

GAZETA LEKARSKA

**PISMO IZB
LEKARSKICH**

JAK SIĘ BRONIĆ PRZED AGRESJĄ

LEKARZE, PIELĘGNIARKI I RATOWNICY
ZAGROŻENI PRZEMOCĄ

- LEPSZA OCHRONA I SUROWSZE KARY – PLANY MINISTERSTWA ZDROWIA
- PRZEPISY PRAWNE, KTÓRE WARTO ZNAĆ
- JAK TO DZIAŁA W INNYCH KRAJACH



FINANSE

SKŁADKA ZDROWOTNA
MALEJE, DZIURA W NFZ
ROŚNIE

PRAKTYKA

JAK POMÓC PACJENTOM
Z CHOROBA ADDISONA

PODATKI

PUŁAPKI W ROZLICZENIU PIT.
JAK UNIKNAĆ BŁĘDÓW

HOBBY

SEBASTIAN KAWA,
MISTRZ W SZYBOWNICTWIE:
NIE POWIEDZIAŁEM
OSTATNIEGO SŁOWA

Po pierwsze nie szkodzić

ŁUKASZ JANKOWSKI
PREZES NACZELNEJ RADY
LEKARSKIEJ



Za nami bardzo intensywny początek roku. Był to czas wielu wspólnych działań, spotkań, dyskusji oraz momentami wręcz polaryzującej nasze środowisko polemiki wewnętrznej. Jestem przekonany, że wszyscy w tych działaniach kierujemy się dobrem naszego samorządu oraz misją, dla której każdy z nas wybrał ten wyjątkowy zawód. Każda dyskusja, nawet nosząca znamiona wyraźnej różnicy zdań, może przynieść dobre rezultaty i uczynić naszą organizację silniejszą. Dziękuję każdemu z Was za zaangażowanie. Nawet tym z Państwa, którzy wyrażali wobec mojej osoby sceptycyzm i krytycznie oceniali niektóre poczynania.

Konkluzje z ostatniego posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej, jak również wnioski z obrad okrągłego stołu NIL są jednoznaczne. Daliśmy sobie przestrzeń do wymiany zdań, ale czas zakończyć etap wewnętrznych sporów o podłożu personalnym. Wynik głosowania nad projektem uchwały w sprawie zwołania Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy (NKZL) odbieram jako jednoznaczne wotum zaufania dla mnie, ale przede wszystkim dla wizji samorządu, jaką Państwu zaproponowałem, rozpoczynając bieżącą kadencję. Samorząd przyszłości – słuchać, angażować, skutecznie działać. Jestem bardzo wdzięczny, że tak wielu z Was chce kontynuować ten kierunek rozwoju naszej organizacji. Wyciągając wnioski z odbytych dyskusji, czas, abyśmy spoglądali wyłącznie do przodu i działali solidarnie w obliczu czekających nas wyzwań.

Dziękuję Państwu za to, czego już wspólnie dokonaliśmy. Samorząd Lekarski cieszy się obecnie dużym poważaniem rządzących. Władze państwa liczą się z naszym głosem. Skupiliśmy wokół NIL środowiska wykonujące zawody zaufania publicznego.

Wypracowany i przyjęty przez nas nowy Kodeks Etyki Lekarskiej jest powszechnie uznawany za prawdopodobnie najlepszy w całej Europie. Badania społeczne

Jeszcze raz dziękuję każdemu z Was za pasję i zaangażowanie, z jakim działacie każdego dnia. Pamiętajcie, że jestem zawsze otwarty na Wasze sugestie

potwierdzają skuteczność przeprowadzonej przez nas i historycznej w dziejach samorządu kampanii wizerunkowej „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem”. Niedawno miałem zaszczyt odebrać wyróżnienie w kategorii wizjoner podczas 7. edycji ogłoszenia prestiżowej listy Digital Shapers 2024 organizowanej w ramach 17. Forum Gospodarczego TIME. Wyróżnienie otrzymaliśmy tak naprawdę my wszyscy, którzy tworzymy samorząd lekarski. To efekt naszych wspólnych starań o rozwój e-zdrowia, wdrażanie nowoczesnych rozwiązań w praktyce medycznej czy współtworzenie Sieci Lekarzy Innowatorów (NIL IN).

Wszyscy zgadzamy się, że nasz Samorząd Lekarski jest silny jak nigdy w swojej historii. Mamy największy w dziejach organizacji wpływ na bieżące wydarzenia i jesteśmy regularnie obecni w mediach jako wyraziciel stanowiska całego środowiska lekarskiego.

Przed nami jeszcze wiele ważnych zadań. To m.in. kontynuacja walki o bezpieczeństwo prawne lekarzy, ograniczenie biurokracji, dokończenie rozpoczętych już starań o automatyzację procesu refundacji, definitywne zakończenie obowiązywania uproszczonych trybów wykonywania zawodu czy rozpoczęcie certyfikowania umiejętności, które to prawo wywalczyliśmy sobie niedawno jako samorząd.

Udowodniliśmy już wielokrotnie, że działając solidarnie, możemy osiągnąć bardzo wiele. Łączą nas wartości, które pozwalają się zjednoczyć nawet w najtrudniejszych chwilach. Mając tak silne fundamenty, jestem spokojny o dalszą realizację naszych ambitnych planów. Jeszcze raz dziękuję każdemu z Was za pasję i zaangażowanie, z jakim działacie każdego dnia. Pamiętajcie, że jestem zawsze otwarty na Wasze sugestie, pomysły oraz uwagi. Wiem, że nas, pasjonatów i osób, którym bliskie jest dobro naszego samorządu, jest znacznie więcej. A do pozostałych osób mam jedynie prośbę, żeby pamiętali o najważniejszej dla nas wszystkich zasadzie: po pierwsze nie szkodzić. ●

- 3 **Po pierwsze nie szkodzić**
Łukasz Jankowski
- 5 **Pokaż, lekarzu,
co masz w garażu**
Klaudiusz Komor
- 6 **Newsy z kraju i ze świata**
- 8 **Ruch pomarańczowych
kamizelek**
Piotr Kościelniak

TEMAT NUMERU

- 8 **Agresja wobec profesjonalistów
medycznych przybiera na sile**
*Wyzwiska, przemoc psychiczna
i rękoczynny – to już niemal
codziennosc w pracy
ratowników medycznych,
lekarzy i pielęgniarek.*
- 14 **Jak się bronić przed przemocą**
- 16 **Z siekierą na ratownika**

WAŻNE SPRAWY

- 17 **Nie puśćmy przyszłości z dymem**
- 18 **Każdy jest równy wobec prawa**
*W regulaminie NIL dla
osób pełniących funkcje
w samorządzie nie ma
ograniczeń w zakresie przepisów
o jawności życia publicznego.*

AKTUALNOŚCI

- 20 **39 nowych działań dla potrzeb
zdrowotnych**
*Ministerstwo Zdrowia pokazało
nową wersję Krajowego Planu
Transformacji.*
- 22 **Czy to już katastrofa?**
- Dziura w NFZ rośnie**
- 24 **Ministrowie nie nabrali wody
w usta**
*W czasie Kongresu Wyzwań
Zdrowotnych padły ważne
deklaracje.*

PRAWO I MEDYCINA

- 26 **Nawet profesor nie może stać
ponad prawem**

PODATKI I FINANSE

- 27 **Błędy w PIT. Jak nie narazić się
skarbowce**
- 28 **Trudniej uniknąć daniny
od najmu**
- 29 **Fiskus przychylny dla ryczałtu**
- 30 **Trzy portfele niedoszętego
chirurga**



TEMAT NUMERU STRONY 8-16

*Sfrustrowani pacjenci,
zamiast do systemu, kierują
agresywnie zachowania do
lekarza, pielęgniarki czy
ratownika medycznego, czyli
osób, które są na pierwszej
linii frontu*

PRAKTYKA LEKARSKA

- 31 **Rehabilitacja po prostu się
opłaca**
- 34 **Wady zgryzły: problem
nie tylko estetyczny**
- 36 **Nie ma to jak wyżyć się
na farmaceutyce**
Mariusz Politowicz
- 38 **Martin Couney i jego
„wylegarnia dzieci”**
- 42 **Jak pomóc pacjentom
z chorobą Addisona**
- 46 **O pijanej Polsce**
Jakub Sieczko
- 48 **Jak pacjenci okłamują lekarzy**
- 51 **Czy warto być uczciwym?**
Anna Gołębička

WYWIAD LEKAR(S)KI

- 52 **Irytują mnie stereotypy**
*Niepełnosprawność sprawia,
że stajemy się silniejsi – mówi
Natalia Siuba-Jarosz.*

INNOWACJE

- 55 **Pomoże pacjentom i usprawni
pracę w przychodniach**
- 56 **Ludzie napędzają zmiany**

ÓŚRODEK KSZTAŁCENIA

- 58 **Nadmierna senność
w ciągu dnia**

SAMORZĄD ZAWODOWY

- 60 **Jesteśmy w połowie drogi**
Jakub Kosikowski
- 60 **O tym się mówi/Mówią o nas**

HOBBY LEKARSKIE

- 62 **Nie powiedziałem jeszcze
ostatniego słowa**

PO GODZINACH

- 66 **La Côte d'Azur: luksus dla
każdego**
- 70 **Błąd malarski – Przed i po**
- 72 **Wydmuszka**
Jarosław Wanecki
- 73 **Przychodzi wena do lekarza**
- 74 **Sanktuarium św. Apolonii**
- 75 **Kultura / Sport**
- 76 **Sport**
- 77 **Czytelnia**
- 78 **Kalendarz imprez kulturalnych**
- 79 **Ogłoszenia**
- 82 **Jolka lekarska**

JEDNYM GŁOSEM

Pokaż, lekarzu, co masz w garażu

Deficyt w budżecie NFZ sięga rekordowych rozmiarów, a społeczeństwo czeka na obiecane obniżenie składki zdrowotnej dla przedsiębiorców. Nic więc dziwnego, że jak bumerang wraca temat zarobków lekarzy.

Co jakiś czas w mediach pojawia się odgrzewany temat zarobków lekarzy. Zwykle w kontekście kryzysu w ochronie zdrowia – po raz kolejny próbuje się w taki sposób odsunąć uwagę pacjentów od prawdziwych przyczyn rosnących długów szpitali i olbrzymiej dziury w budżecie NFZ. Szacuje się, że w latach 2025-2028 przekroczy ona łącznie 200 mld zł. Wygodnym wytłumaczeniem jest, że to pensje pracowników ochrony zdrowia, a zwłaszcza lekarzy, pochłaniają całe środki funduszu.

Oczywiście, takie wytłumaczenie drastycznie mija się z prawdą. Co prawda trzeba przyznać, i to z niewątpliwą satysfakcją, że pensje lekarzy rzeczywiście są obecnie zdecydowanie lepsze niż jeszcze kilkanaście lat temu. Sam pamiętam, jak w 1998 r. po skończeniu stażu podyplomowego wraz z kilkoma innymi stażystami poszliśmy do dyrektora największego szpitala w naszym mieście zapytać o pracę. „My lekarzy nie potrzebujemy” – usłyszeliśmy od niemiłej pani w sekretariacie. I dopiero po licznych interwencjach w różnych urzędach udało się nam zdobyć tzw. etaty interwencyjne, czyli z bezrobocia, z pensją w wysokości połowy najniższego wówczas wynagrodzenia.

Zaczynając wtedy swoją działalność w izbach lekarskich, zapamiętałem, że temat zarobków był jednym z najważniejszych. Dużo się od tego czasu zmieniło. Na pewno jest w tym zasługa i samorządu lekarskiego, i związków zawodowych, i emigracji po wejściu do Unii Europejskiej, i w końcu wolnego rynku, który z impetem wkroczył do ochrony zdrowia. Sytuacja wygląda już zgoła inaczej – teraz to szpitale, a zwłaszcza SOR-y czy pogotowia, na gwałt szukają lekarzy, starając się zachęcić ich coraz atrakcyjniejszymi pensjami. Nie można powiedzieć, że jest już całkiem dobrze, ponieważ nadal nie

KLAUDIUSZ KOMOR
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



został spełniony powtarzany od wielu lat postulat samorządu mówiący, że minimalna pensja specjalisty powinna wynosić co najmniej trzy średnie krajowe – obecnie według ustawy o minimalnych wynagrodzeniach w ochronie zdrowia pensja specjalisty wynosi 1,45 średniej.

Jednak wracając do tematu, od którego zacząłem, pamiętam, że przez wiele lat co najmniej kilka razy różne rządy próbowały winę za brak swojej skuteczności w zarządzaniu ochroną zdrowia zrzucić na lekarzy. Głośne było medialne pytanie ministra Dorna: „Pokaż, lekarzu, co masz w garażu” (jeden z moich kolegów wymyślił odpowiedź na to pytanie, którą przykleił na wielkiej nalepce na tylnej szybie swojego bardzo leciwego passata – „Oto moja fura, a Pan czym się kula?”).

Trudno zatem się dziwić, że teraz, kiedy deficyt w budżecie NFZ sięga rekordowych rozmiarów, a na dodatek społeczeństwo czeka na obiecane obniżenie składki zdrowotnej dla przedsiębiorców, jak bumerang wraca temat zarobków lekarzy, którzy „potrafią zarobić nawet ponad 300 tys. miesięcznie”. Oczywiście nie dodaje się, że nie „zarobić”, tylko wystawić rachunek jako firma za swoje usługi, obejmujący czasami wielotysięczne raty za leasingowany sprzęt, pensje

personelu pomocniczego, ubezpieczenia itp.

Tymczasem źródło kryzysu w NFZ tkwi zupełnie gdzie indziej – podstawowym problemem jest brak rezerwy w NFZ. Paradoksalnie, ten brak rezerwy wziął się z powstania za dużej rezerwy po pandemii. Wówczas w wyniku niedowyzkonania wielu procedur ilość zgromadzonych na kontaktach NFZ środków niepokojąco wzrosła. Niepokojąco dla wówczas rządzących. Postanowiono zatem w 2022 r. przenieść do budżetu NFZ niektóre zadania finansowane dotychczas osobno z budżetu państwa. Dotyczyło to m.in. ratownictwa medycznego, procedur wysokospecjalistycznych, darmowych leków dla seniorów czy programów lekowych.

Ta zmiana spowodowała zużycie w 2023 r. praktycznie całej rezerwy pozostałej po pandemii. A ponieważ przeniesione zadania w NFZ już pozostały, w 2024 r. nie było skąd ich finansować i dziura w budżecie NFZ przekroczyła 30 mld zł. Niestety, brak konkretnych działań powoduje, że rośnie ona i w kolejnych latach może zupełnie załamać cały system finansowania ochrony zdrowia. Jeżeli rządzący nic lepszego nie wymyślą niż tylko próby obarczania winą za kryzys naszych zarobków. ●

NEWSY Z KRAJU I ZE ŚWIATA

SYLWIA WAMEJ, ADRIAN BOGUSKI

Dyskusja o samorządzie lekarskim

Przyszłość samorządu lekarskiego była tematem Okrągłego Stołu zorganizowanego przez Naczelną Izbę Lekarską. Debata delegatów oraz liderów samorządu odbyła się 7 marca w auli Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Dyskusję – bez ograniczeń czasowych – prowadził wiceprezes NRL Klaudiusz Komor. W trakcie spotkania omówiono kluczowe kwestie dotyczące



Fot.: Mariusz Tomczak

▲ W okrągłym stole wzięło udział ok. 100 lekarzy

funkcjonowania Naczelnej Izby Lekarskiej oraz wyzwań, jakie stoją przed środowiskiem lekarskim. Najwięcej emocji budziła kwestia Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy w celu odwołania Łukasza Jankowskiego z funkcji Prezesa NRL. Dzień wcześniej Naczelna Rada Lekarska odrzuciła projekt uchwały ws. zjazdu większością głosów 45 do 14 przy jednym wstrzymującym się. – Zmiany w samorządzie, wprowadzone w trakcie obecnej kadencji, zostały ocenione pozytywnie, co stanowi zachętę do dalszej pracy na rzecz środowiska lekarskiego i nad poprawą sytuacji w ochronie zdrowia. Okrągły Stół był ważnym krokiem w kierunku dialogu i współpracy. Dyskusja była trudna, ale dobrze, że się

odbyła, aby wzmocnić naszą pozycję w dialogu z decydentami i opinią publiczną – powiedział prezes Łukasz Jankowski.

– więcej w serwisie gazetalekarska.pl

Nowa lista refundacyjna

Podczas konferencji prasowej wiceminister zdrowia Marek Kos przedstawił projekt drugiej w tym roku zmiany listy refundacyjnej. Wykaz będzie obowiązywać od 1 kwietnia.

W nowym wykazie znalazło się 29 nowych terapii: 10 onkologicznych, w tym trzy w chorobach rzadkich, 19 nieonkologicznych, z czego cztery w schorzeniach rzadkich.

– Kwietniowa lista leków refundowanych to nowe leki dla seniorów i kobiet w ciąży, zmiany w programach lekowych, zmiany w refundacji leków dostępnych w aptekach oraz kolejne leki o ugruntowanej skuteczności dla osób z chorobami kardiologicznymi – mówił wiceminister Marek Kos.

Jak zaznacza resort zdrowia, refundacja mają zostać objęte szczepionki przeciwko: RSV dla kobiet w okresie ciąży, RSV dla pacjentów powyżej 60. roku życia oraz przeciwko półpaścowi i neuralgii półpaścowej u pacjentów w wieku powyżej 18 lat o zwiększonym ryzyku zachorowania na półpaściec.

Dofinansowanie onkologii

Sto dwa szpitale otrzymają środki finansowe z Krajowego Planu Odbudowy (KPO) w ramach konkursu dotyczącego leczenia onkologicznego. Placówki dostaną w sumie 5,2 mld zł. Maksymalna kwota dofinansowania to 125 mln zł.

W konkursie w ramach KPO na onkologię wzięło udział 257 szpitali z Krajowej Sieci Onkologicznej. Dofinansowanie na modernizację oraz zakup sprzętu potrzebnego do terapii otrzymają placówki wysokospecjalistyczne, powiatowe i miejskie.

Otrzymane pieniądze szpitale będą mogły przeznaczyć na rozbudowę infrastruktury oraz wymianę lub zakup nowego sprzętu. Jak podkreślała minister zdrowia, jednym z kryteriów w konkursie było „zapewnienie przez szpitale strefy komfortu swoim pacjentom”, czyli miejsc, w których będą mogli czekać na chemioterapię. Izabela Leszczyna przypomniała, że w ramach KPO na ochronę zdrowia nasz kraj otrzyma w sumie 18 mld zł, a 10 mld zł zostało już rozdysponowane w rozstrzygniętych konkursach.

Rzecznik ukarze szarlatanów

W wykazie prac Rady Ministrów 10 marca ukazał się projekt Ministerstwa Zdrowia, który dotyczy zmian w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (RPP) oraz w ustawie o systemie powiadamiania ratunkowego. Resort planuje rozszerzyć uprawnienia Rzecznika, który poza prowadzeniem postępowań w sprawach praktyk pseudomedycznych będzie mógł też nakładać kary finansowe, jeśli uzna, że stosowana praktyka narusza zbiorowe prawa pacjenta. Kary będą wyższe niż obecnie (500 tys. zł) i mają wynieść nawet 1 mln zł.

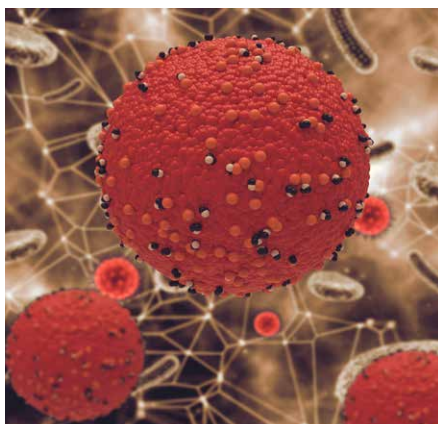
Nową kompetencją RPP będzie prawo wydawania tzw. ostrzeżeń publicznych, jeśli strona postępowania dopuszcza się praktyki zagrażającej życiu lub zdrowiu pacjentów albo powoduje inne niekorzystne skutki dla szerokiego kręgu pacjentów. Podobne uprawnienie, choć w zakresie

konkurencji i praw konsumentów, ma prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów – to na nim jest wzorowana propozycja przepisu.

Najwięcej zakażeń odry od 25 lat

WHO i UNICEF poinformowały, że w 2024 r. w Europie odnotowano najwyższą od 25 lat liczbę zakażeń odrą. Przypadki tej choroby zgłoszone w europejskim regionie WHO w 2024 r. podwoiły się w porównaniu z poprzednim rokiem.

„Odra powraca i jest to sygnał alarmowy – powiedział Hans Kluge, dyrektor regionalny Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) na Europę, dodając, że



Fot.: Freepik.com

▲ Najwięcej przypadków odry było w Rumunii

w 2024 r. w Europie oraz Azji Środkowej odnotowano łącznie 127 350 zakażeń odrą. Jak się okazuje, ponad 30 proc. z łącznej liczby blisko 127,4 tys. infekcji w Europie i Azji Środkowej dotyczyło dzieci poniżej 5. roku życia. Zdaniem ekspertów rosnąca liczba infekcji to skutek spadku wyszczepialności oraz szerzącej się dezinformacji.

Jak podkreśliła Światowa Organizacja Zdrowia, najwięcej przypadków, bo ponad 30,5 tys. było w Rumunii. Z kolei Kazachstan odnotował ponad 28 tys. zakażeń. WHO podała również dane dotyczące szczepionek. W 2023 r. w Rumunii, Bośni i Hercegowinie, Czarnogórze i Macedonii Północnej szczepionkę przeciw odrze podano mniej niż 80 proc. dzieci kwalifikujących się do jej przyjęcia.

Kolumbia i jej przepis na długowieczność

María Antonia Cuero z Kolumbii jest prawdopodobnie najstarszą osobą na świecie. W dowodzie osobistym mieszkanki Kolumbii widnieje data urodzenia 18 października 1901 r. Oznacza to, że niedawno skończyła 123 lata, prawdopodobnie bijąc rekord długowieczności. Nowa rekordzistka nie trafiła jeszcze do Księgi rekordów Guinnessa, lecz ma to wkrótce nastąpić. Jeśli María Antonia Cuero będzie uznana za najstarszego żyjącego człowieka, pokona w rankingu Francuzkę Jeanne Louise Calment, która przeżyła 122 lata i 164 dni.

Mieszkaneczka Kolumbii wciąż jest w dobrej formie, a sekret długowieczności kryje się w prostym życiu oraz diecie bogatej w ryby i banany. Wśród czynników, które wpłynęły na jej długowieczność, wymieniana jest też pogoda ducha, aktywność fizyczna w postaci spacerów na świeżym powietrzu i pływanie. 123-latką doczekała się ośmiorga dzieci, dwadzieściorga sześciorga wnucząt oraz ponad pięćdziesięciorga praprawnucząt.

Ostrzejsze przepisy o sprzedaży alkoholu

Resort zdrowia przekazał do konsultacji publicznych projekt nowelizacji ustawy, która ma na celu ograniczenie dostępności alkoholu. Nowe przepisy pomogą w zwiększeniu kontroli nad sprzedażą alkoholu i zakazą jego promocji.

Projekt obejmie też zmiany dotyczące opakowań oraz formy sprzedaży alkoholu. Zgodnie z planami Ministerstwa Zdrowia opakowania do 300 ml, w których sprzedawany jest alkohol, będą

mogły być wykonane wyłącznie ze szkła lub metalu. Zabronione będzie wprowadzanie do obrotu alkoholu w postaci innej niż ta płynna.

Resort zdrowia zapowiedział zmiany w przepisach po tym, gdy w 2024 r. do sprzedaży trafił alkohol w tubkach przypominających opakowania musów owocowych dla dzieci. Wygląd opakowania ma umożliwiać odróżnienie napoju alkoholowego od innych produktów, zwłaszcza tych przeznaczonych dla najmłodszych. Nowe przepisy wprowadzą też zakaz promocji piwa, w tym stosowania rabatów oraz programów lojalnościowych. Projekt przewiduje też podniesienie kar za nielegalną reklamę alkoholu włącznie z grzywną od 20 tys. do 750 tys. oraz możliwością ograniczenia wolności. Konsultacje publiczne dotyczące projektu potrwać 30 dni. Nowe przepisy miałyby wejść w życie 1 stycznia 2026 r.

Żonaci szybciej tyją

Na ryzyko otyłości u mężczyzn ma wpływ... stan cywilny – odkryli specjaliści z Narodowego Instytutu Kardiologii. Zespół badawczy pod kierownictwem dr inż. Alicji Cichej-Mikołajczyk ustalił, że żonaci panowie są ponad trzykrotnie bardziej narażeni na nadwagę i otyłość, niż ich rówieśnicy w stanie wolnym. Podobnej zależności nie stwierdzono jednak u kobiet. Naukowcy podkreślili, że z badania 2405 osób w wieku ok. 50 lat wynika również, iż wraz z wiekiem ryzyko nadwagi i otyłości wzrasta: u mężczyzn każdy kolejny rok życia zwiększa prawdopodobieństwo nadwagi o 3 proc., a otyłości o 4 proc. W przypadku kobiet wartości te wynoszą odpowiednio 4 proc. i 6 proc. Eksperti NIKard przypominają również, że nadmierna masa ciała prowadzi do rozwoju ponad 200 różnych chorób, w tym przede wszystkim nowotworów i schorzeń układu krążenia.

– na podst. NIKard.

Ruch pomarańczowych kamizelek

PIOTR KOŚCIELNIAK
REDAKTOR NACZELNY



To wstyd, że ludzie niosący innym pomoc muszą znosić awantury i cierpieć obelgi. To dramat, że ratując zdrowie i życie poszkodowanych, muszą narażać swoje własne. To wreszcie kompromitacja „państwa z kartonu”, które nie umie skutecznie zadbać o bezpieczeństwo profesjonalistów medycznych.

Nie umie – bo przypadki agresji są coraz częstsze i coraz bardziej drastyczne. To już nie opluwanie i przekleństwa, nawet nie tylko rękoczynny, ale również ataki niebezpiecznymi narzędziami. Czy naprawdę trzeba było aż śmierci ratownika, aby zauważyć wagę problemu? Czy trzeba było niemal „ruchu pomarańczowych kamizelek” – apeli, petycji i „wizyt” w odpowiedzialnych za ten stan ministerstwach, aby poważnie zająć się kwestią ukrócenia niebezpiecznych zachowań?

Zgodnie z przegłosowaną właśnie ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym będzie można, ratując własne życie i zdrowie, poświęcić dobra osobiste innych osób. Będą organizowane szkolenia z technik samoobrony (!), a karetki zostaną wyposażone w kamizelki nożoodporne.

Pytanie, które wszyscy sobie zadajemy, brzmi: czy to wystarczy? Jakie efekty przyniosą wprowadzane właśnie zmiany?

Czy dadzą wzrost poczucia bezpieczeństwa lekarzy z SOR-ów czy pielęgniarek, które – jak pokazują badania – są obrażane i poniżane niemal codziennie? Mam wątpliwości. Trzeba otwarcie powiedzieć, że takie zachowania mają bardzo różne źródła. Nieco upraszczając: znaczna część przypadków agresji fizycznej wobec ratowników i na SOR-ach spowodowana jest korzystaniem z alkoholu i narkotyków. Agresja werbalna wobec lekarzy i pielęgniarek to zaś zwykle efekt frustracji i niecierpliwości pacjentów. To dwa różne problemy, na które chyba jednego lekarstwa nie ma.

Nie mogę się jednak powstrzymać przed pewnym porównaniem. Jeżeli godzimy się na wulgaryzację debaty publicznej, przymykamy oko na pogroźki, obrażanie, szturchanie i plucie na funkcjonariuszy policji czy straży granicznej, to czy nie robimy tym samym miejsca na atakowanie – werbalne i fizyczne – ratowników, lekarzy i pielęgniarek? Doczekaliśmy czasów instrumentalnego wykorzystania prawa i negocjowania istnienia instytucji państwa. A jednym z efektów jest to, że pod pomarańczową kamizelką trzeba nosić drugą – nożoodporną. ●

W 2023 r. (dane uzyskane z Naczelnej Izby Lekarskiej) prawie 40 proc. lekarzy pracujących na SOR-ach, w izbach przyjęć i innych oddziałach szpitalnych zgłosiło przynajmniej jeden przypadek agresji ze strony pacjentów lub ich rodzin.

FRUSTRACJA I BEZSIŁNOŚĆ

Pierwszy miesiąc 2025 r. przyniósł tragedię dla całego środowiska ratowników medycznych. Doszło do niej w Siedlcach, gdy 57-letni Adam Cz. wezwał do siebie pogotowie, ponieważ uderzył się w głowę. Gdy medycy chcieli go zabrać do szpitala, mężczyzna chwycił za kuchenne noże, a jednym z nich ranął w klatkę piersiową 64-letniego ratownika medycznego. Po przewiezieniu do szpitala mężczyzna zmarł. Sprawca usłyszał zarzuty i przebywa w areszcie. Agresor miał w organizmie ponad 2 promile alkoholu. Grozi mu dożywocie. Adam Cz. już wcześniej odsiadywał wyroki więzienia.

Tuż po tym wydarzeniu personel medyczny SOR w Zielonej Górze apelował do rządu o to, by wprowadzić realne zmiany zapewniające większe bezpieczeństwo. „Praca medyka to misja ratowania życia, ale niestety wiąże się także z ryzykiem, które nie powinno być akceptowane jako »część zawodu«. Potrzebne są realne zmiany, aby zapewnić nam większe bezpieczeństwo i komfort pracy” – czytamy na profilu SOR Zielona Góra na Facebooku.

Przypadków agresji jest niestety coraz więcej. W jednym z oddziałów toksykologii pacjent złamał lekarce kość przedramienia, innej, dyżurującej w oddziale neurologii, zwichnął staw ramienny, a na jednym z SOR-ów uderzył lekarza w twarz z taką siłą, że doszło do pęknięcia kości jarzmowej. Prof. Dariusz Timler, kierownik Zakładu Medycyny Ratunkowej i Medycyny Katastrof Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej, mówi, że wiele z tych przypadków nie

TEMAT NUMERU

Agresja wobec profesjonalistów medycznych przybiera na sile

LUCYNA KRYSIAK, SYLWIA WAMEJ

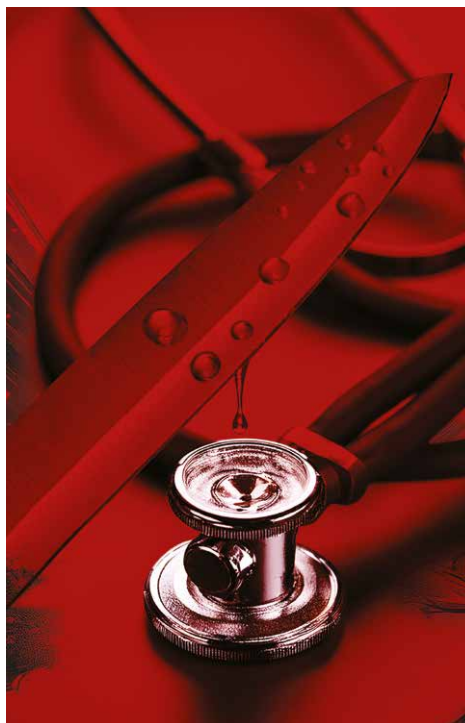
Wyzwiska, przemoc psychiczna i rękoczynny – to już niemal codzienność w pracy ratowników medycznych, lekarzy i pielęgniarek. Incydenty stają się nagminne. Dlatego coraz częstsze pytania, co można zrobić, by do nich nie dochodziło, i propozycje zmiany przepisów ze strony Ministerstwa Zdrowia.

jest rejestrowanych, ponieważ personel medyczny nie zawsze zgłasza agresję słowną, groźby i napastliwość psychiczną jako zdarzenie niepożądane. Przyczyn jest kilka. Najczęstsza to brak czasu i niechęć personelu medycznego do wypełniania formularzy związanych ze zgłoszeniem. Takie sprawy wymagają wezwania policji i składania zeznań, co jest absorbujące.

Problem jednak narasta. Z badań wynika, że dotyczy nie tylko dużych miast, ale także mniejszych miejscowości, gdzie dostęp do opieki zdrowotnej jest ograniczony i są trudności z uzyskaniem pomocy medycznej, co może wywoływać niezadowolenie pacjentów. Za agresją często stoi frustracja związana z bezsilnością wobec długiego oczekiwania na pomoc. Sfrustrowany pacjent jest nieprzewidywalny, zwłaszcza kiedy boi się o życie swoje lub kogoś bliskiego. Obiektami jego agresji stają się więc lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni, czyli osoby, które są na pierwszej linii frontu, a nie system, który jest dla niego pojęciem abstrakcyjnym. Zdaniem lekarzy do napięć i konfliktów prowadzi także brak odpowiedniej liczby personelu medycznego oraz przeciążenie pracą.

KAMERY I OCHRONIARZE

– W Polsce wciąż brakuje norm zatrudnienia lekarzy na SOR-ach,



rys.: Michał Trusz

a rozporządzenie ministra zdrowia w tej sprawie jest nieprecyzyjne. W rozporządzeniu tym jest napisane, że powinno się zatrudniać lekarzy w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, w tym do

spełnienia warunków dotyczących czasu oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem w poszczególnych kategoriach pilności, przy czym co najmniej jeden lekarz przebywający stale w oddziale powinien być lekarzem systemu – cytuje fragment rozporządzenia prof. Dariusz Timler. Podkreśla, że ten brak precyzji dopuszcza dowolność jego interpretacji i pozwala na pracę w mniejszych kadrowo zespołach, niż dyktują to potrzeby pacjentów.

W odpowiedzi na rosnące zagrożenie agresją wprowadzono wiele rozwiązań mających na celu zapewnienie bezpieczeństwa personelowi medycznemu. W niektórych szpitalach na SOR-ach zamontowano monitoring oraz zatrudniono ochroniarzy, co pozwala szybciej i skuteczniej reagować w przypadkach agresywnych zachowań. Zainstalowanie kamer monitorujących oraz zatrudnienie ochroniarzy staje się powszechną praktyką w wielu placówkach. Lekarze i pielęgniarki coraz częściej też korzystają z tzw. alarmów napadowych, które umożliwiają szybką reakcję w przypadku zagrożenia. Wprowadzono także procedury, w ramach których personel medyczny jest szkolony, jak

SŁOWA I PIĘŚCI

Aż 78 proc. pielęgniarek i położnych było ofiarami agresji w miejscu pracy, a prawie 98 proc. świadkami takich zachowań – wynika z badania przeprowadzonego przez Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych w lutym tego roku.

– Dane wskazują, iż to zjawisko jest powszechne. I nie ma żadnych systemowych rozwiązań, żeby mu przeciwdziałać – mówi Krystyna Ptok, przewodnicząca związku. Problemem jest ciągłość tego procederu – to nie są jedynie incydentalne zdarzenia: 33 proc. pielęgniarek i położnych było świadkiem lub doświadczyło agresji wobec siebie w ciągu ostatniego miesiąca, 23 proc. w ciągu sześciu miesięcy, a 15 proc. w ciągu ostatniego roku. Blisko 70 proc. pracowników pada ofiarą agresywnych działań wielokrotnie. 5 proc. pielęgniarek doświadcza takich zachowań codziennie.

Największe problemy występują na SOR-ach, izbach przyjęć, w systemie ratownictwa medycznego oraz na oddziałach szpitalnych – psychiatrycznych, wewnętrznych i geriatrycznych. Jak przejawia się agresja wobec pielęgniarek? Z danych ankietowych wynika, że dominuje agresja słowna (w 91 proc. przypadków), psychiczna (50 proc.), które mogą przekształcić się w przemoc fizyczną (47 proc.). Głównymi powodami takiego zachowania są zaburzenia psychiczne pacjentów niezadowolone z poziomu świadczonych usług, w tym niecierpliwość, stres, ale także konflikty w pracy. Jak bowiem podkreśla Krystyna Ptok, agresja ze strony pacjentów to tylko jedna strona medalu.

– Ponad połowa pielęgniarek i położnych spotyka się z agresją ze strony współpracownika lub przełożonego – mówi przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych

radzić sobie z agresją, zarówno jeśli chodzi o deeskalację zjawiska, jak i w zakresie obrony osobistej.

POTRZEBNE ROZWIĄZANIA SYSTEMOWE

Pracownicy służb medycznych sygnalizują jednak, że stosowane środki zapobiegawcze nie są wystarczające i należy poszukiwać bardziej skutecznych rozwiązań. Lekarze podkreślają, że samo wprowadzenie ochrony fizycznej nie zawsze wystarczy, zwłaszcza w przypadku agresji werbalnej, która jest równie szkodliwa, bo wpływa negatywnie na psychikę i pozostawia długotrwałe ślady. Proponują więc wprowadzenie dodatkowych szkoleń z zakresu

Sfrustrowani pacjenci zamiast do systemu, kierują agresywne zachowania do lekarza, pielęgniarki czy ratownika medycznego, czyli osób, które są na pierwszej linii frontu

komunikacji interpersonalnej oraz sposobów rozwiązywania konfliktów. Sugerują też zwiększenie liczby ochroniarzy, a także stworzenie specjalnych stref dla pacjentów zachowujących się agresywnie. Zastanawiają się też, czy nie należałoby wdrożyć procedury szybszego reagowania na przypadki agresji, aby skrócić czas, w którym lekarz lub pielęgniarka są narażeni na niebezpieczeństwo ze strony agresora.

– Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej dostrzega problem i uważa, że konieczne są rozwiązania systemowe, a nie tylko interwencje na poziomie pojedynczych placówek. W naszej ocenie istnieje potrzeba wprowadzenia szkoleń z zakresu zarządzania stresem i technik deeskalacji, jak również konieczność monitorowania sytuacji w szpitalach i wprowadzania zmian w organizacji pracy, by zminimalizować stres związany z dużą liczbą pacjentów oraz długim czasem oczekiwania na pomoc medyczną – przekonuje prezes PTMR

prof. Dariusz Timler. Podkreśla, że ważnym elementem tej strategii byłoby ograniczenie biurokracji w SOR-ach, co pozwoliłoby na skrócenie pobytów i uniknięcie przynajmniej części zachowań agresywnych.

JAK Z PROBLEMEM RADZĄ SOBIE INNE KRAJE

Z nasilającą się agresją wobec personelu medycznego mierzy się nie tylko Polska, ale także kraje, w których nakłady na ochronę zdrowia są znacznie wyższe i, wydawałoby się, zabezpieczenia są skuteczniejsze. Niektóre państwa, w których agresja pacjentów i ich rodzin utrudniała pracę personelu medycznego, wprowadziły posterunki policji na SOR-ach, a w stolicy Turcji, Ankarze, oprócz policji na SOR-ach stacjonowali uzbrojeni żołnierze pilnujący wspólnie porządku. W krajach, takich jak Francja, Niemcy, Wielka Brytania, kraje skandynawskie czy USA, przypadki agresji są równie powszechne co w Polsce. W Niemczech w odpowiedzi na agresję wobec personelu medycznego wprowadzono specjalne jednostki ochrony, które zajmują się tylko zapewnieniem bezpieczeństwa w szpitalach. W Wielkiej Brytanii wprowadzono specjalne zespoły interwencyjne, które szybko reagują na przypadki agresji. Z kolei w Stanach Zjednoczonych niektóre placówki wprowadziły system tzw. peace officers, który tworzą wyspecjalizowani ochroniarze, odpowiedzialni za zapobieganie przejawom agresji i szybkie rozwiązywanie konfliktów. Istnieją również wyspecjalizowane jednostki policji, które mają posterunki w szpitalach i zajmują się nie tylko przywoływaniem do porządku agresywnych pacjentów, ale też załatwianiem spraw związanych z urazami komunikacyjnymi, pobiciami i innymi przestępstwami związanymi z potrzebą hospitalizacji.

– Wiele z tych rozwiązań może stanowić dla nas inspirację, jednak przeniesienie ich na grunt polski wiąże się z pewnymi trudnościami. Polska ochrona zdrowia jest niedofinansowana, co może utrudniać wdrażanie kosztownych



fot.: Shutterstock.com

▲ Praca medyka to misja ratowania życia, ale niestety wiąże się także z ryzykiem, które nie powinno być akceptowane jako „część zawodu”

rozwiązań, takich jak zatrudnianie specjalistycznych ochroniarzy. Jednak niektóre z nich, takie jak szkolenia z zakresu deeskalacji czy instalacja monitoringu, mogą być skuteczne i możliwe do zaadaptowania w polskim systemie ochrony zdrowia – mówi prof. Dariusz Timler, dodając, że warto się nad tym zastanowić. – Agresja ma swoje konsekwencje nie tylko dla zdrowia lekarzy, pielęgniarek czy ratowników medycznych, ale także dla jakości pracy lekarzy i dla bezpieczeństwa pacjentów. Może więc warto rozważyć, czy połączyć to, czym już dysponujemy, z tym, co proponują inne kraje, aby wypracować i wprowadzić nowe procedury ochrony. Działania te wraz z adaptacją międzynarodowych wzorców mogą pomóc w skuteczniejszej ochronie przed agresją – uważa profesor.

PRZYMUS BEZPOŚREDNI

Panuje przekonanie, że z agresją personel medyczny najczęściej styka się w szpitalach psychiatrycznych i tam

jest najbardziej narażony na obrażenia fizyczne ze strony niektórych agresywnych chorych. Jednak jak wyjaśnia prof. Piotr Gałęcki, zastępca dyrektora ds. medycznych Szpitala im. Józefa Babińskiego Specjalistycznego Psychiatrycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Łodzi i krajowy konsultant w dziedzinie psychiatrii, agresja w psychiatrii to jedyny stan nagły poza kryzysem suicydalnym i lekarze w trakcie szkolenia specjalizacyjnego są instruowani, jak postępować z takim pacjentem. Podkreśla, że nie wszystkie sytuacje da się przewidzieć i nie wszystkim przeciwdziałać, dlatego ustawodawca uwzględnił to w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Art. 18 ustawy pozwala zastosować przymus bezpośredni w stosunku do agresywnych pacjentów i przepis ten można egzekwować nie tylko w psychiatrii, ale i w każdym

innym dziale medycyny somatycznej, o czym wielu lekarzy nie wie i z tego przepisu nie korzysta.

– W odczuciu lekarzy psychiatrów art. 18 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego spełnia swoje zadanie, precyzyjnie opisuje rodzaje przymusu, określa, kto może ten przymus stosować, jak długo, w jaki sposób ma być monitorowany i kontrolowany przez osoby, które nie uczestniczą w podejmowaniu decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w celu uniknięcia nadużyć – tłumaczy prof. Piotr Gałęcki. Zwraca też uwagę, że paradoksalnie z jednej strony mówi się o konieczności wzmożenia działań na rzecz przeciwdziałania agresji, a z drugiej pojawiają się inicjatywy poselskie, aby zakazać stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów. – Z mojej perspektywy i długoletniego doświadczenia pracy w psychiatrii

wynika, że możliwość stosowania przymusu bezpośredniego chroni nie tylko personel medyczny przed agresją, ale i samego pacjenta, który w stanie różnego rodzaju zaburzeń psychicznych zagraża własnemu zdrowiu i życiu – mówi prof. Piotr Gałęcki. Zastrzega, że są to sytuacje trudne, które należy rozstrzygać indywidualnie, nie licząc na uniwersalne rozwiązania. Kluczem jest tu znajomość prawa i ustawiczne szkolenia personelu medycznego dotyczące sposobu rozpoznawania sytuacji związanych z agresją i umiejętności reagowania.

W każdym szpitalu, nie tylko psychiatrycznym, zastosowanie przymusu bezpośredniego powinno być monitorowane, zapisy przechowywane, aby zawsze można było ocenić, czy przymus bezpośredni w stosunku do tego właśnie pacjenta był zasadny i stosowany zgodnie z art. 18 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Jednak nie wszędzie jeszcze szpitale są wyposażone w tego rodzaju urządzenia. Warto dodać, że wbrew obiegowym opiniom przymus bezpośredni nie jest stosowany w szpitalach psychiatrycznych najczęściej. Wyprzedzają je pod tym względem oddziały intensywnej opieki medycznej, oddziały pooperacyjne, internistyczne czy geriatryczne.

ŚRODKI PSYCHOAKTYWNE

Do ataków agresji często dochodzi pod wpływem alkoholu, narkotyków, substancji psychoaktywnych, tzw. dopalaczy, czy innych środków odurzających. Tak było w przypadku 29-letniego pijanego mężczyzny z Zielonej Góry, który w lutym tego roku pobił pracownika służby zdrowia. Brutalne zdarzenie miało miejsce na SOR-ze Szpitala Uniwersyteckiego w Zielonej Górze. W wyniku napaści mężczyzna doznał urazu klatki piersiowej i jamy brzusznej oraz złamania żeber. Sprawca został zatrzymany dzięki błyskawicznej reakcji policjanta, który obezwładnił agresora. Zgromadzony materiał dowodowy pozwolił na postawienie podejrzanemu dwóch zarzutów: naruszenia nietykalności cielesnej funkcjonariusza publicznego i kierowania gróźb karalnych. Prokuratura po analizie dokumentów wystąpiła do sądu z wnioskiem o zastosowanie tymczasowego aresztu dla agresywnego mężczyzny.

Statystyki odnośnie liczby przyjmowanych pijanych pacjentów na SOR-y nie są optymistyczne. Z roku na rok

jest ich coraz więcej. Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że ponad dziesięć lat temu (2013 r.) na szpitalne oddziały ratunkowe przyjętych było 16 tys. osób z kłopotami spowodowanymi spożyciem alkoholu, natomiast w 2023 r. ta liczba wzrosła do 26 tys.

Dla lekarzy to wyjątkowo trudni pacjenci. Udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom nietrzeźwym stanowi dodatkowe obciążenie. Kontakt z taką osobą bywa utrudniony, nie ma jak zebrać pełnego wywiadu medycznego, a co za tym idzie – trzeba wykonać dodatkowe badania. To generuje dodatkowe koszty i zwiększa liczbę zadań personelu. Pracownicy

SOR-ów nie mogą odmówić pomocy takim pacjentom. Zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia z 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U. z 2024 r. poz. 336 z późn. zm.) w SOR udziela się świadczeń polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Wniosek jest jeden: niezależnie od tego, czy osoby trafiające na oddziały ratunkowe są trzeźwe, czy też pod wpływem alkoholu lub narkotyków, personel nie może odmówić pomocy, jeśli stan zdrowia może być zagrożony.

WYBUCHOWI PACJENCI

Na początku 2025 r. podczas próby przeprowadzania badań na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Legnicy rozszalony pacjent zranił dziewięciu pracowników szpitala i zniszczył część sprzętu medycznego. Konieczna była interwencja kilkunastu osób: ratowników medycznych, lekarzy, pielęgniarek i pracowników ochrony. Agresor z trudem został przez nich obezwładniony. Ostatecznie trafił do szpitala psychiatrycznego w Złotoryi. Po zakończeniu leczenia usłyszy zarzuty naruszenia nietykalności cielesnej funkcjonariusza publicznego, zniszczenia mienia oraz spowodowania obrażeń ciała.

W Gubinie (woj. lubuskie) wybuchowy pacjent zaatakował medyka z zespołu pogotowia ratunkowego, wymierzając mu cios w twarz i rozbijając łuk brwiowy, a następnie uszkadzając okulary. Zdemolował też karetkę. Prawdopodobnie był pod wpływem środków odurzających. Kolejny przypadek dotyczy 53-letniego mężczyzny z Warszawy, który zniewazył ratowników medycznych, naruszając przy tym nietykalność cielesną jednego z nich. Pijany ojciec młodego chłopaka, do którego został wezwany ambulans, utrudniał wszystkie medyczne czynności ratunkowe, wyzywał sanitariuszy, a jednego z nich kopnął w piszczel. Sytuacja miała miejsce na jednej z ulic Warszawy, więc pozostali ratownicy i przechodnie, którzy byli świadkami zdarzenia, natychmiast powiadomili policję. Agresywny mężczyzna został zatrzymany.

Warto też wspomnieć o pijanym 26-latkku, który m.in. zniszczył wyposażenie oddziału SOR w Ciechanowie. Mężczyzna uszkodził szafki pracownicze i wyposażenie łazienki, co spowodowało wyciek wody oraz zalanie innych pomieszczeń. Dzięki błyskawicznej reakcji pracownika ochrony oraz policji sytuacja została opanowana, a agresywny mężczyzna obezwładniony i przewieziony do policyjnego aresztu. Badanie alkomatem wykazało, że miał 2,5 promila alkoholu w organizmie. 26-latkowi postawiono zarzut zniszczenia mienia.

Z kolei w marcu tego roku nietrzeźwy 41-letni mieszkaniec Warszawy zniewazył słownie ratownika medycznego SOR miejscowego szpitala. Pijanemu mężczyźnie postawiono zarzut znieważenia.

Co więcej, osoby pod wpływem alkoholu i narkotyków wydają się niepoczytalne i nie wiadomo, jakich zachowań można się po nich spodziewać, włącznie z demolowaniem szpitalnych pomieszczeń. Później zasłaniają się niepamięcią. Tymczasem art. 31 Kodeksu karnego w par. 3 mówi wyraźnie, że osoba dokonująca czynności agresywnych pod wpływem substancji psychoaktywnych, która wprowadziła się w ten stan w sposób świadomy, nie jest osobą niepoczytalną i podlega karze.

– Nigdy nie unikniemy takich sytuacji. To, co można zrobić, to poprawić standardy bezpieczeństwa na izbach przyjęć, SOR-ach, w ambulansach zespołów ratownictwa medycznego i uczyć postępowania z agresywnymi pacjentami. Należy też bezwzględnie zgłaszać każdy taki akt agresji na policję. Niestety, często lekarze właśnie pacjentów będących pod wpływem substancji psychoaktywnych traktują ulgowo i nie ponoszą oni żadnej odpowiedzialności za swoje czyny, a to duży błąd – podsumowuje prof. Piotr Gałecki.

STRATEGIA NA RZECZ PRZECIWDZIAŁANIA AGRESJI

Interesujące wyniki badań przedstawił Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy (CIOP-PIB), na podstawie których określił, w jakim kierunku powinny zmierzać działania edukacyjne oraz zmiany organizacyjne mogące poprawić warunki pracy personelu medycznego. Badania te mają znaczenie w opracowywaniu strategii na rzecz przeciwdziałania agresji. Analizowano, które czynniki mają największe znaczenie dla zadowolenia z pracy i dobrostanu medyków. Na ich podstawie opracowano zalecenia, które pomagają dbać o zdrowie psychiczne pracowników ochrony zdrowia oraz przeciwdziałać przejawom agresji wobec nich. Stwierdzono również, że agresja wobec medyków to problem wielowymiarowy, potwierdzając, że stoi za nią frustracja pacjentów, niedoskonały model funkcjonowania opieki zdrowotnej, substancje psychoaktywne, problemy psychiczne, ale nie tylko. Konsekwencją doświadczania agresji przez personel medyczny jest pogarszające się samopoczucie, stany lękowe, wypalenie zawodowe i mniejsza efektywność pracy. Agresja sprzyja także popełnianiu błędów i prowadzi do chronicznego stresu i wycofania

w relacjach z pacjentami. Aby tego uniknąć, CIOP-PIB rekomenduje na poziomie organizacyjnym – wprowadzenie procedur monitorowania agresji wobec personelu i edukację pracowników medycznych w zakresie deeskalacji konfliktów, lepsze organizowanie pracy w placówkach, programy promocji zdrowia w miejscu pracy i kampanie edukacyjne, a na poziomie indywidualnym – treningi uważności, wzmacnianie odporności psychicznej i szkolenia z inteligencji emocjonalnej.

KAMIZELKA NOŻOODPORNĄ

W związku z atakami agresywnych pacjentów na zespoły ratownictwa medycznego (ZRM) Ministerstwo Zdrowia proponuje od 1 lipca tego roku wyposażenie

Powszechną praktyką w wielu placówkach jest instalowanie kamer i zatrudnianie ochroniarzy, lekarze i pielęgniarki coraz częściej korzystają też z tzw. alarmów napadowych

ratowników w kamizelki nożoodporne po jednej na każdego ratownika w zespole. Ratownicy będą też mieli ustawowo zagwarantowane wsparcie psychologiczne i organizowane szkolenia z samoobrony. Zostanie przeprowadzona szeroko zakrojona społeczna kampania edukacyjna. Rozważa się także podniesienie kar zasądanych za ataki na ratowników oraz wyposażenie ich w kamery nasobne. Propozycje te wymagają jednak dopracowania i czasu na ich wdrożenie. Jak podkreślał wiceminister zdrowia Marek Kos, celem projektu ustawy jest usprawnienie funkcjonowania systemu oraz zapewnienie lepszego dostępu do świadczeń zespołów ratownictwa medycznego. Nowelizacja przewiduje m.in. różnicowanie zespołów ratownictwa medycznego na dwu- oraz trzyosobowe oraz wprowadzenie nowego typu zespołów – jednostek motocyklowych.

Na jednym z posiedzeń w tej sprawie w resorcie zdrowia, odbywającym się w połowie marca tego roku, omawiając kwestię wyposażenia ratowników w kamizelki nożoodporne, eksperci zwrócili uwagę, że nie ma norm określających właściwości techniczne tego rodzaju akcesoriów ochronnych. Zapytany o opinię uczestniczący w spotkaniu prof. Jerzy Robert Ładny, kierownik Kliniki Medycyny Ratunkowej UM w Białymstoku, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny ratunkowej, zaznaczył, że nie chciałby, aby ograniczenia techniczne blokowały wprowadzenie kamizelek nożoodpornych i wpływały na bezpieczeństwo ratowników medycznych, dlatego ten problem wymaga pilnego rozwiązania. Opiniowanie wniosku NFZ w sprawie wyposażenia ratowników w kamizelki nożoodporne, także przez samorząd lekarski, musi więc uwzględniać ten aspekt techniczny kamizelek. W świetle najnowszych badań okazuje się też, że taka kamizelka z jednej strony zabezpiecza ratownika medycznego przed atakiem ostrymi narzędziami, z drugiej jednak działa na pacjentów prowokująco, szczególnie tych pobudzonych, i nasila u nich agresję.

– Często jesteśmy wzywani do pacjentów w stanie upojenia alkoholowego, będących pod wpływem środków psychoaktywnych, i tego nie zmienimy. Należy jednak liczyć się z faktem, że osoby w stanie pobudzenia są nadzwyczaj silne, potrafią zrywać z siebie nawet kaftany bezpieczeństwa, i środki zabezpieczające personel medyczny muszą to uwzględnić – konkluduje prof. Jerzy Robert Ładny. W USA i Wielkiej Brytanii coraz więcej jednostek pogotowia decyduje się więc na odzież ochronną sztywną z tkanin o zwiększonej odporności na przecięcie, przebicie ostrym narzędziem czy kamizelki pochłaniające energię przy uderzeniu tępym narzędziem. Rozważa się tam także wyposażanie zespołów ratownictwa medycznego w gaz pieprzowy, paralizatory czy tasery, ale za tym musi pójść wiele szkoleń. W Polsce do tych rozwiązań jeszcze daleko. ●

TEMAT NUMERU

Jak się bronić przed przemocą

Ochrona przewidziana dla funkcjonariuszy publicznych zapewnia lekarzom szczególne wsparcie już po szkodziu. Niestety, nie zawsze będzie w stanie jej zapobiec – pijanego, agresywnego pacjenta raczej nie odstraszy wyższy wymiar potencjalnej kary. Są jednak przepisy, które mogą przyczynić się do ograniczenia ryzykownych sytuacji.

Zamiast wdzięczności za udzieloną pomoc, lekarze spotykają się czasem z wyzwiskami, groźbami, a nawet przemocą ze strony pacjentów. Agresja wobec personelu medycznego staje się w Polsce niestety coraz powszechniejszym zjawiskiem. Czasami zachowania pacjentów potrafią eskalować do niebezpiecznego poziomu, narażając profesjonalistów medycznych nie tylko na psychiczne obciążenie, ale też na realne zagrożenie zdrowia i życia. Choć nie zawsze lekarze czują się chronieni przez system, regulacje prawne przewidują w tym zakresie pewne szczególne rozwiązania. Niestety, nawet one nie zawsze będą wystarczające, by uchronić przed niebezpieczeństwem.

SZCZEGÓLNA OCHRONA

Prawo chroni każdego z nas przed agresją słowną i fizyczną. Część osób z racji pełnionych funkcji i związanych z nimi zagrożeń dodatkowo jest objęta przez prawodawcę szczególnym parasolem ochronnym, który ma zapewnić im bezpieczeństwo oraz możliwość wykonywania powierzonych zadań. Tak jest m.in. w przypadku lekarzy.

W świetle art. 44 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry lekarzowi przysługuje ochrona prawna należąca funkcjonariuszowi publicznemu. Dotyczy to jednak tylko dwóch sytuacji, z czego warto zdawać sobie sprawę.

Pierwsza to wykonywanie czynności w ramach świadczeń pomocy doraźnej lub w przypadkach nagłych (np. udzielanie pierwszej pomocy i podejmowanie medycznych czynności ratunkowych). Jak wskazał Sąd Najwyższy w postanowieniu z 28 kwietnia 2016 r., za wykonywanie czynności w tym zakresie uznać

DR PAWEŁ KAŻMIERCZYK
RADCA PRAWNY W KANCELARII
RYMARZ ZDORT MARUTA



trzeba także działanie zmierzające bezpośrednio do ich udzielenia od chwili odebrania zindywidualizowanego wezwania albo od chwili podjęcia przez lekarza stosownych działań z własnej inicjatywy.

Druga sytuacja dotyczy udzielania świadczeń zdrowotnych w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który ma zawartą umowę

Potencjalnie samo agresywne zachowanie pacjenta może być przyczyną odmowy udzielenia mu świadczenia

z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ). Tym samym szczególna ochrona obejmuje akcje ratunkowe oraz codzienną pracę z pacjentem w ramach realizacji kontraktu z płatnikiem publicznym.

Zakres ochrony prawnej funkcjonariuszy publicznych określają przepisy Kodeksu karnego. Z perspektywy lekarza kluczowe będą przepisy art. 222, 223 oraz 226 przywołanego kodeksu, które przewidują odpowiedzialność karną za naruszenie nietykalności cielesnej, czynną napaść oraz

znieważenie. Jeżeli dojdzie do sytuacji, w której agresywny pacjent popełniłby jeden z tych czynów względem lekarza, któremu przysługiwać będzie ochrona należąca funkcjonariuszowi publicznemu, to czynności organów wymiaru sprawiedliwości będą podejmowane w trybie publicznoskargowym, tj. organy mają obowiązek przeprowadzić postępowanie przygotowawcze z własnej inicjatywy, a jeżeli będzie to zasadne, wnieść i popierać przed sądem akt oskarżenia (w innym przypadku byłoby to obowiązkiem samego pokrzywdzonego lekarza). Wyższy jest także wymiar potencjalnej kary, np. w przypadku naruszenia nietykalności cielesnej sprawcy można wymierzyć karę grzywny, ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat trzech (podczas gdy za ten sam czyn względem osoby, której nie przysługuje status funkcjonariusza publicznego, kara pozbawienia wolności może być wymierzona na maksymalnie jeden rok).

Lekarz, jak każda osoba dotknięta agresją słowną lub fizyczną, może także dochodzić odszkodowania przed sądem cywilnym za doznaną krzywdę. W tym zakresie przepisy nie przewidują jednak

► Montowanie kamer w podmiocie leczniczym wyraźnie dopuszcza art. 23a ustawy o działalności leczniczej

dotychczasowej ochrony z uwagi na wykonywany zawód.

JAK OGRANICZYĆ RYZYKO?

Ochrona przewidziana dla funkcjonariuszy publicznych zapewnia lekarzom szczególne wsparcie już po szkodzie, ale niestety nie zawsze będzie w stanie jej zapobiec – pijanego, agresywnego pacjenta raczej nie odstraszy wyższy wymiar potencjalnej kary. W tym zakresie regulacje nie zapewnią idealnego rozwiązania. Warto zdawać sobie jednak sprawę z kilku przepisów, które mogą przyczynić się do ograniczenia ryzykownych sytuacji.

Po pierwsze, lekarz ma prawo nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta (z wyjątkiem sytuacji wymagającej niezwłocznej pomocy lekarskiej). Jeżeli wykonuje zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, może nie podjąć lub odstąpić od leczenia, tylko jeżeli istnieją poważne ku temu powody, po uzyskaniu zgody przełożonego. Przepis art. 38 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry nie precyzuje przy tym dodatkowych przesłanek i nie wskazuje „powodów”, które uzasadniałyby taką decyzję lekarza. W sytuacji, w której pacjent jest wyraźnie agresywny lub wręcz stanowi bezpośrednie zagrożenie dla profesjonalisty medycznego, trudno przyjąć, że powstanie relacja oparta na wzajemnym zaufaniu, która powinna być podstawą dalszego postępowania diagnostycznego lub leczniczego. Tym samym potencjalnie samo agresywne zachowanie pacjenta może być przyczyną odmowy udzielenia mu świadczenia. Należy przy tym zachować profesjonalizm i odróżnić niedopuszczalną agresję i jawną wrogość od czynów, które mogą być symptomami np. zaburzeń lub chorób psychicznych. W świetle przepisów w przypadku odstąpienia od leczenia lekarz ma obowiązek uprzedzić o tym pacjenta i wskazać mu możliwości uzyskania tego świadczenia w innym miejscu, a także uzasadnić swoją decyzję i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej.

Drugim rozwiązaniem, które może uchronić przed podobnymi sytuacjami, jest stosowanie monitoringu. Samo już zobaczenie oznaczania o monitorowaniu pomieszczeń może zachęcić część pacjentów do kontrolowania własnego

zachowania. Montowanie kamer w podmiocie leczniczym wyraźnie dopuszcza art. 23a ustawy o działalności leczniczej. Monitoring może być przeznaczony do obserwacji pomieszczeń ogólnodostępnych, a także pomieszczeń, w których są udzielane świadczenia zdrowotne, jeżeli jest to niezbędne w procesie leczenia lub do zapewnienia bezpieczeństwa (druga opcja dotyczy tylko szpitali, zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładów rehabilitacji leczniczej i hospicjów). Potencjalnie można też monitorować inne pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne oraz pobytu pacjentów, w szczególności pokoje łóżkowe, pomieszczenia higieniczno-sanitarne, przebieralnie lub szatnie, jeżeli wynika to ze specjalnych przepisów (np. art. 18e ustawy o ochronie zdrowia psychicznego dotyczący monitorowania pomieszczeń przeznaczonych do izolacji). Należy przy tym pamiętać o poszanowaniu prywatności – na początku lutego 2025 r. prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych poinformował o nałożeniu kary ponad 1 mln zł za zamontowanie urządzeń rejestrujących obraz na salach oddziału neonatologii niezgodnie z przepisami. Nagrania rejestrowały m.in. dokonywanie intymnych czynności.

Po trzecie, możliwe jest stosowanie standardowych środków ochrony, takich jak zatrudnienie w placówce profesjonalnych ochroniarzy lub posiadanie dozwolonych środków obrony osobistej na wypadek niebezpiecznych sytuacji. Życie i zdrowie lekarza oraz innych osób znajdujących się w podmiocie leczniczym podlegają ochronie prawnej, w związku z czym lekarz jest uprawniony do jego obrony.

POTRZEBA DALSZYCH ZMIAN

Mimo istniejących regulacji prawnych agresja wobec lekarzy i innych profesjonalistów medycznych pozostaje poważnym problemem, który wymaga kompleksowego podejścia. Potrzebne są działania na wielu poziomach – od lepszego egzekwowania obowiązujących przepisów, przez zwiększenie środków ochrony w placówkach medycznych, aż po kampanie edukacyjne skierowane do społeczeństwa. Lekarze i inni profesjonalści medyczni nie powinni być pozostawieni sami sobie w obliczu narastającej przemocy. Tylko konsekwentne reagowanie na każdy przypadek agresji i skuteczne egzekwowanie prawa mogą sprawić, że wykonywanie zawodu lekarza stanie się bezpieczniejsze. Ochrona zdrowia to nie tylko troska o pacjentów, ale także o tych, którzy ratują życie każdego dnia. ●



foto: Shutterstock.com

TEMAT NUMERU

Z siekierą na ratownika

Sądy zbyt powściągliwie orzekają w sprawach dotyczących agresji wobec osób wykonujących zawody medyczne. Chcemy to zmienić – mówi **Wojciech Konieczny**, sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, lekarz specjalista neurolog, w rozmowie z Mariuszem Tomczakiem.

Czy Ministerstwo Zdrowia monitoruje agresję wobec pracowników ochrony zdrowia?

Oczywiście. Najczęściej atakowane są zespoły ratownictwa medycznego i osoby pracujące w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Najwięcej informacji dociera z pogotowia ratunkowego, ponieważ takie sytuacje muszą być raportowane. Przypadki agresji w szpitalach nie zawsze są zgłaszane, ale docierają do nas informacje o wezwaniach policji czy straży miejskiej. W podmiotach leczniczych zachowania agresywne i wybuchy niezadowolonia mają trochę inne przyczyny, ponieważ pacjenci zarzucają lekarzom i personelowi medycznemu, że muszą długo czekać w kolejce albo nie zostali potraktowani tak, jak tego oczekują.

Kilka tygodni temu ratownik medyczny został ugodzony nożem w klatkę piersiową w trakcie udzielania pomocy pijanemu 57-latkowi w Siedlcach i wkrótce później zmarł. Drugi został zraniony w nadgarstek. Jakie działania podjęto w związku z tymi atakami?

W połowie lutego Rada Ministrów przyjęła projekt nowelizacji ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw, który obecnie jest procedowany w Sejmie. Celem zmian jest m.in. poprawa warunków pracy i zwiększenie bezpieczeństwa ratowników medycznych, a także lekarzy, którzy stanowią część załóg karetek. Zespoły ratownictwa medycznego otrzymają wsparcie psychologiczne oraz zostaną przeszkolone w zakresie podstaw obrony koniecznej i jej granic oraz stosowania technik samoobrony i przymusu bezpośredniego. Szkolenie obejmie również naukę technik deeskalacyjnych, które mają zapobiegać konfliktom i zmniejszać intensywność zachowań agresywnych. Takie szkolenie, zgodnie z projektem



foto: MZ

ustawy, będzie odbywało się nie rzadziej niż raz na pięć lat i zostanie sfinansowane ze środków publicznych.

Kto otrzyma kamizelki nożoodporne?

Wysłuchując się w głosy części ratowników medycznych, którzy oczekują zwiększenia ich ochrony, planujemy wyposażyć karetki w tzw. kamizelki przeciwnożowe. Nie oznacza to jednak, że do każdego wyjazdu ratownicy czy lekarze będą musieli je zakładać, ale załoga dostanie taką możliwość. Wiadomo, że mogą one utrudniać poruszanie się i udzielanie pomocy. Podstawą prawną będzie stanowić nowelizacja zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Często mówi się o konieczności zaostrzenia kar. Czy nieuchronność i szybkość wymierzenia kary nie są ważniejsze?

To prawda, że sprawy ciągną się bardzo długo, ale dzięki zmianie kwalifikacji czynu łatwiej będzie

◀ Zespoły ratownictwa medycznego zostaną przeszkolone w zakresie podstaw obrony koniecznej i jej granic – mówi **Wojciech Konieczny**, sekretarz stanu w resorcie zdrowia

orzec karę. Sądy zbyt powściągliwie traktują wiele przejawów agresji wobec personelu medycznego m.in. ze względu na nie dość precyzyjne przepisy prawa. Kary powinny być surowsze, dlatego w tej kwestii współpracujemy z Ministerstwem Sprawiedliwości. Zdarza się, że za atak na ratownika czy lekarza zasądzone są prace społeczne. Ważna jest również większa współpraca z policją i strażą miejską, aby szybciej interweniować w razie zagrożenia porządku, np. w SOR. Są sytuacje, kiedy ma miejsce agresja słowna, a personel czuje się zagrożony zachowaniem kogoś, kto może – i tak się czasami dzieje – posunąć się do rękoczynów, a na przyjazd funkcjonariuszy trzeba długo czekać. To dezorganizuje pracę ratownikom i lekarzom.

Czy jako lekarz miał pan do czynienia z przejawami agresji?

Byłem kiedyś zatrudniony w pogotowiu ratunkowym, ale mimo wielu wyjazdów udało mi się przepracować spokojnie. Z opowiadań znam jednak sytuacje, gdy moi koledzy byli atakowani nożem, a nawet siekierą. W SOR kiedyś zostałem zaatakowany i musiałem się bronić, ale to była pojedyncza sytuacja, a inne nieprzyjemne zdarzenia mógłbym policzyć na palcach obu rąk. Być może pewien wpływ na to miała moja postura. Pomagała mi ona czasami ugasić agresywne zapędy kierowane wobec koleżanek lekarzek czy innych osób z personelu. ●

WAŻNE SPRAWY

Nie puśćmy przyszłości z dymem

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Papierosy elektroniczne i podgrzewacze tytoniu to często pierwszy krok na drodze do nałogu. Nie wolno ich traktować jako alternatywy wobec tradycyjnych papierosów.

Dym tytoniowy zawiera ponad 4 tys. różnych związków chemicznych. Część z nich jest toksyczna. „Dowody na związek dymu papierosowego i nowotworów pojawiały się już w pierwszej połowie XX wieku. Jednak fakt, że właśnie tytoń jest sprawcą raka płuca, a zawarta w nim nikotyna powoduje uzależnienie, uznano za dostatecznie udowodniony naukowo dopiero w latach 50.” – czytamy na stronie internetowej Krajowego Rejestru Nowotworów.

NIEPOKOJĄCY TREND

Apele o podjęcie stanowczej walki z nałogiem palenia płyną z wielu stron. „Z niepokojem obserwujemy, że o ile rozpowszechnienie palenia tytoniu spada, o tyle regularne używanie podgrzewaczy tytoniu czy e-papierosów rośnie, a dotyczy to w dużej mierze osób młodych, dla których jest to pierwszy kontakt z nikotyną” – czytamy w jednym ze stanowisk Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej podjętych w ubiegłym roku.

Wspomniane kwestie wybrzmiały także podczas śniadania prasowego, które odbyło się w marcu br. w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej. Tematem spotkania był wpływ jednorazowych papierosów na zdrowie Polek i Polaków. Jego termin zbiegł się w czasie z posiedzeniem senackiej Komisji Zdrowia, która rozpatrywała nowelizację ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

SKUTKI WIDOCZNE Z OPÓŹNIENIEM

– Papierosy zwiększają ryzyko rozwoju nowotworów i sprzyjają występowaniu chorób układu krążenia. Mniej więcej za co ósmy zgon spowodowany paleniem

odpowiadają choroby płuc, głównie PÓChP. Istnieje liniowa zależność między narażeniem na toksyny dymu tytoniowego a występowaniem chorób odtytoniowych – powiedział prof. Piotr Jankowski, zastępca dyrektora ds. leczenia w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. prof. W. Orłowskiego w Warszawie, specjalista kardiologii i chorób wewnętrznych.

Dodał, że negatywne konsekwencje palenia, a także biernego wdychania dymu tytoniowego, są widoczne z dużym opóźnieniem, czasami dopiero po wielu latach. Z badań naukowych jednoznacznie wynika, że im więcej palimy, tym bardziej rośnie ryzyko wystąpienia zawału serca. – Jeśli ktoś wypala dwadzieścia papierosów dziennie, ryzyko jest zwiększone czterokrotnie, a jeśli ktoś pali dwie paczki – prawie ośmiokrotnie. Wypalanie kilku papierosów dziennie wiąże się ze wzrostem ryzyka wystąpienia zawału serca o 50 proc. – podkreślił prof. Piotr Jankowski.

MARKETINGOWY FORTEL

Na to, że wapowanie, czyli wdychanie i wydychanie dymu pochodzącego z elektronicznych papierosów, często jest początkiem nałogu, zwrócił uwagę prezes NRL Łukasz Jankowski. – Sprzedaż wyrobów nikotynowych powinna być ograniczona nie tylko dla osób poniżej 18. roku życia, ale również m.in. pod względem finansowym. Widzimy agresywny lobbing i marketing firm tytoniowych, które wchodzą na rynek z produktami zawiera-

jącymi substancje służące do wapowania. Kierują swoje kampanie do dzieci i młodzieży – powiedział prezes NRL.

Dodał, że jeśli chodzi o papierosy elektroniczne i podgrzewacze tytoniu, nie ma produktów lepszych i gorszych. – Palenie szkodzi w każdej postaci – powiedział Łukasz Jankowski. A nawiązując do prac nad nowelizacją ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, dodał, że przepisy powinny iść w kierunku troski o zdrowie publiczne.

TO NIE JEST INNOWACJA

– W podgrzewanych wyrobach tytoniowych dochodzi do uwalniania nikotyny lub innych substancji. Nie należy określać ich jako „nowatorskich” czy „innowacyjnych”, bo są na rynku od wielu lat. To sprytny pomysł, który ma tworzyć pozytywne skojarzenia ze szkodliwymi produktami – podkreślił prof. Piotr Jankowski.

W jego opinii zdjęcie z papierosów elektronicznych wizerunku szkodliwości sprawia, że młodzież najpierw sięga po nie, a potem często także po te tradycyjne. – Wprawdzie producenci podgrzewaczy tytoniu twierdzą, że one emitują trochę mniej toksyn, ale to jeszcze nie oznacza, że są „bardziej zdrową alternatywą”. Sam nie jestem co do tego przekonany, ponieważ na razie nie ma niezależnych badań na ten temat. Jest jednak sporo dowodów naukowych na to, że używanie podgrzewaczy tytoniu i papierosów elektronicznych jest szkodliwe – dodał ekspert. ●

WAŻNE SPRAWY

Każdy jest równy wobec prawa

W regulaminie wewnętrznym Naczelnej Izby Lekarskiej dla osób pełniących funkcje w samorządzie nie ma ograniczeń w zakresie przepisów o jawności życia publicznego – mówi **Agnieszka Witoszek**, która w NIL pełni funkcję inspektora ochrony danych, w rozmowie z Mariuszem Tomczakiem.

Po co osobom pełniącym różne funkcje w samorządzie lekarskim regulamin wewnętrzny?

Głównym celem jest ochrona danych osobowych oraz zapewnienie właściwego przetwarzania informacji wrażliwych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w tym z unijnym rozporządzeniem RODO. Przepisy Unii Europejskiej w tym obszarze są restrykcyjne i każda instytucja musi się do nich dostosować.

Dlaczego dyskusja nad tym regulaminem się toczy, skoro RODO obowiązuje od 2018 r.?

W NIL obowiązują regulacje dotyczące ochrony danych osobowych od 2018 r. Do tej pory obejmowały głównie pracowników zatrudnionych na podstawie stosunku pracy lub umów cywilnoprawnych. Jednak konieczne było jednoznaczne wskazanie, że osoby funkcyjne, jeśli nie są związane z instytucją stosunkiem zatrudnienia, podlegają tym samym zasadom co pozostałe.

Nowy dokument został przyjęty przez Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w lutym 2025 r. Nie powstał nagle. Nie został też opracowany w sposób arbitralny. Prace nad jego treścią trwały co najmniej rok i obejmowały liczne konsultacje, w czasie których dostosowano procedury wewnętrzne m.in. do obowiązujących przepisów.

Dodam, że omawiana procedura jest częścią pakietu zmian, które zostały zaproponowane po objęciu przeze mnie stanowiska IOD w NIL w 2023 r. i przeprowadzeniu audytu wejściowego. Do tej pory przyjęto regulamin korzystania z systemu poczty elektronicznej NIL, procedury analizy ryzyka i oceny skutków dla ochrony danych oraz pomiaru wagi incydentów, a także przygotowano nowe wersje pełnej dokumentacji ochrony danych.



foto: archiwum prywatne

◀ *Naruszenie prawa przez instytucję wpływa na jej wizerunek – mówi Agnieszka Witoszek*

Nowy regulamin wywołał poruszenie wśród niektórych członków samorządu. Znalazło to swoje odbicie m.in. na łamach jednej z ogólnopolskich gazet. Czy pojawiający się gdzieś zarzut ograniczania swobody wypowiedzi jest uzasadniony?

Interpretacja przedstawiona niedawno w „Gazecie Wyborczej” może wynikać z niedostatecznej znajomości podstawowych przepisów regulujących funkcjonowanie samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków oraz zasad dostępu do informacji publicznej i ochrony danych osobowych. Osobiście, jako IOD, uważam taki sposób ujęcia tematu za nierzetelny.

Regulamin nie wprowadza żadnych ograniczeń w zakresie obowiązujących przepisów o jawności życia publicznego, a jego celem jest wyłącznie zapewnienie zgodnego z prawem przetwarzania danych i ochrona praw osób, których dane dotyczą. Sugestia, że jego zapisy zostały skonstruowane w celu uniemożliwienia krytyki działań władz instytucji lub blokowania dostępu do informacji, jest niezgodna z faktami. Regulamin jasno wskazuje podstawy prawne swoich postanowień, a jego treść odsyła do wcześniejszych aktów wewnętrznych obowiązujących od 2018 r. Myślę, że obiektywna analiza tego dokumentu jest najlepszym sposobem na samodzielne wypracowanie opinii.

Ponadto w różnych procedurach tematycznych, np. standardach ochrony małoletnich czy sygnalistów, również przyjęto regulacje dotyczące ochrony danych.

Czy to wszystko jest naprawdę konieczne?

W kwestii prawa ochrony danych osobowych musimy brać pod uwagę nie tylko samo RODO, ale też szereg sektorowych aktów prawnych, a przepisy wciąż się zmieniają. Niezwykle istotne są wytyczne Europejskiej Rady Ochrony Danych oraz Prezesa Urzędu Ochrony Danych, które również ewoluują. Ze względu na postęp technologiczny, w tym powszechne wykorzystywanie sztucznej inteligencji, ochrona danych osobowych, a co za tym idzie – praw i wolności osób fizycznych, jest procesem, a nie jednorazowym działaniem. Wymaga stałego monitorowania i reagowania na zmieniającą się rzeczywistość prawną i organizacyjną. Dlatego od czasu do czasu musimy wprowadzać pewne zmiany.

Regulamin zawiera zapis, że jego celem jest „ochrona wizerunku Naczelnej Izby Lekarskiej”. Pomija się przy tym istotny fakt, iż wcześniej wyraźnie wskazano, że cel regulaminu to „zapewnienie zgodności przetwarzania danych osobowych oraz innych informacji prawnie chronionych z obowiązującymi normami prawnymi i ochrona interesów osób, których dane dotyczą”. Ignorowana jest zatem całość treści regulaminu i jego cel nadrzędny.

Dlaczego w tym dokumencie wymienio kwestię ochrony wizerunku NIL?

Odpowiedź jest prosta – każde naruszenie prawa przez instytucję wpływa na jej wizerunek. Dodatkowo w zakresie ochrony danych postępowanie w razie ich naruszenia przez administratora jest prowadzone przed Prezesem Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Efektem takiego postępowania może być m.in. wydanie decyzji administracyjnej, która jest publikowana na stronie UODO. Ponadto w przypadku niektórych rodzajów naruszeń administrator danych musi podać do wiadomości publicznej, do jakiego naruszenia doszło i jak osoby,

które są nim dotknięte, mogą chronić się przed ich skutkami. Im mniej naruszeń, tym lepiej chronimy nie tylko prawa i wolności osób fizycznych, ale również wizerunek administratora danych. W naszym przypadku – Naczelnej Izby Lekarskiej.

Celem regulaminu jest m.in. wprowadzenie powszechnej świadomości, iż w Naczelnej Izbie Lekarskiej każdy, a nie tylko osoby związane jakąś formą umowy, jest równy wobec przepisów prawa o ochronie danych osobowych. Jakikolwiek zadania wykonujemy, jakiekolwiek funkcje piastujemy – obowiązkiem jest ochrona praw i wolności osób, których dane osobowe przetwarzamy. Centralny Rejestr Lekarzy liczy setki tysięcy rekordów, a za każdym z nich kryje się informacja o osobie. Plus inne dokumenty elektroniczne czy tradycyjne – to skarbnica informacji o człowieku. Ich ochrona to odpowiedzialność prawna i organizacyjna, wyzwanie, ale też kwestia pewnej moralności.

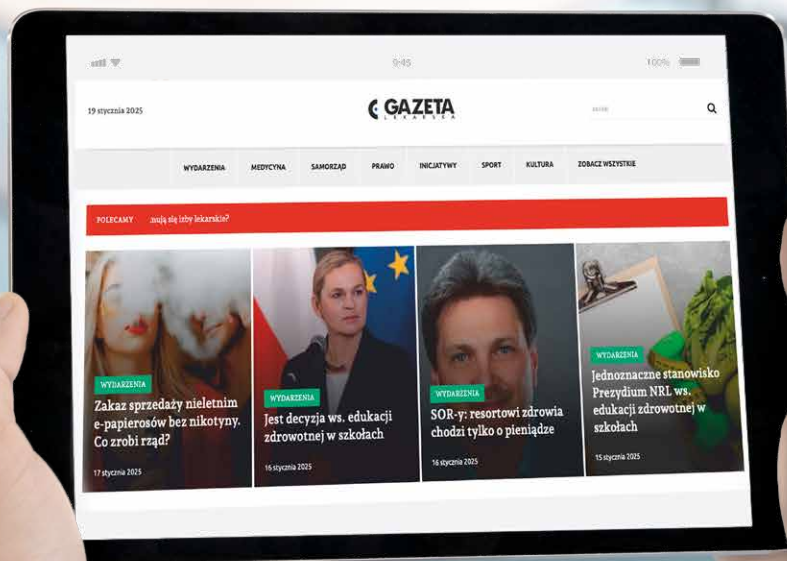
Warto pamiętać, że wolność wypowiedzi czy jawność życia publicznego nie są prawami bezwzględnymi, podobnie jak prawo do ochrony danych osobowych czy życia prywatnego. Konieczne jest ich ważenie, m.in. zgodnie z powszechnie obowiązującym prawem, orzecznictwem sądów i decyzjami UODO. Pragnę jednak wyraźnie podkreślić, że regulamin, o którym rozmawiamy, nie ma na celu ograniczania wolności wypowiedzi, ale przede wszystkim ochronę praw osób, których dane osobowe przetwarza NIL.

Mam nadzieję, że izby okręgowe pójdą za przykładem NIL i również unormują zasady przetwarzania danych przez osoby funkcyjne. W tym roku planowane jest spotkanie inspektorów ochrony danych ze wszystkich izb w celu wypracowania kolejnych rozwiązań, które pomogą w wypełnianiu obowiązków wynikających z obowiązujących przepisów. Wierzę w efektywną współpracę w materii ochrony danych w całym samorządzie. ●

reklama

gazetalekarska.pl

więcej niż myślisz



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

AKTUALNOŚCI

39 nowych działań dla potrzeb zdrowotnych

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Ministerstwo Zdrowia odsoniło część kart. W nowej wersji Krajowego Planu Transformacji przedstawiło kilkadziesiąt pomysłów dotyczących m.in. szpitali czy podstawowej opieki zdrowotnej. Część z nich bezpośrednio dotyczy lekarzy.

Przy podejmowaniu kluczowych decyzji w ochronie zdrowia, w tym w zakresie finansowania i inwestycji, często pierwszeństwo ma to, co znajduje się w dokumentach rządowych lub akceptowanych przez ministra zdrowia. Ale nie każdy lubi je czytać. I nie ma się temu co dziwić, ponieważ część z nich jest napisana dość trudnym językiem, a do tego liczy wiele stron.

Podobnie jest z Krajowym Planem Transformacji (KPT). Nie wszyscy wiedzą, czym jest i jak się ma np. do Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO), który m.in. z powodów politycznych skupia dużą uwagę opinii publicznej, czy map potrzeb zdrowotnych (MPZ), o których dyskutuje się podczas konferencji eksperckich, a w mediach omawia się je znacznie częściej niż KPT.

NAJPIERW ODROBINA TEORII

KPT to jeden z najważniejszych dokumentów decydujących o kierunku zmian systemu ochrony zdrowia w Polsce. Wskazuje obszary, które mogą ulec przeobrażeniu i do których w nieodległej przyszłości może trafić sporo środków krajowych i funduszy Unii Europejskiej. Jest dokumentem wdrożeniowym, w którym są zawarte – a przynajmniej tak być powinno – działania przypisane do konkretnego podmiotu wynikające z MPZ. Mapy stanowią podstawę dokumentów o charakterze kierunkowym (takich jak „Zdrowa Przyszłość. Ramy

strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030”, którą dość szczegółowo omawiałem w związku z zakończeniem nad nią prac) i programowych (np. KPO).

Zaktualizowany KPT został ogłoszony na przełomie 2024 i 2025 r. w formie obwieszczenia

W latach 2025-2029 wsparcie mają otrzymać podmioty udzielające stacjonarnych i całodobowych świadczeń w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

ministra zdrowia. Do nowej wersji dodano 39 działań, które – jak podkreślono w dokumencie – wynikają z nowych potrzeb zdrowotnych oraz zadań i wyzwań dla organizacji systemu opieki zdrowotnej zidentyfikowanych podczas oceny śródkresowej. Wprowadzone zmiany dotyczą różnych obszarów szpitalnictwa, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i podstawowej opieki zdrowotnej. Nie sposób wszystkiego omówić w krótkim materiale, ponieważ dokument

liczy ponad 120 stron, ale warto się przyjrzeć niektórym zagadnieniom.

REFUNDACJA LEKÓW

KPT zakłada liczne zmiany w przepisach dotyczących refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych. Planowane jest m.in. wprowadzenie możliwości objęcia refundacją leków w opakowaniach zagranicznych i ułatwienie powrotu produktu do obwieszczenia ministra zdrowia po wcześniejszym wyjściu z polskiego systemu refundacji, a także zwiększenie limitu finansowania w zakresie surowców farmaceutycznych stosowanych podczas przygotowania leków recepturowych.

W odniesieniu do leków stosowanych w chorobach rzadkich będą usprawnienia w refundacji, ale w planie tego nie sprecyzowano. Znalazła się w nim zapowiedź wprowadzenia pośredniej kategorii dostępności dla leków biologicznych stosowanych w chorobach nieonkologicznych w ramach opieki ambulatoryjnej i rezygnacji z refundacji leków OTC. Przewidziane są też zmiany w funkcjonowaniu Komisji Ekonomicznej, która jest ciałem doradczym przy ministrze zdrowia i wspiera go w kształtowaniu krajowego systemu refundacyjnego. Zostanie wprowadzona certyfikacja

i kadencyjność członków tego gremium. W przypadku braku porozumienia z Komisją Ekonomiczną co do nowych wskaźników i produktów dotychczas nieobjętych refundacją protokołów będzie podany do wiadomości publicznej.

DZIECI I MŁODZIEŻ

W ramach KPT planowane jest zwiększenie wyszczepialności przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego w szkołach zarówno wśród dziewcząt, jak i chłopców. W realizacji tego celu pomogą projekty informacyjno-promocyjne szacowane na 10 mln zł do 2030 r. Szczegółów nie podano. W ciągu kilku lat odsetek osób zaszczepionych wzrośnie z 20 proc. do 70 proc., choć dokładnego wieku tej grupy nie wskazano.

Zapowiedziano również wypracowanie propozycji rozwiązań prawnych, które mają ułatwić osobom niepełnoletnim korzystanie z konsultacji lekarskich bez obecności rodzica lub opiekuna prawnego. Celem jest rozszerzenie prawa do reprezentowania siebie w podmiotach leczniczych przez młodzież w wieku między 15. rokiem życia a 18. rokiem życia, zwłaszcza w kwestii zdrowia seksualnego i zdrowia psychicznego.

LEKARZE I STUDENCI

Jedno z nowych działań zawartych w KPT zostało określone jako „poprawa efektywności i jakości kształcenia kadr medycznych, w szczególności lekarzy”. Chodzi o wprowadzenie dodatkowego egzaminu w trakcie specjalizacji, wzmocnienie narzędzi informatycznych w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK) w celu lepszej kontroli przebiegu szkolenia specjalizacyjnego przez kierownika specjalizacji, rozwój stanowisk symulacji w trakcie kształcenia poddyplomowego, zwłaszcza w dziedzinach zabiegowych, a także wdrożenie mechanizmów ogólnokrajowej standaryzacji egzaminu praktycznego (ang. Objective Structured Clinical Examination, OSCE) na ostatnim roku studiów. Dojdzie do tego w drugiej połowie 2026 r., przy czym zaznaczono, że jest to wstępny termin realizacji. Za wdrożenie pomysłów w życie odpowiedzialny jest minister zdrowia we współpracy z szefem resortu nauki i szkolnictwa wyższego w zakresie OSCE.

W KPT wymieniona jest również chęć „stworzenia odpowiednich warunków dla zwiększenia liczebności kadry medycznej”, co ma polegać na rozbudowie



foto: Shutterstock.com

i modernizacji bazy dydaktycznej i klinicznej uczelni kształcących na kierunkach medycznych oraz wprowadzeniu zachęt do podejmowania studiów, przede wszystkim przygotowujących do wykonywania zawodu pielęgniarstwa i ratownika

Do końca br. planowane jest opracowanie krajowych zaleceń do powoływania Ośrodków Eksperckich Chorób Rzadkich

medycznego. Do 2026 r. szacowany koszt w ramach środków z KPO wyniesie ok. 3,1 mld zł. W KPT to nowość, ale w rzeczywistości to żaden news. Wydaje się to jednak warte odnotowania, że w zaktualizowanym przez resort dokumencie podtrzymano wcześniejsze obietnice udzielania studentom pomocy zarówno w formie stypendium, jak i dofinansowania studiów.

PSYCHIATRIA, CHOROBY RZADKIE

W latach 2025-2029 wsparcie otrzymają podmioty udzielające stacjonarnych i całonocnych świadczeń w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Planowana

◀ Nowa wersja KPT dotyczy m.in. zmian w różnych obszarach szpitalnictwa

jest m.in. budowa i modernizacja takich placówek, a także ich doposażenie. Przewidziano też pomoc dla placówek świadczących skoordynowaną opiekę psychiatryczną w oparciu o założenia modelu środowiskowego, w tym Centrów Zdrowia Psychicznego dla dorosłych. Szczegółów niestety nie podano.

Kolejne z działań w zaktualizowanym KPT dotyczy Planu dla chorób rzadkich na lata 2024-2025, a mówiąc dokładniej – poprawy warunków do rozwoju centrów specjalistycznych i zwiększenia koncentracji świadczeń. Koszt stworzenia Systemu dla Chorób Rzadkich, w tym Polskiego rejestru chorób rzadkich, został oszacowany na ponad 21,2 mln zł, a na zwiększenie dostępu do nowoczesnej aparatury medycznej i poprawę infrastruktury podmiotów leczniczych zaplanowano 70 mln zł. Do końca br. planowane jest opracowanie krajowych zaleceń do powoływania Ośrodków Eksperckich Chorób Rzadkich.

SZPITALY POD WIĘKSZYM NADZOREM

W KPT znalazła się również zapowiedź zaprojektowania i wdrożenia centralnego systemu teleinformatycznego, który umożliwi gromadzenie danych i monitorowanie w czasie rzeczywistym m.in. zajętych i wolnych łóżek, kadr medycznych, kluczowych wyrobów medycznych, krwi i jej składników, gazów medycznych, środków ochrony osobistej, infrastruktury, a także awarii bądź czasowego wyłączenia lub zaprzestania udzielania świadczeń. „Zebrane dane, w postaci referencyjnego źródła danych, będą udostępniane poszczególnym interesariuszom z obszaru ochrony zdrowia i administracji państwowej” – napisano w dokumencie. System nazywa się Ewidencja potencjału świadczeniodawcy i pociąga za sobą konieczność znowelizowania ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Koszt jego powstania wyniesie ok. 51 mln zł. ●

AKTUALNOŚCI

Czy to już katastrofa? Dziura w NFZ rośnie

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

Dobiega końca pierwszy kwartał roku, o którym nie tylko eksperci, ale i interesariusze systemu zgodnie mówią, że tak źle jeszcze nie było.

W połowie marca think tank SGH przedstawił raport na temat luki w finansach NFZ 2025-2027, szacując ją na ok. 110 mld zł. „Tylko”, bo opublikowany miesiąc wcześniej raport Federacji Przedsiębiorców Polskich i Instytutu Finansów Publicznych w wariantcie podstawowym oszacował lukę na nieco ponad 200 mld zł, a w wariantcie maksymalnym – nawet na 250 mld zł. Oprócz uwzględnienia różnic metodologicznych trzeba pamiętać, że raport FPP i IFP obejmuje lata 2025-2028, a z roku na rok luka się powiększa i tylko w samym 2028 r. może sięgnąć ok. 90 mld zł.

Czym jest luka? Mówiąc najprościej, to różnica między organicznymi, pochodzącymi ze składki zdrowotnej przychodami NFZ a kosztami świadczeń zdrowotnych. Pamiętając o szybkim starzeniu się społeczeństwa i konieczności wprowadzania do systemu coraz bardziej nowoczesnych i drogich technologii (lekokowych, sprzętowych), można powiedzieć, że koszty będą rosnać szybciej. Szacunki ekspertów podpisanych pod oboma raportami mogą się więc okazać i tak zbyt optymistyczne.

WYNAGRODZENIA „KILEREM” FINANSÓW

Do tego naturalnego wzrostu kosztów, obserwowanego od lat również w krajach Europy Zachodniej, dochodzą tzw. okoliczności towarzyszące. Podczas Kongresu Wyzwań Zdrowotnych 2025 w Katowicach mówił o nich m.in. wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jakub Szulc. Z jednej strony przyznał, że stwierdzenie: „tak źle jeszcze nie było”

wydaje się na stałe wpisane w dyskusję na temat kondycji systemu ochrony zdrowia. Z drugiej dodał, że w tej chwili sytuacja rzeczywiście jest szczególnie, co zawdzięczamy uzależnieniu finansów ochrony zdrowia od dotacji budżetowych.

To, co miało dać stabilizację, czyli ustawa przychodowa (po nowelizacji „7 proc. PKB na zdrowie”), okazało się pułapką, zwłaszcza od

Mamy za niskie publiczne wydatki bieżące na zdrowie, fatalną strukturę wydatków prywatnych i słabnące możliwości finansowania zdrowia ze strony samorządów

momentu znowelizowania ustawy o minimalnych wynagrodzeniach w ochronie zdrowia, która spowodowała eksplozję kosztów. – Tylko w tym roku skumulowane, liczone od 2022 r., koszty realizacji tej ustawy wyniosą minimum 50 mld zł – mówił Jakub Szulc. Mówiąc wprost: co czwarta złotówka z budżetu NFZ trafi na podwyżki dla personelu, nie na wynagrodzenia, ale na podwyżki. – W tym sensie ustawa o wynagrodzeniach minimalnych jest „kilerem” finansów płatnika – stwierdził Szulc.

Po stronie profesjonalistów medycznych odbiór takich opinii czy artykułowanych wprost przez

dyrektorów szpitali postulatów daleko posuniętych zmian w ustawie o wynagrodzeniach musi być negatywny. Klaudiusz Komor, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, przypominał podczas Kongresu Wyzwań Zdrowotnych, że rosące wynagrodzenia w ochronie zdrowia złagodziły kryzys kadrowy, z jakimi borykał się publiczny system. Jak mówił, można w tej chwili zaobserwować nie tylko powroty lekarzy z systemu prywatnego do publicznego, ale wręcz powroty z zagranicy. Wiceszef lekarskiego samorządu przypominał przy tym, że choć opinia publiczna jest epatowana astronomicznymi kwotami, jakie mają zarabiać specjaliści, dane AOTMiT pokazują jasno, że mediana wynagrodzeń (łącznie zarobków, nie tylko podstawy) na etatach oscyluje wokół 22 tys. zł, a w przypadku kontraktów – 25 tys. (średnie wynagrodzenia są o kilka tysięcy złotych wyższe). Najwyższe kwoty, sięgające 200-300 tys. zł, jak tłumaczył dr Klaudiusz Komor, dotyczą zaś nie lekarskich wynagrodzeń, ale faktur wystawianych przez specjalistów, obejmujących pełne koszty wykonywania określonych procedur, łącznie z kosztami utrzymania sprzętu i wynagrodzeniem pracowników. – Wynagrodzenie lekarza jest wielokrotnie niższe – zapewniał.

GDZIE SZUKAĆ PIENIĘDZY

Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, wiceprzewodnicząca Rady NFZ,



fot Anna Strzyżak/Kancelaria Sejmu

◀ *Zaplanowaliście budżet, w którym brakuje, lekko licząc, 20 mld zł na świadczenia zdrowotne – mówił do koalicji rządzącej Adrian Zandberg na posiedzeniu Komisji Zdrowia i Komisji Finansów Publicznych*

ekspertka w dziedzinie zarządzania ochroną zdrowia, w nawiązaniu do opinii wiceprezesa NRL stwierdziła, że w ostatnich latach również dzięki podwyżkom udało się wzmocnić prestiż zawodów medycznych. To jednak, w jej ocenie, jedyne realne osiągnięcie, a kryzys finansowy, który rozgrywa się na naszych oczach i manifestuje m.in. niemożnością sfinansowania przez płatnika wszystkich nadwykonań, ma źródła znacznie głębsze.

– Powinniśmy rozmawiać o konstrukcji finansowania ochrony zdrowia. Mamy absolutnie za niskie publiczne wydatki bieżące na zdrowie, fatalną strukturę wydatków prywatnych opartą na płatnościach bezpośrednich i słabnące możliwości finansowania zdrowia ze strony samorządów – zwracała uwagę. Ekspertka podkreślała, że system ubezpieczeniowy, składkowy, jest optymalny i należy go bronić (część polityków, na przykład Lewica, chce finansowania ochrony zdrowia z budżetu). Zauważyła, że trzeba postawić pod znakiem zapytania zasady redystrybucji dochodu narodowego, które upośledzają wydatki na zdrowie.

Eksperci nie mają wątpliwości, że należy szukać nowych źródeł finansowania wydatków zdrowotnych. Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka mówi o wprowadzeniu dodatkowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego na poczet opieki długoterminowej, którą Polska musi pilnie zbudować i rozwinąć. Trzeba także zwiększyć przepływy z akcyzy i tzw. sin taxes na profilaktykę, która w całości powinna być finansowana (i finansowana znacząco lepiej niż w tej chwili) z tych źródeł.

Autorzy raportów poświęconych luce finansowej NFZ mówią o podwyższeniu bazowej stawki składki zdrowotnej i zmianom jej naliczania. Propozycje są różne, ale mają wspólny mianownik – na zdrowie wszyscy musimy zacząć płacić więcej. Autorzy raportów wspominają również o objęciu składką zdrowotną osób w tej chwili jej nieodprowadzających (np. dzieci, za które składkę powinien płacić budżet państwa).

CZARNY SCENARIUSZ CORAZ BLIŻSZY

Eksperci zatem widzą problem i wiedzą, co trzeba zrobić, żeby go rozwiązać lub przynajmniej zmniejszyć, by nie rodził aż tak dużych komplikacji. Jednak prawidłowa diagnoza nie wystarczy. Decyzje dotyczące terapii znajdują się w zupełnie innych rękach: polityków. A ci nie tylko nie chcą słyszeć o podejmowaniu decyzji dotyczących zwiększenia obciążeń składkowych (minister zdrowia Izabela Leszczyna mówi o tym bardzo otwarcie), ale podejmują decyzje idące w kierunku odwrotnym, procedując z zapalem projekt rządowy zakładający zmniejszanie składki dla przedsiębiorców od 1 stycznia 2026 r.

Nie udało się zablokować prac nad projektem na etapie podkomisji, nie udało się 18 marca na posiedzeniu Komisji Zdrowia i Komisji Finansów Publicznych. Wniosek Marceliny Zawiszy (Razem) dotyczący odrzucenia projektu przepadł olbrzymią większością.

– W imię przywilejów dla jednej grupy, dla przedsiębiorców, chcecie zmniejszyć finansowanie systemu ochrony zdrowia, który już się nie finansuje – mówiła posłanka Zawisza, przedstawiając wniosek o odrzuceniu projektu. – Wy się wyleczycie, oni, pacjenci, już nie! – przestrzegała posłów, przypominając o wielomiliardowej luce w budżecie NFZ i o braku jakichkolwiek rezerw.

Zawiszę wspierał Adrian Zandberg, który wprost zarzucił posłom koalicji rządzącej, że w sprawie finansów ochrony zdrowia zachowują się skrajnie nieodpowiedzialnie. – Mamy olbrzymią dziurę finansową w Narodowym Funduszu Zdrowia. Zaplanowaliście budżet, w którym brakuje, lekko licząc, 20 mld zł na świadczenia zdrowotne. Chyba licytujecie się z panem Mentzenem, kto szybciej rozwali polskie państwo, wyjmiecie pieniądze z publicznego systemu ochrony zdrowia – komentował.

W ocenie skutków regulacji rządowego projektu efekt finansowy wynosi 4,6 mld zł, choć eksperci szacują, że ubytek przychodów NFZ może rocznie wynieść nawet 6 mld zł. Posłowie koalicji, broniąc rządowego projektu, odwołują się do obietnic Ministerstwa Finansów, które zapowiedziało rekompensowanie ubytków wynikających z obniżenia składki. Eksperci zwracają jednak uwagę, że ustawa nie wprowadza osobnego mechanizmu, a rząd będzie zobligowany jedynie innym zapisem, dotyczącym minimalnego poziomu nakładów, zapisanym w ustawie przychodowej. Te minimalne progi, jak podkreślają ekonomiści, są w tej chwili daleko niewystarczające do pokrycia kosztów, jakie musi ponosić płatnik, chcąc utrzymać obecną dostępność do świadczeń zdrowotnych.

20 marca posłowie mieli głosować nad uchwaleniem ustawy obniżającej składkę zdrowotną. Projekt spadł z harmonogramu głosowań – nieoficjalnie sprzeciw zgłosiła Lewica oraz minister zdrowia Izabela Leszczyna. Do chwili zamknięcia tego wydania „Gazety Lekarskiej” nie zapadła decyzja, co dalej z ustawą obniżającą składkę. ●

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

AKTUALNOŚCI

Ministrowie nie nabrali wody w usta

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

W czasie Kongresu Wyzwań Zdrowotnych (HCC – Health Challenges Congress) padły ważne deklaracje związane m.in. z bezpieczeństwem leczenia i jakością kształcenia przyszłych lekarzy, a także wzmocnieniem odporności państwa, co jest kluczowe w obliczu zaostrzenia sytuacji międzynarodowej.

Minister Izabela Leszczyna podczas sesji inauguracyjnej powiedziała: – Spotykamy się w wyjątkowo trudnej sytuacji geopolitycznej, dlatego hasła tegorocznego kongresu „Zdrowie. Bezpieczeństwo. Prawo. Przyszłość” nabierają szczególnego znaczenia. W Ministerstwie Zdrowia myślimy o zmianach systemowych także w kontekście tych właśnie wartości.

W podobne tony uderzyła wiceminister zdrowia Katarzyna Kacperczyk, mówiąc o konieczności przygotowania systemu „na przewidywalne czasy”, takie jak pandemia, konflikt zbrojny czy katastrofy naturalne. – Trzeba mieć świadomość, że zdrowie jak nigdy wcześniej wyszło poza wymiar tylko usług publicznych i indywidualnego sektorowego postrzegania i stało się elementem szerszej strategii suwerenności państwa i współpracy międzynarodowej – dodała.

CHCESZ POKOJU, PRZYGOTUJ SIĘ DO WOJNY

Podczas kongresu nie obyło się bez dyskusji poświęconych optymalizacji zasobów medycznych w warunkach kryzysu i wojny oraz współpracy cywilno-wojskowej w organizacji zabezpieczenia medycznego. Od kilku lat takie debaty mają oczywisty związek z wojną w Ukrainie i wzrostem napięcia między głównymi mocarstwami świata, a od niedawna także z coraz głośniejszymi apelami o odbudowę zdolności obronnych, które płyną zarówno z różnych stron naszego kraju, jak i z Brukseli.

O tym, że system ochrony zdrowia w Polsce staje w obliczu konieczności dokonania zmian z uwagą na sytuację

międzynarodową, mówił wiceminister zdrowia Wojciech Konieczny. – Rozbudowujemy armię, rozbudowujemy infrastrukturę, mówimy o szkoleniach w zakresie obronności i musimy powiedzieć o ochronie

Lekarz leczący pacjenta
nie może być traktowany jak pospolity
przestępca

zdrowia. Jeśli szykujemy się do trudniejszych czasów, to systemu ochrony zdrowia nie możemy budować na dobre czasy – podkreślił wiceszef resortu zdrowia.

W jego opinii znajdujemy się w przededniu poważnej debaty o tym, że finansowanie opieki zdrowotnej jest „dostosowane do czasów pokoju, a nawet prosperity pokoju” i że musi ulec zmianie. – System, który mamy, i jego finansowanie zakłada, że dostawcy będą mieli co przywozić do szpitala, że wszystko będzie działać i możemy pewne koszty zrationalizować i optymalizować, podczas gdy powinniśmy zbudować pewną poduszkę. Te szpitale, które są infrastrukturą wrażliwą, powinny mieć pewien zapas, aby w trudniejszych czasach mogły pracować na wyższych obrotach i temu powinna być poświęcona

zmiana systemu – powiedział Wojciech Konieczny.

WYNAGRODZENIA LEKARZY: DUALIZM SYSTEMOWY

W kongresie aktywny udział wzięli przedstawiciele samorządu lekarskiego. Prezes NRL Łukasz Jankowski tłumaczył powody zróżnicowania stawek w ochronie zdrowia. Temat zarobków pojawił się nie przez przypadek, ponieważ Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji zaczęła zbierać dane o wynagrodzeniach osób zatrudnionych w placówkach leczniczych, które mają podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia.

– Stany Zjednoczone wyceniają pracę według konkretnego algorytmu: ile lat doświadczenia należy mieć, żeby wykonać daną procedurę, jaki jest poziom wykształcenia, jakie jest ryzyko związane z daną procedurą, ile czasu zajmuje ta procedura, czy jest ona wymagająca fizycznie. Na tej podstawie można mniej więcej wyliczać nakład pracy dla każdej procedury. W Polsce mamy trochę dualizm, bo z jednej strony system jest centralny, a płatnik poprzez ustawę próbuje regulować wynagrodzenia minimalne, które są realnymi dla 15 proc. lekarzy, a z drugiej strony mamy system rynkowy, w którym to rynek wylicza realną stawkę lekarza – powiedział Łukasz Jankowski.

W jego ocenie praca lekarzy nie jest optymalnie wykorzystywana,

► Prezes Łukasz Jankowski przekonywał, że każda godzina pracy lekarza w połowie jest przeznaczona na biurokrację

mimo że samorząd lekarski od dawna apeluje o zmiany, a propozycje poprawy sytuacji są zgłaszane z wielu stron. – Z naszych danych wynika, że każda godzina pracy lekarza w połowie jest przeznaczona na biurokrację. Gdybyśmy odciążyli lekarzy, mielibyśmy dwa razy więcej czasu dla pacjentów niż obecnie – podkreślił prezes NRL.

KODEKS KARNY: WYSTARCZY JEDNA ZMIANA

O niewyciąganie pochopnych wniosków z kwot, które w debacie publicznej są prezentowane jako wynagrodzenia lekarzy, zaapelował wiceprezes NRL Klaudiusz Komor. Nie zawsze dotyczą one umów o pracę, a nawet jeśli tak się dzieje, podawane stawki często wykraczają poza wymiar jednego etatu. Do rzadkości nie należy też publikowanie wysokości wynagrodzenia lekarzy wraz z dyżurami, czyli dodatkowym czasem pracy.

– Spójrzmy na umowy kontraktowe: tutaj nie można mówić, że lekarz tyle zarabia. On wystawia taki rachunek jako firma. Czasami okazuje się, że to firma posiadająca endoskopy w leasingu, a lekarz z tymi endoskopami jeździ po różnych szpitalach i tam wykonuje usługi. W rachunku, który później wystawia, jest zawarty m.in. cały leasing, pomoc pielęgniarska czy koszty dezynfekcji, a dochód lekarza jest wielokrotnie niższy – powiedział wiceszef samorządu lekarskiego. I dodał, że NRL od dawna apeluje, by lekarz specjalista zatrudniony w ramach umowy o pracę zarabiał nie mniej niż trzy średnie krajowe.

Klaudiusz Komor mówił także o wpływie regulacji na efektywność funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Szczególny nacisk położył na system *no fault*, przekonując, że może on dobrze służyć zarówno lekarzom, jak i pacjentom. – Nasza propozycja polega na jednej zmianie w Kodeksie karnym, która spowoduje poprawę dostępu do systemu ochrony zdrowia. W tej chwili od pracy w szpitalach publicznych odstrasza organizacja i bezpieczeństwo pracy, a za niezawiniony błąd lekarski może grozić kara więzienia – podkreślił.

NO FAULT W TEJ KADENCJI?

Wiceminister Wojciech Konieczny, odnosząc się do wystąpienia wiceprezesa NRL



foto: Mariusz Tomczak

Klaudiusza Komora, powiedział, że jeszcze w tej kadencji system *no fault* może wejść w życie. Podkreślił, że w kierownictwie resortu zdrowia panuje co do tego zgoda, ale obecnie piłka znajduje się po stronie Ministerstwa Sprawiedliwości. Wojciech Konieczny zgodził się również z wypowiedzią wiceszefa NRL, że lekarz leczący pacjenta nie może być traktowany jak pospolity przestępca.

Inną ważną deklarację złożył wiceminister resortu nauki i szkolnictwa wyższego Marek Gzik, zapowiadając zlikwidowanie kształcenia na kierunku lekarskim w kilku lokalizacjach. – Negatywna ocena Polskiej Komisji Akredytacyjnej nowo otwieranych kierunków lekarskich była słuszna, przez co mierzymy się teraz z sytuacją, w której nowe kierunki wystartowały na uczelniach nieprzygotowanych i niegwarantujących elementarnego standardu kształcenia – powiedział minister Marek Gzik. W tej sprawie resort rozmawia m.in. z rektorami uczelni medycznych, aby zostało to przeprowadzone z jak najmniejszą szkodą dla studentów. – To nasza wspólna odpowiedzialność. Jestem głęboko przekonany, że znajdziemy rozwiązanie – dodał.

SPRAWCZOŚĆ I KOMUNIKACJA

W X edycji Kongresu Wyzwań Zdrowotnych, który w dniach 13-14 marca odbył się w Międzynarodowym Centrum Kongresowym w Katowicach, wzięło udział ponad

4,6 tys. uczestników, w tym ok. 3 tys. stacjonarnie. Na zakończenie pierwszego dnia, podczas wieczornej gali, rozstrzygnięto plebiscyt Kobieta Rynku Zdrowia 2025. Wyróżniono w nim kierownik Działu Mediów i Komunikacji NIL Marię Kłosińską i zastępcę rzecznika prasowego NIL Iwonę Kanię.

– Chcemy więcej sprawczości, by lepiej zorganizować rzeczywistość, by uczynić społeczność bardziej solidarną, by nasza osobista i zawodowa codzienność stała się lepszą, zdrowszą, piękniejszą. Przekształcamy marzenia w rzeczywistość: w świadczenia, stowarzyszenia, edukację, fundacje. To dzięki nim możemy wywierać realny wpływ, wskazywać decydentom dobre rozwiązania, domagać się zmian – powiedziała Maria Kłosińska.

– Praca w public relations w ochronie zdrowia to coś więcej niż komunikacja. To codzienne zadanie, by budować świadomość, zaufanie i wspólnie działać na rzecz zdrowia publicznego. To wyróżnienie jest dla mnie motywacją, by pracować jeszcze skuteczniej w oparciu o nowoczesne środki przekazu – powiedziała Iwona Kania, dodając, że znalezienie się w gronie zasłużonych dla ochrony zdrowia kobiet jest wielkim zaszczycem. ●

Więcej na ten temat piszemy na portalu internetowym „Gazety Lekarskiej”.

PRAWO I MEDYCyna

Nawet profesor nie może stać ponad prawem

Lekarzom nie wolno w oparciu o autorytet wykonywanego zawodu wygłaszać publicznie swoich prywatnych poglądów, które pozostają niezgodne z aktualną wiedzą medyczną.

Okręgowy sąd lekarski (OSL) uznał lekarza X, emerytowanego profesora katedry teoretycznej uniwersytetu medycznego, za winnego publicznego głoszenia poglądów niezgodnych z podstawową wiedzą medyczną. Zawiesił mu prawo wykonywania zawodu na rok. Orzekł również karę pieniężną w wysokości ok. 30 tys. zł.

Lekarz w czasie audycji transmitowanej na żywo w mediach społecznościowych na zaproszenie osoby niebędącej lekarzem, a znanym krytykiem oficjalnej medycyny, karany sędownie z tego powodu, potwierdzał skuteczność leczenia ciężkich wirusowych zapaleń płuc, zakażeń krwi i udarów mózgu dożylnymi wlewami witaminy C, roztworu perhydrolu i DMSO.

Naczelny Sąd Lekarski (NSL), do którego odwołał się obwiniony lekarz, utrzymał w mocy orzeczenie OSL.

Obwiniony lekarz nie stawiał się na rozprawę w OSL, wysyłając obraźliwe pismo, w którym między innymi podawał w wątpliwość prawo do sądenia jego, profesora, przez zwykłych lekarzy. Następnie złożył wniosek o skreślenie go z listy lekarzy ze względu na starczy wiek i choroby. Wniosek taki nie może być zrealizowany, jeśli przeciwko lekarzowi toczy się postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Zrzeczenie się prawa wykonywania zawodu w żadnym razie nie może stanowić podstawy do unikania odpowiedzialności zawodowej.

Kolejnym krokiem profesora było transmitowane w mediach społeczno-

ściowych spalenie przez niego prawa wykonywania zawodu.

Okręgowa izba lekarska zawiesiła mu prawo wykonywania zawodu do czasu potwierdzenia przez powołaną komisję jego przydatności jako lekarza do wykonywania zawodu.

Obwiniony lekarz świadomie i publicznie zachwalał w leczeniu ciężkich chorób substancje, które nie mają rejestracji jako produkty lecznicze, ani nie mają udowodnionego działania leczniczego. Co więcej, twierdził, że w przypadku



JACEK MIARKA
PRZEWODNICZĄCY
NACZELNEGO SĄDU LEKARSKIEGO

pacjenta nieuleczalnie chorego lekarz powinien stosować metody niesprawdzone, nawet te potencjalnie szkodliwe!

Swoim milczeniem uwiarygadniał też stwierdzenia rozmówcy, że to obowiązujące lekarzy w szpitalach procedury są przyczyną śmierci pacjentów.

Należy podkreślić, że lekarzom nie wolno w oparciu o autorytet wykonywanego zawodu wygłaszać publicznie swoich prywatnych poglądów, które pozostają niezgodne z aktualną wiedzą medyczną. Wykonywanie zawodu lekarza wiąże się z daleko idącą odpowiedzialnością, która obejmuje także publicznie wypowiedzi.

Przekazywanie społeczeństwu nierzetelnych i nieopartych na aktualnej wiedzy medycznej informacji o możliwych metodach leczenia jest całkowicie niezgodne z Kodeksem Etyki Lekarskiej.

W swoim odwołaniu do NSL obwiniony wnioskował o umorzenie jego sprawy, w zamian za co zobowiązuje się „przebrać płuc na środowisko lekarskie”. Taka bezrefleksyjna postawa utwierdziła tylko NSL w konieczności utrzymania tej dość surowej kary.

W MYŚL PRZEPISÓW

- Art. 1 ust. 3 Kodeksu Etyki Lekarskiej
Naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu.
- Art. 6 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i RPP
Pacjent ma prawo do świadczonych zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

PODATKI I ROZLICZENIA

Błędy w PIT. Jak nie narazić się skarbowce

Podatnicy mają czas do 30 kwietnia, by złożyć zeznanie podatkowe za 2024 r. Ministerstwo Finansów ułatwiło to zadanie osobom nieprowadzącym działalności gospodarczej. System Twój e-PIT automatycznie zaakceptuje większość rozliczeń, nawet gdy podatnik nic nie zrobi. Niektórzy powinni jednak wprowadzić zmiany w formularzu.

Jest wiele niuansów, które trzeba wziąć pod uwagę, rozliczając się z fiskusem. To, że w systemie Twój e-PIT jest już gotowe zeznanie roczne, nie oznacza, że wszystko można w nim zaakceptować. Jednym z najczęstszych przyzwyczajęń jest przyjmowanie, iż PIT przygotowany przez e-urząd jest poprawny i nie wymaga zmiany. Tymczasem PIT ten ułatwia rozliczenia i może być ostatecznym rozliczeniem, gdy nie ma się innych dochodów. Nie oznacza to jednak, że nie można go zweryfikować i poprawić. Nawet gdy ktoś pracował tylko w jednym miejscu przez cały rok, trzeba sprawdzić, czy nie zmieniło się prawo do ulg, czy nadal przysługuje prawo do wspólnego rozliczenia z małżonkiem lub jako samotny rodzic, czy dzieci nie przekraczają dozwolonego poziomu zarobków do uzyskania ulgi. Po sprawdzeniu może się nagle okazać,

ANNA MISIAK
PARTNER I DORADCA
PODATKOWY W MDDP



że ulga na dzieci lub wspólne rozliczenie z dzieckiem nie przysługuje. Jest to szczególnie istotne, gdy ktoś prowadził działalność gospodarczą opodatkowaną podatkiem liniowym lub ryczałtem i miał dochody z pracy na etacie. Tych źródeł przychodów nie można łączyć bez uszczerbku dla prawa do skorzystania ze wspólnego rozliczenia z małżonkiem lub jako samotny rodzic.

Co więcej, Twój e-PIT może nie mieć żadnych informacji o IKZE, zatem to kolejny temat do weryfikacji. Podobnie jeśli chodzi o darowizny poczynione w poprzednim roku podatkowym oraz o 1,5 proc. podatku już zapłaconego na rzecz wybranej organizacji pożytku publicznego. Ważne będzie również zweryfikowanie adresu zamieszkania. Środki z podatków idą do gminy miejsca zamieszkania, z wyjątkiem podatków z ryczałtu ewidencjonowanego. Trzeba zatem sprawdzić, czy środki z naszego miejsca zamieszkania idą tam, gdzie mieszkamy, i co gmina może z nich realizować.

Co do adresu zamieszkania, wiele osób mogło go zmienić w trakcie roku i nie uczyniło żadnego zawiadomienia do urzędu skarbowego. Jeśli taka zmiana nastąpiła do końca 2024 r., warto zweryfikować adres w Twój e-PIT i wskazać właściwy adres zamieszkania. Może być to szczególnie istotne dla osób wyprowadzających się za granicę. Jeśli ktoś zmienił kraj zamieszkania w związku z zagranicznym kontraktem, najpewniej jest rezydentem podatkowym w innym kraju cały rok lub część roku w Polsce i trzeba ocenić, gdzie zapłacić finalne podatki za 2024 r. ●

ULGI I LIMITY

Do najpopularniejszych preferencji należy ulga na dzieci (rodzina), która przysługuje na trzy grupy dzieci: małoletnie, pełnoletnie otrzymujące zasiłek (dodatek) pielęgnacyjny lub rentę socjalną oraz uczące się do ukończenia 25. roku życia. Ulga daje duże korzyści, ponieważ odlicza się ją od podatku. Wynosi: 1112,04 zł na pierwsze i drugie dziecko, 2000,04 zł na trzecie, 2700 zł na czwarte i każde kolejne dziecko. Co więcej, można ją łączyć z innymi preferencjami: rozliczeniem wspólnie z małżonkiem, ulgą dla dużych rodzin 4+ lub rozliczeniem samotnych rodziców.

Łatwo jednak o pomyłkę, ponieważ ulga przewiduje kilka różnych limitów obowiązujących w określonych sytuacjach, w tym limit dochodów rodziców wychowujących jedno dziecko oraz limit dochodów dorosłego dziecka. Rodzice jedynaka nie mogą zarobić więcej niż 112 tys. zł. Co ważne, dla rodzin wychowujących więcej niż jedno dziecko nie wprowadzono żadnego limitu. Z kolei dorosłe uczące się dziecko nie mogło zarobić w 2024 r. więcej niż 21 371,52 zł, bo inaczej rodzic nie może skorzystać z ulgi. Ten limit obowiązuje nawet w przypadku studentów, którym przysługuje zwolnienie z podatku dla osób do 26. roku życia do limitu przychodów 85 528 zł.

Na limit zarobków dziecka muszą szczególnie uważać rodzice dwojga dzieci (jeśli jedno dziecko przekroczy limit 21 371,52 zł, drugie będzie uważane na potrzeby ulgi za jedynaka) i rodziny 4+ (jeśli jedno z czworga dzieci przekroczy limit, nie będą już mieli prawa do ulgi dla dużych rodzin).

PODATKI I FINANSE

Trudniej uniknąć daniny od najmu

ANNA WOJDA

Małżonkowie lekarze wynajmujący wspólną nieruchomość zapłacą 12,5 proc. podatku dopiero po przekroczeniu progu 200 tys. zł. Do tego czasu właściwa będzie stawka 8,5 proc. Nie wszyscy pamiętają, że fiskus od niedawna wie też coraz więcej o najmie.

Jedyną formą opodatkowania przychodów z najmu prywatnego (czyli poza działalnością gospodarczą) za 2024 r. jest ryczałt od przychodów ewidencjonowanych ze stawkami 8,5 i 12,5 proc. (po przekroczeniu progu 100 tys. zł przychodu). Czas na rozliczenia podatnicy mają do 30 kwietnia 2024 r.

Fiskus udostępnia wstępnie przygotowany PIT-28 w usłudze Twój e-PIT. Jest on uzupełniony o kwoty ryczałtu, które właściciel nieruchomości wpłacił w ciągu roku do urzędu skarbowego. Ten, kto chce skorzystać z usługi Twój e-PIT, powinien wcześniej przejrzeć zeznanie, uzupełnić i zaakceptować (PIT-28 nie zostanie zaakceptowany automatycznie).

KORZYSTNIE DLA MAŁŻONKÓW

Warto jednak pamiętać, że małżonkowie stosują od tego roku wyższą stawkę ryczałtu, 12,5 proc. przychodów z najmu, dopiero po przekroczeniu limitu 200 tys. zł i to bez względu na to, czy będą rozliczać te przychody odrębnie, czy zdecydują o opodatkowaniu ich w całości przez jednego z nich. Dzięki temu zapłacą niższy ryczałt. Co więcej, jak podkreśla Ministerstwo Finansów, limit 200 tys. zł ma zastosowanie do małżonków, między którymi istnieje wspólność majątkowa.

Oczywiście, by móc skorzystać z tego korzystnego rozliczenia, trzeba mieć odpowiednio wysokie przychody, przekraczające ok. 8,3 tys. zł miesięcznie.

Wprowadzona zmiana stawia osoby będące w związku małżeńskim w tej samej sytuacji, co osoby stanu wolnego. Likwiduje dotychczasowe zarzuty

o nierówne traktowanie. Osobom niebędącym w związku małżeńskim przysługiwały bowiem dwa limity – po 100 tys. zł, a małżonkowie mieli dotychczas jeden limit – łącznie 100 tys. zł.

Przychodem z najmu jest, co do zasady, umówiony czynsz, który najemca płaci z tytułu najmu. Nie są przychodem opłaty ponoszone przez najemcę, takie jak np. czynsz uiszczony w spółdzielni lub wspólnocie

nie zmieniła się zasada, że jeśli małżonkowie wynajmują wspólne mieszkanie, rozliczeniem może się zająć jeden z nich

mieszkańcowej, opłaty za wodę, energię elektryczną oraz gaz, jeśli z umowy wynika, że to najemca jest zobowiązany do ich ponoszenia.

RAPORTOWANIE

Właściciele wynajmujący nieruchomości przez internet muszą też mieć świadomość, że od lipca 2024 r. obowiązują nowe przepisy dotyczące raportowania handlu oraz najmu przez internet. Nie zmieniają one sposobu opodatkowania ani nie wprowadzają dodatkowych kontroli. Jednak dzięki nim skarbowka szybciej zyska dane, kto nie płaci podatku od najmu. Pozna dane o rynku najmu nieruchomości

URZĘDNICY ROZWIEWAJĄ WĄTPLIWOŚCI

Gdy lekarz wynajmuje zarówno mieszkanie będące jego odrębną własnością, jak też należące do majątku wspólnego, do rozliczenia najmu nieruchomości wspólnej z małżonką stosuje limit 200 tys. zł. Z kolei do rozliczenia własnej nieruchomości stosuje limit 100 tys. zł, ale przy obliczaniu progu 100 tys. zł uwzględnia też przychody z najmu wspólnej nieruchomości. Potwierdził to dyrektor Krajowej Informacji Skarbowej 26 lutego 2024 r. (nr interpretacji 0112-KDIL2-2.4011.911.2023.2.AA).

zarówno krótkoterminowym, jak i długoterminowym. Platformy takie jak Airbnb, Booking.com czy YourRentals przekażą dane osób, które za ich pośrednictwem udostępniają m.in. mieszkania na doby. Przepisy przewidują wyłączenie tylko dla podmiotów działających na większą skalę jak hotele, które mają powyżej 2 tys. transakcji rocznie.

31 stycznia upłynął termin, w którym operatorzy platform internetowych przekazali skarbowce pierwsze raporty na temat m.in. wynajmujących. Objęły one dane za 2023 i 2024 r.

PODATKI I FINANSE

Fiskus przychylny dla ryczałtu

ANNA WOJDA

Urzędnicy zgadzają się, by lekarz przedsiębiorca rozliczył ryczałtem według stawki 14 proc. usługi na rzecz szpitala, w którym pracował wcześniej jako rezydent. Lepiej jednak nie polegać na cudzej interpretacji i wystąpić o własną.

W rozliczeniu 14-proc. stawką ryczałtu nie przeszkadza „częściowa zbieżność” usług z zadaniami, które wykonywał lekarz wcześniej na etacie. Nie jest ona równoznaczna z tożsamością, więc nie wyklucza prawa do preferencji – wyjaśnił dyrektor Krajowej Informacji Skarbowej w interpretacji z 5 lutego 2025 r. (nr 0112-KDIL2-2.4011.881.2024.1.WS), dotyczącej lekarza w trakcie specjalizacji z radiologii i diagnostyki obrazowej.

Z opisu zawartego we wniosku o interpretację wynikało, że lekarz jako rezydent zatrudniony na umowę o pracę wykonuje wszelkie czynności zgodnie z programem specjalizacji wyłącznie pod ścisłym nadzorem kierownika specjalizacji w celu nabycia wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych. W marcu zakończy specjalizację i chciałby od tej pory świadczyć usługi dla dotychczasowego pracodawcy jako lekarz specjalista. Jego nowe zadania będą się różnić od dotychczasowych m.in. tym, że samodzielnie będzie interpretował i opisywał badania, bez nadzoru kierownika, i ponosił za nie pełną odpowiedzialność. Lekarz zapytał, czy może rozliczać się ryczałtem od przychodów ewidencjonowanych według stawki 14 proc.

Dyrektor KIS potwierdził, że może on w 2025 r. w ramach prowadzenia działalności gospodarczej wybrać opodatkowanie w formie ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych mimo świadczenia usług na rzecz byłego pracodawcy, ponieważ wykonywane przez niego usługi nie będą w pełni tożsame czynnościami, które wykonywał w ramach stosunku pracy.

Zawarty w art. 8 ust. 2 ustawy o zryczałtowanym podatku dochodowym zwrot normatywny „odpowiadających czynnościom” odnosi się do przychodów ze świadczenia usług na rzecz byłego lub

PRZYKŁADY KORZYSTNYCH ODPOWIEDZI

• Interpretacja z 6 marca 2024 r. (nr 0113-KDIPT2-1.4011.10.2024.2.RK)

Lekarz zatrudniony w klinice na podstawie umowy o pracę na stanowisku młodszy asystent – rezydent (lekarz bez specjalizacji), po otrzymaniu tytułu specjalisty w dziedzinie neurologii będzie świadczył dla kliniki usługi jako lekarz specjalista. Chciał uzyskać potwierdzenie, że może rozliczać przychody ryczałtem według stawki 14 proc. Twierdził, że zakres obowiązków jest częściowo zbieżny, ale wzbogacony o dodatkowe czynności związane z tytułem specjalisty. Wcześniej do jego obowiązków należało m.in. opieka na chorymi, prowadzenie dokumentacji medycznej, codzienne uzupełnianie i staranne prowadzenie historii choroby, pełnienie dyżurów lekarskich pod nadzorem lekarza specjalisty. Jako starszy asystent będzie zajmował się szkoleniem i nadzorowaniem pracy młodszych lekarzy, opieką na chorymi, prowadzeniem dokumentacji medycznej, pełnieniem dyżurów lekarskich. Fiskus potwierdził jego stanowisko.

• Interpretacja z 19 stycznia 2024 r. (0112-KDIL2-2.4011.825.2023.2.AA)

Lekarka planowała zawarcie umowy o współpracy z tym samym podmiotem, z którym uprzednio miała zawartą umowę o pracę jako lekarz rezydent. Różnica będzie taka, że będzie wykonywała swoje obowiązki samodzielnie i nowa umowa nie będzie miała już charakteru szkoleniowego. Zmienione będą czynności oraz zakres odpowiedzialności między umową o pracę a umową o świadczenie usług w ramach jednoosobowej działalności gospodarczej. Dyrektor KIS potwierdził, że będzie mogła wybrać ryczałt jako formę opodatkowania w jednoosobowej działalności gospodarczej po wygaśnięciu umowy o pracę.

obecnego pracodawcy tożsamych z czynnościami, które podatnik wykonywał (wykonuje) w ramach stosunku pracy. Zatem wyłącznie częściowa zbieżność wykonywanych czynności nie stanowi przesłanki wyłączającej możliwość opodatkowania w formie ryczałtu (częściowa zbieżność nie jest równoznaczna z tożsamością) – stwierdził dyrektor KIS.

Patrząc na inne interpretacje podatkowe, widać że organy podatkowe już od dłuższego czasu korzystnie

dla podatników interpretują pojęcie usług „odpowiadających czynnościom” wykonywanym na etacie. Potwierdzają, że praca lekarza specjalisty nie jest tożsama z pracą lekarza rezydenta, dzięki czemu młodzi lekarze mogą rozliczać się ryczałtem na preferencyjnych zasadach. Korzyścią jest niska stawka 14-proc. oraz zryczałtowana kwotowa stawka na ubezpieczenie zdrowotne. Pamiętajmy jednak, że pozytywna interpretacja chroni tylko tego podatnika, który ją otrzymał. ●

PODATKI I FINANSE

Trzy portfele niedoszłego chirurga

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Amerykański noblista Paul Samuelson uważał, że inwestowanie powinno być „nudne jak oglądanie schnącej farby albo rosnącej trawy”, a jeśli ktoś szuka ekscytacji, powinien pojechać do Las Vegas, czyli do stolicy hazardu.

Inwestowanie oszczędności na rynku finansowym nie jest magicznym sposobem na szybkie wzbogacenie się. Oczywiście, są osoby, którym się to udało, ale dla większości społeczeństwa jest to nieosiągalne. Dzięki inwestowaniu można jednak skutecznie pomnażać kapitał w długim terminie w tempie pozwalającym pokonać inflację.

NIESPEŁNIONE MARZENIE

Słowa Samuelsona są zbieżne z tym, co myśli Marcin Iwuć, autor 800-stronicowej książki „Finansowa forteca”. Sam je zresztą zacytował. Czytelników „Gazety Lekarskiej” z pewnością zainteresuje fakt, że to ich niedoszły kolega, który zrezygnował ze studiów w ówczesnej Akademii Medycznej we Wrocławiu. Przyczyny zdrowotne uniemożliwiły mu bowiem karierę chirurga, a jak sam mówi, nie chciał być „lekarzem za biurkiem”. Po ukończeniu ekonomii pracował w branży finansowej. Ponad dekadę temu odszedł z korporacji i zajął się popularyzowaniem wiedzy na temat finansów.

KOSZARY NIE DLA KAŻDEGO

W swojej książce Iwuć omawia trzy portfele stworzone dla swojej rodziny, które określił jako finansowa forteca:

- **cytadela** to oszczędności zabezpieczające przed dużymi, nieprzewidywanymi wydatkami lub utratą dochodów spowodowaną zwolnieniem z pracy czy ciężką chorobą. To poduszka bezpieczeństwa umożliwiająca utrzymanie dotychczasowego poziomu życia przez co najmniej sześć miesięcy;
- **mur obronny** zabezpiecza cele długoterminowe, czyli te związane z emeryturą.



◀ Marcin Iwuć, *Finansowa forteca: jak inwestować skutecznie i mieć święty spokój*, Warszawa 2020, 800 s.

W jego przypadku jest to zdywersyfikowany portfel, składający się z nieruchomości na wynajem, aktywów finansowych (obligacji indeksowanych inflacją i ETF-ów akcyjnych) i złota. W długim terminie ma generować ok. 3 proc. ponad inflację, pozwalając na niemal automatyczne inwestowanie i spokojny sen;

- **koszary wojskowe**, w których próbuje wykorzystać okazje inwestycyjne dające szansę na osiągnięcie wysokich zysków w zamian za podjęcie wysokiego ryzyka. Ta opcja jest przeznaczona dla osób chcących poświęcać więcej czasu na inwestowanie, ale z uwagi na możliwość popełnienia kosztownych błędów środki powinny być oddzielone od reszty majątku.

EMOCJE NA BOK

Niech nikogo nie zrazi militarny język, ponieważ w „Finansowej fortecy” autor w przystępny sposób przekazuje podstawową wiedzę ze świata finansów i główne zasady mające pomóc w opracowaniu własnej strategii inwestycyjnej, czyli planu, który da się rozpisnąć na jednej kartce. To książka dla każdego, kto chciałby inwestować, ale nie za

bardzo wie, od czego zacząć, nie chce poświęcać na to dużo czasu, a w dodatku obawia się utraty pieniędzy. Nieprzypadkowo jej podtytuł brzmi: „Jak inwestować skutecznie i mieć święty spokój”.

CO MA KORONAWIRUS DO DONALDA TRUMPA

Prace nad „Finansową fortecą” zakończyły się w marcu 2020 r., tydzień po potwierdzeniu pierwszego przypadku koronawirusa SARS-CoV-2 w Polsce. W tamtym okresie na giełdach na całym świecie wystąpiły gwałtowne spadki. „To właśnie w czasach, w których rynki finansowe pogrążają się w panice, widać, jak bardzo aktualne jest podejście do inwestowania zaprezentowane przeze mnie w tej książce” – napisał Iwuć.

Piszę te słowa pięć lat później, w marcu 2025 r., kiedy zmienność, czyli zakres wahań cen papierów wartościowych, jest spora, choć ma ona odmienny przebieg i inne przyczyny niż podczas pandemii. Wtedy giełdy poruszały się w rytm nakazów i zakazów podejmowanych przez polityków w stanie zagrożenia epidemicznego, a obecnie gwałtownie reagują m.in. na zaskakujące zapowiedzi i decyzje prezydenta Stanów Zjednoczonych Donalda Trumpa.

Iwuć chciał napisać książkę tak, by była aktualna bez względu na sytuację rynkową. I to się mu udało. Wciąż znajduje się w sprzedaży. Do tej pory kupiło ją ponad 130 tys. osób.

PRAKTYKA LEKARSKA

Rehabilitacja po prostu się opłaca

Dziedzina ta wymaga gruntownych zmian w organizacji i finansowaniu. Czas zrozumieć, że zwiększa samodzielność pacjenta, przyspiesza powrót do pracy i do pełnienia ról społecznych – mówi **dr n. med. Rafał Sapuła**, prezes Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji, w rozmowie z Lucyną Krysiak.

Jaka jest obecnie kondycja rehabilitacji leczniczej w Polsce?

Tę kondycję możemy podzielić na dwie sfery: merytoryczną – i ta jest bardzo dobra, oraz organizacyjno-finansową – i ta jest fatalna. Myślę, że o wysokim poziomie polskiej rehabilitacji najlepiej świadczą długie kolejki oczekujących na rehabilitację. Pojawia się coraz więcej badań naukowych potwierdzających skuteczność rehabilitacji. Niestety, nigdy nie byliśmy przez decydentów doceniani, rozpieszczani finansowo ani wspierani organizacyjnie. Myślę, że zmiany demograficzne, starzejące się społeczeństwo oraz związany z tym narastający problem niepełnosprawności, zmienia to nastawienie. Czas zrozumieć, że rehabilitacja po prostu się opłaca. Zwiększa samodzielność pacjenta, przyspiesza powrót do pracy, do pełnienia ról społecznych. Dzięki zmianom organizacyjno-finansowym może też być łatwiej dostępna, relatywnie tańsza i co istotne – jeśli jest realizowana zgodnie ze sztuką medyczną – nieobciążona działaniami niepożądanymi.

Czy ta trudna sytuacja to wynik braku odpowiednich uregulowań prawnych, czy zaprzestanych zaniezań wynikających z niedoinwestowania tej specjalności medycznej?

Dramatycznie niskie finansowanie rehabilitacji medycznej, szczególnie oddziałów stacjonarnych, dziennych oraz poradni rehabilitacyjnych, powoduje poważne ograniczenia. Redukcja łóżek rehabilitacyjnych, zamykanie oddziałów rehabilitacji z uwagi na nierentowność sprawia, że lekarze



foto: archiwum prywatne

◀ Największym paradoksem jest fakt, że wizyta domowa lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej jest niższe wyceniona przez NFZ niż wizyta domowa fizjoterapeuty – mówi **dr n. med. Rafał Sapuła**

rehabilitacji medycznej zaczęli mieć obawy, że dziedzina ta jest wyrzucana na margines systemu opieki zdrowotnej. Decydenci wciąż nie dostrzegają roli rehabilitacji w całościowym systemie ochrony zdrowia.

Konsekwencją jest dramatyczny spadek zainteresowania wśród lekarzy specjalizowaniem się w tej dziedzinie, na co dobitnie wskazuje raport „Pracownicy sektora rehabilitacji w Polsce 2022-2023” opublikowany przez WHO. Polskie Towarzystwo Rehabilitacji oczekuje utrzymania roli lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej w zespole rehabilitacyjnym. Liczy też na pełne wykorzystanie jego kompetencji w procesie

diagnostyczno-terapeutycznym. Od wielu lat wnioskujemy o włączenie nas i naszych poradni rehabilitacyjnych do systemu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz ponowne uznanie specjalizacji z rehabilitacji medycznej jako specjalizacji priorytetowej.

Co potrafią i w czym mogą pomóc specjaliści rehabilitacji?

Chcę podkreślić, iż lekarz specjalista posiada unikalne kompetencje i powinny być one optymalnie wykorzystywane w procesie leczenia. W odróżnieniu od specjalności lekarskich zorientowanych na konkretne choroby, specjalizacja z rehabilitacji medycznej ma charakter

przekrojowy, łączy wielospecjalistyczną i wieloaspektową wiedzę w celu pełnego zorientowania na konkretnego pacjenta i jego funkcjonowanie. To szczególnie ważne u chorych, u których występują: wielochorobowość, niepełnosprawność złożona, znaczne dysfunkcje powodujące pogorszenie aktywności i uczestniczenia, choroby przebiegające z nawrotami i zaostrzeniem, gdy leczenie choroby podstawowej i jej powikłań niesie ryzyko działań ubocznych wpływających na funkcjonowanie lub wymagających monitorowania.

Specjalista rehabilitacji medycznej ma pełne kompetencje do przeprowadzenia kompleksowej diagnostyki klinicznej, przepisywania leków, wystawiania zwolnień lekarskich, zaopatrzenia ortopedycznego, kierowania na wszystkie formy terapii wymagane w procesie kompleksowej rehabilitacji, tj. fizjoterapię, terapię psychologiczną, logopedyczną, zajęciową, oraz kierowania do dalszego leczenia. Posiadamy kompetencje do inwazyjnego leczenia spastyczności, iniekcji dostawowych i okołostawowych, leczenia bólu czy osteoporozy. Niestety, z powodu braku uregulowań prawnych nie są one w pełni wykorzystywane.

Czy chodzi tylko o pieniądze, czy o rozwiązania systemowe, których brakuje?

O jedno i drugie. Rzeczywiście, rehabilitacja wymaga gruntownych zmian w organizacji i finansowaniu. Wycena jednego dnia pobytu w oddziale rehabilitacji stacjonarnej waha się od 200 do 600 zł w zależności od stanu klinicznego pacjenta. Tylko tzw. koszty hotelowe w oddziale szpitalnym to ponad 400 zł, a musimy pacjentowi zapewnić jeszcze profesjonalną obsługę kadry medycznej: lekarzy, fizjoterapeutów, pielęgniarek, psychologów, logopedów, terapeutów zajęciowych, ordynować leki, przeprowadzać niezbędne badania diagnostyczne. Większość oddziałów, szczególnie tych leczących pacjentów obciążonych wielochorobowością, tonie w długach.

Lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej są także najgorzej opłacaną grupą wśród specjalizacji lekarskich. Większość z nas może

liczyć jedynie na minimalne wynagrodzenie wynikające z ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. W poradniach rehabilitacyjnych nasze stawki są dwu-, trzykrotnie niższe niż innych lekarzy specjalistów zatrudnionych w AOS.

Lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej są najgorzej opłacaną grupą wśród specjalizacji lekarskich; większość może liczyć jedynie na minimalne wynagrodzenie

Mamy też bardzo ograniczone środki finansowe na diagnostykę, np. RTG, USG, EMG, co pogarsza jakość leczenia i stwarza niebezpieczeństwo popełnienia błędu lekarskiego. A już największym paradoksem jest fakt, iż wizyta domowa lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej jest niżej wyceniona przez NFZ niż wizyta domowa fizjoterapeuty.

Ministerstwo Zdrowia zaproponowało zmiany w rehabilitacji i fizjoterapii. Zostały one jednak ostro skrytykowane przez środowisko medyczne i fizjoterapeutów.

Pierwotny projekt rozporządzenia ministra zdrowia z 22 września 2024 r. zmieniający rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej spotkał się z bojkotem naszego środowiska oraz grup pacjentów. Przede wszystkim powstawał bez konsultacji ekspertów ze środowiskiem lekarzy, fizjoterapeutów i innych członków zespołu rehabilitacyjnego. Zawarte w nim zapisy zagrażały bezpieczeństwu zdrowotnemu pacjentów, zmieniały system rehabilitacji na gorsze oraz pogłębiały stopniową destrukcję rehabilitacji i fizjoterapii w Polsce. Autorzy projektu rozporządzenia nie dokonali symulacji zmian w dostępności do świadczeń. Być może założono

poprawę dostępności, ale po wykluczeniu dużych grup pacjentów z chorobami przewlekłymi oraz dzieci. Dlatego przy wsparciu Naczelnej Izby Lekarskiej z jej prezesem Łukaszem Jankowskim podjęliśmy działania mające na celu wstrzymanie prac legislacyjnych nad tym projektem oraz rozpoczęcie konsultacji z naszymi środowiskami, ekspertami i praktykami klinicznymi, aby wypracować nowoczesny model organizacji rehabilitacji, odpowiadający aktualnym problemom demograficznym i zdrowotnym Polaków. Na jesieni ubiegłego roku odbyły się dwa duże spotkania eksperckie okrągłego stołu w Naczelnej Izbie Lekarskiej oraz w Ministerstwie Zdrowia, co pozwoliło na stworzenie grup eksperckich, które aktualnie pracują nad kształtem nowego rozporządzenia.

Istnieje obawa, że jeśli nowelizacja rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej zostanie wprowadzona w formie proponowanej przez Ministerstwo Zdrowia, dojdzie do wykluczenia z rehabilitacji wielu chorych.

Trwające w zespołach eksperckich prace nad projektem tego rozporządzenia dają na szczęście szansę na to, że każdy potrzebujący pacjent otrzyma profesjonalną opiekę rehabilitacyjną. Mamy także zapewnienie, że będą prowadzone równoległe prace w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nad zmianą wyceny świadczeń. W tym miejscu pragnę podziękować Ministerstwu Zdrowia za zaufanie, jakim nas obdarzono, umożliwiając aktywne włączenie się całego środowiska związanego z rehabilitacją i fizjoterapią w tworzenie tego aktu legislacyjnego.

Jakie są oczekiwania środowiska lekarzy rehabilitantów związane z tym rozporządzeniem?

Będziemy zabiegać o wprowadzenie standardów w rehabilitacji leczniczej jako obowiązujących w realizacji świadczeń zdrowotnych

w zakresie rehabilitacji leczniczej w ochronie zdrowia. Spowoduje to wzrost dostępności do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej, skrócenie czasu oczekiwania na te świadczenia, poprawę ich jakości i efektywności terapeutycznej, co wpłynie na racjonalizację wydatkowania środków publicznych przeznaczonych na rehabilitację.

Zależy nam też na nadaniu priorytetu sprawie wyceny świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji leczniczej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Niezbędna jest także pilna i właściwie przeprowadzona weryfikacja kosztów przeznaczonych na realizację świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. Obecnie wszystkie rodzaje świadczeń gwarantowanych z rehabilitacji leczniczej są niedoszacowane. Nakłady finansowe NFZ są zaniżone w stosunku do realnych potrzeb. Postulujemy wprowadzenie jednorodnych grup pacjentów w rehabilitacji dziennej oraz stacjonarnej pulmonologicznej, co pozwoli na wycenę świadczeń adekwatną do rzeczywistych kosztów.

Chcemy też, aby włączono poradnie rehabilitacyjne (lekarzkiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej) do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Umożliwi to lekarzom specjalistom rehabilitacji medycznej prowadzenie leczenia z pogłębioną diagnostyką pacjenta, np. przeprowadzenie badań radiologicznych (RTG, KT, MRI), laboratoryjnych, USG i innych badań oraz zabiegów z zakresu medycyny regeneracyjnej.

A co ma wnieść wpisanie rehabilitacji medycznej na listę specjalizacji priorytetowych Ministra Zdrowia?

Uznanie rehabilitacji leczniczej za specjalizację priorytetową zachęciłoby młodych lekarzy do specjalizowania się w tej dziedzinie. Od kilku lat obserwuje się w Polsce spadek chętnych do podjęcia tej specjalizacji przez lekarzy w trybie rezydenckim oraz słabnące zainteresowanie tą specjalizacją lekarzy innych specjalności. W każdej sesji rekrutacyjnej pozostają nieobsadzone miejsca. Aktualnie w Polsce aktywnie pracuje około 2200 lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej, a 200 kolejnych jest na etapie kształcenia podyplomowego. Młodych lekarzy do podjęcia decyzji o rozpoczęciu specjalizacji w tej dziedzinie

zniechęca także postrzeganie drugorzędnej roli specjalisty rehabilitacji medycznej i nierówne traktowanie tej specjalności w stosunku do innych specjalności lekarskich. Chodzi m.in. o brak możliwości prowadzenia pogłębionej diagnostyki niezbędnej do weryfikacji diagnozy klinicznej i postawienia diagnozy funkcjonalnej.

W latach 50. ubiegłego wieku powstała polska szkoła rehabilitacji medycznej prof. Degi, która miała szczytne idee i cele. Co z nich zostało?

Polska szkoła rehabilitacji stworzona przez profesora Wiktora Degę zakłada, że rehabilitacja

W Polsce aktywnie pracuje około 2200 lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej, a 200 kolejnych jest na etapie kształcenia podyplomowego

powinna być wczesna, kompleksowa, powszechna i ciągła. Mam nadzieję, że wraz z zespołem ekspertów złożonym z lekarzy i fizjoterapeutów uda się pomóc Ministerstwu Zdrowia stworzyć rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z rehabilitacji leczniczej, które będzie realizować te idee.

Eksperci w dziedzinie rehabilitacji mówią o zintegrowanym podejściu i współpracy wielu specjalistów. Co to oznacza w praktyce?

Rehabilitacja jest dziedziną zespołową. Prawidłowo prowadzona opiera się na współpracy wielu specjalistów, tworząc zespół rehabilitacyjny, w skład którego wchodzi m.in. lekarz specjalista rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuta, pielęgniarka, terapeuta zajęciowy, psycholog, neuropsycholog, logopeda, specjalista zaopatrzenia ortopedycznego, pedagog, pedagog specjalny. Skład tego zespołu powinien być dostosowany do potrzeb pacjenta. Konieczne

jest więc wprowadzenie regulacji prawnych dotyczących innych zawodów medycznych należących do takich zespołów. Sytuację tę mogłoby zmienić opracowanie i wprowadzenie ustawy o rehabilitacji.

A na czym ma polegać zastosowanie robotyki w rehabilitacji?

Współczesna rehabilitacja przeżywa rewolucję dzięki zastosowaniu nowoczesnych technologii, takich jak robotyka i wirtualna rzeczywistość (VR). Te innowacyjne narzędzia nie tylko zwiększają efektywność terapii, ale również zmieniają sposób, w jaki pacjenci postrzegają proces rehabilitacji. Obecnie roboty są wykorzystywane w terapii różnych schorzeń, takich jak udary, urazy kręgosłupa czy choroby neurologiczne. Kluczową zaletą robotów jest możliwość precyzyjnego dostosowania terapii do indywidualnych potrzeb pacjenta. Roboty umożliwiają wielokrotne powtarzanie ćwiczeń w sposób identyczny, co przyspiesza proces nauki. Urządzenia rejestrują dane o ruchach pacjenta, co pozwala terapeutom na dokładną analizę i modyfikację planu leczenia. Technologia często zwiększa zaangażowanie pacjentów, którzy widzą realne postępy dzięki systematycznym ćwiczeniom.

Jakie cele w tej trudnej sytuacji stawia sobie Polskie Towarzystwo Rehabilitacji, aby podnieść tę specjalność medyczną na wyższy poziom i poprawić dostępność do różnych form usprawniania?

Polskie Towarzystwo Rehabilitacji jest towarzystwem naukowym, dbającym o rozwój naukowy i merytoryczny naszych członków. W związku z tym organizujemy cyklicznie sympozja, konferencje, kongresy, prowadzimy szkolenia pogłębiające umiejętności praktyczne, wraz z AWF Warszawa wydajemy czasopismo naukowe „Postępy Rehabilitacji”. Nasi członkowie biorą czynny udział w pracach grup eksperckich na różnych szczeblach administracyjnych. Staramy się być aktywni i widoczni, wierząc, że nasz czas jeszcze nadejdzie. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Wady zgryzu: problem nie tylko estetyczny

LUCYNA KRYSIAK
DZIENNIKARKA

Widok aparatów ortodontycznych na zębach stał się dziś wszechobecny wśród Polek i Polaków i jest powszechnie akceptowany. Niezależnie od tego, w jakim wieku decydują się na korygowanie wad zgryzu, mają szansę na polepszenie funkcji narządu żucia oraz poprawę wyglądu i jakości życia.

Większość wad zgryzu ma podłoże genetyczne i często występuje rodzinnie, ale próchnica lub nawyki, a także urazy zębów i twarzoczaszki odgrywają ważną rolę w ich etiologii.

ZACZYNA SIĘ W DZIECIŃSTWIE

Najczęściej pacjent po raz pierwszy trafia do ortodonty w wieku 7-9 lat, kiedy wyrzynają się stałe siekacze i ich nieprawidłowe ustawienie niepokoi rodziców. W tym okresie najczęściej leczy się stłoczenia w obrębie siekaczy, chociaż najważniejszym wskazaniem do podjęcia wczesnego leczenia ortodontycznego jest obecność zgryzów krzyżowych wynikających ze zwężenia lub niedorozwoju szczęki. Także w tym wieku na zdjęciu pantomograficznym diagnozuje się zaburzenia liczby i pozycji niewyrzniętych zębów stałych.

U większości pacjentów leczenie rozpoczyna się jednak w okresie skoku pokwitaniowego w przypadku leczenia tyłozgryzów lub tyłozuchwia lub po wyrznięciu wszystkich zębów stałych (tj. 12-14 rok życia). U tych pacjentów stosuje się najczęściej aparaty stałe, które idealnie ustawiają zęby w łukach zębowych i umożliwiają uzyskanie prawidłowego zgryzu. Nielezione wady utrwalają się i w życiu dorosłym zaburzają estetykę uśmiechu i twarzy, co może mieć wpływ na obniżoną samoocenę. Mogą też prowadzić do zaburzeń funkcjonalnych, np. zbaczania żuchwy w trakcie zagryzania i związanych z tym dolegliwości ze strony stawu skroniowo-żuchwowego,

nadmiernego ścierania się zębów lub rozwoju próchnicy i chorób przyzębia w przypadkach stłoczeń zębów lub urazu zgryzowego. Aparaty ortodontyczne skutecznie normalizują nieprawidłowy wzrost szczęki lub żuchwy.

Warto też stosować wczesną profilaktykę ortodontyczną w przypadkach występowania dysfunkcji i parafunkcji w obrębie jamy ustnej, np. w przypadku ssania kciuka lub leniwego żucia.

– Niestety, nie zawsze wczesne rozpoczęcie leczenia jest skuteczne, ponieważ w przypadku niektórych wad zgryzu, takich jak przodożuchwie lub zgryz otwarty, niekorzystny wzorzec wzrostu szczęk może spowodować nawrót wady. Także leczenie tyłozuchwia jest najbardziej efektywne w okresie skoku pokwitaniowego za pomocą zdejmowanych aparatów czynnościowych, co należy wziąć pod uwagę w planowaniu leczenia ortodontycznego u dzieci – tłumaczy prof. Ewa Czochrowska z Zakładu Ortodontyki Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i prezes Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego.

DOROŚLI TEŻ NOSZĄ

Leczeniu ortodontycznemu coraz częściej poddają się dorośli i nie chodzi tylko o estetykę, piękny uśmiech, ale także o skorygowanie zaburzeń funkcji układu stomatognatycznego, takich jak nadmierne

ścieranie się zębów, problemy ze stawami skroniowo-żuchwowymi, problemy periodontologiczne lub ułatwienie leczenia protetycznego.

– Leczenie ortodontyczne tradycyjnie prowadzimy u dzieci i młodzieży, ale notowany w ostatnich latach spadek liczby urodzeń może pośrednio zwiększyć „podaż” specjalistów na rynku usług ortodontycznych. Niewątpliwie problemem jest nierównomierne ich rozmieszczenie, ponieważ w dużych miastach mamy dobrą dostępność do ortodontów, natomiast brakuje ich w mniejszych miejscowościach i na wsiach. Lekarze po ukończeniu specjalizacji w ortodontyki najchętniej podejmują pracę w ośrodkach wielkomiejskich, także ze względu na zasobność kieszeni ich mieszkańców – wyjaśnia prof. Ewa Czochrowska.

W Polsce leczenie ortodontyczne aparatami zdejmowanymi jest refundowane przez NFZ do 12-13 roku życia. Leczenie aparatami stałymi nie jest objęte refundacją, poza leczeniem wad wrodzonych twarzoczaszki, które objęte są oddzielnymi kontraktami realizowanymi głównie w wyspecjalizowanych placówkach, takich jak szpitale lub ośrodki akademickie.

POD OKIEM OPIEKUNA

Obecnie jest zarejestrowanych 1300 ortodontów, co sprawia, że pod względem liczby specjalistów

► W leczeniu ortodontycznym dorosłych pacjentów chodzi nie tylko o efekt estetyczny

w tej dziedzinie w stosunku do liczby mieszkańców zaliczamy się do średniej europejskiej. Nie jest to więc specjalizacja deficytowa. W tym roku przyznano ortodontji ponad 200 miejsc rezydencjonalnych. Problemem jest zapewnienie wystarczającej liczby opiekunów specjalizacji, ponieważ są oni symbolicznie wynagradzani i nie chcą brać odpowiedzialności za kształcenie podyplomowe.

– Leczenie ortodontyczne jest wieloletnie i trudno w trakcie studiów praktycznie przygotować stomatologa do tego zawodu. Wprowadzanie rozwoju technologicznego, tj. wprowadzenie nowych możliwości obrazowania 3D wraz z programami komputerowymi ułatwiających diagnostykę, planowanie leczenia i wytwarzanie aparatów ortodontycznych, a także rozwój sztucznej inteligencji ułatwiają i optymalizują pracę ortodonty, jednak doświadczenia, które mamy z wprowadzaniem leczenia nakładkowego bez nadzoru lekarza, potwierdzają, że leczenie wad zgryzu musi być profesjonalnie zaplanowane, monitorowane oraz ocenione pod kątem zapobiegania nawrotom – podkreśla prof. Ewa Czochrowska.

Aparat ortodontyczny na zębach nie wywołuje już zdziwienia i negatywnych komentarzy, a stosowanie przezroczystych zamków ortodontycznych lub leczenia nakładkowego (tzw. alignerów) postrzegane jest nawet jako atrakcyjne, mimo że w przypadku leczenia nakładkowego jego skuteczność może być gorsza niż tradycyjnych aparatów stałych.

– W Polsce spada liczba urodzeń, co wpłynie na liczbę pacjentów ortodontycznych w wieku rozwojowym, za to przybywa pacjentów dorosłych i seniorów. Dzięki leczeniu ortodontycznemu mogą oni zachować naturalne zęby, które wraz z wiekiem ulegają przemieszczeniu – mówi prof. Ewa Czochrowska. Zaznacza, że w tej grupie pacjentów leczenie ortodontyczne często jest składową leczeniu protetycznego i odbudowy braków zębowych lub leczenia periodontologicznego i korekty patologicznych migracji zębów. Ortodonty są zgodni, że mając na uwadze zdrowie jamy ustnej, lepiej prostować krzywe zęby, niż korygować ich ustawienie za pomocą uzupełnień protetycznych. Korekta ortodontyczna ułatwia także optymalne rozmieszczenie naturalnych zębów

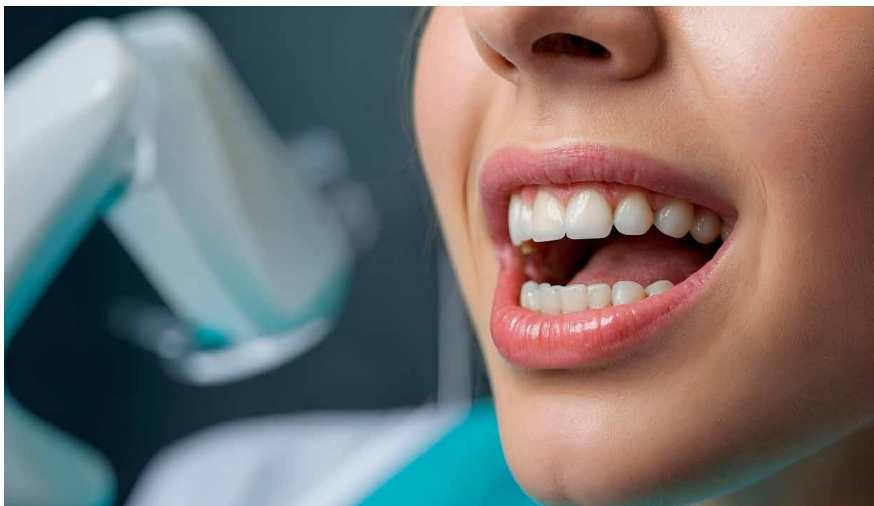


foto: Pixabay.com

w łuku zębowym i redukuje liczbę uzupełnień protetycznych.

APARAT STAŁY CZY NAKŁADKA

Ortodontcja przeżywa prawdziwe prosperity. Jubileuszowy 25. Zjazd Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego, który odbył się 23-26 września 2024 r., był w dużej mierze poświęcony kierunkom rozwoju tej specjalizacji. Uczestniczący w nim wybitni stomatolodzy w swoich dziedzinach z kraju i zagranicy pokazali, jak zmieniła się diagnostyka, techniki leczenia ortodontycznego oraz aparaty. Podkreślano rolę cyfryzacji, w tym obrazowania trójwymiarowego i sztucznej inteligencji, stosowanej obecnie coraz częściej w diagnostyce ortodontycznej.

Przedstawiono programy, które wykorzystują AI do wykonania analizy cefalometrycznej teloradiogramów bocznych czaszki, oraz programy, które wspomagają się AI w analizie zdjęć pantomograficznych.

– To ogromny postęp, gdyż coraz częściej zamiast wykonywania tradycyjnych wycisków ortodontycznych skanuje się łuki zębowe, co umożliwia planowanie zastosowania szablonek do wprowadzania mikrośrub lub wykonanie symulacji leczenia ortodontycznego – przekonuje prof. Ewa Czochrowska. Dodaje, że obrazowanie trójwymiarowe znacząco zmieniło współczesną ortodontcję, m.in. upowszechniło leczenie nakładkowe, które stanowi alternatywę dla stałych aparatów ortodontycznych. Zachód stosuje je od dawna,

w Polsce ostatnio znacznie wzrosło zainteresowanie tą metodą.

Aparat ortodontyczny jest niewidoczny, co jest jednym z jego atutów. Barię są koszty. Leczenie nakładkowe jest o 30-50 proc. droższe niż leczenie aparatem stałym. Wymaga też od pacjenta współpracy z ortodontą, bezwzględnego przestrzegania zaleceń i samodyscypliny. Nakładki powodujące prostowanie zębów należy zmieniać co kilka lub kilkanaście dni. Każdego dnia pacjent musi nosić nakładkę przynajmniej 22 godziny, zdejmować aparat do mycia zębów po każdym posiłku, spożywaniu gorącego płynów. Jeśli nie przestrzega zaleceń, skuteczność tej metody się obniża.

Stale aparaty ortodontyczne także wymagają przestrzegania zasad higieny jamy ustnej. Poza tym szkodliwie w kontakcie z aparatem stałym jest narażone na szybszą demineralizację i rozwój próchnicy. W tym kontekście nakładki mogą być bardziej przyjaznym rozwiązaniem.

W leczeniu ortodontycznym dorosłych pacjentów chodzi nie tylko o efekt estetyczny. Równie istotne jest skorygowanie zaburzeń funkcji układu stomatognatycznego, ponieważ nieprawidłowo ustawione zęby są bardziej podatne na ścieranie, trudniej je czyścić, mogą się też pojawiać recesje dziąseł, a to prowadzi do ich utraty i konieczności protezowania. Leczenie ortodontyczne służy więc dłuższemu zachowaniu własnych zębów. ●

Nie ma to jak wyżyć się na farmaceutyce

Bezkami urzędnicy pozwalający sobie na złośliwości czy nawet ataki słowne wobec farmaceutów zapominają, że dają przykład innym – pacjentom. Brutalne wyzwiska, groźby czy pobicia przestają dziwić. Gdzie jak gdzie, ale w aptecę można odreagować!

Agresja wobec farmaceutów to zjawisko, które w ostatnich latach stało się bardziej widoczne. W 2021 r. dwóch mężczyzn zaatakowało farmaceutę, który zwrócił jednemu z nich uwagę na brak maseczki w aptece. Sprawcy nie tylko go pobili, ale także zdemolowali lokal. Incydent nabrał rozgłosu w mediach i stał się symbolem problemów z agresją wobec personelu aptek w czasie pandemii. Jego efektem stało się przyznanie farmaceutom – podczas pracy w aptecę – statusu ochrony jak dla funkcjonariusza publicznego. Urzędowa ochrona prawna może odstraszać potencjalnych agresorów i ułatwiać ściganie sprawców. Może, choć nie musi, co w przypadku ratowników medycznych dość często pokazują media.

Farmaceuty często zgłaszają przypadki agresji słownej, np. wyzwiska czy groźby ze strony pacjentów, którzy nie zgadzają się np. z odmową wydania leku bez recepty po terminie jej ważności („Przecież to tylko jeden dzień spóźnienia! Dlaczego pan/pani nie chce okazać zrozumienia drugiemu człowiekowi?”) lub wydania więcej niż to – z powodu przepisów – jest dopuszczalne. To trudne do udokumentowania sytuacje, ale powtarzają się regularnie. Wiem, bo współczesne komunikatory są między kolegami farmaceutami ważnym źródłem informacji nie tylko na tematy strictly medyczno-zawodowe.

Do bardzo nieprzyjemnych sytuacji należą te, gdy skumulowana frustracja pacjenta znajduje ujście w aptecę, kiedy przychodzi moment zapłaty za leki. Jak gdyby winą farmaceuty była najpierw choroba pacjenta, potem źle zorganizowany system ochrony zdrowia i długotrwały proces diagnostyczny, stres, a na

MARIUSZ POLITOWICZ
CZŁONEK NACZELNEJ
RADY APTEKARSKIEJ



końcu kwota do zapłaty. Tak jakby poszczególne – płatne lub bezpłatne – etapy były rzeczą konieczną, ale zapłata za leki – już nie. I jakby w aptecę można było odreagować dotychczasowe przymusowe pozory

Agresja wobec farmaceutów stanowi realne zagrożenie dla bezpieczeństwa i komfortu pracy tej grupy zawodowej

opanowania. Wcześniej chory był bezwolnym trybikiem w maszynie. Teraz jest panem sytuacji, bo płaci, czyli wymaga.

Zdarza się wtedy, że sfrustrowany pacjent zasypuje farmaceutę serią pytań, ale nawet nie słucha odpowiedzi. Nie ma na nie czasu, choć przed chwilą wręcz ich żądał. Odwraca się na pięcie i wychodzi, mało uprzejmie mruczając coś pod nosem.

Bywa, że prostacko rzuca pieniędzmi i dodaje: „NIECH SE pan(-i)

wyberze!”. Głośno komentuje przy innych pacjentach, jacy to aptekarze/Tusk/Ukraińcy/cyklści/wszyscy są wredni i pazerni. Po czym, nawet jeśli dokonał zakupu, wychodzi, trzaskając drzwiami. Takie osoby nie bez powodu czują się bezkarne.

W felietonie z 12 listopada 2024 r. „Za co można hejtować farmaceutę”, wspominałem o pewnym zdarzeniu w jednej z aptek w Rudzie Śląskiej. Jak podaje tamtejsza policja, „39-letni rudzianin przyszedł do apteki zrealizować sporą receptę. Mężczyzna nie chciał wykupić całości przepisanych leków, a tylko część. Gdy farmaceutka poinformowała go, że resztę leków też będzie musiał wykupić w tej aptecę, rozwścieczyło go to. Pomimo że kobieta chciała go uspokoić i wytłumaczyć, że takie obowiązują teraz zasady realizacji recept, ten ze złości uderzył ręką w oddzielającą ich szybę. Apteczna witryna uległa uszkodzeniu, a farmaceutka na pomoc wezwała policję. Mundurowi szybko pojawili się na miejscu i zatrzymali wandalę”.

► Do bardzo nieprzyjemnych sytuacji należą te, gdy skumulowana frustracja pacjenta znajduje ujście w aptece, kiedy przychodzi moment zapłaty za leki

Podawałem również dwa inne przykłady hejtu. „Jedna z farmaceutek z północno-zachodniej Polski miała groźny wypadek samochodowy. Trafiła na OIOM, skąd wyszła po wielu dniach. Dzień po wypadku jej emerytowana i nadal współpracująca mama, także farmaceutka, napisała do starosty pismo. Zawarła w nim, że jedyna farmaceutka, która jest w stanie dyżurować, leży na OIOM. W związku z tym dyżury są niemożliwe. Tego samego dnia starosta przesłał – mam kopie dokumentów dot. wszystkich tu opisywanych historii – apodyktyczną odpowiedź, że „jego nie interesują przyczyny, a dyżury mają być!”

Jakiś czas temu starosta powiatu w południowo-wschodniej Polsce na spotkaniu ws. dyżurów zaprosił kierowników tamtejszych aptek. Rozpoczął je słowami: „Przyjechali tu państwo tak pięknymi samochodami, że nie mówcie mi, jakoby dyżury były niedochodowe”. Po ripostach wzburzonych farmaceutów dodał: „Wystarczająco dużo zarabiacie w dzień, że troszeczkę możecie dołożyć w nocy”.

Z czasów studenckich pamiętam, że uczono nas poszanowania dla pacjentów. Wspominano o wyrozumiałości dla ich czasem nieracjonalnych zachowań. Przyjmowaliśmy te rady w dobrej wierze. Potem zderzyliśmy się z rzeczywistością. Prostackie lub seksistowskie wobec kobiet – a mój zawód jest sfeminizowany w 83 proc. – sformułowania bardziej zapadają w pamięć niż te pozytywne, które przecież też się zdarzają.

Zapewne znajdują się osoby proponujące organizowanie dla farmaceutów warsztatów, które uczą technik deeskalacji konfliktów, asertywności i radzenia sobie z trudnymi pacjentami. Może nawet zaproponują włączenie takich szkoleń do programów kształcenia. Zaproponują instalowanie w aptekach systemów monitoringu, przycisków alarmowych czy szyb ochronnych, które mogą zwiększyć poczucie bezpieczeństwa personelu i odstraszyć potencjalnych sprawców. Podpowiedzą zatrudnienie ochrony w aptekach o podwyższonym ryzyku, np. w dużych miastach lub w godzinach nocnych. Kto wie, może wśród pomysłów znajdzie się promowanie szacunku wobec pracowników aptek poprzez kampanie medialne



foto: Shutterstock.com

skierowane do społeczeństwa. Podkreślanie roli farmaceutów jako osób dbających o zdrowie publiczne może zmniejszyć napięcia. Do kompletu powinna być propozycja zapewnienia dostępu do pomocy psychologicznej dla pracowników aptek, którzy doświadczali agresji. Może to pomóc w radzeniu sobie z traumą i stresem wynikającym z takich sytuacji.

Przypuszczam, że współpraca z organami ścigania też gdzieś tam by się pojawiła. Regularne raportowanie takich zdarzeń jest niezbędne w celu monitorowania skali problemu i dostosowania działań prewencyjnych.

Agresja wobec farmaceutów, choć w ocenie niektórych instytucji jest zjawiskiem jednostkowym, stanowi realne zagrożenie dla bezpieczeństwa i komfortu pracy tej grupy zawodowej. Wdrożenie kombinacji rozwiązań prawnych, edukacyjnych i organizacyjnych może znacząco poprawić sytuację, jednocześnie podnosząc świadomość społeczną na temat roli farmaceutów w systemie ochrony zdrowia.

Wróćmy jednak do rzeczywistości. Lata zachłyśnięcia się pseudoszlachecką wolnością jako sposobem

odreagowania stłamszenia życia w socjalistycznym PRL-u wywarły piętno na wszystkich, w tym na pokoleniach, które wyrosły już w wolnej Polsce. Przyzwyczajenie pozostało. Zapewne są ważniejsze sprawy niż dobra edukacja, walka z prostactwem lub dbanie o poprawność codziennych stosunków międzyludzkich. Gdy jednak odpuszczamy w sprawach małych, duże też nie idą po naszej myśli. Widzimy, że małe wcale nie były małe, lecz wielkie, ale jest już za późno. Starosta w poczuciu bezkarności może pozwolić sobie na złośliwość lub agresję słowną wobec farmaceutów, od których pracy zależy jego ocena przez wyborców (w tym i samych farmaceutów). Jeśli takie zachowanie widzą inni, mieszkańcy, pacjenci, widzą szeroko rozumianą bezkarności i mniej czy bardziej świadomie wzorują się na nim. Widzą również brutalną skuteczność takich zachowań, co staje się zachętą do zastosowania w innych dziedzinach życia.

Pamiętajmy jednak, że *impunitas semper ad deteriora invitata* (bezkarność zawsze prowadzi do gorszego).

PRAKTYKA LEKARSKA

Martin Couney i jego „wylęgarnia dzieci”

DR N. MED. MAGDALENA MAZURAK

75 lat temu na nowojorskim cmentarzu pochowano Doktora Inkubatora, który zrewolucjonizował opiekę nad noworodkami, tworząc podwaliny pod powstanie pierwszych oddziałów neonatologii wyspecjalizowanych w opiece nad wcześniakami.

Niespełna ćwierć wieku temu pierwsza w Polsce opisałam losy Martina Couneya, czyli Doktora Inkubatora, idąc tropem jego zaskakującej aktywności i pomysłu na życie – komercyjnych pokazów wcześniaków w inkubatorach, które lokalizował w wesołych miasteczkach, centrach rozrywki oraz na światowych lub międzynarodowych wystawach. Wówczas dokładna data i miejsce jego urodzenia pozostawały w sferze spekulacji. Źródła podawały dwie daty roczne (1869 i 1870 r.) i aż trzy potencjalne miejsca przyścia na świat – bawarską część Alzacji, pruski Krotoschin i niemiecki Breslau.

Dziś już wiadomo, że urodził się w Krotoszynie 30 grudnia 1869 r. jako Michael Cohn (tak miało brzmieć pierwotnie jego nazwisko, pochodził z rodziny o niemiecko-żydowskich korzeniach). Co prawda, nie zachował się jego akt urodzenia, ale w dokumentach paszportowych ocalonych w archiwach USA miasto to widnieje jako miejsce urodzenia. Również jego rodzice urodzili się w Krotoszynie (Hermann Cohn i Fredericke Cohn z d. Levy). Martin Couney studiował medycynę we Wrocławiu, Berlinie i Lipsku, gdzie uzyskał dyplom lekarza. Chociaż są i tacy, którzy twierdzą, że nie studiował nigdzie, a za lekarza tylko się podawał.

EKSPOZYCJA WCZEŚNIAKÓW

Niezwykła kariera Doktora Inkubatora rozpoczęła się w 1896 r., kiedy to prof. Pierre Budin postanowił wysłać do Berlina swojego ucznia, doktora



foto: Missouri Historical Society

◀ Louisiana Purchase Exposition, St. Louis, 1904 r.

inkubatorami i ułożonymi w nich wcześniakami ułożonymi w części rozrywkowej terenów wystawowych. Przykuwająca uwagę była nazwa tego przedsięwzięcia: „Kinder Brutanstalt” („Wylęgarnia dzieci”). Pokazy cieszyły się olbrzymim powodzeniem. Zwiedzający (nie tylko berlińczycy) tłumnie przybywali, płacąc markę za wstęp, ciekawi maleńkich nowo narodzonych dzieci leżących w szklanych domkach. Ku zaskoczeniu oponentów to niecodzienne przedsięwzięcie okazało się sukcesem także z medycznego punktu widzenia – bo wszystkie zaprezentowane dzieci przeżyły. Ekspozycję można było zwiedzać przez kilka tygodni. W tym czasie w inkubatorach „wychowało się” kilka kolejnych grup wcześniaków, które przebywały w nich do osiągnięcia co najmniej 2 kg. Odtąd Martin Couney zyskał miano Doktor Inkubator.

Nie trzeba było długo czekać, aż ktoś wpadł na pomysł kontynuacji tego znakomitego pomysłu. Do Martina Couneya zgłosił się brytyjski agent z propozycją zorganizowania podobnego show w następnym roku w czasie Victorian Era Exhibition. Gdy jednak Doktor Inkubator przybył do Londynu, okazało się, że na przeszkodzie jego

Martina Couneya, aby na Światowej Wystawie (Berliner Gewerbeausstellung) zorganizował prezentację wcześniaków ułożonych w inkubatorach. Okazując list polecający od prof. Budina, Martin Couney bez większych trudności „wypożyczył” do tego pokazu sześcioro przedwcześnie urodzonych dzieci. Uznano, że ich los jest przesądzony, bo tak małe noworodki miały wówczas minimalne szanse na przeżycie. Dlatego ryzyko było niewielkie, nic gorszego nie mogło się wydarzyć. Budynek ze szklanymi

► Alaska Yukon Pacific
Exposition, Seattle,
Washington, 1909 r.



foto: wikimedia commons

aktywności stanął antagonizm brytyjsko-francuski: konserwatywni miejscowi lekarze nie chcieli mu wypożyczyć miejscowych wcześniaków do tego pokazu, bo „nie będą angielskie dzieci leżeć we francuskich inkubatorach!”. Wszystko było już gotowe, ale przecież brakowało najważniejszego – „eksponatów”, czyli wcześniaków. Nie było innego wyjścia. Couney wrócił do Paryża, tam z pomocą przyszedł mu jego mistrz, prof. Pierre Budin. Pokazując mu kilkadziesiąt wcześniaków, powiedział: „Prenez ce que vous voulez” („Proszę wziąć, które pan chce”).

Martin Couney w drodze powrotnej nad Tamizę pokonał kanał La Manche z nietypowym bagażem, który stanowiły „trzy wiklinowe kosze pełne francuskich wcześniaków”. Pokaz znowu odniósł olbrzymi sukces (codziennie inkubatory oglądało ok. 4 tys. osób), który odbił się szerokim echem w Europie. W czasopiśmie „Lancet” w 1897 r. tak opisywano miejsce i okoliczności tej niecodziennej ekspozycji: „Budynek podzielony jest na trzy części – z jednej strony sypialnia dla dwóch mamek i Madame Louise Recht, pielęgniarki specjalnie szkolonej w szpitalu Maternité w zakresie opieki nad wcześniakami. Z drugiej strony pomieszczenie, w którym dzieci są myte i karmione. Publiczność skupia się w centrum – tu może zobaczyć

wcześniaki w inkubatorach, sprawdzić, w jaki sposób utrzymywana jest stała temperatura, jak działa wentylacja. Oprócz pielęgniarek i mamek dwaj lekarze 3-4 razy

Oprócz stałej wystawy Doktor Inkubator organizował show z dziećmi w innych amerykańskich miastach, a także poza USA, np. w Meksyku i Rio de Janeiro

dziennie kontrolują zdrowie dzieci. W nocy stróż budzi pielęgniarki co 3 godziny, aby mogły nakarmić dzieci, w dzień dzieci są karmione (...) co 2 godziny. Na miejscu jest mała apteka, urządzenia do sterylizacji mleka, specjalne butelki do karmienia i wagi, by można było ocenić rozwój dzieci (...). Największą osobliwością tego nowego inkubatora jest fakt, że nie wymaga on stałej i fachowej pomocy. Pracuje automatycznie – wentylacja i ciepło są utrzymywane na stałym poziomie nie tylko przez godziny, ale i przez całe dni. Inkubatora nie trzeba nawet dotykać – jedyną

koniecznością jest karmienie i mycie dziecka. Inkubatory i rury wentylacyjne są ze srebra, dzieci w nich wyglądają czysto i jest im wygodnie, wszystko to razem jest widokiem zarówno przyjemnym, jak i interesującym”.

SHOW NA CONEY ISLAND

Martin Couney przybył do USA w 1898 r. W tym czasie zorganizowano Omaha Trans-Mississippi Exhibition, tam także była ekspozycja z wcześniakami. Powrócił do Europy w 1900 r. na kolejny pokaz w stolicy Francji (Światowa Wystawa w Paryżu). Rok później ponownie był w USA, w Buffalo (Pan-American Exposition). Interesująco opisywano zastosowany tam system wentylacji: „Świeże powietrze doprowadzane jest z zewnątrz długą rurą biegnącą wzdłuż ścian. Powietrze przechodzi najpierw przez płyn antyseptyczny, który niszczy drobnoustroje, następnie fizyczne zanieczyszczenia są zatrzymywane przez filtr bawełniany. W dalszej drodze powietrze jest ogrzewane i wprowadzane do inkubatora, w którym leży dziecko. Zbiornik z ciepłą wodą utrzymuje odpowiednią wilgotność atmosfery, natomiast stopień nawilżenia jest



◀ Louisiana Purchase Exposition, St. Louis, 1904 r.

Inkubator twierdził, że od kiedy tylko zorganizował swój pierwszy show na Coney Island, zawsze więcej wcześniaków mu oferowano, niż ich potrzebował do swoich pokazów. Nigdy nie musiał specjalnie starać się o noworodki do swoich widowisk, kolejne pokazy stymulowały bowiem zainteresowanie problemem wcześniactwa. Środowisko lekarskie miało mu jednak za złe, że mając tak znakomite pole obserwacji, nie opublikował nigdy żadnej pracy na temat wcześniaków i ich problemów. Doktor Inkubator oburzał się na zarzuty, że jest bardziej showmanem niż lekarzem, bo pobiera opłaty za wstęp, więc jest to czysta komercja. „Całe moje życie to propaganda na rzecz właściwej opieki nad wcześniakami, którym pozwalano umrzeć” – twierdził Couney – „Wszystko, co robię, jest stricte etyczne. Kiedy poczuje, że zrobiłem wystarczająco dużo dla wcześniaków, kiedy to się stanie – wycofam się”.

fot.: Missouri Historical Society

kontrolowany przez higrometr znajdujący się przy każdym inkubatorze. Stała temperaturę w inkubatorze reguluje termostat. Aktualne wskazania pokazuje termometr umieszczony z przodu każdego inkubatora”.

Ostatecznie Doktor Inkubator zdecydował się pozostać na stałe w USA, bo właśnie tam co roku organizowano wielkie wystawy, jarmarki, targi, co stwarzało mu olbrzymie możliwości. Wybudowano też ogromne centra rozrywki, wesołe miasteczka, lunaparki, w których można było pokazywać inkubatory. Jednym z takich miejsc było Coney Island w Nowym Jorku, gdzie Martin Couney zamieszkał w 1903 r. i jeszcze w tym samym roku otworzył swoją pierwszą stałą ekspozycję w lokalnym lunaparku. Przez następne cztery dekady organizował tam pokazy z wcześniakami w inkubatorach (bilet wstępu kosztował ćwierć dolara). Oprócz stałej wystawy Doktor Inkubator organizował swoje show z dziećmi także w innych amerykańskich miastach (m.in. w Portland, Denver, Atlantic City), a także

poza USA, np. w Meksyku i Rio de Janeiro.

SHOWMAN CZY LEKARZ

Dzieci w inkubatorach były specjalnie oznakowane. Każde miało na szyi metalową zawieszkę – identyfikator, który zakładano w dniu przyjęcia i z którym wracały do

Każdego roku Martin Couney otrzymywał około tuzina zaproszeń na ślub swoich „inkubatorowych wychowanków”; dwoje z uratowanych zostało lekarzami

domu. Po latach te identyfikatory dla inkubatorowych wychowanków uznawano za bilet wstępu na pokazy wcześniaków. Najmniejsze dziecko, które Martin Couney miał pod swoją opieką, ważyło 705 g. Doktor

Ćwierć dolara płacone przy wejściu przez zwiedzających zwracało koszty przedsięwzięcia. Oczywiście, z czasem wpływy były większe niż wydatki, pokazy zaczęły przynosić zyski, czego zresztą Doktor Inkubator się nie wypierał. Sukces komercyjny przyciągnął amerykańskich biznesmenów. W 1904 r. utworzono konkurencyjną dla Martina Couneya spółkę, która miała zorganizować pokaz przy okazji Louisiana Purchase Exposition. Na terenach wystawowych wzniesiono w tym celu okazały budynek w kształcie pałacu. Przedsięwzięcie rozwijało się znakomicie do czasu katastrofalnej epidemii biegunki, która wystąpiła u wcześniaków w czasie tamtego upalnego lata (śmiertelność sięgnęła 50 proc.). Mimo że zarządzono zmiany w konstrukcji budynku, m.in. zainstalowano szybę oddzielającą widzów od inkubatorów, przedsięwzięcie i tak okazało się

nieopłacalne. Każdy wcześniak kosztował spółkę kilkanaście dolarów dziennie. Te straty finansowe okazały się skutecznym środkiem odstrasżającym. Do lat 40. XX w. nie było w USA naśladowców Doktora Inkubatora.

6,5 TYS. WYCHOWANKÓW

Ostatni publiczny pokaz wcześniaków w inkubatorach odbył się w 1942 r. Przyczyną zakończenia działalności Martina Couneya było coraz mniejsze zainteresowanie dla tego typu widowisk, głównie z powodu działań na frontach II wojny światowej. Ponadto powstały już pierwsze oddziały szpitalne oferujące opiekę dla wcześniaków. Od końca lat 90. XIX w., kiedy Couney po raz pierwszy publicznie pokazał dzieci w inkubatorach, miał on pod swoją opieką około 8 tys. wcześniaków. Ocenia się, że przeżyło ponad 6,5 tys. z nich. Kiedy był pytany, co czuje, wiedząc o uratowaniu tylu „miniatur ludzkości, które przedwcześnie ujrzały świat”, odpowiadał: „Co roku dostaję listy od ludzi, którym rodzice powiedzieli, że wzrastali w moich inkubatorach. Żaden z tych listów nie przyszedł z więzienia”. Każdego roku Martin Couney otrzymywał około tuzina zaproszeń na ślub swoich „inkubatorowych wychowanków”. Dwoje uratowanych wcześniaków zostało lekarzami.

„Wylęgarnia dzieci” była niezwykłym, niespotykanym w historii przykładem połączenia typowego dla cyrku

▼ Bilet wstępu na wystawę Louisiana Purchase Exposition, St. Louis, 1904 r.

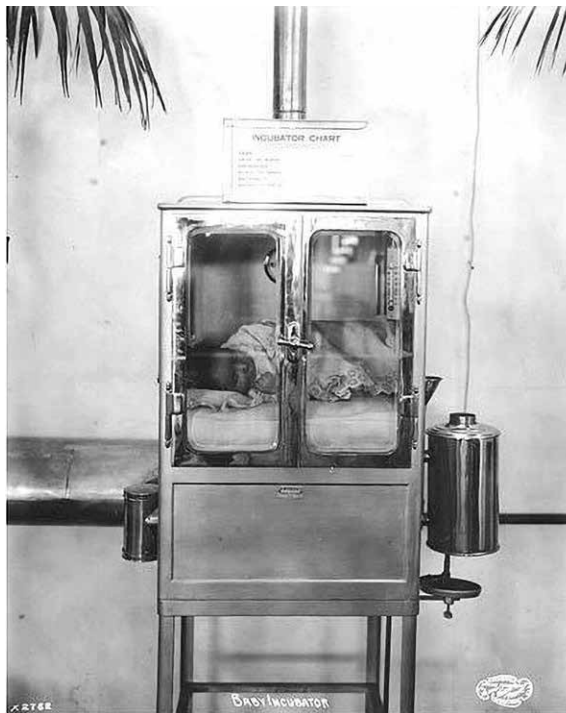


foto: wikimedia commons

◀ Alaska Yukon Pacific Exposition, Seattle, Washington, 1909 r.

pokazu niezwykłości, dziwu natury z eksperymentalną metodą leczenia, która po latach stała się powszechnie uznanym sposobem opieki nad wcześniakami. Ten niezwykle barwny, ale i kontrowersyjny rozdział historii medycyny skończył się wraz z powstaniem pierwszych oddziałów szpitalnych specjalizujących się w opiece nad przedwcześnie urodzonymi

noworodkami. O samym bohaterze tego niezwykłego rozdziału w historii medycyny nie wiadomo zbyt wiele. Miał dwóch braci (Max i Alfons) oraz siostrę (Betty). Co ciekawe, jego rodzeństwo podpisywało się nie Couney, ale Coney (taką nazwę też nosiło miejsce, w którym Doktor Inkubator osiadł na stałe w USA, Coney Island). Martin Couney poślubił irlandzką pielęgniarkę Annabelle May, która była ekspertem w opiece nad wcześniakami (zmarła w 1936 r). Ich córka Hildgarda (1907-1956), urodzona przedwcześnie ok. 34 tyg. ciąży, ważąc ok. 1300 g spędziła trzy pierwsze miesiące swego życia w inkubatorze i także była eksponatem w czasie show. Wybrała zawód pielęgniarki i pracowała z ojcem.

Doktor Inkubator zmarł 1 marca 1950 r. w wieku 80 lat, czyli niemal dokładnie 75 lat temu. Dzień później wspomnienie pośmiertne zamieścił poczytny „The New York Times”. W 2018 r. w USA wydano książkę pt. „The Strange Case of Dr. Couney: How a Mysterious European Showman Saved Thousands of American Babies” („Dziwny przypadek doktora Couneya: jak tajemniczy showman z Europy uratował tysiące amerykańskich dzieci”).



foto: Missouri Historical Society

PRAKTYKA LEKARSKA

Jak pomóc pacjentom z chorobą Addisona

ADAM CZERWIŃSKI
DZIENNIKARZ

Niektórzy pomocy szukają latami. Krążą między przychodniami i szpitalami. Problemy kończą się, gdy trafiają do doświadczonego endokrynologa.

Wyniki kolejnych badań wyglądają tak, jakby nic złego się nie działo, a oni nie mają już siły na nic. Tracą apetyt, chudną i wycofują się z życia, które prowadzili.

JOANNA

Wrzesień 2015 r. Kobieta zaczyna chudnąć, ale cała rodzina myśli, że tak na nią wpływają emocje związane z kursem na prawo jazdy.

Styczeń 2016 r. Środek zimy, a Joanna jest śniada, jakby właśnie wróciła z urlopu, choć od wakacji minęło kilka miesięcy.

Luty 2016 r. W czasie kursu Joanna sprzecza się z instruktorem nauki jazdy. Odchorowuje stres przez kilka dni. Ma biegunkę, cierpi na brak apetytu, kompletnie traci siły.

Marzec 2016 r. Nie ma już siły wchodzić na drugie piętro, nie je, nie pije, ciągle jest śpiąca, bez sił, chudnie w oczach. Wypadają jej włosy. Kiedy wstaje, musi podtrzymać się o stół czy krzesło, by nie upaść – tak jej się kręci w głowie. I choć nie ma nawet siły myśleć o opalaniu, robi się coraz ciemniejsza.

– Tak właśnie wygląda choroba Addisona, czyli inaczej pierwotna niedoczynność kory nadnerczy – mówi prof. Renata Stawerska, endokrynolog z Kliniki Endokrynologii i Chorób Metabolicznych Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi. – To rzadka choroba, na którą zapada od 4 do 11 osób na 100 tys. Zachorować można w każdym wieku, zdarza się zarówno u małych dzieci, u młodych dorosłych, jak i u osób starszych. Przyczyną choroby jest proces autoimmunologiczny, który



fot.: archiwum prywatne

prowadzi do zniszczenia kory nadnerczy – dodaje.

Przypomnijmy, że nadnercza to gruczoły wydzielania wewnętrznego odpowiadające za produkcję kortyzo-

Jeśli pacjenci nie dobiorą właściwej dawki leku, może dojść do wystąpienia przełomu nadnerczowego u osoby z już rozpoznaną i leczoną chorobą Addisona

lu, bardzo ważnego hormonu, który pozyskuje glukozę dla naszych procesów energetycznych. Nadnercza produkują też mineralokortykosteroidy, które zwrotnie z nerek pozyskują

◀ Na chorobę Addisona zapada od 4 do 11 osób na 100 tys. – mówi prof. Renata Stawerska, endokrynolog

sód, potrzebny do prawidłowego nawodnienia i utrzymania ciśnienia tętniczego krwi. Osoby, które mają zniszczone nadnercza, mają tendencję do hipoglikemii i spowolnionych procesów metabolicznych. Dodatkowo, na skutek obniżonego stężenia sodu u pacjentów występuje bardzo niskie ciśnienie tętnicze krwi.

– To wszystko powoduje, że osoby z chorobą Addisona tracą siły. Na dokładkę u pacjentów znacznie obniża się apetyt i pojawiają nudności i wymioty. Efekt? Pacjent jest coraz mniej i unika posiłków. Oczywiście z tego powodu spada masa ciała. Obserwujemy pacjentów, którzy chudną nawet 10 kg w ciągu trzech miesięcy. Brak jedzenia powoduje dalsze osłabienie i spadek energii życiowej. A występujące jednocześnie niskie ciśnienie tętnicze krwi pogłębia permanentne uczucie zmęczenia i osłabienie – wyjaśnia prof. Stawerska.

KASIA

Do 14. roku życia jest okazem zdrowia. Nigdy nie bierze antybiotyków. W 7 klasie zaczyna skarżyć się na ból w klatce piersiowej i permanentne zmęczenie. Choć kiedyś kochała wf., zaczyna unikać go jak ognia. Rozregulowują się jej cykle miesięczne. Po wstępnych badaniach specjalista rozpoznaje niedoczynność



foto.: archiwum prywatne

◀ Mama chłopca, gdy widzi, że słabnie, krzyczy „Jasiek, hydro!”



foto.: archiwum prywatne

▲ Ciemnienie skóry to charakterystyczny objaw choroby



foto.: archiwum prywatne

▲ Z obrzękiem mózgu Kasia na intensywnej terapii spędziła dwa tygodnie

tarczycy w przebiegu choroby Hashimoto. Dziewczynka dostaje L-tyroksynę, ale to nie pomaga.

8 klasa, wybór liceum, egzaminy. Kasia coraz częściej skarży się na złe samopoczucie. Nie ma siły dojść do tramwaju do domu. Po drodze jest tak zmęczona, że musi usiąść na chodniku. Ledwo wchodzi po schodach, nie jest w stanie posłać łóżka.

Kolejni lekarze mówią o stresie, fanaberach nastolatki, nerwicy. W końcu dziewczyna jest tak słaba, że rodzice wiozą ją na SOR. Słyszą, że to nerwica i zgaga. Dostaje IPP na problemy z żołądkiem. Trafia na oddział gastrologii. Trochę kroplówek i wypis po dwóch tygodniach.

Magdalena Weimer ze Stowarzyszenia na rzecz Osób z Chorobą Addisona i Niedoczynnością Nadnerczy mówi, że takich historii zna dziesiątki. – Średni czas od wystąpienia objawów do postawienia diagnozy to rok. Ale znam osoby, które szukały pomocy przez siedem lat. Jak mówi założycielka Stowarzyszenia, chorzy albo ich rodziny pokonują swoją ścieżkę zdrowia, obejmującą wizyty u wielu specjalistów. Często jest wśród nich psychiatra. Zazwyczaj problemy kończą się, gdy natrafiają na doświadczonego endokrynologa.

– Faktycznie, z rozpoznaniem choroby Addisona bywa wielki problem – przyznaje prof. Stawerska. – Tę chorobę można nazwać wielkim naśladowcą, bo kryje się za maskami innych dolegliwości,

które są dość powszechne i nie są wysoce specyficzne dla tej jednostki chorobowej. Weźmy taką Kasię. Kiedy słyszymy, że nastolatka nie ma siły dojść do domu z przystanku tramwajowego, to faktycznie można pomyśleć, że to nieprawdopodobne i że dziewczynka raczej przesadza. Wielu z nas, widząc dziecko, które nie chce wstać rano z łóżka, aby pójść do szkoły, pomyśli, że to zapewne manifestacja nastoletniego buntu, chęć ominięcia klasówki czy problemów szkolnych. A na obserwowaną u dziecka niechęć do podejmowania wysiłków powie z oburzeniem: „ja w twoim wieku to miałem pełno energii, chodziłem na zajęcia dodatkowe, a ty tylko leżysz i skrolujesz coś w telefonie, jesteś po prostu leniwy!”. Niechęć do jedzenia i utrata masy ciała bywa mylona z jądłowstrętem psychicznym. U starszych osób objawy choroby często są traktowane jako depresja, a pacjenci ci są odsyłani do psychiatry – wyjaśnia profesor.

JASIEK

W czasie pandemii cała jego rodzina zachorowała na COVID-19. Rodzice szybko wrócili do zdrowia, tylko Janek nie radził sobie zbyt dobrze. Bardzo szybko się męczył, stracił apetyt, poszarzał na twarzy i schudł na wadze. Niechętnie wychodził

z pokoju, odcinał się od przyjaciół i rodziców. Był burkliwy, wiecznie niezadowolony. „Pewnie to ze stresu związanego ze szkołą i pandemią” – spekulowali rodzice.

Zmiany zauważyli również nauczyciele. Zaniepokoiło ich, że dotychczas dobry uczeń, taki z gatunku „zdolny, ale leniwy”, który uwielbiał chemię, a trudne zadania matematyczne rozwiązywał w głowie, na lekcjach zaczął „odlatywać myślami”, gubił notatki, wycofał się z pierwszej do ostatniej ławki, przestał chodzić na wf.

W końcu mama zabrała Janka do lekarza POZ. Dostali skierowanie do specjalisty. Czas oczekiwania cztery miesiące. Tuż przed wyznaczonym terminem pojawiły się: gorączka, wymioty, zasłabnięcia. Znowu wizyta w POZ, stamtąd na SOR. Tam morfologia, RTG, USG. Podano płyny i orzeczone: „Coś mu jest, ale nie wiemy, co. Tu jest skierowanie do szpitala”. W listopadzie hospitalizacja na internie i konsultacja endokrynologa, który stwierdził, że Jan jest podreżnikowym przykładem choroby Addisona: ciemna skóra, złe samopoczucie, wymioty i brak energii.

– Objawy tej choroby narastają stopniowo, gdyż nadnercza zazwyczaj powoli tracą swą funkcję – podsumowuje prof. Stawerska. I dodaje:

– Z reguły nie jest jednak tak, iż pacjent wczoraj był w świetnej formie, a dziś już jest ciężko chory. Gdy pacjent z chorobą Addisona przyjdzie do lekarza POZ i poskarży się, że jest słaby, na nic nie ma siły, to lekarz zapewne na początek zleci badanie morfologii krwi i ocenę innych podstawowych parametrów biochemicznych i... wyniki zazwyczaj będą prawidłowe. Na kolejnej wizycie lekarz być może zleci badanie hormonów tarczycy i TSH. I znów wyniki mogą być dobre. A gdy pacjent znów wróci z prośbą o pomoc, to znów badania kontrolne mogą okazać się w normie, bo choć nadnercza już pracują gorzej, to stężenie glukozy i sodu we krwi wciąż może być prawidłowe. Zleczone konsultacje u kardiologa czy gastrologa nie przynoszą rozwiązania problemu. Kiedy sytuacja się powtarza, lekarz często kieruje pacjenta do psychiatry. Bo choroba Addisona faktycznie może wyglądać jak zaburzenia depresyjne. – Jednak świadomość możliwości jej występowania jest bardzo ważna. Z czasem dochodzi bowiem do tak niskiego poziomu kortyzolu, że banalna infekcja czy sytuacja stresowa wywołuje przełom nadnerczowy, który nieleczone lub nieprawidłowo leczony zakończy się śmiercią pacjenta.

PRZERWAĆ ZAKŁĘTY KRĄG

Ale, jak mówi prof. Stawerska, można przerwać zakłęty krąg diagnostyczny. I podpowiada, na co zwrócić uwagę, aby nie przeoczyć choroby.

Sól. Pomocne może być pytanie o dosalanie pokarmów. W chorobie Addisona następuje utrata sodu z organizmu, co może prowadzić do ciągłego pragnienia spożywania soli kuchennej.

Ciemnienie skóry i błon śluzowych.

To bardzo charakterystyczny objaw, choć pojawia się dopiero po pewnym czasie. Centrum zarządzania hormonami znajduje się w przysadce, która stara się pobudzić słabnące nadnercza do pracy, produkując coraz więcej hormonu adrenokortykotropowego – ACTH, odpowiadającego za czynność nadnerczy. Jednak wraz z ACTH nadmiernie wydziela się też inny hormon – melankortykotropowy (MSH) – wpływający na produkcję melaniny przez melanocyty. Dlatego ciemnieje wówczas skóra (kiedyś chorobę nazywano cisawicą) i mówimy, że podwyższone stężenie ACTH (a tak naprawdę MSH) bywa widoczne gołym okiem. Początkowo pojawiają się przyciemnienia na bruzdach na dłoniach, bliźnach, błonach śluzowych, ale z czasem cała skóra ciemnieje, a człowiek staje się



foto: archiwum prywatne

śniady, jakby opalał się w solarium. Jeżeli w środku zimy zgłasza się nienaturalnie opalony pacjent, który nie korzystał z solarium ani nie wrócił z wczasów w tropikach, to kolor jego skóry może być istotną podpowiedzią.

Chudnięcie. Niezamierzona utrata kilku kilogramów w parę tygodni w połączeniu z pozostałymi objawami może naprowadzić na trop choroby.

Niski poziom kortyzolu. Jego badanie może być przesadzające o postawieniu diagnozy. Tylko że w ramach POZ badanie nie jest refundowane. Jeśli oznaczenie kortyzolu (najlepiej łącznie z ACTH) nie jest możliwe, a istnieją poszlaki, że pacjent może mieć niedoczynność kory nadnerczy, najlepiej wystawić skierowanie do poradni endokrynologicznej.

STAN ZAGROŻENIA ŻYCIA

Pierwszy termin egzaminu ósmoklasisty przepada. Rozpacz. Kolejny egzamin w czerwcu. Kasia ledwo chodzi. Znów wizyta na SOR. Dzieckiem szarpia wymioty. Tym razem diagnostyka jest pogłębiona o gastro- i kolonoskopię. Ale wyniki nie przynoszą odpowiedzi na pytanie, co jest dziewczynce. W końcu, gdy nie jest już w stanie siedzieć, trafia na OIOM. Wezwany na konsultację endokrynolog rozpoznaje przełom nadnerczowy. Z obrzękiem mózgu dziecko spędza na intensywnej terapii dwa tygodnie. Egzaminy przepadły...

Czasami, wcale nie tak rzadko, zdarza się, że choroba Addisona jest rozpoznawana, gdy pacjent trafi do

◀ *Wielu pacjentów nosi specjalne opaski na nadgarstku z informacją o chorobie*

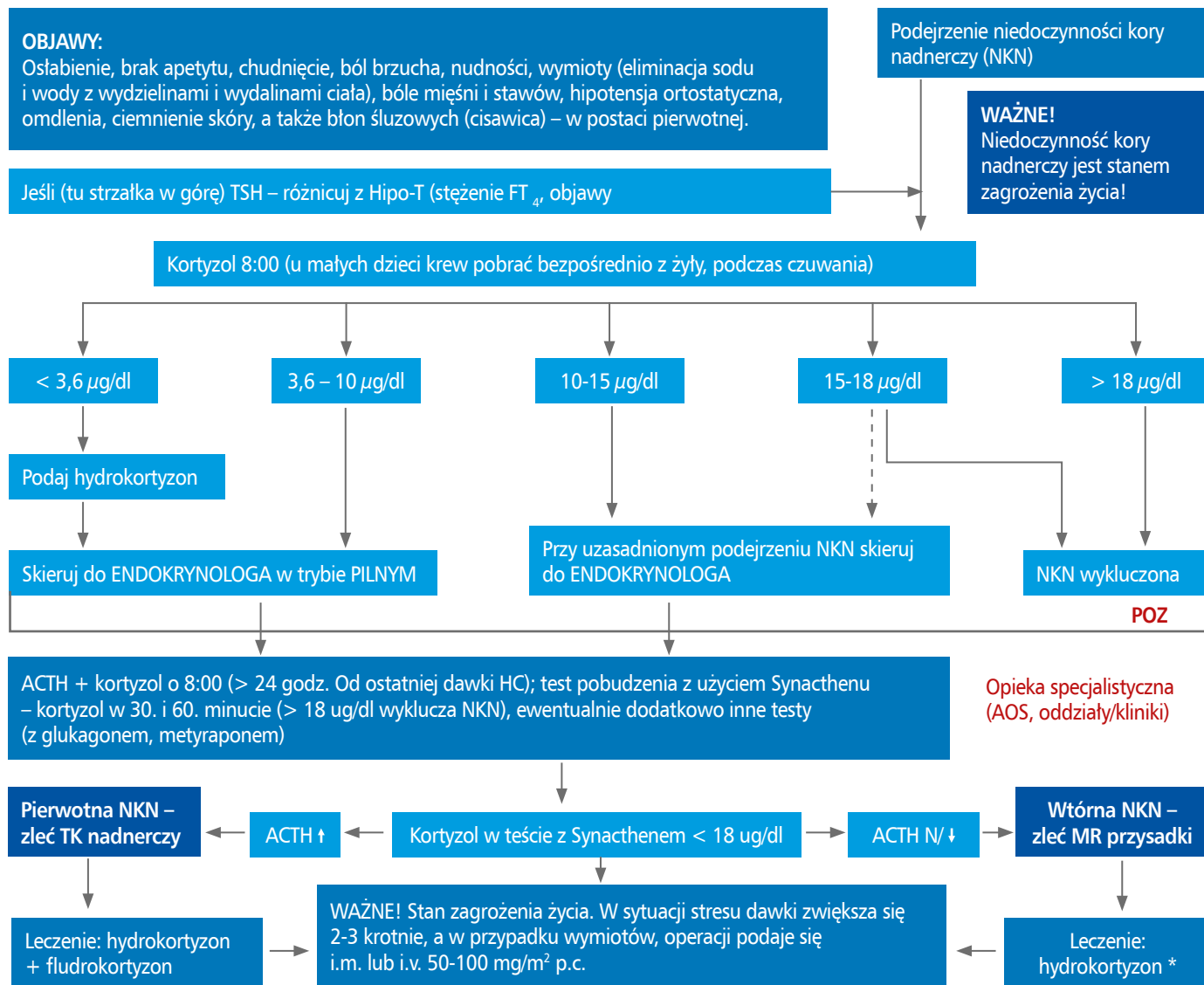
szpitala w stanie bardzo ciężkim, z przełomem nadnerczowym. – To stan zagrożenia życia. Zazwyczaj chory tak nagle traci siły, że dosłownie pada – opisuje prof. Stawerska. I dodaje: – Obserwujemy, oprócz nudności i wymiotów, również gorączkę, zaburzenia świadomości, ekstremalny brak sił, bardzo niskie ciśnienie tętnicze, wręcz nieoznaczalne. W badaniach laboratoryjnych stwierdza się: hiponatremię, hipoglikemię, hiperkaliemię i kwasicę metaboliczną. Oczywiście, stężenie kortyzolu jest bardzo niskie, zaś ACTH bardzo wysokie. Takiemu pacjentowi najlepiej od razu podać dożylnie lub domięśniowo hydrokortyzon w wysokiej dawce, nawet jeśli nie jesteśmy pewni diagnozy lub nie możemy pobrać badań laboratoryjnych. Jedna dawka nikomu nie zaszkodzi, a u pacjentów z chorobą Addisona efekty będą spektakularne. Stan pacjenta po podaniu steroidu gwałtownie się poprawi i można usłyszeć: „Dzień dobry. Co mi daliście? Wróciłem do życia. Dziękuję!”.

NA CO DZIEŃ PREPARATY DOUSTNE

Po diagnozie bywa różnie, są lepsze i gorsze dni. Wiadomo, że kiedy ma bardziej podkrążone oczy, trzeba mu podać do wypicia ampułkę z NaCl. Czasem mama, gdy widzi, że syn słabnie, krzyczy: „Janek, hydro!”

Prof. Stawerska: – Pacjenci z chorobą Addisona na co dzień są leczeni preparatami doustnymi. Oczywiście, dostają to, czego im brakuje, czyli glikokortykosteroidy pod postacią preparatu Hydrokortyzon i mineralokortykosteroidy pod postacią preparatu Cortineff. Tabletki Hydrokortyzonu przyjmuje się w ten sposób, aby naśladować rytm dobowy wydzielania kortyzolu, czyli rano przyjmuje się dawkę wyższą, zaś nieco niższą w południe i wieczorem. Cortineff zazwyczaj wystarczy przyjmować tylko 1 x dziennie. Czasem dokładamy jeszcze biosteron (bo brakuje też hormonów trzeciej warstwy nadnerczy, czyli androgenów). Jeśli dawki są dobrze dobrane, a pacjenci przyjmują leki regularnie, to ich samopoczucie jest bardzo dobre i żyją normalnie.

SCHEMAT POSTĘPOWANIA DLA LEKARZY



▲ Ostatnio (wg Charoensri S and Auchus RJ. 2024 doi: 10.3803/EnM.2024.1894) jako wartości graniczne rozważa się stężenie kortyzolu <4 µg/dl – jako zbyt niskie i >14 µg/dl – jako prawidłowe (również dla interpretacji testu z Synacthenem, czyli syntetycznym ACTH)

Problemy mogą pojawić się w sytuacjach występowania infekcji, stresu, wymiotów czy zwiększonego wysiłku. Rozchwiać pacjenta potrafi egzamin albo bardzo intensywny trening. W takich sytuacjach dawki leku muszą być zwiększane, nawet dwu- czy trzykrotnie, a w przypadku występowaniu wymiotów – muszą być przyjmowane pozajelitowo. Pacjenci zazwyczaj potrafią sobie w takich sytuacjach poradzić sami i z czasem nabywają doświadczenia. Ważne jest też przecież, aby leków nie przedawkować. Z drugiej strony, jeśli pacjenci nie dobiorą sobie właściwej dawki leku do bieżącego zapotrzebowania, sytuacja może stać

się naprawdę niebezpieczna, gdyż może dojść do wystąpienia przełomu nadnerczowego u osoby z już rozpoznaną i leczoną chorobą Addisona. Na takie kryzysowe sytuacje nasi pacjenci dostają do domu hydrokortyzon w ampułce, aby sam pacjent lub jego opiekun mógł podać lek w zastrzyku domięśniowym.

Pacjenci też wiedzą, jak ważne jest posiadanie przy sobie dokumentu medycznego z informacją, na co chorują. Wielu, podobnie jak diabetycy, nosi specjalne opaski na nadgarstku z informacją o swojej chorobie, tak aby ratownik

medyczny, mając do czynienia z osobą nieprzytomną, mógł od razu wiedzieć, że to pacjent z chorobą Addisona i w związku z tym, jaki lek trzeba podać w pierwszej kolejności – hydrokortyzon dożylnie! A zaraz potem kroplówkę 0,9% NaCl!

Bardzo dziękuję za pomoc w przygotowaniu tekstu Stowarzyszeniu na rzecz Osób z Chorobą Addisona i Niedoczynnością Nadnerczy. Na internetowej stronie Stowarzyszenia można znaleźć wiele cennych informacji: <https://chorobaaddisona.org.pl/>

FELIETON

O pijanej Polsce

Zapowiadana przez rząd rewolucja dotycząca sprzedaży alkoholu okazała się tylko medialnym prężeniem muskułów. Branża alkoholowa nadal będzie zarabiała miliardy m.in. na rozpadających się wątrobach, rozbitych rodzinach, zgwałconych kobietach, przeciążonych SOR-ach i pobitych dzieciach.

Ratownik medyczny z siedleckiego pogotowia ratunkowego 25 stycznia został zaatakowany nożem. Rana klatki piersiowej okazała się śmiertelna. Sześćdziesięciodwulatek nie żyje, a o pięć lat młodszy napastnik czeka na proces.

O tej oburzającej sprawie słyszeliśmy pewnie wszyscy. Odbyły się liczne spotkania kierownictwa Ministerstwa Zdrowia z przedstawicielami niedawno powołanego ratowniczego samorządu i ze związkami zawodowymi. Zapowiedziano zmiany: personel pogotowia ma m.in. otrzymać kamizelki nożoodporne i być szkolony z zasad samoobrony. Ma powstać rejestr aktów agresji fizycznej i słownej w stosunku do ratowników medycznych.

Chciałbym jednak, żeby w przekazach medialnych dotyczących całej sprawy częściej podkreślano jedną, niezwykle istotną jej okoliczność. Coś, co jest praźródłem nie tylko tego brutalnego ataku, ale także prawdopodobnie większości przypadków agresji wobec personelu ochrony zdrowia. Otóż człowiek, który zabił medyka, wbijając w jego ciało nóż, był pijany.

Przepracowałem w pogotowiu ratunkowym sześć lat. Na prawie każdym dyżurze jeździłem ambulansem do pijanego pacjenta. Niekoniecznie byli to kłoszardzi wyrzuceni na margines rzeczywistości. W Polsce pije się nie tylko w melinach czy na parkowych ławkach. Pijani zdarzali się wszędzie: na wysokich piętrach luksusowych kamienic, leżący nieprzytomnie na pięknie przystrzyżonych trawnikach domów jednorodzinnych, w biurach, w saunach, wreszcie na plebaniach. Dopiero praca w pogotowiu uświadomiła mi, jak w Polsce się pije. Gdyby ktoś z państwa nie wiedział, pije się na potęgę w każdej grupie społecznej, narażając się na schorzenia internistyczne, chirurgiczne, ortopedyczne i wszelkie inne.

Skoro już o grupach społecznych mowa. Wiecie, na którym miejscu są przedstawiciele naszego zawodu pod względem średniej

ilości wypijanego alkoholu? Według statystyk z 2023 r. lekarze są na miejscu trzecim, po wykonujących zawody twórcze i robotnikach budowlanych. To dobry moment, żeby każdy i każda z nas przez chwilę pomyśleli o znajomym lekarzu bądź lekarce, którzy z powodu pijaństwa zostali wyrzuceni z pracy bądź też których alkohol zabił. Nie było trudno sobie przypomnieć, prawda? Ja z telefonu skasowałem już trzy takie kontakty. Cała trójka umarła zdecydowanie zbyt młodo, wcześniej obracając swoje życia osobiste i zawodowe w zgłiszczą.

Przez kilka lat dyżurowałem w oddziale intensywnej terapii. Mieliliśmy tam dziewięć łóżek. Pamiętam dyżur, podczas którego ośmioro z dziewięciorga pacjentów miało chorobę alkoholową. Jeśli zaś ktokolwiek z czytelników przepracował choć kilka miesięcy w szpitalnym oddziale ratunkowym, wie, ile polskie pijaństwo generuje codziennie rozbitych głów, złamanych kończyn, pobić, zaburzeń rytmu serca, zaostrzeń niewydolności wątroby. To my, medycy, widzimy prawdopodobnie najwyraźniej, co etanol robi z naszymi rodakami i z całym naszym społeczeństwem. To wreszcie jednego z nas pijany człowiek niedawno zabił. Skąd pewność, że nie będziemy następni? I czy na pewno najlepsze, co można w tej



JAKUB SIECZKO
ANESTEZJOLOG

sprawie zrobić, aby zapewnić nam bezpieczeństwo, to wyposażyć personel w kamizelki nożoodporne? Czy kiedy kolejny pijany pacjent zaatakuje np. lekarza pogotowia, uderzając go siekierą w głowę, ministerstwo zdrowia kupi dla całego personelu medycznego rycerskie hełmy oraz wyda rozporządzenie, że należy je zakładać, udając się do chorego? Co potem? Zbroje? Może zamiast o kamizelkach i kursach samoobrony porozmawialibyśmy o tym, co zrobić, żeby nasi pacjenci nie byli w dużym stopniu tak kompletnie nietrzeźwi?

Lubię czerwone włoskie wina i jasne czeskie piwa. Radosne wydarzenia, np. zdanie egzaminu specjalizacyjnego przez koleżankę bądź kolegę z oddziału – zdarza mi się ze współświetującymi celebrować (oczywiście po pracy) z rozmachem. Nie jestem abstynentem, a mój tekst nie jest wezwaniem do prohibicji. Jest na picie alkoholu czas i miejsce, jest on częścią europejskiej kultury. Wiele krajów z naszego kręgu kulturowego zrozumiało jednak, że nieograniczony dostęp do alkoholu to koszty. Społeczne (więcej pobić, rozbojów, gwałtów, zniszczonego mienia, krzywdzonych dzieci), jak i finansowe (choćby znaczne nakłady na ochronę zdrowia – każdego z czytelników proszę o przemyślenie, jaki procent jego pacjentów stanowią osoby uzależnione). Postawiono więc

w wielu krajach, choćby w Skandynawii, na proste, i jak się okazało po czasie, skuteczne rozwiązania. Nie sprzedaje się alkoholu na stacjach benzynowych, nie ma całodobowych sklepów śmiejących się do klientów rzędami butelek, również tych wysokoprocentowych alkoholi, i – co ważne – zakaz sprzedaży alkoholu osobom nietrzeźwym jest tam realnie egzekwowany. W Polsce, jak wie każdy i każda z nas, jest on fikcją.

W zeszłym roku byłem w Oslo. Po całym dniu zwiedzania miasta postanowiłem wstąpić do baru na piwo. Byłem trzeźwy jak niemowlę, ale przypadkowo, wchodząc do pomieszczenia, potknąłem się o próg. Widzący to barman, zanim sprzedał mi alkohol, prowadził ze mną pięciominutową wnikliwą rozmowę, aby upewnić się, że nie jestem już lekko pod wpływem. Gdybym był, piwa bym nie dostał.

Rezultatów wprowadzenia takich rozwiązań nie trzeba szukać w dalekiej Norwegii. Władze Krakowa wprowadziły 1 lipca 2023 r. zakaz nocnej sprzedaży alkoholu w miejscach innych niż restauracje i bary. Jeśli w Krakowie o wpół do pierwszej w nocy czujesz się jeszcze niedopity (bądź niedopita), najbliższa stacja benzynowa lub sklep monopolowy nie rozwiąże twojego problemu. Do 5:30 alkoholu tam nie kupisz. Jakie efekty przynosi taka polityka? Czy jest skuteczna? Urząd Miasta Krakowa na swojej stronie internetowej podaje, że w ciągu dwunastu miesięcy po wprowadzeniu odpowiednich przepisów liczba interwencji policji związanych ze spożywaniem alkoholu spadła o 48,5 proc., a straży miejskiej o 31,2 proc. Straż miejska odnotowała spadek liczby wykroczeń o 47,9 proc. Zmniejszyło się też obłożenie krakowskiego Miejskiego Centrum Profilaktyki Uzależnień. Krakowskie statystyki, a także doświadczenia skandynawskie nie pozostawiają złudzeń. To działa.

Dlaczego więc analogicznych przepisów nie wprowadzić w całej Polsce? Jeśli ktoś udaje się po butelkę whisky czy setkę wódki na stację benzynową o trzeciej w nocy, nie ma chyba wątpliwości, że jest to osoba, która pić już tej nocy nie powinna. Niesprzedawanie jej alkoholu leży w dobrze rozumianym społecznym interesie.

12 marca na stronach Rządowego Centrum Legislacji pojawił się projekt zmian w ustawie o wychowaniu w trzeźwości. Za radcą prawnym Dawidem Siedleckim (specjalizującym się w takich przepisach) podaje, co się m.in. zmieni: koniec sprzedaży „alkotubek”, zakaz promocji, rabatów czy gratisów na sprzedaż alkoholu, wprowadzenie obowiązku (zamiast możliwości) weryfikacji wieku osób kupujących alkohol (przy podejrzeniu, że są one niepełnoletnie).

reklama

Czy te przepisy to przełom? Co zmieni to w alkoholowym krajobrazie Polski? Co zmieni to w naszej medycznej codziennej pracy? Śmiem twierdzić, że niewiele, a zapowiadana przez rząd rewolucja dotycząca sprzedaży alkoholu okazała się tylko medialnym przeżeniem muskułów. W ubiegłoroczne wakacje minister Leszczyna zapowiadała zakaz nocnej sprzedaży alkoholu na stacjach paliw – takich zapisów w obecnym projekcie brakuje. „Trudno forsować ustawę, która nie zyska poparcia koalicji” – skomentowała to w styczniu szefowa resortu zdrowia. Ja tłumaczę sobie to stanowisko następująco: komuś bardzo, bardzo zależało na tym, aby przepisy takie nie weszły w życie. Komu?

Nie lekarzom ani lekarkom, nie terapeutom uzależnień, wreszcie nie rodzinom osób uzależnionych. Nie trzeba mieć umysłu Sherlocka Holmesa, żeby wywnioskować, że

projekt taki był nie w smak tym, którzy na sprzedaży alkoholu zarabiają miliardy. Sprezycujmy: to miliardy zarobione m.in. na rozpadających się wątrobach, rozbitych rodzinach, zgwałconych kobietach, przeciążonych SOR-ach i pobitych dzieciach. A że wielkie pieniądze to też polityczne wpływy, do tego nikogo dorosłego przekonywać nie trzeba. Branży alkoholowej bardzo, ale to bardzo, zależało na tym, aby w przepisach dotyczących sprzedaży alkoholu nie zmieniło się zasadniczo nic.

Konta producentów wódki, piwa i wina będą więc coraz bardziej puchły. A koszty? Z nimi będziemy musieli radzić sobie między innymi my. Być może oznacza to, że znów w pijanym widzie ktoś zabije jednego lub jedną z nas. ●

Napisz do autora:
sieczko.gazetalekarska@gmail.com

PRAKTYKA LEKARSKA

Jak pacjenci okłamują lekarzy

ZBIGNIEW WOJTASIŃSKI
DZIENNIKARZ

Zapewniają, że postępują tak, jak tego oczekuje od nich lekarz, na przykład dużo ćwiczą lub stosują się do jego zaleceń. Albo twierdzą, że nie mają żadnego problemu z używkami, na przykład z nadużywaniem alkoholu.

Pacjenci często okłamują lekarzy, nawet wtedy, gdy zdają sobie sprawę, że może na tym ucierpieć ich zdrowie. Taka natura człowieka. Czasami bardziej liczy się fałszywe poczucie własnej godności aniżeli przyznanie się lekarzowi, że pacjent nie zastosował się do zalecenia albo zrobił coś, czego nie powinien.

Przykład? Jedna z pacjentek opowiedziała, jak miała zostać poddana planowemu znieczuleniu. Wiedziała, że to ważne i że trzeba się do tego odpowiednio przygotować albo przynajmniej pewnych rzeczy nie robić. Jednak w dzień poprzedzający wydarzenie późnym wieczorem wypila dwa kieliszki wina. Tak się po prostu złożyło. Wpadła w panikę, gdy sobie przypominała o znieczuleniu. Sądziła, że alkohol to najgorsza rzecz, jaką mogła w tej sytuacji zrobić. Nie zrezygnowała jednak ze znieczulenia, ale też nic nie powiedziała anesteziologowi. Obawiała się, że zostanie skreślona z listy pacjentów na dany dzień. Jak się później dowiedziała, dwa kieliszki wina nie miały w jej przypadku większego znaczenia.

OŚMIU NA DZIESIĘCIU MIJA SIĘ Z PRAWDĄ

Zatajenie przez pacjenta ważnej informacji nie jest marginalnym problemem. Z badania opublikowanego w 2018 r. na łamach „JAMA” („Prevalence of and Factors Associated With Patient Nondisclosure of Medically Relevant Information to Clinicians”) wynika, że aż 81 proc. pacjentów ukryło przed lekarzem ważne informacje. Przebadano wtedy dużą grupę 4510 Amerykanów w różnym wieku. Powody takiego zachowania były dość prozaiczne, ale istotne z psychologicznego punktu widzenia. Warto im się

bliżej przyjrzeć, bo nie zawsze są uświadomiane przez lekarzy.

Aż 82 proc. badanych przyznało, że bało się oceny z strony personelu medycznego lub chciało uniknąć pouczania z powodu swego zachowania. Niemal równie duża grupa, bo aż 70 proc. ankietowanych przyznała, że czuła się zakłopotana do tego stopnia, że wołała nic nie mówić.

Pacjenci mają różne poziomy lęku, wrażliwości i poczucia wartości. Aż połowa ankietowanych stwierdziła, że nie powiedziała

O ile przeciętna osoba mruga 7-15 razy na minutę, podczas kłamstwa robi to aż 5-12 razy częściej. Kłamiąc, człowiek trzepie powiekami

prawdy, gdyż się bała, że zostanie oceniona jako trudni pacjent. Z kolei niemal tyle samo badanych przyznało, że nie chcieli zabierać lekarzowi zbyt dużo czasu.

Smaczkiem w tym wszystkim jest to, że lekarze, jak też inni pracownicy personelu medycznego, nierzadko zachowują się podobnie, gdy sami znajdują się w roli pacjenta. Również oni potrafią zataić wiele ważnych informacji, a przynajmniej nie powiedzieć wszystkiego. A powody są często te same lub bardzo podobne, co w przypadku „zwykłych” pacjentów.

Historię o alkoholu i znieczuleniu opowiedziała jedna z głównych

autorek tego badania dr Angela Fagerlin z Wydziału Medycznego Uniwersytetu Utah. Jej osobiste doświadczenie skłoniło ją do tego, żeby przeprowadzić takie badanie. Przy okazji ujawniono jeden z najpoważniejszych problemów w medycynie.

LEPIEJ WYPAŚĆ W OCZACH PERSONELU

Od tego czasu przeprowadzono kilka podobnych analiz. Z niektórych wynika, że skala tego zjawiska nie jest aż tak duża. Z sondażu firmy ubezpieczeniowej TermLife2Go przeprowadzonego w 2020 r. na grupie 500 osób wynika, że lekarzy okłamuje 23 proc. pacjentów. Ten sondaż dotyczył jednak jedynie używek i stylu życia.

Wykazano, że pacjenci najczęściej zatają to, że palą papierosy (46 proc.). Twierdzą, że ćwiczą częściej (43 proc.) i rzadziej sięgają po alkohol (38 proc.) niż w rzeczywistości. Tak postępuje 50 proc. mężczyzn i 32 proc. kobiet. Zaniżają również liczbę partnerów seksualnych (29 proc.) – robią to częściej kobiety.

Dlaczego pacjenci tak postępują? Najczęściej chcą uniknąć dyskryminacji (31 proc.), ale chcą też być traktowani poważnie (22 proc.). Kłamstwo jest sposobem na to, by lepiej wypaść w oczach personelu medycznego.

Podobne informacje przynosi badanie innej firmy ubezpieczeniowej – Berxi Survey Results z 2022 r. Potwierdziło się, że pacjenci najczęściej kłamią odnośnie swego stylu życia, co przynajmniej częściowo

► Trzeba próbować przekonać pacjenta, że lekarz jest jego najlepszym przyjacielem, a jedynym jego zadaniem jest to, by mu pomóc

można sprawdzić przy użyciu smartfona czy zegarka elektronicznego sumującego liczbę kroków. Choć nawet w takiej sytuacji pacjenci potrafią coś wymyślić. Zamiast spacerować, wystarczy przy każdej okazji na przykład machać ręką, na której jest smartwatch z krokomiernikiem. Efekt jest podobny jak podczas spacerów.

Pewnym wskaźnikiem wiarygodności pacjenta może być to, do jakiego należy pokolenia. Z tego samego badania wynika, że do mijania się z prawdą wobec personelu medycznego bardziej skłonna jest tzw. generacja Z (1998-2017), szczególnie jeśli chodzi o zachowania seksualne. Z kolei pokolenie X (1965-1980) niechętnie przyznaje się do spożywania alkoholu.

Nieco inaczej zachowują się starsi wiekiem, tzw. baby boomers (1946-1964). Wykazano, że wcale nie przestrzegają prawidłowej diety, choć często lubią się o tym przechwalać, są jednak bardziej wiarygodni w innych sprawach dotyczących zdrowia. To pokolenie, dojrzałe wiekowo i bardziej doświadczone, zdaje sobie sprawę, że zatajanie przed lekarzem ważnych informacji oznacza szkodzenie własnemu zdrowiu.

JAK ROZPOZNAĆ KŁAMSTWO

Kłamstwo można rozpoznać przynajmniej w niektórych sytuacjach i u pewnych pacjentów. Jak opisuje to amerykański psycholog prof. Paul Ekman w książce „Kłamstwo i jego wykrywanie w biznesie, polityce i małżeństwie”, zdradzić kłamstwo może niemal wszystko, zarówno mowa ciała, jak i tembr głosu. Świadczy o nim na przykład przyslanianie ust, sztuczny śmiech, jak również dotykanie twarzy, nosa, szyi, drapanie za uchem i zabawianie się włosami, w czym najbardziej lubują się młode kobiety.

Można też gryźć wargi, głęboko oddychać i często mrugać oczami. Szczególnie to ostatnie zachowanie jest warte uwagi. Bo choć mrugamy często, to o ile przeciętna osoba mruga 7-15 razy na minutę, podczas kłamstwa robi to aż 5-12 razy częściej. Można powiedzieć, że kłamiąc, człowiek trzepie powiekami.



foto: Shutterstock.com

Psychologowie tłumaczą, że kłamanie jest dla naszego mózgu znacznie trudniejsze niż szczere wyznanie. Wysiłek ten musi być czymś okupiony, innym zachowaniem i większym zmęczeniem. Niestety, mimo tych prostych rad kłamstwo wcale nie jest tak łatwo wykryć, nawet lekarzom, co też udowodnił Paul Ekman, emerytowany profesor Uniwersytetu Kalifornijskiego w San Francisco, który niedawno (15 lutego) obchodził swoje 91. urodziny.

Wspólnie z Maureen O'Sullivan wykazał to w publikacji „Who Can Catch a Liar?” podczas doświadczenia z nagraniami wideo, podczas których poproszono 509 ochotników, by ocenili prawdziwość nagranych wypowiedzi. Trafność ich oceny nie różniła się od wyników gry losowej. A w próbie tej uczestniczyli tacy profesjonalści, jak psychologowie, sędziowie, oficerowie policji oraz specjaliści od badań z użyciem wykrywacza kłamstw.

Eksperyment ten przeprowadzono w 1991 r. i od tego czasu być może poczyniliśmy znaczne postępy w wykrywaniu kłamstwa. Przed takim przekonaniem ostrzega jednak amerykański lekarz rodzinny Clark Madsen, który wypowiedział się na potrzeby cytowanego sondażu wykonanego na zlecenie TermLife2Go. Jego zdaniem „lekarze nie mają jakiegoś specjalnego detektora kłamstwa, ani takich umiejętności jak agenci FBI”.

ZALECENIA DLA LEKARZY

Specjalista na podstawie swej praktyki ocenia, że kłamie od 30 do nawet 40 proc. pacjentów. Najczęściej – wylicza – zapewnają oni, że postępują tak, jak tego oczekuje od niech lekarz, na przykład dużo ćwiczą lub stosują się do jego zaleceń. Albo twierdzą, że nie mają żadnego problemu z używkami, na przykład z nadużywaniem alkoholu.

Jak zatem powinien postępować lekarz? Madsen zaczyna od tego,

czego robić nie należy. I tak nie należy pouczać pacjenta o potrzebie zdrowego stylu życia. W żadnym wypadku nie wolno też oceniać. Lepiej rozmawiać z pacjentem oddzielnie, bez towarzyszącej jej osoby, żony czy rodzica. Bo taka sytuacja od razu usztywnia pacjenta i kłopotliwe tematy są przez niego zbywane. A jednym z większych błędów jest postawa konfrontacyjna, gdy podejrzewamy, że druga osoba nie mówi prawdy.

Trzeba za to próbować przekonać pacjenta, że lekarz jest jego najlepszym przyjacielem, a jedynym jego zadaniem jest to, by mu pomóc. Bo dla wielu chorych wcale nie jest to takie oczywiste. Warto zwrócić uwagę, tak dyskretnie jak tylko jest to możliwe, że kłamstwo, pomijanie pewnych kwestii, może mieć negatywne konsekwencje, a czasami jest wręcz niebezpieczne. Dla niektórych osób może być to otrzeźwiający, bo z tego też nie wszyscy zdają sobie sprawę.

Zalecenia te są szczególnie ważne w odniesieniu do przestrzegania przez pacjenta zaleceń terapeutycznych. Niestosowanie się do nich jest jednym z największych wyzwań w opiece medycznej, czego nie uświadamiają sobie pacjenci, a czasami także i lekarze. Z tego powodu, jak się ocenia, co roku umiera w Europie aż 200 tys. osób.

APEL EKSPERTÓW

Polskie Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego wystosowało apel w tej sprawie, gdyż w tym zakresie od wielu lat niewiele się u nas zmienia. Problem nie dotyczy tylko leków na nadciśnienie tętnicze i choroby sercowo-naczyniowe, ale także wielu innych schorzeń przewlekłych, takich jak cukrzyca.

W apelu PTNT podkreśla się, że nawet co drugi pacjent z chorobą przewlekłą nie przestrzega zaleceń dotyczących przyjmowania leków, jak też zmiany stylu życia czy regularnych wizyt kontrolnych. „Analiza danych z Polski pokazuje, że 58 proc. pacjentów z nadciśnieniem tętniczym nie przestrzega zaleceń terapeutycznych po upływie jednego roku od postawienia diagnozy” – zaznaczył podczas spotkania z dziennikarzami prof. Aleksander Prejbisz z Narodowego Instytutu Kardiologii w Warszawie. Nie stosują się do nich nawet chorzy po zawale serca. Po roku aż 70 proc. z nich przestaje stosować leki z trzech głównych klas terapeutycznych.

Wielu chorych w ogóle nie wykupuje leków. Według Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2013-2018 aż 24 proc. pacjentów z dopiero co wykrytym nadciśnieniem tętniczym nie zrealizowało pierwszej recepty na leki refundowane.

Co zrobić, aby to zmienić? Piszą o tym polscy specjaliści w publikacji pod redakcją prof. Piotra Dobrowolskiego z Narodowego Instytutu Kardiologii: „Physician-patient partnership – can it help increase adherence to the therapeutic re-

W latach 2013-2018 aż 24 proc. pacjentów z dopiero co wykrytym nadciśnieniem tętniczym nie zrealizowało pierwszej recepty

commendations in cardiovascular disease?”. Ukazała się ona na łamach „Arterial Hypertension”, a niedawno została przetłumaczona na język polski i opublikowana przez „Via Medica”.

Główny wniosek jest taki, że nie wystarczy lepsza komunikacja między lekarzami i pacjentami oraz wzajemne zaufanie. Niezbędne są wielokierunkowe działania: edukacja pacjentów, zastosowanie metod elektronicznych (np. przypominające i nakłaniające SMS-y) oraz monitorowanie przestrzegania zaleceń lekarskich i znoszenie barier ekonomicznych w dostępie do leków. Konieczne jest zwalczanie nieprawdziwych informacji w sieci. Przykładem są statyny i przypisywane im bóle mięśniowe. Z badań wynika, że ponad 90 proc. objawów mięśniowych przypisywanych leczeniu statyną nie jest związanych z tymi lekami.

Problemy z adherence dotyczą przede wszystkim dwóch grup pacjentów: tych w młodym i średnim wieku, gdyż wykazują oni najmniejszą wytrwałość terapeutyczną, oraz rozpoczynających terapię lekami zmniejszającymi ryzyko sercowo-naczyniowe (z powodu dużego ryzyka chorobowości i zgonu). Nie bez znaczenia – stwierdzają autorzy opracowania – są również zaburzenia neurologiczne

i psychiatryczne, w tym zaburzenia funkcji poznawczych, depresja czy lęk. Specjaliści wymieniają też dostępność i łatwość stosowania terapii, przede wszystkim koszt, a także schemat dawkowania, liczba tabletek i stosowanych leków.

WALKA Z DEZINFORMACJĄ

Pacjentów, którzy nie przestrzegają konkretnych zleceń, można podejrzewać o to, że nie stosują się także do innych sugestii dotyczących stylu życia lub szczepień. Ci, którzy nie chcą zażywać statyn, rzadziej się szczepią przeciwko grypie. „Poziom szczepień przeciwko grypie i stosowania terapii hipolipemizującej u pacjentów z grupy wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego jest niski, między innymi z powodu dezinformacji dotyczącej statyn” – stwierdzają eksperci.

Ostrzegają oni, że obecnie w największym stopniu dotyczy to stosowania statyn i szczepień, ale w przyszłości w większym stopniu może się odnosić do leczenia hipotensyjnego, przeciwhiperlipidemicznego czy farmakoterapii otyłości. Zastanawiające jest, że po roku terapię przeciwnadciśnieniową rzadziej kontynuowały kobiety, jak sugerują cytowane w opracowaniu polskich specjalistów badania holenderskie. Nie potwierdza tego metaanaliza 82 badań w tym zakresie – przestrzeganie lub niestosowanie się do zaleceń było podobne w obu grupach. Przeczy to dość powszechnemu przekonaniu, że kobiety bardziej dbają o zdrowie i wykazują większą gotowość do współpracy z lekarzem.

Pacjenci zawsze jednak potrafią zaskoczyć lekarzy, nawet w badaniach klinicznych. W jednym z takich testów prowadzonych w Polsce w zakresie onkologii lekarze mocno się zdziwili, że uczestniczące w nich osoby wiedziały, kto otrzymuje placebo. A było to badania randomizowane z podwójną ślepą próbą.

Śledztwo wykazało, że nie było jakiegoś przecieku i złamania zasad. Pacjenci sami przetestowali podawane im leki. A użyli do tego prostej metody – wrzucali podawane im leki do muszli klozetowej. Te, które pływały, to placebo. Warto zatem trzymać się jeszcze jednej zasady: nigdy nie tracić czujności. ●

Czy warto być uczciwym?

Każdy sam musi to skalkulować, uwzględniając, co z tego będzie dziś, za 10 miesięcy i za 10 lat. W ochronie zdrowia chwilowe zwycięstwa dziś są wielkimi porażkami jutro.

Prowadziłam niedawno zajęcia ze studentami szkoły biznesu uznanej publicznej uczelni. Studenci zgłębiali wiedzę w jednym z tematów z zakresu organizacji ochrony zdrowia. Zajęcia dotyczyły komunikacji i negocjacji. Omawialiśmy, czym jest komunikacja, jak się dobrze komunikować, czym są negocjacje, jakie są ich zasady i jakie są techniki. Zaczęliśmy od podstawy, czyli tego, że negocjacje powinny prowadzić do zwycięstwa dwóch stron. Strony w negocjacjach to partnerzy. Wyzwaniem jest dobra wymiana. Trzeba oddać to, na czym nam mniej zależy, a zależy na tym drugiej stronie, i dostać to, co dla drugiej strony jest mniej cenne, a dla nas ma znaczącą wartość. Rozmawialiśmy o wzajemnym szacunku w negocjacjach. O wyjściu z paradygmatu, że wygrane negocjacje to nie jest zostawienie kogoś – jak w powiedzeniu – w skarpetkach, i w końcu padło „to” pytanie: „Skoro już znamy te wszystkie techniki, to po co być uczciwym i szukać konsensusu?”

Czy w czasach bezczelności, władzy, bezkompromisowości, braku wstydu i skrupułów warto być uczciwym? Czy warto, negocjując, myśleć o innych? Czy taka postawa to szlachetność, czy frajerstwo? Czy nie lepiej wychodzi się na konsekwentnej polityce siły i dążenia do swojego? Taki Donald Trump i jego przyboczny biznesmen Elon Musk idą przez życie bezczelnie i bezkompromisowo, ludzi szanują rzadziej niż częściej, i to świetnie działa. Dowodem na to, że nie liczenie się z innymi daje efekty, są ich pozycje i majątki. Wielu wielkich nie oglądało się na boki. Nie szanowało ludzi, nie miało sentymentów. Nawet Steve Jobs nie był w porządku dla swoich bliskich.

Czy w ochronie zdrowia, gdzie kołderka zawsze jest za krótka, należy zwracać uwagę na innych, czy lepiej opłaca się

ANNA GOŁĘBICKA,
EKONOMISTKA, STRATEG
KOMUNIKACJI I ZARZĄDZANIA



ciągnąć w swoją stronę? Może należy wycinać konkurencję i po trupach iść do celu? Odpowiedź brzmi: można! Tylko po co? Czy to będzie „nasze”. Czy będzie nam z tym dobrze? Czy to nie będzie pyrrusowe zwycięstwo? Jak będziemy się z tym czuli za kilka lat? Do czego nas to doprowadzi w długiej perspektywie? Czy będziemy w tym i z tym szczęśliwi?

Jakkolwiek by było, wielki człowiek Warren Buffett, dokonując wyborów, pytał siebie: jak będę się z tym czuł za 10 minut, za 10 miesięcy i za 10 lat? I ta zasada jest kluczem.

Czy bezwzględność i bezkompromisowość oraz cały zestaw fałszywych przyjaciół w gratisie, bo wielcy i bezczelni ciągną za sobą ogon słabych chcących ograniczyć się w ich świetle, to historia o tobie? Chodzenie na skrót bywa kuszące, ale zawsze można spotkać po drodze jakieś bagno. To, że gdyby ludzie chcieli się ze sobą dogadywać, wszyscy wyszliby na tym lepiej, udowodniono nawet w paradoksie więźnia.

Ochrona zdrowia to ABC tego, co można sobie zrobić, prowadząc działania w imię zasady – teraz ja i nie liczy się nikt. Ktoś na kogoś. Ktoś o kimś. Warczący na siebie ludzie. Frustracje, wypalenie, pogubiony medyk i na koniec pogubiony pacjent. Widać tu jak na dłoni, że chwilowe zwycięstwa dziś są wielkimi porażkami jutro. Nie mówiąc

o tym, że „ograni” kiedyś będą chcieli się „odegrać”. Niemcy zostawione w biedzie po pierwszej wojnie światowej rozpełtały drugą. Nie pal mostów, bo nie wiadomo, czy w twoim życiu nie będziesz ich jeszcze potrzebował – mówi mądre powiedzenie. Podobno dobre relacje, gdy się nimi dzielimy, mnożą się. Złe też, tylko dużo szybciej i dużo toksyczniej.

Bycie w porządku wcale nie jest trudne. Nie trzeba ludzi kochać, nie trzeba im się podlizywać i schlebiać, nie trzeba być empatycznym. Gdy jesteś lekarzem dla pacjentów i współpracownikami, wystarczy kultura, zrozumiała informacja i profesjonalizm. W życiu prywatnym wystarczy innych traktować tak, jak chciałoby się być traktowanym.

Sława, władza i pieniądze to nie wszystko. Młode pokolenie wcale już nie chce tak bardzo awansu, władzy i związanej z tym odpowiedzialności. Chcą po prostu dobrze i po swojemu żyć, doświadczać. Nie są pokoleniem wyścigu szczurów. Zobaczyli, że to nie prowadzi do niczego. Mądre opowieści starszych ludzi, którzy mówią z perspektywy swoich stu lat, zawsze sprowadzają się do tego, że bycie w porządku – jest w porządku. Skoro jesteśmy w krainie przypowieści, warto przypomnieć, że kto mieczem wojuje, od miecza ginie. Czy warto być uczciwym? ●

WYWIAD LEKAR(S)KI

Irytują mnie stereotypy

Niepełnosprawność sprawia, że stajemy się silniejsi psychicznie – mówi
Natalia Siuba-Jarosz, lekarka z OIL w Łodzi specjalizująca się
w radiologii i utytułowana polska parasnowboardzistka, w rozmowie
z Marią Kłosińską.

Jak udaje Ci się łączyć wymagającą specjalizację w radiologii z profesjonalnym uprawianiem parasnowboardu?

Kluczowa jest dobra organizacja czasu – zarządzanie dyżurami i harmonogramem zawodów. Pomocna bywa także dobra wola współpracowników oraz wsparcie rodziny. Dużą rolę odgrywa jednak moja determinacja, by nadal łączyć pracę z pasją, ponieważ wszystkie wyjazdy realizuję kosztem mojego urlopu. Mam go trochę więcej ze względu na to, że jestem osobą z niepełnosprawnością, ale w Kodeksie pracy nie przewidziano żadnych dodatkowych ulg dla osób, które reprezentują kraj, a jednocześnie normalnie pracują.

Kiedy grafik koliduje z zawodami, moi współpracownicy często wykazują dobrą wolę i pomagają mi zamieniać się dyżurami. Oczywiście, potem muszę to nadrobić, np. w okresie wakacyjnym, kiedy nie wyjeżdżam. Myślę jednak, że to właśnie jest klucz do tego, aby to wszystko wciąż działało. W zeszłym roku udało mi się zdobyć puchar Europy, czyli najwyższe wyróżnienie sezonu w mojej kategorii. W 2023 r. wywalczyliśmy także drużynowe mistrzostwo świata. To konkretne osiągnięcia, które pokazują, że warto walczyć o realizację swoich pasji.

Czy twoja choroba wpłynęła na to, jak patrzysz na pracę lekarza oraz sportowca?

Czas spędzony w szpitalach od najmłodszych lat, liczne rehabilitacje i kilka operacji sprawiły, że zaczęłam dostrzegać plusy i minusy zawodu lekarza. Jako pacjentka doświadczyłam na własnej skórze, jak ogromne znaczenie ma podejście lekarza, jego empatia i sposób komunikacji, dla samopoczucia pacjenta i jego stosunku

do choroby. Przeżyłam zarówno dobre, jak i trudne momenty, co wykształciło we mnie silną niezgodę na przedmiotowe traktowanie pacjentów, zwłaszcza dzieci. Wiem, jak wiele możemy zmienić, okazując pacjentowi oraz jego rodzinie zrozumienie i troskę. Staram się myśleć o lękach i niepewności pacjenta oraz pomagać mu swoim zachowaniem.

Jeśli chodzi o sport, bycie osobą z niepełnosprawnością wiąże się z wieloma wyzwaniem. Nawet dla osób pełnosprawnych finansowanie sportu w Polsce jest trudne, jeśli nie jest się piłkarzem. A przecież dla nas sport to nie tylko rywalizacja. To także doskonała forma rehabilitacji. Przystajemy postrzegać pracę nad sprawnością jako żmudne ćwiczenia, a zaczynamy traktować ją jak zabawę i pasję. Nie wiem, czy osiągnęłabym taki poziom sprawności, gdyby nie snowboard. Motywował mnie do ciężkiej pracy na siłowni i rozwijania sprawności fizycznej. Bez konkretnego celu, jakim były zawody, pewnie trudno byłoby mi utrzymać taką determinację. Sport nauczył mnie także, jak ważna jest regeneracja. Kiedy jest się sportowcem i jednocześnie pracuje się zawodowo, trudno znaleźć na nią czas. Profesjonalni sportowcy mają cały sztab ludzi dbających o ich zdrowie i kondycję, a my po pracy w szpitalu idziemy na trening, często zmęczeni i niewyspani. To sprawia, że musimy jeszcze lepiej zarządzać swoimi siłami.

Twoja choroba, artrogrypozą, towarzyszy Ci od najmłodszych lat. Dla niektórych to przytłaczające, ale Ty nauczyłaś się elastyczności

i adaptacji, jesteś wytrwała. Czy można powiedzieć, że to jedna z pozytywnych stron twoich doświadczeń?

Jest taka metafora karciana, która dobrze oddaje tę sytuację. Może rozdanie, które dostałam na początku, nie było zbyt szczęśliwe, ale to są karty, które mam i muszę nimi grać. Można wybrać drogę wycofania, poddać się poczuciu niesprawiedliwości i zadać pytanie: „Dlaczego akurat mnie to spotkało, skoro ta przypadłość dotyka jedną osobę na 100 tysięcy?”. Ale można też spojrzeć na to inaczej – to jest to, co dostałam, nie zmienię tego, więc mogę jedynie zastanowić się, jak przekuć pewne słabości w siłę.

W Polsce osoby z niepełnosprawnością od urodzenia często muszą mierzyć się z wieloma trudnymi sytuacjami. Jednym z takich doświadczeń, które mocno zapadły mi w pamięć, były komisje lekarskie ds. orzekania o niepełnosprawności. Staje się wtedy przed trzyosobową komisją, w której zasiadają również lekarze, i czuje się, jakby trzeba było udowodniać, że naprawdę ma się trudności, że nie próbuje się nikogo oszukać. To chłodne, suche ocenianie, które bywa bardzo nieprzyjemne. Zawsze starałam się funkcjonować normalnie – chodziłam do zwykłej szkoły, byłam aktywna, a mimo to w takich sytuacjach przypominano mi, że jednak „coś jest ze mną nie tak”. To uczy odporności, ale też pokazuje, jak wiele jeszcze trzeba zmienić w podejściu do osób z niepełnosprawnościami.

Jesteś osobą, która nie tyle mimo trudności, ile właśnie dzięki nim

► **Natalia Siuba-Jarosz** potrafi łączyć pasję do medycyny ze sportową rywalizacją na najwyższym poziomie

postanowiła sięgać po najwyższe możliwe sukcesy. Co Cię do tego motywuje?

Istnieje stereotyp „biednego niepełnosprawnego”, co mnie bardzo irytuje i staram się to zwalczać. Mam kolegów i koleżanki, którzy jeżdżą na snowboardzie, mimo że stracili kończyny w różnych sytuacjach. Oni eksponują swoje protezy, a na stoku czasami spotykają się z reakcjami: „Super, podziwiamy was, bo jeździcie z protezami, bo życie normalnie”. Bo to są normalni ludzie, którzy chcą funkcjonować jak każdy inny. To jest jednak umniejszanie, bo nie widzą kogoś, kto po prostu jeździ na snowboardzie, tylko skupiają się na tym, że to osoba „poszkodowana”. Niby jest to pozytywny odruch, jednak wciąż uruchamiany przez pewnego rodzaju powinność współczucia. A chodzi o to, żeby nie współczuć, tylko po prostu traktować takich ludzi zwyczajnie.

Zarówno medycyna, jak i sport wymagają dużego poświęcenia. Czy spotkałaś się z opiniami, że kobiecie trudno odnieść sukces w tych dziedzinach?

Niestety, spotkałam się z takim podejściem, zwłaszcza w środowisku snowboardowym, ale także w niektórych środowiskach medycznych, które są wciąż dość zmaskulinizowane. Kobiety traktowane są trochę jak druga kategoria, głównie ze względu na ich mniejszą liczbę. Kobiety ze względu na tradycyjne kulturowe role matki czy opiekunki ogniska domowego nie są kojarzone ze sportami ekstremalnymi. A ja uważam, że kobiety są świetnie predysponowane do tego typu dyscyplin, ponieważ łatwiej podejmują decyzje, lepiej radzą sobie z multitaskingiem, zarządzaniem priorytetami i rozwiązywaniem kluczowych kwestii. Bardzo dobrze odnajdują się w takich warunkach, wykazując dużą wytrwałość i zaangażowanie. Często w tym sporcie radzą sobie lepiej niż mężczyźni. To samo dotyczy na przykład medycyny, gdzie precyzja i staranność, jak w radiologii, są kluczowe.

Dla nas, lekarzy, sport to także element profilaktyki zdrowotnej. Wiadomo, że w natłoku obowiązków zawodowych często trudno znaleźć



foto: A. Boguski

na niego czas. Czy w środowisku lekarskim spotykasz inne kobiety, które próbują łączyć medycynę ze sportem?

Poznałam na swojej ścieżce wiele kobiet aktywnie uprawiających sport, który jest ich pasją. Niekoniecznie muszą to robić na poziomie zawodowym, bo trudno jest uprawiać sport profesjonalnie. Zresztą nie o to chodzi – to ma przede wszystkim sprawiać frajdę.

W Kodeksie Etyki Lekarskiej wprowadzono zmiany, które kładą nacisk na to, jaką postawę my jako lekarze prezentujemy wobec własnego zdrowia. To też jest ważny aspekt, faktycznie budowanie tego autorytetu swoim przykładem.

Spotkałam się wielokrotnie z takimi opiniami pacjentów, że lekarz wydaje zalecenia dotyczące aktywności fizycznej, ograniczenia spożycia alkoholu, używek, palenia papierosów, a sam się do nich nie stosuje. To naprawdę podważa jego autorytet i skuteczność tych zaleceń.

Czego nauczyły Cię sport i medycyna?

Sport nauczył mnie przede wszystkim umiejętności godzenia się z porażkami. Siłą rzeczy częściej doświadczamy w nim porażek niż sukcesów. Umiejętność radzenia sobie z nimi i podjęcia decyzji, jak dalej

działać, jest bardzo ważna. Sport uczy również pracy zespołowej i działania pod presją, co odgrywa także dużą rolę w medycynie. Tutaj także wytrwałość i konsekwencja w dążeniu do celu są kluczowe. Studia lekarskie są długie, praca specjalizacyjna również trwa, więc wytrwałość jest niezbędna, jeśli chcemy osiągnąć to, co zaplanowaliśmy. Oczywiście nie możemy zapominać o empatii, którą powinniśmy mieć w stosunku do siebie nawzajem, do kolegów i pacjentów. To ważne, także w sporcie, podczas zawodów nie chcemy mimo rywalizacji stracić poczucia siebie i innych

Co poradziłabyś matkom lekarzom, które chcą realizować swoje pasje poza pracą, ale brakuje im na to czasu lub motywacji?

Jeżeli miałabym polecić jakąś metodę, to byłoby to po prostu umówienie się z kimś. Wiem, że ciężko jest wygospodarować ten czas, zwłaszcza przy pracy, opiece nad dziećmi, ale jeśli udałoby się znaleźć chociaż pół godziny na sport, to wydaje mi się, że umówienie się z kimś, na przykład z trenerem czy koleżanką, buduje w nas poczucie obowiązku. A my jesteśmy bardzo dobrzy w wywiązywaniu się z obowiązków i poczuciu odpowiedzialności, jako lekarze jesteśmy mistrzami w tym zakresie.

Jakie strategie stosujesz, żeby zapobiegać wypaleniu zawodowemu i sportowemu?

Dobrze jest mieć kogoś, komu można zaufać – czy to rodzina, czy profesjonalne wsparcie – by czasami ktoś z zewnątrz nas obserwował i powiedział, że przesadzamy. Czasami nie potrafimy obiektywnie ocenić, że za dużo pracujemy, że jest zbyt duże ciśnienie, że zatracamy poczucie, kim jesteśmy, traktując pacjentów jako „przypadki”. Wtedy, gdy czuję się zirytowana, niewyspana i czuję, że to wszystko się nakłada, wiem, że trzeba zrobić przerwę i wyjechać na kilka dni. Osobiście bardzo pomaga mi wysiłek fizyczny i spędzanie czasu na świeżym powietrzu, ale każdy ma swoje sposoby na radzenie sobie z tym.

Widać w Tobie pokorę, ale też życie na maksa, dostosowane do tego, co przynosi czas. Myślę, że to świetny przykład na znalezienie balansu.

To nie przyszło od razu. Kluczowe było znalezienie równowagi między pasjami, w tym oczywiście sportem, który jest bardzo ważny. Pokora jest tutaj istotna zarówno w pracy, jak i w sporcie, bo każdy, jak wiemy, może bardzo szybko zostać sprowadzony do parteru. Nie można za bardzo „obracać w piórka”, bo sytuacja, w której się znajdujemy i za którą jesteśmy wdzięczni, może bardzo szybko się zmienić. Choć tworzymy sobie różne scenariusze na zapas, które może się nigdy nie wydarzą, warto mieć z tyłu głowy, że nic nie jest dane raz na zawsze.

Wszyscy jesteśmy wychowawcami – mamy wpływ na dzieci, kiedy wybieramy z nimi lub dla nich zajęcia dodatkowe. Na Ciebie patrzą fani snowboardu. Czym się kierować w pielęgnowaniu sportowej pasji? Co jest kluczowe?

Myślę, że bardzo ważne jest kształtowanie młodych sportowców na każdym etapie – zarówno na poziomie podstawowym, jak i profesjonalnym. Kluczowa jest harmonia rozwoju dziecka. Często chcemy bardzo szybko wyspecjalizować dzieci w danej dyscyplinie, a zamiast tego powinniśmy umożliwić im wszechstronny rozwój na wczesnym etapie. Nie oczekujemy od razu, że Jasiu zostanie Cristiano Ronaldo. Przede wszystkim sport ma sprawiać frajdę. Jako rodzice powinniśmy bardzo uważnie obserwować, jak są prowadzone treningi, jak trenerzy odnoszą się do dzieci. Środowisko, w którym dziecko trenuje, ma sprawiać mu radość, bo jeśli dziecko będzie zniechęcone przez nadmierną presję, to wczesna specjalizacja może mieć odwrotny skutek – nie będzie chciało kontynuować uprawiania sportu w przyszłości. Widzę to na przykładzie klubów narciarskich, gdzie presja na dzieci jest za duża, a zawody odbywają się zbyt często.

Jakie masz marzenia i cele na najbliższe lata?

W przyszłym roku są igrzyska paraolimpijskie 2026 i bardzo chciałabym się tam zakwalifikować. W tej chwili wszystko idzie w dobrym kierunku. Co do radiologii, w przyszłym roku powinienam też podejść do egzaminu specjalizacyjnego. Zastanawiam się pomiędzy wyborem polskiego egzaminu specjalizacyjnego a egzaminem międzynarodowym. To są dwa duże cele, które sobie stawiam na przyszły rok. Jeśli chodzi o radiologię, nie ukrywam, że moim głównym obszarem zainteresowania jest radiologia szkieletowa.

To dużo jak na rok, ale z Twoją wytrwałością na pewno zakończysz ten rok sukcesami. Tego Ci właśnie życzę. Medycyna się rozwija, a wraz z nią rosną możliwości życia z chorobą i pomimo niej. Mam nadzieję, że tych możliwości będzie coraz więcej również w Polsce.

Dziękuję bardzo. Chciałabym jeszcze na koniec dodać, że na początku specjalizacji spotkałam się z opiniami, że nie da się pogodzić tego wszystkiego, że będę musiała z czegoś zrezygnować i najprawdopodobniej rozwiódę się z mężem. Z perspektywy czasu widzę, że udaje się nam wszystko pogodzić. Nie warto słuchać krytycznych opinii, bo one rzadko się sprawdzają. ●

INNOWACJE

Pomoże pacjentom i usprawni pracę w przychodniach

SYLWIA WAMEJ
DZIENNIKARKA

Oprogramowanie systemowe do zarządzania opieką koordynowaną to jeden ze zwycięskich projektów w Konkursie „Wdrożenie innowacji w opiece zdrowotnej” NIL IN.

Laureatem w kategorii opieka ambulatoryjna została tarnowska spółka CenterMed, która w trosce o zapewnienie najlepszej opieki pacjentom, zwłaszcza tym przewlekle chorym, stworzyła wielofunkcyjny oraz innowacyjny projekt. Został on wdrożony w ponad dwudziestu placówkach w Polsce. CenterMed pierwszy podpisał umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, jeśli chodzi o realizację usług w ramach opieki koordynowanej.

– Aktywność w codziennej pracy pokazała, że warto zastanowić się nad tym, jak zwiększyć efektywność naszych codziennych działań skoncentrowanych na opiece nad osobami przewlekle chorymi. Dzięki współpracy z zespołem programistów spółki Inno4Med, która wspiera nas w projektowaniu rozwiązań cyfrowych, postanowiliśmy przygotować rozwiązanie usprawniające pracę koordynatorów i całego zespołu POZ – podkreśla Artur Krawczyk, doradca zarządu ds. transformacji cyfrowej CenterMed.

– Aby skutecznie monitorować realizację porad kompleksowych, a także zoptymalizować procesy administracyjne, skupiliśmy się na odciążeniu personelu medycznego, umożliwiając mu pełne skoncentrowanie się na pacjentach. Istotnym elementem było również zapewnienie prawidłowego nadzoru nad ścieżkami opieki przygotowywanymi przez lekarzy w indywidualnych planach opieki medycznej oraz efektywne rozliczanie świadczeń z NFZ. Zidentyfikowaliśmy kluczowe obszary do usprawnienia i wprowadziliśmy automatyzację procesów – wyjaśnia Elżbieta Szczecina, dyrektorka Departamentu Zdrowia Publicznego CenterMed.

Oprogramowanie do zarządzania opieką koordynowaną umożliwia systematyczne planowanie porad kompleksowych, a dzięki integracji z systemem gabinetowym w sposób automatyczny informuje o tym, że pacjent ma już rezerwację lub nie zgłosił się na wizytę. Dzięki temu usprawniony został przepływ informacji pomiędzy zespołem POZ a pacjentami. Koordynatorzy nie niepokoją pacjentów nadmiarem kontaktów i z wyprzedzeniem informują o kolejnych zaplanowanych wizytach i zleconych badaniach. Wszystko to przekłada się również na uszczelnienie rozliczeń z NFZ.

Przygotowane rozwiązanie jest na tyle elastyczne, że można je dostosować do potrzeb konkretnej placówki medycznej, niezależnie od tego, jakiej jest wielkości i czy wymaga szczególnej obsługi po wdrożeniu.

– Każdorazowo wdrażając system, dokonujemy analizy procesów realizowanych w danej placówce. Na tej podstawie budujemy ścieżkę, według której pracują koordynatorzy i cały zespół POZ. To jest główna zaleta naszego oprogramowania – mówi Artur Krawczyk.

Wdrożone oprogramowanie wpłynęło na usprawnienie organizacji pracy w przychodniach. Wzrosła również efektywność pracy koordynatorów. – Przekłada się to bezpośrednio na obniżenie kosztów pracy oraz uszczelnienie efektywności finansowej procesu – wyjaśnia Elżbieta Szczecina.

Dla pacjentów cały proces odbywa się w tle, ponieważ to koordynator ma wgląd oraz kontrolę nad przygotowanymi przez lekarza indywidualnym planem opieki. – Prowadzi krok po kroku pacjenta chorego przewlekle, przypominając o konsultacjach czy badaniach, które ma do zrealizowania – dodaje Artur Krawczyk.

Autorzy pomysłu podkreślają, że choć w Polsce wdrażane są rozmaite rozwiązania cyfrowe, należy zadać pytanie, czy placówki lecznicze są gotowe do tego, by skutecznie wdrażać je u siebie.

– W grupie CenterMed mamy dział analiz – Health Command Center, który odpowiada za przygotowanie różnego typu raportów dotyczących obsługi pacjenta i to na ich podstawie określamy swoje cele i priorytety. Cały czas podnosimy jakość świadczonych usług, aby jak najlepiej odpowiadać na potrzeby pacjentów – wyjaśnia Krawczyk.

Spółka wciąż rozwija się i udoskonala swój projekt oraz projektuje nowe rozwiązania.

– Przygotowujemy się do realizacji nowego programu profilaktycznego „Moje zdrowie”. Projektujemy rozwiązanie, które miałyby wspierać placówki ochrony zdrowia oraz usprawnić pracę placówek POZ poprzez automatyzację procesu przygotowania i analizy kwestionariuszy bilansu zdrowia dorosłych kwalifikujących pacjentów. To jest nasz cel na najbliższe miesiące – podkreślają przedstawiciele CenterMed. ●

INNOWACJE

Ludzie napędzają zmiany

ARTUR DROBNIAK, MAŁGORZATA WYWROT

NIL IN – Sieć Lekarzy Innowatorów powstała, by stworzyć przestrzeń dla wszystkich pasjonatów innowacji w medycynie. Choć od początku wierzyliśmy w potrzebę takiej inicjatywy, rzeczywistość przerosła nasze oczekiwania. Dziś NIL IN to dynamiczna społeczność lekarzy i profesjonalistów ochrony zdrowia, którzy inspirują się nawzajem, rozwijają swoją wiedzę i angażują się w przełomowe projekty.

W erze technologicznej transformacji nasza sieć staje się nieocenionym wsparciem w budowaniu trwałych relacji zawodowych i wprowadzaniu realnych zmian w systemie ochrony zdrowia. Mamy możliwość postulowania punktu widzenia środowiska medycznego na poziomie publicznym i chętnie z tej możliwości korzystamy. Chcemy mieć wpływ na procesy legislacyjne, które w najbliższych latach będą regulować obszar innowacji w medycynie, w tym sztucznej inteligencji.

EHDIS – MIĘDZYNARODOWY SUKCES

Rok 2025 rozpoczęliśmy z rozmachem, organizując konferencję European Health Data & Innovation Summit. Wydarzenie, które odbyło się 30 stycznia, zgromadziło ponad 1600 uczestników online i 330 stacjonarnie. Hybrydowa formuła pozwoliła na szeroki udział specjalistów z całej Europy, co potwierdziło, jak istotne są tematy związane z europejską przestrzenią danych zdrowotnych (EHDS), telemedycyną, innowacjami, cyberbezpieczeństwem i rolą pacjenta jako centralnego aktora systemu ochrony zdrowia.

Konferencja przyciągnęła czołowych ekspertów z sektora publicznego i prywatnego, przedstawicieli instytucji europejskich oraz liderów innowacji. Dyskutowaliśmy o przyszłości medycyny spersonalizowanej, optymalnym wykorzystaniu danych zdrowotnych (m.in. w ramach projektu TEHDAS2) oraz o konieczności



▲ Konferencja EDHIS przyciągnęła przedstawicieli instytucji europejskich oraz liderów innowacji

współpracy międzysektorowej. Szczególnym momentem wydarzenia była prezentacja laureatów i finalistów Konkursu „Wdrożenie innowacji w ochronie zdrowia”, którzy mieli okazję podzielić się swoimi osiągnięciami.

Dzięki współpracy z organizacjami z Finlandii, Niemiec, Komisją Europejską oraz EIT Health i Ministerstwem Zdrowia wydarzenie nabrało prawdziwie europejskiego wymiaru. To dowód na to, że Polska ma istotny wkład w rozwój międzynarodowych inicjatyw

na styku technologii i ochrony zdrowia.

KONKURS „WDROŻENIE INNOWACJI W OCHRONIE ZDROWIA”

Rok 2024 przyniósł kolejną edycję konkursu na innowacyjne wdrożenia w ochronie zdrowia. Wprowadziliśmy dwie nowe kategorie – szpitalnictwo oraz wyróżnienie dla najbardziej aktywnego innowatora. Efekt? Ponad 50 zgłoszeń i ogromne zaangażowanie naszej społeczności w proces oceny. To

► Blisko 2 tys. uczestników wzięło udział w konferencji EDHIS, zarówno online, jak i stacjonarnie



pokazuje, że NIL IN nie tylko wspiera rozwój innowacji, ale też realnie integruje środowisko medyczne wokół nowych technologii i usprawnień w ochronie zdrowia. Wszystkim finalistom i laureatom serdecznie gratulujemy, dobrze, by polska medycyna innowacjami stała.

SPOŁECZNOŚĆ NIL IN

Największą wartością NIL IN są ludzie. Dziś nasza społeczność liczy już ponad 450 członków, którzy mają możliwość uczestnictwa w ocenie aplikacji medycznych, wymiany doświadczeń i współtworzenia innowacyjnych rozwiązań. Co miesiąc publikujemy newsletter, w którym informujemy o kluczowych wydarzeniach i sukcesach naszych członków.

EDUKACJA JAKO FUNDAMENT ZMIAN

Nieustannie inwestujemy w rozwój kompetencji. W ramach cyklu „Wtorki z innowacjami” w 2024 r. zorganizowaliśmy ponad 50 bezpłatnych szkoleń, przybliżając uczestnikom zagadnienia prawne, komunikacyjne i technologiczne związane z innowacjami w medycynie. Współpracujemy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, a także angażujemy się w inicjatywy z zakresu cyberbezpieczeństwa w ochronie zdrowia, edukując personel medyczny o zagrożeniach cyfrowych i metodach ich minimalizacji.

WSPÓŁPRACA I WPŁYW NA LEGISLACJĘ

W NIL IN wierzymy, że realna zmiana wymaga dialogu ze środowiskiem decyzyjnym. W 2024 r. współorganizowaliśmy debatę „Szybka ścieżka dla e-innowacji w zdrowiu”, której wyniki zostały przedstawione podczas posiedzenia Komisji Zdrowia i Komisji



foto: arch. NIL

Cyfryzacji, Innowacyjności i Nowoczesnych Technologii poświęconego sztucznej inteligencji w medycynie. Nasze postulaty dotyczące upowszechnienia cyfrowych wyrobów

NIL IN nie tylko wspiera rozwój innowacji, ale też integruje środowisko medyczne wokół nowych technologii i usprawnień w ochronie zdrowia

medycznych stały się częścią ogólnopolskiej dyskusji o przyszłości technologii w ochronie zdrowia.

Jesteśmy także partnerem Mother and Child Startup Challenge, wspieramy merytorycznie MedmeetsTech, a nasz głos jest słyszalny podczas kluczowych wydarzeń branżowych.

ART. 12 KEL – PIERWSZY TAKI W EUROPIE

Aktywnie uczestniczyliśmy w pracach nad komentarzem do art. 9 i 12 Kodeksu Etyki Lekarskiej, który dotyczy telemedycyny i sztucznej inteligencji w medycynie. Proces ten był częścią szerokiej dyskusji podczas krajowego zjazdu lekarzy i realnie wpłynął na standardy

pracy lekarzy w Polsce. To kolejny dowód na to, że NIL IN nie tylko analizuje zmiany, ale również aktywnie je kształtuje.

PRZYSZŁOŚĆ MEDYCYNY

Technologie i innowacyjne rozwiązania są kluczowe, ale to lekarze pozostają w centrum naszej działalności. Budujemy społeczność lekarzy, którzy dążą do podnoszenia standardów opieki zdrowotnej i wdrażania nowoczesnych rozwiązań – ułatwiających nam pracę, zwiększających skuteczność diagnostyczną i terapeutyczną, a przy tym bezpieczne dla pacjentów. Dzięki Waszemu zaangażowaniu możemy tworzyć przyszłość, w której pacjent ma dostęp do najwyższej jakości opieki.

Nasze sukcesy są możliwe dzięki ludziom, którzy z pasją podejmują wyzwania i dzielą się swoją wiedzą. Zapraszamy wszystkich zainteresowanych do współpracy w ramach NIL IN – razem możemy osiągnąć jeszcze więcej!



◀ Dołącz do NIL IN

OŚRODEK KSZTAŁCENIA

Nadmierna senność w ciągu dnia

LUCYNA KRYSIAK
DZIENNIKARKA

Aby wprowadzić skuteczne terapie, należy zrozumieć przyczynę nadmiernej senności w ciągu dnia. Bardzo ważna jest współpraca pacjenta z lekarzem oraz wdrożenie zdrowych nawyków.

Podniesienie poziomu wiedzy lekarzy różnych specjalności na temat neurofizjologii klinicznej to cel współpracy Polskiego Towarzystwa Neurofizjologii Klinicznej z Ośrodkiem Kształcenia działającym w ramach COBIK. Szkolenia prowadzone regularnie przez specjalistów PTNK cieszą się dużym zainteresowaniem. Połączono w nich teoretyczne i praktyczne aspekty diagnostyki elektroencefalograficznej i polisomnograficznej.

– Ujednolicona nomenklatura oraz spójna prezentacja technik neurofizjologicznych to ważny krok w „odezwarowaniu” neurofizjologii, która mimo znaczącej roli bywa trudna do zrozumienia dla współpracujących ze sobą klinicystów – tłumaczy prof. Marta Banach, prezes Polskiego Towarzystwa Neurofizjologii Klinicznej. Zauważa, że to złożona dziedzina, a wiedza o funkcjonowaniu układu nerwowego człowieka wciąż się poszerza i dostarcza nowych narzędzi do diagnozowania i leczenia chorób neurologicznych.

24 kwietnia br. w ramach współpracy COBIK NIL i PTNK odbędzie się webinar pt. „Nadmierna senność w ciągu dnia – częsty problem kliniczny”, który poprowadzi dr Aleksandra Wierzbicka-Wichniak, ekspert w dziedzinie diagnostyki i leczenia zaburzeń snu. Ten częsty objaw rzadko jest rozpoznawany, niekiedy bagatelizowany, a może wpływać na jakość życia pacjentów, powodować problemy w pracy, nauce, relacjach. Przyczyn nadmiernej senności w ciągu dnia jest wiele. Do najczęstszych należą: bezdech senny, narkolepsja, zespół niespokojnych nóg, a także inne zaburzenia snu, takie jak parasomnie.

– Wykrycie przyczyny tego stanu wymaga dokładnej oceny klinicznej i elektrofizjologicznej pacjenta oraz kompleksowego

podejścia do diagnostyki i leczenia. Kluczowe kryteria diagnostyczne to wywiad lekarski dotyczący stylu życia ze zwróceniem uwagi na higienę snu, stosowanie stymulatorów w godzinach wieczornych (kofeina, nikotyna, alkohol), czas trwania epizodów nadmiernej senności i historia kliniczna pacjenta – tłumaczy prof. Marta Banach. Ważną informacją jest odpowiedź na stosowane do tej pory terapie farmakologiczne. Szybką ocenę poziomu senności w życiu codziennym można uzyskać za pomocą skali senności Epworth. Może być także konieczne przeprowadzenie badań snu (polisomnografia), by obiektywnie ocenić jakość snu pacjenta oraz wykluczyć inne zaburzenia.

Hipersomnie pochodzenia ośrodkowego to grupa zaburzeń charakteryzujących się nadmierną sennością w ciągu dnia, wynikającą z dysregulacji mechanizmów snu i czuwania w obrębie ośrodkowego układu nerwowego. Do najczęściej występujących zalicza się narkolepsję oraz hipersomnię idiopatyczną. Narkolepsją to przewlekłe zaburzenie snu, które objawia się nadmierną sennością w ciągu dnia oraz epizodami nagłego zasypiania. Może być także związana z kataplektycznymi atakami, które prowadzą do utraty kontroli nad mięśniami. Hipersomnia idiopatyczna to nadmierna senność bez współistniejących epizodów katapleksji i bez jednoznacznej przyczyny. Pacjenci, mimo że śpią po 10-12 godzin, odczuwają nadmierną senność w ciągu dnia. Rozpoznanie hipersomnii pochodzenia

ośrodkowego wymaga różnicowania z innymi przyczynami nadmiernej senności w ciągu dnia, takimi jak bezdech senny. Senność w ciągu dnia mogą powodować niektóre leki uspokajające lub antydepresyjne, choroby neurologiczne, takie jak stwardnienie rozsiane, choroby układu krążenia, zaburzenia metaboliczne (np. cukrzyca), niewydolność nerek, choroby wątroby, a w aspekcie psychiatrycznym – depresja i stany lękowe.

Aby wprowadzić skuteczne terapie, należy więc zrozumieć przyczynę nadmiernej senności w ciągu dnia. Bardzo ważna jest współpraca pacjenta z lekarzem z uwzględnieniem jego indywidualnych potrzeb oraz wdrożenie zdrowych nawyków. Leczenie może obejmować zabiegi behawioralne, farmakoterapie, a także interwencje w zakresie poprawy jakości snu. Hipersomnie ośrodkowe mogą wymagać stosowania leków. Pacjentom z problemami psychologicznymi zalecana jest psychoterapia, a w razie potrzeby, farmakoterapia. Bardzo ważna jest zmiana stylu życia – wprowadzenie regularnych godzin zasypiania, stworzenie komfortowego środowiska snu, unikanie wieczornych stymulantów, regularna aktywność fizyczna. W przypadku zaburzeń snu związanych z depresją lub stanami lękowymi stosuje się antydepresanty lub leki przeciwlękowe. ●

PARTNER



Kwietniowe Szkolenia Ośrodka Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej!

NIL

Ośrodek
Kształcenia

- 14.04.2025 Dokumentacja medyczna - wszystko co lekarz powinien wiedzieć, aby prowadzić ją zgodnie z przepisami prawa.
- 15.04.2025 Innowacje AI w obszarze medycyny.
- 23.04.2025 Pacjent neuroróżnorodny w gabinecie stomatologicznym.
- 24.04.2025 Podstawy analizy i wykorzystania danych medycznych w opiece ambulatoryjnej. Definiowanie i wdrażanie wskaźników jakości klinicznej.

Webinary organizowane w partnerstwie z Polskimi Towarzystwami Medycznymi

- 10.04.2025 Nowe czynniki ryzyka i ich znaczenie w rozwoju niewydolności serca?
- 16.04.2025 Leczenie otyłości z sercem – czy to wyzwanie dotyczy tylko kardiologów?
- 23.04.2025 Nadmierna senność w ciągu dnia - częsty problem kliniczny. Hipersomnie pochodzenia ośrodkowego. Diagnostyka różnicowa.

Warsztaty stacjonarne:

- 24.04.2025 Jak odpoczywać?
Warsztat relaksacyjny dla lekarzy i lekarzy dentystów.
- 25.04.2025 Gdy goni nas czas - o sztuce zarządzania sobą w czasie i radzenia sobie ze stresem.

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

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



szkolenia@nil.org.pl



(22) 559 13 00 wew. 507



NIL NA SZYBKO

Jesteśmy w połowie drogi

W sprawach warunkowych trybów przyznawania prawa wykonywania zawodu i ukrócenia działalności kierunków lekarskich z negatywną opinią PKA odnieśliśmy już pierwsze sukcesy.

JAKUB KOSIKOWSKI
RZECZNIK NACZELNEJ IZBY
LEKARSKIEJ



Każdy lekarz może już w gabinecie.gov wygenerować raport swoich recept, żeby sprawdzić, czy ktoś na niego nie „klepie” ich hurtowo bez jego wiedzy. Niestety, zarówno do nas, jak i do Ministerstwa Zdrowia zgłaszają się lekarze, którym ktoś ukradł cyfrową tożsamość i bez ich wiedzy zarabia na nich, sprzedając recepty.

W związku z wdrożeniem recept S i Dz w każdym podmiocie leczniczym MZ udostępniło również lekarzom AOS wgląd w recepty, podobnie jak w POZ – przed wystawieniem recept należy przejrzeć, czy pacjent nie wyłudza albo w ogóle wykupuje wypisywane leki. Funkcja ta dotyczy na razie pacjentów przed 18. i po 65. roku życia, ale zostanie dodana niebawem dla wszystkich pacjentów. Wszystko po to, by zminimalizować ryzyko niekorzystnych interakcji, umożliwić dobre leczenie oraz zweryfikować, czy pacjent stosuje terapię albo nie przedawkowuje leków. Dlatego jeśli jeszcze nie macie tego wglądu, poproście swoje IT o aktualizację programów gabinetowych.

Media zwróciły uwagę polityków na warunkowe tryby przyznawania prawa wykonywania zawodu, w których, jak samo MZ przyznało, „nie weryfikuje autentyczności przedstawionych dokumentów”. Jako

samorząd jesteśmy tu w pół drogi: pierwszy z trybów udało nam się zakończyć i wygasić go w październiku 2024 r. Po nagłośnieniu sprawy przez program TVN „Uwaga!” prowadzimy rozmowy z MZ i mamy tutaj jasną deklarację – warunkowy tryb przyznawania prawa wykonywania zawodu na zakres czynności wobec braku możliwości weryfikacji zostanie również wygaszony.

Prof. Gzik, wiceminister nauki i szkolnictwa wyższego, zapowiedział zamknięcie kierunków lekarskich z negatywną opinią PKA. Utrzymanie jakości nauczania lekarzy w Polsce będzie wielkim sukcesem środowiska, a zwłaszcza Komisji ds. Kształcenia NRL i Porozumienia Rezydentów OZZL, które ramię w ramię działały w tym temacie.

Staramy się przebić w mediach do świadomości społecznej z tematem, że zdrowie zaczyna się w jamie ustnej. Powodzenie leczenia onkologicznego, chirurgicznego czy transplantacyjnego zależy w dużej mierze od zdrowia jamy ustnej i stomatolog jest lekarzem, do którego przed intensywnym leczeniem powinien udać się każdy pacjent. Niestety, obecnie niedofinansowanie NFZ w ogromnej mierze uderza w podstawową potrzebę pacjentów, jaką jest sanacja jamy ustnej przed dalszym leczeniem. ●

O TYM SIĘ MÓWI

Łukasz Jankowski na liście Digital Shapers

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej został wyróżniony w kategorii „wizjoner” podczas 7. edycji ogłoszenia prestiżowej listy Digital Shapers 2024 organizowanej w ramach 17. Forum Gospodarczego TIME. Gala wręczenia nagród odbyła się w poniedziałek 10 marca. Lista Digital Shapers jest zestawieniem wyróżniającym wybitne osobowości cyfrowego świata i nowych technologii w Polsce. Laureaci mają ponadprzeciętny wkład w rozwój gospodarki cyfrowej w naszym kraju.

– To zaszczyt znaleźć się w tak znamienitym gronie osób, które kształtują rozwój i wytyczają kierunek w świecie cyfryzacji i nowych technologii. Wyróżnienie na liście traktuję przede wszystkim jako docenienie naszych wspólnych starań w samorządzie lekarskim o rozwój e-zdrowia, wdrażanie nowoczesnych rozwiązań w praktyce medycznej, znowelizowanie Kodeksu Etyki Lekarskiej w 2024 r. czy współtworzenie Sieci Lekarzy Innowatorów (NIL IN). To dla mnie także motywacja do dalszego działania na rzecz innowacji w medycynie i przede wszystkim podejmowania inicjatyw promujących poszerzenie kompetencji lekarzy w korzystaniu z najnowszych rozwiązań cyfrowych – komentował prezes NRL Łukasz Jankowski.

Zbyt łatwy dostęp do zawodu

W siedzibie NIL odbył się briefing prasowy prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasza Jankowskiego poświęcony warunkowemu prawu wykonywania zawodu.

– Jesteśmy głęboko poruszeni ostatnimi doniesieniami medialnymi, że oto w Polsce pracują jako lekarze osoby niezwykowane. Poruszeni, ale nie zdziwieni, bo zafundowano nam tzw. warunkowe prawo wykonywania zawodu (wPWZ), tryby uproszczone, pracę „na zgodę ministra zdrowia” bez zgody izb lekarskich już w listopadzie 2020 r. Od czterech lat nieustannie apelujemy do rządzących o zmianę przepisów, tej zmiany się nie doczekaliśmy. Otwarto szeroko drzwi do wykonywania zawodu lekarza osobom spoza granic kraju, dopuszczając do tego, że mamy w Polsce

osoby, które pracują jako lekarz, nie są w rejestrze izby lekarskiej, nie podlegają odpowiedzialności zawodowej, nie podlegają Kodeksowi Etyki Lekarskiej, pracują bez żadnego nadzoru i bez żadnej kontroli – podkreślił Łukasz Jankowski.

Zamknięcie pseudokierunków

Podczas tegorocznego HCC – Kongresu Wyzwań Zdrowotnych w panelu dyskusyjnym poświęconym przyszłości kształcenia medyków sekretarz stanu w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego prof. Marek Gzik zapowiedział zamknięcie kilku kierunków lekarskich, które otrzymały negatywną opinię Polskiej Komisji Akredytacyjnej. – Kierunki lekarskie muszą gwarantować wysoką jakość nauczania. Zawód lekarza to dziedzina wymagająca najlepszego przygotowania po to, by nasze diagnozy i proponowane terapie były zgodne z najnowszą wiedzą medyczną i przede wszystkim bezpieczne dla naszych pacjentów – mówił Damian Patecki, przewodniczący Komisji Kształcenia Medycznego NRL.

Refundacja: rywaroksaban i dabigatran

Naczelna Izba Lekarska otrzymała pismo Ministerstwa Zdrowia dotyczące zasad refundacji leków rywaroksaban i dabigatran. Ministerstwo przypomina, że refundacja przysługuje pacjentom, którzy spełniali kryteria w momencie rozpoczęcia leczenia. W przekazanym dokumencie wskazano, że w przypadku przewlekłych chorób pacjenci mogą kontynuować terapię, nawet jeśli ich stan zdrowia uległ poprawie.

– Czasami lekarze kierują pacjenta do AOS, np. do specjalisty kardiologa, tylko po powtórne potwierdzenie uprawnień do otrzymania leków z odpowiednim stopniem refundacji. Powoduje to mnożenie wizyt, a w długofalowej optyce blokowanie terminów wizyt lekarskich – terminy są bardzo odległe, a uprawnienia lekarzy POZ są takie same, jak lekarza specjalisty. To pismo wyjaśnia nam, że odpowiednio udokumentowane wskazania refundacyjne

przyznane pacjentowi raz obowiązują bez konieczności stałego i regularnego potwierdzania ich ponownie – mówił dr Marcin Karolewski, wiceprezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, przewodniczący Zespołu ds. Automatyzacji Ustalania Stopnia Refundacji Leków Naczelnej Rady Lekarskiej.

Rada Ekspertów NIL: prezydencja w UE

Prof. dr hab. n. med. Magda Wiśniewska oraz dr hab. n. med. Michał Gontkiewicz, eksperci związani z Naczelną Izbą Lekarską, wnieśli istotny wkład do „Białej Księgi” polskiej prezydencji w UE, analizując kluczowe wyzwania i przyszłość cyfryzacji w ochronie zdrowia. Ich opracowania koncentrują się na integracji danych medycznych, zapewnieniu ich bezpieczeństwa oraz standaryzacji dostępu do informacji o pacjentach. Eksperti podkreślają, że bez ujednoliconego systemu zarządzania danymi zarówno na poziomie krajowym, jak i europejskim skuteczna diagnostyka i leczenie będą nadal napotykały liczne bariery. W swoich artykułach proponują konkretne rozwiązania, które mogą przyczynić się do poprawy jakości usług medycznych i bezpieczeństwa pacjentów.

MÓWIĄ O NAS

„Lex szarlatan”

Jeśli ustawa znana jako „lex szarlatan” wejdzie w życie, to nawet milion złotych kary mogą zapłacić oszuści, którzy wykorzystują ludzi w najtrudniejszych momentach ich życia. Nie mając żadnego wykształcenia, wiedząc, że to, co robią, w żaden sposób nikogo nie uleczy, biorą od ludzi ogromne pieniądze. Jedyne, co dają, to nadzieja, ale fałszywa. Szarlatani proponują metody w stu procentach skuteczne i pozbawione efektów niepożądanych, są obwieszani wręcz certyfikatami i dyplomami. Bardzo często, choć nie mają wykształcenia, powołują się na różne nazwiska naukowców,

które mają uwiarygodnić ich przekaz – komentował na antenie TVN prezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

Krajowa Sieć Kardiologiczna

Portal Termedia cytował wypowiedź wiceprezesa NRL Klaudiusza Komora dotyczącą Krajowej Sieci Kardiologicznej. – Wszystko świetnie wygląda z punktu widzenia oddziałów klinicznych i specjalistycznych, natomiast z punktu widzenia mojego oddziału wygląda to inaczej. Nie włączaliśmy pacjentów do sieci, ponieważ nie mieliśmy z tego żadnego benefitu. Procedury kardiologiczne są tak wycenione, że my, pracując na granicy możliwości, wyrabiamy ten ryczałt, więc nie potrzebujemy dodatkowo rozliczać pacjentów w ramach sieci kardiologicznej. Nie było też nacisku ze strony dyrekcji, gdyż te dodatkowe środki i tak by nie wpłynęły, bo nie wyrobilibyśmy ryczałtu – wskazał wiceprezes NRL.

Wycena procedur

Na antenie Polsatu przewodniczący Komisji Stomatologicznej i wiceprezes NRL Paweł Barucha komentował aktualną sytuację dotyczącą świadczenia usług stomatologicznych w ramach NFZ. – Nakłady na stomatologię są skandalicznie niskie. W ramach Narodowego Funduszu Zdrowia zajmują jedynie 2 proc. całego ogólnego budżetu. Czyli możemy je traktować jako błąd statystyczny – zaznaczył Paweł Barucha.

Recepty na darmowe leki

Refundacja leków to fundamentalne prawo pacjenta, a dotychczasowe przepisy były nieludzkie, zmuszając pacjentów do ponoszenia dodatkowych kosztów za wizytę prywatną oraz za leki, do których przysługiwała im zniżka – mówił „Głowski Wielkopolskiemu” wiceprezes NLR Mateusz Kowalczyk. ●

HOBBY LEKARSKIE

Nie powiedziałem jeszcze ostatniego słowa

ANNA WOJDA

Sebastian Kawa, najwybitniejszy pilot w historii szybownictwa, wielokrotny mistrz, zdobywca wielu medali i organizator pionierskiej wyprawy w Himalaje, ma kolejne plany: chciałby się znaleźć z szybowcem na Antarktydzie.

Jest legendą szybownictwa. Na koncie ma m.in. dwa triumfy w Światowych Igrzyskach Lotniczych, 23 medale mistrzostw świata oraz 16 mistrzostw Europy. Każdy z tych medali to wiele dni zmagania z przyrodą i konkurentami. Ustanowił kilka rekordów świata. Rozgłos przyniosły mu pionierskie loty szybowcem nad Himalajami, w górach Kaukazu i ubiegłoroczne przeloty nad Karakorum.

JAK TO SIĘ ZACZĘŁO

Lekarz, pilot szybowcowy i żeglarz sportowy. Dużo tego. O żeglarskim, zanim porozmawiałam z Sebastianem Kawą, nie słyszałam (przeczytałam w internecie). O lotach szybowcem słyszałam już wcześniej, a w ubiegłym roku podobnie jak większość z nas śledziłam relacje telewizyjne z wyprawy w Karakorum. Pytam najbardziej utytułowanego pilota szybowców o zainteresowania i początki.

– Żeglarzem jestem tylko wtedy, kiedy mi zostaje trochę czasu i przy okazji przez przypadek znajduję się nad wodą. Potrafię pływać, ale już bardzo dawno nie miałem przyjemności być na wodzie. Bardzo mocno zaangażowałem się w latanie szybowcowe. Nie tylko swoje. Ostatnio latam bardzo dużo z młodzieżą, którą ktoś musi szkolić, bo w Polsce nie ma właściwie trenera szybownictwa, jest selekcjoner. Mam swoich podopiecznych, staram się kilku osobom pomóc – mówi Sebastian Kawa.

Pasją do żeglarskiego i szybowców zaraził zdobywcę medali tata. Był bardzo aktywnym człowiekiem: pływał



▲ Sebastian Kawa szybowcami lata od 1988 r.

na żaglówkach, gdy był młody, zbudował kajak, jeździł na nartach, zorganizował studencki klub sportowy.

– Zaczęłam więc pływać na żaglówkach. Realizowałem wszystkie te rzeczy, które zaczął mój tata, i to z dużo większymi możliwościami. Pływaliśmy na łódkach sportowych. Mieliliśmy to szczęście, że na Jeziorze Żywieckim był klub FSM Bielsko-Biała. W komunizmie była taka tradycja, że

każdy większy zakład pracy miał pod opieką jakiś klub. No i w Bielsku nie był to klub piłkarski, tylko żeglarski, więc było to dla nas coś bardzo fajnego. Gdy miałem 15 lat, byliśmy na mistrzostwach świata w Anglii, potem jeszcze kilka razy na mistrzostwach Europy i na dużych międzynarodowych zawodach żeglarskich w Niemczech. To były moje przygotowania do tego, żeby zająć się czymś na poważnie – mówi Kawa.

► Mistrz w szybownictwie
w czasie jednej z wypraw

Przesiadł się więc na szybowce. – Pojechałem na pierwsze mistrzostwa Polski do Leszna i okazało się, że jestem dużo bardziej wykształconym zawodnikiem niż większości młodzieży, która się tam pojawiła. Wygrałem wszystkie konkurencje na tych zawodach. To był ogromny sukces. Od tego momentu wiadomo było, że nie przestanę już latać i że będzie to coś, co będę długo robił. Tak się złożyło, że latam do tej pory. Od 1988 r. – mówi.

Opowiada, że na szybowcach latał pierwszy raz samodzielnie, gdy miał 16 lat (minimalny wiek potrzebny do szkolenia). Teraz sytuacja wygląda inaczej. – Szkolą się ludzie, których na to stać, więc najczęściej są to przynajmniej 20-latkowie. Młodzieży jest mało. Ale nie jest tak, że nie ma żadnych możliwości, bo one są, i gdyby ktoś rzeczywiście chciał, to je znajdzie. Niestety, młodzież nie jest zainteresowana czymkolwiek. Brakuje im przykładów, że jest coś oprócz życia w internecie – uważa Kawa.

LATA CIĘŻKIEJ PRACY

Z wykształcenia jest lekarzem. Ciągle w zawodzie. Pytany, czy medycyna była kontynuacją tradycji rodzinnych, odpowiada: – Też. Oczywiście, nie wielopokoleniowych, bo medycyna zaczęła się od taty mojej mamy.

Specjalizację zrobił z ginekologii i położnictwa. Ale rzucił to w końcu. Teraz pracuje w ośrodku zdrowia lekarza rodzinnego. To wygodniejsze, łatwiej o urlop, można się zamienić z innymi osobami, gdy nie ma go na przykład przez miesiąc, bo jest na kolejnej wyprawie lub zawodach.

A jak było wcześniej? – Studia medyczne są tak intensywne, że nie ma w zasadzie czasu na cokolwiek oprócz jakiegoś popołudniowego zajęcia sportowego typu basen. Na szczęście szybownictwo uprawia się latem. Zdawałem często egzaminy przed terminem i można było wygospodarować naprawdę bardzo długi sezon lotniczy. I to wystarczało. Okres studiów był dla mnie najbardziej intensywnym okresem latania na szybowcach – wspomina Sebastian Kawa.

Gorsze czasy przyszły, gdy zaczął pracować na oddziale i robić specjalizację z położnictwa i ginekologii. – Miałem trudności z uzyskaniem urlopu w tych



foto: archiwum prywatne

terminach, gdy miałem zawody. Wszystko się bardzo skomplikowało. Wtedy bardzo dużo pracowałem. Byłem w pogotowiu, robiłem specjalizację na oddziale, musieliśmy brać bardzo dużo dyżurów, bo nie miał kto. Kończyło się to tak, że byłem 2-3 razy w miesiącu do domu. Trzeba było sobie wygospodarować czas na zawody i to był mój jedyny wolny czas – opowiada.

RODZINA

Jest mężem i ojcem dwojga dzieci. Pytany, jak rodzina patrzy na jego hobby, odpowiada: – Jest wściekła! Cieszy się z moich osiągnięć, wyjątkowych medali, ale woleliby, żebym twardo stąpał po ziemi i nie latał szybowcami. Natomiast będę to robił, bo to moja pasja – deklaruje śmiało.

W ubiegłym roku Sebastian Kawa otrzymał FAI Gold Air Medal. Jest przyznawany za wybitne osiągnięcia w lotnictwie oraz kosmonautyce. Po raz pierwszy wręczono go w 1924 r., a jego zdobywcami byli chociażby giganci pokroju Jurija Gagarina czy Steve'a Fossetta. Z Polski tego zaszczytu aż do 2024 r. nie dostąpił nikt. Kawa jest pierwszym Polakiem, który otrzymał Złoty Medal FAI.

– Medal historycznie był przyznawany za takie osiągnięcia, jak przelot nad oceanem, konstrukcje, łamanie bariery dźwięku czy lot w kosmos. Te, które ja już mogłem

pamiętać, były przyznane również ikonom sportu szybowcowego i chyba odzwierciedla to kolejną erę w tej historii – mówi Kawa.

NIE USIEDZI NA MIEJSCU

Ciągle szuka nowych wyzwań. – W ubiegłym roku, to w sumie skandaliczna sprawa, nie znalazł się szybowiec, żebym pojechał na mistrzostwa, więc wykorzystałem ten czas inaczej. Zorganizowaliśmy wyprawę w Karakorum – opowiada z zaangażowaniem. I wspomina o tym, jak sponsorzy potrafią sprowdzić na ziemię.

– Gdy próbowaliśmy wyjechać w Karakorum, zaczęliśmy szukać różnych sponsorów. Okazało się, że nikt nie chce nas sponsorować, więc realizowałem to za swoje pieniądze i niewielką składkę między kolegami. I to musiało wystarczyć. Potem się okazało, że ludzie złożyli się też na dodatkowe koszty, które mieliśmy po drodze. Bo ta wyprawa to były dwa wyzwania. Jedno: latać nad Karakorum, a drugie – dojeżdżać. I to drugie było gorsze – relacjonuje.

Sporo w czasie tej wyprawy się wydarzyło. Pierwsze plany wyjazdu w Karakorum były, już zanim pojawiła się epidemia COVID-19. Potem wybuchła wojna w Ukrainie. I dopiero w ubiegłym roku Sebastian Kawa nie pojechał na mistrzostwa świata i pojawiło się okienko na wyjazd do Azji.

– Musieliśmy tam być kiedy na naszej półkuli było lato. Potrzebne było słońce. Dlatego trzeba było działać szybko i pewnie dlatego pojawiły się potem różne kłopoty. W sposób cywilizowany powinniśmy wysłać szybowiec kontenerem do portu w Karaczi i stamtąd przejechać autostradą, którą Chińczycy wybudowali w Pakistanie (2000 km), i dojechać do Karakorum. Nie dało się tego zrobić. Musieliśmy pokonać prawie 9000 km drogą przez całą południową Europę, Turcję, Iran i Beludżystan w Pakistanie – opowiada Kawa.

Po drodze nie zabrakło licznych przygód. Przejazd przez Iran w czasie, kiedy zaczął ostrzeliwać Izrael, do tego z szybowcem, którego nikt tam w ogóle nie widział na oczy, to było proszenie się o kłopoty. Problemy przy przekraczaniu granicy w mieście Maku pod górą Ararat (przejście między Turcją a Iranem) kosztowały dużo pieniędzy i pięć dni straconego czasu.

– Potem nas aresztowano. Nikomu nie życzę, żeby musiał wysiadać z samochodu, wyciągany za rękę, z wycelowaną lufą karabinu. Myślę, że nigdzie na świecie coś takiego by nas nie spotkało, no może poza dziką Afryką – wspomina Sebastian Kawa. Opowiada, że Iran jest piękny, ludzie są wykształceni, ale kraj jest całkowicie odcięty od świata. Mają swój język, angielski mało kto zna, nie korzystają z internetu, bo jest zablokowany, serwisy informacyjne również. Co więcej, wtedy gdy Kawa przemierzał Iran, kraj był w początkowym okresie wojny, więc policji dano wolną rękę.

– A to jest bardzo niebezpieczne – mówi mistrz w szybownictwie. I dodaje: – Z powrotem też utknęliśmy na granicy, nie wiadomo dlaczego nie chciano nas wypuścić do Turcji. Ktoś wymyślił, że jesteście niebezpieczni i trzeba nas sprawdzić.

Mimo to twierdzi, że podróż była ciekawa. Jazda jedwabnym szlakiem, który teraz jest autostradą, to przygoda. Do tego olbrzymie pustynie w Iranie z temperaturą 52°C, niesamowite góry i widoki.

– Gdyby nie podejście służb, wszystko byłoby fajne. W Pakistanie musieliśmy jeździć w konwoju, a gdy policja nie miała już ochoty z nami jechać o 10.00 wieczorem, to nas po prostu aresztowali i kazali spać na policyjnym postoju. W drodze powrotnej policja nas aresztowała na pustyni. To była straszna noc. W dzień było 52°C, a wieczorem przyszły jakieś chmury, co spowodowało, że temperatura nie spadła. Wszyscy spali na zewnątrz, w miejscu na pustyni otoczonym murami – opowiada.

Przez problemy urzędnicze wyprawa mogła się nie powieść, bo kończył się czas.

– Chciałem być tam w czerwcu. Na szczęście okazało się, że choć byliśmy później, pogoda nie zepsuła się na tyle, że nie dało się latać – wspomina Kawa.

Podobno dla szybownika zdobyć Karakorum to jak dla żeglarza opłynąć Horn.

Z GŁOWĄ W CHMURACH

– Pierwszy raz kiedy byliśmy w Himalajach w 2013 r., byłem zdziwiony, że tam nikogo wcześniej nie było. To nie jest dziki kraj, są lotniska, latają parolotnie, lotnie. A jednak, mimo że kraj był pod wpływem Brytyjczyków czy Holendrów, nikt wcześniej nie przysłał jakiegos, nawet prymitywnego, szybowca, żeby spróbować latania nad najwyższymi górami na świecie – opowiada szybownik. I dodaje: – Już wtedy wiedziałem, że lepszym miejscem do latania będzie Karakorum. Jest to bardzo suche miejsce. Tak się dzieje, że jeżeli góry otaczają jakiś teren, to on się robi bardzo suchy. I to powoduje, że mamy dużo lepsze warunki do latania, bo zjawiska, które nas unoszą, sięgają wysoko. Nie ma chmur na mniejszych wysokościach. Samo latanie w chmurze nie jest trudne, szybowcem da się, jeżeli nie ma jakiegos dużego oblodzenia czy piorunów. Natomiast jeżeli chmura jest w górach, to niestety można się zderzyć ze zbczem. Jeżeli więc chmury są dużo powyżej wierzchołków, to jesteśmy w dobrym miejscu – opowiada.

Każdy szybownik potrafi rozpoznać, kiedy są dobre warunki do latania. – To jest nasze rzemiosło w czasie zawodów szybowcowych. Patrząc na chmurę, musimy odgadnąć, jaki prąd wznoszący pod nią znajdziemy. Jesteśmy świetnie przygotowani do rozpoznawania warunków pogodowych na podstawie tego, jak wyglądają chmury, cumulusy – mówi Kawa.

Dlatego jedno zdjęcie, które zrobili parolotniarze w Himalajach, powiedziało ekipie Sebastiana Kawy wszystko o pogodzie. – Wiedzieliśmy, że trzeba pojechać i że będą warunki – wspomina.

Opowiada, jak w Karakorum ekipa bardzo długo negocjowała z wojskiem i urzędnikami możliwość wylotu z lotniska. W końcu się udało.

– Polecieliśmy nad K2 już w pierwszym udanym locie. Poprzedni lot był za późno, wypuścili



◀ Przygotowanie szybowca do transportu

fot. archiwum prywatne



fot. archiwum prywatne

◀ Świat z innej perspektywy

▲ Dziś już takie sytuacje się nie zdarzają, by koń ciągnął szybowiec

nas dopiero po ostatnim odlatującym samolocie, była godz. 16.00. Następnego dnia, gdy wypuścili nas o 14.00, dolecieliśmy do Maszerbrum (K1) i złapaliśmy tam tzw. fałę w powietrzu. Mieliśmy szczęście, że chmury nie były na tyle grube, by zasłonić K2. Lot ten był zgodny z planem, oficjalnie zgłoszony. Lecieliśmy z lotniska komunikacyjnego, z którego nas wypuszczono, było wiadomo, dokąd lecimy, wiadomo było, jak nazywa się nasza wyprawa. Mieliśmy transponder, który na radarze podawał nasze znaki rejestracyjne. No i wylądowaliśmy na lotnisku, przyjechało po nas dwóch wojskowych, poprosili nas na wieżę, by zdać raport, dokąd poleciliśmy. Jak to? Tam, gdzie chcieliśmy. Na co oni: nie wiecie, że tam jest chińska granica? Byli zaskoczeni, że K2 jest na granicy chińskiej. Nie są w ogóle zainteresowani tymi górami, często nie wiedzą, jak nazywa się góra w okolicy miasta – opowiada z rozbawieniem Sebastian Kawa.

ZNÓW SIĘ UDAŁO

Latanie szybowcami to hobby, które dostarcza wiele adrenaliny. Poza sukcesami i przyjemnymi sytuacjami zdarzają się jednak trudne momenty. Wielokrotny mistrz w szybownictwie miał również i takie.

– W 2016 i 2017 r. byłem na Kaukazie. Byliśmy po rosyjskiej stronie. Lataliśmy po raz pierwszy nad Kaukazem szybowcem. Problem polega na tym, że przed Kaukazem od północnej

strony jest bardzo duży płaskowyż, który ma ok. 70 km szerokości i dochodzi do 3 tys. m wysokości. Jeśli chmury są na wysokości 3 tys. metrów i dochodzą do najwyższego punktu, to się po prostu stykają z ziemią. To była bariera, która powodowała, że nikt tam nie latał. Wróciliśmy raz z Kaukazu z Antonem Piermiakowem dwuosobowym szybowcem wyczynowym i zaczęliśmy wpadać w chmury, które są nad tym płaskowyżem. Tam zawsze są chmury, bo blisko są dwa morza. Mieliśmy niewielką przewagę wysokości nad płaskowyżem, ok. 800 metrów. Oznaczało to, że jeżeli stracimy orientację, możemy się zderzyć z górami. Dopóki wszystko działa: nawigacja, busola, sztuczny horyzont – jest OK. Ale gdy zaczęliśmy się zanurzać w chmury, Anton stwierdził, że się rozładowała bateria i zmieni ją na inną. Robił to tak nieumiejętnie, że zupełnie wyłączył prąd. Zaczęliśmy się zapadać w chmury kompletnie bez nawigacji i instrumentów. Anton wymienił baterię i ponownie uruchomił przyrząd. Tyle że on w powietrzu omija pewne procedury testowe, żeby się szybciej uruchomić. Gdy Anton to zobaczył, jeszcze raz wyłączył, nie pytając mnie. Byliśmy już głęboko w chmurach, nad terenem, gdzie zupełnie nie ma miejsca do lądowania, nie mamy nawigacji. W lotnictwie, jeśli się co 6 sekund nie sprawdza swojego położenia

według przyrządów, to kompletnie nic się nie wie, można być już do góry nogami. A my bez przyrządów byliśmy prawie przez minutę. Na szczęście utrzymaliśmy kurs. To w sumie było najniebezpieczniejsze przeżycie – relacjonuje.

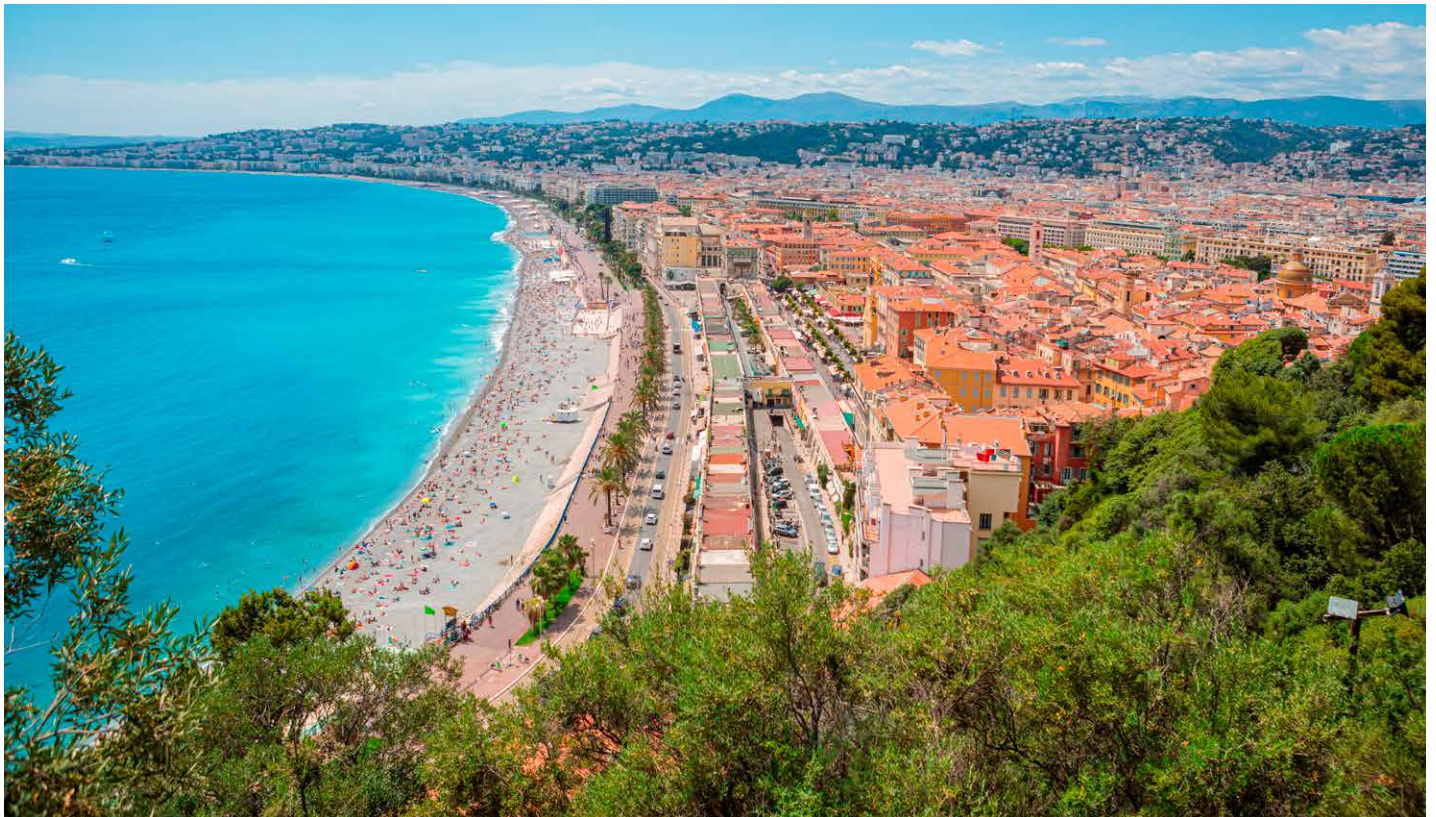
OD MARZEŃ DO CZYNÓW

Sebastian Kawa twierdzi, że nie powiedział jeszcze ostatniego słowa. – Nazbierałem już tyle medali, że kariera w sumie już się zakończyła, jeden medal więcej czy mniej to już nie jest duża różnica – twierdzi.

Pytany o plany na przyszłość mówi, że chciałby się znaleźć na Antarktydzie. Nie tylko dlatego, że jeszcze nikogo nie było tam z szybowcem, ale też dlatego, że jest to miejsce, gdzie można zrobić rekordowe przeloty.

– Nasze rekordy są rejestrowane tylko za dnia, a w bazie, do której chcielibyśmy pojechać, są dwa miesiące dnia. Im bliżej bieguna, tym dłuższy dzień. Na samym biegunie dzień ma pół roku. Można zrobić długi przelot. Antarktyda była od dłuższego czasu w sferze marzeń. Staramy się dostać pozwolenie od argentyńskiego instytutu. Nie wiemy tylko, ile to kosztuje. Może nic nie kosztować, jeśli nas tam zatrudnią jako ekipę, która ma zrobić projekt badawczy, albo może to zostać potraktowane komercyjnie – mówi Kawa.

Trzymamy kciuki za wyprawę! Powodzenia!



fot.: Shutterstock.com

PO GODZINACH – PODRÓŻE

La Côte d'Azur: luksus dla każdego

JOANNA BON

Urokliwe wąskie i kamieniste uliczki w średniowiecznych bajkowych miasteczkach i ciekawe muzea. Duże miasta z plażami, jachtami, willami bogaczy i kasynami, w których w powietrzu unosi się zapach pieniędzy. To Lazurowe Wybrzeże – turystyczna ikona świata.

Południowa część Francji z Prowansją to miejsce, które warto zobaczyć choć raz w życiu. Kręte nadmorskie drogi, małe miasteczka poza szlakiem, restauracyjki, galerie sztuki, wreszcie duże miasta ze swoim przepychem i ten legendarny lazur wody. Życie toczy się tu leniwie. Małe urokliwe kawiarenki, które można znaleźć niemal na każdym kroku, pozwalają chłonąć lokalną atmosferę przy filiżance

aromatycznej kawy. Każdy znajdzie tu luksus na swoją kieszeń.

OD MATISSE'A DO CHAGALLA

Za symboliczną stolicę Lazurowego Wybrzeża uważana jest Nicea. Jej zwiedzanie warto zacząć od niespiesznego spaceru nadmorską promenadą zwaną Promenadą Anglików. Ciągnie się ona na długości 7 km wzdłuż plaży. To

▲ Panorama Nicei ze Wzgórza Zamkowego, to najlepszy punkt widokowy w mieście

tu spotykają się miejscowi, turyści, lokalni handlarze i zakochani. Pełno tu barów, boisk do siatkówki plażowej i placów zabaw dla dzieci. Po przeciwnej stronie ulicy rzędem stoją gmachy luksusowych hoteli, w których ceny przypowiają o zawrót głowy – pokój z widokiem na tętniący życiem bulwar musi kosztować. Wiele z tych hoteli wzniesiono jeszcze w XIX w. Zaraz za hotelami zaczyna się starówka. Spacer jej wąskimi uliczkami to dobre rozwiązanie w jeden z gorących i słonecznych dni – z pewnością uda się tu znaleźć sporo cienia. Przy wieczornej bryzie łopotać będzie nam nad głowami suszące się pranie, a gdy zelżeje nieco upał, co chwilę ktoś będzie stukał otwieranymi zielonymi okiennicami z okolicznych kamienic.

Kolejnym popularnym miejscem jest Wzgórze Zamkowe. Można na nie wjechać windą lub wejść po

► Monaco – luksusowe miejsce z najdroższymi nieruchomościami

schodach. Warto, bo ze wzgórza można podziwiać panoramę Nicei z ciągnącą się niemal do lotniska plażą. To najlepszy punkt widokowy w mieście.

Dla miłośników sztuki punkt obowiązkowy to położona na wzgórzu dzielnica Cimiez z nowoczesnymi hotelami i zabudową willową w stylu belle époque. W jednej z takich willi w przyjemnym chłodzie można błędzić wśród dzieł Henriego Matisse'a – bogatych w kolory i nietypowe kompozycje. Zafascynowani kubizmem nie mogą z kolei przegapić Muzeum Marca Chagalla. Otworzył je osobiście sam artysta w dniu swoich 86. urodzin. Białe budynki muzeum otaczają oliwne gaje, a w środku ściany wypełniają olbrzymie płótna.

Z WIZYTĄ U PICASSA

Lazurowe Wybrzeże zawsze przyciągało artystów. Bywali tu Coco Chanel, Hemingway czy Picasso. Najwięcej śladów tego ostatniego zostało w Antibes – nadmorskim miasteczku między Niceą a Cannes. Gdy Picasso opuścił miasto, podarował Antibes sporą liczbę namalowanych tam dzieł. Stały się one podstawą zbiorów muzeum poświęconego artyście, mieszczącego się w murach średniowiecznego zamku z tarasem otwartym na Morze Śródziemne. Z czasem kolekcja się powiększała, obecnie obejmuje m.in. dzieła Modiglianiego czy Antoniego Saury.

Antibes to nie tylko muzeum. Dzięki swemu położeniu możemy tu podziwiać zarówno błękit morza, jak i ośnieżone góry, a do tego pełne uroku stare miasto z ciasną zabudową i wąskimi uliczkami. Antibes to również liczne plaże dla miłośników tej formy wypoczynku. Do tego port, bary i restauracje. Obowiązkowy punkt to prowansalskie targowisko, gdzie kupimy świeże warzywa, owoce, przysmaki i oryginalne wyroby prosto od dostawców. Lokalnym przysmakiem, którego koniecznie trzeba spróbować, jest socca – cienki i chrupiący placek z mąki i ciecierzycy.

W KASYNIE I NA TORZE FORMUŁY 1

Monako – to kolejne miejsce na turystycznej liście wartych odwiedzenia. Niezwykle luksusowe z najdroższymi



foto: Shutterstock.com

nieruchomościami. To jedno z najmniejszych państw na świecie oferuje sporo zabytków, a wśród nich katedrę św. Mikołaja, gdzie znajduje się grób Grace Kelly. Warto zobaczyć również pałac Książęcy z kolekcją aut księcia (100 luksusowych, zabytkowych i nowoczesnych samochodów, a wśród nich chrysler imperial 1956, którym Grace Kelly jechała do pałacu podczas oficjalnego przywitania w Monako; auta są prywatną kolekcją księcia Alberta II). Ten osobliwy garaż

jest udostępniany zwiedzającym i stanowi nie lada atrakcję. Założycielem kolekcji był ojciec księcia, miłośnik motoryzacji Rainer III. W garażu można podziwiać najnowsze bolidy Formuły 1, lexusa, którym książę Albert II i Charlene Wittstock jechali do ślubu czy lincolna z 1928 r., fordą T z 1924 r., a także de dion-boutona z 1903 r.

Poza luksusowymi autami Monako to oczywiście jachty najbogatszych i wyścig Formuły 1 na torze Circuit de Monaco. To tor uliczny,



fot.: Shutterstock.com

▲ W Antibes możemy podziwiać błękit morza i pełne uroku stare miasto

więc przejeżdżając przez Monako, można pokonać jego fragment, nawet o tym nie wiedząc. Tor F1 ma 3,3 km długości, a najsłynniejszym zakrętem jest ten przed hotelem Fairmont Monte Carlo. Wstęp na trybuny w czasie Grand Prix jest oczywiście płatny, ale w piątek w trakcie weekendu F1 można zwykle wejść za darmo i zobaczyć jazdy testowe oraz jazdy F2.

Do niewątpliwych atrakcji należy także kasyno. Powstało w drugiej połowie XIX w. Jest wspaniale zdobione, szczególnie wewnątrz. Przyciąga wielu bogatych, którzy pragną spróbować swojego szczęścia lub przegrać pieniądze, ale również mnóstwo turystów. Kasyno wciąż jest luksusowe, blichtr i przepych idą tu w parze z pewnymi ograniczeniami. Raz, co do stroju, to nie jest prowincjonalne Las Vegas. Dwa, obywatele Monako mają zakaz korzystania z usług hazardowych. Ludzie dziś tłumnie przychodzą zobaczyć ten ikoniczny budynek, a zwiedzanie go jest możliwe rano, mniej więcej do godziny dwunastej, gdy trwa sprzątanie kasyna. Wtedy można wejść z wycieczką do środka i zobaczyć

część sal. Potem za darmo można wejść do holu. Popołudnie i wieczór zarezerwowane są dla graczy w odpowiednim ubiorze. Obowiązuje zakaz robienia zdjęć, a wstęp jest płatny. Fanów Jamesa Bonda

z pewnością zainteresuje fakt, że w kasynie i jego pobliżu kręcono ujęcia do „Golden Eye” (z Pierce’em Brosnanem) i nieformalnego Bonda „Nigdy nie mów nigdy” (z Seanem Connerym).



fot.: Shutterstock.com

▲ Saint-Paul-de-Vence, jedno z najbardziej urokliwych miejsc wybrzeża

► Port w Saint-Tropez

Obok kasyna znajduje się kawiarnia Café de Paris (z oszałamiającymi cenami), a po drugiej stronie najsłynniejszy hotel w Monako – Hôtel de Paris w stylu belle époque. Dodatkowo obok kasyna zlokalizowany jest butik, gdyby ktoś potrzebował wejść, a nie miał odpowiedniego stroju. Okolice kasyna zwana jest Carré d'Or, co znaczy tyle, co złota dzielnica.

U ŻANDARMA I NA FESTIWALU FILMOWYM

Bardziej dyskretny urok wielkich pieniędzy odnaleźć można w Saint-Tropez. To niewielkie miasteczko jest popularnym kurortem Lazurowego Wybrzeża, miejscem od lat nieprzerwanie modnym. Rozsławił je m.in. film o losach żandarma – w tej roli wystąpił francuski aktor Louis de Funès. W budynku, w którym komedia była kręcona, znajduje się Muzeum Żandarmerii i Kina w Saint-Tropez.

Chyba najpiękniejszym miejscem w Saint-Tropez jest Stary Port. Cumują przy nim luksusowe jachty, a ku morzu zwrócone stoją kamieniczki o wyblakłych od słońca kolorach.

Kolejnym miastem wartym odwiedzenia jest Cannes z organizowanym tu od 1946 r. festiwalem filmowym – pełnym utalentowanych filmowców, artystycznych perełek, blichtru i skandali. Co roku przyjeżdża tu blisko 4,5 tys. dziennikarzy, aby relacjonować to, co dzieje się na festiwalu. Większą reprezentację gromadzi jedynie olimpiada. W Cannes bezsprzecznie obowiązuje strój galowy. Przekonało się o tym kilka kobiet, którym w 2015 r. odmówiono wstępu na festiwal ze względu na płaskie obuwie. Po skandalu, który nazwano „heelgate” nastąpiło kilka głośnych protestów aktorek. M.in. Julia Roberts i Kristen Stewart demonstracyjnie zrzuciły szpilki i chodziły boso po czerwonym dywanie.

Z festiwalem w Cannes związana jest też kłątwa. Jej ofiarą padła w 2021 r. hollywoodzka gwiazda Jodie Turner-Smith („After Yang”). Mowa o złodziejach biżuterii, którzy regularnie nawiedzają ten prestiżowy festiwal. To nie pierwszy tego typu przypadek. W 2013 r. z wystawy w hotelu Carlton skradziono klejnoty o wartości 103 mln euro. Złodziej nigdy nie został złapany. W tym samym roku na festiwalu skradziono naszyjnik Chopard o wartości 1,6 miliona euro. Zaginęły też klejnoty warte niewiele mniej. Klejnoty miały zostać pożyczone



foto: Shutterstock.com

gwiazdom filmowym odwiedzającym festiwal w Cannes.

Festiwal nie trwa jednak wiecznie i gdy nagrody zostaną już rozdane, Cannes zmienia się w leniwy, ale nadal modny kurort. Podczas spacerów w okolicach promenady la Croisette i placu Festiwalowego warto patrzeć pod nogi – to tu dłonie odcisnęły największe gwiazdy światowego kina.

SPACERUJĄC W ODLEGŁYCH CZASACH

Gdy się już znudzimy wielkim światem i luksusami, odwiedzmy koniecznie Saint-Paul-de-Vence i Èze. To chyba najbardziej urokliwe miejsca na Lazurowym Wybrzeżu.

Saint-Paul-de-Vence to liczne galerie sztuki i sklepiki oferujące wyroby lokalnych rzemieślników. W miasteczku zachowany został zabytkowy układ miejski i autentyczna historyczna zabudowa. To kraina poprzecinana filigranowymi placzkami, wąskimi uliczkami pełnymi zabytkowej kamiennej zabudowy z bujną roślinnością.

Wąskie uliczki, domy zbudowane niemal jeden na drugim jak w średniowiecznym mieście – to z kolei Èze. Malownicze miasto z duszą z przejściami pod łukowymi sklepionymi. Krótki spacer wystarczy, by przenieść się w czasie.

To jak wejście do muzeum na świeżym powietrzu. W urokliwych i zadbanej budynkach mieszczą się dziś sklepiki, galerie oraz knajpki. Do tego nawet w bardzo gorący dzień w zacienionych uliczkach znajdziemy wytchnienie od słońca.

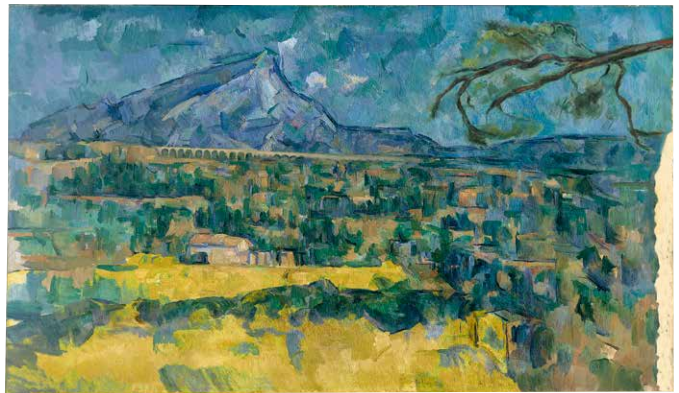
Èze zachwyca architekturą, w której drzemią piękne historie. Budynki pamiętają wiele sławnych osób, które odwiedzały miasteczko. Przebywał tutaj Walt Disney, który mieszkał w jednej z najbardziej urokliwych kamieniczek na zboczu wzgórza – Château de la Chèvre d'Or (pałac Złotej Kozy). Jest to jeden z najbardziej znanych obiektów w Èze, do którego można trafić podczas spaceru krętymi, charakterystycznymi wąskimi uliczkami. W Èze w ogóle łatwo się zgubić w labiryncie przejść. Największą atrakcją jest jednak ogród egzotyczny na wysokości niemal 430 metrów nad poziomem Morza Śródziemnego. Powstał na ruinach historycznej twierdzy. Sam park jest młody, wytyczono go dopiero kilka lat po zakończeniu II wojny światowej.

Warto także poznać atrakcje znajdujące się w pobliżu Èze. Jedną z nich są wytwórnie perfum i mydeł marek Galimard oraz Fragonard. Kolejna to ścieżka Nietzschego, czyli trasa widokowa prowadząca do nowej części miasta Èze-sur-Mer. ●

PO GODZINACH – BŁĄD MALARSKI

Przed i po

Ze wszystkich tras francuskich szybkich pociągów chyba najbardziej lubię tę z Paryża do Marsylii. Ten moment mniej więcej trzy godziny od wyjazdu, gdy migający za oknem pejzaż zaczyna nagle „południowieć”. Smukłe pionowe cyprysy flankują żółte pola, ziemia wybrzusza się powoli we wzgórze porośnięte winoroślą, zmienia się światło. I wreszcie pojawia się ona: Góra Świętej Wiktorii.



Obraz: Paul Cézanne, „Góra Świętej Wiktorii”, 1902-1906, MET, Nowy Jork

Wtedy wypada myśleć tylko o Paulu Cézanne, który malował jej sylwetkę przez lata, o poranku, w soczystym świetle popołudnia, o zmroku. Patrzył na nią ze wszystkich możliwych stron, poprzez drzewa, stojąc u jej stóp czy podziwiając ją ze szczytów pobliskich wzgórz. Wracał do niej, tej nieodmiennej sylwetki prowansalskiego pejzażu, przez całe życie.

Na jednym ze swoich późnych płócien umieszcza górę z lewej strony, pozwalając niebu niemalże wlać się na pola. Wszystkie elementy pejzażu malowane są widocznymi pociągnięciami pędzla, redukując domy, drzewa, pola do niemalże geometrycznych brył. To malarzskie staccato tak charakterystyczne dla Cézanne'a, to język wizualny po części zakorzeniony w impresjonizmie, a jednak idący krok dalej.

AGATA MORKA
DOKTOR HISTORII SZTUKI



Cézanne zajmuje w historii sztuki szczególne miejsce. Osadzony gdzieś pomiędzy czasem po impresjonizmie a jeszcze przed kubizmem, uważany jest często za pioniera innego sposobu widzenia. Nie bojąc się odejść od praw tradycyjnego „poprawnego” rysunku, malarz eksperymentuje z perspektywą, z różnymi punktami widzenia, geometrycznymi stosunkami brył. Czy ta artystyczna eksploracja może jednak być sprowadzona do medycznej diagnozy? Niektórzy badacze

przypisują styl Cézanne'a raczej jego krótkowzroczności i powikłaniom towarzyszącym cukrzycy niż świadomej artystycznej decyzji. Cézanne odmawiał noszenia okularów, uważając je za wulgarne, mimo zdiagnozowanego złego wzroku.

Krótkowzroczność zatem czy awangardowa wizja? Na jakąkolwiek opcję się zdecydować, konsekwencje dzieła tego mistrza Południa pozostają niepodważalne. Jest sztuka przed Cézanne'em i po Cézanne. ●

Rozwiązanie zagadki z „GL” 3/2025

Szczegóły różniące obrazy:

1. Dodanie tacy.

Wiele portretów Świętej Agaty przedstawia ją z tacą, na której prezentuje swoje odcięte piersi.

2. Usunięcie płomyka świecy.

Rozegranie źródła światła nie jest jednoznaczne, nie wiadomo, skąd pochodzi, ale na pewno nie z małego płomienia świecy.

3. Usunięcie gałęzi palmy.

Gałęzka palmowa, z którą przybył do Agaty anioł, to często używany atrybut chrześcijańskich męczenników.

4. Dodanie kluczy obok flakonu z uzdrawiającym olejem.

Według legendy cierpiącą Agatę odwiedził w więzieniu sam Święty Piotr i uzdrowił jej rany. Obecność kluczy, jego atrybutu, nie byłaby więc tutaj nieuzasadniona.



Obraz: Carlotta Veronese, „Święta Agata”, 1590-1593, Museo del Prado, Madryt

WSKAŹ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY.
Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 14 kwietnia 2025 r.
W temacie maila należy wpisać GL03 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

NAGRODZENI „GL” 04/2025

Voucher do Hotelu Prezydent **** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Agnieszka Hajdukiewicz (Pogórze)

Nagrody dodatkowe: Andrzej Piotrowski (Łódź), Karina Maj-Stabno (Września), Janusz Zawistowski (Otwock)

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi

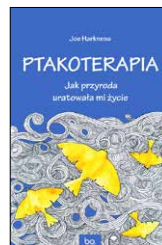
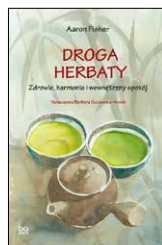
★★★★
HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

 WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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

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

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



KLAUZULA INFORMACYJNA

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

EPIKRYZA (146)

Wydmuszka

Zbliża się Wielkanoc. Kwarantanna Wielkiego Postu jest dobrym czasem na refleksję lub choćby terapię zajęciową – porządkowanie spraw, rzeczy i zakurzonych kątów. Przez umyte okna i przetarte szkła okularów, jeśli się naprawdę chce, można zobaczyć inną perspektywę. Słuchać. Angażować. Działać.

Wróciłem z drogi krzyżowej samorządu lekarskiego. Zaledwie kilka stacji, które krok za krokiem, a może nawet gwóźdź za gwóździem, jeszcze bardziej osłabiło moją wiarę w nadrzędną moc dialogu i wartość pojednania. Co w zamian? Polaryzacja słów. Wygłuszone ściany. Konferansjer w kolorowej muszce. Zapowiedź konsekwencji prawnych. Monologi równoległe. Żenada klakierów. Brak odpowiedzi na pytania. Mylenie tropów i zamiast szczerej kłótni oraz propozycji zawieszenia broni – podbijanie bębenka. Prokurator zamiast mediacji, negocjacji i protokołu rozbieżności. Głosowanie wbrew i przeciwno. Show. „Zemsta, zemsta na wroga, z Bogiem – i choćby mimo Boga”. Zadnych rąk wyciągniętych do zgody. I tylko pustka w głowie w powrotnej drodze do domu.

Wróciłem z warszawskiej dyskusji okrągłego stołu i próbuję zebrać słowa, które tam usłyszałem. Prezes Krzysztof Madej w swoim doskonałym przemówieniu, powiedziałbym nawet exposé, godnym funkcji sprawowanej przez osiem lat, nakreślił ramy kryzysu polskich izb lekarskich. Wielopoziomowe pęknięcie intelektualne, etyczne, strukturalne i prawne. Diagnoza totalna. Różnice zdań, które nie prowadzą do wypracowania konsensusów, ale do destabilizacji. Rozmowa kontrolowana. Stan wojny. Wzajemne oskarżenie o nieskuteczność i brak programów.

W czasie przemówienia Krzysztofa Madeja usłyszałem za plecami komentarz jednego z członków obecnej Naczelnej Rady Lekarskiej, dyskredytującego jakiegokolwiek dokonania drugiej i trzeciej kadencji. Ignorancja nie przystoi profesorowi medycyny, podobnie jak tchórzostwo generałowi i śmieszność politykowi obozu władzy. Warto zatem przypomnieć, że w latach 1993-2001 polskie ustawodawstwo budowane było od podstaw, a jego podwaliny w zakresie ochrony zdrowia miały zawsze parafę

JAROSŁAW WANECKI
PEDIATRA, FELIETONISTA



z krytycznymi poprawkami Naczelnej Izby Lekarskiej. Madej spędził setki godzin podczas obrad sejmowych komisji, wybudował siedzibę przy Sobieskiego 110, patronował wielkim protestom, a w międzyczasie narysował logo NIL z kolumnami, o które podobno toczy się ten zacięty spór.

Wróciłem myślami do wszystkich lat nieważnych, poddawanych analizie historycznej, ale w żadnej mierze, jak widać, niebranych pod uwagę w obecnej batalii. Perspektywa, że nigdy wcześniej nikt i nic, szybko okazała się fałszywa. Paweł Barucha, Magda Wiśniewska i Artur Drobnik zauważyli linię ciągłości – sztafety pokoleń, Komisję Młodych Lekarzy, prapoczątki *no fault* i kształcenia online, przekazywanie pałeczki doświadczeń, dokończanie spraw rozpoczętych przez Konstantego Radziwiłła, Macieję Hamankiewiczą i Andrzeja Matyję, a nawet, o zgrozo, Andrzeja Cisłę. Nie wszyscy ten krok ku przeszłości dostrzegli, ale lukier na chwilę skruszał i mniej bolały zęby.

Jak czytać diagnozę Krzysztofa Madeja, że osiowym tematem samorządu lekarskiego stała się walka o władzę? W imię jakich wartości i jakich celów? Zadaniem izb lekarskich nie jest pajacowanie z lajkami. Trampolina NIL-u wszystkich,

którzy chcieli być wielkimi politykami, wyrzucała w kosmos złej sławy wśród koleżanek i kolegów. Poznali bezwstydne lizusostwo, gdy mieli w dłoni berło, i odwrócenie twarzy, gdy atrybuty władzy wypadły im z rąk. Po co nam odśrodkowa rysa, która dyskredytuje środowisko w oczach opinii publicznej, pozwala na wylewanie pompy i umniejszanie godności stanu lekarskiego? Cemu służą personalne oskarżanie bez wykorzystania ścieżek kontroli wewnętrznej, w tym powołanej do tego Naczelnej Komisji Rewizyjnej i Komisji Etyki? Dlaczego ulubionym sportem w igrzyskach lekarzy i lekarzy dentyków stały się wzajemne doniesienia do Nacelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej? Po co ta gra w kotka i myszkę? Kto się boi Virginii Woolf? Kto się boi demokracji? Dlaczego nie ma kroku naprzód?

Część napotkanych osób pytała o rozwiązania na przyszłość, o nowy sposób głosowania elektronicznego w wyborach X kadencji, o konsekwencje, a nawet odwet, któremu się bezwzględnie sprzeciwiam. Większość jednak nic nie wiedziała, nie czytała, nie interesowała się i nie miała zdania. Pomalowaliśmy wydmuszkę. Kto samorządowi teraz zaufa? Czy to jest nasze wielkanocne wotum? ●

PO GODZINACH – POEZJA

KATARZYNA KOŻUCH-SAJDAK



fot.: materiały prasowe

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

Lekarka, specjalistka chorób wewnętrznych, ukończyła Akademię Medyczną im. Piastów Śląskich we Wrocławiu w 2011 r., a następnie odbyła specjalizację z chorób wewnętrznych w Klinice Chorób Wewnętrznych, Zawodowych, Nadciśnienia Tętniczego i Onkologii Klinicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu. Ukończyła także studia podyplomowe z prawa medycznego i bioetyki na Wydziale Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, gdzie obecnie prowadzi wykłady dla słuchaczy. Wielbicielka pięknych ludzi osiemdziesiąt plus i Wrocławia, impresjonizmu i muzyki klasycznej, przez pacjentów nazywana „lekarzką dzielnicową” oraz „wielopokoleniowym lekarzem rodzinnym”. Niektórzy twierdzą, że „ma pióro nie tylko do recept”. „Bajki gabinetowe” powstawały w ramach codziennej pracy ambulatoryjnej i mają już spore grono wiernych czytelników. Planuje je wydać w osobnym tomiku. Jest żoną i mamą dwóch synów.

Przychodzi
wena
do lekarzaOgólnopolski Konkurs Literacki
im. Prof. Andrzeja Szczeklika

Wizyta domowa

Odwiędziłam w domu pewne małżeństwo z sześćdziesięciodziewięcioletnim stażem, dla których jasne było, że w taki mroźny, zimowy dzień to „wiadomo, że wizyta domowa”. Dziewięćdziesięcioletni pan Leon stwierdził, że jego żona, osiemdziesięciodziewięcioletnia pani Danuta, wygląda dalej na dwadzieścia pięć lat.

Na co pani Danuta zaśmiała się, spojrzała na męża bokiem i po chwili zastanowienia powiedziała: „Ja wiem... no, ale skoro tak mówi, to on wygląda na trzydzieści”.

A całą tę scenę śledził z zegara sam Jezus podczas ostatniej wieczerzy, który spoglądał między wskazówkami to na pana Leona, to na panią Danutę, wszak wykonany w technologii hologramowej, hit ubiegłego wieku, tylko na mnie nie umiał spojrzeć, bo stałam na wprost. Kto wie, czego świadkiem był jeszcze w tym domu.

Pani Danuta ma problemy z równowagą, ale bardzo chciałaby wyjść jeszcze na dwór (broń Boże, w taką pogodę!), więc mówię jej, że tylko w towarzystwie.

– Proszę pani, musi mieć pani damę do towarzystwa, jak królowa angielska.

– A wie pani, często mi ludzie mówią, że ja do królowej jestem podobna! No i mam taką panią, co tu przychodzi, to będzie do towarzystwa. Mąż to sam wychodzi do parku jeszcze, koledzy mu poumierali już, ale zawsze z jakąś koleżanką siądzie. To ja też bym wyszła.

Niestety, dwa miesiące później, jeszcze przed wiosną, pani Danusia upadła w domu. Już nie wyjdzie z żadną damą. Został pan Leon i Jezus hologramowy z apostołami.

Wracam do przychodni pieszo. Moja dzielnica zasypana śniegiem, ale kto mógł, to na wizytę przyszedł. Czyli wszyscy.

Pan Anatol, na przykład, w lakierkach, bo mu jeden but zimowy gdzieś zaginął. Kiedyś powiedział mi, że jak na lekarkę jestem bardzo ładna. Tak, ma już osiemdziesiąt lat. Bardzo chciał być przyjęty mimo braku miejsc, czasu i możliwości. Jednak zgodziłam się na koniec i kiedy już wychodził z gabinetu, odwrócił się i powiedział:

– Czekałem na panią dziś cztery godziny.

– To naprawdę dowód determinacji – mówię.

– Ale w innych okolicznościach czekałbym na panią całe życie.

PO GODZINACH – KULTURA

Sanktuarium św. Apolonii

JAROSŁAW WANECKI

Borkowo Kościelne w powiecie sierpeckim od lat odwiedzają lekarze dentyści, głównie z powodu jedynej w Polsce parafii pod wezwaniem patronki stomatologów. 9 lutego ordynariusz płocki Szymon Stułkowski erygował i nadał statuty Sanktuarium św. Apolonii. Uroczystą mszę koncelebrował metropolita poznański arcybiskup Stanisław Gądecki. Kustoszem miejsca świętego został kanonik Adam Zaborowski.

W czasach prześladowania chrześcijan, w roku 249, zgromadzony w Aleksandrii tłum, podburzony przez populistycznego wróżbitę, skazał na śmierć przez spalenie Apolonie – córkę prominentnego deputowanego miejskiego. „Oni pochycili ją i razami wybili ze szczęki wszystkie zęby. Następnie jej prześladowcy wzniesli przed miastem stos i grozili jej, że spłonie żywcem, jeśli nie wymówi wraz z nimi bezbożnych słów. Ona jednak skoczyła sama w ogień i zginęła”. Świadectwo męczeństwa, przekazywane z ust do ust dzięki korespondencji wczesnochrześcijańskiego historyka Euzebiusza z Cezarei, uczyni z biegiem lat „posuniętą w latach dziewięć Apolonie” patronką osób chorych na zęby i dentyków. Jej kult początkowo ograniczał się do Rzymu. Dopiero w XIII wieku rozprzestrzenił się na całą Europę. W 1634 r. papież ogłosił oficjalnie beatyfikację męczennicy. Od średniowiecza wielu świętych czci się jako „nagłych pomocników” w chorobie. Kult nowej świętej znajduje szeroki odzew. Wbrew legendzie Apolonie malowano jako młodą dziewczynę. Na obrazach i w bryłach rzeźb przedstawiana jest ze szczypczykami, w których trzyma ząb.

W bocznym ołtarzu kościoła w Borkowie znajduje się stary obraz poświęcony patronce parafii. Kilka lat temu Okręgowa Izba Lekarska w Płocku ufundowała figurkę św. Apolonii, która ozdabia jeden



for.: archiwum prywatne

◀ Jedyne w Polsce relikwie św. Apolonii sprowadzone do Borkowa z Mediolanu przez Katarzynę i Artura Zarębskich – lekarzy dentyków z Warszawy

z filarów świątyni. Dzięki fundacji Katarzyny i Artura Zarębskich, lekarzy dentyków z Warszawy, podczas odpustowych uroczystości wystawiono relikwiarz z fragmentem kości czaszki Apolonii, sprowadzony specjalnie z Mediolanu. Wśród darów przyniesionych podczas liturgii znalazła się także drewniana figura procesyjna.

Lekarze dentyści i lekarze prywatnie i grupowo przyjechali do Borkowa z wielu zakątków Polski. Wśród nich Warszawę reprezentował wiceprezes Okręgowej Izby Lekarskiej im. Prof. Jana Nielubowicza Dariusz Paluszek, a samorząd śląski – Aleksandra Sommerlik-Biernat. Na czele płockiej delegacji stanęli prezes Ryszard Mońdział, jego zastępczyni ds. stomatologii Ewa Szczutowska (oredowniczka kultu świętej) oraz szef Bractwa św. Apolonii Janusz Maciejewski.

Odpust w Borkowie Kościelnym, a co za tym idzie imieniny Apolonii odbywają się w drugą niedzielę lutego.

PO GODZINACH – KULTURA

Łódzka biesiada



fot.: archiwum prywatne

▲ Mirka Kuchciak-Brancewicz zachwyca prostotą ważnych słów

Od ćwierć wieku w pałacyku przy Czerwonej 3 odbywają się na początku marca biesiady literackie. Projekt wymyślony przez Barbarę Szeffer-Marcinkowską z Unii Polskich Pisarzy Lekarzy kontynuuje Magda Człapińska i Komisja Kultury OIL w Łodzi. Laureaci, wybierani w drodze głosowania, za czytanie swoich poetyckich i prozatorskich utworów nagradzani są toastem z sokiem porzeczkowym. W tym roku w szranki o Puchar Nektaru stanęło dziesięcioro pretendentów, w tym prezes Wojskowej Rady Lekarskiej Artur Płachta. Bywalcy salonu wysłuchali także tradycyjnie opowiadania prof. Marka Pawlikowskiego, byłego szefa UPPL, ukochanego nestora spotkań. Zwyciężczynią tegorocznego konkursu z miazdzącą przewagą została poetka liryczna Mirosława Kuchciak-Brancewicz, specjalistka dermatologii.

●
JW

Gorzowski sad

Na zaproszenie prezes OIL w Gorzowie Wielkopolskim Ewy Joniec i Jarosława Waneckiego odbyła się Noc Lekarska w gorzowskim Teatrze im. Juliusza Osterwy. Lekarze i lekarze dentyści (seniorzy) obejrzeni najpierw „Wiśniowy sad” Antoniego Czechowa, a następnie spotkali się z twórcami

spektaklu: dyrektorem i reżyserem Janem Tomaszewiczem oraz scenografem i kostiumologiem Krzysztofem Małachowskim, współpracującym od kilku lat z NIL. Po godzinnej rozmowie goście zwiedzili kulisy sceny założonej w 1873 r.

●
JW

#SztukaNaszychDzieci

Ośrodek Kultury i Dziedzictw Historycznego NIL zaprasza dzieci i wnuki lekarskie do udziału w kolejnej edycji projektu pokoleń lekarskich. Po opolskiej piosence i krakowskiej wienie przyszedł czas na lubelską fotografię. Prosimy o nadsyłanie autorskich zdjęć wykonanych dowolną techniką na adres

mediateka@nil.org.pl do końca października. Rozdanie nagród odbędzie się w Lubelskiej Izbie Lekarskiej 13 grudnia 2025 r. Prace oceni profesjonalne jury pod przewodnictwem Dariusza Hankiewicza. Zapraszamy dzieci i młodzież do lat 15.

●
Joanna Maślankowska

PO GODZINACH – SPORT

Mistrzostwa w piłce nożnej

W dniach 6-7 czerwca na Stadionie Miejskim Victoria w Częstochowie odbędą się XXII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Nożnej 6-osobowej i IX Mistrzostwa Polski Lekarzy OLD Boys 45+ w Piłce Nożnej 6-osobowej. Wszystkie mecze będą rozgrywane na boiskach trawiastych. Zgłoszenia i wpłaty są przyjmowane do 24 maja. Dodatkowe informacje są dostępne na stronie internetowej OIL w Częstochowie: www.oilczestochowa.pl.

Rajd rowerowy

OIL w Częstochowie zaprasza na XXI Ogólnopolski Jurajski Rajd Rowerowy Lekarzy, który odbędzie się w dniach 17-18 maja. Organizator zastrzega sobie jednak możliwość odwołania imprezy, jeśli frekwencja nie przekroczy 40 osób. Potwierdzenie wpłaty należy przesłać e-mailem do 30 kwietnia. Szczegółowe informacje w biurze izby pod numerem telefonu (34) 368 18 88.

Wyjaśnienie

Szanowni Państwo,
W marcowym wydaniu „Gazety Lekarskiej” zamieściliśmy „Kalendarz wydarzeń sportowych 2025”. Niestety do tabeli na stronie 76. wkradł się błąd. Organizatorami XXVIII MPL w Narciarstwie Alpejskim oczywiście są Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie oraz Stowarzyszenie PolskiMed, a nie jak chciał złośliwy chochlik drukarski OIL w Łodzi. Chochlik został upomniany, a my przepraszamy za błąd organizatorów i narciarzy.

Redakcja

PO GODZINACH – SPORT

Igrzyska po raz drugi w Cetniewie

REDAKCJA

Lekarze i lekarze dentyści sportowcy mogą już rezerwować datę 27-31 sierpnia 2025 r. w swoich kalendarzach. Odbędą się wtedy drugie Igrzyska Lekarskie, organizowane w Cetniewie przez Komisję ds. Sportu Naczelnej Rady Lekarskiej – informuje szef tej komisji Marcin Szczęśniak.



fot.: Mariusz Tomczak

◀ Zawodnicy i zawodniczki po ukończeniu rywalizacji w beach walking, Cetniewo 2024 r.

w dal, pchnięcie kulą, rzut dyskiem, rzut ciężarkiem, rzut oszczepem, skok wzwyż), biegu przełajowym, badmintonie, brydżu, beach walkingu (nordic walking po plaży), tenisie stołowym i ziemnym, kolarstwie górskim, trójboju siłowym, a także w sportach drużynowych (koszykówka, piłka nożna, siatkówka, siatkówka plażowa). W tym roku rywalizacja zapowiada się równie interesująco. Co więcej, organizator zapowiada jeszcze bogatszy program wydarzeń.

– Formuła zawodów zostanie zachowana, ale pracujemy nad tym, aby było jeszcze ciekawiej i atrakcyjniej. Być może uda się powiększyć liczbę dyscyplin sportowych, m.in. o szermierkę, squasha, triathlon i kolarstwo szosowe. Planujemy też udostępnić zawodnikom i zawodniczkom aplikację na smartfony, w której będzie dostępna agenda wydarzenia i wyniki rozgrywanych konkurencji. Nie zabraknie też wieczornych imprez integracyjnych przy ognisku, muzyce i dobrej zabawie. Serdecznie zapraszam do udziału w drugich igrzyskach lekarskich w Cetniewie. Jestem przekonany, że każdy wielbiciel sportowej rywalizacji znajdzie coś ciekawego dla siebie – przekonuje przewodniczący Komisji ds. Sportu NRL. ●

Naczelna Rada Lekarska (NRL) podjęła uchwałę w sprawie organizacji zawodów pod koniec 2024 r. Podobnie jak w ubiegłym roku areną zmagania będzie Ośrodek Przygotowań Olimpijskich w nadmorskim Cetniewie. W imprezie tradycyjnie będą mogli uczestniczyć lekarze i lekarze dentyści, a także ich rodziny (w tym dzieci) oraz studenci kierunków lekarskiego i lekarsko-dentystycznego. To świetna okazja do ekscytującej rywalizacji, zdobycia medali i poprawienia życiowych rekordów, a także wspólnej integracji.

– Ubiegłoroczny sukces organizacyjny imprezy przerósł nasze najśmielsze oczekiwania. Frekwencja i pogoda dopisały, a miejsce okazało się strzałem w dziesiątkę. Dlatego położony nad samym morzem ośrodek w Cetniewie, dzielnicy

Władysławowa, po raz kolejny będzie gościł medyków, dla których pasją jest sport – mówi Marcin Szczęśniak, przewodniczący Komisji ds. Sportu Naczelnej Rady Lekarskiej. Zgodnie z zapowiedzią na facebookowym profilu NIL zapisy na imprezę ruszają w maju. – Chcielibyśmy, aby uczestnictwo w zawodach można było zgłaszać maksymalnie na tydzień przed ich rozpoczęciem. Takie działanie przy dużej liczbie zawodników i zawodniczek pozwoli z większym spokojem poukładać listy startowe – tłumaczy Marcin Szczęśniak.

Zeszłoroczna edycja wydarzenia zgromadziła niemal 800 osób. Uczestnicy mogli rywalizować w wielu dyscyplinach, m.in. w pływaniu, lekkiej atletyce (biegi, skok

Kontakt do organizatora: igrzyskalekarskie@nil.org.pl

PO GODZINACH – CZYTELNIK

Cena wolności

Po wielu latach spędzonych u boku Severina Anna opuszcza dom i znika bez śladu. Rok później jej mąż postanawia zostawić wszystko, żegna się z wyspą, na której mieszkali, rutyną codzienności i wyrusza na poszukiwanie żony. Tak rozpoczyna się wędrówka po Sycylii, po miejscach, które nazaczyły życie obojga.

Podróż pozwala Severinowi skonfrontować się z przeszłością, odkryć motywację własnych działań i wyborów, zmierzyć się z druzgocącą prawdą. Porządkując wspomnienia, mężczyzna stara się zrozumieć decyzję żony. Opowieść Anny to historia kobiety próbującej walczyć z ciasnotą narzuconego jej losu, z oczekiwaniami, zgodnie z którymi dziewczyna żyje tylko po to, by wyjść za mąż i zostać matką.

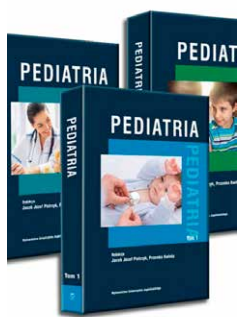
Anna od lat ma ten sam sen: „stoi na kamieniu w obejściu gospodarstwa, trzyma megafon i wykrzykuje niezrozumiałe słowa pod adresem matki, siostry i Severina. Oni zdają się jej nie słyszeć, więc Anna pogłasnia megafon, aż ten rozpada się w rękach, a jej głos

zanika, mimo że nie przestaje krzyczeć. Sen za każdym razem wydaje się być tak realny, że kiedy budzi się w środku nocy, otwiera szeroko oczy i mówi cicho, by usłyszeć uspokajający dźwięk własnego głosu”.

Właśnie głosami swoich bohaterów autor zdaje się mówić, że każda wolność zawiera w sobie przemoc, każde wyrzeczenie zadaje nieuleczalną ranę, każdy wybór dający nam szczęście przyczynia się do czyjegós bólu.

Severino budzi się pewnego ranka, aby odkryć, że dom jest opuszczony przez najważniejszą dla niego osobę: żonę Annę. Rozpoczyna wędrówkę Odyseusza w kierunku Itaki, naznaczoną pragnieniem odnalezienia siebie. Czytanie „Ucieczki Anny” pomoże odpowiedzieć na wiele pytań, które nas samych nurtują. I z pewnością ucieszy.

Mattia Corrente „Ucieczka Anny”, Wydawnictwo Bo.wiem

**Przed egzaminem**

Podręcznik z aktualnym stanem wiedzy oparty na wiarygodnych wynikach badań naukowych (EBM) i praktycznym doświadczeniu autorów. Do tego pełny zakres pediatrii, w tym rozdziały dotyczące chirurgii dziecięcej, immunologii i genetyki klinicznej, z przejrzystą, ujednoczoną strukturą rozdziałów ułatwiającą uczenie się. Są też dodatkowe podrozdziały zawierające „najczęściej zadawane pytania”, czyli te, które zadają pacjenci lub rodzice. Ponadto opisy przypadków klinicznych ilustrujące przedstawiane zagadnienia i ułatwiające zrozumienie i zapamiętanie. Czytając kolejne rozdziały „Pediatrii”, po każdym wersie, zdaniu i akapicie widać doświadczenie autorów, poparte wiedzą i praktyką, a także umiejętnością przekazywania szczególnie trudnych zagadnień w zrozumiałym i przejrzystym sposób. Po podręcznik powinni sięgnąć lekarze przygotowujący się do egzaminu specjalistycznego z pediatrii lub inni specjaliści chcący sobie przypomnieć różne problemy z zakresu profilaktyki, diagnostyki czy leczenia dzieci.

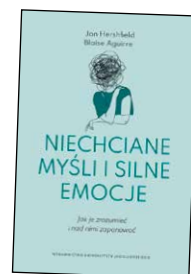
„Pediatria” Tom 1-3 pod redakcją Jacka Józefa Pietrzyka i Przemka Kwinty, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

Przerwać błędne koło

Każdy, kto zmagają się z niepokojącymi myślami, które nie pozwalają mu zasnąć i dręczą w ciągu dnia, wywołując smutek, złość i gniew, znajdzie w tej książce praktyczne rozwiązania, które pomogą mu 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. 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. Po jej lekturze czytelnik zwiększy swoje szanse na odzyskanie spokoju i kontroli nad życiem. To inspirująca lektura dla wszystkich poszukujących skutecznych strategii radzenia sobie z niechcianymi, intruzyjnymi myślami.

„Niechciane myśli i silne emocje”, Jon Hershfield, Blaise Aguirre, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego



Podziękowania

Szanowni Państwo, Pół roku temu, 9 października 2024 roku, pożegnaliśmy **Prof. dr hab. n. med. Andrzeja Lewińskiego**, dla nas Najukochańszego Męża i Tatę. Składamy serdeczne podziękowania: Duchowiństwu, Przedstawicielom Ministerstw Rzeczypospolitej Polskiej, Władzom Województwa Łódzkiego i Miasta Łodzi, Władzom Uniwersytetu Medycznego w Łodzi i Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi oraz wielu innych Uczelni Polskich

i Europejskich, Przedstawicielom Towarzystw Naukowych Krajowych i Międzynarodowych, Rodzinie, Współpracownikom, Przyjaciółom oraz Wszystkim, którzy w jakikolwiek sposób wspierali nas w tym trudnym czasie.

*Prof. dr hab. n. med. Małgorzata Karbownik-Lewińska
Kierownik Katedry i Kliniki Endokrynologii
i Chorób Metabolicznych Uniwersytetu Medycznego
w Łodzi z Synami Michałem i Jakubem*

Kalendarz wydarzeń KULTURALNYCH 2025

8-9.03.2025

XXV Biesiada Literacka wraz z premierą XVI programu Kabaretu „BAK”
Klub Lekarzy OIL w Łodzi,
ul. Czerwona 3, Łódź OIL
w Łodzi / OKiDH NIL
OIL w Łodzi, biuro@oil.lodz.pl,
tel. 42 683 17 01

1.04-18.10.2024

XIV Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Prozatorski PULS SŁOWA dla Lekarzy i Lekarzy Dentystów oraz spektakli poetycko-muzyczny Molekuły wrażliwości 8
Warszawa
OIL w Warszawie / Unia Polskich Pisarzy Lekarzy /OKiDH NIL
Majka Maria Żywicka-Luckner, majkazywicka@wp.pl,
tel. 604 286 324

15-18.05.2025

IV Ogólnopolski plener fotograficzny w Radomiu
Radom
OIL w Warszawie / OKiDH NIL
Mirosław Żydecki,
zydecki@gmail.com,
tel. 502 101 306

22.05.2025

XVI Edycja Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego im. Profesora Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza”
Kraków
Medycyna Praktyczna / OKiDH NIL / OIL w Krakowie / Fundacja Anny Dymnej „Mimo wszystko”
Medycyna Praktyczna,
tel. 12 211 22 00,
Piotr Gajewski,
piotr.gajewski@mp.pl,
Anna Wierzychowska-Woźniak,
anna.wierzychowska-wozniak@mp.pl

25-30.05.2025

XXII Ogólnopolska, V Międzynarodowa Wystawa Malarstwa Lekarzy wraz z konkursem
Klub Lekarzy OIL w Łodzi,
ul. Czerwona 3,
Łódź OIL w Łodzi /OKiDH NIL
OIL w Łodzi,
biuro@oil.lodz.pl,
tel. 42 683 17 01

13-14.06.2025

VII Ogólnopolski Festiwal Lekarskich Zespołów Rockowo-Bluesowych „ESCULAP ROCK”
Kuznia Społeczna, ul.
Kotańskiego 1, Olsztyn
Warmińsko-Mazurska IL
w Olsztynie /OKiDH NIL
Warmińsko-Mazurska IL
w Olsztynie,
olsztyn@hipokrates.org,
tel. 89 539 19 29, 609 690 466

CZERWIEC 2025

XXIV Ogólnopolski Plener Malujących Lekarzy
Urle – Caritas
OIL w Warszawie / OKiDH IL
Włodzimierz Cerański,
w.ceranski@oilwaw.org.pl,
tel. 602121084

WRZESIEŃ 2025

Jesienne Sympozjum Unii Polskich Pisarzy Lekarzy
Unia Polskich Pisarzy Lekarzy / OKiDH NIL
Waldemar Hładki,
whladki@interia.pl,
tel. 505304969

8-14.09.2025

XII Ogólnopolski Plener Fotograficzny Lekarzy – Kazimierz Dolny 2025
Kazimierz Dolny
Lubelska IL /OKiDH NIL
Lubelska Izba Lekarska,
sekretariat@oil.lublin.pl,
tel. 81 536 04 50/51

22-28.09.2025

XI Ogólnopolski Plener Ceramiki Artystycznej dla Lekarzy i Lekarzy Dentystów w Orońsku
Centrum Rzeźby Polskiej
w Orońsku,
26-505 OROŃSKO
ul. Topolowa 1
Śląska IL w Katowicach / OKiDH NIL
Stanisław Mysiak,
stanislawmysiak@gmail.com,
tel. 605 256 335

12-17.10.2025

Międzynarodowa Wystawa Fotograficzna „Świat w obiektywie lekarskim”, wraz z Konkursem Fotograficznym
Klub Lekarzy OIL w Łodzi,
ul. Czerwona 3, Łódź OIL
w Łodzi / OKiDH NILOIL
w Łodzi,
biuro@oil.lodz.pl,
tel. 42/6831701

19.10.2025

Jubileuszowy Koncert Charytatywny Polskiej Orkiestry Lekarzy
Poznań
Polska Orkiestra Lekarzy / OKiDH NIL
Elżbieta Czechowska,
elaczech@interia.pl,
tel. 608292023

17-19.10.2025

V Konferencja Historyczna w Gdańsku
Gdańsk
OIL w Gdańsku / OKiDH NIL
Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku,
sekretariat@oilgdansk.pl,
tel. 58 524 32 00

13.12.2025

XVI Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy i Studentów Medycyny 2025
Lublin
Lubelska IL /OKiDH NIL
Lubelska Izba Lekarska,
sekretariat@oil.lublin.pl,
tel. 81 536 04 50/51

13.12.2025

#SztukaNaszychDzieci – fotografia
Lublin
Lubelska IL /OKiDH NIL
Joanna Maślankowska,
maslankowska.joanna@gmail.com,
Jarosław Wanecki,
jaroslaw.wanecki@nil.org.pl

13.12.2025

IX Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Literacki „Lekarze dzieciom”
Lublin
Lubelska IL /OKiDH NIL
Lubelska Izba Lekarska,
sekretariat@oil.lublin.pl,
tel. 81 536 04 50/51

Zjazdy koleżeńskie

WYDZIAŁ STOMATOLOGII ŚLĄSKIEJ AKADEMII MEDYCZNEJ ROCZNIK 1995

30 lat minęło! Z tej okazji spotykamy się w miejscu, gdzie zakończyliśmy studia i widzieliśmy się ostatni raz w pełnym składzie: Hotel Jawor SPA w Jaworze, tel. 33 819 86 00. Spotkanie odbędzie się w dniach 10-12 października 2025 r. Zgłoszenia z wpłatą w hotelu na hasło „DENTYSTA 95” do 14 marca. Cena zjazdu (4 opcje): 2 noclegi (piątek-niedziela) – 1 osoba w pokoju 1 os./2os. 995/815 zł; 1 nocleg (sobota-niedziela) – 1 osoba w pokoju 1 os./2os. 530/440 zł; bez noclegu – grill i uroczysta kolacja

355 zł; bez noclegu – uroczysta kolacja 210 zł. Dodatkowo płatny DJ – w zależności od ilości osób. Można przyjechać z osobą towarzyszącą. Proszę o zdjęcia z dyplomu i obecne – do nowego tablo. Kontakt: Monika Schönthaler-Pałuchowska, tel. 603-654-633 (godziny wieczorne).

ŚLĄSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY W KATOWICACH (ROCZNIK 1975)

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach zaprasza absolwentów rocznika '75 kierunku lekarskiego oraz kierunku

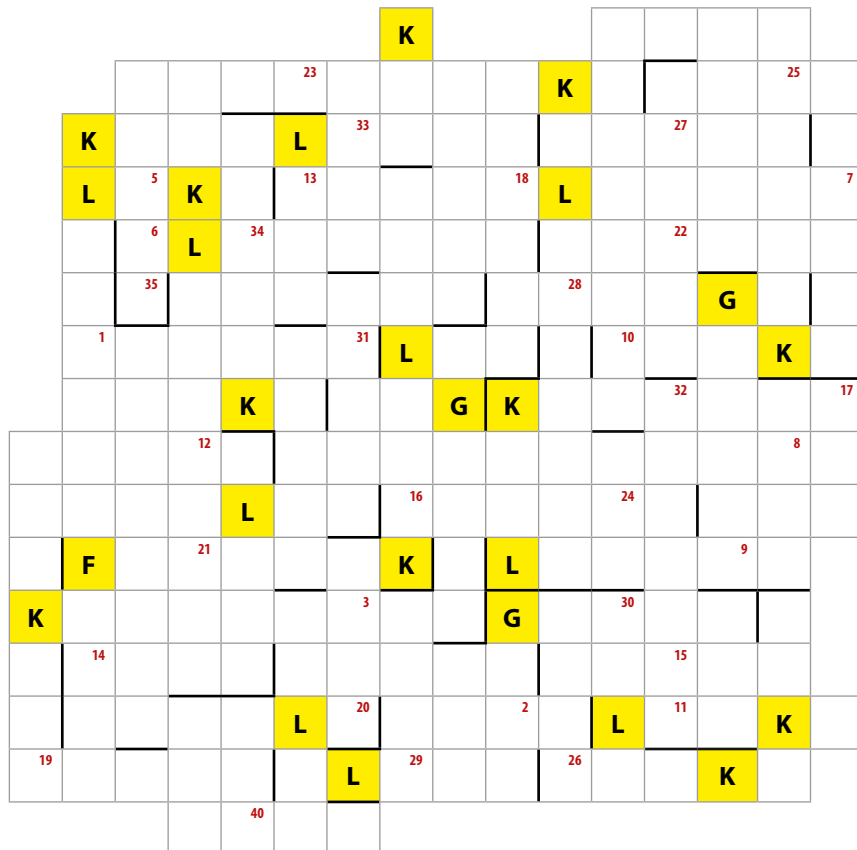
stomatologia na uroczystość Odnowienia dyplomów Lekarzy dla absolwentów Uczelni sprzed 50 lat. Spotkanie odbędzie się 30 maja 2025 r. w Auli A3 im. Prof. Witolda Zahorskiego. Zgłoszenie proszę wysłać do dnia 30 kwietnia 2025 r. na adres: promocja@sum.edu.pl, podając imię i nazwisko, adres korespondencyjny, numer telefonu, adres e-mail. Osobą odpowiedzialną za organizację wydarzenia jest Pani Aleksandra Wilk, dostępna pod numerem tel. 32/208 36 71 oraz adresem e-mail: awilk@sum.edu.pl •

Ogłoszenia

JOLKA LEKARSKA 303



Wydawnictwo Lekarskie PZWL
to specjaliści, wiedza i zaangażowanie.



Objaśnienia 75 haseł podano w przypadkowej kolejności.

W diagramie ujawniono wszystkie litery: F, G, K i L. Na ponumerowanych polach ukryto 35 liter hasła, które stanowią rozwiązanie. Jest to myśl Alberta Schweitzera, alzackiego lekarza, laureata Pokojowej Nagrody Nobla.

Hasło należy przysłać na kartce pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres: jolka@gazetalekarska.pl do 14 kwietnia 2025 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań wyłonimy laureatów, którzy otrzymają nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* śpiączka * dynastia indyjska (IV-V wiek) * Żyd urodzony w Palestynie/Izraelu
* szczepionka p/gruźlica * satelitarne obserwatorium RTG * plemię dolnośląskie * do ścierania serów i ziemniaków * ogarnięty niemocą
* filmowy kochanek * pomysł, projekt * przeciwieństwo depresji * słowiański obyczaj pomocy sąsiedzkiej na wsi * nerka (łac.) * odbijana w badmintonie
* fractura * brazylijski superpiłkarz * projekty * fala akustyczna odbita od przeszkody * pomagali Kmicicowi * znakomity mistrz * do udowodnienia
* łąk w rezonansie magnetycznym * kruche ciasto wstążkowskie * stolica Epiru * między astatem a fransem * daje reklamę * ratujcie nasze dusze
* skwar * na nerwach * konik dla dzieci * stopień wody na Brdzie * płynie w Innsbrucku * glejt * część widowni * czaprakowi, malajski * Michaił pobity przez Władysława IV * przekupień, kupiec * w operze lub w teatrze
* uniesień Podkowińskiego * państwo w rogu Afryki * ciąży, czyli aborcus * skorupiak antarktyczny * nizaryta * drobna kapię z oka * tumours * lach * prawo Dżyngis-chana * przybysz, migrant * miazga (łac.) * kąpielisko na

pn.-wsch. od Wenecji * włókno lodygowe na worki * Naczelną Lekarską * greckie furie * kręcąca się woda * piłka za linią * rzymska nimfa, opiekunka ciężarnych * największy lodowiec Kirgistanu * zaciśnięta dłoń * strachy * rakieta nośna sondy Galileo * śpiewała „Gdzie te chłopcy” * ...laudamus * lekarz, autor „Solaris” * płynie w Pisu * medytacyjny nurt w japońskim buddyźmie * myślenie schematyczne (ang.) * trujący alkaloid z bobu kalabarskiego * Danuta Siedzikówna * słowiański bóg niebios i wojny * sławni muzycy z Florencji * sarcoma * umartwianie się * najdłuższy dopływ Kongo * z siedzibą na Manhattanie * lecniczcy sukulent

Jerzy Badowski

Rozwiązanie jolki lekarskiej 301

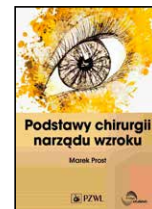
Nie narzekaj, że masz pod górę, gdy idziesz na szczyt

Nagrody otrzymują:

Krzysztof Piotrowski (Katowice), Karolina Kobak (Warszawa), Bożena Kaczmarowicz (Łódź), Grażyna Adaško (Węgrów), Magdalena Gąsiorowska-Weiss (Opole)

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

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



WYDAWCA

NIL Naczelną
Izba Lekarska

Gazeta Lekarska dla członków
izb lekarskich bezpłatna

Nakład: 41 253 egz.

Kolegium redakcyjne

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

Redakcja

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

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

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

Piotr Kościelniak

(redaktor naczelny)
piotr.koscielniak@nil.org.pl

Anna Wojda

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

Lidia Sulikowska

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

Mariusz Tomczak

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

Sylwia Wamej

(redaktor portalu internetowego)
sylwia.wamej@nil.org.pl

Reklama i marketing

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

Ogłoszenia

Agata Bryk
ogloszenia@gazetalekarska.pl

Stale z nami współpracują

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

Projekt okładki

Michał Trusz

Projekt

Michał Trusz

Skład

Montownia/Teresa Urawska

Druk

Eurodruk-Poznań Sp. z o.o.

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

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

