

WAŻNY TEMAT: KSZTAŁCENIE OPARTE NA JAKOŚCI

4|2024

ISSN 0867-2164



GAZETA

L E K A R S K A

**PISMO IZB
LEKARSKICH**



TRANSPLANTACJA

Łączymy ponad podziałami

ŁUKASZ JANKOWSKI
PREZES NACZELNEJ RADY
LEKARSKIEJ



Przyznaję, że dominującym uczuciem, które towarzyszy nam dzisiaj w systemie ochrony zdrowia, zaczyna być zniecierpliwienie. W ostatnich miesiącach padło wiele obietnic, w tym również publicznych zapewnień. Klauzula wyższego dobra, czyli *no fault* – ma deklarowane poparcie ministra sprawiedliwości i ministra zdrowia. Zniesienie obowiązku określania refundacji – kolejne zespoły „kończą pracę”. Prawieszkółki – minister nauki zapewnia, że są o krok od zamknięcia, trwają kontrole PKA.

Wszystko „dzieje się”, „trwa”, „będzie”. Tylko kiedy?

Kiedy lekarz przestanie się bać leczyć? Kiedy system szkolenia wróci do normalności? Nie chcę być złym prorokiem, ale z niepokojem obserwuję składane przez polityków obietnice, a proponowane daty rozwiązania naszych problemów dziwnym trafem wypadają akurat po wyborach samorządowych i do europarlamentu. Czy zwycięża strategia: przeciwnijmy lekarzy obietnicami do „po wyborach”, teraz musimy mieć spokój, a potem „się zobaczy”?

Szczególnie że nie do przyjęcia jest strategia braku działań, kiedy na stole widnieje gotowa ustawa samorządu lekarskiego dotycząca klauzuli wyższego dobra. Nie do zrozumienia jest także strategia multiplikowania kontroli PKA w przypadku szkół, które niedawno przeszły te kontrole z wynikiem negatywnym, nie do zrozumienia są też

unikni ministerstwa w sprawie nałożonych uprzednio kar za nienależną refundację. Nawet wtedy, gdy czarno na białym widoczne jest, że lekarze ratowali swoich pacjentów. Z przerażeniem obserwuję próbę stworzenia medialnego gruntu do pozostawienia tzw.

Pomimo chęci wielu osób,
by nasze środowisko podzielić, realizujemy
naszą misję z przekonaniem

prawieszkół w systemie kształcenia. Czy znów będziemy musieli sięgnąć po mocniejsze środki wyrażania naszych żądań tak, jak niemal zawsze, gdy coś udawało nam się osiągnąć w systemie?

Oprócz spraw systemowych nie przestajemy również myśleć o przyszłości w wymiarze nam najbliższym, próbując określić rolę „lekarza przyszłości” i „pacjenta przyszłości”. Rozwijamy kampanię „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem”, żeby pokazać pacjentom, że ich oczekiwania w stosunku do nas muszą być realne. My też jesteśmy ludźmi. Chcemy być profesjonalni, chcemy leczyć najlepiej, jak potrafimy

i możemy, ale napotykamy te same problemy w systemie, na które napotykają nasi pacjenci. Jednym słowem – jesteśmy po tej samej stronie i tak samo jak pacjenci mamy prawo oczekiwać zrozumienia.

Ala jest jeszcze jeden aspekt tej akcji. Bardzo mnie cieszy, że zaproszenie do bycia ambasadorami kampanii przyjęli niemal wszyscy prezesi okręgowych izb lekarskich. To w symboliczny sposób pokazuje, że łączą nas wspólne wartości i podobnie definiujemy naszą rolę. Nie zdradzę tajemnicy, jeśli powiem, że środowisko lekarskie jest różnorodne, czasem podzielone. Mamy jednak naprawdę wiele obszarów łączących nas wszystkich – jak choćby dbałość o dobro pacjenta, wytrwałe dążenie do tego, żebyśmy mogli leczyć zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i własnym sumieniem.

Rolą Naczelnej Izby Lekarskiej, która ma za zadanie reprezentowanie całego środowiska i dbanie o godność naszego zawodu, jest przede wszystkim łączenie lekarzy wokół tych idei. Pomimo chęci wielu osób, by nasze środowisko podzielić (a dzielenie jest zawsze łatwiejsze niż łączenie), realizujemy naszą misję z przekonaniem i, jak widać, to łączenie ponad podziałami nam się jak dotychczas udaje. ●

- 3 **Łączymy ponad podziałami**
Łukasz Jankowski
- 6 **Zostawić po sobie życie**
Klaudiusz Komor
- 7 **Rozmowa pozwala zrozumieć**
Karolina Kowalska

TEMAT NUMERU

- 6 **Transplantacja to dobro**
W 2023 r. wykonano w Polsce największą w historii liczbę przeszczepień, ale lekarze dalecy są od nastroju świętowania. Przeszczepienia są w Polsce ciągle wyzwaniem.
- 9 **Ważna jest wola zmarłego**
Bliscy osoby zmarłej muszą zrozumieć, że śmierć mózgu nie została orzeczona po to, by pobrać narządy.

WAŻNE SPRAWY

- 12 **Podtrzymać linię życia**
Trudno o lepszy przykład konieczności interdyscyplinarnej współpracy niż zgłoszenie potencjalnego dawcy narządów do przeszczepu.

AKTUALNOŚCI

- 16 **Zapewnienia kontra fakty**
Minister zdrowia Izabela Leszczyńska wierzy w optymalizację systemu.
- 19 **Kształcenie oparte na fundamencie jakości**
- 22 **Edukacja: musimy się godzić na kompromisy**

PRAWO I MEDYCYNĄ

- 25 **Zaufanie przede wszystkim**
- 26 **Czy na pokładzie samolotu jest medyk?**
- 28 **Nie każda opinia wiąże**

PODATKI I FINANSE

- 30 **Aktywnie czy pasywnie?**
Na inwestowanie skazany jest każdy, kto ma nadwyżki finansowe.



TRANSPLANTACJA

TEMAT NUMERU STRONY 6-11

Każda osoba, która w jakikolwiek sposób jest związana z medycyną, z ochroną zdrowia, powinna otwarcie powiedzieć bliskim, co ma się stać z jej ciałem po śmierci

PRAKTYK LEKARSKA

- 34 **Kwestia kompetencji**
Paweł Barucha
- 34 **Stan jamy ustnej chorego pod ścisłym nadzorem**
- 38 **Nerka – wielkie wyzwanie**
- 42 **Ojcostwo, które nie cieszy**
- 44 **Recepty i social media a sprawa polska**
Mariusz Politowicz
- 45 **Dla klinicysty i naukowca**
- 46 **Samorząd lekarski na HCC**
- 48 **List do redakcji**
- 49 **A jednak optymistycznie**
Anna Gołębicka
- 50 **Jak leczyć boreliozę?**
Nauka nie widzi kontrowersji
- 54 **A jeśli wybuchnie wojna?**
Jakub Sieczko
- 54 **Szukajmy przyczyny, nie wińmy chorego**
- 56 **Ze świata**
- 58 **O seksualności szczerze i bez zahamowań**
- 59 **Studenci będą kontynuować naukę**

SAMORZĄD ZAWODOWY

- 60 **Tym razem luźniejsze streszczenie miesiąca**
Jakub Kosikowski
- 61 **O tym się mówi**
- 62 **Lekarze na Liście Stu**
- 63 **Siła kobiet w samorządzie**
- 64 **Wszyscy jesteśmy po tej samej stronie**
- 65 **Istotny czynnik ludzki**
Artur Drobnik

PO GODZINACH

- 66 **Koronacja**
Jarosław Wanecki
- 67 **Przychodzi wena do lekarza**
- 68 **Podróże – Proszę trąbić**
W Indiach turysta jest atrakcją. Robi się z nim zdjęcia. Pokazuje palcami.
- 71 **Czytelnia**
- 72 **Błąd malarski – W chowanego**
- 74 **Trzy razy etyka**
- 76 **Klub Medyków FIAP**
- 77 **Ogłoszenia**
- 78 **Zjazdy koleżeńskie**
- 82 **Jolka lekarska**

JEDNYM GŁOSEM

Zostawić po sobie życie

Lekarz powinien umieć przeprowadzić rozmowę z rodziną, tak aby z jednej strony nikogo nie urazić, a z drugiej zaproponować pozostawienie po zmarłym krewnym życia w postaci przeszczepów dla innych ludzi.

KLAUDIUSZ KOMOR
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



Chociaż jako lekarz pracuję już ponad 25 lat i wielokrotnie jako kardiolog byłem świadkiem śmierci pacjenta, nadal w takich sytuacjach zdarza mi się zastanawiać nad sensem i celem życia ludzkiego. Temat, wydawałoby się, filozoficzny i nierozwiązywalny, ale przecież jednocześnie tak nieznośnie realny.

Każdy chciałby po sobie coś pozostawić. Oczywiście, zostaje pamięć wśród bliskich, zostają rzeczy, które w życiu człowiek stworzył, zostają dzieła sztuki, książki, piosenki, zdjęcia. Ale może zostać jeszcze coś, co jest znacznie cenniejsze niż wszystko wcześniej wymienione – może zostać życie. Darowane innej osobie w postaci przekazanego do transplantacji narządu.

Nie każdy może po sobie taki dar zostawić – jako lekarze wiemy, że ograniczeń jest bardzo wiele i zdecydowana większość umierających ludzi nie może oddać do transplantacji narządów. Niestety, w naszym kraju transplantacja jest zdecydowanie gorzej rozwinięta niż w innych krajach Europy Zachodniej. Nie z powodu możliwości technicznych czy zaawansowania wiedzy naukowej i umiejętności lekarzy wykonujących przeszczepę. Tu wiele krajów zdecydowanie prześcigamy. Problemem jest mentalność społeczna. Nie mamy jeszcze pełnego społecznego zaakceptowania transplantologii – nadal wiele rodzin nie chce słyszeć o tym, że ich zmarły krewny mógłby zostać dawcą. Zwłaszcza wtedy, kiedy umiera osoba młoda, umiera z nienacką, w wyniku

wypadku. A przecież takie osoby byłyby najlepszymi dawcami.

Olbrzymia tu rola personelu medycznego, zwłaszcza rola lekarza, który powinien umieć przeprowadzić rozmowę z rodziną, tak aby z jednej strony nikogo nie urazić, a z drugiej – umiejętnie zaproponować opcję pozostawienia po ich zmarłym krewnym życia w postaci przeszczepów dla innych ludzi. Dlatego postanowiliśmy ten numer „Gazety Lekarskiej” poświęcić problematyce transplantologii. Poruszanie tego tematu ma na celu usunięcie z niego zasłony milczenia i swoistego tabu w rozmowach z rodzinami ciężko chorych pacjentów.

Lekarz powinien umieć i chcieć rozmawiać z rodziną pacjenta o możliwościach transplantacji, w momencie gdy pacjent jeszcze żyje, ale rokowanie jego jest już praktycznie przesądzone. Zdecydowanie łatwiej będzie bliskim przyjąć myśl o transplantacji, gdy będzie mogła się z nią oswoić. Zawsze największy opór wywołuje nagła, niespodziewana wiadomość, na

którą nie można było się wcześniej przygotować. Drugim ważnym aspektem jest wpojenie lekarzom myśli o tym, że czasami śmierć nie jest zakończeniem. Wypracowanie takiego nawyku, żeby przy umierającym pacjencie zawsze myśleć o tym, czy ma on szansę jeszcze zostać dawcą narządów po śmierci. Właśnie to zagadnienie stało się kluczowe w dyskusji w trakcie zorganizowanej w Sejmie konferencji z okazji dnia transplantologii. Zebrani uczestnicy, wśród których byli nie tylko politycy czy medycy, ale również pacjenci po przeszczepach czy działacze społeczni, jednogłośnie podkreślali wagę edukacji kadr medycznych w tym zakresie. Oprócz lekarzy również pielęgniarek, które z pacjentem i jego rodziną mają kontakt częściej i bliżej niż lekarze, a dodatkowo względem nich bariera nieśmiałości jest niejednokrotnie mniejsza. Życzę zatem miłej lektury i odsyłam do artykułów poświęconych transplantologii w tym wydaniu „Gazety Lekarskiej”. ●

Rozmowa pozwala zrozumieć

KAROLINA KOWALSKA
REDAKTOR NACZELNA



Bliscy osoby zmarłej muszą zrozumieć, że śmierć mózgu nie została orzeczona po to, by pobrać narządy – mówi psycholog dr Aleksandra Tomaszek w rozmowie z Małgorzatą Solecką. I tym samym odpowiada na pytanie o przyczynę wciąż zbyt niskiego odsetka dawców organów w Polsce. Wiele osób nadal nie rozumie pojęcia śmierci mózgu i ludzi się, że nie zgadzając się na pobranie narządów z ciała bliskiego, ma szansę na przywrócenie go do życia.

Numer kwietniowy nieprzypadkowo poświęciliśmy transplantologii. To nie tylko pokłosie styczniowej konferencji, zorganizowanej w Sejmie z okazji Ogólnopolskiego Dnia Transplantacji, ale także rozmów z lekarzami. Przyznają, że choć chcieliby przyczynić się do zwiększenia liczby przeszczepów, nie zawsze wiedzą, jak rozmawiać o nich z bliskimi potencjalnego dawcy. Wspomniana przez dr Tomaszek przyczyna, dla której tak trudno ich przekonać, może pomóc lekarzom

w przeprowadzeniu tej trudnej rozmowy.

Numer w znacznej części poświęcony transplantologii będzie moim ostatnim jako redaktor naczelnej „Gazety Lekarskiej”. Życząc Państwu wesołych Świąt Wielkanocnych, dziękuję za te wspólne 14 miesięcy. Mam nadzieję, że „Gazeta Lekarska”, którą tworzyliśmy ze Wspaniałym Zespołem, przypadła Państwu do gustu.

Od lutego 2023 r. nie tylko zmieniliśmy jej wygląd, ale też pozyskaliśmy jako współpracowników trzy gwiazdy dziennikarstwa (Małgorzatę Solecką, Adama Czerwińskiego i Sławomira Zagórskiego) oraz jedną gwiazdę literatury (Jakuba Siczekę, anesteziologa, autora znakomitego „Pogo”).

„GL” zostawiam w poczuciu zakończonej misji i wracam do dziennikarstwa newsowego. Mam nadzieję nadal pisać o problemach ochrony zdrowia i prowadzić wielogodzinne rozmowy z Państwem – lekarzami. ●

Największe wyzwania to budowanie świadomości dotyczącej dawstwa organów, a także poprawa rozwiązań organizacyjnych i finansowania procedur umożliwiających przeszczepienia. Bez tego większość szpitali nadal nie będzie zgłaszać potencjalnych dawców.

NOWE OTWARCIE

Według Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji „Poltransplant” w 2023 r. w Polsce przeszczepiono 1805 narządów.

W ubiegłym roku pozyskano 573 tzw. zmarłych dawców rzeczywistych, czyli tych, od których pobrane narządy nadawały się do przeszczepu. Liczba dawców ogółem wyniosła 764. Podobnie jak w latach poprzednich wykonano najwięcej przeszczepień nerek (977), wątroby (523), serca (178) i płuca (98). Przeszczepiono także cztery trzustki, wykonano też 24 przeszczepienia nerki wraz z trzustką.

Wnioski z tych liczb? Przed dekadą polska transplantologia odbudowywała się po zapaści wywołanej przez polityczny atak na środowisko lekarskie. Przez kilka lat liczba przeszczepień ulegała nieznacznym wahaniom i wynosiła ok. 1,5 tys. narządów rocznie. Lata 2020-2021 przyniosły dramatyczny spadek. Pandemia COVID-19 sparaliżowała system ochrony zdrowia, przestawiła oddziały intensywnej terapii na tory „covidowe”. Zarówno rok 2022, jak i przede wszystkim ubiegły przyniosły nadzieję na nowe otwarcie, przynajmniej jeśli chodzi o przeszczepienia od zmarłych dawców, bo przeszczepienia od dawców żywych ciągle pozostają w cieniu.

O tym między innymi rozmawiano podczas III Konferencji Parlamentarnej z okazji Ogólnopolskiego Dnia Transplantacji „Wszyscy razem dla transplantacji – jak zwiększyć świadomość donacyjną w społeczeństwie”, która odbyła się w Sejmie. 26 stycznia obchodzimy rocznicę pierwszego w Polsce udanego przeszczepienia nerki i właśnie z tej okazji w gmachu parlamentu rozmawiano o wyzwaniach stojących przed polską transplantologią, choć tak naprawdę – przed systemem ochrony zdrowia, decydentami, ale również całym społeczeństwem.

Ekspertsi podkreślali, że choć rok 2023 był rekordowy pod względem liczby przeszczepień, można mieć tylko nadzieję, że kolejne będą lepsze, bo potrzeby są znacząco większe, i jak mówił prof. Roman Danielewicz, przewodniczący Krajowej Rady Transplantacyjnej, pozostają niezaspokojone. – Musimy cały czas prowadzić akcje promujące medycynę transplantacyjną w wymiarze ogólnospołecznym, jak również regionalnym. Potrzebny jest udział nie tylko transplantologów, także przedstawicielei rządu, samorządu, mediów – zaznaczył, akcentując, że w działaniach promocyjnych niezwykle ważny jest udział osób po przeszczepieniu, rodzin zmarłych dawców, ale też żywych dawców narządów.

TEMAT NUMERU

Transplantacja to dobro

MAŁGORZATA SOLECKA

DZIENNIKARKA

W 2023 r. wykonano w Polsce największą w historii liczbę przeszczepień, ale lekarze dalecy są od nastroju świętowania. Przeszczepienia są w Polsce ciągle wyzwaniem.

– Musimy kreować pozytywny wizerunek medycyny transplantacyjnej, pokazywać, jakie są korzyści z tego sposobu leczenia i to, że osoby po przeszczepach są w pełni aktywne – dodał.

PO PIERWSZE, EDUKACJA

O potrzebie propagowania idei dawstwa narządów mówiła zarówno prowadząca konferencję prof. Alicja Chybicka, posłanka Koalicji Obywatelskiej, jak i wiceminister zdrowia Urszula Demkow, zapewniając, że resort zdecydowanie będzie to propagowanie wspierać. Mówił o tym również Grzegorz Perzyński z Fundacji Transplantacja LIVERstrong, jeden z najbardziej rozpoznawalnych pacjentów, otwarcie opowiadających o życiu po przeszczepieniu. – Potrzebujemy kampanii edukacyjnych, żeby dotrzeć do świadomości społecznej, również ludzi młodych – podkreślał Bartłomiej Chmielowiec, Rzecznik Praw Pacjenta. Dodał, że szerzenie wiedzy na tematy związane z dawstwem organów wpisywałoby się w program przedmiotu szkolnego wiedza o zdrowiu, o wprowadzenie którego zaapelował do minister edukacji narodowej Barbary Nowackiej.

Prezes Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego prof. Maciej Kosieradzki wskazywał na ogromną rolę samorządów terytorialnych, dając za przykład Mazowsze, gdzie realizowany jest program budujący świadomość i kompetencje społeczne w tym obszarze. W jego ramach w piętnastu szpitalach regionu odbyły się warsztaty, podczas których personel medyczny mógł zobaczyć (i przeciwżyć) rozmowy z rodziną potencjalnego dawcy, a w ośmiu medycznych szkołach policealnych odbyły się dni poświęcone tematowi transplantacji. Dodatkowo w Kolejach Mazowieckich był emitowany spot edukacyjny. Efekt – w postaci wyraźnego wzrostu liczby dawców – był natychmiastowy.

Prof. Wojciech Lisik, konsultant krajowy w dziedzinie transplantologii, przypomniał,

że rzeczywiście można mówić o postępach polskiej transplantologii – w sferze organizacyjnej. Natomiast w sferze medycznej stoi ona na światowym poziomie, co jest związane z większą liczbą dawców, również wynikającą z poszerzenia grupy i akceptowania tych, którzy jeszcze do niedawna dawcami być nie mogli.

PO DRUGIE, KONSEKWENCJA

– Dwie trzecie szpitali nie zgłasza dawców, podobny odsetek nie stwierdza śmierci mózgowej – mówił Wojciech Czapiewski, prezes Polskiego Stowarzyszenia Koordynatorów Transplantacyjnych.

– Akceptujemy ten stan. Ze strony instytucji odpowiedzialnych za ochronę zdrowia nie było działań na rzecz zmiany. Nie ma w Polsce szpitala, który posiada oddział intensywnej terapii i który by nigdy nie miał potencjalnego dawcy – ocenił.

Ekspert podkreślał, że ma na myśli nie tylko Ministerstwo Zdrowia, ale również organy założycielskie szpitali, samorządy, z których większość nie wydaje się być zainteresowana działaniami wspierającymi donacje organów. Większość, bo wskazał województwa mazowieckie i lubuskie jako wyraźnie wyróżniające się na tle innych. Przekonywał, że samorządy są, a w każdym razie powinny być naturalnym sojusznikiem środowiska transplantologów w działaniach na rzecz zwiększania liczby przeszczepień, bo to również są istotne potrzeby zdrowotne ich mieszkańców, które w tej chwili nie są zaspokajane.

Kolejnym problemem jest bierność części środowiska lekarskiego. – Transplantolodzy nie są w stanie wywrzeć wpływu na anestezjologów, chirurgów, kardiologów czy specjalistów medycyny ratunkowej oraz

innych, którzy pierwsi mogą dostrzec potencjalnego dawcę. Jeśli w programach specjalizacji nie będzie zagadnień związanych ze śmiercią mózgu, nie będzie aktywności donacyjnej – podsumował.

Wojciech Czapiewski przypomniał również, że do 30 proc. pobrań narządów nie dochodzi ze względu na sprzeciw bliskich. Nawiązując do postulatów związanych z edukacją społeczeństwa i szerzeniem świadomości na temat oddawania narządów po śmierci, stwierdził, że w jego ocenie konieczna jest też większa konsekwencja w budowaniu przekazu. Zwrócił uwagę na rolę mediów, które chętnie podejmują się wspierania rodzin sprzeciwiających się pobieraniu organów od zmarłych bliskich (choć nikt w Polsce przy wyrażonym sprzeciwie organów nie pobiera), ale dużo rzadziej pokazują drugą stronę medalu – że ten sprzeciw uniemożliwia ratowanie ludzkiego życia, co samo w sobie podlega karze. – Nie jesteśmy stanowczy, nie jesteśmy konsekwentni – ubolewał.

PO TRZECIE, WSPARCIE

– Nie używajmy w kontekście transplantacji, liczby przeszczepień, słowa „rekord”. Dla rodzin dawców to słowo niezwykle trudne – apelowała z kolei dr Aleksandra Tomaszek, psycholog i psychotraumatolog, od lat zaangażowana w promowanie idei dawstwa i w pracę z rodzinami dawców i z pacjentami po przeszczepieniach. Ekspertka zwracała uwagę na kluczową rolę nie tylko lekarza, ale też całego zespołu, który opiekuje się – najczęściej na OIT – potencjalnym dawcą narządów. Na pomyślny wynik ostatniej rozmowy, która dotyczy potwierdzenia woli zmarłego o dawstwie, pracuje – jak mówiła – cały proces

komunikowania się z bliskimi, przekazywania im informacji adekwatnych do stanu, w jakim znajduje się pacjent. Psycholog przypominała, że rodziny najczęściej są w szoku, w ogromnych emocjach, i mogą nie rozumieć przekazu. Dlatego ważne są również takie elementy, jak zapewnienie możliwości kontaktu z przyjacielem czy też – jeśli rodzina sobie tego życzy – np. księdzem, a także stworzenie warunków do pożegnania się z bliskim.

Psycholog podkreślała również, że wsparcia potrzebują nie tylko bliscy dawcy, ale również zespoły oddziałów, na których dochodzi do dużej liczby zgonów, w tym z orzeczoną śmiercią mózgu i pobraniami narządów. – Ważne jest to, by pracujące tam osoby wiedziały i widziały, że ich praca ma odbicie w osobach biorców – tłumaczyła.

Wsparcia potrzebują też biocy, którzy bardzo często po przeszczepieniu mierzą się z obniżonym nastrojem lub wręcz depresją i muszą poukładać sobie życie na nowo.

PO CZWARTE, WIEDZA

– Musimy sobie zdać pytanie, dlaczego ludzie nie chcą robić tego, czego od nich oczekujemy? – odpowiadała Krystyna Wechmann, prezes Federacji Stowarzyszeń Amazonki. W jej ocenie jedną z przyczyn jest brak wiedzy. Na przykład pacjenci onkologiczni nie są świadomi, czy są wykluczeni z możliwości dawstwa. Brakuje wiedzy nie tylko ogólnej, ale też konkretnej również osobom, które ze względu na swój stan mają stały kontakt z ochroną zdrowia.

Prof. Artur Kamiński, dyrektor Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji „Poltransplant”, tłumaczył, że donacje od osób z chorobą onkologiczną są możliwe, choć wyłącznie w ściśle określonych okolicznościach. – Często okazuje się, że pacjent ma chorobę onkologiczną, w trakcie kwalifikacji dawcy, bo nie było to wiadome, zdiagnozowane za życia – przyznał. Jeśli jest podejrzenie choroby, wykonuje się biopsję i decyzja zależy od stopnia zaawansowania. – Na przykład dawcą narządów może zostać zmarły, u którego stwierdzono nowotwór prostaty, ale do drugiego stopnia zaawansowania – tłumaczył.

Z dyskusji ekspertów wynikało, że to nie brak szczegółowej wiedzy stanowi główną przeszkodę.

– Każda osoba, generalizując oczywiście, może być dawcą, a już na pewno każdy może potrzebować przeszczepienia narządu, więc każdy lekarz, pielęgniarka, pracownik medyczny muszą być przygotowani na spotkanie z takim pacjentem. Muszą wiedzieć i przekazywać tę wiedzę, że przeszczepienie narządów jest standardową, choć nieczęstą procedurą medyczną, a nie

Liczba przeszczepionych narządów od dawców zmarłych	
2011 r.	1413
2012 r.	1546
2013 r.	1536
2014 r.	1536
2015 r.	1432
2016 r.	1469
2017 r.	1531
2018 r.	1390
2019 r.	1475
2020 r.	1180
2021 r.	1274
2022 r.	1402
2023 r.	1805

żadnym eksperymentem. Że to jest ratująca życie metoda leczenia – podkreślał prof. Zbigniew Gaciong, rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, którego szpital kliniczny jest największym w Polsce ośrodkiem przeszczepienia narządów unaczynionych. Dlatego konieczne jest, jak mówił rektor WUM, wprowadzanie tematów związanych z przeszczepieniami zarówno do programów studiów medycznych, jak i do programów kształcenia podyplomowego. Również dlatego że – jak tłumaczył – pacjent z immunosupresją po przeszczepieniu może trafić (i trafia) do lekarzy różnych specjalizacji ze swoimi problemami zdrowotnymi, niezwiązanymi z przeszczepieniem, które wymagają leczenia.

– Musimy odczarować tematy związane z donacją organów. To nie jest kwestia światopoglądu, tylko wiedzy, która bywa zamknięta w szpitalach, a tak naprawdę ogranicza się do kręgu anestezjologów podejmujących decyzje. Lekarze innych specjalizacji też powinni mieć wiedzę i umiejętności szerzenia, przekazywania informacji na temat donacji organów, powinni umieć edukować – mówiła senator Agnieszka Gorgoń-Komor, podkreślając konieczność uzyskania społecznego wsparcia dla idei donacji.

PO PIĄTE, ZAANGAŻOWANIE

Nie jest też tak, że nic w tej sprawie przez ostatnie lata nie było robione. NIK opublikowała niezwykle krytyczny, wręcz alarmujący, raport (maj 2022). Stwierdził on, że polska transplantologia znajduje się w kryzysie, i obarczył odpowiedzialnością za ten stan rzeczy przede wszystkim Ministerstwo Zdrowia. Ekspertki podkreślali jednak, że NIK nie wzięła wystarczająco dużej poprawki na pandemię COVID-19 i jej konsekwencje. Pytanie, czy w lepiej zorganizowanym systemie nie poradziłibyśmy sobie lepiej, wydaje się retoryczne. Pandemia była ogromnym hamulcowym przeszczepień, i to nie ulega wątpliwości. Ministerstwo miało pomysły na promowanie idei donacji – to m.in. multimedialna wystawa, której odbiorcy mogą nie tylko zobaczyć, ale też usłyszeć głosy biorców narządów, a także bliskich dawców oraz specjalistów zaangażowanych w proces donacji. W szpitalu klinicznym WUM stanęła ławeczka „mówiąca” głosem biorców. Opracowano scenariusz lekcji wychowawczej i zrealizowano kilkaset spotkań w szkołach, przeszkolono kilkudziesięciu biorców, którzy chcą i mogą dzielić się – autentycznie, ale też profesjonalnie, znając tajniki storytellingu – historią swojego życia.

– Zwiększenie liczby donacji, liczby przeszczepień nie jest możliwe bez lekarzy i bez ich świadomości, że transplantacja to dobro. Ważne jest, by tę świadomość mieli pracujący we wszystkich szpitalach, również tych powiatowych – podkreślał dr Klaudiusz Komor, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej. Przedstawiciel lekarskiego samorządu dodał jednak, że lekarze nie mogą działać w próżni, że trzeba też aktywnie zmieniać, podnosić, świadomość społeczną – na przykład docierając różnymi kanałami w social mediach do poszczególnych grup odbiorców. Tylko wtedy lekarze, rozmawiając z rodziną potencjalnego dawcy, nie będą traktowani jak wrogowie, którzy nie tylko przekazują złe wiadomości, ale których się podejrzewa, że być może nie zrobili wszystkiego, co było możliwe, by uratować życie. Z takim nastawieniem trudno bliskim zrozumieć przekaz o możliwości ratowania innego życia. ●

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

TEMAT NUMERU

Ważna jest wola zmarłego

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

Bliscy osoby zmarłej muszą zrozumieć, że śmierć mózgu nie została orzeczona po to, by pobrać narządy – mówi dr n. o zdr. Aleksandra Tomaszek, psycholog, psychotraumatolog.

Podczas konferencji zorganizowanej w Sejmie z okazji Ogólnopolskiego Dnia Transplantacji bardzo mocno wybrzmiały oczekiwania wobec szpitali, a konkretnie wobec personelu, zwłaszcza lekarzy, związane z ciągle zbyt małą w stosunku do potrzeb liczbą przeszczepień narządów. Zaczęłam się zastanawiać, czy naprawdę tak dużo zależy na przykład od rozmów, które są przeprowadzane przez medyków z rodzinami potencjalnych dawców. Czy nie jest tak, że rodziny nie wyrażają zgody na pobranie narządów z powodu własnych, utrwalo-nych w tej sprawie poglądów i niewiele z tym można zrobić?

Rozmowa lekarza z bliskimi potencjalnego dawcy ma znaczenie absolutnie kluczowe. Ale nie tylko rozmowa. Cały proces leczenia osoby, u której po wyczerpaniu wszystkich form leczenia lekarze stwierdzają śmierć mózgu, a tym samym śmierć człowieka, ma ogromne znaczenie. Odpowiednia relacja w tym okresie z najbliższą rodziną zmarłego, a potem rozmowa przeprowadzona w odpowiednim czasie i miejscu przez wykwalifikowanych medyków-koordynatorów transplantacyjnych mogą przesądzić, czy rodzina wyrazi akceptację pobrania narządów.

Zatrzymajmy się na razie przy rozmowie. Są w niej zawsze dwa wątki. Pierwszy to przekazanie informacji o śmierci bliskiej osoby. Drugi – informacja o możliwości pobrania narządów. Rozmowy przeprowadzają najczęściej specjaliści w dziedzinie anestezjologii, którzy są również koordynatorami transplantacyjnymi. Mogą to również robić pielęgniarki. Zajmują się tym w każdym razie osoby

nieprzypadkowe, mające za sobą kursy lub studia podyplomowe z koordynacji pobierania i przeszczepiania narządów, w ramach których prowadzone są wykłady i warsztaty z psychologami, przygotowujące do takich rozmów.

Bliscy osoby zmarłej muszą zrozumieć – i to jest fundament – że śmierć mózgu nie została orzeczona po to, by pobrać narządy. Celem orzeczenia, które poprzedza przecież długa procedura, jest zaprzestanie terapii daremnej. Rozmowa o możliwości pobrania narządów jest konsekwencją pierwszej, choć nie zawsze do niej dochodzi. Są przecież przeciwwskazania medyczne i wtedy orzeka się wyłącznie śmierć mózgu, o czym również rodzinę trzeba poinformować.

Im lepsza komunikacja personelu medycznego z rodziną osoby w trakcie jej przebywania na oddziale intensywnej terapii – bo najczęściej tam są leczeni ci pacjenci, choć oczywiście jest to też możliwe na innych oddziałach, jak neurochirurgia, neurologia, wszędzie tam, gdzie oddział dysponuje mechanicznym wspomaganie oddechu (respirator) – tym bardziej prawdopodobne, że zarówno informacja o orzeczeniu śmierci mózgowej, jak i ewentualna druga rozmowa dotycząca możliwości pobrania organów przebiegną bez zakłóceń.

Ciągle jednak myślę, że te rozmowy nie odbywają się w próżni. Rodzina zmarłego

ma prawo czuć się przytłoczona odpowiedzialnością...

Ma prawo i jest, a do tego dochodzi jeszcze ogrom emocji, strachu i lęku, szoku, cierpienia w związku ze śmiercią bliskiej osoby. Ale może najpierw warto wyjaśnić i wyprostować podstawową kwestię. Użyła pani wcześniej potocznego sformułowania: „rodzina nie wyraziła zgody”. Wiem, że tak się rzeczywiście to określa. Tymczasem rodzina może jedynie albo wyrazić sprzeciw, albo go nie wyrazić. I lekarze, którzy przeprowadzają rozmowy z rodzinami dawców, nie proszą o zgodę.

Uważam, że każda osoba, która w jakikolwiek sposób jest związana z medycyną, z ochroną zdrowia, powinna po pierwsze otwarcie powiedzieć bliskim, co ma się stać z jej ciałem po śmierci, po drugie – propagować takie podejście również wśród znajomych. Moja rodzina wie, że gdyby mi się coś stało i miałabym orzeczoną śmierć mózgu, chcę być dawcą narządów. Zdejmuję to brzemień odpowiedzialności z bliskich. Oni wiedzą. Gdy lekarz mówi rodzinie, dla której to nie był temat tabu, że jest możliwość pobrania narządów, i pyta, czy znają stanowisko osoby zmarłej, bliscy mogą je przekazać.

Co wcale nie musi być dla nich łatwe.

Może nie być łatwe. Rzeczywiście, dużym problemem jest to, że nie rozmawiamy o chorobach, o śmierci. Jeśli już, to zazwyczaj

w kontekście dziedziczenia i majątku. Natomiast temat ewentualnego przekazania narządów ciągle rzadko pojawia się w rozmowach. Choć, muszą przyznać, okazji nie brakuje – są przecież kampanie społeczne, choćby organizowany dwa razy w roku Bieg po Nowe Życie, który jest okazją do spotkań osób po transplantacji. To jedna z okazji, przy których staramy się uświadamiać, jak ważne są rozmowy w rodzinnym gronie na te tematy.

Jaka jest w tym rola lekarzy, personelu medycznego?

Na pewno budowanie jednolitego przekazu. Z jednej strony na temat przeszczepień, ale przede wszystkim – śmierci mózgu. Wokół tego pojawia się dużo fałszywych informacji. Są, niestety, lekarze, którzy kwestionują śmierć mózgu, propagując tezy o śpiączce, podczas gdy są to dwa różne stany. W pierwszym pacjent po prostu nie żyje, nie ma przepływu krwi przez mózg, następuje z medycznego punktu widzenia koniec życia. Stwierdzenie śmierci mózgu wymaga zgody komisji, to nigdy nie jest decyzja jednego człowieka, wykonywane są badania – lekarzom nie trzeba tego tłumaczyć, choć – jak mówię – zdarzają się również i w tym środowisku opinie całkowicie sprzeczne z wiedzą medyczną.

Może pomogłaby zmiana formuły rejestru? W tej chwili można zarejestrować sprzeciw; jeśli go nie ma, jest domniemanie zgody, a jednak rodzina musi wyrazić...

... proszę nie mówić, że zgodę. Musi potwierdzić wolę zmarłego, albo jej nie zaprzeczyć. Bliscy są adwokatem osoby, która nie żyje. Nikt bez rozmowy z rodziną nie pobiera organów od potencjalnego dawcy.

Chciałabym jeszcze raz podkreślić – tu nie chodzi o przerzucenie ciężaru odpowiedzialności na rodzinę, tylko o wysłuchanie przekazywanej przez nią decyzji dawcy. Zakładamy, że bliscy – nawet jeśli nie od razu – na podstawie swojej wiedzy o tym, jaką osobą był zmarły, nawet jeśli nie wyraził wprost swojej woli, będą potrafili rozeznaczyć, czego on, ona by sobie życzyli. Jest to oczywiście łatwiejsze, gdy po prostu wiesz.

Wniosek jest prosty: musimy zacząć ze sobą rozmawiać, komunikować swoją wolę. Kampanie społeczne na pewno

pomagają, ale czy nie potrzeba jakiegoś rozwiązania bardziej permanentnego? Na przykład zaangażowania poradni POZ, gdzie mogłyby być dostępne materiały edukacyjne? Podczas konferencji w Sejmie mówiono o ławeczkach transplantacyjnych w każdej gminie, ale czy nie byłoby sensowniej, gdyby ludzie stykali się z tym tematem w miejscach, w których mogą zadać pytanie profesjonalistom?

Edukacji na temat transplantacji organów czy nawet potrzeby rozmów na ten temat nie wiązała bym z poradniami lekarskimi, do których zwykle nie chodzimy na edukacyjne rozmowy, tylko z problemami zdrowotnymi, mniej lub bardziej poważnymi. Takie skojarzenie nie byłoby najszcześniejsze.

Środowisko związane z transplantacjami angażuje się mocno w akcje edukacyjne wprost skierowane do młodzieży. Spotkania w szkołach, rozmowy. Krótko po jednym z takich spotkań miał

Każda osoba, która jest związana z medycyną powinna powiedzieć bliskim, co ma się stać z jej ciałem po śmierci

miejsce tragiczny w skutkach wypadek samochodowy, w którym jedną z ofiar był młody chłopak. Rodzina nie wyraziła sprzeciwu i lekarze mogli pobrać narządy do przeszczepienia. Przekazali jego wolę, bo gdy wrócił ze szkoły pod wrażeniem spotkania na temat transplantacji, zapowiedział najbliższemu, że on chciałby po śmierci przekazać narządy. Z jednej strony historia nieprawdopodobna, tragiczna, z drugiej jednak budująca.

Wydaje się, że tych momentów, które dają pretekst do rozmowy – bo pyta pani, co zrobić, żeby Polacy zauważyli, że jest to temat, na który warto rozmawiać z bliskimi – jest całkiem sporo. Są kampanie dotyczące wprost dawstwa organów, jest bardzo dużo kampanii społecznych dotyczących dawstwa szpiku. Temat transplantacji pojawia się też w popkulturze, nie mó-

wiąć o cyklicznie organizowanych większych akcjach promocyjnych czy portalach, na których udzielają się pacjenci po transplantacjach.

W takim razie skąd problemy? W Sejmie słyszeliśmy, że polska transplantologia co prawda podniosła się z pandemicznej zapaści, ale nadal tak naprawdę tylko kilkadziesiąt szpitali jest zaangażowanych w pobieranie narządów.

Lwia część przyczyn leży poza obszarem, o którym rozmawiamy, a kluczowym problemem jest po prostu finansowanie. Procedury, które poprzedzają pobranie narządów, przede wszystkim prowadzące do stwierdzenia śmierci mózgu, są bardzo kosztochłonne i czasochłonne i przy obecnym poziomie finansowania i wyceny świadczeń wiele szpitali z nich rezygnuje.

Drugi problem związany jest z kadrami. Od wielu lat widzimy słabnące zainteresowanie specjalizacjami, które uchodzą za szczególnie trudne, i nie chodzi tylko o zdobycie tytułu specjalisty, ale przede wszystkim o obciążenia związane z wykonywaną pracą. Do takich specjalizacji należą m.in. neurologia czy anesteziologia. Nie mam żadnych wątpliwości, że praca na oddziałach intensywnej terapii, gdzie wkłada się ogromny wysiłek w leczenie pacjenta, ale też często musi się obserwować „porażkę” tego procesu, sama w sobie jest ogromnym obciążeniem psychicznym. Świadomość, że nie udało się uratować pacjenta, jest trudna. Transplantologia, warto o tym pamiętać, otwiera możliwości, daje życie. Tego pacjenta nie udało się uratować, to prawda. Ale można uratować inne życia i wagi tego profesjonalistom medycznym nie trzeba tłumaczyć. Dzięki wysiłkowi włożonemu w leczenie pacjenta, który umiera, dzięki opiece nad potencjalnym dawcą ktoś – może wiele osób – dostanie szansę na życie.

Dlatego tak ważne jest, by wszyscy zaangażowani w proces opieki nad pacjentem, który po śmierci zostaje dawcą, otrzymali informację zwrotną, że pobrane narządy podjęły funkcję, że biorcy dostali szansę na życie.

Polskie prawo nie dopuszcza spotkania dawców i biorców?

Zdecydowanie nie. Poza wyjątkami dotyczącymi żywych dawców nerki i fragmentu wątroby – zresztą w tym przypadku możliwe jest tylko oddanie tych narządów osobie sobie znanej – oraz dawców szpik wszystkie przeszczepienia są zanonimizowane i ta anonimowość jest szalenie istotna. Choć, oczywiście, zawsze jest pokusa, zaś w dobie mediów społecznościowych i ułatwionego dostępu do wyszukiwania informacji na pewno prościej niż kiedykolwiek można połączyć fakty. Anonimowość jest jednak wartością, której trzeba strzec.

Pytam o anonimowość właśnie w związku z upublicznianiem informacji. Gdy kilka miesięcy temu we Wrocławiu doszło do tragicznego postrzelenia policjantów, po ich śmierci przekazano informację, że pobrano od nich narządy do przeszczepienia. Konkretny czas, konkretni, nie anoni-mowi przeciw dawcy. Z jednej strony niesamowita wręcz informacja, nagłaśniająca temat dawstwa organów, poruszająca. Z drugiej – czy z punktu widzenia ochrony tej anonimowości bezpieczna?

Nie przekazano informacji, jakie narządy zostały przekazane do przeszczepienia, więc ta ochrona została w mojej ocenie zachowana. Informacja dotyczyła samego aktu przekazania narządów. I to jest w porządku. Ale oczywiście zdają sobie sprawę, że jeśli ktoś będzie drażył temat i będzie miał dostęp do szerszego spektrum danych, może dojść – w tym przypadku albo podobnym – do identyfikacji.

Takie sytuacje się zdarzają, na szczęście rzadko. Całkiem niedawno zostałam poproszona o komentarz, bo rodzina dawcy skontaktowała się z rodziną biorcy serca. Są ważne powody, by tego nigdy nie robić. Nie jesteśmy w stanie przewidzieć, co się stanie. Jakie będą reakcje, jakie będą emocje. Nie można wykluczyć, że rodzina dawcy może sobie uzurpować prawo do obecności w życiu biorcy. Zwłaszcza dotyczy to przeszczepień serca. Serce – choć jest tylko mięśniem – ma w naszej kulturze znaczenie wręcz mityczne.

Trudno nie przywołać tu sceny z filmu „Bogowie”, w której żona przygotowywanego do przeszczepienia serca



foto: archiwum prywatne

biorcy pyta z niepokojem, czy mąż będzie ją tak samo kochał.

Od pierwszego przeszczepienia serca przez zespół prof. Zbigniewa Religi minęło już wiele dekad, ale takie rozmowy ciągle mają miejsce. Wiem to z własnej praktyki, mnie też pacjenci oczekujący na transplantację serca pytają, czy po przeszczepieniu będą ciągle kochać żonę, męża.

Odpowiadam zgodnie z prawdą, że serce to mięsień, który pompuje krew, a za nasze myśli, emocje, wybory, zachowanie odpowiada mózg. Ale osoby po transplantacjach rzeczywiście doszukują się u siebie śladów dawcy, można tak powiedzieć. Ciągłe słyszę, że przeszczepienie ich zmieniło, bo na przykład kiedyś nie znosili jakiejś potrawy czy zapachu, a teraz – przeciwnie. Ale wyjaśnienie jest czysto naukowe. Niewydolny, zatruty wręcz organizm, z nieprawidłowym metabolizmem, nie miał możliwości właściwego odbioru smaków czy zapachów, zmysły nie działały prawidłowo. To trochę tak, jakby pacjent miał permanentną grypę – mało co smakuje, mało co czujemy. Nowe serce przywraca organizmowi sprawność, zaczyna funkcjonować prawidłowo. Ot i cała tajemnica zmiany upodobań.

Wróć jeszcze na koniec do pytania, jak rozmawiać z rodziną potencjalnego dawcy. Powiedziała pani, że te rozmowy prowadzi

przygotowane osoby, więc można założyć, że doskonale wiedzą, co mówić, a czego zdecydowanie unikać. Zdarzają się błędy?

Błędy mogą się zdarzyć zawsze i oczywiście, że rozmowa może pójść nie tak, bo rozmawiają ludzie. Na pewno trzeba pamiętać, by unikać prostego przekazywania informacji, że pobrane organy mogą uratować życie jednej, dwóm czy większej liczbie osób. To jest prawda, ale bliscy potencjalnego dawcy nie mogą być pod taką presją. Trzeba pamiętać o ich uczuciach, ich emocjach i sytuacji, w jakiej się znaleźli. To często osoby, które w sposób nagły straciły, tracą bliską osobę. Zwykle wcześniej zupełnie zdrową, bardzo często – młodą. Presja jest nie tylko niewskazana, ale wręcz niedopuszczalna.

Jest natomiast prawdą, że rodziny dawców łatwiej przechodzą okres żałoby. Mają w sobie silne przekonanie, że śmierć bliskiej osoby nie poszła na marne, jakaś część żyje w innym człowieku. Jeśli rozmowa została przeprowadzona w sposób właściwy, rodzina dawcy nie wychodzi z niej obolała, z poczuciem wykorzystania, zmanipulowania czy winy. Każda ze stron powinna wyjść z tej rozmowy spełniona, spokojna i zgodna ze swoimi przekonaniami i emocjami. ●

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

ALEKSANDRA TOMASZEK

Psycholog, psychotraumatolog, od lat jest zaangażowana w promowanie transplantologii, pracę z pacjentami i ich rodzinami. Zawodowo jest związana z Narodowym Instytutem Kardiologii Stefana Kardynała Wyszyńskiego PIB i Warszawskim Uniwersytem Medycznym, wiele lat pracowała również w Ośrodku Hospicjum Domowe NZOZ Zgromadzenie Księży Marianów.

WAŻNE SPRAWY

Podtrzymać linię życia

LUCYNA KRYSIAK
DZIENNIKARZ

Trudno o lepszy przykład konieczności interdyscyplinarnej współpracy niż zgłoszenie potencjalnego dawcy narządów do przeszczepu – mówi prof. Janusz Andres, prezes Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Anestezjodzy znieczulają pacjentów do operacji, czuwają nad nimi w trakcie zabiegów, wybudzają ich po opuszczeniu sali operacyjnej, leczą na oddziałach intensywnej terapii (OIT), uśmierzają ból, koordynują resuscytację krążeniowo-oddechową w szpitalu. Odgrywają także, o czym mówi się rzadziej, bardzo ważną rolę w zgłaszaniu dawców do pobierania narządów do przeszczepów. Kiedy anestezjolog może zrobić takie zgłoszenie?

Ta identyfikacja potencjalnego dawcy oraz przeprowadzenie pełnej procedury rozpoznania śmierci mózgu jest zadaniem bardzo złożonym, niezwykle czasochłonnym, wymagającym dodatkowej diagnostyki oraz utrzymania żywotności narządów potencjalnie przeznaczonych do pobrania i przeszczepienia. W tym samym czasie lekarze zajmują się leczeniem innych pacjentów OIT, więc można sobie wyobrazić, jak obciążające jest tego rodzaju przedsięwzięcie. Anestezjologia to główny filar medycyny okołoperacyjnej i intensywnej terapii w każdym szpitalu, zatem funkcjonowanie współczesnej medycyny bez dostatecznej liczby lekarzy tej specjalności nie jest możliwe. Lubie cytować używane w Ameryce Północnej określenie, że anestezjodzy to lekarze „podtrzymujący linię życia pacjentów”. Często z sukcesem leczą ich w ostrych stanach zagrożenia życia, ale równie często mają do czynienia ze śmiercią,

o czym wszyscy szczególnie boleśnie przekonaliśmy się w czasie pandemii COVID-19.

Lekarze tej specjalności są więc na pierwszej linii frontu, jeśli chodzi o weryfikowanie osób jako potencjalnych dawców.

Nie chodzi o weryfikowanie dawców. Donacja organów nie jest i nie może być celem samym w sobie. Jest darem i sukcesem współczesnej medycyny. Naszym zawodowym i etycznym obowiązkiem jest leczenie zarówno

Donacja organów nie jest i nie może być celem samym w sobie. Jest darem i sukcesem współczesnej medycyny

ostrej odwracalnej niewydolności organów, w tym mózgu, jak i diagnozowanie nieodwracalnego zaniku funkcji narządów, w tym mózgu. Obowiązek ten dotyczy nie tylko anestezjologów. Obowiązujące w naszym kraju przepisy dotyczące sposobu i kryteriów stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu powstawały z udziałem przedstawicieli wielu specjalizacji i dziedzin medycznych, a anestezjodzy stanowili kluczową grupę w gronie kilkudziesięciu autorów tych

regulacji. Oczywiście, zawsze byliśmy awangardą, jeśli chodzi o wiedzę medyczną na temat rozpoznawania śmierci, czy to w przeszłości (wspomnę tu prof. Marka Sycha oraz prof. Witolda Jurczyka), czy obecnie (prof. Andrzej Nestorowicz oraz prof. Romuald Bohatyrewicz). Anestezjodzy w naturalny sposób są liderami zespołów Ministerstwa Zdrowia analizujących stan aktualnej wiedzy medycznej z zakresu śmierci mózgu oraz tworzenia przepisów i praktycznych regulacji procedur stwierdzenia nieodwracalnego ustania czynności mózgu i zgłaszania możliwości pobrania narządów w celach transplantacyjnych.

Kiedy więc rozpoczyna się procedura przygotowania pacjenta jako dawcy?

Najczęściej to lekarz prowadzący, anestezjolog na dyżurze, stwierdza wystąpienie cech śmierci mózgu, przeprowadza diagnostykę zgodnie z protokołem i po rozpoznaniu śmierci mózgu podejmuje rozmowy z rodziną na temat możliwości pobrania narządów. Ewentualnie informuje rodzinę, że nastąpił zgon. W rozmowach tych i w czynnościach okołotransplantacyjnych pomagają koordynatorzy transplantacyjni. Właściwa realizacja oraz implementacja tych przepisów to sprawa systemowa. Dzisiaj trudno o lepszy przykład

konieczności interdyscyplinarnej współpracy w ochronie zdrowia niż stwierdzenie śmierci mózgu, zgłoszenie potencjalnego dawcy narządów do przeszczepu oraz realizacja procedur transplantacyjnych. Aktywny udział i aprobatą społeczną tego procesu jest bezwzględnie konieczna i na tym polu edukacyjnym jest najwięcej do zrobienia.

Zgłoszenie to pierwszy etap, co dzieje się dalej?

Procedura rozpoznania śmierci mózgu jest szczegółowo opisana w dokumencie – obwieszczeniu ministra zdrowia, w którym każde słowo i jego kontekst są ważne. Musiałby on być zacytowany i traktowany jako całość, nie ma w tym drogi na skróty. Aby mieć pewność, że pacjent nie żyje, musimy stwierdzić dostępnymi klinicznie metodami, zgodnie z protokołem, że jego mózg stracił bezpowrotnie możliwość funkcjonowania. I tu decyduje wiedza, edukacja i doświadczenie. Kluczowa jest też akceptacja społeczna. Ponieważ serce pacjenta bije, nie dla wszystkich jest oczywiste, że nastąpił zgon. Osobiście jestem zwolennikiem otwartości i transparentności społecznej wszystkich procedur medycznych, w tym procedury stwierdzania śmierci mózgu. Podobnie jak jestem zwolennikiem otwartości i powszechnej edukacji w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej.

Anestezjododzy przygotowują dawcę do pobrania narządów i uczestniczą w tych czynnościach. Jaka funkcję pełnią?

Po stwierdzeniu śmierci mózgu i zakwalifikowaniu organów dawcy do transplantacji zaczyna się opieka nad dawcą w sensie optymalizacji stanu organów możliwych do transplantacji. Wynika to z faktu, że stan fizjologiczny organów dawcy – serca, płuc, nerek i innych narządów może szybko się pogorszyć i ich przeszczepienie się niemożliwe lub doprowadzić do śmierci biorcy. W praktyce organy dawcy wymagają „terapii”, np. profilaktyki nagłego zatrzymania pracy serca, nawodnienia, zapobiegania hipotermii, korekcji zaburzeń endokrynologicznych, sztucznej wentylacji nieuszkodzonej płuc, farmakoterapii nie tylko



foto: Archiwum prywatne

układu sercowo-naczyniowego i innych rutynowych interwencji w ramach oddziału intensywnej terapii, w którym dawca przebywa.

Czynności anestezjologów związane z dawstwem narządów są dla nich obciążające. Jak sobie z tym radzą?

By mieć pewność, że pacjent nie żyje, musimy stwierdzić, że jego mózg stracił bezpowrotnie możliwość funkcjonowania

Specyfika pracy anestezjologa wiąże się z dużym obciążeniem psychicznym, wynikającym z codziennego balansowania na linii życia. Bo czymże innym jest znieczulenie ogólne, w którym wyłączamy świadomość i samodzielny oddech pacjenta lub leczymy ostrą niewydolność narządową? Komfort psychiczny pracy zapewniają nam współczesna wiedza i możliwości obejmujące monitorowanie pacjenta, sztuczna wentylacja czy farmakologiczne i mechaniczne

metody leczenia ostrych niewydolności narządów. Opracowane procedury są wskazówką, jak postępować w sytuacjach krytycznych, jak zapobiegać powikłaniom. Gdy się je zna i stosuje, stres jest mniejszy. Ale są granice możliwości leczniczych, które też trzeba znać. Gdy się je zna, obciążenie psychiczne jest mniejsze. Podobnie z procedurą stwierdzania śmierci mózgu – jako lekarze musimy zaakceptować, że śmierć jest nieunikniona, i postępować zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Największym naszym wrogiem jest niewiedza, a największym sprzymierzeńcem doświadczenie.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami każdy szpital posiadający OIT powinien aktywnie uczestniczyć w zgłaszaniu potencjalnych dawców do przeszczepów, a ta zgłaszalność jest słaba. Z czego to wynika?

Z tego, co wiem, Polska nigdy nie była w czołówce krajów zgłaszających potencjalnych dawców. Z dostępnych danych „przedpandemicznych” wynika, że znajdowaliśmy się na

poziomie Izraela, Łotwy i Niemiec, daleko więc nam było pod względem pobrań narządów od zmarłych dawców do Hiszpanii czy Portugalii. Systemowym problemem polskiej medycyny jest to, że każdy chce uczestniczyć i chwalić się sukcesem terapeutycznym, zaś zagadnienie rozpoznawania śmierci mózgu i ustalenie braku wskazań do kontynuowania terapii (tzw. terapii daremnej) dotyczą okoliczności niepowodzenia. Niesłusznie, bo przeszczepione narządy ratują zdrowie i życie. W związku z tym zaniedbano te tematy zarówno w dydaktyce przed-dyplomowej, jak i podyplomowej, nie tylko w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, ale też neurologii, neurochirurgii, radiologii i neonatologii. Natomiast zagadnienie niestosowania terapii daremnej powinny dotyczyć wszystkich specjalności. Długofalowym sposobem byłoby uzupełnienie deficytu szkoleniowego w drodze szerokiego porozumienia towarzystw naukowych i nadzorów krajowych wymienionych specjalności, a doraźnie poprzez organizowanie kursów z rozpoznawania śmierci mózgu w czasie szkolenia specjalizacyjnego.

Jak anestezjologia ewoluowała w ostatnich latach?

Anestezjologia zajmuje istotną i wszechstronną pozycję w ochronie zdrowia. Podstawowe filary to: znieczulenie (anestezja), w tym sedacja proceduralna, intensywna terapia, leczenie bólu i resuscytacja krążeniowo-oddechowa. Jeszcze do niedawna, zanim nie uzyskała samodzielności, dziedziną „anestezjologiczną” była medycyna ratunkowa. Obecnie coraz częściej odgrywamy kluczową rolę w medycynie okołoperacyjnej. Jest to związane z rozwojem medycyny, która z jednej strony wykazuje spektakularny postęp, lecząc skutecznie stany jeszcze dwadzieścia lat temu nie do wyleczenia, z drugiej strony śmiertelność okołoperacyjna wzrasta, gdyż operujemy pacjentów w coraz cięższych stanach ogólnych. Ten trend jest niepokojący i wymaga specjalnej uwagi. Odrębnym obszarem i niezwykle ważnym dla anestezjologii doświadczeniem była pandemia COVID-19. Postęp w anestezjologii i intensywnej terapii związany jest głównie z coraz lepszym sprzętem

diagnostycznym i monitorującym, coraz lepszymi lekami używanymi w czasie znieczulenia oraz u pacjentów w stanie zagrożenia życia. Do tego dochodzi oczywiście edukacja, która jest dzisiaj w Polsce na poziomie światowym, ze stale rosnącą liczbą anestezjologów z dyplomem Europejskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii (ESAIC).

Ostatnio toczy się dyskusja wśród anestezjologów, również za pomocą ankiet opublikowanych na stronach PTAiIT, na temat terapii daremnej w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii.

Terapia daremna czy „uporczywa”, jak niektórzy ją określają, nie powinna mieć miejsca i podobnie jak nieudzielenie pomocy w sytuacji, gdy pomoc jest możliwa i wskazana, jest postępowaniem nieetycznym. Wytyczne PTAiIT odnośnie do unikania terapii daremnej w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii zostały opublikowane już ponad 10 lat temu, a ostatnio Towarzystwo Internistów Polskich wydało podobne wytyczne dla innych oddziałów w szpitalu. Wystarczy je stosować. Ankiety służą aktualnej ocenie problemu. Nasze Towarzystwo wydało też niedawno wytyczne kwalifikacji do leczenia na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii. Mamy nadzieję, że przyczynią się one do optymalizacji leczenia krytycznie chorych zgodnie z aktualną wiedzą i możliwościami.

Jaka będzie anestezjologia przyszłości. Od jakich metod się odchodzi, jakie się wprowadza?

Mógłbym puścić wodze fantazji, ale powiem tak: anestezjologia będzie odgrywać coraz większą rolę w optymalizacji medycyny okołoperacyjnej i funkcjonowaniu lecznictwa zamkniętego, w prewencji i leczeniu ostrych stanów zagrożenia życia, poprawie bezpieczeństwa w ochronie zdrowia i efektywnej współpracy interdyscyplinarnej. To jest oczywiście życzenie i wizja, nad którą będziemy pracować, podobnie jak nad społecznym odbiorem

naszej roli w systemie ochrony zdrowia. Rozwój jest pewnym continuum – nowoczesne metody i leki wypierają starsze, mniej przydatne. Odchodzenie od pewnych metod wcale nie oznacza ich eliminacji. Dużym problemem jest praktyczne znalezienie wprowadzanych wytycznych, których realna wartość jest weryfikowalna po kilkunastu latach. Jak kiedyś, tak i dzisiaj – ukierunkowana i zindywidualizowana na pacjenta terapia, wiedza i doświadczenie pozostają warunkiem i podstawą sukcesu terapeutycznego.

A wyzwania?

Anestezjologia stoi przed takimi samymi wyzwaniami jak cały system ochrony zdrowia. Pandemia COVID-19 uświadomiła nam, jak bardzo wrażliwy to system i z jakimi problemami musi się mierzyć. Czy nam się to podoba, czy nie, musimy zaakceptować, że pacjent jest uchem i okiem oceniającym system. Poza społecznymi problemami należy brać pod uwagę kontekst geopolityczny, a także środowisko, w którym żyjemy, ze zmianami klimatycznymi włącznie. Profilaktyka i edukacja zdrowotna oraz bezpieczeństwo to są kluczowe obszary w opiece zdrowotnej.

Ostatnio dużo miejsca poświęca się bezpieczeństwu pacjenta.

Bezpieczeństwo pacjenta jest dzisiaj najważniejsze. Nie ma systemu ochrony zdrowia, w którym nie występowałyby problem szkód. Zakażenia, błędy w farmakoterapii oraz błędy diagnostyczne jako trzy główne wśród wielu innych przyczyn „zjadają” finanse przeznaczane na ochronę zdrowia nawet w najbogatszych krajach. W 2010 r. PTAiIT podpisało Deklarację helsińską o bezpieczeństwie pacjenta w anestezjologii (tzw. DeHeBePA), zapoczątkowując ideę promocji bezpieczeństwa pacjenta. W roku 2022 w Krakowie sygnowaliśmy wspólnie z innymi towarzystwami, organizacjami oraz Naczelną Izbą Lekarską

Interdyscyplinarną deklarację bezpieczeństwa pacjenta w odpowiedzi na akcję Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w ramach lokalnych działań na rzecz zmniejszenia szkód w ochronie zdrowia i poprawy bezpieczeństwa pacjentów. Jedynie interdyscyplinarne współdziałanie z udziałem pacjentów jest w stanie zatrzymać niekorzystne trendy w systemach ochrony zdrowia. Coroczne Interdyscyplinarne Forum Bezpieczeństwa Pacjenta jest platformą wymiany doświadczeń oraz promocji praktycznych rozwiązań w tym zakresie i zbiega się z corocznym Międzynarodowym Dniem Bezpieczeństwa Pacjenta WHO, przypadającym na 17 września.

A bezpieczeństwo lekarzy? Anestezjolog jest narażony na działania

substancji stosowanych podczas przeprowadzanych czynności. Bezpieczeństwo całego personelu medycznego jest warunkiem bezpieczeństwa pacjenta. Podobnie jak bezpieczeństwo ratownika jest warunkiem podjęcia udzielania pierwszej pomocy. Warunki pracy anestezjologa znacznie się poprawiły, nasze standardy bezpieczeństwa personelu i monitorowania pacjentów są chronione rozporządzeniami ministra zdrowia. Leki stosowane przez anestezjologów w czasie znieczulenia to silne działające środki, które są bezpieczne tylko w rękach specjalisty. Zapobieganie wypaleniu zawodowemu oraz ogólny dobrostan wszystkich

lekarzy i pielęgniarek, w tym anestezjologów, to warunek efektywnej i bezpiecznej opieki zdrowotnej.

Anestezjologów brakuje, są placówki, gdzie jeden lekarz tej specjalności pracuje w kilku oddziałach.

Odkąd pamiętam, zawsze było nas za mało, czy było nas 2 tys., czy 4 tys. Okres pandemii paradoksalnie wpłynął na popularyzację i promocję tej specjalizacji i obecnie młodzi lekarze chętniej wybierają anestezjologię i intensywną terapię, podobnie jak medycynę rodzinną. Myślę, że obie te specjalizacje mogą w przyszłości zyskać na znaczeniu. ●

REKLAMA

SUNROOF

Dach solarny SunRoof 2w1

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

Dołącz do grona liderów medycyny, którzy skorzystali z recepty na energooszczędność, wysoką estetykę i wzrost wartości domu w jednym.

LIMITOWANA OFERTA SPECJALNA DLA LEKARZY

- System bezpieczeństwa o wartości 15 tys. zł **GRATIS**
- Dostęp do Programu Ambadorskiego VIP
- Maksymalny wzrost wartości inwestycji

Zapraszamy do kontaktu:

lekarze@sunroof.se

22 123 7111



AKTUALNOŚCI

Zapewnienia kontra fakty

Minister zdrowia Izabela Leszczyna wierzy w optymalizację systemu.
I w to, że w przeciwieństwie do swoich poprzedników będzie w stanie ją przeprowadzić.
Szanse na pozytywny scenariusz są umiarkowane.

Czy zdanie, że „głównym rozgrywającym w systemie ochrony zdrowia jest minister zdrowia” jest truizmem? Wygłosił je wiceminister Maciej Miłkowski podczas sesji inauguracyjnej IX Kongresu Wyzwań Zdrowotnych (Health Challenges Congress, HCC) w Katowicach. Można byłoby je za taki uznać, gdyby nie fakt, że to właśnie Maciej Miłkowski został uznany za najbardziej wpływową osobę w systemie ochrony zdrowia. Trzeci rok z rzędu.

4 marca „Puls Medycyny” po raz kolejny ogłosił swoje Listy Stu najbardziej wpływowych osób w medycynie i systemie ochrony zdrowia. W 2023 r. pierwszą otworzył prof. Maciej Banach, a listę systemową wiceminister Maciej Miłkowski, zwycięzca dwóch poprzednich edycji. Minister zdrowia, po raz ostatni zajął pierwsze miejsce w 2020 r., przy czym nie było jasne, czy jako prezes NFZ, którym przestał być w sierpniu, czy jako minister, którym był przez cztery trudne miesiące jesiennej fali pandemii. Adam Niedzielski w kolejnych dwóch latach wyraźnie już przegrywał ze swoim współpracownikiem. Trudno się dziwić, bo właśnie w obszarze polityki lekowej zachodziły realne, odczuwalne dla pacjentów zmiany. I nawet jeśli nie wszystkie decyzje w kwestiach podlegających Miłkowskiemu można uznać za optymalne, to jednak bilans jest pozytywny. W przeciwieństwie do pozostałych obszarów polityki zdrowotnej.

CZAS NA DECYZJE

W tym wstępie nie chodzi o personalia, a już na pewno nie o miejsca w plebiscycie. One są tylko ważnym wskaźnikiem kryzysu, który dotknął cały system w ostatnich dwóch, trzech latach. Trafnie ujęła to w rozmowie otwierającej HCC minister zdrowia Izabela Leszczyna, nie

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA



wprost nawiązując do sukcesu swojego zastępcy. Pytana, czy fakt, że w kierownictwie resortu są reprezentowane wszystkie ugrupowania tworzące koalicję, ułatwia zarządzanie, odpowiedziała, że „łatwo nie jest”,

Wybory pokażą, kto będzie odpowiadał za sprawy publiczne na poziomie poszczególnych jednostek przez najbliższe lata

ale dogaduje się ze wszystkimi wiceministrami. Tymczasem zaledwie dzień wcześniej podpisała zarządzenie mocno ograniczające kompetencje Urszuli Demkow. Podkreśliła, że dyskusje i prezentacja różnych, czasami odmiennych poglądów to jedno, a decyzje drugie. – To ja kieruję ministerstwem i polityką i decyzje muszą być wspólne. Muszą przede wszystkim być, bo mam wrażenie, że od czerwca ubiegłego roku poza polityką lekową decyzji w resorcie nie było – stwierdziła minister zdrowia.

Od czerwca 2023 r. nie było żadnych decyzji, bo ówczesny minister

zdrowia zajął się walką o wysokie miejsce na liście wyborczej PiS i wpisującą się w tę strategię walką ze środowiskiem lekarskim o zasady wystawiania recept, co doprowadziło do jego klęski i dymisji. Dwie następczynie Niedzielskiego w rządach Mateusza Morawieckiego praktycznie nie zaistniały jako osoby decyzyjne, co ma odbicie w rankingu „Pulsu Medycyny”. Katarzyny Sójki nie uwzględnia wcale, a „dwutygodniowa minister” Ewa Krajewska zajmuje 95. miejsce, choć wcześniej pełniła przecież funkcję Głównego Inspektora Farmaceutycznego. Ale system był w dryfie dużo, dużo wcześniej.

REALNEJ ZMIANY NIE BĘDZIE

Czy pierwsze trzy miesiące rządu Donalda Tuska, owe symboliczne sto dni, w trakcie których nie udało się zrealizować zbyt wielu obiecanych konkretów, przyniosły nadzieję, że dryf systemowy uda się przeczłonyć? Szanse na pozytywny scenariusz są umiarkowane, choć minister zdrowia z dużą pewnością siebie zapewnia, że jest w stanie postawić system z głowy na nogi.

Wiadomo, że nie za pomocą wyższego finansowania. Co prawda,

w Katowicach po raz pierwszy padła zapowiedź, że szefowa resortu zdrowia zamierza przynajmniej częściowo odwrócić skutki nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry z końca 2022 r. Ustawa ta zwolniła budżet państwa z obowiązku przekazywania do NFZ ok. 7 mld zł na finansowanie zadań, takich jak ratownictwo medyczne, bezpłatne leki dla seniorów czy szczepienia ujęte w Programie Szczepień Ochronnych. Jednak nawet gdyby tę nowelizację udało się „skasować” w całości, to tylko częściowo zrekompensowałyby to spodziewane (i zakładane przez KO i Trzecią Drogę) obniżenie składek zdrowotnych dla przedsiębiorców. Ministerstwo Zdrowia nie jest też skłonne rozmawiać o wzroście składki zdrowotnej jako takiej. Można więc założyć, że w obszarze finansowania ochrony zdrowia zapanuje polityka miękkiej kontynuacji, a ustawa 7 proc. PKB na zdrowie będzie dla polityków nadal zgrabnym alibi używanym w debatach o potrzebach systemu, pracowników i przede wszystkim pacjentów. Pieniądzy w systemie będzie przybywać, ale wzrost nie będzie adekwatny.

Minister wierzy w optymalizację systemu i w to, że w przeciwieństwie do swoich poprzedników będzie w stanie ją przeprowadzić. W skrócie: w to, że Polska z nieco ponad 5 proc. PKB wydanymi na zdrowie ze środków publicznych może mieć taki sam system pod względem efektywności i dostępności jak kraje przeznaczające na ten cel 7-9 proc. PKB.

NIE TYKAĆ SZPITALI

Optymalizacja i racjonalizacja to słowa-klucze. Ministerstwo Zdrowia próbuje renegecować z Komisją Europejską kształt kamieni milowych wpisanych do Krajowego Programu Odbudowy. Minister tłumaczy, że zamierza kontynuować – po poprawkach – wprowadzanie Krajowej Sieci Onkologicznej i Krajowej Sieci Kardiologicznej, bo są one niezbędne i doskonale wpisują się w politykę optymalizacji systemu. Natomiast jeśli chodzi o restrukturyzację szpitalnictwa, co również jest kamieniem milowym, nie zgadza się na cel, jaki miał zostać osiągnięty, czyli zamknięcie nierentownych, najczęściej małych, szpitali. Nie wiadomo, czy chodzi o to, że to poprzednicy złożyli los prawdopodobnie kilkudziesięciu szpitali powiatowych w ofierze „brukselskiej bestii”, czy też w tej chwili Bruksela domaga się szpitalnych głów, ale minister zdrowia zapewnia z mocą: – Nigdy nie zgodzę się

na zamykanie małych powiatowych szpitali. Będziemy przekonywać KE, że możemy je tak przekształcić, by się bilansowały.

Pamięć podpowiada, że poprzednie ministerstwo, to, które negocjowało KPO, zapowiadało mniej więcej to samo. Nikt nie szedł z wypisanym na sztandarach hasłem likwidacji szpitali. Nawet w najostrożniejszej wersji projektu ustawy restrukturyzacyjnej fizyczna likwidacja mogła dotknąć do słownie pojedyncze placówki. Aż

Ministerstwo Zdrowia próbuje renegecować z Komisją Europejską kształt kamieni milowych wpisanych do Krajowego Programu Odbudowy

chciałoby się zapytać, czym się różni wróbel? Izabela Leszczyna ma na to gotową odpowiedź: – Adam Niedzielski chciał przekształcić „po PiS-owsku”, czyli centralnie. Rząd Koalicji 15 października chce to zrobić wspólnie z samorządami, oddolnie.

Choć nie teraz. Z jednej strony sprawa jest bardzo pilna, bo minister negocjacjami tłumaczy m.in. brak zapowiedzianych spotkań całego kierownictwa czy to z dziennikarzami, czy z parlamentarzystami. Z drugiej – Izabela Leszczyna zamierza rozmawiać o szczegółach dopiero po wyborach samorządowych. Wcale nie dlatego, że trwa kampania i tematy związane z funkcjonowaniem nierentownych szpitali, zwłaszcza tych w powiatach, to typowy „gorący kartofel”, którego nikt nie chce wyciągać z ogniska gołymi rękami. Jak mówi sama minister, wybory przyniosą rozstrzygnięcia, kto będzie odpowiadał za sprawy publiczne na poziomie poszczególnych jednostek przez najbliższe lata.

Na poziomie powiatów entuzjazmu w tej sprawie nie widać. – Kiedy słyszymy takie zapowiedzi, myślimy, że na tym jako szpitale powiatowe na pewno stracimy – przyznała podczas jednej z sesji HCC Bernadeta Skóbel, radca prawny Związku Powiatów Polskich. „Takie zapowiedzi” to nic innego, jak propozycje optymalizacji, racjonalizacji, w ogromnym uproszczeniu

sprowadzające się do radykalnego zmniejszenia funkcji typowo szpitalnej na rzecz rozbudowy segmentu opieki ambulatoryjnej (również szpitala jednego dnia) z centrum diagnostycznym i jakąś formą opieki długoterminowej.

PRZESUNĄĆ PUNKT CIĘŻKOŚCI

Oczywiście, utrzymanie obecnego stanu rzeczy, w którym szpitale powiatowe – również te małe – konkurują z jednostkami wysoko specjalistycznymi w zakresie dobrze finansowanych procedur, jest nie do utrzymania. Powiaty wiedzą to, czego minister nie mówi wprost: strumień środków będzie mniejszy, bo chodzi również o radykalne zmniejszenie kosztów funkcjonowania. Są już konkretne przykłady: prezes NFZ Filip Nowak informował w Katowicach, że jednym z narzędzi będzie zmniejszanie wymagań. By utrzymać się w sieci, szpitale nie będą musiały już gwarantować dostępu do świadczeń w trybie 24/7, dopuszczone będzie również udzielanie świadczeń planowych. Z drugiej strony przygotowywane są rozwiązania dotyczące zakładów opiekuńczo-leczniczych, przesuwające punkt ciężkości na personel pielęgniarski.

Dyrektorzy szpitali przyjmują te zapowiedzi z nadzieją, zmieszaną jednak ze sceptycyzmem. Nie brakuje głosów, że są to kroki niezbyt radykalne. – Mamy najbardziej wyśrubowane standardy opieki anestezyjologicznej na świecie. Jeśli tego nie zmienimy, dyrektor nie będzie mógł przesunąć anestezyjologa z bloku operacyjnego na oddział położniczy, żeby znieczulił do porodu, bo lekarz zwyczajnie odmówi – stwierdziła Dorota Gałczyńska-Zych, dyrektorka Szpitala Bielańskiego w Warszawie. Menadżerowie szpitali nie od dziś uważają, że usztywnienie zasad obsady dyżurowej na oddziałach jest jednym z najważniejszych czynników napędzających koszty (stąd m.in. powracające doniesienia o równoległych dyżurach, np. na dwóch oddziałach, dodatkowo z obowiązkiem zabezpieczania SOR).

Pojawiają się też nowe pomysły na tzw. optymalizację, które mają – zdaniem zarządzających szpitalami – łagodzić kryzys kadrowy,



fot.: Piotr Tracz/Kancelaria Sejmu

◀ *Nadzwyczajna podkomisja ma przygotować projekt nowelizacji ustawy o minimalnych wynagrodzeniach*

a może go nawet rozwiązać. Związek Szpitali Powiatowych Województwa Śląskiego (Izabela Leszczyna jest posłanką z tego regionu) na początku marca zaapelował do Ministerstwa Zdrowia o rozważenie wprowadzenia „obowiązku odpracowania” po uzyskaniu specjalizacji przez rezydentów w podmiotach publicznych typu szpitale (zwłaszcza powiatowe) określonego czasu pracy na stanowisku specjalisty wyznaczonym przez dany podmiot leczniczy”. To pewne novum, bo do tej pory szpitale powiatowe postulowały, by rezydenci obowiązkowo byli kierowani na dłuższe staże do tych placówek.

NIE CHCĄ TRACIĆ PERSONELU Z UKRAINY

To jednak nie wszystko. Samorząd lekarski prowadzi rozmowy z przedstawicielami ministerstwa na temat konieczności uporządkowania bałaganu spowodowanego przez liberalizację przepisów dotyczących zatrudniania lekarzy spoza UE (konkretnie na temat przywrócenia wymagań dotyczących prawa wykonywania zawodu). W sytuacji gdy w Polsce zawód lekarza wykonują osoby, które PWZ nie posiadają, przedstawiciele szpitali powiatowych obawiają się, że łąda moment mogą stracić pracowników. – Widzimy potrzebę wielostronnych rozmów z udziałem Ministerstwa Zdrowia, izb zawodów medycznych oraz pracodawców w celu ustalenia dalszej ścieżki zawodowej dla pracowników z Ukrainy. W wielu wypadkach osoby te dały się poznać jako wysoko wykwalifikowani

specjaliści, bardzo zaangażowani w pracę mimo ogromnej traumy związanej z ucieczką z ogarniętego wojną kraju. Szkoda byłoby więc zaprzepaścić jedynie ze względu na ograniczenia formalne pracę i wysiłek włożony przez te osoby, ale także przez wspierających je pracowników naszych szpitali – mówią.

PIENIĄDZE – WAŻNY TEMAT

Jeśli kadry, to i płace. Nadzwyczajna podkomisja, której zadaniem jest przygotowanie do dalszego procedowania obywatelskiego projektu nowelizacji ustawy o minimalnych wynagrodzeniach, po pierwszym lutowym posiedzeniu zawiesiła prace na kilka tygodni (być może zbierze się podczas drugiego marcowego posiedzenia Sejmu, 20-21 marca). W grze, jak słyszeć w kulisach, jest podniesienie współczynników dla wszystkich grup zawodowych, choć nie należy się spodziewać radykalnych zmian. Nie ma mowy natomiast o tym, by uwzględnić postulat pielęgniarzek dotyczący uznawania kwalifikacji. – Nie może być tak, że pracownicy robią kursy i przedstawiają pracodawcy dyplomy, choć on wcale od nich tego nie oczekuje i nie potrzebuje – mówią nieoficjalnie parlamentarzyści. Ale głównym obszarem sporu może być sposób przekazywania środków na podwyżki: związki zawodowe usztywniają stanowisko i chcą przywrócenia odrębnego strumienia

na tzw. PESEL. Pracodawcy i strona rządowa niemal na pewno się na to nie zgodzą. To jednak nie wszystko. Być może przy okazji wróci temat określania nie tylko wynagrodzeń minimalnych, ale również maksymalnych.

– Ustawa o minimalnych wynagrodzeniach jest zła. Nigdy nie powinna zostać uchwalona. Ale jeśli już chcemy taką ustawę mieć, powinna określać widełki wynagrodzeń. Zarówno wynagrodzenia minimalne, jak i maksymalne. Brak określenia maksymalnych stawek powoduje, że dyrektorzy szpitali uprawiają kanibalizm płacowy – uważa Dorota Gałczyńska-Zych, podkreślając, że chodzi o system publiczny i publiczne pieniądze. – Jeśli można było nałożyć kaganiec na dyrektorów, bo ja reprezentuję tę grupę, która podlega kominówce, to rozciągnijmy to na wszystkich pracowników w ochronie zdrowia. Nareszcie wtedy będziemy mogli zarządzać – postulowała. Podobne argumenty pojawiały się również na posiedzeniu podkomisji i wracają cyklicznie na spotkaniach Zespołu Trójstronnego ds. Ochrony Zdrowia. Jaki wpływ na system miałyby wprowadzenie w sektorze publicznym takiego kagańca? Być może dyskusja dopiero się zaczyna. ●

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

AKTUALNOŚCI

Kształcenie oparte na fundamencie jakości

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

Do końca maja powinny się zakończyć kontrole uruchomionych w ostatnich dwóch latach kierunków lekarskich – zapowiadają przedstawiciele rządu.

Do tego czasu resorty nauki i zdrowia nie będą podejmować decyzji, a nawet prowadzić rozmów, na temat limitów przyjęć na studia lekarskie w nowym roku akademickim. Można to traktować jako sygnał, że rząd poważnie bierze pod uwagę opcję odebrania przynajmniej niektórym uczelniom prawa do kształcenia przyszłych lekarzy.

Sygnarów jest zresztą więcej. Pod koniec lutego minister zdrowia Izabela Leszczyna odwołała ze stanowiska Małgorzatę Zadożną, dyrektor Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych, która w ekipie byłego ministra Adama Niedzielskiego, obok wiceministra Piotra Brombera, rewolucjonizowała system kształcenia przeddyplomowego, autoryzując zgodę na otwieranie kierunków lekarskich również w tych szkołach, co do których były poważne wątpliwości związane z oceną ich możliwości zapewnienia jakości kształcenia. Również w tych szkołach, którym negatywną opinię wystawiła Polska Komisja Akredytacyjna (PKA).

ZMIANY SĄ PEWNE

Była już dyrektor konsekwentnie broniła strategii rządu Zjednoczonej Prawicy. Nawet tuż po wyborach 15 października, gdy było niemal pewne, że władzę przejmie koalicja partii demokratycznych (bardzo krytycznie nastawionych wobec multiplikacji uczelni kształcących lekarzy i w kampanii deklarujących zmiany w tym obszarze), i gdy duża część ekspertów już wprost zwracała uwagę na wielość zagrożeń związanych z niekontrolowaną wręcz eksplozją miejsc będących przepustką do zawodu lekarza. – Narasta we mnie złość. Nie mamy tego zweryfikowanego, nie wiemy, czy szkoły dopuszczone do kształcenia lekarzy będą to robić źle – komentowała krytyczne głosy ekspertów i praktyków, dowodząc, że

również wcześniej, jeszcze przed decyzją o radykalnym zwiększeniu liczby kierunków lekarskich, nie wszystkie uczelnie dopuszczone do kształcenia przyszłych lekarzy były w stu procentach gotowe w momencie uzyskiwania zgody. Apelowano, by brać pod uwagę uczucia studentów, którzy rozpoczęli naukę na stawianych pod pręgierzem kierunkach. – Mówią, że uczą się tak samo ciężko jak koledzy z renomowanych uczelni, a słyszą pomysły umieszczania na pieczętkach nazw ukończonych uczelni.

Jednak kolejne tygodnie i miesiące potwierdziły, że to krytycy linii, jaką przyjęły w minionej kadencji resorty zdrowia i nauki, mieli rację. Zmiany są pewne. Nie bez oporów, bo żadna polityczna ekipa nie podpisze się z entuzjazmem pod decyzjami o odbieraniu (w tym przypadku głównie lokalnym społecznościom, dla których uruchomienie kierunku lekarskiego było potwierdzeniem „prestżu” miejscowej uczelni) tego, co dała poprzednia władza. Wszystko wskazuje, że po pierwsze nowe kierownictwo Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego nie tylko nie zamierza wydawać zgód wbrew negatywnym opiniom PKA (co oznacza powrót do normalności), ale wręcz myśli o przywróceniu przepisów ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce do kształtu sprzed fali liberalizacji kryteriów stawianych szkołom wyższym, jaka rozpoczęła się jesienią 2020 r.

JEDNYM GŁOSEM

Uczelnie o wątpliwym potencjale jakościowego kształcenia nie powinno

więc przybywać, ale czy zmniejszy się ich liczba? Dyskusja na posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia 21 lutego pokazała, że rządzący biorą pod uwagę konieczność, a przynajmniej możliwość, zamknięcia części z nich. Na pewno nie wszystkich. Jak mówił prof. Marcin Gruchała, rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego i przewodniczący Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych (KRAUM), można zakładać, że część nowo otwartych kierunków lekarskich wykaże, że jest w stanie – zapewne z pewnym wsparciem – zapewnić wysoką jakość kształcenia. Jednak nie miał też wątpliwości, że w gronie szkół, które będą poddane ponownej kontroli przez PKA, są takie, w których mają miejsce sytuacje „absolutnie patologiczne”. To jednoznaczne stanowisko środowiska uczelni akademickich ma wielką wagę. Wytrąca politykom z ręki argument, że lekarze – reprezentowani przez samorząd czy też związek zawodowy – występują przeciw mnożeniu miejsc na kierunkach lekarskich rzekomo w obronie „korporacyjnego interesu”. Gdy prof. Piotr Ponikowski, rektor Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, mówi w wywiadzie dla „Rynku Zdrowia”, że poprzednia ekipa rządząca jest odpowiedzialna za degradację systemu kształcenia, podpisuje się pod stanowiskiem izb lekarskich z ostatnich lat. W tej chwili nie ma wątpliwości, że samorząd lekarski i KRAUM mówią jednym głosem. Pod koniec stycznia NIL i KRAUM wydały wspólne

stanowisko w sprawie kształcenia lekarzy: „Kształcenie studentów na kierunku lekarskim, w opinii Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych oraz samorządu zawodowego lekarzy powinno opierać się o najwyższe standardy edukacyjne, powinny je zatem prowadzić uczelnie akademickie, a nie zawodowe. Do właściwego poziomu nauczania przyszłych lekarzy powołane są uczelnie dysponujące wykwalifikowaną kadrą naukową, bazą dydaktyczną, dostępem do nowoczesnych laboratoriów, pracowni umożliwiających wykorzystanie materiału sekcyjnego przy ścisłej współpracy z wielospecjalistycznymi szpitalami klinicznymi. Od poziomu kształcenia lekarzy zależy bezpieczeństwo pacjentów i jakość całego systemu opieki zdrowotnej w Polsce” – czytamy w dokumencie.

Jak wygląda fotografia systemu kształcenia przeddyplomowego dziś? – Obecnie kształcenie lekarzy realizowane jest na 39 uczelniach w Polsce, w tym 29 publicznych i 10 niepublicznych. Siedem uczelni ma

status wyższych szkół zawodowych, natomiast pozostałe 32 są uczelniami akademickimi. Siedemnaście uczelni uzyskało uprawnienia do kształcenia na kierunkach lekarskich w latach 2022-2023 w wyniku liberalizacji przepisów Prawa o szkolnictwie wyższym – powiedziała posłom wiceminister zdrowia Urszula Demkow, przypominając, że w ciągu niespełna dwóch dekad liczba miejsc na studiach lekarskich wzrosła ponad 2,5-krotnie. – W 2005 r. mieliśmy 3 tys. miejsc na kierunkach lekarskich, natomiast w roku akademickim 2022/2023 było to już 8 tys. miejsc. Ten wzrost był możliwy przede wszystkim dzięki zmianom w ustawie Prawo o szkolnictwie wyższym. Umożliwiły ubieganie się o wydanie zgody na prowadzenie kierunków lekarskich także tym uczelniom, które nie posiadają doświadczenia w prowadzeniu studiów na jakimkolwiek kierunku medycznym, nie mają kategorii naukowych w dyscyplinach nauk medycznych lub nauki o zdrowiu.

BEZ TARYFY ULGOWEJ

To jednak nie wszystko. Wśród czterestu uczelni, które uruchomiły kierunki lekarskie w roku akademickim 2023/2024, dziesięć uzyskało negatywną opinię Polskiej Komisji Akredytacyjnej (PKA). Mimo to za zgodą poprzedniego kierownictwa Ministerstwa Zdrowia mogły przeprowadzić nabór i rozpocząć kształcenie studentów. Dlatego w połowie lutego minister nauki i szkolnictwa wyższego zwrócił się do nowo powołanego przewodniczącego PKA o przeprowadzenie kontroli w szkołach, które otrzymały zgodę na kształcenie lekarzy w ostatnim okresie. Na podstawie wyników tego audytu w maju, najpóźniej na początku czerwca, mają być podjęte decyzje dotyczące przyszłości tychże kierunków. Rząd dysponuje mocną deklaracją ze strony KRAUM, że akademickie uczelnie medyczne są w stanie zapewnić miejsca dla studentów, których macierzyste szkoły stracą ewentualnie prawo do prowadzenia studiów na kierunkach lekarskich. Studenci ci, co jest oczywiste, będą musieli jednak sprostać wymaganiom stawianym przez te najbardziej renomowane szkoły – tu nie ma mowy o żadnej taryfie ulgowej.

Ani wobec samych uczelni, ani wobec studentów (wiceminister Demkow zarówno podczas posiedzenia Komisji Zdrowia, jak i wcześniej, w dyskusji poświęconej problemom kształcenia

podczas konferencji „Priorytety w Ochronie Zdrowia 2024”, która odbyła się na Zamku Królewskim w Warszawie 31 stycznia, ubolewała, że spora część nowych uczelni zachęca kandydatów obniżonymi, czasami w sposób skrajny, warunkami rekrutacji). Wątpliwości ma wyjaśnić audyt, a jeśli potwierdzi on, że szkoły nie spełniają warunków, nie zostaną dopuszczone do kształcenia lekarzy.

PODWAŻENIE NIEZALEŻNOŚCI

O tym, jakie konsekwencje – dla całego szkolnictwa wyższego – miałyby dalsze ignorowanie opinii Polskiej Komisji Akredytacyjnej, przypomniał w Sejmie dr hab. Janusz Uriasz, powołany przez obecnego ministra nauki i szkolnictwa wyższego przewodniczący PKA. Podkreślił, że zgoda na kształcenie lekarzy wydana w poprzedniej kadencji przez resorty zdrowia i nauki szkołom wyższym, które nie uzyskały pozytywnej opinii PKA (wręcz uzyskały opinię negatywną), stanowiła poważne podważenie jej niezależności. Zaś odpowiadając na pytanie przewodniczącego Komisji Zdrowia Bartosza Arłukowicza, jakie zarzuty i zastrzeżenia miała PKA wobec uczelni, którym wystawiła ostatecznie negatywną opinię, wymienił: – Spektrum zastrzeżeń wobec kierunków lekarskich, które otrzymały negatywną ocenę PKA, jest szerokie. Dotyczy między innymi: braku doświadczenia w badaniach naukowych z obszaru medycyny, braku wymaganej kadry dydaktycznej i odpowiedniej infrastruktury. Ponadto część programów nauczania była niespójna z obowiązującymi standardami. Zanizano też kryteria przyjęcia na studia lekarskie.

Konsekwencją deprecjonowania pozycji PKA, która jest członkiem szeregu międzynarodowych gremiów zrzeszających instytucje stojące na straży jakości kształcenia, mogłoby być, jak przypomniał jej przewodniczący, wykluczenie PKA – a co za tym idzie – nieuznanie polskich dyplomów za granicą. Przed takim scenariuszem przestrzegali od wielu miesięcy przedstawiciele samorządu lekarskiego, mówiła o tym również podczas październikowego Forum Rynku Zdrowia dr Małgorzata Gałązka-Sobotka z Uczelni Łązarskiego. Jednak w poprzedniej kadencji nikt z decydentów nie był zainteresowany takimi argumentami.

ZMIANY W RESORCIE

6 marca minister zdrowia Izabela Leszczyna zdecydowała się na zmiany w podziale obowiązków w kierownictwie resortu zdrowia. Nadzór nad kadrami medycznymi i kształceniem (w tym nad uczelniami medycznymi) straciła podsekretarz stanu prof. Urszula Demkow. Zadania te zostały powierzone Markowi Kosowi. Urszula Demkow od 6 marca odpowiada za nadzór nad obszarem chorób zakaźnych. Powód tej radykalnej decyzji nie został oficjalnie podany. Ten bezpośredni, który wydaje się najbardziej oczywisty, to zamieszanie z obsadą stanowiska konsultanta krajowego w dziedzinie psychoterapii. Powołanie i odwołanie w lutym po dwóch dniach prof. Wiesława Cudały zostało powszechnie uznane za potężny skandal. Urszula Demkow miała się nie konsultować w tej sprawie z minister Leszczyną. Ale dlaczego Demkow straciła też nadzór nad uczelniami medycznymi i wszystkimi instytucjami, które od niedawna nadzorowała? Czy powodem jest ogólna utrata zaufania, czy też radykalne stanowisko wiceminister w sprawie kształcenia lekarzy i przyszłości kierunków lekarskich otwartych w ostatnich dwóch latach?

NIE DLA „ZAPŁAĆ ZA DYPLOM”

Wnioskami z analiz sytuacji na nowych kierunkach lekarskich dzielił się również z posłami Sebastian Goncerz, przewodniczący Porozumienia Rezydentów OZZL, które aktywnie monitorowało warunki, w jakich studiują lub mają studiować przyszli lekarze. Przedstawił „pięć uniwersalnych prawd” na temat kierunków uruchomionych w ostatnim czasie w niemedycznych uczelniach.

– Po pierwsze niska jakość kształcenia związana jest z gorszym przygotowaniem do zawodu, a w konsekwencji z większym ryzykiem błędów i zdarzeń niepożądanych. Po drugie nieakceptowalne jest stosowanie półśrodków w nauczaniu. Metody stosowane na nowych kierunkach – to jest nauka na plastikowych modelach, stołach wirtualnych, narządach zwierzęcych – mogą być co najwyżej dodatkiem, a nie stanowić podstawę nauczania praktycznego. Po trzecie praktyczne zajęcia kliniczne powinny się odbywać z pacjentem, w grupach maksymalnie sześciuosobowych. Nie ma zgody na zajęcia kliniczne w składach piętnastuosobowych lub w formie symulowanej. Po czwarte uczelnia, która zamierza stworzyć kierunek lekarski, powinna móc wykazać możliwości kadrowe i infrastrukturalne do przeprowadzenia całego toku kształcenia. Po piąte akademicki biznes o profilu „zapłać za dyplom” jest nieakceptowalny. Nieakceptowalne są też kryteria wymagające zaledwie zdania matury podstawowej i z jednym rozszerzeniem, bez definiowania minimalnego programu – wyliczał.

Przewodniczący PR OZZL ocenił, że „w zakresie jakości kształcenia studentów medycyny państwo zaawiodło i pozwoliło na skrajną degradację, a przecież jego obowiązkiem jest zaferowanie odpowiedniej jakości kształcenia”. Wydaje się jednak, że państwo nie tylko pozwoliło, ale wręcz tę degradację zaplanowało – i wprowadziło w życie.

Można się zastanawiać, jaki w rzeczywistości decydenci mieli cel. Były minister nauki Przemysław Czarnek, komentując wypowiedź prof. Ponikwskiego, radził, by rektor pojechał na wieś, gdzie chora babcia nie ma dostępu do lekarza. Domyślnie miałyby, gdyby nadal można było zwiększać liczbę miejsc na studiach lekarskich, ergo – ci, którzy są przeciwni, narażają zdrowie i życie przynajmniej części pacjentów. Jednak to skrajnie populistyczne podejście. Jak mówiła podczas posiedzenia wiceminister Demkow, nie ma analiz, na podstawie których podjęto decyzje o takiej a nie innej liczbie miejsc na studiach lekarskich.

– Musimy sobie odpowiedzieć, ilu lekarzy chcemy wykształcić – podkreślała, przypominając, że wskaźnik liczby lekarzy w Polsce (3,6) jest praktycznie na poziomie średniej unijnej (3,7), w dodatku są kraje, które ten wskaźnik mają wyraźnie niższy, a ich systemy opieki zdrowotnej działają bardzo sprawnie. Demkow wskazała

na problemy kadrowe: wysoką średnią wieku lekarzy, dużą lukę pokoleniową (najmniej mamy lekarzy w średnim wieku, wykształconych w latach 90., gdy ograniczono bardzo znacząco liczbę miejsc na studiach lekarskich, w dodatku duża część lekarzy odeszła m.in. do przemysłu farmaceutycznego i medycznego) czy nadmierną koncentrację w wielkich miastach. Jednak i tu odpowiedzią nie jest „produkcja” większej liczby gorzej wykształconych medyków, ale budowa takiego systemu, który będzie zabezpieczał potrzeby zdrowotne niezależnie od kodu pocztowego i motywował lekarzy do podejmowania pracy również w mniejszych miejscowościach.

Stanowisko wiceminister Demkow jest spójne z działaniami Naczelnej Izby Lekarskiej. Samorząd zamierza przygotować i przedstawić Ministerstwu Zdrowia szczegółowy raport na temat między innymi zapotrzebowania na kadry medyczne do roku 2050. Jak mówił na lutowym spotkaniu z dziennikarzami prezes NRL Łukasz Jankowski to jest właściwa perspektywa czasowa, z uwzględnieniem której powinny być podejmowane decyzje dotyczące m.in. liczby przyszłych lekarzy, których chcemy i potrzebujemy wykształcić. ●

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

Patronat Gazety Lekarskiej

WARSZAWA

12. Algorytmy w Pediatrii

Już po raz dwunasty mamy zaszczyt razem z KLINIKĄ PEDIATRYCZNĄ zaprosić Państwa na konferencję Algorytmy w Pediatrii, która odbędzie się w dniach 19-20 kwietnia 2024 r. w Centrum Konferencyjnym WEST GATE w Warszawie.

Tematy wiodące szkolenia zostały starannie zebrane tak, by zaspokoić potrzeby zarówno lekarzy pediatrów, lekarzy rodzinnych, jak i rezydentów i specjalizantów. Wykładowcami naszych konferencji stają się poprzedni uczestnicy, którzy zdobytą wiedzę wykorzystują w codziennej praktyce. W tym roku będą to tematy z zakresu diabetologii i żywienia, neonatologii, psychiatrii, dermatologii, diagnostyki laboratoryjnej

i stomatologii. Na uwagę zasługuje również panel dotyczący nowości w szczepieniach ochronnych.

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

W ramach uczestnictwa zawiera się również pełne wyżywienie podczas szkolenia, certyfikat uczestnictwa z punktami edukacyjnymi Okręgowej Izby Lekarskiej oraz 3-miesięczny dostęp do wykładów, nagranych w formie wideo. Elementem łączącym naukę z rozrywką są merytoryczne quizy z niespodziankami po każdej sesji oraz wieczorne spotkanie integracyjne ze spektaklem teatralnym. Szczegóły są dostępne na stronie internetowej www.klinika.com.pl

Zapraszamy! ●

KLINIKA
PEDIATRYCZNA

12. Algorytmy
w Pediatrii

KLINIKI PEDIATRYCZNEJ

19-20.04.2024



AKTUALNOŚCI

Edukacja: musimy się godzić na kompromisy

KAROLINA KOWALSKA

Na uczelniach z tradycjami już od pierwszego roku studiów studenci medycyny mogą zaczynać „karierę naukową”. Na nowo powstających bez akredytacji PKA wielu zostanie tego pozbawionych, bo ich uczelnie nie mają zaplecza naukowo-badawczego – mówi prof. Urszula Demkow, wiceminister zdrowia.

Wiceminister nauki prof. Marek Gzik zapowiedział, że uczelnie medyczne, które działają mimo braku pozytywnej opinii Polskiej Komisji Akredytacyjnej (PKA), stracą prawo do kształcenia lekarzy. Co z uczelniami z tradycjami, które mają odpowiednie zaplecze techniczne, ale brakuje im kadry z tytułem profesorskim?

Każda z tych uczelni będzie miała szansę reakredytacji, jeśli spełni kryteria jakościowe PKA. Jeśli nie zdoła ich spełnić, trzeba będzie się zastanowić nad innymi rozwiązaniami. Jedną z możliwości jest przeprofilowanie uczelni i pozostawienie możliwości kształcenia na innym kierunku medycznym – na przykład asystenta lekarza. To pozwoliłoby zagospodarować zasoby, które zainwestowano w powołanie uczelni medycznej i wyposażenie pracowni oraz zakładów.

A co ze studentami? Po rozwiązaniu kierunku lekarskiego dostaną propozycję zmiany przyszłego zawodu? Zostaną asystentami lekarza?

Wszystkim studentom, którzy już dostali się na kierunek lekarski, trzeba zapewnić możliwość kontynuowania studiów na innych uczelniach. Przewodniczący Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych (KRAUM) prof. Marcin Gruchała zapewnił, że uczelnie zrzeszone w KRAUM są gotowe ich przyjąć. Na nowych uczelniach nie ma tak wielu studentów i jeśli rozdzielić ich

choćby na akademickie uczelnie medyczne, na każdą przypadnie kilkadziesiąt osób. Zresztą, po pierwszym roku część studentów się wykrusza – jedni nie są w stanie przebrnąć przez tak trudne studia, inni uznają, że to nie jest ścieżka dla nich. Na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym (WUM) na roku jest 500 studentów i gdyby doszło kolejnych 50, to do każdej grupy dołączyłaby jedna osoba.

Czy tacy studenci musieliby powtarzać rok, czy trafiliby na kolejny?

Jeśli zaliczyli któryś rok studiów, to myślę, że na kolejny. To szczególność, których jeszcze nie ustali-

Uczelnie powinny się podzielić na uniwersyteckie i szkoły zawodowe. Te drugie mają przygotowywać fachowców na potrzeby rynku pracy

liśmy, a myślę, że w tej sprawie miałyby coś do powiedzenia także KRAUM. Jeżeli tacy studenci wypełnią sylabus i spełnią odpowiednie standardy nauczania, nie ma powodów, by cofać ich niżej. Ważne, jakie zaliczyli przedmioty i czy zdali odpowiednie egzaminy. Zapewne jednak każdy

przypadek należałoby rozpatrywać indywidualnie.

Jeżeli na uczelni bez akredytacji PKA studiowali w trybie dziennym, wracaliby na studia dzienne?

Jeśli na poprzedniej uczelni nie płacili za studia, to nie widzę powodu, by teraz mieli przejść na studia wieczorowe na uczelniach KRAUM-owskich czy innych. Bo choć jeszcze nie mamy wypracowanego rozwiązania, pewne jest, że studenci nie muszą trafić tylko do kilkunastu uczelni KRAUM-owskich, ale również do pozostałych, które zdobyły akredytację PKA, wykazując, że ich baza dydaktyczna i program są adekwatne. Moim zdaniem z praktycznego punktu widzenia podstawowym kryterium powinna być odległość od uczelni, na której student studiował do tej pory. Oczywiście, może to stanowić problemem w przypadku osób, które studiowały w mniejszym mieście, a nagle okazałoby się, że muszą jechać na przykład do Warszawy, wynająć tam mieszkanie i ponieść koszty życia. Dlatego każde rozwiązanie powinno być jak najbardziej dogodne dla studenta.

Kiedy studenci „szkół zawodowych” zostaną przeniesieni na inne uczelnie?

Dobrze, by stało się to przed rozpoczęciem nowego roku akademickiego. Zależy to jednak od bardzo wielu czynników, również tempa prac legislacyjnych.

Od lat w pewnych kręgach się mówi się, że gdyby uczelnie KRAUM-owskie zrezygnowały z English Division, byłoby więcej miejsc dla polskich studentów. Może w obecnej sytuacji to dobry pomysł?

Studenci English Division to dla uczelni nie tylko dodatkowe pieniądze, ale także prestiż i pewnego rodzaju otwarcie się na świat. Byłabym ostrożna w kompletnej likwidacji English Division, bo dzięki niej na świecie poznają naszą jakość kształcenia. To promocja naszego kraju. Być może można by ją jednak nieco ograniczyć. Jedną grupą English Division mniej to jedna więcej grupa polska. Jesteśmy otwarci na rozmowy na ten temat. Myślę, że wszyscy powinni usiąść do stołu i porozmawiać o sposobach rozwiązania problemu małej liczby lekarzy i szkół, które nie spełniają oczekiwań.

Przeszła Pani wszystkie szczeble kariery na uczelni KRAUM-owskiej, jest jej profesorem. Co Panią najbardziej przeraża w opowieściach o warunkach kształcenia na nowo powstających uczelniach bez akredytacji PKA?

Mnie najbardziej szkoda akademickości. Tego, że studenci na takich uczelniach, w szpitalach powiatowych czy ewentualne wojewódzkich, są pozbawieni dostępu do nauki, najnowszych osiągnięć medycyny i typowo naukowych laboratoriów. Na uczelniach z tradycjami już od pierwszego roku studiów mogą zaczynać „kariery naukową”. Mogą od razu zapisać się do koła zainteresowań, publikować i mieć do czynienia z czystą nauką. Wbrew pozorom bardzo wielu studentów właśnie to przyciąga na studia. Sama jako studentka chciałam rozwijać się naukowo, co w moim przypadku się spełniło. Niestety teraz wielu zdolnych, pełnych pasji młodych ludzi zostanie tego pozbawionych, bo ich uczelnie są nowe i nie mają zaplecza naukowo-badawczego. Bardzo mi ich żal, ale rozumiem też, że musimy godzić się na kompromisy, bo uczelnie KRAUM-owskie są przepełnione, a jest duża presja, byśmy kształcili więcej lekarzy.

Na czym ma polegać ten kompromis?

Na tym, by jakość kształcenia na uczelniach nieakademickich była jak



foto: Biuro prasowe MZ

najwyższa i nie spadła poniżej ustalonego poziomu. Pamiętajmy, że lekarz nie jest rzemieślnikiem, ale wiodącym pracownikiem, osobą stojącą na czele systemu ochrony zdrowia. Musi mieć szersze horyzonty niż po typowej szkole zawodowej.

Jednak nie każdy lekarz jest naukowcem.

To prawda, ale ważne, żeby świąty klinicyści i naukowcy się splatały. Odkrycia naukowców bardzo szybko przechodzą dziś bowiem do praktyki klinicznej.

Czy nowe szkoły stać na laboratoria z prawdziwego zdarzenia?

Na takie, jakie ma np. WUM, na pewno nie stać. Również dlatego że proces budowy takiego zaplecza jest rozciągany na wiele lat. Może kiedyś w nowych szkołach pojawi się zarządzający z wizją, kto będzie rozwijał ich potencjał naukowy. Ale nie stanie się to szybko, bo stworzenie bardzo dobrego laboratorium genetycznego, w którym będzie się rzeczywiście badało pacjentów i poszukiwało defektu w genomie, a następnie wystawiało wyniki, to ogromny problem nie tylko sprzętowy, ale

także kadrowy, bo potrzebni są genetycy i bioinformatycy, którzy potrafią te dane zanalizować. Nie wiem też, czy każda szkoła wyższa potrzebuje tak zaawansowanego zaplecza, bo dziś raczej idzie się w kierunku konsolidacji, tego, by na dany obszar przypadało jedno wyspecjalizowane laboratorium.

Czy niezbędne jest, by przyszedł lekarz zobaczył medycynę laboratoryjną na najwyższym poziomie?

Pewnie nie, ale to bardzo poszerza horyzonty i daje możliwość wyboru. Jak ktoś chce zostać chirurgiem, laboratorium nie jest mu pewnie koniecznie potrzebne. Część studentów chce jednak zostać genetykami klinicznymi, a bez kontaktu z laboratorium z prawdziwego zdarzenia taki student nie będzie miał podstaw do rozpoczęcia tej specjalizacji. Czasami studenci już w trakcie studiów wiedzą, czego chcą, i rozwijają się w tym kierunku. Młody lekarz ma już pewne podstawy i podczas szkolenia specjalizacyjnego nie musi uczyć się od zera, bo już w czasie studiów zintensyfikował pracę nad dziedziną, która go interesuje. Poza tym część najzdolniejszych ludzi pójdzie ścieżką naukową, a na uczelniach zawodowych z definicji takiej ścieżki nie ma. Uczelnie zawodowe przygotowują fachowców na rynek pracy. Są poza systemem odpowiedniego finansowania nauki. Obecnie toczy się dyskusja, czy dotacje naukowe powinny mieć wszystkie uczelnie, czy większe dotacje powinny mieć uczelnie uniwersyteckie.

Jak rozwiązać ten problem?

Moim zdaniem uczelnie powinny się podzielić na uczelnie uniwersyteckie i szkoły zawodowe. Te drugie nie mają być gorsze, ale realizować inny cel – przygotowywać fachowców na bieżące potrzeby rynku pracy. Jeżeli tak rozumiemy kształcenie lekarza, to wykształcimy fachowców zabezpieczających bieżące potrzeby rynku pracy. Pewne ścieżki będą jednak dla tych młodych ludzi utrudnione, bo jeśli zechcą kontynuować karierę naukową, będą musieli się gdzieś przenieść,

a zawsze łatwiej jest planować ją na uczelni macierzystej.

Wielu „szkołom zawodowym” brakuje nie tylko laboratoriów z prawdziwego zdarzenia, ale także dostępu do zajęć w prosektorium. Czy można wykształcić lekarza, oferując zajęcia przy stole imitującym sekcyjny, na którym poszczególne warstwy ciała wyświetlają się na ekranie?

Moim zdaniem nie. Oczywiście tego typu symulatory czy interaktywne prezentacje mogą pomóc, ale to nie samo co praca z preparatami różnych narządów. Kiedy ja się kształciłam, nie było możliwości interaktywnego uczenia się anatomii. Dzięki kontaktowi z preparatami mogliśmy sobie wyobrazić, jak ciało ludzkie wygląda w środku. Pamiętam wyjmowanie serca ze słoika z formaliną, oglądanie go z każdej strony, co pozwalało zrozumieć, jak bije serce, zobaczyć, z których jam wychodzą naczynia. Myślę, że trudno nauczyć się anatomii bez kontaktu z narządami pochodzącymi od zmarłych. Kluczowym egzaminem po pierwszym roku były tzw. szpilki. Na egzaminie praktycznym dostawaliśmy preparaty, w które wbita była szpilka. Mieliśmy rozpoznać, czy została wbita w mięsień, naczynie czy nerw, i napisać jego nazwę. Co minutę była zmiana i szło się do następnej szpilki. To był bardzo trudny egzamin, chrzest bojowy dla każdego lekarza, ale bez niego nie wyobrażam sobie dalszej nauki. Tak jak nie wyobrażam sobie, że symulator może zastąpić taką naukę anatomii.

Wspomniała Pani, że jednym z pomysłów rozwiązania problemu „medycznych szkół zawodowych” jest przekształcenie tamtejszych kierunków lekarskich w kierunek „asystent lekarza”. Tyle że część środowiska mocno opiera się przeciwko takiemu zawodowi. Co sądzi o nim Pani?

Myślę, że to zawód przyszłości. Trzeba pomyśleć o przesunięciu pewnych kompetencji z zawodu lekarza na asystenta. Już dziś kształcimy asystentów chirurga. Nie wiem, kiedy na rynku pracy pojawią się pierwsi absolwenci tego kierunku, ale na pewno trzeba im będzie znaleźć miejsce w systemie, w którym lekarz jest najważniejszym i najdroższym pracownikiem. Jego kompetencje powinny być zachowane tam, gdzie nikt go nie może zastąpić. Natomiast ciężar pewnych czynności

biurokratycznych czy drobnych czynności medycznych może zdjąć z niego sekretarka medyczna czy asystent lekarza. To pozwoliłoby zyskać więcej czasu dla pacjenta. Młodzi lekarze na kontakt z pacjentem mają obecnie pięć minut, a potem pół godziny spędzają na pracy przy komputerze – wypełniają setki rubryk i druków. Trzeba odwrócić tę proporcję.

Czy Pani jako lekarz chorób wewnętrznych, alergolog i immunolog też potrzebuje takiego asystenta?

Zdecydowanie tak, bo obowiązki biurokratyczne mogłyby zostać przejęte przez kolejną osobę w systemie. Kolejną część obowiązków może przejąć pielęgniarka, a część kompetencji

Otwieranie szkół w mniejszych miejscowościach ma sens, dlatego że ich absolwenci prawdopodobnie tam zostaną

pielęgniarki – opiekun medyczny. Przesunięcie kompetencji nieco w dół może dać wszystkim medykom więcej czasu.

W jaki sposób Ministerstwo Zdrowia chce umożliwić pracę asystentom? Dziś niewiele szpitali czy przychodni przewiduje taki etat.

Zgadza się, natomiast przy braku lekarzy takie pracownik mógłby być cenny, uzupełnić ich niedobór. Dlatego myślę, że szybko znajdzie się miejsce dla tych osób w systemie. Asystent jest tańszy od lekarza i dyrektorzy placówek powinni docenić rozwiązanie, w którym część obowiązków lekarza przejąłby ktoś, komu nie trzeba płacić tak wysokiego wynagrodzenia.

Czy lekarzowi będzie łatwo kogoś takiego zaakceptować?

Myślę, że tak. Zamiast pisać, mógłby nagrywać pewne polecenia na dyktafon, nawet przy pacjencie, i przekazywać nagranie swojemu

asystentowi, który dalej podejmowałby swoje czynności.

W dyskursie publicznym ścierają się dwa poglądy: że zwiększanie liczby studentów kierunków lekarskich jest niepotrzebne, bo mamy wystarczającą liczbę lekarzy, i ten, że wciąż jest ich za mało. Który jest prawdziwy?

To dobre pytanie, bo generalnie przez wiele lat mieliśmy do czynienia z nieprawdziwymi statystykami. Izby lekarskie nie miały wiarygodnych danych o tym, ilu lekarzy w Polsce praktykuje, bo nie wszyscy lekarze byli dla nich wykrywalni. Dopiero gdy poprzez Główny Urząd Statystyczny można było sprawdzić, ilu lekarzy odprowadza składki zdrowotne, okazało się, ilu faktycznie pracuje. Jest ich zdecydowanie więcej, niż wskazywały na to dane izb. Dziś mamy mniej więcej 3,6 lekarza na 100 tys. mieszkańców, co plasuje nas w okolicach średniej unijnej wynoszącej 3,7 lekarza na 100 tys. mieszkańców. Są kraje, w których lekarzy jest zdecydowanie mniej niż u nas, i takie, gdzie jest ich więcej. Co ciekawe, ocena systemu nie zależy od liczby lekarzy, ale od bardzo wielu innych czynników. W Grecji jest 6 lekarzy na 100 tys. mieszkańców, czyli prawie dwa razy więcej niż u nas, a system działa fatalnie. A w Izraelu jest ich mniej niż u nas, ale system jest całkiem sprawny. U nas problemem jest nierównomierne rozmieszczenie lekarzy. 70 proc. z nich praktykuje w kilku dużych miastach, skupiając się wokół dużych ośrodków akademickich. Pod tym względem otwieranie szkół w mniejszych miejscowościach ma sens, dlatego że ich absolwenci prawdopodobnie tam zostaną. Jak ktoś się kształci w Płocku, to pewnie osiadzie tam po studiach. To plus szkół rozproszonych w mniejszych ośrodkach, szczególnie daleko od dużych miast. To nierównomierne rozmieszczenie lekarzy powoduje, że w Warszawie lekarz zadeptuje innego lekarza, a w Bieszczadach lekarzy brakuje. ●

Pełna wersja na www.gazetalekarska.pl

PRAWO I MEDYCINA

Zaufanie przede wszystkim

Dbać o godność zawodu to znaczy wystrzegać się tego, co może wpłynąć na negatywne postrzeganie społeczne stanu lekarskiego.

Czy lekarz może być skazany przez sąd lekarski za czyny, które nie są ściśle związane z wykonywaniem zawodu? Poniżej opisy trzech spraw wybranych spośród wielu innych, dotyczących naruszenia godności zawodu.

Pierwsza: wymuszenie pierwszeństwa na jadącym samochodem lekarzu skutkowało tym, że włączył światła długie i jechał tak za samochodem, który to pierwszeństwo wymusił, aż do momentu gdy kierowca się zatrzymał i zaczął wykrzykiwać niecenzuralne słowa. Lekarz wysiadł z samochodu i za pomocą pałki teleskopowej uszkodził samochód poszkodowanego. Sąd powszechny skazał go na karę grzywny, natomiast sąd lekarski uznał go za winnym naruszenia godności zawodu, a jego zachowanie za oczywiście bezprawne, karygodne i niedopuszczalne na gruncie etycznym. Jednak jako jedyny z obwinionych przyznał się do winy, wyraził żal i skruchę, przeprosił poszkodowanych, tłumacząc swoją agresję niepotrzebnymi emocjami, co skutkowało tym, że sąd odwoławczy uznał dotychczas wymierzone kary za wystarczające i umorzył postępowanie.

Druga sprawa: lekarz, który był niezadowolony z nierzetelnego – jego zdaniem – wykonania przez rzemieślnika altanki ogrodowej, zwabił go podstępem w ustronne miejsce, a następnie wspólnie z innymi osobami, w tym także z bratem lekarzem, przewrócił na ziemię i, kopiąc, używając miotacza gazu i grożąc siekierą i maczetą, odebrał mu 2,5 tys. zł i portfel z dokumentami. Do tego zmusił go do podpisania in blanco dokumentów. Sąd powszechny skazał go na karę pozbawienia wolności, zamienioną potem na dozór elektroniczny, a sąd lekarski uznał, że czyn obwinionego, jakkolwiek nie był związany z wykonywaniem zawodu lekarza, w sposób rażąco godzi w wartości, które Kodeks Etyki Lekarskiej chroni i nakazuje stosować. Trudno uznać, że jest godne zachowanie lekarza, które polega na

JACEK MIARKA
PRZEWODNICZĄCY
NACZELNEGO SĄDU LEKARSKIEGO



planowaniu napaści, pobiciu i kradzieży. Dlatego kara zawieszenia prawa wykonywania zawodu na dwa lata jest w pełni uzasadniona.

Kolejna sprawa: lekarz będący pod wpływem alkoholu w pokoju hotelowym udusił swoją żonę learkę biorącą udział w sympozjum naukowym, a następnie usiłował zatrzeć ślady, pozorując wypadek, aby uniknąć kary. Sąd powszechny skazał go na 15 lat więzienia, natomiast sąd lekarski odebrał mu prawo wykonywania zawodu. W tej sprawie mamy do czynienia z najcięższym przewinieniem etycznym, które w sposób niebudzący wątpliwości, wręcz oburzający, prowadzi do podważenia zaufania do zawodu.

Te trzy sprawy, wybrane spośród wielu innych, różnią się bardzo. Wspólnym mianownikiem było to, że wszystkie zostały nagłośnione w mediach, które podkreślały, że sprawcami byli lekarze, a ich wina nie budziła żadnych wątpliwości. Społeczeństwo stawia lekarzowi pełniącemu szczególny zawód zaufania publicznego większe wymagania niż innym członkom społeczeństwa. Dbać o godność zawodu to znaczy wystrzegać się tego, co może wpłynąć na negatywne postrzeganie społeczne stanu lekarskiego, co podważa zaufanie i szacunek dla lekarzy zarówno podczas wykonywania zawodu, jak i w zakresie zachowań z życia prywatnego.

Współpracując z Komisją Etyki Naczelnej Izby Lekarskiej przy nowelizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej, przekonałem się, że w opinii części naszych kolegów potraktowanie naruszenia godności zawodu lekarza szeroko, z oceną zachowań w przestrzeni prywatnej niezwiązanej ściśle z wykonywaniem zawodu, jest nieuprawnione. Chciałbym zwrócić ich uwagę, że podstawy odpowiedzialności zawodowej ujęte w art. 53 ustawy o izbach lekarskich wskazują, że już samo naruszenie etyki lekarskiej, bez związku z wykonywaniem zawodu lekarza, może stanowić przesłankę „konstrukcyjną” przewinienia zawodowego. Ale nie każde przestępstwo popełnione przez lekarza bez związku z wykonywanym zawodem musi zostać potraktowane przez sąd lekarski jak przewinienie zawodowe.

Nie wyobrażam sobie ukarania lekarza przez sąd lekarski np. za spowodowanie wypadku drogowego na skutek nieumyślnego naruszenia zasad bezpieczeństwa w ruchu. Czyn pozostaje przestępstwem, ale nie jest przewinieniem zawodowym. I wreszcie chciałbym przywołać art. 76 KEL: „W przypadkach nieprzewidzianych w KEL należy kierować się zasadami wyrażonymi w uchwałach władz samorządu lekarskiego, w orzecznictwie sądów lekarskich oraz dobrymi obyczajami przyjętymi przez środowisko lekarskie”.

PRAWO I MEDYCYNĄ

Czy na pokładzie samolotu jest medyk?

WOJCIECH PIETRZYK

Kiedy w trakcie komercyjnego lotu pada tytułowe pytanie, każdy lekarz musi sam zdecydować, czy jego umiejętności są wystarczające, by udzielić pomocy innemu pasażerowi. Warto przy tym mieć na uwadze, że pomoc ta może być cenniejsza niż osoby bez wykształcenia medycznego.

W czasie podróży lotniczej możemy usłyszeć komunikat: *If there is a medical professional on board the aircraft, would you please contact a member of the cabin crew?*

Pojawia się wtedy naturalna sekwencja pytań: Czy powinniśmy zareagować? Czy nasze umiejętności wystarczą? Dostępny sprzęt, leki? Odpowiedź na pierwsze pytanie z etycznego punktu widzenia to oczywiście „TAK”, ale ma ona również aspekt medycznoprawny.

NIE MA JEDNEJ REGULY

Udzielanie pomocy przez pasażera-profesjonalnego pracownika medycznego (lekarza, pielęgniarkę, paramedyka) skutkuje nawiązaniem zależności medycznoprawnej z pacjentem-pasażerem. Ewentualna odpowiedzialność cywilnoprawna zależy głównie od kraju rejestracji linii lotniczych, gdyż na pokładzie samolotu obowiązują regulacje narodowe i międzynarodowe, ratyfikowane przez dany kraj. Również narodowości pacjenta i lekarza oraz miejsce startu i lądowania mogą mieć znaczenie.

Najbardziej jednoznaczna sytuacja dotyczy przewoźników amerykańskich – od 1998 r. obowiązuje Aviation Medical Assistance Act, który prawnie chroni personel medyczny w takiej sytuacji. Ponadto prawodawstwo USA, Kanady (wyjątek Quebec) i Wielkiej Brytanii nie nakłada na lekarza obowiązku świadczenia usług ratownictwa medycznego podczas komercyjnego lotu. Prawny obowiązek udzielenia takiej pomocy istnieje natomiast w Australii i wielu krajach europejskich, w tym w Polsce.

Dodatkowo niektórzy przewoźnicy, jak Lufthansa, Swiss, Japan, czy Austrian Airlines, poprzez programy „lekarz na pokładzie” dysponują listami aprobowanych wcześniej ochotników lekarzy-pasażerów, zapewniając im szkolenia i ochronę prawną w przypadku konieczności udzielania pomocy w trakcie lotu. Istnieje generalna zasada, że ochotnik medyczny, który może udzielić

W samolotach przewożących więcej niż 100 pasażerów, szczególnie podczas lotów dłuższych niż 8 h, powinny się znajdować trzy rodzaje zestawów medycznych

pomocy, nie powinien się znajdować pod wpływem alkoholu, środków nasennych być bardzo zmęczony lub w inny sposób osłabiony.

Jeśli linia lotnicza prosi o pomoc medyczną na pokładzie – zazwyczaj ponosi odpowiedzialność związaną z tą prośbą. Zawsze należy przedstawić się pacjentowi i personelowi pokładowemu, a jeśli potrzeba, poprosić o tłumacza. Pomocna może być nasza wizytówka – dane osobowe potrzebne do późniejszych protokołów. Warto poprosić o informacje dotyczącą odpowiedzialności cywilnoprawnej wyższą rangą stewardesę/stewarda (Purser/Cabin Service Director).

SPRZĘT: TRZY RÓŻNE ZESTAWY

Ważna jest wiedza o sprzęcie medycznym i lekach dostępnych na

pokładzie. Tu również istnieją duże różnice, zależne od linii lotniczych i dystansu lotu. Zasadniczo w samolotach przewożących więcej niż 100 pasażerów, szczególnie w lotach trwających dłużej niż 8 h, powinny się znajdować trzy rodzaje zestawów medycznych. Podstawowy to tzw. zestaw pierwszej pomocy (First Aid Kit), zawierający zazwyczaj środki opatrunkowe, sfigmomanometr, stetoskop, termometr oraz doustne leki typu OTC (słabe analgetyki, przeciwwymiotne, obkurczające miejscowo błony śluzowe, przeciwbiegunkowe, antyhistaminowe czy antacida). Drugi zestaw, którego użycie wiąże się już z uruchomieniem procedur, w tym powiadomieniem kapitana i służb naziemnych – to zestaw ratownictwa medycznego (Emergency Medical Kit). Zawiera najistotniejszy sprzęt oraz leki stosowane w kwalifikowanej pomocy przedszpitalnej, włączając AED i źródło tlenu. Trzeci to tzw. uniwersalny zestaw ochronny (Universal Precaution Kit), stosowany w przypadku zagrożenia biologicznego (COVID, norowirus, ebola).

PRZYDA SIĘ WSPARCIE

Pamiętajmy również o zasobach osobistych leków wśród współpasażerów. W przypadku długodystansowych lotów największych linii lotniczych możemy się spodziewać na pokładzie zestawów monitorujących (EKG -12, pulsoksymetria, kapnografia, NIBP) z opcją bezpośredniej telemetrii do lądowych

centrów wsparcia medycznego. Systemy naziemnego wsparcia medycznego (Med-Aire MedLink, Stat-MD) są obecnie powszechnie używane przez linie lotnicze. Jest to bezpośrednie satelitarne połączenie z lekarzami medycyny ratunkowej (Emergency Dept. w Banner University Medical Center w Phoenix, AZ, lub University of Pittsburgh Medical Center, PA, USA). Lekarz doradca Assistance Center dysponuje wiedzą dotyczącą możliwości oraz granic terapii na pokładzie (sprzęt/leki) oraz tego, czy ewentualna zmiana kursu samolotu i awaryjne lądowanie powinny być brane pod uwagę. Ostateczną decyzję podejmuje zawsze kapitan statku powietrznego w oparciu o opinię personelu medycznego opiekującego się chorym na pokładzie. Są to krytyczne i kosztowne decyzje z punktu widzenia linii lotniczych. Dlatego wsparcie naziemnych doradców – w nie zawsze jednoznacznych sytuacjach klinicznych, kiedy z powodu hałasu czasem trudno osłuchać pacjenta czy zmierzyć ciśnienie tętnicze – jest bardzo istotne.

Odpowiedź na pytanie, czy nasze umiejętności są wystarczające, jest zawsze bardzo indywidualna. Aerospace Medical Association i American College of Emergency Physicians wspierają i rekomendują udział ochotników w udzielaniu pomocy medycznej w trakcie przelotu. Jest wysoce prawdopodobne, że wśród 250-300 pasażerów samolotów Boeing 777 czy Airbus 330 są jeszcze inni przedstawiciele zawodów medycznych, którzy mogą nam pomóc lub sami oczekują profesjonalnego wsparcia. Dodatkowo możemy liczyć na asystę – przynajmniej jedna osoba z załogi samolotu według zaleceń IATA ma certyfikację BLS-AED. Z pewnością biegłość w języku angielskim oraz znajomość aktualnych standardów ACLS/PALS/ITLS będą bardzo pomocne w satelitarnym (hałas/jakość połączenia) kontakcie/koordynacji działań medycznych z naziemnym Assistance Center.

ZYSKAĆ NA CZASIE

Szczegółowy opis patofizjologii i postępowania w stanach nagłych w trakcie lotu na dużej wysokości przekracza objętość tej publikacji. Jednak w uproszczeniu można to przybliżyć czytelnikowi, opierając się na prawie Boyle'a, według którego wraz ze spadkiem ciśnienia rośnie objętość gazu ($P=1/V$). W kabinie samolotu pasażerskiego lecącego na pułapie 9000-12 000 m n.p.m. utrzymywane jest ciśnienie odpowiadające ciśnieniu atmosferycznemu panującemu w górach na wysokości 1800-2500 m n.p.m.



foto: Flight Doctor

„Rozrzedzające” się powietrze to niższe FiO_2 , paO_2 i niższa $SatO_2$ (ok. 93 proc.), co może mieć znaczenie w przypadku istniejącej wcześniej patologii krążeniowo-oddechowej (hypoxic hypoxia). Inny efekt kliniczny to wzrost objętości gazów w zamkniętych przestrzeniach ludzkiego ciała (barotrauma), szczególnie jeśli następuje to w krótkim okresie czasu (wznośzenie i zniżanie). Dotyczy to zarówno często doświadczanego ciśnienia/bólu w uchu, jak i potencjalnie groźnego dopełnienia odmy płucnej czy stanów niedrożności jelit we wczesnych okresach pooperacyjnych. Dodatkowymi negatywnymi czynnikami pogarszającymi sytuację kliniczną w trakcie lotów dalekiego zasięgu, które zawsze należy brać pod uwagę, są odwodnienie, stres/niepokój, unieruchomienie/wymuszona pozycja ciała, hałas i wibracje. Warto zapamiętać, że poprzez proste czynności, jak uspokojenie chorego, tlenoterapię czy ułożenie w pozycji horyzontalnej, kupujemy bezcenny czas pacjentowi (bliżej do lądowania) i sobie (co dalej?).

Konstrukcja samolotu Boeing Dreamliner czy Airbus A350 pozwala na uzyskiwane wyższych ciśnieniach w kabinach – poziom 1700-1800 m n.p.m. W samolotach sanitarnych o wzmocnionej konstrukcji kadłuba i przy przelocie na niższym pułapie (ok. 7000 m n.p.m.) można uzyskać wewnętrzne ciśnienia tzw. poziomu

morza (sea level flight), co pozwala na transport bardzo obciążonych pacjentów.

CENNA POMOC

Według statystyk personel pokładowy linii lotniczych daje sobie radę w ok. 70 proc. wszystkich raportowanych nagłych zdarzeń medycznych. Dla nas, profesjonalistów, pozostaje te 30 proc. cięższego kalibru. Lot współczesnym samolotem pasażerskim to jedno z najbardziej zaawansowanych technologicznie i logistycznie osiągnięć naszej cywilizacji. Mimo to podczas udzielania pomocy warto kierować się zasadą medycyny ekspedycyjnej (Expedition and Wilderness Medicine): Nie działaj powyżej swojego poziomu kompetencji, ale pamiętaj, że twoja pomoc jest cenna i lepsza niż przypadkowej osoby bez wykształcenia medycznego. ●

DR N. MED. WOJCIECH PIETRZYK

Specjalista anestezjologii i intensywnej terapii oraz specjalista medycyny ratunkowej, lekarz okrętowy. W latach 2018-2023 pracował m.in. jako flight doctor w zespole medycznego transportu lotniczego w regionie Australazji i Pacyfiku.

PRAWO I MEDYCyna

Nie każda opinia wiąże

Komisja, na której wezwanie lekarz ma obowiązek się stawić, opiniuje o jego wiedzy. A jeśli dalej są wątpliwości, okręgowa rada może dopytać członków komisji i samego lekarza.

Lekarz, w stosunku do którego ze względu na uzasadnione podejrzenie niedostatecznego przygotowania zawodowego okręgowa rada lekarska wszczęła postępowanie i powołała komisję w celu wydania opinii o tym przygotowaniu, nie zgadzając się z decyzją samorządu, już na tym wstępnym etapie postępowania składa odwołanie od wydanej uchwały samodzielnie lub za pośrednictwem pełnomocnika.

Odwołanie do organu II instancji nie będzie skuteczne, o ile uzasadnienie uchwały będzie spełniało warunki, o których wspomniałem w poprzednim wydaniu GL. Sądy administracyjne stoją na stanowisku, iż stwierdzenie wiarygodności doniesienia o nieprzygotowaniu zawodowym ustawodawca pozostawił wyłącznie uznaniu rady lekarskiej. Z ostatnio wydanych wyroków wynika oczekiwanie, by rada odniosła się w uzasadnieniu uchwały do stwierdzonej wiarygodności doniesienia. Ustalenie składu komisji leży także w gestii rady. Poza wątpliwościami jest konieczność zapewnienia poufności postępowania przed organami samorządu. W stosunku do lekarza wykonującego zawód zaufania publicznego zaufanie to nie może być podważane do czasu zakończenia postępowania. Stąd niedopuszczalność publikacji uchwał, specyficzny sposób prowadzenia korespondencji, a także ograniczone do członków organu i do bezpośrednio zaangażowanych w tę procedurę pracowników uczestnictwo w postępowaniu. W związku z tym są wątpliwości, czy takie postępowania mogą być prowadzone w tzw. trybie zdalnym przy klasycznym wykorzystaniu transmisji środkami elektronicznymi. Poufność dotyczy postępowań na etapie okręgowej i Naczelnej Rady Lekarskiej. Nie spotkałem się dotychczas z wyłączeniem jawności postępowania na etapie rozprawy przed sądem administracyjnym.

Tryb niejawni niesie szereg wątpliwości co do możliwości uzupełnienia

materiału dowodowego, w przypadku gdy okręgowa rada lekarska dysponuje pobieżnym, mało obfitym opisem zawartym w złożonym doniesieniu. Część organów radzi sobie z powstającymi wątpliwościami, poprzez drogę korespondencyjną występując do podmiotu informującego radę o pogłębienie informacji lub uzupełniając materiał opinią przełożonego, pracodawcy lub posiłkując się zgromadzoną dokumentacją medyczną. W przeciwnym razie pozostawałoby tę niepełną informację uznać za nieuzasadnioną i postępowania nie podejmować.

Z art. 11 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty wynika, iż „zainteresowany lekarz jest uprawniony do uczestnictwa w posiedzeniu okręgowej rady lekarskiej w czasie rozpatrywania jego sprawy”. Przepis nakłada obowiązek powiadomienia lekarza o zaplanowanym posiedzeniu rady, umożliwienia wypowiedzenia się, o ile skorzysta z zaproszenia i wypowiedzieć się zechce. Redakcja przepisu stwarza natomiast wątpliwości, od którego etapu postępowania należy umożliwiać obecność i czynne uczestnictwo lekarza. Wątpliwość dotyczy posiedzenia, na którym powoływana jest komisja mająca wydać opinię o przygotowaniu do wykonywania zawodu. Wątpliwości wynikają także z niejednolitej linii orzeczniczej sądów administracyjnych.

GRZEGORZ WRONA
SEKRETARZ
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ



Należy także zadać pytanie, czy członkowie okręgowej rady lekarskiej na etapie podejmowania (albo nie) uchwały powołującej komisję są uprawnieni do zadawania pytań i swoistego przesłuchiwanie zainteresowanego lekarza. Po lekturze wyroków i postanowień sądów administracyjnych wydaje się, że rada powinna ograniczyć się do oceny i analizy zgromadzonego materiału postępowania oraz do wysłuchania wolnej wypowiedzi zainteresowanego lekarza i przystąpić do głosowania uchwały. To przecież powoływana uchwałą komisja, na której wezwanie lekarz ma obowiązek się stawić, ma opiniować o poziomie jego wiedzy, to komisja jest upoważniona do ustalenia sposobu sprawdzenia aktualności tej wiedzy i jest zobowiązana do złożenia, po wyczerpaniu wszelkich wątpliwości, opinii na kolejnym posiedzeniu rady. Wówczas nic nie będzie stało na przeszkodzie, jeśli członkowie rady będą nadal mieli wątpliwości, aby stosowne pytania zadać członkom komisji, być może ponownie wysłuchać lekarza (o ile się zgłosi na zaproszenie) i przystąpić do kolejnego głosowania. Tym razem nad trybem, miejscem i programem przeszkolenia lub nad umorzeniem postępowania. W tym zakresie rada też jest niezależna i nie jest związana wprost opinią komisji. ●

ARTYKUŁ SPONSOROWANY – #FUNDUSZE PROMOCJI

Olej rzepakowy – stały składnik zdrowej diety

DIANA WOLAŃSKA-BUZALSKA
DIETETYZKA

Olej rzepakowy to stały komponent prawidłowo zbilansowanej diety, jego walory zdrowotne są istotne również w zaleceniach żywieniowych w różnych jednostkach chorobowych.

Składniki odżywcze zawarte w oleju rzepakowym mogą być pomocne w leczeniu zaburzeń metabolicznych ze względu na szerokie spektrum działania hipolipemicznego, hipotensyjnego, antyoksydacyjnego, hepatoprotekcyjnego oraz antyaterogennego.

Olej rzepakowy to jeden z najpopularniejszych olejów spożywczych w Polsce, który ze względu na swoje liczne zalety zdrowotne oraz wszechstronne zastosowanie kulinarno-technologiczne jest powszechnie stosowany w kuchniach gospodarstw domowych. Walory zdrowotne oleju rzepakowego znajdują zastosowanie w zaleceniach zdrowego żywienia, a także w zaleceniach w jednostkach chorobowych, jak hipercholesterolemia, cukrzyca, otyłość oraz w profilaktyce nowotworów.

BOGACTWO NIEZBĘDNYCH NIENASYCONYCH KWASÓW TŁUSZCZOWYCH

Olej rzepakowy odznacza się optymalnym składem kwasów tłuszczowych, co determinuje jego właściwości odżywcze i zdrowotne. Kwasy tłuszczowe jednonienasycone (MUFA) stanowią 55 proc. jego składu, wielonienasycone (PUFA, polyunsaturated fatty acid) około 30 proc. (20 proc. – kwas linolowy, LA, i 10 proc. – kwas α -linolenowy, ALA), a kwasy nasycone (SFA) tylko 4 proc. Dodatkowo jest jednym z olejów o najkorzystniejszym z punktu widzenia żywieniowego udzialem kwasów tłuszczowych n-6/n-3 (2,2:1). Według Norm żywienia dla populacji

polskiej wartość wystarczającego spożycia (AI) dla kwasów linolowego i α -linolenowego wynosi odpowiednio: 4 proc. oraz 0,5 proc. energii z diety. Codzienne spożywanie ok. dwóch łyżek oleju rzepakowego całkowicie pokrywa zapotrzebowanie fizjologiczne człowieka na ALA.

NATURALNE ANTYOKSYDANTY

Olej rzepakowy jest dobrym źródłem witaminy E (3,0–30,7 mg/kg) i innych przeciwutleniaczy: karotenoidów, flawonoidów, fitosteroli, kwasów fenolowych (sinapina). Jedna łyżka oleju rzepakowego dziennie pokrywa prawie w 50 proc. zapotrzebowanie na witaminę E u mężczyzn i w 60 proc. u kobiet. Wysoki udział witaminy E w oleju rzepakowym determinuje pozytywny wpływ oleju na układ odpornościowy organizmu, jego działanie antyoksydacyjne oraz przeciwzapalne, hipolipemiczne i przeciwnowotworowe.

WPŁYW NA ZDROWIE

Wysoki udział kwasów MUFA w oleju rzepakowym, regulujących stężenie lipidów i apolipoprotein, podatność na utlenianie LDL i insulinowrażliwość – te cechy sprawiają, że olej ten odgrywa istotną rolę w zapobieganiu chorobom sercowo-naczyniowym. Pozytywne działanie na gospodarkę

lipidową, w tym obniżające stężenie frakcji LDL, mają dodatkowo zawarte w oleju rzepakowym fitosterole, takie jak: β -sitosterol (około 5,5 mg/g), kampesterol (około 4 mg/g) i brassikasterol (około 1,5 mg/g). W badaniach wykazano, że jeśli w diecie źródłem tłuszczu jest olej rzepakowy, obserwuje się pozytywne oddziaływanie na gospodarkę lipidową, obniżający efekt stężenia cholesterolu całkowitego (TC) średnio o 12,2–12,5 proc. i cholesterolu LDL średnio o 17 proc.

ZALECENIA

W literaturze istnieje wiele doniesień potwierdzających korzyści wynikające z wprowadzenia oleju rzepakowego do codziennego menu w zamian za tłuszcz zwyczajowo spożywany w diecie. Według rekomendacji Food and Drug Administration (FDA) zaleca się codzienną podaż 19 g oleju rzepakowego w zamian za tę samą ilość tłuszczu zwyczajowo stosowanego w diecie w ramach profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych. Olej rzepakowy jest również wymieniany wśród rekomendowanych do włączenia do codziennej, prawidłowo zbilansowanej diety w zaleceniach zdrowego żywienia opracowanych w 2020 roku przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego. •

1. Normy żywienia dla populacji polskiej i ich zastosowanie pod red. M. Jarosz, E. Rychlik, K. Stoś, J. Charzewskiej, PZH, 2020.

2. Shen J, Liu Y, Wang X, Bai J, Lin L, Luo F, Zhong H. A Comprehensive Review of Health-Benefiting Components in Rapeseed Oil. *Nutrients*. 2023 Feb 16;15(4):999.

3. Schoeneck M, Iggman D. The effects of foods on LDL cholesterol levels: A systematic review of the accumulated evidence from systematic reviews and meta-analyses of randomized controlled trials. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2021 May 6;31(5):1325-1338.

4. Hoffman R, Gerber M. Can rapeseed oil replace olive oil as part of a Mediterranean-style diet? *Br J Nutr*. 2014 Dec 14;112(11):1882-95.

5. Lin L, Allemekinders H, Dansby A, et al. Evidence of health benefits of canola oil. *Nutr Rev*. 2013; 71(6): 370-385

6. Walczak Z, Starycki M. Ocena profilu kwasów tłuszczowych w olejach tłoczonych na zimno w kontekście rekomendacji ich w żywieniu osób aktywnych fizycznie. *Bromat Chem Toksykol.* 2013; XLVI(3): 316-22.

7. Maniak B, Zdybel B, Bogdanowicz M. Ocena wybranych właściwości fizykochemicznych tradycyjnych olejów roślinnych produkowanych na ziemi lubelskiej. *Agricultural engineering*, 2012; 3(138): 101-7

8. Amiri M, Raeisi-Dehkordi H, Sarrafzadegan N, Forbes SC, Salehi-Abargouei A. The effects of Canola oil on cardiovascular risk factors: A systematic review and meta-analysis with dose-response analysis of controlled clinical trials. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2020 Nov 27;30(12):2133-2145

9. Lin L, Allemekinders H, Dansby A, Campbell L, Durance-Tod S, Berger A, Jones PJ. Evidence of health benefits of canola oil. *Nutr Rev*. 2013 Jun;71(6):370-85.

PODATKI I FINANSE

Aktywnie czy pasywnie?

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Na inwestowanie skazany jest każdy, kto ma nadwyżki finansowe. W przeciwnym razie jego oszczędności stracą na wartości z powodu inflacji.

Dzięki komputerom i internetowi, niższym opłatom transakcyjnym oraz wiedzy dostępnej dosłownie na wyciągnięcie ręki inwestowanie na rynku kapitałowym jest obecnie proste i tanie. Zawsze jednak obciążone ryzykiem.

Historia daje liczne dowody na to, że rynek kapitałowy stanowi doskonałe miejsce do pomnażania kapitału, ale nie istnieje jeden uniwersalny sposób umożliwiający zarabianie na giełdzie. Każdy może inwestować wedle własnego uznania i potencjalnie osiągać zyski.

SPOSÓB NR 1: KUP TANIO, SPRZEDAJ DROGO

W wielkim skrócie – istnieją dwa podstawowe style inwestowania: aktywny i pasywny. W ramach tego pierwszego samodzielnie decydujemy o tym, w co inwestujemy oraz kiedy jest odpowiedni moment kupna i sprzedaży. Celem jest maksymalizacja stopy zwrotu w myśl zasady „kup tanio, sprzedaj drogo”.

Na przykład można nabyć akcje producentów leków lub firm, które zajmują się ich dystrybucją. Można kupić akcje spółki, która wytwarza sprzęt medyczny lub pracuje nad wprowadzeniem na rynek innowacyjnej terapii albo jednostki funduszu posiadającego akcje wielu firm związanych z ochroną zdrowia.

Lekarze z racji posiadanej wiedzy i wykonywanego zawodu mogą mieć przewagę w typowaniu kandydatów do portfela inwestycyjnego z branży medycznej. Ale warto pamiętać, że świat medycyny rządzi się zupełnie odmiennymi zasadami niż rynek kapitałowy, a podbijanie średniej rynkowej w długim terminie nie jest łatwe.

SPOSÓB NR 2: KUP I TRZYMAJ

Inwestowanie pasywne można sprowadzić do prostej wskazówki: „kup i trzymaj”.

Nie chodzi jednak o wybór akcji dowolnej spółki lub funduszu z zamiarem niesprzedawania przez kolejne 15 czy 20 lat. To na ogół kiepski pomysł, choć oczywiście nie brakuje przykładów, że kupno akcji niektórych spółek jedna-dwie dekady temu było fenomenalną okazją.

Inwestowanie pasywne nie ma jednej definicji, ale można je opisać zasadą: „zamiast szukać igły w stogu siana, kup cały stóg”. Nie próbujemy typować przyszłych zwycięzców, lecz kupujemy rynek „w całości”.

Chodzi o regularne (np. raz na miesiąc, kwartał czy rok) nabywanie jednostek notowanego na giełdzie funduszu ETF inwestującego w odpowiednio zdywersyfikowany indeks giełdowy. Za takie są uznawane indeksy MSCI ACWI lub FTSE All-World (oba śledzą akcje z całego świata – pierwszy ok. 2,9 tys. spółek, a drugi ok. 4,2 tys. spółek) lub S&P 500 (śledzi akcje ok. 500 największych spółek z USA).

DYWERSYFIKACJA SIĘ OPŁACA

Wprawdzie wyniki historyczne nie dają gwarancji powtórzenia się w przyszłości, ale spoglądając na ostatnie kilka dekad, konkluzja jest następująca: większość funduszy aktywnie zarządzanych przez profesjonalistów osiąga w długim terminie wyniki gorsze od wymienionych wcześniej indeksów giełdowych.

Według aplikacji System Trader roczna stopa zwrotu indeksu S&P 500 za lata 1926-2023 wynosi ponad 10 proc. nominalnie i niemal 7 proc. realnie, tj. po uwzględnieniu inflacji (jako że to indeks amerykański, wyniki podano w dolarze i uwzględniają tamtejszą inflację).

Oczywiście stopy zwrotu w poszczególnych latach i dekadach były różne, a „po drodze” zdarzały się nie tylko korekty, ale również kilkudziesięcioprocentowe obsunięcia kapitału. Mimo to w długim terminie – przyjmijmy, że chodzi o przynajmniej 15 lat – inwestowanie w S&P 500 okazało się dobrym rozwiązaniem dla wielu osób. ●

NIE DLA KAŻDEGO

Inwestowanie aktywne daje szansę na duże zyski, ale bywa okupione większym stresem i czasem, który trzeba poświęcić na zarządzanie portfelem. Nie można „kupić i zapomnieć”. Podstawowe zalety podejścia pasywnego to niskie koszty transakcyjne i spokojna głowa, oczywiście pod warunkiem nastawienia się na maraton, a nie sprint. To jednak nie oznacza, że inwestowanie pasywne jest dla każdego. Ale kto powiedział, że trzeba kupować wyłącznie akcje lub ETF-y?

W kilkudziesięciu zdaniach trudno opisać wszystkie niuanse, a przytłaczanie statystykami mija się z celem. Zamiast brnąć w szczegóły, postawiłem na prostotę, by choćby niektórych Czytelników „Gazety Lekarskiej” zainspirować do zgłębienia wiedzy albo zachęcić do podsunęcia tego artykułu swoim bliskim.

PAWEŁ DOCZEKALSKI
REDAKTOR NACZELNY

**UCHWAŁA NR 7/24/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 8 MARCA 2024 R.**

w sprawie przedstawienia Nadzwyczajnemu XVI Krajowemu Zjazdowi Lekarzy projektu uchwały w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej

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

§ 1.

Przedstawia się Nadzwyczajnemu XVI Krajowemu Zjazdowi Lekarzy projekt uchwały w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej przedłożony przez Komisję Etyki Lekarskiej stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Zobowiązuje się Sekretarza NRL Grzegorza Wronę do dokonania wszelkich niezbędnych czynności, wynikających z treści § 25 uchwały Nr 3 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 maja 2016 r. w sprawie regulaminu Krajowego Zjazdu Lekarzy (tekst jednolity załącznik do obwieszczenia Prezesa NRL nr 3/22/VIII z 8 lutego 2022 r.).

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 8/24/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 8 MARCA 2024 R.**

w sprawie upoważnienia do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej

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

§ 1.

Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – Łukasza Jankowskiego oraz Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej – Grzegorza Mazura do zawarcia z Powszechnym Zakładem Ubezpieczeń Spółka Akcyjna umowy ubezpieczenia

odpowiedzialności cywilnej samorządu lekarskiego obejmującej ubezpieczenie dla Naczelnej Izby Lekarskiej, jej organów oraz ich członków, a także okręgowych izb lekarskich, organów okręgowych izb lekarskich oraz ich członków na warunkach określonych w ofercie Nr T1395883461 wraz z postanowieniami dodatkowymi z dnia 9 lutego 2024 za kwotę łączną do 34.500 złotych brutto (słownie: trzydzieści cztery tysiące pięćset złotych).

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 9/24/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 8 MARCA 2024 R.**

w sprawie powołania Komitetu Sterującego do spraw transformacji i strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 6 i 13 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342), uchwała się, co następuje:

§ 1.

Powołuje się Komitet Sterujący do spraw transformacji i strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia, zwany dalej Komitetem, w składzie:

- 1) Łukasz Jankowski – przewodniczący;
- 2) Paweł Barucha – członek;
- 3) Stefan Bogusławski – członek;
- 4) Bartłomiej Chmielowiec – członek;
- 5) Urszula Demkow – członek;
- 6) Artur Drobniak – członek;
- 7) Małgorzata Kiljańska – członek;
- 8) Klaudiusz Komor – członek.

§ 2.

Zadaniem Komitetu jest przygotowanie analizy dotyczącej możliwości i kierunków poprawy efektywności i jakości i sposobu finansowania systemu opieki zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem poprawy sytuacji pacjentów.

§ 3.

Upoważnia się Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej do wprowadzania zmian w składzie osobowym

Komitetu, w tym do rozszerzania liczby członków Komitetu.

§ 4.

Uchyla się uchwałę nr 176/23/P-IX Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 grudnia 2023 r. w sprawie powołania zespołu roboczego do spraw transformacji w ochronie zdrowia zmienioną uchwałą nr 21/24/P-IX Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 9 lutego 2024 r.

§ 5.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 10/24/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 8 MARCA 2024 R.**

w sprawie przyjęcia Regulaminu portalu prawomocnych orzeczeń sądów lekarskich

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

§ 1

Przyjmuje się Regulamin portalu prawomocnych orzeczeń sądów lekarskich stanowiący załącznik do uchwały.

§ 2

Uruchamia się portal prawomocnych orzeczeń sądów lekarskich z dniem 1 maja 2024 r.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**STANOWISKO NR 2/24/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 8 MARCA 2024 R.**

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ramowego programu kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ramowego programu kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej, przekazanym przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pani Urszuli Demkow z dnia 26 lutego 2024 r. (znak: RKL.U.0210.10.2023.DŁ.7) pozytywnie opiniuje projekt i przedstawia następujące uwagi:

Samorząd lekarski z zadowoleniem przyjmuje, że w uzasadnieniu do projektu rozporządzenia Ministerstwo Zdrowia przedstawiło katalog osób, które zachowały uprawnienia nabyte do pełnienia funkcji lekarza POZ zgodnie z art. 14 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2007 r. poz. 1172) bez konieczności odbycia kursu z zakresu medycyny rodzinnej. Katalog wskazany przez Ministerstwo Zdrowia w uzasadnieniu do projektu rozporządzenia jest zbieżny z wykazem osób zachowujących prawa nabyte przedstawionym przez Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej w piśmie do Minister Zdrowia z dnia 20 lutego 2024 r. (znak: NRL-ZRP.0212.77.2024.MK) i obejmuje między innymi lekarzy, którzy w dniu 29 września 2007 r. posiadali specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej lub specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, lub specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii.

Odnosnie samego projektu rozporządzenia Naczelna Rada Lekarska wskazuje, że kierunek zmian zaproponowanych przez Ministerstwo Zdrowia jest prawidłowy i zasługuje na poparcie. Biorąc pod uwagę, że obowiązek odbycia kursu dotyczy m.in. lekarzy posiadających specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej czy posiadających specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, którzy zostali zatrudnieni w POZ po dniu 29 września 2009 r., a zatem najczęściej lekarzy, którzy mają już duże doświadczenie w wykonywaniu zadań lekarza w ramach POZ, zasadne jest zarówno skrócenie programu kursu, jak i czasu jego trwania. Nie ma potrzeby, aby program kursu obejmował wiedzę i umiejętności zdobyte przez tych lekarzy w ramach odbywania specjalizacji czy w ramach wykonywania pracy w POZ. Za celową należy uznać także propozycję rezygnacji z organizowania kursu w formie stacjonarnej na rzecz nauczania e-learningowego, która

umożliwi odbycie kursu większej liczbie lekarzy i zmniejszy koszty tego kursu. W warunkach działalności poradni POZ konieczność wyjazdu lekarza na kurs znacząco utrudniał pracę tej placówki.

Należy także rozważyć – nieprzewidzianą w projekcie rozporządzenia – możliwość realizacji kursu ze znacznie skróconym programem w stosunku do programu ogólnego przez lekarzy zatrudnionych w POZ jeszcze przed 31 grudnia 2017 rokiem, którzy nie korzystają jednak z uprawnień nabytych. Lekarze nieprzerwanie pracujący w POZ ponad 6 lat mają doświadczenie i umiejętności w pracy w ramach POZ, wobec tego sam kurs z zakresu medycyny rodzinnej powinien być ograniczony do niezbędnego minimum.

Biorąc pod uwagę wskazane w uzasadnieniu do projektu rozporządzenia założenie, aby zakres tematyczny kursu nie powielał wiedzy i umiejętności, które lekarze zdobyli w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny ogólnej, chorób wewnętrznych lub pediatrii, należy zgłosić zastrzeżenia do załącznika do rozporządzenia „Ramowy program kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej”. Załącznik w pkt II wskazuje, że kurs obejmuje także: orzekanie o niezdolności do pracy, zasady wystawiania zwolnień lekarskich, prawa pacjenta, tajemnicę lekarską, prawa lekarza, odpowiedzialność zawodową – to są zagadnienia, które były objęte uprzednim kształceniem lekarzy w ramach specjalizacji, czy nawet stażu podyplomowego.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

REGULAMIN PORTALU PRAWOMOCNYCH ORZECZEŃ SĄDÓW LEKARSKICH

Mając na uwadze wykonanie Uchwały nr 29/23/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 25 sierpnia 2023 r. w sprawie upoważnienia Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej do podjęcia działań w celu utworzenia Internetowego portalu prawomocnych orzeczeń sądów lekarskich, ustanawia się niniejszy Regulamin.

§ 1.

1. Portal prowadzi Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, upoważniając wyznaczone osoby spośród pracowników Rejestru ukaranych lekarzy.
2. Administratorem Portalu jest Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej.
3. Administrator Portalu będzie przetwarzał dane osobowe odbiorców, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
4. Administrator Portalu nie ponosi odpowiedzialności za szkody wynikłe z korzystania z Portalu, w tym szkody wynikłe z nieprawidłowości technicznych, przerw w dostępie do Portalu lub utraty danych.
5. Administrator Portalu ma prawo wprowadzić zmiany w regulaminie. Informacja o zmianach w Regulaminie oraz zakres tych zmian publikowane będą na stronie głównej Portalu.

§ 2.

1. Portal prawomocnych orzeczeń sądów lekarskich ma na celu zgromadzenie orzeczeń wydanych przez sądy lekarskie w zanonimizowanej formie w postaci elektronicznej.
2. W portalu zamieszcza się prawomocne orzeczenia sądów, po ich uprzedniej anonimizacji.
3. Portal prowadzony jest w dwóch kategoriach jawności:
 - a) kategoria I – Portal o szerszym zakresie anonimizacji (dalej jako „kategoria I”) zanonimizowane treści orzeczenia udostępnione publicznie wszystkim zainteresowanym,
 - b) kategoria II – Portal o węższym zakresie anonimizacji (dalej jako „kategoria II”) zanonimizowane treści orzeczenia udostępnione wyłącznie dla członków sądów lekarskich oraz rzeczników odpowiedzialności zawodowej lekarzy.
4. Portal obejmuje zanonimizowane orzeczenia wraz z uzasadnieniem, które zostały doręczone Prezesowi Naczelnej Rady Lekarskiej po 1 stycznia 2024 roku przez Przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego oraz po 1 lipca 2024 roku przez przewodniczących okręgowych sądów lekarskich.

(...)

Regulamin wchodzi w życie z dniem 1 maja 2024 r.

Pełna treść regulaminu na
www.gazetalekarska.pl

Kwestia kompetencji

Samorząd lekarski dba o to, by każdy z członków personelu medycznego wykonywał czynności, do których ma odpowiednie kompetencje. Stąd nasze uwagi do rozporządzenia dotyczącego higienistek i asystentek stomatologicznych.

PAWEŁ BARUCHA
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



Trwają prace nad zakresem obowiązków higienistki stomatologicznej i asystentki stomatologicznej zawartym w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych osób wykonujących niektóre zawody medyczne. Swoje zastrzeżenia co do zmian zakresu obowiązków asystentek i higienistek stomatologicznych wyraziła na specjalnym posiedzeniu Rada ds. Rozwoju Stomatologii przy Ministrze Zdrowia. Środowisko stomatologów od początku zgłaszało duże zastrzeżenia do projektu, który zakłada m.in., że do obowiązków higienistki stomatologicznej miałyby należeć monitorowanie efektów leczenia lekarzy specjalistów. Mamy nadzieję, że nasze zastrzeżenia sformułowane jako uwagi do projektu w toku konsultacji publicznych zostały uwzględnione. Zależy nam na tym, by każdy z członków personelu medycznego wykonywał zabiegi, do

których ma odpowiednie wykształcenie i kompetencje.

Agencja Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji oraz Narodowy Fundusz Zdrowia planują prace, które mają na celu urealnienie, a co za tym idzie – zwiększenie wyceny świadczeń w stomatologii zachowawczej.

Niestety, resort zdrowia przedłużył do czerwca możliwość wydawania prawa wykonywania zawodu w sposób uproszczony, co wprowadza dość duże zamieszanie w okręgowych radach lekarskich i powoduje nierówność traktowania obywateli polskich i cudzoziemców. Podkreślamy, że w ogarniętej wojną Ukrainie lekarzy potrzeba teraz znacznie bardziej niż w Polsce, a niemożność weryfikacji wiedzy i umiejętności kolegów ze Wschodu grozi nieoptymalnym, niezgodnym z europejskimi i światowymi standardami leczeniem pacjentów.

Korzystając z okazji, pragnę życzyć Państwu wesołych Świąt Wielkanocnych, radości i przede wszystkim zdrowia! ●

W Polsce około miliona osób jest leczonych z powodu nowotworów złośliwych. Terapia jest konieczna, ale może się wiązać z powikłaniami stomatologicznymi.

Już sama choroba podstawowa niejednokrotnie wywołuje uciążliwe objawy w jamie ustnej. Na przykład nowotwory układu krwiotwórczego często przebiegają z małopłytkowością, której objawem mogą być m.in. bolesność i krwawienia z dziąseł. Dolegliwości te sprawiają, że pacjenci unikają szczotkowania zębów, co skutkuje kolejnymi problemami, takimi jak próchnica.

Natomiast powikłania stomatologiczne powstałe w wyniku terapii onkologicznej są różne, w zależności od rodzaju leczenia przeciwnowotworowego. W ogólnym zarysie dzielimy je na wczesne, czyli pojawiające się podczas kuracji, i późne – już po zakończeniu. Częstym powikłaniem chemioterapii lub radioterapii w rejonie głowy lub szyi jest zapalenie błony śluzowej jamy ustnej (mucositis), objawiające się zaczerwienieniem, bolesnymi nadżerkami, owrzodzeniami lub krwawymi wylewami. Jednym z najczęstszych i zarazem bardzo uciążliwych późnych powikłań leczenia przeciwnowotworowego jest suchość jamy ustnej, która znacznie obniża jakość życia chorego, a także wywołuje dalsze konsekwencje. Ślina m.in. nawilża oraz wielokierunkowo chroni tkanki miękkie i twarde jamy ustnej. Gdy jej brakuje, łatwiej dochodzi do urazów, zakażeń, stanów zapalnych oraz gwałtownie rozwijającej się próchnicy. Do częstych powikłań należą też zaburzenia smaku. Bywają one na tyle dokuczliwe, że chorzy mogą odmawiać jedzenia albo pomagają sobie, spożywając dużo słodkich produktów. To z kolei prowadzi do kolejnych problemów. Pacjentom poddawanym terapii onkologicznej często trudno też utrzymać właściwą higienę jamy ustnej. Przyczynami są np. uporczywe nudności, złe fizyczne samopoczucie, depresja. Brak właściwej higieny grozi oczywiście dobrze znanymi konsekwencjami. Pamiętajmy, że najpoważniejsze skutki powoduje radioterapia w obrębie głowy i szyi, w której dochodzi również do bezpośredniego

STOMATOLOGIA

Stan jamy ustnej chorego pod ścisłym nadzorem

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Powikłaniom stomatologicznym powstającym w wyniku choroby nowotworowej i jej leczenia można zapobiegać lub zminimalizować ich skutki – mówi dr n. med. Agnieszka Bogusławska-Kapała.

uszkodzenia miękkich i twardych tkanek jamy ustnej.

Powikłaniom stomatologicznym powstającym w wyniku choroby nowotworowej i jej leczenia można zapobiegać lub minimalizować ich skutki. Warunkiem jest odpowiednie przygotowanie pacjenta do terapii oraz ścisły nadzór nad stanem zdrowia jamy ustnej w trakcie leczenia onkologicznego i po jego zakończeniu.

To znaczy?

O ile pozwala na to czas i stan ogólny pacjenta, wskazana jest pełna sanacja jamy ustnej. Niestety w przypadku agresywnie przebiegających nowotworów złośliwych jest to najczęściej niemożliwe do zrealizowania. Wówczas leczenie stomatologiczne można przeprowadzić pomiędzy kolejnymi podaniami chemioterapeutyków, o ile zezwoli na to lekarz onkolog/hematolog. Dużo większe pole manewru mamy u pacjentów z guzami litymi, którzy rozpoczynają leczenie zazwyczaj w ciągu kilku tygodni od otrzymania karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DILIO).

Jaki jest schemat przygotowania stomatologicznego do terapii onkologicznej?

Lekarz dentyista powinien przeprowadzić dokładny wywiad oraz badanie kliniczne. Celem jest przede wszystkim rozpoznanie ognisk infekcji. Należą do nich nie tylko zęby z martwą lub zmienioną zapalnie miazgą oraz

zęby ze zmianami zapalnymi w tkankach okołowierzchołkowych, ale także nadżerki/owróżdzenia lub przewlekły stan zapalny błony śluzowej. Potencjalne ogniska zakażenia to także niektóre z objawów choroby przyzębia, w tym m.in. kieszonki przyzębne o głębokości 6 i więcej milimetrów, a także zęby o ruchomości 3. stopnia oraz ze znacznie obnażoną furkacją.

W zakresie badania zębów trzeba zwracać baczną uwagę na żywotność miazgi. Na szczególną czujność zasługują zęby z rozle-

Bisfosfoniany podnoszą ryzyko powstawania martwicy kości szczęki i żuchwy. Dlatego przed leczeniem bisfosfonianami onkolodzy powinni wymagać zaświadczenia o sanacji jamy ustnej

głymi wypełnieniami. W każdym takim przypadku sprawdzamy, czy miazga reaguje prawidłowo. Podobnie zwracamy uwagę na głębokie ubytki pochodzenia niepróchnicowego – abrazje, abfrakcje, erozje, atrycje. Ważne jest także, aby zlokalizować potencjalne lub aktywne źródła krwawienia w jamie ustnej. Myślę tutaj na przykład o ostrych

krawędziach zębów, wypełnień i protez. Kolejny krok to przeprowadzenie badań radiologicznych. Absolutnie podstawowym jest zdjęcie ortopantomograficzne, dzięki któremu wstępnie oceniamy stan zębów, tkanek przyzębia, tkanek okołowierzchołkowych, a także kości szczęki i żuchwy, stawów skroniowo-żuchwowych oraz zatok szczękowych. Warto też wykonać tzw. status radiologiczny uzębienia w formie zdjęć wewnątrzustnych. Pozostaje kwestia stosowania stożkowej tomografii komputerowej (CBCT). Według obecnie obowiązujących standardów nie jest to badanie obowiązkowe. Zalecam jednak zawsze wykonanie go w przypadkach wątpliwych, np. zębów leczonych endodontycznie w przeszłości.

Następnie przystępujemy do eliminacji potencjalnych lub już aktywnych ognisk infekcji i źródeł krwawienia.

Dużo wątpliwości wzbudzają potencjalne ogniska infekcji związane z zębami leczonymi kanałowo.

Każdy ząb z głębokim ubytkiem, z rozległym wypełnieniem, a także ząb nieprawidłowo leczony kanałowo lub ze zmianami w przyzębiu brzeżnym lub okołowierzchołkowym to potencjalne ognisko zakażenia. Nie oznacza to jednak, że taki

zab bezwzględnie należy usunąć. Eliminacja ogniska infekcji to przede wszystkim leczenie, a nie ekstrakcja. Głęboki ubytek próchnicowy przy prawidłowo reagującej miazdze opracowujemy i zakładamy wypełnienie stałe. W przypadku martwicy lub nieodwracalnego zapalenia miazgi zęb leczymy endodontycznie. Ważne tylko, aby – zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego i Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków – u pacjentów o obniżonej odporności zastosować osłonę antybiotykową.

Usunięcie zęba jest zawsze skrajnym rozwiązaniem. Sięgamy po nie, kiedy rzeczywiście nie ma innych możliwości terapeutycznych, m.in. ze względów czasowych, złego stanu ogólnego pacjenta lub jego możliwości finansowych. Podkreślam raz jeszcze: zęb prawidłowo leczony kanałowo – teraz lub w przeszłości, bez zmian w tkankach otaczających, nie stanowi potencjalnego ogniska infekcji. Ekstrakcja w takim przypadku to błąd w sztuce.

Należy również zwrócić uwagę na potrzebę usunięcia złożeń nazębnych w połączeniu z profilaktyką fluorową. Ponadto niezwykle ważna jest edukacja pacjenta w zakresie utrzymania higieny jamy ustnej. Trzeba wskazać odpowiednie techniki szczotkowania oraz właściwie dobrać środki do pielęgnacji. Na przykład pacjenci leczeni z powodu nowotworu powinni sięgnąć po pastę bez konserwantów i SLS-ów, bo te substancje mogą dodatkowo podrażniać i wysuszać błonę śluzową jamy ustnej. Albo inna rada – chorzy z małopłytkowością nie powinni stosować nici dentystycznych i irygatorów do momentu wzrostu liczby płytek do poziomu 60 tys./ μ l. Dodatkowo osobom, które czeka chemio- lub radioterapia, zalecamy płukanki, najlepiej z chlorheksydyną, ale bez alkoholu. Natomiast u osób w trakcie leczenia, u których rozwinął się mucositis, stosowanie płukanek z chlorheksydyną jest przeciwwskazane ze względu na możliwe działanie drażniące tego środka. Program profilaktyczny musi być dostosowany indywidualnie do potrzeb i możliwości pacjenta, a także do etapu leczenia onkologicznego.

Czy lekarz prowadzący, który uczula pacjenta na możliwe powikłania



fot.: archiwum prywatne

stomatologiczne i wymaga sanacji jamy ustnej przed leczeniem onkologicznym, to standard?

Niestety, nie. Z moich obserwacji wynika, że najczęściej pacjent pojawia się u stomatologa dopiero wtedy, gdy powstanie problem w jamie ustnej, np. zaczniesz boleć zęb. To ogromny kłopot, bo czasem w takiej sytuacji trzeba przerwać leczenie onkologiczne, aby przeprowadzić interwencję stomatologiczną. Pamiętajmy też, że nieusunięte ogniska infekcji, szczególnie zlokalizowane w przyzębiu brzeżnym, powodują wysiewanie zgromadzonych tam drobnoustrojów do krwi, co może doprowadzać do powstawania stanów zapalnych w odległych narządach, na przykład ropni lub sepsy zagrażającej życiu.

Jak postępować z pacjentami, którzy mają problem stomatologiczny, ale już rozpoczęli leczenie przeciwnowotworowe?

Wszystko zależy od rodzaju terapii i nowotworu. Największy problem pojawia się w momencie,

gdy trwa radioterapia w obrębie głowy i szyi. Wówczas absolutnie nie wykonuje się żadnych zabiegów stomatologicznych.

Zwróćmy też uwagę na chorujących na nowotwory krwi o ostrym przebiegu. Jeżeli konieczne jest przeprowadzenie zabiegu stomatologicznego, najlepiej wykorzystać czas tuż przed rozpoczęciem kolejnego cyklu chemioterapii, bo wówczas pacjent znajduje się w fazie zakończonej regeneracji układu krwiotwórczego. Oczywiście chory musi zostać odpowiednio przygotowany przez hematologa – w przypadku planowanego zabiegu inwazyjnego należy podać osłonowo antybiotyki, a także wykonać badanie morfologii krwi obwodowej. W większości przypadków zabiegi, nawet te inwazyjne, mogą odbywać się w warunkach ambulatoryjnych. W razie wątpliwości należy poprosić o pisemną zgodę lekarza onkologa/hematologa na przeprowadzenie zabiegu stomatologicznego w trybie ambulatoryjnym.

Zwykle dużo prostsze jest postępowanie u pacjentów będących w trakcie terapii z powodu guzów litych albo przewlekłych nowotworów układu krwiotwórczego. Wybór terminu wizyty dentystrycznej zależy wówczas w dużej mierze od kondycji organizmu. Jeśli pacjent czuje się dobrze, nie ma przeciwwskazań do wykonania zarówno planowych, jak i interwencyjnych zabiegów, w tym inwazyjnych. Oczywiście, zawsze wymagana jest kontrola morfologii krwi oraz stosowanie osłony antybiotykowej.

Czy lekarze dentyści boją się leczyć chorych na raka?

Niestety, niedostatek wiedzy na temat postępowania stomatologicznego w tej grupie pacjentów powoduje, że dentyści często obawiają się podjęcia leczenia chorych na nowotwór. To jest problem, bo przecież mnóstwo ludzi leczy się onkologicznie i nie ma możliwości przyjęcia ich wszystkich w specjalistycznych ośrodkach stomatologicznych. Poza tym wielu chorych mieszka z dala od tego rodzaju placówek.

Nie ma zresztą takiej potrzeby – zdecydowana większość osób może być przyjęta ambulatoryjnie, przez każdego stomatologa.

Jak powinna wyglądać opieka jamy ustnej po zakończeniu leczenia przeciwnowotworowego?

Uważa się, że do roku – dwóch lat od zakończenia chemioterapii mogą utrzymywać się niedobory jakościowe układu odpornościowego. Z tego powodu inwazyjne zabiegi stomatologiczne należy przeprowadzać w osłonie antybiotykowej. Ponadto dłużej przebiega proces gojenia.

Zachowajmy też ostrożność u pacjentów, którzy przyjmują bisfosfoniary. Te substancje znacznie podnoszą ryzyko powstawania martwicy kości szczęki i żuchwy po wykonaniu inwazyjnej procedury stomatologicznej, na przykład po usunięciu zęba czy wykonaniu skalingu. Dlatego apeluję do onkologów, aby przed rozpoczęciem leczenia bisfosfonianami wymagali od pacjenta zaświadczenia od stomatologa o wykonaniu sanacji jamy ustnej.

Kolejną grupą chorych, która wymaga szczególnej opieki, są pacjenci z przebytym nowotworem w obrębie głowy i szyi. Występuje u nich ogromny i utrzymujący się do końca życia problem z niedoborem śliny. Powodem jest znaczna lub całkowita destrukcja ślinianek w wyniku radioterapii. Napromienianie również nieodwracalnie uszkadza inne tkanki jamy ustnej. W takich okolicznościach gwałtownie postępuje próchnica, która jest trudna do leczenia. W krótkim czasie może ona prowadzić do utraty części lub nawet całości uzębienia, nawet w przypadku restrykcyjnego przestrzegania zasad higieny jamy ustnej. Dlatego tę grupę pacjentów należy objąć ścisłą, systematyczną opieką dentystryczną, a program profilaktyczny powinien uwzględniać m.in. codzienne stosowanie past do zębów o zwiększonej zawartości fluoru. ●

DR N. MED. AGNIESZKA BOGUSŁAWSKA-KAPAŁA

Specjalistka w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją, adiunkt w Zakładzie Stomatologii Zintegrowanej Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, członek Polskiego Towarzystwa Stomatologii Geriatrycznej, współautorka podręcznika „Chory na nowotwór w gabinecie stomatologicznym”; od ponad 20 lat zajmuje się opieką stomatologiczną nad pacjentami leczonymi onkologicznie – obecnie w ramach zespołów wielospecjalistycznych współpracuje przede wszystkim z Katedrą i Kliniką Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych WUM, jest też konsultantką w Instytucie Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie.

WYDARZENIA DLA LEKARZY DENTYSTÓW 2024

Izba	Tytuł wydarzenia	Data	Miejsce
OIL Białystok	Podlaskie Spotkania Stomatologiczne	6-8 czerwca	Hotel BiaVita S.A. Sanatorium Uzdrowskowie Augustów
OIL Gdańsk	II Pomorskie Spotkania Stomatologiczne	27-28 kwietnia	
OIL Katowice	X Andrzejki Stomatologiczne	29 listopada-1 grudnia	Hotel Stok, Wisła
OIL Kraków	Otwarte Posiedzenie Komisji Stomatologicznej	25-27 października	Hotel „Perła Południa” Rytko k. Nowego Sącza
OIL Kraków	Wyjazdowe Posiedzenie Komisji Stomatologicznej	6-8 grudnia	„Ski Hotel” Sucha Dolina Piwniczna Zdrój
OIL Lublin	Konferencja naukowo-szkoleniowa	11-12 października	
OIL Łódź	XIII Łódzkie Spotkania Stomatologiczne	27-29 września	Słok k. Bełhatowa
OIL Rzeszów	XIX Podkarpacka Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Lekarzy Dentystów	9-10 lutego	Hotel Rzeszów w Rzeszowie
OIL Szczecin	IV Konferencja Dentist Mundi	2 marca	Hotel Courtyard by Marriott Szczecin City
OIL Szczecin	V Konferencja Dentist Mundi	15-16 listopada	15 listopada – sesja samorządowa, 16 listopada – dzień wykładowy
OIL Warszawa	VIII Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne	14-16 czerwca	Hotel Narwil w Serocku
WIL Warszawa	17 Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Lekarzy Dentystów – www.17konferencjawil.pl	9-12 maja	Hotel Orle Wyspa Sobieszewska

PRAKTYKA LEKARSKA

Nerka – wielkie wyzwanie

ADAM CZERWIŃSKI
DZIENNIKARZ

W Polsce na przeszczep nerki czeka obecnie 78 dzieci. Większość urodziła się z ciężkimi wadami układu moczowego. Duża część dostanie, mam nadzieję, narząd od swoich rodziców – mówi dr Anna Jander, nefrolog i transplantolog z Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi.

Pani pierwszy pacjent, który miał przeszczepioną nerkę to....

...Adaś. Dziś to już dorosły człowiek. W 1993 r. urodził się w innym szpitalu, następnie został przeniesiony na nasz oddział w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki (ICZMP) z niewydolnością nerek. Pamiętam jak dziś. Cięża bliźniacza z zespołem podkradania. W wyniku niedokrwienia u „okradanego” płodu doszło do uszkodzenia nerek. My, nefrologi, zaczęliśmy go leczyć bodaj w dziewiątej dobie. I pozostał pod naszą opieką do przeszczepu, czyli przez blisko trzy lata. „Okradający” brat bliźniak był zdrowy.

Po Adasiu był Radek. Radek, to też pamiętam, był dializowany od okresu noworodkowego, bo urodził się z wadą układu moczowego. Do dziś składa nam życzenia i przesyła do szpitala kartki na święta.

To faktycznie byli wyjątkowi pacjenci. Adaś był jeśli nie pierwszym, to jednym z pierwszych w Polsce pacjentów dializowanych już jako noworodek.

To było wielkie wyzwanie. Pomimo powikłań, które wiążą się z tą metodą choćby z racji wieku, szczęśliwie dotrwał do przeszczepu. Wszystkie przeszczepy u dzieci wykonuje się w Centrum Zdrowia Dziecka (CZD) w Warszawie.

Przyjmuje się, że dziecko kwalifikowane do przeszczepu musi osiągnąć masę 10 kilogramów. To nie jest takie proste, bo niemowlę z niewydolnością nerek to dziecko, które nie chce jeść z racji choroby podstawowej. Wiele

różnych czynników zaburza jego rozwój. Trzeba je karmić sondą, czasem konieczne jest założenie PEG-a (przezskórna endoskopowa gastrostomia pozwalająca podawać pokarm bezpośrednio do żołądka z ominięciem jamy ustnej).

Proszę pamiętać, że u chorego z przewlekłą chorobą nerek choruje cały organizm. Wiąże się

Trzeba mieć trochę szczęścia, żeby się znalazł dawca i żeby była zgodność tkankowa; od tego zależy czas oczekiwania na przeszczep

z tym cała masa powikłań i problemów – zaburzenia hormonalne, zaburzenia wzrastania, zaburzenia odżywiania, niedokrwistość, nadciśnienie, zaburzenia gospodarki wapniowo-fosforanowej.

Naszą rolą jest utrzymanie pacjenta z przewlekłą chorobą nerek w optymalnym stanie ogólnym, tak aby nie zaburzyć jego prawidłowego rozwoju, chociaż jest to niezwykle trudne. W chwili gdy pacjent osiąga schyłkową niewydolność nerek, kwalifikujemy go do leczenia nerkozastępczego (leczenie dializacyjne lub wyprzedzający przeszczep nerki).

Dziś jest dużo łatwiej niż w latach 90. Mamy możliwość leczenia hormonem wzrostu. Możemy nowocześnie korygować zaburzenia gospodarki wapniowo-fosforanowej, czego kiedyś nie

było. Są nowe leki. Wreszcie od lat mamy erytropoetynę, niezwykle skuteczną w terapii niedokrwistości. Ogromny postęp dokonał się w nefrologii. No i sprzęt. To, czym dziś dysponujemy, jest dużo nowocześniejsze niż 30 lat temu. Aż nie chce się wierzyć, że dializę otrzewnową wykonywaliśmy, stosując płyn dializacyjny w szklanych „butelkach”. Dziś są dostępne specjalne zestawy do dializy otrzewnowej, aparaty do dializy automatycznej.

Pani doktor, może i jest lepiej, ale na przeszczep w Polsce trzeba czekać latami.

Przeszczepów jest za mało i bawsta. Nie wiem, jak to zmienić. To niezwykle trudny do rozwiązania problem. Głównym źródłem narządów do przeszczepienia są pobrania od osób zmarłych, drugim – żywi dawcy. Ciągłe są małe problemy z problemach transplantacji. Myślę, że powinno się już mówić o tym dzieciom w szkole. Konieczne jest propagowanie idei dawstwa. Sama noszę w portfelu oświadczenie woli, że zgadzam się na pobranie narządów. Noszę je, chociaż wiem, że ono nie ma żadnego przełożenia prawnego. Formalnie obowiązuje zasada domniemanej zgody na pobranie narządów, jeżeli nie dokonano zgłoszenia w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów Poltransplantu. Trzeba o tym rozmawiać. Nawet ja swoim dzieciom mówię, że gdyby doszło do sytuacji ostatecznej, to mają

wolą jest wykorzystanie wszystkich możliwych narządów dla dobra innych ludzi. Dobrze byłoby, gdyby każdy zawczasu przemyślał taką sytuację i wyraził poparcie dla idei przekazywania narządów dla tych, którym można przedłużyć lub uratować życie.

Bo potrzeby są ogromne.

Według danych Poltransplantu 31 grudnia 2022 r. na przeszczep nerki czekało w Polsce 1119 osób. Oczywiście, większość to dorośli. W tej grupie było tylko 117 dzieci. I wolę mówić o dzieciach i ich problemach.

Wszystkie te zarejestrowane dzieci są w większości leczone nerkozaścępczo, a więc poddawane dializom otrzewnowym lub hemodializom. Każde dziecko, które zaczyna leczenie nerkozaścępcze dializami, i dziecko, które zbliża się do fazy schyłkowej niewydolności nerek, jest a priori szykowane do zabiegu przeszczepienia nerek. Zgłaszamy pacjenta na Krajową Listę Osób Oczekujących na Przeszczepienie w systemie Ustawowych Rejestrów Transplantacyjnych. I to zgłoszenie robimy jak najszybciej.

Ile trwa to najszybciej?

Podaje się, że średni czas oczekiwania na przeszczep u dorosłych to półtora roku, dwa lata. Według Poltransplantu w 2022 r. średni czas oczekiwania na przeszczepienie nerki od dawcy zmarłego u pacjentów poniżej 18. roku życia wynosił 604 dni. Ale to jest średni czas. Pamiętam dzieci, które wysyłał się na przeszczep dosłownie kilka dni po wpisaniu na listę oczekujących, ale były też takie, które czekały znacząco dłużej niż te 604 dni. Bywało, że nawet sześć lat. Mówiąc wprost, czas oczekiwania wynika z tego, że musi się znaleźć dawca. Trzeba mieć trochę szczęścia, żeby się znalazł i żeby była jeszcze zgodność tkankowa. Dlatego u dzieci stawiamy na przeszczepy od dawców żywych, w praktyce, od rodziców.

Oczywiście promujemy dawstwo rodzinne. Zawsze informujemy i z każdą rodziną rozmawiamy na temat dawstwa rodzinnego, bo to jest najlepsza forma przeszczepu.

I to się udaje?

Udaje się. Musi być spełniony jeden warunek: dawca musi być absolutnie zdrowy. I wielokrotnie jak zaczynał się badać potencjalnego dawcę



foto.: materiały prasowe ICZMP

– najczęściej jest to mama, czasem również ojciec – to się okazywało się, że on albo ona nie są do końca zdrowi. W kilku przypadkach niestety musieliśmy zrezygnować z dawstwa rodzinnego ze względu na rozpoznane choroby u rodziców. Ale wiele problemów da się przeskoczyć. Na przykład otyłość. Chorował na nią ojciec. On też się zgłosił jako potencjalny dawca. No i musiał schudnąć.

Schudł?

Pewnie. I szczęśliwie rodzinny przeszczep się udał. To było w zeszłym roku. Dziecko z wrodzoną wadą układu moczowego przeżyło bez dializ aż do przeszczepu od taty.

Rodzice nie mają problemu z tym, żeby oddać nerkę własnemu dziecku?

Raczej nie. Nie przypadkiem mówi się, że dla dziecka robi się wszystko. My zawsze długo rozmawiamy z rodzicami na ten temat. Bo zgoda musi być absolutnie świadoma. Nie można wymuszać jej na rodzicu. Problemy zdarzają się w niepełnych rodzinach, gdy na przykład ojciec odszedł i mama mówi mu: „To wszystko przez

ciebie, to ty jesteś temu winien, narozrabiałeś, to teraz oddaj nerkę”. Dlatego przed ostateczną decyzją dawca zawsze musi odbyć rozmowę z psychologiem po to, by wyłapać takie sytuacje.

A zdarza się, że nie zgadzają się rodzice, którzy mogliby być dawcami?

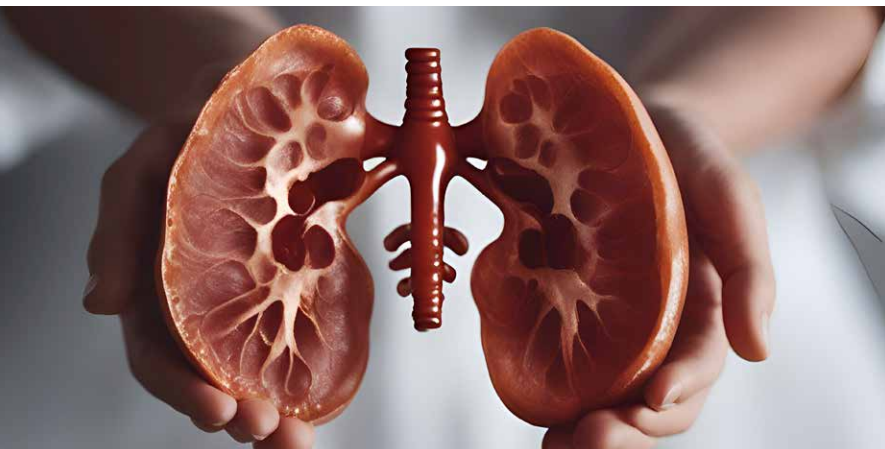
Nie przypominam sobie takiej sytuacji. Natomiast sami czasami wycofujemy się z propozycji przeprowadzenia rodzinnego przeszczepu. Jeśli widzę samotną matkę wychowującą dziecko i pracującą, to po prostu odpuszczam. Bo wiem, że pobranie nerki to operacja chirurgiczna, która wiąże się z koniecznością rekonwalescencji i nieobecnością w pracy. Czasem widać, że przeszczep oznaczałby wyłączenie jedynego żywiciela rodziny albo wręcz pozostawienie bez opieki innych dzieci. Niestety.

Jak wygląda przygotowanie do przeszczepu?

Przygotowujemy całą rodzinę. Mówimy o potencjalnych korzyściach, skutkach negatywnych pobrania narządu u dawcy (które są dość ograniczone) i gdy usłyszemy „zgadzam się”, zaczynamy wstępnie badać dawcę. Wtedy o pomoc zwracamy się do kolegów internistów, bo – jak wspominałam – dawca musi być zdrowy, trzeba więc zorganizować mu badania. Można powiedzieć, że to jest internistyczny „przeгляд” pacjenta. Obejmuje on całą listę badań, które należy przeprowadzić. Trzeba ustalić, czy nie ma żadnych towarzyszących chorób, czy nie ma żadnej infekcji utajonej, nie daj Boże, choroby nowotworowej, ale też nadciśnienia, białkomoczu czy krwinkomoczu. Człowiek ma być zdrowy. Kropka.

Jeśli nie znajdzie się przeciwwskazań, dawca przechodzi do następnego etapu badań, który zazwyczaj odbywa się w Warszawie, w ośrodku transplantacyjnym. Tam wykonuje się angiografię i dodatkowe procedury bezpośrednio przygotowujące do przeszczepu.

Przygotowanie biorcy polega na tym, że też trzeba wykluczyć wszystkie potencjalne ogniska



fot.: freepik.com

zakażenia, ponieważ po przeszczepieniu nerki pacjent otrzymuje leczenie immunosupresyjne. On też musi być zdrowy. Oczywiście trudno powiedzieć, że człowiek z niewydolnością nerek jest zdrowy. Ale trzeba wykluczyć problemy, które mogą spowodować utratę przeszczepu. Jeżeli mamy do czynienia z wadą dolnego odcinka układu moczowego, to wada ta musi być skorygowana, a pęcherz moczowy musi być przygotowany do przeszczepionej nerki. Przeszczepiając nerkę, która ma dobrze pracować, do np. niewłaściwie funkcjonującego pęcherza moczowego, możemy doprowadzić do uszkodzenia przeszczepionego narządu.

Chwileczkę. Potrafię sobie wyobrazić, że moja 15-letnia córka dostaje ode mnie nerkę. Ale co w sytuacji, gdyby miała dwa lata?

U dzieci dobór dawcy powinien być bardzo dokładny. Jest dopuszczalna pewna dysproporcja między dawcą a biorcą, ale nie każdy dorosły może być dawcą dla każdego dziecka. Wiele zależy od wymiarów dziecka i dorosłego. Ostateczną decyzję podejmuje ośrodek transplantacyjny i chirurg. Bo, rzeczywiście, dobór musi być taki, żeby narząd też pasował rozmiarem. Ale przeszczepia się nerki od dorosłych również małym dzieciom. Przeszczepiona nerka jest posadowiona w innym miejscu niż u zdrowego człowieka, bo umieszcza się ją w jamie brzusznej.

A dlaczego w ogóle dzieciom trzeba przeszczepiać nerki?

Dzieci wymagają przeszczepu nerki, ponieważ jest to najlepsza forma leczenia nerkozastępczego, uwalnia od dalszych dializ lub nawet pozwala

ich w ogóle uniknąć, daje szansę na normalne życie i prawidłowy rozwój. U dzieci nie ma takich problemów jak cukrzyca, nadciśnienie i miażdżyca, które są przyczyną przewlekłej i schyłkowej niewydolności nerek u dorosłych.

U dzieci mamy do czynienia z dwoma zasadniczymi problemami. Pierwszy: wrodzone wady nerek i układu moczowego, drugi to glomerulopatie. Ale jeśli chodzi o liczebność, to dominujące są wady wrodzone: wady zaporowe (najczęściej zastawki cewki tylnej u chłopców), wrodzone wodonercza i zmiany torbielowate, choroby mięszu nerek, dysfunkcja pęcherza itd.

Dziś dzięki diagnostyce prenatalnej pewne wady rozpoznaje się w czasie ciąży. Najcięższe przypadki z całej Polski kierowane są do nas, czyli do ICZMP w Łodzi. I my, wiedząc o tym, że urodzi się chore dziecko, jesteśmy przygotowani na to, by mu pomagać już w pierwszych godzinach życia. W tym miejscu muszę pochwalić mój ośrodek. Udało się nam stworzyć wyjątkowy model opieki nad matką i dzieckiem. Dzięki porodowi w naszych klinikach położniczych mały pacjent, nierzadko w bardzo ciężkim stanie, nie jest narażony na transport, który może być dla niego poważnym obciążeniem. Jeśli ciężarna ze zdiagnozowaną wadą płodu trafi do nas, wspólnie z położniczkami organizujemy konsylium. Planujemy cały proces leczniczy. A mamie tłumaczymy, co się może wydarzyć. Pacjent po porodzie

trafia z reguły do Kliniki Intensywnej Terapii i Wad Wrodzonych Noworodków i Niemowląt. Mieliliśmy już pacjentów, którzy wymagali dializy od urodzenia. Niektórzy przejściowo, bo zdarza się, że czynność nerek ulega poprawie na tyle, że możemy się z dializ wycofać.

Oprócz specjalistów prowadzących intensywną terapię

PRZESZCZEPIANIE NEREK W POLSCE

W 2022 r. przeszczepiono 856 nerek łącznie 856 biorcom (22,6 na 1 milion mieszkańców). W tej liczbie 783 biorców otrzymało nerki pochodzące od osób zmarłych (20,7/1 mln mieszkańców), a 73 nerki od żywych dawców (1,9/1 mln mieszkańców). Najwięcej przeszczepień nerek, w sumie 116, wykonano w Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus UCK WUM w Warszawie.

PRZESZCZEPY NEREK OD DAWCÓW ŻYWYCH

W 2022 r. liczba przeszczepień nerek pobranych od żywych dawców wyniosła 73 (o 29 więcej niż w 2021 r.). Najwięcej przeszczepień (30) wykonano w Szpitalu Klinicznym Dzieciątka Jezus UCK WUM, w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie (pobrany w CSK UCK WUM) wykonano osiem takich zabiegów

2017	– 56
2018	– 40
2019	– 52
2020	– 31
2021	– 44
2022	– 73

noworodka często do akcji wkraczają urolodzy. Jeśli mamy do czynienia z ciężkim wodonerczem, to wymaga ono interwencji, czasami trzeba wyprowadzić drogi moczowe. Przy zastawce cewki tylnej należy udrożnić cewkę moczową. Dzięki tym interwencjom udało się uniknąć natychmiastowej dializoterapii. I teraz włączamy się my, nefrolodzy, i jeżeli jest to możliwe, leczymy pacjenta zachowawczo lub zaczynamy leczenie nerkozastępcze. Ponieważ pacjenci to bardzo małe dzieci, zaczynamy od dializy otrzewnowej, która wymaga założenia specjalnego cewnika do jamy otrzewnej. Zakładają je koledzy urolodzy i chirurdzy i dalej już my prowadzimy te dzieci, tak by jak najszybciej doprowadzić je do przeszczepu. Mieliśmy jednak kilku pacjentów z ciężkimi wadami, u których udało się uniknąć dializoterapii, choć nadal mieli przewlekłą chorobę nerek.

Mówi pani o przeszczepach wyprzedzających.

Od jakiegoś czasu jest taka możliwość i z niej korzystamy. Zgłaszamy pacjenta na listę oczekujących i dziecko, jeśli osiągnie określone warunki progowe, staje się kandydatem do przeszczepu.

Bez dawcy spokrewnionego chyba niemożliwe.

Faktycznie, dawcami naszych pacjentów przed wejściem w dializy byli rodzice. O ile dobrze pamiętam, chyba tylko w jednym przypadku był to dawca zmarły. Ostatni przypadek – dawca był tata. Dziewczynka miała trzy lata. Dziecko urodziło się z wrodzoną wadą układu moczowego. Byliśmy prawie pewni, że nie unikniemy dializy już w okresie noworodkowym, ale dzięki leczeniu zachowawczemu i interwencji urologicznej (odbarczono jedną z torbieli) mogliśmy ją leczyć zachowawczo do przeszczepu rodzinnego. Dziewczynka uniknęła dializoterapii i teraz normalnie funkcjonuje.

Są jeszcze dzieci po kłębuszkowym zapaleniu nerek.

Miewaliśmy dwulatków z ciężkimi zespołami nerczycowymi na tle ciężkiego, kłębuszkowego zapalenia nerek i te dzieci niestety też wymagały leczenia nerkozastępczego.

Przypomina mi się Amelka. Miała może dwa latka, gdy przeszła kłębuszkowe zapalenie nerek, miała ciężki

OSOBY OCZEKUJĄCE NA PRZESZCZEPIONIE NERKI W WIEKU PONIŻEJ 18 LAT (Dane Poltransplantu)		
Zarejestrowani w KLO	117	
Liczba nowych zgłoszeń	57	
Zgłoszeni przed rozpoczęciem dializ	12	
Liczba przeszczepień	35	
Wiek biorcy < 5 lat	Dawca zmarły – 4	Dawca żywy – 0
Wiek biorcy 5-15 lat	Dawca zmarły – 15	Dawca żywy – 8
Wiek biorcy 16-18 lat	Dawca zmarły – 6	Dawca żywy – 2
Średni czas oczekiwania na przeszczepienie (dni)	Dawca zmarły – 604	Dawca żywy – 301
Liczba osób, którym przeszczepiono nerkę przed rozpoczęciem dializ	Dawca zmarły – 1	Dawca żywy – 3
Osoby zmarłe na liście	2	
Liczba osób oczekujących na przeszczepienie nerki (aktywnych) 31.12.2022 r.	75	
Średni czas oczekiwania (dni) 31.12.2022 r.	493	

zespół nerczycowy. Była leczona w innym szpitalu, do nas trafiła z niewydolnością nerek. Bardzo długo była leczona zachowawczo, bo rodzice nie chcieli rozpocząć leczenia nerkozastępczego dializami. Udało się szczęśliwie doprowadzić ją do przeszczepu. Innym razem trafił do nas chłopiec, który od jakiegoś czasu źle się czuł i wymiotował. Do dzisiaj go pamiętam, ponieważ akurat miałam dyżur i przyjmowałam go do szpitala. Była północ. Wyniki badań wskazywały na niewydolność nerek trwającą prawdopodobnie od kilku miesięcy, chłopiec wymagał hemodializy w trybie nagłym. Pomimo wdrożenia intensywnego leczenia czynność nerek nie uległa poprawie. Robimy biopsję nerki. I widać czarno na białym – tu już nie da się nic zrobić, ponieważ pacjent ma schyłkową niewydolność nerek. Rozpoczynamy leczenie dializą otrzewnową. Zapisujemy chłopca na listę oczekujących na przeszczep i niemal natychmiast dzwoni telefon z Centrum Zdrowia Dziecka.

Hurra, mój Kubuś jest wzywany do przeszczepu. Jedzie do Międzylesia i tam się okazuje, że jest tysięcznym pacjentem, któremu przeszczepiono nerkę w CZD. Było to zdarzenie przedstawione nawet w telewizji.

Mówiła pani, że trzeba mieć szczęście...

Tylko tyle i aż tyle, bo zasady obowiązujące w transplantologii są krystalicznie transparentne. Nie ma tu żadnej szarej strefy. Czarnego rynku. Na stronie Poltransplantu każdy może wejść i zobaczyć, jakie są zasady alokacji narządów. Jest czytelny system punktowy – może być na przykład kilku potencjalnych biorców. „Wygrywa” ten, kto dostanie najwięcej punktów. Punkty są przyznawane na przykład za czas leczenia nerkozastępczego. Dzieci mają preferencje za wiek. Dlatego czekają krócej niż dorośli. Ale też dużo częściej dostają narządy od dawców spokrewnionych. I miejmy nadzieję, że ta pula będzie coraz większa, w co głęboko wierzę. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Ojcostwo, które nie cieszy

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Mężczyźni czują radość, kiedy uda im się pokonać depresję okołoporodową, bo odzyskują rodzinę – mówi dr n. med. Marlena Sokół-Szawłowska.

O depresji okołoporodowej kobiet mówi się coraz częściej. Zdecydowanie rzadziej słyszymy, że ten problem może dotyczyć panów. Jak duża jest skala tego zjawiska?

Mamy niewiele doniesień naukowych na ten temat. Według dostępnych danych statystycznych około 10 proc. mężczyzn doświadcza epizodów depresji związanych z powiększeniem się rodziny o różnym nasileniu – od łagodnych, przez umiarkowane, aż po ciężkie. W przypadku kobiet odsetek jest większy i sięga 24 proc.

Z jakich powodów najczęściej dochodzi do zachorowania?

Ciąża i narodziny dziecka rewolucjonizują dotychczasowe życie pary. Jest mniej czasu na hobby, dużo więcej obowiązków, a uwaga partnerki jest przekierowana na macierzyństwo. Pod koniec ciąży kontakty seksualne co do zasady są rzadsze bądź mniej satysfakcjonujące. Pojawienie się dziecka zaburza naturalny rytm okołodobowy rodziców, co doprowadza do zmęczenia oraz problemów ze snem. To całkowita zmiana stylu życia, do której czasem trudno się dostosować. Zamiast radości pojawia się frustracja. Wielu ojców obawia się też, czy udźwignie ciężar finansowy związany z powiększeniem rodziny. U jednego z moich pacjentów przyczyną zachorowania na depresję był stres związany z tym, że ciąża partnerki okazała się bliźniacza, a on nie był w stanie kupić większego mieszkania. U mężczyzn może też pojawić się obawa o to, czy sprostają roli współczesnego taty – angażującego się w opiekę nad dzieckiem i czerpiącego radość z tacierzyństwa – zwłaszcza jeśli ich własne dzieciństwo

odbiegało od ideału i nie mają skąd czerpać wzorców. Co więcej, jeśli te wspomnienia są traumatyczne, mogą pojawić się lęki, że mężczyzna będzie tak złym tatą jak jego własny ojciec.

Poza tym w organizmie taty po narodzinach dziecka dochodzi do zmian biologicznych, między innymi hormonalnych. Spada

Mężczyźni są mniej skłonni do rozwiązywania problemów zdrowotnych u specjalisty; trudno im wykonać ten pierwszy krok

poziom testosteronu, co ma sprawić, że ojciec wycisza się pod kątem prokreacyjnym i skupia nad opieką nad dzieckiem. Z drugiej strony nadmierny spadek tego hormonu zwiększa ryzyko wystąpienia depresji.

Kto jest w największej grupie ryzyka?

Po pierwsze, mężczyźni, którzy w przeszłości chorowali na depresję. Okres okołoporodowy może stać się czynnikiem spustowym. W grupie podwyższonego ryzyka są też panowie oczekujący pierwszego dziecka. Oni szczególnie martwią się kwestiami ekonomicznymi i socjalnymi. Dane naukowe potwierdzają też, że jeśli matka choruje na ciężką postać depresji poporodowej, to ryzyko wystąpienia tej choroby u ojca wzrasta o 50 proc. Rodzina to system, jeśli jeden z jego

elementów niedomaga, to spiją się kolejne.

Czy postawienie trafnej diagnozy jest trudniejsze w przypadku panów niż pań?

Generalnie depresja u mężczyzny, nie tylko okołoporodowa, często ma atypowe jak na tę chorobę objawy. Mężczyźni oczywiście mogą tradycyjnie mieć obniżony nastrój i odczuwać smutek. Ale może też pojawić się agresja, rozdrażnienie, ucieczka w pracę, zaburzenia odżywiania i snu, problemy z koncentracją, nadmierna senność w dzień, większa podatność na stres, dłużej utrzymujące się dysfunkcje seksualne, a także objawy lękowe, których wcześniej nie było. Mam na myśli zarówno lęk wolno płynący, jak i napadowy – w sytuacjach, które kiedyś nie wiązały się z takimi emocjami. Kolejny charakterystyczny objaw to sięganie po używki jako sposób na rozładowanie napięcia. Do tego stopnia, że mogą prowadzić do uzależnień. Generalnie chodzi o zachowania, których wcześniej nie było, na przykład nadmierowe jedzenie, częstsze sięganie po alkohol, wybuchy gniewu. To są sygnały alarmowe. Każda nietypowa zmiana stanu psychicznego, która zaburza funkcjonowanie i trwa co najmniej dwa tygodnie, powinna niepokoić. Chodzi o stany, których nie można tłumaczyć tym, że się urodziło dziecko. To zawsze jest coś nadmiarowego. Pamiętajmy też, że męska depresja okołoporodowa może pojawić się już od pierwszego trymestru

ciąży partnerki aż do roku po narodzinach dziecka. Najczęściej ujawnia się 3-6 miesięcy od porodu. W wychwyceniu symptomów i postawieniu prawidłowej diagnozy warto posiłkować się 13-punktową Gotlandzką Skalą Męskiej Depresji (The Gotland Male Depression Scale, GMDS).

Czy mężczyźni mają problem ze zgłoszeniem się po pomoc? Może wolą zacisnąć zęby i tłumaczyć sobie, że przecież żadnemu rodzicowi nie jest łatwo po przyjściu na świat dziecka, a już na pewno nie jest im tak trudno jak kobietom, które ponoszą największy trud związany najpierw z donoszeniem ciąży, a następnie opieką nad noworodkiem.

Zdecydowanie jest to schemat myślenia, który może powodować brak śmiałości w mówieniu o swoich problemach, bo to oznaczałoby, że mężczyzna dokłada swojej rodzinie dodatkowych trosk w i tak niełatwym czasie. Ojciec ma być dzielny i wspierający, tego oczekuje od niego otoczenie. Dlatego nawet jeśli podskórnie czuje, że ma problem, przez długi czas racjonalnie tłumaczy swój stan: „Jestem zmęczony, bo nie dosypiam ze względu na budzące się w nocy dziecko, dużo pracuję, bo przecież muszę zapewnić byt swojej rodzinie”.

Jak można im pomóc w przełamaniu tego tabu? Co robić, aby nie cierpieć w samotności?

Młode mamy coraz rzadziej wahają się zgłaszać do specjalisty z problemem depresji poporodowej, bo mówi się o niej coraz szerzej. Praca nad zwiększaniem świadomości społeczeństwa, że coś takiego może się przytrafić także ojcom, zapewne mogłaby chociaż trochę poprawić ich sytuację. Wiadomo także, że mężczyźni są mniej skłonni do rozwiązywania problemów zdrowotnych u specjalisty. Trudno im wykonać ten pierwszy krok. Najczęściej trafiają do lekarza, bo ich zmotywowała osoba najbliższa, czyli często partnerka. Ona jest najbardziej wyczulona na zmiany w zachowaniu partnera. Są jednak pacjenci, którzy potrafią dobrze maskować chorobę i nawet po zdiagnozowaniu byli w stanie ją ukrywać przed najbliższymi. Chcieli ich w ten sposób chronić, nie zadreżać swoimi problemami. Znam przypadek chorego, który poprosił lekarza prowadzącego, aby ten na okres



foto: Lidia Sulikowska

ciąży usunął jego żonę z grona osób upoważnionych do informowania o jego stanie zdrowia.

Z moich doświadczeń klinicznych wynika, że mężczyzna sam z siebie szuka pomocy u psychiatry zazwyczaj dopiero wtedy, gdy zaczyna mieć problemy, które negatywnie wpływają na jego życie zawodowe, np. zdecydowanie gorszą koncentrację uwagi, słabszą pamięć. Zauważa, że pracuje gorzej niż dotychczas. Pracodawca ma te same oczekiwania, co kiedyś, a on nie daje rady. Często nie łączy tego jednak z depresją.

Jaką rolę w postawieniu diagnozy mogą odegrać pracownicy medycyny podstawowej opieki zdrowotnej?

Pielęgniarki środowiskowe, lekarze rodzinni i pediatry są coraz bardziej wyczuleni na problem depresji okołoporodowej u kobiet, więc myślę, że oni mogliby być bardzo pomocni w wychwyceniu, że świeżo upieczony tata również może jej doświadczać. Zdaję sobie jednak sprawę, że trudno to zrobić, bo podstawowa opieka zdrowotna (POZ) jest bardzo przeciążona. Myślę jednak, że nawet prosty skrining w postaci testu przesiewowego za pomocą skali GMDS mógłby wskazać osoby zagrożone.

Dlaczego wdrożenie leczenia jest tak ważne?

Nieleczona depresja wpływa destrukcyjnie nie tylko na chorego, ale i całą rodzinę. Pogarsza się relacja z partnerką i oczywiście z dzieckiem. Jeśli tata jest wycofany, unika z nim kontaktu twarzą w twarz, nie bawi się, nie pielęgnuje. Są to straty, które później trudno nadrobić. Zaburzona więź z dzieckiem wpływa na jego rozwój i może wywoływać zaburzenia behawioralne. Z własnej praktyki zawodowej mogę powiedzieć, że mężczyźni czują ogromną radość, kiedy uda im się pokonać chorobę. Dlaczego? Bo odzyskują rodzinę. Pamiętam pacjenta, który bardzo chciał towarzyszyć partnerce w narodzinach, ale bał się, że jego stan psychiczny zniszczy ten moment. Depresja pojawiła się u niego już w II trymestrze ciąży żony. Ciąża była nieplanowana, a na dodatek istniało ryzyko urodzenia dziecka z wadami. Do tego ich mieszkanie było zbyt małe. To przytłoczyło mężczyznę. Na szczęście na czas wdrożyliśmy leczenie farmakologiczne wsparte psychoedukacją. Do remisji choroby doszło jeszcze przed porodem. Pacjent był przeszczeniwy, że mógł uczestniczyć w narodzinach i opiece nad zdrowym noworodkiem. ●

**DR N. MED. MARLENA
SOKOŁ-SZAWŁOWSKA**

Lekarz psychiatra i certyfikowany terapeuta CBT, pracownik Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, autorka monografii naukowych (m.in. na temat depresji, ChAD, wypalenia zawodowego i profilaktyki samobójstw), zajmuje się głównie zaburzeniami afektywnymi, od 2016 r. jako pierwszy specjalista w Polsce koordynowała międzynarodową współpracę z Europejskim Sojuszem Przeciwko Depresji (European Alliance Against Depression – EAAD).

Recepty i social media a sprawa polska

O problemach z odczytywaniem pisma lekarskiego na receptach słyszał chyba każdy. Na ten temat są nawet anegdoty. Z chwilą pojawienia się e-recept dawne kłopoty zniknęły. Za to pojawiły się nowe, wcześniej nieznanne.

Głośnym echem odbiła się niedawno sprawa pewnego preparatu stosowanego u dzieci z nietolerancją białka mleka krowiego. Od wielu lekarzy Narodowy Fundusz Zdrowia zażądał zwrotu sporych kwot odpowiadających refundacji (wraz z odsetkami) za wymieniony preparat. Chodziło o recepty dla dzieci, których wiek nieznacznie przekraczał limit określony w przepisach. Nietolerancja na białko mleka krowiego nie jest podatna na polskie przepisy. Nie znika w magiczny sposób w dniu, w którym dziecko ukończy określony wiek. Zarazem dobre serce lekarza nie jest argumentem, który rozwiąże jeden z wielu problemów dotyczących refundacji leków.

Równoległe pojawiły się sugestie, jakoby farmaceuci powinni reagować, gdy trafi do nich pacjent z receptą np. na wyżej wymieniony preparat. Czy w takim razie farmaceuta miałaby pełnić rolę, której nie mógł lub nie chciał spełnić lekarz?

To dość odważne podejście, zwłaszcza na tle odmawiania farmaceutom praw do jakiegokolwiek diagnozy, a zarazem decyzji. Pomyślmy. Farmaceuta nie ma żadnych praw do jakiegokolwiek formy kwestionowania ordynacji lekarskiej, co równa się temu, że nie ma żadnych praw do weryfikacji zasadności ordynacji leku, szczególnie w powiązaniu z PESEL-em pacjenta. Dobrze myśleć? Założenie, że farmaceuta powinien zareagować, by – w istocie – uchronić lekarza przed zaplaceniem kary za nienależną refundację, jest mało realistyczne. To, że ktoś tak zakłada, nie oznacza, że tak jest. Pomijając przepisy, dlaczego (i na jakiej podstawie) farmaceuta miałby weryfikować/kwestionować ustalenia lekarskie, których skutkiem jest poprawnie wystawiona recepta? Dlaczego farmaceuta miałby uznać, że lekarz nie zna się na kalendarzu i nie potrafi obliczyć wieku pacjenta? Poza tym dlaczego miałby tę dodatkową (!) i niepotrzebną pracę

MARIUSZ POLITOWICZ
CZŁONEK NACZELNEJ
RADY APTEKARSKIEJ



wykonywać bezpłatnie? NFZ nie płaci za wiedzę i myślenie, tylko przelewa pieniądze za refundację leków.

Świat się zmienia, a my razem z nim. Kiedyś tego typu dyskusje toczyły się przy kawiarnianych stolikach lub biesiadnych stołach. Dziś się toczą w social mediach. Szczególnie na portalu X, kiedyś noszącym nazwę Twitter. Przyciąga wszystkich, ale da się zauważyć, że w pewnym momencie dyskusje zaczynają się toczyć pomiędzy zawodowcami. Amatorzy odpadają wcześniej.

Profesjonalni dyskutanci szybko zmiernają do meritum. Co prawda, pojawiają się głosy o *salus aegroti*, którego nikt nie traci z oczu, jednakże zacytowanie odpowiednich przepisów otrzeźwi każdego. Gdy w tle pojawi się kara finansowa, stygną najbardziej rozpalone głowy. Cóż z tego, że dla zet-leku medycznie prawidłowym jest dawkowanie „doraźnie 1 tabletką”, skoro przepisy o wystawianiu i realizacji recept mówią o policzalnej liczbie tabletek i takim też dawkowaniu. Liczba plus częstotliwość. Nie ma znaczenia, że pacjent, który stosowałby się do cowieczornego dawkowania 1 x 1, mógłby się uzależnić. Ustawodawca nie przewidział takiej sytuacji.

Cóż z tego, że lekarz, farmaceuta i pielęgniarka rozumieją, co oznacza, gdy na receptce przepisano 10 ampułek, a dawkowanie określono jako

„im. 1 x/dz.”? Dla twórców przepisów oraz płatnika powyższy zapis jest błędny, bo „1 x/dz.” oznacza tylko (!) częstotliwość. Prawidłowo powinno być: „1 x dz. 1 ampułka”. A idealnie by było, gdyby dodać, że przez 10 dni. Absurd? Owszem, ale obowiązujący.

Prędzej czy później w social mediach pojawia się apel, aby farmaceuci (bo to oni się „czepiają”) postarali się o zmianę przepisów. Powstaje jednak pytanie, dlaczego akurat farmaceuci, skoro najbardziej przeszkadzają one lekarzom – w prawidłowym dawkowaniu, czyli „doraźnie”, ewentualnie „wiadomo”? Od razu dodam, że tych dwóch słów nie ma w przepisach o receptach.

W parlamencie jest tylko jeden farmaceuta (w całym kraju około 35 tys., w tym 26 tys. wykonujących zawód), ale kilkudziesięciu lekarzy (w całym kraju około 159 tys., w tym około 133 tys. wykonujących zawód). Czyż nie jest zastanawiające, dlaczego nadal mamy przepisy, które utrudniają naszą pracę, psują wzajemne relacje, o utrudnianiu życia pacjentom nie wspominając?

Moja grupa zawodowa chciałaby uproszczenia przepisów. Mamy pomysły, jak to zrobić. Chęci nie wystarczą. Propozycje musiałyby być wysłuchane, a potem zaimplementowane. Tylko tyle i aż tyle. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Dla klinicysty i naukowca

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Uczmy tego, co będzie przydatne w praktyce klinicznej, ale wspierajmy też tych, którzy chcą podążać ścieżką naukową – mówi prof. Agnieszka Cudnoch-Jędrzejewska.

W jaki sposób przekazywać wiedzę z zakresu nauk podstawowych studentom medycyny?

Uważam, że studenci powinni mieć poczucie, że uczą się tego, co będą mogli realnie wykorzystać w pracy zawodowej. Większość z nich będzie w przyszłości lekarzami praktykami, dlatego przede wszystkim należy ich uczyć tego, co będzie przydatne w praktyce klinicznej. Powinniśmy zatem te zajęcia maksymalnie upraktyczyć, skupiając się na zagadnieniach najbardziej pożądanym z punktu widzenia przyszłego klinicysty.

To znaczy?

Podam przykład z własnego podwórka. W Katedrze i Zakładzie Fizjologii Doświadczalnej i Klinicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego łączymy nauczanie fizjologii z patofizjologią. Realizujemy podstawę programową dotyczącą zrozumienia prawidłowego funkcjonowania organizmu w kontekście zachodzących procesów patofizjologicznych. W pierwszej kolejności omawiamy określony przypadek kliniczny, pokazując nieprawidłowości, a następnie tłumaczymy, jak ten proces przebiega w zdrowym organizmie, a także na jakim etapie nastąpiło zaburzenie fizjologicznego procesu, które doprowadziło do powstania określonej patologii i na czym ono polega. Edukacja oparta na studium przypadku to światowy trend. Drugim ważnym elementem praktycznego nauczania naszego przedmiotu jest wyjaśnienie, w jaki sposób badania diagnostyczne ujawniają określony proces patofizjologiczny. Trzecim elementem jest wykorzystanie symulacji



fot.: BKIPU Warszawski Uniwersytet Medyczny

medycznych. Naszym celem jest przygotowanie studentów tak, aby na kolejnych latach studiów mogli korzystać z wiedzy i umiejętności, które zdobyli podczas edukacji w Katedrze, przydatnej w rozumieniu patogenezы chorób i zasad ich leczenia.

Co Pani sądzi o nauczaniu modułowym?

Jest to niewątpliwie ciekawa koncepcja – koncentrujemy się na określonym narzędziu z punktu widzenia np. anatomii, fizjologii oraz patofizjologii. Jednak organizm człowieka jest złożonym „systemem”, o wiele większym niż suma poszczególnych narządów i układów. Kształcenie studentów w sposób modułowy uczy schematycznego sposobu myślenia o człowieku. Z tego powodu na ten sposób nauczania medycyny, mimo początkowej fascynacji,

patrzy się coraz bardziej sceptycznie. Zaden narząd nie działa niezależnie, zatem powinniśmy uczyć studentów funkcjonowania organizmu ludzkiego jako całości, ale w najbardziej praktyczny sposób. Obecnie w edukacji medycznej wykorzystuje się elementy modułowe poprzez na przykład łączenie fizjologii z patofizjologią albo biochemii z chemią medyczną. Takie rozwiązania proponują renomowane uczelnie europejskie.

Co można zaproponować studentom, którzy chcą podążać ścieżką naukową?

Należy im umożliwiać poszerzenie wiedzy z zakresu metodologii badań naukowych, umiejętności przygotowania manuskryptów, zarządzania informacją i łączenia zagadnień z zakresu nauk podstawowych i klinicznych. Niezbędne jest kształcenie o zasadach przygotowywania wniosków grantowych i wsparcie studentów podejmujących się tego wyzwania. Ważne jest także wzmocnienie systemu finansowania grantów z wewnętrznych źródeł uczelni, a także stworzenie możliwości pozyskiwania środków ze źródeł zewnętrznych. Jestem zwolenniczką wspierania pasji naukowej studentów, budowania współpracy z klinicystami. Chciałabym podkreślić, że nie ma rozwoju nauk podstawowych bez perspektywy klinicznej, ale także w pracy klinicznej potrzebna jest wiedza teoretyczna. ●

**PROF. AGNIESZKA
CUDNOCH-JĘDRZEJEWSKA**

Specjalista z zakresu chorób wewnętrznych i hipertensjologii, od 2013 r. kierownik Katedry i Zakładu Fizjologii Doświadczalnej i Klinicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, a obecnie także prorektor ds. personalnych i organizacyjnych WUM, przewodnicząca Komitetu Nauk Fizjologicznych i Farmakologicznych Polskiej Akademii Nauk w kadencji 2020–2023.

PRAKTYKA LEKARSKA

Samorząd lekarski na HCC

KAROLINA KOWALSKA

O jakości, zarządzaniu i przyszłości ochrony zdrowia w Polsce dyskutowali uczestnicy marcowego Kongresu Wyzwań Zdrowotnych w Katowicach. Wśród prelegentów było siedmioro przedstawicieli Naczelnej Izby Lekarskiej.

Wszyscy musimy być dzisiaj otwarci na liderów. Choć bardzo trudno być liderem i jednocześnie pełnić funkcję, ale prawdziwi liderzy siedzą na tej sali i ja deklaruje otwartość na tych liderów – mówił podczas sesji otwarcia „Liderzy zmian. To oni budują przyszłość ochrony zdrowia w Polsce” prezes NRL Łukasz Jankowski. – A jeśli chodzi o nie tylko władzę formalną, ale o wpływ, to myślę, że wpływ na ochronę zdrowia wywieramy wszyscy. Ja szukałbym liderów w miejscach pracy. Są ludzie, którzy mówią: „Nie podoba mi się, że lekarze mają numerować strony w historii choroby”. Wśród zarządzających są jednak także liderzy, którzy mówią: „Jestem marzycielem, chcę mieć szpital dziecięcy na wysokim poziomie i po prostu toczę kulę śniegową dla zmiany, przychodzę do tych, którzy są na stanowiskach, i staram się zamieniać moje przywództwo w realną zmianę”. Pamiętajmy jednak, że takie przywództwo nie jest łatwe – dodał prezes Jankowski.

W sesji otwarcia, obok Łukasza Jankowskiego, udział wzięli: dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łązarskiego, prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Filip Nowak, prezes Pracodawców Medycyny Prywatnej Artur Białkowski, dyrektor Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA Michał Byliniak, prezes Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyróbów Medycznych POLMED Arkadiusz Grądkowski, prezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego Krzysztof Kopec oraz wiceminister zdrowia ds. polityki lekowej Maciej Miłkowski.

Podczas sesji „Źródła finansowania ochrony zdrowia” dr n. med. Klaudiusz Komor, wiceprezes NRL, mówił o środkach publicznych wydawanych na ochronę zdrowia: – W Polsce mało przeznaczają się na profilaktykę i mało na rehabilitację, a dużo na leczenie. Dlaczego? Dlatego że ta cała pula jest mała, więc łąta się i daje pieniądze tam, gdzie efekt widać od razu i gdzie brak pie-

Samorzady zawodowe,
jak medycyna, zmieniają się
i idą do przodu, szukając rozwiązań
na przyszłość

niędzy spowoduje dużą szkodę, nie inwestując niestety w przyszłość. Tymczasem to profilaktyka długoterminowo przynosi korzyści. Natomiast nie możemy w tej chwili przeznaczyć więcej na profilaktykę, bo zabraknie ich na leczenie – podkreślał Klaudiusz Komor w dyskusji z dr Gałązką Sobotką, Bernadettą Skóbel ze Związku Powiatów Polskich, Piotrem Grzebalskim z Banku Gospodarstwa Krajowego, dr. Romanem Toporem-Mądrym, byłym prezesem AOTMiT oraz prezesem Szpitala Murckiego Krzysztofem Zaczkiem.

CENNE DYSKUSJE

Wiceprezes NRL Paweł Barucha, przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL, wziął udział w sesji „Jak powinna układać się współpraca samorządów zawodowych

i resortu zdrowia, aby skorzystał na niej pacjent?”. W dyskusji z prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Mariolą Łodzińską, prezesem Krajowej Rady Fizjoterapeutów dr. Tomaszem Dybkiem, prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych Moniką Pintał-Ślimak, prezesem Naczelnej Rady Aptekarskiej Markiem Tomkowem oraz prezesem Śląskiej Izby Lekarskiej dr. Tadeuszem Urbanem mówił o tym, jak ważny jest dialog.

– Każdy samorząd zawodowy to grupa fachowców zajmująca się fachowcami i od urzędników wymagałbym przede wszystkim dialogu. My chcielibyśmy uczestniczyć w tworzeniu przepisów. Zależy nam na tym, żeby one były po prostu przyjazne pacjentowi. Najważniejszą rzeczą jest utrzymanie się wcześniejszych ustaleń. To tylko marzenie, bo niestety bardzo często jest tak, że ustalamy np. kształt punktu szóstego, po czym ten najważniejszy szósty nie pojawia się w rozporządzeniu, a my słyszymy, że nastąpiło tzw. przeoczenie. Mam wrażenie, że urzędnicy traktują nas jak rywali dla swojej działalności. A my przecież chcemy tylko pomóc w wprowadzeniu przepisów, które mają służyć ogółowi – przekonywał wiceprezes Barucha.

Dodał: – Musimy wiedzieć, że jeśli medycyna się w Polsce rozwija, to samorzady też się zmieniają, tak jak medycyna. My też idziemy do przodu. Nie stoimy w miejscu, tylko szukamy nowych rozwiązań na przyszłość. Chodzi w tym o to, żeby znaleźć ten wspólny kierunek

i żeby wszystko szło do przodu – podsumował Paweł Barucha.

JAKOŚĆ W OCHRONIE ZDROWIA

Podczas sesji „Jakość w ochronie zdrowia” prezes NRL dyskutował m.in. o ustawie o jakości z dyrektorem Centrum Monitorowania Jakości Agnieszką Pietraszewską-Machetą, dr Małgorzatą Gałązką-Sobotką, Sylwią Gołaś-Olszak z Wolters Kluwer, Rzecznikiem Praw Pacjenta Bartłomiejem Chmielowcem, dr. Bernardem Waśko z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego oraz Tomaszem Kopcem, dyrektorem ŚPSK im. Prof. W. Orłowskiego w Warszawie. Na pytanie, co wejście w życie ustawy zmieniło dla personelu medycznego, Łukasz Jankowski odpowiedział: – Na oddziale szpitalnym nie widzimy żadnej zmiany. Widzimy natomiast dużą zmianę w mentalności. Zaczęło się mówić o jakości, która odmianiana jest przez wszystkie przypadki. Mówimy o jakości kształcenia, o znieczuleniach do porodów, zaczynamy się zastanawiać, czy jeśli chodzi o personel medyczny, szklanka jest do połowy pełna czy do połowy pusta. Czy mamy za mało personelu, czy może należy zmienić system, by ten personel właściwie wykorzystać. Ważne jest kształcenie personelu medycznego. W Zespole do spraw Transformacji systemu medycznego, który



foto: Mariusz Tomczak

powołaliśmy w NIL, widzimy, że wyższą satysfakcję pacjenta i wyższą jakość zgłaszają te kraje, w których na jednego lekarza przypadają co najmniej trzy pielęgniarki, asystent pacjenta i personel pomocniczy. Tymczasem w Polsce dosyć bezrefleksyjnie mówi się o tym, że gdy na

rynek pracy wejdzie więcej lekarzy, to zdołają oni zapełnić wszystkie dziury kadrowe. Zastanówmy się, czy pokolenie Z, które za swoje studia medyczne płaci dziś kilkadziesiąt tysięcy, zechce pracować w miejscach, które inni lekarze omijają ze względu na złą jakość – pytał prezes NRL. ●

Patronat Gazety Lekarskiej

WARSZAWA

WCCI już w kwietniu

Warsaw Course on Cardiovascular Interventions (WCCI) – najstarsze warsztaty kardiologii interwencyjnej w Polsce – odbędą się w tym roku w wersji hybrydowej 24-26 kwietnia w Airport Hotel Okęcie w stolicy.

Zainaugurowane w 1997 r. WCCI gromadzą corocznie ok. 1000 uczestników, w tym kardiologów, kardiologów interwencyjnych i kardiochirurgów z Polski oraz ze świata, a także przedstawicieli innych dziedzin medycyny zaangażowanych w leczenie

kardiologiczne – anestezjologów, angiologów, chirurgów naczyniowych, radiologów, neurologów. Program Warsztatów WCCI 2024, organizowanych pod auspicjami Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK) oraz we współpracy z EAPCI i EuroPCR, koncentruje się wokół:

- rewaskularyzacji tętnic wieńcowych ze szczególnym uwzględnieniem wielonaczyniowej choroby wieńcowej
- choroby pnia lewej tętnicy wieńcowej
- bifurkacji wieńcowych
- chorób strukturalnych serca, w tym interwencji na zastawce aortalnej i mitralnej, a także zamykania uszka lewego przedsionka
- interwencyjnego leczenia udaru mózgu
- nowoczesnych technologii informatycznych w służbie medycyny.

W programie znajdą się praktyczne sesje dotyczące wewnątrz-naczyniowej diagnostyki obrazowej i czynnościowej oraz leczenia najcięższych chorób, wymagających urządzeń wspomaganie funkcji lewej komory serca. Między innymi z tego powodu nie zabraknie sesji z pogranicza intensywnej terapii kardiologicznej i kardiologii inwazyjnej. Kontynuowane będą także cieszące się dużym powodzeniem miniwarsztaty poświęcone leczeniu przewlekłych okluzji tętnic wieńcowych (WAR-CTO) oraz zabiegom trudnym, przeznaczone dla zaawansowanych operatorów (WAR-CHIP). Obok prezentacji wcześniej nagranych szkoleniowych filmów w formacie „live-in-a box” zaplanowano również transmisje na żywo z renomowanych ośrodków w Polsce. ●

List do redakcji

Nikotynizm to zaburzenie psychiczne

Z ogromnym zainteresowaniem przeczytałem w lutowym numerze „Gazety Lekarskiej” znakomity artykuł pana prof. Przemysława Kardasa pod tytułem „Nikt w Polsce nie pali!”. Pracuję jako lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i wszystkie problemy opisane w artykule znam z własnej praktyki i potwierdzam w całej rozciągłości, że tak dzieje się naprawdę! Wielokrotnie też byłem zdziwiony, gdy w wypisie z interny po zawale serca pacjent nie miał wpisanego rozpoznania „nikotynizm”, a pacjent wypisany z ortopedii po endoprotezoplastyce kolana czy biodra nie miał wpisanej „otyłości”... Dość dawno temu, bo w listopadzie 2008 r., uczestniczyłem w Międzynarodowym Kongresie Dowody i Praktyka w Krakowie, gdzie wśród wielu ciekawych tematów przedstawiono pięć najistotniejszych czynników ryzyka pogorszenia zdrowia i przedwczesnego zgonu w Europie według Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO). Są to: tytoń i choroby nikotynozależne, nadciśnienie tętnicze i choroby układu krążenia, alkohol, narkotyki, leki, zaburzenia lipidowe, w tym wysoki poziom cholesterolu, oraz nadwaga i otyłość.

Co ciekawe, są to problemy, które nadal są aktualne i, tak jak podaje prof. Kardas, często pomijane w dokumentacji medycznej (szpitalnej i ambulatoryjnej!). Mnie też to dziwi jako lekarza POZ, jako lekarza szkolącego młodych lekarzy z zakresu medycyny rodzinnej i jako zastępcę przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego Beskidzkiej Izby Lekarskiej w Bielsku-Białej.

Jako praktyk nie zgadzam się tylko z brakiem konsekwencji w działaniu pana profesora... i „ucieczką” w numer statystyczny Z72.0 – według ICD-10. Problem nikotynizmu jest naprawdę ważnym problemem zdrowotnym i żaden lekarz nie powinien bać się powiedzenia pacjentowi prawdy! W swojej pięćdziesięcioletniej pracy zawodowej tylko trzykrotnie spotkałem się z „gwałtownym oburzeniem”, zwłaszcza gdy pacjentowi komputer wydrukował: „F17 – Zaburzenia psychiczne...”. Dając taki wydruk z komputera, warto uprzedzić, że takie jest określenie według ICD-10 i gdy rzuci palenie, to numer ten będzie nieaktualny. Dla mnie problem „używania” ma trochę inne znaczenie.



foto: freepik.com

Używam: mydła, kosmetyków, samochodu, noża, widelca itd. I dotyczy to spraw pozytywnych lub obojętnych dla zdrowia, życia... Natomiast „Używanie tytoniu, kod Z72.0” nigdy nie jest obojętne dla zdrowia!!! Dziś pojawił się w gabinecie POZ siedemdziesięcioletni pacjent, który ponad 10 lat temu napisał na mnie skargę do Narodowego Funduszu Zdrowia, twierdząc, że lekarz POZ nie powinien stawiać rozpoznania „psychiatrycznych”. Podziękował mi za jasne postawienie sprawy przed 10 laty, bo właśnie dzięki temu rzucił wówczas palenie. Powiedział: „Gdyby wtedy nie postawił pan sprawy jasno, zrobiłby mi pan krzywdę”.

Warto potraktować ten cytat jako ostrzeżenie, bo pacjenci, ich rodziny, a zwłaszcza ich prawnicy... mogą dochodzić odszkodowania, chociażby z tytułu „braku należytej staranności...” zgodnie z art.8 Kodeksu Etyki Lekarskiej (KEL). Nie zgadzam się też ze stwierdzeniem, że „słusznie się oburzają”, bo jest to działanie przeciwne naszej podstawowej misji lekarskiej, tj. uczeniu

(słowo „doktor” pochodzi od łacińskiego: doceo, -ere, docui, doctum, czyli uczyć). Oczywiście, każdy problem medyczny może mieć różne nasilenie, ale jeśli ktoś pali nawet jednego papierosa dziennie, to także jest to problem, nad którym należy się pochylić i pomóc go rozwiązać. Ponadto należy założyć, że reakcją pacjenta uzależnionego od czegośkolwiek będzie właśnie oburzenie, zaprzeczenie, bagatelizowanie itd. Zdaję sobie sprawę z tego, że są pacjenci, którzy nie akceptują takiego postępowania i wtedy mogą sobie wybrać innego lekarza.

Na zakończenie przywołam zdanie, które pan prof. Kardas umieścił na początku tego ciekawego i bardzo potrzebnego artykułu: „Unikając tych rozpoznań, zmniejszamy jednak szanse pacjentów na poprawę swojego zdrowia”. ●

Jan Franczyk, lekarz chorób wewnętrznych, specjalista medycyny ogólnej, specjalista medycyny rodzinnej, zastępca przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego Beskidzkiej Izby Lekarskiej w Bielsku-Białej

A jednak optymistycznie

Im mniej się nakręcamy, złościmy, frustrujemy, tym zdrowsi jesteśmy.
Podobno już Seneka twierdził, że „życie jest zbyt krótkie, by się martwić o rzeczy, na które nie mamy wpływu”.

Od kilku już lat wydaje się, że ciągle „coś”. Jeszcze na dobre nie skończyła się pandemia, a Putin rozpętał wojnę za naszą granicą. Do tego dołożyła się kumulanta inflacji. Mieliśmy swoją własną inflację popytową (za dużo pieniądza bez pokrycia w obiegu) plus tak zwaną putininflację, czyli inflację kosztową (podaż surowców nagle zmalała i ceny wzrosły). Jeśli gasisz inflację, to hamujesz gospodarkę, więc nie było już zaskoczeniem, że nie tylko my, ale cały, tak zwany wysoko rozwinięty świat wyhamował.

U naszego wielkiego sojusznika, czyli USA, nie jest spokojnie ani przewidywalnie. Idą wybory i tego nikt nie wie, czy pierwsza będzie Ameryka, czy pomoc światu. Do tego trudna sytuacja w Chinach i na Tajwanie oraz konflikt zbrojny między Izraelem a Palestyną. Gdziekolwiek spojrzysz, tam „coś”.

Jest nieprzewidywalnie i niepokojąco, a my przecież najbardziej boimy się nieznanego.

Pacjent w poczekalni też jest przerażony, bo nie wie, co mu dolega i jak z tym postępować. Covid nas przerażał, bo był nieznan. Nie wiadomo było, jak się potoczy i co się dalej wydarzy. Najpierw pacjent zero, a zaraz już stu, dwustu, pięciuset chorych. Liczni eksperci wieszczili, że nigdy nie będziemy tacy sami. Ze będziemy podchodzić do siebie z dystansem, unikać uścisków podczas powitań i częściej myć ręce. I co?

Z czasów pandemii została nam umiejętność korzystania z komunikatorów, dzięki którym nie trzeba pokonywać wielu kilometrów, by odbyć spotkanie. Ręce myjemy jak wcześniej, a jeśli kogoś lubimy, to witamy go uściskiem. Wydawało nam się, że jesteśmy przeciwni uchodźcom, a jak trzeba było szybko pomóc, przyjęliśmy ich nawet pod swoje dachy. Teoretycznie inflacji towarzyszy bezrobocie, ale nie tym razem. Jak się w tym odnaleźć?

ANNA GOŁĘBICKA,
EKONOMISTKA,
STRATEG KOMUNIKACJI



Na początek trzeba mieć świadomość, że świat toczy się w cyklach. W przyrodzie mamy dzień i noc, cztery pory roku, tygodnie. W ekonomii cykl koniunkturalny to następujące po sobie kryzys, depresja, ożywienie i rozkwit. Cykle słońca, księżycy, snu... Nawet w Biblii jest siedem lat tłustych i siedem chudych. Jedno, co ważne, to że zawsze po nocy przychodzi dzień, po zimie wiosna, a każdy kolejny cykl koniunkturalny toczy się na wyższym od poprzedniego poziomie. Nie ma wyjścia: będzie lepiej.

Zjawiska i ludzie są czasem nieprzewidywalni i nieszablonowi, zatem nie ma co brać niczego za pewnik, tylko obserwować i się adaptować. Jak nie miało padać, a pada, to kupujesz parasol, a nie wymachujesz pięściami do chmury. Lekarz wie najlepiej, że podczas operacji wiele może się wydarzyć, choć teoretycznie nie powinno, i nie ma co z tym dyskutować, tylko trzeba szukać rozwiązań tu i teraz. Na wiele rzeczy nie mamy wpływu, ale mamy wpływ na to, jak do nich podejmiemy. Przychodzi niemiły pacjent. Zwykle jego emocje są o nim, a nie o tobie. On po prostu się boi i tak reaguje. Zapytaj, zrozum, wytłumacz. Twoja przyszłość oczekuje, żebyś zaczął pracę

o 8.00, a ty lubisz się wyspać, więc albo zmień przychodnię, albo docień szybsze kończenie pracy.

Po prostu trochę odpuść. Im mniej się nakręcamy, złościmy, frustrujemy, tym zdrowsi jesteśmy – o czym zapewne nawet EBM miałoby coś do powiedzenia. Nastawienie ma moc.

I na koniec: otwórz oczy. Jest naprawdę wiele powodów do świętowania. Psychologowie czasem zalecają zapisywanie każdego dnia przynajmniej jednej miłej rzeczy, która się wydarzyła, i po tygodniu widać, że nie jest tak źle. Nawet gospodarka inaczej się zachowuje, gdy nastroje są optymistyczne.

Podobno już Seneka twierdził, że „życie jest zbyt krótkie, by się martwić o rzeczy, na które nie mamy wpływu”. A Albert Schweitzer, że „szczęście to jedyna rzecz, która się mnoży, jeśli się ją dzieli”. Z kolei niezawodny Kubuś Puchatek mówił, że „są tacy, co potrafią, a są tacy, co nie potrafią”. W tym cała rzecz. Inflacja zmalała, gospodarka się budzi, geopolityka ciągle średnia, ale na to wpływu nie mamy.

Z wiosennymi i świątecznymi życzeniami, abyśmy potrafili rozumieć otaczający świat, nie brali wszystkiego do siebie i szklanek widzieli do połowy pełną. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Jak leczyć boreliozę? Nauka nie widzi kontrowersji

SŁAWOMIR ZAGÓRSKI
DZIENNIKARZ

W Polsce borelioza jest nadrozpoznanawana. A część lekarzy stosuje długotrwałe jej leczenie antybiotykami, co jest niekorzystne dla chorego, jego otoczenia oraz środowiska naturalnego.

Borelioza z Lyme to, jak czytamy na stronie Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego, „wieloukładowa choroba zakaźna, wywoływana przez krętki *Borrelia*, przenoszona przez kleszcze z rodzaju *Ixodes*. Borelioza może przyjmować różne postacie, takie jak: skórna, stawowa, neurologiczna, zaburzenia układu krążenia czy objawów neuropsychicznych”. Człowiek zakaża się wyłącznie w wyniku ukłucia przez zakażonego kleszcza. „Nie potwierdzono możliwości przeniesienia zakażenia przez przetoczenie preparatów krwi lub kontakt seksualny” – podaje Medycyna Praktyczna dla lekarzy.

Choroba początkowo może wywoływać objawy grypopodobne. Najczęstszą manifestacją kliniczną jest tzw. rumień wędrujący. Pojawia się zwykle po ok. siedmiu dniach od ukłucia przez kleszcza. Czerwona plamka lub grudka szybko powiększa się ku obwodowi. Za diagnostyczną uważa się średnicę 5 cm. Rumień przyjmuje kształt pierścienia z przejaśnieniem w środku. Zmiana nie boli, nie swędzi.

„Rozsiana infekcja może występować od tygodni do miesięcy po pokłuciu przez kleszcza i dotyczy głównie układu nerwowego, kostno-stawowego, serca i narządu wzroku” – czytamy w „Zaleceniach Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych dotyczących diagnostyki i leczenia boreliozy z Lyme”, opublikowanych w „Przeglądzie Epidemiologicznym” pod koniec 2023 r. To samo źródło podaje, iż w „rzadkich

przypadkach po miesiącach lub latach może pojawić się późna lub przewlekła manifestacja z zajęciem skóry, układu nerwowego i kostno-stawowego”.

DWA ETAPY DIAGNOSTYKI

Jak diagnozuje się boreliozę? „Warunkiem rozpoznania i leczenia choroby jest stwierdzenie charakterystycznych objawów klinicznych potwierdzone badaniami serologicznymi. Wyjątek stanowi rumień wędrujący, który nie wymaga wykonywania żadnych badań” – podają wspomniane „Zalecenia”.

Choroba początkowo może wywoływać objawy grypopodobne. Najczęstszą manifestacją jest tzw. rumień wędrujący

Ich autorzy podkreślają, że badań serologicznych nie stosuje się jako badań przesiewowych, lecz wyłącznie jako element postępowania diagnostycznego.

W Polsce, podobnie jak w większości krajów europejskich i w USA, zaleca się diagnostykę dwuetapową. Pierwszy etap to test wykrywający swoiste przeciwciała w klasie IgM przeciwko krętkom *Borrelia* w surowicy krwi. Wykonuje się go najczęściej metodą ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay).

Swoiste IgM pojawiają się we krwi po upływie 3-4 tygodni od zakażenia (ich szczyt przypada na 6-8 tygodni) i zanikają w ciągu 4-6 miesięcy.

Ujemny wynik pierwszego testu wskazuje, że borelioza nie wchodzi w grę i sprawa nie wymaga dalszej diagnostyki. Natomiast wynik dodatni lub wątpliwy należy potwierdzić metodą Western blot.

Co istotne, „dodatni wynik badania serologicznego bez objawów klinicznych typowych dla boreliozy nie ma znaczenia diagnostycznego” – czytamy w Medycynie Praktycznej dla lekarzy.

I druga ważna kwestia. Wynik badania kleszcza, czy jest on zakażony krętkami *Borrelia*, nie upoważnia do wykluczenia bądź potwierdzenia rozpoznania boreliozy i na tej podstawie nie można decydować o podjęciu leczenia.

NIE DLA PRZEWLEKŁYCH ANTYBIOTYKOTERAPII

W ten sposób dochodzimy do leczenia boreliozy, które – jako że przyczyną choroby jest bakteria – sprowadza się do antybiotykoterapii. „Wybór antybiotyku, sposób jego podania i długość terapii zależy od postaci klinicznej, a także wieku pacjenta oraz innych czynników (np. ciąży)” – czytamy w „Zaleceniach”. „Należy unikać antybiotyków o niepewnej skuteczności bądź o zbyt szerokim spektrum, jak np. cefalosporyny I generacji,

fluorochinolony, aminoglikozydy, wancomycyna, tigecyklina, metronidazol, tynidazol, rifampicyna. Nie zaleca się terapii dłuższych niż 28 dni”.

I dalej na temat długości trwania kuracji: „Brak jest uzasadnienia dla przewlekłych antybiotykoterapii lub podawania leków przeciwpierwotniakowych. Nie należy stosować niesprawdzonych i szkodliwych metod leczenia, np. wielomiesięcznej terapii. W badaniach klinicznych oraz badaniach w warunkach praktyki klinicznej nie odnotowano korzyści z przedłużania antybiotykoterapii ponad 14-21-28 dni [takie wartości podano w szczegółowej tabeli „Czas trwania antybiotykoterapii w poszczególnych postaciach klinicznych boreliozy z Lyme u dorosłych“]. Długotrwałe stosowanie antybiotyków jest niekorzystne dla chorego, jego otoczenia oraz środowiska naturalnego” – piszą autorzy „Zaleceń”.

I jeszcze kwestia profilaktyki po ukłuciu przez kleszcza.

„Zaleca się rozważenie antybiotykowej profilaktyki poekspozycyjnej w formie jednorazowej dawki doksycyliny podawanej doustnie – 200 mg, tylko u dorosłych. Jest ona uzasadniona w ciągu 72 godzin po ekspozycji wysokiego ryzyka” [liczne ukłucia, teren, na którym występuje wiele kleszczy, osoba spoza tego terenu].

CZYM JEST TERAPIA ILADS?

Powyższe zalecenia leczenia boreliozy opracowane przez polskich ekspertów (zalecenia te są aktualizowane co jakiś czas; w tekście powołuję się na ich najnowszą wersję z listopada 2023 r.) są zbieżne z zaleceniami europejskimi, a także amerykańskimi, sygnowanymi przez Amerykańskie Towarzystwo Chorób Zakaźnych (The Infectious Diseases Society of America, w skrócie IDSA). Jednak część specjalistów zrzeszonych w Międzynarodowym Towarzystwie ds. Boreliozy i Chorób z Nią Powiązanych (The International Lyme and Associated Diseases Society, w skrócie ILADS) wypracowało własne wytyczne, które zyskały poparcie, także w Polsce. Proponowana przez nich metoda leczenia nosi nazwę ILADS od nazwy promującego ją Towarzystwa.

Terapia jest agresywna. Polega na przyjmowaniu mieszanki kilku antybiotyków w bardzo wysokich dawkach przez dłuższy czas, aż do ustąpienia objawów boreliozy, a nawet o 2-4 miesiące dłużej, by – jak twierdzą zwolennicy ILADS – wyeliminować formy przetrwalnikowe



foto.: Shutterstock.com

bakterii. Dlatego w niektórych przypadkach leczenie może trwać nawet kilka lat. Terapia antybiotykowa powinna być dodatkowo uzupełniona odpowiednią dietą oraz zestawem probiotyków, witamin i mikroelementów. Leczenie antybiotykami zaczyna się już przy samym podejrzeniu choroby. W tej sytuacji należy przyjmować doustnie antybiotyki przez 4 tygodnie.

LICZY SIĘ EVIDENCE-BASED MEDICINE

Szkopuł w tym, że o ile polecana przez Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych metoda standardowa ma mocne podstawy naukowe i jest przykładem Evidence-based Medicine, o tyle ILADS z medycyną opartą na dowodach ma bardzo niewiele wspólnego. Siedem lat temu jedna z czołowych polskich ekspertek w zakresie boreliozy, prof. dr hab. n. med. Joanna Zajkowska z Kliniki Chorób Zakaźnych i Neuroinfekcji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, udzielając wywiadu „Medical Tribune”, podkreślała: „Większość rekomendacji medycyny opartej na dowodach (EBM) nie akceptuje ILADS. Akceptowane i rekomendowane metody zalecają leczenie, gdy występują określone objawy choroby potwierdzonej we właściwy sposób, i raczej nie

przekraczają 30 dni antybiotykoterapii. Wytyczne ILADS polegają na włączeniu leczenia po każdym ukłuciu kleszcza przez co najmniej 20 dni, kiedy nie ma objawów, oraz na stosowaniu w leczeniu kuracji polegającej na podawaniu antybiotyków w dużych dawkach, dłużej niż jest to rekomendowane przez europejskie towarzystwa naukowe, neurologów i lekarzy chorób zakaźnych. Takie podejście, w wersji adaptowanej dość dowolnie przez niektórych polskich lekarzy, wybiera szkodliwe dla chorego formy i nieuzasadnione długie terapie antybiotykami w znacznie zawyżonych dawkach”.

– Dlaczego [metoda standardowa] ma być tą jedyną, właściwą w leczeniu boreliozy? – dopytywał prowadzący wywiad dziennikarz.

– Ponieważ rekomendacje towarzystw naukowych opierają się na rezultatach badań naukowych, doświadczalnych, doświadczaniach klinicznych ze znanych ośrodków prowadzących badania na dużych grupach pacjentów – odpowiedziała prof. Zajkowska.

„Tworzą je eksperci z danej dziedziny, dzielący się doświadczeniami z różnych ośrodków. Poparte są wynikami badań spełniających kryteria medycyny opartej na dowodach. Konferencje oraz publikacje naukowe stanowią narzędzia

aktualizowania wiedzy wśród lekarzy na dany temat, dzielenia się wynikami badań naukowych – dotyczy to również boreliozy” – dodała lekarka.

DLACZEGO SZKODZI

ILADS więc nie tylko nie ma naukowego uzasadnienia, ale jeszcze szkodzi pacjentom i nie tylko im.

„Długie terapie antybiotykowe rujną florę bakteryjną, która ma działanie ochronne, i generują powstawanie szczepów antybiotykooopornych” – podkreślała prof. Zajkowska. „Osoba leczona nie zdaje sobie sprawy, że staje się nosicielem bakterii dla niej nieszkodliwych, ale potencjalnie zabójczych dla innych”. Wdrażanie długotrwałego leczenia bez potwierdzenia boreliozy niesie ze sobą jeszcze inne niebezpieczeństwo. „W wielu przypadkach, przy braku diagnostyki różnicowej i skupieniu się tylko na boreliozie, takie podejście nie pozwala na właściwą diagnozę np. choroby nowotworowej, demielinizacyjnej, depresji, zapalenia wsierdza i wielu innych” – ostrzegła ekspertka.

Te argumenty nie trafiły jednak do niektórych polskich specjalistów, także tych z tytułami naukowymi, związanymi z działalnością akademicką. W kraju począwszy od 2015 r. metoda ILADS zaczęła zyskiwać na popularności. Jej zwolennicy dostrzegli w niej przede wszystkim świetny interes. Częste wizyty pacjentów, drogie suplementy diety, diagnostyka. A chętnych do terapii nie brakowało. Ludzi skarżących się na bóle głowy, zmęczenie, obniżenie nastroju, chodzących od lekarza do lekarza, są tysiące. Do tej pory nie mieli diagnozy, a teraz ktoś im wyjaśnił, że to „przewlekła borelioza”.

A wszystko to w dziennym świetle, wraz ze specjalnymi stronami internetowymi podającymi telefony komórkowe lekarzy stosujących ILADS, przy pełnym przyzwoleniu instytucji odpowiedzialnych za bezpieczeństwo pacjentów.

CO NA TO RADA EKSPERTÓW NIL

Sytuacja zaczęła się zmieniać kilka miesięcy temu. Radio TOK FM w lipcu 2023 r. zaczęło emitować serial dokumentalny Michała Janczury zatytułowany „Podziemie”. Dziennikarz zadał sobie trud przesłania najrozmaitszych powiązań wśród osób stosujących ILADS w Polsce. Wnioski były bulwersujące. Wyciąganie pieniędzy od zdesperowanych pacjentów, szkody na zdrowiu wielu osób, w tym dzieci, przekazywanie sobie chorych.

Prawdziwe podziemie polskiej medycyny, działające na szeroką skalę.

Sprawa stała się głośna. Zainteresowali się nią Rzecznik Praw Pacjenta, Główny Inspektor Sanitarny, Ministerstwo Zdrowia, Izba Diagnostów Laboratoryjnych, prokuratura, a także Naczelna Izba Lekarska.

NIL zwróciła się do swojej Rady Ekspertów, która 25 lipca 2023 r. wydała stanowisko „dotyczące stosowania przewlekłej ambulatoryjnej antybiotykoterapii w chorobach zakaźnych ze szczególnym uwzględnieniem boreliozy”.

„...Rada Ekspertów NIL przypomina, że antybiotyki w chorobach zakaźnych powinny być stosowane z należytą ostrożnością i wyłącznie zgodnie z wytycznymi leczenia da-

Zalecenia leczenia boreliozy opracowane przez polskich ekspertów są zbieżne z europejskimi, a także amerykańskimi

nej jednostki chorobowej” – czytamy w dokumencie.

I dalej: „Przykładem może być wiązanie różnorodnych, niespecyficznych objawów u poszczególnych chorych z obecnością przeciwciał przeciwko antygenom *Borrelia* i przypisywanie tych objawów zakażeniu boreliozą bez poszerzonej diagnostyki i potwierdzenia rozpoznania. Takie postępowanie może prowadzić do pochopnej nadrozpozawalności zachorowań na boreliozę oraz obniża czujność diagnostyczną niezbędną do rozpoznania innych jednostek chorobowych, często wymagających zupełnie innego leczenia”.

„Następstwem opisanego wyżej postępowania jest zastosowane skojarzonej, długotrwałej terapii antybiotykami u pacjentów, którym postawiono rozpoznanie boreliozy. Terapia ta często określana jest jako »metoda ILADS«, której podstawę stanowi publikacja dotycząca choroby z Lyme (boreliozy) pod tytułem »Evidence Assessments and Guideline Recommendations in Lyme Disease: The Clinical Management

of Known Tick Bites, Erythema Migrans Rashes and Persistent Disease« z 2014 r.”.

„Należy z całą mocą podkreślić, że ww. publikacja określa, że wszystkie rekomendacje dotyczące przewlekłego czy powtarzanego leczenia zostały opracowane na podstawie bardzo niskiej jakości dowodów medycznych (very low quality evidence), a opisana siła rekomendacji wynika z faktu, że analiza korzyści i ryzyka wskazuje na to, że większość pacjentów (a nie lekarzy) podjęłaby taką samą decyzję. Dowody tej jakości absolutnie nie mogą stanowić podstawy do tworzenia rekomendacji czy modeli postępowania terapeutycznego w poszczególnych stanach chorobowych”.

„Ze względu na brak wystarczających naukowych dowodów skuteczności ILADS oraz liczne działania niepożądane przewlekłej antybiotykoterapii (>4-6 tygodni) w boreliozie Rada Ekspertów NIL negatywnie ocenia takie postępowanie i przestrzega przed jego stosowaniem. Stosowanie tej metody jest niezgodne z etycznym i prawnym nakazem wykonywania zawodu lekarza zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej” – konkluduje Rada Ekspertów NIL.

O BORELIOZIE W SEJMIE

Istotne kroki podjął Rzecznik Praw Pacjenta (RPP) Bartłomiej Chmielowiec. O wynikach swoich działań opowiadał 8 lutego 2024 r. podczas posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia poświęconej „rozpatrzeniu informacji ministra zdrowia dotyczącej różnych dostępnych w Polsce metod leczenia chorych na boreliozę”.

„Wszczęłem 25 postępowań w sprawie praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjenta wobec podmiotów, które stosowały tę niesprawdzoną metodę ILADS, niemającą żadnego oparcia w dowodach naukowych” – poinformował Chmielowiec.

„Wobec 14 z tych podmiotów wydałem decyzję o zaprzestaniu stosowania praktyk. Wobec jednego podmiotu postępowanie jeszcze się toczy. W stosunku do 10 z tych podmiotów stwierdziłem, że albo nie potwierdziły się informacje o stosowaniu tej metody, albo te

podmioty stosowały tę metodę kilka lat wcześniej” – dodał RPP.

„W większości przypadków podmioty dostosowały się do decyzji. Dwa z nich w dalszym ciągu stosują terapię ILADS, (...) więc wobec tych podmiotów wszczęłem postępowanie o nałożenie kary pieniężnej i najprawdopodobniej niedługo te podmioty taką karę finansową otrzymają. Ta kara może być wymierzona do 500 tys. zł” – mówił Chmielowiec.

Rzecznik Praw Pacjenta zajął się również działalnością laboratoriów, które przeprowadzały badania kleszczy w kierunku Borrelii. „To rzekomo miało potwierdzać, że jeżeli kleszczy był zarażony, to jest to jednoznaczne z tym, że również pacjent jest zarażony, co również jest niezgodne z aktualną wiedzą medyczną” – zaznaczył Bartłomiej Chmielowiec. – „Wszczęłem 26 postępowań wobec tychże laboratoriów. Wszystkie te postępowania są już praktycznie zakończone. Uznałem, że w 16 doszło do stosowania praktyk, w pięciu umorzyłem. Wszystkie te placówki wskazały, że zaprzestały tego typu działalności”.

MINISTER DEMKOW MA GŁOS

Podczas wspomnianego posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia głos zabrała także wiceminister zdrowia prof. Urszula Demkow. „Boreliozę leczy się antybiotykami, ale *Borrelia* jest dosyć wrażliwym patogenem na antybiotyki, w związku z czym nie ma potrzeby, aby ta antybiotykoterapia była długotrwała” – mówiła prof. Demkow.

I dalej: „[Terapia ILADS] to terapia nierekomendowana przez żadne

ośrodki naukowe, które rzeczywiście są kompetentne w tym zakresie. Za tą metodą nie stoją żadne dowody naukowe i nie ma żadnych przesłanek do tego, żeby taką terapię prowadzić”.

„Jakie są przyczyny tego, że pacjenci korzystają z takiej terapii? Otóż borelioza jest w naszym kraju nadrozpoznanawana. W ośrodku białostockim, który prowadzi takie leczenie (...), okazuje się, że ze 100 proc. pacjentów kierowanych do kliniki z rozpoznaniem boreliozy borelioza jest potwierdzona wyłącznie u 10 proc. Reszta to są przypadki, które boreliozą nie są. Czyli 90 proc. pacjentów ma fałszywe rozpoznanie”.

„Co się za tym kryje? Boreliozę rozpoznaje się w przypadku wielu bardzo niecharakterystycznych schorzeń, takich jak przewlekłe zmęczenie – kto nie jest przewlekłe zmęczony – bóle głowy, bóle stawów, które nawracają i wiele innych niecharakterystycznych objawów, w przypadku których w pierwszym momencie nie postawiono właściwego rozpoznania”.

„Postawienie rozpoznania boreliozy powoduje, że pacjent wkracza na ścieżkę terapeutyczną, która mu nie pomoże, a w dodatku w wielu przypadkach podejrzenia boreliozy okazało się, że za danym obrazem klinicznym kryje się inna jednostka chorobowa, w przypadku której niepodobnie wcześniej leczenia spowodowało konsekwencje, takie jak na przykład stwardnienie rozsiane,

stwardnienie zanikowe boczne czy nawet choroby nowotworowe. Wejście pacjenta na ścieżkę terapii boreliozy opóźnia właściwą diagnozę z odpowiednimi konsekwencjami dla pacjenta”.

NADZIEJA NA SZCZEPIONKĘ

Według raportów Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego rocznie notuje się w Polsce ponad 20 tys. zachorowań na boreliozę. W czasie pandemii COVID-19 liczba oficjalnie zarejestrowanych przypadków zmniejszyła się do ok. 13 tys. W 2022 r. odnotowano ich 17 338.

Jest nadzieja, że za kilka lat będziemy dysponować skuteczną bronią przeciwko tej chorobie w postaci szczepionki, co rozwiąże wiele problemów zarówno zdrowotnych, jak i diagnostycznych związanych z boreliozą.

Jak mówiła rok temu na łamach „Medycyny Praktycznej” prof. dr hab. n. med. Anna Moniuszko-Malinowska z Kliniki Chorób Zakaźnych i Neuroinfekcji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, „badania kliniczne nad szczepionką drugiej generacji VLA15 są bardzo zaawansowane. Klinika w Białymstoku bierze udział w badaniu klinicznym III fazy tej szczepionki”.

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

Patronat Gazety Lekarskiej

GDAŃSK

Studencka konferencja kardiologiczna

Sejsje poświęcone kardiologii zachowawczej, hipertensjologii, kardiologii inwazyjnej, kardiologii i chirurgii naczyniowej, a także

warsztaty m.in. z EKG, echa, kardiologii interwencyjnej i kardiologii składają się na program XXXVII Ogólnopolskiej Studenckiej Konferencji Kardiologicznej (OSKK) w Gdańsku, największej i cieszącej się najdłuższą tradycją studenckiej konferencji medycznej w Polsce. Gośćmi specjalnymi konferencji, która odbędzie się 18-20 kwietnia w Atheneum Gedanense Novum, będą prof.

Maciej Banach, prof. Marek Gierlotka i dr hab. Aleksandra Gąsecka-van der Pol.

Oprócz wykładów gości specjalnych, zaplanowano również wykład rektora Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, przewodniczącego Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych prof. Marcina Gruchały. OSKK, Atheneum Gedanense Novum, al. Zwycięstwa 41/42, Gdańsk.

FELIETON

A jeśli wybuchnie wojna?

Podczas pandemii wiele lekarek i wielu lekarzy przechodziło pospieszny kurs postępowania w niewydolności oddechowej. Dziś czas przygotować się na nowy kryzys, tym razem jednak zanim on się rozpocznie. Przygotujmy się na najgorsze. Oby nigdy się nie wydarzyło.

Jest 16 marca 2025 r., czwarta siedem nad ranem. Nad sennymi Lublinem, Warszawą i Rzeszowem niebo jest wyjątkowo jak na późną zimę rozgwieżdżone. Mieszkańcy i mieszkanki tych trzech miast śpią miarowo i spokojnie. O czwartej osiem niebo nad Lublinem i Rzeszowem przecina smuga jasnego, płonącego światła. Dwie minuty później to samo dzieje się na niebie warszawskim. Rosyjskie pociski, których nie udało się przechwycić polskiej obronie przeciwraкетowej, uderzają we wspomniane polskie miasta. W „Russia Today” Władimir Putin rozpoczyna swoje przemówienie. Mówi, że w związku z powtarzającymi się prowokacjami NATO wobec Rosji i koniecznością ochrony ludności rosyjskiej przed faszystowskim rządem w Warszawie rozpoczął ograniczoną operację wojskową na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Na Rzeszów spadają dwa pociski – jeden na dworzec autobusowy (o tej porze dość pusty), drugi na osiedle domków wielorodzinnych. Siedemnaście osób ginie, czterdzieści dziewięć jest rannych, z tego osiem jest w stanie bezpośredniego zagrożenia życia.

Do Lublina dolatuje tylko jeden pocisk, ale trafia w hotel, w którym nocuje dwieście dziewięć osób. Czterdzieści z nich nie przeżywa ataku, sto szesnaście kolejnych jest rannych, z tego trzydzieści cztery osoby ciężko (urazy kończyn, głowy, tułowia, ciężkie poparzenia).

Najbardziej dotknięta jest Warszawa, która stała się obiektem zmasowanego rosyjskiego ataku. Pierwszy pocisk trafił w jeden ze szpitali klinicznych. Dwa kolejne spadły na bloki mieszkalne na

warszawskiej Woli. Ostatni uderzył w elektrownię. Łączny bilans uszkodzonych w Warszawie to sto pięć zabitych osób, czterysta dziewiętnaście rannych, w tym

Chcę pokoju, ale jednocześnie wiem, że scenariusz inwazji obcego kraju na moją ojczyznę nie jest wykluczony

dziewięćdziesiąt dziewięć ciężko. Szpital kliniczny, w którym jest ponad dwadzieścia wysokospecjalistycznych klinik, w zasadzie przestaje funkcjonować. Trzeba ewakuować z niego wszystkich chorych, którzy przeżyli – w tym dwudziestu dwóch nieprzytomnych, wentylowanych mechanicznie, trzech w trakcie terapii ECMO. Na bloku operacyjnym (szczęśliwie nieuszkodzonym) trwa zabieg przeszczepienia wątroby oraz operacja ewakuacji krwiaka śródczaszkowego. Zespoły operacyjne otrzymują informację, że światło będzie działać jeszcze tylko



JAKUB SIECZKO
ANESTEZJOLOG

przez dwadzieścia minut oraz że uszkodzony został główny zbiornik z tlenem. Federacja Rosyjska zaatakowała Rzeczpospolitą Polską. Zaczyna się wojna – pierwsza na terytorium naszego kraju za życia znacznej większości czytelników tego tekstu.

Gdybym napisał taki wstęp do artykułu dziesięć, może nawet pięć lat temu, uznano by mnie za niepoważnego fantastę. Od dwóch lat sytuacja jest zupełnie inna. W Dni-pro, Odessie i Kijowie też pewnie do końca nie wierzono w to, że Rosja odważy się na pełnoskalową inwazję. Zimą 2022 r. niebo nad wszystkimi tymi miastami przecięły jednak rosyjskie pociski. Od tamtego czasu zginęło ponad dziesięć tysięcy ukraińskich cywilów.

W prawdziwym świecie 29 lutego 2024 r. szef Pentagonu powiedział: „Szczere mówiąc, jeśli Ukraina upadnie, naprawdę wierzę, że NATO będzie walczyć z Rosją”. Dziewięć dni wcześniej polski minister spraw zagranicznych Radosław Sikorski zapytany o to, czy dojdzie do wojny, odpowiedział: „Putin może mieć subiektywne

przeświadczenie, że nie ma nic do stracenia". W portalu gazeta.pl powstał natomiast cykl bardzo ciekawych rozmów „Co z tą wojną?”, w których ekspertów do spraw geopolityki i wojskowości pyta się o możliwy rozwój sytuacji. Opinie w sprawie możliwej inwazji na Polskę są podzielone.

Kiedy myślę o atmosferze społecznej, która obecnie panuje, przychodzi mi do głowy cytaty z powieści mojego ukochanego pisarza – Węgry Sándora Máraiego (tłum. Irena Makarewicz):

„I naraz rozumie: wojna zaczyna się tak, że ludzie, wszędzie na świecie, siedzą w pokojach, rozmawiają o swoich codziennych kłopotach, o ambicjach, a potem nagle ktoś wymawia to słowo: >wojna< – a wtedy nie milkną, nie patrzą sztywno przed siebie, w niemym przerażeniu, lecz w sposób naturalny, nie podkreślając tego specjalnie, odpowiadają: >wojna< – i rozmawiają o tym, czy to możliwe i kiedy, w jakim stopniu: tak się zaczyna. Kristóf teraz nagle to rozumie. Wojna zaczyna się gdzieś daleko, daleko przed widocznymi wydarzeniami; w sposób naturalny zaczyna się w ludzkich duszach i nim jeszcze stanie się terenem walk, z poległymi i z armatami, z dymiącymi zgłiszczami domów, ludzie już się z nią pogodzą w duszy. Emma szycerzonym tonem i szkalującymi słowami opowiada porywczo, że trafiają się już tchórzliwi ludzie, którzy gromadzą w domu wodę mineralną, salami, mąkę i naftę; i inni, którzy wynajęli dom na prowincji, z dala od miast, ponieważ boją się gazu; i wszystko to jest całkiem niemożliwe i głupie. Kristóf kiwa głową jak ktoś, kto uważa to mędrkowanie za bezsensowne, ale mimo wszystko je rozumie; wydaje się, że tak się zaczyna, od salami i nafty w spiżarni, i od tego, że tchórzliwi i przestraszeni ludzie wynajmują domek na prowincji, z dala od miasta”.

Powyższy fragment pochodzi z powieści „Rozwód w Budzie”. Marai wydał ją w 1937 r. Wiedząc, co działo się z Europą, w tym jego ojczyzną, kilka lat później, można uznać ten akapit za proroczy.

Marai twierdzi, że zaczyna się od oswojenia słowa „wojna”, od tego, że jej wizja przestaje być niedorzeczna i niemożliwa, od rozmów na temat tego, czy, a jeśli tak, to kiedy. Jesteśmy w tym punkcie. Sobie, swojej rodzinie i przyjaciołom oraz każdemu z Państwa życząc, żeby na rozmowach się skończyło. Jeśli

jednak czegoś nauczyło mnie ponad trzynaście lat praktykowania anestezjologii, to tego, żeby w razie spodziewanych kłopotów przygotować się na najgorszy możliwy scenariusz, omówić go z zespołem, mieć pod ręką cały potrzebny sprzęt. Kolegom, którzy zaczynają specjalizację, lubię pokazywać dawne logo American Society of Anesthesiologists. W jego centrum jest tylko jedno słowo: „vigilance”, czyli „czujność”. To być może

Trzeba uczyć każdego pracownika
medycznego tamowania krwotoków,
masywnego przetaczania płynów
i preparatów krwiopochodnych

najważniejsza cecha dobrego anestezjologa – bycie czujnym, przygotowywanie się na duże kłopoty.

„Jeśli chcesz pokoju, przygotuj się do wojny” – mówi znana łacińska maksyma. Chcę pokoju jak niczego na świecie. Jednocześnie wiem, że po raz pierwszy w moim życiu scenariusz inwazji obcego kraju na moją ojczyznę nie jest wykluczony. Uważam, że powinniśmy się na to przygotować.

My, czyli polska opieka zdrowotna. Przeżyliśmy cztery lata temu już jedną katastrofę, na którą nie byliśmy przygotowani. Było trochę jak we wspomnianym fragmencie książki Máraiego – zaczęło się od drwin z tych, którzy postanowili z powodu tajemniczego „wirusa z Wuhan” nosić maseczki, myć częściej ręce, rezygnować z wakacji czy nie wychodzić z domu. Pamiętam tę atmosferę mniej więcej z przełomu stycznia i lutego 2020 r. – mówiliśmy o tym, że albo wszyscy żeśmy już przez tę łagodną infekcję przeszli i nie ma co rozdzierać szat, albo cała sprawa jest dęta i trzeba by się bardziej skupić na grypie, która co roku zbiera swoje żniwo. W scenariusz lombardzki czy chiński nie wierzył wówczas prawie nikt, z ministrem zdrowia włącznie. A potem to, przed czym ostrzegaliśmy nas cały świat, się wydarzyło. Byliśmy na początku bezradni jak dzieci.

Nie wiem, czy Władimir Putin zaatakuję Polskę. Umiem przeprowadzić resuscytację albo wykonać blokadę splotu ramiennego, jestem jednak w tej (być może nielicznej) grupie Polaków, która nie ma opinii eksperckiej w każdej sprawie będącej przedmiotem gorącej debaty publicznej. Opinie o geopolityce i wojskowości zostawiam geopolitykom i wojskowym, z uwagą zapoznając się z ich przewidywaniami (często przeciwnymi).

Wiem jednak, że skoro scenariusz, w którym na moje miasto – Warszawę – spadają cztery pociski, nie jest już wyłącznie opowieścią z gatunku science fiction, to powinniśmy się jako system ochrony zdrowia do tego przygotować. To jest ten moment – czas na wypracowanie procedur, szkolenia, ćwiczenia, plany awaryjne. Podczas pandemii wiele lekarek i wielu lekarzy przechodziło pospieszny kurs postępowania w niewydolności oddechowej, w tym wentylacji mechanicznej. Dziś czas przygotować się na nowy kryzys, tym razem jednak zanim on się rozpocznie. Trzeba uczyć każdego pracownika medycznego tamowania krwotoków, używania staz taktycznych, masywnego przetaczania płynów i preparatów krwiopochodnych. Zabiegowcom trzeba przypomnieć zasady damage control surgery. Trzeba stworzyć trauma teamy, ćwiczyć w ich obrębie. Trzeba ustalić zasady ewakuacji szpitali. Trzeba przygotować na masowy napływ poszkodowanych szpitalne oddziały ratunkowe, stworzyć procedury ewentualnego wzmocnienia ratownictwa medycznego. Trzeba ćwiczyć postępowanie w zdarzeniach masowych. Trzeba spotykać się z ukraińskimi kolegami i koleżankami, czerpać z ich doświadczeń. Trzeba wrzeszczyć rozmawiać z setkami polskich medyków, którzy pracowali na ukraińskim froncie – ich wiedza jest bezcenna. I trzeba ćwiczyć, ćwiczyć, ćwiczyć – tak, teraz, to dobry moment. Bądźmy mądrzy przed szkodą. Przygotujmy się na najgorsze. Oby nigdy się nie wydarzyło. ●

Napisz do autora:
sieczko.gazetalekarska@gmail.com

PRAKTYKA LEKARSKA – ZE ŚWIATA

KAROLINA KOWALSKA

Jedna na osiem osób otyła

Około miliarda ludzi na świecie, a więc jedna osoba na osiem, ma BMI (body mass index, wskaźnik masy ciała) powyżej 30, a więc cierpi na otyłość. To wyniki badania przeprowadzonego w 2022 r. przez naukowców z całego świata i opublikowanego pod koniec lutego w czasopiśmie „Lancet”. Od 1990 r. globalny współczynnik otyłości wśród dzieci zwiększył się czterokrotnie, a wśród dorosłych dwukrotnie. Jak przyznał dyrektor Departamentu Odżywiania i Bezpieczeństwa Żywności Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO) Francesco Branca, WHO spodziewała się przekroczenia bariery miliarda osób otyłych dopiero w roku 2030. Również współautor badania, prof. Majid Ezzati z Imperial College w Londynie, przyznał, że badacze byli zaskoczeni tak szybkim tempem rozpowszechniania się otyłości. Co ciekawe, to nie bogate kraje rozwinięte przodują w gwałtownym wzroście osób otyłych – tam odsetek osób otyłych ulega stabilizacji, ale kraje uboższe i średnio zamożne, takie jak Egipt, Irak, Libia, Republika Południowej Afryki, Chile, Syria, Turcja i Meksyk. W grupie najbardziej otyłych narodów występują mieszkańcy tylko jednego kraju zamożnego i uprzemysłowionego – Stanów Zjednoczonych.

Z analizy „The Lancet” wynika także, że na świecie głoduje coraz mniej ludzi. Od 1990 r. odsetek osób z niedowagą zmniejszył się o połowę. Wśród dziewcząt poniżej 18. roku życia zmalał o jedną piątą, a u chłopców o jedną trzecią. Wciąż jednak nie zmienia się sytuacja osób głodujących w Etiopii i Ugandzie.

Mniej podatne na alergię

Dzieci urodzone w pierwszych miesiącach pandemii COVID-19 są mniej podatne na alergię – wynika z publikacji w czasopiśmie „Allergy”.



foto: freepik.com

Zawdzięczają to unikalnym warunkom, jakie stworzył lockdown w pierwszych miesiącach globalnej epidemii koronawirusa: mniejsze narażenie na patogeny, a co za tym idzie – mniejsze spożycie antybiotyków, oraz dłuższy okres karmienia piersią. Naukowcy z APC Microbiome Ireland, działającego w ramach University College w irlandzkim Cork, RCSI University of Medicine and Health Sciences oraz szpitala Children's Health Ireland, udowodnili, że podczas gdy antybiotyki musiało zażywać 80 proc. dzieci urodzonych przed pandemią, tych z początków pandemii było w tym gronie 17 proc. Współautor badania, prof. Jonathan Hourihane, pediatra z Children's Health Ireland Temple Street, zauważył, że naukowcom udało się wykazać wpływ stylu życia i czynników środowiskowych, takich jak częste stosowanie antybiotyków, na wzrost zapadalności na alergię. Badacze chcą podobnie zbadać dzieci, gdy osiągną wiek pięciu lat, by sprawdzić, czy zmiany w ich mikrobiomie są trwałe.

Przyjął 217 dawek szczepionki

Sześciesięciodwulatek z Magdeburga w ciągu niespełna 2,5 roku przyjął 217 dawek różnych szczepionek przeciwko COVID-19. Naukowcy z Uniwersytetu Frydryka

Aleksandra w Erlangen i Norymbardze byli ciekawi, jak wpłynęło to na jego układ immunologiczny, i poprosili o zgodę na szereg badań. Od mężczyzny pobrano krew i ślinę. Zbadano także zamrożone próbki krwi pobierane od niego przy okazji każdego kolejnego szczepienia. Zdaniem naukowców u mężczyzny nie wystąpiły żadne skutki uboczne związane z przyjęciem tak dużej liczby szczepionek. Nic nie wskazuje także na to, że przechorował COVID-19. I choć nie dostrzegli zmian w funkcjonowaniu układu odpornościowego Niemca, odradzają naśladowanie pacjenta. Argumentują, że może on być odosobnionym przypadkiem. Wszystkim pozostałym zalecają stosowanie się do obowiązującego schematu szczepień w trzech dawkach w połączeniu z dodatkowymi szczepieniami uzupełniającymi dla pacjentów z grup ryzyka.

117-latką najstarszą na świecie

Urodzona w 1907 r. Maria Branyas Morera, która 4 marca obchodziła swoje 117. urodziny, w ubiegłym roku trafiła do Księgi Rekordów Guinnessa jako najstarsza osoba na świecie. Hiszpanka przeżyła pandemię COVID-19, obie wojny światowe, wojnę domową w Hiszpanii, a także pandemię grypy hiszpanki. Mimo sędziwego wieku wciąż cieszy się dobrym zdrowiem i nie ma żadnych problemów z układem krążenia czy innych typowych dla wieku problemów zdrowotnych poza kłopotami z poruszaniem się i ze słuchem. Jej sekret? Dbanie o relacje z bliskimi i z naturą. Urodzona w 1907 r. w San Francisco w Kalifornii, jako ośmiolatka przeniosła się do Katalonii. Z małżeństwa z lekarzem ma troje dzieci. Od 15 lat mieszka w domu opieki, ale wciąż jest aktywna na platformie X (dawny Twitter) jako Super Àvia Catalana. •

PRAKTYKA LEKARSKA – ZE ŚWIATA

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

GMC przeprasza

General Medical Council (GMC), brytyjska instytucja zajmująca się rejestracją lekarzy i sprawująca nadzór nad wykonywaniem zawodu, oficjalnie przeprosiła za podejmowanie w przeszłości działań w stosunku do lekarzy ze względu na ich orientację homoseksualną. Działania te prowadzono na podstawie obowiązującego wówczas w Wielkiej Brytanii prawa dyskryminującego mniejszości seksualne (kontakty homoseksualne zalegalizowano w Anglii i Walii w 1967 r., a w Szkocji i Irlandii Północnej jeszcze później). Zgodnie z informacjami przekazanymi przez GMC, instytucja ta prowadziła sprawy co najmniej 40 lekarzy. Ośmiu z nich zostało usuniętych z rejestru, przez co nie mogło kontynuować pracy w zawodzie. Ostatni taki drastyczny przypadek udokumentowano w 1966 r.

Źródło: GMC

Coraz więcej chorych

Rok 2024 może być pierwszym w historii, w którym liczba nowych przypadków zachorowań na nowotwory złośliwe w USA przekroczy dwa miliony – szacuje American Cancer Society (ACS) w swoim najnowszym raporcie. Tendencja wzrostowa liczby zdiagnozowanych chorych jest obserwowana w przypadku między innymi raka piersi, prostaty, endometrium, trzustki, nerek i czerniaka w populacji ogólnej. Dodatkowo przewidywany jest na przykład wzrost zachorowań na raka jelita grubego u osób poniżej 55 roku życia i raka szyjki macicy u kobiet w wieku 30-44 lata. Według prognoz ACS w 2024 r. z powodu choroby nowotworowej umrze w USA około 611 tys. osób. Autorzy raportu podkreślają, że najbardziej niepokojące jest to, że chorują coraz młodsze osoby. Jednocześnie pocieszać może fakt, że w przypadku części nowotworów złośliwych możliwe jest wczesne wykrycie dzięki prowadzonym profilaktycznym badaniom przesiewowym.

Źródło: Cancer Facts & Figures 2024, American Cancer Society; 2024

Oszczędność czasu, ale i obawa

Co amerykańscy lekarze sądzą o wykorzystywaniu rozszerzonej inteligencji (augmented intelligence, AI) w ochronie zdrowia? Z badania opublikowanego przez American Medical Association pod koniec 2023 r. wynika, że większość ankietowanych widzi w niej pewne zalety, szczególnie jeśli chodzi o redukcję czasu spędzanego na czynnościach administracyjnych, ale także efektywniejszą organizację pracy i wsparcie w procesie diagnostycznym. Medycy mają też obawy – niepokoi ich przede wszystkim to, że AI może negatywnie wpłynąć na relację pomiędzy lekarzem i pacjentem i na prywatność chorego. W badaniu wzięło udział około tysiąca osób.

Źródło: AMA

PRAKTYKA LEKARSKA

O seksualności szczerze i bez zahamowań

LUCYNA KRYSIAK

DZIENNIKARKA

Wszystkie publikacje na świecie mówią o nieumiejętności komunikowania się lekarzy z pacjentami w sprawach dotyczących sfery seksualnej. Chcemy to zmienić – mówi Sławomir Jakima, psychiatra i seksuolog, prezes Polskiego Towarzystwa Seksuologii Medycznej.

Jaki związek seksualność może mieć np. z cukrzycą?

Ogromny. Życie seksualne pacjentów z tymi i wieloma innymi chorobami jest zaburzone i niesatisfakcjonujące, co prowadzi do napięć, frustracji, a często do rozpadu relacji partnerskich. Lekarze POZ, ale też specjaliści, np. kardiolog, diabetolog, urolog, do których trafiają, skupiają się na leczeniu chorób podstawowych i nie zawsze pytają pacjentów, jak wygląda ich życie seksualne. Pacjenci z kolei wstydzą się o tym rozmawiać i kółko się zamyka. A jest o czym, zważywszy że seksualność powstaje w okresie płodowym i jest siłą, która towarzyszy człowiekowi przez całe życie. Seksuologia medyczna zajmuje się diagnozą i leczeniem dysfunkcji seksualnych, które obecnie stanowią poważny problem. Nierozwiązane mogą prowadzić do samobójstw. Powszechnym zjawiskiem są np. „seksualne zespoły bólowe”, szczególnie u kobiet, czy zaburzenia erekcji i wytrysku u mężczyzn, mające związek z cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym czy stwardnieniem rozsianym. Seks odgrywa też rolę więziotwórczą, a więc nieudane życie seksualne oznacza często nieudany związek. Problemy z seksualnością występują już u dzieci i młodzieży. Zaburzenia te należy leczyć, ale dysponujemy skromną gamą leków i musimy wspomagać się sesjami terapii par, psychoterapią, fizjoterapią, rehabilitacją.

Jaki jest stan wiedzy lekarzy na temat zaburzeń seksualnych i ich związku

z chorobami, na które leczą się ich pacjenci?

Niestety, znikomy. Wszystkie publikacje na świecie mówią o nieumiejętności komunikowania się lekarzy z pacjentami w sprawach dotyczących sfery seksualnej. Pacjenci też nie są gotowi, by rozmawiać z lekarzem o seksie szczerze i bez zahamowań. Seksuologia jest specjalnością lekarską. Niestety, stanowi niedużą grupę specjalistów. Są to najczęściej psychiatrzy, psychiatrzy dziecięcy, ginekolodzy, interniści, neurologi, dla których seksuologia medyczna jest drugą specjalizacją. Są oni skupieni w Polskim Towarzystwie Medycyny Seksualnej, które powstało 20 lat temu. Jego celem jest m.in. podnoszenie świadomości w środowisku medycznym, jak ważną rolę w procesie leczenia, np. chorób przewlekłych, odgrywa seksuologia i co można zrobić, aby tę wiedzę wykorzystać w praktyce.

To lekarz tzw. pierwszego kontaktu powinien przełamać bariery?

Tak, ponieważ prawie 80 proc. wszystkich problemów związanych z seksualnością jest w stanie rozwiązać lekarz rodzinny lub specjalista, u którego chory się leczy. Przykładowo zapalenie gruczołu krokowego oznacza zespoły bólowe powodujące problemy z seksem. Wątroba produkuje prekursorzy do produkcji

testosteronu, jej niewydolność może wpłynąć np. na zaburzenia erekcji. Także w depresji pierwszym objawem może być obniżenie libido. Większość chorób i stosowane w nich leki mają związek z zaburzeniami seksualnymi, np. cukrzyca odpowiada za 80 proc. dysfunkcji seksualnych, a miażdżyca przoduje, jeśli chodzi o zaburzenia erekcji. Lekarz pierwszego kontaktu zawsze powinien zapytać pacjenta o sferę seksualną, tym bardziej że takie pytania wchodzą w zakres wywiadu lekarskiego. No i opieka nad osobami LGBTQ+. Lekarze seksuolodzy zajmują się prowadzeniem tych osób, jeśli chodzi o terapię hormonalną, aż do operacji korekty płci i później, ale osoby te przejmują lekarze POZ i inni specjaliści, do których trafiają np. z infekcją czy nadciśnieniem tętniczym.

Skąd pomysł, aby edukować lekarzy z seksuologii we współpracy z samorządem lekarskim?

Pomysł zrodził się z potrzeby i zaowocował organizacją szkoleń, które pozwolą zgłębić wiedzę na temat diagnozowania i leczenia zaburzeń seksualnych i poszerzyć kompetencje. Chodzi o to, aby u pacjenta, np. z cukrzycą, miażdżycą czy nadciśnieniem tętniczym, uwzględniano w procesie terapeutycznym jego problemy natury seksualnej związane z tymi chorobami. W ramach działań PTSM opracowaliśmy tematy szkoleniowe. Zaczniemy od przedstawienia podstawowych problemów związanych z zaburzeniami seksualnymi. Pierwsze seminarium zaplanowaliśmy na 18.04.2024 r. Przedstawimy przykłady diagnozy i leczenia najczęstszych dysfunkcji seksualnych, z jakimi może spotkać się lekarz. Grupą docelową naszych szkoleń są lekarze rodzinni, ginekolodzy, urologi, słowem wszyscy, którzy stykają się z tymi problemami. Wykłady będą skoncentrowane na praktycznych aspektach diagnozowania i leczenia zaburzeń seksualnych. ●

Ośrodek Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej

Szkolenie w partnerstwie z Polskim Towarzystwem Seksuologii Medycznej

Ośrodek Kształcenia NIL wraz z Polskim Towarzystwem Seksuologii Medycznej zaprasza na pierwsze szkolenie inauguracyjne rozpoczęcie współpracy w dniu 18 kwietnia 2024 r. w godz. 16:00-18:00, pt.:

- **Najczęstsze problemy seksualne pacjentów w praktyce lekarskiej. Diagnostyka i leczenie.**

Kwietniowe szkolenia organizowane w partnerstwie
Ośrodka Kształcenia NIL z Polskimi Towarzystwami
Medycznymi

Zapraszamy również na
pozostałe kwietniowe szkolenia
z tematyki zawodowej,
kompetencji miękkich,
prawnych, zarządzania oraz
innowacji!



Polskie Towarzystwo Komunikacji Medycznej

- 04.04.2024 - *Efektywne strategie definiowania, planowania i realizacji celów w praktyce lekarskiej - stacjonarne*



Polskie Towarzystwo Badania Bólu

- 08.04.2024 - *Niefarmakologiczne metody leczenia bólu - online*
- 22.04.2024 - *Leczenie bólu u dzieci - online*



Polskie Towarzystwo Neurofizjologii Klinicznej

- 25.04.2024 - *Neuropatie toksyczne - online*



Polskie Towarzystwo Alergologiczne

- 25.04.2024 - *Nowości w diagnostyce alergii - online*



Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej oraz MedTech Polska

- 26.04.2024 - *Morfologia krwi obwodowej w wybranych przypadkach klinicznych - online*



Zapraszamy do zapisów na nasze szkolenia!

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



szkolenia@nil.org.pl



(22) 559 13 00 wew. 507



NIL NA SZYBKO

Tym razem luźniejsze streszczenie miesiąca

Zmiany, zmiany, zmiany – tak można by podsumować ostatnie tygodnie. Nie tylko na stołku redaktor naczelnej „Gazety Lekarskiej”, ale i w ZUS. Do tego dużo samorządowych nazwisk na Liście 100 najbardziej wpływowych osób w systemie ochrony zdrowia.

JAKUB KOSIKOWSKI
RZECZNIK NACZELNEJ IZBY
LEKARSKIEJ



Coś się kończy, coś się zaczyna... Przygodę z „Gazetą Lekarską” zakończyła redaktor naczelna – Karolina Kowalska. Jako że po pierwsze zmusiła mnie do pisania tego felietonu, a po drugie – w swoich poprzednich miejscach zatrudniania zawsze rzetelnie przekazywała informacje o działaniu młodych lekarzy, Porozumienia Rezydentów, naszych postulatach oraz relacjonowała przebieg protestów, jest to dla mnie dość osobiste „odejście”. Dziękuję i życzę powodzenia w kolejnej pracy. A nowej lub nowemu redaktorowi naczelnemu pozostaje mi życzyć powodzenia i dużo cierpliwości do nas, zwłaszcza w okolicy deadline’u (ten felieton oddałem 53 min przed jego upływem).

Dalej też będzie o ludziach. Dziewięciu członków samorządu znalazło się na Liście 100 najbardziej wpływowych osób w systemie ochrony zdrowia. To duże wyróżnienie, choć w przyszłym roku mam większe oczekiwania. Oczekuję, że będą obecni tam, oprócz licznej reprezentacji samorządu, również minister sprawiedliwości oraz minister zdrowia – za klauzulę wyższego dobra (*no fault*) oraz automatyczną refundację. Taki medycyn Mikołaj na 2024 rok.

Ze względu na brak nowego prezesa ZUS nadal nie mamy na piśmie odpowiedzi dotyczącej kontrowersyjnej decyzji jednego z oddziałów regionalnych – cofnięcia zasiłku za okres na ZLA na opiekę z powodu wystawienia recepty *pro familiae*. Wszystko wskazuje na to, że odpowiedź będzie dopiero pod koniec kwietnia. Jak tylko pojawi się oficjalne stanowisko ZUS, że lekarze mogą wypisywać sobie i swojej rodzinie recepty na ZLA, niezwłocznie ją opublikujemy.

Ministerstwo Nauki najpierw potwierdziło obecność ministra Wieczorka na Naczelnej Radzie Lekarskiej, ale ostatecznie do wizyty nie doszło. Niby nie potwierdzali, ale potwierdzili dwa tygodnie wcześniej. Próbowali się tłumaczyć, że ich sekretariat się jeszcze nigdy nie pomylił, ale, jak widać, trafił się pierwszy raz. My z kolei zaczynamy mieć wrażenie, że władza się zmieniła, ale problem medycyny w każdym powiecie wcale się nie zmieni. Będziemy jednak robić wszystko, żeby ten problem rozwiązać w sposób gwarantujący jakość kształcenia lekarzy w Polsce. ●

O TYM SIĘ MÓWI

Wyrok za receptomaty

Jest pierwszy wyrok dla lekarki zatrudnionej w internetowych receptomatach i zarzut dla doktora, który bił rekordy w wystawianiu recept. Z izb lekarskich płynie też teraz jasny przekaz: działamy, ale bez wsparcia przepisów będziemy reagować tylko po fakcie, a liczba spraw może zablokować funkcjonowanie sądów lekarskich” – czytamy w „Dzienniku Gazecie Prawnej”.

„Jakub Kosikowski, rzecznik NIL, podkreśla, że środowisko czeka na zmianę przepisów, która by ograniczyła działanie receptomatów, szczególnie tych, które są nastawione nie na leczenie, ale na biznes. Tak aby móc zamykać nieetyczną firmę, a nie tylko karać poszczególnych lekarzy. Bo dziś receptomato wi biznesmeni pozostają bezkarni. Nie ma też faktycznie możliwości kontroli tych podmiotów, bo jako istniejące wyłącznie wirtualnie nie muszą spełniać norm sanitarnych, przeciwpożarowych itp. Resort zdrowia pracował nad standardem teleporady, który by wprowadzał m.in. obowiązek rozmowy z pacjentem. Temat jednak, jak słyszymy z MZ, nie należy do priorytetów” – pisze Paulina Nowosielska w „Dzienniku Gazecie Prawnej”.

Kształcenie lekarzy w Sejmie

Posłowie oczekują jak najszybszego audytu nowych uczelni: – W mojej ocenie musicie rozpocząć od gruntowego audytu, na jakiej podstawie minister nauki udzielał zgody. Macie państwo do przejrzania pilnie 11 uczelni – cytuję wypowiedź przewodniczącego komisji zdrowia Bartosza Arłukowicza z KO portalu CowZdrowiu.pl.

„Wiceminister Urszula Demkow zadeklarowała, że audyt zostanie przeprowadzony i powinien potrwać około dwóch miesięcy. Dodała, że jeżeli wszystkie 11 uczelni z negatywną oceną PKA zostałyby

zamkniętych, to do zagospodarowania będzie 700 studentów. Przewodniczący Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych (KRAUM) prof. Marcin Gruchała przypomniał, że zgodnie z deklaracją złożoną na spotkaniu z samorządem lekarskim uczelnie przysługujące w KRAUM będą w stanie przyjąć studentów zamykanych kierunków lekarskich” – czytamy w CowZdrowiu.pl.

Badania e-papierosów

Możliwość dodatkowych badań podgrzewanych wyrobów tytoniowych – tzw. e-papierosów – zakłada projekt ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Projekt modyfikuje przepis ustawy, uwzględniając zmianę unijnej dyrektywy oraz dodając definicję podgrzewanego wyrobu tytoniowego. Zaproponowano także uprawnienie dla prezesa Biura ds. Substancji Chemicznych do żądania od producentów i importerów nowatorskich wyrobów tytoniowych dodatkowych badań lub przekazania informacji – informuje Kancelaria Prezesa Rady Ministrów. Wyjaśnia, że umożliwi to uzyskiwanie „większej wiedzy w zakresie właściwości fizycznych i chemicznych nowatorskich wyrobów tytoniowych” – czytamy w portalu CowZdrowiu.pl. E-papierosy stanowią nowy rodzaj wyrobów tytoniowych, który nie został jeszcze przebadany w stopniu porównywalnym z tradycyjnymi wyrobami tytoniowymi. Dodatkowe badania i informacje pozwolą prezesowi Biura do spraw Substancji Chemicznych na bardziej kompleksową ocenę nowatorskich wyrobów tytoniowych, które są wprowadzane do obrotu – wskazuje KPRM

Za dużo cięć cesarskich

Rekomendacje ministerialnego zespołu nie przyniosły oczekiwanego efektu. Z najnowszych danych NFZ wynika, że średnio 48 proc. porodów w Polsce odbywa się przez cesarskie cięcie, a w większości województw ten wskaźnik po raz kolejny wzrósł” – czytamy w portalu prawo.pl.

„Podejmujemy strategiczne decyzje, a nie mamy zbadanego problemu – mówi dr n. med. Michał Bulsa, ginekolog-położnik, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie. Podkreśla, że jest grupa kobiet, które boją się bólu, a wpływ na wysoki wskaźnik cesarskich cięć mają także media, które skupiają się na tragicznych sytuacjach, w których dochodzi do komplikacji, lub błąd podczas porodu popełnia personel medyczny. „Oczywiście, dochodzi do zdarzeń medycznych. Jednak mało mówi się o tym, że zdarzenia medyczne występują nawet wtedy, gdy wszystkie decyzje zostaną podjęte zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. W przypadku porodów jest to 5 proc. sytuacji przy prawidłowych wskazaniach KTG. Pacjenci nie są świadomi, że cesarskie cięcie wiąże się z większym ryzykiem powikłań niż poród drogami natury. Jest to jedna z bardziej traumatyzujących operacji. Częściowo winę ponoszą także lekarze, którzy przez lata tkwili w przekonaniu, że cesarskie cięcie jest lepszym rozwiązaniem niż poród drogami natury. Dane tego jednak nie potwierdzają” – mówi portalowi prawo.pl dr Michał Bulsa.

Stawka w górę o 11 proc.

198,29 zł za godzinę wynosiła średnia stawka godzinowa oferowana lekarzom w 2023 r. – wynika z analizy zespołu platformy Lekarze – oferty pracy (LOP). Mediana stawki godzinowej w 2023 r. ukształtowała się na poziomie 180 zł za godz. Średnia stawka godzinowa w 2023 r. była wyższa od ofert z 2022 r. o 11 proc.

Analizy LOP nie są informacją dotyczącą zarobków lekarzy na polskim rynku, ale stanowią informację o stawkach oferowanych lekarzom na platformie LOP i są źródłem wiedzy, jakiej pensji może w danym miejscu i w danej specjalizacji oczekiwać lekarz poszukujący pracy. Raport za 2023 r. powstał na bazie 5461 ofert pracy, w tym 3418 z 2023 r. oraz 2043 z 2022 r.

Uwzględniono w nim kontekst województwa, wielkości miejscowości, typu placówki, poziomu rozwoju zawodowego, zatrudnienia i specjalizacji. Wzięto również pod uwagę zgłaszany popyt ze strony lekarzy – posty osób poszukujących pracy.

– Analizując dane makroekonomiczne, można stwierdzić, że stawki oferowane lekarzom na LOP w 2023 r. wzrosły jedynie w wymiarze nominalnym. Ich wartość nabywcza w kontekście inflacji zatrzymała się na nawet minimalnie niższym poziomie (inflacja 2023 – 11,4 proc.). Jeśli chodzi o porównanie wzrostu oferowanych wynagrodzeń lekarzy na LOP w stosunku do wzrostu wynagrodzeń w Polsce, to dynamika była również na zbliżonym, choć minimalnie niższym poziomie – komentuje Anna Gołębińska, ekonomistka i strateg komunikacji w ochronie zdrowia, współautorka raportu.

Porozumienie NIL i SGH

Współpracę obejmującą m.in. organizację szkoleń dla lekarzy i lekarzy dentystów, prowadzenie badań i analiz oraz organizację konferencji i sympozjów naukowych zakłada porozumienie podpisane przez prezesa NRL Łukasza Jankowskiego i rektora Szkoły Głównej Handlowej (SGH) dr hab. ekon. Piotra Wachowiaka, prof. SGH. W uroczystym podpisaniu umowy uczestniczyli: dr hab. Monika Raulinajtys-Grzybek, dr n. med. Artur Drobnik – dyrektor Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia NIL (COBIK NIL) oraz wicedyrektor COBIK NIL Katarzyna Sadowska-Cioch.

– Wobec dynamicznego rozwoju nowoczesnych technologii interdyscyplinarna współpraca pomiędzy specjalistami różnych dziedzin jest szczególnie cenna. Dzięki niej lekarze zyskują nową perspektywę dla rozwoju swoich kompetencji, a oba środowiska przetrzeń dla nowych technologii i współpracy szkoleniowej z zakresu zarządzania – podkreślił Łukasz Jankowski, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. ●

SAMORZĄD ZAWODOWY

Lekarze na Liście Stu

KAROLINA KOWALSKA

Lukasz Jankowski znalazł się na siódmym miejscu plebiscytu „Pulsu Medycyny” Lista Stu w ochronie zdrowia 2023 r. Rzecznik NIL Jakub Kosikowski został wyróżniony tytułem „Promotor zdrowia”.

Prezes Łukasz Jankowski, odbierając wyróżnienie, powiedział: – Naszym celem jest leczenie według europejskich standardów oraz tworzenie nowoczesnego i stabilnego systemu ochrony zdrowia, który będzie służył wszystkim pacjentom. Dziękuję mojemu zespołowi Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL), którego część została doceniona na liście, i za zaufanie. Obiecuję, że nie poprzestaniemy na osiągnięciach. Jesteśmy zmotywowani, by dalej rozwijać naszą działalność. Będziemy dążyć do jeszcze lepszych rezultatów i pracować na rzecz poprawy sytuacji w ochronie zdrowia w naszym kraju, wychodząc poza dominującą, niestety, w naszym systemie perspektywę jednej kadencji czy partyjnych interesów. Koniec z pseudouczelniami, z obowiązkiem określania refundacji zabierającym czas lekarza dla pacjenta, koniec z medycyną asekuracyjną i atmosferą strachu. Zabiegajmy o przejrzystość systemu, bezpieczeństwo leczenia i budowanie systemu dla przyszłych pokoleń.

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) utrzymał zeszłoroczną pozycję na liście.

Na szóstym miejscu znalazł się prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych dr n. farm. Grzegorz Cessak, na piątym dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, czwarte miejsce przypadło prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia Filipowi Nowakowi, a trzecie Rzecznikowi Praw Pacjenta Bartłomiejowi Chmielowcowi. Drugie miejsce na podium Listy Stu w ochronie zdrowia zajęła konsultant krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej i prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej prof. Agnieszka

► Jakub Kosikowski, rzecznik NIL, z prezesem NRL Łukaszem Jankowskim



fot.: Alięa Szczepczyk/NIL

Mastalerz-Migas, zaś pierwsze Maciej Miłkowski, wiceminister zdrowia do spraw polityki lekowej.

Listę Stu w medycynie 2023 r. otwiera prof. Maciej Banach, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego. Na drugim miejscu uplasował się wybitny neurochirurg prof. Mirosław Ząbek, kierownik Kliniki Neurochirurgii i Urazów Układu Nerwowego CMKP. Trzeci był rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego i przewodniczący Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych prof. Marcin Gruchała, za nim prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego prof. Piotr Rutkowski i były prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego prof. Przemysław Mitkowski. Na dziewiątym miejscu uplasował się prof. Piotr H. Skarżyński, dyrektor ds. nauki i rozwoju w Instytucie Narządów Zmysłów.

Lista Stu to ranking najbardziej wpływowych osób w polskiej medycynie i ochronie zdrowia, przygotowywany od 2002 r. Na początku w ramach kategorii zbiorczej, od 2014 r. – z podziałem na dwie kategorie. Najwięcej członków samorządu

lekarskiego nagrodzono w młodszej kategorii, skupiającej najważniejsze osoby kształtujące system ochrony zdrowia w Polsce. Poza prezesem NRL wśród laureatów Listy Stu w ochronie zdrowia znalazło się jeszcze ośmiu lekarzy związanych z samorządem zawodowym. Na miejscu 17. dr n. med. Paweł Grzesiowski, ekspert NRL ds. walki z COVID-19, na miejscu 29. rzecznik NIL Jakub Kosikowski, a na miejscu 53. Piotr Pisula, lekarz w trakcie szkolenia specjalizacyjnego z neurochirurgii, przewodniczący Zespołu ds. Naruszeń w Ochronie Zdrowia NRL. Dyrektor COBIK NIL dr n. med. Artur Drobnik uplasował się tuż za nim, na 54. miejscu.

Dwa oczka dalej, na miejscu 56., znalazł się Damian Patecki, przewodniczący Komisji Kształcenia Medycznego i członek Prezydium NRL. Miejsce 60. przypadło prezesowi ORL w Szczecinie dr n. med. Michałowi Bulsie.

Samorząd lekarski ma na liście dwóch debutantów. Z nr. 92. pojawiła się na niej prezes ORL Bydgoskiej Izby Lekarskiej Aleksandra Śremska, specjalistka medycyny rodzinnej,

a z nr. 94. debiutuje wiceprezes NRL dr n. med. Klaudiusz Komor, kardiolog.

Na Liście Stu w medycynie widnieją dwa nazwiska związane z samorządem zawodowym. To sklasyfikowany na 11. miejscu prof. Maciej Małecki, diabetolog, członek Rady Ekspertów NRL, oraz prof. Krzysztof J. Filipiak, przewodniczący Zespołu ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii NRL.

Laureatem specjalnej kategorii Promotor Zdrowia został rzecznik NIL Jakub Kosikowski, rezydent onkologii klinicznej. Obok rzecznika, który znany jest z popularyzowania wiedzy medycznej na portalu „X” (dawny Twitter) czy na Facebooku, wyróżnieni zostali prezes Naukowej Fundacji Polpharmy Agata Łapińska-Smolińska oraz Wojciech J. Fałęcki, ginekolog położnik z Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA.

DWIE WAŻNE KATEGORIE

Lista Stu: system ochrony zdrowia

7. Łukasz Jankowski, prezes NRL
17. dr n. med. Paweł Grzesiowski, ekspert NRL ds. walki z COVID-19
29. Jakub Kosikowski, rzecznik NIL
53. Piotr Pisula, przewodniczący Zespołu ds. Naruszeń w Ochronie Zdrowia w NIL, członek Prezydium Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu
54. dr n. med. Artur Drobniak, dyrektor COBIK NIL
56. Damian Patecki, przewodniczący Komisji Kształcenia Medycznego NRL
60. dr n. med. Michał Balsa, prezes ORL w Szczecinie
92. Aleksandra Śremska, prezes ORL Bydgoskiej Izby Lekarskiej
94. dr n. med. Klaudiusz Komor, wiceprezes NRL

Lista Stu: medycyna

11. prof. Maciej Małecki, diabetolog, członek Rady Ekspertów NRL
12. prof. Krzysztof J. Filipiak, przewodniczący Zespołu ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii NRL

Siła kobiet w samorządzie

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Maria Kłosińska, szefowa Działu Komunikacji NIL, znalazła się w pierwszej dziesiątce konkursu Kobieta Rynku Zdrowia, towarzyszącego IX Kongresowi Wyzwań Zdrowotnych.

W konkursie organizowanym przez Grupę PTWP, wydawcę portalu i magazynu „Rynek Zdrowia”, wyróżniono 50 najbardziej wpływowych kobiet, które swoją pracą i działaniami przyczyniają się do rozwoju ochrony zdrowia w Polsce oraz rozwoju medycyny. Tytułem Kobiety Rynku Zdrowia wyróżniono menedżerki, lekarki, badaczki, polityczki, urzędniczki, działaczki społeczne oraz przedstawicielki organizacji działających na rzecz pacjentów.

Maria Kłosińska znalazła się w pierwszej dziesiątce zestawienia obok Rzeczniczki Praw Dziecka Moniki Hornej-Cieślak, zastępczyni prezesa NFZ Małgorzaty Dziedzic, dr hab. Beaty Jagielskiej – dyrektorki Narodowego Instytutu Onkologii, senator dr n. med. Agnieszki Gorgoń-Komor,



foto: Mariusz Tomczak

Barbary Misiewicz-Jagielał i Katarzyny Dubno z Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego, wirusolog prof. Agnieszki Szuster-Ciesielskiej, Jolanty Budzowskiej, radczyni prawnej

reprezentującej poszkodowanych pacjentów, oraz Lucyny Jaworskiej-Wojtas, prezeski Fundacji Pokonać Endometriozę.

Maria Kłosińska z zawodu jest lekarką, z powołania matką lekarką i społeczniczką. Pionierka budowania marek organizacji lekarskich. Od siedmiu lat angażuje się w działania największych medycznych społeczności w internecie i medialne projekty środowiska lekarskiego. Jako przewodnicząca zespołu Matek Lekarek OIL w Warszawie, działającego na rzecz zniesienia barier w pracy nie tylko lekarek, ale również lekarzy, w październiku zorganizowała II Ogólnopolski Kongres Matek Lekarek.

W latach 2018-2022 kreowała i przeprowadzała ogólnopolskie kampanie społeczne samorządu lekarskiego (m.in. #WspólneŚwięta, Narodowy Kryzys Zdrowia – Polska To Chory Kraj, #Niezapominaj). Po czterech latach pełnienia funkcji koordynatora mediów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie przeszła do Naczelnej Izby Lekarskiej, w której jest odpowiedzialna m.in. za budowanie wizerunku lekarzy i lekarzy dentyistów zgodnego z etyką lekarską oraz EBM. Absolwentka kierunku lekarskiego na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, obecnie jest rezydentką medycyny rodzinnej, w czym pomaga jej wcześniejsze szkolenie specjalizacyjne z pediatrii.

SAMORZĄD ZAWODOWY

Wszyscy jesteśmy po tej samej stronie

REDAKCJA

Relacja lekarz-pacjent jest swego rodzaju umową dwustronną, której fundamentem musi być wzajemne zaufanie. Gdy go brak, trudno mówić o normalnych relacjach.

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Piotr Pawliszak, radiolog, w spocie kampanii społecznej „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem” mówi: – Jako samorząd lekarski nie zgadzamy się na to, aby w sytuacji wystąpienia zdarzenia niepożądanego traktować nas jak kryminalistów i ciągać nas po przesłuchaniach, posterunkach i prokuratorach. Tego typu możliwość nie pomaga w budowaniu korzystnych relacji między lekarzami a pacjentami, a także zaufania lekarzy do samego systemu. I dodaje, że optymalny system ochrony zdrowia jest bezpieczny dla wszystkich jego uczestników – zarówno pacjentów, jak i lekarzy.

– Wiemy, że zdarzenia niepożądane mogą występować, ale dokładamy starań, żeby nie powtarzały się one w przyszłości, podlegały analizie i by wdrażano doraźne działania naprawcze, a także zapobiegawcze. Miarą zaufania i dojrzałości społecznej będzie nie to, czy takie zdarzenia występują, ale to, w jaki sposób sobie z nimi radzimy – dodaje Piotr Pawliszak.

W spocie Wojskowej Izby Lekarskiej jej prezes, Artur Płachta, ginekolog-położnik, dodaje, że obecny system nie promuje ani lekarzy, ani pacjentów. – Czy pacjenci muszą w taki sposób trafić do gabinetu, żeby później być niezadowolonym? Czy lekarze muszą więcej pracować? Każdy z nas jest specjalistą w swojej dziedzinie, jest profesjonalistą, wie, co do niego należy w gabinecie. Natomiast rozwiązywanie problemów systemowych nie leży w naszej gestii, choć jako samorząd, jako grupa zawodowa, moglibyśmy dzięki temu wiele wygrać. Ale do tego potrzebni nam są pacjenci. Dopóki my się z nimi nie dogadamy i razem nie pójdziemy w jednym kierunku, nikt z nas nigdy nie

wygra niczego – przekonuje Artur Płachta.

Kampania społeczna „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem” ukazuje to, co na pierwszy rzut oka nie jest oczywiste w zawodzie lekarza. Biurokracja, ciągle napięcie i stres, niedobory personelu, limity, kolejki. Niemoc wobec systemu. Wiele tych czynników ma negatywny wpływ na jakość relacji między lekarzem a pacjentem – większość lekarzy musi się z nimi mierzyć każdego dnia, a mimo to w oczach pacjenta pozostaje „żywą tarczą” systemowych niedomagań.

Inicjatywa Naczelnej i okręgowych izb lekarskich pokazuje, że pacjent i lekarz są po tej samej stronie. Ma na celu przełamanie złych emocji i napięć między lekarzami a pacjentami w systemie ochrony zdrowia. Często pacjenci mają poczucie, że są niezaopiekowani i traktowani przedmiotowo, za co niekiedy winią lekarzy. Kampania ma za zadanie podkreślić, że zarówno lekarz, jak i pacjent są ofiarami nieprawidłowo funkcjonującego systemu, który utrudnia budowanie i utrzymywanie dobrych relacji.

Samorząd lekarski dąży do zmiany tego stanu rzeczy poprzez edukację i promowanie świadomości społecznej. „Razem po zdrowie, razem po lepszy system” to kolejny etap kampanii, która ma zburzyć barykady złych emocji i stworzyć atmosferę wzajemnego szacunku i zrozumienia między lekarzami a pacjentami. Łączy ich wspólny cel – zdrowie.

W uwrażliwieniu pacjentów na trudności, z którymi borykają się lekarze, oraz zainspirowaniu ich do

aktywnego udziału w dyskusji na temat poprawy systemu opieki zdrowotnej ma pomóc – podobnie jak wcześniej – nowy spot w reżyserii Łukasza Palkowskiego z Tomaszem Kotem w roli głównej. Pokazuje on, że lekarze są również ludźmi, którzy starają się jak najlepiej zadbać o zdrowie swoich pacjentów, ale czasami napotykać ograniczenia systemowe. Lekarze nie są „bogami”, są specjalistami od leczenia, którym system powinien umożliwić – a nie zakłócać – skuteczne wykonywanie zawodu. ●

AMBASADORZY KAMPANII:

Leszek Buk, prezes Lubelskiej IL w Lublinie oraz wiceprezes Dariusz Samborski
 Michał Balsa, prezes OIL w Szczecinie
 Paweł Czekalski, prezes OIL w Łodzi
 Ewa Joniec, prezes OIL w Gorzowie Wlkp.
 Wojciech Kaatz, prezes Kujawsko-Pomorskiej IL w Toruniu
 Krzysztof Kordel, prezes Wielkopolskiej IL w Poznaniu
 Jacek Kotuła, prezes OIL w Zielonej Górze
 Katarzyna Krystosik-Łasecka, prezes OIL w Koszalinie
 Dariusz Kutella, prezes OIL w Gdańsku
 Anna Lella, prezes Warmińsko-Mazurskiej IL w Olsztynie
 Mariusz Malicki, prezes OIL w Częstochowie oraz wiceprezes Zbigniew Brzeźniak
 Krzysztof Marchewka, prezes OIL w Rzeszowie
 Ryszard Moridziel, prezes OIL w Płocku
 Marta Owczyńska, prezes OIL w Tarnowie
 Piotr Pawliszak, prezes OIL w Warszawie
 Radosław Piwowarczyk, prezes Beskidzkiej IL w Bielsku-Białej
 Artur Płachta, prezes Wojskowej Izby Lekarskiej
 Jolanta Smerkowska-Mokrzycka, prezes OIL w Opolu
 Robert Stepień, prezes OIL w Krakowie
 Dorota Szyska-Skrobot, prezes Świętokrzyskiej IL w Kielcach
 Aleksandra Śremska, prezes Bydgoskiej IL w Bydgoszczy
 Tadeusz Urban, prezes Śląskiej IL w Katowicach

Istotny czynnik ludzki

System *no fault* oraz praktyczne wykorzystanie nauki o human factors pozwala nowocześnie podejść do ograniczania zdarzeń niepożądanych w medycynie.

Wszyscy w systemie zdrowia chcą, by zdarzenia niepożądane występowały jak najrzadziej. Bez ich zgłaszania niemożliwa jest ani analiza problemu, ani wprowadzenie rozwiązań je eliminujących. Trzeba obniżyć poziom strachu personelu przed takim zgłaszaniem, bo przy zdarzeniu niepożądanym rzadko kiedy winny jest człowiek. A to zapewni sprawny system *no fault* zapewniający bezpieczeństwo medykowi i pacjentowi. O *no fault* opartym na trzech filarach: naprawie zdarzeń niepożądanych i wypracowaniu lepszej jakości leczenia, kompleksowej ścieżce przyznania rekompensat pacjentom oraz uwolnieniu lekarzy spod represyjnego systemu, pisaliśmy wielokrotnie i wciąż prowadzimy walkę o wprowadzenie go do praktyki.

Chciałbym przedstawić Państwu innowacyjny jak na Europę model podejścia do procesów w placówkach medycznych, ograniczający część zdarzeń niepożądanych. System korzystający z nauki o czynnikach ludzkich, czyli human factors, wykorzystywany jest od dawna w inżynierii i przemyśle, a w USA i Wielkiej Brytanii został zaadaptowany do systemu opieki zdrowotnej.

Human factors to aspekty związane z ludzkim zachowaniem, umiejętnościami, interakcjami społecznymi i psychologią, mogące wpływać na bezpieczeństwo i skuteczność systemów. Odgrywają one istotną rolę w systemie opieki zdrowotnej, a ich zrozumienie i uwzględnienie pozwoli zmniejszyć częstość zdarzeń niepożądanych.

W jakich obszarach czynniki ludzkie mogą wpływać na bezpieczeństwo w medycynie?

1. Komunikacja. Nieprawidłowa komunikacja między członkami zespołu medycznego i między personelem medycznym a pacjentem może prowadzić do błędów i zaniedbań. Udoskonalenie komunikacji przez funkcjonalne komunikatory oraz jasne instrukcje, zrozumiałe

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



komunikaty oraz aktywne słuchanie zmniejsza ryzyko błędów.

2. Zmęczenie i stres. Personel medyczny często pracuje w trudnych warunkach pod względem psychologicznym i niekiedy fizycznym (dyżury 24-godzinne), co prowadzi do zmęczenia i stresu. Zarządzanie czasem pracy, dostarczanie wsparcia psychologicznego i promowanie zdrowego stylu życia mogą pomóc w zminimalizowaniu wpływu zmęczenia i stresu na błędy medyczne.

3. Projekt interfejsu użytkownika. Ergonomiczne i intuicyjne interfejsy użytkownika dla sprzętu medycznego i oprogramowania mogą poprawić efektywność pracy personelu i zmniejszyć ryzyko błędów wynikających z niejasnych lub trudnych do zrozumienia parametrów obsługi.

4. Szkolenie i edukacja. Odpowiednie szkolenie personelu medycznego w zakresie bezpieczeństwa pacjenta, procedur medycznych oraz obsługi sprzętu pozwoli zminimalizować błędy.

5. Świadomość sytuacyjna. Zrozumienie kontekstu zdarzeń i sytuacji klinicznej jest kluczowe. Systemy monitorowania i informacyjne mogą wspomagać personel w utrzymaniu wysokiej świadomości sytuacyjnej, co przyczynia się do szybszego reagowania na zmieniające się warunki. Wszystkie zdarzenia niepożądane powinny być systemowo rozpracowane i stać się przedmiotem dyskusji personelu medycznego.

6. Kultura bezpieczeństwa. Kultura organizacyjna odgrywa ważną rolę w bezpieczeństwie pacjenta. Wspieranie otwartej komunikacji, raportowania błędów, analizy zdarzeń oraz podejścia do nauki na błędach może promować bezpieczne środowisko pracy.

Zintegrowanie tych aspektów w systemie opieki zdrowotnej może przyczynić się do zmniejszenia częstości zdarzeń niepożądanych i poprawy jakości opieki nad pacjentem. Wdrażanie rozwiązań human factors to inwestycja w bezpieczeństwo pacjentów i efektywność pracy personelu. Stosując je, bardzo szybko będziemy w stanie wprowadzić mechanizmy skutecznej analizy takich zdarzeń, a one przestaną pojawiać się w jednostkach ochrony zdrowia w przyszłości. Istnieją już wypracowane standardy analizy jak RCA (Root Cause Analysis), naprawiające procesy, które zawiodły, i ograniczające ryzyko popełnienia podobnego błędu w przyszłości. FMEA (Failure Mode and Effects Analysis) pozwala już na etapie projektowania procesu czy procedury znaleźć potencjalne punkty ryzyka popełnienia błędu przez człowieka i je eliminować.

Nie zmniejszymy radykalnie częstości zdarzeń niepożądanych bez ujęcia *no fault* oraz human factors w ustawie i zainwestowania środków w ich wprowadzenie i upowszechnienie w placówkach zdrowotnych. I o to właśnie apeluję do decydentów. ●

EPIKRYZA (136)

Koronacja

Ile ty masz lat?! Zaczynj wreszcie myśleć! Ja w twoim wieku miałem już specjalizację i dwójkę dzieci. I ja wiedziałem, czego chcę w życiu... – wykrzykuje ojciec w dyplomowym spektaklu studentów Akademii Teatralnej w Warszawie. Napisany dwie dekady temu scenariusz Marka Modzelewskiego, radiologa i dramatopisarza, dzięki reżyserii Izabeli Kuny przedstawia laboratoryjny obraz nieustannej bitwy o własne ja.

Cwierć wieku temu, po długim remoncie osiemnastowiecznego internatu przy Miodowej, niemal naprzeciw Ministerstwa Zdrowia i obok Zakładu Stomatologii Zachowawczej WUM, reaktywowano teatr szkolny. Scena będąca integralną częścią pałacu Collegium Nobilium, zaprojektowana przez Jakuba Fontanę, jest reklamowym oknem adeptów aktorstwa, przez które widać grę młodości strojącej się w stare kostiumy lub podejmującej próbę zerwania z przeszłością. Przynajmniej raz w roku od czasu studenckiej przygody z łódzkim Przeglądem Szkół Teatralnych patrzę przez ową witrynę na kolejne pokolenia Łomnickich, Łapickich, Englerków, Strzeleckich i Malajkatów. Nocny powrót do domu staje się wtedy dobrym powodem do oczyszczających polemik i pełniejszym rozpoznaniem demonów, z którymi walczą nieustannie lekarze z ich pacjenci.

Długo czekałem na dobrą chwilę, by o Marku Modzelewskim napisać. Moje spotkanie z jego twórczością było naprawdę późne i w dodatku pandemiczne. Korzystając z dostępów streamingowych obejrzałem w 2020 r. „Wstyd” retransmitowany z warszawskiego Teatru Współczesnego. A i wtedy zanotowałem jedynie, że Małgorzata jest okulistką. Fiszki z lekarzami w rolach głównych przydają się do następnych tekstów. Nie znam więc wszystkiego, co wstec. Ani radomskiego Kabaretu Imienia Romana, ani debiutanczkiego „Techno” („Starsza pani prychna”). Nie kibicowałem Laboratorium Dramatu Teatru Narodowego, nawet wówczas gdy bywałem na każdej premierze. Nie należę także do grona fanów kinowego dwutaktu „Teściowie” czy serialowej „Klary”. Mimo to, nadrabiając zaległości, pobiegłem odświeżyć „Wstyd” i zapytać „Kto chce być Żydem?”. Przede wszystkim jednak wypatrywałem wolnych miejsc na

JAROSŁAW WANECKI
PEDIATRA, FELIETONISTA



„Koronację”. I co tu kryć, warto było o ten marcowy wieczór powalczyć.

W programach Teatru Współczesnego cytowana jest właściwie tylko jedna wypowiedź autora scenariuszy reżyserowanych przez Wojciecha Malajkata: „Pisanie pomaga mi się oderwać od tego, z czym stykam się w pracy zawodowej, pomaga nabrać dystansu. Może dlatego dla przeciwwagi piszę komedie”. Panie doktorze, czy jest pan przekonany, że pisze pan komedie? Czy zgodnie ze starą definicją pańskie sztuki kończą się happy endem? Czy zadawane w nich ciosy starych pytań w nowych odsłonach są wyłącznie dystansowaniem się od rzeczywistości? A może jednak są krokiem naprzód, terapią codzienności, oczyszczeniem głowy z natręctw, które w głowach naszych pacjentów i nas samych kotłują się wciąż i wciąż, niezależnie od fortuny i wymiany roczników?

„Koronacja” jest historią młodego lekarza pracującego w pogotowiu bez specjalizacji, który podejmuje próbę opisanego samego siebie, okiełznania strachów dzieciństwa i studiów medycznych, wyrwania się z dziedzictwa hipokryzji dobrego samarytanina, w którym ojciec alkoholik i nadopiekuńcza matka konserwują złudzenie rodziny,

która rozwiązuje wszystkie problemy tego świata. W samotnej grze bohaterowi przeszkadza, a może pomaga, podświadomość, alter ego, diabeł szepczący bunt królewicza, który zwycięża (tylko czy na pewno?) dopiero wówczas, gdy umiera przeszłość.

Lubię teatr studencki. Wszyscy młodzi, ale grają każdy PESEL. W „Koronacji” z Teatru Collegium Nobilium bank rozbija Maria Kłusek. Matka. Ostatni raz tak poprowadzoną rolę matki widziałem w „Balladzie o Januszkę” w wykonaniu Ryszarda Hanin. Mistrzostwo. Jakbym słyszał swoją mamę, która z troskliwym pobłażaniem mówi: „Gdyby oni wszyscy wiedzieli, jaki ty jesteś naprawdę”. I w tym splocie słów widzę rezydenta Maćka, napisanego przez młodego lekarza Marka Modzelewskiego ponad dwadzieścia lat temu. I w tym splocie skojarzeń świat stoi w miejscu. Nie ruszył się nawet o krok. Król Lear krzyczy na dziecko i umiera. Koronę zakłada nowy Lear – nie mniej despotyczny i zachlany, jeszcze bardziej wyrafinowany w mobbingu i specjalizujący się w absurdalnych roszadach. Egoistyczny szantażysta. Żądny krwi, władzy, odwetu. Po trupach. Na grobach. W nieustannej bitwie o własne ja.

PO GODZINACH – PROZA

Pamiętaj, Teresko

(wybrane fragmenty)

EWA GLUZA



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

Absolwentka Akademii Medycznej we Wrocławiu, gdzie mieszka od czasu studiów. Wiele lat pracowała w Klinice Chorób Wewnętrznych, Zawodowych i Nadcisnienia Tętniczego, potem w Dolnośląskim Centrum Chorób Płuc. Uzyskała specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych i pulmonologii, obroniła pracę doktorską w zakresie interny. Od kilku lat pracuje wyłącznie ambulatoryjnie jako pulmonolog, internista oraz w orzecznictwie lekarskim. Jest też kierownikiem medycznym w placówkach niepublicznej służby zdrowia. Jej pasją jest literatura i film, od dawna pisze wiersze i opowiadania, najczęściej do szuflady, fotografuje. Jeśli czas pozwala, maluje.

Teresa urodziła się w drugiej połowie lat dwudziestych ubiegłego wieku. Była wyczekiwany dzieckiem, które przyszło na świat po dwóch ciążach zakończonych poronieniem. Była rozpieszczana i ubierana w piękne, haftowane sukienki i wyprasowane kokardy. Zanim wyszła z domu, słyszała często: – Pamiętaj, Teresko, żebyś nie ubrudziła nowej sukienki.

Zazdrościła koleżankom, które mogły biegać bosą i bawić się w deszczu.

W położonym niedaleko polsko-niemieckiej granicy miasteczku mieszkało sporo ludności żydowskiej. Dzieci obu nacji często ze sobą przebywały. Teresa najczęściej bawiła się z kuzynką Bożenką i z Ryfke, były w tym samym wieku, mieszkaly w pobliżu, miały swoje sekrety i razem wozily lalki w drewnianych wózkach. Dzieciństwo mijało zbyt szybko.

Wkrótce urodził się młodszy brat, po nim drugi i na końcu siostrzyczka. Kokardy nie były już takie białe, a sukienki wyprasowane. Mama podupała na zdrowiu i zmarła na gruźlicę.

Odchodząc, powiedziała: – Pamiętaj, Teresko, masz młodsze rodzeństwo, dbaj o nich, kiedy mnie już nie będzie.

Ojca wyswatano z kobietą z sąsiedniego miasteczka, Stefania zajęła się dziećmi, jak umiała, nie doczekali się własnego potomstwa.

Piękne lato 1939 zakończył ostatniego sierpnia czerwono-pomarańczowy zachód słońca. Niebo płonęło, jakby na powitanie króla piekiel, który nadchodził ze swoim orszakiem. Obraz jak z bajki, który pamiętała przez lata, „coś” wisiało w powietrzu. Byli i tacy, którzy rano widzieli zorzę polarną. Nazajutrz wybuchła wojna, odgłos spadających o świcie na położony niedaleko Wieluń bomb było słychać w miasteczku. Ludzie spaowali się do ucieczki i wyruszyli w kierunku Łodzi. Dziadek zabrał



Ogólnopolski Konkurs Literacki im. Prof. Andrzeja Szczeklika



kozę, którą przez większość drogi niósł, żeby nie straciła mleka. Nie chciał, żeby dzieci były głodne. Teresa niosła siostrzyczkę. Z drogi uciekinierów zawrócił ostrzał samolotów. Kiedy wrócili, domy płonęły. Wehrmacht zajął miasteczko 2 września.

Niemcy przynieśli okrucieństwo i strach. Zgromadzili przerażonych ludzi w podziemiach klasztoru. Czekali w niepewności wiele godzin. W powietrzu unosił się zapach moczu, przekleństwa i modlitwy. Teresa rozglądała się dookoła, pytała Bożenkę: – Gdzie jest Ryfke? Dlaczego tutaj są sami Polacy?

Kiedy zostali wypuszczeni, dowiedziała się, że wielu Żydów zostało zamordowanych. Nie umiała o tym nawet myśleć.

Dzieci wiedziały, że ich koledzy nie chodzą do kościoła, tylko do synagogi, i głębsza wiedza nie była im potrzebna. Okupacja podkreśliła różnice, pokazując życie w krzywym zwierciadle. Egzekucje Żydów i Polaków były na porządku dziennym, strach stał się codziennością. Do złego, niestety, można przywyknąć. Czy hipnotyzujący głos szaleńca i rozkazy jego najemników wystarczą, żeby być okrutnym? Skąd bierze się nadgorliwość w czynieniu zła? Żołnierze niemieccy byli przecież zwykłymi ludźmi, mieli rodziny, dzieci, które kiedyś całowali na dobranoc, żony, które czekały na nich z miłością. Nie mogła tego zrozumieć. Nie trzeba być barbarzyńcą, żeby wrócić do domu jak bohater.

Kiedy rok po rozpoczęciu wojny w miasteczku powstało getto, zaczęły się wywózki, najpierw do pracy, później do obozów. Ludzie bali się na siebie patrzeć, rozmawiać. Zaczarowani strachem stosowali się do poleceń.

Wkrótce Teresa dostała nakaz pracy i musiała opuścić rodzinny dom. Miała niewielki bagaż i nie wiedziała, dokąd jechać. Bardzo się bała, miała tylko niecałe czternaście lat. (...)

PO GODZINACH – PODRÓŻE

Proszę trąbić

JAROSŁAW WANECKI ARKADIUSZ RUDOWSKI

W Indiach turysta jest atrakcją. Robi się z nim zdjęcia. Pokazuje palcami. I nieustannie zaprasza do ulicznych jadłodajni, kupna pamiątek za jednego dolara i szalonej jazdy tuk-tukami.

Chodziliśmy do klasy licealnej w Płocku, ale studiowaliśmy w różnych miastach. Arek skończył warszawską stomatologię, a ja wydział lekarski w Łodzi. Przez czterdzieści lat kilka zaledwie razy wybraliśmy się na szkolne, a później rodzinne wycieczki po Polsce. Równoległe zwiedzaliśmy świat. Według innego planu, ale z podobną pasją.

Tak było i tym razem. Do New Delhi poleciliśmy różnymi samolotami. Mój małżeński objazd organizowało biuro podróży, a współtowarzyszami byli nieznajomi. Arek wraz z przyjaciółmi ruszył na eskapadę przygotowaną własnym sumptem.

– Hej! Dzwonię w nietypowej sprawie – rozpocząłem telefoniczną rozmowę z doktorem Rudowskim. – Arku, proponuję byśmy wspólnie opisali wrażenia z Indii północnych. Przekonałem redaktorki „Gazety Lekarskiej”, że nie trzeba wśród dziennikarzy szukać autorów opisujących turystyczne przygody. W naszym środowisku jest przecież tylu globtroterów.

– Fajnie, że po latach znów będziemy mogli zrobić coś razem – usłyszałem w odpowiedzi. – Mój problem jest jednak taki, że Indie są dla mnie bardziej emocją niż odtwarzaniem historyczno-kulturowych detali. Przez całą podróż nie mogłem oprzeć się porównaniom sprzed lat. Wiesz przecież, że moja pierwsza wyprawa biegła od Pakistanu po Nepal. Indie bardzo się zmieniły.

WESOŁY AUTOBUS

Jarek: Od wielu lat sami organizujemy rodzinne wyjazdy zagraniczne. Najczęściej do miast Europy. W wyprawach za ocean lub bardziej egzotycznych częściej podporządkowujemy się ofercie biur podróży, starając się w ten sposób minimalizować ryzyka. Główną motywacją takiego sposobu zwiedzania jest strach, że nie poradzimy sobie w kulturowo obcych miejscach, a czas poświęcony na

przygotowanie wikt i poszukiwanie kwater zakłóci odpoczynek.

Dlatego wycieczkę do Indii kupiliśmy z transferami, hotelami, wyżywieniem i atrakcjami. Pozostało się tylko spakować. W naszej grupie znaleźli się sami pionierzy. Nikt poza przewodniczką nie był wcześniej nad Jamuną i Gangesem.

Legendy o brudnych, hałaśliwych i biednych Indiach są elementem każdej rozmowy z tymi, którzy tam byli, będą lub nigdy tego kierunku nie wybiorą. Pierwsze wrażenia są rzeczywiście dość szokujące. Ulice w nieustannym ruchu, korki i trąbienie samochodów łamiących drogowe zasady. Do tego gryzące spojówki

Indie nie stały się skansenem,
nie uciekają przed technologią.

Wszędzie działa internet

smog i kurz. Z biegiem dni wszystko stawało się jednak normą: tłok, napaśtliwi handlarze tandetą i jedwabiami, krowy stojące w poprzek głównych arterii i zawodowe żebractwo. Setki ołtarzy bóstw wszelakich. A wszystko w jaskrawych kolorach. Od święta światła do święta kwiatów. Z pozytywną karmą na jutro i niewymuszonym uśmiechem tubylców od rana do nocy. Do tego smaczne, choć czasami zbyt ostro przyprawione posiłki i herbaciano-mleczna masala, o ile lubimy kulinarne wyzwania. Co dziwne, po kilku dniach nikt się kuchni indyjskiej nie bał. Poczucie bezpieczeństwa było odkryciem niespodziewanym. Zmieniały się krajobrazy, hotele

i architektura. Humory dopisywały, a mętlik w głowie wzrastał się coraz bardziej w świecie kontrastów, kast, obcych wierzeń i zwyczajów.

WEHIKUŁ CZASU

Arek: W naszej siedmioosobowej grupie większość stanowili lekarze. Kolega z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie po zapoznaniu się z ofertami wycieczek postanowił z wielu programów ułożyć własny. Przygotowania trwały kilka miesięcy. Pierwszy tydzień był wcześniej zaprogramowaną improwizacją. Sami bukowaliśmy samoloty i część hoteli.

Tak, tylko część, bo przemieszczając się pociągami dalekobieżnymi, nie mogliśmy być pewni, że dojedziemy na czas. Skądinąd najtrudniejszym elementem okazały się bilety kolejowe, w praktyce niedostępne w kasie dworcowej i trudne do kupienia z Europy. Na szczęście lokalny pilot, z którym kontynuowaliśmy objazd busem w drugim tygodniu, zgodził się zająć rezerwację i bez przeszkód mogliśmy wsiąść do sleepera klasy drugiej (dwa piętra łóżek) lub trzeciej (o jeden poziom kuszetek więcej) z pościelą przyniesioną w szarych kopertach. Z obawy przed insektami czasami wyjmowaliśmy z walizek śpiworki kremacyjne. Nazwa bawełnianych poszewek może i jest makabryczna, ale osłona dodatkowej warstwy uspokajała senne mary.

Trzy dekady temu było bardziej, jak to nazwać, ekologicznie... Piliśmy z glinianych kubków, jedliśmy na palmowych liściach. Z przewodnikiem w rękę i listą hotelików docierało się do kolejnego miejsca na mapie i rozpoczynało od poszukiwania łóżka w biednym pokoju zamykanym na kłódkę. Telefon był bezużyteczny. Niezmienne pozostało jedzenie. Glinę i palmy zastąpiły plastik i tektura. Zwały śmieci są dzisiaj nieco mniejsze, choć ludzi wokół jest po prostu więcej. Indie nie stały się skansenem, nie uciekają przed technologią. Wszędzie działa internet. Wszystko dzieje się w czasie rzeczywistym i samodzielna wyprawa nie jest już ekstrawagancją dla szaleńców.

Uśmiecham się do wspomnienia autobusu z pierwszej wyprawy, który ruszył dopiero wtedy, gdy zapełnił się aż po dach. Jechaliśmy przy ogluszających dźwiękach musicalu rodem z Bollywood i w dymie, bo

► Indie to kraj różnorodności pod wieloma względami, a kuchnia nie jest wyjątkiem

foto: Jarosław Wanecki



pasazerowie mogli palić papierosy. Nie obowiązywał rozkład jazdy, czas płynął wolniej, a uspokajająca pocztówka z Delhi dotarła do odciętego od informacji domu wiele dni po moim powrocie.

STUDNIA SCHODKOWA

Jarek: Gdy wyznaczaliśmy sobie zadanie opisanie tylko jednego miejsca, postawiłem na Chand Baori. Geometria tej budowli w Abhaneri, 100 km od Dżajpuru, zapiera dech. Studnia o głębokości 20 metrów składa się z 13 pięter połączonych 3,5 tys. wąskich stopni. Kamienne schody układają się w mistyczną przestrzeń. W IX w. studnia stała obok świątyni Harshat Mata, poświęconej bogini szczęścia i radości. Ow zbiornik na deszczówkę miał ogromne znaczenie w czasie suszy, ale pełnił także funkcje religijne. Woda w hinduizmie stanowi granicę między niebem a ziemią, a wszelkie akwenty są miejscami medytacji i ablucji. Woda to główny znak rozpoznawczy indyjskich cudów architektury i natury.

OLEJEK Z MIĘTY

Arek: Opis atrakcji każdy znajdzie w książkach i przewodnikach. Nie będę się tutaj powtarzał. Bardziej interesowałem się podglądaniem obyczajów.

Chciałem zrozumieć, co napędza ludzi, którzy cieszą się każdym dniem. Próba rozpoznania fenomenu radości z drobnych rzeczy nie była łatwa. Dlatego z wielką ochotą zamiast do miasta pełnego zabytków z listy top wybraliśmy się tuk-tukami na wieś. Rodzinny dom autochtonicznego przewodnika był jednym z czterech wokół podwórka z paleniskiem pośrodku. Skromne pokoje. Proste meble. Na dachu suszyły się orzeszki ziemne. Łazienka to wiadro z wodą. Toaletą była zwyczajna latryna. Nieopodal domu stała mała tłocznia olejku eterycznego z mięty. Piękny zapach roztaczał się wokół. Towarzyszyły nam dzieci z całej osady, biegnące ze szkoły, którą utrzymują po części ci, którym udało się wyrwać do pobliskiego Khadzuraho.

ŚWIĘTE MIASTO

Wszystkie indyjskie drogi prowadzą do Waranasi. Nad brzegiem Gangesu Indusi zmywają grzechy całego świata podczas rytualnych ablucji za życia i wrzucają do wody prochy zmarłych. Tysiące ludzi od świtu do zmierzchu przychodzą na kamienne

gathy, na których płoną kremacyjne stosy. Poranny spacer przez hałdy śmieci, wśród żebraków, świętych mężów i krów, sprzedawców bindi na czoło, naganiaczy i pielgrzymów jest doświadczeniem odrealnionym i zaskakującym.

Podczas Artis, kapłańskiej ceremonii z muzyką, kołatkami i ogniem, nasze drogi skrzyżowały się na jedną noc w Benares. Grupa Arka oglądała uroczystość ze schodów Santi zamienionych w wielki amfiteatr. Tymczasem wycieczkowiec podpłynęli do brzegu łodzią. Z dwóch stron patrzyliśmy na misterium życia i śmierci, a na wodzie Gangi migotały ogarki ukryte w płatkach kwiatów.

UWAGA, SAMOCHÓD

Po omówieniu artykułu zasiedliśmy do kolacji i opowiadania o zauroczeniach. Odkryciem Arka był Udajpur, nazywany indyjską Wenecją. Mnie wciąż fascynuje nieprzerwany hałas klaksonów. „Proszę trąbić” to tradycyjny napis na karoseriach aut i motorów. Sygnał dźwiękowy towarzyszy skręcaniu, wyprzedzaniu i omijaniu przeszkód. Fanfary szczęśliwych chwil pozostaną z nami na długo. ●



◀ Artis
w Waranasi
– wieczorne
modły
ku czci
najważniejszej
bogini
w panteonie
hinduizmu
– bogini
Ganga

fot.: Arkadiusz Rudowski



fot.: Jarosław Wanecki

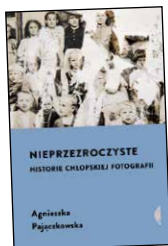


fot.: Arkadiusz Rudowski

▲ Udaipur –
indyjska Wenecja

◀ Ulica
w Old Delhi

CZYTELNIA

**Nieprzezroczyście. Historie chłopskiej fotografii**
Agnieszka Pajęczkowska

Wydawałoby się, że książka wpisuje się w modny ostatnio nurt opowieści o życiu polskiej wsi. Ale to coś więcej. Autorka zabiera nas w podróż przez historię Polski opowiedzianą na zdjęciach najbiedniejszych jej mieszkańców i zdradza, co kryje się w tle. Opowiada o ich życiu, troskach, obyczajach, religijności, a także ogromnej biedzie. Dowiadujemy się, czym różni się zdjęcie wiejskie od chłopskiego i dlaczego na zdjęciach chłopów ważne są buty. Opisy zdjęć uzupełniają rozmowy, zapisy historii mówionej, mikroreportaże i cytaty.

**Rośliny trujące**
Anna Hiss

Jesteś lekarzem? Nie jesteś, a interesujesz się roślinami? Koniecznie przeczytaj. Rośliny dziko rosnące są postrzegane jako bezpieczne w samoleczeniu, w tym jako produkty spożywcze. Tymczasem często dochodzi do zatrucia. Dlatego konieczne jest zwiększenie świadomości osób, które są zainteresowane roślinami lub narażone na ich działanie.

Publikacja w sposób przejrzysty została podzielona na sześć głównych rozdziałów, w których ujęto kierunek działania toksycznego rośliny. Książka zawiera bardzo bogaty zbiór zdjęć przedstawiających omawiane rośliny i ułatwiających ich rozpoznanie. Całość dopełniają opisy przypadków zatrucia wraz z informacjami o wynikach leczenia.

Będzie pomocna w podnoszeniu kwalifikacji i uzupełnianiu wiedzy odbiorcy, będącego przedstawicielem zawodów medycznych czy przyrodniczych, ale także wszystkich osób zainteresowanych roślinami bądź narażonych na ich szkodliwe działanie.

Żydowska Ameryka. Wczoraj i dziś diaspory w USA
Tomasz Zalewski

Świetna książka weryfikująca stereotypy Polaków – nawet tych, którzy za oceanem spędzili wiele lat – na temat diaspory żydowskiej w USA. A jest ona ogromna, bo liczy 6-7 mln ludzi. Wieloletni korespondent polskiej prasy w Waszyngtonie wyjaśnia, że ukształtowany „w potocznej polskiej wyobraźni (...) obraz diaspory jako społeczności potężnej, (...) skutecznej jako lobby i zdecydowanie nam nieprzychylny” jest krzywdzący i nieprawdziwy. I rozmawia z Amerykanami żydowskiego pochodzenia o więzach z Polską, ale też o próbach utrzymania żydowskiej tożsamości w multietnicznym kraju.

**Niechciane myśli i silne emocje**
Jon Hershfield, Blaise Aguirre

Zmagasz się z niepokojącymi myślami, które nie pozwalają ci zasnąć i dręczą w ciągu dnia, wywołując smutek, złość i gniew? Jeśli tak, to w tej książce znajdziesz praktyczne rozwiązania, które pomogą ci przerwać cykl natrętnych myśli i emocjonalnego przytłoczenia.

Autorzy w przystępny sposób tłumaczą podstawowe założenia terapii poznawczo-behawioralnej i dialektyczno-behawioralnej oraz pokazują, jak wykorzystać je w procesie odzyskiwania wewnętrznej równowagi. Ćwiczenia oparte na metodzie ekspozycji pozwolą skonfrontować się ze swoimi lękami, powstrzymać od impulsywnych reakcji i zmienić niepożądane wzorce zachowania. Poradnik ten, rekomendowany przez specjalistów w dziedzinie psychiatrii i psychoterapii, stanowi cenne źródło wiedzy dla osób poszukujących efektywnych sposobów radzenia sobie z trudnymi emocjami.

Książka jest kluczem do zrozumienia własnego wewnętrznego świata i zarządzania nim. Pozwoli odzyskać spokój i kontrolę nad życiem.

**Przeznacz darowiznę**

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

Przeznacz 1,5 proc. podatku dochodowego od osób fizycznych

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

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



PO GODZINACH – BŁĄD MALARSKI

W chowanego

Zamienił zupę pomidorową w dzieło sztuki. Twarze ikon kina przekuł na nieskończenie powtarzalne, krzykliwe portrety. Fetysz do stóp i butów wykorzystał do robienia pieniędzy. Od dzieciństwa nękany chorobami, Andy Warhol wyrósł na tytana sztuki nowoczesnej. A jak widział samego siebie?



Obraz: Andy Warhol, *Autoportret*, 1966, Muzeum Sztuki Nowoczesnej (MoMA), Nowy Jork

Choroby w szczególnie sposób naznaczyły życie i twórczość malarza. W dzieciństwie zdiagnozowano u niego płasawicę Sydenhama. W pewien sposób ukształtowała ona wrażliwość młodego An-dy'iego: często przykuty do łóżka spędzał czas, rysując i zbierając zdjęcia gwiazd filmowych. Te wczesne fascynacje znalazły odzwierciedlenie w jego późniejszych eksperymentach z portretami takich sław, jak Marilyn Monroe czy Elizabeth Taylor.

Warhol wielokrotnie obierał za temat swoich prac własną cielesność, *Autoportret* z 1966 r. to jedna z wczesnych jego prób zmierzenia się z tym trudnym dla niego tematem. Artysta, tak mocno zafascynowany pięknem ludzkiego ciała, nie czuł się komfortowo we własnym, poddając je metamorfozom na przeróżne sposoby: czy to dodając makijaż, czy intrygującą perukę.

AGATA MORKA
DOKTOR HISTORII SZTUKI



Przez większość życia malarz borykał się z trądzikiem różowatym, który powodował tak zaczerwienienia, jak i zgrubienia na nosie w późniejszym stadium choroby. Sam przyznał: „jeśli ktoś zapytałby mnie, co jest moim problemem, odpowiedziałbym: skóra”. I jej właśnie na omawianym autoportrecie nie widać.

To obraz tak silnie przetworzony, z rysami twarzy ledwie zaznaczonymi

płaskimi plamami kolorów, że przypomina niemalże maskę. Warhol skrywa tu przecież połowę twarzy, dodatkowo zasłaniając usta dłonią. Chowa prawdziwy kolor i fakturę swojej własnej skóry, uciekając się do abstrakcyjnych kolorystycznych kontrastów tego, co w świetle, a co w mroku. Autoportret to niby, a niełatwo zobaczyć tu niewykreowane, czyste oblicze artysty. Warhol bawi się z widzem w chowanego. ●

Rozwiązanie zagadki z „GL” 3/2024

Szczegóły różniące obrazy:

- Usunięcie torby postaci po prawej stronie obrazu.**
Torby przedstawione na obrazie to tradycyjne „dillybags” charakterystyczne dla rdzennych mieszkańców północnej Australii. Zwyczajowo torby te noszą kobiety, kiedy zbierają jedzenie.
- Usunięcie środkowej dłoni.**
Dłonie symbolizują obecność przodków, usunięcie jednej dłoni byłoby więc bardziej niż niewłaściwe.
- Dodanie głowy dziecka u góry owalnego kształtu w środkowo-dolnej części obrazu.**
Owalne kształty to tak zwane coolamony: aborygeńskie naczynia służące do przenoszenia zarówno jedzenia, jak i dzieci. Coolamony często używane były jako kołyski.
- Zmiana koloru wijącej się wstążki na żółty.**
Wijącą się linią na obrazie ma symbolizować australijską rzekę Murray.



Obraz: Treanha Hamm, Chłodne podpalanie Dhurgala, środkowy panel, 2017, Muzeum Historii Medycyny, Melbourne

WSKAŹ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 15 kwietnia 2024 r. W temacie maila należy wpisać GL04 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

NAGRODZENI „GL” 03/2024

Voucher do Hotelu Prezydent **** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Marek Sokoluk z Marysina. Gratulujemy!

Nagrody dodatkowe: Ewa Bieniek (Tarnowskie Góry), Agnieszka Zarębska-Dusznik (Gdańsk), Klaudia Hurko (Radzyń Podlaski)

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi

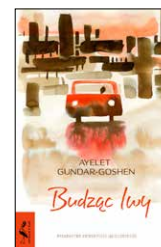
★★★★
HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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

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

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



KLAUZULA INFORMACYJNA

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

Regulamin konkursu na www.gazetalekarska.pl

PO GODZINACH

Trzy razy etyka

JAROSŁAW WANECKI

Zasady deontologii lekarskiej – zgodnie z tekstem przyjętym w 1935 r. przez walne zebranie NIL – opierają się na pisanych i niepisanych podstawach etyki wytwarzanej przez stan lekarski i współczesne społeczeństwo i służą lekarzom za wskazówkę postępowania.

Szeroka debata nad nowelizacją Kodeksu Etyki Lekarskiej (KEL) połączona z kilkoma wymianami gabinetów przy Sobieskiego 110 pozwoliła nie tylko odkurzyć, ale wręcz odnaleźć hipokratejskie skarby. W dawnych wydaniach i komentarzach do KEL, protokołach z posiedzeń komisji etycznych i filmie o Nadzwyczajnym II Krajowym Zjeździe Lekarzy w Bielsku-Białej wyraźnie wyczuwa się emocje sprzed lat. Czy majowe obrady w Łodzi, wywiady prasowe i dyskusje w kularach będą równie zaciekle jak w przeszłości? Na ile prorocze jest zdanie Tadeusza Zielonki, wieloletniego komentatora Kodeksu na łamach „Gazety Lekarskiej”, że jeśli nie będziemy gotowi poświęcić wiele, by Kodeks był respektowany, staniemy się profesją bez przyszłości.

KAMIEŃ WĘGIELNY

W przedmowie do komentarza KEL pod redakcją Oktawiana Nawrota z 2021 r. czytam: „Etyka lekarska to w moim przekonaniu jeden z najdojrzalszych i najwspólniejszych systemów etyki zawodowej, obejmujący zarówno przyrzeczenie lekarskie, kodeks deontologiczny, jak i liczne wzory osobowe. Jego kamień węgielny – przysięga Hipokratesa – to chyba najbardziej znany obok Dekalogu dokument etyczny”.

Za pierwszy lekarski kodeks etyczny uważa się pracę Thomasa Percivala opublikowaną w 1803 r. w „Medical Ethics”. W rzeczywistości jest to tylko data wprowadzająca pojęcie etyki we współczesnym rozumieniu. Lata mijały, a za przykładem rozwiązań z Nowego Jorku poszli krakowianie, przyjmując w 1876 r. „Uchwałę Towarzystwa lekarzy galicyjskich w przedmiocie obowiązków lekarzy względem swych kolegów i zawodu lekarskiego w ogóle”. Do czasu wspomnianego we wstępie walnego zebrania Naczelnej Izby Lekarskiej w 1935 r. powstało na ziemiach polskich pod zaborami, a następnie pod odzyskaniem

niepodległości kilkanaście podobnych do krakowskich zasad etycznych, przygotowanych przez towarzystwa naukowe i samorząd lekarski. Jednym z najciekawszych jest Kodeks Deontologii Dentystycznej z 1925 r. opublikowany w całości w „Zeszytach Historycznym NIL” (XII 2021). Wśród licznych autorów, krytyków i recenzentów przełomu XIX i XX wieku jednym tchem wymieniam się dwóch. Henryk Łuczkiwicz przetłumaczył na język polski teksty Hipokratesa i Celsusa, a Władysław Biegański wyznaczył kierunki myślenia o postawie etycznej człowieka, niezależnie od wykonywania zawodu lekarza.

Wszystko zaczęło się od Konio-władnego ojca medycyny, urodzonego w 460 r. p.n.e. na wyspie Kos. Pochodził z rodu Asklepiadów. Był synem lekarza. Najpierw prowadził szkołę medyczną, a po śmierci rodziców ruszył w podróż, uzdrawiając po drodze moźnych starożytnego świata i przerywając morowe tchnienia epidemii. Żył długo (109 lat?) i sławę zyskał wielką nie trafem, ale sztuką. Zgodnie z tradycją antyku i Bizancjum przypisujemy do jego imienia zbiór pism Corpus Hippocraticum – sześćdziesiąt tekstów, wśród których jest przysięga.

W ZAWIESZENIU

Po rozwiązaniu izb lekarskich, w latach 1952-1967, formalnie nie obowiązywały żadne regulacje etyczne zawodów medycznych. Projekt Kodeksu Polskiej Służby Zdrowia przygotowany w 1959 r. przez Tadeusza Kielanowskiego przyjęto po niemal dekadzie pod nazwą Zasady etyczno-deontologiczne PTL. Był rok 1967, a zasada 1. odnosiła się wprost do obowiązków wobec społeczeństwa socjalistycznego. Kolejne nowelizacje wydawane pod zmienionym

tytułem Zbiór zasad... polskiego lekarza (1977) obowiązywały do 3 maja 1992 r.

JEDNI Z BIELSKA, DRUDZY Z BIAŁEJ

14 grudnia 1991 r. po burzliwej i długiej debacie Nadzwyczajny II Krajowy Zjazd Lekarzy przyjął Kodeks Etyki Lekarskiej, którego zapisy trzy tygodnie później zaskarżył do Trybunału Konstytucyjnego Rzecznik Praw Obywatelskich. Na ponad tysiąc delegatów do Bielska-Białej przyjechało niewiele ponad ośmiuset. Sprawozdanie z prac komisji kodyfikacyjnej wygłosił Zbigniew Chłap, a dyskusję prowadzili Jerzy Umiasztowski i Stanisław Wencelis. Do zespołu roboczego pracującego nad projektem KEL należały Wanda Terlecka i Maria Łaskarzewska. Najbardziej kontrowersyjne okazały się propozycje artykułów o tajemnicy lekarskiej i aborcji. Za ostatecznym brzmieniem przepisu o prokreacji głosowało 354 delegatów, 317 było przeciw, wstrzymało się 38. Wotum separatum wobec nowej sytuacji prawnej zgłosiła grupa redakcyjna i dwustu mandatariuszy. Cały tekst poparło 449 delegatów, 75 było przeciw, a 58 wstrzymało od głosu. Tytuły prasowe i poselskie wystąpienia w Sejmie świadczyły o ogromnym społecznym zainteresowaniu Kodeksem, którego zapisy miały integrować, ale stały się pierwszym zauważalnym pęknięciem samorządu lekarzy i lekarzy dentystów.

TORUŃSKIE ABECADŁO

Polaryzacja stanowisk była powodem szybkiej nowelizacji beskidzkiego Kodeksu i odbyła się w pierwszym możliwym terminie. O naprawczej roli warszawskiego III Krajowego Zjazdu Lekarzy praktycznie nikt

już dzisiaj nie pamięta. Na kolejną zmianę przyszedł czas w Toruniu dekadę później. Gorący wrzesień 2003 r. zawdzięczaliśmy nie tylko pięknej pogodzie. Nadzwyczajny VII KZL przeżył niespotykany dotychczas najazd dziennikarski. Preludium stanowił bezprecedensowy atak na Konstantego Radziwiłła – spiritus movens kodyfikacji de novo. Spór obejmował poza samą bioetyką także, a może przede wszystkim, inne płaszczyzny: ontologiczną, polityczną, prawną, religijną, społeczną i ekonomiczną. W oczywisty sposób spór przekładał się na odległe od jedności propozycje z zakresu: przerywania ciąży, medycznego wspomaganie urodzeń, badań na ludzkich zarodkach, diagnostyki prenatalnej i preimplantacyjnej, komórek macierzystych, terapii genowej, zakazu pomocy lekarskiej w samobójstwie, współpracy z przemysłem i wolności prokreacyjnej. Spór zakończył się spokojnym przebiegiem obrad i kompromisem, rozczarowując media.

Trybunał Konstytucyjny trzykrotnie otwierał Kodeks Etyki Lekarskiej. Kontrole odbyły się w 1992, 1993 i 2008 r. Ostatni wyrok stwierdził, że art. 52 ust. 2 dotyczący krytyki działania lekarzy przez innych lekarzy jest niezgodny z Konstytucją RP w zakresie, w jakim zakazuje zgodnych z prawdą i uzasadnionych ochroną interesu publicznego wypowiedzi na temat działalności zawodowej innego lekarza.

ŁÓDŹ DO PRZYSZŁOŚCI?

Prawdopodobnie 17 lub 18 maja w Łodzi Nadzwyczajny XVI Krajowy Zjazd Lekarzy zdecyduje o losach trzeciej nowelizacji Kodeksu, pobłogosławionego 20 lat temu przez Jana Pawła II. Projekt zmian przedstawiła już komisja pod przewodnictwem Artura de Rosier. Przyjęto formę porównawczą obecnych i sugerowanych zapisów z dość rozbudowanym komentarzem. Tekst jest obecnie przedmiotem szerokich konsultacji. Na pierwszym planie widać wyraźną kosmetykę stopniowania słów: może, powinien, musi. Założenia czyta się dobrze, ale ostatecznie nie wiem, co ma się zmienić. Dopisanie kilku artykułów wynikających z unijnej dyrektywy, uporządkowanie treści do sobie podobnych i ryzykowne definiowanie kwalifikacji i kompetencji pozwoli zapewne na ciekawe piątkowe deliberacje delegatów i strzeliste poprawki, ale kodeksowej szansy na przyszłość raczej nie wróży. Korekta to zbyt mało, by zapisać się w historii przywracania wartości, o których tak nonszalancko zapominamy.

SALUS AEGROTI SUPREMA LEX

W siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej na kilka tygodni przed planowaną nowelizacją Kodeksu Ośrodek Kultury i Dziedzictwa

Historycznego zorganizował „Wystawę Hipokratesów” prezentującą w bardzo uproszczonej formie dzieje polskiej deontologii lekarskiej. Główną dekoracją są przygotowane przed wielu laty medale z wizerunkiem ojca medycyny i mottem, że „najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego”. Znaleźliśmy w magazynie 35 takich zakurzonych ramek pasujących do koralowego jubileuszu. Podczas marcowego posiedzenia radni mogli adoptować Hipokratesa, zdejmując jego wizerunek ze ściany, składając w wolnym polu podpis i zabierając podwójny medal w uzdrowicielską podróż do swoich szpitali, poradni i gabinetów, symbolicznie manifestując przywiązanie do przykazań Hipokratesa... teraz i w przyszłości. ●

Ośrodek Kultury i Dziedzictwa Historycznego ogłasza konkurs na swoje logo. Prace plastyczne prosimy nadsyłać pod adresem: mediateka.nil.org.pl do 30 kwietnia 2024 r. Najlepsze projekty Rada Ośrodka nagrodzi książkami, a zwycięski znak graficzny będzie promował wydarzenia kulturalne i historyczne samorządu lekarskiego, organizowane i współfinansowane ze środków Naczelnej Izby Lekarskiej oraz partnerów strategicznych.

WROCŁAW 21-23.05.2024
KONGRES HISTORII MEDYCyny
W SETNĄ ROCZNICĘ I ZJAZDU
POLSKICH HISTORYKÓW MEDYCyny
1924 - 2024



ZAPROSZENIE

Prof. Władysław Szumowski

KOMITET NAUKOWY I ORGANIZACYJNY



prof. Edward Białek
Uniwersytet Wrocławski



prof. Andrzej Wojnar
Komisja Kształcenia DRL



dr hab.
B. Bruziewicz-Mikłaszewska
Ośrodek Pamięci,
I Dokumentacji Historycznej DIL



dr Dariusz Lewera
Polskie Towarzystwo
Historii Nauk Medycznych

Uczestnicy Kongresu będą mogli wysłuchać referatów z historii:

- | | | |
|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> medycyny | <input checked="" type="checkbox"/> rehabilitacji | <input checked="" type="checkbox"/> leczenia uzdrowiskowego |
| <input checked="" type="checkbox"/> stomatologii | <input checked="" type="checkbox"/> bioetyki | <input checked="" type="checkbox"/> stowarzyszeń medycznych |
| <input checked="" type="checkbox"/> farmacji | <input checked="" type="checkbox"/> eugeniki | <input checked="" type="checkbox"/> czasopism medycznych |
| <input checked="" type="checkbox"/> pielęgniarstwa | <input checked="" type="checkbox"/> filozofii medycyny | <input checked="" type="checkbox"/> medycyny w sztuce |
| <input checked="" type="checkbox"/> higieny | <input checked="" type="checkbox"/> medycyny wielokulturowej | |

KONGRES
MA CHARAKTER
OTWARTY

(21 V 2024) Aula Leopoldyńska
(22-23 V 2024) sale wykładowe DIL, al. Matejki 6



więcej informacji
+48 791 663 339



odwiedź stronę internetową
www.pthmif.pl

PO GODZINACH

Klub Medyków FIAP

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Największa organizacja fotograficzna na świecie utworzyła klub dla przedstawicieli zawodów medycznych. Jego wiceprezydentem został polski lekarz.

Międzynarodowy Klub Fotografów Medyków FIAP – IMPC działa od 1 lutego 2024 r. Powołany do życia przez Międzynarodową Federację Sztuki Fotograficznej (fr. Fédération Internationale de l'Art Photographique, FIAP), ma integrować środowisko medyczne w ramach wspólnej pasji. Uczestnictwo w IMPC to też możliwość dzielenia się swoimi doświadczeniami w trakcie różnych wydarzeń socjalno-artystycznych. Prezydentem klubu został dr Sefa Ulukan, prezes Tureckiego Towarzystwa Fotograficznego, a wiceprezydentami – dr Franco Ameli z Włoch oraz dr Krzysztof Muskalski, okulista z Częstochowy, przewodniczący Salonów PhotoArtMedica.



fot.: Krzysztof Muskalski, Hair

NIE TYLKO LEKARZE

– Decyzja o utworzeniu klubu jest wyrazem uznania dla pasji i talentów fotograficznych medyków – ocenia Krzysztof Muskalski. I dodaje, że pomysł na tę inicjatywę zakiełkował we władzach FIAP już kilka lat temu, ale realizację blokował brak wspólnej płaszczyzny, dzięki której plan mógłby wejść w fazę realizacji. To się jednak zmieniło. – W mojej ocenie jego realizację sprowokowały Salony PhotoArtMedica, a także zaangażowanie kolegów i koleżanek z Włoskiego Towarzystwa Lekarzy Fotografów AMFI. W ubiegłym roku zorganizowaliśmy wspólną wystawę fotograficzną w Rzymie, która była dobrą okazją do konkretnych rozmów o rozszerzaniu współpracy medyków fotografów z różnych krajów. Prezydent FIAP Riccardo Busi wyszedł z oficjalną propozycją powołania w strukturach tej organizacji klubu dla medyków fotografów, a jego deklarację przyjęto z ogromnym zadowoleniem – informuje Krzysztof Muskalski.

Struktura IMPC opiera się na oddziałach krajowych. Akces zgłosili już przedstawiciele kilku krajów, między

innymi Włoch, Turcji, Hiszpanii oraz Chorwacji. Nie mogło zabraknąć też Polski, a Krzysztof Muskalski został krajowym przedstawicielem klubu w naszym kraju. Co ważne, do klubu mogą dołączać nie tylko lekarze i lekarze dentyści, ale też przedstawiciele innych zawodów medycznych, w tym ratownicy medyczni, pielęgniarki i położne, farmaceuci i lekarze weterynarii.

ROZWÓJ I INTEGRACJA

– Można powiedzieć, że w pewnym sensie FIAP wraca do korzeni. Warto przypomnieć, że założycielem tej organizacji był lekarz Maurice Van de Wijer. Wydaje mi się, że sztuka, w tym fotografowanie, jest szczególnie bliska ludziom związanym z medycyną. Nasza praca jest trudna i wyczerpująca, a robienie zdjęć to znakomita odskocznia od codziennych problemów. FIAP, największa organizacja fotograficzna na świecie, jedyna uznawana przez UNESCO, zrzesza około dwóch milionów

fotografów, zarówno amatorów, jak i profesjonalistów. Wśród nich na pewno jest wielu medyków. Chcemy ich wyłowić, zintegrować i namówić do szerszych działań. Powołanie klubu bardzo w tym pomoże. Ponadto jestem przekonany, że zachęcimy kolejne osoby z pasją fotograficzną do rozwijania swojego hobby w ramach stowarzyszenia – tłumaczy Krzysztof Muskalski.

Co ciekawe, IMPC jest pierwszym zawodowym klubem w strukturach FIAP. – Zachęcam do przyłączenia się do tej inicjatywy. Uczestnictwo w IMPC to dobra okazja do integracji, rozwijania hobby, zawierania przyjacielskich kontaktów. Jestem pewien, że uda nam się stworzyć silną reprezentację Polski. Wszystkich zainteresowanych zapraszam do kontaktu poprzez adres e-mail: IMPCPoland@gmail.com. Myślę, że przynajmniej raz w roku zrobimy wspólną wystawę fotografii. Będziemy też organizować przedsięwzięcia z poszczególnymi krajami, na przykład wystawy, warsztaty, plenery. Mamy też na uwadze organizację aukcji charytatywnych świetnych fotografii medyków. Wśród nas są bardzo dobrzy fotograficy, doceniani w prestiżowych konkursach, więc myślę, że zainteresowanie ich pracami będzie duże – podsumowuje doktor Muskalski. ●

JAK DOŁĄCZYĆ?

Informacje dotyczące przystąpienia do Międzynarodowego Klubu Fotografów Medyków FIAP – IMPC można uzyskać drogą e-mailową IMPCPoland@gmail.com

Ogłoszenia

