

WAŻNY TEMAT: INTERNA – ŁÓŻEK UBYWA, CHORYCH PRZYBYWA

2/2026

ISSN 0867-2164

GAZETA

L E K A R S K A

**PISMO IZB
LEKARSKICH**

BIAŁA ARMIA

CZEGO NAUCZYŁA NAS WOJNA NA UKRAINIE

- JAK REANIMOWAĆ WOJSKOWĄ SŁUŻBĘ ZDROWIA
- CZY TECHNOLOGIE ZMIENIA KONFLIKTY ZBROJNE
- DOŚWIADCZENIA Z MISJI BOJOWYCH

GLEJAKI
DŁUGO BEZRADNI,
DZIŚ Z NADZIEJĄ
NA PRZEŁOM

PRAWO
PAŃSTWO ZACZYNA
REAGOWAĆ NA ATAKI
WOBEC MEDYKÓW

LEX SZARLATAN
STOP ŻEROWANIU NA
STRACHU I DESPERACJI
PACJENTÓW

ROZMOWA
SŁAWOSZ UZNAŃSKI-
WIŚNIEWSKI
O MEDYCYNIE KOSMICZNEJ

Rok gaszenia pożarów

Początek roku i ferie zimowe to w systemie ochrony zdrowia czas względnego spokoju. Względnie, bo obserwując działania rządzących, wiemy, że mamy do czynienia z ciszą przed burzą. W systemie w tym roku zabraknie 23 mld zł. To pieniądze, których nie będzie na leczenie pacjentów na założonym poziomie, a o rozwoju czy reformie wymagającej inwestycji nie ma w ogóle sensu rozmawiać.

Rządzący lubią porównywać ochronę zdrowia do „dziurawego wiadra”, tym samym usprawiedliwiając swój brak zaangażowania w poprawę finansowania systemu. Sęk w tym, że – trzymając się tego porównania – „dziurawe wiadro”, nawet jeśli zostanie załatane, jest tak dysfunkcyjne i zdezelowane, że zacznie znów przeciekać. Trzeba to wiadro wymienić na nowsze, lepsze, dostosowane do obecnych realiów. System trzeba zreformować, a nie gasić pożary. Przepraszam za ten obrazowy w istocie język, ale tak właśnie staramy się tłumaczyć opinii publicznej to, co dziś się dzieje w systemie. Systemie chaosu, w którym pacjent gubi się w meandrach kolejek i kolejnych skierowań. „Systemie”, który z systemem nie ma wiele wspólnego.

Reformy jednak w tym roku nie będzie – obym się mylił, ale mam wrażenie, że intencje polityków są klarowne. W ochronie zdrowia ma być „spokój”, a ten spokój ma zagwarantować praktykowana od wielu lat strategia gaszenia pożarów. Jednak luka finansowa jest tak duża, że tym razem oprócz akcji gaśniczej czeka nas dramatyczne poszukiwanie oszczędności, nawet kosztem jakości czy dostępności świadczeń. Przykłady? Nie trzeba szukać daleko.

Coraz głośniej dochodzą do nas sygnały o chęci zlikwidowania przez Ministerstwo Zdrowia stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty. Jak się Państwo domyślacie, nie chodzi o ocenę jakości stażu, chęć reformy i poprawy całego systemu kształcenia lekarzy ani nawet o skrócenie czasu tego szkolenia. Ministerstwo komunikuje bardzo wprost – chodzi o oszczędności. Koszt stażu rocznie to według resortu około 1,2 mld zł. Takie podejście w zasadzie kończy możliwość rozmowy merytorycznej, można tylko ironicznie zaproponować rezygnację z przeprowadzania egzaminów (bo to koszty),

ŁUKASZ JANKOWSKI
PREZES NACZELNEJ RADY
LEKARSKIEJ



a może skrócenie studiów o połowę. Patrzenie na kształcenie ludzi, którzy będą nas leczyć, przez pryzmat finansowy, to droga donikąd. Będziemy stanowczo protestować nie tylko przeciwko samej likwidacji stażu, ale też przeciwko przyjmowaniu takiej optyki w patrzeniu na nasz zawód.

Kolejny przykład? Priorytet dla pacjentów pierwszorazowych w przyjęciach do AOS. Na papierze – sukces, kolejki do specjalistów magicznie znikają, poradnie, zmuszone przez płatnika, robią miejsce pacjentom pierwszorazowym kosztem wizyt kontrolnych. W rzeczywistości pacjent udaje się np. do kardiologa, szybko otrzymuje termin wizyty, lekarz zleca potrzebne badania i... chory jako „drugorazowy” ląduje na końcu sztucznie wydłużonej kolejki, przesuwanej, żeby przyjąć „pierwszorazowych”. Na skonsultowanie wyników badań i wdrożenie leczenia, a potem na wizyty kontrolne będzie czekał. Czy to ma sens? Dla płatnika tak, można pochwalić się zmniejszeniem kolejki i oszczędnością, bo chory de facto będzie miał utrudniony dostęp do opieki specjalistycznej. A jak sytuacja przedstawia się dla chorego? Absurd goni absurd.

Próbujemy ukierunkować MZ na działania dla dobra pacjenta. Przedstawiliśmy „piątkę NIL”, rozmawialiśmy o niej z przedstawicielami resortu. Cóż z tego, skoro na obiecaną i wypracowaną automatyzację procesu określania refundacji czekamy kolejne miesiące? Przesuwanie i niedotrzymywanie obietnic źle wpływa na wzajemne zaufanie.

Zaufanie, które musi dopiero zostać odbudowane po ostatnich

wydarzeniach związanych z wynagrodzeniami lekarzy. Choć MZ ostatecznie zrezygnowało ze szkodliwego limitowania wynagrodzeń na kontraktach, a najpewniej resortowi nie uda się też ograniczyć ustawy o płacy minimalnej w ochronie zdrowia, to efekty nagonki na lekarzy i nasze wynagrodzenia są w społeczeństwie bardzo widoczne. Zaufanie zostało zburzone i trzeba je odbudowywać, najpewniej przez lata. Droga do tego daleka. Na początku roku MZ poinformowało nas, że „wypracowano zmiany w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentysty”, a także innych ustawach dotyczących zawodu lekarza, i resort chciałby je z nami przedyskutować w lutym. Na prośbę o przesłanie konkretnych, tak abyśmy mogli je merytorycznie przeanalizować, odpowiedzi brakuje. Bałagan, gra na czas czy strategia negocjacyjna? Tak nie buduje się zaufania.

Tematów jest naprawdę sporo, a samorząd aktywnie uczestniczy w kształtowaniu rzeczywistości w ochronie zdrowia. Pomimo że rządzący nie ułatwiają nam zadania, to tę rzeczywistość kreuje też każdy z Państwa – w gabinecie lekarskim, szpitalnej dyżurce czy przy łóżku chorego. Nie dajmy się atmosferze zniechęcenia i szukania oszczędności. Leczymy tak, jak potrafimy najlepiej w ramach niewydolnego systemu. A w ramach ferii zimowych odpocznijmy przed trudami kolejnego roku. Roku, który – obym się mylił – w ochronie zdrowia zapowiada się jeszcze ciężej niż poprzedni. ●

- 3 Rok gaszenia pożarów
Łukasz Jankowski
- 5 Prawdziwe intencje
Klaudiusz Komor
- 6 Newsy z kraju i ze świata
- 8 Tajne łamane przez poufne
Piotr Kościelniak

TEMAT NUMERU

- 8 Biała armia
Wojskowa służba zdrowia coraz śmielej wyciąga ręce po lekarzy. I nie powinno to zaskakiwać.
- 13 Nikt nie zastąpi lekarza
- 15 Kadry medyczne w centrum uwagi
- 18 AI, medycyna i wojna
- 20 Bezpieczeństwo leków:
czy można polegać
na Chinach i Indiach
- 23 Medycyna pola walki nie zna
improvizacji

AKTUALNOŚCI

- 26 Jak kosmos staje się nowym
laboratorium dla lekarzy
- 28 Dwa szczyty, jeden kryzys
- 30 Lex szarlatan. Fałszywa nadzieja
pod lupą prawa
- 32 Wulkan emocji. Lekarze pod
ostrzałem narracji internetowych
- 34 Powiedzmy stop agresji

WAŻNY TEMAT

- 35 Łóżek ubywa, chorych przybywa.
Co dalej z interną?
*Fatalna sytuacja oddziałów
chorób wewnętrznych. Ma je
wykańczać zbyt niska wycena
procedur i braki kadrowe.*

PRAWO I MEDYCYNĄ

- 38 Tania operacja,
wysoka cena błędów
*W turystyce medycznej
najdroższe bywa to, co
z pozoru najtańsze: brak
rzetelnej informacji.*

PODATKI I FINANSY

- 39 Jak wojna zmieniła nasze
podejście do pieniędzy

PRAKTYKA LEKARSKA

- 40 Nigdy nie jest tak źle,
żeby nie mogło być gorzej
Paweł Barucha



TEMAT NUMERU STRONY 8-25

*Doświadczenia
z Afganistanu pokazują,
że nawet w warunkach
chaosu i permanentnego
zagrożenia można ratować
życie pod warunkiem
bezwzględного trzymania
się procedur.*

- 40 Wystartowała Koalicja na rzecz
Zdrowia Jamy Ustnej
- 42 Grzechy główne polskiej
chirurgii
- 44 Apteka na Starze 66
Mariusz Politowicz
- 45 Dziecko to pacjent szczególnie
- 48 O tachografach
Jakub Sieczko
- 50 Długo bezradni, dziś z nadzieją
na przełom
*Nowy lek może zmienić
sposób leczenia gęjaków.*
- 52 Rejs na statku pasażerskim.
Rekomendacje lekarza
okrętowego
- 55 Po terminie przydatności
do użycia
Anna Gołębicka

NOWE TECHNOLOGIE

- 56 Halucynacje AI: przekonująco
nieprawdziwe
*Sztuczna inteligencja coraz
częściej wspiera medycynę,
ale potrafi też się mylić.*

WYWIAD LEKAR(S)KI

- 58 System nie może się
wywrócić

SAMORZĄD LEKARSKI

- 60 Zanim do nas dotrze,
że to bez sensu
Jakub Kosikowski
- 60 O tym się mówi/Mówią o nas
- 62 Niezależność ograniczona
gorsetem

OŚRODEK KSZTAŁCENIA

- 66 Sanepid im niestraszny

PO GODZINACH

- 68 Przeszłość jest prologiem
Jarosław Wanecki
- 69 Zimowa ucieczka do miasta
nad Tagiem
- 73 Przychodzi wena do lekarza
- 74 Błąd malarski – Na oku
- 76 Czytelnia
- 77 Igrzyska wracają nad morze
- 77 Siatkarze walczyli o medale
- 78 Cztery pory roku lekarskiej
wrażliwości
- 79 Zjazdy koleżeńskie
- 80 Ogłoszenia
- 82 Jolka lekarska

JEDNYM GŁOSEM

Prawdziwe intencje

Z pustego i Salomon nie należy – mówi stare porzekadło. Pasuje ono do obecnej sytuacji w budżecie NFZ. Dziura rośnie w zastraszającym tempie, a kolejne „pomysły” na jej załatwienie, przedstawiane obecnie najczęściej jako przecieki ze spotkań różnych ministerialnych zespołów, budzą coraz większe zdumienie.

W medycynie obowiązuje zasada, że aby dobrze leczyć, trzeba najpierw zdiagnozować chorobę i ustalić jej przyczynę, a kiedy samemu nie można tego zrobić, zapytać innych, którzy mają w tej kwestii doświadczenie. Podobnie należałoby zrobić w tym przypadku – początek wzrostu dziury w budżecie NFZ to 2023 rok, kiedy weszła w życie ustawa zwana „skokiem na kasę”, przygotowana przez poprzednią ekipę rządową. Zgodnie z jej założeniami przesuwano pewne świadczenia, dotychczas odrębnie finansowane z budżetu państwa, do budżetu NFZ. W ten sposób budżet NFZ musiał nagle znaleźć środki m.in. na ratownictwo medyczne, świadczenia wysokospecjalistyczne, bezpłatne leki dla seniorów i kobiet w ciąży, a także leki i wyroby medyczne dla programów polityki zdrowotnej.

Eksperti szacowali wówczas, że będzie na to potrzeba w pierwszym roku prawie 13 mld zł, a w kolejnych latach coraz więcej. Również samorząd lekarski bił na alarm, ale oczywiście nikt poza ówczesną opozycją na to nie zważał. Mamy zatem podstawową przyczynę niedoborów finansowych w NFZ. Nie wiedzieć jednak czemu po zmianie władzy nadal nikt nie odwrócił skutków tej niefortunnej ustawy, chociaż wydaje się, że powinien to być pierwszy krok tych, którzy ją tak bardzo krytykowali. Co prawda, minister zdrowia na spotkaniu z NRL zgodziła się, że jest to konieczne, aby odwrócić trend stałego zadłużania się polskiej ochrony zdrowia, jednak do dziś nic nowego w tej materii się nie wydarzyło.

Zamiast rozwiązań systemowych NFZ co jakiś czas wprowadza nowe zmiany w finansowaniu, na których stara się zaoszczędzić. Jednym z najbardziej dotkliwych zarówno dla samych placówek

KLAUDIUSZ KOMOR
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



ochrony zdrowia, dla ich kierowników, dla lekarzy, ale i paradoksalnie dla samych pacjentów są nowe zasady rozliczania porad specjalistycznych w zależności od procentowego udziału wizyt pierwszorazowych w całym wolumenie wizyt. Mowa o zarządzeniu nr 85/2025/DSOZ z 27 października 2025 r., które wprowadza zmiany w zasadach zawierania i realizacji umów dotyczących ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Rozporządzenie mówi, że jeżeli w danym kwartale udział świadczeń pierwszorazowych (czyli de facto nowych pacjentów), będzie niższy niż ogólnopolska mediana, a jednocześnie wzrost tego udziału w porównaniu z analogicznym okresem poprzedniego roku będzie mniejszy niż 3 punkty procentowe, NFZ zastosuje współczynnik korygujący 0,75, czyli placówki w trzech kolejnych miesiącach otrzymają o jedną czwartą mniej środków, niż powinny zgodnie z kontraktem.

Można powiedzieć, że to pomysł iście diaboliczny – z jednej strony NFZ oszczędza pieniądze, bo dużej części placówek płaci o 25 proc. mniej, niż powinien, z drugiej kolejki do specjalistów na papierze

nagle spadają – bo placówki, chcąc wypełnić warunek odpowiedniego udziału procentowego pacjentów pierwszorazowych, przyjmują przede wszystkim nowych pacjentów. Jednak to wszystko są efekty złudne – paradoksalnie, dostępność do specjalisty dla pacjenta maleje! Bo chcąc przyjąć odpowiednią liczbę pacjentów pierwszorazowych, placówki muszą wydłużyć terminy wizyt kontrolnych, bo tylko w ten sposób można pomieścić wszystkich pacjentów i znaleźć miejsce dla ciągle rosnącej liczby tych pierwszorazowych. Czyli teraz według nowych zasad do specjalisty najłatwiej dostać się nie temu, kto naprawdę potrzebuje, bo ma np. zaostrzenie choroby, tylko temu, kto jeszcze u specjalisty nie był!

Jeżeli prawdziwą intencją tych zmian – jak próbuje przekonywać NFZ – miało być skrócenie kolejek, to należało zastosować metodę „marchewki”, a nie „kija”, czyli dodatkowo zapłacić za pierwszorazowe wizyty wykonane ponad medianę, a nie karać tych, którzy tej mediany nie osiągną. Chyba że nie chodziło o kolejki, tylko o oszczędności w NFZ?

NEWSY Z KRAJU I ZE ŚWIATA

LIDIA SULIKOWSKA, SYLWIA WAMEJ

Wicepremier E-rejestracja coraz bliżej

Do końca czerwca 2026 r. przychodzi nie mają czas na włączenie się do systemu centralnej elektronicznej rejestracji. Od 1 lipca 2026 r. udział w systemie stanie się obowiązkowy dla wszystkich placówek. Sama e-rejestracja działa od 1 stycznia, a do 15 stycznia odnotowano w niej już ponad 186 tys. nowych zapisów. Choć centralna e-Rejestracja ma zapewniać, że osoby niekorzystające z Internetowego Konta Pacjenta i aplikacji mojeIKP nadal mogą zapisać się na wizytę telefonicznie lub osobiście, praktyka bywa inna. Placówki powinny mieć dostęp do pełnej puli terminów i możliwość rejestrowania pacjentów także do innych ośrodków, jednak często okazuje się to niewykonalne. Pierwsze dane o działaniu e-rejestracji pokazują jednak, że – przynajmniej na razie – nie rozwiązała ona problemu nieodwołanych wizyt.

Edukacja zdrowotna po raz drugi

Minister Barbara Nowacka jest gotowa do kompromisów w sprawie edukacji zdrowotnej. Dodała również, że resort edukacji opowiada się za jej obowiązkowym charakterem. Zapytana o możliwość ustępstw, na przykład ograniczenia części dotyczącej edukacji seksualnej, by uzyskać zgodę na obowiązkowość przedmiotu, przyznała, że kompromis nie oznaczałby rezygnacji z określonych treści, lecz na przykład inne ich ułożenie, rozliczanie lub umieszczenie w jednym bloku tematycznym. Edukacji zdrowotnej poświęcone było spotkanie przedstawicieli Naczelnej Rady Lekarskiej i ministerstwa. Wzięli w nim udział prezes NRL Łukasz

Jankowski, wiceprezes NRL Paweł Barucha, członek NRL Michał Matuszewski, minister edukacji Barbara Nowacka, sekretarz stanu Katarzyna Lubnauer oraz podsekretarz stanu Paulina Piechna-Więckiewicz. – Celem środowiska medycznego, które reprezentujemy, nie jest prowadzenie sporów ideologicznych, lecz skoncentrowanie



fot.: freepik.com

▲ Edukacja zdrowotna kładzie nacisk m.in. na odpowiednie odżywianie

się na przeciwdziałaniu realnym problemom zdrowotnym dzieci i młodzieży – powiedział Michał Matuszewski. Obie strony zgodziły się, że przedmiot ten powinien być obowiązkowy.

Szczepionki w sądzie

Wbrukselskim sądzie ruszył proces, w którym Pfizer domaga się od Polski ok. 6 mld zł. Spór dotyczy nieodebranych w 2022 roku szczepionek przeciw COVID-19. Rząd odmówił ich przyjęcia, argumentując, że poprawa sytuacji epidemiologicznej oraz duże zapasy preparatów na rynku uzasadniają ograniczenie zamówień. W odpowiedzi koncern skierował sprawę do sądu, żądając zapłaty za niewykonane dostawy. Stawka sporu to równowartość 60 mln dawek, które zdaniem strony polskiej w warunkach nadpodaży oraz po

wybuchu wojny w Ukrainie nie miały już uzasadnienia ani zakupowego, ani logistycznego.

Depresja rodzica

Czy siedzący tryb życia nastolatka może wpływać negatywnie na zdrowie psychiczne jego rodziców? Wyniki badań międzynarodowego zespołu kierowanego przez badaczkę z Uniwersytetu SWPS pokazują, że może istnieć taka zależność. Na podstawie danych zebranych od 203 par rodzic – dziecko (9-15 lat) w ciągu 14 miesięcy okazało się, że dzieci, które na początku badania dłużej funkcjonowały na siedząco, po 8 miesiącach zgłaszały więcej objawów depresji, a u ich rodziców pod koniec badania nasilały się objawy obniżonego nastroju. – Wyniki te sugerują, że styl życia dziecka nie pozostaje bez wpływu na dobrostan psychiczny opiekuna. Mechanizm ten może być związany z obciążeniem psychicznym rodzica wynikającym z obserwowania dziecka, które wycofuje się z aktywności, co może rodzić poczucie bezradności i lęku o jego rozwój – wyjaśnia psycholog dr Maria Siwa z Wydziału Psychologii we Wrocławiu Uniwersytetu SWPS. Źródło: SWPS

AI rozpoznaje guzy mózgu

Narzędzie AI o nazwie PICTURE pozwala chirurgom i patologom w czasie rzeczywistym odróżniać glejaka wielopostaciowego od innych podobnych guzów mózgu. System zmniejsza ryzyko błędów diagnostycznych i wspiera decyzje terapeutyczne podczas operacji. Glejak wielopostaciowy to najczęstszy i najbardziej agresywny nowotwór mózgu, podczas gdy pierwotny chłoniak ośrodkowego układu nerwowego

(PCNSL) wywodzi się z komórek układu odpornościowego. Pod mikroskopem oba guzy mogą wyglądać bardzo podobnie. Zespół z Harvard Medical School pod kierownictwem Kun-Hsinga Yu opracował system PICTURE (Pathology Image Characterization Tool with Uncertainty-aware Rapid Evaluations), który potrafi odróżnić glejaka od PCNSL z dokładnością do 98 proc.

Alkohol, wypadki i śmierć

W Europie średnio jeden na trzy zgony, których przyczyną są urazy ciała lub przemoc, jest spowodowany przez alkohol – alarmuje WHO/Europe. Najgorsza sytuacja występuje w Europie Wschodniej. W wielu krajach tego regionu problem dotyczy ponad 50 proc. zgonów po urazach. Organizacja podkreśla, że żadna inna substancja psychoaktywna nie przyczynia się w tak dużym stopniu do powstawania nieumyślnych i umyślnych obrażeń ze skutkiem śmiertelnym.

Etyczne zawody

I nstytut Gallupa co roku pyta Amerykanów, które zawody oceniają jako najbardziej uczciwe i etyczne. W najnowszej edycji sondażu „Honesty and Ethics” po raz kolejny zwyciężyły



fot.: freepik.com

▲ Pielęgniarki od lat uznawane są za najbardziej etyczny zawód

pielęgniarki. Na wysoki/bardzo wysoki poziom szczerości i przestrzegania standardów etycznych w tym zawodzie wskazało 75 proc. badanych. Na drugim miejscu znaleźli się weterani wojenni (67 proc.), na trzecim lekarze (57 proc.), a na czwartym farmaceuci

(53 proc.). Najgorzej oceniono telemarketerów, w których szczerość i działanie w zgodzie z etyką wierzy tylko 5 proc. respondentów, a także polityków (dokładnie: członków Kongresu USA, 7 proc.) i sprzedawców samochodów (7 proc.). Jak podaje Instytut Gallupa, pielęgniarki pozostają liderem od 1999 r. (czyli od początku uwzględnienia tego zawodu w sondażu).

Polak w zarządzie WGO

P rof. Wojciech Marlicz z Kliniki Gastroenterologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie został powołany do Zarządu Głównego Światowej Organizacji Gastroenterologii (World Gastroenterology Organisation). Objął funkcję Chair Train The Trainers Committee na okres 2026-2027.

Źródło: PUM

Problemy ze snem

N aukowcy z University of California odkryli, że współwystępowanie bezsenności i bezdechu sennego wiąże się z gorszą wydajnością pamięci werbalnej u osób starszych, ale tylko w przypadku kobiet. W przeprowadzonym przez nich badaniu uczestniczyło 110 osób w przedziale wiekowym 65-83 lata, zarówno kobiety jak i mężczyźni. Rezultaty ich obserwacji zostały opublikowane w „Journal of Clinical Sleep Medicine”.

Wyższa akcyza

Ś wiatowa Organizacja Zdrowia apeluje do rządów krajowych o wzmocnienie systemu dotyczącego podatku akcyzowego na napoje słodzone i alkohol. Według najnowszych raportów WHO co najmniej 116 krajów nakłada taki

podatek na napoje słodzone, ale często jest on zbyt niski i dotyczy tylko części produktów (przede wszystkim napojów gazowanych), omijając inne, które też zawierają



fot.: pixabay.com

▲ Co najmniej 116 krajów opodatkowuje napoje słodzone

dużo cukru, np. soki owocowe, słodzone napoje mleczne oraz gotowe do spożycia kawy i herbaty. Z kolei w przypadku alkoholi większość krajów nakłada na nie akcyzę, ale w ocenie WHO jej wielkość nie nadąża za tempem inflacji i wzrostu dochodów, przez co te używki są bardziej przystępne cenowo.

Źródło: WHO

Wpływ otoczenia na BMI

T o, gdzie żyjemy, może mieć wpływ na to, ile ważymy. Z badania przeprowadzonego przez Curtin University (Australia) wynika, że lokalne warunki żywieniowe i wygląd okolicy (np. ilość punktów fast food, architektura przyjazna do poruszania się pieszo, dostęp do terenów zielonych etc.) mają wpływ na masę ciała Australijczyków. Naukowcy przez 14 lat monitorowali tysiące osób pod tym kątem. Okazało się, że ludzie po przeprowadzce do nowej lokalizacji przejmowali część typowego profilu wagowego swojej nowej społeczności.

Źródło: Curtin University •

Tajne łamane przez poufne

PIOTR KOŚCIELNIAK
REDAKTOR NACZELNY



Kiedy kolejny raz pojawia się temat stanu przygotowań systemu ochrony zdrowia na zdarzenia wielkoskalowe, siłą rzeczy myślimy o konflikcie zbrojnym – „godzinie W”. Bardzo łatwo wtedy narazić się na zarzut straszenia obywateli inwazją barbarzyńców ze wschodu i wyniszczającą wojną. Ale pomyślimy o tym w nieco inny sposób. Te same – lub bardzo zbliżone zasoby – zostałyby uruchomione w sytuacji potężnej katastrofy naturalnej lub komunikacyjnej. A takie mogą się zdarzyć i w Polsce.

Popatrzmy – w ostatnim roku regularnie dochodziło do tajemniczych pożarów magazynów i obiektów handlowych. W połowie listopada ubiegłego roku o mało nie doszło do wykoślenia pociągu na linii Warszawa–Dorohusk. Maszynista zauważył ubytek torów – gdyby nie on, wykośiłby się pociąg, którym podróżowało prawie 500 osób. W styczniu tego roku wykośił się pociąg Polregio z 20 osobami. I dla reakcji systemu ochrony zdrowia zupełnie nieistotne jest to, czy to sabotaż, element wojny hybrydowej, czy „zwykły” wypadek – działanie w celu ratowania życia i zdrowia ludzi byłoby takie samo. A co, gdyby w Polsce wydarzyło się to, co w Hiszpanii, gdzie w ciągu czterech dni doszło do wypadków sześciu pociągów? W jednej katastrofie zginęło co

najmniej 41 osób, a rannych zostało ponad 150.

Nie można nie zapytać, jak poradziłby sobie z taką katastrofą kraj, w którym porody przyjmuje się na SOR-ach. Dzięki Bogu nie musieliśmy testować systemu w takich okolicznościach. Przyjmujemy, że wszystko zadziała. Ale...

Obserwacja niesprawności działania innych służb w takich sprawach nakazuje pewną ostrożność. Pamiętamy wszak o nieporadności przy nalocie dronów znad Białorusi i o poszukiwaniach balonów, które część mediów z uporem nazywa przemytniczymi. Wiemy też, że choć kolejowych dywersantów udało się zidentyfikować, samemu aktowi dywersji nie zapobiegliśmy. Oby reakcja na zdarzenia wielkoskalowe (czy „godzinę W”) była skuteczniejsza.

Podjmując się pisanie tematu numeru tego wydania „Gazety Lekarskiej”, wiedzieliśmy też dobrze, że wiele informacji dotyczących gotowości wojskowej służby zdrowia i jej współpracy z częścią cywilną w razie nagłych zdarzeń będzie dla nas niedostępnych – są to informacje tajne. Ale mamy też nadzieję, iż „ściśle tajne” nie służy do przykrycia tego, że nasza gotowość jest dziś iluzoryczna. ●



Trwa reforma wojskowej służby zdrowia. Punktem wyjścia jest konsolidacja dowodzenia. – Po to powołujemy wojska medyczne, żebyśmy mieli możliwość rozwoju całej medycyny pola walki, możliwość rozwoju naszego personelu, zarówno żołnierzy, jak i cywilów pracujących w szpitalach, w przychodniach, którzy będą nam pomocni i będą tej pomocy udzielać nie tylko w momencie zagrożenia – mówi Władysław Kosiniak-Kamysz, wicepremier i minister obrony narodowej, choć zastrzega, że najważniejsze jest przygotowanie kadr medycznych na bezpośrednie zagrożenie militarne.

Na czele powołanego we wrześniu 2025 r. Dowództwa Wojsk Medycznych (DWM) stanął 51-letni specjalista otolaryngologii płk lek. Mariusz Kiszka, dotychczasowy zastępca komendanta ds. medycznych 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu. – Musimy zaplanować, zorganizować i przygotować siły i środki medyczne do realizacji zadań i zabezpieczenia prowadzonych operacji wojskowych w każdych warunkach i czasie, w ścisłej współpracy z jednostkami cywilnymi. Gwarantem profesjonalnych działań będzie skompletowanie zespołu oficerów i podoficerów: kompetentnych, zaangażowanych i kreatywnych – podkreśla Kiszka.

CO TO OZNACZA W PRAKTYCE?

Wojska medyczne mają być łącznikiem między różnymi jednostkami wojskowymi, ale też sektorem cywilnym. Zdaniem MON utworzenie nowej struktury organizacyjnej „wychodzi naprzeciw oczekiwaniom wynikającym z wymagań obecnej sytuacji politycznej i militarnej oraz współczesnego pola walki w zakresie zabezpieczenia medycznego, które musi obligatoryjnie współdziałać z elementami powszechnej cywilnej ochrony zdrowia”. Celem jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego kraju.

„Dowództwo będzie skupiało się na rozwoju zdolności do zabezpieczenia medycznego wojsk, w szczególności na szkoleniu indywidualnym kadr medycznych i zgrywaniu pododdziałów/jednostek medycznych na poziomie taktycznym i operacyjnym w korelacji

TEMAT NUMERU

Biała armia

MARIUSZ TOMCZAK

DZIENNIKARZ

Wojskowa służba zdrowia coraz śmielej wyciąga ręce po lekarzy. I nie powinno to zaskakiwać, ponieważ trudno wyobrazić sobie konflikt zbrojny w XXI wieku bez nich. Potwierdza to wojna na Ukrainie.

zadanie–sprzęt–ludzie, w ścisłym powiązaniu ze szpitalami wojskowymi oraz cywilnymi podmiotami leczniczymi” – przekazał resort „Gazecie Lekarskiej”.

INTEGRACJA Z SEKTOREM CYWILNYM

Tworzenie od zera DWM wychodzi na przeciw deficytowi kadr medycznych w Siłach Zbrojnych RP i ma integrować WSZ. W dalszej kolejności konieczne będzie m.in. zwiększenie roli rejonów zabezpieczenia medycznego wojsk, kontynuowanie procesu tworzenia Wojskowej Akademii Medycznej (WAM) i wprowadzenie regulacji dotyczących WSZ do ustawy o obronie Ojczyzny, która została uchwalona kilkanaście dni po rozpoczęciu rosyjskiej inwazji na Ukrainę.

Powołanie DWM stanowi początek zmian mających przygotować do działania w sytuacjach kryzysowych cały system ochrony zdrowia w Polsce, a zatem także placówki cywilne. W tym miejscu warto podkreślić, że funkcjonowanie WSZ nie ogranicza się do obszaru militarnego, bowiem dotyczy m.in. stacjonarnych wojskowych podmiotów leczniczych, które są częścią powszechnego systemu opieki i na co dzień są związane ze środowiskiem cywilnym.

Wiele osób, w tym członków Wojskowej Izby Lekarskiej (WIL), na pewno zainteresuje fakt, że utworzenie DWM nie oznacza likwidacji Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia MON. Będzie on dalej sprawował nadzór formalno-prawny, właścicielski, finansowy i merytoryczny nad instytutami badawczymi oraz podmiotami funkcjonującymi w formie samodzielnych publicznych



ilustracja: Michal Trusz

Od szpitala cywilnego po pole walki: państwo buduje zaplecze medyczne na czas wojny – z lekarzami w kluczowej roli

zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ) czy spółek kapitałowych. A zatem dyrektor departamentu, płk dr n. med. Arkadiusz Kosowski,

pozostanie „osobą właściwą” dla korpusu medycznego.

WSPÓŁPRACA WOJSKA Z MEDYKAMI

Wojna na Ukrainie dowodzi, że nieodczowna jest budowa mostów między cywilnym środowiskiem medycznym a potrzebami obronnymi państwa. To przekonanie legło u podstaw ogłoszenia na początku 2026 r. budowy Legionu Medycznego – ochotniczej inicjatywy mającej angażować społeczność medyczną wokół sił zbrojnych. Celem jest też konsolidowanie kompetencji cywilnych z zakresu zabezpieczenia medycznego, zapewnienie szybkiego wsparcia w razie konfliktu, katastrof czy epidemii chorób zakaźnych oraz promowanie kultury odpowiedzialności społecznej za bezpieczeństwo zdrowotne.

Do wyboru jest 10 ścieżek współpracy wojskowo-cywilnej, w tym udział w szkoleniach, ćwiczeniach i konferencjach, możliwość zdobycia podstawowego przeszkolenia wojskowego czy odbycia kursu oficerskiego. Nie wszystkie wiążą się ze złożeniem przysięgi wojskowej. „To oferta nie tylko dla lekarzy i białego personelu, ale dla każdego, kto chce zwiększać kompetencje i możliwości współpracy cywilnego środowiska medycznego z Wojskiem Polskim” – napisał Kosiński-Kamysz w portalu X.

NOWE WYZWANIA, „NOWA” UCZELNIA

Obecnie kształcenie przyszłych lekarzy wojskowych odbywa się



fot.: Krzysztof Niedziela/MON

▲ Ćwiczenia poligonowe z zakresu medycyny pola walki zorganizowane w październiku 2025 r. przez Wojskowe Centrum Kształcenia Medycznego z Łodzi na terenie Wojskowego Ośrodka Szkoleniowego Jeżewo (gm. Zgierz)

w ramach Kolegium Wojskowo-Le-karskiego (KWL) funkcjonującego na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi, gdzie w 2025 r. naukę zakończyło 116 oficerów lekarzy. Specyfika kształcenia w cywilnych uczelniach jest odmienna niż w placówkach wojskowych, ale przez lata apele o odtworzenie wojskowego systemu kształcenia lekarzy były głosem wołającego na puszczy.

Dopiero sytuacja geopolityczna wymusiła przyznanie, że likwidacja istniejącej do 2002 r. WAM, będącej przez ponad cztery dekady źródłem kadr medycznych przygotowywanych przede wszystkim do służby w jednostkach wojskowych, to błąd. Zajęcia w reaktywowanej Akademii, gdzie docelowo ma studiować ok. 200 osób na każdym roku, ruszą od października. Koszty sformowania i funkcjonowania uczelni w okresie 10 lat oszacowano na ok. 1,13 mld zł.

WIĘCEJ WYOBRAŹNI I ZAPASÓW

Doświadczenia płynące z konfliktu za naszą południowo-wschodnią granicą wskazują też na potrzebę dyskusji nad nowymi pomysłami na funkcjonowanie

WSZ i tworzeniem kolejnych pól współpracy wojskowych z cywilami. O tym dyskutowano m.in. w czasie konferencji „Wojskowa Służba Zdrowia – 250 lat i co dalej?“, którą w październiku zorganizowała WIL w Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej, oraz w trakcie grudniowej konferencji „System ochrony zdrowia w czasie wojny. Jak skorzystać z doświadczeń ukraińskich?“ przygotowanej przez Zakład Ratownictwa Medycznego WUM i Instytut Ochrony Zdrowia.

Z obu spotkań wypływa wniosek, że transformacja Wojska Polskiego w kierunku wzmacniania zdolności do skutecznego odstraszania przeciwnika musi iść w parze ze zmianami w powszechnym systemie opieki zdrowotnej. Niezbędne jest m.in. gromadzenie większych zapasów leków i sprzętu oraz opracowanie planów zabezpieczenia ciągłości świadczenia usług, które w okresie pokoju wydają się oczywistością, a w czasie konfliktu są na wagę złota. Ukraińscy

lekarze szczegółowo opowiadali, ile zachodu wymaga m.in. zapewnienie usług pralniczych i żywienia dla szpitali działających niedaleko frontu.

DYWERSJA: ZNAK CZASÓW

Jeszcze kilka miesięcy temu w naszej debacie publicznej prawie nie pojawiało się słowo „dywersja“. Jednak incydenty, do których doszło w listopadzie 2025 r. na trasie kolejowej Warszawa–Lublin, pokazują, że działalność wrogich służb ma realne przełożenie na nasze życie. Jednym z pociągów, który mógł się wykołcić niedaleko Puław, jechało prawie 500 pasażerów, więc w skrajnie pesymistycznym scenariuszu służby ratunkowe miałyby pełne ręce roboty.

Na szczęście odbywa się coraz więcej ćwiczeń przygotowujących medyków na wydarzenia, w których liczba poszkodowanych jest spora, a każda minuta ma znaczenie dla ich życia. Niedawno w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie doskonalono procedury

postępowania w przypadku zdarzenia masowego z udziałem pacjentów pediatrycznych, a scenariusz ćwiczeń w Szpitalu Wolskim w Warszawie zakładał symulację cyberataku na infrastrukturę krytyczną w stolicy.

NIE WSZYSTKO JEST JAWNE

W obszar planowania bezpieczeństwa systemu ochrony zdrowia na wypadek zagrożenia potencjalnym konfliktem zbrojnym wpisują się m.in. plany sporządzane na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z 27 października 2023 r. w sprawie przygotowania i wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa. Dotyczą one m.in. udzielania świadczeń szpitalnych, organizacji i funkcjonowania zastępczych miejsc w szpitalach, udzielania świadczeń zdrowotnych na potrzeby systemu kierowania bezpieczeństwem narodowym, a także funkcjonowania zespołów ratownictwa medycznego czy stacji sanitarno-epidemiologicznych.

„Dokumentacja związana z planowaniem zadań na potrzeby obronne państwa (decyzje, plany, instrukcje, wytyczne) stanowi tajemnicę prawnie chronioną i nie podlega publicznemu udostępnianiu” – podkreśla resort zdrowia. Wiadomo jednak, że regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa już teraz przygotowują się do zwiększenia pobierania, przechowywania i wydawania krwi i jej składników, a niektóre szpitale uwzględniają dodatkowe łóżka m.in. na potrzeby służb mundurowych.

CZY LEKARZE PÓJDA NA WOJNĘ?

Od 2 lutego do 30 kwietnia zostanie przeprowadzona kwalifikacja wojskowa. Obejmie prawie 235 tys. osób – przede wszystkim mężczyzn z rocznika 2007 i lat 2002-2006, którzy nie mają określonej kategorii zdolności do czynnej służby wojskowej. Wezwania obejmą też osoby wcześniej uznane za czasowo niezdolne do służby oraz kobiety z roczników 1999-2007 posiadające lub zdobywające kwalifikacje przydatne w wojsku, np. medyczne, psychologiczne czy informatyczne.

„Obowiązkiem obywatela polskiego jest obrona Ojczyzny” – to zdanie jest zawarte w konstytucji RP od niemal 30 lat. W uchwalonej niespełna cztery lata temu ustawie o obronie Ojczyzny czytamy, że podstawowym sposobem spełniania tego obowiązku jest służba wojskowa, a obywatele są zobowiązani m.in. do wykonywania

zadań wynikających z przydziałów mobilizacyjnych i pracowniczych przydziałów mobilizacyjnych oraz pełnienia służby w jednostkach zmilitaryzowanych. Dotyczy to też medyków.

W razie wybuchu wojny nie należy spodziewać się wysłania lekarzy cywilnych na pierwszą linię walki (więcej o tym mówi szef WIL Artur Płachta na str. 12-14). Jednak w związku z tym, że wiedza i umiejętności osób z wykształceniem medycznym są wówczas pożądane bardziej niż w okresie pokoju, część z nich może zostać

Zaplecze wojny to nie tylko broń i żołnierze, ale też krew, leki, logistyka i szpitale działające pod presją czasu

powołana do czynnej służby wojskowej lub podlegać nakazom pracy w placówkach wyznaczonych do zabezpieczenia potrzeb państwa. Jak to może wyglądać w praktyce, tysiące lekarzy pamięta z okresu pandemii COVID-19.

KTO TRAFI W KAMASZE?

Załóżmy, że Polska została zaatakowana. Co wtedy? Odpowiedź na to pytanie z jednej strony wydaje się prosta, bo wiele kwestii regulują przepisy i procedury (część z nich została zmieniona pod wpływem wojny na Ukrainie), a z drugiej – wielowątkowa, ponieważ kwestie szczegółowe nie są podawane do publicznej wiadomości, a każdy konflikt zbrojny wygląda inaczej. Poza tym pod znakiem zapytania jest zachowanie najważniejszych władz w państwie, które mogą podejmować działania szybko i zdecydowanie, nie licząc się ze sprzeciwem wyrażanym przez jednostki.

Ilu lekarzy zostałoby zmobilizowanych? Na to pytanie nie da się odpowiedzieć, jeżeli nie znamy skali zagrożenia. Możliwy jest scenariusz, którego doświadczyli Ukraińcy tuż po rozpoczęciu rosyjskiej agresji w lutym 2022 r., tj. błyskawiczne wprowadzenie stanu wojennego, szybkie zamknięcie

przebiegów granicznych dla większości dorosłych oraz wzywanie do jednostek wojskowych osób zdolnych do służby wojskowej z niezaznaczonym terminem stawienia się.

Należy się spodziewać, że osoby mające za sobą szkolenie wojskowe będą powołane w pierwszej kolejności, ale to nie oznacza, że armia nie upomni się o lekarzy, którzy go jeszcze nie odbyli. W praktyce może wyglądać to tak, że funkcjonariusz policji odwiedzi lekarza w jego miejscu pracy lub w domu i wręczy pismo nakazujące stawienie się w określonym miejscu dzień lub dwa dni później. Posiadane kwalifikacje stawiają wszystkich medyków w gronie osób kluczowych dla obronności państwa – można powiedzieć, że to zasób strategiczny.

POBYT ZA GRANICĄ NIE POMOŻE

Niektórym osobom wydaje się, że wyjazd do innego kraju uchroni przed spełnieniem obowiązków zapisanych w ustawie o obronie Ojczyzny. Istnieje jednak możliwość wprowadzenia nakazu powrotu dla obywateli przebywających za granicą stale lub czasowo. Takie wezwania mogą trafić m.in. do polskich lekarzy mieszkających w innych krajach UE. W dobie coraz większej cyfryzacji naszego życia zawodowego i prywatnego bardzo łatwo ich namierzyć.

Osoby chcące uniknąć mobilizacji powinny zdawać sobie sprawę z tego, że wiele państw ściśle współpracuje z polskimi organami ścigania, a jeśli władze jakiegoś kraju będą chciały uprzykrzyć życie „uciekiniom”, to mogą to zrobić na wiele sposobów, np. wstrzymać usługi konsularne. W połowie 2024 r. zrobił tak ukraiński resort spraw zagranicznych, blokując wydawanie paszportów m.in. w Polsce.

Przepisy mówią jasno – kto w czasie mobilizacji lub wojny w celu trwałego uchylenia się od obowiązku służby wojskowej nie zgłasza się do rejestracji albo nie zgłasza się w określonym terminie i miejscu na wezwanie właściwych organów w sprawach dotyczących powszechnego obowiązku obrony lub wprowadza je w błąd, podlega karze pozbawienia wolności na czas niekrótszy niż 5 lat. ●

TEMAT NUMERU

Nikt nie zastąpi lekarza

Lekarz to zawód zaufania publicznego, dlatego jeżeli wybuchłaby wojna, nie wolno nam spakować walizek i uciec za granicę – mówi **ppłk rez. lek. Artur Płachta**, prezes Wojskowej Izby Lekarskiej, w rozmowie z Mariuszem Tomczakiem.

Czy system ochrony zdrowia w Polsce jest przygotowany do funkcjonowania w warunkach konfliktu zbrojnego?

Pod względem kadrowym – tak, i mówię to jako doświadczony lekarz wojskowy. W naszym systemie ochrony zdrowia, nie tylko w wojsku, jest wystarczająca liczba lekarzy i innych osób z wykształceniem medycznym. W kwestii sprzętu wojskowo-medycznego nie chcę się wypowiadać, bo za długo jestem na emeryturze, a obserwując przebieg wojny na Ukrainie, jest oczywiste, że potrzeby się zmieniły.

Z powodu nasycenia pola walki nowoczesną technologią?

Nie tylko. Kilkadziesiąt lat temu w wielkim uproszczeniu wyglądało to tak, że zwykle najpierw pojawiały się czołgi, na określonym obszarze dochodziło do mniej lub bardziej intensywnych walk, po czym armia posuwała się dalej. Na Ukrainie sytuacja wygląda inaczej. W znacznie większym stopniu niż kiedyś wojna toczy się ponad głowami żołnierzy – czołgi są niszczone przez małe drony kierowane przez osoby siedzące w bunkrach, a miasta znajdujące się kilkaset kilometrów od linii frontu są regularnie atakowane dronami i raketami, ponieważ Rosjanie chcą złamać moralnie ludność cywilną. Do takiego konfliktu niekoniecznie jesteśmy przygotowani.

Powinniśmy korzystać z doświadczeń Ukraińców?

Oczywiście, bo oni wiedzą, jak w takich warunkach prowadzi się działania obronne i ofensywne. To był jeden z głównych powodów

zaproszenia lekarzy wojskowych z tego kraju na konferencję naukowo-szkoleniową „Wojskowa Służba Zdrowia – 250 lat i co dalej?” zorganizowaną w październiku 2025 r. przez naszą izbę. Poza Ukraińcami gościliśmy też żołnierzy z Niemiec i Wielkiej Brytanii. Wiele osób było zaskoczonych wystąpieniami ukraińskich żołnierzy.

Płk dr Igor Fedirko z Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Centralnego Wojskowego Szpitala Ministerstwa Obrony w Kijowie powiedział, że najwięcej obrażeń ma miejsce w obszarze

W czasie konfliktu zbrojnego ludzie nie przestają chorować – dlatego lekarze są wtedy jeszcze bardziej potrzebni niż w czasie pokoju

twarzoczaszki i, co nie jest nowością, kończyny. Choć jak się człowiek zastanowi, to wydaje się to logiczne – tułów jest chroniony kamizelką, a twarz trudno zamaskować. Ukraińcy podkreślali, że standardy ewakuacji rannych funkcjonują tylko na papierze. Zdarza się, że wydostanie poszkodowanych żołnierzy poza rejon walk nie zajmuje jednej godziny, lecz nawet pięć-sześć dni. Często nie da się rannych przetransportować w bardziej bezpieczne miejsce z powodu obecności dronów należących do wroga. To duże wyzwanie dla wojskowej służby zdrowia.

Powinniśmy wyciągnąć z tego wnioski.

Kto jest najbardziej potrzebny do udzielenia pomocy rannemu żołnierzowi?

Jeśli chodzi o lekarzy, to ci, którzy odpowiadają za I i II poziom ewakuacji i udzielanie pomocy medycznej, czyli znajdują się „na samym przodzie”. Oni zawsze są razem z żołnierzami i stanowią najważniejszy element medycyny wojskowej. To od nich zależy, kiedy zostanie udzielona pomoc rannemu i czy de facto zostanie uratowany. Tutaj nie jest wymagany tytuł profesora, ale konieczne jest sprawne zarządzanie tym, co się aktualnie ma do dyspozycji.

Czym różni się lekarz wojskowy od cywilnego?

Jedną fundamentalną sprawą – jest żołnierzem. Kto służy w jednostce wojskowej, najpierw jest oficerem Wojska Polskiego, a dopiero w drugiej kolejności lekarzem. Stopień wojskowy ustawia w hierarchii sił zbrojnych, a lekarz to przyporządkowanie do pracy. Dlatego mówimy „porucznik lekarz”, a nie „lekarz porucznik”. Każdy lekarz stanowi elitę każdej jednostki wojskowej, ale – wyraźnie to podkreślę – elitę wojskową, bo znajduje się wśród żołnierzy.

Kto jest bardziej przydatny w czasie konfliktu zbrojnego: lekarz cywilny czy wojskowy?

Jeśli nie mówimy o froncie, to, moim zdaniem, cywilny. Lekarze wojskowi cały czas przebywają

z innymi żołnierzami, a społeczeństwo w czasie wojny potrzebuje pomocy medycznej tak jak w okresie pokoju.

W niektórych europejskich krajach coraz częściej mówi się o przywróceniu zasadniczej służby wojskowej.

Wiele osób było przeciwnych zniesieniu służby zasadniczej. Ja też. Zamiast ją likwidować, należało skrócić czas odbywania i usprawnić to, co źle funkcjonowało. Historia uczy, że duże wojny wygrywają rezerwy. Jeśli żołnierze giną lub stają się niezdolni do walki, to uzupełnia się ich rezerwistami i właśnie dlatego społeczeństwo, w tym oczywiście osoby z wykształceniem medycznym, powinno być przeszkolone na wypadek różnych sytuacji kryzysowych, np. konfliktu zbrojnego.

Rządzący zapowiadają, że medycy będą szkoleni bardziej intensywnie.

Na różnych konferencjach politycy snują wielkie plany, ale opowiadanie dziennikarzom okrągłych zdań to za mało. W jaki sposób przeszkolić ok. 150 tys. lekarzy w najbliższych latach? Kto ma to zrobić? Kiedy? Gdzie? Jeśli przez długi czas nie szkoliliśmy rezerwistów, to nie da się nadrobić zaległości w jeden sezon. Większość młodszych lekarzy cywilnych nie posiada żadnego przeszkolenia wojskowego i nie ma nawet przedziałów mobilizacyjnych, czyli nie do końca przeszli proces wprowadzający ich do sił zbrojnych.

Co należy zrobić?

Gdyby to zależało ode mnie, to zacząłbym od wyselekcjonowania grupy wykwalifikowanych instruktorów. Ministerstwo Zdrowia ma jednak inne plany. W grudniu powołano zespół mający opracować nowe standardy kształcenia uwzględniające medycynę pola walki. Podobno rozważa się umieszczenie takiego modułu w ramach stażu podyplomowego. Dobrze, że na ten temat się dyskutuje, ale potrzebne są konkretne decyzje, których wciąż nie ma, mimo że od rozpoczęcia pełnoskalowej wojny na Ukrainie minęły prawie cztery lata. To nie przypadek, że obecnie znacznie częściej niż kiedyś jestem pytany przez



foto: Mariusz Tomczak

studentów medycyny i młodych lekarzy, czy pójdą na wojnę.

I co Pan im odpowiada?

Że na wojnę w pierwszej kolejności idą lekarze wojskowi, a nie lekarze cywilni. Jeśli żołnierze prowadzą jakiekolwiek działania operacyjne w kraju czy poza jego granicami, bronią się lub atakują, wojskowa służba zdrowia jest z nimi. Tak jest na całym świecie. Nawet w razie prowadzenia działań poza granicami nie wyjeżdżają wszyscy lekarze wojskowi. Oczywiście zawsze potrzebni są też rezerwiści, ale kto znajduje się w rezerwie, już o tym wie. W czasie konfliktu zbrojnego ludzie nie przestają chorować. Nawet z dala od frontu potrzebni są lekarze. I dlatego kiedy wybucha wojna, wszyscy medycy powinni pozostać w swoim kraju, bo wtedy są jeszcze bardziej potrzebni społeczeństwu niż w okresie pokoju.

A jeśli ktoś planuje wtedy wyjechać za granicę?

Skoro tutaj się wykształciliśmy i jesteśmy obdarzeni zaufaniem publicznym, nie wolno nam spakować walizek i uciekać gdzie

◀ Płk rez. lek. Artur Plachta

– absolwent Wojskowej Akademii Medycznej, specjalista położnictwa i ginekologii oraz organizacji ochrony zdrowia wojsk, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej, przewodniczący Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich, były szef Służby Zdrowia Śląskiego Okręgu Wojskowego

pieprz rośnie. To jest niemoralne, bo każdy lekarz ma obowiązki wobec swojego kraju. Mówiłem o tym publicznie m.in. na początku marca 2022 r., kilkanaście dni po rozpoczęciu rosyjskiej inwazji na Ukrainę, na wyjazdowym posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej w Toruniu. I nadal podtrzymuję to zdanie.

Podobnie uważa wielu ukraińskich lekarzy. W czasie naszej konferencji prof. Myron Uhryn, konsultant ds. stomatologii przy ministrze zdrowia i ministrze obrony Ukrainy, wyrażał niezadowolenie z powodu wyjazdu części lekarzy m.in. do Polski, ponieważ dużą część społeczeństwa pozostawili bez opieki. Jeśli ktoś, kto wykonuje zawód zaufania publicznego, opuszcza swój kraj, a w szpitalu powiatowym, w którym pracował długie lata, nie ma go kim zastąpić, to jak to wygląda? Gdzie jest etyka zawodowa?

Czy każdy lekarz powinien być przeszkolony pod względem wojskowym?

Formalnie nie, ale każdy powinien posiadać wiedzę z zakresu zdarzeń masowych. Są to sytuacje, gdy zapotrzebowanie na pierwszą pomoc i czynności ratunkowe zdecydowanie przekraczają możliwości medyków. W Polsce na razie nie było katastrofy, która spowodowałaby napływ kilkuset czy tysiąca pacjentów do jednego szpitala w krótkim czasie. Wtedy zaczyna się to, co jest kluczem medycyny wojskowej – triaż.

Co to oznacza w praktyce?

Segregacja wyróżnia straty masowe od pozostałych zdarzeń medycznych. Polega ona na ustaleniu priorytetów pomocy

medycznej, tak aby uratować jak najwięcej osób. To są trudne decyzje dla każdego lekarza, a tym bardziej dla kogoś, kto nie wie, jak należy się zachować w takiej sytuacji. Powiedzmy, że w centrum Warszawy rozszczelniła się cysterna z amoniakiem, a z powodu wiatru mnóstwo osób ma poparzenia m.in. dróg oddechowych. Natychmiastowej pomocy wymagają ci, co byli najbliżej miejsca wypadku, a tych, co byli znacznie dalej, duszności „złapia” trzy-cztery godziny później. Inny przykład: dron uderzył w blok lub sklep po przeciwnej stronie ulicy, a w wyniku eksplozji wiele osób odniosło rany.

I teraz wyobraźmy sobie doktora, który nigdy nie zetknął się z 50 osobami poważnie porażonymi naraz i musi szybko zdecydować, komu udzieli pomocy w pierwszej kolejności. Nie każdy wymaga opieki medycznej tu i teraz, ale mogą być pacjenci, którzy źle rokuja, i w takiej sytuacji też trzeba umieć się odnaleźć. Wiedzę z zakresu segregacji w czasie zdarzeń masowych powinni posiadać wszyscy lekarze, mimo że najbardziej przydatna jest w czasie konfliktu zbrojnego.

Kto zajmuje się segregacją w wojsku?

Dobrze, aby robił to lekarz. Pielęgniarka raczej nie oceni, czy grupa mężczyzn z postrzelonymi brzuchami ma uszkodzone jelita, czy kręgosłup, czy też jedno i drugie. Przy czym warto podkreślić, że lekarz niewiele zrobi bez pielęgniarów, ratowników medycznych czy sanitariuszy.

Co Pan myśli o reaktywowaniu Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi?

Jako izba popieramy ten pomysł, choć co do szczegółów moglibyśmy długo dyskutować. To ważny krok w kierunku odtworzenia szkolnictwa wojskowego dla wszystkich zawodów medycznych tworzących wojskową służbę zdrowia. Moim zdaniem, żeby ze studenta „zrobić” lekarza wojskowego, konieczna jest obecność żołnierskiego stylu życia na co dzień. W dawnych czasach studenci Wojskowej Akademii Medycznej przebywali na terenie

zamkniętym. I choć zdaję sobie sprawę z tego, że nie wszystkie państwa posiadają uczelnie medyczne, w których podchorążowie są skoszarowani, uważam, że jest z tego dużo pożytku, np. tworzą się więzy koleżeńskie, tak bardzo potrzebne w każdym wojsku.

Czy Ministerstwo Obrony Narodowej konsultuje się z izbą w sprawie reformy wojskowej służby zdrowia?

Nie. Od prawie ośmiu lat je-

Jeśli żołnierze giną lub stają się niezdolni do walki, to uzupełnia się ich rezerwistami i właśnie dlatego społeczeństwo, powinno być przeszkolone

stem prezesem Wojskowej Izby Lekarskiej i w tym czasie ani obecna, ani poprzednia władza nie konsultowała z nami spraw dotyczących członków naszej izby.

Dlaczego?

Nie wiem. Za to wiem, że nasza izba to najlepsze miejsce, do którego warto zwrócić się w sprawie kształcenia lekarzy wojskowych czy funkcjonowania wojsk medycznych. Skupiamy ok. 4,2 tys. lekarzy wojskowych. Do naszej izby należą obecni i byli lekarze wojskowi, zarówno profesoriowie, jak i zwykli lekarze, osoby w wieku okołoemerytalnym, średnim i młodzi lekarze, dawni szefowie ważnych struktur czy komendanci szpitali polowych. Mogłbym tak jeszcze długo wymieniać. Wielu członków naszej izby uczestniczyło w misjach zagranicznych, np. na Bałkanach czy w Afganistanie, gdzie w warunkach zwykłego szpitala polowego robili rzeczy nieprawdopodobne,

które wielu lekarzom w cywilu, przyzwyczajonym do pracy w świetnie zaopatrzonych klinikach, często się nie śniły.

Jakie działania należy podjąć, aby obecni i przyszli lekarze chcieli wiązać swoją przyszłość z Wojskiem Polskim?

Po pierwsze, trzeba pokazać, że wojskowa służba zdrowia ma sens. Za mało mówi się o etosie żołnierza i pobudkach patriotycznych. Po drugie, w szpitalach wojskowych powinny być tylko etaty wojskowe. Gdzie mają specjalizować się młodzi lekarze wojskowi, skoro większość miejsc rezydenckich w tych placówkach jest obsadzana przez cywili? Po trzecie, należy odbudować prestiż armii. W przeszłości dochodziło do sytuacji, że przychodził nowy minister i „kosił” wszystkich, którzy mu nie pasowali, a ważne stanowiska obsadzał osobami mało kompetentnymi. To psuje każdą instytucję. Komendanta szpitala, który jest wieloletnim lekarzem wojskowym, nie można zastępować artylerzystą, a tak się zdarzało.

Problemem są też kwestie finansowe. Jeśli na oddziale szpitalnym pracuje dwóch lekarzy i ten w mundurze otrzymuje znacznie mniej od cywila, choć wykonują identyczną robotę – a tak się dzieje, bo wynagrodzenie wojskowych wynika z rozporządzenia MON – to wśród wielu osób rodzi się poczucie niesprawiedliwości.

A co zrobić, by było więcej zrozumienia dla misji, którą wypełniają polscy żołnierze, a więc także lekarze wojskowi?

Trzeba przypominać, że Wojsko Polskie jest potrzebne. Jeśli społeczeństwo chce żyć komfortowo, to musi zadbać o tych, którzy są gotowi stanąć w jego obronie. Patriotyzm nie może być tylko na sztandarach. Stara sentencja „chcesz pokoju, szykuj się do wojny” pozostaje aktualna, bo ludzie prowadzili konflikty, i to się nigdy nie zmieni. ●

TEMAT NUMERU

Kadry medyczne w centrum uwagi

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Wojskowa służba zdrowia wymaga reanimacji, ponieważ boryka się z narastającymi od dawna problemami. Pilne zmiany są potrzebne zwłaszcza w odniesieniu do lekarzy.

Pokój daje nam tylko jedną szansę – przygotować medyków na wojnę. Kto zlekceważy ten czas, zapłaci życiem w chwili kryzysu”. Tak brzmi motto raportu pt. „Przywrócić rangę, zatrzymać talenty – strategia rewitalizacji korpusu lekarzy Sił Zbrojnych RP. Diagnoza deficytów kadrowych oraz program reform strukturalnych wojskowej służby zdrowia”. Jego głównym autorem i jednocześnie redaktorem naukowym jest gen. broni prof. dr hab. n. med. Grzegorz Gielerak, a współautorami dr hab. n. med. Justyna Klingemann i mgr Paweł Wiktorzak.

80-stronicowe opracowanie przygotowane przez Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie ujrzało światło dzienne pod koniec listopada 2025 r. W istocie jest programem naprawczym wojskowej służby zdrowia wymagającym współdziałania czterech ministerstw: obrony narodowej, zdrowia, nauki i szkolnictwa wyższego oraz finansów. Autorzy przekonują, że przeprowadzenie reformy ma krytyczne znaczenie dla bezpieczeństwa Polski, a wynikające z wieloletnich zaniedbań niedobory kadrowe mogą podważyć wiarygodność doktryny obronnej państwa.

JEDEN NA 260

Deficyt kadr lekarskich w Siłach Zbrojnych RP zagraża ciągłości zabezpieczenia medycznego i ma się nijak do realnych potrzeb operacyjnych. Obecnie w strukturach Wojska Polskiego jest obsadzonych 888 stanowisk na 1506 etatów lekarskich. Oznacza to 59-proc. pokrycie etatowe i brak 618 lekarzy różnych specjalności. Wyjątkowo dramatyczna sytuacja występuje wśród psychiatrów wojskowych – służbę pełni tylko

13 specjalistów, a specjalizację w tej dziedzinie odbywa ok. 20 lekarzy.

W niektórych garnizonach, jak czytamy w raporcie, „nieobecność jedynego lekarza destabilizuje de facto lokalny system opieki, zmuszając dowódców do wyboru między bieżącym bezpieczeństwem a rozwojem przyszłych kompetencji”. Podczas gdy w armiach państw należących do Sojuszu Północnoatlantyckiego

System już na etapie kształcenia marnuje potencjał młodych, idealistycznie nastawionych lekarzy, którzy mieli zasilić wojskową służbę zdrowia

(NATO) za standard przyjmuje się obecność jednego lekarza wojskowego na 100 żołnierzy, w Polsce ta proporcja wynosi 1:260.

Mówiąc w skrócie – jest źle, a może być jeszcze gorzej. W związku z tym, że nasze siły zbrojne mają ulec powiększeniu o ok. 100 tys. żołnierzy, korpus przygotowany do zabezpieczenia medycznego operacji wojskowych i reagowania kryzysowego nie może pozostać na dotychczasowym poziomie. „Gotowość medyczna warunkuje gotowość operacyjną” – podkreślają autorzy raportu.

ODCHODZĄ MŁODZI, ALE TEŻ DOŚWIADCZENI

W ubiegłym roku kształcenie przeddyplomowe zakończyło 116 oficerów-lekarzy, a w poprzednich latach – po

kilkadziesiąt osób. Sęk w tym, że wielu z nich (25-40 proc.) nie chce podejmować służby zawodowej w siłach zbrojnych lub rezygnuje z niej wkrótce po uzyskaniu dyplomu lekarza.

Z ankiety internetowej przeprowadzonej jesienią 2025 r. wśród 123 studentów V i VI roku Kolegium Wojskowo-Lekarskiego wynika, że co trzeci (31 proc.) skłania się do odejścia do cywila, co czwarty (28 proc.) nie podjął decyzji w tej sprawie, a tylko mniej niż połowa (41 proc.) planuje związać swoją przyszłość z armią. Zdaniem autorów raportu jest to „systemowe marnowanie potencjału młodych, idealistycznie nastawionych kandydatów do służby zawodowej już na etapie kształcenia wojskowego”.

Z kariery wojskowej coraz częściej rezygnują lekarze przed ukończeniem specjalizacji lub po jej uzyskaniu, a także doświadczeni specjaliści, którzy rozstają się z mundurem przed uzyskaniem pełnych uprawnień emerytalnych. W efekcie pozyskaną wiedzę i umiejętności wykorzystują w sektorze cywilnym lub decydują się na wyjazd za granicę.

PIENIĄDZE NIE SĄ NAJWAŻNIEJSZE

Znaczące różnice w zarobkach między lekarzami wojskowymi i cywilnymi są faktem, ale za decyzje o odchodzeniu z armii nie odpowiadają wyłącznie kwestie finansowe – wynika z anonimowej ankiety

przeprowadzonej wśród 179 oficerów-lekarzy w marcu 2025 r. Poglobiona analiza odpowiedzi skłoniła autorów raportu do wyodrębnienia trzech zjawisk, które obniżają poczucie sensu służby:

- „systemowe marnotrawstwo czasu eksperckiego poprzez kierowanie oficerów-lekarzy do zadań, które nie wymagają ich kwalifikacji, kosztem praktyki klinicznej i wojskowego treningu taktyczno-operacyjnego”,
- „niedrożne ścieżki rozwoju i brak gwarantowanej możliwości utrzymania kompetencji po zakończonej specjalizacji”, skutkujące obniżaniem kwalifikacji,
- „uwarunkowania organizacyjne i kulturowe” normalizujące zbędną biurokrację, rozmywające odpowiedzialność i osłabiające sprawczość pionu medycznego.

Tylko 17 proc. respondentów deklaruje wysoką satysfakcję ze służby. Szczególnie alarmujące jest to, że aż 38 proc. lekarzy wojskowych uczestniczących w ankiecie przyznaje się do niedostatecznego przygotowania do realizacji misji ratowania życia w czasie konfliktu zbrojnego.

CZAS SKOŃCZYĆ Z WIELOWŁADZTWEM

Zdaniem autorów raportu priorytetem jest zintegrowanie kompetencji kadrowych, budżetowych i operacyjnych w ramach Dowództwa Medycznego. Podleganie pod różne struktury dowodzenia jest bowiem przyczyną słabości systemu wojskowej służby zdrowia. Obecnie personel medyczny jest rozproszony między różnymi rodzajami wojsk, w jednostkach liniowych lekarze podlegają dowódcom, a za infrastrukturę szpitalną czy sprawy związane z kształceniem, badaniami i rozwojem odpowiada Departament Wojskowej Służby Zdrowia MON.

Personel medyczny powinien znaleźć się w centrum uwagi sił zbrojnych, ponieważ w razie konfliktu zbrojnego o wysokiej intensywności jego wiedza, umiejętności, odporność fizyczna i psychiczna mają duży wpływ na zdolność operacyjną armii. Autorzy raportu zwracają uwagę, że w ostatnich latach dokonuje się modernizacja uzbrojenia, ale sytuacja w obszarze medycznym nie ulega zmianie.

„W realiach współczesnego konfliktu armia pozbawiona skutecznego komponentu medycznego szybko traci efektywność – spada morale walczących, rosną straty, a opinia publiczna traci zaufanie,



fot. st. szer. Tomasz Tomakin / 1282

widząc, że armia nie potrafi stworzyć warunków bezpieczeństwa i opieki dla swoich żołnierzy. Dlatego wypracowanie docelowych, tj. skutecznych i kompleksowych rozwiązań w obszarze WSZdr należy postrzegać jako integralny element strategii obronnej państwa, a nie jedynie jako techniczną poprawę warunków pracy w ramach jednej służby” – podkreślają.

POTRZEBNE SĄ ZDECYDOWANE DECYZJE

Autorzy raportu proponują podjęcie trzech decyzji kluczowych dla odbudowy potencjału wojskowej służby zdrowia:

- **usunąć zadania pozamedyczne z zakresu obowiązków lekarzy w jednostkach liniowych.** Po „odzyskaniu” przynajmniej 20 proc. czasu służbowego, który obecnie pochłania biurokracja, należy przeznaczyć go na praktykę kliniczną i doskonalenie zawodowe. „Każda godzina przywrócona działalności medycznej przekłada się bezpośrednio na wzrost kompetencji operacyjnych i realną zdolność do ratowania życia w warunkach pola walki” – czytamy w raporcie;
- **wdrożyć obowiązkowe rotacje kliniczne dla personelu jednostek wojskowych.** Chodzi o regularne staże w WIM i wojskowych

◀ To nie tylko pieniądze wypychają lekarzy z armii, lecz biurokracja, brak rozwoju i poczucie, że ich kompetencje nie są potrzebne

szpitalach klinicznych, dyżury w centrach urazowych, udział w zabiegach na blokach operacyjnych i pracę w oddziałach intensywnej terapii. Zapewni to wzrost kompetencji w obszarach traumatologii, anestezjologii i medycyny ratunkowej, które są kluczowe w obliczu „przedłużonej opieki polowej oraz zarządzania zdarzeniami masowymi wymagającymi szybkiej segregacji i stabilizacji dużej liczby rannych”;

- **uruchomić zintegrowany program Field-Ready Military Physician.** Celem jest połączenie rozproszonych szkoleń w jeden spójny system kwalifikacji w zakresie medycyny wojskowej. Za jego opracowanie i wdrożenie ma być odpowiedzialny WIM we współpracy z Departamentem Wojskowej Służby Zdrowia MON.

SPECJALIZACJA SPECJALIZACJI NIERÓWNA

W raporcie przedstawiono szereg postulatów do wprowadzenia w życie w okresie dłuższym niż trzy miesiące, np. zwiększenie dostępności miejsc specjalizacyjnych, wprowadzenie bardziej transparentnych kryteriów kwalifikacji na szkolenia czy jasne określenie procedur odwoławczych. Należy też m.in. premiiować wybór specjalizacji krytycznych dla zabezpieczenia operacji wojskowych (anestezjologia i intensywna terapia, chirurgia ogólna i ortopedyczna, choroby wewnętrzne, medycyna ratunkowa, choroby zakaźne) i dostosować system wynagrodzeń do realiów sektora cywilnego.

Zdaniem autorów raportu rozwiązania kierowane wobec lekarzy wojskowych nie mogą mieć charakteru doraźnego, lecz systemowy i długoterminowy, a wprowadzenie w życie pakietu reform to „strategiczna konieczność”, a nie „opcja do rozważenia”. Jednorazowe bodźce finansowe czy krótkotrwałe kampanie rekrutacyjne „były, są i będą nieadekwatne i skazane na niepowodzenie”.

JAK NATO RADZI SOBIE Z DEFICYTEM KADR MEDYCZNYCH

Wojsko toczy nierówną walkę o specjalistów z sektorem cywilnym. Z badania zleconego przez Komitet Szefów Wojskowych Służb Medycznych NATO wynika, że większość armii państw należących do sojuszu ma problemy z zapewnieniem odpowiedniej liczby personelu medycznego i utrzymaniem jego kompetencji na najwyższym poziomie.

ŚRODKI ZARADCZE PODEJMOWANE W CELU OGRANICZENIA LICZBY ODEJŚĆ ZE SŁUŻBY WOJSKOWEJ I PRZYCIĄGANIA NOWYCH KANDYDATÓW



FINANSE: poprawa poziomu wynagrodzeń w stosunku do warunków oferowanych przez sektor cywilny, np. podwyżki, specjalne dodatki i premie



KARIERA I ROZWÓJ ZAWODOWY: wprowadzenie jasno określonych ścieżek awansu i dostępu m.in. do kursów i staży



ELASTYCZNE FORMY SŁUŻBY I ZATRUDNIENIA: dostosowanie ścieżki kariery wojskowej do aktywności zawodowej podejmowanej w sektorze cywilnym



DZIAŁANIA KOMUNIKACYJNE, np. kampanie informacyjne, obecność w środowiskach akademickich



ŻYCIE RODZINNE: pomoc w godzeniu służby z sytuacją osobistą, np. praca w niepełnym wymiarze, przewidywalny rozkład zajęć, urlopy macierzyńskie i tacierzyńskie



KONTEKST LOKALNY, np. angażowanie w większym stopniu rezerwistów, ułatwienia dla personelu pomocniczego, zwrot kosztów szkolenia w razie rezygnacji ze służby



SZKOLENIE I KSZTAŁCENIE: zapewnienie możliwości ciągłego rozwoju, w tym dostępu do specjalizacji uznawanych za prestiżowe



Doświadczenia innych krajów NATO wskazują, że nawet znaczące podwyżki wynagrodzeń nie powstrzymują odpływu kadr medycznych w dłuższej perspektywie – konieczna jest szeroko rozumiana poprawa warunków pełnienia służby. Wzrasta też liczba państw uzupełniających braki personelem cywilnym m.in. dzięki wprowadzeniu hybrydowego modelu zatrudnienia lekarzy oficerów



Organizacja Traktatu Północnoatlantyckiego (ang. North Atlantic Treaty Organization – NATO), określana też jako Sojusz Północnoatlantycki, została utworzona w 1949 r. Głównym celem powstania była obrona przed ewentualnym atakiem ze strony Związku Radzieckiego i jego sojuszników.

Po rozpadzie ZSRR pełni rolę m.in. gwaranta bezpieczeństwa zewnętrznego państw członkowskich. Polska należy do NATO od 1999 r., a najmłodszymi członkami są Finlandia (2023 r.) i Szwecja (2024 r.), które zdecydowały się na przystąpienie do Sojuszu po rozpoczęciu rosyjskiej inwazji na Ukrainę.

AI, medycyna i wojna

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Rozwój technologii zmienia charakter konfliktów zbrojnych, przez co transformacji ulega także medycyna pola walki. Już teraz drony dostarczają na linię frontu leki i krew, a bezzałogowe pojazdy ewakuują rannych. Co przyniesie przyszłość?

Telemedycyna, sztuczna inteligencja i zaawansowana robotyka są coraz powszechniej stosowane w medycynie. Lekarze się przekonują do tych rozwiązań, ponieważ wspierają one w podejmowaniu decyzji i optymalizują pracę. Czerpie z nich także medycyna pola walki.

TRIAŻ BEZ EMOCJI

Można się spodziewać, że jednym z głównych obszarów wykorzystania AI w medycynie polowej będzie segregacja medyczna. – Najczęstszymi błędami jest overtriage i undertriage. Dzięki algorytmom AI, które skutecznie i szybko będą przetwarzać informacje o rannych, będziemy mogli szybciej i trafniej podejmować decyzje, optymalizując ten proces – prognozuje Paweł Wiktorzak, ratownik medyczny, kierownik Oddziału Medycyny Pola Walki i Symulacji Medycznej Wojskowego Instytutu Medycznego (WIM).

Pojawia się coraz więcej doniesień o systemach służących identyfikacji rannych na polu walki i zdalnym śledzeniu parametrów życiowych żołnierzy. – Są już publikacje naukowe o testowaniu takich rozwiązań. Chodzi np. o programy, które zbierają i wstępnie przetwarzają dane o stanie zdrowia żołnierzy, a nawet prognozują skutki odniesionych obrażeń. Są one monitorowane za pomocą biosensorów mierzących np. tętno, saturację, temperaturę, aktywność, a nawet sygnał perfuzji – tłumaczy Robert Jędrych, ratownik medyczny, organizator specjalistycznych szkoleń z zakresu medycyny pola walki.

Projekty dotyczące technologii wspomagającej triaż były już opracowywane m.in. w Polsce, w warszawskim WIM. – Wspólnie z Wojskową Akademią Techniczną, firmą Investcore i Instytutem

Technicznym Wojsk Lotniczych pracowaliśmy nad stworzeniem systemu statków powietrznych pozyskujących informacje o stanie osób poszkodowanych na polu walki – opowiada Paweł Wiktorzak. W instytucie pracowano też nad systemem wspomaganie decyzji ewakuacji medycznej opartym na monitorowaniu parametrów życiowych żołnierza za pomocą sensorów umieszczanych na jego oporządzeniu.

– Algorytmy wspierające segregację i inne decyzje medyczne będą odgrywać coraz większą rolę, zwłaszcza w sytuacjach masowych strat. Trzeba jednak jasno powiedzieć, że

AI nie zastąpi lekarza ani ratownika, ale może skrócić czas reakcji, ograniczyć błędy i zdecydować o tym, kto przeżyje

algorytm nie zastąpi doświadczenia. Może je wesprzeć, może skrócić czas reakcji, może pomóc uporządkować chaos, ale odpowiedzialność zawsze spoczywa na człowieku. Najgorszym możliwym scenariuszem jest ślepa wiara w technologię bez kompetencji użytkownika – przestrzega Tomasz Sanak, szef Zakładu Medycyny Katastrof i Pomocy Doraźnej UJ w Krakowie, weteran Polskich Kontyngentów w Afganistanie.

BEZZAŁOGOWA EWAKUACJA

Dużym wyzwaniem jest ewakuacja poszkodowanych z pola walki. Strategia NATO 10-1-2 była standardem, który dobrze się sprawdził

w Iraku czy Afganistanie. Udzielanie w tempie ekspresowym najpilniejszej pomocy medycznej zaraz po doznaniu urazu i trwająca do godziny ewakuacja jest strategią bardzo obniżającą śmiertelność, ale konflikt w Ukrainie pokazał, że ten model nie sprawdza się zawsze i wszędzie. – W erze dronów proces ewakuacji stał się ekstremalnie niebezpieczny dla rannych i zespołów medycznych. Drony tworzą strefę śmierci, przez którą bardzo trudno się przedostać. Ewakuacja trwa dni, a nawet tygodnie – tłumaczy Paweł Wiktorzak.

Sytuacja wymusiła poszukiwanie nowych rozwiązań. – Bezzałogowe pojazdy mogą dotrzeć tam, gdzie człowieka nie wyślemy, bo jest zbyt niebezpiecznie. W Ukrainie drony już od dłuższego czasu dostarczają na pole walki leki, jednostki krwi i inne potrzebne materiały medyczne. Obecnie są testowane różnego rodzaju platformy jezdne do ewakuacji rannych. Ta technologia będzie się w przyszłości rozwijać – ocenia Robert Jędrych.

W grudniu CNN informowała o ciężko rannym żołnierzu ukraińskim, który przez ponad miesiąc z opaską uciskową na nodze nie mógł się wydostać z linii frontu. W końcu udało się to zrobić za pomocą Maula, bezzałogowego zdalnie sterowanego pancernego drona lądowego. Transport trwał trzy godziny, droga liczyła kilkadziesiąt kilometrów. Tego typu pojazdy są ciągle udoskonalane.

– Wysyłanie ludzi po rannych w strefie wysokiego ryzyka coraz częściej oznacza generowanie kolejnych ofiar. Dlatego rozwój bezzałogowych platform ewakuacyjnych

i logistycznych to przyszłość i konieczność, ale robot ewakuacyjny, który jedynie przewozi rannego, to za mało. Przyszłość to systemy, które potrafią stabilizować poszkodowanego w trakcie transportu, monitorować podstawowe parametry i minimalizować wtórne obrażenia – zwraca uwagę Tomasz Sanak.

CORAZ BLIŻEJ POSZKODOWANYCH

Problemy związane z ewakuacją zmuszają do tworzenia punktów medycznych blisko stref wysokiego ryzyka. – Ważne, aby to robić na tyle bezpiecznie, na ile to możliwe, nie narażając niepotrzebnie zbyt dużej liczby personelu medycznego – wyjaśnia prof. Tomasz Jurek, kierownik Pracowni Medycyny Pola Walki i Balistyki Sądowej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz lekarz SOR Centrum Urazowego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu.

– Nowoczesne technologie mogą ułatwiać świadczenie profesjonalnej pomocy blisko działań wojennych bez konieczności zabezpieczenia każdego takiego miejsca wieloma doświadczonymi specjalistami. Pomagają w tym wszelkiego typu urządzenia do diagnostyki obrazowej z telemetrią, a także rozwiązania telemedycyny i telerobotyki otwierające drogę do zdalnych konsultacji i leczenia, w tym wykonywania zdalnie operacji z użyciem robotów chirurgicznych. To przyszłość medycyny pola walki – prognozuje Tomasz Jurek.

Im bliżej linii frontu, tym większe ryzyko dla placówki zabezpieczenia medycznego. W Ukrainie takie miejsca często powstają pod ziemią. Z kolei całkiem niedawno na ciekawie rozwiązania zdecydowały się niemieckie siły zbrojne. Firma Rheinmetall poinformowała w październiku ubiegłego roku o podpisaniu umowy na dostarczenie naszym zachodnim sąsiadom mobilnych, pancernych szpitali polowych, dostosowanych do przeprowadzania operacji ratujących życie i intensywnej terapii w pobliżu stref działań wojennych. W sumie będzie ich sześć, a każdy ma się składać z jedenastu pojazdów.

Można się zastanawiać, czy zmiana dotychczas dominującego trendu szybkiej ewakuacji rannych jak najdalej od miejsca walk na tworzenie zaawansowanych punktów stabilizacyjnych blisko frontu to jedynie słuszna droga. Nie jesteśmy w stanie przewidzieć charakteru przyszłych wojen. – Doktryna medycyny pola walki musi być elastyczna i zdolna do dopasowania się do konfliktu w zależności, czy będzie on symetryczny, asymetryczny, oparty na misjach, operacjach specjalnych,



foto: Shutterstock.com

czy pełnoskalowy. Trzeba być przygotowanym na różne scenariusze – uczula kierownik Pracowni Medycyny Pola Walki i Balistyki Sądowej UM we Wrocławiu.

PRAWA RĘKA MEDYKA

Zaawansowane algorytmy AI pozwalają precyzyjnie przetwarzać ogromne ilości danych w szybkim czasie, można dzięki temu monitorować na bieżąco stan pacjenta i aktualizować decyzje i priorytety. To atut nie do przecenienia w zasadzie na każdym etapie leczenia, szczególnie gdy mamy niedobory personelu medycznego. – Już teraz funkcjonują na Ukrainie konsultacyjne platformy telemedyczne, usprawniające opiekę nad poszkodowanymi. Gromadzą dane pacjentów, w tym diagnostykę obrazową, a algorytmy sztucznej inteligencji pomagają te dane analizować i przekazać feedback – opowiada Tomasz Jurek.

Podczas ubiegłorocznego Kongresu Klinicznego American College of Surgeons dr Evgeni Kolesnikov (Shupyk National Healthcare University of Ukraine) przedstawił wyniki swojego badania dotyczącego 68 rannych ukraińskich żołnierzy, które wykazało, że dzięki analizie danych w czasie rzeczywistym z przenośnych urządzeń medycznych przez algorytm AI usprawniono ich leczenie.

Przydatne mogą się okazać np. telekonsultacje z doświadczonymi lekarzami wyspecjalizowanymi w różnych dziedzinach medycyny.

◀ Drony odgrywają coraz większą rolę w dostarczaniu leków i artykułów medycznych na front

Jednak, jak zauważa Tomasz Sanak, telemedycyna pola walki nie ma nic wspólnego z cywilną telemedycyną opartą na stabilnych łączach i komfortowych warunkach. – Na wojnie ma ona sens tylko wtedy, gdy umożliwia szybkie przekazanie obrazu: USG, zdjęcia rany, podstawowych danych trendowych i równie szybką decyzję: ewakuować teraz, poczekać, wykonać konkretne działania na miejscu – ocenia Tomasz Sanak.

CZEGO POTRZEBA NAJBARDZIEJ

Perspektywa przyszłości medycyny pola walki nie ogranicza się do zastosowania rozwiązań cyfrowych i ulepszania urządzeń. Co mogłoby być jej prawdziwym gamechangerem? – Najczęstszą przyczyną zgonów możliwych do uniknięcia są masywne krwawienia. Rewolucyjne byłoby uniezależnienie od leczenia krwią ludzką, która jest towarem mocno deficytowym. Potrzebujemy produktu farmakologicznego zdolnego zastąpić krew z jej wszystkimi funkcjami. To marzenie każdego ratownika i lekarza – mówi Tomasz Jurek.

Zwraca się też uwagę na potrzebę udoskonalenia materiałów do tamowania krwawień. – Trwają badania kliniczne nad nowymi hemostatykami, np. w postaci pianki czy hydrożelu, które będą jeszcze skuteczniej przyspieszać koagulację i które da się zastosować tam, gdzie nie można wykonać efektywnego ucisku, przede wszystkim w zatamowaniu krwotoku w obrębie jamy brzusznej – tłumaczy Robert Jędrzych.

Naukowcy starają się także opracować terapie pomagające w rekonwalescencji po poważnych obrażeniach odniesionych w wyniku wybuchów. Przykładowo badacze z University of Texas at Arlington (UTA) chcą opracować żel z dodatkiem cynku mający zmniejszać wtórne uszkodzenia tkanki mięśniowej, do których dochodzi po pierwotnym urazie w wyniku niedokrwienia po zastosowaniu opaski uciskowej oraz ciężkiej reperfuzji występującej, gdy przepływ zostaje nagle przywrócony. Produkt ma też wspierać regenerację tkanki mięśniowej. ●

TEMAT NUMERU

Bezpieczeństwo lekowe: czy można polegać na Chinach i Indiach

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Europa utraciła strategiczną autonomię w zakresie produkcji kluczowych składników leków. Duże uzależnienie od dostaw z Azji zagraża obywatelom Polski i pozostałym państwom Unii Europejskiej.

Bezpieczeństwo lekowe można definiować na wiele sposobów. Autorzy niedawno wydanego przez Komitet Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk raportu odnoszą się do trzech obszarów. Pierwszy obejmuje dostępność produktów leczniczych i wyrobów medycznych, w tym nadzór nad produkcją i dystrybucją. Drugi dotyczy stosowania ich przez chorych, np. monitorowania jakości, natomiast trzeci wiąże się z przygotowaniem na sytuacje kryzysowe, takie jak klęski żywiołowe, pandemie czy wojny.

Dwa pierwsze stanowią domenę ekspertów związanych z medycyną i polityką zdrowotną. Ostatni nie jest jednak zarezerwowany wyłącznie dla nich, ponieważ dotyczy odporności państwa, a w obliczu rosnących napięć geopolitycznych bezpieczeństwo lekowe zaczęło być traktowane jako ważny element bezpieczeństwa państwa. W skrajnie pesymistycznym scenariuszu niedobory farmaceutyków mogą stanowić egzystencjalne zagrożenie dla życia wielu osób.

DŁUGIE LATA ILUZI

Ćwierć wieku temu Europa odpowiadała za ponad połowę globalnej produkcji substancji czynnych. Z powodu krótkowzrocznych decyzji podejmowanych w Brukseli i stolicach państw członkowskich UE, które tworzyły presję kosztową i coraz mniej sprzyjające pod względem regulacyjnym otoczenie, produkcję zaczęto

stopniowo przenosić do Azji. Władze w Pekinie i Nowym Delhi dostrzegły w tym szansę i zaczęły aktywnie wspierać rozwój przemysłu farmaceutycznego, co dodatkowo spotęgowało skalę zjawiska.

W 2020 r. za sprawą pandemii COVID-19, która zerwała łańcuchy dostaw w każdym sektorze

Nawet kilkudniowa przerwa w dostępności podstawowych leków kardiologicznych może prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia tysięcy pacjentów

gospodarki, temat bezpieczeństwa lekowego na stałe zagościł w debacie publicznej. Kiedy braki dały się we znaki w niektórych krajach naszego kontynentu, decydenci ze zdumieniem odkryli, że większość dostaw pochodzi z Azji. I że dotyczy to zarówno podstawowych farmaceutyków, jak i leków wykorzystywanych do ratowania życia.

Dopiero wówczas opinie o rosnącym uzależnieniu od kilku krajów produkujących kluczowe medykamenty i składniki farmaceutyczne, spychane przez wiele lat na margines debaty publicznej, zaczęły być traktowane z powagą. Część polityków

zmieniła też zdanie za sprawą wzrostu napięć między Zachodem a Rosją i Chinami, zaostrzającej się rywalizacji na linii Waszyngton–Pekin czy powrotu na nasz kontynent wojny, w dodatku w niezwykle brutalnym wydaniu, w związku z rosyjską inwazją na Ukrainę.

SKALA UZALEŻNIENIA

W 2021 r. Komisja Europejska zwróciła uwagę na wysoką zależność UE od importu substancji czynnych i rosnącą koncentrację w zakresie ich wytwarzania w dwóch najliczniejszych krajach na świecie – Chinach i Indiach. Ostrzegła też, że 80 proc. substancji czynnych importowanych do Europy pochodzi z zaledwie pięciu krajów (Chiny, Stany Zjednoczone, Wielka Brytania, Indonezja i Indie), a Państwo Środka, które pod przywództwem Xi Jinpinga zaczęło manifestować coraz bardziej antyzachodni kurs w polityce wewnętrznej i zagranicznej, odpowiada za 45 proc. wolumenu.

Obecnie szacuje się, że Europa sprowadza 80 proc. najbardziej powszechnych leków generycznych lub substancji wykorzystywanych do ich produkcji. Niektóre nie są jednak wytwarzane na naszym kontynencie w ogóle. 100-proc. zależność od importu występuje m.in. w przypadku leków ratujących życie

w chorobach onkologicznych, sercowo-naczyniowych i autoimmunologicznych.

POTENCJALNE KONSEKWENCJE: KARDIOLOGIA

We wrześniu 2025 r. Think Tank SGH dla ochrony zdrowia zaprezentował raport „Łańcuchy dostaw leków i substancji czynnych do Polski. Czy stanowią zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego?”. Zwrócono w nim uwagę na niepokojącą zależność od importu substancji czynnych z Chin i podatność na zakłócenia globalnego łańcucha dostaw leków stosowanych w chorobach układu sercowo-naczyniowego, które są główną przyczyną zgonów w wielu krajach, także w Polsce.

Cytowany w raporcie prof. Marcin Grabowski z I Katedry i Kliniki Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego ocenił, że nawet kilkudniowa przerwa w dostępności do podstawowych leków kardiologicznych stwarza ryzyko pogorszenia stanu zdrowia tysięcy pacjentów z powodu przerwania terapii, co w konsekwencji może skutkować wzrostem liczby hospitalizacji. Możliwy jest też wzrost liczby zgonów.

– W perspektywie długoterminowej zachwianie łańcuchów dostaw leków kardiologicznych prowadzi do trwałego pogorszenia kontroli chorób przewlekłych, wzrostu śmiertelności i niepełnosprawności, utraty zaufania do systemu ochrony zdrowia, dodatkowych obciążeń finansowych systemu, wzrostu nierówności zdrowotnych i wreszcie ryzyka wtórnych problemów zdrowotnych – podkreślił ekspert.

NA RÓWNI Z BEZPIECZEŃSTWEM MILITARNYM

Niedobór leków może zostać wywołany z wielu powodów, np. klęski żywiołowej, epidemii, zerwania łańcuchów dostaw, ograniczeń w zakresie handlu międzynarodowym, problemów w transporcie morskim, drakońskich ceł, szantażu czy wybuchu konfliktu zbrojnego. Niezależnie od przyczyn skutki są łatwe do przewidzenia – problem w funkcjonowaniu opieki medycznej. Zagadką pozostaje tylko skala zjawiska.

Ministerstwo Zdrowia podkreśla, że zapewnienie ciągłości farmakoterapii polskich pacjentów jest konieczne do prawidłowego funkcjonowania i obrony państwa, a bezpieczeństwo w kontekście produkcji leków w Polsce decyduje o jego odporności na rozmaite zagrożenia i kryzysy, dlatego powinno być traktowane na równi z bezpieczeństwem



for: Shutterstock.com

militarnym, cybernetycznym czy energetycznym.

– Co z tego, że lek zostanie opracowany, formalnie zarejestrowany w państwach UE i będzie nas nawet na niego stać, jeśli nie będzie fizycznie dostępny w Europie, ponieważ jest eksportowany na inne rynki, jest pod presją polityki międzynarodowej lub dostawy zostaną odcięte z powodu pandemii, zakłóceń w transporcie, napięć geopolitycznych, sankcji, ceł, blokad morskich lub otwartych konfliktów? Co się stanie, jeśli podobnie jak w przypadku energii z Rosji staniemy w obliczu nagłego i natychmiastowego odcięcia importu tych leków? – pyta Adam Jarubas, przewodniczący Komisji Zdrowia Publicznego Parlamentu Europejskiego.

ŚWIAT JEST ARENĄ KONFLIKTÓW

12 stycznia 2026 r. odbyło się pierwsze posiedzenie Rady Zdrowia powołanej miesiąc wcześniej przez prezydenta Karola Nawrockiego. Głównym tematem było bezpieczeństwo leków w Polsce. Eksperti podkreślali, że ostatnie lata przyniosły zasadniczą zmianę w postrzeganiu tego tematu. W przygotowanej przez Kancelarię Prezydenta publikacji zawarto diagnozę aktualnych zagrożeń i rekomendacje systemowe.

O wzmocnienie suwerenności lekowej apeluje m.in. środowisko lekarskie, zdając sobie sprawę z konsekwencji pustych półek w aptekach. W jednym ze stanowisk podjętych przez Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej czytamy m.in., że „w trosce o bezpieczeństwo pacjentów w Polsce należy dążyć do tego, aby krajowy przemysł produkcji leków

◀ Europa sprowadza dziś ok. 80 proc. najpowszechniej stosowanych leków lub substancji czynnych potrzebnych do ich produkcji, a w przypadku części terapii ratujących życie jest w 100 proc. uzależniona od importu

i substancji czynnych w mniejszym stopniu niż obecnie był zależny od zagranicznych dostawców”.

Samorząd lekarski podkreślił, że po pandemii COVID-19 rynek leków i substancji czynnych stał się „zależny od zdarzeń o charakterze nadzwyczajnym”, ich produkcja i dystrybucja „może podlegać globalnym czynnikom o podłożu politycznym”, a rangę problemu podkreśla fakt, że „współczesny świat jest areną wielu konfliktów zbrojnych”.

CENA TO NIE WSZYSTKO

Poprawa dostępności i bezpieczeństwa w zakresie dostaw leków, które mają ograniczoną alternatywę lub ona nie istnieje, to główny cel Aktu o lekach krytycznych – rozporządzenia, które w unijnych dokumentach jest określane jako Critical Medicines Act. Komisja Europejska przedstawiła założenia projektu tego dokumentu w marcu 2025 r., a zainicjowanie prac było jednym z priorytetów prezydencji Polski w Radzie UE.

Kilka tygodni temu Rada Europejska, czyli instytucja wskazująca całej Unii kierunek działań politycznych i priorytety polityczne, uzgodniła stanowisko dotyczące aktu. Wskazała m.in., że w ocenach zamówień publicznych bezpieczeństwo dostaw powinno mieć pierwszeństwo przed kosztami. Negocjacje nad ostateczną treścią rozporządzenia rozpoczną się, gdy Parlament Europejski ustali swoje stanowisko.

– Ze względu na ceny leków krytycznych ich produkcja w Europie nie zawsze jest rentowna, bo koszt może być wyższy niż import gotowych produktów z Azji. Jednak trudno obliczyć cenę, którą przyszłoby zapłacić w sytuacji blokady dostaw z zagranicy. Dlatego potrzebne są instrumenty zapewniające rentowność i zbyt tej produkcji w UE – komentuje Krzysztof Kopeć, prezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego – Krajowych Producentów Leków. ●

TEMAT NUMERU

Medycyna pola walki nie zna improwizacji

Doświadczenia z Afganistanu pokazują, że nawet w warunkach chaosu i permanentnego zagrożenia można ratować życie pod warunkiem bezwzględnej trzymania się procedur. O tym, czym naprawdę jest szpital polowy, jak wygląda triaż w warunkach wojennych i dlaczego polscy lekarze wciąż nie są przygotowani na wojnę, mówi **prof. Waldemar Machała** w rozmowie z Lucyną Krysiak.

Kilka lat temu był Pan na misji w Afganistanie, jakie doświadczenia Pan przywiózł?

Pracowaliśmy w oparciu o procedury NATO zgrupowane w standardzie JTS – Joint Trauma System. Procedury te modyfikuje się na bieżąco, uwzględniając aktualne doświadczenia medyczne z pola walki. Porównując Ukrainę i Afganistan z Irakiem, można powiedzieć, że obrażenia ciała u rannych są identyczne. Są to skutki postrzałów, częściej wybuchu min i tzw. amunicji krążącej. Pomoc powinna być udzielona w pierwszej godzinie po urazie, co było możliwe w przypadku Iraku i Afganistanu, ale w Ukrainie strefa śmierci oddzielająca linię stron walczących ze sobą wynosi od 8 do 20 kilometrów i by móc ewakuować rannych z tej strefy, nie wystarcza godziny, ale potrzeba kilku, a nawet 72 godzin. W Ukrainie ewakuacja śmigłowa nie wchodzi w grę, ponieważ w tej wojnie to, co nazywa się ewakuacją taktyczną, staje się celem. Czynności ewakuacyjne ze strefy śmierci prowadzone są bez mała pojazdami niemedycznymi. Wojna w Ukrainie „zabiła” tzw. złotą godzinę, a zasady Międzynarodowego prawa humanitarnego konfliktów zbrojnych mówiące o traktowaniu ludzi podczas prowadzenia konfliktu zbrojnego przestały istnieć.

Co niesie ze sobą określenie szpital polowy?

Szpital polowy dla kontyngentu wojskowego organizuje się w miejscach, gdzie nie ma stałej bazy szpitalnej. W Afganistanie trzeba było ją stworzyć, używając kontenerów. W takich krajach jak Polska w tzw. wojnie obronnej taką rolę będą pełniły przede wszystkim (o ile



fot.: archiwum prywatne

nie wyłącznie) szpitale cywilne. W zależności od odległości dzielącej je od „linii styku stron” będą one miały różny poziom kompetencji – od II do IV poziomu (role 2-4). Będą w nich leczeni ranni żołnierze i cywile, którzy z chwilą konfliktu nie przestaną chorować na „cywilne choroby”. Najbliżej linii styku znajdują się szpitale II poziomu (role 2), które można określić szpitalami polowymi. Musi w nich być przynajmniej chirurg i anestezjolog współpracujący z pielęgniarkami, ratownikami i personelem technicznym. Najlepiej, by dodatkowo byli: ortopeda,

transfuzjolog, farmaceuta, serolog, diagnosta laboratoryjny czy lekarz medycyny środowiskowej, ponieważ może np. brakować dostępu do wody pitnej, mogą wystąpić choroby związane z brakiem higieny, odmrożenia, oparzenia, wszawica, świerzb. Zespół role 2 ma za zadanie opanować ciężki krwotok, odbarzyć odmę opłucnej, ostatecznie zabezpieczyć drożność dróg oddechowych i podjąć wentylację zastępczą, wyrównać zaburzenia składające się na „triadę/ diament śmierci” i przekazać rannego do szpitala specjalistycznego role 3, czyli do III poziomu znajdującego się poza bezpośrednią strefą działań bojowych. Tam dopiero np. neurochirurg, okulista, laryngolog, chirurg twarzowo-szczękowy przejmą dalsze leczenie.

Ta wielopoziomowość pozwala uratować jak największą liczbę rannych i ten podział w swojej prostocie jest uniwersalny. Szpital polowy (role 2) w Afganistanie był oddalony od bezpośredniej strefy zagrożenia i tak zorganizowany, aby miał miejsce na przyjęcie rannych i przeprowadzenie segregacji (triaż). Po sprawdzeniu, czy ranni nie mają broni, granatów i nie stwarzają zagrożenia dla siebie i zespołu medycznego, byli oni priorytetyzowani, tzn. otrzymywali kod pilności (czerwony, żółty, zielony, czarny),

trafiali do pierwszej części szpitala, na tzw. trauma room (TR), gdzie prowadzono równocześnie badanie urazowe, czynności ratunkowe i podejmowano decyzje, czy rannego operować w trybie natychmiastowym (na TR), czy też w sali operacyjnej oddalanej kilka metrów od TR. Po zaopatrzeniu rannego można było ewakuować, co optymalnie powinno nastąpić do 6 godzin od zaopatrzenia obrażeń, co nie zawsze jest możliwe.

A jakie miejsce w tym systemie będą zajmować szpitale kliniczne?

Jeśli będą się znajdowały w bliskiej strefie działań wojennych, będą spełniały kryteria szpitala II poziomu (role 2), a nie III poziomu (role 3), mimo że mają status placówki klinicznej. Od tej bliskości będzie zależało, jakie zostaną podjęte procedury, czyli czy w zakresie ograniczonym (DCR/DCS), czy pełnym. Może się nagle okazać, że szpital powiatowy, który jest znacznie oddalony od „linii styku”, przejmie funkcję szpitala role 3.

Czy doświadczenia zdobyte w Afganistanie przekładają się na pracę w oddziałach intensywnej terapii w czasie pokoju?

Znacząco. Z satysfakcją patrzę, jak polskie szpitale wprowadzają coraz więcej elementów medycyny taktycznej. Dotyczy to zarówno materiałów opatrunkowych, sprzętu, ale też standardów postępowania. Zresztą od zarania wojna była poligonem, który napędzał postęp w medycynie, szczególnie w chirurgii. Pierwszą instytucją, która po moim powrocie z Afganistanu włączyła je do swoich procedur, było Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, później Centralny Szpital Kliniczny UM w Łodzi, gdzie używany jest sprzęt jednorazowy i opatrunkowy taki jak w warunkach wojennych, a procedury u ofiar wypadków są niemal identyczne jak w Iraku i Afganistanie.

To, co potężnie kuleje i czego się musimy nauczyć, to sposób postępowania z dużą liczbą rannych. NATO określa to zdarzenie jako MASCAL. Zachodzi w nim konieczność podejmowania segregacji rannych (triaż). Jest to jedyny sposób, aby zapanować nad chaosem i uratować jak największą liczbę poszkodowanych. W segregacji chodzi o to, aby wyselekcjonować tych, którym w ogóle nie będzie można pomóc, bo nie rokują przeżycia, oraz wymagających pomocy natychmiastowej. Taka decyzja musi zostać podjęta dosłownie w ciągu kilku sekund. Kolejna grupa to ci, którzy

powinni otrzymać pomoc w ciągu kilkunastu minut i kilku godzin. Triage już funkcjonuje w szpitalnych oddziałach ratunkowych, ale w warunkach wojennych wymaga ściśle określonych procedur i bezwzględności ich przestrzegania.

Misja w Afganistanie musiała wywrzeć na Panu duże wrażenie. Jak by je Pan opisał?

Jako coś wspaniałe budującego, ponieważ dopiero w tego typu sytuacjach doświadczasz się humanitaryzmu w pełnym tego słowa znaczeniu. Pokazuje bezinteresowne braterstwo, które odczuwa się na każdym kroku, nie tylko medyków, ale i szarych ludzi. Przykładem jest

W Ukrainie ewakuacja rannych trwa nie godzinę, ale czasem trzy doby. Medycy są ostrzeliwani, a pojazdy sanitarne stają się celem

pozyskiwanie krwi dla rannych, które w warunkach bojowych ma nieco inny charakter. Szpital dysponuje zapasami krwi – pakietami, ale w statusie MASCAL zawsze ich będzie brakowało. Medycyna wojskowa (JTS) zakłada pozyskiwanie krwi pełnej od dobrowolnych dawców. To się nazywa WBB (Walking Blood Bank), czyli chodzący bank krwi. Tym bankiem jest każdy żołnierz na terenie objętym działaniami wojennymi. To dzięki nim w Afganistanie nigdy nie brakło nam tego cennego leku. A trzeba dodać, że ratujemy nie tylko swoich, ale także nieprzyjaciół.

Czy pracowaliście w zespołach międzynarodowych?

Mieliśmy swój szpital, a Amerykanie swój, ale nasze działania się przenikały. Codziennie omawialiśmy trudniejsze przypadki i w razie potrzeby, czyli kiedy napływ rannych był duży i przetrącały nasze siły, się wspieraliśmy. Wielkie słowa, takie jak braterstwo broni, traktuje się trochę z przymrużeniem oka, ale tam jest ono normą. Tragedia jednocy i mamy na to wiele przykładów. Amerykanie zwracają uwagę na symulację

podejmowanych czynności, czyli do znudzenia ćwiczą i powtarzają pewne scenariusze, aby stały się odruchem. Nazywają to wyrobieniem pamięci mięśniowej, i w Afganistanie było takich symulacji mnóstwo. Nawet jeśli nic się nie działo, prowadzono ćwiczenia symulacyjne, aby utrzymać gotowość, by w czasie rzeczywistych działań opanować emocje wynikające z widoku cierpiącego człowieka i skupić się na wdrożeniu procedur. Medycyna pola walki opiera się właśnie na procedurach. Nie podejmuje się zadań spoza procedur, by nie popaść w panikę. Muszą być one przerobione nie tylko w głowie, ale i w zespole. Po każdej czynności ratunkowej, choćby nie wiem jak zespół był zmęczony, omawia się sytuację będącą elementem czynności ratunkowych.

Jak zespoły działają na polu triażowym?

Zespołem segregacyjnym zawiaduje chirurg i jest to tzw. segregation officer. Nie bierze on udziału w czynnościach ratunkowych, ale jedynie nadaje rannym status (czarny, żółty, czerwony, zielony). Od niego zależą czynności podejmowane przez idących za nim 3-5 ratowników, którzy sprawdzają, czy prawidłowo został zatamowany krwotok zewnętrzny (widoczny), udrożniają drogi oddechowe i odbarczają odem opłucną oraz kierują rannego dalej do Trauma Room. Zespół urazowy (Trauma Team – TT) także ma swojego lidera i znów jest nim chirurg, a poza tym w TT są trzy pielęgniarki: „głowa” – pielęgniarka anestezyjologiczna – zajmuje się tlenoterapią i zabezpieczaniem dostępu naczyniowego, „prawa ręka” – instrumentariuszka, i „lewa ręka” – pielęgniarka operacyjna, oraz protokolant, który wszystko odnotowuje na specjalnie opracowanym arkuszu, i anestezyjolog, który włącza się do pracy, jeśli ranny będzie wymagał jego interwencji.

Czy zdarzało się Panu leczyć w ekstremalnych warunkach, ocierając się o śmierć?

► W trakcie triażu decyduje się w kilka sekund, komu można jeszcze pomóc, a komu już nie. To najtrudniejszy moment w pracy lekarza

W Afganistanie baza była regularnie ostrzeliwana. Wtedy myślałem: „żeby pocisk trafił w konkretną osobę, musiałby mieć napisane jej imię i nazwisko”, i takie myślenie pozwalało mi wierzyć, że we mnie nie trafi. Ale zagrożenie czuje się zawsze. W czasie ostrzału nie podejmuje się czynności zabiegowych, a jeżeli zostały już podjęte, należy je natychmiast przerwać w myśl zasady „dbaj o bezpieczeństwo własne i zespołu”. Mieliśmy system identyfikacji obiektów latających C-Ram, który w momencie zagrożenia włączał sygnał „incoming” oznaczający, że obiekt jest w powietrzu i zaraz spadnie, powodując eksplozję. Sygnał nakazywał paść na ziemię, poczekać, kiedy się wyłączy, i dopiero udać się do schronu, którego opuszczenie jest możliwe po odwołaniu alarmu, gdy saperzy sprawdzą i zabezpieczą teren.

Jest Pan lekarzem, ale też żołnierzem w randze podpułkownika. Czy w Afganistanie czuł Pan presję munduru?

W operacji wojskowej zawsze jest się przede wszystkim żołnierzem korpusu medycznego i przez nieprzyjaciół traktowanym jak żołnierz nieprzyjacieli. Dostajemy broń krótką, ale jedynie dla ochrony siebie i rannych, nad którymi sprawujemy pieczę. Medyk polowy pracuje w hełmie i kamizelce kuloodpornej ważącej ok. 11 kg. Często się zdejmowaliśmy, mając świadomość narażania się na niebezpieczeństwo, bo nie dało się w niej swobodnie oddychać... Taka praca.

Czy Polscy lekarze są przygotowani na wypadek wojny?

W odniesieniu do medycyny taktycznej na ten moment uważam, że nie. Są doskonale przygotowani, jeżeli chodzi o leczenie stanów urazowych w warunkach pełnego komfortu szpitalnego z zapleczem diagnostycznym, ale w czasie wojny należy myśleć kategoriami medyka taktycznego, ponieważ jest się wówczas tylko jednym z wielu z trybików i tego trzeba się nauczyć. Poważnym problemem jest brak psychologów wspierających m.in. medyków narażonych na stres wywołany ogromem bólu, cierpienia i nierzadko bezsilności. Amerykanie już dawno „odkryli” Combat Stress i u nich jest on elementem prowadzenia czynności medycznych. U nas istnieje w bardzo

fot.: archiwum prywatne



ograniczonym zakresie. Wyjątkiem jest Klinika Psychiatrii, Stresu Bojowego i Psychotraumatologii w Wojskowym Instytucie Medycznym-PIB w Warszawie.

To jak ich przygotować?

Uniwersytet Medyczny w Łodzi kształci ponad 750 lekarzy wojskowych – studentów Akademii Wojsk Lądowych we Wrocławiu, którzy są skoszarowani w Wojskowym Centrum Kształcenia Medycznego w Łodzi. Od kilku lat rekrutujemy rocznie 200 studentów podchorążych, którzy wchodzi w skład Kolegium Wojskowo-Lekarskiego. W programie studiów o tzw. profilu „zielonym” szkołą się w odrębnościach przypisanych medycynie pola walki i taktycznej. Jednak to wciąż za mało. Ministerstwo Zdrowia powołało więc zespół ds. opracowania standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego w zakresie medycyny taktycznej. Celem jest przystosowanie programu studiów do odrębności medycyny taktycznej. Ministerstwo Obrony Narodowej weszło z kolei z programem Legion Medyczny, którego celem jest zmobilizowanie specjalistów i wolontariuszy oraz utrzymanie ich w gotowości do natychmiastowego wsparcia systemu ochrony zdrowia w sytuacjach kryzysowych. Program umożliwia im udział w szkoleniach, ćwiczeniach i konferencjach organizowanych przez wojskową służbę zdrowia z szansą na zdobycie podstawowego przeszkolenia wojskowego.

Pracujemy też nad uruchomieniem kursów doskonalących dla lekarzy specjalistów w ramach szkoleń podyplomowych, na razie dla specjalizacji krytycznych w medycynie taktycznej. Tego typu szkolenia oferuje coraz więcej uniwersytetów. Jednak konieczne będzie opracowanie jednolitego programu tych szkoleń.

Niedawno zostałem konsultantem ds. obronności w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii powołanym przez Ministra Obrony Narodowej. Jestem po kilku spotkaniach z lekarzami anestezjologami w szpitalach wojskowych i już mamy wyznaczone kolejne, które będą spotkaniami tematycznymi. Jestem zbudowany otwartością lekarzy anestezjologów na wiedzę z zakresu medycyny taktycznej i chęcią przenoszenia jej na własny grunt.

Czy pobyt na misji zmienia człowieka?

Na pewno. Szczególnie mentalnie. Z takiej misji wraca się z zupełnie innym nastawieniem, bardziej docenia się życie w kraju, w którym funkcjonuje system ubezpieczeń społecznych, jest zapewniona praca, płatny urlop, jakaś stabilizacja. Nie zdajemy sobie sprawy, że w razie wojny tego wszystkiego może nie być z dnia na dzień. Kiedy się obcuje ze śmiercią, zmienia się system wartości. Przed wyjazdem do Afganistanu wiele rzeczy mnie drażniło, teraz mam do nich większy dystans. Przejmuję się sprawami, na które mam wpływ, jeśli na coś nie mam wpływu, staram się z tym pogodzić. ●

AKTUALNOŚCI

Jak kosmos staje się nowym laboratorium dla lekarzy

Medycyna kosmiczna jeszcze niedawno wydawała się egzotyczną ciekawostką z pogranicza nauki i fantastyki. Dziś staje się realnym polem badań, w które coraz śmielej włączają się także polscy lekarze i naukowcy – mówi **Sławosław Uznański-Wiśniewski**, polski inżynier i astronauta Europejskiej Agencji Kosmicznej, w rozmowie z Sylwią Wamej.

Czy medycynę kosmiczną można już uznać za rozwijającą się dziedzinę w Polsce, czy nadal pozostaje niszowa?

Medycyna kosmiczna nie jest jeszcze szeroko znana w naszym kraju, ale dynamicznie się rozwija. W listopadzie odbyła się pierwsza w Polsce międzynarodowa konferencja z tej dziedziny, zorganizowana przez Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej. Mam nadzieję, że wydarzenie na stałe wpisze się w polską scenę naukową. Mamy kilku świetnych lekarzy zajmujących się medycyną kosmiczną. Podczas mojego procesu rehabilitacji po misji Axiom 4 miałem okazję współpracować z lekarką Karoliną Twardowską. Eksperymenty z zakresu fizjologii i psychologii człowieka, które prowadziłem na stacji kosmicznej, były największym wkładem do polskiej misji kosmicznej IGNIS. Wykonaliśmy osiem eksperymentów z dziedziny medycyny. Warto podkreślić, że astronauta od początku misji kosmicznych sami stają się obiektami badań i z pewnością pozostanie tak jeszcze przez dekady. Analiza funkcjonowania organizmu obciążonego długimi godzinami pracy w warunkach nieważkości i stresu na orbicie stanowi niezwykle interesujący przypadek.

W jaki sposób eksperymenty prowadzone w kosmosie wpływają na rozwój medycyny na Ziemi?

Podczas misji kosmicznej przeprowadziliśmy eksperymenty na przykład związane z leczeniem raka. Metabolizm komórek, zarówno in vivo, jak i in

vitro, zmienia się w warunkach nieważkości oraz w warunkach na stacji kosmicznej. Badania te mają na celu opracowanie nowych metod diagnostyki i terapii, które można wykorzystać na Ziemi. Astronauci są przygotowywani do eksperymentów medycznych

Na orbicie nie istnieje system opieki zdrowotnej.

Nie można wezwać karetki ani pojechać do szpitala – dlatego każdy astronauta musi umieć ratować życie

jeszcze przed lotem, dlatego pobieranie próbek biologicznych na orbicie nie stanowi większego problemu.

Które z badań prowadzonych w kosmosie było dla Pana najciekawsze?

Jednym z najciekawszych eksperymentów, o którym lubię opowiadać, było badanie aktywności mózgu człowieka. Przeprowadziła je lubelska firma Cortivision, wykorzystując funkcjonalną spektroskopię w bliskiej podczerwieni. Dzięki wysyłaniu fal w bliskiej podczerwieni możliwa była analiza, które obszary mózgu są najbardziej aktywne, a następnie sygnał trafiał do komputera i był przetwarzany. Polska jako pierwszy kraj w historii lotów kosmicznych

zaprezentowała działający interfejs mózg-maszyna bezpośrednio na orbicie. Po otrzymaniu informacji z Ziemi, że eksperyment zakończył się sukcesem, czułem ogromną dumę – zwłaszcza wiedząc, że wiadomość o tym osiągnięciu rozchodzi się po całym świecie.

Podczas misji IGNIS przeprowadzony został także eksperyment polegający na badaniu mikrobioty jelitowej w warunkach mikrogravitacji. Jakie wnioski z niego płyną?

Z technicznego punktu widzenia pobieranie próbek na orbicie wygląda nieco inaczej niż na Ziemi. W eksperymentach medycznych stosuje się zazwyczaj protokół, zgodnie z którym próbki zbierane są przed lotem, w trakcie misji oraz po jej zakończeniu. Jako astronauta pozostanę obiektem badań jeszcze przez wiele miesięcy, a nawet lat, ponieważ proces pobierania próbek będzie kontynuowany przez dłuższy czas. Mikrobiota jest bardzo ważna dla funkcjonowania naszego organizmu, a na skutek różnych czynników środowiskowych się zmienia. Astronauci na orbicie podlegają dużemu obciążeniu na skutek stresu, długich godzin pracy, ogromnej adaptacji organizmu do nowych warunków oraz ograniczonego wyboru produktów spożywczych, a to wszystko wpływa na jakość naszej mikrobioty. Eksperyment ten

starał się zrozumieć te zmiany, a także wpływ zmian mikrobioty na ogólne funkcjonowanie naszego organizmu.

Jak istotna jest umiejętność udzielania pierwszej pomocy w warunkach kosmicznych?

Każdy astronauta przechodzi intensywne szkolenie z zakresu udzielania pierwszej pomocy na orbicie. Wypadki mogą się zdarzyć, dlatego musimy być przygotowani, by szybko reagować, mimo że warunki w przestrzeni kosmicznej są zupełnie inne niż na Ziemi. Moja certyfikacja medyczna, realizowana wspólnie z zespołami NASA, obejmuje przechodzenie przez różne scenariusze ratowania życia i stanowi istotną część przygotowań do misji. Zarówno kapsuła Dragon firmy SpaceX, jak i Międzynarodowa Stacja Kosmiczna wyposażone są w sprzęt pozwalający ustabilizować pacjenta, choć w przypadku poważnych problemów konieczna mogłaby być deorbitacja. Szkolenie medyczne, w tym ratunkowe, jest kluczowym elementem przygotowania astronautów do lotu, ponieważ na orbicie nie istnieje system opieki zdrowotnej. Nie można wezwać karetki ani udać się do szpitala, dlatego musimy umieć udzielać pomocy naszym kolegom i koleżankom.

W jaki sposób wykonuje się masaż serca w przestrzeni kosmicznej?

Co do masażu serca, miałem okazję szkolić się w jego wykonywaniu podczas lotów parabolicznych, które pozwalają doświadczyć stanu nieważkości przez ponad dwadzieścia sekund. Istnieją dwie techniki resuscytacji w takich



foto: Mariusz Tomczak

warunkach. Pierwsza polega na odwróceniu się do góry nogami, zaparciu o sufit i wykorzystaniu mięśni nóg. Taki sposób jest mniej męczący, ponieważ angażuje duże grupy mięśniowe, przede wszystkim mięśnie czworogłowe uda, co pozwala utrzymać odpowiednią kompresję. Podobnie jak na Ziemi astronauta zmieniają się, by odciążyć osobę wykonującą uciski. To metoda, którą osobiście preferuję. Druga technika polega na użyciu pasa, którym można się przyczepić i wykonywać kompresję w stabilnej pozycji. Jest jednak bardziej obciążająca, szczególnie dla dolnej części kręgosłupa i rąk, co

◀ Zachęcałbym przyszłych medyków do cierpliwego budowania wiedzy, bo to właśnie małe kroki prowadzą do wielkich osiągnięć – podkreśla **Sławosz Uznański-Wisniewski**, pierwszy Polak, który przebywał na pokładzie Międzynarodowej Stacji Kosmicznej

utrudnia utrzymanie odpowiedniego rytmu przez dłuższy czas.

Jest Pan autorytetem dla wielu młodych ludzi. Co by Pan powiedział przyszłym naukowcom i medykom?

Myszę, że w dzisiejszym świecie największym wyzwaniem jest wytrwałość w budowaniu wiedzy. Cele osiąga się dzięki długiej i ciężkiej pracy – przygotowanie misji kosmicznej zajmuje przecież wiele miesięcy, a wręcz lat. Nawet największe marzenia można zrealizować, jeśli zamieni się je w cele, cele w plany, a następnie konsekwentnie je realizuje. Trzeba pamiętać, że wielkie marzenia wymagają czasu. W mojej karierze najwięcej nauczyłem się w trudnych momentach, kiedy o drugiej w nocy siedziałem w laboratorium nad systemem, który nie działał. W takich chwilach można się poddać albo wytrwać i znaleźć rozwiązanie, by następnego dnia zaprezentować je innym. Ta wytrwałość w dążeniu do celu jest kluczowa. Zachęcałbym przyszłych medyków do cierpliwego budowania wiedzy, bo to właśnie małe kroki prowadzą do wielkich osiągnięć. •

— reklama

gazetalekarska.pl więcej niż myślisz



- Wydarzenia i opinie
- Z kraju i ze świata
- Z rządu i samorządu
- Praktyka lekarska
- Prawo i finanse
- Edukacja i technologie
- Na serio i po godzinach

AKTUALNOŚCI

Dwa szczyty, jeden kryzys

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

Rząd i prezydent niemal jednocześnie pochylili się nad ochroną zdrowia, potwierdzając jedno: kryzys jest faktem, choć każdy widzi go inaczej.

Sytuacja w ochronie zdrowia musi być naprawdę zła, skoro dzień po dniu zajmują się nią premier z poławą rządu i prezydent – mógłby pomyśleć wracający do kraju emigrant, niezbyt zorientowany w tzw. realiach. Rzeczywiście nie jest dobra, a jedną z przyczyn jest fakt, że jeśli już decydenci się nią interesują, to jak zwykle osobno.

Po dwóch szczytach zdrowotnych: rządowym „Bezpieczny Pacjent” (4 grudnia) i prezydenckim „Na ratunek ochronie zdrowia” (5 grudnia), opadł już kurz. I to nawet dobrze, bo z perspektywy czasu znacznie wyraźniej widać ich znaczenie oraz to, co realnie może z nich wynikać w perspektywie średnio- i długookresowej. To zdecydowanie ważniejsze niż bieżące komentarze i reakcje na to, kto co powiedział, jak minister finansów komentował prezydencki szczyt i czy minister zdrowia była obecna w Pałacu Prezydenckim oraz dlaczego nie.

DLACZEGO DO TEGO DOSZŁO

– Politycy nie mogą już powiedzieć, że nie wiedzą o problemach ochrony zdrowia – podsumował znaczenie obu spotkań prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski.

To gorzka refleksja. Po pierwsze dlatego, że kryzys w ochronie zdrowia ma charakter przewlekły, a w ciągu ostatnich dwóch lat wyraźnie się zaostrzył. Cały ubiegły rok – już od pierwszych miesięcy – upłynął pod znakiem definiowania skali luki finansowej w systemie i poszukiwania sposobów, by niedobór pieniędzy nie zakończył się kaskadowymi implozjami w poszczególnych jego punktach. Nie wszystkie obszary udało się uchronić, o czym również przypominał szef lekarskiego samorządu. Odsyłanie pacjentów,

ograniczenia w dostępności do programów lekowych, przekładanie terminów diagnostyki i leczenia, także operacyjnego, to rzeczywistość zwłaszcza ostatnich trzech miesięcy roku, choć nie tylko.

Po drugie, słodko-gorzka jest świadomość, że żadnego szczytu by nie było, gdyby nie działania samorządu lekarskiego. To Naczelna Rada Lekarska w listopadzie wystosowała publiczne apele do premiera i prezydenta o spotkanie w związku

Odsyłanie pacjentów, ograniczenia
w dostępności do programów lekowych,
przekładanie terminów diagnostyki
i leczenia, także operacyjnego
– to rzeczywistość systemu

z pogarszającą się sytuacją w systemie oraz próbami przerwania na lekarzy odpowiedzialności za kryzys finansowy. Błyskawiczna reakcja Pałacu Prezydenckiego, spotkanie prezydenta Karola Nawrockiego z prezesem Łukaszem Jankowskim i decyzja o organizacji szczytu zdrowotnego pod patronatem głowy państwa stały się dla rządu twardym orzechem do zgryzienia – nie tylko wizerunkowym.

RZĄD: USPOKOJENIE NASTROJÓW

Tak narodził się pomysł szczytu rządowego, który w swojej istocie był – lub miał być – raczej benefitem. Spotkaniem, podczas którego zaprezentowany został szeroki

wachlarz działań rządu i koalicji w obszarze ochrony zdrowia. Zdaniem premiera, który przemawiał jako pierwszy, nawet jeśli sytuacja systemu nie jest łatwa, można by powiedzieć: nihil novi.

Problemy finansowe? Kiedyż ich nie było i kiedy nie ujawniały się z całą mocą pod koniec roku? Ostatni kwartał zawsze był dla ochrony zdrowia trudny – argumentował premier. To stwierdzenie rozmija się jednak z faktami: przez kilka dobrych lat, do 2024 roku, w ostatnim kwartale NFZ dzielił nadwyżkę finansową pochodzącą z dodatkowej składki zdrowotnej, a plan finansowy był nowelizowany z powodu wzrostu przychodów.

NFZ NIE BANKRUTUJE, SYSTEM – JUŻ TAK

Premier podkreślał, że nakłady na zdrowie z roku na rok rosną, a rolą rządu jest dbałość o ich efektywne i korzystne dla pacjentów wykorzystanie. Środowiska pracowników medycznych mogły odnotować jako pozytyw, że podczas rządowego szczytu nie próbowano przeciwstawiać ich – a zwłaszcza ich wynagrodzeń – interesowi pacjentów. Przeciwnie, premier zaznaczał, co na bieżąco komentował prezes NRL, że dyskusja o sytuacji w ochronie zdrowia nie może prowadzić do antagonizowania lekarzy i pacjentów.

– Przytłaczająca większość pracowników medycznych koncentruje się na pomaganiu pacjentom. I przytłaczająca większość pacjentów jest przekonana, że lekarze pracują po to, by im pomóc, a nie by ich wykorzystać – mówił Donald Tusk,

SYSTEM POD PRESJĄ

Średni czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne w 2025 roku wyniósł 4,2 miesiąca i nie zmienił się w porównaniu z rokiem poprzednim – wynika z raportu Fundacji WHC zaprezentowanego 12 stycznia. Stabilizacja nie jest jednak dobrą wiadomością: najbardziej prawdopodobnym jej powodem jest odpływ części pacjentów do sektora prywatnego. W 2024 roku wydatki prywatne na leczenie wzrosły o około 10 mld zł. Raport pokazuje, że tam, gdzie finansowanie publiczne jest najniższe, sytuacja pacjentów korzystających z systemu publicznego systematycznie się pogarsza. Najbardziej wydłużyły się kolejki w stomatologii – o 3,8 miesiąca. Na świadczenia pacjenci muszą czekać średnio 10,2 miesiąca. Znaczący wzrost czasu oczekiwania odnotowano także w chirurgii szczękowo-twarzowej (pacjenci czekają 6,5 miesiąca) oraz geriatric (czas oczekiwania to 7 miesięcy). Poprawę zanotowano natomiast w neurologii (czas oczekiwania 2,6 miesiąca) i endokrynologii (6,2 miesiąca).

jednocześnie zwracając się do ministerstwa o identyfikowanie i eliminowanie ewentualnych nieprawidłowości.

Najmocniej wybrzmiało jednak coś innego: zapewnienia, że nie należy ulegać narracji o katastrofie i zapaści systemu. – NFZ nie jest bankrutem – powtarzał premier 4 grudnia i w kolejnych dniach.

Problem w tym, że nikt poważny nie stawia tezy o bankructwie płatnika, choćby dlatego, że NFZ zbankrutować nie może. To nie oznacza jednak, że nie może „bankrutować” polityka zdrowotna państwa, jeśli rozumieć przez to stopniowe zwijanie się kolejnych obszarów świadczeń – choćby poprzez wydłużanie kolejek czy ograniczanie dostępności do konkretnych specjalizacji. Dowodów na to nie brakuje (patrz ramka).

GŁOS ODDANY INTERESARIUSZOM

To właśnie o tych zagrożeniach rozmawiano podczas szczytu w Pałacu Prezydenckim. W przeciwieństwie do spotkania rządowego głos oddano

przede wszystkim stronie społecznej – przedstawicielom organizacji pracowników medycznych i pacjentów. Tematów było wiele, choć – co zrozumiałe – także 5 grudnia dominowały kwestie finansowe.

Przypominano m.in. o niższym niż średnia europejska poziomie publicznych wydatków na zdrowie oraz o zaniżonych wycenach wielu świadczeń. Te ostatnie są bezpośrednią przyczyną problemów finansowych szpitali, ale także patologicznych różnic w wynagrodzeniach w obrębie jednego zawodu – lekarzy.

Prezydent Karol Nawrocki złożył ważną deklarację dotyczącą ewentualnych zmian w ustawie o wynagrodzeniach minimalnych, zapewniając, że nie zgodzi się na odebranie medykom podwyżek wynikających z tej regulacji.

USTAWA PODWYŻKOWA WRACA NA STÓŁ

Zapowiedzi prezydenckiego weta nie zatrzymują jednak prac Ministerstwa Zdrowia. 5 stycznia wiceminister zdrowia Katarzyna Kęcka przekazała partnerom społecznym propozycje zmian w ustawie.

Po pierwsze, resort proponuje przesunięcie terminu realizacji ustawy z lipca na styczeń, począwszy od 2027 r., co w praktyce oznaczałoby brak podwyżek w 2026 r. Po drugie, planowane jest odejście od współczynników pracy i zastąpienie ich wskaźnikiem waloryzacji właściwym dla sfery budżetowej przy jednoczesnym corocznym ogłaszaniu przez ministra zdrowia kwot najniższych wynagrodzeń.

Kolejna zmiana dotyczy umów cywilnoprawnych i umożliwi AOTMiT pozyskiwanie szczegółowych danych dotyczących zarobków profesjonalistów medycznych pracujących na podstawie wielu umów. Resort chce także doprecyzować zasady uznawania kwalifikacji zawodowych oraz wprowadzić poziomy kompetencyjne w zawodach pielęgniarstwa i położnej.

BEZ KONSENSUSU I BEZ POŚPIECHU

Dyskusja w Trójstronnym Zespole ds. Ochrony Zdrowia zaplanowana jest na 18 lutego. Nawet jeśli projekt nowelizacji nie uzyska pozytywnej opinii partnerów społecznych, prace legislacyjne mogą być

kontynuowane. Harmonogram prac sejmowych sugeruje jednak, że nie będzie to proces szybki. Na marzec zaplanowano przedstawienie stanu prac, a w kwietniu – zapoznanie się ze sprawozdaniem podkomisji pracującej nad obywatelskim projektem pielęgniarstwa. Stanowiska strony rządowej w tej sprawie wciąż brakuje.

EDUKACJA ZDROWOTNA – TEMAT, KTÓRY WRACA

Obok problemów finansowych podczas obu szczytów bardzo wyraźnie wybrzmiała kwestia edukacji zdrowotnej. Do końca marca Ministerstwo Edukacji Narodowej ma ogłosić decyzję dotyczącą przyszłości tego przedmiotu. W trwającym roku szkolnym na lekcje o zdrowiu zapisanych jest około jednej trzeciej uczniów, przy czym w szkołach ponadpodstawowych odsetek ten jest jeszcze niższy. Między regionami Polski występują duże różnice, a niska frekwencja w największych miastach sugeruje, że przedmiot nieobowiązkowy bywa postrzegany jako mało istotny.

Na szczycie rządowym wicemarszałek Sejmu Monika Wielichowska podkreślała, że bez powszechnej edukacji zdrowotnej nawet zwiększanie nakładów na ochronę zdrowia nie przyniesie trwałych efektów. Wskazywała, że obecny fakultatywny model sprawia, iż realny stan wdrożenia przedmiotu jest słaby, i postulowała, by od nowego roku szkolnego uczynić edukację zdrowotną obowiązkową, pozostawiając elementy budzące spory polityczne jako fakultatywne. Identyczna co do istoty propozycja padła dzień później podczas szczytu prezydenckiego. Jak relacjonował prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, rozważano m.in. możliwość zastąpienia części dotyczącej zdrowia seksualnego wątkiem transplantologii. MEN odrzuca te sugestie, argumentując, że podstawa programowa jest spójna, a przepisy nie pozwalają na jej modyfikację, choć chronologia wydarzeń wskazuje, że temat ten został zainicjowany już na etapie rozmów rządowych. ●

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

AKTUALNOŚCI

Lex szarlatan. Fałszywa nadzieja pod lupą prawa

LUCYNA KRYSIAK
DZIENNIKARKA

Medycyna oparta na faktach potrafi dziś skutecznie leczyć choroby, jeszcze niedawno uznawane za nieuleczalne. Równolegle jednak rośnie rynek pseudoterapii, które żerują na strachu i desperacji pacjentów, oferując metody bez naukowych podstaw. Kres tym praktykom ma położyć projekt ustawy.

Wdobie ogromnych postępów medycyny wiele chorób, jeszcze niedawno uznawanych za nieuleczalne, można dziś skutecznie leczyć – w tym nowotwory, choroby autoimmunologiczne, a nawet schorzenia o podłożu genetycznym. Mimo to niekonwencjonalne terapie nie tracą na popularności. Internet stał się sprzymierzeńcem w szerzeniu dezinformacji i reklamowaniu wymyślnych metod, które nie mają żadnego oparcia w badaniach klinicznych ani aktualnej wiedzy medycznej.

NIE DAĆ SIĘ OMAMIC

Dr n. med. Łukasz Jasek z Centrum Medycznego Pro Salus w Łodzi, wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi i członek Naczelnej Rady Lekarskiej, potwierdza, że lekarze spotykają się z tego typu praktykami notorycznie – szczególnie w neurologii, którą reprezentuje.

– Neurologia i reumatologia to dwie specjalności, w których łatwo o nadużycia. Wiele objawów chorób o takim podłożu ma charakter subiektywny, jest trudnych do zweryfikowania, wymaga czasu, cierpliwości i specjalistycznych badań – tłumaczy Łukasz Jasek.

Jako przykład wskazuje leczenie boreliozy i neuroboreliozy metodą ILADS, polegającą na długotrwałej, wielomiesięcznej antybiotykoterapii połączonej z ziołolecznictwem. Metoda ta nie

została naukowo potwierdzona, a w opinii Naczelnej Rady Lekarskiej oraz działającej przy niej grupy ekspertów została jednoznacznie uznana za niebezpieczną, z zaleceniem zakazu jej stosowania.

Pseudomedycyna żeruje na subiektywnych objawach i bezradności pacjentów. Tam, gdzie brakuje cierpliwości i czasu na rzetelną diagnostykę, łatwo o nadużycia

– Niestety, metodę tę stosują nie tylko osoby bez wykształcenia medycznego, czyli pseudomedycy, ale również niektórzy lekarze z dyplomami, nad czym ubolewam – mówi dr Jasek.

Nie zawsze bezpieczne jest także leczenie kręgosłupa, zwłaszcza przypadków z przepuklinami, przez tzw. kręgarzy. Sytuacja bywa skomplikowana, ponieważ część z nich to fizjoterapeuci posiadający uprawnienia do prowadzenia rehabilitacji m.in. w schorzeniach kręgosłupa. Problem pojawia się wówczas, gdy klasyczne metody rehabilitacyjne łączone są z niekonwencjonalnymi

praktykami. Zdaniem doktora Jasaka w takich przypadkach trudno jednoznacznie rozstrzygnąć, co jest bezpieczne, a co nie, dlatego w sytuacjach spornych należy zawsze opierać się na zasadach Evidence-Based Medicine (EBM).

Skutkiem działalności pseudomedycznej jest często zbyt późne rozpoczęcie przez pacjentów leczenia konwencjonalnego – szczególnie w onkologii – gdy możliwości terapeutyczne są już znacznie ograniczone lub wręcz niemożliwe. W projekcie ustawy „Lex szarlatan” wymieniono przykłady najbardziej groźnych i najczęstszych praktyk pseudomedycznych. Należą do nich m.in.: terapie jodem w chorobach nowotworowych, stosowanie płynu Lugola w schorzeniach tarczycy, „leczenie” niepłodności suplementami, terapie chorób przewlekłych i autyzmu tzw. holistycznymi programami, odczulanie biorezonansem czy plazmoterapia stosowana w miażdżycy, chorobach tarczycy, grzybicach i do rzekomego niszczenia komórek nowotworowych.

POWSTANIE KATALOG PRAKTYK PSEUDOMEDYCZNYCH

Szacuje się, że pseudomedycyną zajmuje się nawet 40 tys. legalnie działających podmiotów. Bartłomiej

► Falszywa nadzieja bywa groźniejsza niż brak leczenia – opóźnia terapię, pogarsza rokowanie i może kosztować pacjenta życie

Chmielowiec, Rzecznik Praw Pacjenta, do którego trafia coraz więcej skarg dotyczących działań paramedycznych, podkreśla, że aby nowelizacja ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta stała się skutecznym narzędziem walki z tym zjawiskiem, konieczne jest przede wszystkim stworzenie katalogu tzw. praktyk pseudomedycznych.

Chodzi o działania polegające na udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez osoby nieposiadające stosownych uprawnień, a także na oferowaniu i stosowaniu metod paramedycznych z jednoczesnym przypisywaniem im cech i skuteczności zgodnych z aktualną wiedzą medyczną oraz znanym profilem bezpieczeństwa. Rzecznik zaznacza, że tego rodzaju działalność jest ściśle powiązana z medyczną dezinformacją. Informacje o pseudoterapiach są rozpowszechniane w przestrzeni publicznej, szczególnie w internecie, ale również podczas odpłatnych konferencji i spotkań o charakterze komercyjnym, gdzie osoby oferujące takie usługi lub z nimi współpracujące przedstawiają się jako eksperci posiadający wiedzę medyczną.

Projekt ustawy „Lex szarlatan” określa korzystanie z takich usług jako niebezpieczne – nie gwarantują one wyleczenia, mogą opóźniać bezpieczne leczenie konwencjonalne, prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia, a nawet zagrożenia życia pacjenta. Narażają chorego na działania niepożądane, wprowadzają go w błąd, dając złudną nadzieję na poprawę zdrowia, i generują wysokie koszty finansowe.

BĘDĄ KONSEKWENCJE

Ustawa „Lex szarlatan” znajduje się w kolejnej fazie prac legislacyjnych i ma wejść w życie jeszcze w tym roku, być może już pod koniec bieżącego kwartału. Zakłada zakaz stosowania praktyk pseudomedycznych oraz ich ściganie i karanie. Naruszenia będzie badał Rzecznik Praw Pacjenta w ramach postępowania administracyjnego. W razie potwierdzenia stosowania takich praktyk możliwe będzie nakazanie ich zaniechania oraz nałożenie kary w wysokości do 1 mln zł – zarówno za sam fakt naruszenia zakazu, jak i za niedostosowanie się do decyzji Rzecznika oraz brak działań naprawczych.



foto: Shutterstock.com

Biuro Rzecznika Praw Pacjenta zwraca uwagę, że obecnie nie istnieje wyznaczony organ, który przyjmowałby i rozpatrywałby skargi pacjentów w tym zakresie. Spośród około 40 tys. podmiotów oferujących paramedycynę, medycynę alternatywną i niekonwencjonalną nie każda działalność będzie kwalifikowana jako praktyka pseudomedyczna. Konieczne jest więc określenie jasnych przesłanek weryfikacyjnych, co pozostaje obszarem nierozpoznanym. Szacuje się, że realnie problem może dotyczyć od kilku do kilkunastu tysięcy podmiotów, w tym także osób nieprowadzących działalności gospodarczej oraz fundacji i stowarzyszeń.

Rzecznik Praw Pacjenta podkreśla jednocześnie, że celem ustawy nie jest ograniczanie rzetelnie prowadzonej działalności gospodarczej, lecz ochrona pacjentów mamionych wizją wyzdrowienia metodami zagrażającymi ich zdrowiu i życiu.

Naczelna Rada Lekarska popiera walkę z pseudomedycyną, ale

obawia się, że wyłącznie administracyjny model sankcji będzie łatwy do obejścia. Lekarze postulują wprowadzenie odpowiedzialności karnej przypisanej konkretnej osobie – niezależnie od formy prawnej działalności. Rzecznik Praw Obywatelskich ostrzega z kolei, że możliwość wielokrotnego nakładania kar pieniężnych bez pełnego postępowania administracyjnego może naruszać podstawowe gwarancje proceduralne. Organizacje pracodawców ochrony zdrowia wskazują natomiast na zbyt szeroką definicję pseudomedycyny, która mogłaby uderzyć m.in. w osoby bliskie choremu, np. za udzielenie pierwszej pomocy czy wykonanie zastrzyku.

Dr n. med. Łukasz Jasek apeluje o zdrowy rozsądek i podkreśla, że kluczowe jest równoległe działanie organów państwa i edukacja społeczeństwa w zakresie zagrożeń wynikających z pseudomedycznych praktyk. – To jednak wymaga odbudowy zaufania między lekarzem a pacjentem, które w ostatnich latach wyraźnie osłabło – podsumowuje.

AKTUALNOŚCI

Wulkan emocji. Lekarze pod ostrzałem narracji internetowych

SYLWIA WAMEJ
DZIENNIKARKA

Emocje, frustracja i uproszczenia coraz częściej kształtują internetowy obraz medyków. Raport Laboratorium Badań Medioznawczych Uniwersytetu Warszawskiego pokazuje, jak rodzi się antylekarski dyskurs w mediach społecznościowych i dlaczego nie można go sprowadzać wyłącznie do działań trolli.

Raport zatytułowany „Dyskurs antylekarski w mediach społecznościowych między dezinformacją a polaryzacją” został przygotowany dla Naczelnej Izby Lekarskiej. Jego autorzy – Marcin Łączyński, Karolina Brylska, Tomasz Gackowski i Marlena Szyber-Popko – podkreślają, że celem była kompleksowa analiza dezinformacji wymierzonej w środowisko lekarskie. Badanie skupiło się na mechanizmach powstawania, rozpowszechniania i wzmacniania szkodliwych treści, identyfikacji ich źródeł i kanałów, a także na ocenie wpływu dezinformacji na opinię publiczną i wizerunek lekarzy.

CZTERY SZCZEGÓŁOWE CELE

W projekcie wyznaczono cztery cele szczegółowe, które umożliwiły wielowymiarową analizę wizerunku lekarzy w mediach społecznościowych: przegląd trzech głównych obszarów komunikacji dotyczących środowiska lekarskiego, identyfikację kont rozpowszechniających szkodliwe treści, analizę dynamiki i charakteru dezinformacji oraz opracowanie rekomendacji wzmacniających komunikację instytucjonalną. Badanie obejmowało analizę treści, sposobów prowadzenia dyskusji oraz aktywności kont zaangażowanych w szerzenie narracji antylekarskich.

Zdefiniowano trzy kluczowe przesłanie komunikacji:

- oficjalną i instytucjonalną – kanały NIL i innych organizacji lekarskich,
- influencerską – tworzoną przez liderów opinii i ekspertów komentujących kwestie ochrony zdrowia,
- prywatną, anonimową i propagandową – prowadzoną przez konta o niejasnej tożsamości, często generujące treści antagonizujące lub dezinformacyjne, również przy użyciu AI.

Internetowe narracje o lekarzach przypominają erupcję wulkanu: wystarczy impuls, by frustracja zamieniła się w masową krytykę

Jak relacjonuje dr Karolina Brylska, praca nad raportem trwała trzy i pół tygodnia i wymagała setek godzin analiz. – Analizowaliśmy nie tylko dyskusje pod postami oficjalnych instytucji czy mediów, ale też, stosując innowacyjne podejście, tworzyliśmy tzw. osoby, czyli zakładaliśmy sztuczne konta na X i Facebooku, aby sprawdzić, jak szybko pojawią się na nich

treści nieprawdziwe, obraźliwe czy dezinformacyjne dotyczące lekarzy.

– Konta były prowadzone w taki sposób, by algorytmy widziały nasze zainteresowanie tematami medycznymi. Co ciekawe, większość była szybko blokowana, co potwierdza, że platformy starają się ograniczać masowe zakładanie fałszywych profili. Ze względu na krótki czas projektu nie tworzyliśmy rozbudowanych profili – bez zdjęć, wpisów – które pewnie przeszłyby typową weryfikację platform. Dodatkowo temat lekarzy został przykryty przez głośną sprawę dywersji na torach, co przekierowało uwagę infrastruktury dezinformacyjnej na inny wątek. Gdyby nie to, prawdopodobnie zebrane materiały byłyby jeszcze liczniejsze – dodaje.

WIEDZA I INSPIRACJA DLA SAMORZĄDU

Raport miał dostarczyć wiedzy i inspiracji dla władz samorządu lekarskiego. – Na podstawie naszych wniosków oraz wiedzy władz samorządu z innych źródeł mógłby – i powinien – powstać operacyjny zestaw rekomendacji dla lekarzy: co robić, czego unikać, jak reagować na krytykę środowiska w mediach społecznościowych – podkreślają twórcy dokumentu.

► Emocje wobec lekarzy
są autentyczne i wynikają z realnych
doświadczeń

Z opracowania Laboratorium Badań Medioznawczych wyłania się wyraźny portret lekarzy funkcjonujących w mediach społecznościowych.

– W raporcie pokazujemy, jak lekarze są przedstawiani w portalach i mediach społecznościowych. W badanym okresie obraz ten był raczej negatywny, wynikający z wielu uwarunkowań systemowych i problemowych. W dzisiejszych czasach bardzo łatwo skompromitować czy oczernić dowolną grupę zawodową: dziś lekarzy, jutro akademików, policjantów czy strażaków – wyjaśnia prof. UW Tomasz Gackowski, zwracając uwagę, że obywatele są stale narażeni na dezinformację i polaryzację, często inspirowane przez podmioty nieprzychylne Polsce.

– To problem ogólny, a nie specyficzny tylko dla lekarzy. Chodzi o mechanizm: dziś każdy może stać się obiektem ataku, a media potrafią te emocje potęgować – dodaje prof. Tomasz Gackowski.

AUTENTYCZNOŚĆ KRYTYKI I ŹRÓDŁA NAPIĘĆ

Badacze analizowali, na ile krytyczne treści są efektem działań skoordynowanych, a na ile wynikają z autentycznych doświadczeń pacjentów. Analizowano tysiące wpisów, koncentrując się na mechanizmach zjawiska. Ustalono, że w badanych dyskusjach dominowały głosy prawdziwych użytkowników, nie kont trollerskich.

Dr Karolina Brylska zauważa, że dyskurs wokół lekarzy jest chaotyczny i łączy wiele wątków konfliktu: lekarze kontra pacjenci, lekarze kontra system ochrony zdrowia, pacjenci kontra system, lekarze kontra politycy, pacjenci kontra politycy, lekarze kontra lekarze. Autorzy raportu podkreślają, że negatywne emocje wobec lekarzy są autentyczne i wynikają z realnych doświadczeń.

Ich zdaniem to wyraźny sygnał dla Naczelnej Izby Lekarskiej, by nie bagatelizować problemu. – Warto na przykład przygotować mapę median zarobków lekarzy w powiatach i województwach, tak by lekarze mogli się nią posługiwać w sytuacjach, gdy są atakowani stereotypami – mówi prof. Tomasz Gackowski.

Jak dodaje dr Karolina Brylska, pacjenci rzadko mają możliwość wyrażenia niezadowolenia wobec Narodowego



foto: Shutterstock.com

Funduszu Zdrowia, dlatego frustracja kierowana jest do lekarzy lub przenosi się do internetu. – Obecnie dyskusja wokół systemu ochrony zdrowia przypomina siedzenie na czynnym wulkanie: wystarczy trigger, by nastąpiła niebezpieczna erupcja – zauważa dr Brylska. Wskazuje, że napięcia wynikają z samej natury systemu, a doświadczenia pacjenta są sumą działań wielu osób. Stomatologia jest oceniana lepiej, bo daje szybkie efekty, podczas gdy w onkologii czy ortopedii poczucie sprawczości jest mniejsze.

– Dlatego napięcia będą się pojawiać. Ważne jest, by nimi zarządzać i dawać lekarzom narzędzia do radzenia sobie z emocjami. Dobrostan psychiczny lekarzy to również sprawa publiczna – podkreśla prof. Gackowski.

Autorzy raportu zwracają uwagę także na jakość aktywności lekarzy w mediach społecznościowych. Obok świetnych influencerów medycznych pojawiają się wpisy problematyczne – będące emocjonalnym odreagowaniem – lub komunikaty podkreślające wyższość zawodową. – Oba typy wpisów zaogniają dyskusję,

szkodząc wizerunkowi środowiska – wskazują badacze.

PROBLEMATYCZNE WPISY W MEDIACH SPOŁECZNOŚCIOWYCH

Przykładem jest wpis lekarza dotyczący rachunku na 1300 zł w restauracji. – Miał rację, ale taki komunikat szkodzi całej grupie – komentują autorzy raportu, podkreślając, że lekarze zabierający głos w przestrzeni publicznej powinni znać zasady konstruktywnej komunikacji.

Prof. Tomasz Gackowski i dr Karolina Brylska przypominają, że w czasach polaryzacji każda grupa zawodowa może stać się celem ataku. – Dlatego trzeba bardzo ostrożnie zarządzać widocznością medialną zarówno na poziomie samorządu, placówek, jak i pojedynczych lekarzy. Kiedy „wulkan wybucha”, trzeba mieć narzędzia, by uspokoić sytuację, a nie ją podsycać. Raport nie zmieni prawa ani nie poprawi jakości usług medycznych, ale – jak podkreślają autorzy – może pomóc lepiej zrozumieć mechanizmy polaryzacji i agresji w mediach społecznościowych oraz przygotować skuteczne działania zaradcze.

AKTUALNOŚCI

Powiedzmy stop agresji

Mam dwie wiadomości: dobrą i złą. Najpierw ta zła – fala ataków na lekarzy nie opada, a w ostatnich tygodniach wręcz się nasiliła. Dobra wiadomość? Policja i prokuratura wreszcie robią to, o co apeluje samorząd: reagują szybko i skutecznie ścigają sprawców.

Przypadek pierwszy. W Samodzielnym Szpitalu Wojewódzkim im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim na oddziale ratunkowym pojawiła się agresywna kobieta. Wtargnęła do gabinetu podczas trwającego tam zabiegu i zaczęła szarpać lekarza. Próbuje ją uspokoić pielęgniarka i ratowniczka medyczna zostały uderzone w twarz. Następnie agresorka z towarzyszącym jej mężczyzną odjechała samochodem. Policja zjawiła się na miejscu natychmiast, a dzięki pomocy innych pacjentów oraz nagraniom z monitoringu kobieta została zidentyfikowana i zatrzymana w ciągu kilku godzin. Została także od razu przesłuchana. Usłyszała już zarzuty naruszenia nietykalności cielesnej trzech osób.

Przypadek drugi. Częstochowa, do poradni psychiatrycznej zgłosił się mężczyzna z sądowym nakazem badania. Gdy wszedł do gabinetu, zaatakował lekarkę. Świadkowie opisują: „pani doktor leżała pod kaloryferem cała we krwi, a mężczyzna dalej ją bił”. Później zaczął demolować meble i próbował zaatakować innych lekarzy. Agresor został obezwładniony przez portiera i innego pacjenta. Policja, która szybko pojawiła się na miejscu, zatrzymała go na 48 godzin. Dziś wiadomo o tej sprawie tylko tyle, że już wcześniej groził lekarzom, za co został skazany na osiem miesięcy pozbawienia wolności. Od tego czasu ukrywał się przed policją.

Naczelna Izba Lekarska monitoruje podobne sytuacje i udziela pomocy lekarzom. Ja sam docieram do poszkodowanych, zbieram informacje i sprawdzam, czy realizowane są wytyczne przekazane przez Prokuratora Generalnego w postępowaniu w sprawach o agresję wobec medyków. Chodzi przede wszystkim o trzy rzeczy: powiadomienie i natychmiastową interwencję policji, zabezpieczenie materiału dowodowego oraz sporządzenie protokołu. Kluczowe jest dla nas to, aby dalsze czynności w postępowaniu nie były uciążliwe dla poszkodowanego lekarza.

GRZEGORZ WRONA
SEKRETARZ
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ



Warto również podkreślić, że weszły już w życie nowelizacje Kodeksu postępowania karnego i Kodeksu wykroczeń podpisane przez Prezydenta RP. Jeżeli potwierdzone zostaną przesłanki zaistnienia przestępstwa, to wdrażany jest przyspieszony tryb postępowania. W przypadkach o mniejszym znaczeniu możliwe jest zakończenie sprawy postępowaniem mandatowym. To ogromna zmiana – jako samorząd lekarski zwracaliśmy uwagę, że nie interesuje nas samo zaostreżenie kar, ale to, aby czyny takie były natychmiast wykrywane, a kara nakładana niezwłocznie.

Do niedawna maksymalna kara za naruszenie nietykalności funkcjonariusza publicznego wynosiła trzy lata. Zgodnie z nowelizacją przepisów, która weszła w życie w styczniu 2026 r., za szczególnie niebezpieczny atak grozi kara od trzech miesięcy do pięciu lat więzienia.

Jako sekretarz Naczelnej Rady Lekarskiej biorę również udział w pracach zespołu ds. wzmocnienia bezpieczeństwa osób wykonujących zawód medyczny przy ministrze sprawiedliwości. Cieszy gotowość trzech resortów (MZ, MSWiA, MS) oraz policji do podjęcia tego trudnego tematu, choć wszyscy zdajemy sobie sprawę, że realizacja niektórych pomysłów będzie się wiązała z ogromnymi kosztami.

Kolejnym elementem, którym Naczelna Izba Lekarska się zajmuje w obszarze bezpieczeństwa lekarzy, jest problem internetowego hejtu. Nienawiść w przestrzeni cyfrowej to nie tylko słowa. Uderza w zdrowie psychiczne, destabilizuje życie zawodowe i prywatne, a w skrajnych przypadkach prowadzi do przemocy w świecie rzeczywistym. Naczelna Izba Lekarska konsekwentnie wskazuje, że ataki na lekarzy – i generalnie medyków – nie są wyłącznie problemem jednostek, ale uderzają w cały system ochrony zdrowia oraz w bezpieczeństwo pacjentów. Dlatego uczestniczyłem w spotkaniu przedstawicieli zawodów zaufania publicznego z wiceministrem cyfryzacji Dariuszem Standerskim oraz ekspertkami NASK poświęconym skali zjawiska hejtu i cyberprzemocy. Chcemy doprowadzić do powstania przepisów prawa, które pozwolą na usuwanie nienawistnych treści z serwisów internetowych oraz karania za takie wpisy. Poprosiłem, aby na wstępie pan minister ustalił definicję hejtu, ponieważ dopiero wtedy będzie można opracować odpowiednią normę prawną. ●

Zespół ds. Naruszeń w Ochronie Zdrowia działający przy NIL oczekuje na zgłoszenia dotyczące dotykającego Państwa hejtu lub napaści fizycznej na adres naruszenia@nil.org.pl

WAŻNY TEMAT

Łóżek ubywa, chorych przybywa. Co dalej z interną?

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Interniści alarmują o fatalnej sytuacji oddziałów chorób wewnętrznych, które ma wykańczać zbyt niska wycena procedur i braki kadrowe. Łóżka internistyczne są likwidowane, a pacjentów jest coraz więcej. Ministerstwo Zdrowia przekonyuje, że działa na rzecz poprawy sytuacji. Czy w dobrym kierunku?

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego Polak żyje przeciętnie około 75 lat, a Polka nieco ponad 82 lata. Niestety notujemy dużo gorsze wskaźniki dotyczące trwania życia w zdrowiu. Przeciętnie jest to 61,6 roku dla mężczyzn i 65,3 roku dla kobiet. Pozostały okres życia seniorów często oznacza zmaganie się z różnego rodzaju chorobami przewlekłymi, np. cukrzycą, otyłością, niewydolnością serca, przewlekłą chorobą nerek, POChP, które niejednokrotnie ze sobą współwystępują.

– Gdy taki pacjent ma zaostrzenie stanu chorobowego albo np. przytrafi się mu ciężkie zapalenie płuc, to najczęściej jest hospitalizowany na oddziale internistycznym – mówi prof. Jan Duława, prezes Towarzystwa Internistów Polskich i konsultant woj. śląskiego w dziedzinie chorób wewnętrznych. Do takich oddziałów trafiają nie tylko osoby starsze. – Wielochorobowość coraz częściej dotyczy osób w wieku produkcyjnym, zwykle z czynnikami ryzyka, takimi jak używki i otyłość. Liczba pacjentów potrzebujących opieki internistycznej jest ogromna i będzie się powiększać – szacuje prof. Jan Duława. To potężne wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej, który już teraz w wielu miejscach pęka w szwach.

Z danych publikowanych w biuletynach statystycznych Ministerstwa Zdrowia wynika, że z roku na rok notujemy wzrost liczby pacjentów leczonych na oddziałach chorób wewnętrznych – z około

722,5 tys. w 2022 r. do ponad 805 tys. w 2024 r. Jednocześnie mamy w szpitalach coraz mniej łóżek internistycznych. W 2018 r. było ich 22 548, a w 2022 już nieco ponad 20 tys. W 2024 r. mieliśmy 18 683 takich łóżek, co daje średnią krajową 5/10 tys. ludności, są

Nie mamy wolnych łóżek internistycznych. Oddziały są przepełnione, pacjenci godzinami czekają na SOR, a przyjęcia planowe w praktyce przestały istnieć

jednak spore różnice pomiędzy regionami. Najlepiej jest w woj. opolskim (7,6/10 tys.), a najgorzej w woj. pomorskim (3,9/10 tys.).

– Mniejsza lub większa sytuacja kryzysowa występuje we wszystkich województwach. Na Śląsku co rusz jakiś oddział internistyczny się zawiesza. Tymczasem interna powinna być filarem szpitalnictwa, bo nie da się w każdym powiecie utrzymać oddziałów wąsko-wielospecjalistycznych – zwraca uwagę prof. Jan Duława.

KOMISJA ZA KOMISJĄ

O nieciekawej sytuacji w internie szpitalnej mówi się od dawna. Temat ten był omawiany podczas

wrześniowego, a następnie grudniowego posiedzenia sejmowej Podkomisji do spraw Organizacji Ochrony Zdrowia. Uczestnicy tych spotkań reprezentujący środowisko internistów opowiadali, co się dzieje na oddziałach chorób wewnętrznych. „Średni czas przebywania pacjenta w SOR przed przekazaniem go na oddział internistyczny często sięga 48 godzin. Nie wynika to w żaden sposób z gnuśności personelu tego SOR-u, tylko po prostu SOR nie ma gdzie tego pacjenta przekazać, bo oddział internistyczny jest przepełniony” – mówił o sytuacji w regionie pomorskim prof. Michał Chmielewski, konsultant w dziedzinie chorób wewnętrznych dla woj. pomorskiego.

„Proszę państwa, interna na co dzień – to już padło, ale chcę to podkreślić – to jest brak wolnych łóżek, kolejka chorych w SOR, wielochorobowość, senioralny wiek, przyjęcia wyłącznie ostrych stanów. Nie mamy praktycznie przyjęć planowych. Nie ma miejsca na przyjęcia planowe. Ludzie by bardzo chcieli, oczekiwali, żebyśmy przyjmowali. Nie jesteśmy w stanie” – informował z kolei konsultant w dziedzinie chorób wewnętrznych dla woj. mazowieckiego dr n. med. Marek Stopiński.

Co prawda, według statystyk resortu zdrowia średnia wykorzystania łóżek w oddziałach internistycznych

w 2024 r. była na poziomie 76,5 proc., ale sytuacje są różne w zależności od miejsca udzielania świadczenia.

– Problem przepełnionych oddziałów występuje głównie w tych szpitalach, gdzie działa również szpitalny oddział ratunkowy – tłumaczy prof. Ilona Kurnatowska, konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych i kierownik Oddziału Klinicznego Nefrologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. N. Barlickiego w Łodzi. Dodaje, że w oddziale, którym kieruje, łóżka internistyczne są wykorzystywane w 150 proc., a pacjenci notorycznie leżą na korytarzu. – Dystrybucja łóżek internistycznych w szpitalach powinna być zweryfikowana, tak aby była zgodna z rzeczywistą mapą potrzeb zdrowotnych. Trzeba rozwijać bazę łóżkową tam, gdzie jest SOR. Uważam też, że powinna być lepsza weryfikacja zgłoszeń wolnych łóżek – mówi prof. Kurnatowska.

Problem z nadmiernym obłożeniem ma m.in. Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni w Grodzisku Mazowieckim. – Mamy mnóstwo pacjentów internistycznych. Nasz Oddział Chorób Wewnętrznych łącznie z pododdziałem geriatrycznym ma 53 łóżka, średnie obłożenie wynosi 98 proc., a czasami powyżej 100 proc. Wtedy wykorzystywane są wolne czasowo łóżka w innych oddziałach. To zdecydowanie za dużo – uważa Krystyna Płukis, dyrektor tej placówki. Dodaje, że aby zapewnić bezpieczeństwo epidemiologiczne, nie powinno się przekraczać obłożenia oddziału powyżej 75-80 proc. Jak wyjaśnia, chodzi o to, aby minimalizować ryzyko zakażeń pomiędzy pacjentami, które niestety się zdarzają w takich sytuacjach lub wymagają wydzielenia dla nich izolatek, co bezpośrednio zmniejsza dostęp do łóżek internistycznych.

Dyrektor szpitala w Grodzisku Mazowieckim nie chce jednak powiększać bazy łóżkowej. – Kiedyś były u nas 72 łóżka, ale nie było nas stać na ich utrzymanie. Wycena świadczeń internistycznych jest zbyt niska, działalność oddziału generuje straty. U mnie to kwota rzędu 5-8 mln zł rocznie. Co prawda, pewne podwyżki procedur były, ale zmiany są znikome. Na 157 procedur internistycznych w mniej niż 20 została podniesiona wycena, to stanowczo za mało – wylicza Krystyna Płukis.

PROBLEM WIELOCHOROBOWY

– Dyrektorzy szpitali ograniczają liczbę łóżek, bo nie opłaca się ich utrzymywać

– potwierdza prof. Ilona Kurnatowska. Podkreśla, że nie chodzi o to, żeby oddziały chorób wewnętrznych zarabiały pieniądze, ale aby wyceny procedur pokrywały realne koszty, które się ponosi za diagnostykę i leczenie pacjenta. Jednym z pomysłów na zmiany w finansowaniu procedur internistycznych jest uwzględnienie w wycenach wielochorobowości.

– Pacjent, który zostaje przyjęty z powodu zapalenia płuc, a okazuje się, że ma jednocześnie stopę cukrzycową albo jest po udarze, wymaga zdecydowanie większych nakładów finansowych niż dotychczas zdrowy czterdziestolatek, który nagle zapada na zapalenie

Lekarz internista powinien zostać
dowartościowany
przez dyrekcję szpitala,
a nie ciągle słyszeć, że oddział
przynosi straty

płuc i musi być hospitalizowany. Ponadto brakuje indeksacji wycen w związku z wiekiem chorego, a przecież średnia wieku pacjenta na internie to 68 lat i więcej – tłumaczy konsultant krajowa w dziedzinie chorób wewnętrznych.

Co na to Ministerstwo Zdrowia? „Wycena, jaką robi AOTMiT, bierze rzeczywiste koszty hospitalizacji. Jeżeli pacjent choruje na kilkanaście chorób, to patrzy na rzeczywiste koszty hospitalizacji, uśrednia – bo patrzy na tych pacjentów, którzy mają jedną chorobę, 5, 10 czy 15” – mówił dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Maciej Karaszewski podczas wrześniowego posiedzenia podkomisji ds. organizacji ochrony zdrowia.

– To się nie sprawdza w praktyce. Procedura powinna być droższa, jeśli u pacjenta jest wielochorobowość – komentuje prof. Ilona Kurnatowska.

NA WAGĘ ZŁOTA

Szpitale redukują liczbę łóżek albo wręcz zawieszają oddziały chorób wewnętrznych także z powodu

braków kadrowych. O problemach ze skompletowaniem obsady lekarskiej co jakiś czas informują lokalne media. Przykład to szpital w Kępnie. O trudnej sytuacji oddziału wewnętrznego tej placówki związanej z niedoborem lekarzy informowały w lutym ubiegłego roku m.in. „Tygodnik Kępiński” oraz lokalna rozgłośnia radiowa Radio SUD. Nad placówką wisiało widmo zawieszenia pracy oddziału, finalnie do tego nie doszło, jednak ograniczono jego działalność.

Samodzielny Publiczny Szpital Rejonowy w Nowogardzie to kolejna placówka, która od dłuższego czasu mierzy się z niedoborami lekarzy na internie. Szpital na swojej stronie internetowej poinformował, że na okres 1-31 stycznia br. Oddział Chorób Wewnętrznych został zawieszony. Przykłady można by mnożyć.

– Największy problem z obsadą mają szpitale powiatowe, oddalone od dużych aglomeracji miejskich. W kraju funkcjonują oddziały, które zatrudniają minimalną liczbę osób. Nierzadko jeden lekarz na dyżurze zaopatruje pacjentów internistycznych zarówno na oddziale, jak i na SOR-ze lub w izbie przyjęć. Jaką to daje jakość opieki pacjentowi i bezpieczeństwo pracy lekarzowi? – pyta prof. Ilona Kurnatowska.

Jeden problem napędza kolejny. W oddziałach internistycznych, w których pracuje niewielu lekarzy, warunki pracy są mało zachęcające, żeby nie powiedzieć, że wręcz odstrasające.

– Nie wyobrażam sobie oddziału wewnętrznego o 40-50 łóżkach tylko z 2-3 lekarzami na pokładzie, ale wiem, że w dobie kryzysu finansowego i braku internistów tak się dzieje w wielu szpitalach. To jest dramat. Ciężar gatunkowy pracy w takich warunkach jest ogromny i nie dziwię się, że lekarze nie chcą tam pracować – mówi Krystyna Płukis i dodaje, że u niej w szpitalu kadra lekarska na oddziale chorób wewnętrznych liczy w sumie 8-10 specjalistów. – Zawsze mamy dwóch lekarzy na dyżurze. Jeden z nich w razie potrzeby konsultuje pacjentów w ich oddziałach. Niestety takie zatrudnienie odbywa się dużym kosztem finansowym, ale potrzebnym dla zapewnienia

► Średnia wieku pacjenta na oddziale internistycznym to dziś 68 lat i więcej. To chorzy wielochorobowi, wymagający intensywnej diagnostyki i leczenia, a takich pacjentów będzie tylko przybywać

bezpiecznej i profesjonalnej opieki pacjentom – wylicza.

METODA KIJ A CZY MARCHEWKI?

Oddziały internistyczne często nie są postrzegane jako atrakcyjne miejsce pracy, przez co specjalizacja w dziedzinie chorób wewnętrznych nie jest zbyt popularna.

– Młody lekarz wybiera taką specjalizację, w której może najszybciej się czegoś nauczyć i coś osiągnąć. Interna to dyscyplina mało spektakularna i wskutek polityki NFZ niedochodowa, a jednocześnie bardzo obciążająca, z bardzo ciężkimi dyżurami. Nie ma się co dziwić, że lekarze nie chcą wiązać swojej przyszłości z miejscem, gdzie będą przepracowani, a na dodatek narażeni na uwagi, że przynoszą straty, że premię dostanie kto inny, że remont to będzie, ale nie tutaj, bo nie ma na to pieniędzy – tłumaczy prof. Duława. Dodaje, że kiedyś interna była uważana za królową medycyny, dziś jest jej kopciuszkiem. – Trochę padła ofiarą samej siebie, ponieważ tak intensywnie się rozwijała, że konieczne było powstanie dodatkowych, węższych specjalizacji powiązanych z tą dziedziną. Ten proces jest konieczny i nieunikniony. Dobrze by jednak było, aby specjalista w wąskiej dziedzinie pozostawał internistą. Ta specjalizacja jest niezbędna dla chorych i dla systemu. W wielu krajach, np. we Francji, obserwujemy jej odrodzenie. Oni już to zrozumieli – stwierdza prezes TIP.

Interniści zapewniają holistyczne podejście do pacjenta podczas hospitalizacji. To wartość dla chorego i oszczędności dla systemu.

– Dlatego internista w szpitalu jest niezbędny i to nie tylko w oddziale chorób wewnętrznych, na SOR-ze i w izbie przyjęć. To lekarz, który jest wzywany na różne oddziały do konsultacji, np. na chirurgię czy ortopedię. Pacjent, który ma mieć operację, niejednokrotnie ma choroby współistniejące. Trzeba przeprowadzić kwalifikację do zabiegu pod kątem tych właśnie chorób i ustawić leczenie – wyjaśnia prof. Kurnatowska i zwraca uwagę, że resort zdrowia działa w obszarze pozyskiwania nowych specjalistów chorób wewnętrznych do systemu opieki zdrowotnej. – Mamy coraz więcej



rezydentur z dziedziny chorób wewnętrznych przy jednoczesnym ograniczaniu miejsc w wąskich dyscyplinach internistycznych. To dobry trend, proporcje zaczynają się kształtować w pozytywnym kierunku – uważa prof. Kurnatowska.

Nie ma co ukrywać, że jednak zastosowanie takiego mechanizmu jest raczej wymuszające niż zachęcające. Czy będzie jakaś marchewka w tym wszystkim dla młodych lekarzy? Być może przynajmniej część z nich chętniej decydowałaby się na rezydenturę z chorób wewnętrznych, a nie od razu na węższą specjalizację, gdyby im umożliwić zdobycie kolejnej specjalności także w ramach rezydentury.

– Jestem zwolenniczką takiego rozwiązania. Sądzę, że w Ministerstwie Zdrowia jest duże poparcie dla tego pomysłu. Przede wszystkim jednak trzeba postawić na poprawę warunków pracy. Lekarz internista powinien zostać dowartościowany przez dyrekcję szpitala, a nie ciągle słyszeć, że oddział przynosi straty. To nie jest lekarz gorszego sortu tylko dlatego, że procedury, jakie wykonuje, nie są dobrze wycenione. Musi też czuć się bezpiecznie w swoim miejscu pracy, a nie być osamotnionym na dyżurze wśród tłumu pacjentów

zalegających na korytarzach. Nikt też nie chce pracować w niewyremontowanym oddziale, ze starymi łózkami i pokojem lekarskim wyglądającym jak za króla Ćwieczka. Obecnie tak to niestety wygląda. Młodzi ludzie to widzą i trudno się dziwić, że nie chcą wybrać tej trudnej, wymagającej specjalizacji – mówi konsultant krajowa w dziedzinie chorób wewnętrznych.

Zdaniem resortu zdrowia sukcesywnie są podejmowane działania, które mają polepszyć opiekę nad pacjentami internistycznymi. Obecni na wspomnianych już posiedzeniach podkomisji przedstawiciele MZ wymieniali je jednym tchem – chodzi m.in. o możliwość tworzenia powiatowych centrów zdrowia z całodobową interną i chirurgią, rozwój Krajowej Sieci Kardiologicznej, odwracanie piramidy świadczeń poprzez wprowadzenie opieki koordynowanej w POZ i rozwiązania ułatwiające dostęp do specjalistów AOS pacjentom pierwszorazowym. Tylko czy rzeczywiście ma to bezpośrednie przełożenie na sytuację w internistach? Oby miało jak największe, nie da się jednak nie zauważyć, że to działania mogące przynieść jakieś efekty w perspektywie długofalowej, a środowisko internistów liczy na realną, bezpośrednią pomoc tu i teraz.

PRAWO I MEDYCYNĄ

Tania operacja, wysoka cena błędów

Miała być szybka poprawa urody i krótki pobyt w Polsce. Zamiast tego nieudany zabieg i kolejne operacje naprawcze za oceanem. W turystyce medycznej najdroższe bywa to, co z pozoru najtańsze: brak rzetelnej informacji, pośpiech i iluzja „świadomej zgody”.

Okręgowy sąd lekarski (OSL) uznał młodego chirurga plastyka winnym przeprowadzenia operacji nosa u młodej pacjentki pochodzenia polskiego, mieszkającej w USA, bez sprawdzenia świadomej zgody, bez poinformowania o możliwych powikłaniach, ryzyku i następstwach zabiegu oraz bez przedstawienia planu i opisu operacji. Kwalifikacja do zabiegu została ograniczona do krótkiej rozmowy w sali przedoperacyjnej.

OSL zdecydował o czasowym – na okres jednego roku – zawieszeniu prawa wykonywania zabiegów plastycznych w obrębie głowy. Od tego orzeczenia obwiniony lekarz odwołał się do Naczelnego Sądu Lekarskiego (NSL), wnosząc o uniewinnienie. NSL utrzymał orzeczenie w mocy, wprowadzając jedynie modyfikację dotyczącą zakresu kary – ograniczoną wyłącznie do operacji nosa.

DŁUGOFALOWE KONSEKWENCJE

Zabieg był całkowicie nieudany, a uzyskany efekt estetyczny bezdyskusyjnie zły. Pacjentka wymagała dwóch operacji naprawczych przeprowadzonych już w Stanach Zjednoczonych. Jednak dla NSL kluczowe i najbardziej niepokojące okazały się nie tylko skutki medyczne, lecz przede wszystkim sposób komunikacji z pacjentką i jej mężem przed planowanym zabiegiem estetycznym nosa.

Komunikacja odbywała się drogą mailową oraz za pośrednictwem komunikatora WhatsApp. Przed samym zabiegiem nie doszło do żadnego bezpośredniego kontaktu z lekarzem operującym – pacjentka i jej mąż zobaczyli go dopiero tuż przed operacją. Źródłem wiedzy o planowanym zabiegu w prywatnej firmie był nie lekarz, lecz koordynator (anglista), pracownik recepcji

JACEK MIARKA

PRZEWODNICZĄCY

NACZELNEGO SĄDU LEKARSKIEGO



oraz ankieta w języku angielskim. Główną zachętą była kilkakrotnie niższa cena.

„ŚWIADOMA ZGODA” Z NAZWY

To z koordynatorem pacjentka uzgadniała rodzaj zabiegu. Początkowo planowany był face lifting, jednak ze względu na konieczność 14-dniowej rekonwalescencji zrezygnowała z tej opcji. Zdecydowała się na operację nosa i warg, mieszczącą

się w ramach jednodniowego pobytu, ponieważ miała inne plany na dalszą część wizyty w Polsce – wyraźnie nie zdając sobie sprawy z tego, co ją faktycznie czeka.

Szczególnie kuriozalny okazał się zapis w formularzu zgody, wymagający od pacjenta oświadczenia, że jest on świadomy braku podstaw do odpowiedzialności cywilnoprawnej lekarza, w przypadku gdy efekt operacji nie będzie zgodny z oczekiwaniami. Pomijając fakt, że osoba wychowana w Polsce, nawet po latach pobytu w USA, gdzie posługuje się językiem angielskim w wersji potocznej, może nie mieć pełnego zrozumienia skomplikowanych terminów medycznych, wątpliwości budzi także sam sposób uzyskania zgody.

Zgodę na operację nosa podpisał mąż pacjentki, natomiast zgodę na zabieg liposukcji – sama pacjentka. Nie zostało to zweryfikowane przez lekarza operującego. Co więcej, w skąpej w treści karcie informacyjnej wpisano całkowicie inny zabieg niż ten, który faktycznie przeprowadzono.

Na końcu pojawia się jeszcze jeden istotny wątek: pierwotnie pacjentka miała być operowana przez innego chirurga, jednak pod wpływem opinii reklamowych zamieszczonych na Facebooku oraz na portalu ZnanyLekarz.pl zmieniła decyzję i wybrała innego operatora. ●

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Art. 8:

Lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas.

Art. 13:

1. Obowiązkiem lekarza jest respektowanie praw pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia.
2. Informacja udzielona pacjentowi powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały.
3. Lekarz powinien poinformować pacjenta o stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych, i spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów, a także o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego.

PODATKI I FINANSE

Jak wojna zmieniła nasze podejście do pieniędzy

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Mniej wydajemy, więcej oszczędzamy, a część z nas zaczęła się kierować innymi priorytetami – w taki sposób rosyjska inwazja na Ukrainę wpłynęła na decyzje finansowe podejmowane przez dorosłych Polaków.

Prowadzenie sporów międzynarodowych przy użyciu siły powoduje rozmaite konsekwencje: polityczne, gospodarcze, społeczne czy zdrowotne. Wojna może też na różne sposoby wpływać na mieszkańców krajów ościennych niebędących stroną konfliktu, np. zmienić podejście do wydawania pieniędzy.

Wyniki najnowszej edycji badania „Postawy Polaków wobec finansów” świadczą o tym, że rozpoczęta 24 lutego 2022 r. rosyjska inwazja na Ukrainę zmieniła nastawienie części naszych rodaków do konsumpcji, oszczędzania, inwestowania i zobowiązań finansowych. „Widoczna jest większa przezorność i koncentracja na bezpieczeństwie” – tak brzmi jeden z końcowych wniosków badania.

UCIECZKA DO GOTÓWKI

„W jaki sposób to, co Pan/Pani robi ze swoimi oszczędnościami, zmieniło się w związku z wojną w Ukrainie?” – na to pytanie 24 proc. badanych odpowiedziało, że przechowuje więcej gotówki w domu. 20 proc. posiada większe kwoty na lokacie terminowej lub koncie oszczędnościowym. Identyfikując odsetek ankietowanych ma więcej środków na rachunku bankowym. W perspektywie średnio- i długookresowej są to nienajlepsze decyzje, ponieważ pieniądze te będą systematycznie „podgryzane” przez inflację.

Wojna trwająca u naszych sąsiadów wpłynęła też na częstotliwość i regularność oszczędzania oraz doprowadziła do ograniczenia wydatków konsumpcyjnych. Zmieniła też hierarchię celów, na które odkładamy pieniądze. Ponad połowa

respondentów uznaje oszczędzanie „na czarną godzinę” i przyszłą emeryturę za bardziej istotne niż przed rozpoczęciem pełnoskalowego konfliktu. Co czwarty ankietowany odkłada pieniądze bardziej systematycznie, zwykle co miesiąc, a co trzeci oszczędza więcej niż kilka lat temu.

SPLATA RAT TO PRIORYTET

Pozytywnym sygnałem są deklaracje 11 proc. ankietowanych o zasilaniu większymi kwotami indywidualnego konta emerytalnego (IKE) lub indywidualnego konta zabezpieczenia emerytalnego (IKZE), które pozwalają w pełni legalnie unikać 19-proc. podatku od zysków kapitałowych. Odpowiedzi udzielane przez ankietowanych w kontekście inwestowania wskazują jednak na to, że część z nich czuje się zagubiona w świecie instrumentów

finansowych, takich jak akcje, obligacje czy fundusze ETF.

W związku z wojną na Ukrainie 39 proc. badanych ograniczyło podejmowanie nowych zobowiązań finansowych, a wśród osób spłacających kredyty lub pożyczki 40 proc. przykładą większe znaczenie do regulowania ich w terminie. „Niepewność geopolityczna skłoniła Polaków do myślenia o przyszłości w kategoriach zabezpieczenia siebie i rodziny przed nieprzewidywalnymi wydarzeniami” – podkreślono w raporcie podsumowującym wyniki badania.

OSZCZĘDZAMY BARDZIEJ SYSTEMATYCZNIE

Jak mówi Anna Bichta, prezes Fundacji Rozwoju Społeczeństwa Wiedzy Think!, wyniki badania napawają pewnym optymizmem, ponieważ potwierdzają wzrost wiedzy finansowej w naszym kraju. Na szczególną uwagę zasługuje rosnąca liczba Polaków dostrzegających sens w oszczędzaniu.

– Coraz częściej myślimy o pieniądzach nie tylko w kontekście „tu i teraz”, ale też o tym, co będzie za miesiąc, za rok, na emeryturze. Nadal jednak wielu respondentów deklaruje, że żyje z miesiąca na miesiąc, przeznaczając wszystko na bieżące potrzeby, a odkładając tylko od czasu do czasu. Z drugiej strony, rośnie grupa tych, którzy starają się oszczędzić choćby niewielką kwotę, ale robić to systematycznie. To pokazuje, że świadomość finansowa się rozwija – dodaje.

Badanie zostało przeprowadzone metodą CAPI na przełomie września i października 2025 r., czyli kilka miesięcy temu, na reprezentatywnej ogólnopolskiej próbie osób w wieku 18-74 lata. Zrealizowała je Fundacja Think! w partnerstwie z Fundacją Citi Handlowy im. Leopolda Kronenberga i we współpracy merytorycznej z Katedrą Psychologii Biznesu i Innowacji Społecznych Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego.

Nigdy nie jest tak źle, żeby nie mogło być gorzej

Rok 2026 zapowiada się bardzo źle dla polskiej medycyny. Ostrzegaliśmy już dwa lata temu, że zabraknie pieniędzy i że potrzebny jest natychmiastowy plan naprawy systemu. Niestety, rządzący zajmują się zdrowiem dopiero wtedy, gdy katastrofa już się wydarzy.

PAWEŁ BARUCHA
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



Finansowanie stomatologii ze środków publicznych na tle medycyny ogólnej wygląda bardzo źle. W ubiegłym roku pieniędzy było za mało, a w tym roku więcej raczej nie będzie. Rachunki za dzieci muszą być opłacone do końca marca, ale za dorosłych nie możemy liczyć nawet na 50 proc. zwrotów za tzw. nadwykonania. Dodatkowo każdy fundusz regionalny będzie to robił wedle własnego uznania i dostępnych środków, a wiemy, że to źle wróży.

W obliczu tak złej sytuacji finansowej tym bardziej dziwią nowe pomysły Ministerstwa Zdrowia. Od 1 stycznia istnieje możliwość leczenia w znieczuleniu ogólnym każdego pacjenta, bo przecież tak naprawdę każdy jest „niewspółpracujący”. Jaki sens ma wydawanie wielokrotnie większych pieniędzy na takie leczenie, skoro nie ma ich na zwykłe zabiegi? To już spowodowało lawinę pytań do NFZ. Jak w takiej sytuacji odnajdą się dzieci niepełnosprawne, dla których nie będzie miejsca?

Najgorsze jest to, iż ostrzegaliśmy, że tak będzie. Odbyły się spotkania, wysłano pisma z gotowymi dobrymi rozwiązaniami i... nic. Można odnieść wrażenie, że w ministerstwie nikt nie umie czytać ze zrozumieniem. Być może zostanie poprawiona ustawa o zdrowiu w szkole, która de facto likwiduje gabinety szkolne. Według zapewnień uwzględniono stanowisko NIL, ale uwierz, jak zobacze. Jak możemy myśleć o profilaktyce zdrowotnej bez

stomatologii w szkołach? Dzieci muszą być uczone dbałości o swoje zdrowie. To inwestycja, a nie koszt. Efektem profilaktyki będzie zmniejszenie wydatków na opiekę medyczną w przyszłości – dlatego potrzebny jest plan na najbliższych dziesięć lat, a nie tylko na przyszły miesiąc. Próchnica u dzieci nadal ma się świetnie – nie pomogą dentobusy, które pochłaniają ogromną część budżetu NFZ, ani rozszerzenie uprawnień higienistek stomatologicznych. Tak na marginesie, jako jeden z argumentów za niezależnością od lekarzy dentystów podkreślano fakt posiadania przez higienistki studiów wyższych. Prawda jest taka, że zgodnie z rejestrem na ponad 19 tys. higienistek stomatologicznych tylko 600 ma stopień licencjata. Jak ktoś po szkole policealnej ma prawidłowo ocenić stan zdrowia pacjenta?

To kolejny pomysł MZ, który wprowadza tylko chaos i niczego nie poprawia. Zresztą obniżanie standardów leczenia przy małym finansowaniu jest już stałą tendencją. Pozorna oszczędność prowadząca finalnie do wzrostu wydatków.

Pozostaje mi tylko mieć nadzieję, że Ministerstwo Zdrowia przestanie w medykach widzieć wroga, a zacznie partnera, z którym skutecznie można rozwiązywać problemy i działać dla dobra pacjentów. ●

Aż 80 proc. mieszkańców Polski zмага się z chorobami jamy ustnej. Próchnica generuje dla systemu ochrony zdrowia koszty sięgające niemal 4 mld zł rocznie, a brak spójnej edukacji i skutecznej profilaktyki prowadzi do narastania problemów zdrowotnych oraz dodatkowych obciążeń finansowych. Według raportu Health Inclusivity Index osoby o niskiej świadomości zdrowotnej generują nawet trzykrotnie wyższe koszty leczenia, podczas gdy wzrost wiedzy mógłby przynieść oszczędności rzędu 16 mld zł rocznie.

PROFILAKTYKA POWINNA BYĆ STANDARDEM

Wiceprezes NRL Paweł Barucha podkreśla kluczowe znaczenie działań zapobiegawczych. – Profilaktyka stomatologiczna to najbardziej opłacalna inwestycja w zdrowie publiczne. Każda złotówka przeznaczona na edukację i wczesne działania profilaktyczne zwraca się wielokrotnie w przyszłości. Koalicja pokazuje, że wspólne inicjatywy mogą uczynić profilaktykę realnym standardem, a nie jedynie hasłem – uważa Paweł Barucha.

Podczas inauguracji dr n. med. Agnieszka Gorgoń-Komor, senator RP, zaznaczyła, że prewencja powinna stać się jednym z priorytetów polityki zdrowotnej państwa. – Wydatki publiczne muszą w większym stopniu koncentrować się na profilaktyce, bo to ona jest najskuteczniejszą inwestycją w zdrowie Polek i Polaków. Zdrowie jamy ustnej stanowi integralną część zdrowia całego organizmu – choroby zębów i przyzębia zwiększają ryzyko schorzeń układu krążenia, stawów czy powikłań ciążowych. Skuteczna profilaktyka wymaga współpracy międzysektorowej – podkreślała senator Gorgoń-Komor.

PROGRAM EDUKACYJNY OD MARCA

Do priorytetów koalicji należą: zwiększanie świadomości społecznej w zakresie zapobiegania chorobom zębów i przyzębia, edukacja zdrowotna dzieci od najmłodszych lat oraz opracowanie rekomendacji systemowych dla decydentów.

Jednym z pierwszych działań Koalicji będzie program edukacyjny,

PRAKTYKA LEKARSKA

Wystartowała Koalicja na rzecz Zdrowia Jamy Ustnej

SYLWIA WAMEJ
DZIENNIKARKA

To pierwsza w Polsce inicjatywa, która tak szeroko łączy sektor publiczny, ekspertów, środowiska medyczne, organizacje pozarządowe i partnerów prywatnych. Współtwórcą projektu i jednym z kluczowych partnerów jest Naczelna Izba Lekarska.

który ruszy w marcu 2026 r. na Śląsku i obejmie uczniów klas 1-3 szkół podstawowych. Zajęcia przygotowują eksperci, a poprowadzą je – w formie wolontariatu – studenci kierunków stomatologicznych. Naczelna Izba Lekarska zapowiada dalsze zaangażowanie w tworzenie standardów edukacji zdrowotnej, rozwiązań systemowych oraz inicjatyw wzmacniających profilaktykę stomatologiczną w Polsce.

Aktywny udział studentów stomatologii, którzy jako wolontariusze poprowadzą zajęcia, stanowi kluczowy wyróżnik tego projektu. Taka formuła przynosi obopólne korzyści: dzieci uczą się od młodych, pełnych energii i zaangażowania przyszłych specjalistów, którzy potrafią przekazywać wiedzę w przystępny i atrakcyjny sposób, natomiast studenci zdobywają cenne doświadczenie w edukacji zdrowotnej oraz w pracy z najmłodszymi pacjentami.

ZE WSPARCIEM BIZNESU

Siłą koalicji jest różnorodność instytucji, które ją tworzą. W inicjatywę angażują się przedstawiciele administracji publicznej, eksperci medyczni, organizacje pozarządowe, w tym Fundacja Zdrowego Postępu, a także środowisko biznesu reprezentowane przez Konfederację Lewiatan oraz firmy farmaceutyczne, aktywnie wspierające edukację zdrowotną, takie jak Haleon.

Powołanie Koalicji na rzecz Zdrowia Jamy Ustnej stanowi istotny krok w kierunku systemowej zmiany podejścia do profilaktyki stomatologicznej w Polsce. Wspólne działania przedstawicieli różnych sektorów, rozwój konkretnych programów edukacyjnych oraz zaangażowanie zarówno decydentów, jak



fot. archiwum własne

◀ Wśród członków Koalicji m.in. znalazł się z ramienia NIL **Dariusz Samborski** (trzeci z lewej), a ponadto senator **Agnieszka Gorgoń-Komor** (w centralnej części zdjęcia)

i przyszłych lekarzy pozwalają z optymizmem patrzeć na poprawę zdrowia jamy ustnej Polaków w nadchodzących latach.

BEZ ZDROWEJ JAMY USTNEJ NIE MA ZDROWEGO ORGANIZMU

Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej obchodzony 20 marca został ustanowiony w 2007 r. przez Światową Federację Dentystyczną (FDI), aby podkreślić znaczenie zdrowia jamy ustnej dla ogólnego dobrostanu oraz promować właściwe nawyki higieniczne. Tego dnia odbywa się wiele inicjatyw mających na celu zwiększanie świadomości społecznej w zakresie profilaktyki stomatologicznej. – Bez zdrowej

jamy ustnej nie ma zdrowego organizmu – przypominał wiceprezes NRL Paweł Barucha podczas ubiegłorocznego „Okrągłego stołu profilaktyki stomatologicznej”. Podkreślał, że działania profilaktyczne powinny towarzyszyć nam przez całe życie, zwłaszcza w najmłodszych latach, oraz że kluczowa jest edukacja społeczeństwa w tym obszarze.

Zwracał również uwagę na wyzwania, przed którymi może stanąć stomatologia w najbliższych latach. – Nakłady na stomatologię publiczną w ramach NFZ wynoszą obecnie 2 proc. – wskazywał, dodając, że dla jej prawidłowego funkcjonowania i rozwoju konieczne jest co najmniej 4 proc. budżetu Funduszu. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Grzechy główne polskiej chirurgii

Nie może być tak, że lokalnie łatwiej o planowy zabieg wąkospecjalistyczny niż zoperowanie wyrostka robaczkowego. Trzeba w końcu wskazać placówki, które wezmą na siebie ciężar zabezpieczenia dyżurowego i zapewnią podstawowe procedury chirurgiczne – mówi **prof. Tomasz Banasiewicz** w rozmowie z Lidią Sulikowską.

W publicznych wypowiedziach krytykuje Pan obecny sposób funkcjonowania oddziałów chirurgicznych, oceniając, że mają zbyt dużą swobodę działania w zakresie wykonywanych procedur. To źle, że każdy rozwija się według własnych możliwości?

Uważam, że każdy oddział chirurgiczny powinien mieć jasno zdefiniowany profil funkcjonowania zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych. Nie chodzi o to, żeby dzielić ośrodki na lepsze i gorsze, ale o to, żeby się dzielić kompetencjami. Wiadomo, że jedne oddziały są bardziej ogólne, a inne są sprofilowane na określone typy zabiegów, ale nie może być tak, że lokalnie łatwiej o planowy zabieg wąkospecjalistyczny niż zoperowanie wyrostka robaczkowego. Trzeba w końcu wskazać placówki, które wezmą na siebie ciężar zabezpieczenia dyżurowego i zapewnią podstawowe procedury chirurgiczne, czyli zoperują wyrostek, uwięzioną przepuklinę czy nóż wbity w klatkę piersiową, a także na początek zdefiniować kilkanaście-kilkadziesiąt grup bardziej specjalistycznych rozpoznać i określić, ile placówek ma się nimi zajmować. W takim modelu trzeba też jasno ustalić zasady przekazania trudnego pacjenta do szpitala o wyższym stopniu referencyjności. Obecnie często oddziały chirurgiczne funkcjonują w oderwaniu od rzeczywistych potrzeb. Dzieje się tak, bo brakuje nam spójnej sieci chirurgicznego zabezpieczenia pacjenta – od potrzeb podstawowych po wysokospecjalistyczne.

W efekcie pacjenci też dokładają swoje trzy grosze, bo niejednokrotnie jadą 60-70 km do dużego wielospecjalistycznego szpitala z renomowanymi klinikami,



fot.: archiwum prywatne

bo sądzą, że tam lepiej się nimi zajmą niż w małym szpitalu miejskim czy powiatowym, do którego mają najbliżej. Bardzo często się z takim zjawiskiem spotykam w mojej pracy w Klinice Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Mój rekord to dziewięć operacji wyrostków na jednym dyżurze, z czego osiem spoza naszego rejonu. Efekt był taki, że po tamtym dyżurze następnego dnia rano wszyscy pacjenci zaplanowani do specjalistycznych zabiegów onkologicznych zostali odesłani do domu. To nie są wyjątkowe sytuacje.

Przecież ostre zapalenie wyrostka robaczkowego to przypadek

◀ **Prof. Tomasz Banasiewicz** kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej oraz dyrektor Instytutu Chirurgii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, prezes elekt Towarzystwa Chirurgów Polskich

pilny, nie ma zmiłuj, trzeba zoperować tu i teraz.

Jeśli przyjmujemy pewne standardy czasowe, że zabieg musi być wykonany w ciągu – powiedzmy – czterech godzin, zrobimy diagnostykę wstępną i wiemy, że całkiem blisko jest szpital podstawowego zabezpieczenia, który może przyjąć pacjenta, to powinna być możliwość przekazania go. Podobnie jak nie powinno być problemu przejęcia trudnego pacjenta przez ośrodek o wyższym stopniu referencyjności. System mądrego zarządzania zasobami jest bardziej ekonomiczny i bezpieczniejszy dla pacjenta niż utrzymywanie oddziałów na zasadzie, że pacjent przyjdzie, gdzie chce. Aby optymalnie wykorzystywać zasoby, powinniśmy wszyscy działać w dobrze skoordynowanej sieci. Obecnie niby mamy system, który podpowiada, gdzie są wolne łóżka, ale wszyscy wiemy, że to w praktyce nie bardzo się sprawdza. Natomiast potrzebujemy tych danych, i to bardzo szczegółowych, z informacją, jakie jest zaplecze sali operacyjnej w danym szpitalu, ile jest w kolejce zleconych zabiegów na danym oddziale etc.

Niestety, bez określenia map potrzeb zdrowotnych nie zbudujemy takiej sieci, a dotychczas resortowi

zdrowia nie udało się jej stworzyć. Wraz z kolejnymi rządami odbywamy rozmowy z nadzieją, że one coś zmieniają. Powoli nawet dochodzimy do kompromisu, ale w międzyczasie znowu zmienia się władza i zaczynamy wszystko od nowa.

W oddziałach podstawowego dyżurnego zabezpieczenia chirurgicznego nie powinno być miejsca na chirurgię wąkospecjalistyczną?

Jeśli taki oddział ma dodatkowo przestrzeń dla bardziej specjalistycznych procedur, to nie mam nic przeciwko temu, aby się w tym kierunku rozwijał, ale powinni przy tym być określone kryteria jakościowe, które trzeba spełnić, by takie procedury realizować. Ich brak powoduje rozprzestrzenianie się tzw. medycyny proceduralnej – taśmowo wykonujemy dobre płatne zabiegi, nie patrząc, czy robimy to przy zapewnieniu odpowiedniej jakości. Są miejsca, które zabezpieczają podstawowe potrzeby, a dodatkowo np. fantastycznie się tam operuje przepukliny. Do tego stopnia, że lekarze z innych regionów kraju przyjeżdżają się tam szkolić.

Trzeba jednak uczciwie przyznać, że nie wszędzie się stawia na jakość, dlatego należy jej odgórnie wymagać. W Danii znacząco poprawiono wyniki operacyjnego leczenia raka jelita grubego, bo zmieniło się zasady wyceny takiego świadczenia, wprowadzając zachęty progresywne. Opłaca się je robić tym, którzy przeprowadzają ich dużo i z dobrym wynikiem.

Jakie widzi Pan inne grzechy polskiej chirurgii?

Jesteśmy dość oporni we wdrażaniu nowych zaleceń czy strategii postępowania, np. w kwestii przygotowania pacjenta do zabiegu pod kątem prehabilitacji i odpowiedniego odżywienia. Chirurgia to nie tylko operatywa, trzeba kompleksowo spojrzeć na chorego, bo dzięki temu można uniknąć wielu powikłań pooperacyjnych. Nie wszyscy radzimy też sobie z leczeniem trudno gojących się ran. Wciąż są chirurdzy, którzy leczą rany za pomocą środków, których od ponad dekady już się nie stosuje, typu Rivanol, kwas borny czy woda utleniona.

Są też wśród nas lekarze, którzy nie pojawiają się na konferencjach i warsztatach, a więc nie uaktualniają swojej wiedzy. Jesteśmy trochę gadzeczami, lubimy nowoczesne urządzenia, ale na szkolenie z zaopatrzenia przetoki jelitowej już nie pojedziemy, bo to brzydkie i śmierdzi.

Jak zachęcić młodych lekarzy, by szli na chirurgię ogólną? Obecnie nie jest to oblegany kierunek specjalizacji.

Coś drgnęło, bo po raz pierwszy od długiego czasu nastąpił 35-proc. wzrost chętnych na rezydenturę z chirurgii ogólnej. Oczywiście nie wszystkie miejsca rezydencje są obsadzone. Mamy po prostu mniejszy deficyt. Narzekamy z jednej strony, że lekarze nie chcą się specjalizować w chirurgii, ale z drugiej strony zapewne nieświadomie sami ich do tego zniechęcamy. Po co opowiadać studentom, jak to jest ciężko na chirurgii? W ten sposób budujemy szkodliwy

Jesteśmy trochę gadzeczami, lubimy nowoczesne urządzenia, ale na szkolenie z zaopatrzenia przetoki jelitowej już nie pojedziemy, bo to brzydkie i śmierdzi

kult tej specjalizacji. Powinniśmy chirurgię przedstawiać jako coś fascynującego. W końcu z jakiegoś powodu sami zostaliśmy zabiegowcami.

Zamiast narzekać, szukajmy okazji do pozyskania potencjalnych rezydentów. Wyjdźmy do studentów i stażystów z ofertą konferencyjną. To musi być jednak ciekawa formuła edukacyjna, do bólu praktyczna i przełamująca dystans, pokazująca esencję chirurgii. Taka, w której jest miejsce na pytania, swobodne dyskusje, ścieranie poglądów.

W ubiegłym roku zorganizowałem Chicamp, czyli chirurgiczną konferencję plenerową, na którą przyjechało ponad 800 osób, w tym wielu młodych ludzi. Na nich mi zależało najbardziej, bo to osoby, które mogą wybrać naszą specjalizację. W czerwcu odbędzie się kolejna edycja tej imprezy, na którą już teraz serdecznie zapraszam. Potrzebujemy więcej tego typu inicjatyw.

Co by Pan radził chirurgom, którzy niespecjalnie odnaleźli się przy stole operacyjnym?

Myślę, że można znaleźć sensowną dla siebie przestrzeń, np. w endoskopii czy zakładaniu dostępów

żywnościowych. Najważniejsze jest to, aby nie bać się do tego przyznać – zarówno przed samym sobą, jak i w pracy. Zdaję sobie sprawę, że aby o tym otwarcie mówić, trzeba mieć poczucie, że nie dotknie mnie z tego powodu ostracyzm. Niestety, funkcjonujemy według archetypu twardziela – chirurg nie marudzi, jest twardy, nie mówi, że coś nie jest dla niego. Myślę jednak, że musimy przestać udawać, że jesteśmy niezniszczalni psychicznie i że wszystko weźmiemy na klatę.

W listopadzie został Pan prezesem elektem Towarzystwa Chirurgów Polskich. Jak będzie wyglądała pańska kadencja, która rozpocznie się jesienią 2027 r.?

W naszej organizacji kontynuujemy wątki zapoczątkowane przez poprzednich liderów, wzajemnie się uzupełniamy i nie marnujemy dotychczas wykonanej pracy. Prof. Wiesław Tarnowski, który objął szefostwo w obecnej kadencji, ma bardzo podobny program do mojego. Zamierzam już teraz włączyć się w planowane działania.

Chcemy szerzej wyjść do społeczeństwa, przybliżyć do siebie pacjentów i przełamywać stereotyp niedostępnego chirurga. Chciałbym też, żebyśmy się stali organizacją pożytku publicznego, aby móc zabiegać o fundusze na edukację.

Ponadto angażujemy się w modyfikację programu specjalizacji – tak aby był nowocześniejszy i ciekawszy, z uwzględnieniem technologii AI. Marzy mi się wprowadzenie kursu na symulatorze chirurgicznym, gdzie po wyrobieniu określonej liczby godzin na takim sprzęcie uczestnik zakończy szkolenie zabiegiem wykonanym w świecie realnym. Skończy się uznaniowość, kto jest gotowy na pierwszy zabieg.

Będę też pracować nad stworzeniem wytycznych i rekomendacji, które uczynią pracę chirurga bezpieczniejszą. Chodzi o konkretne instrukcje postępowania w określonych zabiegach, uwzględniające nowoczesne elementy leczenia, które zostaną zaakceptowane przez Ministerstwo Zdrowia. ●

Apteka na Starze 66

W 1988 r. uczyliśmy się prowadzić aptekę polową na samochodzie pamiętającym lata 50. Dziś w zupełnie innej Polsce pytanie o bezpieczeństwo lekowe brzmi niepokojąco podobnie: kto, gdzie i czym ma zabezpieczyć pacjentów, gdy naprawdę zacznie się kryzys?

Gdy w 1988 r. kończyłem Wydział Farmaceutyczny ówczesnej poznańskiej Akademii Medycznej, jak wszyscy absolwenci zostałem powołany na dwumiesięczny pobyt w jednostce wojskowej.

Oprócz prosocjalistycznej i antynatowskiej indoktrynacji (mało skutecznej) próbowano nas nauczyć schematów organizacyjnych wojskowej służby zdrowia. Przy okazji przekazywano estymowane dobowe straty na przykład po ofensywie dywizji zmechanizowanej. Dowiedzieliśmy się też rzeczy niezwykle ważnych dla przyszłej pracy w aptece polowej – na przykład tego, że pluton czołgów w dywizji pancernej liczy mniej czołgów niż w dywizji zmechanizowanej.

Ćwiczenia z musztry odbywaliśmy na sąsiadujących z uczelnią terenach Targów Poznańskich. Poznawaliśmy regulaminy Wojska Polskiego, w tym strzelecki. Rozkładanie i składanie karabinka AK-47 potrafiłem wykonać w kilkanaście sekund – i to z zamkniętymi oczami.

Czytelnicy z pewnością rozumieją, że wszystkie te dane były niezbędne, aby podchorążowie, czyli studenci lub absolwenci szkół wyższych, potrafili prowadzić apteki polowe. Polowe, choć raczej z dala od pola walki.

Po przysiedze i – a jakże – defiladzie zdaliśmy egzamin oficerski, który umożliwiał późniejszą promocję na stopień podporucznika. Uprowadzając fakty, dodam, że wojsko tylko raz próbowało mnie powołać na ćwiczenia, ale po moim wniosku – jako jedynego żywiciela rodziny z dwojgiem małych dzieci – zrezygnowało.

Lipiec i sierpień absolwenci farmacji z całej Polski spędzali w tej samej jednostce wojskowej.

Dwa razy ciężarówkami Star 66 z planetką pojechaliśmy na odległą strzelnicę. Każdy oddał łącznie $2 \times (3 + 10)$ strzałów z AK-47. Pewnej nocy bez jedzenia i picia wywieziono nas do lasu. Dostaliśmy

MARIUSZ POLITOWICZ
CZŁONEK NACZELNEJ
RADY APTEKARSKIEJ



mapy i kompasy i kazano na własną rękę wrócić do koszar. Udało się dość sprawnie – wśród nas wielu lubiło chodzić z mapami po szlakach turystycznych. O GPS nikt wtedy nie słyszał.

Wszystko to przypominało raczej obóz harcerski, dopóki nie zaczęto wdrażać nas w szczegóły wojskowej wersji naszego zawodu.

Gdy pojedynczo wchodziliśmy do ciasnej „apteki polowej na samochodzie” – Starze 66 bez wspomaganie kierownicy – ręce nam opadły. Tabliczka znamionowa zdradzała, że pojazd i wyposażenie pamiętały lata 50. XX wieku. Szczytem nowoczesności była zgrzewarka do worków z cienkiej folii, w które miano rozlewać płyny infuzyjne. Na pytania o substraty czy sterylizatornię słyszeliśmy enigmatyczne: „będą, gdy zajdzie potrzeba”. Choć byliśmy skoszarowani na terenie centralnej bazy zaopatrzenia medycznego armii, przedstawialiśmy zadawać niewygodne pytania.

Z ulgą pożegnaliśmy się z wojskiem i trafiliśmy do aptek – niekoniecznie nowoczesniejszych.

Rok później przaśny PRL w zasadzie przestał istnieć.

Po gwałtownej prywatyzacji CEFARM-u apteki błyskawicznie przeszły metamorfozę – wizualną, logistyczną i wyposażeniową. Kapitalizm wygrał.

Zapomniano o obronie cywilnej i podobnych działaniach. Agresja Rosji na Ukrainę pozbawiła nas złudzeń, a zmiany geopolityczne budzą

dziś realny niepokój. Tymczasem na szczęblu lokalnym – poza testowaniem syren alarmowych – niewiele się dzieje. Chciałbym wierzyć, że brak widocznych działań oznacza istnienie przemysłowych, tajnych planów. Żyję jednak tu i teraz. Rozmawiam z ludźmi, także z przedstawicielami władz gmin i powiatów. Gdy pytam o rolę aptek w czasie W lub tuż przed nim, w najlepszym razie słyszę uprzejme zapewnienia, że „trzeba uwzględnić ich znaczenie dla bezpieczeństwa obywateli”.

Świetnie. Na jedną aptekę przypada statystycznie nieco poniżej dwóch magistrów farmacji. 83 proc. farmaceutów to kobiety. Jeśli pozostałe 17 proc. zostanie powołane do wojska, to dostęp do leków dla cywilów nie ucierpi? A gdy ja trafię do jednostki, do której mam przydział, kto zabezpieczy moją aptekę i zgromadzone w niej leki? Ich kończący się termin ważności może okazać się najmniejszym problemem.

Na razie w telewizji widzę te same reklamy co moi pacjenci. Rozumieją jedno: „Panie, chyba wojna idzie”. Nie myślą o zabezpieczeniu podstawowych leków. Nikt im tego nie tłumaczy – choć mogliby to robić farmaceuci.

Minęły lata, ale patrząc przez pryzmat wspomnień z 1988 r. i doświadczenia zawodowego, dzisiejsze bezpieczeństwo lekowe coraz bardziej przypomina tamtą aptekę na Starze 66 – bez wspomaganie kierownicy.

Jak bardzo chciałbym się mylić. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Dziecko to pacjent szczególny

System ochrony zdrowia wciąż nie nadąża za realnymi potrzebami najmłodszych pacjentów. O słabych punktach opieki pediatrycznej i konieczności współpracy międzysektorowej mówi **prof. Teresa Jackowska**, prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, w rozmowie z Lucyną Krysiak.

W grudniu 2025 r. w Katowicach odbyło się I Forum Zdrowia Dzieci zorganizowane pod patronatem Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego. Co kryje się za tym wydarzeniem?

Polskie Towarzystwo Pediatryczne dostrzegło potrzebę zorganizowania spotkania, które skonfrontuje środowisko różnych specjalistów – nie tylko lekarzy – zajmujących się zdrowiem dzieci i młodzieży oraz decydentów odpowiadających za leczenie i profilaktykę. Chcieliśmy pokazać, że na zdrowie pacjentów w wieku 0–18 lat trzeba spojrzeć szerzej niż wyłącznie przez pryzmat danych medycznych pochodzących od lekarzy, płatnika czy statystyk.

Zależało nam, aby forum miało charakter interdyscyplinarny. W debatach uczestniczyli m.in. Rzeczniczka Praw Dziecka Monika Horna-Cieślak, z którą PTP intensywnie współpracuje, przewodnicząca sejmowej Komisji Zdrowia Marta Golbik, przedstawiciele NFZ, eksperci ds. systemu ochrony zdrowia i e-zdrowia, farmakoekonomii, parlamentarzysty, a także lekarze różnych specjalności.

Wydarzenie to potwierdziło, że pediatria wciąż jest fundamentem opieki nad dzieckiem, ale jej skuteczność zależy dziś bardziej niż kiedykolwiek od współpracy międzysektorowej – medycznej, edukacyjnej i społecznej.

Jakie tematy najgłośniejsze wybrzmiały podczas Forum?



foto: archiwum prywatne

Zakres tematów został opracowany przez Zarząd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego w oparciu o najbardziej aktualne i newralgiczne problemy zdrowotne dzieci i młodzieży. Sesja przygotowana przez dr. n. med. Augusta Wrotka pt. „Zdrowie dziecka od narodzin do trzeciego roku życia” stanowiła wprowadzenie do dalszych, bardziej złożonych, zagadnień.

Kolejne sesje dotyczyły m.in. trudnych diagnoz i komunikacji z opiekunami (opracowana przez dr. n. med. Tomasza Jarmolińskiego), rozwoju dziecka w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym

◀ **Prof. Teresa Jackowska** jest prezesem Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, kierownikiem Kliniki Pediatrii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie oraz kierującą Oddziałem Pediatrycznym w Szpitalu Bielańskim im. Ks. Jerzego Popiełuszki

(prowadzona przez prof. Ewę Toporowską-Kowalską, wiceprezes PTP), a także wczesnych interwencji w zaburzeniach rozwoju – sesja przygotowana przez lek. Piotra Hartmanna i dr. n. med. Łukasza Dębińskiego. Z kolei sesję „Wspólnie dla zdrowia dzieci – inicjatywy prozdrowotne” przygotowała Sekcja Młodych PTP. Jej przewodnicząca, lek. Katarzyna Parcińska, zaprezentowała konkretne przykłady współpracy lekarzy z parlamentarzystami na rzecz zdrowia dzieci.

A profilaktyka – jakie miejsce zajmuje w systemie?

Profilaktyka odgrywa ogromną rolę. Zdecydowana większość dzieci rodzi się zdrowa, ale wraz z wiekiem pojawiają się problemy, takie jak otyłość, zaparcia, wady postawy, zaburzenia widzenia, próchnica czy – w przypadku odmowy szczepień – ryzyko chorób zakaźnych. Tym właśnie powinniśmy przeciwdziałać w ramach bilansów zdrowia. Niestety, obecne działania profilaktyczne są niewystarczające.

Podczas sesji „Profilaktyka jako inwestycja, a nie koszt” wyrażenie wybrzmiało, jak ważna jest

prewencja nie tylko w pediatrii ogólnej, lecz także w onkologii, kardiologii, endokrynologii, nefrologii, hematologii, reumatologii czy stomatologii – aż 90 proc. dzieci ma próchnicę.

Z kolei panel „Choroby cywilizacyjne u dzieci – jak zatrzymać lawinę”, przygotowany przez prof. Artura Mazurę, wiceprezesa PTP, dotyczył m.in. epidemii otyłości wśród dzieci i młodzieży. Problemem jest nie tylko kulejąca profilaktyka, przez co wiele chorób rozpoznawanych jest zbyt późno, ale także brak monitorowania podejmowanych działań. Profilaktyka to nie tylko szczepienia, lecz również ocena rozwoju fizycznego i psychoruchowego, porady dietetyczne oraz dbałość o zdrowie psychiczne. Czekamy na raport NIK dotyczący realizacji bilansów zdrowia dzieci w Polsce. Pierwszy taki raport ujawnił dramatyczną sytuację w zakresie szczepień. Zobaczymy, jakie wnioski przyniesie kolejny.

Czy Forum spełniło Pani oczekiwania?

Forum pokazało, że pediatrizy nie mogą funkcjonować w izolacji. Rozmowa o zdrowiu dzieci z nauczycielami, pedagogami, logopedami, dietetykami, położnymi, pielęgniarkami oraz decydentami była konieczna i trafna. Jesteśmy w trakcie podsumowań i formułowania wniosków, które prześlemy do Ministerstwa Zdrowia, licząc na ich uwzględnienie w strategii poprawy zdrowia polskich dzieci.

Dotychczas rekomendacje Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego nie były brane pod uwagę przez resort zdrowia. Wierzmy, że Forum Zdrowia Dzieci to zmieni.

A jak wygląda dziś stan zdrowia polskich dzieci?

Z raportu o zdrowiu Polaków opublikowanego przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – PIB wynika, że w grupie wiekowej 15-19 lat najczęstszą przyczyną hospitalizacji dziewcząt jest ciąża i poród (39,3 proc.), następnie choroby układu moczowo-płciowego oraz problemy psychiczne, takie jak depresja czy próby samobójcze. U chłopców dominują urazy i zatrucia. Wśród młodszych dzieci najczęstsze są infekcje układu oddechowego.

PTP rekomendowało m.in. profilaktykę zakażeń RSV u noworodków i niemowląt oraz zmianę szczepionki przeciw pneumokokom na preparat zawierający serotyp 19A. Niestety, rekomendacje te nie zostały uwzględnione. Obecnie stosowana szczepionka nie zawiera tego wielolekoopornego serotypu, najczęściej odpowiedzialnego za zakażenia u dzieci do 5. roku życia.

Jakie są najsłabsze punkty opieki pediatrycznej?

Głównie brak płynności w opiece zdrowotnej pomiędzy utratą przez pacjenta statusu dziecka i jego wejściem w dorosłość. Kiedy pacjent kończy 18 lat, kończy się nad nim opieka pediatryczna

Diagnostyka i leczenie dziecka często kosztują więcej, wymagają innych procedur i większego zaangażowania systemu – a w wycenach wciąż nie zawsze się to uwzględnia

i nie zawsze wiadomo, co z nim zrobić dalej. Chodzi o dzieci z chorobą przewlekłą, np. rozpoznaną krótko przed uzyskaniem pełnoletności. W innych krajach na dwa lata przed ukończeniem 18 lat i dwa lata po ukończeniu mają one zapewnione wspólne wizyty u pediatry i internisty. W Polsce oddziały pediatryczne nie mogą leczyć po 18. roku życia, a internistyczne, psychiatryczne tuż przed 18. rokiem życia, bowiem NFZ nie zapłaci. Wyjątkiem jest uzyskanie zgody NFZ, interwencje konsultantów krajowych, towarzystw naukowych, fundacji, ale nie jest to rozwiązanie systemowe.

Jednak najsłabszym punktem w systemie opieki pediatrycznej jest brak monitorowania stanu zdrowia dzieci w wieku od 0 do 18 lat. Dziecko po urodzeniu powinno mieć automatycznie nadany PESEL, przekazywany do placówki medycznej w jego

miejsu zameldowania lub zamieszkania. Placówka ta powinna być rozliczana z realizacji profilaktyki u dziecka. Obecnie nie ma obowiązku rejestrowania dziecka w przychodni po porodzie i może ono nie być objęte profilaktyką. Ponadto jeśli dziecko trafia do szpitala, lekarze poprzez konto pacjenta nie mają wglądu do dokumentacji medycznej, nie wiedzą nawet, czy pozostawało pod opieką medyczną, jakie zdarzenia medyczne miały miejsce w POZ. Mimo zapowiedzi wprowadzenia dokumentacji elektronicznej (e-karty szczepień) mamy dokumentację papierową, która jest niewystarczająca. Konieczna jest też elektroniczna KZD, wskazane byłoby utworzenie IKP junior (0-18 lat). Powinniśmy monitorować nie tylko te dzieci, które mają właściwą opiekę medyczną, ale przede wszystkim te zaniedbane, o których dowiadujemy się z pierwszych stron gazet, kiedy już dochodzi do tragedii.

Często mówi się, że dziecko to mały dorosły, co ma konsekwencje przy wycenach procedur.

Dziecko to pacjent szczególny – diagnostyka i leczenie często kosztują więcej niż dorosłego i przy wycenie procedur NFZ powinien o tym pamiętać. Małemu dziecku wiele badań inwazyjnych trzeba wykonać w znieczuleniu ogólnym, co podraża koszty hospitalizacji. Dodatkowe koszty niesie ze sobą prawo rodziców do przebywania przy chorym dziecku – osobne łóżko dla opiekunów, przy całonocnym pobycie zużycie wody, prądu, pościeli, środków czystości. W leczeniu szpitalnym, ambulatoryjnym należy pamiętać o kohortacji dzieci z różnymi infekcjami od dzieci bez infekcji. Dlatego sale w szpitalach powinny być jedno-, dwuosobowe, w poradniach i na SOR-ach oddzielne pomieszczenia dla dzieci z infekcjami i dzieci zdrowych.

Obserwujemy zjawisko spadku urodzeń dzieci. Stąd w wielu szpitalach rozważa się zmniejszenie lub likwidację łóżek pediatrycznych. Decydenci powinni wiedzieć, że choroba u dziecka

inaczej rozwija się niż u dorosłych, nagle jego stan może się pogorszyć do zagrażającego życiu, ale też równie szybko poprawić. Stąd często konieczna jest krótkotrwała hospitalizacja.

Otyłość dziecięca narasta. Czy idą za tym konkretne działania?

Problem jest złożony i nie ma prostych rozwiązań. Jedną z przyczyn jest zła dieta, co potwierdza raport Instytutu Matki i Dziecka i wykłaska błędy żywieniowe występujące w diecie dzieci, ale też brak ruchu. Dzieci coraz częściej – i to od pierwszych miesięcy życia – są wpatrzone w ekran telefonu komórkowego, uzależnione od sztucznej inteligencji, w bezpośrednich kontaktach mają trudności z komunikowaniem się. Są samotne, a ich przyjacielem i autorytetem często staje się sztucznie wygenerowana postać avatara, nakłaniająca nawet do próby samobójczej, a to, co dzieje się w głowie dziecka, z jego emocjami także przyczynia się do otyłości.

Szkoda, że program edukacja zdrowotna został potraktowany politycznie, bo jest bardzo ważnym elementem profilaktyki – m.in. uczy, jak myć zęby, aby uniknąć próchnicy, jak ruszyć dzieci z kanap i sprzed komputera, by zapobiec wadom postawy, jak dbać o zdrowy sen i zdrowie psychiczne czy wreszcie jak się odżywiać, aby nie doprowadzać do otyłości. My, pediatrzy, wiemy, jak rozwiązać wiele z tych problemów w ramach profilaktyki i jako PTP powinniśmy brać udział w tworzeniu takich programów. Nikt nas jednak nie pytał o zdanie. Jesteśmy zgodni, że program edukacji zdrowotnej powinien być obowiązkowy w szkole, ale zajęcia powinni prowadzić wybitni nauczyciele, dobrze przygotowani do nauczania tego przedmiotu.

A medycyna szkolna? Gdzie jej dziś szukać?

W profilaktyce to pielęgniarki pracujące w szkołach powinny mierzyć, ważyć dzieci i wpisywać np. do IKP junior. Takie dane pozwoliłyby lepiej śledzić rozwój fizyczny dzieci i byłaby szansa, by wcześniej interweniować i monitorować ich stan zdrowia. Cennym pomysłem zespołu dr M. Gałązki-Sobotki z Uczelni Łazarskiego jest utworzenie bonu profilaktycznego, który pozwoliłby na

realizację usług komercyjnych w przypadku pełnej realizacji usług obowiązkowych. Nie ma obecnie powrotu do specjalisty medycyny szkolnej w postaci, jaką znamy sprzed lat. Zmieniła się podstawowa opieka zdrowotna, mamy nie tylko pediatrów, ale i lekarzy medycyny rodzinnej, którzy też realizują opiekę nad dziećmi, chociaż ich program specjalizacji jest niewystarczający, szczególnie nad najmłodszymi dziećmi. Rola pielęgniarek szkolnych jest tutaj kluczowa. Na Forum Zdrowia Dzieci pielęgniarki szkolne deklarowały, że są przygotowane do prowadzenia bilansów. Jednak obecne bilanse zostały opracowane wiele lat temu i wymagają modyfikacji.

Opiekę nad zdrowiem dzieci powinni więc sprawować nie

tylko lekarze, ale – co podkreślali uczestnicy Forum Zdrowia Dzieci – przedstawiciele innych zawodów, w tym niemedycznych. To podnosi w społeczeństwie świadomość zagrożeń zdrowotnych wśród dzieci i stwarza możliwość bardziej skutecznego reagowania. W Polsce jest około 15 tys. pediatrów, a pediatria zajmuje uprzywilejowane miejsce zarówno w podstawowej opiece zdrowotnej, jak i szpitalnej. Nie powinno być rywalizacji, lecz współpraca i konstruktywne działanie. W moim oddziale pediatrycznym kształcimy lekarzy medycyny rodzinnej, dyżurują oni także na SOR pediatrycznym, widząc ogromną potrzebę kształcenia się w tym zakresie, a my, pediatrzy, bardzo wysoko cenimy taką współpracę. ●

reklama

FELIETON

0 tachografach

Prawo doskonale wie, że zmęczony kierowca ciężarówki stanowi zagrożenie. Zdziwiające, że tej samej wiedzy nie stosuje wobec zmęczonego lekarza trzymającego w ręku ludzkie życie.

Trzeba zająć się przepisami szykanującymi kierowców autobusów miejskich i ciężarówek, a także pilotów samolotów. Wiem – zdanie cokolwiek zaskakujące na początku felietonu miesięcznika branży medycznej, ale problem jest palący.

Taki, dajmy na to, kierowca trzydziestopięcotonowej ciężarówki przewożącej, powiedzmy, konserwy mięsne ze Szczecina do Przemyśla może prowadzić swój pojazd najdłużej przez cztery i pół godziny ciągiem, a w ciągu doby najdłużej przez godzin dziesięć. Potem nie ma zmiłuj – trzeba zrobić postój. Policja i Inspekcja Transportu Drogowego Bogu ducha winnych kierowców ciężarówek prześladowają – nie dość, że urządzają im częste kontrole drogowe, to jeszcze zainstalowały w pojazdach tachografy i sprawdzają, czy przepisy są przestrzegane. A przecież kierowca, jeśli czuje się dobrze, może zrobić po drodze dziesięciominutową przerwę na dwie mocne kawy i ruszyć w dalszą trasę. Do Przemyśla on i przewożone przez niego konserwy dojadą szybciej. Będzie miał dzięki temu więcej czasu, prędzej wróci do domu, złapie kolejną fuchę, zarobi trochę grosza. Jeśli po nieprzespanej nocy za kółkiem czuje, że jest w stanie z tego Szczecina pojechać na przykład do Wrocławia z kolejnym ładunkiem – jakim prawem ktokolwiek mu tego zabrania? To tylko trzydziestopięcotonowa ciężarówka – cóż groźnego może być w tym, że chłopu po drodze będą nieco kleić się oczy?

Podobnie sprawy mają się z pilotami samolotów rejsowych – polecą taki z Krakowa do Rzymu, tego

JAKUB SIECZKO
ANESTEZJOLOG



samego dnia wróci i szlus, koniec. Do Londynu od razu lecieć nie można, trzeba wrócić do domu, pobawić się z dziećmi, obejrzeć serial, się wyspać. Prawo lotnicze czas pracy określa skrajnie restrykcyjnie i przekroczenie go choćby o dziesięć minut to prawie pewne kłopoty. Można nawet

Trzydziestopięcotonowa ciężarówka wymaga tachografu. Samolot pasażerski – bezwzględnych limitów czasu pracy. Anestezjolog po czterystu godzinach w miesiącu? Wystarczy, że „czuje się na siłach”

stracić licencję pilota, co w naszej branży równałoby się pozbawieniu prawa wykonywania zawodu.

Kto z Państwa chciałby podróżować samochodem ze swoimi dziećmi, wiedząc, że przeciwnym pasem jedzie TIR kierowany przez kogoś, kto ma za sobą zarwaną noc i siedemset kilometrów trasy ciągiem?

Kto wsiadłby na pokład samolotu, za sterami którego siedzi pilot, który właśnie przyleciał do Polski z Japonii, ale twierdzi, że w sumie ma się nieźle i po dwóch kawach da radę machnąć szybki rejs do Nowego Jorku?

Czy dałbyś zoperować swoje kolano ortopedzie, dla którego jest to czterysta trzydziesta godzina pracy w miesiącu? Czy dałbyś się znieczulić anestezjologowi, który przyjechał do szpitala po dwóch dobach w pogotowiu, i to takich pracowitych?

Według Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji siedemdziesiąt trzy procent polskich lekarek i lekarzy specjalistów jest zatrudnionych na kontrakcie. Jestem w tym gronie i dostrzegam wiele zalet tej formy. Potrzebuję w listopadzie dwóch tygodni wolnego, bo jesienna polska szarość obniża mój nastrój i wolę wtedy odwiedzić jakąś hiszpańską wyspę? Bardzo proszę, można. Syn ma przedstawienie w przedszkolu? Przyjdę, nikogo nie muszę prosić o wolne. Marzą mi się wolne poniedziałki, bo w ramach noworocznego postanowienia chcę obejrzeć wszystkie spektakle Teatru Telewizji, albo

wolne piątki, bo w celu zapobiegania incydentom sercowo-naczyniowym gram z kolegami w futbol? Nie ma problemu. Praca na kontrakcie to wolność, to godne zarobki, choć też brak takiego zabezpieczenia socjalnego jak na starym, dobrym etacie. Postanowiłem jednak w chwili otrzymania tytułu specjalisty – nie więcej niż dwieście godzin w miesiącu. Wystarczy.

Znam jednak takich, którzy od lat pracują na kontrakcie po czterysta czy pięćset godzin miesięcznie. Poniedziałek – doba w szpitalu, po tej dobie dwanaście godzin w pogotowiu, w środy jeszcze raz doba w szpitalu, potem w czwartki do wieczora zabiegi w placówce prywatnej. W piątki delikatnie, tylko do 15:00 szpital, za to w sobotę w tymże szpitalu kolejna doba, a potem dwanaście godzin w pogotowiu, tam nigdy nie ma chętnych na pracę w weekendy. Dżentelmeni nie rozmawiają o pieniądzach, podejmuję jednak, że stan konta tak pracujących jest imponujący. Często z dyżuru na dyżur jeżdżą drogami samochodami. Sądzę też, że mają piękne, przestronne mieszkania w najlepszych dzielnicach. Zastanawiam się tylko, po co im takie mieszkania, przecież wracają do nich z rzadka i prawie wyłącznie po to, żeby się przespać. Wystarczyłaby skromna kawalerka.

Komu to szkodzi? Jeśli ktoś chce uczynić pracę zawodową główną osią swojego życia, w zasadzie jedynym poza zaspokajaniem potrzeb fizjologicznych zajęciem – czemuż mielibyśmy kogoś takiego ograniczać?

Osobom z wykształceniem medycznym wpływu zmęczenia (i znużenia, które jest pojęciem nieco innym) na jasność umysłu tłumaczyć pewnie nie trzeba, ograniczmy się więc do kilku haseł: spadek zdolności kognitywnych, większa skłonność do podejmowania błędnych i ryzykownych decyzji, narażenie na rozdrażnienie i wybuchy złości, wreszcie gorsze umiejętności motoryczne, wolniejszy czas reakcji. Każdemu, kto został obudzony o piątej rano, na koniec wyczerpującego dyżuru, telefonem z informacją, że trzeba zająć się kolejnym pacjentem, tłumaczyć tego nie muszę. Działamy wówczas w trybie przetrwania.

Czy mamy dowody naukowe na to, że to groźne dla naszych chorych? Mamy, bardzo proszę – oto cytaty z kilku badań. Zaczernąłem je z prezentacji dr Nancy Redfern z Newcastle upon Tyne wygłoszonej podczas ubiegłorocznego kongresu Euroanaesthesia:

2006 (Wright et al.): „Pacjenci znieczulani pomiędzy 15:00 a 16:00 częściej doświadczają pooperacyjnego bólu, nudności i wymiotów niż ci, którzy byli znieczulani rano”.

2022 (Choshen-Hillel et al.): „Chorzy zgłaszający się w nocy do oddziałów ratunkowych rzadziej otrzymują adekwatną analgezję”.

2023 (Scholliers): „Anestezjodolży zgłaszają więcej pomyłek dotyczących podawanych leków, gdy są zmęczeni”.

2014 (Linder): „Lekarze rodzinni z biegiem dnia pracy przepisują coraz więcej antybiotyków chorym z infekcjami. Przeciążenie kognitywne prowadzi do preferowania szybszych i łatwiejszych wyborów”.

1999 (Aya): „W nocy ponad sześciokrotnie wzrasta ryzyko niezamierzonego nakłucia opony twardej podczas znieczulenia”.

I na koniec – badanie z 2020 (Cortegiani et al.) – największe i najważniejsze, bo obejmujące prawie trzy miliony pacjentów: „Przeprowadzenie zabiegu operacyjnego w godzinach nocnych wiąże się z większą 30-dniową śmiertelnością pacjentów w porównaniu z chorymi operowanymi w ciągu dnia”. Co ważne, badacze zaznaczają w swojej pracy, że za różnicę tę nie odpowiada wyłącznie rodzaj przeprowadzanych zabiegów i stan pacjentów. Pora dnia jest niezależnym czynnikiem ryzyka.

Inne kraje zauważyły ten problem, starają się mu przeciwdziałać. Spytałem o Fatigue Management System dr. Tomasza Derkowskiego – anestezjologa, który pracował swego czasu w australijskim śmigłowcu ratunkowym. Po każdym dyżurze uzupełniał tabelę określającą, jak długo trwała jego praca (bo przecież czasem się przedłużała) i przez jaki czas podczas dyżuru pracował aktywnie, a jak długo pozostawał w gotowości. Na

podstawie wprowadzonych danych algorytm określał czas niezbędny na regenerację – każda godzina poddyżurowa oznaczona była kwadratem zielonym, pomarańczowym lub czerwonym. Jeśli kwadrat był czerwony, pracować nie było można i pracodawca musiał poszukiwać dla lekarza zastępstwa.

W Wielkiej Brytanii powstała za to Fatigue Group zrzeszająca anestezjologów i intensywyistów, którzy dostrzegają wagę problemu. Na stronie internetowej tej inicjatywy znaleźć można odpowiednie wytyczne.

Przemęczony czy znużony personel to więcej błędów, powikłań, zgonów wśród pacjentów, ale też większa frustracja, problemy zdrowotne i osobiste oraz krótsze życie pracowników ochrony zdrowia. Wiem, że tylko dzięki temu systemowi zapełnia się w Polsce dziury w grafikach. Odbywa się to jednak kosztem bezpieczeństwa pacjentów, a także zdrowia i życia nas samych.

Taki system pracy nie ma w sobie wbudowanych w zasadzie żadnych zabezpieczeń. Ograniczać powinien nas więc zdrowy rozsądek, autorefleksja, znajomość własnych możliwości psychofizycznych. Ani przełożeni, ani pacjenci nie radzą raczej polskim lekarzom, żeby ci pracowali mniej, bo są przemęczeni. Nie ma algorytmów monitorowania zmęczenia. Nie regulują tego żadne przepisy. Jesteśmy jak kierowcy Ubera – zatrudnieni na luksusowej, ale jednak śmieciowej umowie, sami regulujący swój czas pracy.

Zdrowy rozsądek pracownika, jego autorefleksja i świadomość własnych ograniczeń, a także silna wola pozwalająca opierać się pokusie zarabiania coraz większych pieniędzy nie mogą być jednak jedynymi zabezpieczeniami. Czas rozpocząć rozmowę o uregulowaniu prawnym naszego czasu pracy. Czy nie powinniśmy wprowadzić rozwiązań analogicznych jak w branży transportowej? Może już czas na lekarskie tachografy?

Napisz do autora:
sieczko.gazetalekarska@gmail.com

PRAKTYKA LEKARSKA

Długo bezradni, dziś z nadzieją na przełom

ZBIGNIEW WOJTASIŃSKI

Nowy lek może zmienić sposób leczenia glejaków we wczesnym stadium choroby. Eksperci mówią o przełomie, który pozwala nie tylko wydłużyć przeżycie, ale też zachować lepszą jakość życia pacjentów.

Glejaki są najczęstszymi pierwotnymi nowotworami mózgu i rdzenia kręgowego. Dotyczy to zarówno Europy, jak i Polski, co potwierdzają dane Krajowego Rejestru Nowotworów. W 2022 r. (najnowsze dostępne dane) spośród 2375 przypadków zachorowań na nowotwory złośliwe mózgu w naszym kraju glejaki rozpoznano u 1783 pacjentów. Stanowi to około 75 proc. pierwotnych guzów mózgu, choć odsetek ten mógłby być jeszcze wyższy.

Zwracają na to uwagę autorzy raportu „Nowotwory złośliwe mózgu. Analiza epidemiologiczna”. Podkreślają, że niższy udział glejaków w statystykach wynika m.in. z niedostatecznej jakości danych przekazywanych do rejestru w części województw. Przykładem jest województwo śląskie, drugie pod względem liczby mieszkańców, gdzie w analizowanym okresie niemal 51 proc. guzów mózgu zaklasyfikowano jako nieokreślone. W innych regionach – m.in. w województwach podkarpackim, podlaskim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim – skala tego problemu była mniejsza, lecz nadal sięgała około 30 proc.

Autorzy raportu przyznają, że nowotwory mózgu i ośrodkowego układu nerwowego należą do szczególnie trudnych do analizy ze względu na ogromną różnorodność morfologiczną. Według klasyfikacji WHO z 2021 r. wyróżnia się ponad 100 typów histopatologicznych tych nowotworów – zarówno złośliwych, jak i niezłośliwych. Obejmują one m.in. astrocytoma, ependymoma, oponiaki, nerwiaki osłonkowe oraz guzy przysadki. Większość nowotworów złośliwych mózgu wywodzi się jednak z komórek

glejowych. Z danych z 2016 r. wynika, że niemal 80-90 proc. złośliwych guzów wewnątrzczaszkowych ma pochodzenie glejowe.

OPTYMIZM EKSPERTÓW

Do przestrzeni publicznej najczęściej trafiają dramatyczne historie pacjentów, którzy zachorowali na glejaka i zmarli po stosunkowo krótkim czasie. Dotyczy to zwłaszcza agresywnych postaci choroby,

Worasydenib to pierwszy od 25 lat lek nowej generacji, który skutecznie przenika barierę krew-mózg

rozpoznawanych w zaawansowanych stadiach, wśród których najtrudniejsze do leczenia są glejaki wielopostaciowe. Prof. Marjolein Geurts z Instytutu Raka w Rotterdamie nie ma jednak wątpliwości: po długim okresie terapeutycznych niepowodzeń strategia leczenia glejaków może w najbliższych latach ulec zasadniczej zmianie. Skąd ten optymizm?

Przełom dotyczy przede wszystkim glejaków rozpoznawanych we wczesnych stadiach rozwoju – w pierwszym i drugim stopniu złośliwości. Właśnie w tej grupie chorych pojawiła się nowa terapia ukierunkowana molekularnie o dużym potencjale klinicznym,

zatwierdzona do stosowania w Unii Europejskiej w połowie 2025 r. Wcześniej lek został zarejestrowany m.in. w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie, Australii, Izraelu, Zjednoczonych Emiratach Arabskich, Arabii Saudyjskiej, Szwajcarii, Brazylii, Wielkiej Brytanii oraz Japonii.

Chodzi o worasydenib – lek przeznaczony do leczenia rozlanego glejaka II stopnia z mutacją genów *IDH1* lub *IDH2* (dehydrogenazy izocytrynianowej). To pierwszy od 25 lat preparat nowej generacji zdolny do przenikania bariery krew-mózg. Jego działanie polega na hamowaniu powstawania 2-HG – substancji sprzyjającej wzrostowi guza. Nic dziwnego, że worasydenib był jednym z głównych tematów kongresu Europejskiego Towarzystwa Neuroonkologii, który odbył się w październiku 2026 r. w Pradze.

Mutacja *IDH1/2* jest tzw. mutacją kierującą, odgrywającą kluczową rolę w rozwoju glejaków, a tym samym w ich diagnostyce i rokowaniu. Pojawia się ona we wczesnym etapie onkogenezy i sprzyja narastaniu kolejnych mutacji prowadzących do zezłośliwienia komórek nowotworowych. Jej odpowiednio wczesne zahamowanie może więc istotnie zmienić rokowanie pacjentów.

LEPSZA JAKOŚĆ ŻYCIA

Nowy lek stosowany jest w terapii celowanej dwóch typów glejaków: gwiaździka oraz skąpodrzewiaka

z mutacją *IDH1* lub *IDH2*. Jak podkreślała podczas praskiego kongresu prof. Roberta Ruda z Uniwersytetu Medycznego w Turynie, inhibitor mutacji IDH może zapobiec przejściu komórek guza z mniej złośliwego stadium w postać bardziej agresywną, charakteryzującą się intensywniejszą proliferacją. W efekcie możliwe jest istotne opóźnienie progresji choroby i jej transformacji w śmiertelną postać glejaka.

Badanie INDIGO wykazało, że pacjenci leczeni worasydenibem ponad dwukrotnie częściej przeżywali kolejne dwa lata w porównaniu z osobami otrzymującymi placebo. U chorych leczonych nowym lekiem obserwowano także zmniejszenie objętości guza mózgu, podczas gdy u pacjentów z grupy kontrolnej guz się powiększał. – Stało się tak mimo wcześniejszej tendencji do wzrostu guza przed rozpoczęciem terapii – podkreślała prof. Ruda.

Terapia worasydenibem pozwala również na zmniejszenie częstości napadów padaczkowych aż o 64 proc. – Intensywność napadów padaczkowych może być nawet klinicznym markerem skuteczności leczenia – zaznaczyła włoska neuroonkolog.

Zaletą leku jest także możliwość opóźnienia konieczności wdrożenia chemioterapii i radioterapii. Choć metody te mogą na pewien czas zahamować rozwój choroby, wiążą się z ryzykiem działań niepożądanych i pogorszeniem funkcjonowania pacjentów, w tym ograniczeniem możliwości kontynuowania pracy zawodowej. Tymczasem glejaki często dotykają osoby młode, w wieku 30–55 lat.

Zgodnie z aktualnymi wskazaniami worasydenib może być stosowany u dorosłych oraz młodzieży od 12. roku życia, o masie ciała co najmniej 40 kg, u których przeprowadzono operację mózgu i nie jest konieczna natychmiastowa chemioterapia lub radioterapia, a guz jest w II stopniu zaawansowania.

POLACY POCZEKAJĄ

Nowa terapia dotyczy obecnie stosunkowo wąskiej grupy pacjentów, jednak istnieje nadzieja na rozszerzenie wskazań. – Rozpoczęły się już kolejne badania kliniczne, w których worasydenib stosowany jest u szerszej grupy chorych, nie tylko tych z wczesnym, mniej zaawansowanym guzem rozlanym drugiego stopnia, ale również o większym – trzecim – stopniu złośliwości. Próbuje się też dodawać ten nowy lek do innych metod leczenia,

które stosujemy jako standardowe, takich jak radiochemioterapia. Wydaje się zatem, że jest to lek, który ma duży potencjał i będzie mogła korzystać z niego większa grupa chorych – powiedział PAP prof. Sergiusz Nawrocki, kierownik Katedry Onkologii i Kliniki Radioterapii Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie.

W Polsce, mimo dopuszczenia worasydenibu do obrotu w Unii Europejskiej, lek nie jest jeszcze dostępny dla pacjentów z powodu braku refundacji. Równolegle prowadzone są badania nad innymi terapiami celowanymi ukierunkowanymi na mutację IDH. Jak informowała prof. Marjolein Geurts, trwają również próby łączenia terapii celowanej z immunoterapią, która sprawdziła się w leczeniu wielu innych nowotworów złośliwych, m.in. raka płuca.

– Niektóre badania mają wykazać możliwość szerszego wykorzystania worasydenibu także w drugim i trzecim stadium choroby, po zastosowaniu chemioterapii i radioterapii – podkreślała holenderska neuroonkolog. W Stanach Zjednoczonych lek bywa już stosowany u wybranych pacjentów poza oficjalnymi wskazaniami.

Prof. Nawrocki zaznacza jednak, że chemioterapia i radioterapia nie są tak toksyczne, jak obawia się wielu chorych. W sytuacji gdy guz po operacji szybko narasta, metody te pozostają podstawą leczenia. Radioterapia, z ewentualnym dodatkiem chemioterapii, zastosowana po zabiegu neurochirurgicznym znacząco zwiększa szanse pacjentów z bardziej zaawansowanymi postaciami glejaka.

NIEPOKOJĄCE PROGNOZY

Z raportu „Nowotwory złośliwe mózgu. Analiza epidemiologiczna” wynika, że od 2006 r. zachorowalność na nowotwory mózgu w Polsce wśród dorosłych stopniowo się zmniejsza (z wyjątkiem populacji do 18. roku życia) zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. U mężczyzn współczynnik zachorowalności spadł z 12,7 na 100 tys. mieszkańców w 2006 r. do 9,5 w 2022 r., natomiast u kobiet – z 9,3 do 7,2.

„Podobną tendencję obserwuje się w przypadku umieralności od

2009 r. – wartość współczynników zmniejszyła się w 2022 r. w stosunku do 2009 r. o około 25 proc. u obu płci” – podkreślają autorzy opracowania.

Prognozy na przyszłość pozostają jednak niepokojące. W najbliższych latach w Europie spodziewany jest wzrost liczby zachorowań na nowotwory ośrodkowego układu nerwowego. Według International Agency for Research on Cancer liczba przypadków może wzrosnąć o około 7 tys., do 75,5 tys. w 2045 r. Na świecie w 2022 r. odnotowano około 322 tys. zachorowań na nowotwory mózgu i 248 tys. zgonów z tego powodu.

Przyczyny większości pierwotnych guzów mózgu pozostają nieznane. Jedynie około 5 proc. przypadków występuje w przebiegu zespołów genetycznych, takich jak zespół Li-Fraumeni, zespół Turcota czy neurofibromatoza typu 1, które predysponują do rozwoju glejaków. Szacuje się, że nawet co czwarty glejak może mieć podłoże genetyczne, jednak dotychczas poznano jedynie około 30 proc. odpowiedzialnych za to wariantów.

15 MIESIĘCY

Najlepsze rokowanie mają glejaki ograniczone (stopnia G1), charakteryzujące się powolnym wzrostem. Częściej występują u dzieci i młodych dorosłych i rokują szczególnie dobrze wtedy, gdy możliwa jest całkowita resekcja guza. Korzystnym czynnikiem prognostycznym jest także niski stopień zróżnicowania nowotworu. Glejaki te rozpoznawane są najczęściej u osób w trzeciej i czwartej dekadzie życia, nierzadko po pierwszym napadzie padaczkowym.

Najgorzej rokują glejaki rozlane i naciekające (stopnia III i IV). Najbardziej agresywny glejak wielopostaciowy może rozwijać się jako guz pierwotny lub w wyniku progresji nowotworu o niższym stopniu złośliwości. Mediana przeżycia wynosi zaledwie 15 miesięcy. W Stanach Zjednoczonych pięć lat od rozpoznania przeżywa jedynie 6,8 proc. pacjentów. W przypadku innych nowotworów glejowych wskaźniki przeżycia są co najmniej kilkakrotnie wyższe. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Rejs na statku pasażerskim. Rekomendacje lekarza okrętowego

DR N. MED. WOJCIECH PIETRZYK

Statek może wypłynąć bez kapitana, ale nigdy bez lekarza. Ten fakt najlepiej pokazuje, jak wymagającym środowiskiem jest morska podróż i dlaczego warto wiedzieć, jak przygotować się do rejsu.

Węcej zasobów na koncie, ale mniej wolnego czasu. Więcej lat życia, ale mniej zdrowia. Wypalenie zawodowe. A jednocześnie głód poznawania świata i potrzeba bycia jego obywatelem, które rosną wraz z PKB. Tak w socjoekonomicznym zarysie może wyglądać sylwetka typowego lekarza w dzisiejszej Polsce. Atrakcyjną urlopową alternatywą, godzącą pragnienia oraz czasowe ograniczenia ciężkiej i ponadnormatywnej pracy, może być rejs statkiem wycieczkowym.

Prawie dokładnie 30 lat temu wypłynąłem w swój pierwszy, sześciomiesięczny rejs lekarza okrętowego na statku pasażerskim. Sumując wszystkie późniejsze kontrakty na 11 wycieczkowcach – różnych bander i armatorów – żeglowałem po oceanach bez mała sześć lat. Przerywając co 2-3 lata szpitalną orkę i wypływając w kilkumiesięczne rejsy, udało mi się uniknąć wypalenia zawodowego, poznać daleki świat, lecz przede wszystkim – ciekawych ludzi. Opierając się na tych doświadczeniach, chciałbym podzielić się profesjonalnymi obserwacjami, które mogą przyzysłuć się do tego, by wakacje na statku były niezapomniane i bezpieczne. Biura podróży nie dysponują dostateczną wiedzą w tych kwestiach, a już szczególnie jest to ważne w przypadku internetowego zakupu rejsu.

TYPY I CHARAKTERYSTYKA STATKÓW

Standardowe – olbrzymie statki zabierające na pokład 2000-3000 pasażerów, nastawione na turystykę masową, z licznymi

atrakcjami dla dorosłych i dzieci. Na pokładzie restauracje i fast foody, kasyna gier, centra rozrywki. Rejsy okrężne, zazwyczaj 5-7 dniowe.

Premium – średnie i duże jednostki dla 1500-2500 pasażerów, z większą liczbą załogi hotelowej, nastawione na turystykę morską i specjalistyczną. Jest mniej atrakcji dla

Zmiana kursu statku z powodów medycznych to decyzja liczona w milionach dolarów – dlatego rola lekarza okrętowego wykracza daleko poza gabinet

dzieci, a restauracje bardziej formalne. Rejsy zazwyczaj 10-dniowe, okrężne i nieokrężne.

Luksusowe – średnie i małe statki dla 100-800 pasażerów z podobną liczbą załogi, zapewniające ponadstandardowy, zindywidualizowany serwis, bez atrakcji dla dzieci, z nietypowymi trasami, w tym dookoła świata. Skierowane do tradycyjnych i wymagających pasażerów. Do tej grupy zalicza się również butikowe statki ekspedycyjne, nastawione na pasażerów ceniących prywatność, których pociąga przygoda,

edukacja oraz eksploracja mało znanych i trudno dostępnych zakątków świata.

PERSONEL I CENTRUM MEDYCZNE

Ponad 30 mln turystów rocznie podróżuje na statkach pasażerskich. Prawo morskie stanowi, że jeśli na jednostce morskiej przebywa 100 i więcej osób, podróż jest międzynarodowa i trwa dłużej niż 72 h, na pokładzie musi być licencjonowany lekarz. Statek może wypłynąć z portu bez kapitana, lecz nie bez lekarza okrętowego.

Stowarzyszenia, takie jak American College of Emergency Physicians, Cruise Lines International Association i inne, starają się wprowadzać standardy kwalifikacji personelu i wyposażenia centrum medycznego na statku pasażerskim. Preferowani są specjaliści medycyny ratunkowej, wewnętrznej lub rodzinnej. Ze względów ekonomicznych niektórzy armatorzy zatrudniają lekarzy bez tych specjalizacji, lecz mających 3-letni staż pracy w medycynie ratunkowej lub ogólnej z certyfikatami z ACLS, PALS, ITLS.

Do pracy na statkach ekspedycyjnych konieczne jest spełnienie warunku sprawności fizycznej: zdolność do 3-godzinnej pieszej wędrówki w nierównym terenie w różnych strefach klimatycznych z 25-kilogramowym obciążeniem (Emergency Thomas/ EMS Bag + AED), a niekiedy

► **Dr n. med. Wojciech Pietrzyk,**
specjalista anestezjologii i intensywnej
terapii, specjalista medycyny ratunkowej,
lekarz okrętowy, flight doctor

uprawnienia pletwonurkowe (DAN/ Wilderness Medicine). W przypadku żeglugi na wodach terytorialnych Stanów Zjednoczonych US Coast Guard wymaga od lekarza okrętowego certyfikatu kursów FBI „Zabezpieczenia miejsca przestępstwa” oraz „Zabezpieczenia śladów molestowania/napaści seksualnej”.

Centrum medyczne pełni dyżur 24/7, a liczba personelu medycznego i łóżek dla pacjentów zależy od wielkości statku. Na małych jednostkach lekarz jest sam, czasem z pielęgniarką lub przeszkoloną medycznie stewardesą. Na dużych, zabierających więcej niż 800 pasażerów, pracuje dwóch lekarzy i kilka pielęgniarek z doświadczeniem ICU. Opieką medyczną objęta jest również ciężko pracująca załoga.

Wyposażenie diagnostyczno-terapeutyczne i środki farmaceutyczne umożliwiające lekarską pomoc przedszpitalną precyzują standardy ACLS (w tym tromboliza w STEMI), PALS i ITLS. Do dyspozycji jest aparat RTG i USG (obowiązkowy od 2026 r.), respirator transportowy oraz możliwość wykonania podstawowych badań krwi oraz testów antygenowych, w tym na choroby tropikalne. Telemedycyna dodatkowo zwiększa możliwości diagnostyczne na dużych jednostkach. Niekiedy wśród członków załogi są osoby z funkcją chodzących dawców krwi. Pływają również statki ze stacją dializ dla specjalnych grup turystów z przewlekłą niewydolnością nerek.

Porady i interwencje medyczne na statku są odpłatne. W nagłych przypadkach celem jest stabilizacja stanu chorego i ewakuacja do lądowej placówki medycznej, skąd możliwy jest transport sanitarny do szpitala odpowiedniej referencyjności. Istnieje także możliwość ewakuacji lotniczej ze statku helikopterem (Coast Guard, SAR). Gdy jednak warunki pogodowe lub aktualna pozycja geograficzna na to nie pozwalają, trzeba radzić sobie na miejscu. Konieczna zmiana kursu statku to decyzja bardzo kosztowna dla armatora, często liczona w milionach dolarów. Podejmuje ją kapitan w oparciu o rekomendacje lekarza okrętowego, który we współpracy z firmą ubezpieczeniową koordynuje bezpieczną i celową ewakuację pacjenta.



Dlatego warto pamiętać o odpowiednim ubezpieczeniu medycznym, obejmującym nie tylko koszty leczenia na pokładzie, lecz także ewakuację ze statku, leczenie często w bardzo egzotycznych miejscach oraz późniejszą repatriację. W medycynie morskiej trudna diagnostyka i leczenie w sytuacji izolacji od lądowych ośrodków medycznych są dość typowe. Nawet krótkie znieczulenie i nastawienie zwichniętego barku w warunkach sztormu i niedoboru fachowego personelu pomocniczego mogą stanowić wyzwanie.

Jednak – jak wynika z doświadczenia autora – można liczyć na pomoc pasażerów-lekarzy. I tu zachęcam czytających, którzy wybiorą się w podróż statkiem, do „towarzyskiego” przedstawienia się i odowiedzenia centrum medycznego. Sam chętnie zaznajamiałem Koleżanki i Kolegów z wielu krajów z warunkami i specyfiką mojej morskiej pracy, szczególnie na ulubionych statkach ekspedycyjnych, gdzie byłem sam i mogłem potrzebować profesjonalnego wsparcia. Później już jako przyjaciel wraz z towarzyszącą mi żoną gościłem przy naszym „lekarskim stole”. To stary morski zwyczaj, obecny na mniejszych statkach podczas formalnych kolacji, gdy kapitan oraz lekarz okrętowy w galowych mundurach zapraszają do swych stołów prominentnych pasażerów. Wspólna

morska podróż, zwiedzanie zabytków czy solidarne przetrwanie trudów ekspedycji tworzą szczególne międzyludzkie więzi, często przeistaczające się w ciekawe, długotrwałe przyjaźnie.

CHOROBA MORSKA

Dotyczy około 30 proc. populacji i często złe wspomnienia z nią związane są decydującym czynnikiem rezygnacji z podróży morskiej. Ryzyko to można jednak zminimalizować, a w przypadku wystąpienia – skutecznie leczyć. Oto kilka czynników, które należy brać pod uwagę na etapie wyboru rejsu.

Akwen/ pora roku – Morze Śródziemne, w mniejszym stopniu Bałtyk, są zazwyczaj spokojne w okresie maj–wrzesień. Podobnie jest podczas letnich rejsów u wybrzeży Kanady i Alaski (Inside Passage), Svalbardu oraz portów północnej Europy. Karaiby najlepiej wybierać zimą, w okresie grudzień–kwiecień, w pozostałej części roku zdarzają się tam huragany. Również w czasie naszej zimy pogoda sprzyja żegludze na południowym Pacyfiku i Atlantyku (rejsy Kanał Panamski/ Ekwador–Galapagos–Peru/ Hawaje–Polinezja Francuska/ Chile–Ziemia Ognista–Antarktyda/ Argentyna–Brazylia, Afryka Zachodnia). Dotyczy to także Oceanu Indyjskiego (Oman–Emiraty–Indie–Malediwy/ Kenia–Seszele–Madagaskar/ RPA/ Daleki

Wschód–Australia–Nowa Zelandia), choć na południe od równika zdarzają się cyklony. Żegluga po Zatoce Biskajskiej, Morzu Tasmana, Wschodniochińskim czy przez Cieśninę Drake’a gwarantuje – niezależnie od pory roku – duże zużycie leków na chorobę morską. Natomiast rejsy pasażerskimi statkami po rzekach (Amazonka, Orinoko, Missisipi, Mekong, rzeki Europy) są z zasady bardzo spokojne.

Plan rejsu – niewielkie odległości pomiędzy portami, przemieszczanie w porze nocnej, rejsy w strefie przybrzeżnej i fiordach zmniejszają narażenie na chorobę morską. Odwrotnie – więcej dni spędzonych na otwartym morzu oraz pokonywanie długich odległości zwiększają to ryzyko. Duże kompanie pasażerskie posiadają nowoczesne centra logistyczne śledzące na bieżąco raporty pogodowe i tak dostosowujące kursy ich jednostek, by podróż morska była jak najbardziej komfortowa. Działa tu biznesowa zasada, że zadowolony i bezpieczny pasażer wraca na kolejny rejs.

Statek/kabina – większe i nowoczesne statki pasażerskie wyposażone są w systemy stabilizujące ich ruch. Na małych i starszych jednostkach, szczególnie pasażerskich żaglowcach, kołysanie jest bardziej odczuwalne, choć nadal nieporównywalne z żeglowaniem jachtem. Istotne znaczenie ma również optymalna lokalizacja kabiny pasażerskiej – najlepiej na niższych pokładach i w środkowej części kadłuba. Dobrze, gdy ma ona również własną logię (balcony), umożliwiającą dopływ świeżego powietrza oraz relaksujące fiksowanie wzroku na horyzoncie i kierunku ruchu jednostki. Bardziej budżetowe kabiny wewnętrzne, pozbawione dostępu do światła dziennego, są mniej polecane osobom wrażliwym, gdyż mogą dodatkowo wywoływać uczucie klaustrofobii.

Profilaktyka i leczenie – ogólne zasady, takie jak unikanie TV, czytania, smartfonów, alkoholu, a także prawidłowe nawodnienie i lekkostrawna dieta, są powszechnie znane. Ta ostatnia bywa jednak trudna do utrzymania, biorąc pod uwagę bardzo wysoki poziom usług kulinarnych na statkach pasażerskich. Istotne jest wczesne reagowanie na komunikaty z mostka. Osobom bardziej „obawiającym się” polecam zainstalowanie w telefonie popularnych aplikacji meteo dla żeglarzy, co pozwala samodzielnie przygotować się na ewentualne niespodzianki pogodowe.

Kluczowe znaczenie ma odpowiednio wczesne (1-2 h przed wypłynięciem) doustne zastosowanie typowych leków przeciw chorobie lokomocyjnej, umożliwiające ich wchłonięcie się i działanie. Rutynowo stosowanymi lekami na większości statków pasażerskich są pochodne piperazyny: cynaryzyna oraz niedostępna w Polsce meklizyna. Są to leki antyhistaminowe, w wielu krajach występujące jako OTC, dlatego zazwyczaj bezpłatnie wydawane w recepty. Inne to dramamina lub plasterzki skopolaminowe za ucho. Leki przeciwwymiotne wykazują działanie antycholinergiczne, co należy uwzględniać przy współistnieniu jaskry, przerostu gruczołu krokowego czy chorób układu krążenia. Osoby w starszym wieku są mniej podatne na wystąpienie choroby morskiej, jednak działania uboczne tych farmaceutyków częściej wywołują u nich różne komplikacje. U dzieci jest odwrotnie. Autor kilkakrotnie musiał cewnikować mężczyzn z BPH w związku z nagłym zatrzymaniem moczu.

Wybierając się w rejs, warto zaopatrzyć się we własne, wcześniej sprawdzone leki przeciw chorobie lokomocyjnej. W przypadku rozwiniętej choroby morskiej z nasilonymi objawami wegetatywnymi, gdy przewidywany jest dłuższy okres złej pogody, lekarz okrętowy może zaproponować parenteralnie leki przeciwwymiotne. Są to najczęściej pochodne fenotiazyny (prochlorperazyna, prometazyna), metoklopramid czy domperidon. Działaniem ubocznym jest senność, którą moi pacjenci przyjmowali z ulgą. „Oliw na wzburzone fale”, uspokajającą ich zdruzgotaną psychikę, bywały często moje żartobliwe zapewnienia, że jako anestezjolog zawsze mogę ich skutecznie znieczulić lub sedować... aż do następnego portu.

STANDARDY SANITARNO-HIGIENICZNE

To szczególnie odpowiedzialna funkcja lekarza okrętowego, wymagająca ciągłego nadzoru sanitarno-higienicznego oraz precyzyjnego raportowania narodowym i portowym instytucjom stanu epidemiologicznego jednostki żeglującej na ich wodach. Uchybienia mogą skutkować wysokimi karami, zakazem wejścia do portu lub kwarantanną statku. Z punktu

widzenia pasażerów najistotniejsze jest jednak przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych na pokładzie, które w tym specyficznym środowisku mogą szerzyć się bardzo szybko.

Wiele kompanii wymaga wypełnienia tuż przed zaokrętowaniem kwestionariuszy/aplikacji dotyczących aktualnego stanu zdrowia pasażera na obecność typowych objawów sezonowych chorób zakaźnych (COVID-19, grypa, RSV, norowirus). Lekarz okrętowy może odroczyć zaokrętowanie chorych turystów lub zalecić ich kwarantannę w kabinie na pokładzie statku. Jest to duża niedogodność, która może jednak uchronić innych, zdrowych pasażerów przed zrujnowaniem im ich wakacji. Dotyczy to szczególnie osób starszych z osłabionym układem odpornościowym, dominujących na długich rejsach.

Zasadniczo czyste środowisko statku, świeże morskie powietrze oraz znakomite wyżywienie sprzyjają zachowaniu zdrowia. Stan sanitarny każdego wycieczkowca wraz z oceną punktową można samodzielnie sprawdzić na stronie internetowej CDC Vessel Sanitation Program. Należy jednak pamiętać, że samo dotarcie do portu embarkacji – często po wielu godzinach lotu – oraz niekiedy długie oczekiwanie i stres związany z procedurą zaokrętowania mogą negatywnie wpływać na stan zdrowia. Klasycznym przykładem jest zakrzepica żył głębokich (DVT), której objawy ujawniają się już po wypłynięciu w morze (DOI: 10.5603/IMH.2016.0014). Dlatego warto zaplanować przyjazd do portu zaokrętowania 2-3 dni wcześniej.

Istnieje wiele typów statków pasażerskich i każdy może znaleźć upragnioną formę wypoczynku – od rodzinnej morskiej wyprawy na pływającym Disneylandzie, gdzie w szortach i bejsbolówce czas upływa przy basenie, po enoturystyczne rejsy, podczas których smoking oraz wieczorowe suknie towarzyszą degustacjom i wyszukanej kuchni Le Cordon Bleu. W obu przypadkach szum fal i delikatny pomruk maszyn szepcą „Navigare necesse est”.

Po terminie przydatności do użycia

Polski system ochrony zdrowia nie bardzo wie, co zrobić z lekarzami po sześćdziesiątce. Z jednej strony są „zbyt starzy”, by w nich inwestować, z drugiej – idealni jako „zapchajdziury” w kadrowych brakach. Przez to ginie to, co najcenniejsze: doświadczenie, dystans i mistrzostwo.

System publiczny w Polsce w myśleniu o starszych ludziach utknął głęboko w poprzednim wieku. Masz 56 lat, wchodzisz w okres ochronny – szykuj się, „staruszek”, do odmaszerowania. Nie jesteś już atrakcyjna dla pracodawcy. Mężczyźni dotyczy to samo, tylko z przesunięciem o pięć lat.

W ten sposób ludzie z ogromnym potencjałem i doświadczeniem nagle stają się nieatrakcyjni dla rynku pracy. Kolejny etap to 70+. Może już nie mają tyle siły co pięćdziesięciolatki, ale za to dystans, spokój i doświadczenie. Towar ewidentnie deficytowy, ale na te skarby popytu całkowicie brakuje.

W ochronie zdrowia jest podobnie. System najbardziej kocha rezydentów: robią sporo i kosztują z innej puli. Emerytowany lekarz bywa idealną „zapchajdziurą” – nikogo specjalnie nie interesuje, czy jeszcze daje radę, bo na bezrybiu i rak ryba. A jeśli ktoś miał szczęście (a może nieszczęście) pracować w miejscu naprawdę atrakcyjnym, to im bliżej emerytury, tym bardziej staje się kimś pomiędzy meblem z PRL-u a przeterminowanym lekiem. Kiedyś działał, dziś tylko zajmuje miejsce.

A szkoda, i to podwójnie. Bo obok innych deficytów w ochronie zdrowia mamy też ogromny deficyt mistrzów. Niektórych rzeczy nie da się pobrać z chmury ani nauczyć w weekend. Nie ma ich na konferencjach ani w podcastach. I nie chodzi tu o znajomość najnowszych wytycznych czy wiedzę ze światowych kongresów. Chodzi o doświadczenie, które przeżyło kilka reform, kilkanaście zmian wytycznych, wielu szefów, kolejne pokolenia młodych lekarzy i tysiące pacjentów. To umiejętność dystansu i widzenia człowieka w człowieku.

Mistrz to ktoś, kto widział chorobę, z nim dostała angielską nazwę. Kto pamięta

ANNA GOŁĘBICKA
EKONOMISTKA, STRATEG
KOMUNIKACJI I ZARZĄDZANIA



pacjenta, a nie tylko jego PESEL. Kto wie, że czasem trzeba posłuchać dłużej, niż trwa standardowa wizyta. I właśnie dlatego staje się zbędny – bo system nie ma czasu słuchać.

Mistrz to także nauczyciel, którego chce się słuchać, a nie musi.

Trzeba jednak uczciwie powiedzieć: ten kij ma dwa końce. Bywało w medycynie, że przez całe dekady starsi blokowali rozwój młodych. Król lub królowa była tylko jedna. Puszczali tylko swoich, budowali dwory i szykowali sukcesy, jakby byli w swoich przedsiębiorstwach. Niejeden przy nich się postarzał, a w szpitalnej hierarchii wciąż był „za młody” i „nie dość dobry”. Byli jednak i profesorowie, którzy rozumieli, że największą cnotą mistrza jest uczeń, który go przewyższa.

To trochę jak w rodzinie. Najpierw jesteś dzieckiem, potem rodzicem, a potem dziadkiem czy babcią. Niby ten sam człowiek, a zupełnie inna rola. Dziecko pyta i uczy się świata, rodzic organizuje, zarządza i wymaga, a dziadkowie kochają, uspokajają i przekazują doświadczenie. Sprawiają, że świat wydaje się mniej groźny. Ilu z nas miało rodziców surowych, zasadniczych, czasem nie do zniesienia? A potem wydarzał się cud. Ten sam ojciec, który kiedyś mierzył wzrokiem

długość spódnicy, dziś z wnukiem buduje bazę kosmiczną z koca. Ta sama matka, która nie znosiła zawracania głowy, piecze trzecie ciasto, bo „dziecko lubi”.

Dokładnie tak powinniśmy myśleć o roli lekarzy emerytów. Nie jako o wiecznych kierownikach, lecz mentorach. Autorytetach. Wsparciu. Nie kimś, kto blokuje, ale kimś, kto rozwija.

Lekarz, który jako ordynator był postrachem oddziału, jako mentor może być skarbem. Bez władzy, bez presji, bez tabel wyników. Za to z czasem na rozmowę. Z dystansem do własnego ego. Z opowieściami, które uczą więcej niż prezentacja w PowerPoint. Oni nie muszą już niczego udowadniać, więc mogą wreszcie mówić prawdę – także tę niewygodną.

Czas zobaczyć ich inaczej. Nie jak koszt, ale jak kapitał. Bo dziś wyrzucamy doświadczenie, a potem dziwimy się, że młodzi lekarze uczą się wszystkiego metodą prób i błędów i szybko się wypalają. Tyle że w medycynie te błędy bywają bardzo konkretne.

Może więc zamiast pytać, czy oni jeszcze się nadają, zapytajmy, do czego naprawdę są nam potrzebni. Bo dziadek i babcia w rodzinie to nie przeżytek. To luksus. ●

NOWE TECHNOLOGIE

Halucynacje AI: przekonująco nieprawdziwe

SYLWIA WAMEJ
DZIENNIKARKA

Sztuczna inteligencja coraz częściej wspiera medycynę, ale potrafi też się mylić. Generowanie fałszywych informacji, które mogą wyglądać jak rzetelna wiedza medyczna, to w ochronie zdrowia ryzyko, którego nie wolno lekceważyć.

Dyskusja wokół sztucznej inteligencji narasta i rodzi fundamentalne pytania: czy jest ona realnym ułatwieniem, czy raczej nowym źródłem zagrożeń. AI może wspierać diagnostykę, ułatwiać podejmowanie decyzji klinicznych, pomagać w ochronie danych pacjentów oraz umożliwiać wdrażanie innowacyjnych rozwiązań w placówkach medycznych.

Niesie jednak również ryzyko błędów. Badania zespołu Vincenza Guastafierro z Instytutu Humanitas wskazują, że medyczna AI myli się w nawet ok. 70 proc. przypadków. Odnotowywano błędne rozpoznania raka skóry czy pomylenie typów nowotworów piersi. Chatboty bazujące na AI powoływały się także na nieistniejące źródła naukowe, co dodatkowo podważa wiarygodność tych narzędzi.

BRAK REJESTRU BŁĘDÓW

Małgorzata Wywrot, projekt menedżerka NIL IN, podkreśla, że w Polsce nie funkcjonuje rejestr zgłoszeń dotyczących błędów związanych z AI.

– Choć w Polsce zdarzają się błędy wynikające z użycia AI w medycynie, nie istnieje jeszcze systemowy rejestr takich przypadków. Wynika to z krótkiej obecności tych technologii w praktyce klinicznej oraz ich stopniowego wdrażania. Część lekarzy dopiero uczy się obowiązków informacyjnych wobec pacjentów, a w praktyce często pojawia się niechęć do ujawniania korzystania z AI – wskazuje Małgorzata Wywrot. Dodaje, że na obecnym etapie brakuje również usystematyzowanego zestawienia błędów, w których narzędzia AI odegrały istotną rolę.

– Rozwiązań AI w medycynie szybko przybywa, dlatego tak ważna jest pełna transparentność po stronie lekarzy i placówek. Pacjent powinien rozumieć, w jakim celu stosuje się dane narzędzie i w jaki sposób wspiera ono diagnostykę czy leczenie, ponieważ bezpośrednio wpływa to na jakość i bezpieczeństwo opieki.

Sztuczna inteligencja nie rozumie pacjenta – przewiduje kolejne słowa. Dlatego nie może zastąpić klinicznego doświadczenia ani odpowiedzialności lekarza

W obrazowaniu, takim jak rezonans magnetyczny czy mammografia, AI potrafi znacząco przyspieszyć analizę i poprawić jej efektywność – zaznacza.

Jak dodaje Kacper Raciborski, prezes Innovations Hub i specjalista ds. innowacyjnych technologii, sztuczna inteligencja najlepiej sprawdza się tam, gdzie procesy są powtarzalne, dobrze zdefiniowane, oparte na dużych zbiorach danych oraz tam, gdzie brakuje specjalistów.

– Dotyczy to w szczególności diagnostyki obrazowej, takiej jak radiologia, patomorfologia czy analiza badań histopatologicznych, gdzie AI może skutecznie wykrywać wzorce trudne do zauważenia dla ludzkiego oka – wyjaśnia. Jak dodaje, duży potencjał

istnieje także w obszarze analizy danych medycznych: interpretacji wyników badań laboratoryjnych, monitorowania parametrów pacjentów, triażu czy wczesnego wykrywania ryzyka powikłań. AI znajduje również zastosowanie w administracji ochrony zdrowia, automatyzując dokumentację medyczną, planowanie zasobów oraz wspierając procesy decyzyjne.

Zdaniem eksperta sztuczna inteligencja ma jednak wyraźne ograniczenia. – Jej możliwości kończą się tam, gdzie potrzebna jest całościowa ocena pacjenta, empatia, rozmowa i uwzględnienie kontekstu psychospołecznego. Klinicznego doświadczenia ani intuicji lekarza, budowanej latami praktyki nie da się w pełni przełożyć na algorytm. Dlatego w tych obszarach AI pozostanie raczej wsparciem niż zastępstwem dla lekarza – podkreśla Kacper Raciborski.

Jak dodaje Małgorzata Wywrot, sztuczna inteligencja ma duży potencjał dalszego rozwoju w ochronie zdrowia, jednak jej pełne wykorzystanie wymaga zapewnienia lekarzom odpowiedniego wsparcia systemowego.

– Wiele lekarzy zwraca uwagę na brak wiedzy dotyczącej bezpiecznego i odpowiedzialnego korzystania z AI oraz oceny jej wiarygodności. Dlatego tak istotny jest rozwój szkoleń podnoszących kompetencje cyfrowe, m.in. inicjatyw NIL IN, takich jak „Wtorki z innowacjami”. Duże znaczenie ma także wymiana doświadczeń

i korzystanie ze sprawdzonych modeli wdrożeń – wyjaśnia.

Choć sztuczna inteligencja wnosi do medycyny wiele korzyści zarówno dla lekarzy, jak i pacjentów, to jednak potrafi halucynować. Oznacza to, że modele AI, zwłaszcza te oparte na dużych modelach językowych, mają tendencję do generowania informacji niezgodnych z prawdą, które mimo to brzmią wiarygodnie. Dzieje się tak wtedy, gdy system zamiast przyznać, że czegoś nie wie, „dopowiada” sobie brakujące elementy, tworząc odpowiedzi pozornie logiczne, lecz pozbawione realnych podstaw.

Co więcej, najnowsza generacja AI – tzw. modele rozumujące – jest na halucynacje podatna bardziej, a nie mniej. Firmy odpowiadające za te modele zdają sobie z tego sprawę. Microsoft w wewnętrznych dokumentach cytowanych przez „The New York Times” przyznaje, że „systemy sztucznej inteligencji zostały zbudowane po to, aby być przekonujące, a nie prawdziwe”. OpenAI nazywa halucynacje „tendencją do wymyślenia faktów w chwilach niepewności”.

KRZEMOWE KONFABULACJE

– Halucynacje sztucznej inteligencji w medycynie to sytuacje, w których systemy AI generują odpowiedzi brzmiące wiarygodnie, lecz niezgodne z faktami. Mogą one dotyczyć diagnoz, interpretacji wyników badań, zaleceń terapeutycznych, a nawet powoływania się na nieistniejące publikacje naukowe czy wytyczne kliniczne. Problem polega na tym, że dla odbiorcy, czyli pacjenta, a czasem także personelu medycznego, takie informacje mogą wyglądać na poprawne, profesjonalne i oparte autorytetem technologii – wyjaśnia Kacper Raciborski.

Źródłem halucynacji jest sposób działania modeli językowych, które nie „rozumieją” medycyny, lecz przewidują kolejne słowa na podstawie danych treningowych. Gdy brakuje im wiedzy, aktualnych informacji lub jasnego kontekstu, mogą tworzyć odpowiedzi brzmiące wiarygodnie, lecz nieprawdziwe. Takie błędy bywają groźne, bo mogą opóźnić diagnozę, prowadzić do niewłaściwego leczenia lub zaniechania potrzebnej interwencji.

– Nie odnotowano przypadków, by decyzje lekarzy oparte wyłącznie na AI doprowadziły do tragedii, choć zdarzały się sytuacje, w których pacjenci, ufając niezweryfikowanym poradom AI, na przykład przedawkowali leki. To rzadkie, ale pokazuje ryzyko samodzielnego korzystania z takich narzędzi. Wciąż brakuje szero-kich badań opisujących skalę problemu. W wielu sytuacjach korzyści z AI mogą

jednak przeważać, jeśli pozostaje ona wsparciem, a nie zastępstwem decyzji klinicznych – zaznacza Kacper Raciborski.

ZAMIAST TERAPII

Sztuczna inteligencja weszła przebojem również do obszaru zdrowia psychicznego. Rosnąca popularność chatbotów AI jako narzędzi wsparcia psychicznego budzi coraz większy niepokój wśród specjalistów. Wśród potencjalnych zagrożeń wymieniają uzależnienie emocjonalne, nasilenie objawów lękowych, błędne autodiagnozy, a nawet wzmacnianie myśli urojeniowych oraz tendencji samobójczych.

– AI nie nadaje się do autodiagnozy ani autoterapii i nie zastąpi kontaktu twarzą w twarz ze specjalistą. Oczywiście każdy może korzystać z takich narzędzi w celach rozrywkowych czy informacyjnych, o ile ma świadomość ich ograniczeń – zauważa mgr Paulina Gatkowska, psycholog oraz certyfikowana psychoterapeutka Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej oraz superwizorka szkoleniowa Krakowskiego Centrum Psychodynamicznego. Jak podkreśla, współcześnie jednym z największych wyzwań dla ludzi są trudności w komunikacji i relacjach, a kontakt z AI nie jest w stanie zastąpić kontaktu z terapeutą.

– To właśnie nad tym najczęściej pracuje się w terapii. Kontakt ze sztuczną inteligencją nie jest w stanie tego zastąpić, bo trudno wyobrazić sobie realną pracę nad relacją czy komunikacją z czymś, co nie jest żywym człowiekiem – podkreśla, dodając, że problem może pojawić się wtedy, gdy pacjenci, zamiast szukać profesjonalnej pomocy, korzystają z narzędzi, które dają im złudne poczucie, że rozwiązali swoje trudności.

– To w gruncie rzeczy tylko zbieranie informacji, które bywają niepełne lub nie do końca prawdziwe. Zbyt częste sięganie po AI może dawać złudne poczucie, że problem już nie istnieje i że można poradzić sobie bez pomocy, przez co wiele osób trafia na terapię dopiero wtedy, gdy trudności się nasila – podkreśla specjalistka. Paulina Gatkowska zaznacza, że AI nie powinna służyć do oceny własnego zdrowia psychicznego ani do „samoleczenia”

– Szczególnie groźne może być to u osób z zaburzeniami psychicznymi. Nie powinny one korzystać ze sztucznej inteligencji w celu uzyskiwania informacji o swoim zdrowiu psychicznym czy sposobach leczenia. Niewskazane jest to również w przypadku niektórych zaburzeń osobowości, na przykład narcystycznej, ponieważ może to dodatkowo wzmacniać poczucie samowystarczalności i izolację od ludzi – podkreśla specjalistka.

DOKTOR CHATBOT

ChatGPT udziela odpowiedzi zdrowotnych 230 mln użytkowników tygodniowo, a OpenAI stworzyła właśnie dla tego celu odrębną „strefę medyczną”, czyli środowisko z dodatkowymi zabezpieczeniami, własną pamięcią i oddzielnym przetwarzaniem danych, w którym rozmowy o zdrowiu są izolowane od reszty aktywności.

ChatGPT Health pomaga upraszczać wyniki badań, przygotować pytania na wizytę, analizować dane z aplikacji wellness czy porządkować dokumentację. Nie pełni jednak roli diagnostycznej ani terapeutycznej; w takich przypadkach ma kierować użytkownika do lekarza.

Jak zauważa Kacper Raciborski, największym zagrożeniem jest nadmierne zaufanie do systemów AI zarówno ze strony pacjentów, jak i personelu medycznego.

– Traktowanie rekomendacji generowanych przez algorytmy jako obiektywnych i nieomylnych może prowadzić do błędnych decyzji klinicznych. Dodatkowym ryzykiem pozostaje ograniczona przejrzystość działania wielu modeli AI, które funkcjonują jako tzw. czarne skrzynki, utrudniając zrozumienie, dlaczego system zaproponował konkretną odpowiedź.

To jednak niejedyny niebezpieczeństwo. – Kolejnym zagrożeniem jest jakość danych: modele oparte na niepełnych czy stronniczych zbiorach mogą utrzymywać błędy i nierówności w systemie ochrony zdrowia. W dłuższej perspektywie można jednak oczekiwać, że specjalistyczne modele tworzone dla medycyny staną się bardziej transparentne i oparte na lepiej zweryfikowanych danych – podsumowuje Kacper Raciborski. ●

WYWIAD LEKAR(S)KI

System nie może się wywrócić

Konieczny jest ponadpartyjny i merytoryczny dialog o reformie systemu ochrony zdrowia i zwiększaniu gotowości na zdarzenia wielkoskalowe – przekonuje **prof. Robert Gałązkowski**, ekspert w dziedzinie zdrowia publicznego i ratownictwa medycznego, w rozmowie z Marią Kłosińską.

Pod koniec 2025 r. w wielu regionach kraju odwoływano lub przesuwano planowe operacje i procedury medyczne.

Jakie konsekwencje mają takie decyzje dla bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa?

Trzeba powiedzieć o dwóch aspektach. Po pierwsze, od wielu lat pod koniec roku zdarzają się podobne sytuacje: mówi się o braku środków i o zabiegach przenoszonych na kolejny rok. W 2025 r. bardzo mocno to wybrzmiało. Po drugie, żyjemy w rzeczywistości, w której nowe technologie w medycynie ratują życie i poprawiają jego jakość, ale są drogie. Mamy też starzejące się społeczeństwo i widzimy procesy demograficzne: mniej porodów i rozmowy o zamykaniu kolejnych oddziałów położniczo-ginekologicznych. To wszystko oznacza jedno – system potrzebuje dużych zasobów finansowych.

Pytanie, czy to ma być kolejne dokładanie do systemu środków, czy może przyszedł moment, by odrzucić politykę i merytorycznie odpowiedzieć sobie na pytanie, czy liczba szpitali w Polsce nie jest za duża.

Czy my ten dług zaczynamy spłacać, czy on ciągle rośnie?

Rośnie. Co ważne, kiedy wyjedziemy do krajów uznawanych za bogatsze, bywa, że tamtejszy system funkcjonuje gorzej niż w Polsce. Pojawiają się rozwiązania typu dyżury pod telefonem czy ograniczona liczba lekarzy specjalistów na miejscu. W Polsce takie zmiany wywołują natychmiastową, często polityczną, reakcję: „system jest niebezpieczny”. I mam z tym problem. Poważna dyskusja o ochronie zdrowia odbywa się w dużych emocjach, bywa wykorzystywana politycznie i rzadko ma wymiar głębokiej merytoryki.

A przecież szpital to nie jest zwykłe przedsiębiorstwo. Chodzi o ludzkie życie, o dobór najlepszych

terapii i leków – często drogich, które z jednej strony są postępem, a z drugiej – generują koszty.

Gdy mówimy o kosztach i zasobach: pacjent, który nie zdrowieje, przestaje pracować, przechodzi na długie zwolnienie, czasem na rentę. Czy system potrafi dziś patrzeć na bezpieczeństwo zdrowotne także w ekonomicznym sensie?

Amerykanie mówili o tym wprost, kiedy w latach 60. i 70. XX wieku budowali system ratownictwa medycznego: trzeba zainwestować duże pieniądze, żeby skuteczniej pomagać pacjentom w stanie zagrożenia życia i zdrowia. Dlaczego? Bo dobra, szybka pomoc oznacza krótszą absencję chorobową, krótszą rehabilitację i niższe koszty odszkodowań.

W 2025 r. Prezydium NRL apelowało do ministra zdrowia o dialog z samorządem, podkreślając nadrzędność bezpieczeństwa pacjentów. Trudno jednak mówić o zmniejszaniu długu zdrowotnego, skoro nie spłacamy go z nadwyżką. Czy Pana zdaniem okno czasowe na realne wzmocnienie bezpieczeństwa zdrowotnego państwa jeszcze istnieje, czy też zbliżamy się do momentu, w którym decyzje podejmowane pod presją kosztów będą miały trwałe konsekwencje?

Z apelem o nadrzędność bezpieczeństwa pacjentów nie sposób się nie zgodzić – to dogmat. System nie może się wywrócić, bo byłaby to klęska polityczna. Pieniądze zawsze się znajdują, żeby funkcjonował.

Żeby poważnie mówić o dodatkowych środkach, musimy poważnie mówić o reformie. Na poziomie mikro można usprawniać własny szpital czy jednostkę ratownictwa,

ale filary systemu zależą od decyzji politycznych. Nikt nie chce decydować o ograniczaniu liczby szpitali. A równocześnie mamy coraz większy problem z pacjentami geriatrycznymi i opieką długoterminową. Bywa, że tygodniami i miesiącami szuka się miejsca dla pacjenta wielochorobowego, którego rodzina nie jest w stanie objąć opieką. Czy zamykamy szpital, czy przekształcamy go w placówkę potrzebną populacji, na przykład w zakład opiekuńczo-leczniczy – to jest dziś realny dylemat. Szpital z obłożeniem 30-40 proc. się nie spina, a potrzeby opieki długoterminowej rosną. Uważam, że to jest moment na ponadpartyjny dialog, a nie doraźne wykorzystywanie sytuacji w ochronie zdrowia.

Jak Pan ocenia bezpieczeństwo systemowe w Polsce? Czy jesteśmy gotowi na poważny kryzys zdrowotny lub sytuację zagrożenia państwa?

Pandemia COVID-19 pokazała, że cały świat w początkowej fazie jest bezradny, a rozwiązania przychodzą dopiero z doświadczeniem. Kluczem jest zarządzanie: decyzje centralne, ale też zaangażowanie dyrektorów placówek i uczciwość we współpracy między szpitalami.

Dziś dochodzą zagrożenia, także te wynikające z sytuacji za wschodnią granicą. Najprościej jest korzystać z doświadczeń Ukrainy. Ale nie chodzi tylko o wojnę. Mieliśmy też realne zagrożenie o charakterze terrorystycznym, gdy – dzięki Bogu – nie doszło do wykoślenia pociągu z dużą liczbą pasażerów. Taki kryzys wykroczyłby poza przyjęte standardy i gotowość systemu.

Każda katastrofa masowa przez pierwsze dwie godziny rządzi się chaosem. Nikt nie jest w stanie od

► **Prof. Robert Gałgzkowski** jest kierownikiem Zakładu Ratownictwa Medycznego WUM. Jako wieloletni dyrektor Lotniczego Pogotowia Ratunkowego współtworzył system, który realnie zmienił bezpieczeństwo pacjentów w Polsce.

pierwszej minuty idealnie nią zarządzać, ale my musimy ćwiczyć: jak uruchamiać system ościennych województw, kto koordynuje działania, jak przesuwac pacjentów stabilnych kosztem przygotowania miejsc dla tych, którzy wymagają natychmiastowej interwencji. Ważne jest też hasło: „nie przenosimy katastrofy do szpitala” – nie można doprowadzić do sytuacji, w której wszyscy poszkodowani zostaną przewiezieni do jednego, najbliższego szpitala, bo to go paraliżuje.

Pandemia pokazała też zachowania pacjentów: masowe wykupywanie leków, odkładanie leczenia. Co pacjenci mogliby dziś robić, aby ich działania wzmacniały, a nie osłabiały, bezpieczeństwo systemu?

Odwrociłbym pytanie: co państwo powinno zrobić dla pacjenta, żeby postępował prawidłowo. Opór wobec ćwiczeń kryzysowych pokazuje niski poziom świadomości ryzyka. Potrzebujemy kampanii informacyjnych i edukacji o tym, jak zachowywać się w różnych stanach zagrożenia: zdrowotnych, chemicznych, militarnych. Wykupywanie leków na wiele miesięcy z perspektywy jednostki bywa zrozumiałe, ale z perspektywy państwa i wspólnoty jest nieodpowiedzialne. Tę różnicę trzeba wyjaśniać i przekładać na praktykę: przez POZ, przychodnie i szpitale, ale także przez edukację od najmłodszych lat.

A jakie zadania stoją po stronie lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia?

Żyjemy w czasie przeciążenia: wielu pacjentów, mało czasu, wypalenie, stany depresyjne. Czy mamy rezerwy, by dokładać kolejne obowiązki? Oczywiście, warto szerzyć edukację, ale najlepiej, gdy wynika z postawy, a nie z nakazu. Do tego dochodzi narastająca agresja wobec personelu medycznego. Doświadczenia te budują dystans i utrudniają relacje oparte na zaufaniu i szacunku.

Jaka jest w tym rola samorządu lekarskiego? W OIL w Warszawie prowadzone są szkolenia przygotowujące lekarzy na sytuacje kryzysowe.

Samorząd powinien wspierać swoich członków, identyfikować zagrożenia i szukać narzędzi. Doceniam, że warszawska OIL wzięła współodpowiedzialność za przygotowanie środowiska.



foto: A. Boguski

Rolą samorządu jest też rozmowa z ministerstwem o środkach na szkolenia specjalistyczne, które przygotowują do właściwych zachowań, postaw i umiejętności w sytuacjach ponadprzeciętnych.

Przez lata była większa tendencja do holistycznego przygotowania lekarza, potem wyparły to wąskotorowe specjalizacje. W strategiach NATO przewiduje się dla personelu SOR i przedszpitalnego ratownictwa medycznego kurs Damage Control Resuscitation a dla zespołów chirurgicznych, również rozumianych jako zabiegowców z innych dziedzin, kurs Damage Control Surgery. To oznacza m.in. umiejętność resuscytacji, odbarczania odmy, zaopatrywania ran postrzałowych czy tamowania ciężkich krwotoków, a także taktyki zachowania się warunkach niebezpiecznych.

W środowisku pojawiają się też wątki wojskowych struktur medycznych i programów szkoleniowych.

W siłach zbrojnych istnieją jednostki wojskowej służby zdrowia, ale rozwijają się też inicjatywy łączące środowisko cywilne z siłami zbrojnymi. Przykładem jest uruchomiony przez MON program Legion Medyczny, czyli platforma współpracy i szkoleń dla medyków. Rozumiem obawy środowiska wynikające z doświadczeń pandemii, ale nie możemy zaklinać rzeczywistości: szkolenia przygotowujące do działania w warunkach nadzwyczajnych powinny stać się powszechne.

W Ministerstwie Zdrowia rozmawiamy o modelu, w którym Wojskowy Instytut Medyczny ma

przygotować „czapę” ośrodka szkoleniowego, a w kraju działałoby osiem ośrodków regionalnych. Szkoleni byłiby instruktorzy, którzy później przekazywaliby wiedzę dalej. Ważne są też centra symulacji medycznych oraz element „poligonowy”, żeby poczuć różnicę warunków i realne ryzyka.

Wielu lekarzy czytających „Gazetę Lekarską” nie pracuje w ratownictwie ani w medycynie stanów nagłych. Jakie umiejętności są najbardziej uniwersalne?

Kluczowa jest wysokiej jakości resuscytacja krążeniowo-oddechowa: właściwe uciski klatki piersiowej i skuteczna wentylacja. Drugi filar to tamowanie masywnych krwotoków. Do tego dochodzą podstawy postępowania w oparzeniach, ewakuacja z miejsca zagrożenia oraz elementy medycyny taktycznej. Chciałbym, aby powstał system szkolenia obejmujący szeroko personel medyczny, również na poziomie podyplomowym, bo to jest wyzwanie dzisiejszych czasów.

Nie możemy być pewni spokoju i tego, że nic się nie wydarzy. Jeśli chcemy żyć w przekonaniu, że będzie pokój, szukajmy się na to, aby gdy go zabraknie, umieć się w tym odnaleźć z myślą o własnym bezpieczeństwie i bezpieczeństwie pacjentów. •



◀ Cała rozmowa do obejrzenia w serwisie YouTube

NIL NA SZYBKO

Zanim do nas dotrze, że to bez sensu

Ministerstwo Zdrowia podejmuje chaotyczne działania mające na celu ograniczenie zarobków lekarzy. Za wszelką cenę chce udowodnić, że dziura w NFZ powstała przez nas.

JAKUB KOSIKOWSKI
RZECZNIK NACZELNEJ IZBY
LEKARSKIEJ



Po burzy wychodzi słońce, ale kolejne ciemne chmury już na horyzoncie. Dogasa coroczna awantura o brak środków w NFZ, nasze pensje przynajmniej na jakiś czas przestały być tematem numer jeden w mediach. Pewnie nie na długo, bo pomimo nowego roku i nowego budżetu sytuacja płatnika jest zła. Do tego stopnia, że nie wszystkie szpitale wznowiły w styczniu planowane przyjęcia. Spodziewajmy się, że niebawem sprawa powróci i znowu będziemy winni wszelkich problemów polskiej ochrony zdrowia.

Ministerstwo Zdrowia zaproponowało, że będzie zbierać dane o naszych zarobkach w NFZ. Przyznam szczerze, jestem w głębokim szoku, że w XXI wieku, w dobie elektronicznego PIT-u, KSeF, e-recept i e-skierowań, nie wiemy, w jakich podmiotach pracujemy i na podstawie NIP-u i PWZ nie mogą sprawdzić, kto, ile i za co zarabia. A zatem panujące nam MZ wymyśliło, że będzie zbierać informacje o zarobkach na podstawie PESEL. Na to nie ma naszej zgody. Wszystkie dane są w systemie, po co do jawnego NIP i PWZ dodawać niepubliczny PESEL, dodawać dodatkową sprawozdawczość (bo jestem przekonany, że spadnie ona

ostatecznie na lekarzy) i ryzykować wyciek danych wrażliwych? Nikt tego nie wie i chyba nawet samo MZ też nie. Po prostu „coś trzeba zrobić, bo lekarze za dużo zarabiają, a teraz szybko, zanim dotrze do nas, że to bez sensu”.

Trwa bój o wyhamowanie waloryzacji pensji stażystów, rezydentów i specjalistów na umowach o pracę. Obecna propozycja ministerstwa to w ramach oszczędności 5 mld na podwyżki dla pielęgniarek – zrównanie ich pensji z rezydentami oraz przesunięcie podwyżek na 1 stycznia 2027, zamiast 1 lipca 2026. Skoro to coroczna waloryzacja pensji, to, by utrzymać jej siłę nabywczą, hamowanie jest po prostu obniżką pensji. Później będziemy oglądać teatralne sceny: „Ale jak to, dlaczego lekarze przechodzą na kontrakty i nie chcą etatów?”. No tak to – jak sobie pościelesz, tak się wyśpisz.

A co do tego, co się wydarzyło w samej Naczelnej – o wspólnym posiedzeniu z samorządem fizjoterapeutów czy wizytą Lewicy z propozycją reformy – przeczytacie na naszej stronie internetowej. Niestety, za dużo się działo, by to tu pomieścić. •

O TYM SIĘ MÓWI

Wspólny głos

Podczas konferencji zorganizowanej przez Naczelną Izbę Lekarską i Krajową Izbę Fizjoterapeutów eksperci poświęcili swoje prelekcje kluczowym zagadnieniom interdyscyplinarnej współpracy w leczeniu pacjentów. Spotkanie zakończył panel dyskusyjny z udziałem prof. Agnieszki Stępień, prof. dr. hab. n. med. Małgorzaty Kulesy-Mrowieckiej, dr. hab. n. med. Bartłomieja Burzyńskiego oraz dr. Michała Gontkiewicza. Dyskusję poprowadził prezes Naczelnej Rady Lekarskiej dr n. med. Łukasz Jankowski.

NIL w walce z cyberprzemocą

Hejt i nienawiść w przestrzeni cyfrowej coraz częściej przestają być jedynie słowami. Uderzają w zdrowie psychiczne, destabilizują życie zawodowe i prywatne, a w skrajnych przypadkach prowadzą do realnych zagrożeń dla bezpieczeństwa osób, wobec których są kierowane. Szczególnie narażeni są przedstawiciele zawodów zaufania publicznego – w tym lekarze – których praca odbywa się w warunkach dużego napięcia społecznego i emocjonalnego. Z inicjatywy prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych Marioli Łodzińskiej odbyło się spotkanie przedstawicieli zawodów zaufania publicznego z wiceministrem cyfryzacji Dariuszem Standerskim oraz ekspertkami NASK poświęcone skali zjawiska hejtu, dezinformacji i cyberprzemocy. W wydarzeniu uczestniczył także sekretarz Naczelnej Rady Lekarskiej Grzegorz Wrona. Celem rozmów było wypracowanie skutecznych procedur zgłaszania oraz reagowania na treści publikowane w internecie, które podważają autorytet, naruszają dobre imię i bezpieczeństwo osób wykonujących zawody zaufania publicznego.

Nowa sesja edukacyjna

COBIK NIL uruchomił nowy cykl szkoleń przygotowany z myślą o realnych wyzwaniach współczesnej praktyki lekarskiej – klinicznych,

prawnych, organizacyjnych i psychologicznych. Program sesji odpowiada na potrzeby lekarzy pracujących zarówno w POZ, AOS, szpitalach, jak i w prywatnych gabinetach oraz placówkach stomatologicznych. W ramach sesji odbędą się kilkadziesiąt szkoleń i warsztatów obejmujących m.in. medycynę kliniczną i diagnostykę, stomatologię i technologie medyczne, prawo, zarządzanie i bezpieczeństwo, kompetencje miękkie, wellbeing i pracę zespołową.

NRL z senatorem Koniecznym

Jednym z ważnych punktów posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej, które odbyło się 19 grudnia 2025 r., było wystąpienie senatora Wojciecha Koniecznego dotyczące projektu reformy finansowania systemu ochrony zdrowia. W dyskusji członkowie NRL akcentowali potrzebę wynagradzania świadczeniodawców za realnie wykonane usługi oraz określania zakresu świadczeń w oparciu o rzeczywiste potrzeby zdrowotne pacjentów. Wskazywano również na konieczność ograniczenia centralizacji systemu oraz wzmocnienia elementów konkurencyjności przy jednoczesnym zachowaniu stabilnych zasad finansowania.

Dyskusja o praktyce pielęgniarek

Naczelna Rada Lekarska i Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych odbyły wspólne posiedzenie, aby omówić przyszłość opieki medycznej w Polsce. Spotkanie prezydium obu Rad poświęcone było m.in. trwającym pracom nad wprowadzeniem zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej (advanced nursing practice – APN). W obliczu rosnących potrzeb zdrowotnych starzejącego się społeczeństwa i wyzwani kadrowych stworzenie dodatkowej ścieżki rozwoju dla pielęgniarek w postaci APN może być istotnym elementem budowy nowoczesnego i efektywnego systemu ochrony zdrowia. Dyskusja koncentrowała się wokół założenia APN, które w Polsce formalizują się w wyniku zarządzenia ministra zdrowia z 1 kwietnia 2025 r. powołującego zespół ds. określenia obszarów zaawansowanej praktyki pielęgniarek.

Prezydium NRL i KRF

W siedzibie NIL odbyło się wspólne posiedzenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Prezydium Krajowej Rady Fizjoterapeutów. Spotkanie miało na celu m.in. zacieśnienie współpracy między samorządami zawodów medycznych. „Brakuje nas wspólnie w wielu obszarach systemu ochrony zdrowia – zarówno w oddziałach szpitalnych, jak i w procesach decyzyjnych. Dlatego tak ważne jest, abyśmy się poznali i wypracowali konkretne, dziedzinowe punkty, w których będziemy działać razem” – podkreślił prezes NRL Łukasz Jankowski. „Bardzo dziękuję za otwartość – gdyby jej nie było, nie byłoby dzisiejszego spotkania. Wierzę, że to początek realnej współpracy, opartej na wzajemnym zrozumieniu i wspólnych celach” – powiedziała podczas otwarcia obrad dr hab. Agnieszka Stępień, prezes KRF. W trakcie obrad poruszono m.in. kwestie dotyczące organizacji świadczeń zdrowotnych, roli i odpowiedzialności zawodowej lekarzy oraz fizjoterapeutów, a także możliwych obszarów wspólnych działań na rzecz poprawy jakości opieki nad pacjentami.

MÓWIĄ O NAS

Edukacja zdrowotna

W rozmowie z portalem PolitykaZdrowotna.pl prezes NRL dr Łukasz Jankowski komentował kwestie wprowadzenia do programu nauczania edukacji zdrowotnej. „Moim zdaniem należałoby powołać odpolitycznione gremium, które jeszcze raz przejrzy cały program edukacji zdrowotnej. Warto zamienić treści, które do tej pory budziły emocje, na treści stricte merytoryczne i medyczne – na przykład dotyczące transplantologii. W programie edukacji zdrowotnej brakuje dziś wiedzy o idei dawstwa narządów i o transplantacji. Można byłoby rozszerzyć program właśnie

o tę część, a jednocześnie wyłączyć prokreację, czyli wiedzę o życiu w rodzinie, traktując ją jako zupełnie osobny przedmiot. Jeżeli ta sfera budzi tak skrajne emocje, również polityczne, to na chwilę odejdźmy od rozmowy o niej. Skupmy się w ramach edukacji zdrowotnej na zdrowiu psychicznym, zdrowiu fizycznym, diecie, ruchu – czyli na tym, jak być rzeczywiście zdrowym. Zdrowie prokreacyjne może po prostu znaleźć swoje miejsce poza tym przedmiotem”.

Atak na lekarkę

Wiceprezes NRL Klaudiusz Komor na antenie Polsat News odniósł się do sprawy brutalnego ataku na lekarkę w Częstochowie. Przedstawił pomysły na wzmocnienie bezpieczeństwa medyków. – Była to osoba, która już w przeszłości zaatakowała lekarza. Bezwzględnie powinna być do takiego badania doprowadzona w asyście odpowiednich służb mundurowych. (...) Powinien być rejestr takich agresywnych pacjentów i wtedy lekarz, który ewentualnie ma takiego pacjenta zbadać, od razu wiedziałby, że musi zachować specjalną ostrożność – mówił wiceszef NIL.

Ile znaczy profilaktyka

Na łamach portalu Business Insider wiceprezes NRL Paweł Barucha mówił o znaczeniu profilaktyki stomatologicznej dla zdrowia społecznego w kontekście powołanej Koalicji na rzecz Zdrowia Jamy Ustnej. – Profilaktyka stomatologiczna to najbardziej opłacalna inwestycja w zdrowie publiczne. Każda złotówka wydana na edukację i wczesne działania zapobiegawcze oszczędza systemowi wielokrotność tej kwoty w przyszłości, ale przede wszystkim chroni pacjentów przed bólem i chorobami, których można uniknąć. Koalicja pokazuje, że kiedy łączymy siły, profilaktyka wreszcie może stać się realnym standardem, a nie tylko hasłem – zaznaczył przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL. ●

SAMORZĄD LEKARSKI

Niezależność ograniczona gorsetem

O tym, jak ważną, choć mało docenianą rolę pełnią komisje rewizyjne, mówi **Paweł Sobieski**, przewodniczący Naczelnej Komisji Rewizyjnej Naczelnej Izby Lekarskiej, a wcześniej przez dwie kadencje prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Płocku, w rozmowie z Mariuszem Tomczakiem.

Czym zajmuje się Naczelna Komisja Rewizyjna?

Pilnujemy pieniędzy wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów. Pilnujemy nie tylko tego, by nie poginęły, ale również tego, by zostały wydane w gospodarny sposób. To tak w największym skrócie.

A bardziej opisowo?

Komisja ma dwa kluczowe zadania. Po pierwsze, kontroluje działalność finansową i gospodarczą Naczelnej Izby Lekarskiej, a zatem zgodność z uchwałami Krajowego Zjazdu Lekarzy, zasadami opisanymi w uchwałach podejmowanych przez Naczelną Radę Lekarską i regulaminach wewnętrznych, a także ustawą o izbach lekarskich i ustawą o rachunkowości. Drugim ważnym obszarem jest nadzór nad okręgowymi komisjami rewizyjnymi.

Czym jeszcze zajmuje się NKR?

Opiniujemy działania podejmowane przez organy NIL. Na mocy ustawy o izbach lekarskich corocznie przedstawiamy NRL opinię dotyczącą sprawozdania z wykonania budżetu izby. Przypomnę, że zgodnie z decyzją podjętą na ostatnim zjeździe do NIL trafia 10 proc. składki członkowskiej pochodzącej od każdego lekarza i lekarza dentysty, i to bezpośrednio znajduje się pod naszą jurysdykcją, a 90 proc. do izb okręgowych, czego pilnują OKR.

W tej kadencji wydaliśmy m.in. opinię dotyczącą odpisu przekazanego do NIL. Po zmniejszeniu w 2022 r. jest on w naszej ocenie za niski do prawidłowego funkcjonowania izby.

Jak wybierani są członkowie komisji?

Powołują ich delegaci z całej Polski w czasie Krajowego Zjazdu Lekarzy. W tym miejscu chcę podkreślić, że NKR jest organem niezależnym, tak jak NRL, Naczelny Sąd Lekarski czy Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej. Jako członkowie komisji nie jesteśmy niczymi podwładnymi. Odpowiadamy tylko przed zjazdem.

Dla części lekarzy może być zaskoczeniem, że choć NKR jest organem niezależnym w swoich działaniach, sposób wykonywania jej zadań obwarowany jest wieloma ograniczeniami wynikającymi nie tylko z ustawy o izbach lekarskich. Czy to zatem duża swoboda ujęta w sztywny gorset regulacji?

Można tak powiedzieć. Można tak powiedzieć. Mamy dość szeroki, ale jasno zakreślony obszar działania. Przewodniczący NKR może w każdej chwili wejść do dowolnego miejsca w siedzibie NIL w Warszawie i poprosić o wyjaśnienia w ramach prowadzonej kontroli. Może też podjąć ją z własnej inicjatywy, jeśli wymaga tego sytuacji. Zasadniczo jednak powołujemy trzyosobowe zespoły do kontroli w danym obszarze.

Choć na mocy ustawy o izbach NKR jest ważnym organem w strukturze NIL, to pozostaje raczej w cieniu.

To prawda. Komisja jest organem o dużej władzy, ale na początku kadencji zwykle mało docenianym, co zmienia się, gdy zbliżają

się nowe wybory, ponieważ przedstawia zjazdowi sprawozdanie z działalności kontrolnej. Przedkłada też opinię dotyczącą sprawozdań NRL z wykonania budżetu i na tej podstawie składa wnioski w sprawie udzielenia absolutorium Radzie.

Ale to dobrze, że komisja nie znajduje się na pierwszym planie. Skoro pozostaje w cieniu, to znaczy, że nic złego się nie dzieje i nie dochodzi do nieprawidłowości. NKR ma pracować w ciszy i spokoju, więc nie musimy rzucać się w oczy. Jednak w tej kadencji byliśmy chyba bardziej widoczni niż w przeszłości.

Dlaczego?

Ponieważ zaczęliśmy od kontroli szeroko pojętego zarządu NIL, w tym pełnomocnictw udzielonych niektórym osobom funkcyjnym. Uznaliśmy, że dają one zbyt szerokie uprawnienia i, przynajmniej w naszej ocenie, są niezgodne z regulaminem Rady. Po pewnym czasie te pełnomocnictwa zostały wycofane.

Przy czym chcę podkreślić, że nie dopatrzyliśmy się nieprawidłowości finansowych, tylko protestowaliśmy przed brakiem dostatecznej kontroli. Taka jest właśnie nasza rola. Poza tym w tej kadencji było sporo dużych wydatków, np. zakup dodatkowej powierzchni użytkowej przy ul. Sobieskiego w Warszawie na potrzeby działalności NIL. Wciąż trwa remont nowo zakupionych

pomieszczeń, czemu oczywiście też się przyglądamy.

A zatem komisja działa w myśl doskonale znanej lekarzom zasady, że lepiej zapobiegać, niż leczyć.

Komisje rewizyjne, naczelna i okręgowe, to system wczesnego ostrzegania, który pomaga innym organom samorządu, choć zdają sobie sprawę, że część działaczy myśli zupełnie inaczej. Potrzebna jest znacznie większa świadomość, że NKR i OKR mają do odegrania ważną rolę, ponieważ mogą zidentyfikować potencjalne i faktyczne nieprawidłowości, a to zmniejsza ryzyko wystąpienia poważnych kłopotów w przyszłości.

Podjęcie fatalnej decyzji czasami może skutkować sporem sądowym, co w przyszłości będzie wiązać się z poważnymi skutkami finansowymi. Prezesom, którzy skarżą się, że komisje im przeszkadzają, powtarzam, że są w błędzie. W rzeczywistości one im pomagają.

Jak w praktyce wygląda praca NKR?

Na początku kadencji spośród członków dokonuje się wyboru przewodniczącego i zastępców, z których co najmniej jeden musi być lekarzem dentystą.

Obecnie pracujemy w 11-osobowym składzie, bo w 2024 r. zmarł dr Bogdan Kula z Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej. W pełnym składzie zbieramy się na dwudniowych posiedzeniach i dokonujemy kompleksowej kontroli, np. w każdym kwartale sprawdzamy sprawozdania finansowe NIL. W węższym gronie, jak już mówiłem, kontrolujemy też wybrane obszary działalności izby.

Za każdym razem m.in. dokładnie sprawdzamy faktury, przelewy i inne dokumenty otrzymywane z księgowości. Wysłuchujemy też wyjaśnień pracowników, dlaczego podjęto konkretne działania i na jakiej podstawie. Staramy się, by przynajmniej jeden przedstawiciel komisji – przede wszystkim ja, ale często też moi zastępcy – był obecny na każdym spotkaniu Naczelnej Rady i Prezydium. Dzięki temu na bieżąco przyglądamy się ich działaniom. Na bieżąco kontrolujemy pod względem finansowym działalność NROZ, NSL i komisji działających w strukturze NIL. Poza tym wizytujemy okręgowe komisje rewizyjne.

Na czym polega nadzór nad działalnością komisji okręgowych?

„Okręgowki” są niezależne od NIL i jest to niezależność szeroko rozumiana, ale w świetle ustawy o izbach NKR ma



foto: Mariusz Tomczak

prawo do nadzoru nad okręgowymi komisjami rewizyjnymi. Mówiąc w największym skrócie – nie kontrolujemy finansów tych izb, ale sprawdzamy, czy komisja kontroluje izbę. I w tym celu prosimy o różne dokumenty, np. listy obecności, protokoły ze spotkań czy wnioski pokontrolne. Sprawdzamy, co robią i czy robią to właściwie.

Poza tym mamy uprawnienia do koordynowania prac komisji okręgowych, np. wskazywania uniwersalnych zasad. I staramy się to robić. W tej kadencji uczulaliśmy członków OKR, by zweryfikowały swoje regulaminy pod kątem zgodności z regulaminami NRL i własnej OIL. To ważne, bo wszystkie okręgowe rady i okręgowe komisje rewizyjne posiadają własne, różniące się od siebie regulaminy.

Co jest największym wyzwaniem w Państwa pracy?

Największy problem mamy z oceną wysokości niektórych wydatków. Wydatków, a nie potrzeb – podkreślę. Zdarza się, że jest podjęta uchwała NRL, wszystkie faktury się zgadzają, są niezbędne podpisy i żadnych wątpliwości nie budzi celowość, a kwota już trochę tak. I stąd czasami wynika rozbieżność zdań między nami a Radą co do tego, czy na dany cel trzeba było wydać konkretną kwotę.

Dla biegłego rewidenta taka sytuacja jest w porządku, ale my

◀ *Naczelna Komisja Rewizyjna jest organem niezależnym, nie jesteśmy niczymi podwładnymi – podkreśla Paweł Sobieski, jej przewodniczący*

możemy to zakwestionować, co zresztą czasami robimy. Z jednej strony nasze uprawnienia są większe niż biegłych rewidentów, a z drugiej – mamy od nich mniejszą wiedzę.

W maju odbędzie się XVII Krajowy Zjazd Lekarzy. NKR przedstawi wówczas opinię dotyczącą sprawozdań NRL z wykonania budżetu w bieżącej kadencji i na tej podstawie złoży wniosek w sprawie udzielenia jej absolutorium.

Czy taki dokument już powstaje? Pracujemy nad nim. W kwietniu planujemy odbyć specjalne posiedzenie, na którym mamy zamiar zatwierdzić takie sprawozdanie. Wielu osobom wydaje się to czystą formalnością, ale w historii samorządu zdarzało się, że dokumenty przygotowane przez NKR czasami wywoływały wielkie emocje. Na przykład w 2010 r., pod koniec kadencji prezesa Konstantego Radziwiłła, ówczesna NKR zgłosiła wniosek o nieudzielenie absolutorium ustępującej Radzie. Mimo że zjazd ostatecznie to zrobił, przez kilka godzin trwała burzliwa dyskusja wśród delegatów na sali. Wiele osób to pamięta.

Pieniądze zawsze budzą emocje...

Czasami nawet bardzo duże i dlatego komisje rewizyjne są niezbędne. W izbach – naczelnej i okręgowych – są spore środki finansowe, a więc musi być nad nimi duża kontrola. Już sam fakt, że istnieje niezależne ciało kontrolujące wydatki, studzi zapał do wydawania pieniędzy w sposób mało rozsądny lub niezgodny z regulaminami. Za mojej działalności w samorządzie – a w zawodzie lekarza pracuję już 36 lat – zdarzały się pewne uchybienia i nawet doszło na tym tle do dymisji. Na szczęście to dawna przeszłość, ale warto o tym pamiętać.

Gdzie urzęduje komisja?

W tej kadencji pierwszy raz w historii mamy swoją oddzielną siedzibę – oddzielny pokój – w biurze

NIL w Warszawie, gdzie znajduje się m.in. nasze archiwum. Jest to niezwykle przydatne, bo czasami trzeba sprawdzić, np. co wydarzyło się trzy kadencje temu. Do pomocy mamy częściowo oddelegowanego pracownika, który od kilku kadencji wspiera działalność NKR. Jest to bardzo potrzebne do zachowania ciągłości działania, bo w każdej kadencji część członków komisji jest nowa. W tej chwili z poprzedniego składu pochodzą tylko dwie osoby – dr Jolanta Orłowska-Heitzman, która była przewodniczącą w minionej kadencji, i ja.

Dlaczego zdecydował się Pan kandydować do NKR na ostatnim zjeździe?

W poprzedniej kadencji byłem wiceprzewodniczącym NKR, a wcześniej przez jedną kadencję pełniłem funkcję sekretarza Komisji Finansowo-Budżetowej NRL, gdy kierował nią dr Wojciech Marquardt ze Śląskiej Izby Lekarskiej – zawodowiec od finansów, były skarbnik NRL. W swojej izbie, plockiej, przez dwie kadencje byłem przewodniczącym OKR. Skończyłem też studia podyplomowe z ekonomiki zdrowia. Zaangażowanie w prace komisji rewizyjnej to bardzo ciekawa działalność, chociaż zupełnie różni się od tego, czym zajmuję się na co dzień jako chirurg.

Co powinno być priorytetem dla komisji, naczelnej i okręgowych, w kolejnych latach?

Potrzebna jest znacznie większa współpraca. Dobrym przykładem jest szkolenie dla członków komisji rewizyjnych z całego kraju, które odbyło się w siedzibie NIL kilkanaście miesięcy temu. To było bardzo potrzebne spotkanie, bo przecież jesteśmy lekarzami i zawodowo nie zajmujemy się kontrolą czy finansami. Ponadto trzeba zwiększyć świadomość wśród członków OKR, że są niezależni, mają dużą władzę i powinni z tego aktywnie korzystać, czyli skrupulatnie kontrolować stan finansów w swoich izbach.

Konieczny jest też wzrost świadomości wśród działaczy zarządzających izbami, że im pomagają, a nie przeszkadzają. Dobrze by było, gdyby na zbliżającym się zjeździe krajowym i na zjazdach okręgowych zgłosiło się więcej chętnych do pracy w NKR i OKR. Leży to w naszym wspólnym interesie. ●

UCHWAŁA NR 38/25/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z 19 GRUDNIA 2025 R.

w sprawie przyjęcia wzorów odznaczenia „Amicus Medicorum”

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w związku z art. 5 pkt 14 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r.

o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342) oraz uchwały Nr 23/25/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 lipca 2025 roku w sprawie ustanowienia odznaczenia „Amicus Medicorum” i ustalenia regulaminu jego przyznawania, uchwala się co następuje:

§ 1.

Przyjmuje się wzór medalu „Amicus Medicorum”, stanowiący załącznik nr 1 do niniejszej uchwały – awers i rewers.

Przyjmuje się wzór przypinki odznaczenia „Amicus Medicorum”, stanowiący załącznik nr 2 do niniejszej uchwały – awers.

§ 2.

Prezes NRL bądź osoba przez niego upoważniona, dokonuje wręczenia odznaczonemu medalu, przypinki oraz dyplomu potwierdzającego nadanie odznaczenia.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

UCHWAŁA NR 39/25/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z 19 GRUDNIA 2025 R.

w sprawie wydawania Gazety Lekarskiej w roku 2026

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 17-18 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342) w związku z uchwałą Nr 15 XV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 maja 2022 r. w sprawie formy numeratu uchwala się, co następuje:

§ 1.

W roku 2026 zostanie wydanych 10 numerów Gazety Lekarskiej. Harmonogram wydań ustali Kolegium Redakcyjne Gazety Lekarskiej.

§ 2.

W roku 2026 Gazeta Lekarska i Biuletyn Naczelnej Izby Lekarskiej będą wydawane w formie elektronicznej i hybrydowej, w następujący sposób:

wszyscy członkowie samorządu lekarskiego będą otrzymywać papierową wersję czterech wydań specjalnych Gazety Lekarskiej, tj. 3/2026, 6/2026, 10/2026 oraz 12/2026-1/2027; pozostałe sześć wydań Gazety Lekarskiej, tj. 2/2026, 4/2026, 5/2026, 7-8/2026, 9/2026 oraz 11/2026 będzie ukazywać się w formie hybrydowej, a mianowicie:

członkowie samorządu lekarskiego, którzy ukończyli 70. rok życia, lub którzy zadeklarowali chęć otrzymywania wyłącznie wersji papierowej będą otrzymywać papierową wersję Gazety Lekarskiej, pozostali członkowie samorządu lekarskiego będą otrzymywać elektroniczną wersję Gazety Lekarskiej.

§ 3.

Członek samorządu lekarskiego, który zgodnie z § 2 pkt 2 lit. a otrzymuje wersję papierową Gazety Lekarskiej może zrezygnować z papierowej wersji na rzecz wersji elektronicznej. Oświadczenie o rezygnacji z wersji papierowej odnosi skutek od następnego wydania Gazety Lekarskiej po otrzymaniu oświadczenia przez Naczelną Izbę Lekarską.

Członek samorządu lekarskiego, który zgodnie z § 2 pkt 2 lit. b otrzymuje wersję elektroniczną Gazety Lekarskiej, może zrezygnować z elektronicznej wersji Gazety Lekarskiej na rzecz wersji papierowej. Oświadczenie o rezygnacji z wersji elektronicznej odnosi skutek od następnego wydania Gazety Lekarskiej po otrzymaniu oświadczenia przez Naczelną Izbę Lekarską.

Na wniosek członka samorządu lekarskiego może on otrzymywać zarówno papierową jak i elektroniczną wersję Gazety Lekarskiej.

Wnioski i oświadczenia, o których mowa w ust. 1-3 powyżej, składa się za pomocą formularza elektronicznego udostępnionego przez Naczelną Izbę Lekarską.

Wnioski i oświadczenia, o których mowa w ust. 1-3 powyżej, złożone w latach poprzednich zachowują moc. Wszystkie wydania Gazety Lekarskiej z roku 2026 zostaną udostępnione w postaci elektronicznej na stronie www.gazetalekarska.pl

§ 4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

PAWEŁ DOCZEKALSKI
REDAKTOR NACZELNY

**UCHWAŁA NR 40/25/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 19 GRUDNIA 2025 R.**

w sprawie wyboru drukarni do druku „Gazety Lekarskiej” w 2026 roku

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 18 oraz 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) Naczelna Rada Lekarska uchwala, co następuje:

§ 1.

Dokonyje się wyboru firmy Eurodruk-Poznań sp. z o.o. do druku „Gazety Lekarskiej” w 2026 roku.

§ 2.

Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – Łukasza Jankowskiego i Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej – Grzegorza Mazura do zawarcia umowy z firmą, o której mowa w § 1.

§ 3.

Nadzór nad realizacją uchwały powierza się Wiceprezesowi Naczelnej Rady Lekarskiej - Klaudiuszowi Komorowi.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 41/25/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 19 GRUDNIA 2025 R.**

w sprawie wyboru firmy do foliowania, insertowania, adresowania i kolportażu „Gazety Lekarskiej” w 2026 roku

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.

Dokonać wyboru firmy Poczta Polska S.A. do foliowania, insertowania, adresowania i kolportażu „Gazety Lekarskiej” w 2026 roku.

§ 2.

Upoważnić Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasza Jankowskiego i Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej Grzegorza Mazura do zawarcia umowy z firmą, o której mowa w § 1.

§ 3.

Nadzór nad realizacją uchwały powierza się Wiceprezesowi Naczelnej Rady Lekarskiej – Klaudiuszowi Komorowi.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 42/25/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 19 GRUDNIA 2025 R.**

w sprawie przeznaczenia środków finansowych na wykonanie prac remontowych polegających na wykonaniu i uruchomieniu centrali wentylacyjnej w nieruchomości, położonej w Warszawie przy ul. Jana III Sobieskiego 110 lok. 1U

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.

Wyraża się zgodę na przeznaczenie środków finansowych w kwocie do 360.000,00 zł brutto (słownie: trzysetu sześćdziesięciu tysięcy złotych) na wykonanie w remontowanej nieruchomości, położonej w Warszawie przy ul. Jana III Sobieskiego 110 lok. 1U, prac polegających na wykonaniu i uruchomieniu centrali wentylacyjnej.

§ 2.

Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasza Jankowskiego oraz Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej Grzegorza Mazura do zawarcia z wykonawcą – firmą AJ PRO-FIBUD sp. z o.o., NIP 8133643267, aneksu do umowy na wykonanie remontu zakupionej nieruchomości położonej przy ul. Jana III Sobieskiego 110 lok. 1U obejmującego realizację zadania, o którym mowa w ust. 1.

§ 3.

Środki, o których mowa w § 1, będą pochodziły z Funduszu remontowo-inwestycyjnego.

§ 4.

Nadzór nad realizacją uchwały powierza się Wiceprezesowi Naczelnej Rady Lekarskiej Klaudiuszowi Komorowi.

§ 5.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.
(...)

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 43/25/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z DNIA 19 GRUDNIA 2025 R.**

w sprawie uzupełnienia składu Zespołu do spraw opracowania propozycji zmian w standardach kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego w zakresie medycyny pola walki o przedstawicieli NRL

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 8 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021, poz. 1342) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Naczelna Rada Lekarska rekomenduje uzupełnienie składu Zespołu do spraw opracowania propozycji zmian w standardach kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego w zakresie medycyny pola walki, o który mowa w Zarządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 grudnia 2025 r. (Dz.Urz.MZ.2025 poz. 93) o przedstawicieli Naczelnej Rady Lekarskiej:

- kol. Stefan Antosiewicz;
- kol. Mariusz Goniewicz.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

Pełna treść uchwał oraz treść stanowisk przyjętych przez NRL dostępne na stronie nil.org.pl

OŚRODEK KSZTAŁCENIA

Sanepid im niestraszny

LUCYNA KRYSIAK
DZIENNIKARKA

Główny Inspektor Sanitarny i Naczelna Izba Lekarska podpisały porozumienie dotyczące kształcenia lekarzy i lekarzy dentyistów w zakresie aktualnie obowiązujących przepisów sanitarnych, nowych regulacji oraz kompetencji GIS jako regulatora odpowiedzialnego za ich realizację.

Dr Paweł Grzesiowski, Główny Inspektor Sanitarny, przekonuje, że szybki postęp wiedzy i technologii medycznych wymusza podnoszenie jakości kształcenia i standardów edukacyjnych. Dzięki szkoleniom lekarze i lekarze dentyści będą lepiej przygotowani do wykonywania swojej pracy oraz reagowania na współczesne wyzwania w obszarze zdrowia publicznego.

NADAŹYĆ ZA DYNAMIKĄ ZDARZEŃ

Prawo medyczne w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego oraz zdrowia publicznego zmienia się dynamicznie. Dlatego celem szkoleń organizowanych przez Centralny Ośrodek Badań, Innowacji i Kształcenia COBIK NIL przy współpracy GIS jest pokazanie, jak w praktyce obchodzić się z przepisami, jak skrócić czas między ich wprowadzeniem a realnym wdrożeniem w placówkach, co pozwoli szybciej dostosować procedury, dokumentację i organizację pracy.

– To, że lekarze i lekarze dentyści będą otrzymywać wiedzę o zmieniających się przepisach i nowych regulacjach bezpośrednio od organów odpowiedzialnych za ich wprowadzanie, ma bardzo duże znaczenie praktyczne i systemowe. Jako priorytet przyjęliśmy wiarygodność i jednolitą interpretację prawa. Szkolący się otrzymają oficjalną wykładnię przepisów, co ograniczy ryzyko rozbieżnych interpretacji, które często pojawiają się, gdy wiedza pochodzi z nieformalnych źródeł. Zwiększa to bezpieczeństwo prawne lekarzy, zmniejsza ryzyko naruszenia przepisów i pomaga im lepiej przygotować się do kontroli sanitarnych – tłumaczy dr Paweł Grzesiowski.

CYKL SZKOLEŃ

Współpraca NIL i GIS obejmuje cykl szkoleń. Najbliższe – o regulacjach dotyczących produktów kosmetycznych i produktów

biobójczych – zaplanowano na 11 lutego br. Lekarze często mają kontakt z produktami kosmetycznymi (np. dermokosmetyki), biobójczymi (środki do dezynfekcji skóry, błon śluzowych, sprzętu, powierzchni), produktami z pogranicza (np. wyroby medyczne, suplementy diety). Znajomość regulacji prawnych pozwala więc ocenić działanie i bezpieczeństwo tych produktów, uniknąć pomyłek w ordynacji, a w efekcie narażenia pacjenta na działania niepożądane lub pseudoleczenie. Umożliwia też odróżnienie marketingu od dowodów naukowych, unikanie rekomendowania produktów, które nie powinny być stosowane w określonych stanach chorobowych. Wiedza ta jest niezbędnym elementem bezpieczeństwa pacjentów, ale i lekarzy, bo pozwala chronić ich przed odpowiedzialnością prawną.

Kolejne szkolenie zaplanowano na 25 marca br., a jego temat to „Grypy ptaków oraz Wirusy Zachodniego Nilu”. GIS widzi pilną potrzebę szkoleń w tym zakresie.

– Wirusy odzwierzęce stanowią nowe zagrożenia dla Polski, co wynika bezpośrednio lub pośrednio ze zmian klimatu, przeżywalności wirusów w środowisku, ekspansji komarów, kluczowych dla przenoszenia wielu chorób zakaźnych, wydłużenia sezonu migracyjnego ptaków – wyjaśnia dr Paweł Grzesiowski i zastrzega, że choć zakażenia u ludzi zdarzają się rzadko, to gdy już do nich dojdzie, ich przebieg może być bardzo ciężki. U części chorych rozwija się ciężkie zapalenie płuc, niewydolność oddechowa i uszkodzenie wielu narządów. W przypadku grypy ptaków istnieje też ryzyko mutacji,

która umożliwiłaby transmisję wirusa z człowieka na człowieka, co mogłoby stać się źródłem pandemii.

W TLE BEZPIECZEŃSTWO

Kolejne szkolenia w ramach współpracy NIL i GIS odbędą się 8 i 9 kwietnia, a dotyczyć będą prawnych uwarunkowań ochrony radiologicznej w jednostkach ochrony zdrowia wykorzystujących promieniowanie jonizujące do celów medycznych w praktyce lekarzy dentyistów. Dr Paweł Grzesiowski zastrzega, że nie służą one wyłącznie kwestiom formalnym. Ich głównym celem jest realne bezpieczeństwo pacjentów, personelu i samego lekarza. Zatem promieniowanie jonizujące powinno być stosowane tylko wtedy, gdy jest to medycznie uzasadnione, w możliwie najmniejszej dawce oraz nie powodując zbędnego narażenia otoczenia. Szkolenia dotyczące tej tematyki mają również pomóc personelowi medycznemu w eliminacji błędów proceduralnych i technicznych, co wpłynie na poprawę jakości diagnostyki. Ważnym aspektem szkoleń jest bezpieczeństwo prawne, które opiera się na realizacji obowiązków ustawowych wynikających z przepisów ochrony radiologicznej. ●



KALENDARZ SZKOLEŃ OŚRODKA KSZTAŁCENIA NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ LUTY 2026

NIL

Ośrodek
Kształcenia

- 06.02 godz. 17:00-20:00 - Wellbeing lekarza jako element jakości opieki medycznej.
09.02 godz. 18:00-20:00 - Bezpieczna praktyka dentystyczna – odpowiedzialność i przepisy.
13.02 godz. 18:00-20:00 - Małe gesty miłości własnej w grafiku, który nie zostawia miejsca na nic. Praktyczne strategie dla osób pracujących na dyżurach, w chaosie i pod presją.
16.02 godz. 16:00-18:00 - Analiza najczęstszych przyczyn pozwów medycznych i praktyczne wskazówki dla lekarzy.
16.02 godz. 18:00-20:00 - Strategia rozwoju placówki – planowanie inwestycji i zmian organizacyjnych.
19.02 godz. 16:00-18:00 - Każdy jest inny w zespole lekarskim. Jak różnorodność oparta na zrozumieniu potencjału ukrytego w talentach pozwala lepiej współpracować i rozumieć swoje role.
19.02 godz. 18:00-21:00 - Kontrakt lekarski vs. umowa o pracę – co wybrać w praktyce?
20.02 godz. 17:00-20:00 - Lekarz jako przedsiębiorca: podatki, księgowość i nowoczesne zarządzanie działalnością gospodarczą.
23.02 godz. 18:00-20:00 - Depresja w cyfrowym świecie – wpływ mediów społecznościowych, stylu życia online oraz sztucznej inteligencji.
25.02 godz. 16:00-18:00 - Dokumentacja medyczna – wszystko, co lekarz powinien wiedzieć, aby prowadzić ją zgodnie z przepisami prawa.
27.02 godz. 18:00-20:00 - Profilaktyka, przyczyny i radzenie sobie z wypaleniem zawodowym.

SZKOLENIA ORGANIZOWANE Z UDZIAŁEM PARTNERÓW

- 02.02 godz. 19:00-20:00 - Jak chronić dane pacjentów i siebie w cyfrowym świecie.
04.02 godz. 18:00-20:00 - Diagnostyka różnicowa i leczenie obrzęków naczyń ruchomych.
05.02 godz. 18:00-19:00 - Jak chronić dane pacjentów i siebie w cyfrowym świecie.
11.02 godz. 18:00-20:00 - Regulacje dotyczące produktów kosmetycznych i produktów biobójczych oraz problematyka związana z produktami z pogranicza – produkty biobójcze / produkty kosmetyczne o produkty lecznicze.
12.02 godz. 18:00-20:00 - Leczenie ran z perspektywy lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej.
13.02 godz. 16:00-18:00 - Kompleksowa kompresjoterapia: teoria i praktyka w niewydolności żyłnej i limfatycznej.
18.02 godz. 16:00-18:00 - Publiczne finansowanie działań zdrowotnych w Polsce i UE: co lekarz powinien wiedzieć o nadchodzącym budżecie Unii Europejskiej.
25.02 godz. 18:00-20:00 - Współczesne wyzwania w Diagnostyce Sepsy: Rola biomarkerów stanu zapalnego i molekularnych paneli syndromicznych w decyzjach terapeutycznych – rekomendacje ekspertów.
26.02 godz. 8:30-14:45 - Ginekologia i choroby zakaźne – wspólna przestrzeń profilaktyki, diagnostyki i terapii.
26.02 godz. 18:00-20:00 - Zaburzenia snu w neurologii. Leczenie zaburzeń snu.

INNOWACYJNE WTORKI

- 03.02 godz. 18:00-20:00 - Predykcyjny monitoring zdrowia i bezpieczeństwa dla SOR. Innowacje w czasie rzeczywistym.
10.02 godz. 16:00-18:00 - MedTech w Praktyce: komunikacja i wdrażanie technologii medycznych.
17.02 godz. 18:00-20:00 - Lekarz w cyfrowym świecie: Jak chronić dane pacjentów i unikać zagrożeń.
24.02 godz. 18:00-20:00 - Prawo w praktyce lekarza innowatora – telemedycyna, AI i dane medyczne.

SZKOLENIA W FORMIE STACJONARNEJ W NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ

- 04.02 godz. 9:00-15:00 - Komunikacja usprawniająca współpracę z pacjentem.
11.02 godz. 9:00-15:00 - Granice oraz asertywność w relacji z pacjentem.
20.02 godz. 9:00-15:00 - Coaching jako metoda uczenia się i wspierania personelu w rozwoju zawodowym.
24.02 godz. 9:00-15:00 - Między dyżurem a domem. Jak nie zgubić siebie w medycynie.

Zapisy na szkolenia:

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



szkolenia@nil.org.pl



(22) 559 13 00 wew. 507



EPIKRYZA (154)

Przeszłość jest prologiem

Tak. Niemal cztery lata temu zgubiłem okulary. W ferworze zadań Komisji Wyborczej XV Krajowego Zjazdu Lekarzy zniknęły z zasięgu mojej ręki i – co gorsza – wzroku. Nie mam złudzeń, że mimo przewrotnego ogłoszenia prasowego z prośbą o zwrot stare i porysowane szkła straciłem wówczas na zawsze.

Kontrola ostrości widzenia wymaga determinacji. Stałem w kolejce do okulisty i już za jedenaście miesięcy będę mógł sprawdzić, czy potrzebuję kolejnej korekty, wdrożenia leczenia, a może zaproszenia na salę operacyjną. W razie nagłego pogorszenia mam przecież „telefon do przyjaciela”. Na szczęście nie odczuwam narastających problemów z rozpoznaniem spraw oraz błędnymi kolorami, choć czytanie bzdur przy byle jakim świetle zaczyna być kłopotliwe. Zapalając dodatkową żarówkę i ograniczając nocne podróże, przywołuję z pamięci rozmowy z pacjentami po zabiegach zaćmy, gdy świat pięknieje, odzyskując dawny blask. Niektórzy żałują, że zwlekali z decyzją tak długo. Inni wracają z reklamacją, prośbą o nowe skierowanie i refrenem żalu, że miało być jak onegdaj. Wiadomo, że to, co przeszłe, najczęściej wspominamy jako lepsze i wyparte przez zmianę pokoleń.

Tak. Niemal cztery lata temu pisałem o Partii PESEL i królu Learze, który, nie rozumiejąc współczesnego świata, zamyka się w bańce własnej chwały, nieomyłności i dziejów opowiadanych niczym baśń z mchu i paproci. Proces starzenia się to przede wszystkim niezrozumienie następców, ale kombatanci są coraz młodszy, więc utrwalanie władzy staje się cyklicznie brutalniejsze. Trzymając berło, trudno zejść z piedestału, niezależnie od wieku. Podbity purpurą płaszcz słabo zamiata pod dywan, a tu jeszcze jakby nigdy nic lajki trzeba zdobywać. Herodowe sny konsekwentnie prowadzi węd do rzezi jak leci, bez skrupułów i braterskich więzów. Nieustająca walka o wpływy prowokuje do przekraczania granic etycznych, oślepia w pędzie do zwycięstwa i rozdawania synekur wiernym żołnierzom. Świat stał się na naszych oczach codzienną kampanią obietnic i lęków przed ich spełnieniem. Nic dziwnego, że pewne formy naśladownictwa dotyczą także środowisko lekarskie. Nie żyjemy przecież w próżni.

JAROSŁAW WANECKI
PEDIATRA, FELIETONISTA



Od lat 60. XX wieku czarne – albo raczej różowe – okulary w analizie przeszłości zastępuje dekonstrukcja. Kwestionowanie binarnych opozycji, takich jak „my – oni” lub „młodzi – starzy”, oraz obnażanie uprzedzeń i sprzeczności prowadzić mają do redefinicji pojęć i wyzwolenia ze stereotypu znaczeń. Sztynne podziały w dekonstrukcyjnej soczewce są sztuczne i niestabilne, wręcz śmieszne. Oswobodzenie z sideł językowych otwiera zatem przestrzeń nowych interpretacji i renesansową perspektywę debaty publicznej. Niekończąca się krytyka istniejących systemów politycznych ma demaskować to, co pozornie niewidoczne, świadomie ukryte i z jakiegoś powodu przemilczane. Zagrożeniem takiego postrzegania idei jest relatywizm i brak trwałych punktów odniesienia, co niechybnie może prowadzić do deregulacji. Jej negatywną konsekwencją jest pojęcie „demokracji totalitarnej”.

Tak. Wciąż zacieramy granice między dobrem a złem, pokojem i wojną, lojalnym obywatelem i popolitym przestępcą, pacjentem i lekarzem, szefem i podwładnym oraz mistrzem i uczniem. Czy kogoś jeszcze dziwi przykładanie różnych miar do podobnych występów i sprzeczność poglądów?

Czy kogoś ominęła przekupna moralność zaciskającej gardło bezczelności dawnych kompanów? Komu jest obca bezsilność wobec retoryki szytej na miarę zwycięstwa po trupach, pocukrzonej marionetkowym głosowaniem i sztydzącej z mniejszości?

Koniunkturalizm wygrywa od niepamiętnych czasów niezależnie od PESEL-u, płci, wyznania, zawodu, rasy, poglądów i wady wzroku. Dlatego przeszłość jest zawsze prologiem do współczesnego rozdziału, który piszemy, choćbyśmy się od niej odcinali na tysiąc sposobów. Dlatego przeszłość jest jak genetyka natury ludzkiej i kultura doświadczeń przekazywanych z pokolenia na pokolenie. Bez niej nie ma przyszłości.

Dekonstruując złożoną strukturę tekstu, idei i dzieł sztuki na czynniki pierwsze, bawiąc się formą, funkcją i tradycją, można podobno stworzyć coś nowatorskiego, odnajdując pierwotny sens. W moim odczuciu to teza dość ryzykowna, ale przecież nie studiowałem filozofii. Gdyby jednak przyjąć ów kierunek, to czy nie takiej właśnie drogi potrzebujemy w samorządzie lekarzy i lekarzy dentystów, w którym w walce o władzę gubimy powód istnienia?

Tak. Niemal cztery lata temu nie tylko ja straciłem okulary. Nie mam już złudzeń, że na zawsze. ●

PO GODZINACH – PODRÓŻE

Zimowa ucieczka do miasta nad Tagiem

SYLWIA WAMEJ
DZIENNIKARKA

Kolorowe fasady, dźwięki fado i zapach świeżych pastéis de nata tworzą atmosferę, której trudno się oprzeć. Poza sezonem Lizbona odsłania spokojniejsze oblicze, a umiarkowane temperatury zachęcają do długich spacerów. To idealny kierunek na kilkudniowy wypad, również w pojedynkę.

Zimą w Lizbonie temperatury w ciągu dnia wynoszą zwykle od 8 do 15°C. Choć poranki i wieczory bywają chłodne, łagodny klimat zachęca do spacerów, a mniejszy niż latem ruch turystyczny pozwala w pełni cieszyć się stolicą Portugalii. Wprawdzie bilet kupowany na ostatnią chwilę może kosztować ponad tysiąc złotych, ale dzięki promocjom tanich linii można upolować prawdziwe okazje.

Lizbonę najlepiej odkrywać pieszo, szczególnie w plątaniu uliczek Alfamy, gdzie na każdym kroku można podziwiać streetartowe instalacje oraz azulejos, czyli kolorowe płytki ceramiczne wtopione w budynki. Długie spacery są dla mnie przyjemnością, dlatego ani deszcz, ani wiatr, który towarzyszył mi podczas wypadu, nie zniechęciły mnie do niespiesznego szwendania się po tej niezwyklej dzielnicy.

ALFAMA: TAM, GDZIE ZACZĘŁA SIĘ HISTORIA

Alfama to najstarsza i najbardziej autentyczna dzielnica miasta, której dzieje sięgają czasów rzymskich. W średniowieczu była ważnym ośrodkiem życia społecznego i kulturalnego. Najstarsza część Lizbony, położona na skalistym zboczu nad brzegiem Tagu, obejmuje dziś obszar należący administracyjnie do kilku dzielnic. W czasach panowania Maurów



► Wyjątkowy zakątek w dzielnicy Belém

była centrum miasta. Po zdobyciu Lizbony przez chrześcijan w XII wieku mieszkańcy, obawiając się trzęsień ziemi, zaczęli stopniowo przenosić się w inne rejony, m.in. dzisiejszej Baixy.

Alfama stała się wówczas dzielnicą zamieszkiwaną głównie przez najuboższych, w tym rybaków. Jej położenie sprawiło jednak, że podczas wielkiego trzęsienia ziemi w 1755 r. zabudowa przetrwała niemal nienaruszona. Alfama pełna jest wąskich uliczek, punktów widokowych i zabytków. Znajdują się tu m.in. Katedra Sé, Zamek św. Jerzego, Panteon Narodowy czy Muzeum Azulejos. Warto odwiedzić punkt widokowy Miradouro das Portas do Sol, skąd roztacza się widok na miasto i drugi brzeg Tagu. Dzielnica urzeka również nastrojowymi

kafejkami i urokliwymi sklepikami z ceramiką.

MELANCHOLIA ZAKŁĘTA W DŹWIĘKACH

To właśnie w Alfamie narodziło się fado, czyli melancholijny gatunek muzyczny wykonywany przy akompaniamencie dwóch gitar, nazywany czasem portugalskim bluesem. Wiele lokali oferuje wieczorne koncerty, na które często trzeba rezerwować miejsca z wyprzedzeniem. Można jednak trafić także do restauracji i tzw. domów fado, do których da się wejść spontanicznie i przy lampce wina posłuchać poruszających melodii. Fado pozostaje gatunkiem muzycznym związanym niemal

wyłącznie z Portugalią. Jednym z nielicznych wyjątków jest Japonia, gdzie kilku artystów wykonuje je w języku japońskim, choć miłośnicy tradycji uznają za autentyczne wyłącznie wersje portugalskie.

ŚLADAMI ŻEGLARZY I ODKRYWCÓW

W zachodniej części miasta leży historyczna dzielnica Belém. To stąd w 1497 r. Vasco da Gama wyruszył w swoją wyprawę do Indii. Na jego cześć wzniesiono imponujący Klasztor Hieronimitów: perłę architektury manuelińskiej i miejsce spoczynku m.in. Vasco da Gamy, Luísa de Camõesa i Fernanda Pessoa. W Belém znajduje się także charakterystyczna Torre de Belém.



fot.: Sylwia Wamej



fot.: Sylwia Wamej

▲ Jedna z wystaw sztuki współczesnej



fot.: Sylwia Wamej

◀ Kolorowe płytki azulejos

◀ Kultowy żółty tramwaj w centrum Lizbony



fot.: Sylwia Wamej

▲ Dzielnica Belém nad rzeką Tag to obowiązkowy punkt podczas podróży do Lizbony

Oba obiekty od 1983 r. widnieją na liście UNESCO.

W Belém znajduje się także imponujący Pomnik Odkrywców, przedstawiający najważniejsze postaci epoki wielkich odkryć geograficznych: żeglarzy, naukowców i misjonarzy. Wśród nich są m.in. Henryk Żeglarz, Vasco da Gama, Ferdynand Magellan, Diogo Cão, Nuno Gonçalves, Luís de Camões, Bartolomeu Dias oraz Afonso de Albuquerque. Do Belém można łatwo dojechać z każdego miejsca Lizbony, np. z centrum, autobusem miejskim (za przejazd zapłaciłam niecałe 4 euro w obie strony; bilet można kupić u kierowcy, płacąc gotówką lub kartą).

REPREZENTACYJNE PLACE I KULTOWE TRAMWAJE

W centrum Lizbony warto odwiedzić Praça do Comércio, plac położony nad brzegiem Tagu. Stąd rozpoczyna się

reprezentacyjny deptak Rua Augusta, prowadzący przez monumentalny łuk Arco da Rua Augusta. Kolejnym symbolem miasta jest neogotycka Winda Santa Justa, pełniąca funkcję zarówno środka transportu, jak i punktu widokowego.

Jednym z symboli Lizbony jest legendarny żółty tramwaj linii 28. Jego trasa wiedzie przez najważniejsze miejsca na turystycznej mapie miasta. Choć linia 28 cieszy się największą popularnością wśród turystów, nie jest jedyną opcją na lizbońskich torach. Częściowo pokrywające się z nią trasy linii 12 i 25 mogą stanowić sprytną alternatywę oraz skuteczny sposób na uniknięcie tłumów turystów.

KUCHNIA, KTÓRA KARMI ZMYŚŁY
Time Out Market (Mercado da Ribeira), położony niedaleko rzeki

i słynnej Pink Street, to popularna hala targowa z ogromnym food courtem. Można tu spróbować wielu portugalskich specjałów, a miejsce chętnie odwiedzają zarówno turyści, jak i mieszkańcy. Portugalska kuchnia jest niezwykle różnorodna. Warto spróbować m.in. Bacalhau à Brás, dania z solonego dorsza, ziemniaków i jajek, aromatycznej zupy Caldo Verde czy sycącej Francesinhi. Obowiązkowym punktem są także pastéis de nata – słynne budyniowe babeczki z ciasta francuskiego. Znajdziemy je niemal w każdej lizbońskiej cukierni. Najlepsze jadłam w pięknych wnętrzach kawiarni Café A Brasileira, która jest jedną z najstarszych i najsłynniejszych. Została otwarta w 1905 r. przez Adriana Tellesa i początkowo była sklepem, w którym sprzedawano kawę. Dziś to miejsce, które



fot.: Sylwia Wamej

▲ Winda Elevador de Santa Justa w centrum miasta

wybierają zarówno mieszkańcy, jak i przyjezdni z całego świata.

MIĘDZY SZTUKĄ, TECHNOLOGIĄ A OCEANEM

Spragnieni kultury również znajdą coś dla siebie, ponieważ w Lizbonie znajduje się wiele muzeów i galerii sztuki. Szczególnie warte uwagi jest MAAT: Muzeum Sztuki, Architektury i Technologii, organizujące wystawy łączące sztukę z nowymi mediami. Popularne jest także

Muzeum Azulejos, mieszczące się w XVI-wiecznym klasztorze Madredeus, prezentujące historię portugalskich płytek od czasów mauretańskich po współczesność.

Dużą atrakcją jest również lizbońskie oceanarium, które jest największe w Europie. Żyje tam ponad 25 tys. morskich stworzeń z całego świata. Ekspozycja podzielona jest na cztery akwaria prezentujące faunę i florę Oceanu Atlantyckiego,

Spokojnego, Indyjskiego oraz wód Antarktyki. Centralnym elementem oceanarium jest główny zbiornik, w którym pływają różne gatunki zwierząt oceanicznych, m.in. rekiny, tuńczyki i ryby z rodziny wargaczowatych. Bilet dla osoby dorosłej to niecałe 30 euro.

SAM NA SAM Z MIASTEM

Lizbona świetnie sprawdza się jako kierunek dla osób podróżujących w pojedynkę. Miasto uchodzi za bezpieczne, a niski poziom przestępczości w porównaniu do innych europejskich stolic i obecność kamer pozwalają czuć się swobodnie także po zmroku. W 2022 r. odnotowano tu ok. 30 przestępstw na 1000 mieszkańców, co stanowi wynik znacznie lepszy niż w wielu innych miastach. W porównaniu z poprzednimi latami Lizbona stała się wyraźnie bezpieczniejsza, co widać po coraz większym napływie turystów do stolicy Portugalii. Podczas samotnej podróży czułam się tam komfortowo i bezpiecznie, nawet późnym wieczorem. Oczywiście, jak w każdym dużym mieście, po zmroku omijałam rejonny położone na obrzeżach.

SETÚBAL U PODNÓŻA GÓR ARRABIDA

W okolicach Lizbony znajdziemy sporo urokliwych miasteczek na jednodniowy wypad. Jednym z nich jest portowe Setúbal, położone w środkowo-zachodniej Portugalii, na północnym brzegu zatoki, u ujścia rzeki Sado do Oceanu Atlantyckiego, u podnóża gór Arrabida. Ze stolicy Portugalii dojedziemy tam w niecałą godzinę autobusem lub pociągiem, na który sama się zdecydowałam. Ruszyłam z popularnego dworca kolejowego Sete Rios, a za bilet w obie strony zapłaciłam ok. 10 euro. W Setúbal odwiedziłam przyjaciółkę, która przeprowadziła się do Portugalii kilka miesięcy temu. Miasteczko poza sezonem turystycznym jest bardzo spokojne i urzeka barwnymi kolorami, lokalnym klimatem w kawiarniach, restauracjach i na deptakach. Choć jest przeurocze, nie jest aż tak bardzo oblegane przez turystów jak znajdujące się nieopodal Cintra czy Cascais. W tym tkwi jego siła. Na pewno tam wrócę. ●

PO GODZINACH – PROZA

Rzeki Edenu

(wybrany fragment)

ANNA PYSZ

Laureatka XIV edycji Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego dla Lekarzy im. Prof. Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza”. III miejsce w kategorii proza.

Specjalistka w dziedzinie neurologii, absolwentka Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. Pracuje w szpitalu w Stalowej Woli oraz ambulatoryjnie w poradni neurologicznej. Specjalizuje się w diagnostyce i leczeniu padaczki. Interesuje się neuroobrazowaniem, neuropsychologią oraz zagadnieniami z pogranicza neurologii i psychiatrii. Poza pracą angażuje się w działalność edukacyjną i współpracę interdyscyplinarną, m.in. z logopedami i psychologami.

Gdy wchodzi do gabinetu, ma na głowie przekrzywiony szary berecik, ułożony na siwych ułożonych włosach, i podpira się na lasce ortopedycznej. Jej twarz ryją zmarszczki rozchodzące się promieniście od koniuszków oczu i ust. Idzie dość sprawnie, pomimo uginającej się pod jej ciężarem lewej nogi, którą pociąga i o którą się potyka. Nie robi z tego widowiska, pokonuje przestrzeń między drzwiami a moim biurkiem i siada na wąskim, niewygodnym stołeczku tuż obok. Mówi, że zapomina imion, zapomina, co gdzie położyła, zostawia garnki na gazie. Zaczęło się pogarszać rok temu. Jak to możliwe, że tak sobie nagle nie radzi, przecież całe życie była sprawna, dwadzieścia lat pracowała w sądzie jako kurator, czytała tysiące książek i dokumentów, uczęszczała do klubu seniora. Imprezy świąteczne, które tam organizowała, nie miały sobie równych. Teraz już nie da rady, słabo chodzi, bo dwa udary kilka lat temu, a wyrazy rozmazują jej się przed oczami, gdy próbuje czytać.

Zaczynam ją badać – nie wie, jaki jest rok, nie powtórzy trzech słów, nie odejmie od stu po siedem. Za plecami słyszę szmer ściekającej po ścianach wody. Zbiera się u naszych stóp, jest zimna, jej dotyk mrozi. Podłoga robi się mialka, mój fotel grzęźnie w niej i nie mogę się ruszyć. Słysząc chłopot przemieszczającego się pod naporem wody mułu. Może to topniejący śnieg tak przecieka przez dach... Ale wiem, że nie.

Przychodzi
wena
do lekarzaOgólnopolski Konkurs Literacki
im. Prof. Andrzeja Szczeklika

Tam, za nią, stoi ktoś jeszcze. Czuję to, chociaż nie mam odwagi spojrzeć. Czy ona się tego domyśla?

Słyszę jej beznadziejność przy kolejnych pytaniach, na które nie jest w stanie odpowiedzieć. Z zażenowaniem ukrywa co chwilę twarz w dłoniach, powtarza: „Jak to możliwe?”. Gdy w końcu podnosi na mnie wzrok, z jej oczu wylazła zagubienie i niema desperacja.

Do badania ściąga masywne czarne buty, wspominając mimochodem, że tylko takie męskie daje radę włożyć, bo obrzęki. Ma niedowład lewostronny i dwojenie obrazu. Wypełniam dokumenty i wystawiam skierowania. Ona siedzi przez chwilę w ciszy, a potem z wahaniem zaczyna:

„Wie pani, miałam ciężkie życie. Pochowałam córkę, jak miała dwadzieścia lat. Białaczka. Powiedzieli, że jest wyleczona, a potem pojawiły się nacieki w głowie i kręgosłupie. Byłam przy tym, gdy z bólu gryzła palce do krwi. Siedziałam przy niej i prosiłam Boga: «Spraw, by to był już koniec». A potem syn trafił do więzienia. Dużo pił i, wie pani, ma te padaczki. Był czas, że mieszkał w przytułku. Teraz już nie pije, ale wciąż się nim opiekuję, mieszka ze mną. Całe życie musiałam spłacać jego długi, potem jeszcze długi mojego męża...”

Jej oczy zachodzą łzami. Widzę, jak jedna z nich przetacza się po bruzdach policzka i odrywa od twarzy, spadając w niemym spowolnieniu do wzbierającej u naszych stóp lodowatej cieczy. Przy uderzeniu o taflę echo roznosi się po pomieszczeniu i całym wszechświecie. Dudni szeptem niedopowiedzianych słów: „Kto teraz zajmie się mną?”.

PO GODZINACH – BŁĄD MALARSKI

Na oku

Kto mógłby oprzeć się oczom Sofii Loren, okolonym czarnym, kocim obrysem? Albo zalotnie spoglądającej Audrey Hepburn z charakterystyczną, wygiętą do góry kreską na górnej powiece? Nie ma jednak współczesnego mistrza eyelinera, który równać mógłby się z precyzją wykonywania kreski na oku w starożytnym Egipcie.



„Okulista leczący pacjenta”, papirus, rekonstrukcja fresku z tebańskiego grobowca Ipi pochodzącego z XIX dynastii, Kair, Instytut Papirusa



Charakterystyczne egipskie oko z odważną czarną kreską na górnej i dolnej powiece to jednak nie tylko decyzja estetyczna. Kohlu, wykonanego z mieszaniny minerałów, sady i olejków, używano jak kosmetyku, ale również i leku. Miał chronić przed ekstremalnymi warunkami atmosferycznymi: żarem słońca, wiatrem, a także przed piaskiem. Podobno sprawdzał się również w odstraszeniu złych mocy.

Egipcjanie traktowali oczy bardzo poważnie, dbając nie tylko o ich piękną oprawę, ale i o ich zdrowie. Okulista w starożytnym Egipcie był osobą niezwykle poważaną, należąca do tak zwanych okulistów pałacowych. Byli oni w stanie leczyć najróżniejsze schorzenia oczu od zapalenia spojówek po jaskrę. Istnieją również dowody, że

AGATA MORKA
DOKTOR HISTORII SZTUKI



w starożytnym Egipcie przeprowadzano chirurgiczne zabiegi usunięcia zaćmy.

Papirus oparty na rekonstrukcji fresku z jednego z egipskich grobowców przedstawia lekarza i pacjenta właśnie w czasie okulistycznego zabiegu. Pacjent z ufnością oddaje się w ręce okulisty, zwracając ku niemu głowę w sposób łamiący wszelkie

zasady anatomii. Lekarz ujmuje w dłoń jego twarz, podczas gdy w drugiej trzyma długie narzędzie, którym wprawnie trafia prosto w oko chorego. Za medykamentem stoi naczynie, które mieścić może w sobie lekarstwo. Na oko scena ta wygląda na dość niebezpieczną, ale ponoć egipcjacy okuliści byli efektywni w swoim fachu.

Rozwiązanie zagadki z „GL” 12/25-1/26

Szczegóły różniące obrazy:

- 1. Usunięcie pająka w lewym rogu obrazu.**
Ensor często umieszczał na obrazach małe szczegóły, ponieważ ukryte w zakamarkach.
- 2. Usunięcie zegara.**
Zegar zapewne miał odnosić się do policzonych godzin pacjenta.
- 3. Zmiana koloru jednego kapelusza na czerwony.**
Czerwony kapelusz z kwiatami i piórami był emblematem samego Ensora w jego autoportretach.
- 4. Dodanie licznych czerwonych plam na fartuchu mężczyzny z brodą.**
Różne wersje tego obrazu pokazują doktora bardziej lub mniej poplamionego krwią.



Obraz: James Ensor, „Żli doktorzy”, 1892

WSKAŹ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 17 lutego 2026 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” 12/25-1/26

Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Monika Kleist (Osowiec)

Nagrody dodatkowe: Agnieszka Ziemba (Rzeszów), Agnieszka Witkowska-Janik (Warszawa), Adrianna Gorecka (Warszawa)

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi

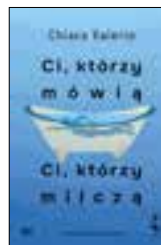
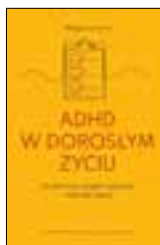
★★★★
HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM



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

- 2 noclegi dla 2 osób w apartamencie
- 2 śniadania i 2 obiady w hotelowej Restauracji Magnolia oraz uroczystą kolację dla dwojga
- pakiet 3 zabiegów (dla 2 osób) w hotelowej Ambasadzie Zdrowia i Urody SPA
- aromatyczny masaż relaksacyjny częściowy, zabieg nawadniający express na twarz, aquamassage
- 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

O odzyskiwaniu głosu i granic



▲ „Dorose dzieci niedojrzałych emocjonalnie rodziców. Dziennik terapeutyczny z ćwiczeniami”, Lindsay C. Gibson, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

Dorose dzieci niedojrzałych emocjonalnie rodziców. Dziennik terapeutyczny z ćwiczeniami” Lindsay C. Gibson to naturalna i bardzo potrzebna kontynuacja jej bestsellerowych książek poświęconych emocjonalnej niedojrzałości rodziców. Tym razem autorka nie zatrzymuje się na diagnozie ani samym zrozumieniu mechanizmów z przeszłości, lecz zaprasza czytelnika do aktywnej pracy nad sobą – poprzez pisanie, refleksję i uważne przyglądanie się własnym emocjom.

Siłą tego dziennika jest jego praktyczność. Regularne ćwiczenia pomagają rozpoznać wewnętrzny krytycyzm, który często okazuje się echem cudzych ocen i komunikatów wyniesionych z domu rodzinnego. Gibson z dużą empatią pokazuje, jak stopniowo oddzielać

swój prawdziwy głos od głosu niedojrzałych emocjonalnie opiekunów, jak przeformułować raniące myśli i uczyć się stawiania granic – bez poczucia winy i wstydu. To praca cicha, ale głęboka, wymagająca szczerości wobec samego siebie.

Dziennik terapeutyczny Gibson nie jest lekturą „do połknięcia” w jeden wieczór. To raczej towarzysz procesu zmiany – narzędzie, do którego się wraca, zapisuje, odkłada i znów podejmuje. Dla osób znających wcześniejsze książki autorki będzie cennym uzupełnieniem i sposobem na „ucieśnienie” zdobytej wiedzy. Dla innych może stać się bezpiecznym początkiem drogi ku lepszymu rozumieniu siebie.

• awa

Świadectwo odwagi i wyobraźni

Medycyna, jak każda z nauk o człowieku, rozwija się dzięki odwadze i wyobraźni. Odwadze, by sięgać po nowe narzędzia poznania i wyobraźni – by widzieć w nich nie tylko technologię, lecz także służbę choremu. Książka „Medycyna nuklearna”, pod redakcją profesorów Leszka Królickiego i Alicji Hubalewskiej-Dydejczyk, jest właśnie takim świadectwem odwagi i wyobraźni współczesnej medycyny.

To obszerne, znakomicie opracowane i od dawna oczekiwane dzieło prezentuje cały dorobek polskiej medycyny nuklearnej: od klasycznych metod diagnostycznych po najnowsze osiągnięcia terapii celowanej. Czytelnik znajdzie tu nie tylko rzetelne dane, ale też ducha współczesnego myślenia o chorej osobie – widzianej nie przez pryzmat aparatury, lecz w świetle nadziei, jaką daje nauka.

Redaktorzy tomu – znane w Polsce i za granicą autorytety – zdołali zebrać grono wybitnych współautorów, których teksty wyróżnia nie tylko wysoki poziom merytoryczny, ale i jasność przekazu. Książka jest więc nie tylko podręcznikiem dla specjalistów, lecz także źródłem inspiracji dla lekarzy innych dziedzin, którzy chcą lepiej zrozumieć rolę medycyny

nuklearnej we współczesnej diagnostyce i terapii.

Wrażenie robi przejrzysta struktura tomu – od podstaw fizycznych i biologicznych, przez techniki obrazowania, aż po praktyczne zastosowania w onkologii, kardiologii, endokrynologii czy nefrologii. Każdy rozdział kończy się wnioskami, które są podsumowaniem, ale i zaproszeniem do dalszej refleksji.

Nie sposób nie zauważyć także pięknej strony edytorskiej publikacji – starannego układu graficznego, czytelnych ilustracji i wykresów. To książka, którą z przyjemnością bierze się do ręki i z której trudno się oderwać, bo każda strona przynosi coś nowego.

„Medycyna nuklearna” to dzieło, które z pewnością stanie się punktem odniesienia dla kolejnych pokoleń lekarzy. Pokazuje, jak daleko zaszła polska nauka w tej dziedzinie i jak wiele możemy jeszcze osiągnąć, jeśli zachowamy wierność zasadzie, że technologia jest tylko narzędziem, a centrum medycyny pozostaje człowiek.

Z prawdziwą satysfakcją rekomenduję tę książkę wszystkim lekarzom – zarówno praktykom, jak i tym, którzy uczą się dopiero patrzeć w głąb człowieka.

• Jerzy Woy-Wojciechowski



▲ „Medycyna Nuklearna” pod red. Leszka Królickiego i Alicji Hubalewskiej-Dydejczyk, Medycyna Praktyczna Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

PO GODZINACH – SPORT

Igrzyska wracają nad morze

Po raz drugi w historii największa w Polsce impreza sportowa dla lekarzy i lekarzy dentyistów przenosi się z Zakopanego nad morze. Tegoroczne XXIII Igrzyska Lekarskie odbędą się w dniach 26-30 sierpnia w Cetniewie. Organizatorem wydarzenia jest Naczelna Izba Lekarska. Uchwała w tej sprawie została podjęta pod koniec 2025 r. – Zachęcam wszystkich do uczestnictwa. Szykujcie formę i zabukujcie datę igrzysk w swoich kalendarzach. Szykujemy wspaniałą imprezę – zapowiada Marcin Szczęśniak, przewodniczący Komisji ds. Sportu Naczelnej Rady Lekarskiej, która zajmuje się przygotowaniem zawodów.

Zawodnicy i zawodniczki będą rywalizować w tym samym miejscu co w 2024 r., czyli w Ośrodku Przygotowań Olimpijskich położonym nad samym morzem w Cetniewie, dzielnicy Władysławowa. Tradycyjnie w zawodach mogą wziąć udział lekarze i lekarze dentyści,

a także ich małżonkowie i dzieci oraz studenci kierunków lekarskiego i lekarsko-dentystycznego. Będzie można rywalizować w wielu dyscyplinach, m.in. w pływaniu, lekkiej atletyce (biegi na różnych dystansach, skok w dal, skok wzwyż, pchnięcie kulą, rzut dyskiem, rzut ciężarkiem, rzut oszczepem), biegu przełajowym, badmintonie, brydżu, beach walkingu (nordic walking po plaży), tenisie stołowym i ziemnym, trójboju siłowym. Ponadto odbędą się turnieje piłki nożnej, piłki siatkowej, siatkówki plażowej, koszykówki.

– Intensywnie pracujemy nad tym, aby zwiększyć liczbę konkurencji, przede wszystkim o te, których nie udało się zorganizować za pierwszym razem w Cetniewie. Chodzi o kolarstwo szosowe, triathlon, strzelectwo. Na pewno do programu wpiszymy golfa, którego turniej odbędzie się na polu

golfowym w Tokarach. Rozważamy wprowadzenie gry w padla – zapowiada Marcin Szczęśniak. Dodaje, że trwają prace nad stworzeniem aplikacji na smartfony, w której będzie dostępna agenda wydarzenia i wyniki rozgrywanych konkurencji.

Igrzyska Lekarskie to nie tylko walka o najlepsze wyniki i bicie własnych rekordów życiowych. Wieczorami, po ceremoniach medalowych, organizatorzy zapraszają uczestników na integrację z muzyką na żywo. W trakcie igrzysk ma się również odbyć posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej oraz posiedzenie Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich. Informacje na temat wydarzenia i warunków uczestnictwa będą zamieszczane na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej (www.nil.org.pl). „Gazeta Lekarska” objęła igrzyska patronatem medialnym. ●

Siatkarze walczyli o medale

fot.: archiwum prywatne



◀ Uczestnicy mistrzostw w piłce siatkowej

Złoty medal w kategorii open przypadł drużynie Poznań-Częstochowa. Srebro trafiło do drużyny Silesia Katowice Śląska Izba Lekarska, której kapitanem był Kuba Michalski. Medal brązowy przypadł drużynie OIL Łódź. W kategorii oldboyów dominowała drużyna Alfa Łódź pod wodzą Mirosława Kanickiego. Srebro przypadło gospodarzom, drużynie warszawskiej OIL z kapitanem Michałem Frybesem. Medale brązowe trafiły do drużyny OIL Szczecin, którą prowadzi Cezary Sierant, od lat organizator Mistrzostw Polski Lekarzy w siatkówce plażowej.

Organizatorzy uhonorowali również zawodników, którzy wyróżnili się w turnieju. Najlepszym środkowym w kategorii open został Marcin Zębalski, a w kategorii oldboyów Adam Kabiesz. Najlepszymi rozgrywkowymi zostali Michał Dorota

(open) i Maciej Lewandowski (oldboy). Za najlepszych atakujących uznano Jacka Barańskiego i Bartłomieja Ryglewskiego. Najlepszymi przyjmującymi zostali Adam Krupik i Jacek Małecki. W kategorii libero wybrano Pawła Królikowskiego i Bartosza Ruszkowskiego. Prestiżowe nagrody trafiły do najbardziej wartościowych siatkarzy MVP Alberta Połomskiego – najlepiej punktującego z drużyny Poznań-Częstochowa w kategorii open oraz Konrada Jankowskiego z drużyny Alfa Łódź w kategorii oldboy.

Wręczono również nagrody specjalne dla weteranów, które otrzymali Mirosław Kanicki – najstarszy uczestnik mistrzostw, nieustraszonego organizator poprzednich MPL w piłce siatkowej oraz Janusz Korfel, uczestnik I MPL. Na sportowy rewanż przyjdzie pora na Igrzyskach Lekarskich w Cetniewie w sierpniu, a wcześniej siatkarze plażowi będą rywalizować 31 stycznia w Kozłowie i w czerwcu w Niechorzu. ●

Krzysztof Makuch

Po kilku latach przerwy, 15 listopada ubr. rywalizowali lekarze w XXII Mistrzostwach Polski Lekarzy w piłce siatkowej oraz w VI Mistrzostwach Polski Lekarzy Oldboyów w piłce siatkowej. Wzawodach które odbywały się pod patronatem Prezesa Polskiego Związku Piłki Siatkowej Michała Świderskiego wystąpiło dziewięć drużyn w dwóch kategoriach wiekowych: open i oldboyów (zawodników, którzy ukończyli 40 lat). Drużyny rywalizowały każdy z każdym, a losy medalu ważyły się do ostatniego pojedynku. Miejscem rozgrywek była hala Gminnego Ośrodka Sportu i Rekreacji w Zielonkach-Parceli w gminie Stare Babice.

PO GODZINACH – KULTURA

Cztery pory roku lekarskiej wrażliwości

RYSZARD GOLAŃSKI

Poezja, malarstwo, fotografia i muzyka – w niezwyklej scenerii Muzeum Gazowni Warszawskiej lekarze i lekarze dentyści pokazali, że sztuka jest dla nich równie ważną przestrzenią wrażliwości jak medycyna. Tegoroczna Gala Twórczości Lekarskiej zachwyliła rozmachem i różnorodnością.



fot.: archiwum prywatne



fot.: archiwum prywatne

▲ Bożena Hoffman-Golańska
i Bohdan Wasilewski

◀ Dyrygent, soliści, orkiestra i chór

Komisja ds. Kultury Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie od lat wspiera i promuje lekarzy oraz lekarzy dentyistów rozwijających swoje artystyczne pasje. Najważniejszym dorocznym wydarzeniem tej działalności jest Gala Twórczości Lekarskiej.

4 grudnia 2025 r. gala miała szczególny charakter. W nowoczesnych, industrialnych wnętrzach Muzeum Gazowni Warszawskiej zaprezentowano wyjątkowo bogaty i różnorodny program. Obok tradycyjnie prezentowanych dokonań lekarzy piszących poezję i prozę, fotografujących oraz tworzących obrazy wystąpiła orkiestra i chór, nadając wydarzeniu koncertowy wymiar.

Gale prowadzili przewodnicząca Komisji ds. Kultury Bożena Hoffman-Golańska oraz Bohdan Wasilewski i Bogdan Stelmach. Muzykami i śpiewakami dyrygowała Beata Herman. O twórczości lekarzy malarzy, ich plenerowych spotkaniach oraz organizowanych wystawach opowiadała Krystyna Dowgier-Malinowska. Z kolei Mirosław Żydecki przybliżył dokonania lekarzy fotografików,

wspominając także o warsztatach fotograficznych prowadzonych dla zainteresowanych przez profesjonalnego artystę. Prace obu tych grup stanowiły ważną i efektowną oprawę całego wydarzenia.

Dzieła warszawskich lekarzy malarzy i fotografujących prezentowane są nie tylko na wystawach organizowanych przez Komisję ds. Kultury w stolicy, lecz także podczas międzynarodowych ekspozycji w Klubie Lekarza w Łodzi, w Galerii Okręgowej Izby Lekarskiej w Lublinie oraz w ramach Międzynarodowej Wystawy Fotograficznej Lekarzy w Częstochowie. Wiersze lekarzy i lekarzy dentyistów czytały Bożena Hoffman-Golańska oraz Klaudia Markiewicz. Poeci i pisarze rozwijają swoje umiejętności również podczas warsztatów literackich.

Gala – zgodnie z tytułem – została podzielona na cztery części symbolizujące kolejne pory roku. Wiosna, lato, jesień i zima pojawiały się kolejno w wierszach,

obrazach i fotografiach, a także w starannie dobranych utworach muzycznych. W części poświęconej wiosnie publiczność miała okazję wysłuchać solowego śpiewu Sylwii Skowrońskiej-Łańcuckiej, a solo na trąbce wykonał Tomasz Majewski. Jesień rozbrzmiała głosami Agnieszki Bitner-Fiałkowskiej i Krzysztofa Moczarskiego, a koncert obojowy zaprezentowała Natalia Kriese.

Pomiędzy występami związanymi z kolejnymi porami roku Marek Obersztyn rozbawił publiczność wierszem napisanym specjalnie na tę okazję. Gościem gali był Jarosław Wanecki, przewodniczący Ośrodka Kultury i Dziedzictwa Historycznego NRL.

Licznie zgromadzeni widzowie po raz pierwszy mogli obejrzeć i wysłuchać tak szerokiej prezentacji twórczości swoich koleżanek i kolegów – lekarzy, którzy potrafią pogodzić wymagającą i odpowiedzialną pracę zawodową z realizowaniem artystycznych talentów i pasji. ●

Zjazdy koleżeńskie

Absolwenci rocznika 1976 Wydziału Lekarskiego ówczesnej Akademii Medycznej w Warszawie mogą zgłaszać swój udział w planowanej uroczystości odnowienia dyplomów po 50 latach od ukończenia studiów. Dane kontaktowe potwierdzające chęć uczestniczenia w uroczystości należy przesyłać do dnia 30 kwietnia na adres e-mail: absolwenci1976@wum.edu.pl
Uroczystość została zaplanowana na 29 maja 2026 r. godz. 12.00 w Auli im. Prof. Janusza Piekarczyka w Centrum Dydaktycznym, ul. Księcia Trojdena 2a.

40-lat minęło -Zjazd absolwentów Śl.A.M. rocznik 1986- wydział katowicki.

Zapraszamy do udziału w zjeździe absolwentów który organizujemy 23./24.05.2026. w hotelu Stok w Wiśle-Komitet Organizacyjny. W kwestiach Organizacji Wydarzenia zapraszam do kontaktu pod ten adres mailowy: a.kocemba@hotelstok.pl, dostępne są też numery kontaktowe – 668 017 664 33 8564033. Ostateczne potwierdzenia rezerwacji wyłącznie mailowo. W mailu odnośnie do rezerwacji proszę zawrzeć: na ile nocy chcą Państwo chcą przyjechać + data/ imiona i nazwiska osób w pokoju/ czy płatność za pobyt będzie na paragon czy FV.

Absolwenci AM we Wrocławiu ROCZNIK 1968

Spotkanie koleżeńskie odbędzie się w dniach 19-20.06.2026 r. we Wrocławiu.

Program Zjazdu wraz z wysokością opłat dostępny na stronie www.dilnet.wroc.pl w zakładce społeczność. Wpłat prosimy dokonywać na konto 46 1020 5242 0000 2702 0598 0604 do 30.04.2026r. z dopiskiem „Zjazd 1968”. Kontakt: Małgorzata Krupa-Mączka, 665-393-911 krupam@dilnet.wroc.pl

Absolwenci Akademii Medycznej w Białymstoku Wydział Lekarski z 1971 r.

Zapraszamy do Białegostoku na spotkanie w dniu 27 czerwca 2026 r. z okazji 55-lecia uzyskania dyplomów lekarza. Opłata w wysokości 500 zł i zgłoszenia do 30 kwietnia 2026 r. Numer konta (Millenium bank): 13 1160 2202 0000 0004 7662 3844. Halina Teresa Kosk Dunaj. Ul. Waszyngtona 22/5, 15-269 Białystok. Telefon: 600766466.e-mail: koskdunaj@gmail.com. W zgłoszeniu prosimy podać nazwisko, adres i telefon kontaktowy. Bliższe informacje Janusz Zawistowski tel. 505129714. Rezerwacja noclegu indywidualna: Hotel Gołębiowski w Białymstoku, tel. 85 6782500, kom. 503011800, e-mail: bialystok@golebiowski.pl. Hasło Zjazd 71.

Absolwenci Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu ROCZNIK 1974.

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie, które odbędzie się w dniach 2-4 października 2026 w Karpaczu. Program Zjazdu wraz z wysokością opłaty dostępny na stronie www.dilnet.wroc.pl w zakładce społeczność. Bliższych informacji udziela: Patrycja Malec, e-mail: patka.malec@wp.pl. Komitet Organizacyjny: Ryszard Fedyk, Danuta Lewiecka, Wiktor Wolfson

Absolwenci Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu ROCZNIK 1981.

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 45-lecia uzyskania absolutorium, które odbędzie się w dniach 12-14.06.2026 w Polanicy Zdroju. Program Zjazdu wraz z wysokością opłaty dostępny na stronie www.dilnet.wroc.pl w zakładce społeczność. Bliższych informacji udziela: Patrycja Malec, e-mail: patka.malec@wp.pl. Komitet Organizacyjny: Mariusz Markuszewski, Mariola Sędzimirska, Adam Ciemięga

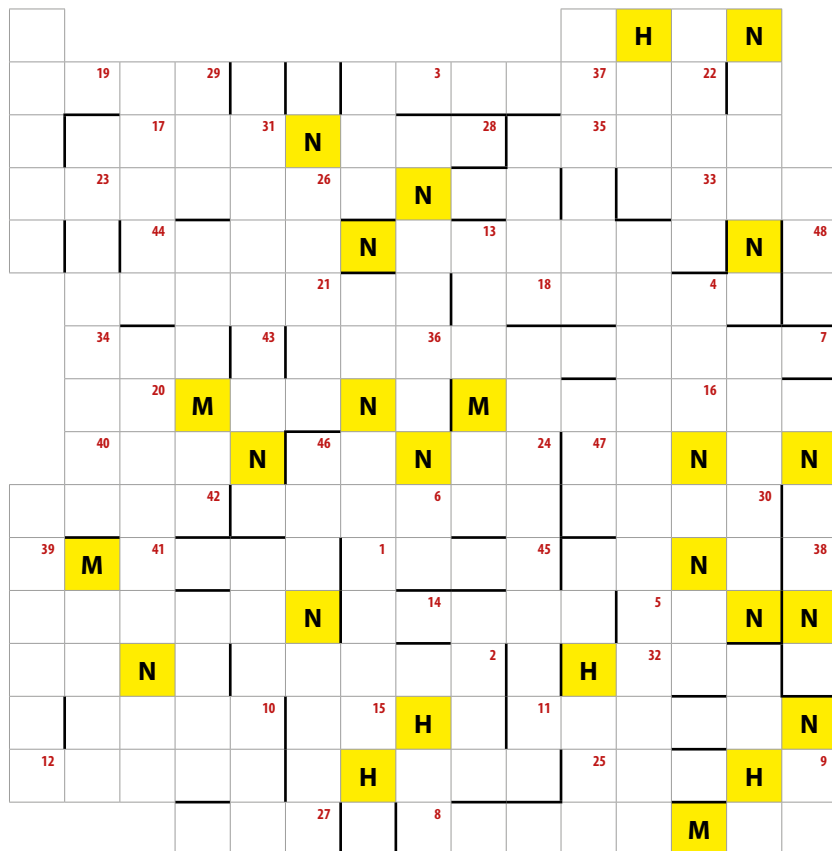
Ogłoszenia

JOLKA LEKARSKA 311



Wydawnictwo Lekarskie PZWL
to specjaliści, wiedza i zaangażowanie.

PZWL



Objaśnienia 72 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: H, M i N. Na ponumerowanych polach ukryto 48 hasła, które stanowią rozwiązanie. Jest to myśl głoszona przez Senekę i Cyncera. Hasło należy przysłać na kartce pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres: jolka@gazetalekarska.pl do 17 lutego 2026 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań wyłonimy laureatów, którzy otrzymają nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* ostre zapalenie gardła * nad Wartą z białym koniem w herbie * piękny pelikanowaty * płoc lub dorsz * za niego wyginęła szlachta * słoma po młóceniu * wydaje wyroki * krajan * do przechowywania ziaren na kresach * jeżozwierz * region w Etiopii z Asajtą * wersja * barwnik azowy, dodatek do żywności * prowadzili * Piórkiem i węglem * epos Homera o Troi * nasz oddział Czerwonego Krzyża * pierwszy posiłek * Ribbentrop – Molotow * wynalazł telefon * skraj, krawędź * nowa wiadomość * zarządza uczelnią * Czyngis- * jednostka w systematyce biologicznej * pilus * obecne Reate * kotwa, anakra * pantsula * łączy fizykę i astronomię * wtargnięcie, agresja * Ludwik zwany trzecim bliźniakiem * 1 000 000 gramów * jednostka SI ilości substancji * zakończony mankietem * mięsista tkanina o pomarszczonej powierzchni * opaska przy pobieraniu krwi * stolica Tybetu * pokaz, feeria, show * indyjski system osiągnięcia doskonałości * przenoszenie spektaklu ze sceny do filmu * błąd w piłce lub bilardzie * szew (łac.) * kunsztowna kompozycja poetycka * element

dekoracyjny nakładany na inny * auris * fikcyjny żartobliwy powiat * ciemności * łacińskie bez * pyton z „Księgi džungli” * potoczna nazwa jelca pospolitego * wysyłanie gotówki do obiegu * do szantażu i holowania * przeżycia, doświadczenia * kaśliwość, złośliwość * centralna część West Endu w Londynie * dowódca w kawalerii kozackiej i tatarskiej * zamknięcie światła, np. jelita * największa pustynia świata * rywal FC Barcelony * kręci się w oku * zwolennik siły życiowej w organizmach * mowy, zdania i auta * przezcewkowa resekcja prostaty * stan z Pattayą * zatoka z Ejlątem * brat Plejad i Hiad * spongioblastoma * kontakt, komunikacja * dekorowanie, upiększanie * imię narzeczonej doktora Judyta * podopieczna Stasia Tarkowskiego * wyrzwanie się zębów

Jerzy Badowski

Rozwiązanie jolki lekarskiej 309

Dobrze czyni ten, kto uczy się na cudzych błędach

Nagrody otrzymują:

Danuta Rusinowska-Tarnowska (Warszawa), Krystyna Suchinska (Opole), Bogusława Bielówna (Gdańsk), Julia Grabowska (Wrocław), Wojciech Fenych (Poznań)

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

NIL Naczelna
Izba Lekarska

Gazeta Lekarska dla członków
izb lekarskich bezpłatna

Nakład: 43 000 egz.

Kolegium redakcyjne

Piotr Kościelniak, Jacek Bujak, Paweł Doczekalski, Klaudiusz Komor, Maria Kłosińska, Ryszard Golański, Dariusz Samborski, Mikołaj Sinica, 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

Piotr Kościelniak

(redaktor naczelny)
piotr.koscielniak@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
mariusz.tomczak@nil.org.pl
www.gazetalekarska.pl

Sylvia Wamej

(redaktor portalu internetowego)
sylvia.wamej@nil.org.pl

Reklama i ogłoszenia

Agata Bryk
ogloszenia@gazetalekarska.pl

Stale z nami współpracują

Jerzy Badowski, Adam Czerwiński,
Lucyna Krysiak, Zbigniew Kuzyszyn,
Jacek Miarka, Agata Morka, Małgorzata
Solecka, Jarosław Wanecki

Projekt, projekt okładek

Michał Trusz

Skład

Montownia/Teresa Urawska

Druk

Eurodruk-Poznań Sp. z o.o.

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

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

