WAŻNY TEMAT: LEPSZA DIAGNOSTYKA U KOBIET 3|2024

ISSN 0867-2164

GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB LEKARSKICH

Czy państwo stać na zastraszanie lekarzy?

ŁUKASZ JANKOWSKI
PREZES NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

Już od wielu lat z niecierpliwością czekamy na spójną wizję systemu ochrony zdrowia i strategię, która pozwoli krok po kroku wprowadzać konieczne zmiany. Z zazdrością patrzymy na kraje, które potrafiły odejść od systemowej ,,debatozy" i tworzenia wielostronicowych dokumentów na rzecz krótkich, ale możliwych do wprowadzenia recept o zarysowanym horyzoncie czasowym.

Nie mogąc doczekać się takiego stylu pracy i zarządzania systemem od decydentów, którzy w każdej kadencji skupiają się głównie na gaszeniu pożarów, powołaliśmy zespół ds. transformacji systemu ochrony zdrowia. Chcemy zaproponować lekarską receptę na zmiany systemowe. Pierwsze wnioski są jednoznaczne – nasi pacjenci są zniechęceni, niechętni zmianom w systemie i po prostu nie wierzą w ich skuteczność, gdyż wielokrotnie byli świadkami nie realnej poprawy jakości świadczeń, ale politycznych zaklinań rzeczywistości.

Łatwo dostępne dane, wielokrotnie używane i modyfikowane przez polityków dla celów politycznych, są często niekompletne i niewiarygodne, a perspektywa decydentów zawęża się do ich kadencji. Trzeba więc zacząć od poprawy satysfakcji pacjenta w systemie, po to żeby zbudować masę krytyczną dla kolejnych, czasem trudnych, zmian. Zadaniem zespołu jest zbudowanie jednej spójnej i możliwej do wprowadzenia strategii na następne 30 lat, z uwzględnieniem roli kadr medycznych, ale też wizji nowoczesnego systemu ochrony zdrowia – systemu ochrony zdrowia przyszłości.

O wynikach prac zespołu będziemy Państwa informować na bieżąco, a fakt, że do komitetu sterującego projektu zaproszenie przyjęli wiceminister zdrowia oraz Rzecznik Praw Pacjenta, pokazuje, że zapotrzebowanie na rzetelne, bezstronne i profesjonalne analizy jest bardzo duże.

Bardzo cieszy mnie zacieśniona w ostatnim czasie przez Naczelną Radę Lekarską współpraca z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych. W ostatnim miesiącu, w trakcie wspólnego posiedzenia Prezydiów, podjęliśmy cztery wspólne stanowiska, zarysowując również płaszczyznę dalszej współpracy. Dla mnie osobiście bardzo ważna była dobra atmosfera spotkania i wyrażana przez członków prezydiów obu samorządów chęć ,,nowego otwarcia" we wzajemnych relacjach. Nie unikaliśmy tematów trudnych, ale dotychczas udawało nam się znajdować satysfakcjonujące kompromisy. Najlepszym potwierdzeniem wspólnego sukcesu tej formuły współpracy jest wola cyklicznego odbywania kolejnych spotkań Prezydiów.

Mam poczucie, że oprócz wspólnych miejsc pracy łączą nas wspólne problemy, z których część została, niestety, wygenerowana przez błędne decyzje polityczne ostatnich kilkudziesięciu lat. Pozostaje nam więc proponować, a z czasem żądać rozwiązań odwracających te błędy. Władzy trudno będzie zlekceważyć przedstawicieli niemal 600 tys. kluczowych pracowników medycznych, jednym głosem domagających się wprowadzenia klauzuli wyższego dobra, czyli zniesienia odpowiedzialności karnej za nieumyślny błąd medyczny, unormowania kształcenia w zawodach medycznych i zadbania o jakość tego kształcenia, wprowadzenia obowiązku znajomości języka polskiego dla lekarzy i pielęgniarek zza wschodniej granicy chcących pracować z polskim pacjentem, wprowadzenia prawnych norm działania w tzw. medycynie naprawczej, która powinna być wykonywana jedynie przez przeszkolonych przedstawicieli naszych zawodów.

Z efektami wspólnych prac i podjętymi stanowiskami możecie się Państwo zapoznać w przestrzeni medialnej, jak również na naszej stronie internetowej i w tym wydaniu „Gazety Lekarskiej". W najbliższych miesiącach będzie nam w samorządzie towarzyszył temat klauzuli wyższego dobra (*no fault*), nad którą prace powoli wchodzą w decydującą fazę. Dane są nieubłagane – chirurg, którego oskarżono w ciągu ostatnich dwóch lat o nieumyślny błąd medyczny, tylko z racji takiego oskarżenia ma dwukrotnie wyższe ryzyko wypalenia zawodowego, 1,6-krotne wyższe ryzyko samobójstwa, a prawdopodobieństwo zachowań ryzykownych, m.in. alkoholizmu, o 1,84 razy wyższe. Czy naprawdę nasze państwo stać na to, żeby z jednej strony narzekać na brak lekarzy wielu specjalności, a jednocześnie poprzez obecnie funkcjonujący, oparty na karze i strachu system pogarszać sytuację tych, którzy w tym systemie tkwią – lekarzy niewinnych, ale ważnych z perspektywy pacjenta? •

3 **Czy państwo stać na zastraszanie lekarzy?**
Łukasz Jankowski

6 **Cyrk receptowy**
Klaudiusz Komor

7 **W kobietach siła**
Karolina Kowalska

TEMAT NUMERU

7 **Matka potrafi więcej**
Kodeks pracy daje dziś możliwość łączenia ról. Można być rodzicem i jednocześnie pracować.

10 **Siła matek lekarek**
W kobietach tkwi większa solidarność, która mimo wielu różnic powoduje, że wspieramy się tam, gdzie można odnieść korzyść dla wszystkich.

AKTUALNOŚCI

13 **Komisja Zdrowia łapie zadyszkę**
Zarówno liczba spraw, jak i przyjęty plan prac spowodowały, że już na początku komisja skazała się na porażkę.

WAŻNE SPRAWY

16 **Konkretometr daleko od celu**

20 **Kobiety mają prawo do znieczulenia porodów**

21 **Siedzimy źle i za długo**

PRAWO I MEDYCYNA

23 **Zamiast listu poleconego e-doręczenia**

23 **Wakacje od składek, ale nie od podatku**

24 **Liczą się fakty, a nie zdawkowe dane**

25 **Skrucha pożądana również u lekarza**

26 **In vitro: przypadek francuskiej wdowy Parpalaix**
Inseminacja post mortem jest w Polsce wykluczona.

TEMAT NUMERU
STRONY 7-12

Lekarki, nawet w specjalnościach niegdyś uznawanych za typowo męskie udowadniają, że mając dzieci można pracować. I to bez potrzeby udawania herosek

PODATKI I FINANSE

28 **Pomóż innym i przekaż 1,5 proc.**

29 **Inwestowanie bez tajemnic: europejska emerytura**

PRAKTYKA LEKARSKA

30 **Po pierwsze nie szkodzić**
Paweł Barucha

30 **Energetyki niszczą zdrowie i zęby**

32 **Komórki macierzyste – Święty Graal naszych czasów**

36 **Przychodzi baba do aptekarza**
Mariusz Politowicz

37 **Działanie hormonów jest wieloustrojowe**

40 **Kilka cudów naraz**

43 **Cukrzyca ma wiele twarzy**

46 **Nie przegapić endometriozy**

50 **Śmietnik polskiej medycyny**
Jakub Sieczko

52 **Ocalić więcej kobiet**

54 **Dekoronacja, czyli dlaczego zrobiliśmy kampanię**
Anna Gołębicka

54 **Ze świata**

56 **Alert dla niewydolności serca**

58 **Kawa z innowatorem**

59 **Współpraca: klucz do innowacyjnej przyszłości**
Artur Drobniak

60 **Chodzi o rozwój**

SAMORZĄD ZAWODOWY

62 **Klauzula, porody i recepty**
Jakub Kosikowski

62 **O tym się mówi**

64 **Prezes NRL osobowością roku w ochronie zdrowia**

PO GODZINACH

68 **Najbardziej dynamiczne miasto południowej Europy**
Mówisz „Barcelona", myślisz „Gaudi".

71 **Wariacje enigmatyczne**
Jarosław Wanecki

72 **Błąd malarski – Jak ognia**

74 **Przychodzi wena do lekarza**

75 **Kalendarz wydarzeń sportowych i kulturalnych 2024**

78 **Ogłoszenia**

82 **Jolka lekarska**

GAZETA LEKARSKA

ZMIENIA SIĘ DLA CZYTELNIKÓW

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

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

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

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

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

TO ZAJMIE TYLKO 1 MINUTĘ

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

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

GAZETA LEKARSKA

JEDNYM GŁOSEM

Cyrk receptowy

W mediach pojawiły się sensacyjne doniesienia o planowanych zmianach w systemie wystawiania recept. Pojawiły się też nieprawdziwe plotki o stanowisku NRL. Czas się z nimi zmierzyć.

KLAUDIUSZ KOMOR
WICEPREZES NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

Zaczęło się jak zawsze zupełnie normalnie. 19 września 2023 r. pani Minister Zdrowia Katarzyna Sójka wydała zarządzenie w sprawie powołania Zespołu ds. preskrypcji i realizacji recept na leki gotowe i recepturowe. Powołanie zespołu było pokłosiem bardzo silnych nacisków Naczelnej Rady Lekarskiej na realizację złożonej jeszcze w trakcie protestu rezydentów obietnicy ówczesnego ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego o likwidacji obowiązku oznaczania stopnia refundacji na recepcie przez lekarza. Obowiązku niesprawiedliwego i obecnie, w erze komputeryzacji i systemu e-recept, zupełnie zbędnego. W skład zespołu pani minister powołała 34 osoby, w tym konsultantów z niektórych dziedzin medycyny, pracowników różnych departamentów MZ, przedstawicieli różnych środowisk medyków, a nawet organizacji pacjenckich. Przed zespołem postawiono bardzo ambitne zadania:

– opracowanie rozwiązań mających na celu uproszczenie zasad preskrypcji i realizacji recept na leki gotowe i recepturowe;
– opracowanie wytycznych w zakresie funkcjonowania receptury aptecznej oraz jej finansowania;
– wypracowanie rozwiązań dotyczących funkcjonowania narzędzi systemowych ułatwiających preskrypcję i realizację recept przez osoby uprawnione;
– opracowanie podstaw systemu monitorującego i kontrolującego nadmierną preskrypcję oraz konsumpcję leków;
– stworzenie listy proponowanych zmian legislacyjnych dotyczących receptury i leków recepturowych.

Z ramienia NRL do zespołu została oddelegowana moja osoba z bardzo mocnym wsparciem Zespołu Radców Prawnych Naczelnej Izby Lekarskiej. Cele postawione przed zespołem miały w założeniu zostać zrealizowane do końca czerwca 2024 r., a spotkania miały odbywać się stacjonarnie i online średnio co dwa tygodnie. W pierwszych miesiącach przebiegały sprawnie i spokojnie, a zgodnie ze złożonymi na początku deklaracjami sam ich przebieg nie był przekazywany opinii publicznej (upublicznione mają zostać dopiero wypracowane i ułożone w zalecenia wnioski końcowe). Niestety, w pewnym momencie w mediach zaczęły pojawiać się sensacyjne doniesienia o planowanych fundamentalnych zmianach w systemie, które w tajemnicy ma szykować zespół. Co rusz pojawiały się coraz to nowe sensacje, chętnie podchwytywane i wyolbrzymiane szczególnie w mediach społecznościowych. Zaczął się prawdziwy cyrk receptowy. Ponieważ jednak jak zawsze pogłoski uderzają we wszystkich, to pojawiły się też nieprawdziwe plotki o stanowisku NRL. Dlatego, aby jeszcze raz rozwiać wątpliwości wszystkich Koleżanek i Kolegów, chciałbym przypomnieć najważniejsze postulaty NRL, wielokrotnie przedstawiane w różnych stanowiskach i wypowiedziach medialnych oraz prezentowane podczas prac zespołu. Po pierwsze, naszym najważniejszym postulatem jest całkowite zdjęcie z lekarza obowiązku oznaczania stopnia refundacji na recepcie, a co za tym idzie zdjęcie z niego zagrożenia wszelkimi karami finansowymi za ewentualne jego nieprawidłowe oznaczenie. Po drugie, uważamy, że należy zlikwidować funkcjonujące obecnie ograniczenia wystawiania recept na darmowe leki dla seniorów i dzieci tylko w placówkach mających kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia (dzisiaj ten sam lekarz temu samemu pacjentowi nie może ich wystawić w gabinecie prywatnym). Zdecydowanie popieramy również utrzymanie zasady preskrypcji leków po nazwie handlowej, a nie substancji leczniczej. W końcu uważamy, że konieczne jest wprowadzenie rozwiązań takich, jak np. zdefiniowanie standardu organizacyjnego teleporady, aby uniemożliwić funkcjonowanie receptomatów. Jak widać, nasze priorytety są od dłuższego czasu niezmienne. A prace zespołu, przerwane przez chwilowy zamęt, trwają nadal i miejmy nadzieję – przyniosą efekty korzystne dla wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów. •

W kobietach siła

KAROLINA KOWALSKA
REDAKTOR NACZELNA

Od 49 lat ONZ obchodzi Międzynarodowy Dzień Kobiet jako „dzień zasług wszystkich kobiet bez względu na podziały narodowościowe, etniczne, językowe, kulturowe, gospodarcze czy polityczne" i zachęca do refleksji „nad postępem dokonanym w dziedzinie praw kobiet". Polki mogły zostać lekarkami na długo przed tym, jak prawo pozwoliło im głosować. Pierwsza polska lekarka, dr Anna Tomaszewicz-Dobrska, studia w Zurychu ukończyła w 1877 r. Choć miała propozycję wyjazdu do Japonii, leczyła na ziemiach polskich, głównie kobiety i dzieci. Kierowała przytułkiem położniczym przy ul. Prostej w Warszawie, wcielając w życie zasady antyseptyczne ogłoszone w 1867 r. przez Josepha Listera. Miała syna. Już wtedy godzenie pracy z rodzicielstwem było niezwykle trudne. Przede wszystkim przez niechęć (wówczas niemal wyłącznie męskiego) środowiska lekarzy do kobiet lekarek. Jeszcze kilkanaście lat temu na wielu oddziałach na porządku dziennym były uwagi: „Albo rodzina, albo praca". Dziś się to zmienia. Historia dwóch matek lekarek – chirurg Anny Błażejczyk i rezydentki pediatrii Justyny Boguckiej-Czapskiej – pokazuje, że obecnie łatwiej łączyć rolę matki i lekarki. Choć fizycznie bywa to wciąż wyczerpujące.

Nadal jednak jest wiele barier do pokonania. Opowiada o nich Maria Kłosińska, kierownik Działu Komunikacji Naczelnej Izby Lekarskiej i przewodnicząca Grupy Matek Lekarek w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie. Drugi już kongres matek lekarek w Warszawie pokazał, że o problemach warto rozmawiać, zwłaszcza z kobietami, którym udało się przebić szklany sufit w medycynie. •

TEMAT NUMERU

Matka potrafi więcej

Lekarki, nawet w specjalizacjach niegdyś uznawanych za typowo męskie udowadniają, że mając dzieci można pracować. Kodeks pracy daje dziś możliwość łączenia ról bez potrzeby udawania herosek.

KAROLINA KOWALSKA

Albo ma się rodzinę, albo się pracuje" – usłyszała chirurg Anna Błażejczyk od specjalisty z kliniki, w której robiła rezydenturę. O godz. 22.00 zażądał artykułu gotowego na rano. Żeby go skończyć, musiałaby jechać do pracy, zostawiając małą Blankę. A to było trudne, bo jej mąż Kuba, kapitan, pływał wówczas po którymś z oceanów. Sprawę rozstrzygnął kierownik Kliniki Klatki Piersiowej, Ogólnej i Onkologicznej Szpitala im. Wojskowej Akademii Medycznej (WAM) w Łodzi prof. Marian Brocki. Przyznał rację młodej matce, a specjalista ani pisnął. A gdy niedługo później okazało się, że prof. Brocki odchodzi na emeryturę, a kierownikiem zostaje wspomniany specjalista, młoda lekarka uznała, że to dobry czas na kolejną ciążę.

PAN RACZY ŻARTOWAĆ

Doktor Błażejczyk, dziś chirurg w szpitalu w Skierniewicach i lekarz kwalifikujący do oddania krwi w centrach krwiodawstwa w Skierniewicach i Pabianicach, nie pamięta wielu sytuacji, w których chirurdzy-mężczyźni byliby jej niechętni dlatego że jest kobietą czy matką. Więcej negatywnych komentarzy dotyczyło jej sylwetki: – Mam 159 cm wzrostu, ważę 45 kg. Kiedy mój przyszły kierownik specjalizacji usłyszał od prof. Brockiego, że będę jego specjalizantką, wyrwało się mu: „Pan profesor raczy, k…, żartować". Ale profesorowi w wojskowej klinice się nie odmawia. Kierownik nie żałował, bo, jak powtarzam, chirurgia to ciężka praca, ale bardziej chodzi o wytrzymałość niż o niesamowitą siłę fizyczną. No i mała ręka wszędzie wejdzie, a i cięcie mniejsze – mówi dr Błażejczyk.

W pierwszą ciążę zaszła na V roku medycyny. Lekarze straszyli, że może nigdy nie mieć dzieci, więc z Kubą zaczęli się starać od razu po ślubie. Blanka urodziła się na VI roku w marcu. Jej mama miała indywidualną organizację studiów i przez trzy ostatnie miesiące uczyła się z dzieckiem przy piersi. – Prawie wszyscy prowadzący poszli mi na rękę, poza tymi z ginekologii i pediatrii. Zajęcia z pediatrii przepadły, bo wylądowałam na tydzień na patologii ciąży. Miałam je odrabiać popołudniami na dyżurach. Ale jeden z asystentów uznał, że przy noworodku mam dostateczne praktyki i podpisał mi dokumenty. Mogłam się zająć Blanką – opowiada. A że dziecko uspokajało się w ruchu, Anna Błażejczyk chodziła z nim na godzinne spacery, ucząc się do – wówczas jeszcze – Lekarskiego Egzaminu Praktycznego (LEP, dziś Lekarski Egzamin Końcowy – LEK).

PES Z MALUCHEM PRZY PIERSI

Specjalizację zaczęła, gdy Blanka miała 1,5 roku. Dziecko przygotowało ją do nocnych dyżurów,

GAZETA LEKARSKA

a dyżury do kolejnych dzieci. Kiedy koleżanki po całej nocy biegania między blokiem, a salami chorych słaniały się na nogach, ona szła ogarniać dom i dziecko. Pensja szła na żłobek i na nianię. Przerwa między Blanką a Kają byłaby dłuższa niż cztery lata, gdyby szefem nie został niechętny jej specjalista. Wróciła z macierzyńskiego po roku i miesiącu.

Trzecie dziecko, Maksym, przyszło na świat w szczycie pandemii, 9 kwietnia 2020 r., pięć lat po drugiej córce. Miał być dziewczynką, bo mężczyźni pływający na statkach, wskutek działania radarów, rzadko zachowują mniej żywotne plemniki męskie. O ciąży młoda chirurg dowiedziała się w szpitalu, po kolizji. Kolega lekarz chciał jej zrobić diagnostykę obrazową, ale pomyślała, że skoro jest tak roztargniona, to musi być w ciąży. I miała rację. Zamierzała pracować tak długo, jak to będzie możliwe i wyrobić staże do specjalizacji, w których narażenie na czynniki szkodliwe jest najmniejsze, a więc z chirurgii dziecięcej czy endoskopii. W siódmym miesiącu dostała silnych wymiotów i poszła na zwolnienie. Udało się jednak dotrwać do szóstego roku rezydentury, na czym zależało jej najbardziej. – Akurat wszedł przepis, że Państwowy Egzamin Specjalizacyjny (PES) można zdawać na ostatnim roku specjalizacji. Chciałam go zdać na macierzyńskim – mówi Anna Błażejczyk.

SAMI MAJĄ DZIECI

Niemożliwe? Ależ skąd. Z trojgiem dzieci, w pandemii uczyła się, gdy na 3-4 godziny przychodziła niania. No i po nocach. Pracowała też na część etatu w centrum krwiodawstwa, gdzie potrzebowali lekarza kwalifikującego. Wszystko szło jak z płatka, gdy okazało się, że część ustną PES ma zdawać w Lublinie, bo w Łodzi egzamin ustny odbywa się w jej szpitalu. – Był 2021 rok, szczyt pandemii, mąż na morzu, a ja z trojgiem dzieci. W Lublinie nikt nie chciał mnie zakwaterować z nianią i maluchami. Napisałam więc do konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii ogólnej, prof. Grzegorza Wallnera, z prośbą o możliwość zdawania części ustnej w Łodzi. Zgodził się, a do kliniki WAM specjalnie dla mnie przyszedł egzaminator z zewnątrz, którego nie znałam – opowiada.

Zdała, skończyła rezydenturę i… trafiła na cały etat do centrum krwiodawstwa. Nie dlatego, że matka trojga dzieci z mężem na morzu nie może być chirurgiem. Najstarsza córka była po dwóch operacjach kręgosłupa, więc pracę trzeba było ustawić pod jej rehabilitację. Anna Błażejczyk dawców krwi kwalifikowała przez rok. Potem odezwał się kolega ze szpitala powiatowego w Skierniewicach, potrzebowali jeszcze jednego chirurga. To był strzał w dziesiątkę. – Dla moich kolegów fakt, że mam rodzinę, jest w porządku. Sami mają dzieci i wnuki, chętnie ze mną operują. Na oddziale pracuję trzy dni w tygodniu, a w czwartki mam dyżur. Gdy w piątek z niego schodzę, idę do skierniewickiego centrum krwiodawstwa. Śmieję się, że żeby operować, trzeba najpierw utoczyć trochę krwi. W poniedziałek zaś toczę krew w Pabianicach, bo i tam brakowało lekarza – uśmiecha się Anna Błażejczyk.

▶ *Anna Błażejczyk uczyła się do egzaminu, gdy na 3-4 godziny przychodziła niania. I po nocach*

fot.: archiwum prywatne

fot.: archiwum prywatne

> Chirurgia to ciężka praca, ale bardziej chodzi o wytrzymałość niż o niesamowitą siłę fizyczną

NIE WIĘCEJ NIŻ JEDENAŚCIORO

Kilka lat od niej młodsza Justyna Bogucka-Czapska, wiceprzewodnicząca Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy (OZZL) i rezydentka pediatrii w szpitalu powiatowym w Krynicy-Zdroju, na początku oświadczyła szefowej, że z mężem Bartoszem, anestezjologiem, planują tyle dzieci „ile Bóg da, ale nie więcej niż jedenaścioro, no bo bez przesady". – Dlaczego jedenaścioro? Bo tak się nam powiedziało. Szefowa do dziś się z tego śmieje, ale jej wyrozumiałość jest ogromna.

Na razie do jedenaściorga brakuje siedmiorga. 10-miesięczny Zawisza jest czwarty, a jego mama przez 6,5 roku ukończyła dwa lata specjalizacji. Policzyła, że w ciągu 10 lat od ukończenia studiów trzy lata była w ciąży, a kolejne trzy i pół na urlopie macierzyńskim. Przy okazji ukończyła podyplomowe studia rolnicze i roczne zarządzenie jednostkami w ochronie zdrowia.

Miało być inaczej. Gdy na początku stażu, po dwóch latach małżeństwa, okazało się, że jest w ciąży, była pewna, że popracuje do rozwiązania. – Efekt był taki, że dwa tygodnie pracowałam, a kolejne dwa byłam chora, i dwa razy lądowałam na patologii ciąży z zagrożeniem przedwczesnego porodu. Przekonałam się, że nie warto być heroską – mówi. Drugie ostrzeżenie przyszło, gdy z dwuletnim Jeremim i w siódmym miesiącu drugiej ciąży miała wypadek samochodowy. Inny kierowca wjechał w ich auto z drogi podporządkowanej. – Uświadomiłam sobie, że w jednej chwili mogę stracić dziecko na tylnym siedzeniu i to, które noszę w brzuchu. Że mogę

stracić macicę i nic może nie wyjść z planów dużej rodziny. Postanowiłam zwolnić – wspomina.

PRZY NIANI NA GOTOWE

Wcześniej z 2-letnim Jeremim, będąc w drugiej ciąży, organizowała w Krakowie głodówkę Porozumienia Rezydentów OZZL, robiąc pięć rzeczy na raz. Była w ciągłym ruchu. W dniu porodu zaczynała studia podyplomowe z zarządzania na Uniwersytecie Jagiellońskim i dwa tygodnie później, z Rochem przy piersi, jechała na drugi zjazd (pierwszy przepadł przez poród).

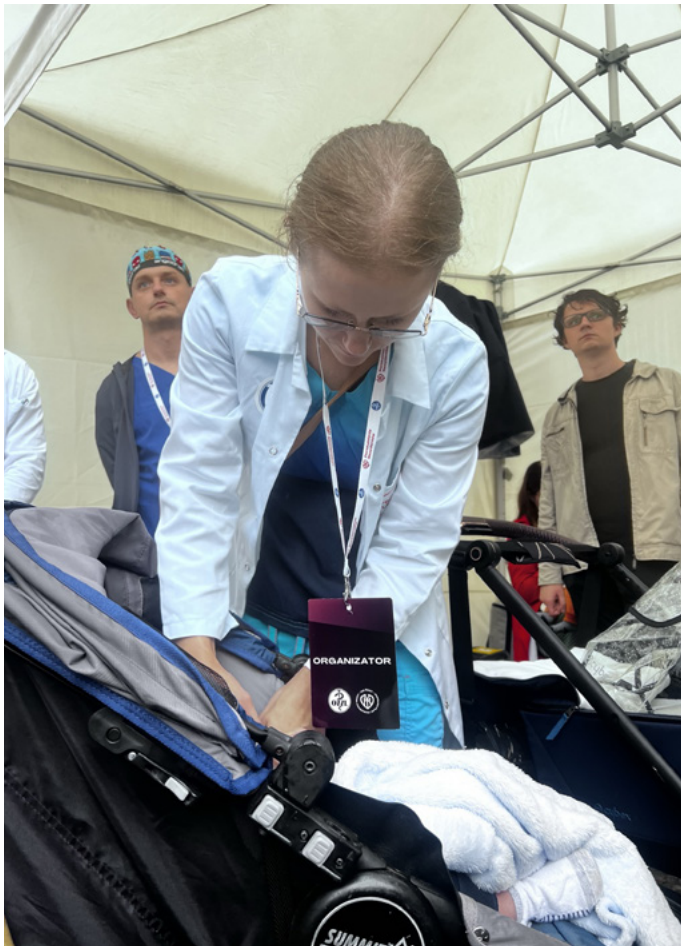
Do pracy wracała na pół etatu, gdy Roch miał osiem miesięcy, a oni z mężem zdecydowali się zatrudnić nianię. – I to był klucz do wszystkiego. Nareszcie miałam work-life balance. Wracałam z pracy, a tam wszystko posprzątane, obiad na stole, dzieci zadbane i szczęśliwe. Zostawało tylko się z nimi pobawić i położyć je spać. Czułam się jak mężczyzna, który wraca do domu na gotowe i nic nie musi – śmieje się Justyna Bogucka-Czapska.

Chwilę po tym, jak przeprowadzili się do nowego domu, wybuchła pandemia, a dr Bogucka-Czapska w 6. tygodniu ciąży zachorowała na Covid. Do siebie dochodziła trzy miesiące. – Całą ciążę przeleżałam – mówi i szybko się poprawia: – To znaczy „przeleżałam" zajmując się dwojgiem dzieci, bo mąż wtedy dużo pracował. Żeby nie zwariować, zaczęłam kurs doradcy laktacyjnego, co do dziś przydaje się mi w pracy. Przyznaje, że momentami było trudno: – Byłam zmęczona Covidem, ciążą, byciem w zamknięciu z małymi dziećmi.

Za to dzieciaki pandemię wspominają jako najlepszy czas w życiu. Miały ogród ze zjeżdżalnią i rozłożonym basenem i rodziców na wyłączność, bo kiedy latem 2020 r. zaczęli chorować, przez 30 dni byli na kwarantannie.

ODDZIAŁOWA POMOŻE KARMIĆ

We wrześniu 2020 r. okazało się, że dr Bogucka-Czapska jest w kolejnej ciąży. Dobrawa, która urodziła się w maju 2021 r., miała być „Covidią". Gdy miała 4,5 miesiąca, jej mama wróciła do pracy, a ściślej na staż specjalizacyjny na oddział noworodkowy, 7 km od domu, czyli 34 km bliżej niż jej podstawowe miejsce pracy. – Wiele matek lekarek nie wie, że w trakcie urlopu macierzyńskiego można pracować, np. gdy dziecko ma pół roku, mogą wrócić do pracy na pół etatu i w ten sposób pracować przez rok. Dla mnie to lepsze niż sytuacja, w której znikam rocznemu dziecku na 200 godzin miesięcznie – mówi i zapewnia, że to pomogło jej zachować równowagę między życiem rodzinnym a pracą. Podobnie jak wymienianie się z mężem przy dzieciach. – Dawniej, gdy pracowaliśmy w te same dni, pędziłam do domu, by odebrać dzieci i zawieźć je na zajęcia dodatkowe. Wracałam do domu i na nic nie miałam siły. Teraz, gdy pracujemy na zmianę, mogę wypocząć – mówi.



fot.: Karolina Kowalska

▶ *Justyna Bogucka-Czapska organizowała głodówkę Porozumienia Rezydentów OZZL. Była w ciąży i z 2-letnim synem*

> Wiele matek nie wie, że gdy dziecko ma pół roku, mogą wrócić do pracy na pół etatu i w ten sposób pracować przez rok

Kiedy się widują z mężem? – Wieczorami i w weekendy. W dodatku mnóstwo razem wyjeżdżamy. Znajomi nie mogą uwierzyć, że przy czworgu dzieciach i pracy lekarza prowadzimy otwarty dom. Wciąż ktoś nas odwiedza, a po ogrodzie biega czasem ośmioro dzieci – opowiada lekarka.

Jak radzi sobie w pracy karmiąc małego Zawiszę? – Kluczem do laktacji w każdym szpitalu jest pani oddziałowa, która zawsze potrafi znaleźć przytulne miejsce do sesji z laktatorem. To moja złota rada dla każdej matki lekarki – Justyna Bogucka-Czapska zamienia się w działacza związkowego. – A kolejna to poznanie swoich praw. Wiele matek, jak ja na początku, udaje heroski i poświęca się pracy kosztem dzieci i życia rodzinnego. A dziś kodeks pracy daje im możliwości łączenia tych ról, z korzyścią dla obu sfer życia – dodaje.

Obie z Anną Błażejczyk zgadzają się co do jednego: – Najważniejsza jest zaufana opiekunka. •

GAZETA LEKARSKA

TEMAT NUMERU

Siła matek lekarek

LIDIA SULIKOWSKA KAROLINA KOWALSKA

Być może w nas, kobietach, tkwi większa solidarność, która mimo wielu różnic powoduje, że wspieramy się tam, gdzie można odnieść korzyść dla wszystkich – mówi Maria Kłosińska, przewodnicząca Zespołu ds. Matek Lekarek w warszawskiej OIL, kierownik Działu Komunikacji NIL.

Za nami II Ogólnopolski Kongres Matek Lekarek. Spotkanie obfitowało w wiele fascynujących dyskusji, i to wykraczających poza tematykę, którą sugeruje nazwa wydarzenia.

Podczas tego spotkania można było usłyszeć wiele inspirujących wypowiedzi, z których mogą czerpać zarówno lekarki będące matkami, jak i te, które nie mają dzieci. Otwierając Kongres, podkreślałam, że to, co nas na nim połączyło, nie dotyczy tego, czy mamy potomstwo, ale przede wszystkim tego, że jesteśmy lekarkami. Planując to wydarzenie, postawiłyśmy sobie naprawdę ambitne zadanie, aby nie był to kongres, podczas którego będziemy dyskutować tylko o sprawach ważnych dla matek lekarek, ale w ogóle dla kobiet uprawiających ten piękny, ale trudny zawód. Owszem, aspekt życia rodzinnego jest ważny, ale praca sama w sobie jest równie istotna. Dlatego w programie znalazły się tematy dotyczące życia zawodowego i jego trudnych aspektów bez tabu. I mogę śmiało powiedzieć, że nam wyszło. Odbyło się w sumie pięć sesji tematycznych skonstruowanych w oparciu o główny motyw przewodni, spinany przez dwie–trzy prelegentki, a następnie dyskusja z uczestniczkami, dzięki czemu dotykałyśmy danego zagadnienia nie tylko w teorii, ale i w praktyce. Zaproszeni wykładowcy przyznawali, że udało nam się stworzyć taki klimat, żeby wspólnie, bez ogródek rozmawiać o problemach i szukać rozwiązań. To była merytoryczna uczta, co niezwykle ważne – uwzględniająca różne perspektywy. Mimo że organizatorem spotkania była Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, chciałyśmy, aby uczestniczyły w nim lekarki z różnych miast, z różnych izb i, rzecz jasna, reprezentujące różne dziedziny medycyny, zarówno zabiegowe, jak i niezabiegowe.

Tematem sesji otwarciowej była dyskryminacja. Uczestniczyła w niej prof. Julia Kubisa z Instytutu Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, socjolożka, autorka pracy doktorskiej o aktywizacji związkowej sfeminizowanych grup zawodowych na przykładzie pielęgniarek. Czego dotyczyło jej wystąpienie? O czym mówiła do Was, lekarek?

Jej wykład dotyczył gender gap w medycynie. Opowiadała o tym, jak różnorodność grupy ją ubogaca. Podkreślała, że jest to wartość, z której należy czerpać. Jednocześnie zwracała uwagę, aby rozmawiać o problemach związanych z dyskryminacją, które mogą się pojawić w grupie. I nie chodzi tu tylko o kwestie związane z płcią, ale o określone sytuacje, z którymi mierzy się zespół. Prof. Kubisa zwracała uwagę na problem struktury zhierarchizowanej w takim zespole. To niestety bardzo pasuje do medycyny. Przykładem jest ostracyzm wobec matek lekarek, które ze względu na obowiązki rodzicielskie mają ograniczenia związane z łataniem grafiku dyżurów. Problem dotyczy też dziewczyn, które dopiero planują ciążę i niejako chcą, a czasem muszą, w związku z tym dyżurować więcej. Myślę, że każda lekarka zetknęła się z podobnym wykluczeniem. Ekspertka mówiła także, jak brak hierarchii może wzbogacać zespół. Dyskutowałyśmy też o przebijaniu szklanego sufitu, zjawisku, które nadal w medycynie dotyka kobiety w wielu miejscach pracy. Co ciekawe, analizując w tym kontekście kwestię zawodu pielęgniarek, w przypadku mężczyzn pielęgniarzy płeć ułatwia często awans w grupie. Bo oni nie muszą przebijać szklanego sufitu, a dzięki swojej odmienności i wyniesieniu przez środowisko wchodzą po szklanych schodach. Rozmowa tyczyła się również parytetów.

I do jakich wniosków udało się dojść w kwestii parytetów?

Że nie jest to dobre rozwiązanie dla kobiet w medycynie. I, co chciałabym podkreślić, w Kongresie uczestniczyły lekarki z różnych środowisk medycznych. Część związana ze światem dużych ośrodków akademickich, część wręcz przeciwnie – z lokalnymi placówkami powiatowymi. I wszystkie zgodziłyśmy się, że potrzeba innych mechanizmów niż odgórnie narzucona decyzja, które realnie będą zmniejszać różnice. Sesja o dyskryminacji była niesamowita, bo wzbudziła ogromną dyskusję wśród uczestniczek, co świadczy o tym, że

poruszane zagadnienia stanowią realny problem. Ta konferencja była więc wyjątkowa już od pierwszych minut spotkania. Usłyszałam wiele ciepłych słów od uczestniczek, które gratulowały doboru tematów – niełatwych, ale ważnych i potrzebnych. I co istotne, udało się dotknąć ich nie na zasadzie teoretycznej, tylko faktycznie się w nie zanurzyć. I swobodnie porozmawiać o tym, o czym ledwie szepczemy w dyżurkach. Wszystko dzięki temu, że udało się stworzyć atmosferę wzajemnego szacunku i zaufania, aby bez tabu rozmawiać o dyskryminacji, o mobbingu i o tym, co konkretnie kogoś dotknęło.

Podczas spotkania na pewno pojawił się też wątek dotyczący niedopuszczania lekarek do stołu operacyjnego.
Zdecydowanie. Poruszono tę kwestię w kolejnej ciekawej sesji zatytułowanej „Kobiety w nauce i klinice" z udziałem dr n. med. Karoliny Kłody i dr n. med. Anny Imieli oraz lek. Magdaleny Wyrzykowskiej z Fundacji „Kobiety w chirurgii". Tutaj była zarówno część bardziej poradnikowa, na przykład jak zrobić doktorat albo jak przygotować się do cenionych naukowo publikacji, ale i problemowa, dotycząca kobiet w chirurgii i specjalizacjach zabiegowych, w tym niedopuszczania do stołu operacyjnego.

Była też sesja „Inspirujące kobiety".
Zamysł był taki, aby przedstawić lekarki, które osiągają sukcesy, są spełnione zawodowo, ale jednocześnie pokazać, że to spełnienie może przejawiać się na różnych polach. Bohaterką jednej z prelekcji była lek. dent. Hanna Góra, menedżerka, która otwiera kolejny kilkustanowiskowy gabinet stomatologiczny. Opowiadała o tym, jakie jej to daje szczęście, jak świetnie się w tym odnajduje i realizuje, ale podkreślała, że do sukcesu wiodła niełatwa droga. Swój wykład miała też lekarka Dagmara Adamska-Tomaszewska, która poza pracą spełnia się jako wolontariuszka w domu dziecka. Miałyśmy też przyjemność wysłuchać prezes Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej dr Anny Lelli, która podzieliła się z nami przemyśleniami, jak to jest być prezeską w samorządzie lekarskim i angażować się w pracę na rzecz

fot.: Monika Szalek

towarzystw międzynarodowych. Opowiadała o sufitach, jakie musiała przebić, ale też o tym, że jak ma się siłę i cele i coś bardzo chce się osiągnąć, to nie ma rzeczy niemożliwych, bez względu na płeć. Podkreślała też, jak ważne w tym procesie jest wsparcie, jakie otrzymujesz od najbliższych. To było bardzo poruszające wystąpienie.

W kobietach lekarkach jest siła, aby iść naprzód. Skoro jakieś rozwiązanie może poprawić sytuację, to zróbmy to

Było nie tylko wiele rozmów o problemach, ale i konkretne propozycje rozwiązań, prawda?
Pomysł na Kongres był taki: najpierw przeprowadzamy uczestniczki przez pięć sesji tematycznych, a w drugiej połowie drugiego dnia wydarzenia spotykamy się w grupach roboczych o wspólnym tytule „Jak pokonać bariery w pracy lekarek". Podzieliłyśmy się na podgrupy: lekarek zabiegowych, lekarek dentystek, lekarek w trakcie specjalizacji i lekarek specjalistek. Każda z tych grup jest specyficzna. Stąd taki podział. Ale podkreślam, że tylko trochę. Co się okazało? Niektóre z grup proponowały te same rozwiązania problemów, które diagnozowały, na przykład w kwestii kultury i sposobu układania grafików dyżurów, realności realizacji planu specjalizacji, możliwości korzystania z sześciu dni urlopów szkoleniowych rocznie przez lekarzy specjalistów, a także modyfikacji sformułowania „szczególne warunki pracy" w przepisach dotyczących 35 godzin tygodniowego odpoczynku.

Jest więc już diagnoza, co działa nie tak. Jest też propozycja terapii. Ktoś jednak musi ją zlecić.
Zdefiniowane problemy i propozycje rozwiązań przedstawiłyśmy już po Kongresie w Ministerstwie Zdrowia. Spotkanie trwało siedem godzin i w tym czasie udało się zaprezentować dziesięć wniosków. Przedstawiciele resortu zdrowia uznali, że część z tych pomysłów jest możliwa do zrealizowania. Problemy, o których dyskutowaliśmy, są prawdziwe, realne. Dzieją się tu i teraz. Wynika z nich, że medykom pracuje się ciężej i szybciej się wypalają. To dotyczy też lekarzy, chociaż temat zaczęły lekarki. To, że o czymś mówią właśnie kobiety, spowodowane jest faktem, że mamy chyba większą wrażliwość, ale też odwagę, żeby głośno powiedzieć, że coś funkcjonuje nie tak, jak powinno. Może też w nas, kobietach, tkwi większa solidarność, która pomimo wielu różnic powoduje, że wspieramy się tam, gdzie można odnieść korzyść dla wszystkich. Co prawda, ciągle ścieramy się z argumentem, że jak pokazujemy jakiś problem, to słyszymy od niektórych przedstawicielek starszego

GAZETA LEKARSKA

fot.: Dzięki uprzejmości Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

pokolenia, że miały gorzej i przeżyły. Jednak pojawia się refleksja, że skoro jakieś rozwiązanie może poprawić sytuację w przyszłości, to super, zróbmy to. Zmieńmy, bo to jest dobre dla ogółu. W nas, kobietach lekarkach, jest siła, aby iść naprzód. Czujemy, że warto poświęcić czas, aby coś zmienić na lepsze. Ten Kongres zgromadził osoby myślące właśnie w ten sposób. Z jednej strony niesamowitych wykładowców, z drugiej – wyjątkowe uczestniczki. Bardzo się z tego cieszę.

Udało się wygospodarować czas na chwilę oddechu, luźniejsze rozmowy integracyjne?

Oczywiście. Poza wykładami i dyskusjami były też wydarzenia towarzyszące, jak na przykład warsztaty z medycyny stylu życia. Uczestniczki mogły też wziąć udział w grupowym treningu balintowskim. To metoda pracy np. dla osób działających w dużym obciążeniu. W OIL w Warszawie grupa Balinta działa już kilka lat. W czasie Kongresu można też było od razu zadbać o zdrowie, np. na zajęciach jogi czy zumby.

W programie zaplanowałyśmy też wieczorny bankiet pod hasłem „Solidarne". To wydarzenie również miało swój przekaz. Chciałyśmy w nim pokazać siłę (matek) lekarek. Dlatego zaprosiłyśmy dwie niesamowite kobiety. Jedną z nich była, w przerwie między chemioterapiami, lekarka Aleksandra Kąkol, dla której jako środowisko zbierałyśmy wcześniej fundusze na leczenie, również za granicą, rzadkiego raka dróg żółciowych. Tamta akcja była niesamowita, włączyło się w nią mnóstwo osób i udało się zebrać w kilkadziesiąt godzin 1,6 mln zł. Aleksandra Kąkol potrzebowała 1,5 mln zł, a z pozostałych środków zakupiła paxmana (czyli chłodzący czepek zapobiegający wypadaniu włosów wskutek chemioterapii) na oddział onkologii w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 4 w Lublinie. Lekarz na co dzień niesie pomoc, ale zdarzają się chwile, kiedy sam jej potrzebuje. W takich chwilach bardzo ważna jest solidarność środowiskowa. Drugim wyjątkowym gościem była polska lekarka pracująca w Izraelu Urszula Pawlak, która połączyła się z nami zdalnie. Kongres odbył się pod koniec października 2023 r., niedługo po rozpoczęciu konfliktu palestyńsko-izraelskiego. Środowisko Matek Lekarek mocno ją w tamtym trudnym czasie wspierało. Tak po ludzku – jako osobę, która znalazła się w miejscu dotkniętym konfliktem zbrojnym. Na świecie nie powinno być żadnych wojen.

II Ogólnopolski Kongres Matek Lekarek to druga odsłona wydarzenia z czerwca 2019 r. Jest plan na kolejną?

To pierwsze spotkanie miało nieco inny charakter – zarówno jeśli chodzi o formę, jak i dobór tematów, a organizatorem była Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska. Uczestniczyły w nim całe rodziny. Dla odmiany II OKML był przeznaczony tylko dla lekarek, to był ich czas na rozwój, doświadczenie inspiracji, nabranie sił. Jest oczywiście plan na kolejną edycję, i też w jego organizację włączy się kolejna izba lekarska. To dobrze, że te wydarzenia organizuje samorząd. Na Kongresie definiujemy problemy i propozycje zmian na lepsze, a w ich wdrażaniu głos samorządu jest ogromnym wsparciem.

Jak powstała grupa Matek Lekarek?

Założycielką jest Dorota Bębenek, lekarka z Warszawy. Ta idea bardzo się rozrosła. Matki Lekarki to środowisko, w którym kobiety wzajemnie sobie pomagają, wspierają w łączeniu macierzyństwa z pracą, dzielą się wiedzą medyczną. Silnym kanałem, który wykorzystujemy w komunikacji, są media społecznościowe. To świetne narzędzie, które nas konsoliduje i pozwala szybko reagować.●

AKTUALNOŚCI

Komisja Zdrowia łapie zadyszkę

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

Zarówno liczba spraw, którymi posłowie chcieli się zająć, jak i przyjęty plan prac spowodowały, że już na początku komisja skazała się na porażkę.

Gdy pod koniec ubiegłego roku Komisja Zdrowia przyjmowała plan pracy na pierwszych sześć miesięcy, reakcją mogło być tylko niedowierzanie. Kilka potężnych bloków tematycznych co miesiąc, przy czym w pierwszych dwóch – niemal wyłącznie tematy bardziej odpowiadające komisjom śledczym. Niedowierzanie szybko przerodziło się w podejrzenie, niemal pewność: – Nie dowiozą. W każdym razie nie bez opóźnień, bo te już w połowie lutego były potężne.

Z zaplanowanych na pierwsze dwa miesiące 2024 r. dwunastu bloków tematycznych praktycznie żadnego nie udało się zamknąć. Najbliżej sukcesu było posiedzenie poświęcone Funduszowi Medycznemu, ale Komisja Zdrowia ostatecznie zwróciła się do resortu o uzupełnienie informacji o kluczowe kwestie. Nawet to posiedzenie trudno więc uznać za zakończone, zwłaszcza że padła magiczna formuła: – Możemy wrócić do dyskusji (w przeciwieństwie do posiedzenia poświęconego Agencji Badań Medycznych, które po prostu zostało przerwane, teoretycznie na tydzień, tu nie było mowy o żadnym terminie kontynuowania prac).

▶ *W komisji chęci są ogromne, ale brakuje instrumentów i potencjału do prowadzenia dochodzeń*

fot.: Piotr Tracz/Kancelaria Sejmu

FALSTART TRUDNY DO WYJAŚNIANIA

Komisja Zdrowia pracowała też nad innymi sprawami. Zajęła się rządowym projektem nowelizacji ustawy Prawo farmaceutyczne („uwolnienie" dostępu do tzw. antykoncepcji awaryjnej dla osób po 15. roku życia) czy sprawą leczenia boreliozy w Polsce. Jednak ani prace legislacyjne (podstawowe zadanie każdej stałej komisji sejmowej), ani posiedzenia zwoływane na wniosek posłów poświęcone mniej lub bardziej bieżącym problemom pojawiającym się w systemie nie tłumaczą takiego falstartu.

Nie ma wątpliwości, że Komisja Zdrowia po pierwsze przeliczyła się z siłami, jeśli chodzi o liczbę tematów. Po drugie – już przyjmując plan pracy od początku skazała się na porażkę. Lwia część spraw na pierwsze półrocze 2024 roku to tematy czysto „śledcze", których podjęcie i omówienie powinno skutkować mniej lub bardziej twardymi ustaleniami nieprawidłowości lub przynajmniej poszlak.

Analizując dwa posiedzenia o takim charakterze, które do tej pory się odbyły – w sprawie Agencji Badań Medycznych oraz Funduszu Medycznego – można jednoznacznie stwierdzić: chęci są ogromne,

GAZETA LEKARSKA

ale nie staje instrumentów i potencjału do prowadzenia dochodzeń. – Nie tym powinny się zajmować komisje stałe – ubolewają doświadczeni posłowie.

Przede wszystkim dlatego że komisja stała to nie komisja śledcza. Na pojedynczym posiedzeniu, choćby trwało ono i dwie, trzy godziny, można co najwyżej zasygnalizować tematy budzące niepokój – bez szans na ich wyjaśnienie. Nie pomaga też w żaden sposób ogromna – w porównaniu z komisjami śledczymi – liczba posłów, z których przecież każdy ma prawo zabrać głos. W rezultacie posiedzenie komisji, czego byliśmy świadkami podczas dyskusji na temat ABM, śledzi się z mieszanymi uczuciami. Przekrzykiwanie, wzajemne komentowanie wypowiedzi przez posłów (w tym przez mającego przewagę przewodniczącego Komisji Zdrowia, który ani nie umie, ani najwyraźniej nie chce z tej przewagi nie korzystać), wyłączanie mikrofonu… Trudno oprzeć się wrażeniu, że dotychczasowym posiedzeniom komisji bliżej poziomem do bliskowschodniego bazaru niż gmachu parlamentu. Ginie meritum, gubią się wątki, wybijają animozje personalne, ale przede wszystkim dominuje spór nie tyle polityczny, co czysto partyjny i nieskrywana ambicja „dopadnięcia" przeciwników. Nawet jeśli jest za co – a prawdopodobieństwo, że jest, trzeba ocenić jako wysokie – to nie jest zadanie dla sejmowej komisji.

TEKTUROWE CZEKI

Nie pomaga też Ministerstwo Zdrowia, co widać było zwłaszcza podczas posiedzenia poświęconego Funduszowi Medycznemu. Ten temat akurat miał szansę na sukces, czyli nie tylko na pokazanie zbędności powołanej z przyczyn politycznych

CO SIĘ UDAŁO, A CO NIE

STYCZEŃ

- rozpatrzenie informacji na temat funkcjonowania Agencji Badań Medycznych w latach 2019-2023. Rozpatrzenie informacji Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli funkcjonowania Agencji Badań Medycznych – ZREALIZOWANE CZĘŚCIOWO (NIEDOKOŃCZONE)
- rozpatrzenie informacji na temat zakupu respiratorów i maseczek oraz innych dokonywanych zakupów na potrzeby zwalczania COVID-19 w okresie epidemii SARS-CoV-2. Rozpatrzenie informacji Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli: przygotowania i działania odpowiedzialnych organów państwa, instytucji i służb w sytuacji zagrożenia i wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych; tworzenia i funkcjonowania szpitali tymczasowych powstałych w związku z epidemia COVID-19 – NIEZREALIZOWANE
- rozpatrzenie informacji ministra zdrowia o funkcjonowaniu nowych kierunków medycznych uruchomionych w latach 2015-2023 – NIEZREALIZOWANE (TERMIN POSIEDZENIA WYZNACZONO NA 21 LUTEGO)
- rozpatrzenie obywatelskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych – ZREALIZOWANE CZĘŚCIOWO (POWOŁANIE PODKOMISJI)
- rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat struktury wydatków na działania w zakresie profilaktyki zdrowotnej i promocji zdrowia. Analiza wydatków, wykaz podmiotów, którym Ministerstwo Zdrowia i instytucje mu podlegle przekazywały środki finansowe – NIEZREALIZOWANE
- rozpatrzenie informacji w sprawie wyników kontroli związanych z wykorzystaniem środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 oraz działań instytucji publicznych w trakcie epidemii SARS-CoV-2 – NIEZREALIZOWANE
- rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat funkcjonowania Funduszu Medycznego w latach 2020-2023 oraz stanu realizacji inwestycji infrastrukturalnych finansowanych ze środków publicznych – ZREALIZOWANE (Z KONIECZNOŚCIĄ UZUPEŁNIENIA INFORMACJI)

LUTY

- rozpatrzenie dokumentu „Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 – Sprawozdanie za rok 2022" – NIEZREALIZOWANE
- rozpatrzenie informacji w sprawie Krajowego Planu Odbudowy w części związanej z ochroną zdrowia – NIEZREALIZOWANE
- rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat kadr medycznych w systemie ochrony zdrowia (ilość i potrzeby) w podziale na poszczególne grupy zawodowe i specjalności - stan na 1stycznia 2024 r. Rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat sytuacji pracowników niemedycznych ochrony zdrowia oraz planowanych prac legislacyjnych w kierunku jej uregulowania na gruncie ustawy z 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższych wynagrodzeń w ochronie zdrowia oraz ustawy z 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych. Rozpatrzenie informacji ministra zdrowia w sprawie planów rozszerzenia uprawnień przedstawicieli zawodów medycznych oraz niemedycznych – NIEZREALIZOWANE
- rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat dostępu do diagnostyki kobiet w spektrum autyzmu – NIEZREALIZOWANE
- rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat realizacji ustawy z 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej – NIEZREALIZOWANE.

parainstytucji, ale przede wszystkim skali mrożenia pieniędzy na kontach i skutków, jakie rodzi ten stan rzeczy. To byłoby jednak możliwe, gdyby ministerstwo przygotowało pełną informację. Nie przygotowało. Najważniejsze dane podał przedstawiciel strony społecznej Marek Wójcik, ekspert Związku Miast Polskich, podsumowując stan realizacji programów inwestycyjnych. – Przez trzy lata z subfunduszu inwestycji strategicznych nie wydano żadnych 7,5 mld zł na duże inwestycje. Wypłacono tylko nieco ponad 40 mln zł dla kilku szpitali, które wygrały konkurs na inwestycje w pediatrii – powiedział posłom, dodając jednocześnie, że z subfunduszu modernizacji, z którego środki mają wspomagać małe inwestycje, nie wydano ani złotówki. Tekturowe czeki, które tuż przed wyborami prezentowali posłowie PiS przed „swoimi" (czytaj – znajdującymi się w ich okręgach wyborczych) szpitalami, nie doczekały się (jeszcze) realizacji.

Nie chodzi o „drobne" na szpitalne oddziały ratunkowe, ale miliardy złotych, które miały trafić m.in. do szpitali pediatrycznych (warto pamiętać, że konkurs na inwestycje strategiczne w pediatrii rozstrzygnięto jesienią 2022 r.). Pokazuje to skalę problemu. To nie strona społeczna, ale resort zdrowia powinien podać pełne dane, łącznie z informacjami dotyczącymi szpitali. Przynajmniej w części z nich opóźnienia po stronie Funduszu Medycznego (czytaj – Ministerstwa Zdrowia) zrodziły spore komplikacje, opóźniły oddanie do użytku niemal gotowych inwestycji.

Na koniec… liczba posiedzeń. Opóźnienia będą narastać, jeśli Komisja Zdrowia będzie zbierać się raz, dwa razy w tygodniu sejmowym – tak, jak to było w styczniu. W lutym posiedzeń było teoretycznie więcej (w pierwszym tygodniu sejmowym), ale odliczając posiedzenia „techniczne" (skierowanie obywatelskiego projektu nowelizacji ustawy o minimalnych wynagrodzeniach w ochronie zdrowia do podkomisji oraz decyzja o powołaniu podkomisji stałych) i posiedzenia związane z procedowaniem projektu zmian przepisów dotyczących pigułki „dzień po", zostało jedno posiedzenie – dotyczące leczenia boreliozy. Tematu istotnego, biorąc pod uwagę skalę nadużyć wobec pacjentów, ale mimo wszystko dalekiego od spraw, które powinny koncentrować uwagę posłów w pierwszej kolejności. •

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

REKLAMA

SUNROOF

Dach solarny
SunRoof 2w1

Dach zintegrowany z ogniwami fotowoltaicznymi, który chroni i izoluje budynek, jednocześnie zasilając go zieloną energią.

Recepta na najlepszą inwestycję zapewniającą energooszczędne rozwiązanie połączone z bezkompromisową estetyką.

LIMITOWANA OFERTA SPECJALNA DLA LEKARZY

- System bezpieczeństwa o wartości 15 tys. zł GRATIS
- Dostęp do programu ambasadorskiego VIP
- Maksymalny wzrost wartości inwestycji

Zapraszamy do kontaktu:

lekarze@sunroof.se | 22 123 7111

GAZETA LEKARSKA

WAŻNE SPRAWY

Konkretometr daleko od celu

Minister Izabela Leszczyna deklaruje, że jest w stanie znieść limity na świadczenia szpitalne, ale na razie są to wyłącznie słowa. Nawet jeśli wypowiadane w najlepszej wierze.

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

Rząd Donalda Tuska minął półmetek. Gdy marcowe wydanie „Gazety Lekarskiej" trafi do rąk Czytelników, do pokonania zostanie nieco więcej niż jedna trzecia tego symbolicznego dystansu stu dni. Rządzenie to nie wyścig, powie ktoś i będzie mieć rację. Ale rację mają również ci, którzy patrzą na listę stu konkretów, przedstawioną we wrześniu, i kręcą głowami: „A nie mówiliśmy?".

Mówiliśmy, a nawet pisaliśmy. We wrześniu wskazywaliśmy, że ze stu konkretów na sto dni rządu nie wynika, w jakim kierunku Koalicja Obywatelska (KO) chce zmieniać system ochrony zdrowia, ani w ogóle, czy chce go zmieniać. I to jest konkret, który nie traci na aktualności, bo nadal nie wiadomo nic.

Oczywiście, „konkrety" KO to nie program rządu, ale akurat Ministerstwem Zdrowia kieruje Izabela Leszczyna, polityk Koalicji należąca do ścisłego grona zaufanych ludzi premiera. Weryfikacja zderzenia obietnic przedwyborczych z rzeczywistością jest więc uzasadniona. Sprawdźmy zatem, ile z zapowiedzi udało się zrealizować.

LIMITY W SZPITALNICTWIE

– Zniesiemy limity Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) w lecznictwie szpitalnym, dzięki czemu znacząco skróci się czas oczekiwania na konsultacje i zabiegi – obiecywała KO latem, a prominentni politycy tej partii twierdzili publicznie, że szpitale bez problemu mogą zwiększyć liczbę wykonywanych świadczeń nawet o jedną trzecią. Eksperci byli bezwzględni, zadając dwa pytania: za co i po co?

„Za co?" to pytanie o nakłady. KO już jakiś czas temu, gdy pojawiła się realna szansa na odebranie władzy Zjednoczonej Prawicy, przestała naciskać na szybkie i radykalne zwiększanie nakładów na zdrowie i przestała akcentować zafałszowywanie danych o finansowaniu. W wystąpieniach publicznych w Sejmie z ostatniego roku przed wyborami próżno szukać odwołań do danych z raportów OECD i Komisji Europejskiej, wskazujących precyzyjnie finansowanie ochrony zdrowia ze środków publicznych. Problem potężnej, liczonej w dziesiątkach miliardów złotych luki, czyli niedofinansowania systemu ochrony zdrowia, gdy ma się świadomość, że być może – co się stało – lada moment przejmie się rządy, nagle stał się „non grata" w partyjnym przekazie.

> Dyskusja na temat finansowania poszczególnych segmentów systemu ochrony zdrowia dopiero się zaczyna

Ma to jednak dobrą stronę: nie można mówić o niezrealizowaniu obietnicy, jeśli się jej nie złożyło. Można też utrzymywać, na przykład podczas spotkania z partnerami społecznymi w ramach Trójstronnego Zespołu do spraw Ochrony Zdrowia, że przewidywania i wyliczenia ekspertów są obarczone nadmiernym pesymizmem, bo pieniędzy w systemie przybywa, choć nie w takim tempie, jakiego byśmy oczekiwali. Można też mówić wprost, jak minister Izabela Leszczyna podczas konferencji „Priorytety w ochronie zdrowia 2024" na Zamku Królewskim w Warszawie 31 stycznia 2024 r., że reguła n-2, odnosząca wydatki bieżące na zdrowie do PKB sprzed dwóch lat, z ustawy nie zniknie. Nie będzie ministrem zdrowia, który zapisze się w historii jako ten, za którego kadencji nakłady spadły z (nieprawdziwych) 6 proc. PKB do „pięciu czy czterech". Realny odsetek to w tej chwili nieco ponad 5 proc. PKB. Eksperci, a także m.in. prezes Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) Łukasz Jankowski, zdecydowanie zabiegają, by rząd regułę n-2 wycofał. Pozwoliłoby to urealnić

publiczną dyskusję na temat tego, ile na zdrowie wydajemy, a ile wydawać powinniśmy.

Jest też ciemna strona tej strategii: możliwość realizacji złożonych obietnic staje pod potężnym znakiem zapytania, a zniesienie limitów na lecznictwo szpitalne jest tu koronnym przykładem. Według szacunków ekspertów taka operacja mogłaby kosztować 20-30 mld zł, których nie ma.

Ale czy to zła wiadomość? Po co znosić limity w sytuacji, gdy od lat wiadomo, że polski system ochrony zdrowia stoi na głowie, za podstawę mając lecznictwo szpitalne, czyli segment zdecydowanie najbardziej kosztochłonny. Od lat liczonych już w niemal w dekadach mówi się o konieczności „odwracania piramidy świadczeń" i przesuwaniu świadczeń i pacjentów, czyli leczenia do opieki ambulatoryjnej, zarówno podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), jak i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Cały czas wyzwaniem jest też „uambulatoryjnienie" diagnostyki, czego zresztą dotyczy kolejny „konkret". Zniesienie limitów na świadczenia szpitalne byłoby działaniem w kontrze do zalecanego przez ekspertów i jedynego racjonalnego kierunku zmian. Trudno się więc dziwić, że stwierdziwszy, że nie ma „za co", a sensowność operacji jest mocno wątpliwa, Izabela Leszczyna już po kilku tygodniach urzędowania zaczęła wycofywać się z tego konkretu. W stylu wytrawnego polityka zresztą, zapowiadając, że obietnica pozostaje aktualna, ale zniesienie limitów w pełnym zakresie będzie możliwe wtedy, gdy już z sukcesem odwrócimy piramidę świadczeń.

Menedżerowie szpitali, którzy liczyli na dodatkowe środki, właściwie odczytali sygnał i w połowie lutego wystosowali apel: „Tylko zniesienie limitów może uzdrowić sytuację w placówkach i oddalić groźbę dalszego zadłużania". Taki jest sens stanowiska, choć jeszcze kilka tygodni wcześniej te same organizacje podkreślały, że podstawowym problemem jest niska wycena świadczeń, a ewentualne zachęty do zwiększania liczby wykonywanych procedur będą skuteczne tylko wtedy, gdy nastąpi „retaryfikacja", czyli po prostu podniesienie wycen. Nie ulega wątpliwości, że dyskusja na temat finansowania poszczególnych segmentów systemu dopiero się zaczyna. Choć jej przedmiotem nie powinna być zasadność regulowania przez NFZ rachunków za udzielone ponad limit świadczenia ratujące życie i zdrowie pacjentów.
Niezrealizowane (realizacja pod znakiem zapytania)

POWIATOWE CENTRA ZDROWIA (PCZ)

„Na obszarach pozbawionych odpowiedniej diagnostyki stworzymy PCZ zapewniające powszechny i równy dostęp do diagnostyki, leczenia ambulatoryjnego i świadczeń specjalistycznych" – to kolejny, pozostający w ścisłym związku z dylematami dotyczącymi świadczeń szpitalnych, konkret KO. Powiatowe Centra Zdrowia to hasło z rządowej debaty „Wspólnie dla zdrowia" z lat 2018-2019. Jedną z osi toczącej się wtedy przez dwanaście miesięcy dyskusji było założenie, że w Polsce jest zbyt dużo szpitali ostrych i część (czytaj – duża część szpitali powiatowych) powinna ewoluować w kierunku placówek o charakterze combo: zredukowana baza łóżek ostrych, w zasadzie jedynie o podstawowym profilu, rozbudowana baza łóżek opieki długoterminowej i segment opieki ambulatoryjnej z możliwością realizacji procedur jednego dnia.

Zmiana oznaczałaby rewolucję. I nie ma wątpliwości, że jest to zmiana obliczona nie na miesiące, ale na lata. Wpisanie jej na listę konkretów oznaczało albo brak wyobraźni, albo – co bardziej prawdopodobne – brak woli przełożenia obietnicy na czyny. Chyba że chodziło o coś zupełnie innego: znalezienie kilku (?) miejsc w Polsce i postawienie takich placówek nie zamiast, ale obok szpitali. Byłby to interesujący eksperyment, gdyby został zrealizowany.
Niezrealizowane (realizacja niepewna)

PROSTA REJESTRACJA

Eksperci nie mają wątpliwości, że krytyczny odbiór publicznego systemu ochrony zdrowia ze strony nie tyle pacjentów (zwłaszcza tych, którzy systematycznie korzystają ze świadczeń), co obywateli ma swoje źródła m.in. w pierwszych „zderzeniach" z nim. Niemożność rejestracji telefonicznej, problemy z prostym dodzwonieniem się do placówki, co pociąga za sobą również często trudności z odwołaniem wizyty, powodują, że, choć brzmi to anegdotycznie, pacjenci nie odczuwają postępu technologicznego. KO obiecywała: „Wprowadzimy łatwy w obsłudze i czytelny system rezerwacji wizyt (SMS-y, maile) na kształt funkcjonującego w systemie prywatnym. W ten sposób ograniczymy liczbę nieodbytych wizyt, a tym samym skrócimy kolejki".

Być może, ale czy uda się takie rozwiązanie wprowadzić w sto dni? Bardzo wątpliwe, zwłaszcza że eksperci, generalnie wspierający rozwiązania ułatwiające pacjentom życie, zwracają uwagę na jeden podstawowy mankament operacji. W przeciwieństwie do systemu prywatnego, w którym lwia część wizyt ma charakter planowy, w systemie publicznym przy rejestracji niezwykle ważne jest kryterium pilności. Dlatego wśród prywatnych świadczeniodawców udzielających świadczeń na podstawie kontraktu z NFZ funkcjonują różne rozwiązania zmniejszające zagrożenie, że pacjent „pilny" utknie w e-kolejce. Warto też zaznaczyć, że od wprowadzenia rozwiązań technicznych (pożądanych) do osiągnięcia efektu w postaci skrócenia kolejek droga będzie bardzo długa.
Niezrealizowane

SENIORZY

„Dzięki odblokowanym środkom unijnym zwiększymy dostępność lekarzy geriatrów oraz opieki długoterminowej" – głosi kolejny konkret, w którym nie wiadomo, co diagnozować jako „niezrealizowane" w pierwszej kolejności. Odblokować środków unijnych na większą skalę się nie udało. I to jest fakt, choć wiadomo, że ten proces musi potrwać. Jednak nawet gdyby środki z Krajowego Planu Odbudowy (KPO) i innych źródeł się pojawiły, największym problemem polskich seniorów jest niedostępność lekarzy geriatrów (byłoby znakomicie, gdyby była ona większa). Zdecydowanie bardziej potrzeba zróżnicowanego i uwzględniającego indywidualne potrzeby, ale jednocześnie systemowego modelu wsparcia osób starszych w aspekcie tak socjalnym, jak i zdrowotnym.
Niezrealizowane

DZIECI

„Wprowadzimy bon na profilaktykę i leczenie stomatologiczne dla dzieci i młodzieży do wykorzystania w każdym gabinecie stomatologicznym.

GAZETA LEKARSKA

fot.: archiwum Platformy Obywatelskiej

◀ *Z listy stu konkretów niewiele udało się do tej pory zrealizować*

Przywrócimy opiekę dentystyczną w szkołach podstawowych" – brzmiał jeden z konkretów. Pytana o stan jego realizacji minister Izabela Leszczyna stwierdziła, że jest „wielką fanką" pomysłu bonu, który miałby być realizowany w gabinetach prywatnych. Co, jak się wydaje, stanowić będzie domknięcie procesu niemal całkowitej prywatyzacji tego obszaru opieki zdrowotnej. Szefowa resortu zdrowia zaznaczyła jednocześnie na półmetku stu dni, że projekt jest na bardzo wstępnym etapie prac, więc konkretów brakuje.
Niezrealizowane

PRAWA DZIECI
Z pozoru dalekie od obszaru ochrony zdrowia, ale – przede wszystkim ze względu na ogromne problemy z opieką nad zdrowiem psychicznym – mocno z nim jednak związane. Dlatego „konkretometr" rządu nie może ich pominąć, choć trzeba zauważyć, że złożone obietnice nie należały do trudnych w realizacji. I jednocześnie że ich realizacja nie jest związana z jakościową zmianą, jeśli chodzi o rozwiązywanie realnych problemów.
Zrealizowane

WSPARCIE
„Przywrócimy finansowanie Telefonu Zaufania dla Dzieci i Młodzieży 116 111" – obiecała Koalicja Obywatelska. I słowa dotrzymała, rezerwując w budżecie nieco ponad 10 mln zł na funkcjonowanie tego telefonu. Gest symboliczny, nie tylko ze względu na kwotę, ale przede wszystkim na fakt, że prowadzony od lat przez organizację pozarządową telefon stracił wsparcie publiczne w ostatniej kadencji PiS (kiedy był najbardziej potrzebny, czyli w czasie pandemii COVID-19).
Zrealizowane

RZECZNIK PRAW DZIECKA
„Odwołamy Mikołaja Pawlaka z funkcji Rzecznika Praw Dziecka (RPD) i powołamy na to stanowisko osobę, dla której dobro dzieci będzie priorytetem" – zapowiadali politycy. Mikołaj Pawlak pełnił swoją funkcję do końca kadencji (ani jednego dnia dłużej, bo jego następczynię Sejm wybrał, a Senat zatwierdził, odpowiednio wcześniej). Ani posłowie ani senatorowie z decyzją nie zwlekali.
Zrealizowane

PRAWA KOBIET
Nie ma wątpliwości, że priorytetowo w ochronie zdrowia traktowany jest obszar zdrowia prokreacyjnego kobiet, czy też ściślej – praw kobiet. Ale i tu daleko do realizacji choćby połowy złożonych obietnic.

Pierwszym konkretem, który udało się zrealizować, było uchwalenie ustawy gwarantującej finansowanie leczenia niepłodności metodą in vitro. Za obywatelskim projektem 29 listopada ub.r., a więc jeszcze przed powstaniem rządu Donalda Tuska, zagłosowała cała Koalicja oraz niewielka grupa posłów PiS. Prezydent Andrzej Duda ustawę podpisał i wszystko wskazuje, że program rzeczywiście ruszy 1 czerwca z finansowaniem 0,5 mld zł w skali roku. Środki są zabezpieczone w budżecie na 2024 r., a minister zdrowia zapowiada, że jeśli w tym roku nie zostaną wydane w całości, na pewno nie przepadną. Nad szczegółami programu pracuje zespół ekspertów, a jednym z jego istotnych elementów mają być działania na rzecz onkopłodności.
Zrealizowane

PIGUŁKA „DZIEŃ PO"
Zapewnimy dostęp do „antykoncepcji awaryjnej" bez recepty – zapowiadali politycy KO. Rząd przyjął projekt ustawy, w lutym Sejm przeprowadził dwa czytania. Dość nieoczekiwanie jednak prace wyhamowały na ostatniej prostej, tuż przed głosowaniem. Fakt, że w trakcie drugiego czytania padł wniosek o odrzucenie projektu, jest kiepską wymówką. Z góry było wiadomo, że padnie, ba – że zgłoszone zostaną poprawki, a posiedzenia Komisji Zdrowia nie zwołano, by zdążyła zarekomendować Sejmowi ich odrzucenie. To każe sądzić, że prawdziwą przyczyną zwłoki była nieobecność premiera (ferie z wnukami), którą niesforni koalicjanci postanowili wykorzystać. Nie wszystkim w koalicji podoba się granica dostępności preparatu ustalona na 15 lat i tajemnicą poliszynela jest, że politycy PSL – Trzeciej Drogi (przynajmniej niektórzy) czuliby się dużo bardziej komfortowo, gdyby została podniesiona do lat 18. A mowa o projekcie rządowym! Ewentualne podniesienie granicy wieku byłoby też testem dla prezydenta, którego współpracownicy praktycznie wykluczyli możliwość akceptacji ustawy z zapisem o dostępności leku przed osiągnięciem pełnoletności.
Niezrealizowane

ABORCJA DO 12. TYGODNIA
„Żaden szpital działający w ramach NFZ nie będzie mógł zasłonić się klauzulą sumienia i odmówić zabiegu. Decyzja musi należeć do kobiety" – obiecywała KO. W Sejmie są w tej chwili trzy projekty dotyczące

legalizacji aborcji (dwa – Lewicy, jeden posłów Koalicji Obywatelskiej). I na 100 proc. wiadomo, że nie ma szans, by jakikolwiek projekt zyskał większość. Donald Tusk mówi o tym zresztą otwarcie: „Wszystko wskazuje, że na dziś większości nie ma".

Na dziś i na jutro zapewne też nie. Być może w trakcie narad koalicyjnych uda się uzgodnić poparcie dla dekryminalizacji i depenalizacji aborcji, ale to też nie jest przesądzone. Czy wyborcom i wyborczyniom KO wystarczy świadomość, że ich przedstawiciele „zrobili, co mogli", czyli napisali projekt ustawy? I czy przypadkiem nie obiecali za dużo, mając pełną świadomość braku fizycznych możliwości spełnienia obietnicy nawet w ramach większości sejmowej? Jest jeszcze prezydent, nie wspominając o Trybunale Konstytucyjnym Julii Przyłębskiej, którego los będzie się rozstrzygać w najbliższych tygodniach, może – miesiącach.
Niezrealizowane

CIĄŻA
Dostęp do darmowych badań prenatalnych. Ma go mieć każda ciężarna bez względu na wiek. Ten punkt znalazł się w pakiecie dla kobiet „Bezpieczna, świadoma ja", który 31 stycznia przedstawiła Izabela Leszczyna. Ale to znów – tylko słowa, tylko zapowiedź.
Niezrealizowane

PORÓD
„Bezpłatne znieczulenie przy porodzie". To też część pakietu minister Leszczyny. Punkt ważny, ale konkretów brakuje, przede wszystkim odnośnie finansowania obietnicy. Nie wiadomo też, czy resort zdrowia jest świadomy skutków wstępnej koncepcji, zgodnie z którą kobiety mają mieć jasną informację, w których szpitalach znieczulenie jest gwarantowane, i w domyśle, wybierać właśnie te. Wiąże się to w skali mikro z ogromnym, nawet przy zapaści demograficznej, wzrostem liczby rodzących w ograniczonej puli szpitali (pytanie: czy wszystkie podołają wywiązaniu się z gwarancji opieki anestezjologa?). W skali makro bardzo szybko pojawić się może pytanie, co zrobić z porodówkami, w których rocznie na świat przychodzi nie 200-300 noworodków (co już teraz jest poza granicą bezpieczeństwa i sensowności utrzymywania oddziału), ale 50-100.
Niezrealizowane •

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

KILKA SŁÓW O PIENIĄDZACH

„Wierzę w kompromis" – przekonywała w połowie lutego, gdy padło pytanie o losy obywatelskiego projektu nowelizacji ustawy o ustalaniu najniższych wynagrodzeń w ochronie zdrowia, minister zdrowia Izabela Leszczyna. Na początku lutego komisje zdrowia oraz finansów publicznych zdecydowały na wspólnym posiedzeniu o powołaniu specjalnej podkomisji, która ma się zająć opracowaniem projektu ustawy. Na 21 lutego zaplanowano pierwsze posiedzenie, ale nie wiadomo, kiedy podkomisja prace zakończy. Większość sejmowa odrzuciła wniosek opozycji dotyczący wyznaczenia 30-dniowego terminu na przedstawienie sprawozdania z prac.
W skład podkomisji weszli: Elżbieta Gelert, Marta Golbik, Krystyna Skowrońska (KO), Józefa Szczurek-Żelazko, Janusz Cieszyński, Patryk Wicher (PiS), Ewa Szymanowska (Polska2050), Radosław Lubczyk (PSL), Tomasz Trela (Lewica).
Obywatelski projekt nowelizacji ustawy o minimalnych wynagrodzeniach w ochronie zdrowia przygotowany przez Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych czekał na kontynuowanie prac po pierwszym czytaniu od końca listopada 2023 r. Wcześniej, o czym warto przypomnieć, w poprzedniej kadencji odbyło się pierwsze czytanie, ale następnie projekt trafił do „komisyjnej zamrażarki". Pielęgniarki twierdzą, że teraz realny jest scenariusz, w którym zamrażarką stanie się „podkomisyjna", i że to nie jest „dobra zmiana".
Sytuacja jest kuriozalna: w tej chwili najgorętszymi orędownikami projektu są posłowie Prawa i Sprawiedliwości, którzy kilka miesięcy temu podkreślali, że – nawet jeśli zrozumieć powody, dla których został złożony – nie może być brany pod uwagę. A to dlatego że powstał bez konsultacji z organizacjami innych zawodów medycznych oraz pracodawców ochrony zdrowia. I że ustawa o minimalnych wynagrodzeniach problem reguluje wręcz modelowo. Jest też przykładem wzorowego rozwiązywania problemów w ochronie zdrowia, bo została wypracowana w drodze kompromisu.
Wątpliwości mnożą zaś partie obecnie rządzące, których przedstawiciele kilka miesięcy temu żarliwie wspierali pielęgniarki walczące o wyższe współczynniki i ustawową gwarancję kwalifikowania pracowników do poszczególnych grup na podstawie kwalifikacji posiadanych, a nie wymaganych na zajmowanym stanowisku.
Koszty realizacji zawartych w projekcie rozwiązań – na których najwięcej skorzystałyby pielęgniarki, choć dotyczą też kilku innych zawodów medycznych – to ok. 10 mld zł. Wiadomo, że gdyby weszły w życie w tej formie, musiałyby się znaleźć pieniądze również na proporcjonalne podwyżki dla innych zawodów. Pieniądze, których nie ma.
Wyzwaniem będzie już sfinansowanie realizacji operacji waloryzacji wynagrodzeń od 1 lipca (trudno mówić o podwyżkach). Koszt to ok. 12 mld w skali roku. Pojawiają się wątpliwości, czy pieniądze w systemie są (będą), a jeśli nie, w jaki sposób się znajdą – bo znaleźć się muszą. Dyrektorzy szpitali raczej na pewno nie dowiedzą się w kwietniu – choć powinni – na czym stoją, czyli w jaki sposób wzrosną wyceny świadczeń. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) w połowie lutego otrzymała polecenie przygotowania nowych wycen. Jak poinformowano na posiedzeniu Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia, Agencja i MZ zrobią wszystko, by informacje o wycenach przekazać jak najwcześniej.
Po stronie organizacji pracowników ta niepewność wywołuje niepokój, który przekłada się na plany zabiegania o zmianę metodologii przekazywania środków na podwyżki i powrót do odrębnego strumienia „na PESEL". Na to nie będzie jednak zgody ani pracodawców, ani – najprawdopodobniej – strony rządowej. Powód: uwzględnienie wszystkich kosztów pracy w wycenie świadczeń jest narzędziem motywacyjnym dla świadczeniodawców. Jedynym, którym w tej chwili dysponuje płatnik. Rozerwanie kosztów podwyżek i kosztów świadczeń pogłębiłoby natomiast problemy finansowe szpitali, wynikające z dysproporcji między przychodami (którymi placówka może rozporządzać) a stałymi kosztami.

GAZETA LEKARSKA

WAŻNE SPRAWY

Kobiety mają prawo do znieczulenia porodów

REDAKCJA

O podjęcie kompleksowych działań, które pozwolą zwiększyć dostępność do znieczulenia w czasie porodu, apeluje do premiera Naczelna Rada Lekarska.

Władze państwowe odpowiedzialne za system opieki zdrowotnej są zobowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej kobietom w ciąży (art. 68 ust. 3 Konstytucji RP), co oznacza, że powinno się podjąć starania, aby zapewnić każdej rodzącej kobiecie faktyczną, a nie tylko deklarowaną, dostępność do znieczulenia w czasie porodu" – czytamy w apelu nr 1/24/X NRL z 26 stycznia 2024 r. do Prezesa Rady Ministrów.

Jak argumentują członkowie NRL, obecnie kobiety mają prawo do korzystania z różnych niefarmakologicznych i farmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego, w tym także do znieczulenia na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. 2023 poz. 1324). Jednak jego faktyczna dostępność jest różna w zależności od placówki medycznej i jej zasobów kadrowych.

„Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę, że utrzymujący się w Polsce od wielu lat znaczny (na tle innych państw Europy) odsetek porodów wykonywanych metodą cięcia cesarskiego może mieć swoje źródło właśnie w obawie kobiet przed narażeniem na ból w czasie porodu siłami natury bez dostępu do znieczulenia" – napisali członkowie NRL.

Jak uzasadniał podczas pierwszego tegorocznego posiedzenia NRL członek jej prezydium, Damian Patecki, starania o to, by każda kobieta – o ile nie występują przeciwwskazania medyczne do wykonania znieczulenia – mogła realnie skorzystać z tej formy łagodzenia bólu, są absolutnie godne poparcia. – Jako NRL mamy moralny obowiązek troszczyć się o los pacjentów, zwłaszcza tych, którzy przez lata byli zaniedbywani, a w tym przypadku troszczyć się o los kobiet, które nie są znieczulane do porodów – przekonywał.

Zdaniem Damiana Pateckiego barierą nie jest brak anestezjologów, który jest względny, ale podejście, skłonność do oszczędzania na kobietach. – Anestezjologia i intensywna terapia to jedna z niewielu dziedzin medycyny, w których co roku zwiększa się liczba specjalistów. Co roku maleje natomiast liczba porodów. Największe porodówki w Polsce odbierają po 5 tys. porodów rocznie, najmniejsze mniej niż 300. Mamy coraz większy odsetek ciąż kończących się cięciem cesarskim. Problemem jest tokofobia i katastrofa demograficzna. Uważam, że w obecnej sytuacji jesteśmy w stanie przekonać część anestezjologów do pracy w położnictwie, dlatego że anestezjolodzy są bardzo mobilni. Ludzie w mojej specjalizacji są w stanie jeździć po 300 km, jeśli praca jest dla nich atrakcyjna – argumentował.

Dodał, że dziś część specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii pracuje w placówkach medycyny estetycznej, gdzie wstrzykują botoks albo znieczulają do zabiegów chirurgii plastycznej. – Powoli osiągamy też coś, co nazywam punktem równowagi – wynagrodzenia anestezjologów zaczynają zrównywać się w całej Europie do tego stopnia, że niektórzy koledzy zaczynają wracać z zagranicy – zauważył.

Zdaniem Damiana Pateckiego zmiany można zacząć wprowadzać pilotażowo, np. obejmując znieczuleniem każdy poród w 50 największych szpitalach położniczych w kraju. Szczegóły rozwiązań są jednak sprawą drugorzędną, a NRL jest przygotowana merytorycznie do wypracowania optymalnych rozwiązań w tym zakresie.

– Chodzi o poprawę komfortu i bezpieczeństwa rodzącej. Realizacja tego zadania wymagać będzie między innymi prawidłowej wyceny świadczenia obejmującego znieczulenie zewnątrzoponowe, ale także wyceny całodobowej gotowości placówek medycznych do wykonania tego znieczulenia w czasie porodu – zaznaczył.

Środowisko lekarskie uważa, że kobiety powinny móc realizować swoje prawo do łagodzenia bólu i poprawy komfortu w czasie porodu, a państwo powinno poczynić starania, aby zapewnić możliwość realizacji tego prawa.

Tymczasem w ostatnim dniu stycznia minister zdrowia Izabela Leszczyna przedstawiła projekt dla kobiet „Bezpieczna, świadoma ja", czyli pakiet rozwiązań na rzecz zdrowia prokreacyjnego i seksualnego kobiet. Zakłada on przywrócenie finansowania procedury zapłodnienia in vitro ze środków publicznych, bankowanie gamet osób chorujących na nowotwory, jeśli planują one w przyszłości mieć dzieci, rozszerzenie pakietu badań prenatalnych, kwestie terminacji zagrożonej ciąży, antykoncepcji awaryjnej oraz edukacji seksualnej. •

Fot.: freepik.com

WAŻNE SPRAWY

Siedzimy źle i za długo

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Schorzenia kręgosłupa to jedna z najczęstszych przyczyn absencji chorobowych. Starzenie się społeczeństwa nie jest jedynym powodem wzrostu liczby pacjentów wymagających leczenia.

Ponad 2,4 mld zł – tyle wyniosła łączna wartość refundacji leczenia schorzeń kręgosłupa w 2022 r. w Polsce. Dla porównania: w tym samym roku na świadczenia medyczne i leki, które można dopasować do konkretnego pacjenta lub świadczenia, Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) wydał ponad 110 mld zł.

W ramach leczenia schorzeń kręgosłupa najbardziej kosztowna grupa świadczeń (745 mln zł) dotyczyła rozpoznania głównego „inne choroby krążka międzykręgowego", które w klasyfikacji ICD-10 są oznaczone kodem M51. Pokaźne kwoty objęły „zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa" (kod: M47, prawie 489 mln zł), „choroby kręgów szyjnych" (M50, prawie 287 mln zł), „bóle grzbietu" (M54, ponad 191 mln zł), „inne choroby kręgosłupa" (M48, prawie 175 mln zł) oraz „boczne skrzywienie kręgosłupa (skolioza)" (M41, ponad 136 mln zł). Lista refundowanych świadczeń, obejmująca choroby grzbietu, nowotwory kości kręgosłupa oraz jego wady i urazy, jest jednak znacznie dłuższa.

Koszty leczenia nie zawsze idą w parze z powszechnością udzielania świadczeń – najczęstsze rozpoznania dotyczyły bólów grzbietu (prawie 1,8 mln pacjentów) i zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa (1,5 mln). Łącznie z refundowanego leczenia schorzeń kręgosłupa skorzystało w 2022 r. prawie 4 mln polskich pacjentów. Danych za rok ubiegły na razie nie ma, ale trudno oczekiwać, by liczby i kwoty okazały się znacznie mniejsze. Unaoczniają one poważny problem Polek i Polaków, o którym mówi się od dawna, ale chyba nie tyle, ile trzeba. A przecież jesteśmy społeczeństwem coraz starszym, więc jego skala będzie narastać.

> Prawie 4 mln pacjentów skorzystało z refundowanego leczenia schorzeń kręgosłupa w 2022 r.

PRACA I SEN

Przyczyny schorzeń kręgosłupa są zróżnicowane. To m.in. przyjmowanie nieodpowiedniej pozycji zarówno w trakcie pracy (np. przy komputerze), jak i w czasie wolnym (np. podczas snu, o co znacznie łatwiej wtedy, gdy mamy źle dobrany materac). U niektórych osób początkiem problemów może być niedostatek aktywności fizycznej. – Zwyrodnienia powstają na skutek powtarzających się błędów: za dużo dźwigamy, śpimy w pozycji niefizjologicznej, zbyt długo siedzimy, nosimy obciążenia dłużej, niż powinniśmy… Urazy to osobna kwestia – mówi dr Artur Zaczyński, zastępca dyrektora Państwowego Instytutu Medycznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie, specjalista neurochirurg, autor prac z zakresu chirurgii kręgosłupa.

Ale ważne jest nie tylko to, jak pracujemy i jak śpimy. Istotne może być to, w czym chodzimy – noszenie butów na wysokim obcasie, a zwłaszcza cienkich szpilek, sprawia, że środek ciężkości ciała przenosi się w przód i skutkuje nadmiernym obciążeniem kręgosłupa. Mało uświadamiane lub bagatelizowane przyczyny obejmują także m.in. stres prowadzący do wzrostu napięcia mięśniowego oraz stany zapalne.

Problemem, tak wśród dorosłych, jak i nastolatków, jest długotrwałe korzystanie ze smartfonów, tabletów i komputerów. To może prowadzić do dolegliwości bólowych odcinka szyjnego kręgosłupa, co wynika z ciągłego pochylania głowy i wysuwania jej do przodu. Tzw. szyja smartfonowa to znak dzisiejszych czasów.

WAGA MA ZNACZENIE

Wśród czynników sprzyjających pojawianiu się zwyrodnień jest nadmierna masa ciała. Dla kręgosłupa jest to groźne szczególnie wtedy, gdy ktoś znacząco przybiera na wadze w wieku dorosłym. – Otyłość generuje ponad dwieście potencjalnych chorób i powikłań, a wśród nich są schorzenia układu kostno-stawowego. Mamy niezbite dowody wskazujące na to, że przyspiesza rozwój choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa – mówi prof. Paweł Bogdański, prodziekan Wydziału Medycznego Uniwersytetu

GAZETA LEKARSKA

Medycznego w Poznaniu, a do niedawna prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości.

Lekarze powinni być wyczuleni na jej skuteczne zapobieganie i leczenie z punktu widzenia medycznego i ekonomicznego. – Im więcej pacjentów chorujących na otyłość, także wśród dzieci i młodzieży, tym dłuższe kolejki do ortopedów i większe wydatki związane z chorobami kręgosłupa. Tacy pacjenci częściej wymagają rehabilitacji oraz korzystania z leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych. To oznacza również wzrost liczby osób niepełnosprawnych, które nie są w stanie wykonywać obowiązków zawodowych, a zatem nie będą płacić podatków – dodaje prof. Bogdański.

LEPIEJ ZAPOBIEGAĆ, NIŻ LECZYĆ

- **Reaguj na bieżąco.** W trakcie długiego siedzenia staraj się przyjąć pozycję jak najmniej obciążającą kręgosłup. Warto wymienić krzesło przy biurku na ergonomiczny fotel wyposażony w regulację wysokości.
- **Monotonia i bezruch są szkodliwe.** Spędzając dużo czasu w pozycji siedzącej, należy pamiętać o regularnych przerwach, co jest szczególnie ważne nie tylko w trakcie pracy przed komputerem. W pomieszczeniach biurowych, a nawet w gabinecie lekarskim, da się wykonać proste ćwiczenia rozciągające.
- **Aktywność na co dzień, nie tylko od święta.** Regularne ćwiczenia wzmacniają mięśnie i pomagają w utrzymaniu prawidłowej postawy. Czasami warto zrezygnować z jazdy samochodem i pokonać drogę pieszo, a na drugie piętro można wejść po schodach, zamiast korzystać z windy.
- **Utrzymywanie prawidłowej masy ciała.** Nadwaga i otyłość obciążają kręgosłup zbędnymi kilogramami, co może prowadzić do rozwoju chorób zwyrodnieniowych, a w konsekwencji – bólu czy problemów z poruszaniem się.
- **Jesteś tym, co jesz.** Należy spożywać produkty bogate w witaminy i minerały, wspomagające układ mięśniowo-szkieletowy. Chodzi nie tylko o wapń.

POMOC: KIEDY I DLA KOGO?

Niektórzy ignorują niepokojące sygnały, długie lata wysyłane przez organizm, nie zmieniając nic w stylu życia i zwlekając z wizytą w gabinecie lekarskim. Część pacjentów w końcu decyduje się na to, gdy ból staje się nie do zniesienia. Kiedy należy udać się do specjalisty? – Jeżeli występuje niedowład i są obserwowane zaburzenia neurologiczne, to konsultacja potrzebna jest natychmiast. Jeżeli pacjent skarży się na ból i nie pomagają mu leki OTC czy leki przeciwbólowe przepisywane na receptę, także nie należy zwlekać z wizytą – mówi dr Zaczyński.

W tym miejscu pojawia się jednak pytanie, do kogo właściwie powinna zgłosić się osoba skarżąca się na bóle kręgosłupa: do ortopedy czy neurologa? – Do kogoś, kto ma szeroką wiedzę z zakresu chorób kręgosłupa. Ten obszar jest podzielony na trzy grupy specjalistów: ortopedów, neurochirurgów i neurologów. Neurolodzy diagnozują, a chirurdzy kręgosłupa mówią, czy są wskazania do leczenia operacyjnego, czy też nie. Decyzję o operacji podejmuje operator – tłumaczy warszawski neurochirurg. W Polsce nie ma takiej podspecjalizacji jak chirurg kręgosłupa. – Nie każdy ośrodek z oddziałem ortopedycznym musi operować kręgosłupy, ale prawie wszystkie ośrodki neurochirurgiczne dysponują taką umiejętnością – dodaje Zaczyński.

W celu pomocy pacjentom z problemami kręgosłupa powstają wyspecjalizowane jednostki. Jedna z nich – Warszawskie Centrum Chirurgii Kręgosłupa (WCCK) – funkcjonuje od 2023 r. w Szpitalu Południowym, który powstał na Ursynowie. Nowoczesna klinika specjalizuje się w diagnostyce i leczeniu schorzeń, a konsultacje są w pełni refundowane przez NFZ. Zespół medyczny składa się ze specjalistów m.in. w zakresie chirurgii, ortopedii, fizjoterapii, rehabilitacji oraz diagnostyki medycznej.

WCCK zapewnia m.in. konsultacje w poradni leczenia bólu. W placówce wykonywane są m.in. mało inwazyjne operacje endoskopowe w leczeniu dyskopatii, kompleksowe operacje zaawansowanych, wielopoziomowych zmian zwyrodnieniowych z zastosowaniem współczesnych systemów stabilizacji kręgosłupa, operacje wad z leczeniem operacyjnym skolioz czy zabiegi z zastosowaniem implantów.

NIE TYLKO STOMATOLODZY I ZABIEGOWCY

Wśród osób skarżących się na dolegliwości nie brakuje pracowników ochrony zdrowia. Wielu medyków, tak jak znaczna część społeczeństwa, pracując, spędza długie godziny w pozycji siedzącej, kilka kwadransów siedzi w samochodzie, a po przyjściu do domu odpoczywa w fotelu czy na kanapie. Jedną z najbardziej narażonych grup z powodu długiego przebywania w wymuszonej pozycji ciała są lekarze dentyści. – Wprawdzie nowoczesny sprzęt ograniczył to ryzyko, ale całkowicie go nie wyeliminował, dlatego stomatolodzy mają predyspozycje do zwyrodnienia kręgosłupa szyjnego, rwy barkowej czy rwy ramiennej – mówi dr Zaczyński.

Odcinek lędźwiowy nadwerężają osoby, których praca wymaga długiego przebywania w pozycji stojącej, np. chirurdzy, a także pracujący w obciążeniu, np. w fartuchach ołowianych jak radiolodzy zabiegowi. – Ale to problem dotyczący również innych specjalności. Niestety lekarze nie dbają o swoje kręgosłupy, a powiedzenie, że „szewc bez butów chodzi", w przypadku naszej grupy zawodowej jest uzasadnione – dodaje dr Zaczyński. Część lekarzy zaczyna naprawdę troszczyć się o swój kręgosłup dopiero wtedy, gdy na co dzień „przypomina" im o sobie. – Brakuje świadomości, by w gabinetach lekarskich m.in. poprawić monitor, wymienić krzesło lub fotel. Zapominamy o tym, że pracując w pozycji siedzącej, warto wstać co godzinę od biurka na 5-6 minut i rozciągnąć kręgosłup – radzi dr Zaczyński.

CHWILA ROBI RÓŻNICĘ

Okręgowa Izba Lekarska (OIL) w Łodzi już kilka lat temu włączyła się w profilaktykę chorób kręgosłupa. Z inicjatywy przewodniczącego

Komisji Sportu i Rekreacji tej izby, dr. Ryszarda Golańskiego, oraz prodziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, dr hab. Joanny Kostki, zorganizowano konkurs pod hasłem „Bądź aktywny – nawet w przerwach", w ramach którego studenci fizjoterapii tworzyli scenariusze krótkich filmów z ćwiczeniami. W oparciu o kilka najlepszych prac powstał film, który można obejrzeć na kanale OIL w Łodzi w serwisie YouTube.

– Wielu lekarzy i lekarzy dentystów spędza dużo czasu w pozycji siedzącej. Ćwiczenia zaprezentowane w filmie można wykonać w gabinecie, wykorzystując biurko lub zwykłe krzesło. Wystarczy znaleźć kilka minut – mówi dr Golański. – Długotrwałe przebywanie w pozycji siedzącej, nawet najbardziej prawidłowej, zgodnej z wytycznymi ekspertów, powoduje wiele negatywnych skutków zdrowotnych. Dotyczą one przede wszystkim układu ruchu, w tym kręgosłupa – dodaje dr hab. Kostka.

SPORT TO ZDROWIE, ALE…

Jednym ze sposobów zapobiegania chorobom i ograniczenia dolegliwości bólowych jest aktywność fizyczna. Dzięki regularnym ćwiczeniom wzmacniamy mięśnie kręgosłupa, które pomagają utrzymać prawidłową postawę ciała. W tym kontekście czasami padają pytania o to, jaki uprawiać sport, by nie przyczyniać się do narastania już występujących problemów. Zdaniem dr. Zaczyńskiego co do zasady, można podejmować właściwie każdą aktywność fizyczną, ale z umiarem. – Moment, gdy pojawia się ból w odcinku lędźwiowym, powinien być chwilą zastanowienia, czy właściwie ćwiczymy. W przypadku kręgosłupa jest on często najważniejszym wskaźnikiem ostrzegającym: „nie rób tego" – mówi neurochirurg.

Amatorskie uprawianie sportu może być zbawienne dla kręgosłupa. Nawet spacery czy niedługie marsze ze specjalnymi kijkami (nordic walking) to inwestycja w swoje zdrowie – ważne jednak, by robić to regularnie. Zupełnie inaczej sytuacja wygląda w świecie profesjonalistów, w którym chodzi o przekraczanie granic wytrzymałości i wydolności, co nierzadko kończy się groźnymi urazami i kontuzjami. – Z pewnością sport zawodowy nie prowadzi do zdrowia, bo zawodowcy „zużywają" swoje części ciała, w tym kręgosłup, w nadmierny sposób – dodaje. •

PRAWO I MEDYCYNA

Zamiast listu poleconego e-doręczenia

Firmy zarejestrowane w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub w Krajowym Rejestrze Sądowym (praktyki lekarskie, podmioty lecznicze) będą miały obowiązek korzystania z e-doręczeń. Zamiast osobistych wizyt w urzędzie i odbierania listów poleconych całą korespondencję będzie można wysyłać i odbierać elektronicznie. Wystarczy komputer, tablet lub smartfon.

Nie zadziała to jednak z automatu. Konieczne jest złożenie wniosku o utworzenie adresu do e-doręczeń. Można to zrobić, korzystając z e-usługi na Biznes.gov.pl, to zaś kiedy taki wniosek trzeba złożyć, zależy od daty rejestracji firmy (szczegóły na e-doręczenia dla przedsiębiorców | Biznes.gov.pl – Serwis informacyjno-usługowy dla przedsiębiorcy). Firmy już zarejestrowane powinny złożyć wniosek o zmianę wpisu w ewidencji lub wniosek o założenie skrzynki do e-doręczeń. Ci, którzy dopiero będą firmy rejestrować, wniosek mogą złożyć przy okazji rejestracji.

awa

Wakacje od składek, ale nie od podatku

Lekarz, który ma działalność gospodarczą i zdecyduje się na miesięczne zwolnienie od ZUS, nie zapłaci podatku od kwoty, którą zaoszczędzi.

Trwają prace nad nowelizacją, zgodnie z którą mikroprzedsiębiorcy raz w roku będą mogli złożyć wniosek do ZUS o zwolnienie z opłacania składek na obowiązkowe ubezpieczenia emerytalne i rentowe, wypadkowe, chorobowe (jeżeli wcześniej zadeklarowali jego opłacanie), a także należności na Fundusz Pracy i Fundusz Solidarnościowy.

Wolne od ZUS potrwa miesiąc (jeden w roku, wybrany przez przedsiębiorcę-lekarza). W tym czasie składki na ubezpieczenia społeczne będą pokrywane z budżetu państwa.

Na przerwę w opłacaniu składek mogą liczyć mikroprzedsiębiorcy (czyli lekarze mający zarejestrowaną działalność gospodarczą zatrudniający mniej niż dziesięciu pracowników i mający roczne obroty do 2 mln euro). Przerwa będzie również dla tych, którzy prowadzą działalność i pracowników nie zatrudniają albo zatrudniają więcej niż dziesięciu, ale na umowy zlecenia lub o dzieło. ZUS przed przyznaniem ulgi będzie weryfikował podane dane.

Nowe przepisy wprowadzają również zwolnienie od podatku. W myśl nowego brzmienia art. 21 ust. 1 pkt 160 ustawy o PIT kwota składek nieopłaconych przez korzystającego z wakacji przedsiębiorcę jest zwolniona z podatku. Nie zapłacą go zarówno ci, którzy rozliczają się według stawek ze skali podatkowej, jak i opodatkowani stawką liniową, a także przedsiębiorcy na ryczałcie.

Niestety, nie uda się uniknąć podatku w ogóle. Składki na ubezpieczenia społeczne obniżają podstawę opodatkowania. Jeśli zatem lekarz ich nie zapłaci, podstawa opodatkowania będzie wyższa, a co za tym idzie wyższy będzie też podatek. Co więcej, jeśli lekarz nie odprowadzi składek na ubezpieczenia społeczne, może wyjść mu większa składka zdrowotna.

awa

GAZETA LEKARSKA

PRAWO I MEDYCYNA

Liczą się fakty, a nie zdawkowe dane

Jeśli decydujemy się na doniesienie o niedostatecznym przygotowaniu zawodowym lekarza, zadbajmy, by przekazywane informacje nie były lakoniczne. Tylko wtedy można będzie uznać je za wystarczające.

GRZEGORZ WRONA
SEKRETARZ
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

Sprawowanie przez samorząd pieczy nad należytym wykonywaniem zawodu lekarza to nie tylko zasady określone w ustawie o izbach lekarskich i w Kodeksie karnym, ale także umieszczone w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Uprawnienie samorządu dotyczy reakcji na nieprzygotowanie zawodowe i stan zdrowia uniemożliwiający wykonywanie zawodu. O ile w poprzednich wydaniach „Gazety Lekarskiej" odwoływałem się często do przepisów Kodeksu postępowania karnego, o tyle w tym i w następnych odwoływać się trzeba będzie do Kodeksu postępowania administracyjnego.

SKĄD SAMORZĄD MA WIEDZĘ

Piecza dotycząca właściwego przygotowania zawodowego, a raczej jego braku, materializuje się w uprawnieniach opisanych w art. 11 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Jeśli okręgowa rada lekarska stwierdzi, że istnieje uzasadnione podejrzenie niedostatecznego przygotowania zawodowego lekarza, powołuje (a nie, że może powołać!) komisję, która wydaje opinię o przygotowaniu zawodowym lekarza. Przepis określa, iż komisja ta musi być złożona z lekarzy o odpowiednich (wysokich) kwalifikacjach zawodowych. Skład osobowy, liczebność i kwalifikacje zawodowe członków komisji pozostawiono do samodzielnej decyzji okręgowej rady lekarskiej.

Na wstępie jednak warto się zastanowić, w jaki sposób rada lekarska może powziąć wiadomość o tym niedostatecznym przygotowaniu zawodowym. Na to pytanie w dużej mierze odpowiedział w uzasadnieniu wyroku o sygn. VII SA/Wa 351/18 Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie. Rozpoznawał skargę lekarza dentysty na uchwałę prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej (PNRL), które utrzymało w mocy decyzję jednej z okręgowych rad lekarskich. W tym przypadku postępowanie zostało wszczęte wskutek informacji złożonej przez kierownika NZOZ zarzucającego lekarzowi zasadnicze braki wiedzy medycznej, popełnianie podstawowych błędów, brak reakcji na wskazówki lekarzy opiekunów. Postawiono tezę, że samorząd może poinformować ordynator w stosunku do podległego pracownika, ale także pacjent, który czuje się skrzywdzony działaniami lekarza. Taką informację rada lekarska może uzyskać także samodzielnie z doniesień medialnych czy internetu. Konieczność wszczęcia postępowania może być skutkiem informacji pochodzących od rzecznika odpowiedzialności zawodowej, z postępowań prokuratorskich czy sądowych.

PEŁNE I RZETELNE

Zadać należy też pytanie, czy każda informacja powinna skutkować powołaniem komisji? Duże znaczenie ma tu słowo „uzasadniona" informacja. W jednym z ostatnich wyroków ten sam sąd – WSA w Warszawie – uchylił uchwałę PNRL i utrzymaną w mocy uchwałę okręgowej rady lekarskiej, uznając, że w niedostateczny sposób odniosła się do potrzeby powołania komisji. Zdaniem sądu w uzasadnieniu uchwały nie opisano, dlaczego rada uznała przekazaną jej informację za uzasadnioną; informacja ta była zbyt lakoniczna. Należy także mieć na względzie konieczność potwierdzenia przez radę, iż okoliczności podnoszone w składanym doniesieniu o nieprzygotowaniu zawodowym lekarza rzeczywiście miały miejsce.

Z drugiej strony sąd, nie tylko w tym wyroku, podkreśla, iż ustalenie stanu faktycznego co do przygotowania zawodowego nie następuje przy podjęciu uchwały o powołaniu komisji. To komisję powołuje się po to, aby ten stan faktyczny, przygotowanie lub nieprzygotowanie zawodowe, opiniowała i tę opinię przedstawiała radzie na dalszym etapie postępowania.

Aby zaspokoić ewentualne zainteresowanie rozstrzygnięciami sądu, wyprzedzając opis kolejnych etapów postępowania, uprzejmie donoszę, że WSA skargę lekarza oddalił. Uznał, że okręgowa rada lekarska i Naczelna Rada Lekarska, podejmując uchwały, przeprowadziły postępowanie wnikliwie, prawidłowo oceniając zgromadzony na ówczesnym etapie materiał dowodowy, właściwie interpretując zastosowane przepisy.

Odnosząc się zaś do zakresu informacji składanej w dbałości o bezpieczeństwo pacjentów – jeśli na takie doniesienie się decydujemy, warto przedkładać radzie pełną i rzetelną informację opartą na zaobserwowanych faktach, a nie tylko jednozdaniową prośbę o „zbadanie sprawy". Uznanie przez radę, że informacja jest zbyt zdawkowa, aby na jej podstawie podjąć uchwałę o powołaniu komisji, może postawić nas w niekorzystnym świetle. •

PRAWO I MEDYCYNA

Skrucha pożądana również u lekarza

Mimo zawieszenia prawa wykonywania zawodu dentysta przez trzy miesiące przyjmował pacjentów. Prowadził leczenie zachowawcze i zakładał aparaty ortodontyczne.

ZBIGNIEW KUZYSZYN
NACZELNY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

Po otrzymaniu wiarygodnych informacji o podejrzeniu uzależnienia lekarza dentysty od benzodiazepin okręgowa rada lekarska (ORL) powołała komisję, by wydała orzeczenie o niezdolności do wykonywania zawodu albo ograniczeniu w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych zgodnie z art. 12 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Lekarz mimo wezwań nie stawiał się przed powołaną komisją lekarską, zatem ORL podjęła uchwałę (na podstawie art. 12 ust. 4 wspomnianej ustawy) o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu.

PRACOWAŁ DALEJ

Stomatolog, lekceważąc uchwałę, nadal wykonywał zawód w podmiocie leczniczym. Nawiązując współpracę ze spółką, przedstawił prawo wykonywania zawodu i polisę dokumentującą zawarcie obowiązkowego ubezpieczenia w ramach odpowiedzialności cywilnej lekarzy. Właściciel firmy, zatrudniając lekarza, nie sprawdził informacji znajdujących się w Centralnym Rejestrze Lekarzy (CRL), który jest dostępny dla wszystkich pod adresem https://rejestr.nil.org.pl.

Mimo zawieszenia prawa wykonywania zawodu dentysta przez trzy miesiące przyjmował pacjentów. Dopiero konflikt z pacjentką, która sprawdziła status lekarza w CRL, spowodował, że pracodawca zwolnił go z pracy.

Pacjentka złożyła skargę na lekarza do okręgowej izby lekarskiej (OIL). W postępowaniu prowadzonym przez okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej stroną pokrzywdzoną byli skarżąca oraz samorząd zawodowy reprezentowany przez prezes ORL, która podjęła uchwałę zawieszającą prawo wykonywania zawodu.

Na rozprawie przed okręgowym sądem lekarskim (OSL) wnioskowano o pozbawienie obwinionego prawa wykonywania zawodu. OSL uznał stomatologa za winnego i, przychylając się do wniosku oskarżyciela, orzekł pozbawienie prawa wykonywania zawodu oraz zarządził opublikowanie orzeczenia w biuletynie OIL. Ponadto obciążył obwinionego kosztami postępowania w wysokości ok. 1300 zł.

DENTYSTA: TO SĄ POMÓWIENIA

Od orzeczenia tego (nieprawomocnego) lekarz złożył odwołanie do Naczelnego Sądu Lekarskiego (NSL). Twierdził, że nie pracował jako dentysta, lecz – pomoc stomatologiczna. Sąd drugiej instancji nie dał wiary wyjaśnieniom obwinionego. Materiał dowodowy wskazywał bowiem, że lekarz prowadził leczenie zachowawcze i zakładał aparaty ortodontyczne.

W międzyczasie doszło do pojednania z pokrzywdzoną pacjentką. Stomatolog zwrócił swoje wynagrodzenie, pokrył koszty korekty zębów oraz prawnika pacjentki i uiścił zadośćuczynienie. W związku z tym NSL zmienił zaskarżone orzeczenie i złagodził karę, ale utrzymał publikację w biuletynie. Uznano, iż karą sprawiedliwą będzie zawieszenie prawa wykonywania zawodu na maksymalny czas, czyli na pięć lat.

Obrońca obwinionego lekarza wniósł do Sądu Najwyższego kasację od prawomocnego orzeczenia sądu II instancji. Zarzucił rażącą surowość kary, zwłaszcza w kontekście pojednania z pokrzywdzoną pacjentką, a także biorąc pod uwagę rodzaj i rozmiar naruszonych dóbr oraz brak wcześniejszej karalności obwinionego. Tymczasem z akt sprawy wynikało, że już klika lat wcześniej dwukrotnie została podjęta uchwała w sprawie powołania przez ORL komisji lekarskiej do zbadania stanu zdrowia lekarza i wydania orzeczenia o jego niezdolności do wykonywania zawodu. Ponadto w toku było osiem innych postępowań dotyczących odpowiedzialności zawodowej tego lekarza. Obwiniony nie wyrażał skruchy, a wszelkie skargi pacjentów uznawał za pomówienia.

Sąd Najwyższy, rozpatrując sprawę na posiedzeniu (bez rozprawy), oddalił kasację jako oczywiście bezzasadną. •

WEZWAŃ LEPIEJ NIE IGNOROWAĆ

Opisywany przypadek dowodzi, że ignorowanie wezwań organu izby lekarskiej i lekceważenie uchwał władz samorządowych może prowadzić do poważnych następstw. Sprawa, którą można było sprawnie wyjaśnić i rozwiązać, skończyła się zaangażowaniem pionu odpowiedzialności zawodowej i doprowadziła lekarza do sytuacji, w której utracił możliwość leczenia i zarobkowania jako stomatolog. Dodatkowo po upływie pięciu lat niewykonywania zawodu będzie zmuszony do odbycia przeszkolenia, aby móc wrócić do pracy lekarza.

GAZETA LEKARSKA

PRAWO I MEDYCYNA

In vitro: przypadek francuskiej wdowy Parpalaix

PROF. DR HAB. TOMASZ JUSTYŃSKI
LL.M., KIEROWNIK KATEDRY PRAWA CYWILNEGO UMK W TORUNIU

Inseminacja *post mortem* jest w Polsce wykluczona. Działanie to jest niedopuszczalne, jeśli dawca, od którego pobrano komórki rozrodcze w celu dawstwa partnerskiego, zmarł.

Sztucznie wspomagana prokreacja dawno już przestała być czymś ekstremalnym i zupełnie niezwykłym, o czym się słyszało, ale o czym wie się raczej dość niewiele i mgliście. Jej rozmaite warianty (jak zapłodnienie *in vitro*, *in vivo*, inseminacja homologiczna, heterologiczna czy mieszana i wiele innych podtypów) stały się oczywistym elementem rzeczywistości zarówno medycznej, jak i prawnej. Pewną nowością w polskim porządku prawnym jest ustawa uchwalona przez parlament pod koniec 2023 r. – przez wielu od dawna bardzo wyczekiwana, przez innych równie żarliwie krytykowana – pozwalająca na publiczne finansowanie kosztów zabiegów *in vitro* podejmowanych z inicjatywy par, z takich czy innych powodów niemogących posiadać dzieci (ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 29 listopada 2023 r., Dz.U. z 2023 r., poz. 2730). Nowy akt prawny pozwala m.in. na bezpłatne (finansowane z budżetu publicznego) podejmowanie przez zainteresowanych kilkakrotnych prób sztucznego zapłodnienia. Trzeba dodać – prób dość kosztownych, nierzadko rujnujących niewielkie budżety domowe zainteresowanych.

Rzecz nie będzie jednak dotyczyła nowej ustawy ani nawet prawnych warunków dopuszczalności zabiegów sztucznie wspomaganej prokreacji. Chodzić będzie o frapujący przypadek, który zdarzył się w latach 80. we Francji i który zmusił prawodawców (europejskich i nie tylko) do wyznaczenia standardu prawnego (przyjętego w 2015 r. także w Polsce), a pośrednio również do wyznaczenia pola interwencji medycznej w prokreację.

KAZUS CORINNE

Alain Parpalaix zachorował poważnie na nowotwór. Z uwagi na konieczne leczenie zdecydował o zdeponowaniu nasienia w banku nasienia (CECOS). Oboje z żoną bardzo pragnęli posiadać potomstwo, lekarze zaś wskazywali na skutki leczenia wykluczające późniejsze rodzicielstwo pana Parpalaix, a przynajmniej czyniące je wielce ryzykownym dla ewentualnego potomstwa.

> Już starożytni Rzymianie dostrzegli potrzebę przyznania *nasciturusowi* prawa do dziedziczenia po zmarłym ojcu, pod warunkiem że (poczęty za życia) urodzi się żywy

Mimo intensywnego i w pełni zgodnego z najwyższymi ówczesnymi standardami leczenia Alain Parpalaix wkrótce zmarł (w grudniu 1983 r.). Wdowa – mimo zmienionych okoliczności – nie porzuciła zamiaru posiadania potomstwa pochodzącego od jej ukochanego zmarłego męża. Medycznie rzecz była zupełnie nieskomplikowana, w każdym razie nie bardziej niż zwykle. Okazało się jednak, że prawnie sprawa wywoływała skrajne emocje i w konsekwencji fundamentalne pytania o dopuszczalność zabiegu sztucznej inseminacji *post mortem* (czyli zabiegu przeprowadzanego po śmierci rodzica, tu: ojca). Dotychczas tego jeszcze nie było. System prawa francuskiego sprawy nie ułatwiał. Ani wyraźnie nie zakazywał, ani też nie formułował jakichkolwiek warunków dopuszczalności. I się zaczęło.

OSOBLIWY SPADEK

Już na wstępie pojawiła się pierwsza trudna do przezwyciężenia przeszkoda. Nie bardzo wiadomo było, czy wdowie można wydać zdeponowane przez jej zmarłego męża nasienie. Oczywiście, uprawnionym do domagania się wydania był pan Parpalaix. To on zawarł umowę z bankiem nasienia, on też (nie zaś żona) był jej stroną. Po jego śmierci powstało jednak pytanie, czy uprawnienie to weszło w skład spadku po nim, a zatem, czy teraz już służy wdowie.

Wbrew pozorom rzecz nie była oczywista. Części ciała ludzkiego co do zasady nie są rzeczami, a w konsekwencji nie służy do nich dziedziczne prawo własności (chociaż przyznać trzeba, że istnieją liczne wyjątki od tej zasady, na których

omawianie brakuje tu miejsca). Czyli *prima facie* do schedy spadkowej wchodzić nie mogą. Kolejne sądy mocowały się z tym pytaniem. Ostatecznie w sierpniu 1984 r. sąd w Créteil (*Tribunal de Grande Instance*) znalazł rozwiązanie pozwalające na przychylenie się do żądania wdowy. Uznał, że to nie tyle nasienie (jako ewentualnie rzecz) jest dziedziczone, ale że chodzi raczej o prawo domagania się jego wydania (w języku prawniczym: roszczenie) wynikające z umowy pana Parpalaix z bankiem nasienia. Taka ograniczająca się do płaszczyzny obligacyjnej (nie zaś własnościowej, czyli rzeczowoprawnej) optyka otworzyła drogę do przyjęcia, że wdowa skutecznie odziedziczyła to roszczenie. To ona zatem stała się osobą uprawnioną do domagania się wydania „depozytu".

Od tego momentu sprawy nabrały dynamiki. Zapłodnienie wdowy się nie powiodło. Można powiedzieć, szczęśliwie. Sprawa była bardzo głośna medialnie i angażowała wszystkie środowiska: medyków, prawników i filozofów. Niepowodzenie zabiegu dało czas potrzebny na dostrzeżenie i w miarę spokojne przedyskutowanie nieistniejącego dotychczas problemu w całej jego złożonej naturze.

SPADEK DLA POGROBOWCA

Najszybciej zauważono komplikacje prawnospadkowe. Nie wymagało to filozoficznych zdolności ani też szczególnej przenikliwości. Wystarczyło zdać sobie sprawę z faktu, że dzieci dziedziczą wprawdzie po rodzicach, ale jednak tylko wtedy, gdy żyją (już) w momencie ich śmierci. Jeśli nie żyją, dziedziczenia nie ma. Jest tu wprawdzie wyjątek znany od czasów antycznych. Chodzi o tzw. przypadek *nasciturusa* (dziecka poczętego już, ale jeszcze nieurodzonego). Już starożytni Rzymianie dostrzegli potrzebę przyznania *nasciturusowi* prawa do dziedziczenia po zmarłym ojcu, pod warunkiem że (poczęty za życia ojca) urodzi się następnie żywy. Reguła ta jest obecna dziś we wszystkich opartych na korzeniach rzymskich porządkach prawnych, znana zarówno w prawie francuskim, jak i polskim (zwerbalizowana w art. 927 Kodeksu cywilnego).

Jak można łatwo się domyślić, obowiązująca prawnospadkowa ochrona interesów *nasciturusa* nie pozwalała jednak na uwzględnienie interesów spadkowych „dziecka jeszcze w ogóle niepoczętego" w momencie śmierci ojca. A jednak w dyskusji dominowało stanowisko, że nie byłoby sprawiedliwe rozwiązanie polegające na zabezpieczeniu spadkowych praw dzieci już urodzonych przy pominięciu ochrony spadkowej ich później urodzonego (poczętego już po śmierci ojca) rodzeństwa. Bezdyskusyjne było natomiast to, że system prawa obwiązujący ówcześnie we Francji na dziedziczenie *concipiendusa* (jak czasem w literaturze prawniczej nazywane są osoby dopiero planowane przez rodziców, ale jeszcze nawet nie poczęte) nie pozwalał.

Pojawiła się niemal od razu refleksja, że jeśli przyszłościowo *expressis verbis* dopuścić inseminację *post mortem*, to trzeba także rozwiązać problem dziedziczenia. Czyli albo szczegółowo określić zasady dziedziczenia *cocipiendusa*, albo też dziedziczenie wykluczyć.

Szybko zauważono również to, że do poczęcia dziecka nieżyjącego już ojca może dojść nie od razu, ale nawet w długi czas po jego śmierci. Możliwości techniczne na to przecież pozwalają. Zastanawiano się zatem, czy należałoby rezerwować część dla „niepoczętego" (*concipiendusa*) i ewentualnie jak długo taki stan rezerwacji spadku (w oczekiwaniu na poczęcie) powinien być utrzymywany.

> Części ciała ludzkiego co do zasady nie są rzeczami, a w konsekwencji nie służy do nich dziedziczne prawo własności

WYWRÓCONE DRZEWO GENEALOGICZNE

Niemal równocześnie z zagadnieniami spadkowymi dostrzeżono jeszcze większy problem: możliwe poważne „zakłócenia" relacji filiacyjnych. A więc perturbacje w zakresie spraw należących do tzw. praw stanu (określających obok płci, imienia i nazwiska, także kwestie pochodzenia od określonych rodziców i w ogóle pokrewieństwa). W tym kontekście jako zupełny drobiazg, niewarty angażowania szczególnej uwagi, potraktowano małżeński bądź pozamałżeński status dziecka urodzonego w wyniku sztucznej, postmortalnej inseminacji. A przecież niezaprzeczalne jest, że dziecko rodzi się już po ustaniu małżeństwa. Co do zasady jest więc pozamałżeńskie. Oczywiście, stawiano pytanie, czy rzeczywiście powinno być traktowane jako pozamałżeńskie. Inne kwestie okazały się jednak istotniejsze.

Pół biedy, że do poczęcia dziecka mogłoby dojść już wiele lat po śmierci ojca. Wtedy rodzeństwo mogłaby dzielić bardzo poważna niekiedy różnica wieku. W efekcie ciotka mogłaby być nieraz znacznie młodsza niż siostrzenica lub bratanek (co i dzisiaj się zdarza). Ale co wtedy, jeśli nasienie „odziedziczyliby" po latach dalsi krewni zmarłego i dziecko urodziłoby się jako „własny wnuk" lub „własny prawnuk", a zmarły ojciec stawałby się jednocześnie jego pradziadkiem?

ZAKAZ INSEMINACJI POSTMORTALNEJ

W rezultacie w Europie (inaczej niż w Ameryce i niektórych innych krajach systemu *common law*) szybko przeważyło stanowisko o potrzebie pilnego zatrzaśnięcia uchylonej już dość mocno – ale szczęśliwie nie całkiem otwartej – „puszki Pandory". Początkowo sprawę próbowano rozwiązać „oddolnie", wprowadzając do ogólnych warunków umów stosowanych przez banki spermy wyraźny zakaz odbierania „depozytu" przez inne osoby niż sam dawca. Już to w praktyce wykluczyło inseminację *post mortem*, gdyż odtąd sądy francuskie jednolicie oddalały żądania wdów domagających się „zwrotu depozytu". Potem rzecz ostatecznie przesądził prawodawca francuski. W ustawie z 29 lipca 1994 r. (nr 94-654) wprost i powszechnie zakazał inseminacji postmortalnej.

Tak ostatecznie stało się również w Polsce, chociaż dopiero po latach „próżni ustawowej" panującej w zakresie sztucznej prokreacji. W ustawie o leczeniu niepłodności z 25 czerwca 2015 r. (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r., poz. 442) inseminacja *post mortem* została wykluczona. Takie działanie jest obecnie niedopuszczalne. •

GAZETA LEKARSKA

PODATKI I FINANSE

Pomóż innym i przekaż 1,5 proc. PIT

ANNA WOJDA

Każdy z nas może podzielić się swoim podatkiem z dowolną organizacją pożytku publicznego i w ten sposób udzielić wsparcia najbardziej potrzebującym. Może to być również konkretna osoba lub inicjatywa.

Podarowanie części swojego podatku jest bardzo proste. Może zrobić to każdy, kto w danym roku rozlicza przychody podlegające opodatkowaniu, czyli każdy, kto składa PIT i nie jest zwolniony z płacenia podatku.

Samo przekazanie 1,5 proc. jest bardzo proste. Wystarczy w rocznym zeznaniu podatkowym we właściwej rubryce wpisać numer KRS wybranej przez nas organizacji pożytku publicznego (OPP) i kwotę, jaką chcemy przekazać. Trzeba tylko pamiętać, że nie może ona przekroczyć 1,5 proc. należnego podatku, po zaokrągleniu do pełnych dziesiątek grodzy w dół. Resztę zrobi za nas fiskus.

Ale uwaga! Urząd skarbowy przekaże 1,5 proc. podatku wskazanej przez nas OPP pod warunkiem, że zapłata tego podatku nastąpi w pełnej wysokości w terminie nie późniejszym niż dwa miesiące od ostatecznej daty złożenia zeznania podatkowego. Chodzi o sytuację, gdy po zsumowaniu przychodów z różnych źródeł okazuje się, że trzeba dopłacić (bo na przykład w ciągu roku były pobierane za małe zaliczki) albo taką, gdy mamy jakieś zaległości podatkowe. Termin na złożenie PIT mija we wtorek 30 kwietnia, a zatem jeśli zapłacimy cały należny podatek do końca czerwca, urząd skarbowy przekaże 1,5 proc. na wsparcie wybranej przez nas inicjatywy. Jeśli podatek zapłacimy w lipcu, już tego nie zrobi.

Jeśli w ubiegłym roku przekazywaliśmy PIT za pośrednictwem usługi Twój e-PIT, ta sama organizacja pożytku publicznego (lub cel szczególny) będzie automatycznie wskazana w rozliczeniu za 2023 rok. Warto sprawdzić, czy nadal widnieje w wykazie podmiotów uprawnionych do otrzymywania 1,5 proc. Aby to zrobić, wystarczy zajrzeć do wykazu, który prowadzi Dyrektor Narodowego Instytutu Wolności – Centrum Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego. Wykaz dostępny jest również na stronie internetowej Narodowego Instytutu Wolności (https://niw.gov.pl/opp/wykaz-opp/). Jeśli danej organizacji nie ma w wykazie, nie dostanie pieniędzy. Oczywiście to, że dana organizacja jest już wskazana w przygotowanym dla nas PIT, nie oznacza, że nie można jej zmienić. Organizację możemy zmienić nawet wtedy, gdy PIT już złożyliśmy. W tym celu konieczna będzie jednak korekta zeznania. Pamiętajmy, że 1,5 proc. podatku możemy przekazać również wtedy, gdy PIT składamy w formie papierowej. Ważne jest to, że wesprzeć możemy tylko jedną organizację (chyba, że zarabiamy na różne sposoby i składamy kilka zeznań – wtedy w każdym możemy wskazać inną).

Poza wyborem konkretnej OPP, możliwe jest wskazanie konkretnego celu szczególnego, czyli konkretnej osoby lub inicjatywy. Wsparcie nic nie kosztuje. Przekazujemy pieniądze, które i tak trafiłyby na konto urzędu skarbowego. •

Fundacja Lekarze Lekarzom

Przekaż darowiznę

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

Przekaż 1,5 proc. podatku dochodowego od osób fizycznych

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

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

PODATKI I FINANSE

Inwestowanie bez tajemnic: europejska emerytura

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Inwestorem może być każdy, również lekarz i lekarz dentysta. Jeśli wpłaci nadwyżki finansowe na OIPE, ma szansę na dodatkowe zyski na starość, a po spełnieniu określonych warunków uniknie od nich podatku.

Inwestowanie jest proste, ale nie jest łatwe. I zawsze wiąże się z ryzykiem, co część osób odstrasza od rynku kapitałowego. Giełda nie jest kasynem, jak złośliwie mówią niektórzy, ale notowania akcji potrafią przyprawić o szybsze bicie serca. I choć daje duże możliwości pomnażania środków, nie brakuje osób, które na giełdowym parkiecie poniosły porażkę. Jednak długoterminowo to właśnie rynek kapitałowy okazuje się najlepszym miejscem nie tylko do zabezpieczenia środków przed inflacją, ale również ich pomnażania. Zaznaczę wyraźnie: długoterminowo.

W GĄSZCZU SKRÓTÓW

System emerytalny w Polsce składa się z trzech filarów. Pierwszy opiera się na obowiązkowych składkach trafiających do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS). Drugi filar stanowią otwarte fundusze emerytalne (OFE), w których uczestnictwo jest obecnie dobrowolne, choć część Polaków została do nich zapisana obligatoryjnie.

Trzeci tworzą: Indywidualne Konto Emerytalne (IKE), Indywidualne Konto Zabezpieczenia Emerytalnego (IKZE), Pracownicze Programy Emerytalne (PPE), Pracownicze Plany Kapitałowe (PPK) i – zaledwie od kilku miesięcy, ponieważ Sejm poprzedniej kadencji zwlekał z przyjęciem przepisów narzuconych przez Brukselę – Ogólnoeuropejski Indywidualny Produkt Emerytalny (OIPE).

JAK OMINĄĆ PODATEK BELKI

OIPE to długoterminowy program emerytalny skierowany do mieszkańców Unii Europejskiej, trochę na wyrost określany jako „europejska emerytura". Jest nadzorowany przez Europejski Urząd Nadzoru Ubezpieczeń i Pracowniczych Programów Emerytalnych (EIOPA) i organy krajowe – w Polsce jest nim Komisja Nadzoru Finansowego (KNF). Ogólne ramy prawne są zawarte w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady UE, a szczegóły w przepisach krajowych.

W Polsce OIPE jest wzorowane na IKE, ale między nimi występują zasadnicze różnice. Jedną z najważniejszych stanowi brak możliwości samodzielnego kupowania akcji w ramach OIPE, które – mówiąc w wielkim skrócie – jest prowadzone w formie usługi zarządzania portfelem złożonym z akcji lub akcji i obligacji.

Limit wpłat na OIPE w 2024 r. wynosi 23 472 zł (tyle samo co na IKE). Zyski są zwolnione z 19-proc. podatku (tzw. podatku Belki), pod warunkiem odkładania do 60. roku życia (po spełnieniu warunków określonych w ustawie jest to możliwe także wcześniej) i dokonania wpłat w co najmniej pięciu latach. Środki podlegają dziedziczeniu i, co ważne, można wycofać je wcześniej. Konto można otworzyć online.

NIE TRZEBA BYĆ MILIONEREM

Obecnie jedynym dostawcą OIPE w całej UE jest słowacka firma Finax. Podaję to nie dlatego, że to materiał sponsorowany, bo tak nie jest, ale by osoby zainteresowane mogły łatwo znaleźć informacje na ten temat. Pozostaje mieć nadzieję, że liczba dostawców szybko wzrośnie, bo w branży finansowej nic nie działa tak dobrze, jak konkurencja (zainteresowanie świadczeniem produktu wyraziło ponad dwadzieścia podmiotów z różnych państw), a w interesie posiadaczy OIPE są jak najniższe opłaty za zarządzanie.

Unijne przepisy przewidują maksymalną opłatę 1 proc. rocznie od wartości zarządzanych aktywów. Finax pobiera mniej (0,72 proc.) i oferuje różne zniżki. U tego dostawcy minimalna wpłata wynosi 50 zł lub 10 euro, co oznacza, że nie trzeba być milionerem, by stać się inwestorem lokującym swoje środki w globalne akcje i obligacje w sposób pasywny.

W ŚWIECIE MITÓW

Co znaczy „inwestowanie pasywne"? Żeby inwestować, podobno trzeba kupować tanio i sprzedawać drogo, szybko podejmując decyzje w oparciu o migające wykresy obserwowane na kilku czy kilkunastu monitorach. Taki obraz wyłania się z filmów i opowieści części inwestorów profesjonalnych.

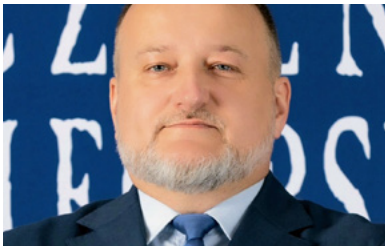
No właśnie, tylko części. Więcej na ten temat napiszemy już niebawem. Nie zamierzamy do niczego namawiać, ale obiecujemy informować i wyjaśniać, a przede wszystkim inspirować. W końcu każdy lekarz i lekarz dentysta może być inwestorem, nawet jeśli jego największą pasją była, jest i będzie medycyna. •

GAZETA LEKARSKA

Po pierwsze nie szkodzić

W naszym kraju może pracować lekarz z dowolnego miejsca na świecie, pod warunkiem że zda egzaminy, również językowe, i spełni wszystkie wymagania, jakie obowiązują lekarzy wykształconych w Polsce.

PAWEŁ BARUCHA
WICEPREZES NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ



Wadliwe przepisy dające możliwość uzyskania warunkowego prawa wykonywania zawodu (PWZ) lekarzom, którzy z powodu wojny uciekli do Polski z Ukrainy, zaczynają odbijać się na bezpieczeństwie pacjentów. W całym kraju pracują lekarze, którzy nie tylko nie znają języka polskiego, co zdaniem Naczelnej Rady Lekarskiej jest warunkiem koniecznym wykonywania zawodu w Polsce, ale także lekarze wykształceni i pracujący w innych warunkach. Lekarz, który chce pracować w Polsce, powinien przejść pełną drogę uznania swoich kwalifikacji.

Zgodnie z polskim prawem to izba lekarska stoi na straży prawidłowego wykonywania zawodu. Jak ma wypełnić swój obowiązek, nie mając możliwości sprawdzenia wiedzy i umiejętności wszystkich lekarzy? A zgodnie z przepisami wprowadzonymi przez poprzedni rząd tak się dzieje. Najwyższa pora to zmienić. Polska pomagała, pomaga i będzie pomagać Ukrainie ogarniętej wojną. Nie jestem jednak przekonany, czy umożliwienie łatwego wyjazdu lekarzy z kraju ogarniętego wojną można nazwać pomocą.

Stoimy na stanowisku, że w Polsce może pracować lekarz z dowolnego miejsca na świecie, pod warunkiem że zda egzaminy, również językowe, i spełni wszystkie wymagania, jakie obowiązują lekarzy wykształconych w Polsce. Dlatego kwestia wadliwych przepisów zostanie poruszona na posiedzeniu Rady do spraw Rozwoju Stomatologii przy Ministrze Zdrowia. •

Zakaz sprzedaży napojów energetyzujących osobom do lat 18 dotyczy również szkół i automatów. Podobne obostrzenia wprowadzono m.in. w Wielkiej Brytanii, Islandii, na Litwie i Łotwie.

Podstawowymi składnikami napojów energetycznych są kofeina, tauryna, żeń-szeń i guarana. Skład może się różnić w zależności od producenta, ale w porcji napoju znajduje się średnio od 80 do 320 mg kofeiny, a młode organizmy w okresie wzrostu i dojrzewania źle znoszą duże dawki „pobudzaczy". Zwłaszcza że oprócz „energetyków" dzieci i młodzież piją inne napoje zawierające kofeinę, której nadmiar może wywoływać bóle głowy, rozkojarzenie, drżenie ciała, zaburzenia snu czy wzrost ciśnienia tętniczego. Według Europejskiego Urzędu ds. Bezpieczeństwa Żywności (European Food Safety Authority, EFSA) jednorazowa bezpieczna dawka kofeiny dla dziecka wynosi 3 mg/kg masy ciała w ciągu dnia.

ŚLINA JAK KREW

W napojach energetyzujących stwierdzono też sporą zawartość cukru i soli. W półlitrowej puszce może być nawet 55 g cukru, co stanowi równowartość 11 łyżeczek.

– Napoje energetyzujące mają kwaśne pH, co sprzyja erozjom szkliwa i powstawaniu próchnicy. Dodatkowo zawarta w nich kofeina zaburza wydzielanie śliny i wywołuje suchość w jamie ustnej. Ślina zawiera substancje takie jak minerały, bufory i białka niezbędne do ochrony m.in. przed bakteriami i wirusami. Jest więc dla jamy ustnej tym, czym krew dla ciała, a to zaburzenie pozbawia ochrony dla śluzówki, dziąseł i zębów – tłumaczy prof. Dorota Olczak-Kowalczyk, konsultantka krajowa w dziedzinie stomatologii dziecięcej. Zaznacza, że jeśli napoje są słodzone i gazowane, szkodliwość jeszcze wzrasta, a ich nadmierna konsumpcja może zwiększać także napięcie nerwowe, co skutkuje zaciskaniem szczęk i zgrzytaniem zębami.

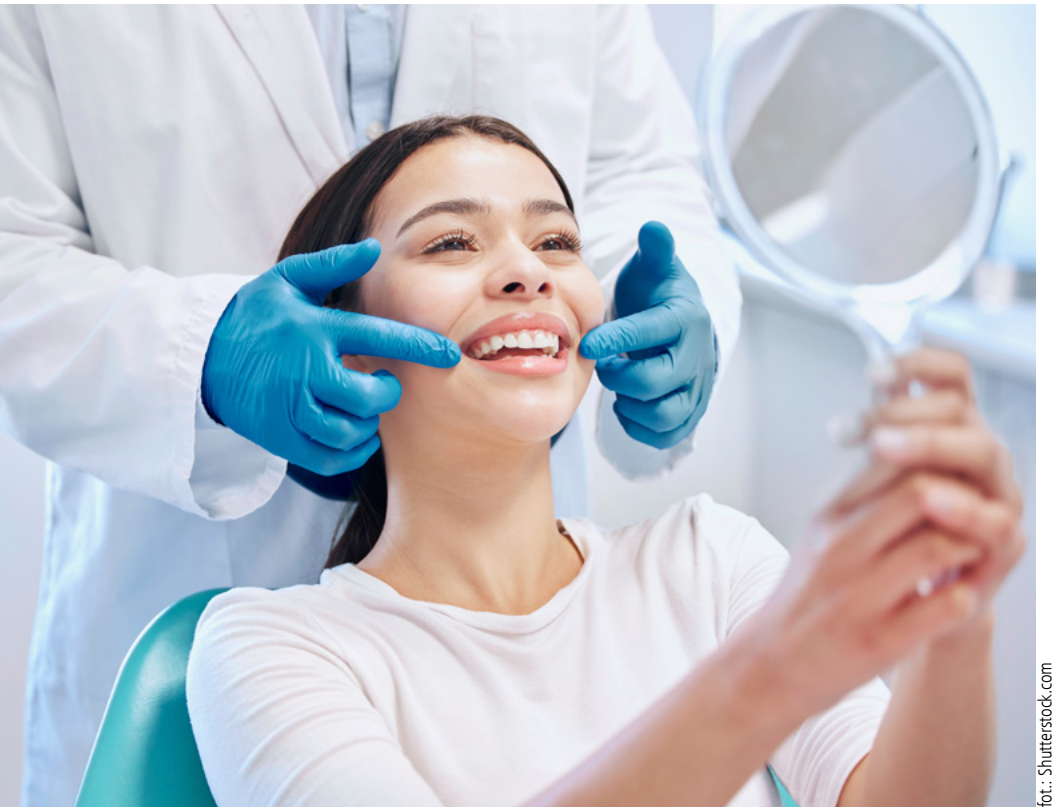
Zdaniem prof. Olczyk-Kowalczyk sprawa napojów energetyzujących nie powinna się zamknąć na etapie zakazu ich sprzedaży.

STOMATOLOGIA

Energetyki niszczą zdrowie i zęby

LUCYNA KRYSIAK
DZIENNIKARKA

Napoje energetyzujące, których od stycznia nie wolno sprzedawać nieletnim, wpływają negatywnie również na uzębienie. Ich szkodliwe działanie przekłada się na stan zdrowia jamy ustnej w dorosłym życiu.



fot.: Shutterstock.com

Przy każdej wizycie w gabinecie dentystycznym trzeba nagłaśniać problem i edukować zarówno rodziców, jak i dzieci oraz młodzież na temat ich zgubnego wpływu na zdrowie, w tym nieodwracalne zmiany w jamie ustnej.

CZYM SKORUPKA ZA MŁODU…

Najwięcej napojów energetyzujących i gazowanych wypijają nastolatki. W tym okresie życia najbardziej utrwalają się też u nich pewne negatywne zachowania, które przenoszą się później w dorosłość. Wspomaganie się „energetykami" przeradza się u nich w nawyk. Tymczasem – jak podają stomatolodzy – w okresie dorastania tkanki jamy ustnej są bardziej podatne na działanie czynników szkodliwych. Przypomnijmy, że naturalny odczyn pH śliny wynosi około 7.0, ale nawet niewielka ilość napoju energetyzującego z zawartością kwasu powoduje spadek pH w ślinie, a młodzież nie kończy na łyku czy dwóch, ale wypija całą puszkę lub butelkę. Jeśli sięga po taki napój kilka razy w tygodniu, jama ustna jest narażona na utrzymywanie się odczynu pH na niebezpiecznym poziomie. Taka kwaśna kąpiel jest dla jamy ustnej zabójcza.

– Uzębienie osób młodych jest jeszcze nie w pełni dojrzałe i bardziej wrażliwe niż w populacji dorosłych na szkodliwe czynniki zawarte w napojach energetyzujących, takie jak kofeina, cukier czy dwutlenek węgla, który służy do ich gazowania – przekonuje prof. Dorota Olczyk-Kowalczyk. Jeśli w tym czasie młody człowiek zapadnie na chorobę próchnicową, pojawią się u niego erozje szkliwa, związane z nimi zmiany w jamie ustnej są nieodwracalne. To jest obciążenie, które pozostaje na całe życie. Próchnica ubytkowa jest usuwana mechanicznie i w to miejsce stosuje się wypełnienie, które dla zęba stanowi rodzaj protezy. Nie ma szans na regenerację uszkodzonego fragmentu. Uszkodzenia spowodowane piciem napojów energetyzujących w młodości rzutują więc na procesy zachodzące w jamie ustnej w późniejszym wieku i przyczyniają się do wielu chorób związanych później z przedwczesną utratą zębów.

– Jeżeli zmniejszymy negatywny wpływ napojów energetyzujących na stan zdrowia jamy ustnej u osób młodych, możemy uniknąć przykrych konsekwencji w dorosłości, ponieważ dorośli są bardziej odporni na wpływ substancji w nich zawartych – podsumowuje krajowa konsultantka w dziedzinie stomatologii dziecięcej. •

Uszkodzenia spowodowane piciem napojów energetyzujących w młodości rzutują na procesy zachodzące w jamie ustnej w późniejszym wieku i przyczyniają się do wielu chorób związanych z przedwczesną utratą zębów

GAZETA LEKARSKA

PRAKTYKA LEKARSKA

Komórki macierzyste – Święty Graal naszych czasów

SŁAWOMIR ZAGÓRSKI
DZIENNKARZ

Liczba nieuzasadnionych terapii komórkowych w ostatnich latach wyraźnie spadła. To wspólny sukces NRL, naukowców i dziennikarzy – mówi prof. Józef Dulak.

Na początek przypomnij, proszę, czym są komórki macierzyste?
Komórki macierzyste to komórki niezróżnicowane, które mają zdolność różnicowania do określonych typów komórek i w efekcie do naprawy uszkodzonych tkanek, narządów. W ukształtowanym organizmie, czyli już w organizmie dziecka i w organizmie osoby dorosłej, występują one w różnych narządach, ale nie we wszystkich. I mają zdolność regeneracji określonych narządów, nie mając jednak nieograniczonego potencjału. Na przykład krwiotwórcze komórki macierzyste znajdujące się w szpiku kostnym nieustannie, przez całe nasze życie, odtwarzają krew, ale nie mają zdolności przekształcania się do komórek nerwowych, komórek serca czy skóry. Skórę regenerują komórki macierzyste skóry, a występujące w mięśniach szkieletowych komórki satelitarne potrafią zregenerować uszkodzone mięśnie.

Są narządy pozbawione komórek macierzystych. Nie ma ich np. serce. I gdy dojdzie do zawału, serce się nie regeneruje. Obumarłe kardiomiocyty zastępowane są przez tkankę łączną, przez fibroblasty. Komórek macierzystych nie ma także w korze mózgowej, więc gdy dochodzi do rozwoju choroby Alzheimera czy Parkinsona, mózg nie ma zdolności regeneracji.

Czy dla ciebie – biologa – stopniowe odkrywanie tajemnic komórek niosło także pewne zaskoczenia?
To niezwykle ciekawa, szybko rozwijająca się dziedzina, która nieraz zaskakuje. Badania pokazują, że są narządy, w których nie ma typowych komórek macierzystych, jak np. w wątrobie, tymczasem wątroba ma zdolność regeneracji. Okazuje się, że narząd ten regeneruje się dzięki temu, że jeden rodzaj komórek w nim występujących, tzw. cholangiocyty, w sytuacji gdy dochodzi do uszkodzenia wątroby przez toksyny lub wirusy, przekształcają się w komórki o charakterze komórek macierzystych i różnicują do hepatocytów (same hepatocyty także mogą się dzielić).

> W Stanach Zjednoczonych opisywano przypadki pacjentów, którzy utracili wzrok po podaniu do oczu komórek pobranych z ich tkanki tłuszczowej

Jeśli chodzi natomiast o serce, to jego zdolność do regeneracji intensywnie badano przez niemal 20 lat. W kwietniu 2001 r. ukazała się słynna praca zespołu Piero Anversy z New York Medical College w Valhalla, która sugerowała, że serce może się zregenerować dzięki podaniu do niego krwiotwórczych komórek macierzystych ze szpiku kostnego.

Trzy lata później ukazały się trzy niezależne publikacje innych zespołów amerykańskich, które jednoznacznie pokazały, że to, co zaobserwował Anversa, to był po prostu artefakt. Mimo to przez następnych kilkanaście lat Anversa rozwijał tę tematykę i doszukiwał się występowania w sercu charakterystycznych dla niego komórek macierzystych, określając je jako tzw. komórki c-kit-pozytywne. Te wyniki również zostały zakwestionowane, a Uniwersytet Harvarda, do którego potem przeniósł się Anversa, wycofał ponad 30 publikacji jego zespołu.

Dziś mamy jasność, że w sercu komórek macierzystych nie ma. Inną sprawą jest to, czy będziemy w stanie pobudzić do podziału znajdujące się w sercu kardiomiocyty. Bo wiemy, że u myszy w okresie siedmiu dni po urodzeniu serce może się jednak zregenerować i prawdopodobnie można również zregenerować serce noworodków ludzkich. U noworodków ludzkich opisywano przypadki ciężkich zawałów. Te dzieci udało się uratować i gdy po kilku latach wykonywano u nich badania funkcji serca, nic nie wskazywało, że przeszły one zawał. Prawdopodobnie doszło więc do pełnej regeneracji

serca, ale stało się to za sprawą podziałów kardiomiocytów, a nie komórek macierzystych.

Mówimy o komórkach występujących w organizmach dorosłych. Ale są też tzw. pluripotencjalne komórki macierzyste, których potencjał jest większy.
To prawda.
Znamy ich dwa rodzaje. Pierwszy to zarodkowe komórki macierzyste, które uzyskuje się z komórek węzła zarodkowego blastocysty. Można hodować je w sposób nieograniczony w postaci niezróżnicowanej, a gdy stworzy się im odpowiednie warunki, mogą przekształcić się do różnych typów komórek, które normalnie w organizmie nie powstają.

Drugi rodzaj to indukowane pluripotencjalne komórki macierzyste (w skrócie iPS cells – ang. induced pluripotent stem cells), które są tworem całkowicie sztucznym.

Zarówno zarodkowe komórki macierzyste, jak i iPS-y możemy różnicować do praktycznie wszystkich typów komórek organizmu z wyjątkiem trofoblastu. Dlatego nie są one w stanie odtworzyć całego organizmu, bo nie potrafią utworzyć łożyska.

Oba wspomniane rodzaje komórek wykorzystuje się dziś do badań eksperymentalnych w celu opracowania terapii regeneracyjnych narządów, które naturalnie się nie regenerują. I tak np. zarodkowe komórki macierzyste zróżnicowane do neuronów dopaminergicznych, a także zróżnicowane do takich komórek iPS-y, wykorzystuje się w próbach klinicznych leczenia choroby Parkinsona.

Próbuje się również wszczepiać pacjentom z przewlekłą niewydolnością serca (wywołaną np. zawałem) kardiomiocyty uzyskane w laboratorium z zarodkowych komórek macierzystych lub z iPS-ów. Można także przyszywać lub przyklejać do serca specjalną łatę z takich wyhodowanych kardiomiocytów. Komórki te kurczą się, dzięki czemu wydolność serca się poprawia.

Jesteśmy jeszcze daleko od stosowania tych terapii na szerszą skalę. Najpierw bowiem musimy przezwyciężyć wiele problemów technicznych, medycznych. Jednym z nich jest ryzyko wywołania arytmii, ponieważ podawane kardiomiocyty kurczą się w innym tempie aniżeli kardiomiocyty pacjenta.

fot.: archiwum prywatne

To, co mówisz, rozpala wyobraźnię. Powiedz jednak, dlaczego wyobraziliśmy sobie, że komórki macierzyste potrafią znacznie więcej, niż naprawdę potrafią. I zaczęto sprzedawać ludziom nadzieję na wyleczenie z chorób, których dziś nie sposób wyleczyć.
Nałożyły się tu dwie rzeczy, ale podstawą były marzenia o nieśmiertelności. Mit o Prometeuszu, któremu sęp wyrywa wątrobę i ta wątroba odrasta, daje nadzieję na odtwarzanie uszkodzonych narządów.

A bezpośrednim powodem tego, że wielu ciężko chorym ludziom zaczęto oferować coś, co nie ma pokrycia w rzeczywistości, była koncepcja z początku lat 90. Arnolda Caplana z Case Western Reserve University w Cleveland. Otóż Caplan zasugerował, że w naszym organizmie występują tzw. mezenchymalne komórki macierzyste (w skrócie MSC – ang. mesenchymal stem cells). Są one w szpiku kostnym, ale także np. w tkance tłuszczowej, miazdze zęba, sznurze pępowinowym (słynna galareta Whartona). Następnie pojawiły się koncepcje, że komórek tych możemy używać do regeneracji praktycznie każdego narządu – serca, mózgu, uszkodzonej skóry, nerek, itd.

No i w pierwszej dekadzie XXI w. nastąpił niesamowity rozwój badań w tym kierunku. A równocześnie komórki MSC zaczęto powszechnie stosować w różnego rodzaju prywatnych instytucjach jako sposób na leczenie najrozmaitszych chorób. Także takich, które nie mają żadnego związku z komórkami macierzystymi, z uszkodzeniem narządów, np. w terapii autyzmu.

Z czasem zaczęto rozszerzać możliwości komórek MSC w sposób nieprawdopodobny. Zaczęto im przypisywać zdolność unikania odpowiedzi układu immunologicznego i w związku z tym nie musimy sprawdzać, czy pasują do pacjenta. Następnie że nie trzeba ich nawet podawać do uszkodzonego narządu. Wystarczy je podać dożylnie, bo same odnajdą uszkodzone miejsce w organizmie. Tymczasem wiadomo, że te dość duże komórki po podaniu dożylnym są zatrzymywane w płucach i w ciągu 24 godzin eliminowane tam przez makrofagi. Obecnie wiemy, że to zatrzymywanie w płucach może prowadzić do zatorów płucnych.

Badania te bardzo szeroko się rozwijały, mimo iż próby kliniczne nie wykazywały skuteczności tych zabiegów. Powstały wątpliwości, czy izolaty z różnych narządów w ogóle zawierają komórki macierzyste. Na przykład to, co się nazywa tłuszczowymi komórkami macierzystymi, to po prostu mieszanina wielu typów komórek izolowanych z tłuszczu. A komórki izolowane z galarety Whartona to niezróżnicowane fibroblastymające pewne markery powierzchniowe, które mogą je wiązać z komórkami macierzystymi. Ale gdybym ja ubrał togę sędziowską, nie oznacza to, że jestem sędzią, prawda?

Koncepcja wysunięta przez Caplana niestety trzyma się mocno, a badania te są kontynuowane. Badania, które co rusz pokazują, że zastosowanie danych komórek nie przynosi żadnych efektów. Co z tego, skoro takie publikacje kończą się stwierdzeniem, że „badania trzeba prowadzić dalej”.

Jest spora grupa ludzi, którzy są wciąż przekonani, że w komórkach tych tkwią wielkie możliwości. I wciąż idą na to duże pieniądze. Równie dobrze można by zaprojektować bardzo porządne badania z podwójną ślepą próbą dotyczące skuteczności homeopatii. Tylko po co?

Nauka nie rozwija się liniowo, a naukowcy bywają bardzo przywiązani do swoich pomysłów. Natomiast gdy wykorzystuje się naiwność chorych i pobiera słone opłaty za leczenie, które nie leczy, to już jest to cyniczne nadużycie. Jaka jest skala tych terapii w Polsce?

Komercyjne oferty terapii komórkowych na początku wiązały się głównie z tzw. turystyką komórkową, czyli podróżami pacjentów w celu uzyskania leczenia z Europy czy z USA do dość odległych krajów Dalekiego Wschodu, ale również np. Ukrainy. W Ukrainie funkcjonowały kliniki, które oferowały terapię komórkami macierzystymi np. dystrofii mięśniowej Duchenne'a. Później turystyka komórkowa przeniosła się do innych krajów Europy. Powstawały kliniki w Niemczech, Holandii. Zaczęły też masowo powstawać w USA. W Stanach to problem, który wciąż narasta, ponieważ klinik oferujących terapie komórkowe na rozmaite schorzenia, ale także w celach kosmetycznych czy odmładzania, przybywa z roku na rok.

W Polsce zjawisko to zaczęło się ok. 2015 r. Zaczęły pojawiać się oferty, że za pomocą komórek macierzystych można leczyć stwardnienie zanikowe boczne – ciężką, nieuleczalną chorobę. Potem w internecie zaczęły się pojawiać informacje nt. terapii autyzmu, dziecięcego porażenia mózgowego, różnego rodzaju problemów okulistycznych.

Już w roku 2016 Polskie Towarzystwo Okulistyczne zwróciło uwagę, że nie ma podstaw do stosowania komórek różnego pochodzenia w terapiach okulistycznych, ale to nie powstrzymało rozwijającego się procederu w Polsce. Niedawno z prof. Marleną Pecyną, prawniczką, opublikowaliśmy pracę, w której dokonaliśmy analizy tego zjawiska (J. Dulak, M. Pecyna – Unproven cellular interventions in Poland and the exploitation of European Union law on advanced therapy medicinal products. Stem Cell Reports, 29 lipca 2023; https://www.cell.com/stem-cell-reports/fulltext/S2213-6711(23)00196-0).

fot.: Shutterstock.com

Najwięcej tych nieuprawnionych zabiegów przeprowadzono u nas z wykorzystaniem komórek z galarety Whartona. Według danych jednej z instytucji, która oferuje takie komórki prywatnym podmiotom, do połowy 2023 r. podano je ponad 1870 osobom. W większości były to dzieci poniżej 10. roku życia. Komórki stosowano w takich schorzeniach rozwojowych, jak autyzm, dziecięce porażenie mózgowe, rozszczep kręgosłupa. Podawano je także pacjentom ze stwardnieniem zanikowym bocznym, z chorobami okulistycznymi i w ortopedii, w terapii choroby zwyrodnieniowej stawów.

> To, co działo się w Polsce przez ostatnie lata, to wina złych regulacji prawnych i problem osób, które oferują terapie z komórkami macierzystymi

Czy taka terapia mogła zaszkodzić pacjentom?

Zgodnie z polskimi regulacjami lekarze, którzy stosują takie komórki w ramach tzw. wyjątku szpitalnego, nie mają obowiązku zgłaszania efektów ubocznych. Zwolennicy tych zabiegów informują, że podawanie komórek jest bezpieczne. Natomiast w literaturze pojawiają się informacje, że tak nie jest. Na przykład w Stanach Zjednoczonych opisywano przypadki pacjentów, którzy utracili wzrok po podaniu do oczu komórek pobranych z ich tkanki tłuszczowej.

W Polsce też o tym słyszeliśmy. Redaktor Michał Janczura w słynnym serialu radiowym „Eksperyment" opisywał przypadki pacjentów, którzy po podaniu do oczu komórek z galarety Whartona utracili wzrok.

Sprawy te wymagają wyjaśnienia. Natomiast – jak wspomniałem i na co zwracał uwagę Zespół ekspertów ds. terapii komórkowych i komórek macierzystych przy Naczelnej Radzie Lekarskiej, którego jestem członkiem – w Polsce nie ma regulacji, które zobowiązywałyby do zgłaszania efektów ubocznych takich terapii.

Publikacje, które się w Polsce ukazały, a które miały uzasadniać ich skuteczność i bezpieczeństwo, już na pierwszy rzut oka budzą olbrzymie wątpliwości metodologiczne. Jest więc tutaj wiele do zrobienia.

W 2021 r. napisałeś do „Gazety Lekarskiej" artykuł, który ostrzegał przed takimi terapiami. A 8 kwietnia 2022 r. NRL przyjęła stanowisko, w opracowaniu którego brałeś udział.

Patrząc na dane na temat zabiegów z ostatniego roku, widać wyraźny ich spadek.

Dodam, że przyjęcie stanowiska przez NRL było poprzedzone szeroką akcją edukacyjną. Zorganizowaliśmy w Naczelnej Radzie specjalną konferencję na ten temat, a wcześniej przedstawiliśmy problem przedstawicielom komisji bioetycznych, ponieważ w Polsce podawanie tych komórek odbywa się w ramach tzw. eksperymentów leczniczych, na które zgody wydają komisje bioetyczne.

W poprzednich latach komisje wydawały zgody, w których nie precyzowano liczby pacjentów. Tymczasem stosowanie takich komórek powinno się odbywać w ramach wyjątku szpitalnego. Wyjątek szpitalny, jak sama nazwa mówi, wskazuje na coś wyjątkowego. W polskich warunkach ów wyjątek objął setki, a nawet tysiące osób. Dotyczył grubo ponad stu różnych chorób, a w przypadku kilkudziesięciu schorzeń komórki te dostało co najmniej kilkadziesiąt osób.

Z tego, co wiadomo, komisje bioetyczne po stanowisku NRL dokonały przeglądu zgód i wiele z nich, które kończyły się w roku 2022, nie zostało przedłużonych.

Od roku 2020, a właściwie już w roku 2019, zaobserwowaliśmy w Polsce spadek liczby podań komórek z galarety Whartona. Najpierw można było to wiązać z okresem pandemii, ale także ze stanowiskiem Komitetu Biotechnologii PAN z września 2019 r. i kolejnymi działaniami edukacyjnymi, w tym tekstami dziennikarzy. Niemniej w 2022 r. notowany był dalszy spadek. Natomiast w roku 2023 według danych zawartych na stronie instytucji, która jest wytwórcą tych komórek i dostarcza je do prywatnych klinik, w Polsce podano je tylko 14 osobom. Mam nadzieję, że to rzeczywisty trend, który pokazuje, że komisje bioetyczne i lekarze wyciągnęli wnioski z informacji, które staraliśmy się przekazać. Uważam, że to wspólny sukces Naczelnej Rady Lekarskiej, naukowców i dziennikarzy.

Sprawa jest więc załatwiona?
Nie. Ponieważ, jak przekonujemy z prof. Marleną Pecyną, polskie ustawodawstwo w tym względzie odbiega od przepisów europejskich. I to z pewnością wymaga zmiany.

Dotarły do ciebie sygnały, że lekarzy, którzy zarabiali na tych terapiach, spotkał ostracyzm ze strony środowiska?
Powiem coś bardzo niepopularnego, co mi nie przysporzy przyjaciół, a być może przysporzy kolejnych niechętnych osób, że to, co działo się w Polsce przez ostatnie lata, to nie tylko wina niejednoznacznych czy złych regulacji prawnych. Ale to przede wszystkim problem osób, które propagują stosowanie tych komórek i które takie terapie oferują. Co smutniejsze, w proceder ten zaangażowane były osoby ze środowisk akademickich, z tytułami naukowymi.

Być może wynika to także z powszechnego niezrozumienia tego, czym są komórki macierzyste. Bo one funkcjonują jako słowo wytrych. Jako Święty Graal, który potrafi rozwiązać każdy problem. To osiągnęło po prostu status religii. Czegoś, co nie podlega dyskusji.

Psujesz krew i interes wielu ludziom w Polsce, od lat głosząc otwarcie swoje poglądy. Toczy się w twojej sprawie proces.
Polski Bank Komórek Macierzystych w kwietniu 2020 r. wytoczył sprawę przeciwko mnie i prof. Tomaszowi Twardowskiemu, który był wtedy przewodniczącym Komitetu Biotechnologii PAN, za rzekome naruszenie dóbr osobistych PBKM. Bank uznał stanowisko Komitetu Biotechnologii PAN za prywatne stanowisko Twardowskiego i Dulaka.

Z oskarżenia prof. Twardowskiego się wycofał.
Tak. Teraz to jest według PBKM tylko moje „prywatne" stanowisko. PBKM próbuje przekonać w sposób irracjonalny, że mam nieprawdopodobną moc manipulowania kilkudziesięcioma osobami, które poparły stanowisko Dulaka, i że ja prowadzę tutaj swoją prywatną wojnę.

Sprawa toczy się dalej przed Sądem Okręgowym w Warszawie. PBKM bezpodstawnie oczekuje, że sąd rozstrzygnie spór naukowy. Jest to typowy SLAPP (z ang. Strategic lawsuit against public participation, dosłownie: strategiczny proces sądowy przeciwko udziałowi publicznemu – przyp. red.), tłumienie debaty publicznej.

Dla mnie ważne jest, że nasze akcje edukacyjne przynoszą efekty. I że udało się niektóre osoby uchronić przed podjęciem ryzykownych działań.

Przyczyniła się też do tego postawa niektórych rodziców chorych dzieci. Jedną z takich osób jest ojciec dziecka chorującego na pewien rodzaj dystrofii, który w 2019 r. udał się z dzieckiem i żoną do Lublina i gdy po kilku minutach rozmowy usłyszał, że dziecko kwalifikuje się do terapii komórkami macierzystymi, to – mimo że nie jest specjalistą – coś mu się nie spodobało. I zaczął sprawę drążyć. Zgłosił ją do Ministerstwa Zdrowia, do lekarzy. Ludzie go zbywali. W końcu trafił na mnie. I wtedy zaczęliśmy to nagłaśniać.

Powiem rzecz bardzo niepopularną: jeżeli środowisko lekarskie i naukowe nie zacznie się nad tym zastanawiać, to sprawa może po prostu wrócić.

Czego uczy nas ta historia?
Że natura ludzka jest niezmienna. To mi przypomina sytuację, która zdarzyła się w latach 20. ubiegłego wieku, kiedy świat zachłysnął się radem. Rad to był nie tylko sposób na prześwietlenie i leczenie nowotworów, ale miał być sposobem na wszystko. Produkowano wodę z radem, pastę do zębów, kremy. Teraz odpowiednikiem radu są komórki macierzyste, tyle tylko że jesteśmy 100 lat później i nasza wiedza jest znacznie szersza. •

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

JÓZEF DULAK
Profesor nauk biologicznych, kierownik Zakładu Biotechnologii Medycznej na Wydziale Biochemii, Biofizyki i Biotechnologii Uniwersytetu Jagiellońskiego. Doktor honoris causa Uniwersytetu w Orleanie, członek Polskiej Akademii Umiejętności oraz Academia Europaea, wiceprzewodniczący Komitetu Biotechnologii PAN. Zajmuje się biotechnologią medyczną w zakresie m.in. biologii komórek macierzystych, biologii i medycyny naczyniowej, terapii genowej i komórkowej, biologii nowotworów. Współautor ponad 260 artykułów, współautor patentu. Popularyzator nauki. Interesuje się bioetyką i społeczną rolą nauki.

GAZETA LEKARSKA

Patronat Gazety Lekarskiej

LUBLIN

Oswoić skoliozę

O co chodzi z tą skoliozą? Czy operacja to jedyne wyjście? Deformacje kręgosłupa w płaszczyźnie bocznej: hiperkifoza piersiowa, hiperlordoza, choroba Scheuermanna, kręgozmyk, kifoza wrodzona. Co to właściwe znaczy i z czym się wiąże? Leczenie operacyjne deformacji kręgosłupa w zależności od wieku dziecka. Dziecko niepełnosprawne ze skoliozą – to tylko niektóre z tematów przedstawionych przez specjalistów z Kliniki Ortopedii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie pod kierownictwem prof. Michała Latalskiego podczas konferencji „Oswoić skoliozę – konferencja nie tylko dla rodziców". Współorganizatorem konferencji, która odbędzie się 14 kwietnia 2024 r. w Lublinie, jest Fundacja „PoMOC ma MOC – Działamy z Pasją!".

Wśród prelegentów są prof. Michał Latalski, dr n. med. Anna Danielewicz – prof. UML, prof. Tomasz Kotwicki, dr n. med. Tomasz Potaczek, dr hab. n. med. Wiktor Urbański, dr hab. n. med. Beata Rybojad, dr n. med. Paweł Grabala oraz dr n. med. Andrzej Smętkowski.

Konferencja będzie okazją do wymiany doświadczeń między profesjonalistami a osobami bezpośrednio dotkniętymi problemem skoliozy, co pozwoli na lepsze zrozumienie i wsparcie pacjentów w codziennym życiu.

Wydarzenie odbędzie się 4 kwietnia 2024 r. w auli Centrum Symulacji Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie przy ul. Doktora Witolda Chodźki 4.

Więcej informacji:
konferencja.pomocmamoc.com

Przychodzi baba do aptekarza

Faworytkami mego wspomnieniowego rankingu są żony panów, którzy nie zaśmiecają swego umysłu żadnym tematem dotyczącym ich zdrowia. Po co im to, skoro żona wszystko wie najlepiej?

MARIUSZ POLITOWICZ
CZŁONEK NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ

Historia farmacji, którą napisało mi życie, obfitowała w szereg wydarzeń – także damsko-męskich. I nie, nie chodzi tu o opowieści niegodne publikacji w „Gazecie Lekarskiej".

Pomijam też sytuacje, które miały miejsce, choć były równie nieprawdopodobne, co anegdotyczne. W każdym razie z góry zaznaczam, że nie jest moim celem dyskredytowanie pacjentów. Ot, zwykła obserwacja życia.

Zdrabnianie słów. Częste wśród kobiet. W aptece kupują syropki lub „te moje tableteczki", a nawet tabletuszki. Im mniejsze, tym choroba mniej groźna, prawda? Dla odmiany mężczyźni, zwłaszcza starsi, z definicji nie pamiętają nazw swoich leków. Oni proszą o „te małe białe, co z tyłu mają niebieskie". Tu akurat chodziło o „tabletki przeciw grypie", które w czasach PRL-u były nawet w kiosku Ruchu. Pakowane w papierowo-foliowe blistry, których jedna ze stron była błękitna.

Gdy powyższy opis nie pomaga, z wyrzutem w głosie dodają, że chcą „TE MOJE, co zawsze tu biorę". Gdy sprawdzę w komputerze, okazuje się, że ostatni zakup miał miejsce dwa lata wcześniej lub nigdy.

Jednak zdecydowanymi faworytkami mego wspomnieniowego rankingu są żony panów, którzy nie zaśmiecają swego umysłu żadnym tematem dotyczącym ich zdrowia. Po co im to, skoro żona wszystko wie najlepiej? Żona wie, jak się nazywają leki męża. Dość często pamięta dawki, a co najważniejsze, dlaczego mąż musi je przyjmować. Żona odpowiada na pytania farmaceuty, choć pierwsze słowa wypowiedział mąż. „Marian, zielone podłużne bierzesz rano na ciśnienie. Za to białe kwadratowe, wieczorem, na prostOtę. Pastę ziołową pijesz na KAMIENICĘ nerkową".

Panowie, kimże byśmy byli bez naszych kobiet?

Na szczęście w moim informatyczno-farmaceutycznym małżeństwie do mnie należy ostatnie słowo. Prawda, kochanie?

PRAKTYKA LEKARSKA

Działanie hormonów jest wieloustrojowe

LUCYNA KRYSIAK
DZIENNIKARKA

Są trzy okresy w życiu kobiet, kiedy hormony najbardziej dają o sobie znać: dojrzewanie, ciąża i menopauza – mówi prof. Beata Kos-Kudła, prezeska Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego.

Endokrynologia to obecnie jedna z najprężniej rozwijających się specjalności. Co o tym decyduje?
Hormony oddziałują na wszystkie narządy i układy naszego organizmu, dlatego specjalizacja ta jest połączona z wieloma innymi. Ma więc charakter interdyscyplinarny i wymaga holistycznego podejścia do pacjenta, zarówno jeśli chodzi o diagnostykę, jak i leczenie. Na rozwój endokrynologii pośrednio lub bezpośrednio wpływa więc to, co dzieje się w innych specjalnościach. Stoi za tym wiele toczących się badań klinicznych oraz ostatnich odkryć naukowych. I choć choroby endokrynologiczne nie są tak powszechne, jak np. spotykane w kardiologii, diabetologii czy onkologii, powiązania z nimi są częste, istotne i przekładają się na postępowanie z chorymi z zaburzeniami hormonalnymi.

W jakich obszarach ten postęp jest najbardziej spektakularny?
W udoskonalaniu metod diagnostycznych, dzięki którym rozpoznajemy znacznie więcej przypadków chorób, w tym endokrynnych. Aparatura diagnostyczna jest czulsza, wykrywa nawet bardzo małe zmiany i na etapie, kiedy łatwiej poddają się leczeniu. Powiązanie tej coraz bardziej wyrafinowanej diagnostyki z terapią jest istotą tego spektakularnego postępu. Jest nawet związane z tym pojęcie teranostyki, czyli ścisłego połączenia diagnostyki i terapii po to, by dopasować celowane leczenie do indywidualnych potrzeb konkretnego pacjenta. Wkraczamy więc w sferę przyszłości endokrynologii, czyli medycyny spersonalizowanej i medycyny precyzyjnej. Dlatego też wielu endokrynologów zostaje jednocześnie lekarzami medycyny nuklearnej. To oni na co dzień wykorzystują radionuklidy teranostyczne. Przykładem może być radionuklid galu, który jest wykorzystywany w diagnostyce i ocenie obecności receptorów somatostatynowych w guzach neuroendokrynnych. Jest też używany w celach terapeutycznych, kiedy analogi somatostatyny łączymy z izotopem, który wiąże się z receptorem i niszczy komórkę nowotworową. Tego rodzaju terapie są celowane, mniej agresywne i mają charakter oszczędzający inne organy. Niezwykłe jest, że endokrynologia potrafi w nich łączyć hormony z izotopami czy cytostatykami i podawać je w taki sposób, aby docierały do komórki guza przez jej receptory, niszcząc komórki, a w konsekwencji cały guz. To leczenie nie jest tak toksyczne jak np. chemioterapia, co oznacza ogromny postęp. Mówiąc o spektakularnym postępie, warto też wspomnieć o diagnostyce genetycznej, a w perspektywie o terapiach genowych, a także sztucznej inteligencji, która coraz śmielej wkracza także do endokrynologii.

> Choroby tarczycy częściej dotykają kobiet. Na 4-5 kobiet przypada jeden mężczyzna. Kobiety częściej za to niż mężczyźni badają stężenia hormonów

Choroby neuroendokrynne zaburzają funkcjonowanie wielu narządów.
Medycyna podzieliła się na wiele wąskich specjalności, ale w endokrynologii, gdzie zaburzenia hormonalne upośledzają funkcje różnych narządów, konieczny jest powrót do całościowego spojrzenia na pacjenta. Dążymy do tego, aby łączyć się w tym ze specjalistami różnych dziedzin. Przykładem takiego interdyscyplinarnego podejścia jest leczenie nowotworów neuroendokrynnych, kiedy tworzymy wielospecjalistyczne konsylia. Założyliśmy nawet w tym celu ogólnopolską platformę internetową TELE NEN, a specjaliści (endokrynolog, onkolog, gastroenterolog, pulmonolog, radiolog, patomorfolog, medyk nuklearny, chirurg) gromadzą się w jednym miejscu w tym samym czasie i proponują spersonalizowną diagnostykę i terapię dla pacjentów z tymi chorobami. Ten bezpośredni przepływ informacji pozwala skrócić czas od rozpoznania choroby do wprowadzenia

GAZETA LEKARSKA

leczenia, a w chorobach nowotworowych czas odgrywa ważną rolę.

Jeszcze kilka lat temu leczenie w endokrynologii opierało się głównie na chirurgii. Jak jest teraz?
W dobie doskonalenia metod diagnostycznych endokrynologia rzadziej korzysta z leczenia chirurgicznego. Wynika to z coraz szerszego zastosowania nowoczesnych metod leczenia systemowego w wielu chorobach endokrynnych, w tym nie tylko nowoczesnej farmakoterapii, ale także terapii izotopowych. Nie rezygnujemy jednak ze współpracy z chirurgami, ale dzięki nowoczesnej aparaturze i rozwojowi nowych metod leczenia coraz częściej sięgamy po techniki małoinwazyjne, np. laparoskopię. Potrafimy też niszczyć guzy, np. tarczycy, bez skalpela, wykorzystując metody ablacyjne czy endoskopię, dzięki której można np. wyciąć nowotwór neuroendokrynny w żołądku za pomocą dysekcji podśluzówkowej czy wykonać pełnościenną resekcję endoskopową guzów odbytnicy. Coraz częściej do praktyki wkracza też mikrochirurgia, ale wszystkie te metody możemy zastosować dzięki precyzyjnej diagnostyce i wczesnemu wykrywaniu zmian.

Kto częściej choruje z powodu zaburzeń gospodarki hormonalnej – mężczyźni czy kobiety?
Badania wskazują, że zachorowalność w obu tych grupach w większości przypadków jest porównywalna, np. w zaburzeniach czynności przysadki, nadnerczy, przytarczyc. Jednak jeśli chodzi o choroby tarczycy, częściej chorują kobiety. Na 4-5 kobiet przypada jeden mężczyzna. Kobiety częściej także niż mężczyźni badają stężenia hormonów i szybciej trafiają do endokrynologa. Swego czasu prowadziliśmy badania dotyczące akromegalii, z których wynikało, że mężczyźni rzadziej zwracali uwagę na charakterystyczny w tej chorobie wygląd dłoni czy stóp, a kobiety zauważały te deformacje i wcześniej zgłaszały się do lekarza. Także w przypadku chorób tarczycy kobiety są bardziej wyczulone na zmiany związane z zaburzeniami funkcjonowania tego narządu (zmęczenie, ospałość, obniżenie nastroju) i szukają pomocy u lekarza.

Są takie choroby o podłożu endokrynologicznym, które dotyczą wyłącznie kobiet. W jakich okresach życia dają najbardziej o sobie znać?
Są to choroby ściśle związane z oddziaływaniem hormonów płciowych, np. z funkcją gonad, objawiające się zaburzeniem pracy jajników, płodności. Nie należy też zapominać o ciąży i jej przebiegu oraz okresie menopauzalnym. Po ciąży może wystąpić poporodowe zapalenie tarczycy. Może też się utrzymywać zbyt długo wydzielanie prolaktyny przez przysadkę, co także wymaga leczenia. W czasie ciąży czy też po jej zakończeniu mogą się ujawnić także inne zaburzenia hormonalne, np. czynności przysadki czy nadnerczy, i trzeba się wykazać czujnością. Są trzy okresy w życiu kobiet, kiedy hormony najbardziej dają o sobie znać: dojrzewanie, kiedy jeszcze organizm buduje homeostazę hormonalną, później ciąża, a jeszcze później menopauza, kiedy u kobiet zmniejsza się wydzielanie estrogenów. Hormony te są niezwykle istotne dla funkcjonowania organizmu kobiety, a także pozytywnie wpływają na wygląd, stan skóry oraz na układ krwionośny, głównie stan naczyń, wykazując właściwości ich rozszerzania. Okres pomenopauzalny jest jednym z najtrudniejszych w życiu kobiety. Kiedy więc objawy związane z tym okresem są nasilone, uzupełniamy brakujące hormony.

fot.: archiwum prywatne

Niekorzystne zmiany w środowisku i stresujący tryb życia to powody wzrostu zachorowań na Hashimoto. Płacimy za to, co zgotowała nam cywilizacja

Ostatnio coraz więcej osób zmaga się z chorobą Hashimoto. Gdzie upatrywać przyczyn wzrostu zachorowań na tę przypadłość?
Hashimoto to przewlekłe autoimmunologiczne zapalenie tarczycy, na które zdecydowanie częściej chorują kobiety. Jak w wielu innych chorobach z autoagresji dochodzi do pobudzenia układu autoimmunologicznego i związanych z tym zaburzeń. Wzrostu zachorowań należy upatrywać w niekorzystnych zmianach zachodzących w środowisku (zanieczyszczenie powietrza, gleby, wód, a co za tym idzie pokarmów, które spożywamy), ale też stresującym trybie życia. Jednym słowem płacimy za to, co zgotowała nam cywilizacja. Cały nasz układ immunologiczny jest pod wpływem tych czynników, a w chorobie Hashimoto wytwarzane są przeciwciała skierowane przeciwko tarczycy i narząd ten najbardziej odczuwa jej skutki.

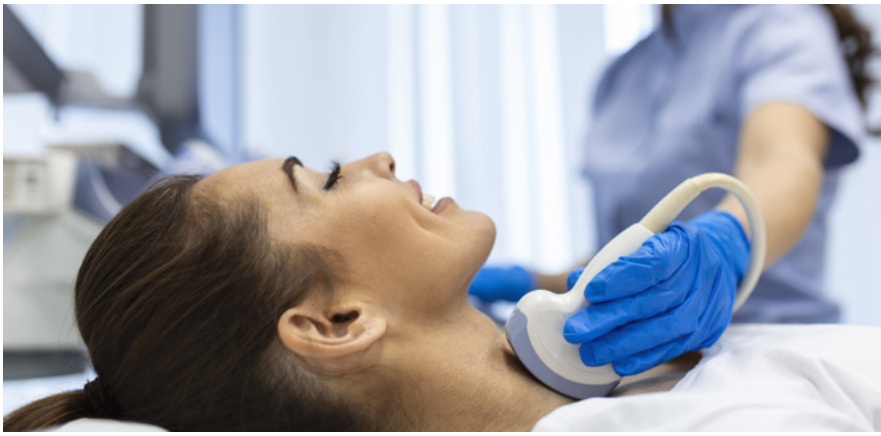
Hashimoto poddaje się leczeniu?
Tak i nie należy zaniedbywać tego leczenia. W autoimmunologicznym zapaleniu tarczycy choroba ma swoje etapy. Może rozpocząć się objawami nadczynności tarczycy, która szybko mija. W większości przypadków, mimo że przeciwciała niszczą tarczycę, jej funkcja pozostaje zachowana i nie ma objawów niedoczynności tego gruczołu. Jeśli wydzielanie hormonów tarczycy wskazuje, że pacjent wchodzi w objawową fazę niedoczynności, powinno się uzupełniać te hormony. Szczególnie dotyczy to kobiet w ciąży, ponieważ w pierwszym trymestrze dochodzi do rozwoju ośrodkowego układu nerwowego płodu i jest on niezwykle wrażliwy na niedobory hormonów. Polskie Towarzystwo Endokrynologiczne publikuje zalecenia w tej sprawie oraz algorytmy postępowania także u kobiet

starających się o potomstwo. Dążymy do tego, aby czynność tarczycy była u nich jak najlepiej wyrównana. Zaleca się, aby poziomy TSH były utrzymywane w wartościach referencyjnych, co jest ważne dla prawidłowego przebiegu ciąży, rozwoju płodu i porodu. U tych kobiet choroba Hashimoto musi być dobrze kontrolowana.

Jedna z teorii zakłada, że ponieważ Hashimoto jest chorobą autoimmunologiczną, często dochodzi do tzw. dysbiozy jelitowej, czyli zaburzeń w składzie mikloflory jelitowej wpływających na pobudzanie układu odpornościowego do nadmiernej reakcji. Co Pani o tym sądzi?
Tego rodzaju teorie należy brać pod uwagę, tym bardziej że obecnie coraz więcej mówi się o mikrobiocie jelitowej w kontekście jej modulującego wpływu na funkcje adaptacyjne układu pokarmowego. Szczególnie związanej z jelitami tkanki limfatycznej, w której znajduje się 70 proc. komórek immunokompetentnych odpowiadających za prawidłowe funkcjonowanie układu pokarmowego. W chorobie Hashimoto dochodzi do utraty tolerancji autoimmunologicznej, a prawidłowy stan mikrobioty przed nią chroni.

Czy nietolerancje pokarmowe mogą mieć związek z Hashimoto?
Trudno mówić o bezpośrednich powiązaniach. Są jednak prowadzone badania w kierunku tzw. osi jelito – mikrobiota – tarczyca, które być może przybliżą nas do odpowiedzi również na to pytanie. Myślę, że termin nietolerancji i alergii pokarmowych w chorobie Hashimoto jest dziś nadużywany. Jeśli w badaniach nie stwierdzono, że ktoś jest uczulony na gluten, laktozę czy inne składniki pokarmowe, to w chorobie Hashimoto nie musi stosować takiej diety, a często pacjentki z tą dolegliwością wierzą, że eliminacja tych składników złagodzi jej objawy. Dieta jest ważna, ale nie chodzi w niej o gluten lub laktozę, lecz generalnie o unikanie konserwantów, polepszaczy smaków i innych niezdrowych dodatków.

U kobiet częstym problemem jest nadmierne owłosienie. Wprawdzie kosmetologia sobie z nim radzi, ale depilacje są drogie, bolesne, a ich efekt krótkotrwały. Jak leczyć tego rodzaju zaburzenia?


fot.: freepik.com

Zawsze należy dociekać, co jest przyczyną nadmiernego owłosienia (hirsutyzmu) u kobiet. Przeważnie chodzi o nadmierne wydzielanie męskich hormonów, czyli androgenów. Najczęstszą formą endokrynopatii u kobiet w okresie rozrodczym jest zespół policystycznych jajników. W zespole tym dochodzi do nadmiernej produkcji męskich hormonów, co objawia się hirsutyzmem, ale też otyłością, zaburzeniem miesiączkowania i wieloma powikłaniami metabolicznymi. Hirsutyzm może też wynikać z zaburzeń wydzielania hormonów nadnerczy, przysadki czy guzów wirylizujących. Nadmierne owłosienie to tylko jeden z objawów zaburzeń hormonalnych, które powinny być rozpoznane i leczone, gdyż kosmetolog sobie z nim nie poradzi. Część tego rodzaju przypadków ma podłoże idiopatyczne i nigdy nie dojdziemy przyczyny, choć zawsze powinniśmy jej szukać.

Jakie wyzwania stoją obecnie przed endokrynologią? Co zrobić, aby skrócić czas oczekiwania na wizytę do lekarzy tej specjalności? Na temat kilkuletnich kolejek krążą już anegdoty.
W Polsce mamy blisko 1850 endokrynologów i jest to dość liczna grupa specjalistów. Tak długi czas oczekiwania na wizytę bardziej więc wynika z braku rozwiązań systemowych. Nie każde zaburzenie hormonalne musi być leczone u endokrynologa. Przy dostępności do precyzyjnej diagnostyki leczenie prostych przypadków może prowadzić lekarz POZ. Może także kontynuować leczenie endokrynologiczne, kiedy stan pacjenta jest już ustabilizowany, np. w niedoczynności tarczycy. Jako PTE przygotowujemy algorytmy postępowania w różnych chorobach endokrynologicznych dla lekarzy POZ, organizujemy interdyscyplinarne sesje z innymi specjalistami, także medycyny rodzinnej, aby mogli się nimi posługiwać. Jeśli z kolejek znikną pacjenci, których przejmie POZ, problem zostanie rozwiązany.

Obecnie POZ są dociążane w wielu dziedzinach. Czy będą w stanie udźwignąć jeszcze endokrynologię?
Myślę, że organizacyjne na pewno tak, zwłaszcza kiedy na dobre wejdzie opieka koordynowana. Jeśli chodzi o stronę merytoryczną, naszą rolą jako Towarzystwa jest organizowanie kursów i szkoleń. Ostatni Kurs Kształcenia Ustawicznego z Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Metabolicznych odbył się w Toruniu pod koniec ubiegłego roku i skupił około 700 osób. Edukację endokrynologiczną staramy się rozszerzać na inne specjalności, publikujemy wytyczne, które pomagają w prowadzeniu pacjentów endokrynologicznych, i wskazujemy, w którym momencie musi wkroczyć endokrynolog, a kiedy pacjenta może prowadzić lekarz POZ lub innej specjalności. Angażujemy się też w edukację młodych lekarzy, kierunkujemy ich działania na współpracę z innymi specjalistami, od początku wpajając im ten interdyscyplinarny charakter endokrynologii. •

GAZETA LEKARSKA

PRAKTYKA LEKARSKA

Kilka cudów naraz

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Ciąża wielopłodowa obarczona jest dużym ryzykiem powikłań, ale dzięki dobrej opiece noworodki mają szansę na prawidłowy rozwój.

Szpital przy Jaczewskiego ma duże doświadczenie w opiece nad wcześniakami

fot.: Łukasz Głaczkowski/SPSK Nr 4 w Lublinie

10 stycznia 2024 r. to w lubelskim SPSK Nr 4 dzień szczególny. Pora na planowy poród czworaczków. Plan ustalony, zadania rozdzielone, zespół w pełnej mobilizacji. Maluchy przychodzą na świat pod koniec 31. tygodnia ciąży przez cięcie cesarskie.

– W momencie narodzin Julia ważyła 1610, Jakub 1540, Alicja 1490, a Nikodem 1800 gramów. Każdy z czworaczków inaczej wygląda, bo każdy miał oddzielne łożysko, oddzielny worek owodniowy. Dzieci mają różne grupy krwi – relacjonuje dr n. med. Eulalia Majewska, która kieruje Oddziałem Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka SPSK Nr 4 w Lublinie. Dla prowadzącego ciążę dr. hab. n. med. Piotr Szkodziaka z Klinicznego Oddziału Ginekologii i Położnictwa lubelskiej placówki to już trzecia pacjentka w ciąży czworaczej. Szpital przy Jaczewskiego ma duże doświadczenie w opiece nad wcześniakami. To tu utrzymano przy życiu dziecko, które w chwili urodzenia ważyło nieco ponad 360 gramów. W sumie odbyły się tu już trzy porody czworaczków (poprzednie w 2018 i 2011 r.), a w ubiegłym roku na świat przyszło 48 par bliźniaków i trzy razy trojaczki.

ZGODNIE Z PLANEM

Wraz z początkiem roku czworaczki, same dziewczynki, przywitał na świecie także Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny w Poznaniu. Z kolei w październiku 2023 r. w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku na świat przyszły Malwina, Mikołaj, Marcel oraz Milan. Dzieci urodziły się w 32. tygodniu ciąży drogą cięcia cesarskiego. Mama, 30-letnia mieszkanka Suwałk, ostatnie 11 tygodni ciąży spędziła na Oddziale Patologii Ciąży. Również tutaj dzień porodu zaplanowano drobiazgowo. Na bloku porodowym było czterech neonatologów, osiem położnych neonatologicznych, trzech położników, dwóch anestezjologów, pielęgniarz anestezjologiczny, a także położne instrumentariuszki. Ustalono wszystkie szczegóły: przydzielono konkretnym osobom opiekę nad poszczególnymi noworodkami, przygotowano inkubatory, zapewniono aparaturę wspomagającą oddychanie, zaopatrzono oddział w leki na dojrzewanie płuc.

– Byliśmy dobrze przygotowani do przyjęcia dzieci i wszystko przebiegło zgodnie z harmonogramem. Do każdego dziecka przydzielono zespół składający się z lekarza neonatologa i dwóch położnych. Noworodkom zostały wcześniej przygotowane miejsca na oddziale intensywnej terapii. Najbardziej bałam się ciężkiej niewydolności oddechowej, ale na szczęście do tego nie doszło. Dzieci urodziły się w dość dobrym stanie. Są już wypisane ze szpitala i przebywają z rodzicami w domu. 17 stycznia skończyły trzy miesiące i każde waży już ponad 4 kilogramy – opowiada dr n. med. Elżbieta Kulikowska kierująca Kliniką Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka USK w Białymstoku.

To był drugi poród czworaczków w tym szpitalu, pierwszy odbył się kilkanaście lat temu. Doktor Kulikowska, która pracuje w białostockiej placówce od 40 lat, była również przy tamtych narodzinach: – Sytuacja była o wiele mniej komfortowa niż w październiku ubiegłego roku. Tamten poród rozpoczął się samoistnie w 25. tygodniu ciąży. To była sytuacja nieporównywalna – mówi dr Elżbieta Kulikowska.

GDAŃSKA SENSACJA

O narodzinach czworaczków słyszymy w Polsce co jakiś czas, choć trzeba przyznać, że w ostatnim czasie było o nich głośno wyjątkowo często. Statystycznie zdarzają się raz na 700 tys. porodów na świecie.

Ciąże z większą liczbą płodów są jeszcze rzadsze. Pierwsze pięcioraczki urodziły się w Polsce ponad pół wieku temu, 12 maja 1971 r., w dawnym szpitalu położnictwa i chorób kobiecych przy ul. Klinicznej w Gdańsku – miejscu narodzin laureata literackiej Nagrody Nobla Güntera Grassa. Poród drogami natury nastąpił w 33. tygodniu ciąży i trwał nieco ponad pół godziny. Lekarze nie spodziewali się tak licznego potomstwa, tym bardziej że w tamtym czasie kobietom w ciąży nie wykonywano badań USG. Noworodki (trzech chłopców i dwie dziewczynki) ważyły od 1460 do 2000 gramów. Najmniejszy z wcześniaków tuż po narodzinach wymagał transfuzji uzupełniającej krwi. Na dodatek placówka nie miała aż tylu inkubatorów, przez co dwoje dzieci trzeba była umieścić w jednym urządzeniu (na szczęście szpital wkrótce otrzymał dodatkowy sprzęt).

O niezwykłych jak na tamte czasy narodzinach rozpisywał się „Dziennik Bałtycki", relacjonując na bieżąco stan zdrowia maluchów i pomoc udzielaną rodzicom. Gazeta opublikowała list, który otrzymali rodzice pięcioraczków od ówczesnego premiera Piotra Jaroszewicza, który zapewniał, że „rząd PRL i władze lokalne otoczą całą rodzinę szczególną troską". Sprawą żywo interesowały się też media ogólnopolskie. Na kolejne pięcioraczki urodzone w Polsce trzeba było poczekać prawie ćwierć wieku. W późniejszym czasie co jakiś czas informowano o podobnych narodzinach, między innymi w 2021 r. w poznańskim szpitalu przy ul. Polnej (GPSK).

KRAKOWSKIE INNOWACJE

W 2019 r. padł w Polsce rekord – doczekaliśmy się sześcioraczków. Taka sytuacja zdarza się podobno raz na 4,7 miliarda ciąż. 20 maja w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie na świat przyszły cztery dziewczynki i dwóch chłopców. Ważyły od 890 do 1300 gramów. Poród nastąpił w 29. tygodniu ciąży. Dzieci w maju tego roku skończą pięć lat. Krakowska placówka ma szczęście do ciąż wielopłodowych. Już trzy razy rodziły się tutaj pięcioraczki. Pierwszy raz w 2003 r. Wiosną 2008 r. przyszły na świat słynne kieleckie pięcioraczki, same dziewczynki. W lutym 2023 r. doszło do kolejnego porodu pięcioraczków w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie, niestety jedno z dzieci, znacznie mniejsze od pozostałych, zmarło po kilku dniach od urodzenia.

– Porody wieloraczków wymagają olbrzymiego zaangażowania personelu medycznego i zawsze dostarczają wielu emocji. To wydarzenie, w którym bierze udział mnóstwo osób. Cały zespół jest w gotowości na długo przed narodzinami – zaznacza prof. Ryszard Lauterbach, szef Oddziału Klinicznego Neonatologii SU w Krakowie. Specjaliści oddziału położniczego opiekujący się przyszłą mamą robią wszystko, by ciąża rozwijała się jak najlepiej, a neonatolodzy starają się zapewnić jak najlepsze wsparcie noworodkom. Od tego zależy dalsza jakość życia tych dzieci.

> Aby zminimalizować ryzyko krwotoków czy niewydolności oddechowej podawane są wewnątrzmacicznie sterydy wspomagające szybsze dojrzewanie płuc

– Nasze słynne kieleckie pięcioraczki mają już 15 lat. Świetnie się rozwijają. Co roku dostaję od rodziny kartkę z okazji świąt Bożego Narodzenia z ich zdjęciem. Udało się im zapewnić dobry start, mimo że maluchy w chwili urodzenia ważyły od 570 do 800 gramów. Zastosowaliśmy między innymi innowacyjny jak na tamte czasy sposób odżywiania noworodków. Wprowadziliśmy jako pierwsi w Polsce żywienie pozajelitowe w postaci emulsji tłuszczowych zawierających kwasy omega-3, które hamują odpowiedź zapalną oraz są bardzo ważne do wspomagania rozwoju mózgu. W tamtym czasie standardem było podawanie kwasów omega-6. Niestety one działały prozapalnie, powodując przy dłuższym okresie żywienia uszkodzenie wątroby. Poza tym nie dostarczały składników wspierających pracę mózgu. To był strzał w dziesiątkę – wspomina prof. Ryszard Lauterbach. I dodaje: – Opieka neonatologiczna bardzo się rozwinęła w ciągu tych kilkunastu ostatnich lat. Poza metodami żywienia zmieniły się między innymi także sposoby wentylacji i schematy postępowania w przypadku leczenia sepsy i ograniczania odpowiedzi zapalnej, a także stymulacji rozwoju. Obecnie rodzące się wcześniaki startują z zupełnie innego poziomu niż te rodzone dwie dekady temu. Mamy coraz większe możliwości, ale oczywiście również teraz może dojść do dramatycznych sytuacji. To sprawa indywidualna, wszystko zależy od danej sytuacji klinicznej – podsumowuje prof. Lauterbach.

▶ *Obecnie rodzące się wcześniaki startują z zupełnie innego poziomu niż te sprzed dwóch dekad*

fot.: Łukasz Glaczkowski/SPSK Nr 4 w Lublinie

GAZETA LEKARSKA

DZIESIĘCIORACZKÓW NIE BYŁO

W Polsce mamy za sobą przyjście na świat sześcioraczków, ale na świecie zdarzały się jeszcze liczniejsze narodziny wieloraczków. Zgodnie z informacjami potwierdzonymi w Księdze Rekordów Guinnessa 19 listopada 1997 r. po raz pierwszy na świecie urodziły się siedmioraczki, którym udało się przeżyć. Dzieci w momencie narodzin ważyły od 1000 do 1500 gramów, do porodu doszło w USA (w listopadzie 2023 r. obchodziły 25. urodziny). Zaledwie kilka tygodni później podobne zdarzenie odnotowano w Arabii Saudyjskiej. Z kolei pod koniec 1998 r. w USA urodziły się żywe ośmioraczki, niestety jedno z dzieci zmarło kilka dni po narodzinach. Nieco ponad dekadę później (2009) świat po raz kolejny usłyszał o narodzinach ośmiorga dzieci, którym udało się przeżyć. „Oktomama" miała już wówczas sześcioro dzieci, wszystkie dzięki in vitro. Ośmioraczki miały zostać poczęte również tą metodą, co wywołało kontrowersje związane z implementacją do macicy tak dużej liczby zarodków (lekarzowi odebrano licencję za przeprowadzenie tego zabiegu). Z kolei 4 maja 2021 r. Malijka Halima Cisse urodziła w Maroku żywe dziewięcioraczki. Do porodu (rzecz jasna poprzez cięcie cesarskie) doszło w 30. tygodniu ciąży, noworodki ważyły od 500 do 1000 gramów. Lekarze spodziewali się siedmioraczków (podczas badań USG przeoczono dwójkę rodzeństwa). Zaledwie kilka tygodni później media na świecie obiegła informacja, że mieszkanka RPA urodziła dziesięcioraczki. Do narodzin miało dojść w jednym ze szpitali w prowincji Gauteng. Wkrótce okazało się jednak, że żaden z lokalnych szpitali nie potwierdził takiego porodu. Regionalne władze RPA poinformowały, że informacja o dziesięcioraczkach była fake newsem. (źródło: www.guinnessworldrecords.com / CBC News / BBC)

▶ *Porody wieloraczków to wydarzenie, w którym bierze udział mnóstwo osób*

fot.: Archiwum SU

Jak zaznacza prof. Hubert Huras kierujący Oddziałem Klinicznym Położnictwa i Perinatologii SU w Krakowie, który prowadził wiele ciąż wielopłodowych, w tym pięcio- i sześcioraczków, ciąże mnogie, poza ciążą bliźniaczą dwukosmówkową dwuowodniową, są obarczone wysokim ryzykiem powikłań, na przykład w postaci zespołu podkradania (TTTS), zespołu selektywnych zaburzeń wzrastania płodów czy też zespołu anemia-policytemia (TAPS). – Dla bezpieczeństwa pacjentka jest hospitalizowana odpowiednio wcześniej przed planowanym porodem, a przez całą ciążę systematycznie monitorowana w oparciu o badania ultrasonograficzne i kardiotokograficzne. Aby zminimalizować ryzyko krwotoków dokomorowych, nekrotycznego zapalenia jelit czy na przykład niewydolności oddechowej, podajemy wewnątrzmacicznie sterydy wspomagające szybsze dojrzewanie płuc. Jeśli rozwiązanie ma nastąpić przed 32. tygodniem ciąży, to podajemy siarczan magnezu, który zmniejsza ryzyko wystąpienia w przyszłości mózgowego porażenia dziecięcego. Robimy wszystko, aby dzieci w jak najlepszej kondycji przyszły na świat – tłumaczy prof. Huras.

Do porodu dochodzi w ściśle zaplanowany sposób. – Na przykład w przypadku ciąży bliźniaczej jednokosmówkowej jednoowodniowej albo ciąży trojaczej poród powinien odbyć się pomiędzy 32. a 34. tygodniem trwania ciąży, czworaczej – 30/32 tyg., pięcioraczej – 28/30 tyg. Kontynuowanie ciąży dłużej niż według tych zaleceń zwiększa ryzyko ciężkich powikłań, w tym głównie nagłych zgonów wewnątrzmacicznych płodów – dodaje prof. Hubert Huras.

WYSPECJALIZOWANE PORADNIE

Ciąże mnogie liczące cztery lub więcej płodów to rzadkość, ale bliźniacze, a nawet trojacze, zdarzają się częściej. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w 2022 r. w Polsce urodziło się około 7,5 tysiąca bliźniąt i ponad 120 trojaczków. To dla nich powstają poradnie ciąż wielopłodowych. Taką poradnię prowadzi między innymi Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka (UCZKiN) Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Stworzono ją dla pacjentek w ciążach mnogich wysokiego ryzyka, przede wszystkim jednokosmówkowych, ale też dwukosmówkowych, o ile wystąpiły komplikacje. UCZKiN to ośrodek specjalistyczny III stopnia referencyjności zapewniający kompleksową opiekę nad mamą i dziećmi. Placówka ma między innymi duże doświadczenie w przeprowadzaniu zabiegów wewnątrzmacicznych mających na celu leczenie zespołu TTTS. Podobna poradnia działa także między innymi w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. •

PRAKTYKA LEKARSKA

Cukrzyca ma wiele twarzy

LUCYNA KRYSIAK
DZIENNIKARKA

Pojawiają się leki, które pozwalają lepiej kontrolować chorobę, wpływają na masę ciała i nie powodują hipoglikemii. To uprości terapię – mówi prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego prof. Irina Kowalska.

Co takiego jest w cukrzycy, że budzi tyle emocji zarówno wśród pacjentów i ich rodzin, jak i lekarzy różnych specjalności?
Zachorowalność na cukrzycę, szczególnie typu 2, przybrała obecnie charakter epidemiczny. Wzrost jest tak duży, że choroba ta została uznana za pierwszą niezakaźną pandemię XXI w., co jest nierozerwalnie związane z epidemią otyłości. Liczba otyłych wzrasta w zastraszającym tempie i cukrzyca jest tego konsekwencją. Według danych Międzynarodowego Towarzystwa Diabetologicznego (International Diabetes Federation, IDF) w 2021 r. na cukrzycę na świecie chorowało 537 mln osób, a prognozy zakładają prawie 50-proc. wzrost zachorowalności. To oznacza, że w 2030 r. liczba ta wzrośnie do 800 mln. Dane epidemiologiczne są więc zatrważające, a ocenia się, że i tak mogą być niedoszacowane. Obserwujemy również wzrost zachorowań na cukrzycę typu 1, co sygnalizują pediatrzy, i nie wiemy dlaczego, a ten typ cukrzycy stanowi około 10 proc. wszystkich postaci tej choroby. Tak więc wiedza o tym, jak leczyć cukrzycę, powinna być rozpowszechniana.

Czy chodzi o powszechność występowania tej choroby, czy o jej specyfikę?
Charakterystyczne dla cukrzycy jest to, że przebiega z podwyższonym stężeniem glukozy we krwi. Przyczyną mogą być zaburzenia w sekrecji insuliny – insulina nie jest wydzielana w wyniku destrukcji komórek beta trzustki (tak jest w cukrzycy typu 1) lub wskutek defektu działania insuliny. Insulina jest wydzielana, ale z różnych powodów nie działa za pomocą swojego receptora na obwodzie lub też ze współistnienia obu defektów jednocześnie (tak jest w cukrzycy typu 2). Ponieważ insulina jest jedynym hormonem, który obniża stężenie glukozy we krwi (wiele hormonów to stężenie podwyższa), dochodzi do hiperglikemii. W nieprawidłowo leczonej cukrzycy dochodzi do przewlekłego utrzymywania się podwyższonego stężenia glukozy we krwi, które prowadzi do rozwoju powikłań. Dlatego tak ważne jest, aby cukrzycę rozpoznawać jak najwcześniej i jak najwcześniej leczyć. Chodzi też o kompleksowe postępowanie w tej chorobie – niefarmakologiczne i farmakologiczne, gdyż tylko tak można zapobiec wystąpieniu przewlekłych i często ciężkich powikłań tej choroby.

> Pacjent z cukrzycą zalicza się do grona osób z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym i wymaga starannej diagnostyki

Jak należy rozumieć pojęcie leczenie niefarmakologiczne?
W leczenie niefarmakologiczne wpisuje się szeroko pojęta edukacja dotycząca cukrzycy, na co kładziemy duży nacisk, ponieważ od stanu wiedzy pacjenta na temat tej choroby będzie zależał efekt leczenia. Pamiętajmy, że osobie z cukrzycą trzeba przekazać wiedzę nie tylko dotyczącą związanych z nią powikłań, ale wyjaśnić, co to jest indeks glikemiczny, jak ma sobie radzić z dietą, jak planować aktywność fizyczną, jak przyjmować leki i jak dostosowywać ich dawki w zależności od sytuacji klinicznej. Zatem edukacja w cukrzycy jest kluczowa i ściśle powiązana z działaniami zespołów terapeutycznych, w których skład oprócz diabetologów wchodzą pielęgniarki, edukatorzy cukrzycowi, dietetycy, psycholodzy. To wsparcie psychologiczne ma ogromne znaczenie, szczególnie w cukrzycy typu 1.

Ostatnio wiele się zmieniło w podejściu do leczenia cukrzycy.
W cukrzycy typu 1 wciąż jedynym lekiem jest insulina, której trzustka nie wytwarza i trzeba ją uzupełniać. Istotnie zmieniły się natomiast techniki jej podawania. Oprócz stosowania insuliny w schemacie funkcjonalnej intensywnej insulinoterapii polegającej na wielokrotnych wstrzyknięciach tego hormonu insulinę można wstrzykiwać przy użyciu osobistych pomp insulinowych. Są coraz nowocześniejsze modele tych urządzeń, np. pompy hybrydowe, które, mówiąc w uproszczeniu, na podstawie aktualnego stężenia glukozy we krwi regulują przepływ insuliny. Sukcesem jest też coraz szerszy dostęp do systemów ciągłego monitorowania glikemii i osobistych pomp insulinowych.

GAZETA LEKARSKA

Systemy te są nie tylko cennym narzędziem diagnostycznym, ale też terapeutycznym.
I, co istotne, od niedawna objęte są refundacją także dla osób leczonych insuliną po 26. roku życia, osób z cukrzycą typu 2 leczonych co najmniej trzema wstrzyknięciami insuliny, a od stycznia tego roku do takiej refundacji mają prawo również kobiety w ciąży. W cukrzycy typu 2 postęp wiąże się głównie z wprowadzeniem nowych grup leków, które diametralnie zmieniły sposób podejścia do leczenia tej choroby. Randomizowane badania kliniczne wykazały, że leki te, stosowane w celu obniżenia stężenia glukozy, mają jednocześnie działanie kardioprotekcyjne i nefroprotekcyjne. U osób obciążonych chorobami sercowo-naczyniowymi ma to kapitalne znaczenie, ponieważ chronią przed zawałem serca, niewydolnością serca, udarem mózgu czy przewlekłą chorobą nerek. Dotyczy to głównie leków inkretynowych: agonistów receptora GLP1, i flozyn. Leki te u osób z powikłaniami układu sercowo-naczyniowego, powikłaniami nerkowymi czy też kumulacją czynników ryzyka powinno się włączać już na początku leczenia cukrzycy typu 2. Bonusem ich stosowania jest redukcja masy ciała, co w przypadku cukrzycy typu 2, nierozerwalnie związanej z otyłością, ma znaczenie. Dostępny jest już podwójny agonista receptora GLP1 i GIP, który cechuje się jeszcze większą skutecznością w redukcji masy ciała i obniżenia stężenia glukozy. Na horyzoncie pojawiają się jeszcze nowsze leki, które lepiej pozwalają kontrolować cukrzycę, wpływają na masę ciała i, co równie istotne, nie powodują hipoglikemii. Dzięki temu możliwe jest upraszczanie terapii cukrzycy typu 2, a do tego dąży współczesna diabetologia.

Chorzy na cukrzycę często cierpią na nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemię, zaburzenia czynności nerek, tarczycy, różnego rodzaju alergie i nowotwory. Jak radzić sobie u nich z tą wielochorobowością?
Najczęściej z cukrzycą współistnieją choroby układu sercowo-naczyniowego. Wspólnie z kardiologami prowadziliśmy kiedyś w ośrodku białostockim badania, które wskazywały, że 50 proc. mężczyzn z rozpoznaną chorobą wieńcową kierowanych do koronarografii, nie wiedząc o tym, miało stan przedcukrzycowy lub jawną cukrzycę. Wyniki te zostały potwierdzone u pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym w publikacji szwedzkich badaczy w 2002 r. To dowód na to, że pacjent z cukrzycą zalicza się do grona osób z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym i wymaga szczególnie starannej diagnostyki, ponieważ podwyższony poziom glukozy we krwi przyspiesza rozwój miażdżycy i grozi zawałem serca, udarem mózgu i innymi groźnymi powikłaniami sercowo-naczyniowymi. Dodatkowo cukrzycy typu 2 często towarzyszy otyłość, a jest wiele powikłań otyłości niezwiązanych z cukrzycą. Dlatego tak ważne jest stosowanie odpowiedniej terapii od momentu rozpoznania cukrzycy. Należy też pamiętać, że cukrzyca typu 1, która ma podłoże autoimmunologiczne, może współistnieć z innymi chorobami autoimmunologicznymi, np. z zespołami niedoczynności wielogruczołowej. Z cukrzycą typu 1 może też współistnieć pierwotna niedoczynność kory nadnerczy.

fot.: archiwum prywatne

Na cukrzycę typu 2 zapadają także osoby szczupłe. Czym to tłumaczyć?
Zdarza się, że osoby z prawidłowym BMI mają rozpoznaną cukrzycę typu 2, ale należy się w takiej sytuacji dobrze przyjrzeć rozmieszczeniu tkanki tłuszczowej, która w patogenezie cukrzycy typu 2 odgrywa istotną rolę. W cukrzycy typu 2 jest to tzw. trzewna tkanka tłuszczowa, zlokalizowana w obrębie jamy brzusznej. Może też występować ektopowa akumulacja tkanki tłuszczowej w innych narządach do tego nieprzystosowanych, np. w wątrobie czy mięśniach szkieletowych, co także prowadzi do zaburzeń metabolicznych. Badając pacjenta z prawidłowym BMI, często dostrzega się ten sposób rozmieszczenia tkanki tłuszczowej. Dlatego dobrym parametrem jest badanie obwodu brzucha, bo w przypadku zwiększonego obwodu talii wiemy, że mamy do czynienia z nadmierną kumulacją tkanki tłuszczowej w tej okolicy, która upośledza działanie insuliny.

Czy cukrzyca u mężczyzn różni się od tej u kobiet?
Mechanizmy dotyczące rozwoju cukrzycy są identyczne, ale u kobiet dominuje gynoidalny rozkład tkanki tłuszczowej, czyli tzw. ochronny, dlatego u wielu kobiet cukrzyca typu 2 ujawnia się w okresie menopauzy. Jeżeli występuje u kobiet młodszych, często wpływa na przyspieszony rozwój miażdżycy. U młodych kobiet z cukrzycą typu 1 należy szczególnie dbać o kontrolę metaboliczną, ponieważ dla nich jest to czas ciąż i porodów. Coraz częściej też rozpoznaje się tzw. cukrzycę ciążową zdiagnozowaną w trakcie ciąży, co wiąże się z dużym ryzykiem powikłań.

Mimo postępów w leczeniu cukrzycy choroba ta wciąż sieje spustoszenie. Głównie chodzi o amputacje kończyn, co nie powinno mieć już miejsca.
Problem dobrze funkcjonującego systemu leczenia zespołu stopy cukrzycowej wciąż nie jest do końca rozwiązany. Aktualnie zaczął działać w jednym ze szpitali

w Wielkopolsce pilotażowy program kompleksowego leczenia zespołu stopy cukrzycowej i mamy nadzieję, że ten program obejmie inne ośrodki w kraju. Amputacje kończyn w cukrzycy są jednak nie tylko konsekwencją braku odpowiedniego zaplecza w postaci ośrodków zajmujących się leczeniem tego rodzaju powikłań, ale też niewystarczającej edukacji, która uczy pacjentów, jak im zapobiegać. Tych amputacji jest już mniej, ale i tak zbyt dużo w kontekście dostępności do nowoczesnego i bardziej skutecznego leczenia cukrzycy. To są lekcje do odrobienia na dziś i na jutro.

Jakie ograniczenia napotykają lekarze, jeśli chodzi o refundację nowoczesnych leków?
Obecnie mamy znacznie szerszy dostęp do refundacji nowoczesnych leków przeciwhiperglikemicznych niż jeszcze dwa lata temu, co pozwoliło nam na znaczną modyfikację terapii u wielu pacjentów z cukrzycą typu 2. Ale oczywiście chcielibyśmy, aby refundacja była jak najszersza i jeśli są wskazania, to żeby taka terapia była refundowana od momentu rozpoznania cukrzycy. Tu wszyscy mówimy jednym głosem.

Leczeniem cukrzycy zajmują się nie tylko diabetolodzy, ale i lekarze POZ. To dobrze czy źle?
Diabetologów jest zbyt mało (około tysiąca), aby zajmowali się leczeniem wszystkich przypadków cukrzycy. Jednak ostatnio specjalizacja z diabetologii cieszy się ogromnym zainteresowaniem, co dobrze rokuje. W ostatniej sesji było znacznie więcej chętnych niż miejsc. Osoby z cukrzycą niepowikłaną są więc leczone w opiece podstawowej, i to dobrze. Ważne jest jednak, aby w postępowaniu z tymi chorymi uwzględniano najnowsze wytyczne.

W jakim kierunku zmierza świat, jeśli chodzi o postrzeganie tej choroby?
Wszystkie zjazdy, konferencje są zdominowane przez temat nowoczesnych terapii w cukrzycy i mechanizmów ich działania. Świat ma świadomość epidemii tej choroby i robi wszystko, aby ją zatrzymać. W związku ze zbliżającymi się wyborami do Parlamentu Europejskiego powstała deklaracja o cukrzycy przetłumaczona na wszystkie języki europejskie w celu podniesienia świadomości tej choroby. Zaczyna się już mówić o remisji cukrzycy, dyskutuje się o tym, jakie kryteria powinny o tym decydować.

Czy jest szansa, że kiedyś ludzkość uwolni się od cukrzycy?
Raczej nie, ponieważ – o czym nie powiedzieliśmy – o zachorowaniu decydują także czynniki genetyczne, a nie tylko środowiskowe. Na obecnym etapie wiedzy na geny nie mamy wpływu, ale możemy zmienić nasze zachowania na prozdrowotne, eliminując czynniki środowiskowe zachorowania na cukrzycę. •

Pełna wersja rozmowy na www.gazetalekarska.pl

Patronat Gazety Lekarskiej

WARSZAWA

12. Algorytmy w Pediatrii już w kwietniu

Redakcja czasopisma „Klinika Pediatryczna" zaprasza wszystkich zainteresowanych na konferencję 12. Algorytmy w Pediatrii, która odbędzie się w dniach 19-20 kwietnia 2024 r. w Centrum Konferencyjnym WEST GATE w Warszawie.

Tematy wiodące szkolenia zostały starannie zebrane, tak by zaspokoić potrzeby zarówno lekarzy pediatrów, lekarzy rodzinnych, jak i rezydentów i specjalizantów. W tym roku zaprosiliśmy specjalistów z zakresu diabetologii i żywienia, neonatologii, psychiatrii, dermatologii, diagnostyki laboratoryjnej i stomatologii. Na uwagę zasługuje również panel dotyczący nowości w szczepieniach ochronnych.

Współpracujący z nami specjaliści przygotowali dla Państwa kompleksowe opracowanie merytorycznych treści w zwarty i atrakcyjny sposób.

Goście konferencji dostaną również przygotowane przez wykładowców artykuły poglądowe w formie czasopisma medycznego „Klinika Pediatryczna" – Algorytmy w Pediatrii 2024.

Uczestnicy otrzymają również pełne wyżywienie podczas szkolenia, certyfikat uczestnictwa z punktami edukacyjnymi okręgowej izby lekarskiej oraz trzymiesięczny dostęp do wykładów nagranych w formie wideo. Elementem łączącym naukę z rozrywką są merytoryczne quizy z niespodziankami po każdej sesji oraz wieczorne spotkanie integracyjne ze spektaklem teatralnym. Szczegóły są dostępne na stronie internetowej klinika.com.pl

Zapraszamy! •

KLINIKA PEDIATRYCZNA

12. Algorytmy w Pediatrii

KLINIKI PEDIATRYCZNEJ

19-20.04.2024

GAZETA LEKARSKA

PRAKTYKA LEKARSKA

Nie przegapić endometriozy

ADAM CZERWIŃSKI
DZIENNIKARZ

Dokładność i uważność w przeprowadzaniu wywiadu i odpowiednia diagnostyka mogą pozwolić na wczesne rozpoznanie choroby – mówi prof. Krzysztof Szyłło, zastępca dyrektora ds. lecznictwa Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, kierownik Kliniki Ginekologii Operacyjnej i Ginekologii Onkologicznej i Leczenia Endometriozy.

Opowiem panu o mojej pacjentce.

Proszę.

To była 26-letnia kobieta, która miała wykonane cięcie cesarskie. Po tym zabiegu zaczęły pojawiać się dolegliwości zlokalizowane w dole brzucha. Szczególnie w okresie krwawień miesiączkowych. Pacjentka skarżyła się na ból także przy oddawaniu moczu. Szukała pomocy w różnych ośrodkach, brała różne leki. Poprawy nie było. Bolało coraz bardziej. Dopiero po szczegółowym badaniu w mojej klinice okazało się, że w ścianie pęcherza między macicą a pęcherzem jest guz o średnicy 4 cm.

Zaraz, zaraz. Ale my mieliśmy rozmawiać o endometriozie.

Chwileczkę. Pacjentka miała wdrożoną diagnostykę. Wykonano cystoskopię, potwierdzono tę zmianę, pobrano wycinki i okazało się, że są tam zmiany endometrialne. Została zakwalifikowana do leczenia operacyjnego, dlatego że guz przerastał całą grubość ściany pęcherza. A zatem inne postępowanie byłoby absolutnie nieskuteczne. Wykonano laparoskopię. Wycięliśmy ten fragment ściany pęcherza wraz z guzem. Zaopatrzono, czyli zszyto pęcherz. No i okazało się, że pacjentka od następnego cyklu przestała zgłaszać dolegliwości bólowe. Cała przyczyna jej dolegliwości to była właśnie endometrioza pęcherza moczowego.

Prowadzi Pan klinikę, która jako jedna z nielicznych w Polsce specjalizuje się w terapii endometriozy. Z czym jeszcze mierzą się specjaliści?

Wyzwaniem jest inwazyjność tej choroby. W obrębie jajników dochodzi do tworzenia się torbieli endometrialnych. W jajowodach, jeśli tam powstają ogniska, może dochodzić do zrostów, zniekształceń, niedrożności i później problemów z zajściem w ciążę. Może to także obejmować więzadła i tworzenie guzków w ich obrębie, co skutkuje bardzo silnymi dolegliwościami bólowymi. No i ogniska w ścianie macicy. Ta postać to adenomioza i może wywoływać bardzo obfite miesiączki i rzeczywiście silne dolegliwości bólowe.

> Endometrioza różni się od chorób nowotworowych tylko rokowaniem; tu na szczęście nie ma zagrożenia życia

Ale inwazyjność endometriozy jest na tyle duża, że nie ogranicza się do rozwoju ognisk w obrębie narządów rodnych. Przechodzenie choroby na inne narządy rzeczywiście może skutkować bardzo poważnymi problemami. I dlatego jest tak ważne, ażeby celowana diagnostyka była jak najwcześniejsza, żebyśmy nie zostawali w tyle i jak dotychczas musieli leczyć pacjentki, u których rozpoznanie jest stawiane po ośmiu, a nawet dziesięciu latach od wystąpienia pierwszych objawów. Jeśli wcześniej zaczniemy leczenie, uchronimy pacjentkę przed rozwojem choroby i poważnymi konsekwencjami. Bo dolegliwości bólowe związane z endometriozą wielokrotnie powodują, że te pacjentki są wyłączone z aktywności zawodowej. Nawet dochodzi do rozwoju jakiegoś stopnia inwalidztwa. Nie mówiąc o dramatach osobistych, o problemach domowych.

Wczesna diagnostyka może uchronić kobiety przed tymi konsekwencjami i przywrócić je do normalnego życia. Im dłużej trwa choroba, tym bardziej skomplikowane staje się leczenie. Ogniska w obrębie jelit wielokrotnie skutkują tym, że konieczne jest wykonanie resekcji fragmentu jelita. Oczywiście, nowoczesne techniki chirurgiczne zmniejszają prawdopodobieństwo powikłań, ale trzeba być przygotowanym na to, że może dojść do chociażby powstania nieszczelności i wtedy następuje konieczność wyprowadzenia sztucznego odbytu przynajmniej na jakiś czas. To jest bardzo poważne powikłanie, szczególnie dla młodej kobiety.

To samo dzieje się w obrębie układu moczowego, gdzie nierozpoznanie ogniska, które powoduje zamknięcie światła moczowodu, może doprowadzić do martwicy nerki i jej utraty. Zdarzają się przecież ogniska na przeponie czy w obrębie tkanki

płucnej, które również prowadzą do bardzo silnych dolegliwości bólowych.

Guz, ból. Prawie rak.
My tu mówimy właśnie o guzach. O strasznym bólu, z którym część pacjentek trafia do poradni leczenia bólu. Endometrioza ma wiele wspólnych cech z chorobą nowotworową. Po pierwsze, możliwość dokonywania przerzutu, czyli rozwoju kolejnych ognisk w innych narządach. Zmiany anatomiczne, zrosty, które powodują zmiany całkowicie zaburzające anatomię w jamie brzusznej. Bardzo trudno to się operuje, dlatego że narządy zaatakowane przez endometriozę są pozrastane ze sobą, co oczywiście grozi niebezpieczeństwem uszkodzenia któregoś z nich. Tak naprawdę endometrioza różni się od chorób nowotworowych tylko rokowaniem. Tu na szczęście nie ma zagrożenia życia, ale cała reszta, również ból towarzyszący chorobie, jest bardzo podobny do tego, z czym się mierzą pacjenci onkologiczni.

Świadectwa dają bardzo znane kobiety. Susan Sarandon, Dolly Parton, a w Polsce Patrycja Kazadi czy Hanna Lis.
Endometrioza jest znana od końca XIX w. Wtedy pojawiły się pierwsze opisy endometriozy i jej ognisk. Natomiast sytuacja, którą widzimy obecnie, wynika prawdopodobnie z tego, że co dziesiąta kobieta może być dotknięta tą chorobą. Ona jest niezwykle bolesna. Te publiczne wyznania to krzyk rozpaczy, bo zwykłe apele okazały się nieskuteczne. Kobiety mawiają, że gdyby endometrioza dotyczyła mężczyzn, już dawno wynaleziono by na nią lek. Ale na razie nie możemy zaproponować skutecznego leczenia.

Jak to? W XXI nie można?
Ani leczenie operacyjne, które polega na usuwaniu wszystkich ognisk, ani też leczenie zachowawcze, czyli stosowanie obecnie dostępnych preparatów, nie gwarantują skutecznego wyleczenia. Po pewnym czasie u wielu pacjentek dochodzi do nawrotu.
Poza tym leczenie operacyjne, w szczególności ognisk, które są położone poza narządami rodnymi, jest bardzo trudne. Jak wspominałem – zmiany wywołane przez endometriozę mogą umiejscawiać się w obrębie przewodu pokarmowego czy układu moczowego, a nawet na przeponie czy w obrębie tkanki płucnej.

fot.: materiały prasowe

Dlatego w większości krajów europejskich organizację opieki nad kobietami z zaawansowaną endometriozą powierza się ośrodkom wyspecjalizowanym w leczeniu tej choroby. Oczywiście lekarzem podstawowym jest w nich ginekolog, ale musi być również dostępny chirurg, urolog. No i z racji zmian, które choroba może wywoływać, konieczna jest obecność psychologa. Ważna jest również odpowiednia dieta, która powinna być ustalana przez osobę kompetentną, czyli wyspecjalizowanego dietetyka. W Polsce nie ma takich ośrodków, chociaż obserwujemy jaskółki zapowiadające zmiany. Od pewnego czasu trwają w Ministerstwie Zdrowia prace komisji, która zajmuje się próbą zorganizowania takich ośrodków, ale również zmianą wyceny procedur, co wydaje się kluczowe. Bo obecnie finansowanie procedur związanych z endometriozą jest absolutnie niewystarczające. Szpitalom jej leczenie najzwyczajniej się nie opłaca. Zabiegi trwają zdecydowanie dłużej niż pozostałe. Zajmowanie sali operacyjnej przez wiele godzin przy naprawdę niskiej wycenie jest niekorzystne dla szpitali. W wielu przypadkach musimy stosować również drogie materiały, np. specjalne staplery, które jeszcze podrażają koszty zabiegu. I pewnie dlatego osoby zarządzające szpitalami, nie są zainteresowane przyjmowaniem pacjentek, których leczenie będzie oznaczało stratę.

Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników dotyczące postępowania w przypadku kobiet z endometriozą: https://ptgin.pl/artykul/rekomendacje-polskiego-towarzystwa-ginekologow-i-poloznikow-dotyczace-postepowania-w

Wyobraźmy sobie, że wycena się zmienia i to tak, że na endometriozie można zarobić tak, że zaczynają powstawać centra, które się nią zajmą.
Leczeniu tej choroby powinna przyświecać idea, że przed zabiegiem operacyjnym powinno się zrobić maksymalnie dokładną, precyzyjną diagnostykę wykorzystując badania obrazowe, ażeby uwidocznić wszystkie ogniska. Chodzi o to, że jeśli podejmujemy decyzję o zabiegu operacyjnym, to powinien być on jedynym w życiu.

No i kolejna rzecz, by opieka nie kończyła się tylko i wyłącznie na leczeniu operacyjnym, ale również żeby pacjentki miały możliwość zgłaszania się na badania kontrolne, pozwalające na wychwycenie osób, u których nastąpi wznowa tej choroby. Tak jak powiedziałem, u wielu może do niej dojść mimo prawidłowo przeprowadzonego zabiegu operacyjnego.

Brzmi pięknie, ale na razie jesteśmy tu i teraz. Co można zmienić bez wielkich nakładów?
Powinniśmy się skupić na diagnostyce. Opiera się ona przede wszystkim na badaniu ultrasonograficznym. W niektórych przypadkach należy poszerzyć ją o rezonans magnetyczny.

GAZETA LEKARSKA

fot.: Freepik.com

Badanie ultrasonograficzne jest dostępne powszechnie. Pozostaje tylko kwestia odpowiedniego sposobu jego przeprowadzenia i zwrócenia uwagi na możliwość wystąpienia ogniska endometriozy. Czułość ultrasonografii jest bardzo wysoka. Podobnie jest zresztą z diagnostyką rezonansem magnetycznym. Badania te z założenia są niezwykle cenne, bo potrafią w jednym czasie ocenić zarówno przedni, jak i tylny kompartment miednicy, czyli wszystkie narządy, które są położone w tych częściach ciała. Jeśli poprawimy wykrywalność ognisk endometriozy tymi badaniami, łatwiej będzie podejmować decyzję, co robić dalej. Bo nie wszystkie pacjentki, które mają zmiany, muszą być natychmiast operowane. Głównym czynnikiem jest nasilenie bólu bądź problemy z zajściem w ciążę. Ale jeśli pacjentka będzie miała dokument opisujący jej stan, to wtedy, w trakcie kolejnych wizyt lekarza, może zapaść decyzja, czy próbujemy leczenia zachowawczego, czy też już są wskazania do zabiegu operacyjnego.

A co dziś może zrobić ginekolog w zwykłym gabinecie, zanim przyśle pacjentkę do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności?

Diagnostyka obrazowa to drugi etap. Zaczynamy od wywiadu i badania pacjentki. Jeśli ginekolog bez względu na to, gdzie pracuje, będzie robił to w sposób uważny, przeprowadzi z pacjentką szczegółowy wywiad i przeanalizuje charakter występujących dolegliwości, kiedy te dolegliwości bólowe się pojawiają, w jakiej okolicy, gdzie ból promieniuje, jakie jest jego nasilenie, to w połączeniu z badaniem ginekologicznym z dużym prawdopodobieństwem można rozpoznawać chorobę.

Badanie ultrasonograficzne jest w wielu przypadkach potwierdzeniem. Natomiast dokładność i uważność w przeprowadzania wywiadu i badania jest niezwykle ważna i to jest podstawowy etap diagnostyki. Dlatego zwracam uwagę na rzeczy podstawowe, które nie muszą być wykonywane w ośrodkach akademickich. Można je zrobić wszędzie.

To dlaczego jest z nimi problem?

Bo w wielu ośrodkach jeśli pacjentka zgłasza się z powodu dolegliwości bólowych, stawia się rozpoznanie zapalenia przydatków. A ono obecnie zdarza się wyjątkowo rzadko. To jest rozpoznanie, które było charakterystyczne dla lat pięćdziesiątych, sześćdziesiątych. Obecnie absolutnie nie dominuje. Trzeba jednak pamiętać, że w otoczeniu ognisk endometriozy powstaje stan zapalny, który rzeczywiście może przypominać zapalenie przydatków.

Jak uniknąć takich pomyłek?

Sekcja Endometriozy Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników w okresie, kiedy byłem jej przewodniczącym, opracowała screening w kierunku tej choroby zawierający szereg pytań z odpowiednią punktacją. Jeśli lekarz w trakcie wizyty przeprowadzi wywiad, zada pytania właśnie z tej karty screeningowej, podsumuje punktację, z dużym

Ze stanowiska Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczącego diagnostyki i metod leczenia endometriozy

Podstawowym objawem endometriozy jest ból. Pacjentki najczęściej zgłaszają występowanie: bolesnych i/lub obfitych miesiączek, dyspareunii, dyzurii, bolesnej defekacji, dolegliwości bólowych w okolicy krzyżowej, dyskomfortu czy pobolewania brzucha, wzdęć, biegunek, czy trwającego co najmniej 6 miesięcy przewlekłego bólu brzucha: niezależnego od fazy cyklu miesiączkowego [4, 7, 8, 9]. Mniej typowymi dolegliwościami są: nawracający cyklicznie ból kończyny dolnej o charakterze rwy kulszowej, cykliczne krwawienie z odbytnicy lub dróg moczowych. Pacjentki chorujące na endometriozę mogą uskarżać się na: dysfunkcję dolnego odcinka układu pokarmowego (wzdęcia, biegunka, naprzemienne biegunki i zaparcia, głównie występujące tuż przed miesiączką i w jej trakcie) oraz zaburzenia czynności układu moczowego (objawy dyzuryczne, incydenty parć naglących czy częstomocz). Często przebieg endometriozy jest asymptomatyczny, a choroba jest rozpoznawana przypadkowo, np. podczas różnych zabiegów operacyjnych. Czasami jedynym objawem jest zmniejszona płodność pacjentki. Pojawienie się bolesnych miesiączek powinno nasunąć podejrzenie endometriozy, szczególnie jeśli nigdy wcześniej pacjentka nie skarżyła się na podobne dolegliwości.

prawdopodobieństwem postawi prawidłowe rozpoznanie. Kwestionariusz można znaleźć na stronie PTGiP (www.ptgin.pl). To gotowe narzędzie, z którym wystarczy się zapoznać, skorzystać. I to jest coś, co i lekarzom powinno ułatwić pracę.

Po tę kartę screeningową powinni sięgać nie tylko ginekolodzy.
Może się przydać chirurgom, urologom, lekarzom rodzinnym, a nawet pediatrom.

Pediatrom?
Tak. Zdarza się, że nastoletnie pacjentki z endometriozą trafiają do pediatrów. A osoby dorosłe szukają pomocy u lekarzy POZ. Bo nie zawsze pacjentka, która ma dolegliwości bólowe, natychmiast idzie do ginekologa. Stąd między innymi bierze się problem, że ta choroba jest rozpoznawana po tak długim czasie i wizytach u wielu specjalistów. Z jednej strony, to w jakimś tam stopniu wina samych pacjentek, bo nadal pokutuje przekonanie, że w okresie krwawień miesiączkowych kobieta musi mieć dolegliwości bólowe. „Miała mama, miała babcia i tam jeszcze kilka pokoleń wprzód musi boleć". Nie musi! Jeśli rzeczywiście ból zaczyna się w okresie nastoletnim i trwa przez kilka miesięcy, nie ulega zmniejszeniu, mamy wystarczający sygnał do tego, ażeby mama wzięła córkę i poszły do lekarza, aby ustalić, jaka jest przyczyna tych dolegliwości. Czy są one związane tylko i wyłącznie z krwawieniem miesiączkowym. Czy to są dolegliwości, które występują między krwawieniami miesiączkowymi. I wtedy powinno się wykonać odpowiednią diagnostykę, dlatego że ta choroba również występuje u nastolatek i to czasami już w bardzo zaawansowanym stopniu. Absolutnie nie wolno lekceważyć tego typu dolegliwości. Konieczna jest wtedy konsultacja ginekologiczna. Pozwolę sobie nawet na apel do lekarzy POZ czy do chirurgów: jeśli trafia do was pacjentka skarżąca się na bóle brzucha, warto mieć w tyle głowy, że to może być endometrioza.

Być może już niedługo diagnostyka będzie prostsza.
Mówi pan na o testach na endometriozę. Intensywne prace nad nimi trwają od kilkudziesięciu lat. Testy mają być wprowadzone w tym roku. Poczekamy, zobaczymy, jaka będzie ich specyfika, czułość. Ale jeśli spełnią pokładane w nich nadzieje, mogą okazać się przełomem.

Powinniśmy wspomnieć jeszcze o tym, że trwają intensywne prace nad wprowadzeniem nowych leków, które pozwoliłyby na zahamowanie, a właściwie wyeliminowanie tej choroby i niedoprowadzanie do etapów zaawansowanych. Dzięki temu pacjentki mogłyby uniknąć skomplikowanych zabiegów operacyjnych, ale przede wszystkim straszliwych dolegliwości bólowych, które towarzyszą im miesiącami i latami. Na razie trwa faza badań klinicznych. ●

reklama

GAZETA LEKARSKA

FELIETON

Śmietnik polskiej medycyny

Przepięknie wyglądają w telewizji uroczystości przekazania nowego sprzętu medycznego. Reforma ratownictwa medycznego – bo o nim dziś piszę – oznacza zwykle zakup nowego ambulansu, a najlepiej pięciu bądź piętnastu.

JAKUB SIECZKO
ANESTEZJOLOG

Na ich uroczyste przekazanie przychodzi lokalna wierchuszka, są przemowy z okazji i najszczersze życzenia. Ktoś przecina wstęgę, czasem ksiądz pokropi kropidłem, karetki stoją w rzędzie lśniące bielą lub jaskrawą żółcią. System się zmienia. Reformuje. Prawda? Otóż nieprawda.

Dziś przeciętny polski ambulans wyposażony jest podobnie jak ten niemiecki, norweski czy czeski. Kim są jednak ludzie, którzy tymi ambulansami jeżdżą? Jak się miewają? Czego powinniśmy od nich oczekiwać i jak te oczekiwania mają się do rzeczywistości?

Chciałbym o tym opowiedzieć nowej szefowej Ministerstwa Zdrowia pani Izabeli Leszczynie. Niestety, nie dotarła ona na umówione na 19 stycznia spotkanie z przedstawicielami jedenastu organizacji zrzeszających ratowników medycznych, więc nie mogła usłyszeć tego osobiście. Zapraszała Pani Minister, przyszli wiceministrowie. Oględnie mówiąc – nie był to w środowisku najlepiej odebrany sygnał ze strony nowych władz resortu.

Pracuję w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego od ponad dziesięciu lat i niestety nie mam dobrych wiadomości o kondycji jego pracowników. Otóż, Szanowna Pani Minister, to w dużej części ludzie przede wszystkim zmęczeni. Okropnie, nieludzko, głęboko zmęczeni. Przemieleni przez zawodową rzeczywistość, wypaleni, zrezygnowani. Najbardziej sfrustrowani pracownicy polskiej ochrony zdrowia, często pozostawieni sami sobie.

To nieważne, czy mają pięćdziesiąt pięć czy dwadzieścia dziewięć lat. Nieważne, czy pracują w Gdańsku, Krakowie, Giżycku, Łukowie czy pod Zieloną Górą. Jak kraj długi i szeroki – od Bałtyku do Tatr, od Bugu do Odry – wszyscy są zmęczeni rolą zapchajdziury, czyli obsługiwaniem wezwań, które nie mają nic wspólnego ze stanami zagrożenia zdrowia bądź życia. Z Państwowego Ratownictwa Medycznego zrobiono bowiem śmietnik dla niewydolnego systemu polskiej ochrony zdrowia.

> Mówi się w Państwowym Ratownictwie Medycznym, że każdy będzie prędzej czy później paskiem na ekranie dyspozytora. I ja, i Pani, i nasi najbliżsi

Co robi starsza pani, która nie może doczekać się operacji biodra, a biodro z dnia na dzień dolega coraz bardziej? Dzwoni na 999.

Co robi chorujący na POChP mężczyzna, którego nie stać na wykupienie leków i zaczyna się dusić? Dzwoni na 999.

Co robi przerażona córka umierającego na nowotwór mężczyzny, który wciąż czeka na opiekę hospicjum domowego, więc wyje z bólu? Ta córka też dzwoni na 999.

Nie ma lepszego miejsca do poznania niedomagań kulejącego systemu ochrony zdrowia niż dyspozytornia medyczna. Jest jak biuro skarg i zażaleń, narzekań i gróźb, pokój zwierzeń i konfesjonał zarazem. Państwowe Ratownictwo Medyczne obsługuje tych, którzy swojego miejsca w systemie nie odnaleźli. Dostaje rykoszetem za przeciążenie lekarzy rodzinnych, kolejki do specjalistów, kulejącą profilaktykę, zapomnianą medycynę paliatywną czy prawie upadłą psychiatrię dziecięcą.

Myślałby kto, że praca w pogotowiu to resuscytacje, wypadki samochodowe i krwotoki. Dobre sobie. To znikomy procent wezwań zespołów ratownictwa medycznego. Większość tej roboty to marazm, nuda i załatwianie problemów, które dawno temu załatwić powinien kto inny i gdzie indziej. Do tego dodajmy zbieranie z ulic, parków

i melin pokonanych przez alkoholowy nałóg (dopiero w pogotowiu widać, jak w Polsce się pije). To bardzo frustruje.

Lekarz uczył się na studiach, jak leczyć, i po tych studiach leczy. Bada, zleca tabletki, operuje, konsultuje.

Pielęgniarz uczył się pielęgnować i pielęgnuje. Zakłada kaniule dożylne, przygotowuje iniekcje, przeprowadza ocenę pielęgniarską.

Fizjoterapeucie mówili na studiach, jak rehabilitować, i rehabilituje.

Podobnie dzieje się z farmaceutami, położnymi, diagnostami laboratoryjnymi, dietetyczkami.

Z ratownikami medycznymi jest jednak w Polsce inaczej. Mieli ratować ludzi, a głównie łatają dziury systemu, który ma tych dziur stanowczo zbyt dużo. To jedyny wśród zawodów medycznych tak jaskrawy przykład rozbieżności pomiędzy przygotowaniem zawodowym a rzeczywistością. Nie dziwię się, że ci ludzie, często na początku przepełnieni zapałem, mają dość. Wytrzymują pięć, czasem dziesięć lat i odchodzą. Na ich miejsce zatrudnia się nowych, którzy chcą resuscytować, intubować, rozpoznawać zawały, zaciskać krwawiące tętnice. Jeszcze nie wiedzą, co ich czeka. Jeszcze nie wiedzą, co system zrobi z ich motywacją zawodową, kompetencjami, często etyką. Państwowe Ratownictwo Medyczne jest mielonką dla jego pracowników. Jest systemem, z którego ludzie często odchodzą, mając trzydzieści kilka lat – jeszcze sprawni fizycznie, a już doświadczeni. Tracimy ich, gdy mogliby być najlepsi.

A teraz będę cytował Adama Mickiewicza. Dziady, cz. III, scena VII:

„Nasz naród jak lawa,
Z wierzchu zimna i twarda, sucha i plugawa,
Lecz wewnętrznego ognia sto lat nie wyziębi;
Plwajmy na tę skorupę i zstąpmy do głębi."

Wieszcz mówi nam tu, że Polacy wydają się obojętni, przegrani i wypaleni. Lecz tak naprawdę w środku tli się w nich wielki żar i pragnienie zmian. Otóż system Państwowego Ratownictwa Medycznego nie jest jak Mickiewiczowscy Polacy. Jest w nim dokładnie odwrotnie.

Na powierzchni widać pasjonatów, płomienne internetowe dyskusje, zawody ratownicze, na które jeździ po sto karetek z całej Polski i większość zespołów radzi sobie tam wspaniale. Lecz ten obraz to kłamstwo, Pani Minister, i Pani zadaniem będzie to, żeby nie dać się na nie nabrać. Gdy zajrzy się pod tę pełną pasjonatów powierzchnię, gdy zacznie się obserwować codzienną pracę zespołów ratownictwa medycznego – no, powiem Pani, często nie jest dobrze. Zdarzają się nawet tacy, którzy na tych zawodach (na które oczywiście nigdy nie pojadą) dostaliby punkty ujemne. Duża część (większość?) pracowników systemu PRM to ludzie, którym ze zmęczenia nie chce się już absolutnie nic.

Po co rozwijać się zawodowo – myśli wielu pracowników ratownictwa medycznego – skoro dziewięćdziesiąt pięć procent wezwań mógłby zrealizować, no, może nie taksówkarz, ale względnie ogarnięty absolwent kursu pierwszej pomocy, którego nauczono by kilku prostych schematów? Nadciśnienie – podaj kaptopril. Pijany – zadzwoń po straż miejską. Kłótnia z lekarzem SOR, który zawsze zaczyna rozmowę od „Dlaczego do nas?" – przeczekaj, i tak przyjmie pacjenta. Do tego chyba nie trzeba trzech lat studiów, prawda?

Jest jednak pozostałe pięć procent zdarzeń – prawdziwe ratownictwo medyczne. To może być zatrzymanie krążenia u dziecka. Trzeba wtedy wiedzieć, ile miligramów amiodaronu podaje się na kilogram, po której defibrylacji i jaki jest wzór na masę ciała czterolatka.

To może być potrącenie przez tramwaj i amputacja na poziomie uda. Jak zakłada się opaskę zaciskową? Jak dawkuje się fentanyl? Od jakiej wartości ciśnienia tętniczego płyny infuzyjne szkodzą, zamiast pomagać?

To może być zawał prawej komory serca – na przykład w hotelu sejmowym albo na wyjazdowym posiedzeniu któregoś z klubów parlamentarnych. Warto wtedy wykonać zapis ekg również z odprowadzeń prawokomorowych. Trzeba jednak wiedzieć, w jakich sytuacjach ma to sens, jak to zrobić i jak taki zapis ocenić.

Ratownik medyczny dostaje z chwilą ukończenia studiów dyplom, uścisk dłoni rektora i życzenia powodzenia. Na tym często jego proces kształcenia praktycznie się kończy. Audyt i nadzór nad jakością w większości wojewódzkich stacji pogotowia ratunkowego (choć są chlubne wyjątki) to fikcja. Karetkami jeżdżą więc w dużej części wypaleni, przeciętnie opłacani ludzie, których jakością pracy nikt się nie interesuje. Nie ma dziur w grafiku, to jest dobrze.

Wzór na masę ciała u dziecka, dawkowanie fentanylu czy wiedza o niuansach ekg to coś, co chcielibyśmy, aby znał każdy ratownik medyczny w Polsce. Pewnie znał, gdy kończył studia. Potem jednak u wielu ta wiedza utonęła w bezmiarze marazmu, frustracji i zmęczenia. Nikt za bardzo takiej wiedzy po studiach już nie sprawdzał. I tak niektórzy w tym systemie trwają całe miesiące, lata, często dekady. Dziewięćdziesiąt pięć procent wezwań da się przecież, stosując taką strategię, ogarnąć.

Kiedy będzie Pani Minister uświetniać swoją obecnością przekazanie ambulansów w którejś z wojewódzkich stacji pogotowia ratunkowego, proszę choć jeden raz nie patrzeć na lśniące nowością karetki. Proszę popatrzeć na jeżdżących tymi karetkami ludzi. Proszę pomyśleć o tym, jak o najbardziej sfrustrowanych i zapomnianych pracowników polskiej ochrony zdrowia się zatroszczyć. Proszę pomyśleć o wspomnianych pięciu procentach, o potrzebie szkoleń, o godnych pieniądzach, o audycie – można i należy od pracowników ratownictwa medycznego wymagać jakości, ale dopiero wtedy, gdy dobrze im się zapłaci. Na razie jednak ci ludzie dostają z każdej strony. Zadbajmy o nich.

Mówi się bowiem w Państwowym Ratownictwie Medycznym, że każdy będzie prędzej czy później paskiem na ekranie dyspozytora. I ja, i Pani, i nasi najbliżsi.

Napisz do autora:
sieczko.gazetalekarska@gmail.com

GAZETA LEKARSKA

PRAKTYKA LEKARSKA

Ocalić więcej kobiet

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Chore na nowotwory kobiety miałyby szansę na optymalne leczenie, gdyby nie brak jednolitych standardów diagnostycznych. Koalicja Diagnostyczno-Kliniczna chce to zmienić i rozpoczyna prace w grupach eksperckich.

Czy bez odpowiedniej diagnostyki patomorfologicznej i molekularnej można dzisiaj skutecznie leczyć raka? Nie – odpowiadają członkowie Koalicji Diagnostyczno-Klinicznej (KDK) na rzecz diagnostyki i optymalizacji leczenia nowotworów kobiecych, która powstała 14 lutego 2024 r. w Warszawie.

– Z wielką nadzieją obserwujemy zmiany, które zachodzą na świecie w diagnostyce i leczeniu nowotworów kobiecych. Dostrzegamy związane z nimi potrzeby naszych pacjentek, ale też klinicystów, diagnostów, patomorfologów czy genetyków. Dlatego też jako aktywny beneficjent tego postępu zdecydowaliśmy się powołać KDK. Chcielibyśmy, aby stała się ona interdyscyplinarnym ciałem zrzeszającym stowarzyszenia, fundacje, instytuty naukowe i inne instytucje zaangażowane w diagnozowanie i leczenie raka. Wierzymy, że wspólnie opracujemy skutecznie algorytmy optymalizacji diagnostyki i terapii oraz przygotujemy się na dalsze wyzwania, jakie stawia przed nami postęp nauki – powiedział prof. Włodzimierz Sawicki, prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej (PTGO), jeden z inicjatorów projektu.

Dodał, że ostatnie dwie dekady to czas rewolucji w diagnostyce oraz leczeniu raka, a obecnie dzięki odpowiedniemu oznaczeniu mutacji czy predyktorów, które odpowiadają za wystąpienie danego nowotworu u danej pacjentki, możliwe jest odpowiednie zaplanowanie leczenia już od momentu operacji i wdrożenie nowoczesnej farmakoterapii. Z kolei zastosowanie terapii celowanych czy immunoterapii, a także nowych metod operacyjnych zmieniło wiele raków z chorób śmiertelnych w przewlekłe. Tak jest w przypadku niektórych nowotworów ginekologicznych czy w raku piersi.

▶ *Spotkanie inaugurujące powstanie Koalicji Diagnostyczno-Klinicznej*

fot.: materiały prasowe

SPÓŹNIONA DIAGNOSTYKA

Jeśli zatem i nowoczesne terapie, i diagnostyka są dostępne dla polskich pacjentek, dlaczego nadal zajmujemy ostatnie miejsca w statystykach umieralności z powodu tych nowotworów? Zdaniem ekspertów zrzeszonych w KDK odpowiedź jest prosta: pacjentki są diagnozowane zbyt późno, a brak odpowiednich standardów diagnostycznych powoduje, że nie można mówić o optymalnym leczeniu.

Na pytanie, czy można mówić o skutecznym leczeniu onkologicznym bez odpowiedniej diagnostyki patomorfologicznej i molekularnej, dr hab. Beata Jagielska, dyrektor Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego (NIO – PIB) odpowiedziała stanowczo: – Nie. Ale dlaczego regulator nie zadaje sobie tego pytania? Inwestujemy w bardzo drogie leki, każdego roku refundowane są kolejne terapie, a od 2017 r. niewiele zmieniło się w zakresie diagnostyki molekularnej. Nie rozumiem uzasadnienia, że jest to drogie. Nakłady na diagnostykę molekularną oszacowane w 2017 r. nadal nie zostały przekroczone. Mimo że od tego czasu minęło sześć lat, nadal nie skonsumowaliśmy tych założeń, co brzmi dość dramatycznie – mówiła prof. Jagielska, onkolog kliniczna i lekarka chorób wewnętrznych. Jej zdaniem nie jest też dobrą informacją, że pacjent oczekuje wiele tygodni na uzyskanie informacji o wyniku.

Dodała, że ważna jest również jakość badań. – Wynik wynikowi nierówny. Bardzo trudno przebić się do regulatora, by w zapisach programów lekowych pojawiły się ewidentnie informacje projakościowe. W 2019 r. po raz pierwszy Ministerstwo Zdrowia zainicjowało proces wskazywania testu, ale nie oznacza to, że od razu przełoży się na jakość wykonanych badań. Można wykonać badanie rezonansem, można wykonać badanie tomograficzne, ale to nie oznacza, że wynik będzie konkluzywny. Podobnie jest z diagnostyką – podkreślała dyrektor NIO-PIB. Zwróciła uwagę, że w Polsce nadal są pacjenci wykluczeni komunikacyjnie. – Często o tym zapominamy, ale są rejony, gdzie pacjent nie dociera do lekarza specjalisty na poziomie ambulatoryjnej

CELE KOALICJI:

- wypracowanie jednolitych standardów i ścieżek postępowania w diagnostyce molekularnej nowotworów kobiecych dla całego kraju,
- wypracowanie wspólnych, interdyscyplinarnych sylabusów postępowania na styku patomorfolog / diagnosta / klinicysta / genetyk,
- stworzenie rozwiązań systemowych na bazie opracowań KDK i współpraca z decydentami w celu wprowadzenia tych rozwiązań w systemie,
- przygotowanie programu szkoleń dla diagnostów i lekarzy (zarówno patomorfologów, jak i klinicystów) w oparciu o wypracowane przez KDK rozwiązania,
- opracowanie i wdrożenie narzędzi ułatwiających diagnostom i lekarzom korzystanie z wypracowanych rozwiązań,
- opracowanie i wdrożenie działań edukacyjnych i PR budujących świadomość i rangę problemu.

opieki specjalistycznej, nie mówiąc już o specjalistyce szpitalnej – mówiła dr hab. Beata Jagielska.

BRAKI KADROWE

Konsultant krajowa w dziedzinie genetyki klinicznej prof. Anna Latos-Bieleńska zwróciła uwagę na jakość diagnostyki genetycznej. Sporo uwagi poświęciła certyfikacji laboratoriów. – Jest 19 laboratoriów prowadzących badania diagnostyczne metodą NGS (next-generation sequencing) i 11, które wykonują badania zmian somatycznych – zauważyła. Wyraziła nadzieję, że wiele kwestii uporządkuje ustawa o testach genetycznych. – Ona jest niezbędna. Niewiele brakowało, a zostałaby uchwalona w poprzedniej kadencji Sejmu – powiedziała.

Z punktu widzenia leczenia ważny jest czas, a w tym kontekście nie da się pominąć niedostatków kadrowych.

– Specjalistów laboratoryjnych genetyki medycznej jest około 220, ale nie wszyscy pracują w diagnostyce w ramach onkologii – dodała. Zdaniem konsultant krajowej, by przykryć niedobory lekarzy specjalistów, potrzeba pielęgniarek genetycznych i osób zajmujących się poradnictwem genetycznym. – Mamy około 140 genetyków klinicznych, a potrzebujemy około 300 doradców genetycznych w onkologii, którzy mogą uzdrowić sytuację – przekonywała.

Eksperci zgodzili się, że w elektronicznej dokumentacji medycznej powinny być pola dotyczące diagnostyki molekularnej, a także możliwość finansowania z poziomu AOS paneli celowanych NGS, ale też innych badań genetycznych.

NIEZADOWALAJĄCE EFEKTY

Zdaniem dr hab. Beaty Jagielskiej w zmianie sytuacji na lepsze nie chodzi tylko o dosypanie pieniędzy. Ważne jest m.in. „odpowiednie ułożenie procesów", pozwalające na uzyskanie tego samego efektu przy identycznym finansowaniu. Zgodziła się z nią dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, która zauważyła, że efekty zdrowotne w przypadku wielu programów lekowych w nowotworach kobiecych są wciąż niezadowalające. Wynika to nie z nieskuteczności innowacyjnych terapii, ale faktu, że pacjentki kwalifikowane są do nich zbyt późno.

– Opisanie i wdrożenie standardów diagnostyczno-terapeutycznych odnoszących się do konkretnych problemów zdrowotnych jest kluczem do budowania systemu zapewniającego pacjentom opiekę we właściwym czasie i na właściwym poziomie – przekonywała dr Gałązka-Sobotka. Dodała, że zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO) zdarzenia medyczne tylko wtedy przynoszą oczekiwany efekt zdrowotny mierzony stanem zdrowia populacji, kiedy są realizowane zgodnie z przyjętymi standardami odwołującymi się do aktualnej wiedzy medycznej. – Jeżeli precyzyjnie opiszemy te standardy, to będziemy też mogli prawidłowo zdefiniować koszyk świadczeń gwarantowanych. Określić, kto co może i powinien posiadać, aby sprawować opiekę nad pacjentem w sposób zgodny ze standardem. To zaś określi uczestników rynku, zdefiniuje potrzeby kadrowe na różnych szczeblach, a także potrzeby sprzętowe i zapotrzebowanie na leki. I pozwoli policzyć, ile pieniędzy potrzebujemy na każdą jednostkę chorobową w roku budżetowym. Dzięki temu ustalimy też lukę niedoboru zasobów, które mamy – tłumaczyła dr Gałązka-Sobotka.

ZESPOŁY ROBOCZE

W ramach prac KDK powołane zostaną cztery zespoły robocze: kliniczny, patomorfologiczny, diagnostyczno-genetyczny i systemowy. W pierwszej kolejności zespoły kliniczny, patomorfologiczny oraz diagnostyczny będą wypracowywały własną ścieżkę diagnostyczną lub kliniczną, a następnie w pracach międzyzespołowych zostanie wypracowana wspólna, optymalna ścieżka diagnostyczno-kliniczna dla poszczególnych nowotworów. Tak powstałe algorytmy postępowania zostaną przekazane do prac zespołu systemowego, aby ten zaproponował możliwe rozwiązania systemowe uwzględniające obecną sytuację legislacyjną i możliwości prawne.

– Powołanie zespołów roboczych pozwoli uwzględnić potrzeby trzech kluczowych dla diagnostyki grup specjalistów: patomorfologów, genetyków oraz klinicystów. Zadaniem czwartej, systemowej grupy będzie dopasowanie algorytmów do możliwości systemu, w którym się poruszamy. Jednym słowem, w ramach prac Koalicji stworzymy gotowe do zaimplementowania ścieżki diagnostyczno-kliniczne. W pierwszej kolejności planujemy skupić się na raku endometrium, ponieważ już za chwilę w leczeniu tego nowotworu czekają nas ogromne zmiany. Chcielibyśmy pokazać efekty naszej pracy jeszcze w pierwszej połowie tego roku – powiedział kierownik merytoryczny projektu prof. Mariusz Bidziński, konsultant krajowy ds. ginekologii onkologicznej. Dodał, że w stworzonych przez Koalicję algorytmach postępowania wycena badań diagnostycznych skorelowana zostanie z jakością diagnostyki i terapii. Zaproponowane zostanie także wprowadzenie narzędzi zapewniających dostęp do badań wszystkim chorującym na nowotwór. Co w ostatecznym rozrachunku jest bardziej opłacalne dla systemu. – Dzięki skoordynowanej współpracy na linii klinicysta – patomorfolog – diagnosta molekularny osiągniemy sukces, który będzie przekładalny na inne nowotwory – podsumował prof. Bidziński. •

GAZETA LEKARSKA

Dekoronacja, czyli dlaczego zrobiliśmy kampanię

W poplątanym kłębku wełny nitki dają poczucie solidnego chaosu i trudno sobie wyobrazić, że może z tego powstać piękny szal. To ma właśnie w głowie pacjent, gdy coś go boli i ma iść do lekarza.

ANNA GOŁĘBICKA,
EKONOMISTKA,
STRATEG KOMUNIKACJI

Splątane myśli. Nie wiadomo jak o tym opowiedzieć. Strach, bo może to coś poważnego. Kilka minut na zaprezentowanie problemu, bo za drzwiami inni czekają. Znam ludzi, którzy przed wizytą spisują sobie to, co mają do powiedzenia, aby w stresie czegoś nie pominąć. Żeby nie wyjść na takiego, co nie umie się wysłowić.

Teraz wyobraź sobie zdjęcie z filmu o partyzantach. Ktoś się chowa za drzewem, ktoś ma granat za paskiem, a pobliskie pole jest zaminowane. Niemalże stuprocentowa pewność, że jak w to wejdziesz, to coś odpali i dobrze nie będzie. Tego właśnie pacjent spodziewa się po zderzeniu z ochroną zdrowia: kolejki, a pierwsze zasieki już na poziomie rejestracji.

I na koniec wyobraź sobie mitologicznego boga. Ten bóg jest silny i może więcej niż przeciętny człowiek. Ma w dłoniach życie ludzkie, a jego boskość symbolizuje aureola.

Tak właśnie pacjent myśli o lekarzu. Jesteś bogiem – znaczy: możesz wszystko. Możesz jednym ruchem rozplątać „splatany kłębek". Możesz zrobić porządek z tą „partyzantką". Możesz wyleczyć każdego, jeśli tylko zechcesz. Możesz sprawić, że nie będzie kolejki. A do tego bóg powinien być dobry i empatyczny. Bóg nigdy nie kończy swojej pracy. Ba, nawet nie zamyka oczu, bo gdy je na chwile zmruży, na świecie dzieją się złe rzeczy.

Nikt nie zakłada, że Bóg nie ma wpływu na brak miejsc czy brak refundacji leku. Nie zakłada też, że ten bóg może być zmęczony, że ma dom i bliskich, do których chce wrócić.

I tak boska aureola staje się koroną z cierni i początkiem błędnego koła w relacjach lekarz – pacjent.

Właśnie dlatego wymyśliliśmy i zrobiliśmy kampanię. „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem" jest o lekarzach, a nie o „bogach", choć z ekipą „Bogów" ją realizowaliśmy.

Obrazoburczo zdejmujemy lekarzom aureolę. Zależy nam, by zmienić postrzeganie lekarza boga na lekarza profesjonalistę. Lekarza, który nie ma być empatycznym zbawcą. Ma prawo mieć dom, rodzinę, czas dla siebie i siłę, by leczyć. Nie jest też odpowiedzialny za funkcjonowanie systemu, bo tak samo jak pacjent chciałby leczyć w lepszych warunkach. Dezorganizacja, kolejka, brak łóżek również dla niego są problemem.

Nie liczymy na cud, tylko stopniową zmianę postaw w obu kierunkach – by pacjent nie oczekiwał nierealnego, a lekarz nie utknął w aureoli z cierniami. XXI wiek nie jest czasem królów ani autorytetów, ale przywództwa, czyli mądrego podążania za liderem, któremu ufamy i którego cenimy.

Czas wyjść z błędnego koła wzajemnych fałszywych projekcji, które dzielą, zamiast łączyć. Tu nie ma nikogo na górze ani na dole. Struktura jest pozioma, ale role są różne i one właśnie powinny być jasno zdefiniowane. ●

Najbardziej etyczne zawody

Pielęgniarki znalazły się na szczycie zawodów postrzeganych w USA jako uczciwe i etyczne – wynika najnowszej edycji sondażu „Honesty and Ethics" przeprowadzonego przez Instytut Gallupa. Na liście znalazły się w sumie 23 profesje. Na wysoki/bardzo wysoki poziom szczerości i przestrzegania standardów etycznych wśród pielęgniarek wskazało 78 proc. badanych. Drugi wynik osiągnęli weterynarze (65 proc.), a trzeci – inżynierowie (60 proc.). Tuż za podium uplasowali się lekarze dentyści z wynikiem 59 proc., a zaraz za nimi lekarze (56 proc.). Na drugim końcu rankingu wylądowali politycy, a także sprzedawcy reklam, samochodów i ubezpieczeń. Sondaż jest prowadzony od 1976 r. Jego ostania odsłona opiera się na opiniach zebranych w grudniu 2023 r. wśród 800 dorosłych mieszkańców USA.

Źródło: Instytut Gallupa

Rak się rozpędza

W 2050 r. ponad 35 mln ludzi na świecie zachoruje na raka, a 18,5 mln straci życie z tego powodu – szacuje Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem (IARC, agenda WHO). Organizacja opublikowała też najnowsze przybliżone dane dotyczące aktualnego obciążenia nowotworami złośliwymi. Wynika z nich, że w 2022 r. około 20 mln ludzi zachorowało na raka, a 9,7 mln zmarło w wyniku choroby nowotworowej. Najwięcej zachorowań dotyczyło raka płuca, piersi i jelita grubego. Z kolei zgony najczęściej powodował rak płuca, jelita grubego i wątroby. Kobiety najczęściej chorowały i umierały z powodu raka piersi, a mężczyźni – raka płuca.

Statystycznie na świecie nowotwór rozwinie się w ciągu życia u jednej na pięć osób. Szansa na pokonanie raka zależy w dużej mierze od wczesnego wykrycia rozwijającej się choroby

PRAKTYKA LEKARSKA – ZE ŚWIATA

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

i zapewnienia skutecznego leczenia w szybkim czasie. IARC zwraca uwagę, że opieka nad pacjentami onkologicznymi różni się w zależności od stopnia rozwoju społeczno-ekonomicznego poszczególnych krajów, co obrazuje przykład raka piersi. W krajach wysoko rozwiniętych jedna na 12 kobiet otrzyma diagnozę w ciągu swojego życia, a jedna na 71 umrze w wyniku choroby. Z kolei w krajach słabo rozwiniętych jedna na 27 kobiet będzie zdiagnozowana, a jedna na 48 przegra walkę z rakiem piersi.

– To, gdzie ktoś mieszka, nie powinno determinować tego, czy przeżyje – zwraca uwagę dr Cary Adams z Międzynarodowej Unii na rzecz Walki z Rakiem (UICC).

Źródło: Global Cancer Observatory, IARC

Polska wyróżniona

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) po raz pierwszy w historii przyznała certyfikaty za udowodnione postępy w ograniczaniu przemysłowych tłuszczów trans (i-TFA) w produktach spożywczych. Wyróżniono pięć państw: Danię, Litwę, Arabię Saudyjską, Tajlandię oraz Polskę. Kraje te wykazały, że wdrożyły politykę najlepszych praktyk w tym zakresie, wzmocnioną przez odpowiednie systemy monitorowania i egzekwowania prawa.

I-TFA występują w częściowo utwardzonych olejach roślinnych i żywności wytwarzanej z ich udziałem, np. daniach gotowych i wyrobach cukierniczych. Ich spożywanie podnosi ryzyko wystąpienia wielu chorób, w tym sercowo-naczyniowych i metabolicznych. WHO w 2018 r. wezwała świat do eliminacji przemysłowych tłuszczów trans w żywności. Wówczas zakładano, że uda się je całkowicie wykluczyć przed końcem 2023 r. Celu nie udało się osiągnąć, ale – jak podkreśla organizacja – poczyniono znaczne postępy.

Źródło: WHO / NIZP-PZH / NCEŻ

PAs w ogniu krytyki

Brytyjscy lekarze nie są zadowoleni z pomocy, jaką mieli im przynieść pracownicy medyczni zwani Physician Associates (PAs). Według sondażu opublikowanego w lutym 2024 r. przez British Medical Association aż 55 proc. ankietowanych oceniło, że wprowadzenie PAs do systemu publicznej opieki zdrowotnej (NHS) dodatkowo obciążyło ich pracą, odmiennego zdania było tylko 21 proc. badanych. Co więcej, aż 87 proc. respondentów stwierdziło, że praca PAs w NHS stanowi (ciągle lub czasem) ryzyko dla bezpieczeństwa pacjentów. Sondaż przeprowadzono na próbie około 19 tys. lekarzy.

W założeniu wprowadzenie Physician Associates do brytyjskiego NHS (początek XXI w.) miało odciążyć lekarzy i dać im więcej czasu na opiekę nad pacjentem. Zdaniem BMA z czasem zakres uprawnień PAs zbyt szeroko się rozwinął, w wyniku czego lekarze zamiast mniej – mają więcej obowiązków.

Źródło: BMA

Porody w namiotach

Trwająca wojna w Strefie Gazy pogłębia kryzys humanitarny, a Palestyńczycy mają ogromny problem z otrzymaniem opieki medycznej. W szczególnie trudnej sytuacji są przyszłe mamy. Lekarze bez Granic (MSF) alarmują, że rodzące kobiety często nie są w stanie uzyskać pomocy z powodu przeciążenia w nielicznych jeszcze działających szpitalach albo w ogóle tam nie docierają, bo brakuje paliwa na transport. Organizacja informuje o tragicznej historii Mahy. U kobiety rozpoczął się poród i mimo trudności udało jej się trafić do szpitala, niestety tam wszystkie sale porodowe były pełne i jej nie przyjęto. Musiała wrócić do namiotu w jednym z obozów w Rafah, gdzie aktualnie mieszka. Urodziła martwego syna w publicznej łazience. Rafah to miasto położone w południowej Gazie, obecnie bardzo przeludnione w związku z ewakuacją cywili z północnej i środkowej części enklawy. Według informacji przekazanych przez MSF przesiedlone kobiety żyją „w opłakanych

fot.: Mariam Abu Dagga, Lekarze bez Granic

warunkach, rodzą w plastikowych namiotach i budynkach publicznych, a te, którym udaje się urodzić w szpitalu, często wracają do swoich prowizorycznych schronień zaledwie kilka godzin po cesarskim cięciu”. Według szacunków UNICEF od wybuchu wojny pod koniec 2023 r. w Strefie Gazy urodziło się około 20 tys. dzieci.

Jak wylicza Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), w Strefie Gazy działa jedynie 13 szpitali (obłożenie łóżek sięga 388 proc.) i tyle samo placówek POZ. Dodatkowo system jest wspierany trzema szpitalami polowymi.

Źródło: MSF/UNICEF/WHO

GAZETA LEKARSKA

PRAKTYKA LEKARSKA

Alert dla niewydolności serca

LUCYNA KRYSIAK
DZIENNIKARKA

Webinary poświęcone prewencji, diagnozowaniu i leczeniu niewydolności serca poprowadzą dla lekarzy kardiolodzy z Asocjacji Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Na mocy porozumienia podpisanego z Ośrodkiem Kształcenia COBIK NIL przez najbliższy rok będą prowadzone szkolenia dla kardiologów. Ponieważ chorzy z niewydolnością serca (NS) leczeni są również przez lekarzy innych specjalności, webinary skierowane są także do internistów czy lekarzy rodzinnych. Pierwsze z 12 spotkań odbędzie się już w marcu.

WIELU ZGONÓW MOŻNA UNIKNĄĆ

Pacjentów z NS jest w Polsce blisko 1,3 mln i liczba ta wciąż rośnie. Niestety, jeśli chodzi o przeżywalność w tej grupie chorych, rokowania są złe. W ciągu pięciu lat od rozpoznania z powodu tej choroby umiera 50-75 proc. pacjentów. Prof. Agnieszka Pawlak, przewodnicząca ANS PTK, zauważa, że wielu tych zgonów można by uniknąć, ponieważ w leczeniu NS dokonały się rewolucyjne zmiany. Wciąż jednak są one wdrażane zbyt wolno. Od 2021 r. zmieniła się koncepcja leczenia NS chorych z obniżoną frakcją wyrzutową (HFrEF). Obecnie zaleca się prowadzenie terapii opartej na czterech grupach leków: beta-blokerach, inhibitorach enzymu konwertującego angiotensynę lub inhibitorach receptora dla angiotensyny II i inhibitorach neprylizyny, flozynach i antagoniście receptora mineralokortykoidowego.

W Polsce jedynie 25 proc. chorych z NS otrzymuje takie leczenie. Inną kwestią pozostaje optymalne dawkowanie (często dawki nie osiągają wartości docelowych). Ogromnym wyzwaniem pozostaje rozpoznanie NS u chorych z zachowaną frakcją wyrzutową (HFpEF). Zbyt wielu lekarzy jeszcze uznaje, że pacjent z objawami NS (duszność, męczliwość, retencja płynów pod postacią np. obrzęku kończyn dolnych) przy prawidłowej frakcji wyrzutowej lewej komory nie ma NS, a powinno się rozważyć, czy to nie jest HFpEF, zwracając uwagę na takie parametry echokardiograficzne jak: grubość ścian, wielkość lewego przedsionka, ciśnienie napełniania lewej komory. Pomocne jest oznaczenie NT-proBNP. Rozpoznanie HFpEF jest o tyle istotne, że rokowanie tych chorych jest równie niekorzystne jak chorych z HFrEF.

> Każdy z webinarów będzie się składał z 3-4 wykładów połączonych z dyskusją i omówieniem klinicznym. Webinary będą podzielone na trzy grupy tematyczne

Dzięki niemu można włączyć do leczenia empaglifozynę lub dapagliflozynę, które redukują liczbę hospitalizacji i zgonów z powodu HFpEF. Konieczna jest więc zmiana sposobu postępowania z chorymi z NS.

– Obecnie stosowane leki, jak np. flozyny, wykazują szerokie spektrum działania, oprócz serca chronią m.in. nerki i regulują poziom glikemii. Wchodzą też nowe leki jak finerenon, vericiguat, skuteczne w leczeniu zaostrzeń NS. Dysponujemy też nowymi technologiami (telemonitoring, kamizelka kardiodefibrylująca), znacząco poprawiającymi rokowanie wybranych pacjentów z NS – podsumowuje prof. Agnieszka Pawlak.

O TYM TRZEBA MÓWIĆ

Nowe podejście zakładające jednoczesne włączenie czterech leków w minimalnie krótkim czasie jest wciąż zbyt rzadko stosowane przez lekarzy zajmujących się chorymi z NS, mimo że wydłuża im życie nawet o kilka lat. – Dlatego chcemy edukować lekarzy, aby chętnie i z pełnym przekonaniem sięgali po te terapie – tłumaczy prof. Agnieszka Pawlak.

Każdy z webinarów będzie się składał z 3-4 wykładów połączonych z dyskusją i omówieniem klinicznym. Webinary będą podzielone na trzy grupy tematyczne. Pierwsza dotyczy prewencji, zapobiegania i rozwojowi NS. Druga zostanie poświęcona diagnostyce, m.in. tematowi zbyt późnego wykrywania niewydolności serca (brak badań przesiewowych), a trzecia – leczeniu.

Prof. Pawlak zwraca uwagę, że pacjenci z NS leczeni są nie tylko przez kardiologów. Z zaostrzeniem choroby trafiają poza oddziałami kardiologicznymi również na oddziały internistyczne. Ambulatoryjnie zaś do lekarzy POZ. Chorzy ci często cierpią na zaburzenia psychiczne i wymagają terapii, gdyż depresja pogarsza rokowanie i obniża ich motywację do leczenia. Potrzebują też rehabilitacji, a ponieważ wielu z nich ma wszczepione różnego rodzaju urządzenia poprawiające funkcjonowanie pracy serca, eliminowani są z wielu zabiegów rehabilitacyjnych z uwagi na brak jasno określonych wytycznych, jak z nimi postępować. Dlatego ANS PTK ma w planach uruchomienie Centrum Edukacji i Wsparcia dla Pacjentów z NS. – Pacjent z NS powinien być świadomy i wyedukowany, aby móc dobrze zarządzać swoją chorobą. Umieć ocenić właściwie objawy, modyfikować dawki leków diuretycznych, wiedzieć, kiedy zwrócić się do lekarza z nasilającymi się objawami oraz gdzie znaleźć rzetelne źródła informacji na temat NS – konkluduje prof. Agnieszka Pawlak. •

Zapraszamy do zapisów na nasze szkolenia!

NIL Naczelna Izba Lekarska

Ośrodek Kształcenia COBIK NIL

Ośrodek Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej

Szkolenia dla lekarzy dentystów

W stałej ofercie szkoleń Ośrodka Kształcenia NIL znajdują się szkolenia kierowane stricte do lekarzy dentystów, a już 15 marca odbędą się np.:

- **Obrazowanie 2D w stomatologii**
- **Ochrona Radiologiczna Pacjenta - zakres LST**

Szkolenia organizowane w partnerstwie Ośrodka Kształcenia NIL z Polskimi Towarzystwami Medycznymi

Szkolenia organizowane z Polskim Towarzystwem Komunikacji Medycznej, Polskim Towarzystwem Badania Bólu i Polskim Towarzystwem Neurofizjologii Klinicznej, które pojawią się w marcu w kalendarzu szkoleń:

- **06.03.2024** Wpływ przekonań na decyzje medyczne: analiza ograniczeń i możliwości rozwoju (PTKM)
- **11.03.2024** Farmakoterapia bólu – koanalgetyki, przykłady kliniczne (PTBB)
- **25.03.2024** Leczenie bólu ostrego w gabinecie POZ (PTBB)
- **28.03.2024** Stany nagłe w chorobach nerwowo-mięśniowych (PTNK)

Szkolenia organizowane w partnerstwie z Politechniką Poznańską

W marcu Ośrodek Kształcenia NIL ma przyjemność zaprosić uczestników naszych szkoleń na spotkanie organizowane również w partnerstwie z Politechniką Poznańską:

- **01.03.2024** Projektowanie dla starzejących się społeczeństw (seniorów przyszłości)
- **13.03.2024** Lekarz – Inwestor. Szkolenie dla osób, które budują nowe lub modernizują swoje istniejące miejsce pracy.
- **22.03.2024** Projektowanie szpitali przyszłości

Tematy i terminy poświęcone prewencji, diagnozowaniu i leczeniu niewydolności serca współorganizowane z Asocjacją Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego już wkrótce na naszej stronie.

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

szkolenia@nil.org.pl (22) 559 13 00 wew. 507

GAZETA LEKARSKA

KAWA Z INNOWATOREM

Tomasz Maciejewski i jego rewolucja w medycynie

JAKUB CHWIEĆKO
PEDIATRA, PARTNER ZARZĄDZAJĄCY NIL IN

Innowacje w połączeniu ze sztuczną inteligencją pozwalają na lepsze zrozumienie i leczenie chorób, a także na wprowadzanie odważnych pomysłów. Żeby jednak było to możliwe, potrzebna jest pasja, determinacja i otwartość na zmiany.

W najnowszym wydaniu „Kawy z innowatorem" spotykam się z doktorem Tomaszem Maciejewskim, wybitnym innowatorem w dziedzinie medycyny, dyrektorem Instytutu Matki i Dziecka. Jego pasja i zaangażowanie w nowoczesne technologie przekształcają oblicze współczesnej opieki zdrowotnej. Dyrektor w swojej jednostce m.in. powołał jeden z pierwszych w Polsce zespołów do spraw innowacji, który stał za konkursem Mother and Child Startup Challenge. Konkurs ten od dwóch lat stopniowo zmienia oblicze współpracy między szpitalami i start-upami.

Doktor Maciejewski, znany ze swojej fascynacji nowinkami technologicznymi i ich zastosowaniem w medycynie, dzieli się z nami historią swojej kariery: od zainteresowań technologicznych, poprzez wdrażanie innowacji w trakcie specjalizacji i pracy na oddziale ginekologicznym i położniczym, aż po obecną rolę dyrektora Instytutu Matki i Dziecka. Jego wkład w rozwój nowych technik operacyjnych oraz wprowadzenie innowacji, również organizacyjnych, determinowały dalszy rozwój jego kariery, a także kształtowały otwartość na zmiany.

W czasie naszej rozmowy dyrektor Maciejewski podkreślał znaczenie mentorów w swojej karierze. To oni umożliwili mu rozwój i wprowadzanie odważnych pomysłów. Bardzo często mieli zupełnie inne wykształcenie lub pozycję, ale dzięki otwartości umysłów byli w stanie dostrzec potencjał w nadchodzących zmianach. Doktor wspominał też o wprowadzonych przez siebie zmianach organizacyjnych, w tym o systemie jakości ISO i elektronicznej dokumentacji medycznej, które znacząco usprawniły pracę prowadzonego przez niego instytutu. Zmiany, które w przypadku tak dużych jednostek wydają nam się dziś koniecznością, w czasach kiedy obejmował stery Instytutu, wcale nią nie były.

fot.: archiwum prywatne

Szczególnie fascynująca była dyskusja na temat roli sztucznej inteligencji w medycynie i współpracy z gigantami technologicznymi jak Microsoft. Doktor Maciejewski podkreśla, jak ważna jest synergia między technologią a medycyną, co pozwala na lepsze zrozumienie i leczenie chorób. Ta współpraca dała też iskrę do dalszego rozwoju działu projektowego, który przerodził się w Dział ds. Sztucznej Inteligencji i Innowacji Technologii Medycznych. Wspólnie podkreśliliśmy też konieczność wymiany wiedzy między przedstawicielami środowiska medycyny, technologii i biznesu.

Owocem prac zespołu przy silnym wsparciu dyrektora była inicjatywa w postaci konkursu Mother and Child Startup Challenge, który ma na celu promowanie innowacji w szpitalach dziecięcych i wsparcie młodych start-upów. Jeszcze bardziej podkreśla to zaangażowanie dyrektora w rozwój młodych talentów i ich pomysłów.

Kończąc naszą rozmowę, doktor Maciejewski zwrócił uwagę na wyzwania, z jakimi innowatorzy muszą się zmierzyć w sektorze medycznym, podkreślając różnice między tradycyjnym biznesem a medycyną. Jego rady dotyczące szkolenia inwestorów w zakresie specyfiki rynku medycznego są nieocenione dla tych, którzy chcą wprowadzać innowacje w tej dziedzinie. Pomysł na ich realizację właśnie się materializuje na naszych oczach w postaci III edycji konkursu wraz z planowanymi aktywnościami dodatkowymi.

Spotkanie z Tomaszem Maciejewskim pokazało, że innowacje w medycynie są nie tylko możliwe, ale i potrzebne. Jego pasja i determinacja we wprowadzaniu zmian inspirują i pokazują, jak jedna osoba może zmienić oblicze medycyny. •

Współpraca: klucz do innowacyjnej przyszłości

Tworzone w Polsce projekty mogą być konkurencyjne na rynku światowym i łatwiejsze do implementacji w Polsce. By tak się stało, potrzebne jest zaangażowanie do nich lekarzy.

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

Rzeczywistość w świecie medycyny zmienia się niezwykle dynamicznie. W najbliższej dekadzie w poprawie jakości opieki zdrowotnej i osiąganiu coraz lepszych wskaźników klinicznych kluczową rolę odegrają prawdopodobnie innowacje. Aby jednak mogły być skuteczne, a przede wszystkim dobrze dostosowane do potrzeb rynku ochrony zdrowia, pacjentów i lekarzy, konieczne jest zaangażowanie lekarzy specjalistów. I to już na etapie procesu projektowania, tworzenia, a potem testowania nowych rozwiązań.

Włączenie do procesu innowacyjnego lekarzy specjalistów ma również duże znaczenie dla skutecznej implementacji nowych rozwiązań. Lekarze jako końcowi użytkownicy mają unikalne spojrzenie na praktyczne aspekty codziennej pracy w obszarze medycyny. Ich zaangażowanie w projekt od początku może pomóc dostosować nowe technologie do realiów klinicznych, eliminując potencjalne bariery wdrożeniowe. W tym kontekście współpraca lekarzy ze start-upami staje się nie tylko pożądana, lecz wręcz konieczna.

Dzięki swojej działalności NIL IN zaangażował już pokaźną grupę lekarzy zafascynowanych nowinkami zarówno technicznymi, jak i związanymi ze sztuczną inteligencją. Kontynuując nasze starania połączenia środowisk lekarzy, inżynierów i biznesu, pragnę przedstawić nowy cykl spotkań zaplanowany na 2024 r. Pod hasłem „Connect. Discover. Share" wraz z Venture Cafe Warsaw zapraszamy wszystkie strony (medyków, naukowców, inżynierów i biznes) do współpracy i udziału w fantastycznym cyklu spotkań poświęconych innowacjom w medycynie. Będziemy się spotykali co kwartał w Warszawie. Pierwsze spotkania zaplanowane są na 29 lutego – głównie w polskim gronie, następnie 13 czerwca z gośćmi z zagranicy, wreszcie 26 września – by poznać wyniki konkursu Naczelnej Izby Lekarskiej na innowatora i innowatorkę w opiece ambulatoryjnej i szpitalnej.

Razem z partnerami organizacyjnymi i merytorycznymi zarówno z sektora publicznego, jak i prywatnego wierzymy, że stworzymy w siedzibie CIC przy ul. Chmielnej w Warszawie przestrzeń dla nowego nurtu. Nurtu, dzięki któremu biznes zrozumie potrzebę zaangażowania lekarzy już na wstępie planowanych projektów i działalności, co pozwoli tym projektom być konkurencyjnymi na rynku światowym i łatwymi do implementacji w Polsce.

Tylko dzięki połączeniu wysiłku wszystkich najważniejszych środowisk i interesariuszy ekosystemu ochrony zdrowia jesteśmy w stanie pomóc rozwijać się polskim innowacjom medycznym i wdrażać je na rynek. Wspólne budowanie ekosystemu innowacji medycznych to cel długofalowy. Pozwoli jednak polskim spółkom rozwijać się, dojrzewać w przyjaznym otoczeniu i efektywnie wchodzić na rynek. Poprawi to sytuację całego systemu opieki zdrowotnej, a lekarzom umożliwi udanie się być może w podróż życia, dzięki której osiągną zdecydowanie lepsze wyniki diagnostyki i leczenia pacjentów w ich dziedzinach.

Naczelnej Izbie Lekarskiej, reprezentującej środowisko lekarzy, zależy by Polska stała się liderem innowacji medycznych w regionie Europy Środkowo-Wschodniej. Wszystko po to, by jeszcze skuteczniej przyciągać do kraju kapitał, ale też odkrywać talenty i ciekawe rozwiązania.

Kończąc, chciałbym, by raz jeszcze wybrzmiało to, co deklarowałem przy powstawianiu Sieci Lekarzy Innowatorów NIL IN: „Naszym zadaniem jest łączenie i wspieranie lekarzy praktyków poszukujących innowacji w codziennej pracy, lekarzy pionierów tworzących nowe rozwiązania. Nasze spotkania z kolei będą okazją do pokazania rozwiązań tworzonych przez pionierów z Polski, zagranicy i dyskusji z doświadczonymi praktykami. Innowacyjne pomysły, projekty, rozwiązania będą promowane podczas konferencji i spotkań, otwierając przestrzeń do współpracy z nauką, sektorem publicznym, biznesem".

Nie dajmy znów się wyprzedzić Europie Zachodniej i USA i ślepo przyjmować zaprojektowane tam rozwiązania. •

Zapraszam wszystkich do współpracy z NIL IN.
Szczegóły na nilin.org.pl

GAZETA LEKARSKA

fot.: Karolina Bartyzel

PRAKTYKA LEKARSKA

Chodzi o rozwój

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

To, co tu i teraz, jest bardzo ważne, ale nie wolno zapominać o tym, co odległe i wciąż nieznane. Naczelna Izba Lekarska (NIL) chce aktywnie wpływać na kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w przyszłości.

Na początku lutego 2024 r. Sieć Lekarzy Innowatorów NIL IN powołała do życia grupę roboczą dotyczącą bezpieczeństwa danych medycznych. W inauguracyjnym spotkaniu poza reprezentantami samorządu lekarskiego uczestniczyli m.in. prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (URPL) Grzegorz Cessak, zastępca prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (UODO) Jakub Groszkowski, a także przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) oraz Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT).

Kilka dni później, podczas spotkania z dziennikarzami w siedzibie NIL, zaprezentowano główne wyniki raportu pt. „Dane medyczne w pracy lekarza. Stan obecny & pożądane zmiany", opracowanego przez sieć lekarzy innowatorów, oraz dotychczasowe efekty działania i plany zespołu problemowego do spraw transformacji i strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia.

NIE TYLKO REAGOWAĆ

– NIL jest miejscem, w którym rozmawia się o problemach ważnych dla lekarzy i pacjentów, o transformacji systemu, o tym, jak ma wyglądać nasz zawód za 20 czy 30 lat.

Na drodze do upowszechniania danych medycznych funkcjonują różne bariery, m.in. prawne czy wyzwania technologiczne, ale i bariery finansowe

Wsłuchując się w oczekiwania Ministerstwa Zdrowia i lekarzy, chcemy być partnerem merytorycznym, ale jednocześnie pozostać merytorycznym recenzentem tam, gdzie to będzie potrzebne – podkreślił prezes Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) Łukasz Jankowski.

Oba spotkania łączy przeświadczenie, że w działalności samorządu lekarskiego chodzi nie tylko o reagowanie na bieżące wydarzenia, choć bywa to niezwykle ważne, ale też o kreowanie przyszłości. Istotne jest także, by praca lekarza stawała się bardziej efektywna dzięki możliwościom płynącym z wykorzystywania nowoczesnych technologii, a przepisy sprzyjały poprawie opieki nad pacjentami.

Zdaniem autorów raportu potrzebne są zmiany o charakterze systemowym, a Polska powinna aktywnie uczestniczyć w wypracowaniu nowego podejścia do wykorzystywania danych medycznych na poziomie Unii Europejskiej. Warto, by środowisko lekarskie brało aktywny udział w dyskusji na ten temat, ponieważ lekarze są wśród kluczowych odbiorców danych.

NADCIĄGA WIELKA ZMIANA

– Kiedy zaczynaliśmy działalność, zdawaliśmy sobie sprawę, że tematyka związana z danymi medycznymi jest dość tajemnicza, ale ostatni rok pokazał, że dotyczy każdego z nas – powiedział dyrektor Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia (COBIK) NIL dr Artur Drobniak, nawiązując do udostępnienia wrażliwych danych osobowych jednego z lekarzy w połowie 2023 r. przez ówczesnego ministra zdrowia Adama Niedzielskiego (niedawno prokuratura wszczęła postępowanie w tej sprawie).

Zdaniem dr. Drobniaka tak jak upowszechnienie internetu odcisnęło trwałe piętno na życiu społeczno-gospodarczym, powszechne wykorzystywanie danych doprowadzi do kolejnej „wielkiej zmiany". W obszarze ochrony zdrowia będą to oczywiście dane medyczne, które już teraz usprawniają proces opieki nad pacjentami i wspomagają lekarzy w pracy. Ale to dopiero początek, bo ten trend przyspieszy. – Ostateczna decyzja i odpowiedzialność za podjętą decyzję będą spoczywały jednak na człowieku – zaznaczył.

Autorzy raportu proponują wyodrębnienie obszaru danych medycznych jako oddzielnego obszaru polityki publicznej w ochronie

zdrowia. „Mając na uwadze dużą dynamikę zmian związanych z obszarem technologii, które wpływają także na kwestie związane z przetwarzaniem danych, a także perspektywę szeregu zmian na poziomie Unii Europejskiej, zasadne jest wyodrębnienie dedykowanego zespołu ds. danych medycznych jako organu doradczo-opiniodawczego dla Rady Ministrów. Zespół powinien mieć charakter międzyresortowy" – czytamy w dokumencie.

– Obecnie funkcjonują różnego rodzaju bariery czy też wyzwania na drodze do upowszechniania danych medycznych. Mamy bariery prawne, wyzwania techniczne i technologiczne, które wiążą się chociażby z infrastrukturą, bariery finansowe, ponieważ wprowadzenie tych innowacji na szerszą skalę kosztuje – podkreślił partner zarządzający NIL IN Jakub Chwiećko. Istnieją też bariery świadomościowe, w przełamywaniu których aktywnie uczestniczy COBIK NIL, organizując szkolenia m.in. z wykorzystywania danych.

NIC O NAS BEZ NAS

Część decydentów zwracała uwagę na niedostatecznie proaktywną rolę samorządu lekarskiego w proponowaniu zmian w ochronie zdrowia. Członkowie NRL i prezydium NRL niejednokrotnie zgłaszali różne propozycje działań w perspektywie średnio- i długoterminowej, ale dotychczas brakowało ciała, które by systematycznie i wszechstronnie spoglądało w przyszłość – dwie lub trzy dekady do przodu – pilnując tego, co ważne dla całego środowiska medycznego.

Aby mieć większy wpływ na dalekosiężne zmiany oraz proponować ich kierunek, prezydium NRL powołało Zespół do spraw transformacji i strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia. – Pomysł narodził się trochę z bezsilności i braku strategicznego podejścia do systemu ochrony zdrowia ze strony ministerstwa. Częściej skupiamy się na gaszeniu pożarów. Chcemy uciec do przodu, mimo że mówienie o przyszłości czasami jest trudne – mówił prezes Łukasz Jankowski, który jest przewodniczącym zespołu.

OD PACJENTA DO LEKARZA

Na początek eksperci mają zamiar skoncentrować się na wypracowaniu rozwiązań w kilku obszarach. Po pierwsze, chodzi o poprawę satysfakcji pacjentów, przekładającą się na niezadowalającą ocenę funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce. Bez tego nawet ambitne zmiany mogą się nie udać. – W najbliższych miesiącach będziemy skupiać się na poprawie satysfakcji pacjentów, a przez to na przerwaniu pętli niezadowolenia – powiedział Krzysztof Zdobylak, ekspert zespołu.

Zespół pochyli się nad efektywnym wykorzystaniem kadr lekarskich, w tym m.in. przejęciem części zadań przez inne zawody medyczne lub niemedyczne oraz wprowadzeniem rozwiązań technologicznych odciążających lekarzy. Po trzecie, zostanie oszacowane realne zapotrzebowanie na lekarzy – obecnie i w perspektywie do 2050 r. W debacie publicznej to kwestia wzbudzająca coraz więcej obaw.

Aby wypracowane rekomendacje finalnie nie trafiły do głębokiej szuflady lub nie zostały oprotestowane przez podmioty mające je wdrażać, zespół od początku przykłada wielką wagę do współpracy z różnymi środowiskami. W jego składzie są m.in. wiceprezesi NRL Paweł Barucha i Klaudiusz Komor, dyrektor COBIK NIL oraz – co zasługuje na szczególne podkreślenie – wiceminister zdrowia Urszula Demkow i Rzecznik Praw Pacjenta Bartłomiej Chmielowiec. Zaangażowanie decydentów w prace zespołu samo w sobie stanowi sukces samorządu lekarskiego. •

CZYTELNIA

Bezduszni.
Zapomniana zagłada chorych
Kalina Błażejowska

Wnikliwy reportaż o ofiarach nazistowskiego programu „eutanazji" pacjentów szpitali psychiatrycznych. Autorka opowiada o losach dzieci, które w klinice psychiatrycznej w Lublińcu zamiast pomocy otrzymały ból, cierpienie i upokorzenia, zakończone „terapią" śmiertelnymi dawkami zastrzyków z luminalu. Przygląda się też historii chorych psychicznie dorosłych i niesamodzielnych osób starszych, które miały nieszczęście trafić do zakładów psychiatrycznych w Gostyninie i domu opieki w Śremie. Miejsc, w których decydowano o „nierokujących" pacjentach, uznanych przez hitlerowski reżim za „bezduszne istoty", wiodące „życie niewarte życia", na których czekała wywózka i śmierć. Przedstawia też ich oprawców, którzy uczestniczyli w tym procederze, a po II wojnie światowej nie tylko nie ponieśli konsekwencji swoich czynów, ale kontynuowali pracę i budowali kariery.

Ojczyzną moralnie czysta
Bartosz Żurawiecki

Śmiertelne przerażenie, panika, lęk, brak procedur postępowania, szerzenie się błędnych informacji o drogach zakażenia – tak w skrócie można by podsumować początki HIV/AIDS w Polsce. Bartosz Żurawiecki przypomina w tej książce, jak temat choroby i osób zakażonych traktowany był przez media, ówczesne władze i służby mundurowe. Opowiada o wielkich emocjach i uprzedzeniach, które niejednokrotnie doprowadzały do okrutnego ostracyzmu społecznego. Jednocześnie zwraca uwagę, że o wirusie myślano w sposób lekceważący, ograniczający się do tego, że rozprzestrzenia się tylko w określonych grupach społecznych – wśród homoseksualistów, osób uzależnionych od narkotyków oraz chorujących na hemofilię. Przytacza też losy osób, które bały się wyjawiać prawdę o swoim stanie zdrowia ze strachu przed odrzuceniem, na przykład zwolnieniem z pracy. Autor opisuje zjawisko odważnym językiem, wyraża też własne refleksje związane z tym tematem.

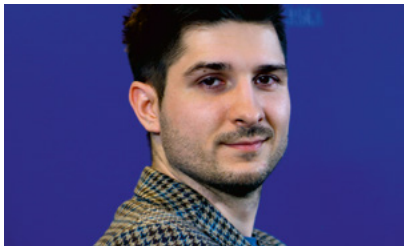
GAZETA LEKARSKA

NIL NA SZYBKO

Klauzula, porody i recepty

W ochronie zdrowia dużo się dzieje. Jest zielone światło dla klauzuli wyższego dobra i niepokojące pomysły dotyczące zasad wystawiania recept. Walka trwa na wielu frontach.

JAKUB KOSIKOWSKI
RZECZNIK NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ



13 lutego odbył się Trójstronny Zespół ds. Ochrony Zdrowia. Działo się na nim wiele ciekawego, ale dla nas chyba najciekawsza jest informacja o zielonym świetle Ministerstw Zdrowia i Sprawiedliwości wobec klauzuli wyższego dobra (pacjenta), którą wcześniej roboczo nazywaliśmy *no fault*. Chwalić się będziemy po jej wprowadzeniu, ale jest to pewna zmiana wobec poprzedniego rządu, gdy resort sprawiedliwości był przeciw.

Protezą dla powyższego ma być na razie Fundusz Kompensacyjny dla ofiar zdarzeń medycznych z odszkodowaniami do 100 tys. zł za zgon oraz do 200 tys. zł za utratę zdrowia. Niestety, nawet najlepsza proteza jest nadal protezą, więc czekamy na klauzulę wyższego dobra.

Dzięki stanowisku Naczelnej Rady Lekarskiej udało się wywołać publiczną dyskusję na temat znieczulania porodów w Polsce. Naszym zdaniem nadszedł czas, by Polki rodziły bez bólu nie tylko w przypadku cesarskiego cięcia. Zrobimy wszystko, co w naszej mocy, żeby do takiego samego wniosku doszło Ministerstwo Zdrowia.

Wybuchło niemałe zamieszanie wynikające z działań zespołu ds. recept i refundacji. To on miał się zajmować automatyczną refundacją, ale uwagę mediów skradł pomysł zmiany zasad wystawiania recept – by lekarz przypisywał nie konkretny lek, ale jedynie substancję czynną. Decyzję, co wydać, podejmowałby farmaceuta. Wszystkich zaniepokojonych pragniemy uspokoić – samorząd jest przeciwny takiemu rozwiązaniu. Walka trwa, choć 31 stycznia minister zdrowia Izabela Leszczyna ogłosiła, że system automatycznej refundacji wejdzie w połowie roku. Trzymamy kciuki!

Po rozmowach z NIL rektorzy uniwersytetów medycznych podjęli stanowisko, że w przypadku zamykania wydziałów lekarskich z negatywną oceną PKA przyjmą na swoje uczelnie studentów zamykanych kierunków.

I na koniec: finałowy mecz I Mistrzostw Polski Lekarzy i Lekarzy Dentystów w Futsalu, które odbędą się 16-17marca w Łodzi, rozstrzygnie… sędzia finału Mistrzostw Świata FIFA Szymon Marciniak. Zapraszamy na trybuny!

O TYM SIĘ MÓWI

MZ zgodne z NRL

Konieczność zmiany archaicznych przepisów odnoszących się do stwierdzania i dokumentowania zgonów nie budzi żadnych wątpliwości – podkreślił w piśmie do prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasza Jankowskiego wiceminister zdrowia Marek Kos. Samorząd lekarski wielokrotnie wnioskował o zmianę przepisów ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych z 1959 r. dotyczących stwierdzania zgonu przez lekarza. Prezydium NRL uważa, że kolejne rozporządzenia (również obowiązujące od 1 stycznia 2024 r., dotyczące wystawiania karty urodzenia, karty martwego urodzenia oraz karty zgonu) piętrzą jedynie zawiłości, nie rozwiązując realnego problemu. W piśmie wiceminister Kos podkreślił potrzebę odbiurokratyzowania pracy lekarzy. Zapewnił, że analizowane są warianty zmian ustawowych, których efektem byłoby wprowadzenie nowych regulacji.

Wniosek do TK wycofany

Szef resortu sprawiedliwości Adam Bodnar wycofał wniosek do Trybunału Konstytucyjnego o stwierdzenie niekonstytucyjności izb lekarskich, złożony przez swojego poprzednika Zbigniewa Ziobrę. Minister zrobił to na prośbę NRL. – Wniosek do Trybunału ocenialiśmy jako próbę podważenia zasad funkcjonowania i idei samorządu lekarskiego. Wycofanie się przez organ z działań rozpoczętych przez poprzedniego prokuratora generalnego jest dobrą wiadomością – uważa Łukasz Jankowski. Dodaje, że samorząd lekarski dostrzega chęć współpracy obecnego ministra sprawiedliwości ze środowiskiem lekarskim. – Prowadzimy szereg rozmów na temat rozwiązania kwestii, z którymi borykamy się od dłuższego czasu, i widzimy szansę na konsensus w niedalekiej przyszłości. Do tych spraw należą m.in. zasada wyższego dobra (no fault),

instytucja koronera czy ośrodków ds. biegłych sądowych – tłumaczy prezes NRL.

Nowy wzór pieczątki

Imię lub imiona i nazwisko, tytuł zawodowy, tj. lekarz (lek.) albo lekarz dentysta (lek. dent.) oraz numer prawa wykonywania zawodu ma zawierać nowy wzór pieczątki lub nadruku wykonywanego przez system komputerowy – przewiduje uchwała NRL z 26 stycznia. Przepisy uwzględniają nowe technologie i standardy informatyzacji medycyny. – Głównym zamierzeniem zmian jest gwarancja spójności i kompletności danych medycznych oraz wygodnej i efektywnej pracy lekarzy w systemach informatycznych. Nowe przepisy mają zapewnić ochronę danych pacjentów oraz ułatwić komunikację między lekarzami oraz innymi jednostkami medycznymi. W ramach aktualizacji wzięliśmy pod uwagę obowiązujące przepisy prawne i wymogi dotyczące dokumentacji medycznej oraz bezpiecznego i prawidłowego wystawiania recept i zleceń – wyjaśnia prezes NRL Łukasz Jankowski.

Pojawi się nazwa uczelni

Uchwała przewiduje również możliwość umieszczenia na pieczątce nazwy ukończonej uczelni. „Rozwiązanie to ukłon w stronę lekarzy i lekarzy dentystów, którzy są absolwentami akademickich uczelni medycznych, a także pacjentów. NRL w ostatnich miesiącach sprzeciwiała się otwieraniu nowych kierunków lekarskich na uczelniach, które – co wykazała Polska Komisja Akredytacyjna – nie dysponowały wymaganym zapleczem dydaktycznym. W szczególności był to brak dostępu do prosektorium, zajęcia kliniczne w szpitalu oddalonym nawet o kilkaset kilometrów od uczelni, zajęcia klinicznie w wieloosobowych grupach, nauka anatomii ze slajdów, brak aktualnych podręczników w bibliotekach i brak kadry" – czytamy w portalu prawo.pl.

O jakości kształcenia

Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych oraz NRL przypominają, że priorytetem kształcenia lekarzy w Polsce musi być troska o zachowanie wysokiej jakości kształcenia. Inny punkt widzenia, w którym w większym stopniu liczy się liczba kształcących się, a nie jakość kształcenia, jest niemożliwy do zaakceptowania" – czytamy we wspólnym stanowisku obu instytucji z 26 stycznia. – Kształcenie na kierunku lekarskim powinno odbywać się zgodnie z najwyższymi standardami edukacyjnymi. Jego prowadzenie należy powierzyć uczelniom akademickim, które dysponują odpowiednimi zasobami i ekspertyzą w tym obszarze. To ważne, że w tej kwestii NRL i KRAUM mówią jednym głosem. Nasze stanowisko unaocznia, że kształcenie przyszłych lekarzy ma kluczowe znaczenie dla gwarancji wysokiej jakości opieki medycznej w Polsce. Dlatego tak ważne jest, aby zapewnić studentom medycyny i stomatologii jak najlepsze warunki do nauki – mówi wiceprezes NRL Mateusz Kowalczyk.

Piąty minister w resorcie

Katarzyna Kacperczyk została pod koniec stycznia powołana na stanowisko podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia. Do jej kompetencji należeć będzie nadzór nad inwestycjami w ochronie zdrowia i renegocjacje kamieni milowych Krajowego Planu Odbudowy. Piąta wiceminister była w latach 2013-2016 podsekretarzem stanu w Ministerstwie Spraw Zagranicznych. Jest wieloletnią urzędniczką państwową. Ma doświadczenie we współpracy międzynarodowej i wsparciu współpracy gospodarczej i inwestycyjnej, a także w dyplomacji – w latach 2005-08 pracowała w Stałym Przedstawicielstwie RP przy Narodach Zjednoczonych w Nowym Jorku, gdzie odpowiadała między innymi za problematykę reformy organizacji. Absolwentka stosunków międzynarodowych na Uniwersytecie Warszawskim, studiowała także na nowojorskim Columbia University.

Rola lekarza w rehabilitacji

O problemach specjalistów i rezydentów rehabilitacji medycznej oraz perspektywach rozwoju tej ścieżki zawodowej w odniesieniu do standardów i procedur dotyczących rehabilitacji w Polsce prezes NRL Łukasz Jankowski i wiceprezes NRL Klaudiusz Komor rozmawiali w lutym z konsultant krajową w dziedzinie rehabilitacji medycznej prof. Małgorzatą Łukowicz. – Lekarz musi być decydentem w pracy z pacjentem wymagającym każdej formy rehabilitacji, ponieważ dysponuje on wiedzą na temat całości stanu zdrowia pacjenta, jest też jedynym członkiem zespołu medycznego, który może przewidzieć potencjalne zagrożenia i nieprawidłowości w toku postępowania terapeutycznego. Dlatego stanowczo podkreślam, iż rola lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej nie może być marginalizowana – podkreślił prezes NRL Łukasz Jankowski.

Klauzula wyższego dobra

Stanowisko dotyczące zmiany zasad odpowiedzialności personelu medycznego za zdarzenia niepożądane, nawiązującej do wdrożenia tzw. klauzuli wyższego dobra, było głównym tematem wspólnego posiedzenia prezydiów NRL oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (NRPiP). Oba samorządy oczekują przywrócenia możliwości bezpiecznego leczenia i deklarują wspólne dążenie do wprowadzenia w życie klauzuli wyższego dobra. ●

GAZETA LEKARSKA

fot.: Alicja Szczypczyk, Dział Komunikacji NIL

SAMORZĄD ZAWODOWY

Prezes NRL osobowością roku w ochronie zdrowia

REDAKCJA

Łukasz Jankowski został wyróżniony tytułem Lider Roku 2023 w Ochronie Zdrowia w kategorii Osobowość Medyczna Roku w plebiscycie „Menedżera Zdrowia" i wydawnictwa Termedia. Wyróżnienie otrzymała również redaktor naczelna "Gazety Lekarskiej".

Osobowość medyczna roku to najważniejsze z wyróżnień w konkursie „Sukces Roku w Ochronie Zdrowia", przyznawane osobie, która miała największy wpływ na system w ostatnich 12 miesiącach. Jury najbardziej prestiżowego konkursu nie miało wątpliwości – tytuł Osobowości Medycznej Roku przyznało prezesowi NRL jednogłośnie.

NIE WIEM, ALE SIĘ DOWIEM

Przyjmując nagrodę z rąk minister zdrowia Izabeli Leszczyny, Łukasz Jankowski podziękował zespołowi Naczelnej Izby Lekarskiej, swojej żonie, która pomaga mu utrzymać work-life balance, oraz prof. Magdalenie Durlik, swojej szefowie w Klinice Transplantologii, Immunologii, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

– Obserwując panią profesor, uczyłem się, jak pracować w zespole, jak być dobrym, wspierającym liderem, jak cieszyć się z sukcesów innych, jak czasem załamać ręce, mówiąc: „Dzieciaki, co wyście znowu wymyślili?", a czasem przyznać: „Nie wiem, po prostu nie wiem, ale się dowiem i wam powiem" – mówił na Zamku Królewskim.

Rok 2023 upłynął Łukaszowi Jankowskiemu pod znakiem walki o bezpieczeństwo pacjentów i lekarzy, począwszy od starań o jakość kształcenia na kierunkach lekarskich, skończywszy na obronie praw pacjenta-lekarza, którego dane publicznie ujawnił były minister zdrowia Adam Niedzielski. Przypomnijmy, że to między innymi pod wpływem samorządu lekarskiego Niedzielski stracił stanowisko, a upublicznienie danych lekarza Piotra Pisuli przekreśliło jego dalszą karierę polityczną (stracił nie tylko stanowisko szefa resortu, ale także miejsce na liście wyborczej ówczesnej partii rządzącej).

– Działa szybko i dlatego jego kariera toczy się błyskawicznie – mówił podczas laudacji o „najmłodszym prezesie Naczelnej Rady Lekarskiej" Rzecznik Praw Pacjenta Bartłomiej Chmielowiec. Łukasza Jankowskiego przedstawił jako lekarza nefrologa, który kocha dzieci i deklaruje, że najważniejsza jest rodzina. – Światu dał się jednak poznać przede wszystkim jako nieprzejednany obrońca praw lekarzy dzięki swojej działalności samorządowej. Pomimo osiągania kolejnych poziomów kariery jego młodzieńczy zapał do zmian na lepsze nadal płonie gorącym ogniem. Aktywną działalność w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie rozpoczął od założenia Koła Młodych Lekarzy. Jako członek Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy stanął na czele protestu rezydentów w 2017 r. Już w kolejnym roku ów protest zawiódł go z barykad pod Ministerstwem Zdrowia na stanowisko prezesa Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. A w 2022 r. szturmem został prezesem NRL, gdzie słucha, angażuje i nader skutecznie działa. Walcząc o dobro lekarzy, przypomina o wadze

odpowiedzialności zawodowej, dbaniu o prestiż i wizerunek lekarzy oraz jakość kształcenia – tłumaczył słuchaczom Bartłomiej Chmielowiec.

NAJMŁODSZY LEKARZ

Łukasz Jankowski to najmłodszy lekarz, który stanął na czele samorządu lekarskiego – miał wówczas 34 lata. Wcześniej jako 30-latek został prezesem Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Absolwent I Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (WUM), jest specjalistą nefrologii. Ukończył także studia menedżerskie Zarządzanie w Ochronie Zdrowia na Uniwersytecie Warszawskim oraz program Leadership Academy for Poland.

W wywiadzie udzielonym redaktor Marzenie Sygut, dyrektor Działu Dziennikarskiego „Menedżera Zdrowia" i portalu termedia.pl, mówił, że praca na rzecz samorządu zaczęła się u niego od buntu przeciwko konieczności przynależności do izby lekarskiej. Jako student, a potem stażysta obserwował niezadowolenie lekarzy z działań izb, którym zarzucano, że nic nie robią dla lekarzy, a składkami dysponują w sposób nieprzejrzysty. Z kolegami stażystami zdecydował się wejść w struktury samorządu, by zobaczyć, jak działa od środka i czy da się go wykorzystać z korzyścią dla młodych lekarzy. Założyli więc Koło Młodych Lekarzy przy OIL w Warszawie, a na fali młodzieńczego buntu poszli o krok dalej i zawalczyli o wejście do władz samorządu lekarskiego. Do Okręgowej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski został wybrany z trzema innymi młodymi lekarzami i zaczęli wdrażać zmiany. Potem był głośny protest rezydentów z 2017 r., której stał się twarzą. Wiosną 2018 r. został prezesem ORL w Warszawie, a cztery lata później – prezesem NRL.

Pytany, czy praca ważniejsza jest dla niego od rodziny, odpowiada bez wahania: „Zdecydowanie dom. Gdyby nie moja żona, moje zaangażowanie się w pracę na rzecz samorządu byłoby dużo trudniejsze. Często niestety dom i praca się przenikają, bo praca dla samorządu nie ma sztywnych godzin. Jakoś sobie radzę. Zarówno tu, w izbie, jak i wśród delegatów wszyscy wiedzą, że jestem ›dzieciocentrycznym‹ pracodawcą. Sam mam troje maluchów i bywa, że czasem mnie odwiedzają, a nawet ze mną pracują. Nie oznacza to jednak, że praca dla izby mnie nie angażuje. Oczywiście, że tak – wszystko dlatego że działanie w domenie publicznej wymaga ogromnego poświęcenia, co przejawia się w tym, że często zabieram pracę do domu" – mówił redaktor Marzenie Sygut.

fot.: Aliga Szczypczyk, Dział Komunikacji NIL

Na pytanie, co jest dla niego istotne w pracy na rzecz izby, odpowiada: „Fakt, że ciągle jesteśmy postrzegani apolitycznie. Zawsze, kiedy pada pytanie, po której stronie stoimy, podkreślamy, że my po prostu reprezentujemy środowisko lekarskie, mające wiele odcieni. Łączy nas to, że chcemy leczyć zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i zgodnie z własnym sumieniem, czyli tak naprawdę dbać o dobro pacjenta".

Łukasz Jankowski, gdy stanął na czele samorządu, miał 34 lata. Wcześniej jako 30-latek został prezesem Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

NAGRODA DLA „GAZETY LEKARSKIEJ"

Wyróżnienie w kategorii Media i PR w konkursie „Sukces Roku w Ochronie Zdrowia" otrzymała także redaktor naczelna „Gazety Lekarskiej" Karolina Kowalska. – Kapituła nagrody przyznaje wyłącznie wyróżnienia imienne, dlatego na dyplomie znajduje się moje nazwisko. Dla mnie jest to jednak nagroda dla całego zespołu redakcyjnego, z którym przez ostatni rok zmieniliśmy biuletyn samorządu lekarskiego w, jak napisano w uzasadnieniu, „atrakcyjne i nowoczesne pismo opisujące system ochrony zdrowia widziany oczami lekarzy i problemy, z jakimi na co dzień mają do czynienia" – mówi Karolina Kowalska.

Karolina Kowalska dziennikarstwem zajmuje się od 25 lat. Zaczynała w „Gazecie Wyborczej", z którą związana była do 2007 r. W latach 2001-2003 pracowała w Nowym Jorku, m.in. w „Nowym Dzienniku" i „Super Expressie USA". Laureatka nagrody nowojorskiego International Press Association, po powrocie do kraju dziennikarka policyjna „Gazety Wyborczej Stołecznej", a następnie dziennikarka i redaktorka w „Polska The Times". W latach 2013-2022 dziennikarka „Rzeczpospolitej", opisująca problemy ochrony zdrowia. Przed objęciem funkcji redaktor naczelnej „Gazety Lekarskiej" pracowała w portalu tvn24.pl. •

PAWEŁ DOCZEKALSKI
REDAKTOR NACZELNY

UCHWAŁA NR 2/24/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 26 STYCZNIA 2024 R.
w sprawie budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej na rok 2024

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 14 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Ustala się budżet Naczelnej Izby Lekarskiej na rok 2024 stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ *Grzegorz Wrona* WICEPREZES *Klaudiusz Komor*

UCHWAŁA NR 3/24/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 26 STYCZNIA 2024 R.
w sprawie przedstawienia do konsultacji projektu Kodeksu Etyki Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342):

§ 1.

Kieruje się do delegatów na Nadzwyczajny XVI Krajowy Zjazd Lekarzy oraz do konsultacji społecznych projekt Kodeksu Etyki Lekarskiej, wyznaczając termin na przedstawienie uwag dotyczących projektu do dnia 15 lutego 2024 r.

§ 2.

Wykonanie uchwały powierza się komitetowi organizacyjnemu Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ *Grzegorz Wrona* WICEPREZES *Klaudiusz Komor*

UCHWAŁA NR 4/24/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 26 STYCZNIA 2024 R.
zmieniająca uchwałę w sprawie zwołania Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy

Na podstawie art. 37 ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwala się, co następuje:

§1

W uchwale nr 1/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 3 czerwca 2022 r. w sprawie zwołania Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy, zmienionej uchwałą nr 19/23/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 21 kwietnia 2023 r. oraz uchwałą nr 39/23/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 20 października 2023 r.
§ 2 otrzymuje brzmienie:
„Przedmiotem obraz Zjazdu będzie:

- rozpatrzenie i przyjęcie uchwały w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej;
- rozpatrzenie i przyjęcie uchwały w sprawie regulaminu wyborów do organów i w organach izb lekarskich oraz trybu odwoływania członków tych organów;
- rozpatrzenie i przyjęcie uchwały w sprawie zmiany regulaminu Krajowej Komisji Wyborczej;
- rozpatrzenie i przyjęcie uchwały w sprawie zmiany regulaminu okręgowej komisji wyborczej."

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ *Grzegorz Wrona* WICEPREZES *Klaudiusz Komor*

UCHWAŁA NR 5/24/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 26 STYCZNIA 2024 R.
zmieniająca uchwałę w sprawie powołania przewodniczących komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust.1 pkt 5 i 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342) oraz § 2 ust. 1 załącznika do uchwały
nr 18/16/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 września 2016 r. w sprawie zasad i trybu powoływania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej uchwala się,
co następuje:

§ 1.

W uchwale Nr 5/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 3 czerwca 2022 r. zm. uchwałą Nr 43/22 Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 21 października 2022 r. oraz uchwałą Nr 31/23 z dnia 25 sierpnia 2023 r. w sprawie powołania przewodniczących komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej § 1 pkt 2 otrzymuje brzmienie:
„ 2) Komisja Finansowo-Budżetowa – Łukasz Jasek".

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ *Grzegorz Wrona* WICEPREZES *Klaudiusz Komor*

UCHWAŁA NR 6/24/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 26 STYCZNIA 2024 R.
w sprawie treści pieczątki lekarskiej lub nadruku wykonywanego w ramach systemu komputerowego

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 1 w zw. z art. 5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342), art. 20 i art. 20b ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2023 r. poz. 1516) uchwala się, co następuje:

§ 1.

- Uchwała określa treść używanej przez lekarza i lekarza dentystę pieczątki lub nadruku wykonywanego z systemu komputerowego.
- Uchwała nie znajduje zastosowania gdy odrębne przepisy przewidują stosowanie przez lekarza lub lekarza dentystę pieczątki o określonej przez te przepisy treści.

§ 2

- Pieczątka lekarska lub nadruk wykonywany z systemu komputerowego zawiera następujące dane:
- imię lub imiona i nazwisko,
- tytuł zawodowy, tj. „lekarz" („lek.") albo „lekarz dentysta" („lek. dent."),
- numer prawa wykonywania zawodu.
- Pieczątka lekarska lub nadruk wykonywany z systemu komputerowego może ponadto zawierać następujące dane:
- posiadany tytuł i stopień naukowy,
- posiadane specjalizacje i umiejętności zawodowe, zgodnie z brzmieniem określonym w dyplomie, zaświadczeniu lub certyfikacie,

potwierdzającym ich uzyskanie w oparciu o przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty,
- nazwę uczelni i kierunku, na którym lekarz lub lekarz dentysta uzyskał dyplom,
- numer telefonu wraz z prefiksem międzynarodowym,
- adres miejsca zamieszkania,
- adres poczty elektronicznej.
- Lekarz lub lekarz dentysta, będący obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej, ma prawo posługiwać się na pieczątce lub nadruku wykonywanym z systemu komputerowego także oryginalnym tytułem określającym wykształcenie, uzyskanym w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub jego skrótem.

§ 3.

Lekarze i lekarze dentyści dostosują treść pieczątek i nadruków wykonywanych z systemu komputerowego do wymogów niniejszej uchwały nie później niż w terminie do dnia 31 grudnia 2024 r.

§ 4

Traci moc uchwała nr 110/05/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 16 września 2005 r. w sprawie treści pieczątki lekarskiej.

§ 5.

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2024 r.

SEKRETARZ WICEPREZES
Grzegorz Wrona *Klaudiusz Komor*

Uzasadnienie uchwały na www.gazetalekarska.pl

APEL NR 1/24/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z 26 STYCZNIA 2024 R.

do Prezesa Rady Ministrów

Naczelna Rada Lekarska zwraca się do Prezesa Rady Ministrów o podjęcie kompleksowych działań organizacyjnych, finansowych i prawnych, które pozwolą zwiększyć dostępność do znieczulenia w czasie porodu.

Władze państwowe odpowiedzialne za system opieki zdrowotnej są zobowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej kobietom w ciąży (art. 68 ust. 3 Konstytucji RP), co oznacza, że powinno się podjąć starania, aby zapewnić każdej rodzącej kobiecie faktyczną, a nie tylko deklarowaną, dostępność do znieczulenia w czasie porodu. Obecnie, na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. 2023 poz. 1324) kobiety mają prawo do korzystania z różnych niefarmakologicznych i farmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego, w tym także do znieczulenia, ale jego faktyczna dostępność jest różna w zależności od placówki medycznej i posiadanych przez nią zasobów kadrowych pozwalających wykonać znieczulenie.

Starania o to, aby każda kobieta – o ile nie występują przeciwwskazania medyczne do wykonania znieczulenia – mogła realnie skorzystać z tej formy łagodzenia bólu są absolutnie godne poparcia, chodzi bowiem o poprawę komfortu i bezpieczeństwa rodzącej. Realizacja tego zadania wymagać będzie między innymi prawidłowej wyceny świadczenia obejmującego znieczulenie zewnątrzoponowe, ale także wyceny całodobowej gotowości placówek medycznych do wykonania tego znieczulenia w czasie porodu.

Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę, że utrzymujący się w Polsce od wielu lat znaczny (na tle innych państw Europy) odsetek porodów wykonywanych metodą cięcia cesarskiego może mieć swoje źródło właśnie w obawie kobiet przed narażeniem na ból w czasie porodu siłami natury bez dostępu do znieczulenia.

Środowisko lekarskie uważa, że kobiety powinny móc realizować swoje prawo do łagodzenia bólu i poprawy komfortu w czasie porodu, a Państwo powinno poczynić starania, aby zapewnić możliwość realizacji tego prawa.

SEKRETARZ WICEPREZES
Grzegorz Wrona *Klaudiusz Komor*

STANOWISKO NR 1/24/IX

Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych i Naczelnej Rady Lekarskiej z 26 stycznia 2024 r.

Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych oraz Naczelna Rady Lekarska przypominają, że priorytetem kształcenia lekarzy w Polsce musi być troska o zachowanie wysokiej jakości kształcenia. Inny punkt widzenia, w którym w większym stopniu liczy się liczba kształcących się, a nie jakość kształcenia, jest niemożliwy do zaakceptowania.

Kształcenie studentów na kierunku lekarskim, w opinii Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych oraz samorządu zawodowego lekarzy, powinno opierać się o najwyższe standardy edukacyjne, powinny je zatem prowadzić uczelnie akademickie, a nie zawodowe. Do właściwego poziomu nauczania przyszłych lekarzy powołane są uczelnie dysponujące wykwalifikowaną kadrą naukową, bazą dydaktyczną, dostępem do nowoczesnych laboratoriów, pracowni umożliwiających wykorzystanie materiału sekcyjnego przy ścisłej współpracy w wielospecjalistycznymi szpitalami klinicznymi.

Od poziomu kształcenia lekarzy zależy bezpieczeństwo pacjentów i jakość całego systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Krytycznie ocenia się wprowadzone w ostatnich latach zmiany prawne i organizacyjne prowadzące nieuchronnie do obniżenia poziomu kształcenia na kierunku lekarskim. Zmiany te polegały najpierw na umożliwieniu uczelniom zawodowym prowadzenie studiów na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym, następnie na wprowadzaniu różnego rodzaju ułatwień w ubieganiu się o pozwolenie na utworzenie studiów na kierunkach lekarskim lub lekarsko-dentystycznym, w tym m.in. pomijanie negatywnej opinii Polskiej Komisji Akredytacyjnej.

Dla przywrócenia właściwej jakości kształcenia lekarzy oczekuje się wprowadzenia zmian w prawie, które będą zmierzały do zamknięcia kierunków lekarskich niespełniających wymogów.

Studentom, którzy rozpoczęli kształcenie, należy oczywiście zapewnić warunki do kontynuowania kształcenia na innej uczelni, co przy pewnym wysiłku organizacyjnym i dobrej woli władz państwowych odpowiedzialnych za szkolnictwo wyższe jest możliwe.

Biorąc pod uwagę znaczące deficyty w wielu zawodach medycznych i zawodach pomocniczych, należy także stworzyć dobre warunki do kształcenia w takich zawodach jak opiekun medyczny czy asystent lekarza, gdzie kształcenie może być prowadzone także przez uczelnie nieposiadające profilu akademickiego.

SEKRETARZ WICEPREZES
Grzegorz Wrona *Mateusz Kowalczyk*

GAZETA LEKARSKA

PO GODZINACH – PODRÓŻE

Najbardziej dynamiczne miasto południowej Europy

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

Mówisz „Barcelona", myślisz „Gaudi". To jednak tylko jeden z wielkich artystów, którzy zdecydowali o obliczu stolicy Katalonii.

Budowa Świątyni Pokutnej Świętej Rodziny ma się zakończyć w 2026 r. – w setną rocznicę śmierci architekta. Zostało już naprawdę niewiele – trwają prace przy montażu zwieńczenia ostatniej, najwyższej wieży kościoła, poświęconej Jezusowi Chrystusowi. Pełnym blaskiem świeci już wierzchołek wieży Maryi. Sagrada Familia robi potężne wrażenie z zewnątrz zarówno w dzień, jak i w nocy (wiele osób przychodzi pod świątynię w różnych porach dnia), wewnątrz – oszałamia. Antonio Gaudi, tworząc swoje projekty, odwoływał się do swojej wyobraźni i do natury. Wnętrze Sagrada Familia przypomina bajkowy, zaczarowany, las. Można w nim spędzić naprawdę długie godziny, ciesząc się grą światła przenikającego witraże i grającego na konarach drzew, czyli filarów.

Ale Sagrada Familia to naprawdę tylko ułamek tego, czym w Barcelonie można się zachwycić. W spacerowej odległości od świątyni – spacer, a jakże, aleją Antonia Gaudiego – znajduje się prawdziwa perła katalońskiego modernizmu Szpital Santa Creu i Sant Pau (często zwany w skrócie szpitalem świętego Pawła). Historia tego obiektu sięga 1401 r., gdy w starej części miasta powstał i działał do początków XX w. „Do 1900 r. Barcelona nie miała szpitala ogólnego z prawdziwego zdarzenia" – pisze w monografii miasta Robert Hughes.

Biorąc pod uwagę renomę dzisiejszych barcelońskich szpitali no i fakt, że stolica Katalonii regularnie jest gospodarzem międzynarodowych kongresów medycznych, to zapóźnienie wydaje się nieprawdopodobne. Odwiedzający miasto nie muszą wszak znać meandrów jego historii i wiedzieć, że po złotym dla niego okresie średniowiecza przyszły „wieki chude", znaczone biedą, utratą znaczenia w państwie królów katolickich Kastylii i Aragonii, czego zwieńczeniem była wręcz okupacja przez wojska rządzących w Madrycie Burbonów. Barcelona, mówiąc w pewnym uproszczeniu, bo w historii nic nie jest przecież łatwe ani proste, zerwała kajdany i obaliła mury w połowie XIX w.

Obu wielkich twórców – Gaudiego i Domenacha – inspirowała natura. Jeden ją odtwarzał, drugi zrobił wszystko, by jej nie przyćmić

RAJ DLA MIŁOŚNIKÓW KUCHNI

O polecenia tapas barów, restauracji etc. najlepiej pytać miejscowych. Pracownicy recepcji w hotelu czy osoby, od których wynajmujemy mieszkanie, przy ogromnej ofercie gastronomicznej miasta sprawdzą się lepiej niż portale z rekomendacjami. Na pewno nie można wyjechać z Barcelony, nie spróbowawszy patatas bravas, paelli, ośmiornicy i churros. Ale w odwodzie są też znakomite steki, wielość przekąsek z owoców morza, kanapki z kalmarami. Barcelona to raj dla tych, którzy nastawiają się na zwiedzanie „od kuchni".

Potrzebę budowy szpitala odpowiadającego wyzwaniom rozrastającego się miasta dostrzeżono bardzo szybko. Pau Gil, kataloński przedsiębiorca, przekazał na ten cel miastu w spadku 4 mln peset. Fortunę. I szpital powstał, choć nie bez perturbacji – według projektu Lluisa Domènecha i Montanera, architekta równego geniuszem Gaudiemu. Szpital w swoim założeniu miał różnić się od swojego średniowiecznego poprzednika jak dzień od nocy. Zamiast zwartego budynku z labiryntem korytarzy – kilkadziesiąt pawilonów i przestrzeń dla pacjentów – do odpoczynku i rekonwalescencji. Założonej liczby pawilonów nie udało się zbudować. Oficjalna inauguracja nastąpiła w 1930 r. Faktycznie szpital zaczął działać wcześniej. W 1926 r. trafił do niego po tragicznym wypadku sam Antonio Gaudi, zresztą nierozpoznany od razu, tam zmarł i stamtąd ruszył kondukt pogrzebowy z jego trumną.

Budowę szpitala dotknęła ta sama choroba, która dotyka sporą część polskich inwestycji. Zanim na dobre ruszą, już stają się „przestarzałe". Szpital Domenecha zestarzał się jednak wyjątkowo pięknie. Od wielu lat nie pełni już funkcji szpitalnych – te przejął wybudowany nieopodal szpital kliniczny. Kompleks modernistycznych budynków został częściowo zaadaptowany na potrzeby użytkowe (centrum badawcze oraz siedziby organizacji, instytucji i firm związanych z Unią na rzecz Regionu Morza Śródziemnego, której stolicą jest Barcelona), część

fot.: Tuespaña

udostępniono zwiedzającym. Choć niektóre obiekty (przede wszystkim pawilon administracji) robią kolosalne wrażenie, chyba najbardziej uderza piękno otoczenia, w które w sposób mistrzowski Domenech wkomponował swoje dzieło.

Obu wielkich twórców inspirowała natura. Jeden ją odtwarzał, przetwarzając przez filtry swojej wyobraźni. Drugi, chyba z większą pokorą, zrobił wszystko, by jej nie przyćmić.

Nie ma złej pory na kilkudniowy city break w Barcelonie, ale lepiej nie jechać tam od czerwca do końca września. Te miesiące to pełnia sezonu na Costa Brava, a do Barcelony codziennie, od wczesnych godzin rannych do późnej nocy, ściągają jednodniowi turyści wypoczywający w nadmorskich kurortach. La Rambla, deptak utworzony z zasypanego strumienia, zmienia się w rwącą ludzką rzekę, a wokół wszystkich, a na pewno najbardziej znanych, atrakcji miasta tworzą się silne ludzkie wiry. Nie trzeba dodawać, że w tłumach jak ryby w wodzie czują się kieszonkowcy i drobni naciągacze.

Zwiedzanie w Barcelonie jest drogie. W zdecydowanej większości obiektów praktycznie nie działają zniżki np. dla starszych dzieci, młodzieży i studentów. Sagrada Familia oferuje im 2 euro zniżki przy cenie regularnej 26 euro (bilet podstawowy, bez możliwości wjazdu na wieżę), wstęp wolny do 11. roku życia. Casa Batlló, najbardziej znany dom przy Passeig de Gràcia, co prawda daje „aż" 6 euro i wpuszcza gratis do 12. roku życia, ale cena biletu kupowanego w kasie może sięgnąć 35 euro (zdecydowanie lepiej opłaca się kupować online). W Barcelonie duża część, jeśli nie większość, obiektów zabytkowych jest w rękach prywatnych, fundacji (lub instytucji kościelnych). Powoduje to, że unijna zasada biletu dla uczniów i studentów „za złotówkę" (czy symboliczne euro) w nich nie obowiązuje. •

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

◀ *Budowa Sagrada Familia rozpoczęła się w 1882 r., a ma się zakończyć w 2026 r. – to aż 144 lata*

◀ *Casa Batlló została udostępniona turystom w 2002 r., a od 2005 r. jest na liście światowego dziedzictwa UNESCO*

fot.: Tuespaña

GAZETA LEKARSKA

◀ *Szpital św. Pawła powstał według projektu architekta równego geniuszem Gaudiemu, a sam Gaudi trafił do niego w 1926 r. po tragicznym wypadku*

fot.: Shutterstock.com

fot.: Shutterstock.com

▲ *Szpital św. Pawła od wielu już lat nie pełni funkcji szpitalnych; część pomieszczeń udostępniono zwiedzającym*

fot.: archiwum prywatne

▶ *Casa Milà miała być odpowiedzią Gaudiego na brak interesujących budynków w mieście; barcelończycy przezwali ją La Pedrera*

EPIKRYZA (135)

Wariacje enigmatyczne

Lubię warszawskie Ateneum. Teatr z ulicy Jaracza skończył właśnie 95 lat. W prywatnym archiwum przechowuję kilkadziesiąt programów ze spektakli, na które kupiłem bilet, by zobaczyć tam legendarnych aktorów. Nie zawsze znaczenie miał tytuł z afisza. Ważniejsze było nazwisko wykonawcy.

JAROSŁAW WANECKI
PEDIATRA, FELIETONISTA

Czy podobnie jest na scenie gabinetu lekarskiego? Jaką rolę w leczeniu odgrywa rozpoznawalność? W jakim zakresie recenzje czy – jak kto woli – opinie o naszej pracy mają wpływ na wykonywanie zawodu, rozwój osobisty i karierę naukową medyków? Co współcześnie znaczy powołanie lekarskie, na przemian gloryfikowane i deprecjonowane w dyskusji o przyszłości medycyny?

Na lutowy wieczór wybrałem w Ateneum „Wariacje enigmatyczne" Érica-Emanuela Schmitta, poczytnego francuskiego dramatopisarza i prozaika. Scena 61 kusiła nazwiskami Grzegorza Damięckiego i Krzysztofa Tyńca, a zdobycie wejściówki znów graniczyło z cudem. Wyprzedaż kompletów sal teatralnych na wiele miesięcy przed wydarzeniem staje się stołeczną normą, która zachwyca i przeraża jednocześnie. Wszyscy chcą być wszędzie, ale tam, gdzie pojawiają się znani z telewizji, filmu i ze wspomnień aktorzy, frekwencja niemal zawsze jest stuprocentowa.

Pierwsze Ateneum założyli Rzymianie. Państwowa szkoła wyższa powstała z inicjatywy cesarza Hadriana w 135 r. naszej ery. Do V wieku wykładano tam filozofię, retorykę, gramatykę i prawo. Dodatkowo Antoninus Pius, oprócz utrzymywania ze skarbu państwa akademików, polecił zatrudnianie lekarzy.

Często stawiamy sobie pytanie, co jest dla nas ważniejsze – czytam rozważania Krzysztofa Tyńca w programowej rozmowie z Tadeuszem Nyczkiem – nasz zawód, który lubimy i w którym czasem się zatracamy, czy życie, w którym bierzemy udział. Żona, dzieci… I od razu ogromne konflikty. Hej, dlaczego ciągle nie ma cię w domu… A ciebie rzeczywiście nie ma, bo myślisz o próbie, o przedstawieniu. I masz dylemat: wchodzić na całego w normalne życie czy odcinać się od zawodu. Być nie aktorem, ale mężem i ojcem. Przypomnij sobie wywiady z dziećmi słynnych aktorów amerykańskich. Ja taty właściwie nie pamiętam, prawie go nie widuję. Mama mnie wychowała, a ojca oglądam głównie na ekranie…

„Wariacje enigmatyczne" to historia raczej prosta i powiedzmy szczerze, nieszczególnie inna od napisanych wcześniej. Do wybitnego pisarza noblisty, mieszkającego samotnie na wyspie, przyjeżdża dziennikarz zrobić z nim wywiad z okazji niedawno wydanej książki, uznanej powszechnie za arcydzieło. Potem oczywiście wszystko się komplikuje, jak zawsze, gdy odsłania się kurtyna wyborów osobistych. Spadają maski, grają emocje i elektryzujące wręcz sceny przemilczeń, pauz, niedomówień. Kreacje aktorskie zaczynają przewyższać wartość tekstu. Mówca, jego pozycja czy wprost wynikający z niej autorytet, sposób przekazu i intonacja decydują finalnie o dziele i wzajemnych poleceniach, które wyprzedają bilety na pniu.

Często stawiamy sobie pytanie, co jest ważniejsze. Nasz zawód czy życie? Czy reklamowy slogan „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem" to znak równości, wybór wykluczeń, czy powołanie do zawodu, który polega na podejmowaniu trudnych, czasem ryzykownych decyzji i nieprzespanych dyżurowych nocy. To oczywiście rodzi konflikty. Zawsze rodziło. „Hej, dlaczego ciągle nie ma cię w domu…". A ciebie rzeczywiście nie ma, bo myślisz o umierającym, o obchodzie ze studentami. I masz dylemat: wchodzić na całego w normalne życie czy odcinać się od zawodu. Przypominam sobie wtedy gorzkie opowiadania literackiej weny, przysyłane przez stachanowców, którzy zapominali w szpitalu o wszystkim, co poza nim.

Medycyna to historia enigmatyczna. Wariacja grana od nowa, gdy wchodzi kolejny pacjent. Czasem nazwisko lekarza jest ostatnią nadzieją na zdrowie i przedłużenie życia, zmniejszenie kalectwa, opanowanie bólu i prawidłowe wykonywanie zaleceń. Mistrz, jego pozycja czy wprost wynikający z niej autorytet, sposób przekazu i intonacja decydują finalnie o dziele i wzajemnych poleceniach, które rejestrują do prywatnych praktyk na wiele miesięcy, a nawet lat, przed mającą się odbyć wizytą. Niewydolny państwowy system nakręca koniunkturę pracy komercyjnej po źle zorganizowanej pracy podstawowej, a numerki sprzedają się na pniu. Kim wtedy jestem? •

GAZETA LEKARSKA

PO GODZINACH – BŁĄD MALARSKI

Jak ognia

Pigułka czy napar? Medycyna naturalna, często oparta na autochtonicznej wiedzy mieszkańców danego regionu, ma tak wielu zwolenników, jak i przeciwników. Niektórzy unikają jej jak ognia, inni, przeciwnie, odrzucają tradycyjną medycynę zachodnią, wierząc w uzdrawiającą moc liści, pędów czy kory drzew.

Obraz: Treanha Hamm, „Chłodne podpalanie Dhungala", środkowy panel, 2017, Muzeum Historii Medycyny, Melbourne

AGATA MORKA
DOKTOR HISTORII SZTUKI

Australijscy Aborygeni, wsłuchani w zmieniające się rytmy natury, z którą współistnieją i od której się uczą, przez wieki gromadzili wiedzę na temat uzdrawiających właściwości otaczających ich roślin. Te metody lecznicze, przekazywane z pokolenia na pokolenie, złożyły się na przebogatą tradycję medycyny naturalnej.

Sporządzanie lekarstw było w tradycji autochtonicznych ludów Australii zazwyczaj sprawą kobiet. Treanha Hamm pokazuje w swoim tryptyku kobiety ludu Yorta Yorta zbierające jedzenie oraz rośliny, które później wykorzystane zostaną w celach leczniczych. Obraz to środkowy panel tryptyku, jego trzy części przedstawiają bardzo podobnie zakomponowane sceny z postaciami w pejzażu, przy czym na skrajnych skrzydłach widać w tle więcej drzew, a niebo ma kolor ciemnoniebieski, co działa jak rama do jaśniejszej części środkowej, okalając ją i dodatkowo uwypuklając.

Hamm skontrastowała wertykalne sylwetki kobiet, odbite także w pionowych gałęziach, z wijącą się w wygibasy linią zajmującą centralną cześć obrazu. Na centralnej wstędze umieściła dłonie, nie przypadkiem właśnie tutaj, w newralgicznym centrum obrazu, zwracając ku nim wzrok widza. Dłonie mają symbolizować obecność przodków i podkreślać istniejącą, nierozerwalną z nimi więź, kontynuację ich tradycji i autochtonicznej wiedzy o uzdrawianiu.

Kobiety z tryptyku Hamm włożą do swoich toreb korę czarnej akacji, z której napar posłuży do kąpieli uśmierzającej bóle reumatyczne, żywicę, którą wykorzystają na maść wzmacniającą dziecięce ciemiączka, czy liście eukaliptusa, których użyją do inhalacji pomagających na objawy astmy. Do zbiorów przystępują zaś po zabiegu oczyszczania ziemi: kontrolowane podpalania były praktykowane przez Aborygenów zazwyczaj jesienią w celu utrzymania wzrostu roślin. Tutaj ognia nie unika się jak ognia, bo on stymuluje nowe życie. •

Rozwiązanie zagadki z „GL" 2/2024

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

Szczegóły różniące obrazy:

1. **Usunięcie figur wpadających do miski pod krzesłem pacjenta po lewej stronie.**
   Figury odziane w czapki błazna miały prawdopodobnie symbolizować głupotę opuszczającą pacjenta dzięki skutecznej terapii.
2. **Usunięcie dymu nad naczyniami po lewej dolnej stronie.**
   Dym unoszący się sponad naczyń sugerować mógłby, że są to rozżarzone węgle używane do opalania pieca, do którego włożono pacjenta na pierwszym planie.
3. **Dodanie rogu do figury konia unoszącej się nad piecem.**
   Obecność jednorożca wśród innych fantastycznych stworzeń wydobywających się z pieca mogła być uzasadniona jako kolejny objaw szaleństwa ulatujący z głowy pacjenta.
4. **Dodanie rany na głowie pacjenta z drugiego planu.**
   Jednym z popularnych sposobów leczenia szaleństwa, szczególnie w siedemnastowiecznych Niderlandach, było usuwanie z głowy pacjenta tak zwanych „kamieni szaleństwa", zatem rana na głowie pacjenta na tym przedstawieniu nie byłaby nieuzasadniona.

WSKAŻ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY.
Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 15 marca 2024 r.
W temacie maila należy wpisać GL03 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

NAGRODZENI „GL" 02/2024
Voucher do Hotelu Prezydent **** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Joanna Kadziela-Beska z Rawy Mazowieckiej. Gratulujemy!

Nagrody dodatkowe: Jacek Kotyński (Białystok), Małgorzata Mikutel (Sulęcin), Bogusława Michalska (Rzeszów).

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi

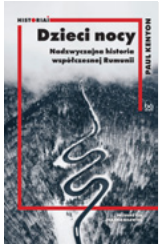
HOTEL PREZYDENT ★★★★
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

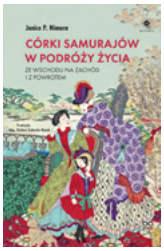
Hotel Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju ufundował voucher obejmujący m.in.:

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

WYDAWNICTWO UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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

PO GODZINACH - POEZJA

NATALIA SZEJKO

fot.: materiały prasowe

Laureatka XII edycji Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego dla Lekarzy im. Prof. Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza". III miejsce w kategorii poezja.

Ma dwa doktoraty: stopień doktora nauk humanistycznych w zakresie literaturoznawstwa obroniła w 2018 r. na Wydziale Neofilologii Uniwersytetu Warszawskiego (temat rozprawy „Przedstawienie zaburzeń psychicznych w teatrze Alfonsa Vallejo: destrukcja postaci dramatycznej i jej konsekwencje filozoficzne i estetyczno-formalne"), zaś stopień doktora nauk medycznych uzyskała w 2020 r. na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, rozprawa dotyczyła charakterystyki klinicznej tików w zespole Gilles'a de la Tourette'a. Pracuje jako adiunkt w Zakładzie Etyki Lekarskiej i Medycyny Paliatywnej w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym (WUM), a obecnie realizuje podspecjalizacje w dziedzinie chorób pozapiramidowych na Uniwersytecie w Calgary, Kanada. W 2022 r. ukończyła specjalizacje w dziedzinie neurologii, uzyskując tytuł specjalisty.

Na co dzień łączy zawód lekarza ze swoją pasją do sztuki teatralnej, filmowej i literatury. Prowadzi innowacyjne zajęcia z zakresu medycyny i sztuki oraz etyki lekarskiej. Wiersze pisze od ok. 20 lat. Jest członkiem Unii Polskich Lekarzy Pisarzy. W 2022 r. otrzymała wyróżnienie w konkursie "Puls Słowa" organizowanym przez to stowarzyszenie. Wierzy, że poprzez kontakt ze sztuką możliwe jest zrozumienie drugiego człowieka, w szczególności tego najbardziej narażonego na krzywdę i niezrozumienie.

Przychodzi wena do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki im. Prof. Andrzeja Szczeklika

21 gramów

If personal continuity after the event of bodily death is a fact, if the psychic functions continue to exist as a separate individually or personality after the death of brain and body, then such personality can only exit as a space occupying body, unless the relations between space objective and space notions in our consciousness, established in our consciousness by heredity and experience, are entirely wiped out at death and a new set of relations between space and consciousness suddenly established in the continuing personality. This would be an unimaginable breach in the continuity of nature.

Duncan MacDougall

Słonce zwróciło się na twarz
Tego człowieka który
Nigdy
Nie spojrzy już w oczy swoich bliskich ani dalekich

W zamian otrzymał metaliczny dotyk
Tego co nieuniknione
Schody nasączone formaliną i czymś nieznanym

Ten sam człowiek rozkładany na części pierwsze
Powoli i skrupulatnie
Przez delikatne dłonie technika i badacza
Rozdzielany rozszarpywany rozbijany
Mechanicznie jak uderzenia szwajcarskiego zegara
W konstelacjach narządów więzadeł ścięgien i tkanek
Które po nim pozostaną
Tylko na chwilę

Siatkówki które rzucały spojrzenie na wiersze Barańczaka
Kubki smakowe dotykające lodów z Gelateria dei Gracchi
Pożółkły ślimak który rozkoszował się Bachem
I obumarłe receptory dotykowe które niegdyś dotykały liści
Grabów i niezapominajek w lesie

Ten sam człowiek
Jest stroną księgi żałobnej zbiorem słów na kamienistej płycie w alei
Myślą w głowie młodej dziewczyny
I metafizyczną wagą wszechświata

PO GODZINACH

PhotoArtMedica

www.photoartmedica.pl

◀ *Sycylia 1*
Prof. dr Piotr Milkiewicz – gastroenterolog/hepatolog – Szczecin
Złoty Medal PhotoArtMedica 2023

Kalendarz wydarzeń sportowych i kulturalnych 2024

SPORT

19-21 stycznia

X Ogólnopolskie Mistrzostwa Lekarzy i Prawników w Szachach – IX MPL w Szachach Błyskawicznych i Szybkich
Kazimierz Dolny n/Wisłą
Lubelska IL w Lublinie

27 stycznia

XXVII MPL w Narciarstwie Biegowym
Magurka Wilkowicka, Komisja ds. Kultury, Sportu i Rekreacji Beskidzkiej IL

27-28 stycznia

II Zimowe MP Lekarzy i Lekarzy Dentystów w Siatkówce Plażowej
Kozłów koło Gliwic, Śląska IL

16-17 lutego

Mistrzostwa Europy i XXVII Mistrzostwa Polski Lekarzy i Lekarzy Dentystów w Narciarstwie Alpejskim
Szczyrk Skrzyczne
POLSKIMED, Śląska IL

17-18 lutego

XIII Podkarpadzkie Mistrzostwa Lekarzy w Tenisie o Puchar Prezesa
Hala tenisowa „Strefa Sportu", ul. Powstańców Styczniowych, Rzeszów OIL w Rzeszowie, ks.oil.rzeszow@gmail.com

23-25 lutego

Podkarpackie Mistrzostwa Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim
Bystre koło Baligrodu
OIL w Rzeszowie, ks.oil.rzeszow@gmail.com, OIL w Krakowie

24 lutego

7 Halowe MPL w Lekkiej Atletyce
Hala Arena w Toruniu, PZLA „Masters", współorganizator KPOIL w Toruniu

15-17 marca

MPL w Futsalu
Łódź, Hala Sportowa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Komisja Sportu OIL w Łodzi

22-24 marca

Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy
Lesno, Polskie Stowarzyszenie Tenisowe Lekarzy

23 marca

V MPL old-boy w piłkę siatkową
Wieluń
OIL w Łodzi

23 marca

IX MPL w Bowlingu
BYDGOSZCZ
Bydgoska IL

7 kwietnia

26 MPL w Biegu na 15 km
Bukowiec Górny Komisja ds. Integracji, Sportu i Wizerunku Wielkopolskiej IL w Poznaniu

18-20 kwietnia

XIX MPL w Pływaniu „Dębica 2024"
Basen MOSiR Dębica
OIL w Rzeszowie, tel. 515170815, ks.oil.rzeszow@gmail.com

20 kwietnia
zastępczy: 15 czerwca

III Otwarte Zawody OIL w Łodzi w Strzelectwie Sportowym
Strzelnica Stone Range, koło Strykowa/Colt Łódź
Komisja Sportu OIL w Łodzi

GAZETA LEKARSKA

20-21 kwietnia

XII MPL w Badmintonie, XII Puchar Medyczny „BibinKton Cup 2024"
Hala Sportowa – Centrum Sportu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. 6 sierpnia 69 , OIL w Łodzi

10-12 maja

XVII Ogólnopolski Rajd Konny Lekarzy im. Majora Hubala
Mikołajów
Komisja Sportu OIL w Łodzi

10-12 maja

XII Puchar Polski Lekarzy w Wędkarstwie Spławikowym
Tarnobrzeg
Ogólnopolski Klub Wędkujących Lekarzy FISH-MED oraz KKSiR BIL Bielsko-Biała

17-18 maja

V MPL w Brazylijskim Ju-Jitsu
Centrum Sportu Wroxgym, ul. Chopina 27A, Wrocław
Komisja Sportu Dolnośląskiej IL

17-19 maja

XXI Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy w Częstochowie
Korty tenisowe w Parku Jasnogórskim, ul. 3 maja 1, 42-200 Częstochowa
OIL w Częstochowie, Rita Idziak, tel. 34 3681888, czestochowa@hipokrates.org

17-19 maja
zastępczy: 10-12 maja

XIII Turniej Tenisa Lekarzy w Szczecinie
Szczeciński Klub Tenisowy, al. Wojska Polskiego 127, Szczecin
OIL w Szczecinie, Komisja ds. KSiR ORL w Szczecinie, agata.marcinkowska@oil.szczecin.pl

17-19 maja

VIII MPL w Squashu
11punkt squash klub
Komisja ds. Integracji, Sportu i Wizerunku Wielkopolskiej IL w Poznaniu

19 maja

XXIV MPL w Biegu na 10 km
Bielsko-Biała
Komisja ds. Kultury, Sportu i Rekreacji Beskidzkiej IL

23-26 maja

XVII Ogólnopolskie otwarcie sezonu Klubu Motocyklowego Lekarzy „DoctorRiders" i IV Matercross
Kraków, OIL w Krakowie i OIL w Rzeszowie

23-26 maja

Championat SzachMedica XXII MPL w szachach
Hotel Kuźnica, ul. Spacerowa 1, 26-200 Sielpia Wielka
Świętokrzyska IL, Śląska IL

24-26 maja

XV Ogólnopolskie Regaty Żeglarskie Lekarzy w Klasie Puck
Akwen zatoki puckiej HOM Puck, ul. Żeglarzy 1
Komisja Sportu i Rekreacji OIL w Gdańsku

30 maja - 1 czerwca
zastępczy: 21-23 czerwca

Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy „Memoriał dr Andrzeja Jasińskiego"
Chojeński Klub Sportowy
Komisja Sportu OIL w Łodzi

31 maja - 1 czerwca

XXIII MPL w Golfie
Binowo Park Golf Club, OIL w Szczecinie, Komisja ds. KSiR ORL w Szczecinie, agata.marcinkowska@oil.szczecin.pl

6-9 czerwca

XXXIV Letnie MPL w Tenisie
Gdynia – korty Arki Gdynia
OIL w Gdańsku

6-9 czerwca

XVI MPL w Siatkówce Plażowej
Niechorze
OIL w Szczecinie, Komisja ds. KSiR ORL w Szczecinie, Hubert Bogacki, agata.marcinkowska@oil.szczecin.pl

7-8 czerwca

21 MPL w Kolarstwie Szosowym
Lublin, Komisja Sportu LIL

15-16 czerwca

XXII MPL w Wędkarstwie Spławikowym
Pogórze k/Skoczowa
Komisja ds. Kultury, Sportu i Rekreacji Beskidzkiej IL

8-9 czerwca

XX Jubileuszowy Ogólnopolski Jurajski Rajd Rowerowo-Kajakowy Lekarzy
Jurajska Przystań-Poraj, ul. Zielona 24, Jastrząb
OIL w Częstochowie, Rita Idziak, tel. 34 3681888, czestochowa@hipokrates.org

14-15 czerwca

XVI MPL w piłce nożnej 6-osobowej
Stadion Viktoria Częstochowa ul. Krakowska 80, 42-200 Częstochowa
OIL w Częstochowie, Rita Idziak, tel. 34 3681888, czestochowa@hipokrates.org

14-15 czerwca

VIII MPL OLDBOYS 45+ w piłce nożnej 6-osobowej
Stadion Viktoria Częstochowa ul. Krakowska 80,
OIL w Częstochowie, Rita Idziak, tel. 34 3681888, czestochowa@hipokrates.org

15 czerwca

XXII MPL i Innych Profesji Ochrony Zdrowia w Ringo
Łomża lub Szamotuły
Komisja ds. Sportu OIL Warszawa

15 czerwca

II Podkarpackie Regaty o Puchar Prezesa ORL w Rzeszowie „Solina 2024"
Solina
OIL w Rzeszowie, tel. 515170815, ks.oil.rzeszow@gmail.com

15-16 czerwca
zastępczy: 22-23 czerwca

XIV Ogólnopolskie Grand Prix w strzelectwie myśliwskim dla lekarzy „Złoty Eskulap"
Puławy
Komisja Sportu Lubelskiej Izby Lekarskiej, Grzegorz Pietras, piegrze@gmail.com

22 czerwca

8. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wielobojach Lekkoatletycznych
Stadion Miejski w Toruniu
PZLA"Masters", współorganizator KPOIL ww Toruniu

27-30 czerwca

XVIII Ogólnopolski Motocyklowy Zlot Lekarski Klubu „DoctorRiders"– Poznaj Swój Kraj
Nałęczów
OIL w Lublinie

29 czerwca

MPL w Triathlonie na dystansie Olimpijskim
Frydman powiat nowotarski
Komisja Sportu OIL Kraków

czerwiec 2024

MPL w strzelectwie sportowym
strzelnica WKS10, Mątki k. Olsztyna, gmina Jonkowo
Warmińsko-Mazurska IL w Olsztynie

czerwiec 2024

III Ogólnopolskie Regaty Lekarzy w klasie OMEGA
Wieleń Zaobrzański
Komisja Sportu Dolnośląskiej rady Lekarskiej

6-7 lipca

13 MPL w Lekkiej Atletyce
Stadion Miejski we Włocławku
PZLA „Masters", współorganizator KPOIL w Toruniu

12-14 lipca

III Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy na Trawie „Medbledon 2024"
Michałówek 6A, 99-416 Nieborów
Komisja Sportu OIL w Łodzi

18-21 lipca

Zlot Motocyklowy „MotoBridge u Baby 2024"
Bydgoszcz, woj.kujawsko-pomorskie
Komisja Sportu Bydgoskiej Izby Lekarskiej

3-11 sierpnia

Rajd Górski Służby Zdrowia „Bieszczady 2024", piesze wędrówki szlakami turystycznymi
miejsce biwakowania – Cisna
Komisja Sportu i Turystyki ORL w Rzeszowie, tel. 515170815, ks.oil.rzeszow@gmail.com

11 sierpnia

VIII MPL w Biegu Górskim w ramach Biegu na Wielką Sowę
Ludwikowice Kłodzkie
Komisja Sportu Dolnośląskiej IL

22-25 sierpnia

XIX Ogólnopolski Zlot Lekarzy Motocyklistów „DoctorRiders"
Słok koło Bełchatowa
OIL w Łodzi

23-25 sierpnia

Ogólnopolski Turniej Tenisowy – Memoriał dr Tomasza Teresińskiego
Zamość
Lubelska Izba Lekarska

30 sierpnia - 1 września

Zakończenie Sezonu GPX FISH-MED
Kamieniec/ k. Gliwic
Ogólnopolski Klub Wędkujących Lekarzy FISH-MED oraz KKSiR BIL Bielsko-Biała

30 sierpnia - 1 września

XXXIII Żeglarskie MPL
Ośrodek „Wrota Mazur",
Imionek k\Pisza – jezioro Roś
Warmińsko-Mazurska IL w Olsztynie, olsztyn@hipokrates.org

31 sierpnia

XXVI MPL w Kolarstwie Górskim Istebna „Pod Skocznią"
Istebna Ośrodek Sportowy Pod Skocznią
Beskidzka IL

4-7 września

21 Igrzyska Lekarskie
COS Cetniewo, Żeromskiego 52, 84-120 Władysławowo
NIL

12-15 września

Zlot Motocyklowy „Jesienne Impresje Motocyklowe 2024"
Gdańsk
OIL w Gdańsku

13-15 września

XI Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy
Korty MOSiR w Zielonej Górze OIL w Zielonej Górze

15 września

26 MPL w Półmaratonie
Dziekanowice-Gniezno
Komisja ds. Integracji, Sportu i Wizerunku Wielkopolskiej IL w Poznaniu

29 września

III Ogólnopolski Zlot Pojazdów Zabytkowych Medi OLD Car 2024
Czeladź/Będzin
Śląska IL

13 października

XXI MPL w Maratonie – bieg uliczny
Poznań
Komisja ds. Integracji, Sportu i Wizerunku Wielkopolskiej IL w Poznaniu

18-19 października
zastępczy: 25-26 października

XXV MPL w Brydżu Sportowym
Centrum Sportów Umysłowych
Warszawa – Ursynów, ul. Polinezyjska 10
Komisja ds. Sportu OIL Warszawa

październik 2024

III Mistrzostwa Lekarzy w Biegu na 10 km
Rzeszów
OIL w Rzeszowie, tel. 515170815, ks.oil.rzeszow@gmail.com

15-17 listopada

Halowe MPL w Tenisie
CC Giebułtów koło Krakowa
OIL w Krakowie

listopad 2024
zastępczy: grudzień 2024

XXIX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Halowej Piłce Nożnej
Mielec
Komisja Sportu i Turystyki ORL w Rzeszowie, tel. 515170815, ks.oil.rzeszow@gmail.com

7 grudnia

VI Otwarte Mistrzostwa Polski Lekarzy i Ich Rodzin w Tenisie Stołowym
Chorzów
Śląska IL

GAZETA LEKARSKA

KULTURA I HISTORIA

2 marca

XXIV Biesiada Literacka wraz z premierą XV programu Kabaretu „BĄK"
Łódź
OIL w Łodzi, NIL

1 kwietnia - 11 października

XV Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Prozatorski PULS SŁOWA dla Lekarzy i Lekarzy Dentystów oraz spektakl poetycko-muzyczny Molekuły wrażliwości 7
Warszawa
OIL w Warszawie, NIL

18-21 kwietnia

III Ogólnopolski Plener Fotograficzny Lekarzy
Żyrardów
OIL w Warszawie, NIL

16 maja

XIII Edycja Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego im. Profesora Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza"
Medycyna Praktyczna, NIL

22-24 maja

Ogólnopolski Kongres Historii Medycyny w 100. rocznicę I Zjazdu Polskich Historyków Medycyny (1924-2024)
Wrocław, Dolnośląska IL, NIL

26-31 maja

XXI Ogólnopolska, IV Międzynarodowa Wystawa Malarstwa Lekarzy wraz z konkursem
Łódź, OIL w Łodzi, NIL

3-12 czerwca

XXIV Plener Malujących Lekarzy
Młynczysko, ul. Szkolna 51,
26-315 Poświętne
NIL

czerwiec-grudzień

Trzy koncerty połączonych Chórów Izb Lekarskich – Gdańsk, Olsztyn, Szczecin „Gloria" A. Vivaldi
Gdańsk, Olsztyn, Szczecin
OIL w Gdańsku, NIL

9-15 września

XI Ogólnopolski Plener Fotograficzny Lekarzy – Kazimierz Dolny 2024
Kazimierz Dolny
Lubelska IL, NIL

13-15 września
lub 4-6 października 2024

III Ogólnopolska Konferencja Historyczna OIL „Oblicza działalności historycznej izb lekarskich – ocalić od zapomnienia"
Płock
OIL w Płocku, NIL

22-29 września

X Jubileuszowy Ogólnopolski Plener Ceramiki Artystycznej dla Lekarzy i Lekarzy Dentystów
Orońsk, NIL

13-18 października

Międzynarodowa Wystawa Fotograficzna „Świat w obiektywie lekarskim" wraz z Konkursem Fotograficznym
Łódź, OIL w Łodzi, NIL

20 października

Charytatywny Koncert Polskiej Orkiestry Lekarzy Bydgoszcz NIL
Stowarzyszenie Polska Orkiestra Lekarzy, NIL

7 grudnia

VII Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Literacki „Lekarze dzieciom"
Lublin, Lubelska IL, NIL

7 grudnia

XIII Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy i Studentów Medycyny 2024
Lublin, Lubelska IL, NIL

14 grudnia

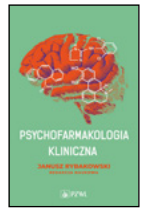
Koncert „Kolędy i pastorałki trzech kultur" w wykonaniu chórów lekarskich LIL, OIL w Opolu, OIL w Białymstoku
Lublin, Opole, Białystok
Lubelska IL, OIL w Opolu, OIL w Białymstoku, NIL

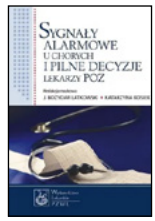
Ogłoszenia

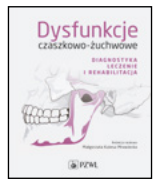
JOLKA LEKARSKA 292

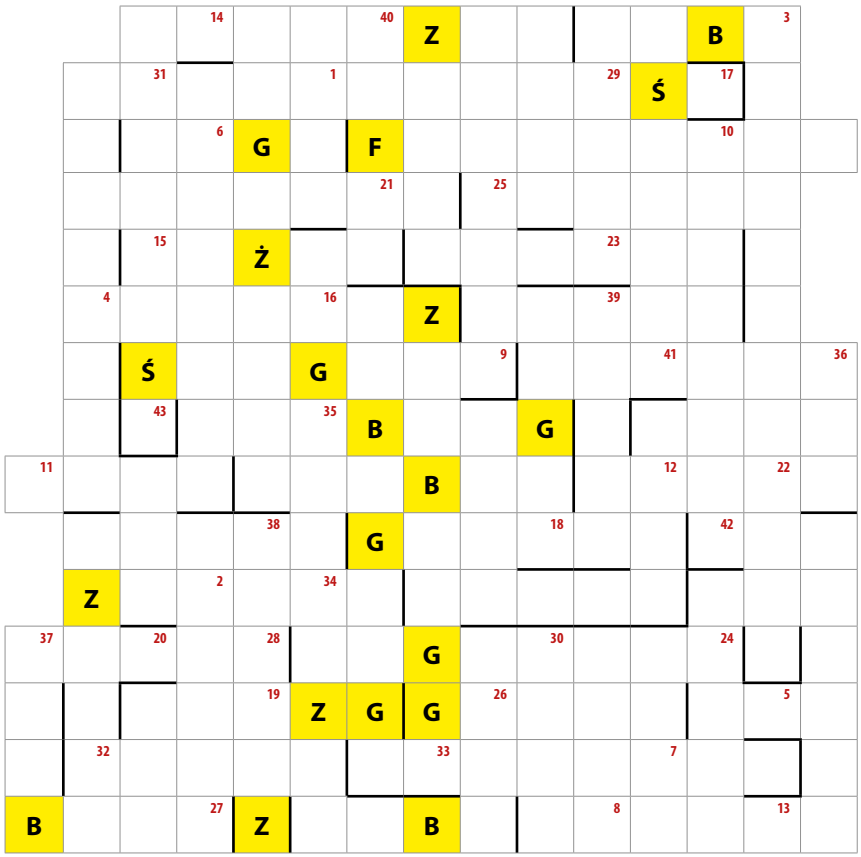
PZWL

Wydawnictwo Lekarskie PZWL to specjaliści, wiedza i zaangażowanie.









Objaśnienia 67 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: B, F, G, Ś, Z, Ź. Na ponumerowanych polach ukryto 43 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Seneki. Hasło należy przysłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres: jolka@gazetalekarska.pl do 15 marca 2024 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań wyłonimy laureatów, którzy otrzymają nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* opakowanie na maść * kły słonia * plemię, plebs * Saudyjska * Zaratustra lub Mahomet * plexus * sfera niebieska * hulanka alkoholowa * czołówka * skąpstwo, łakomstwo * wyspa jak wulkan gorąca * góra lodowa (ang.) * szczypce * kraina z Janiną * imię sprintera wszech czasów * zęby (łac.) * strome skaliste wybrzeże * vulnus * ugrupowanie Krzaklewskiego * sprząta w szkole * z firmą Sandoz utworzyła Novartis * miasto wiatraków w powiecie Kościan * mieszka w Rydze * Giulietta, żona Felliniego * szorstkość * źródła zdrowotne * młoda bogatka * Sajda * praskarpeta * rozprysk fali * kwas rybonukleinowy * okazja * japońskie podziwianie kwiatów wiśni * odchody morskich ptaków * sałatka hiszpańska * patron aldosteronizmu pierwotnego * show na lodzie * miasto nad Dunajcem w aglomeracji tarnowskiej * jednostka rozpoznania * mieszka w Belgradzie * imię patrona OIL w Warszawie * port w Brugii * podniesienie poziomu wody przed przeszkodą * willa Szymanowskiego * zobowiązania, gwarancje * Johnny, sławny muzyk country * węzły * port nad Odrą pod Sulechowem * jeszcze raz * na zdrowie * żyje w Lagos * objaw sygnałowy przed napadem epi * krwawnik, odmiana chalcedonu * mieszka w Bilbao * przemoc, gnębienie * wyraża radość sympatię * delfin różowy * węgierska kiełbasa * Gross-Rosen * caryca (1730-40) * choroba Addisona * Czarna Woda * szeregowiec Spielberga * prawe ramię Wisły * Urszulka dla Kochanowskiego * biadanie, lamenty * pałeczka m.in. dżumy (łac.)

Jerzy Badowski

Rozwiązanie jolki lekarskiej nr 290 („GL" nr 11/2023)
Dopóki człowiek działa, błądzi

Nagrody otrzymują:
Marcin Rykaczewski (Gdańsk), Patryk Pilecki (Świdnica), Agata Hendzel (Wrocław), Izabela Rynkiewicz-Przybycień (Bartoszyce), Anna Dzieciątkowska (Turek)

Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

Klauzula informacyjna na str.73/ Regulamin konkursu dostępny na www.gazetalekarska.pl

WYDAWCA

Naczelna Rada Lekarska

Gazeta Lekarska dla członków izb lekarskich bezpłata

Nakład: 39 750 egz.

Kolegium redakcyjne
Jacek Bujko, Paweł Doczekalski, Karolina Kowalska, 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

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

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

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

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

Reklama i marketing
anna.wojda@nil.org.pl
tel. 606 699 830

Ogłoszenia
Agata Bryk
ogloszenia@gazetalekarska.pl

Stale z nami współpracują
Jerzy Badowski, Adam Czerwiński, Lucyna Krysiak, Zbigniew Kuzyszyn, Jacek Miarka, Agata Morka, Małgorzata Solecka, Jarosław Wanecki, Grzegorz Wrona, Sławomir Zagórski

Projekt okładki
Michał Trusz

Projekt
Michał Trusz

Skład
Montownia/Teresa Urawska

Druk
Eurodruk-Poznań Sp. z o.o.

W celu zmiany adresu wysyłki „Gazety Lekarskiej" prosimy kontaktować się z właściwą okręgową izbą lekarską.
Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótów, adiustacji, 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).