr Tomasz Jopek uważa, że przygotowania do wyjazdu zimowego powinno się rozpocząć już pod koniec letnich wakacji. – Nasz organizm potrzebuje czasu, by zaadaptować się do odmiennych form wysiłku. Jeśli mówimy o amatorskim uprawianiu sportu, optymalnie powinno to być 12 tygodni przygotowań. Byłby to idealny czas, żebyśmy w pełni sprawni pojawili się na stoku. Sześć tygodni to moim zdaniem absolutne minimum. Dobrze, gdybyśmy przez te sześć tygodni ćwiczyli w schemacie 3-30-130, czyli co najmniej trzy razy w tygodniu przez 30 minut przy tętnie ok. 130. Większość z nas pracuje i ma problem ze znalezieniem czasu na trening. Gdy nie ma możliwości systematycznego ćwiczenia, powinniśmy pamiętać o jeszcze ważniejszej rzeczy, jaką jest regeneracja. Bez niej nie zrobimy dobrego treningu. Jeżeli przygotowujemy się do wysiłku fizycznego i mamy postawiony długofalowy cel, w planie treningowym powinniśmy uwzględnić aktywności dnia codziennego. Stanie przy stole operacyjnym, praca w poradni są przecież bardzo wyczerpujące psychofizycznie! Po ciężkim dniu warto czasem odpuścić i dopiero następnego dnia, kiedy jesteśmy mniej zapracowani, trenować. Pamiętajmy, że to, jaką pracę wykonujemy, ma wpływ na nasze samopoczucie i na nasze zdolności do podejmowania wysiłku fizycznego – zaznacza dr Jopek.

ZABIEG I CZAS NA ODZYSKANIE SPRAWNOŚCI

Jedno jest pewne: kto nie ćwiczył przed wyjazdem, będzie ćwiczył po urazie. Rzadziej sam, częściej z fizjoterapeutą. – Lekarze zazwyczaj nie mają na nic czasu, więc nie ćwiczą, a po urazie i rekonstrukcji aparatu więzadłowego bardzo szybko chcą wrócić na dyżury. To zrozumiałe, bo tego wymaga od nich kontrakt i brak możliwości wzięcia urlopu czy zwolnienia – mówi Filip Płuzański. – Dlatego tym bardziej powinniśmy ćwiczyć, zarówno po to, żeby zapobiec urazom, jak i po nich, by szybciej odzyskać sprawność. Spodziewam się, że lekarze lepiej niż pacjenci

bez studiów medycznych rozumieją, że zabieg powinien być tylko przerwą w ćwiczeniach. Ale miałem tylko jedną pacjentkę – lekarkę, kardiolożkę, która w dwa tygodnie po zabiegu wróciła na dyżury. Co do joty stosowała się do moich zaleceń. Była to osoba, która regularnie biegała i chciała jak najszybciej wrócić do sprawności. Ćwiczyła zarówno przed zabiegiem – w domu i z fizjoterapeutą, jak i przez pierwsze dni po operacji, kiedy ból był naprawdę silny. Kolano wygoiło się błyskawicznie, a kiedy weszła do mojego gabinetu, oniemiałem. Powrotu na dyżur dwa tygodnie po operacji nie polecam nikomu innemu. To był po prostu wyjątkowy, bardzo zmotywowany i zdyscyplinowany pacjent, ale też wyjątkowy organizm – podkreśla dr Płużański.

Według dr. Tomasza Jopka większość pacjentów, którzy mają odpowiednio postawione rozpoznanie, są leczeni, a także odpowiednio rehabilitowani, wraca do sprawności sprzed wypadku. – To oczywiście zdanie bardzo ogólne, bo wszystko zależy od rodzaju urazu, od sposobu zaopatrzenia itp. Nie wszyscy pacjenci, którzy do nas przyjeżdżają, kończą z pełną sprawnością i będą nadal mogli brać udział w aktywnościach sportowych. Myślę jednak, że znacznie większa dostępność rezonansu magnetycznego i jego lepsza

przystępność cenowa są tym, co pozwala skrócić proces diagnostyki i przyspieszyć leczenie – mówi dr Jopek.

Doktor ma pacjentów, którzy kończyli sezon narciarski z urazem, byli operowani w okolicach

Rozgrzewkę trzeba zacząć od rozciągania,
potem kilka pajacyków, przysiadów,
wymachów ramion, kręcenia szyją
i całym tułowiem

kwietnia, maja a nawet czerwca, i zdążyli na końcówkę kolejnego sezonu. To ci niezwykle zdyscyplinowani, jak kardiolożka – rekordzistka od dr. Płużańskiego. Większość pacjentów musi jednak odpocząć co najmniej jeden sezon.

JAK SIĘ ZACHOWYWAĆ NA STOKU

Jak w każdej dziedzinie medycyny i w ortopedii łatwiej zapobiegać, niż leczyć. GOPR-owcy podkreślają, jak ważne jest odpowiednie przygotowanie sprzętu. Trzeba też pomyśleć o kasku. Choć jazda w nim obowiązuje osoby do 16. roku życia, naczelnik GOPR Jerzy Siodłak

zaleca ją wszystkim – od najmłodszych do najstarszych.

Zgadza się z nim neurochirurg Tomasz Szymański: – Po narciarskim wypadku mistrza Formuły 1 Michaela Schumachera nikomu nie powinno nawet przyjść do głowy, by jeździć bez kasku. Zresztą osoby jeżdżące bez kasku łatwiej spotkać na stokach w Polsce, za granicą to się w zasadzie nie zdarza.

Samo zabezpieczenie sprzętu to jednak za mało, by móc bezpiecznie jeździć. Trzeba jeszcze, gdy już dotrzemy na stok, zrobić rozgrzewkę. – Należy się rozciągnąć, wykonując część ćwiczeń, które wcześniej wypróbowaliśmy w naszym domowym zaciszu albo z trenerem personalnym – radzi dr Tomasz Jopek. – Powinniśmy odpowiednio rozgrzać zarówno nogi, ręce, jak i cały tułów. Ważne są wszystkie stawy, ale to staw kolanowy jest tym, który przenosi największe obciążenia podczas jazdy na nartach. Zaczęlbym od rozciągania, potem kilka pajacyków, przysiadów, wymachów ramion, kręcenia szyją oraz całym tułowiem tak, żebyśmy mieli delikatnie podwyższone tętno, w momencie gdy zaczynamy nasz pierwszy zjazd. Jeśli tętno wyraźnie przyspiesza już podczas zapinania butów narciarskich, nie jest to dobry znak. Nasza kondycja jest zbyt słaba, by bezpiecznie spędzić cały dzień na stoku – ostrzega dr Jopek.

Do bezpiecznej jazdy konieczne jest jeszcze jedno. Jak radzi Jerzy Siodłak, odświeżenie zasad zachowania na stoku i dostosowanie prędkości do naszych umiejętności i warunków jazdy.

– Tylko tyle i aż tyle, ale wiele osób wciąż o tym zapomina – mówi naczelnik GOPR.

I przypomina dwa numery ratunkowe obowiązujące w polskich górach: 985 i 601 100 300. – Jeżeli wybieramy się w góry, warto ściągnąć aplikację Ratunek, która pozwala bardzo szybko połączyć się z ratownikami górskimi. Naciskając przycisk dwukrotnie, łączymy się z najbliższą jednostką ratowniczą i tym samym wyrażamy zgodę na podanie ratownikom naszych współrzędnych geograficznych – tłumaczy Jerzy Siodłak.



TEMAT NUMERU

Na narty tylko z dobrą polisą

By mieć bezstresowy wyjazd zimowy, trzeba zadbać o ubezpieczenie. To nie byle jakie, ale takie, które zapewni nam leczenie za granicą i bezpieczny powrót do Polski, a potem pokryje koszty rehabilitacji.

Wypadki chodzą po ludziach. Ulegają im również lekarze, nawet bardzo doświadczeni narciarze. Białe szaleństwo to nie tylko frajda i przyjemność. To również poważne ryzyko urazów, np. zerwania więzadeł czy złamania. Dlatego tak ważne jest ubezpieczenie. Zanim jednak wybierzemy polisę, przejrzymy oferty i porównajmy je ze sobą. Pamiętajmy, że od ceny ważniejszy jest zakres ochrony.

SPORTY ZIMOWE

Kupując przed wyjazdem na narty ubezpieczenie turystyczne, musimy je rozszerzyć o uprawianie sportów zimowych. Jeśli tego nie zrobimy, możemy nie uzyskać pomocy i wypłaty świadczeń. Wystarczy, że rozszerzymy podstawowy zakres ochrony o ryzyka związane z uprawianiem sportów zimowych (dotyczy to uprawiania wszelkich odmian narciarstwa i snowboardingu na oznakowanych trasach). Jeśli jednak interesują nas zimowe sporty ekstremalne (m.in. wszelkie odmiany narciarstwa lub snowboardingu uprawiane poza oznakowanymi trasami oraz sporty wysokiego ryzyka jak heliskiing, heliboarding, mountainboarding, skoki narciarskie czy freeskiing), takie rozszerzenie będzie niewystarczające. W tym przypadku potrzebujemy ochrony rozszerzonej o „sporty wysokiego ryzyka”. Konieczne będzie też opłacenie dodatkowej składki.

W TROSCE O ZDROWIE I ŻYCIU

O dobrą polisę warto zadbać zwłaszcza wtedy, gdy na narty wybieramy się za granicę. Dzięki temu, gdy zdarzy się już wypadek i doznamy na stoku urazu, nie będziemy się musieli martwić, że stracimy oszczędności życia. Koszty leczenia za granicą potrafią bowiem zrujnować. A dobra polisa powinna nam zapewniać

ANNA WOJDA



organizację i pokrycie kosztów leczenia przez zakład ubezpieczeń.

Ubezpieczyciele proponują różny zakres ochrony i różne sumy ubezpieczenia będące maksymalnym limitem odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Przeglądając oferty, należy zatem sumę ubezpieczenia

Polisy dające ochronę w Polsce nie zapewniają kompleksowego leczenia urazów powstałych na stoku w prywatnych placówkach medycznych

dostosować do potencjalnych kosztów usług medycznych w kraju, do którego wybieramy się na wyjazd. Z polisy może wynikać na przykład, że zakład pokryje koszty leczenia do 500 tys. zł, ale może to być tylko 100 tys. zł. Zważywszy na ceny usług medycznych za granicą, lepiej wybrać wariant z wyższą kwotą. Polisa będzie wprawdzie nieco droższa, ale my spokojniejsi na wyjeździe.

Wybierając polisę, koniecznie zwróćmy uwagę, czy możemy liczyć na pokrycie kosztów transportu

medycznego do kraju. Te, w zależności od tego, w jakim będziemy stanie i w jaki sposób miałby się transport odbywać, mogą być liczone w tysiącach euro w przypadku przewozu specjalnym samolotem lub karetką. Dobrze mieć zapisany w polisie wysoki limit.

Pamiętajmy też, że polisy turystyczne nie zapewniają leczenia za granicą od początku do końca. Zwraca na to uwagę Rzecznik Finansowy w najnowszym poradniku o ubezpieczeniu dla narciarzy i snowboardzistów na ferie zimowe. Czytamy w nim: „jeśli złamiemy nogę, to ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty diagnostyki, ewentualnej koniecznej operacji i usztywnienia nogi. Następnie zorganizuje nam transport medyczny do Polski. Dopiero w kraju będziemy czekali na zrośnięcie się nogi i kontynuowali leczenie. Koszty zdjęcia np. gipsu czy późniejszej rehabilitacji będziemy musieli już pokrywać we własnym zakresie lub korzystać z publicznej służby zdrowia”.

PO POWROCIE DO KRAJU

W takich przypadkach niektóre towarzystwa ubezpieczeniowe gwarantują dodatkową ochronę.

WARTO CZYTAĆ OWU

Przed zakupem polisy zawsze przeczytajmy OWU, czyli ogólne warunki ubezpieczenia. To tam są zawarte wszystkie najważniejsze informacje. Dowiemy się szczegółowo, na co i kiedy możemy liczyć ze strony ubezpieczyciela, ale też – a może przede wszystkim – kiedy nasze ubezpieczenie nie zadziała. Są to tzw. wyłączenia, czyli sytuacje, gdy ubezpieczyciel nie będzie zobowiązany zapłacić na przykład za nasze leczenie. Pamiętajmy też, by przed zakupem polisy dopytać ubezpieczyciela, czy w ośrodku do którego się wybieramy, są placówki medyczne, z którymi ubezpieczyciel współpracuje. Nie zawsze tak jest. Wtedy może się okazać, że choć mamy polisę i zapewnioną ochronę ubezpieczeniową, za leczenie będziemy musieli zapłacić z własnych pieniędzy, a dopiero po dostarczeniu dokumentacji medycznej i rachunków dostaniemy zwrot od zakładu ubezpieczeń. Co ważne, na taki zwrot zwykle ubezpieczyciel zastrzega sobie określony czas, z reguły do 30 dni.

Kupując polisę, możemy wybrać ubezpieczenie z opcją kontynuacji leczenia i rehabilitacji po powrocie do kraju. W zależności od umowy ubezpieczyciel może nam zagwarantować pokrycie kosztów wizyt u lekarza, kosztów rehabilitacji, a nawet badań czy ewentualnej operacji (nie zawsze bowiem zabieg jest od razu wykonywany na miejscu, przy urazach więzadeł operacje często wykonuje się już w kraju). Z umowy może również wynikać, że w przypadku pobytu w szpitalu będzie nam wypłacane dzienne świadczenie w określonej kwocie. Jest to bardzo dobra opcja, bo mamy zapewnioną ochronę również po powrocie do kraju. Musimy jednak pamiętać, że zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela jest w takich przypadkach niewielki. Zwykle jest to kwota między tysiącem a 5 tys. zł, z czego na koszty rehabilitacji

przewidziane jest przykładowo tylko 500 zł (a wiadomo, że po urazie choćby kolana rehabilitacja jest ważną składową kosztów leczenia). Tak niski limit odpowiedzialności ubezpieczyciela pozwoli zatem pokryć koszty leczenia przy niewielkich urazach, przy poważniejszych będzie niewystarczający. Zwłaszcza gdy rehabilitacja odbywa się w prywatnych placówkach.

Rzecznik Finansowy w swoim poradniku zwraca uwagę, że „mając taką opcję, trzeba pamiętać, że zdarzają się umowy wymagające zgłoszenia konieczności skorzystania z niej np. w ciągu 14 dni od powrotu do kraju”. A to oznacza, że jeśli w tym czasie nie zgłosimy ubezpieczycielowi, że chcemy korzystać w kraju z rehabilitacji, i zrobimy to później, nie pokryje jej kosztów.

Rzecznik zauważa również, że w umowach są postanowienia, „które wprowadzają maksymalny limit czasowy, w którym można kontynuować leczenie w oparciu o posiadaną umowę ubezpieczenia”. Mogą być to dwa miesiące od dnia wypadku, rzadziej sześć miesięcy. Przy poważnych urazach może się zatem okazać, że choć mamy dodatkową ochronę ubezpieczeniową, nie zdążymy z niej skorzystać w całości.

NIE JESTEŚMY SAMI NA STOKU

Jeżdżąc na nartach czy desce snowboardowej, musimy pamiętać, że nie jesteśmy na stoku sami. Są tam również inni ludzie. A to oznacza, że nie możemy wykluczyć sytuacji, gdy ktoś wjedzie w nas lub my w kogoś. Wtedy przyda się dodatkowa ochrona, zwłaszcza jeśli przy okazji takiego zderzenia wyrządzimy szkodę. Dobrze mieć polisę z ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej (OC) za szkody na osobie i rzeczy. Powinna być ona na możliwie wysokie sumy, nawet pół miliona złotych. Jeśli wpadając na innego narciarza, doprowadzimy do wywołania u niego rozstroju zdrowia, skutki finansowe naprawienia takiej szkody mogą być dotkliwe. Może się okazać, że trzeba pokryć koszty pobytu takiej osoby w szpitalu, jej rehabilitacji. Niewykluczone, że będziemy musieli pokryć też koszty utraconych zarobków z uwagi

na przerwę w pracy spowodowaną pobytem w szpitalu czy późniejszą rehabilitacją takiej osoby.

Rzecznik Finansowy podkreśla w poradniku, że „kupując OC, zapewniamy sobie wsparcie ubezpieczyciela w razie otrzymania roszczeń odszkodowawczych od poszkodowanego”. Z polisy mogą zostać pokryte koszty ewentualnego procesu sądowego i pomocy adwokata czy radcy prawnego, z którego usług będziemy korzystali.

RATOWNICTWO MEDYCZNE

Kolejną ważną pozycją, której w umowie ubezpieczenia nie może zabraknąć, jest pokrycie kosztów poszukiwania i ratownictwa. Nie każdy pamięta, że za granicą, inaczej niż w Polsce, ratownictwo górskie jest płatne. W Austrii, Włoszech czy Szwajcarii, zwłaszcza gdy do akcji ratunkowej używany jest śmigłowiec, w grę mogą wchodzić gigantyczne wydatki liczone w tysiącach euro lub franków szwajcarskich. Dlatego nasze ubezpieczenie powinno obejmować pokrycie kosztów takiej akcji i dodatkowo udzielonej w tym momencie pomocy medycznej. Umowę warto dokładnie przeczytać, bo może zawierać różne opcje. Po pierwsze, że pomoc zostanie nam udzielona tylko wtedy, gdy nasi bliscy lub odpowiednie służby poinformują o naszym zaginięciu. Są też i takie opcje, że pomoc zostanie nam udzielona, gdy niespodziewanie pogorszy się pogoda albo awarii ulegną wyciągi i nie będziemy w stanie sami bezpiecznie wrócić do celu.

Przed wykupieniem ubezpieczenia warto dokładnie przeczytać, kiedy – choć pomoc zostanie nam udzielona – ubezpieczyciel nie pokryje jej kosztów. Może się stać tak, gdy sami przyczynimy się do powstania określonej sytuacji, np. będziemy zjeżdżali daną trasą, ignorując ostrzeżenia o zagrożeniu lawinowym.

USŁUGI ASSISTANCE

Ubezpieczenia – w przypadku umów rozszerzonych o amatorskie uprawianie narciarstwa lub snowboardingu – mogą obejmować przeróżne pakiety usług assistance. Można otrzymać zwrot kosztów karnetu na wyciąg narciarski, jeżeli na skutek

nieszczęśliwego wypadku lokalny lekarz uzna nas za niezdolnych do jeżdżenia na nartach lub snowboardzie. Można również otrzymać proporcjonalną część opłat za niewykorzystany karnet narciarski od dnia zdarzenia do ostatniego dnia jego ważności (może być to 600 zł, a może być 800 zł – w zależności od limitu ustalonego przez ubezpieczyciela). W tej sytuacji możemy również liczyć na zwrot proporcjonalnej części opłat za niewykorzystany okres wypożyczenia sprzętu narciarskiego. To ważne zwłaszcza wtedy, gdy uraz lub wypadek na stoku ma miejsce już na początku naszego pobytu i uniemożliwia nam dalsze cieszenie się z wyjazdu.

Z dodatkowym pakietem assistance możemy liczyć na świadczenia również w przypadku zamknięcia narciarskich tras zjazdowych. Jeżeli nie będziemy mogli korzystać z wcześniej wykupionych usług przez ponad 24 kolejne godziny z powodu całkowitego zamknięcia wyciągów i będzie to spowodowane niedostateczną ilością śniegu, dostaniemy konkretną kwotę za każdy dzień zamknięcia tras. Ubezpieczyciel, jeśli taką opcję przewiduje umowa, może nam też zwrócić uzasadnione koszty zakwaterowania i transportu, jeśli gdzieś lawina i dostęp do naszego ośrodka narciarskiego będzie zablokowany.

O dodatkowym pakiecie warto pomyśleć – jak radzi Rzecznik Finansowy w swoim poradniku – zwłaszcza



foto: Shutterstock.com

wtedy, gdy jedziemy na narty sami z dzieckiem. W szerszych wariantach są opcje opieki nad dzieckiem, jeśli coś się stanie rodzicowi (np. z powodu urazu na stoku trafi do szpitala). Ubezpieczyciel w takich sytuacjach najpierw organizuje opiekę kogoś, kto jest na miejscu, a potem może zorganizować i opłacić przejazd kogoś z rodziny, kto się zajmie dzieckiem i wróci z nim do kraju.

Inny przykład: lekarz wyjeżdża na narty samochodem z całą rodziną, ale tylko on ma prawo jazdy. W takiej sytuacji warto mieć ubezpieczenie z opcją kierowcy zastępczego. Jeśli lekarz złamie nogę na stoku, zostanie przewieziony do kraju, a jego rodzina wróci samochodem z kierowcą zastępczym.

Poza pakietem assistance warto rozważyć ubezpieczenie sprzętu narciarskiego od kradzieży czy zniszczenia w razie wypadku. Czasami umowy przewidują również możliwość pokrycia kosztów wypożyczenia sprzętu narciarskiego, jeśli nasz został zniszczony lub

uszkodzony po upadku. Musimy jednak pamiętać, że jeśli zostawimy narty lub deskę snowboardową bez nadzoru na stoku i ktoś ją nam ukradnie, nie dostaniemy odszkodowania.

NARTY W POLSCE

Ubezpieczenie powinniśmy kupić niezależnie od tego, czy na narty wybieramy się za granicę, czy w kraju. W tym drugim przypadku musimy jednak pamiętać, że nie możemy liczyć na pokrycie kosztów leczenia urazów w prywatnych placówkach medycznych, a jedynie na pokrycie kosztów następstw nieszczęśliwych wypadków (wypłata świadczenia w razie trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia czy śmierci). Czasem ochrona ogranicza się tylko do pokrycia kosztów transportu medycznego. Oczywiście, niektórzy ubezpieczyciele proponują możliwość rozszerzenia – za dodatkową składką – ochrony (np. o transport ubezpieczonego ze szpitala do miejsca zamieszkania).

EKUZ NIE WYSTARCZY

Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) wydawana przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) jest dobrym zabezpieczeniem przed ponoszeniem z własnej kieszeni wysokich kosztów leczenia za granicą. Trzeba jednak pamiętać, że refunduje ona tylko podstawowe świadczenia medyczne. Dla narciarza w razie poważnego urazu na stoku jej zakres może być niewystarczający. EKUZ nie pokryje kosztów akcji ratowniczej czy transportu do Polski. Dlatego potrzebne jest ubezpieczenie turystyczne.

AKTUALNOŚCI

Przerwać impas w zdrowiu

Czy skończył się doskwierająco długi okres zawieszenia w ochronie zdrowia i można liczyć, że sprawy ruszą z kopyta? Na razie nie ma co przesadzać z optymizmem.

Gdy w połowie grudnia w siedzibie samorządu lekarskiego Izabela Leszczyna rozmawiała z członkami Naczelnej Rady Lekarskiej, trudno było nie dostrzec aury optymizmu i nadziei na zmianę. Najlepiej – w pożądanym kierunku. Gdyby zebrać wyrażane w ostatnich miesiącach opinie, wygłaszane przy różnych okazjach przez ekspertów i interesariuszy systemu, układałyby się one w życzenie: „Niech ten zastój się wreszcie skończy”.

W zdrowiu praktycznie od połowy roku, a na dobre od dymisji ministra Adama Niedzielskiego na początku sierpnia, nie działo się nic. Żadnych istotnych decyzji, żadnych rozstrzygnięć (poza nagrodami dla wysokich urzędników instytucji podległych resortowi).

Kompletowanie kierownictwa w resorcie szło jak po grudzie i dopiero pod koniec okresu bożonarodzeniowego swoje nominacje odebrali Wojciech Konieczny (sekretarz stanu) i troje podsekretarzy: Maciej Miłkowski, Urszula Demkow i Marek Kos.

NIERÓWNE OBCIĄŻENIE MINISTRÓW

Podział zadań w kierownictwie ministerstwa to nowe otwarcie, tylko że drzwi ledwie się uchyliły. Widać olbrzymią dysproporcję między zadaniami, jakie pozostawiła w swoich rękach minister Leszczyna, i tymi, które rozdzieliła między współpracowników. Sama lista departamentów podlegających Leszczynie jest praktycznie tak długa, jak suma podlegających wiceministrom, nie mówiąc o ich wadze – minister zostawiła dla siebie choćby Departament Lecznictwa. Do tego praktycznie wszystkie instytucje (w tym Narodowy Fundusz Zdrowia), instytuty badawcze i uczelnie

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA



medyczne. To ostatnie dziwi szczególnie, bo kadrami medycznymi ma się zajmować wiceminister Urszula Demkow.

Doświadczeni urzędnicy widzą dwa potencjalne wyjaśnienia: Leszczyna chciała mieć pięciu zastępców, premier podpisał cztery wnioski. – Takie „przeciążenie” wynikać może z chęci niedezorganizowania pracy pozostałym, jeśli

za kadry medyczne, Marek Kos za dialog społeczny, Maciej Miłkowski za politykę lekową, zaś Wojciech Konieczny za współpracę międzynarodową. To uproszczenie, ale dobrze pokazuje brak równowagi w obciążeniu obowiązkami.

PIERWSZE DECYZJE JUŻ ZAPADŁY

Minister Leszczyna odwołała prezesa Agencji Badań Medycznych (ABM) oraz skierowała do prokuratury zawiadomienie o możliwości popełnienia przestępstwa (poświadczenie nieprawdy w postępowaniu konkursowym). Radosław Sierpiński odpiera zarzuty, podważając ustalenia Najwyższej Izby Kontroli, której raport stanowi podstawę, do której odwołuje się w tej chwili Ministerstwo Zdrowia. Nie można wykluczyć, że pośrednio ze sprawą ABM związane jest odwołanie ze stanowiska dyrektora Narodowego Instytutu Kardiologii byłego ministra zdrowia, prof. Łukasza Szumowskiego. Widać, choćby z planu prac Komisji Zdrowia przyjętego jeszcze w grudniu, że ABM, która była „dzieckiem” ministra Szumowskiego, będzie dokładnie nicowana

Lista departamentów podległych minister Leszczynie jest tak długa, jak suma podlegających wiceministrom

premier zgodziłby się na kolejnego podsekretarza stanu – słyszymy od części rozmówców. Ale są głosy, że szanse na pięciu „wice” w resorcie są niewielkie, a Leszczyna będzie dokładać zastępcom zadań po okresie przejściowym, gdy zapozna się z sytuacją i podejmie kluczowe decyzje personalne. Na połowę stycznia wiadomo tylko, że Urszula Demkow odpowiada

przez obecną ekipę. Przy uchwalaniu ustawy o ABM ówczesna opozycja nie szczędziła rządzącym krytyki, zarzucając im, że pod pozorem rozwoju niekomercyjnych badań klinicznych tworzą przestrzeń dla wygodnych posad i karier, ale też niejasnych interesów. Nadszedł czas weryfikacji.

Poza decyzjami personalnymi i typowym gaszeniem pożarów oraz uchwaloną w błyskawicznym trybie ustawą przywracającą finansowanie in vitro z budżetu państwa, Koalicja nie ma w zdrowiu wielu dokonań.

NIE CHCĄ PODNIEŚĆ NAKŁADÓW

Jeśli chodzi o finanse ochrony zdrowia – absolutny fundament i warunek sanacji – widoków na zmiany nie ma. Jest prawdą, że rząd Donalda Tuska znalazł w budżecie nieco ponad 4 mld zł dodatkowego wsparcia dla zdrowia. Ponad 1 mld zł zapisano w ustawie budżetowej, a 3 mld zł to efekt prezydenckiego weta do ustawy o budżecie – pieniądze pierwotnie przeznaczone na media publiczne mają trafić do NFZ w formie obligacji z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń z onkologii, psychiatrii i chorób rzadkich, przede wszystkim dla pacjentów pediatrycznych. Powody do zadowolenia? Umiarkowane.

Na grudniowym posiedzeniu Komisji Zdrowia, na którym posłowie opiniowali projekt ustawy budżetowej w części „zdrowotnej”, minister Leszczyna, odnosząc się do zapisów ustawy 7 proc. PKB na zdrowie, wprost stwierdziła, że mając one w głowie opinii publicznej, bo odnoszą wydatki bieżące do PKB sprzed dwóch lat. Zapewniła, że za każdym razem, gdy będzie się posługiwać odsetkiem na zdrowie, będzie dodawać, że to odsetek PKB sprzed dwóch lat. Jednak na pytanie byłej wiceminister zdrowia Józefy Szczurek-Zelazko, czy nowy rząd zamierza wykreślić regułę n-2 z ustawy, Leszczyna wykluczyła taką opcję. Powód? Usunięciu reguły nie towarzyszyłby skokowy wzrost nakładów i odsetek byłby wyraźnie niższy niż ten, o którym mówi ustawa. W 2024 r. ustawowe minimum to 6,2 proc. PKB, a realnie – z dodatkowymi miliardami – przewiduje wydanie nieco ponad 5,1 proc. PKB. Do zniwelowania różnicy potrzebne byłoby nieco ponad 40 mld zł – dziesięć razy więcej niż na tym etapie znalazł rząd.

Jednak, jak przekonywali w styczniu eksperci Federacji Przedsiębiorców Polskich, usunięcie „mającej w głowie”

metodologii jest konieczne, jeśli chcemy poważnie dyskutować o finansach w zdrowiu. Główny ekonomista FPP Łukasz Kozłowski tłumaczył, że reguła jest dla finansów niebezpieczna, bo działa z różnym skutkiem w zależności od uwarunkowań makroekonomicznych. – Na początku funkcjonowania ustawy, w latach 2018-2020, różnica między realnym a ustawowym odsetkiem zamykała się w granicach kilku dziesiątych punktu procentowego. Ale wysoka inflacja w ostatnich latach rozwarła nożyce i różnica w 2023 r. sięgnęła 1,7 punktu procentowego – przypomniał. Rzeczywiście, w 2023 r. minimum ustawowe wynosiło 6 proc., realny odsetek przekroczył 5,3 proc., zaś licząc zgodnie z regułą n-2, wydaliśmy na zdrowie ponad 7 proc. PKB!

Ze zmianami nie można zwlekać, bo w tym roku system ochrony zdrowia znajdzie się pod olbrzymią finansową presją. Jej manifestacją jest spodziewany nieznacny, ale

Wydatki publiczne na zdrowie plasują nas na końcu stawki wśród krajów UE, nie mamy powodów do zadowolenia

widoczny spadek realnych nakładów na zdrowie – z 5,3 proc. do nieco ponad 5,1 proc. przy jednoczesnym zwiększeniu wydatków. Koszty podwyżek, tylko wynikające z obowiązującej ustawy, szacowane są na 12 mld zł w skali roku, a w Sejmie jest projekt nowelizacji ustawy złożony przez środowisko pielęgniarów i położnych, zakładający znalezienie dodatkowych ok. 10 mld zł.

Sytuację komplikuje opróżnienie funduszu zapasowego NFZ – rezerwy będą musiały pokryć ponad 21-miliardową stratę zaplanowaną w 2023 r. Jest nadzieja, że faktycznie będzie ona niższa (prawdopodobnie okaże się, że w 2023 r., jak w latach poprzednich, niedowyznania świadczeń sięgną 10 mld zł), ale to tylko nieco poprawia sytuację, głównie w optyce księgowej. To nic innego jak rolowanie problemu „nie-dostatku pieniędzy”. Jest niekwestionowany, nawet jeśli politycy (po obu stronach barykady) zachłystują

się „olbrzymim budżetem” ochrony zdrowia. Nasze wydatki publiczne (i ogółem) na zdrowie plasują nas na końcu stawki wśród krajów UE. Nie mamy powodów ani do dumy, ani do zadowolenia. Nie powinniśmy też czuć się z tym bezpiecznie i nie zauważać problemu.

PRZEDSIĘBIORCY MAJĄ PLAN

– Gdy tylko nastąpi podział kompetencji w kierownictwie resortu i będziemy wiedzieli, kto odpowiada za dialog społeczny, chcemy przedstawić kompleksową propozycję zwiększenia finansowania ochrony zdrowia – zapowiadają eksperci FPP. Podkreślają, że poza forum Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia (czy też szerzej – Rady Dialogu Społecznego) Federacja będzie się zwracać do organizacji, które w tych gremiach nie zasiadają, w tym samorządów zawodów medycznych (oraz związków zawodowych), by wypracować poparcie dla swoich postulatów. Jakże one są, oprócz skasowania reguły n-2?

Po pierwsze, wycofanie się z nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty z 2022 r. i przywrócenie dotacji przedmiotowych na zadania, które do końca 2022 r. finansowano z budżetu państwa (m.in. ratownictwo medyczne, szczepienia czy bezpłatne leki). FPP tłumaczy, że choć w tym roku pojawia się dotacja podmiotowa, z punktu widzenia finansów systemu nie jest rozwiązaniem optymalnym, bo łatwo podlega modyfikacjom. Dotacje celowe są poprzedzone kalkulacją kosztów i dlatego są bardziej pewne.

Po drugie, likwidacja odpisów z budżetu NFZ na Agencję Ochrony Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencję Badań Medycznych, co dałoby ok. 540 mln zł.

Po trzecie, uwolnienie środków zamrożonych na kontakt Funduszu Medycznego (zysk blisko 6 mld zł).

Po czwarte, zmiany w składce zdrowotnej, jednak bez podnoszenia jej stawki. Miałaby pozostać na poziomie 9 proc., ale zmieniłaby się podstawa jej naliczania (FPP proponuje jej stopniowe zrównywanie ze składkami na ubezpieczenia społeczne). Tu zysk byłby największy, bo gdyby ujednolicić podstawy i składkę zdrowotną naliczać od



fot.: Shutterstock.com

kwot „brutto brutto” wynagrodzenia, do NFZ trafiłoby ponad 13 mld zł, a koszt ponieśliby sami ubezpieczeni.

Po piąte, poszerzenie bazy osób, za które odprowadzane są składki. W tej chwili opłacane są za 26,4 mln ubezpieczonych, a do świadczeń uprawnionych jest 35,7 mln osób. FPP proponuje, by składkę za każdego ubezpieczonego – choćby w symbolicznej wysokości – odprowadzał budżet państwa. Miałby również zostać obciążony skutkami finansowymi ostatniej propozycji, czyli urealnienia składek odprowadzanych przez niektóre grupy zawodowe (rolników). To niezbędne, bo średnia miesięczna wartość składki zdrowotnej płaconej w ZUS w 2021 r. wynosiła 389 zł, a w KRUS 154 zł (przy czym większość płacił budżet państwa).

Gdyby spełnić wszystkie postulaty, w 2024 r. budżet NFZ zwiększyłby się o blisko 28 mld zł, co – jak mówił Kozłowski – pozwoliłoby osiągnąć realny odsetek 5,83 proc. PKB. Na te pieniądze „złożyliby się” w 1/3 budżet państwa, w nieco ponad 1/5 Fundusz Medyczny, a blisko połowę zapłacić by musieli ci, którzy w tej chwili płacą składki.

„Pakiet FPP” wymaga zmian ustawowych. Poparcie partnerów społecznych wydaje się przesądzone, przynajmniej w ramach Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia. Trudno też zakładać obiekcie samorządów czy

By nie wydawać nowych zgód
na uruchamianie kierunków lekarskich,
wystarczy przestrzegać prawa

związków zawodowych zawodów medycznych. Ale na szczęblu politycznym nie można przesądzać zgody. Zwłaszcza po stronie Koalicji Obywatelskiej widać opór przeciw przyjęciu założenia, że wzrost finansowania ochrony zdrowia jest konieczny w skali dziesiątek, nie pojedynczych miliardów złotych. Trzecia Droga, która co prawda popiera wzrost nakładów (7 proc. PKB szybciej niż w 2027 r.), niechętnym okiem patrzy na zwiększenie obciążeń podatkowych. Założywszy, że również polityków udałoby się przekonać, pojawia się pytanie: czy prezydent podpisze?

ZIMNA WOJNA O POSŁÓW

Dlaczego miałby nie podpisać, skoro chodzi o pieniądze na ochronę zdrowia, która prezydentowi zawsze leżała na sercu?

Zatrzymanie w Pałacu Prezydenckim Mariusza Kamińskiego i Macieja Wąsika, dwóch byłych posłów PiS, skazanych prawomocnie za nadużycie władzy

i niedopełnienie obowiązków w tzw. aferze gruntowej z 2007 r., może być game changerem, który zimną wojnę między rządem a Pałacem Prezydenckim zmieni w wojnę polityczną. Broni atomowej – jaką jest rozwiązanie parlamentu w sytuacji, gdyby koalicji nie udało się uchwalić budżetu w terminie do końca stycznia – prezydent podobno używać nie chce (to opcja, nie obowiązek). Rozważa natomiast konsekwentnie odmawianie podpisów pod ustawami, zwłaszcza jeśli mandaty posłów Kamińskiego i Wąsika nie zostaną obsadzone. Tu sytuacja jest skomplikowana, bo z jednej strony marszałek Sejmu ogłosił wygaśnięcie mandatów Wąsika i Kamińskiego, z drugiej – dwie izby Sądu Najwyższego podjęły dwie różne decyzje po odwołaniach złożonych przez polityków. Izba Kontroli Nadzwyczajnej złożona z neosędziów wniosek Wąsika rozpatrzyła pozytywnie, Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych złożona z sędziów – wniosek Kamińskiego oddaliła.

Czy Sejm złożony z 458 posłów (zakładając, że osoby kandydujące z tej samej listy co Wąsik i Kamiński przychylią się do apelu władz PiS i odmówią przyjęcia mandatów) jest w stanie w sposób ważny pracować? Duża część prawników odpowiada, że nie stanowi to żadnej przeszkody. Są też opinie przeciwnie. Trudno nie dostrzec, że po ośmiu latach rządów PiS mamy nie tylko spolaryzowane społeczeństwo, ale jesteśmy na progu, a być może już nawet poza granicą, dualizmu prawnego. Jak w takiej sytuacji mają funkcjonować państwo i obszary spraw publicznych? Jak zmieniać newralgiczne obszary i podejmować decyzje, jeśli trzeba zakładać realny, wielomiesięczny paraliż procesu ustawodawczego?

ZMIANY W KSZTAŁCENIU LEKARZY

Oczywiście, do części decyzji nie potrzebne są nowe ustawy. Takim obszarem jest kształcenie lekarzy. Pierwszy krok to kontrole uczelni, które otworzyły kierunki lekarskie na podstawie decyzji wydanych w ostatnich dwóch latach, a które nie mają pozytywnej oceny Polskiej Komisji Akredytacyjnej. Aby je cofnąć, nie trzeba zmieniać przepisów ani zmieniać ustaw. By nie wydawać

nowych zgód na uruchamianie kierunków lekarskich, wystarczy przestrzegać litery prawa.

W tym kontekście styczeń przyniósł dwie ważne informacje. Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego zapowiedziało, że kontrole w uczelniach ruszą „na dniach” (wcześniej padła deklaracja, że proces ma trwać nie dłużej niż pół roku). I druga: Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych (KRAUM) zadeklarowała gotowość przyjęcia przez zrzeszone w niej uczelnie studentów, których kierunki zostaną zamknięte. Trudno zakładać, że będzie to łatwe, a nawet bezproblemowe, ale jest punkt zaczepienia, ważny w dyskusji z przeciwnikami radykalnych decyzji, skupiającymi się na problemie studentów.

Patrzac realnie: deklaracje polityków rządzącej większości z ostatnich, już powyborczych, miesięcy nie każą myśleć, że decyzje o zamykaniu kierunków będą podejmowane lawinowo. Przeciwnie, zarówno minister zdrowia, jak i minister nauki, wywodzący się przecież z różnych ugrupowań politycznych, wypowiadają się w sposób niezwykle zachowawczy. Radykalizm będzie hamować kalendarz wyborczy, bo decyzje o otwieraniu kierunków lekarskich były podejmowane także dla zaspokojenia lokalnych ambicji. Czy racja merytoryczna, jaką jest utrzymanie wysokiej jakości kształcenia na kierunkach lekarskich, wygra z dużą i lokalną polityką? Czas pokaże.

O ile porządkowanie systemu kształcenia można rozpocząć bez uruchamiania procesu legislacyjnego, o tyle postawienie sprawy systemu *no fault*, czyli uwzględnienie postulatu środowiska lekarskiego wprowadzenia do Kodeksu karnego w drodze nowelizacji klauzuli wyższego dobra, wymusza uruchomienie maszyny parlamentarnej. Zmiany w prawie, które mają przekonać lekarzy, że wykonując swoje obowiązki, nie muszą i wręcz nie mogą obawiać się postępowań prokuratorskich i procesów sądowych, to jeden z głównych celów, jakie stawia sobie samorząd. I jeden z najważniejszych, jeśli nie najważniejszy postulat środowiska wobec rządu. Nie ma żadnej wątpliwości, że w tym obszarze praktyka – czyli nastawienie prokuratury – odgrywa również istotną rolę, ale kluczowe są jednak przepisy. Bez ich zmiany w kierunku pożądanym przez lekarzy nadal będzie kwitnąć medycyna defensywna. A lekarze będą emigrować ze szpitali do opieki ambulatoryjnej, gdzie

foto: Shutterstock.com



okazji do popełnienia błędów uruchamiających postępowania karne jest mniej.

NA RAZIE BEZ KONKRETÓW

Realia dużej polityki mogą wyznaczyć rytm pracy rządu i Sejmu. Realizacja koniecznych zmian, dotyczy to również złożonych w trakcie kampanii wyborczej obietnic, może być piekielnie trudna. 13 stycznia, miesiąc po zaprzysiężeniu rządu Donalda Tuska, portal Onet.pl uruchomił „Tuskometr”, czyli licznik spełnionych „100 konkretów na 100 dni” z wynikiem... siedem. Kolejne edycje mają się ukazywać co dwa tygodnie.

Być może również dlatego, skoro nie ma konkretów zmieniających rzeczywistość, rządząca większość planuje fajerwerki. Analizując plan prac Komisji Zdrowia na pierwsze półrocze 2024 r., nie ma

wątpliwości: dominują posiedzenia o charakterze parasłedczym. Co do sensowności części z nich można mieć wątpliwości. O ile na przykład można założyć, że w kwestii ABM jest przestrzeń do merytorycznej dyskusji, z której wnioski mogłyby się przełożyć na inicjatywy legislacyjne zmierzające do nowelizacji ustawy o ABM, to analizowanie raportów NIK w sprawie zakupów covidowych, w tym respiratorów, czy budowy szpitali tymczasowych, wydaje się stratą czasu. NIK złożyła już w tych sprawach zawiadomienia do prokuratury, a jeśli Sejm chciałby wyjaśniać bardziej dogłębnie decyzje, które rządzący podejmowali w sprawach pandemii, powinien raczej powołać komisję śledczą. ●

Autorka jest dziennikarką portalu Medycyna Praktyczna i miesięcznika „Służba Zdrowia”

KIEROWNICTWO MINISTERSTWA ZDROWIA

fot.: archiwum MZ

**IZABELA LESZCZYŃSKA, MINISTER ZDROWIA**

Absolwentka filologii polskiej na UJ. Ukończyła studia podyplomowe, m.in.: Audyt i Kontrola Zarządcza w Jednostkach Sektora Finansów Publicznych w Szkole Głównej Handlowej, zarządzanie jakością w organizacjach, uzyskując dyplom menedżera jakości, oraz filozofię i etykę. W latach 2013-2015 pełniła funkcję sekretarza stanu w Ministerstwie Finansów. Nadzorowała departamenty: ubezpieczeń społecznych, rozwoju rynku finansowego, prawny, bezpieczeństwa i ochrony informacji oraz Biuro Edukacji Finansowej. Posłanka na Sejm VI, VII, VIII, IX i X kadencji. W latach 2015-2023 była wiceprzewodniczącą Komisji Finansów Publicznych.

fot.: archiwum MZ

**WOJCIECH KONIECZNY, SEKRETARZ STANU**

W 1995 r. ukończył studia na Wydziale Lekarskim Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. W 2004 r. uzyskał specjalizację w dziedzinie neurologii. Ukończył studia podyplomowe z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia na Wydziale Zarządzania Politechniki Częstochowskiej. Od 2013 r. pełni funkcję dyrektora Miejskiego Szpitala Zespolonego w Częstochowie. Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy oraz Związku Szpitali Powiatowych Województwa Śląskiego. W Senacie X kadencji był zastępcą przewodniczącego Komisji Nauki, Edukacji i Sportu oraz Komisji Zdrowia.

fot.: archiwum MZ

**URSZULA DEMKOW, PODSEKRETARZ STANU**

Ukończyła Wydział Lekarski na Akademii Medycznej w Warszawie oraz studia podyplomowe z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia na Uniwersytecie Warszawskim. Profesor nauk medycznych. Posiada specjalizacje w dziedzinie chorób wewnętrznych (drugiego stopnia), immunologii, alergologii i diagnostyki laboratoryjnej. W latach 2020-2022 była kierownikiem Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Laboratoryjnej. Obecnie kieruje Zakładem Diagnostyki Laboratoryjnej i Immunologii Klinicznej Wieku Rozwojowego na Wydziale Lekarskim WUM. Jest członkinią licznych towarzystw naukowych, w tym m.in. Polskiego Towarzystwa Medycyny Personalizowanej oraz Komitetu Immunologii i Etiologii Zakażeń Człowieka Polskiej Akademii Nauk. Ekspertka Komisji Europejskiej ds. finansowania projektów w zakresie medycyny.

fot.: archiwum MZ

**MAREK KOS, PODSEKRETARZ STANU**

Absolwent Akademii Medycznej w Lublinie. W 2001 r. otrzymał tytuł specjalisty drugiego stopnia z chirurgii ogólnej, a w 2004 r. stopień naukowy doktora nauk medycznych. Jest też specjalistą w dziedzinie zdrowia publicznego. Ukończył MBA na Wydziale Zarządzania Politechniki Lubelskiej (2018 r.) oraz MBA w Ochronie Zdrowia na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie (2023 r.). Od 2019 r. był dyrektorem Szpitala Specjalistycznego Ducha Świętego w Sandomierzu oraz adiunktem Katedry i Zakładu Zdrowia Publicznego UM w Lublinie. Jest wykładowcą z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia i zdrowia publicznego. W latach 2005-2010 oraz 2018-2022 był członkiem prezydium Lubelskiej Izby Lekarskiej. Od 2014 r. jest radnym Sejmiku Województwa Lubelskiego.

fot.: archiwum MZ

**MACIEJ MIŁKOWSKI, PODSEKRETARZ STANU**

Menedżer, ukończył Szkołę Główną Handlową, a także studia MBA w Wyższej Szkole Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego w Warszawie – Zarządzanie i Ekonomika Technologii Medycznych. Od początku, tj. od kwietnia 1998 r., współorganizował Mazowiecką Regionalną Kasę Chorych i został jej pierwszym członkiem zarządu ds. ekonomiczno-administracyjnych oraz dyrektorem finansowym. Od 15 lutego 2016 r. pełnił funkcję zastępcy prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ds. finansowych, w 2018 r. został podsekretarzem stanu w Ministerstwie Zdrowia – to stanowisko piastował do końca urzędowania trzeciego rządu Mateusza Morawieckiego. Jest jedynym wiceministrem z rządów PiS, który został powołany do rządu Donalda Tuska.

Patronat Gazety Lekarskiej

WARSZAWA

13. Szkoła Neurometaboliczna już w marcu

Redakcja czasopisma „Klinika Pediatryczna” zaprasza wszystkich lekarzy na konferencję „13. Szkoła Neurometaboliczna”, która odbędzie się w dniach 8-9 marca 2024 r. w Centrum Konferencyjnym West Gate w Warszawie.

Opiekunem merytorycznym szkolenia będzie dr n. med. Dariusz Rokicki, p.o. kierownika Kliniki Pediatrii, Żywienia i Chorób Metabolicznych Instytutu – Pomnika Centrum Zdrowia Dziecka. Zaproszeni specjaliści omówią podczas wykładów wybrane wrodzone wady metaboliczne, najnowsze metody diagnostyczne oraz algorytmy postępowania dla pediatrów przy podejrzeniu choroby metabolicznej. Pozostałe panele dotyczyć będą nowości terapeutycznych we

wrodzonych wadach metabolizmu, takich jak SMA, zaburzenia glikozylacji czy choroby mitochondrialne, a także psychiatrii dziecięcej, terapii genowych i klinicznych manifestacji neurometabolizmu. Konferencja jest skierowana do wszystkich lekarzy pragnących odświeżyć swoją wiedzę zarówno z zakresu chorób metabolicznych i neurologii dziecięcej, jak i kompleksowego podejścia do wyzwań, które się z nimi łączą.

Po sukcesach poprzednich dwunastu edycji szkolenia także tym razem zaprosiliśmy do współpracy czołowych specjalistów ze swoich dziedzin, którzy po każdej sesji odpowiedzą na pytania

uczestników. Goście konferencji dostaną również przygotowane przez wykładowców artykuły pogładowe w materiałach zjazdowych specjalnego wydania „Kliniki Pediatrycznej”. W ramach uczestnictwa zaoferowano pełne wyżywienie podczas szkolenia, certyfikat uczestnictwa z punktami edukacyjnymi okręgowej izby lekarskiej oraz trzymiesięczny dostęp do wykładów nagranych w formie wideo. Elementem łączącym naukę z rozrywką są merytoryczne quizy z nagrodami po każdej sesji oraz wieczorne spotkania z muzyką na żywo. Szczegóły na stronie internetowej www.klinika.com.pl



WAŻNE SPRAWY

Rząd stawia szczepienia z głowy na nogi

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

Zaufamy znowu nauce, ekspertom i zdrowemu rozsądkowi – mówił podczas telewizyjnego orędzia premier Donald Tusk. Ta obietnica dotyczy zwłaszcza szczepień ochronnych.

Czy jednak naprawdę można liczyć na przełom w polityce państwa? I czy ten przełom przywracający nauce i wiedzy miejsce im należne w procesie podejmowania decyzji na szczeblu rządowym jest rzeczywiście potrzebny?

Jest konieczny. Pozornie osiem ostatnich lat było dla szczepień ochronnych dobrym czasem. Decyzje o rozszerzeniu Programu Szczepień Ochronnych (PSO) dzieci i młodzieży (szczepienia przeciw pneumokokom, rotawirusom, w 2023 r. wpisanie zalecanych, ale w całości refundowanych dla określonych roczników szczepień przeciw HPV) to tylko część decyzji na „duży plus”. Są też inne – w tym dotyczące refundacji niektórych szczepionek dla dzieci i młodzieży (grypa, HPV), dla wybranych grup wiekowych (m.in. grypa, pneumokoki, półpasiec) czy 50-proc. refundacja szczepionki przeciw grypie dla wszystkich uprawnionych. Taki telegraficzny skrót mógłby świadczyć, że jest lepiej, niż było.

I pod pewnym względem jest. Problem w tym, że poprawa jednego wycinka (względna finansowa dostępność, nie obejmująca całego spektrum szczepionek i dotycząca tylko wybranych grup wiekowych) nie zmienia całości obrazu. A ten jest fatalny. Czy mogło być inaczej, skoro na koniec urzędowania były już minister sprawiedliwości i prokurator generalny zwrócił się z wnioskiem do Trybunału Konstytucyjnego Julii Przyłębskiej o zbadanie zgodności z konstytucją ustawy o izbach lekarskich z myślą o „obronie praw” lekarzy do posiadania różnych

światopoglądów w sprawach medycznych, w tym w sprawach szczepień ochronnych? Wniosek ten poprzedziła kilkumiesięczna praca zespołu parlamentarnego, w którym prym wiodły posłanki Zjednoczonej Prawicy (a wtórowało im ministerstwo Zbigniewa Ziobry,

Politycy PiS stanęli przed dylematem: jak pogodzić chęć ogłoszenia sukcesu z niechęcią środowisk wspierających partię do tematu nie tyle szczepień jako takich, co przeciw HPV

w tym jego następca w dwutygodniowym rządzie Marcin Warchoł). A jeszcze wcześniej były antyszczepionkowe filmiki posłów obozu rządzącego (w związku z pandemią COVID-19, choć nie wyłącznie).

NIECH PRZEMÓWIA FAKTY

Patrząc wyłącznie na liczbę uchyień od szczepień obowiązkowych dzieci i młodzieży, zwiększyła się ona w 2022 r. (danych za 2023 r. jeszcze nie ma) do ponad 72 tys. Gdy Zjednoczona Prawica obejmowała rządy w 2015 r., było ich około 18 tys. – czterokrotny wzrost w siedem lat musi robić wrażenie. Płomienne wystąpienia ministrów i innych wysokich

urzędników państwowych na konferencjach, kongresach, posiedzeniach rozmaitych gremiów na temat potrzeby zatrzymania i odwrócenia tego trendu zdały się na nic, bo zabrakło przełożenia na język decyzji. Choćby takich jak powiązanie wypełnienia obowiązku szczepień z możliwością zapisania dziecka do przedszkola czy wręcz pobierania na niego świadczeń, w tym flagowego 500+. Panu Bogu świeczkę i diabłu ogarek. Obecność w Zjednoczonej Prawicy sceptycznie nastawionych do szczepień nie pozwalała na konsekwencję, czyli pogodzenie rozszerzania PSO z dbałością o konsekwencję w jego realizacji.

Problem stał się palący (a raczej zaczął się mocniej tlić), gdy wybuchła wojna w Ukrainie, a do Polski trafiły setki tysięcy dzieci i młodzieży o nieustalonym statusie zaszczepienia. Za moment miną dwa lata, jak państwo nie potrafi sobie z tym poradzić. Eksperti rozkładają ręce, rekomendując rozmowy z ukraińskimi rodzicami oraz angażując się w kampanie informacyjne skierowane do uchodźczych rodzin. Ale sami przyznają, że to za mało. Problemem jest nie tyle postawa Ukraińców wobec szczepień, co brak mechanizmów gwarantujących polskim instytucjom wgląd w status zaszczepienia oraz praktyczny sposób wyegzekwowania obowiązku realizowania programu szczepień zgodnie z polskim kalendarzem. Obowiązek

jest na papierze. Tymczasem w Rumunii ogłoszono stan epidemii w związku z ogniskami odry, a władze w Kijowie biją na alarm, że ogarniętemu wojną krajowi również grozi epidemia tej choroby. Poziom zaszczepienia tylko polskich dzieci, co do których posiadamy informacje, spadł poniżej bezpiecznych 95 proc. Brzmi jak przepis, jeśli nie na katastrofę, to na poważne kłopoty.

Jeszcze lepiej problem pokazały szczepienia przeciw HPV – obiecane już w 2018 r., na etapie prac nad Narodową Strategią Onkologiczną. Musiało minąć pięć lat, by „słowo ciałem się stało”. Szczepienia ruszyły w czerwcu 2023 r. w atmosferze kampanijnego pikniku, na którym padło wiele podniosłych stwierdzeń. Jak choćby to, że „Polska dołącza do elity” (ówczesny minister zdrowia Adam Niedzielski zapomniał dodać, że w tej „elicie” przed nami zameldowało się ponad 120 krajów).

OPLAKANE REZULTATY

Politycy nadużywają wielkich słów, nie widząc, jak łatwo popaść w śmieszność. Nie gwarantują one ani sukcesu, ani nawet mobilizacji. Politycy PiS stanęli przed nie lada dylematem: jak pogodzić chęć ogłoszenia sukcesu z ogólną niechęcią środowisk wspierających partię do tematu nie tyle szczepień jako takich, co przeciw HPV. Powód? Szczepienia przeciw HPV nadal nie kojarzą się im z ochroną przed nowotworami, ale z aktywnością seksualną. W najlepsze pokutuje mit o rzekomym znaku równości między szczepieniem a zachęcaniem do uprawiania seksu, czego najlepszy (najgorszy) dowód dał były szef resortu edukacji Przemysław Czarnek, nie zgadzając się na kampanię informacyjno-edukacyjną. Rezultat? Dość oplakany. W ciągu pół roku zaszczepiono ok. 18 proc. uprawniających dwóch roczników nastolatków, zaś przełom roku przyniósł pewną dozę niepokoju, czy Ministerstwo Zdrowia aby na pewno zabezpieczy dla nich drugie dawki.

Wreszcie szczepienia sezonowe. Jeśli coś oddaje skalę porażki czy też klęskę, to szczepienia przeciw grypie i COVID-19 w sezonie 2023/24. Można się zastanawiać, jak tę skalę przyjdzie mierzyć – odsetkiem zaszczepionych przeciw grypie, który już wspiął się na niebotyczne 7-8 proc. populacji, by w ubiegłym sezonie spaść do poprzedniego poziomu, który na twarzach decydentów powinien odbijać się palącym rumieńcem wstydu? Czy też może próbami zarejestrowania się na

fot.: Shutterstock.com



szczepienie podejmowanymi przez seniorów pod osiemdziesiątkę, odbijającymi się co najmniej 20 razy od rządowej infolinii? Jak mierzyć skalę manifestowanego wręcz „désintéressement” ze strony resortu zdrowia, który latem 2023 r., gdy powinien dopinać kontrakt na szczepionki oraz ustalać szczegóły organizacyjne akcji szczepień od wczesnej jesieni, zajmował się a to kampanią wyborczą ówczesnego ministra, a to wpisując się w tę kampanię walką ze środowiskiem lekarskim?

Minister Izabela Leszczyna od początku urzędowania dwoi się i troi, szuka szczepionek po całym świecie, by zniwelować skutki wielomiesięcznych zaniechań swoich poprzedników. Ale brak szczepionek to tylko jeden z elementów fatalnej układanki. Drugi to problemy organizacyjne z punktami szczepień oraz niska wycena samej procedury, nieatrakcyjna ani dla gabinetów podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), ani dla aptekarzy, zwłaszcza przy dość wyśrubowanych wymogach biurokratycznych. Trzeci – brak pomysłu na dotarcie do najstarszych, którzy zaszczepieni powinni zostać bezwzględnie.

OBOWIĄZKI PAŃSTWA

Polska pękła pod względem szczepień, co widać na rządowych mapach: wielkie miasta, szczepiące się „po japońsku” – jako tako, oraz cała reszta. – Czy jak jestem stara i mieszkam na wsi, mam

umrzeć? – to pytanie, cytowane pod koniec roku przez jeden z dzienników, powinno dźwięczeć jak wyrzut sumienia w uszach osób i instytucji odpowiedzialnych za akcję szczepień. Bo nawet jeśli rację ma premier Tusk, gdy mówi, że COVID-19 jest chorobą, z którą się oswoiłmy, co wpływa demotywującą na chęć szczepienia, nie dotyczy to wszystkich w jednakowym stopniu. Są osoby, które mają świadomość zagrożenia, na przykład z powodu wieku, i obowiązkiem państwa jest zapewnić im dostęp do ochrony.

Szkoda, że Komisja Zdrowia, która w grudniu przyjęła plan pracy na pierwsze półrocze 2024 r., dopiero w kwietniu pochyli się nad problematyką szczepień (zarówno ujętych w PSO, jak i sezonowych). Bo tak naprawdę wiosną Ministerstwo Zdrowia powinno już planować szczepienia na kolejny sezon – wnioski z dyskusji poselskiej mogłyby stanowić cenną inspirację. Ale lepiej późno niż wcale. Byłoby również dobrze, gdyby część uwagi poświęcili wyjaśnieniu, jak mogło dojść to tegorocznej katastrofy. W myśl zasady systemu *no fault* najpierw trzeba ustalić błędy, by było możliwe ich systemowe wyeliminowanie i dopilnowanie, by się nie powtórzyły.

Autorka jest dziennikarką portalu Medycyna Praktyczna i mieszkanką „Służba Zdrowia” ●

WAŻNE SPRAWY

Lekarze w rządzie i parlamencie

REDAKCJA

Władysław Kosiniak-Kamysz, lekarz, został wicepremierem i ministrem obrony narodowej w trzecim rządzie Donalda Tuska. Wiceministrami zdrowia są także lekarze: Urszula Demkow i Wojciech Konieczny. Jedenastu lekarzy i dwóch lekarzy dentyistów zasiada w ławach Sejmu X kadencji, a siedmiu w Senacie XI kadencji.

W wyborach do Sejmu PiS uzyskało 194 mandaty, KO – 157, Trzecia Droga – 65, Nowa Lewica – 26, a Konfederacja – 18. Z list PiS do Sejmu weszli: Anna Dąbrowska-Banaszek, Czesław Hoc, Bolesław Piecha i Katarzyna Sójka. Z Koalicyjnego Komitetu Wyborczego (KKW) Koalicja Obywatelska PO .N IPL Zieloni: Bartosz Arłukowicz, Krzysztof Bojarski, Alicja Chybicka, Włodzisław

Giziński, Marek Hok oraz Rajmund Miller. Z KKW Trzecia Droga PSL-PL2050 Szymona Hołowni: Władysław Kosiniak-Kamysz, Rafał Komarewicz i Radosław Lubczyk – dwaj ostatni to lekarze dentyści.

W wyborach do Senatu kandydaci KO zdobyli 41 mandatów, PiS – 34, Trzeciej Drogi – 11, a Nowej Lewicy – 9 mandatów. W Senacie znajduje się też pięciu senatorów, którzy

startowali z własnych komitetów. Spośród lekarzy w Senacie znaleźli się: z KKW Koalicja Obywatelska PO .N IPL Zieloni – Agnieszka Gogoń-Komor, Tomasz Grodzki, Bogdan Klich i Beata Małecka-Libera, z KW PiS – Stanisław Karczewski i Waldemar Kraska, a z KW Nowa Lewica – Wojciech Konieczny.

Przedstawiamy krótkie sylwetki lekarzy parlamentarzystów. ●

SEJM

**BARTOSZ ADAM ARŁUKOWICZ**

Posel Platformy Obywatelskiej, ur. w 1971 r. w Resku, lekarz pediatra, absolwent Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego, poseł na Sejm VI, VII, VIII i X kadencji, poseł do Parlamentu Europejskiego IX kadencji. W 2011 r. sekretarz stanu w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, w latach 2011-2015 minister zdrowia w rządach Donalda Tuska i Ewy Kopacz. Od 2021 r. wiceprzewodniczący Platformy Obywatelskiej.

**KRZYSZTOF BOJARSKI**

Posel Platformy Obywatelskiej, ur. w 1968 r. w Annopolu, doktor nauk medycznych, lekarz specjalista chirurgii ogólnej, absolwent Uniwersytetu Medycznego w Lublinie (wówczas Akademii Medycznej), poseł na Sejm X kadencji. W 2010, 2014 i w 2018 r. wybierany na radnego Sejmiku Województwa Lubelskiego.

**ALICJA CHYBICKA**

Posłanka Platformy Obywatelskiej, ur. w 1951 r. w Wałbrzychu, profesor nauk medycznych na Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu, którego jest absolwentką (wówczas Akademia Medyczna we Wrocławiu), lekarka specjalistka pediatrii, onkologii i hematologii dziecięcej, immunologii klinicznej, transplantologii klinicznej oraz medycyny paliatywnej. Senator VIII i X kadencji, posłanka na Sejm VIII i X kadencji.

**ANNA DĄBROWSKA-BANASZEK**

Posłanka Prawa i Sprawiedliwości, ur. w 1961 r. w Chełmie, lekarka specjalistka chorób wewnętrznych, alergologii i pulmonologii, absolwentka Uniwersytetu Medycznego w Lublinie (wówczas Akademii Medycznej w Lublinie). Posłanka na Sejm IX i X kadencji.

**WŁODZISŁAW GIZIŃSKI**

Posel Platformy Obywatelskiej, ur. w 1952 r. w Działdowie, doktor nauk medycznych, lekarz psychiatra, psychoterapeuta, absolwent Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (wówczas Akademii Medycznej w Gdańsku), w latach 1992-1993 wojewoda bydgoski, w latach 2006-2007 wicemarszałek województwa kujawsko-pomorskiego. Posel na Sejm X kadencji.

**CZESŁAW HOC**

Posel Prawa i Sprawiedliwości, ur. w 1954 r. w Jeleninie, lekarz specjalista chorób wewnętrznych, medycyny rodzinnej i endokrynologii. Absolwent Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie (wówczas Pomorskiej Akademii Medycznej), poseł na Sejm V, VI, VII, VIII, IX i X kadencji, poseł do Parlamentu Europejskiego VIII kadencji.

**MAREK HOK**

Posel Platformy Obywatelskiej, ur. w 1953 r. w Koszalinie, lekarz ginekolog-położnik, absolwent Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie (wówczas Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie), członek zarządu województwa zachodniopomorskiego (2006-2011), poseł na Sejm VII, VIII, IX i X kadencji.

**WŁADYSŁAW KOSINIAK-KAMYSZ**

Wiceprezes Rady Ministrów, minister obrony narodowej, ur. w 1981 r. w Krakowie, lekarz, doktor nauk medycznych, absolwent Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, poseł na Sejm VIII, IX i X kadencji. W latach 2011-2015 minister pracy i polityki społecznej. Prezes Polskiego Stronnictwa Ludowego.

**RAFAŁ KOMAREWICZ**

Posel Polski 2050 Szymona Hołowni, ur. w 1971 r. w Elku, lekarz dentysta, absolwent Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, poseł na Sejm X kadencji. W latach 2022-2023 przewodniczący Rady Miasta Krakowa.

**RADOSŁAW LUBCZYK**

Posel Polski 2050 Szymona Hołowni, ur. w 1978 r. w Szczecinku, lekarz dentysta, były żołnierz zawodowy, absolwent Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (wówczas Akademii Medycznej w Warszawie) oraz Wyższej Szkoły Oficerskiej Wojsk Lądowych we Wrocławiu. Posel na Sejm VIII, IX i X kadencji.

**RAJMUND MILLER**

Posel Platformy Obywatelskiej, ur. w 1954 r. w Kielcach, lekarz specjalista otorynolaryngologii I st., absolwent Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (wówczas Akademii Medycznej w Łodzi), poseł na Sejm VII, VIII, IX i X kadencji.

**BOLESŁAW PIECHA**

Posel Prawa i Sprawiedliwości, ur. w 1954 r. w Rybniku, ginekolog-położnik. Absolwent Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (wówczas Śląskiej Akademii Medycznej), poseł na Sejm IV, V, VI, VII, IX i X kadencji, senator VIII kadencji, w latach 2005-2007 sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, poseł do Parlamentu Europejskiego VIII kadencji (2014-2019).

**KATARZYNA SÓJKA**

Posłanka Prawa i Sprawiedliwości, ur. w 1986 r. w Ostrowie Wielkopolskim, lekarka specjalistka chorób wewnętrznych, praktykująca także jako lekarka rodzinna. Absolwentka Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz leśnictwa na Uniwersytecie Przyrodniczym w Poznaniu. Posłanka na Sejm IX i X kadencji, w 2023 r. minister zdrowia w drugim rządzie Mateusza Morawieckiego.

SENAT**AGNIESZKA GORGÓŃ-KOMOR**

Senator Platformy Obywatelskiej, ur. w 1970 r. w Czechowicach-Dziedzicach, doktor nauk medycznych, specjalistka chorób wewnętrznych i kardiologii, absolwentka Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Radna Rady Miejskiej w Bielsku-Białej (2014-2019). Senator X i XI kadencji.

**TOMASZ GRODZKI**

Senator Platformy Obywatelskiej, ur. w 1958 r. w Szczecinie, lekarz specjalista chirurgii ogólnej I st., torakochirurgii II st. i transplantologii klinicznej II st. Profesor nauk medycznych, absolwent Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie (obecnie Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego), dokonał pierwszego w Polsce udanego przeszczepu płuca od żywego dawcy. Senator X i XI kadencji, marszałek Senatu w latach 2019-2023.

**BOGDAN KLICH**

Senator Platformy Obywatelskiej, ur. w 1960 r. w Krakowie, lekarz obecnie niewykonujący zawodu. Absolwent Collegium Medicum oraz Wydziału Filozoficzno-Historycznego Uniwersytetu Jagiellońskiego. Posel na Sejm IV kadencji, poseł do Parlamentu Europejskiego w latach 2004-2007, minister obrony narodowej w latach 2007-2011, senator VIII, IX, X i XI kadencji.

**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Senator Platformy Obywatelskiej, ur. w 1954 r. w Dąbrowie Górniczej, doktor nauk medycznych, lekarz laryngolog, absolwentka Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (wówczas Śląskiej Akademii Medycznej w Zabrze). Posłanka na Sejm V, VI, VII i VIII kadencji, wiceminister zdrowia w rządzie Ewy Kopacz (2015 r.), senator X i XI kadencji. W poprzedniej i obecnej kadencji przewodnicząca senackiej Komisji Zdrowia.

**STANISŁAW KARCZEWSKI**

Senator Prawa i Sprawiedliwości, ur. w 1955 r. w Warszawie, lekarz, absolwent Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (wówczas Akademii Medycznej w Warszawie), specjalista chirurgii ogólnej. Senator VI, VII, VIII, IX, X i XI kadencji, marszałek Senatu IX kadencji (2015-2019), wicemarszałek Senatu VIII i X kadencji (2011-2015, 2019-2020).

**WALDEMAR KRASKA**

Senator Prawa i Sprawiedliwości, ur. w 1963 r. w Sokołowie Podlaskim, doktor nauk medycznych, lekarz chirurg ogólny, absolwent Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (wówczas Akademii Medycznej w Białymstoku). Senator VI, VII, VIII, IX, X i XI kadencji. Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia w latach 2019-2023.

**WOJCIECH KONIECZNY**

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, senator Nowej Lewicy, ur. w 1970 r. w Częstochowie, lekarz neurolog. Absolwent Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (wówczas Śląskiej Akademii Medycznej). Senator X i XI kadencji. Przewodniczący Rady Naczelnej Polskiej Partii Socjalistycznej.

fot.: archiwum prywatne

**Przeznacz darowiznę**

Nr konta: **PL 31 1240 6263 1111 0010 4779 2541**
Bank Pekao S.A. SWIFT, BIC: PKOPPLPW

Przeznacz 1,5 proc. podatku dochodowego od osób fizycznych

Nr KRS: 0000409693
Nr konta dla wpłat z tytułu 1,5 proc.: **PL 38 1240 1112 1111 0010 9781 1667**

Więcej informacji na stronie internetowej www.fl.org.pl



PRAWO I MEDYCYNĄ

Zgoda pacjenta przepustką do etycznego leczenia

Badanie ubranej kobiety poprzez wkładanie ręki pod sukienkę i stanik jest niezgodne ze standardami i aktualną wiedzą medyczną, a tłumaczenie lekarza, że w ten sposób rozpoznaje wczesną ciążę – kuriozalne.

Okręgowy sąd lekarski (OSL) uznał lekarza specjalistę medycyny pracy za winnego. Pełniony czyn poległ na tym, że podczas badań profilaktycznych u 25-letniej cudzoziemki przeprowadził – w obecności tłumacza – badanie palpacyjne piersi w sposób nieprawidłowy i niezgodny z metodyką badania, bez uprzedniego poinformowania pokrzywdzonej o celu, charakterze oraz sposobie badania. Pozbawił zatem pacjentkę możliwości wyrażenia zgody na badanie, czym dopuścił się naruszenia jej godności i intymności.

Naczelny Sąd Lekarski (NSL), do którego odwołał się obwiniony, utrzymał w mocy orzeczenie OSL. Zaś kasacja do Sądu Najwyższego została oddalona jako bezzasadna.

Młoda cudzoziemka stawiała się z tłumaczem w poradni medycyny pracy na badanie w związku z zatrudnieniem na staż w filii międzynarodowej firmy. Po zbadaniu ciśnienia, wzroku i równowagi lekarz, nie rozbiegając pacjentki, najpierw włożył fonendoskop pod sukienkę, a następnie rękę pod sukienkę i stanik, ściskając kolejno jej piersi i konkludując, że są miękkie. Pacjentka była tak zaskoczona, że nie zareagowała. Dopiero po zapytaniu koleżanki, czy taki sposób badania jest praktykowany w Polsce, złożyła skargę na policję i do izby lekarskiej. Prokurator, a potem sąd karny umorzyli postępowanie, uznając, że jest to sprawa bardziej etyczna niż karna. Prokuratura powołała trzech biegłych lekarzy, dwóch medyków sądowych i specjalistę medycyny pracy. Ten ostatni stwierdził, że postępowanie obwinionego było prawidłowe, odmienne zdanie mieli medycy sądowi.

Sąd Lekarski uznał zachowanie lekarza za niedopuszczalne. Każdy pacjent ma prawo do poszanowania godności i intymności w czasie udzielania świadczeń lekarskich. Gdyby pokrzywdzoną poinformowano o celowości badania i wyraziłaby na nie zgodę, można by uznać, iż było ono wyrazem staranności

JACEK MIARKA
PRZEWODNICZĄCY
NACZELNEGO SĄDU LEKARSKIEGO



w zakresie profilaktyki. Natomiast badanie stojącej i ubranej pacjentki poprzez wkładanie ręki pod sukienkę i stanik jest niezgodne ze standardami i aktualną wiedzą medyczną. Tłumaczenie obwinionego lekarza, że w ten sposób rozpoznaje wczesną ciążę, jest zaś kuriozalne.

Zgodnie z art. 17. Konstytucji zawód lekarza jest zawodem zaufania publicznego, służąc ochronie tak cennych dóbr, jak zdrowie i życie ludzkie. Do jego wykonywania niezbędny jest profesjonalizm, ale też empatia i przestrzeganie zasad etycznych. Dlatego od lekarzy wymaga się, by przestrzegali godności i powagi zawodu. Intymny kontakt z ciałem pacjentki/pacjenta opiera się na zaufaniu do lekarza i jego odpowiedzialnym zachowaniu. Badania powinno się przeprowadzać adekwatnie do wywiadu i zgłaszanych dolegliwości, w odpowiednich warunkach i pomieszczeniach, w atmosferze fachowości. Wobec uprzywilejowanej pozycji lekarza i, przeciwnie, znacznej słabości chorego normy etyczne obowiązujące lekarzy muszą być szczególnie wysokie i bezwzględnie przestrzegane.

Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji o rozszerzeniu badania standardowego o sfery intymne. Brak szkody w sensie

materialnym czy fizycznym nie oznacza, że wskutek takiego działania nie doszło do naruszenia innych dóbr prawnych, bo niemal każda czynność medyczna może prowadzić do naruszenia praw i wolności jednostki. Samo rozebranie się pacjenta w celu umożliwienia badania prowadzi do ingerencji w prywatność jednostki, natomiast kontakt fizyczny z lekarzem w trakcie badania – do naruszenia nietykalności fizycznej. Stąd też zgoda pacjenta może być postrzegana jako swoista przepustka do etycznie i prawnie dopuszczalnego leczenia. ●

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

- Art. 1 ust. 3
Naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu.
- Art. 12
Lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności.
- Art. 15
Postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta.

PRAWO I MEDYCyna

Nie wystarczy telefon do izby

By usunąć wzmiankę w Centralnym Rejestrze Lekarzy o trwającym środku zapobiegawczym, prezes wydający zarządzenie musi dysponować odpisem postanowienia prokuratora lub sądu.

Opisane w nr 11/2023 „Gazety Lekarskiej” zasady stosowania i wykonywania tymczasowego zawieszenia prawa wykonywania zawodu lub tymczasowego ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza wzorowane są na przepisach Kodeksu postępowania karnego.

Kodeks ten w art. 276 stanowi, że „tytułem środka zapobiegawczego można zawiesić oskarżonego w czynnościach służbowych lub w wykonywaniu zawodu albo nakazać powstrzymanie się od określonej działalności (...) na czas trwania postępowania”. Postanowienie wydaje prokurator, mając na uwadze konieczność zabezpieczenia prawidłowego toku postępowania przygotowawczego, a także w celu zapobiegnięcia popełnieniu przez oskarżonego nowego, ciężkiego przestępstwa. Można je stosować tylko wtedy, gdy zebrane dowody wskazują na duże prawdopodobieństwo, że oskarżony popełni przestępstwo. W uzasadnieniu takiego postanowienia przedstawiane są dowody świadczące o popełnieniu przez lekarza przestępstwa. Prokurator odnosi się do możliwości popełnienia przez lekarza nowego, ciężkiego przestępstwa w razie niezastosowania środka zapobiegawczego.

ZAŻALENIE DO SĄDU

Postanowienie w przedmiocie środka zapobiegawczego nie jest natychmiast wykonalne, gdyż przysługuje na nie zażalenie do sądu rejonowego, w którego okręgu prowadzone jest postępowanie przygotowawcze. Sąd zażalenie rozpatruje niezwłocznie. Najczęściej spotykamy się z oddaleniem takiego zażalenia wobec argumentów podnoszonych w uzasadnieniu. Spotkałem się jednak z korzystnymi dla lekarza postanowieniami sądu, który nie widział podstawy do stosowania środka zapobiegawczego pod postacią zawieszenia prawa do wykonywania

GRZEGORZ WRONA

SEKRETARZ
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ



zawodu lekarza. Nie przesądzało to oczywiście o finalnym wyroku orzekanym w późniejszym czasie.

Warto też pamiętać, że lekarzowi (także jego obrońcy) przysługuje prawo do złożenia wniosku o uchylenie albo o zmianę środka zapobiegawczego, np. z zawieszenia na ograniczenie w określonych czynnościach. Odmienne niż w art. 77 ustawy o izbach lekarskich taki wniosek można składać już po trzech miesiącach.

Wykonawcą postanowień jest samorząd zawodowy, w którego imieniu działa prezes okręgowej rady lekarskiej. Aktualnymi są zatem zasady złożenia adnotacji w okręgowym rejestrze lekarzy, która w ciągu doby migruje do Centralnego Rejestru Lekarzy (CRL), przesłania powiadomienia do NFZ, ZUS, wojewody i do pracodawcy/pracodawców ujawnionych w rejestrze. Pracodawcy najczęściej powiadamiani są wcześniej przez prokuratora. Prezesowi pozostaje do analizy potrzeba lub konieczność dokonania zmian w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz powiadomienia okręgowej komisji wyborczej. Konieczność tej analizy wynika z okoliczności doręczenia przez sąd lub przez prokuratora prawomocnego postanowienia, które następuje niejednokrotnie w odległym czasie

od dnia jego prawomocności. Powtórzyć należy, że to lekarz jest najlepiej poinformowanym o zapadłych postanowieniach i powinien do nich się stosować.

WZMIANKI W REJESTRACH

Warto też wskazać na okres zawieszenia lub ograniczenia liczony zazwyczaj w miesiącach, a nie w latach. Jego długość (krótkość) stawia czasami samorząd w dużym kłopotcie, gdyż postanowienia o uchyleniu lub o złagodzeniu środka zapobiegawczego docierają do izby lekarskiej z podobnym opóźnieniem jak te o jego orzeczeniu. Efektem jest niewłaściwie utrzymywana wzmianka w CRL o trwającym środku zapobiegawczym, uniemożliwiająca lub ograniczająca wykonywanie zawodu. Aby tę wzmiankę usunąć, nie wystarczy telefon do izby. Prezes wydający zarządzenie musi dysponować stosownym odpisem postanowienia prokuratora lub sądu. Warto więc, aby o tym pamiętał oskarżany lekarz.

Wzmianka o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu lub o jego ograniczeniu wynikającym z prawomocnego postanowienia prokuratora nie jest umieszczana w Rejestrze Ukaranych Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej. Czy to niekonsekwencja ustawodawcy? ●

PRAWO I MEDYCyna

Praca na kontrakcie. Wady i zalety

JAKUB KOSIKOWSKI
LEKARZLESZEK KUBICZ
RADCA PRAWNY

To od lekarza i tego, co zostanie zapisane w umowie, będzie zależało, ile będzie pracował. Warto tego dopilnować. Nie ma bowiem co liczyć na zapłatę za nadgodziny. Podobnie jak na płatny urlop. Trzeba też samemu płacić składki i podatki.

W kolejnym odcinku cyklu o formach zatrudnienia lekarzy omówimy najpopularniejszy w tej chwili rodzaj umowy – kontraktową, zwaną też B2B. Warunkiem jej zawarcia jest posiadanie jednoosobowej działalności gospodarczej (JDG) z PKD usługi lekarskie zarejestrowanej w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) oraz indywidualnej praktyki lekarskiej zarejestrowanej w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RWPDL) i okręgowej izbie lekarskiej, na której terenie świadczy się usługi.

Umowa ta różni się od opisanych w poprzednich wydaniach „Gazety Lekarskiej” umów o pracę i rezydenckiej. Dotyczy to zarówno pracy świadczonej w ramach indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, jak i indywidualnej praktyki lekarskiej. Nie dotyczy zaś szczególnej sytuacji – umowy kontraktowej na realizację programu specjalizacji w trybie pozarezydenckim.

PODATEK I OBOWIĄZKOWE SKŁADKI

JDG może być opodatkowana na kilka sposobów. Podstawowy to zasady ogólne, czyli skala podatkowa ze stawkami 12 i 32 proc. jak w przypadku umowy o pracę i rezydentury. Lekarz może się również zdecydować na podatek liniowy ze stałą stawką wynoszącą 19 proc. dochodu (czyli przychodu pomniejszonego o koszty działalności). Do wyboru jest też zryczałtowany podatek

dochodowy wynoszący 14 proc. przychodu (w tym przypadku nie ma możliwości odliczania kosztów podatkowych). Praktykom lekarskim świadczącym usługi innym podmiotom nie wolno natomiast rozliczać się w formie karty podatkowej (od 2022 r.).

W przypadku JDG lekarz sam opłaca składkę zdrowotną. Wynosi ona w przypadku skali podatkowej 9 proc. dochodu, a przy podatku liniowym 4,9 proc. dochodu. Jeśli chodzi o podatek zryczałtowany, wysokość składki zdrowotnej zależy od przeciętnego wynagrodzenia ogłoszonego przez GUS i wielkości osiąganych przychodów. I tak przy przychodach:

- do 60 tys. zł – składka wynosi 9 proc. od 60 proc. podstawy (w 2024 r. będzie to 419,46, czyli o ponad 43 zł więcej niż w 2023 r.),
- od 60 do 300 tys. zł – składka wynosi 9 proc. od 100 proc. podstawy (w 2024 r. będzie to 699,11 zł, w 2023 r. było 626,93 zł),
- powyżej 300 tys. zł – składka wynosi 9 proc. od 180 proc. podstawy (w 2024 r. będzie to 1258,39 zł – wzrost o prawie 130 zł).

Składkę można płacić przez cały rok w tej samej kwocie albo progresywnie – dostosowując do przychodów.

Lekarze opodatkowani według skali podatkowej **nie mogą**

odliczyć od podatku ani zaliczyć do kosztów uzyskania przychodów opłaconych składek na ubezpieczenie zdrowotne. Opłacający podatek liniowy mogą odliczyć od dochodu albo zaliczyć do kosztów podatkowych wydatki na składki zdrowotne do **10 200 zł**, zaś opłacający ryczałt od przychodów ewidencjonowanych mogą odliczyć od **przychodu 50 proc. zapłaconych składek**.

Warto pamiętać, że rok składkowy to okres od 1 lutego danego roku do 31 stycznia roku następnego.

Poza składką zdrowotną lekarze mający JDG płacą jeszcze: ubezpieczenie emerytalne wynoszące 19,52 proc. podstawy wymiaru składki (w 2024 r. jest to 4694,40 zł czyli 60 proc. prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego), ubezpieczenie rentowe wynoszące 8 proc. podstawy, ubezpieczenie wypadkowe wynoszące 1,67 proc. podstawy oraz dobrowolne ubezpieczenie chorobowe wynoszące 2,45 proc. podstawy wymiaru składki. Dotyczy to osób, które opłacają składki w podstawowej wysokości, a więc nie korzystają z tzw. ulgi na start, preferencyjnego ZUS czy Małego ZUS Plus (zasady korzystania z nich wymagają odrębnego omówienia, przekraczającego ramy niniejszego artykułu).

Gdy lekarz poza JDG pracuje dodatkowo na etacie z wynagrodzeniem wynoszącym co najmniej minimalną krajową, nie musi opłacać ubezpieczenia emerytalnego, rentowego oraz wypadkowego. Opłaca jedynie składkę zdrowotną i ewentualnie chorobową (na rynku funkcjonują firmy ubezpieczeniowe oferujące „ubezpieczenia od utraty dochodu”, działające w przypadku poważnych chorób i urazów – co do zasady podobnie do ubezpieczenia chorobowego).

Lekarz mający JDG dostaje wynagrodzenie za usługi jako kwotę brutto, z której samodzielnie opłaca wszystkie składki i podatki. W przypadku składek – opłaca się je co miesiąc. Podatek PIT można opłacać co miesiąc, kwartał lub w ujęciu rocznym.

Warto pamiętać, że przechodząc z umowy o pracę na kontrakt, nie na każdy rodzaj opodatkowania można się zdecydować od razu. Podpowiadamy jednak: pierwsze OIL mają

w ramach składki usługę doradcy podatkowego, który przeanalizuje i doradzi, co będzie w danej sytuacji najbardziej opłacalne.

TRZEBA MIEĆ OC

Jeśli chodzi o odpowiedzialność finansową lekarza za błąd medyczny czy uszkodzone mienie, w przypadku B2B obowiązkowe jest ubezpieczenie OC od błędów medycznych. Minimalna suma gwarancyjna wynosi 75 tys. euro na jedno zdarzenie i 350 tys. euro na sumę zdarzeń w danym roku. Część lekarzy kupuje je sama, ale warto podkreślić, że izby refundują, ubezpieczają, oferują rabaty lub zwracają część składki za takie ubezpieczenia. Dlatego warto się zorientować, jaka jest oferta konkretnej izby okręgowej.

Lekarz może się dobrowolnie ubezpieczyć na większą kwotę zarówno na jedno zdarzenie, jak i sumę zdarzeń. Są również na rynku ubezpieczenia od czynności prawnych (koszty postępowania sądowego oraz adwokatów itd. w przypadku spraw dotyczących roszczeń o błąd medyczny), uszkodzenia mienia przez lekarza w trakcie czynności (np. zbitcie głowicy USG) czy nawet pierwsze ubezpieczenia od kar z NFZ za nienależną refundację.

CZAS PRACY, DYŻURY MEDYCZNE I NADGODZINY

W tym punkcie zawierają się istotne różnice pomiędzy umową o pracę a umową kontraktową. W tym ostatnim przypadku nie obowiązują żadne zasady. Czas pracy jest nielimitowany – tzn. legalnym (inna sprawa – czy rozsądnym) jest praca 24/7 przez cały miesiąc. Warto jednak mieć na uwadze, że lekarz w kolejnej dobie dyżuru ma czas reakcji i percepcję na poziomie osoby będącej pod wpływem alkoholu, a kilkudniowy dyżur medyczny jako usprawiedliwienie to wątpliwa linia obrony w przypadku sprawy sądowej o błąd medyczny. Może to zostać uznane za okoliczność obciążającą lekarza, wszak obejmując dyżur, świadomie godzi się na warunki pracy, w tym na to, że będzie w niej np. kilka dni.

To, ile w miesiącu lekarz pracuje, czy pełni dyżury w godzinach nocnych i święta, czy pracuje jedynie od godziny 7:00 do 15:00, czy za dodatkowe godziny ponad ustalone należy się mu coś ekstra – zależy tylko i wyłącznie od zapisów umowy B2B uzgodnionych między lekarzem a podmiotem zlecającym wykonywanie świadczeń. Analogicznie będzie

w przypadku zejść po określonej liczbie przepracowanych godzin czy miejsc pracy, w których lekarz pracuje (warto zwrócić uwagę na zapisy umowy, czy dotyczą świadczeń na oddziale, czy w szpitalu; zapis na konkretne świadczenia w konkretnych miejscach uniemożliwia delegowanie w inne miejsca, tak jak w przypadku umowy o pracę).

Jeśli chodzi o dobowy czas pracy – nie ma limitów innych niż ustalone w umowie między lekarzem a zlecającym świadczenia.

URLOP

W przypadku umowy B2B nie przysługuje. Co ważne: zapisanie urlopu w umowie kontraktowej może w razie kontroli być uznane za umowę noszącą znamiona umowy o pracę, co grozi weryfikacją opłaconych składek i podatków, następnie uznaniem B2B za formę ich obejścia i zapłatą „nienależnie pominiętych składek i podatków” z odsetkami. Niektórzy jednak ryzykują i zapisują w umowach np. 26 płatnych dni bez obowiązku świadczenia usług. Nie rekomendujemy jednak takiego rozwiązania.

ZLA I INNE ŚWIADCZENIA

Płatne ZLA przysługuje jedynie w przypadku opłacania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Tak samo jak zasiłek macierzyński i rodzicielski. Kwota otrzymywanych zasiłków i świadczeń jest zależna od kwot wpłacanych na ubezpieczenie chorobowe. Podstawa wynosząca 60 proc. średniego wynagrodzenia to kwota minimalna. Jeśli lekarz chce otrzymywać wyższe świadczenia, można zadeklarować wyższą podstawę naliczenia składek na ubezpieczenie, maksymalnie do 250 proc. średniego wynagrodzenia. Warto jednak pamiętać, że musi być ona jednokrotna dla wszystkich ubezpieczeń (nie można płacić tylko wyższego chorobowego).

NALICZENIE WYNAGRODZENIA

Najważniejszą różnicą między umową o pracę a B2B jest sposób obliczania wynagrodzenia. O ile przy umowie o pracę mamy kwotę za przepracowany wymiar etatu plus ewentualne dodatki za nadgodziny, funkcje czy premie oraz

nagrody, w przypadku umowy kontraktowej panuje dowolność. Możemy być wynagradzani: za godzinę, od wykonanej procedury (np. 10 proc. od wyceny operacji, 30 proc. od zabiegu w poradni), ryczałtowo za miesiąc z wymogiem przepracowania X godzin czy przeprowadzenia Y wizyt/operacji, procentowo od wyceny wizyty czy hospitalizacji, np. 50 proc. od wyceny wizyty w poradni – przypomnamy, że potrącanie lekarzowi za zlecane badania jest niezgodne z prawem i każdorazowo należy to zgłaszać do izb!), w sposób mieszany (np. stawka za godzinę + procent wypracowanego kontraktu) czy w każdy inny zapisany w umowie sposób.

INNE WAŻNE RÓŻNICE

Z czym powinni liczyć się jeszcze lekarze decydujący się na B2B? Podpowiadamy:

- brak ochrony przed wypowiedzeniem umowy ze strony związków zawodowych;
- nie obowiązuje ustawa o pensjach minimalnych w ochronie zdrowia, ponieważ dotyczy ona jedynie lekarzy zatrudnionych na umowie o pracę;
- wynagrodzenie jest wypłacane na podstawie faktury wystawionej przez lekarza w terminie maksymalnie 60 dni od jej dostarczenia (problem powstaje, gdy termin zapłaty przekracza terminy zapłaty składek i podatków – wtedy lekarz musi zapłacić je z własnych środków, nieotrzymanie na czas zapłaty za fakturę nie zwalnia lekarza z konieczności zapłacenia od kwoty wskazanej na fakturze podatku i należnych za dany miesiąc składek);
- miejsce pracy – zależy od zapisów umowy, dokładne ich opisanie chroni lekarza przed „delegacją” w przypadku np. braków kadrowych;
- okres wypowiedzenia – zależy od zapisów umowy.

PODATKI I FINANSE

Czas na decyzję o formie rozliczenia

ANNA WOJDA

Lekarz, który chce zmienić sposób opodatkowania, ma coraz mniej czasu na poinformowanie o tym fiskusa. Termin mija 20 lutego.

Decyzję warto przemyśleć, a przede wszystkim dokładnie policzyć, ile będziemy musieli zapłacić w każdym wariantcie opodatkowania. Dobrze wybrana forma opodatkowania pozwoli sporo zaoszczędzić, źle – może wpędzić w kłopoty finansowe. Co istotne, ponownie będziemy mogli zmienić sposób rozliczania z fiskusem dopiero w kolejnym roku.

Do wyboru są trzy sposoby opodatkowania:

- skala podatkowa ze stawkami 12 i 32 proc.,
- 19 proc. podatek liniowy,
- ryczałt ewidencjonowany ze stawką 14 proc. w przypadku lekarzy.

Odpowiedź na pytanie, która z wymienionych form opodatkowania jest dla danego lekarza najkorzystniejsza, jest bardzo trudna. Wszystko zależy od konkretnego przypadku i tego, czy lekarz ponosi wysokie koszty prowadzonej działalności, a także czy ma prawo do ulg podatkowych (np. ulgi na dziecko) lub czy będzie rozliczał się z małżonkiem albo jako samotny rodzic.

SKALA I STAWKA LINIOWA

Podstawową formą opodatkowania jest skala podatkowa. Jeśli zatem lekarz nie wybierze innej formy, będzie tak opodatkowany. Skala podatkowa ma dużo zalet, m.in. możliwość wspólnego rozliczenia z małżonkiem czy jako samotny rodzic. Przy tej formie rozliczenia można również korzystać z dostępnych ulg podatkowych. Lekarz ma też możliwość odliczenia kosztów podatkowych (m.in. wydatków dotyczących leasingowanego auta czy wydatków na wyposażenie gabinetu). Skala podatkowa ma też wady. Podstawowa to wysoka stawka (32 proc.)

w przypadku wysokich dochodów (powyżej 120 tys. zł). Trzeba również prowadzić ewidencję podatkową – w tym przypadku jest to podatkowa księga przychodów i rozchodów.

Kolejna forma rozliczania się z fiskusem to podatek liniowy. Tu stawka jest stała i niezależnie od wysokości dochodów wynosi 19 proc. Lekarz ma możliwość rozliczania ponoszonych wydatków w kosztach podatkowych. Nie może jednak korzystać z większości ulg podatkowych. Nie rozliczy się też wspólnie z małżonkiem czy jako rodzic samotnie wychowujący dziecko. W tym przypadku również trzeba prowadzić podatkową księgę przychodów i rozchodów.

RYCZAŁT DOBRY, ALE NIE DLA KAŻDEGO

Stawka ryczałtu ewidencjonowanego jest atrakcyjna – wynosi 14 proc. Lekarze muszą jednak pamiętać, że nie każdy ma szansę na korzystanie z tej formy opodatkowania. Możliwości tej nie mają ci, którzy przed rozpoczęciem działalności w tym samym lub w poprzednim roku podatkowym wykonywali w ramach stosunku pracy takie czynności, jakie teraz wejdą w zakres ich działalności. Ryczałt nie jest także dostępny dla tych osób, które osiągnęły przychody z własnej działalności gospodarczej w kwocie przekraczającej 2 mln euro.

Decydując się na ryczałt, trzeba też pamiętać o jednym bardzo ważnym ograniczeniu: przy tej formie opodatkowania nie ma możliwości odliczania kosztów podatkowych.

Jeśli więc ktoś ponosi wysokie koszty prowadzenia działalności gospodarczej, powinien dokładnie policzyć. Może się okazać, że przy dochodach do 120 tys. lepsza będzie dla niego skala podatkowa (w tym przypadku stawka podatku wynosi 12 proc. i można odliczać koszty prowadzonej działalności, jest też możliwość rozliczania się z małżonkiem i korzystania z ulg podatkowych). W przypadku wyższych dochodów skala może nie być już tak atrakcyjna, bo stawka podatku wzrasta do 32 proc. Nadal może się jednak opłacać, jeśli na przykład małżonka lekarza zarabia mało lub wcale, bo zajmuje się wychowywaniem dzieci. W takim przypadku wspólne rozliczenie z małżonkiem może być bardzo

ZMIANA NAWET CO ROKU

Warto pamiętać, że wybrana forma opodatkowania nie jest wiążąca dla całego okresu prowadzonej działalności. W kolejnych latach możliwa jest ponowna zmiana sposobu rozliczania z fiskusem. Można to robić tak często, jak chcemy (pod warunkiem że spełniamy warunki uprawniające do korzystania z danej formy opodatkowania, co jest istotne przy ryczałcie ewidencjonowanym, i że o zmianie sposobu opodatkowania powiadomimy na czas urząd skarbowy).

korzystne i pozwoli zaoszczędzić sporo na podatku. Płaci się go w podwójnej kwocie ustalonej od połowy łącznej kwoty dochodów małżonków. Małżonkowie mogą zatem zapłacić nie 32 a 12 proc. podatku (i mimo pomnożenia kwoty przez dwa i tak wyjdzie mniej do oddania fiskusowi).

Jeśli podatnik nie rozlicza się z małżonkiem (bo nie chce lub nie ma takiej możliwości), a szacuje, że jego zarobki mogą przekroczyć 120 tys. zł, może rozważyć wybór podatku liniowego. W takiej sytuacji rozliczy w kosztach wydatki związane z prowadzoną działalnością, a stawka podatku wyniesie 19 proc.

POLICZ I POINFORMUJ FISKUSA

Żeby jednak móc przeanalizować dokładnie wszystkie wymienione warianty, trzeba oszacować kwotę przychodów, jakie możemy osiągnąć w 2024 r., a także to, czy będziemy ponosili koszty, a jeśli tak, jak wysokie mogą być. Pod uwagę trzeba też wziąć kalkulacje dotyczące składki zdrowotnej (to, ile ona wynosi przy poszczególnych formach opodatkowania oraz jaką część składki i kiedy wolno odliczyć, podajemy na str. 28 w tekście „Praca na kontrakcie. Wady i zalety”). Warto pamiętać, że lekarz opodatkowany ryczałtem lub podatkiem liniowym ma prawo do odliczenia zapłaconych składek zdrowotnych do wysokości ustawowego limitu. Składki te podlegają odliczeniu wyłącznie od dochodu (przychodu) dotyczącego formy opodatkowania, z którą są powiązane. Oznacza to, że zmieniając formę opodatkowania w nowym roku i odpłacając składki zdrowotne z poprzedniego roku, np. w styczniu kolejnego roku, lekarz nie ma prawa ich odliczyć.

Gdy ustalimy wszystkie kwoty, wystarczy już tylko usiąść z kalkulatorem i dokładnie policzyć, a potem o wybranej formie opodatkowania powiadomić właściwy dla nas urząd skarbowy. Ważne, by zrobić to na czas. Jeśli spóźnimy się z poinformowaniem fiskusa, w jaki sposób chcemy się w 2024 r. rozliczać – nasza decyzja będzie nieskuteczna. A to oznacza, że będziemy musieli robić to w taki sam sposób, jak w 2023 r.

Lekarz może zmienić formę opodatkowania w terminie do 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym osiągnął pierwszy w roku podatkowym przychód, albo do końca roku podatkowego, jeżeli pierwszy taki przychód został osiągnięty w grudniu roku podatkowego. Zakładając, że w 2024 r. lekarz osiągnął

ANNA MISIAK,
DORADCA PODATKOWY,
PARTNER W MDDP



Koszty, składki i ulgi

Co lekarz powinien wziąć pod uwagę przy podejmowaniu decyzji o zmianie formy opodatkowania?

Nowory Rok to start w nowy rok podatkowy. Dla wielu przedsiębiorców prowadzących indywidualne działalności gospodarcze lub spółki cywilne czy jawne to czas decyzji o ewentualnej zmianie formy opodatkowania na 2024 r. To bardzo ważne decyzje. Skutkują określoną wysokością łącznych obciążeń podatkowych, składek ZUS i składek na ubezpieczenie zdrowotne. Cały czas oczekiwane są zmiany w sposobie naliczania składek zdrowotnych dla prowadzących działalność gospodarczą opodatkowaną podatkiem liniowym czy według skali podatkowej, ale na razie zapowiedzi nie przełożyły się na projekt przepisów. Pozostaje zatem przyjąć, że model naliczania składki zdrowotnej przy tych formach opodatkowania pozostanie niezmieniony.

W związku z tym, że zarówno przy skali podatkowej, jak i podatku liniowym można odliczać koszty uzyskania przychodów, istotne jest przeanalizowanie wysokości kosztów podatkowych poniesionych w 2023 r. oraz planowanych na 2024 r. Koszty będą decydować o poziomie dochodu do opodatkowania i przełożą się nie tylko na wysokość podatku, ale i składki zdrowotnej. W przypadku tych dwóch form opodatkowania tylko przy podatku liniowym można część składki zdrowotnej odliczyć do rocznego limitu.

Przy znaczących przychodach a małych kosztach warto rozważyć ryczałt ewidencjonowany. Tu stawka wynosi 14 proc., można odliczyć składki na ubezpieczenie społeczne, podobnie składka zdrowotna – można ją w połowie odliczyć. Kolejną istotną kwestią może być korzystanie z ulg podatkowych, których przy ryczałcie zasadniczo nie ma. A także to, czy podatnik ma jeszcze inne dochody z innych źródeł, np. umowa o pracę, umowa-zlecenia. Przychody te są opodatkowane według skali i finalnie będą sumowały się z dochodami z działalności gospodarczej przy obliczaniu podatku rocznego. A mogą zaważyć na łącznych obciążeniach podatkowych. Przychody opodatkowane ryczałtem nie są z kolei sumowane z przychodami opodatkowanymi według skali podatkowej.

W przypadku osób, które zdecydowały się rozwiązać swoje umowy o pracę z dotychczasowym pracodawcą i rozważają w takim samym zakresie świadczyć usługi w ramach działalności gospodarczej dla tego samego podmiotu, zwracam uwagę na brak możliwości wyboru ryczałtu oraz skorzystania z preferencyjnych niższych składek ZUS. Ważne, aby zweryfikować, czy usługi będą rzeczywiście tożsame, aby wyeliminować potencjalne zakwestionowanie przez fiskusa wybranej ryczałtowej formy opodatkowania.

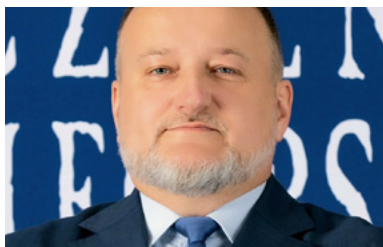
pierwszy przychód w styczniu, oświadczenie o wyborze innej niż dotychczasowa formy opodatkowania powinien złożyć do 20 lutego.

Oczywiście, jeśli lekarz nie chce zmieniać dotychczasowej formy rozliczania się z fiskusem, nie musi nic robić. ●

Nadzieja na skuteczną profilaktykę

Katastrofalny stan uzębienia polskich dzieci wymaga rzeczywistego powrotu do medycyny szkolnej.

PAWEŁ BARUCHA
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



Po tygodniach wyczekiwania poznaliśmy nową wiceminister zdrowia odpowiedzialną za stomatologię. Podczas styczniowego posiedzenia ministerialnej Rady ds. Rozwoju Stomatologii prof. Urszula Demkow pytała jej członków o najważniejsze problemy lekarzy dentyistów i ich pacjentów.

Szczególnie bliskie są jej kwestie związane z kształceniem przed- i podyplomowym oraz poprawa warunków pracy całej kadry dydaktycznej uczelni medycznych. Pani Minister chce godnego wynagrodzenia, tak aby zagwarantować wysoki poziom nauczania przyszłych lekarzy dentyistów i wykształcić więcej specjalistów w dziedzinach stomatologicznych. Prof. Demkow była zaskoczona wysokością wynagrodzeń asystentów uczących przyszłych lekarzy, podobnie jak faktem, że pieniądze, które docierają do uczelni z przeznaczeniem na wynagrodzenia dla kadry dydaktycznej, rozdzielane

są po równo na medyków i pozostałe zawody medyczne. Powstanie grupa robocza do wypracowania skutecznego rozwiązania problemu.

Rada ds. Rozwoju Stomatologii otrzymała również zapewnienie, że Pani Minister zrobi wszystko, co w jej mocy, by przywrócić programy profilaktyczne dla dzieci. Katastrofalny stan uzębienia polskich dzieci wymaga rzeczywistego powrotu do medycyny szkolnej. Konieczna jest profilaktyka i regularna kontrola stanu uzębienia dzieci i młodzieży szkolnej. Prof. Demkow zapewniła nas, że programy profilaktyczne zostaną stworzone od nowa tak, by jak najskuteczniej dotrzeć do polskich uczniów i ich rodziców. Obejmą one nie tylko kontrole, ale także naukę i skuteczną profilaktykę.

Problemy polskich lekarzy dentyistów narastały od wielu lat. Nowe otwarcie w Ministerstwie Zdrowia daje nadzieję na wprowadzenie zmian, które pozwolą polskiej stomatologii nie tylko przetrwać, ale i się rozwijać. ●

Medycyna dąży do tego, aby diagnozować i leczyć zgodnie z najnowszymi trendami, ale opartymi na twardych naukowych dowodach. Evidence-based medicine (EBM) to wyznacznik nowoczesności, przekładający się w praktyce lekarskiej na lepsze wyniki leczenia, dłuższe życie pacjentów oraz krótszy czas hospitalizacji. Tą ścieżką podąża także stomatologia, a na znaczeniu zyskuje evidence-based dentistry (EBD) – stomatologia oparta na dowodach naukowych.

SKUTECZNIE I BEZPIECZNIE

Za dynamicznym rozwojem idą zmiany w technikach zabiegowych, materiałach, narzędziach oraz lekach. Ich wdrażanie powinno być potwierdzone laboratoryjnie i kliniczne wiarygodnymi badaniami naukowymi, których wyniki stanowią dowody naukowe. Stomatologia oparta na EBD dostarcza lekarzowi dentyście cennych wskazówek, które pomagają mu podejmować właściwe decyzje terapeutyczne. Jednym z przykładów jest periodontologia. W 2018 r. wprowadzono w Polsce w tej specjalności nową klasyfikację chorób przyzębia, a w ślad za nią zespół ekspertów pracujący pod auspicjami Europejskiej Federacji Periodontologicznej (European Federation of Periodontology, EFP) opracował wytyczne dotyczące ich leczenia. – Te algorytmy opierają się już wyłącznie na dowodach naukowych spełniających kryteria evidence-based dentistry (EBD). Do konkretnych, opisanych procedur, które powinny być zastosowane w danej sytuacji klinicznej, podane jest źródło, na podstawie którego można prześledzić, jakie metaanalizy zostały wykonane, na podstawie jakich doświadczeń opisane, jaki jest poziom rekomendacji i jakość tych dowodów – przekonuje prof. Renata Górską, konsultantka krajowa w dziedzinie periodontologii. I podkreśla, że obecnie żadna procedura nie może być zastosowana w tej specjalności, jeśli nie ma przeprowadzonych metaanaliz potwierdzonych i opisanych w co najmniej kilku pracach.

BADANIA RANDOMIZOWANE

Po raz pierwszy o stomatologii opartej na dowodach napisano w 1995 r. Amerykańskie Towarzystwo Dentystryczne (American Dental Association, ADA) zdefiniowało wówczas ten termin i określiło jako „drogę wiodącą do zdrowia jamy ustnej, wymagającą rozsądnego połączenia systemowej oceny klinicznych dowodów naukowych wpływających na zdrowie pacjenta z biegłością w praktyce klinicznej lekarza dentyisty i preferencjami samego pacjenta”. Odtąd następuje systematyczny wzrost znaczenia evidence-based dentistry. Staje się ona coraz

STOMATOLOGIA

Decyzje terapeutyczne oparte na faktach

LUCYNA KRYSIAK
DZIENNIKARKA

Evidence-based dentistry (EBD) dostarcza lekarzowi dentyście wskazówek, które pomagają mu podejmować decyzje terapeutyczne.

bardziej docenianym narzędziem przez lekarzy dentyistów w codziennej praktyce. Opracowywanie wytycznych w coraz większym stopniu uwzględniających EBD obserwujemy w większości specjalności. – Bez badań naukowych nie moglibyśmy w prawidłowy sposób prowadzić ani profilaktyki, ani leczenia chorób przyzębia, szczególnie że obecnie pacjent stomatologiczny ma szereg chorób współistniejących, na które choroby przyzębia mogą mieć wpływ lub być czynnikami ryzyka, jak to się dzieje w przypadku chorób sercowo-naczyniowych – tłumaczy prof. Renata Górską. Zaznacza, że badania te powinny być prowadzone na dużej, co najmniej kilkutyśięcnej grupie osób, w wielu niezależnych od siebie ośrodkach i podlegać randomizacji (grupa musi być podzielona na badaną i kontrolną).

WYTTCZNE ZŁOTYM STANDARD

Z założenia stomatologia oparta na faktach naukowych ma zapewniać osiągnięcie wysokiej jakości usług świadczonych przez lekarza dentyistę. Ale rynek usług stomatologicznych jest w 95 proc. sprywatyzowany, nierówny, jeśli chodzi m.in. o wyposażenie gabinetów, i bombardowany różnymi informacjami i nowinkami technicznymi. Lekarzowi często trudno się rozeznąć, co jest komercją, a co ma rzetelne podstawy naukowe i jest rekomendowane przez ośrodki, gdzie prowadzone są randomizowane badania potwierdzające, że ma do czynienia z evidence-based dentistry. – Dlatego tak ważne jest przekazywanie lekarzom dentyistom w poszczególnych specjalnościach wytycznych opartych na naukowych dokonaniach, które powinny być bezwzględnie przestrzegane i stanowić złoty standard – mówi prof. Górską.

W periodontologii rozeznąć się w tym pomagają publikacje opracowane przez ekspertów towarzystwa europejskiego, które są dla lekarza dentyisty cenną wskazówką, jak leczyć zapalenia przyzębia zgodnie z zasadą evidence-based dentistry. Są one także przewodnikiem interdyscyplinarnego podejścia do leczenia pacjentów, którzy na skutek choroby przyzębia utracili część zębów. Prof. Górską zaznacza jednocześnie, że każdy pacjent jest inny i inaczej reaguje na leczenie. Dlatego algorytmy, które służą lekarzowi jako wytyczne, muszą uwzględniać te indywidualne czynniki. – Wytyczne wytycznymi, ale zawsze lekarz, podejmując decyzje terapeutyczne zgodnie z evidence-based dentistry, musi uwzględnić aktualną sytuację i stan zdrowia pacjenta oraz ocenić, na ile może wprowadzić procedury zgodne z tą terminologią – konkluduje prof. Renata Górską.

POTRZEBNA RZETELNA WIEDZA

Nie ma wątpliwości, że EBD umożliwia lekarzom dentyistom dostęp do najnowocześniejszej wiedzy. Ale czy potrafią się w niej poruszać? Nie zawsze są usatysfakcjonowani posiadanymi informacjami, dostrzegając w nich rozbieżności, zwłaszcza kiedy dochodzi do konfrontacji z praktyką lekarską. Dlatego eksperci opracowujący wytyczne dla poszczególnych specjalności w stomatologii uważają, że powinno się dążyć do stałego podnoszenia jakości badań klinicznych, ich rzetelnego i transparentnego raportowania oraz krytycznej oceny i interpretacji publikowanych

wyników. – Stomatologia dziecięca od lat posługuje się wytycznymi opracowanymi zarówno przez Polskie Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej i Europejską Akademię Stomatologii Dziecięcej, jak i Amerykańską Akademię Stomatologii, opartymi na wynikach badań naukowych. Ich jakość jest sprawdzana m.in. poprzez metaanalizy i przeglądy badań i w razie potrzeby są one uaktualniane. Jednak na to, co się dzieje w gabinetach dentyistycznych i na kursach, które są obecnie bardzo modne, a nie zawsze przekazują informacje, za którymi stoją twarde dowody naukowe, nie mamy już wpływu – zastrzega prof. Dorota Olczak-Kowalczyk, konsultantka krajowa w dziedzinie stomatologii dziecięcej. Wyjątkiem od restrykcyjnego trzymania się zaleceń opartych na faktach naukowych w stomatologii dziecięcej są urazy, ponieważ ich charakter jest bardzo różnorodny i trudno stworzyć jeden czy kilka schematów postępowania. Rekomendacje dotyczące urazów są więc częściej weryfikowane i dostosowywane do sytuacji klinicznych. – Działalność w ramach EBD wciąż ewoluuje, liczba badań wzrasta, także randomizowanych – wyjaśnia prof. Dorota Olczak-Kowalczyk. Mimo to reklama tak dalece zawładnęła stomatologią, że na rynku pojawiają się produkty rekomendowane jako posiadające dowody naukowe na ich skuteczność, ale z EBD nie mają one nic wspólnego. – Aby to zmienić, potrzebne są nowe regulacje w kształceniu – podsumowuje prof. Dorota Olczak-Kowalczyk. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Walczymy z *Helicobacter pylori*

SŁAWOMIR ZAGÓRSKI
DZIENNIKARZ

Skuteczne leczenie infekcji wywołanej przez *Helicobacter pylori* przyczynia się do spadku częstości zachorowań na raka żołądka. To ważne, bo na ten nowotwór umiera prawie 5 tys. Polaków rocznie.

O *Helicobacter pylori* jako biolog z wykształcenia i dziennikarz naukowy piszący o medycynie usłyszałem po raz pierwszy dość dawno. Zainteresowała mnie jednak głównie historia odkrycia tej bakterii (o czym za chwilę). Mimo że jak wielu z nas zmagam się co jakiś czas z bólem brzucha, z objawami dyspeptycznymi, nigdy nie przyszło mi do głowy, by zrobić sobie test w kierunku *helicobacter*.

Powód? Dobrych kilka lat temu przeczytałem, że bakterią tą zakażeni są prawie wszyscy. A skoro tak, to po co się badać, nie mówiąc już o leczeniu.

– Nie wiem, skąd się wzięło u pana to przekonanie – mówi prof. Grażyna Rydzewska, szefowa Kliniki Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA w Warszawie, wiceprezesa Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii.

– Wprawdzie dawno temu przeprowadzono w Polsce jedno badanie, w którym częstość zakażenia naszej dorosłej populacji określono na ponad 80 proc. – ciągnie pani profesor – ale teraz wiemy, że ta częstość jest znacznie, znacznie mniejsza. Nie wiemy dokładnie, ile wynosi, ale liczymy, że ok. 60 czy nawet 50 parę proc.

Jak pisze w „Lekarzu POZ” 6/2021 dr hab. Jarosław Daniluk z Kliniki Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, „*Helicobacter pylori* jest bakterią patogenną, powodującą rozwój zapalenia żołądka u każdego zakażonego, a u części z nich choroby wrzodowej (1-10 proc.), chłoniaka MALT (mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma 0,5 proc.) lub raka żołądka (0,1-3 proc.)”.

A zatem u większości z nas zakażenie nie kończy się ciężką chorobą, co jednak nie znaczy, że infekcji nie należy leczyć.

– Ja bym to porównała do filmów powojennych, z lat 50. – mówi prof. Rydzewska. – Tam wszyscy siedzieli w kawiarniach i palili papierosy. Wszyscy palili, ale nie

Bakterią tą zakażamy się drogą pokarmową, najczęściej już w dzieciństwie (dzieci – wiadomo – wszystko pchają do buzi)

wszyscy mieli raka płuc. Ale już od dawna wiemy, że jest bardzo mocny związek pomiędzy paleniem a rakiem płuc. I tak samo mocny związek jest pomiędzy *helicobacter* a rakiem żołądka. Bo – jak uznała w 1994 r. Światowa Organizacja Zdrowia – to też jest karcynogen pierwszej grupy. Mówienie, że wszyscy mamy *helicobacter* i w związku z tym nie leczymy tej infekcji, jest więc tak samo błędne, jak było mówienie: „Wszyscy palmy, bo nie wszyscy zachorujemy na raka płuc”. No, na pewno nie wszyscy, ale niestety znacznie większy procent niż gdybyśmy nie palili. I tu jest tak samo – przekonuje ekspertka.

LENISTWO (CZASEM) POPŁACA

Wracamy do odkrycia bohaterki tego tekstu.

Można powiedzieć, że przyczyniło się do tego... lenistwo naukowców.

Helicobacter jest bakterią stosunkowo wolno rosnącą w laboratorium. Dlatego też początkowo dwaj australijscy badacze – Barry Marshall i Robin Warren – mieli problem z hodowaniem tego mikroorganizmu *in vitro*. Któregoś razu nie chciało im się jednak likwidować hodowli przed Świątami Wielkanocnymi i zostawili ją na dłużej w cieplarni. Jakże byli miło zaskoczeni, gdy po powrocie do pracy zastali pięknie wyrosnięte kolonie bakterii na wszystkich szalkach.

Pionierska publikacja na temat nowej bakterii i jej roli w patogenezie choroby wrzodowej żołądka ukazała się „Lancecie” w roku 1983. 22 lata później Australijczycy doczekali się za to Nagrody Nobla.

Dodajmy, że początki ich pracy nie były łatwe nie tylko ze względu na kłopoty z hodowlą *helicobacter*. Świat naukowy niechętnie przyjmował nowatorski pogląd Robina Warrena, iż przyczyną stanów zapalnych błony śluzowej żołądka jest obecność spiralnych bakterii, które lekarz mikroskopowo obserwował w preparatach histologicznych u niemal wszystkich chorych z gastritis.

Jak pisze na łamach „Medycyny Praktycznej” prof. Tomasz Brzozowski z Katedry Fizjologii Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, sam Marshall początkowo nie wierzył w możliwość przetrwania bakterii w kwaśnym środowisku soku żołądkowego i zasiedlenia przez te mikroorganizmy błony śluzowej ludzkiego żołądka.

O nieufności środowiska wobec koncepcji Australijczyków najlepiej świadczy fakt odrzucenia komunikatu naukowego na ten temat na doroczny lokalny zjazd gastrologów w Perth na początku lat 80. Z 67 nadesłanych komunikatów odrzucono tylko trzy, w tym właśnie Marshalla i Warrena.

Badacze nie dali jednak za wygraną i poza wyhodowaniem bakterii udowodnili także jej patogenne działanie. Realizując jeden z tzw. postulatów Kocha (chodzi o reguły diagnostyczne przedstawione pod koniec XIX w. przez Roberta Kocha, których spełnienie dowodzi, iż konkretny mikroorganizm powoduje daną chorobę), Barry Marshall sam zakażył się *Helicobacter pylori* wypijając gęstą zawiesinę tej bakterii. W efekcie zapadł na ostre zapalenie żołądka. Po dwóch tygodniach za namową żony poddał się skutecznemu leczeniu antybiotykami, pozbywając się chorobotwórczego zarazka.

TO CHOROBA ZAKAŻNA

Dziś nikt już nie ma wątpliwości co do patogenności *Helicobacter pylori*. Bakterią tą zakażamy się drogą pokarmową, najczęściej już w dzieciństwie (dzieci – wiadomo – wszystko pchają do buzi). U dorosłych również dochodzi do zakażenia, ale nie jest też tak, że użycie wspólnego kubka czy łyżeczki może od razu narażać nas na niebezpieczeństwo.

Wiadomo, dlaczego bakterii nie szkodzi kwaśne środowisko żołądka. Bytowanie w teoretycznie bardzo niegościnnym miejscu umożliwia jej enzym – ureaza – rozkładający mocznik do dwutlenku węgla i amoniaku, co neutralizuje ułatwiający trawienie kwas solny. *Helicobacter* wytwarza liczne toksyny i trujące białka, które uszkadzają komórki żołądka, a to prowadzi do przewlekłego stanu zapalnego, czasem także do transformacji nowotworowej.

Zgodnie z konsensusem z Kioto z 2015 r., zapalenie żołądka wywołane przez *Helicobacter pylori* uznawane jest za chorobę zakaźną, tak i ta powinna być leczona – podkreśla prof. Grażyna Rydzewska.

Żeby leczyć, trzeba jednak najpierw bakterię wykryć. Kogo zatem powinno się w tym kierunku badać i jak te badania oraz leczenie wyglądają?

ZASADA: „BADAJ I LECZ”

Grupa Robocza Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii wydaje co jakiś czas wytyczne nt. wskazań do badań i eradykacji *Helicobacter pylori*. Najnowszy

fot.: Shutterstock.com



dokument na ten temat został opublikowany w języku angielskim na łamach „Gastroenterology Review” w październiku 2023.

– Czy te wytyczne „trafiły pod strzechy”? – pytam prof. Rydzewską. – Trafiły – słyszę w odpowiedzi. – Bo prof. Anita Gąsiorowska z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi omówiła najważniejsze aspekty

Dysponujemy nieinwazyjnymi testami w kierunku *helicobacter*. Należą do nich badanie kału, test oddechowy, wreszcie badanie krwi

naszych rekomendacji w „Lekarzu POZ” (numer 5/2023) – dodaje ekspertka.

– Te rekomendacje zmieniały się w czasie, poszerzałyśmy stopniowo grupy ryzyka – opowiada prof. Rydzewska. – Ale proszę pamiętać, że do dziś nie leczymy wszystkich zakażonych. Bo wtedy nie wiadomo, co by przeważało. Może jednak

niekorzystne skutki antybiotykoterapii, zaburzenia mikrobioty. Nigdzie na świecie nie ma leczenia populacyjnego, natomiast propagowanie wiedzy o *helicobacter* i leczenie osób z objawami, to już tak – dodaje lekarka.

– Z początku mówiliśmy, że na pewno trzeba leczyć osoby z wywiadem raka żołądka w rodzinie. Z czasem te grupy ryzyka stały się tak szerokie, że w tej chwili mówimy, iż leczymy na żądanie. I tak dziś postępuje cały świat. Jeżeli przychodzi pacjent, pokazuje dodatni wynik testu i chce się leczyć, to leczymy.

W tekście prof. Gąsiorowskiej umieszczona jest tabela, w której zebrane są wszystkie aktualne wskazania do badania i eradykacji *Helicobacter pylori*. Wymienię tylko niektóre z nich.

Na pierwszym miejscu eksperci umieszczają niezdiagnozowaną dyspepsję zgodnie z zasadą „Test and Treat”, czyli „Badaj i lecz”.

Kolejne wskazania to dyspepsja – diagnostyka różnicowa, zanikowe zapalenie żołądka, choroba wrzodowa żołądka i/lub dwunastnicy (także

w wywiadzie), rak żołądka u krewnych I stopnia, chłoniak żołądka, a także planowane przewlekłe leczenie niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi i/lub kwasem acetylosalicylowym. Na liście znajduje się także m.in. diagnostyka różnicowa innych chorób (takich jak celiakia), niedobór witaminy B12, wspomniane „na życzenie pacjenta” i wreszcie kontrola po leczeniu eradykacyjnym.

Kryteria, jak widać, rzeczywiście są szerokie. A jak wygląda praktyka?

BADANIE WYŁĄCZNIE Z KAŁU

– Z założenia wynika, że badanie powinno się wykonać co najmniej u osób z objawami dyspeptycznymi, tymczasem objawy dyspeptyczne ma ok. 40 proc. dorosłej populacji w Polsce – tłumaczy prof. Rydzewska.

– Proszę pamiętać, że to są zalecenia. A zalecenia niestety nie pokrywają się z codzienną praktyką – dodaje ekspertka. – Jeżeli już zlecimy komuś badanie, to znaczy, że jesteśmy świadomi i w przypadku stwierdzenia zakażenia, będziemy leczyć. Gorzej, jak nie zleciliśmy wykonania testu i ograniczyliśmy się do wypisania leku. Objawy trochę ustępują, a potem wracają. Pacjent przychodzi do nas po raz kolejny i kolejny. I wtedy jest problem. Jeśli przy objawach

dyspeptycznych kieruje się pacjenta na gastroscopię, to zawsze powinno się pobrać materiał do testu. A tak niestety też nie dzieje się w 100 proc. – zaznacza pani profesor.

Gastroskopia to badanie inwazyjne, obecność bakterii bada się niejako „przy okazji”. Dysponujemy natomiast dziś innymi – nieinwazyjnymi testami w kierunku *helicobacter*. Należą do nich badanie kału, test oddechowy, wreszcie badanie z krwi.

Prof. Rydzewska poleca zdecydowanie badanie kału. Test oddechowy jest drogi, wymaga specjalistycznego sprzętu, wykonuje się go stosunkowo rzadko. Natomiast, wydawałoby się, najprostsze badanie z krwi jest niemiarodajne, niewiarygodne.

– Nie rekomendujemy badań z krwi, nie wiem, po co one w ogóle są – mówi prof. Rydzewska. – Pokazują wyłącznie obecność przeciwciał przeciwko bakterii – tłumaczy ekspertka. Na przykład ktoś zakaził się w dzieciństwie, wyleczył się, tymczasem przeciwciała się utrzymują. Możemy tylko powiedzieć, że ta osoba miała kontakt z bakterią. A to nic nie znaczy. Tymczasem

badanie z kału pokazuje antygen. Innymi słowy, dowodzi obecności bakterii tu i teraz, ponieważ antygen jest jej składnikiem.

Jak czytamy we wspomnianej publikacji autorstwa prof. Gąsiorowskiej – Przed wykonaniem wszystkich testów inwazyjnych opartych na gastroscopii oraz nieinwazyjnych (antygeny *Helicobacter pylori* w kale i test oddechowy) należy przerwać stosowanie inhibitorów pompy protonowej na dwa tygodnie oraz nie stosować bizmutu ani antybiotyków w okresie 4 tygodni przed oceną zakażenia *Helicobacter pylori*. Nieprzestrzeganie tych zaleceń może być przyczyną uzyskania wyników fałszywie ujemnych.

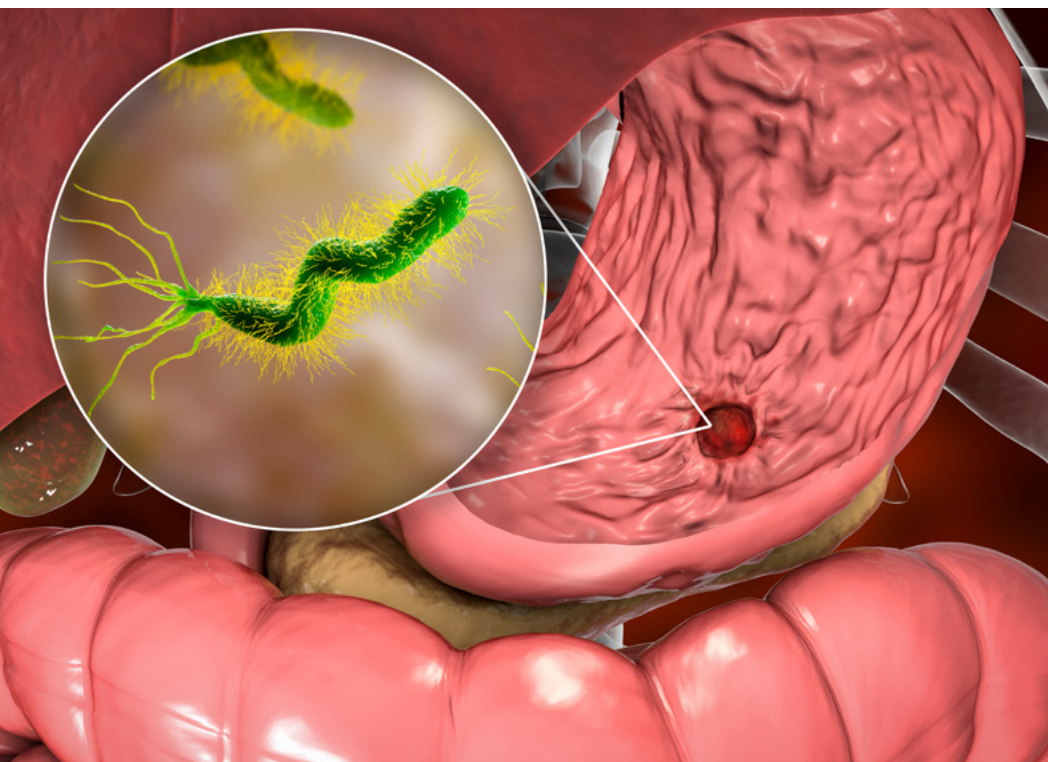
NAJWAŻNIEJSZA WSPÓŁPRACA PACJENT – LEKARZ

Jak wygląda leczenie w przypadku pozytywnego wyniku testu?

– Przede wszystkim powinno być ono dobrze przeprowadzone od razu – podkreśla prof. Rydzewska. – Ale nawet wtedy szansa na wyleczenie za pierwszym razem nie jest 100-procentowa. Skuteczność takiej terapii wynosi powyżej 80, nawet do 90 proc. – mówi ekspertka.

– Leczenie trwa od 10 do 14 dni – dodaje. – My rekomendujemy terapię 14-dniową. Ale ze względu na to, że jeden z polecanych preparatów jest sprzedawany w opakowaniach na kurację 10-dniową, a nie jest tani, to jest możliwość zastosowania tej krótszej kuracji z pewnym ryzykiem nieco słabszego efektu. Badania przeprowadzone w województwie warmińsko-mazurskim wykazały jednak, że efekt 10-dniowego leczenia też nie jest wcale zły. Czyli albo 10-, albo 14-dniowa terapia antybiotykowa łącznie z inhibitorem pompy protonowej. Ta terapia różni się nieco w zależności od kraju – zaznacza pani profesor. – W krajach o wysokiej oporności na klarytromycynę i metronidazol, a my niestety do takich należymy, zaleca się terapię 4-składnikową z bizmutem. I taką terapię – tylko taką, jako tę pierwszego wyboru – powinniśmy stosować.

– Oczywiście potem jest dyskusja, co stosować, jaki drugi czy trzeci wybór. Ale – jak mówiłam



– standardem jest dziś 10- lub 14-dniowa terapia poczwórna z bizmutem.

Jeśli pierwsza próba leczenia się nie uda, podejmuje się zwykle drugą, ewentualnie kolejną. Infekcję *helicobacter* lekarze starają się dziś leczyć „do skutku”.

I jeszcze dwa fragmenty ze wspomnianej publikacji prof. Gąsiorowskiej w „Lekarzu POZ”: – Autorzy rekomendacji zwracają uwagę na dobre porozumienie pomiędzy lekarzem a pacjentem jako ważny element warunkujący skuteczne leczenie. Wykazano bowiem, że do najważniejszych czynników odpowiedzialnych za niepowodzenia leczenia, oprócz oporności na antybiotyki, należy nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich. Warto też poinformować pacjenta o niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na skuteczność leczenia.

Supresja wydzielania kwasu solnego uzyskana dzięki zastosowaniu inhibitorów pompy protonowej jest bardzo ważnym elementem terapii eradykacyjnej. Podniesienie pH w żołądku w zakresie 6-8 zwiększa penetrację antybiotyków do błony śluzowej i ich efekt przeciwbakteryjny.

Wreszcie słowo o probiotykach. W najnowszych wytycznych pojawiły się precyzyjne zalecenia dotyczące zasad stosowania szczepów probiotyków w czasie terapii eradykacyjnej.

Dr hab. Jarosław Daniluk w cytowanej już tu publikacji z 2021 r. wymienia siedem czynników zwiększających skuteczność terapii mającej na celu pozbycie się *Helicobacter pylori*. Obok wspomnianej tu już współpracy lekarz – pacjent na liście tej są jeszcze: postępowanie zgodne z wytycznymi, odpowiedni czas terapii (14 dni), zaprzestanie palenia tytoniu, odpowiednia dawka inhibitora pompy protonowej, stosowanie odpowiednich antybiotyków (wzięcie pod uwagę historii pacjenta) i stosowanie celowanych probiotyków.

NA SZCZEPIONKĘ SIĘ NIE ZANOSI

Pytam prof. Rydzewską, czy pomiędzy zakażeniem *Helicobacter pylori* a objawami zawsze upływa dłuższy czas (pamiętamy, że zakażają się najczęściej dzieci).

– Nie zawsze, bo już u dzieci czasem są objawy i pediatrzy też leczą to zakażenie – słyszę w odpowiedzi.

– Kiedy po raz pierwszy powinniśmy pomyśleć o teście?

– Przy objawach dyspeptycznych.

– A może sensownie byłoby przebadać hurtem nastolatki i usunąć bakterię, zanim zdąży poczynić szkody?

– Żaden kraj czegoś takiego nie robi. Po pierwsze, taka terapia nie byłaby efektywna kosztowo. Po drugie, gdyby leczyć wszystkich zakażonych jak leci, mogłoby być więcej kłopotów ze względu na powikłania antybiotykoterapii u osób, które czują się zdrowo. I nic im nie jest.

– Czy można żyć z tą bakterią latami i nie mieć żadnych kłopotów?

– Można. Tak jak można palić i nie mieć raka płuc. Ale ryzyko jest bardzo wysokie.

– A miała pani takich pacjentów, którzy mają chorobę wrzodową albo zachorowali na raka żołądka i nie byli zakażeni *helicobacter*?

– Oczywiście, tacy też się zdarzają. *Helicobacter* to niejedyny czynnik ryzyka raka żołądka, ale

Helicobacter wytwarza liczne toksyny i trujące białka, które uszkadzają komórki żołądka, a to prowadzi do przewlekłego stanu zapalnego

zasadniczy i główny. I znowu nawiązując do raka płuc, zdarzają się też przypadki tej choroby u osób niepalących. Ale znacznie rzadziej.

– Czy można zakazić się powtórnie po udanej antybiotykoterapii?

– Teoretycznie można, ale rzadko. Rocznie stwierdza się ok. 4 proc. reinfekcji. To niedużo.

– Na jakim etapie jesteśmy jako kraj, jeśli chodzi o walkę z *helicobacter*?

– Jest o tyle lepiej, że widzimy już niewielki spadek częstości raka żołądka. Ale wciąż nie jest dobrze. Bo wielu pacjentów nie ma świadomości na ten temat. Niektórzy lekarze również nie doceniają tego problemu.

– Doczekamy się szczepionki przeciw tej bakterii?

– No właśnie. Mówi się o tym od lat, ale na razie nic nie ma.

– Może zadziała tu nowa technologia mRNA?

– Może. Ale ona też jest od paru lat i nic się nie dzieje.

– Dziś nie ma już kłopotów z hodowlą *helicobacter* w laboratorium?

– Mikrobiolodzy radzą sobie już z hodowlą.

BRAKUJE ŚWIADOMOŚCI NA TEN TEMAT

O wspomnianym braku świadomości, jak niebezpieczne jest zakażenie *helicobacter*, świadczą wyniki badania przeprowadzonego w październiku 2023 r. na zlecenie organizatora kampanii „Servier – Wyłącz Raka”.

Spytano w nim Polaków o główne czynniki ryzyka zwiększające prawdopodobieństwo raka żołądka. Ankietowani wskazywali przede wszystkim na złą dietę, nadużywanie alkoholu i palenie papierosów. Istotna grupa respondentów nie potrafiła w ogóle odpowiedzieć na zadane pytanie. Zaledwie 1 proc. Polaków w odpowiedzi spontanicznej trafnie wskazało na *Helicobacter pylori*.

– Rak żołądka to ciągle duży problem – mówiła prof. Grażyna Rydzewska podczas konferencji prasowej zorganizowanej na starcie wspomnianej kampanii. – Odnotowujemy ponad milion zachorowań rocznie na świecie, a wydaje się, że można by nad tym zapanować. Znamy przecież podstawowy czynnik ryzyka – *Helicobacter pylori* – więc skuteczne leczenie mogłoby ryzyko raka żołądka znacząco zmniejszać.

Na koniec smutna statystyka. Krajowy Rejestr Nowotworów podaje, iż w roku 2020 wśród mężczyzn w Polsce rak żołądka był na 6. miejscu, jeśli chodzi o zachorowalność (po gruczole krokowym, płucu, okrężnicy, pęcherzu moczowym i odbytnicy) i na 5. miejscu, jeśli chodzi o zgony (po płucu, gruczole krokowym, okrężnicy i pęcherzu moczowym). U kobiet rzadszy, jeśli chodzi o zachorowania, ale 7. jeśli chodzi o zgony (po raku płuca, piersi, okrężnicy, jajnika, trzustki i trzonu macicy).

Ogółem w Polsce w 2020 r. na raka żołądka zachorowało 2856 mężczyzn i 1649 kobiet (razem 4505). Zmarło 3115 mężczyzn i 1657 kobiet (razem 4772 osoby).

PS. Przed napisaniem tego tekstu wykonałem test w kierunku *Helicobacter pylori*. Wynik negatywny. ●

Autor jest doktorem nauk biologicznych, dziennikarzem OKO.press, w przeszłości wieloletnim kierownikiem Działu Nauki „Gazety Wyborczej”

PRAKTYKA LEKARSKA

Dać szansę wszystkim noworodkom

ADAM CZERWIŃSKI
DZIENNIKARZ

Dlaczego kardiologia prenatalna ratuje życie i czym się różni diagnostyka prenatalna od przedurodzeniowej – wyjaśnia prof. Maria Respondek-Liberska.

Pelno zdjęć u Pani Profesor. Pamiętaj Pani wszystkie te dzieci?

Pewnie. Tu mamy serce jednokomorowe, tu kolejne... O! A tu był guz łożyska powodujący niewydolność krążenia u płodu. Ten maluch miał transpozycję dużych naczyń. Tu jeszcze jedno serce jednokomorowe, znów serce jednokomorowe. A tu prawdziwy hit: Olek. U tego małego wykryto serce położone poza obrębem klatki piersiowej. W szesnastym tygodniu ciąży jego mama usłyszała, że noworodek z takim sercem praktycznie nie może żyć. Ja sama w publikacji w „Pediatric Cardiology” opisałam około dwudziestu pacjentów u nas rodzonych z sercem na wierzchu, i wszyscy zmarli. Tak więc ja też kiedyś byłam zdania, że to wada letalna. Ale okazuje się, że jeżeli przeprowadzi się odpowiednią diagnostykę i zaplanuje działania, wydłuży czas trwania ciąży i noworodek z tą wadą urodzi się u nas, w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki (ICZMP) w Łodzi, w sposób planowy, po 38. tygodniu ciąży, jeżeli na niego czeka na sali operacyjnej kardiochirurg i chirurg, którzy zamkną mu powłoki, to okazuje się, że to już nie letalna, a tylko poważna wada wrodzona. Ten człowiek ma dzisiaj dwa lata, samodzielnie siedzi, bawi się z młodszą zdrową siostrą i za chwilę będzie jeździć na rowerze. Można? No, można.

Wszystkie te dzieci, których zdjęcia oglądamy, były zdiagnozowane tu, w Zakładzie Kardiologii Prenatalnej ICZMP, i wszystkim daliśmy razem

szansę na przeżycie, chociaż natura chciała inaczej.

Pani szpital kończy w tym roku 35 lat.

I jestem w nim od początku. Ściągnął mnie tu ówczesny dyrektor, prof. Tomasz Pertyński. Ten Zakład miał prowadzić

Z bólem serca patrzę na noworodki, które przywożone są karetkami na neonatologię czy noworodkową intensywną terapię

mój mąż – Andrzej Respondek. Długa opowieść. Nie chcę do niej wracać, już kiedyś o tym opowiadałam*. Zmarł na raka trzustki, gdy otwierano Matkę Polkę. Prof. Pertyński powiedział: „Masz dwa wyjścia – albo się załamiesz, albo w poniedziałek będziesz w pracy. Potrzebujemy specjalisty do badań prenatalnych, nikt nie zrobi tego lepiej niż ty”. Przyszłam. Choć byłam pediatrą, zostałam przyjęta do Zakładu Radiologii prowadzonego przez pana prof. Jerzego Zajgnera. Pozwolił mi badać ciężarne i noworodki za pomocą polskiego aparatu USG.

Słyszałam, że początki nie były łatwe.

Na tym aparacie widoczna była głównie śnieżyca. Któregoś dnia, wpatrując się w tę śnieżycę podczas badania ciężarnej przed porodem, zobaczyłam wadę serca. Oczywiście, powiedziałam lekarzom, że urodzi się dziecko z wadą serca. Pamiętam, że akurat zaczynał się weekend. Dziecko urodziło się bodaj w sobotę. Akurat byłam w domu, a tu dzwoni telefon z pracy. Koleżanki neonatolożki donoszą, że urodził się zupełnie zdrowy, różowy, krzyczący noworodek, który nie ma żadnej sinicy, żadnego wysiłku oddechowego. Nie mogłam uwierzyć, żebym aż tak się pomyliła, więc złapałam taksówkę i pędzę do szpitala. I z tym polskim, beznadziejnym aparatem idę do tego noworodka. Oglądam go, słucham. Rzeczywiście klinicznie wygląda na zdrowego. Przykładam głowicę, patrzę na ekran i mówię: „Matko Boska, on ma wadę serca!”. Zastanawiam się, jak to jest możliwe, że ja patrzę na niego i widzę, że jest złe, a obok mnie stoją doświadczone koleżanki i mówią, że pacjent jest zdrowy. No, ale ten aparat ultrasonograficzny, stary, bo stary, i ze śnieżycą, pokazuje jednak, że jest wada serca. Przypominam sobie, czego nas zawsze uczono i pisano w podręcznikach: że noworodek z wadą serca musi mieć pewne objawy. Bywa szary, siny, źle oddycha, są kłopoty z karmieniem etc.

Tymczasem okazało się że pierwsza, a nawet druga doba u takiego pacjenta z wadą serca może upłynąć bez objawów. I tego my wówczas nie widzieliśmy. I dopiero wtedy, mając ten obraz prenatalny, mając kliniczny obraz noworodka, mając przy łóżku noworodka aparat ultrasonograficzny, zrozumiałam, że jesteśmy w okresie bezobjawowym przy ciężko chorym noworodku.

Udało się uratować to dziecko?

Dziś byłaby to prosta sprawa. Pacjent zostałby przeniesiony z jednego oddziału na drugi – do Kliniki Kardiologii. Ale rzecz się działa w czasach, kiedy pediatryczna część naszego szpitala była jeszcze w budowie. Było więc „trochę” trudniej. Zrobiliśmy więc z koleżankami konsylium i doszliśmy do wniosku, że ten noworodek żyje i ma się dobrze, bo ma otwarty przewód tętniczy. W trzy głowy wymyśliłyśmy, że najbliższy ośrodek kardiologii dziecięcej jest w Krakowie. I pamiętam, jak moje koleżanki, zamiast się zajmować innymi – na szczęście zdrowymi – noworodkami, przesiedziały całą niedzielę przy telefonie, bo nie było wtedy komórek ani internetu, i zorganizowały wojskowy transport powietrzny do krakowskiego szpitala w Prokocimiu. Wiem, że ten noworodek był tam operowany. Także to był taki nasz niezwykle, można powiedzieć, zbiorowy i organizacyjny sukces.

I bodaj po raz pierwszy okazało się w Łodzi, a chyba także w Polsce, że kardiologia prenatalna ratuje życie.

Opowiem panu o jeszcze jednym kroku milowym. Mamy rok 2010. Ja już w ICZMP prowadzę Zakład Kardiologii Prenatalnej i już przyzwyczailiśmy się, że ciężkie wady serca są operowane przez naszych kardiologów z na ogół dobrym efektem. No i trafia do nas ciężarna, u której stwierdzamy wadę wrodzoną serca płodu. Jest to krytyczna stenoza aortalna przebiegająca z kardiomegalią u płodu i z powiększającą się w miarę upływu czasu lewą komorą serca. Na skutek samoistnej akcji porodowej nasz noworodek z tą ciężką wadą urodził się na początku weekendu, czyli w piątek. Pół biedy, że był weekend. Gorzej, że wakacje, kiedy akurat nasz kardiolog, czyli pan prof.



foto: Adam Czerwiński

Jacek Moll, urlopuje. I to poza granicami kraju. Wiadomo było, że wróci do pracy w poniedziałek, a może we wtorek. I jednocześnie było jasne, że ten noworodek na niego nie poczeka, tylko umrze przed jego powrotem.

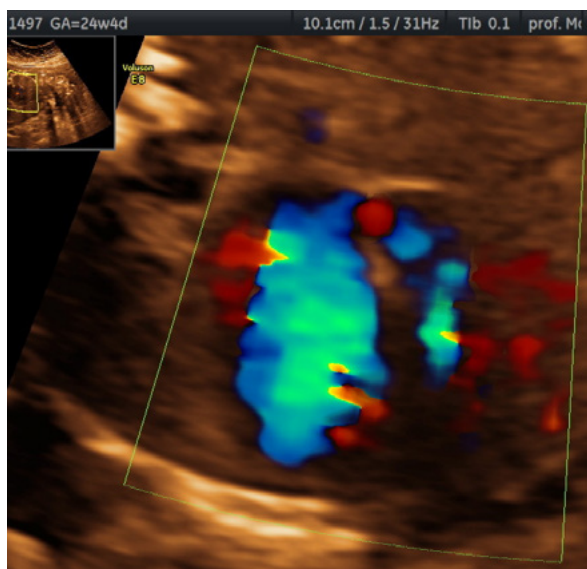
Poczekał?

Nie musiał. Udało mi się namówić ówczesnego kierownika Kliniki Kardiologii dziecięcej, pana prof. Andrzeja Syse, oraz jego doktoranta – Tomasza Moszurę, żeby zrobili plastykę balonową, czyli zabieg polegający na poszerzeniu zwężonej zastawki balonem w trakcie cewnikowania serca u tego pacjenta, ponieważ on i tak nie przeżyłby do poniedziałku. W związku z tym nie zaszкодźmy mu tym zabiegiem, a tylko możemy mu pomóc. Okazało się, że zabieg został wykonany z powodzeniem. Oporna zastawka została pokonana. Nawiasem mówiąc, w tak dobry sposób, że chłopiec przez siedem kolejnych lat nie wymagał żadnych działań kardiologiczno-kardiologicznych. Od tego pacjenta kolejne zabiegi plastyki balonowej aortalnej były wykonywane u nas coraz częściej i okazało się, że to był wielki

krok do przodu i kamień milowy, ponieważ te dzieci nie tylko nam nie umierały, ale po cewnikowaniu serca, bez otwierania klatki piersiowej, wychodziły ze szpitala praktycznie po pierwszym zabiegu. Dwoje, troje czy czworo wymagało powtórzenia cewnikowania w ciągu kolejnych trzech czy czterech tygodni. Natomiast u większości dzięki zabiegowi krytyczna wada serca stawała się wadą stosunkowo łagodną. To niesamowita rzecz z punktu widzenia opieki nad pacjentem i darowanie mu życia. Zabiegi wykonywane przez Tomasza Moszurę, który jest dziś profesorem i szefem kliniki, to coś wspaniałego. Udało się nam stworzyć model organizacyjny, który jest po prostu idealny dla tego typu problemów u najmłodszych pacjentów.

Kocha pani swoją pracę, prawda?

Jak nie kochać? Tym bardziej że u nas nie ma dwóch takich samych pacjentów, z takim samym problemem. Prawdę powiedziawszy, są każdego dnia w naszych gabinetach, a mamy trzy gabinety, świetnie wyposażone, z klimatyzacją, z wygodnymi leżankami. W ogóle warunki pracy mamy znakomite i ja nawet trochę zazdroszczę młodzieży, że tak im to wszystko urządziłam. Ale gdybym miała więcej personelu albo chociaż studentów, to codziennie mogłabym im pokazywać rzeczy, o których nie czytali, nie słyszeli i które nie były jeszcze opublikowane. Tutaj tyle spraw różnych się dzieje dzięki postępowi technologicznemu. Mamy możliwość porównywania obrazów prenatalnych z obrazami postnatalnymi, zarówno echokardiograficznymi, jak i z innych badań obrazowych. To jest po prostu kopalnia wiedzy i doświadczenia. Tutaj nawet jak zwykłą chochlę zanurzymy, to wybieramy same diamenty i perły. Mamy miejsce pracy i zbierania doświadczenia dla kogoś, kto lubi diagnostykę obrazową. A gdy jeszcze ma umiejętność łączenia pewnych faktów i zjawisk, to jest, jak to się mówi, samograj zarówno dla rozwoju dobrego rzemiosła, jak i do tworzenia nauki.



◀Poznanie fizjologii i układu krążenia płodu daje pewność co do bezpieczeństwa stanu ciąży

foto: Maria Respondek-Liberska

A dlaczego kardiologia prenatalna jest taka ważna?

Wszyscy utożsamiają ją z wadami serca. Tymczasem okazuje się, że gdy u płodów występują zaburzenia rytmu serca czy zmiany czynnościowe, nie zawsze muszą świadczyć o wadzie serca. Mogą mówić o różnych stanach chorobowych, które zdarzają się zarówno u płodów, jak i u dzieci, i u dorosłych. Te stany mają tendencję do ustępowania. Czasem możemy pacjentów wspierać farmakologicznie, ale nie zawsze. Natomiast przede wszystkim nasze badanie i poznanie fizjologii i układu krążenia płodu daje nam pewność co do bezpieczeństwa stanu ciąży.

Przecież kobietę ciężarną jest stosunkowo łatwo zbadać. Można z nią porozmawiać, można jej posłuchać, można ją dotknąć i wiemy, czy pacjentka czuje się dobrze i jak toleruje ciążę. A co zrobić z płodem, który jest schowany w jamie macicy? Jeżeli daje jakiegokolwiek sygnały, że coś się u niego dzieje, to dawniej jedynym wyjściem z sytuacji było cięcie cesarskie. Dzisiaj koledzy położnicy masowo stosują kardiokografię, ale wiemy, że nawet u umierającego płodu może być zupełnie prawidłowa i jednocześnie może być zupełnie nieprawidłowa przez moment u płodu, który jest zdrowy. Stąd mamy i mieliśmy ogromny odsetek porodów przedwczesnych. Bo jeżeli zapis KTG jest nieprawidłowy, to co ma robić położnik? Ja mam

radę: „Odlóżcie na bok to KTG i osłuchajcie serce płodu”.

Łatwo powiedzieć.

Wiem. Problem polega na tym, że to serduszek ma kilkanaście milimetrów. Pod koniec ciąży ma trzydzieści parę milimetrów. U płodu pracuje z akcją 140-160 uderzeń na minutę, czyli porównując z pracą serca dorosłego, jest to częstoskurcz, a u dziecka tachykardia. Ale nawet najbardziej niespokojne dziecko łatwiej zbadać niż płód. Gdy wykonujemy echo u przedszkolaka, możemy przytrzymać głowicę w wybranym miejscu. Nawet jeśli pacjent będzie się wywijać, badanie dwu-, trzylatka będzie znacznie łatwiejsze niż u pływającego płodu. Nie dość, że w gabinecie niełatwo, to mamy niewielu specjalistów, którzy potrafią wykonać to badanie i właściwie je zinterpretować, bo po prostu jest to trudne. Skala tej trudności przekłada się na nasze dotychczasowe postępowanie, bo jeżeli prawidłowo uchwycimy fizjologię płodu i on pomimo nieprawidłowego KTG powie nam, że wszystko jest OK, to ciąża może być bezpiecznie kontynuowana. A więc choćby o tydzień, dwa wydłużona. A to znaczy, że o taki czas skracamy pobyt dziecka w szpitalu. To ma kolosalne znaczenie w każdym

LUTY MIESIĄCEM BADAŃ SERCA PŁODU

Badanie serca płodu jest najważniejszym badaniem w trakcie życia płodowego. Dzięki kardiologicznym badaniom prenatalnym możemy przewidywać stan zdrowia noworodka. W lutym kobiety między 18. a 22. tygodniem ciąży mogą bez skierowania umówić się na badanie echo płodu w Zakładzie Kardiologii Prenatalnej Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, które zostanie wykonane za darmo. Zapisy telefonicznie w sekretariacie Zakładu tel. 42 271 15 56 (godz. 8.00-15.00)

sensie – medycznym, emocjonalnym, finansowym.

Pytał pan, dlaczego kardiologia prenatalna jest taka ważna. Odpowiadam: Jest ważna, bo badanie echokardiograficzne płodu może dać położnikowi „odporność” do kontynuowania ciąży mimo pozornie alarmujących sygnałów. To bardzo ważne zarówno u płodu ze zdrowym sercem, jak i u pacjenta z nieprawidłową

jego budową. Dzięki temu, że mamy takie narzędzie, jesteśmy w stanie z położnikami „wytrzymać nerwowo” do 38.-39. tygodnia ciąży. Rodzi nam się nam wtedy noworodek donoszony i możemy go w dobrym stanie przekazać neonatologom, kardiologom i kardiochirurgom. Oni go doprowadzą do operacji kardiochirurgicznej i po 3-4 tygodniach pacjent ze złożoną wadą serca wyjdzie do domu w dużo lepszym stanie, niż gdyby urodził się kilka tygodni przed terminem i długo czekał na osiągnięcie odpowiedniej masy ciała i możliwości leczenia kardiochirurgicznego. A tak było jeszcze całkiem niedawno. Wiele ciąż kończyło się w 33., 34., nawet w 35. tygodniu. Przychodziły na świat dzieci niedojrzałe i czekał je wielotygodniowy pobyt w szpitalu. Wcześniactwo na pewno im nie pomagało. Ono jest naszym wrogiem. Naszym celem jest unikanie wcześniactwa! Dlatego z bólem serca patrzę na noworodki, które przywołane są karetkami na neonatologię czy noworodkową intensywną terapię w ICZMP. Serce się kraje, gdy widzę w inkubatorze półtorakilogramowego maluszka, który jest w stanie zagrożenia życia.

Co robić, by uniknąć takich sytuacji?

To oczywiste. Trzeba upowszechniać kardiologię przedurodzeniową.

Przecież większość ciężarnych robi badania prenatalne.

Proszę nie mylić pojęć. Diagnostyka przedurodzeniowa i prenatalna to dwa różne zagadnienia. Dopiero niedawno uświadomiłam sobie, że pacjent może mieć zupełnie prawidłowe wyniki diagnostyki prenatalnej i urodzić się przedwcześnie. No bo co to znaczy diagnostyka prenatalna? To USG w pierwszym trymestrze ciąży, badania biochemiczne, konsultacja genetyczna, badanie wykluczające aberracje chromosomowe, mikroduplikacje DNA. Skoro po takim panelu diagnostycznym w 18.-20. tygodniu ciąży wyniki są dobre, kobieta myśli: „Ciąża będzie dalej przebiegać prawidłowo”. Ale niestety zdarzają się niespodzianki, bo okazuje się, że jest szereg różnych patologii, które powstają w drugiej połowie ciąży, i jeśli o tym nie pamiętamy, to może się pojawić stan zagrożenia życia płodu i noworodka niewykryty

w okresie przedurodzeniowym. Tylko w ciągu ostatnich miesięcy na moim biurku wylądowało kilka takich spraw, w tym również sądowych, bo pacjentki były zdumione, że pomimo w pełni przeprowadzonej diagnostyki prenatalnej nie przewidziano, że noworodek urodzi się w stanie zagrożenia życia. A nie przewidziano, bo nie wykonywano badań przedurodzeniowych!

Czyli?

Te badania to osłuchiwanie serca płodu i sprawdzanie, jak wygląda rozwój układu oddechowego. I my, kardiolodzy prenatalni, dzisiaj w pewnych sytuacjach jesteśmy w stanie przewidzieć na podstawie różnych informacji, które zdobywamy od płodu, czy już jako noworodek podejmie samoistnie pierwszy oddech, czy też będzie wymagał intubacji i oddziału intensywnej terapii noworodkowej.

A jeśli będzie wymagał?

To musi się urodzić w ośrodku takim jak Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki, bo jeżeli nie będziemy tych badań wykonywać i będziemy w dalszym ciągu liczyć na transport karetką do ośrodka referencyjnego, to żadna, najbardziej nowoczesna karetka, nawet ze skrzydłami i silnikiem odrzutowym, mu nie pomoże, tylko zaszkodzi. Bo transport jest dla noworodka w stanie zagrożenia życia jednym z największych obciążeń. Jeżeli więc chcemy dbać o każdego pacjenta, tak jak dbamy o każdego noworodka, to pamiętajmy: ten sam noworodek przed porodem jest płodem i my go możemy zbadać i ustalić, czy jest zdrowy, czy nie. I o to właśnie chodzi w kardiologii prenatalnej. I może na zakończenie warto zwrócić uwagę na to, że w roku 2023 nastąpił przełom organizacyjny w Polsce, ponieważ Ministerstwo Zdrowia wydało listę ponad 50 usankcjonowanych już formalnie umiejętności lekarskich. Wśród tych umiejętności mamy właśnie echokardiografię prenatalną oraz kardiologię prenatalną. Oby tylko

za tym poszły dalsze rozporządzenia, czyli kształcenie młodzieży lekarskiej i odpowiednie finansowanie ze strony NFZ. Jeśli tak się stanie, to, być może, już wkrótce Polska będzie się mogła poszczycić znakomicie rozwiniętą opieką okołoporodową i diagnostyką przedurodzeniową. Bo prenatalna rozwija się w każdym kraju na całym świecie. Jeszcze nie wszyscy wpadli na to, jak ważne są badania przedurodzeniowe. A my już to wiemy. Wiemy i co z tym robimy? Wprowadźmy w życie! Dajmy szansę na przeżycie wszystkim noworodkom i zapobiegajmy wcześniactwu! ●

* Historia prof. Marii Respondek-Liberskiej opisana została w „Wysokich Obcasach” w 2001 r. <https://www.wysokieobcasy.pl/wysokie-obcasy/7,53662,183254.html>

PROF. MARIA RESPONDEK-LIBERSKA

Pediatra, pracująca jako kardiolog prenatalna w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi oraz nauczyciel akademicki na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi, autorka pierwszych polskich podręczników z zakresu echokardiografii i kardiologii prenatalnej. Jest przewodniczącą Polskiego Towarzystwa Kardiologii Prenatalnej (PTKP), prezesem HYPERLINK "<http://www.kardiologia-prenatalna.org.pl/>" Stowarzyszenia na rzecz Rozwoju Kardiologii Prenatalnej, kierownikiem Zakładu Diagnostyki i Profilaktyki Wad Wrodzonych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, kierownikiem Zakładu Kardiologii Prenatalnej Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki, założycielką pisma „Prenatal Cardiology” i Ogólnopolskiego Rejestru Problemów Kardiologicznych u Płodów (ORPKP).

Uraz, ból, strach przed nieznanym

Aptekarz, który nie dał bez recepty „trzydniowego antybiotyku pomagającego na wszystko, w tym na migrenę” albo „tramadolu na ból stopy po upadku z drabiny”, nie zasługuje na hejt nawet najbardziej obolałego pacjenta.

Dzień lub wieczór. Rzadziej lato, częściej zima. „Wszedł raz do mej apteki pacjent z miną obolałą” – jak mawiała „młoda lekarka na rubieży”. Przeważnie mężczyzna. Raczej niezbyt młody. Oczekuje jakichś tabletek przeciwbólowych, byle silnych. Po pierwszych próbach zorientowania się w temacie wychodzi szydło z worka. Uraz, czasem poważny. Prace domowe lub w miejscu zatrudnienia. Drobnny wypadek; przecież prawdziwy mężczyzna nie przyzna się do błędu, a tym bardziej do cierpienia.

Chwila rozmowy, jeśli pacjent 1. ma czas, 2. chce. Z tym drugim zawsze gorzej... Nawiązujemy krótką relację. Od słowa do słowa poznaję historię upadku ciała obcego na nogę lub ciała na beton. Albo coś zbliżonego.

Podobno większość wypadków zdarza się w domu lub w jego pobliżu. Po ponad 35 latach pracy w aptece w żaden sposób nie zakwestionuję tego twierdzenia. Potem nadchodzi ciężki kawałek chleba. Ból bólem, ale wypadaloby znaleźć jego przyczynę. Jako farmaceuta mam ograniczone możliwości. Na dodatek jestem pomiędzy młotem a kowadłem. Podaję choćby najsilniejszy lek przeciwbólowy, ale nie znajdując w sobie odpowiedniej dawki empatii, wychodzę na bezdusznego sprzedawcę tabletek. Z kolei odsyłając – lege artis! – chorego do lekarza, w jego oczach staję się mało kompetentny lub, co gorsza, zachowawczy. A przecież chcę jak najlepiej!

Mam jeszcze jeden problem, który pozornie jest mniej istotny, na dodatek odwleczony w czasie. Otóż pacjent odesłany do lekarza przekazuje mu swój punkt widzenia. Ból raczej nie nastroi go pozytywnie. Winny będzie cały świat, z farmaceutą na czele. O godz. 3 nad ranem z soboty na niedzielę lekarzowi na SOR nie będzie

MARIUSZ POLITOWICZ
CZŁONEK NACZELNEJ
RADY APTEKARSKIEJ



się chciało analizować, czy pacjent mówi prawdę. Jednakże nie tylko dla mnie dalsza poprawna współpraca z lekarzami jest ważna i nic tego nie zmieni. Ma to kluczowe znaczenie zwłaszcza w mniejszych miejscowościach, gdzie nie sposób być anonimowym.

W każdym razie tabletki podane, ale co dalej? Dalej jest droga przez mękę. Tłumaczenie o konieczności wykonania RTG. Obronna reakcja pacjenta, że brakuje czasu, kłopot z dostaniem się do lekarza rodzinnego, skierowanie, kolejka do prześwietlenia, oczekiwanie na opis, itp.

Ja to wszystko znam i rozumiem. Nawet z autopsji, gdy grywałem w siatkówkę i pechowo, choć w siatkarskim stylu, skrzyłem nogę w kostce.

Kwestia namówienia pacjenta na poprawną kolejność działań urasta do rangi wagi państwowej.

Czasem trzeba jak dziecku wytłumaczyć, gdzie w miejscowym szpitalu jest wejście prowadzące do działu diagnostyki obrazowej, do której godziny jest czynny, co należy zabrać z sobą, a czego raczej niekoniecznie. Wspomnieć o zagrożeniach wynikających z niezdiagnozowanych złamań. A to wszystko przekazać z pozycji jednego z wielu farmaceutów, których – nie tylko w moim mieście – wiele osób traktuje li tylko

jak sprzedawców tabletek „na głowy bolenie”, itd. Dlaczego tak od lat się dzieje i dlaczego mam/y w tym raczej niewielki udział, to temat na zupełnie inne rozważania.

I lekarze, i farmaceuci mają swoją pracę do wykonania. Lata doświadczeń zawodowych powodują, że lepiej rozumiemy niektóre sytuacje życiowe. Niemniej szara rzeczywistość, w tym nadmiar czynności biurokratycznych, do których zmuszają nas niezyciowe przepisy, skutecznie niszczy w nas chęć do wysłuchiwanie drugiego człowieka. Czasem bardziej, czasem mniej. Jednak każdy z nas stara się pomagać chorym. To nie wyświechtany truzizm, tylko stwierdzenie faktu.

Dlatego jeśli trafi do Państwa pacjent sfrustrowany chorobą oraz zagubiony w systemie ochrony zdrowia, w tym mający pretensje do bezdusznego aptekarza, proszę o odpowiednie filtrowanie informacji. Aptekarz/farmaceuta, który nie dał bez recepty „trzydniowego antybiotyku pomagającego na wszystko, w tym migrenę” albo „tramadolu na ból stopy po upadku z drabiny”, nie zasługuje na hejt nawet najbardziej obolałego pacjenta. Za to przyda mu się wyważony komentarz autorytetu, którym nie tylko w tym momencie jest dla niego niezależnie myślący lekarz.

PRAKTYKA LEKARSKA

Odrębny organizm, a nie mały dorosły

LUCYNA KRYSIAK
DZIENNIKARKA

Dzieci ze swoją otwartością, szczerością i gotowością do współpracy, jeśli lekarz znajdzie właściwy sposób dotarcia do nich, są bardzo wdzięcznymi pacjentami – mówi prof. Tomasz Kotwicki, prezes Polskiego Towarzystwa Ortopedii Dziecięcej.

Ostatnio nastąpił wyraźny podział pomiędzy ortopedią dorosłych i dziecięcą, co zainicjowało powołanie Polskiego Towarzystwa Ortopedii Dziecięcej. Skąd taka decyzja? Ortopedia to dziedzina bardzo rozległa. Pojawiła się więc naturalna tendencja do wyodrębnienia i usamodzielnienia się struktur, dotychczas funkcjonujących jako sekcje naszego macierzystego Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego, powołanego w 1928 r. Powstały m.in. Polskie Towarzystwo Artroskopowe, Polskie Towarzystwo Ortopedii Onkologicznej, a przed rokiem Polskie Towarzystwo Ortopedii Dziecięcej. Zgodnie z naszymi kompetencjami, różniącymi się od kompetencji ortopedów „dorosłych”, działamy w tych węższych dziedzinach, kontynuując zadania, które wcześniej prowadziliśmy w ramach sekcji.

Czym ortopedia dziecięca różni się od ortopedii dorosłych?

Dziecko nie jest małym dorosłym. To odrębny organizm. Szkielet i układ mięśniowo-powięziowy nieustannie się rozwijają, mogą mieć inne ukrwienie niż u dorosłego, z wiekiem zmienia się budowa ciała. Powstaje zatem dynamika wady ortopedycznej związana z rośnięciem. Tak jest w przebiegu np. choroby Perthesa dziecięcego stawu biodrowego czy młodzieńczego złuszczenia głowy kości udowej, które u dorosłych nie występują. Mamy też do czynienia z inną reakcją organizmu na urazy. Powstają zaburzenia rośnięcia kości wskutek uszkodzenia chrząstki

wzrostowej – skrócenia lub deformacje. W dzieciństwie ujawniają się wady wrodzone izolowane lub występujące w postaci zespołów objawów. Tych różnic jest wiele.

Podział na ortopedię dziecięcą i dorosłych miał wyłącznie podtekst merytoryczny?

NFZ stosuje osobne kody dla oddziałów urazowo-ortopedycznych ogólnych, gdzie są hospitalizowani dorośli, ale mogą być tam leczeni także młodociani, i osobne dla oddziałów urazowo-ortopedycznych dla dzieci. Jest ich już w Polsce około 30, i tak niewiele w stosun-

tych specjalności, którą towarzystwo stara się rozwijać.

Czy zapowiada się powołanie specjalizacji z ortopedii dziecięcej?

Nie wydaje się to konieczne i na obecnym etapie nie mamy takich planów. Także w innych krajach UE obserwujemy tendencję do zmniejszania liczby specjalizacji. Rozważamy raczej, aby dla lekarzy, którzy ukończyli specjalizację z ortopedii i traumatologii, utworzyć podspecjalizację z ortopedii dziecięcej, co stwarzałoby możliwość pogłębiania kwalifikacji jako umiejętności, a szczegółowych zakresów kompetencyjnych jako mikropoświadczeń. Mamy dobrze zorganizowane i wyposażone zaplecze dydaktyczne do prowadzenia kształcenia przeddyplomowego w ortopedii dziecięcej. Na poziomie akademickim dysponujemy zarówno klinikami ortopedii i traumatologii dziecięcej działającymi w ramach wielospecjalistycznych szpitali pediatrycznych, np. w Lublinie, Krakowie, Katowicach czy Białymstoku, jak też klinikami zlokalizowanymi w szpitalach o profilu ortopedyczno-rehabilitacyjnym – w Poznaniu, Otwocku i Zakopanem. Ortopedia dziecięca obecna jest także w szpitalach wojewódzkich dysponujących szpitalnymi oddziałami ratunkowymi (SOR), np. w Poznaniu, które nastawione są na traumatologię dziecięcą. Na poziomie powiatowym

Rocznie w Polsce odnotowuje się milion wypadków wśród dzieci. Z powodu urazów ginie ich więcej niż z powodu wszystkich nieurazowych chorób ostrych i przewlekłych łącznie

ku do potrzeb. Zabiegamy, by było ich więcej, ponieważ zapewniamy wysokie standardy leczenia określone dla ortopedii dziecięcej, a co za tym idzie lepsze wyniki. Ten podział zależy też od liczebności kadry lekarskiej. Jeśli chodzi o urazy narządu ruchu u dzieci, kompetencje współdzielimy z chirurgami dziecięcymi. Stąd potrzeba dobrej współpracy pomiędzy lekarzami



fot.: Shutterstock.com

i lokalnym ortopedzi dziecięcy działają np. w strukturze oddziału chirurgicznego. Zasoby specjalistów pozwalają prowadzić dydaktykę przeddyplomową oraz szkolenie podyplomowe na wysokim poziomie. Dostępne są liczne staże i kursy z ortopedii dziecięcej, w tym wad wrodzonych i nabytych oraz urazów biodra, kolana, stopy, barku, łokcia, ręki i kręgosłupa. Rezydent odbywający podstawowe szkolenie specjalizacyjne z ortopedii w oddziałach dla dorosłych może uzupełniać wiedzę i szlifować umiejętności w ortopedii dziecięcej. Podobną ofertę chcielibyśmy skierować do rezydentów z chirurgii dziecięcej. Oczekiwana drogą jest otwieranie dalszych SOR-ów przeznaczonych dla dzieci, ponieważ urazy wśród dzieci stały się dziś powszechne. Skomplikowane leczenie złożonych wad wrodzonych i nabytych odbywa się w wysoko wyspecjalizowanych ośrodkach akademickich, które w Polsce działają na najwyższym światowym poziomie. Funkcjonuje też rozbudowany sektor niepubliczny, mający również udział w zaspokajaniu ortopedycznych potrzeb zdrowotnych populacji wieku rozwojowego.

Jakimi pacjentami są dzieci?

Spotyka się opinie, że dziecko może sprawiać więcej trudności diagnostycznych i leczniczych niż dorosły. Z mojego doświadczenia wynika, że dzieci

ze swoją otwartością, szczerością i gotowością do współpracy, oczywiście jeśli lekarz znajdzie właściwy sposób dotarcia do nich, są bardzo wdzięcznymi pacjentami. Ze strony lekarza potrzebna jest empatia, partnerskie traktowanie i szczerość, ponieważ dzieci są wyczułone na wszelkie przejawy fałszu. Oczywiście, jeśli zachodzi taka potrzeba, posilkujemy się współpracą z psychologami, specjalistami rehabilitacji, neurologami dziecięcymi, endokrynologami, genetykami, anestezjologami. W ortopedii dziecięcej interdyscyplinarne podejście jest niezbędne, bo wielu pacjentów rodzi się z obciążeniami, takimi jak wcześniactwo, niska masa urodzeniowa, wady genetyczne, wady serca, nerek, obciążenia neurologiczne, zaburzenia odżywiania, deficyty intelektualne, a kiedy dorastają, trzeba im zapewnić odpowiednią jakość życia, co wymaga wielospecjalistycznych działań. Zadaniem ortopedii dziecięcej jest uchronić je przed niepełnosprawnością.

Dzieci doznają różnych urazów.

Dzieci z urazami są najczęstszymi pacjentami ortopedów i traumatologów dziecięcych. Na drugim miejscu sytuują się wady wrodzone, a na trzecim wady nabyte.

Rocznie w Polsce odnotowuje się milion wypadków wśród dzieci, a z powodu urazów ginie ich więcej niż z powodu wszystkich nieurazowych chorób ostrych i przewlekłych łącznie. Wprawdzie propagujemy aktywność fizyczną, krytykujemy zwalnianie dzieci z WF, mobilizujemy do aktywności ruchowej, ale to paradoksalnie zmniejsza narażenie na urazy, gdyż poprawia cechy motoryczne (szybkość, gibkość, wytrzymałość, siłę mięśniową oraz propriocepcję, czyli czucie głębokie położenia i ruchu). Jednak wąska grupa osób podejmuje różne formy aktywności dla rozrywki, bez właściwego przygotowania fizycznego. Trampoliny, deski czy inne przyrządy kupowane w tym celu są częstą przyczyną złamań kości przedramienia, podudzia czy tzw. złamań nadkłykciowych łokcia, typowych dla wieku dziecięcego, a wymagających szczególnie szybkiej interwencji.

Od lat mówi się o dziecięcych kręgosłupach przeciążanych przeładowanymi plecakami.

Dziecięce kręgosłupy nadal pozostają problemem. Ale jego istota to nie ciężar tornistra, lecz typowe choroby wieku dziecięcego – skolioza idiopatyczna oraz młodzieńcza kifoza. Skolioza, która występuje u 2-3 proc. dzieci i młodzieży, jest u nich najczęstszym nabytym schorzeniem kręgosłupa. Wymaga szybkiego wykrycia, najlepiej w drodze badań przesiewowych, których niestety w Polsce nie ma, a których orędownikiem jest nasze Towarzystwo. Skolioza wykryta na wczesnym etapie może być skutecznie leczona bez operacji, a jeśli już jej wymaga, to jest ona mniej rozległa i inwazyjna. Przeładowane plecaki lub tornistry, często kiepskiej jakości, bez odpowiednich stelaży i pasków, mogą się przyczyniać do mechanicznych bólów grzbietu oraz wad posturalnych. Winne są w równym stopniu zwiększone obciążenia, jak i zmniejszona sprawność fizyczna dzieci, i oba te czynniki wymagają korekty. Poprawianie sprawności młodego pokolenia to obecnie wyzwanie głównie poprzez propagowanie aktywności fizycznej

kształtującej prawidłowe prozdrowotne nawyki ruchowe. Na zajęciach WF powinno się uczyć dzieci i młodzież, jak właściwie napinać i używać mięśni tułowia i kończyn, stabilizować kręgosłup, prawidłowo stawiać stopę w chodzie, dźwigać ciężkie przedmioty, rozciągać skrócone mięśnie, aby nie przeciążały sąsiednich stawów, jak dbać o propriocepcję stawu i siłę mięśni podudzia, aby zapobiegać skręceniom stawu skokowego itd. Są to konkretne wskazówki dla programu wychowania fizycznego, w którego powstanie Towarzystwo się włączy. Taka „instrukcja obsługi własnego ciała” zaprocentuje na całe życie.

Na co mogą liczyć polskie dzieci wymagające rehabilitacji ortopedycznej?

Ortopedia i rehabilitacja to dwie specjalności lekarskie mające różne zadania. Jednak strategie leczenia i przywracania pacjenta do pełnej sprawności są opracowywane wspólnie, często jeszcze przed operacją (prehabilitacja). Jeśli przygotowujemy chorego do rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego kolana poprzez wzmocnienie odpowiednich mięśni uda oraz poprawimy czucie głębokie, pacjent szybciej wróci do pełnej formy. Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny UM w Poznaniu, kierowany niegdyś przez prof. Wiktora Dege, wybitnego ortopeda i twórcę polskiej rehabilitacji, jest kontynuatorem takiego podejścia. Natomiast rehabilitacja ambulatoryjna opiera się na pracy fizjoterapeutów odgrywających coraz większą rolę w tym procesie.

We wrześniu 2023 r. PTODz miało w Lublinie swój pierwszy w historii zjazd. Co zdominowało wydarzenie?

Tematem wiodącym były choroby dziecięcego stawu biodrowego, których następstwa są odczuwalne w życiu dorosłym. Wrodzone zwichnięcie i dysplazja stawu biodrowego spędzały sen z oczu ortopedów dziecięcych. Operowano tysiące małych pacjentów, wielu wielokrotnie, aż do etapu endoprotezoplastyki. 25 lat temu sytuacja zmieniła się diametralnie i dziś takich operacji w dzieciństwie już prawie się nie wykonuje. Dzięki badaniom USG i wczesnemu leczeniu nieoperacyjnemu zapobiegamy tym zwichnięciom. To przykład sukcesu kampanii profilaktycznej, dla mnie o znaczeniu porównywalnym np. do eradykacji ospy prawdziwej. Ogromny problem



foto: archiwum prywatne

społeczny, naznaczony kalectwem w życiu dorosłym, sprowadził nas do całkowicie uleczalnej przypadłości, w czym wielka zasługa polskich ortopedów. Wiele miejsca poświęcono wspomnia-

Zaliczamy się do światowej czołówki.

Nie ma już potrzeby wysyłania dzieci na leczenie operacyjne za granicę, bo przeprowadzamy najbardziej nowatorskie i skomplikowane operacje

nej już martwicy i złuszczeniu głowy kości udowej. Również sesje urazowe cieszyły się ogromnym zainteresowaniem.

Wydarzeniem w 2023 r. był Kongres Europejskiego Towarzystwa Ortopedów Dziecięcych EPOS w Krakowie.

W czasie kongresu z satysfakcją przyjęliśmy słowa uznania pod adresem poziomu naukowego i klinicznego polskiej ortopedii dziecięcej. W rozmowach z koleżankami i kolegami z Europy powracał temat wyjątkowej postawy wobec uchodźców wojennych z Ukrainy. Spośród milionów Ukraińców, którzy uciekali przed wojną, 45-50 proc. stanowią dzieci. Polscy

ortopedzi dziecięcy pełnią wysokie funkcje we władzach Europejskiego Towarzystwa Ortopedów Dziecięcych (European Paediatric Orthopedic Society, EPOS), o czym świadczy m.in. prezesura prof. Jarosława Czubaka. To pozwala na bieżąco uaktualniać wytyczne dotyczące leczenia ortopedycznego dzieci i otwiera pole do dociekań naukowych. Fakt, że choroby ortopedyczne dzieci dynamicznie zmieniają się w czasie, a odległe następstwa ujawniają się dopiero w życiu dorosłym, skłania do badania tych zjawisk.

Co PTOD oferuje swoim członkom?

Dbalność o najwyższy poziom merytoryczny, zapewnienie kontaktu z najnowszymi światowymi standardami leczenia, wspomaganie w razie problemów zawodowych, w tym prawnych. Towarzystwo pomaga biegłym sądowym, których kompetencje merytoryczne bywają niekiedy niewystarczające, co w sytuacjach wątpliwych ułatwia uzyskiwanie drugiej opinii. Jednocześnie od naszych członków oczekujemy profesjonalizmu i ustawicznego kształcenia.

Czy polskiej ortopedii dziecięcej daleko do światowej czołówki?

Od kilku lat sami się do niej zaliczamy. Nie ma już potrzeby wysyłania dzieci na leczenie operacyjne za granicę, ponieważ w polskich ośrodkach referencyjnych przeprowadzamy najbardziej nowatorskie i skomplikowane operacje. Ostatnio np. pojawiły się techniki operowania skoliozy bez usztywniania kręgosłupa. To ogromny postęp. Metoda nie jest jeszcze refundowana, ale będziemy o to zabiegać. Wprowadzenie Funduszu Medycznego zdjęło ze świadczeń ortopedii dziecięcej gorset limitów ryczałtu NFZ i mamy nadzieję, że zmiana wyceny świadczeń będzie kontynuowana. Problemem pozostają braki kadrowe, dostępność do świadczeń traumatologicznych na poziomie podstawowym oraz dostępność do ośrodków referencyjnych. Jako Towarzystwo będziemy robić wszystko, aby objąć jak największą część populacji dziecięcej kompetentną opieką ortopedyczną. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Jak pokonać niechciany nawyk

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Długoterminowe zmiany wzorców zachowań należy wprowadzać stopniowo, mając konkretny plan – mówi dr n. biol. Alija Puścian, neuronaukowiec.

Początek roku to czas postanowień. Często chcemy się przeobrazić na zdrowszy styl życia i zmienić nawyki na lepsze. Niestety, wprowadzenie nowych zachowań jest trudne i często nieskuteczne. Dlaczego?

Najczęściej dlatego że chcemy zmienić wszystko naraz. Czyli zakładamy, że pewnego dnia zaczniemy się zdrowo odżywiać i chodzić na siłownię, brać regularnie zalecane leki, wprowadzimy higienę snu i zadamy o profilaktykę. Niestety, organizacyjnie to bardzo trudne do zrealizowania. Dodatkowo często narzucamy sobie konkretny termin wdrożenia postanowień, nie przygotowując się do tego. Mówimy – startuję od 1 stycznia, od jutra, od poniedziałku etc., nie mając planu działania: co, jak, kiedy, gdzie, o której, z kim. Bez ustalonych konkretów właściwie nie mamy szansy powodzenia. Wiedza z zakresu nauk behawioralnych jednoznacznie pokazuje, że długoterminowe zmiany wzorców zachowań, a na takich przecież nam zależy, należy wprowadzać stopniowo i mając konkretny schemat postępowania.

Jak to tłumaczyć z neurobiologicznego punktu widzenia?

Wprowadzenie jakiegokolwiek zmiany w zachowaniu zaczyna się w mózgu i wymaga przebudowy leżących u jego podłoża obwodów neuronalnych. Ukształtowanie zupełnie nowego zachowania nie nastąpi od razu. Muszą wykształcić się nowe lub wzmocnić istniejące już wzorce aktywności neuronalnej, które będą podłożem

powstającego nawyku. To żmudny proces, bo mózg zawsze będzie „podążał” najbardziej utartymi wzorcami aktywności, zużywając dzięki temu jak najmniej energii i działając w oparciu o już ukształtowane szlaki przekazywania sygnału. Tak jest po prostu najłatwiej z metabolicznego

W okamgnieniu jesteśmy w stanie wykształcić wzorec aktywności neuronalnej polegający na unikaniu wszystkiego, co nam sprawia dyskomfort

punktu widzenia. Jak każdy inny narząd wybierze najprostszą i najmniej kosztowną drogę. Dlatego nasze dotychczasowe zachowania, które są głęboko osadzone w tym, jak funkcjonowaliśmy do tej pory, trudno jest „przełączyć” na coś innego, wymagającego więcej wysiłku. Łatwiej zmieniać taki wzorec po kawałeczku, niż rzucać się na głęboką wodę, kształtując go od początku po nowemu.

Tylko co to właściwie oznacza?

Jeden z moich kolegów – specjalizujący się w ekonomii behawioralnej – miał duży problem z tym, żeby regularnie chodzić na siłownię. Aby nie musiał polegać na swojej sile woli każdego ranka,

zostawiał w klubie sportowym eleganckie buty, których potrzebował w pracy. To dobry przykład zmodyfikowania swojej sytuacji lub otoczenia w sposób, który bardzo ułatwia wykształcenie się nawyku. Polecam także inną drogę, zwaną często metodą małych kroków. Nie zakładajmy od razu, ile razy w tygodniu będziemy ćwiczyć, ile badań profilaktycznych w ciągu trzech miesięcy wykonamy czy że całkiem zmienimy sposób odżywiania. Chcemy zacząć uprawiać sport? Spróbujmy na początek przygotować strój do aktywności fizycznej. Niech to nam wejdzie w nawyk. W kolejnym kroku idźmy na siłownię, ale od razu z niej wyjdźmy, jeśli czujemy, że jest to dla nas bardzo karkołomne. Kiedy pocujemy, że nam się chce poćwiczyć, zróbmy to, ale znowu – nie na maksimum – wyjdźmy wcześniej, tak aby pozostawić w sobie niedosyt. Stopniowo rozbudowujmy to zachowanie. Dobrze jest też, aby na początku kształtowania nowego wzorca zachowań wykonywać daną czynność wtedy, kiedy dobrze się czujemy, a nie gdy jesteśmy zmęczeni albo sfrustrowani.

Wydaje mi się, że aby proces zmiany mógł się rozpocząć, musimy umieć zauważać swoje zachowania, nawet te drobne, które składają się na niechciany nawyk.

Jednym z powodów, dla którego ludzie bez powodzenia próbują

zmienić wzorce behawioralne, jest to, że nie obserwują, jak ich zachowanie wygląda tu i teraz. Bez wiedzy o poziomie wyjściowym trudno ocenić, czy czynimy jakiegokolwiek postępy. Jeśli nie mierzę, to nie wiem, ile czasu spędzam na czymś, czego nie chciałabym robić. Uświadomienie sobie tego to podstawa, żeby w ogóle zacząć coś zmieniać.

Co ułatwia przekucie niechcianego nawyku w pożądaną wzorzec zachowania?

Szukajmy czynników, które na nas rzeczywiście działają, motywują nas i nagradzają. Dużo łatwiej jest ukształtować odpowiednie zachowanie za pomocą dostosowywania czynników zewnętrznych niż poprzez próby wzbudzenia w sobie motywacji do działania. Bardzo skuteczne jest zaprojektowanie swojego środowiska życia tak, aby nam ułatwiała wdrożenie zmiany. Jeżeli chcę regularnie brać leki, to nie muszę zaczynać od powiedzenia: „Od dziś zawsze będę brać regularnie leki” – choć werbalizacja takiego postanowienia nie zaszkodzi. Ważniejsze jest natomiast, żeby sobie te leki położyć w zasięgu wzroku, np. na stoliku przy łóżku. Zadbaj, by mieć pod ręką wodę do ich popicia. Jeśli o nich zapomnę, nastawić alarm w telefonie z przypomnieniem. Do tego polecam dołożyć mechanizm kontrolujący, np. w postaci członka rodziny, który będzie mnie pytał, czy je wzięłam. I najważniejsze – mierzyć zachowanie, zaznaczać sukces, na przykład na kartce przypiętej do lodówki. Jednym słowem robić wszystko, żeby tej zmiany ciężko było uniknąć, niezależnie od wewnętrznej motywacji bądź jej braku. Jednymi z najważniejszych determinant zmiany są czynniki społeczne. Umówienie się z kimś na siłownię czy wspólne jedzenie zdrowych posiłków tworzy silne zobowiązanie. Łatwiej odpuścić poranne bieganie w pojedynkę, niż gdy pod blokiem czeka na nas znajomy. To, co robią osoby, które lubimy, albo zwyczajnie ci, których jest najwięcej wokół nas, skutecznie na nas wpływa. To jedna z najlepiej udokumentowanych metod wspierania zmiany zachowania. Zaczniemy ją wykorzystywać na swoją korzyść.

Ile czasu może zająć formowanie nowego wzorca aktywności?

Jednej osobie wystarczy, że zrobi coś nowego kilka razy, innej to może zająć rok. Każdy z nas jest innym biologicznie organizmem, z odmiennym



foto: P. Gamdzyk

doświadczeniem życiowym i inaczej do tej pory kształtowanym układem nerwowym. Jeśli często eksponujemy się na nowe

Reakcje, które powodują, że jesteśmy w stanie uniknąć awersyjnej sytuacji, błyskawicznie się konsolidują. Jednocześnie dostajemy nagrodę – pojawia się uczucie ulgi – i unikamy kary

wyzwania i uczymy się nowych rzeczy, to znaczy, że z większą intensywnością wykorzystywana jest w naszym mózgu plastyczność neuronalna, czyli podatność obwodów na zmianę. Jeśli poruszamy się głównie po dobrze utartych torach, to jedynie konsolidujemy istniejące już wzorce aktywności neuronalnej. Stagnacja to najgorsze, co możemy zrobić

swojemu mózgowi. Jeśli więc siedzimy na kanapie i ogarnia nas niemoc, to zamiast rozważać, że warto by się ruszyć i poćwiczyć, zrobimy cokolwiek, co wyrwie nas z tego stanu. Jeśli nie jesteśmy w stanie wykonać tej docelowej aktywności, idźmy do kina albo na spacer. Zrobimy coś innego niż zazwyczaj. Przełammy schemat. Neuroplastyczność jest nieodzownym komponentem jakiegokolwiek zmiany w zachowaniu. Badania wyraźnie pokazują, że nawet w przypadku ciężkich zaburzeń neurodegeneracyjnych, takich jak np. choroba Alzheimera, znacznie lepsze predykcje pod względem funkcjonowania kognitywnego i społecznego mają osoby, które były aktywne intelektualnie, życiowo, społecznie.

W którym momencie możemy powiedzieć, że pożądaną zachowanie weszło nam w nawyk?

O tym, że okiełszony nawyk się wykształcił, świadczy fakt, że do jego realizacji znacznie mniej potrzebna jest motywacja. Nie będzie już także miało tak dużego znaczenia, czy biegamy z kolegą czy sami. Wykonywanie danej czynności stanie się dla nas relatywnie łatwe i automatyczne. Warto natomiast podkreślić, że nigdy nie jest tak, że wykształcimy nawyk raz na zawsze. Chyba że jest on łatwy do utrzymania, tani energetycznie, ale to dotyczy zazwyczaj niestety tylko tych szkodliwych przyzwyczajień, z którymi walczymy. Natomiast nawyki wymagające wysiłku, bardziej złożonych zachowań, zawsze mogą się rozsypać. Jeśli odpuścimy wcześniej wspomniane bieganie raz, drugi, trzeci – to szybko wrócimy na utarte tory aktywności neuronalnej. Układ nerwowy działa probabilistycznie. Najłatwiej więc pojawiają się wzorce aktywności, które odpowiadają za zachowania wykazywane przez nas najczęściej. Jeśli raz nie pójde na rower, to nic się nie stanie, ale jeśli zaczne częściej odpuszczać, to bardzo łatwo będzie mi wrócić na kanapę.

Dlaczego mózg wybiera łatwiejsze zachowanie? Przecież racjonalnie



fot. Shutterstock.com

dla organizmu jest, aby być aktywnym i jeść zdrowiej.

Doprawdy? Z perspektywy ewolucyjnej najbardziej podstawowym trybem działania jest oszczędzanie energii.

Czyli rządzi nami biologia. W takim razie wdrożenie trudnego nawyku to jak starcie Dawida z Goliatem.

Plastyczność neuronalna jest zbiorem procesów zachodzących wszędzie w naszym mózgu, nie tylko w tych nowszych ewolucyjnie strukturach, tradycyjnie kojarzonych z logicznym myśleniem. Plastyczne są również bardzo „stare” obwody neuronalne, czasem nazywane gadzim mózgiem. Owszem, są one mniej podatne na zmiany, ale jednak im podlegają. Układ nerwowy odpowiada za zarządzanie naszym organizmem, w tym tak podstawowe procesy jak oddychanie. Jest pani w stanie nie oddychać? Możemy wstrzymać oddech tylko na krótką chwilę. Ale tacy poławiacze pereł czy nurkowie potrafią nie oddychać przez kilka minut. Czyli na skutek treningu są w stanie kontrolować coś, co jest bezwarunkowym odruchem organizmu. Skoro możemy ukształtować nawet tak pierwotny rodzaj zachowania, to proszę pomyśleć, jakie są możliwości, jeżeli chodzi o kształtowanie naszych wzorców emocji, myślenia, zachowania. Wszystko jest kwestią treningu. A jak ułatwić sobie ten trening? Kluczem jest zrozumienie, że „diabeł tkwi” w kształtowaniu naszego otoczenia w taki sposób, który ułatwi zmianę nawyku.

Można tę sztuczkę wykorzystać do stawiania barier utrudniających realizację łatwego, niechcianego nawyku? Wydaje mi się, że coś takiego niedawno mi się przypadkiem przytrafiło. Chciałam obejrzeć kolejny film na jednej z platform streamingowych, ale telewizor zażądał aktualizacji oprogramowania. Zyskałam dwie godziny życia, bo nie chciało mi się tej procedury przechodzić.

Trafiła Pani w samo sedno. A przecież chodziło o oglądanie filmu – zachowanie łatwe i pożądane. Proszę sobie teraz wyobrazić, jak niewielka bariera może sprawić, że nie wykonamy czegoś, co jest trudne i do czego nie nawykliśmy. Ekonomia behawioralna pokazuje nam to bezwzględnie. Kluczowe jest środowisko! Nasz układ nerwowy zawsze będzie w znaczącym stopniu kształtowany przez to, co nas otacza. Mówi się, że trudno być dobrym człowiekiem wśród złych ludzi. I tak właśnie jest.

Jakie znaczenie ma przeczekanie tzw. momentu frustracji w procesie kształtowania nawyków? Chwili, w której robię coś, ale tak mnie to denerwuje, że chcę odpuścić.

Wydaje mi się, że chodzi Pani o sytuacje, które są dla nas awersyjne i jeżeli tylko będziemy mogli, to spróbujemy ich uniknąć. Jeśli się temu poddamy, szkodzimy sobie w perspektywie długoterminowej. Reakcje, które powodują, że jesteśmy w stanie

szybko i skutecznie uniknąć awersyjnej sytuacji, błyskawicznie się konsolidują. Dzieje się tak, ponieważ jednocześnie dostajemy nagrodę – pojawia się uczucie ulgi – i unikamy kary. Trudno o bardziej skuteczną strategię kształtowania zachowania. Jeśli raz uda mi się czegoś uniknąć, najpewniej zrobię to drugi i kolejny raz. To niesamowite, jak w okamgnieniu jesteśmy w stanie wykształcić wzorec aktywności neuronalnej polegający na unikaniu wszystkiego, co nam sprawia dyskomfort. Mając świadomość istnienia tych mechanizmów, możemy bardziej uważnie zarządzać swoim zachowaniem i podejmować lepsze decyzje, które zaprocentują w przeszłości. ●

DR N. BIOL. ALICJA PUŚCIAN

Neuronaukowiec, popularyzator nauki, ambasadorka Polsko-Amerykańskiej Komisji Fulbrighta. Obecnie związana z Instytutem Nenckiego Polskiej Akademii Nauk, gdzie prowadzi interdyscyplinarne badania z pogranicza psychologii, neurobiologii i analizy behawioralnej. Podczas stażu doktorskiego na Yale University wyróżniona Brown-Coxe Award za badania nad dynamiką zmian aktywności neuronalnej towarzyszącej kształtowaniu zachowania. Jest laureatką nagród Młodego Badacza Roku Polskiego Towarzystwa Badań Układu Nerwowego i European Brain and Behavior Society oraz CE-BioForum Award. W 2022 r. otrzymała prestiżową Fulbright STEM Impact Award finansującą nowatorskie badania neuroekonomiczne nad wpływem społecznym na preferencje jednostek. Jest autorką licznych prac naukowych o roli neuroplastyczności w zachowaniu oraz jej deficytów obserwowanych w zaburzeniach takich jak autyzm czy depresja.

Inwestycja w uważność

Żyjemy w świecie, w którym najcenniejszym towarem jest czas.
Na wszystko jest go za mało, a już na pewno na wizytę lekarską.

Wlimicie 15 minut musi się zmieścić weryfikacja pacjenta, wywiad lekarski, opis, diagnoza, recepta i druk. Gdy pacjentów jest dwudziestu, lekarz zamienia się w maszynkę do leczenia. Dwudziestu pacjentów przez pięć dni w tygodniu, kilka tygodni w miesiącu, dwanaście miesięcy w roku, naście lat daje... niewyobrażalną liczbę. Takiego lekarza trudno czymś zaskoczyć. Podobno doświadczeni lekarze po trzecim zdaniu pacjenta potrafią już powiedzieć, z czym mają do czynienia.

Ale biada tym, którzy w to uwierzą! Rutyna czasem płata figle.

Ekonomista, noblista i autor teorii perspektywy Daniel Kahneman przekonuje, że chodząc na skróty, sami wpędzamy się często w pułapki myślenia. Nasz mózg jest wygodny. Woli myśleć mniej niż więcej i choć to w większości przypadków dobrze (tego już Kahneman nie pisał, ale przekonywał do tego inny znany autor), bo podobno dzięki wykształceniu pewnych mechanicznych zachowań, chociażby u zawodników, trenerzy osiągają lepsze wyniki, to nie sprawdza się to tam, gdzie nie wystarczy 99 proc. W Polsce powiedzielibyśmy, że „co nagle, to po diable” i że „diabeł tkwi w szczegółach”.

Wyzwanie zaczyna się na poziomie wysłuchania. Nasze doświadczenie podpowiada nam: „Tak. Wiem, wiem”, ale okazuje się, że nie tym razem. I w życiu, i w pracy uważność i nieprzykładanie gotowego schematu procentują.

Paradoksalnie, w medycynie, gdzie jest tak mało czasu, bardzo potrzeba uważności i drażenia. Pacjent potrzebuje czasu na rozbieg. Bo trochę się wstydzi mówić o czymś intymnym. Czasem nie umie nazwać tego, z czym przychodzi. Czasem zataja, aby nie zostać zganionym, że nie stosował się do zaleceń. Czasem nie wie, że coś jest ważne, a czasem nie pamięta lub jest w stresie i ma pustkę w głowie. Innym razem po prostu boi się, że jak powie prawdę, to może

ANNA GOŁĘBICKA,
STRATEG KOMUNIKACJI,
EKONOMISTKA



nie zostać przyjęty lub poważnie potraktowany.

Jak, będąc lekarzem, nie pójść na skróty, ale jednocześnie nie utknąć na 30 minut?

W biznesie istnieje żelazna zasada dochodzenia do celu, która nazywa się „trzy razy dlaczego”. Dlaczego trzy razy? Bo dopiero przy kolejnym pytaniu odkrywamy sedno. Jeśli pracownik się spóźnia, pytamy dlaczego. Pierwsza odpowiedź jest najprostsza z możliwych. „Bo mi uciekł autobus” teoretycznie zamyka sprawę. Myślimy – nieobowiązkowy człowiek, nie panuje nad czasem. Ale w biznesie poleca się dążyć, więc pytamy: „Dlaczego uciekł ci autobus?”. „Bo wyszedłem za późno”. Utwierdzamy się w przekonaniu, że pracownik nie panuje nad czasem, ale pytamy dalej: „A dlaczego wyszedłeś za późno?”. „Bo mam chorą mamę, która gdy już wychodziłem, poprosiła o zrobienie herbaty”, „Bo musiałem utulić dziecko, które płakało”, „Bo nie umiałam się pozbierać”, „Bo mam słaby czas w życiu”... To zaczyna zmieniać postać rzeczy.

Odpowiednio zadając pytania, docieramy do jądra problemów, których poznanie jest niezbędne, by je rozwiązać. A problem poznany od podszewki, od faktycznej przyczyny, da się skutecznie leczyć. Podobnie jest w przygotowywaniu

strategii. Też pytamy: „Co jest waszym największym wyzwaniem?”, „Dlaczego akurat to?”, „Dlaczego to nie działa?”, „Dlaczego macie z tym problem?”, „Dlaczego?...”.

Jest tu tylko jedna różnica. W komunikacji lekarz – pacjent pytanie „Dlaczego?” należy zastąpić pytaniem „Co się wydarzyło?”. „Co się wydarzyło, że nie zażywał pan przepisanych leków?”, „Co się wydarzyło, że złamał pan nogę?”, „Co się wydarzyło, że pan do mnie przyszedł?”. „Co się wydarzyło” nie obciąża, daje więcej przestrzeni, nie pozwala iść na skróty. Opo wiadanie o swoim problemie z perspektywy mniej osobistej jest po prostu łatwiejsze i efektywniejsze dla pacjenta.

Trzeba przy tym pamiętać, że czas, który dajemy pacjentowi, trzeba spożytkować racjonalnie. Rozmawiamy tylko o tym, co doprowadza nas do celu. Psy, koty, dzieci, życiowe historie zostawiamy na inne okazje z szacunku do własnej percepcji i do tych, którzy czekają pod gabinetem.

Czas na większą uważność to prawdopodobnie jedno z największych wyzwań i najważniejszych inwestycji naszych czasów. Warto, by zrozumieli to też twórcy systemu ochrony zdrowia, zadając pytanie: „Dlaczego?”. Dlaczego czasem nie działa, jest kolejka i brakuje dobrej atmosfery. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Cholesterol ukryty za mutacją genową

LUCYNA KRYSIAK
DZIENNIKARKA

Rozróżnienie między hipercholesterolemią rodzinną i nabytą ratuje życie – mówi dr hab. n. med. Krzysztof Chlebus.

Czym różni się hipercholesterolemia wynikająca z niezdrowego trybu życia od hipercholesterolemii rodzinnej?

Hipercholesterolemia rodzinna (*familial hypercholesterolemia*, FH) jest uwarunkowana genetycznie. Gen tej choroby jest przekazywany z pokolenia na pokolenie i dotyczy na ogół więcej niż jednej osoby w rodzinie. Prawdopodobieństwo jego dziedziczenia wynosi 50 proc., czyli każde poczęcie w rodzinie to swoisty rzut monetą. Dziecko będące jego nosicielem ma zaburzoną gospodarkę lipidową już nawet w życiu płodowym. Wada genetyczna powoduje, że podwyższone poziomy „złego” cholesterolu LDL (low-density lipoprotein, lipoproteina o niskiej gęstości) są znacznie wyższe niż u osób, które zmagają się z wysokim cholesterolem wskutek niezdrowego trybu życia lub też u cierpiących na cukrzycę typu 2 i otyłość, które sprzyjają zaburzeniom gospodarki lipidowej. U osób z tą chorobą występuje też zdecydowanie wyższe ryzyko pojawienia się epizodów sercowo-naczyniowych, zawału serca i udaru mózgu, i jeśli są to pierwsze namacalne skutki tego schorzenia, często mają dramatyczny przebieg i kończą się zgonem.

Dlatego tak ważne jest rozróżnienie pomiędzy hipercholesterolemią rodzinną i nabytą?

To rozróżnienie ratuje życie. Ponieważ osoby z nierozpoznaną i nieleczoną FH od narodzin mają bardzo wysokie poziomy LDL, epizody sercowo-naczyniowe manifestują się u nich znacznie wcześniej niż u osób z zaburzeniami lipidowymi powstałymi na innym tle.

Udar mózgu i zawał serca zagrażają już 40- i 50-latkom, a nawet osobom młodszym. Odpowiednie odżywianie i ruch nic tu nie zmieniają. Bardziej oporne choroby reagują też na leki stosowane standardowo u pacjentów z podwyższonymi poziomami LDL, potrzebując znacznie większych dawek i ilości leków, a także ich kombinacji.

Jak rozpoznać, że mamy do czynienia z FH?

Wystarczy zwrócić uwagę na pewne cechy charakterystyczne dla FH i wyodrębnić osoby znajdujące się w grupie ryzyka. Dlatego tak ważne jest, by nie zaniedbywać badań poziomu cholesterolu, szczególnie tego „złego”, czyli LDL. Jego powtarzające się wysokie wartości to sygnał, że należy pogłębić diagnostykę. Dla wielu pacjentów, ale też niestety lekarzy, wciąż jest to nieoczywiste, ale jest to pierwsza wskazówka, by dążyć temat. W tym skriningu każdy z cholesterolem całkowitym wyższym niż 300 mg/dL lub LDL wyższym niż 190 mg/dL powinien być poddany dalszym badaniom. Polecam skorzystanie ze skali The Dutch Lipid Clinic Network (DLCN), która na podstawie cech z badania fizykalnego pacjenta i jego rodziny, ich wartości stężeń LDL cholesterolu oraz historii choroby ujawni, czy istnieje zagrożenie hipercholesterolemią rodzinną, czy nie. Przekroczono 5 punktów w tej skali wskazuje na większe

prawdopodobieństwo podejrzenia FH. Ta skala jest dostępna w internecie (w tym na stronie naszego Centrum), jest łatwa w użyciu i pomocna w ocenie ryzyka FH. W zależności od liczby uzyskanych punktów wiadomo, czy należy wykonać diagnostykę molekularną potwierdzającą obecność mutacji genu odpowiedzialnego za to schorzenie, czy nie. Wówczas warto zwrócić się do Krajowego Centrum Hipercholesterolemii Rodzinnej w Gdańsku lub innych ośrodków współpracujących z nami w ramach Krajowego Rejestru FH (Instytut Kardiologii w Warszawie, szpitale kliniczne w Krakowie, Poznaniu, Łodzi i na Śląsku). Na szczęście takich miejsc i specjalistów jest coraz więcej, aktualną mapę można zawsze znaleźć na stronie Krajowego Centrum i Krajowego Rejestru. Warto zwrócić uwagę, czy u pacjentów przed 50. rokiem życia z powtarzającym się wysokim poziomem LDL występowały już jakieś incydenty sercowo-naczyniowe, czy w ich rodzinach ktoś, np. ojciec, dziadek, wujek, miał udar, zawał lub zmarł nagle i czy sytuacja ta powtarzała się w rodzinie. To sygnał, że winne mogą być geny. Zarówno lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), jak i kardiolodzy, angiologowie czy chirurdzy naczyniowi, którzy leczą powikłania następstw wysokiego cholesterolu, powinni mieć na uwadze rozróżnienie pomiędzy przyczynami wysokiego poziomu LDL i osoby

z podejrzeniem genetycznie uwarunkowanego zaburzenia gospodarki lipidowej kierować do ośrodków specjalistycznych.

I co dalej?

Leczenie należy podjąć jak najszybciej, niezależnie od wyniku badania genetycznego. Opisano już ponad 2,7 tys. takich mutacji, stąd relatywnie wysoki koszt oraz 2-, 3-miesięczny czas badania. Diagnostyką obejmujemy również członków rodziny, gdyż występuje u nich 50-procentowe prawdopodobieństwo wystąpienia mutacji. W przypadku jej potwierdzenia także wprowadzane jest leczenie. Plus tego postępowania jest taki, że terapię można rozpocząć na wczesnym etapie, nawet u dzieci, zapobiegając u nich w przyszłości powikłaniom sercowo-naczyniowym. Ci pacjenci muszą być leczeni przez całe życie i to bardzo wysokimi dawkami leków.

Jaka jest skala problemu?

Ponieważ mówimy o chorobie genetycznej, wiele osób uznaje, że FH jest chorobą rzadką, ale nie zalicza się ona do tej grupy. Na podstawie naszych badań szacujemy, że dorosłych pacjentów z mutacją tego genu jest w Polsce co najmniej 140 tys., a uwzględniając dzieci i młodocianych – nawet 190 tys. To ogromna grupa osób, które najczęściej nie są świadome swojej choroby ani ryzyka związanego z jej powikłaniami. Oczywiście w porównaniu z osobami, u których w większym lub mniejszym stopniu doszło do zaburzeń gospodarki lipidowej (problem dotyczy już prawie 60 proc. Polaków), liczby te wydają się mało znaczące. Zważywszy jednak, że oni w każdej chwili są zagrożeni wczesnym zgonem, to naprawdę problem.

W 2019 r. został wprowadzony długo wyczekiwany program lekowy leczenia hipercholesterolemii rodzinnej, ale uczestniczyło w nim zaledwie 500 osób. Skąd tak małe zainteresowanie?

Program trwa i się rozwija. Obecnie uczestniczy w nim już około tysiąca osób. Obejmuje zarówno chorych po zawale serca (w naszym kraju to ok. 80 tys. każdego roku), u których nie jesteśmy w stanie obniżyć poziomu cholesterolu tradycyjnym leczeniem, np. statynami, i osoby z mutacją genową wymagające innego leczenia. Program rzeczywiście nie spełnił oczekiwań. Mamy jednak nadzieję, że będzie ewoluował, ale wiele zależy od kryteriów, które ustali płatnik. Aby pacjent z wykrytą mutacją genu



foto: archiwum prywatne

hipercholesterolemii rodzinnej obecnie mógł skorzystać z programu, najpierw musi przejść tradycyjną terapię statynami i ezetymibem i jeśli jest ona niewystarczająca (LDL nadal wynosi ponad 100 mg/dL), wówczas można zastosować dodatkowo nowoczesne leczenie inhibitorami PCSK-9. Tak więc zarówno u pacjentów po zawale, jak i u tych z mutacją genową najpierw musimy wykazać, że nie tolerują lub niewystarczająco odpowiadają na terapię statynami. Problemem jest to, że część z nich ma po tej terapii LDL niewiele poniżej 100 mg/dL, a docelową wartością jest dla nich LDL poniżej np. 55 mg/dL lub nawet 40 mg/dL. Moim zdaniem te kryteria nie powinny być tak restrykcyjne, ponieważ są to chorzy wysokiego ryzyka i każdy, u którego nie osiąga się celu terapeutycznego, nawet jeśli wartości LDL są poniżej 100 mg/dL, powinien być do tego programu włączony.

Na czym polega nowoczesne leczenie zgodne z założeniami tego programu?

Standardem jest rozpoczęcie leczenia pacjentów po zawale serca od wysokiej, maksymalnie tolerowanej dawki statyn, do których dodajemy selektywne inhibitory absorpcji cholesterolu, np. ezetymib. U osób z FH, niezależnie

od tego czy są po zawale, czy nie, stosujemy dokładnie takie samo leczenie, oceniamy jego skuteczność i jeśli wciąż nie osiągniemy celu, czyli spadku poziomu LDL do 55mg/dL, powinniśmy włączyć trzeci lek – inhibitor PCSK-9 lub inclisiran. Program jednak zakłada włączenie tego leku dopiero wtedy, gdy poziom cholesterolu LDL przekracza 100mg/dl. Jest to lek bardzo skuteczny, po jego zastosowaniu LDL u niektórych pacjentów spada do ok. 90 proc. poziomu wyjściowego. Warto zaznaczyć, że inhibitory PCSK-9 czy inclisiran to są dobrze tolerowane leki biologiczne. Ich mechanizm działania polega na zmniejszaniu degradacji receptorów dla cholesterolu w hepatocytach w wątrobie. Sprawiają, że receptory lepiej sobie radzą z nadmiarem krążącego we krwi cholesterolu. Już po krótkim czasie leczenia cholesterol znacząco się obniża.

Jaka jest świadomość na temat zagrożeń wynikających z FH?

Do znużenia należy powtarzać i uświadamiać, że wysoki poziom cholesterolu oznacza ryzyko śmierci czy też inwalidztwa z powodu chorób sercowo-naczyniowych. Niestety, obserwujemy, że pacjenci nie do końca chcą przyjąć tę prawdę. Co gorsza, wciąż jeszcze wielu lekarzy uważa, że to nie jest pierwszoplanowy problem. Przede wszystkim musimy więc częściej badać poziom cholesterolu, głównie LDL, nawet u osób młodych i zdrowych, oraz wnikliwie analizować i weryfikować te dane. Czekamy na wprowadzenie badania poziomu cholesterolu do bilansu 6-latków, aby jak najwcześniej wykrywać chorobę. Nigdy nie jest za późno, by po raz pierwszy oznaczyć poziom LDL cholesterolu i skonsultować go ze swoim lekarzem. ●

**DR HAB. N. MED.
KRZYSZTOF CHLEBUS**
twórca i koordynator
Krajowego Centrum
Hipercholesterolemii Rodzinnej
w Gdańsku, były wiceminister
zdrowia w latach 2012-2014.

FELIETON

Gorsza granica

Po ośmiu latach rządów PiS dużo jest w Polsce do posprzątania, a sprawa kryzysu na granicy polsko-białoruskiej będzie czułym probierzem tego, czy ze zmianą ekipy rządzącej wiązać się będzie też zmiana moralna.

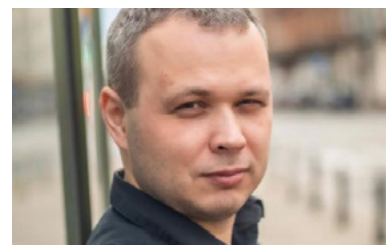
Puszcza Białowieska to nie jest zwykły las. Jest gęsta, w wielu miejscach zdradliwa, bo bagnista. Już w październiku temperatura przy gruncie czasem spada poniżej zera. Jeśli chce się przez Puszcę przedostać nocą, trzeba uważać na gałęzie. Ranią twarz, często oczy. Jeśli skończyła się czysta woda, trzeba pić taką z kałuż, na przykład przefiltrowaną przez liście. Wiele dni marszu w byle jakich, przemoczonych butach (albo bez nich) może też doprowadzić do powstania stopy okopowej. To zmiany, które często w Europie widywano w czasach I wojny światowej. Ponad sto lat później można je też spotkać w okolicach Hajnówki bądź Sokółki, bo polskie władze, łamiąc konwencję genewską, zdecydowały o tym, że będą ludzi wywozić do lasu. Będą pakować do ciężarówek kobiety, mężczyzn i dzieci i siłą przeciskać ich przez żyletkowy płot. Będą zostawiać w tym lesie na terytorium kraju, którego funkcjonariusze biją i gwałcą. To nadal się dzieje w Unii Europejskiej, w XXI wieku. To, że kryzys ten wywołał dwaj zbrodniarze – prezydenci Rosji i Białorusi, nie jest usprawiedliwieniem tego, jak polskie państwo traktuje imigrantów i uchodźców. Jak ludzie traktują ludzi.

Trwa trzecia zima, podczas której w polskich, podlaskich lasach zamarzają imigranci i uchodźcy. Zamarzają z powodu łamania przez niedawną władzę konwencji międzynarodowych przy milczącej zgodzie ogromnej większości polskiego społeczeństwa. Kryzys na granicy polsko-białoruskiej trwa. Oby skończył się jak najszybciej.

Nie jestem i już nigdy nie będę w tej sprawie chłodnym i bezstronnym obserwatorem. Jesienią 2021 r. wraz z kilkudziesięcioma lekarzami, lekarkami,

pielęgniarkami i ratownikami oraz ratowniczkami byłem na granicy polsko-białoruskiej. Nazwaliśmy naszą grupę „Medycy na granicy” i przez czterdzieści dni udzieliliśmy pomocy ponad dwustu osobom, w tym ponad siedemdziesięciu dzieciom. Nasz najmłodszy spotkany w lesie pacjent miał rok. Widywaliśmy grupy, w których było kilkanaścioro dzieci. Spotykaliśmy ludzi w ciężkiej hipotermii czy kwasicy metabolicznej (bo na przykład przewlekła choroba nerek magicznie w lesie nie znika). Jedną z pacjentek, która zapadła nam w pamięć najbardziej, była 38-letnia Kurdyjka, której temperatura ciała wynosiła mniej niż trzydzieści stopni Celsjusza. Gdy nasz zespół transportował ją nieprzytomną do szpitala, nie wiedzieliśmy jeszcze, że jest w piątej ciąży. Nie wiedzieliśmy też, że za kilka tygodni umrze na sepsę w szpitalu w Hajnówce. Podczas pogrzebu nad trumną płakała czwórka jej dzieci.

Sądy w Hajnówce i w Białymstoku orzekły, że wywożenie imigrantów i uchodźców do lasu bez rozpatrywania ich wniosków o ochronę międzynarodową jest



JAKUB SIECZKO
ANESTEZIOLOG

rażącym łamaniem prawa. Każda osoba, która się na granicy znajduje, niezależnie od tego, czy przekroczyła ją w sposób legalny, czy też nie, ma prawo ubiegać się o status uchodźcy. Zadaniem nowoczesnego europejskiego kraju jest taki wniosek rozpatrzyć, umieszczając do tego czasu daną osobę w ośrodku pobytu tymczasowego. Tych, którym w kraju pochodzenia coś grozi (np. syryjskim czy afgańskim opozycjonistom), trzeba zapewnić status uchodźcy i otoczyć opieką. Pozostałych trzeba odesłać. W 2021 r. polskie władze doszły jednak do wniosku, że najlepiej będzie każdego – niezależnie od tego, czy jest młodym mężczyzną, czy kilkuletnim dzieckiem – wsadzić do ciężarówki i wywieźć do lasu, przetrzucając taką osobę na białoruską stronę. Całość okraszono haniebną konferencją ministrów Mariusza Błaszczaka i Mariusza K. (to ten, którego skazano ostatnio na dwa lata bezwzględnej pozbawienia wolności), podczas której prezentowano materiały pedofilskie i zoofilskie. Powiedzieć, że było to grubymi nićmi szyte, to nic nie powiedzieć.

Na nic nie zdały się protesty obrońców praw człowieka, posłów ówczesnej opozycji, reportaże w mediach krajowych i międzynarodowych. Wywózki trwały od ponad dwóch lat. Zmarło ponad pięćdziesiąt osób. Niektórzy strażnicy graniczni stają się coraz bardziej brutalni, inni odchodzą ze służby lub przypłacają ogromnymi kosztami psychicznymi. Imigrantom i uchodźcom pomagają aktywiści z organizacji pozarządowych, często prześladowani przez funkcjonariuszy państwowych.

O kryzysie na granicy polsko-białoruskiej głośno było w październiku i listopadzie 2021 r. Potem, jak to w wiecznym pędzącym świecie bywa, wiadomości na ten temat zastąpiły te o innych dramatach. Świat mówił głównie o rosyjskiej napaści na Ukrainę (uderzające zresztą było zestawienie traktowania przez polskich pograniczników uchodźców na granicy ukraińskiej z tymi z tej białoruskiej). Dziś nasze serca poruszają obrazy bombardowań w Strefie Gazy. Ludzie na granicy polsko-białoruskiej jednak nadal są. Przypomniały o tym film „Zielona granica” Agnieszki Holland i książka „Jezus umarł w Polsce” Mikołaja Grynberga. Szczególnie o filmie mówiono w przedwyborczej gorączce dużo, często mając na jego temat zdanie, mimo że filmu się nie widziało. Ja widziałem. Byłem też na granicy. Film mówi prawdę, a polskich strażników granicznych traktuje w mojej opinii dość łagodnie.

Ludzie nie wywożą się do lasu sami, same nie wydają się rozkazy pozwalające na takie postępowanie, samo nie uchwała się prawo, które próbuje legalizować wywózki. Wywiezienie człowieka do lasu to praca konkretnych rąk – rąk, które taką osobę pakują do ciężarówki, rąk, które przepychają ją nocą wśród ujadających psów przez żyłtowy drut, rąk, które podpisują rozkaz, wreszcie rąk, które w parlamencie unoszą się w odpowiednim momencie do góry.

17 września 2021 r. polski Sejm przegłosował ustawę nazwaną potem „wywózkową”. Według zgodnej opinii przeważającej liczby uznanych prawników była ona jawnie sprzeczna z prawem polskim i międzynarodowym. W skrócie: ustawa ta pozwalała na wywożenie ludzi do lasu z pominięciem procedury przyjęcia wniosków o ochronę międzynarodową. Ówczesna koalicja rządząca głosami swych posłów, posłanek, senatorów i senatorek ustawę przegłosowała. Podpisał ją prezydent RP.

foto: Shutterstock.com



Myślę o dłoniach, które podniosły się do góry, gdy ustawę przegłosowywano. Myślę o dłoniach naszych kolegów i koleżanek po fachu – lekarzy i lekarek, którzy zasiadali wówczas w parlamencie. Za ustawą mającą umożliwić wywożenie do lasu ludzi, w tym ciężarnych kobiet, uniosła się na przykład dłoń pewnego położnika – ta sama dłoń, która odebrała tysiące porodów. Zagłosował za ustawą też pewien radiolog – uniosł dłoń, którą wykonał w swoim życiu tysiące badań usg. Mniej więcej w tym samym czasie na przenośnym aparacie usg medycy wykonywali w lesie badania wyziębionym ludziom. Uniosła się też dłoń pewnego chirurga – ta sama dłoń, która umiałaby przecież opatrzyć stopę okopową. I dłoń internistki, w którą owa lekarka mogłaby wziąć stetoskop i osłuchać duszającego się w lesie pacjenta. Nie wymieniam tu nazwisk tych, którzy za haniebnym prawem zagłosowali. Można znaleźć je w internecie. Mam tylko jedną prośbę – na pewno ktoś z czytelników pracował bądź studiował z kimś ze wspomnianych parlamentarzystów. Pokażcie im, proszę, ten felieton. Niech wiedzą, że są tacy, którzy będą im to pamiętać.

Pokażcie, proszę, też mój felieton personelowi szpitala powiatowego w Hajnówce – szczególnie ordynatorowi SOR dr. Piotrowi Pienzinowi i zastępcy dyrektora do spraw leczenia dr. Tomaszowi

Musiukowi. Na ciemnej mapie potwornego podlaskiego kryzysu świeciło (i nadal świeci) kilka jasnych punktów. Jednym z najjaśniejszych był szpital w Hajnówce. To właśnie tam trafiła większość obcokrajowców poszkodowanych w lesie. Jeśli kontakt z mundurowymi był dla tych ludzi doświadczeniem obojętności i pogardy, to kontakt z personelem medycznym był doświadczeniem dokładnie odwrotnym. W Hajnówce traktowano każdego pacjenta, niezależnie skąd pochodził, profesjonalnie, kulturalnie i z zaangażowaniem. Nie lubię używać wielkich słów o realizacji lekarskiej misji czy o sprawdzianach wobec moralnych wyzwań. Gdybym jednak lubił – mało kiedy byłyby one tak bardzo na miejscu. Hajnówko, dziękuję.

Po ośmiu latach rządów PiS dużo jest w Polsce do posprzątania. Myślę jednak, że sprawa kryzysu na granicy polsko-białoruskiej będzie czułym probierzem tego, czy ze zmianą ekipy rządzącej wiązać się będzie też zmiana moralna. Wicepremierem nowego polskiego rządu odpowiedzialnym za obronę narodową też jest lekarz. Wśród parlamentarzystów rządzącej koalicji naszych koleżanek i kolegów po fachu również nie brakuje. Mam nadzieję, że ich dłonie będą się unosić w odpowiednich momentach. Lekarz może w końcu swoimi rękami człowieka uratować bądź uśmiercić, prawda? •
Napisz do autora: sieczko.gazetalekarska@gmail.com

PRAKTYKA LEKARSKA

Szukajmy przyczyny, nie wińmy chorego

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Otyłość to choroba heterogenna, więc pacjentów nie powinno się leczyć według jednego schematu postępowania – mówi dr n. med. Łukasz Szerbiński.

Niedawno w czasopiśmie „The Lancet Diabetes & Endocrinology” ukazał się artykuł, w którym wspólnie z Jose Florezem przedstawia Pan wizję rozwoju leczenia otyłości oraz chorób z nią związanych opartą na medycynie precyzyjnej.

Zgadza się. Otyłość definiujemy jako nadmierne nagromadzenie się tkanki tłuszczowej w organizmie, które może zagrażać zdrowiu. Tłuszcz kumuluje się jednak w różnych miejscach, dając inne powikłania, a mechanizmy jego powstawania także są zróżnicowane. W związku z tym naukowcy powoli proponują nowe klasyfikacje i podtypy otyłości. Heterogenność tej choroby sprawia, że pacjentów nie powinno się leczyć według jednego schematu postępowania. Celem zawsze jest redukcja masy ciała, ale nie ma jednej recepty, jak to osiągnąć, bo przyczyny otyłości są różne.

Potrzebujemy różnych algorytmów leczenia. Niestety trudno je tworzyć, bo pogłębiona diagnostyka otyłości jest trudna, kosztowna i czasochłonna, a na dodatek choroba ta nadal skrywa wiele tajemnic. Wiemy jednak, że jest groźna, bo niszczy zdrowie w różnych jego obszarach. Zbyt duża ilość tkanki tłuszczowej obciąża organizm: między innymi ogranicza jego ruchomość, zaburza płodność i powoduje wiele powikłań kardiometabolicznych, w tym choroby sercowo-naczyniowe i cukrzycę typu 2. Wielochorobowość dotyczy ogromnej liczby pacjentów. W takim przypadku nieodłącznym elementem terapii powinno być leczenie otyłości jako przyczyny innych problemów. Tymczasem nadal często skupiamy się na powikłaniach, nie zajmując się chorobą matką.

Dlaczego nie każdy pacjent z otyłością ma powikłania kardiometaboliczne?

Powodem jest miejsce gromadzenia się tkanki tłuszczowej. Konsekwencje na przykład w postaci cukrzycy typu 2, nadciśnienia tętniczego, miażdżycy czy choroby wieńcowej powoduje wisceralna tkanka tłuszczowa, skumulowana głęboko w jamie

Nie wszyscy chorzy są
w stanie zredukować nadmierne kilogramy
dietą i aktywnością fizyczną.
Szukajmy czynników, które blokują
proces chudnięcia

brzuszej i otaczająca narządy wewnętrzne. Tłuszcz może też gromadzić się podskórną, również w okolicy brzucha lub wokół pośladków i bioder. Coraz więcej badań naukowych udowadnia, że jest to bardziej neutralne dla organizmu. Dlatego jeden pacjent z BMI 35 będzie mieć powikłania kardiometaboliczne, a inny okaże się osobą zdrową metabolicznie. Co nie oznacza, że nie należy go leczyć z powodu otyłości, bo nie wiadomo, czy do powikłań nie dojdzie w przyszłości. Ponadto każda nadmierna masa ciała jest obciążająca dla organizmu i nie ma co czekać na kolejne konsekwencje.

Jak pomóc pacjentom w oparciu o medycynę precyzyjną?

Otyłość leczymy, doprowadzając do redukcji nadmiernej tkanki tłuszczowej, w czym pomagają farmaceutyki i interwencje chirurgiczne. Terapia ma pomóc mniej jeść i wspomagać procesy metaboliczne, wpływając pozytywnie na bilans energetyczny, a przez to chudnąć. Leczeniem precyzyjnym celujemy w mechanizm, który doprowadził u danego pacjenta do rozwoju otyłości. Aktualnie definiujemy cztery główne takie mechanizmy, ale jestem przekonany, że wraz z rozwojem wiedzy będziemy ich odkrywać więcej. Pierwszym z nich jest „głódny mózg”, czyli zaburzenie funkcjonowania ośrodka głodu i sytości. Wówczas pacjenci spożywają więcej kalorii, niż wymaga ich organizm, ponieważ zbyt późno zaczynają odczuwać najedzenie. Drugi z mechanizmów ma podłoże psychologiczne. To „głód emocjonalny” związany z ośrodkiem nagrody. Ta grupa chorych zjada emocje i przez to je za dużo. Trzeci mechanizm to „głódne jelita”. Dotyczy on pacjentów, których przewód pokarmowy pracuje szybciej i przez to częściej i szybciej odczuwają głód. Ostatni z mechanizmów to „wolny spalacz”. Dotyczy pacjentów, którzy mają spowolnione procesy energetyczne. Nie jedzą dużo, ale i tak nie są w stanie spalić spożytych kalorii. Ważne więc, by dobrać odpowiednią terapię w zależności od

przyczyny powstawania otyłości i stanu pacjenta. Mamy już pierwsze leki na otyłość, które ułatwiają ograniczenie ilości spożywanego jedzenia, ale żaden z nich nie zadziała na wszystkie z wymienionych mechanizmów powstawania otyłości. Czego innego potrzebuje pacjent regulujący emocje jedzeniem, a czego innego ten z „głodnymi jelitami”. Aktualnie nie mamy leku na każdy mechanizm rozwoju otyłości. Nie wiemy też, jak długo stosować farmakoterapię. Czy tylko do momentu osiągnięcia właściwej masy ciała? Efekty długoterminowe leków nie są jeszcze dobrze poznane. Wiadomo też, że nie wszyscy pacjenci dobrze reagują na leki. Często jedynym wyjściem pozostaje operacja bariatryczna.

Co z pacjentami, którzy nie odpowiadają na leczenie?

Najlepiej skierować ich do wyspecjalizowanych ośrodków, trudno jednak oczekiwać, że będą one w stanie zająć się każdym pacjentem z otyłością. Wielu naprawdę można próbować leczyć w podstawowej opiece zdrowotnej, ale trzeba znaleźć przyczynę rozwoju choroby. Absolutnie nie zakładamy, że brak efektów to wina pacjenta – że jest leniwy i ma słabą wolę. Przecież nie wszyscy chorzy są w stanie zredukować nadmierne kilogramy dietą i aktywnością fizyczną. Szukajmy czynników, które blokują proces chudnięcia.

Przekaz, że pacjent powinien jedynie mniej jeść i więcej się ruszać, nie motywuje do działania. Jasne, to ważne, ale nie można chorego zostawić tylko z taką informacją. Trzeba się zastanowić, dlaczego zjada więcej i czemu mniej się rusza. Jeśli pacjent mówi, że naprawdę mało je, to może faktycznie wolniej spala przyswajane kalorie.

Czy mechanizmy powodujące otyłość mogą być indukowane genetycznie?

Pojawia się coraz więcej dowodów naukowych na to, że dużą rolę w rozwoju otyłości odgrywają czynniki genetyczne. Szacuje się, że komponent genetyczny stanowi nawet 40-70 proc. podłoża rozwoju choroby, obok czynników środowiskowych. Wiadomo na przykład, że nawet do 5 proc. pacjentów z otyłością ma otyłość monogenową, gdzie dochodzi do mutacji w pojedynczym genie, najczęściej w tych związanych ze ścieżkami sygnałowymi leptyny i melanokortyny.

fot.: archiwum prywatne



W części tych przypadków leczenie może być spersonalizowane i polegać na suplementacji brakującej substancji, a pacjenci są w stanie zejść z BMI na poziomie 45 do 20. Jednak zdecydowana większość pacjentów ma otyłość indukowaną wieloma wariantami mutacji genowych i dodatkowo innymi przyczynami. Niestety, nasza wiedza na temat otyłości poligenowej jest ograniczona. Na szczęście naukowcy prowadzą mnóstwo badań dotyczących czynników genetycznych otyłości. Porównują miliony wariantów genetycznych osób zdrowych i chorych na otyłość, szukają różnic, i na tej podstawie oceniają, które warianty genetyczne wskazują na wyższe ryzyko zachorowania. Badane są też przyczyny braku odpowiedzi na dostępne rodzaje leczenia. Na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku prowadzę wraz z zespołem badania farmakogenomiki nowych leków stosowanych w terapii cukrzycy i otyłości. Szukamy przyczyn genetycznych braku odpowiedzi u pacjentów leczonych semaglutydem. Jeśli stworzymy taki wskaźnik, to będzie realna odpowiedź dla lekarzy, że akurat w przypadku tej grupy chorych terapia tym lekiem nie zadziała, więc nie ma po co jej wdrażać.

Być może w przyszłości będziemy w stanie przewidywać, u których pacjentów występuje zwiększone ryzyko zachorowania na otyłość i na przykład czy tkanka tłuszczowa będzie gromadzić się u nich wisceralnie. Taka informacja pozwoli odpowiednio wcześniej ustrzec przed rozwojem choroby, a może nawet i zainteresować terapią genową. A już na pewno w sposób bardziej celowany dobierać leki.

Przebywa Pan teraz w USA, jak tam podchodzi się do tematu otyłości?

W ostatnich latach zmieniło się podejście do pacjentów z nadmierną masą ciała – z osądzającego do dociekającego rzeczywistej przyczyny rozwoju choroby. W ośrodku akademickim, w którym pracuję, wykonujemy badania genetyczne u pacjentów, np. w kierunku wykluczenia otyłości monogenowej. Rynek amerykański jest też lepiej od Polski, i w ogóle od Europy, zaopatrzony w leki przeciwotyłściowe. ●

DR N. MED. ŁUKASZ SZERBIŃSKI

Adiunkt w Centrum Badań Klinicznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, postdoctoral fellow w Broad Institute of MIT & Harvard in Massachusetts General Hospital (USA), badacz naukowy, pomysłodawca Polskiego Rejestru Diabetologicznego (PolReD) i rejestru pacjentów poddawanych zabiegom chirurgii bariatrycznej (Białystok Bariatric Surgery Study, BBSS), kierownik oraz współwykonawca licznych grantów naukowych, laureat nagrody Europejskiego Towarzystwa Badań nad Cukrzycą (EASD) dla najlepszej prezentacji młodego naukowca; interesuje się poznaniem predyspozycji genetycznych odpowiedzi na leczenie stosowane w terapii cukrzycy typu 2 i otyłości.

PRAKTYKA LEKARSKA – ZE ŚWIATA

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Kogo darzymy zaufaniem

Polacy ufają najbardziej naukowcom i lekarzom – wynika z badania Ipsos Global Trustworthiness Index 2023 (mierzącego zaufanie do poszczególnych grup zawodowych w różnych krajach). Zaufanie polskiego społeczeństwa do lekarzy wzrosło od poprzedniej edycji. W rankingu uwzględniono 31 krajów Europy, Ameryki Północnej i Południowej, Azji, a także Australię. We wszystkich państwach uczestniczących w badaniu najwyższe zaufanie osiągnęli naukowcy, lekarze albo nauczyciele, a najniższe – politycy, ministrowie i specjaliści od reklamy. W 17 krajach – w tym m.in. w Belgii, Szwecji, Kanadzie, Holandii, Niemczech, we Francji, w Meksyku i Singapurze – krajowymi liderami rankingu zaufania zostali lekarze, występują jednak różnice w odsetku wskazań. Na przykład w Holandii lekarze osiągnęli pierwsze miejsce z wynikiem 68 proc., wyprzedzając nauczycieli (62 proc.), natomiast w Szwecji lekarze uplasowali się na pozycji lidera z wynikiem 61 proc., przed naukowcami (57 proc.). W 10 państwach liderami zaufania zostali naukowcy, np. w Argentynie z wynikiem 71 proc., tuż przed lekarzami (68 proc.). W Polsce największe zaufanie wzbudzili naukowcy z wynikiem 55 proc., a drugie miejsce zajęli lekarze – ufa im 45 proc. badanych (wzrost z 39 proc. w stosunku do poprzedniej edycji rankingu).

źródło: IPSOS

Kanadyjczycy bez lekarza rodzinnego

Rosnące kolejki do badań diagnostycznych i leczenia, problem z dostępem do świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i wysoki poziom wypalenia zawodowego wśród pracowników ochrony zdrowia to jedne z głównych problemów kanadyjskiego systemu opieki zdrowotnej

– wymienia dr Kathleen Ross, prezydent Canadian Medical Association (CMA). Kierująca tą organizacją podkreśla, że ponad 6 mln Kanadyjczyków ma problem z dostępem do lekarza POZ, a generalna ocena całego systemu ochrony zdrowia przez społeczeństwo jest niska.

Według sondażu zrealizowanego w sierpniu 2023 r. przez Angus Reid Institute i CMA prawie 2/3 ankietowanych stwierdziło, że jakość opieki zdrowotnej pogorszyła się w ciągu ostatnich 10-15 lat. Kanada zmagą się z przeciążeniem szpitalnych oddziałów ratunkowych – w niektórych rejonach kraju pacjenci czekają na udzielenie pomocy nawet 20 godzin lub dłużej. Problem jest znany od dawna, a powodem są braki kadrowe i utrudniony dostęp do POZ. Obciążenie izb przyjęć o tej porze roku jest dodatkowo spotęgowane infekcjami grypy, COVID-19 i RSV. Jest jednak szansa na poprawę sytuacji w opiece zdrowotnej, bo planowane jest spore dofinansowanie sektora ochrony zdrowia w ciągu najbliższych lat.

źródło: CMA / Toronto Star / angusreid.org

Fala protestów w Europie

W ostatnich tygodniach w kilku europejskich krajach doszło do dużych protestów lekarzy. Na początku grudnia strajkowali Włosi, w przerwie pomiędzy świętami Bożego Narodzenia a Nowym Rokiem – Niemcy, a w styczniu 2024 r. – Słowacy i Brytyjczycy.

5 grudnia we Włoszech doszło do ogólnonarodowego 24-godzinnego strajku lekarzy, pielęgniarek i kadry zarządzającej placówkami ochrony zdrowia. Medycy, którzy zdecydowali się wziąć udział w proteście, ograniczali się do

wykonywania podstawowych świadczeń medycznych. W kilku włoskich miastach doszło też do zgromadzeń. Strajkowano przeciwko planowanym obniżkom emerytur osób zatrudnionych w sektorze publicznym i propozycjom budżetowym, które w ocenie uczestników protestu spowodują osłabienie publicznego systemu opieki zdrowotnej. Walczono też o podwyżki i stworzenie takiego środowiska pracy w publicznej ochronie zdrowia, które by było bardziej atrakcyjne dla młodych ludzi.

Z kolei w przerwie pomiędzy świętami Bożego Narodzenia a Nowym Rokiem protestowali niemieccy lekarze rodzinni i specjaliści, zwracając uwagę na rosnące koszty prowadzenia gabinetów, niesatysfakcjonujące zarobki i coraz więcej obciążeń biurokratycznych. Podczas akcji wiele praktyk lekarskich było zamkniętych. Natomiast w styczniu w Anglii odbyła się kolejna runda strajku młodych lekarzy. W wyniku 6-dniowej akcji nie odbyło się ponad 100 tys. konsultacji lekarskich w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia (NHS). Lekarze od miesiąca walczą o podwyżkę wynagrodzenia.

źródło: BMJ / Euronews / dw.com / BMA / NHS England / sloveniatimes.com

Ofiary wśród medyków i cywili

W Strefie Gazy zginęło już co najmniej 286 pracowników ochrony zdrowia, a kilkadziesiąt karettek pogotowia zostało trafionych pociskami, zniszczonych lub uszkodzonych – informuje organizacja Lekarze bez Granic (MSF). W dramatycznej sytuacji znajduje się ludność cywilna. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) prawie 90 proc. populacji Gazy (1,9 mln

ludzi) musiało opuścić swoje domy. Brakuje żywności, wody, leków, paliwa, energii elektrycznej oraz dostępu do urządzeń sanitarnych. W przeludnionych schroniskach znacznie wzrosła liczba zachorowań m.in. na wszawicę i ostre infekcje dróg oddechowych. Jednocześnie system opieki zdrowotnej się załamał. Wiele placówek medycznych ucierpiało z powodu bombardowań. Jak wylicza WHO, jedynie 15 szpitali działa, ale w ograniczonym zakresie. Niestety organizacje humanitarne mają problem z dostarczeniem pomocy do strefy konfliktu.

Siły Obronne Izraela (IDF) rozpoczęły militarne działania odwetowe w Strefie Gazy po tym, gdy palestyńska organizacja terrorystyczna Hamas przeprowadziła okrutny atak na izraelskich cywili, w wyniku którego zginęło około 1400 osób. Według informacji przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia Strefy Gazy do połowy stycznia 2024 r. zginęło co najmniej 23 tys. Palestyńczyków, w tym 8 tys. dzieci.

Źródło: UN / WHO / MSF / BBC



foto.: Shutterstock.com

Kolejny kraj wolny od malarii

Republika Zielonego Przylądka została uznana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) za wolną od malarii. Aby otrzymać taki status, trzeba udowodnić, że udało się przerwać łańcuch przenoszenia rodziwej malarii przez komary *Anopheles* w całym kraju przez co najmniej trzy ostatnie lata z rzędu. Ponadto należy wykazać zdolność do zapobiegania przywróceniu transmisji. Dyrektor

generalny WHO Tedros Adhanom Ghebreyesus podkreślił, że sukces Republiki Zielonego Przylądka daje nadzieję, że „możemy odważyć się marzyć o świecie wolnym od malarii”. W 2022 r. na malarię zachorowało 249 mln osób. Niemal połowa odnotowanych przypadków zachorowań dotyczyła czterech krajów – Nigerii (27 proc.), Demokratycznej Republiki Konga (12 proc.), Ugandy (5 proc.), a także Mozambiku (4 proc.).

źródło: WHO

Noma na liście chorób tropikalnych

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) poszerzyła oficjalną listę zaniedbanych chorób tropikalnych (NTDs, neglected tropical diseases) o kolejną pozycję. Znalazła się na niej noma (rak wodny, *cancrum oris*), zwana także martwiczym zapaleniem tkanek twarzoczaszki. Choroba atakuje osoby niedożywione, z zaburzeniami odporności, głównie dzieci w wieku od dwóch do sześciu lat w regionach skrajnego ubóstwa. Przypadki nomy odnotowuje się przede wszystkim w Afryce Subsaharyjskiej, ale pojedyncze zachorowania zdarzają się też w innych regionach świata.

Choroba zaczyna się od zapalenia błony śluzowej jamy ustnej, ale szybko postępuje, doprowadzając do utraty zębów, wyniszczenia warg, policzków, śluzówki nosa. Ma ciężki przebieg, a bez szybkiej i skutecznej interwencji doprowadza do poważnych oszpeceń i śmierci pacjenta. Za jej rozwój odpowiedzialne są bakterie bytujące w jamie ustnej. WHO wskazała nomę jako jedno z najbardziej niedocenianych wyzwań zdrowotnych na świecie, a włączenie jej na oficjalną listę NTDs ma przyczynić się do wzrostu świadomości na temat tej choroby i zwiększenia wysiłków na rzecz lepszej kontroli nad jej rozprzestrzenianiem.

źródło: WHO

Czytelne dokumenty

Lekarze praktykujący w stanie Orisa (Indie) mają wypełniać protokoły sekcji zwłok, recepty i inne dokumenty medyczne czytelnym charakterem pisma albo używając wielkich liter. Tamtejszy sąd stanowy poprosił lokalne władze o wydanie dla medyków zalecenia w tej sprawie. Jak informują indyjskie media, sąd zwrócił się z tym postulatem do sekretarza generalnego rządu stanowego Orisy po tym, jak podczas jednej z rozpraw napotkano na problem z odczytaniem protokołu badania sekcyjnego. Rozwiązanie to ma oszczędzić wymiarowi sprawiedliwości trudności w odczytywaniu dokumentacji medycznej, która jest dowodem w procesach sądowych. Ma też przynieść korzyści ogółowi społeczeństwa. Orisa to stan położony we wschodniej części Indii, nad Zatoką Bengalską, mieszka tam ponad 40 mln ludzi.

źródło: India Today / Times of India / ndtv.com

Pionier transplantacji nie żyje

Na początku stycznia dotarła do świata medycznego smutna informacja. W wieku 93 lat zmarł brytyjski chirurg sir Roy Calne. Przyczyną śmierci była niewydolność serca. Prof. Roy Calne w 1968 r. w szpitalu Addenbrooke (Cambridge) wraz z zespołem dokonał pierwszego udanego przeszczepienia wątroby w Europie. Dekadę później był pierwszym lekarzem, który zastosował lek immunosupresyjny (cyklosporyna) w celu redukcji odrzucenia przeszczepionego organu. Z kolei w 1986 r. wspólnie z prof. Johnem Wallworkiem przeprowadził pierwsze jednoczesne przeszczepienie serca, wątroby i płuc.

Źródło: University of Cambridge / British Transplantation Society / BBC

PRAKTYKA LEKARSKA

Nikt w Polsce nie pali!

PROF. DR HAB. N. MED. PRZEMYSŁAW KARDAS

Nikt także nie nadużywa leków nasennych ani alkoholu. Taki wniosek można wyciągnąć, analizując dokumentację medyczną. Unikając tych rozpoznań, zmniejszamy jednak szanse pacjentów na poprawę swojego zdrowia.

Zopublikowanych w 2023 r. badań prowadzonych przez Polską Akademię Nauk wynika, że blisko co trzeci Polak pali codziennie papierosy. Do palenia przyznało się 28,8 proc. dorosłych (w tym 30,8 proc. mężczyzn oraz 27,1 proc. kobiet). Ma to bardzo poważne następstwa zdrowotne, palenie tytoniu jest bowiem jednym z najważniejszych czynników rozwoju chorób sercowo-naczyniowych i nowotworów, a także wielu innych schorzeń.

W dokumentacji medycznej próżno jednak szukać informacji na ten temat. Pacjenci opuszczający szpital po przebiegu zawału serca spowodowanego następstwami palenia nie mają w znakomitej większości przypadków postawionego rozpoznania nikotynizmu. Wśród ich rozpoznań znacznie łatwiej natrafić na zupełnie nieistotne informacje, jak zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa lub niedobór witaminy D. O paleniu ani słowa!

Trudno przypuszczać, że jest to celowe działanie lekarzy, a tym bardziej przemysłna zмова w celu ukrycia zgubnego nałogu. Wyjaśnienie jest bardziej prozaiczne. Nikt nie uczył adeptów medycyny, jak sprawnie posługiwać się wykorzystywaną w Polsce klasyfikacją ICD-10. Opracowana przez Światową Organizację Zdrowia Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych nie jest niestety w pełni intuicyjna. Niektóre kody nie są łatwe do znalezienia i w praktyce są niemal nieznane (patrz ramka).

JAK KODOWAĆ?

Pacjenci, którym w dokumentację wpisuje się kod F17 („Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane paleniem tytoniu”), zazwyczaj

gwałtownie się obruszają. I słusznie, większość z nich nie spełnia bowiem kryterium zaburzeń psychicznych i nie wymaga tak daleko idącej stygmatyzacji. Z kolei kod T65.2 „Tytoń i nikotyna”, podpowiadany często przez automatyczne internetowe narzędzia wyszukiwające, jest równie nieadekwatny, bo dotyczy... zatruć. Jedynym poprawnym wyjściem wydaje się użycie kodu Z72.0 „Używanie tytoniu”. Jednoznacznie wskazuje on problem, należy do kategorii „Problemy związane ze stylem życia” (Z72) i nie obraża nikogo.

Pytani o skutki palenia studenci jednym tchem wymieniają raka płuc. Tak samo myślą pacjenci. Pomóżmy im zatem zrozumieć, że palenie naprawdę szkodzi, i to na różne sposoby. Są takie choroby, w których niemal 100 proc. przypadków ma związek z paleniem tytoniu. Jeśli w dokumentacji medycznej znajduje się rozpoznanie POChP, to niemal z automatu trafić tam powinien nikotynizm. Jeśli pacjent ma niedokrwienie kończyn dolnych z objawami chromania przestankowego, to niemal na pewno jest palaczem. Pamiętajmy zatem o stosownym kodzie ICD 10 szczególnie w tych przypadkach, zaprzestanie palenia tytoniu jest bowiem w tych sytuacjach bezwzględny warunkiem opóźnienia postępów choroby.

CZY TO KARA?

Sprawdzone strategie rzucania palenia, picia i innych nałogów rozpoczynają się od uświadomienia sobie przez pacjenta uzależnienia. Każdy

10 PRZYPADKÓW KODÓW KLASYFIKACJI ICD 10

1. E66 Otyłość
2. F10 Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu
3. F11.2 Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kanabinoli
4. F13 Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji uspokajających i nasennych
5. K70 Alkoholowa choroba wątroby
6. Z72.0 Używanie tytoniu
7. Z72.3 Brak aktywności fizycznej
8. Z72.4 Nieodpowiednia dieta lub nawyki żywieniowe
9. Z91.1 Niestosowanie się do zaleceń i dyscypliny leczniczej w wywiadzie
10. Z28.2 Szczepienie niewykonane z powodu decyzji pacjenta wynikającej z nieokreślonych przyczyn

z nas słyszał klasyczny tekst z mitingów AA „Nazywam się Jan Kowalski i jestem alkoholikiem”... Cały sens proponowanych działań sprowadza się zatem do tego, aby pacjentowi w tym pomóc. Bo choroba wieńcowa,

Studenci będą kontynuować naukę

Samorząd lekarski zajął stanowisko w sprawie studentów kierunków lekarskich, które nie spełniają wymogów.

która doprowadziła do zawału serca, nie wzięła się znikąd, tylko jest wynikiem wieloletniego narażenia na dym tytoniowy. Marskość wątroby to nie zrządzenie losu, tylko wynik przewlekłej intoksykacji alkoholem, czyli mówiąc po prostu wynik picia wódki. Bo otyłość, której następstwa prowadzić mogą do cukrzycy, chorób stawów, a w skrajnym przypadku nawet do śmierci, to skutek złej diety i braku ruchu fizycznego.

Umieszczenie w dokumentacji medycznej adekwatnych rozpoznań nie powinno być zatem postrzegane jako kara dla pacjenta. Przeciwnie, to pierwszy krok do tego, by uzmysłowić pacjentowi, że nie wszystko jeszcze stracone.

A JEŚLI PACJENT NIE PRZESTRZEGA TERAPII?

Raport Światowej Organizacji Zdrowia podkreśla, że 50 proc. pacjentów leczących choroby przewlekłe nie w pełni stosuje się do zaleceń terapii. Czy znaczy to, że co drugiemu warto dopisać stosowny kod? Zdecydowanie nie, postępowanie takie mija się z celem. Jeśli pacjent zapomniał wziąć poranną dawkę leków na nadciśnienie albo zamiast siedem dni przyjmował antybiotyki tylko przez sześć, nie ma potrzeby „uwieczniać” tego pod postacią stosownego rozpoznania. Sytuacja ma się zupełnie inaczej, gdy pacjent często lub w sposób brzemienisty w skutkach nie stosuje się do zaleceń lekarskich. Wyobraźmy sobie osobę, która przerywa stosowanie insuliny w cukrzycy typu 1 lub z powodu niebrania leków prowadzi do utrzymywania się ciśnienia w granicach 200/120 mm Hg. Z powodów „dydaktycznych”, ale także dla zaznaczenia, że to nie lekarz ponosi w tych sytuacjach odpowiedzialność za nieskuteczność leczenia, warto posłużyć się kodem Z91.1 „Niestosowanie się do zaleceń i dyscypliny leczniczej w wywiadzie”. To także wyraźny sygnał dla innych lekarzy, żeby przed ewentualną intensyfikacją terapii zweryfikowali stosowanie leków przez pacjenta. ●

Autor jest kierownikiem Centrum Badań nad Przestrzeganiem Zaleceń Terapeutycznych i Zakładu Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi



foto: materiały prasowe

Jeśli doszłoby do zamknięcia kierunków lekarskich, które nie spełniają odpowiednich wymogów i otrzymałyby negatywną opinię Polskiej Komisji Akredytacyjnej, uczelnie zrzeszone w Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych (KRAUM) byłyby gotowe przyjąć studentów z tych placówek.

Taką deklarację uzyskał od przewodniczącego KRAUM prof. Marcina Gruchały wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) dr Mateusz Kowalczyk podczas czwartkowego posiedzenia KRAUM z udziałem wiceministra zdrowia Wojciecha Konecznego i dyrektora Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych Ministerstwa Zdrowia Małgorzaty Zadorożnej.

Jednym z tematów posiedzenia była pożądana przez samorząd lekarski zmiana przepisów zmierzających do zamknięcia kierunków lekarskich, które nie spełniają odpowiednich wymogów i otrzymałyby negatywną opinię PKA. Na pytanie dziennikarza „Gazety Lekarskiej”, czy gdyby tak się stało, uczelnie zrzeszone w KRAUM byłyby gotowe przyjąć studentów z tych placówek, prof. Marcin Gruchała odpowiedział: „Jeśli doszłoby do zamknięcia kierunku lekarskiego, to studenci muszą zostać gdzieś przyjęci, tak by kontynuowali naukę. Jeżeli Ministerstwo Zdrowia zwróci się do KRAUM z taką potrzebą, na pewno podejmiemy do tego z otwartością na studentów. Uważam, że to nasz obowiązek”.

Pytany, jak ocenia pomysł, by w miejsce kierunku lekarskiego w uczelniach, które niedawno uruchomiły takie studia, stworzyć we współpracy z resortem możliwość kształcenia na nowym kierunku, np. jako medyczny asystent lekarza, prof. Gruchała stwierdził: „Bez wątpienia mamy deficyty w wielu zawodach medycznych, a system ochrony zdrowia potrzebuje także osób, które pełnią rolę wspierającą. Niezwykle ważne jest kształcenie opiekunów medycznych czy asystentów lekarza. Myślę, że część uczelni – zwłaszcza tych nieposiadających profilu akademickiego – mogłoby prowadzić takie kształcenie, tak jak z powodzeniem uczą studentów na kierunkach praktycznych – pielęgniarstwie, położnictwie czy ratownictwie medycznym”.

Szef KRAUM i jednocześnie rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego zaznaczył, że KRAUM nie ma nic przeciwko powiększeniu grona instytucji certyfikujących umiejętności lekarskie o samorząd lekarski i uniwersytety medyczne.

„Samorząd lekarski prowadzi liczne kursy i szkolenia, które poszerzają wiedzę oraz umiejętności. W zakresie instytucji, które miałyby prawo uczestniczyć w procesie certyfikacji, powinny decydować kompetencje. Ostatecznie i tak wszystkie wymogi są zweryfikowane przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego” – zapewnił prof. Gruchała. ●

PAWEŁ DOCZEKALSKI
REDAKTOR NACZELNY

**UCHWAŁA NR 44/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z DNIA 15 GRUDNIA 2023 R.**

w sprawie nabycia nieruchomości

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 23 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Zobowiązuje się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – Łukasza Jankowskiego i Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej – Grzegorza Mazura do zawarcia umowy nabycia nieruchomości położonej przy ul. Jana III Sobieskiego 110 lok. 1U (dawna siedziba Banku Pekao S.A.), wpisanej do księgi wieczystej nr WA2M/00492877/4 za cenę do 9.000.000 zł brutto (słownie: dziewięć milionów złotych).

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 45/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z DNIA 15 GRUDNIA 2023 R.**

w sprawie powołania Pełnomocnika Naczelnej Rady Lekarskiej ds. zagospodarowania pomieszczeń Naczelnej Izby Lekarskiej

Na podstawie art. 5 pkt 23, w zw. z art. 39 ust. 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Na okres IX kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej ustanawia się lek. Wojciecha Domkę Pełnomocnikiem ds. zagospodarowania pomieszczeń Naczelnej Izby Lekarskiej.

§ 2.

1. Powierza się Pełnomocnikowi ds. zagospodarowania pomieszczeń Naczelnej Izby Lekarskiej wykonywanie zadań polegających na dokonywaniu czynności związanych z organizowaniem,

planowaniem, urządzaniem przestrzeni poszczególnych pomieszczeń i całości Naczelnej Izby Lekarskiej.

2. Zobowiązuje się Pełnomocnika do przedstawienia Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej koncepcji prawidłowego i funkcjonalnego zagospodarowania przestrzeni pomieszczeń i całości Naczelnej Izby Lekarskiej w terminie do końca czerwca 2024 r., w celu jej zatwierdzenia.

§ 3.

W swoich działaniach Pełnomocnik podlega bezpośrednio Prezesowi Naczelnej Rady Lekarskiej oraz współpracuje z Sekretarzem Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 46/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z DNIA 15 GRUDNIA 2023 R.**

w sprawie sprzedaży nieruchomości

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 23 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – Łukasza Jankowskiego i Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej – Grzegorza Mazura do zawarcia umowy sprzedaży nieruchomości położonej w Warszawie przy ul. Konduktorskiej 4, lok. 19/U, wpisanej do księgi wieczystej nr WA2M/00167347/3.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 47/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z DNIA 15 GRUDNIA 2023 R.**

w sprawie zmiany składu członków komisji ds. szpitalnictwa

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 5 i 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) i § 6 ust. 1 Regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 14 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej oraz § 5 ust. 2 załącznika do uchwały Nr 18/16/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 września 2016 r. w sprawie zasad i trybu powoływania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej oraz regulaminu ich działania uchwala się, co następuje:

§ 1.

Ze składu członków komisji ds. szpitalnictwa, odwołuje się: Natalię Butt-Husaim, Sławomira Józefowicza, Tomasza Kozła.

§ 2.

W § 1 pkt 13 uchwały nr 33/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 września 2022 r. w skład członków komisji ds. szpitalnictwa dodaje się: Michała Sokołowskiego, Antoniego Ciacha, Artura Rydzika.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UZASADNIENIE

W okresie od 9 marca 2023 r. do 8 grudnia 2023 r. miało miejsce 8 posiedzeń Komisji ds. Szpitalnictwa. Troje z dziesięciu członków, tj.: Natalia Butt-Husaim, Sławomir Józefowicz oraz Tomasz Kozioł uczestniczyło w pracach komisji wyłącznie raz. Zmiana składu osobowego, członków Komisji ds. Szpitalnictwa z uwagi na brak zaangażowania ww. członków jest konieczna.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 48/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z DNIA 15 GRUDNIA 2023 R.**

zmieniająca uchwałę w sprawie składu komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 5 i 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) i § 6 ust. 1 Regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 14 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej oraz § 5 ust. 2 załącznika do uchwały Nr 18/16/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 września 2016 r. w sprawie zasad i trybu powoływania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej oraz regulaminu ich działania uchwała się, co następuje:

§ 1.

W uchwale nr 33/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 września 2022 r. w sprawie składu komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej w § 1 pkt 6 do składu powołanych członków komisji ds. Młodych Lekarzy dodaje się Katarzynę Gawłowską.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 49/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ****Z DNIA 15 GRUDNIA 2023 R.**

w sprawie zgłoszenia kandydata na członka Rady Akredytacyjnej

Na podstawie art. 5 pkt 20 i 24 w zw. z art. 39 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) i art. 48 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U. z 2023 r. poz. 1692 z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Zgłasza się kandydaturę lek. Piotra Pawliszaka na członka Rady Akredytacyjnej, o której mowa w art. 47 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 50/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z DNIA 15 GRUDNIA 2023 R.**

w sprawie upoważnienia do podjęcia działań w sprawie realizacji Apelu nr 2 z 22 listopada 2023 r. Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie oraz Apelu Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach z 6 grudnia 2023 r.

Na podstawie art.5 pkt 12, 14 i 15, w zw. z art. 39 ust. 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Upoważnia się kol. Roberta Stępnia do podjęcia działań, w tym do prowadzenia rozmów z właściwymi organami oraz instytucjami, zmierzających do realizacji apelu nr 2 Okręgowej Rady Lekarskiej z Krakowie z dnia 22 listopada 2023 r. o podjęcie działań mających na celu eliminację dysproporcji pomiędzy wynagrodzeniem lekarzy/lekarzy dentystów specjalistów, a wynagrodzeniem w trakcie specjalizacji oraz apelu Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach z dnia 6 grudnia 2023 r. o podjęcie działań zmierzających do ustalenia wysokości minimalnego wynagrodzenia lekarzy i lekarzy dentystów likwidujących dysproporcje płacowe

pomiędzy lekarzami i lekarzami dentystami o różnych poziomach kwalifikacji.

§ 2.

Zobowiązuje się kol. Roberta Stępnia do przekazania sprawozdania z podjętych działań, o których mowa w § 1 w terminie do 31 marca 2024 r.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 51/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z DNIA 15 GRUDNIA 2023 R.**

w sprawie upoważnienia do podjęcia działań w sprawie realizacji Apelu nr 3 z 23 listopada 2023 r. Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie

Na podstawie art.5 pkt 12, 14 i 15, w zw. z art. 39 ust. 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Upoważnia się kol. Roberta Stępnia do podjęcia działań, w tym do prowadzenia rozmów z właściwymi organami oraz instytucjami, zmierzających do realizacji apelu nr 3 Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie z dnia 23 listopada 2023 r. w sprawie pilnej wyceny świadczeń leczenia retinopatii wcześniaków.

§ 2.

Zobowiązuje się kol. Roberta Stępnia do przekazania sprawozdania z podjętych działań, o których mowa w § 1 w terminie do 31 marca 2024 r.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

PRAKTYKA LEKARSKA

Wtorki z innowacjami

LUCYNA KRYSIAK

DZIENNIKARKA

Raz w tygodniu lekarze i lekarze dentyści mogą się szkolić w zakresie innowacji.

Celem szkoleń, które są organizowane przez Ośrodek Kształcenia działający w strukturze COBiK NIL w porozumieniu z Centrum Innowacji i Telemedycyny NIL, jest uświadomienie lekarzom, jak innowacyjność może zmieniać podejście do medycyny, modelu opieki nad pacjentem i w jaki sposób przekłada się na codzienną praktykę.

W minionym 2023 r. 10 proc. wszystkich działań szkoleniowych zainicjowanych i realizowanych przez COBiK NIL dotyczyło innowacji w medycynie. To czytelną wskazówką, że wśród lekarzy istnieje duże zapotrzebowanie na szkolenia z tej tematyki. Lekarzy interesują nie tylko polskie start-upy medyczne (w Europie powstało ich już ponad 600), ale także sztuczna inteligencja, różnorodność urządzeń technicznych wykorzystywanych w telemedycynie czy cyfryzacja. Te nowatorskie rozwiązania mają przygotować medyków do nowych realiów, w których rządzić będą nowoczesne technologie, a praca lekarza, który już jest zawodem deficytowym, będzie przez nie wspierana w znacznie większym wymiarze niż dotychczas.

– Te pierwsze ubiegłoroczne szkolenia na temat innowacji można było potraktować jako test, który zakończył się sukcesem. W wielu z nich uczestniczyło nawet 200 lekarzy. Tak duża frekwencja zainspirowała nas do tego, by jeden dzień tygodnia przeznaczyć na szkolenia, których tematem będą innowacje. Zdecydowaliśmy, że będzie to wtorek. Powtarzalność wtorkowych spotkań ma utrwalić ich cykliczność i ułatwić dostępność do przygotowanej dla

lekarzy oferty szkoleniowej – tłumaczy Łukasz Sosnowski, partner operacyjny NIL IN. W 2023 r. odbyło się 26 szkoleń dotyczących innowacji w medycynie, a wtorkowych spotkań innowacyjnych od stycznia do kwietnia zaplanowano 27. W każdy wtorek odbędą się dwa szkolenia. Pierwsze o godz. 16.00, drugie o godz. 18.00.

DALEKOSIĘŻNE PLANY

Plany szkoleniowe na pierwszy kwartał 2024 r. podzielono na trzy obszary tematyczne. Pierwszy zdominowały start-upy medyczne. Zawierają one pakiet informacji o tym, co z najnowszych technologii jest już dostępne (kilkanaście start-upów już sprawnie działa na polskim rynku medycznym, a kolejnych kilkadziesiąt jest na różnych etapach rozwoju), które z tych technologii są certyfikowane i gdzie zostały wdrożone. Uczestnicy poznają również historię ścieżki produktowej, np. dotyczącej oprogramowania czy określonych urządzeń medycznych, a także informacje definiujące, co to znaczy dla firmy być start-upem, i wyjaśniające, jakie są wynikające z tego obowiązki.

Drugi obszar dotyczy innowacji kojarzonych z systemami sztucznej inteligencji, które w medycynie są związane z rozwiązaniami klinicznymi – tym, jak działają te systemy, czym jest tzw. black box, czyli czarna skrzynka, co to

znaczy, że czarna skrzynka będzie musiała być wytłumaczalna, aby lekarz, a także potencjalny pacjent wiedzieli, jak działa. Trzeci obszar szkoleniowy można nazwać regulacyjno-prawnym w innowacjach (ochrona danych osobowych, regulacja AI – artificial intelligence, sztuczna inteligencja), MDR (medical device regulation, czyli regulacje dotyczące produktów medycznych) i DTx, czyli refundacji systemów cyfrowych.

BARIERĄ BRAK REFUNDACJI

Wiele polskich rozwiązań innowacyjnych jest już gotowych do wdrożenia, przeszło pozytywnie badania kliniczne i ma certyfikaty, ale do ich upowszechnienia potrzebne są decyzje refundacyjne. – Zarówno polski, jak i europejskie systemy finansowania nie były gotowe na taką obfitość choćby urządzeń wraz z innowacyjnymi oprogramowaniami. Spektakularnym przykładem jest stetoskop elektroniczny, praktycznie niedostępny w codziennej praktyce lekarskiej, czy moduł automatycznej interpretacji wyników badań krwi. Największym wyzwaniem na drodze do powszechności zastosowania innowacji w medycynie jest stworzenie systemu wspierającego ich wdrażanie i świadomość konsumentów, że muszą rozważyć partycypowanie w kosztach – zaznacza Łukasz Sosnowski. ●

NIL Naczelna Izba LekarskaOśrodek Kształcenia
COBiK NIL **nil in**
Sieć Lekarzy Innowatorów**SZKOLENIA Z INNOWACJI**

zapisy i harmonogram szkoleń



SZKOLENIA OŚRODKA KSZTAŁCENIA NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ

Luty 2024 r.

Szkolenia organizujemy głównie w formule online, jednak w naszej ofercie znajdują się również warsztaty stacjonarne.

Szkolenia obejmują szeroki zakres tematów, takich jak:

- dedykowana wiedza medyczna w poszczególnych specjalizacjach,
- zrozumienie i funkcjonowanie w systemie ochrony zdrowia,
- rozwijanie kompetencji miękkich i umiejętności komunikacyjnych,
- dbanie o własne zdrowie i dobrostan, zarządzanie sobą i placówkami medycznymi,
- prawo medyczne, innowacje w medycynie.

W lutym kalendarz szkoleń Ośrodka Kształcenia NIL oferuje tematy związane z doskonaleniem zawodowym lekarzy dentystów, takie jak np. **Ochrona Radiologiczna Pacjenta z zakresu LST** oraz wiele szkoleń organizowanych w partnerstwie z:

- Polskim Towarzystwem Badania Bólu,
- Polskim Towarzystwem Komunikacji Medycznej,
- Polskim Towarzystwem Otyłości Dziecięcej,
- Polskim Towarzystwem Neurofizjologii Klinicznej.

Ośrodek Kształcenia NIL zaprasza na cykl szkoleń pt. „Wtorki z innowacjami”!

W każdy wtorek między 16:00 a 20:00 odbędą się szkolenia dla lekarzy i lekarzy dentystów oraz społeczności NIL IN, których celem jest zdobycie wiedzy na temat innowacji w medycynie. Osoby uczestniczące będą mogły nabyć umiejętności w zakresie:

- **06.02.2024** Wprowadzenie do Innowacji w Medycynie, godz. 16:00-18:00
- **06.02.2024** Czerwone flagi startupowe - kluczowe błędy, których musisz unikać, godz. 18:00-20:00
- **13.02.2024** Przegląd Innowacji Medycznych w EU, godz. 16:00-18:00
- **13.02.2024** Sztuczna inteligencja w diagnostyce wad wrodzonych serca - praktyczne zastosowania, godz. 18:00-20:00
- **20.02.2024** Data Science w Medycynie: Innowacje w rozwoju, godz. 16:00-18:00
- **20.02.2024** Ochrona danych osobowych w pracy lekarza, godz. 18:00-19:30
- **27.02.2024** Deep Learning w Diagnostyce: Nowa Era, godz. 16:00-18:00
- **27.02.2024** Współpraca i wdrożenia ze startupami, godz. 18:00-20:00

Partnerem szkoleń jest NIL IN - Sieć Lekarzy Innowatorów



Zapisy na szkolenia:

www.nil.org.pl/dla-lekarzy/kursy-i-szkolenia



szkolenia@nil.org.pl



(22) 559 13 00 wew. 507



NIL NA SZYBKO

Podziel się podatkiem i pomóż potrzebującym

Zbliża się czas rozliczania PIT i przekazania 1,5 proc. podatku. Jeśli nie macie wybranego celu, warto przeznaczyć te pieniądze na Fundację Lekarze Lekarzom.

JAKUB KOSIKOWSKI
RZECZNIK NACZELNEJ IZBY
LEKARSKIEJ



Część czytających pewnie właśnie się dowie o istnieniu fundacji, więc krótko, słowami jej prezesa: „Pomagamy lekarzom i lekarzom denty stom w trudnej sytuacji życiowej, od zalania domu, przez ciężkie choroby, aż po śmierć”. Wsparcie, jakiego udziela FLL, może mieć formę dofinansowania, stypendiów i zapomóg. Fundacja pomaga także w uruchamianiu zbiorów dla rodzin lekarzy, którzy odeszli. Jeśli potrzebujecie takiej pomocy lub znacie jakiegoś lekarza, który jej potrzebuje, ale wstydzi się o nią poprosić – zgłoście się zarówno do swojej OIL, jak i FLL.

Kolejne ważne sprawy to nowy rząd, nowa minister, ale stare problemy. O czym będziemy rozmawiać z nową władzą? Dla tych, co lubią krótko: o automatycznej refundacji, *no fault*, lekarzach na warunkowym PWZ i ich uprawnieniach, karach za nienależną refundację, recepto-, narkotiko- i zwolnieniomatych, ustaleniach forum ds. jakości, reformie LEK i PES, o nowych wydziałach lekarskich. Tematów dużo, ministerstwo w skompletowanym składzie, czas start.

Kropla draży skalę – dzięki wspólnym działaniom Komisji Kształcenia Medycznego NRL z przewodniczącym Damianem Pateckim oraz Porozumienia Rezydentów OZZL udało się przebić do mainstreamu z problemem nowych kierunków lekarskich oraz nowej PKA. Efekt, który mamy na dziś, to zmiana 25 proc. składu PKA powołanego przez ministra Przemysława Czarnecka.

Od 25 do 31 grudnia w kilku telewizjach gościł spot NIL osławiający widzów – pacjentów z tym, jak wygląda praca lekarza w polskim systemie. Cała akcja (bo to niejedyny spot) związana jest z odpowiedzialnością zawodową i karną lekarzy oraz zmianami i kierunkiem, w którym chcielibyśmy podążać. Spot wedle statystyk obejrzało 5,3 mln widzów.

I na koniec coś luźniejszego. 16-17 marca w Łodzi odbędą się pierwsze Mistrzostwa Polski Lekarzy i Lekarzy Denty stom w Futsalu. W imieniu organizatorów serdecznie zapraszamy wszystkich amatorów halówki. ●

O TYM SIĘ MÓWI

Najważniejszy polski lekarz

Podsumowanie dorobku osób, które decydowały w 2023 r. o kształcie i zmianach naszego systemu ochrony zdrowia, w znacznej części przypomina strony dawnych gazet z nekrologami – napisał w „Alfabcie 2023” na stronach miesięcznika „Modern Healthcare Institute” jego redaktor naczelny Krzysztof Jakubiak. „Może się okazać, że jedna trzecia albo i połowa tych najważniejszych aktorów zejdzie ze sceny naszego systemu – i to nie tylko wskutek zmiany na szczytach władzy. W wielu przypadkach to decyzje apolityczne, biznesowe lub całkowicie prywatne. Łukasz Jankowski na dobre wszedł w buty najważniejszego polskiego lekarza. Dzieli i rządzi. Jednym wotum nieufności potrafił zmienić ministra. Na debatach blizszy bon motami i dykteryjkami. Zapowiada się długie panowanie” – prognozuje Krzysztof Jakubiak.

Rzecznik walczy z szarlatanami

Owalce z tzw. szarlatanami oraz uporządkowaniu nadzoru nad wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza denty stom rozmawiał podczas styczniowego spotkania w NIL z Rzecznikiem Praw Pacjenta prezes NRL Łukasz Jankowski. – Z Bartłojem Chmielowcem poruszyliśmy kwestię zacieśniania współpracy oraz skuteczniejszego dbania o dobro pacjentów w systemie opieki zdrowotnej. Analizujemy możliwości i działania w celu ochrony pacjentów przed osobami, które stosują niesprawdzone, a często eksperymentalne terapie, działającymi jako szarlatani. Jednocześnie widzimy potrzebę właściwego zdefiniowania kompetencji oraz jasnych regulacji dotyczących nadzoru nad wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza denty stom – mówił po spotkaniu prezes Jankowski. – Rozmawialiśmy także o powołaniu zespołów, których zadaniem będzie wypracowanie zasad współpracy oraz ustalenie

strategii działań na rzecz bezpieczeństwa pacjenta – dodał Bartłomiej Chmielowiec. „Silny Rzecznik Praw Pacjenta nie przeszkadza lekarzom. Przeciwnie. Nam zależy na tym, by jak najlepiej wykonywał swoje obowiązki i chronił prawa pacjenta. Natomiast jest dla nas niedopuszczalne, by RPP, czyli urzędnik państwowy, wchodził w kompetencje samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów. A tym właśnie jest prawo do zamykania praktyk lekarskich, jeśli RPP stwierdzi, że nie działają one zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Nadzór nad wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentysty sprawuje – na podstawie ustawy o izbach lekarskich, która ma umocowanie w Konstytucji RP – samorząd tych zawodów” – czytamy w wywiadzie, którego na początku stycznia udzielił portalowi Medycyna Praktyczna prezes NRL Łukasz Jankowski.

W Sejmie o postulatach NIL

Priorytetowe zmiany legislacyjne dotyczące środowiska lekarskiego oraz systemu ochrony zdrowia były tematem spotkania przedstawicieli prezydium NRL z kierownictwem sejmowej Komisji Zdrowia. Omówiono samorządową propozycję wprowadzenia systemu *no fault* w odniesieniu do pracowników medycznych, a także problem kształcenia lekarzy na nieprzygotowanych do tego uczelniach. Przedstawiciele NRL przypomnieli też postulaty z tzw. Siódemki NIL (#7NIL). – Spotkanie w Sejmie było ważnym etapem dialogu między NRL a władzami państwowymi, które zadeklarowały chęć współpracy we wprowadzeniu kompleksowych zmian mających na celu poprawę systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Jako samorząd nieustannie wierzymy, że nasze wspólne starania przyniosą efekty dla wszystkich medyków oraz pacjentów – podsumował prezes NRL Łukasz Jankowski.

PWZ w formie elektronicznej

Dział Informatyki Naczelnej Izby Lekarskiej zakończył pracę nad systemem nowego elektronicznego Prawa Wykonywania Zawodu (ePWZ).

– Będzie ono miało pełną moc do-tychczasowych fizycznych dokumentów i może być pierwszym krokiem do minimalizacji liczby wydawanych przez lekarzy dokumentów w formie fizycznej – tłumaczy Piotr Kalkowski, członek NRL i pełnomocnik ds. rozwoju i informatyzacji NIL. ePWZ, które będzie widniało w aplikacji mObywatel, wejdzie w życie wraz z podpisaniem przez ministra zdrowia odpowiedniego rozporządzenia.

Podnieść rangę opinii PKA

Owprowadzenie zmian legislacyjnych nadających Polskiej Komisji Akredytacyjnej większy zakres uprawnień, tak by jej opinie były wiążące dla ministra nauki i szkolnictwa wyższego, zapelowała NRL w swoim stanowisku z 15 grudnia 2023 r. w sprawie wymogów gwarantujących wysoką jakość kształcenia na kierunkach lekarskich. „NRL niezmiennie stoi na stanowisku, iż zabieganie o wysoką jakość kształcenia na wydziałach lekarskich jest elementarnym obowiązkiem samorządu lekarskiego. Kształcenie studentów na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym powinno opierać się na najwyższych standardach edukacyjnych w trosce o bezpieczeństwo pacjentów, które zależy od jakości usług medycznych” – czytamy w dokumencie. NRL jest zdania, że w składzie zespołu nauk medycznych i nauk o zdrowiu PKA, opiniującego kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny, powinien znaleźć się przedstawiciel samorządu lekarskiego.

O polskich uczelniach

W2014 r. w Polsce działało 12 uczelni wyższych prowadzących studia medyczne. Od tego czasu ich liczba wzrosła trzykrotnie – w 2023 r. w Polsce działa 36 uczelni uprawnionych przez władze do prowadzenia studiów medycznych – mówił Łukasz Jasek,

członek NRL i Ośrodka Współpracy Zagranicznej NIL, podczas spotkania Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich. – Środowisko lekarskie reprezentowane przez samorząd lekarski niepokoi, że niektóre z nowych uczelni medycznych nie są przygotowane do zapewnienia kształcenia wymaganej jakości – zarówno pod względem zaplecza, jak i kadry akademickiej. Wiele z tych szkół nie ma odpowiednich pracowników anatomicznych. Część zajęć odbywa się wyłącznie online. W ostatnich latach obniżono wymogi prawne dotyczące otwierania studiów medycznych. Część uczelni nie ma statusu uniwersytetu lub przynajmniej uczelni akademickiej. Wiele to po prostu szkoły zawodowe lub techniczne, które nie mają żadnego doświadczenia w dziedzinie medycyny – tłumaczył Łukasz Jasek.

Niepełnosprawność nie wyklucza

Moje marzenia i plany dotyczące studiów lekarskich zostały mocno zweryfikowane po wypadku na snowboardzie, któremu uległem w 2009 r. Dzięki wsparciu bliskich, długiej rehabilitacji i po przemyśleniach uznałem, że nie zrezygnuję z marzeń – przekonywał w Międzynarodowym Dniu Osób z Niepełnosprawnościami Oleg Nowak, pełnomocnik NRL ds. lekarzy z niepełnosprawnościami, rezydent radiologii. – W społecznym postrzeganiu zawodu lekarza, także wśród samego środowiska lekarskiego, zakorzeniło się przekonanie, że lekarz musi być w pełni sprawny. Jednak co oznacza określenie „w pełni sprawny” w kontekście lekarza w 2023 r.? Czy diagnoza dotycząca choroby wirusowej czy infekcji postawiona przez lekarza rodzinnego, który porusza się na wózku inwalidzkim, będzie znacząco różnić się od diagnozy innego lekarza tej samej specjalizacji? Zapewne nie, a zatem będzie pełnoprawna, w pełni wiążąca. Niepełnosprawność nie wyklucza, ale pozwala zauważyć dziedziny, które przyniosą satysfakcję i spełnienie, pozwolą odnaleźć się osobie z niepełnosprawnością w konkretnej, potrzebnej roli – zapewnił Oleg Nowak. ●

KAWA Z INNOWATOREM

Doktor Biliński i rewolucja w mikrobiomie

JAKUB CHWIEĆKO

PEDIATRA, PARTNER ZARZĄDZAJĄCY NIL IN

Ambicją Human Biome jest wprowadzenie na rynek leków, które będą przełomem w leczeniu antybiotykooporności i nowotworów, stawiając Polskę na czele innowacji w biotechnologii.

Z doktorem Jarosławem Bilińskim spotykam się pod koniec grudnia w poświęconej atmosferze. Po kilku dniach spędzonych na jedzeniu i świętowaniu przyszedł czas na rozmowy o innowacjach. Doktor Biliński jest założycielem Human Biome Institute, pionierskiej firmy w dziedzinie terapii mikrobiomowych.

Jego fascynacja nauką rozwijała się już w czasach akademickich, a tematyką mikrobioty zainteresował się podczas pierwszego roku specjalizacji z hematologii, gdy zgłębiał immunologię i terapie przeciwnowotworowe oraz potencjał mikrobioty jelitowej w kontekście przeszczepów szpiku.

– Przypominam, że jelita to świat zewnętrzny. Wraz ze skórą i wątrobą tworzy trzy główne bariery oddzielające nas od tego świata. To w nich właśnie występują największe skupiska komórek odpornościowych, które kontaktują się ze światem zewnętrznym, np. bakteriami. A układ odpornościowy reaguje w związku z tym, jakie sygnały ten skład mikrobioty przesyła do układu odpornościowego – tłumaczy dr Biliński.

Wywodzący się z akademickiego środowiska Human Biome skupia się na rozwijaniu terapii bazujących na mikrobiocie jelitowej. Obecnie koncentruje się na czterech głównych projektach: lekach na zakażenia oporne na antybiotyki, terapiach wspomagających leczenie nowotworów, leczeniu zakażeń *Clostridium difficile*, a także na suplementach wspierających długowieczność i ogólny stan zdrowia. Kluczową rolę w jego badaniach odgrywa zaawansowana bioinformatyka i analiza big data, która umożliwia precyzyjne dopasowanie terapii do



fot.: archiwum prywatne

indywidualnych potrzeb pacjentów. By znaleźć się na obecnym etapie rozwoju, firma stworzyła także autorskie oprogramowanie, dzięki któremu jej specjaliści mogą skupić się na projektach z największym potencjałem.

Dr Biliński szczegółowo opisuje, jak jego firma przeszła od początkowego konceptu, przez komercjalizację, do obecnej fazy rozwoju. W początkowej fazie ogromnym wsparciem okazali się doświadczeni współpracownicy, a także firmy inwestycyjne, które dostrzegły wartość pomysłu. Dzięki temu udało się zbudować pierwszą strukturę spółki, która była gotowa do dalszego rozwoju. Ponadto ten innowacyjny koncept pozyskał finansowanie ze

środków publicznych, co pozwoliło mu na dalszy wzrost. Obecnie firma poszukuje finansowania i jest już po pierwszych, napawających optymizmem rozmowach z dużymi inwestorami. Tworzenie leku pochłania ogromny kapitał. Obecne potrzeby firmy to ok. 40 mln dolarów, by doprowadzić flagowy lek na antybiotykooporność (leki to autonomiczna mikrobiota, zbudowana z pomocą sztucznej inteligencji o składzie maksymalizującym potencjał w danym wskazaniu) do II fazy badań klinicznych, co w ich przypadku może oznaczać niebotyczny sukces! Dalsza taktyka spółek biotech w Polsce wiedzie przez licencjonowanie do dużej spółki farmaceutycznej. Obecnie w naszym kraju niestety nie ma firm ani mechanizmów wsparcia, które byłyby w stanie udźwignąć pełny koszt wprowadzenia innowacyjnego leku na rynek.

Dr Biliński podkreśla, że celem Human Biome jest nie tylko rozwój skutecznych leków, ale również przyczynienie się do globalnego postępu w dziedzinie biotechnologii. Ambicją firmy jest wprowadzenie na rynek leków, które będą przełomem w leczeniu antybiotykooporności i nowotworów, stawiając Polskę na czele innowacji w biotechnologii.

Jak zwykle po takiej rozmowie wracam do swoich zajęć zainspirowany. To niesamowite obserwować, jak nasi koledzy i koleżanki z sukcesami starają się zmienić obraz polskiej opieki zdrowotnej! •

Nowe rozdanie to nowe możliwości

Samorząd lekarski ma nadzieję, że nie będą powielane liczne błędy z przeszłości. Ze swej strony deklaruje gotowość do prac już dziś.

W ostatnich tygodniach i nadchodzących miesiącach z pewnością powstanie wiele publikacji o współpracy z nowym rządem i kierunkach zmian, w jakich powinien zmierzać sektor ochrony zdrowia w Polsce. W większości roztrząsane będą minione i najbardziej palące problemy systemu (i słusznie). Obawiam się jednak, że umkną te, które już mającą na horyzoncie, a które staną się istotne w niedalekiej przyszłości. Chcę się skupić na jednym z nich: systemowym podejściu do danych medycznych. Ich odpowiednia jakość jest kluczowa zarówno w interesie udzielających świadczeń medyków, jak i otrzymujących te świadczenia pacjentów.

Komisja Europejska w ramach strategii dotyczącej danych – przedstawionej w lutym 2020 r. – zakomunikowała tworzenie jednolitego europejskiego rynku danych. Celem ma być usunięcie przeszkód w wymianie danych. Jednym z czterech filarów tego rynku jest Europejska Przestrzeń Danych Dotyczących Zdrowia tzw. EHDS. Państwa członkowskie będą zobligowane do utworzenia prawnych i technicznych rozwiązań umożliwiających zbieranie odpowiednich danych medycznych oraz ich wymianę w ramach EHDS. Co więcej, państwa członkowskie będą zobligowane do wyznaczenia jednego organu ds. dostępu do danych dotyczących zdrowia, który będzie podmiotem właściwym do weryfikacji wniosku o udzielenie dostępu i podjęcia decyzji w tej sprawie. Dodatkowo organ ten będzie też zobligowany do wspomagania rozwoju rozwiązań wykorzystujących sztuczną inteligencję. Ta zaś jest i będzie się szybko rozwijała, co przyznały już władze UE, osiągając w grudniu 2023 r. pierwsze porozumienie w sprawie tzw. AI Act.

DR N. MED. ARTUR DROBNIAK
DYREKTOR CENTRALNEGO OŚRODKA
BADAŃ, INNOWACJI I KSZTAŁCENIA
NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ



Dlaczego o tym wszystkim piszę na łamach „Gazety Lekarskiej”? Chyba jeszcze nie zdajemy sobie sprawy, jak wielka rewolucja czeka lekarzy w naszej codziennej pracy. Wspomniane przepisy bezpośrednio wpłyną na nasze czynności i to po wielokroć.

W pierwszej kolejności zmianą sposób prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej i z pewnością nałożą na świadczeniodawców, również indywidualne praktyki, nowe obowiązki administracyjne.

Po drugie, prawdopodobnie zmienią zasady gry w prowadzeniu badań naukowych i klinicznych, podczas których zamiast dostępu do danych grupy pacjentów z oddziału będzie możliwość uzyskania dostępu do danych pacjentów 100 oddziałów z różnych miejsc Europy.

Po trzecie, analiza danych przyniesie ogromne zmiany w zakresie dotychczas stosowanych terapii. Łatwiej będzie sprawdzić, analizując tzw. Big Data, skuteczność obecnie stosowanych preparatów w poszczególnych jednostkach chorobowych.

Dlatego lekarze powinni być współodpowiedzialni za tworzenie przepisów regulujących kwestie danych medycznych. Jak ważne jest bezpieczeństwo tych danych,

przekonali się pacjenci i minister zdrowia poprzedniej kadencji po upublicznieniu prywatnych danych medycznych jednego z lekarzy.

Odpowiadając na uzasadnione obawy środowiska dotyczące tego jak, kto, gdzie i dlaczego będzie zbierał dane i je przechowywał, wraz z grupą roboczą ds. danych medycznych NIL IN przygotowaliśmy we wrześniu raport ds. danych. Jego konsultacje publiczne niedawno zakończyliśmy. Raport jest dostępny pod adresem <https://nilin.org.pl/grupyrobocz/dane-medyczne>.

By zagadnienia dotyczące danych medycznych nie były zostawione na ostatnią chwilę, gdy zobligują nas do tego przepisy UE, trzeba powołać międzyresortowy zespół ds. danych medycznych. Powinien skupiać przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Cyfryzacji, Rzecznika Praw Pacjenta i Naczelnej Izby Lekarskiej, a także Ministerstwa Edukacji i Nauki. Przekazaliśmy tę potrzebę poprzedniemu rządowi, ale nie uzyskaliśmy odpowiedzi. Nowe rozdanie to nowe możliwości. Miejmy zatem nadzieję na niepowielanie licznych błędów przeszłości. Ze strony samorządu lekarskiego deklarujemy gotowość do prac już dziś.

PO GODZINACH

PhotoArtMedica


www.photoartmedica.pl

◀ *The red kite*
dr Shourjendra DATTA – traumatolog –
Kalkuta, Indie
Grand Prix Salonu PhotoArtMedica 2022

CZYTELNIA



Bruksizm i jego powikłania Stefan Baron

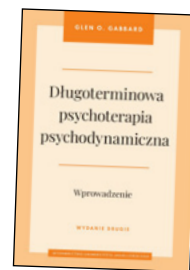
Każdy stomatolog, który chce sprawniej pomóc pacjentom i lepiej zrozumieć bruksizm powinien sięgnąć po książkę Stefana Barona. To już trzecia część serii „pacjent w gabinecie stomatologicznym”. Autor podsumowuje w niej wieloletnie doświadczenia naukowe i kliniczne. Zdobyta wiedza, którą przekazuje czytelnikom, bazuje na przypadkach kilkunastu tysięcy pacjentów.

Czytelnik ma okazję zapoznać się z badaniami czynnościowymi z podziałem na zewnątrz i wewnątrz, a także ze szczegółową analizą RTG stawów skroniowo-żuchwowych. Dowie się o sposobie leczenia bruksizmu, uwzględniając również aspekt farmakologiczny. Wiele miejsc w publikacji zostało poświęcone powikłaniom bruksizmu. Szczególną uwagę skierowano na dysfunkcje stawu skroniowo-żuchwowego, bóle głowy, zmiany w twardych tkankach zębów i przyzębiu. Autor porusza również problem obniżonej wysokości zwarcia centralnego oraz adaptacji SSZ do zanizzonego zgryzu. Cennym dodatkiem są ilustracje i grafiki przybliżające tytułowe zagadnienie. Całość dopełnia piśmiennictwo oparte na krajowej i zagranicznej literaturze.

Długoterminowa psychoterapia psychodynamiczna Glen O. Gabbard

To mistrzowskie zestawienie najważniejszych nurtów myśli psychodynamicznej ożywionych mądrością na temat tego, co warto mówić i robić podczas leczenia. To obowiązkowa pozycja nie tylko dla rozpoczynających pracę, ale również dla doświadczonych terapeutów.

Autor przedstawia wyniki najnowszych badań klinicznych, pokazuje zmiany spowodowane choćby przez rozwój neurobiologii i wszechobecność nowych mediów. Wyjaśnia współczesne rozumienie zagadnień, takich jak ocena stanu pacjenta, rozpoczęcie i zakończenie terapii czy przeniesienie i przeciwprzeniesienie. Prezentowane na konkretnych przykładach metody i techniki umożliwiają poznanie procesu terapeutycznego w praktyce. Autor nie tylko wyjaśnia wpływ traumatycznych doświadczeń na teraźniejszość, ale pokazuje, że długoterminowa terapia pozwala na wnikliwą analizę problemów pacjenta, a także wspólne poszukiwanie ich przyczyn – i wreszcie – wypracowanie skutecznych rozwiązań. Czytelnik dowie się też, jak rozpoznawać i regulować emocje, ale też zrozumieć głęboko zakorzenione przekonania i motywacje. Przejdzie krok po kroku przez wszystkie praktyczne aspekty omawianego zagadnienia.



PO GODZINACH – PODRÓŻE

Najbardziej stylowy kurort Europy

IRENA STEIN

Na wypoczynek do austriackiego Lech wybierają się ci, którzy cenią dyskrecję i spokój. Incognito szusują tu koronowane głowy, szefowie rządów, mistrzowie sportu i gwiazdy show-biznesu.

Historia położonej blisko granicy ze Szwajcarią przełęczy Arlberg jest niczym bajka o Kopciuszku. Jeszcze sto lat temu górale z Lech, Zürs i Stuben klepali niewiarygodną biedę. Ich sytuacja zmieniła się za sprawą pochodzącego ze wsi Stuben Hannesa Schneidera, pioniera narciarstwa alpejskiego, który w 1921 r. w St. Anton am Arlberg założył pierwszą austriacką szkołę narciarską. Kiedy jego wyczyny na stoku utrwaliła w nowatorskim filmie „Der Weiße Rausch” („Białe szaleństwo”) słynna reżyserka Leni Riefenstahl, do położonego na styku Niemiec, Szwajcarii i Włoch regionu zaczęli ścigać miłośnicy sportu, arystokraci i przedstawiciele europejskich elit. Pod koniec lat 30. XX wieku zamontowano w Arlbergu pierwszy w Austrii wyciąg orczykowy, zaś potomkowie miejscowych rodów Steinerów, Moosbruggerów i Strolzów, dotychczas zajmujący się produkcją sera i wypasem bydła, zaczęli gościć w chatkach Windsorów, Habsburgów i światowych „celebrytów”, z których najbardziej znanym był Ernest Hemingway. Na nartach spędzał całe dnie, wieczory zaś przy wiśniówce i kartach. W listach do przyjaciół zachwycał się, że ogrzewany przytulny pokój w dolinie Montafon z widokiem na szczyty Alp kosztował go mniej niż obskurna garsoniera w Paryżu.

Z KRAWATEM I BEZ

Dziś byłoby odwrotnie, ale gdyby Hemingway zajął do Lech współcześnie, zapewne rozpoznałby stare kąty. 700-letnia wieś zachowała dużo ze swojego pierwotnego, rustykalnego uroku. To między innymi dlatego że tutejsza społeczność ustanowiła rygorystyczne

przepisy zakazujące budowania w nieodpowiednim miejscu czy stylu. Zarówno wśród mieszkańców, jak i gości panuje przekonanie, że stare budynki po liftingu pasują do Lech lepiej niż jakiegokolwiek nowe.

I tak gmach dawnej XVIII-wiecznej poczty ze wspaniałą rustykalną fasadą mieści dziś najmniejszy pięciogwiazdkowy hotel na świecie. Hotel Post, należący od 60 lat do rodziny Moosbruggerów, kryje nowoczesne spa i 49 pokoi, z których każdy wyposażony jest w zabytkowe alpejskie meble i ręcznie malowane kafelki. W najbardziej luksusowych apartamentach (o powierzchni 80 mkw. każdy) zainstalowano prywatne parowe łaźnie. Regularnym gościem hotelu jest holenderska królowa Beatrix z rodziną. Tabliczka z menu przed wejściem do „pocztowej” restauracji dyskretnie przypomina, że do kolacji w tym lokalu obowiązuje strój wieczorowy.

Bez krawata, a nawet w pełnym narciarskim rynsztunku, można zadawać szyku w Balmałp, znajdującym się na wysokości 2,1 tys. metrów (przy narciarskiej trasie nr 35) drink-barze. Wjeżdża się tu wyłącznie kolejką. W sezonie zimowym każdego popołudnia rozkręca się tam klubowe party w stylu glam. Imprezę na zalanym słońcem tarasie podkreśla zjawiskowy widok na dolinę. Kiedy gości robi się więcej niż miejsca, ekstatyczny taniec w kombinezonach i narciarskich butach przenosi się na stoły. Najpopularniejszym napojem jest tu szampan. Korki strzelają na

tarasie co chwilę, ku uciesze barwnego kosmopolitycznego tłumu. Innym specjałem schroniska jest Heisse Witwe (gorąca wdowa), likier śliwkowy z warstwą bitej śmietany i cynamonu. Z ostatnimi promieniami zachodzącego słońca impreza w Balmałp dobiega końca (lokal zamyka się o godz. 17) i przenosi do barów après-ski wokół dolnej stacji wyciągu. Najsłynniejszym z nich jest Schneggerei, przez magazyn „Wallpaper” uznany za najoryginalniejszy i najlepiej zaprojektowany skibar Alp. Jego przypominająca spichlerz konstrukcja emanuje bezpretensjonalną elegancją. Wykorzystano tu jedynie surowe drewno sosnowe i szary beton. Wykonano z niego zarówno kominki, jak i toalety. Piękny w swojej rustykalnej prostocie bar stał się mekką miłośników nowoczesnego alpejskiego designu i świetnej międzynarodowej kuchni. Menu łączy wątki austriackie, niemieckie, francuskie, włoskie i orientalne (wyborne dania vege!).

MARCOWE POJEDYŃKI SZEFÓW

W marcu atrakcją Schneggerei i innych restauracji Lech są kilkudniowe kulinarne warsztaty lub „pojedyńki” w wykonaniu słynnych szefów kuchni z całego świata. Efekty można podziwiać, a przede wszystkim degustować, kupując tygodniowy karnet.

Oprócz tego, co i gdzie się jada, w Lech liczy się także, co ma się na sobie. Obowiązuje dyskretna elegancja, a nawet pewne modowe „désintéressement”. Przy czym



◀ Turystów przyciągają różnorodne trasy i przepiękne widoki

▶ Na stokach wokół Lech może przebywać dziennie określona liczba narciarzy

fol. Irena Stein



fol. Irena Stein

oldskulowy kombinezon nie musi oznaczać finansowej mizერი, może być także formą kamuflażu, bo jedyne, w czym wypada się w Lech afiszować, to robione na miarę buty narciarskie Strolz. Za najmniejszą, choć jednocześnie najbardziej renomowaną marką butów narciarskich na świecie stoi miejscowa rodzina górali. Hannes Strolz, spadkobierca rodzinnej manufaktury, nazywa się dokładnie tak, jak jego prapradziadek, który w 1921 r. szył pierwsze skórzane buty dla pionierów białego szaleństwa. Strolze uważane są za najbardziej profesjonalne i najtrwalsze buty narciarskie świata. Powstaje ich rocznie około 50 tys., prawie wszystkie w Lech. Podczas przymiarek wykonywany jest skan stopy, po czym komputerowo oblicza się siłę jej nacisku na podłoże. Wyliczenia służą temu, by na koniec zatopić stopę w poliuretanowej piance i pod ogromnym ciśnieniem (od którego niektórzy mdleją) dopasować idealną wkładkę, a potem skrupułę buta. Ceny sprzętu na miarę zaczynają się od kilkuset euro. Oprócz butów narciarskich w wiejskim domu towarowym rodziny Strolzów można kupić... najnowszy model torebki Diora czy Prady (na wypadek, gdyby ktoś zapomniał z domu).

JAK PIERCE BROSNAN

Na 1,5 tys. mieszkańców Lech przypada 10 helikopterów. Nie z powodu licznych urazów na stoku, a dlatego że wieś jest jednym z niewielu miejsc w Europie, gdzie można uprawiać ekskluzywny heliskiing, czyli skok na nartach z helikoptera i zjazd off-piste w kopnym śniegu ze szczytu Mehlsack (2652 m n.p.m.). By przez chwilę poczuć się jak Pierce Brosnan w filmie „Świat to za mało”, trzeba zapłacić kilkaset euro.

Mniej wyczynową specjalnością Lech jest welltain (połączenie angielskich słów wellness i mountain), czyli szybka kondycyjna reaktywacja w górach. To sprawnościowy miks dla zabieganych: trochę odnowy biologicznej, sportów zimowych, relaksu, medytacji i ćwiczeń z integracji sensorycznej. Cel: przywrócić klientowi formę i dobre samopoczucie, nie katując go i nie przyprawiając o zakwasy i... kompleksy. Skrupulatne pomiary (niekwestionowana specjalność mieszkańców Lech) ilości wody i tkanki tłuszczowej w organizmie, siły mięśni i stosunku wagi do wzrostu, których dokonuje się przed turnusem i po jego zakończeniu, mają udowodnić, że 800 euro wydane na tygodniową porcję welltain to dobra inwestycja.

NAJDŁUŻSZA TRASA NA ŚWIECIE

Turystów przyciąga do Arlbergu przede wszystkim jego renowa narciarska: wyjątkowa różnorodność stoków, przepiękne widoki, fantastyczne warunki śniegowe i najdłuższa trasa narciarska na świecie. „Run of Fame” to 85 km trasy, 18 tys. m różnicy wysokości i trzy spektakularne przełęcze: Arlberg, Flexen i Hochtannberg. Trasa (raczej dla zaawansowanych) prowadzi z St. Anton/Rendl przez Stuben, Zürs, Lech i Schröcken do Warth i z powrotem. Na zakończenie sezonu narciarskiego w kolebce narciarstwa odbywa się słynny wyścig „Der Weiße Rausch”. Na starcie staje ponad pięćset sportowców z całego świata: snowboardziści, narciarze

i telemarkerzy. Startują razem ze szczytu Valugagrat na wysokości 2645 m n.p.m. Dla wszystkich jest to test fizycznych możliwości. Trasa do mety w St. Anton liczy 9 km, zaś jednym z wyzwań wyścigu jest Schmerzberg, 150-metrowa wspinaczka pod górę, którą trzeba pokonać w jak najszybszym tempie. To jedna z najniezwyklejszych i najbardziej emocjonujących imprez narciarskich regionu. „Mehr Raum, mehr Zeit” („więcej miejsca, więcej czasu”) obiecuje slogan z billboardu przed wjazdem do Lech. W tym niepozornym zdaniu kryje się filozofia ośrodka. Gospodarze luksusowej wsi starają się zapobiegać jej przepełnieniu, dlatego na stokach wokół Lech może przebywać dziennie określona liczba narciarzy. Jeśli zanosi się na „zatkanie” stoków i parkingów, informują o tym na bieżąco lokalne stacje radiowe oraz tablice świetlne przy wjeździe do kurortu. To jeden z proekologicznych pomysłów regionu. Inne to częściowe zamknięcie wsi dla ruchu kołowego i korzystanie z alternatywnych źródeł energii. Przezroczysta szklana bryła stacji Kriegerhorn na wysokości 2170 m jest majstersztykiem nowoczesnej energooszczędnej technologii. Fasada z paneli słonecznych wytwarza prąd i zasila wyciąg. Dzięki takim pomysłom Lech jest jednym z najczystszych kurortów Alp. Razem z Zürs, St. Christoph, Stuben i St. Anton stanowi część największego połączonego regionu Ski Arlberg. Na narciarskiej mapie Austrii nie ma drugiego takiego miejsca. ●



◀ Hotel Post kryje nowoczesne spa i 49 pokoi, z których każdy wyposażony jest w zabytkowe alpejskie meble

fot. Irena Stein

▼ W drink barze Balmalp (przy narciarskiej trasie nr 35) najpopularniejszym napojem jest szampan



fot. Irena Stein



fot. Irena Stein

▲ Tabliczka z menu przed wejściem do restauracji w hotelu Post dyskretnie przypomina, że do kolacji obowiązuje strój wieczorowy

PO GODZINACH – PROZA

Czas próby

Doświadczenia z czasu pandemii lekarza z wiejskiego hospicjum

(wybrane fragmenty)

PAWEŁ GRABOWSKI



fot.: materiały prasowe

Laureat XII edycji Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego dla Lekarzy im. Prof. Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza”. II miejsce w kategorii proza.

Jest doktorem nauk medycznych, absolwentem Oddziału Stomatologii Akademii Medycznej w Krakowie (1989) i Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego (1996). Specjalista chirurgii szczękowo-twarzowej (2000) i medycyny paliatywnej (2009). Absolwent Podyplomowych Studiów Zarządzania Zakładami Opieki Zdrowotnej w SGH (2002) i podyplomowych studiów z bioetyki na UKSW (2012). Absolwent VII edycji Szkoły Liderów PAFW (2011/2012).

W 2009 r. założył Fundację Podlaskie Hospicjum Onkologiczne (Obecnie Fundacja Hospicjum Proroka Eliasza), prowadzącą pierwsze w Polsce wiejskie hospicjum domowe, a od lipca 2012 r. wiejskie hospicjum stacjonarne. Inicjator i realizator innowacji społecznych mających na celu zapewnienie niezbędnej opieki osobom zależnym, nieuleczalnie chorym, u kresu życia zamieszkującym obszary wiejskie.

Laureat pierwszej edycji nagrody „Okulary ks. Kaczkowskiego”. W 2022 r. wraz z całym zespołem założonego przez niego Hospicjum został odznaczony przez RPO Odznaką Honorową „Za zasługi dla ochrony praw człowieka”.

Pacjent trafia do naszego wiejskiego hospicjum domowego skierowany przez specjalistę albo lekarza rodzinnego. Ma ze sobą bagaż doświadczeń z przebytego leczenia, hospitalizacji, kontaktów ze służbą zdrowia. Tak było zawsze – ma za sobą dobre doświadczenia spotkań z empatycznymi lekarzami, z serdecznymi pielęgniarkami, z pozostałym personelem szpitala czy poradni. Czasem dzieli się z nami również złymi doświadczeniami. Opowiada, jak źle został potraktowany przez kogoś z „naszych” – medycznych profesjonalistów. (...)

W czasie pandemii pod opiekę hospicjum domowego, częściej niż bywało to wcześniej, trafiali pacjenci zaniedbani, skrzywdzeni, upokorzeni, zdezorietowani co do swojego stanu zdrowia i przyszłości. Dużej krzywdy doznawali też ich najbliżsi, opiekunowie domowi.

Kiedyś zaślanialiśmy się tym, że skończyły się punkty, wyczerpał się kontrakt, że NFZ nie zapłaci za nadwykonania, że i tak mało płacą... i tak dalej. Dziś pandemią usprawiedliwiamy wiele zachowań patologicznych, wręcz niehumanitarnych: „Bo mamy tu ważniejsze rzeczy na głowie”. Pandemią usprawiedliwiamy postępowanie – nie bójmy się tego słowa – nieprofesjonalne. Czy z powodu pandemii przestaliśmy być profesjonalistami? Nie czas ani miejsce, żeby tutaj rozwijać ten temat. Ale dziś wie to już chyba każdy i nie jest to wcale jakaś korporacyjna nowomowa: profesjonalnie wykonywać swoją pracę to znaczy posiadać i wykorzystywać nie tylko kompetencje tzw. twarde, ale i całą gamę kompetencji społecznych, miękkich, co wcale nie znaczy drugorzędnych. (...)

Usługi z zakresu medycyny paliatywnej są limitowane, a przecież każdy, kto się urodził, musi umrzeć.

Jeśli zgadzamy się, że nie można limitować usług medycznych z zakresu położnictwa, podobnie i na drugim końcu życia limitowanie tych usług jest niemoralne.

Kolejnym problemem jest milcząca zgoda kadry kierowniczej na brak profesjonalizmu personelu medycznego w zakresie kompetencji społecznych. Nękają nas przerost biurokracji i niedobory personelu medycznego. Te i inne czynniki powodują i pogłębiają frustrację zespołu medycznego i zarządzającego. Od dawna działaliśmy w realiach ekstremalnie trudnych, pełnych sytuacji kryzysowych, pełnych zaniedbań i zaniechań. Kryzys wywołany przez pandemię jeszcze bardziej te trudności uwydatnił. Pandemia bezlitośnie obnażyła nasze dotychczasowe słabości.

Już wcześniej powstał nowy język, do posługiwania się którym zostaliśmy niejako zmuszeni. Nie ma już relacji lekarz – pacjent, lecz świadczeniodawca – świadczeniobiorca; nie pomagamy już drugiemu człowiekowi, ale świadczymy procedurę medyczną lub realizujemy „osobodzeń”. Do tego jakieś punkty, nad- czy „niedowyołowania” i tym podobne słowotwory, którymi gwałcimy nie tylko nasz język, ale przede wszystkim myślenie o medycynie. To język przydatny w sferze ekonomii i zarządzania, który w medycynie sieje spustoszenie, kreując nową, nieprawdziwą rzeczywistość. On nas definiuje. W czasie pandemii dał on wielu szansę schowania się za zimną, do bólu obojętną terminologią uprzedmiotawiającą podmiot naszych działań. „Nie mam sobie nic do zarzucenia, jedynie stosowałem się do przepisów i procedur; ja tylko wykonuję polecenia”. (...)

Nas wezwano na pomoc, mieliśmy w tym trudnym czasie okazję, aby spojrzeć w głąb i poznać nasze serca. Co tam zobaczyliśmy?



Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Prof. Andrzeja Szczeklika



EPIKRYZA (134)

Antygona

Czy pojednania i kompromisy są możliwe?
Przez wiele lat wierzyłem w takie przemiany.

Deus ex machina. Przebaczenie win syna marnotrawnego przez starego ojca. Bajkowa wspałałomyślność władcy wobec różnorodności poglądów poddanych. Rezygnacja z zemsty i dominacji w imię wyższego dobra i wzajemnego szacunku. Zgoda z wyciągniętą ręką Boga. Szkolne frazy bez pokrycia w rzeczywistości.

Przez kilkanaście miesięcy moje epikryzy stały się recenzjami teatralnymi. Spektakle, które wybieram, mają stanowić jedynie tło bieżącego komentarza. W scenicznych tekstach wyszukuję zdania ponadczasowe i nowe interpretacje znanych sztuk. Wybór tytułu traktuję jak afisz i wyzwanie. Najchętniej piszę Szekspirem. Unikam fars, choć tak naprawdę oglądam wszystko, jak leci. Wiem, że inscenizacyjne perełki aktorskie znajdują się w najmniej oczekiwanych chwilach. Teatr uczy nas żyć, życie nas uczy udawać – to najczęstsze zawołanie, jakiego używam.

Świat zwykle staje po stronie Antygony. Historia dziewczyny jest przecież taka prosta. Bezlitosny władca i bezbronna panna. Przemoc i nienawiść. Bunt, który porusza widza od ponad dwóch tysięcy lat. Polskie Antygony: siostry miłosierdzia, obrończynie praw człowieka, strażniczki grobów i narodowej tradycji. „Tyle nam rozkazują i tyle wydają oburzających nas rozkazów, że ta nienawiść do współczesnych Kreonów przenosi się mimo woli na ich pierwowzór Sofoklesowski” – pisał sto lat temu znawca literatury starożytnej Tadeusz Zieliński. Przeciwiёнstwa uczucia i rozum, potrzeb serca i państwa, rozterka indywidualizmu z machiną społeczną. Spór o pryncypia trwa.

Mam szczęście do ostatniego biletu. I tym razem się udało. Warszawski Teatr Polski im. Arnolda Szyfmana znam nie tylko od strony widowni. Pięć lat temu stałem za kulisami podczas samorządowej gali trzydziestolecia. Z Andrzejem Sewerynem przygotowywałem inauguracyjny koncert Kongresu Polonii Medycznej.

JAROSŁAW WANECKI
PEDIATRA, FELIETONISTA



Byłem nawet szoferem dyrektora podczas wyjazdowego pokazu monodramu „Szekspir forever”. Padał śnieg, a w samochodzie słychać było słowa Leara – króla, który nie potrafił odejść z godnością. Historia kołem się toczy.

Janusz Majcherek (dyrektor artystyczny Teatru Polskiego) w programie do najnowszej inscenizacji „Antygony” w reżyserii Piotra Kuzawki stawia tezę, że starożytni Grecy uzurpowali sobie prawo do podejmowania bezwzględnych, a co za tym idzie – ostatecznych decyzji, przekraczając w ten sposób miarę, którą bogowie wyznaczyli ludziom, i bezpardonowo wchodząc w boskie kompetencje. Dlatego może kontrpunkty literackich bohaterów tragedii antycznych są sobie tak bliskie. Równoległe w fanatyzmach. Od Sasa do Lasa! Albo Kreon, albo Antygona, czyli sami swoi w każdym wymiarze aktywności: prywatnej, społecznej i politycznej.

Świat zwykle staje po stronie pacjenta. Historia choroby jest przecież taka prosta. Bezlitosny system ochrony zdrowia i bezbronność stojących w kolejce do specjalisty. Sprawa dla reportera. Alarm. Uwaga. Bunt, który wzywa do ogłoszenia nieśmiertelności, pozwalając na przekraczanie granic medycyny.

Praktykę pisarską Sofoklesa cechuje realizm, który wynika z jego domniemyanych związków ze sztuką

lekańską. Lekarzem w naszym tego słowa znaczeniu raczej nie był. Historycy literatury przytaczają jednak twierdzenie, że pierwszy stanął w szeregu pisarzy-medyków, do których dołączył później Antoni Czechow. Teatrológ Piotr Mitzner uważa, że lekarz wie, czym jest ból, lekarz jest, a w każdym razie powinien być, wyrozumiały. Lekarz też wie lepiej niż jego pacjenci, jak nieunikniona jest śmierć.

Czytanie, pisanie, mówienie ze zrozumieniem przechodzi do lamusa. Tak wynika z sondażowych badań. Według Zygmunta Kubiaka, zmarłego dwadzieścia lat temu propagatora kultury antycznej, sztuka klasyczna zna wagę milczenia. Widocznie pauza, jakiej doświadczamy w kulturze języka, jest potrzebna, aby wyeksponować odpowiedź na pytanie: co dalej? Wszak przegadanie spraw stawiamy ponad przemyśleniem problemów i analizą przeszłości, która tak wiele oferuje wizjonerom. Nie tragiczne zdarzenia urastają obecnie do jednodniowych tragedii narodowych czy zawodowych, tak szybko zapominanych jak wyimaginowane spory i slogany doraźnie tworzone przez władców dusz. Zostają po nich zadry: słowa, które boją, i milczenie, które czasami potrafi wykrzyczeć krzywdę.

Świat zwykle staje po stronie mówiących. Szukajmy słów, które leczą Antygony, Kreonów i Sofoklesów. ●

PO GODZINACH – BŁĄD MALARSKI

Z dymem

Kozetka, rozpowszechniona i gloryfikowana przez filmy Woody'ego Allena, stała się nieodłącznym atrybutem współczesnych psychologów i psychiatrów. To na niej zasiadają pacjenci zachęceni do opowiadania o tym, co ich gnębi. Na niej ukryte demony pokazują swoje ciemne twarze. W XVII wieku usiłowano dać ujście owym potworom w zgoła inny sposób.



Rycina: Matthaeus (Matteo) Greuter, „Operacja, w której wszystkie fantazje i szaleństwa są oczyszczane, a dobre cechy są zalecane”, około 1600, kolekcja Wellcome Trust.



Siedemnastowieczna rycina Greutera pokazuje nam, jak radzono sobie z chorobami psychicznymi przed erą kozetki. Na sali operacyjnej mamy dwóch pacjentów, przy czym każdy z nich poddany jest innej terapii. Na drugim planie odbywa się procedura o charakterze, wydaje się, nieco mniej inwazyjnym niż na pierwszym. Medyk wlewa w otwarte usta pacjenta specyfik z fiolki opatrzonej etykietką Mądrość. Mężczyzna, sądząc po gestach, poddaje się zabiegowi z jakimś entuzjazmem, przysuwając bliżej siebie rękę doktora. Nieco mniej zapału widać natomiast w gestach rąk pacjenta bliższego widza. Podczas gdy jedną dłonią kurczowo trzyma się łóżka, drugą unosi w geście niby-pożegnania. Trudno się dziwić, poddawany jest bowiem procedurze, w której szanse na przeżycie wypadają raczej błado.

Medyk pochyla się nad deską, na której leży chory, wsuwając ją do rozpalonego pieca. Głowy chorego – miejsca, które wymaga leczenia, już nie widać, znajduje się ona w piecu, z którego buchają płomienie. Oprócz nich unosi się nad piecem

chmura, w której znaleźć można całą menażerię dziwacznych zwierząt: od przerosniętych wazek począwszy, na skrzydlatych gąsienicach skończywszy. Obok nich w chmurze leżą instrumenty muzyczne, nuty, elementy garderoby, dzwonki czy kompasy. Ten osobliwy zbiór zapewne ma symbolizować szaleństwo, które opuszcza głowę chorego, unosząc się z dymem.

Rycina, choć w założeniu karykaturalna, tak naprawdę nie odbiegała zbyt daleko od faktycznych praktyk



AGATA MORKA
DOKTOR HISTORII SZTUKI

medycznych stosowanych do leczenia chorób psychicznych, szczególnie w siedemnastym wieku. Od wycinania tak zwanych „kamieni szaleństwa” z głów chorych po sadzanie ich w wirującym fotelu aż do momentu, gdy zaczęli wymiotować i tym samym oczyszczać się z demonów szaleństwa, metody radzenia sobie z deficytami psychicznymi były tak kreatywne, jak i okrutne. Dobrze, że większość z nich poszła z dymem w niepamięć.

Rozwiązanie zagadki z „GL” 12/2023-1/2024

Szczegóły różniące obrazy:

1. **Dodanie brwi i rzęs.** Mona Lisa pozbawiona jest tak brwi, jak i rzęs. Ich nieobecność traktowana była przez wielu badaczy jako objaw potencjalnej choroby.
2. **Obniżenie linii horyzontu w pejzażu za portretowaną do linii szyi.** Oryginalne umiejscowienie linii horyzontu na poziomie oczu kobiety skupia uwagę widza na jej spojrzeniu, wzmagając tajemniczy nastrój portretu.
3. **Usunięcie mostu z pejzażu.** Badacze często próbowali zidentyfikować most namalowany na linii ramion kobiety, co pozwolić by mogło na spekulacje co do jego geograficznego umiejscowienia.
4. **Dodanie delikatnego maźnięcia czerwoną farbą w sprayu na ubraniu kobiety.** Mona Lisa była przedmiotem kilku ataków wandalów. W czasie gościnnego pokazu obrazu w Japonii została potraktowana czerwoną farbą przez kobietę protestującą przeciwko braku infrastruktury dla niepełnosprawnych w Muzeum Narodowym w Tokio.



Obraz: Leonardo da Vinci, „Mona Liza”, 1503-1506, Luwr, Paryż.

WSKAŹ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 15 lutego 2024 r.

W temacie maila należy wpisać GL02 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

NAGRODZENI „GL” 12/2023-1/2024

Voucher do Hotelu Prezydent **** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Agnieszka Kolak-Bruks z Lublina. Gratulujemy!

Nagrody dodatkowe: Diana Grabowska (Dzianisz), Aleksandra Kmieć (Rzeszów), Denis Maroz (Kraków)

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi

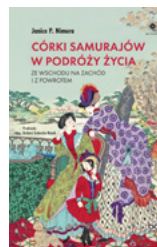
HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

 WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

Hotel Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju ufundował voucher obejmujący m.in.:

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

Nagrody dodatkowe dla trzech osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi, ufundowało Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego:



KLAUZULA INFORMACYJNA

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

Regulamin konkursu na www.gazetalekarska.pl

KULTURA

Lustro z papieru

JAROSŁAW WANECKI

Dyskusja o „Gazecie Lekarskiej” trwa od lipca 1990 r., gdy pod redakcją Tomasza Jaroszewskiego ukazał się numer zerowy (specjalny). Zdobycie egzemplarza sprzed niemal 34 lat graniczy dziś z cudem. Nakład był mały, a adresatami byli wyłącznie działacze samorządowi. Od tamtej pory katalog pisma, rozsyłanego do wszystkich polskich lekarzy i lekarzy dentystów, urosł w grudniu 2023 r. do czterystu. Bez zmiany wydawcy i tytułu.

Ustawowy obowiązek wydawania „Gazety Lekarskiej” nie wszystkim się podobał. Na początku planowano druk wyłącznie biuletynu zawierającego oficjalne dokumenty. Pomysł na publicystykę z elementami edukacji miał być eksperymentem, który szybko zyskał aplauz Naczelnej Rady Lekarskiej. Wywiad w miesięczniku nobilitował, a tematyka, zwłaszcza w pierwszym okresie, poza bieżącymi sprawami rewolucji legislacyjnej III Rzeczypospolitej skupiała się na przygotowaniu Kodeksu Etyki Lekarskiej i wadach funkcjonowania służby zdrowia. Fascynacja własnym samorządem systematycznie się zmniejszała, a pytania o sens jego istnienia towarzyszą debatom o przyszłości niemal od zawsze. Nie powinno zatem dziwić, że różnorodność wizji przyszłości to porządek dzienny stanu lekarskiego, a dziennikarze i redaktorzy powinni pokazywać inne punkty widzenia. Wentyl wewnętrznych sporów nie raz, nie dwa pokonywany był przez obawę wykorzystania debaty przeciwko izbom. Dlatego może bój o terytoria okręgów, autonomię stomatologii, uleganie i nieuleganie politycznym naciskom był obecny jakby w tle. Za to protesty, a z czasem nawet strajki przeciw reformom, niskim uposażeniom i złym warunkom pracy, znajdowały się na okładkach wielokrotnie.

NIECO HISTORII

W 1866 r. po raz pierwszy użyto nazwy „Gazeta Lekarska”. Tygodnik poświęcony był wszystkim gałęziom umiejętności lekarskich. Po pięćdziesięciu latach z połączenia czterech pism o podobnym

► Wystawa okładek „Gazety Lekarskiej” z okazji wydania czterechsetnego numeru zorganizowana w siedzibie NIL



foto: Mariusz Tomczak

profilu powstała „Polska Gazeta Lekarska”, która ukazywała się od 1921 r. aż do wybuchu drugiej wojny światowej. Od 1949 r. wydawany jest w Polsce periodyk „Służba Zdrowia”, który zaraz po śmierci Jana Pawła II jeden jedyny raz w historii połączył siły wydawnicze z „Gazetą Lekarską”, czego owocem był numer specjalny z dwiema winietami na okładce.

Spółeczny prekursor „Gazety Lekarskiej” Tomasz Jaroszewski szybko wrócił do obowiązków z pacjentami i przekazał pałeczkę redakcji Renacie Popkowicz-Tajchert (1990-95), pracującej wcześniej w „Tygodniku Powszechnym”. Kto dziś pamięta, że lekarski miesięcznik miał być

prenumerowany i przynoszony był do oddziałów szpitalnych i przychodni luzem, po kilka sztuk? Który z działających wówczas radnych mógłby opisać negocjacje na temat wspólnego kolportażu GL z biuletynami, co zakończyło się sukcesem dopiero w 1994 r.?

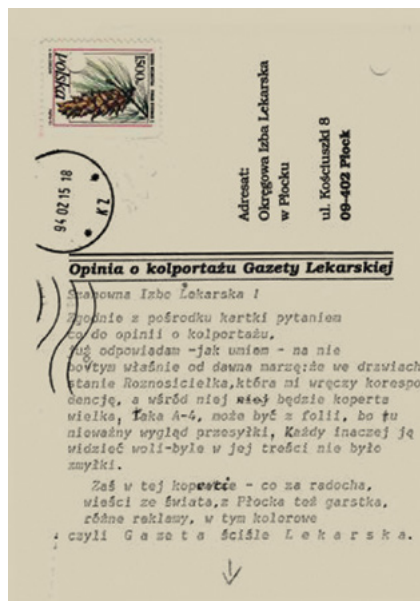
Kolejnym naczelnym został Wojciech Maksymowicz, późniejszy minister zdrowia, który w 1999 r. wprowadził reformę przywracającą przedwojenne pojęcie kas chorych. Najdłuższy staż na stanowisku szefa kolegium osiągnął Marek Stankiewicz, doskonały fotoreporter z doświadczeniem pracy dla lokalnych dzienników w Lublinie. Przez

trzydzieści lat Marek napisał ponad sto czterdzieści wstępniaków, nierzadko bardzo stanowczych. Rekord ten wydaje się niezagrożony przez następne dekady. Przejmujący stery Ryszard Golański, stuprocentowy samorządowiec i były prezes izby łódzkiej, dostał zadanie unowocześnienia pisma razem z profesjonalną ekipą wydawnictwa Axel Springer. Mezalians nie trwał zbyt długo, ale przez niemal rok odbywali się z Ryszardem, a byłem wtedy przewodniczącym kolegium redakcyjnego, intensywny staż w wielkiej korporacji prasowej. Dodatkowo w ciągu dwóch kadencji zacieśnialiśmy więzy między redaktorami z okręgowych biuletynów.

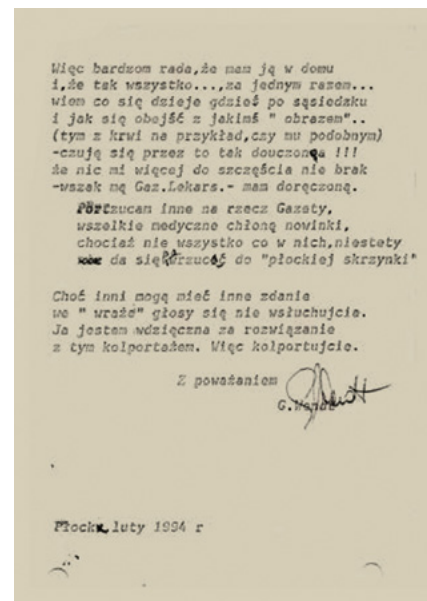
W 2018 r. kierownictwo GL objęła Marta Jakubiak, kontynuując z Radą Programową i wiceprezesem Krzysztofem Madejem próby odwrócenia trendów czytelniczych poprzez poszerzenie aktywności portalu internetowego, szukanie nowych tematów i próbę dotarcia z przekazem do młodszego pokolenia, które coraz głośniejsze postulowało publikację wyłącznie e-gazety.

WYSTAWA OKŁADEK

Decyzja o zaniechaniu obligatoryjnego rozsyłania wersji papierowej w zamian za comiesięczny dostęp do pliku PDF zbiegła się w 2023 r. z objęciem funkcji przez Karolinę Kowalską, doświadczoną dziennikarkę „Rzeczpospolitej” i TVN. Dla wielu lekarzy i lekarzy dentystów „Gazeta Lekarska” przestała wówczas fizycznie istnieć, stąd zmiana i powrót w 2024 r. do czterech wydań w roku



▲ Opinia o kolportażu „Gazety lekarskiej” przesłana przez jedną z czytelniczek



(magazynów), które znów znajdziemy w skrzynce pocztowej.

W siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej z okazji wydania czterechsetnego numeru Ośrodek Kultury i Dziedzictwa Historycznego NIL zorganizował wystawę okładek „Gazety Lekarskiej”. Po raz pierwszy obok siebie, miesiąc po miesiącu, zaprezentowano trzysta pięćdziesiąt trzy papierowe lustra, w których przeglądała się medyczna

rzeczywistość od 1990 r. Zmieniały się kolory, jakość papieru, tematy, winiety, grafika, dziennikarze, redaktorzy i felietoniści, ale „Gazeta Lekarska”, której nikt nie czyta, ale każdy wie, co w niej jest, pozostaje fenomenem polskiej publicystyki branżowej i wciąż niewykorzystanym źródłem wiedzy o dziejach samorządu lekarzy i lekarzy dentystów.

#SztukaNaszychDzieci

Ośrodek Kultury i Dziedzictwa Historycznego NIL zaprasza dzieci i wnuki lekaarskie do udziału w prezentacjach literackich. Uczestnicy w dwóch kategoriach wiekowych 8-11 i 12-15 lat proszeni są o nadsyłanie utworów na adres: mediateka@nil.org.pl. Teksty prozatorskie o dowolnej tematyce, nie mogą przekroczyć trzech tysięcy znaków wraz ze spacjami. Wiersz powinien zmieścić się na jednej stronie formatu A4. Dodatkowo prosimy o dołączenie zgody rodziców lub opiekunów prawnych dziecka na publikację.

Termin zgłoszeń mija 30 kwietnia 2024 roku.

Projekt #SztukaNaszychDzieci nie jest konkursem! Nadesłane prace zostaną w całości umieszczone na stronach internetowych NIL, mogą być docelowo wydrukowane w albumie #SND, ale przede wszystkim mają promować kultywowanie humanistycznych wartości w rodzinach lekarzy i lekarzy dentystów.

Podsumowanie nastąpi podczas 13. Gali Konkursu Literackiego im. Andrzeja Szczeklika. Przychodzi

wena do lekarza w Narodowym Teatrze Starym w Krakowie. Koncert organizują wydawnictwo Medycyna Praktyczna i Naczelna Izba Lekarska.

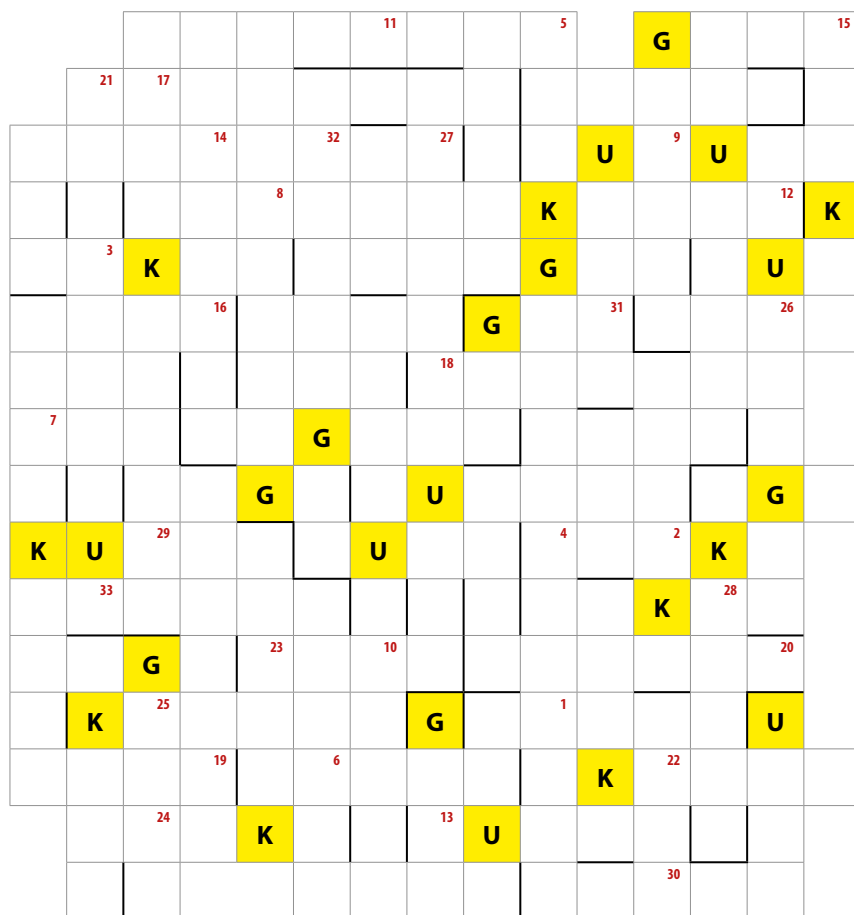
Pierwsza edycja programu #SztukaNaszychDzieci poświęcona była piosence, a jej ukoronowaniem stał się występ lekaarskich dzieci na scenie Teatru im. Jana Kochanowskiego w Opolu podczas Kongresu Kultury i Historii Lekarskiej. W 2025 roku tematem prezentacji będzie fotografia. ●

Ogłoszenia

JOLKA LEKARSKA 291



Wydawnictwo Lekarskie PZWL
to specjalści, wiedza i zaangażowanie.



Objaśnienia 74 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: G, K i U. Na ponumerowanych polach ukryto 33 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to przysłowie wietnamskie.

Hasło należy przysłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres: jolka@gazetalekarska.pl do 15 lutego 2024 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań wyłonimy laureatów, którzy otrzymają nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* żywią się innymi organizmami * grała Mariusę * dolna forteca Jerozolimy (ang.)
* osiedle z Narodowym Instytutem Kardiologii * grecki portyk * chudzielec
* kończyła dolna * miasto nad Odrą i Olawką * zielona waranopodobna * Edson
Arantes do Nascimento * czynny wulkan na wyspie Luzon * corpusculum * język
Indian z Alaski * wielka radość i zachwyt * zaproszony przybyśz * pustynia
mongolsko-chińska * minerał, antyseptyczna sól glinu * mieszkańcy Bukaresztu
* obecność walczków w moczu * czyni złodzieja * belka burząca mury * lekarska,
krzewinka dezynfekująca drogi moczowe * wiązanie cząstek w wysokiej
temperaturze * ekspresja emocji * na muchy * ósmy alkan * argininobursztynuria
* miasto w centrum Angoli, na wyż. Bije * wywołuje pętlakowicę * liga z pucharem
Stanleya * strona statku wodnego * święty ptak hinduistów * archipelag na Morzu
Norweskim * sól kwasu hialuronowego * napady * ... de Janeiro * darowizna ziemi,
zwłok lub krwi * uszczerbek na honorze * etylowy do narkozy * gród u zbiegu Ouse
i Foss * buraki z chrzanem * gemmatio * wpada do jez. Bałchasz * nerwoból

* zatoka na pn.-wsch. od Neapolu * chroni orzech * leczy choroby uszu * pismo
dyplomatyczne bez adresu i podpisu * objaw sygnałowy * fossulae * funt brytyjski
* jon ujemny * piłkarski Zaorskiego * główna frakcja fosfolipidów komórkowych
* płynie w Goleniowie * bóstwo czczone w Ugaricie * vulva * płynie z Bajkału do
Jeniseju * celofan * Jontka w Halce * własne ja * chimera męsko-żeńską * osada
górali kaukaskich * twórca WOŚP * cztery stołowe * instrument lub dopływ Zielawy
* dojrzała komórka reprodukcyjna * archanioł Gabriel * wiotkość * płynie przez
Marburg * jajczkowanie * wódka z jagód jałowca * indyjski stan z Panaji * ból
w czasie snu
Jerzy Badowski

Rozwiązanie jolki lekarskiej nr 289 („GL” nr 10/2023)
Zawsze leczenie proste jest zaletą lekarza

Nagrody otrzymują:

Ewa Nowicka (Warszawa), Andrzej Baj (Puławy), Joanna Kurach-Winiarska (Lubicz),
Piotr Kulisiwicz (Sochaczew), Mateusz Wilczek (Borówiec)
Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody
prześlemy pocztą.

Klauzula informacyjna na str.75/ Regulamin konkursu dostępny na
www.gazetalekarska.pl

WYDAWCA



Naczelna
Rada
Lekarska

Gazeta Lekarska dla członków
izb lekarskich bezpłata

Nakład: 187 000 egz.

Kolegium redakcyjne

Jacek Bujko, Paweł Doczekalski,
Karolina Kowalska, Klaudiusz Komor,
Maria Kłosińska, Ryszard Golański,
Dariusz Samborski, Mikołaj Sinić,
Anna Wojda, Mariusz Tomczak

Redakcja

ul. Jana III Sobieskiego 110,
00-764 Warszawa
tel.: (22) 558 80 40

Dyżur telefoniczny w każdy wtorek
w godz. 10.00 - 14.00.

Poza tym terminem prosimy
kontaktować się mailowo:
redakcja@gazetalekarska.pl

Karolina Kowalska

(redaktor naczelna)
karolina.kowalska@nil.org.pl

Anna Wojda

(sekretarz redakcji)
anna.wojda@nil.org.pl

Lidia Sulikowska

(dziennikarz)
tel.: 698 633 755
lidia.sulikowska@nil.org.pl

Mariusz Tomczak

(redaktor portalu internetowego)
tel. (22) 558 80 40
m.tomczak@gazetalekarska.pl
www.gazetalekarska.pl

Reklama i marketing

anna.wojda@nil.org.pl
tel. 606 699 830

Ogłoszenia

Agata Bryk
ogloszenia@gazetalekarska.pl

Stale z nami współpracują

Jerzy Badowski, Adam Czerwiński,
Lucyna Krysiak, Zbigniew Kuzyszyn,
Jacek Miarka, Agata Morka,
Małgorzata Soleccka, Jarosław
Wanecki, Grzegorz Wrona,
Sławomir Zagórski

Projekt okładki

Michał Trusz

Projekt

Michał Trusz

Skład

Montownia/Teresa Urawska

Druk

Eurodruk-Poznań Sp. z o.o.

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

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

