

GAZETA

L E K A R S K A

WYDANIE SPECJALNE

PISMO IZB
LEKARSKICH

PRAWO
ZA AGRESJĘ WOBEC
LEKARZA GROZI NAWET
KILKA LAT WIĘZIENIA

STOMATOLOGIA
MIEJSC REZYDENCKICH
BRAKUJE I NIE WSZYSTKIE
SĄ OBSADZANE

PRAKTYKA
JAK OCENIĆ BÓL
U NOWORODKÓW,
CZYLI POKAŻ, MALUSZKU,
JAK BARDZO CIĘ BOLI

TECHNOLOGIE
ZATRUTA SZTUCZNA
INTELIGENCJA MOŻE
SZKODZIĆ PACJENTOM

RAK, PIENIĄDZE I POLITYKA

- RUSZA KRAJOWA SIĘĆ ONKOLOGICZNA
- JAKĄ ROLĘ ODEGRAJĄ KOORDYNATORZY OPIEKI
- CO SIĘ ZMIENI W PRACY LEKARZY
- DLACZEGO TAK WAŻNA JEST PROFILAKTYKA

O czym warto rozmawiać

ŁUKASZ JANKOWSKI
PREZES NACZELNEJ RADY
LEKARSKIEJ



Już 7 marca czeka nas bezprecedensowe wydarzenie w historii samorządu lekarskiego. Na mój wniosek Naczelna Rada Lekarska przyjęła uchwałę ws. organizacji okrągłego stołu i dyskusji o sytuacji w samorządzie. Mam nadzieję, że aula Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego pomieści wszystkich chętnych do wzięcia udziału w tej debacie. Na to spotkanie szczególnie serdecznie zapraszam Koleżanki i Kolegów, którzy formułują zarzuty o brak dialogu lub wręcz o tłumienie głosów krytycznych. Każdy będzie miał okazję sam się przekonać, ile jest w tym prawdy.

I to tyle o sporach, spotkaniach i uchwałach. Oczywiście, kwestie samorządowe i pojawiające się wątpliwości dotyczące zarządzania są bardzo istotne. Nie mam wątpliwości, że powinniśmy – i możemy – o nich otwarcie rozmawiać. Ale to nie wyczerpuje zadań samorządu lekarskiego. Nie tylko do tego zostaliśmy powołani.

Jestem przekonany, że organizacja, która zajmuje się tylko sama sobą, jest skazana na uwiad i ostateczną klęskę. Tym bardziej że wyzwania wokół nas nie brakuje.

Jednym z nich są finanse przeznaczone na ochronę zdrowia. Przewidywana dziś dziura w finansach NFZ, mająca sięgać 250 mld złotych w ciągu najbliższych lat, to problem nas wszystkich. To wprawdzie ta część krajobrazu ochrony zdrowia w Polsce, na którą samorząd nie ma praktycznie żadnego wpływu, ale za to ma ona ogromny wpływ na nas i naszych pacjentów. Trudno oczekiwać, że dziura finansowa nie przełoży się na standardy w placówkach opieki zdrowotnej.

Będziemy w tej sprawie apelować do przedstawicieli rządu.

Spodziewamy się również, że sytuacja w NFZ zostanie wykorzystana do rozniecenia ognia pod innym tematem, który pojawia się zawsze wtedy, gdy rząd ma kłopoty z pieniędzmi na zdrowie, czyli wynagrodzeniami lekarzy i lekarzy dentyków. Wcześniej próbie „upolowania” lekarzy daliśmy odpór, ale teraz ponownie docierają do opinii publicznej sugestie, aby z obowiązujących ustaleń zrezygnować lub je w jakiś sposób zamrozić.

Kolejnym problemem, którego skutki uderzyły ze zdwojoną siłą, jest szczelność systemu uproszczonego przyznawania prawa wykonywania zawodu. Już w 2020 r. sprzeciwialiśmy się wprowadzeniu do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry możliwości uzyskania uprawnień w uproszczonym trybie – przez zgodę Ministra Zdrowia. Przewidziano dwie sytuacje: uzyskanie uprawnień na określony zakres, czas i miejsce zatrudnienia oraz zgoda dla osoby, która przedstawi dyplom lekarza uzyskany poza obszarem Unii Europejskiej, w okresie zagrożenia epidemicznego lub epidemii. Wszystko to odbywa się bez udziału odpowiednich izb lekarskich. I o ile cztery lata temu można było myśleć, że taki mechanizm sprawdzi się przy epidemicznej fali zachorowań lub w okresie wojny na Ukrainie, o tyle dziś widać już, że ten system w żaden sposób nie poprawił dostępu do świadczeń lekarskich.

Są za to fatalne efekty takich działań. Oto okazuje się, że osoba legitymująca się podrobionym dyplomem uczelni z zagranicy może uzyskać warunkowe czasowe prawo wykonywania zawodu, mimo że odpowiednie izby wcześniej odmówiły jej nadania takich uprawnień. Co więcej, ta sama osoba wystawia przez stronę internetową recepty na fentanyl. Ministerstwo Zdrowia powinno pilnie przeprowadzić audyt takich zezwoleń. Ale to rozwiązanie połowiczne – samorząd lekarski będzie walczył o całkowitą likwidację tej furtki dla oszustów.

Skoro o oszustach mowa – nie mogę nie odnieść się do skandalicznej sytuacji podczas jednej z sejmowych komisji. Uczestnicząca w niej osoba pozwoliła sobie na obraźliwe sformułowanie wobec lekarzy przy całkowitym braku reakcji ze strony posła przewodniczącego obradom. Zażądaliśmy od marszałka Sejmu podjęcia natychmiastowych działań w stosunku do osób pomawiających lekarzy o umyślne zabijanie pacjentów. Odwracanie wzroku od takich wybryków, akceptacja pseudomedycznych praktyk szarlatanów to przyzwolenie na podważanie zaufania pacjentów do lekarzy i eskalację nienawiści. A efektem tego są tragiczne w skutkach ataki na przedstawicieli profesji medycznych.

To są tematy, o których wszyscy powinniśmy mówić. To tu głos samorządu musi być wyraźnie słyszalny. Mimo wszystkich – naturalnych przecież – różnic, w tych sprawach nie powinniśmy dać się podzielić. ●

- 3 O czym warto rozmawiać
Łukasz Jankowski
- 5 Wiedza medyczna
jest jedna
Klaudiusz Komor
- 6 Newsy z kraju i ze świata
- 8 Zapach strachu
Piotr Kościelniak

TEMAT NUMERU

- 8 **Rak, pieniądze i polityka**
Jeśli chodzi o leczenie nowotworów, odstawiamy pod wieloma względami od średniej unijnej.
- 12 Pierwsza taka próba
- 13 Nie czekajmy na
Ministerstwo Zdrowia
- 16 Beztroscy w zapobieganiu

WAŻNE SPRAWY

- 20 **Manko na ćwierć biliona złotych**
W obszarze ochrony zdrowia rząd „nie dowozi” – to coraz powszechniejsza ocena nie tylko ekspertów, ale również opinii publicznej.

AKTUALNOŚCI

- 22 Lekarze przy okrągłym stole
- 23 Na wojnie z szarłatami
- 26 Dane medyczne jak złoto
- 27 Lekarze są otwarci na zmiany
- 28 Technologie cyfrowe pomagają, lecz wciąż jest potrzeba edukacji

PRAWO I MEDYCYNĄ

- 29 Bez specjalizacji nie jest się chirurgiem
- 30 Lekarz jak funkcjonariusz publiczny

PODATKI I FINANSE

- 31 Pierwsze pomysły deregulacyjne
- 32 Lubimy ryzyko
- 33 Składki zdrowotne znów w górę
Lekarze rozliczający się ryczałtem zapłacą w tym roku wyższą daninę na zdrowie.



TEMAT NUMERU STRONY 8-19

Po raz pierwszy zaczniemy w sposób całościowy monitorować leczenie w tak ważnym obszarze ochrony zdrowia, jak onkologia.

PRAKTYKA LEKARSKA

- 34 **Biurokracja w oparach absurdu**
Paweł Barucha
- 34 **Umiejętności nie zastąpią specjalizacji**
- 38 **W stomatologię warto inwestować**
- 41 **Lepiej na festynie niż w aptece?**
Mariusz Politowicz
- 42 **Choroby rzadkie wychodzą z cienia**
- 45 **Nie jesteśmy w teleturnieju**
- 48 **Nikt tak nie dokuczy lekarzowi jak... inny lekarz**
Anna Gołębicka
- 49 **Pokaż, maluszk, jak bardzo cię boli**
- 52 **Moje najgłupsze powikłanie**
Jakub Sieczko
- 54 **Rutyna przeciw nauce**

WYWIAD LEKAR(S)KI

- 57 **Matki, lekarki, menedżerki**

NOWE TECHNOLOGIE

- 60 **Zatruta sztuczna inteligencja**

SAMORZĄD ZAWODOWY

- 62 **Będzie bat na oszustów**
Jakub Kosikowski
- 63 **O tym się mówi/Mówią o nas**
- 64 **Lekarzu, daj sobie pomoc**
- 66 **Nowoczesne technologie to przyszłość opieki zdrowotnej**

PO GODZINACH

- 67 **Czytelnia**
- 68 **Szklane domy**
Jarosław Waneci
- 69 **W wulkanicznej krainie Césara Manrique**
Na najbardziej wysuniętej na północ i wschód wyspie archipelagu kanaryjskiego odnajdziemy prawdziwie księżycowy krajobraz.
- 72 **Błąd malarski – Na tacy**
- 74 **Przychodzi wena do lekarza**
- 75 **Sezon Motocyklowy 2025 z DoctorMotoClub**
- 76 **Kalendarz wydarzeń sportowych 2025**
- 78 **Ogłoszenia**
- 82 **Jolka lekarska**

JEDNYM GŁOSEM

Wiedza medyczna jest jedna

Z szarlatanami można wygrać tylko dzięki skutecznej walce z dezinformacją.

KLAUDIUSZ KOMOR
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



Od dawna problem pseudomedycyny i pseudolekarzy był olbrzymim wyzwaniem stojącym przed samorządem lekarskim. Celowo piszę „pseudo”, ponieważ określenie „medycyna alternatywna” może sugerować, że metody w ramach niej stosowane mają cokolwiek wspólnego z wiedzą medyczną i stanowią „inną”, czyli „alternatywną”, metodę leczenia. A przecież tak absolutnie nie jest. Wiedza medyczna jest tylko jedna – ona ewoluuje, zmienia się, aktualizuje, ale wciąż to jest jedna wiedza medyczna. To trochę tak jak z matematyką – nie ma matematyki alternatywnej – zawsze 2+2 daje 4. Tymczasem metody stosowane przez szarlatanów i cudotwórców nie mają żadnych podstaw medycznych, żadnych podstaw naukowych. I nawet jeśli same nie szkodzą bezpośrednio życiu lub zdrowiu chorych, to powodują opóźnienie lub zaniechanie skorzystania z prawdziwej pomocy medycznej. W wielu przypadkach, zwłaszcza dotyczy to chorób nowotworowych, jest to związane ze szkodą niemożliwą do naprawienia.

Obowiązkiem lekarza jest leczenie zgodnie z aktualnym stanem wiedzy. Nie wolno posługiwać się mu metodami niezweryfikowanymi naukowo lub uznawanymi przez naukę za szkodliwe (art. 6 Kodeksu Etyki Lekarskiej). Niestety wśród lekarzy znajdują się osoby, które o tym nie pamiętają. Do walki z nimi samorząd ma odpowiednie metody – mamy pion odpowiedzialności zawodowej, który powinien w takich sytuacjach szybko i sprawnie reagować.

Większy problem jest z takimi uzdrowicielami, którzy lekarzami nie są, a więc nie podlegają jurysdykcji izb lekarskich. Jednak z nimi walczyć też powinniśmy. W pewnym sensie jest to trochę walka z wiatra-

Wszelkiego rodzaju uzdrowicielom sprzyjają obecne realia handlu oparte na sprzedaży internetowej oraz niesamowicie szybki przepływ informacji

kami. Z jednej strony ktoś, kto żerując na cierpieniu chorych, obiecuje cudowne leki, zawsze znajdzie na nie popyt. Z drugiej rządzący i stanowiący prawo nigdy nie przykładali do tego problemu odpowiedniej wagi. Warto zwrócić uwagę również na to, że wszelkiego rodzaju uzdrowicielom sprzyjają obecne realia handlu oparte na sprzedaży internetowej oraz niesamowicie szybki przepływ informacji związany z powszechnością

internetu. Kiedyś tacy uzdrowiciele zwykle działali na rynku lokalnym, gdzie jedyna informacja o nich była przekazywana w bezpośrednich rozmowach „pacjentów” (powinieniem napisać „ofiar”). Dzisiaj każdy może za pomocą mediów społecznościowych docierać do ludzi na całym świecie praktycznie w mgnieniu oka.

Dlatego potrzebne są skuteczne metody walki z pseudomedycyną, zwłaszcza odpowiednia walka z dezinformacją, na której rozpowszechnianiu opierają się szarlatani. Wydaje się, że właśnie tutaj należy upatrywać najważniejszych obecnych wyzwań dla izb lekarskich – jest też chyba teraz sprzyjający klimat medialny, który w tej walce można wykorzystać. Niestety ostatnio pomimo stanowczych sprzeciwów samorządu weszły w życie zmiany w PKD wprowadzające nowy kod dla „medycyny tradycyjnej, uzupełniającej i alternatywnej”, które na pewno dodadzą wiatru w żagle wszystkim, którzy chcą się parać paramedycyną zawodowo. ●

NEWSY Z KRAJU I ZE ŚWIATA

LIDIA SULIKOWSKA, ADRIAN BOGUSKI

Lepszy dostęp do leków na „S” i „Dz”

Prezydent Andrzej Duda podpisał nowelizację ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Nowe przepisy pozwalają lekarzom wystawiać recepty na darmowe leki dla pacjentów w wieku 65 lat i starszych oraz dla dzieci do 18. roku życia. To spełnienie wieloletniego postulatu samorządu lekarskiego. Przedstawiciele Naczelnej Rady Lekarskiej brali także udział w procesie legislacyjnym. – To bardzo dobra wiadomość dla lekarzy i pacjentów w Polsce. W końcu pożegnaliśmy się z niesprawiedliwymi ograniczeniami w wystawianiu recept. Obowiązujące przepisy pozwalają w końcu pacjentom najmłodszym, w wieku nastoletnim oraz seniorom w pełni korzystać z przyznanych im uprawnień – skomentował wiceprezes NRL Klaudiusz Komor.

Stopa cukrzycowa: dłuższy pilotaż

Program pilotażowy opieki nad pacjentem z zespołem stopy cukrzycowej został przedłużony i rozszerzony o kolejne szpitale. Etap realizacji potrwa do 31 stycznia 2026 r. Po tym okresie nastąpi trzymiesięczna ewaluacja programu. Nowelizacja rozporządzenia w tej sprawie weszła w życie 18 stycznia tego roku.

Zgodnie z opublikowanym dokumentem do 430 zwiększono całkowitą liczbę pacjentów, którzy mogą wziąć udział w programie (było 200). Kwalifikacja świadczeniobiorców może potrwać maksymalnie do 31 lipca 2025 r. Poza SPZOZ w Szamotułach, który jako jedyny realizował pilotaż do tej pory, w program włączyły się również: Instytut Medycyny Wsi im. W. Chodźki w Lublinie, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, SP ZOZ

Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku oraz Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej (Zagłębiowskie Centrum Onkologii). Leczenie w ramach pilotażu polega na hospitalizacji, w trakcie której opiekę nad świadczeniobiorcą zapewniają we współpracy oddział chorób wewnętrznych oraz oddział chirurgii ogólnej albo oddział diabetologii oraz chirurgii ogólnej.

Lekospisy wróciły do Polski

Muzeum Historii Medycyny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wzbogaciło kolekcję o trzy zabytkowe lekospisy z XVIII wieku. Chodzi o dwa wydania „Pharmacopoeia Argentoratensis”, czyli farmakopei strasburskiej z lat 1725 i 1757, oraz

dostępnych lokalnie – tłumaczy Anna Szymańska-Budzińska z Muzeum Historii Medycyny WUM. Ekspertka informuje, że starodruki pochodzą z zaginionej kolekcji Teofila Tugendholda. Zostały przesłane Warszawskiemu Uniwersytetowi Medycznemu przez nadawców z Niemiec, którzy chcą zachować anonimowość.

Źródło: WUM

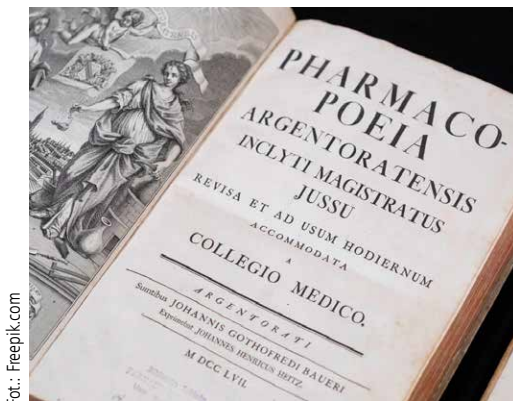
Wrocław na czele stawki

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu został liderem wśród polskich uczelni w rankingu THE World University Rankings by Subject 2025 w kategorii Medical and Health, zajmując pozycję w przedziale 301-400 w świecie. Na drugim miejscu uplasował się Uniwersytet Jagielloński (poz. 401-500), a na trzecim Gdański Uniwersytet Medyczny (poz. 601-800). W klasyfikacji ujęto jeszcze 9 polskich uczelni.

Pierwsze miejsce tegorocznej edycji rankingu THE WUR by Subject w kategorii nauki medyczne i nauki o zdrowiu zajął Uniwersytet Oksfordzki. W klasyfikacji ujęto w sumie 1150 uniwersytetów z ponad stu krajów. Ranking THE WUR by Subject jest rozszerzeniem głównego zestawienia THE World University Rankings. Klasyfikuje uczelnie według dziedzin naukowych.

System wykrywania patogenów

Wielka Brytania uruchomiła pierwszy na świecie projekt wykorzystujący metagenomikę do szybkiego wykrywania



Fot.: Freepik.com

▲ Zabytkowy lekospis z XVIII wieku

„Dispensatorium Pharmaceuticum Austriaco-Viennense” z 1751 r. (przedruk pierwszego wydania z roku 1729). – Farmakopee zawierają opisy leków i ich receptury. Dyspensatorium z kolei to obszerna monografia oparta na farmakopei lub jej części, koncentrująca się na roślinach i środkach leczniczych

i monitorowania ognisk chorób zakaźnych na swoim terytorium. mSCAPE jest inicjatywą Brytyjskiej Agencji Bezpieczeństwa Zdrowia (UKHSA) przy wsparciu NHS i partnerów akademickich, w tym University of Birmingham, University of Edinburgh oraz NHS Clinical Respiratory Metagenomics Network.

UKHSA tłumaczy w komunikacie, że metodologia metagenomiczna pozwala na niecelowane sekwencjonowanie próbek pacjentów pod kątem obecności chorobotwórczych wirusów i bakterii. Nie wymaga więc ukierunkowania sekwencjonowania na te patogeny, które są już znane. UKHSA będzie gromadzić anonimowe dane o patogenach z wielu laboratoriów, które wykorzystują metagenomikę do diagnozy.

Źródło: UKHSA / Ambasada Brytyjska w Polsce

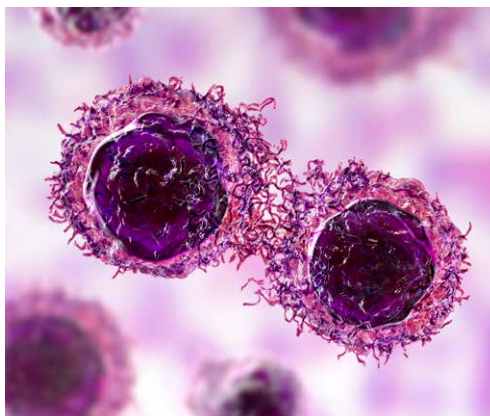
Kolejny kraj uporał się z malarią

Gruzja została uznana krajem wolnym od malarii, co zostało potwierdzone certyfikatem przyznany przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). To już 45. państwo na świecie, któremu udało się wyeliminować tę chorobę ze swojego terytorium. Certyfikacja jest przyznawana wówczas, gdy łańcuch rodzimych transmisji choroby zostanie przerwany w całym kraju przez co najmniej trzy kolejne lata.

Źródło: WHO

Europejczycy, alkohol i rak

Świadomość Europejczyków na temat alkoholu jako czynnika rakotwórczego jest niepokojąco niska, a poprawić tę sytuację mogłoby obowiązkowe zamieszczanie ostrzeżeń na ten temat na napojach alkoholowych – zwraca uwagę WHO/Europa w swoim najnowszym raporcie. Organizacja przypomina wyniki swojego badania przeprowadzonego w 14 europejskich krajach, w którym tylko połowa respondentów odpowiedziała, że alkohol



Fot.: Shutterstock.com

▲ Pacjenci zapominają, że spożywanie alkoholu przyczynia się do wzrostu ryzyka zachorowania na raka wątroby

zwiększa ryzyko zachorowania na raka wątroby, 39 proc. było świadomych jego związku z rakiem jelita grubego, a zaledwie 15 proc. stwierdziło, że może powodować raka piersi. Autorzy raportu proponują, aby wprowadzić na napojach zawierających alkohol obowiązkowe etykietowanie ostrzeżeniami zdrowotnymi, że spożywanie alkoholu może prowadzić do zachorowania na raka.

Źródło: WHO/Europe

Więcej AI w praktyce lekarskiej

Co amerykańscy lekarze sądzą o wykorzystywaniu rozszerzonej inteligencji (augmented intelligence) w codziennej pracy? Niemal dwie trzecie (66 proc.) z ponad tysiąca lekarzy, którzy wzięli udział w sondażu American Medical Association (AMA), twierdzi, że korzysta z niej w swojej praktyce. Ankietowani wskazywali najczęściej, że jest to narzędzie pomocne przy dokumentowaniu wizyt pacjentów, opracowywaniu wypisów ze szpitali i planów opieki, podsumowań badań medycznych i standardów opieki, a także jest ono wykorzystywane jako usługa tłumaczeniowa. Badanie zrealizowano w listopadzie 2024 r.,

a opublikowano je w lutym tego roku. Co ciekawe, analogiczny sondaż AMA zrealizowało w sierpniu 2023 r. Wówczas 38 proc. lekarzy wskazało, że używa rozszerzonej inteligencji.

Źródło: AMA

Pomoc medyczna dla Libanu

Fundacja „Redemptoris Missio” przekazała ponad dwie tony pomocy humanitarnej, którą polscy żołnierze będą dystrybuować do libańskich placówek medycznych i opiekuńczych. Wśród darów są m.in. zestawy stomijne i środki do pielęgnacji osób obłożnie chorych. Jak informuje organizacja, ponad milion osób uciekło z południowego Libanu w wyniku wojny z sąsiadującym Izraelem. Po ogłoszeniu zawieszenia broni wielu mieszkańców wraca, ale w wyniku zniszczeń wojennych warunki do życia są bardzo trudne, m.in. brakuje żywności i leków, dostępu do czystej wody i opieki medycznej.

Dług mniejszy, dłużników więcej

Sektor prywatnych usług medycznych walczy ze wzrostem kosztów działalności – inflacja medyczna w ubiegłym roku wynosiła 15-16 proc., przy inflacji ogólnej na poziomie 3,7 proc. Z najnowszych danych Krajowego Rejestru Długów wynika, że prywatne gabinety mają łącznie 170,5 mln zł długów, w porównaniu do 182 mln zł zaledwie siedem miesięcy temu. Dotyczy to gabinetów lekarskich ogólnych i specjalistycznych, pracowni stomatologicznych oraz fizjoterapeutów, pielęgniarek i położnych działających w ramach prywatnych praktyk. Jednocześnie rośnie liczba podmiotów, które mają trudności z terminowym regulowaniem zobowiązań. W sektorze prywatnych usług medycznych problem dotyka 3105 firm. ●

Zapach strachu

PIOTR KOŚCIELNIAK
REDAKTOR NACZELNY



Zeby wejść do gabinetu, trzeba najpierw precyzyjnie się między samochodami. Tak było od zawsze, choć teraz sytuację poprawia nowy wielopoziomowy parking. Ale i tak pacjentów jest za dużo. Dużo za dużo. To w końcu Narodowy Instytut Onkologii – dla tych, którzy są tu dłużej, wciąż po prostu „CO”

To jedno z bocznych wejść. Po lewej stronie jest szatnia i rejestracja. Są guziki dla pacjentów pierwszorazowych i dla tych na wizytę kontrolną. Głębiej, w korytarzu, jest poczekalnia. Dla pań. Młodsze prawie zawsze trzymają się prosto, są gotowe spojrzeć chorobie prosto w oczy. Starsze wlepiają wzrok we własne dłonie i wstydliwie kryją głowy pod chustami. Niektóre mają szczęście: mogą usiąść na krzeselkach ustawionych w ciemnym korytarzu. Inne siedzą na podłodze lub stoją. Siedzą i stoją już kilka godzin, bo żeby zdążyć do poczekalni, musiały wstać przed świtem.

W innym korytarzu, po drugiej stronie wejścia, stoją mężczyźni. Młodzi pewnie z rakiem jądra, starsi może z rakiem prostaty. Stoją, bo tu nawet nie ma krzesłek. Po oczach łatwo poznać, kto przyszedł na wizytę, a kto jest osobą towarzyszącą.

Ale najbardziej zauważalny jest zapach. Oblepiający, mulisty, obezwładniający zapach strachu, bezsilności i rezygnacji. Pacjenci są przestraszeni chorobą i zmęczeni warunkami, jakie system im funduje. Są upokarzani w najtrudniejszej dla nich chwili.

Za drzwiami gabinetów siedzą lekarze. Oni też muszą zmierzyć się z chorobą swoich pacjentów. I są nie mniej sfrustrowani warunkami, które z kolei system

funduje im – od brudnych łazienek, przez zawieszający się komputer, po kapryśne drukarki, które wypływają wyniki dopiero przy trzeciej próbie.

Dlaczego piszę o czymś, co każdy i tak zna z własnego doświadczenia? Bo to miejsce miało dostać pieniądze z Funduszu Medycznego na remont. Na zapewnienie przyzwoitych warunków pobytu pacjentom i pracy lekarzom. I podobnie jak 18 innych szpitali, którym w 2023 r. przyznano dofinansowanie w konkursie na inwestycje w onkologię, na razie pieniędzy nie dostanie – a do rozdysponowania było 4,2 mld złotych. Podejrzenia o korupcję (czytaj: konkurs był rozstrzygnięty za poprzedniego rządu) spowodowały, że finansowanie wstrzymano. Konkurs ma być powtórzony wiosną. A na razie będzie, jak jest. Będzie śmierdziało strachem w ciemnym korytarzu.

I to tyle, bo nie chcę znęcać się nad panią minister, którą ostatnio uznano za najbardziej wpływową postać polskiego systemu ochrony zdrowia, a która jednocześnie jest jedną z najniższych ocenianych przedstawicielek rządu w badaniach opinii społecznej.

Na zakończenie ważna informacja: ten numer „Gazety Lekarskiej” jest wydaniem specjalnym. Decyzją Naczelnej Rady Lekarskiej w tym roku gazeta cztery razy trafi do wszystkich lekarzy, również do tych, którzy oczekiwali jej tylko w wersji elektronicznej

W latach 2023-2050 wydatki na opiekę zdrowotną w zakresie walki z rakiem wzrosną w Unii Europejskiej o 59 proc., a nowotwory skrócą oczekiwaną długość życia obywateli o blisko dwa lata. Polska na tym tle wypada przeciętnie. Są jednak powody do ostrożnego optymizmu, związane m.in. z wdrażanymi rozwiązaniami organizacyjnymi, w tym Krajową Siecią Onkologiczną.

Z okazji Światowego Dnia Walki z Rakiem (5 lutego) Komisja Europejska opublikowała onkologiczne profile krajów członkowskich oraz skróciła ocenę sytuacji na froncie walki z chorobami nowotworowymi dla całej wspólnoty, złączonej Europejskim Planem Walki z Rakiem.

Jeśli chodzi o Polskę, odstajemy na niekorzyść pod wieloma względami od średniej unijnej. Problemem jest wyższa niż średnia europejska śmiertelność z powodu chorób nowotworowych, która w tej chwili spowodowana jest przede wszystkim późnym wykrywaniem raka. Jest jednak i dobra informacja: w ciągu dekad (2011-2021) nastąpił spadek śmiertelności, i to wyższy niż w krajach o podobnym poziomie rozwoju gospodarczego.

PROFILAKTYKA I EDUKACJA

Podczas debat poświęconych polityce zdrowotnej bez przerwy wraca stwierdzenie, że profilaktyka, począwszy od tej najbardziej pierwotnej, wynikającej ze stosowania się do zdrowego stylu życia, jest podstawą efektywnej piramidy świadczeń. Jeśli politycy mówią o odwracaniu piramidy świadczeń jako wyzwaniu stojącym przed Polską, powinni również uwzględnić tę perspektywę i nie zapominać, że wydajemy na profilaktykę zdrowotną – od lat – najmniej w Unii Europejskiej (ok. 2 proc. budżetu na świadczenia). To jest miernik „sukcesu” profilaktyki wtórnej, czyli poziomu uczestnictwa w badaniach przesiewowych, o którym raport Komisji Europejskiej stwierdza, że należy do najniższych w UE.

TEMAT NUMERU

Rak, pieniądze i polityka

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

Jeśli chodzi o leczenie nowotworów, odstawiamy pod wieloma względami od średniej unijnej. Krajowa Sieć Onkologiczna (KSO), wprowadzająca od 1 kwietnia nowy ogólnopolski standard opieki nad pacjentami, może to zmienić. Jeśli nie pokonają jej niedobory kadrowe, brak profesjonalnego sprzętu do leczenia i kryzys finansowy w NFZ.

Gorzej niż inne państwa członkowskie wypadamy pod względem większości czynników ryzyka zachorowania na choroby nowotworowe. Jesteśmy niechlubnymi liderami, jeśli chodzi o zanieczyszczenie powietrza i narażenie zawodowe, ale duży problem mamy również ze wskaźnikami dotyczącymi nadwagi i otyłości, małej aktywności fizycznej oraz konsumpcji alkoholu i tytoniu. Nieco lepiej wypadamy pod względem spożycia owoców i warzyw.

Autorzy badania podkreślają, że są powody do niepokoju, jeśli chodzi o młode pokolenia. Oprócz nadwagi i otyłości uwagę zwraca korzystanie z używek. – Od 2018 r. można zaobserwować wzrost odsetka nastolatków palących i pijących alkohol. W 2022 r. odsetek palących 15-latków (23 proc.) pozostał o 6 punktów procentowych wyższy niż średnia UE (17 proc.), natomiast odsetek osób, które więcej niż raz w życiu znajdowały się w stanie nietrzeźwości (22 proc.), wzrósł od 2018 r. o 3 punkty procentowe. Bardzo powszechnym zjawiskiem w Polsce jest również używanie papierosów elektronicznych wśród nastolatków. Polska zajmuje czwarte miejsce wśród państw członkowskich pod tym względem.

Wpływ polityki widać chyba najlepiej na przykładzie zanieczyszczeń powietrza. – Według WHO 36 z 50 miast w Europie



rys.: Michał Trusz

o najbardziej zanieczyszczonym powietrzu znajduje się w Polsce (...). W 2020 r. w Polsce występowało najwyższe średnie narażenie ludności na PM_{2,5} na poziomie 18 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. Ponadto współczynnik przedwczesnych zgonów spowodowanych narażeniem na PM_{2,5} w Polsce (128 na 100 tys. osób) był drugim najwyższym współczynnikiem w UE, tuż za Bułgarią (166 na 100 tys. osób), i był dwukrotnie wyższy od średniej UE (57 na 100 tys. osób). Jedyne

Węgry i Polska nie osiągnęły do 2021 r. krajowych celów redukcji emisji PM_{2,5} określonych w dyrektywie, a Polska musi zmniejszyć emisje PM_{2,5} o ponad połowę, aby osiągnąć ten cel – wylicza raport.

Autorzy raportu zauważają, że kwestie profilaktyki, edukacji zdrowotnej oraz zmniejszania czynników ryzyka są wpisane do Narodowej Strategii Onkologicznej. Wiadomo jednak, że jej realizacja nie przebiega tak płynnie, jak zapewniali (i zapewniali) decydenci.

OPIEKA ONKOLOGICZNA

Problemy kadrowe, mniejsze od średniej UE nasycenie sprzętem diagnostycznym i terapeutycznym, nierównomierne rozłożenie zasobów w ujęciu geograficznym – to problemy organizacyjne, które przekładają się wprost na dostępność pacjentów do diagnostyki i leczenia (i w efekcie również na jego skuteczność). Raport zauważa, że w Polsce wdrażana jest Krajowa Sieć Onkologiczna, która ma w pełni zafunkcjonować od 1 kwietnia 2025 r. – Priorytetowym zadaniem jest zapewnienie każdemu pacjentowi, niezależnie od jego miejsca zamieszkania, kompleksowej i wysokiej jakości opieki opartej na tych samych standardach. Sieć będzie się składać ze Specjalistycznych Ośrodków Leczenia Onkologicznego (SOLO) na trzech poziomach oraz Ośrodków Kooperacyjnych – przypominają

SPRZĘT TO NIE WSZYSTKO

Najwyższa Izba Kontroli w najnowszym raporcie zwraca uwagę, że nowotwory złośliwe to rosnący problem zdrowotny i społeczny w Polsce. Każdego roku diagnozuje się około 170 tys. nowych przypadków, a liczba zgonów z powodu nowotworów wynosi około 100 tys. Tymczasem Polska nie wykorzystuje w pełni potencjału, jakim dysponuje, czego przykładem jest terapia protonowa. Jedynym ośrodkiem protonoterapii jest Instytut Fizyki Jądrowej Polskiej Akademii Nauk w Krakowie, który w swojej strukturze posiada Centrum Cyklotronowe Bronowice (CCB). O ile terapia protonowa nowotworów oka (prowadzona na osobnym sprzęcie) przebiega wzorcowo, o tyle protonoterapia innych nowotworów od dekady jest przedmiotem sporów i kontrowersji. Już w 2020 r. NIK przeprowadziła kontrolę, która wykazała, że ośrodek wykorzystuje ok. 30 proc. swoich możliwości. Co więcej, do leczenia nie mają dostępu pacjenci pediatryczni, dla których protonoterapia jest w wielu nowotworach optymalną formą terapii ze względu na możliwość oszczędzenia narządów i zmniejszenie powikłań. NIK stwierdziła w najnowszym raporcie, że w latach 2020-2024 kolejni urzędujący ministrowie zdrowia nie zrobili wystarczająco dużo, aby rozwijać i uporządkować system terapii protonowej w Polsce. Mimo że w 2023 r. rozszerzono listę nowotworów, które można nią leczyć, możliwości Centrum Cyklotronowego Bronowice w Krakowie nie były w pełni wykorzystywane.

autorzy raportu. Krótko mówiąc: o losach chorych nie będzie już decydował kod pocztowy.

KSO ma z jednej strony zapewnić porównywalną (docelowo identyczną) jakość i bezpieczeństwo opieki

onkologicznej, z drugiej – rozwiązać problem ciągle zbyt długiego czasu oczekiwania na diagnozę. Co prawda, dekadę temu pakiet onkologiczny i wprowadzona karta DiLO określiły maksymalne czasy oczekiwania (28 dni od wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej do podstawowej diagnostyki; 21 dni od konsultacji specjalistycznej do pogłębionej diagnostyki oraz 14 dni od spotkania wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego do rozpoczęcia leczenia), jednak faktycznie ten czas nie skrócił się aż tak znacząco. Co więcej, wzrósł czas oczekiwania na świadczenia nieobjęte

Planowe leczenie chorób nowotworowych nie będzie możliwe poza tymi ośrodkami, które zostaną zakwalifikowane do sieci

pakietem i kartą DiLO. Krajowa Sieć Onkologiczna ma dopełnić te rozwiązania i zapewnić lepsze finansowanie ośrodkom, które będą prowadzić leczenie onkologiczne. Planowe leczenie chorób nowotworowych nie będzie bowiem możliwe poza tymi, które zostaną zakwalifikowane do sieci.

Papierkiem lakmusowym nierówności w dostępie do świadczeń są różnice – na poziomie regionów – w czasie oczekiwania na świadczenia i dostępności do nich. W północno-zachodniej części Polski występuje najwięcej przypadków zachorowania na raka płuc na 100 tys. mieszkańców, jednak to w regionach południowo-wschodnich częściej stosuje się nowe metody leczenia, takie jak immunoterapia i terapia celowana. Ponadto istnieją regionalne różnice w czasie oczekiwania na świadczenia. Na przykład na tomografię komputerową czeka się od 53 dni w województwie kujawsko-pomorskim do 74 dni w województwie pomorskim; na pobranie materiału – od 37 dni w województwie kujawsko-pomorskim do 57 dni w województwie pomorskim.

CZY TO SIĘ UDA?

Zasadnicze pytanie jest takie: czy reorganizacja opieki jest możliwa przy bardzo ograniczonych zasobach? Kryzys finansowy, z którym boryka się Narodowy Fundusz Zdrowia, jest faktem. Co prawda minister zdrowia Izabela Leszczyna już jesienią 2024 r. nie pozostawiła cienia wątpliwości, że onkologię zamierza chronić przed ewentualnymi cięciami finansowymi, na przykład w obszarze programów lekowych, jednak trudno zakładać, że pogarszająca się sytuacja płatnika pozostanie całkowicie obojętna dla tego newralgicznego obszaru. Zwłaszcza że bezpośrednie koszty opieki onkologicznej w ramach KSO mogą tylko rosnąć.

Pieniądze to jednak niejedyny zasób, z którym Polska ma problemy. Liczba lekarzy w przeliczeniu na populację (3,5 na 1000 mieszkańców) nadal jest niższa niż unijna średnia (4) i choć różnica nie jest znacząca, pogłębia ją dużo większy deficyt pielęgniarek (5,7 na 1000 mieszkańców to jeden z najniższych wskaźników w całej UE, w której średnia wynosi 8,6). Problemem (nie tylko polskim) są ogromne różnice między województwami pod względem liczby kadr medycznych.

Polska należy również do grupy państw, w których liczba zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek jest niska w stosunku do liczby nowych przypadków zachorowania na choroby nowotworowe (choć gwoli sprawiedliwości trzeba zaznaczyć, że nie jesteśmy pod tym względem w najgorszej sytuacji, mniej korzystnie przedstawiają się dane dla Łotwy czy Węgier, ale też Włoch). Liczba pielęgniarek w Polsce w 2022 r. (1057 na 1000 nowych przypadków zachorowania na choroby nowotworowe) należała do najniższych w UE, w której średnia wynosiła 1376 na 1000 przypadków. Podobnie liczba lekarzy (647 na 1000 nowych przypadków zachorowania na choroby nowotworowe) była niższa niż średnia w UE (679 na 1000 przypadków).

Ostatnią, ale wcale nie najmniej istotną kwestią jest dostępność lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Raport przypomina,

CO Z PONAD 4 MLD ZŁ NA ONKOLOGIĘ

Polska pochwaliła się Komisji Europejskiej rozstrzygniętym w 2023 r. konkursem na inwestycje w onkologię, ale w ostatnim dniu stycznia 2025 r.

Ministerstwo Zdrowia poinformowało dziewiętnaście ośrodków oczekujących od ponad roku na pieniądze o unieważnieniu konkursu. Powód: brak transparentności budzący tak duże wątpliwości, że konieczne okazało się zawiadomienie CBA.

– Minister zdrowia zabrała pacjentom onkologicznym 4,2 mld zł – alarmowała jej poprzedniczka Katarzyna Sójka.

– Obrona konkursu z Funduszu Medycznego przypomina obronę konkursów z Funduszu Sprawiedliwości – ripostowała Leszczyzna, zapewniając, że pieniądze na pewno do ośrodków onkologicznych trafią, bo nowy konkurs zostanie ogłoszony jeszcze w marcu z identyczną alokacją.

Problemem jest czas. Nawet ci eksperci, którzy przyznawali, że konkursy z Funduszu Medycznego, którego pochodzenie jest ściśle polityczne, mogły budzić wątpliwości, zwracali uwagę po decyzji MZ na długi czas podjęcia decyzji o unieważnieniu, co dodatkowo skomplikowało sytuację dużych ośrodków onkologicznych i tak borykających się z potężnymi problemami.

że jest ona najniższa wśród państw członkowskich i wynosi mniej niż 0,4 na tysiąc mieszkańców. Z innych raportów Komisji Europejskiej i OECD wynika, że w Polsce w POZ pracuje niespełna co dziesiąty lekarz przy średniej dwukrotnie wyższej. To ma znaczenie, zwłaszcza w tej chwili, gdy nieco modyfikowana jest koncepcja Krajowej Sieci Onkologicznej, a kierunek zmian zakłada większe zaangażowanie lekarzy POZ w proces nie tylko wczesnej diagnostyki, ale też kontynuowania opieki nad pacjentem po zakończonym leczeniu onkologicznym.

E-DILO I PASZPORT

Ustawa o Krajowej Sieci Onkologicznej zakłada, że od 1 kwietnia wszyscy nowi pacjenci onkologiczni będą mieć wystawianą kartę e-DiLO, a tradycyjna karta papierowa zniknie w 2026 r. Karta elektroniczna ma zapewniać kompleksowość diagnostyki, leczenia i opieki. Po zakończeniu leczenia ma być dostępna dla lekarza POZ, który będzie mieć wiedzę o przebytych przez pacjenta leczeniach i częściowo będzie mógł sprawować kontrolę nad jego stanem zdrowia w obszarze onkologicznym.

W planach jest paszport onkologiczny, który będzie prowadził pacjenta przez cały proces leczenia. Do tego dokumentu będą mieć dostęp również lekarze (POZ i specjaliści innych dziedzin), do których pacjent zgłosi się ze swoimi problemami zdrowotnymi.

Wreszcie – zasoby sprzętowe, czyli również inwestycje. W 2022 r. w Polsce liczba urządzeń radioterapeutycznych wynosiła 6 na milion mieszkańców, czyli jedną czwartą mniej niż średnia UE (8), ale też o blisko jedną piątą mniej niż średnia krajów w podobnej sytuacji gospodarczej (7) – czytamy w raporcie, który jednocześnie zauważa, że w ciągu dziesięciu lat nastąpił duży progres – wzrost o 60 proc. Według stanu na 2024 r. około 50 proc. urządzeń radioterapeutycznych używanych w Polsce ma 10 lat lub

koncentracja w kilku regionach. Spośród 47 ośrodków prowadzących radioterapię większość znajduje się w trzech województwach: na Mazowszu, Śląsku i w Małopolsce.

Onkologia to również innowacyjne terapie lekowe. Niestety, czas oczekiwania na dostępność nowych leków onkologicznych w Polsce jest znacznie dłuższy niż w innych państwach członkowskich, choć „odsetek leków przeciwnowotworowych (stosowanych w przypadku raka sutka i raka płuc) o wysokich korzyściach klinicznych objętych finansowaniem ze środków publicznych wynosi w Polsce 62 proc. – jest wyższy zarówno od średniej UE (59 proc.), jak i średniej wśród państw w podobnej sytuacji gospodarczej (54 proc.). Decyzje w sprawie refundacji nowych terapii podejmowane są w Polsce z opóźnieniem wynoszącym co najmniej trzy lata od daty zarejestrowania terapii przez Europejską Agencję Leków (EMA). Czas od wydania pozwolenia na dopuszczenie do obrotu do podjęcia decyzji w sprawie objęcia refundacją w Polsce wynosi ponad 900 dni, czyli znacznie dłużej niż w innych państwach członkowskich (w których średnia wynosi około 500 dni). Średni czas oczekiwania na dostępność leków w Polsce należy do najdłuższych wśród państw członkowskich i wynosi ponad 800 dni.

Decyzje w sprawie refundacji nowych terapii podejmowane są w Polsce z opóźnieniem wynoszącym co najmniej trzy lata

mniej, z czego tylko 9 proc. ma mniej niż 5 lat.

Jeszcze wyraźniejsze różnice występują, jeśli chodzi o aparaty RM (13 vs. 18 na milion) i mamografy (10 vs. 21 na milion). Prawie dogoniliśmy średnią UE, jeśli chodzi o TK (23 vs 26 na milion), ale jeśli chodzi o pozytonowe tomografy emisyjne różnica jest znów ogromna (1 vs. 2 na milion).

Sam sprzęt to jednak za mało. Autorzy raportu zauważają, że „zwiększenie poziomu wyposażenia w sprzęt nie zawsze oznacza zwiększenia liczby wyspecjalizowanego personelu medycznego mogącego wykonywać np. radioterapię. Dlatego problemem jest

Autorka jest dziennikarką portalu Medycyna Praktyczna i miesięcznika „Szczepienie”

TEMAT NUMERU

Pierwsza taka próba

Dobra jakość każdego procesu przekłada się na lepsze efekty – mówi o Krajowej Sieci Onkologicznej **prof. Jacek Jassem**, emerytowany kierownik Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, prezes Polskiej Ligi Walki z Rakiem, w rozmowie z Mariuszem Tomczakiem.

Jak pan ocenia Krajową Sieć Onkologiczną (KSO)?

Pierwsza wersja KSO była niewypałem. Nie służyła pacjentom, a lekarzom chyba bardziej przeszkadzała, niż pomagała, m.in. z uwagi na nadmiar biurokracji. Udowodnił to zresztą przeprowadzony w czterech województwach i trwający aż cztery lata pilotaż. Nie spełnił on żadnego z celów, ale przede wszystkim wykazał, że w ten sposób nie da się poprawić wyników leczenia. Ten projekt miał przede wszystkim służyć interesom dużych szpitali onkologicznych. Miały one zdominować i kontrolować mniejsze placówki, ale zupełnie zagubiono w nim pacjenta.

A druga koncepcja?

Ta próbuje naprawić błędy i przywraca logikę działania sieci. Nie jest to proste, bo KSO jest jednym z kamieni milowych Krajowego Planu Odbudowy i urzędnicy w Brukseli skrupulatnie sprawdzają realizację poszczególnych zapisów. Komisji Europejskiej nie interesuje, że zrobił to poprzedni rząd. W największym skrócie: chodzi o stworzenie obiektywnych kryteriów monitorowania opieki medycznej i nagradzania za dobrą jakość. Z kolei tam, gdzie ta jakość jest gorsza, trzeba podjąć działania naprawcze. To ma uniwersalne znaczenie, ponieważ dobra jakość każdego procesu przekłada się na lepsze efekty. Obecnie w polskiej ochronie zdrowia nie ma żadnych mechanizmów monitorowania jakości, a KSO to pierwsza taka próba. Trzeba więc zrobić to dobrze.



foto: archiwum prywatne

◀ Obecnie w polskiej ochronie zdrowia nie ma żadnych mechanizmów monitorowania jakości, a KSO to pierwsza taka próba. Trzeba więc zrobić to dobrze – mówi **prof. Jacek Jassem**

W jaki sposób sieć wpłynie na pracę lekarzy?

KSO powinna przede wszystkim służyć pacjentom. Lekarze otrzymają ścieżki postępowania oparte na wytycznych, które będą ich prowadzić w systemie. Monitorowanie tego procesu ma na celu sprawdzenie, czy odpowiada on dobrym standardom, i ewentualnie wskazanie obszarów do poprawy. Uważam jednak, że wytyczne nie mogą wiązać lekarzowi rąk, ponieważ medycyna jest dużo bardziej skomplikowana niż jakiegokolwiek zapisy. Lekarzowi nie wolno

zatem zabrać możliwości podejmowania w uzasadnionych przypadkach indywidualnych decyzji, ale powinien to uzasadnić. Ważnymi elementami koncepcji jest także upublicznienie danych oraz nagradzanie dobrej jakości, co wyeliminuje uznaniowość. Nowa koncepcja zakłada też wprowadzenie elektronicznej karty DiLO, dzięki której dane będą automatycznie pobierane z elektronicznej dokumentacji pacjenta. W ten sposób znajdzie się tam więcej istotnych informacji, bez potrzeby ich ręcznego wprowadzania. ●

TEMAT NUMERU

Nie czekajmy na Ministerstwo Zdrowia

Po raz pierwszy zaczniemy w sposób całościowy monitorować leczenie w tak ważnym obszarze ochrony zdrowia, jak onkologia – mówi **prof. Piotr Rutkowski**, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, kierownik Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie, w rozmowie z Mariuszem Tomczakiem.

W dyskusji na temat Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO) dominuje perspektywa pacjenta. Prawie w ogóle nie mówi się o tym, w jaki sposób wpłynie ona na codzienną pracę lekarzy. To prawda.

Porozmawiajmy więc o tym, co się zmieni z punktu widzenia osób, które diagnozują i leczą.

Ustawa o KSO wprowadza ważne zmiany w zakresie organizacji i zarządzania opieką onkologiczną. Strukturę sieci tworzą przede wszystkim Specjalistyczne Ośrodki Leczenia Onkologicznego (SOLO). Stopnie referencyjności zostały stworzone w oparciu o potencjał, jakim dysponuje dany szpital. Najbardziej skomplikowane świadczenia będą realizowane przez SOLO III poziomu, a te podstawowe przez SOLO I poziomu, co samo w sobie jest bardzo ważne dla lekarzy zajmujących się leczeniem nowotworów.

Dla nich bardzo ważny jest wzrost roli koordynatorów. W tej chwili działają głównie w ramach jednej placówki, ale dzięki sieci się to zmieni. SOLO I poziomu musi mieć dobry kontakt z SOLO III m.in. z uwagi na wspólne konsylia, które mają się odbywać między tymi ośrodkami. Formalna możliwość wykonywania telekonsultacji i e-konsylium jest bardzo ważna dla opieki nad pacjentem



fot.: archiwum prywatne

◀ Ustawa o KSO wprowadza ważne zmiany w zakresie organizacji i zarządzania opieką onkologiczną – uważa **prof. Piotr Rutkowski**

czwarty pacjent musi do nas przyjechać, by wykonać dodatkowe badania lub byśmy zajęli się jego leczeniem. Sądzę, że w przypadku częstych nowotworów te proporcje mogą być znacznie większe, bo w ramach e-konsyliów da się naprawdę wiele ustalić, co usprawnia pracę lekarza i przyspiesza leczenie.

Czy dzięki koordynatorom lekarze będą mniej obciążeni obowiązkami niezwiązanymi bezpośrednio z leczeniem?

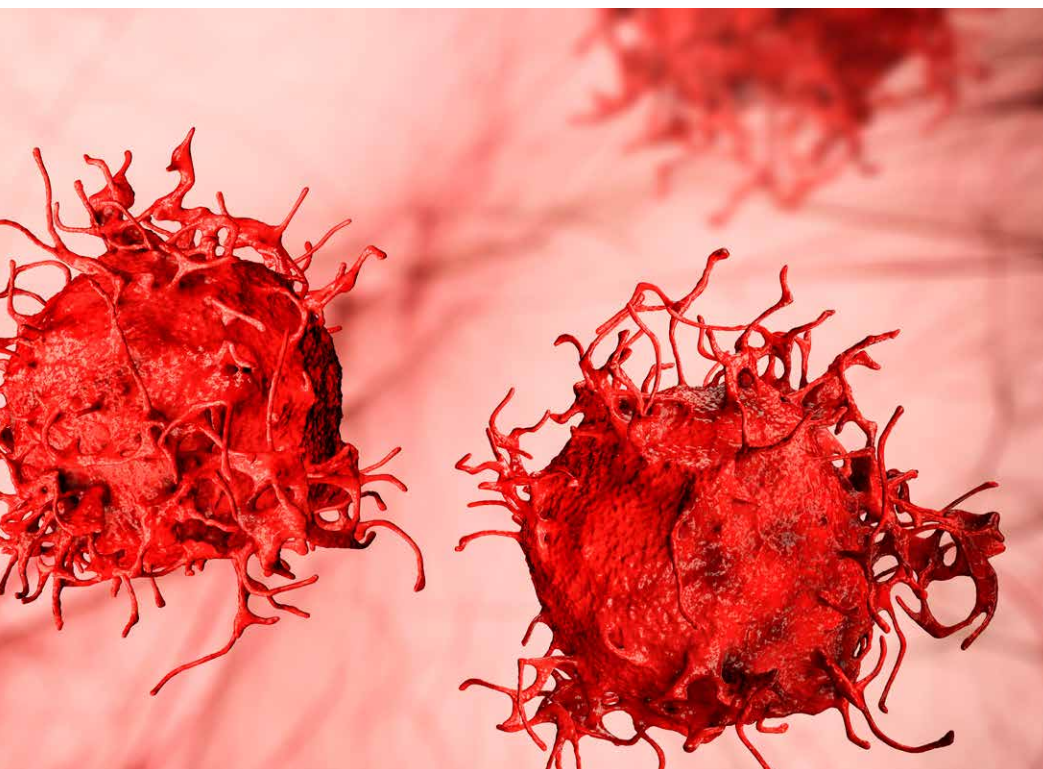
Oczywiście. Koordynator ma pomagać pacjentom, ale też ułatwiać pracę lekarzom, np. przygotować pełną dokumentację, którą lekarz przedstawi na telekonsylium, a potem uzgodnić z pacjentem to, co powinien dostarczyć na wizytę w gabinecie. Do obowiązków koordynatora może należeć bezpośredni kontakt z innymi ośrodkami i lekarzami w celu ustalenia wizyty pacjenta, a obecnie na ogół jest inaczej. Część małych ośrodków wprawdzie już zatrudnia takie osoby, ale ich rola jest ograniczona. Niektóre mniejsze szpitale nie są przyzwyczajone do obecności koordynatorów i nie zdają sobie sprawy z ich roli. I dlatego część

onkologicznym, ułatwiając pracę wielu lekarzom.

Jak jest obecnie?

Konsultujemy się między sobą „metodą chałupniczo-rzemieślniczą”, ponieważ obowiązujące przepisy w ogóle nie przewidują przeprowadzania e-konsylium. Moja klinika, zajmująca się czerniakami i mięsakami, od dwóch lat daje taką możliwość lekarzom z całej Polski. Co dwa tygodnie spotykamy się online, jeśli tylko koledzy chcą przedstawić jakiś trudny przypadek.

Okazuje się, że mimo iż są to nowotwory rzadkie, tylko co



◀ Około 40 proc. ośrodków patomorfologicznych przeszło akredytację, co bardzo poprawiło jakość wyników

Co jeszcze jest ważne dla lekarzy?

Mamy przygotowane wytyczne diagnostyczno-terapeutyczne w większości nowotworów, które wspierają podejmowanie decyzji klinicznych. Są one dostępne na stronie Krajowego Ośrodka Monitorującego, którego funkcję pełni Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, pod adresem <https://nio.gov.pl/instytut/nso/nso-wytyczne>.

Kolejna ważna sprawa to elektroniczna karta diagnostyki i leczenia onkologicznego (e-DiLO). Jest już przygotowana, ale brakuje ostatecznych zmian w przepisach umożliwiających dostęp do niej wszystkim jednostkom. Sądzę, że wejdzie w życie za kilka-kilkanaście miesięcy. Obecnie czasami wygląda to tak, że pacjent przychodzi do onkologa i nie wie, czy ma założoną kartę, czy też nie, co blokuje diagnostykę. Zdarza się, że pacjenci trafiają do nas ze stosem papierowych dokumentów, a nie wiadomo najważniejszego – jaki był dotychczasowy przebieg leczenia i diagnostyki.

Jeśli będzie e-DiLO, to wszystkie jednostki otrzymają informacje o wcześniejszej terapii, co jest niezwykle cenną wiedzą. Czasami niepotrzebnie wykonuje się te same badania albo powtarza diagnostykę, która została już przeprowadzona, a czas szybko płynie, co niepokoi pacjenta i irytuje lekarza. Dostęp do tych informacji powinny mieć zarówno ośrodki zajmujące się leczeniem onkologicznym, jak i placówki POZ.

Kogo, oczywiście poza onkologami, w największym stopniu dotyczy sieć?

Wszystkich, którzy mają do czynienia z leczeniem nowotworów, w szczególności specjalistów zabiegowych, np. chirurgów ogólnych,

lekarzy nadal wykonuje to, czego nie powinni.

Na przykład?

W klinice, w której pracuję, przyjmujemy 30-40 pacjentów w trakcie jednodniowego pobytu w ramach immunoterapii. Bez koordynatorów nie byłoby to możliwe. Oni przede wszystkim opiekują się pacjentami, w tym omawiają badania, ale również sprawdzają, by wszystko zostało przygotowane w odpowiedni sposób dla osoby prowadzącej leczenie. To wszystko ułatwia pracę. Nasi koordynatorzy kontaktują się z koordynatorami z innych ośrodków w celu umówienia wizyty w naszej klinice albo na odwrót, a także informują, jakie dokumenty trzeba ze sobą zabrać. To też nie jest rola lekarza, ale koordynatora. Powinno się to stać standardem w KSO.

Placówki będące w sieci muszą wyznaczyć taką osobę dla każdego pacjenta.

Czy koordynatorzy nie zostaną nadmiernie obciążeni obowiązkami?

Ich obecność to szansa, której nie wolno zmarnować. To prawda, że każdy ośrodek musi mieć swoich koordynatorów, ale przepisy nie narzucają wszystkiego w tej kwestii.

Liczba koordynatorów i zakres ich obowiązków pozostaje w gestii dyrektora szpitala. Może ona zależeć m.in. od potencjału ośrodka, liczby zatrudnionych lekarzy oraz liczby pacjentów i ich chorób – ina-

Dzięki KSO lekarze zyskają większe wsparcie w opiece nad pacjentami ze strony placówek, w których jest odpowiednia wiedza i kompetencje

czej trzeba traktować pacjentów gastroenterologicznych czy osoby z nowotworami płuca, a inaczej z rakiem piersi.

W Narodowym Instytucie Onkologii w Warszawie, nie licząc oddziałów w Gliwicach i Krakowie, pracuje ponad 40 koordynatorów. Po 1 kwietnia 2025 r. może będziemy mieli więcej pracy, ale dzięki nim przepływ pacjentów w obie strony zostanie uproszczony.

for.: Shutterstock.com

torakochirurgów, chirurgów regionu głowy i szyi, chirurgów szczękowo-twarzowych, a także ginekologów, gastrologów, pulmonologów i urologów, ponieważ to właśnie lekarze tych specjalności przeprowadzają diagnostykę.

A patomorfologów?

Też. Oni już doświadczyli ważnych zmian w związku z KSO. Ok. 40 proc. ośrodków patomorfologicznych przeszło akredytację, co bardzo poprawiło jakość wyników. Założenie jest takie, by placówki w sieci, szczególnie SOLO III i SOLO II, korzystały tylko z akredytowanych pracowników. Nie wszystkie muszą znajdować się na miejscu, w szpitalu, ale każda powinna spełniać wysokie standardy w zakresie jakości badań. To właśnie ona stanowi główną bolączkę dla lekarza, ponieważ często na nich się oszczędza. Na szczęście sytuacja uległa poprawie, bo od niedawna akredytowane ośrodki patomorfologiczne mogą rozliczać jednorodne grupy badań patomorfologicznych (JGPato).

Czy powstanie KSO wpłynie na pracę lekarzy rodzinnych?

Na początku nie za bardzo. Sytuacja zmieni się po wprowadzeniu e-DiLO. Obecnie lekarze POZ skarżą się na brak informacji o pacjencie chorującym na nowotwór, a dzięki elektronicznej karcie otrzymują pełną wiedzę na temat jego leczenia, np. co to za choroba i w jakim jest stadium zaawansowania. To pomoże w opiece nad pacjentem ze strony POZ.

Planuje się również wprowadzenie paszportu onkologicznego w formie załącznika do e-DiLO. Będzie on podsumowywał dotychczasowe leczenie i dawał wytyczne na przyszłość m.in. w kontekście rehabilitacji, szczepień czy częstości badań kontrolnych, a zatem dostarczy ważnych informacji lekarzom rodzinnym.

Lekarzom denty stomom też?

W paszporcie onkologicznym będą mogły znaleźć się wskazówki co do leczenia stomatologicznego. To oznacza, że lekarz dentyista zyska większą wiedzę o tym, jakiej opieki może wymagać pacjent w trakcie leczenia onkologicznego lub po jego zakończeniu. Podkreślam jednak, że to nie wejdzie w życie 1 kwietnia 2025 r.

Szpitala zakwalifikowane do KSO, które nie spełnią wskaźników minimalnych,

będą zmuszone do wprowadzania zmian, a jeśli to nie pomoże, muszą liczyć się z wykluczeniem z sieci. Czy to powód do obaw?

Moim zdaniem szpitale, które będą chciały wykorzystać możliwości, jakie daje ustawa, nie mają się czego bać. Lekarze też. Uważam, że dzięki KSO lekarze – zwłaszcza z mniejszych ośrodków – zyskają większe wsparcie w opiece nad pacjentami ze strony placówek, w których jest odpowiednia wiedza i kompetencje. Otrzymują je bez konieczności płacenia za dodatkowe konsultacje lub „domagania się” o to. Obecnie część lekarzy ma z tym problem.

O wprowadzenie wskaźników apelowało od dawna wielu leka-

Liczba koordynatorów i zakres ich obowiązków pozostaje w gestii dyrektora szpitala. Może ona zależeć m.in. od potencjału ośrodka

rzy. Pozwolą one uzyskać informacje o wynikach leczenia, co jednak nie ma służyć piętnowaniu, lecz pomóc we wskazaniu, co trzeba poprawić i gdzie. Aktualnie brakuje ewaluacji tego, co dzieje się w ramach opieki onkologicznej w naszym kraju i w poszczególnych ośrodkach.

Na konferencjach lekarskich od dawna skarżymy się, że nie wiadomo, jaki tak naprawdę skutek przynosi leczenie onkologiczne w Polsce. Obecnie monitoruje się sytuację tylko w Breast Cancer Unit i Colorectal Cancer Unit, czyli jednostkach wyspecjalizowanych w leczeniu raka piersi i raka jelita grubego. Dzięki KSO po raz pierwszy zaczniemy w sposób całościowy monitorować leczenie w tak ważnym obszarze ochrony zdrowia, jak onkologia.

Z jakim krajem można porównać model opieki onkologicznej w Polsce przewidziany w KSO?

Trudno wskazać jedno państwo. W największym stopniu

doświadczenia czerpane są z Francji, krajów skandynawskich i Holandii. W Europie Zachodniej większość systemów opieki onkologicznej opiera się na jakiejś sieci. Można więc powiedzieć, że to, co robimy w Polsce, wpisuje się w doświadczenia wielu państw i nie wyważamy otwartych drzwi. Nawiasem mówiąc, w Holandii czy Skandynawii pacjenci też są „wyznakowani” odpowiednikiem naszej karty DiLO.

Jak wielkie nadzieje należy pokładać w zmianach, o których rozmawiamy?

Ustawa daje narzędzia, a nie gotową receptę na rozwiązanie wszystkich bolączek w polskiej onkologii. Nikt chyba też nie uważa, że wszystko będzie działać sprawnie w ciągu pierwszych dwóch miesięcy. Środowisko lekarskie powinno jak najbardziej wykorzystać możliwości pojawiające się po wejściu w życie KSO. Trzeba lepiej spożytkować to, co mamy, bo onkologów w najbliższym czasie nie przybędzie.

Dlatego apeluję o zapoznanie się z ustawą i informacjami o sieci. Nie czekajmy też, by wszystko zorganizowało Ministerstwo Zdrowia czy szpital. Mamy jeszcze kilka tygodni, które da się wykorzystać, zamiast czekać z myślą: „zobaczymy, co się wydarzy po 1 kwietnia”. Nasz ośrodek m.in. zainicjuje kontakty z SOLO I i organizuje szkolenia dla koordynatorów na Mazowszu.

Czego, co jest ważne dla lekarzy, zabrakło w ustawie?

W tej chwili nie ma możliwości koordynowania działań profilaktycznych dla całego społeczeństwa w obszarze onkologii. Zgodnie z przepisami sieć obejmuje tylko osoby z podejrzeniem nowotworu i pacjentów z założoną już kartą DiLO. Tymczasem badania profilaktyczne dotyczą przede wszystkim pacjentów zdrowych. Musi być poprawka do ustawy, ponieważ jako lekarze chcemy wiedzieć, jaka jest skuteczność programów profilaktycznych na poziomie regionu czy kraju. ●

TEMAT NUMERU

Beztroscy w zapobieganiu

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

W profilaktyce onkologicznej lekcję do odrobienia mają zarówno organizatorzy ochrony zdrowia, jak i społeczeństwo. Widać to jak w soczewce, patrząc na stan realizacji badań przesiewowych.

W 2022 r. w Polsce ponad 181 tys. osób zachorowało na nowotwory złośliwe i 96 tys. zmarło z ich powodu (najnowsze dane Krajowego Rejestru Nowotworów). Wśród mężczyzn najczęstszy był rak gruczołu krokowego (23,3 proc. przypadków), płuca (13,7 proc.) i jelita grubego (11,7 proc.). Z kolei wśród kobiet to odpowiednio rak piersi (23,6 proc.), płuca (9,2 proc.), jelita grubego (8,6 proc.) i trzonu macicy (6,6 proc.). Szczególnie niepokoją statystyki wśród młodych dorosłych. Nowotwory złośliwe to druga najczęstsza przyczyna zgonów w Polsce ogółem (zaraz po chorobach układu krążenia), ale pierwsza wśród kobiet poniżej 65. roku życia. Rak odpowiada za ponad jedną piątą wszystkich zgonów w kraju. Zarówno mężczyzn, jak i kobiety najczęściej zabija nowotwór płuca.

12 ZASAD DLA ZDROWIA

W onkologii liczy się szybko postawiona diagnoza i wdrożone na czas leczenie, ale równie istotna jest profilaktyka. – Kiedy staje przed nami chory, musimy stanąć na głowie, żeby go uratować. Ale musimy też coraz więcej mówić o obowiązkach pacjentów. O tym, że nasze zdrowie jest w dużej mierze w naszych rękach. Sprawmy, aby nasz styl życia był taki, abyśmy zminimalizowali zagrożenie nowotworem – apelowała minister zdrowia Izabela Leszczyna podczas konferencji zorganizowanej w Narodowym Instytucie Onkologii w Warszawie z okazji Światowego Dnia Walki z Rakiem.

Jak podkreśla Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), pomiędzy 30 proc. a 50 proc. wszystkich przypadków raka można by zapobiec, unikając czynników rakotwórczych, m.in. palenia tytoniu,

picia alkoholu, jedzenia wysoko przetworzonej żywności, za to utrzymując prawidłową masę ciała, zdrowo się odżywiając, będąc aktywnym fizycznie, a także szczepiąc się przeciwko WZW typu B i HPV. O tym, co warto robić, by zredukować ryzyko zachorowania na nowotwór złośliwy, w 12 prostych zasadach podsumowuje Europejski kodeks walki z rakiem.

Bezspornie od naszych codziennych decyzji wiele zależy, ale to państwo polskie ma narzędzia i możliwości, aby skutecznie wspierać obywateli w dobrych wyborach dotyczących zdrowia. Tymczasem

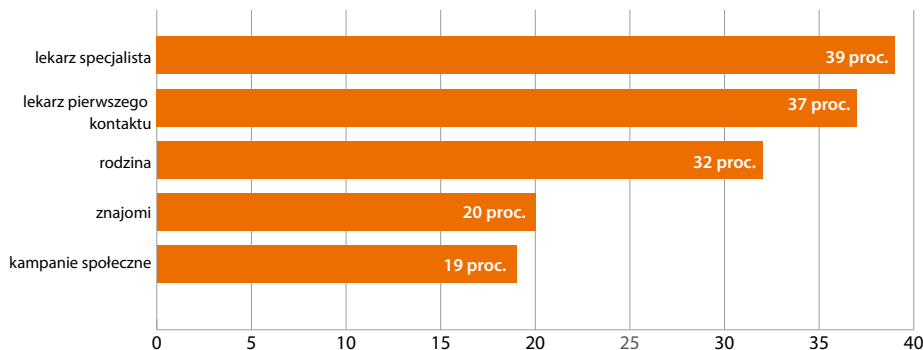
Lekarze, dopiero potem rodzina, znajomi i kampanie społeczne – mogą skutecznie przekonać do wykonania badań profilaktycznych

ponad jedną piątą dorosłej populacji kraju codziennie sięga po papierosa. Problem jest też powszechny wśród nieletnich. Zgodnie z najnowszymi wynikami badania Global Youth Tobacco Survey (GYTS) w Polsce aż 11,2 proc. chłopców i 12,3 proc. dziewcząt w wieku 13-15 lat pali papierosa, 9,7 proc. chłopców i 10,4 proc. dziewcząt w tej samej grupie wiekowej używa podgrzewanych wyrobów tytoniowych, a 21,2 proc. chłopców i 23,4 proc. dziewcząt sięga po e-papierosa. W Sejmie trwają prace m.in. nad zakazami dotyczącymi wprowadzania do obrotu podgrzewanych

PRAWA PACJENTA ONKOLOGICZNEGO W UE

Onko-Koalicja dokonała analizy, w której oceniono zgodność zapisów Europejskiego kodeksu opieki onkologicznej (EKOO) z polskim prawodawstwem. Wynika z niej, że ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta zawiera wiele zapisów zawartych w EKOO, choć realizacja niektórych z nich wymaga poprawy. Zwrócono natomiast uwagę na konieczność wprowadzenia regulacji zapewniających holistyczną opiekę nad pacjentem onkologicznym, z naciskiem na zespoły wielodyscyplinarne. EKOO powstał w 2021 r. W pracach nad jego utworzeniem uczestniczyła m.in. Komisja Europejska. Dokument ma pomóc w zmniejszaniu różnic w jakości opieki onkologicznej w Europie. Zawiera 10 fundamentalnych praw, których pacjent powinien oczekiwać od systemu opieki zdrowotnej. Więcej na www.onko-koalicja.pl

wyrobów tytoniowych zawierających aromaty, a także sprzedawania osobom nieletnim wszystkich rodzajów e-papierosów (również bez nikotyny) oraz woreczków nikotynowych. Zakazy to jedno, pozostaje kwestia ich przestrzegania. Według wspomnianego już badania GYTS ponad 44 proc. młodych palaczy

NAJWIĘKSZYM AUTORYTETEM MOGĄCYM PRZEKONAĆ
DO BADAŃ PROFILAKTYCZNYCH JEST

Źródło: Badanie „Profilaktyka nowotworów oczami Polaków”, przeprowadzone na zlecenie Institute for Health przy współpracy z Polskim Towarzystwem Onkologicznym w dniach 21-22 stycznia 2025 r. techniką CAVI na reprezentatywnej próbie 1007 dorosłych Polaków przez agencję SW Research.

kupiło papierosy w legalnym punkcie sprzedaży.

Jedną z zasad Europejskiego kodeksu walki z rakiem mówi o szczepieniu dzieci przeciwko HPV. Tymczasem, jak informuje Centrum e-Zdrowia, w grupie 4,88 mln dzieci w wieku 9-18 lat zaszczepionych jest obecnie 11,8 proc. Daleko nam do celu zawartego w Narodowej Strategii Onkologicznej (NSO), zgodnie z którą do 2028 r. 60 proc. nastolatków w wieku dojrzewania powinno być zaszczepionych przeciwko HPV. Bezpłatne szczepionki są dostępne w wybranych grupach wiekowych od półtora roku, a od 1 września 2024 r. można się umówić na szczepienie w każdej przychodni POZ.

(NIE)POWSZECHNE SKRININGI

„Korzystaj z badań przesiewowych” – to 12. zasada Europejskiego kodeksu walki z rakiem. Dokument zaleca stosowanie prewencji wtórnej w kierunku wczesnego wykrywania raka piersi (mammografia), szyjki macicy (cytologia) i jelita grubego (kolonoskopia). W Polsce są dostępne ogólnopolskie, finansowane przez NFZ badania przesiewowe w kierunku tych nowotworów złośliwych w określonych populacjach docelowych. Co więcej, w przypadku programu profilaktyki raka szyjki macicy cytologia konwencjonalna ma być zastąpiona testem molekularnym HPV HR wspomagana cytologią na

podłożu płynnym (LBC). Nowe metody mają jeszcze skuteczniej wykrywać zmiany nowotworowe na wczesnym etapie, dając mniej wyników fałszywie ujemnych. Projekt rozporządzenia w tej sprawie 17 stycznia został skierowany do konsultacji publicznych.

Jak wygląda zgłaszalność do badań przesiewowych realizowanych w publicznym systemie opieki zdrowotnej? – Jest bardzo niska. W przypadku raka piersi wynosi 31-32 proc., raka szyjki macicy 11,5 proc., a raka jelita grubego – jedynie kilka procent. Natomiast żeby skrining był skuteczny, potrzeba zgłaszalności na poziomie minimum 70 proc. – mówi prof. Paweł Koczkodaj z Zakładu Epidemiologii i Prewencji Pierwotnej Nowotworów NIO-PIB. Niedawno media obiegała informacja, że w woj. pomorskim z programu badań przesiewowych raka jelita grubego skorzystało w 2024 r. niespełna 1 proc. uprawnionych. Z kolei pod koniec stycznia tego roku Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie zaapelował do kobiet w wieku 45-74 lata do skorzystania z mammografii w ramach NFZ. – Codziennie możemy wykonać nawet 40 badań, jednak zdarzają się dni, kiedy zgłaszają się zaledwie 2-3 pacjentki – informował Mateusz Izakowski, rzecznik prasowy szpitala.

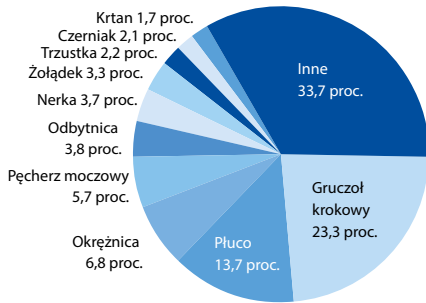
Dlaczego Polki i Polacy nie korzystają z tych skriningów, mimo iż są łatwo dostępne? Zgodnie z zaleceniami WHO programy przesiewowe w kierunku nowotworów złośliwych są skuteczne, pod warunkiem że są poprawnie przygotowane. Jednym z ważnych elementów jest identyfikacja populacji kwalifikującej się do badania i zapraszanie wytypowanych osób do wzięcia w nim udziału wraz z informacją ułatwiającą świadome podjęcie decyzji.

– W Polsce stały spadek uczestnictwa w programach badań przesiewowych w kierunku nowotworów złośliwych obserwujemy od 2016 r., czyli od czasu zaprzestania wysyłki zaproszeń. Zaproszenia trzeba przywrócić. Może niekoniecznie w formie papierowej, ale unowocześnionej, z wykorzystaniem nowoczesnych technologii – zwraca uwagę prof. Paweł Koczkodaj. I dodaje, że w przypadku programu przesiewowego raka jelita grubego należy rozważyć wprowadzenie testu przesiewowego FIT na krew utajoną w kale. – Pacjenci boją się kolonoskopii. Test FIT mógłby spełnić rolę pretestu do kolonoskopii. Jeśli wychodzi pozytywny, wskazana byłaby kolonoskopia, aby sprawdzić dokładnie, co się dzieje – uważa prof. Koczkodaj. Zaznacza ponadto, że ogólnopolski program przesiewowy w kierunku wczesnego wykrywania raka płuca to dobry i oczekiwany kierunek zmian – rak płuca jest pierwszą przyczyną zgonów nowotworowych w Polsce zarówno wśród kobiet, jak i wśród mężczyzn. – W tym kontekście eksperci podkreślają istotną rolę wykorzystania niskodawkowej tomografii komputerowej (NTK). Przez długi czas toczyły się dyskusje, czy badanie to spełnia wymagania badania przesiewowego jako powtarzalnego, z ograniczoną liczbą wyników fałszywie dodatnich, jednak po latach okazuje się, że rozważne stosowanie NTK w skriningu przynosi oczekiwane efekty – tłumaczy prof. Koczkodaj.

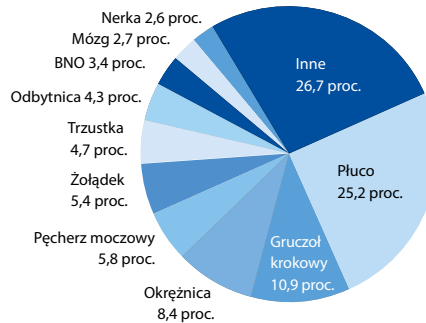
AUTORYTET OD PROFILAKTYKI

Co o prewencji onkologicznej myślą rodacy? Ciekawych wniosków dostarczają wyniki badania „Profilaktyka nowotworów oczami

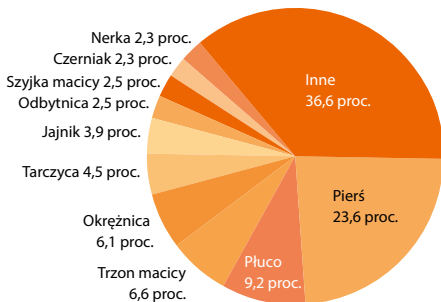
STRUKTURA ZACHOROWAŃ U MĘŻCZYZN



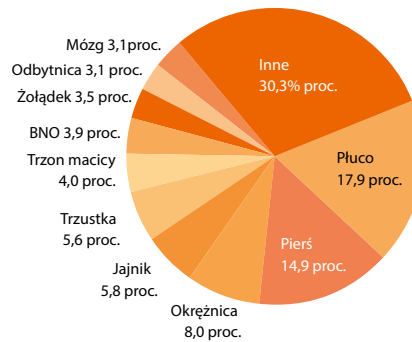
STRUKTURA ZGONÓW U MĘŻCZYZN



STRUKTURA ZACHOROWAŃ U KOBIET



STRUKTURA ZGONÓW U KOBIET



Źródło: „Nowotwory złośliwe w Polsce w 2022 roku”, biuletyn Krajowego Rejestru Nowotworów, Warszawa 2024

Polaków”, przeprowadzonego na zlecenie Institute for Health we współpracy z Polskim Towarzystwem Onkologicznym na początku 2025 r. Co czwarty ankietowany zadeklarował, że bada się profilaktycznie regularnie pod kątem nowotworów. Jednocześnie 38 proc. respondentów nigdy nie robiło takich badań. Dlaczego? Wśród najczęstszych barier wymieniano wysoki koszt badania poza NFZ i trudność w dostępie do lekarza, ale też brak potrzeby wykonania diagnostyki i poczucie, że „czuję się zdrowy”. Wśród powodów wskazywano również brak czasu i strach przed diagnozą.

Kto może skutecznie przekonać do wykonania badań profilaktycznych? Ankietowani najczęściej wskazywali lekarzy, na dalszych pozycjach znalazła się rodzina, znajomi i kampanie społeczne. – Autorytet lekarza w Polsce jest nadal bardzo silny. Okazuje się, że bardzo duża część społeczeństwa nie wykonuje badań przesiewowych, ponieważ nie otrzymała takiego zalecenia od

lekarza – zwraca uwagę prof. Paweł Koczkodaj.

Onkofundacja Alivia proponuje, aby do końca 2025 r. opracować strategię profilaktyki (w tym przeciwnowotworowej) w Polsce oraz by powołać krajowego koordynatora ds. profilaktyki. Nie da się ukryć, obecnie w obszarze profilaktyki obserwujemy rozproszenie działań. Być może w podnoszeniu świadomości onkologicznej społeczeństwa, w tym poprawie zgłaszalności na badania przesiewowe, jakąś rolę odegra Narodowy Portal Onkologiczny, który według zapowiedzi przewodniczącego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego prof. Piotra Rutkowskiego ma ruszyć w maju. Ma to być miejsce dostarczające sprawdzonej wiedzy na temat rozpoznawania i leczenia nowotworów złośliwych, jak również rehabilitacji i profilaktyki nowotworowej. Portal ma służyć

PROGRAMY PROFILAKTYKI RAKA JELITA GRUBEGO, SZYJKI MACICY ORAZ PIERSI DOSTĘPNE W RAMACH NFZ (badanie nie wymaga skierowania, wystarczy zgłosić się do jednej z placówek, które realizują program)

KOLONOSKOPIA

W ramach programu badań przesiewowych raka jelita grubego mogą ją wykonać mężczyźni i kobiety w wieku 50-65 lat, którzy nie korzystali z tego rodzaju diagnostyki w ciągu ostatnich 10 lat, a także osoby w wieku 40-49 lat, jeśli ich bliscy krewni (pierwszego stopnia) chorowali na nowotwór jelita grubego.

CYTOLOGIA

W ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy mogą ją wykonać kobiety w wieku 25-64 lata raz na 3 lata. (17 stycznia został skierowany do konsultacji publicznych projekt rozporządzenia wprowadzający do programu test molekularny HPV HR wspomaganą cytologią na podłożu płynnym)

MAMMOGRAFIA

W ramach programu profilaktyki raka piersi mogą ją wykonać kobiety w wieku 45-74 lata raz na 2 lata. Programem są objęte również kobiety, które:

- zakończyły okres 5 lat od leczenia chirurgicznego raka piersi i pozostają w trakcie uzupełniającej hormonoterapii (HT) – zalecenie badania co 12 miesięcy
- zakończyły leczenie raka piersi i 5-letni proces monitorowania po zakończonym leczeniu – zalecenie badania co 12 miesięcy.

Źródło: NFZ

wszystkim obywatelom. Ma być nowoczesny i przyjazny użytkownikowi, z sekcją multimedialną zawierającą podcasty i filmy edukacyjne.

WAŻNE SPRAWY

Manko na ćwierć biliona złotych

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

W obszarze ochrony zdrowia rząd „nie dowozi” – to coraz powszechniejsza ocena nie tylko ekspertów, ale również opinii publicznej.

Nie chodzi tylko o niespełnione obietnice wyborcze, ale również coraz bardziej dający się we znaki kryzys w finansach. Z opublikowanego w lutym raportu wynika, że luka w NFZ w ciągu najbliższych czterech lat może sięgnąć 250 mld zł.

Pierwszy raport Federacji Przedsiębiorców Polskich i Instytutu Finansów Publicznych ukazał się w czerwcu 2024 r. i sygnalizował przepaść między przychodami płatnika i kosztami związanymi z utrzymaniem obecnego (i tak dalece niewystarczającego) poziomu dostępności i jakości świadczeń. 19 lutego ukazała się jego aktualizacja. Wskazuje, że problemy w latach 2025-2028 będą większe, niż zakładano kilka miesięcy wcześniej.

Sytuację dodatkowo skomplikowało ścisłe związanie budżetu NFZ z budżetem państwa (ustawa o Radzie Fiskalnej). Powoduje to, że każda dotacja z budżetu państwa od 2027 r. będzie musiała mieć pokrycie w zmniejszeniu wydatków budżetowych w innych obszarach. To efekt objęcia Polski procedurą nadmiernego deficytu, który w najbliższych latach musimy zmniejszyć o 3 punkty procentowe. To wyzwanie. Sam deficyt w obszarze zdrowia (czyli różnica między przychodami a kosztami systemu, bez uwzględnienia dotacji z budżetu państwa) może sięgnąć rocznie nawet 1,9 proc. PKB.

OTCHŁAŃ

„Narodowy Fundusz Zdrowia obecnie w sposób trwały utracił możliwości regulowania swoich zobowiązań na dotychczasowych zasadach. Wykorzystanie w całości funduszu zapasowego

oraz związany z tym kryzys płynności doprowadziły do sytuacji, w której płatnik publiczny nie może na bieżąco finansować wszystkich bezspornych zobowiązań. Zostaje również zmuszony do wdrożenia niezbędnych działań przystosowawczych, zmieniając zasady finansowania świadczeń obserwowane w ostatnich latach.

Minister zdrowia przyznawała w ostatnich miesiącach, że prace nad reformą spowalnia trwająca kampania przed wyborami prezydenckimi

Długoterminowym skutkiem obecnej sytuacji, wynikającym z braku reformy systemu składkowego oraz zobowiązań zawartych w ustawie o minimalnych nakładach na ochronę zdrowia, jest utrata samofinansującego się charakteru systemu” – czytamy w raporcie.

Raport „Finanse ochrony zdrowia pod ścisłym nadzorem procedury nadmiernego deficytu” został przygotowany przez ekspertów (Sławomir Dudek, Łukasz Kozłowski, Wojciech Wiśniewski) na podstawie publicznie dostępnych dokumentów rządowych oraz oszacowania przyszłości kluczowych wskaźników dotyczących finansowania ochrony zdrowia. Przedstawiono w nim również skutki wynikające z objęcia Polski procedurą nadmiernego deficytu przez instytucje

unijne oraz z objęcia Narodowego Funduszu Zdrowia stabilizującą regułą wydatkową zgodnie z przepisami ustawy o Radzie Fiskalnej.

Kwota blisko ćwierć biliona złotych to górna granica (warto zaznaczyć – na dziś), którą budżet państwa w ciągu czterech lat, licząc z obecnym, będzie musiał dopłacić do NFZ. Ponad 136 mld zł to skutki ustawy przychodowej, która wyznacza minimalne progi nakładów na zdrowie. Na różnicę ponad stu miliardów złotych składają się m.in. koszty zmniejszenia obciążeń składkowych dla przedsiębiorców (które mają wejść w życie 1 stycznia 2026 r. i nad którymi obecnie pracuje Sejm), konieczność finansowania świadczeń nielimitowanych w pełnym zakresie czy wreszcie – największy koszt – realizacja ustawy o wynagrodzeniach minimalnych w ochronie zdrowia.

PODWYŻKI JAK POCALUNEK ŚMIERCI

Wiele wskazuje, że po wyborach prezydenckich temat ustawy podwyżkowej wróci ze zdwojoną siłą. 14 lutego GUS opublikował informację, na podstawie których obliczono wysokość minimalnych wynagrodzeń od 1 lipca 2025 r.

– Skala tegorocznych podwyżek to pocałunek śmierci dla ustawy – przewiduje Wojciech Wiśniewski, ekspert FPP, reprezentujący organizację w Zespole Trójstronnym ds. Ochrony Zdrowia.

To tylko jeden z głosów w sprawie. Jeszcze w połowie 2024 r.

dyrektorzy szpitali zaczęli postulować, by ustawę uchylić lub zamrozić. Eksperti FPP rekomendują raczej jej zmianę idącą w kierunku rozerwania ścisłego związku między wzrostem wynagrodzeń w gospodarce a wzrostem płac minimalnych w ochronie zdrowia na rzecz waloryzacji tych ostatnich o wskaźnik inflacji z niewielkim komponentem podwyżkowym. Proponują również, by wstrzymać finansowanie podwyżek kontraktów (umów cywilnoprawnych) ponad ustalony poziom. Tym poziomem mogłyby być na przykład cztery średnie krajowe.

Nie można zapominać, że w komisjach sejmowych cały czas mrożony jest obywatelski (pielęgniarski) projekt nowelizacji ustawy o wynagrodzeniach minimalnych i nic nie wskazuje, by w dającej się przewidzieć przyszłości prace nad nim miały zostać wznowione. Gdyby jednak tak się stało, rocznie kosztowałoby to – w bardzo okrojonej wersji – 5-6 mld zł.

Problemem jest jednak to, że poza pojedynczymi wypowiedziami – a to ze strony dyrektorów szpitali, a to ekspertów czy polityków – które można traktować w kategoriach sondowania nastrojów, ze strony resortu zdrowia nie ma żadnego sygnału do podjęcia negocjacji. Przeciwnie. Oficjalne stanowisko Ministerstwa Zdrowia sprowadza się do stwierdzenia, że nie podjęto w tej sprawie żadnych prac, nie zapadły żadne decyzje.

KRÓTSZE KOLEJKI W NASTĘPNEJ KADENCJI

Eksperti nie mają wątpliwości: przyszedł czas nie tylko na polityczną debatę, ale też konkretne decyzje dotyczące finansów ochrony zdrowia, zanim zaczną one mieć destrukcyjny wpływ na stabilność finansów publicznych. – Taka dyskusja i takie decyzje powinny zapaść w parlamencie – ocenia Sławomir Dudek.

Czy politycy są na to gotowi? Jedyną ustawą, która wprost dotyczy finansów ochrony zdrowia, nad którą realnie pracuje Sejm, jest projekt zmniejszający składkę zdrowotną odprowadzaną przez przedsiębiorców. Zmiany, które miałyby wejść w życie 1 stycznia 2026 r., mają kosztować – według wstępnych szacunków resortu finansów – ok. 6 mld zł rocznie. – To jedna piąta bazowej luki w finansach NFZ – zwraca uwagę Sławomir Dudek.

Wiele wskazuje, że decydenci będą starali się uniknąć za wszelką cenę dyskusji o finansach, koncentrując uwagę interesariuszy systemu i opinii

publicznej na proponowanych i wprowadzanych zmianach. Narodowy Fundusz Zdrowia w połowie lutego ujawnił szczegóły zmiany zasad finansowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (a w każdym razie części opieki specjalistycznej). Finansowanie degresywne ma zmusić poradnie do zwiększania odsetka przyjęć pacjentów pierwszorazowych, co ma przynieść efekt w postaci skrócenia kolejek do specjalistów.

„Zmusić” to dobre określenie, bo płatnik nie nęci tym razem marchewką, a grozi. Te poradnie,

Przyszedł czas nie tylko na polityczną debatę, ale też konkretne decyzje dotyczące finansów ochrony zdrowia

które odsetek będą mieć niższy niż mediana, dostaną trzy miesiące na poprawę, a jeśli się nie dostosują, otrzymają kontrakty niższe o jedną czwartą (z wyłączeniem świadczeń udzielanych pacjentom pierwszorazowym). Fundusz ocenia, że pierwsze efekty operacji będą odczuwalne za rok, a w ciągu trzech lat (!) powinno się udać zlikwidować kolejki przynajmniej do niektórych specjalistów.

BYŁE DO WYBORÓW

Na decyzję polityczną czekają zmiany w szpitalnictwie. Projekt ustawy został poddany po raz trzeci konsultacjom publicznym po tym, jak wojewodowie zaprotestowali przeciw ministerialnej propozycji, by to kierowane przez nich zespoły decydowały o faktycznej likwidacji części oddziałów ginekologiczno-polożniczych.

Minister zdrowia przyznawała w ostatnich miesiącach, że prace nad reformą spowalnia trwająca kampania przed wyborami prezydenckimi. W lutym zapowiedziała, że ma nadzieję skierować projekt ustawy do Sejmu już w marcu. Dotrzymanie tego terminu będzie jednak trudne, by nie powiedzieć – niemożliwe. I to nawet jeśli potwierdzą się informacje, że likwidacja nierentownych oddziałów miałaby pozostać wyłączną decyzją

organów prowadzących. To zresztą postawiłoby sens całej reformy pod ogromnym znakiem zapytania. Przecież zmiany były uzasadniane z jednej strony koniecznością stworzenia warunków do bilansowania się działalności szpitali, z drugiej – zapewnieniem bezpieczeństwa pacjentów, trudnego do osiągnięcia przy małej liczbie wykonywanych procedur.

Samo podjęcie hasła „reforma szpitali”, nawet jeśli miałaby to być wyłącznym wydmuszką przygotowana z myślą o wypełnieniu kamienia milowego KPO, może być użyte na ostatniej prostej kampanii prezydenckiej jako broń przeciw kandydatom koalicji rządzącej. Zagrożony może się czuć nie tyle Rafał Trzaskowski, co przede wszystkim Szymon Hołownia, szukający poparcia w dużym stopniu poza wielkimi ośrodkami miejskimi.

Problemem jest też to, że nawet jeśli wszystkie projektowane zmiany miałyby wejść w życie i przynieść zakładany efekt w postaci racjonalizacji kosztów – co samo w sobie budzi ogromne wątpliwości – nie stanie się to w perspektywie roku czy nawet dwóch lat. Tymczasem kryzys finansowy rozgrywa się tu i teraz.

Zwracał na to uwagę podczas lutowego posiedzenia sejmowej Podkomisji ds. Organizacji Ochrony Zdrowia ekspert Naczelnej Rady Lekarskiej ds. transformacji systemu ochrony zdrowia Krzysztof Zdobylak. – Nie mamy komfortu odległego planowania – podkreślał, oceniając, że ministerstwo, przedstawiając plany „odwracania piramidy”, abstrahuje od obecnej kryzysowej sytuacji. Nie bierze też pod uwagę, że miejscami system już zaczyna się załamywać.

Biorąc pod uwagę szacowany deficyt w tegorocznych finansach (Ministerstwo Zdrowia oficjalnie przyznaje, że brakuje ok. 17 mld zł, eksperci oceniają, że może to być kwota blisko dwukrotnie wyższa), miejscowe załamywanie się systemu będzie w kolejnych miesiącach raczej normą niż wyjątkiem. ●

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

AKTUALNOŚCI

Lekarze przy okrągłym stole

PIOTR KOŚCIELNIAK

Spotkanie poświęcone sytuacji w samorządzie planowane jest na 7 marca. Ma się ono odbyć w auli Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – wystarczająco obszernej, aby pomieścić wszystkich zainteresowanych. Czy inicjatywa otwartego dialogu ułatwi zakończenie sporu?

Już sam fakt przeniesienia posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej z sali obrad w warszawskiej siedzibie NIL do większych pomieszczeń uniwersyteckich świadczy o tym, że organizatorzy spodziewają się, iż zainteresowanie tym wyjątkowym wydarzeniem będzie spore. Tego dnia ma się odbyć nie tylko planowane wcześniej posiedzenie NRL, ale również okrągły stół, podczas którego uczestnicy będą mogli swobodnie dyskutować o tym, co poróżniło członków samorządu.

Forum dla dialogu samorządowców to efekt decyzji NRL z 17 stycznia 2025 r., która zapadła po wniosku prezesa Łukasza Jankowskiego. W uchwale „w sprawie organizacji otwartego posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej wraz z debatą Okrągły Stół dla dyskusji o samorządzie lekarskim” zaznaczono, iż w porządku obrad NRL w dniu 7 marca 2025 r. należy umieścić punkt o debacie.

O terminie i miejscu otwartego posiedzenia mają zostać powiadomieni wszyscy delegaci na Krajowy Zjazd Lekarzy IX kadencji. I to właśnie oni będą mogli wziąć udział w dyskusji podczas otwartego posiedzenia NRL – przewiduje uchwała.

Skąd pomysł okrągłego stołu? To efekt całego łańcucha wydarzeń, który rozpoczął się wnioskiem dr. Przemysława Jaczuna, wiceprezesa ORL Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu, ws. zorganizowania nadzwyczajnego zjazdu w celu odwołania Łukasza Jankowskiego z funkcji prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej. Krajowa Komisja Wyborcza uznała, że wniosek był złożony przez osobę nieuprawnioną i pozostawiła go bez rozpoznania.

Oponenci obecnych władz samorządu lekarskiego sięgnęli wtedy po inny sposób: na przełomie listopada i grudnia 2024 r. stanowiska wzywające do organizacji nadzwyczajnego zjazdu podjęło dziewięć okręgowych rad lekarskich. Jedną z nich później uchyliła swoje stanowisko. We wnioskach wskazywano, że nadzwyczajny zjazd powinien mieć dwa cele: dyskusję o działalności samorządu lekarzy i lekarzy dentyków obecnej kadencji oraz głosowanie nad odwołaniem prezesa Jankowskiego.

Zarzuty, które ośmiu prezesów okręgowych rad zaprezentowało w liście otwartym, są w dużej mierze powtórzeniem pierwszego wniosku dr. Jaczuna. Dotyczą m.in. stylu zarządzania, rotacji pracowników, zerwania kontaktów z Polonią medyczną, jak również ograniczania niezależności organów NIL, niedopuszczania głosów krytycznych czy zmiany logo Naczelnej Izby Lekarskiej bez konsultacji. Sięgnięto również po... zrzuty ekranowe z komunikatorów internetowych, które – według krytyków prezesa Jankowskiego – mają świadczyć o jego nieetycznym zachowaniu. Informacje o sporze w samorządzie lekarskim przekazano również niektórym mediom ogólnopolskim.

Co w tej sprawie ma do powiedzenia prezes Łukasz Jankowski? Wystosował list otwarty do lekarzy i lekarzy dentyków, w którym wyliczał najważniejsze sukcesy samorządu IX kadencji. Wymienił m.in. opracowanie i przyjęcie nowego Kodeksu Etyki

Lekarskiej, który obecnie jest jednym z najnowocześniejszych dokumentów tego rodzaju, powołanie Rady Ekspertów NIL, Rady ds. Rozwoju Stomatologii przy ministrze zdrowia, utworzenie Sieci Lekarzy Innowatorów NIL IN i wprowadzenie ePWZ. O rosnącej sile samorządu lekarskiego świadczy również – zdaniem prezesa NRL – uzyskanie wpływu na działania CMKP, skuteczny lobbying ws. wyhamowania powstawania nowych kierunków lekarskich i sukces w sporze z NFZ. Jednak chyba najistotniejszą zmianą jest wprowadzenie nowego regulaminu wyborów do izb lekarskich zakładającego możliwość głosowania elektronicznego, a zatem ułatwiającego i demokratyzującego cały proces. Upublicznianie prywatnej korespondencji nazwał zaś „metodami niegodnymi zawodu lekarza”.

Pojawiły się również głosy sprzeciwiające się organizacji kosztownego Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy i biorące w obronę prezesa Jankowskiego. Odpowiednie uchwały przyjęło siedem okręgowych rad.

Jednak najistotniejsze wydarzenia miały miejsce podczas posiedzenia NRL 17 stycznia. Przewodniczący Łukasza Jankowskiego usiłowali przymusić uchwałę o nadzwyczajnym zjeździe w celu odwołania prezesa, ale już bez punktu o dyskusji. Ta próba została odrzucona zdecydowaną większością głosów. Zamiast tego prezes Jankowski zaproponował zorganizowanie otwartej dyskusji, a Rada przyjęła odpowiednią uchwałę. 7 marca na WUM okaże się, czy temperatura sporu spadła, czy dyskusja jeszcze ją podniosła. ●

AKTUALNOŚCI

Na wojnie z szarlatanami

SYLWIA WAMEJ
DZIENNIKARKA

Działalność pseudolekarzy kwitnie, choć coraz częściej jest demaskowana, a oszuści karani. Realne działania samorządu lekarskiego mogą zastopować ten szkodliwy proceder i uniemożliwić dalsze krzywdzenie pacjentów.

Ziołolecznictwo, terapia kryształami i kwiatami, ajurweda, irydologia, kineziologia czy radionika od stycznia trafiły na listę Polskiej Klasyfikacji Działalności. Jak można przeczytać w rozporządzeniu Rady Ministrów z 18 grudnia 2024 r., w PKD znalazła się działalność w zakresie medycyny tradycyjnej, uzupełniającej i alternatywnej, wykonywanej przez pracowników medycznych. Autorzy dokumentu podpisanego elektronicznie przez premiera Donalda Tuska zgodnie przyznali, że działalność ta nie jest oparta na danych naukowych dotyczących diagnozowania i leczenia chorób. Informacja ta zaskakuje, bo nowe działalności umieszczone zostały w sekcji Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna w dziale 86, który traktuje o opiece zdrowotnej. W tym samym dziale opisane są kody m.in. lekarzy, lekarzy dentyków, diagnostów, laboratoriów oraz pielęgniarek.

PRÓBA LEGITYMIZACJI

Sprawą błyskawicznie zajęło się Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, które w oficjalnym stanowisku uznało, że „jest to niczym nieuzasadniona próba legitymizacji takiej działalności, co może być niebezpieczne dla pacjentów, którzy mogą opóźnić rozpoczęcie lub wręcz zrezygnować z potwierdzonych naukowo metod leczenia”. Podkreślono, że PNRL oczekuje od ministra zdrowia podjęcia działań w celu wykreślenia kodu 86.96 z listy PKD. Jak zaznaczał wiceprezes NRL Klaudiusz Komor, w odpowiedzi otrzymanej od resortu zdrowia wskazano, że takiej regulacji wymagało prawo unijne.

– Niefortunnie się stało, że rzeczywiście medycyna naturalna, uzupełniająca i alternatywna ma swój numer w PKD. Nie bójmy się i nazwijmy te metody pseudomedycyną albo paramedycyną. Wtedy dla pacjenta będzie jasne, że jeżeli się tego podejmuje, chce być tym traktowany, bo nie powiem, leczony, to nie jest to medycyna – wyjaśniał wiceprezes NRL.

NIE TACY BEZKARNI

Oliwy do ognia w dyskusji dolewają medialne historie osób, które działając bez odpowiednich uprawnień, niszczyły zdrowie swoich pacjentów. Mowa o 25-letnim Oskarze D., który sam siebie nazywał naturopatą i „leczył” pacjen-

niewinny, sprawa została umorzona, lecz dzięki decyzji sądu postępowanie ponownie wszczęto. Naturopata usłyszał zarzuty narażenia pacjentki z rakiem na utratę życia lub zdrowia oraz udzielanie świadczeń medycznych bez wymaganych zezwoleń. Zarzucano mu także pranie brudnych pieniędzy i oszustwa podatkowe. Niedawno Polskie Towarzystwo Onkologiczne apelowało do pacjentów, by zachować ostrożność wobec ofert terapii niekonwencjonalnych, które bazują na obietnicach bez pokrycia, wprowadzając przy tym w błąd osoby szukające ratunku.

Kolejny przypadek dotyczy Macieja Panka, który mówi, że jest lekarzem medycyny estetycznej, choć z wykształcenia jest lekarzem dentyką. Według mediów wielu pacjentów oraz byłych współpracowników zarzuca mu podejmowanie się procedur, do których wykonywania nie posiadał uprawnień. Osoby decydujące się oddać w jego ręce twierdziły, że zabiegi były przeprowadzane w mało profesjonalny sposób. Skarżyły się na powikłania. Składane reklamacje ignorowano, a sam zainteresowany miał unikać odpowiedzialności za ewentualne błędy. Ciemne chmury zaczęły się zbierać nad Pankiem już kilka lat temu. W 2019 r. został skazany przez Okręgowy Sąd Lekarski w Warszawie – usłyszał wyrok w związku z przekroczeniem uprawnień. W jednym z telewizyjnych programów wykonał przed kamerami zabieg plastyki powłok

Każda działalność lekarza niezgodna z aktualną wiedzą medyczną powinna zainteresować rzeczników odpowiedzialności zawodowej

tów chorych na raka za pomocą suplementów wartych krocie z jego własnego sklepu oraz płynem Lugola. 25-latek jeszcze do niedawna brylował w mediach społecznościowych, chwalał się, że wyleczył z nowotworów ponad 400 osób.

Doniesienie na Oskara D. do prokuratury złożył Rzecznik Praw Pacjenta. Po przesłuchaniu mężczyzny, który stwierdził, że jest

brzusznym, choć jako lekarz dentysta nie miał do tego prawa. W toku procesu sąd uznał, że lekarz „dezinformuje swoich potencjalnych pacjentów”, a jego metody są „rażąco nieetyczne”.

BORELIOZA I SUPLEMENTY

Temat pseudomedycyny w ostatnim czasie pojawia się coraz częściej również w popkulturze, gdzie na popularnym serwisie streamingowym triumfy święci serial „Ocet jabłkowy”. Inspirowany jest prawdziwą historią australijskiej blogerki Belle Gibson, która zbudowała swoją karierę na fałszywej diagnozie raka mózgu.

W Polsce nie trzeba jednak kręcić serialu, bo rzeczywistość sama pisze smutny scenariusz z medycyną niekonwencjonalną w roli głównej. Poza głośnymi medialnymi historiami Panka i Oskara D. warto zwrócić uwagę na pisma promujące paramedycynę i znachorstwo, wyeksponowane na regałach Poczty Polskiej. Na problem szkodliwości takich czasopism dla zdrowia pacjentów zwracała uwagę Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie.

W internecie można znaleźć wiele przykładów szkodliwej działalności szarlatanów, m.in. „diagnozujących boreliozę”, a następnie „leczenie choroby” za pomocą suplementów diety. Kolejny to plazmoterapia, promowana przez jednego z oszustów jako fale elektromagnetyczne o konkretnych częstotliwościach, które niszczą wirusy, bakterie, grzyby, pleśń, pierwotniaki, a nawet choroby takie jak stwardnienie rozsiane. Kolejną kontrowersyjną usługą reklamowaną przez szarlatanów jest „nowoczesna terapia komórkowa EMOST”, wykorzystywana przez żołnierzy NATO w celu maksymalizacji wydajności organizmu. Ma polegać na terapii własnym sygnałem elektromagnetycznym. Zdaniem znachorów stosujących tę metodę wszelkie dolegliwości znikają w mgnieniu oka.

„JASZCZUR” W OBRONIE

Osoby broniące działalności tych, którzy szkodzą pacjentom, bywają zaciekle i wulgarne, czego dowodem była obecność przed Naczelnym Sądem Lekarskim obrońców dr Doroty Sienkiewicz, prezes Polskiego Stowarzyszenia Niezależnych Lekarzy i Naukowców (PSNLiN). Okręgowy Sąd Lekarski w Białymstoku wymierzył jej karę pozbawienia prawa wykonywania zawodu przez rok. Kontrowersyjna lekarka krytykowała w sieci

szczepionki przeciwko COVID-19 dla dzieci i młodzieży.

Dr Sienkiewicz odwoływała się do Naczelnego Sądu Lekarskiego, a kolejna już rozprawa odbyła się 13 lutego. Osoby broniące dr Sienkiewicz, w tym założyciel skrajnie nacjonalistycznej organizacji „Rodacy Kamraci” Wojciech Olszański „Jaszczur”, wykrzykiwały w stronę Naczelnego Sądu Lekarskiego NIL wulgarne hasła. Protestujący wdarli się do pomieszczeń sądu. Interweniowała policja.

Warto dodać, że na początku lutego prezydent Warszawy Rafał Trzaskowski po sygnałach od Rzecznika Prawa Pacjenta złożył wniosek do Sądu Rejonowego dla m.st. Warszawy o rozwiązanie PSNLiN.

POSZERZENIE KOMPETENCJI RZECZNIKA

Choć droga do wyeliminowania dezinformacji i działalności znachorów jest jeszcze długa, trwają intensywne prace z Ministerstwem Zdrowia nad poszerzeniem kompetencji Rzecznika Praw Pacjenta, który będzie mógł surowo karać szarlatanów.

– Zmiany zakładają, że będę mógł wystąpić w sprawie praktyk pseudomedycznych i od razu nałożyć karę finansową do miliona złotych wobec danego podmiotu lub konkretnej osoby fizycznej. Wszystko po to, aby tego typu działalność wyeliminować – mówił Rzecznik Praw Pacjenta Bartłomiej Chmielowiec na niedawnym posiedzeniu Komisji Zdrowia dotyczącym stosowania niezgodnych z evidence-based medicine sposobów leczenia.

Zdaniem Klaudiusza Komora, wiceprezesa NRL, najważniejsze jest jednoznaczne określenie, co jest dobre, a co złe. – Istnieje jedna medycyna, jest jak matematyka. Wiedza medyczna jest jedna, ewoluuje, zmienia się, jest żywa w pewnym sensie. Na ten moment każdy lekarz, kończąc studia, składa przysięgę Hipokratesa. Nawet jakby ktoś nie poszedł na odebranie dyplomów i jej nie złożył, nie mógłby się tym zająć, ponieważ obowiązuje go Kodeks Etyki Lekarskiej. A ten jednoznacznie mówi, że lekarz musi leczyć zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Jeżeli tego nie

robi, izby lekarskie, a konkretnie rzecznik odpowiedzialności zawodowej i sąd lekarski, mają go rozliczać – komentował Klaudiusz Komor podczas niedawnego posiedzenia Komisji Zdrowia.

SKANDALICZNE SŁOWA O LEKARZACH

Gdy jedne grupy starają się walczyć z nieuczciwością szarlatanów, inne godzą w dobre imię wykwalifikowanych lekarzy. W czasie lutowego posiedzenia Parlamentarnego Zespołu ds. Ochrony Życia i Zdrowia Polaków padły obraźliwe słowa pod adresem lekarzy. Obradom przewodniczył poseł Roman Fritz z Klubu Poselskiego Konfederacja, który w żaden sposób nie zareagował na obelżywe hasła Anny Kubali, radcy prawnej i prezes fundacji Fiat Iustitia. W trakcie jej kontrowersyjnego przemówienia padły takie słowa jak „śmierć zaczęła teraz nosić biały kitel i już nie chodzi w czarnej pelerynie z kosą”. Dodała, że żyjemy w okresie, który można nazwać „cywilizacją śmierci”, a jej zdaniem odpowiedzialne za to jest zachowanie i działanie lekarzy.

Nie tylko Anna Kubala pozwoliła sobie na obrażanie lekarzy. Zrobił to również propagator medycyny niekonwencjonalnej Jerzy Zięba, który już w 2023 r. został skazany na sześć miesięcy ograniczenia wolności przez Sąd Okręgowy w Poznaniu za znieważenie i zniesławienie poznańskich lekarzy. W nowym, krótkim nagraniu zamieszczonym na platformie X słyszymy, jak Zięba mówi: „Umierają ludzie, umierają Polacy w momencie, kiedy można ich leczyć. Umierają malutkie dzieci, odważę się powiedzieć, zabijane przez lekarzy”. Naczelna Izba Lekarska podkreśliła, że nagranie przekazane zostało do działu prawnego, a wobec Jerzego Zięby podjęte zostaną odpowiednie kroki.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zaapelowało do marszałka Sejmu Szymona Hołowni o natychmiastowe podjęcie działań wobec osób publicznie pomawiających lekarzy o umyślne zabijanie pacjentów. Wyraziło też stanowczy sprzeciw wobec dopuszczania w Sejmie RP do zachowań, które noszą znamiona przestępstwa

i podważają zaufanie do całego systemu ochrony zdrowia.

Obrażani są nie tylko lekarze, ale też przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia. Podczas niedawnego posiedzenia Komisji Zdrowia wiceminister zdrowia Urszula Demkow podkreśliła, że doświadcza hejtu od antyszczepionkowców, którzy wypisują skandaliczne komentarze w mediach społecznościowych. Jej zdaniem należy jak najszybciej rozpocząć działania, by walczyć z dezinformacją. Pomóc temu miała edukacja zdrowotna w szkołach. Jednak szkolny przedmiot, utożsamiany również ze zdrowiem seksualnym, wzbudził liczne protesty, w rezultacie stając się nieobowiązkowym.

ŚCISŁA WSPÓŁPRACA

Zdaniem sekretarza NRL Grzegorza Wrony Naczelna Izba Lekarska gotowa jest na współpracę z podmiotami

wspierającymi pacjentów, którzy stali się ofiarami osób stosujących metody paramedyczne.

– Dostajemy informacje o działaniach, które również nazywamy szarlatańskimi. Jeżeli występuje naruszenie art. 58 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, czyli wtedy, kiedy osoba nieposiadająca tytułu lekarza podaje, że leczy, sam informuję o tym służby prokuratorskie. Inną grupę stanowią osoby, które stosują tzw. paramedycynę, ale nie określają tego mianem leczenia. Staramy się wówczas ocenić, czy godzą w bezpieczeństwo pacjenta. I w tym zakresie również informujemy prokuraturę – mówi Grzegorz Wrona.

Dodaje, że wychwytywanie nieuczciwej działalności wszelkiej

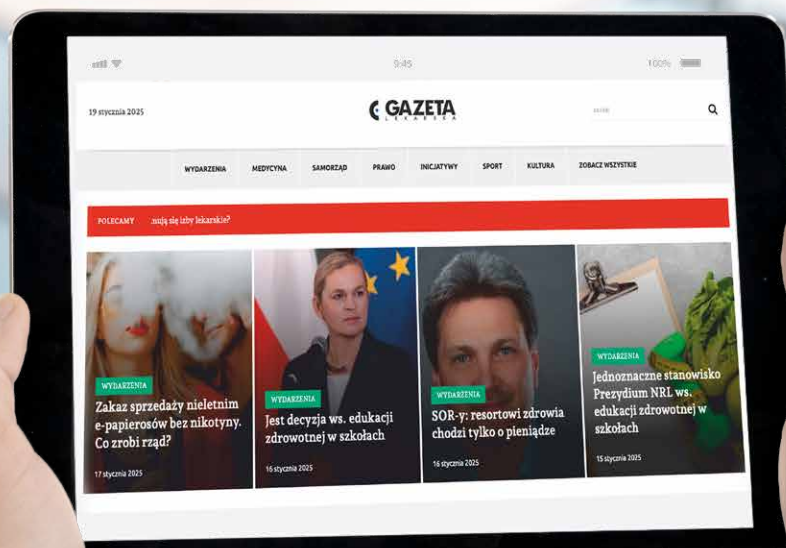
maści szarlatanów może być skuteczne, jeśli współpracy podejmą się trzy podmioty: samorząd lekarski, rzecznicy odpowiedzialności zawodowej, w tym Rzecznik Praw Pacjenta, oraz prokuratura.

– Wszyscy rzecznicy odpowiedzialności zawodowej mają obowiązek wszczynać postępowania tam, gdzie mamy do czynienia z działalnością lekarza niezgodną z aktualną wiedzą medyczną – podkreśla Grzegorz Wrona. – W sytuacjach skrajnych, kiedy ewidentnie dochodzi do zagrożenia ludzkiego życia przez stosowanie metod niedopuszczalnych czy niewdrożenie medycyny klasycznej, która miałaby szansę doprowadzić do uniknięcia śmierci pacjenta, powinna zdecydowanie wdrożyć prokuratura – dodaje. •

reklama

gazetalekarska.pl

więcej niż myślisz



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

AKTUALNOŚCI

Dane medyczne
jak złoto

PIOTR KOŚCIELNIAK, MARIUSZ TOMCZAK

W którą stronę zmierza przyszłość medycyny – na to pytanie próbowali znaleźć odpowiedź uczestnicy European Health Data and Innovation Summit (EHDIS). Współorganizowana przez samorząd lekarski konferencja odbyła się 30 stycznia w Warszawie.

Grzegorz Wrona, sekretarz NRL, otwierając konferencję, powiedział: – Samorząd lekarski chce się włączyć w drugą prezydencję Polski w Radzie Unii Europejskiej. Program konferencji współorganizowanej przez Naczelną Izbę Lekarską nawiązuje do przyszłości medycyny. Twórcie więc jej podwaliny i rozmawiajcie o nowych technologiach.

ETYKA LEKARSKA

W trakcie konferencji rozmawiano o przyszłości ochrony zdrowia w kontekście danych medycznych i nowych technologii, a także ich wpływie na jakość i dostępność usług medycznych w Europie. Głównym tematem była europejska przestrzeń danych dotyczących zdrowia (EHDS) oraz innowacje w opiece zdrowotnej. Nie zabrakło odniesień do Kodeksu Etyki Lekarskiej, który po ubiegłorocznej nowelizacji po raz pierwszy porusza kwestie związane ze sztuczną inteligencją.

Podczas sesji poświęconych EHDS podkreślano rewolucyjną rolę wtórnego wykorzystania informacji medycznych do celów badawczych. Mówiono m.in. o bezpieczeństwie danych i wytycznych dla organizacji przetwarzających i wykorzystujących dane – od formularzy zgłoszeniowych, poprzez proces zdobywania pozwolenia na wykorzystanie danych, po zasady ich używania. – Korzystanie z tych danych musi być łatwe, nie może stawać dodatkowych barier, inaczej cała idea spali na panewce – przekonywał Pedro Ramos z Karolinska Institutet. Podkreślał konieczność zapewnienia danych wysokiej jakości, m.in. wolnych od plagiatów, które – jak



foto: arch. NIL

▲ Grzegorz Wrona, sekretarz NRL i Artur Drobniak, dyrektor COBIK NIL w czasie konferencji

stwierdził – są powszechne w tej dziedzinie.

NOWE REGULACJE

O potrzebie edukacji lekarzy i informowania pacjentów o korzyściach płynących z udostępniania danych do wtórnego wykorzystania mówił także Artur Drobniak, dyrektor COBIK NIL. – Kiedy wcześniej pytałem moich kolegów, co oznacza EHDS, większość przyznawała, że nie wie, że to pewnie coś z Europą w nazwie. Ta sytuacja błyskawicznie się zmienia, mamy kampanie informacyjne i szkolenia. Istotne jest, aby lekarze zrozumieli, jak istotną rolę pełnią w systemie – podkreślał.

– W najbliższym czasie czeka nas przyjęcie odpowiednich regulacji i ich implementacja. Prace już trwają: budowa infrastruktury, programy pilotażowe, zapewnienie funduszy. Wyzwaniem jest komunikacja i przedstawienie EHDS szerokiej opinii publicznej – mówiła Mélo die Bernaux z Dyrekcji Generalnej Komisji Europejskiej ds. Zdrowia i Bezpieczeństwa Żywności (DG SANTE). Oficjalnie zakłada się, że EHDS uzyska zdolność operacyjną w ciągu 3-5 lat.

Organizatorami konferencji była m.in. NIL i Sieć Lekarzy Innowatorów NIL IN, a współorganizatorami – Ministerstwo Zdrowia i OIL w Warszawie. Patronat medialny nad wydaniem objęła „Gazeta Lekarska”.

Więcej na www.gazetalekarska.pl

AKTUALNOŚCI

Lekarze są otwarci na zmiany

Za mało chwalimy się sukcesami w obszarze cyfryzacji – mówi **prof. Urszula Demkow**, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, w rozmowie z Mariuszem Tomczakiem.

Czy lekarze muszą pogodzić się z tym, że nowoczesne technologie odgrywają coraz większą rolę w codziennej pracy?

Nowoczesne rozwiązania cyfrowe to fundament, na którym będziemy budować opiekę zdrowotną. Widzę tu dwa potencjalnie najważniejsze obszary. Pierwszy to wykorzystanie dużej ilości danych, które pochodzą bezpośrednio z dokumentacji pacjentów oraz różnego typu rejestrów i repozytoriów. Ma to prowadzić do podejmowania udokumentowanych decyzji w obszarze leczenia. I bardzo dobrze, ponieważ muszą się one opierać na faktach. Korzystanie z wiarygodnych i najbardziej aktualnych danych jest kluczowe w praktyce klinicznej.

A drugi obszar?

Jest związany z szeroko rozumianą telemedycyną, tak by monitorować stan pacjenta, gdziekolwiek się on znajduje. Chodzi nie tylko o podstawowe funkcje życiowe. Jeśli zaczyna się dziać coś złego, system wysyła sygnał alarmowy, co znacząco przyspiesza pierwszą pomoc i ułatwia interwencje medyczne. Podam przykład, tym bardziej że wiele lat oceniałam dla Komisji Europejskiej innowacyjne projekty w zakresie medycyny. Jeden z nich dotyczył urządzenia do przeszskórnego monitorowania lepkości krwi, które może przepowiedzieć udar. Najczęściej zdarzają się one w nocy, kiedy pacjenci są zupełnie nieświadomi. A przecież w przypadku wystąpienia udaru liczy się czas udzielenia pomocy. Wdrażanie takich urządzeń do powszechnego użytku znacząco wpłynie na pracę lekarzy.

Niestety to wciąż rzadkość. Codziennie jest naznaczona m.in. niewystarczającą digitalizacją dokumentacji medycznej. Trzeba dążyć do przesyłania jak największej ilości dokumentów online z pominięciem lekarzy, którzy dzięki temu nie będą musieli samodzielnie wprowadzać ich do komputera. Wyniki badań z laboratorium powinny bezpośrednio trafiać



fot.: MZ

do systemu i nikogo w to nie angażować. Niestety, dziś więcej czasu zajmuje wypełnianie dokumentacji niż opieka nad pacjentami, dlatego musimy dążyć do jak najmniejszego wykorzystywania papieru. Tego, co znajduje się na kartce, często nikt nie widzi, a z danych zapisanych cyfrowo w systemie da się korzystać nawet na dużą odległość. Digitalizacja przekłada się na lepszą opiekę nad pacjentami, pozwalając lekarzom przeznaczyć dla nich więcej czasu.

Pod koniec stycznia w Warszawie odbyła się konferencja European Health Data and Innovation Summit poświęcona m.in. europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia. Pani minister też w niej uczestniczyła. Dlaczego lekarze dyskutują na ten temat?

To pokazuje, że są otwarci na zmiany, nie podchodzą z nieufnością do nowinek technologicznych i nie bronią się przed ich wdrażaniem. Obecność wielu lekarzy na tej konferencji świadczy o akceptacji zmian dokonujących się we współczesnym świecie. Dobrze, że chcemy – sama przecież jestem learką – uczestniczyć w debacie na

◀ Obecność wielu lekarzy na konferencji świadczy o akceptacji zmian dokonujących się we współczesnym świecie – uważa **prof. Urszula Demkow**

ten temat, bo jesteśmy bezpośrednimi użytkownikami wielu rozwiązań. Szczególnie cieszy fakt, że w konferencji wzięły udział osoby w różnym wieku, a nie tylko młodzi lekarze, którzy wychowywali się z nowinkami technologicznymi od dziecka. Debata na temat danych medycznych ma charakter ogólnoeuropejski. Konferencja EHDIS zgromadziła ekspertów z sektora publicznego i prywatnego z różnych krajów, dzięki czemu mogliśmy pokazać, że jako Polacy nie mamy się czego wstydić. Mamy przecież dobre narzędzia cyfrowe.

Ale chyba nie każdy tak uważa!

Ważne, byśmy się więcej chwaliли naszymi sukcesami. Wiele osób z zagranicy gratulowało mi osiągnięć Polski w obszarze cyfryzacji w ostatnich latach. Pod względem digitalizacji systemu ochrony zdrowia znajdujemy się w czołówce Europy – zajmujemy piąte miejsce w Unii Europejskiej, wyprzedzając m.in. Niemcy. Przed nami są kraje o mniejszej liczbie ludności: Estonia, Finlandia i Słowenia. Od kilku lat korzystamy z e-recept, e-skierowań czy e-zwolnień. Sama przez wiele lat pracowałam z papierowymi receptami i doskonale wiem, ile razy do gabinetu wracali pacjenci, żeby coś poprawić. W przyszłości mamy również szansę dobrze odnaleźć się w europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia. Ważne jednak, by nie zaprzepaścić dotychczasowych sukcesów i nadal iść do przodu. ●

AKTUALNOŚCI

Technologie cyfrowe pomagają, lecz wciąż jest potrzeba edukacji

System e-zdrowia P1 będzie się rozwijał, będą wprowadzane kolejne dokumenty medyczne i procedury telemedyczne. Liczę też na standaryzację świadczeń telemedycznych – mówi radca prawny **Jan Pachocki**, jeden z panelistów konferencji EHDIS, w rozmowie z Sylwią Wamej.

Nazwa panelu konferencji EHDIS, w którym wziął pan udział, to „10 lat telemedycyny w Polsce”. Jak zmieniły się przez dekadę świadczenia medyczne wykonywane na odległość?

Dziesięć lat temu, gdy zaczynałem zajmować się tą sprawą, większość społeczeństwa nie wiedziała w ogóle, czym jest telemedycyna. Zmieniła się jednak świadomość ludzi. Na początku wielu lekarzy uważało, że jest to narzędzie, które nie pomoże i będzie tylko przeszkadzać. Telemedycyna zadomowiła się jednak jako stały element opieki nad pacjentem. Teraz, szczególnie w sezonie chorób zakaźnych, ważne jest uzyskanie recepty czy krótkiego e-zwolnienia. Narzędzia telemedyczne, takie jak teleporada czy telemonitoring, dają możliwość przemodelowania całego systemu ochrony zdrowia. Myślę, że udało się stworzyć podwaliny do systemu e-zdrowia poprzez wdrożenie IKP, e-recepty oraz e-skierowania. Dodatkowo w obszarach kardiologii, diabetologii pojawiły się procedury monitorowania pacjentów, które zdecydowanie zwiększyły jakość opieki, hospitalizacji i weszły do systemu Narodowego Funduszu Zdrowia.

Według nowego zapisu art. 9 Kodeksu Etyki Lekarskiej lekarz po uprzedniej ocenie stanu zdrowia pacjenta może zdecydować o najodpowiedniejszej formie konsultacji: zarówno wizycie stacjonarnej, jak i teleporadzie.

Tak, w nowym Kodeksie Etyki Lekarskiej w art. 9 lekarz może skorzystać z różnych form komunikacji z pacjentem, ale powinien najpierw go zbadać, by ocenić stan jego zdrowia. To jest warunek świadczenia opieki. Teleporada może być przeprowadzana, pod warunkiem że zapewnia pacjentowi odpowiednią jakość opieki. Skupiamy się na wartościach i korzyściach.



for.: archiwum prywatne

◀ Brakuje ciągłości pomiędzy pilotażami a docelowym wdrożeniem – zauważa **Jan Pachocki**, radca prawny

Powiedział pan o dobrych stronach telemedycyny z perspektywy lat. Czego jeszcze jej brakuje?

Myślę, że w dalszym ciągu brakuje dokończenia budowy systemu P1, w szczególności wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej. Brakuje też standardów świadczeń telemedycznych ze szczególnym uwzględnieniem teleporady, tak by przeciwdziałać nadużyciom i zwiększyć bezpieczeństwo.

Nie ma również sprawnego systemu do wdrażania innowacji związanych z telemonitorowaniem pacjentów, z diagnostyką, wyrobami telemedycznymi, ponieważ te procedury wchodzą bardzo długo do systemu. Brakuje też ciągłości pomiędzy pilotażami a docelowym wdrożeniem.

Podczas panelu padły słowa, że jeśli telemedycyna będzie wdrażana umiejętnie, to i opieka pacjenta będzie sprawniejsza. Mógłby pan je rozwinąć?

Chodzi o to, by szpitale komunikowały się z AOS i POZ w odpowiedni sposób, by pracować na rzeczywistych danych. Ważne, aby

powstała opieka domowa dzięki telemedycynie, a pacjent trafi do placówki tylko wtedy, gdy jest to potrzebne. Technologie cyfrowe mogą pomóc w profilaktyce, natomiast, tak jak mówiliśmy na panelu, bardzo ważna jest edukacja w szkołach. To jest podstawa.

Pana zdaniem telemedycyna rozwija się w Polsce szybko?

Nie w 100 proc. idziemy do przodu. Coś się poprawia, natomiast nie korzystamy w pełni z dobrodziejstwa transformacji cyfrowej i tego, że my – jako Polska – jesteśmy jednym z liderów, jeśli chodzi o wdrażanie technologii cyfrowych w życiu społecznym.

Pacjenci, przynajmniej ci młodszy, są świadomi w kwestii technologii. A starsi? Jak to wygląda w ich przypadku?

W dalszym ciągu jest potrzeba edukacji, bo wykluczenie cyfrowe wciąż występuje w niektórych obszarach. Warto pamiętać, że dostawcy rozwiązań telemedycznych starają się, aby łatwo z nich korzystać. W ośrodkach specjalistycznych często przebywają starsze osoby i w ich przypadku mogą występować pewne bariery cyfrowe. Innym sposobem jest instytucjonalizacja wsparcia seniorów w korzystaniu z narzędzi cyfrowych ochrony zdrowia, co również może mieć znaczenie na terenach wiejskich. •

PRAWO I MEDYCYNA

Bez specjalizacji nie jest się chirurgiem

Lekarz może używać tylko należnych mu tytułów zawodowych i naukowych.

Lekarz z kilkunastoletnim stażem pracy i z doktoratem został ukarany przez okręgowy sąd lekarski naganą za posługiwanie się na portalach internetowych i w mediach społecznościowych nienależnym mu tytułem specjalisty chirurga („ukończył specjalizację z chirurgii zdany egzaminem”). Sprawa została podjęta z urzędu przez okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, a zainicjowana w związku z prowadzeniem innego postępowania wyjaśniającego przeciwko lekarzowi.

NIE PRZEKONAŁ SĄDU

Broniący lekarza adwokat podkreślał, że ukończył on szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie chirurgii, a określenia „chirurg” użyły osoby administrujące portalami, wskazując w ten sposób jedynie na dziedzinę medycyny, którą zajmuje się obwiniony. Na portalu społecznościowym, gdzie już sam lekarz był autorem wpisu, użył sformułowania „ukończyłem dwustopniową specjalizację z chirurgii ogólnej”, nie podając, że uzyskał tytuł chirurga, a jedynie, iż zakończył szkolenie specjalizacyjne.

Naczelny Sąd Lekarski utrzymał w mocy orzeczenie sądu I instancji. Odnosząc się do argumentacji obrony, zauważył, że ukończenie dwustopniowego szkolenia oznacza, iż lekarz musiałby legitymować się dyplomem poświadczającym co najmniej pierwszy stopień specjalizacji. A tak nie było.

Od prawomocnego orzeczenia sądu II instancji kasację wniósł obrońca ukaranego lekarza. Jednym z zarzutów kasacyjnych było podważenie obowiązku korygowania wpisów na stronach internetowych prowadzonych przez podmioty trzecie. Kasacja nic jednak nie dała. Sąd Najwyższy postanowieniem z 11 grudnia 2024 r. (sygn. akt II ZK 104/24) oddalił ją jako w oczywisty sposób bezzasadną.

NA RZECZ I W IMIENIU

Zasady Kodeksu Etyki Lekarskiej (KEL) są w tym zakresie niezmiennie: „Lekarzowi

ZBIGNIEW KUZYSZYN
NACZELNY RZECZNIK
ODPOWIEDZIALNOŚCI
ZAWODOWEJ



wolno używać tylko należnych mu tytułów zawodowych i naukowych”. Takie brzmienie miał zarówno art. 62 KEL obowiązujący do końca 2024 r., jak i ostatnio uchwalona regulacja art. 70 KEL (załącznik do uchwały nr 5 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z 18 maja 2024 r.). W treści aktualnego KEL znalazło się dodatkowo dopowiedzenie czyniące wprost lekarza odpowiedzialnym „za informację o oferowanych usługach opublikowaną przez osoby trzecie w jego imieniu lub na jego rzecz” (art. 71 ust. 4). Ułatwi to prawidłowe rozumienie wcześniej obowiązującego zapisu. Dla podkreślenia wagi problemu dodatkowo zawarto w art. 71 ust. 2 postanowienie, że „taka informacja będzie zgodna z zasadami etyki lekarskiej”.

Warto przytoczyć fragment komentarza wypracowanego przez Komisję Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej do obowiązującego od 2025 r. KEL: „Lekarz odpowiada za informację o oferowanych usługach opublikowaną przez osoby trzecie w jego imieniu lub na jego rzecz. Informacja publikowana w jego imieniu to informacja publikowana z upoważnienia czy w zastępstwie lekarza; informacja publikowana na jego rzecz to informacja publikowana na podstawie zobowiązania kogoś innego do świadczenia usługi polegającej na publikacji informacji.

Powyższe sformułowania, które znajdują się w art. 71 ust. 4 KEL, wskazują na odpowiedzialność lekarza za świadomy udział w tworzeniu informacji handlowej. Oznacza to m.in., że lekarz w miejscu pracy powinien dbać o rzetelność informacji na jego temat publikowanych przez pracodawcę”.

STATYSTYKI Z WOKANDY

W ciągu ostatnich ośmiu lat na wokandzie Naczelnego Sądu Lekarskiego znalazło się 18 spraw obejmujących zarzut posługiwanie się nienależnym tytułem specjalisty lub stopniem naukowym doktora nauk medycznych. W zależności od okoliczności popełnienia czynu oraz wagi zgromadzonego materiału dowodowego dwóch lekarzy uniewinniono, w jednym przypadku umorzono postępowanie (uznając czyn za przewinienie mniejszej wagi), wobec sześciu lekarzy orzeczono naganę, wobec kolejnych sześciu – karę pieniężną, a wobec jednego – ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza. Prawo wykonywania zawodu zawieszono dwu lekarzom.

PRAWO I MEDYCyna

Lekarz jak funkcjonariusz publiczny

ANNA WOJDA

Słowne zniewagi i naruszenie nietykalności cielesnej względem lekarza zatrudnionego w placówce NFZ podlegają takiej samej karze, jak te względem posła czy senatora.

Lekarz może liczyć na ochronę prawną przewidzianą dla funkcjonariuszy publicznych. Nie w każdym jednak przypadku. Nie decyduje o tym sam fakt wykonywania zawodu, lecz wykonywanie go w ściśle określonych okolicznościach. Ochrona należąca funkcjonariuszowi publicznemu w myśl ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry przysługuje lekarzowi:

- który wykonuje czynności w ramach świadczeń pomocy doraźnej lub
- udziela pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia,
- wykonuje zawód w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w tym podmiocie.

Co ciekawe, zdaniem Sądu Najwyższego ochrona prawna należąca funkcjonariuszowi publicznemu nie obejmuje czasu pełnienia przez lekarza dyżuru w szpitalnym oddziale ratunkowym, jeśli polega on tylko na oczekiwaniu na wezwanie do wyjazdu załogi karetki pogotowia ratunkowego. To bardzo ważna wskazówka dla organów ścigania, sądów i samych lekarzy. W uzasadnieniu postanowienia SN uznał, że nie ma podstaw do dalszego rozszerzania granic ochrony lekarzy nawet przy uwzględnieniu wyjątkowej wagi czynności lekarza ratownictwa medycznego.

Sąd Najwyższy odpowiadał na pytanie sądu rejonowego, gdzie trafiła sprawa lekarza, który popadł w konflikt z pacjentem. Do zdarzenia doszło w grudniu 2014 r. Pacjent znieważał lekarza, kiedy ten odmówił wystawienia dokumentu. Zarzucał mu brak umiejętności i spowodowanie śmierci

osoby najbliższej. Lekarz twierdził, że pacjent usiłował wyłudzić od niego poświadczenie nieprawdy.

Po przeprowadzeniu czynności sprawdzających prokurator rejonowy w lutym 2015 r. odmówił wszczęcia dochodzenia. Jego zdaniem postępek nie wyczerpał znamion czynu zabronionego, a lekarz nie korzystał z ochrony, jaka przysługuje funkcjonariuszowi publicznemu. W chwili zdarzenia przebywał bowiem w szpitalu, ale nie wykonywał czynności medycznych.

CO, KOMU I ZA CO GROZI

Agresja ze strony pacjentów, czy to fizyczna, czy słowna, jest coraz częstszym zjawiskiem. I choć przyznanie lekarzom ochrony prawnej należącej funkcjonariuszom publicznym powoduje, że w stosunku do osób naruszających ich nietykalność stosowane są surowsze sankcje, nie powstrzymuje to wszystkich ataków.

Surowe kary za czyny wobec funkcjonariuszy publicznych i osób, które z ochrony należącej funkcjonariuszom korzystają, przewidują przepisy Kodeksu karnego. W myśl art. 222 naruszenie nietykalności cielesnej funkcjonariusza publicznego lub osoby do pomocy mu przybranej podczas lub w związku z pełnieniem obowiązków służbowych podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 3.

Z kolei w myśl art. 223 Kodeksu karnego czynna napaść na funkcjonariusza publicznego z inną osobą lub z użyciem broni palnej, noża lub innego podobnie niebezpiecznego przedmiotu albo środka obezwładniającego

zagrożona jest karą pozbawienia wolności od roku do lat 10. Jeżeli w wyniku czynnej napaści nastąpił skutek w postaci ciężkiego uszczerbku na zdrowiu funkcjonariusza publicznego, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 15.

Surowe kary przewiduje również art. 226 Kodeksu karnego za znieważanie funkcjonariusza publicznego. W takim przypadku sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

NIE TYLKO KORZYŚCI

Poza przywilejami, które lekarze i lekarze dentyści uzyskują, otrzymując status funkcjonariusza publicznego, ważna jest zaostrzona odpowiedzialność, którą ponoszą funkcjonariusze publiczni. Przykładem najbardziej znamionnym będzie przestępstwo łapownictwa, o którym mówi art. 228 Kodeksu karnego. Polega ono na przyjęciu korzyści majątkowej lub osobistej albo jej obietnicy w związku z pełnieniem funkcji publicznej i podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat.

DLA KOGO OCHRONA

Z ochrony prawnej przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych korzystają, poza lekarzami i lekarzami dentydami, także:

- pielęgniarki,
- ratownicy medyczni i inne osoby, które udzielają pierwszej pomocy,
- farmaceuci i technicy farmacji.

PODATKI I FINANSE

Pierwsze pomysły deregulacyjne

ANNA WOJDA

Niektóre propozycje zespołu Rafała Brzosi rozczarowały ekspertów. Są jednak takie, które warto odnotować i się nimi zająć.

Zespół przedsiębiorców pod kierunkiem Rafała Brzosi przedstawił w połowie lutego pierwsze efekty swych prac. Najwięcej z nich dotyczy podatków. A te są ważne dla wszystkich podatników, również lekarzy.

Jedna z propozycji mówi o konieczności wprowadzenia zasady domniemania niewinności podatników. Tyle że już na podstawie obecnie obowiązujących przepisów ordynacji podatkowej taką zasadę należy stosować. Co więcej, przepisy mówią, by wszelkie wątpliwości były rozstrzygane na korzyść podatnika. Niestety, urzędnicy nie zawsze regułę tę potrafią w praktyce zastosować.

Kolejna propozycja to wydawanie przez ministra finansów większej liczby interpretacji ogólnych. Nie została ona chyba do końca przemyślana. W tej chwili są one wydawane wówczas, gdy istnieje taka potrzeba. Trudno zatem ustalać sztywną liczbę czy sztucznie kreować problemy, które miałyby być w takich interpretacjach poruszane.

Kolejna propozycja: ograniczenie czasu trwania kontroli i ich częstotliwości. I znów brak wiedzy. Urzędnicy coraz rzadziej przychodzą do firm na kontrolę, ograniczają się do czynności sprawdzających. Niekoniecznie jest zatem co zmieniać. Podobnie, jeśli chodzi o terminy kontroli – bardzo wyraźnie określają je przepisy. Tu jednak zespół Rafała Brzosi ma rację, są one przez urzędników nadużywane. Nie oznacza to jednak, że od razu trzeba zmieniać przepisy. Warto zacząć od modyfikacji podejścia pracowników skarbowki.

Zespół proponuje również zaniechanie naliczania składki zdrowotnej od sprzedaży środków trwałych. Zmiana ta jednak już obowiązuje od 1 stycznia tego roku, czego najwyraźniej eksperci z zespołu nie zauważyli.

Z propozycji wartych zauważenia można natomiast wymienić koniec sztucznego wydłużania okresu przedawnienia. Na ten problem doradcy podatkowi zwracali uwagę od dawna. Urzędnicy często bowiem sięgają po Kodeks karny skarbowy po to tylko, by wydłużyć okres przedawnienia, i to tuż

przed jego upływem. To częsta praktyka. Kolejna propozycja to skrócenie okresu przedawnienia zobowiązań podatkowych z pięciu do trzech lat. Zespół wnioskuje także o dostosowanie sankcji VAT do

wagi przewinienia. Chodzi o to, by jej wysokość zależała od tego, czy naruszenie było efektem pomyłki, czy świadomego oszustwa. Obecnie urzędnicy nie analizują intencji podatnika. ●

reklama

PODATKI I FINANSE

Lubimy ryzyko

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Apartamenty i złoto nie są najpopularniejsze – to zaskakujący wynik kolejnej edycji Ogólnopolskiego Badania Inwestorów.

Największe i najważniejsze badanie, na podstawie którego powstaje profil polskiego inwestora indywidualnego, jest zaskakująco Stowarzyszenia Inwestorów Indywidualnych (SII). W ostatniej edycji wzięło udział prawie 4,4 tys. osób, udzielając odpowiedzi za pośrednictwem formularza internetowego od września do listopada 2024 r. Wyniki są więc dość aktualne.

PLEĆ MA ZNACZENIE

Z 22. edycji Ogólnopolskiego Badania Inwestorów wynika, że – przynajmniej na razie – inwestowanie stanowi domenę mężczyzn (92 proc. ankietowanych), mimo że w ostatnich latach pojawiło się sporo inicjatyw zachęcających kobiety do zainteresowania się tą tematyką. Statystyczny inwestor w Polsce to ok. 40-letni mężczyzna z wyższym wykształceniem, choć zwykle nie ma ono nic wspólnego z ekonomią czy finansami.

I to jest bardzo ważny wniosek wskazujący na to, że lokowanie nadwyżek kapitału z nadzieją na uzyskanie zysku w przyszłości nie jest zarezerwowane dla osób śledzących dane makroekonomiczne, odróżniających produkt krajowy brutto od produktu narodowego brutto czy doskonale obeznanych z rachunkowością. Powiem więcej, chirurg, lekarka medycyny rodzinnej czy zakaźnik, zwłaszcza w długim terminie, nie muszą osiągać gorszych stóp zwrotu od ekonomisty czy pracownika banku, ale to temat na inną okazję.

POLUBILIŚMY ETF-Y

Choć polscy inwestorzy posiadają głównie akcje spółek notowanych na Giełdzie Papierów Wartościowych w Warszawie, to coraz częściej poddają się „pasywnej rewolucji” i decydują się na zakup jednostek funduszy ETF (ang. Exchange Traded Fund). Posiadanie takich instrumentów zadeklarowało

już ponad 57 proc. ankietowanych przez SII. To rekord w historii tego badania, które jest przeprowadzane od ponad dwóch dekad. Dla porównania: akcje spółek zagranicznych w portfelu miało prawie 38 proc. inwestorów.

ETF-y to gotowe koszyki akcji i obligacji umożliwiające inwestowanie pasywne – takie, które da się sprowadzić do wskazówki: „kup i trzymaj”. Nie chodzi jednak o wybór

Inwestowanie stanowi domenę mężczyzn (92 proc. ankietowanych), mimo że pojawiło się sporo inicjatyw zachęcających kobiety do zainteresowania się tą tematyką

dowolnego funduszu z zamiarem niesprzedawania przez kolejne kilka-kilkanaście lat, ale o szeroko zdywersyfikowane indeksy giełdowe, takie jak MSCI ACWI i FTSE All-World (odwzorowują zachowanie akcji spółek praktycznie z całego świata) czy S&P 500 (śledzi notowania pół tysiąca spółek ze Stanów Zjednoczonych o najwyższej kapitalizacji).

DUŻO OBLIGACJI, TROCHĘ KRYPTOWALUT

Co jeszcze Polki i Polacy mają w portfelach? Na trzecim miejscu znajdują się obligacje. Bardzo dużą popularnością cieszą się zwłaszcza te emitowane przez Skarb Państwa, co nie powinno zaskakiwać, ponieważ dla wielu osób są synonimem bezpieczeństwa. W naszym kraju są dostępne m.in. obligacje rządowe indeksowane inflacją, co w skali świata jest wyjątkowe.

O ile akcje polskich spółek dominują w portfelach osób starszych, o tyle młodszy – zarówno pod względem liczby przeżytych lat, jak i stażu giełdowego – częściej decydują się na zakup jednostek ETF-ów, akcji spółek z zagranicy i kryptowalut (odnośnie do tych ostatnich – zostawmy na boku dyskusję, czy kupno bitcoina to inwestowanie, czy też spekulacja). Interesującym wnioskiem płynącym z badania jest to, że cyfrowe aktywa kupuje się z myślą o długim horyzoncie.

CO ZE ZŁOTEM I NIERUCHOMOŚCIAMI?

„Równo 20 proc. ankietowanych deklarowało, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy inwestowało w złoto lub srebro w fizycznej postaci. To wynik nieco niższy od odnotowanego rok wcześniej (21,3 proc.) oraz w 2022 r. (22 proc.). W dłuższym horyzoncie złoto i srebro są natomiast o wiele bardziej popularne niż wcześniej” – czytamy na stronie internetowej SII. Te liczby obejmują tylko monety bulionowe i sztabki inwestycyjne w formie fizycznej, nie uwzględniając numizmatów. Inwestowanie w nieruchomości zadeklarowało tylko 7 proc. badanych, co może wydawać się trochę zaskakujące. Dyskusja na ten temat regularnie rozpala przeciw emocje zarówno wśród polityków, jak i w czasie spotkań rodzinnych, a część publicystów traktuje zakup mieszkań na wynajem jako „sport narodowy Polaków”. Jednak Ogólnopolskie Badanie Inwestorów tego nie potwierdza.

PODATKI I FINANSE

Składki zdrowotne znów w górę

ANNA WOJDA

Lekarze rozliczający się ryczałtem zapłacą w tym roku wyższą daninę na zdrowie.

Pod koniec stycznia GUS podał kwotę średniego wynagrodzenia, od którego liczona jest kwota składek zdrowotnych dla ryczałtowców na 2025 r. Lekarze, jeśli zdecydowali się na rozliczanie w tej formie, płacą składkę w zależności od wielkości przychodów (pomniejszonych o składki na ubezpieczenie społeczne). Ci, którzy mają przychody do 60 tys. zł rocznie, zapłacą

w tym roku co miesiąc 461,66 zł. Przy przychodach od 60 tys. do 300 tys. zł składka zdrowotna wynosi już 769,43 zł. Najwyższa jest dla najlepiej zarabiających, z przychodami powyżej 300 tys. zł. Oni zapłacą co miesiąc 1384,97 zł.

Podwyżka jest spora, co widać, gdy zsumuje się kwoty składek za cały rok. Lekarze z najniższymi

przychodami zapłacą o około 506 zł rocznie więcej, ze średnimi prawie 844 zł, a z najwyższymi o około 1519 zł więcej.

Co więcej, jeśli lekarz w 2024 r. przekroczył limit, od którego płaci się wyższą składkę, będzie musiał dopłacić. Przykładowo sądził, że jego przychody zmieszczą się w limicie 300 tys. zł, a okaże się, że miał 310 tys. zł. Złe wiadomości są takie, że przekroczenie progu przychodów oznacza, że wyższa składka obowiązuje za cały rok. To powoduje, że w rozliczeniu rocznym trzeba dopłacić różnicę.

Lekarze na ryczałcie nie mają też – w przeciwieństwie do podatników na skali oraz liniowym PIT – prawa do obniżki minimalnej składki zdrowotnej. Zmiana przepisów, która obowiązuje od początku tego roku, ich bowiem nie dotyczy.

Pierwszą wyższą składkę w tym roku lekarze musieli odprowadzić do 20 lutego (za styczeń). ●

MATERIAŁ WE WSPÓŁPRACY

Poważny kryzys w wentylacji mechanicznej

Pacjenci wymagający domowej wentylacji mechanicznej są pozostawieni bez wsparcia. Świadczeniodawcy od lat apelują o systemowe zmiany, ale resort zdrowia ignoruje problem pomimo gotowego do wdrożenia modelu świadczenia.

Robert Suchanke, lekarz anestezjolog i prezes zarządu Ogólnopolskiego Związku Świadczeniodawców Wentylacji Mechanicznej (OZŚWM), alarmuje: „Mamy gotowy, ekonomicznie uzasadniony model wentylacji, wypracowany ponad dwa lata temu wspólnie z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, ale nikt nie chce z nami rozmawiać. Nie ma żadnego zainteresowania zmianami, a pacjenci pozostają bez należytej opieki. Za to nadal obowiązuje kosztochłonny dla systemu szpitalocentryzm. Tymczasem liczba osób wymagających domowej wentylacji mechanicznej stale rośnie i przekroczyła już 14 tys., a środków na ich leczenie brakuje. NFZ nie zwiększa limitów finansowania,

a za nadwykonania proponuje się stawki, które są nieopłacalne dla świadczeniodawców. Dziś ponad 3 tys. pacjentów mimo wskazań medycznych nie ma zapewnionego finansowania NFZ”.

Dodatkowo opieka długoterminowa zniknęła z priorytetów nie tylko polskiej prezydencji w UE, ale i z priorytetów ministra zdrowia. Obecny rząd nie traktuje jej jako tematu istotnego. Dobrym przykładem jest program tzw. odwróconej piramidy świadczeń, który jest pustym sloganem. Mimo deklaracji resortu zdrowia o potrzebie przeniesienia świadczeń poza szpitale brakuje konkretnych

działań i odpowiedniego finansowania dla opieki podstawowej, ambulatoryjnej i długoterminowej.

„Brak środków finansowych sprawia, że wielu świadczeniodawców nie może przyjmować już nowych pacjentów. Dalsze pogłębianie problemu grozi poważnym kryzysem systemowym, który odczują przede wszystkim pacjenci. Jeśli nowy model nie zostanie przyjęty, a nadwykonania nie zostaną rozliczone, będziemy zmuszeni ograniczyć dostępność świadczeń, co postawi przyszłość pacjentów wymagających oddechu zastępczego pod znakiem zapytania” – ostrzega Robert Suchanke.

W krajach zachodnich domowa wentylacja mechaniczna jest standardem opieki poszpitalnej. Polska pozostaje w tyle, ignorując potrzeby rosnącej grupy społecznej.

„Nie możemy dłużej milczeć! Opieka długoterminowa i domowa wentylacja mechaniczna to nie luksus, ale konieczność! Jeżeli ministerstwo pozostaje bierne, to my, lekarze, musimy zacząć walczyć o tak podstawowe świadczenie. To nie tylko kwestia poprawy dobrostanu zdrowotnego, ale często kwestia życia i śmierci” – podsumowuje Suchanke. „Brak decyzji oznacza eskalację problemu i dramat tysięcy chorych oraz ich rodzin” – konkluduje. ●

Biurokracja w oparach absurdu

Przeregulowanie, zawilość przepisów, niejasne wytyczne, niechęć do konsultacji treści rozporządzeń z zainteresowanymi stronami – to wszystko utrudnia działanie lekarzy i lekarzy dentyistów. Pora to zmienić.

PAWEŁ BARUCHA
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



W ostatnim czasie premier mówił o znajdowaniu niepotrzebnych regulacji, które przeszkadzają w prowadzeniu działalności gospodarczej. To dobra wiadomość dla lekarzy dentyistów. Ponad 90 proc. z nas to prywatni przedsiębiorcy, w zależności od potrzeby raz traktowani jak lekarze, innym razem jako przedsiębiorcy.

Możemy wskazać wiele absurdów, z którymi przychodzi nam się mierzyć, a które wynikają z podwójnego widzenia naszej działalności. Ostatnim, całkowicie niepotrzebnym, była zmiana w PKD. Lekarze dentyści, bo przecież zgodnie z ustawą tak mamy napisane na dyplomie, określani zostali jako dentyści. To kompletnie niepotrzebna zmiana wprowadzająca zamieszanie i kolejną dawkę papierologii. Szkoda, że nie było samorządu wśród opiniujących, a były na przykład banki. Prezydium NRL już wysłało opinię w tej sprawie do premiera.

Innym problemem lekarzy dentyistów jest traktowanie przeprowadzanej diagnostyki radiologicznej jak co najmniej leczenia onkologicznego. Używamy nowoczesnych aparatów RTG posiadających certyfikaty bezpieczeństwa, wielostopniowe zabezpieczenia. Są one regularnie serwisowane

i bezpieczne w użytkowaniu. Przepisy i wymagania powinny to wszystko uwzględnić.

Lekarze pracujący w ramach NFZ nieustannie mają do czynienia z nadmierną biurokracją, zawilością przepisów i niejasnymi wytycznymi. Za ich nieprzestrzeganie możemy zostać ukarani. Najlepszym przykładem są leki refundowane. Zniżka jest przypisana do pacjenta, ale to lekarz za nią odpowiada. System nie nasz, leki nie dla nas, ale to my w razie błędu zapłacimy. Nie jest to oczywiście tylko wina NFZ, ale i urzędników Ministerstwa Zdrowia, którzy odpowiadają za rozporządzenia. Na początku roku mieliśmy przykład wprowadzenia wadliwych przepisów dotyczących koszyka świadczeń. A wystarczyło współpracować z samorządem i posłuchać podpowiedzi.

Od wielu lat zmagamy się ze stale zmniejszającą się grupą lekarzy dentyistów posiadających specjalizację. Stomatologia to dziedzina medycyny, która dynamicznie się rozwija. Do utrzymania wysokiego poziomu przyszłej kadry potrzeba doskonale przygotowanych nauczycieli. Bez zabezpieczenia odpowiedniej liczby specjalistów w dziedzinach stomatologicznych będzie to niemożliwe. Potrzebujemy nowego spojrzenia. ●

Doraźnym rozwiązaniem problemu braku specjalistów mają być umiejętności zawodowe. – Musimy jednak pamiętać, że nie zastąpią one specjalizacji, dlatego konieczne są szybkie zmiany, które postuluje samorząd lekarski – mówi lek. dent. Paweł Barucha, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, przewodniczący Rady do spraw Rozwoju Stomatologii przy Ministrze Zdrowia.

Już w 2023 r. OECD w swoim raporcie „Health at a Glance” informowało, że w Polsce na każdy tysiąc mieszkańców przypada 3,4 praktykującego lekarza (to poniżej średniej wynoszącej 3,7). W przypadku specjalistów jest jeszcze gorzej, czego efektem są wydłużające się kolejki oczekujących na wizytę.

Fundacja Watch Health Care niedawno w najnowszym Barometrze WHC, czyli raporcie dotyczącym dostępu do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce, zaprezentowała dane, z których wynika, że rok 2024 był rekordowy. Średni czas oczekiwania na świadczenia wyniósł 4,2 miesiąca. To najdłużej od 2012 r., od kiedy WHC bada kolejki.

Autorzy informują, że najdłużej trzeba czekać na wizytę u angiologa – średnio 13,9 miesięcy, endokrynologa – 12,1 miesięcy oraz chirurga naczyniowego – 11,6 miesięcy.

Nie dość, że w Polsce brakuje specjalistów, to w niektórych regionach nie ma ich w ogóle. W tegorocznym raporcie „Health at a Glance: Europe 2024” jako jeden z większych problemów wskazano nierównomierne geograficzne rozmieszczenie lekarzy, co skutkuje powstawaniem „pustyni medycznych”. Polskę wymieniono wśród krajów, gdzie istnieje szczególnie duże zagęszczenie lekarzy specjalistów w stolicy, co powoduje spore deficyty na prowincji.

SZKOLIMY ZBYT MAŁO

W ostatnich latach, między innymi na skutek presji samorządu lekarskiego, znacząco zwiększono limity przyjęć na kierunkach lekarskich i lekarsko-dentyistycznych.

– To dobrze, bo średnia wieku lekarza w naszym kraju już dawno przekroczyła barierę 50 lat,

PRAKTYKA LEKARSKA

Umiejętności nie zastąpią specjalizacji

ARTUR PEDRYC
DZIENNIKARZ

Choć w Polsce wciąż brakuje lekarzy, system kształcenia podyplomowego pozostawia wiele do życzenia. Nie dość, że miejsc rezydenckich jest mało – szczególnie w dziedzinach stomatologicznych – to nie wszystkie są obsadzone z powodu wad systemu centralnej rekrutacji.

► Do koszyka świadczeń gwarantowanych dodano nowe usługi, ale ich nie wyceniono

a w obliczu starzejącego się społeczeństwa zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne rośnie. Z roku na rok będziemy zatem potrzebować więcej lekarzy – mówi Paweł Barucha. Podkreśla przy tym, że kształcenie lekarzy nie kończy się na studiach, a o tym rządzący jakby zapomnieli.

– Szkolimy zbyt mało specjalistów. Są województwa, w których pacjenci muszą jechać na konsultację kilkaset kilometrów, bo w ich regionie nie ma lekarza danej specjalizacji – podkreśla wiceprezes Barucha. – By to zmienić, trzeba zwiększyć liczbę miejsc specjalizacyjnych, zwłaszcza rezydenckich.

STOMATOLOGIA JAK BŁĄD STATYSTYCZNY

Szczególny problem dotyczy kształcenia podyplomowego lekarzy dentystów.

– Nie może być tak, że zaledwie 3 proc. wszystkich miejsc rezydenckich przyznanych przez ministra zdrowia przypada na dziedziny stomatologiczne. To wartość oscylująca na granicy błędności statystycznej – mówi wiceprezes Barucha i przytacza dane z ostatniego postępowania kwalifikacyjnego z 1 października 2024 r.

Minister Zdrowia przydzielił wówczas 6651 miejsc rezydenckich (w tym 44 rezydenckich-doktoranckich), z czego



tylko 200 przypadło na dziedziny stomatologiczne (chirurgia stomatologiczna – 24, chirurgia szczękowo-twarzowa – 21, ortodoncja – 39, protetyka stomatologiczna – 33, stomatologia dziecięca – 31, stomatologia zachowawcza z endodoncją – 52). Warto przy tym zaznaczyć, że ministerstwo nie przydzieliło dla lekarzy dentystów ani jednego miejsca rezydenckiego-doktoranckiego.

– Obecnie postulujemy, aby w większym zakresie umożliwić kształcenie specjalistów ośrodkom uniwersyteckim. Powinniśmy bardziej wykorzystywać potencjał uczelni medycznych – uważa wiceprezes Paweł Barucha.

KONIECZNE ZMIANY W CENTRALNEJ REKRUTACJI

Wielu lekarzy zwraca także uwagę na niedoskonałości

wprowadzonego niedawno systemu centralnej rekrutacji na szkolenia specjalizacyjne.

– Cały czas pracuję w szpitalu, aby powiększać liczbę miejsc specjalizacyjnych. Niedawno złożyliśmy dokumenty reakredytacyjne. Otrzymaliśmy pozytywną ocenę i przyznano nam cztery dodatkowe miejsca – mówi dr hab. n. med. Maciej Sikora, prof. Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA, profesor afiliowany PUM, kierujący Oddziałem Chirurgii Szczerkowo-Twarzowej w szpitalu MSWiA w Kielcach.

– Na wszystkie cztery nowe miejsca udało się nam zdobyć finansowanie z ministerstwa dla rezydentów. W wyniku jesienno postępowania rekrutacyjnego zgłosiło się do nas ponad 100 lekarzy dentyków, z czego 13 wskazało nasz oddział jako miejsce pierwszego wyboru. Tymczasem przyjęte zostały jedynie trzy osoby. Jest to dla mnie sytuacja totalnie niezrozumiała. Okazuje

się, że w wyniku niedoskonałości systemu rekrutacyjnego ośrodek taki jak nasz, który ma potencjał i finansowanie z ministerstwa, co się nie zawsze zdarza, pozostaje z nieobsadzonym miejscem rezydentem – stwierdza profesor Sikora. Jak podkreśla, taka sytuacja jest niedopuszczalna i wiąże się z potrójną szkodą: dla szpitala, który potrzebuje lekarzy specjalizujących się, dla lekarzy chcących się kształcić, a mimo wolnego miejsca niemogących rozpocząć nauki, oraz przede wszystkim dla samych pacjentów.

MROŻENIE MIEJSC

Na tym jednak nie koniec problemów. Okazuje się bowiem, że niektóre miejsca pozostają „zamrożone” w wyniku rezygnacji, choroby czy macierzyństwa rezydenta.

– Mamy do czynienia z sytuacjami, kiedy na przykład ktoś bardzo

chce się dostać na ortodontję, ale ponieważ wie, że jest bardzo mało miejsc na tę specjalizację, to składa równoległe dokumenty na protezykę. Dostaje się na tę drugą, ale nie porzuca marzeń o ortodontji. Aplikuje na nią w kolejnym naborze i zostaje zakwalifikowany. W efekcie tego po okresie półrocznego szkolenia porzuca protezykę i zaczyna nową specjalizację. W tym momencie miejsce po nim na protezyce pozostaje puste przez następne sześć miesięcy, aż do kolejnego naboru – mówi prof. dr hab. Teresa Sierpińska, prezes Europejskiego Towarzystwa Protetycznego, członkini Rady ds. Rozwoju Stomatologii działającej przy Ministrze Zdrowia.

– Problemem centralnej rekrutacji na miejsca specjalizacyjne jest odległość od miejsca zamieszkania. Osoba przystępująca do rekrutacji nie zawsze zdaje sobie sprawę

z tego, że otrzymanie miejsca specjalizacyjnego w zupełnie innej części Polski wiąże się ze zmianą miejsca zamieszkania. Dlatego też bywa tak, że lekarz dentysta został zakwalifikowany do odbywania specjalizacji we Wrocławiu, a mieszka w Gdańsku, więc nie podejmuje szkolenia. Miejsce pozostaje wolne przez kolejnych sześć miesięcy. Dotyczy to około 10 proc. miejsc specjalizacyjnych np. w protetyce stomatologicznej – mówi prof. Sierpińska.

Rada ds. Rozwoju Stomatologii zgłosiła już te problemy ministrowi zdrowia.

CMKP NIE WIE O PROBLEMACH

O opisanych wyzwaniach poinformowaliśmy Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, które prowadzi rekrutację na szkolenia specjalizacyjne. Rzecznik prasowy tej placówki Agnieszka Pochrzęst-Motyczyńska zapewniła, że nikt wcześniej nie zgłaszał tego typu spraw.

– Są trzy etapy w jednym postępowaniu rekrutacyjnym (trzeci ogłasza minister – przypis red.) właśnie po to, by miejsca specjalizacyjne nie pozostawały puste – potwierdziła Pochrzęst-Motyczyńska. Zapewniła, że o problemie informuje kierownictwo Centrum.

– W trakcie rekrutacji na specjalizację lekarz i lekarz dentysta może złożyć wniosek na 15 wariantów (w każdy wariant może określić trzy jednostki, w których chciałby realizować specjalizację). To na wniosek NIL wprowadzono w 2022 r. zmiany ustawowe, w wyniku których rekrutacja ma charakter ogólnopolski. O uzyskaniu kwalifikacji do rozpoczęcia szkolenia w wybranym wariantcie (tj. w dziedzinie, województwie i trybie) decyduje wyłącznie mechanizm określony precyzyjnie w algorytmie. Jest to wynikiem postulatów środowiska lekarzy, aby proces miał całkowicie obiektywny charakter – tłumaczy rzeczniczka CMKP. I dodaje: – Po dokonaniu oceny formalnej wniosku i przyporządkowaniu punktów wniosek jest udostępniony lekarzowi za pomocą Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK). W terminie pięciu dni od dnia publikacji list rankingowych lekarz musi potwierdzić za pomocą SMK przyjęcie wskazanego miejsca specjalizacyjnego. Brak potwierdzenia jest równoznaczny z odstąpieniem lekarza od postępowania konkursowego w pierwszym etapie i zwolnieniem przyznanego miejsca specjalizacyjnego.

DR HAB. MACIEJ SIKORA
PROF. PAŃSTWOWEGO INSTYTUTU
MEDYCZNEGO MINISTERSTWA
SPRAW WEWNĘTRZNYCH
I ADMINISTRACJI



fot.: Artur Pedryc

O ile wprowadzenie centralnej rekrutacji w moim odczuciu nie jest złym rozwiązaniem, o tyle konstrukcja niektórych przepisów wymaga szybkiej zmiany. Postępowanie kwalifikacyjne powinno trwać do momentu, aż wszystkie miejsca specjalizacyjne zostaną zapełnione. ●

PROF. DR HAB. TERESA SIERPIŃSKA
PREZES EUROPEJSKIEGO
TOWARZYSTWA PROTETYCZNEGO,
CZŁONKINI RADY DS. ROZWOJU
STOMATOLOGII DZIAŁAJĄCEJ PRZY
MINISTRZE ZDROWIA



fot.: PTS

W sytuacji gdy mamy tak mało miejsc rezydencjonalnych, zwłaszcza w dziedzinach stomatologicznych, nie możemy sobie pozwolić na to, by którekolwiek z nich z powodu niedoskonałości systemu rekrutacji było nieobsadzone albo zablokowane. ●

Ile miejsc pozostaje nieobsadzonych po zakończeniu procesu rekrutacji? – Po trzech etapach jesiennej rekrutacji na specjalizację w 2024 r. 5451 lekarzy i lekarzy dentystów potwierdziło przyjęcie miejsca specjalizacyjnego: w tym 4489 w ramach rezydentury i 962 w trybie pozarezydencjonalnym. W tym postępowaniu było dostępnych 6651 miejsc w trybie rezydencjonalnym i 5427 miejsc w trybie pozarezydencjonalnym – informuje rzeczniczka CMKP.

SYSTEM MISTRZ-UCZEŃ

Doraźnym rozwiązaniem problemu niedoboru specjalistów mają być wprowadzone niedawno umiejętności zawodowe, ale czy będą?

– Na pewno nie zastąpią one specjalizacji – uważa Paweł Barucha. – Pamiętajmy ponadto, że tylko specjalista może wykształcić nowego specjalistę. Co zrobimy, jeśli nie będzie miał kto szkolić? – pyta retorycznie.

– Musimy doprowadzić do znaczącego zwiększenia miejsc rezydencjonalnych, lepiej wykorzystywać potencjał szkoleniowy uczelni medycznych w tym zakresie – wylicza Barucha. – Dobrym rozwiązaniem może być także wprowadzenie systemu mistrz-uczeń, w którym specjalista może szkolić w ramach indywidualnej praktyki swojego następcę. Coś takiego od lat sprawdza się w Holandii – mówi wiceprezes NRL. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

W stomatologię warto inwestować

Choroby jamy ustnej dotyczą ponad 3,5 miliarda ludzi i należą do najczęstszych w świecie. Większości można uniknąć – mówi **Anna Lella**, członkini zarządu World Dental Federation (FDI) i zarządu Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego oraz prezeska Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie i członkini Naczelnej Rady Lekarskiej, w rozmowie z Lucyną Krysiak.

Choć w strukturach FDI działa Pani od lat, ogromnym wyróżnieniem dla polskiej stomatologii było dołączenie w 2021 r. do ścisłego grona członków zarządu Światowej Federacji Dentystycznej, zresztą już po raz drugi. Na czym polega praca zarządu FDI?

Członkowie zarządu FDI (prezes, prezes elekt, skarbnik i 10 członków) reprezentują organizację na zewnątrz oraz sprawują nadzór nad bieżącą działalnością FDI, w szczególności stałych komitetów, grup roboczych, zespołów zadaniowych, a także kilkunastoosobowego biura mającego siedzibę w Genewie. Spotykamy się na posiedzeniach kilka razy w roku, trudno natomiast zliczyć różnego rodzaju spotkania, które odbywamy zdalnie. Na bieżąco prowadzimy także korespondencję. Mamy więc ze sobą stały kontakt.

Funkcje reprezentacyjne należą w dużej mierze do prezesa i prezesa elekta, którymi obecnie są dr Greg Chadwick z USA i prof. Nikolai Sharkov z Bułgarii. Pozostali członkowie zarządu pracują w komitetach, grupach roboczych i zespołach zadaniowych. Obecnie przewodniczę grupie roboczej ds. Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej (WOHD), jestem też przedstawicielem zarządu w Stałym Komitecie ds. Kształcenia.

FDI jest globalną organizacją, której główne zadania to reprezentowanie ponad miliona lekarzy dentystów i szeroko rozumiana promocja zdrowia jamy ustnej na świecie. Federacja prowadzi działalność, którą można określić jako

lobbingową, ale również organizuje różne formy szkoleń w ramach doskonalenia zawodowego lekarzy dentystów, realizuje wiele projektów, których głównym celem jest promocja zdrowia jamy ustnej, dbanie o wysoki i wyrównany poziom stomatologii na całym świecie. Choć nie jest organizacją ściśle naukową, zajmuje się także zagadnieniami naukowymi.

Nie można pracować w oderwaniu od tego, co się robi na co dzień, a w moim przypadku to prowadzenie praktyki lekarskiej i działalność samorządowa

Od ponad 70 lat wydaje dwumiesięcznik „International Dental Journal” (IDJ), który plasuje się w czołówce czasopism naukowych z zakresu stomatologii.

Czyli nie chodzi tylko o prestiż, ale o stwarzanie możliwości?

Choroby jamy ustnej dotyczą ponad 3,5 miliarda ludzi i należą do najczęstszych w świecie. Większości można uniknąć. FDI od wielu lat stawia sobie za cel „Prowadzenie świata do optymalnego zdrowia jamy ustnej” (Leading the world to optimal oral health). Aby go osiągnąć, należy przekonywać, że zdrowie jamy ustnej jest uznawane i akceptowane jako

podstawowy element ogólnego zdrowia i dobrego samopoczucia człowieka, zintegrować zdrowie jamy ustnej z profilaktyką i leczeniem innych chorób niezakaźnych oraz wspierać organizacje członkowskie FDI w działaniach na poziomie krajowym określających priorytety w tej dziedzinie.

Jest Pani pierwszą kobietą i pierwszą Polką stomatologiem, która piastuje tak wysokie stanowiska w FDI. Z jakimi wyzwaniem musi się Pani mierzyć?

Przez długi czas polscy stomatolodzy – poza kilkoma wyjątkami – nie byli zauważani w FDI. Dotyczyło to zresztą całego regionu Europy Środkowej i Wschodniej. Na pewno przyczyniła się do tego sytuacja polityczno-gospodarcza lat osiemdziesiątych XX wieku. Obecnie stomatolodzy z tego regionu są bardziej zaangażowani w działania tej organizacji, co przekłada się na powierzanie im ważnych funkcji. Przykładem jest Nikolai Sharkov, stomatolog z Bułgarii, który pierwszy z naszego regionu obejmie w 2025 r. stanowisko prezesa FDI. Warto podkreślić, że poziom kwalifikacji lekarzy i wyposażenia naszych gabinetów nie odbiega od najlepszych światowych standardów, co pozwala nam wypowiadać się jako eksperci na wszystkie tematy dotyczące stomatologii. Jednak trzeba było czasu, aby przekonać do tego koleżanki i kolegów,

zwłaszcza z państw szeroko rozumianego Zachodu, a mnie jako kobiecie tym bardziej. Wprawdzie w Polsce i w naszym sąsiedztwie środowisko stomatologiczne jest od dawna mocno sfeminizowane, jednak na poziomie globalnym wyglądało to inaczej i większość funkcji w organizacjach europejskich i światowych sprawowali panowie. Teraz ta sytuacja jest inna, co na pewno pomaga szerzej widzieć różne sprawy związane z wykonywaniem naszego zawodu.

Od czego zaczęła się Pani aktywność na forum międzynarodowym?

Od 2003 r., gdy w Warszawie odbywały się obrady ERO. Potem kolejne spotkania mniejsze i większe. Często w wielu sytuacjach byłam pierwszą, sama. Bywało ciężko, ale lubię wyzwania i nie byłam bierna. Pracowałam w grupach roboczych, często inicjowałam różne działania i te starania zostały dostrzeżone. Zawsze było i jest dużo żmudnej pracy „biurowej”, odpowiadanie na ankiety, listy, pisanie raportów. Wcześniej miałam możliwość korzystania z cennych rad prof. Eugeniusza Spiechowicza, prof. Marii Wierzbickiej, ciepło wspominać okres pracy z dr. Kazimierzem Bryndalem. Nieocenioną zostaje dla mnie znajomość z prof. Honoratą Shaw, szczególnie w aspekcie polskiego kongresu FDI w Poznaniu. Z naszego zespołu izbowego z poprzednich kadencji chciałam przypomnieć dr. Zdzisława Annusewicza, Anię Śpiałek, Halinę Borgiel-Marek, którzy wnieśli swoją pracę cenny wkład w obecną pozycję Polski w FDI i innych organizacji międzynarodowych, do których należy samorząd.

W tej pracy, poza merytoryką, liczą się inne atuty – wyczucie taktu i wysoka kultura osobista, które budują nasz obraz w opinii innych. Obecny zespół (Ewa Siewierska-Chomeniuk i Radosław Maksymowicz) kontynuują tę linię i są dla mnie cennym wsparciem. W pracach organizacji międzynarodowych od wielu lat ceniony jest mec. Marek Szewczyński z biura NIL, często proszony przez inne kraje o wystąpienie w roli eksperta prawa międzynarodowego. Dobrze mieć taki team. Bez niego obecna wysoka pozycja Polski nie byłaby możliwa. Wspólnie przecieraliśmy szlaki i promowaliśmy kolejne osoby w poszczególnych grupach, komitetach. Polscy lekarze



foto: archiwum własne

są widoczni i cenieni nie tylko w strukturach poszczególnych organizacji czy stowarzyszeń, mają wyrobioną pozycję renomowanych wykładowców i ich nazwiska są rozpoznawalne.

Swego czasu była też Pani sekretarzem generalnym ERO-FDI. Na czym polegała ta rola?

ERO-FDI funkcjonuje w strukturze FDI i jest jedną z jej tzw. organizacji regionalnych. ERO skupia krajowe organizacje lekarzy dentyistów z szeroko rozumianego regionu europejskiego, tj. oprócz państw z Europy geograficznej także z Izraela oraz byłych republik ZSRR – łącznie z blisko 40 państw, niektórych bardzo odległych geograficznie i mających różnorodne problemy i zakresy zainteresowania.

W ERO miałam zaszczyt pełnić funkcję sekretarza generalnego w 5-osobowym zarządzie, a potem prezesa. Jako sekretarz uczestniczyłam w opracowywaniu programów sesji plenarnych, pracach nad przyjęciem regulaminu działania grup roboczych, utrzymywaniu kontaktów

◀ *Lubię wyzwania i nie byłam bierna – mówi Anna Lella, członkini zarządu World Dental Federation FDI*

z organizacjami członkowskimi. Jako prezes przewodniczyłam obradom podczas odbywających się dwa razy do roku sesji plenarnych, reprezentowałam ERO na posiedzeniach zarządu FDI, wielokrotnie występowałam na spotkaniach i kongresach krajowych organizacji stomatologicznych. Byłam pierwszą kobietą, którą wybrano na to stanowisko w ponad 50-letniej historii tej organizacji.

Wydarzeniem był zorganizowany w Polsce w 2016 r. Światowy Kongres Stomatologiczny FDI. Do Poznania zjechało wówczas 16 tys. stomatologów ze 152 państw. Jak to wydarzenie wpłynęło na zawodowe aspiracje polskich lekarzy dentyistów i ich pozycję na arenie międzynarodowej?

To było ogromne przedsięwzięcie, także logistyczne: wykłady, warsztaty, wystawa sprzętu i materiałów stomatologicznych oraz oczywiście zebrania Światowego Parlamentu Stomatologicznego FDI.

Szczególnie podkreślano zaangażowanie oraz profesjonalizm strony polskiej podczas organizacji kongresu i w czasie jego trwania. Zagraniczni goście gratulowali świetnej atmosfery podczas ceremonii otwarcia, wyjątkowego klimatu podczas uroczystej kolacji w Collegium Minus, wszechobecnej otwartości i uczynności, jak również zapewnienia uczestnikom możliwości bezpłatnego korzystania z transportu miejskiego. W kularach mówiono, że była to najlepsza edycja tego wydarzenia w ostatnich latach, a także, że dzięki temu Poznań i Polska zyskały wielu nowych sympatyków. Kongres był także okazją do zaprezentowania wysokich standardów polskiej stomatologii i wysokich kwalifikacji zawodowych lekarzy dentyistów. Gdy Polska wstępowała do Unii Europejskiej, pojawiały się głosy w tzw. starych państwach UE, że wkrótce będą do nich przyjeżdżać do pracy słabo wykwalifikowani lekarze dentyści z Polski i innych państw regionu i że poziom opieki

stomatologicznej może się obniżyć. Dziś już nikt nie wyraża takich opinii.

Środowisko kojarzy Panią głównie z działalnością w samorządzie lekarskim. Czy zdobyte tu doświadczenia przełożyły się na pełnione funkcje w strukturach FDI i odwrotnie?

Wszystkie aktywności i pełnione funkcje, zarówno w samorządzie lekarskim, jak i na polu międzynarodowym, się przenikają. Nie można pracować w oderwaniu od tego, co się robi na co dzień, a więc od rzeczywistości, którą w moim przypadku jest prowadzenie praktyki lekarskiej i działalność samorządowa na rzecz środowiska. To przenikanie dotyczy zatem zarówno sposobu myślenia, jak i podejmowanych działań w strukturach FDI.

Jak zmieniła się światowa stomatologia w ostatnich latach i na czym obecnie koncentruje się FDI?

Zmiany są spektakularne i miło patrzeć, że dokonują na naszych oczach. Dotyczą one nie tylko technologii, materiałów, sprzętu, mentalności, ale i sposobu podejścia do wykonywanego zawodu lekarza dentystry. Obserwujemy, że stomatologia już od jakiegoś czasu staje się bardziej umedycyniona, co już nikogo nie dziwi, ale był czas, że postrzegano ją jako profesję „rzemieślniczą” i dentystrów określano tylko jako łataczy dziur w zębach (drill and fill).

Co na co dzień lekarz dentyista wynosi z przynależności Polski do FDI?

To jest częste pytanie, na które odpowiedź nie jest jednoznaczna. Można zapytać: co możemy, choćby poprzez FDI, dać innym, bardziej potrzebującym. Pomagamy sobie wzajemnie. FDI jest platformą wymiany doświadczeń, kreowania bieżących kierunków rozwoju tej dziedziny medycyny. Publikowane tam stanowiska, białe księgi mogą służyć za drogowskaz dla każdego stomatologa. Ponieważ FDI prowadzi m.in. działalność szkoleniową, nasi członkowie mogą korzystać nieodpłatnie z dodatkowych kursów, warsztatów, prezentacji. Dzięki temu, że dostęp do wiedzy w świecie jest podobny, kwalifikacje lekarzy dentystrów są dzisiaj porównywalne we wszystkich krajach. Gorzej z dostępnością do leczenia i jego finansowaniem, szczególnie w krajach o niższym poziomie rozwoju gospodarczego. Niestety, świadomość zdrowotna społeczeństw

dotycząca chorób jamy ustnej nadal jest niewystarczająca, także w państwach uznawanych powszechnie za zamożne jest jeszcze wiele do zrobienia. Bardzo dobrze wykorzystaliśmy szansę promocji naszego kraju poprzez Światowy Kongres FDI, który Polska miała możliwość zorganizować. Mimo iż minęło 10 lat, wydarzenie to wciąż jest wspomniane.

W jaki sposób FDI realizuje dążenie do wyrównanego poziomu stomatologii na świecie?

Materiały opracowane przez FDI, promujące Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej, stanowią narzędzie w uświadamianiu pacjentów o znaczeniu zdrowia jamy ustnej i korelacji z innymi schorzeniami. Działania mają charakter długofalowy, wieloletni i przyjmowane stanowiska nie mają bezpośredniego przełożenia na decyzje polityczne poszczególnych państw. Należy je traktować jako profesjonalny głos ogólnoswiatowego środowiska stomatologicznego w sprawie. FDI przyczyniła się do tego, że znaczenie zdrowia jamy ustnej i opieki stomatologicznej zaczęło być właściwie postrzegane jako istotny element zdrowia publicznego, jako sektor, w który warto inwestować. W wielu państwach przełożyło się to na zwiększenie nakładów na stomatologię. Niestety, my, Polacy, wciąż mamy z tym problem. Przygotowywane przez FDI kampanie informacyjne i materiały stanowią nieocenioną pomoc i inspirację dla naszych działań krajowych, zarówno kierowanych do władz odpowiedzialnych za organizację systemu ochrony zdrowia, jak i do pacjentów.

FDI działa globalnie, a każdy kraj ma własne problemy, jeśli chodzi o zdrowie jamy ustnej. Jak to pogodzić?

Przedstawiciele FDI na bieżąco śledzą działania Światowej Organizacji Zdrowia, także ONZ w zakresie ochrony zdrowia, uczestniczą w takich wydarzeniach, jak np. Światowe Zgromadzenie Zdrowia czy niedawne

spotkanie na temat zdrowia jamy ustnej w Bangkoku. FDI zwraca uwagę na ogromne spożycie cukru, nadmierne dodawanie go do żywności przemysłowej, co ma związek z otyłością, cukrzycą i zagrożeniem wieloma innymi chorobami, w tym jamy ustnej. Zapowiada, że w ramach strategii dotyczącej rozwiązania tego problemu do 2030 r. chce doprowadzić do zmniejszenia spożycia tego produktu przez państwa reprezentowane przez FDI, dlatego nie współpracuje już i nie przyjmuje środków finansowych na prowadzenie projektów i kampanii od firm, które produkują i sprzedają żywność nafaszerowaną cukrem. Działania te podejmowane na poziomie globalnym mają zainspirować poszczególne regiony do działań w tym kierunku.

Widać ogromny postęp w periodontologii, protetyce, ortodoncji, stomatologii estetycznej, a świat wciąż nie może uporać się z próchnicą zębów, bezzębnością i innymi problemami dotyczącymi stanu zdrowia jamy ustnej. Co na to FDI?

Odpowiedź jest jedna: profilaktyka i edukacja. Wiele projektów, w które angażuje się FDI, czasem we współpracy z producentami sprzętu i materiałów stomatologicznych, jest poświęconych profilaktyce stomatologicznej, w tym edukacji zdrowotnej, która jest jedną z kluczowych sfer działalności tej organizacji. Często podkreślamy, co dostrzega także Światowa Organizacja Zdrowia, że lekarze dentyści są pionierami prewencji w medycynie. Z chwilą uświadomienia sobie, jak powstaje próchnica, natychmiast zaczęliśmy zalecać szczotkowanie zębów, dodając do pasty środki remineralizujące szkliwo. Kongresy FDI były pierwszymi bez dymu tytoniowego. Duży nacisk kładziemy na poprawę opieki interdyscyplinarnej, ponieważ lekarz stomatolog w zakresie prewencji musi współdziałać z lekarzami innych specjalności oraz z pozostałymi pracownikami ochrony zdrowia. I to się naprawdę dzieje. ●

Lepiej na festynie niż w aptece?

Dlaczego ustawa nie pozwala, by farmaceuci mogli szczepić dzieci i młodzież? Czyj opór powoduje, że nie można zmniejszyć liczby nowotworów wywoływanych przez HPV?

Jako człowiek, obywatel, rodzic oraz farmaceuta jestem proszczepionkowcem. Z definicji. Dlatego z żalem czytuję, że według raportu dostępnego na stronach Ministerstwa Zdrowia do 2 lutego 2025 r. przeciw HPV zaszczepiono zaledwie 11,81 proc., czyli niespełna 580 tys. dzieci z grupy uprawnionych.

Fascynujący prozdrowotny skutek szczepień przeciw HPV, zaobserwowany w krajach, które masowo je wdrożyły, nie pozostawia wątpliwości. Warto! Tymczasem u nas jest wysoka liczba zachorowań, z której powodu lekarze z innych krajów przyjeżdżają do Polski, by na własne oczy obejrzeć pacjentki np. z rakiem szyjki macicy.

Nie zapomnę opowieści usłyszonej w aptece. „Ja swoją córkę zaszczepię. Moje koleżanki nie, bo wzajemnie sobie przekazują, że po szczepieniach p/HPV choruje się na... raka piersi”. Gorzko „pożartowaliśmy”, że widocznie koleżanki wolą mieć raka szyjki macicy zamiast raka piersi, niemniej fakt jest faktem: niewiedza, fake newsy lub zwykłe plotki wygrały z prawdą i nauką. Sam nic nie zrobię. Walka z dezinformacją powinna być prowadzona systemowo na poziomie ogólnopolskim i z nieustającym wsparciem struktur państwowych.

I wtedy przychodzi moment zastanowienia... Wirus HPV zbiera krwawe żniwo? Tak. Są twarde dane o skuteczności szczepień? Tak. Jest program szczepień? Jest. Rządzący chcą zwiększenia wyszczepialności? Tak? Sukces programu szczepień jest – łagodnie mówiąc – niewielki. Co zatem poszło nie tak?

Jedną z form zachęty do szczepień w czasie pandemii, a konkretnie w 2021 r., był pomysł na ich wykonywanie na festynach wiejskich organizowanych przez Koła Gospodyń lub Ochotniczą Straż Pożarną. W nagrodę podmioty te miały otrzymywać po kilka tysięcy złotych za zorganizowanie imprezy. Rozliczanie szczepień odbywało się niezależnie od dotacji. Sukces był...

MARIUSZ POLITOWICZ
CZŁONEK NACZELNEJ
RADY APTEKARSKIEJ



umiarkowany. Maksymalnie kilkanaście osób przez kilka godzin festynu. Cóż, pracuję w aptece jednoosobowej. Wykonując standardowe czynności, równoległe potrafię zaszczepić tyle samo osób – ale przez 1,5 godziny.

Szczepienia, poza tymi na festynach, wykonywano w mobilnych punktach, także drive-thru, czyli pod dość symbolicznym namiotowym zadaszaniem. Sale gimnastyczne też były wykorzystywane.

Trudne czasy wymusiły na decydentach zastosowanie niestandardowych rozwiązań. Mimo okoliczności trudno mi było zrozumieć zadyszkę legislacyjną, która aż tak bardzo opóźniła wejście aptek w system szczepień. Z jednej strony kolejki przestraszonych ludzi przed kontenerami, namiotami i salami gimnastycznymi, z drugiej zaś farmaceuci – z uprawnieniami – bezproduktywnie czekający w czystych i ciepłych aptekach.

Co istotne, ówczesne przepisy pozwalały – za pisemną zgodą rodziców lub opiekunów – na szczepienie osób w siedemnastym i osiemnastym roku życia, a więc niepełnoletnich. Nieco później tę granicę przesunięto w dół o kolejny rok. Powrót do szczepienia w aptekach tylko osób pełnoletnich na podstawie stosownej ustawy nastąpił w drugiej połowie 2023 r.

W aptekach w USA można szczepić dzieci od 3. roku życia,

w Australii od 10., w Nowej Zelandii od 3., we Francji od 11., a w Portugalii od 6. miesiąca życia. Skąd takie różnice? Co kraj, to obyczaj. Należy jednak przyjąć, że skoro kraje te utrzymują w aptekach system szczepień dla dzieci, oparły go na przemysłowych kryteriach. Nie utrzymywałyby go, gdyby dochodziło do groźnych problemów. Najprawdopodobniej korzyści zdecydowanie górują nad możliwymi negatywnymi skutkami.

Dlaczego w Polsce jest inaczej? Dlaczego ustawa nie pozwala, by farmaceuci w aptekach mogli szczepić dzieci i młodzież? Czyj opór nie pozwala na zmniejszenie liczby nowotworów wywoływanych przez HPV? Czy naprawdę chcemy ludzkich tragedii oraz zwiększonych wydatków na wyjątkowo kosztowne leczenie?

Kolejny raz w pełni świadomie piszę o pozytywnych skutkach, które możemy osiągnąć dzięki farmaceutom. Jestem przekonany, że apteki są lepszym miejscem do szczepień niż namioty lub sale gimnastyczne. Nie oczekuję natychmiastowych efektów. Zwłaszcza pod wpływem felietonów. Nawet w gazecie dla lekarzy, których sporo jest parlamentarzystami. Byłoby jednak dobrze, by długo i zdrowo żyły nie tylko nasze dzieci lub wnuki. Prawda? ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Choroby rzadkie wychodzą z cienia

Mimo że choroby rzadkie wymagają współpracy wielu specjalistów, stają się coraz bardziej zauważalne dla systemu – mówi **prof. Robert Śmigiel**, kierownik Kliniki Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Metabolicznych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, prezes Polskiego Towarzystwa Wrodzonych Wad Metabolizmu, w rozmowie z Lucyną Krysiak.

Co się kryje pod pojęciem wad wrodzonych metabolizmu?

Wszystkie wady wrodzone metabolizmu należą do chorób uwarunkowanych genetycznie. Charakteryzują się wrodzonym deficytem enzymów prowadzącym do zaburzeń na jakimś konkretnym szlaku metabolicznym. Na studiach medycznych pokazywano nam bardzo złożoną mapę metra z tysiącami szlaków metabolicznych, które się przecinają, pokrywają, przechodzą jeden w drugi. Kiedy się widzi taki schemat procesów metabolicznych zachodzących w organizmie, ta wiedza wydaje się nie do ogarnięcia. Odkładamy więc temat na później, a to ma swoje implikacje w praktyce lekarskiej.

Pierwotna teoria dotycząca wrodzonych wad metabolizmu zakłada jako główną i jedyną przyczynę powstawania związanych z nimi objawów gromadzenie się nadmiaru substratu, który powinien być przerobiony w produkt, którego brakuje. Często następuje wtórne gromadzenie się produktu z alternatywnego szlaku, co może wywoływać objawy lub stanowić marker diagnostyczny. Czyli nadmiar substratu i niedobór produktu zastąpiony produktem z alternatywnego szlaku określa mechanizm błędu enzymatycznego. Ale wiemy już, że wiele innych chorób metabolicznych ma bardziej złożony mechanizm. W tym zaburzonym procesie metabolicznym chodzi bowiem nie tylko o zniesienie funkcji enzymu, ale też receptora, nośnika transportowego, składnika pompy błonowej czy elementu strukturalnego komórki, które trwale lub przejściowo zaburzają równowagę biochemiczną ustroju. Zatem definicja wad wrodzonych rozwoju metabolizmu jest schematyczna: substrat – produkt

– alternatywny szlak. Głębsza wiedza mówi jednak, że ścieżki prowadzące do wrodzonych wad metabolizmu są różne.

Kiedy medycyna odkryła, że istnieją wady wrodzone metabolizmu?

Po raz pierwszy nazewnictwo to pojawiło się w 1908 r., kiedy jeszcze nie było znane pojęcie genu, mimo że wszystkie choroby związane z wrodzonymi wadami metabolizmu są uwarunkowane genetycznie. Sir Archibald Garrod przedstawił wówczas na wykładzie

W chorobach rzadkich lekarz jednej specjalności nie poradzi sobie z diagnostyką i leczeniem, potrzebuje wsparcia wielu innych specjalistów

w Londynie koncepcję pojmowania metabolizmu i wad o charakterze dziedzicznym i metabolicznym, opisując cztery jednostki chorobowe: alkaptonurię, albinizm, pentozurię i cystynurię, łącząc je z teorią Gregora Mendla, czeskiego mnicha, który w przyklasztornym ogródku odkrył prawa dziedziczenia. Ich podstawy obowiązują do dziś.

I co było później?

Długo, długo nic, aż nastąpił dynamiczny rozwój genetyki w drugiej połowie XX w. i przełom

w badaniach, dzięki któremu mamy wyodrębnionych 1400 chorób z kręgu wrodzonych wad metabolizmu i wszystkie zaliczane są do chorób rzadkich. Ich diagnostyka jest trudna, opiera się na badaniach specjalistycznych, niedostępnych w standardowych laboratoriach, a jedynie w wysokospecjalistycznych laboratoriach referencyjnych, a tych jest w kraju zaledwie kilka. Często w diagnostyce wykorzystuje się już badania molekularne. Dzięki nowym odkryciom ta diagnostyka coraz bardziej się poszerza. Wzrosło np. znaczenie badań przesiewowych w okresie noworodkowym. Takim spektakularnym przykładem zmian w postrzeganiu problemów związanych z wykrywaniem i leczeniem objawów wad wrodzonych metabolizmu było powołanie specjalizacji pediatrii metabolicznej.

Jak często rodzą się dzieci z wadami wrodzonymi metabolizmu?

Do niedawna częstość występowania wszystkich wad wrodzonych metabolizmu wynosiła 1 na 2,5 tys. urodzeń. Wraz z postępem diagnostyki molekularnej, która nam otworzyła oczy na wiele dotychczas nieznanymi wad wrodzonych metabolizmu, ta liczba wzrosła do 1 na 1000. W Polsce jest to 1400 osób. Rocznie rodzi się w naszym kraju od 150 do 250 dzieci z wrodzoną wadą metabolizmu. Nie zawsze jest ona rozpoznana po urodzeniu, tylko u 25 proc. dzieci z tej grupy może być wykryta w okresie noworodkowym. Nawet jeśli wykonujemy

badania w tym kierunku w przypadku wysokiego podejrzenia, że możemy mieć do czynienia z wrodzoną wadą metabolizmu, badania międzynarodowe prowadzone w najlepszych ośrodkach na świecie mówią, że na 100 zleconych tylko jedno daje wynik pozytywny. To oznaczałoby, że mieścimy się w standardach światowych, jeśli chodzi o wykrywalność.

Co wiemy o przyczynach powstawania błędów metabolizmu?

Wrodzone błędy metabolizmu są uwarunkowane genetycznie, z reguły dziedziczone autosomalnie recesywnie, jednak opisywane są wszystkie mechanizmy dziedziczenia. W genetyce los nie zna pamięci, więc natura mówi nam tak: zbuduję człowieka, ale to skomplikowane, i popelnię tysiące błędów, bo inaczej człowiek będzie muszką owocową albo dżdżownicą. Część tych błędów natura usuwa sama, a części nie i rodzą się dzieci z błędami genetycznymi. W moim pojęciu wszystkie dzieci z chorobami rzadkimi, w tym wadami wrodzonymi metabolizmu, spłacają dług za to, że my jesteśmy wolni od takich błędów genetycznych. Znamy mechanizmy prowadzące do błędów, ale nie wiemy, dlaczego akurat u tej, a nie innej osoby powstała wada. Na to pytanie już odpowiedzi nie ma.

Z tymi wadami wiązą się określone problemy zdrowotne. Jakież?

W większości wrodzonych wad metabolizmu pierwsze objawy kliniczne pojawiają się u noworodków i niemowląt do pierwszego roku życia. Stanowią one największą grupę pacjentów. Dlatego dzieci te wymagają wnikliwej uwagi, aby niczego niepokojącego nie przeoczyć.

Na tym etapie życia obserwujemy głównie choroby z grupy małych cząsteczek, które przebiegają z objawami intoksykacji. Z reguły dzieci te rodzą się zdrowe, w stanie dobrym, z prawidłową punktacją Apgar, ale z nieprawidłowo zmetabolizowanym jakimś składnikiem diety, np. obecnym w pokarmie matki, tak jak w chorobie o nazwie galaktozemia, lub niedostatecznym zabezpieczeniem energetycznym (dzieci te mało jedzą). Wówczas rozwijają się silne objawy ogólnoustrojowe, które nazywamy intoksykacją, inaczej zatruciem. To bardzo niebezpieczny stan, u dziecka pogarsza się łaknienie, spada napięcie mięśniowe, pojawiają się drgawki, występują



foto: archiwum prywatne

zaburzenia świadomości, a nawet śpiączka ze zgonem włącznie. Znamy metody leczenia tego stanu, ale by móc je podjąć, konieczne jest wczesne rozpoznanie i wczesna interwencja terapeutyczna. Wszyscy się boimy intoksykacji, do załamania stanu zdrowia dochodzi nagle, potrzebna jest szybka interwencja, a standardowe postępowanie nie działa, dlatego ważne jest zapobieganie. Jednak wrodzone wady metaboliczne wywołują choroby z każdego kręgu klinicznego. Dotyczą one np. rozwoju psychoruchowego, poznawczego, narządu mowy, obszaru neurologicznego (padaczka, ataksja, dystonia) czy objawów ze strony wątroby, przewodu pokarmowego, skórnych.

Czy na problemy te są narażone wyłącznie dzieci, czy również dorośli?

Większość WWM dotyczy dzieci, ponieważ 80 proc. błędów metabolicznych ujawnia się okresie pediatrycznym. Jednak pozostałe 20 proc. to choroby, które rozpoznajemy dopiero u dorosłych. Dzięki postępowi diagnostyki molekularnej wzrasta liczba

◀ *Kiedy zaczynałem pracę jako lekarz i mówiłem o chorobach rzadkich, często słyszałem, nawet od profesorów i autorytetów w swoich dziedzinach, że rzadka może być tylko zupa – wspomina prof. Robert Śmigiel*

pacjentów, u których są one wykrywane w wieku dorosłym, i te 20 proc. to całkiem spora rzesza pacjentów wymagających diagnozy i leczenia. W niektórych krajach powołano dla nich ośrodki medycyny metabolicznej. W Polsce mamy z tym problem i to pediatrzy metaboliczni muszą się nimi zajmować. Inną grupą pacjentów dorosłych z WWM są osoby zdiagnozowane w okresie pediatrycznym, które stały się dorosłymi i przeszły tzw. okres transition.

Czyli są trudności z diagnozowaniem takich pacjentów?

Badania w kierunku WWM muszą być wykonywane w akredytowanych specjalistycznych laboratoriach. W przypadku chorób rzadkich, a do takich zaliczają się wady wrodzone metaboliczne, diagnostyka biochemiczna często nie wystarcza i niezbędna jest diagnostyka genetyczna. Postęp medycyny molekularnej, w tym tzw. sekwencjonowanie następnej generacji, sprawił, że w jednym badaniu możemy zbadać tysiące chorób albo choroby z tej samej grupy patogenetycznej.

Badania genetyczne w wadach wrodzonych metabolizmu poszerzają znacznie możliwości diagnostyczne, np. szerokoprzestawowe badania molekularne prowadzone są szczególnie u pacjentów, u których jest niespecyficzny obraz kliniczny. Jeśli podejrzewamy galaktozemię czy konkretną wrodzoną wadę metabolizmu, to mamy możliwość ją zbadać w sposób celowany. Jeśli mamy niespecyficzny obraz kliniczny, kiedy trudno zidentyfikować jedną konkretną jednostkę chorobową albo myślimy o całej grupie chorób, taka szerokoprzestawowa diagnostyka molekularna, obejmująca wiele przyczyn wrodzonych wad metabolizmu albo nawet większość, pozwala postawić dość szybko właściwe rozpoznanie. Jednak musi być ono kolejno

weryfikowane przez celowane metody biochemiczne, enzymatyczne. To pokazuje odwrotność diagnostyki, która była prowadzona dawniej, kiedy szliśmy krok po kroku – od objawów, poprzez badania podstawowe, specjalistyczne, by przejść ewentualnie do badań genetycznych. Dziś już, sądząc po objawach sugestywnych dla WWM, możemy zlecić badanie genetyczne jako badanie pierwszego rzutu. To ogromny postęp.

Jak są traktowane wady wrodzone metabolizmu? Czy wciąż są przezroczyście dla systemu?

Kiedy zaczynałem pracę jako lekarz i mówiłem o chorobach rzadkich, często słyszałem nawet od profesorów, autoritetów w swoich dziedzinach, że rzadka może być tylko zupa. To było dla mnie druzgocące. Choroby rzadkie były wręcz wyśmiewane, spychane na margines, m.in. dlatego że diagnostyka była trudna, prowadzenie takich pacjentów ciężkie, a nawet jeśli postawiono trafną diagnozę, i tak nie podejmowano leczenia, bo nie wiadzano, jak leczyć objawy takich chorób. Jednak pacjenci zaczęli tworzyć stowarzyszenia, silne lobby i domagać się „swojego”. Rosła też świadomość, że choroba rzadka może wystąpić u każdego z nas, w każdej rodzinie, grupie społecznej. Rodziny pacjentów powoływały się na Konstytucję RP, w której jest napisane, że każdy ma prawo do leczenia, nawet jeśli diagnostyka i terapia są drogie. Byli oburzeni tym, że np. pięćdziesięcioletni, który całe życie palił, źle się odżywił, nie dbał o swoje zdrowie, ma prawo do przeszczepu serca, a ich dzieciom ze względu na koszty odmawia się terapii. Obecnie mimo że objawy chorób rzadkich mają wymiar wielonarządowy i są trudne do leczenia, stają się coraz bardziej zauważalne dla systemu. Robi on coraz więcej dla poprawy diagnostyki i możliwości terapeutycznych, choć jeszcze nie tyle, ile byśmy chcieli.

Wiele mówi się o innowacyjnych terapiach w medycynie metabolicznej. Czego one dotyczą i czy są dostępne w Polsce?

Wkraczamy w erę terapii celowanych i dotyczy to także chorób rzadkich. Takich, które niekoniecznie leczą samą przyczynę, ale zbiór mechanizmów znajdujących się w grupie przyczynowej. Do tych terapii zalicza się leczenie dietetyczne, prowadzone przez całe życie, enzymatyczne terapie zastępcze, transplantacje narządów, np. wątroby, gdzie mieści się główne źródło objawów wad wrodzonych

metabolizmu, przeszczep komórek macierzystych, terapie immunoglobulinami, podawanie celowanych suplementów, leków off-label, których coraz mniej się boimy, i w końcu terapie genowe, choć możliwe tylko w kilkunastu chorobach uwarunkowanych genetycznie. Dla dużej grupy chorych nie ma jednak leczenia celowanego, pozostaje fizjoterapia, leczenie dietetyczne, postępowanie psychologiczne, leczenie oparte na neurologopedii. Zyskaliśmy bardzo dużo, choroby rzadkie wyszły z cienia, ale to wciąż za mało, aby mówić o zaspokojeniu potrzeb pacjentów dotkniętych tym problemem.

Polskie Towarzystwo Wrodzonych Wad Metabolizmu stawia na interdyscyplinarność swoich działań.

Jak to się przejawia i kto może zostać członkiem tego towarzystwa?

Członkiem naszego towarzystwa może zostać każdy, komu jest bliski temat chorób rzadkich. Głównie są to pediatrzy, pediatrzy metaboliczni, ale też genetycy kliniczni i lekarze, którzy stykają się z następstwami wrodzonych wad metabolicznych w obrębie nefrologii, kardiologii, neurologii, gastroenterologii i innych specjalności. Mamy więc w swoich szeregach lekarzy o różnych specjalnościach medycznych. Sam jestem pediatrą metabolicznym, neonatologiem i specjalistą genetyki klinicznej. Jestem dumny z tego, że w nasze szeregi wstępują także diagności laboratoryjni, biochemicy, fizjoterapeuci, psychologowie, dietetycy. W chorobach rzadkich lekarz jednej specjalności nie poradzi sobie z diagnostyką i leczeniem, potrzebuje wsparcia wielu innych specjalistów. Dlatego wzajemnie się słuchamy i na podstawie wymiany doświadczeń podejmujemy decyzje terapeutyczne. Towarzystwo to forum, na którym dzielimy się opiniami, konfrontujemy naszą wiedzę i umiejętności. Ta współpraca jest wyjątkowa. Ośrodków metabolicznych w Polsce jest niewiele. Dlatego jesteśmy otwarci na konsultowanie pacjentów z innych ośrodków, z małych miejscowości, z oddziałów ogólnopediatrycznych, wiedząc, że jest to nieodzowny

element poprawy opieki nad pacjentami z wrodzonymi wadami metabolizmu.

Jaka jest obecna sytuacja osób dotkniętych wadami metabolicznymi?

Ostatnie 25 lat to dla pediatrii metabolicznej bardzo korzystny czas. Zarówno społeczeństwo, jak i środowisko medyczne stały się – dzięki różnym formom edukacji – bardziej świadome istnienia chorób rzadkich. Wprawdzie kraje zachodnie zawsze szybciej i wcześniej wprowadzały nowatorskie metody diagnostyczne i terapie, ale my cieszymy się tym, co teraz mamy. Chodzi głównie o coraz powszechniej stosowany program badań przesiewowych, dzięki któremu diagnozujemy więcej noworodków z wadami wrodzonymi metabolizmu jeszcze na etapie skąpoobjawowym lub bezobjawowym, co warunkuje skuteczniejsze leczenie. Dzięki wielkiemu entuzjazmowi współpracujących z nami diagnostów z Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie i lekarzy w całej Polsce staliśmy się jednym z lepszych, a może już najlepszych ośrodków europejskich i światowych, które sobie rewelacyjnie radzą z tym programem.

Cieszy nas także poprawa dostępności do wysokospecjalistycznych terapii, które oferuje świat. Są to procedury Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia realizowane w ramach programów lekowych i importu docelowego. Sytuacja chorych poprawia się także dzięki edukacji lekarzy i aktywności stowarzyszeń pacjenckich, z którymi ściśle współpracujemy. Pełnią one ważną ekspercką rolę w dziedzinie chorób rzadkich. Zasiadają też w radzie działającej przy ministrze zdrowia, mają więc wpływ na podejmowane tam decyzje w sprawach np. organizacji opieki nad pacjentami z chorobami rzadkimi. Nadal jednak potrzebujemy wsparcia systemowego i instytucjonalnego i jako Towarzystwo zabiegamy o to, starając się być partnerem dla decydentów w dyskusji na temat wprowadzania nowych terapii czy leków. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Nie jesteśmy w teleturnieju

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Co zrobić, aby pacjent przestrzegał zaleceń terapeutycznych? Lepiej rozmawiać tak, by wzmocnić wewnętrzną chęć do zmiany. Podejście autorytarnie i styl nakazowy mogą przynieść skutek odwrotny od zamierzonego.

Każdy dzień w grafiku po brzegi wypełniony pacjentami. Codzienny koktajl pełen problemów zdrowotnych, czasem wygórowanych oczekiwań, żalów i pretensji, przyprawiony własną frustracją, bo ktoś znowu nie stosuje się do zaleceń. Kolejne porady, skierowania, recepty. Następny, proszę. Tak wygląda dzień niejednego lekarza. Specjalista diagnozuje problem zdrowotny i mówi, jak sobie z nim radzić, pacjentowi pozostaje wdrożyć instrukcje w życie. Wszystko wydaje się proste, ale w praktyce często nie działa. Szczególnie jeśli terapia ma charakter długoterminowy.

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) przestrzeganie zaleceń dotyczących leczenia chorób przewlekłych wynosi tylko 50 proc. Problem z adherencją jest zjawiskiem powszechnym na całym świecie. Nasz kraj nie jest tu wyjątkiem.

– Analiza danych z Polski pokazuje, że aż 58 proc. pacjentów z nadciśnieniem tętniczym nie przestrzega zaleceń terapeutycznych po upływie roku od momentu zdiagnozowania. Nie lepiej jest w przypadku chorych po zawale serca: co drugi pacjent nie przestrzega zaleceń, a po roku odsetek pacjentów stosujących leki z trzech głównych klas terapeutycznych spada aż o 70 proc. – informuje prof. dr hab. n. med. Aleksander Prejbisz z Zakładu Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia Narodowego Instytutu Kardiologii. Konsekwencje braku lub ograniczonego przestrzegania zaleceń terapeutycznych zwiększają ryzyko hospitalizacji, powikłań oraz przedwczesnej śmierci.

PRACA Z BLOKADAMI

Dlaczego pacjentom tak trudno zrobić to, co radzi lekarz? – Wprowadzanie

zmian w naszym życiu nie jest łatwe, ponieważ ten proces wiąże się z pewnymi stratami, które trudno nam zaakceptować – tłumaczy dr n. hum. Joanna Chylińska, psycholog i nauczyciel akademicki ze Studium Psychologii Zdrowia Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (SPZ WUM).

Istnieje wiele barier, które utrudniają stosowanie się do zaleceń lekarskich, np. regularnego przyjmowania leków. To kwestia bardzo indywidualna. Powodem może być wysoka cena leku, jego

Istnieje wiele barier, które utrudniają stosowanie się do zaleceń lekarskich, np. regularnego przyjmowania leków. To kwestia bardzo indywidualna

forma albo zbyt uciążliwy schemat dawkowania. Może chodzić o strach przed objawami niepożądanymi, o których pacjent dowiedział się z ulotki albo z internetu. Problemem może być strach przed lekami albo poczucie, że bierze się ich zbyt wiele. Zdarza się, że pacjent po prostu nie rozumiał, że zmiana stylu życia czy regularne przyjmowanie zaordynowanej farmakoterapii jest rzeczywiście istotne dla jego zdrowia, i nie widzi możliwych konsekwencji. Być może zmiana diety czy bycie bardziej aktywnym fizycznie wymaga przeorganizowania całego życia rodzinnego. Z kolei przy długotrwałej terapii pojawia się zniechęcenie, szczególnie gdy

choroba nie daje uciążliwych objawów lub gdy trzeba długo czekać na pierwsze efekty leczenia. Nie ma co ukrywać – nawet początkowa mobilizacja z czasem słabnie. Ważne, aby te ambiwalencje rozpoznać i pomóc je przełamywać.

– Bardzo w tym pomaga dobra, oparta na zaufaniu relacja lekarza z pacjentem. Taka, dzięki której będziemy mogli poznać powody blokujące pacjenta i wzmocnić jego motywację do zmiany. Aby to robić skutecznie, trzeba wyjść z roli dyrektywnej na rzecz partnerskiej rozmowy. W budowaniu takiej wspierającej relacji pomaga dialog motywujący (DM) – przekonuje dr n. społ. Robert Rejniak, certyfikowany specjalista psychoterapii uzależnień, wykorzystujący tę metodę od ponad 15 lat.

To styl komunikacji z pacjentem wywodzący się z terapii uzależnień, obecnie wykorzystywany w wielu innych obszarach medycyny i nie tylko. – Jest wiele badań naukowych potwierdzających skuteczność stosowania dialogu motywującego w praktyce lekarskiej, szczególnie tam, gdzie potrzebna jest zmiana behawioralna czy leczenie chorób przewlekłych, m.in. otyłości, nadciśnienia, cukrzycy – tłumaczy Robert Rejniak. Dlatego poleca go lekarzom różnych specjalizacji, m.in. internistom, pediatrom, kardiologom, psychiatrom, reumatologom, stomatologom i onkologom.

Agata Pieńkowska praktykuje DM od ponad roku. Jest rezydentką pediatrii w Klinice Pediatrii, Gastroenterologii, Alergologii i Żywności



fot.: shutterstock.com

Dzieci GUMed w Szpitalu im. M. Kopernika w Gdańsku. Dodatkowo dyżuruje w szpitalnym oddziale ratunkowym tej placówki i pracuje w gdańskim programie „6-10-14 dla Zdrowia” skierowanym do dzieci z chorobą otyłościową. Korzysta z tej formy komunikacji, m.in. by nawiązać relację z pacjentem i zaangażować go w proces terapeutyczny, np. gdy wymaga on modyfikacji stylu życia, włączenia leczenia żywieniowego lub regularnego stosowania farmakoterapii.

PARTNERSTWO NIE ODBIERA AUTORYTETU

Dialog motywujący to styl komunikacji, w którym wspieramy wewnętrzną motywację do zmiany zachowania. – Taki sposób pracy jest skuteczniejszy niż narzucanie gotowych rozwiązań, ale wymaga oddania sprawczości w ręce pacjenta. Lekarz motywujący dostrzega perspektywę chorego związaną z obawami i problemami dotyczącymi zalecanej terapii. Pomaga odkryć powody motywujące do zmiany, ale bierze pod uwagę indywidualne ograniczenia – mówi Joanna Chylińska, prowadząca szkolenia z DM w Naczelnej Izbie Lekarskiej. – Pacjent finalnie ma mieć poczucie, że podejmuje świadomą decyzję odnośnie swojego zdrowia, bez zewnętrznego nacisku. Dlaczego? Bo to zwiększa jego zaangażowanie w proces zmiany – dodaje ekspertka z SPZ WUM.

Aby to wszystko mogło się zdarzyć, pacjent musi czuć się na tyle bezpiecznie, że nie będzie się bał wyjawić swoich obaw

albo przyznać do niepowodzeń. Do tego, że nie stosuje się do zaleceń i z czego to wynika, np. nie wziął leków, bo przeczytał, że mogą mu zaszkodzić albo nie radzi sobie z byciem konsekwentnym.

– Do zbudowania partnerskiej relacji potrzebna jest empatia, szacunek i wzajemne zrozumienie. Bez lęku, straszenia, wywierania presji, nakazywania, oceniania, pouczania i moralizowania. Jeśli pacjent z lęku przed oceną lub krytyką nie będzie z nami szczerzy, to mamy problem. Lekarz przekonany, że pacjent stosuje się do zaleceń, będzie się zastanawiał, dlaczego lek nie działa, zwiększał dawkowanie, gdy tymczasem przyczyna niepowodzenia może leżeć zupełnie gdzie indziej. Dlatego warto postawić na partnerski styl komunikacji. Często lekarzom trudno zmienić postawę dyrektywną, np. obawiając się utraty autorytetu. Tymczasem partnerstwo jego nie odbiera, a wręcz wzmacnia – podkreśla Robert Rejniak.

USŁYSZEĆ PRAWDĘ

W dialogu motywującym nie zaczniemy rozmowy od straszenia pacjenta, że palenie papierosów jest złe, ale od zapytania, dlaczego sięga po tę używkę. – To nie oznacza aprobaty dla takiego zachowania, ale dopuszczenie opcji, że może mieć z czymś kłopot – zaznacza Joanna

◀ *Każdy inaczej patrzy na swoją chorobę i inaczej definiuje własny cel leczenia*

Chylińska. Jedna z jej pacjentek chorowała na raka, była w leczeniu paliatywnym. Nie chciała brać leków przeciwbólowych, chociaż ich potrzebowała. Nie powiedziała swojemu lekarzowi prowadzącemu, skąd taka decyzja. – Dopiero w rozmowie ze mną wyznała, że boi się przyjmować leki opioidowe, bo wierzyła, że gdy choroba zacznie postępować, nie będzie dla niej skutecznej farmakoterapii. Udało się jej wytłumaczyć, że to nieprawda, i przekonać do przyjmowania leków. Czasem przeszkody w realizacji zaleceń terapeutycznych są kuriozalne, ale żeby na nie zaradzić, musimy o nich wiedzieć – opowiada.

Jakie narzędzia komunikacji sprawdzają się w dialogu motywującym? To m.in. stosowanie pytań otwartych, które zachęcają do powiedzenia czegoś więcej od siebie niż zdawkowego tak/nie. Ważne, aby nie miały w sobie elementów oceny lub krytyki.

– Pytania otwarte zachęcają do szczerości i pogłębionej wypowiedzi. Pytam na przykład: „Na jakim etapie jesteś z zapisem na badanie, o którym ostatnio rozmawialiśmy?”, „Jakie pytania nasuwają się państwu w tym momencie?” – mówi Juliana Kopczyńska, rezydentka psychiatrii dzieci i młodzieży pracująca w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym im. prof. T. Bilikiewicza w Gdańsku oraz poradniach zdrowia psychicznego w Trójmieście.

Z kolei Bogna Wajde jest lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej. Jest po szkoleniu z DM zorganizowanym przez Towarzystwo Profilaktyki Środowiskowej „Mrowisko”. Pracuje w Trójmieście. – Nie odpytuję pacjenta jak na egzaminie czy w jakimś teleturnieju. Dzięki stosowaniu pytań otwartych rozmowa jest dla mnie prostsza, ponieważ płynie bardziej naturalnym rytmem. Na przykład na koniec wizyty pytam pacjenta, jakie pojawiły się wątpliwości w związku z tym, co powiedziałam. To jest bardziej przyjazne komunikacyjnie i zachęcające

do refleksji niż zdawkowe „Czy ma pan/pani jakieś pytania?” – tłumaczy.

SŁUCHANIE ODZWIERCIEDLAJĄCE

Kolejną techniką wspierającą budowanie wewnętrznej motywacji są odzwierciedlenia, czyli komunikaty lekarza, które nawiązują do wypowiedzi pacjenta, a następnie ją podsumowują. Można w ten sposób okazać swoje zainteresowanie i wydobyc głębszy sens z tego, co powiedział pacjent. – Robimy to po to, aby pacjent zrozumiał, co tak naprawdę nam przekazuje. Daje mu to moment na refleksję nad sobą i dostrzeżenie celu, do którego zmierza. Na przykład gdy dziecko mówi mi, że stara się poprawić relację z rodzicami, ale popełnia przy tym błędy, często kłóci się z opiekunami i jest mu z tym ciężko, to ją podsumowuję to w komunikacie: „Rozumiem, że ważne jest dla ciebie, żeby mieć dobrą relację z rodzicami. Zastanówmy się, jak to zrobić” – mówi Juliana Kopczyńska.

Stosowanie odzwierciedleń wymaga skupienia, wnikliwego słuchania i interpretowania sensu wypowiedzi „między wierszami”, w szczególności wydobywania z wypowiedzi rozmówcy jego własnych argumentów za zmianą. W komunikacie podsumowującym nie ma miejsca na moralizatorstwo i straszenie. Jest za to przestrzeń do wzmacniania motywacji.

NIE KRZYKUJ ZA DOKTORA GOOGLE

Kolejne ważne narzędzie to dowartościowanie. Warto pogratulować sukcesu i podkreślić, że to musiało wymagać dużo zaangażowania. – Na odpowiedź pacjenta, że nie pali papierosów od 37 dni, mogę powiedzieć, że OK, ale mogę też go pochwalić, że to świetny wynik i że może być z siebie dumny, bo zrobił ogromny krok w kierunku zdrowia. Pacjentce, której poprawiły się wyniki badań dzięki regularnemu przyjmowaniu leków, mogę powiedzieć: „dobrze, niech je pani dalej stosuje”, ale mogę też stwierdzić, że „świetnie sobie pani radzi, wyniki wyszły piękne, proszę tak trzymać”. Pochwała napędza do dalszego trwania w zmianie. Widzę to na przykładzie swoich pacjentów, którzy podczas kolejnych wizyt sami z siebie raportują mi swoje kolejne sukcesy – opowiada Bogna Wajde.

Warto wspierać każdy sukces, nawet ten niewielki. – Leczymy pacjenta przez pryzmat jego możliwości. Nie żądamy od niego perfekcjonizmu, warto doceniać nawet małe zmiany. Co ważne, nie psujemy pochwały niemiłym komunikatem: „ale” na zasadzie „to dobrze,

że pali pani mniej papierosów, ale to niewystarczające”. Skończmy na pozytywie albo tylko zastosujmy technikę odzwierciedlenia wypowiedzi pacjenta – dodaje Robert Rejniak. Dowartościowanie można stosować w naprawdę wielu sytuacjach. – Nie krytykujemy pacjenta za to, że szuka informacji o chorobach w internecie. Zamiast tego docenimy, że interesuje się swoim zdrowiem. Oczywiście, edukujemy, gdzie warto szukać informacji, lecz niech ta rozmowa odbywa się w duchu partnerskiego dialogu – tłumaczy.

– Jeśli mój pacjent znowu się okaleczył, to zwracam uwagę na fakt, że jednak wytrzymał, założmy, trzy miesiące bez robienia sobie krzywdy i że jest to godne podziwu. Informuję go, że rozumiem, że teraz

W komunikacie podsumowującym nie ma miejsca na moralizatorstwo i straszenie. Jest za to przestrzeń do wzmacniania motywacji

było mu ciężko, i następnie wspólnie się zastanawiamy, co mogłoby mu pomóc. Taki komunikat daje pacjentowi szansę zastanowienia się, co się z nim dzieje, a przede wszystkim czuje się on zrozumiany, a nie oceniony – opowiada Juliana Kopczyńska. I dodaje: – Nie mogę oczekiwać, że pacjent będzie chodził jak w zegarku. Każdy ma swoją drogę i tempo w procesie zdrowienia. Moją rolą jest wsparcie, by wytrwał w tej drodze mimo upadków, a nie krytykowanie każdego niepowodzenia.

Czy jednak dialog motywujący faktycznie można realnie wykorzystać w gabinecie lekarskim? W realiach, w których system nie daje lekarzowi dużo czasu dla pacjenta? – Jak najbardziej jest to możliwe, bo

to zajmuje tyle samo czasu. Od nas jednak zależy, jaki styl komunikacji zastosujemy – zauważa Robert Rejniak.

– Oczywiście, że może być trudno w ciągu 10 minut zrobić wszystko w duchu tej metody. Szczególnie jeśli nie jesteśmy w niej wprawieni. Na początek po prostu nie straszmy i nie moralizujemy, a podejźmy do pacjenta w bardziej partnerski sposób. Dopuśćmy myślenie, że pacjentowi może być trudno – podpowiada Joanna Chylińska.

Lekarze, z którymi rozmawiałam, podkreślają, że dzięki komunikacji zgodnej z duchem DM korzystają nie tylko pacjenci, ale i oni sami. Agata Pieńkowska mówi, że jest znacznie spokojniejsza i pewniejsza swoich umiejętności, gdy czeka ją trudna rozmowa z pacjentem. Taki sposób komunikacji ułatwia też nawiązanie kontaktu, w sytuacjach gdy pacjent lub rodzic jest już bardzo zrezygnowany lub sfrustrowany. – Dzięki tej metodzie uważniej słucham pacjentów i ich rodziny, efektywniej z nimi współpracuję i nie daję się ponieść własnym emocjom. Przekonałam się o tym wielokrotnie, chociażby podczas dyżurów na oddziale ratunkowym, gdzie liczba pacjentów, brak czasu i stres mogą przytłoczyć. Budowanie sprawczości u pacjenta oraz wspólne osiąganie celu, jakim jest poprawa jego stanu zdrowia, daje mi największą satysfakcję w pracy.

Bogna Wajde dzięki DM idzie do pracy w nastawieniu, że czekają na nią wyzwania, a nie problemy. Z kolei Juliana Kopczyńska podkreśla, że kiedy sprawczość oddaje się pacjentom, to z większą chęcią oni pracują nad sobą. – Każdy inaczej patrzy na swoją chorobę i inaczej definiuje własny cel leczenia. Lekarz powinien towarzyszyć pacjentowi w tej drodze, słuchając i dążąc do współpracy. Mogłabym oczywiście wziąć wszystko na siebie i potem się denerwować, że pacjent nie działa tak, jak to sobie wyobrażam, ale to prosta droga do wypalenia zawodowego. Mam takie marzenie, aby każdy lekarz mówił językiem dialogu motywującego. Mielibyśmy wówczas bardziej przyjazną ochronę zdrowia. Taką, w której pacjent nie boi się szczerze porozmawiać. ●

NARZĘDZIA W DIALOGU MOTYWUJĄCYM:

- pytania otwarte
- dowartościowanie
- odzwierciedlenie
- podsumowania

Nikt tak nie dokuczy lekarzowi jak... inny lekarz

Jak można być sprawnym, efektywnym i – co najważniejsze – miłym dla pacjenta, gdy cały czas się jest „szturchanym przez innych”, niedocenionym, nieszanowanym.

Co wy tam robicie? Kogo mi przysyłacie? To nie nasz pacjent”. Trudno spotkać lekarza, który nigdy od kolegi lub koleżanki takich słów nie usłyszał. Są też bardziej wyrafinowane formy polegające na ignorowaniu, wykluczaniu z ciekawych obszarów lub lepiej płatnych procedur lub zamykaniu przez wybraną grupkę pokoju lekarskiego na klucz bez możliwości dostępu dla innych lekarzy. Sabotowanie czyichś pomysłów, psucie dobrych inicjatyw, byle było po „mojemu”. I do tego przekonanie części lekarzy obu płci, że skoro skończyłem medycynę, to znam się na wszystkim, i to lepiej od innych po tej samej medycynie (nie mam pojęcia, skąd niektórzy koledzy doktorzy są przekonani, że skończenie medycyny daje od razu wiedzę z ekonomii, socjologii i wielu innych nauk na poziomie przynajmniej tak wysokim, jak posiadają ją absolwenci tych kierunków).

Pasywna agresja w rozkwicie. Mówi się, że stresujący zawód, roszczeniowa rodzina, trudni pacjenci, a lekarz lekarzowi potrafi być największym wilkiem. Jakkolwiek patrzeć, „skrzydła nie rosną”.

Wielu lekarzy mówi, że robi swoje i wychodzi. Nie chwali się sukcesami, bo powoduje to tylko zawiść. Nie opowiada o swoich sprawach, bo nigdy nie wiadomo, kiedy ktoś wykorzysta to przeciwko nim. Jak nie musi, nie konsultuje pacjentów z innymi, bo potem ktoś o nich powie, że się na czymś doktor nie zna. Jak można być sprawnym, efektywnym i – co najważniejsze – miłym dla pacjenta, gdy cały czas się jest „szturchanym przez innych”, niedocenionym, nieszanowanym. Człowiek działający pod presją jest narażony na większe prawdopodobieństwo popełnienia błędu. Poróżnionymi łatwiej zarządzić po swojemu.

ANNA GOŁĘBICKA,
EKONOMISTKA, STRATEG
KOMUNIKACJI I ZARZĄDZANIA



W placówkach obserwuje się przypadki działań noszących znamiona mobbingu, bo mobbing opisany w prawie jest bardzo trudny do udowodnienia, szczególnie przez zakładową komisję, która ma skazywać swojego kolegę. W dojrzałych organizacjach takie rzeczy wychodzą bardzo szybko. W ochronie zdrowia patologie potrafią trwać latami i zarażać innych. Zgodnie z teorią zgniłego jabłka, jeśli nawet na początku jedna osoba jest trudna i nie w porządku, w szybkim tempie tak samo zacznie się zachowywać cały zespół, a po jakimś czasie stanie się to normą i kulturą organizacji.

Relacje w medycynie są znacznie trudniejsze niż w korporacjach. Lekarze nie są jednością. Potrafią skonsolidować się na jakiś czas wokół jakiejś sprawy, ale nie jest to konsolidacja trwała. Jak sprawa się przedłuży, to nawet bez rozwiązania zespół się rozwiązuje, bo ktoś zawsze się wyłamie, a za nim inni.

Trudno sprowadzić do wspólnego mianownika ponad sto tysięcy osób. Nie jest to historia o złym człowieku, bo każdy z osobna potrafi być całkiem w porządku, ale w grupie ze środowiskiem lekarskim nie jest dobrze.

Całe lata systemu wzajemnego dziobania i ordynatorskiej

pańszczyzny, a teraz kominów płacowych zrobiły swoje. Aż grzech nie powiedzieć: „każdy sobie rzepekę skrobie”.

Bez współpracy i szacunku pracuje się gorzej, szybciej się człowiek wypala, nie ma radości. Trzeba zacząć się szanować. Dostrzegać w ludziach więcej dobrego niż złego. Mówić, co nam przeszkadza, używając języka bez agresji. Szukać tego, co łączy, a nie co dzieli. Nie brać udziału w konkursie, komu uda się zrzucić więcej na innych, lub wygrzebywać najlepsze rodzynki z tortu, zanim inni zdążą się zorientować. Wysoko punktowane w tej grze miejsca są bardzo kosztowne dla otoczenia, pacjenta i w końcu dla samego zainteresowanego. I nie chodzi o pieniądze. Wszystko zaczyna się od małych gestów i zrozumienia. Wystarczy jedna rzecz, decyzja, zdanie, by zmienić relacje wokół siebie. Czasem trzeba wyrzucić zgniłe jabłko. Szybko i konsekwentnie albo kontynuować grę, w której każdy chce wygrać kosztem drugiego. Tyle że ma ona jedno rozwiązanie: wszyscy przegrywają.

„Lekarze, jeśli tylko nie zapomną, że są po tej samej stronie, mogą przenosić góry. Ale jeśli zaczną walczyć między sobą, to góry przeniosą ich”.

PRAKTYKA LEKARSKA

Pokaż, maluszkę, jak bardzo cię boli

U dorosłych ocena bólu to prosta rzecz. Pielęgniarka pyta pacjenta, na ile by go określił w skali od 0 do 10. Ale małe dziecko nic nie powie. Może co najwyżej zapłakać – opowiada dr **Katarzyna Fortecka-Piesterzeniewicz** z Kliniki Intensywnej Terapii i Wad Wrodzonych Noworodków i Niemowląt Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w rozmowie z Adamem Czerwińskim.

Czy to prawda, że jeszcze całkiem niedawno noworodki operowano bez znieczulenia?

Prawda. Jeszcze w latach 50., 60. XX wieku uważano, że one w ogóle nie odczuwają bólu. I, faktycznie, noworodki operowano bez żadnego znieczulenia...

Auć!

...bo sądzono, że mózgowie noworodka jest niedojrzałe, wobec tego na pewno receptory bólu nie zbierają żadnych informacji, również tych negatywnych. Każdy, kto ma dziecko, wie, że jak się maluch skaleczy, przewróci, oparzy, to płacze. Więc wydaje się naturalne, że odczuwa ból. Ale ktoś kiedyś wpadł na pomysł, że może być inaczej. Na szczęście dotyczyło to tylko dzieci w pierwszych dniach życia. Po 28. dobie życia mówimy już o niemowlęciu. To już bardziej dojrzały pacjent i jego można było znieczulać. Ale skłamałabym, mówiąc, że znieczuleniami szastano. Praktykowano podejście, że do drobnych zabiegów, czyli już nie operacji, ale na przykład intubacji dotchawiczej, zakładania wkłucia dożylnego, pobierania badań z żył, nie stosowano u najmłodszych dzieci, czyli noworodków i niemowląt, żadnych środków ani form, które mogłyby temu małemu człowiekowi ból uśmierzyć.

Na szczęście w latach 70. i 80. już zmieniono to podejście i wówczas zaczęto nawet najmniejsze dzieci znieczulać do operacji.

Taka operacja bez znieczulenia to chyba trauma na całe życie.

Niewykluczone, że tak. Ale proszę nie wyobrażać sobie armii



foto: Jakub Wojtczak

straumatyzowanych ludzi. Bo mówimy o innej medycynie niż dzisiejsza. Musimy pamiętać, że liczba operacji u noworodków była dramatycznie mniejsza od tej wykonywanych dzisiaj. To musiały być jakieś pojedyncze przypadki. Noworodki operowano raczej w trybie eksperymentalnym, niż – jak dziś – rutynowym. W trzeciej dekadzie XXI wieku oczywiście operuje się znacznie więcej dzięki rozwojowi medycyny i techniki medycznej. Dziś pełnoprawnym pacjentem jest już płód. Techniki obrazowania wewnątrzmacicznego pozwalają nam diagnozować

◀ Minimalizujemy ból i leki podajemy pacjentom „na miarę” – mówi dr Katarzyna Fortecka-Piesterzeniewicz

i leczyć wady in utero i natychmiast po porodzie. Dlatego też liczba procedur pourodzeniowych bardzo mocno wzrosła. Ale to już zupełnie inna medycyna niż ta z lat 50. czy 60.

W każdym razie w latach 80., 90. trochę już zmieniono front. Zaczęły się pojawiać głosy, że noworodki jednak czują ból, a po 2000 r. pojawiły się publikacje udowadniające, że dzieci przedwcześnie urodzone, które teoretycznie mają ośrodkowy układ nerwowy niedojrzały, będący cały czas w fazie rozwoju, mogą doznania bólowe odczuwać w sposób spotęgowany, wielokrotnie bardziej intensywnie aniżeli nawet noworodek donoszony. No i na szczęście zmieniło się podejście. Zaczęliśmy myśleć o tym, jak można najmniejszym pacjentom doznania bólowe zmniejszyć.

Dziś już chyba noworodkom nie odmawia się znieczulenia.

Ból staramy się w tej chwili jak najbardziej niwelować. To wielki sukces współczesnej neonatologii. Wszelkie, nawet najdrobniejsze procedury, jak choćby nakłucie żyły do pobrania badań czy do zakładania wenflonu, drogi centralnej, punkcje łądźwiowe czy inne procedury wymagające jakiegось bardziej inwazyjnego podejścia, wiążą się z zastosowaniem znieczulenia lub łągodzenia bólu.



fot.: Jakub Wojczak

Ze skrajności w skrajność. Kiedyś operacje bez znieczulenia, dziś znieczulenie do pobrania krwi.

Zadna skrajność, tylko odpowiedź na potrzeby pacjenta. Dziś trochę inaczej są odczytywane niż parę dekad temu. Poza tym nie zawsze znieczulenie musi występować pod postacią leku. Kiedy to tylko możliwe, staramy się zastąpić farmakologię odpowiednim zindywidualizowanym podejściem. Opracowano nawet specjalny system, który nazywa się NIDCAP*. Zakłada, że odpowiednie podejście powoduje u dziecka pobudzenie „pozytywnych receptorów”, które działają stymulująco na podobnej zasadzie jak endorfiny u dorosłych. Okazuje się, że odpowiednie ułożenie, utulenie dziecka, podłożenie mu czegoś pod stopy, żeby mogło się zaprzeć, dzięki czemu zyskuje poczucie bezpieczeństwa, umożliwienie dotykania rączkami buzi, szczególnie ust, danie czegoś do ssania – smoczka uspokajacza czy mleka matczynego – w dużym stopniu niwelują wiele doznań bólowych. Takie działanie pozwala na to, by spokojnie pobrać krew dziecku i ono nie płacze ani nie reaguje negatywnie. Wygląda, jakby pobudzenie dróg nerwowych, które dają szczęście, pozwalało zniwelować dość nieprzyjemne doznania.

Ale na sali operacyjnej przytulanie nie wystarczy.

W przypadku bólu znacznie bardziej nasilonego, przypisanego do zabiegów operacyjnych, które wymagają nacięcia skóry, dziś już nie ma żadnej dyskusji. Stosuje się po prostu analgesodację,

czyli leki, które niwelują ból, ale także znoszą świadomość, tak żeby niczego złego nie pamiętać. Nie dość, że uważamy, że dziecko odczuwa ten ból w trakcie zabiegu, to pochylamy się nad tym, co się dzieje potem.

Każda osoba, która miała jakikolwiek zabieg operacyjny, wie, że jak się skończy znieczulenie, ból się odczuwa. Każda zszysza

Każdy, kto ma dziecko, wie,
że jak się maluch skaleczy, przewróci,
oparzy, to płacze

rana po prostu boli. A przetrwały, przewlekły ból w szczególności jest czynnikiem bardzo negatywnie wpływającym na nasze mózgowie. Nikt z nas nie chce cierpieć. Każdy bólu się boi i jeżeli go coś boli, to wtedy odczuwa stres. I noworodek ma dokładnie tak samo jak my, dorośli – przeżywa stres.

Tylko że nam tego nie powie.

Na pewno nie wyrazi cierpienia słowami. Może tylko nam zasugerować, że go boli. Zachowaniem i gestami mali pacjenci nakierunkują nas, że coś z nimi jest nie tak. My te komunikaty możemy odczytać lepiej lub gorzej. Ale niemal zawsze w niedoskonały sposób. Przez lata opieraliśmy się

◀ *Odpowiednie ułożenie czy utulenie dziecka, umożliwienie dotykania rączkami buzi, danie czegoś do ssania niwelują wiele doznań bólowych*

na monitorowaniu bólu pooperacyjnego u najmłodszych dzieci, stosując rozmaite skale oceny bólu. Ich jest całe mnóstwo, ale opierają się głównie na tym, jak pacjent wygląda, czy ma grymas na twarzy, czy płacze, czy ma przyspieszoną akcję serca, czy szybciej oddycha w sposób nieprawidłowy, czy się krzywi, czy też leży zupełnie bez ruchu. Bo przecież noworodek nie powie jak kilkuletnie dziecko: „O, tu mnie boli, jest mi bardzo źle”. U dorosłych ocena bólu to już naprawdę prosta rzecz. Podchodzi do pacjenta pielęgniarka czy lekarz i pyta: „powiedz, jak cię boli w skali od 0 do 10?”. Kiedy pacjent odpowiada: „boli mnie na 8”, wiemy, że ból jest silny. A dziecko? Małe nic nie powie. Może się co najwyżej rozpląkać, może to być płacz nieukojony, jeżeli oddycha samodzielnie. Bo dzieci zaintubowane nie zapłaczą głośno. Przecież mają naturalny bezgłos wynikający ze stosowania wentylacji mechanicznej, więc jedynym, czym się możemy sugerować, to grymasy. A i tak ocena jest w pewnym stopniu subiektywna, bo opiera się na przyznaniu kilku punktów, na przykład za grymas taki, a nie inny. Każdy może mimikę trochę inaczej ocenić. Wiele zależy od wrażliwości obserwatora. Ktoś przyzna dziecku 10 punktów, ktoś inny 7 i to już zmienia nam postępowanie, bo z tak różnymi ocenami wrzucamy pacjenta w różnorakie grupy.

Długi czas w ten sposób prowadziliśmy pooperacyjną terapię przeciwbólową. Można powiedzieć, że ból diagnozowaliśmy i leczylimy na oko. W praktyce wyglądało to tak: pacjent zaczynał się wiercić, płakać, krzywić, zaczęliśmy podejrzewać, że analgezja u niego przemijała i trzeba było sięgnąć po kolejne dawki leków.

Coś się zmieniło!

Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy kupiła nam specjalne urządzenie do monitorowania bólu. Poprzez analizę zmienności rytmu serca, zapisu EKG

NIDCAP, CZYLI DAĆ DZIECIOM GŁOS

To system zindywidualizowanej opieki neurorozwojowej skoncentrowanej na pacjencie. Zakłada on obserwację, ocenę i wspieranie mocnych stron noworodka urodzonego przedwcześnie lub ze złożonymi problemami medycznymi. U podstaw NIDCAP leży założenie, że każde dziecko jest w stanie wchodzić w interakcję z opiekunem, czytelnie komunikować swoje potrzeby oraz obszary, w których potrzebuje więcej wsparcia od otoczenia. NIDCAP daje dziecku głos! W Klinice Intensywnej Terapii i Wad Wrodzonych Noworodków i Niemowląt Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki program NIDCAP jest wprowadzany jako wiodący sposób prowadzenia opieki nad najmłodszymi i najczęściej chorymi noworodkami. Lekarze i położne prowadzą zaawansowane obserwacje i przygotowują rekomendacje, aby jak najlepiej wspierać rozwój małych pacjentów. Zachęcają także rodziców do aktywnego uczestnictwa w codziennej opiece, a także towarzyszenia dzieciom podczas bardziej wymagających procedur, takich jak ekstubacja czy punkcja lędźwiowa.

ICZMP prowadzi szkolenia dla personelu medycznego. Kontakt dla zainteresowanych wprowadzeniem elementów NIDCAP na swoim oddziale: tel. 42 271 14 11

pozwała ono w sposób stały dawać nam odpowiedź, w jakim komforcie czy też w jakim dyskomforcie jest pacjent. To ogromne ułatwienie, bo teraz mamy połączenie dwóch narzędzi: monitorowania maszynowego i dodatkowo oceny skali bólu. Całość daje nam połączenie dwóch – teraz już całkiem obiektywnych – skal, które faktycznie w sposób ciągły potrafią nam powiedzieć, że właśnie ten pacjent jest w komforcie przeciwbólowym, nie odczuwa żadnych negatywnych skutków albo że właśnie potrzebuje więcej leku, bo cierpi.

Znak czasu. Ktoś wymyślił urządzenie badające samopoczucie tych, którzy nie mają głosu.

W końcu ktoś to wymyślił. Ale zaczęło się jak zawsze. Te aparaty stworzono do śledzenia bólu u dorosłych. Później przeszły lifting, udoskonalono je po prostu pod kątem tych najmłodszych dzieci. Wcześniej były dość powszechnie stosowane u dzieci powyżej drugiego roku życia. Dopiero na koniec dostosowano je do najmłodszych, czyli dla wcześniaków i noworodków, które wymagają operacji w pierwszych dniach swojego życia.

Mamy fajne narzędzie, które bardzo nam pomaga i dzięki któremu widzimy, czy pacjent potrzebuje dodatkowego leku przeciwbólowego albo dodatkowej sedacji, albo wręcz

Noworodek i dorosły metabolizuje leki w różnym czasie. Są dzieci, którym jedna dawka wystarczy na kilkanaście godzin

przeciwnie, że jest aż za mocno znieczulony. Bo – jak we wszystkim – najcenniejszy jest złoty środek. A warto pamiętać, że każdy pacjent – noworodek i dorosły – metabolizuje leki w różnym czasie, w różnym stopniu. Są dzieci, które znacznie szybciej będą, mówiąc kolokwialnie, przetrawiały dany preparat, a są i takie, którym jedna dawka wystarczy na kilkanaście godzin.

Nie musimy się już zastanawiać, kto i jak odpowiada na leki i jak jest odporny na ból. Po prostu zyskaliśmy możliwość stałej, obiektywnej opieki i niwelowania negatywnych doznań. Bo to, o czym mówiliśmy, czyli ból przewlekły, jest ogromnym stresem. Czymś, co działa toksyczne na cały organizm, a przede wszystkim na ośrodkowy układ nerwowy. W ogromnym stresie wydzielają się substancje, które, mówiąc bardzo obrazowo, zatrują nas i nie pozwalają nam prawidłowo funkcjonować, wobec czego działają destrukcyjnie. A proszę pamiętać, że mówimy o małych dzieciach, których mózgi cały czas się rozwijają. Wprowadzenie

i utrzymywanie negatywnych bodźców powoduje, że rozwój mózgowia jest po prostu zaburzony.

Na drugiej szali są środki przeciwbólowe. Ich nadużywanie też nie jest dobre. One również działają neurotoksycznie i uszkadzają neurony. Zbyt duża sedacja, niestety, też może się odbić w sposób negatywny na człowieku. I to zarówno na małym, jak i dużym. Oczywiście leki są po to, żeby je stosować, bo one mają przynieść odpowiednie korzyści: umożliwiają wykonanie operacji, przeprowadzenie inwazyjnej procedury, zniesienia bólu. Ale wszystko w nadmiarze szkodzi, również przewlekła sedacja.

Ból monitorujecie od dwóch lat. Co ta zmiana oznaczała dla konkretnych pacjentów?

Po prostu optymalizujemy ich leczenie. Minimalizujemy ból i leki podajemy pacjentom „na miarę”. Dziś to już w nas standard, że dzieci po zabiegach chirurgicznych prowadzimy cały czas „na monitorowaniu bólu”. Przez pierwszych kilka dni po operacji, kiedy rana jest jeszcze bardzo świeża, doskonale widać, czy pacjent faktycznie wymaga dodatkowych dawek leków, poszerzenia analgezji, albo czy możemy te leki zmniejszać, bo akurat jego organizm reaguje w taki sposób, że dawki nie muszą być tak wysokie.

A to przekłada się na poczucie, że robimy wszystko, żeby pacjentowi nie zaburzać rozwoju mózgowia poprzez narażanie go na przewlekły stres bólowy i nadmierne dawki leków.

Fajnie być pionierem.

Zgoda. Jako jedni z pierwszych mieliśmy te maszyny do dyspozycji i właściwie jako pierwszy ośrodek w Polsce zaczęliśmy na bardzo szeroką skalę ból pooperacyjny monitorować. Powstały na ten temat prace doktorskie i te badania były faktycznie w naszym ośrodku zapoczątkowane. Potem dołączyły kolejne ośrodki i teraz monitorowanie pooperacyjne bólu jest działaniem coraz bardziej powszechnym, i bardzo dobrze, bo dzięki takim zmianom świat staje się lepszy. ●

FELIETON

Moje najgłupsze powikłanie

Wszyscy je mamy. Nie przyznajemy się jednak do nich otwarcie i publicznie. Rozmawiamy tylko czasem o nich półgębkiem, w zaciszu szpitalnej dyżurki, kiedy akurat trafi nam się spokojny dyżur z kolegą lub koleżanką, którym ufamy.

Najserdeczniej zapraszam państwa na przełomową, być może pierwszą w historii polskiej medycyny, konferencję naukową. Choć sesje będą wielospecjalistyczne, a prezentacje zaskakująco różnorodne, to temat wystąpienia, który zadano, jest dla wszystkich prelegentów ten sam. Każdy mianowicie będzie musiał opowiedzieć o swoim najgłupszym powikłaniu.

W konferencji, tak to widzę, wezmą udział między innymi największe medyczne sławy. To ci, którzy zwykle na kongresach opowiadają o swoich pionierskich metodach leczenia, najnowszych doniesieniach, przełomowych odkryciach. Tym razem zadanie będzie odwrotne – opowiedzieć o tym, jak wszystko, co mogło pójść źle, tak właśnie poszło. Patronem konferencji będzie Edward A. Murphy Jr. – ten od praw nazwanych jego imieniem. Spodziewam się tłumów. Spodziewałbym się w zasadzie. Konferencja bowiem się nie odbędzie. W Polsce oficjalnie błędów medycznych nie ma. To znaczy są – prokuratura wszczyna rocznie około 3 tys. spraw z tego powodu, ale jednak nie ma, bo nie rozmawia się o nich w środowisku. Są to zatem błędy Schrödingera – niczym kot ze słynnego eksperymentu myślowego: jednocześnie istnieją i nie istnieją.

Pojechałbym na konferencję „Moje najgłupsze powikłanie” nawet na drugi koniec Polski. Zapłaciłbym za udział w niej duże pieniądze. Byłbym w stanie nawet zrezygnować z wieczornego bankietu, żeby już od następnego rana pilnie (i bez bólu głowy) słuchać o tym,

jak rutynowa koronarografia skończyła się zatrzymaniem krążenia, jak ktoś zamiast inhibitora pompy protonowej podał lek zwiotczający mięśnie, jak dren, który miał trafić do opłucnej, trafił do lewej komory serca, i tak dalej. Chętnie opowiedziałbym też, jeśli ktoś chciałby słuchać (choć żadna ze mnie medyczna sława), o moim najgłupszym powikłaniu. Bo – moi

Rzadkie wieczorne dyżurowe rozmowy, podczas których otwarcie opowiadamy sobie o tym, co nam się nie udało, to jedne z najbardziej pouczających chwil w całym moim zawodowym życiu

drodzy – wszyscy je mamy. Nie przyznajemy się jednak do nich otwarcie i publicznie. Rozmawiamy tylko czasem o nich półgębkiem, w zaciszu szpitalnej dyżurki, kiedy akurat trafi nam się spokojny dyżur z kolegą lub koleżanką, którym ufamy.

JAKUB SIECZKO
ANESTEZJOLOG



Wiem, że atmosfera społeczna nie pomaga. Trzymam kciuki za słuszne starania Naczelnej Rady Lekarskiej o wprowadzenie klauzuli *no fault*. Idea odejścia od szukania – w przypadku błędu medycznego – kozła ofiarnego i zamiast tego uważnego prześledzenia całego procesu (edukacyjnego i organizacyjnego), który do błędu doprowadził, wydaje mi się ze wszech miar słuszną. Martwię się jednak, że wprowadzenie takiej klauzuli, która w świecie zachodniej medycyny jest już standardem (bo ratuje ludzi!), nie będzie się w Polsce politycznie opłacać. Polityka to jednak nie mój obszar kompetencji. Pozostaje mi wierzyć w mądrość i dalekowzroczność wybrańców narodu.

Najłatwiej oczywiście znaleźć winnego: wskazać go palcem, zlinczować, z nazwiskiem skróconym do jednej litery i czarnym paskiem na oczach czynić go (bądź ją) czarnym charakterem. Takie załatwienie sprawy zaspokaja potrzebę rewanżu społecznego, ale o prawdziwych przyczynach problemu mówi stosunkowo niewiele. Powikłanie to najczęściej koniec

► *Lekarze są lepsi i gorsi, głupi i mądrzy, doświadczeni i początkujący, ale wszyscy, bez wyjątku, są omylni*

pewnego procesu, często trwającego wiele lat. Jaka rolę w całej sytuacji miał bowiem nieuchwytny, ale wszechpotężny system? Jak przebiegał proces kształcenia autora błędu? Czy miał zapewniony nadzór? Czy oferowano mu odpowiednie szkolenia? Czy nie był przeciążony pracą? Czy sygnalizował wcześniej jakieś problemy albo czy je u niego zauważano? Czy zaoferowano mu wsparcie? Najczęstsza, zgodna z rzeczywistością, odpowiedź na pytanie o przyczynę powikłania brzmi: „To skomplikowane”. Skomplikowane odpowiedzi mało kogo interesują. Tylko one mogą jednak być podstawą ewaluacji i wprowadzenia słusznych zmian.

O tym, że o błędach medycznych w gronie kolegów i koleżanek po fachu w zasadzie nie rozmawiamy, opowiedziałem kiedyś znajomej pilotce samolotu. Musiałem powtórzyć jej to dwa razy. Najpierw myślała, że źle usłyszała. „Przecież to zupełnie bez sensu” – powiedziała w końcu. „Ten system w ogóle się nie uczy”. Otóż to! Znanе powiedzenie mówi, że kto nie zna historii, jest skazany na jej ciągłe powtarzanie. To opowieść o nas. Nieprzypadkowo to właśnie pilotka samolotu zwróciła uwagę na bezsensowność takiego rozwiązania – wszak to w lotnictwie każde, nawet najdrobniejsze, niebezpieczne zdarzenie, musi zostać zgłoszone i bada je potem niezależna komisja. Uniknięcie takiego zgłoszenia grozi nawet pozbawieniem pilota licencji. Dzięki przejrzystości rozbiera się na czynniki pierwsze nawet najbardziej nieprawdopodobne sytuacje, a potem wydaje się odpowiednie zalecenia, a gdy trzeba, zmienia się standardy i przepisy. Jestem przekonany, że tak właśnie ratuje się życia: zarówno personelu pokładowego, jak i pasażerów.

Nic przyjemnego popełnić taki błąd. Nic fajnego mieć powikłanie. Nic chwalebne, kiedy źle idzie coś, co dziesiątki czy setki razy szło dobrze. Znam również to wielkie „być może”, kiedy umiera chory, którego śmierci się nie spodziewamy. Byłem tam. Wracając po takim dyżurze do domu, kładłem się na łóżku z rękami pod głowę i wpatrywałem się w sufit.



foto: Shutterstock.com

Jak w otwierającej scenie „Czasu apokalipsy” wiatrak krążył mi nad głową razem z myślami w teje głowie.

A może dało się zrobić coś inaczej? Może ta ostatnia decyzja była błędna? Może trzeba było szybciej? Albo wolniej? Jeszcze kogoś się poradzić? Zbyt brawurowo? Nadmierne ostrożnie?

Idea odejścia od szukania kozła ofiarnego i zamiast tego uważnego prześledzenia całego procesu edukacyjnego i organizacyjnego, który do błędu doprowadził, wydaje się ze wszech miar słuszną

Znacie to? Wiem, że znacie. Przestańmy się oszukiwać, że nie mamy takich chwil – niezależnie od tego, czy w zawodzie pracujemy dwa, dziesięć czy czterdzieści lat. Boję się tych, którzy takich momentów zatrzymania, autorefleksji czy niepewności nie mają. Boję się zbyt pewnych siebie. Mam obawę, że pędzą na czołowe zderzenie z rzeczywistością. Lekarze są

bowiem lepsi i gorsi, głupi i mądrzy, doświadczeni i początkujący, ale wszyscy, bez wyjątku, są omylni. W chwili kiedy dostajesz do ręki prawo wykonywania zawodu, możesz być pewny lub pewna, że i do ciebie ten przymiotnik pasuje.

Na kongresie – tym o najgłupszych powikłaniach – na koniec każdego wykładu wstawałbym i bił brawo na stojąco. Najgłębszy szacunek mam bowiem dla tych, którzy nie są bogami i nie mają co do tego złudzeń. Ani bogami pisanymi małą ani wielką literą, ani małymi ani dużymi. Bardzo lubię te rzadkie wieczorne dyżurowe rozmowy, podczas których otwarcie opowiadamy sobie o tym, co nam się nie udało. To jedne z najważniejszych i najbardziej pouczających chwil w całym moim zawodowym życiu.

Medycynę uprawiają ludzie. Ludzie błędzą. Ludzie podejmują złe decyzje. Ludzie popełniają błędy. Lekarze miewają głupie powikłania. Bardzo chciałbym pracować kiedyś w kraju, w którym ta prosta prawda nie jest prawdą wstydliwą. ●

Napisz do autora: sieczko.gazetalekarska@gmail.com

PRAKTYKA LEKARSKA

Rutyna przeciw nauce

ZBIGNIEW WOJTASIŃSKI
DZIENNIKARZ

Przyzwyczajenie jest drugą naturą człowieka. Powiedzenie to ma wiele zastosowań, a z pewnością na dobre zadomowiło się w medycynie. Wiele praktyk i zabiegów jest wykonywanych mimo braku potwierdzenia w badaniach. Może niektóre warto zrewidować.

Temat powraca co jakiś czas, nie-rzadko dyskutowany jest na różnych szkoleniach i konferencjach medycznych. Tym razem został podjęty przez „New York Times”. W artykule „Trzy praktyki medyczne wątpliwe u starszych wiekiem pacjentów” zwraca uwagę na terapie i procedury, które stały się wręcz rutyną mimo braku dostatecznych dowodów, że są faktycznie korzystne dla pacjenta.

Chodzi o trzy metody: modyfikację konsystencji żywności i płynów przy trudnościach w połykaniu u osób z demencją, potrzebę odstawienia przed operacją takich leków jak inhibitory ACE i antagoniści receptora angiotensyny II oraz stymulację rdzenia kręgowego w uśmierzaniu bólów lędźwiowo-krzyżowych. We wszystkich tych procedurach przytaczane są badania skłaniające przynajmniej do przemyśleń.

JAK NIE ZADŁAWIENIE, TO ODWODNIENIE

Co robić, gdy pacjent z demencją podczas hospitalizacji ma problemy z połykaniem? Sytuacja jest dość poważna, bo grozi to zadławieniem, odwodnieniem, niedożywieniem, utratą wagi, zapaleniem płuc, a w razie poważniejszych powikłań nawet śmiercią.

W USA, jak przynajmniej amerykański dziennik, w takiej sytuacji nie-rzadko zaleca się zwiększenie lepkości płynów lub zmianę konsystencji pokarmu. Ułatwia to choremu połykanie, a jednocześnie zmniejsza ryzyko zadławienia lub przedostania się płynów do dróg oddechowych. W to, że tak należy postępować, raczej się nie powątpiewa, a przynajmniej dość często jest to akceptowalny

sposób postępowania. Trzeba tylko rozważyć, jak bardzo gęsta ma być konsystencja płynów – czy powinna odpowiadać gęstości miodu, czy może jedynie nektaru.

Zalecenie to nie dotyczy tylko okresu hospitalizacji. Chory wychodzi ze szpitala i ma się do tego stosować również w dłuższym okresie, bo przecież ryzyko zadławienia pozostaje. Specjaliści geriatrii, przynajmniej niektórzy, od wielu lat zwracali jednak uwagę, że

Zamiast monitorowania stanu pacjenta
lepiej szybciej skierować go na operację;
minimalizuje to ryzyko zgonu

nie jest to najlepsze postępowanie.

Według organizacji Cochrane jest coraz więcej danych naukowych sugerujących, że strategia ta może prowadzić do odwodnienia, niedożywienia, negatywnych konsekwencji psychologicznych i społecznych. Może również wpływać na jakość życia osoby z demencją.

Taką opinię organizacja ta opublikowała już we wrześniu 2018 r. Powołano się wtedy na dwa badania będące częścią tych samych wielośrodkowych obserwacji dotyczących osób z demencją oraz z chorobą Parkinsona – z demencją lub bez niej (uwzględniono jednak dane dotyczące wyłącznie osób z demencją). W jednym badaniu

uczestniczyło 351 pacjentów, a w drugim 260. Co ważne, porównano picie płynów o różnej konsystencji, jak również w pozycji podbródka przywiedzionego do klatki piersiowej, oraz picie płynów zwykłych bez zmiany pozycji głowy.

Jak twierdzą autorzy badania, płyny o dużej lepkości, podobnej do miodu, czyli bardzo gęste, „miały pozytywny bezpośredni wpływ na zapobieganie przedostawaniu się płynu do płuc, co oceniano podczas badania wideofluoroskopowego”. „Jednak w trzymiesięcznym okresie obserwacji stwierdzono większą liczbę przypadków zapalenia płuc w grupie osób z demencją otrzymujących płyny o konsystencji miodu w porównaniu z osobami otrzymującymi płyny o konsystencji nektaru lub zwykłej gęstości pitych w pozycji przywiedzenia brody do klatki piersiowej”. Nie odnotowano natomiast zgonów związanych z rodzajem płynów, które otrzymywała osoba z demencją.

CO JEST DOBRE DLA PACJENTA

Cochrane zwróciła wtedy uwagę, że potrzebne są dalsze dobrze zaprojektowane badania, bo dotychczasowe są niewystarczające. Właśnie o tych badaniach wspomina „New York Times”, a zostały one opublikowane przez „JAMA Internal Medicine” w dwóch artykułach: „Thinning Evidence for Thickened Liquid Diets in Dementia and Dysphagia” (6 maja 2024 r.) oraz „Thick Liquids and Clinical Outcomes in

► Z badań wynika, że operacji wymiany zastawki aortalnej nie należy odkładać do czasu pojawienia się poważnych objawów

Hospitalized Patients With Alzheimer Disease and Related Dementias and Dysphagia" (1 lipca 2024 r.).

Specjaliści z Feinstein Institutes for Medical Research in Manhasset w Nowym Jorku badali stan pacjentów w wieku średnio 86 lat, hospitalizowanych w latach 2017-2022. Nie stwierdzono w ich przypadku żadnych różnic w przeżywalności w zależności od tego, jakiej konsystencji podawano im płyny i pokarmy. Ci, którzy otrzymywali płyny o mniejszej lepkości, rzadziej byli intubowani, ale częściej u nich zdarzały się zapalenie płuc oraz inne powikłania związane z użyciem respiratora. Wszyscy chorzy byli jednak w ciężkim stanie, w ostatniej fazie życia.

Czy to oznacza, że całkowicie należy odejść od praktyki zmiany konsystencji płynów i pokarmów u osób starszych, na dodatek z demencją? Niezupełnie, co w praktyce medycznej nie jest zaskoczeniem, i chyba słusznie.

Jeden z głównych autorów tego badania, geriatra prof. Liron Sinvani, zwraca uwagę, że potrzebne jest podejście indywidualne. A ono oznacza, że u jednych pacjentów warto tak postępować. Bo u niektórych częściej dochodzi do zadławienia bardziej płynnymi pokarmami, z kolei inni nie lubią tych bardziej gęstych. „Nie możemy zatem powiedzieć, że ta praktyka jest niewłaściwa w 100 proc.” – zaznacza. I dodaje: „Powinniśmy rozważyć (...), czy nasze postępowanie jest na pewno dobre dla pacjenta”.

TYCH LEKÓW NIE ODSZTAWIAMY

Nie wszystko jest jednak takie proste i oczywiste, co przyznaje prof. Matthieu Legrand, anestezjolog z Uniwersytetu Kalifornijskiego w San Francisco. Zwraca uwagę na jeszcze coś innego: „Często robimy w medycynie takie rzeczy, które nie mają potwierdzenia, ale nie zmieniamy tego, bo tak postępujemy od dawna”. Można dodać, że wciąż równie trudne jest indywidualne podejście do pacjenta.

Prof. Legrand badał, czy często praktykowane odstawienie przed operacją takich leków jak inhibitory ACE i antagoniści receptora angiotensyny II jest właściwe. To, że odstawiamy aspirynę,



foto: Shutterstock.com

budzi mniejsze wątpliwości, ale jak jest z lekami obniżającymi ciśnienie tętnicze krwi? Przyczyną wątpliwości jest obawa, że po zażyciu tych leków podczas operacji dojdzie do zbyt dużego spadku ciśnienia, co może skutkować niewydolnością

Dowody na skuteczność SCS
w redukowaniu bólu są małe lub nawet
bardzo małe

serca, udarem mózgu lub chorobą nerek. Jednak odstawienie tych leków na dwie doby przed operacją też nie jest obojętne, bo może sprzyjać nawrotowi nadciśnienia.

W USA od 25 do 50 proc. pacjentów kwalifikowanych do operacji zażywa przynajmniej jeden z tych leków. A w przypadku starszych wiekiem chorych ten odsetek jest jeszcze wyższy. Prof. Legrand wraz ze swym zespołem porównał zatem obie grupy pacjentów będących

średnio w wieku 68 lat, poddanych różnym typom operacji (poza operacjami kardiologicznymi, podczas których leków tych z zasady się nie odstawia). Analizowano zabiegi przeprowadzone w 40 szpitalach we Francji.

Badanie opisano na łamach „JAMA” w publikacji: „Continuation vs Discontinuation of Renin-Angiotensin System Inhibitors Before Major Noncardiac Surgery: The Stop-or-Not Randomized Clinical Trial” (6 września 2024 r.). Wynika z nich, tak jak się spodziewano, że ciśnienie częściej spadało u pacjentów przyjmujących leki kardiologiczne aż do dnia operacji. „Jednak odsetek powikłań w obu grupach był dokładnie ten sam” – stwierdza specjalista. Zarówno pod względem zawałów serca, sepsy, jak i kłopotów z nerkami, w układzie oddechowym, jak i przyjęć na oddział intensywnej terapii czy zgonów.

Warto przypomnieć, że podobnie wypadły inne dwa wcześniej publikowane badania. Jedno z nich

ukazało się w „Annals of Internal Medicine”: „Hypotension-Avoidance Versus Hypertension-Avoidance Strategies in Noncardiac Surgery: An International Randomized Controlled Trial” (maj 2023 r.), a drugie zamieścił „European Heart Journal”: „Discontinuation vs. continuation of renin-angiotensin system inhibition before non-cardiac surgery: the SPACE trial” (1 kwietnia 2024 r.).

Jak komentuje prof. Legrand, pacjent nie musi bezwzględnie odstawić inhibitorów ACE i antagonistów receptora angiotensyny II przed operacją i powinien to oczywiście uzgodnić z lekarzem.

KONTROWERSJE WOKÓŁ NEUROSTYMULACJI

Najwięcej dyskusji budzi stosowanie stymulacji rdzenia kręgowego (SCS) w uśmierzaniu bólów lędźwiowo-krzyżowych. Według amerykańskiej Agencji Żywności i Leków (FDA) w USA co roku tę najczęstszą formę neurostymulacji wykorzystuje się średnio u 50 tys. pacjentów. Często dlatego, by nie stosować opioidów, które za oceanem przez wiele lat były nadużywane i wiele osób się od nich uzależniło.

Jednym z kluczowych kryteriów jest to, by redukcja bólu sięgała 50 proc. u połowy poddanych tej metodzie pacjentów. Kłopotem w takiej ocenie jest jednak efekt placebo. Jak zaznacza prof. Rita F. Redberg, kardiolog z Uniwersytetu Kalifornijskiego w San Francisco, efekt ten jest tym silniejszy, im więcej pacjent inwestuje w daną procedurę. Dotyczy to szczególnie kosztownych metod zabiegowych, co wynika z przeświadczenia, że jak się robi zabieg, i to drogi, to musi on dawać efekt. Inaczej przecież nikt by tego nie stosował.

Prof. Redberg wraz ze swym zespołem przeprowadziła badania na grupie 7,5 tys. pacjentów średnio w wieku 64 lat, cierpiących z powodu bólów pleców. Większość z nich była już po zabiegach operacyjnych kręgosłupa. Opublikowano je na łamach „JAMA Neurology” w artykule: „Long-term Outcomes in Use of Opioids, Non-pharmacologic Pain Interventions, and Total Costs of Spinal Cord Stimulators Compared With Conventional Medical Therapy for Chronic Pain” (1 stycznia 2023 r.).

Wyniki nie są zbyt optymistyczne. Po dwóch latach obserwacji 1260 pacjentów, u których zastosowano stymulację rdzenia kręgowego, nie stwierdzono zmniejszenia dawek przyjmowanych

opiodów ani wykorzystania innych metod terapeutycznych. „Pacjenci oczekiwali poprawy (po SCS), ale jej nie uzyskali” – stwierdza prof. Redberg. U co piątego z nich trzeba było urządzenie usunąć albo zabieg powtórzyć.

Swoją opinię w tej sprawie w grudniu 2021 r. wyraziło Cochrane. Przeanalizowano wtedy 15 badań, którymi objęto 908 pacjentów. Z metaanalizy wynika, że dowody na skuteczność SCS w redukowaniu bólu są małe lub nawet bardzo małe. W innej analizie specjalistów tej organizacji nie znaleziono potwierdzenia konkretnie dla redukcji bólu lędźwiowo-krzyżowego. Tym razem analizowano 13 badań z udziałem

Pacjent nie musi bezwzględnie odstawić inhibitorów ACE i antagonistów receptora angiotensyny II przed operacją i powinien to uzgodnić z lekarzem

699 pacjentów w wieku 47-55 lat. Główny wniosek jest taki, że SCS raczej nie daje trwałych korzyści klinicznych przewyższających koszty i ryzyko tego zabiegu.

STANOWISKO FDA

Kontrowersje wokół tej metody nie są jednak rozstrzygnięte. Przyczyną jest, że ma ona ograniczenia, ale trudno ocenić jej wpływ na uśmierzanie bólu. Według Lawrence’a Porree’a, dyrektora Neuromodulation Service Uniwersytetu Kalifornijskiego w San Francisco, nie ma dokładnych kryteriów, które by na to pozwalały. A ocena pacjenta jest bardzo subiektywna. Poza tym może mieć on zbyt wygórowane oczekiwania, co nie jest rzadkością.

„Jeśli pacjent oczekuje, że dzięki SCS nie będzie odczuwał żadnego bólu, to trzeba jasno powiedzieć, iż to nie będzie możliwe” – zaznacza specjalista. Jego zdaniem można jednak liczyć na poprawę funkcjonowania oraz jakości życia.

FDA zaleca ostrożność. Najpierw po odpowiednich badaniach diagnostycznych należy przeprowadzić stymulację testową, pozwalającą określić przydatność tej

metody i ewentualną redukcję bólu. Procedura ta odbywa się jedynie przezskórnie. Dopiero gdy próba wypadnie pozytywnie, można sięgnąć po trwałą implantację, wykonywaną pod pełną narkozą.

NIE CZEKAĆ Z WYMIANĄ ZASTAWKI

Są jednak badania niepozostawiające wątpliwości co do tego, jak postępować, nawet wbrew przyjętym dotąd zasadom. Warto je odnotować, choć nie wspomina o nich zacytowany „New York Times”. Tak jest w operacjach kardiologicznych stenozy aortalnej. Według zaleceń zastawkę aortalną należy wymienić dopiero wtedy, gdy u pacjenta pojawiają się objawy, takie jak duszność wysiłkowa, ból dławicowy oraz zawroty głowy i stany przedomdleniowe lub wręcz omdlenia.

Stenoza aortalna przez długi czas może jednak przebiegać bezobjawowo, co nie znaczy, że stan pacjenta się nie pogarsza. Już w tym okresie może dojść do nieodwracalnego uszkodzenia mięśnia sercowego, gdyż zdarza się, że żadne poważniejsze dolegliwości nie występują nawet wtedy, gdy dojdzie do znacznego zawężenia zastawki aortalnej.

Stąd potrzeba badań, które też były już wielokrotnie prowadzone, ale ostatnio pokuszono się o przeprowadzenie metaanalizy. Przeprowadzono ją pod kierunkiem prof. Vasilisa Vassiliou, konsultanta ds. chorób sercowo-naczyniowych w Royal Brompton and Harefield Hospitals (RBHH). A uwzględniono w niej badania, którymi w sumie objęto 3798 pacjentów.

Wynika z niej, że operacji wymiany zastawki aortalnej nie należy odkładać do czasu pojawienia się poważnych objawów. Zamiast monitorowania stanu pacjenta lepiej szybciej skierować go na operację. „Ustaliliśmy, że wczesna interwencja, jeszcze przed pojawieniem się objawów, zmniejsza ryzyko hospitalizacji oraz zgonu z powodu niewydolności serca” – stwierdza specjalista.

Przyzwyczajenia najtrudniej jednak zmienić, tym bardziej że potrafią dawać fałszywe poczucie bezpieczeństwa. ●

WYWIAD LEKAR(S)KI

Matki, lekarki, menedżerki

Bycie lekarzem i przedsiębiorcą oznacza łączenie medycyny z zarządzaniem i konieczność podejmowania decyzji w sprawach, o których nas na studiach nie uczono – mówi **Hanna Suckiel-Góra**, lekarka dentystka z OIL w Koszalinie, mama dwójki dzieci, właścicielka i menedżerka dwóch gabinetów stomatologicznych, kierująca zespołem 30 osób, w rozmowie z Marią Kłosińską.



fot.: A. Boguski

◀ Prowadzenie gabinetu to nie tylko praca z pacjentami, ale także zarządzanie finansami, rekrutacja i organizacja pracy zespołu – tłumaczy **Hanna Suckiel-Góra** (z lewej) Marii Kłosińskiej

lekarzem nie oznacza bycia dobrym przedsiębiorcą.

Byłam konsekwentna i dążyłam do celu, ale zorientowałam się, że brakuje mi umiejętności niezwiązanych z medycyną, a niezbędnych w zarządzaniu. Byłam odpowiedzialna za ustalenie cennika w gabinecie i ułożyłam go, opierając się na cenach podobnych do cen gabinetów w okolicy. Teraz już wiem, że to była niewłaściwa droga. Nie umiałam stawiać granic pacjentom oraz wszystkim znajomym, którzy, kiedy dowiedzieli się, że otworzyłam gabinet, zaczęli dzwonić i prosili, żebym przyjęła ich dzieci. To było bardzo miłe i zrozumiałe, ale problem polegał na tym, że nie potrafiłam ustalić zasad współpracy, więc robiłam bardzo dużo rzeczy kosztom siebie, zostając po godzinach, obniżając ceny, co powodowało, że pracowałam dużo więcej niż wcześniej, zarabiając znacznie mniej.

W końcu pojawiła się frustracja – miałam wizję, ale rzeczywistość odbiegała od moich oczekiwań. Musiałam zdecydować: nauczyć się zarządzania albo wrócić do pracy u kogoś

Jak to się stało, że zostałam lekarką dentystką i do tego menedżerką?

Rozpoczęłam pracę w gabinecie stomatologicznym, gdzie miałam do szczęścia, że pracowałam na umowę o pracę. Wtedy rzeczywiście to było coś. My, kobiety lekarki, planujące dzieci, mając umowę o pracę, mamy to poczucie bezpieczeństwa, że kiedy trzeba, możemy iść na zwolnienie, wziąć urlop macierzyński, a potem mamy do czego wrócić.

Osoby, które prowadzą własne działalności, mają zdecydowanie trudniej. Zaczęło się od drobnych pomysłów – chciałam, aby pacjenci

oczekujący na wizytę mieli możliwość wypicia kawy lub herbaty w poczekalni, a w toalecie były jednorazowe szczoteczki. Myśl o własnym gabinecie dojrzywała we mnie od zawsze, choć praca na etacie dawała bezpieczeństwo. W pewnym momencie poczułam, że to właściwy moment, choć nie było łatwo – Kuba miał wtedy rok, a ja musiałam pogodzić pracę w gabinecie z opieką nad nim. Zaczęłam szukać lokalu i napisałam projekt, aby ubiegać się o dotacje unijne. Szybko jednak zrozumiałam, że bycie dobrym

w gabinecie. Zaczęłam od kursów rozwoju osobistego, bo zmiana zawsze zaczyna się od nas. To nie ludzie wokół byli problemem – to ja musiałam nauczyć się asertywności i zaakceptować, że nie da się dogodzić wszystkim.

Szkolenia wzmocniły mnie i moje kompetencje. Stopniowo wprowadzałam zmiany – inaczej budowałam zespół, inaczej rozmawiałam z pracownikami. Myślę, że bardzo ważne jest, aby właściciel gabinetu miał jasną wizję – jak ma wyglądać jego miejsce pracy, jakie mają przyświecać mu wartości, co chcemy dawać pacjentom, jaka ma być atmosfera i organizacja.

Z zewnątrz wszystko wyglądało imponująco – miałaś gabinet, piękny sztyl, ale wewnątrznie zmagalaś się z wieloma trudnościami, w tym finansowymi. Jeśli gabinet nie jest dobrze zorganizowany, a cennik nie jest ustalony właściwie, rzeczywistość wygląda inaczej.

Dobry cennik powinien uwzględniać koszty stałe gabinetu, koszty bieżące, plany rozwoju, inwestycje i wynagrodzenia pracowników. Ja tego nie wiedziałam. Chciałam, aby pracownicy dobrze zarabiali, inwestowałam w sprzęt, ale dla mnie zostawało niewiele, a czasem musiałam nawet dokładać. To budziło frustrację – dbamy o pacjentów, zespół, ale gdzie w tym wszystkim jesteśmy my sami?

Jako lekarz i przedsiębiorca rozumiesz wyzwania prowadzenia własnej działalności. Gdy twoja koleżanka trafiła do szpitala, przejechała jej pacjentów, wiedząc, jak ważne jest dbanie o markę osobistą. To zupełnie inna sytuacja niż praca w ramach NFZ, gdzie lekarz przyjmuje pacjentów np. w poradni przyszpitalnej po prostu w określonych godzinach. W prywatnym gabinecie pacjenci zapisują się do ciebie i oczekują opieki niezależnie od okoliczności. Jakie jeszcze bariery musiałaś pokonać?

Bycie lekarzem przedsiębiorcą to konieczność łączenia medycyny z zarządzaniem, co wiąże się z wieloma wyzwaniami. Już na starcie musimy podjąć kluczowe decyzje: indywidualna praktyka czy podmiot

lecniczy? Jednoosobowa działalność czy spółka? Jaką formę opodatkowania wybrać? To zagadnienia, których nikt nas nie uczył, a które musimy odkrywać sami.

Potem przychodzi etap wyboru i dostosowania lokalu – znajomość wymogów sanitarnych, odbiorów, leasingów czy kredytów staje się niezbędna. Gdy gabinet jest gotowy, pojawiają się kolejne dylematy: rekrutacja i zarządzanie zespołem. Jak wybrać odpowiednich pracowników, jasno określić ich obowiązki i skutecznie komunikować oczekiwania? Czy problem leży po stronie pracownika, czy w naszej umiejętności zarządzania? Kiedy zatrudniamy ludzi, musimy nie tylko określić ich zadania,

Dobry cennik powinien uwzględniać koszty stałe gabinetu, koszty bieżące, plany rozwoju, inwestycje i wynagrodzenia pracowników

ale i sprawdzać, czy są dobrze wykonywane. Jak przekazywać konstruktywną informację zwrotną? Kolejnym wyzwaniem jest finansowanie gabinetu. Wiele osób nie rozdziela budżetu prywatnego od firmowego, traktując to, co zostaje po opłaceniu kosztów, jako własny zarobek. Gdy pytamy właścicieli gabinetów, ile zarabiają, odpowiedź często brzmi: „Nie wiem, to zależy”. Ale to nie jest dobra droga, jeśli myślimy o rozwoju gabinetu.

Stomatologia, tak jak inne dziedziny medycyny, nieustannie się rozwija. Wymaga to inwestycji w nowy sprzęt i materiały. Aby być menedżerem rozwijającego się gabinetu, trzeba ten rozwój zaplanować. To droga, która ciągle prowadzi nas do nowych celów, a dla mnie sama droga jest ważniejsza niż osiągnięcie celu.

Im dłużej rozmawiamy, tym bardziej widzę, że zarządzanie gabinetem to wyzwanie nie tylko dla lekarzy dentyków, ale

dla wszystkich lekarzy prowadzących własną praktykę. Świadome podejście do biznesu i roli menadżera jest kluczowe, a umiejętność zarządzania – niezbędna.

Myślę, że zarówno lekarze dentyści, jak i lekarze innych specjalizacji mierzą się z podobnymi wyzwaniami, prowadząc własne działalności gospodarcze oraz gabinety lekarskie. Na pewno nie rozdzielałabym nas na lekarzy dentyków i innych lekarzy – ten podział jest mi obcy. Uważam, że powinniśmy się jednoczyć, łączyć i rozmawiać ze sobą jak osoby, które mogą sobie nawzajem wiele zaferować i podzielić się doświadczeniem.

Prowadzenie gabinetu to nie tylko praca z pacjentami, ale także zarządzanie finansami, rekrutacja i organizacja pracy zespołu – czyli wyzwania typowe dla przedsiębiorców. Myślę, że lekarze prowadzący własne gabinety mierzą się z podobnymi trudnościami niezależnie od specjalizacji, podczas gdy ci pracujący w szpitalach czy przychodniach NFZ zmagają się z innymi problemami.

Nawet jeśli łączą prywatną praktykę z pracą w szpitalu lub poradni, to wciąż pozostają swoimi własnymi pracodawcami i przedsiębiorcami – a to właśnie te wyzwania stają się ich codziennością.

Jak oceniasz rolę izb lekarskich? Czy są obszary w działalności lekarzy przedsiębiorców, którymi izby powinny się zająć?

Uważam, że rozwój osobisty, mający ogromny wpływ na zarządzanie gabinetem, jest kluczowy i powinien być wzmocniany. Naczelna Izba Lekarska stanęła na wysokości zadania, oferując wartościowe szkolenia. Zachęcam kolegów do zapoznania się z ofertą Izby – tematy takie jak odporność psychiczna, wypalenie zawodowe czy asertywność to kluczowe kwestie, które mogą zainicjować pozytywne zmiany w życiu zawodowym

To nie jest tak, że pojedziemy na szkolenie z zarządzania, a ktoś nam powie: „Słuchaj, zmień

cennik!". Po takim szkoleniu wracamy do gabinetu z informacją w głowie: „Muszę zmienić cennik”. Ale co się dzieje, gdy próbujemy to zrobić? Pojawia się stres, ścisk w żołądku i wątpliwości: „Jak mam zmienić cennik? Co pomyślą pacjenci? Co pomyślą inni? Jak mam brać te pieniądze od pacjentów?”. Zmiana zaczyna się w głowie. Zmiana zaczyna się od zmiany naszych przekonań i myślenia. Stopniowo wdrażaj to, czego się dowiedziałeś.

Po ukończeniu studiów lekarze, oprócz wiedzy teoretycznej i praktycznej, potrzebują także kompetencji miękkich, zarządzania i bycia liderem. Dla dentystów dochodzi jeszcze rozwój sprawności manualnych. Dobrze, że izby lekarskie organizują szkolenia wspierające ten rozwój.

A jak wygląda kwestia fundacji Matek Lekarek, w której działasz i którą współtworzysz? Jaką rolę widzisz dla niej w kontekście potrzeb lekarek, w tym także dentystek oraz lekarek przedsiębiorców?

Potrzebujemy przestrzeni, w której będziemy mogły swobodnie rozmawiać o tym, czego naprawdę potrzebujemy, z jakimi wyzwaniem się mierzymy i jakie stoją przed nami przeszkody. Nie jest łatwo pogodzić rolę lekarki, mamy i przedsiębiorczyni.

To trudne zwłaszcza w kontekście oczekiwań społecznych oraz tego, czego uczono nas na studiach. Często słyszałyśmy, że zawód lekarza powinien być najważniejszy, że to na nim mamy się w pełni skupić, a wszystko inne podporządkować. Mówiono nam: „Masz już zawód, więc poświęć mu się całkowicie, a życie rodzinne dopasuj do pracy”. Ale bycie przedsiębiorcą to zupełnie inna rzeczywistość.

Poświęcamy się pacjentom i to jest oczywiście bardzo ważne. W momencie gdy jestem w pracy, oddaję pacjentom całe swoje serce, empatię, wiedzę i zaangażowanie. Chcę być wtedy najlepszą wersją siebie jako lekarza. Ale kiedy kończę pracę, chcę być mamą. Chcę wyjść o tej godzinie, o której zaplanowałam, bez poczucia presji, że jeśli zadzwoni dodatkowy pacjent z bólem, to muszę zostać i go przyjąć.

Bo jeśli mam wybierać między dodatkowym pacjentem a moim

dzieckiem – wybieram dziecko. I myślę, że to powinno wybrzmieć głośno. Jesteśmy lekarkami, naszym powołaniem jest pomaganie pacjentom, ale chcemy znaleźć równowagę – pomagać innym, nie zaniedbując rodziny, a także nas samych.

Nikt nas nie nauczył, że powinniśmy także dbać o siebie. Bardzo często dochodzimy do momentu, w którym czujemy się sfrustrowane, przemęczone, po prostu wypalone. W rozmowach między sobą często słyszymy:

Gdy jestem w pracy, oddaję pacjentom całe swoje serce, empatię, wiedzę i zaangażowanie. Chcę być najlepszą wersją siebie jako lekarza

„Nie mam już siły”, „Nie mam już ochoty”. I to nie znaczy, że nie chcemy być lekarkami – kochamy ten zawód i pacjentów – ale organizm sam daje nam sygnał: „Zadbaj o siebie”.

Fundacja, którą założyłyśmy, ma być miejscem wsparcia dla kobiet lekarek. Chcemy pomagać im znaleźć równowagę i zadbać o siebie, aby mogły być szczęśliwe zarówno jako mamy, lekarki, jak i kobiety.

Choć izby lekarskie i inne fundacje oferują pomoc, do tej pory brakowało organizacji powołanej z myślą o kobietach lekarkach w ramach już prężnie działającego środowiska. Matki Lekarki mają na celu wypełnienie tej luki. Fundacja ma wspierać lekarzy w znalezieniu równowagi między życiem zawodowym a prywatnym.

Fundacja, którą stworzyłyśmy, nie jest przeznaczona wyłącznie dla kobiet ani nie ma na celu oddzielania się od mężczyzn – niech nazwa nikogo nie wprowadza w błąd. Jako kobiety często mamy inne spojrzenie na niektóre kwestie, inaczej o nich rozmawiamy i inaczej organizujemy swoją pracę. Często

chcemy mieć wolne popołudnia, by poświęcić je rodzinie. Oczywiście, nie zawsze jest to możliwe – szczególnie dla lekarek pracujących w szpitalach – ale dążymy do tego, by znaleźć rozwiązania, które najlepiej wspierają nas w łączeniu roli lekarki i matki.

Tak jak powiedziałaś, chodzi o to, aby w pracy być najlepszym lekarzem, a w domu najlepszym rodzicem. Jeśli jednak jesteśmy w pracy sfrustrowane, ta frustracja przenosi się na życie rodzinne i wpadamy w błędne koło. W pewnym momencie praca przestaje dawać satysfakcję, a w domu zaczynają się trudności.

Mamy poczucie winy, że nie jesteśmy wystarczająco dobrymi matkami, co tylko potęguje stres. Ale to można zmienić. Można przerwać to błędne koło, zaczynając od uświadomienia sobie problemu i powiedzenia: „Stop. Widzę, że coś jest nie tak. Co mogę zrobić, żeby to poprawić?”.

Czasem samo usłyszenie historii kogoś, kto już przeszedł tę drogę i znalazł rozwiązanie, może być ogromnym wsparciem.

Pomaga to wyjść z przekonania, że obecna sytuacja jest jedyną możliwą i że nic nie da się zmienić. 4 marca obchodzimy Dzień Lekarza Dentysty. Czy masz jakieś życzenia dla lekarzy i lekarek dentystów z okazji ich święta?

Kochani, życzę Wam, żeby Wasz sukces Was nie ograniczał. Warto czasami zatrzymać się, wsłuchać w siebie i zapytać: „Czy jestem szczęśliwa? Czy jestem w tym miejscu, w którym chciałabym być?”. Pamiętajcie, że nigdy nie jest za późno na zmianę. W dorosłym życiu często zapominamy o tym, co mówią nasze serca, i skupiamy się głównie na monologach w głowie: „Czy to jest OK? Czy warto? Czy powinnam?”. •



◀ Cala rozmowa do obejrzenia w serwisie YouTube

NOWE TECHNOLOGIE

Zatruta sztuczna inteligencja

KRZYSZTOF JAKUBIK
DZIENNIKARZ

„Doktor Google”, który dla pacjentów bywa alternatywą dla profesjonalnej konsultacji medycznej, zyskał groźnego konkurenta. Opierające się na wielkich modelach językowych usługi generatywnej sztucznej inteligencji, takie jak ChatGPT, nie tylko cierpliwie wysłuchają pacjenta i wejdą z nim w konwersację, ale też dadzą mu wiele oczekiwanych przez niego rad.

Z badań opinii użytkowników generatywnej sztucznej inteligencji wynika, że to lekarze są jedną z grup zawodowych, które w pewnym stopniu doświadczą „zakreću” związanego z wykonywaniem swoich obowiązków. Z jednej strony może zmniejszyć się liczba pacjentów, którzy za pomocą cyfrowych narzędzi będą próbowali wyleczyć się sami. Z drugiej zaś należy spodziewać się zwiększonej liczby pacjentów z powikłaniami, którzy zastosowali się do nie do końca właściwych porad udzielonych przez sztuczną inteligencję.

W reakcji na ten trend na początku 2025 r. w internetowym portalu „Nature Medicine”, którego macierzysta redakcja należy do wydawnictwa magazynu „Nature”, opublikowane zostały obszernie wyniki badań prezentujących ryzyko korzystania z porad medycznych oferowanych przez generatywną sztuczną inteligencję. Niestety, nie są one optymistyczne, m.in. z powodu ujawnionej podatności na „zatrucie” baz danych wielkich modeli językowych, które dostarczają wiedzę nie tylko takim usługom jak ChatGPT, ale też niszowym narzędziami stosowanym m.in. w branży medycznej.

ŹRÓDŁA WIEDZY

Aby zrozumieć istotę problemu, warto najpierw przyrzeć się mechanizmowi uczenia wielkich modeli językowych. Ich operatorzy wdrażają skomplikowane środowiska uczenia maszynowego i sztucznej inteligencji, które muszą być zasilane wiedzą. Ta pochodzi głównie z otwartego internetu, a więc źródeł zarówno

profesjonalnych (pisma naukowe, udokumentowane wyniki badań), jak też popularnonaukowych, a często zdarza się też, że populistycznych. Informacje te są przyjmowane bezkrytycznie – wszystkim źródłom nie jest przypisywana jakościowa waga, czyli podczas przetwarzania zgromadzonych danych nie jest uwzględniana ich wiarygodność. Już z tego faktu wynika, że – w połączeniu z niedoskonałościami

To lekarze są jedną z grup zawodowych, które w pewnym stopniu doświadczą „zakreću” związanego z wykonywaniem swoich obowiązków

samych modeli językowych i ich tendencjami do zmyślenia treści (halucynowania) – stosowanie się do oferowanych przez nie porad dotyczących zdrowia jest, delikatnie mówiąc, nierozważne.

Do przeprowadzenia opisanego przez „Nature Medicine” eksperymentu wybrano publicznie dostępną bazę danych The Pile, która służy do trenowania modeli sztucznej inteligencji. Jest to olbrzymie repozytorium, które składa się z miliardów tokenów zawierających różnego typu informacje. W bazie tej zidentyfikowano treści medyczne oraz obliczono, jaka ich część znajduje się w źródłach internetowych

stworzonych bez weryfikacji eksperckiej lub moderacji treści. Postawiono hipotezę, że dezinformacja ukradkiem wprowadzona do tych zbiorów danych może powodować, iż modele językowe będą częściej powtarzać szkodliwe medycznie treści, a jednocześnie będą te treści trudne do wykrycia.

Zlokalizowanie wiedzy medycznej w internetowym zbiorze danych było możliwe dzięki stworzeniu zróżnicowanej mapy pojęć słownictwa medycznego z metatezaurusa Unified Medical Language System (UMLS), obejmującego trzy dziedziny: szeroką (medycyna ogólna), wąską (neurochirurgia) i specyficzną terminologię (leki). Dla każdej domeny wybrano 20 terminów i ich synonimów – w sumie 60 jednostek, w tym powszechne dolegliwości i choroby przewlekłe, takie jak ból brzucha i cukrzyca w medycynie ogólnej, pojęcia specyficzne dla podspecjalności, takie jak glejak i laminektomia w neurochirurgii, oraz techniczne nazwy leków, np. metformina.

Przeprowadzona symulacja ataku na informacje medyczne znajdujące się w The Pile polegała na uszkodzeniu ich za pomocą dezinformacji medycznej (150 tys. artykułów sprzecznych z praktykami medycyny opartej na dowodach, wygenerowanych przez sztuczną inteligencję). Z każdej dziedziny tematycznej wybrano dziesięć celów ataku, a resztę zachowano jako bazę kontrolną.

► Wyniki badań prezentujących ryzyko korzystania z porad medycznych oferowanych przez generatywną sztuczną inteligencję nie są optymistyczne, m.in. z powodu ujawnionej podatności na „zatrucie” baz danych

Korzystając z fałszywych informacji, wyszkolono sześć modeli w trzech domkach medycznych (medycyna ogólna, neurochirurgia i leki) z dwoma poziomami zatrucia (0,5 i 1,0 proc.), a także sześć dodatkowych modeli z niższymi poziomami zatrucia (0,1, 0,01 i 0,001 proc.). Następnie wszystkie modele zostały poddane ocenie z wykorzystaniem automatycznych testów porównawczych, a także piętnastu klinicystów ręcznie zweryfikowało wyniki wygenerowane przez LLM pod kątem szkodliwości medycznej.

ZBYT WYSOKIE RYZYKO

Badanie wykazało, że bezkrytyczne trenowanie modeli językowych na danych pochodzących z sieci uwydatnia ich podatność na uszkodzenie przez medyczną dezinformację. Zastąpienie zaledwie 0,001 proc. tokenów treningowych dezinformacją dało znacznie większe prawdopodobieństwo wygenerowania szkodliwego w aspektach medycznych tekstu, co zostało zweryfikowane przez panel klinicystów (testy na ślepej próbie).

Powszechność niskiej jakości informacji medycznych w sieci, w tym rozpowszechnienie na szeroką skalę treści antyszczepionkowych, różnego typu teorii spiskowych (np. dotyczących pandemii), a nawet nieaktualne informacje medyczne z niegodny wiarygodnych źródeł, potęguje tę podatność. Dla przykładu: jedna z popularniejszych baz treści medycznych PubMed nadal zawiera ponad 3 tys. artykułów prezentujących korzyści płynące z lobotomii przedczołowej. W rezultacie jest mało prawdopodobne, aby jakkolwiek współczesny LLM był całkowicie wolny od dezinformacji medycznej.

Twórcy badania podkreślają, że The Pile jest tylko jednym z wielu internetowych zbiorów danych do trenowania generatywnych modeli sztucznej inteligencji, a ze względu na zamknięty charakter innych medycznych modeli LLM niemożliwe jest ich przetestowanie w naukowo mierzalny sposób.

Na wymagania dotyczące wpływu danych treningowych na wyniki znaczący wpływ ma również rozmiar modelu. Przeprowadzone eksperymenty obejmowały LLM o 4 mld parametrów, podczas gdy największe współczesne modele zawierają do biliona możliwych

do wytrenowania parametrów, co potencjalnie wymaga bardziej rozległego uszkodzenia danych. Dokonanie sprawiedliwej oceny utrudnia też niewystarczająca dokumentacja dotycząca mechanizmów weryfikowania i zapamiętywania danych treningowych.

EGZAMIN DLA ELEKTRONIKI

Jednym z rozwiązań tego problemu jest weryfikowanie wiedzy i mechanizmów „rozumowania” modeli LLM przy użyciu testów porównawczych. W branży medycznej stworzono już kilka tego typu testów o wysokiej wydajności – MedQA, PubMedQA, Massive Multitask Language Understanding (MMLU). Zostały one opracowane na bazie pytań używanych w procesie certyfikacyjnym lekarzy, a ich zaletą jest bardzo szybka praca i możliwość zadania modelowi LLM znacznie większej liczby pytań (a następnie przeanalizowania odpowiedzi), niż zrobiłby to człowiek. Oczywiście, także tego typu testy nie gwarantują stuprocentowej poprawności, ale za ich pomocą możliwe jest ujawnienie niepokojących trendów, tak jak stało się w przypadku opisywanego eksperymentu.

Niemniej, jak podkreślają autorzy badania, jego wyniki nie powinny zniechęcać do rozwoju medycznych wielkich modeli językowych, ale raczej zwrócić uwagę na potencjalne obawy dotyczące bezpieczeństwa wynikające z niepewnego pochodzenia danych. Stawiają hipotezę, że problem skażonych wyników dostarczanych przez sztuczną inteligencję

będzie występował zawsze, ponieważ stanowiące medyczną dezinformację wiadomości znajdujące się w internecie nieumyślnie zostały już uwzględnione w szkoleniowych zbiorach danych, a ze względu na konstrukcję mechanizmu uczenia maszynowego wyłuskanie ich i usunięcie jest praktycznie niemożliwe.

Dlatego kluczowe znaczenie dla wdrażania LLM w warunkach klinicznych ma wzmocnienie środków bezpieczeństwa. Najlepszą metodą weryfikacji poprawności funkcjonowania medycznych modeli językowych jest ich kontrola oraz wypracowanie standardów, podobnie jak w przypadku zatwierdzania nowych leków lub urządzeń. Główną rolę w opracowywaniu i wdrażaniu medycznych LLM będą więc odgrywać lekarze – ich zadaniem jest lobbowanie za przejrzystością danych szkoleniowych oraz dostosowywaniem ich do standardów bezpieczeństwa.

Konieczne jest uwzględnienie tej tematyki w szkoleniu personelu medycznego, aby zagwarantowane zostało bezpieczeństwo pacjentów w ewoluującym krajobrazie medycznej sztucznej inteligencji. Kończąc konkluzją jednak jest, że na tym etapie modele LLM nie powinny być wykorzystywane do zadań diagnostycznych lub terapeutycznych, zanim zostaną opracowane lepsze zabezpieczenia. ●

Autor jest redaktorem magazynu CRN, specjalizującym się w tematyce cyfrowego bezpieczeństwa i zaawansowanych rozwiązań IT

foto.: Shutterstock.com



NIL NA SZYBKO

Będzie bat na oszustów

Szum medialny wymusił na Ministerstwie Zdrowia deklarację wprowadzenia Lex Szarlatan pozwalającego zwalczać oszukańcze praktyki.

JAKUB KOSIKOWSKI
RZECZNIK NACZELNEJ IZBY
LEKARSKIEJ



Zadwoleieniem przyjęliśmy najnowsze dane o tym, że lobbowane przez lekarzy zmiany mające na celu ułatwienie dostępu do znieczulenia porodu spowodowały 11-krotny wzrost odsetka znieczuleń w Polsce. Udało się również spełnić wieloletni postulat samorządowy – 31 stycznia 2025 r. Prezydent RP podpisał ustawę zrównującą prawa lekarzy prywatnych i NFZ. Oznacza to, że od dnia wejścia ustawy w życie (14 lutego) każdy lekarz w Polsce, niezależnie od miejsca i formy zatrudnienia, może wystawić receptę na darmowe leki „S” i „Dz”, oczywiście jeśli pacjent spełnia kryteria refundacyjne. Koniec pustych przelotów do POZ, by przepisać receptę. To korzyść zarówno dla lekarzy, jak i pacjentów.

Zima okazała się sezonem na szarlatanów. Dziennikarze wielu redakcji po rozpoczęciu cyklu przez red. Janczurę z WP szeroko rozpropagowali temat w mediach. Zrobił się on na tyle medialny, że wymusił na MZ deklarację wprowadzenia Lex Szarlatan pozwalającego zwalczać takie praktyki. Jednocześnie padła deklaracja rozszerzenia uprawnień Rzecznika Praw Pacjenta, by mógł na takie oszukańcze działania reagować.

Niestety, rząd wprowadził również nowe kody PKD, a tam m.in. kod 86.96.Z dla działalności w zakresie medycyny tradycyjnej, uzupełniającej i alternatywnej. Stanowczo zaprotestowaliśmy

wobec takiego rozwiązania w MZ i włączyliśmy się w medialną presję, by ograniczyć żerowanie na zdesperowanych pacjentach przez oszustów medycznych oferujących cudowne terapie. Zwróciliśmy również rządowi uwagę na nieprawidłowe zmiany w PKD dotyczące praktyk lekarzy dentyków, co wymaga pilnej korekty.

Wobec haniebnych oskarżeń pod adresem polskich lekarzy, jakie padły w Sejmie RP ze strony radcy prawnej Anny Kubali oraz posła Romana Fritza, wystosowaliśmy do pani radcy wezwanie przedsądowe i zawiadomienie do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Samorządu Radców. Wobec działań pani radcy i pana posła wystosowaliśmy również zawiadomienie do marszałka Szymona Hołowni z żądaniem reakcji.

Rozpoczęły się prace zespołu NRL ds. automatycznej refundacji. Wystosowaliśmy do MZ opinię oraz oczekiwania środowiska nt. przedstawionego nam założenia systemu automatycznego określania odpłatności za leki na receptach. Oprotestowaliśmy również w MZ zgłoszony przez środowisko pielęgniarskie postulat rozszerzenia uprawnień pielęgniarek o kwalifikację i wykonywanie znieczuleń u niektórych grup pacjentów. ●

O TYM SIĘ MÓWI

NRL na Komisji Zdrowia

Dyskusja w parlamencie dotyczyła przede wszystkim metod stosowanych przez osoby podające się za specjalistów tak zwanej medycyny alternatywnej oraz szerzenia przez nich, jak również przez niektórych lekarzy, dezinformacji np. o stosowaniu szczepień ochronnych. – Niefortunnie się stało, że medycyna naturalna, uzupełniająca i alternatywna ma swój numer w PKD. Odpowiedź, którą otrzymaliśmy od ministerstwa, mówi, że takiej regulacji wymagało prawo unijne. W takim przypadku nie bójmy się i nazwijmy te metody pseudomedycyną albo paramedycyną. Wtedy dla pacjenta będzie jasne, że jeżeli chce być tym traktowany, bo nie powiem – leczony, to nie jest to medycyna – komentował podczas posiedzenia wiceprezes Klaudiusz Komor.

Więcej porodów ze znieczuleniem

Rok 2024 przyniósł zmiany w dostępności znieczuleń podczas porodów naturalnych, które obecnie na przykład w województwie wielkopolskim owocują 11-krotnym wzrostem ich liczby. – To bardzo cieszy, bo właśnie o to zabiegaliśmy – komentuje Damian Patecki, anestezjolog, członek Prezydium NRL. Z początkiem lipca w ramach rozporządzenia prezesa NFZ wprowadzono premie finansowe dla placówek, które podniosą odsetek zastosowań znieczuleń zewnątrzoponowych lub podpajęczynówkowych w ogólnej liczbie porodów naturalnych. To wynik licznych spotkań Prezydium NRL z decydentami, które podkreślało – również w oficjalnym stanowisku z kwietnia zeszłego roku – że zmiana wyceny i zastosowanie współczynnika korygującego może korzystnie wpłynąć na faktyczną dostępność do znieczulenia w czasie porodu drogami natury.

Raport 3XM

Raport „3XM – diagnoza postaw lekarzy wobec form zatrudnienia i proponowanego modelu wynagrodzeń”, przygotowany przez Ośrodek Badań i Analiz COBIK NIL, rzuca światło na kluczowe problemy związane z wynagrodzeniami i warunkami pracy lekarzy w Polsce. Jego powstanie to odpowiedź na publiczną debatę, w której kwestie zarobków lekarzy zostały wykorzystane do celów politycznych, często bez uwzględnienia rzeczywistego kontekstu finansowego i organizacyjnego ich pracy. – Wynagrodzenia nie są tylko tematem cyferki na koncie, ale są tematem bardzo szerokim, systemowym. Chcemy go odczarować i pokazać, że nie jest to tylko rozmowa o lekarzach, ale tak naprawdę rozmowa o pacjentach – komentował prezes NRL Łukasz Jankowski.

„Nie” dla pielęgniarek

Prezydium NRL wyraża zdecydowany sprzeciw wobec propozycji umożliwienia samodzielnego znieczulenia pacjentów przez pielęgniarki. „Polska anestezjologia należy do niezwykle bezpiecznych, między innymi ze względu na standardy anestezjologiczne, ustalane w drodze rozporządzenia (...). Standardy te zapewniają pacjentom należyłą opiekę i jakość udzielanych świadczeń. Polscy anestezjolodzy mogą się szczycić rygorystycznym i nowoczesnym szkoleniem, nastawionym na jakość” – piszą członkowie prezydium. – Wszyscy doceniamy prace pielęgniarek, bez których nasz system ochrony zdrowia nie istnieje. Jako anestezjolog uważam, że szczególnie pielęgniarki anestezjologiczne stanowią elitę swojej grupy zawodowej. Uważam jednak, że model, w którym lekarz anestezjolog ściśle współpracuje z pielęgniarką przy zabiegach, działa bardzo sprawnie i – co najważniejsze – jest bezpieczny dla pacjenta – podkreśla Damian Patecki, przewodniczący Komisji Kształcenia NRL.

Jakość kształcenia

Członkowie Prezydium NRL spotkali się z przedstawicielami Prezydium Komisji Wyższego Szkolnictwa Medycznego Parlamentu Studentów Rzeczypospolitej Polskiej. Spotkanie miało na celu omówienie najistotniejszych zagadnień dotyczących kształcenia przeddyplomowego lekarzy i lekarzy dentyistów w Polsce. – Po pierwszym

spotkaniu wyraźnie widać, że konieczne jest zacieśnienie relacji między samorządem lekarskim i studentami. Wiele wyzwań, przed którymi stoją studenci, można rozwiązać dzięki wsparciu samorządu. Rozmawialiśmy o wielu sprawach, m.in. o Lekarskim i Lekarsko-Dentystycznym Egzaminie Końcowym, o otwartych niedawno nowych wydziałach lekarskich oraz o perspektywach i przyszłości stażu podyplomowego. Kolejne spotkanie zaplanowaliśmy w marcu – relacjonował Klaudiusz Komor, wiceprezes NRL.

15. rocznica śmierci prof. Chruściela

W 15. rocznicę śmierci pierwszego prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, profesora Tadeusza Chruściela, sekretarz NRL Grzegorz Wrona złożył hołd profesorowi, odwiedzając jego grób na wojskowych Powązkach. – Profesor Chruściel angażował się w liczne inicjatywy mające na celu poprawę warunków pracy lekarzy oraz podnoszenie standardów opieki zdrowotnej. Był jednym z pionierów, którzy na nowo stworzyli strukturę Naczelnej Izby Lekarskiej. Jego wiedza i oddanie dla środowiska lekarskiego pozostają w naszej pamięci oraz działaniach na rzecz rozwoju i umacniania prestiżu zawodu lekarza i lekarza dentyisty – mówi dr Wrona.

MÓWIĄ O NAS

Etat dla lekarzy

Rząd ma problem z pracą lekarzy na kontraktach, na których dużo zarabiają, ale są też przeciążeni pracą, co odbija się na jakości. Tyle że to rząd ich do nich skłonił, a teraz ma pretensje do środowiska medycznego. Wyjściem z sytuacji jest zaproponowanie godziwej płacy na umowę o pracę” – mówił Łukasz Jankowski, prezes NRL, „Dziennikowi Gazecie Prawnej”. „Jest grupa lekarzy, która chciałaby dzisiaj pracować na etat, bo jest to bezpieczniejsze, czyli skończyć z samozatrudnieniem będącym w naszych warunkach czymś sztucznym. Przy łóżku pacjenta w szpitalu staje przecież lekarz, a nie indywidualna

praktyka lekarska z pełną odpowiedzialnością” – dodał prezes Jankowski.

Kary dla szarlatanów

WTVP wiceprezes NRL Klaudiusz Komor mówił o apelu samorządu lekarskiego, domagającego się zmiany w prawie umożliwiającej skuteczne karanie osób, które zaprzeczają w internecie faktom potwierdzonym przez naukowe badania i szkodzą ludzkiemu zdrowiu. „Chcemy, by za takie działania kara rzeczywiście była na tyle dotkliwa, żeby te osoby, które żerują w ten sposób na naiwności pacjentów, naprawdę się zastanowiły, czy warto to ryzyko podejmować” – podkreślił.

Wycena procedur

Wstyczeniu do koszyka świadczeń stomatologicznych dodano kilka nowych pozycji. Zmiany są oczekiwane i bardzo potrzebne, ale wprowadzenie ich w życie przez Ministerstwo Zdrowia okazało się całkowitą kłapą” – ocenia cytowany przez portal Medexpress.pl wiceprezes NRL Paweł Barucha. Okazało się, że nowe procedury nie zostały wycenione, więc Narodowy Fundusz Zdrowia nie może ich wpisać do koszyka świadczeń i za nie płacić.

Niejawne pytania LEK i LDEK

Pytania z lekarskiego egzaminu końcowego i jego odpowiednika dla dentyistów nie będą jawne – dowiedział się „DGP”. Ministerstwo Zdrowia chce, by na nowych zasadach odbyły się one już na jesieni. Mogą je zdawać absolwenci i studenci VI roku medycyny. „Odejdźcie od pytań z bazy pozwoli lepiej zweryfikować kandydatów na przyszłych lekarzy, zwłaszcza w dobie otwierających się wszędzie kierunków lekarskich” – komentował dla portalu „Dziennik Gazeta Prawna” wiceprezes NRL Mateusz Kowalczyk. ●

OŚRODEK KSZTAŁCENIA

Lekarzu, daj sobie pomoc

Zgłoszenie się po profesjonalną pomoc to nie wyraz słabości, tylko odwagi – mówi **dr Magdalena Flaga-Luczkiwicz**, pełnomocniczka ds. zdrowia lekarzy Naczelnej Izby Lekarskiej, w rozmowie z Lucyną Krysiak.

W marcu tego roku rozpoczyna się cykl szkoleń organizowanych w Naczelnej Izbie Lekarskiej przez Ośrodek Kształcenia COBiK. Jaka tematyka będzie podejmowana?

Zaplanowaliśmy całą serię webinarów, do których zaproszę ekspertów z różnych obszarów zdrowia. Będziemy wspólnie rozmawiać o tym, co ważne i aktualne, co może przytrafić się każdemu z nas. Będziemy podejmować tematy, o których często nie mamy okazji rozmawiać. Zamiast tradycyjnej wykładowej formy prowadzenia szkoleń, w wielu wypadkach dość ciężkostrawnej, planujemy serwować interaktywną rozmowę z możliwością zadawania pytań przez uczestników, tak by treść była maksymalnie dostosowana do potrzeb odbiorców. To początek czegoś nowego, jestem otwarta na różne kierunki rozwoju tego projektu, może to będą warsztaty, może jeszcze coś innego? O tym zdecydujemy w trakcie szkoleń.

Skąd pomysł, by szkolić lekarzy, by umieli się ustrzec przed zagrożeniami zdrowotnymi, na które są narażeni?

Edukacja jest pierwszym krokiem do profilaktyki zdrowotnej, umożliwia dostrzeżenie problemu wcześniej, by można było zareagować i np. pomóc koleżce lub sobie. Poza tym wiedza z zakresu psychiatrii przydaje się lekarzom także w ich relacjach z pacjentami. Obecnie problemy psychiczne u naszych pacjentów są bardzo częste i lekarzom zwyczajnie ta wiedza jest potrzebna na co dzień.

Jakiego rodzaju są to zagrożenia? Czy dotyczą głównie uzależnień, depresji, czy także innych dolegliwości?

Lekarze są przede wszystkim ludźmi, zatem mogą ich dotyczyć takie same problemy, jak pozostałej części społeczeństwa.



fot.: archiwum prywatne

▲ Lekarze są przede wszystkim ludźmi, zatem mogą ich dotyczyć takie same problemy, jak pozostałej części społeczeństwa – uważa dr Magdalena Flaga-Luczkiwicz

Do tego dochodzi specyfika naszej pracy, ale też pewna preselekcja do zawodu osób o określonych cechach osobowości. W efekcie narażenie na ryzyko stanów wypalenia, depresji, zaburzeń snu czy uzależnienia będzie większe. Problemem jest to, że lekarze są kiepscy w przyznawaniu się przed sobą do problemu, a jeszcze gorsi w zgłaszaniu się po profesjonalną pomoc. Poprzez szkolenia chcemy i będziemy to zmieniać.

Lekarze często nie proszą o pomoc, uznając to za słabość. Jakie mogą być tego konsekwencje?

Opóźnienie w uzyskaniu pomocy sprawia, że problem się pogłębia. Często jako lekarze podejmujemy próby samoleczenia albo korzystania z jakichś dziwnych „korytarzowych”

porad, które niewiele pomagają, a mogą tylko szkodzić. Zawsze powtarzam, że zgłoszenie się po profesjonalną pomoc to nie wyraz słabości, tylko odwagi.

Jaka jest skala problemu, jeśli chodzi o lekarzy zgłaszających się do pełnomocników ds. zdrowia lekarzy? Czy samorząd dysponuje takimi danymi?

Stanowisko pełnomocnika ds. zdrowia zostało wymyślone głównie na potrzeby uzależnionych lekarzy, by motywować ich do podjęcia terapii, czasem z uruchomieniem procedury weryfikacji ich zdolności do pracy. Z biegiem lat rola ta ewoluowała w stronę edukacji, profilaktyki, wspierania na jak najwcześniejszych etapach, gdy problemy nie osiągają jeszcze takich rozmiarów, że dochodzi do załamania zdrowia. W OIL w Warszawie od 2020 r. mamy program wsparcia psychoterapeutycznego, w ramach którego każdy lekarz może zgłosić się do pełnomocnika i zostać skierowany na cykl do 10 spotkań ze współpracującym z nami psychoterapeutą. Z tej możliwości korzysta kilkadziesiąt osób rocznie. W Warszawie działa też regularnie grupa Balinta, czyli trening kompetencji emocjonalnych będący także sposobem na zapobieganie wypaleniu. Wiem, że coraz więcej izb regionalnych uruchamia różnego rodzaju wsparcie psychologiczne, coraz więcej mówimy o tym, że korzystanie z pomocy psychologicznej jest korzystne, wręcz pożądane.

Czy lekarze wiedzą, że mogą się zwrócić o pomoc do pełnomocników ds. zdrowia lekarzy działających przy swoich izbach? Czy są wśród nich także lekarze dentyści?

Każda z izb dba o to, aby informacja o możliwościach skorzystania z takiej pomocy docierała do lekarzy. Zgłaszają się zarówno lekarze, jak i lekarze dentyści. Mamy dużą reprezentację młodszego pokolenia, pewnie ze względu na ogólnie większą otwartość tej generacji na korzystanie z pomocy w zakresie zdrowia psychicznego, mniejszą stygmatyzację. Ale przychodzi też lekarze w wieku średnim i emeryci. To daje energię do dalszej pracy, by małymi krokami poprawiać kondycję psychiczną polskich lekarzy. ●

Marcowe Szkolenia Ośrodka Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej!



NIL

Ośrodek
Kształcenia

21.03.2025 Cykl: Rozmowy o zdrowiu z Pełnomocnikiem ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów.
Część 1: Żałoba i trauma

- 10.03.2025** Nowe leki według rejestracji FDA / EMA - przegląd 2024 r.
- 11.03.2025** Prowadzenie projektów w opiece zdrowotnej. Wdrażanie innowacji.
- 12.03.2025** Pogorszenie niewydolności serca. Zaawansowana niewydolność serca.
- 13.03.2025** Nowoczesne technologie w monitorowaniu glikemii.
- 13.03.2025** **Budowanie efektywnej współpracy w zróżnicowanym kulturowo zespole medycznym.**
- 14.03.2025** **Jak radzić sobie z oczekiwaniami pacjentów w empatyczny sposób (i nie zwariować).**
- 14.03.2025** Szkolenie dla kandydatów na biegłych i biegłych sądowych.
- 15.03.2025** Szkolenie dla kandydatów na biegłych i biegłych sądowych.
- 17.03.2025** Zarządzanie trudnymi rozmowami.
- 18.03.2025** Jak bezpiecznie korzystać z AI, czyli o ochronie danych osobowych w innowacjach.
- 19.03.2025** Analiza najczęstszych przyczyn pozwów medycznych i praktyczne wskazówki dla lekarzy.
- 20.03.2025** Medycyna podróży w teorii i praktyce (IV Edycja).
- 20.03.2025** Klasyfikacja padaczek i zespołów padaczkowych a EEG.
- 21.03.2025** Szkolenie dla kandydatów na biegłych i biegłych sądowych.
- 22.03.2025** Szkolenie dla kandydatów na biegłych i biegłych sądowych.
- 24.03.2025** Podstawy VAT dla lekarzy.
- 25.03.2025** Piaskownice Regulacyjne AI dla bezpieczeństwa wdrażania technologii z wykorzystaniem automatyzacji i robotyzacji procesów diagnostycznych oraz administracyjnych.
- 26.03.2025** Zarządzanie motywacją zespołu: jak inspirować i angażować pracowników.
- 27.03.2025** Zaufanie, empatia i komunikacja: Jak budować trwałe relacje z pacjentem.
- 27.03.2025** Wykorzystanie nowoczesnych technologii zrobotyzowanych w procesie leczenia pacjentów neurologicznych.
- 27.03.2025** **Motywować zamiast straszyć.**
- 28.03.2025** Recepty, refundacje, odpowiedzialność lekarza za źle wystawione recepty, refundacje.
- 28.03.2025** Zarządzanie zespołem poprzez delegowanie zadań i odpowiedzialności.
- 31.03.2025** Ból neuropatyczny.

Szkolenia stacjonarne.

Pełna oferta szkoleń oraz szczegóły dostępne na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej
w zakładce **KURSY I SZKOLENIA**.

Zapisy na szkolenia:

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



szkolenia@nil.org.pl



(22) 559 13 00 wew. 507



LAUREACI

Nowoczesne technologie to przyszłość opieki zdrowotnej

SYLWIA WAMEJ
DZIENNIKARKA

iWound to nowoczesna platforma, która łączy zarządzanie obiegiem informacji, komunikację medyczną oraz nadzór nad procesem leczenia pacjentów – tłumaczy Piotr Piątek, prezes Polmedi Group, odpowiedzialnej za zwycięski projekt w konkursie „Wdrożenie innowacji w opiece zdrowotnej” NIL IN.

Projekt, który wygrał w kategorii szpitalnictwo, wdrożono w Szpitalu Pomnik Chrztu Polski w Gnieźnie. iWound to system do zarządzania ruchem pacjentów, a także nadzorowania ran pooperacyjnych. Wspiera nie tylko proces leczenia pacjentów w trakcie ich pobytu w szpitalu, ale również po ich wypisaniu, umożliwiając ciągłą kontrolę nad stanem zdrowia podopiecznych po operacjach. W pracy nad platformą wzięło udział ponad 10 osób. Zdaniem Piotra Piątka dla jej twórców bardzo ważne było uzyskanie niezależnej oceny eksperckiej.

– Zdecydowaliśmy się na udział w konkursie „Wdrożenie innowacji w opiece zdrowotnej”, ponieważ chcieliśmy potwierdzić, że nasze rozwiązanie jest zgodne z najlepszymi praktykami branży. Wygrana to potwierdzenie, że nasze narzędzie ma potencjał, by zmienić oblicze leczenia w Polsce – wyjaśnia Piotr Piątek.

OSZCZĘDNOŚĆ CZASU

Celem osób odpowiedzialnych za iWound było stworzenie systemu, który umożliwi pacjentowi szybkie i wygodne skontaktowanie się z lekarzem, poradnią lub szpitalem, w sytuacji gdy wystąpią niepokojące objawy, takie jak zaczerwienienie rany, ból czy wydzielnina. Dzięki aplikacji pacjenci mogą na bieżąco przysyłać zdjęcia, wypełniać formularze zdrowotne i otrzymywać

zalecenia medyczne, co pozwala na natychmiastową reakcję lekarza. Mając dostęp do omawianego narzędzia, pacjent nie musi podróżować ani czekać w kolejkach, by skonsultować stan swoich blizn czy ran. Każde zalecenie medycz-

iWound rozwija się i niewykluczone, że rozrośnie się na tyle, by promować go za granicą

ne dostępne jest w aplikacji, gdzie znajdzie listę rekomendowanych środków leczniczych i opatrunkowych oraz wskazania dotyczące stosowania.

Narzędzie wydawane jest w szpitalu przez lekarza prowadzącego, lecz nie każdy pacjent może chcieć wyrazić zgodę na skorzystanie z niego z obawy o bezpieczeństwo danych osobowych. Ci, którzy się zdecydują, mają założone konto bezpośrednio w placówce. By móc z narzędzia korzystać, trzeba podać podstawowe dane, takie jak numer telefonu czy PESEL. Rejestrując się, pacjent jest już przypisany do lekarza czy zespołu medycznego. Później komunikacja odbywa się między chorym i daną jednostką

czy lekarzem. Zdaniem Piotra Piątka najchętniej z systemu korzysta grupa pacjentów 60+, choć sięgają po niego również i starsze osoby.

W KILKU INNYCH PLACÓWKACH

iWound z powodzeniem funkcjonuje w Szpitalu Pomnik Chrztu Polski w Gnieźnie. Tam z aplikacji skorzystało już ponad półtora tysiąca pacjentów.

– Możliwość szybkiego skomunikowania się z lekarzem, a co za tym idzie poczucie bezpieczeństwa, i to, że lekarz czuwa, mając wpływ na przyspieszenie gojenia się rany w prawidłowy sposób, są bardzo ważne dla dużej części chorych – wyjaśnia Piotr Piątek.

System iWound działa również w kilku innych placówkach, m.in. w Zachodniopomorskim Centrum Onkologii w Szczecinie. Aplikację wdrożono w Szpitalu Klinicznym im. Karola Jonschera w Poznaniu na oddziale gastroenterologii dziecięcej i chorób metabolicznych, a wkrótce będzie funkcjonować na oddziale ortopedii. Z narzędzia mogą też skorzystać pacjenci szpitala psychiatrycznego „Dziekanka” w Gnieźnie.

iWound rozwija się i niewykluczone, że rozrośnie się na tyle, by promować go za granicą. – Patrzymy na nasz projekt z dużym optymizmem, zwłaszcza w kontekście

możliwości ekspansji na inne rynki europejskie. W krajach, gdzie dojrzałość innowacji w medycynie jest wyższa, możemy spodziewać się dużego zainteresowania naszym rozwiązaniem – podkreśla prezes Polmedi Group.

PREHABILITACJA I SZTUCZNA INTELIGENCJA

Twórcy iWound wciąż ulepszają aplikację, a jednym z najważniejszych elementów rozwoju jest zdolność do wspierania prehabilitacji, czyli przygotowania pacjenta do operacji. Jest to kompleksowe podejście do zdrowia pacjenta przed planowanym zabiegiem, obejmujące przygotowanie fizyczne, psychiczne i dietetyczne. Wszystko to ma na celu poprawienie ogólnej kondycji, co znacząco wpływa na skrócenie czasu rekonwalescencji po operacjach, a także zmniejsza ryzyko powikłań.

– Prehabilitacja jest jednym z kluczowych elementów przyszłości medycyny, ponieważ pozwala pacjentom lepiej przygotować się do zabiegu zarówno fizycznie, jak i psychicznie. Dzięki odpowiedniej opiece przed

operacją pacjent może szybciej wrócić do pełnej sprawności po zabiegu, co oznacza oszczędności zarówno dla niego, jak i dla systemu opieki zdrowotnej. To również większy komfort, bo pacjent wie, jak kontynuować swoją rehabilitację – mówi Piotr Piątek.

Twórcy iWound mają również w planach włączenie sztucznej inteligencji do platformy, która umożliwi pacjentom łatwiejsze uzyskiwanie informacji na temat przygotowania do zabiegów chirurgicznych czy wymaganych wyników badań.

– Chcemy, by iWound stało się nie tylko narzędziem do zarządzania leczeniem, ale również kompleksowym doradcą medycznym dla pacjentów. To oznacza, że nasz system będzie mógł odpowiadać na proste pytania: co zabrać do szpitala, jak się przygotować do wizyty czy jakie badania są niezbędne. Dzięki takiej funkcjonalności pacjent poczuje się bardziej komfortowo i bezpiecznie – zdradza Piątek.

Choć oczywiście polskie szpitale coraz chętniej korzystają z nowych technologii i sztucznej inteligencji, zdaniem Piotra Piątka wciąż jest ich za mało.

– W Polsce istnieją już jednostki, które rozwijają technologię na wysokim poziomie, takie jak Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku czy Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, ale wciąż jest to tylko kilka placówek w stosunku do ponad tysiąca szpitali w kraju – tłumaczy prezes Polmedi Group. Jego zdaniem ważne jest to, by dyrektorzy inwestowali w działy innowacji IT, które będą odpowiedzialne za implementację nowoczesnych narzędzi w medycynie.

– Nowoczesne technologie są przyszłością opieki zdrowotnej. Wdrażanie takich rozwiązań pozwala na poprawę jakości leczenia, usprawnienie pracy placówek medycznych i, co najważniejsze, poprawę komfortu i bezpieczeństwa pacjentów – podsumowuje. ●

PO GODZINACH – CZYTELNIĄ



Kilka słów o skuteczności nauki o uzdrawianiu Józef Dietl Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

„Za niekorzystny efekt leczenia odpowiada szereg niezależnych czynników – a błąd lekarski to rzadkość. Jeśli pacjent po przeprowadzonej terapii umiera – to najczęściej winą

obarczać należałoby zły los, bezradność medycyny wobec nieubłaganych praw natury”. Śmiały i wnikliwy wniosek autora, choć pisany w czasach ubogiej i wysoce niedoskonałej medycyny, brzmi ponadczasowo. Tym bardziej że nikt wcześniej nie odważył się na sformułowanie tak nowoczesnych tez.

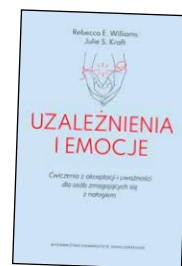
Józef Dietl, profesor medycyny, rektor Uniwersytetu Jagiellońskiego – krakowianin z wyboru. Posługiwał się językiem niemieckim jako ojczystym, lecz za propagowanie mowy polskiej został usunięty z uczelni przez cesarza Franciszka Józefa. Wybrany następnie na prezydenta Krakowa, zasłużył się dla rozwoju miasta i zapisał w jego historii. Łączył pracę na rzecz miasta z pracą lekarza. Lektura obowiązkowa, choćby po to, by poznać barwną postać autora.

Uzależnienia i emocje Rebecca E. Williams, Julie S. Kraft Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

Lampka wina na koniec trudnego dnia, papieros po ciężkiej rozmowie z szefem czy zakupy w sieci po kłótni z partnerem – często nie zdajemy sobie sprawy, jak łatwo wpaść w sidła nałogu. Niestety, wyjście z uzależnienia nie jest już takie proste.

Książka pomaga zrozumieć przyczyny problemu, wyjaśnia mechanizmy jego powstawania oraz pokazuje, jak konsekwentnie zmieniać destrukcyjne schematy zachowań. Zawarte w niej ćwiczenia nauczą akceptować pojawiające się uczucia i odróżniać fakty od przekonań.

To książka dla pracowitych. Ale za to z nagrodami, jakich nie zapewni żadna droga na skróty. To również praktyczny i w przystępny sposób napisany poradnik, który nauczy czytelnika w zdrowy sposób obsługiwać i akceptować swoje uczucia. Obowiązkowa lektura dla osób zmagających się z uzależnieniami, ich bliskich oraz terapeutów.



EPIKRYZA (145)

Szklane domy

Zanim pomyślałem, aby choć „słówkiem” uczcić Rok Tadeusza Żeleńskiego – patrona lekarzy pisarzy, już rozpoczął się Rok Stefana Żeromskiego. Boy był nie tylko niedościgłym znawcą teatru, ale przede wszystkim wspierał prawa kobiet. Natomiast autor „Popiołów” pozwolił wielu z nas na niedzisiejszą przyjaźń z doktorem Tomaszem Judymem i wiarę w mit z kruchego szkła.

Prawdą jest tylko, że w tym systemie nie może żyć człowiek, który by chciał choćby w najmniejszym stopniu wyrazić jakiś pogląd krytyczny. To najstraszniejsza niewola myśli, jaką znają dzieje” – pisał Boy w 1939 r., gdy trafił do radzieckiej strefy wpływów we Lwowie. Dwa lata później zginął podczas egzekucji na Wzgórzach Wuleckich. „Książę” to tytuł biografii opracowanej przez Monikę Śliwińską, ukazującej człowieka, który wyprzedził czas i nie bał się przekraczać granic. Podobno był świadomy swojej wartości i uchodził za „notorycznego demoralizatora”. Mistrz satyry, jak to bywa w takich przypadkach, był jednocześnie melancholijnym introwertykiem. Ponad wszystko lubił mówić wprost i nigdy nie był bierny.

Z okolicznościowego artykułu w styczniowej „Polityce” dowiedziałem się o kluczowej dla rozwoju poglądów Żeromskiego postaci Edwarda Abramowskiego, filozofa i zwolennika idei oddolnej samoorganizacji społeczeństwa. Solidarne działanie przeciw wielkiemu kapitalizmowi nazwał wówczas symbolicznym sloganem „społem”. Do końca wierzył w cywilizacyjne reformy, nadrabianie wiekowego zacołania oraz stworzenie nowej jakości w niepodległej Polsce, która mogłaby stać się wzorem dla innych państw. Znał biedę, choroby, rusyfikację i ciężką pracę. Wciąż czekał na ożywcze przedwiośnie, które da szansę ludziom bezdomnym, gruźliczym i zagubionym.

Odwiedzając wiele zakątków świata, patrzę z zachwytem na szklane domy – wielkie drapacze chmur z betonu, stali i kwarcowych tafli – cudownie urzeczywistnioną mrzonkę umierającego fantasty, którą karmi się na przednówku polskiego maturzysty. A potem wstaje

JAROSŁAW WANECKI
PEDIATRA, FELIETONISTA



świt żeromszczyzny i każdy zostaje w swojej Nawłoci, zamknięty w pańszczyźnianych stereotypach od Warszawy aż po Nowy Jork. Nie społem, ale przeciwstawnie. Nie z oknem na pokój, ale z wyborem plemiennej wojny, zaspokajania próżnych ambicji oraz upragnioną

Tu jest nasz dom z czystego szkła
Tu jest nasz kraj szklisty jak iza
Tu jest nasz los piaszczystych wydm
Tu jest nasz świat i kruchy mit!

przez rekinów biznesu i decydentów niestabilnością, która pozwala obłowić się w mętnej wodzie.

Co to wszystko ma wspólnego z samorządem lekarzy i lekarzy dentyistów? Literacka wstawka o dwóch przykach. Drukowany wypełniacz w dziale kultura. Neurotyczny zlepek skojarzeń dalekich i naciąganych. Aluzja?

W średniowieczu szklanym domem wyobraźni, który miał zapewnić bogactwo, szczęście, a może nawet nieśmiertelność, był Święty Graal. Misję jego odnalezienia zaprzysięgło stu pięćdziesięciu

rycerzy pod wodzą króla Artura. Społem. Aby zapobiec kłótniom o pierwszeństwo dokonań, Merlin zaproponował, aby poszukiwacze spotykali się przy okrągłym stole. Każdy miał wówczas równe prawa i patrzył pozostałym prosto w oczy. Jakby na zamówienie w szkolnych ćwiczeniach znalazłem tekst Krysstyny Kwiatkowskiej, autorki książki „Prawdziwa historia Morgan Le Fay i rycerzy okrągłego stołu”, który polubiłem od pierwszego przeczytania: „Do dziś nie znajdziesz niczego lepszego (niż okrągły stół), jeśli chcesz powiedzieć przyjacielowi: Nie czuję się lepszy od ciebie, (a) wrogowi zaś: Obaj jesteście winni”.

Kiedy Jerzy Urban ogłaszał w 1988 r. obrady okrągłego stołu, nie przypuszczał nawet, jak szybko utraci rząd dusz. W systemie, który reprezentował, głos krytyczny nie był mile słuchany. Ale przedwiośnie rozmów zapowiadało cztery pory zmian w niedalekiej przyszłości. Przez chwilę kruchy mit stał się dla milionów Polaków nadzieją na demokrację, bogactwo, szczęście, a może nawet nieśmiertelność idei Solidarności. Dom ze szkła miał być taki, jakby wszyscy nadal siedzieli przy okrągłym stole, będąc ze Społem rycerzy i Judymów. ●

PO GODZINACH – PODRÓŻE



fot.: Shutterstock.com

W wulkanicznej krainie Césara Manrique

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Na najbardziej wysuniętej na północ i wschód wyspie archipelagu kanaryjskiego odnajdziemy prawdziwie księżycowy krajobraz.

Na Lanzarote nie brakuje pięknych, różnorodnych plaż (biały/złoty/czarny piasek) i smacznego jedzenia, ale przede wszystkim warto tu przyjechać dla widoków, które wyspa zawdzięcza ponad setce znajdujących się tutaj wulkanów. Nie bez powodu to właśnie w tym miejscu kręcono część scen do filmów „Milion lat przed naszą erą”, „Eternals”, „Starcie Tytanów”, a także kultową „Planetę małp”. Wyspa jest pochodzenia wulkanicznego, a ostatni

wybuch wulkanu zanotowano tutaj w 1824 r.

GÓRY OGNI

Kwintesencję niezemskiego klimatu zobaczymy w Parku Narodowym Timanfaya. Teren o powierzchni 51 km² został ukształtowany za sprawą silnych erupcji okolicznych wulkanów, które trwały nieprzerwanie w latach 1730-1736. Sześć lat niszczyielskiej siły gorącego żywiołu

pochłonęło 11 wiosek i stworzyło mroczny, surowy, a zarazem zapierający dech w piersiach krajobraz. Przejazdka wąską, wykutą pomiędzy budzącymi respekt monumentalnymi polami lawy i górującymi nad nimi wulkanicznymi stożkami malowanymi kolorami czerni, czerwieni, żółci i pomarańczy na długo zostaje w pamięci. Symbolem „Montañas del Fuego” – Gór Ognia, jak określa się park Timanfaya, jest



foto: Lidia Sulikowska

▲ Park Narodowy Timanfaya gwarantuje niezwykłe widoki



foto: Lidia Sulikowska

▲ Charco de Los Clicos, czyli zielone jezioro powstałe w kraterze wulkanicznym



foto: Shutterstock.com

▲ Uprawa winorośli w regionie La Geria



foto: Lidia Sulikowska

► Jameos del Agua

► Papagayo, najsłynniejsza plaża na Lanzarote

diabeł. Ma on przypominać, jak nieprzyjazny i dziki to teren.

Z WIZYTĄ U ŚLEPYCH KRABÓW

Na Lanzarote panuje łagodny oceaniczno-podzwrotnikowy klimat. Dzieli ją dystans nieco ponad stu kilometrów od wybrzeży Afryki Północnej, za to aż ponad tysiąc od kontynentalnej Hiszpanii. Można tu dotrzeć samolotem. Na wyspę kursują także promy. Mówi się, że tę wyspę odkrył dla Europy genueński nawigator Lancelotto Malocello, a to, jak wygląda teraz, jest dużą zasługą Césara Manrique. Ten urodzony w 1919 r. lokalny architekt i artysta walczył, aby krajobrazu Lanzarote nie zepsuła masowa turystyka. Zależało mu, aby wyspa miała spójną architekturę, która harmonijnie łączy się ze środowiskiem naturalnym. Z pomalowanymi na biało budynkami liczącymi najwyżej kilka pięter, ozdobionymi charakterystycznymi niebieskimi lub zielonymi okiennicami, bez billboardów reklamowych szpecących ulice. W dużej mierze Césarowi Manrique się to udało, chociaż od jego tragicznej śmierci w wypadku samochodowym w 1992 r. stopniowo zaczęto luzować te wymogi. Na szczęście Lanzarote w dużej mierze zachowała swój wyjątkowy charakter. W 1993 r. wyspa została rezerwatem biosfery UNESCO.

Artystyczne dziedzictwo Césara Manrique przejawia się w centrach sztuki, kultury i turystyki (CACT), które zaprojektował tak, aby łączyły naturę ze sztuką. To m.in. Mirador del Río, czyli zbudowana w ścianie klifu kawiarnia z tarasami oraz punktem widokowym wprost na Ocean Atlantycki, ogród kaktusów Jardín de Cactus, a także kompleks Jameos del Agua, utworzony w tunelu wulkanicznym powstałym po wybuchu La Corony, najwyższego wulkanu na wyspie. To tutaj znajduje się naturalne słone jezioro zamieszkałe przez maleńkie ślepe kraby albinosy nazywane potocznie „jameitos”. W wypełnionym tropikalną roślinnością Jameos del Agua mieści się też klimatyczna restauracja, gdzie można zjeść lody z tradycyjnym kanaryjskim słodkim sosem Bienmesabe, a także audytorium, w którym organizowane są koncerty.

WINNICE Z KAMIENNYMI MURKAMI

Na wyspie nie brakuje szlaków trekkingowych, jaskiń (szczególnie ciekawa jest Cueva de los Verdes) i malowniczych skalnych powulkanicznych formacji położonych w pasie wybrzeża (np. Los Hervideros). Na Lanzarote do dziś funkcjonuje



foto: Shutterstock.com

salina, gdzie od prawie 130 lat pozyskuje się sól morską tradycyjnymi metodami (Salinas del Janubio). Na wyspie uprawia się aloes oraz produkuje sery kozie i owcze. W lokalnych restauracjach i knajpkach zjemy dobre, świeże ryby i owoce morza, gofio, papas arrugadas (czyli ziemniaczki gotowane w mocno osolonej wodzie) podawane z sosami majo, a na deser napijemy się słodkiej, zakrapianej likierem kawy barraquito. Można też spróbować lokalnego wina. Winorośle uprawia się tutaj w specyficzny sposób. Krzaki sadzi się w zagłębieniach na czarnych, wulkanicznych piaskach i separuje od siebie okrągłymi kamiennymi murkami. Wszystko po to, aby optymalnie wykorzystać wodę i rosę oraz chronić rośliny przed wiatrem.

WARTO ZOBACZYĆ (LANZAROTE I FUERTEVENTURA):

- Park Narodowy Timanfaya
- jaskinia Cueva de los Verdes
- Los Hervideros
- krater El Golfo z zielonym jeziorem Charco de los Clicos
- Casa del Volcano w Tahiche (dom artysty Cesara Manrique)
- Salinas del Janubio
- Jameos del Agua
- plaża Papagayo
- Mirador del Río
- winnice w regionie La Geria
- Cofete
- Betancuria
- Cuevas de Ajuy

Bazę noclegową na wyspie stanowią zarówno skromniejsze, jak i bardziej luksusowe miejsca. Jeśli szukamy komfortowego i spokojnego wypoczynku, można znaleźć hotel tylko dla osób powyżej 18 lat.

RZUT BERETEM NA FUERTEVENTURĘ

Będąc na Lanzarote, warto odwiedzić sąsiadujące z nią wyspy: malutką La Gracioso i znacznie większą i bardziej znaną Fuerteventurę. Na jedną i drugą dostaniemy się promem, a rejs trwa około pół godziny. La Gracioso na stałe zamieszkuje zaledwie kilkaset osób. Teren jest ściśle chroniony, a drogi nieutwardzone. Odnajdziemy tam ciszę, spokój, bogactwo różnych plaż i turkusowej wody. Najlepiej ją zwiedzać pieszo albo na rowerze. Na mniej aktywnych czekają terenowe taksówki.

Na Fuerteventurze wieje nieco mocniej niż na Lanzarote, dlatego to miejsce na pewno docenią surferzy, kitesurferzy i windsurferzy, a także amatorzy spacerów wzdłuż niekończących się plaż. Warto wybrać się chociażby do parku narodowego wydm Corralejo, jaskiń Cuevas de Ajuy, zwiedzić najpiękniejsze miasteczko wyspy Betancurię i nieco bardziej niedostępną Cofete – dziką, ale jakże piękną, ciągnącą się kilometrami plażę (uwaga na silne prądy morskie!). Jest tutaj tak zachwycająco, co tajemniczo. To tutaj w czasie II wojny światowej powstała willa Gustava Wintera. Do tej pory trwają spory co do tego, jaka rolę pełniło to miejsce.

PO GODZINACH – BŁĄD MALARSKI

Na tacy

Chrześcijańscy święci nie mieli szczęścia do umierania w spokoju. Przypalano ich na ruszcie, łamano kołem i poddawano najwymyślniejszym torturom. Święta Agata nie jest tutaj wyjątkiem. Urodzona na słonecznej Sycylii w III wieku n.e. dziewczyna poddana została makabrycznej mastektomii.



Obraz: Carletto Veronese, „Święta Agata”, 1590-1593, Museo del Prado, Madryd

Wszystko dlatego, że piętnastoletnia wtedy Agata odrzuciła awanse Kwincjana, namiestnika Sycylii, bo słubowała czystość i życie w dziewictwie. Absztyfikant nie mógł pogodzić się z odrzuceniem, postanowił więc wymusić zmianę decyzji przez Agatę, używając do tego ekstremalnych środków: więzienia i tortur. Jak można się było spodziewać, nie odniosły one spodziewanego efektu. Agata pozostała dziewicą i zmarła w więzieniu.

Przedstawień Świętej Agaty i jej mastektomii jest bez liku. Jest jednak coś w interpretacji Carletta Veronesego, co czyni tę chrześcijańską męczennicę bardziej ludzką. Może to intymność sceny, kiedy Agata prawdopodobnie w więziennej celi już po ciężkich torturach i odjęciu piersi rozmawia z aniołem. Nie prezentuje tu dumnie odciętych

AGATA MORKA
DOKTOR HISTORII SZTUKI



piersi na tacy, jak na większości swych portretów. Nie patrzy wprost na widza z bohaterskim wyrazem twarzy. Widzimy tylko jej profil, bo odwróciła się w stronę niebiańskiego gościa. Zdają się coś żywo dyskutować, o czym świadczą gesty jej rąk. Anioł zaś poświęca jej całą swoją uwagę, wspierając tak spojrzeniem w oczy, jak i opiekuńczym objęciem. Zsunięta bluzka obnaża czerwoną ranę po mastektomii, już

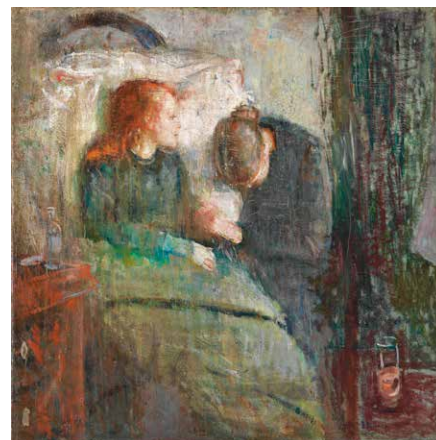
jakby lekko zagojoną i wyblakłą, być może dzięki olejкови, który stoi na stoliku. Agata z ufnością oddaje się ramionom anioła.

Veronese pokusił się o bardziej złożoną interpretację świętej: jego Agata to młoda dziewczyna, uchwycona w chwili wielkich emocji, bezbronności i bólu po okrutnym zabiegu. Bez piersi podanych na tacy, bez patetycznej hagiografii, bez lukru. ●

Rozwiązanie zagadki z „GL” 2/2025

Szczegóły różniące obrazy:

- 1. Usunięcie szklanki wody ze stolika.**
Szklanka wody pojawia się jako nieodłączny element kompozycji obrazu, powtórzona we wszystkich wersjach.
- 2. Zmiana koloru sukienki pochylonej kobiety na jasnoniebieski.**
W innych wersjach obrazu Munch zastosował jaśniejsze, pastelowe niemalże kolory.
- 3. Wprowadzenie ondulujących linii w tle po lewej stronie obrazu.**
Silnie ondulujące linie, wprowadzające widza w stan pewnego rozchwiania, były charakterystyczne dla Muncha. W serii obrazów o chorym dziecku jednak ich nie zastosował.
- 4. Zmiana koloru włosów chorej na blond.**
Siostra Muncha miała ponoć rude włosy, w takim kolorze przedstawił ją na wszystkich kolorowych ujęciach tematu.



Obraz: Edward Munch, „Chore dziecko”, 1885-1886, Tate Modern, Londyn

WSKAŹ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY.
Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 17 marca 2025 r.
W temacie maila należy wpisać GLO2 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

NAGRODZENI „GL” 02/2025

Voucher do Hotelu Prezydent **** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Aleksandra Panasiewicz-Wosik (Stare Babice)

Nagrody dodatkowe: Joanna Białkowska (Olsztyn), Izabela Sączuk (Szczecznieszyn), Grzegorz Sokół (Głogów)

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi

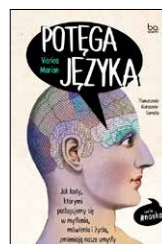
HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

 WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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

- 2 noclegi dla 2 osób w apartamencie
- 2 śniadania i 2 obiady w hotelowej Restauracji Magnolia oraz uroczystą kolację dla dwojga
- pakiet 3 zabiegów (dla 2 osób) w hotelowej Ambasadzie Zdrowia i Urody SPA
- aromatyczny masaż relaksacyjny częściowy, zabieg nawadniający express na twarz, aquamassage
- możliwość korzystania bez ograniczeń z basenu, jacuzzi, 3 rodzajów saun, siłowni

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

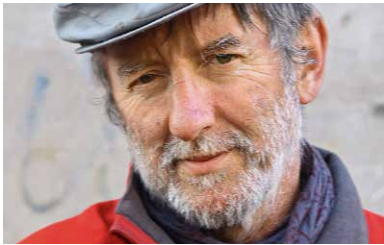


KLAUZULA INFORMACYJNA

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

PO GODZINACH – POEZJA

KAZIMIERZ PICHLAK



fot.: materiały prasowe

Laureat XIII edycji Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego dla Lekarzy im. Prof. Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza”. III miejsce w kategorii poezja.

Urodził się w 1951 r. Doktor nauk medycznych. Od ponad dwudziestu lat ordynator Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej w Szpitalu Wojewódzkim w Jeleniej Górze. Opublikował siedem tomików wierszy. Twórca kilkunastu indywidualnych wystaw fotograficznych. Niemało podróżuje, głównie w różne góry świata, które eksploruje od czterdziestu pięciu lat. Ulubiony kraj to Nepal, był tam szesnaście razy. Dumny dziadek siedmiorga wnuków. Człowiek spełniony i na ogół szczęśliwy. Laureat konkursu „Przychodzi wena do lekarza” w 2017 i 2020 r.

uśmiech

Kochamy te chwile
 napisy końcowe
 cedzone leniwie
 przez durszlak zegara
 Jeszcze zadyszenie
 z ust do ust powietrze
 jazz serotoniny
 grzechutki endorfin
 Krew ciągle zziajana
 jak lwica na łowach
 ze skalpem nocy w zębach
 choć bez ofiar przecież
 Doliczyć się wszystkich
 serce wciąż próbuje
 przedSIONKÓW i komór
 pogubionych w cwale
 W wargach zębów pamięć
 piersi z ich tropami
 szlaki dróg paznokci
 jak autograf wiersza
 Grzmi grzechotka grzechu
 pruderia drze mordę
 a tu proszę zero
 bogobojnej skruchy
 Falowanie brzucha
 z wiatrem twoich myśli
 kołysze beczasem
 Wypada wspólnego
 palić papierosa
 z krwistym śladem szminki
 Cóż trochę się krztuszę
 lecz skoro taka scena
 w dobrych scenariuszach...
 No i ten twój uśmiech
 od uda do uda...

Przychodzi
wena
 do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki
 im. Prof. Andrzeja Szczeklika



PO GODZINACH – SPORT

MAZOWIECKIE ROZPOCZĘCIE
SEZONU MOTOCYKLOWEGO

26 kwietnia 2025

fot.: archiwum prywatne

Zarejestruj się!

Sezon motocyklowy 2025
z DoctorMotoClub

Klubowy Złot Otwarcia Sezonu Motocyklowego, który rozpoczynamy 15 maja w Sopocie, objęty został honorowym patronatem przez marszałka województwa pomorskiego. Znalazł się również w kalendarzu imprez wspieranych przez samorząd lekarski.

Już 26 kwietnia zapraszamy na drugą edycję Mazowieckiego Rozpoczęcia Sezonu Motocyklowego na Torze Jastrząb. To bezprecedensowe wydarzenie w skali europejskiej – nikt xnie zorganizował dostępnego dla wszystkich wydarzenia, podczas którego każdy może za darmo szkolić się przez cały dzień pod okiem instruktorów. Będzie można ćwiczyć podstawowe umiejętności poprawiające bezpieczeństwo i pozycję na motocyklu, doskonalące technikę jazdy, nauczyć się manewrowania motocyklem w ciasnych uliczkach czy odbyć kurs zaawansowanych technik jazdy.

Każdy uczestnik będzie mógł bezpłatnie odbyć szkolenie z BLS i obsługi AED. Zobaczyc, jak

strażacy radzą sobie z uwalnianiem zakleszczonych pasażerów z rozbitych pojazdów i jak policja zabezpiecza miejsce zdarzenia. W tym roku wprowadzamy także szkolenia w goglach 3D.

Zaraziliśmy naszym pomysłem i pasją właścicieli Toru Jastrząb i w osobie

Oli Michalczewskiej znaleźliśmy niesamowicie kreatywną i pełną pasji organizatorkę. Marszałek województwa mazowieckiego hojnie wsparł naszą inicjatywę tak finansowo, jak i logistycznie. „Świat Motocykli” objął wydarzenie patronatem medialnym, a Seweryn Głądyga i Krzemień Racing Team poprowadzą szkolenia.

Zeby wziąć udział w szkoleniach, wystarczy kupić bilet za 0,00 zł. Czy jest w tym jakiś haczyk? Jest. Jeśli możesz – i chcesz – prosimy, abyś podarował innym kroplę swojej krwi. Na terenie Autodromu czekać będzie autobus do poboru krwi – jest to inicjatywa MOTOSERCE, wspierana i promowana przez Kongres Polskich Klubów Motocyklowych, którego DMC jest częścią.

Piotr „Margol” Markowski
Więcej na stronie
www.doctormotoclub.pl

Non omnis moriar

12 grudnia 2024 r. odsłonięto tablicę upamiętniającą śp. Kazimierza Bryndala i nadano jego imię głównej sali posiedzeń Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu. Doszło do tego w obecności rodziny zmarłego po posiedzeniu rady okręgowej, w którym uczestniczył m.in. prezes NRL Łukasz Jankowski. Kazimierz Bryndal przez wiele lat stał na czele tamtejszej izby. W pracy samorządu lekarskiego była zaangażowana także jego małżonka, śp. Eleonora Sobiecka-Bryndal. Oboje byli lekarzami dentykami.

Więcej na ten temat na
www.gazetalekarska.pl



fot.: archiwum prywatne

Kalendarz wydarzeń SPORTOWYCH 2025

STYCZEŃ 2025

III Zimowe MP Lekarzy i Lekarzy
Dentystów w Siatkówce Piłzowej
Kozłów koło Gliwic Śląska Izba
Lekarska w Katowicach
tel. (32) 60-44-200, e-mail:
sekretariat@izba-lekarska.org.pl

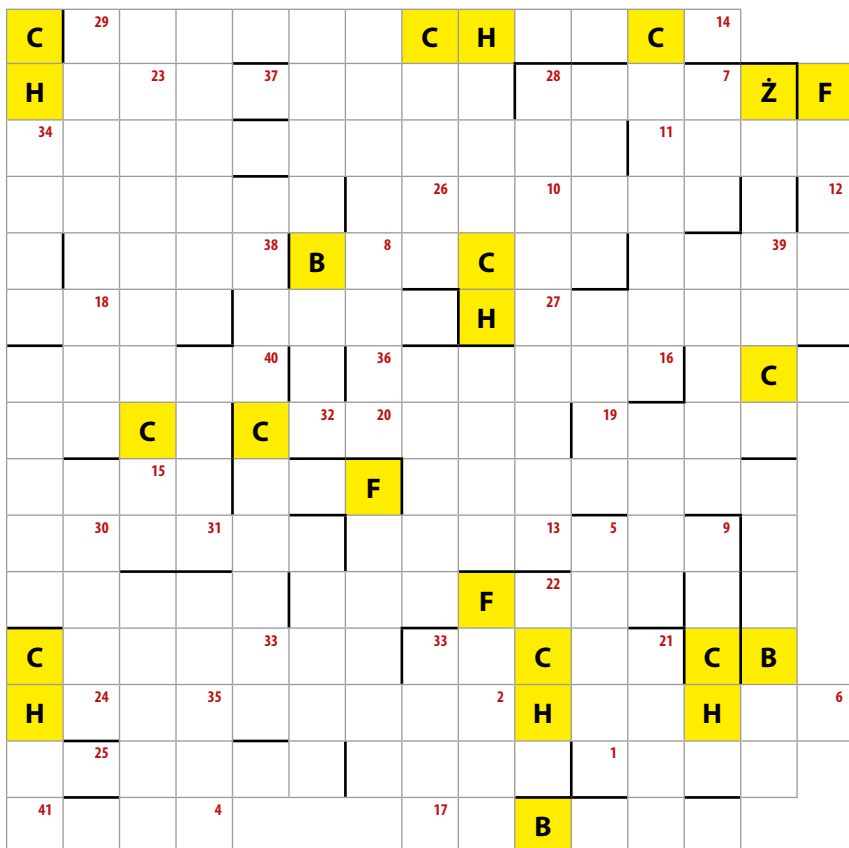
<p>08.02.2025 8 Halowe MPL w Lekkiej Atletyce Hala Arena w Toruniu Kujawsko – Pomorska Izba Lekarska w Toruniu tel. (56) 655-41-60 e-mail: torun@hipokrates.org</p>	<p>15.02.2025 XXVI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Narciarstwie Biegowym CL Magurka Wilkowska gm. Wilkowice Beskidzka Izba Lekarska w Bielsku-Balej tel. (33) 815-03-12; 812-38-36, e-mail: sekretariat@bil.bielsko.pl, bielsko-biala@hipokrates.org</p>	<p>28.02-01.03.2025 XXVIII MPL w Narciarstwie Alpejskim Stacja Narciarska Suche Ski Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi tel. (42) 683-17-01, e-mail: biuro@oil.lodz.pl</p>	<p>22-23.03.2025 II MPL W FUTSALU Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi tel. (42) 683-17-01, e-mail: biuro@oil.lodz.pl</p>	<p>4-6.04.2025 Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy Bydgoszcz (Klub Tenisowy Centrum ul. Nowotoruńska 8) Bydgoska Izba Lekarska w Bydgoszczy tel. (52) 346-00-84, e-mail: bydgoszcz@hipokrates.org</p>
<p>5-6.04.2025 zastępczy: 10-11.05.2025 XIII MPL w Badmintonie, XIII Puchar Medyczny „BibinKton Cup 2025” Hala Sportowa -Centrum Sportu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. 6 sierpnia 69 Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi tel. (42) 683-17-01, e-mail: biuro@oil.lodz.pl</p>	<p>6.04.2025 27 MPL na 15 km – bieg uliczny Bukowiec Górny Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu tel. (61) centr. 852-58-60, sekr. 851-87-66, e-mail: izba@wil.org.pl poznana@hipokrates.org</p>	<p>12.04.2025 zastępczy: 11.05.2025 III Otwarte Zawody OIL w Łodzi w Strzelectwie Sportowym Strzelnica RCS Panaszew Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi tel. (42) 683-17-01, e-mail: biuro@oil.lodz.pl</p>	<p>12-13.04.2025 XIV Podkarpackie Mistrzostwa Lekarzy w Tenisie o Puchar Prezesa Okręgowej Izby Lekarskiej w Rzeszowie Rzeszów, hala „Strefa Sportu” ul. Powstańców Styczniowych 27 Okręgowa Izba Lekarska w Rzeszowie tel. (17) 717-77-17, e-mail: oilrz@pro.onet.pl, rzeszow@hipokrates.org</p>	<p>24-26.04.2025, zastępczy: 16-18.10.2025 XX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu Dębica 2025 Dębica Okręgowa Izba Lekarska w Rzeszowie tel. (17) 717-77-17, e-mail: oilrz@pro.onet.pl, rzeszow@hipokrates.org</p>
<p>10.05.2025 V MPL w Brazylijskim Jiu-Jitsu Wrocław Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu tel. (71)798-80-50, e-mail: dil@dilnet.wroc.pl, wroclaw@hipokrates.org</p>	<p>15-18.05.2025 Złot Motocyklowy Klubu „DoctorMotoClub” – „Sopotkie Impresje Motocyklowe 2025” Sopot Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku tel. (58) 524-32-00, e-mail: sekretariat@oilgdansk.pl</p>	<p>17.05.2025 zastępczy: 24.05.2025 I Mistrzostwa Polski Lekarzy we Wspinaczce Sportowej Ścianka wspinaczkowa WOW Zerwa Dolnośląska Izba Lekarska w Wrocławiu tel. (71)798-80-50, e-mail: dil@dilnet.wroc.pl, wroclaw@hipokrates.org</p>	<p>18.05.2025 XXV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Biegu na 10 km Bielsko-Biała Beskidzka Izba Lekarska w Bielsku-Balej tel. (33) 815-03-12; 812-38-36, e-mail: sekretariat@bil.bielsko.pl, bielsko-biala@hipokrates.org</p>	<p>22-25.05.2025 XVIII Złot Otwarcia sezonu motocyklowego Leba – hotel Sailor Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku tel. (58) 524-32-00, e-mail: sekretariat@oilgdansk.pl</p>
<p>22-24.05.2025 XVIII Ogólnopolski Rajd Konny Lekarzy im. Majora Hubala Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi tel. (42) 683-17-01, e-mail: biuro@oil.lodz.pl</p>	<p>24-25.05.2025 XXI Ogólnopolski Jurajski Rajd Rowerowo-Kajakowy Lekarzy Hotel Kmicic Belvedere @SPA, Złoty Potok ul. Majora Wrzoska 35 Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie tel. (34). 324-76-19, 365-41-20; 368-18-88, e-mail: czestochowa@hipokrates.org</p>	<p>29.05-01.06.2025 Championat SzachMedica XXIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Szachach Imprezy Championatu: MPL w szachach szybkich P'15 oraz w Blitzu P'5, Otwarte MP w rozwiązywaniu zadań szachowych, Turniej Rodzin Lekarskich w P'15 i P'5, Symultana szachowa z zaproszonym gościem Hotel Kuźnica ul. Spacerowa 1 26-200 Sielcia Wielka Świętokrzyska Izba Lekarska w Kielcach tel. (41) 362-15-40, 368-75-67, e-mail: sekretariat@sil.apsnet.pl</p>	<p>30.05-01.06.2025 IV Ogólnopolski Turniej Tenisa Lekarzy Korty Tenisowe w Wejherowie Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku tel. (58) 524-32-00, e-mail: sekretariat@oilgdansk.pl</p>	<p>30.05-1.06.2025 XVI Ogólnopolskie Regaty Żeglarskie Lekarzy w Klasie Puck Akwen Zatoki Puckiej HOM Puck, ul. Żeglarzy 1 Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku tel. (58) 524-32-00, e-mail: sekretariat@oilgdansk.pl</p>
<p>30-31.05.2025 zastępczy: 6-7.06.2025 XVII MPL w Piłce Nożnej 6-osobowej i IX MPL OLDBOYS 45+ w Piłce Nożnej 6-osobowej Stadion Viktoria Częstochowa ul. Krakowska 80, 42-200 Częstochowa Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie tel. (34) 324-76-19, 365-41-20; 368-18-88, e-mail: czestochowa@hipokrates.org</p>	<p>30-31.05.2025 zastępczy: 6-7.06.2025 IX MPL OLDBOYS 45+ w Piłce Nożnej 6-osobowej Stadion Viktoria Częstochowa ul. Krakowska 80, 42-200 Częstochowa Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie tel. (34) 324-76-19; 365-41-20; 368-18-88, e-mail: czestochowa@hipokrates.org</p>	<p>30.05-1.06.2025 zastępczy: 6-8.06.2025 21 MPL w Kolarstwie Szosowym Bychawa k. Lublina Lubelska Izba Lekarska w Lublinie tel. (81) 536-04-50, e-mail: sekretariat@oil.lublin.pl</p>	<p>31.05.2025 I 14.06.2025 9. MPL w Wielobojach Lekkoatletycznych AZS Łódź i Stadion Miejski w Toruniu Kujawsko-Pomorska Izba Lekarska w Toruniu tel. (56) 655-41-60, e-mail: torun@hipokrates.org</p>	<p>CZERWIEC 2025 IV Regaty Lekarzy w klasie OMEGA Pojezierze Leszczyńskie/ Przemęcki Park Krajobrazowy, Wieleń Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu tel. (71)798-80-50, e-mail: dil@dilnet.wroc.pl, wroclaw@hipokrates.org</p>

<p>CZERWIEC 2025, zastępczy wrzesień 2025 XXIII MPL i Innych Profesji Ochrony Zdrowia w Ringo Błonie k. Warszawy Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie tel. (22) 542-83-40, 542-83-42, e-mail: biuro@oilwaw.org.pl</p>	<p>5-8.06.2025 XVII MPL w Siatkówce Piłkowej Niechorze Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie tel. (91) 487-49-36, e-mail: biuro@oil.szczecin.pl</p>	<p>14-15.06.2024 zastępczy: 21-22.06.2024 XV Ogólnopolskie Grand Prix w Strzelectwie Myśliwskim dla Lekarzy „Złoty Eskulap” Puławy Lubelska Izba Lekarska w Lublinie tel. (81) 536-04-50, e-mail: sekretariat@oil.lublin.pl</p>	<p>19-22.06.2025 Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy „Memorial dr. Andrzeja Jasińskiego” Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi tel. (42) 683-17-01, e-mail: biuro@oil.lodz.pl</p>	<p>20-21.06.2025 XXIV MPL w Golfie Binowo Park Golf Club Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie tel. (91) 487-49-36, e-mail: biuro@oil.szczecin.pl</p>
<p>21-22.06.2025 XXII MPL w Wędkarstwie Splawikowym Pogórze k/Skoczowa Beskidzka Izba Lekarska w Bielsku-Balej tel. (33) 815-03-12, 812-38-36, e-mail: sekretariat@bil.bielsko.pl, bielsko-biala@hipokrates.org</p>	<p>29.06.2025 MPL w Triathlonie na Dystansie Olimpijskim Frydman powiat nowotarski Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie tel. (12) 619-17-20, e-mail: biuro@oilkrakow.org.pl</p>	<p>3-7.07.2025 Ogólnopolski Motocyklowy Zlot Lekarski Klubu „DoctorRiders” – Poznaj Swoj Kraj Olsztyn – Giżycko i okolice Okręgowa Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w Olsztynie tel. (89) 539-19-29, e-mail: olsztyn@hipokrates.org</p>	<p>5-6.07.2025 14. MPL w Lekkiej Atletyce Stadion Miejski w Gorzowie Wielkopolskim Kujawsko-Pomorska Izba Lekarska w Toruniu tel. (56) 655-41-60, e-mail: torun@hipokrates.org</p>	<p>17-20.07.2025 Zlot Motocyklowy „MotoBridge u Baby 2025” Bydgoszcz Bydgoska Izba Lekarska w Bydgoszczy tel. (52) 346-00-84, e-mail: bydgoszcz@hipokrates.org</p>
<p>19-25.07.2025 Mistrzostwa Świata Lekarzy w Tenisie Korty KT Arka Gdynia, ul. Juliana Ejsmonda 3, 81-409 Gdynia Polskie Stowarzyszenie Tenisowe Lekarzy zgłoszenia https://pssl.pl</p>	<p>27.07.2025 MPL w Triathlonie Sztafety Lekarskie oraz Mistrzostwa Pomorza Lekarzy w triathlonie w ramach LOTTO Triathlon Energy Gniewino 2025, Triathlon Gniewino Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku tel: (58) 524-32-00, e-mail: sekretariat@oilgdansk.pl</p>	<p>SIERPIEŃ 2025 XXV MPL w Kolarstwie Górskim Istebna „Pod Skocznia” Istebna Ośrodek Sportowy Pod Skocznia Beskidzka Izba Lekarska w Bielsku-Balej tel. (33) 815-03-12, 812-38-36, e-mail: sekretariat@bil.bielsko.pl, bielsko-biala@hipokrates.org</p>	<p>1-10.08.2025 Rajd Górski Służby Zdrowia „Bieszczady 2025” piesze wędrówki szlakami turystycznymi miejsce biwakowania – Kalnica Okręgowa Izba Lekarska w Rzeszowie tel. (17) 717-77-17, e-mail: oilrz@pro.onet.pl, rzeszow@hipokrates.org</p>	<p>22-24.08.2025 Ogólnopolski Turniej Tenisa Lekarzy Warszawa-Sadyba Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie tel. (22) 542-83-40, 542-83-42, e-mail: biuro@oilwaw.org.pl</p>
<p>27-31.08.2025 XXII Igrzyska Lekarskie COS Cetniwo Naczelna Izba Lekarska tel.48 22 559 13 24, 48 22 559 13 35 e-mail: igrzyskalekarskie@nil.org.pl</p>	<p>4-7.09.2025 XXXIV Żeglarskie MPL Port Bocianie Gniazdo Ryn Okręgowa Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w Olsztynie tel. (89) 539-19-29, e-mail: olsztyn@hipokrates.org</p>	<p>5-7.09.2025 XI Zlot Motocyklowy u „Manixa” Baranów Sandomierski Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie tel. (12) 619-17-20, e-mail: biuro@oilkrakow.org.pl</p>	<p>11-14.09.2025 XX Ogólnopolski Zlot Lekarzy Motocyklistów „DoctorRiders” Kolumna/Łask Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi tel. (42) 683-17-01, e-mail: biuro@oil.lodz.pl</p>	<p>21.09.2025 27. MPL w Półmaratonie Gniezno Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu tel. (61) centr. 852-58-60, sekr. 851-87-66, e-mail: izba@wil.org.pl, poznan@hipokrates.org</p>
<p>PAŹDZIERNIK 2025 X MPL w Bowlingu Bydgoszcz Bydgoska Izba Lekarska w Bydgoszczy tel. : (52) 346-00-84, e-mail: bydgoszcz@hipokrates.org</p>	<p>PAŹDZIERNIK 2025 XXV MPL w Brydżu Sportowym Warszawa Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie tel. (22) 542-83-40, 542-83-42, e-mail: biuro@oilwaw.org.pl</p>	<p>12.10.2025 XXII MPL w Maratonie Poznań Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu tel. (61) centr. 852-58-60, sekr. 851-87-66, e-mail: izba@wil.org.pl, poznan@hipokrates.org</p>	<p>18.10.2025 zastępczy: 25.10.2025 Turniej Lekarzy PADLA Wrocław Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu tel. (71)798-80-50, e-mail: dil@dilnet.wroc.pl, wroclaw@hipokrates.org</p>	<p>LISTOPAD 2025 VI MPL Old-Boy w Piłkę Siatkową Warszawa Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie tel. (22) 542-83-40, 542-83-42, e-mail: biuro@oilwaw.org.pl</p>
<p>LISTOPAD 2025 IV Ogólnopolski Zlot Pojazdów Zabytkowych Medi OLD Car 2025 Śląska Izba Lekarska w Katowicach tel. (32) 60-44-200, e-mail: sekretariat@izba-lekarska.org.pl</p>	<p>LISTOPAD 2025 zastępczy: GRUDZIEŃ 2025 XXX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Halowej Piłce Nożnej „Mielec 2025” Mielec Okręgowa Izba Lekarska w Rzeszowie tel (17) 717-77-17, e-mail: oilrz@pro.onet.pl, rzeszow@hipokrates.org</p>	<p>8-11.11.2025 XXVI Halowe MPL w Tenisie Chorzów (Starochorzowskie Centrum Sportu Sokół) Śląska Izba Lekarska w Katowicach tel. (32) 60-44-200, e-mail: sekretariat@izba-lekarska.org.pl</p>	<p>28-30.11.2025 IV MPL w Koszykówce Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi tel. (42) 683-17-01, e-mail: biuro@oil.lodz.pl</p>	<p>GRUDZIEŃ 2025 V Otwarte Mistrzostwa Polski Lekarzy i Ich Rodzin w Tenisie Stołowym Chorzów Śląska Izba Lekarska w Katowicach tel. (32) 60-44-200, e-mail: sekretariat@izba-lekarska.org.pl</p>

JOLKA LEKARSKA 302



Wydawnictwo Lekarskie PZWL
to specjaliści, wiedza i zaangażowanie.



Objaśnienia 70 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: B, C, F, H i Ż. Na ponumerowanych polach ukryto 41 liter hasła, które stanowią rozwiązanie. Jest to myśl Ludwika Pasteura.

Hasło należy przysłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres: jolka@gazetalekarska.pl do 17 marca 2025 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań wyłonimy laureatów, którzy otrzymają nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* pochodne kwasów i alkoholi * specjaliści od fajerwerków * wschodnia prowincja Indonezji * syn Noego, przodek ludów Afryki * hulaśliwy pluskwiak * bóg płodności ze stulejką * danina dawniej * delfin amazoński * porażenie * termin z kalendarza * brama klasztorna * kamrat Mai * Seti lub Ramzes II * dwa walety * corpus * nad Dnieprem w obwodzie homelskim * syn Tuha-j-beja * urojenia, fantazje * piosenkarka grecko-polska * w atlasie * ocena, przypisek * o uczniu lub publiczna * wóz * niemiecka galareta * pupilla * germański duszek leśny * nomos z Liwadią * śpiew gregoriański * Trichinella * morze między Australią i Nową Gwineą * pseudonim Rowceckiego * kolejowy pod torami * nadzorowała twórczość ludową * pęknięta dętka, flak * idzie i naucza wszystkie narody * atol z 1. wybuchem termojądrowym (1952) * cranium * ślad po pile * dawniej żyjący cudzym kosztem * największy dopływ Kolumbii * Zygmunt, mąż Bony * nasi w nie biją * metropolita warszawski

do 2024 r. * satyra, heca * morska ma 1852 m * imię twórcy „Na wschód od Edenu” * lista kolejności drużyn * kleszczyki chirurgiczne lub pieśń dziękczynna * prezydent Portugalii do 1986 r. * zeszyty macicy (łac.) * filipin * druga część „Chłopów” * plynie w Olsztynie * święcenia biskupie * Corsa lub Astra * stolica prowincji w pd. Sycylii * plynie przez Jakuck * poprzednik euro * inhbicja * król Lidii, synonim bogacza * wołowe zwijane * kazanie oparte na Piśmie Świętym * wyspa państwa Fidzi (44 km²) * rosyjska zupa rybna * soczewka (łac.) * państwo z Niniwą i Aszur * przeciwnicy faryzeuszy * cuprum * ojciec Matuzalema * patronka pokładu łyska

Jerzy Badowski

Rozwiązanie jolki lekarskiej 300
Nie znajdzie leku ten, kto ukrywa chorobę

Nagrody otrzymują:
Magdalena Sągala (Warszawa), Marta Świecka (Kruszyn), Magdalena Marzęda (Lublin), Dorota Tukaj (Istebna), Kamila Smala (Lublin)

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

NIL Naczelna
Izba Lekarska

Gazeta Lekarska dla członków
izb lekarskich bezpłatna

Nakład: 181 500 egz.

Kolegium redakcyjne

Jacek Bujko, Paweł Doczekalski,
Klaudiusz Komor, Maria Klośńska,
Ryszard Golański, Dariusz Samborski,
Mikołaj Sinica, Anna Wojda,
Mariusz Tomczak

Redakcja

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

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

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

Piotr Kościelniak

(redaktor naczelny)
piotr.koscielniak@nil.org.pl

Anna Wojda

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

Lidia Sulikowska

(dziennikarz)
lidia.sulikowska@nil.org.pl

Mariusz Tomczak

(redaktor portalu internetowego)
mariusz.tomczak@nil.org.pl
www.gazetalekarska.pl

Reklama i ogłoszenia

Agata Bryk
ogloszenia@gazetalekarska.pl

Stale z nami współpracują

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

Projekt okładki

Michał Trusz

Projekt

Michał Trusz

Skład

Montownia/Teresa Urawska

Druk

Eurodruk-Poznań Sp. z o.o.

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

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótów, adiacji, zmian 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).



